



Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten

Ein Bericht zu Daten des Gesundheitsamtes Bremen



Impressum

Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten
Ein Bericht zu Daten des Gesundheitsamtes Bremen

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60/70, 28203 Bremen

Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene
Migration und Gesundheit
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Verantwortlich:

Dr. Thomas Hilbert
Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene
Dr. Günter Tempel
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Autoren:

Eckhard Lotze eckhard.lotze@gesundheitsamt.bremen.de
Dr. Zahra Mohammadzadeh zahra.mohammadzadeh@gesundheitsamt.bremen.de
Dr. Thomas Hilbert thomas.hilbert@gesundheitsamt.bremen.de

Auflage: 500

Erscheinungsdatum 5/2007

Satzbearbeitung:

Harald Freytag, Britta Eick



Inhaltsverzeichnis:

Zusammenfassung	5
Vorwort - Migranten in der Pflegeversicherung?	7
1. Die Intention dieses Berichts	11
2. Die Informationen in den Gutachten und die Datengrundlage	12
3. Welche Migranten stellen Anträge wegen Pflegebedürftigkeit?	13
4. Die sozialen Lebensumstände der pflegebedürftigen Migranten	17
5. Herz, Gelenke, Stoffwechsel – Typische Alterserkrankungen dominieren	19
6. Zum Grad der Pflegebedürftigkeit und zur Versorgung	22
7. Kulturelle Aspekte bei der Begutachtung	24
8. Sprachliche Kommunikation ist ein beiderseitiges Problem	28
9. Kulturspezifische Aspekte werden selten genannt	29
10. Andere Datenbestände sind kaum vergleichbar	30
11. Der Vergleich zwischen Migranten und einheimischen Antragstellern	31
Literatur	36
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	37
Anlage 1: Auszüge aus der MDK-Statistik Bremen 2002/2003	38

G



Zusammenfassung

In Bremen sind - wie bundesweit - zu wenig Fakten über Gesundheit und Pflegebedürftigkeit von Migranten bekannt. Dieser Bericht befasst sich mit den im Gesundheitsamt Bremen verfügbaren kommunalen Daten zum Thema „Pflegebedürftigkeit bei Migranten“ und wertet sie erstmalig in dieser Form aus.

In den Pflegegutachten fehlen oft wertvolle migrationsspezifische Informationen. Es wurde bei der Auswertung deutlich, dass im Bereich der Begutachtung von Migranten das Bewusstsein für deren besondere Lebenslagen noch weiter entwickelt werden muss.

Die Ergebnisse zeigen, dass pflegebedürftige Migranten in Bremen in sehr hohem Maße von Sozialhilfeleistungen abhängig sind. Migranten machen im Gesundheitsamt Bremen über ein Drittel aller wegen Pflegebedürftigkeit Begutachteten aus. Von diesen Migranten sind über die Hälfte aus den Nachfolgestaaten der UdSSR eingereist. Gerade für diese Gruppe gilt, dass sie häufig „vor kurzem bei stark eingeschränkter Gesundheit“ eingereist ist. Migranten aus anderen Herkunftsländern - insbesondere der Türkei - leben bereits weitaus länger hier, wenn sie einen Antrag wegen Pflegebedürftigkeit stellen.

Insgesamt werden die Migranten, die Sozialhilfe im Bereich der Hilfe zur Pflege beantragen, um einige Jahre früher pflegebedürftig als „normal Pflegeversicherte“. Dies weist auf eine für sozial Schwache typische schlechtere Gesundheitssituation im Alter hin, denn auch die ausgewerteten einheimischen Sozialhilfeempfänger im Bereich der Hilfe zur Pflege sind vergleichsweise um mehrere Jahre jünger, wenn sie pflegebedürftig werden.

Die soziale Situation der pflegebedürftigen Migranten ist im Vergleich zu den einheimischen Sozialhilfeempfängern der Hilfe zur Pflege besser. Viele Einheimische leben mit sehr eingeschränkten Sozialkontakten oder ganz allein. Bei den Migranten finden sich dagegen häufiger verwandtschaftliche Netzwerke, die oft von Unterstützungs- und Pflegeleistungen der Ehepartner oder Töchter gekennzeichnet sind. Immerhin jeder fünfte pflegebedürftige Migrant lebt aber allein.

