EU-Atlas
Demenz & Migration

Geschätzte Anzahl, Versorgungssituation und nationale Strategien in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in der EU, der EFTA und dem Vereinigten Königreich.

Gefördert von
Robert Bosch Stiftung

EU-Atlas
Demenz & Migration

Geschätzte Anzahl, Versorgungssituation und nationale Strategien in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in der EU, der EFTA und dem Vereinigten Königreich.

< zurück zum Inhaltsverzeichnis

Hauptautoren: Monsees J[1], Schmachtenberg T[1], Leiz M[2], Cardona MI[1], Thyrian JR[1,2]
Mitwirkende Autoren: Stentzel U[2], van den Berg N[2], Hoffmann W[1,2]
Übersetzung: Lingua-World GmbH
Layout und Cover-Design: 4h-digital.de
Druck: Steffen Media GmbH
Herausgeber: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)
Standort Rostock/Greifswald, Ellernholzstr. 1-2, 17489 Greifswald
Zitieren als: Monsees J[1*], Schmachtenberg T[1*], Leiz M[2], Cardona MI[1], Stentzel U[2], van den Berg N[2], Hoffmann W[1,2], Thyrian JR[1,2]: EU-Atlas Demenz & Migration. Geschätzte Anzahl, Versorgungssituation und nationale Strategien in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in der EU, der EFTA und dem Vereinigten Königreich. Rostock/Greifswald: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE); 2021.
ISBN: 978-3-9823426-1-0
[*] Gleichermaßen beitragende Erstautoren
Affiliationen:
[1] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald, Ellernholzstr. 1-2, 17489 Greifswald, Deutschland
[2] Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald, Ellernholzstr. 1-2, 17489 Greifswald, Deutschland
Danksagung:
Wir danken der Robert Bosch Stiftung für die freundliche Förderung.
Wir danken allen Expertinnen und Experten, die an den Interviews teilgenommen haben, für ihren wertvollen Beitrag zu unserer Arbeit.

Vorwort der Autoren

Liebe Leserinnen und Leser,

vielen Dank für Ihr Interesse an dem Thema Demenz und Migration! Vor Ihnen liegt das Ergebnis einer zweieinhalb Jahre dauernden intensiven Arbeit, die für alle Beteiligten eine sehr spannende Reise war.

Im Jahr 2018 wurden wir, ein kleines Team von Forschenden des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Rostock/Greifswald, von der Robert Bosch Stiftung ausgewählt, dieses wichtige Projekt durchzuführen. Im April 2019 wurde unser Team offiziell gegründet und begann in enger Kooperation mit dem Institut für Community Medicine mit der Arbeit an diesem interessanten und wenig erforschten Thema. Rückblickend würden wir sagen, dass wir unsere Arbeit mit Grundkenntnissen über Demenz und Migration begonnen haben, aber mit Neugier, Wissensdurst, Enthusiasmus und dem Wunsch, ein Thema zu beleuchten, das nicht die Aufmerksamkeit bekommt, die es verdient und braucht. In diesen zweieinhalb Jahren waren wir manchmal überwältigt von der Komplexität des Themas und der Heterogenität der Ansichten und lernten, was für ein einzigartiges und vielschichtiges Phänomen wir da beschreiben.

Ziemlich schnell haben wir einen Plan entwickelt und konnten bereits im Oktober 2019 auf der.29. Alzheimer Europe Conference in Den Haag einen Workshop durchführen, um unser Projekt, unsere Vorgehensweise und erste vorläufige Ergebnisse vor Expertinnen und Experten zum Thema Demenz und Migration zu präsentieren und zu diskutieren. Das exzellente Feedback nutzten wir, um unsere Arbeit und Strategie anzupassen, um sie für dieses Forschungsfeld besser geeignet zu machen. Eigentlich hatten wir uns vorgenommen, in allen europäischen Ländern durch Literaturrecherche und statistische Berechnungen, aber auch durch Besuche und Interviews mit Expertinnen und Experten im Jahr 2020 noch tiefer in die Materie einzusteigen. Doch dann kam die COVID 19-Pandemie und setzte den geplanten persönlichen Begegnungen ein Ende. Wir mussten das Vorgehen anpassen und sind dazu übergegangen, mehr und mehr Videokonferenzen durchzuführen. Diese Interviews gaben uns die Möglichkeit, faszinierende Gespräche mit sachkundigen Menschen zu führen, die alle immens hilfreich waren und uns faszinierende Einblicke in die Versorgungssituation verschiedener europäischer Länder gaben!

Das Zusammentragen aller Daten und Informationen war jedoch nur ein Meilenstein. Für uns als Forschende war die Verbreitung dieser Arbeit der Einstieg in ein spannendes Thema: die Gestaltung des Layouts dieses Atlasses, die Erstellung einer Website und die Planung von Veranstaltungen, um den Atlas bei den Akteurinnen und Akteuren, Politikerinnen und Politikern, Dienstleistenden und Betroffenen bekannt zu machen. In dieser Zeit haben wir mit verschiedenen engagierten und kompetenten Fachleuten aus den Bereichen Wissenschaftskommunikation, Webdesign und programmierung, Layout und Grafikerstellung sowie Druck zusammengearbeitet, was sehr viel Spaß gemacht hat und einen hohen Lerneffekt mit sich brachte.

Am Ende haben wir etwas geschaffen, auf das wir stolz sind. Wir sind dankbar, dass wir Gelegenheit hatten, unser Wissen zu einem so spannenden Thema zu erweitern. Wir bedanken uns bei der Robert Bosch Stiftung für die Förderung dieses besonderen Projekts, bei allen Expertinnen und Experten, die unsere Arbeit durch Ratschläge und/oder die Teilnahme an den Interviews unterstützt haben und bei den Fachleuten, die bei der Erstellung dieses Atlas mitgeholfen haben! Und nicht zuletzt hoffen wir, dass unsere Arbeit für alle Menschen, die von Demenz und Migration

persönlich und/oder beruflich betroffen sind, von Nutzen ist!



Jessica Monsees, Tim Schmachtenberg und Dr. Jochen René Thyrian
im Namen des gesamten Teams

Robert Bosch Stiftung

Demenzerkrankungen stellen uns in unseren demografisch veränderten Gesellschaften vor besondere Herausforderungen, die in der hohen Zahl von Betroffenen, im Gedächtnisverlust als wesentlichem Merkmal der Erkrankung und den bislang mangelnden Möglichkeiten von Heilung liegen.

Schätzungen zufolge wird die Zahl der Menschen mit Demenz in Europa in den kommenden Jahren deutlich steigen: Während 2010 fast 10 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung in den europäischen Staaten lebten, wird für 2030 eine Steigerung um ca. 40 Prozent auf rund 14 Millionen erwartet. Durch die Binnenmobilität in Europa und durch Zuwanderung von außerhalb der Union gewinnt das Thema Demenz auch bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund und deren Familien zunehmend an Bedeutung. Gerade auch, weil für diese Menschen noch weitere Herausforderungen hinzukommen. So kann im Krankheitsverlauf die erlernte Sprache des Ziellandes wieder in den Hintergrund treten. Oder die bei Demenzerkrankungen erfolgreiche Biografiearbeit wird erschwert, weil Besonderheiten und Gepflogenheiten aus dem Herkunftsland nicht bekannt sind. Schließlich kann der Zugang zu medizinischen Informationen und die Passung von ärztlicher und pflegerischer Betreuung aufgrund von Sprachbarrieren und kultureller Unterschiede nicht ganz zufriedenstellend ausfallen.

Wirksame Abhilfe beginnt mit einer besseren Kenntnis der Situation. Jedoch ist die Datenbasis zu Prävalenz und zur Gesundheits- und Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz in Europa nur schwer zugänglich. Analysebezogene Auswertungen zu einzelnen europäischen Ländern sind nur ansatzweise erfasst und erlaubten keine verlässlichen Aussagen zur Versorgungslage der Betroffenen.

Der vorliegende EU-Atlas des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Rostock/Greifswald schließt hier wichtige Wissenslücken. Mit der Förderung des „EU-Atlas: Demenz und Migration“ verbinden wir die Hoffnung, länderübergreifenden Austausch, Vernetzung und Zusammenarbeit von Akteuren aus der Politik, der Wissenschaft, der Praxis und aus Fachkreisen zum Wohle der Betroffenen und ihrer Familien zu unterstützen.



Professor Dr. Joachim Rogall
Vorsitzender der Geschäftsführung
Robert Bosch Stiftung GmbH

Alzheimer Europe

Da unsere Gesellschaft immer älter wird, steigt die Zahl der Menschen mit Demenz. Viele Menschen, die in den 1960er Jahren nach Europa eingewandert sind, erreichen nun ein Alter, in dem die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken und pflegebedürftig zu werden, deutlich höher ist. Infolgedessen wird die Zahl der Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten in Europa in den kommenden Jahrzehnten ebenfalls ansteigen.

Trotzdem stellte ein kürzlich veröffentlichter Bericht von Alzheimer Europe fest, dass ein allgemeiner Mangel an angemessener interkultureller Versorgung und Unterstützung sowohl für Menschen mit Demenz als auch für ihre informellen Betreuer aus ethnischen Minderheitengruppen besteht. In diesem Bericht haben wir eine Reihe von Empfehlungen ausgesprochen, wie man das Bewusstsein und das Verständnis für Demenz verbessern, die Hilfesuche für Betroffene fördern, kultursensible Diagnose- und Beurteilungsmethoden entwickeln und eine kulturgerechte Versorgung und Unterstützung fördern kann.

Dieser EU-Atlas zu Demenz und Migration liefert dringend benötigte zusätzliche Informationen über die Anzahl der Menschen mit Demenz und der Pflegenden mit Migrationshintergrund oder aus ethnischen Minderheitengruppen. Alle europäischen Länder werden mit steigenden Zahlen konfrontiert sein und die Gesundheitssysteme sollten Wege finden, eine bessere und kulturell angemessene Diagnose, Versorgung und Behandlung zu unterstützen.

Trotz dieser Bevölkerungstrends wird in dieser ausgezeichneten Publikation hervorgehoben, dass nur wenige Demenzstrategien und wenige Diagnose- und Behandlungsleitlinien die spezifischen Bedürfnisse und Erfahrungen dieser Menschen berücksichtigen. Durch eine eingehende Literaturrecherche sowie eine Analyse nationaler Demenzstrategien und Versorgungs- und Behandlungsleitlinien identifizieren die Autorinnen und Autoren sowohl Defizite als auch bewährte Praktiken, wodurch sie hoffentlich Ländern, die an einer Weiterentwicklung der interkulturellen Versorgung und Betreuung interessiert sind, Orientierung und Rat an die Hand geben.

Ich möchte den Autorinnen und Autoren zu ihrer gründlichen Analyse, den aufschlussreichen Länderprofilen von 32 europäischen Ländern und ihren Schlussfolgerungen und Empfehlungen gratulieren. Ich hoffe, dass dieser Bericht von möglichst vielen politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern, Gesundheitsdienstleistenden und nationalen Alzheimer-Vereinigungen gelesen und als Aufruf zum Handeln verstanden wird, um die Bedürfnisse der wachsenden Zahl von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheitengruppen besser zu berücksichtigen.



Jean Georges
Geschäftsführender Direktor von Alzheimer Europe

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Die Globalisierung als Folge wirtschaftlichen Drucks sowie durch Unterentwicklung, Krieg und Hungersnöte erzwungene Migration haben in den letzten Jahrzehnten zu Veränderungen unserer Gesellschaften geführt. Migration ist kein neues Phänomen in Europa und die Vermischung verschiedener Ethnien stellt die Gesellschaften vor Herausforderungen. Unterschiedliche Kulturen, Lebensstile, Ernährungs- und Hygienegewohnheiten haben zu neuen komplexen Wechselwirkungen zwischen genetischen Hintergründen und erworbenen Umwelteinflüssen geführt. In modernen Gesellschaften wird dies durch die Übernahme von typischen Mustern von Krankheitsrisikofaktoren, die in unseren Gesellschaften üblich sind, durch die Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund veranschaulicht.

Die Herausforderung, die die Vielfalt der genetischen und epigenetischen Faktoren in der autochthonen und der zugewanderten Bevölkerung darstellt, ist komplex. Sie reicht vom Verständnis der genetischen Vielfalt bis hin zu Maßnahmen, die auf die Verbesserung selektiver Gesundheitsprotokolle abzielen.

Ernährung und Lebensstil spielen eine wichtige Rolle. Eine gute Gesundheitsversorgung und Krankheitsvorbeugung haben zwar die Lebenserwartung der Menschen mit Migrationshintergrund erhöht, aber auch ihr Risiko für altersbedingte chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einige Formen von Krebs und neurodegenerative Krankheiten, einschließlich Demenz erhöht.

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) ist eine nationale Forschungsorganisation, die von Bund und Ländern in Deutschland mit dem Ziel gegründet wurde, neurodegenerative Erkrankungen zu verstehen, zu verhindern und zu heilen. Seit seiner Gründung im Jahr 2009 hat sich das DZNE zum Ziel gesetzt, qualitativ hochwertige Forschung zum Thema Demenz zu betreiben, auch um eine bessere Gesundheitsversorgung zu fördern. Unter der Leitung von Prof. René Thyrian und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nutzt das DZNE quantitative Methoden zur Abschätzung der Demenzprävalenz bei Menschen mit Migrationshintergrund, qualitative Diskursanalysen von Demenzplänen und Versorgungsleitlinien sowie qualitative (leitfadengestützte) Interviews mit Expertinnen und Experten der einzelnen Länder, um Informationen über die vorhandenen Versorgungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz zu erhalten. Menschen mit Migrationshintergrund, die an Demenz erkranken, sind eine besonders vulnerable Gruppe und benötigen eine besondere Betreuung. Ziel ist es, erste Maßnahmen vorzuschlagen, um den demenzbezogenen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund sowie ihren Familien und Pflegepersonen gerecht zu werden.

Der von der Robert Bosch Stiftung geförderte EU-Atlas zu Demenz und Migration hat zum Ziel, Informationen über Migration in Europa und die daraus resultierenden Auswirkungen auf unsere Gesundheitssysteme zu bündeln und zu analysieren. Der EU-Atlas schätzt die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund, die an Demenz erkrankt sein könnten, und berücksichtigt, ob nationale Demenzpläne sowie nationale Versorgungs- und Behandlungsleitlinien der europäischen Länder für Demenz den Migrationshintergrund ausreichend berücksichtigen oder nicht. Er untersucht die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz und die verfügbaren Gesundheitsdienste für diese Gruppe in Europa. Dabei liegt der Schwerpunkt auf möglichen Empfehlungen für eine kultursensible Versorgung.

Vorwort

Das DZNE begrüßt die Initiative der Robert Bosch Stiftung, diese Arbeit zu unterstützen und freut sich darauf, an der Herausgabe des EU-Atlas zu Demenz und Migration mitzuwirken.
Mit freundlichen Grüßen,



Prof. Pierluigi Nicotera, MD PhD
Wissenschaftlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 13
2. Methode 17
2.1 Definitionen 17
2.1.1 Menschen mit Migrationshintergrund 17
2.1.2 Individuelle/lokale/regionale/nationale Ebene 17
2.1.3 Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen 18
2.1.4 Stationäre und ambulante Versorgung 18
2.1.5 Gesundheitswesen und Versorgungsleistungen 18
2.2 Workshop für Expertinnen und Experten auf der 29. Alzheimer Europe Conference 20
2.3 Migrationsgeschichte 21
2.4 Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz 22
2.4.1 NUTS-Ebene 22
2.4.2 Daten und Demenz-Prävalenzraten 22
2.4.3 Berechnungen 23
2.4.4 Karten 23
2.4.5 Tabellen 24
2.4.6 Ausnahmen 24
2.5 Nationale Demenzpläne 25
2.5.1 Datenquellen 25
2.5.2 Verfahren 26
2.5.3 Sprache der nationalen Demenzpläne 27
2.6 Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz 27
2.6.1 Datenquellen 27
2.6.2 Verfahren 28
2.6.3 Sprache der nationalen Leitlinien zur Demenzversorgung 29
2.7 Interviews mit Expertinnen und Experten 29
2.7.1 Interviewleitfaden 30
2.7.2 Datenauswertung 30
2.7.3 Änderungen durch die COVID-19-Pandemie 31
2.8 Zentrale Elemente für eine kultursensible Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz 31
2.8.1 Datenerfassung 32
2.8.2 Datengrundlage 33
2.8.3 Datenauswertung 33

3.1 Die Geschichte der Migration in Europa ... 36
3.1.1 Phasen der europäischen Migrationsgeschichte seit Beginn des 19. Jahrhunderts ... 36
3.1.2 Aktuelle Situation in den Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs ... 38
3.2 Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in Europa ... 46
3.3 Nationale Demenzpläne und -strategien: Fokus auf Migration ... 49
3.3.1 Ergebnisse der ersten Suche am 1. Juni 2019 ... 49
3.3.2 Ergebnisse der Aktualisierung der Daten am 4. Januar 2021 ... 52
3.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 53
3.4 Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz: Fokus auf Migration ... 57
3.4.1 Ergebnisse ... 57
3.5 Schlussfolgerungen zu nationalen Demenzdokumenten: Fokus auf Migration ... 63
3.6 Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz und verfügbare Gesundheitsdienstleistungen ... 63
3.6.1 Allgemeine Aspekte zu Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz ... 64
3.6.2 Versorgung ... 65
3.6.3 Inklusion und Aufklärung von Menschen mit Migrationshintergrund (mit Demenz) ... 67
3.6.4 Professionelle Versorgung ... 68
3.6.5 Unterstützung für pflegende Angehörige ... 70
3.6.6 Schlussfolgerungen ... 71
3.7 Länderprofile ... 73
3.7.1 Belgien ... 75
3.7.2 Bulgarien ... 91
3.7.3 Dänemark ... 105
3.7.4 Deutschland ... 123
3.7.5 Estland ... 147
3.7.6 Finnland ... 153
3.7.7 Frankreich ... 171
3.7.8 Griechenland ... 179
3.7.9 Irland ... 197
3.7.10 Island ... 215
3.7.11 Italien ... 221
3.7.12 Kroatien ... 229
3.7.13 Lettland ... 235
3.7.14 Liechtenstein ... 241

3.7.15 Litauen 249
3.7.16 Luxemburg 255
3.7.17 Malta 263
3.7.18 Niederlande 269
3.7.19 Norwegen 289
3.7.20 Österreich 313
3.7.21 Polen 329
3.7.22 Portugal 343
3.7.23 Rumänien 357
3.7.24 Schweden 371
3.7.25 Schweiz 383
3.7.26 Slovakei 395
3.7.27 Slowenien 405
3.7.28 Spanien 417
3.7.29 Tschechische Republik 431
3.7.30 Ungarn 443
3.7.31 Vereinigtes Königreich 455
3.7.32 Zypern 503
4. Zentrale Elemente für eine kultursensible Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz 509
5. Diskussion 513
6. Limitationen 521
7. Schlussfolgerungen 526
8. Abkürzungen 530
9. Abbildungen 532
10. Tabellen 542
11. Anhang 546
11.1 Antwortende Organisationen 546
11.2 Interview guide 548
11.3 Interviewleitfaden 557
11.4 Definition of key terms on the topic of dementia and migration 566
11.5 Definition von Schlüssel-begriffen zum Thema Demenz und Migration 567

1. Einleitung

Migrationsbewegungen in globalem Maßstab gab es bereits im 15. Jahrhundert, als die kulturelle, wirtschaftliche und politisch-territoriale Expansion Europas begann. Zunächst migrierten die Europäerinnen und Europäer innerhalb Europas. Dies änderte sich jedoch vom frühen 19. bis zum frühen 20. Jahrhundert und seitdem wandern die Europäerinnen und Europäer in andere Teile der Welt aus [1]. Auswanderung und Einwanderung in Europa seit dem 19. Jahrhundert lassen sich in unterschiedliche Phasen unterteilen. Nachdem Europa zunächst ein Auswanderungskontinent war, entwickelte es sich allmählich zu einem Einwanderungsziel. Diese Phasen sind gekennzeichnet durch Kriege, Arbeitsmigration, kollabierende Systeme und Wirtschaftskrisen. Zur Jahresmitte 2020 belief sich die Gesamtzahl der internationalen Migrantinnen und Migranten nach den Daten des Migrationsdatenportals auf 280,6 Millionen weltweit. Dieses Datenportal stellt Statistiken und Informationen über globale Migrationsdaten zur Verfügung und ist Teil der Internationalen Organisation für Migration (IOM). Von den 280,6 Millionen Migrantinnen und Migranten leben 86,7 Millionen in Europa, von denen 16,2% 65 Jahre oder älter sind (circa 14 Millionen) [2]. Diese Gruppe hat ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von altersassoziierten Krankheiten. Eine wichtige Krankheit ist die Demenz. Das Risiko, an dieser Krankheit zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. So wird die Demenzprävalenz in Europa für die Altersgruppe 6569 auf 1,5 und für die Altersgruppe 8589 auf 24,9 geschätzt [3]. Demenz beeinträchtigt die kognitiven Funktionen und ist oft mit Problemen bei der Motivation, der emotionalen Kontrolle oder dem Sozialverhalten verbunden. Gedächtnis, Sprache, Orientierung, Lernfähigkeit oder Denken sind nur einige Funktionen, die sich im Verlauf dieses chronischen, fortschreitenden Syndroms verschlechtern. Die Auswirkungen beschränken sich nicht nur auf die betroffene Person, denn Demenz hat auch Auswirkungen auf die Familien und die Pflegepersonen. Neben den Menschen, die mit Demenz leben, und ihren Familien hat die Demenz erhebliche soziale und wirtschaftliche Auswirkungen [4].

Nach Barbarino et al. (2020) waren im Jahr 2020 weltweit über 50 Millionen Menschen von Demenz betroffen. Es wird erwartet, dass diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf 152 Millionen ansteigen wird [5]. Laut dem „Dementia in Europe Yearbook 2019“ („Jahrbuch Demenz in Europa 2019“) von Alzheimer Europe lag die Zahl der Menschen mit Demenz in Europa im Jahr 2018 bei 9,78 Millionen und wird im Jahr 2050 voraussichtlich 18,85 Millionen betragen [3]. Forschungen haben gezeigt, dass Personen mit Migrationshintergrund (PmM) oft ein höheres Risiko haben, an Demenz zu erkranken als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Zum Beispiel zeigen Karibik-stämmige Menschen im Vereinigten Königreich eine höhere Prävalenz von Demenz als weiße, im Vereinigten Königreich geborene Menschen [6] und in den Niederlanden wurde gezeigt, dass Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung bei nicht-westlichen Zugewanderten häufiger vorkommen als in der autochthonen Bevölkerung [7]. Eine Analyse aus dem Jahr 2019 schätzt die Zahl der Menschen mit Demenz in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und der Europäischen Freihandelszone (EFTA) auf etwa 475.000 [8].

Es ist nicht nur so, dass PmM ein höheres Risiko für Demenz haben. Die gesundheitlichen Folgen können schlimmer ausfallen. Ein Beispiel: Der Bericht von Alzheimer Europe „The development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups“ („Die Entwicklung der interkulturellen Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten“) aus dem Jahr 2018 weist sehr detailliert auf

die verschiedenen Probleme hin, mit denen Menschen mit Demenz konfrontiert sind, wenn sie versuchen, vom Gesundheitssystem Hilfe zu bekommen. Der Bericht hebt außerdem hervor, dass Maßnahmen ergriffen werden können, um die Versorgung und Aufklärung auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zuzuschneiden und Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, über PmM mit Demenz aufzuklären. Auf der Seite der PmM besteht oft ein Mangel an Wissen über Demenz, das Gesundheitssystem und seine Versorgungsleistungen sowie darüber, wie man Unterstützung erhält. Darüber hinaus ist das Gesundheitssystem oft nicht für die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe ausgestattet und verfügt nicht über Versorgungsleistungen, die für ihre Bedürfnisse geeignet sind. Zudem können Fachkräfte im Gesundheitswesen und Dienstleistende falsche Vorstellungen über PmM haben, z. B. könnten sie denken, dass bestimmte Gruppen von PmM mit familiär geprägten Kulturen es vorziehen, kranke Familienmitglieder zu Hause zu pflegen und daher keine spezielle Unterstützung vom Staat benötigen. Dies sind nur einige der bestehenden Herausforderungen und Probleme, die dieser Bericht aufzeigt. Einen ausführlicheren und aktuellen Überblick zu diesem Thema geben Gove et al. (2018) [9].

Die vorgenannten Herausforderungen und der erwartete Anstieg der Anzahl von PmM mit Demenz in den kommenden Jahren stellen eine Herausforderung unbekannten Ausmaßes für die Gesundheitssysteme in Europa und der Welt dar. Um sich dieser Herausforderung zu stellen und den betroffenen Menschen die bestmögliche Unterstützung und Aufklärung zukommen zu lassen, benötigen Gesundheitssysteme, medizinisches Fachpersonal, Politikerinnen und Politiker und Akteurinnen und Akteure mehr Informationen über diese vulnerable Bevölkerungsgruppe und ihre Situation. Es müssen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie viele PmM mit Demenz es gibt, wie sie derzeit in die Gesundheitssysteme eingebunden sind und wo es Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Solche Erkenntnisse können nicht nur Menschen und Organisationen leiten, die täglich mit Menschen arbeiten, sondern sie können auch - und das ist ebenso wichtig - bei der strategischen Entwicklung von Gesundheitssystemen und deren Versorgungsleistungen auf politischer Ebene in Gesetzen, Richtlinien, Strategien und Aktionsplänen von Bedeutung sein. Dieser Atlas ist speziell für letzteres gedacht.

Daten über die Anzahl von PmM mit Demenz in Europa existieren, sind jedoch spärlich, und es fehlen Daten für alle EU- und EFTA-Länder und das Vereinigte Königreich aufgeschlüsselt nach einzelnen Geburtsländern. In verschiedenen Ländern gibt es immer mehr Strategien, Pläne und Leitlinien, die das Bewusstsein für Demenz schärfen und die Verbesserung der Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Familien diskutieren. Soweit den Autorinnen und Autoren bekannt, existieren keine Daten, die einen Überblick über die Prävalenz von Demenz und nationale Dokumente zu Demenz in ganz Europa mit einem Schwerpunkt auf PmM liefern.

Nachdem diese Informationslücke identifiziert wurde, war das Ziel, einen Atlas zu erstellen, der Folgendes bietet: (1) Prävalenzdaten und grafische Darstellung für die 27 EU- und 4 EFTA-Mitgliedsstaaten sowie das Vereinigte Königreich; (2) Analysen von nationalen Demenzplänen (NDPs) und Leitlinien zu Diagnose, Behandlung und Versorgung; und (3) Analysen von Gesundheitssystemen im Hinblick auf die Versorgungsleistungen und Unterstützung, die sie für die betroffenen Menschen bereitstellen. Dieser Atlas konzentriert sich auf Demenz bei PmM. Er ist eine Ergänzung zu der umfangreichen Literatur und dem Wissen über Demenz und eine wertvolle Ressource aufgrund seines Fokus auf der Versorgungs-

situation von PmM mit Demenz.

Da „Migration" ein weit verbreiteter Begriff mit vielen Facetten und Implikationen ist, schafft die Etikettierung einer Gruppe von Menschen mit einem Migrationshintergrund Definitionsprobleme auf vielen Ebenen [9]. Der Migrationshintergrund wird z. B. mit Ethnizität, Kultur, Sozialisation und bestimmten Stereotypen in Verbindung gebracht. Wenn man PmM als eine Gruppe bezeichnet, könnte dies die Heterogenität dieser Gruppe außer Acht lassen, und man muss sehr vorsichtig sein, wenn man Schlussfolgerungen zieht. Die Gruppe ist heterogen und bei der Betrachtung aus einer nationalen oder sogar europäischen Perspektive besteht die Herausforderung darin, zu definieren, über wen gesprochen wird, wessen Situation beschrieben wird und welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können. Dies geht einher mit Einschränkungen in der Vergleichbarkeit und vielleicht einer zu starken Vereinfachung der Situation. Die Autorinnen und Autoren sind sich dieser Herausforderung bewusst, aber um Analysen zu ermöglichen, ist eine Definition erforderlich und es müssen Einschränkungen berücksichtigt werden. Der primäre Fokus des Atlas liegt auf Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen, die in das europäische Land, in dem sie derzeit leben, zugewandert sind.

Um einige Diskussionsfelder zu verdeutlichen: In diesem Atlas beziehen sich die Autorinnen und Autoren nicht speziell auf „ethnische Minderheiten", wie dieser Begriff in vielen internationalen Studien und Berichten verwendet wird. Die spezifischen Herausforderungen von PmM, die in diesem Atlas behandelt werden, unterscheiden sich von den Herausforderungen, mit denen Menschen aus ethnischen Minderheiten konfrontiert sind, die vielleicht schon seit Generationen in dem jeweiligen Land leben. Obwohl es viele Ähnlichkeiten und Überschneidungen zwischen diesen Gruppen gibt, ist nicht jedes Mitglied einer ethnischen Minderheit eine Migrantin bzw. ein Migrant [9]. In einigen europäischen Ländern haben bestimmte ethnische Minderheiten spezifische Rechte (z. B. in Bezug auf sprachliche und kultursensible Informationen), die PmM derzeit in den meisten Ländern nicht haben [10]. In diesem Sinne beziehen sich die Autorinnen und Autoren in den Analysen auch nicht auf Gruppen mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund, gemeinsamer ethnischer Zugehörigkeit und dergleichen. Dies wird in den Abschnitten zu den Einschränkungen anerkannt, und die Autorinnen und Autoren glauben, dass es einen klaren Nutzen der Analysen gibt, um diesen Bereich und die Gesundheitsversorgung für diese vulnerable Gruppe voranzubringen.

Quellen

1. Oltmer J: Globale Migration: Geschichte, Gegenwart, Zukunft. [https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252254/globale-migration?p=all]. (2018). Abgerufen am 15. Februar 2021.
2. International Organization for Migration: Total number of international migrants at mid-year 2020: Europe; 2021.
3. Alzheimer Europe: Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe. In. Luxemburg: Alzheimer Europe; 2020.
4. World Health Organization: Dementia. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia]. (2020). Abgerufen am 16. Februar 2021.
5. Barbarino P, Lynch C, Bliss A, Dabas L, Alzheimer's Disease International: From Plan to Impact III In: *Maintaining dementia as a priority in unprecedented times.* 2020.
6. Adelman S, Blanchard M, Rait G, Leavey G, Livingston G: Prevalence of dementia in African-Caribbean compared with UK-born White older people: two-stage cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2011, 199(2):119-125.
7. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, Schmand B, de Rooij SE: Prevalence of mild cognitive impairment and dementia

in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016, 31(9):1040-1049.

8. Canevelli M, Lacorte E, Cova I, Zaccaria V, Valletta M, Raganato R, Bruno G, Bargagli AM, Pomati S, Pantoni L *et al*: Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. *European Journal of Neurology* 2019, 26(9):1191-1199.
9. Alzheimer Europe: the development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. In. Luxemburg: Alzheimer Europe; 2018.
10. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R. What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. *J Public Health* (Berl.) 2021.

2. Methode

Um das Ziel dieses Projekts zu erreichen, wurde die Arbeit in verschiedene Arbeitspakete aufgeteilt. Für die EU- und EFTA-Mitgliedsstaaten sowie das Vereinigte Königreich wurden die Migrationsgeschichte dargestellt, die Anzahl der PmM mit angenommener Demenz geschätzt, die NDPs und Leitlinien zur Behandlung, Versorgung und Diagnose analysiert und Experteninterviews zum aktuellen Stand der Versorgung durchgeführt.

2.1 Definitionen

2.1.1 Menschen mit Migrationshintergrund

Eine zentrale Herausforderung für vergleichende Studien ist die Tatsache, dass es derzeit keine gemeinsame Definition von PmM auf europäischer Ebene gibt. Die einzelnen Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs verwenden in offiziellen nationalen Dokumenten unterschiedliche Begriffe für diese Bevölkerung. Zum Beispiel sind dies die Begriffe, die in den nationalen Demenzversorgungsleitlinien verwendet werden: Einwanderer/Einwanderin, Menschen mit Minderheitenhintergrund (Norwegen); Menschen aus ethnischen Minderheiten (Vereinigtes Königreich); Menschen aus unterschiedlichen kulturellen oder religiösen Gruppen (Spanien); und Menschen mit unterschiedlichen kulturellen oder sprachlichen Hintergründen, Menschen, die im Ausland geboren wurden (Schweden). Darüber hinaus variiert auch die Definition des häufig verwendeten Begriffs „Migrant(in)“ [1]. Im Vereinigten Königreich kann ein(e) Migrant(in) beispielsweise eine Person sein, deren Geburtsland sich vom Land des Wohnsitzes unterscheidet, deren Staatsangehörigkeit sich vom Land des Wohnsitzes unterscheidet oder die das Land des üblichen Wohnsitzes für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr wechselt [2]. In Deutschland orientiert sich der Begriff des Migrationshintergrunds an der eigenen Staatsangehörigkeit und der der Eltern, d.h. als PmM gilt, wer nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde oder mindestens einen Elternteil hat, der nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. [3].
Um Daten (Anzahl von PmM mit Demenz, Ergebnisse von Interviews mit Expertinnen und Experten) auf europäischer Ebene vergleichen zu können, war eine einheitliche Verwendung von Begriffen und eine klare Definition des verwendeten Begriffs notwendig. In dieser Studie wird die Definition der Vereinten Nationen verwendet, da sie die Grundlage für die meisten internationalen migrationsspezifischen Datenbanken und Datensätze ist (z. B. das Migrationsdatenportal der IOM) und auch von den meisten nationalen statistischen Ämtern der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs verwendet wird. Daher ist sie nach Ansicht der Autorinnen und Autoren die am besten geeignete Definition für den Vergleich von Daten zu Demenz und Migration auf europäischer Ebene. Außerdem ist die Definition klar und enthält ein gut definiertes Ein- und Ausschlusskriterium.
Die Vereinten Nationen definieren PmM als Menschen, die ihren Wohnsitz in einem anderen Land haben als dem, in dem sie geboren wurden [4]. Daher werden in dieser Studie alle Personen ausgeschlossen, die in dem Land wohnen, in dem sie geboren wurden, einschließlich der Nachkommen von im Ausland geborenen Einwanderinnen und Einwanderern.
Diese Studie umfasst alle älteren Menschen (65 Jahre oder älter), die in einem Land der EU, der EFTA oder des Vereinigten Königreichs wohnen und im Ausland geboren wurden.

2.1.2 Individuelle/lokale/regionale/nationale Ebene

Individuelle Ebene: Bezieht sich auf Einzelpersonen, z. B. einen oder mehrere Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Sie steht im Gegen-

satz zur organisatorischen Ebene, die eine oder mehrere Organisationen wie z. B. Pflegeheime, Pflegedienste oder Krankenhäuser umfasst, und der systemischen Ebene, die z. B. das Gesundheitssystem mit allen Organisationen, Fachkräften und Pflegeplanenden beinhaltet.

Lokale Ebene: Ebene der einzelnen Städte, Kommunen und Gemeinden.

Regionale Ebene: Umfasst mehrere Städte, Kommunen und Gemeinden in einem bestimmten geografisch zusammenhängenden Gebiet.

Nationale Ebene: Ebene der Nationalstaaten. Die Bezugnahme auf Maßnahmen auf nationaler Ebene umfasst Maßnahmen der jeweiligen nationalen Regierung und ihrer Vertreterinnen und Vertreter, Ministerien oder Institutionen oder anderer nationaler Organisationen, die eine landesweite Bedeutung haben oder deren Aufgaben das gesamte Land betreffen.

Versorgungsleistungen auf nationaler Ebene: Bezeichnet alle Dienstleistungen im Gesundheitswesen, wie z. B. Aufklärung, Unterstützung, Beratung, Diagnostik oder Behandlungspläne, die nicht auf bestimmte Regionen, Unternehmen oder Institutionen beschränkt sind und die in nationalen Dokumenten von staatlichen Akteurinnen und Akteuren (z. B. von Angehörigen des Gesundheitsministeriums, anderen Regierungsmitgliedern oder Vertreterinnen und Vertretern nationaler Fachgesellschaften) genannt werden.

2.1.3 Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen

Richtlinien: Von rechtlich legitimierten Institutionen herausgegebene Handlungsanweisungen, die verbindlich befolgt werden müssen und die den Wissensstand der medizinischen Wissenschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt wiedergeben [5-7].

Leitlinien: Systematisch entwickelte und wissenschaftlich fundierte, rechtlich unverbindliche Entscheidungshilfe über das angemessene Vorgehen bei bestimmten Gesundheitsproblemen [8, 9].

Empfehlungen: Vorschläge, Ratschläge, Hinweise oder einvernehmliche Lösungsstrategien zu ausgewählten Fragen. Sie beruhen auf einer relativ schwächeren wissenschaftlichen Evidenz und haben einen geringeren normativen Charakter als Leitlinien [5, 7].

2.1.4 Stationäre und ambulante Versorgung

Unter stationärer Versorgung verstehen die Autorinnen und Autoren die dauerhafte Unterbringung, Betreuung und Behandlung einer pflegebedürftigen Person in einer Pflegeeinrichtung. Beispiele sind Pflegeheime, Hospize und Rehabilitationseinrichtungen [10].
Ambulante Versorgung umfasst die Unterstützung pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen durch medizinische oder nicht-medizinische Versorgung in ihrer Wohnung. Homecare-Anbietende bieten den Patientinnen und Patienten und der Familie Unterstützung im Alltag, damit die pflegenden Angehörigen die Versorgung und andere Verpflichtungen, wie Arbeit oder Kinderbetreuung, besser organisieren und die erkrankte Person auf höchstem Niveau versorgen können [11].

2.1.5 Gesundheitswesen und Versorgungsleistungen

Integratives, segregatives und hybrides Versorgungsmodell

Die Autorinnen und Autoren haben das integrative Versorgungsmodell als ein Modell definiert, bei dem PmM gemeinsam mit Menschen ohne Migrationshintergrund in Versorgungsangeboten betreut werden.

In einem segregativen Versorgungsmodell werden PmM oder einzelnen Migrantinnen- und Migrantengruppen spezialisierte, auf sie zugeschnittene Leistungen angeboten (in Anlehnung an Kaiser 2009 [12]).
Ein hybrides Versorgungsmodell umfasst sowohl integrative als auch segregative Elemente. Dieses Modell besteht z. B., wenn es im Gesundheitssystem Bereiche gibt, in denen PmM mit Demenz die gleichen Leistungen angeboten werden wie der autochthonen Bevölkerung, sowie Bereiche, in denen spezialisierte Versorgungsleistungen für diese Bevölkerung oder bestimmte Gruppen aus dieser Bevölkerung angeboten werden.

Inklusion von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in die Gesundheitsversorgung
Im Allgemeinen wird Inklusion als die soziale Einbeziehung von Menschen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft definiert [13]. Im Hinblick auf das soziale Subsystem der Gesundheitsversorgung und die in dieser Studie im Fokus stehende Bevölkerungsgruppe ist Inklusion die Einbeziehung von PmM mit Demenz in das Gesundheitssystem.
Konkret bedeutet die Einbeziehung von PmM mit Demenz in das Gesundheitswesen, dass 1. die Anbietenden von Gesundheitsleistungen (z. B. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Fachärztinnen und -ärzte, Pflegeheime und Homecare-Anbietende) für die spezifischen (z. B. kulturellen oder sprachlichen) Bedürfnisse sensibilisiert werden, die PmM oder Menschen aus bestimmten Migrantinnen- und Migrantengruppen mit Demenz haben können; 2. die Leistungserbringenden den PmM Versorgungs-, Behandlungs- und Unterstützungsleistungen anbieten, die nicht nur an die kulturellen und sprachlichen, sondern auch an die individuellen Bedürfnisse angepasst sind; 3. PmM mit Demenz diese Leistungen erhalten; und 4. PmM sich bewusst sind, dass die Leistungen auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind.
Um PmM mit Demenz einzubeziehen, müssen die für diese Gruppe angebotenen Dienstleistungen von ihnen validiert und evaluiert werden. Nur wenn PmM mit Demenz ein Gefühl der Teilhabe am Gesundheitssystem und seinen Leistungen haben und das Gefühl haben, dass die im System arbeitenden Fachkräfte auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen, kann Inklusion als erfolgreich angesehen werden.

Beteiligung an der Entwicklung von Versorgungsleistungen
Ein wichtiges Element der Inklusion ist die Beteiligung von PmM mit Demenz und ihren Familienangehörigen, insbesondere den pflegenden Angehörigen, bei der Entwicklung und Einführung spezialisierter PmM-orientierter Versorgungsstrukturen und -leistungen. Nach dem partizipativen Ansatz würden PmM-spezifische Versorgungsleistungen nicht nur für, sondern auch *von* bzw. zumindest *gemeinsam mit* den PmM entwickelt. Volle Beteiligung bedeutet, dass ihre Ansichten während des gesamten Entwicklungsprozesses Berücksichtigung finden. Eine Möglichkeit zur Umsetzung eines solchen Ansatzes besteht darin, sie in die jeweiligen Projektteams einzubinden. Eine andere Möglichkeit ist, sie vor Beginn der Entwicklungsphase systematisch über ihre wichtigsten Bedürfnisse und darüber, welche Versorgungsleistungen sie hilfreich fänden, zu befragen. Darüber hinaus sollten sie Gelegenheit erhalten, die Implementierung der spezialisierten Versorgungsleistungen sowohl in der Entwicklungsphase als auch nach deren Abschluss zu bewerten. In beiden Fällen müssen die entwickelten Versorgungsleistungen systematisch in der Pflegepraxis von PmM mit Demenz und/oder ihren pflegenden Angehörigen validiert werden.

Kultursensible Versorgung

Kultursensible Versorgung ist die Ausrichtung der Pflegepraxis und der Behandlung auf die spezifische Kultur, der die pflegebedürftige Person angehört [14]. Eine solche Versorgung ist gekennzeichnet durch eine interkulturelle Orientierung (eine Haltung, die im Einklang mit der kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Identität [15] der einzelnen professionell Pflegenden steht), interkulturelle Öffnung (eine Strategie, die auf einen gleichberechtigten Zugang zu und eine gleichwertige Qualität von Dienstleistungen für Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund abzielt) der Pflegeeinrichtungen und interkulturelle Kompetenz (Fähigkeit, aus diesen Positionen konkrete Handlungs- und Interaktionsformen abzuleiten [16]) der professionell Pflegenden und Einrichtungen [14]. Kultursensible Versorgung bedeutet für das Pflegepersonal, kulturelle und migrationsbedingte Dimensionen in der Pflegebeziehung bewusst, konsequent und kontinuierlich zu berücksichtigen. Mit anderen Worten, es wird von ihnen erwartet, dass sie die Lebensweisen, Traditionen, Werte und Überzeugungen der pflegebedürftigen Menschen akzeptieren und respektieren [17].
Zentrales Ziel einer kultursensiblen Versorgung ist es, die spezifischen Bedürfnisse von PmM zu erkennen und zu erfüllen und einen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung zu ermöglichen. Durch Kenntnis und Wertschätzung kultureller Unterschiede sowohl auf Seiten des Pflegepersonals als auch auf Seiten der Pflegebedürftigen soll die Pflegebeziehung verbessert und die interkulturelle Kompetenz der jeweiligen Pflegeeinrichtung weiterentwickelt werden [18].
Um eine kultursensible Versorgung anbieten zu können, muss das Gesundheitspersonal seine Aufgaben, wie z. B. die detaillierte Dokumentation der Lebensgeschichte und Anamnese, in einer Art und Weise ausführen, die den kulturellen Hintergrund der Patientinnen und Patienten und dessen mögliche Auswirkungen auf den Bedarf der Patientinnen und Patienten an Gesundheitsdienstleistungen berücksichtigt. Darüber hinaus müssen Pflegestandards und insbesondere ein standardisiertes Verfahren zur Information des Pflegepersonals definiert werden [18].

Interkulturelle Versorgung

Unter interkultureller Versorgung wird verstanden, dass eine professionelle Pflegeperson eine pflegebedürftige Person mit einem anderen kulturellen Hintergrund betreut und die Pflegepraxis auf dem gegenseitigen Verständnis der jeweiligen Kultur basiert (in Anlehnung an Yakar und Alpar 2018 [19]).

Vulnerabilität von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Im Zusammenhang mit PmM mit Demenz wird eine Gruppe in dieser Studie als vulnerabel bezeichnet, wenn ihre Mitglieder entweder ein höheres Risiko haben, an einer Demenz zu erkranken, die Krankheit im Durchschnitt früher im Leben auftritt, der Krankheitsverlauf schlimmer ist (z. B. schnellerer Abbau der kognitiven Fähigkeiten, schlechtere gesundheitliche Ergebnisse), die negativen Auswirkungen der Erkrankung größer sind (z. B. Verlust der Kenntnis der Sprache des Aufnahmelandes, Verlust des Arbeitsplatzes, frühere Pflegebedürftigkeit), die Versorgungssituation schlechter ist oder sie von Ungleichheiten wie Unterdiagnostik oder Unterversorgung betroffen sind.

2.2 Workshop für Expertinnen und Experten auf der 29. Alzheimer Europe Conference

Ein wesentlicher Schritt in diesem Projekt war die Rekrutierung von Expertinnen und Experten. Diese wurden durch einen offiziellen Aufruf über die European Foundations‘ Initiative on Dementia (EFID), Alzheimer Europe, das

Netzwerk „Early detection and timely INTERvention in DEMentia" (INTERDEM), das European Network of Intercultural Elderly Care (ENIEC) und die Alzheimer-Gesellschaften der EU- und EFTA-Länder sowie des Vereinigten Königreichs rekrutiert. In diesem Aufruf wurde eine kurze Projektbeschreibung gegeben, zusammen mit der Einladung, dieses Projekt zu unterstützen und an einem Workshop für Expertinnen und Experten auf der 29. Alzheimer Europe Conference in Den Haag im Oktober 2019 und an einem Interview teilzunehmen. Den Organisationen wurde der Aufruf zugesandt, den sie dann an ihre Partner in ihren Verteilern weiterleiteten. Interessierte potenzielle Expertinnen und Experten kontaktierten das Projektteam und wurden zur Teilnahme am Workshop für Expertinnen und Experten eingeladen. Bei diesem Workshop wurde das Projekt zusammen mit dem Interviewleitfaden vorgestellt, um Feedback zu erhalten, das geplante Vorgehen mit den Expertinnen und Experten zu diskutieren und die Arbeitspakete anzupassen.

2.3 Migrationsgeschichte

Eine Literaturanalyse wurde durchgeführt, um die Geschichte der Migration zu ermitteln. Dazu wurden die Suchmaschinen Google und Google Scholar nach wissenschaftlicher Literatur (u.a. Dokumente von Historikerinnen und Historikern, Politikwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern und Migrationsexpertinnen und -experten) durchsucht. Darüber hinaus wurden politische Dokumente, europäische und nationale Migrationsberichte, Daten von nationalen statistischen Ämtern und internationalen Datenbanken wie dem Migrationsdatenportal sowie Artikel von migrationsspezifischen Websites wie denen des Migration Policy Institute oder der IOM untersucht. Die Suche wurde auf Dokumente beschränkt, die in englischer und deutscher Sprache veröffentlicht wurden. Das Datum des Durchsuchens der Suchmaschinen und Websites war der 1. Juli 2019. Für jedes Land und für die Geschichte der Migration auf europäischer Ebene wurden verschiedene Dokumente, Berichte und Daten ausgewertet und aus den Ergebnissen dieser Auswertung ein Konsens gebildet. Für die Analyse der Migrationsgeschichte auf europäischer Ebene wurde der Zeitraum vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart berücksichtigt. Dieser Zeitraum wurde gewählt, da er einen nützlichen Hintergrund für die heutige Migration, historisch begründete und aktuell relevante Migrationsströme, die Zusammensetzung der europäischen Migrationsbevölkerung sowie die historische und aktuelle Bedeutung der Migration in Europa bietet. Die Auswahl dieses Zeitraums und insbesondere die Einbeziehung des 19. Jahrhunderts ermöglicht es unter anderem, die Veränderungen in Europa in Bezug auf die Migrationsrichtung zu veranschaulichen. Bei der Darstellung der Migrationsgeschichte der einzelnen Länder wurde kein einheitlicher Zeitraum gewählt, da die Entwicklungen in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sind. Es gibt Länder mit einer langen Migrationsgeschichte, in denen Entwicklungen oder Ereignisse aus vergangenen Jahrhunderten einen großen Einfluss auf aktuelle Migrationsmuster haben oder zumindest zum Verständnis der jüngsten Entwicklungen beitragen, und es gibt Länder, in denen das Thema Migration erst seit wenigen Jahrzehnten eine wichtige Rolle spielt. Darüber hinaus wurden bei der Beschreibung der Migrationsgeschichte der einzelnen Länder die verwendeten Begriffe zur Beschreibung der jeweiligen Bevölkerung (z. B. Migrantin bzw. Migrant(in), Immigrant(in), Emigrant(in), Flüchtling, Gastarbeiter(in)) aus den Originaldokumenten übernommen.

2.4 Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

2.4.1 NUTS-Ebene

Das System „Nomenclature des Unités territoriales statistiques" („Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik"- NUTS) ist ein geographisches Klassifikationssystem, das die Länder der EU und des Vereinigten Königreichs in hierarchische Ebenen unterteilt: NUTS0, NUTS1, NUTS2 und NUTS3. Es gibt auch ein NUTS-Codierungssystem für Länder außerhalb der EU. Dies sind die EFTA-Länder, Länder, die der EU beitreten, und potenzielle EU-Länder. NUTS0 entspricht dem Mitgliedsstaat. In den NUTS1-Regionen (Großregionen) leben 3 bis 7 Millionen Menschen. In den NUTS2-Regionen (mittelgroße Regionen) leben ca. 800.000 bis 3 Millionen Menschen, während die NUTS3-Regionen (kleine Regionen) 150.000 bis 800.000 Einwohner haben. Diese Untergliederung dient „...the collection, development and harmonisation of EU regional statistics; socioeconomic analyses of the regions; (…); framing EU regional policies;..." („... der Erfassung, Aufstellung und Harmonisierung der Regionalstatistik der EU, sozioökonomischen Analysen der Regionen; (...); der Gestaltung der EU-Regionalpolitik;...") [20, 21].
Für die folgenden Abschnitte werden zunächst die vorgesehenen Vorgehensweisen erläutert. Da diese nicht für jedes Land anwendbar waren, werden im Abschnitt „Ausnahmen" die veränderten Ansätze beschrieben, die für diese Fälle vorgenommen wurden.

2.4.2 Daten und Demenz-Prävalenzraten

Um die Anzahl der PmM mit Demenz zu ermitteln, wurden die statistischen Ämter der EU- und EFTA-Länder sowie des Vereinigten Königreichs kontaktiert, um nach verschiedenen Ethnien aufgeschlüsselte Daten über PmM zu erhalten, die 65 Jahre und älter sind und in den jeweiligen Ländern leben. Diese Daten wurden für die NUTS3 Regionen angefordert. Die statistischen Ämter stellten entweder Daten oder einen Link zu einem statistischen Datenportal zur Verfügung, über das Daten bezogen werden konnten. Aus Datenschutzgründen konnten nur wenige Länder - Finnland, Griechenland, Ungarn, Irland, Rumänien, Slowenien und das Vereinigte Königreich - die erforderlichen Daten zu den NUTS3-Regionen herausgeben. Da nur wenige Länder NUTS3-Daten zur Verfügung stellen konnten, wurde beschlossen, statt der NUTS3- die NUTS2-Daten zu verwenden. Einige Länder, wie z. B. Bulgarien oder Rumänien, stellen aus Datenschutzgründen keine Daten unterhalb eines bestimmten Wertes zur Verfügung. Die Daten werden als absolute Zahlen von PmM mit Demenz im Alter von 65 Jahren oder älter für das gesamte Land (NUTS1 oder NUTS0) und NUTS2 dargestellt. Außerdem werden die Daten als PmM mit Demenz ab 65 Jahren in Relation zur Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren des jeweiligen Landes (pro 100.000) und in Relation zur Bevölkerung ab 65 Jahren mit Migrationshintergrund (pro 10.000) dargestellt. Diese beiden Werte werden für das gesamte Land und die NUTS-Ebene2 angezeigt, sofern verfügbar. Absolute Zahlen unter fünf werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht angezeigt.
Die für die Berechnungen verwendeten Prävalenzraten für Demenz wurden dem „World Alzheimer Report 2015" („Welt-Alzheimerbericht 2015") von Alzheimer's Disease International (ADI) entnommen. In diesem Bericht stellt ADI die Prävalenzraten von Demenz für verschiedene Teile der Welt (z. B. Nordafrika, Mitteleuropa, die Karibik, Südasien und Ozeanien) sowie für die Welt insgesamt dar. Diese Prävalenzraten beziehen sich auf Menschen im Alter von 60 Jahren oder älter [22]. Es wurde beschlossen, die Demenz-Prävalenzrate des Landes zu verwenden, in dem die Menschen leben. Die Daten in diesem Atlas beziehen sich

größtenteils auf Menschen im Alter von 65 Jahren oder älter - mit Ausnahme von Bulgarien, Litauen, Malta und Polen, deren Daten sich auf Menschen im Alter von 60 Jahren oder älter beziehen -, was auf das Risiko hinweist, dass die Zahl der PmM mit Demenz zu niedrig geschätzt wird.

2.4.3 Berechnungen

Zur Ermittlung der absoluten Anzahl von PmM mit Demenz im Alter von 65 Jahren oder älter wurde die Demenzprävalenzrate eines Landes auf jede in diesem Land lebende ethnische Gruppe und die einzelnen NUTS2-Regionen angewendet. Diese absoluten Zahlen wurden genommen und in Relation gesetzt:
a) zur gesamten Bevölkerung im Alter von 65 Jahren oder älter des Landes oder der NUTS2-Regionen (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren) mit der Formel

$$\frac{\textbf{PwM mit Demenz * 100,000}}{\textbf{Gesamtbevölkerung 65+}}$$

b) zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Alter von 65 Jahren oder älter des Landes oder der NUTS2-Region (pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund ab 65 Jahren) mit der Formel

$$\frac{\textbf{PwM mit Demenz * 10,000}}{\textbf{Bevölkerung mit Migrationshintergrund 65+}}$$

2.4.4 Karten

Die Karten wurden auf der Grundlage der geschätzten Daten über PmM mit Demenz erstellt. Das verwendete Programm ist ESR®ArcGI™ 10.7.1 Esri Inc., Redlands/Kalifornien (USA). Die statistischen Ämter, die Daten zur Verfügung gestellt haben, beziehen sich entweder auf die NUTS-Systematik 2016 oder 2010, die für die Erstellung der Karten verwendet wurden. Für die Darstellung außereuropäischer Länder und Gewässer wurde „World Countries" oder „World Ocean Background" von Esri verwendet [23, 24].
Insgesamt gibt es fünf verschiedene Karten, die zur Darstellung der Daten dienen. Für das gesamte Land gibt es eine Karte mit einem Balkendiagramm, das die absolute Zahl der PmM mit Demenz im Alter von 65 Jahren oder älter anzeigt, und eine Karte mit einem Kreisdiagramm, das die Zahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Menschen im Alter von 65 Jahren oder älter in diesem Land anzeigt. Diese Daten wurden immer für die Gesamtbevölkerung (mit und ohne Migrationshintergrund) und für die fünf Länder, aus denen die meisten PmM mit Demenz stammen, dargestellt. Die anderen Herkunftsländer wurden in der Kategorie „Sonstige" zusammengefasst. Außerdem wurden Choroplethenkarten erstellt. Eine Choroplethenkarte zeigt, wie viele Menschen mit Demenz einer bestimmten Ethnie in den verschiedenen NUTS2-Regionen des jeweiligen Landes leben. Diese wurden für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und die fünf häufigsten Herkunftsländer erstellt. Die Kategorisierung innerhalb der Choroplethenkarten folgt dem Median der autochthonen Bevölkerung für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Für die verschiedenen Ethnien ist es der Median aller PmM aus diesen fünf ethnischen Gruppen zusammen.
Auf der NUTS2-Ebene gibt es zwei Karten für jedes Land. Eine Karte zeigt die absoluten Zahlen der PmM mit Demenz im Alter von 65 Jahren oder älter in einem Balkendiagramm und die andere Karte zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Menschen im Alter von 65 Jahren oder älter in diesem Land in einem Kreisdiagramm.
Außerdem sind zwei Choroplethenkarten für Europa enthalten. Eine Karte zeigt die absolute Zahl der PmM mit Demenz in den EU- und EFTA-Staaten sowie im Vereinigten Königreich. Die andere zeigt die Anzahl der PmM mit

Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren. Für diese Karten wurden die Kategorien mit dem Jenks-Algorithmus für Natural Breaks erstellt. Dieser Algorithmus fasst Fälle mit ähnlichem Wert in einer Kategorie zusammen. Auf diese Weise ist der Unterschied innerhalb der Kategorien (Varianz) klein, während die Unterschiede zwischen den Kategorien so groß wie möglich sind [25].
Sowohl in den Karten als auch in den Tabellen werden Codes für die Länder verwendet. Die Ländercodes sind im Abkürzungsverzeichnis enthalten (Kapitel 8).

2.4.5 Tabellen

Um jede relevante Zahl in den Karten zu erläutern, werden Tabellen bereitgestellt: Eine Tabelle für das Land als Ganzes und eine Tabelle für die NUTS2 Regionen. Beide Tabellen zeigen die absolute Anzahl von PmM mit Demenz (Absolute Anzahl), PmM mit Demenz pro 10.000 PmM ab 65 Jahren (Prävalenz/10.000 Personen mit einem Migrationshintergrund 65+) im Land bzw. in der jeweiligen NUTS2-Region und PmM mit Demenz pro 100.000 Menschen ab 65 Jahren (Prävalenz/100.000 Personen 65+) im Land bzw. in der NUTS2-Region. Dies wird für die Gesamtbevölkerung (mit und ohne Migrationshintergrund) sowie für die fünf häufigsten Herkunftsländer von PmM mit Demenz dargestellt. Die übrigen Herkunftsländer werden in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst, die sich durch Subtraktion der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund mit Demenz und der PmM mit Demenz aus den fünf häufigsten Herkunftsländern von der Gesamtzahl der im Land bzw. in der NUTS2-Region lebenden Menschen mit Demenz ergibt. Für den Abschnitt „Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+“ werden keine Zahlen für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ausgewiesen. Für die Berechnung dieses Wertes wurden nur PmM einbezogen, so dass die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund für diesen Abschnitt nicht relevant ist.

2.4.6 Ausnahmen

Länder mit nur einer NUTS-Ebene

Eine Reihe von Ländern wird nicht nach NUTS1-, NUTS2- und NUTS3-Regionen unterschieden, da die Zuordnung nach NUTS-Regionen nicht für alle Länder gleich angewendet wird. Einige Länder sind nicht so groß und verwenden nur eine NUTS-Ebene als Ganzes, während andere nur in NUTS1- und NUTS3-Regionen unterteilt sind. Daher werden in diesem Atlas für einige Länder nur Daten für das gesamte Land angezeigt. Dies gilt für Estland, Island, Lettland, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Nordirland und Zypern.

Länder mit Daten nur für das gesamte Land, obwohl sie NUTS2-Regionen haben

Einige Länder verfügten nicht über die Art von Daten, die auf der NUTS2-Ebene benötigt wurden. Diese Länder waren Kroatien, Frankreich, Italien, Litauen und Schweden. Für Kroatien und Litauen konnten nur Daten auf der NUTS1-Ebene ermittelt werden, während sich die Daten für Frankreich auf Personen im Alter von 55 Jahren oder älter bezogen. Italien verfügte nicht über Daten zum Herkunftsland, da sie nur größere Regionen und nicht einzelne Länder als Herkunftsorte von PmM erfasst hatten. Schweden lieferte nur Daten für das Land als Ganzes. In diesen Fällen wurden die Daten für das gesamte Land verwendet.

Länder mit Daten auf der NUTS-Ebene1 anstelle der NUTS-Ebene2

Für Deutschland und England wurde beschlossen, die Daten auf der Ebene NUTS1 statt NUTS2 darzustellen, da die Anzahl der NUTS2-Regionen so groß war, dass es nicht möglich war, alle Daten auf den Karten gut lesbar darzustellen.

Daten, die von Eurostat statt von den statistischen Ämtern stammen

Für drei Länder entsprachen die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Daten über PmM, die 65 Jahre oder älter sind, nicht den Anforderungen dieses Atlasses. Diese Länder waren Frankreich, Italien und Luxemburg. Luxemburg stellte keine große Auswahl an verschiedenen Herkunftsländern zur Verfügung, während sich die Daten für Frankreich auf Personen im Alter von 55 Jahren oder älter bezogen. Die Daten für Italien bezogen sich entweder auf die Orte des vorherigen Wohnsitzes oder die Region des Kontinents, in der eine Person geboren wurde, nicht aber auf die einzelnen Länder. Deshalb wurde das Europäische Statistische System (Eurostat) konsultiert, um die benötigten Daten zu beschaffen.

Länder mit fehlenden Choroplethen-Karten

England und Wales haben jeweils nur vier Choroplethenkarten. Für England liegen keine Daten für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund vor, es wurde lediglich eine Kategorie „UK" verwendet, in der alle Länder des Vereinigten Königreichs zusammengefasst wurden. Daher gibt es keine Choroplethenkarte für die autochthone Bevölkerung Englands. Für Wales sollte eine Choroplethenkarte für Indien gezeigt werden, aber Wales liefert keine Daten über PmM aus Indien auf der NUTS2-Ebene, so dass auch diese Choroplethenkarte fehlt.

Änderungen in den Berechnungen

Für England wird die Kategorie „sonstige" durch Addition der PmM aus allen Herkunftsländern außer den fünf häufigsten berechnet. Dies geschah, weil für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund keine Daten verfügbar sind.

2.5 Nationale Demenzpläne

Die NDPs wurden einer qualitativen Diskursanalyse in Anlehnung an das Modell von Reiner Keller (2011) unterzogen. Dieser Ansatz greift die offene Forschungslogik der qualitativen Sozialforschung auf. Die vorgeschlagenen Methoden helfen bei der Strukturierung des Analyseprozesses, stellen aber keine Vorschriften für den Forschungsprozess dar. Die Diskursanalyse konzentrierte sich auf die Analyse von natürlichen Kommunikationsprozessen in verschiedenen Kontexten. Im Fall dieser Studie wurden diskursive Praktiken in Form von nationalen Dokumenten verwendet. Dieser wissenssoziologische Ansatz zielt darauf ab, die Prozesse und Praktiken der Wissensproduktion auf der Ebene der institutionellen Felder zu identifizieren. Mit dieser Methode lässt sich rekonstruieren, ob und in welchem Umfang Diskurse Zusammenhänge zwischen Phänomenen schaffen oder organisieren [26]. Somit ist dieses Modell ein geeigneter Ansatz, um aufzuzeigen, in welchem Umfang auf nationaler Ebene dem Zusammenhang zwischen Demenz und Migration Beachtung geschenkt wird und welches Wissen über PmM mit Demenz vorhanden ist oder vermittelt wird. Mit dieser Methode kann ein Überblick über die institutionell gefestigten Wissensressourcen zur Versorgungssituation von PmM mit Demenz gegeben werden.

2.5.1 Datenquellen

Die Informationsquellen für die Identifizierung von NDPs waren: die Online-Plattform von Alzheimer Europe [27], das „Dementia in Europe Yearbook 2018" („Jahrbuch Demenz in Europa 2018") [28], die ADI-Übersicht über Demenzpläne aus dem Jahr 2018 [29] und der Bericht „From Plan to Impact III – Maintaining dementia as a priority in unprecedented times" („Vom Plan zur Wirkung III - Beibehaltung von Demenz als Priorität in noch nie dagewesenen Zeiten") aus dem Jahr 2020 [30]. Als Daten-

basis für die Dokumente dienten die Online-Plattform von Alzheimer Europe und die Suchmaschinen Google und Google Scholar. Diese Datenquellen wurden ausgewählt, weil sie das Kriterium der breiten öffentlichen Zugänglichkeit am besten erfüllen. Sie sollen als zentrale Informationsquelle zum Thema Demenz für Angehörige von Menschen mit Demenz, Pflegeanbietende und politisch Entscheidende dienen. Die Datenbanken wurden an zwei Daten gescreent: Am 1. Juni 2019 und am 4. Januar 2021. Als Ergebnis der ersten Suche am 1. Juni 2019 umfasste der Datenkorpus für die Analyse der NDPs der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs 30 Dokumente aus 23 Ländern. Neben 18 NDPs aus 16 EU-Ländern, 4 NDPs aus 3 EFTA-Ländern und 6 NDPs aus 4 Ländern des Vereinigten Königreichs wurde ein weiteres, zum Zeitpunkt der Recherche gültiges nationales Dokument aus England und Nordirland berücksichtigt (da die NDPs dieser beiden Länder im Jahr 2019 nicht mehr gültig waren). In Belgien wurde der Demenzplan der nördlichen Region Flandern berücksichtigt, da Belgien ein föderaler Staat ist und Demenz nur auf der Ebene der Flämischen (Amtssprache Niederländisch) oder der französischsprachigen Gemeinschaft (Wallonien, Teile von Brüssel) behandelt wird [31]. Folglich gibt es keinen Demenzplan für ganz Belgien. Die beiden anderen Regionen, Brüssel-Hauptstadt und die Wallonien, haben keinen Demenzplan. Der Datenkorpus wurde dann um die NDPs erweitert, die bei der zweiten Suche am 4. Januar 2021 gefunden wurden (8 NDPs aus 6 EU- und 2 EFTA-Ländern). Darüber hinaus wurden bei der Suche nach NDPs 9 weitere nationale Dokumente zum Thema Demenz aus 5 EU-Ländern und England gefunden, die ebenfalls auf einen Migrationsbezug geprüft und in den einzelnen Länderprofilen berücksichtigt wurden. Der Korpus für die vergleichende Analyse der NDPs, deren Ergebnisse in Kapitel 3.3 vorgestellt werden, umfasst 38 Dokumente. (30 Dokumente aus der ersten Suche und 8 aus der zweiten Suche). Der Korpus für die länderspezifischen Analysen, deren Ergebnisse in Kapitel 3.7 enthalten sind, umfasst 47 Dokumente. Alle Dokumente, die für die vergleichende Analyse und die länderspezifischen Analysen verwendet wurden, wurden im Zeitraum 2008-2020 veröffentlicht.

2.5.2 Verfahren

Diese Dokumente wurden systematisch auf ihre Relevanz für das Thema Migration geprüft. In einem ersten Schritt wurde untersucht, ob die Dokumente separate Kapitel zum Thema Migration enthalten. Anschließend wurden die NDPs nach diesen Schlüsselbegriffen durchsucht: Minderheiten, Minderheit, Migration, Kultur, ethnisch, Hintergrund, Migrant(in), sensibel, kulturell, divers, Vielfalt und Sprache. Wurde das Migrationsthema gefunden, wurde eine Inhaltsanalyse des Abschnitts durchgeführt, in dem es sich befand. Dazu wurden die Inhalte paraphrasiert, mit Notizen und Kommentaren versehen und die Textpassagen mit der Strategie des offenen Kodierens codiert. Die Kategorien wurden aus den Inhalten der Dokumente abgeleitet. Der Inhalt wurde zunächst grob nach den Kategorien Problembeschreibung und Maßnahmen strukturiert und dann entsprechend den in Tabelle 3 in Abschnitt 3.3.1 dargestellten Kategorien feinjustiert. Diese Kategorien wurden ausgewählt, weil sie den Inhalt der Abschnitte, die sich auf Migration beziehen, am besten beschreiben und die zentralen Elemente der Forschungsfrage beinhalten. Anschließend wurden die Inhalte der Aussagen interpretativ-analytisch rekonstruiert. Danach wurden die Ergebnisse interpretiert und bewertet [26]. Die Daten wurden zunächst für jedes Land einzeln interpretiert, dann wurden kurze Länderprofile erstellt und schließlich wurden die Ergebnisse verglichen.

2.5.3 Sprache der nationalen Demenzpläne

Bei der Suche nach NDPs wurden hauptsächlich englische und deutsche Begriffe verwendet. Konnten auf diese Weise keine Dokumente gefunden werden, wurde eine Suche mit in die jeweilige Landessprache übersetzten Begriffen durchgeführt. Insgesamt wurden 47 Dokumente untersucht, von denen 23 in Englisch und 8 in Deutsch, der Muttersprache der Autorinnen und Autoren, vorlagen. Diese 8 Dokumente in deutscher Sprache waren aus: Österreich (2), Deutschland (4), Liechtenstein (1) und der Schweiz (1). Neun der übrigen 16 Dokumente (aus Frankreich, Italien, Luxemburg, den Niederlanden (2), Polen, Portugal (2) und Spanien) wurden mit dem Übersetzungsprogramm DeepL übersetzt. Die restlichen 7 Dokumente aus Zypern, der Tschechischen Republik, Ungarn, Island, Norwegen, Slowenien und Schweden wurden (über die Google-Suche) gefunden und gescreent, indem die Schlüsselwörter mit Google Translate in die jeweiligen Landessprachen übersetzt wurden.

2.6 Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Die nationalen Leitlinien der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs zur Versorgung und Behandlung von Demenzkranken wurden ebenfalls systematisch mit der Methode der qualitativen Diskursanalyse von Keller (2011) analysiert. Grundsätzlich wurden die gleichen Analyseschritte wie bei der Untersuchung der NDPs ausgeführt. Die Dokumente wurden mit Hilfe von nationalen Nichtregierungsorganisationen (NGOs), Ministerien und Fachverbänden beschafft. Die Organisationen wurden in folgendem Zeitraum (per E-Mail) kontaktiert: 2. Mai-11. Juli 2019.

2.6.1 Datenquellen

Die folgenden Organisationen wurden kontaktiert, um Informationen über das Vorhandensein von nationalen Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen zu erhalten: nationale Alzheimer-Gesellschaften (n=28), nationale Gesundheits- oder Sozialministerien (n=32) und nationale Fachgesellschaften für Geriatrie, Gerontologie oder Neurologie (n=27) aus 27 EU-Ländern, 4 EFTA-Ländern und 4 Ländern des Vereinigten Königreichs. Als erstes wurden die Alzheimer-Gesellschaften kontaktiert (am 2. und 3. Mai 2019), als zweites die Gesundheitsministerien (am 20. und 21. Mai 2019) und als drittes die Fachgesellschaften (am 10. und 11. Juli 2019). Diese Organisationen wurden gefragt, ob es auf nationaler Ebene Pflege- oder Behandlungsleitlinien für Menschen mit Demenz gibt und wie man auf diese Dokumente zugreifen kann. Die Rücklaufquote lag bei knapp über 39% (33 von 87 Organisationen haben geantwortet). Besonders hoch war sie in den nationalen Gesundheits- oder Sozialministerien (fast 72%, d. h. 23 von 32), aber deutlich niedriger in den nationalen Alzheimer-Gesellschaften (etwa 21%, d. h. 6 von 28) und den nationalen Fachgesellschaften für Geriatrie, Gerontologie oder Neurologie (fast 15%, d. h. 4 von 27). Die Ministerien und Fachgesellschaften wurden durch eine Google-Suche identifiziert, während die Website von Alzheimer Europe als Grundlage für die Kontaktdaten der Alzheimer-Gesellschaften diente [30]. Als Ersatz für die Organisationen, die nicht geantwortet haben, wurde eine Google-Suche durchgeführt, um Forschungseinrichtungen, Universitätsfakultäten, medizinische Einrichtungen, Kliniken oder NGOs zu finden, und eine PubMed-Suche, um Forschende zu finden, die sich in den einzelnen Ländern mit dem Thema Demenz beschäftigen. Diese wurden dann angeschrieben. In zwei Fällen (Slowakei und Polen) wurden auch die jeweiligen Botschaften in Deutschland sowie die deutschen Botschaf-

ten in den jeweiligen Hauptstädten kontaktiert. Schließlich gingen Antworten von 47 Organisationen aus 35 Ländern ein, und so war es möglich, für jedes Land der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs ein Profil zu erstellen. Die Liste der antwortenden Organisationen ist dieser Studie als Anhang beigefügt (Tabelle 1). Um Dokumente aus möglichst vielen Ländern integrieren zu können, wurden keinen Definitionen oder Beschränkungen formuliert. Alle von diesen Organisationen angebotenen Dokumente wurden in diese Studie einbezogen. Die Organisationen übermittelten die Dokumente entweder selbst oder verwiesen auf Online-Plattformen, auf denen diese zugänglich waren. Entsprechend dienten die Websites der nationalen Alzheimer-Gesellschaften, der Gesundheitsministerien und der verschiedenen Fachgesellschaften (Geriatrie, Neurologie, Psychologie) und Verbände (Ärztekammer) als Datenquellen. Außerdem wurde eine Google-Suche durchgeführt. Der Dokumentenkorpus für diese Analyse bestand aus 45 Dokumenten aus 29 Ländern (36 Dokumente aus 21 EU-Ländern, 6 Dokumente aus 4 EFTA-Ländern und 3 Dokumente aus 4 Ländern des Vereinigten Königreichs). Bei der vergleichenden Analyse der nationalen Behandlungs- und Pflegeleitlinien (Kapitel 3.4.1) wurden die beiden Dokumente aus Kroatien und Liechtenstein, die bei den jeweiligen Länderprofilen berücksichtigt wurden, ausgeschlossen, da es sich nicht um nationale Dokumente handelt (Kroatien und Liechtenstein) und sie keine Empfehlungen, Leitlinien oder Richtlinien für die Demenzversorgung enthalten (Liechtenstein). Der Korpus besteht somit aus 43 Dokumenten.

2.6.2 Verfahren

Die Dokumente waren heterogen und enthielten verschiedene Dokumenttypen mit unterschiedlichen Definitionen von Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen. Um diesen Korpus zu strukturieren, wurden die Dokumente standardisierten Kategorien zugeordnet (für eine Übersicht und Definition dieser Kategorien siehe den Abschnitt Definitionen weiter unten in diesem Kapitel). Anschließend wurde der Inhalt der Dokumente beschrieben. Zunächst wurden die Inhaltsverzeichnisse auf ein vorhandenes Migrationskapitel untersucht. Anschließend wurde der Fließtext nach den folgenden Schlüsselbegriffen durchsucht: Minderheiten, Minderheit, Migration, Kultur, ethnisch, Hintergrund, Migrant(in), sensibel, kulturell, vielfältig, Diversität, Sprache, Herkunft, nicht-westlich, charakteristisch, Gemeinschaften, religiös, einheimisch und Gast. Konnte ein Migrationsbezug identifiziert werden, wurde der Inhalt des jeweiligen Abschnitts einer detaillierten Analyse unterzogen.

Die Daten wurden nach folgendem Schema ausgewertet: 1. Die entsprechenden Textpassagen wurden wiederholt gelesen. 2. Der Inhalt wurde paraphrasiert. 3. Die einzelnen Textpassagen wurden mit Notizen und Kommentaren versehen. 4. Die Textpassagen wurden kodiert. 5. Die Aussageinhalte wurden erfasst und interpretativ-analytisch rekonstruiert. 6. Die empirischen Ergebnisse wurden interpretiert und bewertet. 7. Die Ergebnisse wurden in tabellarischer und textlicher Form dargestellt. In den Kommentaren wurde vermerkt, nach welchen Kriterien die jeweiligen Codes formuliert und einer Textstelle zugeordnet wurden, und in den Notizen wurde dokumentiert, welche weiteren Überlegungen, Ideen und Hypothesen sich zu der jeweiligen Textstelle ergaben. Für die Kodierung der Textpassagen wurde die Strategie des offenen Kodierens verwendet [26]. Tabelle 4 in Kapitel 3.4.1 zeigt die Kategorien, die aus den analysierten Dokumenten abgeleitet wurden. Wie bei der Analyse der NDPs wurden die Daten zunächst für jedes Land einzeln interpretiert, dann wurden kurze Länderprofile erstellt und schließlich wurden die Ergebnisse verglichen.

2.6.3 Sprache der nationalen Leitlinien zur Demenzversorgung

Bei der Datenerhebung wurden hauptsächlich die Sprachen Englisch und Deutsch verwendet. Länderspezifische Institutionen und Expertinnen und Experten wurden in englischer Sprache und die deutschsprachigen Länder (Deutschland, Österreich, Schweiz, Liechtenstein und Luxemburg) in deutscher Sprache kontaktiert. In einigen (vor allem osteuropäischen) Ländern wurde nach einer gewissen Zeit ohne Antwort ein Folgekontakt in der jeweiligen Landessprache aufgenommen. Hierfür wurden das Übersetzungsprogramm DeepL, Google Translate und die Unterstützung einer Muttersprachlerin aus dem Umfeld der Autorinnen und Autoren genutzt. Die 45 von den Institutionen und Expertinnen und Experten eingesandten Dokumente waren überwiegend (29) in den jeweiligen Landessprachen verfasst. Acht Dokumente (je 1 aus England, Wales, Schottland, Irland, Malta, Flandern, Spanien und den Niederlanden) lagen in englischer Sprache vor, acht Dokumente (3 aus der Schweiz; 2 aus Österreich; je 1 aus Deutschland, Liechtenstein und Luxemburg) in deutscher Sprache. Von den 28 Dokumenten, die ausschließlich in den jeweiligen Muttersprachen veröffentlicht wurden, wurden 9 (4 von Frankreich, 3 von Belgien/Flandern, je 1 von den Niederlanden und Portugal) mit Hilfe von DeepL übersetzt. Die restlichen 20 Dokumente wurden in den jeweiligen Landessprachen mit Hilfe von Google Search, Google Translate und einer Muttersprachlerin (Polnisch/Expertise in einigen verwandten osteuropäischen Sprachen) nach Stichworten durchsucht. Die Dokumente wurden mit der Pro-Version des Übersetzungsdienstes DeepL und dem Google Translator übersetzt. Die Ergebnisse der Analysen der NDPs und Versorgungsleitlinien sowie die weiteren vorläufigen Projektergebnisse wurden mit dem Fokus auf Demenz und Migration mit verschiedenen Expertinnen und Experten aus verschiedenen Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs (Belgien/Flandern, Bulgarien, Dänemark, England, Niederlande, Norwegen, Portugal und Rumänien) bei einem Workshop in Den Haag (Niederlande) im Jahr 2019 und einer Projektsitzung während der virtuellen Alzheimer Europe Conference 2020 diskutiert.

2.7 Interviews mit Expertinnen und Experten

Zusätzlich zu den Dokumentenanalysen wurde beschlossen, Interviews mit Expertinnen und Experten zum Thema Demenz und Migration durchzuführen. Dies geschah, um weitere Meinungen zu diesem Thema einzuholen und vertiefte Antworten zu erhalten, wie die Versorgungssituation in der Praxis aussieht. Auf diese Weise konnte auch überprüft werden, ob die NDPs und Leitlinien die tatsächliche Versorgungssituation der Menschen mit Demenz und ihrer Familienangehörigen widerspiegeln oder ob sie vom Geschehen in der Versorgungslandschaft abgekoppelt sind.

Die Expertinnen und Experten, die am Expertenworkshop teilgenommen haben, wurden zu den Interviews eingeladen. Da in diesem ersten Rekrutierungsprozess nicht für jedes Land Expertinnen oder Experten gefunden werden konnten, wurden Forschende und Pflegedienstleistende bei Veranstaltungen oder Vorträgen zum Thema Demenz und Migration kontaktiert. Außerdem wurden Datenbanken wie PubMed nach Artikeln zum Thema Demenz und Migration durchsucht und die entsprechenden Autorinnen und Autoren kontaktiert. Es wurde eine Google-Suche nach Gesundheitsdienstleistenden durchgeführt, die sich mit diesem Thema beschäftigen, und es wurden die herausgebenden Stellen bzw. Autorinnen und Autoren von NDPs, nationale Gesundheitsministerien, Fachgesellschaften und Alzheimer-Gesellschaften angeschrieben. Das erste Interview wurde persönlich durchge-

führt, während die übrigen über die Videokonferenz-Plattform Zoom über einen Zeitraum von zwölf Monaten durchgeführt wurden. Insgesamt wurden 25 Expertinnen und Experten aus 17 Ländern befragt: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Liechtenstein, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Rumänien, Schweden und England. Für fast alle Länder wurden mündliche Interviews durchgeführt. Die einzige Ausnahme war die Expertin aus Schweden, die schriftliche Erklärungen abgab. Fast alle Interviews wurden in englischer Sprache geführt, mit Ausnahme von Deutschland, Liechtenstein und Luxemburg, die in deutscher Sprache geführt wurden. Bei den Expertinnen und Experten handelte es sich um Forschende, Pflegeplanende, Pflegedienstleistende und Vertreterinnen und Vertreter von Demenzverbänden oder Alzheimer-Gesellschaften. So finden sich in dieser Studie neben Vertreterinnen und Vertretern von Menschen mit Demenz vor allem auch Angehörige des Wissenschafts- und Gesundheitssystems. Die Teilnehmenden waren nicht immer Expertinnen oder Experten auf dem Gebiet Demenz und Migration, da Demenz bei Zuwandernden in einigen Ländern kein wichtiges Studienthema ist. Daher wurden in solchen Fällen Gesundheits- und Migrationsexpertinnen und -experten oder Demenzexpertinnen oder -experten befragt oder es wurde ein runder Tisch organisiert, an dem sowohl Demenzexpertinnen und -experten als auch Migrationsexpertinnen und -experten teilnahmen. Für einige wenige Länder, wie z. B. die baltischen Staaten, konnten keine Forschenden oder Pflegedienstleistenden gefunden werden, die an diesem Thema arbeiten. In einigen Fällen spielt das Thema Zuwanderung keine große Rolle und das Thema Demenz wird selten angesprochen. Insgesamt war die Rekrutierung von Expertinnen und Experten eine Herausforderung, die durch die COVID-19-Pandemie noch verstärkt wurde. Seit dem Ausbruch der Pandemie gab es z. B. aus einigen Ländern eine gewisse Zeit lang keine Antwort.

2.7.1 Interviewleitfaden

Die Fragen für die Interviews wurden aus wissenschaftlichen Artikeln, nationalen und internationalen Berichten und der Analyse von NDPs abgeleitet. Die primäre Quelle war der Alzheimer Europe Bericht „The development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups“ („Die Entwicklung der interkulturellen Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten“) aus dem Jahr 2018. Themen des Interviews waren: allgemeine Fragen, Versorgung, Inklusion und Aufklärung von PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige. Den Expertinnen und Experten wurde der Interviewleitfaden zusammen mit einem Dokument, das Definitionen von Schlüsselbegriffen und des Forschungsvorhabens dieses Projekts enthielt, vor dem Interview zugesandt. Außerdem wurde den Expertinnen und Experten ein Honorar von 400€ für ihre Teilnahme an der Befragung angeboten. Den Interviewleitfaden und das Dokument mit den Schlüsselbegriffen finden Sie im Anhang in englischer und deutscher Sprache.

2.7.2 Datenauswertung

Die Interviews, die im Durchschnitt 90 Minuten dauerten, wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Dabei wurden die Transkriptionsregeln der qualitativen Inhaltsanalyse von Kuckartz (2010) angewandt und eine wortwörtliche Transkription durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2014). Zur Strukturierung der Inhalte wurde eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorisierung verwendet. Zunächst wurden aus den Kategorien des Interviewleitfa-

dens drei Kategorien deduktiv abgeleitet: 1. Versorgungsangebote und Aufklärung für PmM mit Demenz, 2. berufliche Qualifikation und PmM im Gesundheitswesen, 3. Unterstützung für pflegende Angehörige. Die Textabschnitte, die sich direkt auf eines dieser drei Themen beziehen, wurden den Kategorien zugeordnet und extrahiert. Die anderen Abschnitte wurden nicht aufgenommen, da sie keine direkten Antworten auf die Hauptziele der Interviews und des Atlasses liefern. Anschließend wurde das extrahierte Material sortiert und der Inhalt in einzelne Kategorien zusammengefasst. Danach wurden Unterkategorien induktiv aus den Daten abgeleitet. Zu den drei Hauptthemen wurden Unterthemen gebildet und Oberbegriffe für das jeweils beschriebene Phänomen abgeleitet. Am Ende wurde ein endgültiges Kategoriensystem erstellt und das Material sortiert, zusammengefasst und in die Länderprofile für den Atlas integriert.

Für einige wenige Länder (8) wurden Interviews mit mehreren Expertinnen und Experten geführt. In den Länderprofilen wurden die zentralen Aussagen aller Expertinnen und Experten genannt und abweichende Aussagen verschiedener befragter Personen aus einem Land entsprechend gekennzeichnet. In Kapitel 3.6 „Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz und verfügbare Gesundheitsdienstleistungen für diese Gruppe in Europa“, wo die Ergebnisse zunächst quantitativ und in Zahlen dargestellt werden, wurde nur eine Antwort pro Land berücksichtigt. In den meisten Fällen, insbesondere bei den Expertinnen und Experten, die gemeinsam befragt wurden, stimmten die zentralen Aussagen überein. In zwei Fällen gab es jedoch widersprüchliche zentrale Aussagen - einmal bei den beiden Expertinnen aus Bulgarien und einmal bei den beiden Experten aus Liechtenstein. In beiden Fällen wurde die Antwort derjenigen Expertin bzw. desjenigen Experten gewichtet, der bzw. die nach einer zu Beginn des Interviews durchgeführten Selbsteinschätzung die höhere Expertise auf diesem Gebiet hatte und die gegebene Antwort begründete.

2.7.3 Änderungen durch die COVID-19-Pandemie

Die weltweite COVID-19-Pandemie machte Änderungen an den geplanten Abläufen notwendig. Der ursprüngliche Plan für die Interviews war, die Expertinnen und Experten in ihren jeweiligen Ländern zu besuchen und die Interviews persönlich durchzuführen. Aufgrund der erhöhten Gesundheitsrisiken und Reiseverbote wurde das Format jedoch auf Interviews per Videokonferenz umgestellt. Zudem führten die Umstände, die sich aus COVID-19 ergaben, und die Notwendigkeit, den Ansatz zu modifizieren, zu einer Verlängerung der Projektdauer um sechs Monate.

2.8 Zentrale Elemente für eine kultursensible Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Um einen kurzen Überblick über Schlüsselelemente einer kultursensiblen Versorgung zu geben, die die spezifischen Bedürfnisse von PmM mit Demenz nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft berücksichtigt, wurde eine systematische Analyse von Artikeln aus wissenschaftlichen Fachzeitschriften mit Peer-Review, wissenschaftlich orientierten mündlichen Aussagen aus Konferenzpräsentationen, staatlichen Demenzplänen und internationalen Berichten sowie medizinisch orientierten Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit Demenz durchgeführt. Dabei wurden drei methodische Modelle wie folgt kombiniert (Triangulation): Für die Sammlung von Aussagen aus wissenschaftlichen Artikeln wurde die systematische Literaturanalyse von Becker

(2018) verwendet, für die Analyse der Daten wurde die Diskursanalyse von Keller (2011) eingesetzt und für die Kodierung wurde die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring (2014) angewendet.

2.8.1 Datenerfassung

1. Um relevante Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften zu identifizieren, wurden die Datenbanken PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, und PsycINFO auf der Plattform EBSCOhost sowie die Datenbank PubMed durchsucht. Dabei wurden die Schlüsselbegriffe - Care, Versorgung, dementia, Demenz, migration und Migration - verwendet. In dieser Analyse wurden nur Artikel in deutscher und englischer Sprache berücksichtigt, da diese die Muttersprache bzw. Zweitsprache der Autorinnen und Autoren darstellen. Die Studie umfasst den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 1. November 2019. Dieser Zeitraum orientiert sich an der Gültigkeit von Handlungsempfehlungen aus Leitlinien und NDPs verschiedener europäischer Länder. In den meisten Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs beträgt die Gültigkeit von Leitlinien und Demenzplänen fünf Jahre. Da sich die Handlungsempfehlungen in zwei aufeinanderfolgenden Dokumenten oft nur geringfügig unterscheiden und deutliche Diskrepanzen erst nach einem Abstand von mehr als 10 Jahren auftreten, wurde dieser Zeitraum als Basis für die Analyse herangezogen. Die Datenbanksuche beschränkte sich auf Abstracts und Titel, da nur Artikel berücksichtigt werden sollten, die sich mit der Versorgung von Menschen mit Demenz beschäftigen.
Die formalen Suchkriterien waren wie folgt. Sprache: Deutsch und Englisch, Erscheinungsdatum: 1. Januar 2009-1. November 2019, Veröffentlichungsart: Open Access, und Suchdatum: 1. November 2019. Die Suchbegriffe und Ergebnisse waren wie folgt: PubMed: (((Versorgung [Titel/Abstract] ODER care [Titel/Abstract])) UND (Demenz [Titel/Abstract] OR dementia [Titel/Abstract])) UND (Migration [Titel/Abstract] ODER Migration [Titel/Abstract]): 17 Treffer; EBSCOhost: Datenbank: PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO: (((Versorgung oder care [Abstract])) UND (Demenz oder dementia [Abstract])) UND (Migration oder migration [Abstract]): 21 Treffer. Somit betrug die Gesamtzahl der Artikel nach Ausschluss von Duplikaten 25.
Nach Ausschluss von vier Artikeln aufgrund des Veröffentlichungsdatums und vier Artikeln aufgrund der Implementierung von materiellen Qualitätskriterien, die den Einschluss von Elementen/Maßnahmen zum Thema Versorgung von PmM mit Demenz erforderten, umfasste der Korpus n=17 Artikel.

2. Anschließend wurden die folgenden Dokumente in den Korpus integriert:

- → NDPs der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs, die am 1. November 2019 über die Website von Alzheimer Europe oder die Suchmaschine Google verfügbar waren
- → Leitlinien zur Demenzversorgung, die bis zum 1. November 2019 von den nationalen Alzheimer-Gesellschaften, Gesundheitsministerien und Fachgesellschaften für Geriatrie, Gerontologie und Neurologie der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs eingegangen sind. Diese Leitlinien wurden als Antwort auf Mailanfragen bereitgestellt, die zwischen dem 2. Mai und dem 11. Juli 2019 verschickt wurden.
- → Artikel, auf die in den systematisch abgeleiteten Artikeln verwiesen wird
- → internationale Berichte, Bücher, Datenbanken und Websites, die am 1. November 2019 online verfügbar waren, in denen Elemente oder Maßnahmen bezüglich der Versorgung von

PmM mit Demenz vorhanden waren. Diese wurden durch eine Google-Suche mit verschiedenen Schlüsselwörtern wie: Bericht/Buch/Datenbank/Website und Demenz und Migration, Demenzversorgung oder Migrantinnen/Migranten und Gesundheit gefunden.

3. Schließlich wurden mündliche Aussagen aus Konferenzpräsentationen, Workshops und Diskussionsrunden in EU-Ländern zum Thema Demenz und Migration abgeleitet. Es wurden nur Beiträge von Veranstaltungen berücksichtigt, die von den Autorinnen und Autoren besucht wurden. Die Autorinnen und Autoren bewerteten die Programme verschiedener auf EU-Ebene organisierter Veranstaltungen und besuchten diejenigen, die Themen hervorhoben, die sie im Zusammenhang mit der Versorgung von PmM mit Demenz für relevant hielten. Zusätzlich wurde eine Veranstaltung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft berücksichtigt, bei der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, praktizierende Fachleute und pflegende Angehörige ihre Beiträge zum Thema Demenz und Migration einbrachten.

2.8.2 Datengrundlage

Die Suche ergab folgende Treffer: n=113 Dokumente, Bücher, Datenbanken und Websites und n=4 Veranstaltungen. Nach dem inhaltlichen Screening dieser Texte und Veranstaltungen blieben folgende Diskursfragmente übrig: n=64 Dokumente, Bücher, Datenbanken und Websites und n=4 Veranstaltungen. Diese teilen sich wie folgt auf: 28 wissenschaftliche Artikel; 15 nationale Leitlinien; 11 NDPs; 6 internationale Berichte zu Demenz, Gesundheit und Migration; 2 Bücher zu Demenz und Migration; 1 Datenbank mit Initiativen zur interkulturellen Pflege; 1 Website zu Gesundheit und Migration; das North Sea Dementia Group Meeting 2019; die Alzheimer Europe Konferenz 2019; die European Public Health Konferenz 2019; und das Symposium zu Demenz und Migration der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2019. Diese Texte, Publikationen und Veranstaltungen bilden die Datengrundlage für die Ergebnisse dieser Studie.

2.8.3 Datenauswertung

Die relevanten Textabschnitte und mündlichen Beiträge wurden paraphrasiert, Notizen und Kommentare wurden hinzugefügt und der Text wurde kodiert [26]. Es wurde eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorisierung verwendet. Zunächst wurden die Kategorien aus anderen Leitlinien zur Demenzversorgung abgeleitet [33-37]. Diese Kategorien wurden den einzelnen Textabschnitten zugeordnet. Aus Datenmaterial, das auf diese Weise nicht kodiert werden konnte, wurden Inhaltskategorien aggregiert. Anschließend wurde das Kategorienset durch die Formulierung von Hauptkategorien strukturiert. Danach wurde aus den Hauptkategorien eine Grobstruktur generiert und der Inhalt geordnet [38]. Es wurde ein Konsens gebildet, zentrale Aussagen wurden abgeleitet und abweichende oder singuläre Aussagen wurden ausgeschlossen [39]. Anschließend wurden die zentralen Aussagen zu einem Maßnahmenkatalog zusammengefasst und abschließend strukturiert.

2.9 Quellen

1. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR: How is migration background considered in the treatment and care of people? A comparison of national dementia care guidelines in Europe. *BMC Public Health* 2020, 20(1):1555.
2. Sturge G: Migration Statistics. In. Herausgegeben von House of Commons Library: House of Commons Library; 2019.
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Migrationshintergrund (Definition). [https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?lv3=3198544]. (2019). Abgerufen am 11. November 2019.
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division: International Migration 2019; 2019.
5. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitliniengrundlagen. [https://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen]. (2016). Abgerufen am 30. September 2019.
6. Stein K, Rieder A: Konzept zur Erstellung einer Leitlinie zur Behandlung, Betreuung und Sekundärprävention des Post-Myokardinfarktes im Rahmen eines österreichischen Disease Management Programmes In. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung der WGKK; 2007.
7. Hermanek P: Standard, Richtlinie oder Leitlinie: Definition und praktische Relevanz. *Der Onkologe* 1998, 4:382-386
8. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Curriculum Qualitätssicherung: Ärztliches Qualitätsmanagement. In, Bd. 10. Köln; 1996.
9. Feld M, Lohr K: Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academy Press; 1990.
10. VFR Verlag für Rechtsjournalismus: Stationäre Pflege: Wer kommt für die Unterbringung im Heim auf? [https://www.familienrecht.net/stationaere-pflege/], (2021). Abgerufen am 23. Februar 2021.
11. Bundesministerium für Gesundheit: Pflegedienst und Pflegesachleistungen. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegedienst-und-pflegesachleistungen.html]. (2019). Abgerufen am 24. Juli 2020.
12. Kaiser C: Ältere Migranten und Demenz: Versorgungssitutation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller; 2009.
13. Schneider G: Das junge Politik-Lexikon von www.hanislauland.de. In. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2020.
14. Dömling G: „Kennzeichen kultursensibler Pflege". In. Berlin: Diakonie Deutschland, Sozialwissenschaftliches Institut der EKD, Bundesakademie für Kirche und Diakonie Fachhochschule der Diakonie; 2010-2012.
15. Diakonie Württemberg: Interkulturelle Orientierung als diakonische Qualität. In. Stuttgart: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg; 2010.
16. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: Nationaler Aktionsplan Integration 2012 – Bericht der Freien Wohlfahrtspflege. In. Berlin; 2012.
17. PRO PflegeManagement: Das bedeutet kultursensible Altenpflege für Ihre tägliche Arbeit. [https://www.ppm-online.org/was-ist-kultursensible-altenpflege/]. (2019). Abgerufen am 24. Juli 2020.
18. Forum Verlag: Kultursensible Pflege: Definition, Konzept und Tipps für die Praxis [https://www.forum-verlag.com/blog-gp/kultursensible-pflege]. (2018). Abgerufen am 24. Juli 2020.
19. Yakar HK, Alpar SE: Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences* 2018, 11(3):1396.
20. Statistisches Bundesamt: Europa - NUTS-Klassifikation: Die Einteilung der Europäischen Union in EU-Regionen.
21. Eurostat: Methodological manual on territorial typologies: 2018 edition. In. Herausgegeben von Angelo-Tosheva V, Müller O; 2019.
22. Alzheimer's Disease International, Wimo A, Ali G-C, Guerchet M, Prince M, Prina M, Wu Y-T: The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. In. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
23. Esri: World Ocean Background; 2010.
24. Esri: World Countries; 2013.
25. Geospatial Analysis: Introduction and terminology. [https://www.spatialanalysisonline.com/HTML/index.html]. (2020). Abgerufen am 23. Feb 2021.
26. Keller R: Diskursforschung: eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. In. Herausgegeben von Bohnsack R, Flick U, Lüders C, Reichertz J, Bd. 14. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.

27. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 1. Juni 2019.

28. Alzheimer Europe: Dementia in Europe Yearbook 2018: Comparison of national dementia strategies in Europe. In. Luxemburg: Alzheimer Europe; 2018.

29. Alzheimer's Disease International: from plan to impact: progress towards targets of the Global action plan on dementia. In. London: Alzheimer's Disease International; 2018.

30. Barbarino P, Lynch C, Bliss A, Dabas L, ALzheimer's Disease International: From Plan to Impact III In: *Maintaining dementia as a priority in unprecedented times.* 2020.

31. Flemish Expertise Centre on Dementia Care: Nationale behandelingsrichtlijnen voor dementie in Vlaanderen. In., E-Mail-Konversation edn.; 2019.

32. Alzheimer Europe: Our members. [https://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Who-we-are/Our-members]. (2020). Abgerufen am 17. Juni 2019.

33. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie: S3-Leitlinie „Demenzen" (Langversion – Januar 2016); 2016.

34. Dorner T, Rieder A, Stein K: Besser Leben mit Demenz: Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Wien: Competence Center intregrierte Versorgung; 2011.

35. Fröschl B, Antony K, Pertl D, Schneider P: Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz. In. Herausgegeben von Gesundheit Österreich GmbH. Wien; 2015.

36. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Medizinisch-ethische Richtlinien: Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. In. Herausgegeben von Wissenschaften SAdM; 2017.

37. Schweizerische Alzheimervereinigung: Demenz: Diagnose, Behandlung und Betreuung. In. Herausgegeben von der Alzheimervereinigung S. Yverdon-les-Bains; 2014.

38. Mayring P: Qualitative Content Analysis: Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution. Klagenfurth (Österreich): Beltz; 2014.

39. Becker W: Systematische Literaturanalyse. In: *Geschäftsmodellinnovationen als Wettbewerbsvorteil mittelständischer Unternehmen, Management und Controlling im Mittelstand.* edn. Wiesbaden: Springer Gablder; 2018.

3. Ergebnisse

3.1 Die Geschichte der Migration in Europa

Migration in Europa ist kein neues Phänomen. Seit Beginn der Menschheitsgeschichte ist die Migration ein zentrales Element des sozialen Wandels. Globale Migration in größerem Maßstab begann im 15. Jahrhundert, als Europa begann, sich politisch, wirtschaftlich und kulturell weltweit auszudehnen. Bis zum frühen 19. Jahrhundert war die Auswanderung von Europäerinnen und Europäern in andere Regionen der Welt noch moderat [1].

3.1.1 Phasen der europäischen Migrationsgeschichte seit Beginn des 19. Jahrhunderts

Die jüngere Migrationsgeschichte lässt sich in sechs Phasen unterteilen:

1. Phase: Frühes 19. Jahrhundert bis frühes 20. Jahrhundert: Europa war ein Kontinent der Auswanderung und mehr als 60 Millionen Europäerinnen und Europäer verließen den Kontinent in Richtung Nord- und Südamerika (die meisten davon in die USA), Australien und Neuseeland.

2. Phase: Anfang des Ersten Weltkriegs bis Ende der 1940er Jahre: Die beiden Weltkriege führten zu großen internen und interkontinentalen Fluchtbewegungen. Während der Kriege wurden auch Soldatinnen und Soldaten aus Asien, Afrika und der Karibik von den Kolonialmächten rekrutiert, von denen bei Kriegsende mehrere tausend in Europa verblieben. Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es zu massiven Wanderungsbewegungen durch die Vertreibung ganzer Volksgruppen (zum Beispiel in den ehemaligen deutschen Ostgebieten).

3. Phase: 1950 bis Mitte der 1970er Jahre: Die Masseneinwanderung nach Europa begann. Große Gruppen von Migrantinnen und Migranten wanderten aus ehemaligen europäischen Kolonien und Entwicklungsländern nach Frankreich, das Vereinigte Königreich, Belgien, Portugal und in die Niederlande ein. In den 1950er und 1960er Jahren rekrutierten die industriellen Kernländer (West-)Deutschland, Norditalien, die Schweiz, Österreich, Frankreich, Belgien, die Niederlande, Luxemburg, das Vereinigte Königreich (England), Dänemark und Schweden auch Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus den weniger entwickelten Ländern wie Spanien, Italien, Jugoslawien, Griechenland, Irland (in das Vereinigte Königreich) und Finnland (nach Schweden). Ab den 1960er Jahren begannen deutsche, belgische, niederländische, französische und skandinavische Unternehmen, Arbeitskräfte aus der Türkei, Marokko, Algerien und Tunesien sowie aus bestimmten ehemaligen Kolonien wie Senegal oder Mali (ehemalige französische Kolonien) und der Karibik (als britische Kolonie) anzuwerben. Infolge positiver Wanderungssalden nahm die Bevölkerung in Europa um etwa 10 Millionen zu.

4. Phase: Mitte der 1970er bis Anfang der 1990er Jahre: Der Stopp der Anwerbung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten durch die meisten nord- und westeuropäischen Länder während der wirtschaftlichen Rezession Mitte der 1970er Jahre führte dazu, dass sich eine große Anzahl von zugewanderten Menschen dauerhaft in den Aufnahmeländern niederließ und ihre Familien umsiedelte, um bei ihnen zu leben. Familienzusammenführungen aus den Maghreb-Staaten, der Türkei und anderen Herkunftsländern prägten den europäischen Migrationsprozess. Darüber hinaus bewirkten die Anwerbestopps eine Verschiebung der Arbeitsmigration in Richtung der südeuropäischen Peripheriestaaten, die sich sukzessive von Auswanderungs- zu Einwanderungsländern entwickelten. Nachdem das Wirtschaftswachstum ab Mitte der 1980er Jahre wieder einsetzte und ein wirtschaftlicher Strukturwandel hin zu einer dienstleistungsorientier-

ten Wirtschaft stattfand, wuchs die Nachfrage nach niedrig- und hochqualifizierten Arbeitsmigrantinnen und -migranten in den industriellen Kernländern wieder.

5. Phase: Anfang der 1990er-2007: Nach dem Zusammenbruch der kommunistischen Systeme, dem Ende des Kalten Krieges und den Jugoslawienkriegen entwickelten sich die mittel- und osteuropäischen Länder (Polen, Ukraine, Albanien, Rumänien, Bulgarien und die baltischen Staaten) zu wichtigen Herkunftsländern von Migrantinnen und Migranten, die nach West- und Südeuropa zogen, und teilweise zu eigenständigen Transit- und Einwanderungsländern. Darüber hinaus wurden die südliche und westliche Peripherie (Irland, Italien, Spanien) als Zielländer etabliert. Außerdem hat die Zuwanderung aus Afrika seit Mitte der 1990er Jahre zugenommen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts hat auch die Zuwanderung aus Ost-, Süd- und Südostasien sowie aus Lateinamerika deutlich zugenommen. Insgesamt ist eine Diversifizierung der Herkunftsländer und Migrationsmotive festzustellen (z. B. Krankenpflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte von den Philippinen; Geflüchtete und Asylsuchende aus Afrika, dem Nahen Osten, Asien, dem Balkan und der ehemaligen Sowjetunion; Studierende aus China).

6. Phase: 2008-Heute: Die Weltwirtschaftskrise von 2008 war der Ausgangspunkt für die aktuelle Phase der Stabilisierung der innereuropäischen Migration und der zunehmenden Zuwanderung von Nicht-EU-Bürgerinnen und -Bürgern. Die Krise führte zunächst zu einem Rückgang der Migration innerhalb und in Richtung der EU und regte die Auswanderung aus besonders krisengeschüttelten Ländern wie Griechenland, Spanien, Portugal und Irland nach Nordeuropa an. Ab 2012 nahm die Zuwanderung aus Nicht-EU-Ländern zu, unter anderem aufgrund der Syrien- und Ukraine-Konflikte. Außerdem haben einige Länder wie Deutschland, Schweden, Dänemark und das Vereinigte Königreich Programme zur Anwerbung internationaler Studierender und hochqualifizierter Migrantinnen und Migranten initiiert, und die EU hat ein EU-weites Aufenthalts- und Arbeitsprogramm für Nicht-EU-Zugewanderte (Blue-Card-System) eingerichtet. Im Jahr 2015 betrug die EU-Binnenmigration 1,4 Millionen, die legale Migration aus Nicht-EU-Ländern 2,4 Millionen. Während Rumänien und Polen die Hauptherkunftsländer der EU-Binnenmigration sind, haben sich Syrien und die Ukraine zu den Hauptherkunftsländern der externen Migration entwickelt [2-5].

3.1.2 Aktuelle Situation in den Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs

Tab. 2: Übersicht der Migrationsdaten der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs

Land	Anzahl der Migrant-innen und Migranten*1 im Jahr 2019	Anteil der Migrant-innen und Migranten an der Gesamt-bevölkerung im Jahr 2019	Entwickl-ung der Migrations-bevölker-ung zwischen 1990 und 2019	Netto-migra-tions-zahl*2 (Rate*3) 2020	Gesamt-zahl der neu Zugewan-derten im Jahr 2013	3 häufigste Herkunfts-länder von Migrant-innen und Migranten im Jahr 2013
Belgien	2 Millionen	17.2%	153.85%	240,000 (4.2)	118,300	Italien (189,367) Frankreich (155,879) Niederlande (148,440)
Bulgarien	168,500	2.4%	783.72%	- 24,000 (- 0,7)	18,600	Russische Föderation (19,733) Rumänien (6,371) Ukraine (6,193)
Dänemark	722,900	12.5%	307.36%	76,000 (2.6)	60,300	Deutschland (35,316) Turkei (32,829) Polen (30,931)
Deutschland	13.1 Millionen	15.7%	222.03%	2.7 Millionen (6.6)	692,700	Türkei (1,543,787) Polen (1,146,754) Russische Föderation (1,007,536)
Estland	190,200	14.4%	49.79%	19,600 (3.0)	4,100	Russische Föderation (159,036) Ukraine (21,014) Belarus (12,419)

Land	Anzahl der Migrant-innen und Migranten*1 im Jahr 2019	Anteil der Migrant-innen und Migranten an der Gesamt-bevölkerung im Jahr 2019	Entwickl-ung der Migrations-bevölker-ung zwischen 1990 und 2019	Netto-migra-tions-zahl*2 (Rate*3) 2020	Gesamt-zahl der neu Zugewan-derten im Jahr 2013	3 häufigste Herkunfts-länder von Migrant-innen und Migranten im Jahr 2013
Finnland	383,100	6.9%	605.21%	70,000 (2.5)	31,900	Russische Föderation (68,434) Schweden (36,117) Estland (34,013)
Frankreich	8.3 Millionen	12.8%	140.68%	182,600 (0.6)	332,600	Algerien (1,406,845) Marokko (911,046) Portugal (629,118)
Griechen-land	1.2 Millionen	11.6%	194.14%	- 80,000 (- 1.5)	57,900	Albanien (574,840) Bulgarien (55,988) Rumänien (38,597)
Irland	833,600	17.1%	365.61%	118,000 (4.9)	59,300	Vereinigtes Königreich (253,605) Polen (124,566) Litauen (37,823)
Island	52,400	15.5%	545.83%	1,900 (1.1)	6,400	Polen (9,357) Dänemark (3,066) Schweden (1,876)
Italien	6.3 Millionen	10,4%	450.00%	744,700 (2.5)	307,500	Rumänien (1,008,169) Albanien (448,657) Marokko (425,188)

Land	Anzahl der Migrant-innen und Migranten*1 im Jahr 2019	Anteil der Migrant-innen und Migranten an der Gesamt-bevölkerung im Jahr 2019	Entwickl-ung der Migrations-bevölker-ung zwischen 1990 und 2019	Netto-migra-tions-zahl*2 (Rate*3) 2020	Gesamt-zahl der neu Zugewan-derten im Jahr 2013	3 häufigste Herkunfts-länder von Migrant-innen und Migranten im Jahr 2013
Kroatien	518,100	12.5%	108,98%	- 40,000 (- 1,9)	10,400	Bosnien und Herzegowina (499,059) Serbien (118,071) Slowenien (47,768)
Lettland	237,300	12,4%	36.73%	- 74,200 (- 7,6)	8,300	Russische Föderation (146,628) Belarus (49,235) Ukraine (36,106)
Liechten-stein	25,500	67%	233.95%	No data	696	2013: Keine Daten 2016: Schweiz (3,612) Österreich (2,203) Italien (1,572)*4
Litauen	117,200	4.2%	33.55%	- 163,900 (- 11,6)	22,000	Russische Föderation (62,143) Belarus (35,708) Ukraine (13,322)
Luxemburg	291,700	47.4%	256.33%	48,700 (16.3)	21,100	Portugal (85,716) Frankreich (32,752) Italien (18,667)
Malta	84,900	19,3%	562.25%	4,500 (2.1)	8,400	Vereinigtes Königreich (11,429) Australien (5,463) Kanada (2,136)

Land	Anzahl der Migrant-innen und Migranten*1 im Jahr 2019	Anteil der Migrant-innen und Migranten an der Gesamt-bevölkerung im Jahr 2019	Entwickl-ung der Migrations-bevölker-ung zwischen 1990 und 2019	Netto-migra-tions-zahl*2 (Rate*3) 2020	Gesamt-zahl der neu Zugewan-derten im Jahr 2013	3 häufigste Herkunfts-länder von Migrant-innen und Migranten im Jahr 2013
Niederlande	2.3 Millionen	13,4%	191.67%	80,000 (0.9)	129,400	Türkei (303,483) Suriname (191,182) Marokko (173,489)
Norwegen	867,800	16.1%	450.57%	140,000 (5.3)	68,300	Polen (76,184) Schweden (53,082) Deutschland (30,819)
Österreich	1.8 Millionen	19.9%	226.93%	325,000 (7.4)	101,900	Deutschland (199,935) Serbien (174,437 Türkei (165,206)
Polen	656,000	1.7%	59.64%	- 147,000 (- 0.8)	220,300	Ukraine (221,307) Deutschland (81,779) Belarus (81,363)
Portugal	888,200	8.7%	203.81%	- 30,000 (- 0.6)	17,600	Angola (161,395) Brasilien (138,664) Frankreich (93,781)
Rumänien	462,600	2.4%	340.65%	- 370,000 (- 3.8)	153,600	Moldawien (49,785) Italien (27,462) Bulgarien (18,271)
Schweden	2 Millionen	20%	253.55%	200,000 (4)	115,800	Finnland (167,185) Irak (130,449) Polen (76,848)

Land	Anzahl der Migrant-innen und Migranten*1 im Jahr 2019	Anteil der Migrant-innen und Migranten an der Gesamt-bevölkerung im Jahr 2019	Entwickl-ung der Migrations-bevölker-ung zwischen 1990 und 2019	Netto-migra-tions-zahl*2 (Rate*3) 2020	Gesamt-zahl der neu Zugewan-derten im Jahr 2013	3 häufigste Herkunfts-länder von Migrant-innen und Migranten im Jahr 2013
Schweiz	2.6 Millionen	29.9%	185,71%	260,000 (6.1)	160,200	Deutschland (356,974) Italien (260,746) Portugal (202,745)
Slowakische Republik	188,000	3.4%	455.21%	7,400 (0.3)	5,100	Tschechische Republik (83,050) Ungarn (15,895) Ukraine (9,398)
Slowenien	253,100	12.2%	142.11%	10,000 (1)	13,900	Bosnien und Herzegowina (98,501) Kroatien (49,475) Serbien (36,719)
Spanien	6.1 Millionen	13,1%	742.45%	200,000 (0.9)	280,800	Rumänien (797,603) Marokko (745,674) Ecuador (451,184)
Tschech-ische Republik	512,700	4.8%	464.40%	110,100 (2.1)	30,100	Ukraine (127,239) Slowakei (73,437) Vietnam (61,744)
Ungarn	512,000	5,3%	147.34%	30,000 (0.6)	39,000	Rumänien (232,793) Deutschland (33,896) Ukraine (31,632)

Land	Anzahl der Migrant-innen und Migranten*1 im Jahr 2019	Anteil der Migrant-innen und Migranten an der Gesamt-bevölkerung im Jahr 2019	Entwickl-ung der Migrations-bevölker-ung zwischen 1990 und 2019	Netto-migra-tions-zahl*2 (Rate*3) 2020	Gesamt-zahl der neu Zugewan-derten im Jahr 2013	3 häufigste Herkunfts-länder von Migrant-innen und Migranten im Jahr 2013
Vereinigtes Königreich	9.6 Millionen	14.1%	259.46%	1.3 Millionen (3.9)	526,000	Indien (756,471) Polen (661,482) Pakistan (476.144)
Zypern	191,900	16%	438.13%	25,000 (4.2)	13,100	Vereinigtes Königreich (42,854) Griechenland (27,912) Georgien (17,994)
EU/EFTA/ Vereinigtes Königreich	61,657,700				3,635,596	

*1 Im Ausland geboren, *2 Einwandernde minus Auswandernde (in den letzten 5 Jahren), *3 Einwandernde minus Auswandernde pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (in den letzten 5 Jahren), Quellen: Spalten 2-6: IOM (International Organization for Migration) 2019: Migrationsdatenportal, Spalte 7: United Nations, Department of Economic and Social Affairs 2013: Population Division. Trends in International Migrant Stock: The 2013 Revision, *4 Spalte 7 Liechtenstein: Amt für Statistik (Fürstentum Liechtenstein) 2017: Liechtenstein in Zahlen 2018, fettgedruckt: Höchste Zahl pro Spalte.

Tabelle 2 zeigt die wichtigsten Daten zur Migration in den einzelnen EU- und EFTA-Ländern sowie im Vereinigten Königreich. Die (im Ausland geborene) Migrationsbevölkerung aller EU- und ETFA-Staaten sowie des Vereinigten Königreichs umfasst fast 61,7 Millionen Menschen. Circa 70% aller Migrantinnen und Migranten der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs leben in Deutschland (13,1 Millionen), im Vereinigten Königreich (9,6 Millionen), Frankreich (8,3 Millionen), Italien (6,3 Millionen) und Spanien (6,1 Millionen). Den höchsten Anteil zugewanderter Menschen an der Gesamtbevölkerung haben Liechtenstein, Luxemburg, die Schweiz, Schweden und Österreich. In Liechtenstein sind etwa zwei Drittel der Bevölkerung im Ausland geboren, in Luxemburg ist es knapp die Hälfte, in der Schweiz fast ein Drittel und in Schweden und Österreich etwa ein Fünftel. Allerdings gibt es grundlegende Unterschiede zwischen den Ländern mit dem höchsten Migrationsanteil und den Ländern mit der größten Anzahl von Migrantinnen und Migranten in Bezug auf die dominierenden Herkunftsregionen. In Liechtenstein und Luxemburg kommen die größten Gruppen zugewanderter Menschen aus anderen Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs sowie aus Nachbarländern mit gleicher Landessprache, zum Beispiel aus der Schweiz und Österreich nach Liechtenstein und aus Portugal und Frankreich nach Luxemburg. Dagegen gehören in Deutschland (aus der Türkei, Russischen Föderation) und

dem Vereinigten Königreich (aus Indien, Pakistan) mehrere Nicht-EU-Staaten zu den Hauptherkunftsländern der Migrantinnen und Migranten. In 23 von 31 Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs machen Migrantinnen und Migranten mehr als 10% der Gesamtbevölkerung aus. In Finnland, Ungarn, der Tschechischen Republik, Litauen, der Slowakei, Rumänien, Bulgarien und Polen ist die Migrationsbevölkerung und insbesondere der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung eher gering (unter 7%). Portugal hat eine etwas größere Migrationsbevölkerung als diese Länder (888.200), aber auch dort liegt der Anteil der Migrantinnen und Migranten unter 10% (8,7%). Seit 1990 hat sich die Migrationsbevölkerung in Bulgarien fast verachtfacht (der höchste Wert aller Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs), in Finnland fast versechsfacht und in der Slowakei und der Tschechischen Republik fast verfünffacht. Außerdem hatte die Tschechische Republik in den letzten fünf Jahren vor 2020 einen positiven Wanderungssaldo von 110.100, Finnland von 70.000, Ungarn von 30.000 und die Slowakei von 7.400. Dies zeigt, dass selbst in einigen der Länder, in denen die Migrationsbevölkerung derzeit relativ [gering] ist, die Zahl der Zuwandernden und der Anteil der Migrationsbevölkerung wächst. In diesen Ländern kommen die Zuwandernden fast ausschließlich aus den angrenzenden Regionen und hauptsächlich aus den unmittelbaren Nachbarländern. Litauen und Polen sind die einzigen beiden Länder mit einem Migrationsanteil von weniger als 10% (4,2 bzw. 1,7%), einem deutlich negativen Wanderungssaldo (-163.900, -147.000) und einer im Vergleich zu 1990 rückläufigen Migrationsbevölkerung (auf etwa ein Drittel gesunken, fast halbiert). In allen Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs mit Ausnahme von Estland, Lettland, Litauen und Polen ist die Zahl der zugewanderten Menschen seit 1990 gestiegen, in 20 der 32 Länder hat sie sich mehr als verdoppelt. Der Wanderungssaldo war in 23 Ländern positiv (in den letzten fünf Jahren vor 2020). In absoluten Zahlen war er in Deutschland am höchsten (2,7 Millionen), in Bezug auf die Bevölkerungsgröße war er in Luxemburg am höchsten (Nettomigrationsrate[1]: 16,3). Im Jahr 2013 gab es über 3,6 Millionen neue internationale Migrantinnen und Migranten in allen Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs, die meisten von ihnen in Deutschland (692.700). Fast 65% der neu zugewanderten Menschen lebten in Deutschland, dem Vereinigten Königreich (526.000), Frankreich (332.600), Italien (307.500), Spanien (280.800) und Polen (220.300). Das Beispiel Polen zeigt, dass die Zuwanderung von internationalen Migrantinnen und Migranten auch (und gerade) in traditionellen Auswanderungsländern von zentraler Bedeutung ist. Insgesamt stellt die Migration und insbesondere die Zuwanderung von internationalen Migrantinnen und Migranten ein zentrales Element des gesellschaftlichen Wandels in Europa dar, der durch Globalisierung und Digitalisierung geprägt ist. In den letzten Jahrzehnten haben sich die meisten Staaten der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs zu Einwanderungsländern entwickelt, deren Migrationspopulationen erheblich gewachsen sind und in Zukunft wahrscheinlich noch schneller wachsen werden [6].

1 Die Nettomigrationsrate ist die Zahl der Zuwandernden abzüglich der Zahl der Abwandernden pro 1.000 Einwohnern des jeweiligen Landes in den letzten 5 Jahren vor 2020.

3.1.3 Quellen

1. Oltmer J: Globale Migration: Geschichte, Gegenwart, Zukunft. [https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252254/globale-migration?p=all]. (2018). Abgerufen am 26. Februar 2020.
2. de Haas H: European Migrations: Dynamics, Drivers, and the Role of Policies. In. Luxemburg: Publications Office of the European Union; 2018.
3. Brüggemann-Buck I: Migration in Europa: Wanderungsbewegungen und ihre politischen Auswirkungen im Rahmen der Europäischen Integration. Marburg: Philipps-Universität Marburg; 1999.
4. Garcés-Mascareñas B, Penninx R: Integration Processes and Policies in Europe: Contexts, Levels and Actors. Cham: Springer 2016.
5. Hansen R: Migration to Europe since 1945: Its History and its Lessons. The Political Quarterly 2003, 74(s1) :25-38.
6. International Organization for Migration: Migration Data Portal; 2019.

3.2 Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in Europa

Wie in der Migrationsgeschichte Europas als Ganzes und der einzelnen Länder beschrieben, ist Europa ein Kontinent der Auswanderung und Einwanderung. Die Anzahl und der Anteil der PmM variieren jedoch erheblich zwischen diesen Ländern. Länder wie Deutschland, Frankreich, Italien und Spanien sind typische Einwanderungsländer. Daher leben dort mehr PmM als in anderen europäischen Ländern, die vielleicht keine attraktiven Zielländer sind oder nur Transitländer, oder die Menschen bleiben vorübergehend dort, um zu arbeiten und gehen danach woanders hin.

Betrachtet man die Bevölkerungsgruppe der PmM, die mindestens 65 Jahre alt sind, so fällt auf, dass diese Gruppen von Zugewanderten meist aus einem anderen europäischen Land stammen. Natürlich gibt es auch Ausnahmen. Zum Beispiel in Frankreich: Menschen aus Algerien und Marokko sind zwei der größten Gruppen von Zugewanderten und Menschen aus Indonesien und Suriname sind zwei der größten Gruppen von Zugewanderten in den Niederlanden. Die europäischen Länder, in denen die meisten PmM im Alter von 65 Jahren oder älter leben, sind Deutschland (1.990.000), Frankreich (1.440.400), das Vereinigte Königreich (919.400), Polen (437.200) und Rumänien (405.900). In Ländern mit einer hohen Anzahl von PmM im Alter von 65 Jahren oder älter gibt es natürlich ein höheres Vorkommen von PmM mit Demenz in absoluten Zahlen. Die europäischen Länder mit der höchsten Anzahl an geschätzten PmM mit Demenz im Alter von 65 Jahren und älter sind daher: Deutschland (137.300), Frankreich (99.400), das Vereinigte Königreich (63.600), die Schweiz (25.400) und Spanien (24.900) (siehe Abbildung 3.2.1).

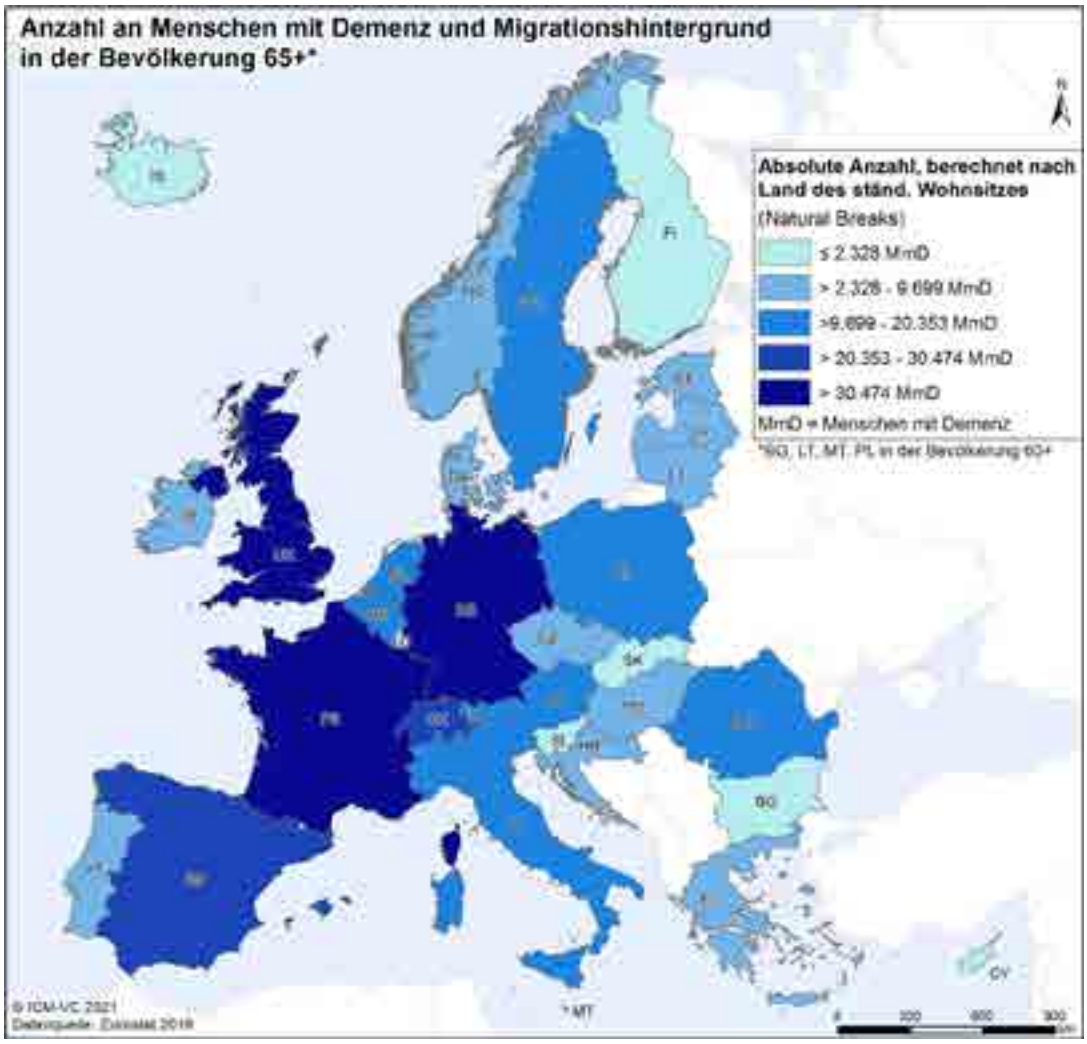


Abb. 3.2.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren in Europa

Insgesamt leben ca. 531.400 PmM mit Demenz in den EU- und EFTA-Mitgliedsstaaten sowie im Vereinigten Königreich. Diese Gesamtzahl der PmM mit wahrscheinlicher Demenz sollte mit Vorsicht betrachtet werden, da es laut Literatur eine hohe Dunkelziffer unter den PmM mit Demenz aufgrund fehlender Diagnose gibt. Daher sind die geschätzten Zahlen in diesem Atlas unter Berücksichtigung dieser Tatsache mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Verteilung der höchsten Anzahl an geschätzten PmM mit Demenz ändert sich in den europäischen Ländern, wenn man die relativen statt der absoluten Daten betrachtet. Dies ist der Fall, wenn man die absoluten Zahlen der PmM mit wahrscheinlicher Demenz in Relation zur Gesamtbevölkerung des jeweiligen Landes im Alter von 65 Jahren und älter setzt (Kombination der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der autochthonen Bevölkerung). Unter Berücksichtigung dieses Verhältnisses sind die Länder mit den meisten PmM mit angenommener Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner Liechtenstein (3.500), Luxemburg (1.900), die Schweiz (1.800), Lettland (1.400) und Estland (1.400) (siehe Abbildung 3.2.2).

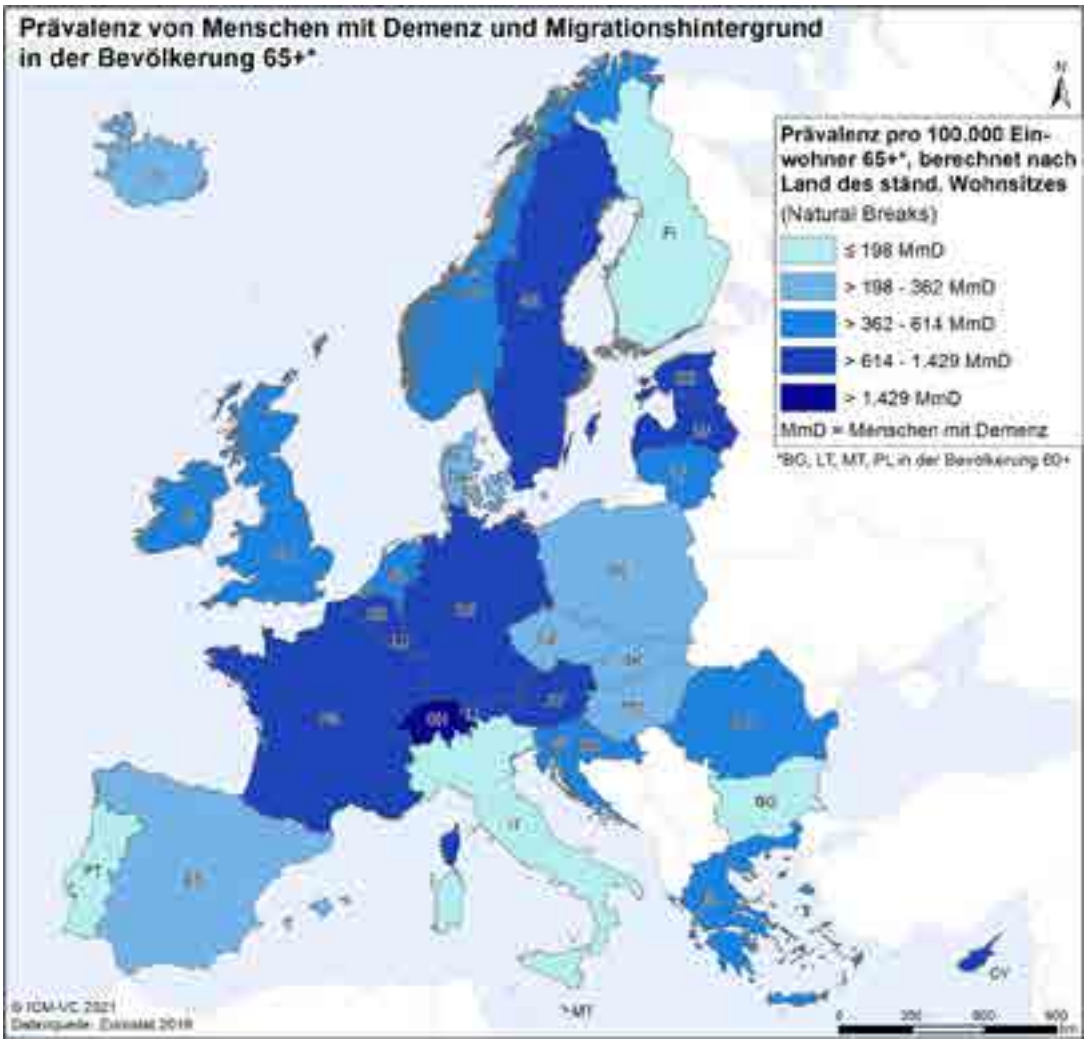


Abb. 3.2.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren in Europa

Europaweit stammen die Gruppen von Zugewanderten, die in absoluten Zahlen am meisten von Demenz betroffen sind, aus Italien (30.300), Algerien (27.300), der Russischen Föderation (24.400), Deutschland (22.800) und Polen (22.200).

3.3 Nationale Demenzpläne und -strategien: Fokus auf Migration

Dieses Kapitel fasst die Ergebnisse der systematischen Analyse der NDPs und Strategien der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs zusammen. In Unterkapitel 3.3.1 werden die Ergebnisse der ersten Analyse vorgestellt, die alle bis zum 1. Juni 2019 veröffentlichten Dokumente umfasst. Im nächsten Abschnitt (3.3.2) werden die Ergebnisse des Vergleichs der NDPs, die bei der zweiten Suche am 4. Januar 2021 gefunden wurden, berichtet. Im abschließenden Abschnitt 3.3.3 werden die wesentlichen Ergebnisse beider Suchen zusammengeführt. Die detaillierten Ergebnisse für die Dokumente der einzelnen Länder sind in Kapitel 3.7 dargestellt.

3.3.1 Ergebnisse der ersten Suche am 1. Juni 2019

Die Analyse der bis zum 01. Juni 2019 veröffentlichten NDPs und Strategien ergab, dass 16 der 27 EU-Länder (59%), 3 der 4 EFTA-Länder und alle 4 Länder des Vereinigten Königreichs NDPs veröffentlicht haben. Mehr als die Hälfte (13) der Länder mit NDPs beziehen sich nicht auf Migration. Zehn Länder befassen sich in ihren Dokumenten mit Migration (Österreich, Belgien/Flandern, Zypern, England, Nordirland, Norwegen, Schottland, die Schweiz, die Niederlande und Wales). Diese 10 Länder veröffentlichten insgesamt 14 NDPs oder ähnliche Dokumente mit Migrationsbezug. Das bedeutet, dass mehr als die Hälfte (53%) der 30 Dokumente, die bei der ersten Suche identifiziert wurden, überhaupt keine Migrationsfragen enthielten. Außerdem hat nur ein Staat (Österreich) einen NDP mit einem Kapitel über Migration (Tabelle 3).

Die NDPs mit Migrationsbezug unterscheiden sich erheblich hinsichtlich des Umfangs der Bezugnahme, des Themenspektrums sowie der inhaltlichen Ausrichtung und Tiefe [1]. Der „Österreichische Demenzbericht 2014" widmet beispielsweise vier ganze Seiten ausführlich Migrantinnen und Migranten mit Demenz [2]. Andere NDPs, wie die in Schottland, der Schweiz oder Zypern, berühren dieses Thema nur minimal, mit nur wenigen Sätzen, die unterschiedliche Aspekte des Themas ansprechen (Schottland: Früherkennung und Versorgung, Schweiz: Bedürfnisse von Migranten und diagnostische Herausforderungen, Zypern: Demenzrisiko und Versorgung) [3-5]. Acht der zehn NDPs mit Migrationsbezug identifizieren spezifische Bedürfnisse von PmM in der Demenzversorgung. Neun Länder planen migrationsbezogene Aktionen. Allerdings bieten derzeit nur Norwegen, Nordirland und die Niederlande spezialisierte Gesundheitsdienstleistungen für PmM auf nationaler Ebene an (Tabelle 3). Norwegen verbessert die Fähigkeiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit Sprachminderheiten arbeiten, und entwickelt ein Nachsorgeprogramm für Menschen mit Demenz mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund und ihre Angehörigen [6]. Nordirland hat ein Selbstbewertungsinstrument für Dienstleistungsanbietende entwickelt, das einen ganzen Fragebogen mit Fragen rund um das Thema Migration enthält [7]. In den Niederlanden wurde den PmM bei der Früherkennung und Prävention von Demenz besondere Aufmerksamkeit gewidmet [8]. Solche Konzepte, die auf nationaler Ebene von staatlichen Akteurinnen und Akteuren kommuniziert werden, können dazu beitragen, das Bewusstsein für das Thema Migration bei den Anbietenden von demenzspezifischen Betreuungsleistungen zu schärfen, und können als Modelle guter Praxis für andere Länder dienen.

Tab. 3: Migrationsbezug in den NDPs der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs

Land	Demenzpläne und Migrationsbezug			Unterthemen mit Migrationsbezug		
	Demenzplan vorhanden	Bezug zur Migration	Kapitel zur Migration	Prävalenz	Bedürfnisse	Demenz-diagnose
Österreich	X	X	X	X	X	X
Schweiz	X	X	—	—	X	X
Niederlande	X	X	—	X	X	X
Belgien/ Flandern	X	X	—	X	X	—
England	X	X	—	X	X	—
Schotland	X	X	—	—	—	X
Wales	X	X	—	—	X	X
Nordirland	X	X	—	—	X	—
Norwegen	X	X	—	—	X	X
Zypern	X	X	—	—	—	—
Dänemark	X	—	—	—	—	—
Finnland	X	—	—	—	—	—
Irland	X	—	—	—	—	—
Tschechische Republik	X	—	—	—	—	—
Slowenien	X	—	—	—	—	—
Liechtenstein	X	—	—	—	—	—
Luxemburg	X	—	—	—	—	—
Frankreich	X	—	—	—	—	—
Griechenland	X	—	—	—	—	—
Italien	X	—	—	—	—	—
Spanien	X	—	—	—	—	—
Portugal	X	—	—	—	—	—
Malta	X	—	—	—	—	—
Schweden	—	—	—	—	—	—
Island	—	—	—	—	—	—
Estland	—	—	—	—	—	—
Lettland	—	—	—	—	—	—
Litauen	—	—	—	—	—	—
Deutschland	—	—	—	—	—	—
Polen	—	—	—	—	—	—
Bulgarien	—	—	—	—	—	—
Rumänien	—	—	—	—	—	—
Slowakei	—	—	—	—	—	—
Ungarn	—	—	—	—	—	—
Kroatien	—	—	—	—	—	—

Die Länder sind nach dem Umfang und der thematischen Bandbreite ihrer Migrationsbezüge sortiert. Je mehr der ausgewählten Kategorien in dem Dokument des jeweiligen Landes berücksichtigt wurden, desto höher ist das Land in der Tabelle gelistet.

Migrationsbezogene Bedürfnisse und Dienstleistungen					Land
Ver-sorgung	**Inanspruch-nahme formaler Dienstleistungen**	**Identifizierung besonderer Bedürfnisse**	**Spezifische Dienstleistungen vorhanden**	**Spezifische Maßnahmen geplant**	
X	X	X	—	X	Österreich
—	—	X	—	X	Schweiz
X	—	X	X	X	Niederlande
X	—	X	—	X	Belgien/ Flandern
—	—	X	—	X	England
X	—	—	—	X	Schotland
X	X	X	—	X	Wales
X	—	X	X	X	Nordirland
X	X	X	X	X	Norwegen
X	—	—	—	—	Zypern
—	—	—	—	—	Dänemark
—	—	—	—	—	Finnland
—	—	—	—	—	Irland
—	—	—	—	—	Tschechische Republik
—	—	—	—	—	Slowenien
—	—	—	—	—	Liechtenstein
—	—	—	—	—	Luxemburg
—	—	—	—	—	Frankreich
—	—	—	—	—	Griechenland
—	—	—	—	—	Italien
—	—	—	—	—	Spanien
—	—	—	—	—	Portugal
—	—	—	—	—	Malta
—	—	—	—	—	Schweden
—	—	—	—	—	Island
—	—	—	—	—	Estland
—	—	—	—	—	Lettland
—	—	—	—	—	Litauen
—	—	—	—	—	Deutschland
—	—	—	—	—	Polen
—	—	—	—	—	Bulgarien
—	—	—	—	—	Rumänien
—	—	—	—	—	Slowakei
—	—	—	—	—	Ungarn
—	—	—	—	—	Kroatien

In den meisten NDPs liegt der Schwerpunkt auf der Problembeschreibung. Die am häufigsten angesprochenen Probleme sind: kulturelle und sprachliche Barrieren, späte Diagnosen und eine geringere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Sprachbarrieren, kulturelle Faktoren, ungeeignete Diagnoseinstrumente und ein Mangel an migrationsspezifischen Dienstleistungen wurden als Hindernisse für die Inanspruchnahme der Versorgung genannt. Während in einigen Ländern, wie den Niederlanden oder Belgien/Flandern, PmM als Risikogruppe für Demenz und in fast allen Ländern als Risikogruppe für Unterdiagnose und ein niedrigeres Versorgungsniveau identifiziert werden, scheint England PmM nicht als vulnerable Gruppe wahrzunehmen. Geplant sind die Sensibilisierung für die Notwendigkeit der Konzeption von maßgeschneiderten Informationsmaterialien, die Schulung von Pflegekräften, die Ausbildung von medizinischen und pflegerischen Fachkräften bzw. Personal für den Betrieb von Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten sowie die Entwicklung von sprachlich und kulturell angepassten Diagnoseinstrumenten. Zusätzlich möchten mehrere Länder kulturelle Aspekte bei der Prävention oder Früherkennung und die Bedürfnisse von PmM in Bezug auf Lebensräume stärker berücksichtigen. So wurde festgestellt, dass derzeit das Thema Migration im Kontext von Demenz in den meisten europäischen Ländern auf nationaler Ebene eine untergeordnete Rolle spielt und es kaum spezifische Versorgungspläne für PmM gibt [1].

3.3.2 Ergebnisse der Aktualisierung der Daten am 4. Januar 2021

Bei der zweiten Suche am 4. Januar 2021 wurden 17 nationale Dokumente aus den Ländern der EU, der EFTA oder des Vereinigten Königreichs zu Demenz gefunden, von denen 12 (71%) auch das Thema Migration berücksichtigten. Acht dieser 17 Dokumente sind NDPs oder Demenzstrategien (Österreich, Deutschland, Ungarn, Island, Italien, die Niederlande, Norwegen und Spanien). Mit Ausnahme des Demenzplans von Island behandeln alle NDPs das Migrationsthema. Im Vergleich zur ersten Suche, bei der nur die Hälfte der gefundenen NDPs (43%) das Thema Migration erwähnten oder behandelten, verdoppelte sich der Anteil der NDPs mit einem Migrationsbezug bei der zweiten Suche (88%). Die erste Suche umfasste allerdings beinahe dreimal mehr NDPs (23). Von den bei der zweiten Suche gefundenen NDPs enthielt lediglich die deutsche Demenzstrategie ein Kapital oder mehrere Kapitel-Abschnitte zu migrationsbezogenen Fragen.

Wie schon bei der ersten Suche gab es auch bei der zweiten Suche deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen NDPs hinsichtlich des Umfang der Bezugnahme auf das Thema Migration. Während einige NDPs (Österreich, Ungarn, Italien) lediglich in einem Satz in einer Passage Bezug auf das Thema Migration nehmen, behandeln die NDPs von Norwegen und Deutschland dieses Thema jeweils in 14 Abschnitten innerhalb verschiedener Kapitel und in mehreren separaten Absätzen. Einige Dokumente, wie z. B. das der Niederlande, enthalten zwar keine separaten Abschnitte über dieses Thema, nehmen jedoch in mehreren Sätzen in verschiedenen Kapiteln Bezug darauf.

Inhaltlich gibt es einige Unterschiede, aber auch viele Parallelen zwischen den migrationsbezogenen Abschnitten der verschiedenen NDPs. Während in den NDPs von Österreich, Italien und Deutschland der Handlungsrahmen überwiegt, werden in den Dokumenten der Niederlande und Spanien fast nur Beschreibungen der Versorgungssituation gegeben. Die norwegischen NDPs enthalten sowohl eine relativ detaillierte Beschreibung der Situation und der Probleme in der Demenzversorgung als auch einen umfassenden Handlungsrahmen. In mehreren Dokumenten wird festgestellt, dass die Zahl der älteren PmM mit

Demenz zunimmt [9, 10]. Darüber hinaus wird festgestellt, dass die Untersuchung und Diagnose von Demenz sowie die Demenzberatung aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren und ungeeigneter Diagnoseverfahren eine Herausforderung darstellen. In den NDPs von Deutschland und Norwegen wird auch festgestellt, dass PmM mit Demenz Gesundheitsdienstleistungen nicht in demselben Maße in Anspruch nehmen wie andere Menschen mit Demenz. Neben sprachlichen, kulturell-religiösen und institutionellen Barrieren werden auch unzureichende kultursensible Angebote und mangelnder Zugang zum Gesundheitssystem als Ursachen für die Nichtinanspruchnahme von Versorgungsleistungen genannt [9, 11]. Insgesamt identifizieren vier (Deutschland, die Niederlande, Norwegen und Spanien) der sieben NDPs mit Migrationsbezug spezifische Bedürfnisse (in Bezug auf Kommunikation, Sprache, Kultur und Religion) von PmM mit Demenz, die in der Versorgung besonders berücksichtigt werden müssen. Mehrere NDPs mit Migrationsschwerpunkt haben sich zum Ziel gesetzt, bei der Entwicklung von Diagnose-, Informations-, Beratungs-, Versorgungs- und Behandlungsangeboten für Menschen mit Demenz die sprachliche und kulturelle Vielfalt in der Bevölkerung älterer Menschen stärker zu berücksichtigen und die Angebote auf die spezifischen Bedürfnisse von PmM zuzuschneiden. Drei Länder (Österreich, Deutschland und Norwegen) verweisen in ihren NDPs auf konkrete Maßnahmen, die sie zur Erreichung dieses Ziels ergreifen wollen oder empfehlen. Zu diesen Maßnahmen gehören die Anpassung von Instrumenten zur kognitiven Beurteilung für Menschen mit unterschiedlichem kulturellem und sprachlichem Hintergrund, die Entwicklung von kultur- und religionssensibler Unterstützung, Beratung und Betreuung für pflegende Angehörige, die Schulung von Personal in Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf Sprachkenntnisse und kulturelles Verständnis sowie die Schulung von Personal in Migrantinnen- und Migrantenverbänden zum Thema Demenz [9-11]. Derzeit beziehen sich nur die NDPs von Deutschland und Norwegen auf bestehende Versorgungsangebote. Der norwegische Demenzplan zitiert ein im Jahr 2020 abgeschlossenes Projekt, das Testverfahren zur Beurteilung kognitiver Fähigkeiten und Demenzsymptome an Fremdsprachen anpasst [9]. Die deutsche Demenzstrategie nennt verschiedene Beratungsangebote, die auf PmM mit Demenz und ihre Angehörigen zugeschnitten sind [11].

Fast alle nach der zweiten Suche analysierten NDPs behandeln das Thema Migration. Im norwegischen und im deutschen Dokument werden ältere PmM als anfällig für Probleme wie eine späte Demenzdiagnose und unzureichenden Zugang zur Nachsorge identifiziert, und im niederländischen Dokument werden ältere Migrantinnen und Migranten mit nichtwestlichem Hintergrund als Risikogruppe für die Entwicklung einer Demenz identifiziert [10]. In Anbetracht der Länge der Dokumente scheint Migration jedoch in den meisten der untersuchten NDPs ein untergeordnetes Thema zu sein und es werden nur einzelne oder wenige Aspekte dieses komplexen Themas beleuchtet.

3.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Nach dieser Analyse haben insgesamt 18 von 27 EU-Ländern (67%) sowie alle 4 EFTA-Länder und alle 4 Länder des Vereinigten Königreichs NDPs oder eine Demenzstrategie. Von diesen 26 Ländern mit NDPs gehen 14 Länder (54%) in ihren Dokumenten auf Migration ein. Der Anteil der NDPs mit Migrationsbezug war bei der zweiten Suche doppelt so hoch wie bei der ersten Suche. Ein eigenes Kapitel bzw. Unterkapitel zur Demenzversorgung von PmM ist nur im „Österreichischen Demenzbericht 2014“ und in der deutschen Demenzstrategie enthalten. Die meisten anderen NDPs mit einem Mi-

grationsbezug sprechen das Thema nur kurz an. Während in den NDPs der ersten Suche der Fokus vor allem auf der Beschreibung der Probleme im Zusammenhang mit der Versorgung von PmM mit Demenz lag, ist das Verhältnis zwischen Problembeschreibung und Handlungsrahmen in den Dokumenten der zweiten Suche relativ ausgewogen. Zehn Länder verweisen in ihren NDPs auf geplante Maßnahmen oder geben Handlungsempfehlungen für Versorgungsplanende und Versorgungsanbietende (erste und zweite Suche). Allerdings verweisen nur die Dokumente von Deutschland, den Niederlanden, Nordirland und Norwegen auf bereits ergriffene Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation von PmM mit Demenz bzw. auf verfügbare Dienstleistungen für diese Bevölkerungsgruppe (Abbildung 3.3.3.1). Die Ursachen für diese länderspezifischen Unterschiede in Bezug auf den Migrationsbezug und -fokus können sowohl in den unterschiedlichen Erscheinungsjahren und Längen der Dokumente als auch in gesellschaftlichen und politischen Gründen und der unterschiedlichen Relevanz des Themas Migration in den einzelnen europäischen Ländern liegen. Eine im Rahmen dieses Projekts durchgeführte Analyse zeigt, dass Einwanderungsländer mit einem hohen Migrationsanteil eher das Thema Migration in ihren NDPs aufgreifen als Auswanderungsländer mit einem geringen Migrationsanteil [1].

Insgesamt zeigt diese Studie, dass das Thema der Migration in den meisten NDPs der europäischen Staaten eine untergeordnete Rolle spielt und in fast der Hälfte der Dokumente aus den Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs nicht behandelt wird.

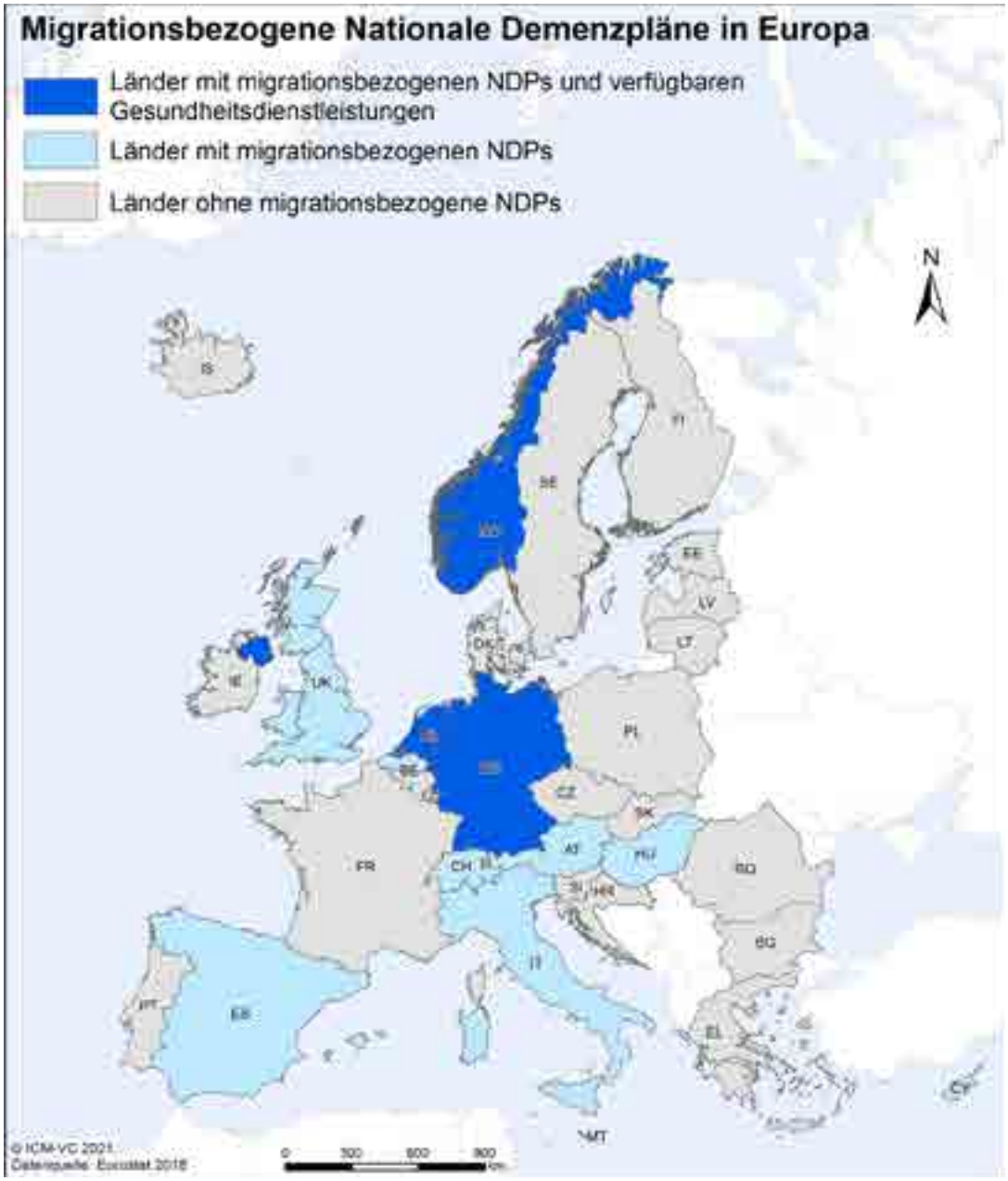


Abb. 3.3.3.1: Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs mit migrationsbezogenen NDPs und verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen (Stand 04. Januar 2021)

3.3.4 Quellen

1. Schmachtenberg, T., Monsees, J., Hoffmann, W. et al. Comparing national dementia plans and strategies in Europe – is there a focus of care for people with dementia from a migration background?. BMC Public Health 20, 784 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-08938-5
2. Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R: Österreichischer Demenzbericht 2014. In. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium; 2015.
3. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Nationale-Demenzstrategie 2014-2019: Erreichte Resultate 2014-2016 und Prioritäten 2017-2019. In. Bern: Bundesamt für Gesundheit Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; 2016.
4. Scottish Government: Scotland's national dementia strategy 2017-2020. In. Edinburgh: Scottish Government; 2017.
5. Ministry of Health: National Action Plan for the Treatment of Dementia in Cyprus 2012-2017. In.: Ministry of Health 2012.
6. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2020: a More Dementia-friendly Society; 2016.
7. Health & Social Care Board of Northern Ireland: the Dementia Learning and Development Framework. In. Belfast: Health & Social Care Board of Northern Ireland; 2016.
8. Nederland Alzheimer, Vilans: Zorgstandaard Dementie: Steun en zorg. In.: Alzheimer Nederland, Vilans; 2013.
9. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2025; 2020.
10. Ministry of Health Welfare and Sport: National Dementia Strategy 2021-2030. In. Den Haag; 2020.
11. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit: Nationale Demenzstrategie

3.4 Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz: Fokus auf Migration

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse der nationalen Versorgungs- und Behandlungsleitlinien der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs vorgestellt (Stand: Juli 2019). Die Ergebnisse sind hier für Europa zusammengefasst. Die detaillierten Ergebnisse zu den Leitlinien der einzelnen Länder sind in Kapitel 3.7 dargestellt.

3.4.1 Ergebnisse

In 20 von 27 EU-Ländern (74%), 3 von 4 EFTA-Ländern und allen vier Ländern des Vereinigten Königreichs gibt es Dokumente auf nationaler Ebene mit Empfehlungen, Leitlinien oder Richtlinien für die Versorgung von Menschen mit Demenz. Diese 27 Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs stellten insgesamt 43 Dokumente zur Verfügung. Die meisten davon sind Leitlinien (n = 30). Nur drei Länder (Schottland, Norwegen und die Schweiz) haben entsprechende Richtlinien. Darüber hinaus wurden 7 Handlungsempfehlungen und 3 Berichte/Strategien berücksichtigt. Acht Länder (Griechenland, Italien, Kroatien, Liechtenstein, Litauen, Zypern, Slowakei, Polen und Zypern) haben keine solchen Dokumente. Fünfzehn Dokumente aus sieben EU-Ländern (Belgien/Flandern, Dänemark, Deutschland, Irland, Österreich, Schweden und Spanien), vier Ländern des Vereinigten Königreichs (England, Nordirland, Schottland und Wales) und dem EFTA-Land Norwegen erwähnen oder diskutieren das Thema Migration. Achtundzwanzig Dokumente aus 13 EU- und 2 EFTA-Ländern beziehen sich überhaupt nicht auf Migration. Norwegen und Schweden haben ein Kapitel über Migration (Tabelle 4). Auch Nordirland geht in seinen Leitlinien ausführlich auf dieses Thema ein. Die meisten anderen Länder verweisen nur kurz mit einzelnen Sätzen oder kurzen Abschnitten auf bestimmte Aspekte dieses Themas. Neben den länderspezifischen Unterschieden gibt es auch dokumententypspezifische Unterschiede. Während sich keiner der 3 Berichte/Strategien auf Migration bezieht, enthalten 2 von 7 Empfehlungen, 11 von 30 Leitlinien und 2 von 3 Richtlinien eine Bezugnahme [1].

Tab. 4: Migrationsbezug in nationalen Demenzversorgungsleitlinien der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs

Land	Migrationsbezug der nationalen Leitlinien		Unterthemen mit Migrationsbezug				
	Bezug auf Migration	Kapitel über Migration	Bedürf-nisse	Demenz-diagnose	Ver-sorgung	Ver-sorgungs-ungleich-heiten	Zugang zu Dienst-leistungen
Norwegen	X	X	X	X	X	X	X
Schweden	X	X	X	X	X	X	X
Nordirland	X	—	X	X	X	X	X
Spanien	X	—	X	X	X	X	—
Schotland	X	—	X	X	X	X	X
Belgien/ Flandern	X	—	X	—	X	X	X
England, Wales	X	—	—	X	X	X	X
Dänemark	X	—	X	X	—	—	—
Deutschland	X	—	—	X	—	—	—
Österreich	X	—	—	X	—	—	—
Irland	X	—	—	X	—	—	—
Bulgarien	—	—	—	—	—	—	—
Estland	—	—	—	—	—	—	—
Finnland	—	—	—	—	—	—	—
Frankreich	—	—	—	—	—	—	—
Island	—	—	—	—	—	—	—
Lettland	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburg	—	—	—	—	—	—	—
Malta	—	—	—	—	—	—	—
Niederlande	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	—	—	—	—	—	—	—
Rumänien	—	—	—	—	—	—	—
Schweiz	—	—	—	—	—	—	—
Slowenien	—	—	—	—	—	—	—
Tschechische Republik	—	—	—	—	—	—	—
Ungarn	—	—	—	—	—	—	—

Die Länder sind nach dem Umfang und der thematischen Bandbreite ihrer Migrationsbezüge sortiert. Je mehr der ausgewählten Kategorien in dem Dokument des jeweiligen Landes berücksichtigt wurden, desto höher ist das Land in der Tabelle gelistet.

			Migrationsbezogene Bedürfnisse, Dienstleistungen und Handlungsempfehlungen			
Inanspruchnahme formeller Dienstleistungen	**Versorgungsbarrieren**	**Eignung von Screening-Tests**	**Identifizierung von besonderen Bedürfnissen**	**Spezifische Dienstleistungen vorhanden**	**Handlungsempfehlungen**	**Land**
X	X	X	X	X	X	Norwegen
X	X	X	X	X	X	Schweden
X	X	X	X	—	X	Nordirland
X	X	X	X	—	X	Spanien
—	X	—	X	—	X	Schotland
—	X	—	X	—	X	Belgien/ Flandern
—	—	X	—	—	X	England, Wales
—	—	X	X	X	—	Dänemark
—	X	—	—	—	X	Deutschland
—	—	X	—	—	—	Österreich
—	—	X	—	—	—	Irland
—	—	—	—	—	—	Bulgarien
—	—	—	—	—	—	Estland
—	—	—	—	—	—	Finnland
—	—	—	—	—	—	Frankreich
—	—	—	—	—	—	Island
—	—	—	—	—	—	Lettland
—	—	—	—	—	—	Luxemburg
—	—	—	—	—	—	Malta
—	—	—	—	—	—	Niederlande
—	—	—	—	—	—	Portugal
—	—	—	—	—	—	Rumänien
—	—	—	—	—	—	Schweiz
—	—	—	—	—	—	Slowenien
—	—	—	—	—	—	Tschechische Republik
—	—	—	—	—	—	Ungarn

Der Schwerpunkt der nationalen Dokumente der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs zur Versorgung von PmM mit Demenz liegt auf der Früherkennung und Diagnose. Nur in Belgien (Flandern) wird dieses Thema nicht berücksichtigt. Das Hauptproblem, das identifiziert wurde, ist, dass der kulturelle Hintergrund und die erworbenen Sprachkenntnisse von PmM die Ergebnisse von Tests zur Demenzdiagnostik beeinflussen können. Folglich liegt der Schwerpunkt in den meisten Ländern (9 von 12) auf der Eignung von kognitiven Screening-Instrumenten für Minderheitengruppen. Norwegen, Nordirland, England, Wales und Spanien berichten, dass standardisierte kognitive Tests wie die Mini-Mental State Examination (MMSE) oder der Uhrentest nicht für Menschen mit einem anderen sprachlichen oder kulturellen Hintergrund geeignet sind. Irland und Österreich verweisen auf kognitive Screening-Tests wie den Memory Impairment Screen (MIS) und den Mini-Cog als „Screening für kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Erwachsenden", die weniger anfällig für sprachliche und kulturelle Einflüsse sind. Norwegen, Schweden und Dänemark weisen auf die Gültigkeit der Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) für Menschen mit einem anderen sprachlichen oder kulturellen Hintergrund hin.

Das zweite zentrale Thema ist die Existenz von Versorgungsungleichheiten zwischen ethnischen Minderheiten und der Mehrheitsbevölkerung (in 8 von 12 Ländern). Norwegen und Schweden stellen fest, dass PmM weniger formale Gesundheitsdienstleistungen (primäre Gesundheitsdienste, kommunale Unterstützungsdienste, stationäre Versorgung) in Anspruch nehmen. In Dokumenten von 7 Ländern wird der Zugang von PmM mit Demenz zu Gesundheitsdienstleistungen diskutiert. Einige Länder berichten, dass PmM oder ethnische Minderheiten einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben, und dass sie geringere Chancen auf Früherkennung und angemessene medikamentöse Behandlung haben. Sechs Länder verweisen auf Versorgungsbarrieren wie Stereotypisierung oder sprachliche, kulturelle und ethnische Barrieren. Infolgedessen werden PmM von mehreren Ländern als Risikogruppe für Unterdiagnose und geringere Inanspruchnahme der Versorgung genannt. Sieben Länder identifizieren die spezifischen Bedürfnisse von PmM. Sie beziehen sich auf eine andere Sichtweise auf Demenz, andere Präferenzen für die Versorgung und andere Ideale, Ideen und Wünsche in Bezug auf Information und Selbstbestimmung.

Neun Länder geben Empfehlungen für die Versorgung von PmM mit Demenz. Norwegen, Schweden, Deutschland, England und Wales empfehlen, dass der sprachliche und kulturelle Hintergrund von Menschen bei der Auswahl von diagnostischen Testverfahren berücksichtigt werden sollte. Norwegen, Schweden, Nordirland und Spanien empfehlen, dass Versorgungsanbietende spezielle Unterstützung und maßgeschneiderte Informationen für PmM mit Demenz und ihre Angehörigen aus ethnischen Minderheiten anbieten, die ihre kulturellen, religiösen und sprachlichen Bedürfnisse berücksichtigen. Norwegen, Nordirland und Spanien weisen darauf hin, dass Informationen in der bevorzugten Sprache und eine unabhängige Person als Dolmetscherin oder Dolmetscher für PmM mit Demenz und ihre Pflegepersonen im Falle von Sprachbarrieren angeboten werden sollten [19]. Derzeit haben nur Norwegen, Schweden und Dänemark spezialisierte Versorgungsleistungen auf nationaler Ebene für PmM mit Demenz (Abbildung 3.4.1.1). Norwegen hat Informationsmaterial über Demenz in vier verschiedenen Sprachen (Norwegisch, Englisch, Polnisch und Urdu) sowie eine Broschüre mit Informationen über Rechte, Anforderungen und Richtlinien bezüglich der Bereitstellung und Nutzung professio-

neller Dolmetscherdienste veröffentlicht [2]. Schweden hat RUDAS für Menschen mit unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Hintergründen angepasst und ein Schulungsprogramm für medizinisches Fachpersonal zur Anwendung dieses Tools entwickelt [3]. Dänemark hat RUDAS für PmM validiert [4]. Schweden, Dänemark, England, Wales und Belgien (Flandern) folgen einem integrativen Versorgungsmodell. Sie passen die regulären Leistungen des Gesundheitssystems an Menschen mit unterschiedlichem sprachlichen oder kulturellen Hintergrund an. Nordirland empfiehlt, dass Gesundheitsdienstleistende spezialisierte Dienste für ethnische Minderheiten entwickeln [5]. Die norwegische Richtlinie verfolgt eine segregative Versorgungsstrategie mit spezialisierten Diensten für die kognitive Beurteilung, Demenzdiagnose und Nachsorge, während die anschließende Behandlung und Versorgung im Rahmen der allgemeinen medizinischen Versorgung erfolgt [2]. Ein weiteres zentrales Ergebnis dieser Analyse ist die unterschiedliche Benennung der als PmM betrachteten Personen, die sich wie folgt darstellt: Norwegen: Immigrant(in), Menschen mit Minderheitenhintergrund [2]: Vereinigtes Königreich: Menschen aus ethnischen Minderheiten [5, 6]; Belgien/Flandern: Menschen mit Migrationshintergrund [7, 8]; Spanien: Menschen aus verschiedenen kulturellen oder religiösen Gruppen [9]; Schweden: Menschen mit verschiedenen kulturellen oder sprachlichen Hintergründen [10], im Ausland geborene Menschen [3]. Die Heterogenität in der Verwendung von Begriffen in Bezug auf Migrantinnen und Migranten und die unterschiedlichen Definitionen solcher Begriffe in Europa haben wahrscheinlich einen Einfluss auf die der Migration in Bezug auf Demenz zugeschriebene Bedeutung. Ähnlich wie bei der Untersuchung der NDPs zeigt diese Analyse, dass Migration in den nationalen Dokumenten zur Demenzversorgung eine untergeordnete Rolle spielt. In einigen Ländern gibt es Modelle guter Praxis, aber in Europa insgesamt gibt es eine erhebliche Lücke in den Versorgungsangeboten für PmM mit Demenz.

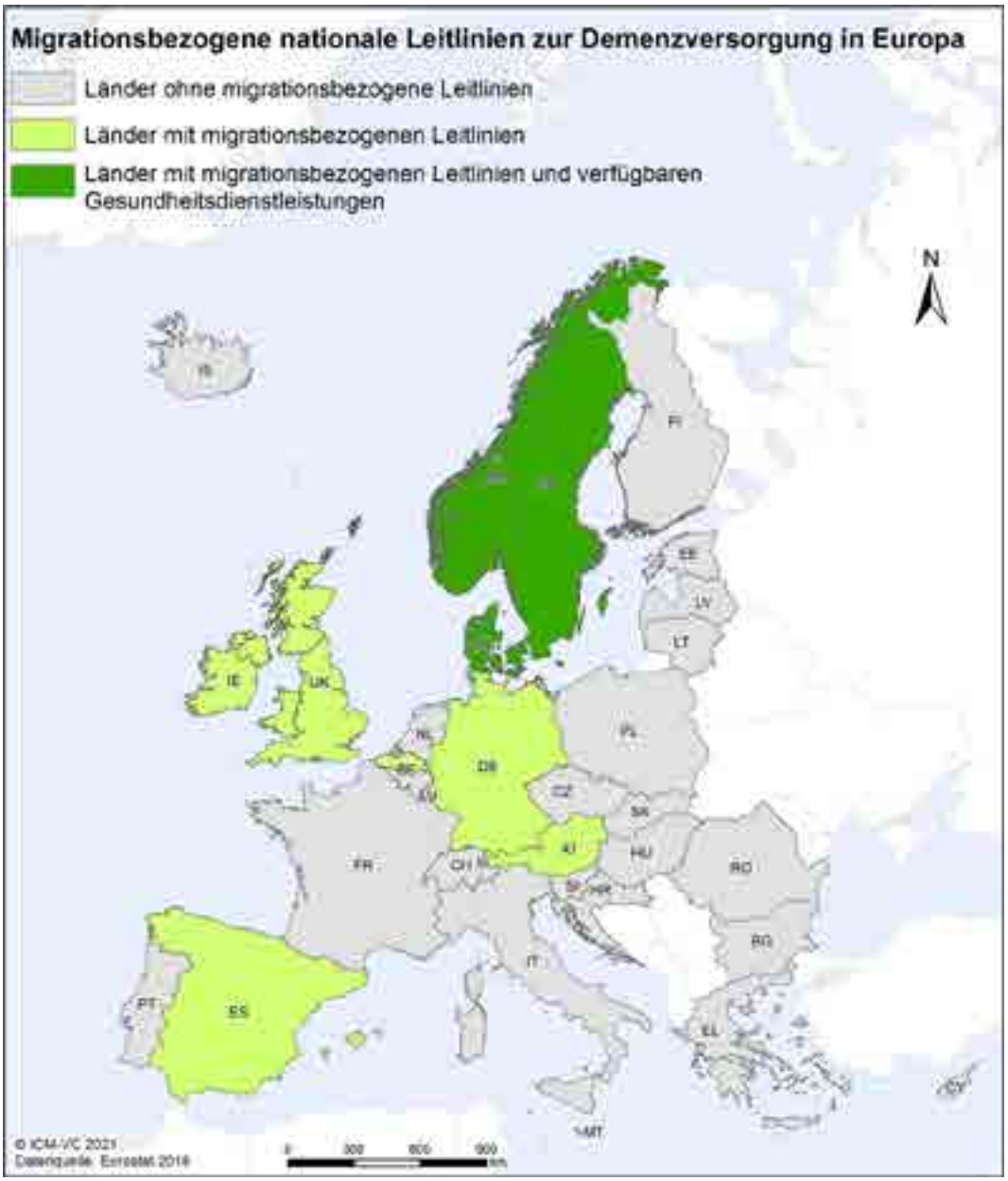


Abb. 3.4.1.1: Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs mit migrationsbezogenen nationalen Leitlinien zur Demenzversorgung und verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen (Stand: 11.07.2019)

3.4.2 Quellen

1. Schmachtenberg, T., Monsees, J., Hoffmann, W. et al. How is migration background considered in the treatment and care of people? A comparison of national dementia care guidelines in Europe. BMC Public Health 20, 1555 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-09668-4
2. Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje om demens; 2017.
3. Socialstyrelsen: Vård och omsorg vid demenssjukdom: Sammanfattning med förbättringsområden; 2018.
4. Sundhedsstyrelsen: National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Demens; 2013.
5. National Collaborating Center for Mental Health: Dementia: A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Leicester UK: The British Psychological Society und Gaskell; 2007.

6. National Institute for Health and Care Excellence: Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In. 97 edn. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018.
7. Constant O, Lamers H, Steyaert J, Verschraegen J, Dely H: Memorandum 2019. In. Antwerpen: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Alzheimer Liga Vlaanderen; 2018.
8. Dely H, Verschraegen J, Steyaert J: You and me, together we are human: A reference framework for quality of life, housing and care for people with dementia. Antwerpen, Belgien: European Patent Office publishing company; 2018.
9. Ministry of Health Social services and Equality: Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Herausgegeben vom Ministry of Science and Innovation Spain; 2010.
10. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning: Socialstyrelsens publikationsservice 2017.

3.5 Schlussfolgerungen zu nationalen Demenzdokumenten: Fokus auf Migration

Einunddreißig der 35 Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs haben NDPs, nationale Behandlungsleitlinien, nationale Versorgungsleitlinien oder nationale Dokumente mit Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit Demenz. Nur Kroatien, Litauen, Polen und die Slowakei haben kein solches Dokument herausgegeben (NDPs: Stand Januar 2021, Leitlinien: Juli 2019). Einundzwanzig europäische Länder (60%) haben sowohl NDPs als auch nationale Dokumente mit Leitlinien, Richtlinien oder Empfehlungen zur Demenzversorgung. Siebzehn von 31 Ländern (55%) beziehen sich in ihren Demenzplänen oder nationalen Versorgungsleitlinien auf das Thema Migration. Vier dieser 31 Länder (Österreich, Deutschland, Norwegen und Schweden) haben ein eigenes Kapitel oder Unterkapitel zur Demenzversorgung von PmM. Dreizehn Länder verweisen in ihren Dokumenten auf geplante Maßnahmen oder geben Empfehlungen für Versorgungsleistende zur Verbesserung der Versorgungssituation von PmM mit Demenz. Auf bereits umgesetzte Maßnahmen oder aktuell verfügbare Versorgungsleistungen für diese Bevölkerungsgruppe wird in Dokumenten aus 6 verschiedenen Ländern (Dänemark, Deutschland, Nordirland, Norwegen, Schweden und den Niederlanden) hingewiesen. Neun der 35 Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs (26%) haben NDPs und Dokumente mit nationalen Richtlinien, Leitlinien oder Empfehlungen, die sich mit Migration befassen. Norwegen ist das einzige Land, das sowohl in seinem NDP als auch in seinen nationalen fachlichen Leitlinien zu Demenz auf bereits umgesetzte Maßnahmen und/oder aktuell verfügbare Gesundheitsdienstleistungen für PmM mit Demenz verweist.

Insgesamt wurden 90 Dokumente zur Versorgung von Menschen mit Demenz in dieser Analyse berücksichtigt, von denen 38 Migrationsbezüge enthalten (42%). Obwohl sich der Anteil der NDPs durch die Integration der in den Jahren 2019 und 2020 veröffentlichten Dokumente in den Korpus dieser Studie leicht erhöht hat, ist Migration in den nationalen Plänen, Strategien und Leitlinien für die Versorgung von Menschen mit Demenz in den meisten europäischen Ländern immer noch ein untergeordnetes Thema.

3.6 Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz und verfügbare Gesundheitsdienstleistungen

Die Durchführung von Interviews mit Expertinnen und Experten ist ein guter Weg, um relevante praktische Einblicke aus erster Hand

über ein Gebiet zu erhalten, was die Interviews zu einer wertvollen Informationsquelle für diesen Atlas macht. Die Expertinnen und Experten sprachen darüber, wie die Versorgungssituation für PmM mit Demenz in verschiedenen Ländern tatsächlich aussieht. Es konnten Interviews und Diskussionen mit 25 Expertinnen und Experten für insgesamt 17 Länder geführt werden. Diese Länder waren: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, England Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Liechtenstein, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Rumänien und Schweden. In diesen Interviews wurden verschiedene Aspekte der Demenz bei PmM besprochen, wie z. B. Demenz und Migration, Einbeziehung in das Gesundheitssystem, Verbreitung von und Zugang zu Informationen, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige.

Obwohl natürlich alle Teile der Interviews relevant, wichtig und interessant waren, werden im Folgenden einige der bemerkenswertesten Punkte hervorgehoben.

3.6.1 Allgemeine Aspekte zu Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Zunächst wurden den befragten Expertinnen und Experten einige allgemeine Fragen zum Thema Demenz und Migration gestellt, um die gesellschaftliche Bedeutung und gesundheitspolitische Relevanz des Themas im jeweiligen Land einordnen zu können und den Stellenwert zu ermitteln, den es in den nationalen Gesundheitssystemen sowie bei regionalen Versorgungsplanenden und Dienstleistenden hat. Darüber hinaus wollten die Autorinnen und Autoren dieses Atlasses herausfinden, inwieweit PmM insgesamt oder einzelne Gruppen von Zugewanderten vom Gesundheitssystem als vulnerable Gruppen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung identifiziert werden und ob PmM mit Demenz als Gruppe mit spezifischen Gesundheitsbedürfnissen behandelt werden. Diese Fragen waren für die Autorinnen und Autoren von grundlegender Bedeutung, da die Identifizierung spezifischer Bedürfnisse einer Gruppe oder Bevölkerung die Grundlage für die Entwicklung spezialisierter Angebote ist.



Abb. 3.6.1.1: Bedeutung von Demenz und Migration

Abbildung 3.6.1.1 zeigt, dass laut den Expertinnen- und Experteninterviews nur ein Land (Österreich) Demenz und Migration als ernsthaftes Anliegen auf nationaler Ebene betrachtet, während andere Länder dem Thema keine Bedeutung beimessen. Die Hälfte der verbleibenden Antworten verteilt sich auf die Kategorien „teilweise wichtig“ und „eher unwichtig/nicht wichtig“. Während die länderspezifischen interviewten Personen angaben, dass das Thema in Belgien und Griechenland vom Gesundheitssystem als nicht wichtig angesehen

wird, wird es in Finnland, Irland, Liechtenstein, Luxemburg, Norwegen und Rumänien als eher unwichtig wahrgenommen.



Abb. 3.6.1.2: PmM als vulnerable Gruppe im Gesundheitswesen

Gleichzeitig werden PmM (unabhängig von einer Demenz) nach den Aussagen der Expertinnen und Experten in allen Ländern außer Griechenland als vulnerable Gruppe im Gesundheitswesen identifiziert (Abbildung 3.6.1.2). Das liegt daran, dass Griechenland Menschen nicht aufgrund ihres Geburtsortes als vulnerabel definiert, sondern aufgrund ihres Alters und danach, ob sie besondere Bedürfnisse haben.



Abb. 3.6.1.3: PmM mit Demenz als Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen im Gesundheitswesen

Bei PmM mit Demenz ist das Bild wieder anders (Abbildung 3.6.1.3). Basierend auf den Expertinnen- und Experteninterviews gibt es doppelt so viele Länder, deren Gesundheitssysteme nie (Belgien, Irland, Italien, Rumänien) oder selten (Griechenland, Vereinigtes Königreich) PmM mit Demenz und ihre Familienmitglieder als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen behandeln, wie Länder, deren Gesundheitssysteme dies immer (kein Land) oder meistens (Österreich, Bulgarien, Finnland) tun. Fast die Hälfte der Länder hat ein Gesundheitssystem, das PmM mit Demenz teilweise als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen behandelt.

3.6.2 Versorgung

Die Fragen zur Versorgung von PmM mit Demenz konzentrierten sich in erster Linie auf die Verfügbarkeit und Eignung von formalen Versorgungsleistungen. Bei der Frage nach der Verteilung der Versorgungsleistungen wurde zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterschieden.



Abb. 3.6.2.1: Verfügbarkeit ambulanter Versorgungsleistungen für PmM

Wie in Abbildung 3.6.2.1 dargestellt, ergaben die Expertinnen- und Experteninterviews, dass nur etwas über ein Drittel (n=6) der Länder landesweit (Finnland, Liechtenstein, Luxemburg, Norwegen, Vereinigtes Königreich) oder nahezu landesweit (Bulgarien) eine Versorgung mit spezialisierten Dienstleistungen für die ambulante Versorgung von PmM mit Demenz bietet. Demgegenüber bietet mehr als ein Drittel der Länder, darunter Belgien, Griechenland, Irland, Italien, Portugal und Rumänien keine solchen Versorgungsleistungen an. In den Niederlanden sind solche Versorgungsleistungen in verschiedenen Regionen verbreitet, während sie in Österreich, Dänemark und Deutschland nur in einer Region verfügbar sind.



Abb. 3.6.2.2: Verfügbarkeit stationärer Versorgungsleistungen für PmM

Die Situation bei der stationären Versorgung entspricht der Situation bei der ambulanten Versorgung, mit zwei Ausnahmen (siehe Abbildung 3.6.2.2). 1. In den Niederlanden sind spezialisierte Dienstleistungen für die ambulante Versorgung von PmM mit Demenz nur in wenigen Regionen verfügbar. 2. Dänemark bietet keine spezialisierten Leistungen in der stationären Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe an. So zeigen die Expertinnen und Experteninterviews in Bezug auf die stationäre Versorgung, dass in 10 von 17 Ländern spezialisierte Angebote für PmM mit Demenz entweder nur in einzelnen Regionen (n=3) oder gar nicht vorhanden sind. Wie bei der ambulanten Versorgung verweisen auch die Expertinnen und Experten aus Finnland, Liechtenstein, Luxemburg, Norwegen und dem Vereinigten Königreich auf eine landesweite Verfügbarkeit von stationären Versorgungsangeboten für PmM mit Demenz. Die Expertin aus Schweden wies sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung darauf hin, dass in Schweden jeder Mensch das gleiche Recht auf Versorgung und Betreuung hat. Allerdings führen sprachliche, kulturelle und bildungsbedingte Unterschiede in Verbindung mit einer mangelnden Anpassung der Gesundheitsversorgung dazu, dass PmM weniger Möglichkeiten haben, bestehende Versorgungsstrukturen zu nutzen.



Abb. 3.6.2.3: Eignung bestehender Versorgungsleistungen für eine angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz

Die Auswertung der Interviews mit den Expertinnen und Experten ergab, dass in weniger als einem Drittel der Länder die bestehenden Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz mit und ohne Migrationshintergrund angemessen sind. Nach Angaben der befragten Expertinnen und Experten ist dies nur in Bulgarien, Liechtenstein, Luxemburg, den Niederlanden und Österreich der Fall, wobei die befragte Person aus den Niederlanden hinzufügte, dass die bestehenden demenzspezifischen Angebote eher für Menschen ohne Migrationshintergrund geeignet sind. Dennoch wies die Expertin aus Österreich darauf hin, dass die vorhandenen Versorgungsleistungen bei weitem nicht ausreichen, um den aktuellen Bedarf zu decken. Nach Ansicht der Expertinnen und Experten sind in fast der Hälfte der Länder (n=8) die bestehenden demenzspezifischen Versorgungsangebote nur für Menschen ohne Migrationshintergrund geeignet, in drei Ländern (Deutschland, Irland, Vereinigtes Königreich) sind sie weder für PmM noch für Menschen ohne Migrationshintergrund angemessen. Die Expertinnen und der Experte aus Portugal erwähnten, dass es zwar einige ausreichend wirksame Angebote gibt, diese aber nicht für jeden leicht zugänglich sind.

