

Klinikum Stuttgart – Medizin fürs Leben

„Keiner versteht mich“ Demenzpatienten mit Migrationshintergrund im Allgemeinkrankenhaus

Workshop 3. - Fachtagung im Rathaus Stuttgart
Patientinnen und Patienten mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus
Dr./MU Budapest Andrea Stauder



Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Zentrum für Seelische Gesundheit
Dr. med. Dipl.-Psych. J. D. Fischer
Ärztlicher Direktor

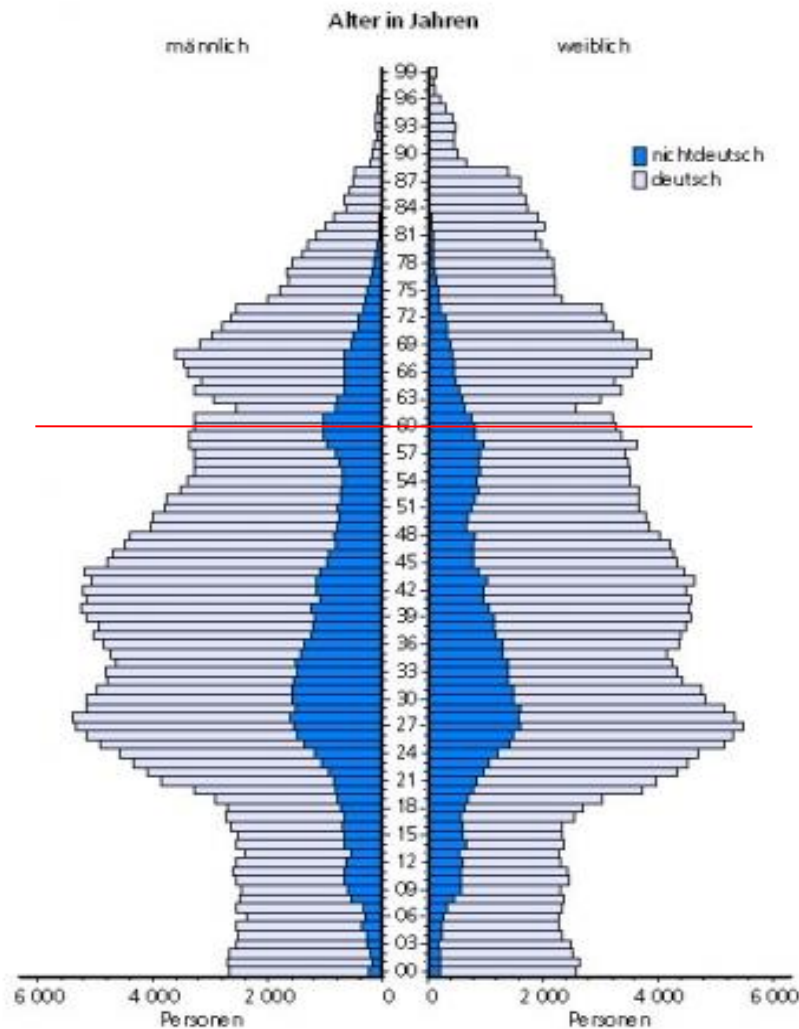
„Ein junges Gesicht der Migration“ Ältere Migrantinnen und Migranten

- AusländerInnen in Deutschland: **7,3 Millionen** (8,8 % Gesamtbevölkerung)
- Bürger mit Migrationshintergrund: **15,2 Millionen** (19,2 % Gesamtbevölkerung)
Statistisches Bundesamt, 31.12.2006
- Über 65-jährige MigrantInnen
in Deutschland, Ende 2009: **1 462 000**
in NRW von 55.104 (1993) auf 4 299 000 (2010) : + **780 %!**
Statistisches Bundesamt 2010, Seifert 2009
- *Migranten > 60 J.*

2001	665.000
2010	1,50 Mill.
2030	2,86 Mill.

Zahl älterer MigrantInnen steigt!