Gesundheitseinschränkungen der Migranten beziehen sich auf die Bereiche typischer Alterserkrankungen. Krankheiten des Herzens, des Bewegungsapparats und des Stoffwechsels dominieren das Spektrum. Wegen ihrer oft bestehenden Einbindung in soziale Netzwerke beantragen über die Hälfte der Migranten Geldleistungen und organisieren sich die erforderlichen Hilfen zur Pflege selbst. Das sieht bei den einheimischen Sozialhilfeempfängern anders aus. Wegen der hier oft fehlenden sozialen Einbindung müssen von ihnen überwiegend Sachleistungen beantragt werden.

Noch etwas seltener brauchen dagegen Migranten professionelle pflegerische Unterstützung, diese wird dann meist zu Hause erbracht. Der ambulante Pflegemarkt hat in Bremen auf die neue Zielgruppe der Migranten insofern reagiert, dass es mehrere private Pflegedienste gibt, die sich auf die Pflege russischsprachiger Sozialhilfeempfänger spezialisiert zu haben scheinen.

Das herausragendste Problem bei den Pflegegutachten ist die mangelhafte Kommunikation zwischen den Migranten und den Gutachtern. Über drei Viertel der pflegebedürftigen Migranten sprechen schlecht oder gar kein Deutsch. Für die Übersetzung werden oft jüngere Familienmitglieder gebraucht. Schon das ist problematisch, jedoch komplett abzulehnen ist die vorgefundene Praxis, die Übersetzung vor Ort durch einen Leistungserbringer (ambulanter Pflegedienst) leisten zu lassen.

Für die Pflegeprofession ist es besonders notwendig, sprach- und kulturbedingte Eigenheiten von zugewanderten Patienten zu berücksichtigen, weil Pflege immer ein Beziehungs- und gemeinsamer Problemlösungsprozess ist. Nicht nur eine angemessene sprachliche Basis muss also gefunden werden, die Reflektion der eigenen Kulturgebundenheit sowie der wahrgenommenen anderen oder „fremden“ kulturellen oder durch Migrationserfahrungen geprägten Einstellungen ist ebenso wichtig für das Gelingen des Pflegeprozesses.

Es gäbe in Bremen und bundesweit sehr viel mehr Wissen über die Gesundheit und Pflegebedürftigkeit von Migranten, wenn die stetig wachsenden Datenmengen seitens der Versicherungen (Pflege- und Krankenversicherungen) endlich auf diese Fragestellungen hin untersucht würden. Die hier vorliegende Auswertung kann eine breite Forschung auf diesem Gebiet nicht ersetzen, sondern nur kleine Anregungen für migrationsspezifische Auswertungen im Feld von Gesundheit und Pflege geben.

Der Bericht ist demnach nur eine Etappe auf einem neuen Weg zu mehr Wissen über hier lebende (ältere) Migranten und ihre Lebenslagen. Aber er bietet doch bereits einige Anhaltspunkte für weiterführende Untersuchungen und Diskussionen über den Bedarf von Migranten im Alter und speziell bei Pflegebedürftigkeit.

Vorwort

Migranten in der Pflegeversicherung?

Die Einführung der Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI) im Jahr 1995 bedeutete eine neue Säule im deutschen Sozialversicherungssystem. Ihre Leistungen sollten der älter werdenden Bevölkerung eine weitgehende ökonomische Absicherung bei Pflegebedürftigkeit garantieren. Diese kurze Einführung setzt bewusst einige Schwerpunkte vor dem Hintergrund des hier vorgelegten Berichtes. Sie sind als Denkanstöße gedacht, nicht als tief gehende Analyse.