3.6.3 Inklusion und Aufklärung von Menschen mit Migrationshintergrund (mit Demenz)

In dieser Kategorie wurden die Expertinnen und Experten nach dem Grad der Inklusion von Menschen mit Demenz, PmM und PmM mit Demenz in die Gesundheitsversorgung gefragt. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn diese Gruppen an den bestehenden Versorgungsstrukturen und -dienstleistungen teilhaben oder wenn sie z. B. auch aktiv an der Entwicklung, Evaluation und Verbesserung von Versorgungsdienstleistungen beteiligt sind.



Abb. 3.6.3.1: Inklusion von PmM mit Demenz in die Gesundheitsversorgung

Abbildung 3.6.3.1 zeigt, dass nach Meinung der Expertinnen und Experten in keinem Land PmM mit Demenz vollständig oder nahezu vollständig in das Gesundheitssystem einbezogen sind. In fast zwei Dritteln (n=11) der Länder ist diese Bevölkerungsgruppe entweder nur „kaum" (Bulgarien, Italien, Liechtenstein, Norwegen, Portugal) oder gar nicht (Belgien, Deutschland, Griechenland, Irland, Österreich, Rumänien) in das Gesundheitssystem einbezogen. In Dänemark, Luxemburg, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich bewerteten die Expertinnen und Experten den Grad der Einbeziehung von Menschen mit Demenz als „teilweise". Für Finnland waren keine Informationen zu diesem Aspekt verfügbar.

3.6.4 Professionelle Versorgung

In dem Abschnitt wurden die Expertinnen und Experten u.a. gebeten, den Anteil professioneller Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der ambulanten und stationären Versorgung zu beurteilen und ob der Bedarf an kultursensibler Versorgung für PmM mit Demenz durch aus reichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt wird.



Abb. 3.6.4.1: Anteil von PmM in der ambulanten Versorgung (als Beschäftigte im Gesundheitswesen)

In Bezug auf die ambulante Versorgung (Abbildung 3.6.4.1) schätzten die Expertinnen und Experten aus nahezu der Hälfte der Länder (n=8) den Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als sehr hoch (Irland, Italien, Liechtenstein) oder hoch (Dänemark, Griechenland, Norwegen, Österreich, Schweden) ein. Der Experte aus Italien beschrieb den Anteil der Migrantinnen und Migranten in diesem Bereich als extrem hoch. Er schätzt, dass die Mehrheit der italienischen Menschen mit Demenz eine professionelle Pflegekraft mit Migrationshintergrund hat. Die Auswertung der Interviews ergab, dass weniger als ein Viertel der Länder (Bulgarien, Luxemburg, Portugal, Rumänien) einen niedrigen Anteil an professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung hat. Die Antworten der Expertinnen und Experten aus Belgien und England konnten keiner dieser Kategorien zugeordnet werden. Sie berichteten, dass der Anteil der Migrantinnen und Migranten unter den professionellen Pflegekräften in größeren Städten (z. B. London und Birmingham) hoch und in ländlichen Gebieten deutlich niedriger ist.



Abb. 3.6.4.2: Bedarf an kultursensibler Pflege in der ambulanten Versorgung

Nach den Ergebnissen der Expertinnen- und Experteninterviews wird der Bedarf an kultursensibler ambulanter Versorgung für PmM mit Demenz außer in den Niederlanden nicht durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt (Abbildung 3.6.4.2).



Abb. 3.6.4.3: Anteil von PmM in der stationären Versorgung (als Beschäftigte im Gesundheitswesen)

In Bezug auf die stationäre Versorgung (Abbildung 3.6.4.3) wird der Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in fast der Hälfte (n=8) der betrachteten Länder von den Expertinnen und Experten ebenfalls als sehr hoch (Irland und Liechtenstein) oder hoch (Dänemark, Deutschland, Italien, Norwegen, Österreich, Schweden) eingeschätzt und in denselben vier Ländern (Bulgarien, Luxemburg, Portugal, Rumänien) wie bei der ambulanten Versorgung als niedrig. Auf der Ebene der einzelnen Länder gibt es jedoch einige geringfügige Unterschiede im Vergleich zur ambulanten Versorgung. So schätzt der Experte aus Italien den Anteil der Migrantinnen und Migranten in der stationären Versorgung nicht als extrem hoch, aber als hoch ein. In Deutschland ist die Situation umgekehrt, hier ist der Anteil an professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der stationären Versorgung höher als in der ambulanten Versorgung (moderat). Zudem konnten die Expertin aus Finnland und der Experte aus Griechenland diese Frage nicht beantworten. Die Antworten der Expertinnen und Experten aus Belgien und England ließen sich, ebenso wie bei der ambulanten Versorgung, keiner der aufgeführten Kategorien zuordnen. In Bezug auf die stationäre Versorgung (Abbildung 3.6.4.3) wird der Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in fast der Hälfte (n=8) der betrachteten Länder von den Expertinnen und Experten ebenfalls als sehr hoch (Irland und Liechtenstein) oder hoch (Dänemark, Deutschland, Italien, Norwegen, Österreich, Schweden) eingeschätzt und in denselben vier Ländern (Bulgarien, Luxemburg, Portugal, Rumänien) wie bei der ambulanten Versorgung als nied-

rig. Auf der Ebene der einzelnen Länder gibt es jedoch einige geringfügige Unterschiede im Vergleich zur ambulanten Versorgung. So schätzt der Experte aus Italien den Anteil der Migrantinnen und Migranten in der stationären Versorgung nicht als extrem hoch, aber als hoch ein. In Deutschland ist die Situation umgekehrt, hier ist der Anteil an professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der stationären Versorgung höher als in der ambulanten Versorgung (moderat). Zudem konnten die Expertin aus Finnland und der Experte aus Griechenland diese Frage nicht beantworten. Die Antworten der Expertinnen und Experten aus Belgien und England ließen sich, ebenso wie bei der ambulanten Versorgung, keiner der aufgeführten Kategorien zuordnen.



Abb. 3.6.4.4: Bedarf an kultursensibler Pflege in der stationären Versorgung

Basierend auf den Interviews ist zu beobachten, dass es wie in der ambulanten Versorgung an ausreichend qualifizierten Fachkräften für die kultursensible stationäre Versorgung von PmM mit Demenz mangelt, wobei Liechtenstein und die Niederlande wieder eine Ausnahme bilden (Abbildung 3.6.4.4). Dabei ist anzumerken, dass Liechtenstein in dieser Hinsicht bei der ambulanten Versorgung Defizite aufwies, bei der stationären Versorgung aber positiv bewertet wurde. Die Expertin aus Finnland und der Experten aus Griechenland haben diese Frage nicht beantwortet.

3.6.5 Unterstützung für pflegende Angehörige

Der letzte Abschnitt der Interviews konzentrierte sich auf das wichtige Thema der Unterstützung für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz. Die Expertinnen und Experten wurden nach dem Bedarf an spezifischen Informationen und formalen Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz und nach den derzeitigen Unterschieden bei der Bereitstellung von Informationen und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit und ohne Migrationshintergrund gefragt.



Abb. 3.6.5.1: Unterschiede bei Informationen und Angeboten für pflegende Angehörige

Die Auswertung der Interviews ergab, dass es in acht Ländern entweder wesentliche (Deutschland, Griechenland, Italien, Niederlande, Portugal) oder ziemlich große Unterschiede (Norwegen, Schweden, England) und in acht der anderen neun Länder keine Unterschiede bei der Bereitstellung von Informationen und Dienstleistungen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit und ohne Migrationshintergrund gibt. Nur für Liechtenstein wurden die Unterschiede als moderat eingeschätzt (Abbildung 3.6.5.1). Diese große Varianz lässt sich vor allem durch die unterschiedlichen Interpretationen der Frage durch die Expertinnen und Experten erklären. Die Expertinnen und Experten, die angaben, dass es in ihrem Land keine Unterschiede gibt, begründeten ihre Antwort mit den bestehenden gleichen Rechten auf Versorgung (Bulgarien) oder dem gleichen Angebot an Informationen oder Unterstützungsleistungen (Dänemark, Finnland, Irland, Luxemburg, Österreich). Die Expertinnen aus Belgien wiesen explizit darauf hin, dass keine Unterschiede bestehen, weil es keine spezialisierten Dienstleistungen für PmM mit Demenz und ihre Angehörigen gibt. Mit der gleichen Argumentation begründeten z. B. die Expertinnen und der Experte aus Griechenland und Portugal ihre Antwort, dass die Unterschiede in ihrem Land groß sind. Neben dem Mangel an spezialisierten Angeboten für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz stellten die Expertinnen und der Experte aus Norwegen und Deutschland auch fest, dass oft keine kultursensiblen Instrumente und Medienkanäle genutzt werden, um die teilweise bereits vorhandenen mehrsprachigen Informationen zu kommunizieren. Insgesamt gaben fast alle Expertinnen und Experten an, dass es deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bei der Nutzung von Informations- und Unterstützungsangeboten durch pflegende Angehörige gibt.

3.6.6 Schlussfolgerungen

Die Auswertung der Interviews ergab, dass es in der Gesellschaft, der Pflegepolitik und der Wissenschaft ein großes Defizit an Aufmerksamkeit für das Thema Demenz und Migration gibt. Nach Aussage der befragten Expertinnen und Experten wird dieses Thema in den Gesundheitssystemen der in diese Studie einbezogenen Länder nicht als wichtig erklärt. Als Ergebnis stellten die Expertinnen und Experten in den meisten Ländern fest, dass es entweder keine spezialisierten Dienstleistungen für PmM mit Demenz gibt oder diese Dienstleistungen nur in einzelnen Regionen existieren. Basierend auf den Einschätzungen der Expertinnen und Experten sind in etwa zwei Dritteln der Länder die derzeit bestehenden demenzspezifischen Pflegeleistungen nicht ausreichend für die Versorgung von PmM mit Demenz. Außerdem wird der bestehende Bedarf an kultursensibler Versorgung in fast allen Ländern nicht durch ausreichend qualifiziertes Fachpersonal gedeckt. Zusätzlich gaben die Expertinnen und Experten an, dass pflegende Angehörige von PmM mit Demenz viel seltener formelle Unterstützung in Anspruch nehmen. Die meisten Experten glauben, dass dies auf das Fehlen von spezialisierten Dienstleistungen zurückzuführen ist, die ihnen Unterstützung und Informationen bieten. Dieser Mangel an Dienstleistungen ist besonders problematisch, da in 14 der 17 Länder entweder ein sehr hoher (n=10) oder ein hoher Bedarf (n=4) an solchen spezialisierten Dienstleistungen besteht, so die Expertinnen und Experten. Nur die Expertin aus Rumänien und eine der beiden Expertinnen aus Bulgarien schätzten den Bedarf als gering ein. Neben diesen großen Versorgungslücken konnten in dieser Studie auch einige Beispiele für gute Versorgungspraxis identifiziert werden. In den Niederlanden gibt es z. B. in verschiedenen Regionen oder Städten Modelle für eine kultursensible Versorgung und Inklusion von PmM mit Demenz. Neben

einigen Herausforderungen bietet der relativ hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten unter den Fachkräften in der ambulanten und stationären Versorgung in vielen europäischen Ländern auch ein großes Potenzial hinsichtlich der zukünftigen Versorgung von PmM mit Demenz.

3.7 Länderprofile

< zurück zum Inhaltsverzeichnis



Belgien



Einwohnerzahl
11.550.000

Fläche
30.528 km²

Hauptstadt
Brüssel

Drei größten Städte
Antwerpen (529.000)
Gent (264.000)
Charleroi (203.000)

Nachbarländer
Deutschland,
Frankreich, Luxemburg,
die Niederlande

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Belgien war in der Vergangenheit ein Auswanderungsland. Zwischen 1830 und 1914 wanderte ein großer Teil der Bevölkerung aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und wirtschaftlicher Verhältnisse aus. Während der beiden Weltkriege flohen etwa zwei Millionen Menschen aus dem Land. Die Geschichte der Einwanderung begann während des Ersten Weltkriegs, als Menschen aus den Nachbarländern, Osteuropa und Italien in Belgien Arbeit suchten. Zwischen den beiden Weltkriegen nahm die Zuwanderung durch staatliche Anwerbungskampagnen für die prosperierende Kohleindustrie deutlich zu. Im Jahr 1930 beschäftigte die belgische Bergbauindustrie etwa 30.000 ausländische Arbeitskräfte. Nach einem Abkommen mit Italien kamen zwischen 1946 und 1956 110.000 Arbeitskräfte aus Italien. In der Folge schloss Belgien bilaterale Anwerbeabkommen mit Ländern wie Spanien (1956), Marokko (1964) und der Türkei (1964). In den späten 1960er und frühen 1970er Jahren versuchte Belgien dann, die Einwanderung durch strenge Richtlinien zu begrenzen. Dies führte jedoch dazu, dass Menschen, die bereits aus außereuropäischen Ländern eingewandert waren, dauerhaft blieben. Hinzu kamen Geflüchtete aus Konfliktgebieten, ausländische Studierende und Zugewanderte aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten, die an die Stelle der Arbeitsmigrantinnen und migranten traten. Insgesamt stiegen die Zuwanderungszahlen bis 2011 weiter an. Nach einem kurzzeitigen Rückgang der Migration infolge einer restriktiveren Zuwanderungspolitik gegenüber Nicht-EU-Ausländerinnen und -Ausländern stiegen die Zahlen ab 2015 wieder an. Im Jahr 2017 waren Migrantinnen und Migranten aus Marokko mit 215.000 Menschen die größte Migrationsgruppe, gefolgt von Frankreich (185.000), den Niederlanden (130.000) und der Türkei (98.000) [1]. Zwischen 1990 und 2019 stieg die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) von 1,3 auf 2 Millionen Menschen und der Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung von 12,8 auf 17,2% [2]. Die Nettomigrationsrate (Differenz zwischen der Zahl der zu- und abwandernden Personen pro Jahr, je 1.000 Personen) ist seit jeher positiv und lag 2020 bei 4,2 [3].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

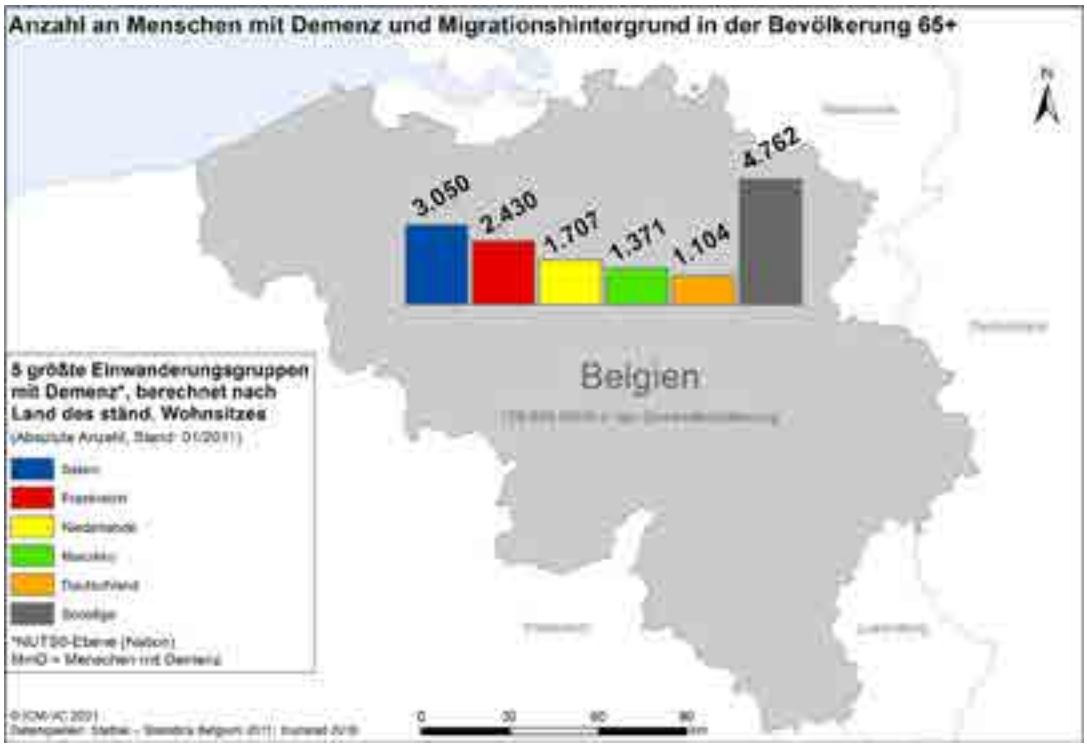


Abb. 3.7.1.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Belgien - Nation)

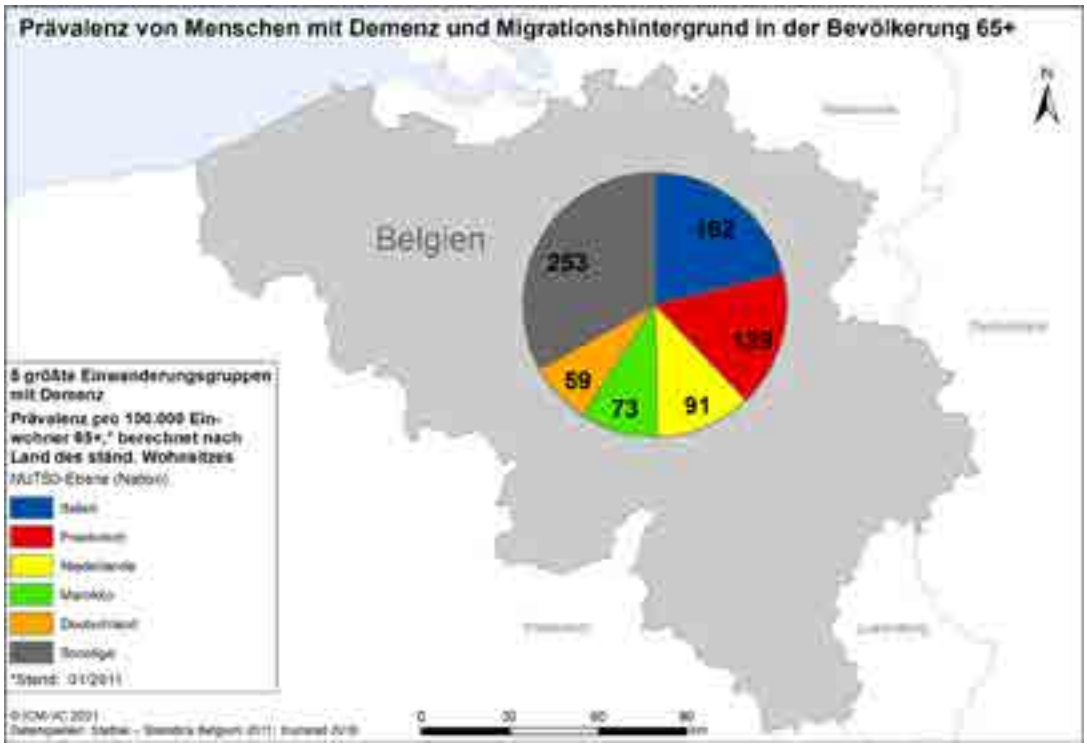


Abb. 3.7.1.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - Nation)

Tab.5: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - Nation)

NUTS	Total	BE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Belgien	129.939	115.517	IT 3.050	FR 2.430	NL 1.707	MA 1.371	DE 1.104	4.762
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Belgien	6.217	-	IT 146	FR 116	NL 82	MA 66	DE 53	227
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Belgien	6.900	6.134	IT 162	FR 129	NL 91	MA 73	DE 59	253

Quelle: Statbel (2011)

In Belgien leben 209.000 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 14.400 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.1.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Gruppen von Zugewanderten vermutlich aus Italien (ca. 3.100), Frankreich (ca. 2.400), den Niederlanden (ca. 1.700), Marokko (ca. 1.400) und Deutschland (ca. 1.100) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Belgien pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.1.2). Tabelle 5 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Italien, Frankreich, den Niederlanden, Marokko und Deutschland in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund (Abbildungen 3.7.1.3 - 3.7.1.8).

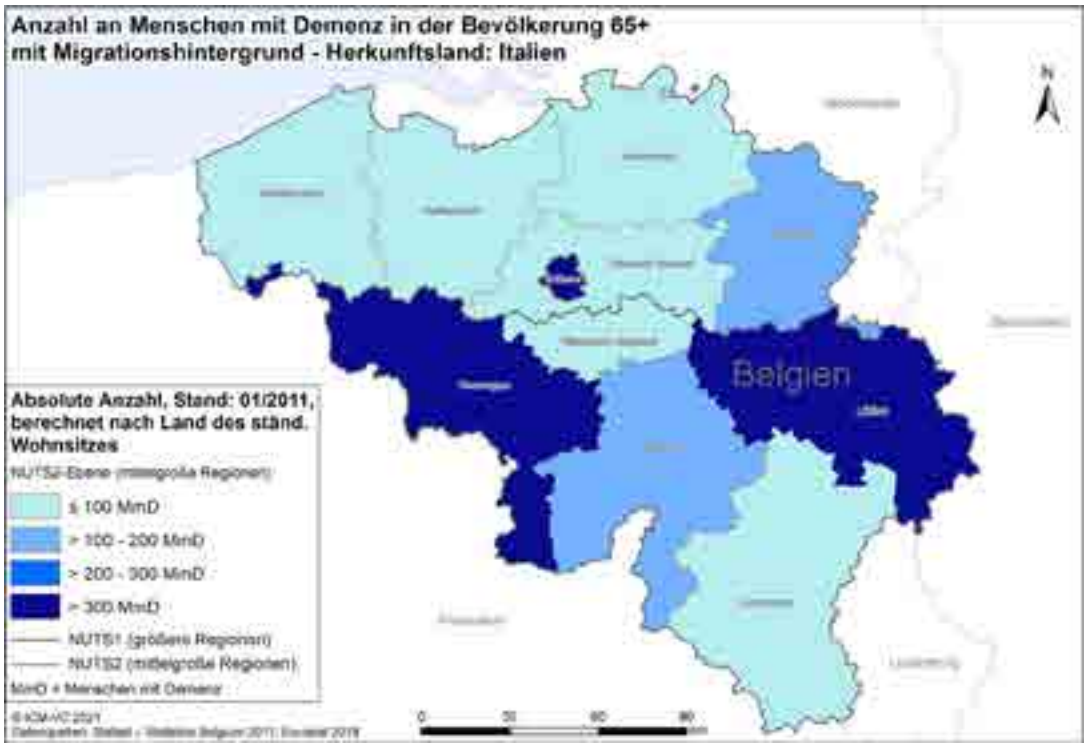


Abb. 3.7.1.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Italien (Belgien - NUTS2)

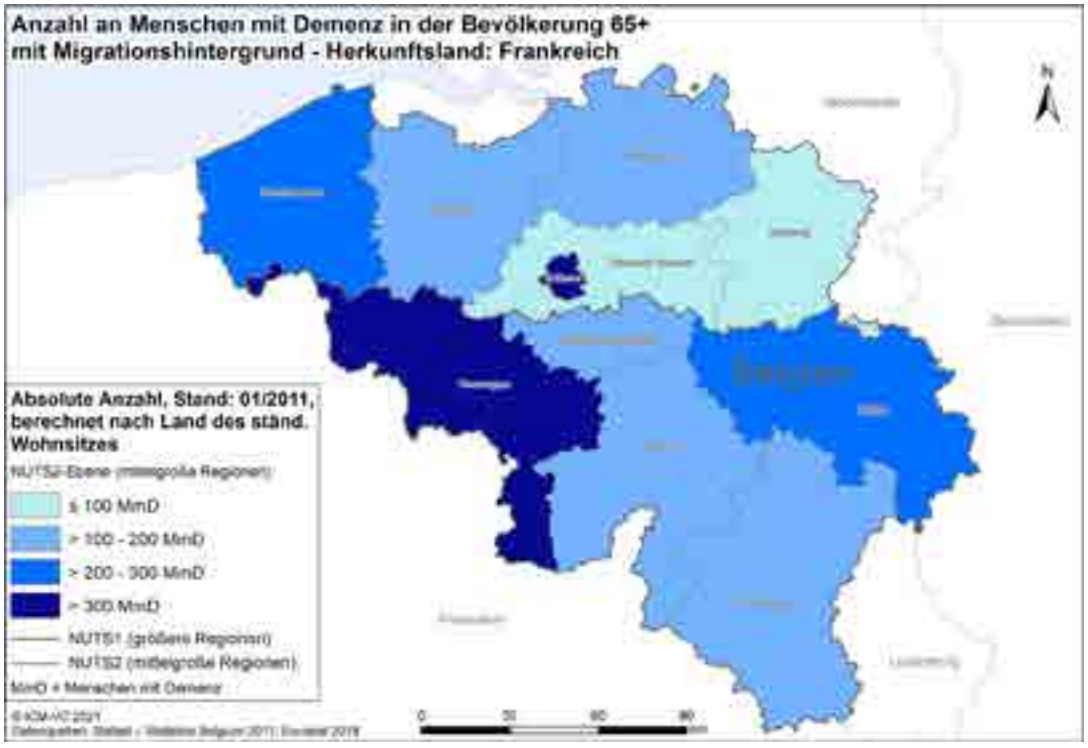


Abb. 3.7.1.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Frankreich (Belgien - NUTS2)

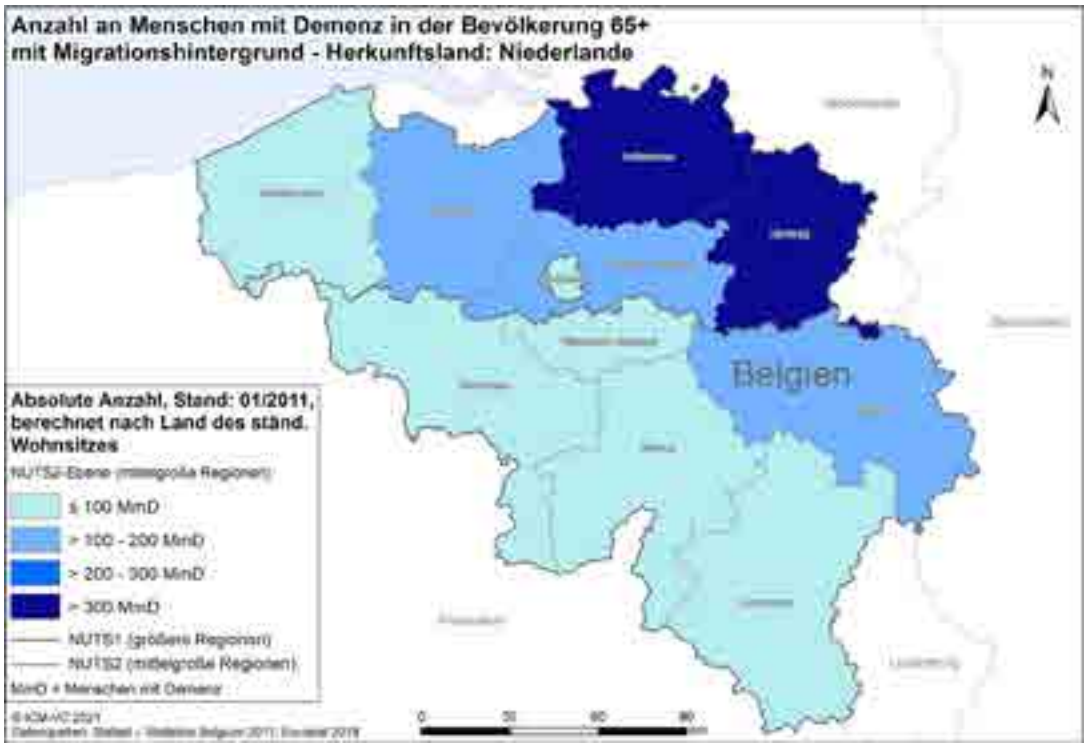


Abb. 3.7.1.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Niederlande (Belgien - NUTS2)

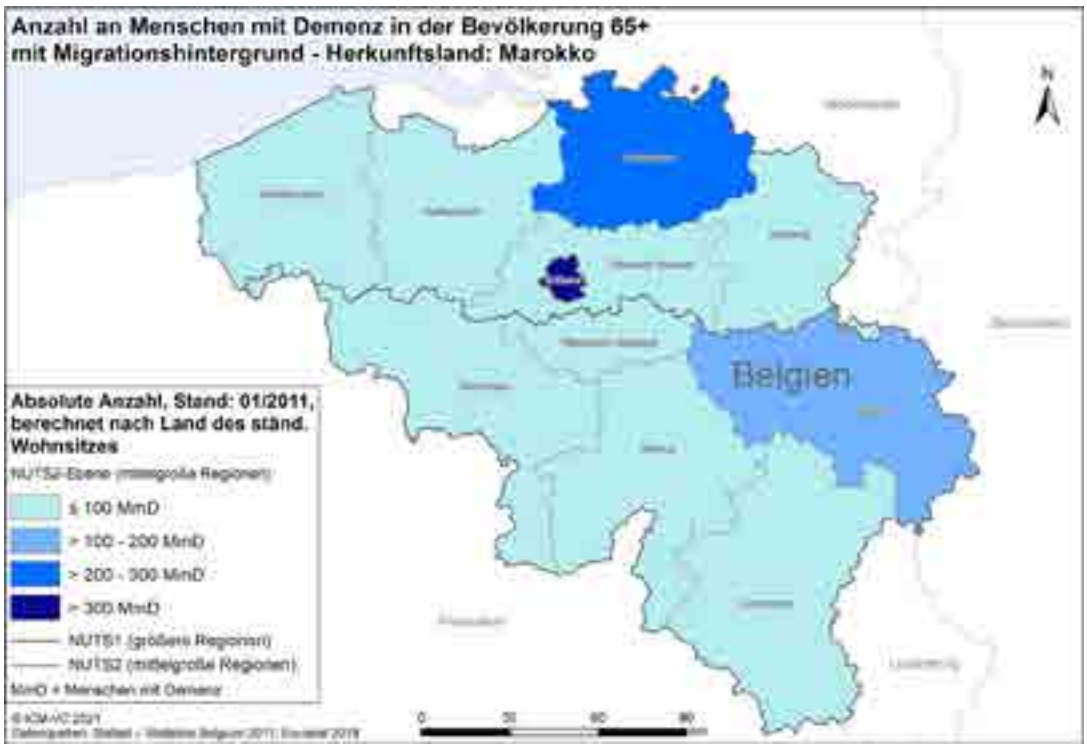


Abb. 3.7.1.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Marokko (Belgien - NUTS2)

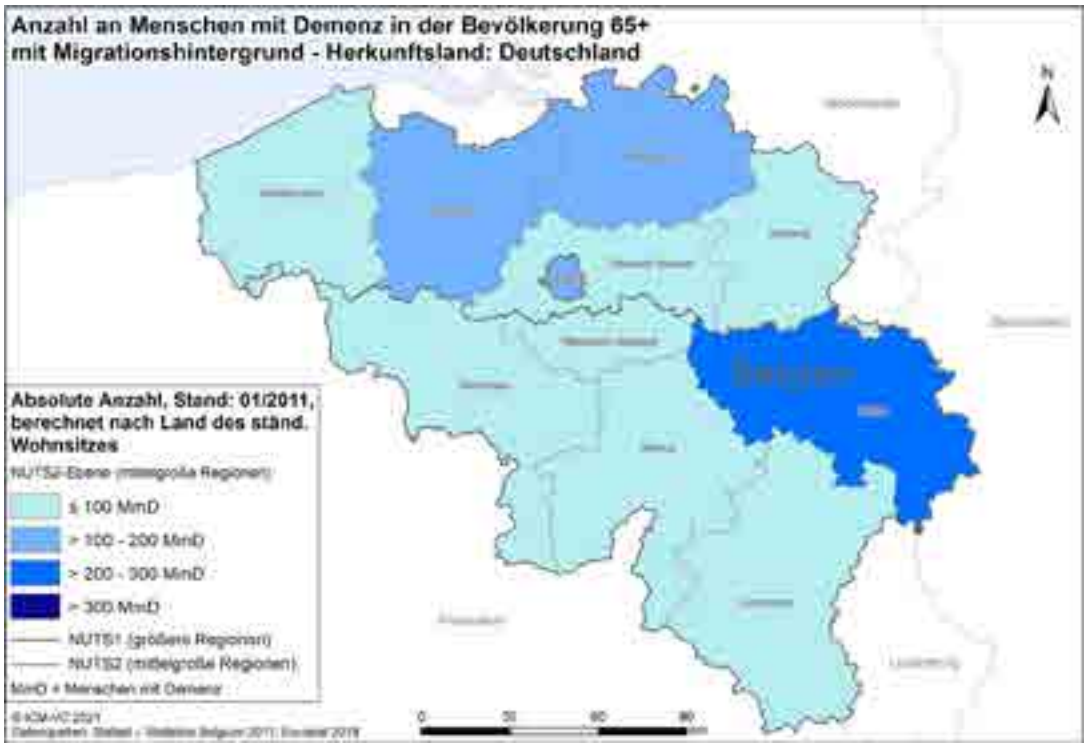


Abb. 3.7.1.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Deutschland (Belgien - NUTS2)



Abb. 3.7.1.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Belgien (Belgien - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.1.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.1.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 6 [4-6].

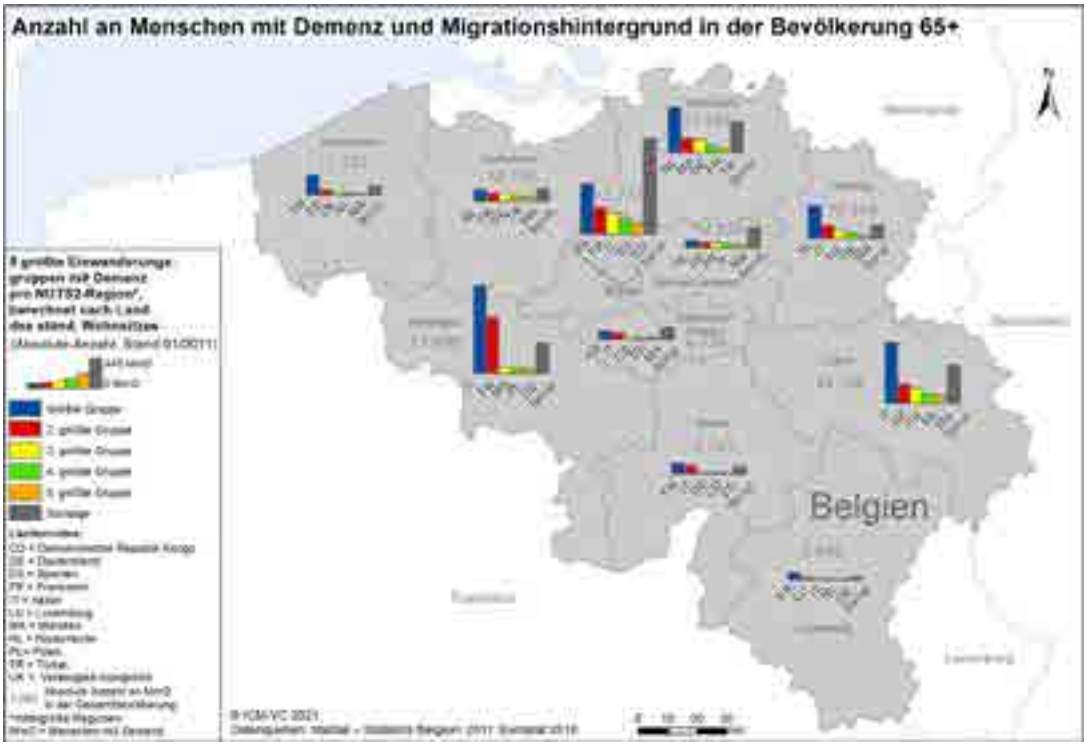


Abb. 3.7.1.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - NUTS2)

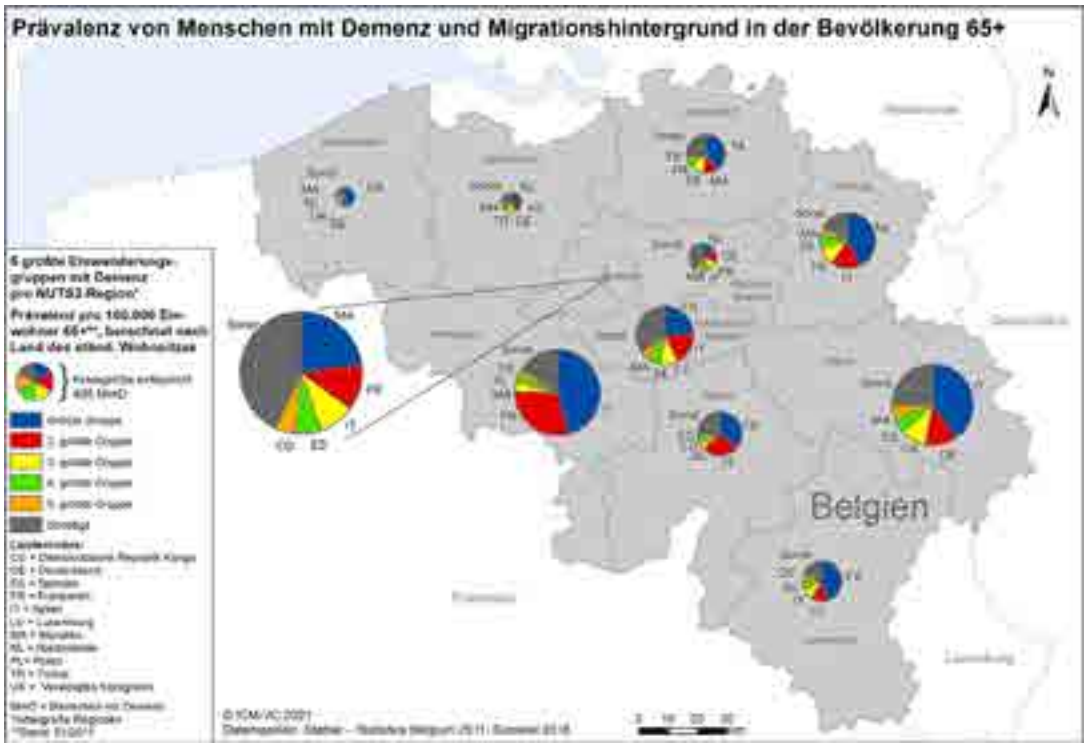


Abb. 3.7.1.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - NUTS2)

Tab. 6: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - NUTS2)

NUTS	Total	BE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Brüssel	13.717	10.534	MA 723	FR 388	IT 305	ES 223	CD 167	1.377
Antwerpen	23.359	21.684	NL 662	MA 211	DE 189	FR 103	TR 60	450
Limburg	10.918	9.813	NL 470	IT 193	TR 115	DE 83	MA 51	193
Ostflandern	18.752	18.060	NL 167	FR 112	DE 104	TR 72	MA 56	181
Flämisch Brabant	14.058	13.327	NL 118	DE 95	FR 89	IT 62	MA 59	308
Westflandern	17.325	16.707	FR 292	DE 81	UK 50	NL 41	MA 18	136
Wallonisch-Brabant	4.736	4.228	FR 124	IT 93	CD 50	DE 33	MA 28	180
Hennegau	17.660	14.899	IT 1.266	FR 813	MA 93	PL 74	DE 72	443



Belgien

NUTS	Total	BE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Lüttich	14.706	12.518	IT 881	DE 277	FR 223	ES 136	MA 114	557
Luxemburg (BE)	3.090	2.861	FR 102	LU 32	IT 23	NL 15	DE 14	43
Namur	5.747	5.277	FR 163	IT 131	DE 24	CD 22	ES 15	115
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Brüssel	2.974	-	MA 157	FR 84	IT 66	ES 48	CD 36	299
Antwerpen	9.624	-	NL 273	MA 87	DE 78	FR 43	TR 25	184
Limburg	6.814	-	NL 297	IT 122	TR 73	DE 53	MA 32	36
Ostflandern	18.697	-	NL 166	FR 112	DE 103	TR 72	MA 56	181
Flämisch Brabant	13.260	-	NL 111	DE 89	FR 84	IT 58	MA 49	299
Westflandern	19.353	-	FR 326	DE 90	UK 56	NL 46	MA 20	152
Wallonisch-Brabant	6.431	-	FR 168	IT 126	CD 68	DE 45	MA 39	244
Hennegau	4.413	-	IT 316	FR 203	MA 23	PL 19	DE 18	111
Lüttich	4.637	-	IT 278	DE 87	FR 70	ES 43	MA 36	176
Luxemburg (BE)	9.329	-	FR 307	LU 96	IT 69	NL 44	DE 42	132
Namur	8.445	-	FR 239	IT 193	DE 35	CD 33	ES 22	168
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Brüssel	6.900	5.299	MA 364	FR 195	IT 153	ES 112	CD 84	693
Antwerpen	6.900	6.405	NL 195	MA 62	DE 56	FR 31	TR 18	133
Limburg	6.900	6.201	NL 297	IT 122	TR 73	DE 53	MA 32	122
Ostflandern	6.900	6.645	NL 61	FR 41	DE 38	TR 27	MA 21	67
Flämisch Brabant	6.900	6.541	NL 58	DE 46	FR 44	IT 30	MA 29	152
Westflandern	6.900	6.654	FR 116	DE 32	UK 20	NL 16	MA 7	55



NUTS	Total	BE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Wallonisch-Brabant	6.900	6.160	FR 181	IT 135	CD 73	DE 49	MA 42	260
Hennegau	6.900	5.821	IT 495	FR 318	MA 36	PL 29	DE 28	173
Lüttich	6.900	5.873	IT 413	DE 130	FR 105	ES 64	MA 53	262
Luxemburg (BE)	6.900	6.390	FR 227	LU 71	IT 51	NL 33	DE 31	97
Namur	6.900	6.336	FR 196	IT 157	DE 28	CD 27	ES 18	138

Quelle: Statbel (2011)

3. Nationaler Demenzplan

Das belgische Gesundheitssystem ist auf regionaler Ebene organisiert. Daher gibt es keinen Demenzplan, der für das ganze Land gilt. Für die südliche Region Wallonien konnte kein Plan identifiziert werden [7]. Die nördliche Region Flandern veröffentlichte 2016 den „Dementia Plan for Flanders 2016 – 2019" („Demenzplan für Flandern 2016-2019"), der jedoch kein separates Kapitel zum Thema Migration enthält. In zwei Absätzen des Kapitels über die Prävalenz von Demenz und in drei Abschnitten des Kapitels über Ziele und Maßnahmen wird jedoch kurz auf die Migration Bezug genommen. In diesen Kapiteln werden PmM als eine Risikogruppe für Demenz identifiziert. Der Anteil der PmM an der flämischen Bevölkerung hat in den letzten Jahren zugenommen, insbesondere in der Altersgruppe ab 65 Jahren, und ein weiterer Anstieg wird erwartet. An Demenz erkrankte PmM werden als eine Gruppe betrachtet, der in der wissenschaftlichen Forschung und bei der Entwicklung von Versorgungsstrategien besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Es wird darauf hingewiesen, dass sie spezifische Pflegebedürfnisse haben, die bei der Entwicklung von Demenzstrategien berücksichtigt werden müssen. Flandern ist bestrebt, PmM mit Demenz die notwendige Versorgung und Unterstützung zu bieten und das Wissen über Demenz in den Migrationsgemeinschaften zu erhöhen. Gleichzeitig soll die Öffentlichkeit für die Bedeutung der kulturellen Vielfalt in der Demenzbetreuung sensibilisiert werden. Der Demenzplan von Flandern zielt darauf ab, sicherzustellen, dass PmM Zugang zu demenzspezifischer Versorgung haben und dass kultursensible Versorgungsdienstleistungen zur Verfügung gestellt werden. Derzeit scheint es in Flandern immer noch einen Mangel an kultursensiblen Gesundheitsdienstleistungen für PmM mit Demenz zu geben. Der besonderen Situation dieser vulnerablen Gruppe wurde in der Vergangenheit keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Laut dem Demenzplan soll sich dies in Zukunft ändern [8].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Laut einer Auskunftsperson der Agence pour une Vie de Qualité (=Wallonische Agentur für Lebensqualität) (AVIQ) gibt es in Wallonien keine öffentlich zugänglichen Dokumente, die demenzspezifische Behandlungs- oder Versorgungsleitlinien enthalten [9]. Für Flandern konnten vier solcher Dokumente gefunden werden. Während der „Transitplan Dementiekundige Basiszorg in het Natuurlijk Thuismilieu" („Durchgangsplan für die Grundpflege bei Demenz in der natürlichen häuslichen Umgebung") aus dem Jahr 2014 die Migration nicht berücksichtigt [10], beziehen sich die anderen drei Leitlinien in unterschiedlichem Maße darauf. Das Dokument „You and me, together we are human: A reference framework for quality of life, housing and care for people with dementia" („You and Me, Together We are Human: Ein Referenzrahmen für die Lebensqualität, Wohnen und Versorgung von Menschen mit Demenz") aus dem Jahr 2018 bezieht sich in einem Abschnitt mit zwei großen und einem kleinen Absatz auf das Thema Migration. Der Fokus liegt auf der Problembeschreibung. Zunächst wird erörtert, dass die zunehmende Diversität in westlichen Gesellschaften Herausforderungen für Versorgende mit sich bringt. Anschließend werden einige Unterschiede in der Wahrnehmung von Demenz und bei den Bedürfnissen und Versorgungspraktiken zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund genannt. Es wird darauf hingewiesen, dass einige Kulturen Demenz als eine Pathologie des Gehirns wahrnehmen, während andere Kulturen sie als Teil des normalen Alterns, als psychiatrisches Problem, als religiöse oder mystische Erfahrung oder als Strafe für schlechtes Verhalten sehen. In einigen dieser Kulturen ist Demenz stark tabuisiert. Daher müssen diese Menschen besser informiert werden und ihr Bewusstsein für Demenz muss geschärft werden. Der Referenzrahmen kommt zu dem Schluss, dass die derzeitigen Gesundheitsleistungen für Migrantinnen und Migranten unzureichend sind. Die Pflegeeinrichtungen sind direkt aufgefordert, die kulturspezifischen Bedürfnisse der Menschen zu berücksichtigen, ohne in Stereotypisierung und Überkulturalisierung zu verfallen. In Zukunft möchte sich Flandern insbesondere auf eine kultursensible Gesundheitsversorgung für PmM mit Demenz konzentrieren. Es ist jedoch nicht geplant, für diese Gruppe spezielle Angebote zu entwickeln [11]. Im „Memorandum" von 2014, das 2013 vom „Expertisecentrum Dementie Vlaanderen" und der „Vlaamse Alzheimer Liga" veröffentlicht wurde, wird erwähnt, dass die Zahl der älteren Menschen aus Italien, Marokko oder der Türkei zunimmt, was ein Grund für den wachsenden Druck auf die informelle Versorgung und die steigende Bedeutung der Vielfalt der Versorgung ist [12]. Das „Memorandum" von 2019 aus dem Jahr 2018 beschreibt die Situation mit dem gleichen Wortlaut. Dies deutet darauf hin, dass sich die Situation in den letzten Jahren nicht geändert hat - die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten steigt weiter an, der Druck auf die informelle Versorgung nimmt weiter zu, und die Vielfalt der Versorgung wird immer noch vernachlässigt. Dies könnte der Grund dafür sein, dass am Ende des Memorandums die Empfehlung ausgesprochen wird, dass in Zukunft verstärkt auf PmM mit Demenz geachtet werden sollte [13].

Die Analyse der flämischen Dokumente hat gezeigt, dass das Thema Demenz und Migration in Flandern an Bedeutung gewinnt und auch beim Verfassen von Dokumenten zur Demenzversorgung zunehmend berücksichtigt wird. PmM mit Demenz werden als eine vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen

identifiziert, für die in Zukunft eine kultursensible Versorgung angeboten werden sollte. Derzeit scheint es in dieser Hinsicht große Lücken zu geben.

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertinnen wider. Dies kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten führen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Es gibt große Lücken in der Versorgung von PmM mit Demenz, da das Thema Demenz und Migration in der Gesellschaft, Politik, Wissenschaft und im Gesundheitssystem neu ist und in diesen Systemen derzeit keine strukturelle Aufmerksamkeit erfährt. Die beiden befragten Expertinnen sind Teil des einzigen Forschungsprojekts, das zu diesem Thema läuft. Bis jetzt haben das belgische Gesundheitssystem, politisch Entscheidende und Pflegeorganisationen PmM mit Demenz nicht als eine Gruppe mit besonderen Bedürfnissen identifiziert. Infolgedessen können keine nationalen oder regionalen Programme, Leitlinien oder offiziellen Dokumente (die von der Regierung veröffentlicht werden) identifiziert werden, die das Bewusstsein für Demenz und Migration bei Gesundheitsdienstleistenden erhöhen.
Nach Aussage der Befragten sind PmM in Belgien überhaupt nicht in das Gesundheitssystem eingebunden. So gibt es bereits einen Mangel an Fokus auf Gesundheit und Migration, der sich im Fehlen von öffentlichen Politiken und Best-Practice-Beispielen, die sich mit dem Thema befassen, widerspiegelt. In der gegenwärtigen Situation hängt die Bereitstellung von kultursensiblen Dienstleistungen für PmM mit Demenz von Initiativen ab, die auf individueller Ebene ergriffen werden, ohne dass der Staat beteiligt ist. Die Expertinnen stellen fest, dass es in Belgien derzeit keine spezialisierten Gesundheitsdienstleistungen für PmM mit Demenz gibt und die Regierung, das Gesundheitssystem und die Gesundheitsorganisationen auch keine Maßnahmen ergreifen, um eine zukünftige interkulturelle Versorgung oder Unterstützung für Menschen mit Demenz sicherzustellen. Auf individueller Ebene gibt es eine kleine Anzahl von Gesundheitsdienstleistenden und Pflegekräften, die für die spezifischen Bedürfnisse von PmM mit Demenz sensibilisiert sind und aufgrund ihres eigenen Profils (z. B. eigener Migrationshintergrund) und ihrer Erfahrung in der Arbeit mit PmM eine kultursensible Versorgung anbieten. Die Expertinnen nannten die folgenden zwei Beispiele. Erstens wurde 2017 in Brüssel von einer Gruppe von Pflegekräften eine Tagespflege-Einrichtung für PmM mit Demenz eingerichtet, die seit ihrem Start etwa zehn Personen betreut hat (Schätzung einer Expertin). Das zweite Beispiel war das kultursensible Demenzcafé in Mons. Es gibt auch einzelne Pflegeheime mit hohem Migrationsanteil, die für das Thema sensibilisiert wurden, wie z. B. ein Pflegeheim in Brüssel mit vielen Migrantinnen und Migranten aus Italien. Nach Ansicht der Expertinnen gibt es mit Ausnahme dieser Beispiele keine besondere Aufmerksamkeit für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung für PmM mit Demenz in Belgien. Es scheint keinen Pflegestandard, keine Richtlinie und keine systematische Berücksichtigung der Bedürfnisse dieser speziel-

len Personengruppe zu geben. Aufgrund der personellen Unterbesetzung im Bereich der Altenpflege mangelt es generell an Sensibilität für die persönlichen Bedürfnisse von Demenzkranken; dies gilt insbesondere für PmM.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Nach Ansicht der befragten Expertinnen ist interkulturelle oder kultursensible Versorgung kein fester Bestandteil der Berufsausbildung von Gesundheits- und Pflegepersonal. Es gibt zwar Lehrveranstaltungen zur interkulturellen Versorgung, aber sie sind kein Pflichtmodul, werden nicht flächendeckend für alle Studierenden angeboten und gelten nicht als wichtiger Grundbaustein für die Pflege. Außerdem werden diese Kurse oft nur von Personen besucht, die bereits für das Thema sensibilisiert sind. Die große Mehrheit der Auszubildenden/Studierenden besucht keine Kurse zur interkulturellen Versorgung.

Hinsichtlich der kulturellen Vielfalt und des Anteils der Gesundheitsfachkräfte mit Migrationshintergrund spielen die Region (ländlich oder städtisch) und die berufliche Qualifikation eine wichtige Rolle. In Städten und bei gering qualifizierten Tätigkeiten ist der Anteil der Fachkräfte mit Migrationshintergrund deutlich höher als in ländlichen Gebieten und bei Tätigkeiten, die eine höhere Qualifikation erfordern. In der stationären Versorgung in Brüssel zum Beispiel ist er sehr hoch. Darüber hinaus ist der Anteil der Zugewanderten unter den Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu den Pflegekräften viel geringer. Ebenso dürfte der Anteil der Reinigungskräfte mit Migrationshintergrund bei 80 bis 90% liegen (Schätzung einer Expertin). Dies könnte darauf hindeuten, dass Arbeitsplätze mit geringerer Qualifikation in der Regel von Zugewanderten ausgeübt werden. Hinsichtlich der Regionen und Herkunftsländer ist die Gruppe der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der stationären Versorgung in Städten sehr heterogen (aus allen Teilen der Welt, z. B. Osteuropa, Amerika, Pakistan). In den meisten Krankenhäusern (außer denen in Brüssel) sind der Migrationsanteil und die kulturelle Vielfalt viel geringer. Insgesamt ist die Diversität des Personals in der stationären Versorgung geringer als in der ambulanten Pflege. Beide Expertinnen wiesen darauf hin, dass es in Belgien derzeit einige strukturelle und soziale Bedingungen gibt, die eine Barriere für die Inklusion von PmM in das gesamte Spektrum der Gesundheitsberufe darstellen. PmM werden in der Politik oft als eine Gruppe gesehen, was zu der falschen Erwartung führt, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aufgrund ihres Migrationshintergrunds generell eine kultursensible Versorgung anbieten und somit die Fähigkeiten und das Wissen haben, die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu managen. Insgesamt geben die Expertinnen an, dass an Gesundheitsdienstleistende mit Migrationshintergrund höhere Erwartungen gestellt werden als an Gesundheitsdienstleistende ohne Migrationshintergrund. In Bezug auf die regulären Aufgaben und Pflichten im Gesundheitswesen wird von beiden das gleiche Maß an Fachwissen erwartet. Gleichzeitig wird von beiden erwartet, dass sie bereit sind, bei Bedarf Übersetzungsdienste zu leisten und eine kultursensible Versorgung anzubieten. Ein hohes Maß an ethnischer Vielfalt beim Personal bietet großes Potenzial, führt aber nicht automatisch zu einer kultursensiblen Versorgung. Die Vielfalt muss mit Hilfe von Faktoren wie guter Führung, Kommunikation und unterstüt-

zender, nicht stereotyper Politik fruchtbar gemacht werden. Ein weiteres zentrales Problem ist nach Ansicht der Expertinnen die strukturell bedingte mangelnde Inklusion von PmM in hochqualifizierten Berufen des Gesundheitswesens, in denen sie unterrepräsentiert sind.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Die Expertinnen erklärten, dass das familiäre Netzwerk eine Schlüsselrolle bei der Unterstützung von Pflegepersonen von PmM mit Demenz spielt. In der Regel sind jedoch Familien und andere potenzielle Unterstützungsnetzwerke wie Religionsgemeinschaften und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen mit der Demenzversorgung weitgehend nicht vertraut, weshalb sie zunächst sensibilisiert und informiert werden müssen. Im Gegensatz zu Familien spielen Religionsgemeinschaften und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen derzeit keine wichtige Rolle bei der Bereitstellung demenzspezifischer Unterstützung für pflegende Angehörige. Nach Ansicht der Expertinnen liegt dies nicht an einer fehlenden Bereitschaft, sondern an mangelndem Bewusstsein und Wissen in Bezug auf Demenz. Allerdings gibt es auch Unterschiede zwischen den einzelnen Migrantinnen- und Migrantenorganisationen. Einige Herkunftsländer sind besser organisiert und andere Länder sind überhaupt nicht in Migrantinnen- und Migrantenorganisationen vertreten. Das Ausmaß, in dem pflegende Angehörige Unterstützung von diesen Organisationen erhalten, hängt also vom Herkunftsland ab. Migrantinnen und Migranten aus Italien haben zum Beispiel einen sozialen Dienst, der sie beim Zugang zur Versorgung unterstützt, während Menschen aus Marokko keine solche Organisation haben. Derzeit unterstützen die engsten Familienangehörigen die Person mit Demenz die meiste Zeit. Sie sind es auch, die ihr soziales Umfeld über Demenz aufklären, was wiederum die Belastung der Versorgung erhöht.

Nach Ansicht der Expertinnen gibt es in Belgien ein allgemeines Problem bei der Unterstützung und Aufklärung von pflegenden Angehörige von Menschen mit Demenz. Dieses Problem ist noch größer und komplexer in Bezug auf die Angehörigen von PmM mit Demenz. Es gibt keine speziellen Informationsquellen (z. B. Bücher, Filme), die es ihnen ermöglichen, das Thema Demenz mit ihrer Familie in ihrer Muttersprache zu besprechen. Darüber hinaus sind die verfügbaren Informationen über Demenz in Bezug auf einzelne Elemente (z. B. in Bildern, Illustrationen oder Videos dargestellte Personen oder Situationen) nicht kultursensibel oder kulturell angepasst. Für die Angehörigen von PmM mit Demenz ist es wichtig, dass sie sich in den (virtuellen) Informationen wiedererkennen können. Insgesamt besteht ein großer Bedarf an spezialisierten Angeboten zur Unterstützung und Aufklärung dieser Bevölkerungsgruppe. Es ist notwendig, sprachlich und kulturell sensible Informationen zu entwickeln, wobei zu berücksichtigen ist, dass diese Informationen zugänglich sein und zu zugänglichen Pflegeleistungen führen müssen.

8. Quellen

1. Lafleur J-M, Marfouk A: A Common Home: Migration and Development in Belgium. In. Brüssel: Caritas International; 2019.
2. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Belgium; 2019.
3. International Organization for Migration: Net Migration rate in the 5 years prior to 2020: Belgium; 2019.
4. Esri: World Ocean Background; 2010.
5. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
6. Statistics Belgium: Census 2011; 2011.
7. Vanneste P: Dementia Plan Wallonia. In., E-Mail-Kontakt edn.; 2019.
8. Vlaamse Regering: continuing to build a dementia-friendly Flanders together: updated Dementia Plan for Flanders 2016 – 2019. In: Vlaamse Regering; 2016.
9. Vanneste P: Dementia care guidelines. In., E-Mail-Kontakt edn.; 2019.
10. Vlaamse Regering: TRANSITIEPLAN „DEMENTIEKUNDIGE BASISZORG IN HET NATUURLIJK THUISMILIEU". In. Herausgegeben von Volksgezondheid en Gezin; 2014.
11. Dely H, Verschraegen J, Steyaert J: You and me, together we are human: A reference framework for quality of life, housing and care for people with dementia. Antwerpen, Belgien: European Patent Office publishing company; 2018.
12. Constant O, Lamers H, Steyaert J, Verschraegen J, Wildiers P: Memorandum 2014. In. Herausgegeben von Vlaanderen ED, Liga VA. Antwerpen: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Vlaamse Alzheimer Liga; 2013.
13. Constant O, Lamers H, Steyaert J, Verschraegen J, Dely H: Memorandum 2019. In. Antwerpen: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Alzheimer Liga Vlaanderen; 2018.



Bulgarien



Einwohnerzahl
6.951.000

Fläche
110.372 km²

Hauptstadt
Sofia

Drei größten Städte
Sofia (1.243.000)
Plovdiv (348.000)
Varna (336.000)

Nachbarländer
Griechenland, Nordmazedonien, Rumänien, Serbien, Türkei

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Zwischen 1880 und 1988 sind 808.600 Menschen nach Bulgarien eingewandert und etwa 1.283.000 Menschen aus Bulgarien ausgewandert. Die Menschen, die in dieser Zeit nach Bulgarien kamen, waren hauptsächlich ethnische Bulgaren aus den Nachbarländern [1]. Die ersten Einwanderinnen und Einwanderer waren Geflüchtete aus Armenien (1915-1917), die vor dem Völkermord an den Armeniern im Osmanischen Reich flohen. Die nächste Einwanderungsphase erfolgte während der sozialistischen Periode (1944-1989), als große Gruppen von Studierenden aus der Dritten Welt kamen. Um den Bedarf an Arbeitskräften zu decken, wurden in den späten 1970er Jahren Zuwandernde aus Vietnam aufgenommen. Ab 1989 nahm die Einwanderung zu und große Gruppen aus China und arabischsprachigen Ländern kamen nach Bulgarien. Nachdem Bulgarien im Jahr 2007 der EU beigetreten war, stieg die Zahl der Zuwandernden aus der ehemaligen Sowjetunion und dem ehemaligen Jugoslawien. Es bildeten sich neue große Gruppen von Zuwandernden (Menschen aus der Russischen Föderation, der Ukraine, den arabischsprachigen Ländern, Albanien, Armenien, Serbien, der Türkei usw.). Der EU-Beitritt Bulgariens, seine geografische Lage an der südöstlichen Außengrenze der EU und der Syrienkrieg haben Bulgarien von einem traditionellen Nettoauswanderungsland zu einem Transitland [2] mit einer reduzierten Nettoauswanderung [3] gemacht. Insbesondere ab Juni 2013 stieg die Zahl der Migrantinnen und Migranten, die auf der Suche nach internationalem Schutz in Bulgarien ankamen, deutlich an. Diese Migrantinnen und Migranten stammten hauptsächlich aus dem Irak, Afghanistan, Syrien, Pakistan und dem Iran und die meisten von ihnen wanderten undokumentiert nach Nord- und Westeuropa ein. Im Jahr 2016 machten Menschen aus Afghanistan 40% der neuen Asylsuchenden aus [4]. Im Jahr 2013 kamen die größten Gruppen von Zugewanderten aus der Russischen Föderation (19.700), Rumänien (6.400), der Ukraine (6.200), Griechenland (5.200) und der Türkei (4.200) [5]. Zwischen 1990 und 2019 hat sich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) fast verachtfacht (von 21.500 auf 168.500) und der Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung hat sich verzwölffacht (von 0,2 auf 2,4%) [6]. Insgesamt ist Bulgariens Migrationsbevölkerung kleiner und seine Migrationsgeschichte kürzer als die der meisten anderen EU-Länder [2]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei -0,7 [7].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

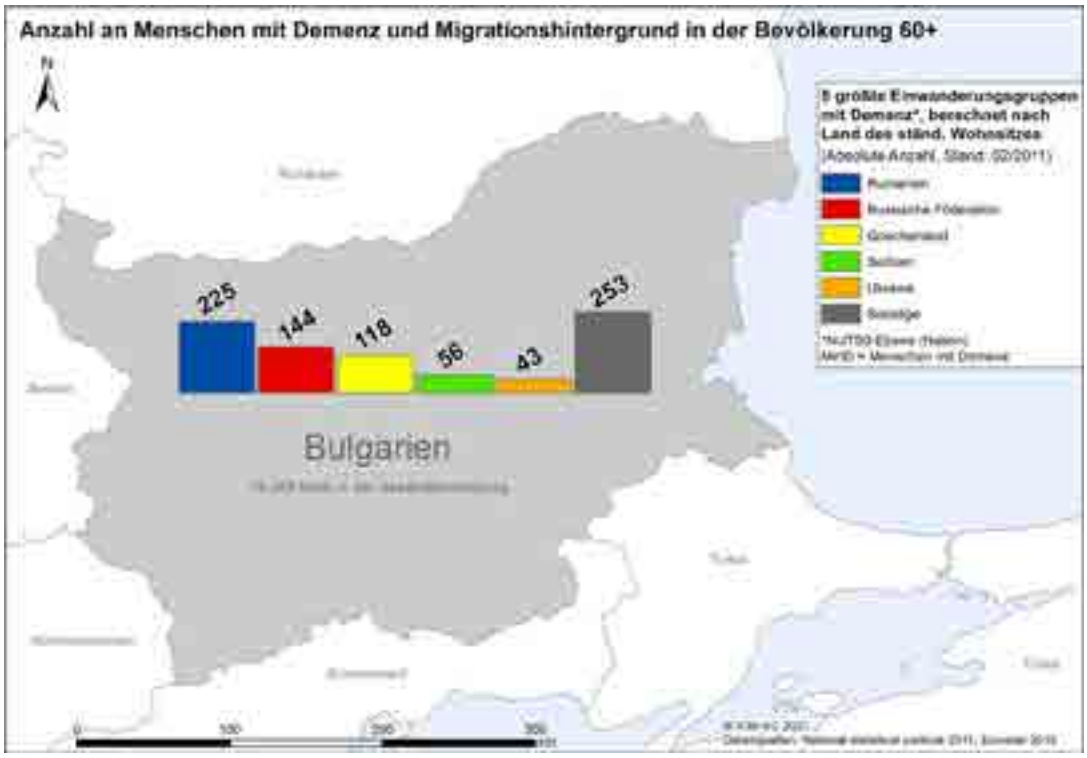


Abb. 3.7.2.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Bulgarien - Nation)

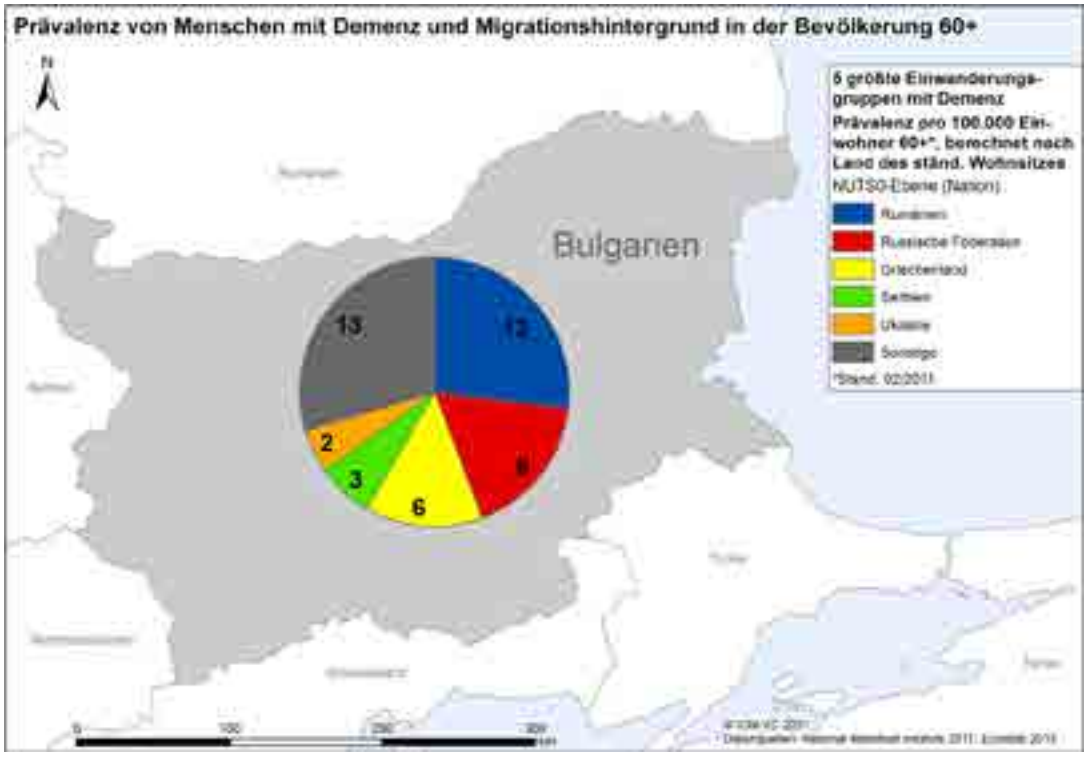


Abb. 3.7.2.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - Nation)

Tab. 7: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - Nation)

NUTS	Total	BG	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Bulgarien	76.095	75.256	RO 225	RU 144	GR 118	XS 56	UA 43	253
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 60+								
Bulgarien	36.282	-	RO 107	RU 69	GR 56	XS 27	UA 21	227
Prävalenz/100.000 Personen 60+								
Bulgarien	4.000	3.956	RO 12	RU 8	GR 6	XS 3	UA 2	253

Quelle: National statistical institute (2011)

In Bulgarien leben 21.000 PmM, die 60 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 800 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.2.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Rumänien (ca. 200), der Russischen Föderation (ca. 100), Griechenland (ca. 100), Serbien (ca. 60) und der Ukraine (ca. 40) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Bulgarien pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 60 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.2.2). Tabelle 7 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von Menschen mit Demenz aus Rumänien, der Russischen Föderation, Griechenland, Serbien und der Ukraine in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen. 3.7.2.3 – 3.7.2.8).



Abb. 3.7.2.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Rumänien (Bulgarien - NUTS2)



Abb. 3.7.2.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Russische Föderation (Bulgarien - NUTS2)

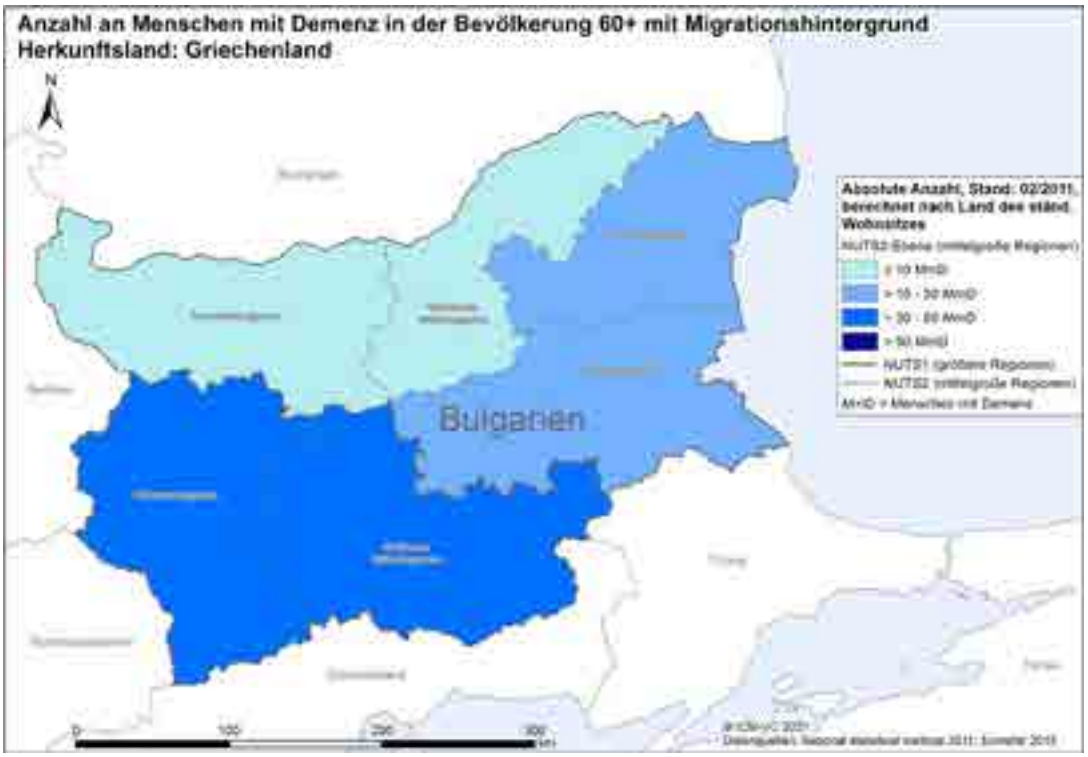


Abb. 3.7.2.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Griechenland (Bulgarien - NUTS2)

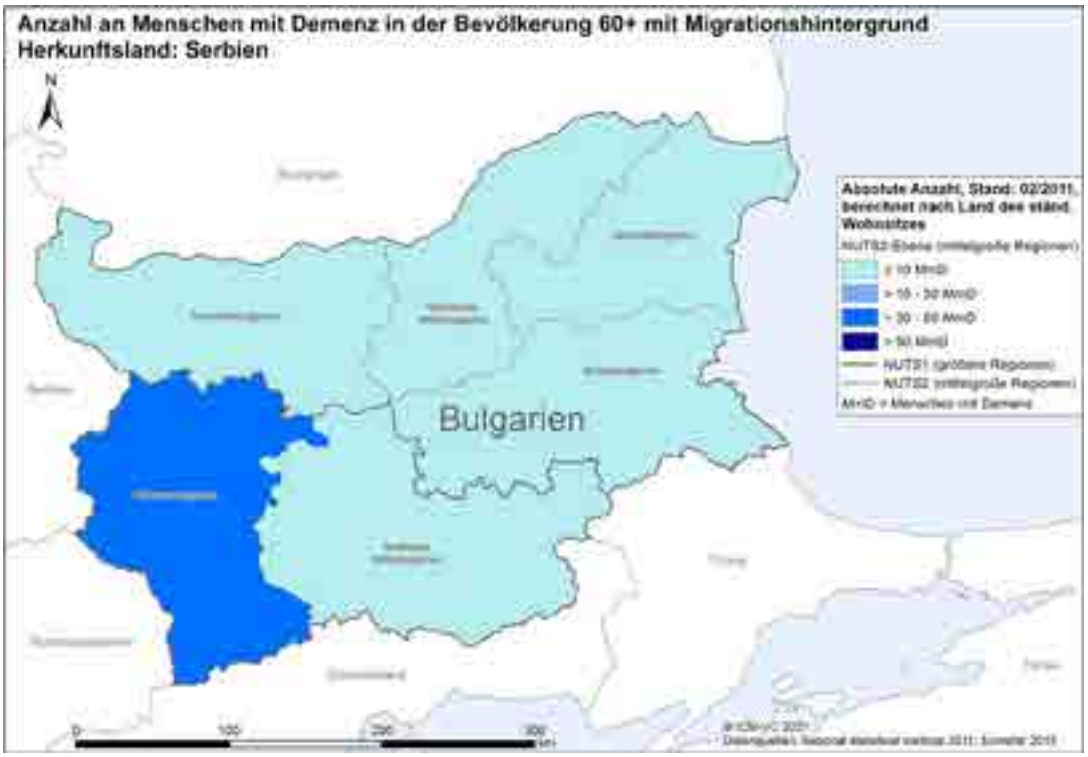


Abb. 3.7.2.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Serbien (Bulgarien - NUTS2)

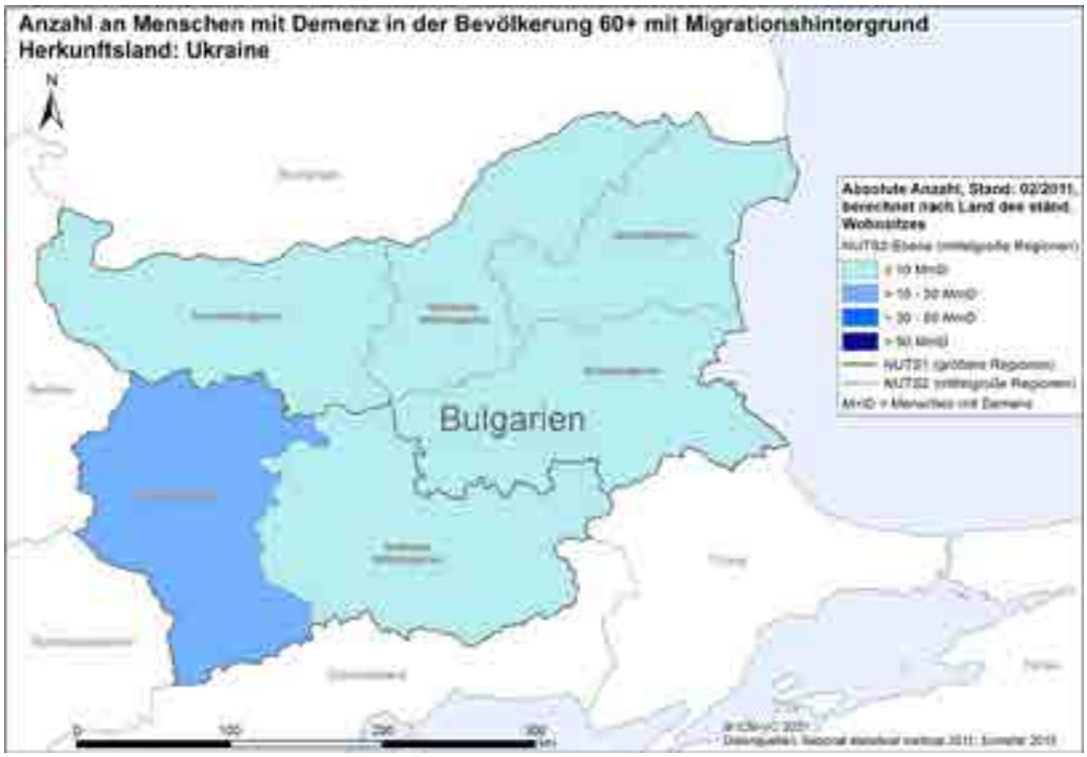


Abb. 3.7.2.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Ukraine (Bulgarien - NUTS2)

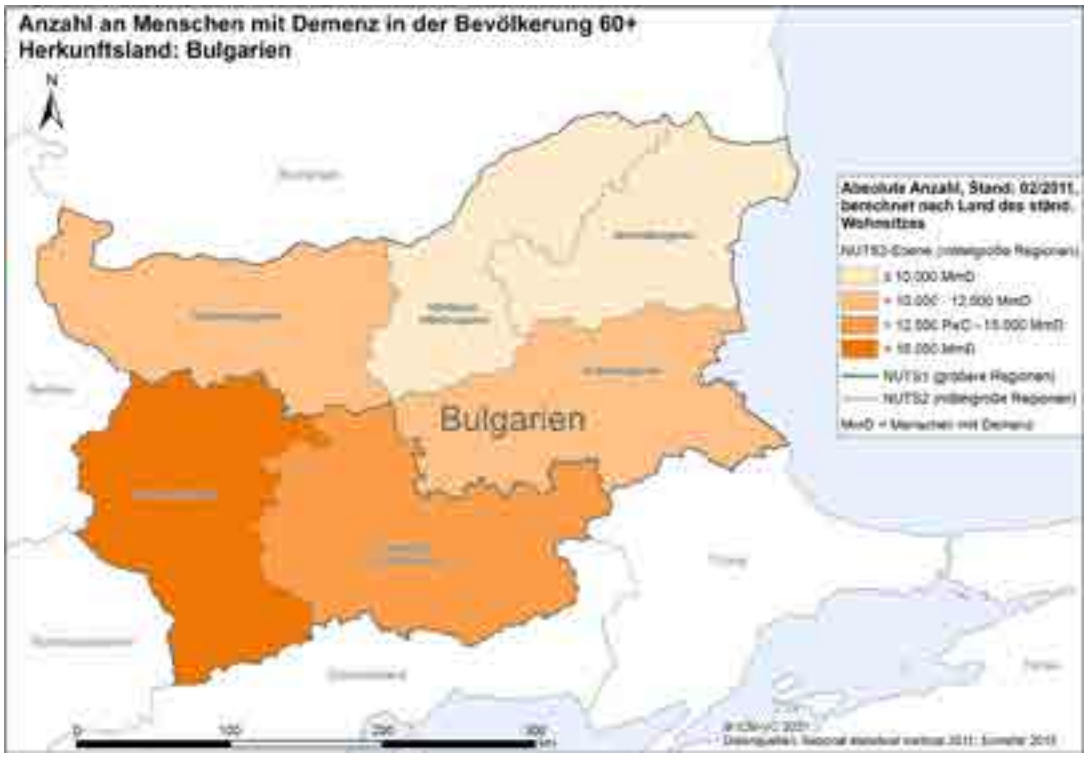


Abb. 3.7.2.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Bulgarien (Bulgarien - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.2.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 60 Jahren oder älter in den NUTS2 Regionen (Abbildung 3.7.2.10). Die Werte der NUTS2-Ebene sind in Tabelle 8 zu finden. [8-10].

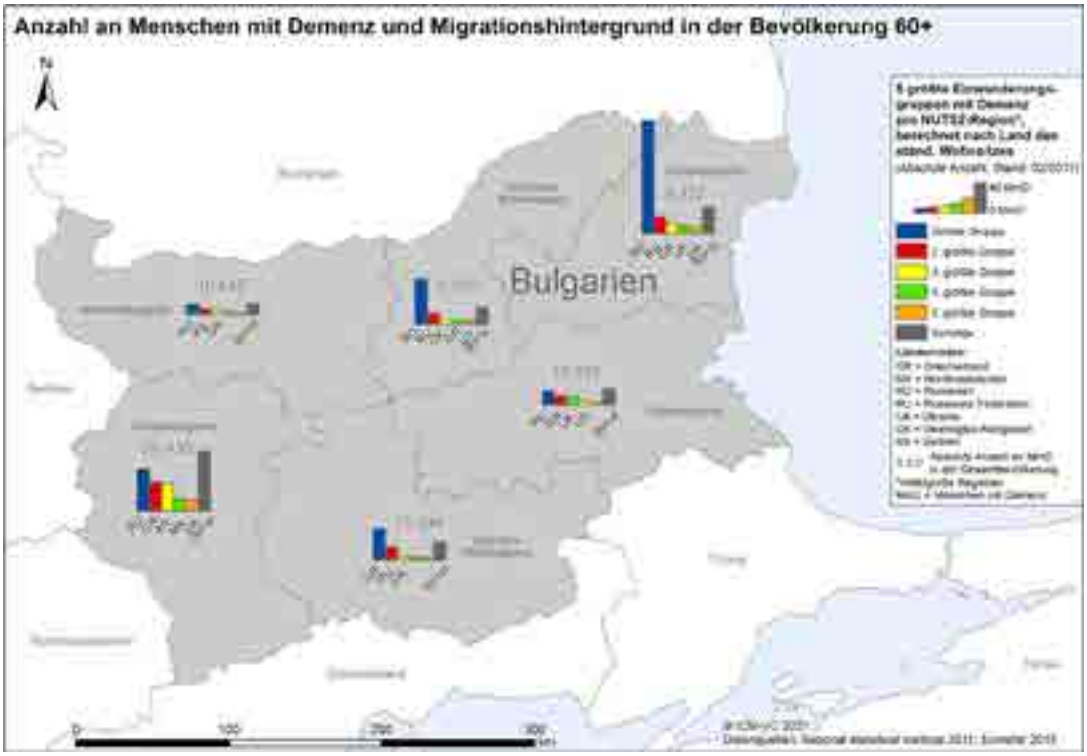


Abb. 3.7.2.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Bulgarien - NUTS2)

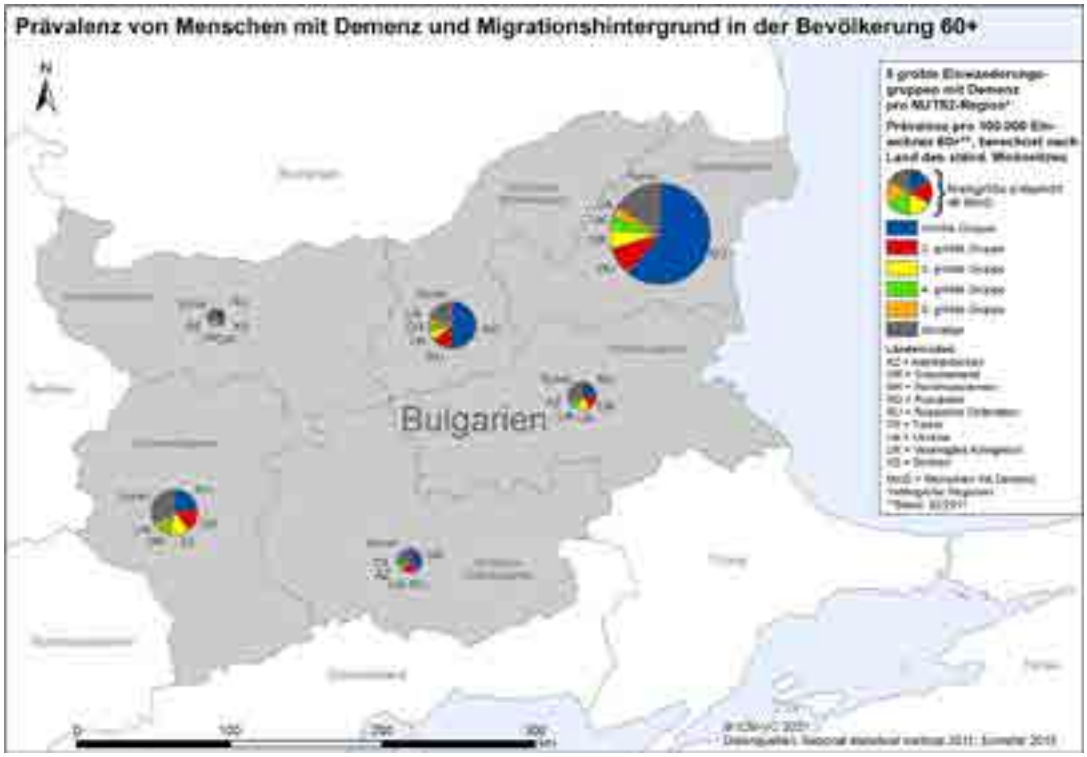


Abb. 3.7.2.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - NUTS2)

Tab. 8: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - NUTS2)

NUTS	Total	BG	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Nordwest-bulgarien	10.642	10.593	RU 13	XS 8	GR 6	<5	<5	16
Nördliches Mittel-bulgarien	9.787	9.668	RO 62	RU 15	UK 8	GR 5	UA 5	24
Nordost-bulgarien	9.332	9.085	RO 152	RU 23	GR 14	UK 11	UA 9	38
Südost-bulgarien	10.857	10.777	RU 19	GR 13	UK 12	UA 6	<5	26
Südwest-bulgarien	20.430	20.185	RU 56	GR 39	XS 36	MK 17	UA 15	82
Südliches Mittelbulgarien	15.046	14.948	GR 41	RU 17	UA 5	<5	<5	28



Bulgarien

NUTS	Total	BG	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 60+								
Nordwest-bulgarien	87.015	-	RU 109	XS 62	GR 47	UA 26	AZ 20	136
Nördliches Mittel-bulgarien	32.668	-	RO 205	RU 49	UK 26	GR 17	UA 17	86
Nordost-bulgarien	15.089	-	RO 245	RU 38	GR 23	UK 18	UA 14	62
Südost-bulgarien	54.585	-	RU 98	GR 65	UK 60	UA 29	AZ 19	129
Südwest-bulgarien	33.334	-	RU 92	GR 64	XS 59	MK 27	UA 25	133
Südliches Mittelbulgarien	61.388	-	GR 168	RU 70	UA 22	AZ 16	TR 13	111
Prävalenz/100.000 Personen 60+								
Nordwest-bulgarien	4.000	3.982	RU 5	XS 3	GR 2	UA 1	AZ 1	6
Nördliches Mittel-bulgarien	4.000	3.951	RO 25	RU 6	UK 3	GR 2	UA 2	11
Nordost-bulgarien	4.000	3.894	RO 65	RU 10	GR 6	UK 5	UA 4	16
Südost-bulgarien	4.000	3.971	RU 7	GR 5	UK 4	UA 2	AZ 1	10
Südwest-bulgarien	4.000	3.952	RU 11	GR 8	XS 7	MK 3	UA 3	16
Südliches Mittelbulgarien	4.000	3.974	GR 11	RU 5	UA 1	AZ 1	TR 1	7

Anmerkung: Absolute Zahlen < 5 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gezeigt.
Quelle: National statistical institute (2011)

3. Nationaler Demenzplan

Derzeit konnte kein öffentlich verfügbarer NDP für Bulgarien identifiziert werden. Im Februar 2015 veröffentlichte Alzheimer Bulgaria einen Bericht über nationale Politiken und Praxis in Bulgarien. Dieser Bericht hat einen Umfang von drei Seiten und enthält Informationen über Demenzdiagnose, behandlung und pflegedienstleistungen, die die wichtigsten Barrieren für eine angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz betreffen. Es gibt auch einen einseitigen Entwurf mit grundlegenden Zielen für eine nationale Demenzstrategie. Beide Dokumente beziehen sich nicht auf die Migration [11].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Der „National Consensus for Early etection and Treatment of Alzheimer Disease and Other Forms of Dementia" („Nationale Konsens zur Früherkennung und Behandlung der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzformen") aus dem Jahr 2015 umfasst 32 Seiten und beinhaltet die Themen sozialmedizinische Bedeutung der Demenz, Grundsätze des Demenz-Diagnosealgorithmus (Kriterien für Demenz), Konkretisierung der Tätigkeit (diagnostische Tätigkeit unter ambulanten Bedingungen, diagnostische Tätigkeit unter stationären Bedingungen) und Medikamente zur Behandlung von Demenz. Auch in diesem Konsensdokument wird an keiner Stelle auf das Thema Migration eingegangen [12].

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf zwei durchgeführten Interviews und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertinnen wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Beide Expertinnen geben an, dass die Gesundheitsstrategie für die stationäre und ambulante Versorgung in Bulgarien eine integrative ist, aber PmM mit Demenz nur teilweise darin einbezogen sind. Informationen zum Thema Demenz sind fast flächendeckend vorhanden und damit für PmM prinzipiell verfügbar. Es gibt jedoch weder Informationen mit speziellem Fokus auf den Bedürfnissen von PmM mit Demenz noch staatlich geförderte Angebote, die Informationen zu Demenz in anderen Sprachen anbieten, so die erste befragte Expertin.

In der „Foundation Compassion Alzheimer" (eine Nichtregierungsorganisation zur Hilfe und Unterstützung älterer Menschen mit Alzheimer und Demenz und ihrer Familien und Freunde) gibt es Teammitglieder, die andere Sprachen als Bulgarisch sprechen und auf Anfrage Informationen auf Englisch, Französisch oder Italienisch geben können. Die zweite Expertin sagte, dass im Allgemeinen Angebote und Informationen in größeren Städten leichter verfügbar sind als in anderen Regionen. Angebote für die stationäre und ambulante

Versorgung von Menschen mit Demenz sind für PmM fast flächendeckend verfügbar - das heißt, wenn sie Dokumente und Anspruch auf Sozialversicherungs- und Gesundheitsleistungen haben - da sie Anspruch auf die gleichen Gesundheits- und Sozialrechte wie Menschen ohne Migrationshintergrund in Bulgarien haben. Es gibt acht Demenz-Expertisezentren zur Diagnose, Erkennung und Überweisung in verschiedenen Städten Bulgariens, an die auch Menschen aus Kleinstädten und Siedlungen überwiesen werden. Die Expertinnen sind sich einig, dass die bestehenden Angebote für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund geeignet sind. Solange sich der Einzelne diese Leistungen leisten kann, wird er versorgt, unabhängig vom Migrationshintergrund. Die Gesundheitsgesetze verbieten Diskriminierung aufgrund von Alter, Geschlecht, Herkunft, Sprache, Nationalität, ethnischer Zugehörigkeit, politischer Einstellung, Bildung, Glauben, kulturellem Hintergrund, sexueller Orientierung, persönlichem/sozialem/materiellem Status, Behinderung sowie Art und Ursache der Krankheit. Nach Angaben der Expertinnen gibt es derzeit keine interkulturelle Versorgung für PmM mit Demenz und es sind keine Maßnahmen für eine solche Betreuung implementiert oder in Entwicklung. Obwohl es keine Optionen für interkulturelle Versorgung von PmM mit Demenz und keine anderen spezialisierten Angebote für diese Bevölkerungsgruppe gibt, gibt es das „Gesundheitsmediator(innen)-Projekt", das darauf abzielt, den Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdiensten für Menschen aus der Roma-Gemeinschaft zu erleichtern. PmM mit Demenz und ihre Familien werden auch selten konsultiert, wenn es um die Gestaltung von Informationsmaterial oder Gesundheitsdienstleistungen für PmM mit Demenz geht, so die zweite Expertin.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Die Expertinnen gehen davon aus, dass das Verwaltungspersonal und die professionellen Pflegekräfte möglicherweise nicht für eine kultursensible Versorgung qualifiziert sind. Außerdem scheint es keine Ausbildung in interkultureller Versorgung zu geben. Es gibt jedoch ausgebildete Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Kulturmediatorinnen und -mediatoren und Roma-Mediatorinnen und -Mediatoren, die Unterstützung bei interkulturellen Bedürfnissen bieten. Sie erleichtern der Roma-Gemeinschaft und Geflüchteten den Zugang zu sozialen Diensten und zur Gesundheitsversorgung. Eine weitere Sorge, die von den Expertinnen berichtet wird, ist, dass es dem Personal in den Flüchtlingszentren, das direkt mit PmM und Geflüchteten arbeitet, an Wissen über verschiedene Gruppen von Ethnien mangelt.



7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Nach Ansicht der beiden Expertinnen spielen Dienstleister eine wichtige Rolle bei der Unterstützung pflegender Angehöriger. Die erste Expertin stufte die Bedeutung von Familie, Religionsgemeinschaften und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen als moderat ein, während die zweite Expertin sie als hoch bewertete.

Die zweite Expertin ging davon aus, dass es keine Unterschiede bei den Informationen und Angeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit und ohne Migrationshintergrund gibt, da PmM die gleichen Rechte wie die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund haben. Migrantinnen und Migranten und einige ethnische Gemeinschaften können auf Sprachbarrieren stoßen; dennoch gibt es soziale Vermittlerinnen und Vermittler, die ihnen den Zugang zu Informationen erleichtern. Es scheint, dass weder auf nationaler noch auf kommunaler Ebene Schulungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige angeboten werden. Organisationen wie die „Foundation Compassion Alzheimer" bieten pflegenden Angehörigen Informationen und Beratung zum Thema Demenz. Die zweite Expertin ging jedoch von einem sehr hohen Bedarf an spezialisierten Informationen und Dienstleistungen für pflegende Angehörige aus, insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit dem Gesundheits- und Sozialsystem, Informationen über die Krankheit, die Versorgung und das Management der Krankheit, verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten und Perspektiven für ein gutes Leben in der Gemeinschaft.

8. Quellen

1. Guentcheva R, Kabakchieva P, Kolarski P: The social impact of seasonal migration In., Bd. 1: International Organization for Migration; 2003.
2. Nikolova NN: Migration policies of Bulgaria and the European Union towards third-country nationals: Opportunities for Institutional Development.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Bulgaria; 2019.
4. International Organization for Migration: Bulgaria. [https://www.iom.int/countries/bulgaria]. (2016). Abgerufen am 27. März 2020.
5. United Nations: Migration Profiles: Bulgaria; 2013.
6. International Organization for Migration: Total number of international migrants at mid-year 2019: Bulgaria; 2019.
7. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Bulgaria; 2019.
8. Esri: World Ocean Background; 2010.
9. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
10. National statistical institute: Sonderanfertigung; 2011.
11. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy/National-Dementia-Strategies/Bulgaria]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
12. Bulgarian Society of Dementia: National Consensus for early detection and treatment of Alzheimer Disease and other forms of Dementia; 2015.

Dänemark



Einwohnerzahl
5.840.000

Fläche
42.938 km²

Hauptstadt
Kopenhagen

Drei größten Städte
Kopenhagen (632.000)
Aarhus (350.000)
Aalborg (217.000)

Nachbarländer
Deutschland,
Schweden

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Dänemark hat eine Geschichte kontinuierlicher Einwanderung in den letzten Jahrhunderten, beginnend mit der Einwanderung holländischer Bäuerinnen und Bauern im frühen 16. Jahrhundert, gefolgt von jüdischen Zuwandernden aus verschiedenen europäischen Ländern im 17. Jahrhundert, Menschen aus Deutschland zwischen der Mitte des 17. und 19. Jahrhunderts und ungelernten Arbeitskräften aus Polen, Deutschland und Schweden zwischen der Mitte des 19. Jahrhunderts und dem Ersten Weltkrieg. Die Migrationsgeschichte im 20. Jahrhundert ist geprägt von mehreren Phasen großer Flüchtlingszuwanderung. Infolge der beiden Weltkriege kamen viele Menschen aus Osteuropa und Deutschland sowie Jüdinnen und Juden nach Dänemark. In den späten 1960er und frühen 1970er Jahren gab es eine kurze Phase, in der Gastarbeitende aus der Türkei, Pakistan, Jugoslawien und Marokko nach Dänemark einwanderten. Darüber hinaus war Dänemark in den 1970er Jahren das Ziel von jährlich etwa 1.000 Flüchtlingen aus Chile und Vietnam. Der Kalte Krieg, der Zusammenbruch Jugoslawiens und der Sowjetunion sowie die Konflikte im Nahen Osten in den 1990er Jahren führten zur Bildung neuer Gruppen von Zugewanderten (Menschen aus Bosnien und Herzegowina, dem Iran, dem Irak, dem Libanon, der Russischen Föderation und Ungarn). Nachdem eine zunehmende Zahl von Flüchtlingen aus Entwicklungsländern kam, fand Mitte der 1990er Jahre ein Wechsel zu einer restriktiven Politik statt. In der Folge ging die Zahl der Geflüchteten deutlich zurück [1]. Trotz Faktoren wie einer strikten Flüchtlingspolitik, der Umsetzung des Schengener Abkommens von 1996 ab dem Jahr 2001 [2] und dem Anstieg der Zahl der Arbeitskräfte aus den baltischen Staaten und Polen, nachdem diese Länder 2004 der EU beigetreten sind, überwiegt die Zahl der nicht-westlichen Zuwandernden in Dänemark auch heute noch. Obwohl auch Bürgerinnen und Bürger aus westlichen Ländern, vor allem aus den skandinavischen Ländern, der EU und Nordamerika kommen, bleiben sie meist nur für einen begrenzten Zeitraum in Dänemark, um zu arbeiten oder zu studieren. Die meisten Zuwandernden, die in Dänemark ankommen, sind Asylsuchende und Personen aus nicht-westlichen Ländern, die als Familienangehörige von Gastarbeitenden zur Familienzusammenführung einreisen [1, 3]. Im Jahr 2017 war die Zahl der in Dänemark lebenden Zuwandernden nicht-westlicher Herkunft fast doppelt so hoch wie die der Zuwandernden westlicher Herkunft. Während die Nettomigration von Zuwandernden westlicher Herkunft seit dem Jahr 2007 stagniert, steigt die Nettomigration der Zuwandernden nicht-westlicher Herkunft weiterhin an [3]. Zwischen 1990 und 2019 hat sich die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) mehr als verdreifacht (von 235.200 auf 722.900) und der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung mehr als verdoppelt (von 4,6 auf 12,5%) [4]. Die Nettomigrationsrate war seit jeher positiv und beträgt gegenwärtig 2,6 [5]. Im Jahr 2017 waren die größten Gruppen von Zugewanderten Menschen aus der Türkei (62.700), aus Polen (44.900), Syrien (33.600) und Deutschland (29.600) [3].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

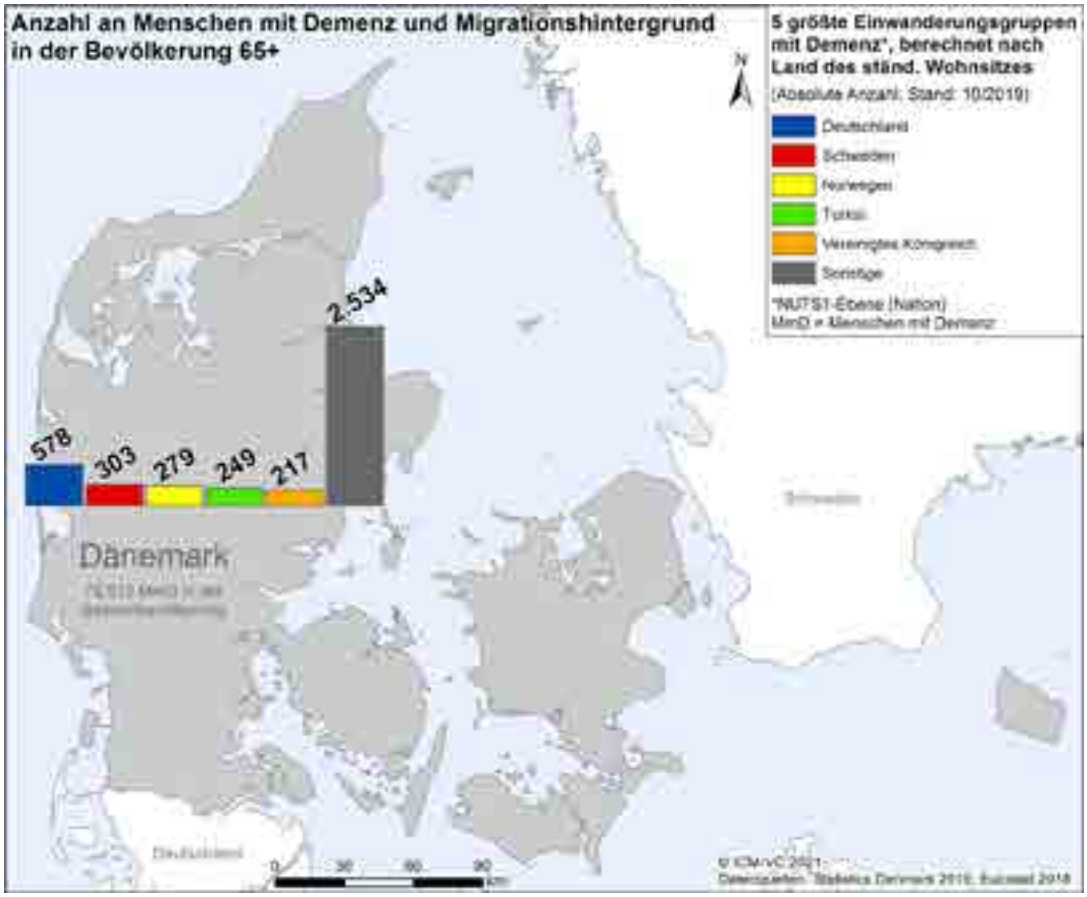


Abb. 3.7.3.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Dänemark - Nation)

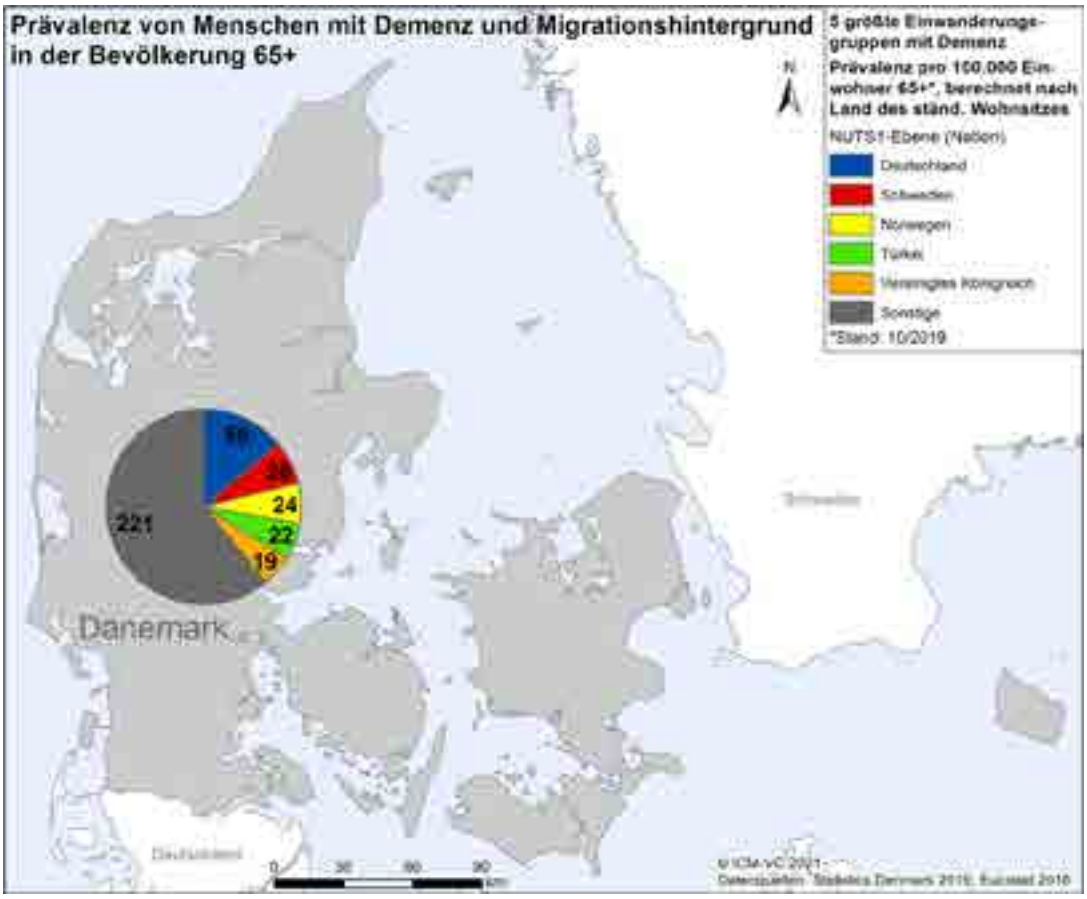


Abb. 3.7.3.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Dänemark - Nation)

Tab. 9: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Dänemark - Nation)

NUTS	Total	DK	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Dänemark	79.512	75.343	DE 577	SE 303	NO 279	TR 249	UK 217	2.544
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Dänemark	13.161	-	DE 96	SE 50	NO 46	TR 41	UK 36	421
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Dänemark	6.900	6.538	DE 50	SE 26	NO 24	TR 22	UK 19	209

Quelle: Statistics Denmark (2019)

In Dänemark leben 60.400 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 4.200 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.3.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Deutschland (ca. 600), Schweden (ca. 300), Norwegen (ca. 300), der Türkei (ca. 300) und dem Vereinigten Königreich (ca. 200) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Dänemark pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.3.2). Tabelle 9 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Deutschland, Schweden, Norwegen, der Türkei und dem Vereinigten Königreich in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.3.3 - 3.7.3.8).

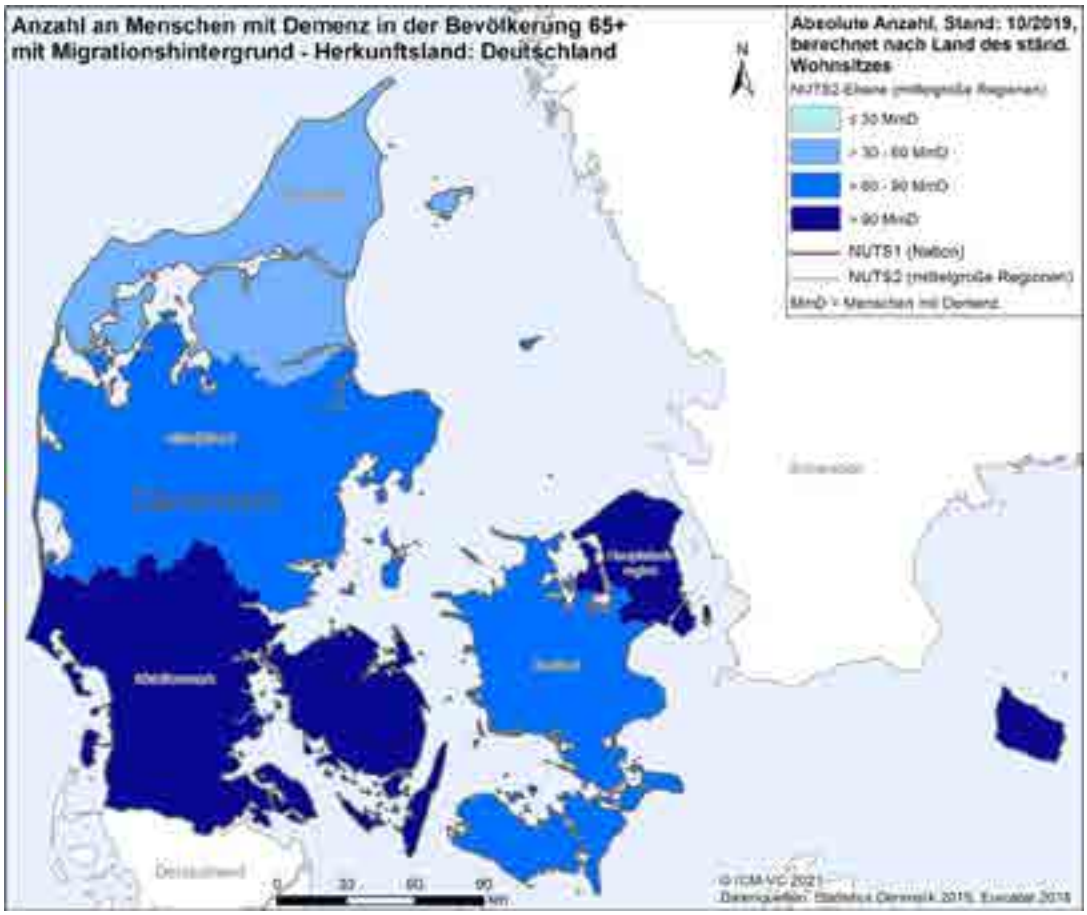


Abb. 3.7.3.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Deutschland (Dänemark - NUTS2)

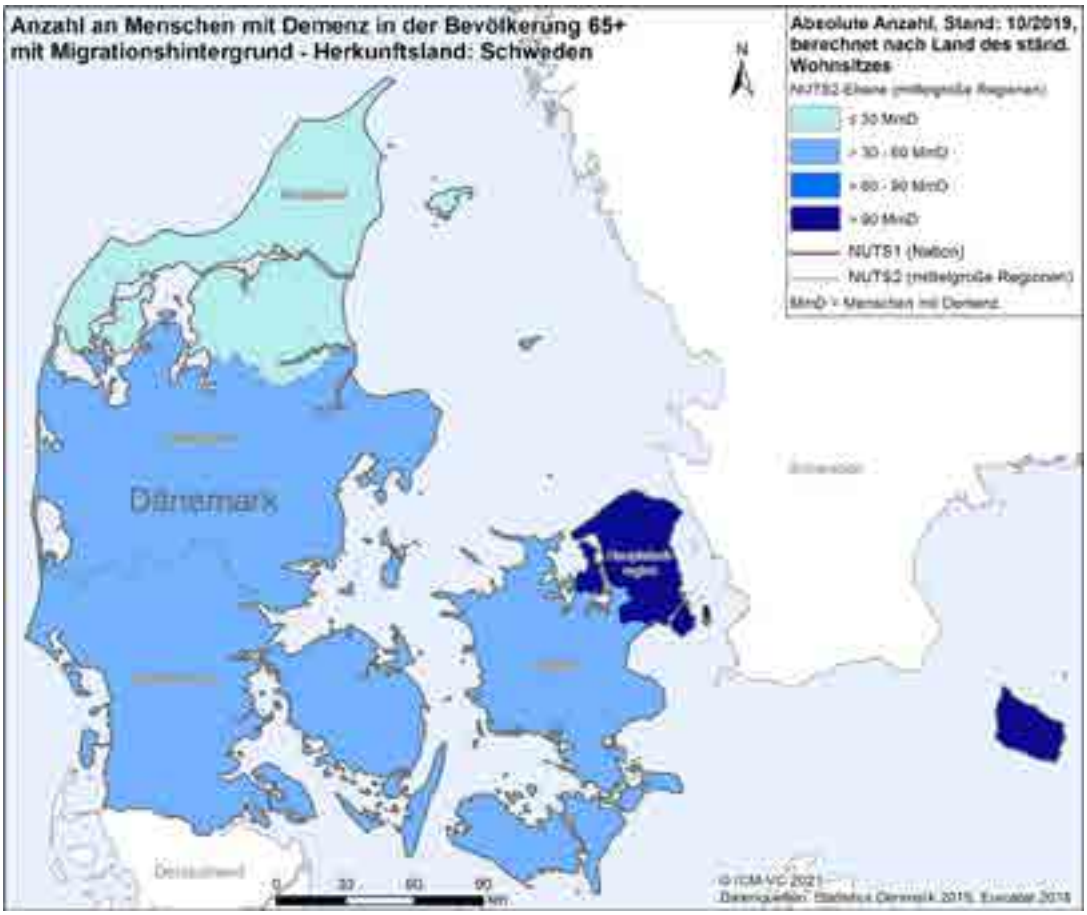


Abb. 3.7.3.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Schweden (Dänemark - NUTS2)

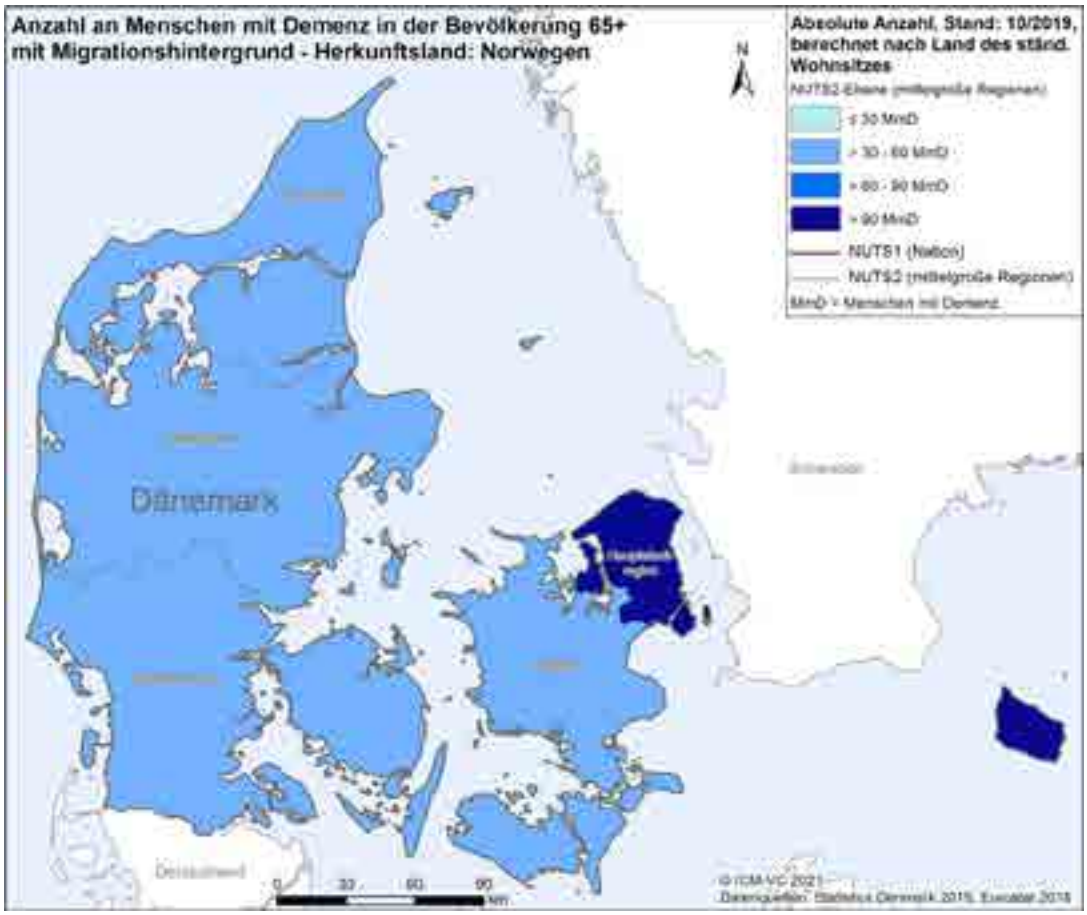


Abb. 3.7.3.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Norwegen (Dänemark - NUTS2)

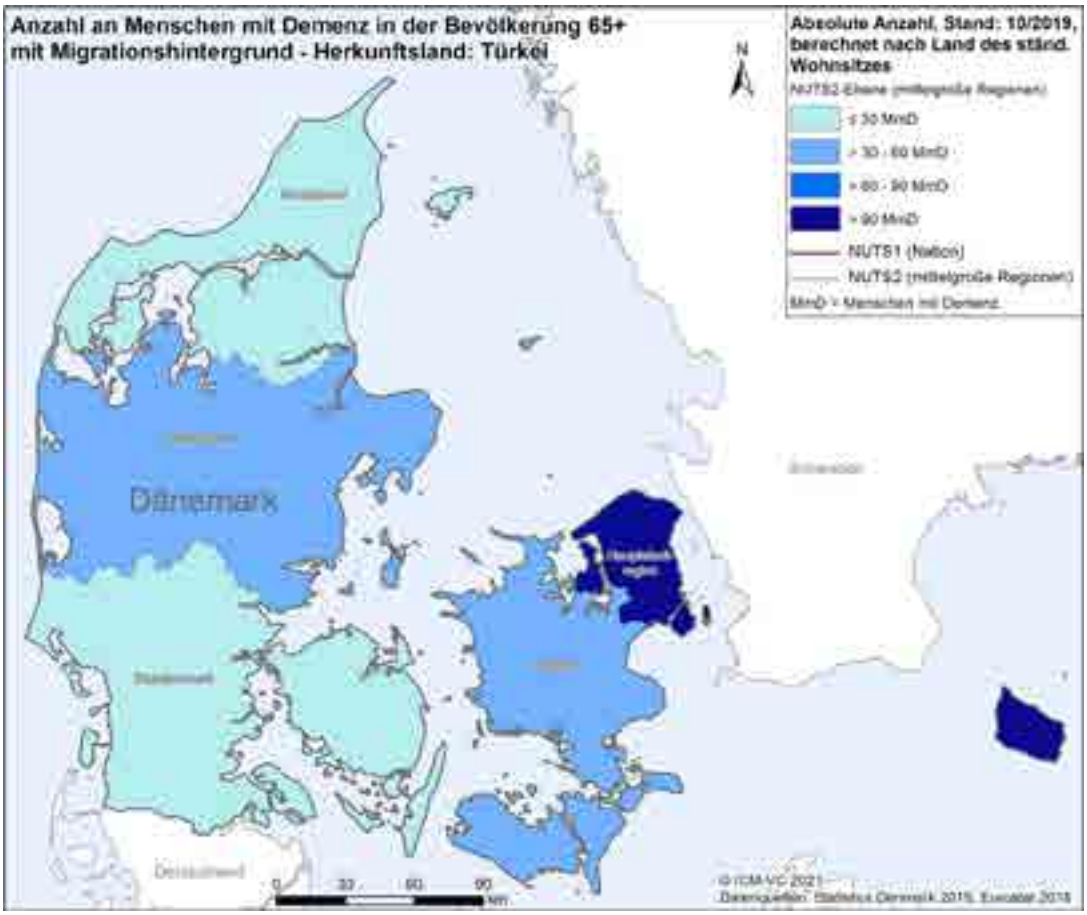


Abb. 3.7.3.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Türkei (Dänemark - NUTS2)

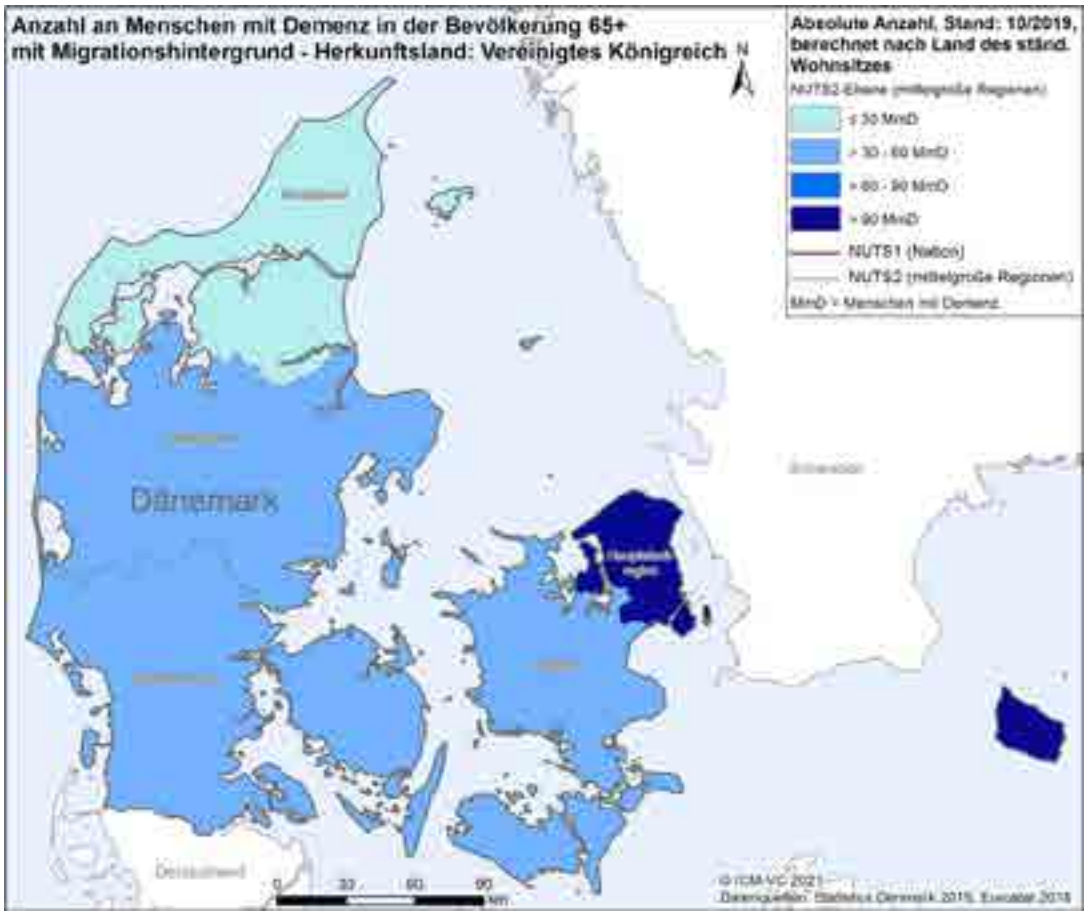


Abb. 3.7.3.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Vereinigtes Königreich (Dänemark - NUTS2)

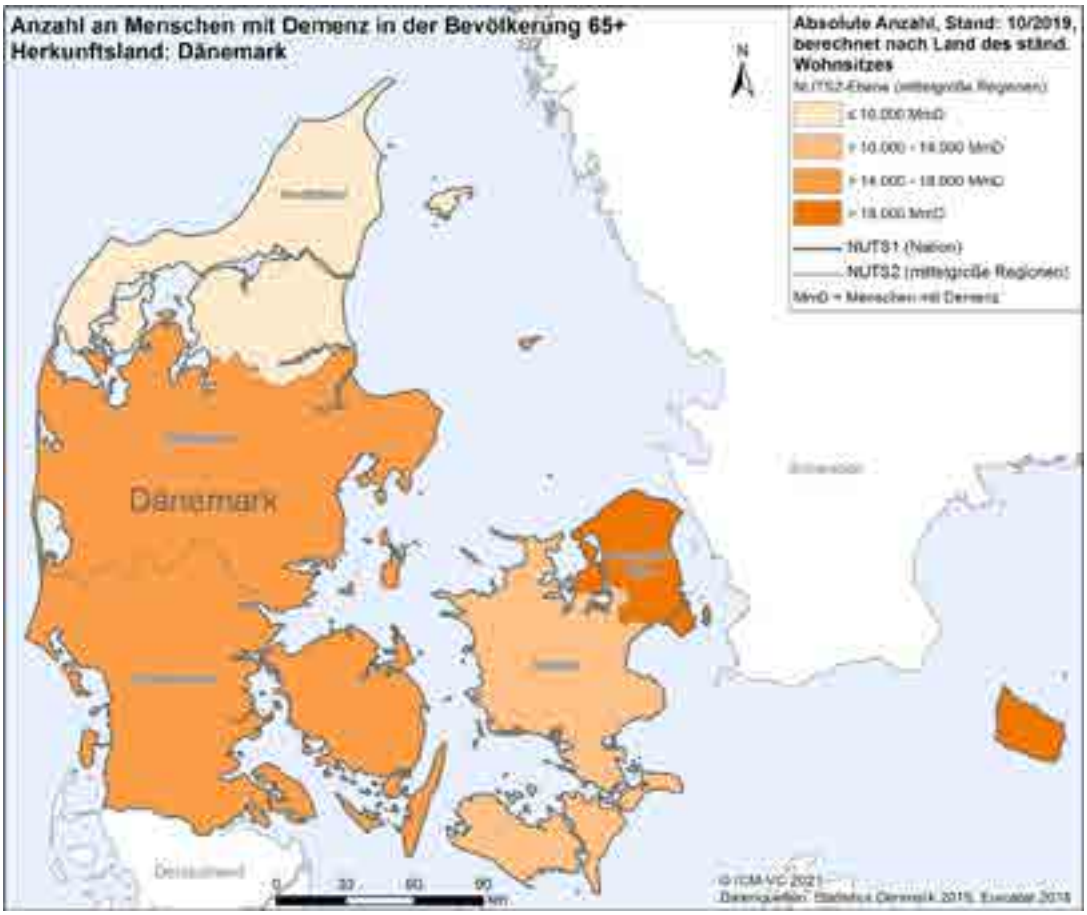


Abb. 3.7.3.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Dänemark (Dänemark - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.3.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2 Regionen (Abbildung 3.7.3.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 10 [6-8].

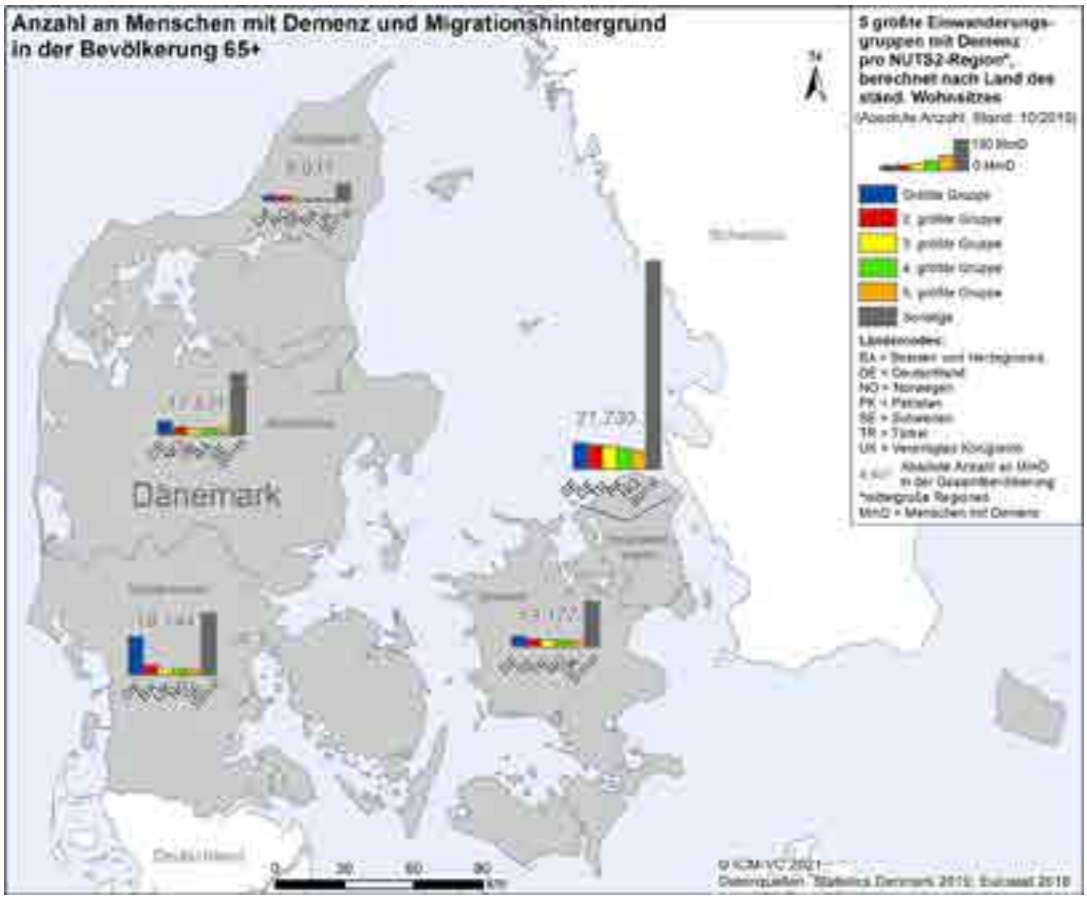


Abb. 3.7.3.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Dänemark - NUTS2)

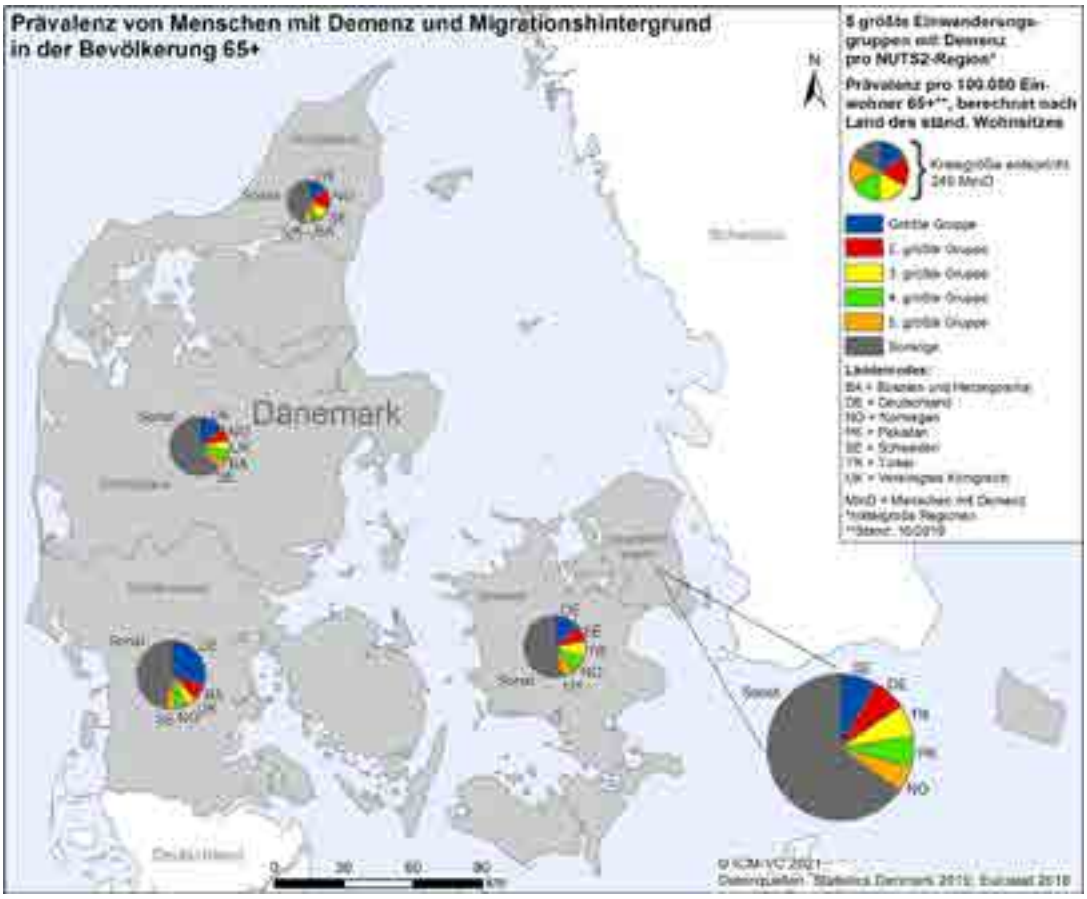


Abb. 3.7.3.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Dänemark - NUTS2)

Tab. 10: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Dänemark - NUTS2)

NUTS	Total	DK	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Hauptstadt-region	21.730	19.726	SE 162	DE 149	TR 143	PK 132	NO 115	1.303
Seeland	13.177	12.670	DE 69	SE 44	TR 44	NO 41	UK 33	276
Süddänemark	18.144	17.360	DE 234	BA 62	UK 40	NO 39	SE 37	372
Mitteljütland	17.631	16.995	DE 88	NO 48	UK 38	BA 38	SE 35	389
Nordjütland	8.831	8.592	DE 37	NO 36	SE 24	BA 15	UK 15	112

NUTS	Total	DK	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Hauptstadt-region	7.484	-	SE 56	DE 51	TR 49	PK 45	NO 40	449
Seeland	17.932	-	DE 94	SE 60	TR 60	NO 56	UK 45	375
Süddänemark	15.970	-	DE 206	BA 54	UK 35	NO 35	SE 33	327
Mitteljütland	19.149	-	DE 96	NO 52	UK 42	BA 41	PL 38	421
Nordjütland	25.487	-	DE 107	NO 104	SE 69	BA 44	UK 43	323
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Hauptstadt-region	6.900	6.264	SE 51	DE 47	TR 45	PK 42	NO 36	403
Seeland	6.900	6.635	DE 36	SE 23	TR 23	NO 21	UK 17	132
Süddänemark	6.900	6.602	DE 89	BA 23	UK 15	NO 15	SE 14	128
Mitteljütland	6.900	6.651	DE 35	NO 19	UK 15	BA 15	PL 14	137
Nordjütland	6.900	6.731	DE 29	NO 28	SE 19	BA 12	UK 12	75

Quelle: Statistics Denmark (2019)

3. Nationaler Demenzplan

Es gibt einen dänischen „National Action Plan on Dementia 2025“ („Nationalen Aktionsplan für Demenz 2025“) aus dem Jahr 2017. Es besteht aus 14 Seiten und konzentriert sich auf fünf Ziele: 1. Früherkennung und bessere Qualität der Untersuchung und Behandlung, 2. verbesserte Qualität der Betreuung, Versorgung und Rehabilitation, 3. Unterstützung und Beratung für die Angehörigen von Menschen mit Demenz, 4. demenzfreundliche Gemeinden und Wohnungen und 5. die Erweiterung des Wissens und der beruflichen Fähigkeiten. Über verschiedene Abschnitte hinweg werden 23 Initiativen erwähnt; zum Beispiel wird im Abschnitt zu Ziel 4 die Initiative 15 vorgestellt, die die Einrichtung von 98 demenzfreundlichen Kommunen betrifft. Allerdings beziehen sich weder die fünf Ziele noch die 23 Initiativen auf PmM [9]. Zusätzlich zum NDP hat Dänemark im Jahr 2018 ein Weißbuch „Denmark: A Dementia Friendly Society“ („Dänemark - eine demenzfreundliche Gesellschaft“) veröffentlicht. Dieses Dokument ist 36 Seiten lang und befasst sich mit mehreren verschiedenen Themen: Früherkennung von Demenz, qualitativ hochwertige Diagnose, Beurteilung und Behandlung, demenzfreundliche Krankenhäuser, Qualität der Versorgung und Rehabilitation, Unterstützung der personenzentrierten Versorgung durch digitale Versorgungsplanung,

Unterstützung für pflegende Angehörige, Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Familien durch technologische Hilfsmittel, Verbesserung der Sicherheit von Menschen mit Demenz, Erweiterung des Wissens und der beruflichen Fähigkeiten sowie interaktive technologiebasierte Mitarbeiterschulung. Auch das Weißbuch enthält keinen Bezug zu Migration oder PmM [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Für Dänemark wurden vier klinische Leitlinien für Demenz auf nationaler Ebene identifiziert: eine für Demenz und Medizin, eine für die Diagnose von leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz, eine für die Untersuchung und Behandlung von Demenz und eine für die Prävention und Behandlung von Verhaltens- und psychologischen Symptomen bei Menschen mit Demenz. Die „National klinisk retningslinje for demens og medicin“ („Nationale klinische Leitlinie zu Demenz und Medizin“) aus dem Jahr 2018 und die “National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens“ (“Nationale klinische Leitlinie zur Prävention und Behandlung von verhaltensbezogenen und psychischen Symptomen bei Menschen mit Demenz“) aus dem Jahr 2019 nehmen keinen Bezug auf das Thema Migration [11, 12]. Die „National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens“ („Nationale klinische Leitlinie zur Diagnose von leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz“) aus dem Jahr 2018 nimmt kurz Bezug auf Migration und weist darauf hin, dass in Dänemark eine Validierung der Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) existiert, einem Demenz-Screening-Tool, das in Australien als interkulturell angemessene Messung entwickelt wurde. Diese Validierung basiert auf Untersuchungen an 137 Patientinnen und Patienten, darunter 34 PmM [13]. Die „National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Demens“ („Nationale klinische Leitlinie für die Untersuchung und Behandlung von Demenz“) aus dem Jahr 2013 enthält einen kurzen Abschnitt mit zwei Absätzen zu ethnischen Minderheiten. Sie weist darauf hin, dass die Zahl der Zugewanderten, die älter als 65 Jahre sind (ca. 16.000 im Jahr 2013), in den nächsten Jahrzehnten steigen wird. Darüber hinaus wird die Gruppe der Menschen aus nicht-westlichen Ländern als eine vulnerable Gruppe in Bezug auf die Diagnose Demenz hervorgehoben. Die Heterogenität dieser Gruppe hinsichtlich des kulturellen Hintergrunds, der Sprachkenntnisse und des Bildungsniveaus kann die Untersuchung und Beurteilung kognitiver Funktionen erschweren. Wenn die Bildungs- und Sprachfähigkeiten nicht berücksichtigt werden, besteht ein erhebliches Risiko der Überdiagnose einer kognitiven Beeinträchtigung. Laut einer Studie aus dem Jahr 2010 leben in Dänemark fast 1.000 Zugewanderte aus nicht-westlichen Ländern, die über 65 Jahre alt sind und an Demenz leiden. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass der kognitive Funktionstest MMSE (Mini Mental Status Examination) sensitiv auf den Einfluss der Sprachkenntnisse reagiert. Die Leitlinie kommt zu dem Schluss, dass es besondere Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Demenz bei Zugewanderten aus nicht-westlichen Ländern geben kann [14].

Die folgenden Abschnitte zu Angeboten und Informationen für PmM mit Demenz, professioneller Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung des Experten wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Laut dem Experten werden PmM in Dänemark grundsätzlich als vulnerable Gruppe identifiziert. Die meisten PmM stammen aus der Türkei, Pakistan, den arabischsprachigen Ländern und Jugoslawien. Es gibt zwar ein allgemeines Bewusstsein für dieses Thema, aber es ist kein Schwerpunktbereich und wird nur teilweise als wichtig angesehen. Es ist klar, dass Demenz bei PmM nur in den großen Städten wie Kopenhagen als wichtig erachtet wird, und nicht in anderen Teilen Dänemarks, wo weniger PmM leben. Herausforderungen in Bezug auf PmM betreffen kognitive Beurteilungen, den Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern, die Einhaltung von klinischen Empfehlungen und Behandlungsplänen sowie die Frage, wie die Demenzversorgung für diese Bevölkerungsgruppe organisiert werden sollte. Die Hauptprobleme, die der Experte identifiziert hat, sind ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung und das Fortschreiten von Demenz, Unterdiagnose und mangelnder Zugang zu formalen Gesundheitsleistungen.

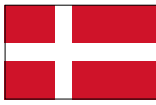
Der Experte stellte fest, dass Dänemark im Allgemeinen eine integrative Gesundheitsversorgungsstrategie verfolgt, bei der die allgemeinen Versorgungsleistungen die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigen. Informationsmaterial und Merkblätter über Demenz, Alzheimer und vaskuläre Demenz werden in zehn verschiedenen Sprachen veröffentlicht (Dänisch, Englisch, Türkisch, Urdu, Farsi, Kroatisch, Bosnisch, Serbisch, Polnisch, Somali) und wurden von Personen aus den verschiedenen Sprach- oder ethnischen Gemeinschaften überprüft. Es gibt keine spezialisierten Angebote für PmM mit Demenz und auch keine spezialisierten Angebote für bestimmte Minderheiten, so der Experte. Es gibt jedoch zwei spezialisierte Kliniken für zugewanderte Menschen in Kopenhagen und Aarhus, die Patienten mit komplizierten Krankheitsgeschichten behandeln. Sie berücksichtigen die wirtschaftliche Situation, Einwanderungsfragen, medizinische und psychiatrische Erkrankungen usw. der Patientinnen und Patienten. Es gibt auch ein ethnisches Ressourcenteam in Kopenhagen, das die häusliche Versorgung organisiert. Dessen Personal hat unterschiedliche ethnische und sprachliche Hintergründe und wird mit Pflegebedürftigen zusammengebracht, die sich professionelle Pflegekräfte mit derselben ethnischen Zugehörigkeit und Sprache wie ihre eigenen wünschen. Ein Pflegeheim in Kopenhagen ist auf multikulturelle Versorgung spezialisiert und geht auf die Ernährungsbedürfnisse und die unterschiedlichen religiösen Hintergründe der Menschen ein.

Wie der Experte feststellte, sind die bestehenden Versorgungsleistungen für Demenz für die Versorgung von Menschen ohne Migrationshintergrund geeignet, nicht aber für Menschen aus ethnischen Minderheitengruppen. Es besteht ein hoher Bedarf an spezifischen Informationen und Versorgungsleistungen, da die Bedürfnisse oft von dem abweichen, was in den regulären Versorgungsangeboten darge-

boten wird. Ohne spezialisierte Informationen oder Angebote können viele Pflegende nicht wirklich auf diese Versorgungsleistungen zugreifen.
Weiterhin wies der Experte darauf hin, dass zur Verbesserung der Situation von PmM mit Demenz verschiedene Projekte durchgeführt wurden bzw. werden. Ein aktuelles Projekt konzentriert sich auf die Verbreitung des Bewusstseins und des Wissens über Demenz in Minderheitengruppen, indem es sie an Orten erreicht, an denen sie sich mit anderen aus ihrer Gemeinschaft treffen oder versammeln, wie z. B. in Kulturzentren, aber auch in Privathäusern. Verschiedene Projekte konzentrieren sich auf die interkulturelle Versorgung und versuchen, den Pflegebedarf älterer PmM zu erfassen. Es gibt ein weiteres Projekt, das die Bedürfnisse von Menschen und Familien aus Minderheitengruppen untersucht, indem es direkt mit ihnen spricht, so dass die Versorgungsleistungen auf realen Bedürfnissen und nicht auf Annahmen basieren können.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Das Experteninterview hat gezeigt, dass Weiterbildungsmöglichkeiten für interkulturelle Begegnungen und Kommunikation zwar vorhanden sind, aber hauptsächlich in den Großstädten angeboten werden. Darüber hinaus ist kultursensible Versorgung zwar in den meisten Studiengängen für medizinisches Fachpersonal Teil des Curriculums, aber es ist kein verpflichtender Teil eines Curriculums oder einer Fortbildung.
Der hohe Anteil von Fachkräften mit Migrationshintergrund, die im Gesundheitswesen arbeiten, ist ein weiterer Punkt, der in der Befragung von besonderem Interesse war. Professionelle Pflegekräfte in Dänemark stammen meist aus der Türkei, Pakistan oder arabischsprachigen Ländern. Die kulturellen Unterschiede zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen führen zu verschiedenen kulturellen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Es kann zu Diskriminierung und Rassismus gegenüber dem Pflegepersonal kommen. Manchmal ist dieses Pflegepersonal nicht mit den kulturbedingten Bedürfnissen des Pflegebedürftigen vertraut und kann möglicherweise auch nicht effektiv auf Dänisch kommunizieren. Auch können die Meinungen über „gute Pflege“ auseinandergehen. „Gute Pflege“ bezieht sich in Dänemark auf die Rehabilitation und konzentriert sich darauf, älteren Menschen zu helfen, selbständig zurechtzukommen. Aber viele der jungen Frauen mit Migrationshintergrund kommen anscheinend aus familienorientierten Kulturen, in denen man sich um ältere Menschen kümmert und in denen gute Versorgung bedeutet, dass man alles für sie tut. Das ist kontraproduktiv für die Rehabilitation. Derzeit wird der Bedarf an kultursensibler Versorgung für PmM als nicht gedeckt eingestuft.



7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Der Experte hob hervor, dass die Hauptunterstützung für die pflegenden Angehörigen und die Menschen mit Demenz von der unmittelbaren Familie - und in vielen Fällen nur von der Familie - und Versorgungsleistern, medizinischen Fachkräften oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern kommt. Den ethnischen und religiösen Gemeinschaften sowie den Migrantinnen- und Migrantenorganisationen wird keine Rolle in der Demenzbetreuung zugeschrieben.

Zusätzlich wies der Experte darauf hin, dass es große Unterschiede zwischen pflegenden Angehörigen mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungen und Informationen gibt. Da es keine spezialisierte Unterstützung und Beratung gibt, sind PmM nicht in der Lage, auf die verfügbaren Dienste zuzugreifen. Daher haben sie einen hohen Bedarf an spezialisierten Versorgungsleistungen.

8. Quellen

1. Hedetoft U: Denmark: Integrating Immigrants into a Homogeneous Welfare State. [https://www.migrationpolicy.org/article/denmark-integrating-immigrants-homogeneous-welfare-state]. (2006). Abgerufen am 19. Mai 2020.
2. SchengenVisaInfo.com: Schengen-Raum: Die größte visumfreie Zone der Welt. [https://www.schengenvisainfo.com/de/staaten-des-schengen-raums/]. (2020). Abgerufen am 19. Mai 2020.
3. The Ministry of Immigration and Integration: International Migration: Denmark. In: Report to OECD. 2017.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Portugal; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Statistics Denmark: The Population 2019. 2019.
9. Danish Ministry of Health: A safe and dignified life with Dementia: National action plan on Dementia 2025. 2017.
10. Healthcare Denmark: Denmark: a dementia friendly society; 2018.
11. Sundhedsstyrelsen: National klinisk retningslinje for demens og medicin; 2018.
12. Sundhedsstyrelsen: National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens; 2019.
13. Sundhedsstyrelsen: National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens; 2018.
14. Sundhedsstyrelsen: National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Demens; 2013.

Deutschland



Einwohnerzahl
83.167.000

Fläche
357.581 km²

Hauptstadt
Berlin

Drei größten Städte
Berlin (3.669.000)
Hamburg (1.847.000)
München (1.484.000)

Nachbarländer
Belgien, Dänemark, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Schweiz, Tschechische Republik

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

In der Migrationsgeschichte Deutschlands im 19., 20. und frühen 21. Jahrhundert lassen sich mehrere grundlegende Prozesse identifizieren. Vom frühen 19. Jahrhundert bis etwa 1890 dominierten die transatlantischen Auswanderungsströme von Menschen aus Deutschland [1]. Zwischen 1820 und 1920 wanderten aufgrund von Kriegen und Hungersnöten etwa sechs Millionen Menschen aus Deutschland aus (insbesondere nach Nordamerika) [2, 3]. Der wirtschaftliche Erfolg des Deutschen Reiches nach 1890 führte dazu, dass mehr Menschen einwanderten als auswanderten [2]. Die meisten Ausländerinnen und Ausländer kamen aus Österreich, den BENELUX-Staaten (Belgien, Niederlande und Luxemburg), der Russischen Föderation und Italien. Die beiden Weltkriege des 20. Jahrhunderts und ihre politischen Folgen führten zu einem enormen Anstieg der Zwangsmigration [1]. Während des Nationalsozialismus wurden viele Ausländerinnen und Ausländer vertrieben, in Konzentrationslagern hingerichtet und zur Zwangsarbeit eingesetzt [2]. Insgesamt war Deutschland während und nach den beiden Weltkriegen ein Zentrum der Zwangsmigration in Europa [1]. Vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg gab es eine große Gruppe von Vertriebenen und Geflüchteten [2]. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts wurde eine neue Migrationspolitik im Rechts- und Sozialstaat etabliert. Zwischen 1955 und 1973 wurden ausländische Arbeitskräfte mit Hilfe von zwischenstaatlichen Abkommen angeworben, und der Aufenthaltsstatus dieser Arbeitskräfte wurde mit zunehmender Aufenthaltsdauer schrittweise gefestigt [1]. Infolge der Anwerbeabkommen und des wirtschaftlichen Aufschwungs kamen zwischen 1959 und 1964 etwa eine Million Gastarbeitende nach Deutschland. Die Herkunftsländer dieser Zugewanderten waren Italien, Jugoslawien, Griechenland, Marokko, Portugal, Spanien, die Türkei und Tunesien. Nach dem Rückgang der Zuwanderung in den 1980er Jahren führten Entwicklungen wie der Zusammenbruch der Sowjetunion zu einem starken Anstieg der Zuwanderungsraten in den 1990er Jahren [2]. Die Ost-West-Migration, die während des Kalten Krieges stark eingeschränkt war, gewann deutlich an Bedeutung [1]. Maßnahmen wie die Einführung der doppelten Staatsbürgerschaft im Jahr 2000 und das Zuwanderungsgesetz von 2005 sowie Entwicklungen wie die hohe Jugendarbeitslosigkeit in Südeuropa und der Syrienkonflikt führten zu einem weiteren Anstieg der Migrationspopulation [2]. Im Jahr 2005 lag der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung bei 17,9% [4]. Im Jahr 2017 stieg diese Zahl auf 23,6 Prozent, was 19,3 Millionen Menschen entspricht [5]. Die größten Gruppen von Zugewanderten sind Menschen aus der Türkei (2,8 Millionen), Polen (2,1 Millionen), der Russischen Föderation (1,4 Millionen) und Kasachstan (1,2 Millionen) [6]. Zwischen 1990 und 2019 haben sich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung mehr als verdoppelt (5,9 Millionen [7,5%] auf 13,1 Millionen [15,7%]) [7]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 6,6 [8]. Insgesamt hat sich Deutschland von einem Auswanderungsland zu einem Einwanderungsland entwickelt.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

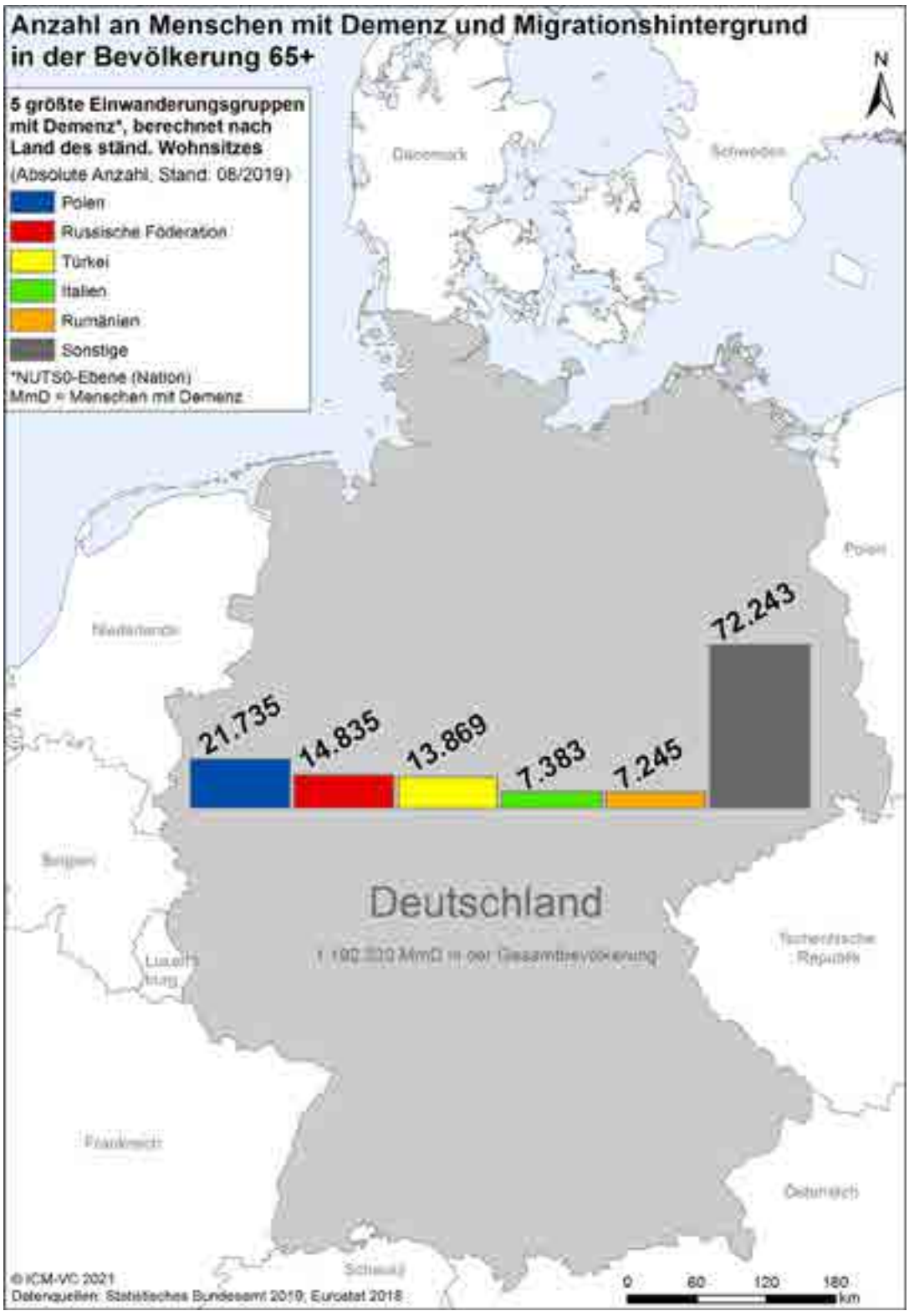


Abb. 3.7.4.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Deutschland - Nation)

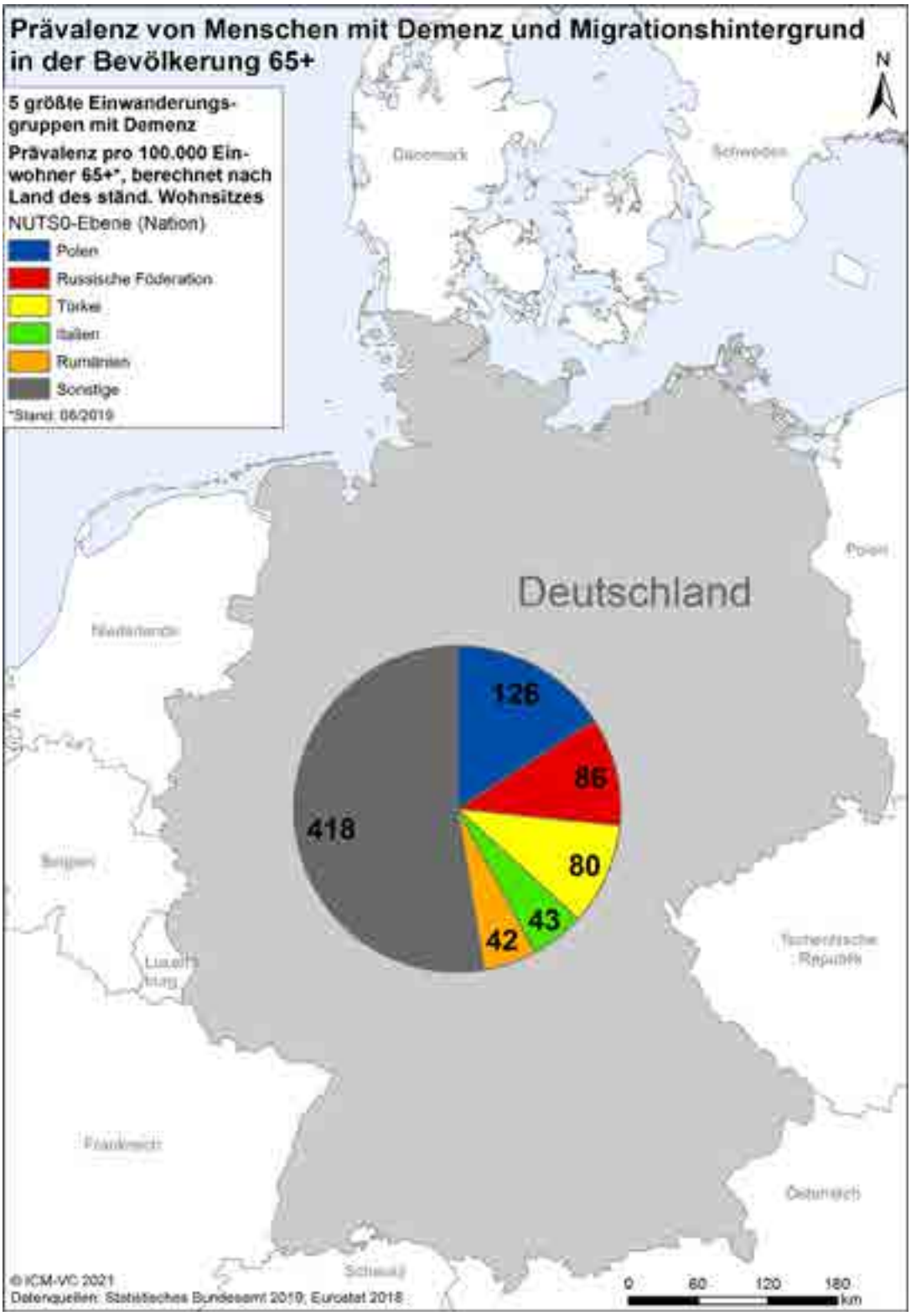


Abb. 3.7.4.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland - Nation)

Tab. 11: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland - Nation)

NUTS	Total	DE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Deutschland	1.192.320	1.055.010	PL 21.735	RU 14.835	TR 13.869	IT 7.383	RO 7.245	72.243
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Deutschland	5.992	-	PL 109	RU 75	TR 70	IT 37	RO 36	363
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Deutschland	6.900	6.105	PL 126	RU 86	TR 80	IT 43	RO 42	418

Quelle: Statistisches Bundesamt (2019)

In Deutschland leben 1.990.000 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise 137.300 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.4.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Polen (ca. 21.700), der Russischen Föderation (ca. 14.800), der Türkei (ca. 13.900), Italien (ca. 7.400) und Rumänien (ca. 7.300) stammen. Die zweite Grafik verdeutlicht die Anzahl von PmM mit Demenz in Deutschland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.4.2). Tabelle 11 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Polen, der Russischen Föderation, der Türkei, Italien und Rumänien in den NUTS1-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.4.3 - 3.7.4.8).



Abb. 3.7.4.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Polen (Deutschland - NUTS1)



Abb. 3.7.4.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Russische Föderation (Deutschland - NUTS1)



Abb. 3.7.4.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Türkei (Deutschland - NUTS1)



Abb. 3.7.4.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Italien (Deutschland - NUTS1)



Abb. 3.7.4.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Rumänien (Deutschland - NUTS1)



Abb. 3.7.4.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Deutschland - NUTS1)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS1-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS1-Regionen (Abbildung 3.7.4.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS-1-Regionen (Abbildung 3.7.4.10). Die Werte der NUTS1-Ebene finden sich in Tabelle 12 [9-11].

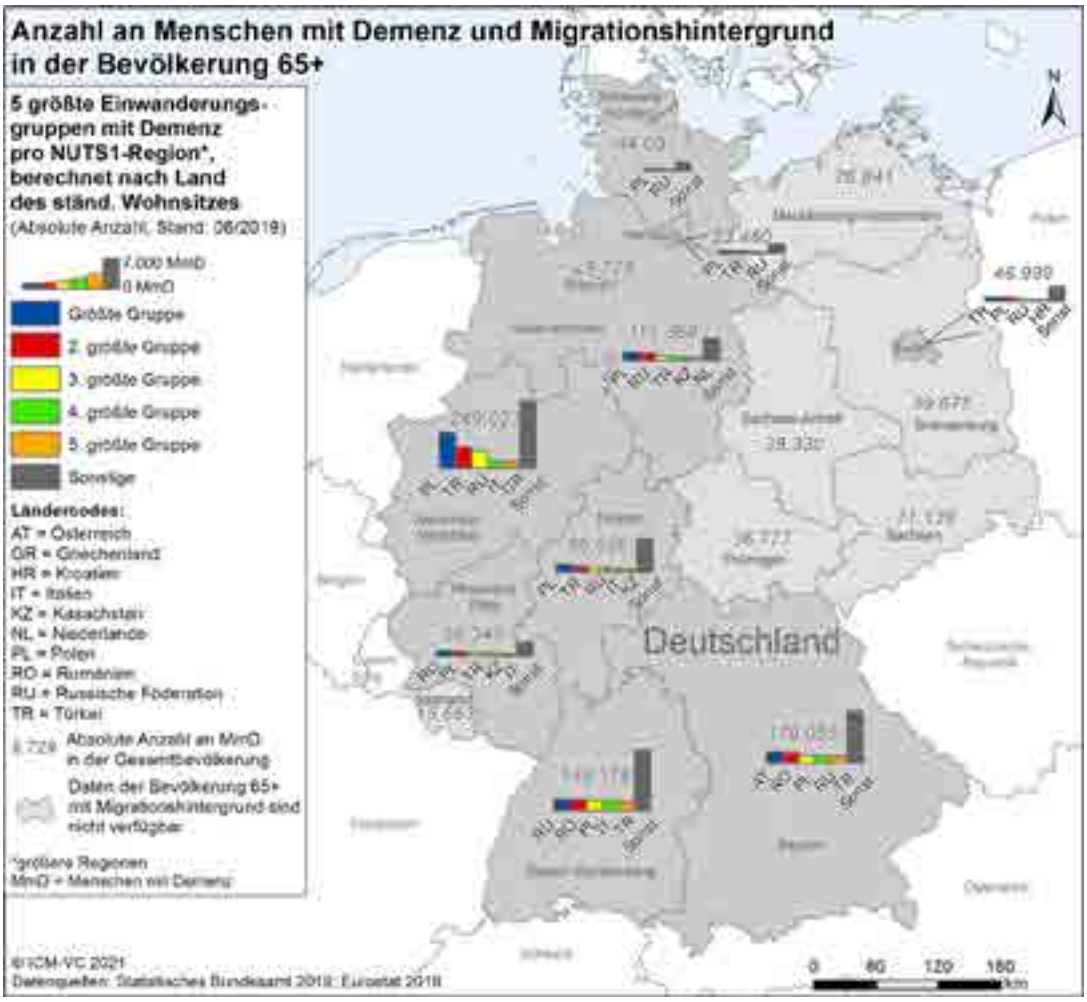


Abb. 3.7.4.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Deutschland - NUTS1)

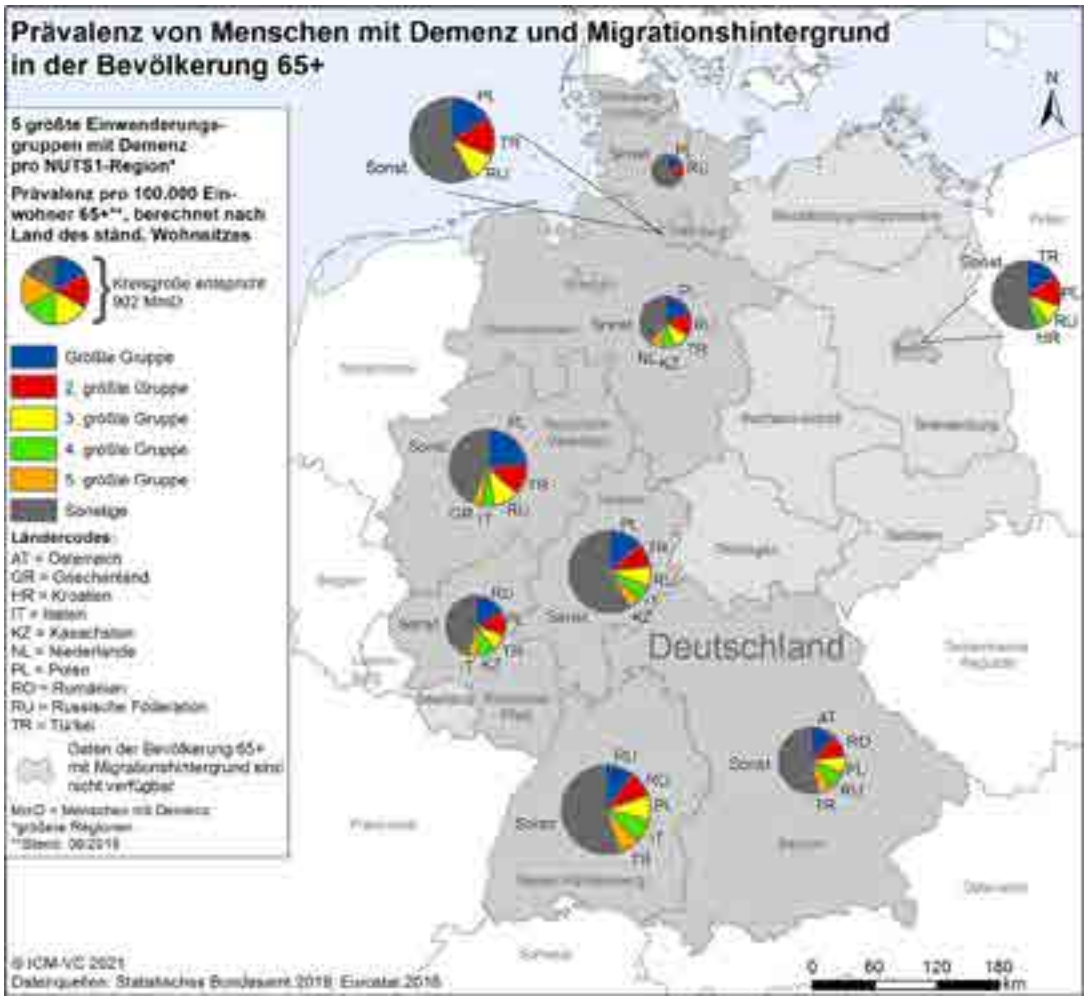


Abb. 3.7.4.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland - NUTS1)

Tab. 12: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland - NUTS1)

NUTS	Total	DE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Baden-Württemberg	149.178	123.786	RU 2.553	RO 2.484	PL 2.208	IT 2.208	TR 1.932	14.007
Bayern	179.055	156.285	AT 2.691	RO 2.553	PL 1.794	RU 1.794	TR 1.725	12.213
Berlin	46.989	40.848	TR 966	PL 897	RU 552	HR 345	N/A	3.381
Brandenburg*	39.675	38.295	PL 552	N/A	N/A	N/A	N/A	828

NUTS	Total	DE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Bremen*	9.729	8.487	PL 414	N/A	N/A	N/A	N/A	828
Hamburg	23.460	19.665	PL 621	TR 552	RU 414	N/A	N/A	2.208
Hessen	86.526	72.933	PL 1.794	TR 1.311	RU 1.035	IT 897	KZ 690	7.866
Mecklenburg-Vorpommern*	26.841	26.151	PL 345	N/A	N/A	N/A	N/A	345
Nieder-sachsen	115.368	104.190	PL 2.070	RU 1.725	TR 1.173	KZ 897	NL 897	4.416
Nordrhein-Westfalen	249.021	212.451	PL 8.418	TR 4.968	RU 4.071	IT 1.863	GR 1.587	15.663
Rheinland-Pfalz	59.340	52.509	RU 1.173	PL 897	TR 621	KZ 621	IT 414	3.105
Saarland	15.663	14.145	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1.518
Sachsen*	71.139	69.483	PL 414	N/A	N/A	N/A	N/A	1.242
Sachsen-Anhalt*	39.330	38.364	PL 414	N/A	N/A	N/A	N/A	552
Schleswig-Holstein	44.091	41.400	PL 483	RU 345	N/A	N/A	N/A	1.863
Thüringen	36.777	36.087	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	690
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Baden-Württemberg	4.054	-	RU 69	RO 68	PL 60	IT 60	TR 53	381
Bayern	5.426	-	AT 82	RO 77	PL 54	RU 54	TR 52	370
Berlin	5.280	-	TR 109	PL 101	RU 62	HR 39	N/A	380
Brandenburg*	18.893	-	PL 263	N/A	N/A	N/A	N/A	394
Bremen*	5.121	-	PL 218	N/A	N/A	N/A	N/A	436
Hamburg	4.344	-	PL 115	TR 102	RU 77	N/A	N/A	408
Hessen	4.392	-	PL 91	TR 67	RU 53	IT 46	KZ 35	399
Mecklenburg-Vorpommern*	26.841	-	PL 345	N/A	N/A	N/A	N/A	345
Nieder-sachsen	7.121	-	PL 128	RU 106	TR 72	KZ 55	NL 55	273

NUTS	Total	DE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Nordrhein-Westfalen	4.699	-	PL 159	TR 94	RU 77	IT 35	GR 30	296
Rheinland-Pfalz	5.994	-	RU 118	PL 91	TR 63	KZ 63	IT 42	314
Saarland	7.120	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	690
Sachsen*	29.641	-	PL 173	N/A	N/A	N/A	N/A	518
Sachsen-Anhalt*	2.6220	-	PL 276	N/A	N/A	N/A	N/A	368
Schleswig-Holstein	11.305	-	PL 124	RU 88	N/A	N/A	N/A	478
Thüringen	36.777	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	690
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Baden-Württemberg	6.900	5.726	RU 118	RO 115	PL 102	IT 102	TR 89	647
Bayern	6.900	6.023	AT 104	RO 98	PL 69	RU 69	TR 66	470
Berlin	6.900	5.998	TR 142	PL 132	RU 81	HR 51	N/A	497
Brandenburg*	6.900	6.660	PL 96	N/A	N/A	N/A	N/A	144
Bremen*	6.900	6.019	PL 294	N/A	N/A	N/A	N/A	587
Hamburg	6.900	5.784	PL 183	TR 162	RU 122	N/A	N/A	649
Hessen	6.900	5.816	PL 143	TR 105	RU 83	IT 72	KZ 55	627
Mecklenburg-Vorpommern*	6.900	6.723	PL 89	N/A	N/A	N/A	N/A	88
Nieder-sachsen	6.900	6.231	PL 124	RU 103	TR 70	KZ 54	NL 54	265
Nordrhein-Westfalen	6.900	5.887	PL 233	TR 138	RU 113	IT 52	GR 44	434
Rheinland-Pfalz	6.900	6.106	RU 136	PL 104	TR 72	KZ 72	IT 48	361
Saarland	6.900	6.231	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	669
Sachsen*	6.900	6.739	PL 40	N/A	N/A	N/A	N/A	121
Sachsen-Anhalt*	6.900	6.731	PL 73	N/A	N/A	N/A	N/A	96

NUTS	Total	DE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Schleswig-Holstein	6.900	6.479	PL 76	RU 54	N/A	N/A	N/A	291
Thüringen	6.900	6.771	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	129

*Datendarstellung weicht in den Karten ab
Anmerkung: N/A = nicht verfügbar.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2019)

3. Nationaler Demenzplan

Zum Zeitpunkt der ersten Suche, dem 1. Juni 2019, konnte kein NDP für Deutschland identifiziert werden [12]. Allerdings haben vier deutsche Bundesländer (Saarland, Bayern, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz) ihre eigenen Demenzstrategien entwickelt [13]. Das Saarland, Bayern und Schleswig-Holstein haben einen Demenzplan, der online einsehbar ist. Alle drei Demenzpläne nehmen Bezug auf das Thema Migration. Die „Bayerische Demenzstrategie" aus dem Jahr 2013 weist in einem eigenen Kapitel darauf hin, dass die Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften und Haushaltshilfen eine Maßnahme sein kann, um den Verbleib von Menschen mit Demenz in ihrer häuslichen Umgebung zu gewährleisten. Sie zeigt mehrere arbeitsrechtliche Möglichkeiten für die Beschäftigung ausländischer Pflegehilfen in Privathaushalten auf und stellt eine Strategie vor, die darin besteht, Betroffene und Angehörige mit Hilfe von Informationsmaterial und Beratungsangeboten über die Risiken und Chancen des Einsatzes solcher Pflegehilfen aufzuklären. Gleichzeitig wird auch das Problem der fehlenden Daten über legale und illegale Beschäftigungsverhältnisse diskutiert. In einem anderen Kapitel wird betont, dass Bayern maßgeschneidertes Werbe- und Informationsmaterial entwickeln möchte, um PmM in den Beruf der Altenpflege zu integrieren. Es wird auch das Projekt „Interkulturelles Netz Demenz" erwähnt, in dem untersucht wird, wie bestehende Netzwerke gegenseitiger Unterstützung in der Migrationsgemeinschaft gestärkt und der Zugang zu Angeboten der Altenhilfe verbessert werden kann [14].

Im etwas kürzeren „Ersten Demenzplan des Saarlandes" aus dem Jahr 2015 gibt es kein Kapitel zur Migration. Er bezieht sich nur in einem Absatz auf das Thema und empfiehlt, dass bei der Beratung von Demenzkranken und ihren Angehörigen soziale Differenzierungsfaktoren wie der Migrationshintergrund berücksichtigt werden müssen [15]. Der „Demenzplan für Schleswig-Holstein" aus dem Jahr 2015 geht näher auf das Thema Migration ein. Er enthält zwar kein eigenes Kapitel, aber einen Abschnitt mit drei Absätzen zum Thema PmM mit Demenz. Dort wird erörtert, dass das Thema Demenz und Migrationshintergrund aufgrund des deutlichen Anstiegs der Zahl älterer Migrantinnen und Migranten bundesweit und auch in Schleswig-Holstein an Bedeutung gewinnt. Außerdem wird die Bedeutung der Familie bei der Versorgung betont und erklärt, dass externe Unterstützungsangebote von PmM selten oder gar nicht angenommen werden. Im Anschluss wird darauf hingewiesen, dass es in Schleswig-Holstein kaum spezialisierte Angebote für diese Bevölkerungsgruppe gibt. Der dritte Absatz skizziert eine mögliche Pflegestrategie. Zum einen wird eine flächen-

deckende Installation spezieller Angebote für diese Bevölkerungsgruppe aufgrund des geringen Migrationsanteils abgelehnt. Stattdessen wird empfohlen, kultursensible Versorgung stärker in die Pflegeausbildung zu integrieren, mehr Schulungen zu diesem Thema anzubieten, geschulte Multiplikatoren einzusetzen, um die Migrationsgemeinschaft über Unterstützungsangebote zu informieren und interkulturelle Projekte durchzuführen. Diesem Dokument zufolge sollte sich die Strategie auf die Ausbildung von Fachkräften und die Aufklärung der Migrationsgemeinschaft konzentrieren [16]. Insgesamt hat die Analyse der Demenzpläne gezeigt, dass sich die offiziellen Dokumente zur Demenzversorgung in einzelnen Bundesländern (3 von 16) in unterschiedlichem Umfang mit Teilaspekten von Demenz und Migration befassen. Der Schwerpunkt liegt auf der Problemerkennung und -beschreibung. Spezialisierte Versorgungsleistungen wurden nicht erwähnt. Im „Demenzplan für Schleswig-Holstein" wird jedoch explizit auf einen Mangel an spezialisierten Angeboten für PmM mit Demenz hingewiesen.

Am 1. Juli 2020 hat Deutschland seine erste Nationale Demenzstrategie veröffentlicht. Diese Strategie nimmt Bezug auf die Migration. Bezogen auf den Umfang des Dokuments (152 Seiten) spielt das Thema keine zentrale Rolle, wird aber in insgesamt 14 Kapiteln bzw. Unterkapiteln in unterschiedlichem Umfang behandelt. Die Demenzstrategie enthält ein eigenes Kapitel mit drei Unterkapiteln zum Thema Migration und drei weitere Unterkapitel zu verschiedenen Themenbereichen, die mit Migration zu tun haben; auch sieben weitere Abschnitte beziehen sich auf dieses Thema (zweimal in einem Absatz und fünfmal kurz mit einzelnen Sätzen oder Worten verstreut über die sieben Abschnitte). Zunächst werden verschiedene Herausforderungen und Probleme in Bezug auf die aktuelle Versorgungssituation von PmM mit Demenz und ihren Familien beschrieben. Es wird festgestellt, dass die Diagnose und Beratung für PmM aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren und ungeeigneter Diagnoseverfahren eine besondere Herausforderung darstellen. Hinzu kommt, dass die Leistungen der Pflegeversicherung oft nicht voll ausgeschöpft werden. Als Ursachen werden sprachliche, kulturell-religiöse oder institutionelle Barrieren und unzureichende kultursensible Angebote genannt. Darüber hinaus zeigt die nationale Demenzstrategie die aktuellen Schwerpunkte der Demenzforschung auf und zeigt, dass das Thema Migration dort nur eine marginale Rolle spielt. Lediglich in der Versorgungsforschung werden einige Aspekte zu diesem Thema untersucht (Situation ausländischer Hilfs- und Pflegekräfte, erlebte soziale Ungleichheit bei Unterstützungsleistungen für Angehörige von PmM mit Demenz). Insgesamt haben die migrationsbezogenen Teile der deutschen Demenzstrategie einen starken Handlungsrahmen. Der Fokus liegt dabei auf der Sensibilisierung von Gesundheitsdienstleistenden und der Entwicklung von bedarfsgerechten niedrigschwelligen Unterstützungs- und Beratungsangeboten für PmM mit Demenz sowie deren Angehörige. Dazu werden Multiplikatoren für PmM und Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens in der Entwicklung solcher Angebote geschult und Versorgungszentren bauen interkulturelle Kompetenzen auf. Außerdem wird auf die laufenden Projekte „Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege", in denen Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern zu relevanten pflegerelevanten Themen geschult werden, „Demenz und Migration", das mehrsprachige Informationen zu Demenz anbietet, und „DeMigranz", das den Zugang zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten für PmM mit Demenz verbessern soll, hingewiesen. An mehreren Stellen wird das allgemeine Ziel formuliert, kultursensible Beratungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

auszubauen und zu entwickeln. Konkret heißt es, dass bis Ende 2024 kultur- und religionssensible Unterstützungs- und Beratungsangebote für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen sollen und alle Pflegestützpunkte und Pflegeberatungsstellen über ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Angebot verfügen sollen. Bis Ende 2022 sollen bereits in allen Bundesländern barrierefreie Informationsangebote mit Informationen zu mehrsprachigen Beratungsangeboten zur Verfügung stehen und die bundesweite Datenbank zu bestehenden kultursensiblen Beratungsstellen und Vernetzungsangeboten auf der Website www.demenz-und-migration.de erweitert werden. Außerdem wollen die medizinischen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) bis Ende 2022 Empfehlungen für den Einsatz von mehrsprachigen, kultursensiblen Assessment-Instrumenten zur Demenzdiagnostik entwickeln. Die nationale Demenzstrategie formuliert daher mehrere Ziele mit jahresbezogenen Zahlen, die darauf abzielen, sprach- und kultursensible Unterstützungs-, Informations- und Beratungsangebote sowie mehrsprachige und kultursensible Diagnoseinstrumente für PmM zu entwickeln. Die meisten dieser Ziele sind jedoch sehr allgemein formuliert und lassen daher viel Spielraum für unterschiedliche Interpretationen. Darüber hinaus besteht Unklarheit darüber, wie die Ziele erreicht werden können und wer die Versorgungsleistungen entwickelt bzw. inwieweit die PmM einbezogen werden [17].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

In der „S3-Leitlinie Demenzen“ aus dem Jahr 2016 wird an keiner Stelle direkt auf die Migration Bezug genommen. Eine Passage spricht das Thema jedoch indirekt in Form einer Diskussion über den Zusammenhang zwischen soziokulturellem Hintergrund/Sprachkenntnissen und Demenzdiagnose an. Es wird gezeigt, dass der soziokulturelle Hintergrund und die Sprachkenntnisse die kognitiven Leistungen von Menschen mit Demenz beeinflussen und somit auch die Ergebnisse von Tests zur Demenzdiagnostik beeinflussen können. Dies führt zu der Empfehlung, dass detaillierte neuropsychologische Tests zur Differentialdiagnose einer fraglichen oder leichten Demenz den soziokulturellen Hintergrund oder die Sprachkenntnisse berücksichtigen sollten. Insgesamt spielt das Thema Migration in den deutschen Leitlinien für Demenz keine große Rolle [18].