Einwohner in Stuttgart am 31. Dezember 2008



Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt

Altersstruktur der Stuttgarter Bevölkerung Daten: Statistisches Amt

Altersgliederung	1980	1990	2000	2008
unter 15 Jahre (%)	13,9	12,3	13,0	12,5
15 bis unter 18 Jahre (%)	4,0	2,5	2,5	2,5
18 bis unter 25 Jahre (%)	11,6	10,9	8,9	9,1
25 bis unter 45 Jahre (%)	31,3	32,4	33,4	32,8
45 bis unter 65 Jahre (%)	22,4	25,9	25,8	24,4
65 Jahre oder älter (%)	16,8	16,0	16,4	18,6

Bürger mit Migrationshintergrund: Stuttgart ca. 40 %, Deutschland ca. 20 %

Migranten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere

- Vollstationär und teilstationär: mehr als 30 % der Patienten mit Migrationshintergrund – entspricht etwa dem Bevölkerungsanteil der Altersgruppe (s. auch Koch et al. 2008 und Schüler-Ocak et al. 2008,2010)
- Memory Clinic:
 - ca. 10 % AusländerInnen
 - ca. 25 % mit deutsch-stämmigen Aussiedler zusammen
- niedrigerer Anteil als auf Grund des Bevölkerungsanteils zu erwarten (Vgl. Schüler-Ocak et al. 2010)

Belastungen durch Migration

- Traumatische Erfahrungen →
- Trennung von der Familie und dem sozialen Umfeld →
- Problematische Eingliederung →
- Mangelhafte finanzielle Ressourcen →
- Unerfüllte Erwartungen →
- Unklare Identität →



u.a. Assion 2005, Machleit 2006, Wohlfahrt & Zaumseil 2006

Migrationsspezifische Belastungen

- Einkommen niedriger, frühere und vorzeitige Berentung aus gesundheitlichen Gründen, Armutsrisiko, Wohnverhältnisse, Mehrpersonenhaushalte!
Myllymäki-Neuhoff 2006, Schopf & Nägele 2008
- Früher und häufiger Erkrankungen, zeitlich früher entstehende alterstypische gesundheitliche Risiken: Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und der Atmungsorgane
Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. 2008
- Höhere Prävalenz für psychische Störungen (somatoform, affektiv)
Bermenjo et al. 2010
- Geringe Nutzung der Psychiatrie und Psychotherapie
Kirkaldy, Wittig, Fuhrmann et al. 2010
- Schwierigkeiten der Symptompräsentation (sprachlich, kulturell) – Fehldiagnosen
Koch, Hartmann, Siefen et al. 2007, Glaesmer, Wittig, Brähler et al. 2009

Migrationsspezifische Belastungen

- Fehlende Informationen über vorhandene Angebote
- Oft fehlende oder unzureichende Sprachkenntnisse und Ausbildung
- Unterversorgung bei präventiven Maßnahmen
- Fehlversorgung – Ärztehopping
- Überversorgung – Polypragmasie (Verständigungsschwierigkeiten → Fehldiagnosen, Verordnungen durch mehrere Ärzte)
- Rückkehrorientierung – nirgendwo zu Hause!
- Lebensweltliche und -einstellungsbedingte Unterschiede – die Familie sorgt für die Schwachen, Kranken und Alten
- Vorurteile gegen Einrichtungen und Mitarbeiter?
- Öffentliches Problembewusstsein bislang gering - Bermejo et al. 2010

Migration und Demenz

Farhur 2010, nach Özankan 2010

- 1.2 Millionen Demenzerkrankte in BRD
- Davon etwa 100.000 mit Migrationshintergrund (8 %)
 - ca. 27.000 EU-Europäer
 - ca. 35.000 Spätaussiedler (Staaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS-Staaten), der baltischen Staaten und der übrigen Aussiedlungsgebiete (Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn und Rumänien))
 - ca. 9000 mit türkischem Migrationshintergrund

Ist Migration ein Risikofaktor für Demenz?

Wahrscheinlich - Ja!

Graves u. M.a., 1996: unter den japanischstämmigen Amerikanern in King County, Washington State wurde eine höhere Demenz-Prävalenz festgestellt als in der Bevölkerung in Japan.