Zwischen 1995 und 2005 wurden in Deutschland über 10 Millionen Anträge auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung gestellt. 1,95 Millionen Menschen erhielten am Jahresende 2005 Leistungen.¹

1. Die Pflegeversicherung ist - eine oft gebrauchte Analogie - eine Teilkaskoversicherung. Sie deckt also nicht alle finanziellen Aufwendungen ab, die bei pflegerischer Versorgung entstehen können.

Das bedeutet, dass ein bestimmtes Maß überschreitende Pflegeleistungen von Pflegebedürftigen oder Angehörigen selbst finanziert werden müssen. Enden eigene Geldreserven oder fehlen sie ganz, treten die Kommunen ein und leisten im Rahmen der Sozialhilfe Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII. Das gilt für ambulante wie für die in aller Regel teurere stationäre Pflege. Daraus resultierte eine vom Gesetzgeber seinerzeit nicht in ihrer ganzen Tragweite gesehene Dynamik, die nach kurzfristiger Entlastung der Kommunen inzwischen wieder zu steigenden Ausgaben der Sozialhilfeträger für Pflege geführt hat.² Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind im Grundsatz seit 10 Jahren nicht angepasst worden an veränderte Bedarfe. Die Zunahme der **Pflegebedürftigen** und der **Pflegebedürftigkeit** bei Hochaltrigen in der Bevölkerung sind zwei entscheidende Faktoren. Da im gleichen Zeitraum die Zahl der aktiven Beitragszahler nicht zugenommen, sondern weiter abgenommen hat, drohen den Pflegekassen nun immer größere Einbrüche, auf die es noch keine nachhaltigen Antworten gibt. Leistungskürzungen werden derzeit noch hinter verschlossenen Türen diskutiert; sie sind – noch ? – unpopulär.

Auch Sozialhilfeträger beschäftigen sich zunehmend mit der Frage von Leistungsbegrenzungen.

¹ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2006
URL: www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600126/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Pflege/In-Zahlen/, Stand 11/2006.

² Im Jahre 2005 hat der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII in der Stadt Bremen 36,76 Mio. € ausgegeben, davon entfielen 25,44 Mio. € auf heimstationäre Pflege und 11,32 Mio. € auf ambulante Pflege. Im Vergleich mit anderen deutschen Großstädten lagen die Ausgaben mit 67,38 € pro Einwohner über dem Durchschnitt von 61,80 € (con_sens, 2006, S. 31).

Festzuhalten ist, dass sich die Zahl ambulanter Pflegedienste seit 1995 nicht nur in Bremen vervielfacht hat.³ Die Pflegeversicherung hat in Deutschland einen Pflegemarkt und viele hunderttausend Arbeitsplätze in der Pflege geschaffen. Allein in der Stadt Bremen arbeiten 5.300 Personen in der ambulanten und stationären Pflege, nicht gerechnet Helferinnen aus den Dienstleistungszentren und selbst organisierte und selbst bezahlte Hilfspersonen in Haushalten.⁴

2. Mit der Pflegeversicherung wurde ein bundesweit einheitliches System der Bewertung von Pflegebedürftigkeit in drei Stufen eingeführt, das es vor 1995 nicht gab. Um eine Pflegestufe festzulegen, stützen sich die Pflegekassen - gesetzliche wie private - auf standardisierte und stark formalisierte Pflegegutachten. Zuständig sind dafür die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK). Für nicht pflegeversicherte Personen sind es die Gesundheitsämter, die im Auftrag der Sozialhilfeträger Pflegegutachten durchführen. Gesundheitsämter werden auch dann eingeschaltet, wenn über die Leistungen der Pflegekassen hinaus zusätzliche Hilfen benötigt werden. Das Begutachtungsverfahren ist in allen Fällen gleich. Es gelten bundesweit einheitliche Begutachtungsrichtlinien, die sich aus dem § 17 des Sozialgesetzbuch XI ableiten. Das Sozialgesetzbuch XII (ehemaliges Bundessozialhilfegesetz) bindet sich im Kapitel „Hilfe zur Pflege“ in den §§ 61 ff. explizit an das Sozialgesetzbuch XI. Seit 1995 haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) über 15 Millionen Pflegegutachten durchgeführt; über die Begutachtung durch Gesundheitsämter gibt es keine bundesweiten Vergleichsdaten.⁵

Die Systematik der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit in drei Stufen plus einer Sonderregelung für außergewöhnlich hohen Pflegebedarf (sogenannte Härtefälle) ist fachlich immer umstritten geblieben, sie ist nur wenig flexibel. Dazu gibt es eine Vielzahl kritischer Positionen und Publikationen aus Pflegewissenschaft, Pflegepraxis und Medizin.