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertin wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Laut der Expertin gibt es in Deutschland große regionale Unterschiede, was die Bedeutungszuschreibung des Themas Demenz und Migration anbelangt. In einigen Regionen und Kommunen erhält das Thema bereits mehr Aufmerksamkeit, während es in anderen Regionen noch völlig vernachlässigt wird. Als Beispiele für diese regionalen Unterschiede nannte die Expertin das Bundesland Nordrhein-Westfalen, wo das Thema einen hohen Stellenwert hat, und den Freistaat Sachsen, wo es vor allem politisch völlig ignoriert wird. Insgesamt spielt das Thema Demenz und Migration auf nationaler und politischer Ebene nur teilweise eine Rolle. Laut der Expertin wird das Thema im deutschen Gesundheitssystem seit knapp zehn Jahren wahrgenommen, wobei die Aufmerksamkeit in den letzten zwei bis drei Jahren bereits wieder abgenommen hat. Auch auf der Seite der Versorgungsleistenden und Fachkräfte ist die Sensibilität bezüglich Demenz und Migration sehr unterschiedlich. Während viele Expertinnen und Experten anerkennen, dass PmM mit Demenz eine besondere Behandlung benötigen, sind einige der Meinung, dass Menschen, die schon seit Jahrzehnten im Land leben, anfangen sollten, sich anzupassen. Besondere Bedürfnisse werden von Dienstleistenden und Fachleuten in Bezug auf verschiedene Religionen und Sprachschwierigkeiten festgestellt. Die Expertin stellte fest, dass Probleme, die im Rahmen der Versorgung von PmM mit Demenz auftreten, oft vorschnell mit der Religion, Kultur oder Herkunft einer Person begründet werden, was einer differenzierten Betrachtung der jeweiligen Situation entgegensteht. Das Gesundheitssystem konstruiert Geflüchtete, Gastarbeitende und Spätaussiedler als Gruppen mit spezifischen Problemen im Kontext der Gesundheitsversorgung. Im Falle von Geflüchteten sehen die Gesundheitsdienstleistenden die größten Probleme in der Sprachvermittlung. Neben der Erwartung der Ärzteschaft, dass Geflüchtete ihre Dolmetscherinnen oder Dolmetscher mitbringen, weist die Expertin darauf hin, dass ein zentrales Problem darin besteht, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung für Menschen, die keine elektronische Gesundheitskarte haben, in der Verantwortung der Sozialämter liegt. Bei Gastarbeitenden wird oft die Existenz einer Familie vorausgesetzt, die einen Teil der Betreuungs- und Übersetzungsleistungen erbringt. Belastende Erwerbsbiographien und der daraus resultierende höhere Pflegebedarf werden als zentrale Probleme identifiziert. Insgesamt werden PmM mit Demenz als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen im Zusammenhang mit der Diagnose von Demenz (Unterdiagnose) und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen identifiziert. Zentrale Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf die Demenzversorgung bestehen laut der Expertin im Wissen um den Anspruch auf und die Beantragung von Pflegeleistungen, im Zugang zu Informationen über die Beantragung von Versorgungsleistungen, in Barrieren bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und in einem unterschiedlichen Verständnis von Demenz. Darüber hinaus sind PmM oft nicht mit den Aufgaben einer professionellen Pflegekraft im Rahmen der ambulanten Versorgung vertraut, was bei ihnen zu Irritationen führen kann.

Darüber hinaus stellt die Expertin fest, dass die Versorgung von PmM mit Demenz auf einem Hybridmodell mit segregativen Elementen (insbesondere für Menschen aus der Türkei) und integrativen Diensten (für Menschen aus anderen Ländern als der Türkei) basiert. Ins-

gesamt sind PmM mit Demenz derzeit nicht in das Gesundheitssystem integriert. Über die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und die Versorgungssituation von PmM mit Demenz ist in Deutschland nach Aussage der Expertin wenig Wissen vorhanden. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass diese Bevölkerung deutlich weniger Versorgungsleistungen in Anspruch nimmt als die autochthone Bevölkerung (nur beim Pflegegeld gibt es keine großen Unterschiede). In Bezug auf die Information und Beratung von PmM mit Demenz und ihren Angehörigen besteht laut der Expertin das zentrale Problem darin, dass sich die bestehenden Beratungsstrukturen und Informationsangebote häufig entweder auf die Demenz oder auf den Migrationshintergrund konzentrieren und eine Kombination dieser Merkmale oder andere Aspekte selten oder gar nicht berücksichtigt werden. Nur in drei bis vier Regionen gibt es einzelne Beratungsstellen, die spezifische muttersprachliche Beratung für PmM mit Demenz anbieten (z. B. durch die Alzheimer Gesellschaft in Gelsenkirchen und Berlin sowie im Rahmen der Initiative DeMigranz in Stuttgart). Spezialisierte Angebote für die ambulante und stationäre Versorgung von PmM mit Demenz sind derzeit in einzelnen Regionen vorhanden. Als Beispiele für bestehende Pflegedienste nannte die Expertin den ambulanten Pflegedienst „Alicare“ in Berlin, der die Versorgung in Wohngemeinschaften anbietet, in denen Menschen aus der Türkei und Polen untergebracht sind. Erwähnt wurde auch die stationäre Tagespflege „Veringeck“ in Hamburg. Darüber hinaus gibt es in einigen Städten wie Berlin, Köln oder Bielefeld Selbsthilfebüros mit spezifischen Selbsthilfeangeboten. Obwohl die Zahl solcher Dienste zunimmt, sind sie derzeit eher die Ausnahme als die Regel. Die Expertin argumentiert, dass die bestehenden demenzspezifischen Versorgungsangebote weder für PmM noch für Menschen ohne Migrationshintergrund geeignet sind. Es gibt einige Beispiele für qualitativ hochwertige Versorgung, aber insgesamt sind die bestehenden Versorgungsstrukturen nicht auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet. Insbesondere der Aspekt der Intersektionalität fehlt völlig. Die bestehenden Dienstleistungen sind nicht auf Diversitätsmerkmale einer Person ausgerichtet und wenn sie ein Diversitätsmerkmal wie den Migrationshintergrund berücksichtigen, gehen sie von einer relativ homogenen Gruppe aus. Folglich sind selbst die wenigen spezialisierten Dienste, die es bereits gibt, selten auf eine heterogene Bevölkerung mit Migrationshintergrund ausgerichtet. Dies ist nach Ansicht der Expertin ein zentraler Grund, warum PmM mit Demenz die bestehenden Versorgungsangebote kaum nutzen. Maßnahmen zur interkulturellen Versorgung oder Betreuung von Menschen mit Demenz sind jedoch lokal weit verbreitet und lokal in der Entwicklung. Nach Meinung der Expertin beteiligen sich PmM mit Demenz und ihre Familienangehörigen selten an der Entwicklung von Versorgungsangeboten. Wenn eine Beteiligung stattfindet, dann nur, weil die Führungskräfte oder Mitarbeitenden der Pflegedienstorganisationen selbst einen Migrationshintergrund haben.

Die Expertin merkte an, dass sich die kultursensible Versorgung derzeit fast ausschließlich auf Religion, Herkunftsland und Ernährung fokussiert. Um mehr PmM zu ermutigen, demenzspezifische Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen, müssen jedoch neben dem Migrationshintergrund weitere Diversitätsmerkmale wie sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität sowie Aspekte wie Traumatisierung und Verlust der Zweitsprache berücksichtigt werden. Um eine personenzentrierte Versorgung für PmM mit Demenz zu gewährleisten, empfahl die Expertin eine diversitätssensible Versorgung aus einer intersektionalen Perspektive.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Nach Ansicht der befragten Expertin spielt das Thema kultursensible Versorgung zumindest in der Ausbildung von professionellen Pflegekräften eine eher untergeordnete Rolle. Als die Expertin vor einigen Jahren die Curricula für die Pflegeausbildung in verschiedenen Bundesländern analysierte, war das Thema in einigen Bundesländern enthalten, auch wenn es meist nicht explizit so bezeichnet wurde. Kultursensibilität wurde jedoch nur sehr punktuell angesprochen, zum Beispiel durch die Vermittlung von Wissen über verschiedene Religionen. Nur wenige Bundesländer haben dem Thema kultursensible Versorgung in Ausbildung oder Studium eine feste Stundenzahl zugewiesen; Nordrhein-Westfalen war das Bundesland mit der höchsten Stundenzahl. Nach Ansicht der Expertin ist das Thema kultursensible Versorgung in der Ausbildung von professionellen Pflegekräften unterrepräsentiert. Ähnlich verhält es sich mit der Fortbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen. Es gibt zwar Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte in der interkulturellen Versorgung, diese sind jedoch nicht verpflichtend und werden daher vor allem von denjenigen genutzt, die sich bereits an ihrem Arbeitsplatz mit dem Thema beschäftigen. Die Fachkräfte, die den größten Fortbildungsbedarf haben, weil sie z. B. weniger aufgeschlossen gegenüber PmM sind, scheinen solche Kurse nicht zu besuchen. Darüber hinaus stellte die Expertin fest, dass eine einzige Schulung zum Thema Interkulturalität nicht ausreicht, da die Entwicklung einer kultursensiblen oder diversitätsfreundlichen Haltung ein langfristiger Prozess ist. Notwendige Maßnahmen, wie die Einrichtung von Plattformen für einen kontinuierlichen Austausch zu diesen Themen oder die Initiierung von Teamsupervisionen, wurden nach Kenntnis der Expertin bisher nicht umgesetzt.

Die Expertin erklärte, dass laut einer Studie mit mehr als 1.500 Pflegekräften der Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung nur knapp über 10% und in der stationären Versorgung knapp über 14% beträgt. Mehr als die Hälfte der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund stammt ursprünglich aus der Russischen Föderation, Polen, Kasachstan oder anderen osteuropäischen Ländern, knapp 18% aus Westeuropa (einschließlich des früheren Jugoslawiens) und knapp 7% aus nichteuropäischen Ländern (einschließlich der Türkei). Die Expertin wies darauf hin, dass diese relativ hohe Heterogenität unter den Fachkräften sehr positiv für die Versorgung ist, jedoch auch Herausforderungen mit sich bringt. Als Beispiele wurde angeführt, dass es auf Seiten der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bestehende Sprachbarrieren verstärken kann, wenn eine professionelle Pflegekraft einen (deutschen oder ausländischen) Dialekt spricht. Zudem kann dieser Dialekt eine traumatisierte Person in bestimmter Weise triggern, was sich nachteilig auf die Situation der Person auswirken kann. Nach Auffassung der Expertin kann diesen Problemen durch eine entsprechende Sensibilisierung von Dienstleistenden und Fachkräften entgegengewirkt werden. Gleichzeitig hat die hohe kulturelle und sprachliche Vielfalt im Bereich der Versorgung auch viele Vorteile. Als Beispiel führte die Expertin an, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen, die nicht über perfekte Deutschkenntnisse verfügen, weniger sprachbedingte Hemmungen und Angst vor Diskriminierung haben könnten, wenn sie mit einer professionellen Pflegekraft sprechen, die selbst nicht perfekt Deutsch spricht. Nach Meinung der Expertin sollte das Thema Diversitätssensibilität in der

Versorgung deutlich präsenter sein, da sowohl die Vielfalt der pflegebedürftigen Menschen als auch der professionellen Pflegekräfte eine wichtige Rolle spielen. Die Expertin fügt hinzu, dass auch bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund ein hoher Sensibilisierungsbedarf besteht. Nur weil eine Person aus einem bestimmten Land oder einer bestimmten Region eingewandert ist, ist sie nicht automatisch kultursensibel.

Schließlich kam die Expertin zu dem Schluss, dass das derzeitige Niveau des Bewusstseins für Vielfalt und kulturelle Unterschiede unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht ausreicht, um den Bedarf an personenzentrierter Versorgung zu decken.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Laut der Expertin spielt das soziale Netzwerk der Familie eine sehr große Rolle bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz. Anbietende medizinischer Gesundheitsdienste sind ebenfalls sehr wichtig, da sie diejenigen sind, die Demenz diagnostizieren und darüber informieren. In vielen Fällen erfüllen sie jedoch nicht ihre Funktion, da sie PmM mit Demenz nicht bei der Suche nach weiterer demenzspezifischer Betreuung beraten oder anleiten. Daher haben PmM oft keinen Zugang zu ambulanter und stationärer Versorgung, was bedeutet, dass der formale Versorgungs- und Unterstützungssektor eine viel weniger aktive Rolle in der Versorgung spielt, als er sollte. Religionsgemeinschaften und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen leisten im Allgemeinen einen geringen bis mäßigen Beitrag zur demenzspezifischen Unterstützung pflegender Angehöriger, obwohl das Unterstützungspotenzial beider Netzwerke sehr groß ist. Derzeit sind die Religionsgemeinschaften zwar bereit, z. B. bei der Rekrutierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern für Studien zum Thema Demenz und Migration zu unterstützen, haben aber keine eigene Haltung zu diesem Thema, die notwendig wäre, um die Mitglieder der jeweiligen Gemeinden für das Thema Demenz zu sensibilisieren.

Der Bedarf an spezialisierten Angeboten zur Unterstützung und Informationen für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz wird von der Expertin als sehr hoch eingeschätzt. Derzeit gibt es einen großen Mangel an Informationen über das Gesundheitssystem, die Demenz und die Prävalenz der Krankheit. Mehrsprachige Informationsressourcen existieren zwar, werden aber kaum genutzt, vermutlich aufgrund falscher Kommunikationsmittel. Die Expertin wies darauf hin, dass Untersuchungen gezeigt haben, dass Flyer und andere derartige Literatur für PmM weniger effektive Medien der Informationsvermittlung sind als andere Medien wie Vorträge oder Filme.

Dementsprechend ist es nicht nur wichtig, spezielle, an die Bedürfnisse von PmM angepasste Informationen bereitzustellen, sondern auch das richtige Medium für die Informationsvermittlung zu wählen.

8. Quellen

1. Oltmer J: Migration. In: *Deutschland in Daten: Zeitreihen zur Historischen Statistik.* edn. Herausgegeben von Rahlf T. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2015.
2. Migrationsgeschichte in Deutschland [https://www.domid.org/de/migrationsgeschichte-deutschland]
3. Geschichte der Migration in Deutschland [https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252241/deutsche-migrationsgeschichte]
4. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. In: *Migrationsbericht 2005.* 2005.
5. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus In. Wiesbaden; 2017.
6. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat: Migrationsbericht der Bundesregierung. In: *Migrationsbericht 2016/2017.* 2017.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Germany; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020; 2019.
9. Esri: World Ocean Background; 2010.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Federal Statistical Office: Mikrozensus 2018; 2019.
12. National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]
13. Nationale Demenzstrategie: Bundesländer und Kommunen [https://www.nationale-demenzstrategie.de/akteure/bundeslaender-und-kommunen/]
14. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen: Bayerische Demenzstrategie. In.: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege; 2013.
15. Kirchen-Peters S, Hielscher V: Gemeinsam für ein demenzfreundliches Saarland: Erster Demenzplan des Saarlandes. In. Herausgegeben vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes. Saarbrücken; 2015.
16. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren: Demenzplan für Schleswig-Holstein erstellen und umsetzen. In. Kiel; 2015.
17. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit: Nationale Demenzstrategie. In., Bd. 1; 2020.
18. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie: S3-Leitlinie „Demenzen"; 2016.



Estland



Einwohnerzahl
1.329.000

Fläche
45.228 km²

Hauptstadt
Tallinn

Drei größten Städte
Tallinn (438.000)
Tartu (93.000)
Narva (54.000)

Nachbarländer
Lettland, Russische Föderation

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

In den letzten anderthalb Jahrhunderten wurde die Bevölkerungs- und ethnische Struktur in Estland maßgeblich durch Migration beeinflusst. Es gab zwei große Auswanderungsphasen. Die erste war in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (in die Russische Föderation) und die zweite Phase war im Jahr 1944 (in den Westen). Während des Zweiten Weltkriegs verließen hauptsächlich ethnische Minderheiten das Land (aus Deutschland, Schweden, jüdische Gemeinden). Nur die russische Gemeinschaft wurde nicht zerstört. Nach dem Zweiten Weltkrieg wandelte sich Estland von einem Auswanderungsland in ein Einwanderungsland. Die meisten Zuwandernden kamen aus der Russischen Föderation. Unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg betrug der Wanderungssaldo 10.000 Menschen pro Jahr. Die zweite große Einwanderungsphase fand in den 1960er Jahren statt. Später führte die Wiedererlangung der Unabhängigkeit zu einer erneuten Änderung der Migrationsrichtung. Zwischen 1989 und 1994 verließen mehr als 80.000 Menschen Estland. Viele Menschen kehrten in die Russische Föderation zurück, einige wanderten jedoch auch in den Westen aus. Zwischen 1989 und 2000 ging die Gesamtbevölkerung um mehr als 12% zurück und die ethnischen Minderheiten schrumpften um mehr als ein Viertel. Seit der Jahrtausendwende nahmen sowohl die Auswanderung als auch die Einwanderung zu. Die meisten Zuwandernden kamen aus Finnland (33%) und der Russischen Föderation (22%). Fast die Hälfte von ihnen sind Rückkehrer. Die häufigsten Zielländer der Auswandernden waren Finnland (zwei Drittel), die Russische Föderation (7%) und das Vereinigte Königreich (6%) [1]. Im Jahr 2019 stellten Menschen aus der Russischen Föderation (118.100), der Ukraine (24.000), Belarus (10.400), Lettland (6.000) und Finnland (5.900) die größten Gruppen von Zugewanderten dar [2]. So bilden die russischsprachigen Minderheiten, die während der Sowjetära nach Estland kamen, die größte Migrationsgruppe [1]. Zwischen 1990 und 2019 hat sich die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) halbiert (von 382.000 auf 190.200) und der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung ist von 24,4 auf 14,4% gesunken [3]. 2020 betrug die Rate des Wanderungssaldos 3; sie war zum ersten Mal seit 1990 positiv [4].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

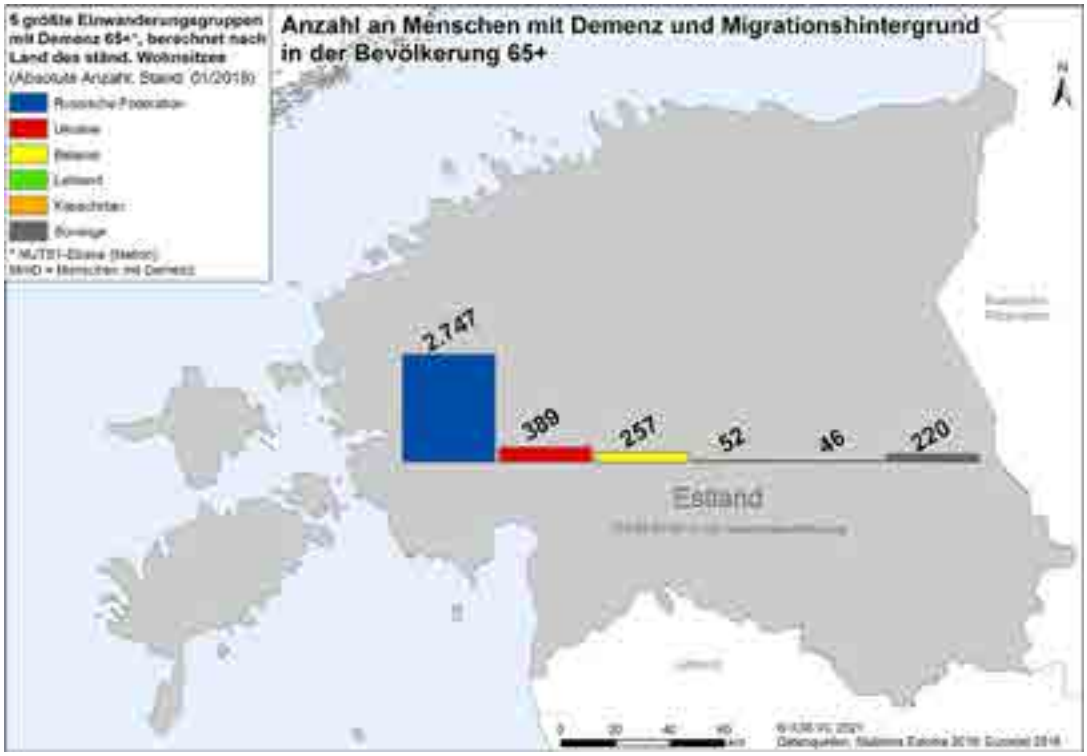


Abb. 3.7.5.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Estland - Nation)

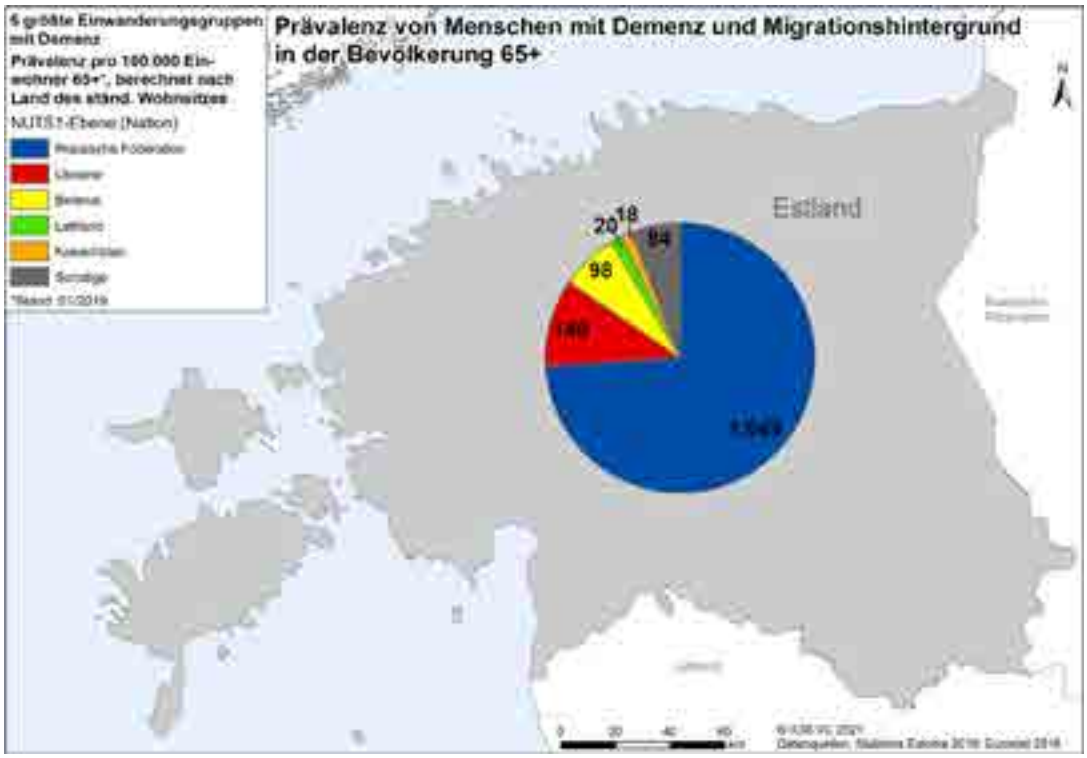


Abb. 3.7.5.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Estland - Nation)

Tab. 13: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Estland - Nation)

NUTS	Total	EE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Estland	12.045	8.335	RU 2.747	UA 389	BY 257	LV 52	KZ 46	219
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Estland	1.493	-	RU 341	UA 48	BY 32	LV 6	KZ 6	27
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Estland	4.600	3.183	RU 1.049	UA 148	BY 98	LV 20	KZ 18	84

Quelle: Statistics Estonia (2019)

In Estland leben 80.700 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 3.700 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.5.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Russischen Föderation (ca. 2.800), der Ukraine (ca. 400), Belarus (ca. 300), Lettland (ca. 50) und Kasachstan (ca. 50) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Estland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.5.2). Tabelle 13 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [5-7].

3. Nationaler Demenzplan

Für Estland konnte kein NDP identifiziert werden [8].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Die „Dementsuste Eesti Ravi- Tegevus- Ja Diagnostikajuhend“ („Estonische Leitlinie für die Behandlung und Diagnose von Demenz“) aus dem Jahr 2006 ist 43 Seiten lang und umfasst die Themen Epidemiologie, Prävention, Screening, Diagnose von Demenz (Definition und Symptome von Demenz, neuropsychologische Diagnose, radiologische Untersuchungen), Demenz und Autofahren, Behandlung von Demenz (Behandlung von kognitiven Störungen, Behandlung von verhaltensbezogenen und psychologischen Störungen) und Stadien der Demenz. In keinem dieser Themen findet sich ein Hinweis auf Migration [9].

5. Quellen

1. Tammur A, Tammaru T, Puur A: Is There a Migration Turnaround Taking Place in Estonia? Migration Trends 2000–2015 In: *Estonian Human Development Report 2016/2017 Estland im Zeitalter der Migration* 2016.
2. Statistics Estonia: Population, 1 January by year, Country, Age group, Country of birth/citizenship, Sex and Country; 2019.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Estonia; 2019.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Estonia; 2019.
5. Esri: World Ocean Background; 2010.
6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Statistics Estonia: Population Statistics. In. Tallinn: Statistics Estonia; 2019.
8. National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]
9. Linnamägi Ü, Vahter L, Jaanson K, Tomberg T, Siiri-Merike L, Gross-Paju K, Kreis A, Toomsoo T: DEMENTSUSTE EESTI RAVI- TEGEVUS- JA DIAGNOSTIKAJUHEND. In. Herausgegeben von Neurosurgeons SoNa; 2006.
6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Statistics Estonia: Population Statistics. In. Tallinn: Statistics Estonia; 2019.
8. National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]
9. Linnamägi Ü, Vahter L, Jaanson K, Tomberg T, Siiri-Merike L, Gross-Paju K, Kreis A, Toomsoo T: DEMENTSUSTE EESTI RAVI- TEGEVUS- JA DIAGNOSTIKAJUHEND. In. Edited by Neurosurgeons SoNa; 2006.

Finnland



Einwohnerzahl
5.525.000

Fläche
338.452 km²

Hauptstadt
Helsinki

Drei größten Städte
Helsinki (654.000)
Espoo (290.000)
Vantaa (234.000)

Nachbarländer
Norwegen, Russische Föderation, Schweden

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen



1. Migrationsgeschichte

Finnland hat keine lange Tradition der internationalen Migration. Vor den 1990er Jahren war die Geschichte der Migration vor allem durch wirtschaftlich motivierte Auswanderung geprägt [1]. Zwischen 1860 und 1999 sind mehr als eine Million Menschen aus Finnland ausgewandert, fast 500.000 vor dem Zweiten Weltkrieg und über 730.000 danach. Vor dem Zweiten Weltkrieg verließ die Mehrheit der Auswandernden das Land in Richtung Nordamerika, danach wanderten 75% von ihnen nach Schweden aus. Etwa die Hälfte der Emigrantinnen und Emigranten kehrte nach Finnland zurück. Finnland war zwischen 1809 und 1917 Teil der Russischen Föderation, Zehntausende von Menschen aus der Russischen Föderation lebten während dieser Zeit in Finnland. Sie blieben dort auch nach der Unabhängigkeit des Landes und gründeten in den 1930er Jahren eine kleine Gemeinde von etwa 15.000 Menschen. Die Aufnahme der frühesten internationalen Migrantinnen und Migranten geht auf das Jahr 1973 zurück, als etwa einhundert Geflüchtete aus Chile kamen. Seit 1986 hat Finnland eine jährliche Zuwanderung von etwa 500-1.000 Geflüchteten akzeptiert. Im Jahr 1990 erreichten die ersten Asylsuchenden Finnland [2]. Von diesem Zeitpunkt an entwickelte sich Finnland zu einem Einwanderungsland mit Migrantinnen und Migranten aus der Russischen Föderation, Estland, Somalia, Syrien, Afghanistan und dem Irak [1]. Im Jahr 2017 waren Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion (56.700) die größte Migrationsgruppe, gefolgt von Estland (46.000), Schweden (32.400) und dem Irak (16.300) [3]. Im Vergleich zu anderen europäischen und skandinavischen Ländern ist die Migrationsbevölkerung in Finnland relativ klein. Zwischen 1990 und 2019 ist diese Bevölkerungsgruppe (im Ausland geborene Menschen) jedoch um ein Vielfaches gewachsen (von 63.300 auf 383.100). Im gleichen Zeitraum ist auch der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung deutlich gestiegen (von 1,3 auf 6,9%) [4]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 2,5 [5].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

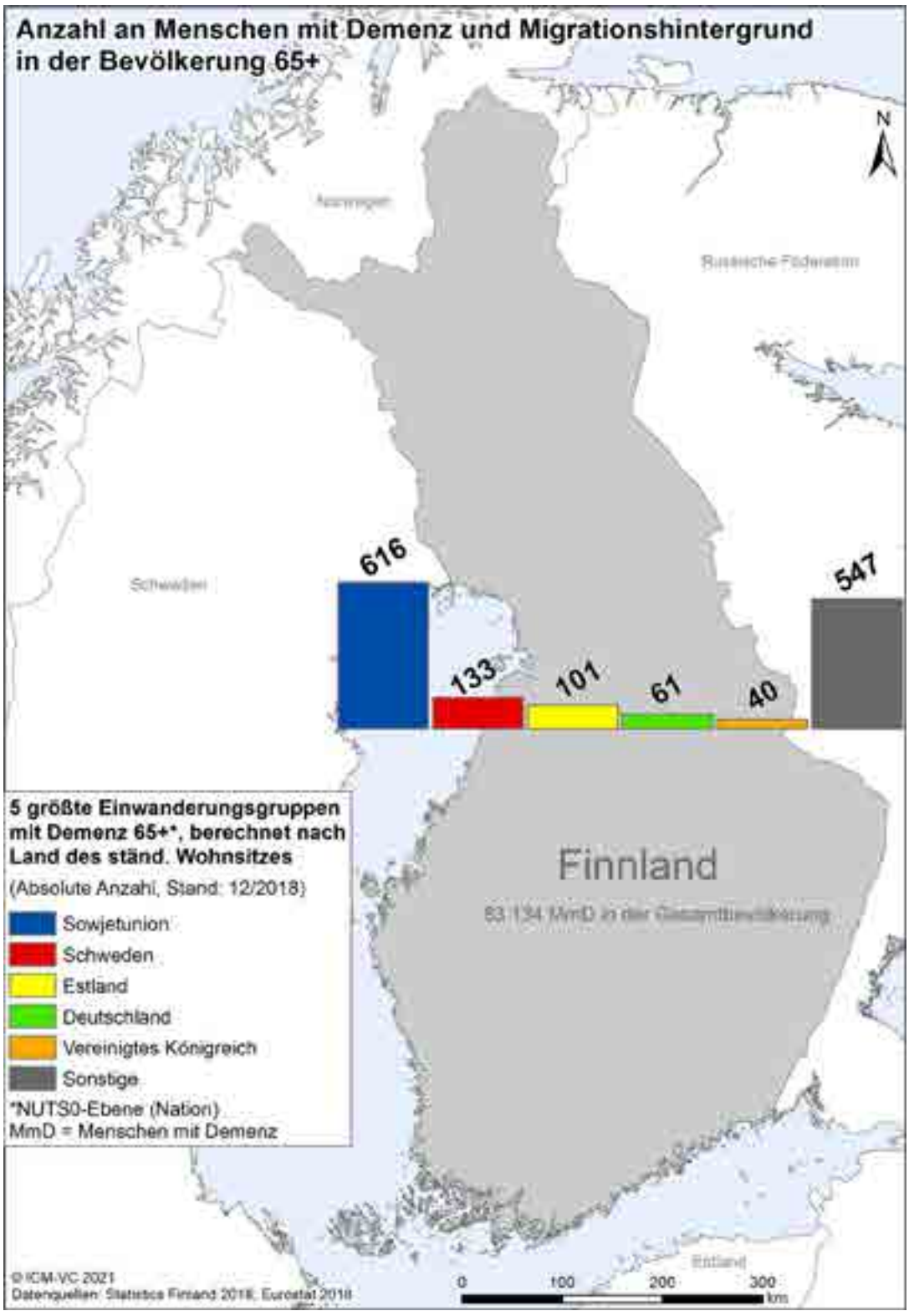


Abb. 3.7.6.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Finnland - Nation)

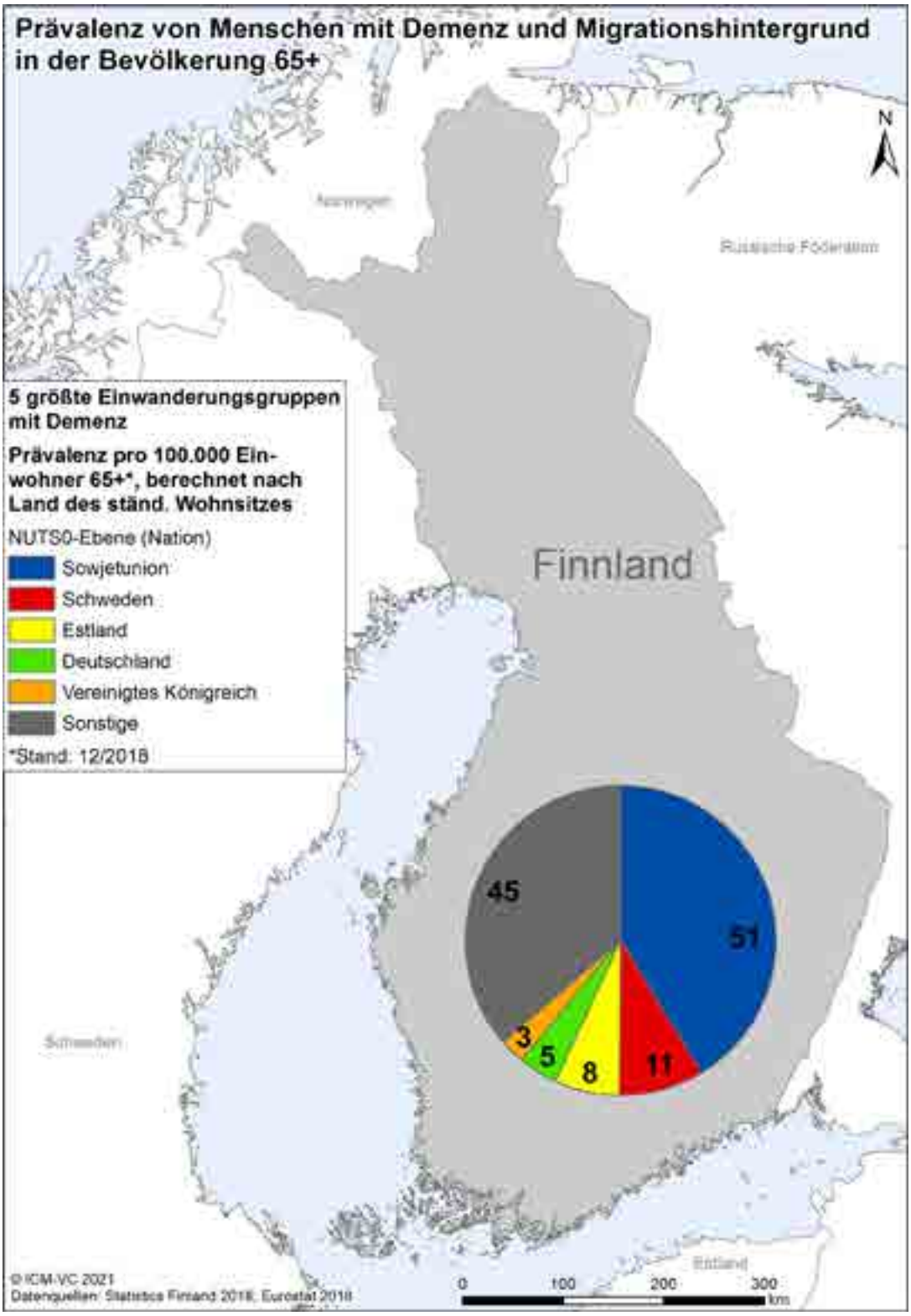


Abb. 3.7.6.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Finnland - Nation)



Tab. 14: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Finnland - Nation)

NUTS	Total	FI	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Finnland	83.134	81.637	SU 616	SE 132	EE 101	DE 61	UK 40	547
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Finland	38.332	-	SU 284	SE 61	EE 46	DE 28	UK 18	253
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Finland	6.900	6.776	SU 51	SE 11	EE 8	DE 5	UK 3	99

Quelle: Statistics Finland (2018)

In Finnland leben 21.700 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 1.500 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.6.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Sowjetunion (ca. 600), Schweden (ca. 100), Estland (ca. 100), Deutschland (ca. 60) und dem Vereinigten Königreich (ca. 40) stammen. Die zweite Grafik beleuchtet die Anzahl von PmM mit Demenz in Finnland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.6.2). Tabelle 14 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus der Sowjetunion, Schweden, Estland, Deutschland und dem Vereinigten Königreich in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.6.3 - 3.7.6.8).

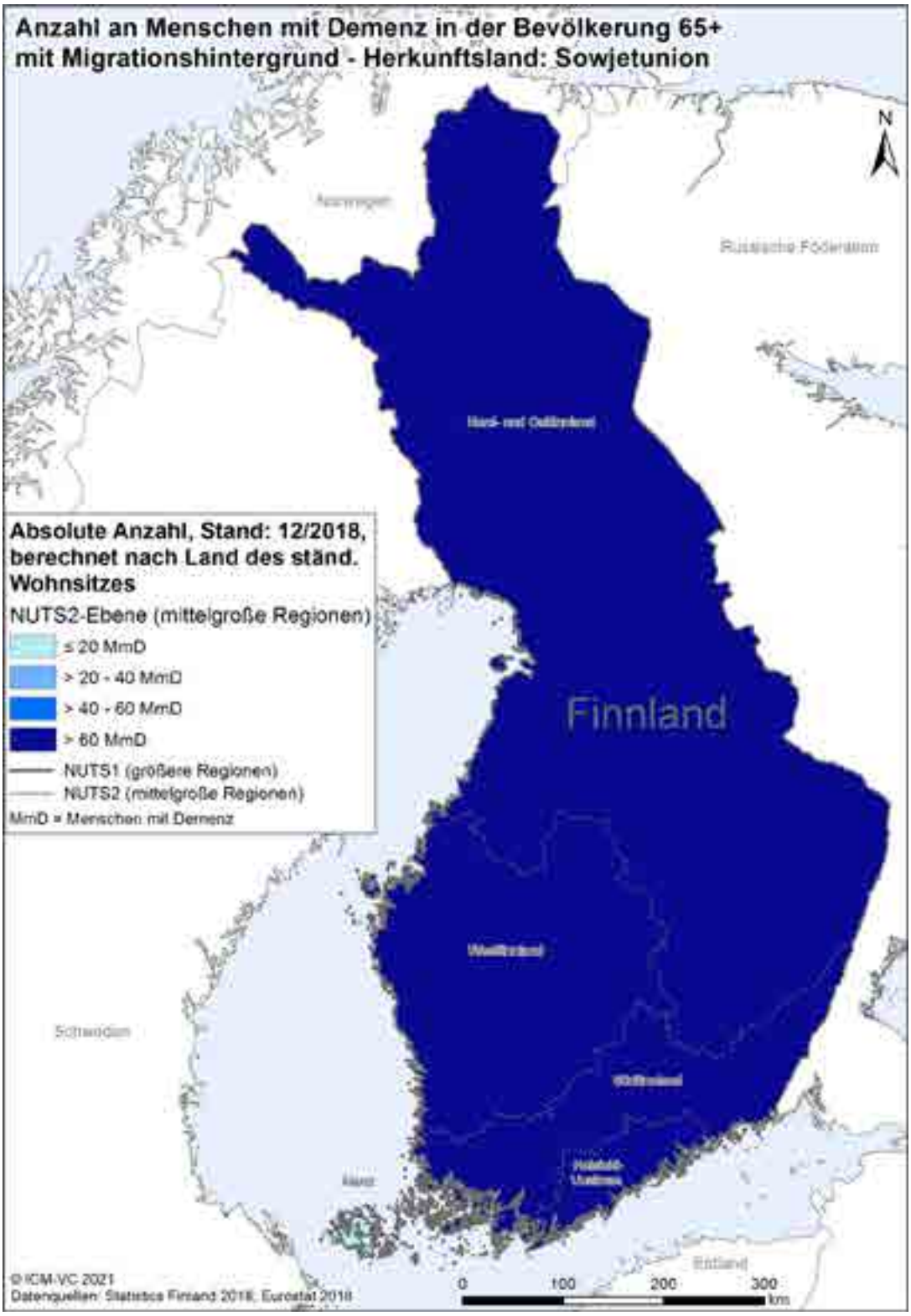


Abb. 3.7.6.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Sowjetunion (Finnland – NUTS2)

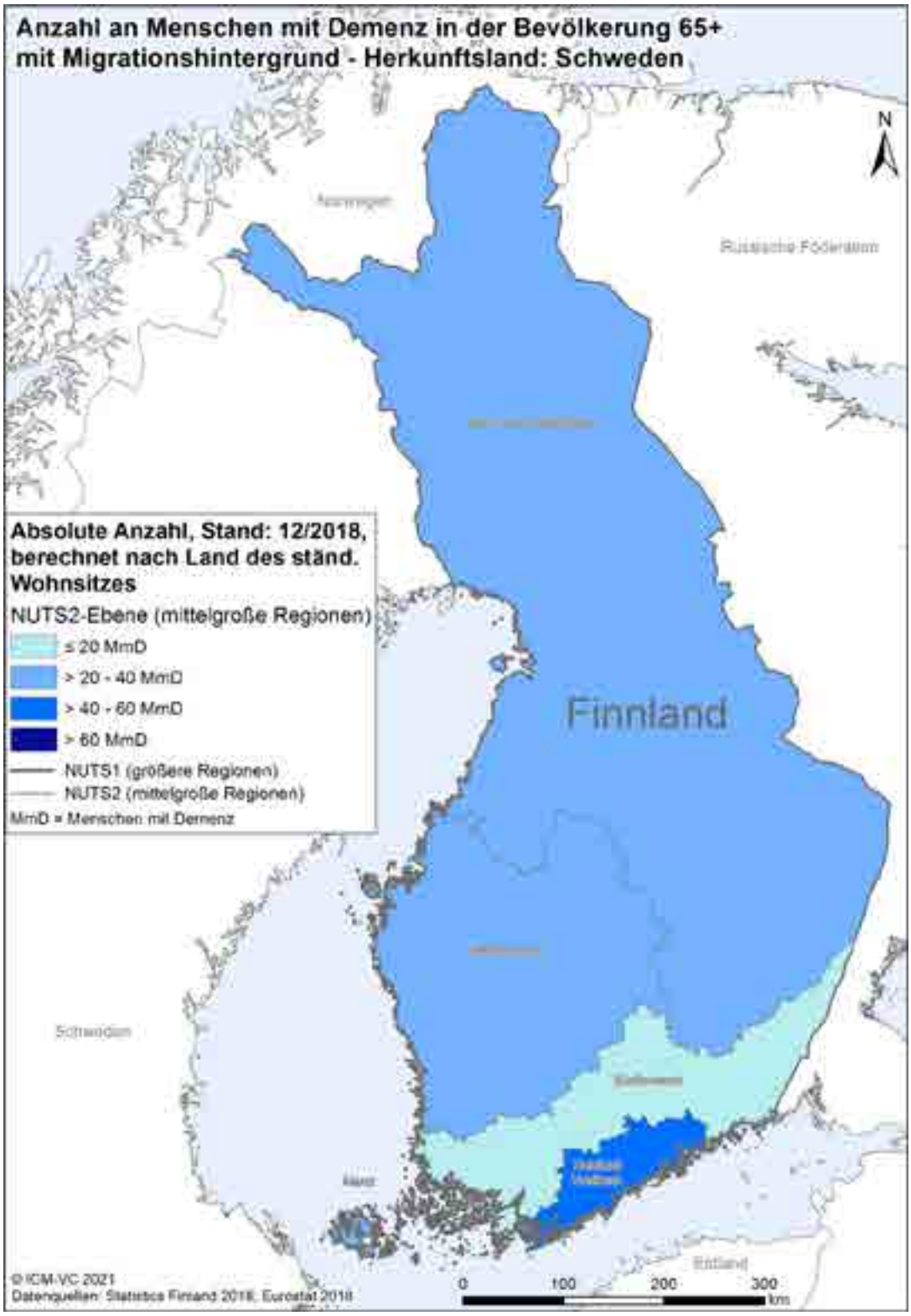


Abb. 3.7.6.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Schweden (Finnland – NUTS2)



Abb. 3.7.6.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Estland (Finnland - NUTS2)



Abb. 3.7.6.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Finnland - NUTS2)



Abb. 3.7.6.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Vereinigtes Königreich (Finnland - NUTS2)

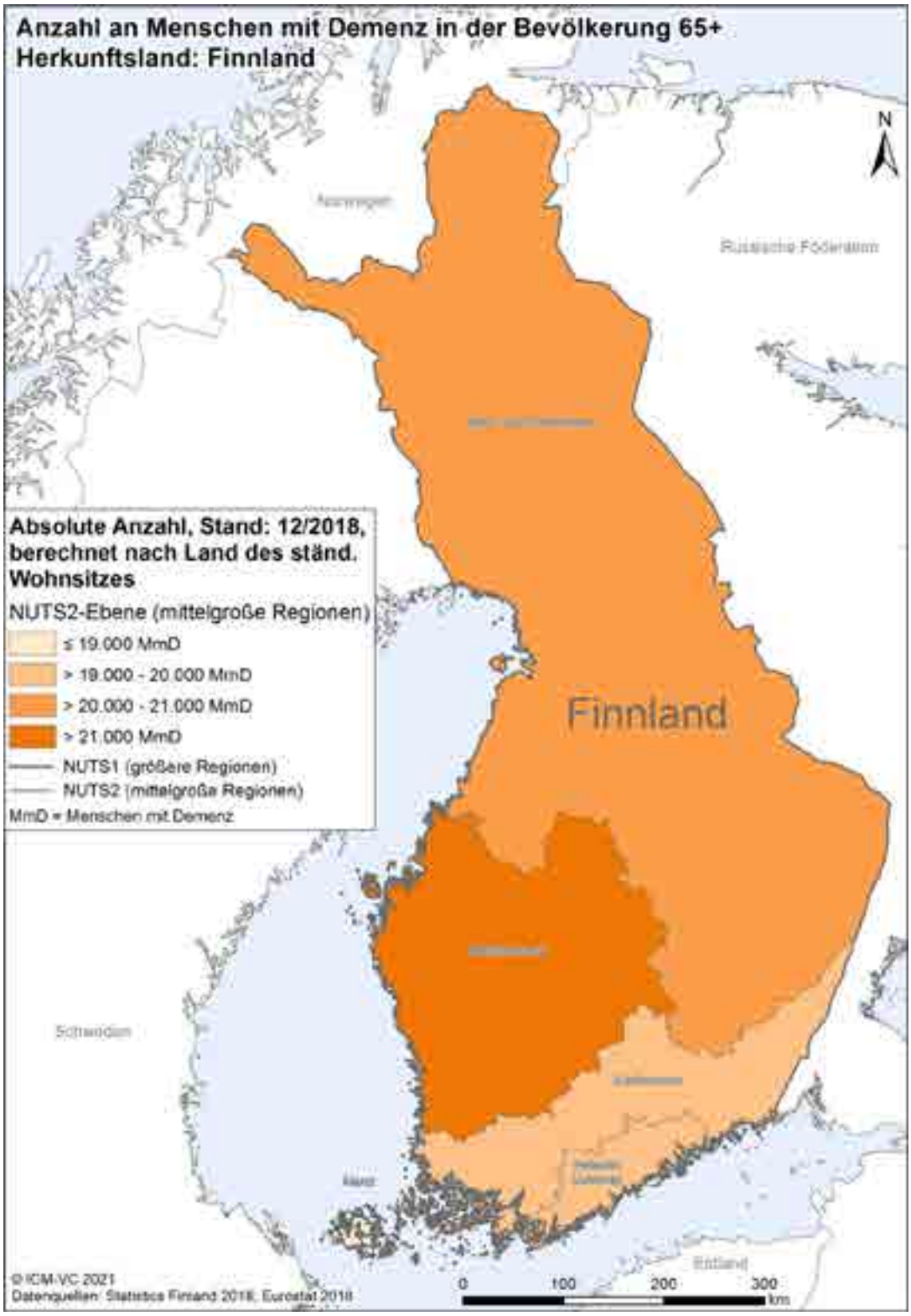


Abb. 3.7.6.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Finnland (Finnland - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.6.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abb. 3.7.6.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 15 [6-8].

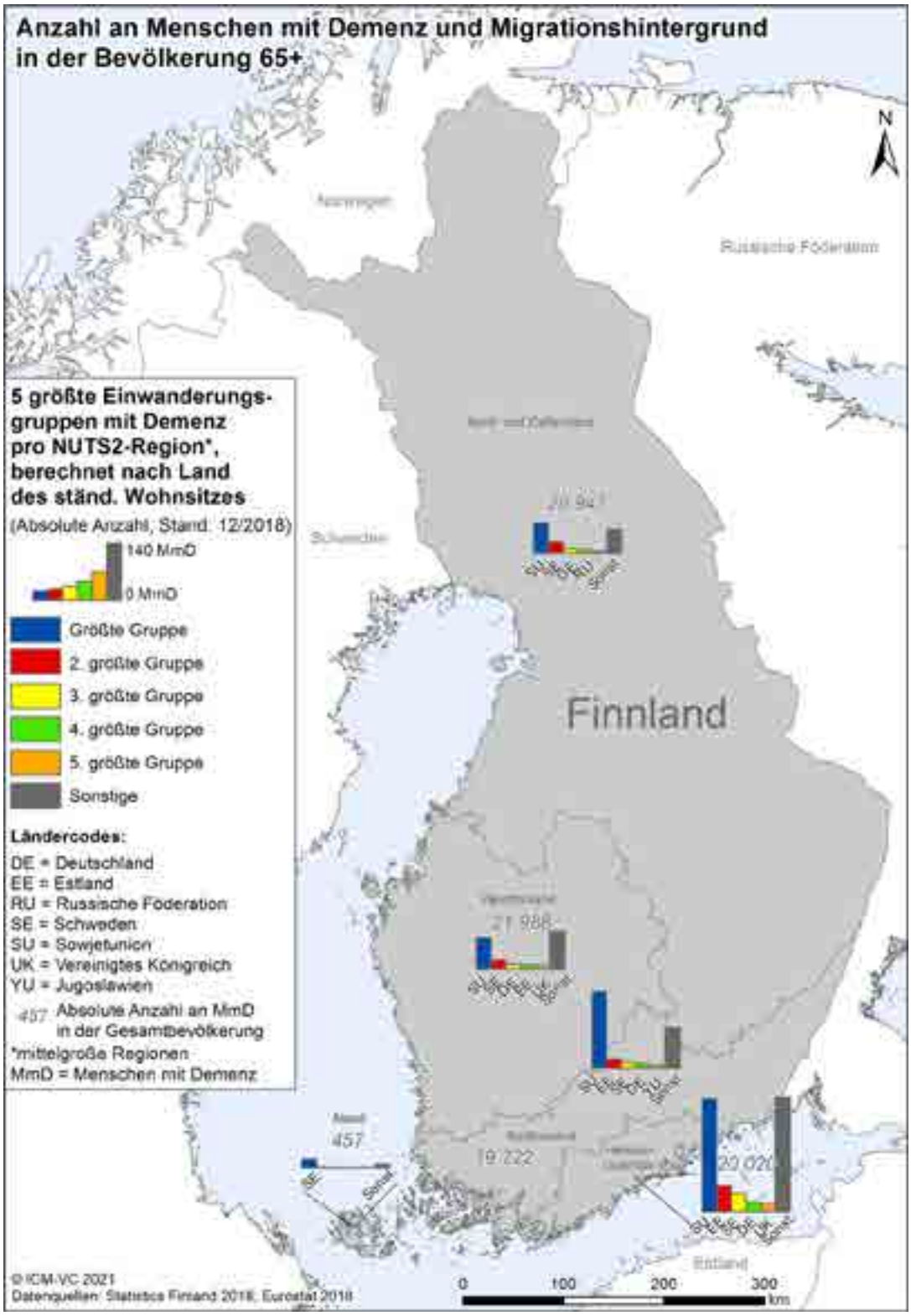


Abb. 3.7.6.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Finnland - NUTS2)

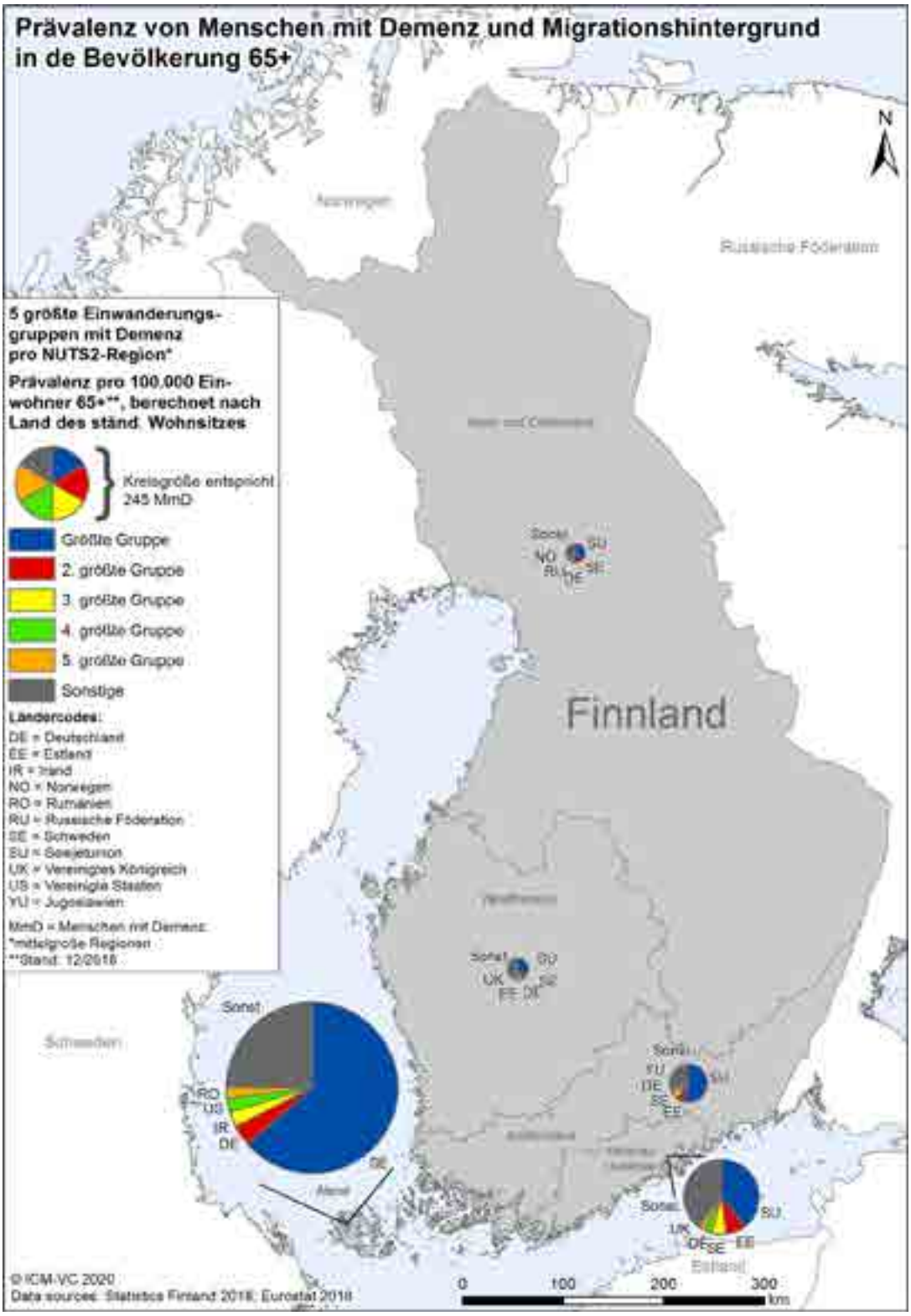


Abb. 3.7.6.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Finnland - NUTS2)

Tab. 15: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Finnland - NUTS2)

NUTS	Total	FI	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Westfinnland	21.988	21.770	SU 76	SE 21	DE 12	EE 10	UK 8	91
Helsinki-Uusimaa	20.020	19.309	SU 278	EE 64	SE 44	DE 24	UK 20	281
Südfinnland	19.722	19.376	SU 188	EE 23	SE 16	DE 12	YU 8	99
Nord- und Ostfinnland	20.947	20.761	SU 74	SE 28	DE 12	RU 9	<5	59
Åland	457	421	SE 23	<5	<5	<5	<5	9
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Westfinnland	69.539	-	SU 240	SE 67	DE 37	EE 32	UK 25	289
Helsinki-Uusimaa	19.422	-	SU 270	EE 62	SE 43	DE 23	UK 20	272
Südfinnland	39.326	-	SU 375	EE 46	SE 32	DE 23	YU 16	198
Nord- und Ostfinnland	78.072	-	SU 275	SE 104	DE 46	RU 35	NO 15	215
Åland	8.784	-	SE 438	DE 28	IR 20	US 17	RO 15	172
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Westfinnland	6.900	6.832	SU 24	SE 7	DE 4	EE 3	UK 2	54
Helsinki-Uusimaa	6.900	6.655	SU 96	EE 22	SE 15	DE 8	UK 7	198
Südfinnland	6.900	6.779	SU 66	EE 8	SE 6	DE 4	YU 3	103
Nord- und Ostfinnland	6.900	6.839	SU 24	SE 9	DE 4	RU 3	NO 1	45
Åland	6.900	6.358	SE 344	DE 22	IR 16	US 14	RO 11	138

Anmerkung: Absolute Zahlen < 5 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gezeigt.
Quelle: Statistics Finland 2018

3. Nationaler Demenzplan

Das „National Memory Programme 2012-2020: Creating a ‚Memoryfriendly' Finland" („Nationales Gedächtnisprogramm 2012 – 2020: Auf dem Weg zu einem gedächtnisfreundlichen Finnland") aus dem Jahr 2013 ist 21 Seiten lang. Das Dokument erklärt, warum ein Nationales Gedächtnisprogramm notwendig ist und was das Ziel des Programms ist. Der Hauptteil ist in die folgenden vier Kapitel unterteilt: 1. „Die Gesundheit des Gehirns ist ein lebenslanges Anliegen." 2. „Gedächtnisstörungen betreffen uns alle - Zeit für einen Haltungs-Check." 3. „Richtige Behandlung und Versorgung sind lohnende Investitionen". 4. „Mehr Forschung und Bildung ist immer noch notwendig". Abschließend werden einige Informationen zur geplanten Umsetzung des Programms gegeben. Es wird an keiner Stelle auf die Migration Bezug genommen [9].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Im Jahr 2017 veröffentlichte Finnland Behandlungsleitlinien für „Muistisairaudet" („Gedächtnisstörungen"). Das 41 Seiten umfassende Dokument enthielt folgende Themen rund um Gedächtnisstörungen: Symptome, Inzidenz, Risikofaktoren, Möglichkeiten der Prävention, Ursachen, Diagnose und Bewertung von Symptomen, typische klinische Bedingungen, Medikation, Behandlung von Verhaltenssymptomen, die Gesamtheit der Versorgung einer Gedächtnispatientin bzw. eines Gedächtnispatienten, Gedächtnisambulanzen und Pflegeteams. Auch hier wurde das Thema Migration nicht erwähnt [10].

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertin wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Die Expertin schätzte ein, dass in Finnland die Gesundheitsversorgungsstrategie eine integrative ist, bei der sowohl stationäre als auch ambulante Versorgungsleistungen für Menschen mit Demenz flächendeckend für PmM zur Verfügung stehen. Demenz und Migration ist in Finnland noch ein recht neues Thema, so dass es derzeit an kultureller Sensibilität bei den Versorgungsleistungen mangelt und keine spezialisierten Angebote für Menschen mit Demenz verfügbar sind. Ein Service, der bundesweit angeboten wird, ist Informationsmaterial über Demenz in verschiedenen Sprachen. Außerdem gibt es NGOs, die sich auf Gesundheitsförderung konzentrieren, wie ETNIMU, die sich auch an PmM wenden. Das ETNIMU-Projekt konzentriert sich auf somali-, estnisch- und russischsprachige Menschen sowie ältere Roma und ihre Familienmitglieder und bietet kundenorientierte gruppenbasierte Aktivitäten an [11]. Zusätzlich arbeiten sie mit Migrantinnen- und Migrantenorganisationen



zusammen und klären sie über Gedächtniskrankheiten auf, damit diese das entsprechende Wissen dann an PmM weitergeben. Bezüglich der bestehenden allgemeinen Angebote für Demenz meinte die Expertin, dass diese nur für Menschen ohne Migrationshintergrund geeignet seien.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Der Expertin zufolge wird der Fähigkeit, kultursensible Versorgung zu leisten, in der beruflichen Qualifikation der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Finnland nur begrenzte Bedeutung beigemessen. Schulungen zur interkulturellen Versorgung werden landesweit angeboten, sind aber nirgends verpflichtend.

Wie die Expertin feststellt, ist der Anteil der PmM, die als Fachkräfte in der ambulanten Versorgung arbeiten, moderat. Diese Fachkräfte arbeiten sowohl in der häuslichen als auch in der institutionellen Versorgung und stammen meist aus der Russischen Föderation, Nordafrika und den baltischen Ländern.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Laut der Expertin spielen die Großfamilie, Migrantinnen- und Migrantenorganisationen, Religionsgemeinschaften und Dienstleister eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus gibt es in Finnland einen hohen Bedarf an spezialisierten Angeboten, die Unterstützung und Informationen für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz anbieten.

8. Quellen

1. OECD: Finding the Way: a Discussion of the Finnish Migrant Integration System; 2017.
2. Korkiasaari J, Söderling I: Finnish Emigration and Immigration after World War II. In. Herausgegeben vom Migration Institute of Finland; 2003.
3. Ministry of the Interior Finland: International Migration 2017–2018: Report for Finland. In., vol. 25. Helsinki; 2018.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Finland; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Statistics Finland: Population Structure. In. Helsinki Statistics Finland 2018.
9. Ministry of Social Affairs and Health: National Memory Programme 2012-2020: creating a 'memoryfriendly' Finland In. Helsinki; 2013.
10. Duodecim Käypä Hoito: Muistisairaudet; 2017.
11. Alzheimer Europe. ETNIMU (FIN). [https://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Database-of-initiatives-for-intercultural-care-and-support/Russian-former-Soviet-Union/ETNIMU-FIN]. (2019). Abgerufen am 27. September 2019.

Frankreich



Einwohnerzahl
67.099.000

Fläche
643.801 km²

Hauptstadt
Paris

Drei größten Städte
Paris (2.190.000)
Marseille (860.000)
Lyon (520.000)

Nachbarländer
Andorra, Belgien, Deutschland, Italien, Luxemburg, Monaco, Schweiz, Spanien

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Frankreich hat eine lange Einwanderungsgeschichte. Bis heute ist die Einwanderungssituation stark durch den Kolonialismus der vergangenen Jahrhunderte und die lange Tradition der Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte geprägt [1]. Insgesamt ist die Zuwanderung seit Mitte des 19. Jahrhunderts kontinuierlich gestiegen [2]. Bereits im 18. Jahrhundert nahm Frankreich aufgrund des Arbeitskräftemangels Zuwandernde auf. Nach den beiden Kriegen von 1870-71 und 1914-1918 schloss Frankreich mit Belgien, Italien, Polen und der Tschechoslowakei Abkommen zur Anwerbung von Arbeitskräften. In den 1930er Jahren war Frankreich das zweitwichtigste Einwanderungsland der Welt (nach den USA). Zu dieser Zeit lebten etwa 2,7 Millionen Zugewanderte in Frankreich (6,6% der Bevölkerung). In den 1950er und 1960er Jahren rekrutierte Frankreich erneut eine große Anzahl von Arbeitskräften aus Belgien, Deutschland, Italien, Portugal, der Russischen Föderation und Spanien. Gleichzeitig nahm die Zuwanderung aus den ehemaligen Kolonien zu. Nach dem Algerienkrieg (195462) kam eine große Anzahl von Menschen aus Algerien nach Frankreich. Im Jahr 1974 stoppte die Regierung die Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte. Von da an wurde die Familienzusammenführung zum dominierenden Grund für die Zuwanderung. Parallel dazu hat sich auch die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung verändert. Zwischen 1962 und 2005 sank der Anteil der europäischen Einwanderinnen und Einwanderer von 79 auf 40%. Im Jahr 2005 lebten zum ersten Mal mehr Migrantinnen und Migranten aus Afrika in Frankreich als aus der Europäischen Union [1]. Trotz des politischen Wandels von einer offenen zu einer restriktiven Einwanderungspolitik gegenüber Geflüchteten aus Afrika am Ende des 20. Jahrhunderts [2] ist die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) von 5,9 Millionen auf 8,3 Millionen gestiegen, wobei ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung zwischen 1990 und 2019 von 10,4 auf 12,8% gewachsen ist [3]. Im Jahr 2015 kamen die größten Gruppen von Zugewanderten (im Ausland geboren) in Frankreich aus Algerien (790.700), Marokko (741.200), Portugal (621.800), Italien (286.300) und Tunesien (269.900) [4]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 0,6 [5].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

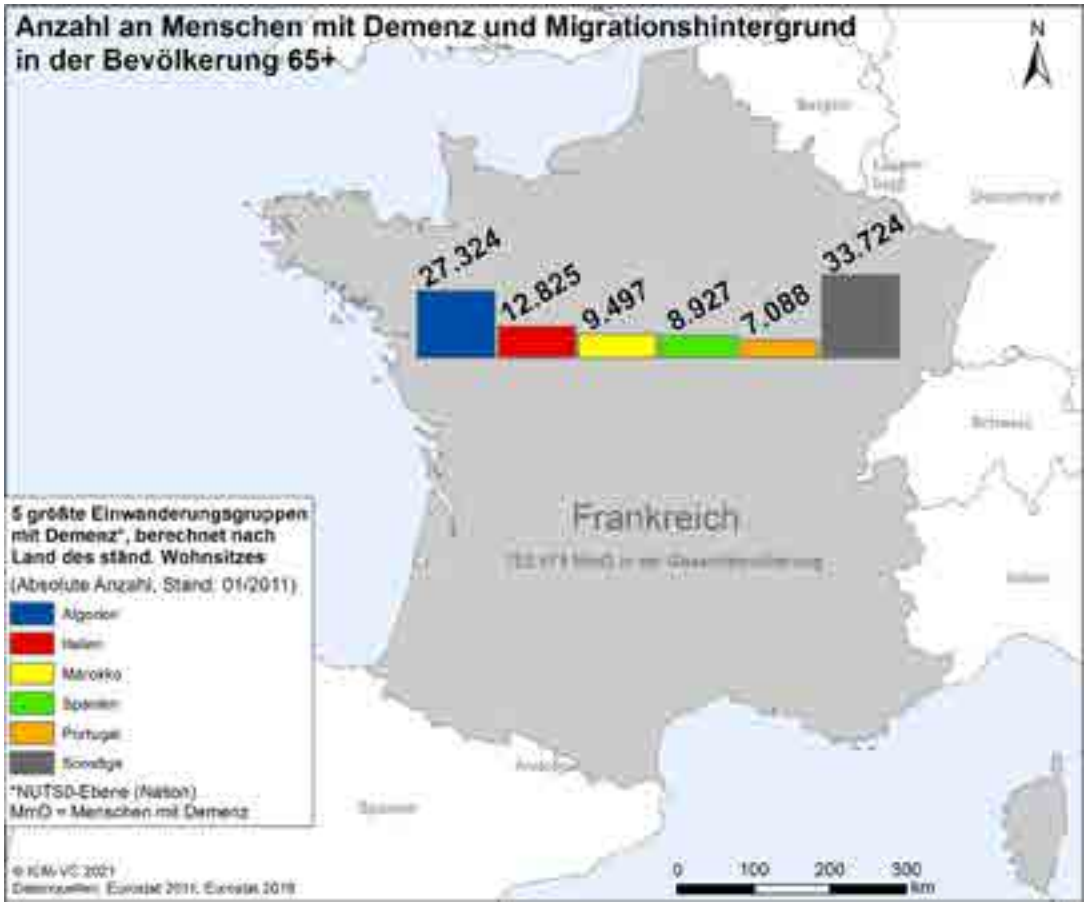


Abb. 3.7.7.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Frankreich - Nation)

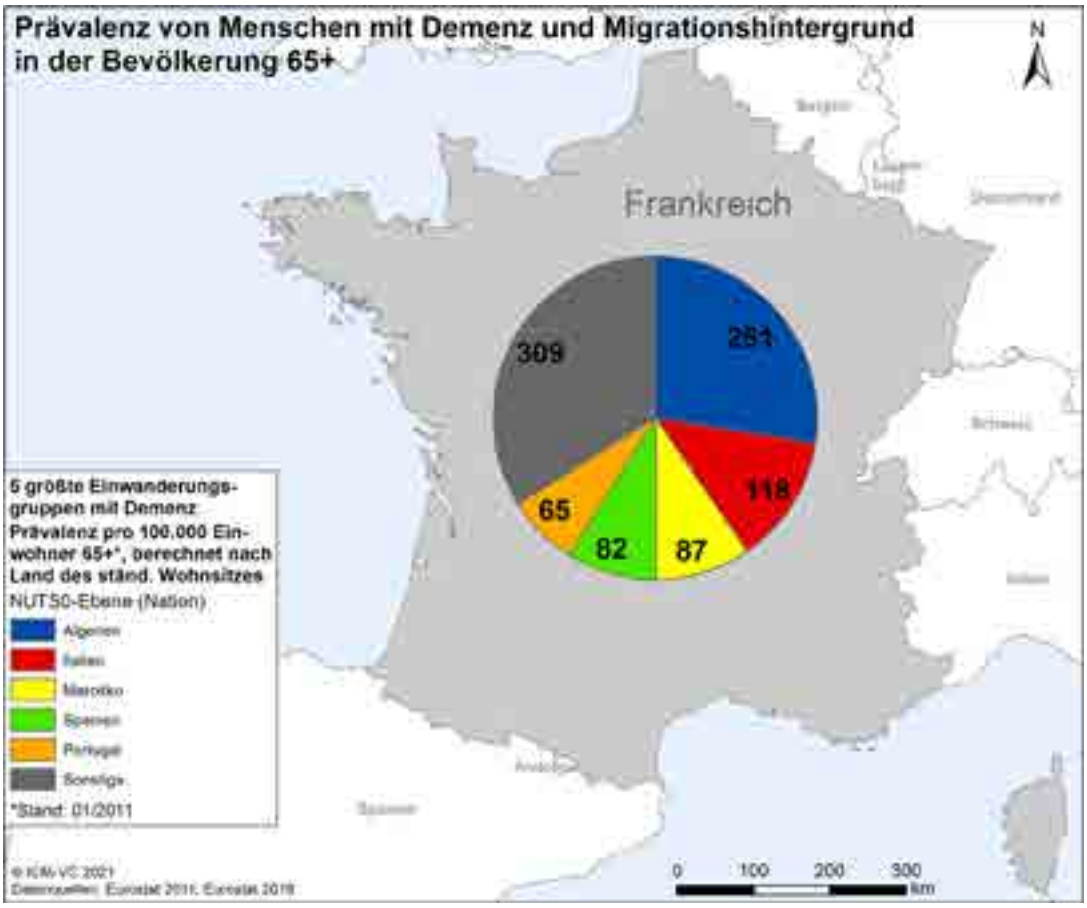


Abb. 3.7.7.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Frankreich - Nation)

Tab. 16: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Frankreich - Nation)

NUTS	Total	FR	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Frankreich	752.478	658.094	DZ 27.324	IT 12.824	MA 9.497	ES 8.927	PT 7.088	33.724
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Frankreich	5.224	-	DZ 190	IT 89	MA 66	ES 62	PT 49	234
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Frankreich	6.900	5.989	DZ 251	IT 118	MA 87	ES 82	PT 65	308

Quelle: Eurostat (2011)

In Frankreich leben 1.440.400 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 99.400 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.7.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Algerien (ca. 27.300), Italien (ca. 12.800), Marokko (ca. 9.500), Spanien (ca. 8.900) und Portugal (ca. 7.100) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der Menschen mit Demenz in Frankreich pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.7.2). Tabelle 16 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [6-8].

3. Nationaler Demenzplan

Der „National Plan for „Alzheimer and related diseases" 2008-2012" („Nationale Plan für „Alzheimer und verwandte Krankheiten" 2008-2012") aus dem Jahr 2008 umfasst 84 Seiten, wobei der Inhalt in 3 große Abschnitte unterteilt ist. Der erste Abschnitt mit dem Titel „Verbesserung der Lebensqualität für Patienten und Pflegepersonen" legt mehrere Ziele fest, von denen einige sind: mehr Unterstützung für Pflegepersonen, die Möglichkeit für Patientinnen und Patienten und ihre Familien, Unterstützung zu Hause zu wählen, die Verbesserung des Zugangs zu Diagnosen und Pflegepfaden, die Entwicklung und Diversifizierung von Entlastungsstrukturen, die Verbesserung der Gesundheitsüberwachung für pflegende Angehörige und die Implementierung eines Systems zur Diagnoseerteilung und Beratung. Im zweiten Abschnitt mit dem Titel „Wissen für Handeln" wurden verschiedene Ziele und Maßnahmen zur Wissensgenerierung und zur Schaffung einer wissenschaftlichen Basis für zukünftiges Handeln diskutiert. Er legte viele Ziele fest, wie z.B. beispiellose Anstrengungen in der Forschung zu unternehmen und die epidemiologische Überwachung und Nachverfolgung zu organisieren. Besprochen wurden Maßnahmen wie die Schaffung einer Stiftung für wissenschaftliche Zusammenarbeit, um die wissenschaftliche Forschung anzuregen und zu koordinieren, die Durchführung weiterer klinischer Forschung zur Alzheimer-Krankheit und die Verbesserung der Bewertung nicht-medikamentöser Therapien. Der dritte Abschnitt mit dem Titel „Mobilisierung mit Blick auf ein soziales Thema" erklärte die Ziele, Informationen zu verbreiten, um die allgemeine Öffentlichkeit zu sensibilisieren und die Alzheimer-Versorgung zu einer europäischen Priorität zu machen [9]. Darüber hinaus wurde 2014 der „Plan Maladies Neurodégénératives 2014 - 2019" („Plan für neurodegenerative Erkrankungen 2014 - 2019") veröffentlicht. Dieses Dokument umfasst 124 Seiten und beinhaltet unter anderem folgende Themen: Förderung der Qualität der Diagnose, Förderung einer allgemeinen und gemeinsamen Bewertung der Situation, Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung während des gesamten Lebens mit der Krankheit, Anpassung der Ausbildung von Fachkräften, um die Qualität der Reaktion auf kranke Menschen zu verbessern, Erleichterung des Lebens mit der Krankheit in einer respektvollen und integrativen Gesellschaft, Unterstützung der Pflegekräfte (einschließlich der pflegenden Angehörigen), Milderung der wirtschaftlichen Folgen der Krankheit und Unterstützung junger Patientinnen und Patienten bei der Aufrechterhaltung ihrer beruflichen Tätigkeit sowie Stärkung und bessere Koordinierung der Forschung [10]. In keinem der beiden Dokumente wird das Thema Migration an irgendeiner Stelle angesprochen.

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Für Frankreich konnten vier Dokumente mit Leitlinien oder Empfehlungen auf nationaler Ebene identifiziert werden. 1. „Synthése du guide parcours de soin de la maladie d'alzheimer ou d'une maladie apparentée" („Pflegeleitfaden für Alzheimer oder verwandte Krankheiten") aus dem Jahr 2018 (das Dokument umfasst vier Seiten), 2. „Adapter la mise en oeuvre du projet d'ètablissment á l'accompagnement des personnes agées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en ehpad" („Anpassung der Umsetzung des Entwicklungsplan einer Einrichtung an die Begleitung von älteren Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen in Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes" [=Wohnheime für pflegebedürftige ältere Menschen] [EHPAD]) aus dem Jahr 2018 (18 Seiten), 3. „L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pole d'activités et de soins adaptés" („Die Aufnahme und Betreuung von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen in einem Zentrum für angemessene Aktivitäten und Pflegeleistungen") aus dem Jahr 2017 (8 Seiten), und 4. „L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en unite d'hébergement renforcé" („Aufnahme und Betreuung von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen in Wohneinheiten mit verstärkter Betreuung") aus dem Jahr 2017 (8 Seiten). Der „Pflegeleitfaden für Alzheimer oder verwandte Krankheiten" enthält Empfehlungen für die Begleitung von Patientinnen und Patienten zur Fachberatung, die Erhaltung der Umgebung der Erkrankten, die Unterstützung der Pflegepersonen, den Umgang mit einer plötzlichen Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten oder der geistigen Verfassung, den Umgang mit chronischen Verhaltensstörungen und die Versorgung bis zum Lebensende [11]. Das Dokument „Anpassung der Umsetzung des Entwicklungsplan einer Einrichtung an die Begleitung von älteren Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen in Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes" nennt drei Prioritäten: 1. die Verbesserung der Diagnose und der Versorgung der Patientinnen und Patienten, 2. die Sicherung der Lebensqualität von Erkrankten und Bewohnerinnen und Bewohnern und 3. die Entwicklung und Koordination der Forschung [12]. Im Dokument „Die Aufnahme und Betreuung von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen in einem Zentrum für angemessene Aktivitäten und Pflegeleistungen" werden EHPAD-Leiterinnen und -Leitern, die ein Aktivitäts- und Betreuungszentrum eingerichtet haben oder ein solches einrichten wollen, Empfehlungen für die Umsetzung eines Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (=Zentrum für angemessene Aktivitäten und Pflegeleistungen) (PASA), die Organisation der Zusammenarbeit zwischen EHPAD und PASA, die Einbeziehung und Unterstützung von Menschen in PASA, Aktivitäten im Zusammenhang mit dem therapeutischen Konzept für unbegleitete Personen sowie für eine spezifische interne professionelle Organisation gegeben [13]. Das Dokument „Aufnahme und Betreuung von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen in Wohneinheiten mit verstärkter Betreuung" ist in drei Kapitel unterteilt. Das erste Kapitel befasst sich mit der Umsetzung des Projekts für die Errichtung von Wohneinheiten mit verstärkter Betreuung, das zweite Kapitel mit der Organisation der Ankunft der Bewohnerinnen und Bewohner und das dritte Kapitel mit der Aufnahme und Betreuung der in den Wohneinheiten mit verstärkter Betreuung untergebrachten Bewohnerinnen und Bewohner [14]. Allerdings nimmt keines der Kapitel der vier Leitlinien-/Empfehlungsdokumente Bezug auf die Migration.

5. Quellen

1. Engler M: Country Profile France. In. Herausgegeben vom Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 2. Hamburg; 2007.
2. Bernard F, Bisson TN, Popkin JD, Flower JF, Blondel JFP, Fournier G, Drinkwater JF, Elkins TH, Higonett PLR, Tuppen JN, Bachrach BS, Shennan JH, Weber E, Woloch I, Wright G: Immigration. [https://www.britannica.com/place/France/Immigration]. (2020). Abgerufen am 21. Juli 2020.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: France; 2019.
4. Insee: IMG1B - Population immigrée par sexe, âge et pays de naissance en. France entière. 2015.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: France; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Eurostat: Census 2011; 2011.
9. National Plan for „Alzheimer and related diseases" 2008-2012; 2008.
10. Ministere de L'education Nationale, de l'Enseignement Superieur et de la Recherche France, Ministere des Affaires Sociales, de la Sante et des Droits des Femmes France: Plan Maladies Neurodegeneratives 2014-2019. In: Ministere de L'education Nationale, de l'Enseignement Superieur et de la Recherche France, Ministere des Affaires Sociales, de la Sante et des Droits des Femmes France; 2014: 124.
11. Haute Autorité de Santé: SYNTHÈSE DU GUIDE PARCOURS DE SOINS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE MALADIE APPARENTÉE; 2018.
12. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements etservices sociaux et médico-sociaux: ADAPTER LA MISE EN OEUVRE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT À L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES D'UNE MALADIE NEURO-DÉGÉNÉRATIVE EN EHPAD; 2018.
13. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements etservices sociaux et médico-sociaux: L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE EN PÔLE D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA); 2017.
14. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements etservices sociaux et médico-sociaux: L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE EN UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉS (UHR); 2017.

Griechenland



Einwohnerzahl
10.710.000

Fläche
132.049 km²

Hauptstadt
Athen

Drei größten Städte
Athen (664.000)
Thessaloniki (325.000)
Patra (214.000)

Nachbarländer
Albanien, Bulgarien, Nordmazedonien, Türkei

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen



1. Migrationsgeschichte

Von den 1830er Jahren bis zum Ende des 20. Jahrhunderts war Griechenland von der Auswanderung großer Teile der Bevölkerung geprägt. Zwischen dem späten 19. und frühen 20. Jahrhundert sowie nach dem Zweiten Weltkrieg kam es zu zwei großen Einwanderungsphasen. Von 1890 bis 1914 verließ etwa ein Sechstel der griechischen Bevölkerung das Land. Zwischen 1950 und 1974 wanderte eine weitere Million Menschen aus. In den Jahren 1974 bis 1985 kehrte etwa die Hälfte der Emigrantinnen und Emigranten der Nachkriegszeit zurück [1]. In den 1980er Jahren entwickelte sich Griechenland zu einem Transitland für Menschen aus Osteuropa, dem Nahen Osten und Afrika [2]. Der Zusammenbruch der politischen Systeme Mittel- und Osteuropas im Jahr 1989 führte zu einem deutlichen Anstieg der Zuwanderung. Zwischen 1990 und 2005 hat sich Griechenland von einem Auswanderungsland zu einem Einwanderungsland entwickelt. In den frühen 1990er Jahren kamen hauptsächlich Menschen aus Albanien nach Griechenland. Nach 1995 kamen viele Einwanderer aus anderen Balkanstaaten, der ehemaligen Sowjetunion, Pakistan und Indien. Im Jahr 2001 umfasste die ausländische Bevölkerung bereits 762.200 Personen. Fast zwei Drittel der Menschen dieser Bevölkerungsgruppe kamen aus Albanien, Bulgarien und Rumänien (mehr als die Hälfte aus Albanien) [1]. Seit 2007 ist auch die Zahl der illegal Zuwandernden und Asylsuchenden (aus Pakistan, Bangladesch, dem Irak, Afghanistan usw.), die über die Ägäis und den Landweg nach Griechenland einreisen, deutlich gestiegen [2]. Seit Beginn des Syrien-Konflikts im Jahr 2011 hat die Transitmigration nach Griechenland stark zugenommen. Allein im Jahr 2015 kamen circa 860.000 Menschen aus Nordafrika oder über die Türkei nach Griechenland, die meisten von ihnen auf dem Seeweg. Im Jahr 2019 (bis zum 20. Oktober) gelangten mehr als 53.000 Menschen auf dem Land- oder Seeweg nach Griechenland. Die größten Gruppen kamen aus Afghanistan (13.800) und Syrien (9.100). Die meisten von ihnen migrierten anschließend nach West- oder Nordeuropa [3]. Im Jahr 2013 bildeten Menschen aus Albanien (574.800), Bulgarien (56.000), Rumänien (38.600), Georgien (37.900) und Pakistan (24.500) die größten Gruppen von Zugewanderten [4]. Zwischen 2010 und 2019 ging die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) von 1,3 auf 1,2 Millionen zurück und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung sank von 12,1 auf 11,6%. Zuvor hatten sich diese Zahlen im Vergleich zu 1990 (618.100/6%) verdoppelt [5]. Seit 2010 ist die Nettomigrationsrate negativ und liegt derzeit bei -1,5 [6].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

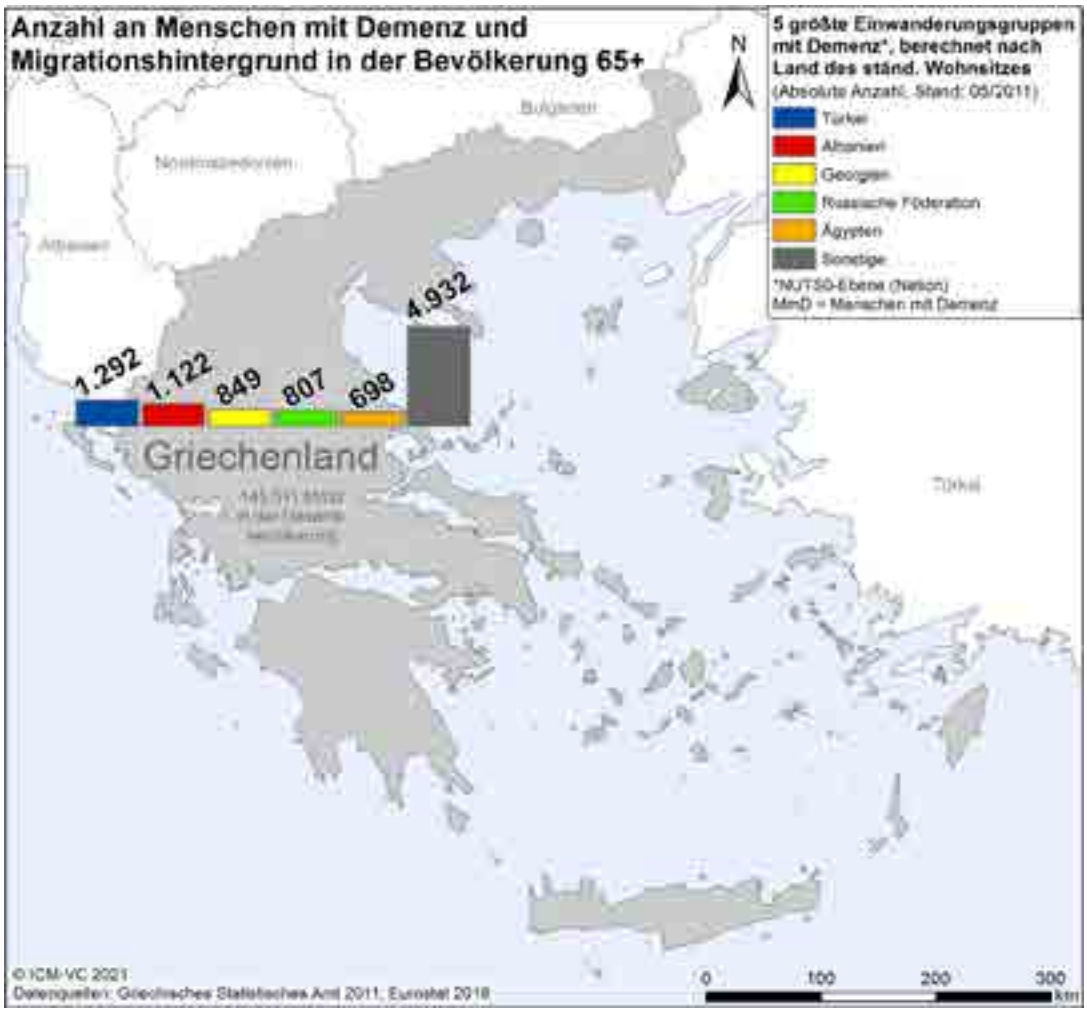


Abb. 3.7.8.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Griechenland - Nation)

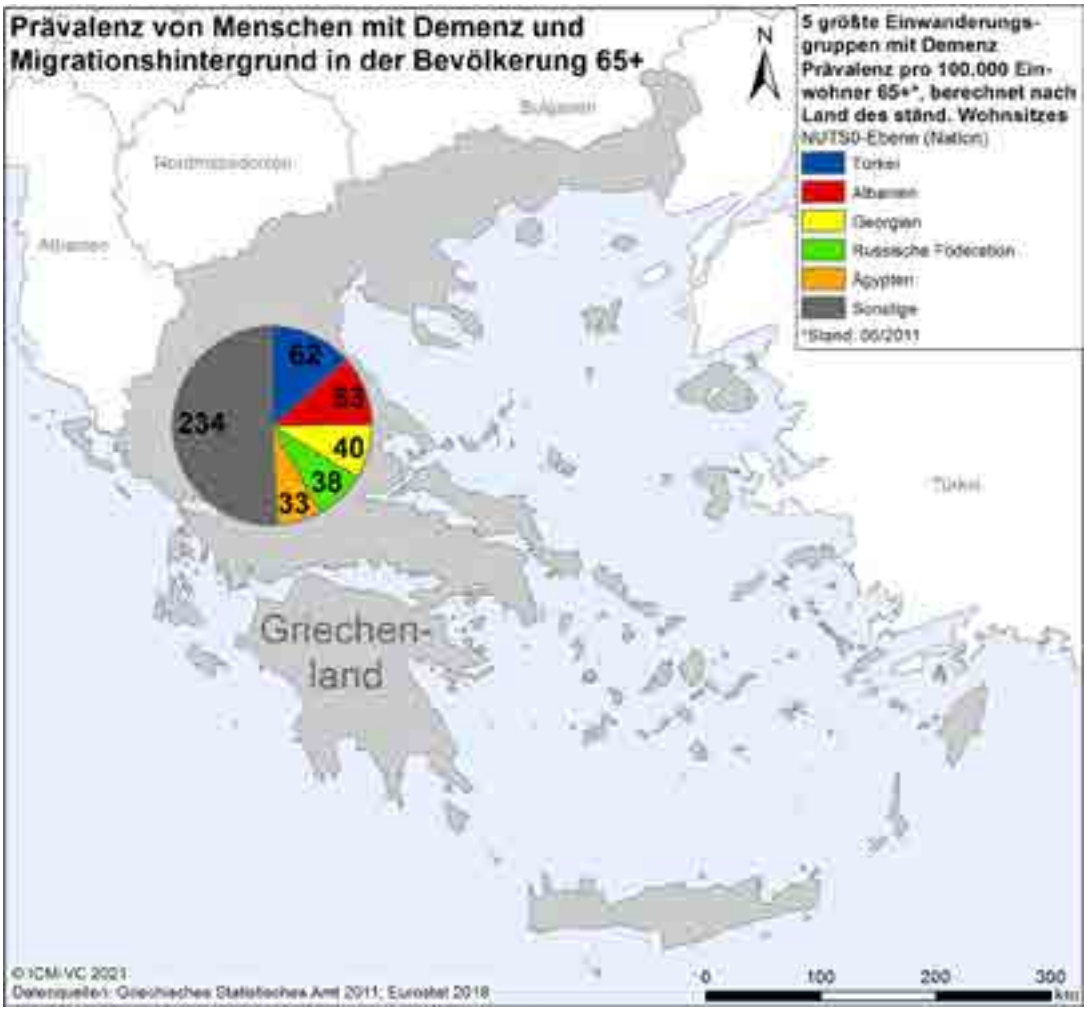


Abb. 3.7.8.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - Nation)



Tab. 17: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - Nation)

NUTS	Total	GR	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Griechenland	145.511	135.812	TR 1.292	AL 1.122	GE 849	RU 807	EG 698	4.931
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Griechenland	10.352	-	TR 92	AL 80	GE 60	RU 57	EG 50	351
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Griechenland	6.900	6.440	TR 61	AL 53	GE 40	RU 38	EG 33	83

Quelle: Hellenic Statistical Authority (2011)

In Griechenland leben 140.600 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 9.700 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.8.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Türkei (ca. 1.300), Albanien (ca. 1.100), Georgien (ca. 900), der Russischen Föderation (ca. 800) und Ägypten (ca. 700) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Griechenland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.8.2). Tabelle 17 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus der Türkei, Albanien, Georgien, der Russischen Föderation und Ägypten in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.8.3 - 3.7.8.8).

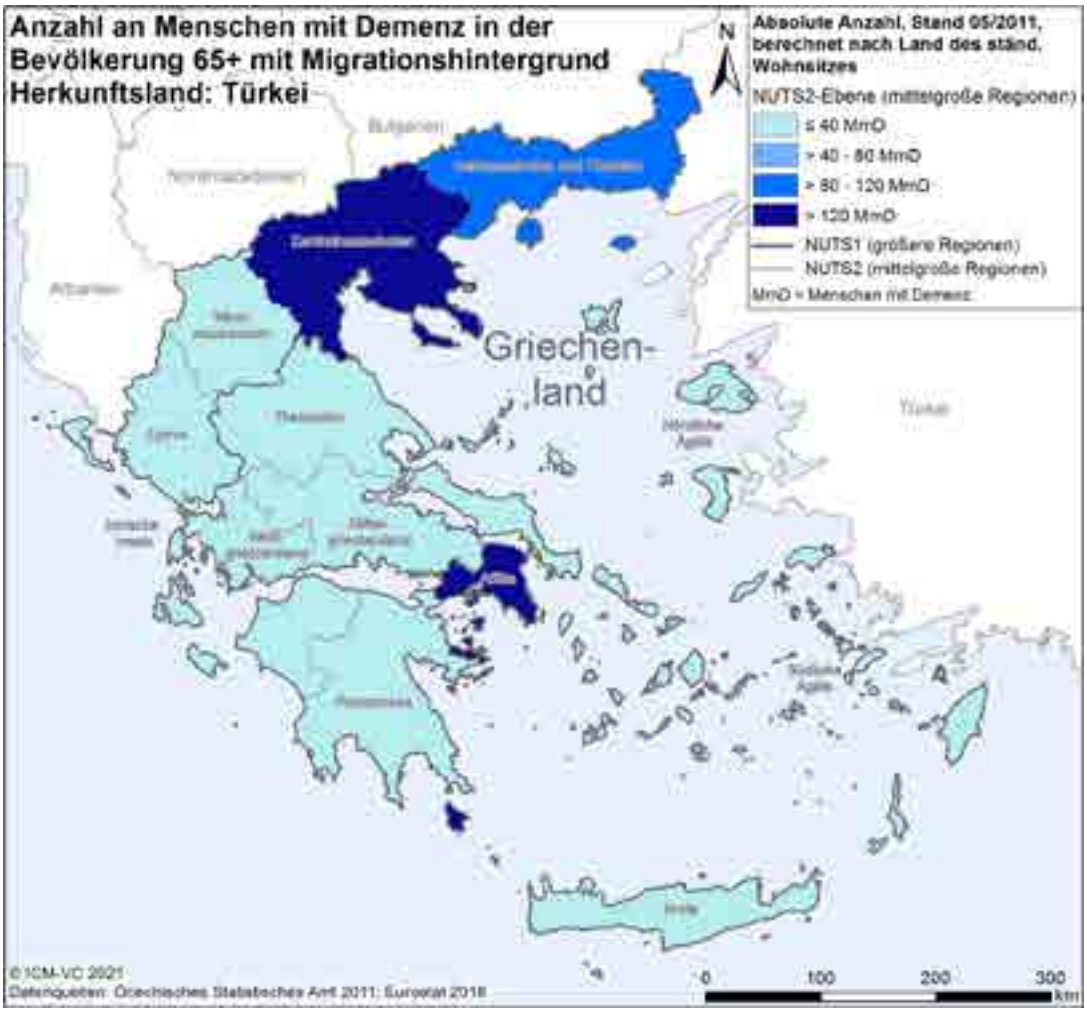


Abb. 3.7.8.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Türkei (Griechenland - NUTS2)

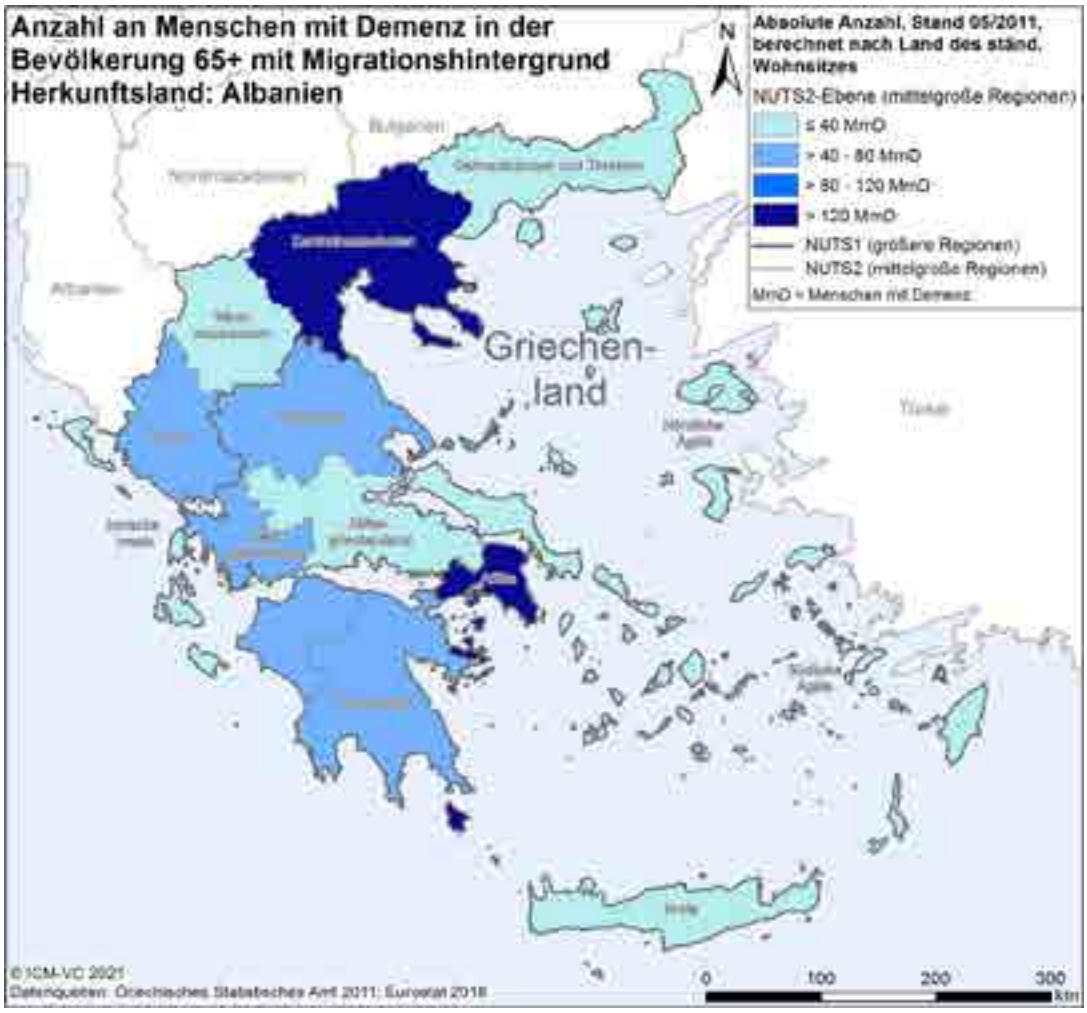


Abb. 3.7.8.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Albanien (Griechenland - NUTS2)

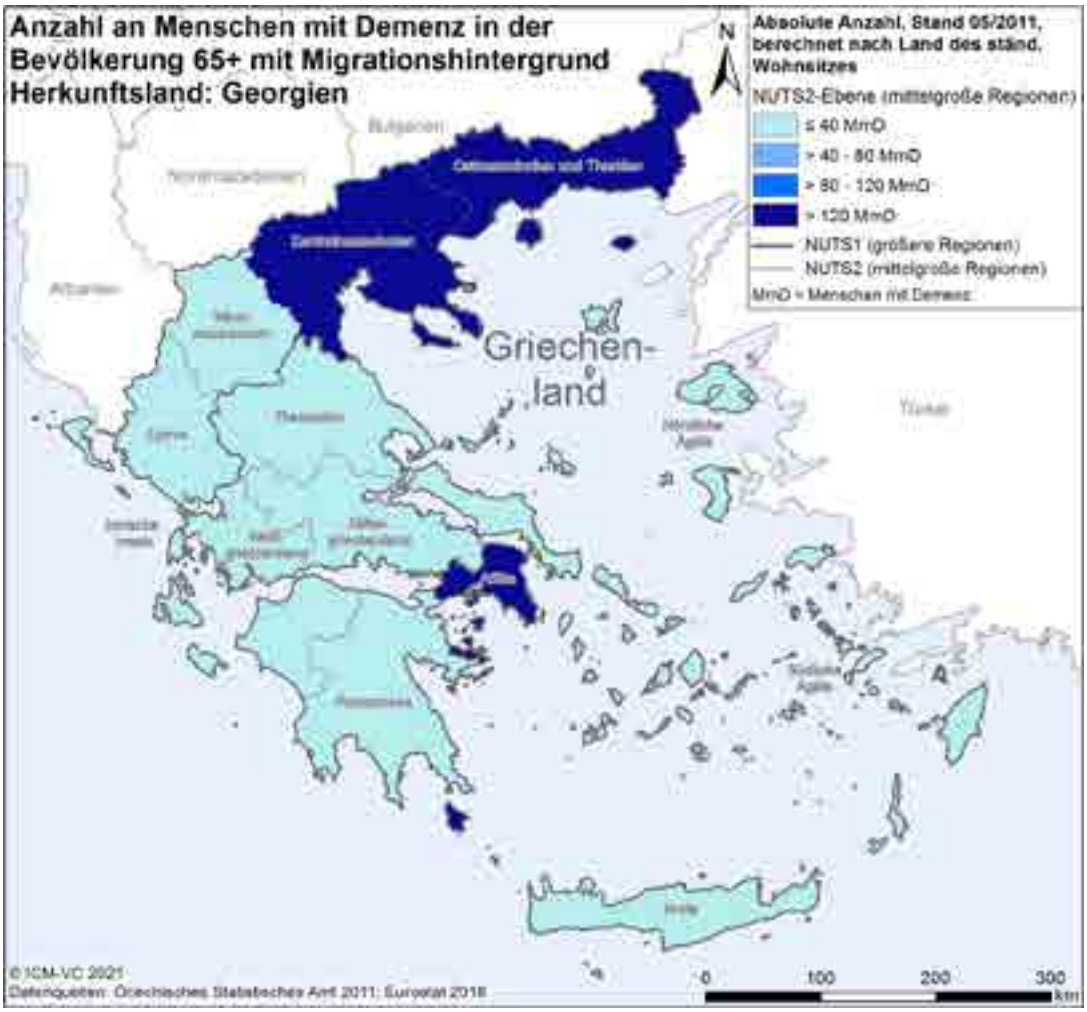


Abb. 3.7.8.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Georgien (Griechenland - NUTS2)

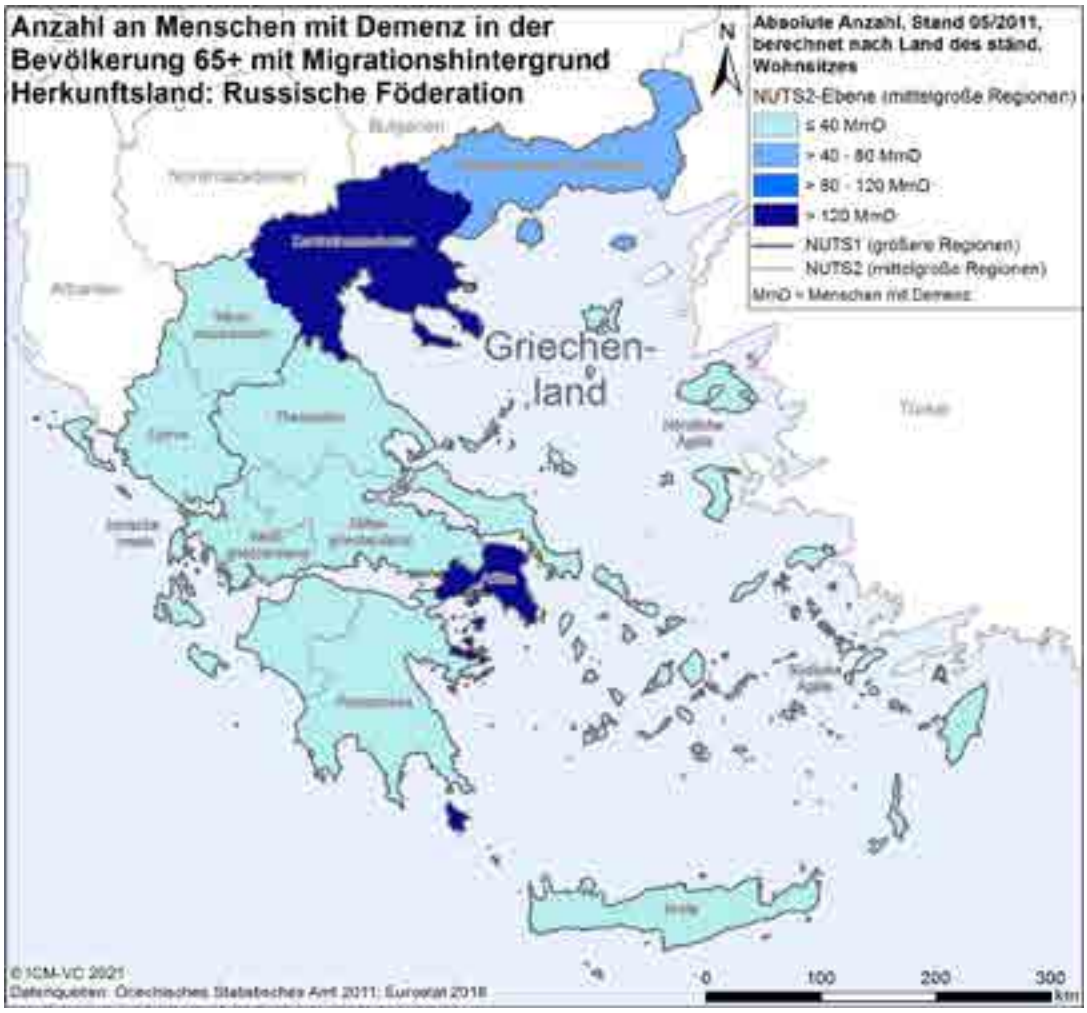


Abb. 3.7.8.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Russische Föderation (Griechenland - NUTS2)

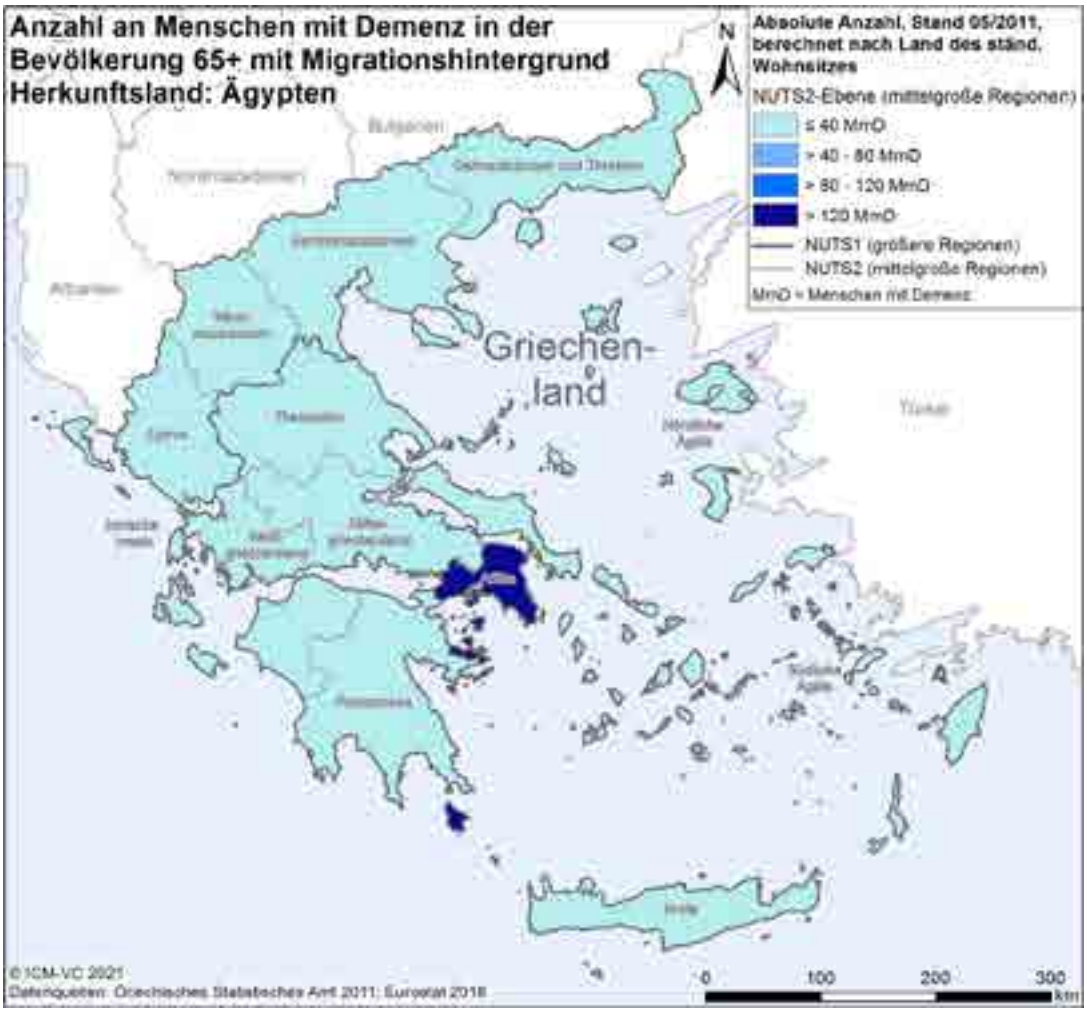


Abb. 3.7.8.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Ägypten (Griechenland - NUTS2)

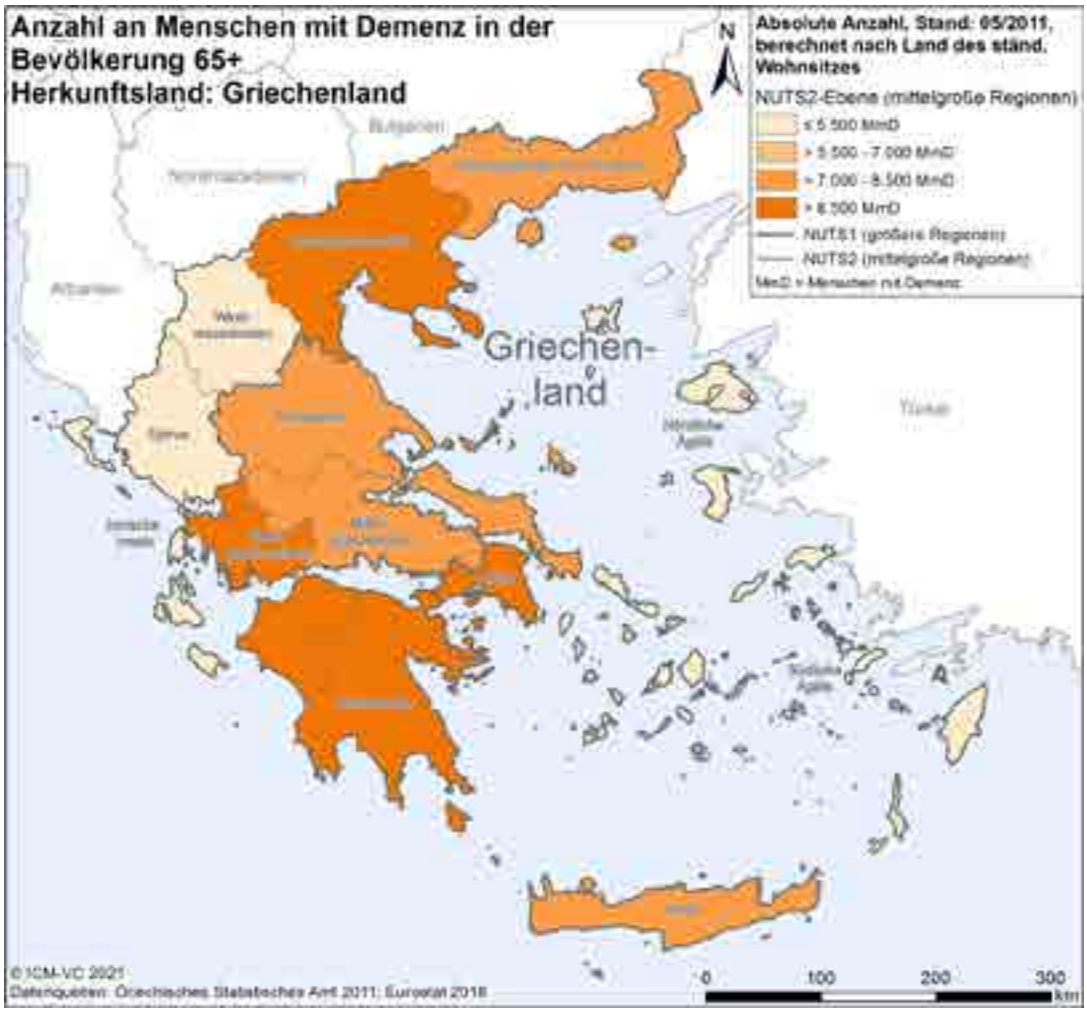


Abb. 3.7.8.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Griechenland (Griechenland - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.8.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.8.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden Sie in Tabelle 18 [7-9].

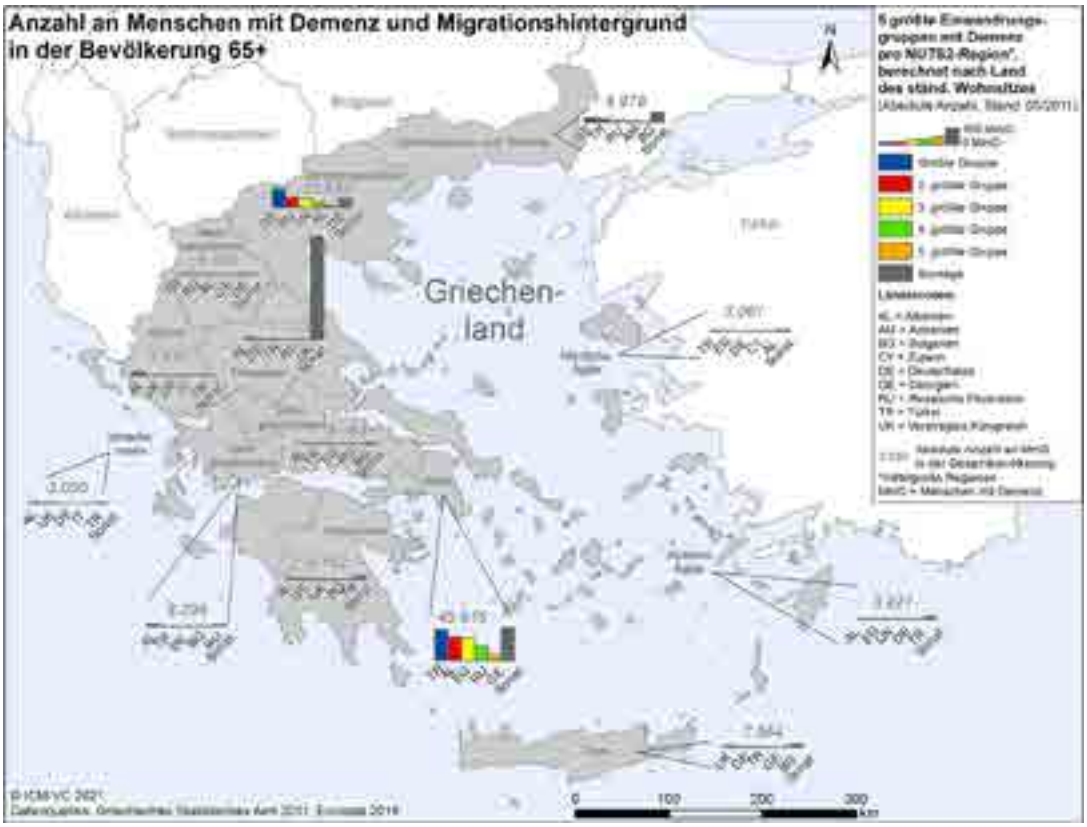


Abb. 3.7.8.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Griechenland - NUTS2)

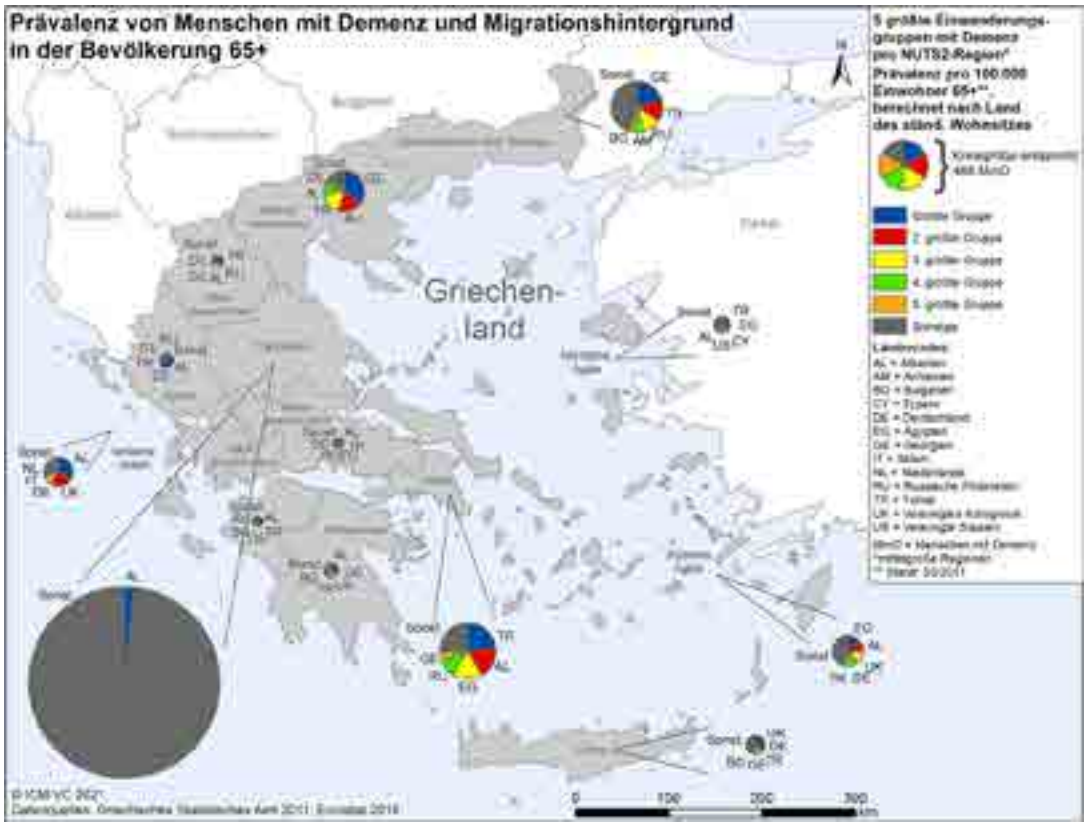


Abb. 3.7.8.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - NUTS2)

Tab. 18: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - NUTS2)

NUTS	Total	GR	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Attika	45.915	42.392	TR 828	AL 637	EG 611	RU 383	GE 166	898
Nördliche Ägäis	3.061	2.991	TR 18	EG 8	CY 5	US 5	AL 5	29
Südliche Ägäis	3.421	3.274	EG 19	AL 19	UK 18	DE 16	TR 8	67
Kreta	7.584	7.383	UK 49	DE 25	TR 17	GE 15	BG 10	85
Ostmazedonien und Thrakien	8.979	8.344	GE 126	TR 91	RU 74	AM 35	BG 24	285
Zentral-mazedonien	25.693	24.211	GE 522	RU 291	TR 248	AL 125	DE 48	248
West-mazedonien	4.300	4.228	TR 17	RU 15	AL 14	GE 6	<5	16



Griechenland

NUTS	Total	GR	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Epirus	5.450	5.342	AL 77	DE 7	<5	<5	<5	16
Thessalien	11.133	8.237	AL 48	DE 17	TR 14	RU 12	UK 10	2,795
Ionische Inseln	3.050	2.927	AL 40	UK 33	DE 10	<5	<5	34
West-griechenland	9.299	9.173	AL 57	TR 11	DE 9	BG 6	RU 6	37
Mittel-griechenland	8.464	8.337	AL 34	TR 21	EG 12	RU 9	DE 8	43
Peloponnes	9.162	8.972	AL 45	DE 28	UK 17	TR 12	BG 12	76
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Attika	8.992	-	TR 162	AL 125	EG 120	RU 75	GE 32	176
Nördliche Ägäis	29.985	-	TR 172	EG 82	CY 49	US 47	AL 46	4,294
Südliche Ägäis	16.003	-	EG 89	AL 88	UK 83	DE 73	TR 39	318
Kreta	26.054	-	UK 168	DE 87	TR 59	GE 50	BG 36	290
Ostmazedonien und Thrakien	9.765	-	GE 137	TR 99	RU 81	AM 38	BG 26	309
Zentral-mazedonien	11.967	-	GE 243	RU 136	TR 116	AL 58	DE 22	115
West-mazedonien	41.035	-	TR 164	RU 144	AL 130	GE 54	DE 36	162
Epirus	34.867	-	AL 492	DE 44	TR 22	GE 19	RU 15	98
Thessalien	2.653	-	AL 11	DE 4	TR 3	RU 3	UK 2	667
Ionische Inseln	17.163	-	AL 226	UK 186	DE 57	IT 19	NL 17	185
West-griechenland	51.010	-	AL 312	TR 61	DE 51	BG 34	RU 33	199
Mittel-griechenland	46.023	-	AL 183	TR 112	EG 65	RU 47	DE 44	239
Peloponnes	33.257	-	AL 163	DE 102	UK 63	TR 44	BG 42	276



NUTS	Total	GR	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Attika	6.900	6.371	TR 124	AL 96	EG 92	RU 58	GE 25	122
Nördliche Ägäis	6.900	6.741	TR 40	EG 19	CY 11	US 11	AL 11	57
Südliche Ägäis	6.900	6.602	EG 39	AL 38	UK 36	DE 31	TR 17	126
Kreta	6.900	6.717	UK 45	DE 23	TR 16	GE 13	BG 10	57
Ostmazedonien und Thrakien	6.900	6.412	GE 97	TR 70	RU 57	AM 27	BG 18	51
Zentral-mazedonien	6.900	6.502	GE 140	RU 78	TR 67	AL 34	DE 13	58
West-mazedonien	6.900	6.784	TR 28	RU 24	AL 22	GE 9	DE 6	23
Epirus	6.900	6.763	AL 97	DE 9	TR 4	GE 4	RU 3	14
Thessalien	6.900	5.105	AL 30	DE 10	TR 9	RU 7	UK 6	23
Ionische Inseln	6.900	6.623	AL 91	UK 75	DE 23	IT 8	NL 7	63
West-griechenland	6.900	6.807	AL 42	TR 8	DE 7	BG 5	RU 4	21
Mittel-griechenland	6.900	6.797	AL 27	TR 17	EG 10	RU 7	DE 7	28
Peloponnes	6.900	6.757	AL 34	DE 21	UK 13	TR 9	BG 9	49

Anmerkung: Absolute Zahlen < 5 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gezeigt.
Quelle: Hellenic Statistical Authority (2011)

3. Nationaler Demenzplan

Der „National Action Plan for Dementia: Alzheimer's Disease" („Nationale Aktionsplan für Demenz - Alzheimer") aus dem Jahr 2017 umfasst 93 Seiten und enthält vier allgemeine Kapitel: 1. „Demenz weltweit" (Themen: Epidemiologie und Risikofaktoren von Demenz, Arten von Demenz, internationale Politik zur Behandlung von Demenz, und Rechte von Menschen mit Demenz), 2. „Demenz in Griechenland" (Forschung und Ausbildung, wirtschaftliche Dimensionen, und Gesundheits- und Sozialfürsorge), 3. „Strategische Planung" (Vision, Grundsätze und Ziele des nationalen Aktionsplans), und 4. „Grundgedanken und Aktionen des nationalen Plans" (Registrierung und Klassifizierung von Menschen mit Demenz in Griechenland, Prävention, Unterstützung der Pflegepersonen von Menschen mit Demenz und Behandlung von Demenz). In keinem dieser Kapitel wird das Thema Migration behandelt [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Nach Auskunft eines Experten der Fakultät für Psychologie der Aristoteles-Universität Thessaloniki gibt es in Griechenland derzeit keine nationalen Behandlungsleitlinien. Dieser Experte gab an, dass Klinikerinnen und Kliniker Demenz hauptsächlich mit Medikamenten behandeln, wobei einige wenige Zentren (Hellenic Alzheimer's Association, Athens Alzheimer's Association) und einzelne Praktikerinnen und Praktiker kognitive Verbesserung/Rehabilitation anbieten [11].

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung des Experten wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Nach Ansicht des Experten werden zugewanderte Menschen nicht allein deshalb als vulnerable Gruppe angesehen, weil sie Zugewanderte sind. Das griechische Gesundheitssystem sieht Menschen aufgrund ihrer individuellen Merkmale wie Alter oder körperliche Behinderung als vulnerabel an und nicht nur aufgrund ihres ethno-kulturellen Hintergrunds. Demenz und Migration ist in Griechenland auf Landesebene kein wichtiges Thema. Weder auf nationaler noch auf regionaler Ebene gibt es spezielle Angebote für PmM mit Demenz, die von der Regierung bereitgestellt werden. Dies ist nicht verwunderlich, da a) auch andere Themen im Zusammenhang mit Migration nicht im Fokus stehen, z. B. Gesundheit und Migration oder Bildung und Migration und b) die ersten Angebote für Demenz zu Beginn des Jahrtausends eingeführt wurden und es eben nicht viele Demenzangebote gibt. Erst in den letzten Jahren gab es eine Psychiatriereform, bei der sich die Einheiten für Demenz vervielfachten. Darüber hinaus gab es Bemühungen, ambulante Gedächtnisdienste mit Seniorentagesstätten zu verbinden, um frühe Symptome von Demenz zu erkennen. In der Praxis versucht das medizinische Fachpersonal, den MMSE zu verwenden, aber es gibt keine kulturell angepassten Diagnoseinstrumente für Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund. Der Experte berichtete, dass es im Allgemeinen „keine spezifischen Vorkehrungen für eine kultursensible oder migrationsfreundliche Gesundheitsversorgung hier in Griechenland gibt". Der Experte stellte auch fest, dass es keine aktuellen oder geplanten Maßnahmen zur Versorgung und Betreuung von PmM mit Demenz gibt. Wenn eine Person mit Migrationshintergrund, unabhängig vom Vorliegen einer Demenz, eine Klinik oder einen anderen Dienst aufsucht, gibt es nicht einmal spezialisierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher, da von ihnen erwartet wird, dass sie die Übersetzung selbst übernehmen. Der Experte merkte an, dass, wenn es ein gewisses Maß an Unterstützung für PmM oder für Geflüchtete im Allgemeinen gibt, diese von einzelnen Initiativen oder NGOs angeboten wird, z. B. versuchte die Caritas, einen Dienst für Geflüchtete mit Demenz einzurichten. Da

es jedoch keine Nachfrage aus dieser Gruppe gab, weil Flüchtlinge eine jüngere Bevölkerungsgruppe sind, wurde dieses Angebot eingestellt. Es scheint eine geringe Nachfrage nach solchen Diensten zu geben. Der Experte nahm an, dass Menschen aus Ländern, die keine demenzspezifischen Leistungen anbieten, nicht nach diesen Angeboten fragen, da sie nicht von deren Existenz wissen. Außerdem ist es ein weiteres Hindernis, Hilfe zu bekommen, wenn man nicht Griechisch oder zumindest Englisch spricht. Auch wenn Organisationen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten, auf PmM stoßen, die möglicherweise eine Demenz haben, müssen sie sich auf ihre eigenen Ressourcen verlassen, um Lösungen zu finden und Hilfe anzubieten. Ein weiterer interessanter Punkt, den der Experte erwähnte, ist, dass der private Sektor Gesundheitsdienstleistungen anbietet, und wenn jemand in der Lage ist, diese zu bezahlen, wird man unabhängig von der ethnischen Herkunft versorgt.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Es scheint, dass kultursensible Versorgung nicht Teil der beruflichen Qualifikation ist, und es gibt keine Weiterbildungsmöglichkeiten in interkultureller Versorgung, wie der Experte sagt. Es besteht also ein erheblicher Bedarf an Sensibilisierung und Schulung bezüglich kultursensibler Versorgung.

Der Experte ging davon aus, dass es einen hohen Anteil an (professionellen) Pflegekräften in der ambulanten Versorgung gibt. Es gibt Frauen mit Migrationshintergrund, die bei bestimmten Trägern angestellt sind und im privaten Bereich als Betreuerinnen von Menschen mit Demenz arbeiten. Meist stammen diese Frauen aus der Ukraine, Georgien oder afrikanischen Ländern und leben als Hausangestellte im Haus der an Demenz erkrankten Person. Meistens sind sie nicht professionell ausgebildet und arbeiten irregulär in Griechenland. Da sie den ganzen Tag arbeiten und nur an Sonntagen ein paar Stunden frei haben, sind die Auswirkungen dieser Arbeit auf ihre psychische Gesundheit sehr ernst. In Bezug auf die stationäre Versorgung erwähnte der Experte, dass es offenbar Vorschläge gibt, Menschen mit Flüchtlingshintergrund für die Arbeit in der stationären Versorgung auszubilden.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Der Experte stellte fest, dass, da keinerlei spezialisierte Angebote vom Staat bereitgestellt werden, die Familie, religiöse Gemeinschaften und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung spielen. Diese Netzwerke können bis zu einem gewissen Grad die Lücke zwischen Bedürfnissen und Angeboten für PmM mit Demenz schließen.

Der Experte stellte fest, dass die bestehenden Angebote und Informationsressourcen für pflegende Angehörige von PmM nicht ausreichend hilfreich sind, da ihre besonderen Bedürfnisse dabei nicht berücksichtigt werden. Außerdem sind die Informationen nicht einmal in verschiedenen Sprachen verfügbar. Der Experte wies daher auf einen sehr hohen Bedarf an spezialisierten Angeboten hin, die pflegenden Angehörige unterstützen und informieren.



8. Quellen

1. Kasimis C, Kassimi C: Greece: A History of Migration. [https://www.migrationpolicy.org/article/greece-history-migration]. (2004). Abgerufen am 21. April 2020.
2. International Organization for Migration Greece: History. [https://greece.iom.int/en/iom-greece]. Abgerufen am 21. April 2020.
3. United Nations High Commissioner for Refugees: Mediterranean Situation: Greece; 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Greece; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the toral population at mid-year 2019: Greece; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Greece; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Hellenic Statistical Authority: Population Census 2011; 2011.
10. Sakka P, Polititis A, Skarmeas N, Kyriopoulos G, Vidalis P, Takis D, Vorvolakos T, Koulouri F: National Action Plan for Dementia: Alzheimer's Disease. In. Herausgegeben vom Ministry of Health Hellenic Republic; 2017.
11. Aristotle University of Thessaloniki: National treatment guidelines for dementia Greece. In., E-Mail-Gespräch edn.; 2019.

Irland



Einwohnerzahl
4.964.000

Fläche
70.273 km²

Hauptstadt
Dublin

Drei größten Städte
Dublin (553.000)
Cork (126.000)
Galway (80.000)

Nachbarländer
Nordirland

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Irland ist traditionell ein Land der Auswanderung. Seit 1800 haben etwa zehn Millionen Menschen das Land verlassen [1]. Infolge der Hungersnot sank die irische Bevölkerung von 6,5 Millionen im Jahr 1841 auf 2,8 Millionen im Jahr 1961 [2]. Zwischen 1961 und 1981 stieg die Bevölkerung um 22%, was auf die Rückkehr einer großen Anzahl irischer Emigrantinnen und Emigranten zurückzuführen ist [2, 3]. Die Rezession in den frühen 1980er Jahren führte zu einer neuen Auswanderungsphase [1]. In den 1990er Jahren entwickelte sich Irland zu einem Land der Einwanderung. Das Wirtschaftswachstum führte zur Rückkehr vieler irischer Emigrantinnen und Emigranten von Mitte der 1990er bis Anfang der 2000er Jahre [3]. Gleichzeitig stieg die Zahl der Asylsuchenden deutlich an. Bis 1999 kamen die meisten Asylsuchenden aus Afrika, mehr als die Hälfte aus Nigeria, Kongo und Algerien. Seit 1999 stellen Menschen aus Rumänien und Nigeria die größten Gruppen von Asylsuchenden dar. Im Zeitraum 1995-2004 zogen 486.300 Menschen nach Irland, während 263.800 Menschen Irland verließen [2]. Zwischen 2002 und 2004 sind vor allem Menschen aus Nicht-EU-Ländern zugewandert. Nach der EU-Erweiterung 2004 kam eine große Anzahl von Menschen aus den zehn neuen Mitgliedsstaaten. Zwischen 2005 und 2008 stellten Menschen aus Rumänien und Bulgarien fast die Hälfte der Zuwandernden [3]. Infolge des Zusammenbruchs des irischen Bankensystems ging die Nettozuwanderung ab 2008 zurück und war im Jahr 2015 (zum ersten Mal seit 1995) wieder negativ [4]. Zwischen 2008 und 2012 hat sich die Zahl der irischen Auswanderinnen und Auswanderer verdreifacht. Von April 2014 bis April 2015 verließen 81.000 Menschen Irland. Die meisten von ihnen waren irische Staatsangehörige [1]. Nach 2015 gingen die Auswanderungszahlen zurück und Irland hatte wieder eine positive Nettozuwanderung [4]. Im Jahr 2013 stellten Menschen aus dem Vereinigten Königreich und Nordirland (253.600), Polen (124.600), Litauen (37.800), den Vereinigten Staaten von Amerika (24.900) und Lettland (21.800) die größten Migrationsgruppen dar [5]. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) ist zwischen 1990 und 2019 von 228.000 auf 833.600 gestiegen. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der Zugewanderten an der Gesamtbevölkerung von 6,5 auf 17,1% [6]. Ab 2020 liegt die Nettomigrationsrate bei 4,9 [4].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

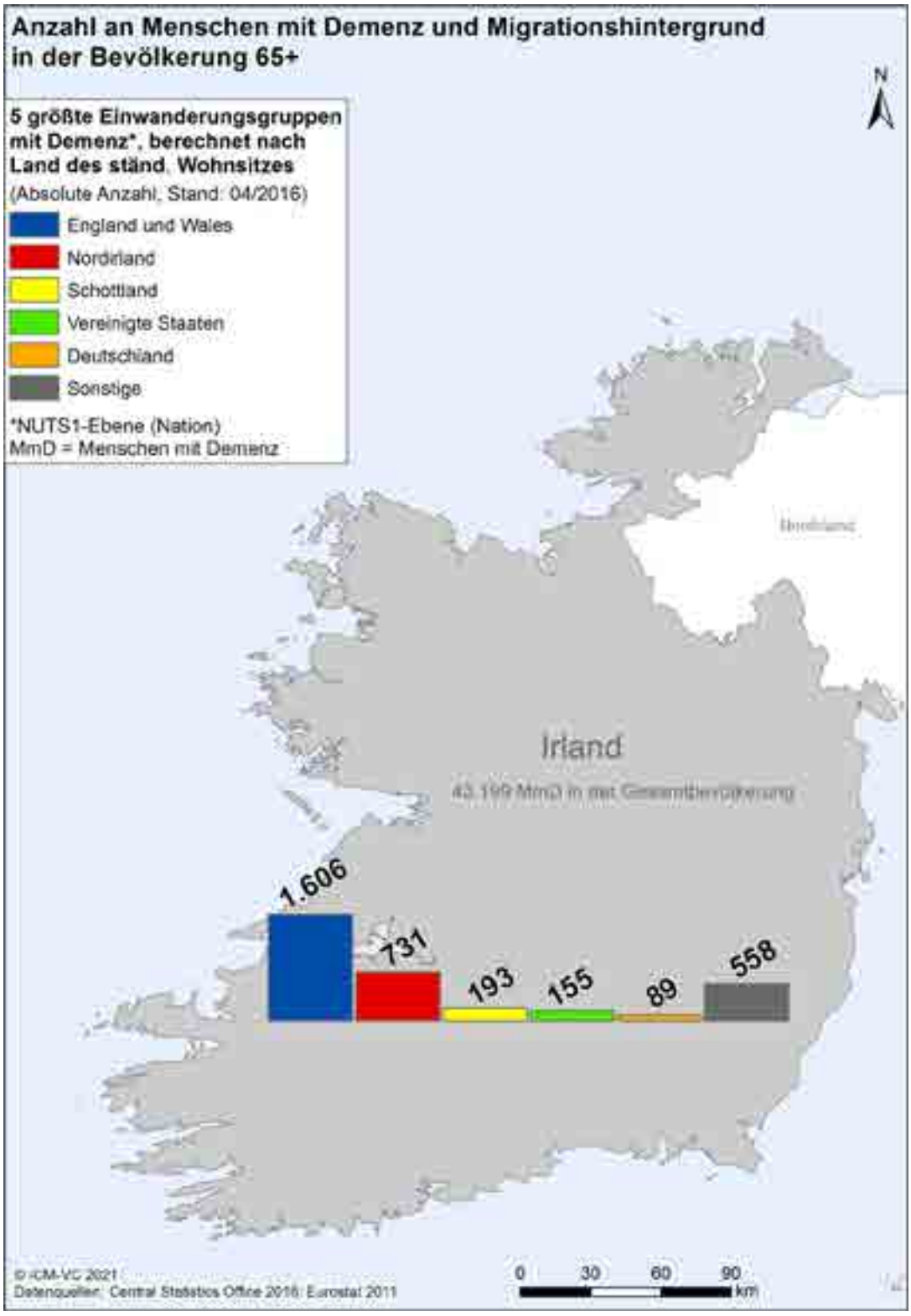


Abb. 3.7.9.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Irland - Nation)

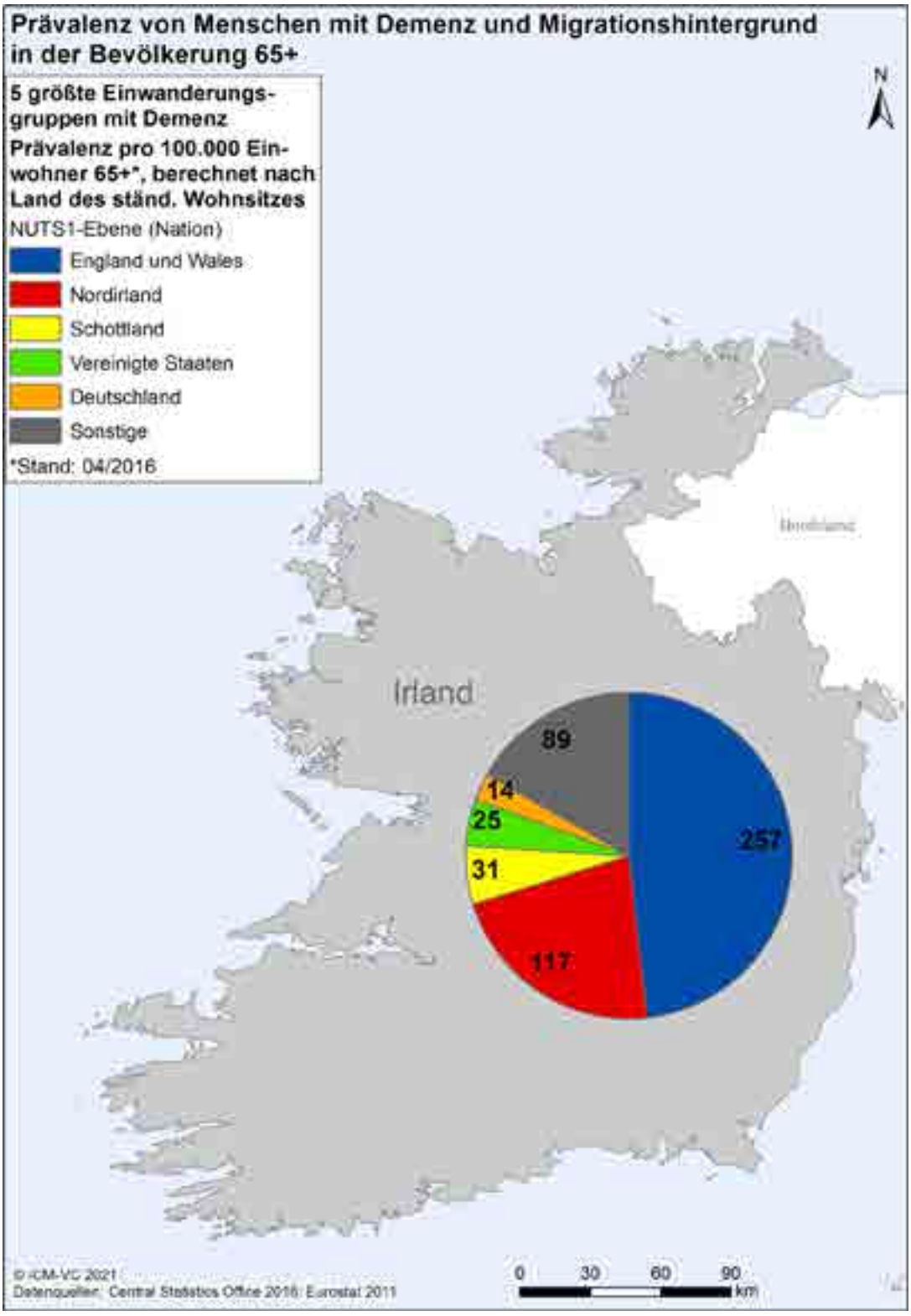


Abb. 3.7.9.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Irland - Nation)



Tab. 19: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Irland - Nation)

NUTS	Total	IE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Irland	43.199	39.867	EAW 1.606	NIR 731	SCT 193	US 155	DE 89	558
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Irland	8.946	-	EAW 333	NIR 151	SCT 40	US 32	DE 18	116
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Irland	6.900	6.368	EAW 257	NIR 117	SCT 31	US 25	DE 14	89

Quelle: Central Statistics Office (2016)

In Irland leben 48.300 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 3.300 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.9.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus England und Wales (ca. 1.600), Nordirland (ca. 700), Schottland (ca. 200), den USA (ca. 200) und Deutschland (ca. 90) stammen. Die zweite Grafik verdeutlicht die Anzahl von PmM mit Demenz in Irland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.9.2). Tabelle 19 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus England und Wales, Nordirland, Schottland, den USA und Deutschland in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.9.3 - 3.7.9.8).

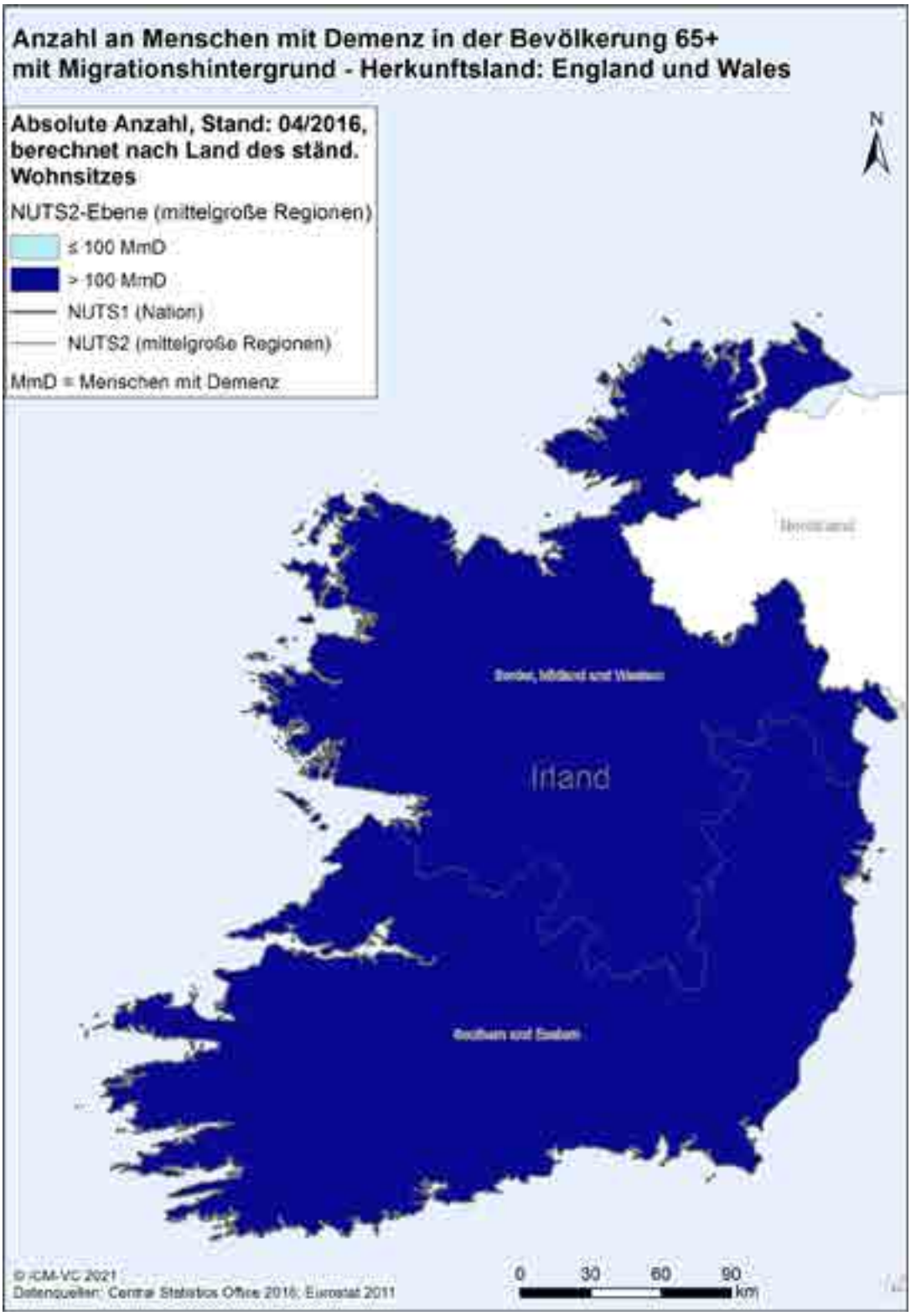


Abb. 3.7.9.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:England und Wales (Irland - NUTS2)

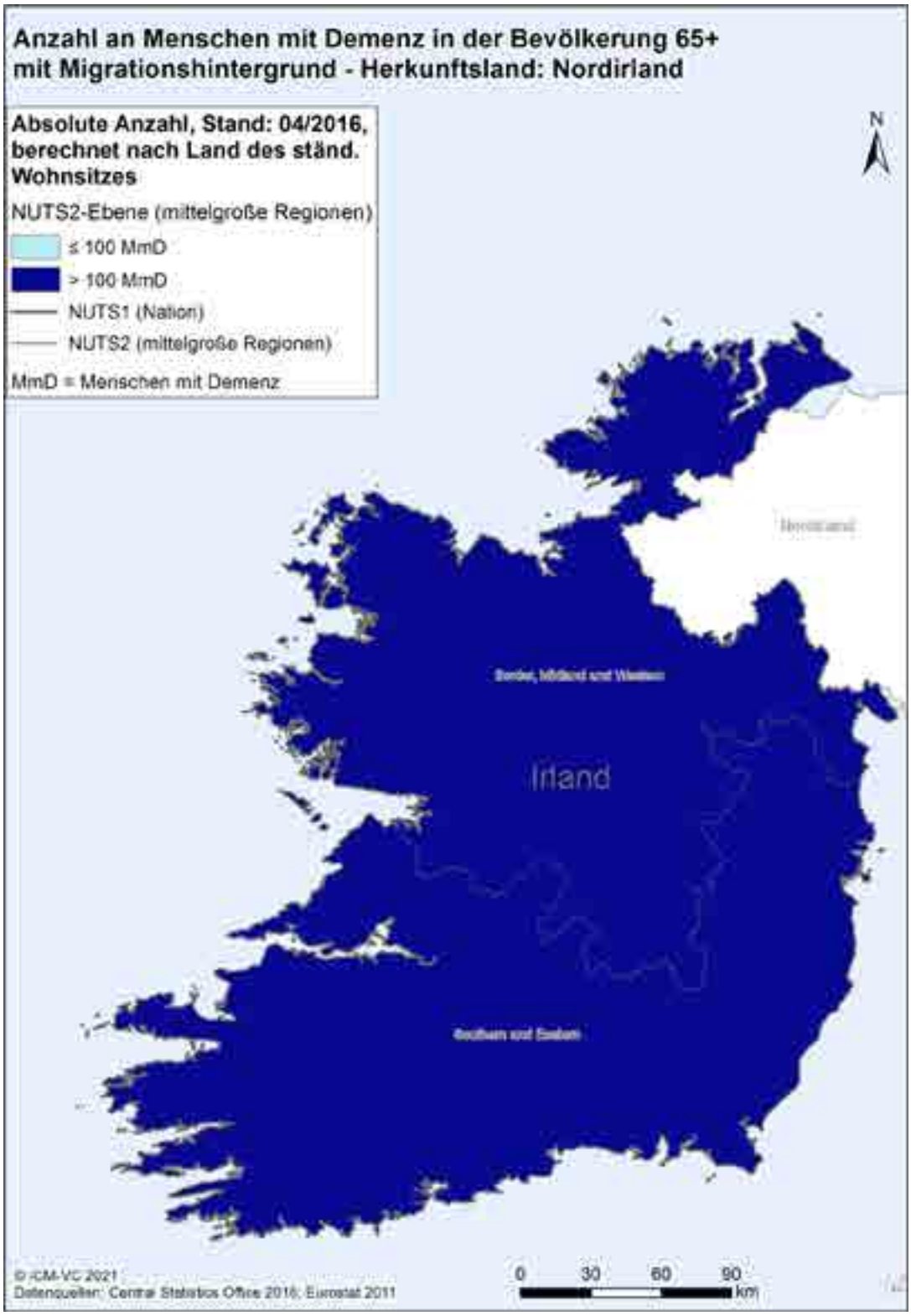


Abb. 3.7.9.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Nordirland (Irland - NUTS2)

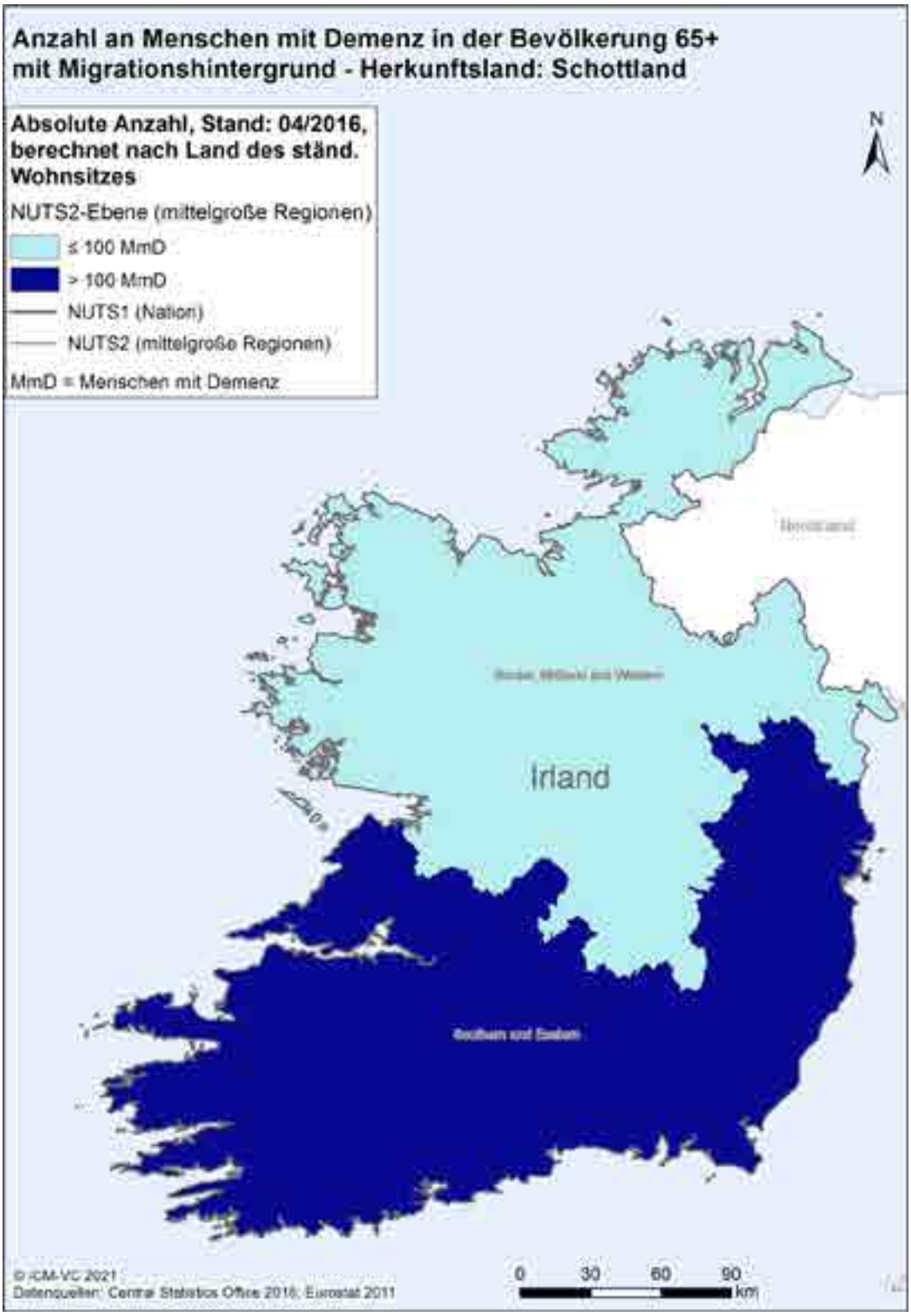


Abb. 3.7.9.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Schottland (Irland - NUTS2)

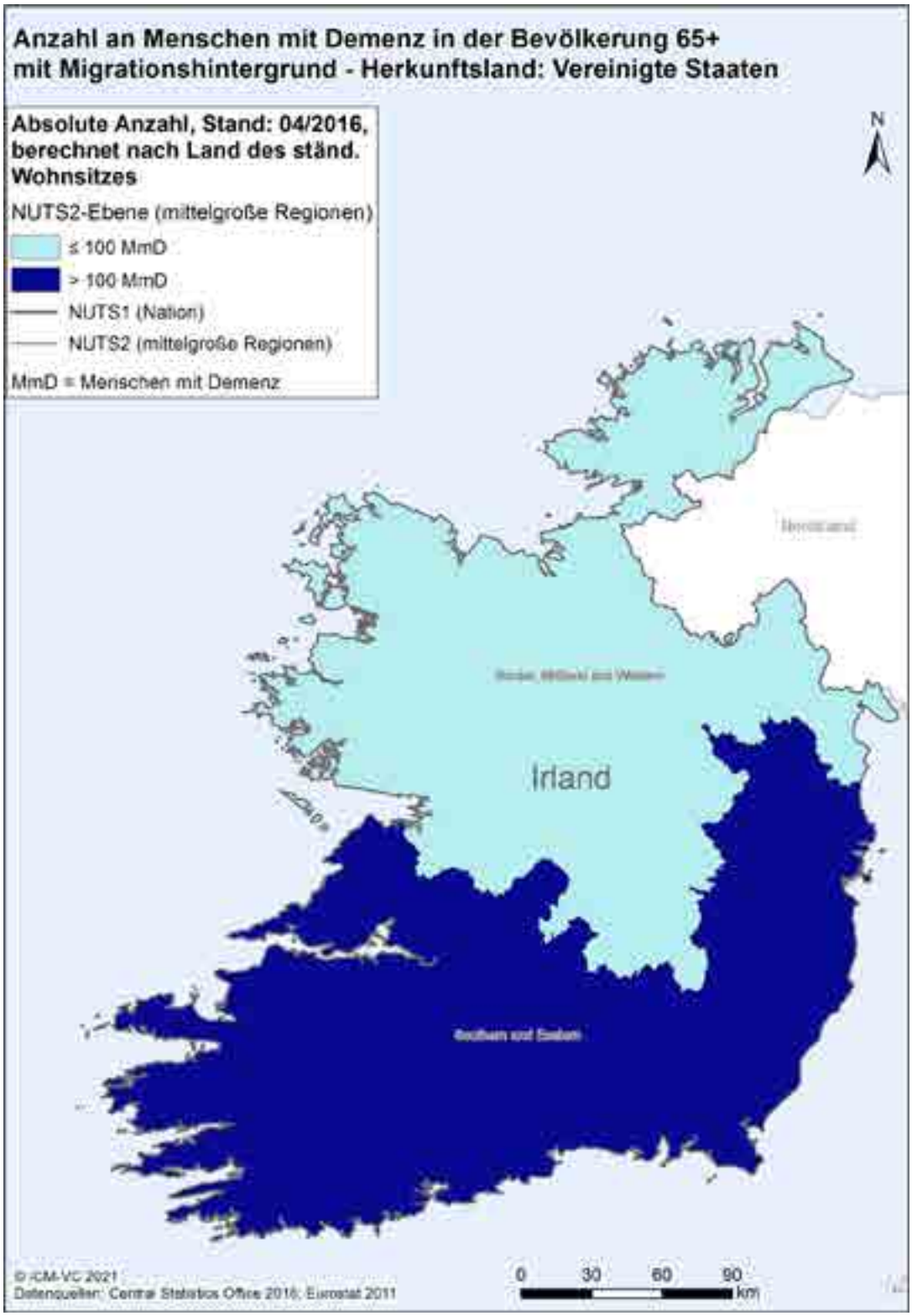


Abb. 3.7.9.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:USA (Irland - NUTS2)

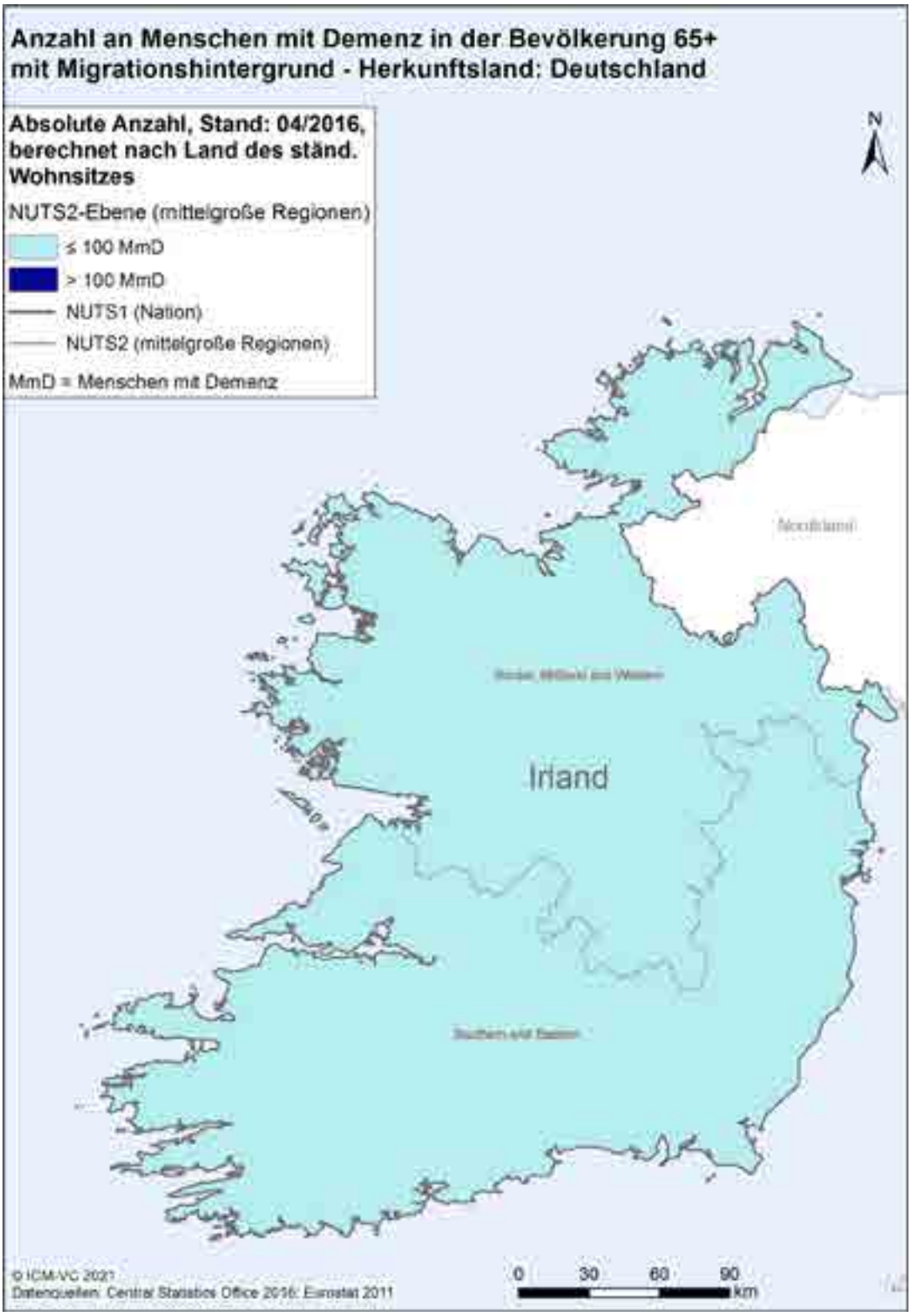


Abb. 3.7.9.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Irland - NUTS2)

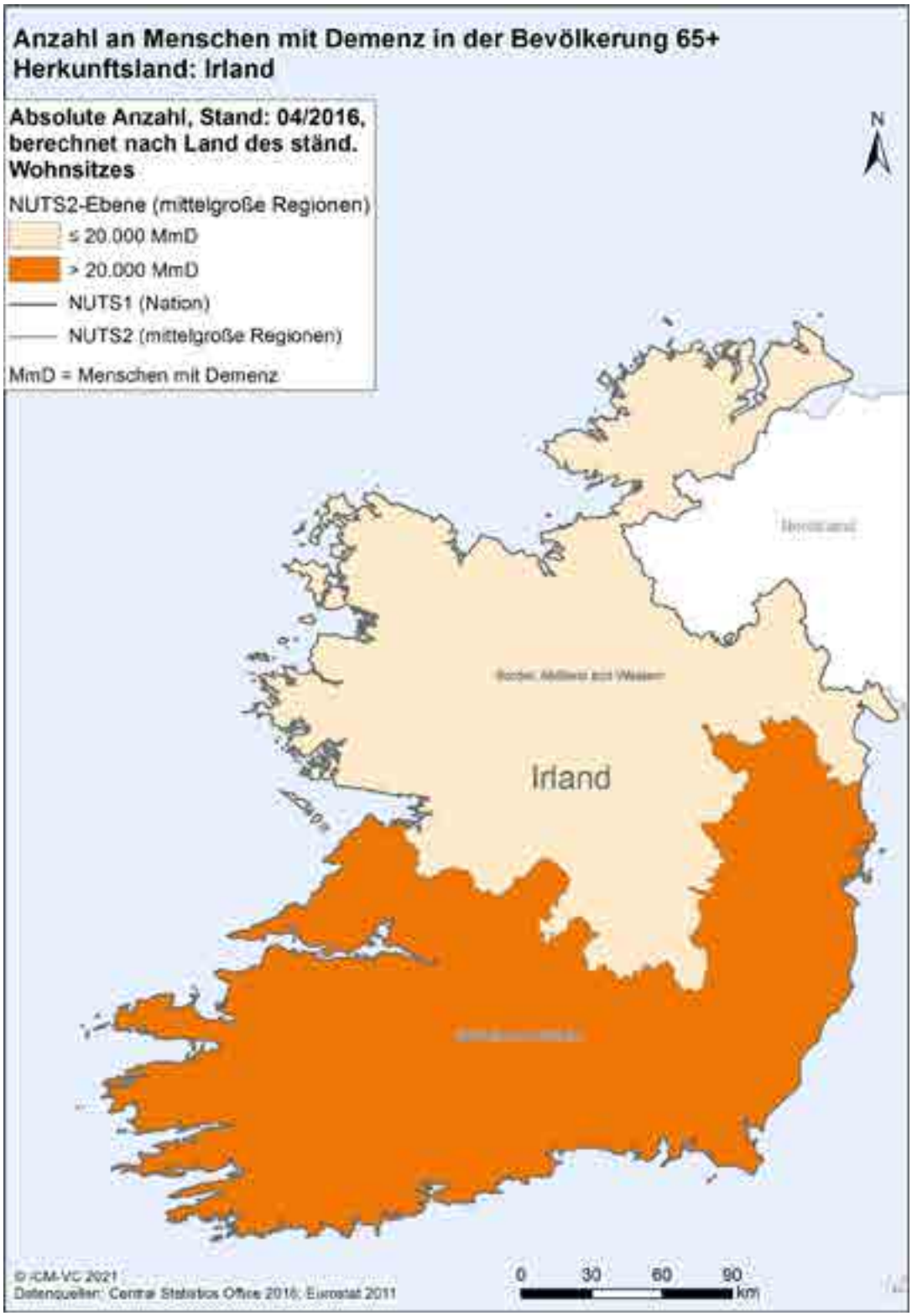


Abb. 3.7.9.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Irland (Irland - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.9.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abb. 3.7.9.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden Sie in Tabelle 20 [7-9].

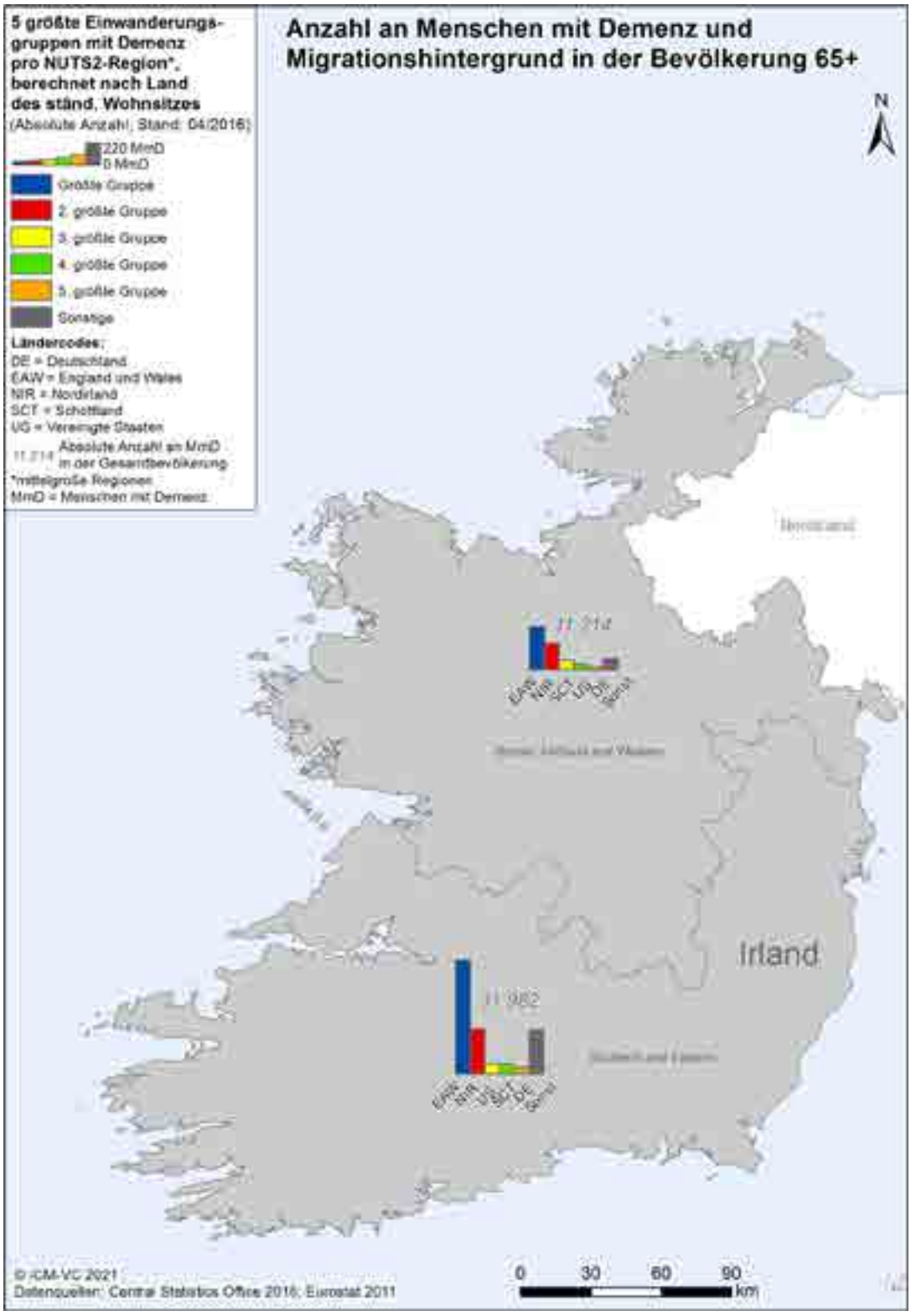


Abb. 3.7.9.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Irland – NUTS2)

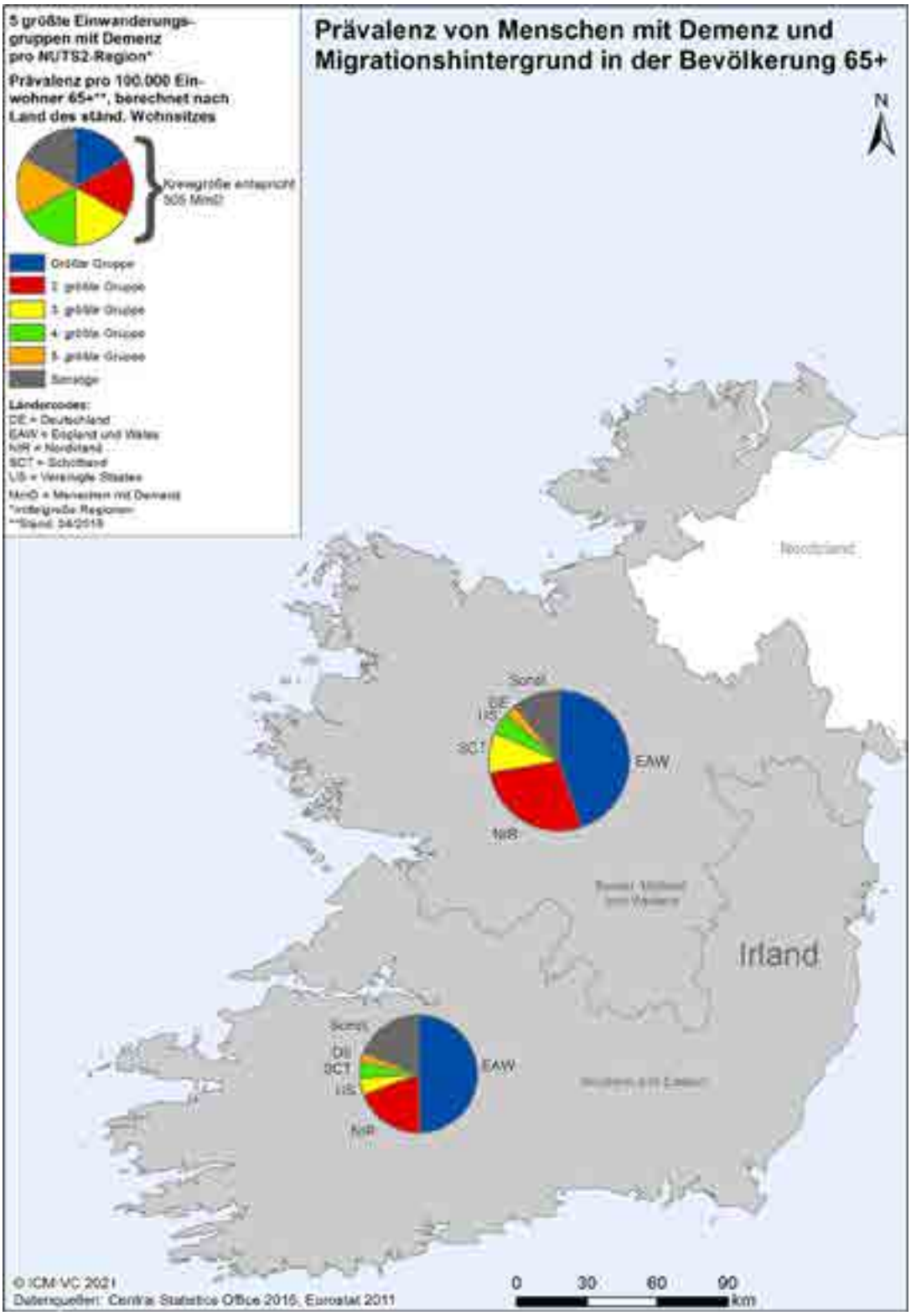


Abb. 3.7.9.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Irland – NUTS2)



Tab. 20: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Irland – NUTS2)

NUTS	Total	IE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Border Midland and Western	11.214	10.227	EAW 442	NIR 270	SCT 91	US 49	DE 27	107
Southern and Western	31.982	29.640	EAW 1.164	NIR 461	US 106	SCT 102	DE 62	448
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Border Midland and Western	7.844	-	EAW 310	NIR 189	SCT 64	US 34	DE 19	75
Southern and Western	9.422	-	EAW 343	NIR 136	US 31	SCT 30	DE 18	132
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Border Midland and Western	6.900	6.293	EAW 272	NIR 166	SCT 56	US 30	DE 17	66
Southern and Western	6.900	6.395	EAW 251	NIR 99	US 23	SCT 22	DE 13	97

Quelle: Central Statistics Office (2016)

3. Nationaler Demenzplan

Die „The Irish National Dementia Strategy" („Irische Nationale Demenzstrategie") aus dem Jahr 2014 umfasst 40 Seiten und befasst sich mit den Themen Bewusstsein und Verständnis für Demenz, frühzeitige Diagnose und Behandlung, integrierte Versorgung, Unterstützung und Versorgung für Menschen mit Demenz und ihre Betreuungspersonen, Primärversorgung, psychische Gesundheit und gemeindenahe Versorgung, Akutversorgung, Langzeitpflege, Palliativversorgung für Menschen mit Demenz, Bildung und Ausbildung sowie Forschung und Informationssysteme. Keines dieser Themen beinhaltet das Thema Migration [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Derzeit konnten für Irland keine veröffentlichten Leitlinien zur Behandlung von Demenz identifiziert werden, die mit den Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) vergleichbar sind. Als Teil der Umsetzung der Nationalen Demenzstrate-

gie arbeitet das National Dementia Office an einem Rahmenwerk zur Demenzdiagnose und -nachsorge, um eine ganzheitliche Beurteilung, Diagnose, Mitteilung der Diagnose und unmittelbare Unterstützung nach der Diagnose zu ermöglichen. Darüber hinaus ist die Veröffentlichung von klinischen Leitlinien zur angemessenen Verschreibung von antipsychotischen und psychotropen Medikamenten für Menschen mit Demenz geplant [11]. Ein Leitfaden zum Thema „Dementia: Diagnosis & Management in General Practice" („Demenz: Diagnose & Management in der Allgemeinmedizin") (aus dem Jahr 2019) existiert bereits in der Primärversorgung. Dieses Dokument hat kein eigenes Kapitel zur Migration, sondern verweist an drei Stellen in einem Unterkapitel kurz auf dieses Thema. Erstens wird das Problem identifiziert, dass der kulturelle Hintergrund einer Person ihre Leistung bei Screening-Tools für kognitive Beeinträchtigungen beeinflussen kann. Anschließend wird die Eignung bestehender Screening-Tools für kognitive Beeinträchtigungen bei ethnischen Minderheiten untersucht. Das MIS und der Mini-Cog-Screening-Test sind zwei Instrumente, die besonders für ethnische Minderheiten geeignet sind. Der Mini-Cog-Test wurde für eine multiethnische, mehrsprachige Bevölkerung validiert. Diese Situation wird beschrieben, aber es werden keine Handlungsempfehlungen oder Maßnahmen daraus abgeleitet. Andere Themen im Zusammenhang mit Demenz und Migration werden nicht untersucht [12]. Irland scheint ethnische Minderheiten als eine Gruppe zu betrachten, die bei der Demenzdiagnose in der allgemeinärztlichen Praxis besondere Aufmerksamkeit erfordert.

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertin wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Laut der Expertin behandelt das Gesundheitssystem PmM mit Demenz nicht als eine vulnerable Gruppe. Hinzu kommt, dass das Thema Demenz und Migration in Irland relativ unwichtig ist. Ein möglicher Grund könnte sein, dass das Thema Demenz erst in den letzten Jahren priorisiert wurde und sich die Vielfalt in Irland erst in den späten 90er Jahren entwickelt hat. Daher ist die Kombination von Demenz und Migration ein neues Thema, auf das Irland noch nicht vorbereitet ist.

Im Allgemeinen ging die Expertin davon aus, dass die traditionell nomadischen Gemeinschaften und die Roma-Gemeinschaft als besonders benachteiligte Gruppen anerkannt werden. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist aufgrund von Sprachbarrieren, fehlender Unterstützung und geringer Lese- und Schreibkenntnisse schwierig. Darüber hinaus stellte die Expertin fest, dass das Fehlen von Dolmetscherdiensten das Problem noch verschärft.

Basierend auf der Beobachtung, dass PmM in geringerem Maße formale Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen und Demenz unterdiagnostiziert wird, vermutet die Expertin, dass ältere Migrantinnen und Migranten möglicherweise zu Hause von der Familie gepflegt werden oder dass die nomadischen Gemeinschaften Demenz nicht einmal anerkennen.

Außerdem ist die Abdeckung durch die Gedächtniskliniken im ganzen Land begrenzt; so bestätigte die Expertin, dass die spezialisierten Kliniken keine flächendeckende Präsenz haben. Somit beeinflusst auch der Wohnort den Zugang zu Unterstützung.
Irland verfolgt laut der Expertin eine integrative Gesundheitsstrategie. Dennoch gibt es keine Informationen über Demenz in anderen Sprachen. Es gibt keine spezialisierten Angebote für PmM mit Demenz. Bestehende Angebote sind offen für alle, und wenn eine Person einen Dienst in Anspruch nimmt, wird sie betreut. Die Expertin erklärte, dass die bestehende Demenzversorgung nicht für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund geeignet ist. Der Grund dafür sei, dass es keine spezialisierten Pflegeheime oder Pflegeeinrichtungen für Demenz und kein spezielles Betreuungspaket für die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz gibt. Darüber hinaus stellte die Expertin fest, dass es keine Konsistenz in den allgemeinen häuslichen Pflegepaketen gibt, was bedeutet, dass verschiedene Personen die Versorgung durchführen, was zu einem großen Problem der Kontinuität der Versorgung führt.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Laut der Expertin scheinen Schulungen zur kultursensiblen Versorgung nicht als Teil der Ausbildung von Fachkräften m Gesundheitswesen angeboten zu werden. Manchmal werden jedoch in Kursen, die sich mit dem Ende des Lebens befassen, Themen wie die Rücksichtnahme auf die Religion eines Menschen behandelt, obwohl dies nicht weit verbreitet ist. Die Expertin ging davon aus, dass der Anteil von PmM unter den professionellen Pflegekräften in der ambulanten und stationären Versorgung sehr hoch ist. Viele von ihnen stammen aus afrikanischen Ländern und es gibt eine beträchtliche Anzahl von Krankenpflegekräften von den Philippinen, die in Dublin arbeiten. Der Einfluss, den ein hoher Anteil an professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund auf die Versorgung haben kann, basiert auf der Sprache, so die Expertin. Wenn keine gemeinsame Sprache gesprochen wird, kann dies zu gewissen Schwierigkeiten zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen führen. Die Expertin stellte fest, dass die Mehrheit der Pflegekräfte „fabelhafte, warme, fürsorgliche Menschen“ sind, aber wenn eine Person den Job nur macht, weil sie nichts anderes finden kann, könnte sie verbittert sein, weil dieser Job nicht das ist, was sie machen möchte.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Die Bedeutung von Familie, Religionsgemeinschaften, Migrantinnen- und Migrantenorganisationen und Dienstleistenden der ambulanten und stationären Versorgung als Unterstützungsquelle für pflegende Angehörige wurde von der Expertin als hoch bis sehr hoch eingeschätzt. Besonders betonte die Expertin die Wichtigkeit der Unterstützung von Familien durch Information und Aufklärung, damit Menschen mit Demenz die notwendige Unterstützung und medizinische Hilfe erhalten. In ähnlicher Weise wies die Expertin auf die Bedeutung religiöser Gemeinschaften hin, da diese als Instrument dienen können, um

Trost und Frieden für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz zu bringen. Daher kann es von Bedeutung sein, die unterschiedlichen religiösen Überzeugungen, die sie möglicherweise haben, zu berücksichtigen und zu respektieren. Schließlich vertrat die Expertin die Ansicht, dass ambulante und stationäre Versorgungsleistungen von entscheidender Bedeutung für das Unterstützungssystem der pflegenden Angehörigen sind, da sie sowohl Unterstützung als auch Anleitung auf der Grundlage objektiver Informationen und klinischer Erfahrung bieten, was wesentlich zur geistigen, psychischen und emotionalen Gesundheit der pflegenden Angehörigen beiträgt.