Graves et al.: „Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King County, Washington State“ Am. J. Epidemiol. 144(8) 1996, S 760-771

Untersuchung in Indianapolis und Ibadan/Nigeria 2001: DAT innerhalb der gleichen Altersgruppe und bei gleicher Verteilung der Geschlechter tritt bei Afroamerikanern doppelt so häufig auf wie bei der Bevölkerung in Nigeria

Hendrie et al. „Incidence of dementia and Alzheimer's disease in 2 communities, Yoruba residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans residing in Indianapolis“, Indiana, JaMA 285, 2001, S739-747

Demenz und Migration

- Alterungsprozesse Migranten 1. Generation 10 – 15 J. früher → Demenz! Hirsch 2008
- Dialektisches Wechselspiel zwischen neurologischer Beeinträchtigung und maligner Sozialpsychologie bei Demenz Kitwood 2000
- Demenz = verrückt = ansteckend = Strafe Gottes Torun & Streibel 2008
- Geringe/späte Inanspruchnahme von Hilfsangeboten
- Eckdaten Migration – Demenz fehlen weitgehend. Steinhoff et al. 2004
- Neuropsychologische Untersuchungen. MMSE: ethnische und kulturelle Unterschiede. Mast et al. 2001, Escobar et al. 1986, Ng et al. 2007
- Easy Test, Trakula, MOKA Test, Testkombinationen Reischies & Flüh 2009
- Ethnienunterschiede auch bei nonverbalen Tests Manly & Espino 2004
- Konsequenzen für Behandlungsangebote!

Herr V.; Immer noch an der Front

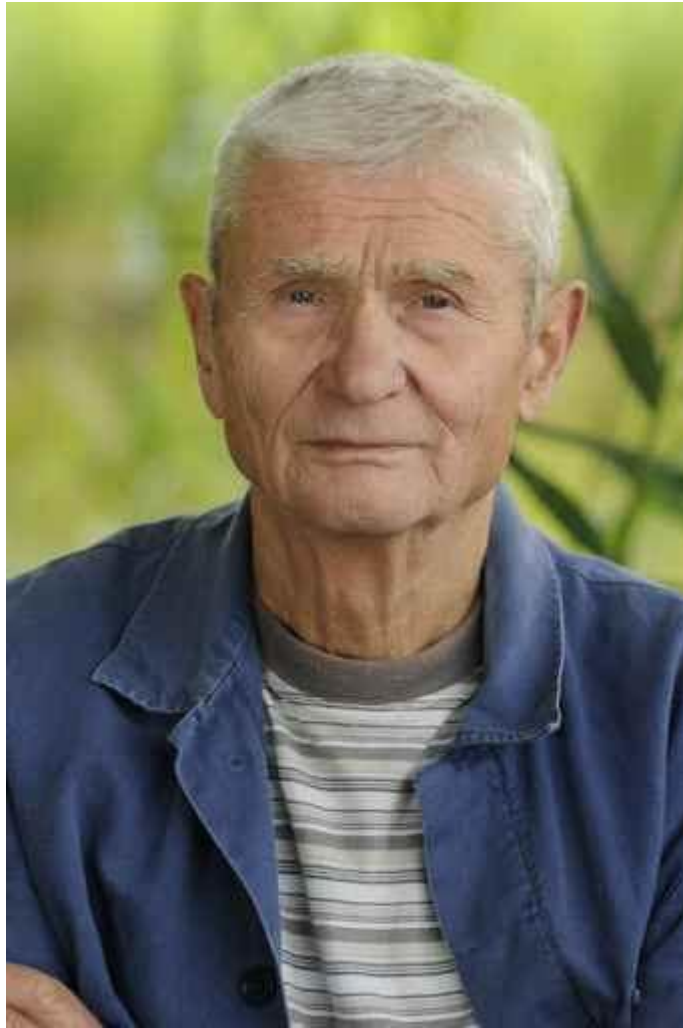
- Herr V., 86 Jahre – Franzose –in Indochina gekämpft, seit 62 J. in D.
- Schwere Mischdemenz mit Verhaltensauffälligkeiten, multimorbid
- Stationär Lungenentzündung, Delir unklarer Genese
- Konsilauftrag: Patient nicht führbar!
- Beobachtung: Pat. sitzt im Bett – Bettgitter halbhoch – sei gestürzt bei Versuch aufzustehen – Unruhe, nestelt, versucht mit beiden Armen das rechte Bein über das Gitter zu heben – Zimmertür offen – beim Öffnen der elektronischen Stationstür (lauter Knall) hört Pat. mit der Handlung auf und horcht – setzt seine Fluchtbemühung fort
- Begrüßung – voller Angst: „Guerre, arme!!“ und dann 2x „Waffen“! Wendet sich aus dem Kontakt ab, versucht weiter, über das Bettgitter zu steigen – will offensichtlich fliehen.
- Keine Vitalparametermessungen, riecht nach Urin, Hose nass, Hautturgor zeigt Austrocknung! – keine Medikamente genommen, unversorgt, isst und trinkt nicht. → Pflegekraft: „Wir lassen uns nicht schlagen!“ Weglaufen könne er nicht, stehe aber ohne Bettgitter auf – anderes Zimmer gibt es nicht, Tür offen → zur Überwachung! → „Übernehmen sie ihn, in die Psychiatrie, dort gibt es überall Kameras, dorthin gehört er!!“