Aus der Perspektive der Pflegekassen als Kostenträger ist die Gliederung in Leistungsstufen ungemein nützlich, weil Kosten begrenzt und leicht kalkuliert werden können. Die den Pflegestufen zugeordneten Leistungen für ambulante und stationäre Pflege sind bundeseinheitlich gleich.

3. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen der grundpflegerischen Versorgung einschließlich dazu gehörender hauswirtschaftlicher Unterstützung dienen. Maßnahmen der Behandlungspflege fallen in den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, die im Sozialgesetzbuch V geregelt ist. Diese zunächst logisch erscheinende Abgrenzung führte und führt in der Praxis zu Schwierigkeiten, weil Behandlungspflege und Grundpflege keineswegs immer scharf zu trennen sind.

Maßnahmen der Grundpflege werden in sogenannte Leistungskomplexe unterteilt, die mit einem festen Punktwert und damit mit einer definierten Vergütung für Pflegedienste verbunden sind. Zwar orientieren sich die Leistungskomplexe entfernt an Aktivitäten oder Verrichtungen des täglichen Lebens, es wird aber zu Recht kritisiert, dass individuelle,

³ 1992 gab es im Land Bremen 29 ambulante Pflegedienste, zehn Jahre später waren es 128 (Daten des Statistischen Landesamtes, 2003).

⁴ Statistisches Landesamt Bremen, Statistisches Jahrbuch 2004, S. 202 – 203
URL: <http://www.statistik.bremen.de/pdf/veroeffentlichungen/jahrb04.pdf>, Stand 11/2006.

⁵ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS):
Pflegebericht des medizinischen Dienstes 2004, Essen 2006;
URL: www.mds-ev.org/index2.html, Stand 11/2006.

bei dem oder den konkreten Pflegebedürftigen bestehende Besonderheiten und Pflegeprobleme damit nur ungenügend abgebildet werden. Ambulante Pflegedienste werden oft wider besseres Wissen und gegen jedes zeitgemäße Pflegeverständnis zu schematischer Arbeit gezwungen oder passen sich selbst bewusst diesem System an im Interesse reibungsloser Abrechnung ihrer Leistungen.

4. Für die ambulante pflegerische Versorgung sieht das Pflegeversicherungsgesetz vor, dass Pflegebedürftige wählen können, ob sie die „Sachleistung“ eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen wollen oder ob sie und ihre Angehörigen die halb so hohe Geldleistung (das Pflegegeld) in Anspruch nehmen wollen, um für ihre Versorgung selbst zu sorgen. Es besteht auch die Möglichkeit, beide Leistungsarten zu kombinieren. Der Anteil der Empfänger reiner Geldleistungen lag in der Sozialen Pflegeversicherung 2005 bei knapp 72 %.⁶

Wenn das familiäre, nachbarschaftliche oder soziale Unterstützungssystem funktioniert - das hat man bei der Schaffung dieses Wahlrechts unterstellt - ist die Geldleistung eine denkbare Alternative zur Versorgung durch professionelle Kräfte. Probleme entstehen dann, wenn Fehleinschätzungen der Hilfsbedürftigkeit oder Überschätzung der Leistungsfähigkeit von Familien, Freunden und Nachbarn zur Entscheidung für Geldleistung führen. Zwar sollen die Pflegekassen in regelmäßigen Abständen, deren Häufigkeit von der Pflegestufe abhängt, Pflegedienste mit Beratungsbesuchen beauftragen. Es ist jedoch unbekannt, wie und wann diese Besuche tatsächlich zu Interventionen führen, wenn Pflegebedürftige nicht mehr oder nur schlecht von Familienangehörigen und selbst bezahlten Kräften versorgt werden.