8. Quellen

1. Glynn I, Kelly T, Piaras MÉ: The Re-emergence of Emigration from Ireland. In. Washington, DC: Migration Policy Institute; 2015.
2. Éinrí PM, White A: Immigration into the Republic of Ireland: A bibliography of recent research. *Irish Geography* 2008, 41(2):151-179.
3. Quinn E: Country Profile Ireland. In. Herausgegeben vom Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 19; 2010.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Ireland; 2019.
5. United Nations: Migration Profiles: Ireland; 2013.
6. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Ireland; 2019.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
8. Esri: World Ocean Background; 2010.
9. Central Statistics Office: Census 2016. In. Cork: Central Statistics Office 2016.
10. Department of Health: The Irish National Dementia Strategy. In. Dublin; 2014.
11. National Dementia Office Ireland: Ireland: national standards on dementia. In., E-Mail-Konversation edn.; 2019.
12. Foley T, Jennings A, Swanwick G: Dementia: Diagnosis & Management in General Practice: ICGP Quality and Safety in Practice Committee; 2019.



Island



Einwohnerzahl
364.000

Fläche
103.000 km²

Hauptstadt
Reykjavík

Drei größten Städte
Reykjavík (131.000)
Kópavogur (38.000)
Hafnarfjörður (30.000)

Nachbarländer
Keine

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen



1. Migrationsgeschichte

Aufgrund seiner geografischen Lage hat Island keine lange Migrationsgeschichte. Bis vor einigen Jahren blieb die Bevölkerung relativ isoliert und homogen. In der Vergangenheit war Island eher durch Auswanderung seiner Bevölkerung und Rückwanderung geprägt. Zwischen 1960 und 1996 hatte Island eine Nettoabwanderung von circa 9.300 Personen. Starkes Wirtschaftswachstum und eine boomende Tourismusbranche haben dazu geführt, dass Ende der 1990er Jahre und zu Beginn des neuen Jahrtausends eine größere Anzahl von Einwanderern ohne isländischen Hintergrund ins Land kam. Zwischen 1997 und 2008 lag die Nettoeinwanderung in Island bei 20.300 Personen. Aufgrund der Bankenkrise im Jahr 2008 überstieg die Zahl der Auswanderer zwischen 2009 und 2012 die Zahl der Einwanderer. Im Jahr 2013 war der Wanderungssaldo wieder positiv und überschritt im Jahr 2016 die 10.000er-Marke. Während der Bevölkerungssaldo der nicht-isländischen Bürgerinnen und Bürger deutlich positiv ist, ist die Zahl der isländischen Bürgerinnen und Bürger leicht zurückgegangen. Dies hat zu einem historischen Anstieg der Anzahl und des Anteils ausländischer Bürgerinnen und Bürger auf der Insel geführt [1]. Im Zeitraum 1990-2019 stieg die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) von 9.600 auf 52.400 und der Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung von 3,8 auf 15,5% [2]. In den letzten Jahrzehnten haben sich auch die Herkunftsländer der Zuwandernden verändert. Im Jahr 1986 kamen 70% der nicht-isländischen Zugewanderten aus Dänemark, den USA, dem Vereinigten Königreich, Schweden und Norwegen. Im Jahr 2016 bildeten Staatsangehörige aus nicht-nordischen EU-Ländern die größte Gruppe [1]. Mit Ausnahme des Jahres 2004 (Portugal) ist Polen seit 1995 das Hauptherkunftsland der Zugewanderten (2016: 2.800 oder 36%) [1, 3]. Aber auch aus Litauen (700), den USA (300), Deutschland (300) und anderen Ländern (3.800) sind Menschen eingewandert (Stand 2016) [1]. Im Jahr 2013 stellten Menschen aus Polen (9.400), Dänemark (3.100), Schweden (1.900), den USA (1.900) und Deutschland (1.600) die größten Migrationsgruppen dar [4]. Island hat sich zu einem Einwanderungsland vor allem für Zuwandernde aus Polen und einigen anderen EU-Staaten entwickelt. Ab 2020 liegt die Nettomigrationsrate bei 1,1 [5].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

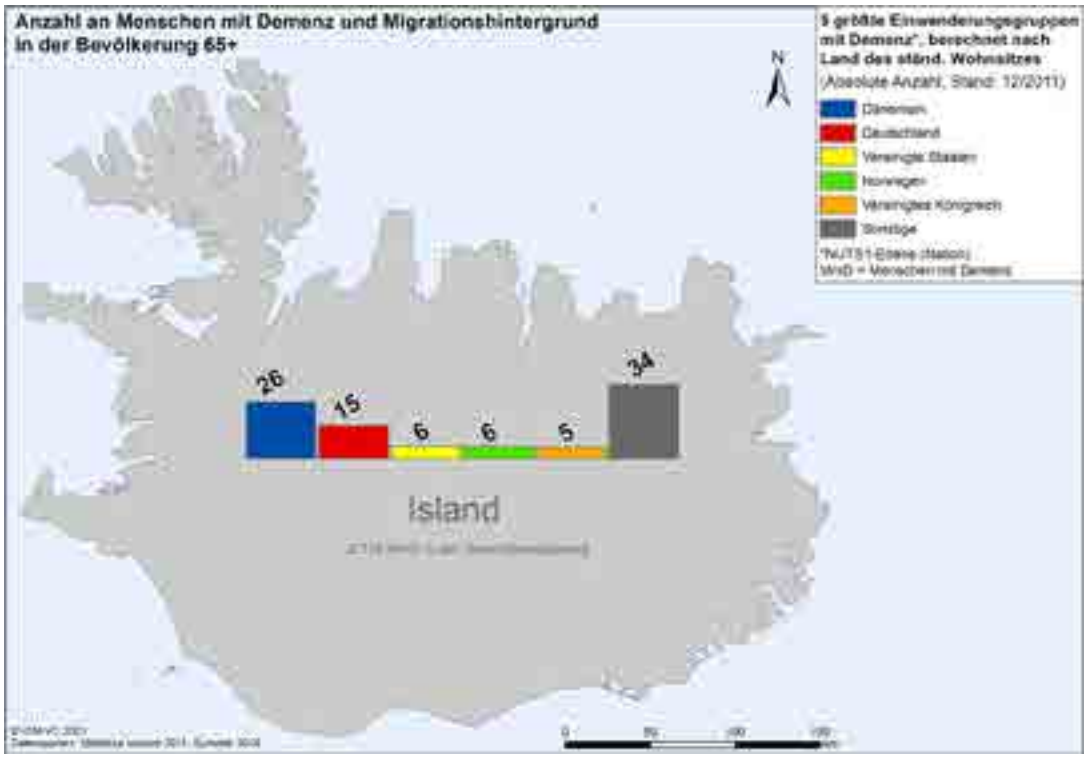


Abb. 3.7.10.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Island - Nation)

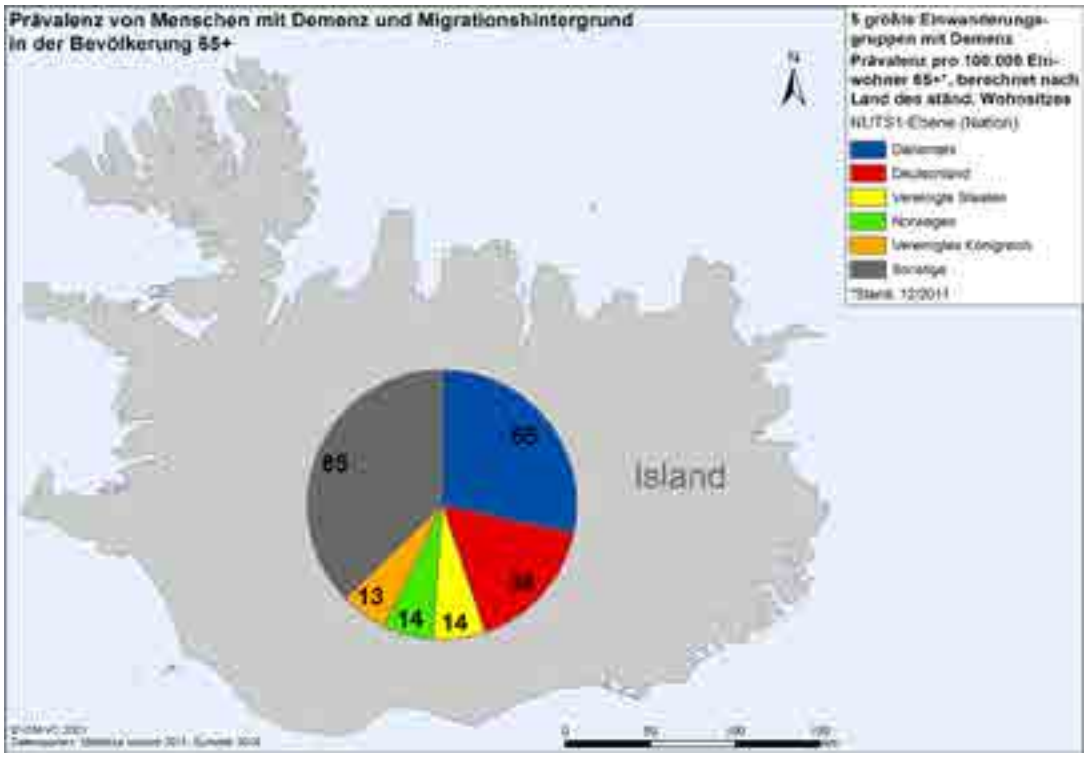


Abb. 3.7.10.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Island - Nation)



Tab. 21: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Island - Nation)

NUTS	Total	IS	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Island	2.779	2.687	DK 26	DE 15	US 6	NO 6	UK 5	34
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Island	20.851	-	DK 196	DE 113	US 43	NO 41	UK 39	258
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Island	6.900	6.672	DK 65	DE 38	US 14	NO 14	UK 13	76

Quelle: Statistics Iceland (2011)

Auf Island leben 1.300 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 90 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.10.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Dänemark (ca. 30), Deutschland (ca. 20), den USA (ca. 10), Norwegen (ca. 10) und dem Vereinigten Königreich (ca. 10) stammen. Die zweite Grafik verdeutlicht die Anzahl der PmM mit Demenz auf Island pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, die 65 Jahre oder älter sind (Abbildung 3.7.10.2). Tabelle 21 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [6-8].

3. Nationaler Demenzplan

Zum Zeitpunkt der ersten Suche, dem 1. Juni 2019, konnte kein NDP für Island identifiziert werden [9]. Im April 2020 veröffentlichte die Regierung jedoch einen NDP: Der „Aðgerðaáætlun um þjónustu við einstaklinga með heilabilun“ („Aktionsplan für Angebote für Menschen mit Demenz“). Dieser Demenzplan ist 27 Seiten lang und umfasst fünf Themen: 1. Selbstbestimmungsrecht, Beteiligung der Patientinnen und Patienten und rechtlicher Rahmen, 2. Prävention, frühzeitige Diagnose am richtigen Ort und Nachsorge, 3. Aktivität, Selbsthilfe und Unterstützung, 4. Stadiengerechte Versorgung von Demenzkranken und 5. Forschung, Wissen und Fähigkeiten. Das Dokument nimmt keinen Bezug auf das Thema Migration [10].



4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Island hat eine Behandlungsleitlinie mit dem Titel „2007 Klínísk leiðbeining: Greining og meðferð heilabilunar“ („Klinische Leitlinie 2007: Diagnose und Behandlung von Demenz“) aus dem Jahr 2007 mit 10 Seiten, die sich auf die Themen Analyse (Anamnese und Differentialdiagnose, Erstbeurteilung der kognitiven Fähigkeiten, Suche nach anderen und begleitenden Erkrankungen, Bildanalyse, etc.), nicht-medikamentöse Behandlung (Stimulation der kognitiven Fähigkeiten, sensorische Stimulation, körperliche Aktivität und Rehabilitation, Umgebungsgestaltung, etc.), medikamentöse Behandlung und Informationen für Demenzkranke und Angehörige bezieht. Das Thema Migration wird auch in diesem Dokument nicht berücksichtigt [11].

5. Quellen

1. Heleniak T, Sigurjonsdottir HR Once Homogenous, Tiny Iceland Opens Its Doors to Immigrants [https://www.migrationpolicy.org/article/once-homogenous-tiny-iceland-opens-its-doors-immigrants]. (2018). Abgerufen am 21. April 2020.
2. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Iceland; 2019.
3. Statistics Iceland: Migration remains high in 2018. [https://www.statice.is/publications/news-archive/inhabitants/migration-2018/]. (2019). Abgerufen am 21. April 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Iceland; 2013.
5. International Organization for Migration. Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Iceland; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Statistics Iceland: Census 2011. In. Reykjavík: Statistics Iceland; 2011.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
10. Government of Iceland: Aðgerðaáætlun um þjónustu við einstaklinga með heilabilun. In. Herausgegeben vom Ministry of Health; 2020.
11. Directorate of Health: Heilabilun greining og meðferð; 2007.



Italien



Einwohnerzahl
60.245.000

Fläche
302.068 km²

Hauptstadt
Rom

Drei größten Städte
Rom (2.840.000)
Mailand (1.400.000)
Neapel (960.000)

Nachbarländer
Frankreich, Österreich, San Marino, Schweiz, Slowenien, Vatikan

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Italien hat sich in den letzten Jahrzehnten von einem Auswanderungsland zu einem Einwanderungsland entwickelt. Zwischen 1876 und 1976 sind fast 24 Millionen Menschen aus Italien ausgewandert (vor dem Zweiten Weltkrieg hauptsächlich nach Amerika, danach nach Nordeuropa). Vor den 1970er Jahren war die Einwanderung nach Italien hauptsächlich durch die Ankunft kleiner Gruppen von Menschen aus den ehemaligen Kolonien in Ostafrika (z. B. Eritrea) und katholischen Ländern in Lateinamerika und Asien gekennzeichnet. In den 1960er Jahren wanderten Saisonarbeitskräfte aus Tunesien nach Sizilien ein. Darüber hinaus wurden einige politische Flüchtlinge aus Vietnam und Chile sowie Studierende aus dem Iran und Griechenland aufgenommen. Allerdings hatte Italien im Jahr 1973 erstmals eine positive Nettozuwanderung. Seitdem hat die ausländische Bevölkerung stark zugenommen und Italien hat sich zu einem Einwanderungsland entwickelt. Der Grund für den Wandel in den 1970er Jahren war die restriktive Einwanderungspolitik vieler nordeuropäischer Länder nach der Ölkrise und die fehlende Einwanderungspolitik Italiens. Die erste große Einwanderungsphase fand zwischen 1984 und 1989 statt, als 700.000-800.000 Menschen nach Italien kamen. Die meisten Zuwandernden kamen aus Tunesien, Marokko, dem Senegal und den Philippinen. Viele Zugewanderte kamen in den 1990er Jahren (Albanien, Jugoslawien, Polen) und Anfang der 2000er Jahre (Rumänien, Ukraine, Moldawien) aus Osteuropa. Im Jahr 2013 waren Menschen aus Rumänien mit 832.100 Personen die größte Migrationsgruppe, gefolgt von Albanien (451.400) und Marokko (407.100) [1]. Zwischen 2014 und 2017 kam eine große Anzahl von Zuwandernden und Geflüchteten auf dem Seeweg nach Italien (624.700) [2]. In den letzten Jahrzehnten hat das Fehlen einer Einwanderungspolitik zu einer extrem heterogenen Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung in Italien (192 verschiedene Herkunftsländer) und einer großen Anzahl von undokumentierten Zugewanderten geführt [1]. Insgesamt hat sich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) zwischen 1990 und 2019 mehr als vervierfacht (von 1,4 auf 6,3 Millionen). Gleiches gilt für den Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum (von 2,5 auf 10,4%). Die Nettomigrationsrate ist seit 2000 kontinuierlich positiv (2020: 2,5%) [3].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

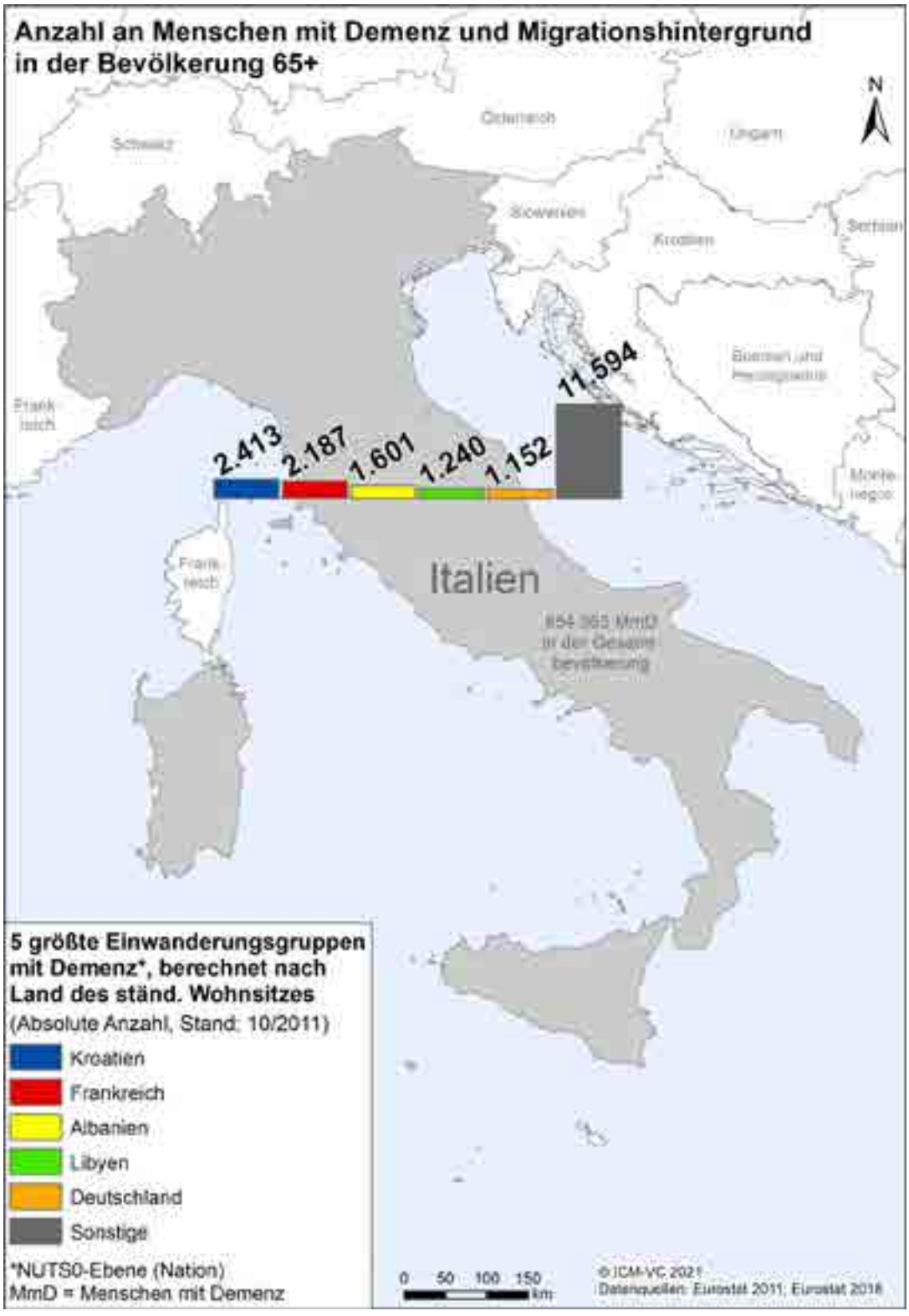


Abb. 3.7.11.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Italien - Nation)

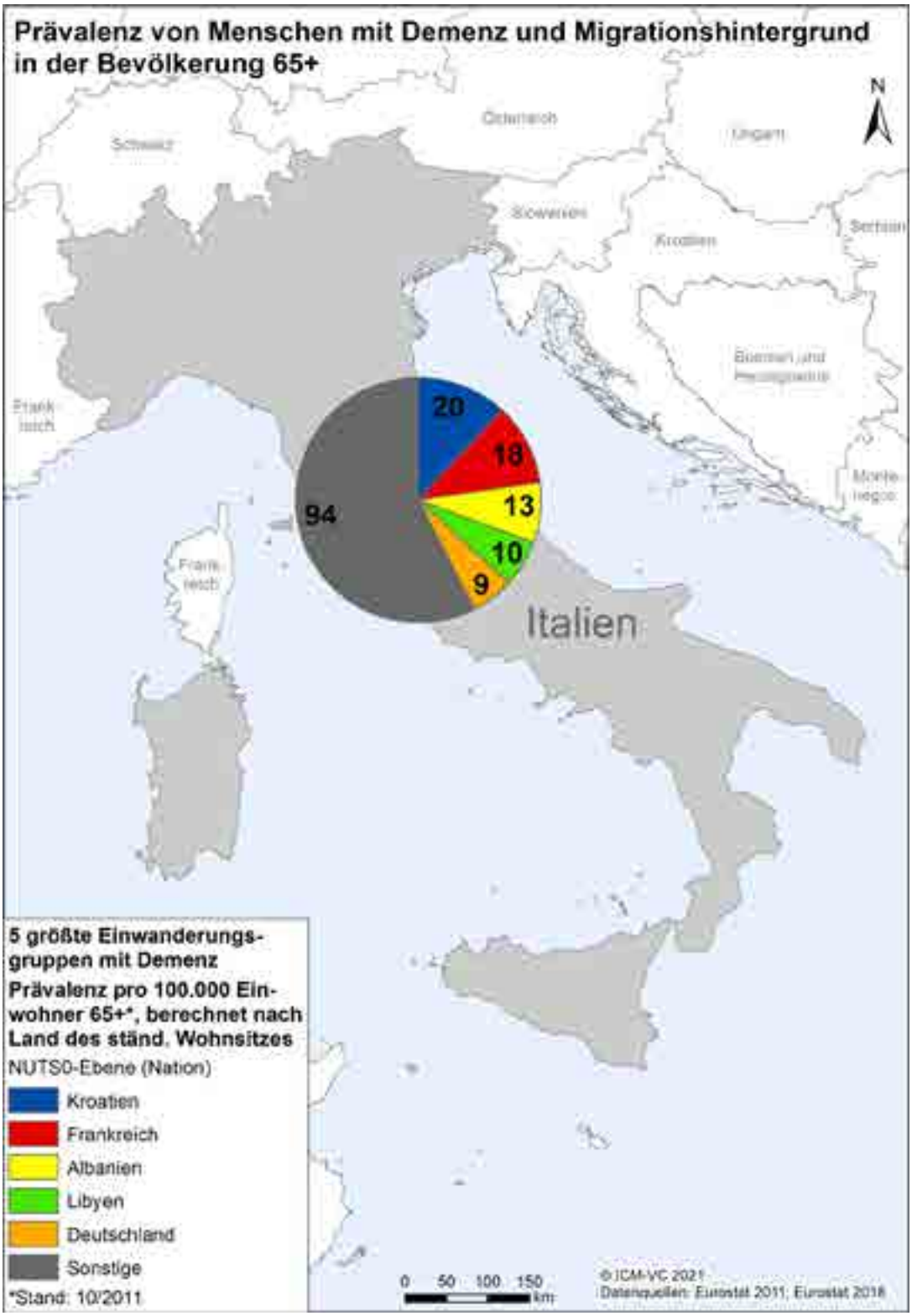


Abb. 3.7.11.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Italien - Nation)



Tab. 22: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Italien - Nation)

NUTS	Total	IT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Italien	854.563	834.377	HR 2.413	FR 2.187	AL 1.601	LY 1.240	DE 1.152	11.593
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Italien	29.210	-	HR 82	FR 75	AL 55	LY 42	DE 39	397
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Italien	6.900	6.737	HR 19	FR 18	AL 13	LY 10	DE 9	94

Quelle: Eurostat (2011)

In Italien leben 292.600 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 20.200 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.11.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Kroatien (circa 2.400), Frankreich (circa 2.200), Albanien (circa. 1.600), Libyen (circa 1.200), und Deutschland (circa 1.200) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Italien pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.11.2). Tabelle 22 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [4-6].

3. Nationaler Demenzplan

Für Italien wurden zwei Dokumente identifiziert: „The new Italian National Strategy" („Die neue italienische nationale Strategie") aus dem Jahr 2014 und der „National Dementia Plan - the state of the art" („Nationale Demenzplan - State of the Art") aus dem Jahr 2019.

„Die neue italienische nationale Strategie" zu Demenz aus dem Jahr 2014 umfasst 13 Seiten und behandelt folgende Themen: Italien und Demenz (Größe der Bevölkerungsgruppe älterer Menschen und von Menschen mit Demenz in Italien, die geschätzte Anzahl der pflegenden Angehörigen), Gesundheitsversorgung für Demenz in Italien, der nationale Demenzplan (angesprochene Bereiche: Prävention, das Versorgungsnetzwerk, integrierte Pflege, Forschung, Ethik und Befähigung von Erkrankten/Pflegekräften, Kampf gegen Stigma), Ziele des Plans, Maßnahmen und zukünftige Entwicklungen. In keinem dieser Themen wird Bezug auf die Migration genommen [7].

Das Dokument „Nationaler Demenzplan - State of the Art" aus dem Jahr 2019 ist 25 Seiten lang und befasst sich mit den Themen Definition und Ursachen von Demenz, Einfluss der Umwelt, kognitive Beeinträchtigung und Gebrechlichkeit, demografischer Wandel und Inzidenz in Italien, gesundheitspolitische und sozialmedizinische Maßnahmen und Aktionen, Umsetzung von Strategien und Interventionen in der Pflege, unterstützende Aktivitäten, körperliche Aktivität und Rehabilitation, technologische Innovationen, Bewusstseinsbildung und Verringerung der Stigmatisierung, Erhö-

hung der Lebensqualität, Forschung, Demenzbeobachtungsstelle, italienische Leitlinien und bestehende internationale Instrumente. In diesem Dokument wird das Projekt „Dementia in immigrants and ethnic minorities living in Italy: clinical-epidemiological aspects and public health services" („Demenz bei Immigrantinnen und Immigranten und ethnischen Minderheiten in Italien: klinisch-epidemiologische Aspekte und öffentliche Gesundheitsdienste") (ImmiDem) zitiert, welches das erste italienische Projekt ist, das sich mit der Prävalenz von Demenz in der Migrationsbevölkerung und unter ethnischen Minderheiten beschäftigt. Auf das Thema Demenz und Migration wird jedoch nicht weiter eingegangen [8].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Laut einer Auskunftsperson der italienischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie gibt es in Italien keine Leitlinien für die Behandlung von Demenz. Es gibt nur eine ins Italienische übersetzte Version der englischen Leitlinien durch die Gruppo Italiano per la Medicina Basata (=Italienische Gruppe für evidenzbasierte Medizin) (GIMBE) [9].
Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung des Experten wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Laut dem Experten werden PmM im Allgemeinen als eine vulnerable Bevölkerungsgruppe angesehen, die sich aus Menschen aus Rumänien, der Ukraine, Peru und nordafrikanischen Ländern wie Marokko, Tunesien, Algerien und Libyen zusammensetzt. Das Gesundheitssystem erkennt sie und ihre Bedürfnisse an. Doch während das Thema Gesundheit und Migration als sehr wichtig angesehen wird, ist Demenz und Migration noch ein sehr neues Konzept, das bisher nur wenig Interesse und Aufmerksamkeit erzeugt hat, so der Experte. Bis heute gibt es nur eine nationale Initiative zum Thema Demenz und Migration - das Projekt ImmiDem. Der Experte stellte fest, dass PmM eine vulnerable Gruppe sind, was die Diagnose und den Zugang zu formalen Gesundheitsdiensten angeht. Demenz wird in dieser Bevölkerungsgruppe zu wenig diagnostiziert, wodurch auch ihre Bedürfnisse zu wenig erkannt werden. Darüber hinaus nehmen PmM nur selten Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch. Wenn sie ein kognitives Problem aufweisen, gehen sie vielleicht zu ihrem Hausarzt oder ihrer Gemeinde, suchen aber normalerweise keine weitere medizinische Hilfe oder spezialisierte Angebote auf.
Italien versucht, eine integrative Gesundheitsversorgungsstrategie zu verfolgen, bei der PmM mit Demenz die bestehenden Gesundheitsdienste nutzen. Der Experte wies jedoch darauf hin, dass die Dienste in der Realität nicht für Menschen mit Demenz mit bzw. aus verschiedenen Hintergründen und Kulturen



geeignet sind, da das Thema in Italien so neu ist. Es gibt viele Barrieren, wie z. B. Sprachbarrieren, Unwissenheit bzgl. gesundheitsbezogener Themen, sowie unbekannte Barrieren, die dem Gesundheitssystem und den Gesundheitsdienstleistenden möglicherweise nicht bekannt sind, die dazu führen, dass PmM mit Demenz die Angebote nicht nutzen. PmM mit Demenz sind also nur in geringem Maße in das Gesundheitssystem eingebunden. Aus Erfahrung stellte der Experte fest, dass meist fittere, wohlhabendere und besser integrierte Zugewanderte spezialisierte Angebote in Anspruch nehmen. Informationen über Demenz in verschiedenen Sprachen für PmM sind nur in wenigen Regionen verfügbar. Das Projekt ImmiDem zielt darauf ab, eine Website einzurichten, auf der sich PmM über Zentren informieren können, in denen ihre Sprache gesprochen wird, und auf der sie die Adresse und Kontaktdaten finden können, um den Zugang zu Angeboten zu verbessern und zu erhöhen.
Der Experte stellte fest, dass es in Italien derzeit keine spezialisierten Angebote für PmM mit Demenz in der stationären und ambulanten Versorgung gibt. Von den 600 Gedächtniskliniken in Italien bieten nur wenige eine kultursensible Versorgung. In einigen Zentren in einigen Regionen sind kulturübergreifende kognitive Hilfsmittel und Informationsmaterial in anderen Sprachen als Italienisch verfügbar und werden genutzt, zum Beispiel in Mailand oder Trient. Einige wenige Zentren oder Dienste arbeiten mit Hausärzten zusammen, um den Zugang zu Memory-Kliniken zu erleichtern und Informationen zu verbreiten. Einige entwickeln oder verwenden Maßnahmen, Werkzeuge oder Informationsmaterial für PmM, wie z. B. den RUDAS als kognitives Screening-Instrument, aber dies geschieht nur auf lokaler Ebene. Es gibt also keinen einheitlichen, kultursensiblen Ansatz zur Diagnostik, um auch die Familien zu unterstützen und in den Prozess einzubeziehen. Normalerweise verwenden die meisten Zentren für PmM die gleichen diagnostischen Verfahren wie für Menschen ohne Migrationshintergrund, d. h. sie verwenden den MMSE und andere Tests, die stark von kulturellen Aspekten beeinflusst sind. So schätzte der Experte ein, dass die bestehenden Angebote nur für Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz geeignet sind.
Der Experte stellte fest, dass es insgesamt entscheidend ist, einen kulturell kompetenten Umgang mit Demenz im Allgemeinen zu entwickeln, und dass es eine Verantwortung gibt, die Versorgung zu verbessern. Dabei geht es nicht nur um die Erfüllung der aktuellen Bedürfnisse von PmM. Im Moment ist das Thema Demenz und Migration ein Randthema, aber es wird allmählich an Bedeutung gewinnen, so dass man in Zukunft mit einem großen Bedarf an solchen Dienstleistungen rechnen muss. Darüber hinaus ist es unerlässlich, Kooperationen zwischen Allgemeinmedizinerinnen und medizinern, anderen medizinischen Fachkräften, spezialisierten Diensten, Religionsgemeinschaften und anderen Organisationen zu schmieden, um das Bewusstsein für das Thema zu schärfen.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Laut dem Experten ist kultursensible Versorgung nicht Teil der beruflichen Qualifikation, und Weiterbildungsmöglichkeiten in interkultureller Versorgung gibt es nur als vereinzelte Initiativen.
Der Anteil an professionellen Pflegekräften

mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung ist nach Aussage des Experten außergewöhnlich hoch. Sie stammen meist aus osteuropäischen Ländern wie Rumänien und der Ukraine, aber auch aus Peru und den Philippinen. Je nach kulturellem Hintergrund variiert die Versorgung, die sie leisten. Zum Beispiel sind professionelle Pflegekräfte aus Peru äußerst sanft und freundlich im Umgang mit Demenzkranken. In der stationären Versorgung ist die Situation sehr ähnlich. Der Anteil an professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund ist hoch. Sie stammen meist aus osteuropäischen Ländern wie der Russischen Föderation, der Ukraine, Rumänien, Sri Lanka, Bangladesch und anderen südasiatischen Ländern sowie aus Südamerika. Doch der Bedarf an kultursensibler Versorgung wird nicht durch ausreichend qualifiziertes Fachpersonal in der stationären und ambulanten Versorgung gedeckt.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Der Experte stellte fest, dass sowohl die Familie als auch Migrantinnen- und Migrantenorganisationen, Religionsgemeinschaften und Versorgungsleister bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Bedeutung sind. Allerdings kann es aufgrund der Heterogenität von PmM zu Unterschieden in ihrer jeweiligen Bedeutung kommen. Zum Beispiel könnten für einige PmM die Religionsgemeinschaften eine wichtigere Quelle der Unterstützung sein als für andere PmM. Aber insgesamt ist die Bedeutung all dieser Netzwerke sehr hoch.
Es gibt große Unterschiede in der Eignung und Nutzung bestehender Angebote zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, da das Gesundheitssystem, wie oben erwähnt, derzeit nicht dafür ausgestattet ist, PmM effektiv zu versorgen. Daher wurde ein sehr hoher Bedarf an spezialisierten Angeboten für PmM erkannt. Der Experte stellte fest, dass es wichtig ist, ein besseres System zur Information und Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in Italien zu entwickeln, unabhängig vom Migrationshintergrund.

8. Quellen

1. Bettin G, Cela E: The evolution of migration flows in Europe and Italy. *Economia Marche / Journal of Applied Economics* 2014, 0(1):37-63.
2. United Nations High Commissioner for Refugees: Mediterranean Situation: Italy. In., 2020 Ausg; 2020.
3. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Italy; 2019.
4. Esri: World Ocean Background; 2010.
5. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
6. Eurostat: Census 2011; 2011.
7. Di Fiandra T: The new Italian National Strategy. In. Herausgegben vom Ministry of Health I. Rome; 2014.
8. Bologna F: National Dementia Plan - the state of the art; 2019.
9. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria: Linee guida per il trattamento nazionale per la demenza in Italia. In., E-Mail-Konversation edn.; 2019.



Kroatien



Einwohnerzahl
4.058.000

Fläche
88.073 km²

Hauptstadt
Zagreb

Drei größten Städte
Zagreb (806.000)
Split (170.000)
Rijeka (117.000)

Nachbarländer
Bosnien Herzegowina, Montenegro, Serbien, Slowenien, Ungarn

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen



1. Migrationsgeschichte

Aufgrund der Zugehörigkeit zur ehemaligen Österreichisch-Ungarischen Monarchie kam zwischen dem 19. und dem Beginn des 20. Jahrhunderts eine große Anzahl von Menschen aus anderen Teilen der Monarchie (Bosnien und Herzegowina, Italien, Österreich, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ukraine und Ungarn) nach Kroatien. Heute stellen die Nachkommen dieser Zugewanderten den Kern der Bevölkerung der ethnischen Minderheiten dar. Zwischen 1918 und 1941 nahm die Zuwanderung aus wirtschaftlich benachteiligten Regionen Bosnien-Herzegowinas zu. Insgesamt war die kroatische Migration bis in die 1970er Jahre durch Zuwanderung aus wirtschaftlich benachteiligten Teilen Jugoslawiens geprägt [1]. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gab es einen Trend zur Einwanderung aus dem Nahen Osten. Nach der gewaltsamen Auflösung Jugoslawiens im Jahr 1991 wanderten viele Menschen aus anderen Teilen des ehemaligen Jugoslawiens nach Kroatien ein. Der EU-Beitritt im Jahr 2013 hat in den letzten Jahren zu einem Anstieg der Zuwanderndenzahlen geführt [2]. Historisch gesehen ist Kroatien ein Auswanderungsland. Die Geschichte der Massenauswanderung begann als Folge der Kriege zwischen den Osmanen und den Habsburgern im 15. und 18. Jahrhundert. Zwischen 1890 und 1914 wanderten etwa 350.000 bis 450.000 Menschen aus, die meisten von ihnen nach Deutschland, Belgien oder Frankreich. Nach dem Zweiten Weltkrieg verließen etwa 250.000 Menschen Kroatien, viele von ihnen nach Übersee (Kanada, Australien, Neuseeland). Während der sozialistischen Periode gab es zwei Phasen der Auswanderung. Die erste Phase, 1946-1963, war hauptsächlich durch illegale Auswanderung nach Italien und Österreich gekennzeichnet. Die zweite Phase, 1964 - Anfang der 1970er Jahre, war gekennzeichnet durch die staatlich geförderte Massenauswanderung von Arbeitern in westeuropäische Länder (hauptsächlich Deutschland). Nach dem Zerfall Jugoslawiens und dem Krieg zwischen 1991 und 1995 folgte die letzte große Auswanderungsphase [1]. In der Vergangenheit war Kroatien durch größere Auswanderungsphasen, aber auch durch Einwanderungsströme aus den Nachbarländern gekennzeichnet. Im Jahr 2013 kamen die größten Gruppen von Zugewanderten aus Bosnien-Herzegowina (499.100), Serbien (118.100), Slowenien (47.800), Montenegro (39.357) und Nordmazedonien (20.677) [3]. Die (im Ausland geborene) Bevölkerung mit Migrationshintergrund (von 674.100 auf 518.000) und der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung (von 14,6 auf 12,5%) sind zwischen 1995 und 2019 leicht zurückgegangen [4]. Die Nettomigrationsrate ist seit den 1990er Jahren negativ und lag 2020 bei -1,9 [5]. Das zeigt, dass Kroatien immer noch ein Land der Auswanderung ist.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

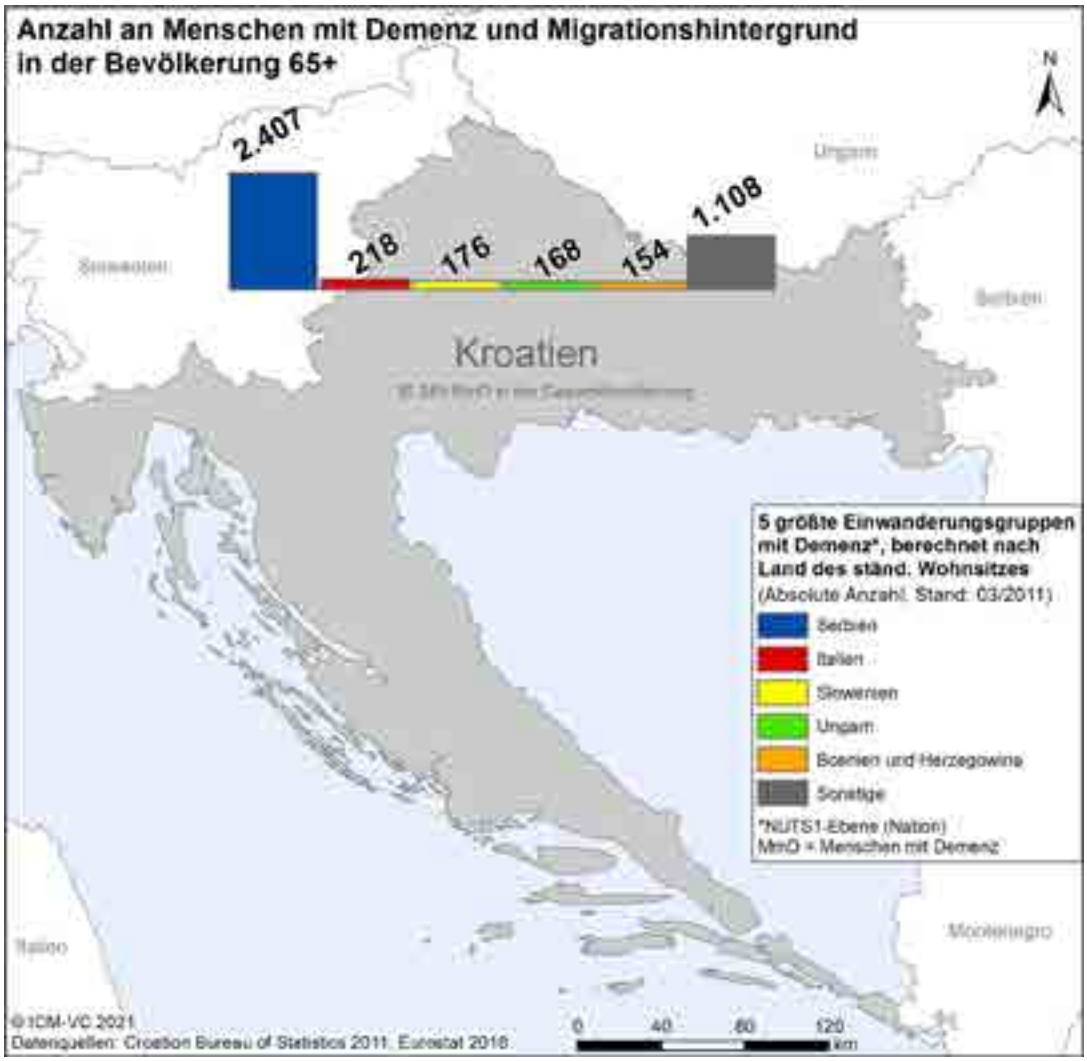


Abb. 3.7.12.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Kroatien - Nation)

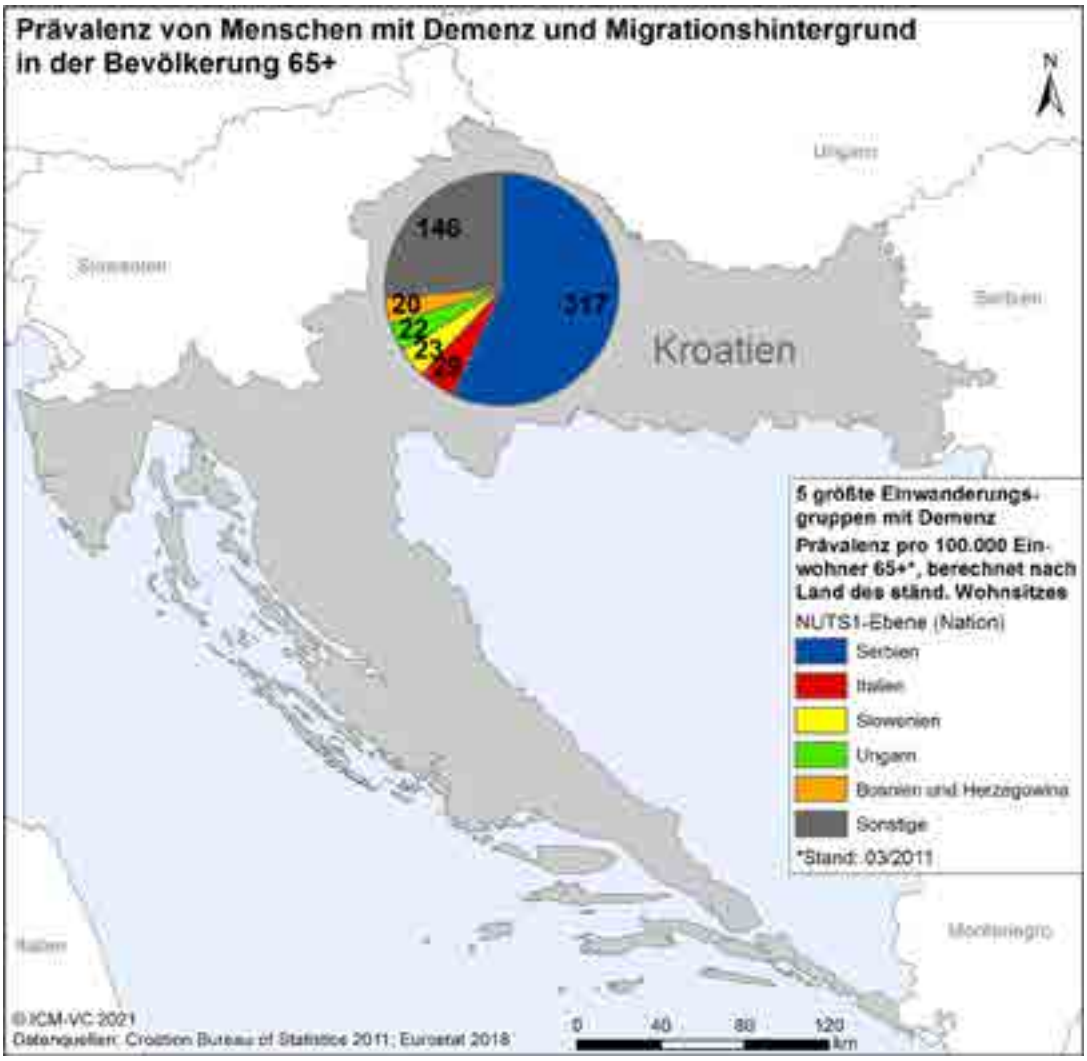


Abb. 3.7.12.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Kroatien - Nation)



Tab. 23: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Kroatien - Nation)

NUTS	Total	HR	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Kroatien	30.345	26.113	XS 2.407	IT 218	SI 176	HU 168	BA 154	1.110
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Kroatien	2.868	-	XS 228	IT 21	SI 17	HU 16	BA 15	103
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Kroatien	4.000	3.442	XS 317	IT 29	SI 23	HU 22	BA 20	145

Quelle: Croatian Bureau of Statistics (2011)

In Kroatien leben 105.800 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 4.200 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.12.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Serbien (ca. 2.400), Italien (ca. 200), Slowenien (ca. 200), Ungarn (ca. 200) und Bosnien und Herzegowina (ca. 200) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Kroatien pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.12.2). Tabelle 23 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [6-8].

3. Nationaler Demenzplan

Für Kroatien konnte kein NDP identifiziert werden [9].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums gibt es in Kroatien keine spezifischen nationalen Leitlinien für die Versorgung von Menschen mit Demenz [10]. Es gibt jedoch klinische Leitlinien für die pharmakologische Behandlung von Demenz aus dem Jahr 2015, die von der Croatian Alzheimer's Alliance und verschiedenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern entwickelt wurden. Dieses Dokument hat einen Umfang von sieben Seiten und befasst sich mit dem Ausgangspunkt für die Entwicklung der Strategie (Epidemiologie der Alzheimer-Krankheit, Verpflichtungen der Republik Kroatien [aus EU- und WHO-Dokumenten], Mission der Croatian Association for Alzheimer's Diesease), dem strategischen Rahmen (Zweck, Hauptziele, Grundsätze der Strategie) und den strategischen Bereichen im Kampf gegen die Alzheimer-Krankheit. Zu den strategischen Bereichen gehören die Früherkennung der Alzheimer-Krankheit, die Verfügbarkeit von Behandlungen wie Antidementiva

und anderen Psychopharmaka, die Unterstützung von Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Alzheimer-Krankheit, der Zugang zu Sozialleistungen und -diensten, die Entwicklung einer systematischen Unterstützung für Patienten mit Alzheimer-Krankheit und ihre Familien/informellen Betreuungspersonen, eine ausgewogene regionale Entwicklung von Diagnosezentren und Behandlung der Alzheimer-Krankheit, die Entwicklung von Palliativpflege für Menschen mit Demenz und Entstigmatisierung. Die Leitlinien beziehen sich nicht auf die Migration [11].

5. Quellen

1. Mlinarić D, Bara M, Gregurović S, Župarić-Iljić D, Kuti S: Croatian migration history and the challenges of migrations today. [https://aemi.eu/croatian-migration-history-and-the-challenges-of-migrations-today/]. (2015). Abgerufen am 14. April 2020.
2. Knezović S, Grošinić M: Migration trends in croatia. In. Herausgegeben von der Hanns-Seidel-Stiftung. Zagreb; 2017.
3. United Nations: Migration Profiles: Croatia; 2013.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Croatia; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Croatia; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Croatian Bureau of Statistics: Census of Population, Households and Dwellings 2011, Population by Citizenship, Ethnicity, Religion and Mother Tongue. In. Zagreb: Croatian Bureau of Statistics; 2011.
9. Alzheimer Europe. National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
10. Ministry of Health Croatia: Nacionalne smjernice za lijecenje demencije, upitodgovor In., E-Mail-Konverstation edn.; 2019.
11. Mimica N, Kušan Jukić M, Presečki P, Ivičić M, Braš M, Vrbić L, Boban M, Pivac N, Brinar P, Vuksan-Ćusa B *et al*: Hrvatska strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti i drugih demencija - prijedlog nacrta uz nadopune. *Medix* 2015, XXI:111-118.



Lettland



Einwohnerzahl
1.908.000

Fläche
63.290 km²

Hauptstadt
Riga

Drei größten Städte
Riga (627.000)
Daugavpils (82.000)
Liepaja (69.000)

Nachbarländer
Belarus, Estland, Litauen, Russische Föderation

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Die Migrationsgeschichte Lettlands ist geprägt von großen Ein- und Auswanderungsphasen (vor allem in und aus der Russischen Föderation). Die ersten größeren Gruppen von Menschen aus der Russischen Föderation kamen im 18. Jahrhundert nach Lettland. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wuchs die Bevölkerung aus der Russischen Föderation auf 200.000 [1]. Während des Ersten Weltkrieges flohen etwa 400.000 Menschen in die Russische Föderation [2]. Nach dem Friedensvertrag mit der Russischen Föderation im Jahr 1918 kehrten fast 300.000 Menschen aus der Russischen Föderation zurück [3]. Während des Zweiten Weltkrieges flohen 200.000 Menschen in Richtung Westen und Deutschland. Parallel dazu begann im Jahr 1940 ein großer Zustrom von Menschen aus der Russischen Föderation. Zwischen 1945 und 1959 wanderten etwa 400.000 Menschen aus der Russischen Föderation und 100.000 Menschen anderer ethnischer Minderheiten nach Lettland ein (gleichzeitig wurden mindestens 60.500 in Lettland geborene Menschen vertrieben) [2]. Die Zuwanderung aus der Russischen Föderation blieb bis in die 1980er Jahre hoch. Im Jahr 1989 betrug der Anteil der ethnischen Minderheiten an der Gesamtbevölkerung 48%. Infolge der Unabhängigkeitserklärung am 4. Mai 1990 und des Zusammenbruchs der Sowjetunion 1990/1991 nahm Lettland über eine halbe Million Immigrantinnen und Immigranten (darunter ganze Familien) aus der Sowjetunion auf. Danach ging die Zahl der Ein- und Auswandernden deutlich zurück. Gleichzeitig hat sich Lettland von einem Land mit positivem Wanderungssaldo (bis 1990) zu einem Land mit einem negativen Wanderungssaldo (seit 1991) entwickelt [3]. Zwischen 1990 und 2019 sank die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) von 646.000 auf 237.300, und der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung fiel von 24,2 auf 12,4% [4]. Lettland hat sich von einem Einwanderungsland zu einem Auswanderungsland entwickelt. Vor allem nach dem EU-Beitritt im Jahr 2004 hat sich die Auswanderung beschleunigt [3]. Ab 2020 liegt die Nettomigrationsrate bei -7,6 [5]. Allerdings lebt in Lettland immer noch eine große Anzahl von Menschen, die aus der Russischen Föderation stammen und etwa ein Viertel der Bevölkerung ausmachen (Stand 2016) [1]. Es gibt auch kleine Populationen von Menschen aus Belarus, der Ukraine, Polen und Litauen. Insgesamt spricht ein Drittel der Bevölkerung Russisch [6].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

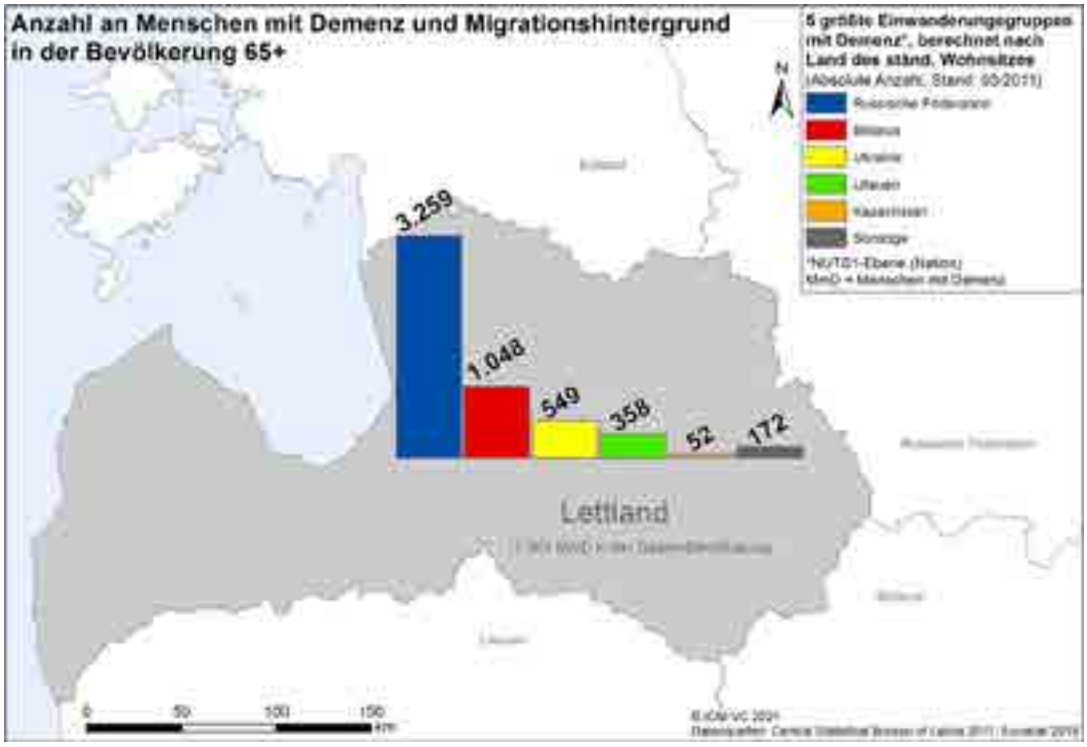


Abb. 3.7.13.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Lettland - Nation)

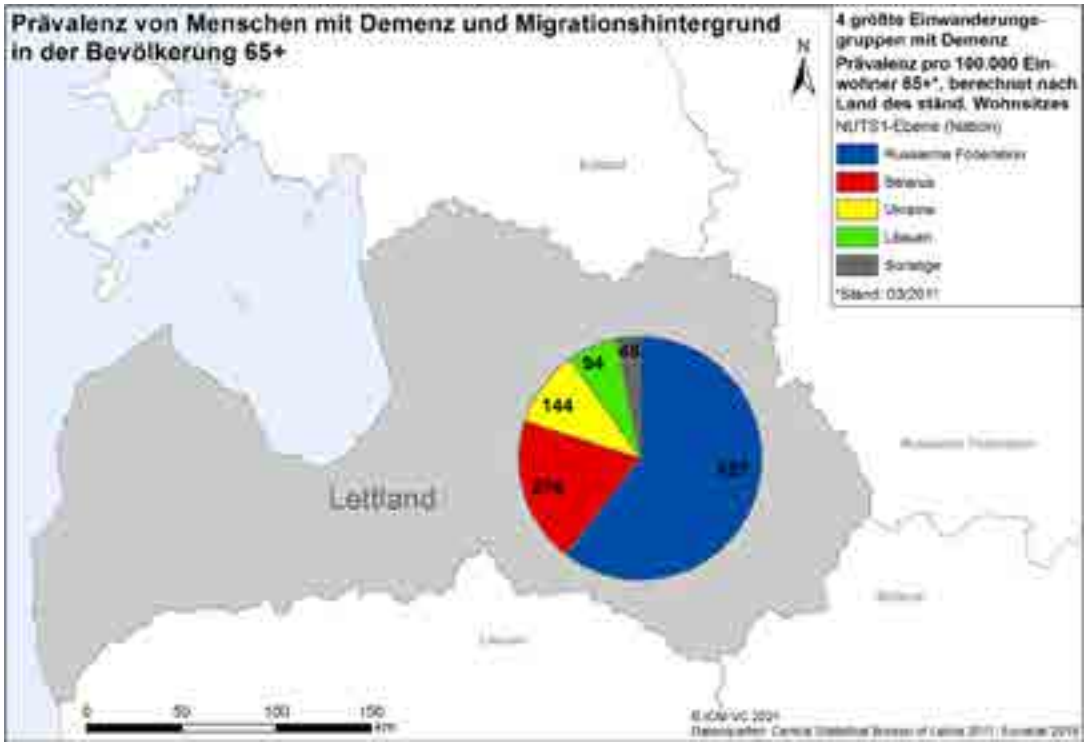


Abb. 3.7.13.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Lettland - Nation)

Tab. 24: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Lettland - Nation)

NUTS	Total	LV	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Lettland	17.501	12.064	RU 3.259	BY 1.048	UA 549	LT 358	KZ 52	172
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Lettland	1.481	-	RU 276	BY 89	UA 46	LT 30	KZ 4	15
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Lettland	4.600	3.171	RU 857	BY 275	UA 144	LT 94	KZ 14	45

Quelle: Central Statistical Bureau of Latvia (2011)

In Lettland leben 118.200 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 5.400 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.13.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Russischen Föderation (ca. 3.300), Belarus (ca. 1.100), der Ukraine (ca. 600), Litauen (ca. 400) und Kasachstan (ca. 50) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Lettland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.13.2). Tabelle 24 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [7-9].

3. Nationaler Demenzplan

Für Lettland konnte kein NDP identifiziert werden [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

In Lettland wurde ein Dokument mit Behandlungsleitlinien veröffentlicht: die „Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas“ („Klinische Leitlinie für Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz und frontotemporale Demenz“) im Jahr 2017. Dieses Dokument hat 162 Seiten. Es behandelt zwei Hauptthemen: 1. die häufigsten Formen der Demenz und 2. die Eigenschaften und Wirkungen von Medikamenten zur Behandlung neurodegenerativer Demenzen. Im Hinblick auf das erste Thema werden Ätiologie, Risikofaktoren, Prognose, klinisches Bild, diagnostische Kriterien, Diagnose, Prävention und Behandlung jeder Form der Demenz diskutiert. Beim zweiten Thema liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung von Gedächtnisstörungen, neuropsychiatrischen Erkrankungen, dem Parkinson-Syndrom und Schlafstörungen. In keinem dieser Themen werden migrationsbezogene Fragestellungen angesprochen [11].

5. Quellen

1. Minority Rights Group International: Latvia: Russians. [https://minorityrights.org/minorities/russians-4/]. (2018). Abgerufen am 22. April 2020.
2. Rozenberga IG, Zirnite M: Oral History: Migration and Local Identities. In: *Conference at the University of Latvia.* Riga; 2008.
3. SPLASH-db.eu: Policy: „Migration Policies: Latvia" In., 2015 edn.; 2015.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of population at mid-year 2019: Latvia; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Latvia; 2019.
6. Smogorzewski KM, Stranga A, Misiunas RJ, Bater JH, Spekke A, Gulyans PV: Latvia. In: *Britannica.* 2020.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Central Statistical Bureau of Latvia: Population and Housing Census 2011. In. Rīga: Central Statistical Bureau of Latvia 2011.
10. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Aufgerufen am 01. Juni 2019.
11. Latvian Association of Neurodegenerative Diseases: Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas. In. Riga; 2017.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Central Statistical Bureau of Latvia: Population and Housing Census 2011. In. Rīga: Central Statistical Bureau of Latvia 2011.
10. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Accesed 01 Jun 2019.
11. Latvian Association of Neurodegenerative Diseases: Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas. In. Riga; 2017.



Liechtenstein



Einwohnerzahl
39.000

Fläche
160 km²

Hauptstadt
Vaduz

Drei größten Städte
Schaan (6.000)
Vaduz (6.000)
Triesen (5.000)

Nachbarländer
Österreich, Schweiz

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Liechtenstein hat sich innerhalb weniger Jahre von einem Auswanderungs- zu einem Einwanderungsland entwickelt. Im 19. Jahrhundert gab es mehrere Auswanderungsphasen, bei denen Teile der Bevölkerung aufgrund von Armut und Perspektivlosigkeit nach Amerika auswanderten. Die Auswanderung hielt bis in die 1920er Jahre an. In den 1930er Jahren wurden vor allem Staatsangehörige aus Deutschland eingebürgert. Danach führte die Industrialisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu einer allmählichen Zuwanderung aus der Schweiz [1]. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Liechtenstein aufgrund des wirtschaftlichen Aufschwungs zu einem Einwanderungsland [2]. Der steigende Bedarf an Fachkräften wurde weitgehend durch Zuwanderung aus dem deutschsprachigen Raum gedeckt. Für weniger qualifizierte Jobs wurden Menschen aus südeuropäischen Ländern wie Italien, Spanien oder Portugal angeworben. Nach 1963 wurden die überwiegend saisonalen Arbeitskräfte aus Italien zunehmend durch Gastarbeitende aus Jugoslawien ersetzt, deren Zahl sich zwischen 1973 und 1980 mehr als verdreifachte. Seit 1980 haben die politischen, sozialen, territorialen und wirtschaftlichen Veränderungen in Europa zu einem verstärkten Zustrom von Zuwandernden aus Ost- und Südosteuropa, einschließlich der Türkei, geführt [1]. Zwischen 1990 und 2019 hat sich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) mehr als verdoppelt (von 10.900 auf 25.500). Gleichzeitig ist der Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung von 37,9 auf 67% angestiegen. Dies ist das höchste Wachstum unter allen Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs und das fünfthöchste weltweit [3]. Gemäß der Bevölkerungsstatistik des Amtes für Statistik des Fürstentums Liechtenstein betrug der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer mit nicht-liechtensteinischer Staatsangehörigkeit an der gesamten ständigen Bevölkerung Liechtensteins im Jahr 2019 34,2%. Die größten Gruppen von Zugewanderten kommen aus der Schweiz (3.700), Österreich (2.300), Deutschland (1.700), Italien (1.200), Portugal (700) und der Türkei (600) [4]. Die große Bedeutung der Migration in Liechtenstein ergibt sich aus der wirtschaftlichen Lage des Landes, den global agierenden Unternehmen, der hohen Anzahl an Beschäftigten (insbesondere Zugewanderte), den Schwankungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung (Zu- und Abwanderung sowie Einbürgerung von Ausländerinnen und Ausländern, hohe Mobilität von Personen zwischen den Staaten) und den multinationalen Identitäten vieler Bürgerinnen und Bürger. Quantitativ spielt die Familienzusammenführung von Migrantinnen und Migranten und die Heiratsmigration die wichtigste Rolle bei der Zuwanderung [2].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

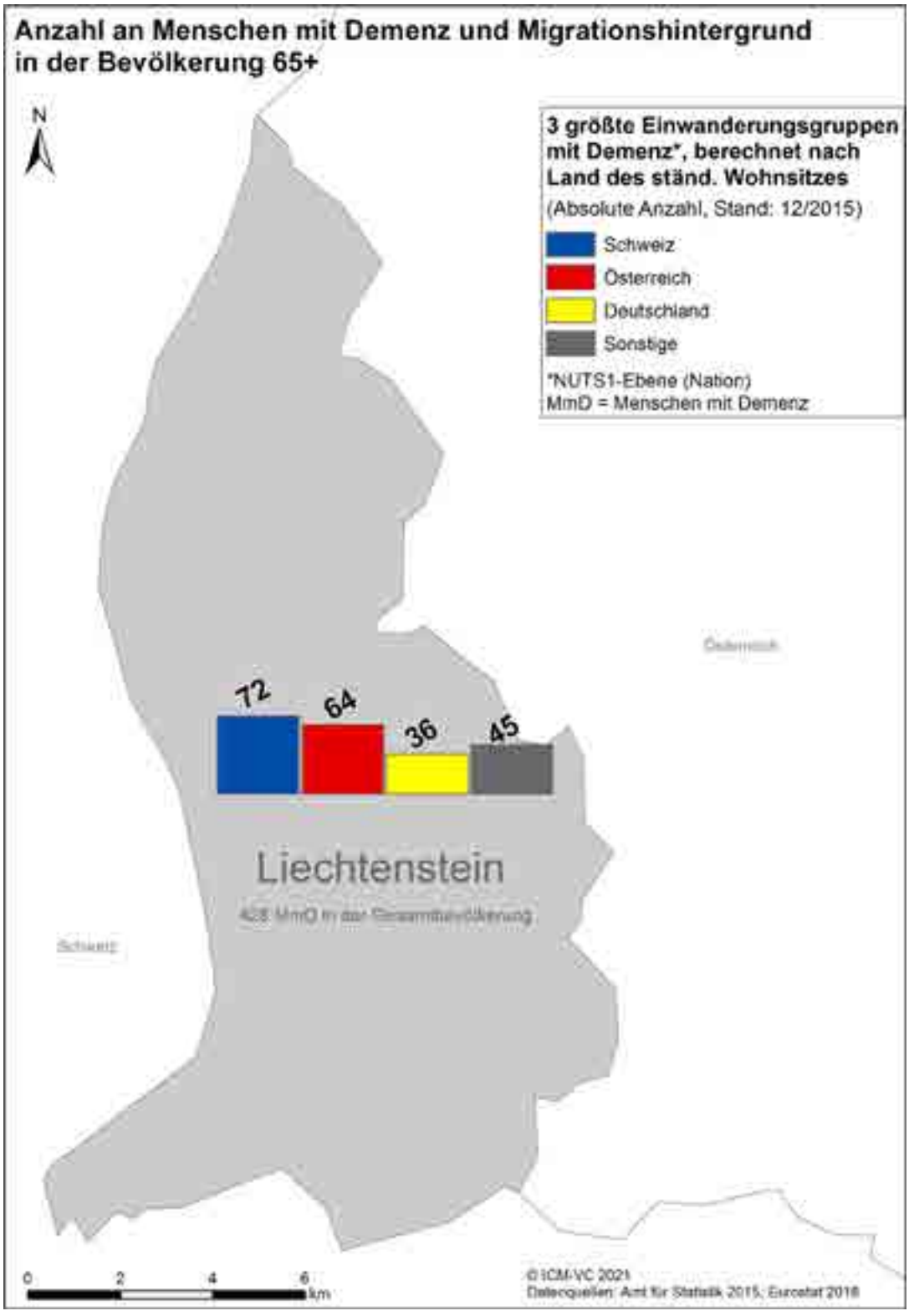


Abb. 3.7.14.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Liechtenstein - Nation)

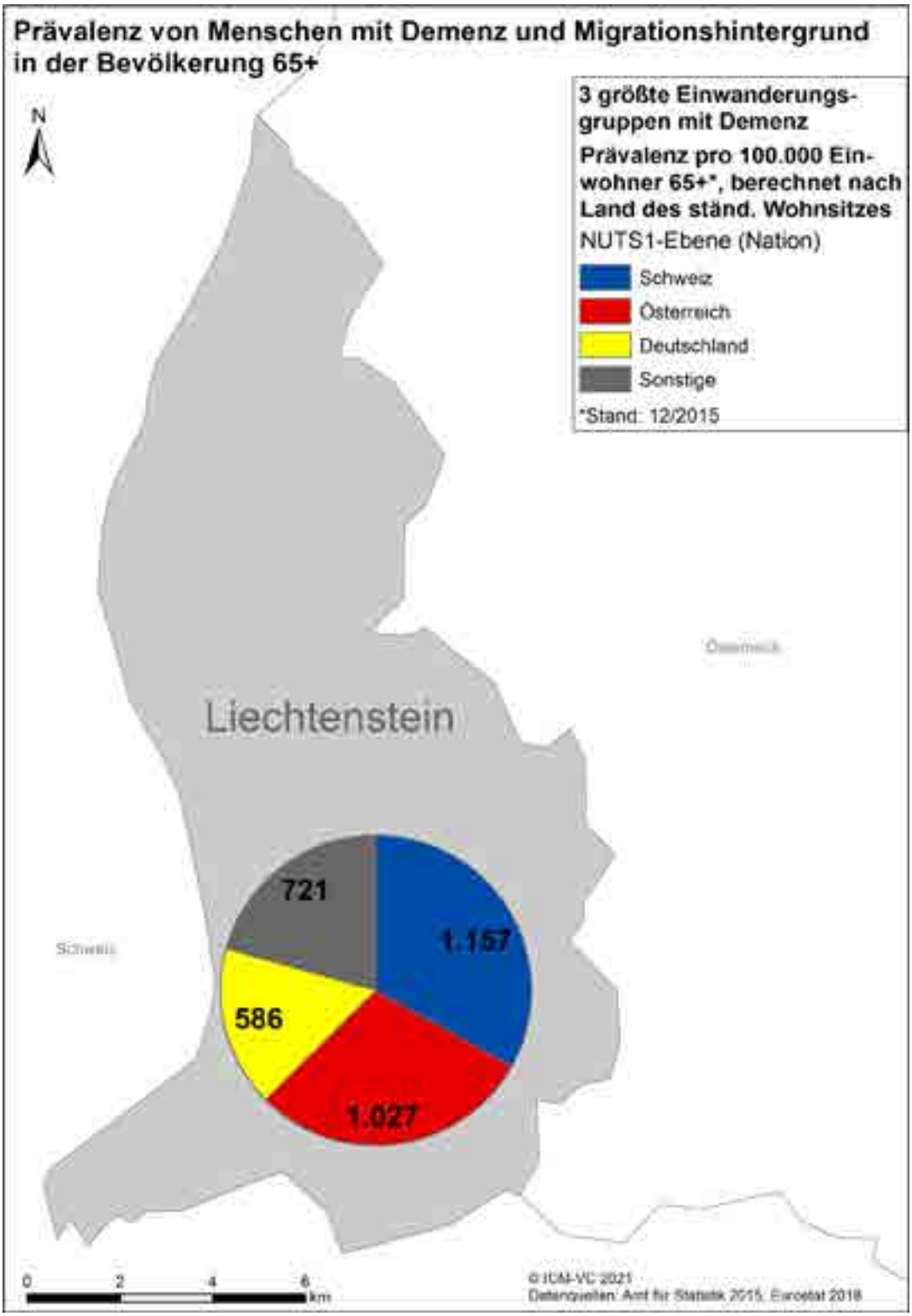


Abb. 3.7.14.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Liechtenstein - Nation)



Tab. 25: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Liechtenstein - Nation)

NUTS	Total	LI	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Liechtenstein	428	211	CH 72	AT 64	DE 36	N/A	N/A	45
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Liechtenstein	1.364	-	CH 229	AT 203	DE 116	N/A	N/A	143
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Liechtenstein	6.900	3.409	CH 1.156	AT 1.027	DE 585	N/A	N/A	721

Anmerkung : N/A = nicht verfügbar.
Quelle: Amt für Statistik (2015)

In Liechtenstein leben 3.100 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen ca. 200 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.14.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Schweiz (ca. 70), Österreich (ca. 60) und Deutschland (ca. 40) stammen. Die zweite Grafik beleuchtet die Anzahl der PmM mit Demenz in Liechtenstein pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter (Abbildung 3.7.14.2). Tabelle 25 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [5, 6].

3. Nationaler Demenzplan

Die „Demenzstrategie für das Fürstentum Liechtenstein“ aus dem Jahr 2012 hat einen Umfang von 36 Seiten. Dieses Dokument ist in vier Kapitel unterteilt: 1. „Demenz: Ein Überblick“, 2. „Gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung von Demenz“, 3. „Demenz in Liechtenstein: Ist-Situation“, 4. „Ziele der Demenzstrategie 2020“. Es behandelt u.a. die Themen: Was ist Demenz? Demenzformen, Diagnose, Anforderungen bei Demenz, Behandlungslücke, Kosten durch Demenz, künftige Herausforderungen, derzeitige Versorgungsstruktur in Liechtenstein, Situation pflegender Angehöriger, Qualitätsstandards, die sechs Handlungsfelder der Demenzstrategie (1. Sensibilisierung, 2. Früherkennung, 3. Aus-, Fort- und Weiterbildung, 4. Angebote, 5. Kooperation und Vernetzung, 6. pflegende Angehörige) sowie die Umsetzung und Finanzierung der Demenzstrategie. Keines der oben genannten Themen wird in einen Migrationskontext gesetzt [7].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Nach Aussage des Experten gibt es keine Behandlungs- und Pflegeleitlinien für Demenz auf nationaler Ebene. Während zwei Träger beauftragt wurden, Pflegeleistungen für ältere stationäre Patientinnen und Patienten zu erbringen, hat der „Verein für Menschen mit Demenz in Liechtenstein" einen stillschweigenden Auftrag des Staates, Menschen mit Demenz, die Zuhause leben, zu betreuen [8]. Das Thema Migration bleibt in den Statuten dieses Vereins (aus dem Jahr 2016) unberücksichtigt [9].

Die folgenden Abschnitte zu Angeboten und Informationen für PmM mit Demenz, professioneller Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und schriftlichen Angaben und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Experten wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Nach Aussage eines Experten spielt das Thema Migration im Zusammenhang mit Alter und Demenz keine große Rolle in Liechtenstein. Obwohl es einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund gibt, kommt die Mehrheit von ihnen aus dem deutschsprachigen Raum. Die Bevölkerungsgruppe der nicht-deutschsprachigen PmM, die sich in einem für die Demenzversorgung relevanten Alter befinden, ist extrem klein. In Liechtenstein werden ihre Fälle als Einzelfälle behandelt. Der Experte arbeitet z. B. oft in Pflegeheimen und kennt keine türkischsprachigen Bewohnerinnen und Bewohner und nur etwa eine Handvoll aus Italien.

Bei der Versorgung von PmM mit Demenz wird ein integratives Modell angewendet. Aufgrund der geringen Gesamtbevölkerung (ca. 38.400 im Jahr 2020 [10]) besteht in Liechtenstein eine relativ hohe soziale Kontrolle und durch eine umfangreiche Aufklärungsarbeit (z. B. durch den Verein für Menschen mit Demenz in Liechtenstein) eine hohe Sensibilität für das Thema Demenz. Demenzspezifische Informationen und Gesundheitsdienste sind landesweit verfügbar. Zum Beispiel werden alle Haushalte mit demenzspezifischen Informationsflyern versorgt. Diese nationale Verfügbarkeit von Dienstleistungen gilt nach Ansicht der Experten grundsätzlich auch für PmM. Allerdings gibt es keine speziell auf die Bedürfnisse von PmM mit Demenz zugeschnittenen Betreuungsangebote und die Informationen sind nur in deutscher Sprache verfügbar (im Gesundheitskontext gibt es keine mehrsprachige Website und keine fremdsprachigen Informationsbroschüren zum Thema Demenz). Aufgrund eines relativ hohen Migrationsanteils in der Versorgung und einer hohen Diversität hinsichtlich der Herkunftsländer des Pflegepersonals (nach Schätzung des Experten ca. zehn verschiedene Nationalitäten) sind sprachliche und kulturelle Kompetenzen zwar grundsätzlich vorhanden, werden aber derzeit nicht systematisch angewandt bzw. für die Entwicklung spezialisierter Versorgungsangebote für PmM genutzt.

Der Experte erwähnte ein nicht demenzspezifisches allgemeines Modell guter Praxis. Es zeichnet sich dadurch aus, dass die Leis-

tungserbringenden in Liechtenstein über die zeitlichen und finanziellen Ressourcen verfügen, sich intensiv mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten zu beschäftigen und deren individuellen Bedürfnisse zu erkennen. Diese Ressourcen werden z. B. genutzt, um den Sprachbedarf von PmM zu ermitteln und ggf. kompetente Übersetzerinnen und Übersetzer hinzuzuziehen. Darüber hinaus haben Migrantinnen Zugang zur Informations- und Beratungsstelle für Frauen „Infra", die im Rahmen des staatlich geförderten Projekts „Integra" Informationsveranstaltungen zu Themen wie Arbeit, Eherecht, Finanzen und Gesundheit anbietet. Bei Bedarf werden Übersetzungen in Spanisch, Portugiesisch, Englisch, Tibetisch und Türkisch organisiert [11]. Darüber hinaus wird eine kostenlose Einzelberatung in der jeweiligen Muttersprache angeboten [12] und ein Schreib-Lese-Service, der fremdsprachigen Frauen hilft, offizielle Briefe zu verstehen, zu lesen oder zu schreiben oder Formulare auszufüllen [13].

Nach Angabe eines weiteren Experten sind die bestehenden Versorgungsangebote in Liechtenstein für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund mit Demenz geeignet. Obwohl kulturelles Wissen nicht immer vorhanden ist, wird in Pflegeheimen eine personenzentrierte Versorgung geleistet, bei der das Pflegepersonal auf den kulturellen und biografischen Hintergrund der einzelnen Personen eingeht.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Nach Aussage des ersten Experten besteht ein Mangel an Ausbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte im Gesundheitswesen im Bereich der kultursensiblen oder interkulturellen Versorgung (der befragte Experte hat in seiner 30-jährigen Tätigkeit nur an einer interkulturellen Schulung teilgenommen). Der zweite Experte wies jedoch darauf hin, dass kultursensible Themen Teil der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften sind. In Liechtenstein gibt es einen hohen Anteil an Zugewanderten unter den professionellen Pflegekräften. Nach Auffassung des zweiten Experten beträgt der Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Bereich der stationären Versorgung circa 60%. Die Mehrheit dieser Pflegekräfte kommt aus deutschsprachigen Ländern (Deutschland, Schweiz und Österreich). Der befragte Experte schätzte den Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aus nicht deutschsprachigen Ländern in der stationären Versorgung auf 5 bis 10%. In der ambulanten Versorgung ist seiner Erfahrung nach die Vielfalt in Bezug auf die Herkunftsländer etwas höher. Dort liegt der Anteil an Pflegekräften mit Migrationshintergrund aus dem nicht-deutschsprachigen Raum bei etwa 10 bis 15%. Die Hauptherkunftsländer sind Italien, Portugal und Spanien. Eine Reihe von (weiblichen) Pflegekräften in der ambulanten Versorgung stammt auch aus Südamerika (Brasilien, Ecuador, Costa Rica), Thailand und den Philippinen. Der Bedarf an kultursensibler Versorgung wird (weder in der ambulanten noch in der stationären Versorgung) durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Laut dem Experten spielen verschiedene Netzwerke in Liechtenstein eine Rolle bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz. Der Experte schätzte die Bedeutung von Familien in diesem Zusammenhang als sehr hoch und die Bedeutung von Versorgungsanbietenden und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen als hoch ein. Der Bedarf an spezialisierten Angeboten, die Unterstützung und Informationen für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz anbieten, wurde ebenfalls als hoch eingestuft. Derzeit fehlt es noch an maßgeschneiderten, muttersprachlichen Informationsquellen für Pflegende von PmM mit Demenz.

8. Quellen

1. Marxer W: Migration und Integration: Geschichte - Probleme - Perspektiven In: *Studie zuhanden der NGO-Arbeitsgruppe „Integration".* Liechtenstein-Institut; 2007.
2. Marxer W: Migration: Fakten und Analysen zu Liechtenstein. In: Liechtenstein-Institut; 2012.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Liechtenstein; 2019.
4. Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein: Bevölkerungsstatistik. In: *Vorläufige Ergebnisse 31. Dezember 2019.* Vaduz; 2020.
5. Office of Statistics: Volkszählung. In. Vaduz: Office of Statistics; 2015.
6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Regierung des Fürstentums Liechtenstein: Demenzstrategie für das Fürstentum Liechtenstein. In. Herausgegeben vom Ressort Soziales und Gesundheit; 2012.
8. Verein für Menschen mit Demenz in Liechtenstein: Nationale Behandlungsrichtlinien für Demenz Liechtenstein. In., E-Mail-Gespräch Ausg; 2019.
9. Verein für Menschen mit Demenz: Statuten: Verein für Menschen mit Demenz in Liechtenstein. In. Liechtenstein; 2016.
10. Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein: Liechtenstein in Zahlen 2020. 2020.
11. Infra Informations- und Beratungsstelle für Frauen. Integra für Migrantinnen: Informationsveranstaltungen. [https://www.infra.li/Themen/integrafürMigrantinnen/Informationsveranstaltungen.aspx]. (2020). Abgerufen am 01. Oktober 2020.
12. Infra Informations- und Beratungsstelle für Frauen. Einzelberatungen: Beratungen von Migrantinnen für Migrantinnen [https://www.infra.li/Themen/integrafürMigrantinnen/Einzelberatungen.aspx]. (2020) Abgerufen am 01. Oktober 2020.
13. Infra Informations- und Beratungsstelle für Frauen. Integra für Migrantinnen: Schreib-Lese-Service [https://www.infra.li/Themen/integrafürMigrantinnen/SchreibLeseService.aspx]. (2020). Abgerufen am 01. Oktober 2020.



Litauen



Einwohnerzahl
2.794.000

Fläche
62.643 km²

Hauptstadt
Vilnius

Drei größten Städte
Vilnius (559.000)
Kaunas (293.000)
Klaipeda (149.000)

Nachbarländer
Belarus, Lettland, Polen, Russische Föderation (Oblast Kaliningrad)

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Litauen hat keine lange Migrationsgeschichte. Der Balkanstaat hat sich von einem Land mit positivem Wanderungssaldo (zwischen den 1960er und 1980er Jahren) zu einem Auswanderungsland (seit den 1990er Jahren) entwickelt. Von 1940 bis 1958 verlor Litauen etwa eine Million Menschen durch Vertreibung, Kriegshandlungen und den Holocaust. Das Ende des Zweiten Weltkrieges war geprägt von der Vertreibung der Baltendeutschen und der Umsiedlung von Volksgruppen aus der Sowjetunion. Dann führte die Industrialisierung zu einem Zustrom von Arbeitskräften aus der Sowjetunion. Bis Ende der 1980er Jahre hatte Litauen einen positiven Wanderungssaldo von 6.000 bis 8.000 Personen pro Jahr. Nach 1991 änderten sich die Migrationsmuster. Zuvor aus Litauen vertriebene Menschen kehrten in ihre Heimat zurück und die neu angesiedelten ethnischen Gruppen verließen das Land. Nach der Öffnung des Staates nach Westen begann die Auswanderung von Arbeitskräften. Seit der Wiederherstellung der Unabhängigkeit im Jahr 1990 hat Litauen einen erheblichen Bevölkerungsrückgang erlebt. In den ersten Jahren nach der Unabhängigkeitserklärung wanderten vor allem Angehörige ethnischer Minderheiten in die Russische Föderation und die Ukraine aus. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre kam es zu einer verstärkten Auswanderung nach Westeuropa und Nordamerika. Mit dem EU-Beitritt im Jahr 2004 stieg die Zahl der Menschen aus Litauen, die im Ausland arbeiten oder studieren, deutlich an. Zwischen 2004 und 2006 verließen die meisten Menschen das Land in Richtung Vereinigtes Königreich, Schweden und Irland. Seit 1990 hat Litauen einen negativen Wanderungssaldo [1]. Im Jahr 2013 stellten Menschen aus der Russischen Föderation (62.100), Belarus (35.700), der Ukraine (13.300), Lettland (6.400) und Kasachstan (5.400) die größten Gruppen von Zugewanderten dar [2]. Zwischen 1990 und 2019 ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) von knapp 350.000 auf 117.200 gesunken. Der Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung ist von 9,4 auf 4,2% gesunken [3]. Ab 2020 liegt die Nettomigrationsrate bei -11,6 [4]. Diese Zahlen zeigen, dass Litauen eine deutlich kleinere Migrationsbevölkerung hat als die anderen baltischen Staaten [1].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

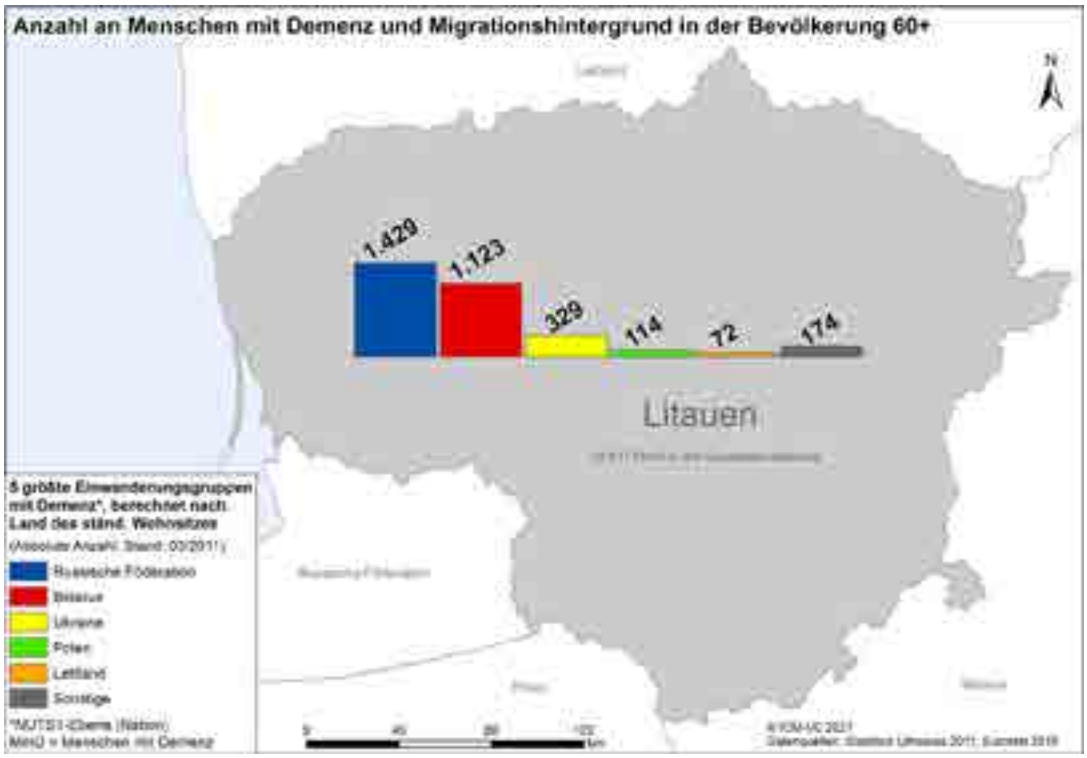


Abb. 3.7.15.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Litauen - Nation)

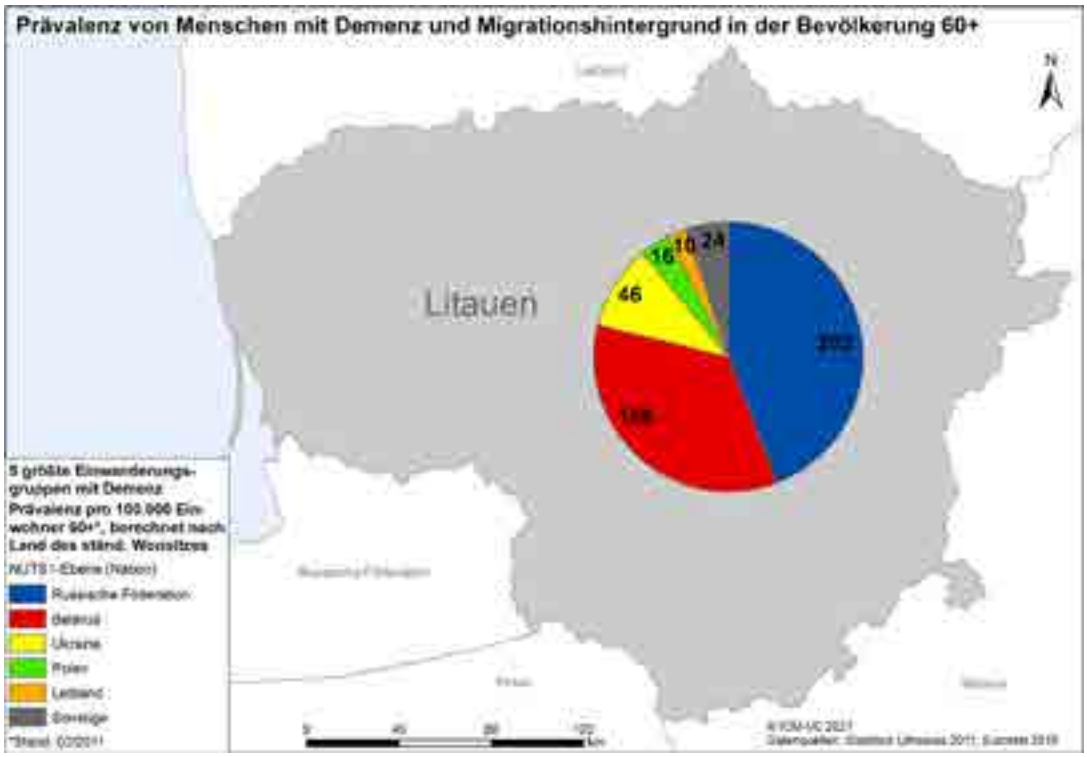


Abb. 3.7.15.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Litauen - Nation)

Tab. 26: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Litauen - Nation)

NUTS	Total	LT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Litauen	32.617	29.376	RU 1.429	BY 1.123	UA 329	PL 114	LV 72	174
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 60+								
Litauen	4.629	-	RU 203	BY 159	UA 47	PL 16	LV 10	25
Prävalenz/100.000 Personen 60+								
Litauen	4.600	4.143	RU 202	BY 158	UA 46	PL 16	LV 10	24

Quelle: Statistics Lithuania (2011)

In Litauen leben 70.500 PmM, die 60 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise 3.200 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.15.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Russischen Föderation (ca. 1.400), Belarus (ca. 1.100), der Ukraine (ca. 300), Polen (ca. 100) und Lettland (ca. 70) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Litauen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 60 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.15.2). Tabelle 26 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [5-7].

3. Nationaler Demenzplan

Für Litauen konnte kein NDP identifiziert werden [8].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Laut einem Angehörigen des Gesundheitsministeriums gibt es in Litauen keine nationalen Behandlungsleitlinien für Demenz [9]. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Thema Demenz in der öffentlichen Politik und im medizinischen Diskurs in Litauen keine relevante Rolle spielt. Hinsichtlich der Organisation des Gesundheitswesens kann festgestellt werden, dass Litauen ein gemischtes Gesundheitssystem hat, das hauptsächlich durch den Nationalen Krankenversicherungsfonds über ein Pflichtversicherungssystem finanziert wird, ergänzt durch erhebliche staatliche Beiträge im Namen der wirtschaftlich nicht aktiven Bevölkerung. Die meisten Gesundheitseinrichtungen in Litauen sind gemeinnützige Organisationen. Die Verwaltungsfunktionen liegen in der Verantwortung des nationalen Gesundheitsministeriums oder der lokalen Gemeinden. Die politische Agenda wird vom Parlament durch

Gesetzesänderungen sowie durch staatliche Programme, Strategien und Pläne festgelegt. Die jüngsten Kürzungen der öffentlichen Gesundheitsausgaben und die hohen Zuzahlungen (insbesondere für Medikamente) könnten den Zugang vulnerabler Gruppen zur Gesundheitsversorgung gefährden [10].

5. Quellen

1. Brake B: Country Profile Lithuania. In. Herausgegeben vom Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 7; 2007.
2. United Nations: Migration Profiles: Lithuania; 2013.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019; 2019.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Lithuania; 2019.
5. Esri: World Ocean Background; 2010.
6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Statistics Lithuania: 2011 Population and Housing Census of the Republic of Lithuania. In. Vilnius: Statistics Lithuania; 2011.
8. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
9. Ministry of Health of the Republic of Lithuania: National treatment guidelines for dementia. In., E-Mail-Konversation edn.; 2019.
10. Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M: Lithuania: health system review. *Health Syst Transit* 2013, 15(2):1-150. Census of the Republic of Lithuania. In. Vilnius: Statistics Lithuania; 2011.
8. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Accessed 01 Jun 2019.
9. Ministry of Health of the Republic of Lithuania: National treatment guidelines for dementia. In., E-Mail conversation edn; 2019.
10. Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M: Lithuania: health system review. *Health Syst Transit* 2013, 15(2):1-150.



Luxemburg



Einwohnerzahl
626.000

Fläche
2.586 km²

Hauptstadt
Luxemburg (Stadt)

Drei größten Städte
Luxemburg (Stadt) (122.000)
Esch-sur-Alzette (36.000)
Differdange (27,000)

Nachbarländer
Belgien, Deutschland, Frankreich

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Zwischen 1840 und 1870 wanderten etwa 72.000 Menschen aus Luxemburg aus. Nach der Entdeckung von Eisenmineralvorkommen Ende des 19. Jahrhunderts kam eine große Anzahl ausländischer Arbeitskräfte (hauptsächlich aus Italien und Deutschland) ins Land. Im 20. Jahrhundert setzte sich diese Entwicklung fort und es wurden vor allem weiße, katholische und europäische Einwandernde (hauptsächlich aus Italien und Portugal) aufgenommen. Ab Mitte der 1980er Jahre nahm die Zuwanderung nach Luxemburg deutlich zu [1]. Zu Beginn der 1990er Jahre nahm Luxemburg über 2.000 Asylsuchende auf, die meisten von ihnen aus Bosnien. Während des Kosovo-Krieges (1998/1999) wurden in Luxemburg 5.300 Asylanträge gestellt, von denen nur 4% angenommen wurden. Als Ergebnis einer von der luxemburgischen Regierung im Jahr 2001 durchgeführten Kampagne zur Legalisierung von Asylsuchenden wurden 2.850 Personen als legal Zugewanderte aufgenommen. Die meisten von ihnen kamen aus dem ehemaligen Jugoslawien [2]. In der Zeit nach dem Kosovo-Krieg kamen die meisten Zuwandernden aus anderen EU-Ländern. Im Jahr 2017 stellten z. B. Menschen aus Frankreich, Portugal und Italien die größten Gruppen von Zugewanderten dar [3]. Die Zuwanderung nach Luxemburg wird historisch und aktuell von Strömen aus anderen europäischen Ländern bestimmt. Im Jahr 2015 lag der Anteil der Zuwandernden aus europäischen Ländern bei ca. 85% [1]. Nach Herkunftsland sind Menschen aus Portugal die größte Migrationsgruppe (16% aller Ausländer), gefolgt von Frankreich (7,6%), Italien (3,6%), Belgien (3,4%) und Deutschland (2,1%) [3]. Die luxemburgische Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) hat sich zwischen 1990 und 2019 mehr als verdoppelt (von 113.800 auf 291.700). Gleichzeitig ist auch der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung deutlich angestiegen (von 29,8 auf 47,4%). 2020 lag die Nettomigrationsrate bei etwa 16,3 [4]. Diese Zahlen zeigen, dass Luxemburg ein Einwanderungsland ist.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

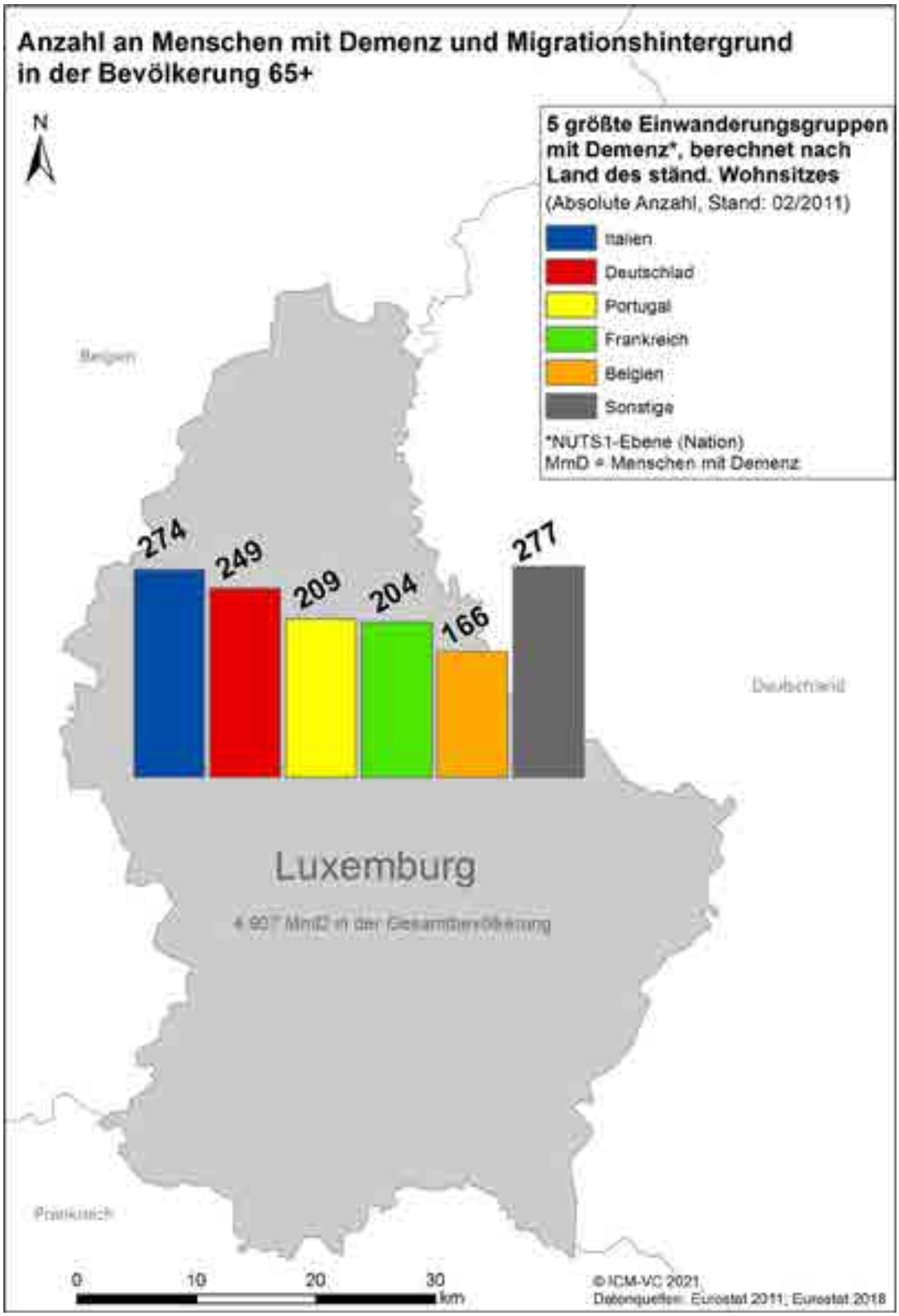


Abb. 3.7.16.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Luxemburg - Nation)

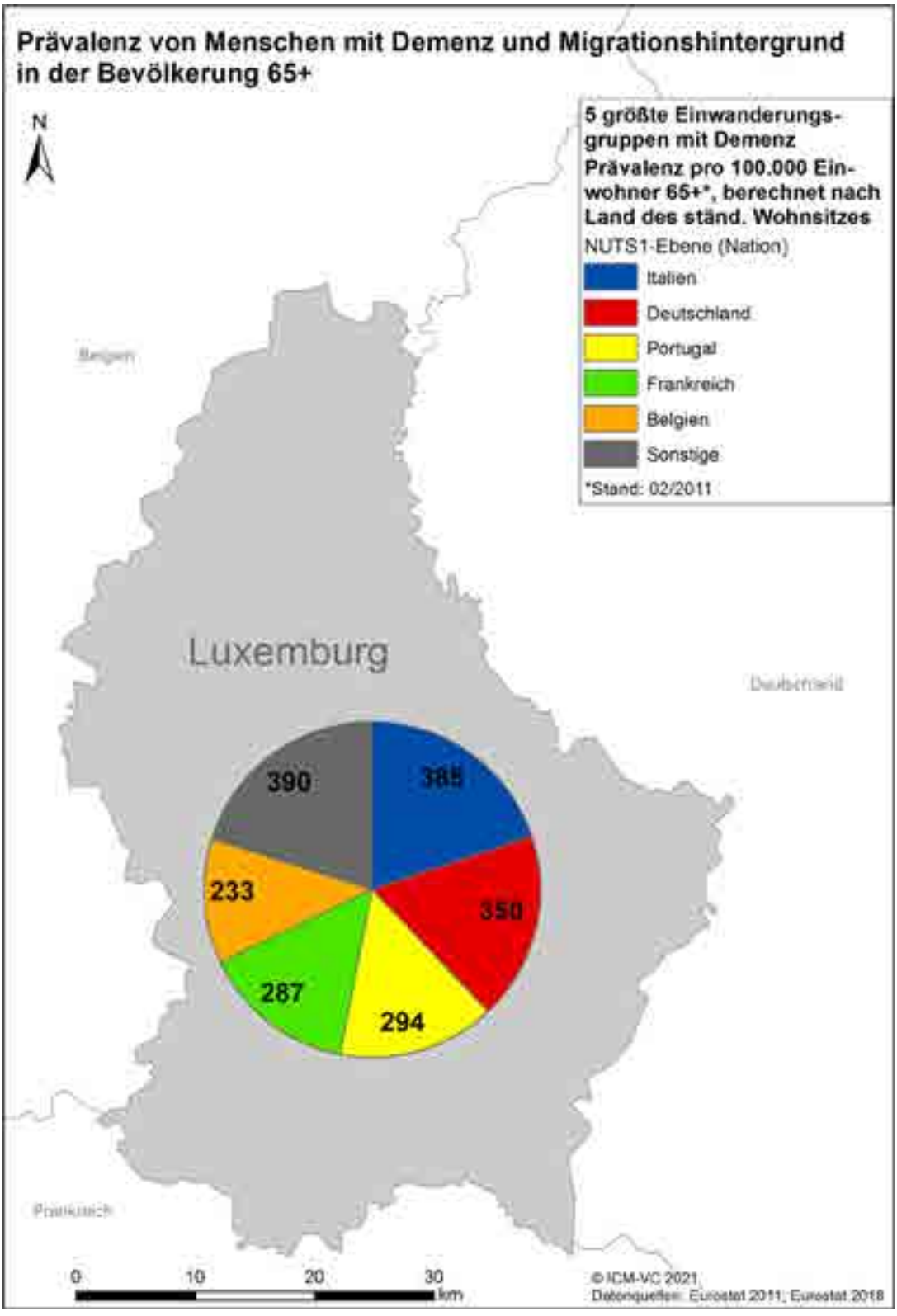


Abb. 3.7.16.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Luxemburg - Nation)

Tab. 27: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Luxemburg - Nation)

NUTS	Total	LU	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Luxemburg	4.907	3.529	IT 274	DE 249	PT 209	FR 204	BE 166	277
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Luxemburg	2.458	-	IT 137	DE 125	PT 105	FR 102	BE 83	139
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Luxemburg	6.900	4.963	IT 385	DE 350	PT 293	FR 287	BE 233	390

Quelle: Eurostat (2011)

In Luxemburg leben 20.000 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 1.400 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.16.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Italien (ca. 300), Deutschland (ca. 300), Portugal (ca. 200), Frankreich (ca. 200) und Belgien (ca. 200) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Luxemburg pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abb. 3.7.16.2). Tabelle 27 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [5, 6].

3. Nationaler Demenzplan

Luxemburg hat einen nationalen Aktionsplan zu Demenz, der 2013 veröffentlicht wurde. Das 130-seitige Dokument befasst sich mit den Themen Lebensqualität der Betroffenen, Prävention, leichte kognitive Beeinträchtigung, Demenzdiagnose, medizinische Versorgung, Betreuungsbedarf der Familien, Überwachung der Krankheit und Management im Laufe der Zeit, Begleitung der Betroffenen und ihrer Umgebung, häusliche Pflege, institutionelle Unterstützung, ethische Aspekte, Rechte und Schutz der Betroffenen, soziale Ausgrenzung, gesundes Altern und demenzfreundliche Gesellschaft. Der NDP geht jedoch an keiner Stelle auf das Thema Migration ein [7].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Die Leitlinie „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ aus dem Jahr 2018 umfasst 40 Seiten und behandelt die Themen Aufnahme im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung, Begleitung durch Angehörige und/oder Pflegekräfte, Unterbringung im Kranken-

haus, technische und bauliche Maßnahmen, Ehrenamtliche und Fachschulungen für alle an der Versorgung beteiligten Personen. PmM oder Aspekte, die mit Migration zu tun haben, erhalten keine besondere Aufmerksamkeit [8].

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertin wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Basierend auf dem Interview mit dem Experten können PmM in Luxemburg in zwei Gruppen unterteilt werden: Die „frühen" Gruppen von Zugewanderten aus Spanien, Italien, Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien, die sich schon vor langer Zeit in Luxemburg niedergelassen haben, und die „neueren" Gruppen von Zugewanderten aus Afghanistan und Syrien, die in den letzten 10 - 15 Jahren angekommen sind.

Die Gesundheitsstrategie in Luxemburg ist eine integrative Strategie. Die „frühen" Gruppen von Zugewanderten sind vollständig in die luxemburgische Kultur und auch fast vollständig in das Gesundheitssystem integriert, so der Experte. PmM mit Demenz sind in diesem Umfang nicht enthalten, da Luxemburg ein Problem mit der Erkennung von Demenz im Allgemeinen hat. Die „neueren" Gruppen von Zugewanderten sind nicht in das Gesundheitssystem integriert, was sich in der geringen Inanspruchnahme der verfügbaren Gesundheitsdienste zeigt. Der Experte vermutet, dass ein Grund dafür das mangelnde Bewusstsein über die Krankheit Demenz ist. Aus seiner Erfahrung mit anderen Gruppen von Zugewanderten geht er aber davon aus, dass die Inanspruchnahme zunimmt, je länger die Menschen in Luxemburg leben. Die Gesundheitsdienste und Dienstleistenden diskriminieren nicht zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Sie versuchen, PmM einzubeziehen und sich an die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe anzupassen. Die Informationen sind auch für jedermann zugänglich. In Luxemburg gibt es ein „Info-Zenter Demenz", das die Öffentlichkeit über Demenz informiert und sie bei der Inanspruchnahme von Hilfe unterstützt. Dieser Dienst ist offen für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Für PmM mit Demenz gibt es stationäre und ambulante Pflegedienste. Weiterhin stellte der Experte fest, dass Maßnahmen zur Sicherstellung einer interkulturell sensiblen Versorgung bundesweit in der Entwicklung sind. Außerdem können die Dienstleistenden bei Kommunikationsproblemen im Gesundheitswesen und bei anderen Dienstleistungen Übersetzerinnen oder Übersetzer hinzuziehen, die dabei helfen. Dieser Übersetzungsdienst wird von der Regierung finanziert.

Hinsichtlich der Beteiligung an der Gestaltung von Informationsmaterial und Gesundheitsdiensten stellte der Experte fest, dass PmM aus den neueren Gruppen von Zugewanderten sehr selten einbezogen werden. Das liegt daran, dass die Regierung sich auf die Integration dieser Gruppe in die luxemburgische Kultur konzentrieren möchte, indem sie ihnen beim Erlernen der lokalen Sprache und Bräuche hilft, anstatt spezielle Angebote zu schaffen, die sie von der Allgemeinheit absondern würden.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Interkulturelle Versorgung scheint nicht Teil der beruflichen Qualifikation von Fachkräften im Gesundheitswesen auf nationaler Ebene zu sein. Es gibt Schulungs- und Lernmöglichkeiten über interkulturelle Versorgung für Fachkräfte im Gesundheitswesen, aber sie werden auf individueller Basis angeboten, nicht als groß angelegte Gruppenkurse.

Der Experte ging davon aus, dass der Anteil der PmM, die in einem anderen Land als Luxemburg geboren wurden und im Gesundheitswesen arbeiten, gering ist. Diejenigen, die im Gesundheitswesen tätig sind, stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Aber es gibt einen ziemlich großen Anteil von PmM aus der zweiten Generation, die im Gesundheitswesen arbeiten.

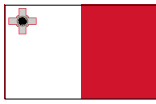
7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Dem Experten zufolge spielen Familien und Religionsgemeinschaften eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz, während Migrantinnen- und Migrantenorganisationen nur eine mäßig wichtige Rolle spielen. Gesundheitsdienstleistende sind wichtig für die „frühen" Gruppen von Zugewanderten, aber nicht so sehr für die „neueren" Gruppen von Zugewanderten.

Der Experte schätzte den Bedarf an der Entwicklung spezialisierter Angebote als gering ein, da bereits adäquate Dienstleistungen existieren und diese stets an die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten angepasst werden. Der Experte räumte jedoch ein, dass die Inanspruchnahme dieser Angebote durch PmM noch mäßig gering ist.

8. Quellen

1. Beine M, Souy B: The evolution of immigration and asylum policy in Luxembourg: insights from IMPALA. In. Luxemburg: University of Luxembourg; 2016.
2. Kollwelter S: Immigration in Luxembourg: new Challenges for an Old Country. [https://www.migrationpolicy.org/article/immigration-luxembourg-new-challenges-old-country]. (2007). Abgerufen am 27. März 2020.
3. Le Gouvernment Du Grand-Duché de Luxembourg: International Migration in Luxembourg. In: *Continuous Reporting System on Migration - OECD.* Ministére de la Famille, de l'accuell et de l'Intégration; 2018.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the next 5 years prior to 2020: Luxembourg; 2019.
5. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
6. Eurostat: Census 2011; 2011.
7. Le Gouvernment Du Grand-Duché de Luxembourg: Demenz: Rapport final du Comité de pilotage en vue de l'établissement d'un plan d'action national „maladies démentielles". In. Herausgegeben von Ministére de la Famille et de l'ntegration, Ministére de la Santé; 2013.
8. Le Gouvernment Du Grand-Duché de Luxembourg: Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Vorschläge für Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen für die Betreuung und das Verständnis von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In. Herausgegeben vom Ministère de la Santé. Luxemburg; 2018.



Malta



Einwohnerzahl
515.000

Fläche
313 km²

Hauptstadt
Valletta

Drei größten Städte
Saint Paul's Bay (32.000), Birkirkara (25.000), Sliema (24.000)

Nachbarländer
Keine

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Die maltesischen Inseln haben eine lange Migrationsgeschichte [1], bedingt durch ihre geografische Lage im Zentrum des Mittelmeers und die britische Kolonialherrschaft, die 164 Jahre lang bis 1964 andauerte. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wanderten viele Menschen aus Malta nach Ägypten, Libyen, Algerien und Tunesien aus. Zwischen Mitte der 1950er und 1980er Jahre waren Australien, das Vereinigte Königreich, Kanada und die USA das Ziel vieler Auswandernden. Zur gleichen Zeit lebten nur wenige Migrantinnen und Migranten auf Malta. Es gab eine Gemeinschaft aus Indien von 300 Personen, eine Gemeinschaft von 3.000 Personen aus arabischsprachigen Ländern und kleine Gemeinschaften aus Nigeria und dem Vereinigten Königreich [2]. Im weiteren Verlauf des 20. Jahrhunderts entwickelte sich Malta von einem Auswanderungsland zu einem Einwanderungsland, wobei vor allem die britische Gemeinde stark wuchs [1]. Gleichzeitig begann sich der Inselstaat mit der Ankunft von Asiaten aus Uganda im Jahr 1972 zu einem Land der humanitären Einwanderung zu entwickeln. Diese Entwicklung setzte sich mit zwei Einwanderungsphasen im Jahr 1991 fort: Die irakische Einwanderung während des Zweiten Golfkriegs und eine zweite Phase nach dem Zusammenbruch Jugoslawiens. Während der EU-Beitrittsverhandlungen zwischen 1990 und 2004 kamen Tausende von Migrantinnen und Migranten aus dem subsaharischen Afrika nach Malta. Diese Entwicklung verstärkte sich nach dem Beitritt am 1. Mai 2004 [2]. Zwischen 2002 und 2008 kamen 11.500 Zuwandernde auf dem Seeweg nach Malta. Gleichzeitig wurde Malta zu einem der Länder mit der höchsten Anerkennungsquote von Asylanträgen in Europa [3]. In den letzten Jahren haben vor allem Migrantinnen und Migranten aus Syrien und Libyen auf Malta Asyl beantragt. Obwohl immer mehr Zuwandernde aus Nicht-EU-Ländern kommen (im Jahr 2013 waren die Zuwandernden aus Nicht-EU-Ländern zahlreicher als die Zuwandernden aus EU-Ländern), stellen Menschen aus der EU die größte Migrationsgruppe dar [1]. Im Jahr 2013 waren das Vereinigte Königreich und Nordirland (11.400), Australien (5.500), Kanada (2.100), Italien (1.600) und die USA (1.500) die Hauptherkunftsländer der zugewanderten Bevölkerung [4]. Die Migrationsbevölkerung Maltas (im Ausland geboren) hat sich zwischen 1990 und 2019 mehr als verfünffacht (von 15.100 auf 84.900). Gleichzeitig ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung von 4,2 auf 19,3% gestiegen [5]. Die Nettomigrationsrate ist seit 1990 kontinuierlich positiv und liegt derzeit bei 2,1 (2020) [6].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

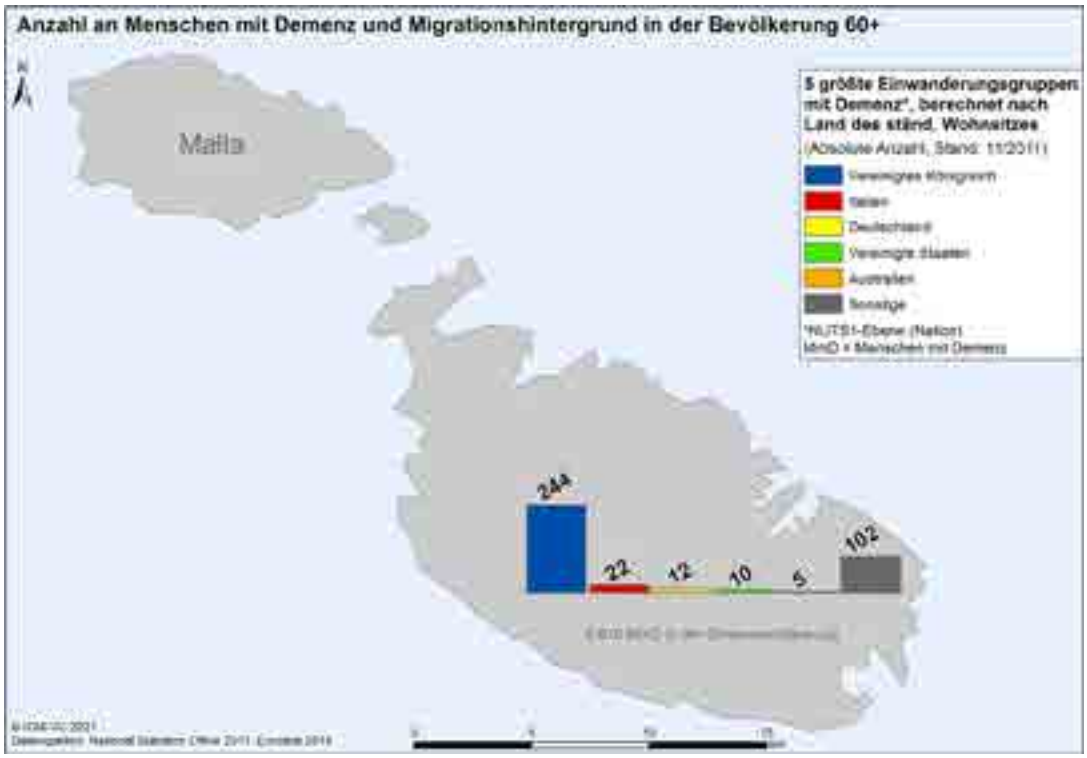


Abb. 3.7.17.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Malta - Nation)

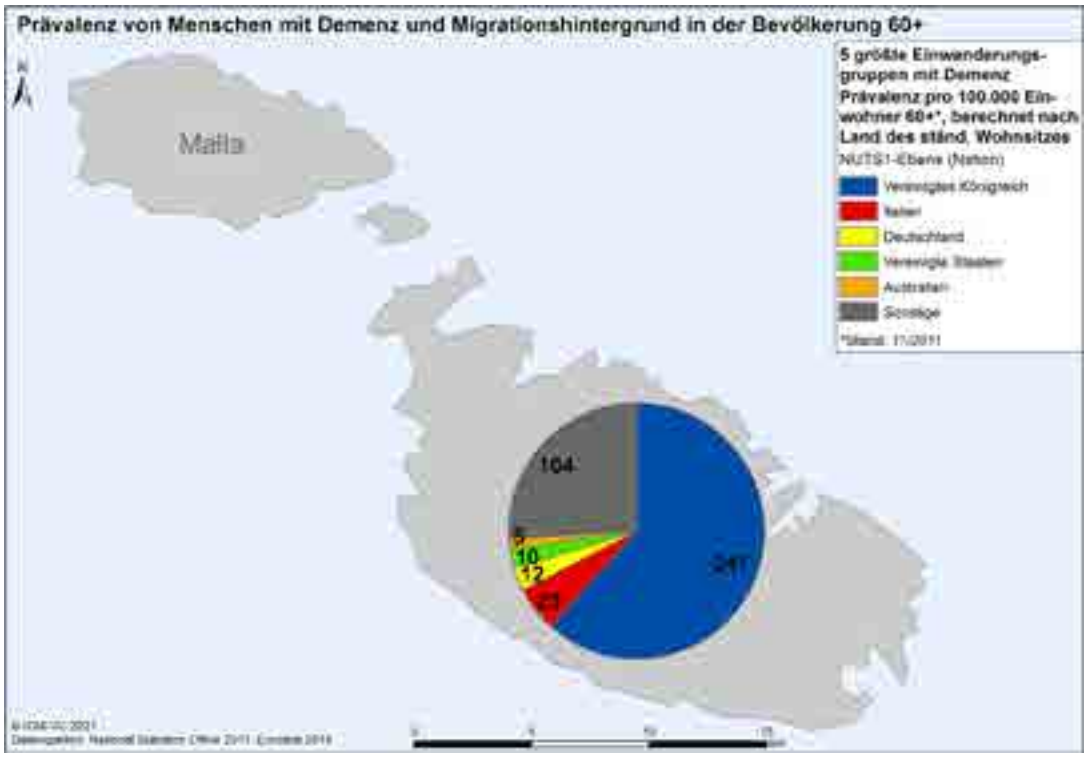


Abb. 3.7.17.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Malta - Nation)

Tab. 28: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Malta - Nation)

NUTS	Total	MT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Malta	6.816	6.421	UK 244	IT 22	DE 12	US 10	AU 5	102
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 60+								
Malta	11.889	-	UK 426	IT 39	DE 20	US 17	AU 9	179
Prävalenz/100.000 Personen 60+								
Malta	6.900	6.500	UK 247	IT 23	DE 12	US 10	AU 5	104

Quelle: National Statistics Office (2011)

Auf Malta leben 5.700 PmM, die 60 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 400 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.17.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus dem Vereinigten Königreich (ca. 200), Italien (ca. 20), Deutschland (ca. 10), den USA (ca. 10) und Australien (ca. 10) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Malta pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 60 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.17.2). Tabelle 28 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [7-9].

3. Nationaler Demenzplan

Das Dokument „A National Strategy for Dementia in the Maltese Islands 2015-2023 („Nationale Strategie für Demenz auf den Maltesischen Inseln 2015-2023“) aus dem Jahr 2015 umfasst 132 Seiten und behandelt die Themen Definition von Demenz, Formen von Demenz, Demenz-Risiko- und Schutzfaktoren, die Belastung durch Demenz, finanzielle Folgen von Demenz, die Perspektive von Menschen mit Demenz und ihren Betreuungspersonen, Bewusstsein für Demenz, Frühdiagnose und Intervention, medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen, gemeindenahe Pflegedienste, Langzeit- und Palliativpflege, ethische Aspekte im Zusammenhang mit Demenzmanagement und -pflege sowie Forschung. Das Thema Migration wird nicht behandelt [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Darüber hinaus hat Malta im Jahr 2012 die dreiseitige Leitlinie „Dementia Treatment“ („Demenzbehandlung“) herausgegeben. Dieses Dokument befasst sich ausschließlich mit der medikamentösen Behandlung von Demenz mit Donepezil. Das Thema Migration wird nicht erwähnt [11].

5. Quellen

1. The People for Change Foundation and Integra Foundation: Migration in Malta: Country Profile 2015. In. Genf: International Organization for Migration; 2016.
2. Cassar CM: Researching Migration and Asylum in Malta: A Guide; 2013.
3. St. John J, Delicata M, Azzopardi M: The Organisation of Asylum and Migration Policies in Malta. In: *National Report 2008.* European Migration Network Malta; 2008.
4. United Nations: Migration Profiles: Malta; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Malta; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Malta; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. National Statistics Office: Census of Population and Housing 2011: Final Report. In. Valletta: National Statistics Office; 2011.
10. Parliamentary Secretariat for Rights of Persons with Disability and Active Ageing: Empowering Change: A National Strategy for Dementia in the Maltese Islands 2015-2023; 2015.
11. Azzopardi Muscat N: Dementia Treatment. In. Herausgegeben vom Office of the Chief Medical Officer; 2012.

Niederlande



Einwohnerzahl
17.408.000

Fläche
34.188 km²

Hauptstadt
Amsterdam

Drei größten Städte
Amsterdam (873.000)
Rotterdam (651.000)
Den Haag (546.000)

Nachbarländer
Belgien, Deutschland

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Die niederländische Migrationsgeschichte ist durch große Ein- und Auswanderungsströme gekennzeichnet. Während des Ersten Weltkriegs wanderten Tausende von belgischen Flüchtlingen ein und zwischen 1920 und 1940 flohen viele Jüdinnen und Juden und andere von den Nazis verfolgte Gruppen in die Niederlande. Nach der deutschen Invasion 1940 emigrierte ein großer Teil der autochthonen Bevölkerung in das Vereinigte Königreich [1]. Zwischen 1946 und 1969 verließen fast eine halbe Million Menschen das Land (hauptsächlich nach Kanada, Australien, in die USA, nach Südafrika und Neuseeland) [2, 3]. Gleichzeitig wanderten viele Menschen aus ehemaligen Kolonien und Gastarbeiterländern ein. Infolge der Unabhängigkeit Indonesiens im Jahr 1945 kamen etwa 300.000 niederländisch-indonesische Repatriierte und 12.500 Malukaner ins Land. Nach der Unabhängigkeit Surinams im Jahr 1975 wanderte fast die Hälfte der Bevölkerung in die Niederlande aus. In den 1960er und 1970er Jahren wurden Gastarbeitende speziell aus der Türkei, Marokko und Spanien angeworben. Nach dem Anwerbestopp im Jahr 1975 war die Familienzusammenführung die Hauptquelle der Zuwanderung. Seit 2007 prägt die Arbeitsmigration die Wanderungsmuster in den Niederlanden [2]. Ein zentrales Merkmal der jüngeren Migrationsgeschichte ist der kontinuierliche Zustrom von Zuwandernden aus anderen EU-Staaten, insbesondere aus Deutschland [3]. Im Jahr 2019 bildeten Menschen aus der Türkei die größte Migrantengruppe (194.300), gefolgt von Suriname (178.300), Marokko (170.500), Polen (145.200), Deutschland (120.600) und Indonesien (115.100) [4]. Die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) hat sich zwischen 1990 und 2019 nahezu verdoppelt (von 1,2 auf 2,3 Millionen). Gleichzeitig stieg der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung erheblich (von 7,9 auf 13.4%) [5]. Im Jahr 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 0,9 [6]. Während die Niederlande nach dem zweiten Weltkrieg ein Auswanderungsland war, entwickelte es sich zwischen den 1960er Jahren und der Jahrtausendwende zu einem Einwanderungsland. Seit einigen Jahren gleichen sich die Einwanderungs- und Auswanderungszahlen an.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

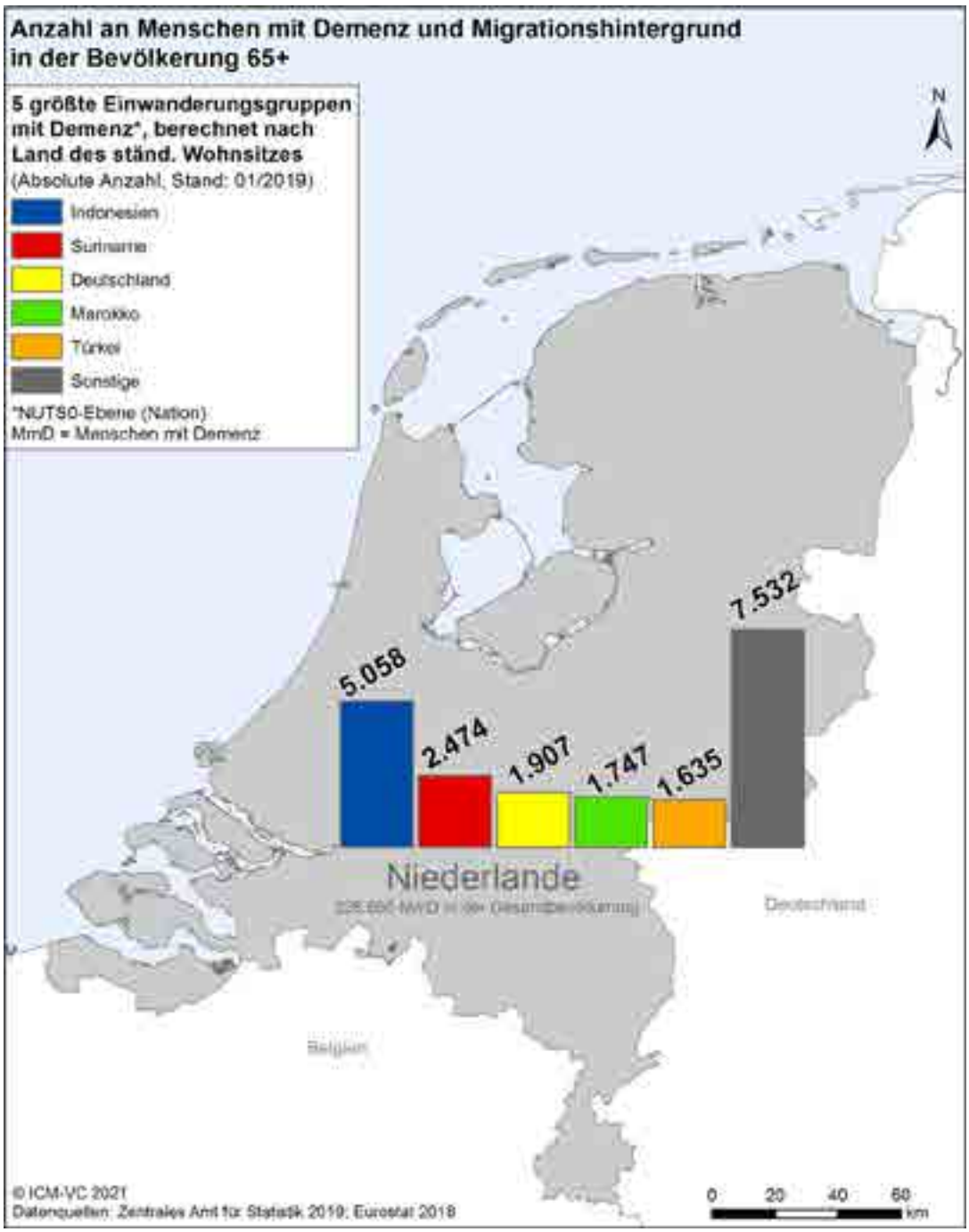


Abb. 3.7.18.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Niederlande - Nation)

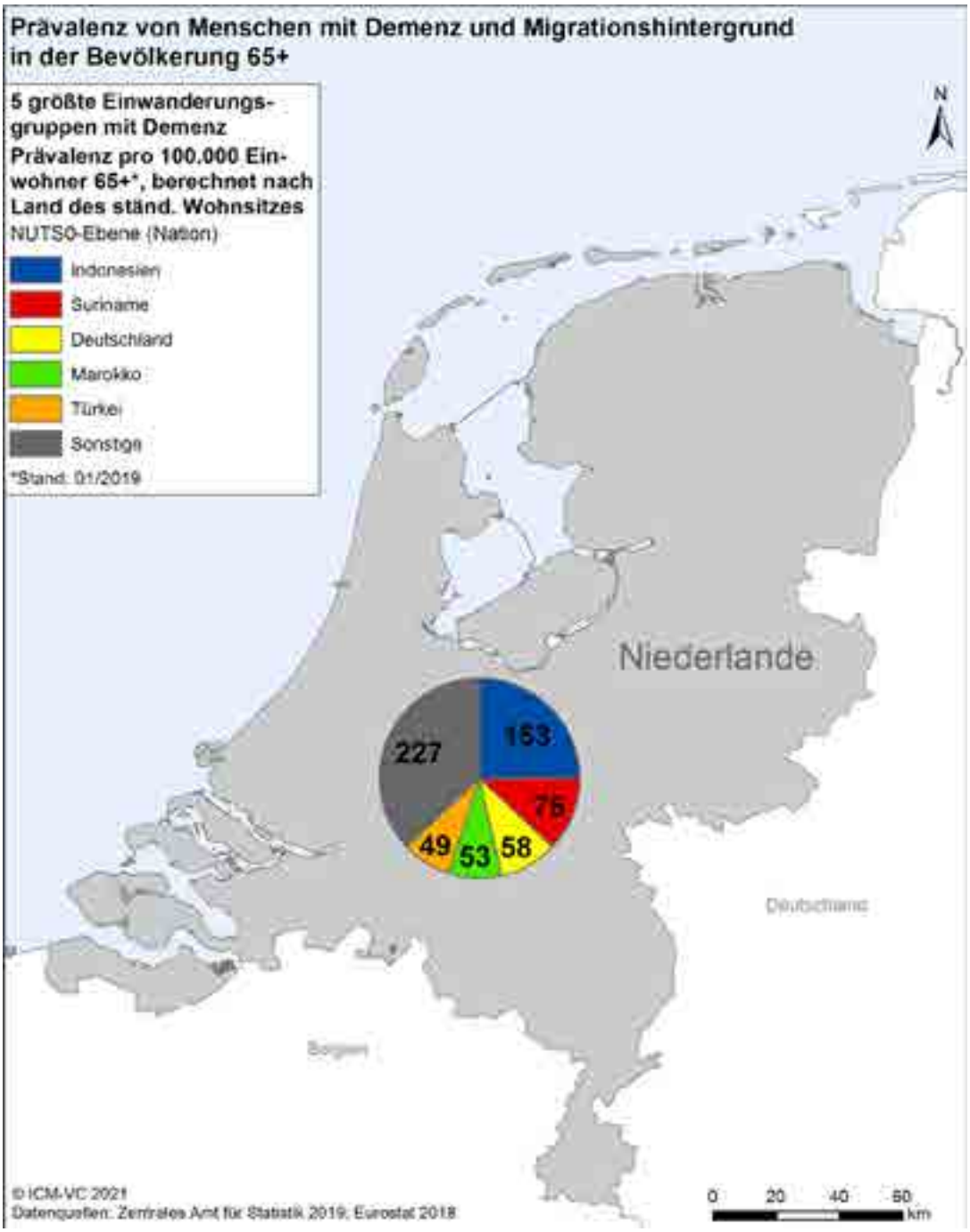


Abb. 3.7.18.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande - Nation)



Tab. 29: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande - Nation)

NUTS	Total	NL	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Niederlande	228.666	208.313	ID 5.058	SR 2.474	DE 1.907	MA 1.747	TR 1.635	7.532
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Niederlande	7.752	-	ID 171	SR 84	DE 65	MA 59	TR 55	255
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Niederlande	6.900	6.286	ID 153	SR 75	DE 58	MA 53	TR 49	227

Quelle: Statistics Netherland (2019)

In den Niederlanden leben 295.000 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 20.400 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.18.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Indonesien (ca. 5.100), Suriname (ca. 2.500), Deutschland (ca. 1.900), Marokko (ca. 1.800) und der Türkei (ca. 1.600) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in den Niederlanden pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.18.2). Tabelle 29 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Indonesien, Surinam, Deutschland, Marokko und der Türkei in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.18.3 - 3.7.18.8).



Abb. 3.7.18.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Indonesien (Niederlande - NUTS2)



Abb. 3.7.18.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Suriname (Niederlande – NUTS2)



Abb. 3.7.18.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Niederlande – NUTS2)



Abb. 3.7.18.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Marokko (Niederlande - NUTS2)



Abb. 3.7.18.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Türkei (Niederlande - NUTS2)



Abb. 3.7.18.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Niederlande (Niederlande - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.18.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abb. 3.7.18.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 30 [7-9].

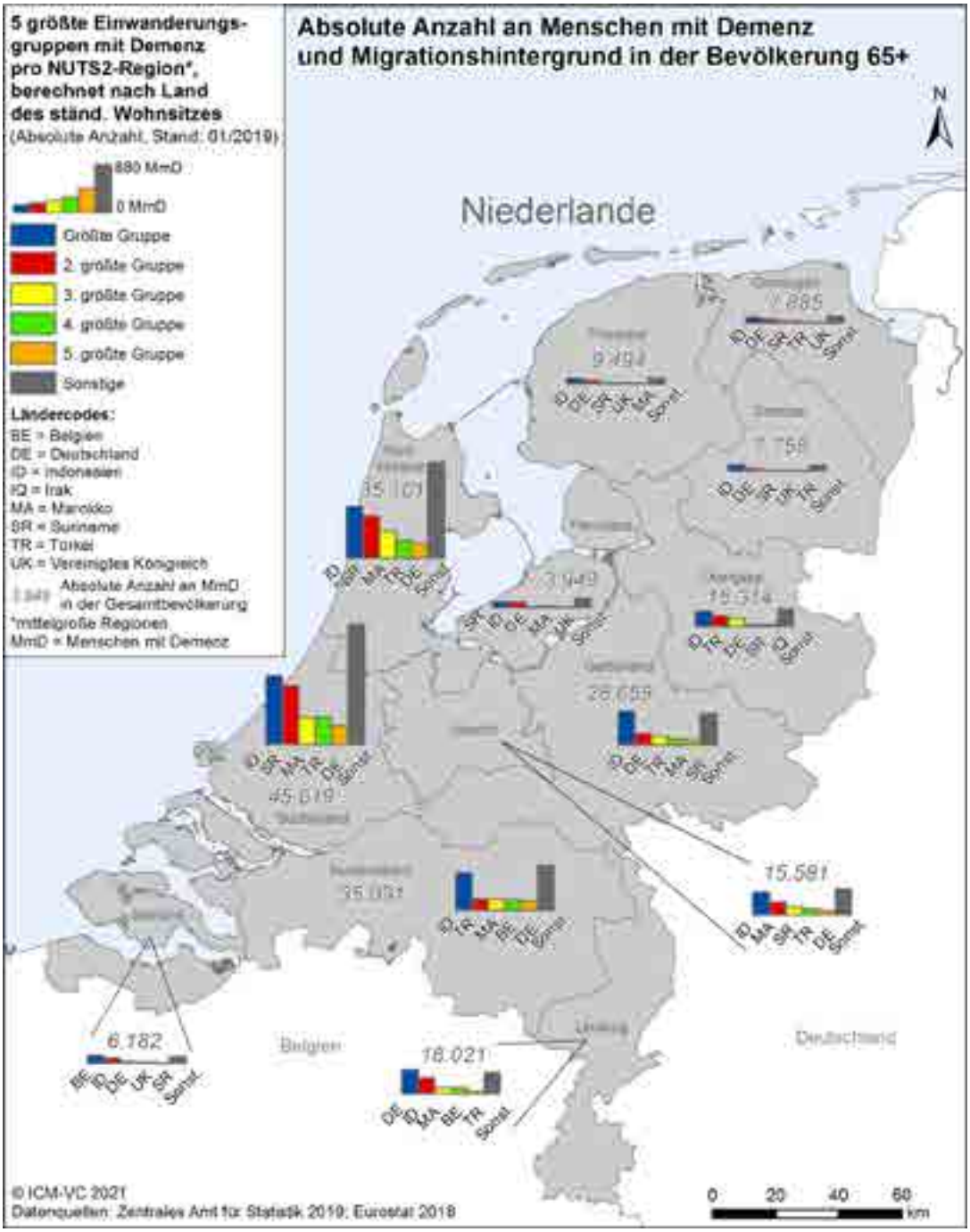


Abb. 3.7.18.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Niederlande - NUTS2)

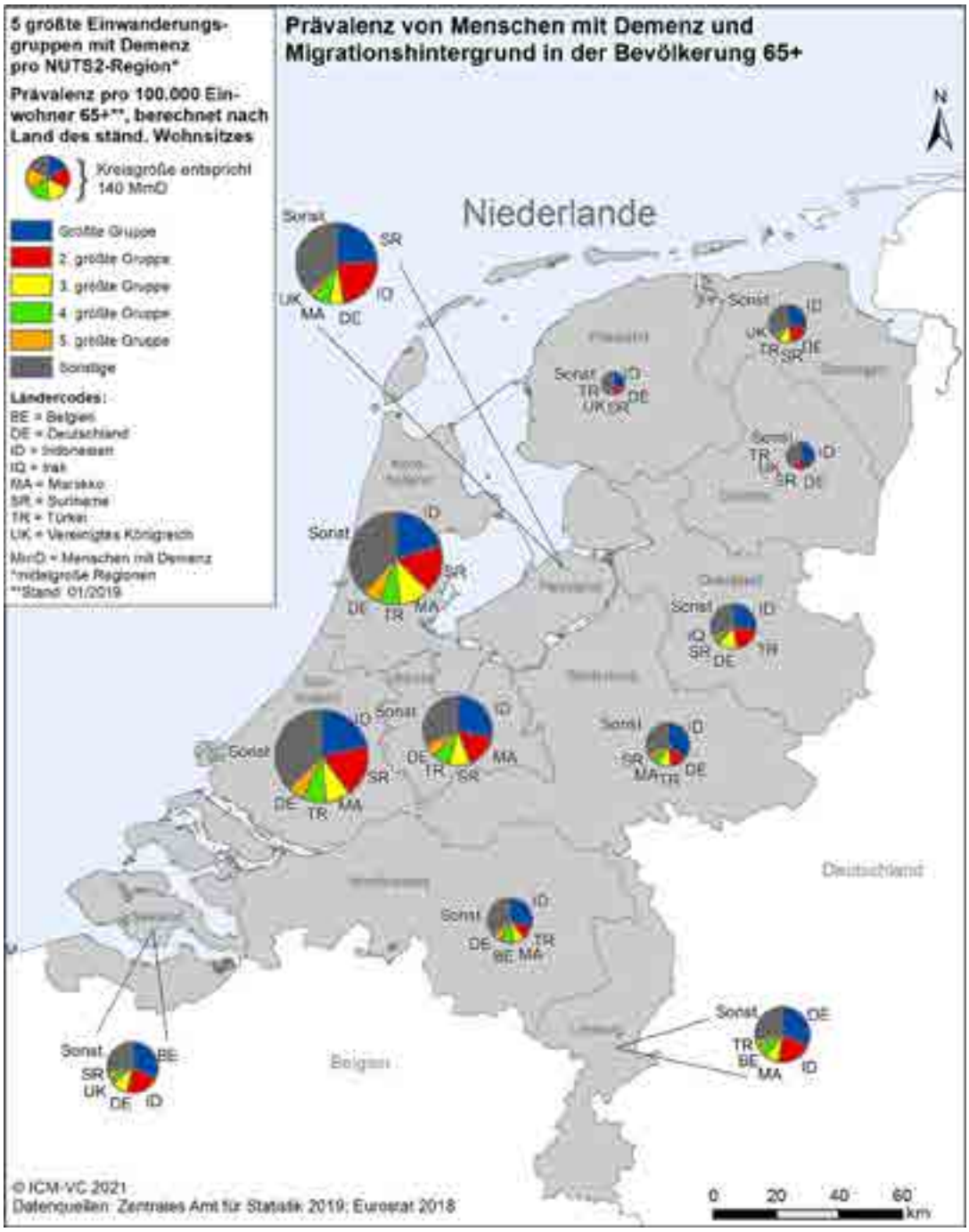


Abb. 3.7.18.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande - NUTS2)

Tab. 30: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande - NUTS2)

NUTS	Total	NL	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Groningen	7.885	7.473	ID 122	DE 72	SR 45	TR 20	UK 13	140
Friesland	9.494	9.187	ID 101	DE 53	SR 17	UK 14	MA 8	114
Drenthe	7.758	7.462	ID 120	DE 46	SR 10	UK 10	TR 8	103
Overijssel	15.314	14.335	ID 272	TR 195	DE 132	SR 35	IQ 34	310
Gelderland	28.660	26.893	ID 629	DE 214	TR 167	MA 104	SR 83	579
Flevoland	3.949	3.498	SR 111	ID 101	DE 27	MA 27	UK 12	172
Utrecht	15.581	14.064	ID 424	MA 243	SR 152	TR 123	DE 89	485
Nordholland	35.101	30.501	ID 948	SR 777	MA 500	TR 341	DE 279	1.755
Südholland	45.619	39.707	ID 1.270	SR 1.086	MA 502	TR 500	DE 339	2.216
Seeland	6.182	5.743	BE 140	ID 95	DE 47	UK 19	SR 17	122
Nordbrabant	35.091	32.841	ID 677	TR 202	MA 201	BE 190	DE 165	814
Limburg	18.021	16.609	DE 444	ID 298	MA 114	BE 112	TR 51	393
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Groningen	13.195	-	ID 204	DE 120	SR 76	TR 33	UK 22	235
Friesland	21.316	-	ID 226	DE 119	SR 39	UK 31	MA 19	257
Drenthe	18.042	-	ID 279	DE 106	SR 24	UK 23	TR 18	239
Overijssel	10.796	-	ID 192	TR 138	DE 93	SR 25	IQ 24	218
Gelderland	11.136	-	ID 244	DE 83	TR 65	MA 49	SR 32	225
Flevoland	6.044	-	SR 169	ID 155	DE 42	MA 42	UK 18	264
Utrecht	7.087	-	ID 193	MA 111	SR 69	TR 56	DE 41	220



NUTS	Total	NL	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Nordholland	5.265	-	ID 142	SR 117	MA 75	TR 51	DE 42	263
Südholland	5.324	-	ID 148	SR 127	MA 59	TR 58	DE 40	259
Seeland	9.705	-	BE 220	ID 149	DE 73	UK 30	SR 27	192
Nordbrabant	10.763	-	ID 208	TR 62	MA 62	BE 58	DE 51	250
Limburg	8.803	-	DE 217	ID 146	MA 56	BE 55	TR 25	192
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Groningen	6.900	6.539	ID 107	DE 63	SR 40	TR 17	UK 12	123
Friesland	6.900	6.677	ID 73	DE 38	SR 13	UK 10	MA 6	83
Drenthe	6.900	6.636	ID 107	DE 41	SR 9	UK 9	TR 7	92
Overijssel	6.900	6.459	ID 123	TR 88	DE 60	SR 16	IQ 15	140
Gelderland	6.900	6.472	ID 151	DE 52	TR 40	MA 25	SR 20	139
Flevoland	6.900	6.112	SR 193	ID 177	DE 48	MA 47	UK 21	301
Utrecht	6.900	6.228	ID 188	MA 108	SR 67	TR 54	DE 39	215
Nordholland	6.900	5.996	ID 186	SR 153	MA 98	TR 67	DE 55	345
Südholland	6.900	6.006	ID 192	SR 164	MA 76	TR 76	DE 51	335
Seeland	6.900	6.409	BE 156	ID 106	DE 52	UK 21	SR 19	136
Nordbrabant	6.900	6.458	ID 133	TR 40	MA 39	BE 37	DE 33	160
Limburg	6.900	6.359	DE 170	ID 114	MA 44	BE 43	TR 19	151

Quelle: Statistics Netherland (2019)

3. Nationaler Demenzplan

Für die Niederlande wurden vier NDPs, Strategien oder Standards identifiziert. Während der vierseitige „Netherlands Deltaplan for Dementia“ („Niederländische Deltaplan für Demenz“) aus dem Jahr 2017 und die 26-seitige „Publieksversie zorgstandaard dementie“ („Öffentliche Fassung des Pflegestandards Demenz“) aus dem Jahr 2016 das Thema Migration nicht ansprechen [10, 11], beziehen sich der „Zorgstandaard dementie“ („Pflegestandard Demenz“) für professionelle Dienstleistende aus dem Jahr 2013 (82 Seiten) und die „National Dementia Strategy 2021-2030“ („Nationale Demenzstrategie 2021 - 2030“) aus dem Jahr 2020 (24 Seiten) auf dieses Thema [12, 13].

Der „Pflegestandard Demenz“ für professionelle Dienstleistende hat kein eigenes Kapitel zum Thema Migration, aber mehrere Abschnitte dieses Dokuments gehen kurz auf die Themen Demenzprävalenz, spezifische Bedürfnisse, Demenzdiagnose und Versorgung in Bezug auf PmM mit Demenz ein. Dabei wird auf die Tatsache verwiesen, dass Demenz zunehmend bei Menschen nicht-niederländischer Herkunft auftritt (aufgrund der alternden Bevölkerung und einer hohen Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes) und dass diese Gruppe besondere Bedürfnisse bei der Demenzdiagnose und -versorgung hat. Es wird argumentiert, dass Patientinnen und Patienten und ihre Familien mit Migrationshintergrund unterschiedliche Präferenzen in der Kommunikation und Entscheidungsfindung bezüglich Krankheit und Behandlung haben. Die Niederlande schenken PmM besondere Aufmerksamkeit bei der Früherkennung und Prävention. Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen werden Aktivitäten (geistige, körperliche und Lernaktivitäten) angeboten, die sich an ihrem kulturellen Hintergrund orientieren. In Zukunft wird bei der Bereitstellung von Wohnraum ein besonderes Augenmerk auf PmM mit Demenz gelegt. Darüber hinaus werden die Informationen über Demenz an den sprachlichen und kulturellen Hintergrund von Menschen ausländischer Herkunft angepasst. So wird in der Version des „Pflegestandards Demenz“ aus dem Jahr 2013, die sich an professionelle Dienstleistende richtet, darauf hingewiesen, dass in den Niederlanden derzeit spezialisierte Dienstleistungen für PmM mit Demenz zur Verfügung stehen und dass weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Versorgungssituation dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern [12].

Die „Nationale Demenzstrategie 2021 - 2030“ nimmt in drei Unterkapiteln kurz Bezug zur Migration. Im Abschnitt „Fakten und Zahlen“ wird in einem kurzen Absatz (5 Zeilen) hervorgehoben, dass von den 178.000 Menschen, die eine formale Demenzdiagnose haben und auf dem Radar der Gesundheitsdienstleistenden sind, 14% einen Migrationshintergrund haben. Weiterhin wird dargestellt, dass die Demenzzahlen bei Menschen mit nicht-westlichem Migrationshintergrund schneller ansteigen als bei Menschen mit niederländischem Hintergrund und dass Demenz in dieser Bevölkerungsgruppe drei- bis viermal häufiger vorkommt. In zwei weiteren Unterkapiteln dieses Dokuments wird betont, dass die zukünftigen Versorgungs- und speziell die Demenzversorgungs-Netzwerke die kulturelle Vielfalt der pflegebedürftigen Menschen im Blick haben müssen. Es werden jedoch keine Strategie oder spezifische Maßnahmen genannt, um dies zu erreichen. Insgesamt spielt das Thema Migration in der „Nationalen Demenzstrategie 2021-2030“ [13] eine untergeordnete Rolle.

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

In den Niederlanden wurden zwei Dokumente mit Leitlinien zum Thema Demenz identifiziert: 1. Die „Guideline for Integrated Dementia Care" („Leitlinie zur integrierten Demenzversorgung") aus dem Jahr 2009 und 2. die Behandlungsrichtlinie „Dementie" („Demenz") aus dem Jahr 2012. Das erste Dokument umfasst 62 Seiten und adressiert Themen wie: 1. Diagnosen (Unterthemen: Kriterien und Empfehlungen für die Diagnose verschiedener Formen von Demenz, kognitive Screening-Instrumente, neuropsychologische Tests); 2. Behandlung (medikamentöse Behandlung von Demenzsymptomen und neuropsychiatrischen Symptomen, psychosoziale und andere nicht-medikamentöse Interventionen wie kognitives Training und Physiotherapie); 3. Selbsthilfegruppen für Pflegepersonen von Menschen mit Demenz; und 4. Aufklärung von Pflegepersonen [14]. Das zweite Dokument ist 38 Seiten lang und enthält die Themen: 1. Menschen mit Demenz und ihre Familien (Unterthemen: Was ist Demenz und was bewirkt sie, Menschen mit Demenz, ihre Familien und Zahlen [d.h. Anzahl der Menschen mit Demenz in den Niederlanden]; Menschen mit Demenz, ihre Familien und ihre Fragen [Identifizierung verschiedener Problembereiche]); 2. Integrierte Demenzversorgung und ihre wichtigen Aspekte (Unterthemen: Was ist wichtig für eine gute Demenzversorgung in der Region [d.h. was ist eine gute Demenzversorgung]); 3. Was ist wichtig in Bezug auf eine gute Qualität der integrierten Versorgung (d.h. Kriterien für ein gutes Management der integrierten Versorgung), und 4. Case Manager als entscheidendes Glied in der Versorgungskette (d.h. gute Beispiele für Case Management) [15]. Weder das erste noch das zweite Dokument bezieht sich bei einem der genannten Themen auf Migration [14, 15].

Die folgenden Abschnitte zu Angeboten und Informationen für PmM mit Demenz, professioneller Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einer durchgeführten Befragung und spiegeln die Erfahrung und Meinung der befragten Expertin und des befragten Experten wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Nach Ansicht der befragten Expertin und des befragten Experten identifiziert das Gesundheitssystem ältere PmM als eine vulnerable Gruppe. Zum Beispiel hat das Kompetenzzentrum für Unterschiede in der Teilhabe an der Gesundheitsversorgung Pharos, das Gesundheitserziehung für Patientinnen und Patienten und Fachleute anbietet, einen besonderen Fokus auf Gruppen von PmM. Insgesamt gibt es aber große regionale Unterschiede in der Relevanz des Themas Demenz und Migration in den Niederlanden. Für die Expertin und den Experten, die in einem Amsterdamer Krankenhaus arbeiten, und für Pflegekräfte aus anderen größeren Städten im Westen der Niederlande, wie Rotterdam oder Den Haag, wo viele PmM leben, ist das Thema sehr wichtig. Eine der beiden befragten Personen erklärte, dass in einigen Jahren ein Drittel der in Amsterdam lebenden Menschen, die 60 Jahre oder älter

sind, nicht-westliche Migrantinnen und Migranten sein werden. In Provinzen wie Groningen oder Drenthe, wo nur wenige PmM leben, wird das Thema Demenz und Migration nicht als wichtig angesehen. Ältere PmM gelten als vulnerabel in den Bereichen Entwicklung und Prävalenz von Demenz (die in Gruppen von Zugewanderten höher ist), mangelnde Versorgung, Unterdiagnose und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Insbesondere ältere Zugewanderte aus der Türkei und Marokko der ersten Generation werden als vulnerabel identifiziert (aufgrund von Sprach-, Kultur- und Bildungsbarrieren).

Nach Aussage einer der befragten Personen wird sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung von PmM mit Demenz auf eine hybride Versorgungsstrategie mit integrativen und segregativen Elementen gesetzt. In der stationären Versorgung ist das segregative Modell jedoch etwas weiter verbreitet. Dabei gibt es in der stationären Versorgung etwas weniger migrationsspezifische Versorgungsangebote als im ambulanten Bereich. Die beiden befragten Personen berichteten weiterhin, dass es in mehreren Regionen ausreichend wirksame Angebote für die ambulante Versorgung älterer PmM gibt, die deren Bedürfnissen entsprechen. Zum Beispiel wird das interkulturelle Demenz-Screening-Tool RUDAS in vielen Gedächtniskliniken eingesetzt, um Demenz bei Migrantinnen und Migranten zu beurteilen. Darüber hinaus bieten einige Gedächtniskliniken ein spezielles Tagespflegeprogramm mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Schulungen zum Thema Demenz und Migration an. Als grundlegendes Modell guter Praxis hob ein Experte die Kombination von klinischer Praxis und wissenschaftlicher Forschung im Rahmen der Diagnostik in einigen Zentren und Universitäten hervor, wie z. B. in der Amsterdamer Abteilung für Psychiatrie und medizinische Psychologie und der Erasmus-Universität Rotterdam. Es gibt auch viele andere Zentren, die von den beiden Organisationen lernen, z. B. durch die Nutzung von Dolmetscherdiensten, die Erweiterung ihres Wissens über Bildungs- und Alphabetisierungsbarrieren und die Organisation von Symposien, die Krankenhäuser, in denen Diagnosen gestellt werden, mit Hausärzten und Pflegeeinrichtungen zusammenbringen, die viele Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund haben. In der Nachsorge besteht das Modell der guten Praxis darin, eine starke Versorgungskette zu haben, in der die handelnden Personen einander gut kennen und Wissen über die relevanten Akteure haben. Obwohl eine wachsende Zahl von Städten wie Amsterdam, Rotterdam oder Den Haag spezialisierte Dienstleistungen wie die Zuweisung von Wohnungen in Pflegeheimen für ältere Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und Marokko anbieten (mit Halal-Essen, muttersprachlichem Personal und religionsspezifischen Dienstleistungen), gibt es derzeit noch viele Regionen ohne solche Möglichkeiten.

Eine der beiden befragten Personen wies darauf hin, dass die Maßnahmen zur interkulturellen Versorgung und Betreuung von Demenzkranken landesweit verbreitet sind. Die meisten Dienste sind über das Internet zugänglich. So existieren es zum Beispiel Hilfsmittel und Videos, die helfen, Symptome von Demenz zu erkennen und über Demenz zu sprechen. Darüber hinaus gibt es in vielen Regionen Schulungen für wichtige Gemeindemitglieder zur Erkennung von Demenzsymptomen und zum Aufbau von Versorgungsketten. Die Informationen sind online verfügbar, so dass solche Schulungen in allen Regionen durchgeführt werden können.

Nach Ansicht der Expertin und des Experten sind die bestehenden Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz mit und ohne Migrationshintergrund ausreichend. Da sie jedoch in der Regel von Menschen ohne Migrationshin-

tergrund entworfen werden, sind sie eher für Menschen ohne Migrationshintergrund geeignet. PmM mit Demenz oder ihre Angehörigen sind auch seltener in die Entwicklung solcher Angebote eingebunden, obwohl es in den Niederlanden solche partizipativen Projekte gibt.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

In der Ausbildung von Fachkräften des Gesundheitswesens an Universitäten und medizinischen Fakultäten wird nach Angaben der Expertin und des Experten ein besonderer Schwerpunkt auf das Thema kultursensible Versorgung gelegt. Darüber hinaus bietet die Einrichtung Pharos spezielle Kurse zu kultursensibler Versorgung und anderen für ältere Zugewanderte relevanten Themen wie Demenz und Palliativmedizin an. Pharos hat auch einen speziellen Kurs zur Versorgung am Lebensende für Zugewanderte der ersten Generation entwickelt, eine Initiative, an der die Expertin und der Experte beteiligt waren. Während kultursensible Versorgung meist Teil der Curricula für die Ausbildung von Fachkräften ist, scheint es keine offiziellen Fortbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte in interkultureller Versorgung zu geben. Das Krankenhaus in Amsterdam, in dem die beiden befragten Personen beschäftigt sind, bietet jedoch Kurse oder Vorlesungen an, an denen auch Medizinerinnen und Mediziner oder Studierende aus anderen Regionen teilnehmen.

Der Anteil an professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund nimmt sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung relativ stark zu. Nach Meinung des Experten befindet er sich derzeit noch auf einem moderaten Niveau. Die drei Hauptherkunftsländer der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sind Surinam, die Türkei und Marokko. Ein steigender Anteil an professionellen Pflegekräften aus diesen Ländern hat einen sehr positiven Einfluss auf die Patientinnen und Patienten, die ebenfalls aus diesen Ländern zugewandert sind. Manche Patientinnen und Patienten befürchten jedoch, dass sie einer Pflegekraft, die den gleichen kulturellen Hintergrund hat, nicht vertrauen können, weil sie befürchten, dass die Pflegeperson über das, was sie erzählen, tratscht. Dieses Problem besteht auch beim Einsatz offizieller Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Nach Ansicht der Expertin und des Experten ist die Familie sehr wichtig bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz. Auch Religionsgemeinschaften, Migrantinnen- und Migrantenorganisationen und Pflegedienste sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Ein Experte argumentierte, dass es für professionelle Versorgungsanbieter wichtig ist, Kontakt zu religiösen Gemeinschaften und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen herzustellen, um PmM Informationen über Demenz zu geben.

Pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz mangelt es oft an Informationen über formale Dienste und sie haben einen sehr hohen Bedarf an spezialisierten Diensten, die Unterstützung und Informationen anbieten. Dem Experten zufolge gibt es solche spezialisierten Dienste derzeit nur in einigen wenigen Regionen (in größeren Städten mit einer höheren

Anzahl älterer Migrantinnen und Migranten, wie Rotterdam, Amsterdam und Den Haag). Die andere Expertin merkte an, dass es in den Niederlanden im Allgemeinen viele Informationen über Demenz gibt, diese aber hauptsächlich online verfügbar sind. Vor allem für ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind andere Wege des Zugangs zu Informationen und Unterstützung notwendig. Es besteht auch ein hoher Bedarf an Sensibilisierung und Aufklärung über Demenz, da Demenz in einigen Gruppen von Zugewanderten (z. B. von vielen Menschen aus Marokko und der Türkei) oft nicht als Krankheit angesehen wird, was ein Hindernis für die aktive Inanspruchnahme von Dienstleistungen darstellt.

8. Quellen

1. Zorlu A, Hartog J: Migration and immigrants: The case of the Netherlands; 2001.
2. Ersanilli E: Focus Migration: Country Profile Netherlands. In. Herausgegeben von Berlinghoff M, Hanewinkel V, Oltmer J: Institute for Migration Research and Intercultural Studies, Federal Agency for Civic Education; 2014.
3. Van Meeteren M, Van de Pol S, Dekker R, Engbersen G, Snel E: Destination Netherlands: History of Immigration and Immigration Policy in the Netherlands. In: *Immigrants: Acculturation, Socioeconomic Challenges and Cultural Psychology.* edn. Herausgegeben von Ho J. Los Angeles; 2013.
4. Centraal Bureau voor de Statistiek: Bevolking op 1 januari; leeftijd, geboorteland en regio. [https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70648ned/table?dl=19E43&ts=1581077548612]. (2019). Abgerufen am 07. Februar 2020.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Netherlands; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Statistics Netherland: Bevölkerungsstatistik. In. Den Haag: Statistics Netherland 2019.
10. Nederland Alzheimer: Publieksversie Zorgstandaard Dementie: Steun en zorg. In. Amersfort: Alzheimer Nederland; 2016.
11. Deltaplan Dementie: Netherlands Deltaplan for Dementia; 2017.
12. Nederland Alzheimer, Vilans: Zorgstandaard Dementie: Steun en zorg. In.: Alzheimer Nederland, Vilans; 2013.
13. Ministry of Health Welfare and Sport: National Dementia Strategy 2021-2030. In. Den Haag; 2020.
14. Ministry of Health Welfare and Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ: Guideline for Integrated Dementia Care. In: Ministry of Health, Welfare and Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ; 2009.
15. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie: Dementie. In: Federatie Medisch Specialisten; 2012.

Norwegen



Einwohnerzahl
5.368.000

Fläche
309.158 km²

Hauptstadt
Oslo

Drei größten Städte
Oslo (693.000)
Bergen (284.000)
Trondheim (205.000)

Nachbarländer
Finnland, Russische Föderation, Schweden

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Norwegen, das im Jahr 1905 seine Unabhängigkeit von Schweden erklärte, war anfangs ein Auswanderungsland. Zwischen 1825 und 1945 verließen etwa 850.000 Menschen das Land (vor allem in Richtung USA). Damit stellte Norwegen nach Irland das Land mit der größten europäischen Auswanderungsbevölkerung (im Verhältnis zur Einwohnerzahl) in diesem Zeitraum dar. Bis in die 1970er Jahre war die norwegische Bevölkerung relativ homogen. Nach dem Aufbau eines gemeinsamen Arbeitsmarktes zwischen Norwegen, Schweden, Finnland und Dänemark in den 1950er Jahren (Island schloss sich 1982 an), wanderten viele Menschen aus den skandinavischen Nachbarländern zu. In den späten 1960er Jahren kamen einige Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus Marokko, Jugoslawien, der Türkei und Pakistan nach Norwegen. Arbeitsmigration und Familienzusammenführung kennzeichneten die Einwanderung in Norwegen bis zum Einwanderungsstopp im Jahr 1975. Danach rückte für einige Jahre die Flüchtlingsmigration in den Vordergrund. Während Norwegen zwischen 1960 und 1970 nur 223 Geflüchtete aufnahm, waren es in den Jahren 1978 und 1979 1.680, von denen mehr als 1.300 auf dem Seeweg aus Vietnam kamen [1]. Zwischen 1990 und 2017 waren Arbeitsmigration und Familiennachzug erneut die zentralen Merkmale der nicht-nordischen Auslandszuwanderung [2]. Die Zahl der Arbeitsgenehmigungen für Zugewanderte stieg zwischen 1999 und 2003 um etwa 10.000 an und erreichte 2004 einen Höchststand von 33.000. Im Jahr 2004 wurden 74% aller norwegischen Arbeitsgenehmigungen an Bürgerinnen und Bürger der neuen EU-Mitgliedsstaaten vergeben, die meisten davon an Saisonarbeitskräfte aus Polen und Litauen. Ab 2004 kamen größere Migrantengruppen aus Schweden, der Russischen Föderation, Dänemark und Polen [1]. Im Jahr 2017 betrug die Zahl der Zuwandernden 58.200. Dies waren 8.600 weniger als im Vorjahr, was den leicht rückläufigen Zuwanderungstrend seit 2008 bestätigt. Nach Herkunftsländern betrachtet, kamen die meisten Zuwandernden aus Syrien (7.000), Polen (5.200) und Litauen (2.750) [2]. Im Jahr 2019 stellten Menschen aus Polen (98.700), Litauen (39.300), Schweden (35.600), Syrien (30.800) und Somalia (28.600) die größten Gruppen von Zugewanderten (im Ausland geboren, mit zwei im Ausland geborenen Elternteilen) [3]. Mit Ausnahme des Jahres 1989 hat Norwegen seit den späten 1960er Jahren jedes Jahr einen positiven Wanderungssaldo [2]. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) hat sich zwischen 1990 und 2019 mehr als vervierfacht (von 192.600 auf 867.800). Gleichzeitig ist der Anteil der PmM an der Bevölkerung von 4,5 auf 16,1% gestiegen [4]. Im Jahr 2020 lag der Wanderungssaldo bei 5,3 [5]. Dies zeigt, dass sich Norwegen zu einem Einwanderungsland entwickelt hat.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

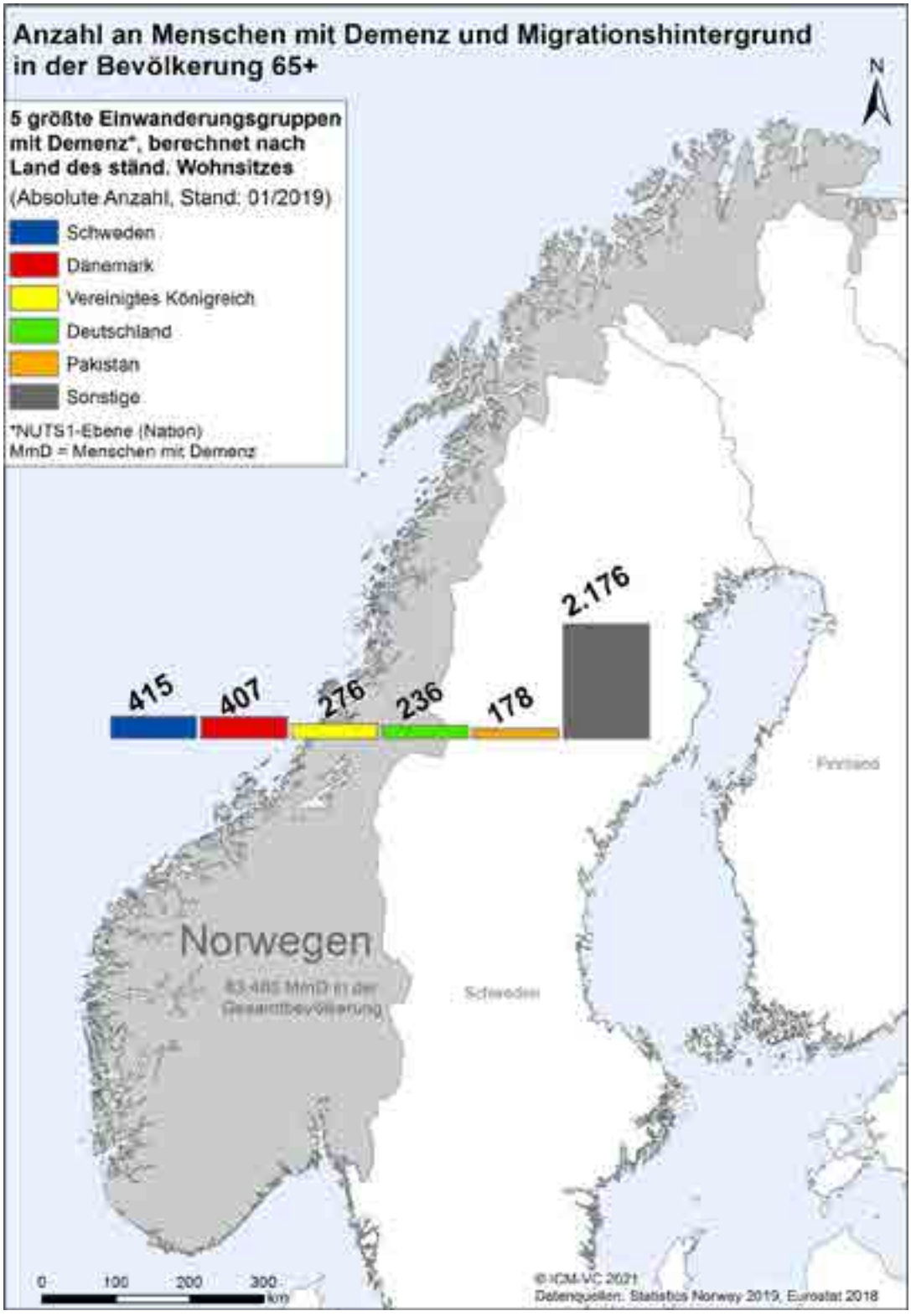


Abb. 3.7.19.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Norwegen - Nation)

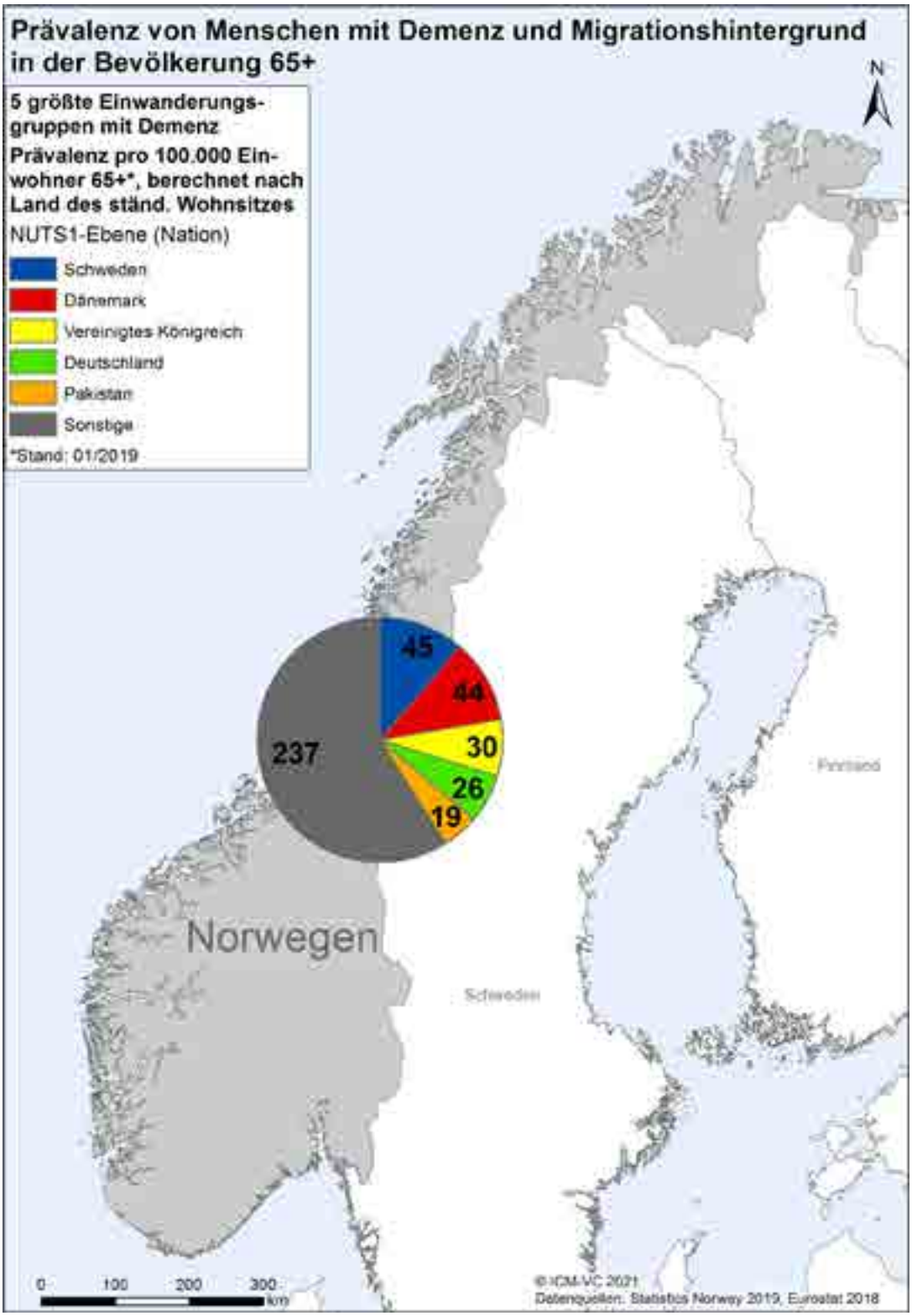


Abb. 3.7.19.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - Nation)



Tab. 31: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - Nation)

NUTS	Total	NO	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Norwegen	63.400	59.711	SE 415	DK 407	UK 276	DE 236	PK 178	2.176
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Norwegen	11.860	-	SE 78	DK 76	UK 52	DE 44	PK 33	407
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Norwegen	6.900	6.499	SE 45	DK 44	UK 30	DE 26	PK 19	237

Quelle: Statistics Norway (2019)

In Norwegen leben 53.500 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 3.700 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.19.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Schweden (ca. 400), Dänemark (ca. 400), dem Vereinigten Königreich (ca. 300), Deutschland (ca. 200) und Pakistan (ca. 200) stammen. Die zweite Grafik beleuchtet die Anzahl von PmM mit Demenz in Norwegen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.19.2). Tabelle 31 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Schweden, Dänemark, dem Vereinigten Königreich, Deutschland und Pakistan in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.19.3 - 3.7.19.8).