Herr F.; Eskalation um jeden Preis

- Hr. F., 62 Jahre, Anatolien – ehemals Bandarbeiter bei Daimler Benz – schwere Demenz vom Alzheimer Typ mit frühem Beginn, ED 58. Lj, Verhaltensstörungen, Aphasie + Diabetes mellitus mit schwankenden BZ-Werten, arterielle Hypertonie, degenerative WS-Erkrankung
- Eitrige Angina – Antibiose ambulant – dann Herpes Zoster mit Augenbeteiligung – Schmerz!! und Erblindungsgefahr!! – Patient wird auf eine internistisch-onkologische Station aufgenommen.
- Bei Ankunft benommen, schläfrig – Aciclovir i.v.; Flüssigkeit, Schmerzlinderung. Angehörige bitten um „Rooming in“, sind bereit, sich am Bett abzuwechseln. Wird abgelehnt.
- Am nächsten Tag: Allgemeinzustand besser, kräftiger, aber verwirrt, kommt Aufforderungen nicht nach – versteht nichts (Aphasie), Blutentnahme → Aggressivität. → Angst, Abwehr, keine Kooperation mehr. Wandert auf der Station umher, sucht, geht in fremde Räume... → Bett + Bettgitter – steigt darüber. Ärztin redet auf ihn ein, dann ein Arzt, Medikamente ausgespuckt, Becher weggeworfen → Stufe II(?): Bett wird an die Wand gestellt + Bettgitter – davor ein weiteres Bett, damit er nicht schlagen kann und nicht in falsche Zimmer geht. → Tobt. – wird unbehandelt entlassen

Was passiert hier?

- Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Patienten
- Desorientierung und motorische Unruhe
- Problematische Verhaltensweisen der Umgebung
- Freiheitsbegrenzende Maßnahmen
- Spezifische Unterstützung
- Einbeziehung der Angehörigen
- Können Sie französisch? / „aphasisch“?? – non-verbale Kommunikation – Sprachvermittlung
- Bettgitter +/- zusätzl. Bett → „Rooming in“, Bewegung, zusammen laufen auf Station, KG, Kontinuität in Begleitung
- Viele verschiedene Personen, reden viel, laut, „Auge um Auge...“ → isolieren, ignorieren, nicht versorgen, laute, fremde Umgebung, Durst, Hunger, ungleiche Behandlung, fehlende Empathie
- Ultima Ratio Bettgitter → Fixierung
- Sicherheit vermitteln, helfen wollen, kulturelle Rituale aufgreifen, Fachwissen zum Umgang erweitern
- So bald als möglich, Rooming in anbieten.



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Ihre Meinung?

- Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Patienten
- Desorientierung und motorische Unruhe
- Problematische Verhaltensweisen der Umgebung
- Freiheitsbegrenzende Maßnahmen
- Spezifische Unterstützung
- Einbeziehung der Angehörigen
- Welche Probleme sehen Sie bei der Behandlung von Demenz Kranken mit Migrationshintergrund?
- Haben Sie Ideen, wie kann man die Probleme lösen oder besser damit umgehen?
- Empfehlungen?