Außerdem kommt es immer wieder vor, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige die Geldleistung eher als Zusatzeinkommen verstehen, das nicht oder nicht ausschließlich für den gedachten Zweck verwendet wird.

An ältere Menschen mit Migrationshintergrund hat man bei der Entwicklung der Pflegeversicherung und der zugehörigen Regelwerke nicht speziell gedacht. Offensichtlich hatte sich diese Frage den Autoren des Gesetzes im seinerzeit zuständigen Ministerium unter Minister Blüm nicht gestellt; die ersten Entwürfe des Gesetzes datieren aus der Zeit kurz nach der Wende und der politischen Öffnung. Bis zu dieser Zeit waren Pflegebedürftige in aller Regel **deutsche** Pflegebedürftige.

Das muss betont werden, weil die eingangs skizzierten Problembereiche vor dem Hintergrund der massiven Zuwanderung auch älterer und pflegebedürftiger Personen deutlich akzentuiert werden.

Anlass für eine kleine Untersuchung, die sich mit pflegebedürftigen Migranten und mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Gesundheitsamt Bremen befasst, waren einige Beobachtungen:

Es fiel uns vor einigen Jahren auf, dass der Anteil von Migranten unter den Pflegebedürftigen, die vom Gesundheitsamt begutachtet werden, außerordentlich hoch war. Die seit 2002 laufende Erhebung dieses Merkmals ergab einen Spitzenwert von 36 % im Jahr 2003. Beim MDK Bremen gibt es dazu zwar keine Vergleichszahlen, aber die eindeutige Aussage, dass der Anteil von Begutachteten mit Migrationshintergrund dort sehr gering sei.

⁶ Bundesministerium für Gesundheit, 2006
URL: www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600126/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Pflege/In-Zahlen/Stand_11/2006.

Zweitens schien ein großer Teil der Begutachteten mit Migrationshintergrund aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion und anderen ehemals sozialistischen Ländern zu stammen. Aussiedlerfamilien mit ursprünglich deutschen Wurzeln rechnen wir zu diesem Personenkreis. Von ihnen wird der Sozialhilfeträger als „kommunale Pflegekasse“ in Anspruch genommen, weil vielfach die notwendigen Wartezeiten für Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nicht erfüllt sind.

Drittens hatten unsere begutachtenden Pflegefachkräfte den Eindruck, dass die Kenntnisse über Möglichkeiten, aber auch über die Grenzen der Leistungen bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen lückenhaft waren und überzogene Erwartungen zur Folge hatten.

Weitere Annahmen und Eindrücke bezogen sich auf Unterschiede im Krankheitspektrum, bei pflegebegründenden Diagnosen und Pflegeproblemen und bei den Versorgungsstrategien für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, auf die sich ambulante Pflegedienste spezialisiert zu haben scheinen.

Diese Beobachtungen und Fragestellungen gaben den Hintergrund für die in diesem Heft dargestellte Untersuchung - eine systematische Auswertung von Pflegegutachten - mit der wir einen Mitarbeiter mit pflegewissenschaftlichem Fachverstand und eigener praktischer Pflegeerfahrung betraut haben, der in unserem Arbeitsbereich Migration und Gesundheit den Schwerpunkt Ältere Migranten bearbeitet.

Wie in jeder Untersuchung finden wir einige interessante Antworten und Handlungsansätze, aber auch nicht weniger interessante, offene Fragen.

1. Die Intention dieses Berichts

Als Reaktion auf die kommunal wie bundesweit unbefriedigende Datenlage zu Gesundheit, Pflegebedürftigkeit und sozialen Lebenslagen von älteren Migranten befasst sich das Referat Migration und Gesundheit des Gesundheitsamtes Bremen seit jüngstem mit den intern zugänglichen Datenquellen und untersuchte die hier erstellten Pflegegutachten bei Migranten. Zwar sind Pflegegutachten nicht für eine Auswertung hinsichtlich verschiedenster Fragestellungen auch sozialer Natur ausgelegt, trotzdem fanden sich interessante und bislang eher nur vermutete Aspekte der Lebenssituation von älteren Migranten bei Pflegebedürftigkeit.