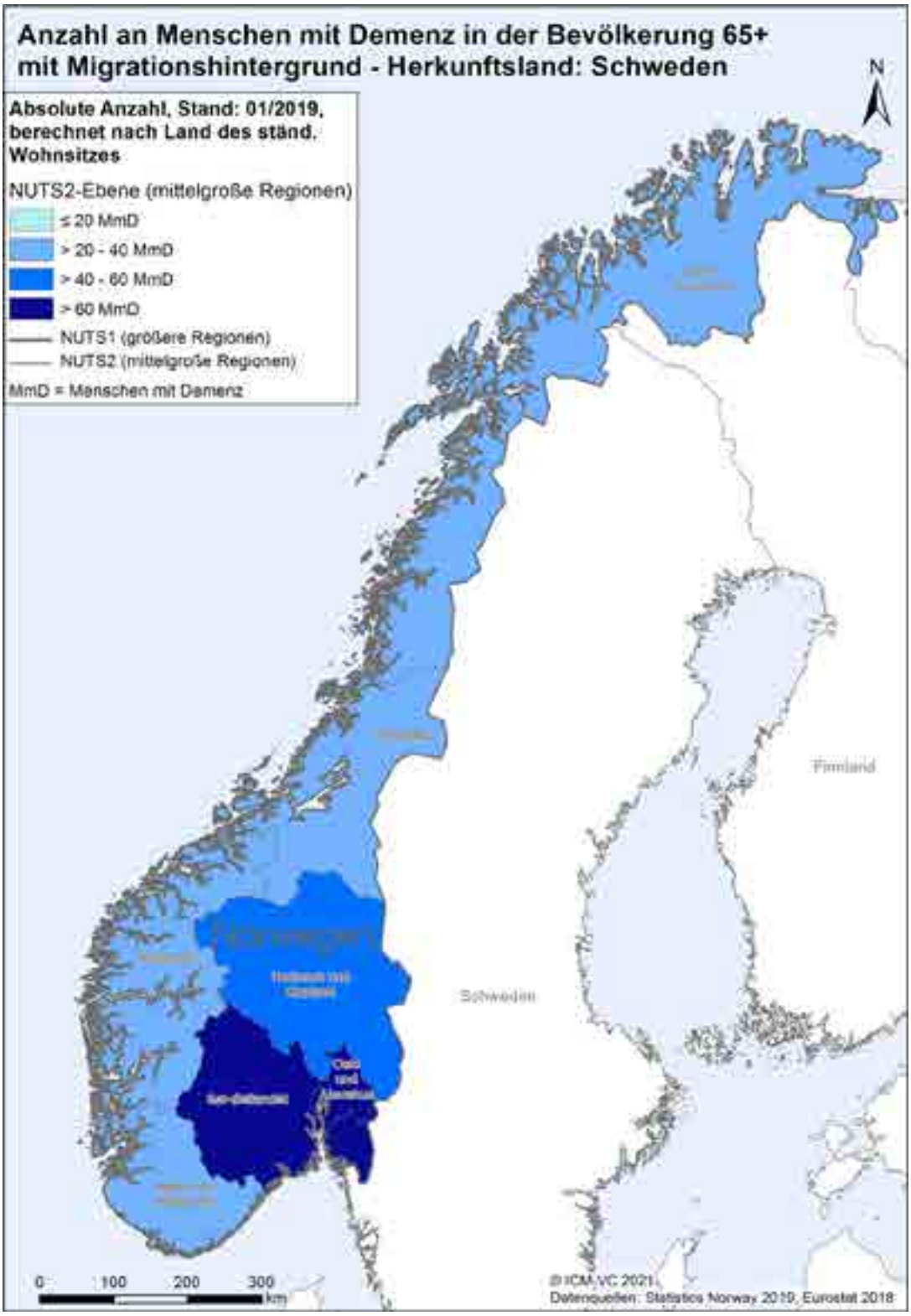


Abb. 3.7.19.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Schweden (Norwegen - NUTS2)

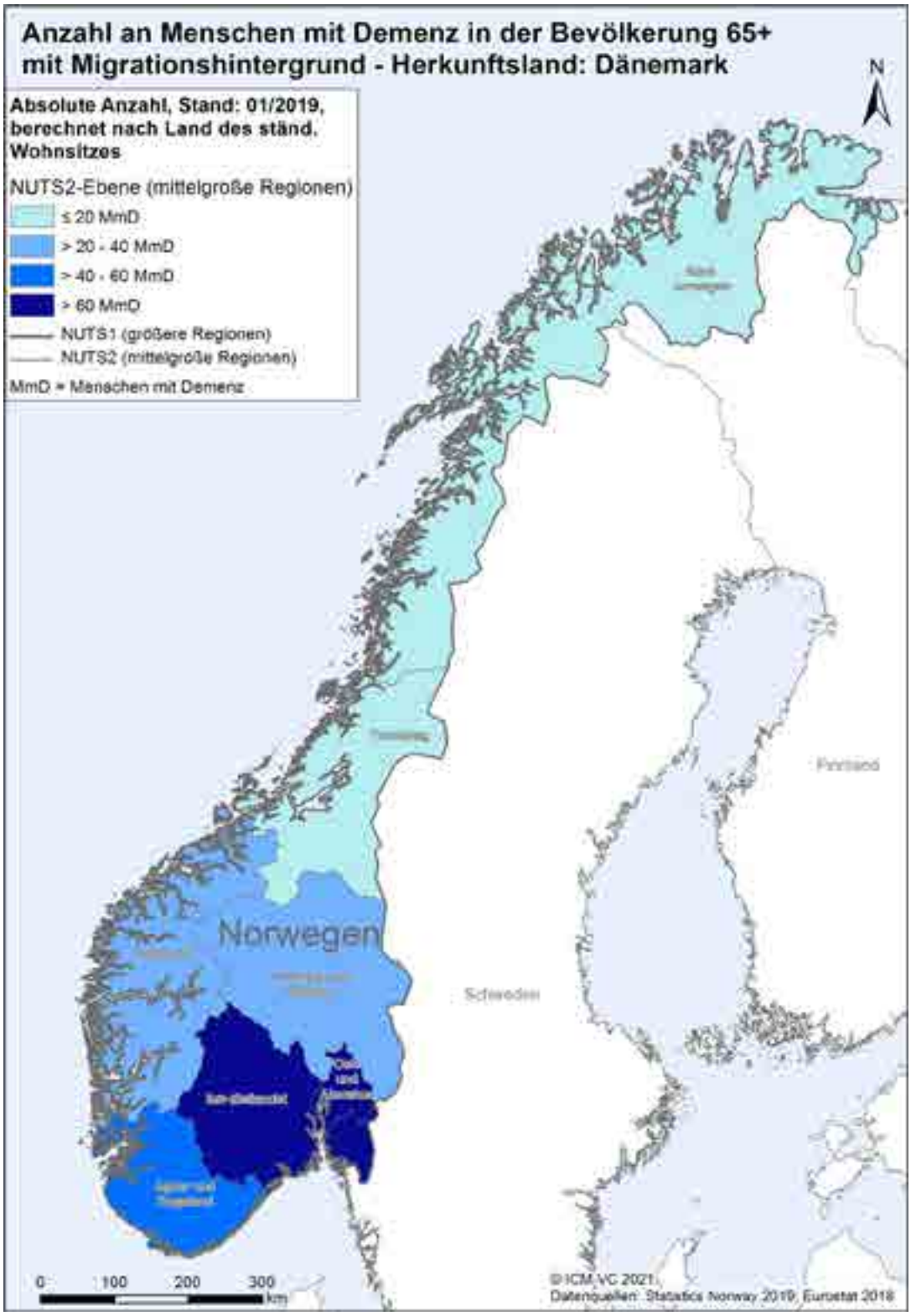


Abb. 3.7.19.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Dänemark (Norwegen - NUTS2)

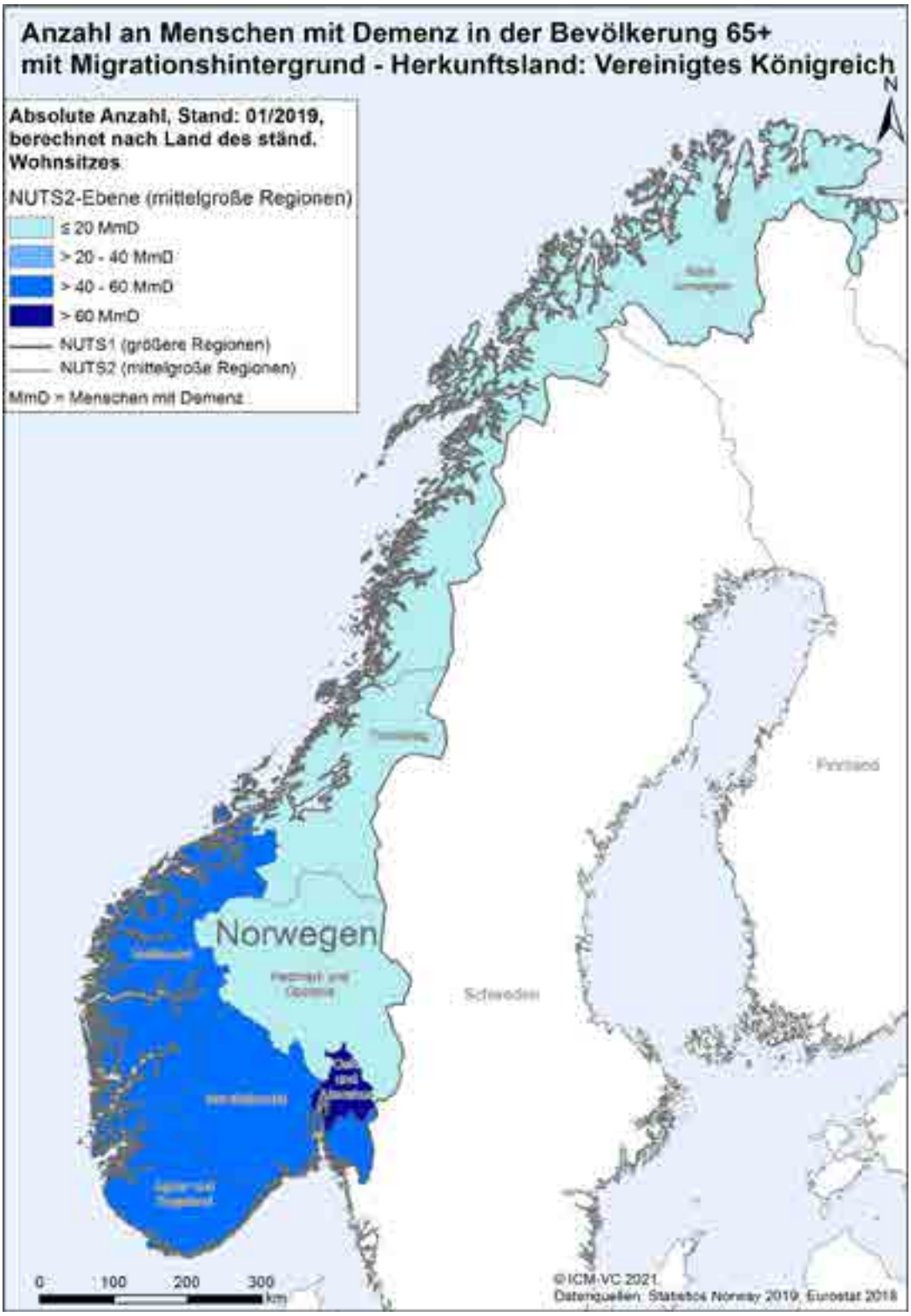


Abb. 3.7.19.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Vereinigtes Königreich (Norwegen - NUTS2)

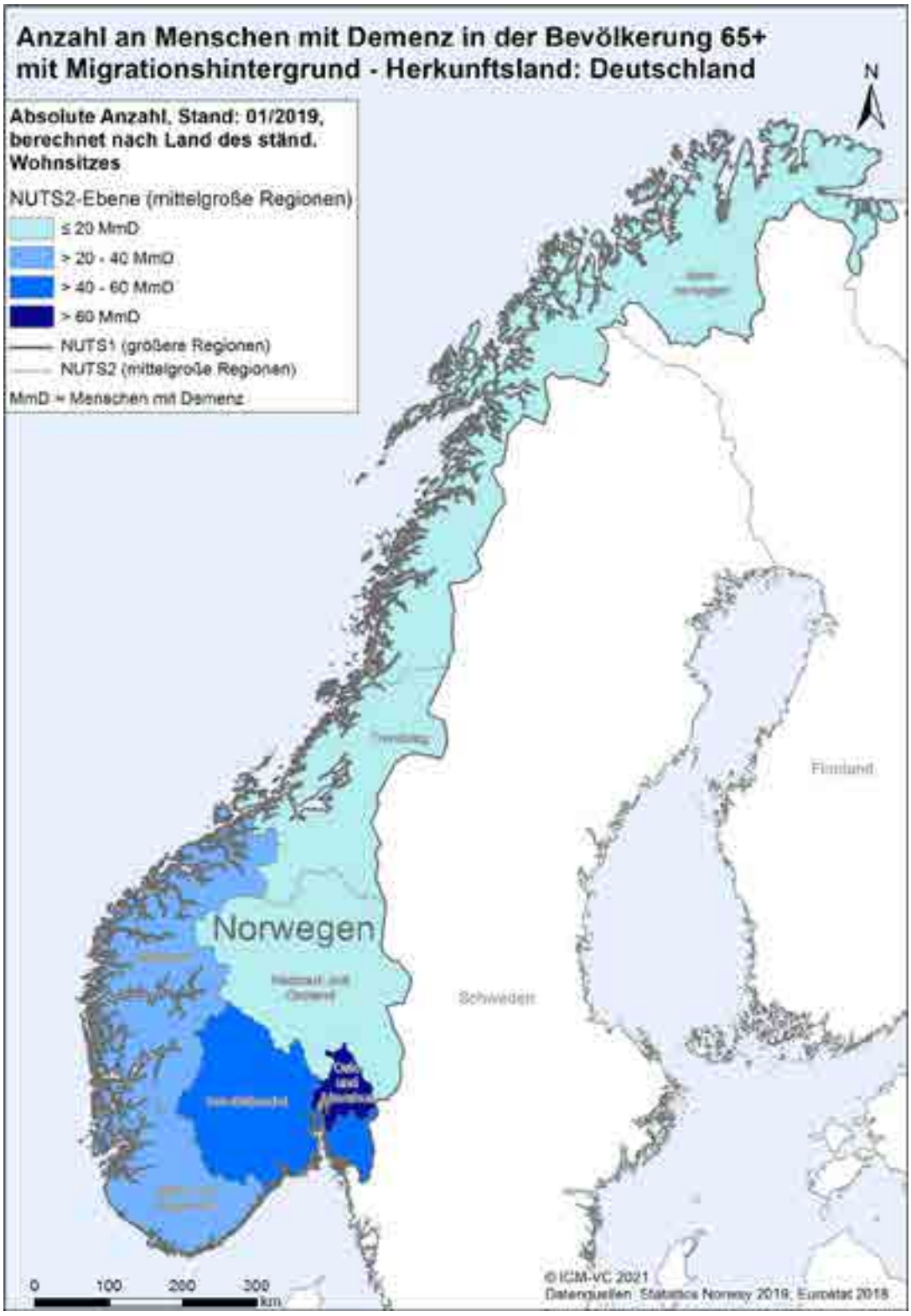


Abb. 3.7.19.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Norwegen – NUTS2)

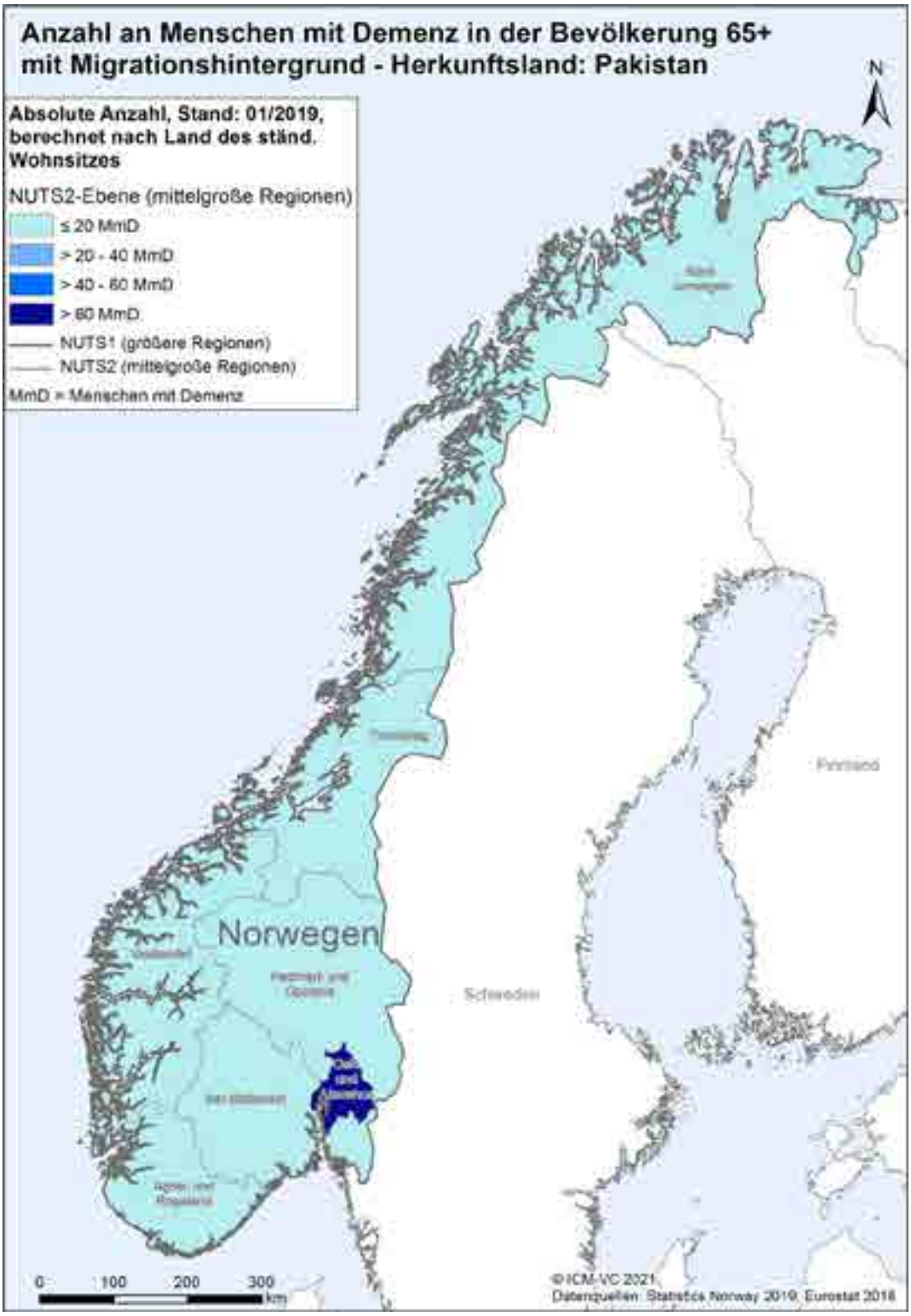


Abb. 3.7.19.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Pakistan (Norwegen - NUTS2)

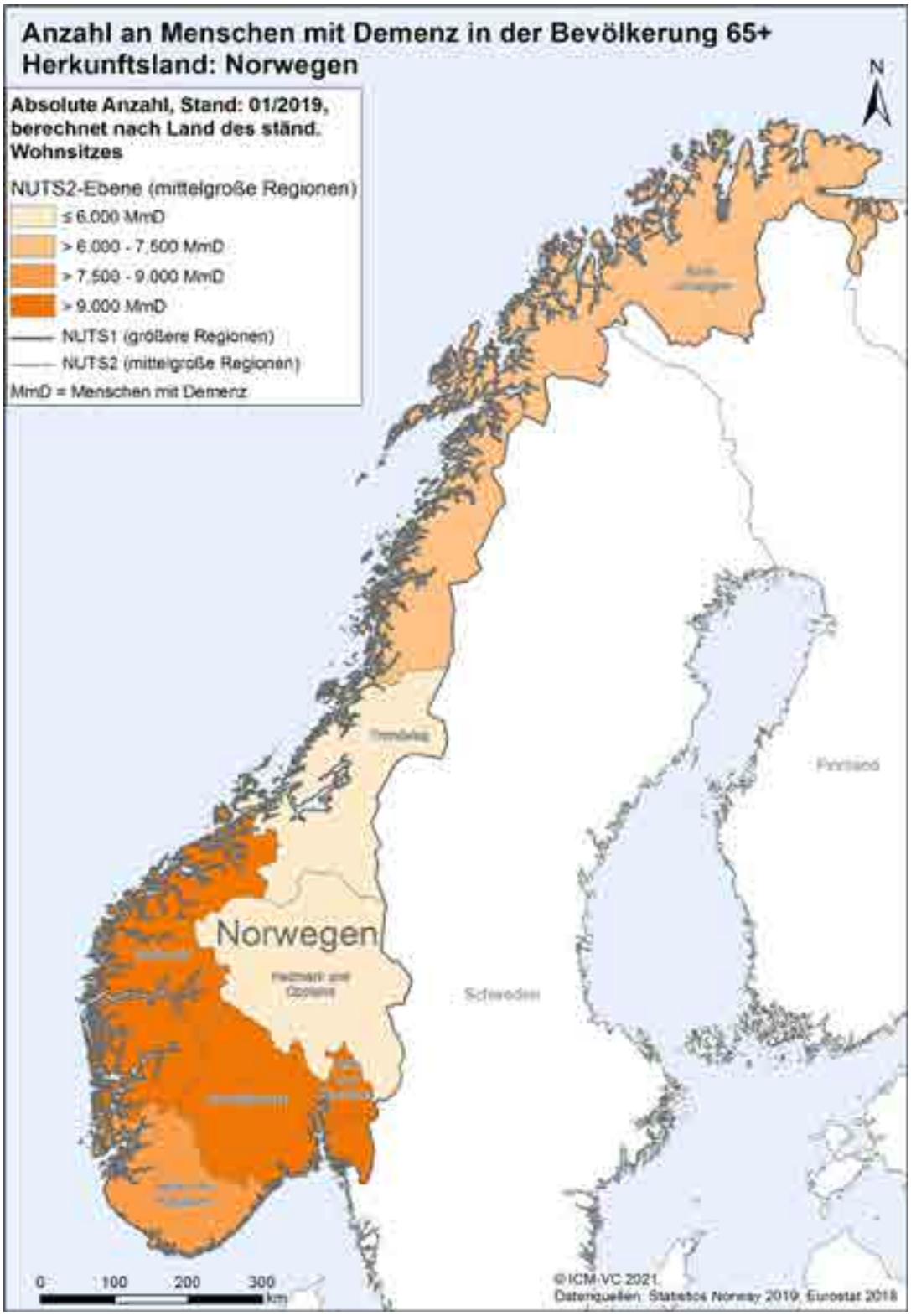


Abb. 3.7.19.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Norwegen (Norwegen - NUTS2)



Norwegen

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte veranschaulicht die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2 Regionen (Abbildungen 3.7.19.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.19.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 32 [6-8].

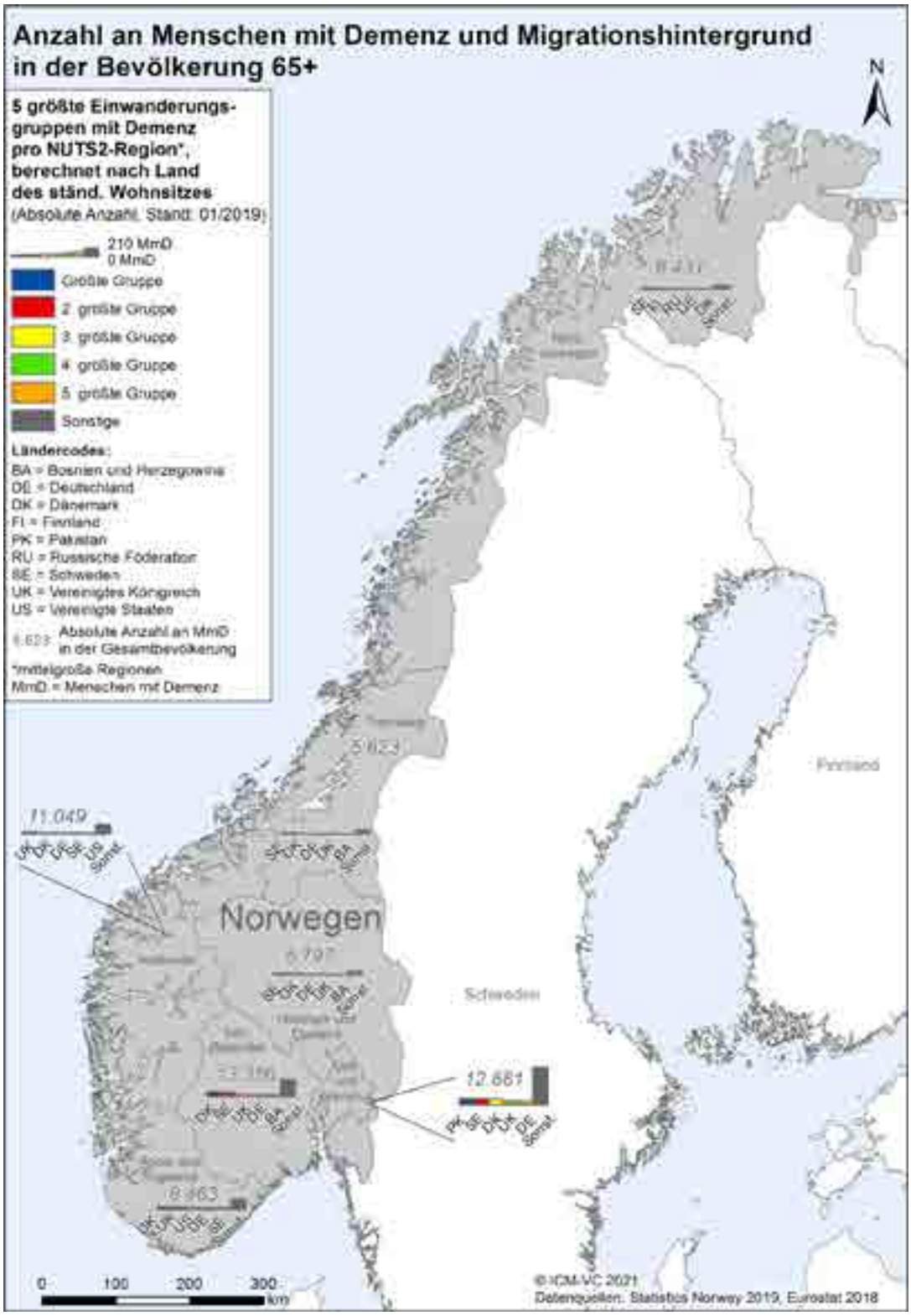


Abb. 3.7.19.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Norwegen - NUTS2)

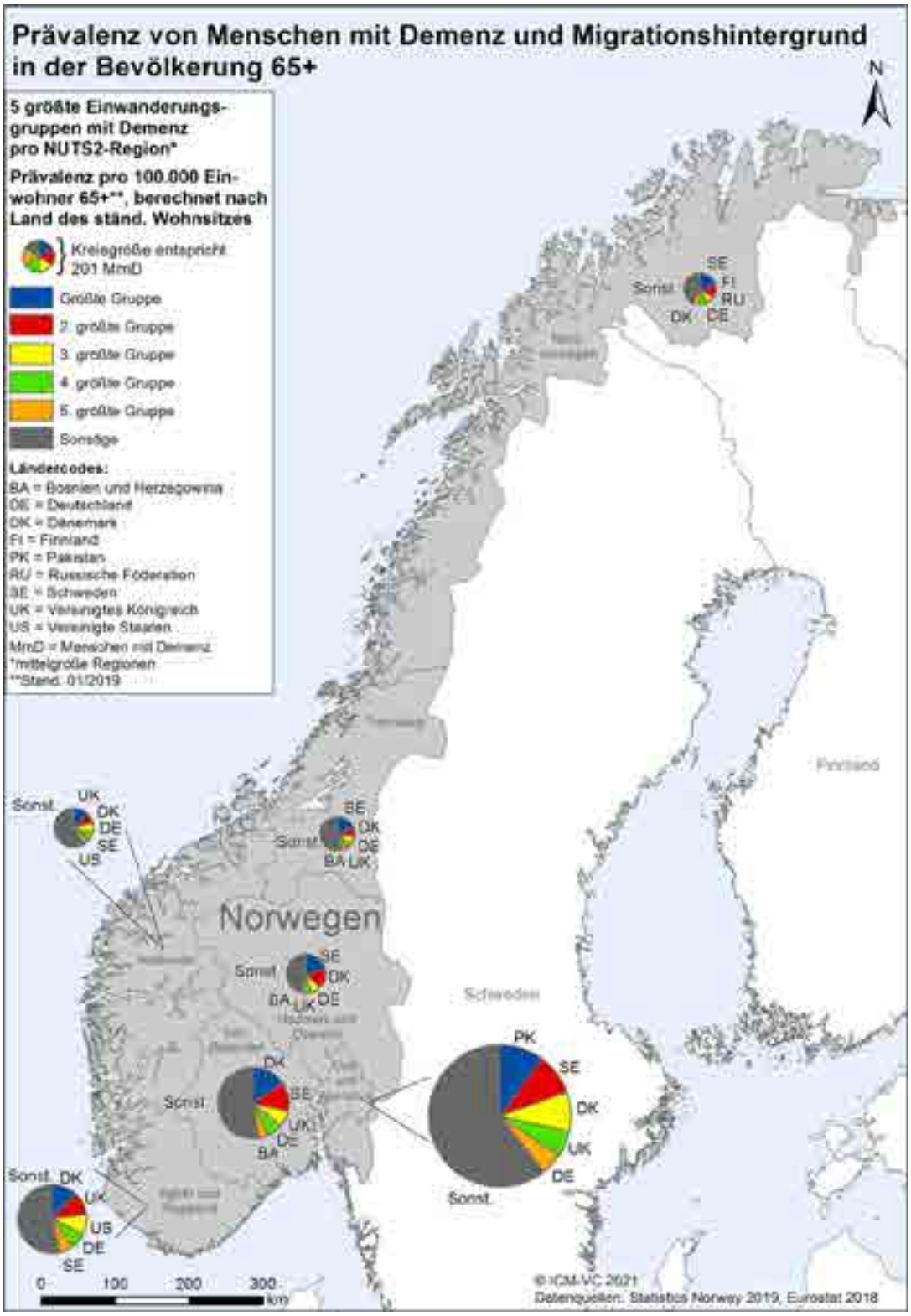


Abb. 3.7.19.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - NUTS2)



Tab. 32: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - NUTS2)

NUTS	Total	NO	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Oslo und Akershus	12.681	11.177	PK 151	SE 143	DK 135	UK 89	DE 75	911
Hedmark und Oppland	5.797	5.604	SE 40	DK 32	DE 15	UK 10	BA 8	87
Sør-Østlandet	13.356	12.558	DK 123	SE 107	UK 59	DE 53	BA 39	417
Agder und Rogaland	8.463	7.977	DK 58	UK 53	US 45	DE 36	SE 34	260
Vestlandet	11.049	10.677	UK 46	DK 33	DE 31	SE 25	US 18	220
Trøndelag	5.623	5.459	SE 32	DK 13	DE 12	UK 10	BA 7	90
Nord-norwegen	6.431	6.260	SE 34	FI 23	RU 15	DE 14	DK 13	72
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Oslo und Akershus	5.819	-	PK 69	SE 66	DK 62	UK 41	DE 34	418
Hedmark und Oppland	20.741	-	SE 144	DK 114	DE 55	UK 35	BA 30	312
Sør-Østlandet	11.547	-	DK 107	SE 92	UK 51	DE 46	BA 34	361
Agder und Rogaland	12.005	-	DK 83	UK 75	US 64	DE 51	SE 48	369
Vestlandet	20.491	-	UK 85	DK 61	DE 57	SE 46	US 34	407
Trøndelag	23.674	-	SE 134	DK 55	DE 51	UK 41	BA 30	379
Nord-norwegen	3.210	-	SE 138	FI 94	RU 59	DE 57	DK 53	289
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Oslo und Akershus	6.900	6.082	PK 82	SE 78	DK 73	UK 49	DE 41	469
Hedmark und Oppland	6.900	6.670	SE 48	DK 38	DE 18	UK 12	BA 10	104
Sør-Østlandet	6.900	6.488	DK 64	SE 55	UK 30	DE 27	BA 20	216
Agder und Rogaland	6.900	6.503	DK 47	UK 43	US 37	DE 29	SE 27	212

NUTS	Total	NO	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Vestlandet	6.900	6.668	UK 28	DK 20	DE 19	SE 16	US 12	137
Trøndelag	6.900	6.699	SE 39	DK 16	DE 15	UK 12	BA 9	110
Nord-norwegen	6.900	6.716	SE 37	FI 25	RU 16	DE 15	DK 14	77

Quelle: Statistics Norway (2019)

3. Nationaler Demenzplan

Für Norwegen wurden drei veröffentlichte NDPs identifiziert. Der „Dementia Plan 2015" („Demenzplan 2015"), der „Dementia Plan 2020: A More Dementia-friendly Society" („Demenzplan 2020: Eine Demenzfreundlichere Gesellschaft") und der „Demensplan 2025" („Demenzplan 2025") behandeln alle das Thema Migration oder sprachliche/ethnische Minderheiten.

Im „Demenzplan 2015" aus dem Jahr 2008 wird Migration kurz thematisiert. An einer Stelle wird erwähnt, dass das Direktorat für Gesundheit und Soziales plant, im Zeitraum von 2006 bis 2010 Forschungsprojekte durchzuführen, um Erkenntnisse über die Situation von Personen mit minderheitensprachlichem Hintergrund mit Demenz zu gewinnen. Ein kurzer Abschnitt über „Personen mit minderheitensprachlichem Hintergrund, die Demenz entwickeln" beleuchtet ein dreijähriges nordisches Entwicklungsprogramm für diese Bevölkerungsgruppe. Dieses Programm konzentriert sich auf Information, Diagnose, Behandlung und Hilfsbedarf. Von den nordischen Ländern wird erwartet, dass sie fachliche Kompetenz und finanzielle Mittel für dieses Programm bereitstellen. Aus dem ersten NDP geht hervor, dass die norwegische Regierung an der Initiierung oder Planung von Projekten zum Thema Demenz bei Personen mit einem minderheitensprachlichen Hintergrund beteiligt ist. Allerdings folgt keine weitere inhaltliche Auseinandersetzung mit diesem Thema [9].

„Der Demenzplan 2020: Eine demenzfreundlichere Gesellschaft" aus dem Jahr 2015 bezieht sich in mehreren Abschnitten auf das Thema Migration. In der Demenzversorgung hat Norwegen einen personenzentrierten Ansatz gewählt, der den kulturellen Hintergrund berücksichtigt. Darüber hinaus verweist der zweite Demenzplan auf die besonderen Bedürfnisse der Samen und der Menschen aus sprachlichen Minderheiten und drückt den Bedarf an mehr Wissen über diese Gruppen und einem besseren Bewusstsein für kulturelle Unterschiede aus. Es wird auch die Notwendigkeit erörtert, dass medizinisches Fachpersonal Schulungen und Beratung zur Diagnose von Demenz bei Menschen mit besonderen Bedürfnissen erhält. Als grundsätzliches Problem wurde identifiziert, dass ältere Migrantinnen und Migranten mit Demenz oft erst zu einem Zeitpunkt Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, wenn sich die Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. In Ermangelung an sprachlich und kulturell angemessenen Dienstleistungen steigt die Belastung der Familie. Ein weiteres zentrales Problem sind die Sprachbarrieren zwischen Fachkräften und Patientinnen und Patienten,

die die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährden. Um dieses Problem anzugehen, wird empfohlen, dass Versorgungsanbieter mehrsprachiges Personal beschäftigen. Eine weitere Empfehlung bezieht sich auf den Bau oder die Modernisierung von Pflegeheimen und Einrichtungen für betreutes Wohnen, bei denen die besonderen Bedürfnisse von Menschen aus samischen und sprachlichen Minderheitengruppen berücksichtigt werden sollten. In einem separaten Abschnitt zu Forschung, Wissen und Kompetenz wird gefordert, dass die gesundheits- und sozialpädagogischen Curricula an Universitäten und Fachschulen stärker auf die Erweiterung des Wissens über diese Gruppen ausgerichtet werden sollten. Innerhalb des Kapitels über Maßnahmen für den Planungszeitraum 2016-2020 wird auf eine veröffentlichte Broschüre über Gesundheitsdienstleistungen für ältere Samen verwiesen, die darauf abzielt, die Kompetenz des Personals zu verbessern, das mit Menschen mit Demenz aus samischen oder minderheitensprachlichen Gruppen arbeitet. Zudem wird festgestellt, dass Menschen mit Demenz aus verschiedenen Kulturkreisen und ihre Familien in die Entwicklung eines Pilotprojekts zur Nachsorge nach der Diagnose einbezogen werden sollten.

Der „Demenzplan 2020: Eine demenzfreundlichere Gesellschaft" betrachtet Menschen mit Demenz aus samischen oder minderheitensprachlichen Gruppen als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen, die gesondert betrachtet werden müssen. Es werden einige spezifische Probleme im Zusammenhang mit der Diagnose und der Versorgung von Menschen aus diesen Gruppen identifiziert und einige konkrete Maßnahmen zu deren Lösung genannt. Das Dokument zeigt aber auch den derzeitigen Mangel an Bewusstsein für kulturelle Unterschiede und Wissen über samische und minderheitensprachliche Gruppen im norwegischen Gesundheitssystem. Außerdem werden keine Daten zur Demenzprävalenz innerhalb dieser Gruppen angegeben [10].

Der „Demenzplan 2025" aus dem Jahr 2020 geht in insgesamt 14 Abschnitten in 7 Kapiteln ausführlich auf das Thema Migration ein. In mehreren Kapiteln gibt es eigene Abschnitte oder Absätze zu diesem Thema. Dabei wird mehrfach darauf hingewiesen, dass der Anteil älterer Menschen mit einem ethnischen Minderheitenhintergrund und damit auch die Zahl der Menschen mit Demenz aus dieser Bevölkerungsgruppe zunimmt. An verschiedenen Stellen des Dokuments wird betont, wie wichtig eine Anpassung von Informations-, Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten (z. B. Tagesaktivitäten in den Gemeinden) an die individuelle Sprache und den kulturellen Hintergrund von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ist. Zunächst werden unterschiedliche Herausforderungen hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit ethnischem Minderheitenhintergrund und spezifische Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe beschrieben. In diesem Zusammenhang wird immer wieder festgestellt, dass Sprachprobleme, kulturelle Unterschiede, unterschiedliche Wahrnehmungen von Demenz und das fehlende Wissen vieler älterer Menschen mit Minderheitenhintergrund über das norwegische Gesundheitssystem sowie die mangelnde Diversitätskompetenz auf Seiten der Gesundheitsdienstleistenden Barrieren für eine effektive Gesundheitsversorgung darstellen. Insbesondere die Untersuchung und Diagnose von Demenz bei ethnischen Minderheiten kann aufgrund von Kommunikationsproblemen eine Herausforderung darstellen. Dieser NDP kommt zu dem Schluss, dass Menschen mit Minderheitenhintergrund nicht die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten wie andere Menschen mit Demenz, selbst wenn sich die Krankheit verschlimmert. Ein Problem könnte laut dem Dokument auch darin liegen, dass viele Menschen aus diesen Gruppen keine pro-

fessionelle Hilfe in Anspruch nehmen, da sie sich schuldig fühlen oder schämen, weil sie nicht in der Lage sind, ihre Familienmitglieder ohne staatliche Hilfe zu versorgen.

Der dritte norwegische Demenzplan führt auch einige Maßnahmen auf, die von der Regierung und den Versorgungsanbietenden bereits ergriffen wurden, sowie Maßnahmen, die von den Kommunen und Dienstleistenden noch zu ergreifen sind, um den Herausforderungen der Demenzversorgung zu begegnen und sicherzustellen, dass Menschen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund Zugang zu gleichwertigen Dienstleistungen haben. Es wird erklärt, dass sich die Regierung auch zukünftig auf die Aufklärung und Verbreitung von Wissen über die minderheitensprachliche Population mit Demenz konzentrieren wird. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Demenzpläne 2015 und 2020 ein nationaler Kompetenzbereich für Kultur, Gesundheit und Versorgung geschaffen wurde. Außerdem wird in einem separaten Kasten das Projekt zur Beurteilung von kognitiven Fähigkeiten und Demenzsymptomen bei Menschen mit anderen sprachlichen und kulturellen Bedürfnissen hervorgehoben, das im Jahr 2019 begann und im Jahr 2020 abgeschlossen wurde. Dieses Projekt hat eine Gruppe von Klinikerinnen und Klinikern des Universitätskrankenhauses Oslo, des St. Olav Universitätskrankenhauses (Trondheim) und des Vestfold Zentralkrankenhauses (Tønsberg) zusammengebracht, um fremdsprachigen Patientinnen und Patienten angepasste kognitive Tests anzubieten. Zusätzlich zu diesem Programm wird auf Studien verwiesen, die gezeigt haben, dass die Kommunikation in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung für die Aufrechterhaltung funktionaler kognitiver Ebenen ist und dass die Nutzung qualitativ hochwertiger Dolmetscherdienste von Vorteil ist. Es wird argumentiert, dass Menschen mit Demenz, die einer Minderheit angehören, und ihre Angehörigen personenzentrierte Versorgungsangebote bevorzugen, bei denen das Personal die erforderlichen Sprachkenntnisse und das kulturelle Verständnis besitzt. Darüber hinaus zeigt dieser Demenzplan, dass ein offener Bedarf an angepassten (mehrsprachigen) Instrumenten zur grundlegenden Demenzbeurteilung besteht. Menschen mit unterschiedlichem kulturellem und sprachlichem Hintergrund sollten stärker in den Prozess der Anpassung solcher Instrumente einbezogen werden und ihr Feedback sollte systematisch abgefragt werden. Außerdem sollte das nationale Qualitäts- und Forschungsregister für behandelte Demenzkranke, das sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für das Pflegepersonal entwickelt wurde, um englischsprachige Registersätze erweitert werden.

Insgesamt spielt das Thema Migration im dritten und aktuellen Norwegischen Demenzplan eine wichtige Rolle. Die wachsende Gruppe von Menschen mit ethnischem Minderheiten-/Migrationshintergrund mit Demenz wird als eine vulnerable Bevölkerungsgruppe mit spezifischen Bedürfnissen identifiziert, auf die sich die Regierung und die Versorgungsanbietenden bereits seit einigen Jahren konzentrieren, der aber in Zukunft mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, insbesondere von den Kommunen und Versorgungsanbietenden. Die bestehenden Probleme und Ungleichheiten in der Versorgung von Minderheiten und Zugewanderten werden detailliert beschrieben und ein wichtiger Handlungsrahmen wird aufgezeigt. Im „Demenzplan 2025“ wird auf bereits ergriffene Maßnahmen und abgeschlossene Projekte zum Thema Demenz und Migration verwiesen, es werden aber auch Handlungsempfehlungen für Versorgungsplanende und Leistungsanbietende gegeben [11].

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wird in den norwegischen Demenzplänen von 2015 und 2020 das Thema Migration bzw.

sprachliche/ethnische Minderheiten umfassend berücksichtigt. Die Tatsache, dass der Umfang des Migrationsbezugs, der vermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse und des Handlungsrahmens in Bezug auf Zugewanderte oder sprachliche/ethnische Minderheiten parallel zu den Veröffentlichungsjahren der Demenzpläne wächst, deutet darauf hin, dass dem Thema Demenz und Migration/Minderheiten auf Regierungsebene in Norwegen zunehmend Bedeutung beigemessen wird.

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Die 300-seitige Dokument „Nasjonal faglig retningslinje om demens“ („Nationale fachliche Leitlinien Demenz“) aus dem Jahr 2017 geht ausführlich auf das Thema Migration ein. Das Kapitel „Gruppen, die besondere Bedürfnisse haben können: Beurteilung und Nachsorge bei Demenz“ enthält einen separaten Abschnitt über „Menschen mit Minderheitenhintergrund mit Verdacht auf Demenz“ (1 ½ Seiten). Der Begriff „Menschen mit Minderheitenhintergrund“ schließt PmM ein, aber nicht alle Menschen mit Minderheitenhintergrund haben einen Migrationshintergrund. Die Leitlinien beziehen sich auch auf Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Minderheitenhintergrund in 9 der 18 übrigen Kapitel. Insbesondere war ein Vertreter des Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons - og minoritetshelse (Norwegisches Kompetenzzentrum für Migrations- und Minderheitengesundheit) (NAKMI) in der Arbeitsgruppe, die die Leitlinien entwickelt hat. Im Jahr 2015 beauftragte das norwegische Gesundheitsministerium das NAKMI, die Versorgungssituation von Menschen mit Minderheitenhintergrund und Demenz zu untersuchen. Die thematisch relevanten Abschnitte des Dokuments beschreiben zunächst die allgemeinen Herausforderungen bei der Versorgung von Menschen mit Minderheitenhintergrund und Demenz. Der Schwerpunkt liegt auf den Herausforderungen, die mit der Diagnose verbunden sind. Es wird festgestellt, dass Menschen aus Minderheitengruppen in einem späteren Stadium der Demenz untersucht werden. Ihr kultureller und sprachlicher Hintergrund kann die Diagnose erschweren. Darüber hinaus sind die bestehenden kognitiven Testverfahren nicht als Beurteilungsinstrumente für PmM geeignet. Ein weiteres Phänomen ist die geringere Inanspruchnahme von formalen Gesundheitsleistungen (primäre Gesundheitsdienste, Verschreibung von Medikamenten, stationäre Aufenthalte in Pflegeheimen) durch Menschen mit Minderheitenhintergrund und Demenz. Nach der allgemeinen Problembeschreibung liegt der Fokus auf der Identifikation von spezifischen Versorgungsbarrieren und -bedürfnissen. Es wird diskutiert, dass Personen, die mit dem norwegischen Gesundheitssystem nicht vertraut sind, möglicherweise zusätzliche Anleitung und Betreuung benötigen. Darüber hinaus kann die Stereotypisierung von Menschen mit Minderheitenhintergrund ein Hindernis für eine personalisierte Versorgung sein. Ein weiteres Thema sind die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Demenzsymptomen innerhalb dieser Gruppe (z. B. die Wahrnehmung, dass Demenz eine Folge von leichter Verwirrung, normalem Altern, psychischem Stress, familiären Problemen oder Migrationserfahrungen, spirituellen Faktoren (Gottes Wille) oder Schicksal ist). In den norwegischen Leitlinien werden Menschen mit Minderheitenhintergrund wiederholt als Gruppe mit besonderen Bedürfnissen genannt. Sie erklären,

dass Menschen aus anderen Kulturen andere Ideale, Vorstellungen und Wünsche bezüglich Information und Selbstbestimmung haben.
Darüber hinaus geben die Leitlinien einige spezifische Handlungsempfehlungen, die als starke Empfehlungen deklariert sind. Eine Empfehlung richtet sich an den medizinischen Dienst, der prüfen sollte, ob das Bildungsniveau, die Sprache oder der kulturelle Hintergrund von Personen mit Minderheitenhintergrund und Verdacht auf Demenz eine Barriere für die Behandlung darstellen. Außerdem wird den Pflegekräften empfohlen, die Ressourcen und Verletzlichkeit einer Person in Bezug auf Kultur und Spiritualität in einem individuellen Aktionsplan zu dokumentieren. Die Analyse der Empfehlungen, Maßnahmen und Versorgungsangebote zeigt, dass Norwegen im Allgemeinen versucht, eine integrative Versorgung für Menschen mit Minderheitenhintergrund bereitzustellen. Ziel ist es, sie in das allgemeine primäre Gesundheitssystem zu integrieren. In Bereichen, in denen es erhebliche Versorgungsbarrieren gibt, werden jedoch auch spezialisierte Angebote entwickelt. Ein Bereich, in dem Norwegen ein segregatives Modell gewählt zu haben scheint, ist die Demenzdiagnose. Da die von der Mehrheitsbevölkerung verwendeten standardisierten Screening-Tests (z. B. MMSE) sehr sprach- und kulturspezifisch sind, wird für Menschen ohne höhere Bildung und mit anderem kulturellen und sprachlichen Hintergrund der Einsatz des interkulturellen Screening-Tools RUDAS empfohlen. Im Allgemeinen sollten für mündliche Tests standardisierte Versionen in der Muttersprache verwendet werden. Bei Personen mit Minderheitenhintergrund wird zusätzlich eine umfassende Beurteilung durch den medizinischen Dienst empfohlen (einschließlich neuropsychologischer Untersuchung). Dies ist besonders wichtig, wenn Sprache, Bildungsstand oder Kultur ein Hindernis für die Beurteilung darstellen. Im Falle von Sprachbarrieren sollte eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Für die erweiterte kognitive Beurteilung gibt es derzeit keine standardisierten Tests, die für Menschen mit Minderheitenhintergrund geeignet sind. Die post-diagnostische Versorgung sollte als Teil der allgemeinen Grundversorgung erfolgen. Darüber hinaus werden Anstrengungen unternommen, um eine effektive Gesundheitsversorgung für Menschen mit Minderheitenhintergrund durch die Politik zu gewährleisten, z. B. durch die gesetzliche Verankerung des Rechts auf muttersprachliche Informationen über Gesundheit/Pflege und das Recht auf Zugang zu einer Dolmetscherin bzw. einem Dolmetscher. Darüber hinaus werden spezielle Dienstleistungen wie eine Broschüre über Dolmetscherdienste im Gesundheitswesen, das Informationsmaterial über Demenz in vier Sprachen (Norwegisch, Englisch, Polnisch und Urdu) und die norwegische Version von RUDAS angeboten.
Insgesamt nimmt das Thema Migration bzw. Minderheitengruppen in den „Nationalen fachlichen Leitlinien Demenz“ [12] einen breiten Raum ein.

Die folgenden Abschnitte zu Angeboten und Informationen für PmM mit Demenz, professioneller Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und einer Diskussionsrunde und spiegeln die Erfahrung und Meinung der befragten Expertinnen und des befragten Experten wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Laut der zuerst befragten Person ist das Thema Demenz und Migration in Norwegen insgesamt relativ unwichtig. Derzeit gibt es nicht viele ältere Zugewanderte in Norwegen. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund variiert jedoch stark zwischen den verschiedenen Regionen und Gemeinden. In Oslo zum Beispiel ist das Thema viel relevanter als in anderen Teilen des Landes. Die zweite befragte Person stellte fest, dass die Migrationsbevölkerung sehr heterogen ist. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe gibt es große Unterschiede in Bezug auf die Herkunftsregionen, den Zeitpunkt der Einwanderung, den Grund oder Zweck der Migration und den Bildungsstand der einzelnen Personen. Diese Unterschiede wirken sich auf den Grad der Einbeziehung in das Gesundheitssystem aus. In Norwegen wurde das Thema Demenz und Migration erstmals im Jahr 2012 in einem Projekt aufgegriffen. Hintergrund des Projekts, an dem diese beiden befragten Personen beteiligt waren, war die Sensibilisierung der Ärzteschaft und anderer Fachkräfte des Gesundheitswesens hinsichtlich des Auftretens von Demenz bei älteren Migrantinnen und Migranten in Norwegen und deren spezifische Bedürfnisse. Die Anzahl solcher Projekte ist jedoch relativ gering. Die bestehenden Entwicklungszentren für Pflegeheime und häusliche Pflegedienste sowie die Pflegeforschungszentren legen nach Aussage der ersten befragten Person keinen besonderen Fokus auf dieses Thema. Durch die durchgeführten Einzelprojekte verfügt Norwegen über forschungsbasiertes Wissen über Probleme der Unterdiagnose und der geringeren Inanspruchnahme von formalen Gesundheitsdiensten durch PmM.

Laut der ersten befragten Person folgt Norwegen einem integrativen Versorgungsmodell, bei dem PmM die gleichen Rechte haben wie die autochthone Bevölkerung. In der ambulanten und stationären Versorgung gibt es in der Regel flächendeckend formale Angebote für PmM mit Demenz. Allerdings haben PmM oft einen schlechteren Zugang zur Versorgung, weil es ihnen an Wissen über das Gesundheitssystem mangelt und es an einer kulturellen und sprachlichen Anpassung der Angebote fehlt. Einer dritten befragten Person zufolge besteht das zentrale strukturelle Problem darin, dass Menschen aus der Population der Zugewanderten im Gegensatz zu einzelnen aus Norwegen stammenden Minderheitengruppen keinen Rechtsanspruch auf kultursensible muttersprachliche Informations- und Betreuungsangebote haben. Derzeit gibt es in Norwegen nur wenige Dienstleistungen, die auf die spezifischen Bedürfnisse von PmM mit Demenz zugeschnitten sind. Die erste befragte Person nannte die Memory Clinic an der Universität Oslo als Modell guter Praxis, da dort Expertise hinsichtlich der Beurteilung von Demenz bei Patienten mit Migrationshintergrund vorhanden ist. Laut der zweiten befragten Person haben einige Hausärztinnen und

Hausärzte und Pflegeheime in Norwegen viele Mitarbeitende mit Migrationshintergrund und versuchen, ihre Dienstleistungen innerhalb der gesetzlichen Grenzen an die Bedürfnisse von PmM mit Demenz anzupassen. Als Beispiel für einen spezialisierten stationären Pflegedienst nannte die erste befragte Person das jüdische Pflegeheim und das Pflegeheim für Menschen aus Dänemark in Oslo.

Allerdings stellen dies private und keine staatlichen Initiativen dar. Es scheint, dass eine nationale Strategie fehlt und dass die derzeitigen spezialisierten Versorgungsangebote für Migrantinnen und Migranten mit Demenz bei weitem nicht ausreichen, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen. Nach Ansicht der Expertinnen und des Experten sind die bestehenden spezialisierten Dienstleistungen nicht ausreichend an die individuellen, kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse von PmM mit Demenz angepasst. Menschen mit Demenz erhalten nicht die maßgeschneiderten Informationen, die sie hinsichtlich verschiedener Aspekte des Lebens mit Demenz benötigen und es wird nicht versucht, sie an der Entwicklung der für sie bestimmten Dienstleistungen zu beteiligen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Gesellschaft in Norwegen eine heterogene Population von Menschen mit Migrationshintergrund hat, muss Norwegen nach Ansicht von Expertinnen und Experten weiter daran arbeiten, Migrantinnen und Migranten langfristig vielfältige und kultursensible Gesundheitsdienstleistungen bereitzustellen. Dies ist besonders wichtig, da die Zahl der älteren PmM in den kommenden Jahren weiter steigen wird.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Die erste befragte Person wies darauf hin, dass kultursensible Versorgung teilweise in der Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte inkludiert ist. Fachkräfte, die vor vielen Jahren ausgebildet wurden, hatten während ihrer Ausbildung wahrscheinlich noch weniger Kontakt mit diesem Thema. Hier findet derzeit jedoch ein Wandel statt. Das Thema der kultursensiblen Versorgung wird mehr und mehr Teil des Curriculums für Krankenpflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte und es gibt eine zunehmende Anzahl von Vorträgen zu diesem Thema an Universitäten oder im Rahmen der Pflegeausbildung. Die Module sind jedoch nicht verpflichtend und das Thema ist selten Teil der Prüfungen. Daher ist es eine der wichtigsten bildungsbezogenen Zukunftsaufgaben, Migration und Vielfalt als ein Haupt- und Querschnittsthema in die Lehrpläne aufzunehmen, das die verschiedenen Gesundheitsthemen, die in den Lehrplänen integriert sind, durchdringt. Die zweite befragte Person stellte fest, dass der Handlungsbedarf zum Thema Demenz und Migration in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften noch viel größer ist als im Bereich der Pflege. Laut der dritten befragten Person besteht das Hauptproblem darin, dass das Ausbildungssystem für Fachkräfte nicht parallel zum gesellschaftlichen Wandel in Richtung zunehmender Vielfalt verändert wird. Im Hinblick auf die Ausbildung in den Gesundheitsberufen berichtete die erste befragte Person, dass interkulturelle Pflegekurse mittlerweile landesweit verfügbar sind. Beispielsweise bietet die Oslo Metropolitan University ein Ausbildungsprogramm in multikultureller Gesundheitsversorgung an und andere Universitäten wie die Universität Bergen verfügen über ähnliche Programme. In Pflegeheimen und -diensten wird ungelernten Arbeitskräften das „Demenz-ABC Schulungsprogramm“ einschließlich eines Moduls über ältere Zugewanderte und Demenz angeboten.

Im Jahr 2017 waren 17% (24.700) der regulär Beschäftigten in kommunalen Pflegediensten Migrantinnen und Migranten. Im Jahr 2009 lag der Anteil noch bei 11% (13.700) [13]. Laut der ersten befragten Person ist der Grund für diesen Anstieg die norwegische Politik, Zuwandernde für die Arbeit in Pflegediensten zu qualifizieren. Allerdings gibt es große regionale Unterschiede hinsichtlich des Anteils der PmM im Pflegesektor. In Oslo beträgt der Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund 44%, während er in Nord-Trøndelag (Mittelnorwegen) bei 8% liegt. Das Hauptherkunftsland der Zugewanderten ist mit Abstand die Philippinen. Weitere häufige Herkunftsländer sind Polen, Eritrea, Somalia, Schweden und Thailand. Das Personal in den kommunalen Pflegediensten stammt aus insgesamt 160 verschiedenen Ländern [13]. Die zweite Expertin stellte fest, dass PmM auch unter den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern (eine(r) von fünf) sowie Fachärztinnen und -ärzten in Norwegen gut vertreten sind. Diese hohe kulturelle und sprachliche Vielfalt im Versorgungssektor bietet nach Ansicht der befragten Expertinnen und des befragten Experten ein hohes Potenzial, das derzeit nicht strategisch genutzt wird. Die erste befragte Person merkte an, dass viele Menschen in Norwegen den hohen Anteil von Migrantinnen und Migranten in Pflegediensten eher als Herausforderung denn als Ressource sehen, wenn es darum geht, das Angebot an Menschen mit einem anderen sprachlichen oder kulturellen Hintergrund anzupassen. Aktuelle Projekte konzentrieren sich zum Beispiel mehr auf die Überwindung von Kommunikationsbarrieren. Laut einer der befragten Personen gibt es keine systematischen Bemühungen oder ein Projekt dazu, wie man die Ressourcen dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nutzen kann.

Trotz des positiven Trends im Bereich der Ausbildung von Beschäftigten im Gesundheitswesen wird der Bedarf an kultursensibler Versorgung in Norwegen im Allgemeinen derzeit nicht durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt, wie die Expertinnen und der Experte feststellen. Speziell im Bereich der Gesundheitsbildung besteht ein großer Handlungsbedarf.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Laut der ersten befragten Person sind familiäre Netzwerke, Migrantinnen- und Migrantenorganisationen, religiöse Gemeinschaften und ehrenamtliche Organisationen sehr wichtig für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz. Anbietende von ambulanter oder stationärer Versorgung spielen derzeit eine eher untergeordnete Rolle. Für die dritte befragte Person sind die Ausländerinnen- und Ausländerclubs besonders wichtig für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen, weil dort Menschen anwesend sind, denen sie vertrauen und mit denen sie in ihrer Muttersprache sprechen können. Dies ist besonders wichtig für den Wissenstransfer zum Thema Demenz und Versorgung. Die erste befragte Person wies darauf hin, dass derzeit erhebliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf die Zugänglichkeit von Informationen und die Nutzung von Versorgungsangeboten bestehen. Für die allgemeine Bevölkerung gibt es viele Informationen über Demenz. Allerdings nutzen PmM nicht die gleichen Medienkanäle wie Menschen ohne Migrationshintergrund und sie sind weniger vertraut mit dem norwegischen Gesundheitssystem, was zu höheren Informationsbarrieren führt. Eine Befragung von pflegenden Angehörigen zeigte einen hohen Bedarf an maßgeschneiderten Informationen in den jeweiligen Muttersprachen für PmM.

Der ersten befragten Person zufolge gibt es landesweit Schulungsangebote für pflegende

Angehörige von Menschen mit Demenz. Angehörige mit Migrationshintergrund nahmen an solchen Schulungen allerdings nicht teil, weshalb ein Projekt initiiert wurde, um maßgeschneiderte Kurse für Menschen aus Pakistan und der Türkei zu entwickeln und in verschiedenen Städten anzubieten. Darüber hinaus wurde ein E-Learning-Kurs entwickelt, in dem anderen Kommunen Empfehlungen hinsichtlich der Konzeption von Kursen für Angehörige mit Migrationshintergrund gegeben werden. An der Entwicklung dieser Kurse waren sowohl das medizinische Personal als auch Minderheitenorganisationen, Migrantinnen- und Migrantenorganisationen und Schlüsselpersonen aus den jeweiligen Gemeinden beteiligt. In Norwegen gibt es laut den Expertinnen und dem Experte derzeit noch einen großen Mangel an maßgeschneiderten Informationen und zugänglichen Unterstützungsangeboten von ambulanten und stationären Versorgungsanbietenden. Es existieren jedoch erste Modelle guter Praxis bei der Ausbildung von pflegenden Angehörigen aus einigen Gruppen von Zugewanderten.

8. Quellen

1. Cooper B: Norway: Migrant Quality, Not Quantity. [https://www.migrationpolicy.org/article/norway-migrant-quality-not-quantity]. (2005). Abgerufen am 04. Mai 2020.
2. Thorud E: Immigration and Integration 2017-2018. In: *Report for Norway to the OECD.* 2019.
3. Statistics Norway: Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents, by immigration category, country background, contents and year; 2019.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Norway; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Norway; 2019.
6. Statistics Norway: Sonderanfertigung. In. Oslo: Statistics Norway; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units forStatistics (NUTS) 2016; 2018
9. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2015; 2008.
10. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2020: a More Dementia-friendly Society; 2016.
11. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2025; 2020.
12. Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje om demens. In. Herausgegeben von Helsedirektoratet: Helsedirektoratet Norge; 2017.
13. Claus G. Innvandrerne sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg. [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg]. (2018). Abgerufen am 06. November 2020.

Österreich



Einwohnerzahl
8.901.000

Fläche
83.882 km²

Hauptstadt
Wien

Drei größten Städte
Wien (1.897.000)
Graz (289.000)
Linz (206.000)

Nachbarländer
Deutschland, Italien, Liechtenstein, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Österreich hat eine lange Migrationsgeschichte, die durch Phasen der Auswanderung kleinerer Bevölkerungsgruppen, vor allem aber durch Zuwanderung und Transitmigration gekennzeichnet ist [1]. So war beispielsweise mehr als die Hälfte des Wachstums der Wiener Bevölkerung zwischen dem Ende des 18. Jahrhunderts und 1916 (von 235.000 auf 2.239.000) auf internationale Migration zurückzuführen [2]. Von 1919 bis 1937 wanderten mehr als 80.000 Menschen aus Österreich nach Übersee aus, viele weitere nach Palästina, Deutschland und in die Sowjetunion. Infolge der nationalsozialistischen Annexion mussten zwischen 1938 und 1941 128.000 Jüdinnen und Juden Österreich verlassen, bis 1945 wurden 64.500 Jüdinnen und Juden ermordet [1]. Während des Zweiten Weltkrieges arbeiteten etwa eine Million Zwangsarbeitende (1944) auf österreichischem Gebiet [3]. Unmittelbar nach dem Krieg lebten etwa 1,4 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in Österreich. Darunter waren mehr als eine halbe Million so genannter „Displaced Persons" (Kriegsflüchtlinge, ehemalige KZ-Häftlinge, Zwangsarbeiter, Kriegsgefangene) und mehr als 300.000 deutschsprachige Vertriebene, so genannte „Volksdeutsche" aus Mittel- und Osteuropa. Die meisten von ihnen verließen das Land in den folgenden Jahren [2]. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Österreich zu einem der wichtigsten Transitländer für Geflüchtete aus Osteuropa. Zwischen 1945 und 1990 wanderten etwa 650.000 Menschen (hauptsächlich aus Ungarn, der Tschechoslowakei und Polen) über Österreich in den Westen ein [2, 3]. Zur gleichen Zeit ließen sich etwa 20.000 Menschen aus Ungarn (1956/1957), 12.000 aus der Tschechischen Republik und der Slowakei (1968) und einige Tausend aus Polen (1981/1982) dauerhaft in Österreich nieder. Aufgrund bilateraler Anwerbeabkommen wanderten zwischen 1961 und 1974 rund 265.000 Gastarbeitende nach Österreich ein, die meisten von ihnen aus Jugoslawien und der Türkei (im Jahr 1973 stammten 78,5% der Gastarbeitenden aus Jugoslawien und 11,8% aus der Türkei). Im Jahr 1974 beschloss die österreichische Regierung, die Anwerbung von Gastarbeitenden zu stoppen und eine restriktive Politik zu betreiben. Dies führte zu einem 40-prozentigen Rückgang der Zahl der ausländischen Arbeitskräfte zwischen 1974 und 1984. Gleichzeitig verlängerten viele Gastarbeitende ihren Aufenthalt und die Familienzusammenführung kompensierte den Rückgang der Arbeitsmigration. Der Staatsstreich in Rumänien zur Jahreswende 1989/1990 und die bewaffneten Konflikte in Kroatien, Bosnien-Herzegowina und im Kosovo zwischen 1991 und 1999 führten zu größeren Flüchtlingsströmen nach Österreich. Nach dem EU-Beitritt von Bulgarien und Rumänien im Jahr 2007 stieg die Zahl der Zuwandernden aus diesen Ländern an [2]. Die Zuwanderung nach Österreich erreichte ihren Höhepunkt mit rund 110.000 Menschen während der großen Flüchtlingsphase im Jahr 2015 [3]. Die größten Gruppen von Zugewanderten nach dem Geburtsland sind Menschen aus Deutschland (232.200), Bosnien und Herzegowina (168.500), der Türkei (159.700), Serbien (143.200) und Rumänien (121.100) (Stand 01.01.2019) [4]. Die (im Ausland geborene) Migrationsbevölkerung (von 793.200 auf 1,8 Mio.) und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung (von 10,3 auf 19,9 %) haben sich zwischen 1990 und 2019 in etwa verdoppelt [5]. Österreich hat seit Jahrzehnten eine positive Nettomigration und seit einigen Jahren eine steigende jährliche Nettomigrationsrate (2020: 7,4) [6].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

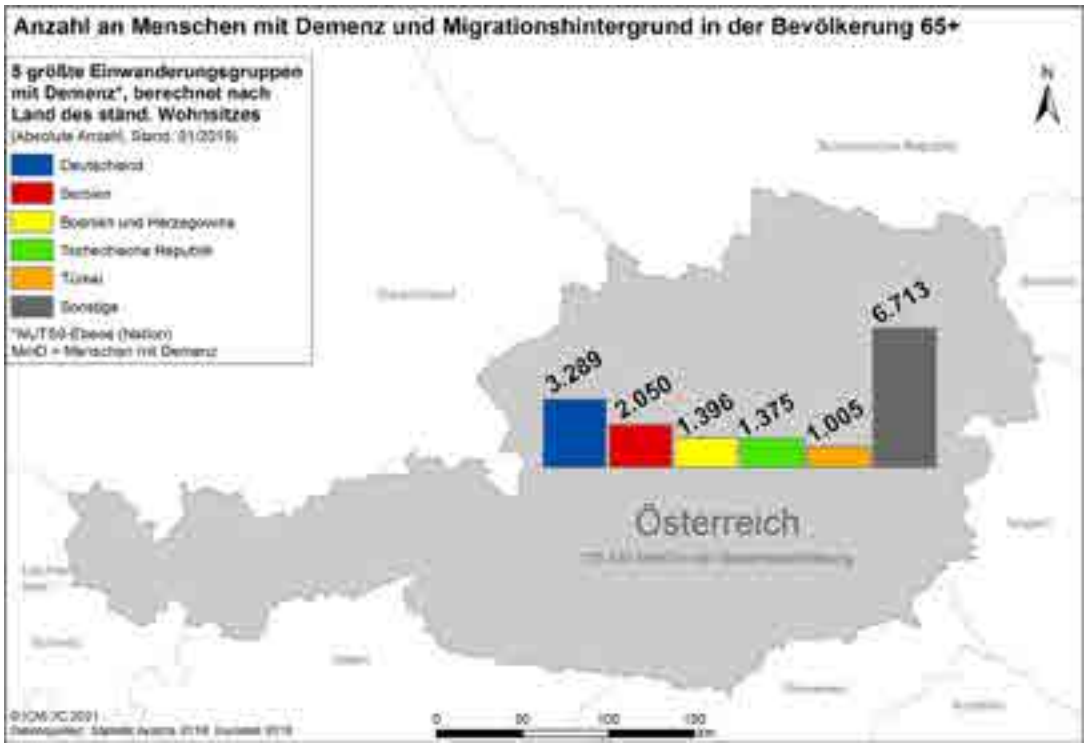


Abb. 3.7.20.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Österreich - Nation)

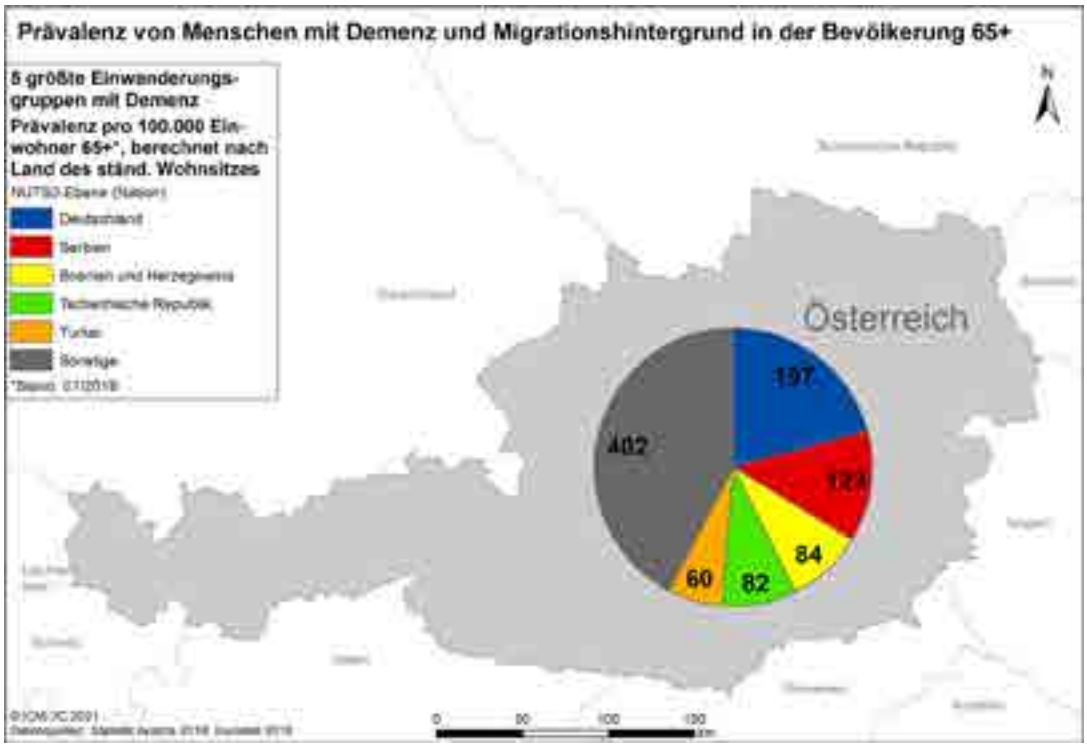


Abb. 3.7.20.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - Nation)

Tab. 33: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - Nation)

NUTS	Total	AT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Österreich	115.131	99.302	DE 3.288	XS 2.050	BA 1.396	CZ 1.374	TR 1.005	6.713
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Österreich	5.019	-	DE 143	XS 89	BA 61	CZ 60	TR 44	293
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Österreich	6.900	5.951	DE 197	XS 123	BA 84	CZ 82	TR 60	402

Quelle: Statistics Austria (2019)

In Österreich leben 229.400 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 15.800 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.20.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Gruppen von Zugewanderten vermutlich aus Deutschland (ca. 3.300), Serbien (ca. 2.100), Bosnien und Herzegowina (ca. 1.400), der Tschechischen Republik (ca. 1.400) und der Türkei (ca. 1.000) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Österreich pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.20.2). Tabelle 33 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Deutschland, Serbien, Bosnien und Herzegowina, der Tschechischen Republik und der Türkei in den NUTS 2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.20.3 - 3.7.20.8).

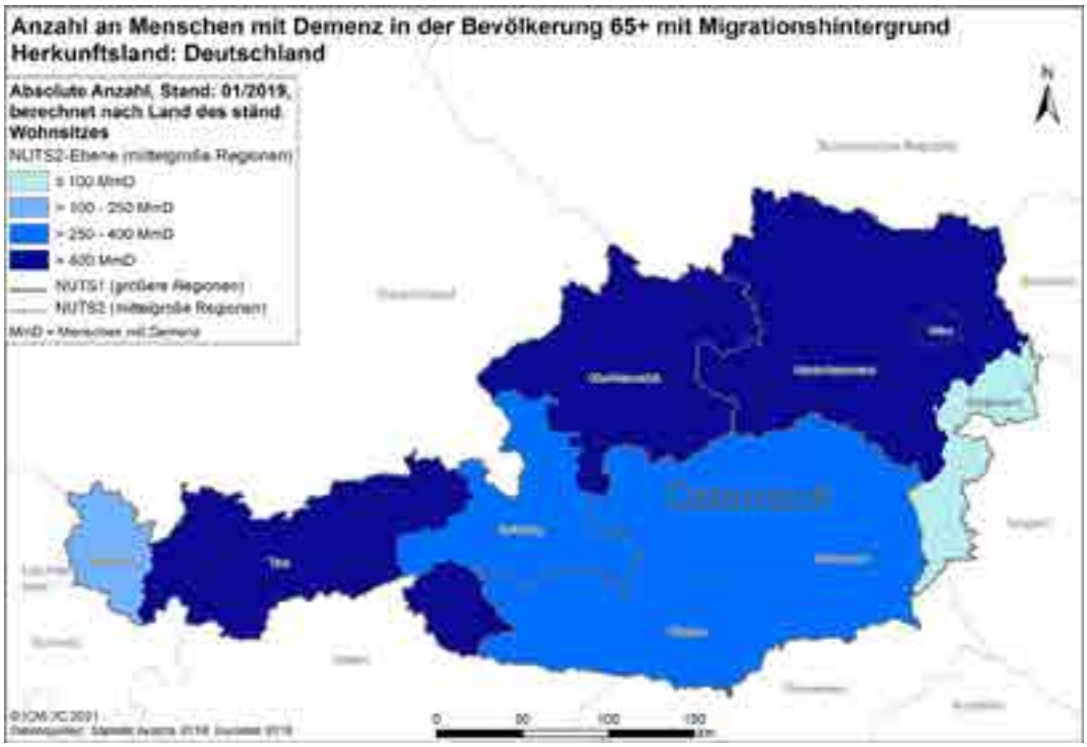


Abb. 3.7.20.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Deutschland (Österreich - NUTS2)

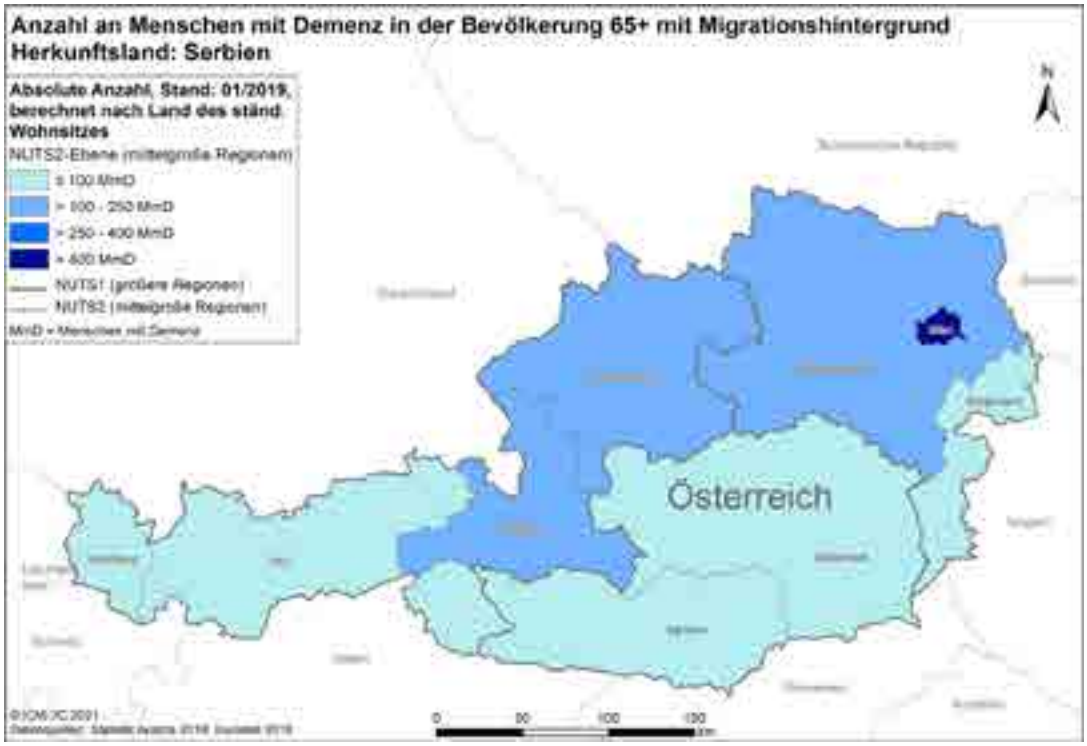


Abb. 3.7.20.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Serbien (Österreich - NUTS2)

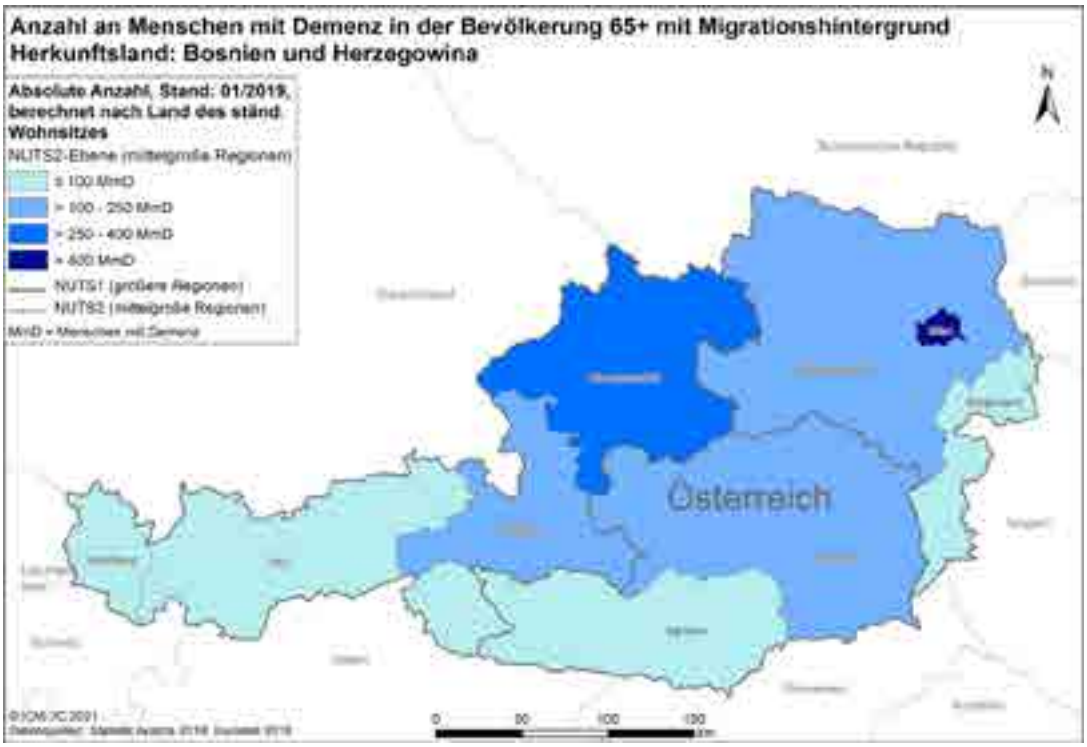


Abb. 3.7.20.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Bosnien und Herzegowina (Österreich - NUTS2)

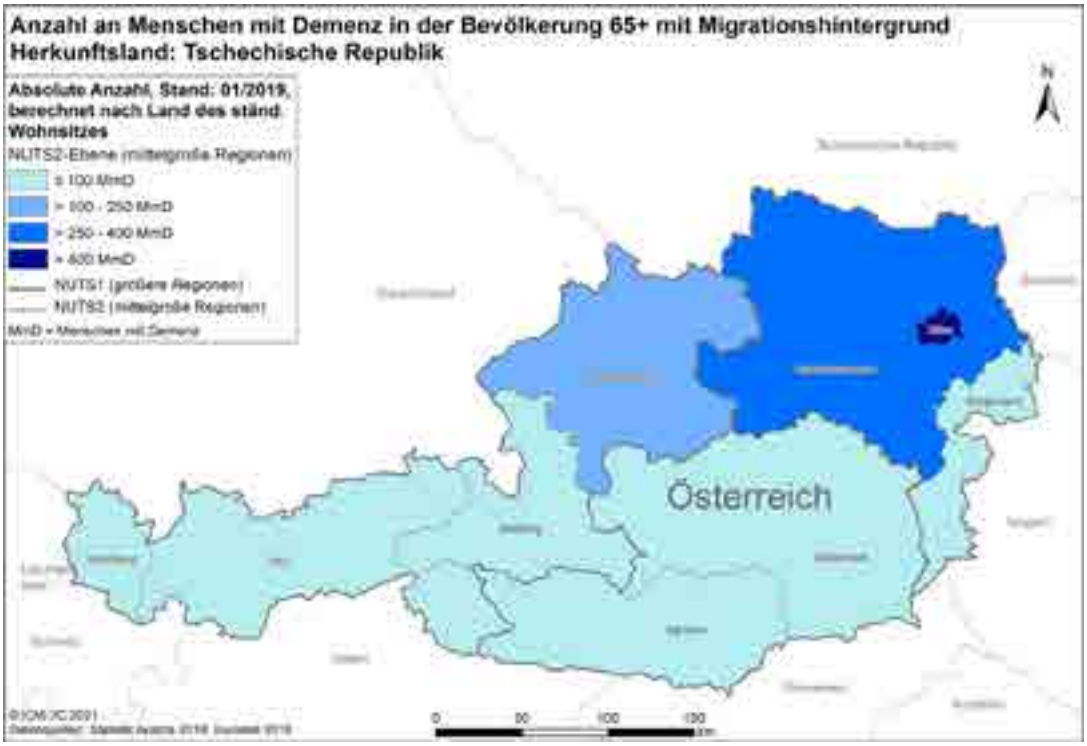


Abb. 3.7.20.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Tschechische Republik (Österreich - NUTS2)

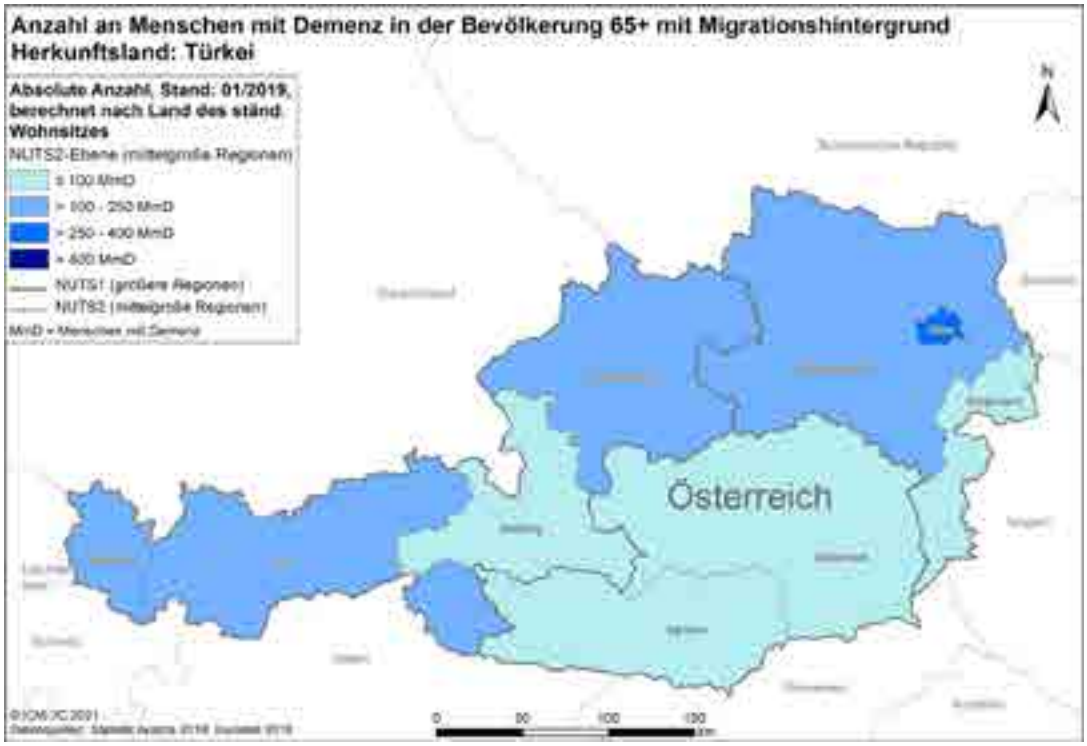


Abb. 3.7.20.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Türkei (Österreich - NUTS2)

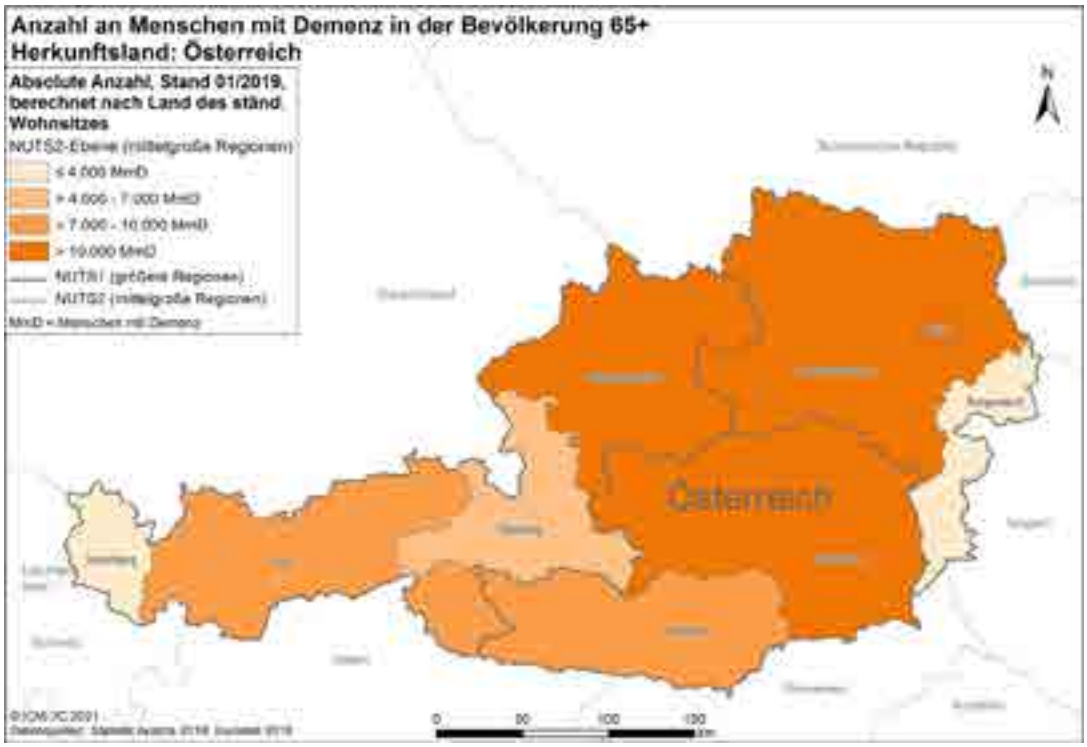


Abb. 3.7.20.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland: Österreich (Österreich - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.20.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen. (Abbildung 3.7.20.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 34 [7, 8].

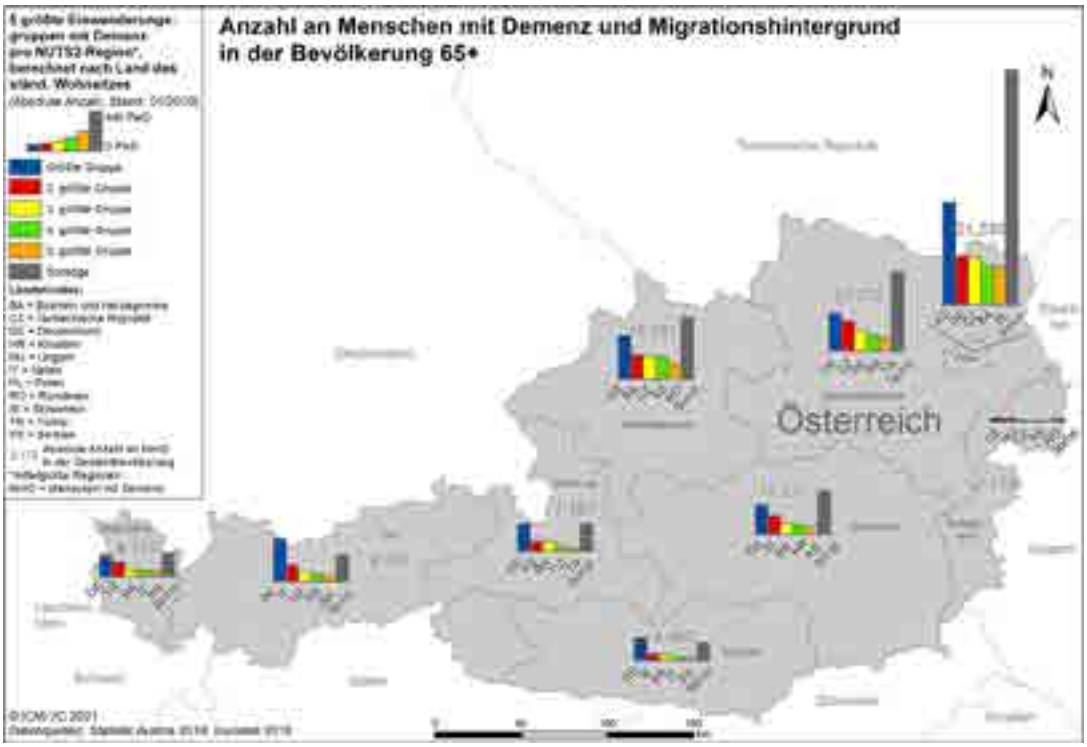


Abb. 3.7.20.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Österreich - NUTS2)

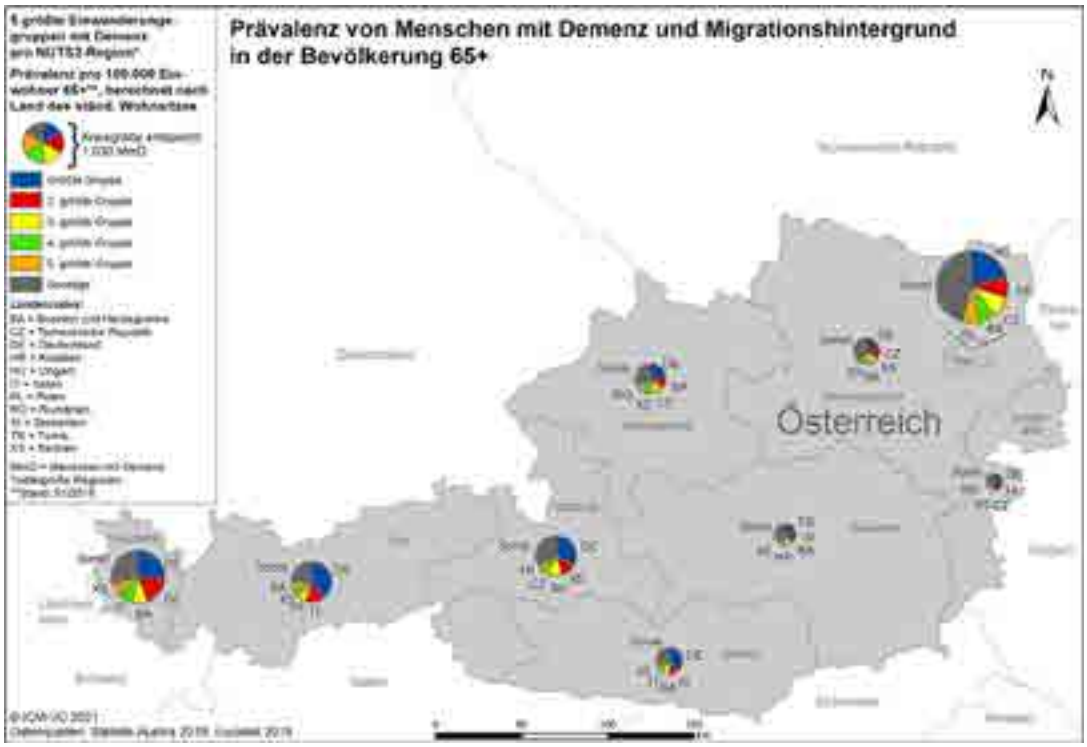


Abb. 3.7.20.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - NUTS2)

Tab. 34: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - NUTS2)

NUTS	Total	AT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Burgenland	2.179	2.042	DE 38	HU 35	CZ 10	XS 8	RO 7	39
Nieder-österreich	23.272	21.085	DE 420	CZ 334	XS 233	BA 172	TR 151	877
Wien	21.559	15.832	XS 1.150	DE 547	CZ 538	BA 443	PL 426	2.623
Kärnten	8.404	7.593	DE 302	SI 96	BA 84	IT 54	XS 38	237
Steiermark	17.377	16.040	DE 329	SI 210	BA 121	HR 115	XS 78	484
Ober-österreich	18.851	16.771	DE 477	BA 268	CZ 249	XS 242	RO 169	675
Salzburg	7.167	6.101	DE 351	XS 127	BA 126	CZ 71	TR 42	349
Tirol	9.361	7.964	DE 551	IT 212	TR 117	XS 92	BA 81	344

NUTS	Total	AT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Vorarlberg	4.710	3.807	DE 233	TR 166	BA 85	IT 82	XS 70	267
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Burgenland	10.903	-	DE 189	HU 175	CZ 52	XS 41	RO 33	200
Nieder-österreich	7.342	-	DE 133	CZ 105	XS 74	BA 54	TR 48	276
Wien	2.597	-	XS 138	DE 66	CZ 65	BA 53	PL 51	317
Kärnten	7.155	-	DE 257	SI 82	BA 71	IT 46	XS 32	202
Steiermark	8.968	-	DE 170	SI 108	BA 62	HR 59	XS 40	251
Ober-österreich	6.253	-	DE 158	BA 89	CZ 83	XS 80	RO 56	224
Salzburg	4.639	-	DE 272	XS 82	BA 81	CZ 46	TR 27	182
Tirol	4.622	-	DE 272	IT 105	TR 58	XS 46	BA 40	169
Vorarlberg	3.600	-	DE 178	TR 127	BA 65	IT 63	XS 54	203
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Burgenland	6.900	6.463	DE 120	HU 111	CZ 33	XS 26	RO 21	126
Niederösterreich	6.900	6.252	DE 125	CZ 99	XS 69	BA 51	TR 45	259
Wien	6.900	5.067	XS 368	DE 175	CZ 172	BA 142	PL 136	840
Kärnten	6.900	6.235	DE 248	SI 79	BA 69	IT 44	XS 31	194
Steiermark	6.900	6.369	DE 131	SI 83	BA 48	HR 46	XS 31	192
Oberösterreich	6.900	6.139	DE 174	BA 98	CZ 91	XS 88	RO 62	248
Salzburg	6.900	5.874	DE 338	XS 122	BA 121	CZ 69	TR 40	336
Tirol	6.900	5.870	DE 406	IT 156	TR 86	XS 68	BA 60	254
Vorarlberg	6.900	5.577	DE 341	TR 244	BA 124	IT 121	XS 103	390

Quelle: Statistics Austria (2019)

3. Nationaler Demenzplan

Für Österreich wurden zwei nationale Dokumente gefunden, die Versorgungsplanenden und Versorgungsanbietenden bei der Entwicklung von Strategien und Aktionsplänen zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen unterstützen. Das erste Dokument dieser Art, der „Österreichische Demenzbericht 2014“, wurde im Januar 2015 veröffentlicht. Dieses Dokument enthält ein eigenes Kapitel über zugewanderte Menschen mit Demenz. Es umfasst vier Seiten und weist auf die Problematik der späten Diagnose und der geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, insbesondere durch Zugewanderte aus der Türkei, hin. In diesem Kapitel wird auf verschiedene internationale Studien zur Situation von Demenzkranken mit Migrationshintergrund und in einem eigenen Abschnitt auf eine nationale Studie zur Versorgung von zugewanderten Menschen mit Demenz aus der Türkei Bezug genommen (Barkhordarian 2013). Der Bericht weist auf große Informationslücken im Bereich Demenz und Migration hin. So heißt es z. B., dass keine endgültigen Aussagen über die Anzahl von PmM mit Demenz und über deren Versorgungssituation in Österreich gemacht werden können. Darüber hinaus wird der offensichtliche Mangel an migrationsspezifischen Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere im Hinblick auf die Demenzprävention, thematisiert. Im Allgemeinen scheint es sowohl qualifizierte Expertinnen und Experten für Demenz als auch qualifizierte Expertinnen und Experten für Migration zu geben, aber es mangelt an Kooperation, Austausch und Vernetzung zwischen diesen beiden Gruppen. Demenzexpertinnen und -experten scheinen wenig über die Bedürfnisse von an Demenz erkrankten Zugewanderten und ihren pflegenden Angehörigen zu wissen, und umgekehrt scheint es Migrationsfachleuten und pflegenden Angehörigen an Informationen über geeignete Präventions- oder Gesundheitsdienstleistungen zu fehlen. Informations- und Wissenslücken sowie das Fehlen von migrationsspezifischen Präventionsangeboten werden zusammen mit der Verwendung von für Migrantinnen und Migranten ungeeigneten Demenzdiagnoseinstrumenten und Sprachbarrieren als Gründe dafür genannt, warum eine Diagnose bei zugewanderten Menschen mit Demenz oft später gestellt wird als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Ergebnisse der oben erwähnten nationalen Studie zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten aus der Türkei mit Demenz weisen darauf hin, dass PmM mit Demenz aus der Türkei nur selten formale Versorgungsangebote in Anspruch nehmen und dass ihre pflegenden Angehörigen kaum Unterstützungsleistungen nutzen. Als zentrale Ursachen für diese Tendenz werden kulturelle und religiöse Faktoren genannt. Gesundheitsdienstleistende werden in diesem Bericht ermutigt, den Bedürfnissen von PmM mit Demenz besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Spezifische Bedürfnisse können sich u. a. aus der Tabuisierung und Angst vor Stigmatisierung innerhalb der Gemeinschaft ergeben sowie aus früheren traumatischen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Migrationsgeschichte, die im Falle einer Demenzerkrankung erneut zum Problem werden können. Um besser auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten eingehen zu können, sollten Muttersprachlerinnen und Muttersprachler mit interkultureller Erfahrung eingestellt, Betreuungspersonen geschult und Mitarbeitende in Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten auf die vorhandenen Angebote aufmerksam gemacht werden. Für die Angehörigen von PmM mit Demenz müssen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Aufklärungs- und Unterstützungsstrukturen geschaffen werden. Im Zusammenhang mit der Problematik standardisierter, für Zugewander-

te ungeeigneter Demenzdiagnoseverfahren verweist der „Österreichische Demenzbericht 2014“ auch auf das an der Universität Köln entwickelte Screening-Instrument „Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen“ (TRAKULA) zur Erfassung kognitiver Störungen bei PmM, das sich seit 2008 im Testverfahren befindet (Stand: 2015) [9].

Das zweite Dokument wurde ebenfalls im Jahr 2015 veröffentlicht und trägt den Titel „Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz“. Diese österreichische Demenzstrategie enthält sieben Wirkungsziele und 21 Handlungsempfehlungen. Allerdings adressiert keine dieser Ziele und Empfehlungen das Thema Migration direkt. Das Dokument bezieht sich nur an zwei Stellen auf Migration und verwendet dabei unterschiedliche Begriffe. Erstens wird im Abschnitt über die „Prinzipien zur Erarbeitung von Wirkungszielen und Handlungsempfehlungen“ zu Beginn der Demenzstrategie festgestellt, dass im Rahmen der Ermittlung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen die Ungleichheiten hinsichtlich des Zugangs von Minderheiten und PmM zu Unterstützungsangeboten berücksichtigt werden müssen. Zum anderen wird im Rahmen der Handlungsempfehlung für niedrigschwellige Informationsangebote ein indirekter Bezug zur Migration hergestellt, indem die Durchführung von mehrsprachigen Informationsveranstaltungen vorgeschlagen wird. Insgesamt wird das Thema Migration in der „Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz“ im Gegensatz zum „Österreichischen Demenzbericht 2014“ nur sehr kurz behandelt. Die beiden empfohlenen Maßnahmen, die für PmM relevant sein können, sind in Klammern gesetzt und erscheinen daher optional [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Die „Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter“ aus dem Jahr 2011 schneidet mit lediglich zwei Sätzen innerhalb eines Kapitels einen migrationsrelevanten Themenbereich an, ohne das Thema Migration dabei explizit zu benennen. Es wird darauf hingewiesen, dass neuropsychologische Tests zur differentialdiagnostischen Abklärung einer fraglichen oder leichten Demenz den soziokulturellen Hintergrund und die Sprachkenntnisse einer Person berücksichtigen müssen. Darüber hinaus wird auf den Mini-Cog-Screening-Test als einfaches Testverfahren zur Früherkennung von Demenz hingewiesen, dessen Validität durch sprachliche und kulturelle Unterschiede nicht beeinträchtigt wird. Es wird jedoch nicht darauf verwiesen, dass ein Migrationshintergrund oder ein anderer kultureller oder sprachlicher Hintergrund ein Faktor für eine unsichere Diagnose sein kann und dass standardisierte Screening-Tests oder gängige neuropsychologische Testverfahren für diese Gruppen möglicherweise nicht geeignet sind. Screening-Tests wie der MMSE oder der Uhrentest werden angeführt, ohne auf Probleme bei der Anwendung bei kulturellen oder sprachlichen Minderheiten hinzuweisen [11]. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde 2015 der wissenschaftliche Bericht „Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz“ veröffentlicht. In diesem 241 Seiten starken Bericht wird jedoch an keiner Stelle auf das Thema Migration eingegangen [12].

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für

pflegende Angehörige basieren auf einem Interview mit einer Expertin und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertin wider. Dies kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten führen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Obwohl das Thema Demenz und Migration von Fachkräften im Gesundheitswesen und Gesundheitsexpertinnen und -experten als sehr wichtig angesehen wird, scheint es derzeit keine nennenswerte Versorgungsstruktur zu geben. Es ist jedoch ausreichend mehrsprachiges Informationsmaterial zum Thema Demenz (z. B. in stationären Einrichtungen) vorhanden. Darüber hinaus gibt es Institutionen wie das in Wien ansässige Gemeinschaftsunternehmen Terra, das mehrsprachige Beratungs-, Unterstützungs- und Vermittlungsdienste für Migrantinnen und Migranten in Bereichen wie Gesundheit und Soziales anbietet [13]. Laut der Expertin gibt es in Österreich nur wenige spezialisierte Angebote für PmM mit Demenz. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung scheint es nur in einzelnen Regionen Modelle guter Praxis wie die transkulturelle Ambulanz am AKH in Wien zu geben. In Bezug auf spezialisierte Dienstleistungen für PmM mit Demenz konnte die Expertin keine solchen Modelle guter Praxis nennen. Da die Nachfrage höher ist als das Angebot, bezeichnete die Expertin die Versorgung als unzureichend. Allerdings gibt es in Österreich der Expertin zufolge bundesweite Standards für die stationäre Versorgung hinsichtlich der Berücksichtigung religiös bedingter Ernährungsbedürfnisse (z. B. Zubereitung von Speisen ohne Schweinefleisch), kulturspezifischer Bedürfnisse bei Familienbesuchen (z. B. Einrichtung von Besucherzimmern für Großfamilien) und sprachlicher Bedürfnisse (z. B. Initiierung eines Videodolmetscherdienstes auf Bundesebene und Einbindung sprachunterstützender Angebote wie professionelle Dolmetscher und mehrsprachige Broschüren in stationären Einrichtungen). In Bezug auf die Versorgung von PmM mit Demenz existiert auf politischer oder nationaler Ebene offensichtlich keine einheitliche Strategie. Welche Versorgung eine Person aus dieser Bevölkerungsgruppe erhält, hängt von den einzelnen Versorgungsleistenden in der jeweiligen Region ab. Diese Versorgungsleistenden haben wahrscheinlich unterschiedliche Versorgungsmodelle. Ein weit verbreiteter Ansatz, der zudem Teil der Ausbildung von Fachpersonal im Gesundheitswesen ist, stellt das Validierungsmodell dar, wonach Menschen mit Demenz gehört, akzeptiert und respektiert werden und das Fachpersonal versucht, auf die einzelnen Personen und ihre Bedürfnisse einzugehen. Nach Ansicht der Expertin erhalten PmM mit Demenz nicht nur aufgrund fehlender Angebote keine angemessene Versorgung, sondern auch, weil sie die vorhandenen Angebote selten (oder nie) proaktiv in Anspruch nehmen. In der Steiermark gibt es z. B. einen gerontopsychiatrischen Dienst, der staatlich geförderte Hausbesuche anbietet, aber von PmM nicht genutzt wird.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Obwohl es spezielle Kurse zur kultursensiblen Versorgung für Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal gibt, existiert kultursensible Versorgung nicht als Pflichtmodul innerhalb eines traditionellen Medizinstudiums oder einer Pflegeausbildung, so die Expertin. Auf der Ebene der medizinischen Hochschulen und Krankenpflegeschulen gibt es professionelle Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in interkultureller Versorgung, aber auch hier handelt es sich um optionale Kurse, die meist in städtischen Gebieten angeboten werden. In ländlichen Gebieten gibt es nur wenige solcher Schulungen. Ein Merkmal des österreichischen Gesundheitswesens ist der relativ hohe Anteil von PmM an den Beschäftigten in diesem Sektor. Der Anteil der Migrantinnen und Migranten (sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege) unter den Pflegekräften liegt laut der Expertin bei mindestens 14 bis 15%. Die Expertin wies darauf hin, dass im Bereich der 24-Stunden-Betreuung ausschließlich PmM beschäftigt sind. Aufgrund einer Gesetzesänderung in den Jahren 2006 bis 2008 können PmM als sogenannte freie Selbständige für vier Wochen nach Österreich kommen und eine Patientin bzw. einen Patienten zu Hause im Rahmen der 24-Stunden-Pflege betreuen. Diese Pflegekräfte sind hauptsächlich Frauen aus Rumänien, Bulgarien und Kroatien. Generell stammen viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien (z. B. Kroatien) und Grenzregionen wie Ungarn und der Slowakei. Das Gesundheitssystem und die Dienstleistenden versuchen, dieses Diversitätspotenzial zu nutzen, um die aus der Vielfalt der Patientinnen und Patienten resultierenden Bedürfnisse zu erfüllen und die bestehenden Sprachbarrieren zwischen Menschen aus bestimmten Gruppen von Zugewanderten und den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu überwinden. In Österreich gibt es derzeit keine flächendeckenden Dolmetscherdienste, aber die meisten Krankenhäuser haben Sprachlisten, in denen professionelle Pflegekräfte mit verschiedenen Muttersprachen aufgeführt sind. Sie werden je nach Bedarf kontaktiert und eingestellt, aber es gibt derzeit keine festen Regeln oder Ausbildungsanforderungen für diese Dolmetscherdienste, was verschiedene Probleme nach sich zieht. Insgesamt stellt die Expertin fest, dass der Bedarf an kultursensibler Versorgung nicht durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt wird und nennt als zentrale Ursache das Fehlen einer systematischen Herangehensweise und eines bundesweiten Schwerpunkts in der Diversity Management Ausbildung.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Nach Aussage der Expertin erhalten pflegende Angehörige von PmM mit Demenz das gleiche Informationsmaterial (in der jeweiligen Muttersprache) wie nicht-migrantische pflegende Angehörige ohne Migrationshintergrund. Auch bei der Bereitstellung anderer Unterstützungsleistungen gibt es keinen signifikanten Unterschied. Allerdings ist ein großer Unterschied bei der Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen zu erkennen, da PmM die Angebote eher selten nutzen. So ist es beispielsweise strukturell möglich, in Österreich als pflegender Angehöriger versichert zu sein. Dies bietet die rechtliche Möglichkeit, professionelle pflegende(r) Angehörige(r) zu sein. Anerkannte pflegende Angehörige erhalten ein Gehalt und

haben Anspruch auf Urlaub und bezahlte Rehabilitation. Grundsätzlich steht diese Struktur auch regulären Migrantinnen und Migranten, die Teil des Sozialstaates sind, zur Verfügung. Mehrsprachiges Informationsmaterial dazu ist ebenfalls verfügbar. Dennoch wird diese Möglichkeit von PmM deutlich seltener genutzt. Eine zentrale und große Barriere ist der bürokratische Apparat. Um solche Unterstützungsleistungen zu erhalten, müssen verschiedene Formulare ausgefüllt werden. PmM haben sehr oft Angst vor der Bürokratie und solchen Formularen. Sie befürchten, dass sie keine oder nur sehr spät Unterstützung erhalten, wenn sie ein Formular falsch ausfüllen. Daher besteht ein Großteil der Leistungen, die Organisationen wie Terra für Migrantinnen und Migranten erbringen, im Ausfüllen von Formularen zur Beantragung von Pflegegeld oder Unterstützungsleistungen.

Auch wenn die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch pflegende Angehörige von PmM mit Demenz sehr gering ist, was teilweise auf bürokratische und sprachliche Barrieren zurückgeführt werden kann, hat diese Bevölkerungsgruppe nach Einschätzung der Expertin einen sehr hohen und vielfältigen Bedarf an spezialisierten Versorgungsangeboten und Informationen. Pflegende Angehörige von PmM mit Demenz müssen nicht nur mit der Verantwortung als Pflegeperson zurecht kommen, was bereits für eine Person ohne Migrationshintergrund äußerst anspruchsvoll ist, sondern sind darüber hinaus weiteren spezifischen Problemen, Belastungen und Versorgungsbarrieren ausgesetzt.

8. Quellen

1. Jandl M, Kraler A: Austria: A Country of Immigration? [https://www.migrationpolicy.org/article/austria-country-immigration]. (2003). Abgerufen am 21. Mai 2019.
2. Bauer WT: Zuwanderung nach Österreich. In. Herausgegeben von der Österreichischen Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung. Wien; 2008.
3. Bischof G, Rupnow D: Migration in Austria Bd. 26. Innsbruck: innsbruck university press; 2017.
4. Statistik Austria: Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland. [http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html]. (2019). Abgerufen am 21. Mai 2019.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Portugal; 2019.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Statistics Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes. In. Wien: Statistics Austria 2019.
9. Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R: Österreichischer Demenzbericht 2014. In. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium; 2015.
10. Arbeitsgruppen 1-6: Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz In. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2015.
11. Dorner T, Rieder A, Stein K: Besser leben mit Demenz: Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzkranker. Wien: Competence Center intregrierte Versorgung; 2011.
12. Fröschl B, Antony K, Pertl D, Schneider P: Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz. In. Herausgegeben von Gesundheit Österreich GmbH. Wien; 2015.
13. Trummer U, Novak-Zezula S: Alt, arm, und krank? Arbeitsmigranten der 1960er Jahre in Wien und wie sie unterstützt werden können. In: Center Health Migration; 2019.

Polen



Einwohnerzahl
37.958.000

Fläche
309.158 km²

Hauptstadt
Warschau

Drei größten Städte
Warschau (1.791.000)
Krakau (779.000)
Lodz (680.000)

Nachbarländer
Belarus, Deutschland, Litauen, Russische Föderation (Oblast Kaliningrad), Slowakische Republik, Tschechische Republik, Ukraine

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Bericht über die Situation von Menschen mit Alzheimer-Krankheit
6. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Die Geschichte der Migration in Polen ist durch Auswanderung gekennzeichnet [1]. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts und während des gesamten 19. Jahrhunderts verließen vor allem politisch Flüchtende das Land. Ende des 19. Jahrhunderts begann die wirtschaftliche Auswanderung. Von 1871 bis 1913 wanderten fast 3,5 Millionen Menschen aus (hauptsächlich in die USA). Während der beiden Weltkriege verließen 2,1 Millionen Menschen das Land, die meisten von ihnen nach Frankreich, Belgien, Deutschland und Amerika. Zwischen 1944 und 1949 kehrten fast 1,5 Millionen Menschen zurück [2]. Nach dem Zweiten Weltkrieg emigrierten zwischen sechs und acht Millionen Menschen, die meisten von ihnen nach Deutschland [2, 3]. In den 1980er Jahren wanderten 1,1 bis 1,3 Millionen Bürgerinnen und Bürger (u. a. als Folge der Unterdrückung der Solidarność-Bewegung) und Hunderttausende deutsche Aussiedelnde aus Polen aus, viele von ihnen nach Westdeutschland [1, 2]. Nach dem Zusammenbruch des Kommunismus im Jahr 1989 nahmen die Transitmigration und die Zuwanderung aus den östlichen Nachbarländern (Ukraine, Belarus, Russische Föderation) zu. Infolge des EU-Beitritts am 1. Mai 2004 ist die Auswanderung in andere EU-Staaten, insbesondere in das Vereinigte Königreich und nach Irland, gestiegen [1, 3]. Seit den 1980er Jahren ist die Migrationsgeschichte Polens stark von zirkulärer Migration geprägt (Menschen aus Polen, die in Deutschland arbeiten und Bürgerinnen und Bürger der ehemaligen Sowjetunion, die in Polen arbeiten). Polen hat eine ethnisch relativ homogene Gesellschaft. Infolge des Holocausts und der Zwangsumsiedlung nach dem Zweiten Weltkrieg ist die Bevölkerung der Minderheiten erheblich kleiner geworden (1931: ein Drittel, 2008: 2 bis 3% der Bevölkerung) [1]. Im Jahr 2013 waren Menschen aus der Ukraine die größte Migrationsgruppe (221.300), gefolgt von Deutschland (81.800), Belarus (81.400), Litauen (54.100) und der Russischen Föderation (40.900) [4]. Seit mehr als einem Jahrhundert ist Polen eines der größten Entsendeländer von Migrantinnen und Migranten in Mittel- und Osteuropa und dient vielen westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern als Arbeitskräftereservoir (seit dem EU-Beitritt im Jahr 2004 erfolgt die Auswanderung von Arbeitskräften hauptsächlich in andere EU-Mitgliedsstaaten) [3]. Zwischen 1990 und 2019 haben sich die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung fast halbiert (von 1,1 Mio. auf 656.000 bzw. von 3 auf 1,7%) [5]. Die Nettomigrationsrate war in den letzten Jahrzehnten immer negativ und lag 2020 bei -0,8 [6].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

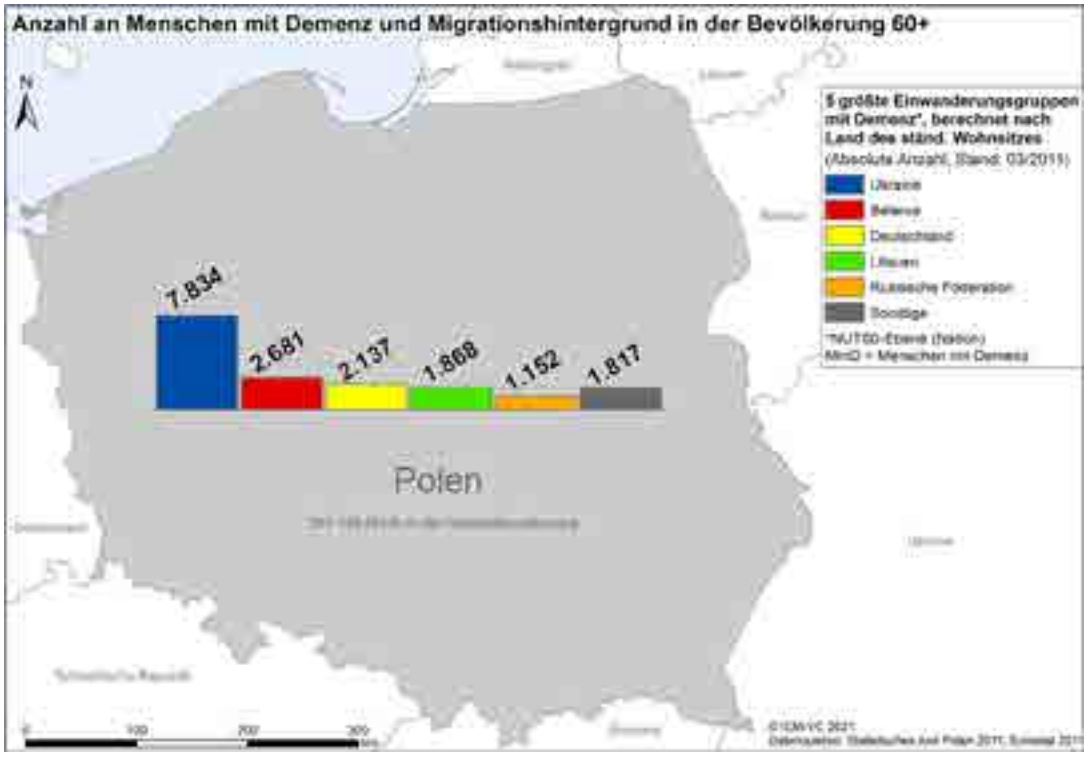


Abb. 3.7.21.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Polen - Nation)

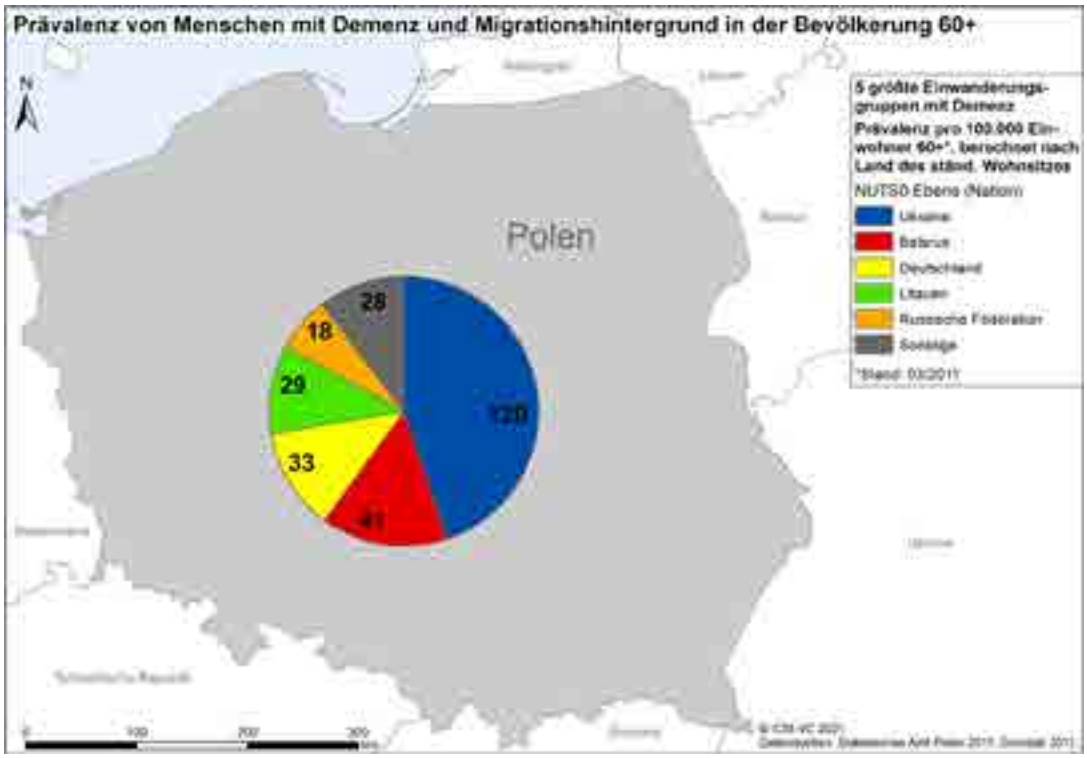


Abb. 3.7.21.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Polen - Nation)

Tab. 35: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Polen - Nation)

NUTS	Total	PL	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Polen	261.139	243.649	UA 7.834	BY 2.681	DE 2.137	LT 1.868	RU 1.152	1.817
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 60+								
Polen	5.972	-	UA 179	BY 61	DE 49	LT 43	RU 26	42
Prävalenz/100.000 Personen 60+								
Polen	4.000	3.732	UA 120	BY 41	DE 33	LT 29	RU 18	28

Quelle: Statistics Poland (2011)

In Polen leben 437.200 PmM, die 60 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 17.300 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.21.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Ukraine (ca. 7.800), Belarus (ca. 2.700), Deutschland (ca. 2.100), Litauen (ca. 1.900) und der Russischen Föderation (ca. 1.200) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Polen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 60 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.21.2). Tabelle 35 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus der Ukraine, Belarus, Deutschland, Litauen und der Russischen Föderation in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.21.3 - 3.7.21.8).

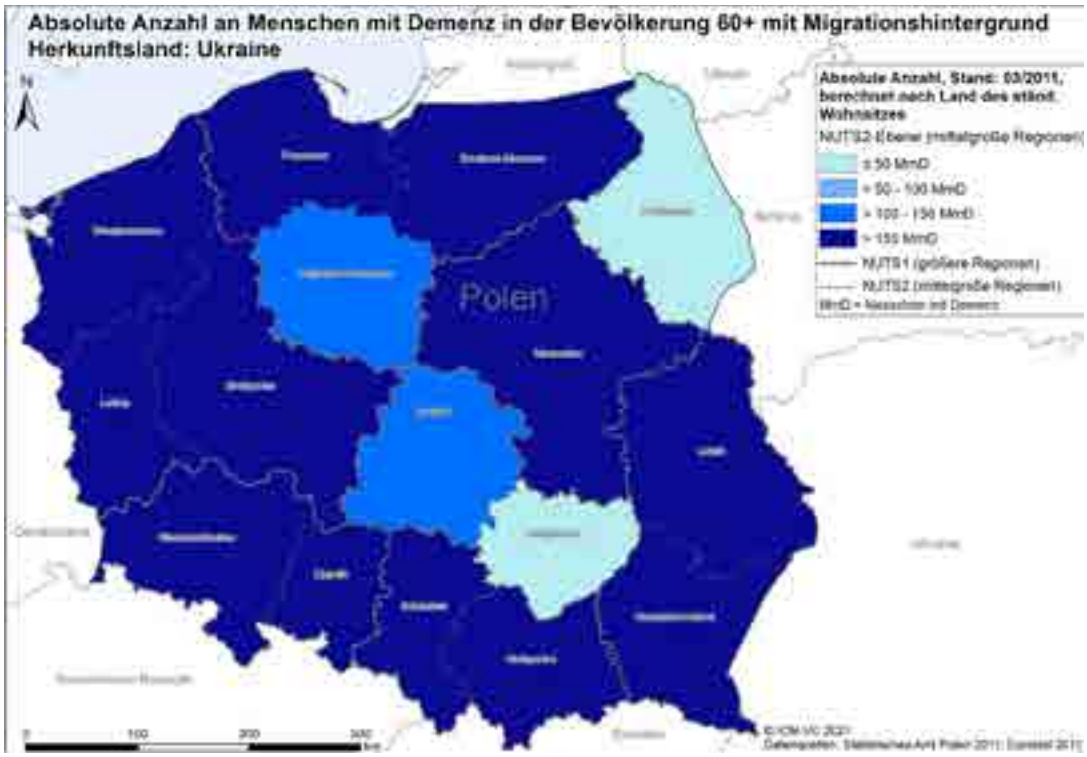


Abb. 3.7.21.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Ukraine (Polen - NUTS2)

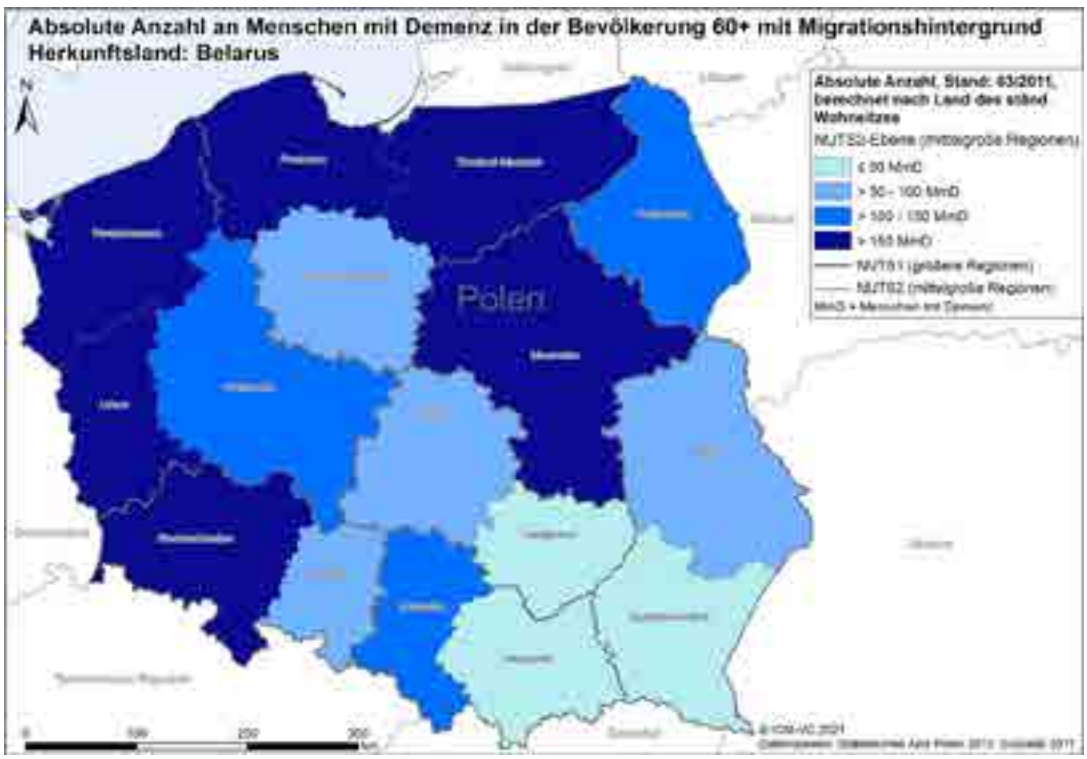


Abb. 3.7.21.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Belarus (Polen - NUTS2)

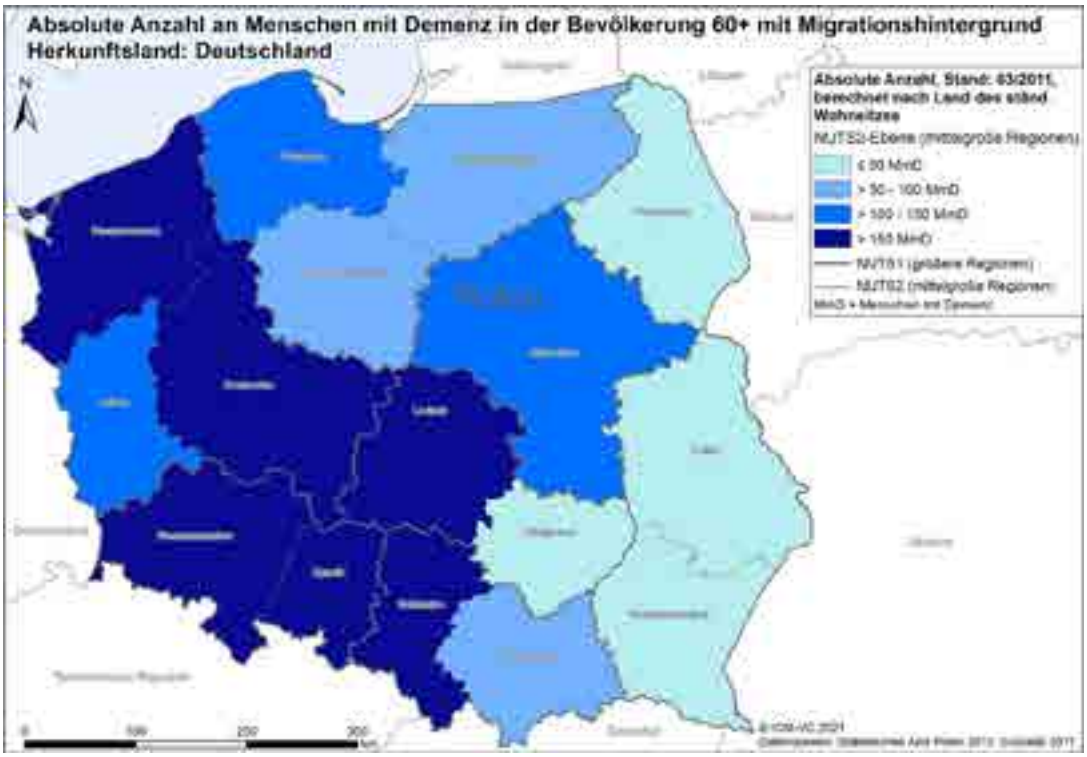


Abb. 3.7.21.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Deutschland (Polen - NUTS2)

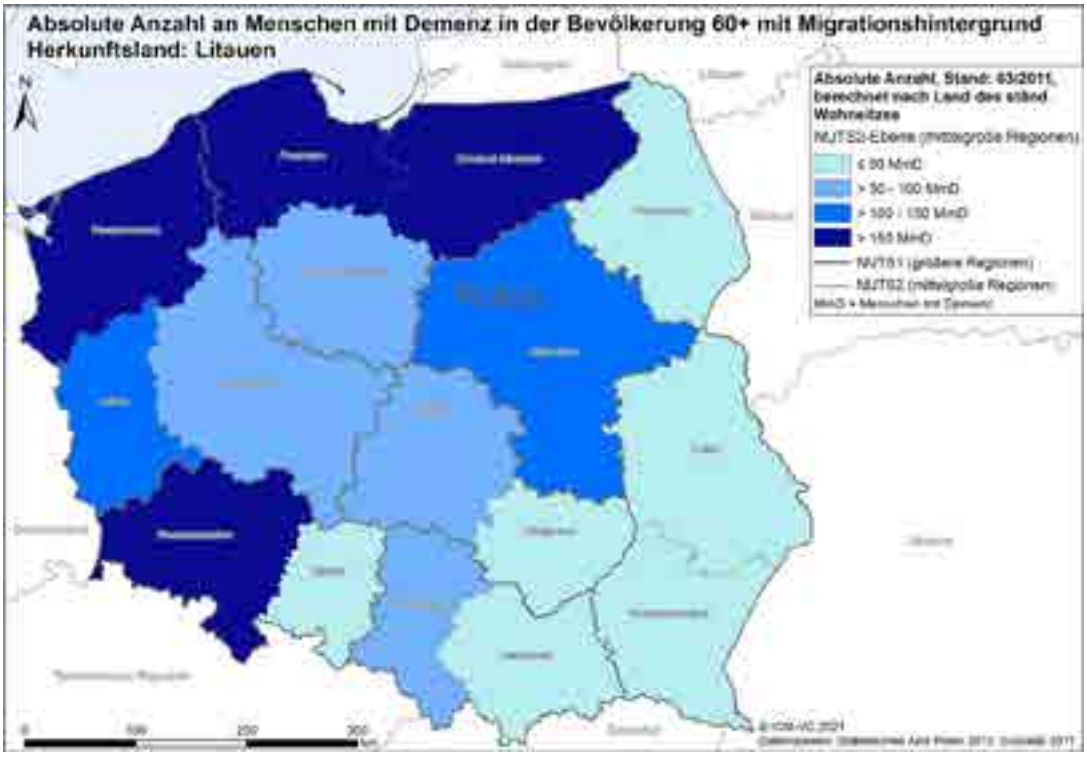


Abb. 3.7.21.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Litauen (Polen - NUTS2)

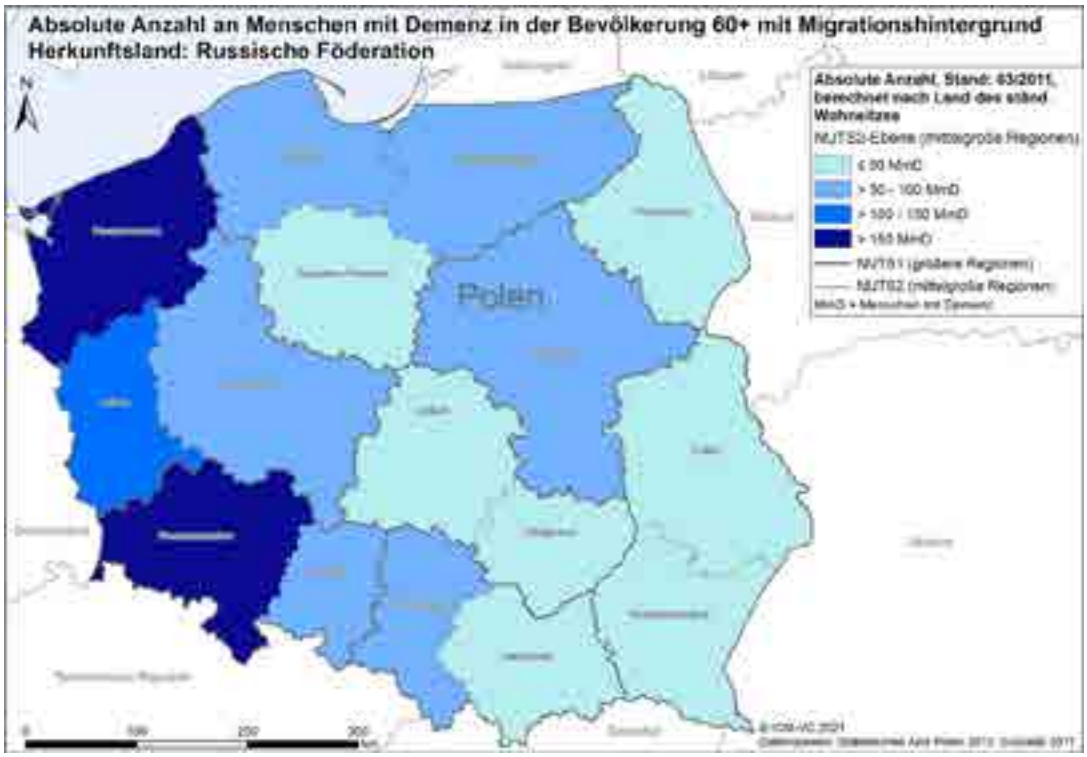


Abb. 3.7.21.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Russische Föderation (Polen - NUTS2)

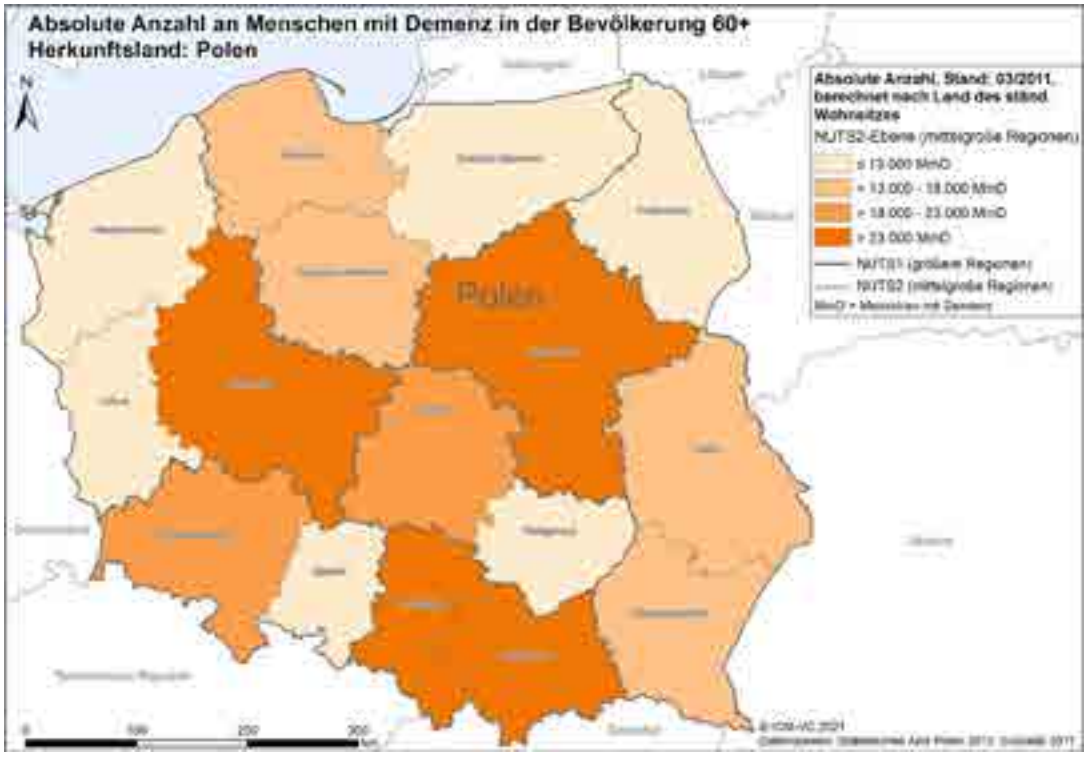


Abb. 3.7.21.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 60 Jahren.
Herkunftsland: Polen (Polen - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.21.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 60 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abb. 3.7.21.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 36 [7, 8].



Abb. 3.7.21.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Polen - NUTS2)

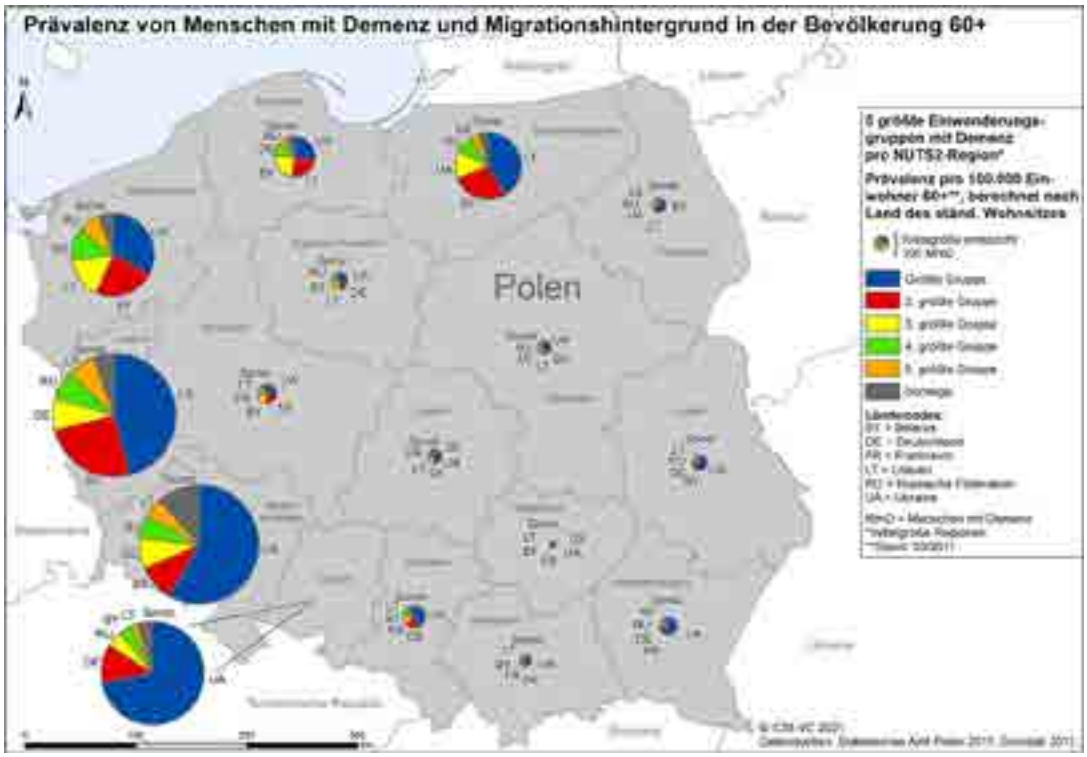


Abb. 3.7.21.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Polen - NUTS2)

Tab. 36: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Polen - NUTS2)

NUTS	Total	PL	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Lodsch	22.436	21.873	DE 195	UA 110	BY 74	LT 67	FR 50	68
Masowien	43.406	42.380	UA 322	BY 205	LT 135	DE 106	RU 81	177
Kleinpolen	25.583	25.071	UA 258	DE 55	FR 44	BY 38	LT 32	85
Schlesien	38.216	36.692	UA 662	DE 312	FR 159	BY 105	LT 83	203
Lublin	17.708	17.237	UA 287	BY 68	DE 42	RU 32	LT 18	24
Karpaten-vorland	15.766	15.282	UA 319	FR 44	DE 35	RU 25	BY 14	46
Heiligkreuz	10.924	10.791	DE 42	UA 33	FR 17	BY 13	LT 8	20
Pdlachien	9.608	9.378	BY 124	LT 31	UA 23	RU 22	DE 10	20

NUTS	Total	PL	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Großpolen	25.382	24.530	UA 227	DE 221	BY 136	FR 106	LT 62	100
West-pommern	13.171	11.262	UA 621	BY 462	LT 308	DE 233	RU 172	113
Lebus	7.533	5.905	UA 750	BY 408	DE 134	RU 125	LT 119	92
Nieder-schlesien	23.653	18.778	UA 2,846	BY 492	DE 402	RU 304	LT 255	577
Oppeln	8.227	6.748	UA 1,065	DE 179	RU 77	BY 58	LT 31	69
Kujawien-Pommern	15.992	15.515	UA 144	DE 90	LT 81	BY 81	RU 32	50
Ermland-Masuren	10.183	9.014	LT 479	BY 329	UA 157	RU 94	DE 60	51
Pommern	16.757	15.572	UA 334	LT 285	BY 279	DE 128	RU 80	79
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 60+								
Lodsch	16.108	-	DE 140	UA 79	BY 53	LT 48	FR 36	49
Masowien	17.370	-	UA 129	BY 82	LT 54	DE 42	RU 32	70
Kleinpolen	20.355	-	UA 205	DE 44	FR 35	BY 30	LT 25	67
Schlesien	10.118	-	UA 175	DE 83	FR 42	BY 28	LT 22	53
Lublin	15.130	-	UA 245	BY 58	DE 36	RU 28	LT 16	20
Karpaten-vorland	13.211	-	UA 268	FR 37	DE 30	RU 21	BY 12	39
Heiligkreuz	33.642	-	DE 128	UA 102	FR 52	BY 39	LT 25	61
Podlachien	17.018	-	BY 219	LT 55	UA 40	RU 40	DE 17	36
Großpolen	12.032	-	UA 108	DE 105	BY 64	FR 50	LT 29	47
West-pommern	2.783	-	UA 131	BY 98	LT 65	DE 49	RU 36	24
Lebus	1.861	-	UA 185	BY 101	DE 33	RU 31	LT 29	22
Nieder-schlesien	1.952	-	UA 235	BY 41	DE 33	RU 25	LT 21	47
Oppeln	2.240	-	UA 290	DE 49	RU 21	BY 16	LT 8	18

NUTS	Total	PL	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Kujawien-Pommern	13.562	-	UA 122	DE 76	LT 68	BY 68	RU 27	43
Ermland-Masuren	3.524	-	LT 166	BY 114	UA 54	RU 32	DE 21	17
Pommern	5.721	-	UA 114	LT 97	BY 95	DE 44	RU 27	27
Prävalenz/100.000 Personen 60+								
Lodsch	4.000	3.900	DE 35	UA 20	BY 13	LT 12	FR 9	12
Masowien	4.000	3.905	UA 30	BY 19	LT 12	DE 10	RU 7	16
Kleinpolen	4.000	3.920	UA 40	DE 9	FR 7	BY 6	LT 5	13
Schlesien	4.000	3.841	UA 69	DE 33	FR 17	BY 11	LT 9	21
Lublin	4.000	3.894	UA 65	BY 15	DE 9	RU 7	LT 4	5
Karpaten-vorland	4.000	3.877	UA 81	FR 11	DE 9	RU 6	BY 4	12
Heiligkreuz	4.000	3.952	DE 15	UA 12	FR 6	BY 5	LT 3	7
Podlachien	4.000	3.904	BY 52	LT 13	UA 10	RU 9	DE 4	8
Großpolen	4.000	3.866	UA 36	DE 35	BY 21	FR 17	LT 10	16
West-pommern	4.000	3.420	UA 188	BY 140	LT 93	DE 71	RU 52	34
Lebus	4.000	3.136	UA 398	BY 217	DE 71	RU 66	LT 63	49
Nieder-schlesien	4.000	3.175	UA 481	BY 83	DE 68	RU 51	LT 43	98
Oppeln	4.000	3.281	UA 518	DE 87	RU 37	BY 28	LT 15	34
Kujawien-Pommern	4.000	3.881	UA 36	DE 22	LT 20	BY 20	RU 8	13
Ermland-Masuren	4.000	3.541	LT 188	BY 129	UA 62	RU 37	DE 23	20
Pommern	4.000	3.717	UA 80	LT 68	BY 67	DE 31	RU 19	19

Quelle: Statistics Poland (2011)

3. Nationaler Demenzplan

In Polen gibt es keinen NDP [9]. Auf Anfrage erklärte das polnische Gesundheitsministerium, dass es beabsichtige, bis 2025 einen Demenzplan zu erstellen [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Für Polen konnten keine öffentlich verfügbaren und gültigen nationalen Leitlinien zur Demenzversorgung identifiziert werden [11].

5. Bericht über die Situation von Menschen mit Alzheimer-Krankheit

Da zum Zeitpunkt der Suche keine online zugänglichen NDPs oder Versorgungsleitlinien gefunden werden konnten, wurde der bei dieser Suche identifizierte 80-seitige Bericht „Situation von Menschen mit Alzheimer-Krankheit in Polen“ aus dem Jahr 2016 auf Migrationsverweise überprüft. Die einzelnen Kapitel dieses Berichts enthielten Abschnitte mit den Titeln „Kann Polen ein demenzfreundliches Land sein?“; „Alterung der Gesellschaft - Daten, demographische Prognosen und Empfehlungen“; „Epidemiologie der Alzheimer-Krankheit“; „Krankheitsbild“; „Methoden der Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen“; „Organisation der Versorgung von Alzheimer-Patientinnen und -Patienten in Polen“; „Häusliche Pflege“; „Behandlungsmöglichkeiten für Alzheimer und andere Demenzerkrankungen“; und „Rolle von Organisationen, die Familien von Patientinnen und Patienten zusammenführen“, die allerdings keine Hinweise auf die Situation von PmM mit Demenz in Polen enthalten [12].

6. Quellen

1. Alscher S: Country Profile Poland. In. Herausgegeben vom Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung; 2008.
2. Koryś I: Polen: Dilemmas of a Sending and Receiving Country. In., Bd. 3; 2004.
3. Iglicka K, Ziolek-Skrzypczak M: EU Membership Highlights Poland's Migration Challenges. [https://www.migrationpolicy.org/article/eu-membership-highlights-polands-migration-challenges]. (2010). Abgerufen am 05. Mai 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Poland; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Poland; 2019.
6. International Organization for Migration: Net miration rate in the 5 years prior to 2020: Poland; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Statistics Poland: Census 2011. In. Warsaw: Statistics Poland 2011.
9. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Aufgerufen am 01. Juni 2019.
10. Ministry of Health Poland: Wytycze dotyczace dostaw Dementia Polska. In., E-Mail-Konversation edn.; 2019.
11. Supreme Medical Chamber Poland: Wytycze dotyczace dostaw Dementia Polska. In., E-Mail-Konversation edn.; 2019.
12. Szczudlik A, Barcikowska-Kotowicz M, Gabryelewicz T, Opala G, Parnowski T, Kuźnicki J, Rossa A, Sadowska A: The situation of people with Alzheimer's disease in Poland. In: *Commissioner report.* Herausgegeben von Szczudlik A. Warschau; 2016.



Portugal



Einwohnerzahl
10.296.000

Fläche
90.996 km²

Hauptstadt
Lissabon

Drei größten Städte
Lissabon (553.000)
Porto (238.000)
Vila Nova de Gaia (187.000)

Nachbarländer
Spanien

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen



1. Migrationsgeschichte

In Portugal gab es drei große Auswanderungsperioden. Die erste dauerte das ganze 19. Jahrhundert und setzte sich bis in die 1960er Jahre fort. Mehr als zwei Millionen Menschen verließen das Land, hauptsächlich nach Brasilien und in die USA [1-3]. Während des zweiten Zyklus zwischen den 1950er Jahren und 1974 wanderte die gleiche Anzahl von Menschen aus, hauptsächlich nach Frankreich und Deutschland. Die dritte Periode begann im Jahr 1985 und dauert bis zum heutigen Tag an. Mit dem EU-Beitritt 1986 konzentrierte sich die Auswanderung noch stärker auf andere europäische Länder (insbesondere Deutschland, Luxemburg und die Schweiz) [1, 2]. Seit den 1970er Jahren hat auch die Einwanderung nach Portugal an Bedeutung gewonnen. Ursache dafür waren die Entkolonialisierungsprozesse in den PALOP-Staaten. PALOP steht für „países africanos de língua official portuguesa" und ist ein informelles Akronym, das afrikanische Länder bezeichnet, in denen Portugiesisch die offizielle Sprache ist. Mitte der 1970er Jahre kamen mehr als eine halbe Million Menschen aus Kap Verde, Angola, Guinea-Bisseau und Mosambik nach Portugal. Zwischen Mitte der 1980er und Ende der 1990er Jahre führten die steigende Nachfrage nach Arbeitskräften und der EU-Beitritt zum Entstehen eines neuen Migrationszyklus. Die wichtigsten Herkunftsregionen von Ausländerinnen und Ausländern mit legalem Aufenthalt in Portugal während und nach diesem Zeitraum (in den Jahren 1981, 1991, 2001) waren Afrika, Amerika (insbesondere Brasilien) und Westeuropa. Seit Ende der 1990er Jahre hat auch die Zuwanderung aus Osteuropa, insbesondere aus der Ukraine, der Russischen Föderation, Moldawien und Rumänien, zugenommen. Portugal ist seit Jahrhunderten ein Land der Auswanderung, hat sich aber in den letzten Jahrzehnten auch zu einem Land mit zunehmender Einwanderung entwickelt. In diesem Zusammenhang spielen die engen Verbindungen zur portugiesischen Diaspora und den ehemaligen Kolonien eine wichtige Rolle. Zentrale Merkmale der jüngeren Migrationsgeschichte sind die temporäre Abwanderung in andere EU-Mitgliedsstaaten [3], die saisonale Zuwanderung für die Landwirtschaft oder den Tourismus, die temporäre Zuwanderung in Form von steigender Studierendenmigration und die langfristige Zuwanderung durch Arbeitsmigration und Familiennachzug [1]. Im Jahr 2013 waren Angola (161.400), Brasilien (138.700), Frankreich (93.800), Mosambik (72.500) und Kap Verde (61.500) die Herkunftsländer der größten Gruppen von Zugewanderten [4]. Zurzeit sind Brasilien, Kap Verde, Rumänien und die Ukraine die häufigsten Herkunftsländer [5]. Eine spezielle Ethnie innerhalb der Migrationsbevölkerung, die eine relevante Population in Portugal darstellt und besonders von Problemen der Desintegration, sozialen Ausgrenzung und Diskriminierung betroffen ist, stellt die Gemeinschaft der Zigeuner dar [6]. Im Vergleich zu 2017 ist die Zahl der ausländischen Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2018 um 13,9% gestiegen. Die größten Zuwächse gab es in der Bevölkerung von Menschen aus europäischen Ländern, Brasilien, Angola, China und Guinea Bissau [5]. Zwischen 1990 und 2019 haben sich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung in etwa verdoppelt (von 435.800 auf 888.200 bzw. von 4,4 auf 8,7%) [7]. Im Jahr 2020 lag die Nettomigrationsrate bei -0,6 [8].



2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

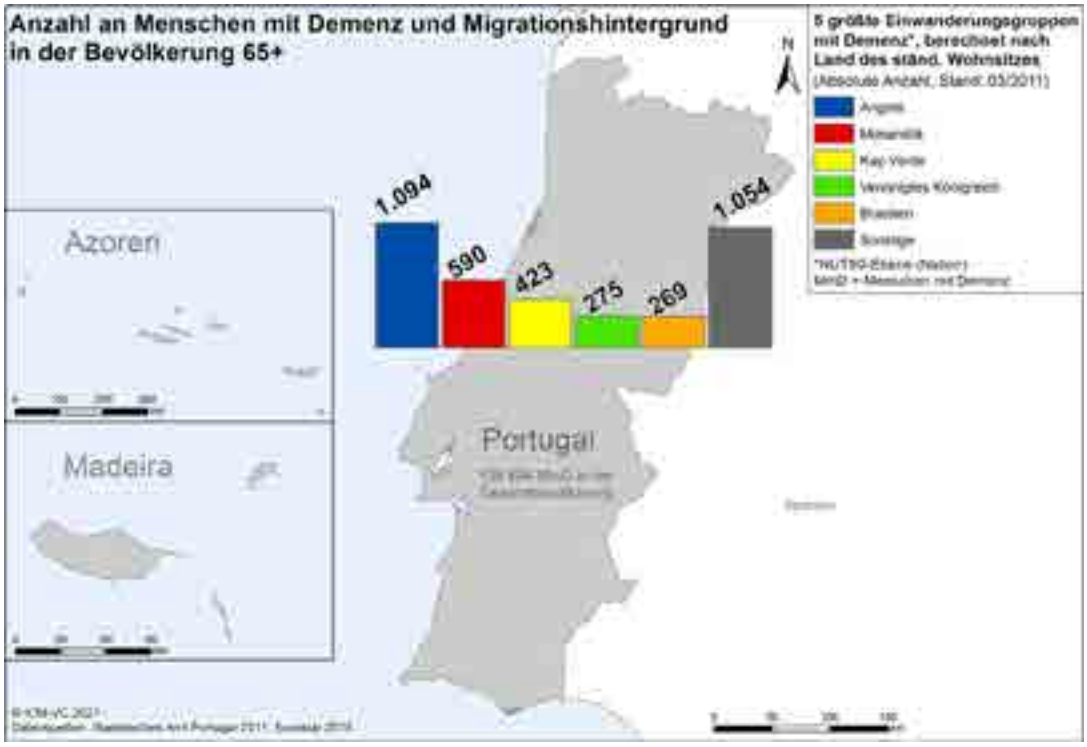


Abb. 3.7.22.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Portugal - Nation)

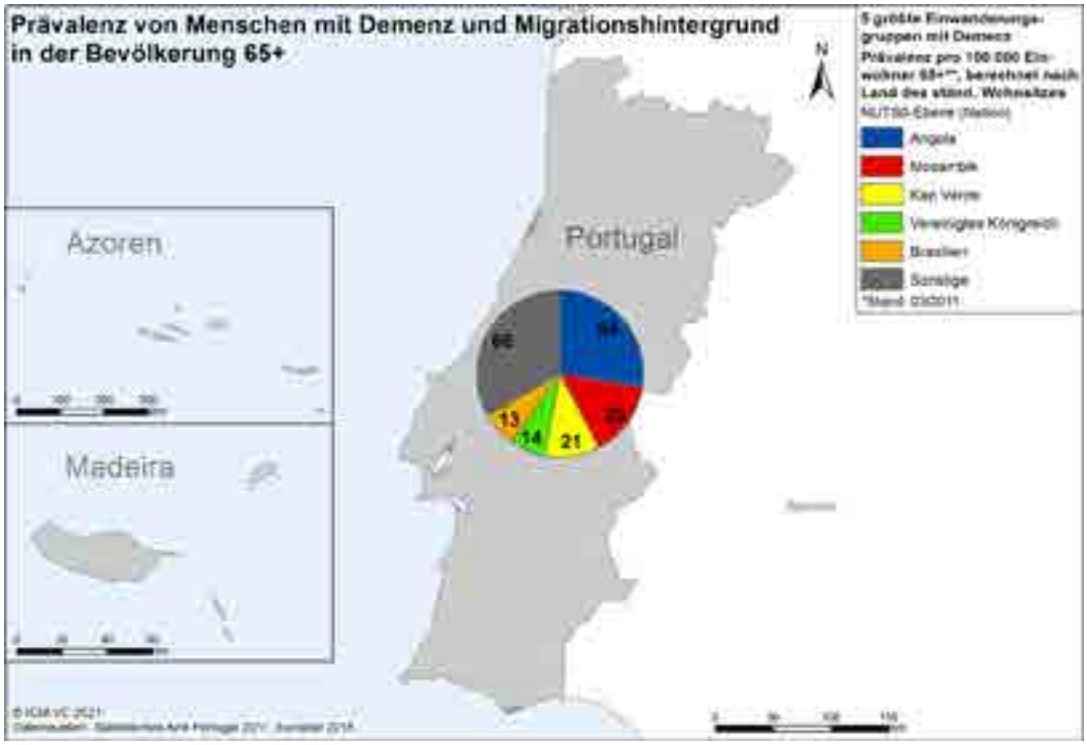


Abb. 3.7.22.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - Nation)

Tab. 37: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - Nation)

NUTS	Total	PT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Portugal	138.694	134.720	AO 1.094	MZ 590	CV 423	UK 275	BR 269	1.054
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Portugal	24.076	-	AO 190	MZ 102	CV 73	UK 48	BR 47	230
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Portugal	6.900	6.702	AO 54	MZ 29	CV 21	UK 14	BR 13	66

Quelle: Statistics Portugal (2011)

In Portugal leben 57.600 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 4.000 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.22.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Angola (ca. 1.100), Mosambik (ca. 600), Kap Verde (ca. 400), dem Vereinigten Königreich (ca. 300) und Brasilien (ca. 300) stammen. Die zweite Abbildung zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Portugal pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.22.2). Tabelle 37 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Angola, Mosambik, Kap Verde, dem Vereinigten Königreich und Brasilien in den NUTS2 Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.22.3 - 3.7.22.8).

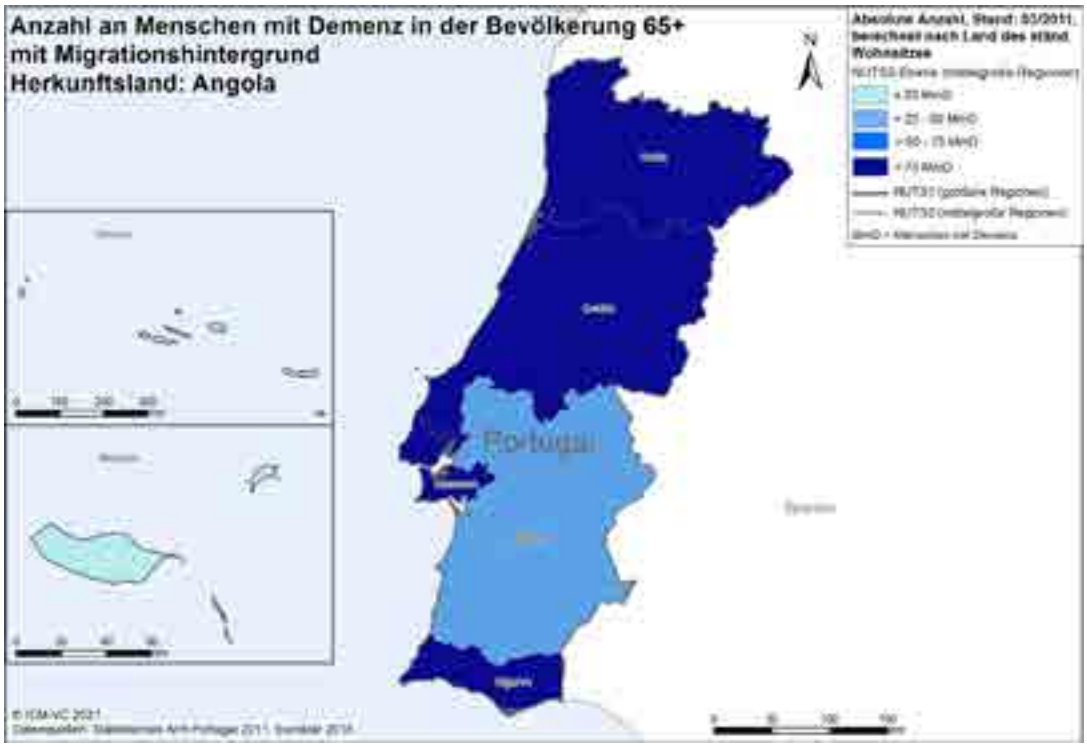


Abb. 3.7.22.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Angola (Portugal - NUTS2)

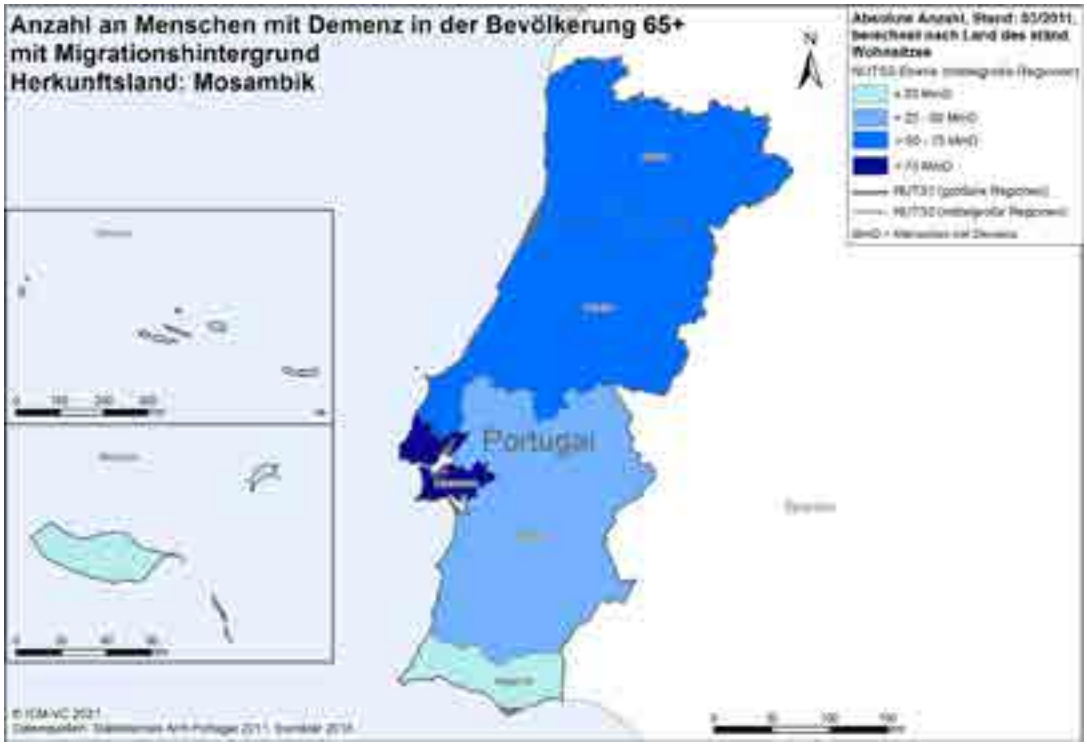


Abb. 3.7.22.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Mosambik (Portugal - NUTS2)

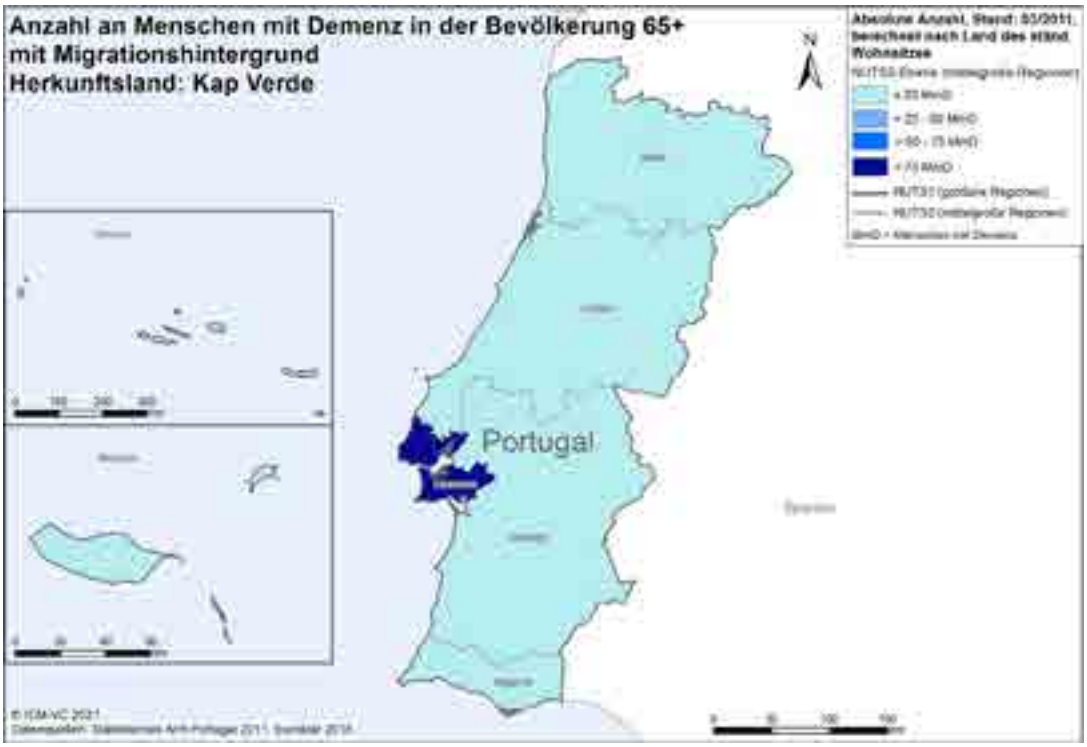


Abb. 3.7.22.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Kap Verde (Portugal - NUTS2)

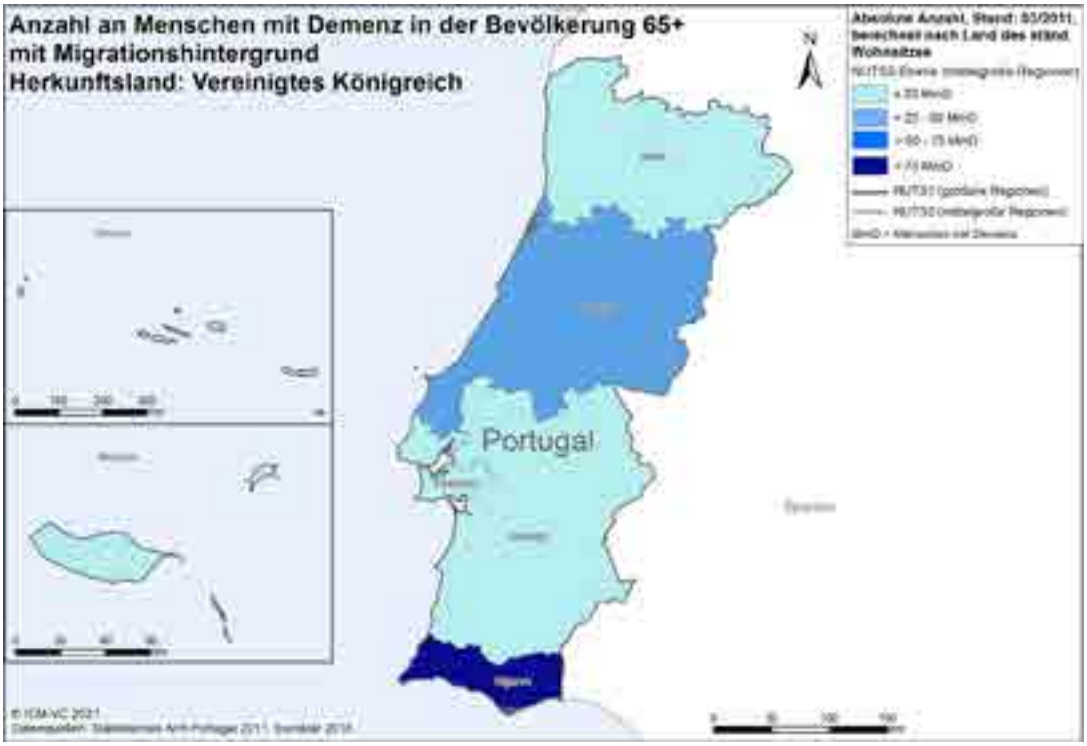


Abb. 3.7.22.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Vereinigtes Königreich (Portugal - NUTS2)

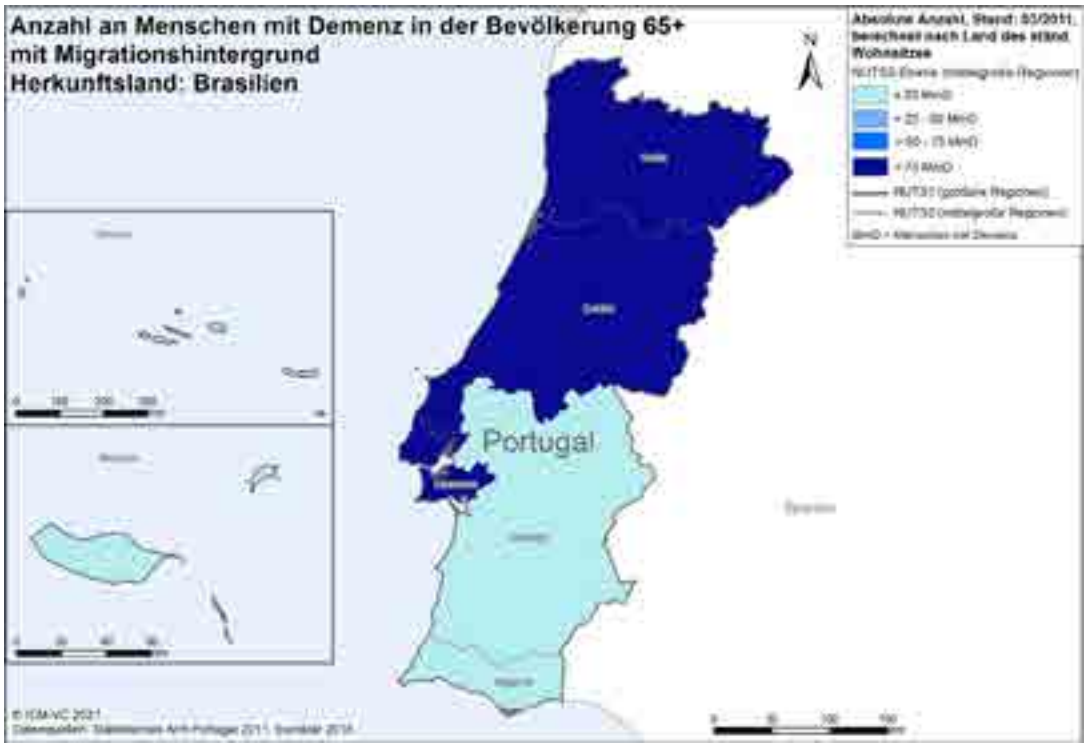


Abb. 3.7.22.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Brasilien (Portugal - NUTS2)

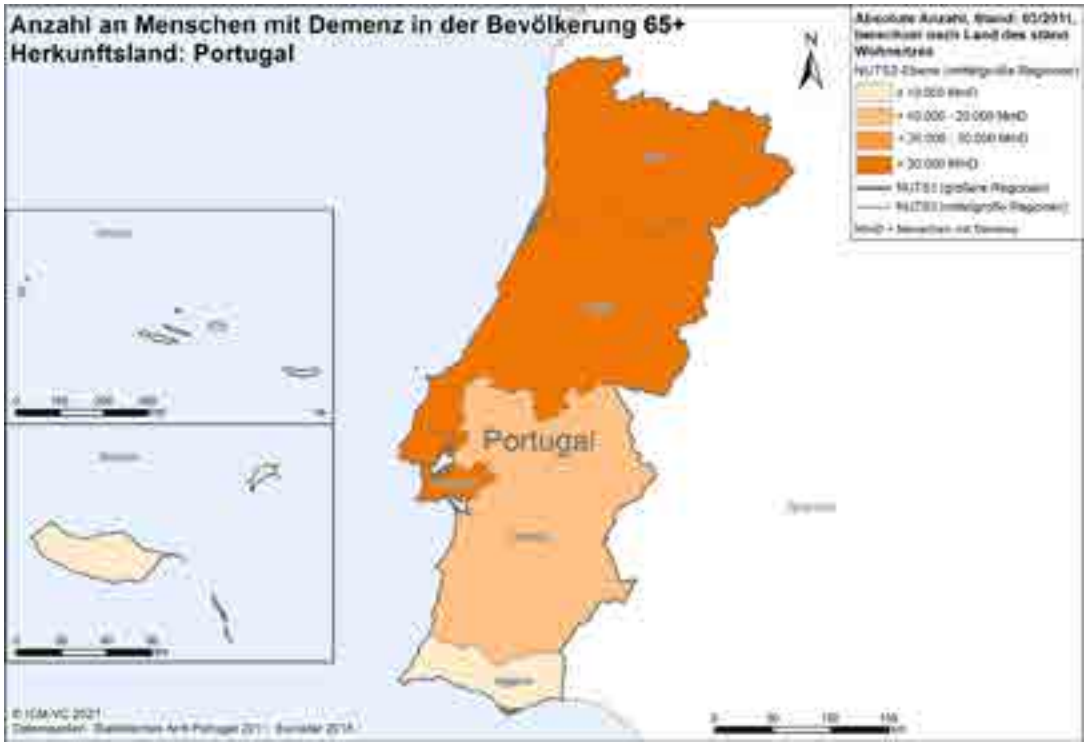


Abb. 3.7.22.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Portugal (Portugal - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.22.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildungen 3.7.22.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 38 [9-11].

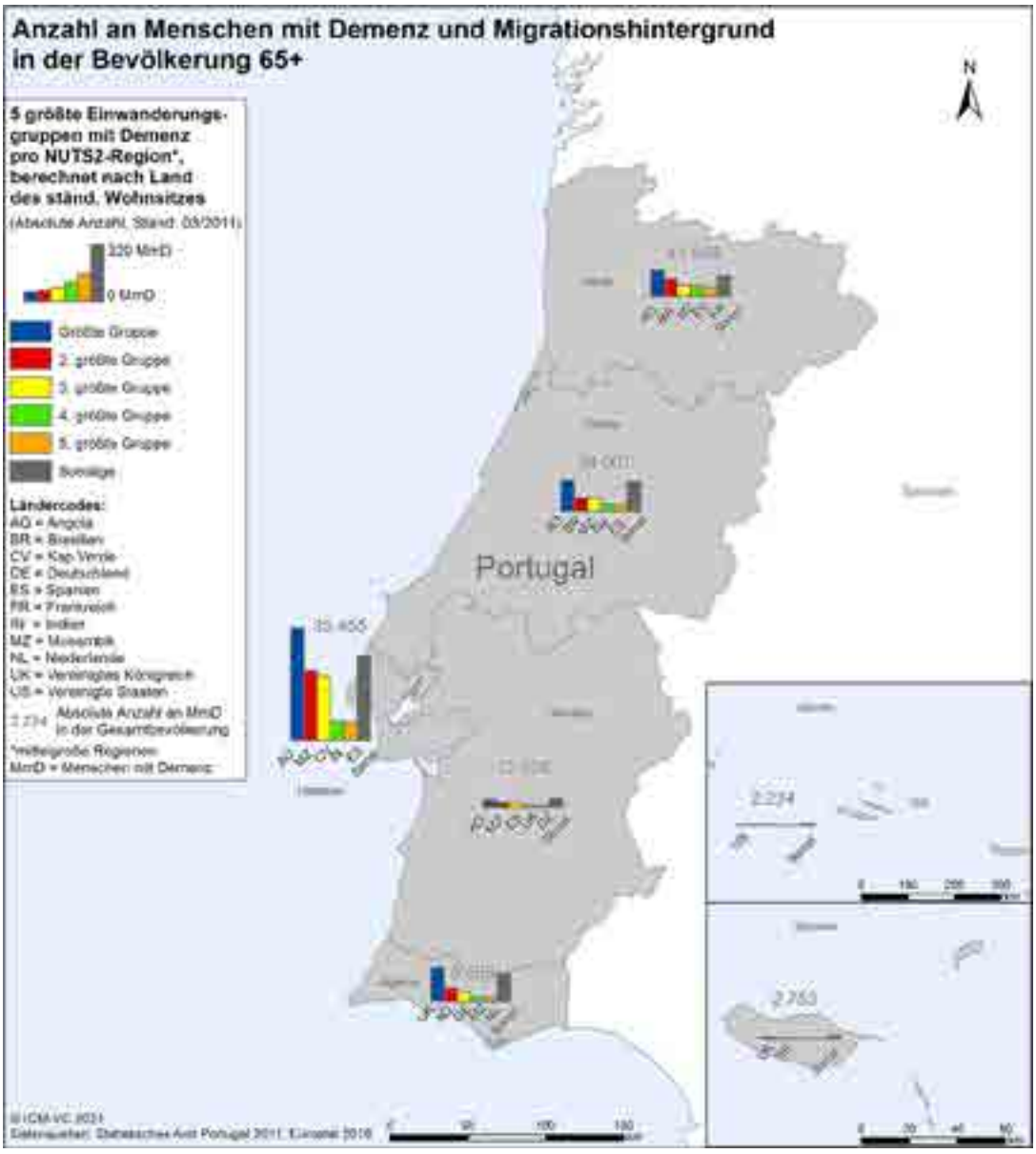


Abb. 3.7.22.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Portugal - NUTS2)

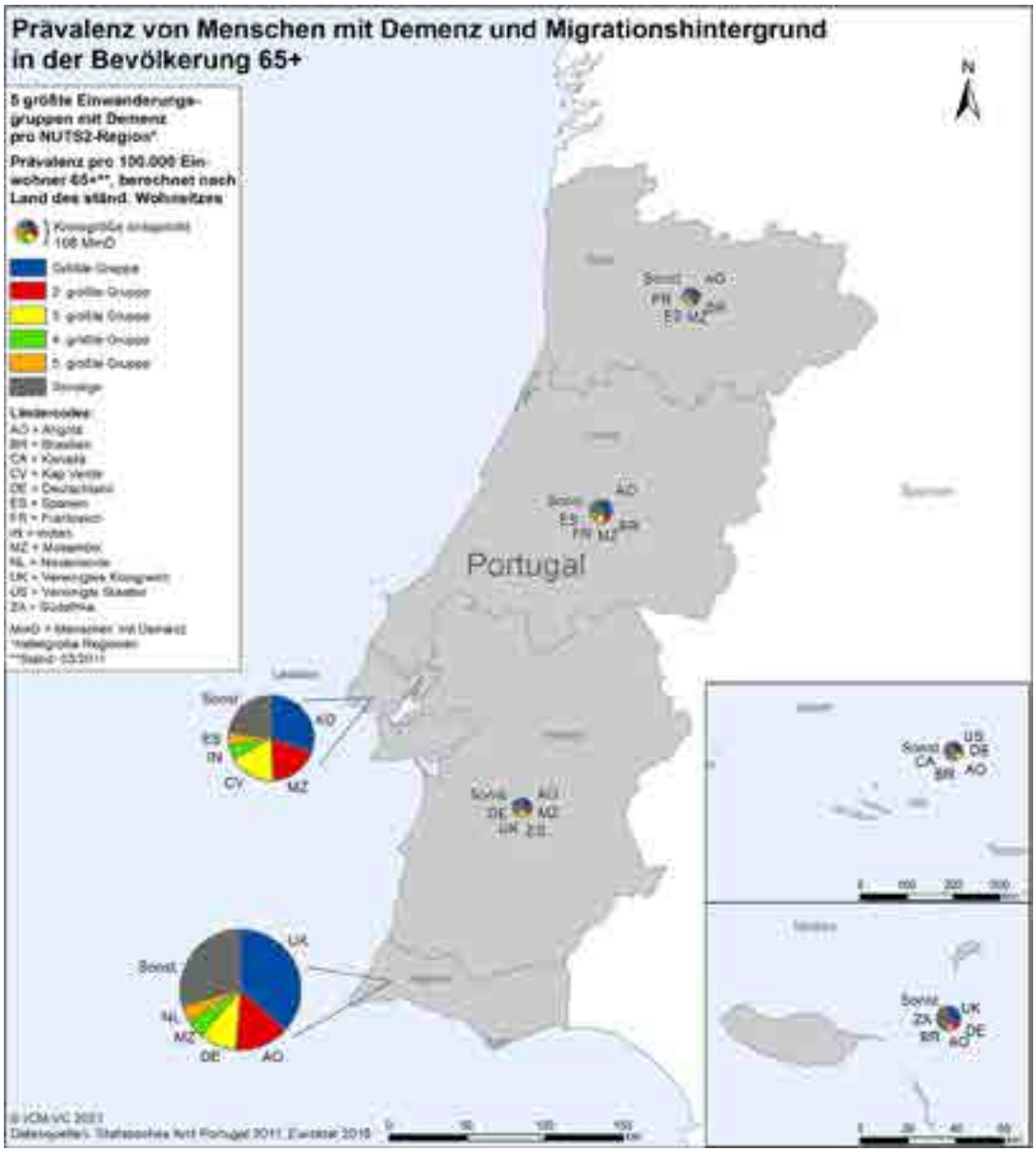


Abb. 3.7.22.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - NUTS2)

Tab. 38: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - NUTS2)

NUTS	Total	PT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Norte	43.570	43.030	AO 149	BR 97	MZ 63	ES 62	FR 52	117
Algarve	6.060	5.550	UK 187	AO 75	DE 51	MZ 24	NL 22	150
Centro	36.000	35.440	AO 176	BR 76	MZ 73	FR 37	ES 33	168
Lissabon	35.460	33.340	AO 644	MZ 403	CV 371	IN 112	ES 104	486
Alentejo	12.630	12.460	AO 42	MZ 25	ES 25	UK 12	DE 10	52
Azoren	2.230	2.210	US 5	<5	<5	<5	<5	11
Madeira	2.750	2.710	UK 14	DE 7	<5	<5	<5	20
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Norte	55.644	-	AO 191	BR 123	MZ 81	ES 79	FR 67	149
Algarve	8.199	-	UK 254	AO 102	DE 68	MZ 33	NL 30	203
Centro	44.075	-	AO 216	BR 93	MZ 89	FR 45	ES 41	206
Lissabon	11.545	-	AO 210	MZ 131	CV 121	IN 36	ES 34	158
Alentejo	52.391	-	AO 175	MZ 105	ES 103	UK 50	DE 40	217
Azoren	53.575	-	US 114	DE 101	AO 96	BR 56	CA 46	276
Madeira	40.189	-	UK 198	DE 103	AO 45	BR 29	ZA 28	286
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Norte	6.900	6.814	AO 24	BR 15	MZ 10	ES 10	FR 8	19
Algarve	6.900	6.319	UK 213	AO 86	DE 58	MZ 28	NL 25	171
Centro	6.900	6.792	AO 34	BR 15	MZ 14	FR 7	ES 6	32
Lissabon	6.900	6.488	AO 125	MZ 78	CV 72	IN 22	ES 20	95



NUTS	Total	PT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Alentejo	6.900	6.809	AO 23	MZ 14	ES 14	UK 7	DE 5	29
Azoren	6.900	6.811	US 15	DE 13	AO 12	BR 7	CA 6	36
Madeira	6.900	6.782	UK 34	DE 18	AO 8	BR 5	ZA 5	49

Anmerkung: Absolute Zahlen < 5 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gezeigt.
Quelle: Statistics Portugal 2011

3. Nationaler Demenzplan

Für Portugal konnte weder ein formelles nationales Demenzprogramm noch ein politisch motivierter NDP identifiziert werden. Im Jahr 2009 veröffentlichte Alzheimer Portugal jedoch einen „Plano Nacional de Intervencao Alzheimer" („Nationalen Alzheimer-Interventionsplan") mit 28 Seiten. Er enthält zunächst allgemeine Informationen über Demenz, die Prävalenz von Demenz, weitere relevante Zahlen in Portugal und die Auswirkungen der Alzheimer-Krankheit. Anschließend wird die Bedeutung eines NDPs erörtert, der Inhalt von Demenzplänen aus anderen europäischen Ländern (z. B. Frankreich, England und Norwegen) beschrieben und der europäische Rahmen beleuchtet. Der mittlere Teil des Dokuments konzentriert sich auf die Prinzipien und Werte sowie die Vision und das Ziel des Alzheimer-Plans, bevor die Rolle von Alzheimer Portugal, verschiedenen Interessengruppen und politisch Entscheidenden in der Demenzversorgung angesprochen wird. Schließlich wird der Inhalt des Alzheimer-Plans vorgestellt. Dort liegt der Fokus auf der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Betreuungspersonen durch pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen, der Erforschung der Ursachen von Demenz, der Prävention und Diagnose der Alzheimer-Krankheit sowie der Schaffung eines rechtlichen Rahmens für die Betreuung, Intervention und Forschung bzgl. Menschen mit Alzheimer-Krankheit. Bei keinem dieser Themen wird auf PmM oder das Phänomen der Migration im Allgemeinen Bezug genommen [12]. Darüber hinaus wurde im Jahr 2018 eine allgemeine Demenzstrategie („Despacho n.º 5988/2018", Länge: 8 Seiten) als Ergebnis einer Arbeitsgruppe im Auftrag des Gesundheitsministeriums veröffentlicht. Die Strategie weist den Primärversorgern folgende Aufgaben zu: 1. Frühzeitiges Screening auf kognitive Beeinträchtigungen, 2. Zusammenarbeit mit Anbietenden der Sekundärversorgung, um eine integrierte Diagnose und Behandlung von Menschen mit Demenz zu ermöglichen, und 3. Koordinierung der personenzentrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten und Familien mit Diensten der Gesundheits- und Sozialfürsorge. Das Thema Migration wird an keiner Stelle berücksichtigt [13]. In Portugal sind zivilgesellschaftliche und politische Bemühungen im Gange, Strategien zur Demenzversorgung zu entwickeln, aber ihre Umsetzung in die nationale Politik oder einen offiziellen NDP steht noch aus. Im Gegensatz dazu konnten keine derartigen Bemühungen in Bezug auf das Thema Demenz und Migration identifiziert werden.

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Das portugiesisches Leitliniendokument „Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas“ („Therapeutischer Ansatz bei kognitiver Beeinträchtigung“) aus dem Jahr 2011 ist 21 Seiten lang. Zunächst enthält es 18 Empfehlungen mit unterschiedlichen Evidenzgraden (A-C). Die Empfehlungen beziehen sich auf: Anamnese und körperliche und neurologische Untersuchung von Personen mit Verdacht auf Demenz, kognitive Beurteilung, Veränderungen im Verhalten und Aktivitäten des täglichen Lebens, Identifizierung von Begleiterkrankungen, Medikamentenkontrolle, Bluttests, klinische Nachsorge, Wirksamkeit und Vor- und Nachteile verschiedener Medikamente, die Behandlung von Grunderkrankungen (bei vaskulärer Demenz) wie Bluthochdruck, Diabetes und Herzerkrankungen sowie die Kontrolle von psychologischen und verhaltensbezogenen Veränderungen. Im Anschluss an die grundlegenden Empfehlungen werden detaillierte Kriterien für die Diagnose von Demenz, die Durchführung der kognitiven Beurteilung, die Bewertung von Aktivitäten des täglichen Lebens, die Bewertung psychologischer und verhaltensbezogener Veränderungen, die Aufklärung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Familien, die kognitive Rehabilitation, nicht-pharmakologische/pharmakologische Ansätze in Bezug auf psychologische und verhaltensbezogene Veränderungen und die Unterstützung für Pflegepersonen aufgeführt. Am Ende des Dokuments werden in zwei Abschnitten Maßnahmen zur Überwachung und Beurteilung der Umsetzung der Leitlinien genannt und Informationen hinsichtlich der wissenschaftlichen Unterstützung bei der Entwicklung der Leitlinien gegeben (d.h. Nennung der an der Entwicklung beteiligten Forschenden und Institutionen). Dementsprechend enthalten die portugiesischen Leitlinien aus dem Jahr 2011 Empfehlungen für die Diagnose von Demenz, die Beurteilung der Gesundheits- und Lebenssituation von Menschen mit Demenz sowie zu Behandlung und Begleiterkrankungen. In keinem dieser Bereiche werden Empfehlungen für PmM mit Demenz oder Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ausgesprochen [14].



Die folgenden Abschnitte zu Angeboten und Informationen für PmM mit Demenz, professioneller Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung der befragten Expertinnen und des befragten Experten wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Nach Ansicht der Expertinnen und des Experten werden PmM vom Gesundheitssystem als vulnerable Gruppe anerkannt. Die am meisten gefährdeten Gruppen seien die Roma- und die Zigeunergemeinschaften. Dennoch wird das Thema Demenz und Migration auf regionaler und nationaler Ebene nur teilweise als relevant angesehen. Betrachtet man jedoch Demenz und Migration getrennt voneinander, so werden beide Themen als wichtig erachtet. Normalerweise werden die Themen nicht in Kombination betrachtet und es gibt keine Erwähnung von PmM mit Demenz in offiziellen Dokumenten. Darüber hinaus stellten die Expertinnen und der Experte fest, dass die Forschung PmM mit Demenz wenig Beachtung schenkt. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass die Idee eines Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit, Alterung und Migration recht neu ist; normalerweise liegt der Fokus auf Migration und Infektionskrankheiten. Ob PmM mit Demenz als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen behandelt werden, hängt von der jeweiligen Organisation oder Pflegefachkraft ab. Gesundheitsdienstleistende und Fachkräfte machen keinen Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund und Menschen mit Migrationshintergrund haben Zugang zu allgemeinen Gesundheitsdiensten, was die Gesundheitsstrategie in Portugal zu einer integrativen Strategie macht. Nach Einschätzung der Expertinnen und des Experten gibt es keine spezialisierten Angebote zur stationären oder ambulanten Versorgung von PmM mit Demenz. Die Expertinnen und der Experte stellten fest, dass einige demenzbezogene Dienste in Portugal unabhängig vom Migrationshintergrund der Menschen eine angemessen förderliche und wirksame Versorgung bieten. Allerdings gibt es nur wenige solcher Dienste und der Zugang zu ihnen ist problematisch. Zugangshindernisse sind z. B. die finanziellen Kosten oder fehlende Transportmöglichkeiten, da diese Dienste möglicherweise nur in den urbanen Zentren vorhanden sind. Für Migrantinnen und Migranten kann die Sprache eine zusätzliche Barriere darstellen.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Die Expertinnen und der Experte stellten fest, dass die kultursensible Versorgung gegenwärtig nicht Teil der beruflichen Qualifikation im medizinischen und sozialen Bereich ist. Es gibt jedoch einige Pilotprojekte, die darauf abzielen, interkulturelle Versorgung in die Ausbildung im Gesundheitswesen und der Sozialarbeit zu integrieren.

Die Expertinnen und der Experte gaben an, dass sie keine Daten über PmM haben, die in der stationären und ambulanten Versorgung arbeiten. Basierend auf ihrer Wahrnehmung schätzen sei ihren Anteil als gering bis moderat ein. Hinsichtlich der Hauptherkunftsregionen wurden Afrika und der osteuropäische Raum genannt. Nach Einschätzung der Expertinnen und des Experten könnten solche Betreuungspersonen eine gute Quelle sein, um mit Migrantinnen und Migranten in Kontakt zu treten und zu bleiben. Insgesamt wird der Bedarf an kultursensibler Versorgung, wenn überhaupt, nur teilweise gedeckt.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Nach Ansicht der Expertinnen und des Experten ist die Familie eine sehr wichtige Quelle der Unterstützung. Religiöse Einrichtungen und kleine Migrantinnen- und Migrantenverbände spielen ebenfalls eine sehr wichtige Rolle, wenn es darum geht, das körperliche Wohlbefinden zu fördern, Informationen bereitzustellen und den Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern. Dienstleistende haben eine mittlere bis hohe Bedeutung bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen.

Die Expertinnen und der Experte stellten fest, dass es Unterschiede in Bezug auf Dienstleistungen und Informationen für pflegende Angehörige von PmM und von Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz gibt. Während einige Angebote existieren, die für Menschen ohne Migrationshintergrund hilfreich sind, gibt es für PmM keine Dienstleistungen, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Daher gibt es einen sehr hohen Bedarf an spezialisierten Angeboten und maßgeschneiderten Informationen für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz.

8. Quellen

1. Góis P: Common Home: Migration and Development in Portugal. In: *Moving further with practices: towards social inclusion and social cohesion.* Caritas Portuguesa; 2019.
2. Baganha MI, Góis P, Pereira PT: International migration from and to Portugal. What do we know and where are we going? In: *European migration: what do we know?* edn. Herausgegeben von Zimmermann K. Oxford: University Press; 2005: 415-457.
3. Malheiros J: Portugal Seeks Balance of Emigration, Immigration. [https://www.migrationpolicy.org/article/portugal-seeks-balance-emigration-immigration]. (2002). Abgerufen am 13. Mai 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Portugal; 2013.
5. SEF: Report on Immigration, Borders and Asylum 2018. In. Herausgegeben von SEF, GEPF. Lisboa; 2019.
6. Pereira Bastos JG, Pereira Bastos S: GYPSIES [«CIGANOS»] IN PORTUGAL, TODAY; 2000.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Portugal; 2019.
9. Esri: World Ocean Background; 2010.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Statistics Portugal: Population and housing census: 2011. Lissabon: Statistics Portugal 2011.
12. Alzheimer Portugal: Plano Nacional de Intervenção Alzheimer; 2009.
13. Office of Assistant Secretary of State and Health: Estratégia da Saúde na Área das Demências. In. Portugal: Diário da República; 2018: 17096–17101.
14. Directorate General of Health, Ministry of Health: Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas; 2011.

Rumänien



Einwohnerzahl
19.318.000

Fläche
234.270 km²

Hauptstadt
Bukarest

Drei größten Städte
Bukarest (1.883.000)
Cluj-Napoca (325.000)
Timişoara (319.000)

Nachbarländer
Bulgarien,
Moldawien, Serbien,
Ukraine, Ungarn

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Rumänien ist seit mehr als einem Jahrhundert ein Auswanderungsland [1]. Die erste große Phase der Auswanderung (in die USA) fand im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert statt [2, 3]. Während des Ersten und Zweiten Weltkrieges war Rumänien von weiteren großen Migrationsströmen betroffen. Im Jahr 1940 zogen etwa 220.000 ethnische Rumäninnen und Rumänen von ungarischem auf rumänisches Gebiet und etwa 160.000 ethnische Ungarinnen und Ungarn von rumänischem auf ungarisches Gebiet [3]. Infolge des Holocausts wurde die jüdische Bevölkerung in Rumänien (780.000) halbiert. Während der kommunistischen Ära (1947-1989) gab es einige weitere Auswanderungsphasen (1957-1965, 1989). Ethnische Minderheiten (Jüdinnen und Juden, Menschen aus Deutschland, Menschen aus Ungarn) waren in der Emigrationsbevölkerung überrepräsentiert; die meisten Jüdinnen und Juden (zwischen 300.000 und 350.000) wanderten nach Israel oder in die USA aus. Die Zuwanderung von ausländischen Migrantinnen und Migranten war minimal. Ab den 1970er Jahren begann jedoch eine relativ große Zahl ausländischer Studierenden aus dem Nahen Osten und aus afrikanischen Ländern zuzuwandern [2, 3]. Nach dem Zusammenbruch des Kommunismus wanderten etwa zwei Millionen Menschen aus [3]. Mehr als 75% von ihnen kamen ursprünglich aus Deutschland. Die zirkuläre und temporäre Migration ist das zentrale Merkmal der rumänischen Auswanderung. Die Arbeitsmigration verlief in drei Phasen: 1. 1990 - 1995: nach Israel, in die Türkei, nach Italien, Ungarn und Deutschland; 2. 1996 - 2001: nach Spanien, in die USA und nach Kanada; 3. 2001 - 2006: nach Italien, Spanien, Israel, Deutschland und Ungarn [1]. Der EU-Beitritt am 1. Januar 2007 hat die Auswanderung weiter verstärkt. Mitte des Jahres 2007 arbeiteten ca. 3,4 Millionen Menschen aus Rumänien im Ausland, davon lediglich 1,2 Millionen legal [3]. Die Immigration nach Rumänien ist im Gegensatz dazu deutlich weniger umfangreich. Lediglich infolge des EU-Beitritts begannen rumänische Unternehmen, mehr ausländische Beschäftige einzustellen [1]. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre stieg die Zuwanderung aus Moldawien an. Im Jahr 2013 bildeten Menschen aus Moldawien (49.800), Italien (27.500), Bulgarien (18.300), Spanien (14.500) und der Ukraine (11.900) die größten Migrantengruppen [4]. Die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) hat sich zwischen 1990 und 2019 mehr als verdreifacht (von 135.800 auf 462.600), ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung vervierfacht (von 0,6 auf 2,4%) [5]. Die Nettomigrationsrate bleibt dennoch negativ (2020: -3,8) [6].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

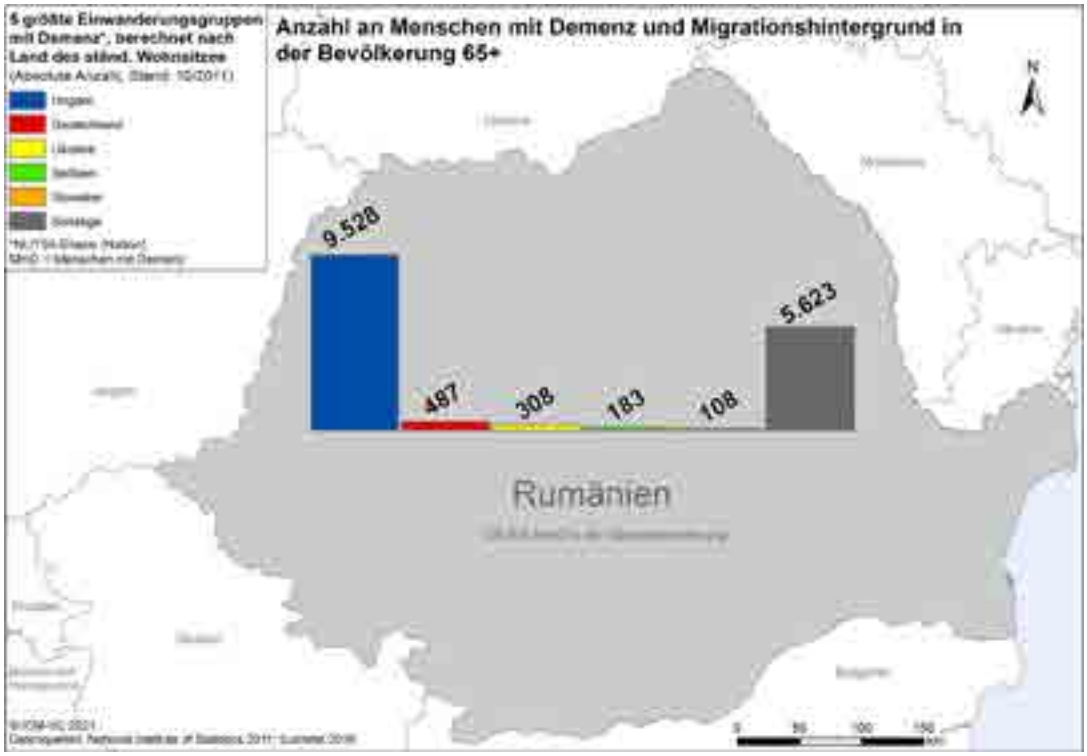


Abb. 3.7.23.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Rumänien - Nation)

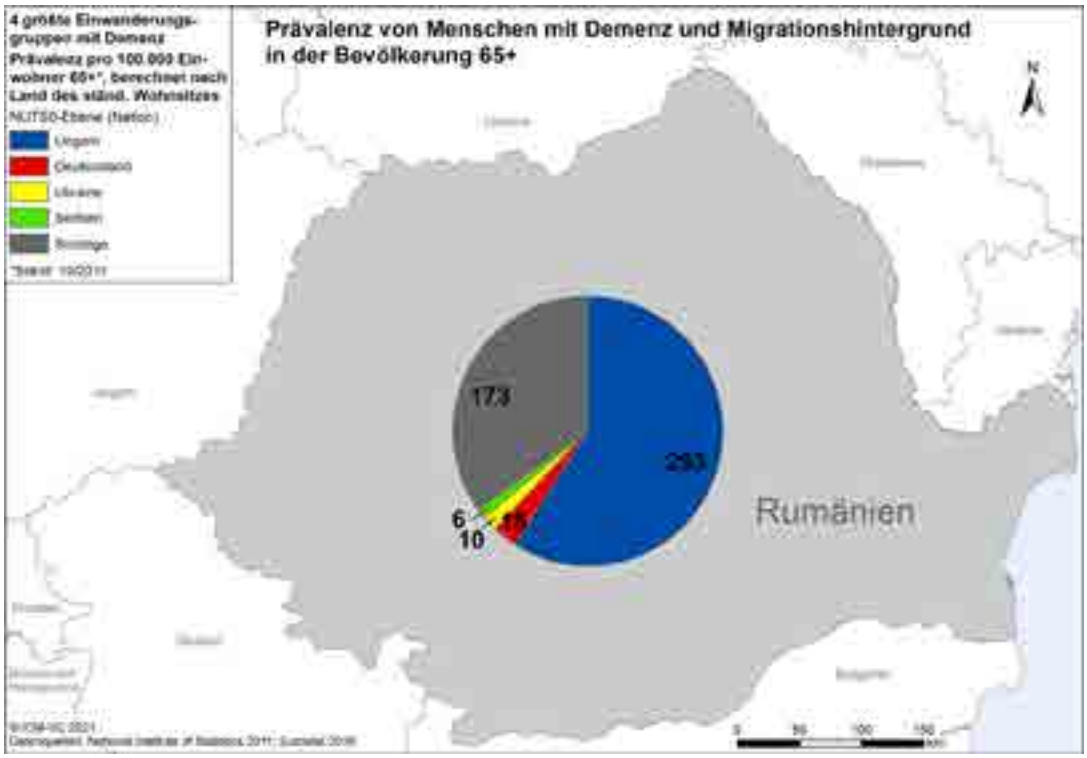


Abb. 3.7.23.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - Nation)

Tab. 39: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - Nation)

NUTS	Total	RO	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Rumänien	129.910	113.674	HU 9.528	DE 487	UA 308	XS 183	SK 108	5.623
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Rumänien	3.201	-	HU 235	DE 12	UA 8	XS 5	SK 3	139
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Rumänien	4.000	3.500	HU 293	DE 15	UA 10	XS 6	SK 3	173

Quelle: National Institute of Statistics (2011)

In Rumänien leben 405.900 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 16.200 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.23.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Ungarn (ca. 9.500), Deutschland (ca. 500), der Ukraine (ca. 300), Serbien (ca. 200) und der Slowakei (ca. 100) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Rumänien pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.23.2). Tabelle 39 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung PmM mit Demenz aus Ungarn, Deutschland, der Ukraine, Serbien und der Slowakei in den NUTS2-Regionen von Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.23.3 - 3.7.23.8).



Abb. 3.7.23.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland:Ungarn (Rumänien - NUTS2)



Abb. 3.7.23.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland:Deutschland (Rumänien - NUTS2)



Abb. 3.7.23.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland:Ukraine (Rumänien - NUTS2)



Abb. 3.7.23.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland:Serbien (Rumänien - NUTS2)



Abb. 3.7.23.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Slowakei (Rumänien - NUTS2)

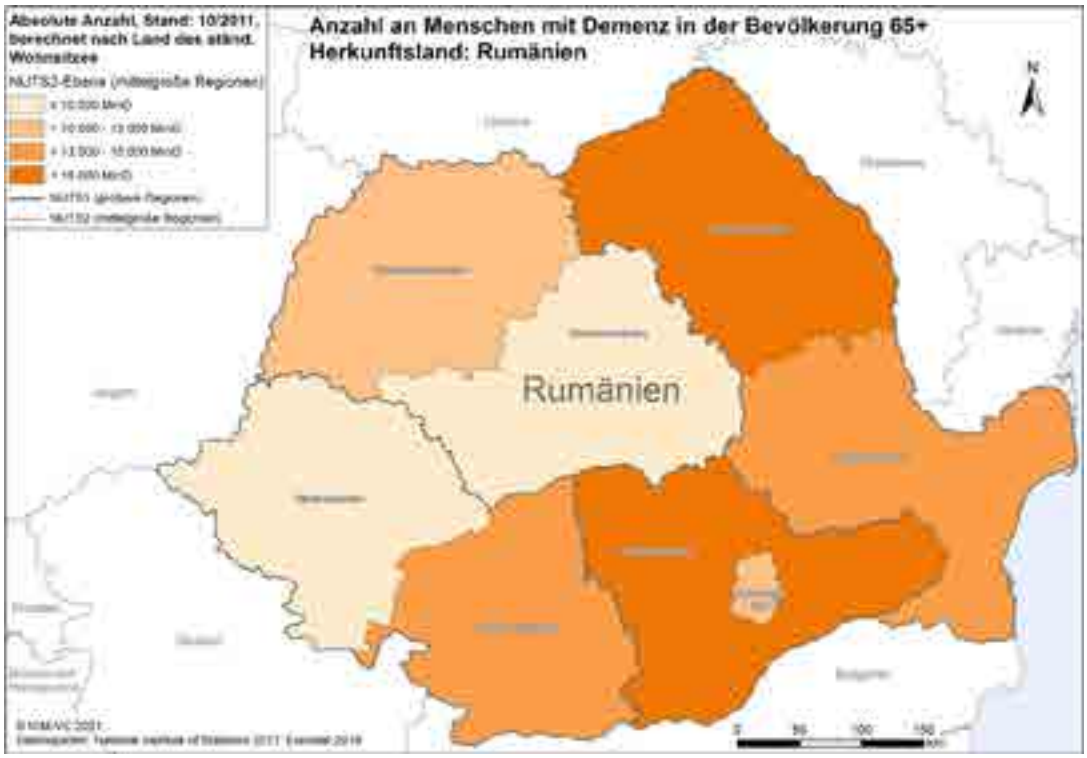


Abb. 3.7.23.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Rumänien (Rumänien - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.23.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.23.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 40 [7-9].

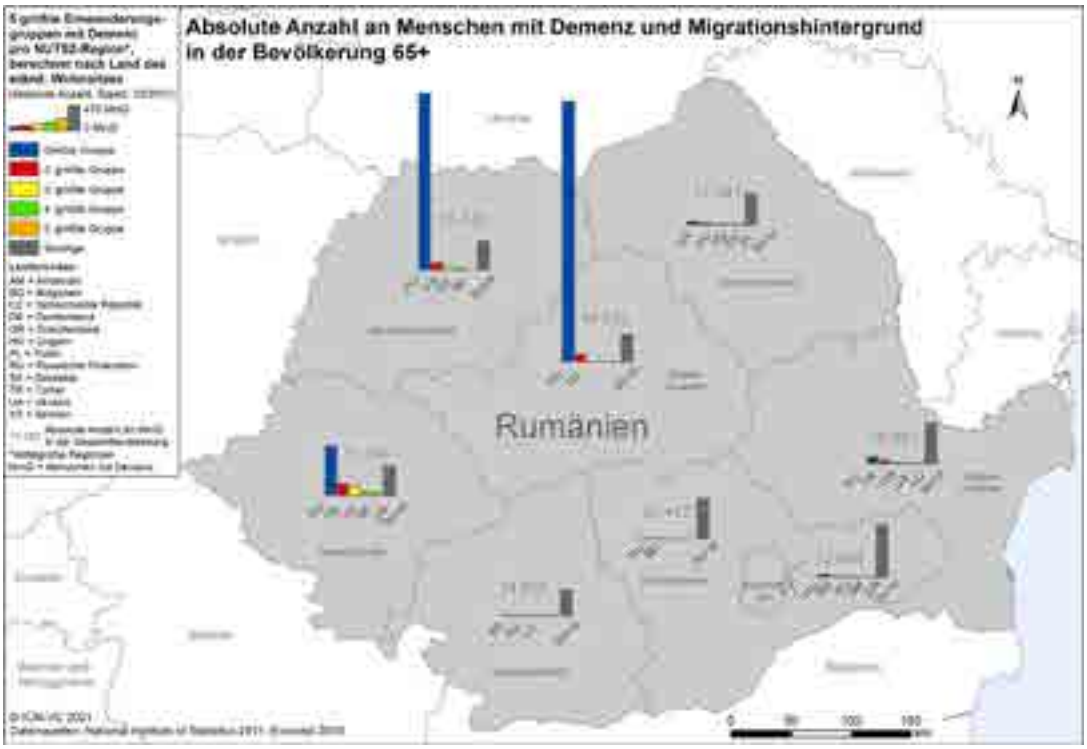


Abb. 3.7.23.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Rumänien - NUTS2)

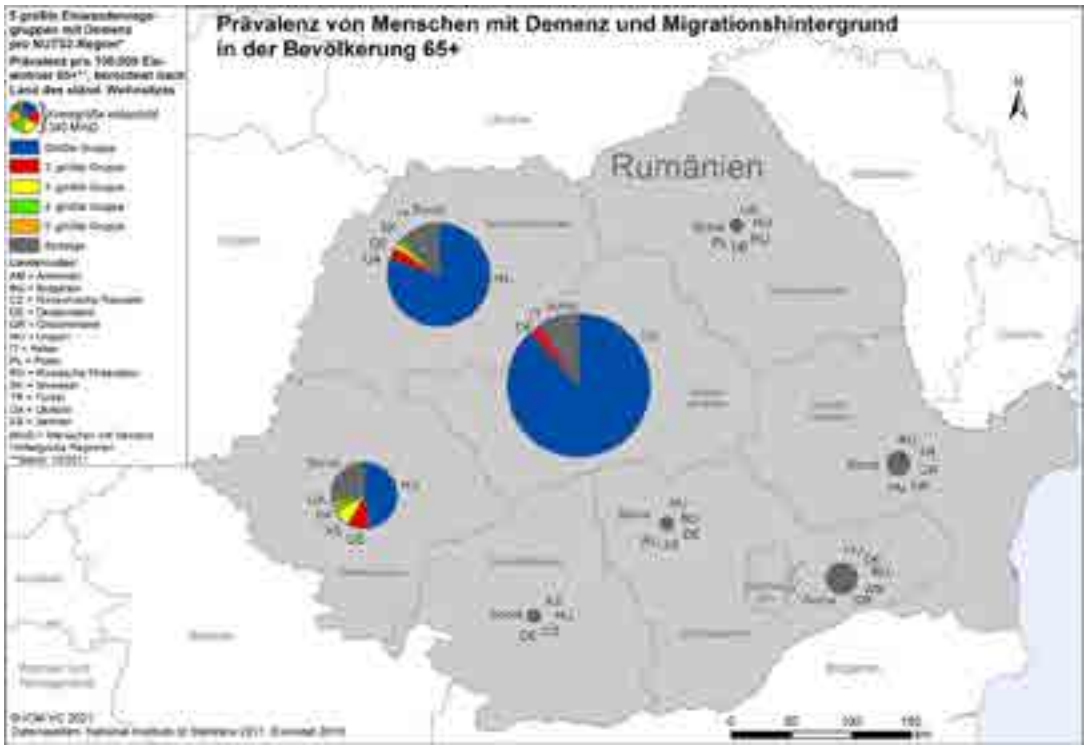


Abb. 3.7.23.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - NUTS2)

Tab. 40: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - NUTS2)

NUTS	Total	RO	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Nordwest-rumänien	15.720	11.374	HU 3,484	UA 160	DE 83	SK 47	<5	570
Zentral-rumänien	14.538	8.902	HU 4,970	DE 137	<5	<5	<5	524
Nordost-rumänien	21.543	20.770	UA 67	HU 40	RU 39	DE 14	PL 13	599
Südost-rumänien	16.897	15.852	RU 131	TR 73	GR 22	UA 18	HU 12	789
Süd-Muntenien	22.412	21.593	HU 13	BG 12	<5	<5	<5	783
Bukarest-Ilfov	12.884	11.789	HU 55	DE 19	RU 12	AM 8	GR 6	995
Südwest-oltenien	14.655	14.137	XS 8	HU 8	CZ 5	<5	<5	491
West-rumänien	11.260	9.256	HU 944	DE 219	XS 167	SK 59	UA 55	561

NUTS	Total	RO	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Nordwest-rumänien	1,447	-	HU 321	UA 15	DE 8	SK 4	N/A	53
Zentral-rumänien	1.032	-	HU 353	DE 10	N/A	N/A	N/A	38
Nordost-rumänien	11.147	-	UA 35	HU 21	RU 20	DE 7	PL 7	310
Südost-rumänien	6.466	-	RU 50	TR 28	GR 8	UA 7	HU 5	302
Süd-Muntenien	10.952	-	HU 6	BG 6	DE 2	XD 1	RU 1	383
Bukarest-Ilfov	4.705	-	HU 20	DE 7	RU 4	AM 3	GR 2	363
Südwest-oltenien	11.322	-	XS 7	HU 6	CZ 4	DE 3	MK 1	379
West-rumänien	2.248	-	HU 188	DE 44	XS 33	SK 12	UA 11	112
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Nordwest-rumänien	4.000	2.894	HU 887	UA 41	DE 21	SK 12	IT 1	145
Zentral-rumänien	4.000	2.449	HU 1,367	DE 38	IT 1	N/A	N/A	145
Nordost-rumänien	4.000	3.856	UA 12	HU 8	RU 7	DE 3	PL 2	111
Südost-rumänien	4.000	3.753	RU 31	TR 17	GR 5	UA 4	HU 3	187
Süd-Muntenien	4.000	3.854	HU 2	BG 2	DE 1	XS 1	RU 1	140
Bukarest-Ilfov	4.000	3.660	HU 17	DE 6	RU 4	AM 2	GR 2	309
Südwest-oltenien	4.000	3.859	XS 2	HU 2	CZ 1	DE 1	N/A	134
West-rumänien	4.000	3.288	HU 335	DE 78	XS 59	SK 21	UA 19	199

Anmerkung: Absolute Zahlen < 5 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gezeigt.
N/A = nicht verfügbar.
Quelle: National Institute of Statistics 2011

3. Nationaler Demenzplan

Für Rumänien konnte kein NDP identifiziert werden [10].



4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Rumänien hat einen „Ghid de Diagnostic si Tratament in Demente“ („Diagnose- und Behandlungsleitfaden für Demenz“) veröffentlicht (aus dem Jahr 2010). Dieses Dokument umfasst 11 Seiten und behandelt verschiedene Themen im Zusammenhang mit Demenz, wie z. B. Diagnose, medikamentöse Behandlung, Risikofaktoren, Beurteilung psychiatrischer und verhaltensbezogener Symptome sowie nichtmedikamentöse Behandlung psychiatrischer und verhaltensbezogener Symptome. Die Frage der Migration wird nicht behandelt [11].

Die folgenden Abschnitte über Angebote und Informationen für PmM mit Demenz, professionelle Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertin wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Nach Aussage der Expertin werden PmM in den Bereichen Demenz und Gesundheitswesen nicht als vulnerable Gruppe identifiziert. Während es zwischen 1992 und 2005 eine signifikante Population älterer russisch- und polnischsprachiger Menschen mit Demenz gab, besteht diese Art von Migrationsbevölkerung nicht länger. Die Expertin berichtete über die Existenz einer kleinen Gruppe von Menschen aus Pakistan und Tunesien, von denen der Großteil jedoch zwischen 30 und 40 Jahre alt ist. Darüber hinaus weiß die Expertin von einigen Menschen aus China, Afrika, dem Iran und der Türkei und einigen Geschäftsleuten aus Deutschland. Die meisten dieser Personen sind jedoch jünger und vorrangig aus geschäftlichen Gründen eingewandert. Die Expertin wies darauf hin, dass die in der Wirtschaft tätigen Migrantinnen und Migranten über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, um sich private Dienste zu leisten und sich wirtschaftlich schwächere Zugewanderte üblicherweise nicht um Prävention und Gesundheit im Alter kümmern. Insofern ist das Thema Demenz und Migration aufgrund der geringen Migrationsbevölkerung, der Art der Migration und der Struktur der Migrationsbevölkerung relativ unbedeutend in Rumänien. Das Gesundheitssystem und die Versorgungsleistenden sehen PmM mit Demenz und ihre Familienangehörigen nicht als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen an. Nach Aussage der Expertin wendet Rumänien bei der Versorgung von PmM mit Demenz ein integratives Modell an, bei dem Zugewanderte in das Gesundheitssystem des Landes integriert sind. Migrantinnen und Migranten, die legal ins Land eingewandert sind, in ihren Berufen oder Unternehmen arbeiten und Krankenversicherungsbeiträge zahlen, haben dieselben Rechte im Gesundheitswesen wie rumänische Bürgerinnen und Bürger. Die Expertin konnte keine staatlich initiierten spezialisierten Dienste für PmM mit Demenz identifizieren, weder in der ambulanten noch in der stationären Versorgung. Außerdem scheinen keine Maßnahmen ergriffen zu werden, um in Zukunft eine interkulturelle Versorgung zu gewährleisten. In größeren Städten im Westen des Landes wie Timişoara gibt es einzelne private Pflegeein-

richtungen für bestimmte Migrantengruppen, wie z. B. Menschen aus Italien, Deutschland oder Ungarn. Diese Einrichtungen wurden jedoch von wohlhabenderen Geschäftsleuten aus diesen Migrantengruppen für ihre Angehörigen gebaut und sind nicht etwa das Ergebnis einer Regierungsinitiative. Laut der Expertin werden diese Gruppen von Zugewanderten besser betreut als die rumänische Bevölkerung. Die allgemeine Bevölkerung hat lediglich zu wenigen demenzspezifischen Versorgungsleistungen Zugang, die beispielsweise nur in einigen Pflegeheimen in einzelnen Regionen, hauptsächlich in Großstädten, angeboten werden. In Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen werden Menschen mit Demenz oft unter den gleichen Bedingungen behandelt wie jüngere Menschen. Außerdem haben viele Einrichtungen, wie die von der Expertin geleitete „Abteilung für Notfallpsychiatrie der Medizinischen und Pharmazeutischen Universität Carol Davila" in Bukarest, einen erheblichen Mangel an Räumlichkeiten und Personal. In der Abteilung, in der die Expertin arbeitet, sind 4-5 Pflegekräfte für die Versorgung von 60 Patienten verantwortlich und das auf einer Fläche, auf der in entwickelten westlichen Ländern 16-20 Betten stünden. Eine demenzspezifische Versorgung ist dort nicht möglich. Viele Menschen aus ländlichen Gebieten haben keinen Zugang zu Informationen über Demenz oder zu Gesundheitsdienstleistungen. Nach Ansicht der Expertin sind viel mehr politische Unterstützung und ein NDP erforderlich, um diese Ungleichheiten in der Versorgung zu beseitigen.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Laut der Expertin ist der Anteil an professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung Rumäniens gering. Dies gilt insbesondere für die Versorgung älterer Menschen. Die Einstellung von professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund kann PmM zugutekommen. Für eine qualitativ hochwertige Versorgung müssen die Pflegekräfte über ausreichende Kenntnisse der rumänischen Sprache verfügen. Die Expertin verwies darauf, dass die Kommunikation ein zentrales Problem bei der Mehrheit der Fachkräfte mit Migrationshintergrund ist. Da in der ambulanten Versorgung die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten am wichtigsten ist und in der stationären Versorgung eher pflegerisch-technische Fähigkeiten und Kenntnisse der Pathologie relevant sind, könnte der Bereich der stationären Versorgung eher für professionelle Pflegekräfte mit Migrationshintergrund geeignet sein.

Gegenwärtig ist in Rumänien die kultursensible Versorgung nicht Teil der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal. Darüber hinaus gibt es auf nationaler Ebene keine Möglichkeiten für die Ausbildung von Fachkräften in interkultureller Versorgung. Es existieren jedoch einige nicht-staatliche Projekte zu einer solchen Qualifizierungsform.

Laut der Expertin stehen derzeit keine qualifizierten Fachkräfte zur Verfügung, die über eine hohe kulturelle Sensibilität verfügen. Der Bedarf an solchen Fachleuten ist allerdings auch nicht hoch.



7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Die Expertin wies darauf hin, dass in Rumänien kein Unterschied zwischen Informationen und Unterstützung für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz existiert. Die Expertin stellte jedoch auch fest, dass kein Bedarf hinsichtlich der Entwicklung spezieller Angebote für pflegende Angehörige von PmM mit Demenz besteht, da ihre Zahl extrem gering ist. Infolgedessen gibt es derzeit keine spezialisierten Angebote für pflegende Angehörige aus der Migrationsbevölkerung.

8. Quellen

1. Chindea A, Majkowska-Tomkin M, Mattila H, Pastor I: Migration in Romania: A Country Profile 2008. In. Herausgegeben von Siar S; 2008.
2. Brscic B, Fidrmuc J, Hanson P, Moore JH, Mickiewicz T, Pejovich S, Reilly RR, Samy JA, Srdoc N, Sucio O-V *et al*: Demographics and Migration in Europe, East & West. In: *A CRCE Colloquium.* Centre for Research into post-Communist Economies; 2011.
3. Horváth I: Country Profile Romania. In. Herausgegeben vom Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung; 2007.
4. United Nations: Migration Profiles: Romania; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Romania; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Romania; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. National Institute of Statistics: 2011 Population and Housing Census. In. Bukarest: National Institute of Statistics 2011.
10. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
11. Ministry of Health: GHID DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT ÎN DEMENŢE. In., Bd. 723. Amtsblatt; 2010.

Schweden



Einwohnerzahl
10.328.000

Fläche
407.000 km²

Hauptstadt
Stockholm

Drei größten Städte
Stockholm (1.759.000)
Göteborg (651.000)
Malmö (322.000)

Nachbarländer
Dänemark, Finnland, Norwegen

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Schweden hat eine lange Geschichte der Migration. Im 15. und 17. Jahrhundert kamen größere Gruppen von Roma, Walloninnen und Wallonen, Jüdinnen und Juden sowie Menschen aus Deutschland, Frankreich und Italien nach Schweden. Zwischen 1850 und den 1930er Jahren wanderten 1,5 Millionen Menschen aus Schweden nach Amerika oder Australien aus [1]. Im frühen 20. Jahrhundert gab es auch Phasen der Auswanderung nach Dänemark und Norwegen [2]. Durch die Einwanderung von etwa 180.000 Geflüchteten aus Finnland, Norwegen, Estland, Dänemark und Deutschland während des Zweiten Weltkriegs entwickelte sich Schweden zu dem Einwanderungsland, das es heute ist [1, 2]. In den 1960er und frühen 1970er Jahren rekrutierte Schweden aktiv Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus den Niederlanden, Westdeutschland, Italien, Österreich, Belgien, Griechenland, Jugoslawien und der Türkei. Darüber hinaus kamen viele Zuwandernde aus Finnland [2]. Nachdem die Anwerbung 1972/73 gestoppt wurde, kehrten viele Arbeitsmigrantinnen und -migranten (vor allem aus Finnland) in ihre Heimatländer zurück, was Anfang der 1970er Jahre zu einem negativen Wanderungsüberschuss führte. In den 1980er und 1990er Jahren nahmen die Flüchtlingsströme und die Familienzusammenführung deutlich zu. Große Gruppen von Zuwandernden kamen aus dem Iran, Irak, Libanon, Syrien, der Türkei, Eritrea, Somalia und Chile. Während des Jugoslawienkrieges wurden etwa 100.000 Bosniakinnen und Bosniaken aufgenommen. Der EU-Beitritt 1995, der Beitritt zum Schengener Abkommen 2001 und insbesondere die EU-Erweiterungsrunden 2004 und 2007 führten zu einem deutlichen Anstieg der Zuwanderung aus anderen EU-Staaten (insbesondere Rumänien) [1, 2]. In den letzten Jahren hat die Zuwanderung von Asylsuchenden, Geflüchteten, Familienmitgliedern von bereits im Land befindlichen Zugewanderten und internationalen Studierenden zugenommen. Während im Jahr 2000 weniger als 60.000 Menschen zuwanderten, liegt die Zahl der jährlichen Zuwandernden seit 2012 bei über 100.000 [1]. Im Jahr 2014 zogen 127.000 Menschen nach Schweden. Die meisten dieser Zugewanderten wurden in Syrien (26.100), Eritrea (5.300), Polen (5.100) und Somalia (4.400) geboren. Darüber hinaus kehrte eine große Gruppe von in Schweden geborenen Personen aus dem Ausland zurück (15.200). Gemessen an der Bevölkerungsgröße war Schweden in den Jahren 2014 und 2015 das Hauptziel für Asylsuchende in der EU. Im Jahr 2015 beantragten etwa 163.000 Menschen Asyl [2]. Menschen aus Syrien (191.500), dem Irak (146.000), Finnland (144.600), Polen (93.700) und dem Iran (80.100) waren im Jahr 2019 die größten Gruppen von (im Ausland geborenen) Zugewanderten [3]. Zwischen 1990 und 2019 haben sich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung mehr als verdoppelt (von 788.800 auf 2 Millionen bzw. von 9,2 auf 20%) [4]. Die Nettomigrationsrate war in den letzten Jahrzehnten immer positiv; 2020 betrug sie 4 [5].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

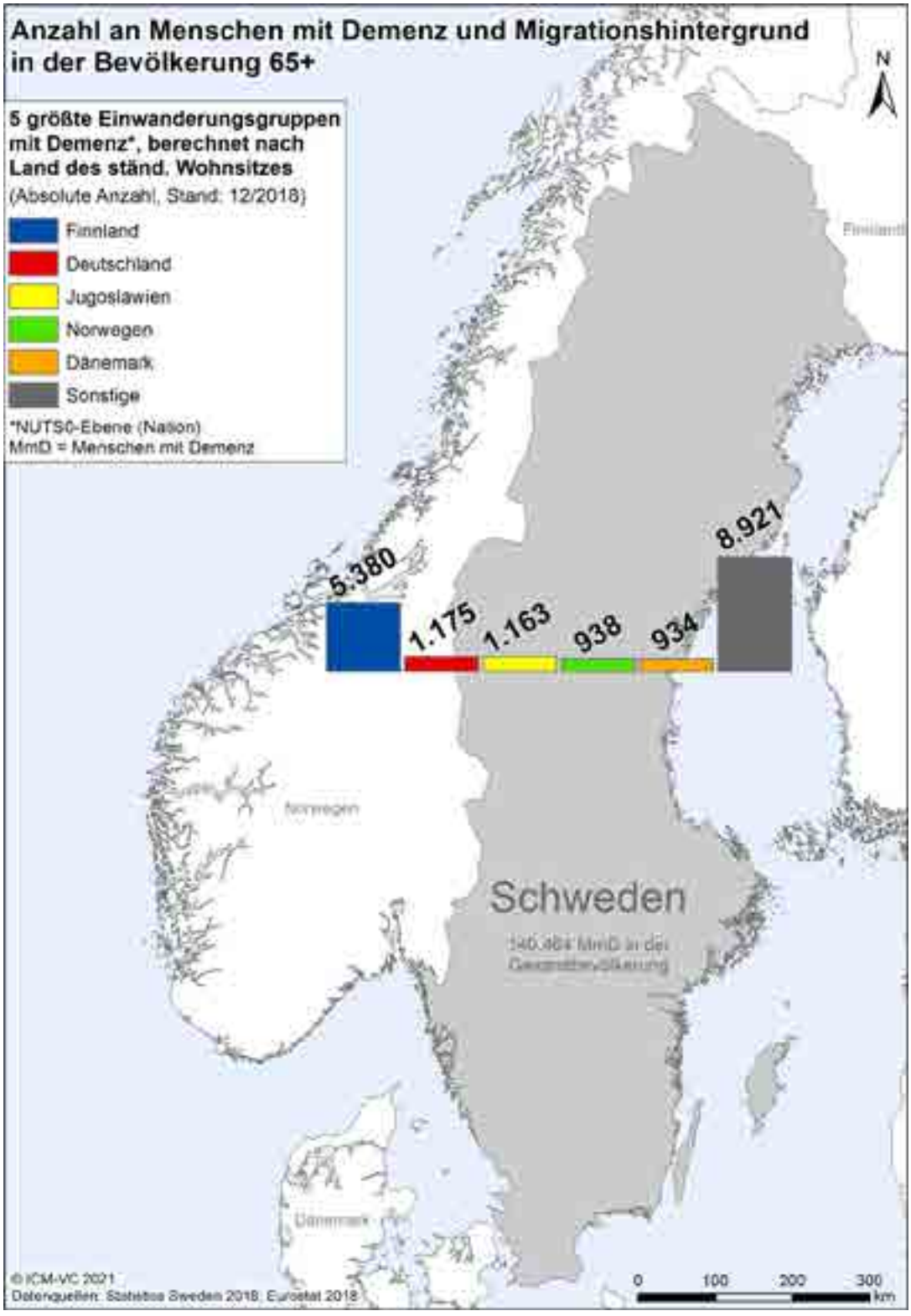


Abb. 3.7.24.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schweden - Nation)

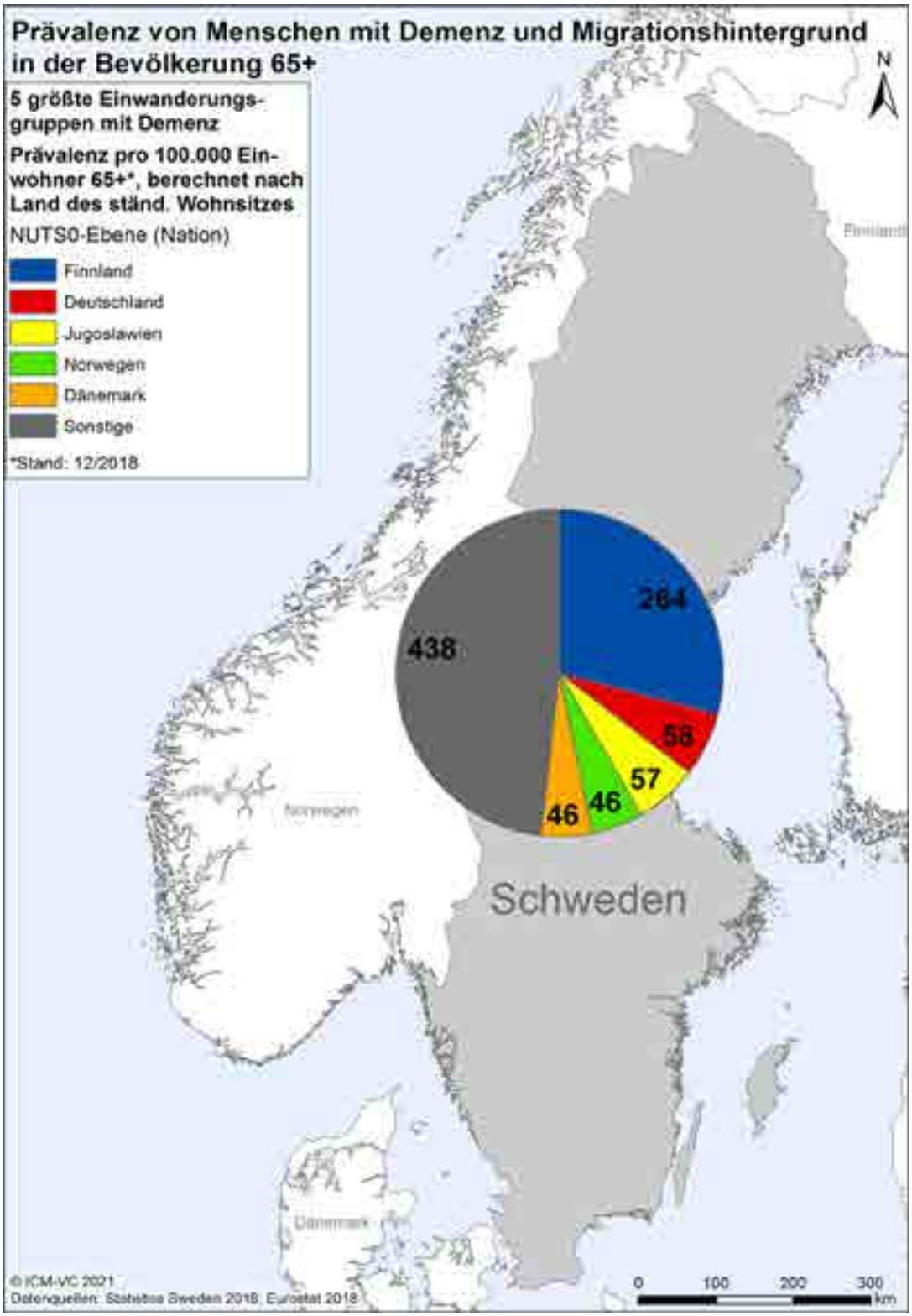


Abb. 3.7.24.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schweden - Nation)



Tab. 41: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schweden - Nation)

NUTS	Total	SE	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Schweden	140.464	121.953	FI 5.380	DE 1.175	YU 1.163	NO 938	DK 934	8.921
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Schweden	5.236	-	FI 201	DE 44	YU 43	NO 35	DK 35	332
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Schweden	6.900	5.991	FI 264	DE 58	YU 57	NO 46	DK 46	438

Quelle: Statistics Sweden (2018)

In Schweden leben 268.300 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 18.500 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.24.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Finnland (ca. 5.400), Deutschland (ca. 1.200), Jugoslawien (ca. 1.200), Norwegen (ca. 900) und Dänemark (ca. 900) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Schweden pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.24.2). Tabelle 41 veranschaulicht die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [6-8].

3. Nationaler Demenzplan

Für Schweden konnte kein NDP identifiziert werden. Allerdings ist laut einer Parlamentsrede von Ministerpräsident Stefan Löfven am 12. September 2017 die Veröffentlichung einer Demenzstrategie geplant [9, 10]. Darüber hinaus hat die nationale Behörde für Gesundheit und Sozialwesen (Socialstyrelsen) im Juni 2017 das Dokument „En nationell strategi för demenssjukdom: Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022“ („Eine nationale Strategie für Demenz: Dokumentation und Vorschlag für einen Plan für priorisierte Initiativen bis zum Jahr 2022“) herausgegeben.
In diesem Dokument wird das Thema Migration sehr ausführlich behandelt. In einem separaten 4 ½-seitigen Abschnitt („Im Ausland geborene Menschen mit Demenz“), sechs Hauptthemen („Arbeit mit Menschen mit Demenz und ausländischem Hintergrund“, „Arbeit mit einer Dolmetscherin bzw. einem Dolmetscher“, „RUDAS“, „Migration School“, „Altenpflege in nationalen Minderheitensprachen“, „Übersetzung in andere Sprachen“) und in 16 weiteren Textpassagen in zehn Kapiteln/Unterkapiteln werden verschiedene Themen im Zusammenhang mit Migration behandelt. In diesen Abschnitten wird die zunehmende Notwendigkeit der Untersuchung und Versorgung von Menschen, die eine andere Sprache als Schwedisch sprechen und an Demenz erkrankt sind, mehrfach betont. Laut dem Dokument wurden etwa 20.000 der 160.000 in Schweden lebenden Menschen mit Demenz in einem anderen Land geboren. Bis 2036 wird

sich die Zahl der im Ausland geborenen Menschen mit einer kognitiven Erkrankung voraussichtlich verdoppeln. Ein allgemeines Problem, auf das in dieser Demenzstrategie hingewiesen wird, ist, dass es in den Provinziallandtagen und Gemeinden nur wenige Initiativen für Menschen mit Demenz mit einer anderen Muttersprache als Schwedisch gibt. Ein besonderer Mangel besteht in den Bereichen Diagnostik und Betreuung von Menschen mit Demenz. Nur drei Provinziallandtage (Stockholm, Skåne und Örebro) haben spezielle Aktivitäten initiiert, die sich an Menschen mit einer anderen Muttersprache als Schwedisch richten. Es wird aber auch festgestellt, dass die Provinziallandtage und Gemeinden Unterstützung brauchen, um die Bereitschaft zu erhöhen, Menschen zu helfen, die kein Schwedisch sprechen. Weitere relevante Probleme sind laut einer Studie der Migration School des Wissenszentrums für Demenz Skåne, auf die in diesem Dokument Bezug genommen wird, dass im Ausland geborene Menschen bei standardisierten kognitiven Bewertungsinstrumenten (z. B. MMSE) schlechter abschneiden, sie weniger demenzspezifische Medikamente erhalten und ihnen mehr Neuroleptika verschrieben werden als im Inland geborenen Menschen. Außerdem wird immer wieder erwähnt, dass es in Schweden einen Mangel an Dolmetscherinnen und Dolmetschern gibt. Den zitierten Forschungsergebnissen zufolge ist die Qualität des Dolmetschens oft unbefriedigend und die durch ungenaues Dolmetschen verursachten Kommunikationslücken können sich negativ auf die Ergebnisse kognitiver Tests und die anschließende Diagnose auswirken. Mangelndes Fachwissen auf Seiten der Dolmetschenden und fehlendes Wissen darüber, wie Dolmetscherleistungen am besten genutzt werden können, werden als Hauptgründe für dieses Problem genannt. Um diese Probleme anzugehen, empfiehlt die nationale Behörde für Gesundheit und Sozialwesen eine Verbesserung der Einstellungspraktiken und die Ausweitung der Ausbildung für Dolmetschende in der Demenzversorgung. Im Anschluss an die deskriptive Darstellung der Hauptprobleme im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz erfolgt der Verweis auf einige bereits unternommene Anstrengungen in diesem Bereich. In diesem Zusammenhang wird die Migration School des Wissenszentrums für Demenz in der Region Skåne mehrfach erwähnt. Diese Organisation beschäftigt sich seit 2011 mit der Entwicklung und Umsetzung von Arbeitsmethoden zur Verbesserung der Demenzversorgung von Menschen mit ausländischem Hintergrund. In der Demenzstrategie werden mehrere von der Migration School bereits implementierte Angebote hervorgehoben, wie z. B. online zugängliche webbasierte Schulungen zu Demenz in verschiedenen Sprachen oder Schulungen im Dolmetschen für medizinisches Personal, das mit Menschen mit Demenz arbeitet. Im Zusammenhang mit dem Thema der Hinzuziehung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern wird auf eine laufende Studie an der Memory Clinic in Malmö verwiesen, die erforscht, wie die Untersuchung von Demenzerkrankungen durch die Anwesenheit einer dolmetschenden Person beeinflusst wird. Ziel der Studie ist es, Entwicklungsmöglichkeiten zu identifizieren und Routinen für den optimierten Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern bei Demenzuntersuchungen zu entwickeln. Eine Dienstleistung, der bereits in die Versorgung integriert ist, stellt das Screening-Instrument RUDAS dar, das seit 2014 in mehreren Gedächtniskliniken und Gesundheitszentren in der Region Skåne für kognitive Tests von Menschen mit geringer Schulbildung und anderem sprachlichen oder kulturellen Hintergrund eingesetzt wird. Ein weiteres Modell guter Versorgungspraxis ist die Kooperation zwischen kommunalen Sozialdiensten und regionalem Gesundheitswesen

zur Unterstützung von Menschen mit Demenz mit ausländischem Hintergrund, die seit 2013 in einem Stadtteil von Malmö etabliert ist. Im Rahmen dieser Kooperation wurden verschiedene Methoden entwickelt, die das Personal von ambulanten Pflegediensten oder stationären Einrichtungen in Malmö und der ebenfalls an der Kooperation beteiligten Region Skåne bei Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem Personal und pflegebedürftigen Menschen, die ihre Schwedisch-Kenntnisse verloren haben, einsetzt. Eine bereits umgesetzte Methode ist das Zusammenführen von Pflegebedürftigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit der gleichen Muttersprache bei der Identifizierung der Kontaktperson. Ist eine solche Abstimmung nicht möglich, sind die Mitarbeitenden angehalten, die wichtigsten Begriffe für die Versorgung in der Muttersprache der Patientin bzw. des Patienten lernen. Darüber hinaus sollte die Kontaktperson auch Kenntnisse über die Kultur und die Lebensbedingungen der Region haben, in der die betreute Person aufgewachsen ist. Eine weitere Maßnahme, die bereits implementiert wurde, ist das Führen eines Handlungs- und Umsetzungsplans durch das Personal, in dem die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen beschrieben werden. Neben diesen regionalen Modellen guter Versorgungspraxis wird in diesem Dokument auch auf einige bundesweit vorhandene Informations- und Beratungsangebote für PmM hingewiesen. Beispielsweise bietet das schwedische Demenzzentrum mehrsprachige Informationen über Demenz in Print- und Onlinemedien an und Alzheimer Sweden verfügt über eine Hotline, die sich auch an Menschen richtet, die kein Schwedisch sprechen.

Die Demenzstrategie enthält auch einige grundlegende Leitlinien sowie einige detaillierte Handlungsempfehlungen für Pflegeanbietende und Fachkräfte. Zunächst wird erklärt, dass ein personenzentrierter Ansatz die besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit einem anderen kulturellen oder sprachlichen Hintergrund beinhaltet. Das Personal von Gesundheits- und Sozialdiensten muss bei der Beratung und Information von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen den kulturellen und sprachlichen Hintergrund berücksichtigen und ggf. eine Dolmetscherin bzw. einen Dolmetscher einsetzen. Der Einsatz von dolmetschenden Personen kann bei der Untersuchung und Behandlung von Personen mit einer anderen Muttersprache als Schwedisch besonders wichtig sein. In dieser Demenzstrategie wird darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, dass bei gedolmetschten Gesprächen mit Patientinnen und Patienten eine externe Person anwesend ist, die Kenntnisse über die Versorgung und die in der Versorgung verwendete Sprache sowie die Sprache der Patientin bzw. des Patienten hat. In Bezug auf die Unterstützung der Angehörigen der erkrankten Person werden die Versorgungsplanenden und -anbietenden bestärkt, Interventionen auf der Grundlage der individuellen Bedürfnisse, der ethnischen Zugehörigkeit und des Geschlechts der jeweiligen Personen zu planen und umzusetzen. Am Ende des Dokuments wird als Maßnahme empfohlen, sicherzustellen, dass das Wissen über die Bedürfnisse und Bedingungen von im Ausland geborenen Menschen mit Demenz bis zum Jahr 2022 im Gesundheitssystem verbreitet wird [11].

Damit stellt die „Nationale Strategie für Demenz: Dokumentation und Vorschlag für einen Plan für priorisierte Initiativen bis zum Jahr 2022“ nicht nur eine detaillierte thematische Einführung und Beschreibung der Hauptprobleme im Zusammenhang mit der Demenzversorgung von PmM bereit, sondern bietet auch einen umfassenden Handlungsrahmen mit Empfehlungen für Versorgungsplanende und Dienstleistende sowie Hinweise auf bestehende Studien, Projekte, Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote.

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Es wurden zwei Dokumente mit nationalen Leitlinien für die Demenzversorgung identifiziert: 1. „Vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning“ („Pflege und Unterstützung für Demenzpatienten: Unterstützung für Beratung und Management“) aus dem Jahr 2017, 2. Vård och omsorg vid demenssjukdom: Sammanfattning med förbättringsområden“ („Pflege und Unterstützung für Demenzpatienten: Zusammenfassung mit Verbesserungspotenzial“) aus dem Jahr 2018. Das erste Dokument enthält kein eigenes Kapitel über Migration, nimmt aber in acht Abschnitten kurz Bezug auf Menschen mit einem anderen sprachlichen oder kulturellen Hintergrund. Diese Menschen werden als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen in Bezug auf die Demenzversorgung identifiziert. Im Rahmen der personenzentrierten Versorgung sollte die Person mit Demenz die Möglichkeit haben, ihre Religion auszuüben, kulturell angepasste Speisen zu essen, ihre kulturellen Traditionen und Bräuche zu bewahren und Zugang zu Personal zu haben, das die gleiche Sprache spricht. Insgesamt scheint die kognitive Beurteilung und Früherkennung bei Menschen mit Verdacht auf Demenz und unterschiedlichem sprachlichem oder kulturellem Hintergrund als eine zentrale Herausforderung erachtet zu werden. In vier Passagen empfehlen die Leitlinien die Verwendung der interkulturellen Beurteilungsskala RUDAS, die bereits für diese Gruppe angepasst wurde. In Bezug auf die stationäre Versorgung wird empfohlen, dass die physische Umgebung unter Berücksichtigung der kulturellen und religiösen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz gestaltet werden sollte. Darüber hinaus weist das Dokument auf das Recht sprachlicher Minderheiten hin, individuell zugeschnittene Informationen über den Gesundheitszustand und verfügbare Versorgungsleistungen zu erhalten und führt die Notwendigkeit der Anpassung von Angeboten an den sprachlichen Hintergrund an. Schweden scheint ein inklusives Versorgungsmodell zu verfolgen, bei dem bestehende Gesundheitsdienstleistungen an die Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichem sprachlichen oder kulturellen Hintergrund angepasst werden [12].

Das zweite Dokument aus dem Jahr 2018 enthält ein eigenes Kapitel zum Thema Migration („Die Bedürfnisse von Menschen aus anderen Ländern benötigen Aufmerksamkeit“). Neben diesem dreiseitigen Kapitel spielt das Thema auch in einem weiteren separaten Abschnitt und einem späteren Kapitel eine Rolle. Insgesamt beziehen sich die evaluierten Leitlinien in einem wesentlich weiteren Sinne auf Migration als die Leitlinien aus dem Vorjahr. Dies zeigt, dass das Thema auf nationaler Ebene zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf der Sensibilisierung der Anbietenden von Demenzversorgungsleistungen und insbesondere der Kommunen und Bezirke für die Bedürfnisse von Menschen aus anderen Ländern. Kommunikationsschwierigkeiten werden als besondere Herausforderung genannt, da viele Menschen, die eine andere Muttersprache haben, aufgrund der Demenz ihre Schwedisch-Kenntnisse verlieren. Weiterhin werden die Problematik traumatischer Erfahrungen und deren Auswirkungen auf psychische Symptome sowie die Validität der Ergebnisse demenzdiagnostischer Tests bei Menschen mit ausländischem Hintergrund adressiert. In diesem Dokument wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Menschen mit Demenz, die in einem anderen Land geboren wurden, in den kommenden Jahren deutlich zunehmen wird (Verdoppelung innerhalb der nächsten zwanzig Jahre). Von den derzeit



20.000 Menschen sind die meisten in Finnland oder einem anderen skandinavischen Nachbarland geboren. An mehreren Stellen wird erwähnt, wie wichtig es ist, die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichem sprachlichen oder kulturellen Hintergrund bei der Bereitstellung von Versorgung und Unterstützung zu berücksichtigen. Mit nahezu gleichem Wortlaut wie in der Leitlinie aus dem Jahr 2017 werden mehrere Bedarfe genannt und die Umsetzung konkreter Maßnahmen wie z. B. der Einsatz von RUDAS für Menschen mit Verdacht auf Demenz und einer anderen Muttersprache empfohlen. In der evaluierten Version wird allerdings noch ergänzt, dass medizinischem Fachpersonal ein Schulungsprogramm für die Verwendung von RUDAS zur Verfügung steht. Das Screening-Tool und das Schulungsprogramm haben sich in den letzten Jahren landesweit verbreitet. Zurzeit nutzt bereits die Hälfte der Bezirke RUDAS. Darüber hinaus gaben zwei Drittel der Bezirke in einer Umfrage an, dass sie Routinen für den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern entwickelt haben. Gleichzeitig zeigen die Leitlinien aber auch auf, dass es einen Mangel an Versorgung und Betreuung für Menschen aus anderen Ländern gibt. Dieser Mangel besteht vor allem hinsichtlich der Früherkennung und dem Screening von Demenz, der angemessenen medikamentösen Behandlung und der spezialisierten Nachsorge. Weniger als eine von zehn Gemeinden bietet Tagesbetreuung, häusliche Versorgung oder Familienpflege an, die an die Bedürfnisse von sprachlichen Minderheiten angepasst sind. Obwohl der Anteil der Gemeinden mit Wohneinrichtungen, die sich auf Menschen mit einer anderen Muttersprache fokussieren, gestiegen ist, lag dieser im Jahr 2017 immer noch bei lediglich 16%. Die Dienstleistungen für sprachliche Minderheiten konzentrieren sich vor allem in großen Städten. Zudem haben Untersuchungen gezeigt, dass Menschen, die außerhalb Skandinaviens geboren sind, weniger Demenzmedikamente verschrieben bekommen. Es gibt große Lücken im Wissen um die Bedürfnisse kultureller und sprachlicher Minderheiten und die geeigneten Maßnahmen, um diese Bedürfnisse zu erfüllen. Dies hat zur Folge, dass im Ausland geborene Personen weniger kommunale Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen als Personen, die aus Schweden stammen. In den evaluierten Leitlinien aus dem Jahr 2018 wird der Schluss gezogen, dass die Landkreise und Kommunen aktiver an der Diagnostik von Demenz bei Menschen aus anderen Ländern arbeiten und mehr Wissen über die Untersuchung und Behandlung von Demenz bei dieser Gruppe generieren müssen. Die Verschreibung von Demenzmedikamenten muss überprüft werden und mehr Gemeinden sollten spezialisierte Dienste für Menschen mit unterschiedlichen Muttersprachen entwickeln [13]. Die Analyse der Dokumente aus den Jahren 2017 und 2018 hat gezeigt, dass Schweden dem Thema Demenz und Migration auf nationaler Ebene große Aufmerksamkeit schenkt. Die nationalen Leitlinien geben den kommunalen Gesundheitsdienstleistenden allgemeine Empfehlungen und zeigen ihnen konkrete Handlungsoptionen auf, um die aktuellen Wissens- und Versorgungslücken in Bezug auf Menschen mit ausländischem Hintergrund und Demenz zu schließen.

Die folgenden Abschnitte zu Angeboten und Informationen für PmM mit Demenz, professioneller Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf schriftlichen Aussagen und spiegeln die Erfahrung und Meinung der Expertin wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Laut der Expertin werden PmM als eine vulnerable Gruppe im Gesundheitssystem identifiziert. Dies gilt insbesondere für Menschen, die außerhalb Europas (z. B. in Asien, dem Nahen Osten oder Afrika) geboren sind. Dennoch wird das Thema Demenz und Migration in Schweden auf nationaler Ebene nur teilweise als wichtig erachtet. Es gibt beispielsweise kein nationales Budget für Demenz und Migration. Allerdings existieren einzelne Expertinnen und Experten, die sich mit diesem Thema beschäftigen. In manchen Regionen ist das Thema sehr wichtig. Die Expertin stellte fest, dass PmM im Hinblick auf die Entwicklung, den Verlauf und die Folgen von Demenz sowie auf Versorgungslücken, Unterdiagnostizierung und die Inanspruchnahme von formellen Gesundheitsdienstleistungen als vulnerabel gelten. Im Allgemeinen ist die Versorgung an Menschen angepasst, die in Schweden geboren und aufgewachsen sind. Menschen mit anderen sprachlichen und kulturellen Hintergründen und insbesondere Zugewanderte mit geringerer Bildung bleiben von der Art der Versorgung ausgeschlossen, die sie benötigen. Darüber hinaus ist die Diagnose von Demenz weniger zuverlässig, da die verwendeten Tests von Kultur, Sprache und Bildung beeinflusst werden und es an professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern mangelt.

Schweden verfolgt das Konzept der personenzentrierten Demenzversorgung. Nach Ansicht der Expertin funktioniert dieses Konzept in der Praxis für PmM nicht. Grundsätzlich wird ein integratives Pflegemodell angewandt, bei dem alle Menschen das gleiche Recht haben, Versorgung und Unterstützung zu suchen. Das Problem besteht jedoch darin, dass das Gesundheitswesen und die Gesellschaft nicht an alle Menschen angepasst sind. Unterschiede in Sprache, Kultur und Bildung sowie mangelndes Wissen darüber, wie die Gesundheitsversorgung funktioniert und was die Gesellschaft an Ressourcen bietet, führen dazu, dass Migrantinnen und Migranten weniger Möglichkeiten haben, die verfügbaren leistungenin Anspruch zu nehmen. Als Beispiel nannte die Expertin die Tagesbetreuungsangebote für Menschen mit Demenz, die in Schweden grundsätzlich jedem zur Verfügung stehen, von vielen PmM allerdings nicht genutzt werden, weil sie nicht gut mit dem Personal oder den Patientinnen und Patienten interagieren können. Aus diesen Gründen kam die Expertin zu dem Schluss, dass die bestehenden Betreuungsangebote für Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz besser geeignet und angemessener sind. Es gibt aber auch Gruppen von Zugewanderten, für die die Versorgung besser geeignet ist (z.B. Menschen aus Finnland oder Dänemark), weil sie besser in die Gesellschaft integriert sind und es weniger sprachliche und kulturelle Probleme gibt. Darüber hinaus haben einige ethnische Gruppen mit einer langen Migrationsgeschichte Zugang zu Gesundheitspersonal, das aus demselben Land stammt, oder zu Heimen für Menschen mit Demenz mit Personal, das



dieselbe Sprache spricht (z. B. das Heim für jüdische Menschen, Menschen aus Finnland sowie Persisch und Arabisch sprechende Menschen in Stockholm). Maßnahmen zur interkulturellen Versorgung sind lokal, aber nicht landesweit verbreitet oder in der Entwicklung. In der Provinz Skåne in Südschweden wurden einige Informationsfilme über Demenz, die Bedeutung der Suche nach Hilfe in einem frühen Stadium der Krankheit und die Untersuchung von Demenz in verschiedenen Sprachen entwickelt.

Die Expertin identifizierte einen großen Verbesserungsbedarf bei der Frühdiagnose von Demenz bei PmM, der Verwendung von kognitiven Screening-Instrumenten, die weniger von Sprache, Kultur und Bildung beeinflusst sind und dem Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern während der Demenzbeurteilung.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Die Expertin gab an, dass kultursensible Versorgung teilweise in der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal integriert ist. Die Reflexion der eigenen Kultur und der Vorurteile und Überzeugungen über andere sowie deren mögliche Auswirkungen auf die Behandlung ist grundsätzlich Teil des personenzentrierten Ansatzes. Spezielle Kurse zur kultursensiblen Versorgung sind jedoch nicht flächendeckend verfügbar. In dieser Hinsicht gibt es große Unterschiede zwischen den verschiedenen Universitäten und Ausbildungsstätten. Außerdem sind diese Kurse meist Wahlfächer und es wird nicht sichergestellt, dass sie von allen Studierenden besucht werden. Ähnlich verhält es sich mit den Fortbildungsmöglichkeiten in der interkulturellen Versorgung. In Südschweden können professionelle Pflegekräfte Kurse besuchen, die vom Wissenszentrum für Demenz organisiert werden. Allerdings gibt es auch in diesem Bereich keine landesweiten Bemühungen.

Der Anteil von PmM unter den professionellen Pflegekräften ist nach Angaben der Expertin sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung hoch und liegt zwischen 20 und 40%. Im Bereich der Altenpflege ist der Anteil noch höher. Die professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund kommen aus vielen verschiedenen Herkunftsländern (z. B. Iran, Irak, Polen, Griechenland, Bosnien, Nordmazedonien). Diese hohe Diversität unter den professionellen Pflegekräften hat unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgung. Einerseits bieten diese Pflegekräfte pflegebedürftigen Menschen Zugang zu sprachlicher und interkultureller Betreuung. Andererseits haben viele dieser Fachkräfte das Gefühl, dass sie oft zum Dolmetschen eingesetzt werden, was für sie nicht akzeptabel ist, da sie für diese zusätzlichen Aufgaben weder zusätzliche Zeit haben noch eine Vergütung erhalten. Außerdem führt die Abwesenheit (Urlaub, Krankheit) von medizinischem Fachpersonal mit Migrationshintergrund oft zu Wartezeiten für Patientinnen und Patienten mit der gleichen Muttersprache. Insgesamt wird der Bedarf an kultursensibler Versorgung in Schweden nicht durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Die Expertin hob hervor, dass in Schweden Netzwerke von Familien und Versorgungsbietenden eine sehr wichtige und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz spielen. Derzeit gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Eignung bestehender Informationsressourcen und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund mit Demenz. Die Expertin wies darauf hin, dass pflegende Angehörige von PmM mit Demenz einen großen Bedarf an spezialisierten Dienstleistungen zur Unterstützung und Information haben. Der Expertin fiel jedoch nur ein einziges spezialisiertes Angebot ein, das derzeit verfügbar ist: eine Telefonberatung, die von einem gemeinnützigen Verein für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in persischer und bosnischer Sprache angeboten wird.

8. Quellen

1. Swedish Institute: Sweden and Migration. [https://sweden.se/migration/]. (2019). Abgerufen am 07. Mai 2020.
2. Parusel B: Länderprofil: Schweden. In: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien, Bundeszentrale für politische Bildung; 2015.
3. Statistics Sweden: Population by country of birth, age, sex and year; 2019.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Sweden; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Sweden; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Statistics Sweden: Population by country of birth, age and sex In. Stockholm: Statistics Sweden 2018.
9. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
10. Government Offices of Sweden: Statement of Government Policy, 12. September 2017. [https://www.government.se/speeches/2017/09/statement-of-government-policy-12-september-2017/]. (2017). Abgerufen am 27. Oktober 2020.
11. Socialstyrelsen: En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022; 2017.
12. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning: Socialstyrelsens publikationsservice 2017.
13. Socialstyrelsen: Vård och omsorg vid demenssjukdom: Sammanfattning med förbättringsområden: Socialstyrelsen Sverige; 2018.

Schweiz



Einwohnerzahl
8.606.000

Fläche
39.860 km²

Hauptstadt
Bern

Drei größten Städte
Zürich (420.000)
Genf (204.000)
Basel (173.000)

Nachbarländer
Deutschland, Frankreich, Italien, Liechtenstein, Österreich

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Die Schweiz war bis 1888 ein Auswanderungsland. Vom 15. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts wanderten Hunderttausende im militärischen Bereich Beschäftigte sowie Söldnerinnen und Söldner in andere europäische Staaten aus [1, 2]. Im 19. Jahrhundert emigrierten etwa eine halbe Million Menschen nach Nordamerika. Am Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Schweiz zu einem Einwanderungsland. In dieser Zeit wanderten viele Menschen aus den benachbarten Regionen in Süddeutschland, Norditalien, Westfrankreich und Österreich ein [2]. Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts gab es viele ausländische Studierende in der Schweiz. Die Entwicklung zu einem Einwanderungsland wurde durch die beiden Weltkriege vorübergehend gestoppt. Im Juni 1948 wurde mit Italien ein Abkommen über die Anwerbung von Gastarbeitenden geschlossen. Während des Kalten Krieges nahm die Schweiz auch Geflüchtete aus kommunistischen Systemen auf [1]. Seit dem Zweiten Weltkrieg ist die ausländische Bevölkerung, mit Ausnahme der Ölkrise in den 1970er Jahren und des wirtschaftlichen Einbruchs 1983, kontinuierlich gewachsen [3]. Bis Ende der 1970er Jahre kam der Großteil der Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus Italien und Spanien. Nach den Konflikten in den 1990er Jahren wanderten immer mehr Menschen aus Ländern wie Portugal und Jugoslawien ein [4]. Zwischen 1970 und 2000 kehrten jedoch etwa zwei Millionen „Gastarbeitende“ in ihre Heimatländer zurück [3]. In den letzten Jahren sind Zehntausende Arbeitskräfte aus anderen EU-Mitgliedsstaaten zugewandert [4]. Im Jahr 2018 stammten die größten Gruppen von Zugewanderten aus Italien (322.100), Deutschland (307.900) und Portugal (265.500). Insgesamt kommen ca. 68% der ausländischen Wohnbevölkerung ursprünglich aus Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs [5]. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) hat sich zwischen 1941 und 2019 verzehnfacht (von 223.500 auf 2,6 Millionen) und zwischen 1990 und 2019 fast verdoppelt (von 1,4 Millionen auf 2,6 Millionen) [3, 6]. Auch der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung ist zwischen 1990 und 2019 deutlich gestiegen (von 20,9 auf 29%) [7]. Die Schweiz ist derzeit eines der europäischen Länder mit dem höchsten Anteil an Ausländerinnen und Ausländern [2]. Die Nettomigrationsrate war in den letzten Jahrzehnten immer positiv und lag 2020 bei 6,1 [8].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

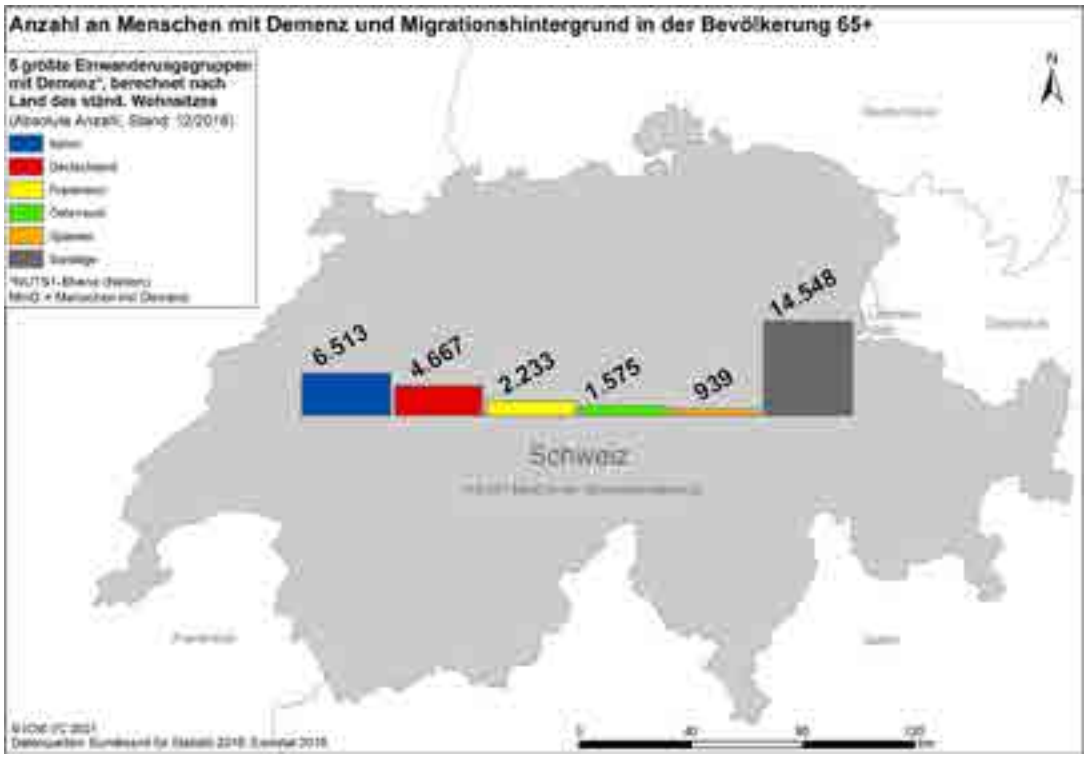


Abb. 3.7.25.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schweiz - Nation)

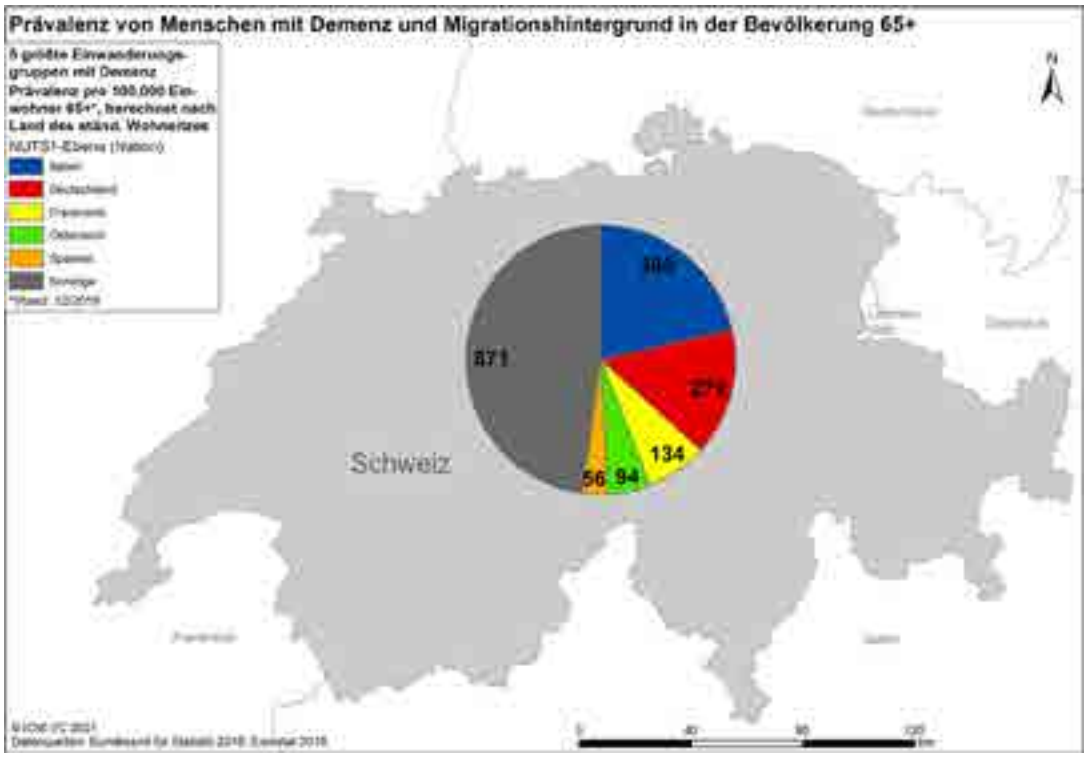


Abb. 3.7.25.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - Nation)

Tab. 42: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - Nation)

NUTS	Total	CH	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Schweiz	115.231	84.757	IT 6.513	DE 4.667	FR 2.232	AT 1.575	ES 939	14.548
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Schweiz	2.609	-	IT 147	DE 106	FR 51	AT 36	ES 21	329
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Schweiz	6.900	5.075	IT 390	DE 279	FR 134	AT 94	ES 56	593

Quelle: Bundesamt für Statistik

In der Schweiz leben 368.300 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 25.400 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.25.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Italien (ca. 6.500), Deutschland (ca. 4.700), Frankreich (ca. 2.200), Österreich (ca. 1.600) und Spanien (ca. 900) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in der Schweiz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.25.2). Tabelle 42 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Italien, Deutschland, Frankreich, Österreich und Spanien in den NUTS2 Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.25.3 - 3.7.25.8).



Abb. 3.7.25.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Italien (Schweiz - NUTS2)



Abb. 3.7.25.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Schweiz – NUTS2)



Abb. 3.7.25.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Frankreich (Schweiz – NUTS2)



Abb. 3.7.25.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Österreich (Schweiz - NUTS2)



Abb. 3.7.25.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Spanien (Schweiz - NUTS2)



Abb. 3.7.25.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Schweiz (Schweiz - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte veranschaulicht die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2 Regionen (Abbildung 3.7.25.9). Die zweite Karte zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.25.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 43 [9, 10].

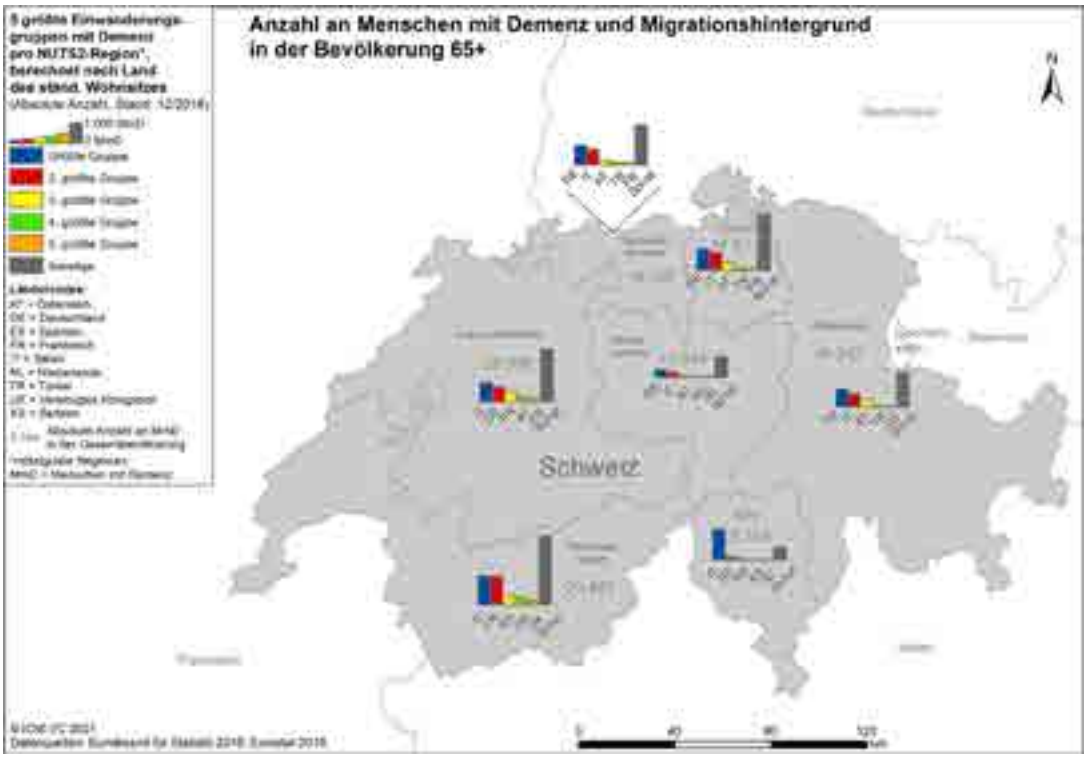


Abb. 3.7.25.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schweiz - NUTS2)

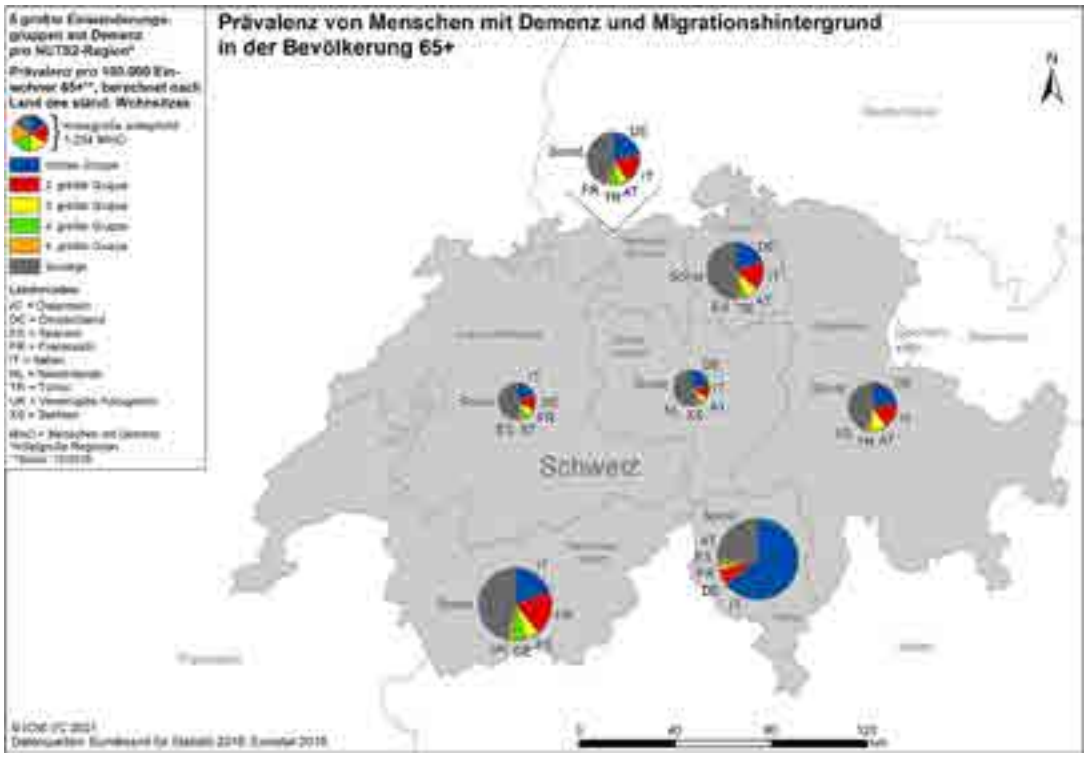


Abb. 3.7.25.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - NUTS2)

Tab. 43: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - NUTS2)

NUTS	Total	CH	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Genfersee-region	20.481	13.091	IT 1.452	FR 1.430	ES 464	DE 396	UK 227	3.421
Espace Mitelland	26.886	21.926	IT 913	DE 712	FR 440	AT 235	ES 133	2.527
Nordwest-schweiz	16.200	11.796	DE 998	IT 796	AT 274	TR 174	FR 138	2.024
Zürich	18.877	13.300	DE 1.112	IT 921	AT 413	TR 136	ES 116	2.879
Ostschweiz	16.342	12.491	DE 897	IT 662	AT 423	TR 81	XS 81	1.707
Zentral-schweiz	10.646	8.710	DE 409	IT 254	AT 125	XS 53	NL 47	1.047
Ticino	5.799	3.443	IT 1.515	DE 143	FR 45	ES 33	AT 28	592

NUTS	Total	CH	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Genfersee-region	1.912	-	IT 136	FR 134	ES 43	DE 37	UK 21	319
Espace Mitelland	3.741	-	IT 127	DE 99	FR 61	AT 33	ES 19	351
Nordwest-schweiz	2.538	-	DE 156	IT 125	AT 43	TR 27	FR 22	317
Zürich	2.336	-	DE 138	IT 114	AT 51	TR 17	ES 14	356
Ostschweiz	2.928	-	DE 161	IT 119	AT 76	TR 15	XS 14	305
Zentral-schweiz	3.795	-	DE 146	IT 91	AT 45	XS 19	NL 17	372
Ticino	1.698	-	IT 444	DE 42	FR 13	ES 10	AT 8	173
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Genfersee-region	6.900	4.410	IT 489	FR 482	ES 156	DE 133	UK 76	865
Espace Mitelland	6.900	5.627	IT 234	DE 183	FR 113	AT 60	ES 34	372
Nordwest-schweiz	6.900	5.024	DE 425	IT 339	AT 117	TR 74	FR 59	589
Zürich	6.900	4.862	DE 407	IT 337	AT 151	TR 50	ES 43	758
Ostschweiz	6.900	5.274	DE 379	IT 280	AT 178	TR 34	XS 34	453
Zentral-schweiz	6.900	5.646	DE 265	IT 165	AT 81	XS 34	NL 30	426
Ticino	6.900	4.097	IT 1.803	DE 170	FR 53	ES 40	AT 33	418

Quelle: Bundesamt für Statistik

3. Nationaler Demenzplan

Die „Nationale Demenzstrategie 2014 - 2019“ aus dem Jahr 2016 hat kein eigenes Kapitel zum Thema Migration. Allerdings nimmt dieses Dokument in drei Unterkapiteln kurz Bezug darauf. Dabei wird darauf hingewiesen, dass der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung zunimmt, insbesondere in den älteren Altersgruppen, was sich auf die Nachfrage nach und die Qualitätsanforderungen an Gesundheitsdienstleistungen auswirkt. Darüber hinaus wird beschrieben, dass bei PmM die Sprachbarrieren eine besondere Herausforderung für die Demenzdiagnostik darstellen, da gängige Testverfahren ungeeignet sind oder Übersetzungshilfe benötigt wird. Das Dokument weist explizit darauf hin, dass

bei der Versorgung und Behandlung von Menschen mit Demenz individuelle Umstände wie Berufstätigkeit oder Migrationshintergrund berücksichtigt werden sollen. Darüber hinaus wird das bestehende Bundesprogramm „Migration und Gesundheit" zukünftig auch Maßnahmen zum Thema Demenz beinhalten. In der nationalen Demenzstrategie der Schweiz spielt das Thema Migration eine untergeordnete Rolle und es gibt keinen Hinweis auf bestehende Versorgungsangebote für PmM mit Demenz. Es wird jedoch auf spezifische Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Diagnose von Demenz und eine geplante Maßnahme verwiesen [11].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Auf nationaler Ebene wurden für die Schweiz die folgenden drei Dokumente mit Leitlinien, Richtlinien oder Empfehlungen identifiziert. 1. Die 99-seitigen „Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)" aus dem Jahr 2014 diskutieren Prävalenz, Inzidenz und Phänomenologie von BPSD; die Rolle von Komorbiditäten bei BPSD; die Rolle des Umfelds; das qualitative und quantitative Assessment der BPSD; diagnostische Empfehlungen für BPSD in der Pflege; Therapien bei BPSD; pflegerische Interventionen; personenzentrierte Versorgung von Menschen mit Demenz; pharmakologische und nicht-pharmakologische Therapien bei Demenz; und medikamentöse Behandlung von BPSD bei bestimmten Formen von Demenz. 2. Die „Medizinisch-ethischen Richtlinien: Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz" aus dem Jahr 2013 umfassen 37 Seiten und behandeln die Themen Achtung der Würde und Autonomie, Lebensqualität und Wohlbefinden, Qualität der Betreuung und Behandlung, Kommunikation mit Menschen mit Demenz, Behandlungsplanung und Patientenverfügung, Aufklärung und Einwilligung, Entscheidungsfindung im Betreuungs- und Behandlungsteam, Demenzdiagnostik, angemessene Betreuung und Behandlung, Emotionen und Verhalten, Entscheidungen am Lebensende, Umgang mit dem Wunsch nach Suizid, Angehörige und Forschung mit demenzkranken Menschen. 3. Die Expertinnen-/Expertenempfehlung „Demenz: Diagnose, Behandlung und Betreuung" aus dem Jahr 2014 ist 40 Seiten lang und behandelt die Themen Demenz, Abklärung und Diagnose, medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungen, Alltagsgestaltung, Unterstützung und Betreuung sowie Medikamente. Keines dieser drei Dokumente berücksichtigt das Thema Migration [12-14].

5. Quellen

1. Schulz K: Migration: eine historische Normalität. In: *Schweizer Migrationsgeschichte: von den Anfängen bis zur Gegenwart.* edn. Herausgegeben von Holenstein A, Kury P, Schulz K; 2018.
2. Furrer M: Migration in Swiss history books.
3. Wanner P: Migration und Integration: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. In: *Eidgenössische Volkszählung 2000.* Neuenburg (CH); 2004.
4. Nguyen QD: Switzerland, land of European immigration. In., Bd. 5; 2017.

5. Staatssekretariat für Migration (SEM): Migrationsbericht 2018. In. Bern-Wabern (CH); 2019.
6. International Organization for Migration: Total number of international migrants at mid-year 2019: Switzerland; 2019.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Switzerland; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Switzerland; 2019.
9. Federal Statistical Office: Statistik der Bevölkerung und der Haushalte. In. Neuchâtel: Federal Statistical Office; 2018.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units forStatistics (NUTS) 2016; 2018
11. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Nationale Demenzstrategie 2014-2019: Erreichte Ergebnisse 2014-2016 und Prioritäten 2017-2019. In. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; 2016.
12. Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M, Fischlin R, Georgescu D, Giardini U, Hatzinger M, Hemmeter U, Justiniano I, Kressig RW *et al*: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychologischen Symptome der Demenz (BPSD); 2014.
13. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Medizinisch-ethische Richtlinien: Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz; 2017.
14. Schweizerische Alzheimervereinigung: Demenz: Diagnose, Behandlung und Betreuung 2014. In. Yverdon-les-Bains; 2014.



Slowakei



Einwohnerzahl
5.458.000

Fläche
48.702 km²

Hauptstadt
Bratislava

Drei größten Städte
Bratislava (438.000)
Kosice (239.000)
Preŝov (88.000)

Nachbarländer
Österreich, Polen, Tschechische Republik, Ukraine, Ungarn

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

In den letzten drei Jahrhunderten war die Slowakei ein Land der Auswanderung [1]. Die größte Auswanderungsphase fand zwischen 1871 und 1914 statt, als etwa 850.000 Menschen das Land verließen, die meisten von ihnen in Richtung der USA. Zwischen den beiden Weltkriegen wanderten 220.000 Menschen nach Frankreich, Belgien, Kanada und Argentinien aus. Viele Auswanderer kehrten jedoch zurück [2]. Nach dem Zweiten Weltkrieg emigrierten etwa 2,8 Millionen deutsche Staatsangehörige aus der Tschechoslowakei. Diese Abwanderung wurde nur teilweise durch die Wiedereinwanderung von Bürgerinnen und Bürgern aus der Tschechischen Republik und der Slowakei kompensiert. Zwischen 1948 und 1950 verließen 250.000 Menschen die Slowakei. Während der Auswanderungsphase von 1968 bis 1971 emigrierten 200.000 Menschen. Zwischen 1971 und 1990 wanderten dann lediglich noch 100.000 Menschen aus. Die Hauptziele der Auswandernden waren Westdeutschland, Österreich, Australien, die USA und Kanada [3, 4]. Aus der heutigen Tschechischen Republik sind mehr Menschen ausgewandert als aus der Slowakei [3]. Von 1950 bis 1989 gab es große Wanderungsbewegungen zwischen der Tschechischen Republik und der Slowakei. Die Slowakei verzeichnete einen Netto-Wanderungsverlust von 230.000 Einwohnerinnen und Einwohner [2]. Nach dem Zusammenbruch des kommunistischen Regimes in den späten 1980er Jahren nahmen das Volumen und die Vielfalt der Migrationsströme zu [5]. Infolge der Gründung der Slowakischen Republik am 1. Januar 1993 kam es zu einem deutlichen Anstieg der Migration in Richtung Westen und erstmals auch in die Slowakei [3]. Der Beitritt der Slowakei zur EU (2004) und zum Schengen-Raum (2007) führte zu einem weiteren Anstieg der Migration in beide Richtungen. Seit 2015 hat die Beschäftigung von Drittstaatsangehörigen (hauptsächlich aus der Ukraine und Serbien) und EU-Bürgerinnen und -Bürgern (aus Rumänien) deutlich zugenommen [1]. Im Jahr 2013 waren Menschen aus der Tschechischen Republik die größte Migrationsgruppe (83.100), gefolgt von Ungarn (15.900), der Ukraine (9.400), Rumänien (4.900) und Polen (4.400) [6]. Zwischen 1990 und 2019 haben sich die Bevölkerung (im Ausland geboren) mit Migrationshintergrund und der Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung mehr als vervierfacht (von 41.300 auf 188.000 bzw. von 0,8 auf 3,4%) [7]. Im Jahr 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 0,3 [8]. Gegenwärtig ist die Slowakei hauptsächlich ein Transitland für Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa [4].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

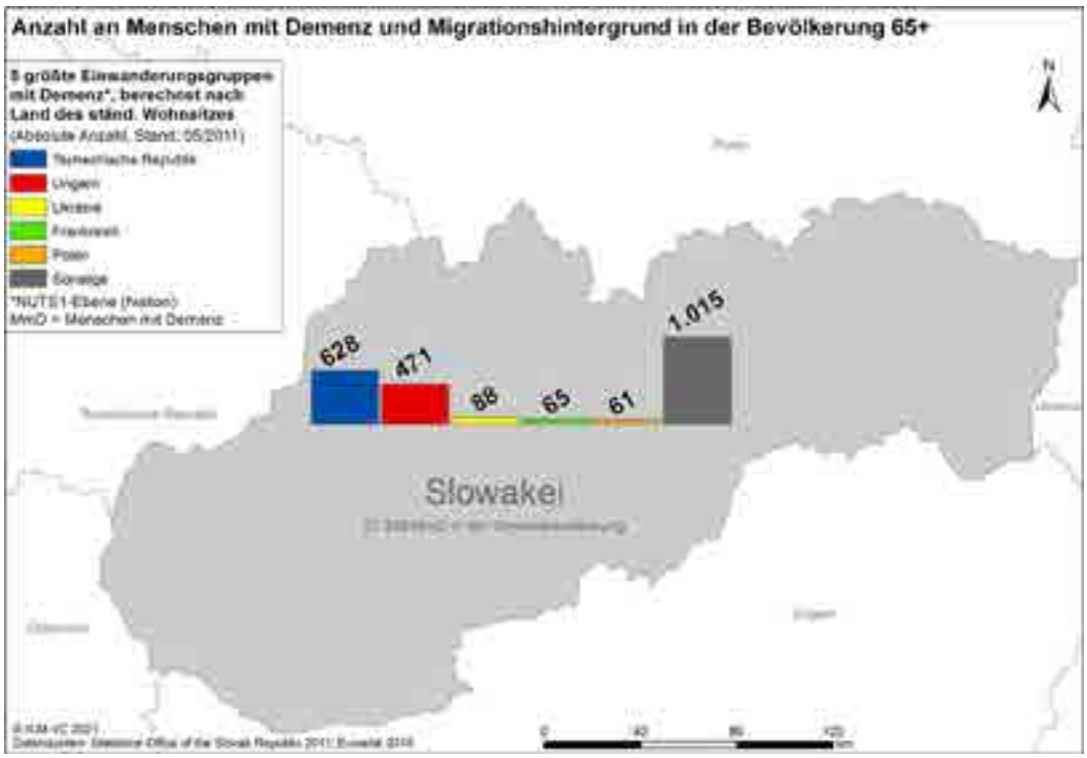


Abb. 3.7.26.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowakei - Nation)

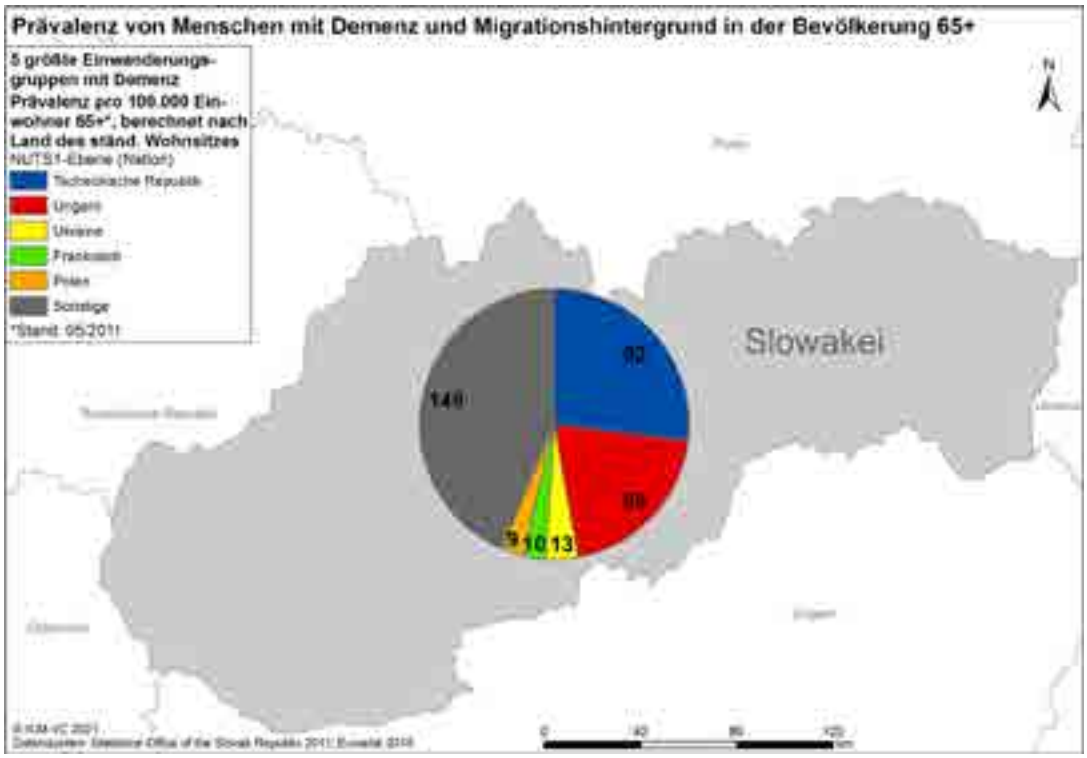


Abb. 3.7.26.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - Nation)

Tab. 44: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - Nation)

NUTS	Total	SK	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Slowakei	27.326	24.998	CZ 628	HU 471	UA 88	FR 65	PL 61	1.015
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Slowakei	7.151	-	CZ 164	HU 123	UA 23	FR 17	PL 16	265
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Slowakei	4.000	3.659	CZ 92	HU 69	UA 13	FR 10	PL 9	149

Quelle: Statistical Office of the Slovak Republic (2011)

In der Slowakei leben 38.200 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 1.500 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.26.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Tschechischen Republik (ca. 600), Ungarn (ca. 500), der Ukraine (ca. 90), Frankreich (ca. 70) und Polen (ca. 60) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in der Slowakei pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.26.2). Tabelle 44 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus der Tschechischen Republik, Ungarn, der Ukraine, Frankreich und Polen in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.26.3 - 3.7.26.8).

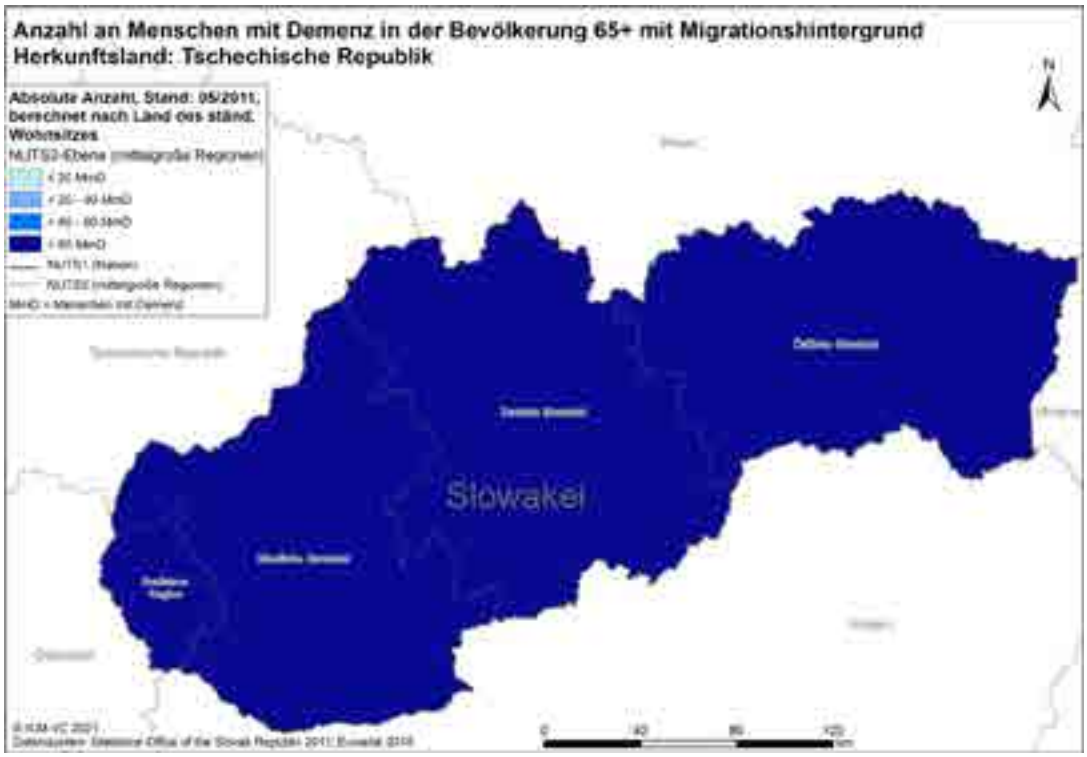


Abb. 3.7.26.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Tschechische Republik (Slowakei - NUTS2)

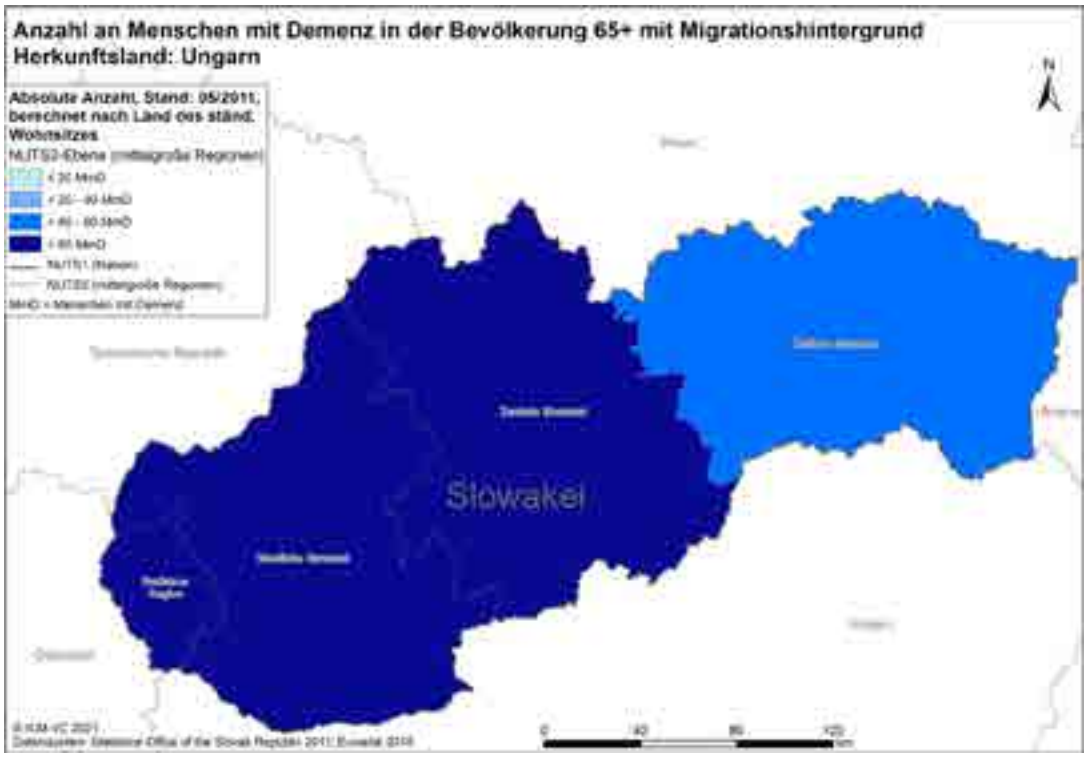


Abb. 3.7.26.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Ungarn (Slowakei - NUTS2)



Abb. 3.7.26.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Ukraine (Slowakei - NUTS2)



Abb. 3.7.26.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Frankreich (Slowakei - NUTS2)



Abb. 3.7.26.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Polen (Slowakei - NUTS2)



Abb. 3.7.26.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Slowakei (Slowakei - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte veranschaulicht die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.26.9). Die zweite Karte zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.26.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 45 [9, 10].

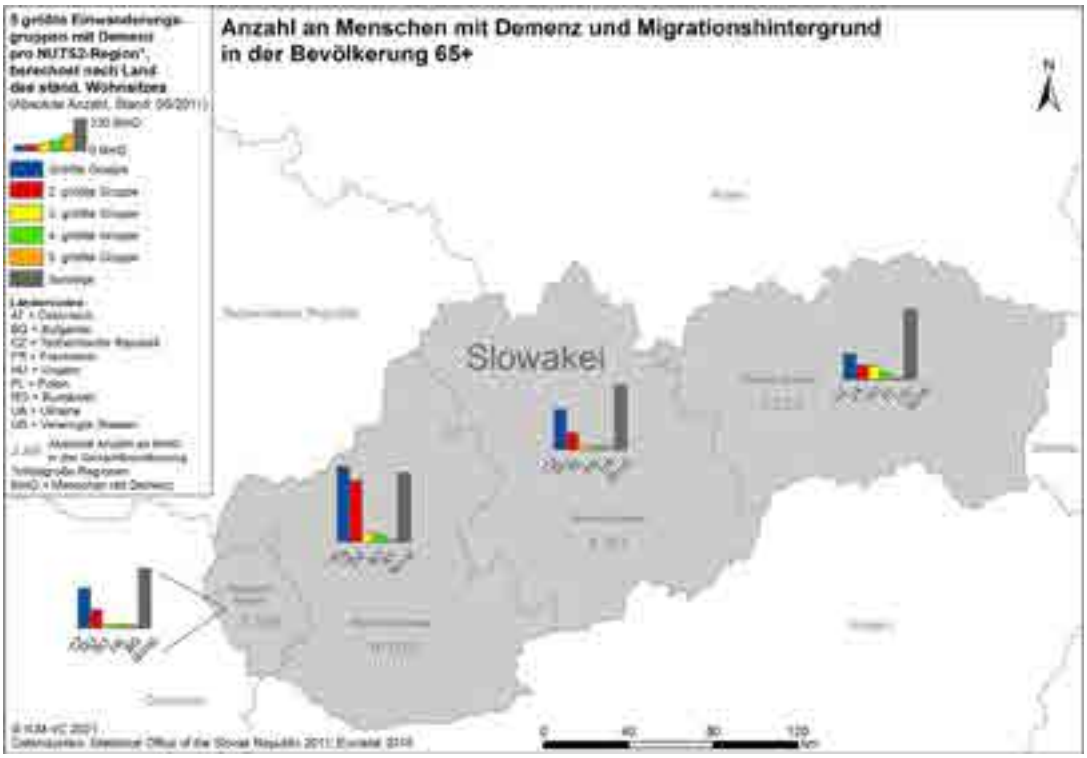


Abb. 3.7.26.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowakei - NUTS2)

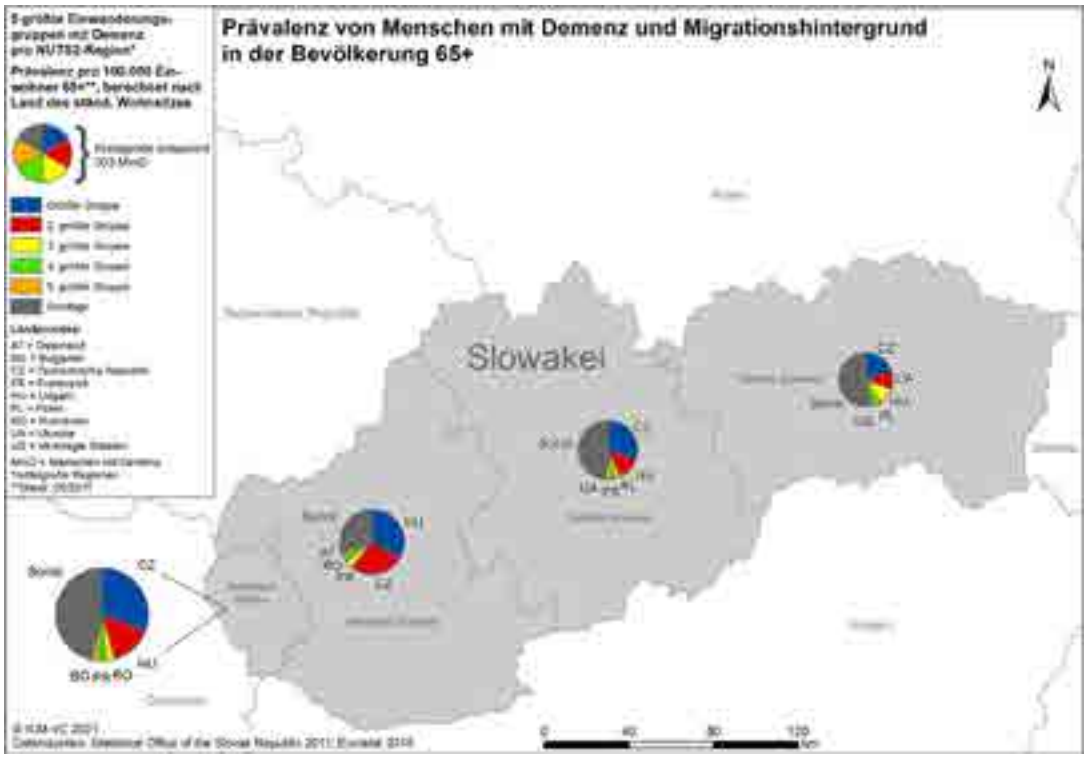


Abb. 3.7.26.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - NUTS2)

Tab. 45: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - NUTS2)

NUTS	Total	SK	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Bratislava Region	3.306	2.851	CZ 141	HU 66	RO 13	FR 13	BG 10	212
Westliche Slowakei	10.030	9.177	HU 286	CZ 232	FR 34	RO 26	AT 14	261
Zentrale Slowakei	6.767	6.254	CZ 156	HU 65	PL 15	FR 15	UA 14	248
Östliche Slowakei	7.223	6.716	CZ 100	UA 55	HU 53	PL 26	US 7	266
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Bratislava Region	4.431	-	CZ 189	HU 89	RO 17	FR 17	BG 14	284
Westliche Slowakei	6.127	-	HU 175	CZ 142	FR 21	RO 16	AT 9	159
Zentrale Slowakei	8.894	-	CZ 205	HU 86	PL 20	FR 19	UA 18	326
Östliche Slowakei	10.666	-	CZ 147	UA 82	HU 78	PL 38	US 10	393

NUTS	Total	SK	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Bratislava Region	4.000	3,449	CZ 170	HU 80	RO 16	FR 16	BG 12	257
Westliche Slowakei	4.000	3,660	HU 114	CZ 93	FR 14	RO 10	AT 6	104
Zentrale Slowakei	4.000	3,697	CZ 92	HU 39	PL 9	FR 9	UA 8	147
Östliche Slowakei	4.000	3,719	CZ 55	UA 31	HU 29	PL 14	US 4	148

Quelle: Statistical Office of the Slovak Republic (2011)

3. Nationaler Demenzplan

Für die Slowakei konnte kein NDP gefunden werden [11].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Es wurden keine öffentlich zugänglichen slowakischen Leitlinien für die Demenzversorgung identifiziert. Nach Angaben eines hochrangigen Vertreters des slowakischen Gesundheitssystems ist ein Dokument zur Bekämpfung von Demenz („Slowakei gegen Demenz“) in Vorbereitung [12].

5. Quellen

1. Letavajová S, Divinský B: Migration and Development in Slovakia. In. Herausgegeben von Kadysheva O, Taran P, Wickramasekara P, Gnes D, Pfohman S. Bratislava: Caritas Slocakia; 2019.
2. Divinský B: Slovakia: An Acceleration of Challenges for Society. In., Bd. 5. Bratislava; 2004.
3. Drbohlav D: International Migration in the Czech Republic and Slovakia and the Outlook for East Central Europe. *Czech Sociological Review* 1994, 2(1):89-106.
4. Szczepanikova A: Czech Republic and Slovakia, migration 19th century to present; 2013.
5. Baláž V, Kusá Z: Social Impact of Emigration and Rural Urban Migration in Central and Eastern Europe. In: *Final Country Report: Slovakia.* 2012.
6. United Nations: Migration Profiles: Slovakia; 2013.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Slovak Republic; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Slovak Republic; 2019.
9. Statistical Office of the Slovak Republic: Census 2011. In. Bratislava: Statistical Office of the Slovak Republic 2011.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
12. University Hospital Bratislava: National treatment guidelines for dementia. In., E-Mail-Konversation edn.; 2019.



Slowenien



Einwohnerzahl
2.096.000

Fläche
20.145 km²

Hauptstadt
Ljubljana

Drei größten Städte
Ljubljana (289.000)
Maribor (110.000)
Kranj (43.000)

Nachbarländer
Italien, Kroatien,
Österreich, Ungarn

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen



1. Migrationsgeschichte

Die Migrationsgeschichte Sloweniens nach dem Zweiten Weltkrieg lässt sich in drei Perioden einteilen: 1. 1945 bis 1954: Slowenien war ein Auswanderungsland und hatte einen negativen Wanderungssaldo. 2. 1955 bis 1990: Slowenien entwickelte sich zu einem Einwanderungsland. Weitere Charakteristika dieser Zeit waren die Zuwanderung aus den anderen Regionen des ehemaligen Jugoslawiens (vor allem aus Bosnien und Herzegowina, Kroatien und Serbien) und die temporäre Migration von Menschen nach Deutschland und Österreich. 3. Ab 1991: Der Zusammenbruch Jugoslawiens, die Jugoslawienkriege und die Erklärung der Unabhängigkeit Sloweniens von Jugoslawien (1991) führten zur Entstehung von Zwangsmigration und vorübergehender Flüchtlingsmigration aus den Kriegsgebieten im ehemaligen Jugoslawien [1]. Anfang September 1991 wurden 2.500 Geflüchtete aus Kroatien in Slowenien registriert, einen Monat später waren es bereits 20.000 und im Dezember 23.000. In den Jahren 1992 und 1993 nahm Slowenien etwa 70.000 Geflüchtete aus Bosnien und Herzegowina auf [2]. Die vorübergehende Aufnahme von Geflüchteten aus Bosnien und Herzegowina erstreckte sich bis in die 2000er Jahre. Zwischen 1998 und 2000 kam es zu einem Anstieg der undokumentierten Migration aus afrikanischen und asiatischen Ländern, wobei die meisten dieser Menschen Slowenien als Transitland nach Westeuropa nutzten. Auch die Zahl der Asylsuchenden (aus dem Irak, dem Iran, Bangladesch, Afghanistan, der Türkei, Serbien und Montenegro, Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Sierra Leone und Algerien) ist gestiegen [1]. Zwischen Oktober 2015 und März 2016 erreichten 477.800 Migrantinnen und Migranten Slowenien; die meisten von ihnen wanderten anschließend nach Österreich und in andere nord- und westeuropäische Länder weiter [2]. Im Jahr 2018 waren Bosnien und Herzegowina (107.700), Kroatien (45.000), Serbien (25.400), Nordmazedonien (17.100) und der Kosovo (17.100) die Hauptherkunftsländer der Migrantinnen und Migranten in Slowenien (Stand 19.12.2019) [3]. Zwischen 1990 und 2019 stieg die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) von 178.100 auf 253.100 und der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung wuchs von 8,9 auf 12,2% [4]. 2020 betrug die Nettomigrationsrate 1 [5]. Slowenien hat sich von einem Auswanderungsland zu einem Zielland für Einwandernde vor allem aus anderen osteuropäischen Staaten und zu einem Transitland für Geflüchtete aus Asien und Afrika entwickelt [6].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

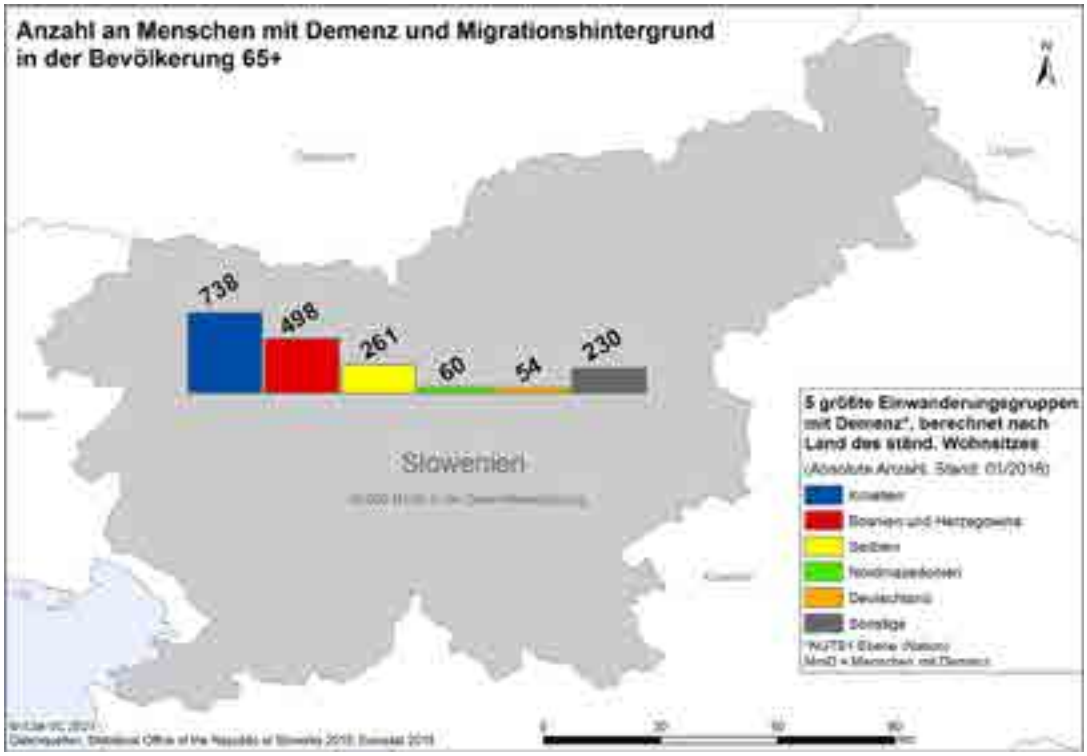


Abb. 3.7.27.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowenien - Nation)

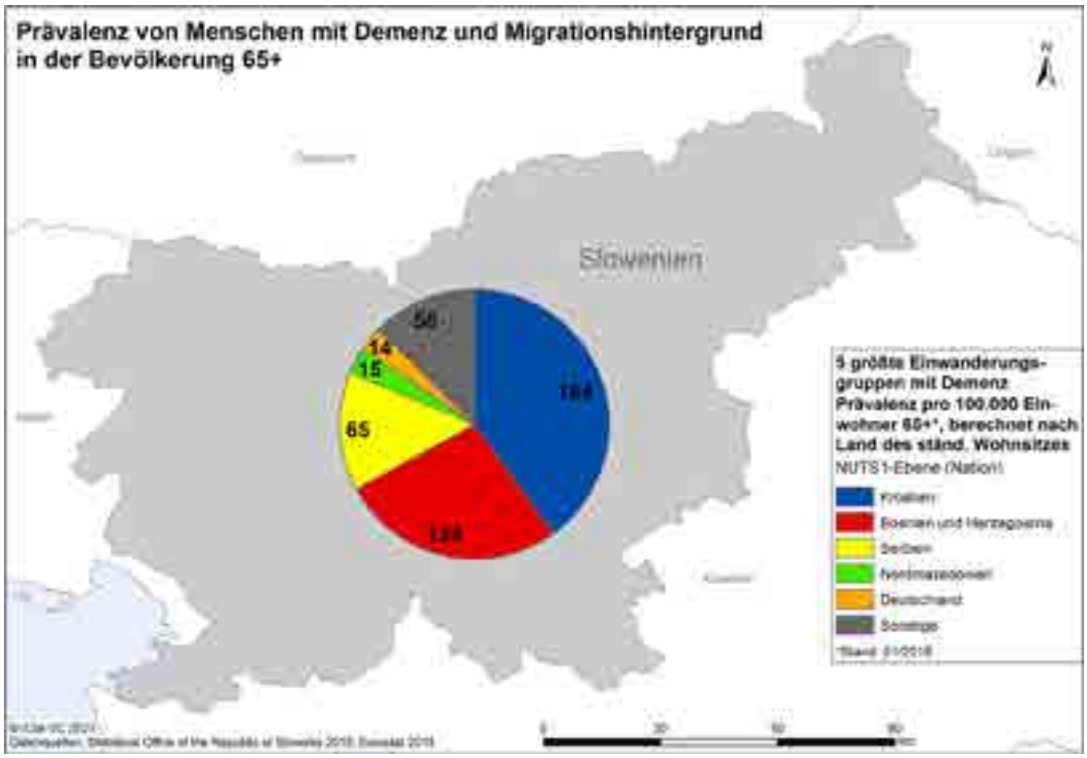


Abb. 3.7.27.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - Nation)

Tab. 46: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - Nation)

NUTS	Total	SI	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Slowenien	16.050	14.209	HR 738	BA 498	XS 261	MK 59	DE 54	230
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Slowenien	3.486	-	HR 160	BA 108	XS 57	MK 13	DE 12	50
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Slowenien	4.000	3.541	HR 184	BA 124	XS 65	MK 15	DE 13	459

Quelle: Statistical Office of the Republic of Slovenia (2018)

In Slowenien leben 46.100 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 1.800 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.27.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Kroatien (ca. 700), Bosnien und Herzegowina (ca. 500), Serbien (ca. 300), Nordmazedonien (ca. 60) und Deutschland (ca. 50) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Slowenien pro Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.27.2). Tabelle 46 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung der Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz und der PmM mit Demenz aus Kroatien, Bosnien und Herzegowina, Serbien, Nordmazedonien und Deutschland in den NUTS2-Regionen (Abb. 3.7.27.3 – 3.7.27.8).



Abb. 3.7.27.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Kroatien (Slowenien - NUTS2)



Abb. 3.7.27.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Bosnien und Herzegowina (Slowenien - NUTS2)



Abb. 3.7.27.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Serbien (Slowenien - NUTS2)



Abb. 3.7.27.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Nordmazedonien (Slowenien - NUTS2)



Abb. 3.7.27.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Slowenien - NUTS2)



Abb. 3.7.27.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Slowenien (Slowenien - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.27.9). Die zweite Karte zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.27.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 47 [7-9].

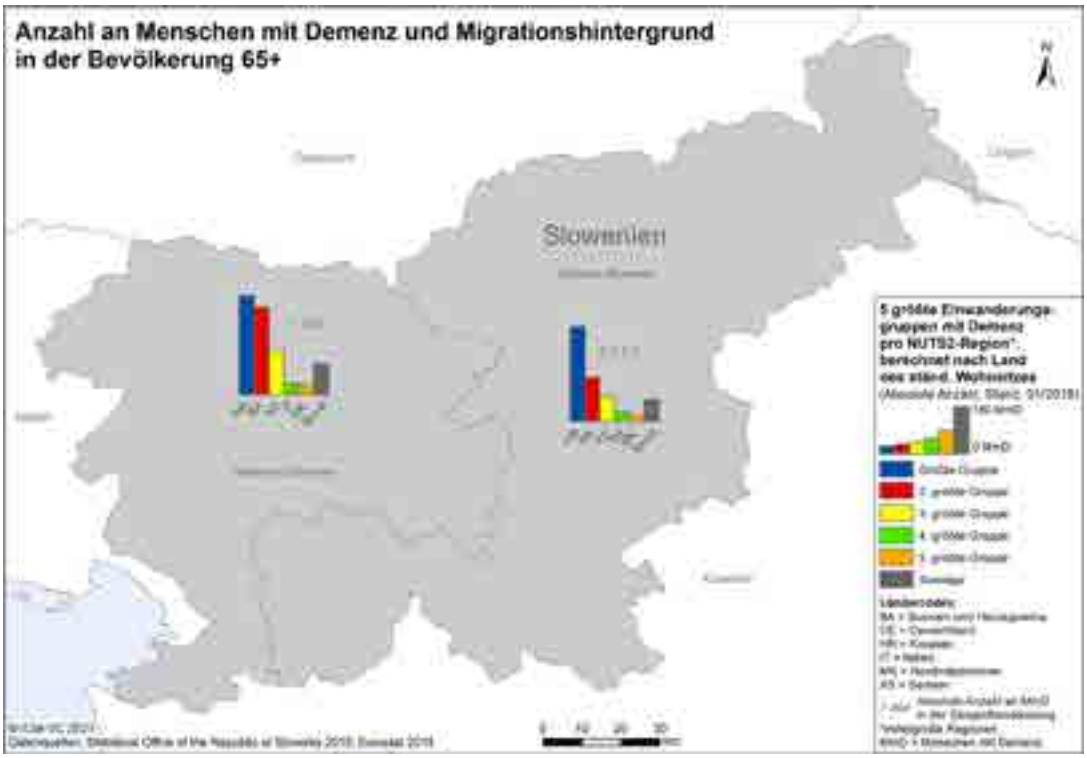


Abb. 3.7.27.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowenien - NUTS2)

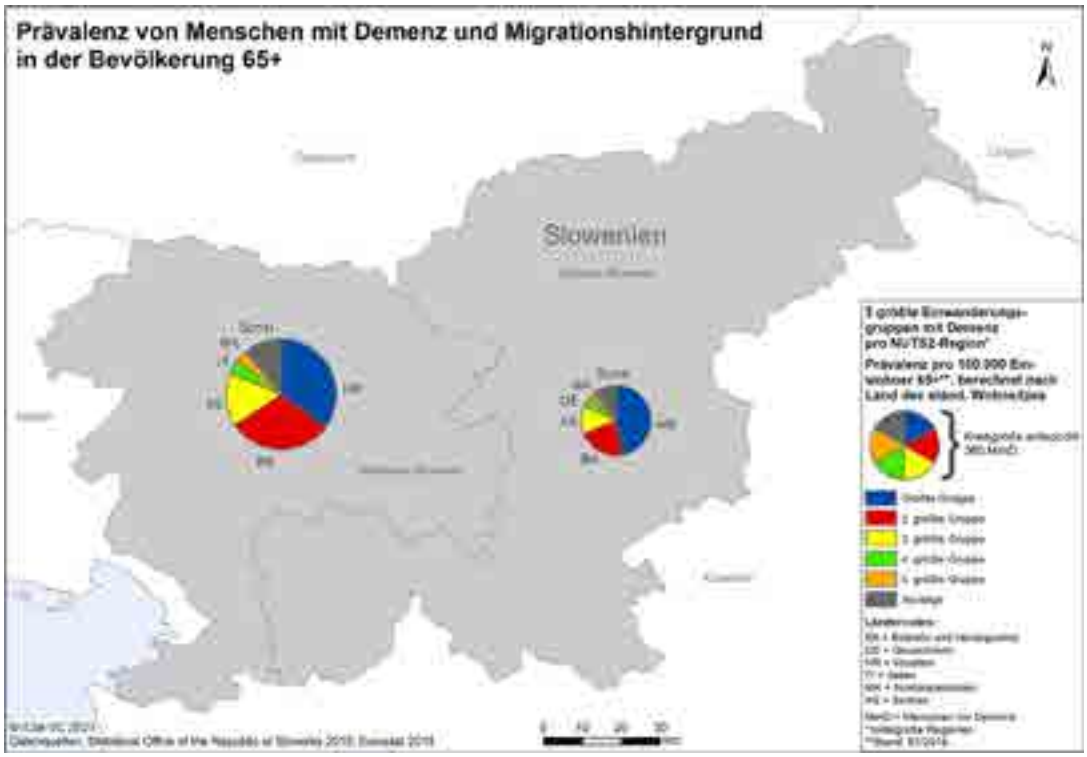


Abb. 3.7.27.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - NUTS2)

Tab. 47: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - NUTS2)

NUTS	Total	SI	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Östliches Slowenien	8.557	7.787	HR 363	BA 169	XS 95	DE 36	MK 22	85
Westliches Slowenien	7.494	6.422	HR 375	BA 330	XS 166	IT 45	MK 38	118
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Östliches Slowenien	4.444	-	HR 189	BA 88	XS 50	DE 19	MK 11	44
Westliches Slowenien	2.797	-	HR 140	BA 123	XS 62	IT 17	MK 14	44
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Östliches Slowenien	4.000	3.640	HR 170	BA 79	XS 45	DE 17	MK 10	40
Westliches Slowenien	4.000	3.428	HR 200	BA 176	XS 89	IT 24	MK 20	63

Quelle: Statistical Office of the Republic of Slovenia (2018)

3. Nationaler Demenzplan

Das Dokument „Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020“ („Sloweniens Demenzstrategie 2020“) aus dem Jahr 2015 umfasst 36 Seiten und behandelt die Themen Epidemiologie der Demenz, Früherkennung, Krankheitsstigma, Behandlung von Personen mit Demenz, multidisziplinäre Behandlung in der hausärztlichen Überweisungsklinik, medikamentöse Therapie mit Antidementiva, Zugang zu Sozialleistungen, Palliativversorgung, Vertretung von Personen mit Demenz, Demenzforschung, epidemiologische Daten, professionelle Ausbildung, Planung sowie Rolle der Akteurinnen und Akteure. Allerdings hat keines dieser Themen einen Bezug zur Migration [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Das im Jahr 2013 veröffentlichte Dokument „Smernice za obravnavo pacientov z demenco“ („Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit Demenz“) umfasst 39 Seiten und behandelt die Themen Definition des leichten kognitiven Verfalls und der Demenz, Diagnose des leichten Abbaus kognitiver Fähigkeiten und der Demenz, Behandlung, verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz, Notfälle, Delirium, Medikation und psychosoziale Maßnahmen bei Demenz. Das Thema Migration wird in dem Dokument an keiner Stelle erwähnt [11]. In dem 224-seitigen Dokument „Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025: Skupaj za družbo zdravja“ („Resolution zum Nationalen Gesundheitsplan 2016 - 2025: Gemeinsam für eine gesunde Gesellschaft“) aus dem Jahr 2016, das einen Abschnitt über Demenz enthält, wird Migration kurz erwähnt, allerdings nicht im Zusammenhang mit Demenz. Dort wird allgemein festgestellt, dass der hohe Migrantenanteil in der Bevölkerung Sloweniens eine Herausforderung für die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems darstellt. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass ein schlechter Zugang für bestimmte Bevölkerungsgruppen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft und ihres niedrigen sozioökonomischen Status zu wachsenden gesundheitlichen Ungleichheiten führt. Sprachliche und kulturelle Unterschiede werden explizit als Barrieren für den Zugang zur Gesundheitsversorgung genannt [12].



5. Quellen

1. Zavratnik Zimic S: Slovenia: The perspective of a Country on the „Schengen Periphery". In., Bd. 6. Ljubljana; 2003.
2. Integra Inštitut, Inštitut za razvoj človekovih potencialov Velenje: Country Report Slovenia „Situation and Needs of the Volunteers working with Refugees and Asylum Seekers"; 2017.
3. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Population by Sex, Country Of First Residence, Year and Age; 2019.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage ot the total population at mid-year 2019; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration in the 5 yeasr prior to 2020: Slovenia; 2019.
6. International Organization for Migration: Slovenia. [https://www.iom.int/countries/slovenia]. Abgerufen am 05. Mai 2020.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Sonderanfertigung; 2018.
10. Petrič D, Pirtošek Z, Flisar D, Zupan B, Cvetko T, Genorio B, Zlobec ŠL, Romih J, Klančar D: Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. In: Gesundheitsministerium Slowenien; 2015.
11. Darovec J, Kogoj A, Plesničar BK, Muršec M, Pišljar M, Pregelj P, Stokin GB: Smernice za obravnavo pacientov z demenco. In. Ljubljana: Slovenian Medical Association, Association of Psychiatrists at the Slovenian Medical Association; 2013.
12. Government of the Republic of Slovenia: Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 "Skupaj za družbo zdravja" In. Ljubljana; 2016.

Spanien



Einwohnerzahl
47.330.000

Fläche
502.654 km²

Hauptstadt
Madrid

Drei größten Städte
Madrid (3.330.000)
Barcelona (1.660.000)
Valencia (800.000)

Nachbarländer
Andorra, Frankreich, Portugal

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

In den letzten 500 Jahren war Spaniens Migration durch Auswanderung geprägt, vor allem nach Lateinamerika. Die Auswanderung erreichte ihren Höhepunkt zwischen 1905 und 1913, als 1,5 Millionen Menschen das Land in Richtung Argentinien, Uruguay, Brasilien und Venezuela verließen. Von 1946 bis 1958 wanderten weitere 624.000 Menschen aus. Danach ging die Zahl der Auswandernden nach Lateinamerika zurück (300.000 zwischen 1958 und 1975) und die Auswanderung verlagerte sich auf andere europäische Länder. Zwischen 1960 und 1975 wanderten etwa zwei Millionen Menschen nach Deutschland, Frankreich und in die Schweiz aus [1, 2]. Ungefähr 1,5 Millionen von ihnen kehrten nach Spanien zurück. In den 1970er und 1980er Jahren nahm die Zuwanderung von Menschen aus Lateinamerika, den Philippinen und der ehemaligen Kolonie Äquatorialguinea sowie von Menschen im Ruhestand aus Nord- und Westeuropa zu. In den folgenden Jahren verschoben sich die Migrationstrends in Richtung Süd-Nord-Migration aus Nordafrika (insbesondere Marokko) und Ost-West-Migration aus Mittel- und Osteuropa. Spanien wurde das zweitbeliebteste Ziel für Zuwandernde aus Rumänien. Zwischen 1975 und 2000 hat sich die Zahl der Ausländerinnen und Ausländer verfünffacht und von 2000 bis 2007 wuchs die Zahl der Menschen, die im Besitz einer Aufenthaltsgenehmigungen sind, jährlich um 20% [1]. Nach der Finanzkrise im Jahr 2008 ging die Zahl der Zuwandernden für mehrere Jahre zurück. Dieser Trend wurde durch die Ankunft von 457.700 Zuwandernden im Jahr 2011 unterbrochen [3]. Zwischen 2016 und 2018 ist die Zahl der Geflüchteten und Zugewanderten, die über die westliche Mittelmeerroute nach Spanien kamen, erneut gestiegen (von 14.600 auf 65.400) [4]. Die meisten Zuwandernden kamen aus Marokko, Algerien, Guinea, der Elfenbeinküste, Gambia und Syrien [4, 5]. Spanien ist ein beliebtes Ziel für Menschen im Ruhestand aus Nord- und Westeuropa, für ausländische Arbeitskräfte aus Osteuropa (insbesondere Rumänien), Portugal, Lateinamerika (Ecuador, Kolumbien, Bolivien) und Nordafrika (vor allem Marokko) und seit einigen Jahren auch für Zuwandernde aus Subsahara-Afrika (Nigeria und Senegal) [1]. Im Jahr 2013 waren die Hauptherkunftsländer von Zugewanderten Rumänien (797.600), Marokko (745.700), Ecuador (451.200), dem Vereinigten Königreich und Nordirland (381.000) und Kolumbien (359.200) [6]. Zwischen 1990 und 2019 hat sich die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) mehr als versiebenfacht (von 821.600 auf 6,1 Millionen) und der Anteil der Zugewanderten an der Gesamtbevölkerung mehr als versechsfacht (von 2,1 auf 13,1%) [7]. Im Jahr 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 0,9 [8]. Insgesamt hat sich Spanien seit 1990 zu einem Einwanderungsland entwickelt.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

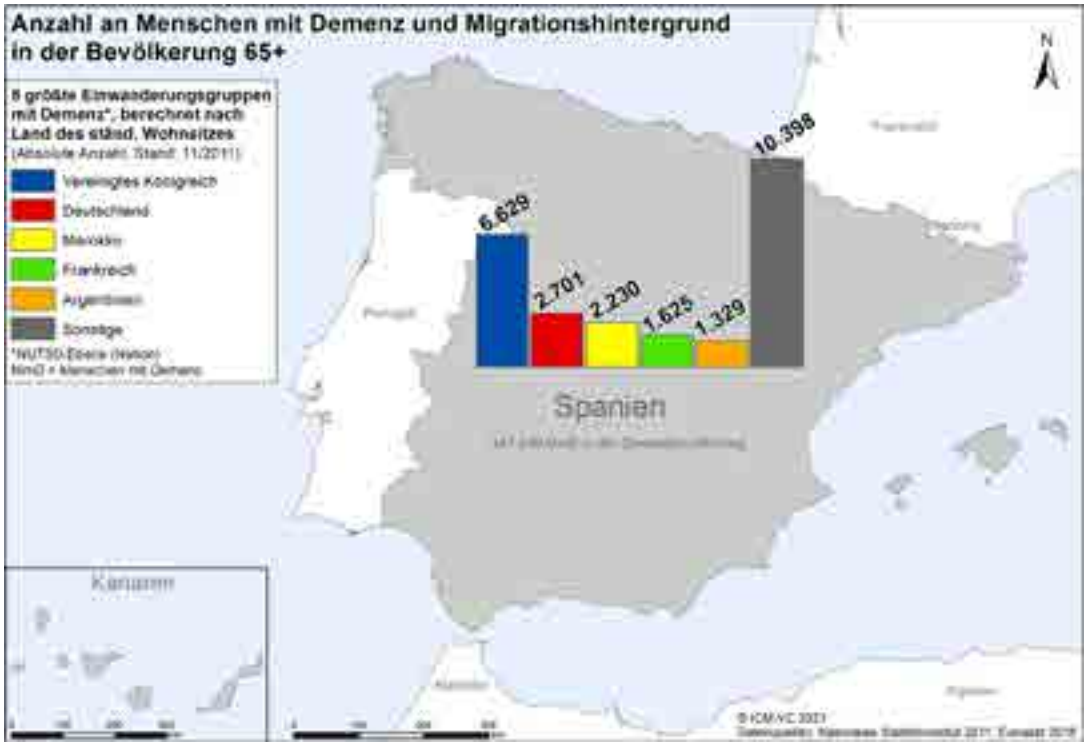


Abb. 3.7.28.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Spanien - Nation)

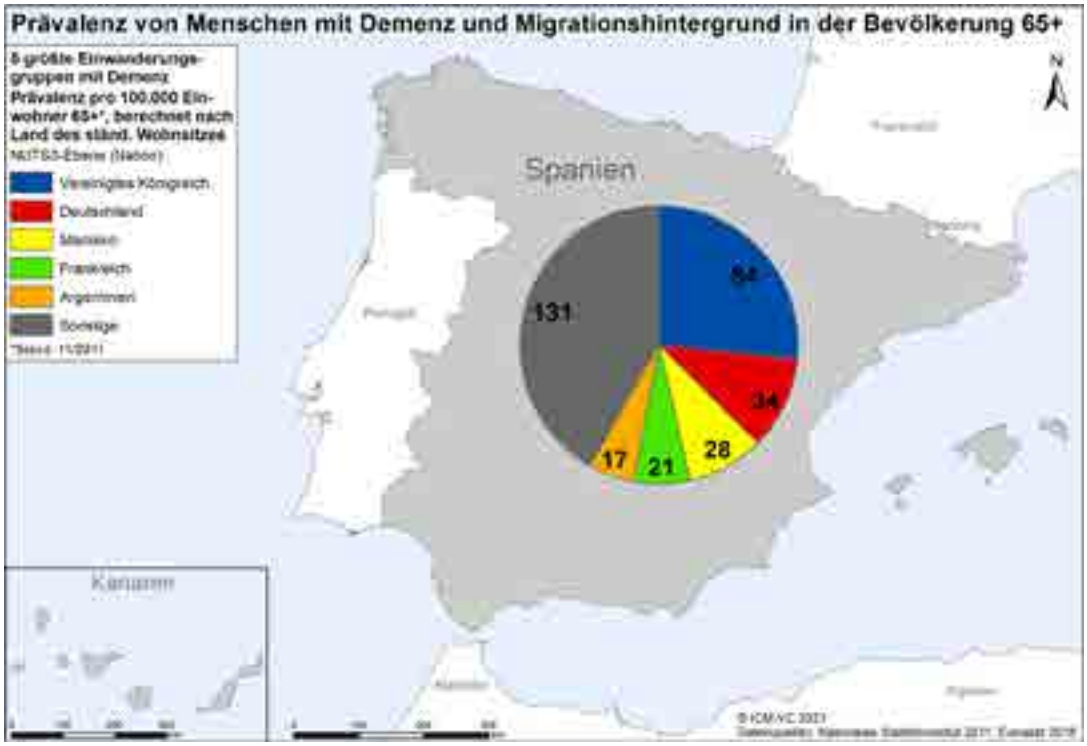


Abb. 3.7.28.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - Nation)

Tab. 48: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - Nation)

NUTS	Total	ES	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Spanien	547.430	522.519	UK 6.629	DE 2.701	MA 2.230	FR 1.625	AR 1.329	10.398
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Spain	15.162	-	UK 184	DE 75	MA 62	FR 45	AR 37	287
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Spanien	6.900	6.586	UK 84	DE 34	MA 28	FR 20	AR 17	131

Quelle: National Statistics Institute (2011)

In Spanien leben 361.000 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise 24.900 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.28.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus dem Vereinigten Königreich (ca. 6.600), Deutschland (ca. 2.700), Marokko (ca. 2.200), Frankreich (ca. 1.600) und Argentinien (ca. 1.300) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Spanien pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.28.2). Tabelle 48 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus dem Vereinigten Königreich, Deutschland, Marokko, Frankreich und Argentinien in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.28.3 - 3.7.28.8).



Abb. 3.7.28.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Vereinigtes Königreich (Spanien - NUTS2)



Abb. 3.7.28.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Spanien - NUTS2)



Abb. 3.7.28.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Marokko (Spanien - NUTS2)

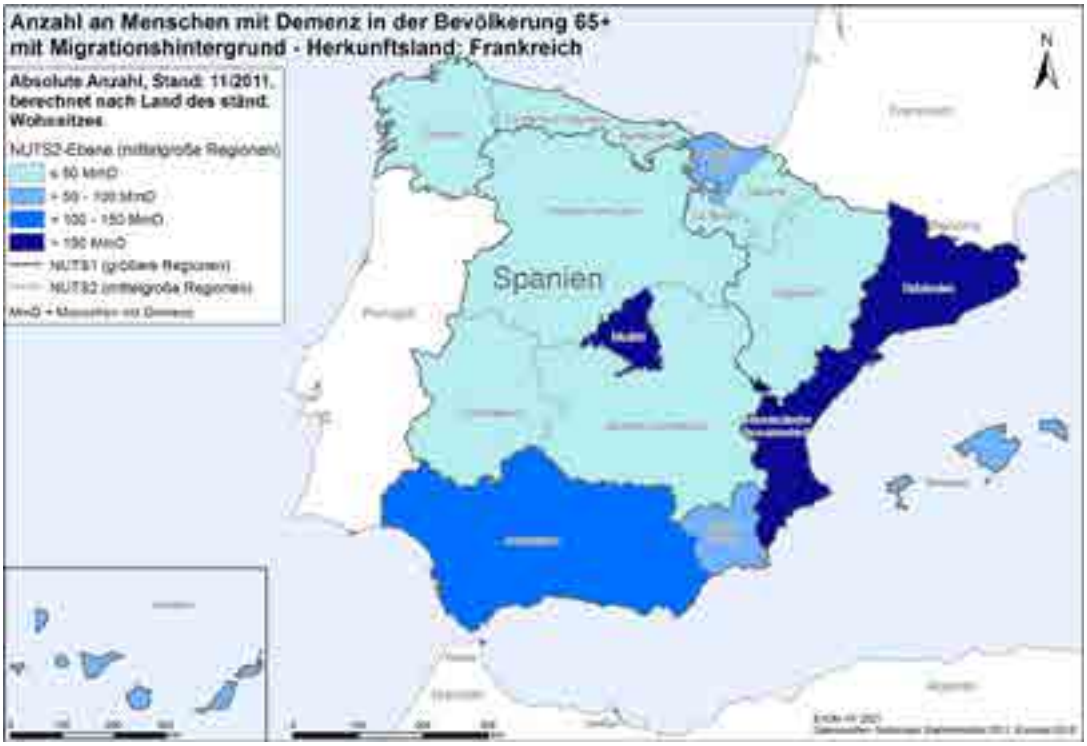


Abb. 3.7.28.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Frankreich (Spanien - NUTS2)

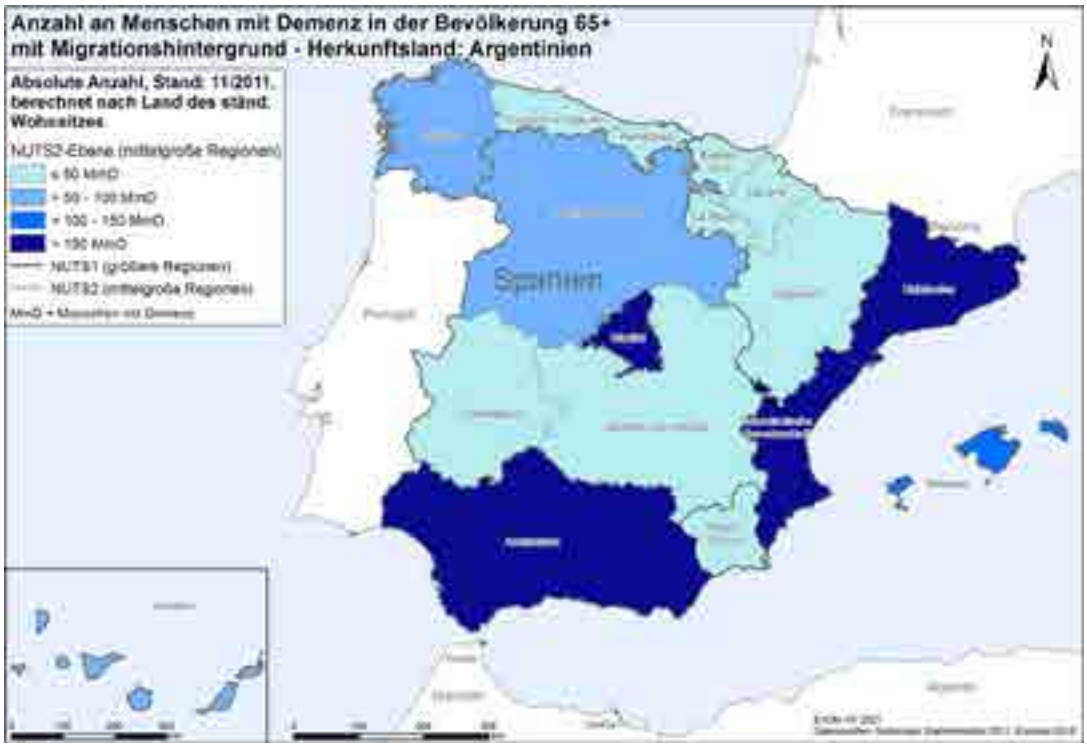


Abb. 3.7.28.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Argentinien (Spanien - NUTS2)

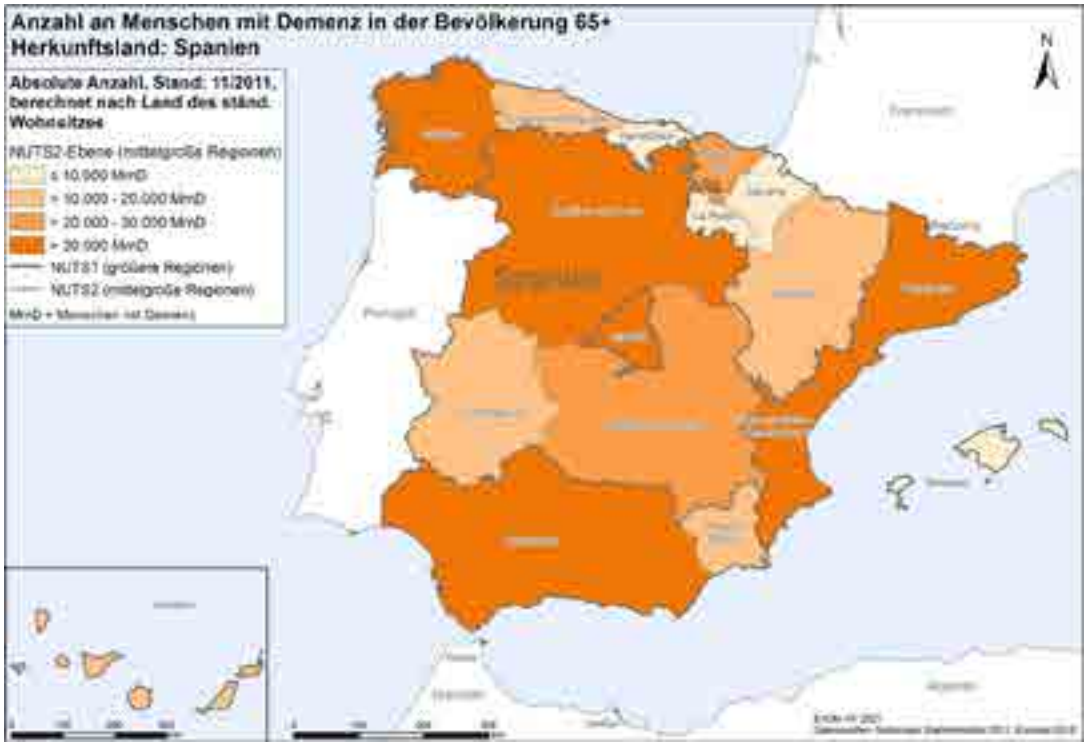


Abb. 3.7.28.8: Absolute Anzahl der Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Spanien (Spanien - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.28.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.28.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 49 [9-12].

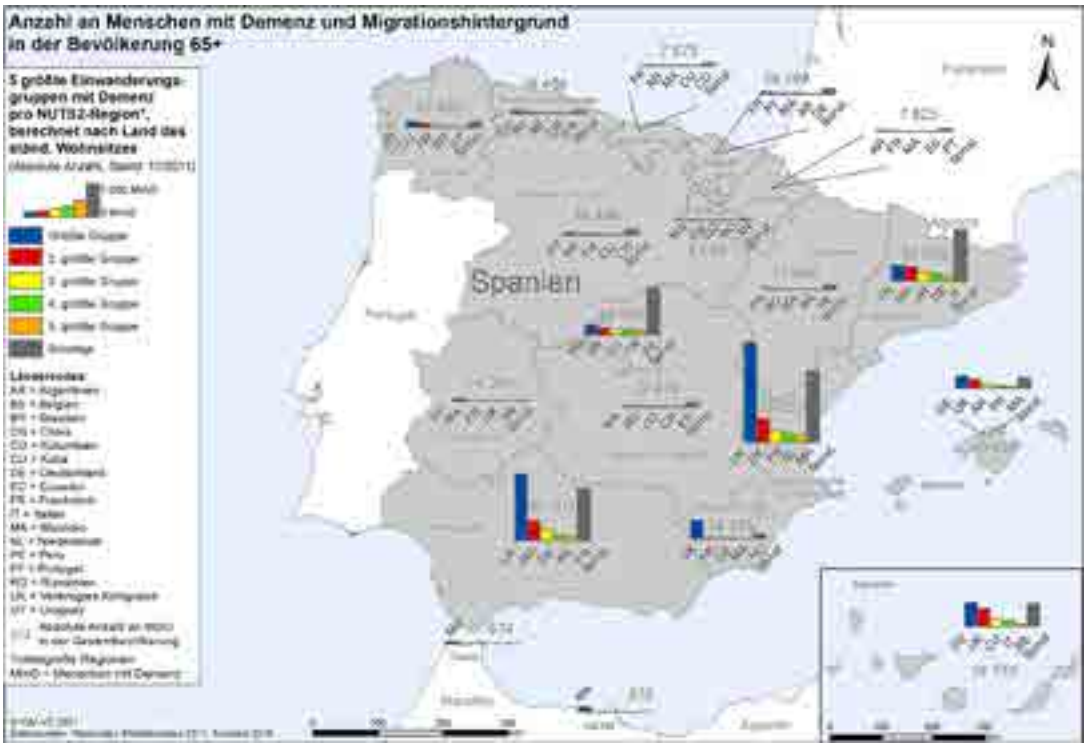


Abb. 3.7.28.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Spanien - NUTS2)

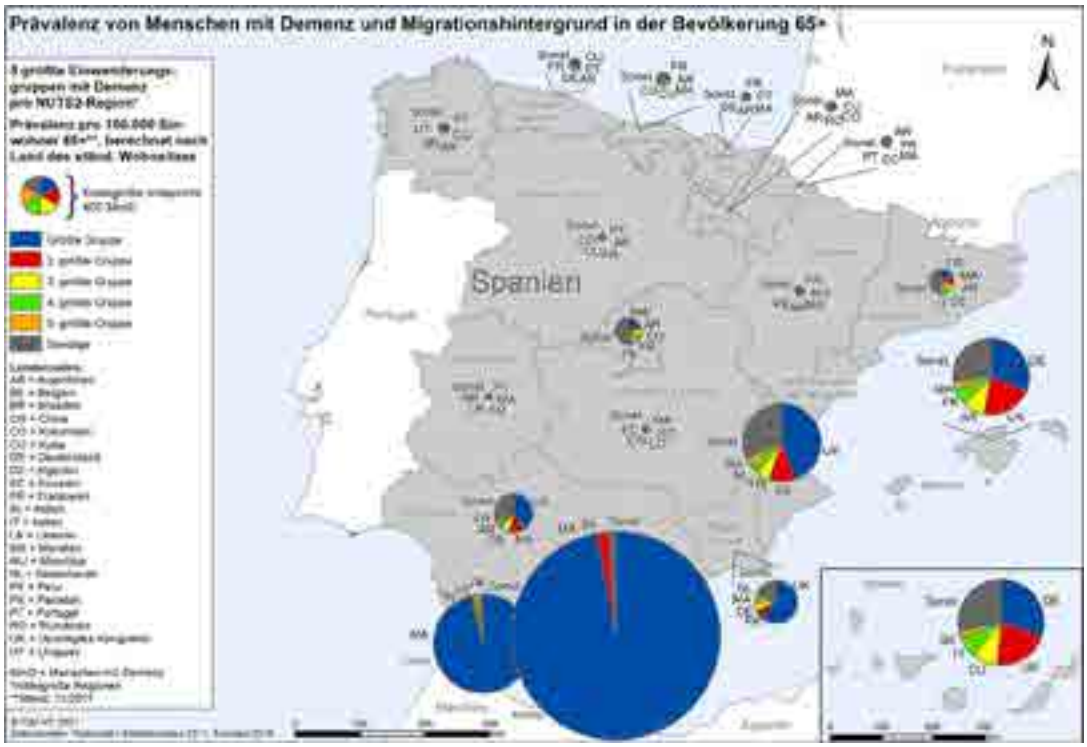


Abb. 3.7.28.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - NUTS2)

Tab. 49: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - NUTS2)

NUTS	Total	ES	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Galicien	42.899	42.235	PT 188	CU 139	AR 95	BR 33	UY 30	179
Fürstentum Asturien	16.454	16.162	CU 85	PT 46	AR 24	DE 22	FR 19	97
Kantabrien	7.573	7.415	FR 23	AR 22	MA 15	CU 14	CO 11	72
Baskenland	29.294	28.899	FR 81	PT 43	MA 40	AR 29	DE 21	180
Navarre	7.625	7.499	AR 31	FR 13	MA 10	EC 8	PT 7	57
La Rioja	4.048	3.985	MA 13	CU 9	CO 6	RO 6	AR 5	23
Aragonien	17.940	17.703	FR 43	RO 22	MA 18	AR 16	PE 14	124
Madrid	66.466	63.946	MA 337	AR 227	CU 199	FR 183	PE 153	1,420



Spanien

NUTS	Total	ES	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Kastilien und Léon	38.989	38.589	PT 73	AR 50	FR 47	CU 25	CO 23	183
Kastilien-La Mancha	24.876	24.594	MA 44	RO 28	CO 27	CN 20	EC 19	146
Extremadura	14.304	14.181	PT 60	MA 14	FR 12	UK 6	AR 5	27
Katalonien	85.929	82.753	FR 472	MA 449	AR 273	DE 243	IT 169	1.571
Valencianische Gemeinschaft	58.252	51.660	UK 2.941	DE 711	FR 354	NL 275	MA 218	2.093
Balearen	10.655	9.461	DE 370	UK 263	AR 111	FR 82	MA 43	323
Andalusien	87.011	81.965	UK 2.081	MA 635	DE 384	AR 175	FR 145	1.626
Region Murcia	14.195	13.296	UK 551	FR 60	DE 59	MA 52	NL 20	157
Ceuta	674	576	MA 93	<5	<5	<5	<5	1
Melilla	573	393	MA 169	<5	<5	<5	<5	2
Kanaren	19.753	17.268	DE 747	UK 535	CU 238	IT 190	BE 68	707
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Galicien	44.570	-	PT 196	CU 144	AR 99	BR 34	UY 31	186
Fürstentum Asturien	38.762	-	CU 199	PT 108	AR 58	DE 52	FR 44	229
Kantabrien	33.214	-	FR 103	AR 98	MA 65	CU 62	CO 47	315
Baskenland	51.168	-	FR 141	PT 76	MA 71	AR 51	DE 37	315
Navarre	41.778	-	AR 168	FR 74	MA 53	EC 42	PT 40	314
La Rioja	44.973	-	MA 146	CU 100	CO 69	RO 69	AR 54	253
Aragonien	52.076	-	FR 126	RO 64	MA 53	AR 45	PE 42	360
Madrid	18.205	-	MA 92	AR 62	CU 55	FR 50	PE 42	389
Kastilien und Léon	67.108	-	PT 125	AR 87	FR 80	CU 43	CO 40	315
Kastilien-La Mancha	60.821	-	MA 107	RO 68	CO 65	CN 48	EC 46	356



NUTS	Total	ES	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Extremadura	80.135	-	PT 336	MA 77	FR 66	UK 33	AR 27	151
Katalonien	18.666	-	FR 103	MA 98	AR 59	DE 53	IT 37	341
Valencianische Gemeinschaft	6.098	-	UK 308	DE 74	FR 37	NL 29	MA 23	219
Balearen	6.161	-	DE 214	UK 152	AR 64	FR 48	MA 25	187
Andalusien	11.899	-	UK 285	MA 87	DE 52	AR 24	FR 20	222
Region Murcia	10.894	-	UK 423	FR 46	DE 45	MA 40	NL 15	121
Ceuta	4.759	-	MA 655	IN 7	LB 7	PK 7	PT 6	7
Melilla	2.204	-	MA 652	BE 11	AR 6	MU 6	DZ 5	9
Kanaren	5.484	-	DE 207	UK 148	CU 66	IT 53	BE 19	196
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Galicien	6.900	6.793	PT 30	CU 22	AR 15	BR 5	UY 5	29
Fürstentum Asturien	6.900	6.777	CU 35	PT 19	AR 10	DE 9	FR 8	41
Kantabrien	6.900	6.757	FR 21	AR 20	MA 14	CU 13	CO 10	65
Baskenland	6.900	6.807	FR 19	PT 10	MA 10	AR 7	DE 5	42
Navarre	6.900	6.786	AR 28	FR 12	MA 9	EC 7	PT 7	52
La Rioja	6.900	6.794	MA 22	CU 15	CO 11	RO 11	AR 8	39
Aragonien	6.900	6.809	FR 17	RO 8	MA 7	AR 6	PE 6	48
Madrid	6.900	6.638	MA 35	AR 24	CU 21	FR 19	PE 16	147
Kastilien und Léon	6.900	6.829	PT 13	AR 9	FR 8	CU 4	CO 4	32
Kastilien-La Mancha	6.900	6.822	MA 12	RO 8	CO 7	CN 5	EC 5	40
Extremadura	6.900	6.841	PT 29	MA 7	FR 6	UK 3	AR 2	13
Katalonien	6.900	6.645	FR 38	MA 36	AR 22	DE 20	IT 14	126

NUTS	Total	ES	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Valencianische Gemeinschaft	6.900	6.119	UK 348	DE 84	FR 42	NL 33	MA 26	248
Balearen	6.900	6.127	DE 240	UK 170	AR 72	FR 53	MA 28	209
Andalusien	6.900	6.500	UK 165	MA 50	DE 30	AR 14	FR 11	129
Region Murcia	6.900	6.463	UK 268	FR 29	DE 29	MA 25	NL 10	76
Ceuta	6.900	5.900	MA 950	IN 11	LB 11	PK 11	PT 9	10
Melilla	6.900	4.740	MA 2,042	BE 36	AR 19	MU 18	DZ 17	28
Kanaren	6.900	6.032	DE 261	UK 187	CU 83	IT 67	BE 24	247

Anmerkung: Absolute Zahlen < 5 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gezeigt.
Quelle: National Statistics Institute (2011)

3. Nationaler Demenzplan

Spanien hat im Jahr 2016 eine Nationale Strategie für neurodegenerative Erkrankungen und 2019 einen Nationalen Alzheimer-Plan veröffentlicht.

Die „Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud" („Strategie des nationalen Gesundheitssystems für neurodegenerative Erkrankungen") aus dem Jahr 2016 hat 165 Seiten. Sie befasst sich mit verschiedenen neurodegenerativen Erkrankungen, die in Spanien weit verbreitet sind, wie Alzheimer und andere Demenzerkrankungen, Parkinson und Multiple Sklerose. Es werden Aspekte wie Prävention und Früherkennung, Unterstützung und Versorgung von Patientinnen und Patienten, Unterstützung für pflegende Angehörige, Autonomie und Rechte von Patientinnen und Patienten, Aus- und Weiterbildung von Fachkräften sowie Forschung und Koordination der Gesundheits- und Sozialfürsorge behandelt. Das Dokument geht jedoch nicht auf das Thema Migration ein [13].

Der 94-seitige „Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)" („umfassende Plan für die Alzheimer-Krankheit und anderen Demenzen (2019-2023)") aus dem Jahr 2019, der die Themen Ausmaß und Auswirkungen der Alzheimer-Krankheit auf Gesellschaft und Gesundheit; politischer Kontext und rechtlicher Rahmen; Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Alzheimer-Krankheit; Lebensumfeld der Person mit der Alzheimer-Krankheit; Prävention, Diagnose und Behandlung; Rechte, Ethik und Menschenwürde; sowie Forschung, Innovation und Wissen behandelt, bezieht sich ebenfalls nicht direkt auf das Thema Migration. In drei Abschnitten von zwei Kapiteln wird jedoch kurz ein Unterthema angesprochen, das mit Demenz und Migration zusammenhängt: die Frage der kultursensiblen Versorgung. In diesen Passagen wird die Bedeutung der Entwicklung von Aufklärungskampagnen und Versorgungsprogrammen zur Alzheimer-Krankheit betont, die dem kulturellen Kontext

und den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen Gemeinschaften entsprechen. In Bezug auf die Versorgung von Menschen mit der Alzheimer-Krankheit wird festgestellt, dass die Bedürfnisse und Präferenzen dieser Personen berücksichtigt werden sollten, indem koordinierte Unterstützungssysteme entwickelt werden und eine gesundheitliche und psychosoziale Versorgung angeboten wird, die personenzentriert und kulturell angemessen ist sowie eine starke Gemeinschaftsbasis hat. Der Einsatz innovativer Sozial- und Gesundheitstechnologien kann für Menschen mit der Alzheimer-Krankheit und ihre Betreuungspersonen von Vorteil sein, wenn alters-, geschlechts- und kulturspezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden [14].

Der spanische Alzheimer-Plan hebt im Kontext verschiedener Bereiche der Versorgung von Menschen mit der Alzheimer-Krankheit die Bedeutung der Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds der Personen mit der Alzheimer-Krankheit hervor. Allerdings wird kein spezifischer Fokus auf Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund als die autochthone Bevölkerung gelegt. Insgesamt spielt das Thema Migration in diesen nationalen Plänen/Strategien keine relevante Rolle.

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Das Dokument „Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias" („Leitlinie der klinischen Praxis zur umfassenden Versorgung von Menschen mit Alzheimer-Krankheit und anderen Demenzen") aus dem Jahr 2010 ist nicht mehr gültig, aber noch öffentlich verfügbar. Neuere demenzspezifischen Leitlinien konnten nicht identifiziert werden. Das Dokument hat kein eigenes Kapitel zur Migration, verweist aber in mehreren Abschnitten kurz auf die Themen kulturelle Unterschiede in der Versorgung und Anteil von Zugewanderten unter den Pflegekräften. Zunächst wird das Ziel einer kulturunabhängigen Chancengleichheit im Gesundheits- und Sozialwesen formuliert. Die implizite Aussage, dass die Kultur die Möglichkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen beeinflusst, wird noch einmal explizit für die Gruppe der an Demenz erkrankten Menschen und ihrer Familien getätigt. Dabei wird das Problem identifiziert, dass der kulturelle Hintergrund einer Person die Ergebnisse der kognitiven Tests, die zur Diagnose von Demenz eingesetzt werden, beeinflussen kann. Im Abschnitt über die Behandlung von Demenz wird darauf hingewiesen, dass die Informationen, die Patientinnen und Patienten sowie ihren Familien zur Verfügung gestellt werden, auch deren ethnische Zugehörigkeit, Kultur und Religion berücksichtigen müssen. In der Leitlinie wird mehrfach wiederholt, dass im Falle von Sprachbarrieren eine unabhängige vermittelnde Person hinzugezogen werden muss. Zudem werden kulturelle Einflüsse als ein Grund für die geringe Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote der Asociación de Familiares de Enfermos de *Alzheimer* y Dementias (Vereinigung der Familien von Patientinnen und Patienten mit Alzheimer-Krankheit) (AFA) angeführt, die Beratung zur ganzheitlichen Betreuung von Menschen mit Demenz anbietet und die Interessen von Betroffenen vor anderen Institutionen vertritt. In einem weiteren Kapitel wird eine Bewertung der Behandlung von Demenzkranken vorgenommen. Dort wird beschrieben, dass die Versorgung von Demenzkranken durch professionelle Pflegekräfte ohne demenzspezifische Ausbildung oder Schulung deutlich zugenommen hat. Es wird

darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Betreuungspersonen hauptsächlich um junge Zugewanderte handelt, die mehrheitlich aus Lateinamerika stammen. Auf diese Weise wird ein spezifischer Schulungsbedarf in der Gruppe der jungen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und insbesondere in der Untergruppe der Zugewanderten aus Lateinamerika festgestellt. Ein weiteres Thema, das behandelt wird, ist der Missbrauch von Menschen mit Demenz. In diesem Kontext wird der Einfluss kultureller Faktoren auf das Risiko der Misshandlung von Menschen mit Demenz diskutiert und die Berücksichtigung kultureller Unterschiede bei der Untersuchung von Missbrauchsfällen gefordert. Im Zusammenhang mit den psycho-emotionalen und psycho-sozialen Bedürfnissen von Menschen mit fortgeschrittener Demenz wird festgestellt, dass Menschen aus anderen kulturellen oder religiösen Gruppen möglicherweise andere spirituelle Bedürfnisse haben, die berücksichtigt werden sollten. Die „Leitlinie der klinischen Praxis zur umfassenden Versorgung von Menschen mit Alzheimer-Krankheit und anderen Demenzen" beschreibt verschiedene Herausforderungen in Bezug auf Demenz bei Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund und gibt einige Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation dieser Population. Es wird allerdings nicht Bezug darauf genommen, inwiefern spezialisierte Gesundheitsdienstleistungen verfügbar sind [15].

5. Quellen

1. Kreienbrink A: Country Profile: Spain. In. Herausgegeben von Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, vol. 6; 2008.
2. Bover O, Pilar V: Migrations in Spain: Historical Backgrouns and Current Trends. In: *IZA Discussion Paper.* Bd.. 88; 1999.
3. Ministry of Health, Social Services and Equality of Spain; Institute of Social Development and Peace of the University of Alicante; University of Valencia; WHO Regional Office for Europe: Spain: Assessing health system capacity to manage sudden large influxes of migrants. In WHO Regional Office for Europe; 2018.
4. United Nations High Commissioner for Refugees: Spain; 2019.
5. United Nations High Commissioner for Refugees, Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Refugees and Migrants arriving in Spain; 2019.
6. United Nations: Migration Profiles: Spain; 2013.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Spain; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Spain; 2019.
9. Esri: World Ocean Background; 2010.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Esri: World Countries; 2013.
12. National Statistics Institute: House and Population Census 2011. In. Madrid: National Statistics Institute 2011.
13. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España: Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema National de Salud. In: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España; 2016.
14. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social: Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). In. Madrid 2019.
15. Ministry of Health Social services and Equality: Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Herausgegeben vom Ministry of Science and Innovation Spain: Ministry of Science and Innovation Spain; 2010.



Tschechische Republik



Einwohnerzahl
10.694.000

Fläche
78.871 km²

Hauptstadt
Prag

Drei größten Städte
Prag (1.324.000)
Brünn (381.000)
Ostrau (288.000)

Nachbarländer
Deutschland, Österreich, Polen, Slowakei

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen



1. Migrationsgeschichte

Die Migration hat seit Jahrhunderten einen großen Einfluss auf die tschechische Gesellschaft. Der erste große Zustrom von Zuwandernden (aus Deutschland) erfolgte im 13. und 14. Jahrhundert. Die deutsche Einwanderung spielte bis in die 1940er Jahre eine zentrale Rolle. Zwischen 1850 und 1914 (ab 1867 war die Tschechische Republik Teil der Österreichisch-Ungarischen Monarchie) wanderten etwa 1,5 Millionen Menschen in die USA, nach Argentinien, Brasilien, Jugoslawien, Österreich, Ungarn oder in die Russische Föderation aus [1]. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts und während des Ersten Weltkrieges gab es zwei große Phasen der Einwanderung von Menschen aus der Ukraine [2]. In den 1920er und 30er Jahren emigrierten viele Menschen aus der neu gegründeten Tschechoslowakei in die USA, nach Deutschland und Frankreich. Trotz der Rückkehr von 40.000 aus der Tschechischen Republik stammenden Menschen aus den USA und von etwa 100.000 Menschen aus Österreich war die Auswanderung das vorherrschende Phänomen der Zwischenkriegsjahre. Während der Besetzung des tschechischen Territoriums durch Nazi-Deutschland starben etwa 80.000 Jüdinnen und Juden in Konzentrationslagern. Von den verbleibenden 13.000 Jüdinnen und Juden emigrierte bis 1950 etwa die Hälfte nach Israel. Zwischen 1945 und 1946 wurden etwa 2,8 Millionen aus Deutschland stammende Menschen ausgewiesen [1]. In der Nachkriegszeit kehrten jedoch ungefähr 200.000 Menschen zurück [3]. Während der kommunistischen Ära (1948-89) verließen etwa 500.000 aus der Tschechoslowakei stammende Menschen das Land (hauptsächlich nach Deutschland, Kanada, Australien und in die USA). Ab den 1950er Jahren wanderten Zeitarbeitskräfte aus Angola, Kuba, der Mongolei, Polen und vor allem Vietnam ein und es gab Migrationsbewegungen aus der Slowakei [1-3]. Seit der Wiedererlangung der Unabhängigkeit im Jahr 1989 und der Abspaltung von der Slowakischen Republik im Jahr 1993 hat sich die Tschechische Republik von einem Auswanderungsland zu einem Land der Transitmigration und der zunehmenden Einwanderung entwickelt. Vor allem der Beitritt zur EU im Jahr 2004 führte zu einem Anstieg der Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte. Nachdem die Einwanderung ausländischer Arbeitskräfte im Zuge der Finanzkrise 2008 stagnierte, stieg sie ab 2013 wieder an. Der Systemumbruch im Jahr 1990 und der EU-Beitritt im Jahr 2004 führten auch zur Auswanderung kleinerer Gruppen von Bürgerinnen und Bürgern (vor allem tschechischer Studierender) [1]. Derzeit sind zwei parallele Trends zu beobachten: 1. eine deutliche Zunahme der Zuwanderung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten (aus der Ukraine, der Slowakei, Rumänien, Bulgarien, der Mongolei und anderen asiatischen Ländern); 2. eine stagnierende und vergleichsweise niedrige Zahl von Asylsuchenden bei sinkenden Anerkennungsquoten [4]. Im Jahr 2013 kamen die größten Gruppen von Zugewanderten aus der Ukraine (127.200), der Slowakei (73.400), Vietnam (61.700), der Russischen Föderation (33.000) und Polen (19.000) [5]. Zwischen 1990 und 2019 hat sich die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) fast verfünffacht (von 110.400 auf 512.700) und der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung mehr als vervierfacht (von 1,1 auf 4,8%) [6]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 2,1 [7].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

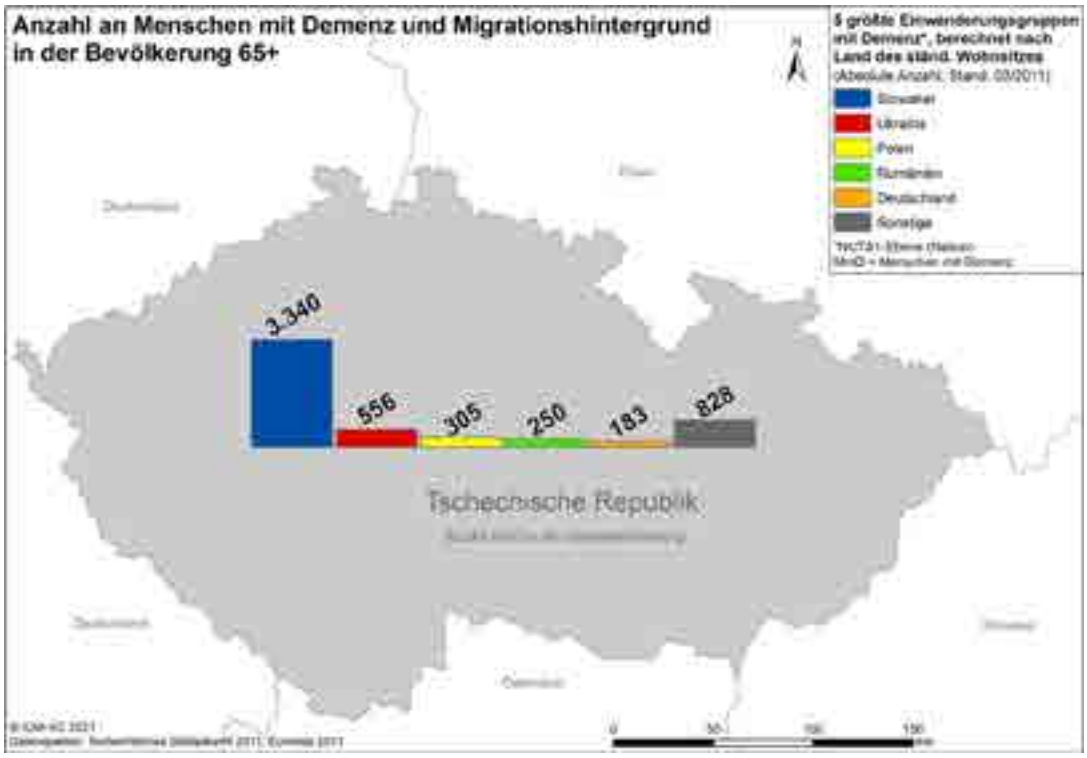


Abb. 3.7.29.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Tschechische Republik - Nation)

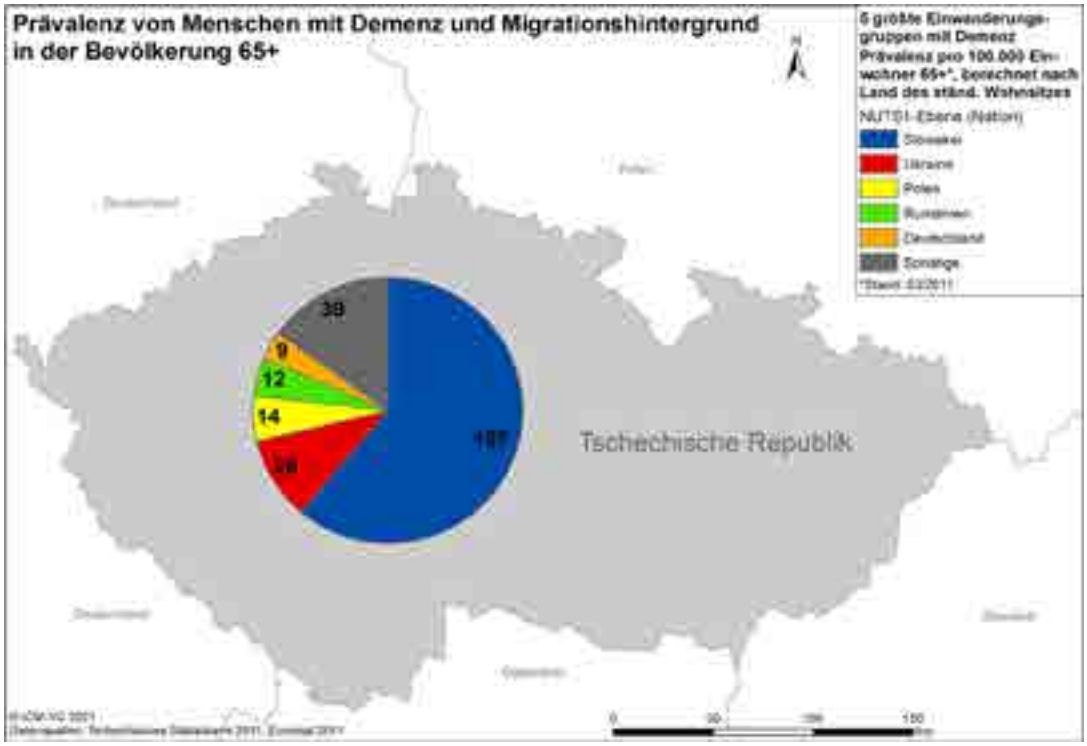


Abb. 3.7.29.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - Nation)



Tab. 50: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - Nation)

NUTS	Total	CZ	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Tschechische Republik	85.265	79.805	SK 3.340	UA 555	PL 304	RO 250	DE 183	828
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Tschechische Republik	85.265	79.805	SK 245	UA 41	PL 22	RO 18	DE 13	61
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Tschechische Republik	4.000	3.744	SK 157	UA 26	PL 14	RO 12	DE 9	32

Quelle: Czech Statistical Office (2011)

In der Tschechischen Republik leben 136.500 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 5.500 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.29.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus der Slowakei (ca. 3.300), der Ukraine (ca. 600), Polen (ca. 300), Rumänien (ca. 300) und Deutschland (ca. 200) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in der Tschechischen Republik pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.29.2). Tabelle 50 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus der Slowakei, der Ukraine, Polen, Rumänien und Deutschland in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.29.3 - 3.7.29.8).

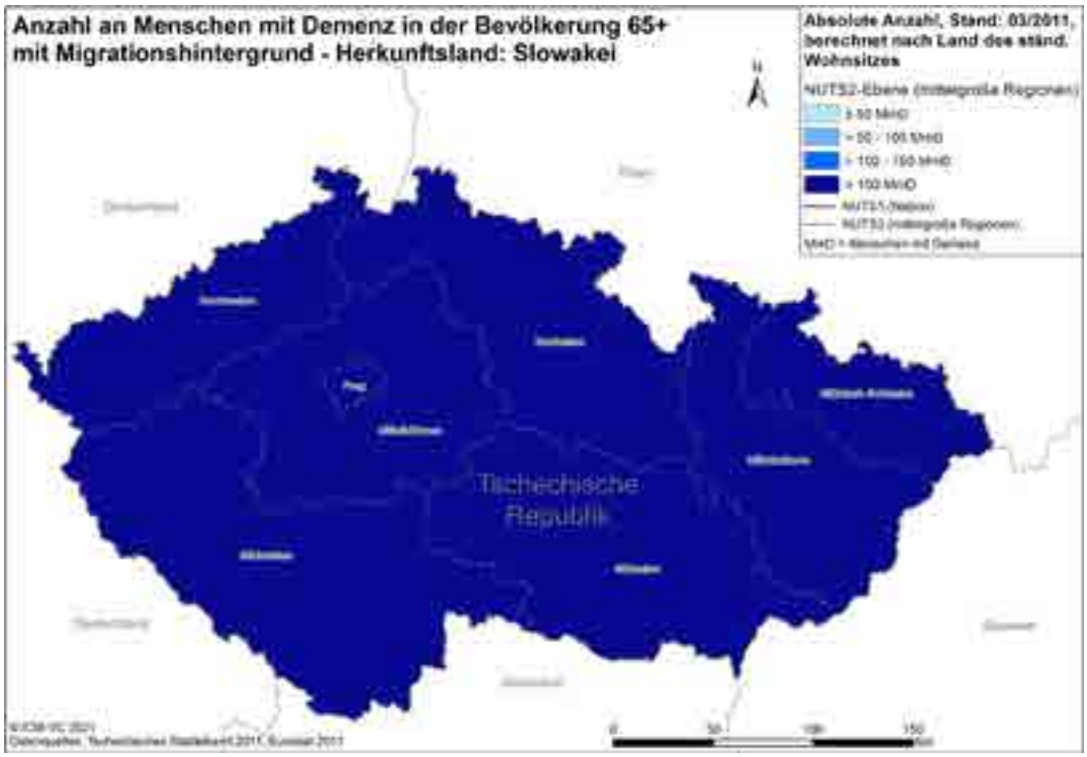


Abb. 3.7.29.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Slowakei (Tschechische Republik - NUTS2)

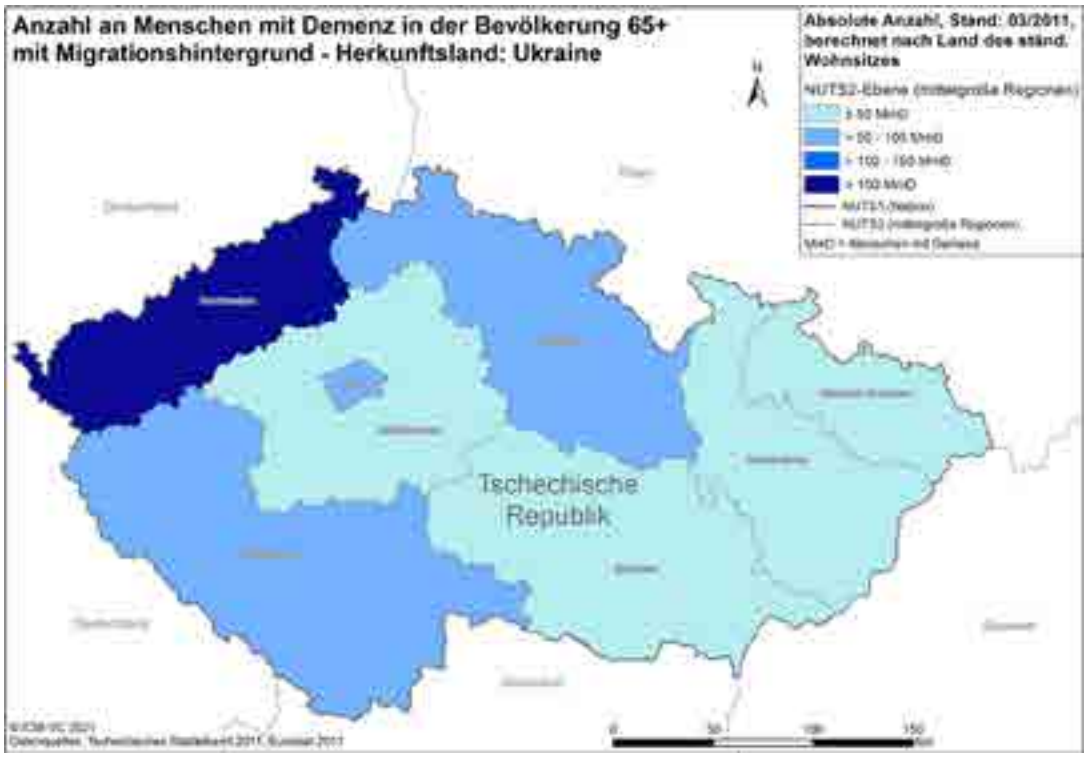


Abb. 3.7.29.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Ukraine (Tschechische Republik - NUTS2)

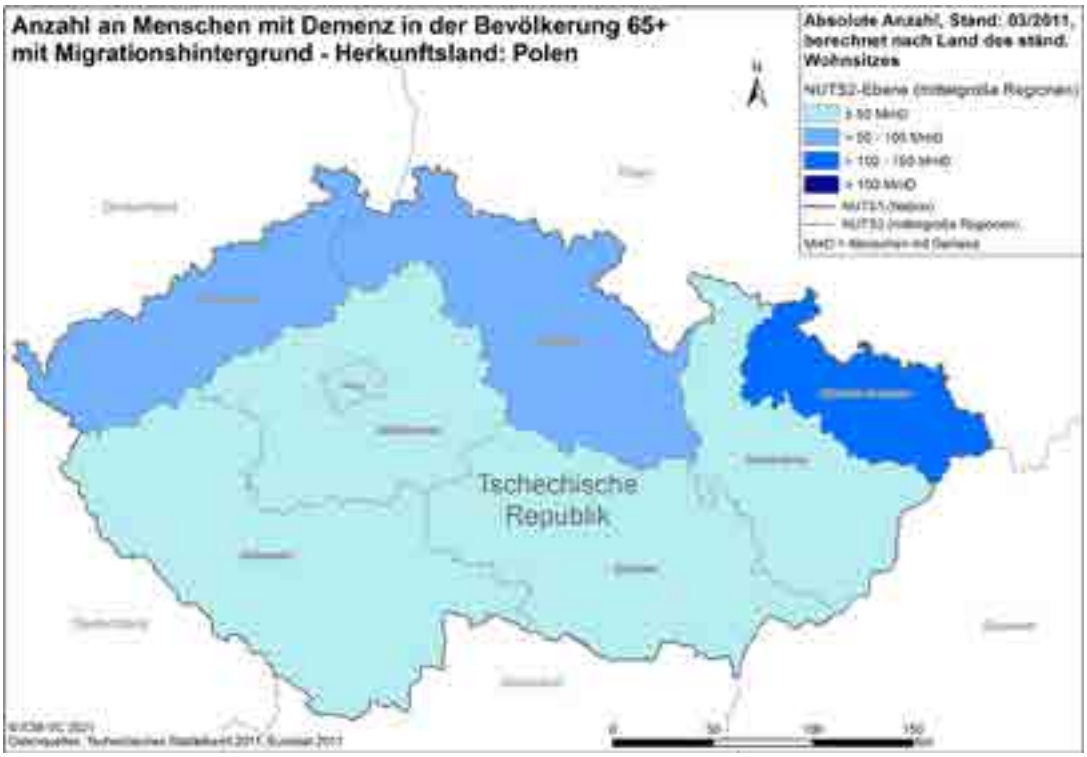


Abb. 3.7.29.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Polen (Tschechische Republik - NUTS2)



Abb. 3.7.29.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Rumänien (Tschechische Republik - NUTS2)

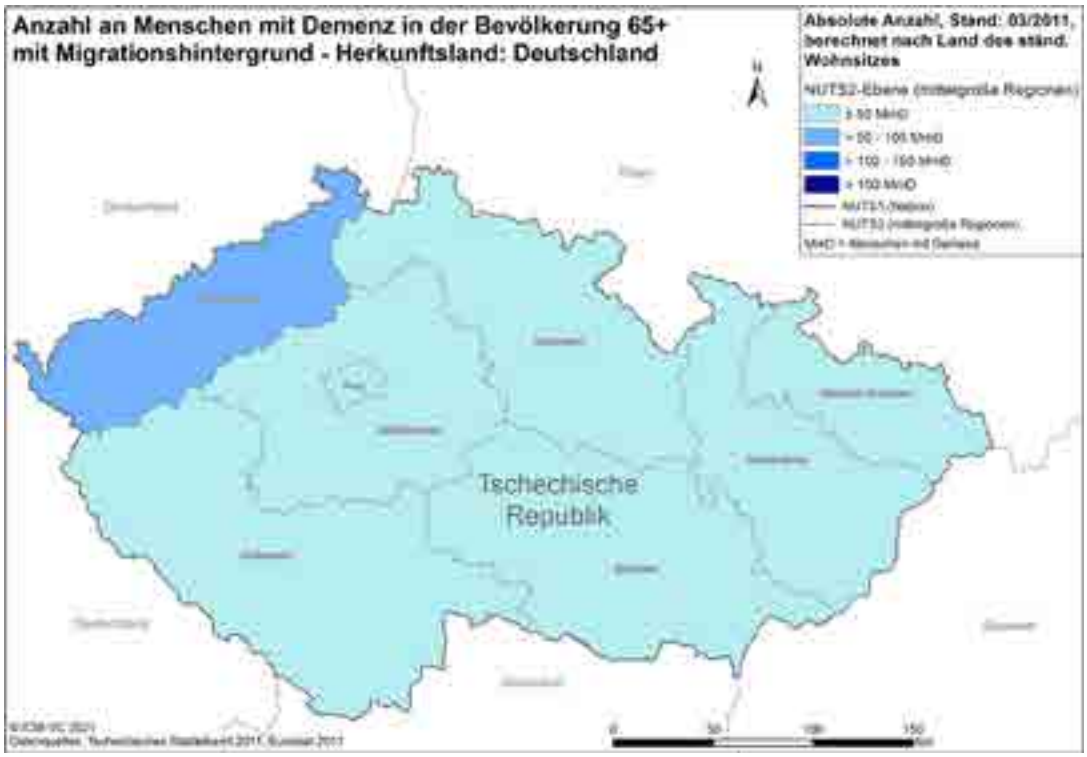


Abb. 3.7.29.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Tschechische Republik - NUTS2)



Abb. 3.7.29.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Tschechische Republik (Tschechische Republik - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.29.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.29.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 51 [8, 9].

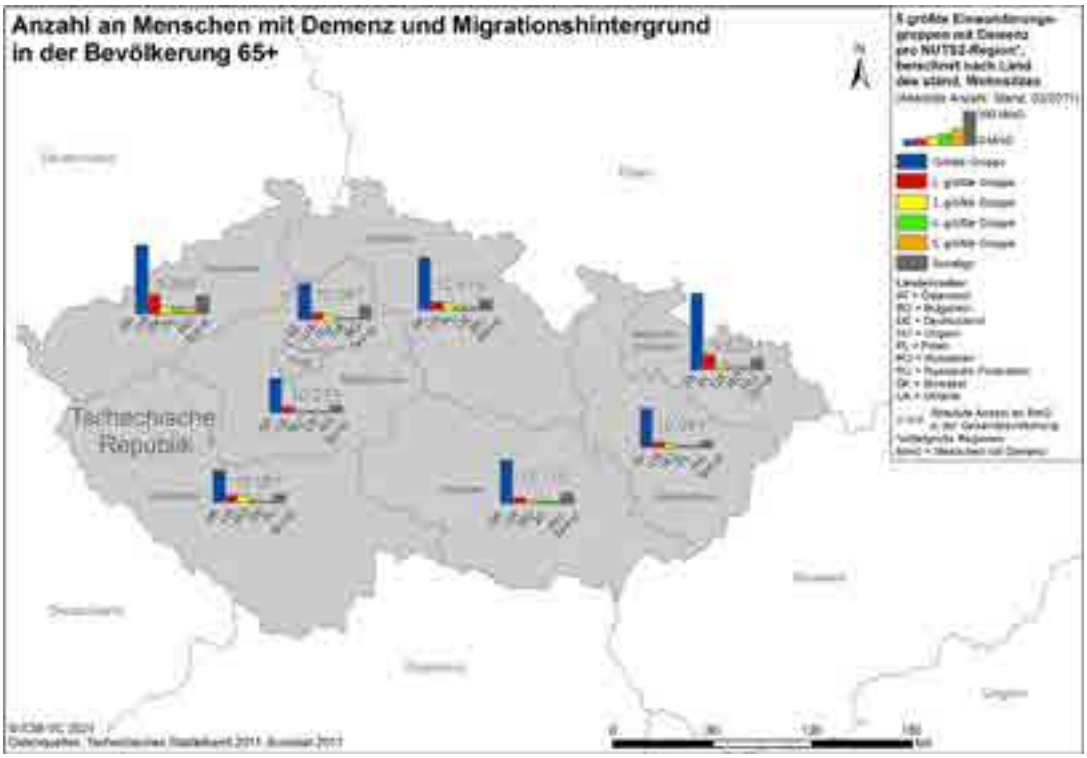


Abb. 3.7.29.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Tschechische Republik - NUTS2)

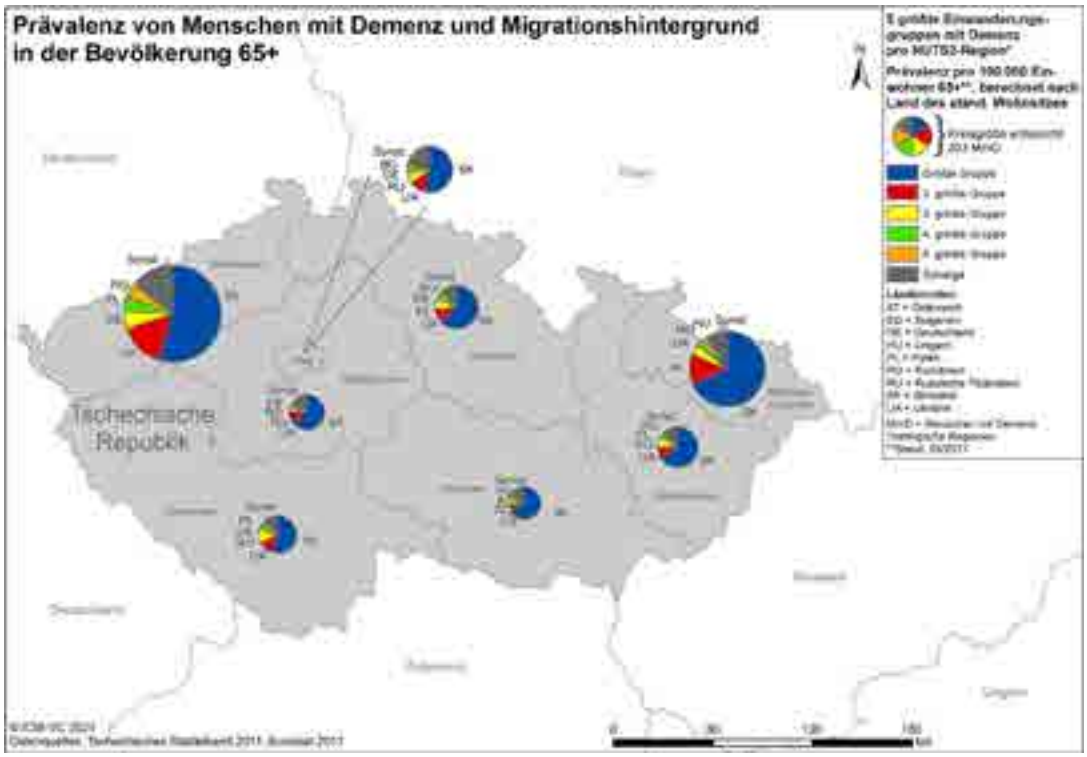


Abb. 3.7.29.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - NUTS2)

Tab. 51: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - NUTS2)

NUTS	Total	CZ	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Prag	10.047	9.451	SK 321	UA 65	RU 47	DE 18	BG 15	130
Mittelböhmen	10.233	9.779	SK 294	UA 50	RU 17	RO 13	DE 13	67
Südwesten	10.061	9.550	SK 280	UA 65	RO 60	DE 22	PL 16	68
Nordwesten	8.868	7.754	SK 609	UA 171	DE 65	PL 53	RO 52	164
Nordosten	12.616	11.904	SK 450	UA 68	PL 58	DE 26	RO 22	88
Südosten	13.716	13.124	SK 384	UA 48	RO 30	AT 25	HU 15	90
Mittelmähren	10.091	9.573	SK 343	UA 48	RO 40	PL 17	HU 10	60
Mährisch-Schlesien	9.633	8.669	SK 660	PL 124	UA 41	RO 25	HU 22	92



Tschechische Republik

NUTS	Total	CZ	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Prag	6.743	-	SK 215	UA 43	RU 32	DE 12	BG 10	88
Mittelböhmen	9.025	-	SK 259	UA 44	RU 15	RO 12	DE 11	59
Südwesten	7.872	-	SK 219	UA 51	RO 47	DE 18	PL 12	53
Nordwesten	3.183	-	SK 218	UA 61	DE 23	PL 19	RO 19	60
Nordosten	7.090	-	SK 253	UA 38	PL 33	DE 15	RO 12	49
Südosten	9.268	-	SK 260	UA 33	RO 20	AT 17	HU 10	60
Mittelmähren	7.797	-	SK 265	UA 37	RO 31	PL 13	HU 7	47
Mährisch-Schlesien	3.998	-	SK 274	PL 52	UA 17	RO 11	HU 9	37
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Prag	4.000	3.763	SK 128	UA 26	RU 19	DE 7	BG 6	42
Mittelböhmen	4.000	3.823	SK 115	UA 19	RU 7	RO 5	DE 5	20
Südwesten	4.000	3.797	SK 111	UA 26	RO 24	DE 9	PL 6	23
Nordwesten	4.000	3.497	SK 275	UA 77	DE 29	PL 24	RO 24	68
Nordosten	4.000	3.774	SK 143	UA 22	PL 18	DE 8	RO 7	23
Südosten	4.000	3.827	SK 112	UA 14	RO 9	AT 7	HU 4	22
Mittelmähren	4.000	3.795	SK 136	UA 19	RO 16	PL 7	HU 4	19
Mährisch-Schlesien	4.000	3.600	SK 274	PL 52	UA 17	RO 11	HU 9	33

Quelle: Czech Statistical Office (2011)



3. Nationaler Demenzplan

Der „Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019“ („Nationale Aktionsplan für Alzheimer und andere verwandte Krankheiten für 2016–2019“) aus dem Jahr 2016 ist 23 Seiten lang und behandelt folgende Themen: 1. Problembeschreibung: Demenz, Symptome und Ursachen, Anzahl der Menschen mit Demenz, Versorgung von Menschen mit Demenz und wirtschaftliche Auswirkungen von Demenz; 2. Aufgaben: Verbesserung des Zugangs zu Diagnostik und Sicherstellung einer frühzeitigen und korrekten Diagnose von Demenz, Verbesserung des Zugangs zu angemessener Versorgung (Sicherstellung einer angemessenen Versorgung und ihrer Koordination), Verbesserung der Unterstützung für Pflegepersonen, Sicherstellung der Ausbildung informeller Pflegekräfte, Entwicklung von Ausbildungsprogrammen für professionelle Pflegekräfte, präventive Maßnahmen in Gesundheits- und Sozialdiensten, Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Demenz, koordinierte Forschungsbemühungen (einschließlich der Nutzung bereits verfügbarer Ergebnisse), Organisation der epidemiologischen Überwachung und Einbindung der Tschechischen Republik in die europäische Zusammenarbeit. Keins dieser Themen enthält einen Bezug zur Migration [10].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Auf nationaler Ebene konnten für die Tschechische Republik drei Leitlinien oder Empfehlungen für die Diagnose von Demenz und die Behandlung von Menschen mit Demenz (aus den Jahren 2007 [11], 2008 [12] und 2018 [13]) identifiziert werden. Diese Dokumente sind 6 [11], 8 [12] und 16 Seiten [13] lang und umfassen die folgenden Themen: 1. pharmakologische Behandlung und nicht-pharmakologische Interventionen für verschiedene Formen der Demenz wie Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Demenz [11]; 2. Informationen über die Diagnose von Demenz, bildgebende Verfahren und ihre Anwendung bei der Diagnose von Demenz, Bewertung der klinischen Diagnose, Bewertung von verhaltensbezogenen und psychiatrischen Symptomen und Bewertung von Aktivitäten des täglichen Lebens [12]; 3. Arten von Demenz und Ätiologie, diagnostisches Vorgehen und therapeutisches Vorgehen [13]. Keines der drei Dokumente behandelt das Thema Migration [11-13].

5. Quellen

1. Drbohlav D, Janurová K: Migration and Integration in Czechia: Policy Advances and the Hand Brake of Populism. [https://www.migrationpolicy.org/article/migration-and-integration-czechia-policy-advances-and-hand-brake-populism]. (2019). Abgerufen am 14. Apr. 2020.
2. Janka P, Černá I, Prchalová M, Němcová K: Migrants in the Czech Republic.
3. Drbohlav D: International Migration in the Czech Republic and Slovakia and the Outlook for East Central Europe. *Czech Sociological Review* 1994, 2(1):89-106.
4. Jungwirth T: Pathways to prosperity: Migration and development in the czech republic. In. Prag: Caritas Czech Republic; 2019.
5. United Nations: Migration Profiles: Czech Republic; 2013.
6. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage ot the total population at mid-year 2019: Czechia; 2019.
7. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Czechia; 2019.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
9. Czech Statistical Office: Population and Housing Census 2011; 2011.
10. Ministry of Health, Ministry of Labor and Social Affairs, Ministry of Education Youth and Sports, Association of Regions of the Czech Republic, Union of Towns and Municipalities of the Czech Republic, General Health Insurance Company of the Czech Republic, Association of Health Insurance Companies of the Czech Republic, Czech Neurological Society, Czech Society of Gerontology and Geriatrics, Psychiatric Society *et al*: Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019. In: Ministry of Health; 2016.
11. Sheardová K, Hort J, Rusina R, Bartos A, Linek V, Ressner P, Rektorová I: Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. *Czech and Slovak Neurology and Neurosurgery* 2007, 70/103(5):589-594.
12. Ressner P, Hort J, Rektorová I, Bartos A, Rusina R, Linek V, Sheardová K: Recommendations for the Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease and Other Disorders Associated with Dementia. *Cesk Slov Neurol N* 2008, 71/104(4):494-501.
13. Matějovská Kubešová H, Býma S: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře: Demence. In. Herausgegeben von lékaře Cdppp. Prag; 2018.



Ungarn



Einwohnerzahl
9.770.000

Fläche
93.022 km²

Hauptstadt
Budapest

Drei größten Städte
Budapest (1.752.000)
Debrecen (201.000)
Szegedin (161.000)

Nachbarländer
Kroatien, Österreich, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Ukraine

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Die Migration spielt in Ungarn seit der Staatsgründung im 10. Jahrhundert eine wichtige Rolle. Große Wanderungsbewegungen gab es während der Phase des Habsburgerreiches ab dem 16. Jahrhundert und zur Zeit der österreichisch-ungarischen Monarchie. Bis in die 1880er Jahre war Ungarn hauptsächlich durch Einwanderungsströme geprägt. Zwischen den 1880er Jahren und dem Ersten Weltkrieg wanderten etwa zwei Millionen Menschen aus. Die beiden Weltkriege führten zu den nächsten großen Migrationsströmen. Von 1919 bis 1923 siedelten etwa 200.000 ethnische Ungarinnen und Ungarn nach Ungarn um. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden ungefähr 200.000 deutschstämmige Menschen aus Ungarn vertrieben und über 100.000 Menschen wanderten aus (darunter 73.000 Slowakinnen und Slowaken). Zur gleichen Zeit siedelten etwa 308.500 ethnische Ungarinnen und Ungarn nach Ungarn um [1]. Die nächste große Migrationsphase erfolgte 1956, als 176.000 Menschen das Land in Richtung USA, Kanada, Österreich und andere westeuropäische Länder verließen. Insgesamt waren die Migrationsströme durch den sozialistischen Staat stark eingeschränkt. Die Zahl der legal Einwandernden (ohne zurückkehrende ungarische Staatsangehörige) betrug im Jahr 1987 lediglich 52.000. Der Zusammenbruch der kommunistischen Systeme (1989/1990) führte zu einem deutlichen Anstieg der Zu- und Abwanderung. Mitte der 1990er Jahre waren die Auswanderungszahlen wieder rückläufig und viele ehemalige Emigrantinnen und Emigranten kehrten nach Ungarn zurück. Nach dem Beginn der Jugoslawienkriege (1991) beantragten nicht-ethnische ungarische Ex-Jugoslawinnen und Ex-Jugoslawen (aus Bosnien und Herzegowina, Serbien und Albanien) Asyl. Mitte/Ende der 1990er Jahre entwickelte sich Ungarn von einem Entsendeland zu einem Einwanderungsland. Etwa zwei Drittel der Zuwandernden der 1990er Jahre kamen aus den Nachbarländern (aus Rumänien, der Ukraine, den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und der Slowakei). Der EU-Beitritt im Jahr 2004 führte in der Folge zu weiteren großen Auswanderungs- und Einwanderungsphasen. Im Jahr 2008 stieg die Zuwanderung wieder an (auf 35.000). Die meisten Einwandernden kamen aus Rumänien, Serbien, der Ukraine und Deutschland [2]. Von 2009 bis 2012 gingen die Zuwanderungszahlen aufgrund des wirtschaftlichen Abschwungs zurück [2, 3]. Zwischen 2013 und 2015 gab es umfangreiche Transmigrationen aus Afrika und dem Nahen Osten und die Zahl der Asylanträge (insbesondere aus Syrien und Afghanistan) stieg an [4]. Nach 2015 ging die Zahl der Asylanträge und illegalen Grenzübertritte, die im Jahr 2015 mit 441.500 einen Höchststand erreicht hatte, zurück. Derzeit stellt die Zuwanderung von Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten aus den Nachbarländern (insbesondere aus der Ukraine) das zentrale Merkmal der Migration dar. Seit einigen Jahren steigen auch die Auswanderungszahlen wieder an (29.400 im Jahr 2016) [5]. Im Jahr 2013 bildeten Menschen aus Rumänien (232.800) die größte Migrationsgruppe, gefolgt von Deutschland (33.900), der Ukraine (31.600), Serbien (26.800) und der Slowakei (24.000) [6]. Zwischen 1990 und 2019 wuchs die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (im Ausland geboren) von 347.500 auf 512.000 und der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung von 3,3 auf 5,3% [7]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 0,6 [8]. Ungarn ist ein Entsende-, Transit- und Zielland von Migrantinnen und Migranten [1]. Allerdings ist die Migrationsbevölkerung deutlich kleiner als in vielen anderen EU- und EFTA-Staaten.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

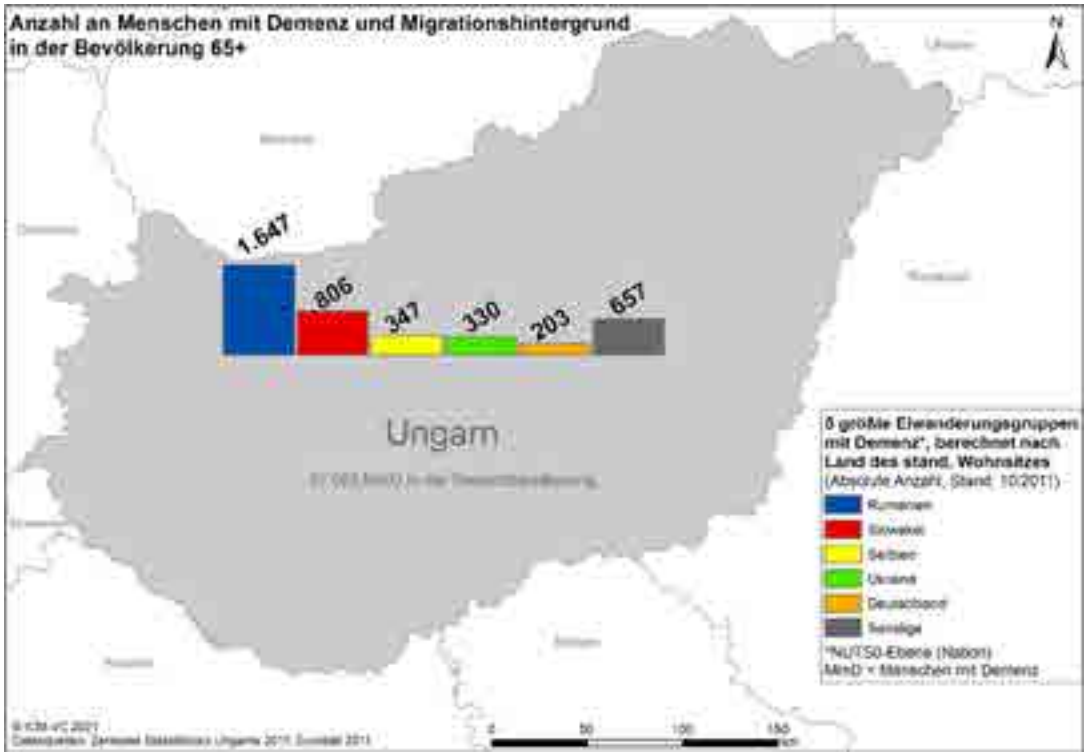


Abb. 3.7.30.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Ungarn - Nation)

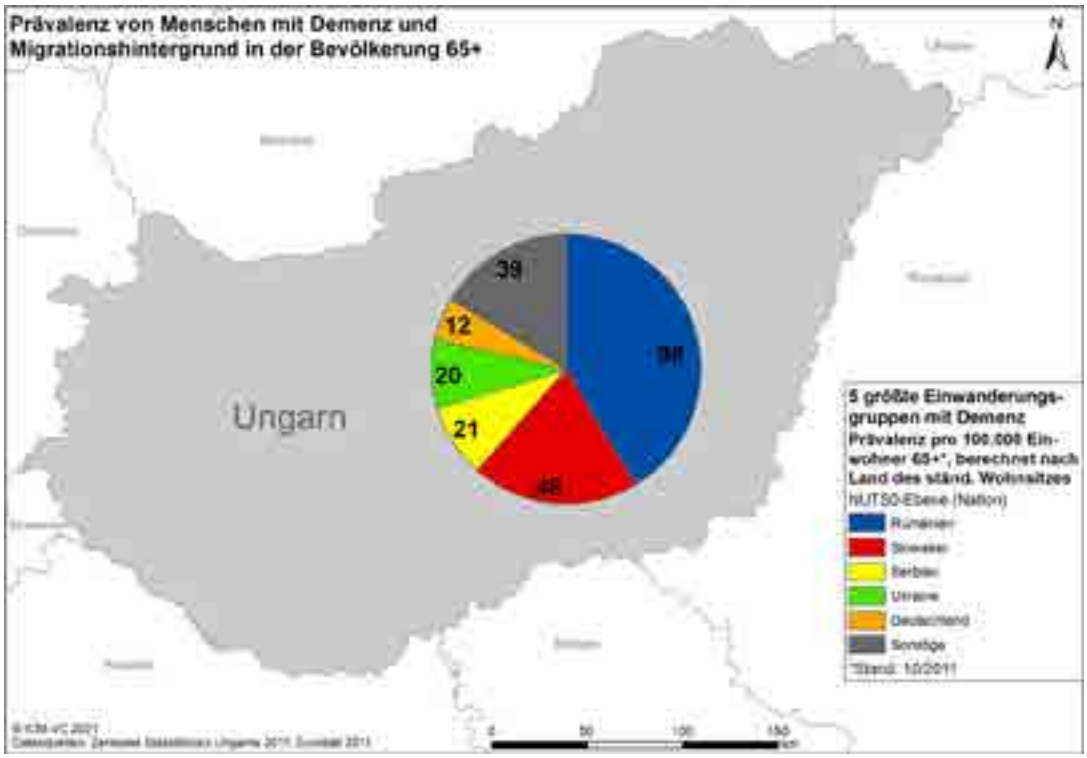


Abb. 3.7.30.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - Nation)

Tab. 52: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - Nation)

NUTS	Total	HU	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Ungarn	67.085	63.096	RO 1.647	SK 806	XS 347	UA 330	DE 203	656
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Ungarn	6.727	-	RO 165	SK 81	XS 35	UA 33	DE 20	66
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Ungarn	4.000	3.762	RO 98	SK 48	XS 21	UA 20	DE 12	39

Quelle: Hungarian Central Statistical Office (2011)

In Ungarn leben 99.700 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 4.000 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.30.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Rumänien (ca. 1.700), der Slowakei (ca. 800), Serbien (ca. 400), der Ukraine (ca. 300) und Deutschland (ca. 200) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Ungarn pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.30.2). Tabelle 52 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Rumänien, der Slowakei, Serbien, der Ukraine und Deutschland in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.30.3 - 3.7.30.8).

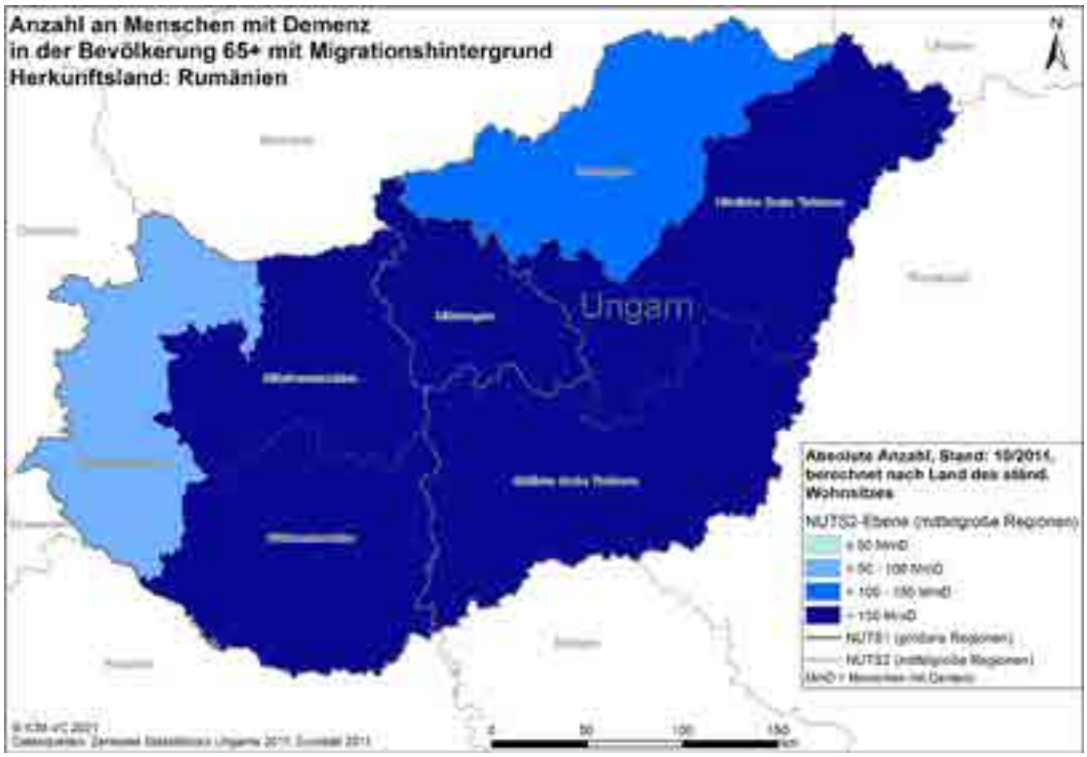


Abb. 3.7.30.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Rumänien (Ungarn - NUTS2)

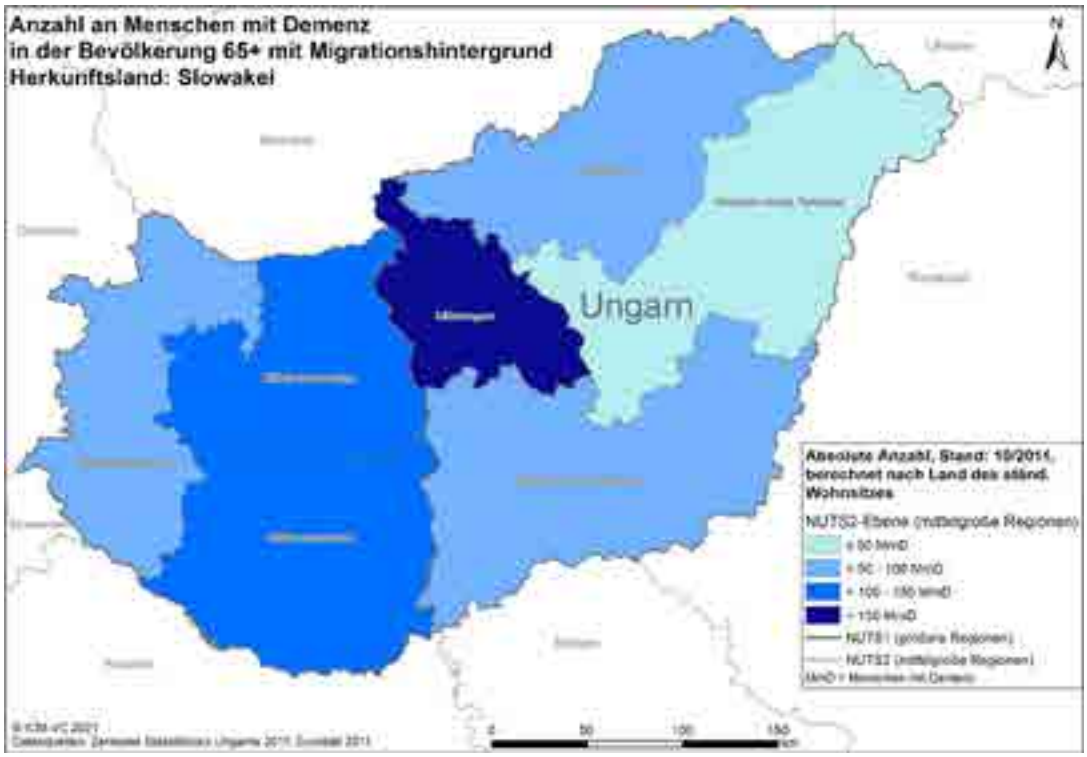


Abb. 3.7.30.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Slowakei (Ungarn - NUTS2)

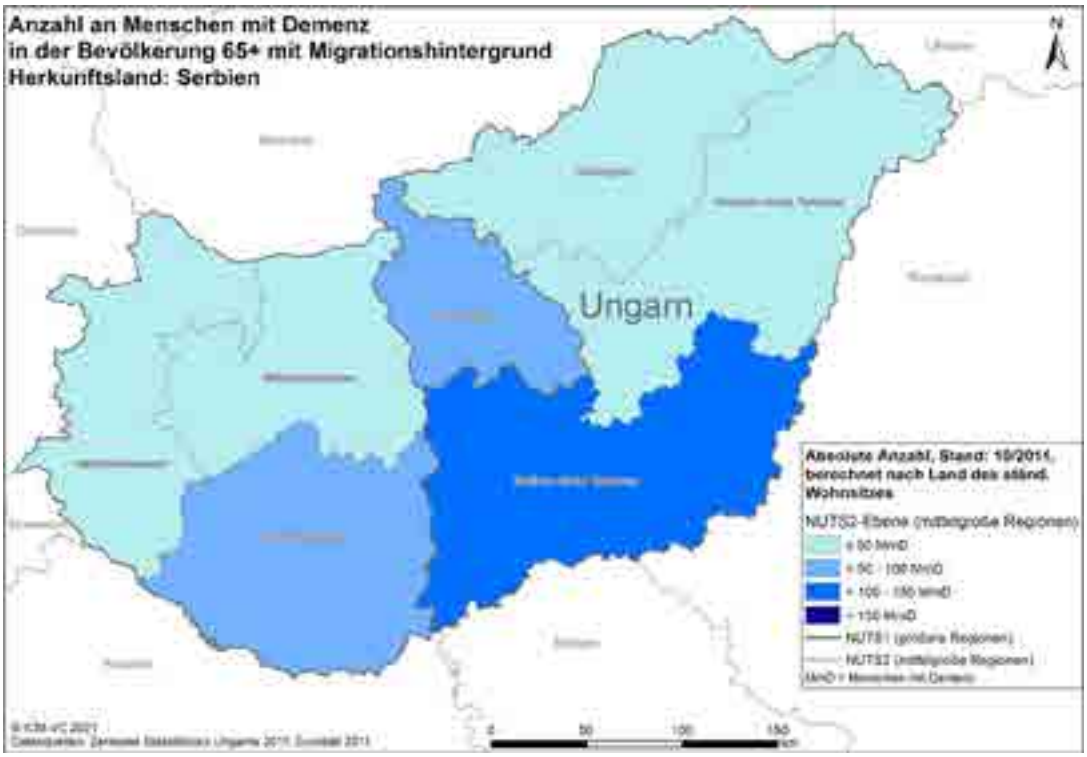


Abb. 3.7.30.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Serbien (Ungarn - NUTS2)

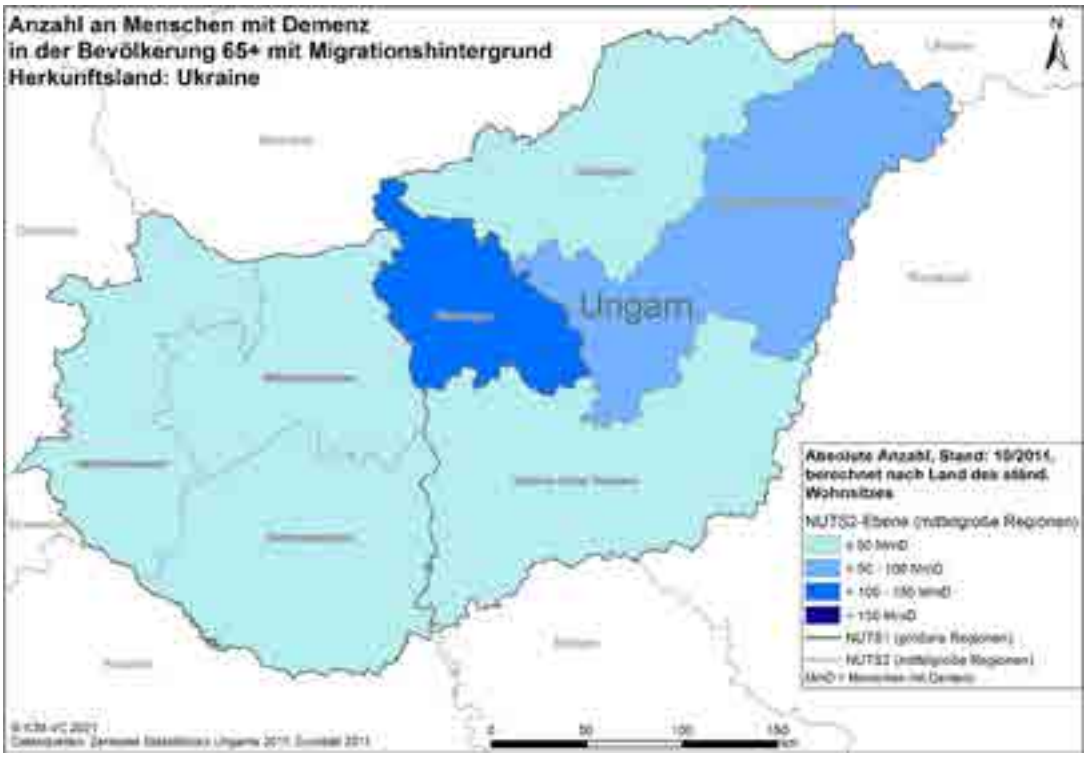


Abb. 3.7.30.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Ukraine (Ungarn - NUTS2)

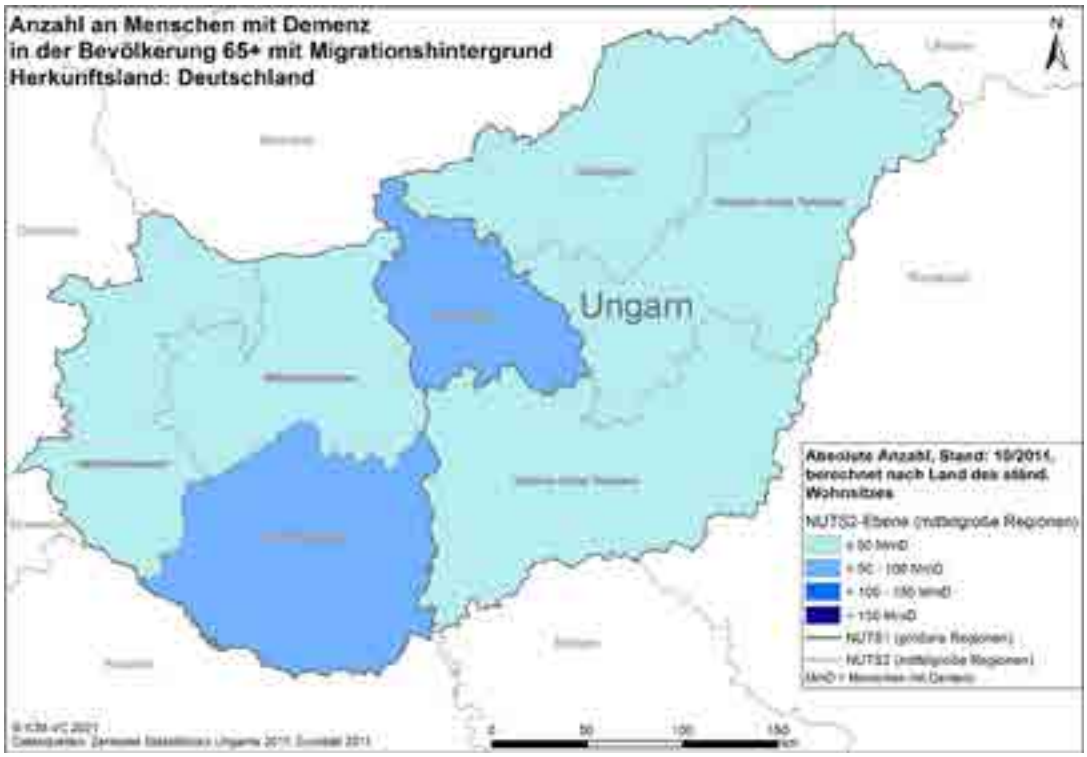


Abb. 3.7.30.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Deutschland (Ungarn– NUTS2)

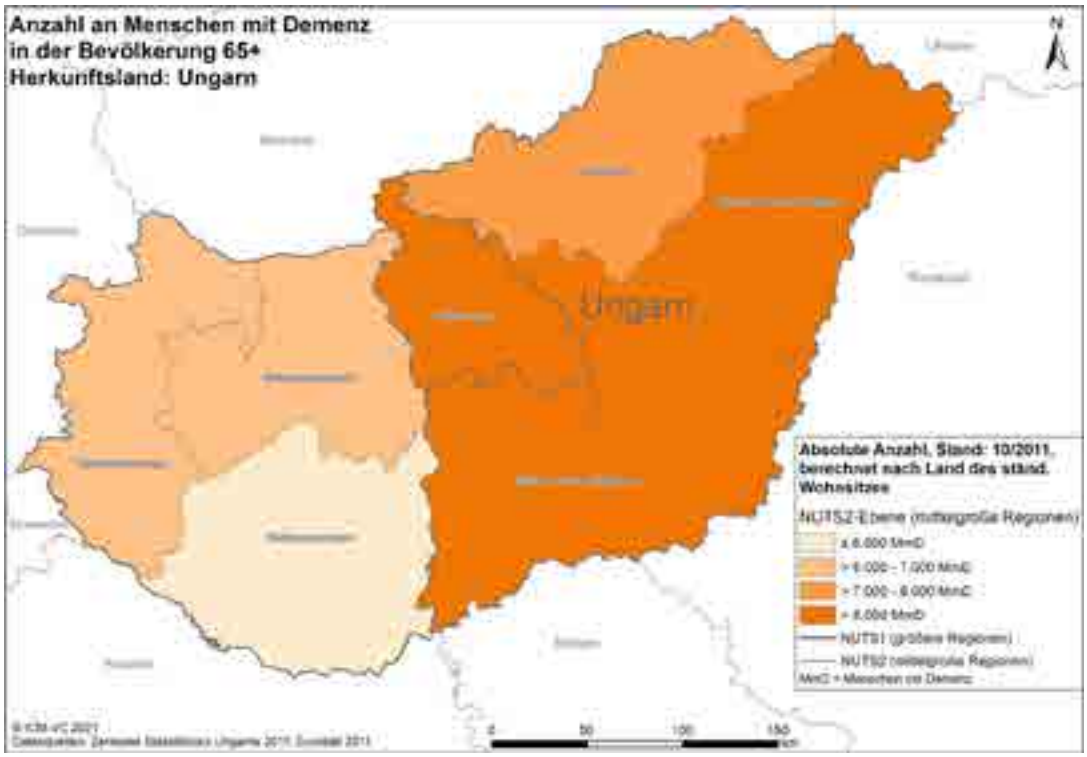


Abb. 3.7.30.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Ungarn (Ungarn – NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte zeigt die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.30.9). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abb. 3.7.30.10). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 53 [9, 10].

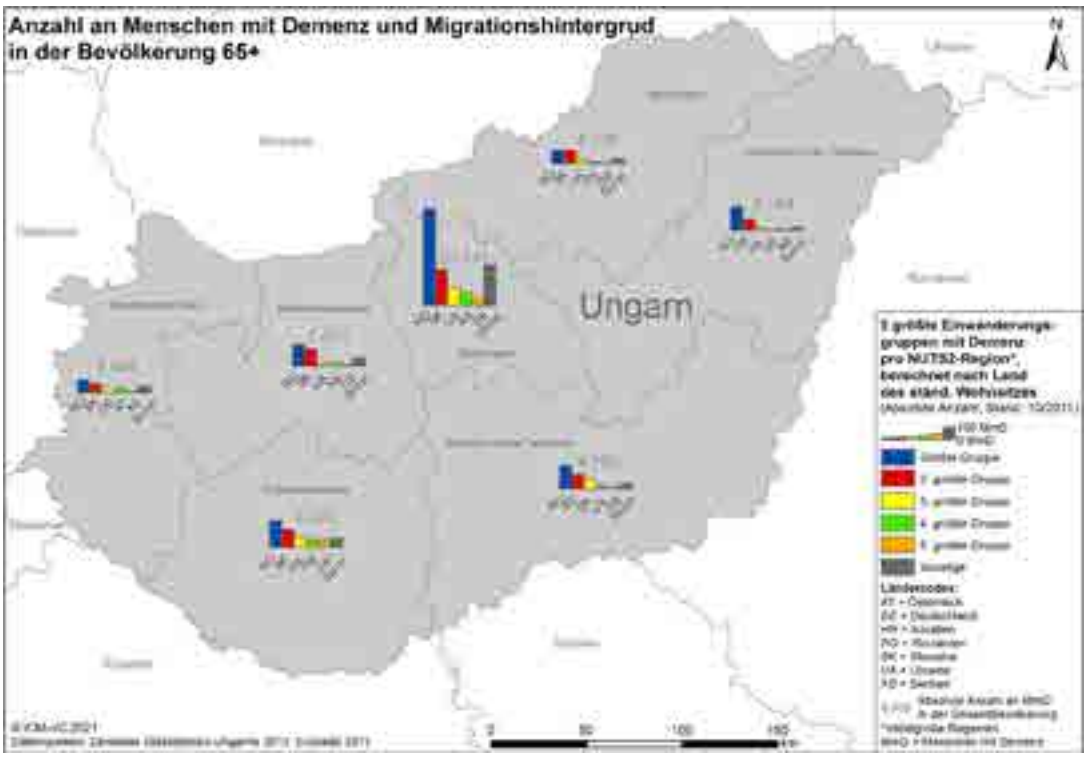


Abb. 3.7.30.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Ungarn - NUTS2)

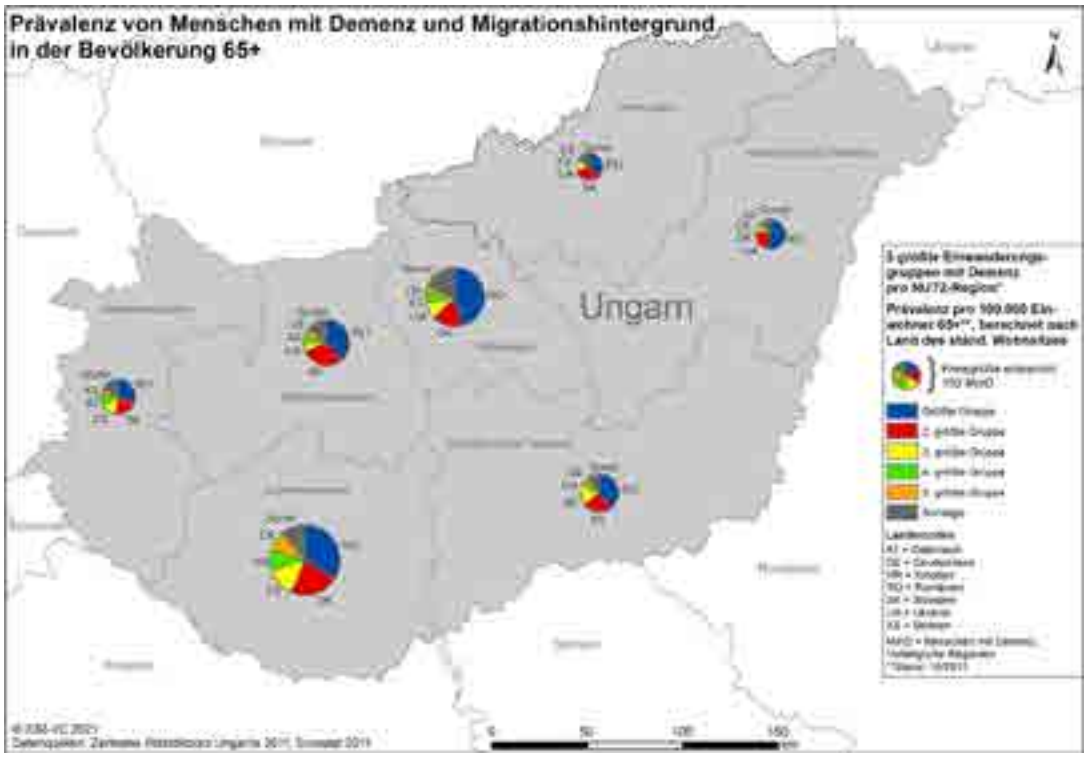


Abb. 3.7.30.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - NUTS2)

Tab. 53: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - NUTS2)

NUTS	Total	HU	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Mittelungarn	20.141	18.553	RO 729	SK 270	UA 136	XS 100	DE 52	301
Mitteltrans-danubien	7.073	6.658	RO 159	SK 128	UA 25	XS 23	DE 18	62
Westtrans-danubien	6.669	6.359	RO 96	SK 67	DE 44	AT 32	XS 15	56
Südtrans-danubien	6.505	5.905	RO 203	SK 137	XS 80	HR 58	DE 54	68
Nordungarn	8.238	7.951	RO 101	SK 98	UA 35	XS 8	DE 8	37
Nördliche Große Tiefebene	9.169	8.825	RO 183	UA 86	SK 28	DE 9	XS 8	30
Südliche Große Tiefebene	9.290	8.845	RO 177	XS 112	SK 78	UA 18	DE 16	44

NUTS	Total	HU	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Mittelungarn	5.073	-	RO 184	SK 68	UA 34	XS 25	DE 13	76
Mitteltrans-danubien	6.811	-	RO 153	SK 123	UA 24	XS 22	DE 18	60
Westtrans-danubien	8.608	-	RO 124	SK 87	DE 57	AT 42	XS 20	70
Südtrans-danubien	4.340	-	RO 135	SK 91	XS 54	HR 38	DE 36	46
Nordungarn	11.508	-	RO 141	SK 137	UA 50	XS 11	DE 11	50
Nördliche Große Tiefebene	10.645	-	RO 212	UA 100	SK 32	DE 10	XS 10	36
Südliche Große Tiefebene	8.348	-	RO 159	XS 100	SK 70	UA 16	DE 15	40
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Mittelungarn	4.000	3.685	RO 145	SK 54	UA 27	XS 20	DE 10	59
Mitteltrans-danubien	4.000	3.765	RO 90	SK 72	UA 14	XS 13	DE 10	36
Westtrans-danubien	4.000	3.814	RO 58	SK 40	DE 27	AT 19	XS 9	33
Südtrans-danubien	4.000	3.631	RO 125	SK 84	XS 49	HR 35	DE 34	42
Nordungarn	4.000	3.861	RO 49	SK 48	UA 17	XS 4	DE 4	17
Nördliche Große Tiefebene	4.000	3.850	RO 80	UA 38	SK 12	DE 4	XS 4	12
Südliche Große Tiefebene	4.000	3.808	RO 76	XS 48	SK 34	UA 8	DE 7	18

Quelle: Hungarian Central Statistical Office (2011)

3. Nationaler Demenzplan

Während zum Zeitpunkt der ersten Suche im Juni 2019 kein ungarischer Demenzplan gefunden werden konnte [11], war im Januar 2021 ein Dokument mit dem Titel „Együtt élni a demenciával: Nemzeti Demencia Stratégia“ („Leben mit Demenz: Nationale Demenzstrategie“) öffentlich verfügbar. Das 23-seitige Dokument behandelt die Themen: „Was ist Demenz?“, „Was verursacht Demenz?“, „Bereitstellung angemessener Informationen“, „Früherkennung“ und „Entwicklung von Versorgungsangeboten“. Das Thema Migration spielt jedoch keine relevante Rolle. Es gibt lediglich einen Abschnitt, in dem betont wird, dass Demenz jeden treffen kann, unabhängig von der Ethnie [12].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Die 2008 veröffentlichten ungarischen Demenzversorgungsleitlinien „Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokoll A demencia kórismézése, kezelése és gondozása" („Berufsprotokoll des Gesundheitsministeriums für die Diagnose, Behandlung und Versorgung von Demenz") liefen am 31. Dezember 2013 aus und wurden seitdem nicht erneuert. Somit konnten für Ungarn nationale Versorgungsleitlinien identifiziert worden, die allerdings keine Gültigkeit mehr besitzen. Dieses Dokument ist 46 Seiten lang und enthält Kapitel zur Diagnose von Demenz (Themen: körperliche Untersuchung, obligatorische diagnostische Tests, zusätzliche diagnostische Tests, Differentialdiagnose) und zur Therapie (nicht-pharmakologische Behandlung, medikamentöse Behandlung, Rehabilitation). Das Thema der Migration wird nicht adressiert [13].

5. Quellen

1. Juhász J: Hungary: Transit Country Between East and West. [https://www.migrationpolicy.org/article/hungary-transit-country-between-east-and-west]. (2003). Abgerufen am 07. Mai 2020.
2. Gödri I, Soltész B, Bodacz-Nagy B: Immigration or emigration country? Migration trends and their socio-economic background in Hungary: A longer-term historical perspective. In: *Working Papers on Population, Family and Welfare.* Herausgegeben vom Hungarian Demographic Research Institute, Bd. 19. Budapest; 2014.
3. International Organization for Migration: Inflows of foreign population in 2017: Hungary; 2017.
4. Kallius A: The East-South Axis: Legitimizing the „Hungarian Solution to Migration". *Revue européenne des migrations internationales* 2017, 33.
5. Kocaeli Kültürel Gelişim ve Dayanışma Derneği, Kartepe Halk Eğitim Merkezi, Migrants Resource Center, Bulgarian Development Agency, Business Development Friesland, International Organization for Migration, Schola Empirica: Migration Report: Overview of the Current Migration Facts and Figures in the Project Countries; 2018.
6. United Nations: Migration Profiles: Hungary; 2013.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Hungary; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020; 2019.
9. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
10. Hungarian Central Statistical Office: Census 2011; 2011.
11. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Abgerufen am 01. Juni 2019.
12. Emberek Hozzátartozóinak Társasága: Együtt élni a demenciával: Nemzeti Demencia Stratégia.
13. Professional College of Psychiatry: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokoll A demencia kórismézése, kezelése és gondozása. In. Herausgegeben vom Ministry of Health Hungary; 2008.

Vereinigtes Königreich



Einwohnerzahl
67.026.000

Fläche
242.751 km²

Hauptstadt
London

Drei größten Städte
London (9.050.000)
Birmingham (1.160.000)
Glasgow (630.000)

Nachbarländer
Irland

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
   - 2.1 England
   - 2.2 Nordirland
   - 2.3 Schottland
   - 2.4 Wales
3. Nationaler Demenzplan
   - 3.1 England
   - 3.2 Nordirland
   - 3.3 Schottland
   - 3.4 Wales
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
   - 4.1 England und Wales
   - 4.2 Nordirland
   - 4.3 Schottland
5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen
7. Unterstützung für pflegende Angehörige
8. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Das Vereinigte Königreich hat eine lange Geschichte der Migration. Bereits im 19. Jahrhundert kamen große Gruppen von Zuwandernden aus Irland und Italien. Um 1900 stammte die größte Einwanderndengruppe aus Deutschland. Zur gleichen Zeit wanderten viele Menschen aus dem Vereinigten Königreich nach Kanada und in die USA aus [1]. Nach Beginn des britischen Kolonialismus (1858-1947) arbeiteten mehr als 100.000 Migrantinnen und Migranten aus dem Vereinigten Königreich und Irland in Indien. Im weiteren Verlauf der Kolonialherrschaft kamen immer mehr indische Arbeitskräfte in das Vereinigte Königreich [2]. Nach der Kristallnacht 1938 flohen etwa 10.000 jüdische Flüchtlingskinder aus Deutschland, Österreich und der Tschechoslowakei ins Vereinigte Königreich. Im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg gab es zwei große Einwanderungsphasen: 1. Zuwanderung von Soldatinnen und Soldaten und ihren Familien aus Polen nach der Verabschiedung des Polnischen Neuansiedlungsgesetz Act 1947, 2. Zuwanderung von Arbeitenden aus dem „neuen" Commonwealth (Karibik, Afrika und Indien) nach der Verabschiedung des Staatsangehörigkeitsgesetzes 1948 (volles Einreise- und Staatsbürgerschaftsrecht für alle Bürgerinnen und Bürger des Commonwealth) [3]. In den 1950er Jahren kamen 500.000 Migrantinnen und Migranten aus dem Commonwealth in das Vereinigte Königreich [4, 5]. Vor allem in den 1950er und frühen 1960er Jahren wanderten immer mehr Menschen aus Indien und Pakistan ein, um in den Textilfabriken in Nordengland zu arbeiten (später folgten ihre Familien). Außerdem stieg die Zahl der Menschen aus Irland seit den 1950er Jahren deutlich an (im Jahr 1971 waren es eine Million) [3]. Von 1961 bis 1971 sind insgesamt 600.000 Menschen ins Vereinigte Königreich immigriert [4]. Zwischen 1945 und 1982 wanderten 1,5 Millionen Menschen aus dem Vereinigten Königreich nach Australien und viele andere nach Kanada aus [6]. Im Jahrzehnt nach dem Maastrichter Vertrag von 1993 kam es zu einer kontinuierlichen Zuwanderung in großem Umfang. Zum ersten Mal kamen mehr Menschen in das Vereinigte Königreich als das Land verließen [3]. Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts stieg vor allem die Zuwanderung von Menschen aus Indien und Irland [2, 3]. Zwischen Mai 2004 und September 2007 hat das Vereinigte Königreich ca. 715.000 Arbeitskräfte aus den im Jahr 2004 beigetretenen EU-Staaten aufgenommen (66% aus Polen, je 10% aus Litauen und der Slowakei). Außerdem initiierte das Vereinigte Königreich das „Programm für hoch qualifizierte Migrantinnen und Migranten" (HSMP), durch das hauptsächlich Staatsangehörige aus Indien und Pakistan ins Land kamen [4]. Im Jahr 2018 sind 602.000 Menschen ins Vereinigte Königreich eingewandert (54% waren Nicht-EU-Bürgerinnen und -Bürger, 33% Staatsangehörige anderer EU-Länder und 13% Staatsangehörige des Vereinigten Königreichs). Die Migrationsbevölkerung des Vereinigten Königreichs konzentriert sich hauptsächlich auf London (35%). Während der Anteil der Zugewanderten an der Gesamtbevölkerung in England bei 15,4% liegt, beträgt er in Wales 6,1%, in Nordirland 7,9% und in Schottland 8,8% [7]. Die größten Gruppen von (im Ausland geborenen) Zugewanderten kamen 2017/2018 aus Polen (889.000), Indien (862.000), Pakistan (529.000), Rumänien (410.000) und Irland (380.000) [8]. Zwischen 1990 und 2019 haben sich die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) und der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung mehr als verdoppelt (von 3,7 auf 9,6 Millionen bzw. von 6,4 auf 14,1%) [9]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 3,9 [10]. Diese Zahlen verdeutlichen, dass sich das Vereinigte Königreich seit den 1990er Jahren zu einem der wichtigsten Einwanderungsländer in Europa entwickelt hat. Inwieweit sich der EU-Austritt (31. Januar 2020) auf das Migrationsverhalten auswirken wird, zeigt sich in den kommenden Jahrzehnten.

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

2.1 England

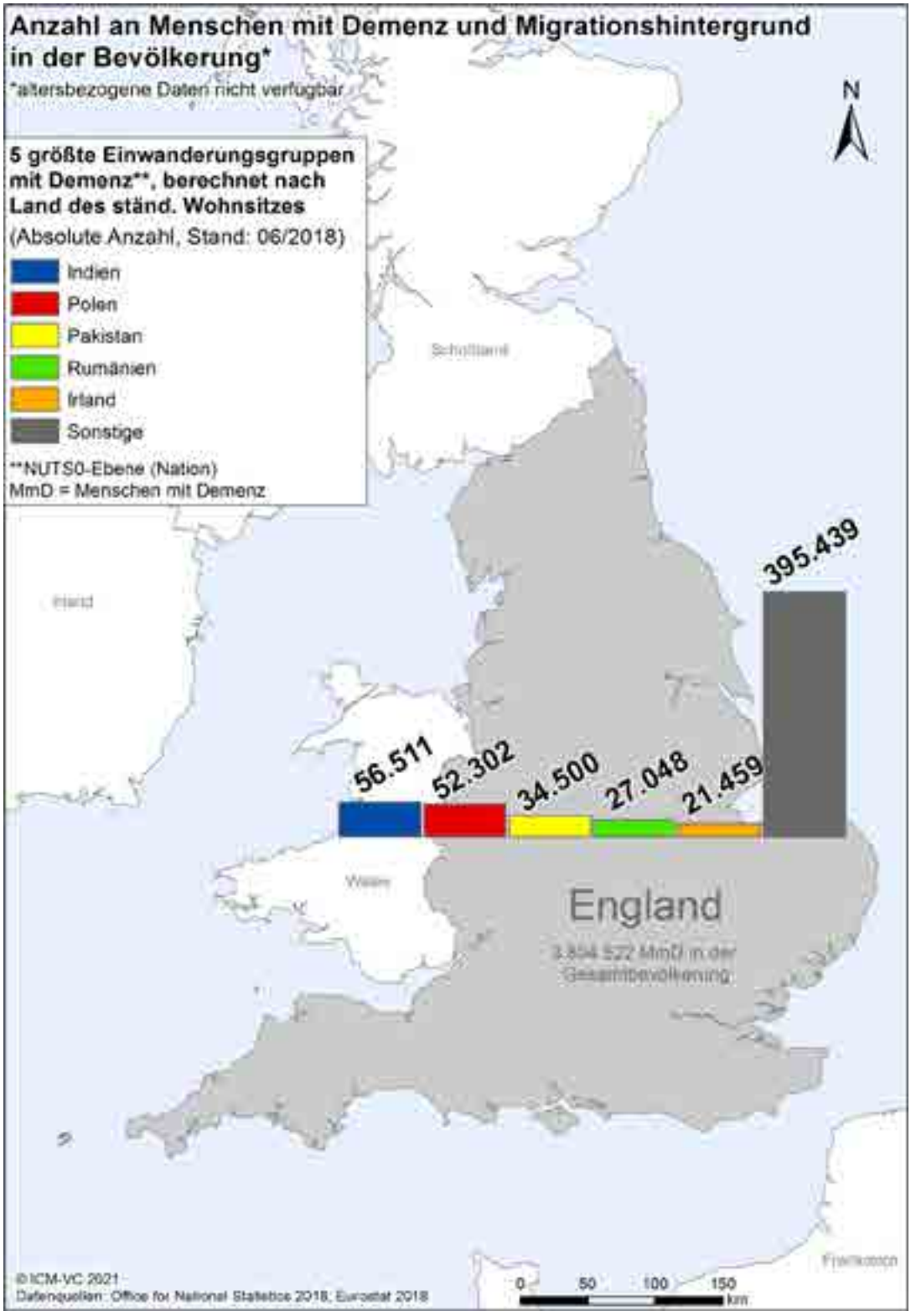


Abb. 3.7.31.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz (England - Nation)

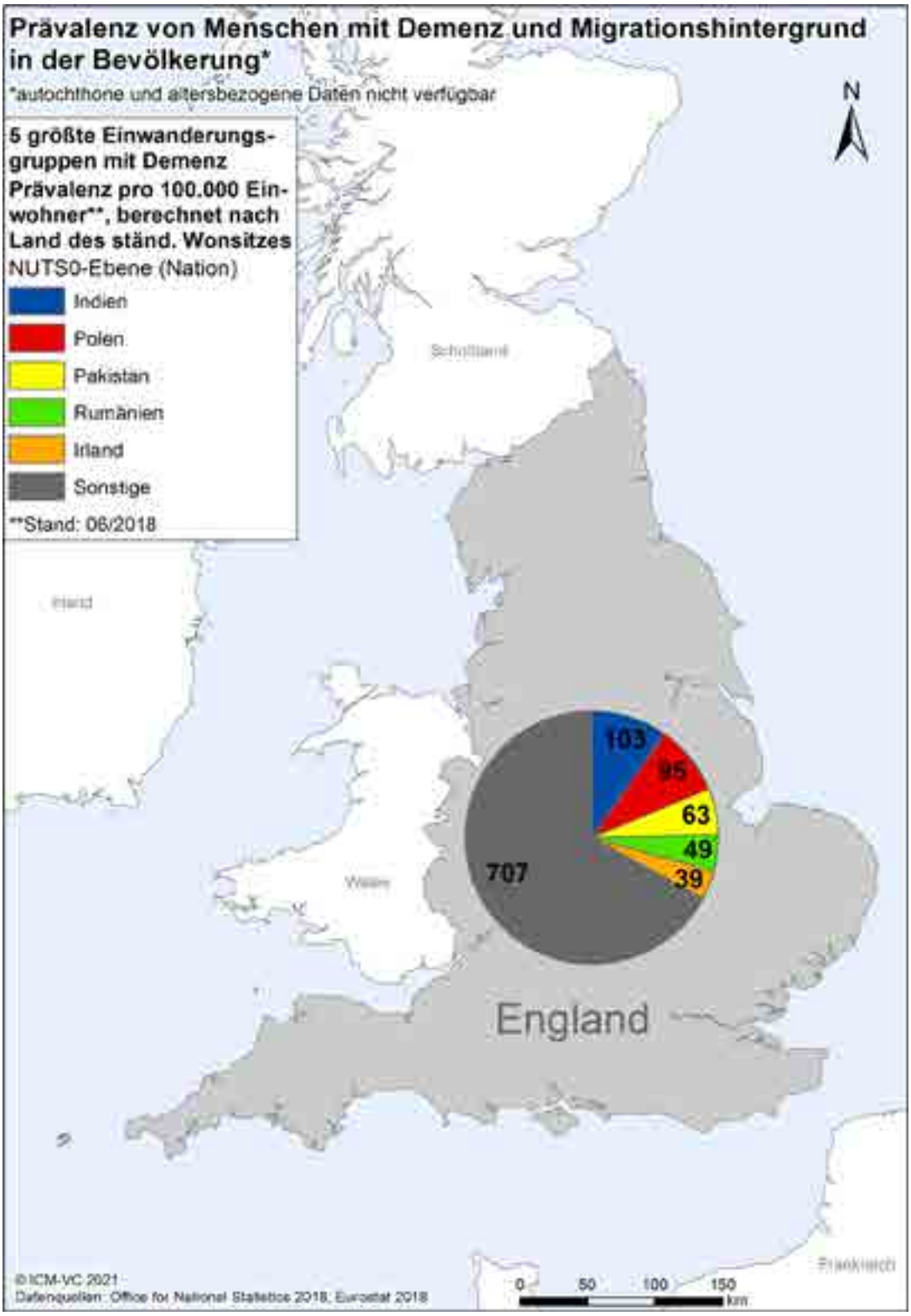


Abb. 3.7.31.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung (England - Nation)

Tab. 54: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (England - Nation)

NUTS	Total	ENG	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
England	3.804.522	3.211.260	IN 56.511	PL 52.302	PK 34.500	RO 27.048	IE 21.459	401.442
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund								
England	4.425	-	IN 66	PL 61	PK 40	RO 31	IE 25	467
Prävalenz/100.000 Personen								
England	6.900	5.824	IN 102	PL 95	PK 63	RO 49	IE 39	707

Quelle: Office for National Statistics (2018)

In England 8.511.000 PmM. Davon weisen schätzungsweise 588.100 eine Form von Demenz auf. Allerdings sind diese Daten nicht altersspezifisch, sondern für die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund, so dass diese Zahlen natürlich höher und überschätzter sind, als wenn Daten für die Altersgruppe ab 65 Jahren erhältlich wären. Abbildung 3.7.31.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus Indien (ca. 56.510), Polen (ca. 52.300), Pakistan (ca. 34.500), Rumänien (ca. 27.100) und Irland (ca. 21.500) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in England pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.31.2). Tabelle 54 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus Indien, Polen, Pakistan, Rumänien und Irland auf der NUTS1-Ebene (Abbildungen 3.7.31.3 - 3.7.31.7).

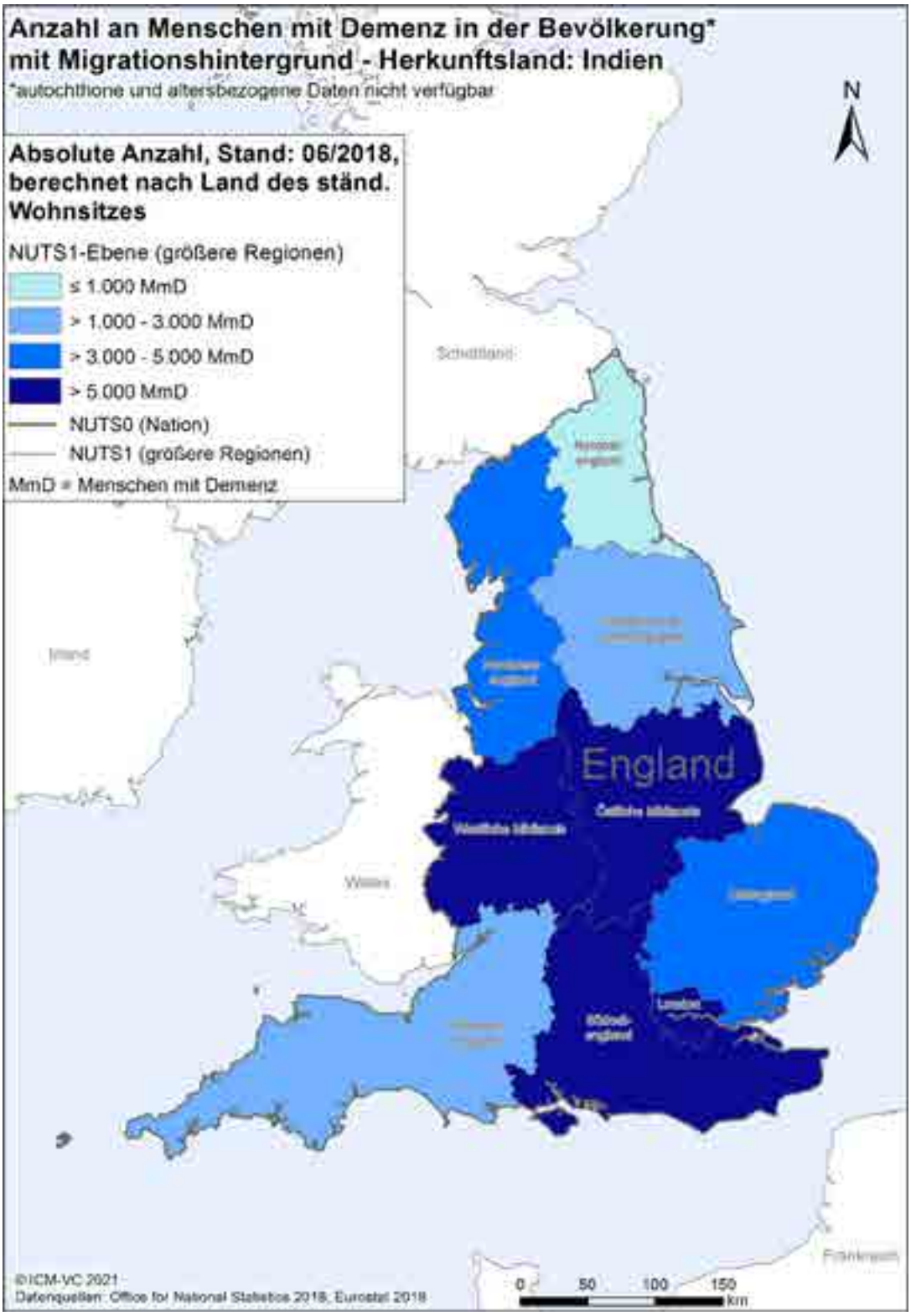


Abb. 3.7.31.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz.
Herkunftsland: Indien (England - NUTS1)

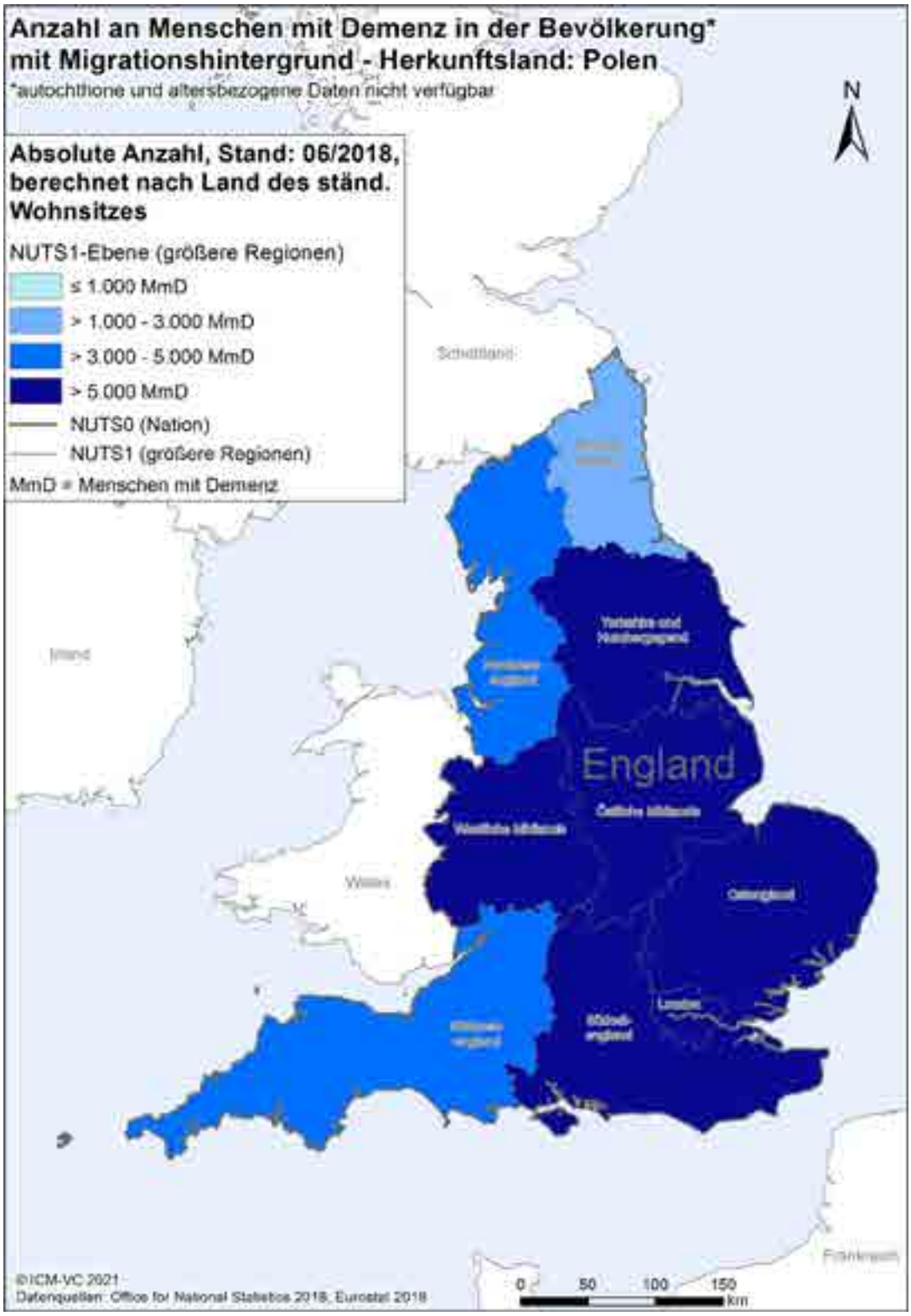


Abb. 3.7.31.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz.
Herkunftsland: Polen (England - NUTS1)

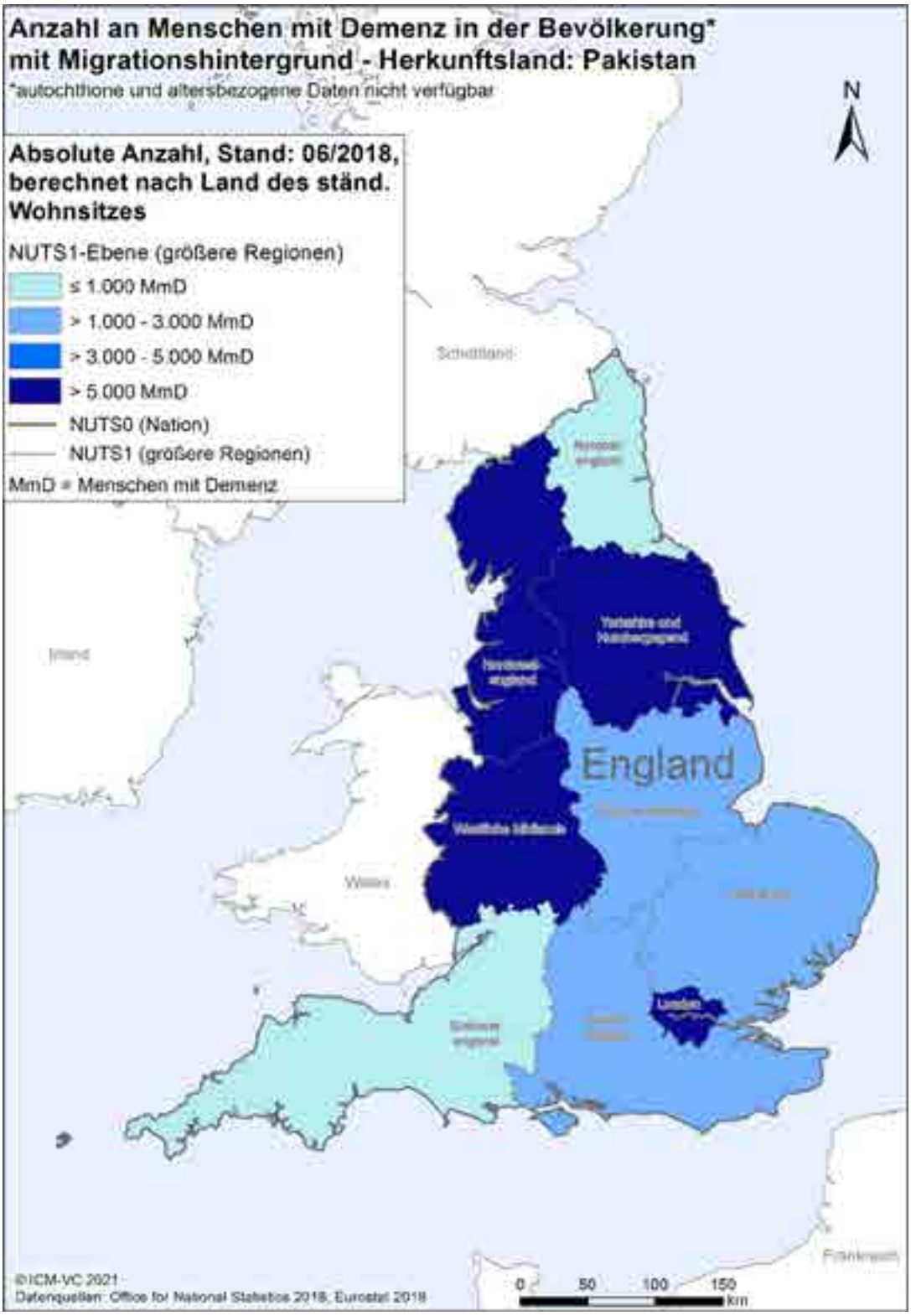


Abb. 3.7.31.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz.
Herkunftsland: Pakistan (England - NUTS1)

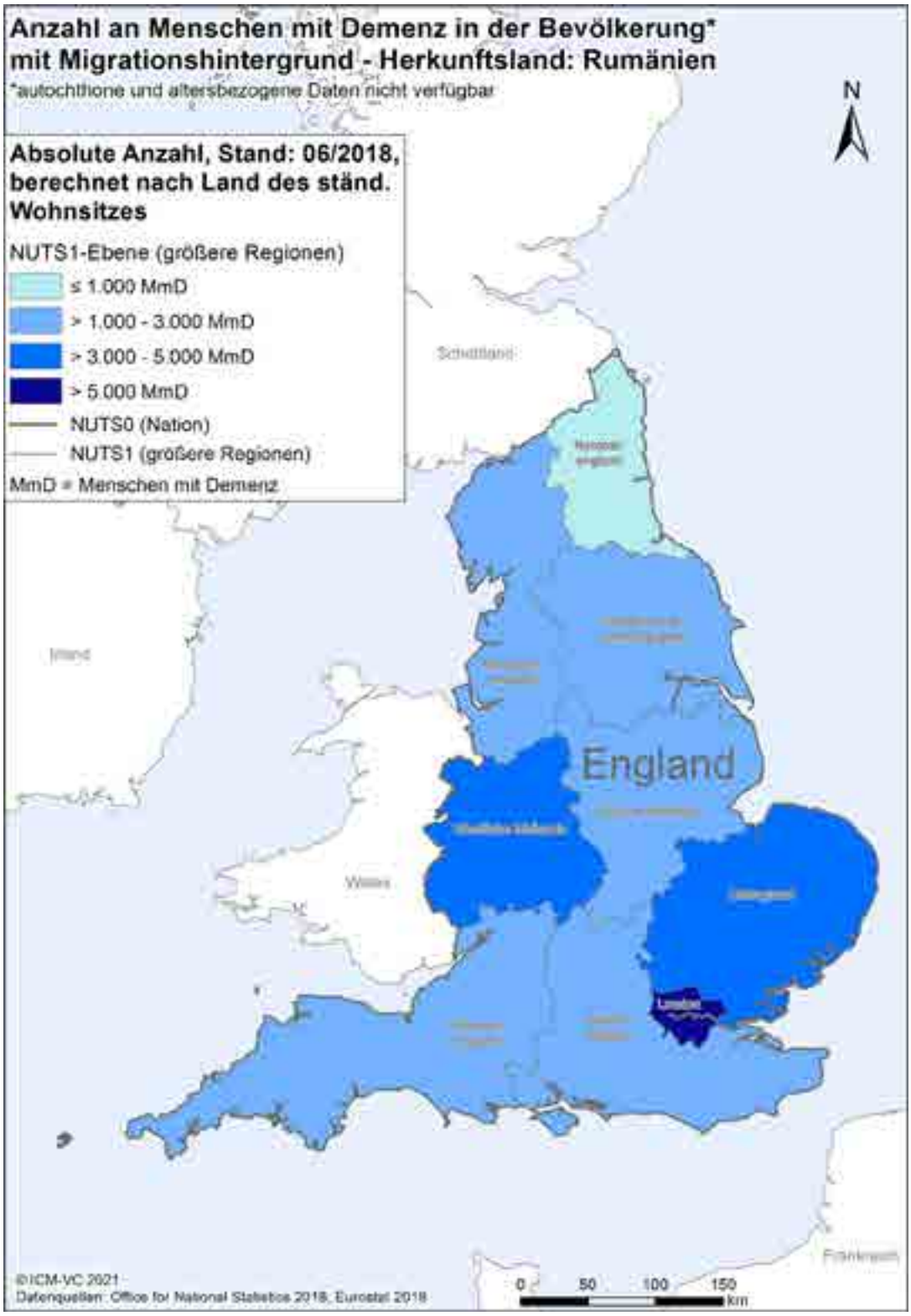


Abb. 3.7.31.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz.
Herkunftsland: Rumänien (England - NUTS1)

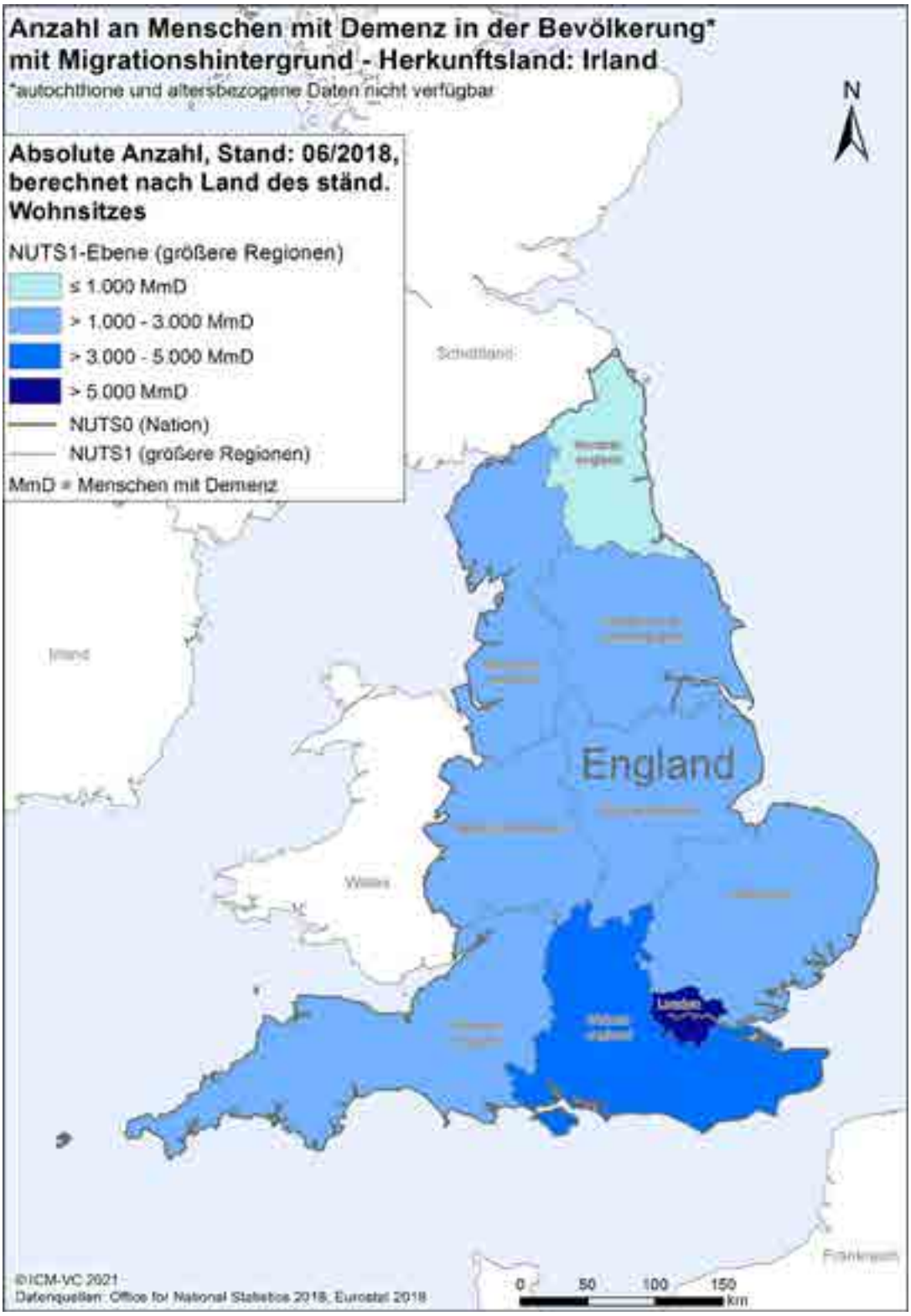


Abb. 3.7.31.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz.
Herkunftsland: Irland (England - NUTS1)

Die nachstehende Grafik zeigt, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS1-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte veranschaulicht die absoluten

Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS1-Regionen (Abbildung 3.7.31.8). Die zweite Karte zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in den NUTS1-Regionen (Abbildung 3.7.31.9). Die Werte aus der NUTS1-Ebene finden sich in Tabelle 55 [11-13].

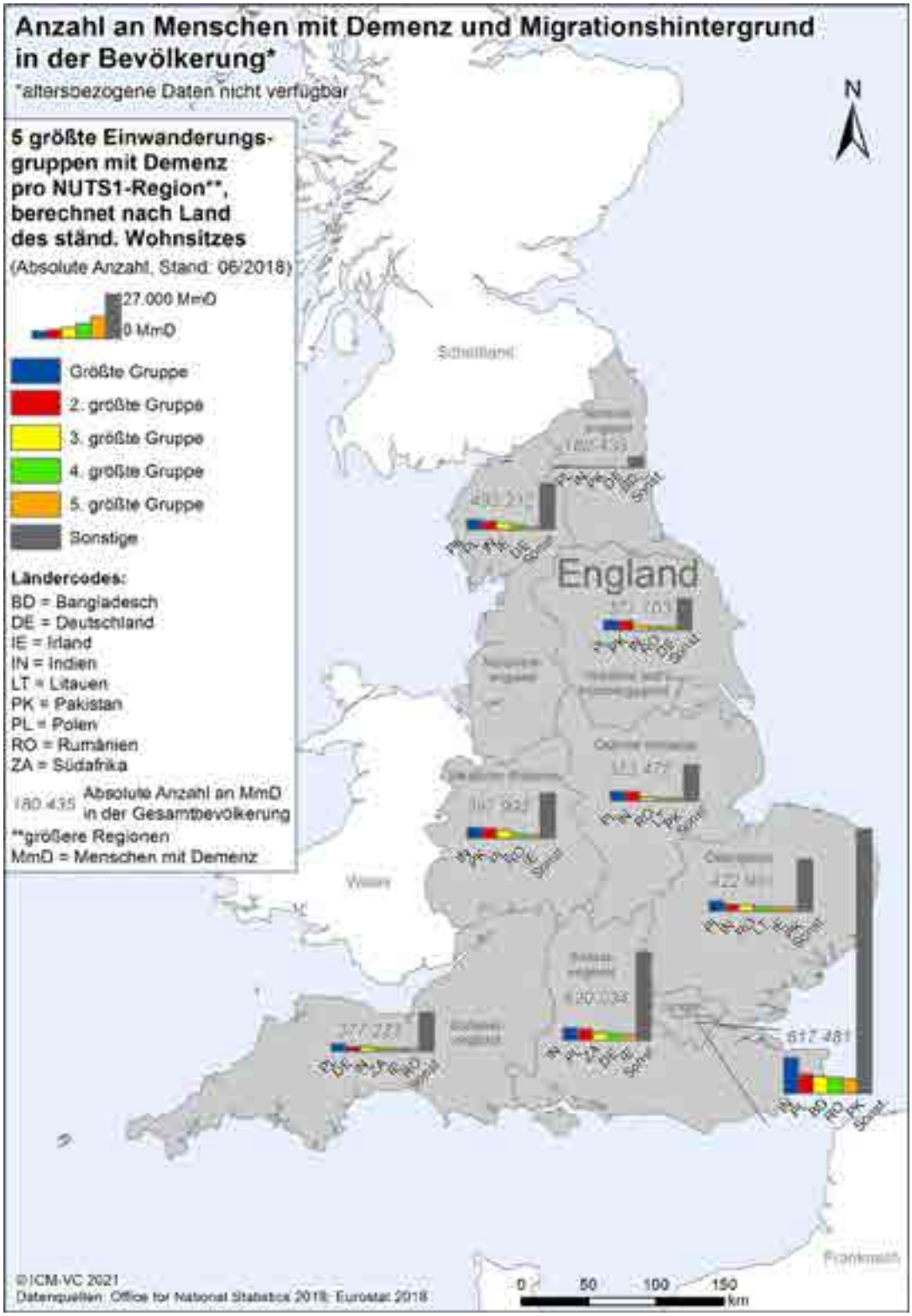


Abb. 3.7.31.8: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz (England - NUTS1)

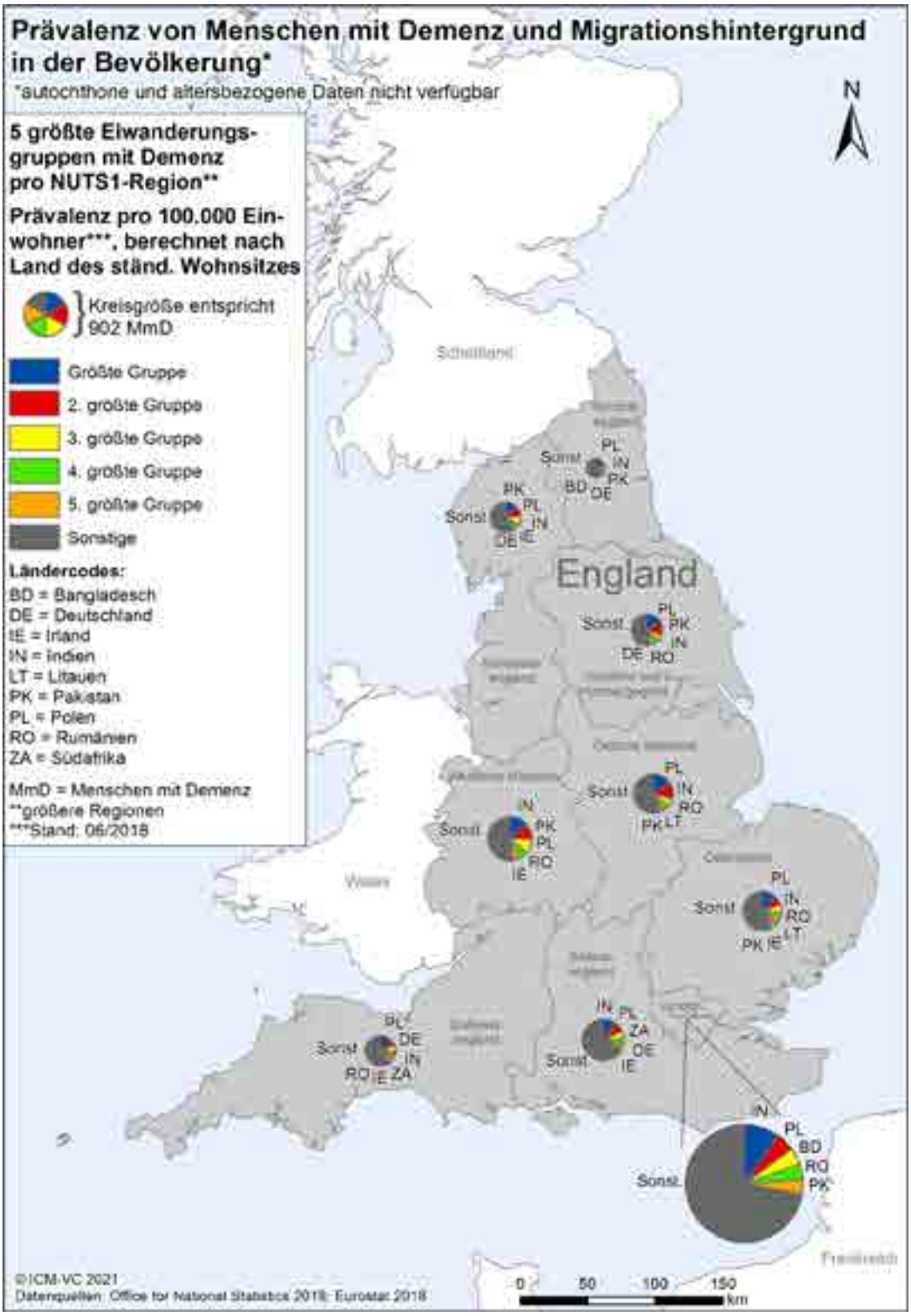


Abb. 3.7.31.9: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung (England - NUTS1)



Tab. 55: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (England - NUTS1)

NUTS	Total	ENG	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Nordost-england	180.435	169.257	PL 1.311	IN 897	PK 690	DE 621	BD 414	7.245
Nordwest-england	493.212	445.947	PK 5.934	PL 4.968	IN 4.002	IE 2.415	DE 1.449	28.497
Yorkshire und Humbergegend	371.703	334.305	PL 5.727	PK 5.382	IN 2,277	RO 2.139	DE 1.725	20.148
Östliche Midlands	323.472	282.486	PL 6.072	IN 5.727	RO 2.346	LT 1.725	PK 1.656	23.460
Westliche Midlands	397.992	342.378	IN 7.383	PK 6.624	PL 5.796	RO 3.588	IE 2.484	29.739
Ostengland	422.901	370.323	PL 6.003	IN 4.071	RO 3.381	LT 2.622	IE & PK 2.346	34.155
London	617.481	388.332	IN 22.011	PL 11.592	BD 10.488	RO 9.867	PK 8.901	166.290
Südostengland	620.034	537.096	IN 7.659	PL 6.762	ZA 4.554	DE 4.347	IE 3.312	56.304
Südwest-england	377.223	341.067	PL 4.140	DE 2.553	IN 2.484	ZA 1.794	IE & RO 1.449	23.736
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund								
Nordost-england	11.138	-	PL 81	IN 55	PK 43	DE 38	BD 26	447
Nordwest-england	7.200	-	PK 87	PL 73	IN 58	IE 35	DE 21	416
Yorkshire und Humbergegend	6.858	-	PL 106	PK 99	IN 42	RO 39	DE 32	372
Östliche Midlands	5.446	-	PL 102	IN 96	RO 39	LT 29	PK 28	396
Westliche Midlands	4.938	-	IN 92	PK 82	PL 72	RO 45	IE 31	368
Ostengland	5.550	-	PL 79	IN 53	RO 44	LT 34	IE & PK 31	449
London	1.859	-	IN 66	PL 35	BD 32	RO 30	PK 27	500
Südostengland	5.158	-	IN 64	PL 56	ZA 38	DE 36	IE 28	468
Südwest-england	7.199	-	PL 79	DE 49	IN 47	ZA 34	IE & RO 28	453



Vereinigtes Königreich

NUTS	Total	ENG	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Prävalenz/100.000 Personen								
Nordost-england	6.900	6.239	PL 50	IN 34	PK 26	DE 24	BD 16	248
Nordwest-england	6.900	6.206	PK 83	PL 70	IN 56	IE 34	DE 20	381
Yorkshire und Humbergegend	6.900	6.026	PL 106	PK 100	IN 42	RO 40	DE 32	351
Östliche Midlands	6.900	5.936	PL 130	IN 122	RO 50	LT 37	PK 35	474
Westliche Midlands	6.900	6.042	IN 128	PK 115	PL 100	RO 62	IE 43	499
Ostengland	6.900	4.339	PL 98	IN 66	RO 55	LT 43	IE & PK 38	526
London	6.900	5.977	IN 246	PL 130	BD 117	RO 110	PK 99	1.816
Südostengland	6.900	6.239	IN 85	PL 75	ZA 51	DE 48	IE 37	606
Südwest-england	6,900	6,239	PL 76	DE 47	IN 45	ZA 33	IE & RO 27	420

Quelle: Office for National Statistics (2018)

2.2 Nordirland

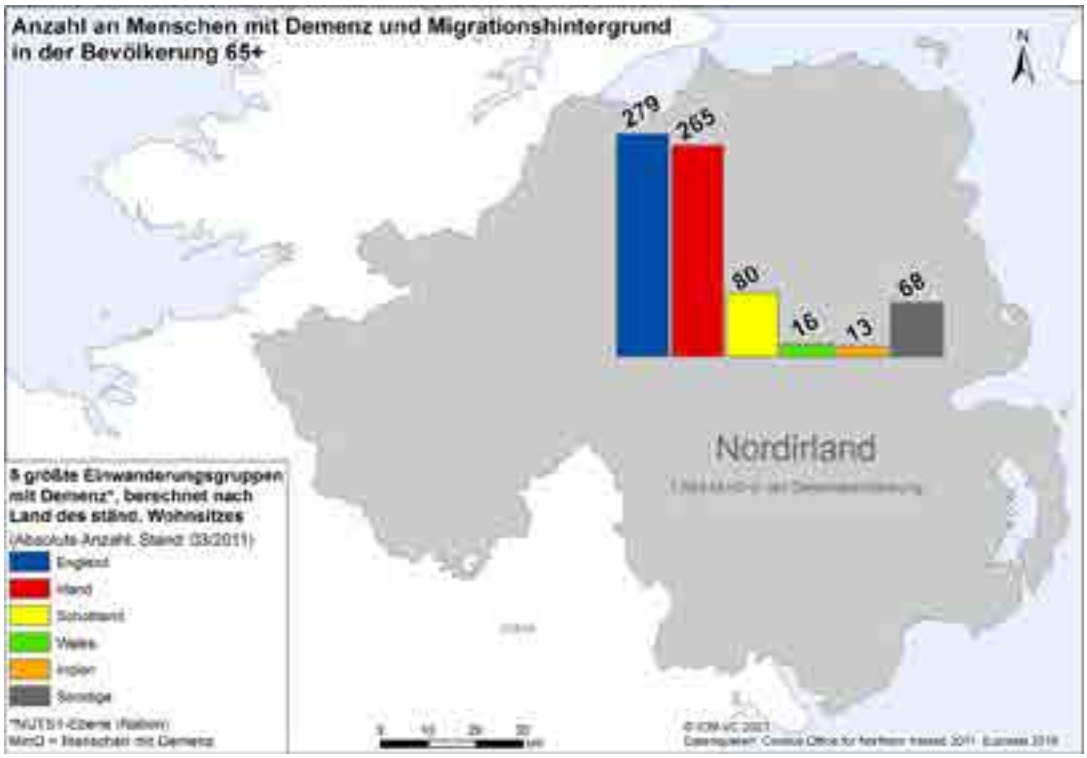


Abb. 3.7.31.10: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Nordirland - Nation)

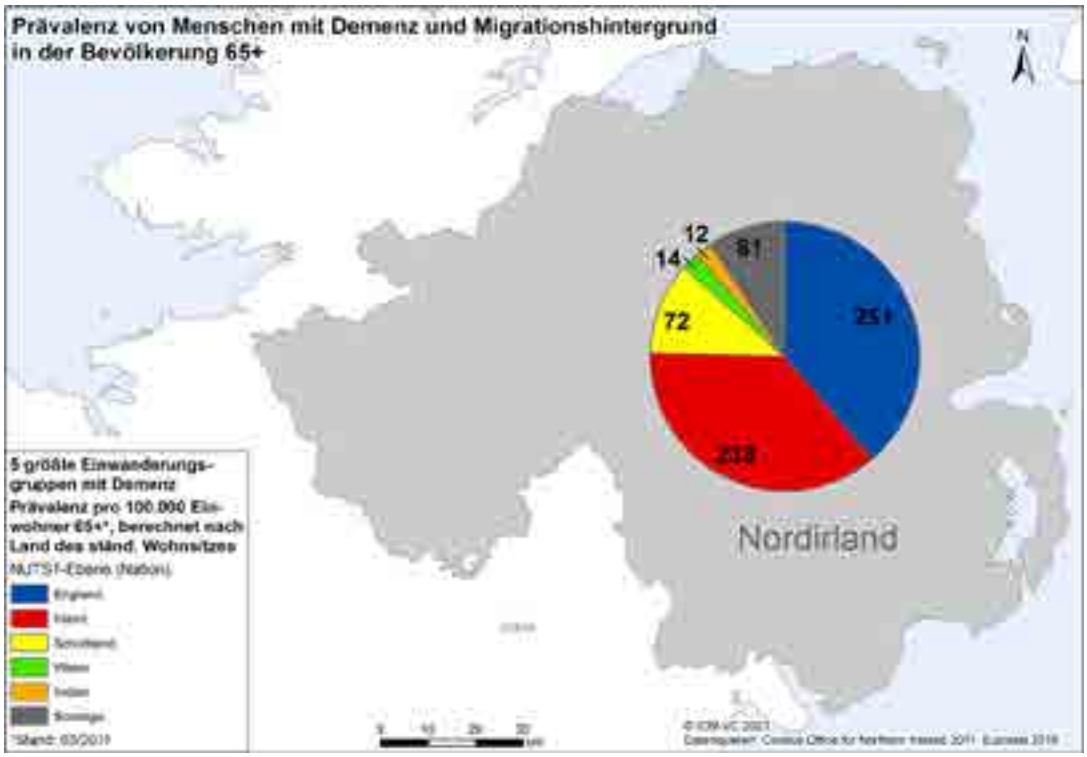


Abb. 3.7.31.11: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Nordirland - Nation)

Tab. 56: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Nordirland - Nation)

NUTS	Total	NIR	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Nord Irland	7.684	6.963	ENG 279	IE 265	SCT 80	WLS 16	IN 13	68
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Nord Irland	7.351	-	ENG 267	IE 253	SCT 76	WLS 15	IN 13	65
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Nord Irland	6.900	6.252	ENG 251	IE 238	SCT 72	WLS 14	IN 12	61

Quelle: Census Office for Northern Ireland (2011)

In Nordirland leben 10.500 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 700 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.31.10 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus England (ca. 300), Irland (ca. 300), Schottland (ca. 100), Wales (ca. 20) und Indien (ca. 10) stammen. Das zweite Diagramm zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Nordirland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.31.11). Tabelle 56 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [11, 12, 14].

2.3 Schottland

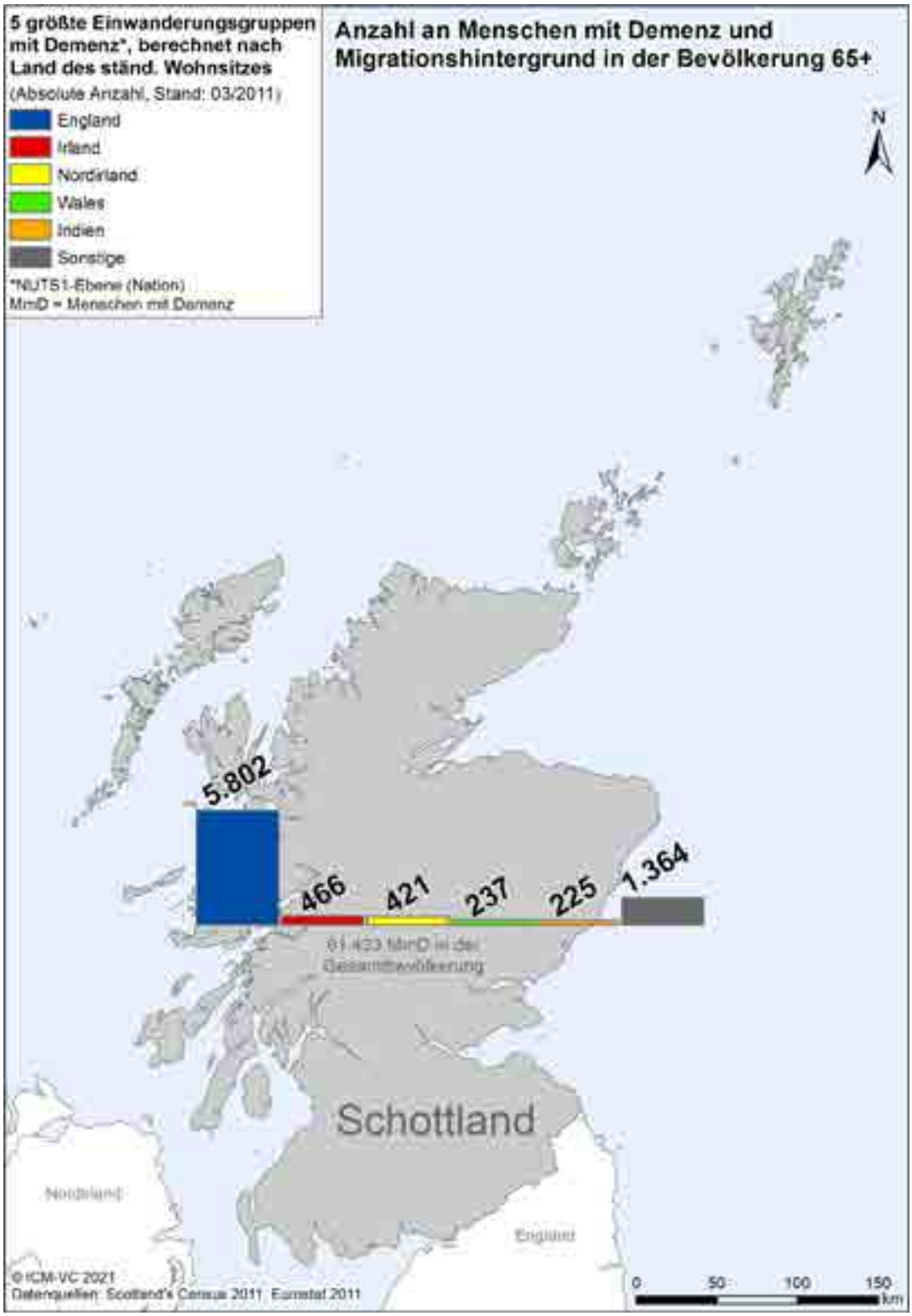


Abb. 3.7.31.12: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schottland - Nation)

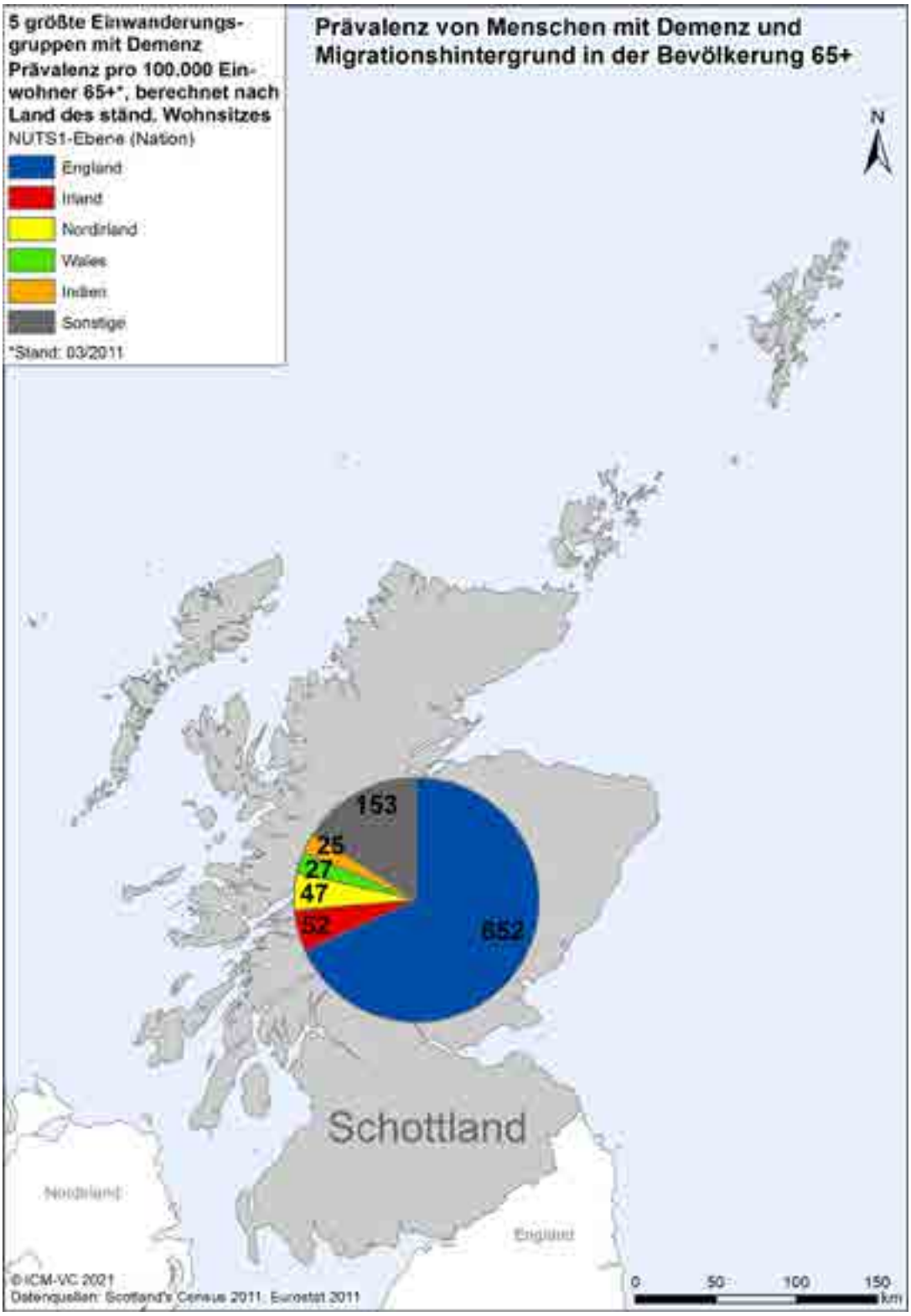


Abb. 3.7.31.13: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schottland - Nation)

Tab. 57: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schottland - Nation)

NUTS	Total	SCT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Schottland	61.433	52.919	ENG 5.802	IE 465	NIR 421	WLS 237	IN 225	1.362
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Schottland	4.978	-	ENG 470	IE 38	NIR 34	WLS 19	IN 18	111
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Schottland	6.900	5.944	ENG 652	IE 52	NIR 47	WLS 27	IN 25	153

Quelle: Scotland's Census (2011)

In Schottland leben 123.400 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Von diesen weisen schätzungsweise 8.500 eine Form von Demenz auf. Abbildung 3.7.31.12 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus England (ca. 5.800), Irland (ca. 500), Nordirland (ca. 400), Wales (ca. 200) und Indien (ca. 200) stammen. Die zweite Grafik verdeutlicht die Anzahl der PmM mit Demenz in Schottland pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.31.13). Tabelle 57 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus England, Irland, Nordirland, Wales und Indien in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.31.14 - 3.7.31.19).

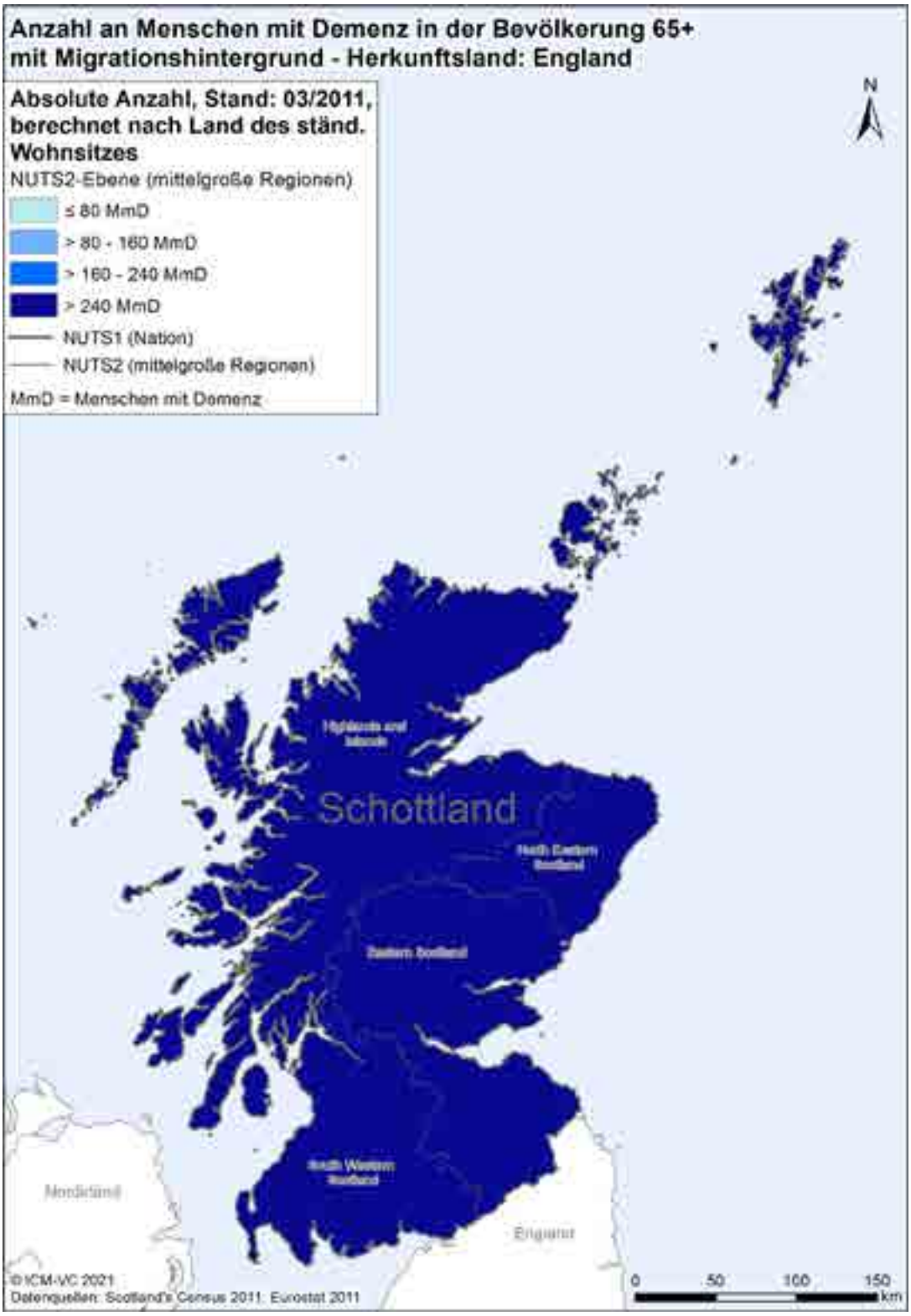


Abb. 3.7.31.14: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:England (Schottland - NUTS2)

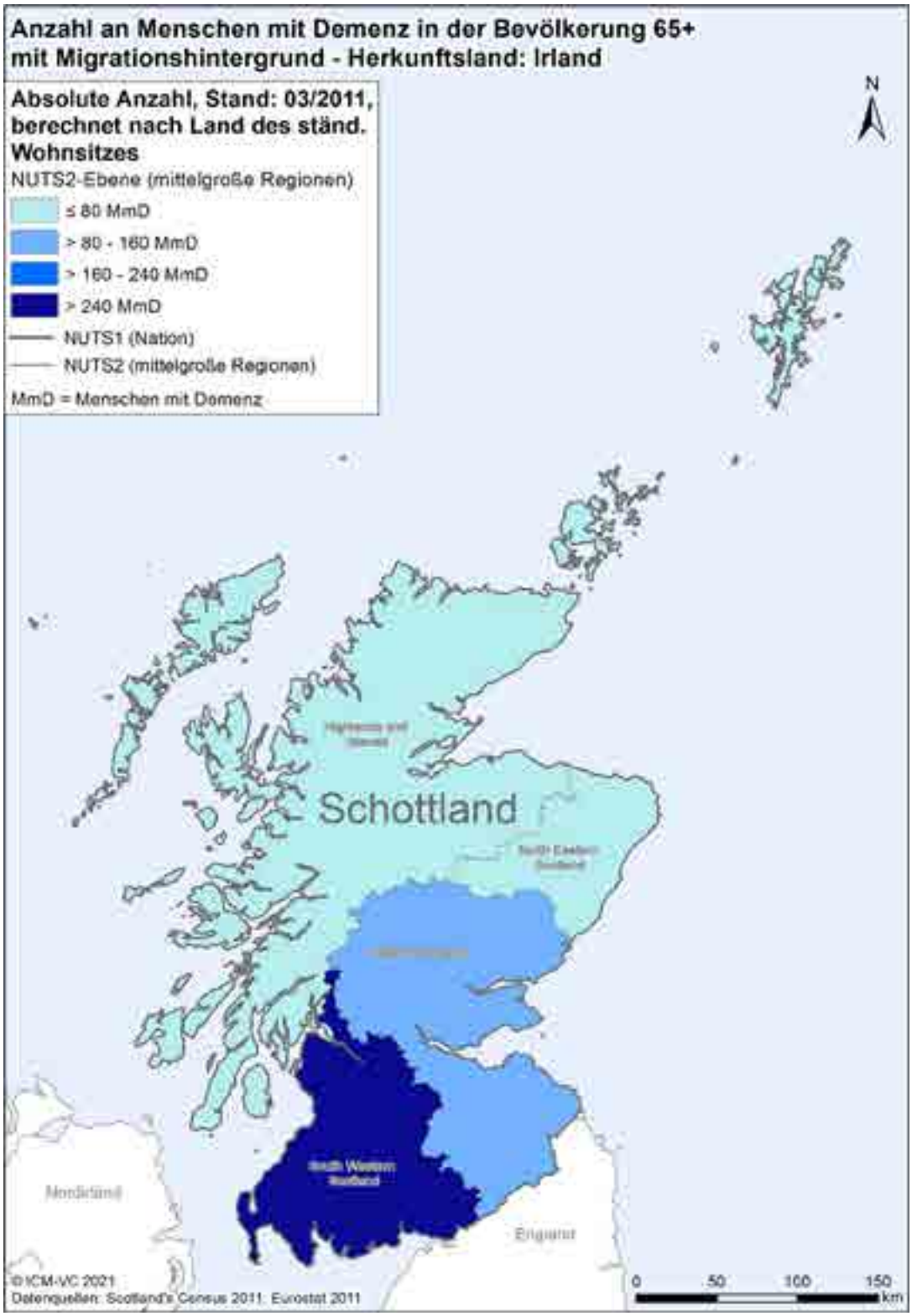


Abb. 3.7.31.15: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Irland (Schottland - NUTS2)

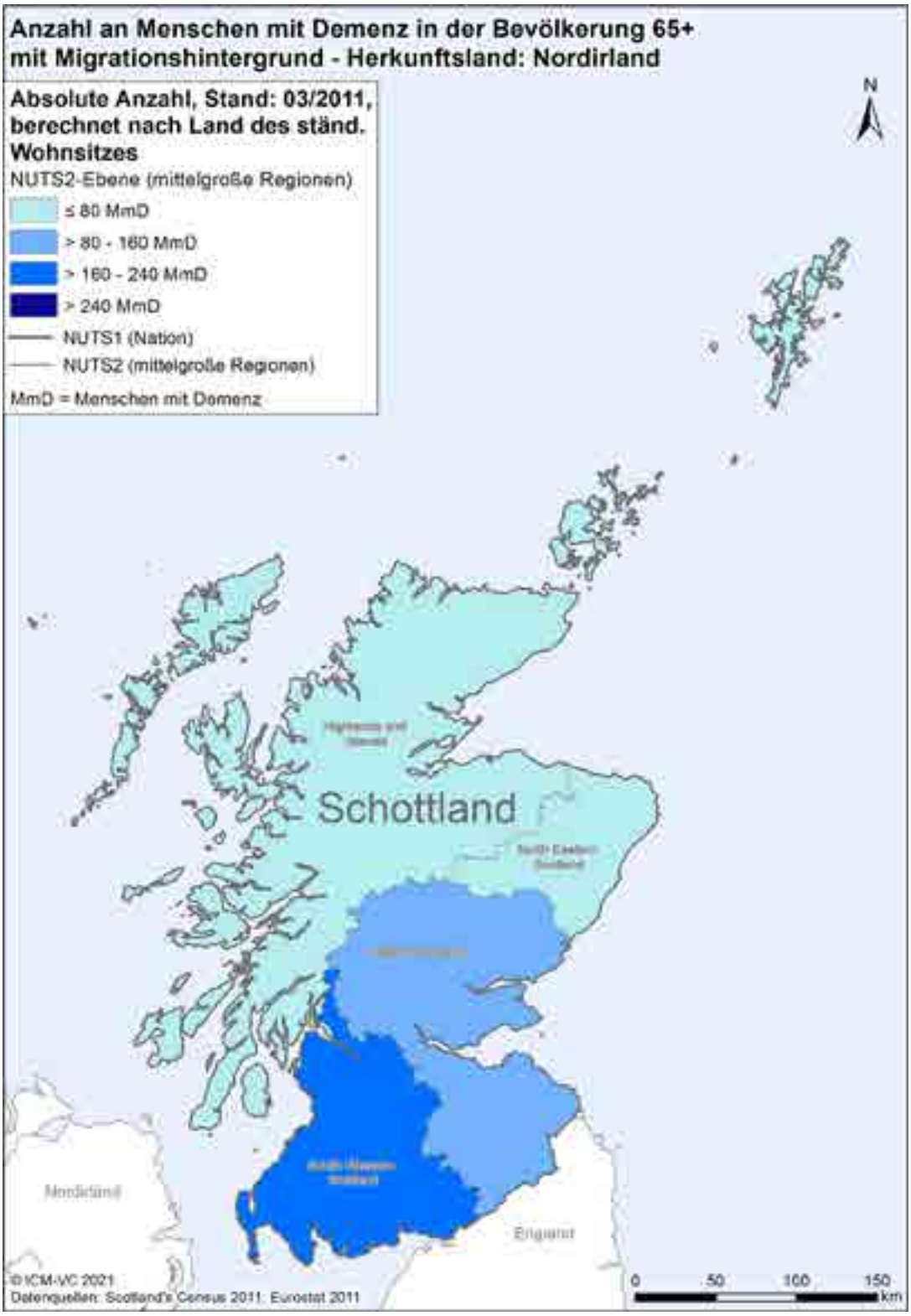


Abb. 3.7.31.16: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Nordirland (Schottland - NUTS2)

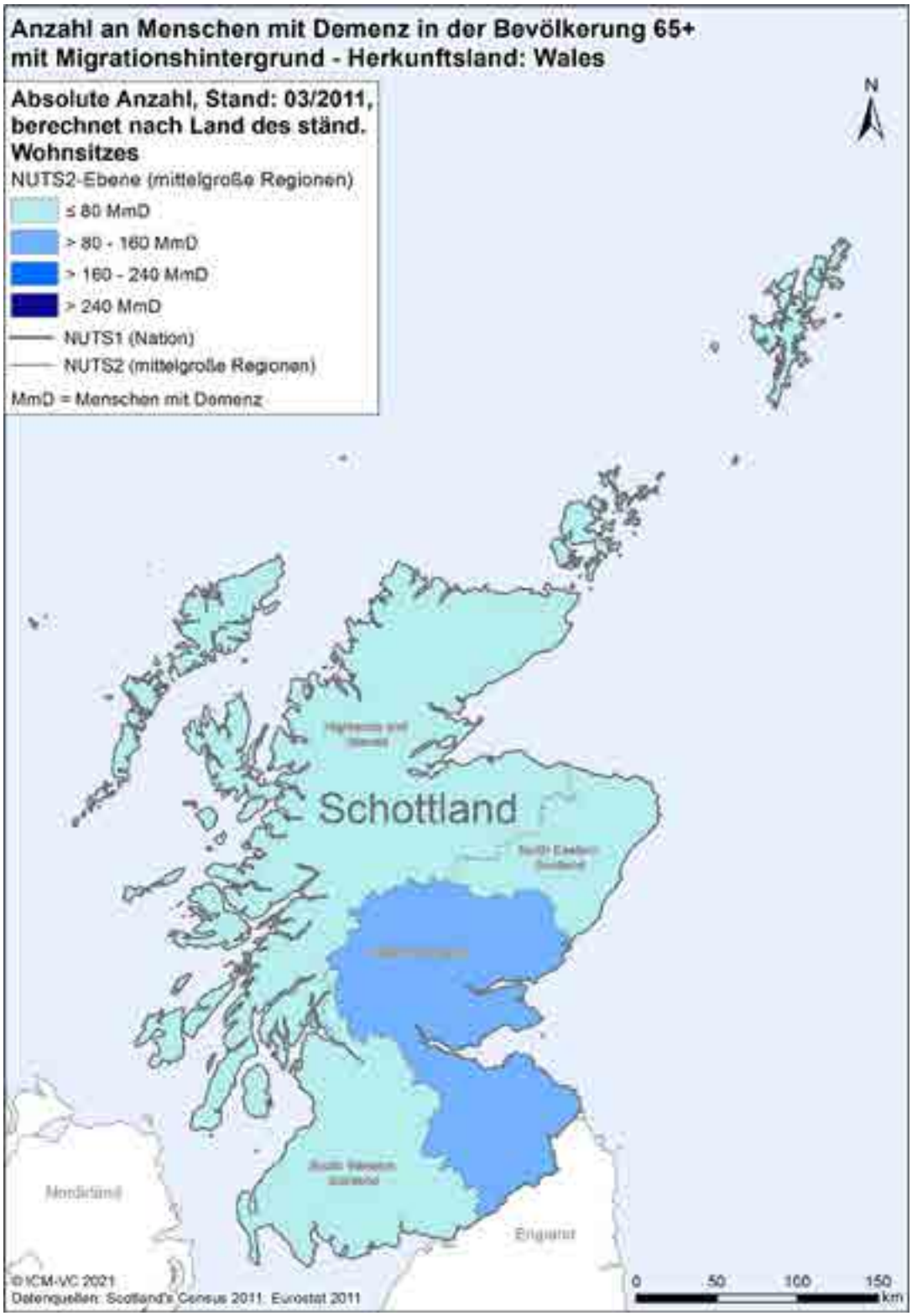


Abb. 3.7.31.17: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Wales (Schottland - NUTS2)

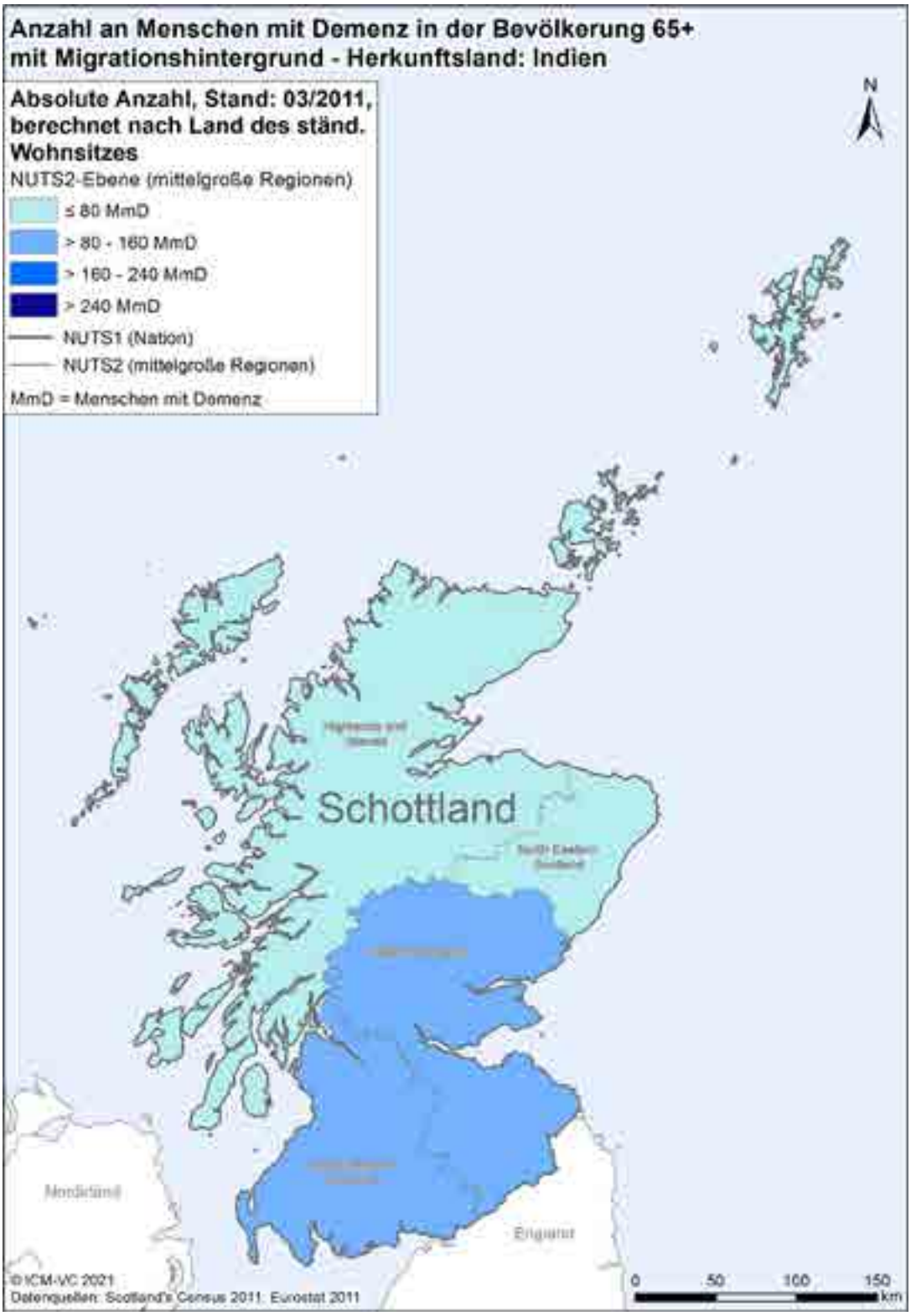


Abb. 3.7.31.18: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Indien (Schottland - NUTS2)

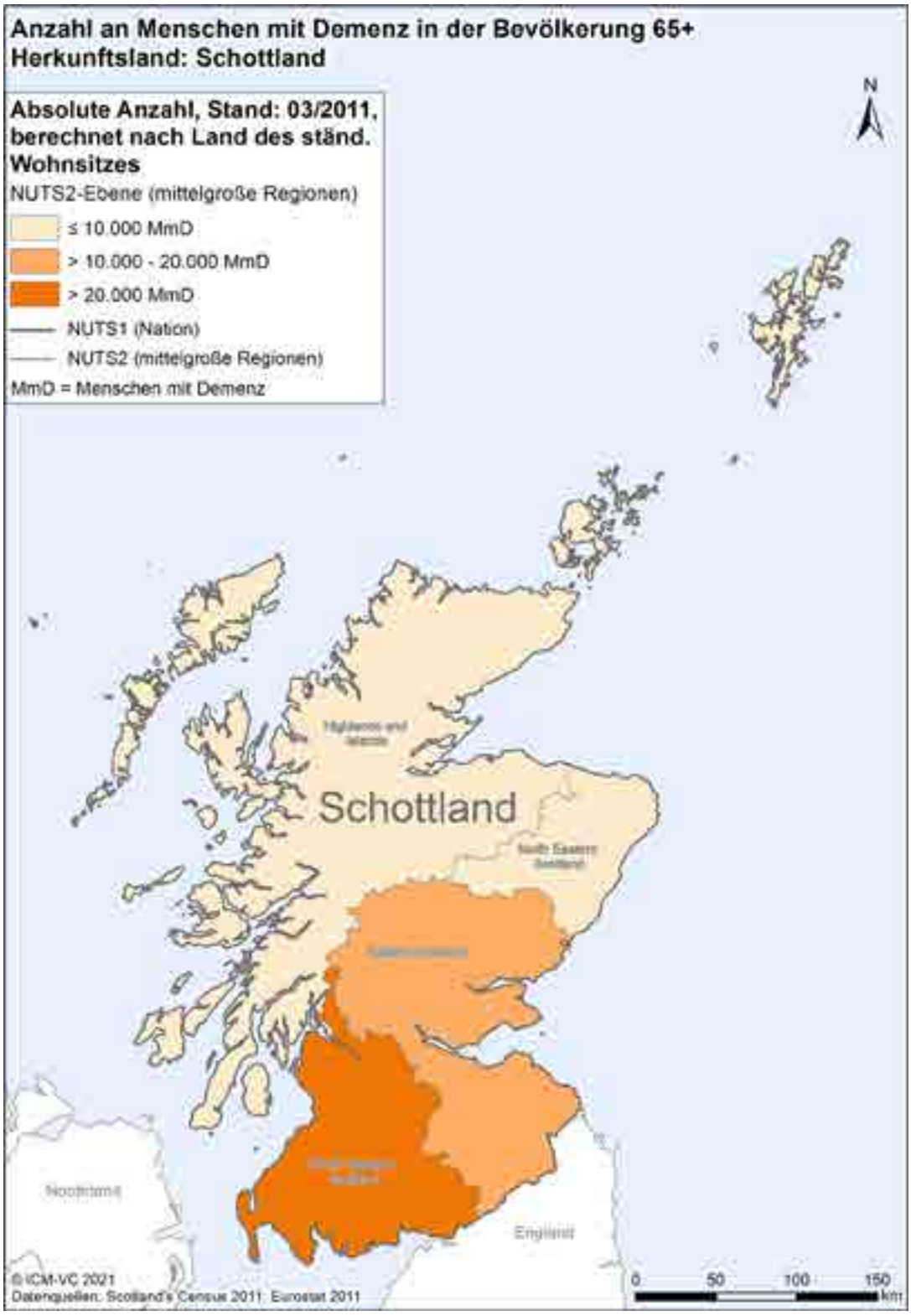


Abb. 3.7.31.19: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland:Schottland (Schottland - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene. Die erste Karte veranschaulicht die absoluten Zahlen von Menschen mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.31.20). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM

mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.31.21). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 58 [11, 15, 16].

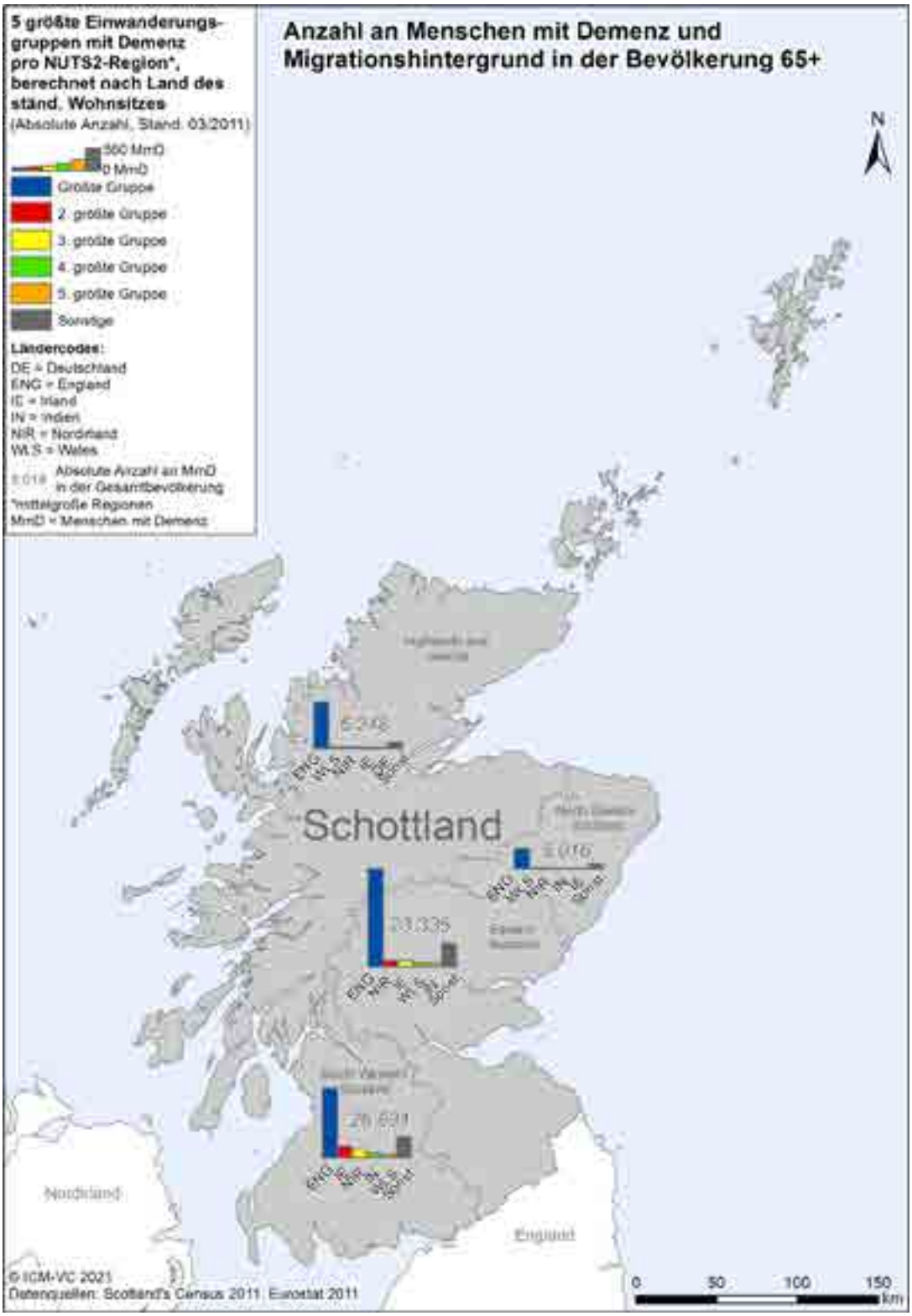


Abb. 3.7.31.20: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schottland - NUTS2)

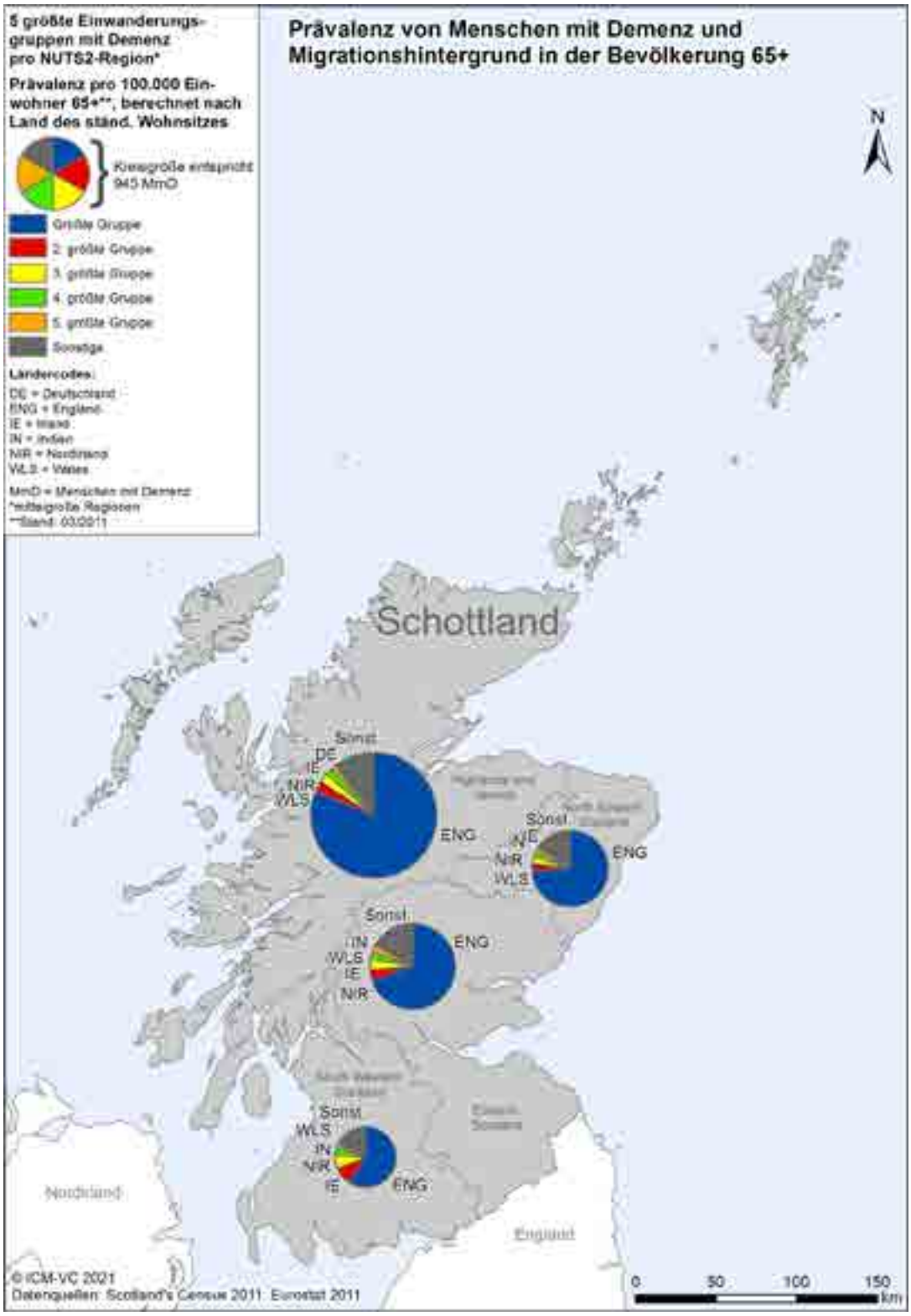


Abb. 3.7.31.21: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schottland - NUTS2)

Tab. 58: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schottland - NUTS2)

NUTS	Total	SCT	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Eastern Scotland	23.335	19.771	ENG 2.475	NIR 153	IE 147	WLS 103	IN 91	595
South Western Scotland	26.834	23.954	ENG 1.696	IE 280	NIR 212	IN 106	WLS 74	511
North Eastern Scotland	5.016	4.329	ENG 507	WLS 22	NIR 22	IN 14	IE 12	110
Highlands and Islands	6.248	4.865	ENG 1.123	WLS 38	NIR 34	IE 26	DE 18	144
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Eastern Scotland	4.518	-	ENG 479	NIR 30	IE 29	WLS 20	IN 18	115
South Western Scotland	6.428	-	ENG 406	IE 67	NIR 51	IN 25	WLS 18	122
North Eastern Scotland	5.038	-	ENG 509	WLS 22	NIR 22	IN 14	IE 12	111
Highlands and Islands	3.117	-	ENG 561	WLS 19	NIR 17	IE 13	DE 9	72
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Eastern Scotland	6.900	5.846	ENG 732	NIR 45	IE 44	WLS 30	IN 27	176
South Western Scotland	6.900	6.159	ENG 436	IE 72	NIR 55	IN 27	WLS 19	131
North Eastern Scotland	6.900	5.955	ENG 698	WLS 30	NIR 30	IN 19	IE 16	151
Highlands and Islands	6.900	5.373	ENG 1.241	WLS 41	NIR 38	IE 29	DE 29	159

Quelle: Scotland's Census (2011)

2.4 Wales

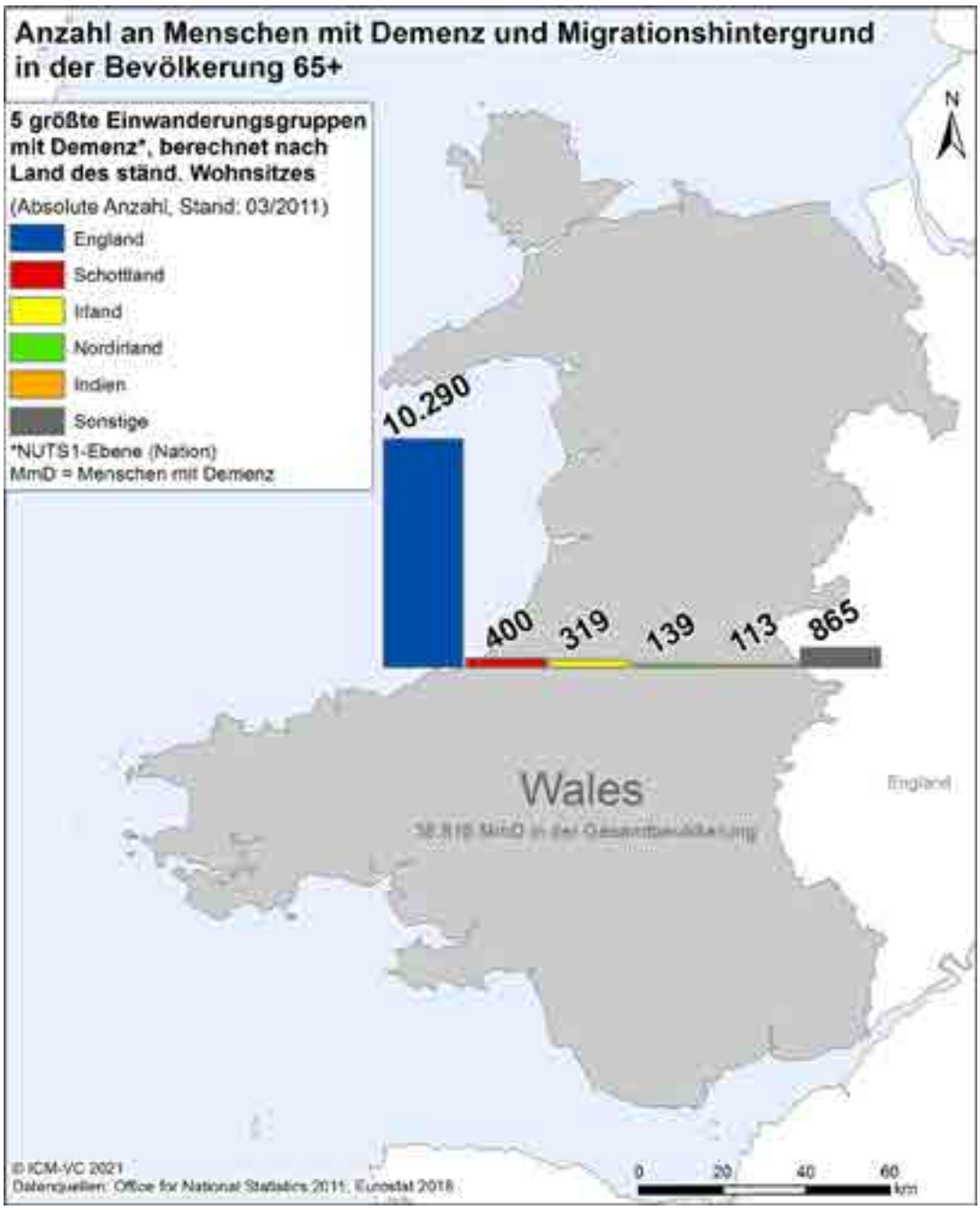


Abb. 3.7.31.22: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Wales - Nation)

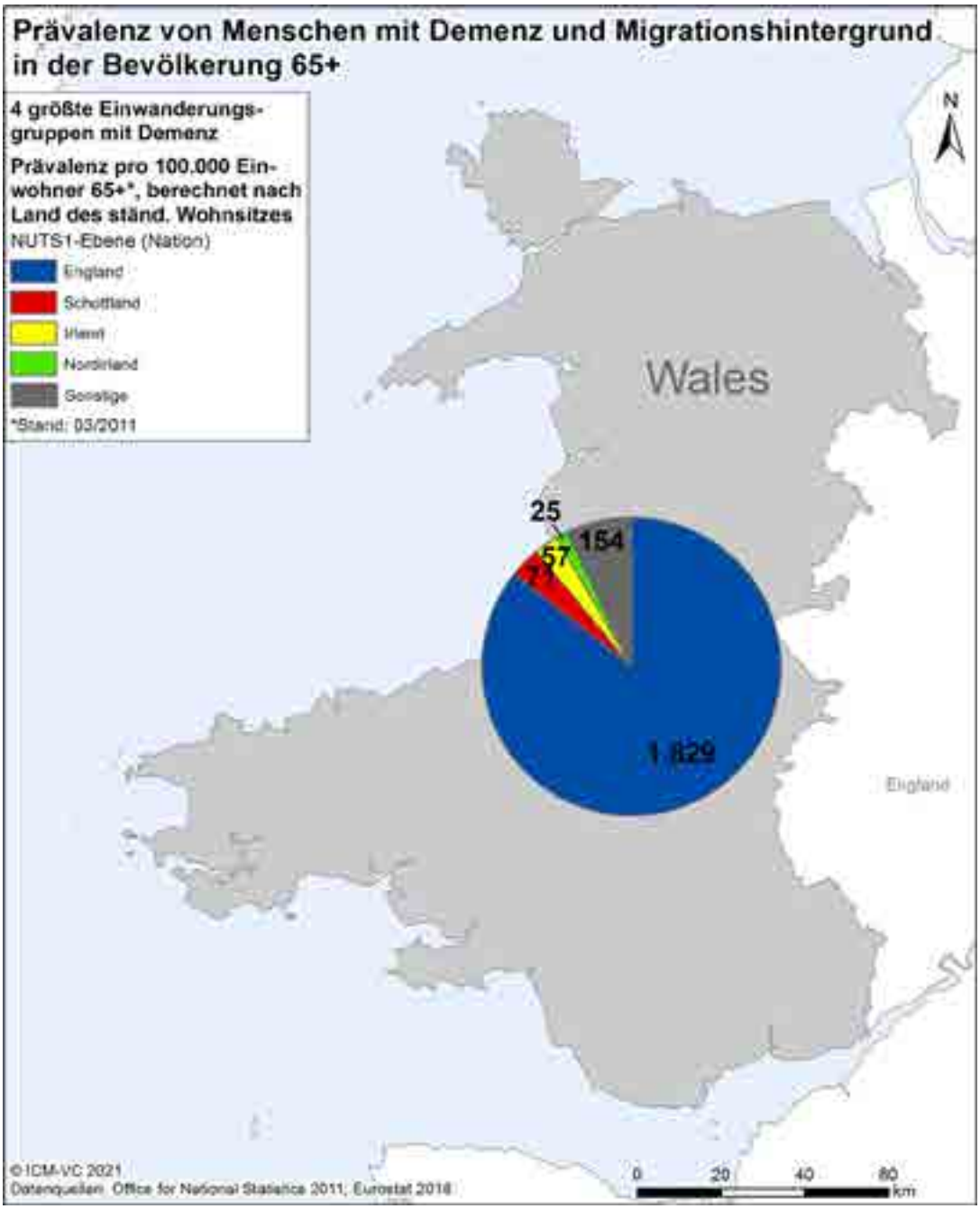


Abb. 3.7.31.23: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung 65+ (Wales - Nation)

Tab. 59: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Wales - Nation)

NUTS	Total	WLS	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Wales	38.816	26.690	ENG 10.290	SCT 400	IE 319	NIR 138	IN 112	867
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Wales	2.209	-	ENG 586	SCT 23	IE 18	NIR 8	IN 6	49
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Wales	6.900	4.745	ENG 1.829	SCT 71	IE 57	NIR 25	IN 20	153

Quelle: Office for National Statistics (2011)

In Wales leben 175.700 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 12.100 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.31.22 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus England (ca. 10.300), Schottland (ca. 400), Irland (ca. 300), Nordirland (ca. 100) und Indien (ca. 100) stammen. Das zweite Diagramm zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz in Wales pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.31.23). Tabelle 59 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene. Die folgenden Karten zeigen die landesweite Verteilung von PmM mit Demenz aus England, Schottland, Irland und Nordirland in den NUTS2-Regionen und Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz (Abbildungen 3.7.31.24 - 3.7.31.28).



Abb. 3.7.31.24: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:England (Wales - NUTS2)



Abb. 3.7.31.25: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Schottland (Wales - NUTS2)

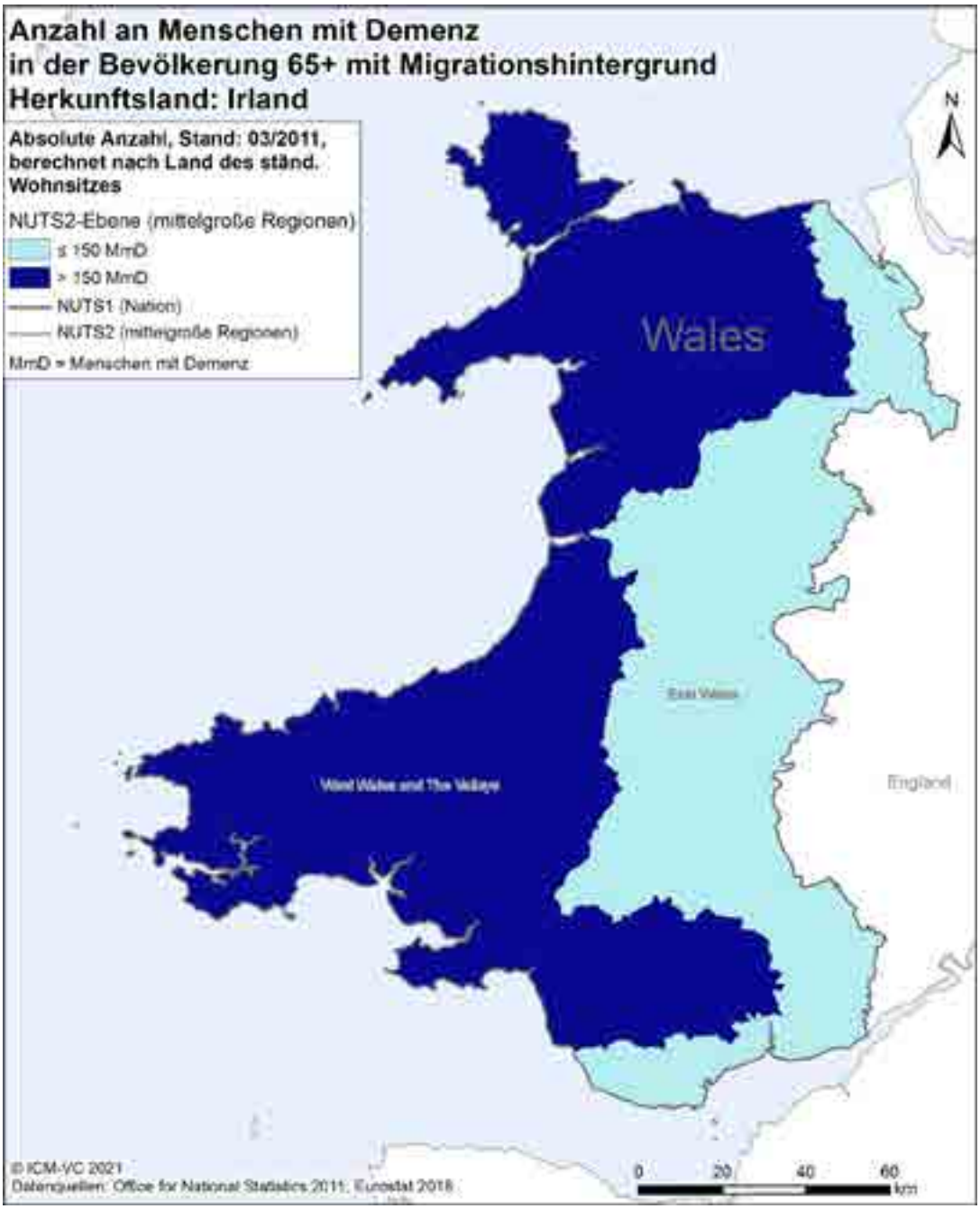


Abb. 3.7.31.26: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Irland (Wales - NUTS2)

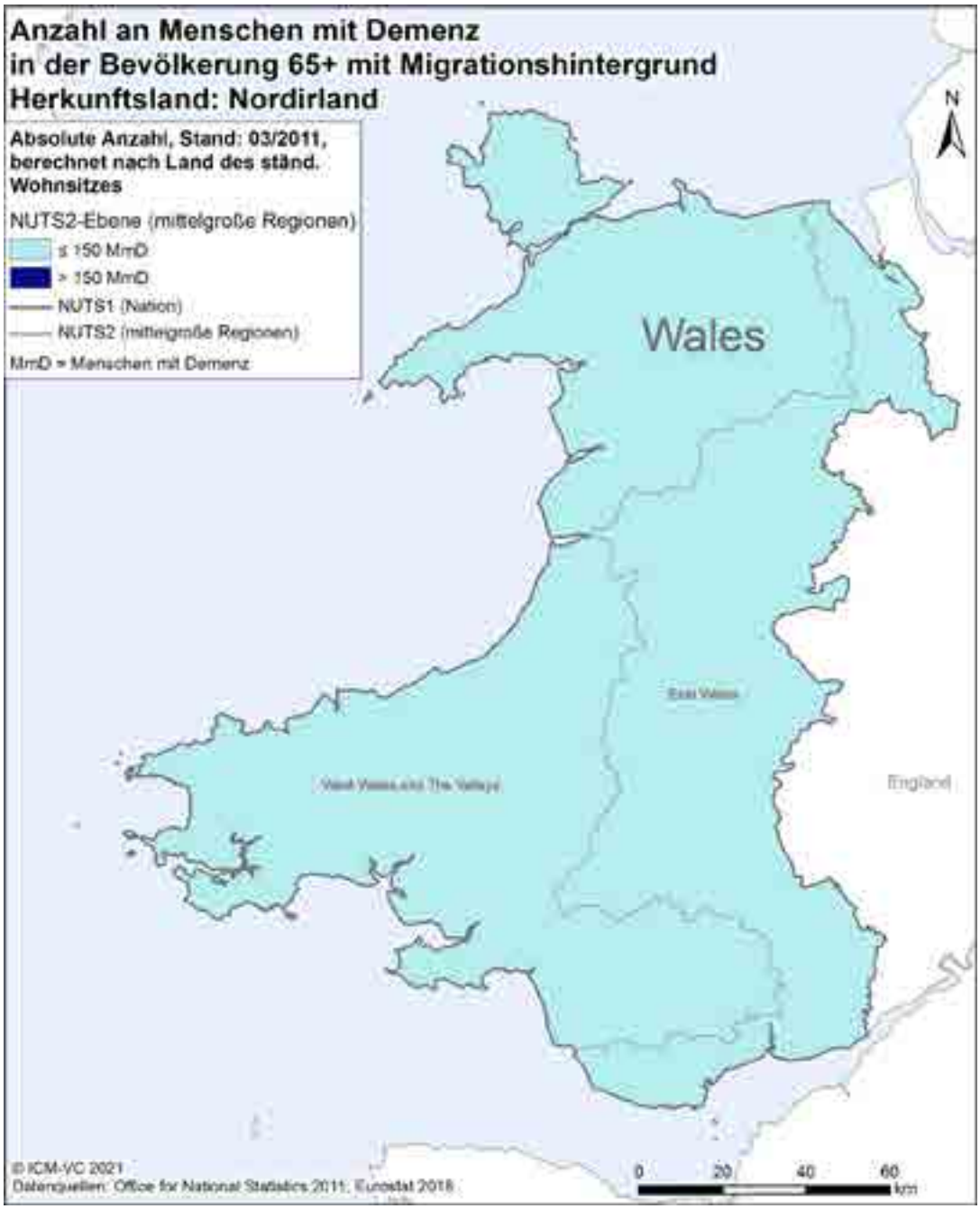


Abb. 3.7.31.27: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Nordirland (Wales - NUTS2)

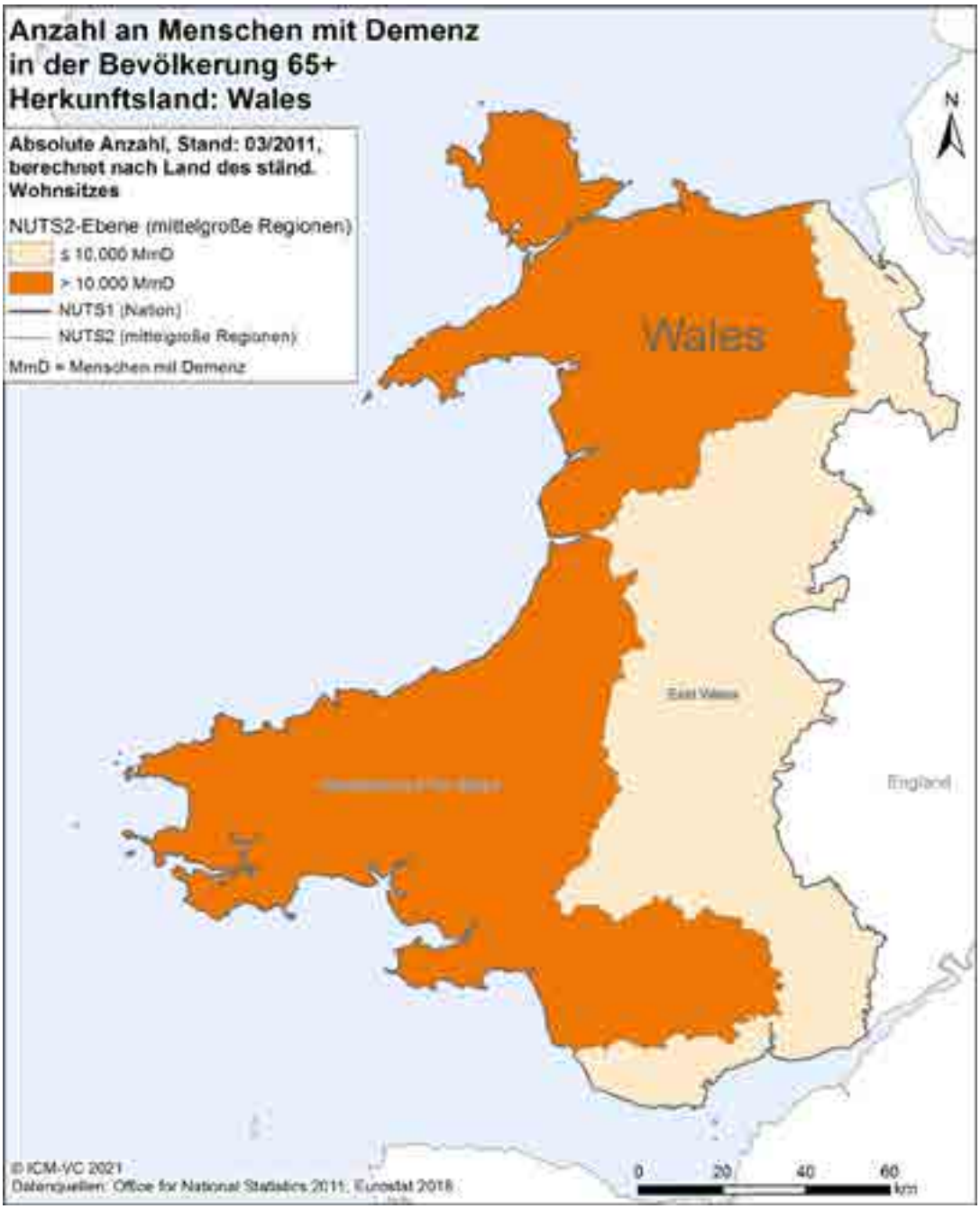


Abb. 3.7.31.28: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren.
Herkunftsland:Wales (Wales - NUTS2)

Die folgenden Grafiken zeigen, welche Gruppen von Zugewanderten auf der NUTS2-Ebene schätzungsweise am stärksten betroffen sind. Die erste Karte veranschaulicht die absoluten Zahlen von PmM mit Demenz in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.31.29). Die zweite Grafik zeigt die Anzahl der PmM mit Demenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in den NUTS2-Regionen (Abbildung 3.7.31.30). Die Werte der NUTS2-Ebene finden sich in Tabelle 60 [11, 12, 17].

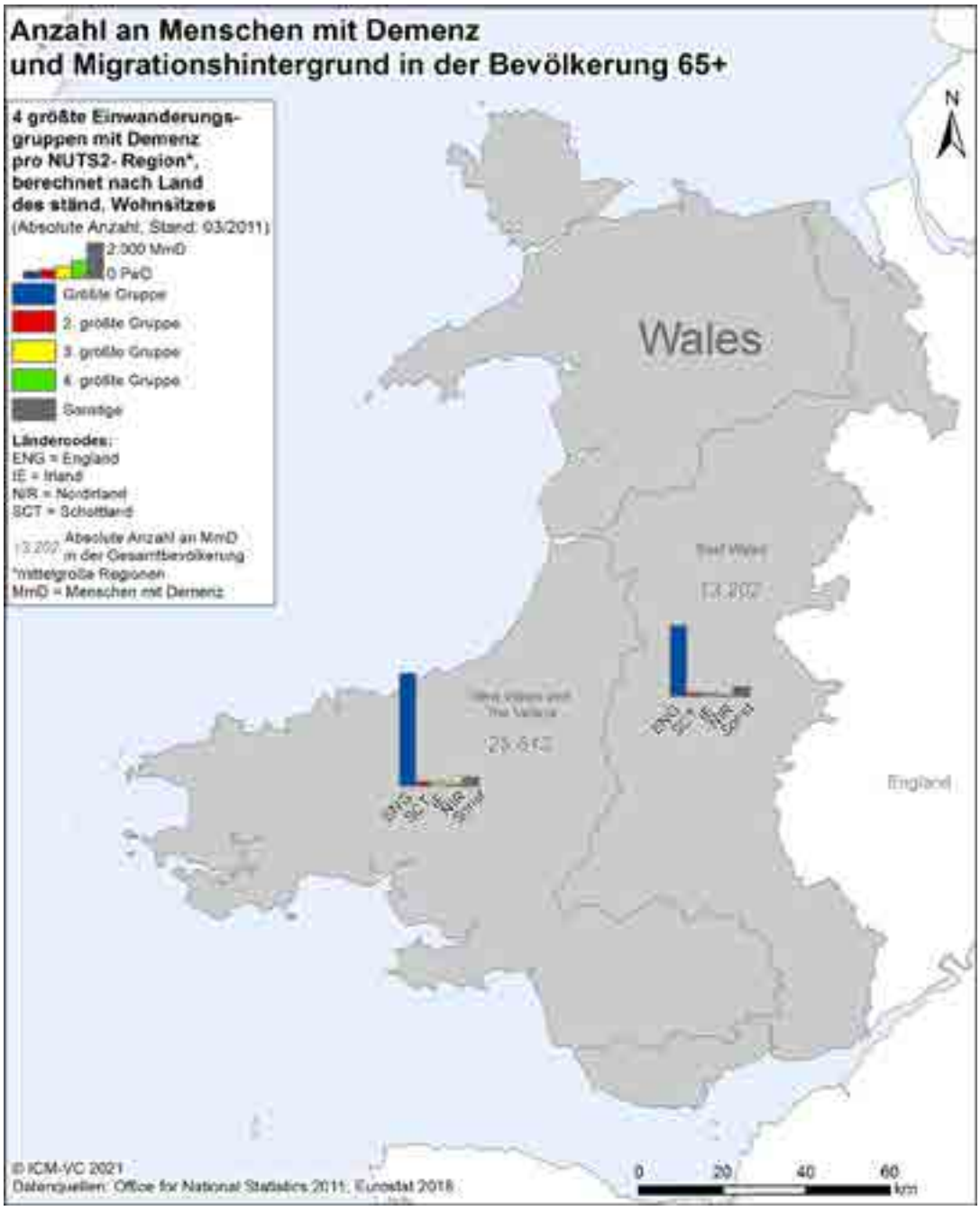


Abb. 3.7.31.29: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Wales - NUTS2)

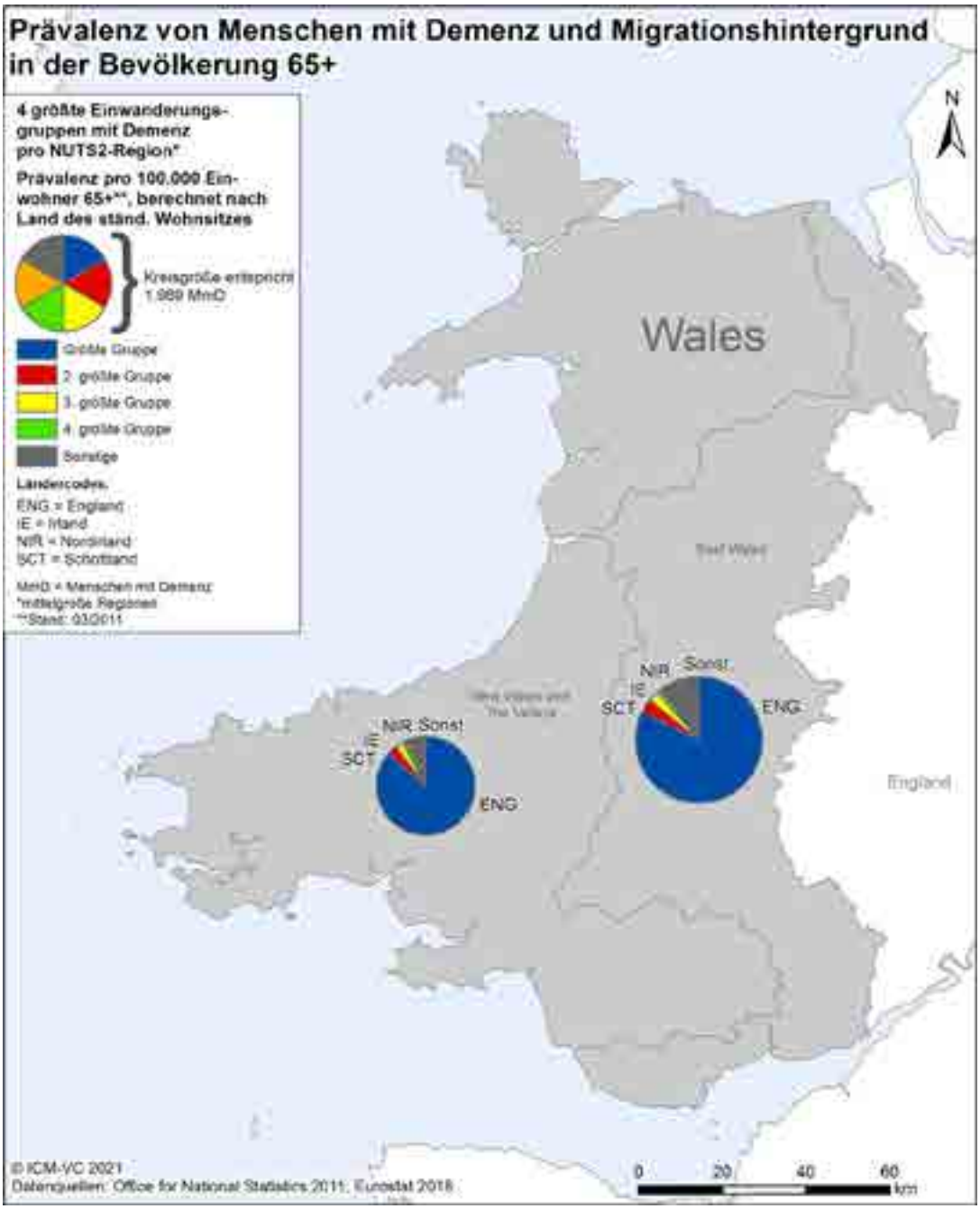


Abb. 3.7.31.30: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Wales - NUTS2)

Tab. 60: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Wales - NUTS2)

NUTS	Total	WLS	1. largest group	2. largest group	3. largest group	4. largest group	Other
Absolute Anzahl							
West Wales & The Valleys	25.613	18.229	ENG 6.382	SCT 242	IE 194	NIR 85	481
East Wales	13.202	8.461	ENG 3.908	SCT 158	IE 125	NIR 53	497
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+							
West Wales & The Valleys	2.393	-	ENG 596	SCT 23	IE 18	NIR 8	44
East Wales	1.922	-	ENG 569	SCT 23	IE 18	NIR 8	72
Prävalenz/100.000 Personen 65+							
West Wales & The Valleys	2.393	-	ENG 1.719	SCT 65	IE 52	NIR 23	115
East Wales	1.922	-	ENG 2.042	SCT 83	IE 65	NIR 28	228

Quelle: Office for National Statistics (2011)

3. Nationaler Demenzplan

Im Vereinigten Königreich wurden insgesamt sechs NDPs identifiziert (drei in Schottland und je einer in England, Nordirland und Wales). Zudem wurden bei dieser Untersuchung drei weitere nationale Dokumente zur Demenzversorgung berücksichtigt (zwei aus England und eines aus Nordirland). Sieben dieser neun Dokumente (drei aus England, zwei aus Schottland und je eines aus Nordirland und Wales) behandeln das Thema Migration in unterschiedlichem Maße. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse für die einzelnen Länder detailliert dargestellt.

3.1 England

Für England wurden die drei Dokumente „Living well with dementia: A National Dementia Strategy" („Gut Leben mit Demenz: Eine nationale Demenzstrategie") aus dem Jahr 2009, „Building on the National Dementia Strategy: Change, progress and priorities" („Aufbauend auf der nationalen Demenzstrategie: Veränderung, Fortschritt und Prioritäten") aus dem Jahr 2014 und „Prime Minister's Challenge on Dementia 2020: Implementation Plan" („Herausforderung für den Premierminister im Bereich Demenz 2020: Implementierungsplan") aus dem Jahr 2016 gefunden.

Die nationale Demenzstrategie aus dem Jahr 2009 enthält kein eigenes Kapitel zum Thema Migration. Allerdings wird in einzelnen Kapiteln kurz auf ethnische Minderheiten eingegangen. In den Abschnitten, die einen inhaltlichen Bezug zu diesen Gruppen enthalten, wird darauf hingewiesen, dass die Ansichten von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheitengruppen bei der Entwicklung der Demenzstrategie berücksichtigt wurden. Diese

Abschnitte liefern zudem Informationen über die Prävalenz (ca. 15.000 Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheitengruppen), identifizieren Unterschiede in den Bedürfnissen zwischen Menschen aus ethnischen Minderheitengruppen und der Mehrheitsbevölkerung und erkennen einen Bedarf an spezialisierten Dienstleistungen für Menschen mit Demenz und ihre Betreuungspersonen aus ethnischen Minderheitengruppen. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die Curricula für die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens so gestaltet werden sollten, dass das Verständnis für die Vielfalt in Bezug auf Demenz gefördert und die Bedürfnisse von Menschen aus ethnischen Minderheiten berücksichtigt werden. Das Dokument identifiziert ethnische Minderheiten allerdings nicht als Risikogruppe für Demenz und schlägt auch keine spezifische Strategie oder ein Bündel von Maßnahmen zur Versorgung dieser Population vor. Die Überlegung, spezialisierte Dienstleistungen für Zugewanderte zu entwickeln, wird nur in einem äußerst kleinen Teil dieses Dokument ausgeführt. Zudem erfolgt auch kein Verweis auf gegenwärtig verfügbare spezifische Angebote für Menschen aus ethnischen Minderheitengruppen [18].

Der Bericht aus dem Jahr 2014, der auf der nationalen Demenzstrategie basiert, hat ebenfalls kein eigenes Kapitel und bezieht sich nur kurz in einem Abschnitt auf ethnische Minderheitengemeinschaften. Dabei wird auf die Studie „Demenz macht keine Unterschiede“ aus dem Jahr 2013 verwiesen, die zu dem Schluss kommt, dass Menschen mit Demenz aus schwarzen, asiatischen oder ethnischen Minderheitengemeinschaften sozial isoliert sein können. Um dieses Problem anzugehen, wird der Einsatz von sogenannten „Dementia Leads“ (Personen mit besonderer Verantwortung für die Sicherstellung der Pflegequalität) empfohlen. Diese Personen können als Bindeglied zwischen lokalen Organisationen und den beauftragten Dienstleistenden fungieren und sicherstellen, dass die Bedürfnisse aller Menschen mit Demenz erfüllt werden [19].

Der „Umsetzungsplan“ aus dem Jahr 2016 behandelt das Thema Migration in neun Passagen. Zunächst wird das allgemeine Ziel formuliert, bis zum Jahr 2020 eine Gesellschaft zu schaffen, in der alle Menschen mit Demenz, ihre Familien und Betreuungspersonen eine qualitativ hochwertige und kulturell kompetente Versorgung erhalten, unabhängig von ihrer Herkunft und Ethnie. Derzeit existieren laut dem Dokument Ungleichheiten in der Versorgung basierend auf Geographie, Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit. Es werden mehrere implementierte oder geplante Maßnahmen zur Beseitigung dieser Versorgungsungleichheiten genannt. Dazu gehört die Einrichtung einer Arbeitsgruppe, die Beratung hinsichtlich der Unterstützung von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten anbietet. Darüber hinaus gibt es Pläne, den Zugang zu Daten über die ethnische Zugehörigkeit zu verbessern und mit der Organisation „Skills for Care“ zusammenzuarbeiten, um ein Instrument zur Unterstützung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern zu entwickeln, die mit Menschen mit Demenz mit verschiedenen kulturellen Hintergründen arbeiten. Ein Film, der sich auf die spezifischen Bedürfnisse der afro-karibischen Gemeinschaft innerhalb des Versorgungsprozesses konzentriert, wurde bereits in Auftrag gegeben und wird den Anbietenden von Gesundheits- und Sozialleistungen kostenlos zur Verfügung gestellt. Das Dokument hebt auch hervor, dass bereits Materialien für schwarze und ethnische Minderheiten entwickelt wurden, die das Bewusstsein und Verständnis für Demenz schärfen sollen. Vom Umfang her spielt das Thema Migration in diesem Umsetzungsplan aus dem Jahr 2016 eine untergeordnete Rolle. Das Dokument identifiziert jedoch Ungleichheiten in der

Versorgung von schwarzen und ethnischen Minderheitengruppen und verweist auf mehrere Maßnahmen, um diese zu beheben. Der Hinweis auf die Berücksichtigung der Ansichten schwarzer und ethnischer Minderheiten in der Einleitung verleiht dem Thema ebenfalls eine gewisse Präsenz und Bedeutung [20].

3.2 Nordirland

Für Nordirland wurden die Dokumente „Improving Dementia Services in Northern Ireland: A Regional Strategy" („Verbesserung der Demenzversorgung in Nordirland: Eine regionale Strategie") aus dem Jahr 2011 und „The Dementia Learning and Development Framework" („Der Demenz-Lern- und Entwicklungsrahmen") aus dem Jahr 2016 identifiziert. Während die Demenzstrategie aus dem Jahr 2011 Migration nicht thematisiert [21], bezieht sich das Dokument aus dem Jahr 2016 in vier Kapiteln auf dieses Thema. Das Kapitel „Gleichberechtigung, kulturelle Vielfalt und Inklusion in der Demenzpflege" befasst sich ausführlich mit ethnischen und kulturellen Minderheiten. Zunächst wird betont, dass die Gleichstellung von Menschen mit Demenz mit einem ethnischen Minderheitenhintergrund von besonderer Bedeutung ist. Darüber hinaus enthält dieses Kapitel eine Beschreibung der unterschiedlichen Erfahrungen und Fähigkeiten, die Anbietende von Dienstleistungen haben müssen, um Menschen mit Demenz aus unterschiedlichen kulturellen und ethnischen Hintergründen zu unterstützen. Dazu gehört die Anerkennung kultureller Unterschiede und der Tatsache, dass Menschen aus verschiedenen Kulturen unterschiedliche Herangehensweisen an das Leben mit Demenz haben sowie ein Bewusstsein für die Auswirkungen kultureller Unterschiede auf Menschen mit Demenz. Die anderen Abschnitte, die sich mit Migration beschäftigen, haben einen Handlungsrahmen. Dort werden Lernziele formuliert, Empfehlungen gegeben und auf ein bestehendes Instrument zur Sensibilisierung von Pflegekräften für migrationsspezifische Themen verwiesen. Anbietende von Palliativpflege sollten Menschen mit Demenz bei der Erfüllung ihrer spirituellen, religiösen und kulturellen Bedürfnisse unterstützen. Das den Dienstleistenden zur Verfügung stehende Selbstbewertungsinstrument, welches eine vierstufige Bewertungsskala für verschiedene demenzbezogene Themen umfasst und einen besonderen Fokus auf Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund legt, ist ein Instrument auf nationaler Ebene, um das Bewusstsein der Dienstleistenden für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, ihren Familien und Pflegekräften aus anderen Kulturen zu schärfen. In diesem Dokument hat Nordirland Menschen mit unterschiedlichem kulturellem und ethnischem Hintergrund als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen hinsichtlich der Demenzversorgung identifiziert. Um deren Versorgung zu verbessern, werden mehrere konkrete Maßnahmen genannt und Empfehlungen gegeben [22].

3.3 Schottland

Für Schottland wurden drei nationale Demenzstrategien identifiziert (aus den Jahren 2010, 2013 und 2017). Die Version aus dem Jahr 2010 („Scotland's National Dementia Strategy" („Schottlands nationale Demenzstrategie")) enthält kein Kapitel über Migration und nimmt auch im Fließtext der eigentlichen Strategie keinen Bezug zu dieser Thematik. Lediglich im Vorwort wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass die Bedürfnisse von Menschen aus ethnischen Minderheiten nicht vernachlässigt werden dürfen [23]. In der Version aus dem Jahr 2013 („Scotland's National Dementia Strategy: 2013-16" („Schottlands nationale Demenzstrategie: 2013 - 16")) gibt es kein Kapitel über Migration, aber einen kurzen Abschnitt über schwarze und ethnische Minderheitengemeinschaften. Dieser Abschnitt verweist auf

ein anderes Verhältnis dieser Gemeinschaften zu Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, welches auf starken Familienstrukturen beruht. Es wird angeführt, dass die familiäre Kultur die Wahrscheinlichkeit verringert, dass sich Menschen aus diesen Gemeinschaften um eine Diagnose bemühen oder nach der Diagnose stärker an Versorgungsangeboten partizipieren. Im Anschluss an diese Problembeschreibung wird das allgemeine Ziel formuliert, Dienstleistungen so zu erbringen, dass diese Gruppe nicht benachteiligt wird. Zu diesem Zweck wird die Absicht geäußert, eine Untersuchung durchzuführen, die sich auf den Versorgungspfad (von der Diagnose und Unterstützung bis zur Behandlung und Pflege) für Menschen mit Demenz in schwarzen und ethnischen Minderheitengemeinschaften fokussiert. Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die spezifischen Bedürfnisse von Familienmitgliedern und Pflegekräften zu berücksichtigen. Das Hauptziel dieser Untersuchung ist es, weitere notwendige Maßnahmen zu identifizieren und die Bereiche Diagnose, postdiagnostische Unterstützung und Pflegekoordination an die Bedürfnisse dieser Gruppe anzupassen. Damit verweist die Nationale Demenzstrategie für den Zeitraum 2013 - 2016 kurz auf einen Aspekt, der sich auf ethnische Minderheitengemeinschaften bezieht, kündigt die Absicht an, deren Bedürfnisse weiter zu untersuchen und formuliert das allgemeine Ziel, ethnische Barrieren beim Zugang zu postdiagnostischer Unterstützung zu beseitigen [24].

Die neueste Version („Scotland's National Dementia Strategy 2017-2020" („Schottlands nationale Demenzstrategie 2017 - 2020")) nimmt keinen direkten Bezug auf das Thema Migration. Im Abschnitt über Demenz und Gleichberechtigung wird allgemein festgestellt, dass das Bewusstsein und das Verständnis für Anzeichen und Symptome in allen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Schottland grundlegend für die Förderung der Früherkennung sind. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit weiterer Forschung betont, um die effektivsten Wege zur Verbesserung der Lebensqualität zu identifizieren sowie das Verständnis und Bewusstsein für Demenz bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu fördern. Im selben Abschnitt wird vermittelt, dass die Versorgung kulturelle Aspekte berücksichtigen muss und dass Menschen aus geschützten charakteristischen Gruppen mit einer Demenzdiagnose Zugang zu kompetenten lokalen Diensten und postdiagnostischen Unterstützungsleistungen haben müssen. Die Begriffe „unterschiedliche Bevölkerungsgruppen" und „geschützte charakteristische Gruppen" werden wahrscheinlich primär zur Beschreibung verschiedener ethnischer Minderheitengruppen und PmM verwendet. Der Abschnitt könnte sich auf die Bevölkerung beziehen, die in der Demenzstrategie von 2013 als „schwarze und ethnische Minderheiten" bezeichnet wird. In „Schottlands nationaler Demenzstrategie 2017 - 2020" [25] wird dieser Begriff überhaupt nicht verwendet.

3.4 Wales

Der „Dementia Action Plan for Wales 2018-2022" („Aktionsplan Demenz für Wales 2018 - 2022") aus dem Jahr 2018 hat kein eigenes Kapitel zur Migration. Allerdings enthält der Abschnitt „Erfüllung der Bedürfnisse spezifischer Gruppen" drei Absätze über Menschen mit Demenz aus schwarzen, asiatischen und ethnischen Minderheitengemeinschaften. In diesen Absätzen werden die Herausforderungen der geringen Inanspruchnahme von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten durch einige ethnische Gruppen, der sich während des Demenzverlaufs ändernden Sprachbedürfnisse von Menschen mit Demenz und der durch kulturelle und sprachliche Interpretationen erschwerten Diagnose aufgezeigt. Das Stigma, das in einigen Kulturen mit Demenz und der Diagnose dieser Krankheit verbunden ist und Dienstleistungen, die nicht den

kulturellen Bedürfnissen oder religiösen Anforderungen entsprechen, werden als Gründe für die geringere Inanspruchnahme von Dienstleistungen genannt. Ausgehend von den identifizierten Herausforderungen werden drei Ziele formuliert: 1.In Zukunft muss der einfache Zugang ethnischer Minderheitengruppen zu geeigneten Dienstleistungen sichergestellt werden; 2. die Dienstleistungen sollten auf die Sprach- und Kommunikationsbedürfnisse einer Person eingehen; 3. die Diagnostikinstrumente müssen in einer Vielzahl an Sprachen verfügbar und kulturell angemessen sein. Der Demenzplan beschreibt jedoch nicht, wie diese Ziele erreicht werden sollen. Es gibt keinen Hinweis auf einen umfassenden Ansatz für die Entwicklung kultursensibler Versorgungsangebote [26].

4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Nach Angaben der kontaktierten Expertinnen und Experten werden in dem Vereinigten Königreich drei Leitlinien zur Versorgung, Behandlung und/oder Unterstützung von Menschen mit Demenz verwendet (ein gemeinsames Dokument für England und Wales und jeweils eine für Nordirland und Schottland). Alle drei Leitlinien beziehen sich in unterschiedlichem Maße auf das Thema Migration (zwei kurz, eine ausführlich). Die folgenden drei Teilkapitel fassen die Inhalte der Abschnitte mit Migrationsbezug aus diesen Dokumenten zusammen.

4.1 England und Wales

Die NICE-Leitlinie 97 „Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers“ („Demenz: Assessment, Management und Unterstützung für Menschen mit Demenz und ihre Betreuungspersonen“) aus dem Jahr 2018 dient, wie alle anderen NICE-Leitlinien, sowohl dem englischen als auch dem walisischen Gesundheitssystem. Die Leitlinie enthält kein separates Kapitel über Migration, beschreibt aber in mehreren Abschnitten kurz den Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit und dem Zugang zu demenzspezifischen Versorgungsleistungen. Dementsprechend haben Menschen aus schwarzen, asiatischen und anderen ethnischen Minderheitengruppen im Allgemeinen weniger Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten. In Bezug auf Demenz haben vor allem Betreuer aus Afrika und der Karibik keinen Zugang zu der ihnen zustehenden Unterstützung. Darüber hinaus wird das Problem identifiziert, dass einige Diagnoseinstrumente aufgrund von kulturellen Unterschieden und Sprachdefiziten nicht geeignet sind und daher zu verzerrten Ergebnissen in bestimmten Bevölkerungsgruppen führen. Basierend auf dieser Problembeschreibung gibt die Leitlinie mehrere Empfehlungen für Anbietende von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen. Erstens sollten Versorgungsanbietende ihre Dienstleistungen so gestalten, dass sie für Menschen aus schwarzen, asiatischen und ethnischen Minderheitengruppen zugänglich sind. Bei der Auswahl von diagnostischen Testverfahren sollten sie berücksichtigen, ob das jeweilige Instrument für kulturelle Unterschiede und Sprachdefizite geeignet ist. Es wird auch darauf hingewiesen, dass zur Unterstützung von Pflegekräften aus ethnischen Minderheitengruppen möglicherweise kulturell angemessene Ansätze erforderlich sind. Konkrete Maßnahmen oder eine spezifische Strategie für die Betreuung von Menschen mit Demenz und die Unterstützung von Betreuern

aus diesen Gruppen werden nicht erwähnt. Gemessen am Umfang der Leitlinie (419 Seiten) spielt das Thema Migration bzw. ethnische Minderheiten eine untergeordnete Rolle [27].

4.2 Nordirland

In Nordirland scheint es kein eigenes nationales Dokument mit Leitlinien zur Demenzversorgung zu geben. Nach Angaben der Alzheimer's Society Northern Ireland folgt das Land den Leitlinien von NICE und dem Social Care Institute for Excellence (SCIE) mit dem Titel „Dementia: A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care" („Demenz: Eine NICE-SCIE- Leitlinie zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Betreuungspersonen im Gesundheits- und Sozialwesen") aus dem Jahr 2007 [28]. Allerdings weist das nordirische Gesundheitsministerium auf seiner Homepage darauf hin, dass diese Leitlinie für England entwickelt wurde und nicht einfach übernommen werden kann [29]. Die Leitlinie bezieht sich in fast allen Kapiteln und den meisten Unterkapiteln ausführlich auf ethnische Minderheiten. Nahezu alle relevanten Themenbereiche sind mit diesem Thema verknüpft. Das Dokument beschreibt nicht nur an mehreren Stellen im Text die zentralen Probleme bei der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten, sondern zeigt auch mögliche Maßnahmen zur Lösung der spezifischen Probleme auf und gibt konkrete Handlungsempfehlungen. Menschen aus schwarzen und ethnischen Minderheiten werden als eine Gruppe mit spezifischen sprachlichen, kulturellen, religiösen, spirituellen und kommunikativen Bedürfnissen identifiziert. Außerdem wird auf den Bedarf an kultursensiblen Schulungen für Pflegekräfte aus dieser Gruppe hingewiesen. Die Leitlinie identifiziert schwarze und ethnische Minderheiten als vulnerable Gruppe. Insbesondere wird hervorgehoben, dass Menschen mit anderer Muttersprache als Englisch anfällig für die Auswirkungen von Demenz sind, da Gedächtnisstörungen bestehende Kommunikationsprobleme verschlimmern. Menschen aus ethnischen Minderheiten werden auch als Risikogruppe in Bezug auf die Unterdiagnostizierung von Demenz und ein geringeres Niveau der Demenzversorgung identifiziert. Als Ursachen werden Kommunikationsschwierigkeiten, Sprachbarrieren, kulturell/sprachlich ungeeignete oder weniger valide Diagnoseinstrumente und Versorgungsangebote, Stigmatisierung innerhalb der Gemeinschaften, Druck, familienbasierte Versorgung zu Hause statt Inanspruchnahme professioneller Versorgung und mangelndes Wissen über Versorgungsmöglichkeiten genannt. Einige ethnische Gruppen werden auch als Risikogruppe für die Entwicklung einer Demenz identifiziert: Das vermehrte Auftreten von Bluthochdruck und Diabetes bei Menschen aus Afrika, der Karibik und Asien führt zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer vaskulären Demenz bei älteren Menschen. Die Leitlinie kommt zu dem Schluss, dass die Bedürfnisse ethnischer Minderheiten, insbesondere von Nicht-Muttersprachlerinnen und Nicht-Muttersprachlern der englischen Sprache, in der Vergangenheit nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Um alle oben genannten Herausforderungen zu bewältigen, wird empfohlen, dass Anbietende von Gesundheits- und Sozialleistungen spezialisierte Angebote für ethnische Minderheiten entwickeln und anbieten. Diese Dienstleistungen müssen kultursensibel sein und die religiösen und spirituellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Betreuungspersonen aus ethnischen Minderheiten berücksichtigen. Laut der Leitlinie werden spezialisierte Dienstleistungen benötigt, die Unterstützung, Informationen und kulturell orientierte Schulungen für Pflegekräfte anbieten. Versorgungsbietende werden aufgefordert, die kulturelle Identität und die religiösen Überzeu-

gungen von Menschen mit Demenz und ihren Familien zu berücksichtigen, wenn sie Schulungsprogramme für medizinisches Fachpersonal entwickeln. Die Fachkräfte sollten die religiösen und ethnisch-spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Betreuern aus ethnischen Minderheiten identifizieren und die Pflegepläne sollten diese berücksichtigen. Im Falle von Sprachbarrieren in der Versorgung und insbesondere bei Demenz-Screening-Tests für Menschen mit einer anderen Muttersprache als Englisch sollten unabhängige Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzugezogen und Informationen in der bevorzugten Sprache bereitgestellt werden. Insgesamt folgt Nordirland einer Leitlinie, die einige der wichtigsten Probleme im Zusammenhang mit Demenz und Migration identifiziert und beschreibt und einen Handlungsrahmen für die Bewältigung dieser Probleme schafft [30].

4.3 Schottland

Die „Standards of Care for Dementia in Scotland" („Versorgungsstandards für Demenz in Schottland") aus dem Jahr 2011 haben kein eigenes Kapitel zur Migration. Das Thema spielt keine zentrale Rolle, obwohl es in mehreren Kapiteln kurz erwähnt wird. Das Dokument erkennt das Problem an, dass sprachliche, kulturelle und ethnische Barrieren eine Herausforderung für die Kommunikation in der Demenzversorgung darstellen. Darüber hinaus wird beschrieben, dass schwarze und ethnische Minderheiten bei der Diagnose von Demenz nicht beachtet werden. Die Diagnostikinstrumente scheinen sich an den Bedürfnissen der Mehrheit der Bevölkerung zu orientieren. Daher wird angekündigt, dass die nationalen Gesundheitsdienste in Zukunft sicherstellen werden, dass auch Menschen mit Demenz aus schwarzen und ethnischen Minderheitengruppen rechtzeitig Zugang zu Angeboten für die Beurteilung kognitiver Beeinträchtigungen haben. Darüber hinaus werden die Gesundheitsdienstleistenden aufgefordert, sich selbst, ihre Verfahren und Richtlinien sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für kulturelle, ethnische und andere Barrieren für eine gute Kommunikation zu sensibilisieren und Maßnahmen zur Überwindung dieser Barrieren zu ergreifen. Die nationalen Gesundheitsdienste müssen sicherstellen, dass Kommunikations- und Sprachunterstützung verfügbar ist, wenn Sprach-, Kultur- und Wissensbarrieren bestehen. Darüber hinaus zitiert der Bericht eine Fallstudie, die zeigt, dass sprachliche und kulturelle Barrieren eine besondere Herausforderung für die formelle Versorgung von PmM darstellen können, dass diese Herausforderungen aber mit entsprechender Sensibilisierung und spezifischen Maßnahmen, die auf die individuellen, sprachlichen und kulturellen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten zugeschnitten sind, überwunden werden können. Im schottischen Dokument zu den Demenzversorgungsstandards wird die besondere Situation von PmM mit Demenz anerkannt, vor allem im Zusammenhang mit der Diagnose und der formellen Versorgung und es werden einige Maßnahmen angeführt, um darauf einzugehen. Während es auf lokaler Ebene und in Bezug auf einzelne Pflegeeinrichtungen Beispiele für eine kultursensible Versorgung von PmM gibt, scheint auf nationaler Ebene nach wie vor ein großer Mangel an spezialisierten Dienstleistungen für diese Bevölkerungsgruppe zu bestehen [31].

Die folgenden Abschnitte zu Angeboten und Informationen für PmM mit Demenz, professioneller Versorgung und Unterstützung für pflegende Angehörige basieren auf einem durchgeführten Interview mit einem Experten aus England und spiegeln dessen Erfahrung und Meinung wider. Es kann zu einer Selektionsverzerrung der Informationen und zu einer Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den vorherigen Abschnitten kommen.

5. Angebote und Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Nach Aussage des Experten ist die Gesundheitsstrategie Englands eine integrative, bei der versucht wird, die allgemeinen Gesundheitsangebote an Minderheitengruppen anzupassen, um deren Inklusion zu fördern. PmM mit Demenz sind dennoch nur teilweise in das englische Gesundheitssystem integriert. Potentielle Barrieren einer gleichberechtigten Versorgung sind z. B. Sprachbarrieren, ein Mangel an relevanten Informationen, fehlende Transportmöglichkeiten, familiäre Verpflichtungen, Glaubensvorstellungen und potenzielle Stigmatisierung. Es gibt Organisationen wie die Alzheimer's Society, die kulturspezifische Informationen zu Demenz bereitstellen und sich bemühen, das Bewusstsein für das Thema zu schärfen. Derartige Maßnahmen sind in England jedoch nicht weit verbreitet. Angebote für die stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz stehen für PmM landesweit zur Verfügung. Nach Einschätzung des Experten werden PmM jedoch wahrscheinlich nur selten in die Gestaltung von Informationsmaterialien oder die Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen für Menschen mit Demenz eingebunden. Bevorzugt wird der Ansatz, bestehende Gesundheitsdienstleistungen an die Bedürfnisse von Minderheitengruppen anzupassen. Allerdings gibt es in einigen englischen Kommunen auch spezialisierte Angebote, meist in Form von Tagesstätten, die sich an bestimmte ethnische Gruppen richten. Bestehende Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz sind nach Ansicht des Experten nicht für PmM geeignet. Allerdings verändert sich die Situation im Versorgungssektor ständig, was mit verschiedenen Aspekten wie Finanzierung und Personalausstattung zusammenhängt. Maßnahmen zur interkulturellen Versorgung sind gegenwärtig in der Entwicklung. Dabei handelt es sich um lokale Initiativen mit unterschiedlichen Modellen, Methoden und Dienstleistungsangeboten, die getestet werden, um zu sehen, welche Maßnahmen zu einer adäquaten Versorgung beitragen. In einem Gebiet in London liegt der Schwerpunkt beispielsweise auf der Einrichtung kultureller Demenz-Cafés, um das Bewusstsein für Demenz in ethnischen Minderheitengruppen zu schärfen. Darüber hinaus wird versucht, die Gemeinschaften und religiöse Oberhäupter mit Verbindungen zu den Gemeinschaften einzubeziehen.

6. Berufliche Qualifikation und Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen

Der Experte schätzt, dass kultursensible Versorgung landesweit Teil der beruflichen Qualifikation von Fachkräften im Gesundheitswesen ist. Qualität und Umfang hängen dabei

jedoch wahrscheinlich von den Kursanbietenden ab. Kultursensible Versorgung ist Teil des Lehrplans von Universitäten, Fachschulen und anderen Institutionen, die Fachkräfte aus- bzw. weiterbilden. Dies kann allerdings auch bedeuten, dass sie lediglich Teil eines Moduls oder Kurses in einzelnen Einrichtungen ist. Daher gibt es im Bereich der kultursensiblen Versorgung wahrscheinlich Unterschiede hinsichtlich Umfang und Inhalt in Ausbildung und Lehre. Darüber hinaus existiert einige Organisationen, die kurze Kurse zu Themen wie interkultureller Versorgung und Kommunikation anbieten. Zudem wurden Berufsstandards für Krankenschwestern/Krankenpfleger und Pflegekräfte veröffentlicht, die in Altenheimen, Pflegeheimen oder in der häuslichen Versorgung arbeiten, in denen festgelegt ist, welche Kompetenzkriterien Menschen erfüllen müssen, die in der Demenz- oder Altenpflege tätig sind. Die Standards skizzieren, was für eine ganzheitliche, personenzentrierte und kultursensible Versorgung erforderlich ist.

Nach Aussage des Experten ist der Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der stationären und ambulanten Versorgung in den großen Städten hoch und höher als im Rest des Landes. Die meisten von ihnen stammen aus Afrika, der Karibik, Asien und Osteuropa. Diese Pflegekräfte haben oft eine geringere Ausbildung oder Qualifikation und erhalten eine geringere Bezahlung. Zudem können sprachliche oder kulturelle Probleme auftreten, die sich auf die Versorgung auswirken. Der Experte war der Auffassung, dass die kulturellen Bedürfnisse aufgrund der geringen Qualifikation und Bildung nicht erfüllt werden, obwohl dies schwer zu beurteilen sei.

7. Unterstützung für pflegende Angehörige

Der Experte stellte fest, dass die Familie, Religionsgemeinschaften, Migrantinnen- und Migrantenorganisationen sowie Anbietende von stationärer und ambulanter Versorgung bei der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz sehr wichtig sind.

Laut dem Experten gibt es große Unterschiede zwischen pflegenden Angehörigen von PmM mit Demenz und Angehörigen von Menschen ohne Migrationshintergrund mit Demenz hinsichtlich der Eignung und Inanspruchnahme bestehender Angebote. Dementsprechend besteht in England ein sehr hoher Bedarf an spezialisierten Diensten, die Unterstützung und Informationen anbieten.

8. Quellen

1. Spafford M: Industrial & imperial migrations: 1750-1900. [https://www.ourmigrationstory.org.uk/oms/by-era/1750–1900]. Abgerufen am 10. Juli 2020.
2. Potnuru B, Sam V: India–EU engagement and international migration: Historical perspectives, future challenges, and policy imperatives. *IIMB Management Review* 2015, 69.
3. Spafford M: 20th & 21st cntury migrations: 1900-2000s. [https://www.ourmigrationstory.org.uk/oms/by-era/1900–2000]. Abgerufen am 20. Juli 2020.
4. Hansen R: Focus Migration: United Kingdom. In., Bd. 12: Bundeszentrale für politische Bildung, Netzwerk Migration in Europa, Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut; 2007.
5. McDowell L: How Caribbean migrants helped to rebuild Britain. [https://www.bl.uk/windrush/articles/how-caribbean-migrants-rebuilt-britain]. (2018). Abgerufen am 10. Juli 2020.
6. Office for National Statistics: Explore 50 years of international migration to and from the UK. [https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/articles/explore50yearsofinternationalmigrationtoandfrom-



theuk/2016-12-01]. (2016). Abgerufen am 10. Juli 2020.

7. Sturge G: Migration Statistics. In. Herausgegeben von der House of Commons Library: House of Commons Library; 2019.
8. Office for National Statistics: Population resident in the United Kingdom, excluding some residents in communal establishments, by individual country of birth; 2018.
9. International Organization for Migration: International migrant stock as percentage of the total population at mid-year 2019; 2019.
10. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020; 2019.
11. Esri: World Ocean Background; 2010.
12. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
13. Office for National Statistics: Annual Population Survey. In. Newport, Titchfield, London: Office for National Statistics 2018.
14. Census Office for Northern Ireland: Census 2011. In. Belfast: Census Office for Northern Ireland; 2011.
15. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
16. National Records of Scotland: Scotland's Census 2011; 2011.
17. Office for National Statistics: Census 2011. In. Newport, Titchfield, London: Office for National Statistics 2011.
18. Department of Health: living well with dementia: a National Dementia Strategy. In. London: Department of Health of England; 2009.
19. All-Party Parliamentary Group on Dementia: Building on the National Dementia Strategy: change, progress and priorities. In: All-Party Parliamentary Group on Dementia; 2014.
20. Dementia Policy Team: Prime Minister's Challenge on Dementia 2020: Implementierungsplan. In: Department of Health; 2016.
21. Department of Health Social Services and Public Safety of Northern Ireland: improving Dementia Services in Northern Ireland: a Regional Strategy. In: Department of Health, Social Services and Public Safety of Northern Ireland 2011.
22. Health & Social Care Board of Northern Ireland: das Dementia Learning and Development Framework. In. Belfast: Health & Social Care Board of Northern Ireland; 2016.
23. The Scottish Government Mental Health Division: Scotland's National Dementia Strategy. In. Edinburgh: The Scottish Government, Mental Health Division; 2010.
24. The Scottish Government MHD: Scotland's National Dementia Strategy: 2013-16. In.: The Scottish Government, Mental Health Division; 2013.
25. Scottish Government: Scotland's national dementia strategy 2017-2020. In. Edinburgh: Scottish Government; 2017.
26. Llywodraeth Cymru Welsh Government: Dementia Action Plan for Wales 2018-2022. In.: Llywodraeth Cymru Welsh Government; 2018.
27. National Institute for Health and Care Excellence: Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In. Herausgegeben vom National Institute for Health and Care Excellence, 97 edn. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018.
28. Alzheimer's Society Northern Ireland: National care guidelines for dementia in Northern Ireland. In., E-Mail-Konversation edn; 2019.
29. Department of Health Northern Ireland: Equality and Human Rights Consultation - NICE NG 97 - Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and their Carers. [https://www.health-ni.gov.uk/consultations/equality-and-human-rights-consultation-nice-ng-97-dementia-assessment-management-and-support-people]. (2018). Abgerufen am 10. Juli 2020.
30. National Collaborating Center for Mental Health: Dementia: A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Leicester UK: The British Psychological Society und Gaskell; 2007.
31. The Mental Welfare Commission for Scotland: Standards of Care for Dementia in Scotland: Action to support the change programme, Scotland's National Dementia Strategy: Scottish Government; 2011.

Zypern



Einwohnerzahl
888.000

Fläche
9.251 km²

Hauptstadt
Nikosia

Drei größten Städte
Nikosia (342.000)
Limassol (245.000)
Larnaca (147.000)

Nachbarländer
Keine

1. Migrationsgeschichte
2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
3. Nationaler Demenzplan
4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz
5. Quellen

1. Migrationsgeschichte

Zypern hat eine lange Migrationsgeschichte. Bereits im 12. Jahrhundert v. Chr. kamen die archäischen Griechen nach Zypern und besiedelten die Insel. Zwischen dem 9. Jahrhundert n. Chr. und dem Mittelalter wanderten größere Gruppen von Menschen aus Syrien und dem Libanon ein. Im 14. Jahrhundert wurden die ersten Roma-Siedlungen gegründet und im Jahr 1521 kamen größere Gruppen aus der Türkei ins Land (im Zuge der Eroberung der Insel durch die Osmanen) [1]. In der jüngeren Geschichte gab es zwei große Auswanderungsphasen: 1. Im frühen 20. Jahrhundert, als viele Menschen auswanderten um Arbeit zu finden und ihren Lebensstandard zu verbessern; 2. während des Zeitraums von 1960 bis 1975, als große Gruppen wegen der gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen griechischen und türkischen Zyprioten in Richtung Vereinigtes Königreich, USA und Australien flohen [1, 2]. Zwischen 1974 und 1989 nahm die Migration unterschiedliche Formen an. Im Norden der Insel siedelten sich in mehreren Phasen türkische Gemeinden an. Im Süden wanderten viele griechisch-zypriotische Flüchtlinge in den Mittleren Osten (Saudi-Arabien), nach Nordafrika (Lybien), ins Vereinigte Königreich, in die USA oder nach Australien aus. Mit dem Zusammenbruch der Sowjetunion im Jahr 1989 änderten sich die Migrationsmuster und Zypern wurde zu einem Einwanderungsland. Nach der restriktiven Politik der 1970er und 1980er Jahre wurde die Politik eines offenen Arbeitsmarktes (für Migrantinnen und Migranten) umgesetzt [1, 3]. Ab den 1990er Jahren wanderten viele Menschen aus Ländern wie Sri Lanka, den Philippinen, Bulgarien, Rumänien, Griechenland, dem Vereinigten Königreich und der Russischen Föderation ein [2]. Der EU-Beitritt im Jahr 2004 und der Immobilienboom am Ende des ersten Jahrzehnts des neuen Jahrtausends wirkten als zusätzliche Pull-Faktoren für die Zuwanderung [1]. Um das Jahr 2013 herum führt dann die Finanzkrise zu einem Rückgang der Zuwanderung und einem Anstieg der Abwanderung [1, 4]. In den vergangenen Jahren sind die Zuwanderungszahlen wieder gestiegen. Im Sommer 2018 stieg vor allem die Zahl der Flüchtlinge, die in Booten ankamen, deutlich an [1]. Im Jahr 2013 kamen die größten Gruppen von Zuwandernden aus dem Vereinigten Königreich und Nordirland (42.900), Griechenland (27.900), Georgien (18.000), der Russischen Föderation (15.300) und Sri Lanka (11.600) [5]. Zwischen 1990 und 2019 hat sich die Migrationsbevölkerung (im Ausland geboren) mehr als vervierfacht (von 43.800 auf 191.900) und der Migrantenanteil an der Gesamtbevölkerung fast verdreifacht (von 5,7 auf 16%) [6]. 2020 lag die Nettomigrationsrate bei 4,2 [7].

2. Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

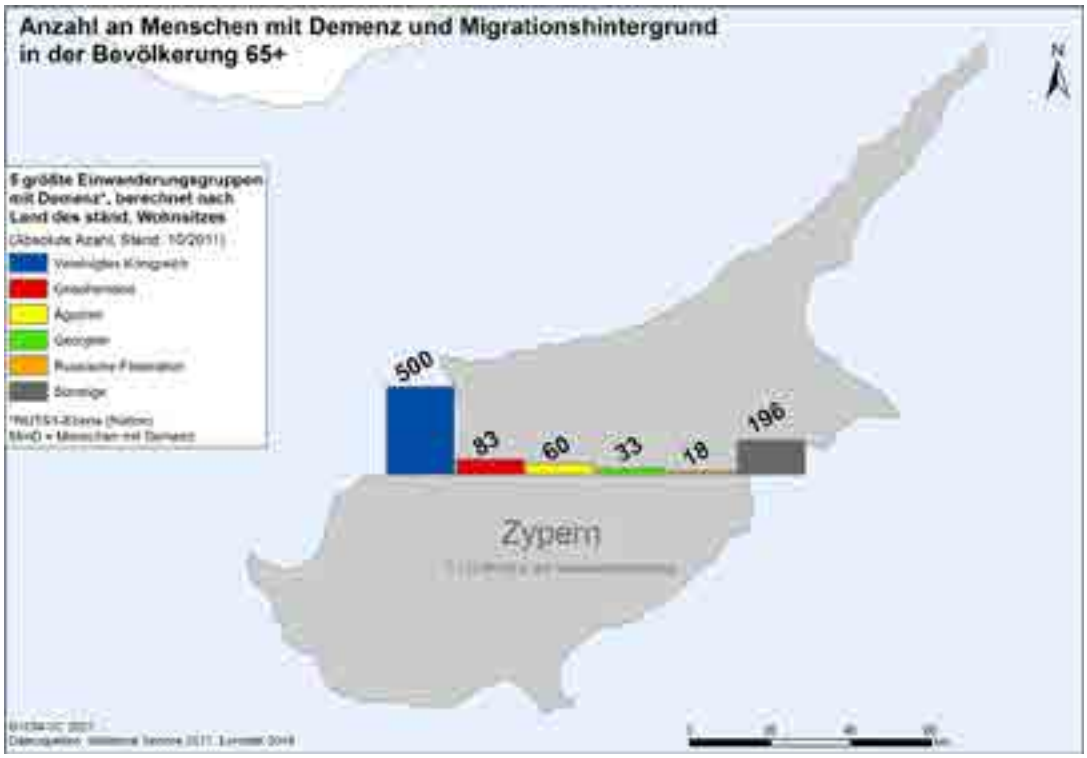


Abb. 3.7.32.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Zypern – Nation)

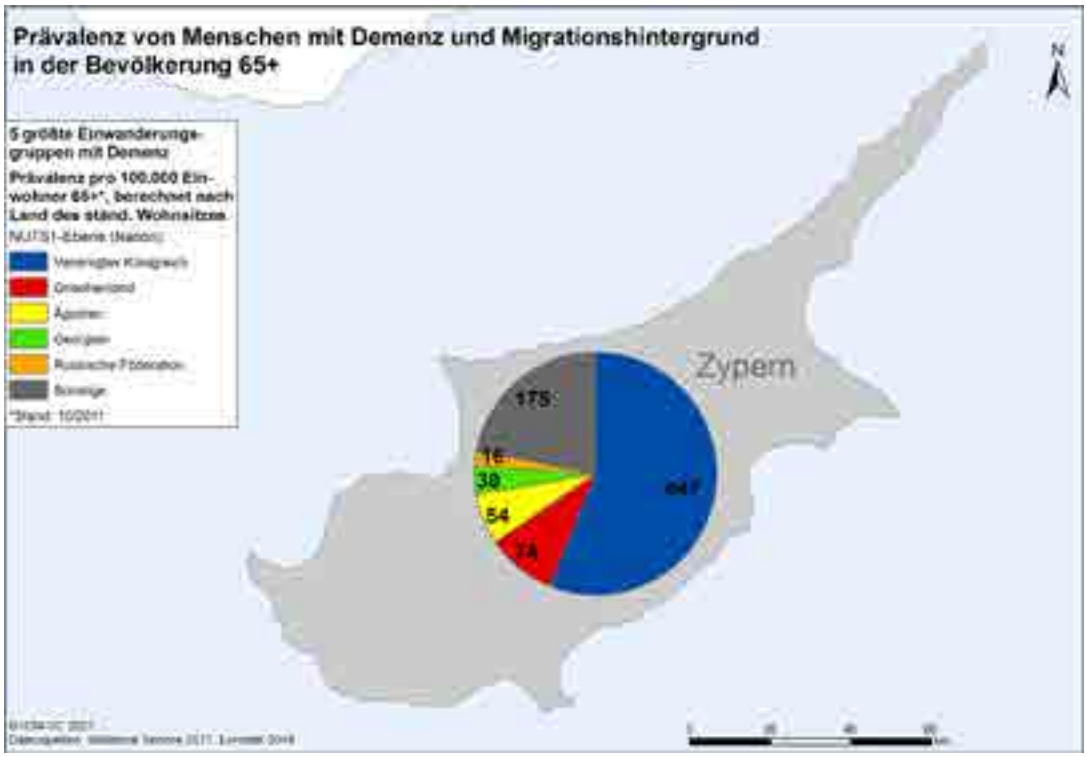


Abb. 3.7.32.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Zypern - Nation)

Tab. 61: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Zypern - Nation)

NUTS	Total	CY	Größte Gruppe	2. größte Gruppe	3. größte Gruppe	4. größte Gruppe	5. größte Gruppe	Sonstige
Absolute Anzahl								
Zypern	7.712	6.823	UK 499	GR 83	EG 60	GE 33	RU 18	171
Prävalenz/10.000 Personen mit Migrationshintergrund 65+								
Zypern	5.984	-	UK 388	GR 64	EG 47	GE 26	RU 14	151
Prävalenz/100.000 Personen 65+								
Zypern	6.900	6.104	UK 447	GR 74	EG 54	GE 30	RU 16	150

Quelle: Statistical Service (2011)

Auf Zypern leben 12.900 PmM, die 65 Jahre oder älter sind. Davon weisen schätzungsweise ca. 900 eine Form der Demenz auf. Abbildung 3.7.32.1 zeigt, dass die am stärksten betroffenen Migrationsgruppen vermutlich aus dem Vereinigten Königreich (ca. 500), Griechenland (ca. 80), Ägypten (ca. 60), Georgien (ca. 30) und der Russischen Föderation (ca. 20) stammen. Die zweite Grafik zeigt die Anzahl von PmM mit Demenz in Zypern pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (Abbildung 3.7.32.2). Tabelle 61 zeigt die in den Karten dargestellten Werte auf nationaler Ebene [8-10].

3. Nationaler Demenzplan

Das Dokument „ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ 2012-2017 („Nationaler Aktionsplan für die Behandlung von Demenz in Zypern 2012–2017“) aus dem Jahr 2012 enthält kein separates Kapitel über Migration, bezieht sich jedoch mit drei Sätzen in zwei Abschnitten kurz auf dieses Thema. Zunächst wird darauf hingewiesen, dass die ethnische Zugehörigkeit ein Risikofaktor für Demenz ist, ebenso wie das Alter und das Geschlecht. Warum und in welchem Ausmaß die ethnische Zugehörigkeit ein Risikofaktor ist, wird allerdings nicht erläutert. Darüber hinaus bekennt sich die nationale Strategie zu den Werten des gleichberechtigten Zugangs zu diagnostischen Tests, Behandlungen, Medikamenten und Versorgung ohne Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit und Herkunft. Wie sie diesen gleichberechtigten Zugang sicherstellen oder Diskriminierung aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit oder Herkunft bekämpfen will, wird nicht angegeben (keine Strategien/Maßnahmen). Andere Themen wie Prävalenz, Bedarf oder Diagnose werden nicht angesprochen. Insgesamt spielt das Thema Migration im nationalen Aktionsplan zur Behandlung von Demenz eine marginale Rolle, obwohl Ungleichheiten im Hinblick auf das Demenzrisiko und beim Zugang zur Demenzversorgung, die mit der ethnischen Zugehörigkeit und der Herkunft zusammenhängen, identifiziert werden [11].



4. Nationale Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Demenz

Nach Angaben des nationalen Gesundheitsministeriums gibt es in Zypern kein Dokument mit nationalen Behandlungsleitlinien für Demenz [12]. In Bezug auf die Organisation des Gesundheitswesens kann festgehalten werden, dass Zypern ein (kleines) Land mit einer stark zentralisierten öffentlichen Verwaltung ist, dessen öffentliche Gesundheitsdienstleistungen durch ein Netzwerk von Krankenhäusern, Gesundheitszentren, Unterzentren und Arzneiausgabestellen bereitgestellt werden. Die meisten organisatorischen, administrativen und regulatorischen Funktionen des Gesundheitssystems werden auf staatlicher Ebene ausgeübt und auch die unteren Verwaltungsebenen arbeiten mit der Zentralverwaltung zusammen, insbesondere bei der Umsetzung von Initiativen zur öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung [13].

5. Quellen

1. Demetriou O: Migration into the Cyprus conflict and the Cypriot citizenship regime. In: PRIO Cyprus Centre; 2019.
2. Gregoriou P, Kontolemis Z, Matsi M: Immigration in Cyprus: An Analysis of the Determinants. *Cyprus Economic Policy Review* 2010, 4(1):63-88.
3. Trimikliniotis N: Racism and New Migration to Cyprus: the Racialisation of Migrant Workers. In: *Into the Margins: Exclusion and Migration in Southern Europe*. edn. Avebury: Anthias, Flazarides, G; 1999.
4. International Organization for Migration: Total number of international migrants that left the country in 2013: Cyprus; 2019.
5. United Nations: Migration Profiles: Cyprus; 2013.
6. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Cyprus; 2019.
7. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020; 2019.
8. Esri: World Ocean Background; 2010.
9. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
10. Statistical Service: Census of Population 2011. In. Nikosia: Statistical Service; 2011.
11. Ministry of Health: National Action Plan for the Treatment of Dementia in Cyprus 2012-2017. In: Ministry of Health 2012.
12. Ministry of Health Cyprus: National treatment guideline for dementia. In, E-Mail-Konversation edn.; 2019.
13. HealthManagement.org: Healthcare Systems in Cyprus. In., Bd. 6; 2012.

4. Zentrale Elemente für eine kultursensible Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Bei der systematischen Analyse der schriftlichen und mündlichen Beiträge von Expertinnen und Experten zur Situation von PmM mit Demenz wurden einige zentrale Themen und Maßnahmen identifiziert, die im Rahmen des Aufbaus von Strukturen und der Entwicklung von Angeboten für eine kultursensible Versorgung von Menschen mit Demenz berücksichtigt werden sollten. Da sich die Analyse nur auf Auszüge bestimmter medizinisch-wissenschaftlicher und politischer Diskurse bezieht, erhebt die folgende Übersicht keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Darüber hinaus müssen die aufgeführten Maßnahmen an die jeweiligen nationalen und regionalen Gegebenheiten sowie an die spezifischen Bedürfnisse von PmM mit Demenz und ihren Angehörigen angepasst und anschließend in der Praxis evaluiert werden. Die Inklusion von PmM mit Demenz und ihren Angehörigen muss während des gesamten Entwicklungs- und Implementierungsprozesses im Mittelpunkt stehen. Die folgenden Elemente sollten in Strategien oder Leitlinien zur Etablierung kultureller Sensibilität in der Demenzversorgung enthalten sein:

Sensibilisierung der Migrantengemeinschaften

Viele Migrantengemeinschaften haben einen hohen Bedarf an Informationen über das Leben mit Demenz, die Symptome der Demenz, den möglichen Krankheitsverlauf, die Diagnose und die verfügbaren Versorgungsangebote. Die Durchführung von Veranstaltungen, die Entwicklung von Webportalen und die Veröffentlichung von Leitfäden mit dem Ziel der flächendeckenden Verbreitung von Informationen in einer kultursensiblen Art und Weise, die für Menschen verschiedener Sprachen und Kulturen zugänglich ist, würde helfen, diesen Bedarf zu decken [1-8].

Strukturen im Gesundheitswesen

Besonders wichtig ist der Aufbau von Strukturen, die die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens, die Inklusion von PmM in das Gesundheitssystem und die Partizipation dieser Bevölkerungsgruppe an der Entwicklung von Versorgungsleistungen fördern. Ein erster Schritt könnte die Einrichtung von nationalen Institutionen für die Gesundheit von PmM mit einer Task Force für Demenz sein [9]. Auf lokaler Ebene kann die Einrichtung von Gesundheitszentren für Migrantinnen und Migranten mit demenzspezifisch geschultem medizinischem Personal und demenzspezifischen Pflegediensten eine Möglichkeit sein, PmM in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen [10-13].

Kooperation der wichtigsten Akteurinnen und Akteure bei der Entwicklung von Maßnahmen für PmM mit Demenz

Ein weiterer Schwerpunkt sollte auf die Entwicklung von Versorgungsnetzwerken und die Förderung der lokalen, nationalen oder internationalen Zusammenarbeit zwischen Regierungsmitgliedern, Versorgungsbietenden, Pflegebedürftigen, Initiativen und Forschenden im Bereich Demenz und Migration gelegt werden [11].

Diagnostik

Da eine genaue Diagnose für eine bedarfsgerechte Versorgung essentiell ist und PmM eine Bevölkerungsgruppe mit spezifischen Bedürfnissen in Bezug auf die Demenzdiagnose und -versorgung darstellen, sollte besonderes Augenmerk auf die Initiierung von Maßnahmen gelegt werden, die eine frühe und valide Demenzdiagnose bei PmM sicherstellen [14]. Hierzu ist eine sprachlich und kulturell sensible Diagnostik erforderlich [2, 15]. Die Anwen-

dung eines interkulturellen Demenz-Screening-Tools wie RUDAS und das Hinzuziehen von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern könnten hilfreich für den diagnostischen Prozess sein [16-18].

Unterstützung für pflegende Angehörige

Um die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz zu verbessern und die Angehörigen zu entlasten, sollten pflegende Angehörige eine an ihren individuellen, sprachlichen und kulturellen Bedürfnissen orientierte Unterstützung erhalten [19, 20]. Der Schwerpunkt sollte auf Beratungsleistungen [21], Hilfe bei hauswirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten sowie emotionaler und mentaler Unterstützung liegen [6, 22].

Unterstützung für Pflegeanbietende

Ein Schlüsselelement bei der Bereitstellung einer kultursensiblen Versorgung stellt die Unterstützung von Anbietenden von Demenzversorgungsleistungen bei der Generierung von Bewusstsein und Wissen hinsichtlich der Bedeutung von migrationsspezifischen, kulturellen und religiösen Elementen in der Demenzversorgung dar [23]. Pflege- und Gesundheitsfachkräfte müssen in Bezug auf kulturelle Sensibilität, die Bedürfnisse und Behandlung von PmM mit Demenz, den Umgang mit Barrieren und die Nutzung von Gemeinde-Ressourcen geschult werden [13, 14, 24-26].

Kommunikation zwischen Leistungserbringenden und Leistungsempfängerinnen und -empfängern

Darüber hinaus müssen Maßnahmen ergriffen werden, um Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegekräften und PmM mit Demenz zu überwinden [27]. Fachkräfte, die PmM mit Demenz betreuen, sollten Zugang zu speziellen Publikationen [18, 28], wie z. B. Handbüchern zur sprach- und kultursensiblen Gesprächsführung mit Patientinnen und Patienten [10], haben.

Zugang zum Gesundheitssystem

PmM müssen den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem haben und das gleiche Maß an Versorgung erhalten wie Menschen ohne Migrationshintergrund [29]. Eine Möglichkeit, dies zu gewährleisten, ist die Bereitstellung von Gesundheitskarten für alle Gruppen von Zugewanderten [27]. Außerdem sollte sichergestellt werden, dass eine kultursensible Versorgung und Betreuung von Demenzkranken allgemein zugänglich ist und mehrsprachige Informationen sowie muttersprachliche Angebote umfassend zur Verfügung stehen [13, 14].

Kultursensible Versorgung

Nach der Diagnose ist es entscheidend, dass PmM mit Demenz kultursensible Unterstützung, Versorgung und Behandlung erhalten, vorzugsweise von einer Person, die ihre Muttersprache spricht [9, 25]. Ein personenzentrierter Ansatz hat sich in diesem Zusammenhang als angemessen erwiesen [6]. Schlüsselelemente einer kultursensiblen Versorgung könnten sein: 1. eine inklusive Kultur der Versorgungsanbietenden [30]; 2. eine systematische Identifizierung der individuellen, sprachlichen, kulturellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen sowie ihrer Prioritäten in Bezug auf Krankheit, Gesundheit und Versorgung durch Dienstleistende [14, 25, 27, 31]; 3. die Integration von Kulturmediatorinnen und Kulturmediatoren in die Gesundheitsteams [10]; 4. die Einstellung von multikulturellem Personal mit interkulturellen Erfahrungen [5, 21, 22, 32, 33]; 5. die Inklusion von PmM (z. B. Einbindung von pflegenden Angehörigen in die formale Versorgung [23, 34, 35], Einbeziehung von professionellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund in das Gesundheitssystem [29]); 6. die Entwicklung integrativer Dienstleistungen [19, 21, 22, 36] und segregativer Angebote für PmM [13, 21]; 7. die Gestaltung innovativer interkultureller oder kulturspezifischer Wohn- und Pflegekonzepte

[21, 32]; und 8. die Validierung der Kultursensibilität von Versorgungsangeboten [11, 14].

Forschung

Bei der Gestaltung von Forschungsprojekten zur Versorgungssituation von Menschen Demenz muss verstärkt auf die gleichberechtigte Partizipation von PmM an Studien geachtet werden [14]. Darüber hinaus bedarf es separate Studien zu den Bedürfnissen von PmM mit Demenz [22, 32]. Forschende mit Migrationshintergrund sollten in die Konzeption und Durchführung dieser Studien einbezogen werden [21].

Schlussfolgerungen

Um systematisch Strukturen aufzubauen und flächendeckend kultursensible demenzspezifische Versorgungsangebote zu entwickeln, sollten die oben genannten und weitere Maßnahmen in NDPs und Versorgungsleitlinien aufgenommen werden. Um Versorgungsstandards für PmM mit Demenz zu etablieren, kann auch die Entwicklung spezieller und umfassender nationaler oder europäischer Leitlinien zur kultursensiblen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe hilfreich sein. In beiden Fällen sind die staatliche/ institutionelle Finanzierung und klare Budgetierung für die Entwicklung und Implementierung kultursensibler Angebote sowie ein systematisches Monitoring der Umsetzung der vorgegebenen Maßnahmenpläne von zentraler Bedeutung [37].

Quellen

1. Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2019: attitudes to dementia In. Herausgegeben von International AsD. London: Alzheimer's Disease International; 2019.
2. Berdai Chaouni S, De Donder L: Invisible realities: Caring for older Moroccan migrants with dementia in Belgium. *Dementia (London)* 2019, 18(7-8):3113-3129.
3. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M: Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 8.
4. Blümel S: Gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015, 58(6):593-600.
5. Giebel CM, Zubair M, Jolley D, Bhui KS, Purandare N, Worden A, Challis D: South Asian older adults with memory impairment: improving assessment and access to dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015, 30(4):345-356.
6. Jutlla K, Moreland N: The personalisation of dementia services and existential realities: understanding Sikh carers caring for an older person with dementia in Wolverhampton. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care* 2009, 2(4):10-21.
7. Matter C, Piechotta-Henze G: „Berliner Netzwerk „Türkischsprachig und Demenz". *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2009, 22(4):155-158.
8. Mukadam N, Waugh A, Cooper C, Livingston G: What would encourage help-seeking for memory problems among UK-based South Asians? A qualitative study. *BMJ Open* 2015, 5(9):e007990.
9. Alzheimer Europe: Database of initiatives for intercultural care and support. [https://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Database-of-initiatives-for-intercultural-care-and-support]. (2019). Abgerufen am 11. November 2019.
10. Deutsche Alzheimer Gesellschaft: In: *Fachtagung Demenz und Migration: 2019; Berlin*; 2019.
11. European Public Health Association: Building bridges for solidarity and public health. In: *12th European Public Health Conference: 2019; Marseille*; 2019.
12. North Sea Dementia Group: In: *Treffen der North Sea Dementia Group: 2019; Stuttgart*; 2019.
13. Tillmann J, Just J, Schnakenberg R, Weckbecker K, Weltermann B, Münster E: Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners. *BMC Family Practice* 2019, 20(1):34.

14. Alzheimer Europe: the development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. In. Luxemburg: Alzheimer Europe; 2018.

15. Nielsen TR, Waldemar G: Knowledge and perceptions of dementia and Alzheimer's disease in four ethnic groups in Copenhagen, Denmark. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016, 31(3):222-230.

16. Sundhedsstyrelsen: National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens; 2018.

17. Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje om demens; 2017.

18. National Collaborating Center for Mental Health: Dementia: A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Leicester UK: The British Psychological Society und Gaskell; 2007.

19. Mogar M, von Kutzleben M: Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2015, 48(5):465-472.

20. Herat-Gunaratne R, Cooper C, Mukadam N, Rapaport P, Leverton M, Higgs P, Samus Q, Burton A: „In the Bengali Vocabulary, There Is No Such Word as Care Home": Caring Experiences of UK Bangladeshi and Indian Family Carers of People Living With Dementia at Home. *The Gerontologist* 2019, 60(2):331-339.

21. Kaiser C: Ältere Migranten und Demenz: Versorgungssitutation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller; 2009.

22. Johl N, Patterson T, Pearson L: What do we know about the attitudes, experiences and needs of Black and minority ethnic carers of people with dementia in the United Kingdom? A systematic review of empirical research findings. *Dementia (London)* 2016, 15(4):721-742.

23. Chaouni SB, Smetcoren A-S, De Donder L: Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2020, 101:103413.

24. Giezendanner S, Monsch AU, Kressig RW, Mueller Y, Streit S, Essig S, Zeller A, Bally K: Early diagnosis and management of dementia in general practice - how do Swiss GPs meet the challenge? *Swiss Med Wkly* 2018, 148:w14695.

25. Llywodraeth Cymru Welsh Government: Dementia Action Plan for Wales 2018-2022; 2018.

26. Xiao LD, Habel L, De Bellis A: Perceived Challenges in Dementia Care by Vietnamese Family Caregivers and Care Workers in South Australia. *J Cross Cult Gerontol* 2015, 30(3):333-352.

27. World Health Organization: Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. In: *WHO European Region 2018.* 2018.

28. Adamson J: Awareness and understanding of dementia in African/Caribbean and South Asian families. *Health & Social Care in the Community* 2001, 9(6):391-396.

29. World Health Organization: Health of refugees and migrants: Practices in addressing the health needs of refugees and migrants. In: *WHO European Region 2018.* 2018.

30. Jutlla K: The impact of migration experiences and migration identities on the experiences of services and caring for a family member with dementia for Sikhs living in Wolverhampton, UK. *Ageing and Society* 2015, 35(5):1032-1054.

31. Ministry of Health Social services and Equality: Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Herausgegeben vom Ministry of Science and Innovation Spain; 2010.

32. Gronemeyer R, Metzger J, Rothe V, Schultz O: Die fremde Seele ist ein dunkler Wald: Über den Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017.

33. Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R: Österreichischer Demenzbericht 2014. In. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium; 2015.

34. Rosendahl SP, Söderman M, Mazaheri M: Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. *BMC Geriatrics* 2016, 16(1):18.

35. Wittenberg Y, Kwekkeboom R, Staaks J, Verhoeff A, de Boer A: Informal caregivers' views on the division of responsibilities between themselves and professionals: A scoping review. *Health and Social Care in the Community* 2018, 26(4).

36. Psota G: Sozialpsychiatrische Aspekte der Demenz. *Psychiatria Danubina* 2015, 27(4).

37. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R. What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. *J Public Health* (Berl.) 2021.

5. Diskussion

Die im Rahmen dieses Projekts durchgeführten Analysen haben gezeigt, dass dem Thema Demenz und Migration in den meisten Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs auf nationaler Ebene keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird, obwohl die Zahl der PmM mit Demenz in Europa vor allem aufgrund des demografischen Wandels voraussichtlich steigen wird [1, 2]. Es gibt einige wenige Länder wie z. B. Norwegen oder die Niederlande, in denen seit mehreren Jahren Projekte zur Versorgung von PmM mit Demenz durchgeführt werden und in denen zumindest bezogen auf Städte mit einem hohen Anteil älterer PmM wie z. B. Oslo, Amsterdam oder Rotterdam, spezialisierte Dienstleistungen für PmM mit Demenz existieren. In den meisten europäischen Ländern existieren solche Bemühungen jedoch nicht oder sie werden nur auf der Ebene einzelner Dienstleistenden oder Fachleute sichtbar. Die in dieser Studie durchgeführten Interviews mit den Expertinnen und Experten bestätigten die Ergebnisse der vorangegangenen Analysen von NDPs und nationalen Leitlinien zur demenzspezifischen Behandlung und Versorgung, dass es auf nationaler Ebene in den EU- und EFTA-Staaten sowie im Vereinigten Königreich einen großen Mangel an kulturell und sprachlich angemessenen Gesundheitsdienstleistungen für PmM mit Demenz gibt [3, 4]. Nach der Auswertung der Interviews musste festgestellt werden, dass die Versorgungslücken für diese Bevölkerungsgruppe in der Praxis noch größer sind, als es die Versorgungsstrategien und Leitlinien nahelegen. Die Tatsache, dass trotz der zunehmenden quantitativen Bedeutung von Demenz und Migration [5] dieser Thematik in den meisten europäischen Ländern keine Aufmerksamkeit in Form einer Entwicklung von notwendigen Politiken und Strukturen geschenkt wird, kann mehrere Gründe haben [3, 4, 6]. Dazu können politische Faktoren gehören (z. B. geringes Wählerpotenzial innerhalb der Migrationsbevölkerung, Ablehnung zuwanderndenfreundlicher Politiken durch größere Wählergruppen, nationalistische/rechtspopulistische Entwicklungen), diskriminierende Strukturen, wenig inklusive (politische/medizinische) Diskurse, Unterrepräsentation von PmM oder ihrer Vertreterinnen und Vertreter in relevanten Arbeitsgruppen und/oder fremdenfeindliche Einstellungen bei den politisch Entscheidenden. Zudem orientieren sich politische Entscheidungen und Gesundheitsstrategien in der Regel an der Mehrheitsbevölkerung [7]. In Bezug auf ältere Migrantinnen und Migranten kommt hinzu, dass in vielen der untersuchten Länder falsche Vorstellungen durch Politik, Verwaltung und Wirtschaft (Zugewanderte kehren im Alter in ihr Heimatland zurück, werden von ihren Angehörigen gepflegt usw.) zu einer Vernachlässigung dieser Bevölkerungsgruppe geführt haben [8]. Deutlich unterrepräsentiert sind PmM allerdings nicht nur in der Politik und im Gesundheitssystem, sondern auch in demenzspezifischen wissenschaftlichen Studien [9], weshalb es nur sehr wenig Forschung zu Demenz und Migration gibt [10, 11]. Wenn Studien durchgeführt werden, dann in der Regel von Forschenden, die mit den untersuchten PmM (kulturell, sozioökonomisch und in Bezug auf die Herkunft) nur wenig gemeinsam haben [12]. Infolgedessen gibt es große Lücken und Verzerrungen im Verständnis von Migration und Ethnizität in der demenzspezifischen und gerontologischen Forschung [13]. Die fehlende Inklusion von PmM mit Demenz und die unzureichende Beachtung von Demenz bei PmM auf der Ebene der Politik und der wissenschaftlichen Forschung wird als zentraler Grund dafür vermutet, dass PmM mit Demenz und ihre Angehörigen derzeit durch die Informations-, Vermittlungs- und Behandlungsraster des Gesundheitssystems fallen [14]. Dies stellt, zusammen mit weiteren Faktoren wie

Sprachproblemen, kulturbedingten Vorstellungen von Demenz und Versorgung sowie mangelndem Wissen [9, 15-18], auch eine Ursache für die geringere Inanspruchnahme von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen durch PmM mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen dar. Ein Problem, das von den Expertinnen und Experten und verschiedenen NDPs und Demenzversorgungsleitlinien sowie mehreren Studien übereinstimmend identifiziert wurde [11, 19-23]. Diese Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Dienstleistungen können zu schlechteren gesundheitsbezogenen und demenzspezifischen Ergebnissen bei PmM führen. Ein Zusammenhang, der durch eine Studie mit schwarzen und ethnischen Minderheitengruppen im Vereinigten Königreich, den USA und Australien hervorgehoben wurde [21]. Entgegen der häufigen Annahme von Versorgungsplanenden, Dienstleistenden und Expertinnen und Experten ist der Bedarf an sprachlich und kulturell sensiblen Unterstützungsangeboten und Informationen für PmM mit Demenz und ihre Angehörigen hoch [10, 24-28]. Dieser hohe Bedarf spiegelt sich in den Aussagen der Expertinnen und Experten in den für diesen Atlas durchgeführten Interviews wider. Die weit verbreitete Fehleinschätzung, dass PmM für sich selbst sorgen, steht im Widerspruch zu diesem hohen Bedarf und der Tatsache, dass PmM mit Demenz und ihre Angehörigen bereit sind, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen [24, 27, 29, 30].

Eine weitere zentrale Herausforderung, die in diesem Projekt und in verschiedenen Studien in Bezug auf PmM identifiziert wurde, stellt die Diagnose von Demenz dar. So zeigte eine Meta-Analyse von 28 Studien zu Demenz-Screening-Verfahren, dass eine Demenzdiagnose bei PmM nicht mit der gleichen Sicherheit gestellt werden kann wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund [31]. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass standardisierte kognitive Testverfahren, die in vielen europäischen Ländern verwendet werden, nicht geeignet für PmM sind. Dies wird von einzelnen Expertinnen und Experten, in vielen NDPs und Leitlinien sowie im Alzheimer Europe Bericht „Die Entwicklung der interkulturellen Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten“ (2018) berichtet. Insbesondere der MMSE, eines der in Europa am häufigsten verwendeten kognitiven Screening-Instrumente, weist eine kulturelle, soziale, ethnische und bildungsbezogene Verzerrung auf [1]. Ein Thema, das aufgrund des steigenden Anteils von Migrantinnen und Migranten in vielen europäischen Ländern ebenfalls eine Herausforderung darstellt, ist die Integration von Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund in die Gesundheitssysteme. Die in diesem Projekt befragten Expertinnen und Experten waren sich einig, dass die Integration und insbesondere die Inklusion von Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund ein Teil der Lösung für die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Versorgung von PmM mit Demenz sein kann. Eine Studie über die Erfahrungen von Gesundheitsdienstleistenden bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund hat gezeigt, dass sich Gesundheitsdienstleistende aus ethnischen Minderheitengruppen ihrer eigenen Kultur bewusster sind und daher eine höhere Sensibilität für kulturelle Unterschiede bei den Patientinnen und Patienten aufweisen [32]. Die Expertinnen und Experten und Berichte nennen jedoch auch verschiedene Herausforderungen, die sich ergeben können, wenn das Gesundheitspersonal der gleichen Migrationsgruppe angehört wie die Menschen mit Demenz [1]. Die Annahme, dass ein höherer Migrationsanteil und eine höhere kulturelle und sprachliche Vielfalt bei den Fachkräften im Gesundheitswesen die Lösung aller Probleme im Zusammenhang mit Demenz und Migration ist, geht daher nach Ansicht der Expertinnen und Experten und der Autorinnen und Au-

toren dieses Atlas weit am Thema vorbei. So besteht beispielsweise auch bei Fachkräften mit Migrationshintergrund ein hoher Bedarf an Schulungen zur demenzspezifischen und kultursensiblen Versorgung. Darüber hinaus muss u. a. auch das Problem der deutlichen Unterrepräsentation von PmM in höheren Einkommensgruppen, Berufsgruppen mit höherem Bildungsniveau (z. B. Ärztinnen und Ärzte) und Führungspositionen in Versorgungseinrichtungen angegangen werden.

Bei der Suche nach Lösungen für die in diesem Atlas und anderen Studien im Zusammenhang mit der demenzspezifischen Versorgung für PmM beschriebenen Probleme, stellt sich relativ schnell die Frage, die auch in den Interviews mit den befragten Expertinnen und Experten diskutiert wurde, ob ein integratives oder ein segregatives Versorgungsmodell bevorzugt werden sollte. Diese Frage ist doppelt bedeutsam für PmM mit Demenz, da bei ihnen neben der Demenz auch sprachlich-kulturelle Aspekte berücksichtigt werden müssen. Die Interviews mit den Expertinnen und Experten zeigen, dass in den meisten europäischen Staaten auf ein integratives Versorgungsmodell gesetzt wird. Im Sinne einer konsequenten Biografie- und Milieuorientierung wäre nach Auffassung von Kaiser (2009) jedoch eine zielgruppenspezifische segregative Versorgung der bessere Ansatz, zumindest in Bezug auf Wohn- und Pflegekonzepte. In einigen wenigen Ländern (z. B. Deutschland) gibt es ein hybrides Versorgungsmodell mit integrativen und segregativen Elementen, wie dies von einer der interviewten Personen empfohlen wird.

Die Auswahl des geeigneten Versorgungsmodells bedarf einer detaillierten Auseinandersetzung mit der Struktur und den spezifischen Bedürfnissen der in den jeweiligen Ländern und Regionen lebenden Migrantengruppen. Dies erfordert auch eine grundlegende Diskussion über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen PmM bzw. einzelnen Migrationsgruppen und Menschen ohne Migrationshintergrund in Bezug auf die allgemeinen und demenzspezifischen Versorgungsbedürfnisse. In Bezug auf die Symptomatik der Demenz, den degenerativen Verlauf der Erkrankung und die individuelle Bewältigung stehen PmM zunächst vor ähnlichen Herausforderungen wie Menschen ohne Migrationshintergrund [27, 30, 33]. Auch die älteren Menschen mit Demenz aus der autochthonen Bevölkerung sind aufgrund ihres Alters und der Demenzerkrankung oft von Diskriminierung und Stigmatisierung betroffen und Komorbiditäten wie psychiatrische Erkrankungen (z. B. Depression) oder Delirium sind auch in dieser Bevölkerungsgruppe weit verbreitet [34-37]. Demgegenüber gibt es aber auch einige spezifische Probleme wie einen niedrigeren sozioökonomischen Status, kulturelle und soziale Disruptionen oder Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund des Migrationshintergrunds. Die sozialen Probleme älterer Migrantinnen und Migranten äußern sich vor allem in einem im Durchschnitt niedrigeren Bildungsniveau und prekären Einkommens- und Wohnverhältnissen [38-41]. Es ist zu erwarten, dass diese Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Versorgungssituation und den Bedarf an Versorgungsleistungen haben. Im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Demenz und der Einstellung zur Versorgung gibt es ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen vielen Gruppen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. So ist zum Beispiel in einigen Gruppen von Zugewanderten die Ansicht, dass Demenz ein Teil des normalen Alterungsprozesses ist, deutlich weiter verbreitet. Außerdem gibt es in einigen Sprachen kein Wort für Demenz [1]. Neben den zum Teil großen Unterschieden zwischen der Organisation der Gesundheitssysteme in den Herkunfts- und Aufenthaltsländern sind auch die unterschiedlichen Erwartungen an die Gesundheitsfachkräfte für die formelle Versorgung relevant [15]. Im Hinblick auf die ge-

wählten Versorgungsformen fällt auf, dass die häusliche Versorgung in vielen Gruppen von Zugewanderten noch dominierender ist als in der autochthonen Bevölkerung [42]. Die in einigen Migrantengruppen vorhandene Tradition, dass die Familie (meist weibliche Familienmitglieder [43], von denen dies oft erwartet wird [24, 25, 44]) die Person mit Demenz pflegt [1, 45], stellt einen grundlegenden Unterschied zu der in vielen Teilen Europas vorherrschenden Philosophie der Förderung der Unabhängigkeit der Patientinnen und Patienten dar. Auf Familialismus basierende Pflegearrangements, bei denen die Versorgung eines kranken Familienmitglieds mit einem „tiefen Gefühl des Stolzes und der moralischen Überlegenheit" [44] verbunden ist, können Vorteile bringen, wenn die Familienstrukturen intakt sind. Allerdings können solche Arrangements auch problematisch werden, wenn sie im Falle einer schweren Erkrankung den rechtzeitigen Zugang zum Gesundheitssystem verhindern [15]. Die in diesem Projekt geführten Interviews zeigten, dass neben den häuslichen Pflegearrangements informelle Netzwerke eine Ressource hinsichtlich der Unterstützung von pflegenden Angehörigen darstellen. Andere Familienmitglieder sind eine wesentliche Quelle der Hilfe, ebenso wie, je nach Kultur, religiöse Gemeinschaften und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen. Es ist daher überlegenswert, diese Netzwerke in das Angebot der formellen Hilfe einzubeziehen. Dieser Gedanke spiegelt sich in der Literatur wider. Regan (2014) schlägt zum Beispiel vor, religiöse Führungspersonen in die Bemühungen zur Förderung von Dienstleistungen einzubeziehen. Ein weiteres großes Problem ist, dass die psychische Belastung von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund noch höher ist als bei Menschen ohne Migrationshintergrund [47-49]. In einigen Kulturen werden nicht nur Demenz, sondern auch psychische Erkrankungen im Allgemeinen viel stärker tabuisiert als in den meisten europäischen Ländern und die Angst, von der eigenen Gemeinschaft stigmatisiert zu werden, ist wesentlich stärker ausgeprägt [25, 50]. Dies kann zur sozialen Isolation der betroffenen Personen führen. Was die Demenzerkrankung selbst betrifft, liegt eine große Herausforderung darin, dass die Krankheit oft mit einem frühen Verlust der erlernten Fremdsprachen einhergeht, was für PmM häufig die Sprache des Landes ist, in dem sie gegenwärtig leben [51].

Insgesamt können PmM als eine vulnerable Gruppe im Zusammenhang mit Demenz beschrieben werden. Im Durchschnitt haben ältere Migrantinnen und Migranten einen schlechteren Gesundheitszustand als ältere Menschen ohne Migrationshintergrund. Altersassoziierte Erkrankungen wie Demenz treten bei ihnen in einem jüngeren Alter auf und sie haben oft früher einen Pflegebedarf [43]. Daher wird angenommen, dass die Inzidenz und Prävalenz von Demenz bei älteren Zugewanderten höher ist als in der autochthonen älteren Bevölkerung [52]. Darüber hinaus hat der Zusammenhang zwischen Demenz und Prävention bei vielen Gruppen von Zugewanderten eine geringere Priorität oder wird tabuisiert [43]. Gleichzeitig sorgen Akkulturationseffekte und intergenerationale Unterschiede dafür, dass die Bereitschaft von PmM wächst, professionelle Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder gar eine stationäre Unterbringung in Betracht zu ziehen. Dieser wachsende Bedarf resultiert aber auch aus dem abnehmenden familiären Unterstützungspotenzial Seitens PmM aufgrund gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse, pluralistischer Tendenzen und ökonomischer Notwendigkeiten [10, 43, 53].

Neben einigen Gemeinsamkeiten von PmM in Bezug auf für die Demenzversorgung relevante Aspekte gibt es auch viele Unterschiede zwischen und innerhalb verschiedener Migrationsgruppen. Die Migrationsbevölkerung der meisten europäischen Länder ist äußerst he-

terogen in Bezug auf die kulturelle, ethnische, religiöse und soziale Herkunft [15], das Alter, das Bildungsniveau, den sozioökonomischen Status sowie den Sozial- und Aufenthaltsstatus der einzelnen Personen. So variieren z. B. auch die gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren und die Zugänglichkeit von Bildungsmaßnahmen stark zwischen und innerhalb der einzelnen Gruppen von Zugewanderten [54]. Die Forschung hat auch gezeigt, dass es signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen von Zugewanderten hinsichtlich der Barrieren gibt, die sie beim Zugang zu Gesundheitsdiensten erleben [15]. Anders als oft angenommen, haben Menschen, die aus anderen Kulturen zugewandert sind, nicht automatisch Probleme damit, sich an das Gesundheitssystem anzupassen und verfügen nicht generell über weniger Wissen hinsichtlich Demenz. Beispielsweise ist das japanische Gesundheitssystem einigen westeuropäischen Gesundheitssystemen recht ähnlich und das Wissen und die Versorgungsangebote bezüglich Demenz sind dort weiter verbreitet als in vielen Teilen Europas. Die meisten wissenschaftlichen Studien und Gesundheitssysteme erfassen die Heterogenität innerhalb der Migrationsbevölkerung aufgrund einer einseitigen Fixierung auf bestimmte Gruppen von Zugewanderten nicht [43]. Darüber hinaus gibt es auch viele PmM mit Demenz, die neben dem Migrationshintergrund und der Demenzerkrankung weitere Diversitätsmerkmale aufweisen. Die Wechselwirkung dieser weiteren Merkmale mit der Demenzerkrankung und der Versorgungssituation sollte in zukünftigen Studien genauer untersucht werden. Die befragte Expertin aus Deutschland empfahl in diesem Zusammenhang die Fokussierung auf einen intersektionalen Ansatz, bei dem mehrere Diversitätsmerkmale einer Person, wie z. B. Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität oder eine mögliche Traumaerfahrung, gemeinsam betrachtet werden.

Ein weiteres Thema, das in diesem Projekt als besonders relevant im Kontext von Demenz und Migration identifiziert wurde und das auch im Workshop und den Interviews mit den Expertinnen und Experten Berücksichtigung fand, ist das der zentralen Begrifflichkeiten. In Europa werden im Zusammenhang mit PmM viele verschiedene Begriffe verwendet, die auf unterschiedlichen Konzepten und Definitionen beruhen. So wird in offiziellen Dokumenten und Studien einiger Länder der Terminus „ethnische Minderheiten“ oder „ethnische Minderheitengruppen“ verwendet (z. B. in Irland [54]), während in anderen Ländern Begriffe wie „Menschen aus verschiedenen kulturellen oder religiösen Gruppen“ (Spanien [55]) oder „sprachliche Minderheiten“ (Norwegen [56]) üblich sind. In einigen Berichten und Studien bezieht sich der Begriff PmM oder Migrant(in) ausschließlich auf Personen, die im Ausland geboren wurden oder nicht die jeweilige Staatsangehörigkeit besitzen, während in anderen Studien auch die Kinder von Zugewanderten berücksichtigt werden. Die unterschiedliche Verwendung und das unterschiedliche Verständnis von Begriffen in Bezug auf PmM in verschiedenen nationalen und internationalen Studien oder Berichten ist eine Herausforderung für Versorgungsplanende, Versorgungsanbietende und Forschende, da sie Verwirrung hinsichtlich der relevanten Zielgruppen, der Größe der Zielgruppen und den Versorgungsbedarf in Bezug auf diese Gruppen erzeugt. Oft werden Termini wie PmM, Migrantinnen/Migranten oder ethnische Minderheiten(gruppen) austauschbar oder als Synonyme füreinander verwendet, obwohl nicht alle Mitglieder ethnischer Minderheiten Migrantinnen/Migranten sind. Der Alzheimer Europe Bericht „Die Entwicklung der interkulturellen Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten“ (2018) diskutiert verschiedene Konzepte und Begriffe wie „ethnische Minderheitengruppe“,

„Migrant(in)“ oder „Zugewanderte(r)“, die häufig in wissenschaftlichen Artikeln, internationalen Berichten und politischen Dokumenten verwendet werden. In diesem Bericht werden ethnische Minderheitengruppen als Gruppen von Menschen definiert, die eine gemeinsame kulturelle Identität haben und sich in gewisser Weise von der ethnischen Mehrheitsgruppe im jeweiligen Land unterscheiden (z. B. in Bezug auf Sprache, Kultur oder Religion). Die Begriffe „Migrant(in)“ und „Zugewanderte(r)“ werden als unklar beschrieben, da keine allgemein anerkannte Definition existiert [1]. In diesem Projekt werden aus pragmatischen Gründen (vor allem für die Vergleichbarkeit der Daten aus den europäischen Ländern) PmM als Personen definiert, die im Ausland geboren wurden.

Insgesamt bestätigt dieses Projekt die Erkenntnisse der bisherigen Forschung zu Demenz und Migration, wonach ältere PmM mit Demenz und ihre Angehörigen aufgrund individueller und struktureller Gegebenheiten nicht in gleichem Maße wie die autochthone Bevölkerung am aktuellen Forschungsstand und Versorgungsstandard partizipieren und dadurch häufig prekären Lebenssituationen ausgesetzt sind (Kaiser 2009). Diese Ungleichheiten gefährden die Ideale gleicher Lebensbedingungen und gleichwertiger Versorgung für alle in Europa bzw. dem jeweiligen europäischen Land lebenden Menschen, zu denen sich die europäischen Institutionen und die meisten europäischen Staaten verpflichtet haben.

Quellen

1. Alzheimer Europe: The development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. In. Luxemburg: Alzheimer Europe; 2018.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs: Trends in International Migrant Stock: The 2017 revision In.: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2017.
3. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR: How is migration background considered in the treatment and care of people? A comparison of national dementia care guidelines in Europe. *BMC Public Health* 2020, 20(1):1555.
4. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR: Comparing national dementia plans and strategies in Europe – is there a focus of care for people with dementia from a migration background? *BMC Public Health* 2020, 20(1):784.
5. Canevelli M, Lacorte E, Cova I, Zaccaria V, Valletta M, Raganato R, Bruno G, Bargagli AM, Pomati S, Pantoni L *et al*: Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. *European Journal of Neurology* 2019, 26(9):1191-1199.
6. Canevelli M, Zaccaria V, Lacorte E, Cova I, Gervasi G, Cascini S, Bargagli AM, Di Fiandra T, Pomati S, Pantoni L *et al*: The issue of dementia in migrants and ethnic minorities: the perspective of National Dementia Plans. *Aging Clinical and Experimental Research* 2019.
7. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R. What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. *J Public Health* (Berl.) 2021.
8. Baric-Büdel D: Spezifika des Pflegebedarfs und der Versorgung älterer Migranten: Konzeptentwicklung zur interkulturellen Öffnung des Pflegeversorgungssystems am Beispiel der Stadt Dortmund, Bd. Thema 160. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2001.
9. Chaouni SB, Smetcoren A-S, De Donder L: Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2020, 101:103413.
10. Kaiser C: Ältere Migranten und Demenz: Versorgungssitutation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller; 2009.
11. Parveen S, Oyebode J: Better health briefing 46: Dementia and minority ethnic careers. 2018.
12. Roche M, Higgs P, Aworinde J, Cooper C: A Review of Qualitative Research of Perception and Experiences of Dementia Among Adults From Black, African, and Caribbean Background: What and Whom Are We Researching? *The Gerontologist* 2020.

13. Zubair M., Norris M: Perspectives on ageing, later life and ethnicity: ageing research in ethnic minority contexts. *Ageing Soc* 2015, 35(5):897-916.

14. Jonas I: Demenz und Migration: Vergessen in der zweiten Heimat. *Pro Alter* 2007, 39(2):6-9.

15. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M: Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 8.

16. Greenwood N, Habibi R, Smith R, Manthorpe J: Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community: a systematic review of qualitative and quantitative literature. *Health & Social Care in the Community* 2015, 23(1):64-78.

17. Braun KL, Takamura JC, Mougeot T: Perceptions of dementia, caregiving, and help-seeking among recent Vietnamese immigrants. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1996, 11(3):213-228.

18. Bowes A, Wilkinson H: „We didn't know it would get that bad": South Asian experiences of dementia and the service response. *Health Soc Care Community* 2003, 11(5):387-396.

19. Brzoska P, Razum O: Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015, 58(6):553-559.

20. Giebel CM, Zubair M, Jolley D, Bhui KS, Purandare N, Worden A, Challis D: South Asian older adults with memory impairment: improving assessment and access to dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015, 30(4):345-356.

21. Mukadam N, Waugh A, Cooper C, Livingston G: What would encourage help-seeking for memory problems among UK-based South Asians? A qualitative study. *BMJ Open* 2015, 5(9):e007990.

22. Dilworth-Anderson P, Williams IC, Gibson BE: Issues of Race, Ethnicity, and Culture in Caregiving Research: A 20-Year Review (1980–2000). *The Gerontologist* 2002, 42(2):237-272.

23. Dunlop DD, Manheim LM, Song J, Chang RW: Health care utilization among older adults with arthritis. *Arthritis Care & Research* 2003, 49(2):164-171.

24. Sagbakken M, Spilker RS, Ingebretsen R: Dementia and Migration: Family Care Patterns Merging With Public Care Services. *Qualitative health research* 2018, 28(1):16-29.

25. Johl N, Patterson T, Pearson L: What do we know about the attitudes, experiences and needs of Black and minority ethnic carers of people with dementia in the United Kingdom? A systematic review of empirical research findings. *Dementia (London)* 2016, 15(4):721-742.

26. Jutlla K, Moreland N: The personalisation of dementia services and existential realities: understanding Sikh carers caring for an older person with dementia in Wolverhampton. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care* 2009, 2(4):10-21.

27. Herat-Gunaratne R, Cooper C, Mukadam N, Rapaport P, Leverton M, Higgs P, Samus Q, Burton A: „In the Bengali Vocabulary, There Is No Such Word as Care Home": Caring Experiences of UK Bangladeshi and Indian Family Carers of People Living With Dementia at Home. *The Gerontologist* 2019, 60(2):331-339.

28. Mogar M, von Kutzleben M: Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2015, 48(5):465-472.

29. Hossain MZ, Khan HTA: Barriers to access and ways to improve dementia services for a minority ethnic group in England. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2020, 26(6):1629-1637.

30. Monsees J, Schmachtenberg T, Hoffmann W, Kind A, Gilmore-Bykovskyi A, Kim AJ, Thyrian JR: Dementia in People with a Turkish Migration Background: Experiences and Utilization of Healthcare Services. *Journal of Alzheimer's Disease* 2020, 77:865-875.

31. Sieben Ü (Hrsg.): Demenzdiagnostik bei Menschen mit türkischer Herkunft. Bern: Hogrefe Verlag; 2015.

32. Claeys A, Berdai Chaouni S, de Donder L: Identifying experiences, enablers and barriers of healthcare providers for delivering culturally competent care. . *International Journal of Integrated Care* 2018, 18(S2):237.

33. Chaouni SB, Smetcoren AS, De Donder L: Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2020, 101:103413.

34. Kopf D, Hewer W: Komorbide Erkrankungen bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2015, 48(4):303-304.

35. Milne A: The 'D' word: Reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *Journal of Mental Health* 2010, 19(3):227-233.

36. Age Concern und Mental Health Foundation: Promoting mental health & well being in later life. In. London: Age Concern; 2006.

37. Alzheimer's Society: Out of the shadows. In. London: Alzheimer's Society; 2008.

38. Dietzel-Papakyriakou M: Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik. In., vol. 3. Berlin: Deutsches

Zentrum für Altersfragen 1993: 1-154.

39. Paß R: Alter(n)svorstellungen älterer Migrantinnen: Eine explorative Studie über deren biografische Lebensentwürfe, Bd. 7. Hamburg: Verlag Dr. Kovac; 2006.
40. Mika T, Tucci I: Alterseinkommen bei Zuwanderndenn. In: *Gesetzliche Rente und Haushaltseinkommen bei Aussiedlern und Zuwanderern aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zur deutschen Bevölkerung.* Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2006.
41. Baykara-Krumme H, Hoff A: Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: *Altwerden in Deutschland.* edn. Herausgegeben von Tesch-Römer C, Engstier H, Wurm S. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
42. Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J: Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. *Gesundheit und Gesellschaft - Wissenschaft (GGW)* 2017, 17(2).
43. Gronemeyer R, Metzger J, Rothe V, Schultz O: Die fremde Seele ist ein dunkler Wald: Über den Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017.
44. Ahmad M, van den Broeke J, Saharso S, Tonkens E: Persons With a Migration Background Caring for a Family Member With Dementia: Challenges to Shared Care. *Gerontologist* 2020, 60(2):340-349.
45. Mukadam N, Cooper C, Livingston G: A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011, 26(1):12-20.
46. Kücük F: Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen in Berlin: Eine qualitative Studie zur Versorgung im häuslichen Umfeld. *Pflegewissenschaft* 2010(6):334-341.
47. Montoro-Rodriguez J, Gallagher-Thompson D: The role of resources and appraisals in predicting burden among Latina and non-Hispanic white female caregivers: a test of an expanded socio-cultural model of stress and coping. *Aging Ment Health* 2009, 13(5):648-658.
48. Piechotta-Henze G, Matter C: Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migrant/-innen und ihrer Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2008, 21(4):221-230.
49. Xiao LD, Habel L, De Bellis A: Perceived Challenges in Dementia Care by Vietnamese Family Caregivers and Care Workers in South Australia. *J Cross Cult Gerontol* 2015, 30(3):333-352.
50. Tezcan-Güntekin H, Razum O: Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund: Spezifische Bedürfnisse erkennen. *Dtsch Arztebl International* 2015, 112(39): A-1564.
51. Huismann A, Raven U, Geiger: Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU, Verbreitung, Versorgungssituation, Empfehlungen. Lage; 2000.
52. Matthäi I: Die „vergessenen" Frauen aus der Zuwanderergeneration: Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005.
53. Blümel S: Gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015, 58(6):593-600.
54. Foley T, Jennings A, Swanwick G: Dementia: Diagnosis & Management in General Practice: ICGP Quality and Safety in Practice Committee; 2019.
55. Ministry of Health Social services and Equality: Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Herausgegeben vom Ministry of Science and Innovation Spain; 2010.
56. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2020: a More Dementia-friendly Society; 2016.

6. Limitationen

Migrationsgeschichte

Die in diesem Atlas dargestellten Inhalte zur Migrationsgeschichte Europas und der einzelnen europäischen Länder basieren ausschließlich auf einer Online-Recherche über die Plattformen Google und Google Scholar sowie einigen internationalen Berichten und Online-Datenbanken (zum Beispiel dem Migrationsdatenportal). Diese Plattformen und Dokumente wurden anhand bestimmter Schlüsselwörter durchsucht. Dokumente oder Daten, die diese Schlüsselwörter nicht enthielten und nicht online auf einer der genannten Datenbanken oder Plattformen zugänglich waren, wurden nicht berücksichtigt. Außerdem wurden nur Dokumente in englischer und deutscher Sprache berücksichtigt. Aus inhaltlichen Gründen und zur besseren Vergleichbarkeit wurden bei der Darstellung der Daten ausschließlich größere Migrationsströme und allgemeine Merkmale der Migrationsgeschichte sowie einige Zahlen zur aktuellen Migrationsbevölkerung angeführt. Da die Migrationsgeschichte in erster Linie als Hintergrundinformation für die Leserinnen und Leser dienen und ihnen die Möglichkeit geben soll, die aktuelle Situation in Bezug auf PmM mit Demenz im Land besser zu verstehen, wurde auf die Diskussion detaillierter Hintergründe, Ursachen und Auswirkungen der Migrationsströme verzichtet. Eine weitere Einschränkung hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Länder hinsichtlich ihrer Migrationsgeschichte liegt darin, dass nicht für alle Länder Daten (z. B. zu den größten Gruppen von Zugewanderten nach Herkunftsland) aus dem gleichen Jahr oder den gleichen Zeiträumen identifiziert werden konnten. Darüber hinaus wurden die in den Berichten und Datenbanken verwendeten Schlüsselbegriffe wie Migrantinnen/Migranten, Einwanderin/Einwanderer, Geflüchtete oder Gastarbeitende übernommen, denen zum Teil unterschiedliche Definitionen zugrunde liegen, was die Vergleichbarkeit ebenfalls etwas erschwert. Dieser Ansatz ermöglicht jedoch einen spezifischeren Einblick in die Situation bzw. die Kommunikation der Situation der einzelnen Länder.

Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Mit Ausnahme von Bulgarien, Litauen, Malta und Polen beziehen sich die Daten zu PmM auf Personen ab 65 Jahren. Ausschließlich die Daten für England sind nicht altersspezifisch. Die Prävalenzraten, die in diesem Atlas verwendet wurden, beziehen sich auf Menschen im Alter von 60 Jahren oder älter. Darüber hinaus haben einige Länder Daten unterhalb eines bestimmten Wertes nicht offengelegt. Daher ist die Zahl der PmM mit Demenz leicht verzerrt. Bei der Diskussion der geschätzten Demenzzahlen ist zudem zu berücksichtigen, dass die Prävalenzraten aus dem „Welt-Alzheimer-Bericht 2015“, die in diesem Atlas verwendet wurden, auf einer Meta-Analyse von bevölkerungsbasierten Studien zur Demenzprävalenz aus den verschiedenen Global Burden of Disease Weltregionen basieren. Dies bringt einige Einschränkungen mit sich. Zum einen weisen die Weltregionen eine ungleiche Anzahl an verfügbaren Studien auf, z. B. liefern Ostasien (89 Studien) oder Westeuropa (71 Studien) eine hohe Anzahl an Studien, während Regionen wie Mittel- (5) und Osteuropa (1) nur sehr wenige Daten aufweisen. Es gibt auch Unterschiede in den methodischen Ansätzen der zugrundeliegenden Studien, wie z. B. Ungleichheiten im Prozess der Demenzdiagnose, wobei nur 34% der Studien eine umfassende Beurteilung unter Verwendung verschiedener Methoden wie Behinderungsbeurteilung und kognitiver Tests mit mehreren Domänen durchführen [1]. Diese Faktoren weisen darauf hin, dass die Prävalenzzahlen in ihrer Qualität

variieren und über- oder unterschätzt sein können, was wiederum die Berechnungen in diesem Atlas dahingehend beeinflusst, dass die geschätzten Zahlen möglicherweise nicht die tatsächliche Situation widerspiegeln.

Wenn man Länder vergleichen will, sollte man bedenken, dass sich die Daten aus den verschiedenen europäischen Länder zu den Herkunftsländern in ihrem Detaillierungsgrad unterscheiden. Einige Länder wie Island oder England lieferten einen Überblick mit einer Vielzahl von Herkunftsländern, während andere Länder wie die Niederlande oder Zypern sich auf die relevantesten Herkunftsländer fokussierten. Wiederum andere Länder wie Liechtenstein lieferten lediglich Informationen zu einer kleineren Auswahl von Ländern. Nicht alle Daten wurden von den statistischen Ämtern der jeweiligen Länder bereitgestellt. Einige Daten stammen vom Census Hub von Eurostat. Zudem gehen die Daten auf verschiedene Jahre zurück. Viele Länder wie Kroatien, die Slowakei oder die Tschechische Republik lieferten Daten über PmM aus der im Jahr 2011 durchgeführten Volkszählung, während andere Ländern wie Norwegen oder Estland, aktuellere Daten aus dem Jahr 2019 bereitstellten. All diese Faktoren verkomplizieren und erschweren den Vergleich der Länder und sollten daher von den Leserinnen und Lesern berücksichtigt werden.

Ein weiterer zu erwähnender Aspekt besteht darin, dass für einige Länder Menschen aus Herkunftsländern als die am stärksten betroffenen Migrantengruppen identifiziert wurden, bei denen man darüber diskutieren kann, ob sie wirklich eine Gruppe sind, die für das Gesundheitssystem von Bedeutung ist. Beispielsweise stammen die am meisten betroffenen Migrantengruppen in Schottland aus England, Irland und Nordirland. Man könnte argumentieren, dass Menschen aus diesen Ländern besser mit dem schottischen Gesundheitssystem zurechtkommen als Menschen aus Ländern außerhalb des Vereinigten Königreichs und nicht so viel besondere Aufmerksamkeit vom Gesundheitssystem in Bezug auf Demenz und das Gesundheitssystem benötigen wie andere PmM. Andere PmM haben möglicherweise mehr Probleme beim Zugang zum und der Nutzung des Gesundheitssystems und wenn sie hier nicht hervorgehoben werden, besteht die Gefahr, dass sie für das Gesundheitssystem weiterhin unsichtbar bleiben.

Analyse der nationalen Demenzpläne

Die Ergebnisse der Analyse von NDPs basieren ausschließlich auf Dokumenten, die durch eine Online-Suche (über Google) identifiziert werden konnten. Länder, die nicht über solche Dokumente verfügen, die ihre Dokumente nicht online veröffentlicht haben oder deren Dokumente nicht die gesuchten Schlüsselwörter enthielten, konnten nicht berücksichtigt werden. Außerdem wurden einige NDPs einige Jahre früher veröffentlicht als andere. Das Thema Demenz und Migration dürfte heute in weiten Teilen Europas aufgrund der Zunahme der Prävalenz und der wachsenden Zahl älterer PmM wichtiger sein als noch vor einigen Jahren. So können die unterschiedlichen Veröffentlichungszeitpunkte eine Ursache für die länderspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Migrationsbezuges sein. Ein weiterer Grund ist die unterschiedliche Bedeutung, die der Migration in den einzelnen Ländern beigemessen wird. Diese Analyse zeigt, dass Einwanderungsländer mit einem hohen Migrantenanteil eher migrationsbezogene NDPs haben als Auswanderungsländer mit geringem Migrantenanteil. Ein weiteres auffälliges Merkmal sind die uneinheitlichen Begriffe, die im Zusammenhang mit Migration verwendet werden und die unterschiedliche Definition von Begriffen wie „Migrant(in)“. Diese Analyse gibt trotz ihrer Limitationen einen Überblick darüber, inwieweit das Thema Migration in den NDPs der europäischen Länder

berücksichtigt wird und welche thematischen Schwerpunkte gesetzt werden, wenn das Thema Berücksichtigung findet [2].

Analyse der nationalen Leitlinien zur Demenzversorgung

Mit Ausnahme von Belgien/Flandern bezieht sich diese Analyse nur auf nationale Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen zur Demenzversorgung, die von nationalen Organisationen oder Behörden wie den Alzheimer-Gesellschaften, Berufsverbänden oder Gesundheitsministerien veröffentlicht wurden. Es fanden daher nur die Dokumente Berücksichtigung, die auf Anfrage von den jeweiligen Organisationen oder Ministerien zugesandt wurden. Es ist nicht auszuschließen, dass Organisationen und Dokumente existieren, die von den Autorinnen und Autoren nicht kontaktiert oder identifiziert wurden. Die an dieser Studie beteiligten Organisationen wurden jedoch gebeten, auf entsprechende Informationen oder Kontaktpersonen zu verweisen, die dann einbezogen wurden. Dennoch haben einige Organisationen keine Antwort gegeben. Dementsprechend gibt es in den einzelnen EU- und EFTA-Staaten sowie im Vereinigten Königreich weitere Dokumente zur Versorgung von Menschen mit Demenz (z. B. auf lokaler Ebene), die in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden. Dies war jedoch nicht das Ziel der Analyse und die Integration dieser Dokumente hätte die Standardisierung des Verfahrens beeinträchtigt und die Vergleichbarkeit reduziert [3].

Interviews

Trotz einer umfangreichen Suche nach Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern war es leider nicht möglich, Expertinnen und Experten aus jedem Land zu finden. Allerdings besteht immer die Möglichkeit, dass bei dem durchgeführten Verfahren potentielle Kandidatinnen und Kandidaten nicht erkannt wurden. Basierend auf den Aussagen und Selbsteinschätzungen der befragten Expertinnen und Experten war nicht jede befragte Person Expertin/Experte für Demenz und Migration. Einige waren Expertinnen oder Experten für Migration (z. B. Griechenland), andere für Demenz (z. B. Liechtenstein). Dies könnte daran liegen, dass in einigen Ländern Demenz und Migration kein Schwerpunktthema ist oder ein derart neues Thema darstellt, dass es derzeit niemanden gibt, der sich als Expertin oder Experte dafür bezeichnen kann. In diesen Fällen hätten die Analysen möglicherweise andere Ergebnisse und Schlussfolgerungen hervorgebracht, wenn es Expertinnen oder Experten für die Kombination der Themen Demenz und Migration gegeben hätte. Darüber hinaus wurden keine eindeutigen und starren Kriterien festgelegt, die eine Expertin oder ein Experte erfüllen musste, um sich für ein Interview zu qualifizieren. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um den Kreis potenzieller Interviewkandidatinnen und -kandidaten zu diesem Thema nicht zu klein werden zu lassen, da diese Gruppe bereits von vornherein äußerst klein war. Aufgrund der seltenen Adressierung dieses Themas dürfte die Gruppe der für diesen Atlas konsultierten Expertinnen und Experten also äußerst selektiv sein.

Der Interviewleitfaden für die Durchführung der halbstrukturierten Interviews wurde von den Autorinnen und Autoren dieses Atlasses auf der Grundlage einer Literaturrecherche und eines Expertinnen- und Expertenworkshops erstellt. Dies geschah zwar systematisch, aber eine Repräsentativität in Bezug auf die Literatur und die Expertinnen und Experten zum Thema Demenz und Migration war damit sicher nicht gegeben. Daher ist die Auswahl der Kategorien und Fragen für das Interview auch von den Ansichten und Positionen der Autorinnen und Autoren sowie der selektiv ausgewählten Expertinnen und Experten beeinflusst. Eine weitere Einschränkung betrifft die vordefinierten Antwortkategorien, die zwar die Vergleichbarkeit der Daten verbessern, aber dazu führen,

dass die dokumentierten Ansichten der Expertinnen und Experten zur Versorgungssituation im jeweiligen Land verzerrt sind und Komplexitäten und Heterogenitäten in den einzelnen Ländern unterschätzt werden. Um dieser Einschränkung entgegenzuwirken, wurden nach fast jeder geschlossenen Frage mit festen Antwortkategorien offene Fragen gestellt. Bei der Analyse der Daten mussten die Autorinnen und Autoren aus den umfangreichen Interviews mit oft sehr detaillierten Antworten der Expertinnen und Experten eine Auswahl an Themenblöcken, Kategorien, Fragen und Inhalten treffen. Außerdem waren bei einigen Antworten Interpretationen notwendig, um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Dazu wurden bestimmte methodische Modelle und identische Analyseschritte angewendet. Die in diesem Atlas dargestellten Ergebnisse stellen jedoch keine wortgetreue Wiedergabe der Aussagen der Expertinnen und Experten dar, sondern sind Zusammenfassungen der Expertinnen- und Experteninterviews durch die Autorinnen und Autoren.

Literaturanalyse zur Identifizierung von zentralen Elementen für die Bereitstellung einer kultursensiblen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Die Datengrundlage für diese Analyse stellen wissenschaftliche Veröffentlichungen dar, weshalb die Handlungsempfehlungen ausschließlich theoretisch hergeleitet sind. Zudem haben die beschriebenen Maßnahmen einen allgemeinen, länder- und gruppenübergreifenden Charakter. Daher müssen sie an den länderspezifischen Kontext, die wirtschaftlichen Möglichkeiten, die strukturellen Bedingungen und die Gesundheitssysteme des jeweiligen Landes angepasst und auf die einzelnen Gruppen von Zugewanderten zugeschnitten werden. Es ist außerdem notwendig, diese Maßnahmen in der Praxis zu evaluieren. Des Weiteren beschränkte sich die Online-Suche nach schriftlichen Aussagen in Artikeln und anderen Dokumenten auf die Datenbanken PsycARTICLES, Psychology and Behavioural Sciences Collection, PsycINFO und PubMed, die Suchmaschine Google und die Website von Alzheimer Europe und die Suche nach mündlichen Aussagen auf Veranstaltungen, an denen die Autorinnen und Autoren teilgenommen haben. Das Screening der Datenbanken erfolgte ausschließlich anhand der Schlüsselwörter: care, Versorgung, dementia, Demenz, migration und Migration. Das Screening beschränkte sich auf die Abstracts und Titel. Bei der Zusammenstellung des Datenkorpus wurden ausschließlich Artikel in deutscher und englischer Sprache ausgewählt und die Untersuchung wurde auf den Zeitraum vom 1. November 2009 bis zum 1. November 2019 beschränkt. Darüber hinaus wurde für die Auswahl der Artikel für die systematische Literaturanalyse ein Filterverfahren mit der Anwendung von materiellen Qualitätskriterien angewendet. Aufgrund dieser Limitationen stellt diese Analyse eine Auswahl der wissenschaftlichen, politischen und medizinischen Diskurse zur Versorgung von PmM mit Demenz dar. Aussagen über Elemente oder Maßnahmen, die sich auf dieses Thema beziehen und die 1. nicht online, auf den ermittelten Plattformen oder über die besuchten Veranstaltungen zugänglich waren; 2. in Artikeln enthalten waren, die nicht im definierten Untersuchungszeitraum veröffentlicht wurden, oder 3. nicht über die gewählten Schlüsselwörter identifiziert werden konnten, wurden nicht berücksichtigt. Aufgrund des systematischen Ansatzes gibt diese Analyse dennoch einen Überblick über zentrale Elemente einer kultursensiblen Demenzversorgung [4].

Quellen

1. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina M, Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2015. In: *The Global Impact of Dementia: an Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends*. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
2. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR: Comparing national dementia plans and strategies in Europe – is there a focus of care for people with dementia from a migration background? *BMC Public Health* 2020, 20(1):784.
3. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R. What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. *J Public Health* (Berl.) 2021.
4. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R. What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. *J Public Health* (Berl.) 2021.

7. Schlussfolgerungen

Trotz der erwähnten Limitationen, die jede Studie mit sich bringt, konnte mit diesem Atlas das erreicht werden, was erreicht werden sollte. Der Atlas bietet detaillierte Daten zur Anzahl der PmM mit Demenz, aufgeschlüsselt nach den einzelnen Geburtsländern; eine ausführliche Übersicht darüber, wie das Thema Demenz und Migration in offiziellen Dokumenten berücksichtigt wird und eine Analyse der Gesundheitssysteme, ihrer Versorgungsleistungen und der Unterstützungsangebote für die Betroffenen.

Die Erkenntnisse aus diesem Projekt führen zu mehreren Schlussfolgerungen und Implikationen. Was die geschätzte Anzahl von Menschen mit Demenz betrifft, so zeigen die Berechnungen, dass jedes Land eine Anzahl von Betroffenen beherbergt. Natürlich unterscheiden sich die Länder in der geschätzten Anzahl der von Demenz betroffenen PmM und es ist fraglich, ob die in diesem Atlas dargestellten am stärksten betroffenen Gruppen von Zugewanderten wirklich die Gruppen sind, um die sich die Gesundheitssysteme verstärkt kümmern müssen. Dennoch ist es nicht zu leugnen, dass PmM mit Demenz und ihre Familien eine bedeutende Gruppe darstellen, die vulnerabel ist und Hilfe und Unterstützung benötigt, um Informationen zu erhalten und sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Wenn eine Migrantengruppe, die hier als bedeutsam dargestellt wird, in der Gesundheitslandschaft eines Landes nicht „auftaucht", weil sie nicht um Hilfe bittet, bedeutet das nicht und es wäre falsch anzunehmen, dass sie keine Unterstützung benötigt. Sowohl die Literatur als auch diese Studie zeigen, dass PmM oft nicht ausreichend informiert sind, um zu wissen, dass sie Anspruch auf Unterstützung haben und dass sie häufig keine Kenntnisse darüber haben, wie sie Hilfe suchen können. Es ist wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, welche Gruppen von Zugewanderten in einem Land vorhanden sind und welche spezifischen Bedürfnisse sie haben. Die Heterogenität von PmM - nicht nur zwischen verschiedenen Ethnien, sondern auch innerhalb von Ethnien - muss ein wichtiger Faktor sein, wenn es darum geht, Maßnahmen und Dienstleistungen für diese Population zu entwickeln und Entscheidungen über Maßnahmen für eine angemessene Versorgung zu treffen. Es reicht nicht aus, minimale Änderungen vorzunehmen, in der Hoffnung, dass diese für jede Person mit einem anderen kulturellen Hintergrund angemessen sind und davon auszugehen, dass PmM mit Demenz und ihre Familienmitglieder dann ausreichend versorgt sind. Unterschiedliche Gruppen erfordern unterschiedliche Maßnahmen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Inklusion von informellen Netzwerken in die Versorgung. Das bedeutet, dass nicht nur die primäre Pflegeperson in der Familie, sondern auch andere Familienmitglieder, die an der Versorgung beteiligt sind, einbezogen werden. Es bedeutet auch, mit wichtigen Menschen aus dieser Gemeinschaft, religiösen Führungspersonen und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen zusammenzuarbeiten, um Demenz als Krankheit zu „normalisieren", die Akzeptanz von professioneller Hilfe zur Bewältigung der Krankheit zu fördern und Wissen über Demenz und Gesundheitsversorgung zu verbreiten. Migrantinnen- und Migrantenorganisationen, Religionsgemeinschaften sowie andere Einrichtungen und Vereine, die Treffpunkte für PmM, Menschen mit bestimmtem Migrationshintergrund oder Menschen anderer Herkunft darstellen, benötigen eine gezielte staatliche Förderung und institutionelle Unterstützung zur Sensibilisierung für das Thema Demenz. Generell bedarf es in Europa insgesamt und in den einzelnen europäischen Ländern einer stärkeren Sensibilisierung der Gesellschaft, der Politik, der Wissenschaft, des Gesund-

heitswesens und der Dienstleistenden für das Thema Demenz und Migration sowie des Aufbaus von Strukturen für die spezialisierte Versorgung von PmM mit Demenz und ihren Angehörigen. Dies zeigten die verschiedenen Literaturrecherchen und vor allem die Analyse der nationalen Demenzpläne, Demenzstrategien sowie Versorgungs- und Behandlungsleitlinien der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs, die im Rahmen dieses Projekts durchgeführt wurden. Nur knapp die Hälfte der 90 analysierten Dokumente zur Demenzversorgung befasst sich mit dem Thema Migration und die meisten der Dokumente, die dieses Thema berücksichtigen, beziehen sich nur kurz und unsystematisch darauf. Ausnahmen stellen die aktuellen Demenzpläne und Versorgungsleitlinien Norwegens sowie die Versorgungsleitlinien Schwedens dar, die das Thema ausführlicher behandeln und auf bestehende Versorgungsangebote verweisen. Die Interviews mit den Expertinnen und Experten bestätigten die Ergebnisse dieser Analysen und zeigten, dass es zumindest in den betrachteten europäischen Ländern einen großen Mangel an gesellschaftlicher, versorgungspolitischer und wissenschaftlicher Aufmerksamkeit zum Thema Demenz und Migration gibt. Ob die Situation in den Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs, für die im Rahmen dieses Projekts keine Expertinnen oder Experten rekrutiert werden konnten und für die trotz wiederholter intensiver Suche bzw. mehrfacher Nachfragen keine Dokumente zur Demenzversorgung identifiziert wurden, besser ist, kann nicht beantwortet werden, allerdings sind Zweifel angebracht. Insgesamt deuten die Literaturanalysen und die Interviews mit den Expertinnen und Experten darauf hin, dass es in den meisten europäischen Ländern keine oder nur sehr wenige spezialisierte Diagnose-, Versorgungs-, Informations- und Unterstützungsangebote für PmM mit Demenz und ihre Angehörigen gibt. Die wenigen Dienstleistungen, die es gibt, sind nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten zudem extrem ungleich verteilt, vor allem geografisch. Das bedeutet, dass es in vielen europäischen Ländern vom Wohnort abhängt, ob einer PmM eine valide Demenzdiagnose und eine spezialisierte formelle Versorgung angeboten wird oder nicht. Darüber hinaus deuteten einige Interviews darauf hin, dass das Versorgungsangebot auch sozial extrem ungleich verteilt ist und dass der sozioökonomische Status einer Person ein entscheidender Faktor für den Zugang zu spezialisierter Versorgung ist. Die mit den Expertinnen und Experten geführten Interviews zeigen, dass in etwa zwei Dritteln der betrachteten Länder die derzeit bestehenden demenzspezifischen Versorgungsangebote für PmM nicht ausreichend hilfreich sind. Die Niederlande sind eines der wenigen Länder, in denen es nach Aussage der befragten Expertin und des befragten Experten zumindest in einzelnen Regionen und Städten Modelle einer guten Versorgungspraxis für PmM mit Demenz gibt. Die mangelnde Anpassung demenzspezifischer Versorgungsangebote an die kulturellen, sprachlichen und individuellen Bedürfnisse von PmM mit Demenz und die daraus resultierende fehlende Eignung der Dienstleistungen in den meisten der betrachteten Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs ist wahrscheinlich einer der zentralen Gründe dafür, warum PmM mit Demenz und ihre Angehörigen weniger Versorgungs-, Informations- und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen als Menschen ohne Migrationshintergrund und viel stärker von Problemen wie Unterdiagnostizierung und Unterversorgung betroffen sind. Der sehr hohe Bedarf an kultursensibler Versorgung, maßgeschneiderter Information und spezialisierter Unterstützung für PmM mit Demenz und deren Angehörige ist in den meisten europäischen Ländern derzeit bei weitem nicht

gedeckt. Dies wurde durch die im Rahmen dieses Projekts durchgeführten Analysen eindeutig nachgewiesen.

Gleichzeitig hat dieses Projekt auch deutlich gemacht, dass es viele potenzielle Maßnahmen gibt, die dazu beitragen könnten, die bestehenden Ungleichheiten in der Versorgung zu verringern und die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Europa zu verbessern. Außerdem gibt es einige Modelle guter Praxis auf der Ebene der Versorgungspolitik und der Versorgungspraxis, die von anderen Ländern, Regionen, Versorgungsplanenden oder Dienstleistenden als Grundlage für die Entwicklung eigener Versorgungsstrategien und –angeboten oder als Ausgangspunkt für internationale Kooperationen genutzt werden können. Ein Beispiel ist der relativ hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten unter den professionellen Pflegekräften in der ambulanten und stationären Versorgung in vielen europäischen Ländern und die daraus resultierende hohe kulturelle und sprachliche Vielfalt in den Gesundheitssystemen der meisten Länder, die in den Expertinnen und Experteninterviews festgestellt wurde. Wenn diese Vielfalt systematisch genutzt und strukturell gefördert wird (z. B. durch Programme zur demenzspezifischen und kultursensiblen Aus-/Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund sowie Maßnahmen zur Inklusion dieser Fachkräfte in höhere Einkommens-/Berufsgruppen), könnte sie als große Ressource für die kultursensible muttersprachliche Versorgung von PmM mit Demenz und ihren Angehörigen dienen und helfen, einige weitere Herausforderungen zu bewältigen, denen man sich ebenfalls stellen muss.

Die Autorinnen und Autoren vertreten die Auffassung, dass die Verfolgung einer Top-down-Strategie hilfreich sein kann, um diese und andere in diesem Atlas empfohlenen Maßnahmen in den europäischen Ländern systematisch umzusetzen, die bestehenden erheblichen Ungleichheiten in der Versorgung zu reduzieren und einen Mindeststandard der Versorgung von PmM mit Demenz auf nationaler oder europäischer Ebene zu etablieren. Nationale Regierungen oder europäische Institutionen sollten zusammen mit Forschungseinrichtungen und Versorgungsanbietenden eine gemeinsame Strategie für die Versorgung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe entwickeln und eine überregionale, transnationale und intersektorale Zusammenarbeit etablieren. Die Verbesserung der rechtlichen Situation (insbesondere in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, demenzspezifische Angebote und muttersprachliche Dienste) von PmM mit Demenz und ihren Angehörigen muss zentral diskutiert werden. Gleichzeitig müssen Forschungsprogramme aufgelegt werden, die sich mit der Demenzdiagnostik, der Situation der direkt Betroffenen und dem genauen Nutzungsverhalten von PmM in Bezug auf formale demenzspezifische Versorgungsangebote beschäftigen. Darauf aufbauend sind für die Entwicklung und Implementierung von spezialisierten Versorgungskonzepten und Dienstleistungen für PmM mit Demenz und ihre Angehörigen partizipative Studien notwendig, bei denen PmM mit Demenz sowohl auf Seiten der Forschungsteams als auch auf Seiten der Studienteilnehmenden während des gesamten Studienprozesses einbezogen werden sollten. Neben nationalen oder europäischen Demenzplänen könnten ergänzende nationale oder europäische Leitlinien zur kultursensiblen Versorgung von Menschen mit Demenz als formaler Rahmen für die Entwicklung solcher Programme dienen. Teil einer solchen Strategie sollte es allerdings auch sein, Bottom-up-Elemente systematisch zu fördern und damit auch einzelnen Leistungsanbietenden und Fachleuten die Möglichkeit zu bieten, innovative Versorgungskonzepte auf regionaler Ebene zu entwickeln und diese durch eine bessere Vernetzung von Leistunganbietenden

und potenziellen Pflegebedürftigen national oder international zu verbreiten. Der vorliegende Atlas und die darin enthaltene Übersicht über die Verteilung von PmM mit Demenz in den einzelnen Ländern und Regionen sowie die dargestellten Handlungsempfehlungen für deren Versorgung können dabei als Orientierung dienen. Mit dieser umfassenden Arbeit kann dieser Atlas darüber hinaus die Akteurinnen und Akteure, Politikerinnen und Politikern, Dienstleistenden im Gesundheitswesen und andere bei der Entscheidungsfindung unterstützen, zum Beispiel auf politischer Ebene in Bezug auf Richtlinien oder Maßnahmenpläne. Das Dokument kann auch dem Gesundheitssystem, seinen Diensten und Dienstleistenden helfen, ihre eigenen Strategien zu entwickeln, wie sie die Versorgung von PmM mit Demenz und ihren Familien gewährleisten wollen.

8. Abkürzungen

ADI	Alzheimer's Disease International
AFA	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Dementias
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
BPSD	Behavioural and psychological symptoms of dementia
DeMigranz	Demenz und Migration
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
EFID	European Foundations' Initiative on Dementia
EFTA	European Free Trade Association
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENIEC	European Network of Intercultural Elderly Care
ETNIMU	Improving the brain health of ethnic minority elderly
EU	Europäische Union
Eurostat	Europäisches Statistisches System
GIMBE	Gruppo Italiano per la Medicina Basata
HSMP	Highly Skilled Migrant Programme
ImmiDem	Dementia in immigrants and ethnic minorities living in Italy: clinical-epidemiological aspects and public health services
INTERDEM	Early detection and timely INTERvention in DEMentia
IOM	Internationale Organisation für Migration
MIS	Memory Impairment Screen
MMSE	Mini Mental State Examination
NAKMI	Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons - og minoritetshelse
NDP	Nationaler Demenzplan
NGO	Non-governmental organisation
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NUTS	Nomenclature des Unités territoriales statistiques
PALOP	Países africanos de língua official portuguesa
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PmM	Personen mit Migrationshintergrund
RUDAS	Rowland Universal Dementia Assessment Scale
SCIE	Social Care Institute for Excellence
TRAKULA	Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen
WHO	World Health Organization

Länder

AL	Albanien
AM	Armenien
AO	Angola
AR	Argentinien
AT	Österreich
AZ	Aserbaidschan
BA	Bosnien und Herzegowina
BD	Bangladesch
BE	Belgien
BENELUX	Belgien, die Niederlande und Luxemburg
BG	Bulgarien
BR	Brasilien
BY	Belarus
CA	Kanada
CD	Demokratische Republik Kongo
CN	China
CO	Kolumbien
CU	Kuba
CV	Kap Verde
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DE	Deutschland
DK	Dänemark
DZ	Algerien
EAW	England und Wales
EC	Ecuador
EE	Estland
EG	Ägypten
ENG	England
ES	Spanien
FI	Finnland
FR	Frankreich
GE	Georgien
GR	Griechenland
HR	Kroatien
HU	Ungarn
ID	Indonesien
IE	Irland
IN	Indien
IQ	Irak
IR	Iran
IT	Italien
KZ	Kasachstan
LB	Libanon
LT	Litauen
LU	Luxemburg
MA	Marokko
MK	Nordmazedonien
MU	Mauritius
MZ	Mosambik
NIR	Nordirland
NL	Niederlande
NO	Norwegen
PE	Peru
PK	Pakistan
PL	Polen
PT	Portugal
RO	Rumänien
RU	Russische Föderation
SCT	Schottland
SE	Schweden
SI	Slowenien
SK	Slowakei
SR	Surinam
SU	Sowjetunion
TR	Türkei
UA	Ukraine
UK	Vereinigtes Königreich
US	Vereinigte Staaten
UY	Uruguay
WLS	Wales
XS	Serbien
YU	Jugoslawien
ZA	Südafrika

9. Abbildungen

3.2 Geschätzte Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in Europa
Abb. 3.2.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren in Europa
Abb. 3.2.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren in Europa

3.3 Nationale Demenzpläne und -strategien: Fokus auf Migration
Abb. 3.3.3.1: Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs mit migrationsbezogenen NDPs und verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen (Stand 04. Januar 2021)

3.4 Nationale Leitlinien zur Pflege und Behandlung von Demenz: Fokus auf Migration
Abb. 3.4.1.1: Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs mit migrationsbezogenen nationalen Leitlinien zur Demenzversorgung und verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen (Stand: 11.07.2019)

3.6.1 Allgemeine Aspekte zu Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz
Abb. 3.6.1.1: Bedeutung von Demenz und Migration
Abb. 3.6.1.2: PmM als vulnerable Gruppe im Gesundheitswesen
Abb. 3.6.1.3: PmM mit Demenz als Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen im Gesundheitswesen

3.6.2 Versorgung
Abb. 3.6.2.1: Verfügbarkeit ambulanter Versorgungsleistungen für PmM
Abb. 3.6.2.2: Verfügbarkeit stationärer Versorgungsleistungen für PmM
Abb. 3.6.2.3: Eignung bestehender Versorgungsleistungen für eine angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz

3.6.3 Inklusion und Aufklärung von Menschen mit Migrationshintergrund (mit Demenz)
Abb. 3.6.3.1: Inklusion von PmM mit Demenz in die Gesundheitsversorgung

3.6.4 Professionelle Versorgung
Abb. 3.6.4.1: Anteil von PmM in der ambulanten Versorgung (als Beschäftigte im Gesundheitswesen)
Abb. 3.6.4.2: Bedarf an kultursensibler Pflege in der ambulanten Versorgung
Abb. 3.6.4.3: Anteil von PmM in der stationären Versorgung (als Beschäftigte im Gesundheitswesen)
Abb. 3.6.4.4: Bedarf an kultursensibler Pflege in der stationären Versorgung

3.6.5 Unterstützung für pflegende Angehörige
Abb. 3.6.5.1: Unterschiede bei Informationen und Angeboten für pflegende Angehörige

3.7.1 Belgien
Abb. 3.7.1.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Belgien - Nation)
Abb. 3.7.1.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Belgien-Nation)
Abb. 3.7.1.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Italien (Belgien - NUTS2)
Abb. 3.7.1.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Frankreich (Belgien - NUTS2)
Abb. 3.7.1.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Niederlande (Belgien - NUTS2)
Abb. 3.7.1.6: Absolute Anzahl von PmM

mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Marokko (Belgien - NUTS2)
Abb. 3.7.1.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Belgien - NUTS2)
Abb. 3.7.1.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Belgien (Belgien - NUTS2)
Abb. 3.7.1.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Belgien - NUTS2)
Abb. 3.7.1.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - NUTS2)

3.7.2 Bulgarien
Abb. 3.7.2.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Bulgarien - Nation)
Abb. 3.7.2.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - Nation)
Abb. 3.7.2.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Rumänien (Bulgarien - NUTS2)
Abb. 3.7.2.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Russische Föderation (Bulgarien - NUTS2)
Abb. 3.7.2.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Griechenland (Bulgarien - NUTS2)
Abb. 3.7.2.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Serbien (Bulgarien - NUTS2)
Abb. 3.7.2.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Ukraine (Bulgarien - NUTS2)
Abb. 3.7.2.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Bulgarien (Bulgarien - NUTS2)
Abb. 3.7.2.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Bulgarien - NUTS2)
Abb. 3.7.2.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - NUTS2)

3.7.3 Dänemark
Abb. 3.7.3.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Dänemark - Nation)
Abb. 3.7.3.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Dänemark - Nation)
Abb. 3.7.3.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Dänemark - NUTS2)
Abb. 3.7.3.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Schweden (Dänemark - NUTS2)
Abb. 3.7.3.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Norwegen (Dänemark - NUTS2)
Abb. 3.7.3.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Türkei (Dänemark - NUTS2)
Abb. 3.7.3.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Vereinigtes Königreich (Dänemark - NUTS2)
Abb. 3.7.3.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Dänemark (Dänemark - NUTS2)
Abb. 3.7.3.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Dänemark - NUTS2)
Abb. 3.7.3.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Dänemark - NUTS2)

3.7.4 Deutschland
Abb. 3.7.4.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Deutschland- Nation)
Abb. 3.7.4.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland–Nation)
Abb. 3.7.4.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Polen (Deutschland - NUTS1)
Abb. 3.7.4.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Russische Föderation (Deutschland - NUTS1)
Abb. 3.7.4.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Türkei

(Deutschland - NUTS1)
Abb. 3.7.4.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Italien (Deutschland - NUTS1)
Abb. 3.7.4.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Rumänien (Deutschland - NUTS1)
Abb. 3.7.4.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Deutschland - NUTS1)
Abb. 3.7.4.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Deutschland - NUTS1)
Abb. 3.7.4.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland - NUTS1)

3.7.5 Estland
Abb. 3.7.5.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Estland - Nation)
Abb. 3.7.5.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Estland - Nation)

3.7.6 Finnland
Abb. 3.7.6.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Finnland - Nation)
Abb. 3.7.6.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Finnland - Nation)
Abb. 3.7.6.3: Prävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren. Herkunftsland: Sowjetunion (Finnland - NUTS2)
Abb. 3.7.6.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Schweden (Finnland - NUTS2)
Abb. 3.7.6.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Estland (Finnland - NUTS2)
Abb. 3.7.6.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Finnland - NUTS2)
Abb. 3.7.6.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Vereinigtes Königreich (Finnland – NUTS2)
Abb. 3.7.6.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Finnland (Finnland – NUTS2)
Abb. 3.7.6.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Finnland – NUTS2)
Abb. 3.7.6.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Finnland – NUTS2)

3.7.7 Frankreich
Abb. 3.7.7.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Frankreich - Nation)
Abb. 3.7.7.2: Demenzpävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Frankreich – Nation)

3.7.8 Griechenland
Abb. 3.7.8.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Griechenland - Nation)
Abb. 3.7.8.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - Nation)
Abb. 3.7.8.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Türkei (Griechenland - NUTS2)
Abb. 3.7.8.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Albanien (Griechenland - NUTS2)
Abb. 3.7.8.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Georgien (Griechenland - NUTS2)
Abb. 3.7.8.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Russische Föderation (Griechenland - NUTS2)
Abb. 3.7.8.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ägypten (Griechenland - NUTS2)
Abb. 3.7.8.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Griechenland (Griechenland - NUTS2)
Abb. 3.7.8.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Griechenland - NUTS2)
Abb. 3.7.8.10: Demenzprävalenz von PmM in

der Bevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - NUTS2)

3.7.9 Irland
Abb. 3.7.9.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Irland - Nation)
Abb. 3.7.9.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Irland - Nation)
Abb. 3.7.9.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: England und Wales (Irland - NUTS2)
Abb. 3.7.9.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Nordirland (Irland - NUTS2)
Abb. 3.7.9.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Schottland (Irland - NUTS2)
Abb. 3.7.9.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: USA (Irland - NUTS2)
Abb. 3.7.9.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Irland - NUTS2)
Abb. 3.7.9.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Irland (Irland - NUTS2)
Abb. 3.7.9.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Irland - NUTS2)
Abb. 3.7.9.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Irland - NUTS2)

3.7.10 Island
Abb. 3.7.10.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Island - Nation)
Abb. 3.7.10.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Island - Nation)

3.7.11 Italien
Abb. 3.7.11.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Italien - Nation)
Abb. 3.7.11.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Italien - Nation)

3.7.12 Kroatien
Abb. 3.7.12.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Kroatien - Nation)
Abb. 3.7.12.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Kroatien - Nation)

3.7.13 Lettland
Abb. 3.7.13.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Lettland - Nation)
Abb. 3.7.13.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Lettland - Nation)

3.7.14 Liechtenstein
Abb. 3.7.14.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Liechtenstein - Nation)
Abb. 3.7.14.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Liechtenstein - Nation)

3.7.15 Litauen
Abb. 3.7.15.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Litauen - Nation)
Abb. 3.7.15.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Litauen - Nation)

3.7.16 Luxemburg
Abb. 3.7.16.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Luxemburg - Nation)
Abb. 3.7.16.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Luxemburg - Nation)

3.7.17 Malta
Abb. 3.7.17.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Malta - Nation)
Abb. 3.7.17.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Malta - Nation)

3.7.18 Niederlande
Abb. 3.7.18.1: Absolute Anzahl von PmM mit

Demenz ab 65 Jahren (Niederlande - Nation)
Abb. 3.7.18.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande – Nation)
Abb. 3.7.18.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Indonesien (Niederlande– NUTS2)
Abb. 3.7.18.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Suriname (Niederlande – NUTS2)
Abb. 3.7.18.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Niederlande - NUTS2)
Abb. 3.7.18.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Marokko (Niederlande - NUTS2)
Abb. 3.7.18.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Türkei (Niederlande - NUTS2)
Abb. 3.7.18.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Niederlande (Niederlande - NUTS2)
Abb. 3.7.18.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Niederlande - NUTS2)
Abb. 3.7.18.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande - NUTS2)

3.7.19 Norwegen
Abb. 3.7.19.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Norwegen - Nation)
Abb. 3.7.19.2: Prävalenz von PmM mit Demenz in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - Nation)
Abb. 3.7.19.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Schweden (Norwegen - NUTS2)
Abb. 3.7.19.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Dänemark (Norwegen - NUTS2)
Abb. 3.7.19.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Vereinigtes Königreich (Norwegen - NUTS2)
Abb. 3.7.19.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Norwegen - NUTS2)
Abb. 3.7.19.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Pakistan (Norwegen - NUTS2)
Abb. 3.7.19.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Norwegen (Norwegen - NUTS2)
Abb. 3.7.19.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Norwegen - NUTS2)
Abb. 3.7.19.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - NUTS2)

3.7.20 Österreich
Abb. 3.7.20.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Österreich - Nation)
Abb. 3.7.20.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - Nation)
Abb. 3.7.20.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Österreich - NUTS2)
Abb. 3.7.20.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Serbien (Österreich - NUTS2)
Abb. 3.7.20.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Bosnien und Herzegowina (Österreich - NUTS2)
Abb. 3.7.20.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Tschechische Republik (Österreich - NUTS2)
Abb. 3.7.20.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Türkei (Österreich - NUTS2)
Abb. 3.7.20.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Österreich (Österreich - NUTS2)
Abb. 3.7.20.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Österreich - NUTS2)
Abb. 3.7.20.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - NUTS2)

3.7.21 Polen

Abb. 3.7.21.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Polen - Nation)
Abb. 3.7.21.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Polen - Nation)
Abb. 3.7.21.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Ukraine (Polen - NUTS2)
Abb. 3.7.21.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Belarus (Polen - NUTS2)
Abb. 3.7.21.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Polen - NUTS2)
Abb. 3.7.21.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Litauen (Polen - NUTS2)
Abb. 3.7.21.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Russische Föderation (Polen - NUTS2)
Abb. 3.7.21.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 60 Jahren. Herkunftsland: Polen (Polen - NUTS2)
Abb. 3.7.21.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 60 Jahren (Polen - NUTS2)
Abb. 3.7.21.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 60 Jahren (Polen - NUTS2)

3.7.22 Portugal

Abb. 3.7.22.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Portugal - Nation)
Abb. 3.7.22.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - Nation)
Abb. 3.7.22.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Angola (Portugal - NUTS2)
Abb. 3.7.22.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Mosambik (Portugal - NUTS2)
Abb. 3.7.22.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Kap Verde (Portugal - NUTS2)
Abb. 3.7.22.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Vereinigtes Königreich (Portugal - NUTS2)
Abb. 3.7.22.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Brasilien (Portugal - NUTS2)
Abb. 3.7.22.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Portugal (Portugal - NUTS2)
Abb. 3.7.22.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Portugal - NUTS2)
Abb. 3.7.22.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - NUTS2)

3.7.23 Rumänien

Abb. 3.7.23.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Rumänien - Nation)
Abb. 3.7.23.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - Nation)
Abb. 3.7.23.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ungarn (Rumänien - NUTS2)
Abb. 3.7.23.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Rumänien - NUTS2)
Abb. 3.7.23.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ukraine (Rumänien - NUTS2)
Abb. 3.7.23.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Serbien (Rumänien - NUTS2)
Abb. 3.7.23.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Slowakei (Rumänien - NUTS2)
Abb. 3.7.23.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Rumänien (Rumänien - NUTS2)
Abb. 3.7.23.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Rumänien - NUTS2)
Abb. 3.7.23.10: Prävalenz von PmM mit Demenz in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - NUTS2)

3.7.24 Schweden
Abb. 3.7.24.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schweden - Nation)
Abb. 3.7.24.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schweden - Nation)

3.7.25 Schweiz
Abb. 3.7.25.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schweiz - Nation)
Abb. 3.7.25.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - Nation)
Abb. 3.7.25.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Italien (Schweiz - NUTS2)
Abb. 3.7.25.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Schweiz - NUTS2)
Abb. 3.7.25.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Frankreich (Schweiz - NUTS2)
Abb. 3.7.25.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Österreich (Schweiz - NUTS2)
Abb. 3.7.25.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Spanien (Schweiz - NUTS2)
Abb. 3.7.25.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Schweiz (Schweiz - NUTS2)
Abb. 3.7.25.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schweiz - NUTS2)
Abb. 3.7.25.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - NUTS2)

3.7.26 Slowakei
Abb. 3.7.26.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowakei - Nation)
Abb. 3.7.26.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - Nation)
Abb. 3.7.26.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Tschechische Republik (Slowakei - NUTS2)
Abb. 3.7.26.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ungarn (Slowakei - NUTS2)
Abb. 3.7.26.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ukraine (Slowakei - NUTS2)
Abb. 3.7.26.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Frankreich (Slowakei - NUTS2)
Abb. 3.7.26.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Polen (Slowakei - NUTS2)
Abb. 3.7.26.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Slowakei (Slowakei - NUTS2)
Abb. 3.7.26.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowakei - NUTS2)
Abb. 3.7.26.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - NUTS2)

3.7.27 Slowenien
Abb. 3.7.27.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowenien - Nation)
Abb. 3.7.27.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - Nation)
Abb. 3.7.27.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Kroatien (Slowenien - NUTS2)
Abb. 3.7.27.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Bosnien und Herzegowina (Slowenien - NUTS2)
Abb. 3.7.27.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Serbien (Slowenien - NUTS2)
Abb. 3.7.27.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Nordmazedonien (Slowenien - NUTS2)
Abb. 3.7.27.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland:

Deutschland (Slowenien - NUTS2)
Abb. 3.7.27.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Slowenien (Slowenien - NUTS2)
Abb. 3.7.27.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Slowenien - NUTS2)
Abb. 3.7.27.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - NUTS2)

3.7.28 Spanien
Abb. 3.7.28.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Spanien - Nation)
Abb. 3.7.28.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - Nation)
Abb. 3.7.28.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Vereinigtes Königreich (Spanien - NUTS2)
Abb. 3.7.28.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Spanien - NUTS2)
Abb. 3.7.28.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Marokko (Spanien - NUTS2)
Abb. 3.7.28.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Frankreich (Spanien - NUTS2)
Abb. 3.7.28.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Argentinien (Spanien - NUTS2)
Abb. 3.7.28.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Spanien (Spanien - NUTS2)
Abb. 3.7.28.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Spanien - NUTS2)
Abb. 3.7.28.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - NUTS2)

3.7.29 Tschechische Republik
Abb. 3.7.29.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Tschechische Republik - Nation)
Abb. 3.7.29.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - Nation)
Abb. 3.7.29.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Slowakei (Tschechische Republik - NUTS2)
Abb. 3.7.29.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ukraine (Tschechische Republik - NUTS2)
Abb. 3.7.29.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Polen (Tschechische Republik - NUTS2)
Abb. 3.7.29.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Rumänien (Tschechische Republik - NUTS2)
Abb. 3.7.29.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Tschechische Republik - NUTS2)
Abb. 3.7.29.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Tschechische Republik (Tschechische Republik - NUTS2)
Abb. 3.7.29.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Tschechische Republik - NUTS2)
Abb. 3.7.29.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - NUTS2)

3.7.30 Ungarn
Abb. 3.7.30.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Ungarn - Nation)
Abb. 3.7.30.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - Nation)
Abb. 3.7.30.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Rumänien (Ungarn - NUTS2)
Abb. 3.7.30.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Slowakei (Ungarn - NUTS2)
Abb. 3.7.30.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Serbien

(Ungarn - NUTS2)
Abb. 3.7.30.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ukraine (Ungarn - NUTS2)
Abb. 3.7.30.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Deutschland (Ungarn - NUTS2)
Abb. 3.7.30.8: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Ungarn (Ungarn - NUTS2)
Abb. 3.7.30.9: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Ungarn - NUTS2)
Abb. 3.7.30.10: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - NUTS2)
3.7.31 Vereinigtes Königreich

England
Abb. 3.7.31.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz (England - Nation)
Abb. 3.7.31.2: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung (England - Nation)
Abb. 3.7.31.3: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz. Herkunftsland: Indien (England - NUTS1)
Abb. 3.7.31.4: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz. Herkunftsland: Polen (England - NUTS1)
Abb. 3.7.31.5: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz. Herkunftsland: Pakistan (England - NUTS1)
Abb. 3.7.31.6: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz. Herkunftsland: Rumänien (England - NUTS1)
Abb. 3.7.31.7: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz. Herkunftsland: Irland (England - NUTS1)
Abb. 3.7.31.8: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz (England - NUTS1)
Abb. 3.7.31.9: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung (England - NUTS1)

Nordirland
Abb. 3.7.31.10: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Nordirland - Nation)
Abb. 3.7.31.11: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Nordirland - Nation)

Schottland
Abb. 3.7.31.12: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schottland - Nation)
Abb. 3.7.31.13: Demenzprävalenz von PmM ab 65 Jahren (Schottland - Nation)
Abb. 3.7.31.14: Prävalenz von PmM mit Demenz in der Bevölkerung ab 65 Jahren. Herkunftsland: England (Schottland - NUTS2)
Abb. 3.7.31.15: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Irland (Schottland - NUTS2)
Abb. 3.7.31.16: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Nordirland (Schottland - NUTS2)
Abb. 3.7.31.17: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Wales (Schottland - NUTS2)
Abb. 3.7.31.18: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Indien (Schottland - NUTS2)
Abb. 3.7.31.19: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Schottland (Schottland - NUTS2)
Abb. 3.7.31.20: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Schottland - NUTS2)
Abb. 3.7.31.21: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Schottland - NUTS2)

Wales
Abb. 3.7.31.22: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Wales - Nation)
Abb. 3.7.31.23: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Wales - Nation)
Abb. 3.7.31.24: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: England (Wales - NUTS2)
Abb. 3.7.31.25: Absolute Anzahl von PmM

mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Schottland (Wales - NUTS2)
Abb. 3.7.31.26: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Irland (Wales - NUTS2)
Abb. 3.7.31.27: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Nordirland (Wales - NUTS2)
Abb. 3.7.31.28: Absolute Anzahl von Menschen mit Demenz ab 65 Jahren. Herkunftsland: Wales (Wales - NUTS2)
Abb. 3.7.31.29: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Wales - NUTS2)
Abb. 3.7.31.30: Demenzprävalenz von PmM in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Wales - NUTS2)

3.7.32 Zypern

Abb. 3.7.32.1: Absolute Anzahl von PmM mit Demenz ab 65 Jahren (Zypern - Nation)
Abb. 3.7.32.2: Prävalenz von PmM mit Demenz in der Bevölkerung ab 65 Jahren (Zypern - Nation)

10. Tabellen

11.1 Antwortende Organisationen
Tab. 1: Liste der antwortenden Organisationen

3.1.2 Aktuelle Situation in den Ländern der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs
Tab. 2: Übersicht der Migrationsdaten der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs

3.3.1 Ergebnisse der ersten Recherche am 1. Juni 2019
Tab. 3: Migrationsbezug in den NDPs der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs

3.4.1 Ergebnisse
Tab. 4: Migrationsbezug in nationalen Demenzversorgungsleitlinien der Länder der EU, der EFTA und des Vereinigten Königreichs

3.7.1 Belgien
Tab. 5: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - Nation)
Tab. 6: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Belgien - NUTS2)

3.7.2 Bulgarien
Tab. 7: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - Nation)
Tab. 8: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Bulgarien - NUTS2)

3.7.3 Dänemark
Tab. 9: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Dänemark - Nation)
Tab. 10: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Dänemark - NUTS2)

3.7.4 Deutschland
Tab. 11: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland - Nation)
Tab. 12: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Deutschland - NUTS1)

3.7.5 Estland
Tab. 13: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Estland - Nation)

3.7.6 Finnland
Tab. 14: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Finnland - Nation)
Tab. 15: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Finnland - NUTS2)

3.7.7 Frankreich
Tab. 16: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Frankreich - Nation)

3.7.18 Griechenland
Tab. 17: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - Nation)
Tab. 18: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Griechenland - NUTS2)

3.7.9 Irland
Tab. 19: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Irland - Nation)
Tab. 20: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Irland - NUTS2)

3.7.10 Island
Tab. 21: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Island - Nation)

3.7.11 Italien
Tab. 22: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Italien - Nation)

3.7.12 Kroatien
Tab. 23: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Kroatien - Nation)

3.7.13 Lettland
Tab. 24: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Lettland - Nation)

3.7.14 Liechtenstein
Tab. 25: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Liechtenstein - Nation)

3.7.15 Litauen
Tab. 26: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Litauen - Nation)

3.7.16 Luxemburg
Tab. 27: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Luxemburg - Nation)

3.7.17 Malta
Tab. 28: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Malta - Nation)

3.7.18 Niederlande
Tab. 29: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande - Nation)
Tab. 30: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Niederlande - NUTS2)

3.7.19 Norwegen
Tab. 31: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - Nation)
Tab. 32: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Norwegen - NUTS2)

3.7.20 Österreich

Tab. 33: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - Nation)
Tab. 34: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Österreich - NUTS2)

3.7.21 Polen

Tab. 35: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Polen - Nation)
Tab. 36: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 60 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren (Polen - NUTS2)

3.7.22 Portugal

Tab. 37: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - Nation)
Tab. 38: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Portugal - NUTS2)

3.7.23 Rumänien

Tab. 39: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - Nation)
Tab. 40: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Rumänien - NUTS2)

3.7.24 Schweden

Tab. 41: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schweden - Nation)

3.7.25 Schweiz

Tab. 42: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - Nation)
Tab. 43: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schweiz - NUTS2)

3.7.26 Slowakei

Tab. 44: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - Nation)
Tab. 45: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowakei - NUTS2)

3.7.27 Slowenien

Tab. 46: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - Nation)
Tab. 47: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Slowenien - NUTS2)

3.7.28 Spanien
Tab. 48: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - Nation)
Tab. 49: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Spanien - NUTS2)

3.7.29 Tschechische Republik
Tab. 50: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - NUTS-2)
Tab. 51: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Tschechische Republik - NUTS2)

3.7.30 Ungarn
Tab. 52: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - Nation)
Tab. 53: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Ungarn - NUTS2)

3.7.31 Vereinigtes Königreich
England
Tab. 54: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PwM und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (England - Nation)
Tab. 55: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PwM und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (England - NUTS1)

Nordirland
Tab. 56: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Nordirland - Nation)

Schottland
Tab. 57: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schottland - Wales)
Tab. 58: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Schottland - NUTS2)

Wales
Tab. 59: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Wales - Nation)
Tab. 60: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Wales - NUTS2)

3.7.32 Zypern
Tab. 61: PmM mit Demenz: Absolute Anzahl, Prävalenz unter PmM ab 65 Jahren und Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren (Zypern - Nation)

11. Anhang

11.1 Antwortende Organisationen

Tab. 1: Liste der antwortenden Organisationen

Land	Organisationen, die auf die E-Mail-Anfrage geantwortet haben
Belgien	Regierung Flanderns Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ) Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
Bulgarien	Foundation Compassion Alzheimer Bulgaria
Dänemark	Nationales Gesundheitsministerium Nationales Gesundheitsamt
Deutschland	Bundesministerium für Gesundheit
England	Department of Health and Social Care
Estland	Ministerium für Soziales
Finnland	Ministerium für Soziales und Gesundheit
Frankreich	Französische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
Griechenland	Griechische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie Aristotle University of Thessaloniki
Irland	National Dementia Office Department of Health
Island	Nationales Gesundheitsministerium
Italien	Italienische Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
Kroatien	Alzheimer Kroatien Klinika za psihijatriju Vrapče
Lettland	Nationales Gesundheitsministerium
Liechtenstein	Ministerium für Gesellschaft/Abteilung für Gesundheit Demenz Liechtenstein
Litauen	Nationales Gesundheitsministerium
Luxemburg	Nationales Gesundheitsministerium
Malta	Malta Dementia Society
Niederlande	Niederländisches Kompetenzzentrum für Langzeitpflege (Vilans)
Nordirland	Department of Health, Social Services and Public Safety
Norwegen	Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste
Österreich	Alzheimer Österreich Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Polen	Nationales Gesundheitsministerium
Portugal	Forschungszentrum für chronische Krankheiten (CEDOC)
Rumänien	Alzheimer Society Rumänien
Schottland	Schottische Regierung

Land	Organisationen, die auf die E-Mail-Anfrage geantwortet haben
Schweden	Ministerium für Gesundheit und Soziales Svenskt Demenszentrum
Schweiz	Alzheimervereinigung Schweiz Bundesamt für Gesundheit
Slowakei	Deutsche Botschaft Bratislava Memory-Center Bratislava
Slowenien	Slowenische Gesellschaft für Geriatrische Medizin
Spanien	Ministerium für Gesundheit, soziale Dienste und Gleichberechtigung
Tschechische Republik	Nationales Gesundheitsministerium
Ungarn	Nationales Servicezentrum für das Gesundheitswesen
Wales	Department of Health and Social Services
Zypern	Nationales Gesundheitsministerium

Vor der Durchführung der Interviews wurden den Experten der Interviewleitfaden und die Definitionen der Schlüsselbegriffe zugesandt. Diese Dokumente wurden auf Englisch oder Deutsch zur Verfügung gestellt und sind in den folgenden Abschnitten enthalten.

11.2 Interview guide

Start

1) Could you please rate your expertise in the field of **dementia** on a scale from 1 to 10 – 1 = 'no expertise' and 10 = 'very high expertise'.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Could you please rate your expertise in the field of **migration** in your country on a scale from 1 to 10 – 1 = 'no expertise' and 10 = 'very high expertise'.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Could you please rate your expertise in the field aof **dementia and migration** in your country on a scale from 1 to 10 – 1 = 'no expertise' and 10 = 'very high expertise'.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Do you know any other experts in the field of dementia and migration in your country?

5) According to your opinion, how **important** is the topic dementia and migration regarded in your country?

   - ☐ Very important
   - ☐ Important
   - ☐ Partly
   - ☐ Rather unimportant
   - ☐ Not important

   a) Could you explain this in more detail?

6) According to your opinion, how important is the topic dementia and migration regarded in individual areas?

   - ☐ Very important
   - ☐ Important
   - ☐ Partly
   - ☐ Rather unimportant
   - ☐ Not important

a) Could you explain this in more detail?

7) According to your opinion, are people with a migration background generally identified as a vulnerable group in healthcare in your country?

- ☐ Yes
- ☐ No

a) Are people from certain ethnicities identified as vulnerable groups in the healthcare system?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Partly

b) If so, which ethnicities are identified as vulnerable groups?

8) According to your opinion, does the **healthcare system** treat people with a migration background with dementia and their family members as a **group with specific needs** (because of their migration background)?

- ☐ Always
- ☐ Mostly
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

a) Which specific needs are primarily recognized?

9) According to your opinion, in which area are people with a migration background identified as a vulnerable group with specific needs in your country?

- ☐ Development of dementia
- ☐ Process/Progress of dementia
- ☐ Consequences of dementia
- ☐ Lack of care of dementia
- ☐ Under-diagnosis of dementia
- ☐ Utilisation of formal healthcare services
- ☐ In no area

a) According to your opinion, what are the key differences in these areas between people with a migration background and people without a migration background regarding care?

Care

People without a migration background

1) Please estimate to what extent are services for outpatient care of people with dementia widespread in your country?

   ☐ Nationwide
   ☐ Almost nationwide
   ☐ In several regions
   ☐ In single regions
   ☐ Not available

   a) Could you explain this in more detail?

2) Please estimate how widely available services for inpatient care of people with dementia are in your country?

   ☐ Nationwide
   ☐ Almost nationwide
   ☐ In several regions
   ☐ In single regions
   ☐ Not available

   a) Could you explain this in more detail?

People with a migration background

3) Please estimate how widely available services for outpatient care of people with a migration background with dementia are in your country?

   ☐ Nationwide
   ☐ Almost nationwide
   ☐ In several regions
   ☐ In single regions
   ☐ Not available

   a) Could you explain this in more detail?
   b) Are there any models of good practice?

4) Which healthcare strategy is used predominantly?

   ☐ Integrative model
   ☐ Segregative model
   ☐ Hybrid model with integrative and segregative elements

a) Are there differences between ethnicities?
b) Could you explain this in more detail?
c) Are there any models of good practice?

5) Please estimate how widely available services for inpatient care of people with a migration background with dementia are in your country?

☐ Nationwide
☐ Almost nationwide
☐ In several regions
☐ In single regions
☐ Not available

a) Could you explain this in more detail?
b) Are there any models of good practice?

6) Which healthcare strategy is used predominantly?

☐ Integrative model
☐ Segregative model
☐ Hybrid model with integrative and segregative elements

a) Are there differences between ethnicities?
b) Could you explain this in more detail?
c) Are there any models of good practice?

7) According to your opinion, are existing services suitable for an adequate care of **people with dementia**?

☐ Yes, for people with and without a migration background
☐ Yes, but only for people without a migration background
☐ Yes, but only for people with a migration background
☐ No, neither for people without nor for people with a migration background

a) Could you explain this in more detail?

8) Are measures distributed or in development to provide intercultural care of and/or support for dementia?

☐ Nationwide distributed
☐ Nationwide in development
☐ Locally distributed
☐ Locally in development

- ☐ Measures for development are planned
- ☐ Neither distributed nor in development

a) Could you explain this in more detail?

b) Are there any models of good practice?

9) Which specific and/or specialized healthcare services are available for people with a migration background or for people from certain ethnicities in your country?

a) Are there any models of good practice? Which ones? Where?

Inclusion and information of people with a migration background

People without a migration background

1) Could you please estimate the level of inclusion of people with dementia into healthcare in your country?

- ☐ Completely
- ☐ Almost completely
- ☐ Partly
- ☐ Slightly
- ☐ Not at all

a) Are there any models of good practice?

2) According to your opinion, how widely available are information services for people with dementia and their family members in your country?

- ☐ Nationwide
- ☐ Almost nationwide
- ☐ In several regions
- ☐ In single regions
- ☐ Not existent/available

a) Could you explain this in more detail?

3) According to your opinion, are people with dementia and/or their family members participating in the development of healthcare services, the design of information material or the design of residential and care facilities?

- ☐ Always
- ☐ Often
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

a) Could you explain this in more detail?

People with a migration background

1) Could you please estimate the level of inclusion of people with a migration background into healthcare in your country?

   ☐ Completely
   ☐ Almost completely
   ☐ Partly
   ☐ Slightly
   ☐ Not at all

   a) Are there any models of good practice?

2) Could you please estimate the level of inclusion of people with a migration background with dementia into healthcare in your country?

   ☐ Completely
   ☐ Almost completely
   ☐ Partly
   ☐ Slightly
   ☐ Not at all

   a) Are there any models of good practice?

3) According to your opinion, how widely available are information services for people with a migration background with dementia and their family members in your country?

   ☐ Nationwide
   ☐ Almost nationwide
   ☐ In several regions
   ☐ In single regions
   ☐ Not existent/available

   a) Could you explain this in more detail?

4) According to your opinion, are people with a migration background with dementia and/or their family members participating in the development of healthcare services, the design of information material or the design of residential and care facilities?

   ☐ Always
   ☐ Often
   ☐ Sometimes
   ☐ Rarely
   ☐ Never

   a) Could you explain this in more detail?
   b) Are there any models of good practice?

Professional care

1) According to your opinion, is culturally sensitive care part of the professional qualification?

- ☐ Nationwide
- ☐ Mostly
- ☐ Partly
- ☐ Hardly
- ☐ No

2) Are there professional training possibilities in intercultural care available?

- ☐ Nationwide
- ☐ Mostly
- ☐ Partly
- ☐ Hardly
- ☐ No

3) Could you please estimate the proportion of professional caregiver with a migration background in outpatient care?

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

a) Which countries or regions are the professional caregivers originating from?

b) According to your opinion, what impact does that have on care?

c) Is the need for culturally sensitive care being met by sufficiently qualified professionals?

4) Could you please estimate the proportion of professional caregivers with a migration background in inpatient care?

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

a) Which countries or regions are the professional caregivers originating from?

b) According to your opinion, what impact does that have on care?

c) Is the need for culturally sensitive care being met by sufficiently qualified professionals?

Support of family caregivers

1) According to your opinion, what differences are there regarding information and services for family caregivers of people with dementia **with and without a migration background**?

- ☐ Major differences
- ☐ Rather major differences
- ☐ Moderate differences
- ☐ Hardly any differences
- ☐ No differences

2) How high do you estimate the need for specific information and services for family caregivers of people with a migration background with dementia?

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

3) How high is, in your opinion, the importance of the following networks in supporting family caregivers of people with a migration background with dementia?

a) Family

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

b) Religious communities

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

c) Migrant organizations

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

d) Service providers (outpatient/inpatient)

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

11.3 Interviewleitfaden

Start

1) Könnten Sie bitte Ihre Fachkenntnisse auf dem Gebiet der **Demenz** auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten – 1="keine Fachkenntnisse" und 10="sehr hohe Fachkenntnisse".

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Könnten Sie bitte Ihre Fachkenntnisse auf dem Gebiet der **Migration** auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten – 1="keine Fachkenntnisse" und 10="sehr hohe Fachkenntnisse".

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Könnten Sie bitte Ihre Fachkenntnisse auf dem Gebiet **Demenz und Migration** auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten – 1="keine Fachkenntnisse" und 10="sehr hohe Fachkenntnisse".

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Kennen Sie weitere Experten auf dem Gebiet der Demenz und Migration in Ihrem Land?

5) Als wie wichtig wird das Thema **Demenz und Migration** in Ihrem Land Ihrer Meinung nach betrachtet?

   - ☐ Sehr wichtig
   - ☐ Wichtig
   - ☐ Teilweise
   - ☐ Eher unwichtig
   - ☐ Nicht wichtig

   a) Können Sie das näher erläutern?

6) Als wie wichtig wird Ihrer Meinung nach das Thema **Demenz und Migration** in einzelnen Regionen betrachtet?

   - ☐ Sehr wichtig
   - ☐ Wichtig
   - ☐ Teilweise
   - ☐ Eher unwichtig
   - ☐ Nicht wichtig

   a) Können Sie das näher erläutern?

7) Werden Ihrer Meinung nach Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesundheitsversorgung in Ihrem Land als vulnerable Gruppe identifiziert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

a) Werden Menschen bestimmter Ethnien als eine vulnerable Gruppe vom Gesundheitssystem identifiziert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Teilweise

b) Wenn ja, welche ethnischen Gruppen werden als vulnerable Gruppen identifiziert?

8) Behandelt das Gesundheitssystem Ihrer Meinung nach Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz und ihre Familienangehörigen als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen?

- ☐ Immer
- ☐ Meistens
- ☐ Manchmal
- ☐ Selten
- ☐ Nie

a) Welche Bedürfnisse werden vorrangig identifiziert?

9) In welchem Bereich werden Ihrer Meinung nach Menschen mit Migrationshintergrund in Ihrem Land als vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen identifiziert?

- ☐ Entwicklung einer Demenz
- ☐ Verlauf/Voranschreiten der Demenz
- ☐ Folgen einer Demenz
- ☐ Unterversorgung bei einer Demenz
- ☐ Unterdiagnostizierung von Demenz
- ☐ Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen
- ☐ In keinem Bereich

a) Was sind Ihrer Meinung nach die wesentlichen Unterschiede zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ohne Migrationshintergrund hinsichtlich der Versorgung in diesen Bereichen?

Versorgung

Menschen ohne Migrationshintergrund

1) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Umfang Dienste für die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz in Ihrem Land verbreitet sind.

   ☐ Landesweit
   ☐ Nahezu landesweit
   ☐ In mehreren Regionen
   ☐ In einzelnen Regionen
   ☐ Nicht verfügbar

   a) Können Sie das näher erläutern?

2) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Umfang Dienste für die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz in Ihrem Land verbreitet sind.

   ☐ Landesweit
   ☐ Nahezu landesweit
   ☐ In mehreren Regionen
   ☐ In einzelnen Regionen
   ☐ Nicht verfügbar

   a) Können Sie das näher erläutern?

Menschen mit Migrationshintergrund

1) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Umfang Dienste für die ambulante Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in Ihrem Land verbreitet sind.

   ☐ Landesweit
   ☐ Nahezu landesweit
   ☐ In mehreren Regionen
   ☐ In einzelnen Regionen
   ☐ Nicht verfügbar

   a) Können Sie das näher erläutern?
   b) Gibt es hierfür irgendwelche models of good practice?

2) Welche Versorgungsstrategie wird überwiegend angewendet?

   ☐ Integratives Modell
   ☐ Segregatives Modell
   ☐ Hybrides Modell mit integrativen and segregativen Elementen

   a) Gibt es hierbei Unterschiede zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen?

b) Können Sie das näher erläutern?

c) Gibt es hierfür irgendwelche models of good practice?

3) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Umfang Dienste für die stationäre Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in Ihrem Land verbreitet sind.

☐ Landesweit
☐ Nahezu landesweit
☐ In mehreren Regionen
☐ In einzelnen Regionen
☐ Nicht verfügbar

a) Können Sie das näher erläutern?

b) Gibt es hierfür irgendwelche models of good practice?

4) Welche Versorgungsstrategie wird überwiegend angewendet?

☐ Integratives Modell
☐ Segregatives Modell
☐ Hybrides Modell mit integrativen and segregativen Elementen

a) Gibt es hierbei Unterschiede zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen?

b) Können Sie das näher erläutern?

c) Gibt es hierfür irgendwelche models of good practice?

5) Sind Ihrer Meinung nach die bestehenden Versorgungsangebote für eine angemessene Betreuung von **Menschen mit Demenz** geeignet?

☐ Ja, für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund
☐ Ja, aber nur für Menschen ohne Migrationshintergrund
☐ Ja, aber nur für Menschen mit Migrationshintergrund
☐ Nein, weder für Menschen mit noch für Menschen ohne Migrationshintergrund

a) Können Sie das näher erläutern?

6) Sind Maßnahmen für eine interkulturelle Versorgung und/oder Unterstützung für Menschen mit Demenz verbreitet oder in Entwicklung?

☐ Landesweit verbreitet
☐ Landesweit in Entwicklung
☐ Lokal verbreitet
☐ Lokal in Entwicklung
☐ Maßnahmen zur Entwicklung sind geplant
☐ Weder verbreitet noch in Entwicklung

a) Können Sie das näher erläutern?

b) Existieren hierfür models of good practice?

7) Welche spezifischen und/oder spezialisierten Versorgungsangebote gibt es für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz oder für Menschen bestimmter Ethnien mit Demenz in Ihrem Land?

a) Gibt es models of good practice? Welche sind das? Wo gibt es welche?

Inklusion und Aufklärung von Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen ohne Migrationshintergrund

1) Könnten Sie bitte den Grad der Inklusion von Menschen mit Demenz in die Gesundheitsversorgung in Ihrem Land einschätzen?

☐ Vollständig
☐ Nahezu vollständig
☐ Teilweise
☐ Kaum
☐ Überhaupt nicht

a) Gibt es hierfür models of good practice?

2) Wie weit sind Ihrer Meinung nach Informationsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Familienangehörigen in Ihrem Land verfügbar?

☐ Landesweit
☐ Nahezu landesweit
☐ In mehreren Regionen
☐ In einzelnen Regionen
☐ Nicht vorhanden/verfügbar

a) Können Sie das näher erläutern?

3) Sind Ihrer Meinung nach Menschen mit Demenz und/oder ihre Familienangehörigen an der Entwicklung von Versorgungsangeboten, an der Gestaltung von Informationsmaterial oder an der Gestaltung von Wohn- und Pflegeeinrichtungen beteiligt?

☐ Immer
☐ Häufig
☐ Manchmal
☐ Selten
☐ Niemals

a) Können Sie das näher erläutern?

Menschen mit Migrationshintergrund

1) Könnten Sie bitte den Grad der Inklusion von Menschen mit Migrationshintergrund in die Gesundheitsversorgung in Ihrem Land einschätzen?

   ☐ Vollständig
   ☐ Nahezu vollständig
   ☐ Teilweise
   ☐ Kaum
   ☐ Überhaupt nicht

   a) Gibt es hierfür models of good practice?

2) Könnten Sie bitte den Grad der Inklusion von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in die Gesundheitsversorgung in Ihrem Land einschätzen?

   ☐ Vollständig
   ☐ Nahezu vollständig
   ☐ Teilweise
   ☐ Kaum
   ☐ Überhaupt nicht

   a) Gibt es hierfür models of good practice?

3) Wie weit sind Ihrer Meinung nach Informationsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz und ihre Familienangehörigen in Ihrem Land verfügbar?

   ☐ Landesweit
   ☐ Nahezu landesweit
   ☐ In mehreren Regionen
   ☐ In einzelnen Regionen
   ☐ Nicht vorhanden/verfügbar

   a) Können Sie das näher erläutern?

4) Sind Ihrer Meinung nach Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz und/oder ihre Familienangehörigen an der Entwicklung von Versorgungsangeboten, der Gestaltung von Informationsmaterial oder der Gestaltung von Wohn- und Pflegeeinrichtungen beteiligt?

   ☐ Immer
   ☐ Häufig
   ☐ Manchmal
   ☐ Selten
   ☐ Niemals

a) Können Sie das näher erläutern?
b) Gibt es hierfür models of good practice?

Professionelle Versorgung

1) Ist Ihrer Meinung nach kultursensible Versorgung Teil der beruflichen Qualifikation?

- ☐ Landesweit
- ☐ Meistens
- ☐ Teilweise
- ☐ Kaum
- ☐ Nein

2) Gibt es professionelle Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten in interkultureller Versorgung?

- ☐ Landesweit
- ☐ Meistens
- ☐ Teilweise
- ☐ Kaum
- ☐ Nein

3) Könnten Sie bitte den Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung schätzen?

- ☐ Sehr hoch
- ☐ Hoch
- ☐ Mäßig
- ☐ Niedrig
- ☐ Nicht vorhanden

a) Aus welchen Ländern oder Regionen stammen die professionellen Pflegekräfte?
b) Welche Auswirkungen hat dies Ihrer Meinung nach auf die Pflege?
c) Wird der Bedarf an kultursensibler Pflege durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt?

4) Könnten Sie bitten den Anteil der professionellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der stationären Versorgung schätzen?

- ☐ Sehr hoch
- ☐ Hoch
- ☐ Mäßig
- ☐ Niedrig
- ☐ Nicht vorhanden

a) Aus welchen Ländern oder Regionen stammen die professionellen Pflegekräfte?
b) Welche Auswirkungen hat dies Ihrer Meinung nach auf die Pflege?
c) Wird der Bedarf an kultursensibler Pflege durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte gedeckt?

Unterstützung der pflegenden Angehörige

1) Welche Unterschiede gibt es Ihrer Meinung nach in Bezug auf Informationen und Dienstleistungen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz **mit und ohne Migrationshintergrund?**

- ☐ Wesentliche Unterschiede
- ☐ Ziemlich große Unterschiede
- ☐ Moderate Unterschiede
- ☐ Kaum Unterschiede
- ☐ Keine Unterschiede

2) Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an spezifischen Informationen und Dienstleistungen für pflegende Angehörige von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz ein?

- ☐ Sehr hoch
- ☐ Hoch
- ☐ Moderat
- ☐ Niedrig
- ☐ Nicht vorhanden

3) Wie hoch ist Ihrer Meinung nach die Bedeutung der folgenden Netzwerke für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz?

a) Familie
   - ☐ Sehr hoch
   - ☐ Hoch
   - ☐ Moderat
   - ☐ Niedrig
   - ☐ Nicht vorhanden

b) Religiöse Gemeinschaften
   - ☐ Sehr hoch
   - ☐ Hoch
   - ☐ Moderat
   - ☐ Niedrig
   - ☐ Nicht vorhanden

c) Migrantenorganisationen

- ☐ Sehr hoch
- ☐ Hoch
- ☐ Moderat
- ☐ Niedrig
- ☐ Nicht vorhanden

d) Versorgungsanbieter (ambulant/ stationär)

- ☐ Sehr hoch
- ☐ Hoch
- ☐ Moderat
- ☐ Niedrig
- ☐ Nicht vorhanden

11.4 Definition of key terms on the topic of dementia and migration

1. People with a migration background

A central challenge for comparative studies is the fact that there is currently no common definition of people with a migration background at the European level. The individual EU and EFTA countries use different terms in official national documents in the context of this population. The United Nations definition will be used as it is the basis for most international migration-specific databases and data sets (for example, the Migration Data Portal of the International Organization for Migration) and is also used by most national statistical offices of the EU and EFTA countries. The definition is also clearly and has a well-defined inclusion and exclusion criterion. The United Nations defines people with a migration background as people who are living in a country other than that in which they were born (United Nations 2019). Consequently, all people who are living in the country in which they were born are excluded. That also covers subsequent generations of foreign-born immigrants.

This study includes all older people (65 years or older) who live in an EU or EFTA country and were born abroad.

2. Inpatient and outpatient care

We understand inpatient care as the permanent accommodation, care, and treatment of a person in need of care in a nursing facility. Such facilities are for example nursing homes, hospices, and rehabilitation facilities.

Outpatient care comprises the support of persons in need of care and their relatives in provision of nursing and domestic care in their domesticity by service providers such as home care providers. The home care providers offer families support in everyday life, enabling family caregivers to better organize care, assistance and other obligations such as work or childcare, and to provide the highest possible level of care for their relatives in need of care.

3. Integrative and segregative care model

We have defined the integrative care model as a model where people with a migration background are provided with mainstream services together with people without a migration background.

In a segregative care model, people with a migration background or individual migrant groups are offered specialized services that are developed only for these groups.

4. Inclusion in the context of people with a migration background with dementia and healthcare

Inclusion is the involvement of people with a migration background and dementia in healthcare practice. Concretely, inclusion of people with a migration background and dementia in the healthcare system means: 1. That providers of healthcare services (e.g. general practitioners, specialists, nursing homes, and home care providers) are sensitized to the specific (e.g. cultural or linguistic) needs that people with a migration background or people from certain migrant groups with dementia may have, 2. that the service providers offer these people care, treatment, and support services adapted to the cultural, and linguistic, but also their individual needs, 3. that people with a migration background and dementia use these services, and 4. that these people are under the impression that the services are tailored to their needs.

5. Culturally sensitive care

According to the authors' definition, culturally sensitive care is the orientation of care practice and treatments to the specific cultural context and individual cultural values of a person in need of care (Dömling, 2010-2012). The central goal of culturally sensitive care is to make the specific needs of people with a mi-

gration background visible and to enable equal access to care.

5.1 Culturally sensitive care in the professional qualification
Do curricula of universities, colleges or other institutions that train healthcare professionals consider a module or a course of culturally sensitive care? If the curricula have modules or courses for culturally sensitive care, are they compulsory and thus a requirement for graduation, an optional compulsory module, or a voluntary additional offer?

5.2. Intercultural care
Intercultural care means that a professional caregiver looks after a person in need of care who has a different cultural background and the care practice is based on the mutual understanding of the respective culture.

6. Vulnerability in the context of people with a migration background and dementia
In the context of people with a migration background and dementia, a group is described as vulnerable if their members either have a higher risk of developing dementia, the disease occurs on average earlier in their lives, the course of the disease is worse (e.g. faster degeneration of cognitive abilities, poorer health outcomes), the negative effects of the disease (e.g. loss of knowledge of the language of the host country, loss of employment, previous need of care) are greater, the care situation is worse, or they are affected by inequalities such as underdiagnosis or underprovision.

11.5 Definition von Schlüsselbegriffen zum Thema Demenz und Migration

1. Menschen mit Migrationshintergrund
Eine zentrale Herausforderung für vergleichende Studien ist die Tatsache, dass es derzeit keine gemeinsame Definition von Menschen mit Migrationshintergrund auf europäischer Ebene gibt. Die einzelnen EU- und EFTA-Länder verwenden in offiziellen nationalen Dokumenten im Zusammenhang mit dieser Bevölkerung unterschiedliche Begriffe. Wir werden die Definition der Vereinten Nationen verwenden, da sie die Grundlage für die meisten internationalen migrationsspezifischen Datenbanken und Datensätze ist (z.B. das Migrationsdatenportal der Internationalen Organisation für Migration) und auch von den meisten nationalen statistischen Ämtern der EU- und EFTA-Länder verwendet wird. Die Definition ist ebenfalls klar und hat ein gut definiertes Ein- und Ausschlusskriterium. Die Vereinten Nationen definieren Menschen mit Migrationshintergrund als Personen, die in einem anderen Land leben als dem, in dem sie geboren wurden (United Nations 2019). Folglich sind alle Menschen, die in dem Land leben, in dem sie geboren wurden, ausgeschlossen. Das gilt auch für nachfolgende Generationen von im Ausland geborenen Einwanderern.
Diese Studie umfasst demnach alle älteren Menschen (65 Jahre oder älter), die in einem EU- oder EFTA-Land leben und im Ausland geboren wurden.

2. Stationäre und ambulante Versorgung
Unter stationärer Pflege verstehen wir die dauerhafte Unterbringung, Betreuung und Behandlung einer pflegebedürftigen Person in einer Pflegeeinrichtung. Solche Einrichtungen sind zum Beispiel Pflegeheime, Hospize und Rehabilitationseinrichtungen (VFR Verlag für Rechtsjournalismus).
Ambulante Pflege umfasst die Unterstützung pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen bei der pflegerischen und häuslichen Versorgung in ihrer Häuslichkeit durch Leistungserbringer wie z.B. Homecare-Anbieter. Die Homecare-Anbieter bieten Familien Unterstützung im Alltag, damit die pflegenden Angehörigen Pflege, Betreuung und andere Verpflichtungen wie Arbeit oder Kinderbetreuung besser organisieren und ihre pflegebedürftigen Angehörigen auf höchstem Niveau versorgen können (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

3. Integratives und segregatives Versorgungsmodell
Wir haben das Modell der integrativen Versorgung als ein Modell definiert, bei dem Menschen mit Migrationshintergrund gemeinsam mit Menschen ohne Migrationshintergrund in Versorgungsangeboten betreut werden.
In einem Modell der segregativen Versorgung werden Menschen mit Migrationshintergrund oder einzelnen Migrantengruppen spezialisierte Leistungen angeboten, die nur für diese Gruppen entwickelt werden (in Anlehnung an Kaiser 2009).

4. Inklusion von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz und Gesundheitsversorgung
Inklusion ist die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz in die Gesundheitspraxis.
Konkret bedeutet die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz in das Gesundheitswesen: 1. dass die Anbieter von Gesundheitsleistungen (z. B. Allgemeinmediziner, Fachärzte, Pflegeheime und Homecare-Anbieter) für die spezifischen (z. B. kulturellen oder sprachlichen) Bedürfnisse sensibilisiert werden, die Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen aus bestimmten Migrantengruppen mit Demenz haben können, 2. dass die Leistungserbringer diesen Menschen Pflege-, Behandlungs- und Unterstützungsleistungen anbieten, die den kulturellen und sprachlichen, aber auch den individuellen Bedürfnissen angepasst sind, 3. dass Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz diese Leistungen in Anspruch nehmen, und 4. dass diese Menschen den Eindruck haben, dass die Leistungen auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind.

5. Kultursensible Versorgung
Nach unserer Definition ist kultursensible Versorgung die Ausrichtung der Pflegepraxis und der Behandlungen auf den spezifischen kulturellen Kontext und die individuellen kulturellen Werte einer pflegebedürftigen Person (Dömling, 2010-2012). Zentrales Ziel einer kultursensiblen Versorgung ist es, die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund sichtbar zu machen und einen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung zu ermöglichen.

5.1 Kultursensible Pflege in der beruflichen Qualifikation
Sehen die Lehrpläne von Universitäten, Hochschulen oder anderen Institutionen, die Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegebereich ausbilden, ein Modul oder einen Kurs für kultursensible Versorgung vor? Falls die Curricula Module oder Kurse für kultursensible Versorgung vorsehen, sind diese obligatorisch und damit Voraussetzung für einen Abschluss, ein optionales Pflichtmodul oder ein freiwilliges Zusatzangebot?

5.2. Interkulturelle Versorgung

Unter interkultureller Versorgung verstehen wir, dass eine professionelle Pflegeperson eine pflegebedürftige Person mit einem anderen kulturellen Hintergrund betreut und die Pflegepraxis auf dem gegenseitigen Verständnis der jeweiligen Kultur basiert (in Anlehnung an Yakar und Alpar 2018).

6. Vulnerabilität von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz

Im Zusammenhang mit Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz wird eine Gruppe als vulnerabel bezeichnet, wenn ihre Mitglieder entweder ein höheres Risiko haben, an einer Demenz zu erkranken, die Krankheit im Durchschnitt früher im Leben auftritt, der Krankheitsverlauf schlimmer ist (z.B. schnellerer Abbau kognitiver Fähigkeiten, schlechtere gesundheitliche Ergebnisse), die negativen Auswirkungen der Krankheit (z. B. Verlust der Kenntnis der Sprache des Aufnahmelandes, Verlust des Arbeitsplatzes, frühere Pflegebedürftigkeit) größer sind, die Versorgungssituation schlechter ist oder sie von Ungleichheiten wie Unterdiagnostik oder Unterversorgung betroffen sind.

Sowohl Demenz als auch Migration wirken sich auf die Gesellschaft aus und stehen in Wechselwirkung zueinander, allerdings ist sehr wenig über ‘Demenz und Migration’ bekannt. Es gibt zunehmend Evidenz dafür, dass ein Migrationshintergrund mit einer Unterdiagnose oder einem mangelnden Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung verbunden ist. Daher ist die Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund (PmM) eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheit. Dieser Atlas soll einen Beitrag zu einer umfassenden Analyse der Situation in Europa leisten. Er ist eine Ergänzung zum vorhandenen Wissen über Demenz und sieht seinen Wert in der Fokussierung auf PmM und deren Situation. Er bietet: (1) Schätzungen über die Anzahl von PmM mit Demenz und grafische Darstellungen für die EU- und EFTA-Mitgliedstaaten sowie das Vereinigte Königreich; (2) Analysen der nationalen Demenzpläne und Versorgungsleitlinien; (3) sowie Analysen von Gesundheitssystemen. Basierend auf statistischen Analysen, Literaturrecherchen und Experteninterviews bietet diese Arbeit (a) Informationen für Personen und Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind, und (b) kann als Leitfaden für Interessenvertreter bei der strategischen Entwicklung von Gesundheitssystemen und -dienstleistungen auf nationaler und internationaler Ebene in Gesetzen, Politiken, Strategien und Aktionsplänen dienen. Schlussendlich handelt es sich um eine der wenigen aktuellen und umfassenden Analysen, die über Demenz und Migration in Europa informieren.



ISBN 978-3-9823426-1-0