Dieser Bericht erhebt selbstverständlich nicht den Anspruch, einen fundamentalen Beitrag zur epidemiologischen oder sozialwissenschaftlich-empirischen Forschung zu leisten, aber er gibt durchaus Hinweise darauf, welche Fragen zu stellen, zu bearbeiten und welche Probleme zu lösen sind. Das Vorgehen war explorativ angelegt und manche Themenkomplexe müssen zwangsläufig auf beschreibender Ebene verbleiben.

Trotzdem stellt dieser Bericht einen Beitrag zur fachlichen Diskussion im Kontext von Migration und Pflegebedürftigkeit dar. Er beschränkt sich nicht auf die Auswertung der naheliegenden medizinisch-pflegerischen Aussagen in den Pflegegutachten, sondern bezieht bewusst lebensweltliche Aspekte der antragstellenden Migranten mit ein.

Um angemessene Vergleichsdaten heranziehen zu können, wurden zudem Gutachten über 100 einheimische Antragsteller auf Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ (nach dem Sozialgesetzbuch XII) herangezogen und ebenfalls analysiert und ausgewertet. Diesem Vergleich der vorgefundenen Daten widmet sich ein eigenes Kapitel am Ende dieses Berichts.

An dieser Stelle soll etwas zur Klärung von Begrifflichkeiten gesagt werden. Es werden - zur Vermeidung des hier untauglichen Begriffs „Ausländer“⁷ - die Begriffe „Zuwanderer“ und „Migrant“ weitgehend synonym benutzt. Grundlage für die Auswertung war nämlich die aus dem Aktenmaterial heraus begründete Vermutung, dass die antragstellende Person zugewandert ist, und zwar unabhängig von ihrem aufenthaltsrechtlichen Status oder ihrer Staatsangehörigkeit, denn diese Merkmale werden häufig nicht explizit aufgeführt. Den Begriffen des „Zuwanderers“ oder des „Migranten“ werden in diesem Bericht als komplementäre Bezeichnung die des „Einheimischen“ zugeordnet. Dieser Begriff ist besser als der naheliegende Begriff „Deutscher“ geeignet, in Deutschland geborene und aufgewachsene Antragsteller zu benennen - können doch auch Zuwanderer „Deutsche“ in juristischem Sinne sein (Spätaussiedler, Eingebürgerte etc.).

Der Begriff des „Pflegebedürftigen“ beschränkt sich in diesem Bericht weitgehend auf jene Antragsteller, denen nach den engen Vorgaben des Sozialgesetzbuch XI diese Pflegebedürftigkeit zuerkannt wird.⁸ Und abschließend sei noch erwähnt, dass ausschließlich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit in diesem Bericht dort, wo es nicht sinnenstehend ist, auf die Nennung der jeweils weiblichen Form verzichtet wird.

⁷ Die amtliche Statistik unterscheidet oft nur zwischen Deutschen und Ausländern. Eine Berücksichtigung von Spätaussiedlern oder Eingebürgerten nichtdeutscher Muttersprache ist damit von vornherein nicht möglich. Das statistische Merkmal „Staatsangehörigkeit“ ist daher nur noch begrenzt aussagefähig und wird den Anforderungen an eine adäquate Migrationsforschung nicht gerecht (vgl. Tempel, Mohammadzadeh 2004: 9f).

⁸ Dieser sozialrechtlich reglementierte Blick auf das eigentlich umfassendere Phänomen der Pflegebedürftigkeit fällt aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht leicht. Denn es stellt sich damit die gesellschaftliche Wahrnehmung der Aufgaben der beruflichen Pflege als zunehmend überholt dar.

2. Die Informationen in den Gutachten und die Datengrundlage

Um einen Eindruck vom Umfang der verfügbaren Informationen in den Pflegegutachten zu bekommen, wurden die Pflegegutachter zu Begutachtungen begleitet, um in Realsituationen das Einstufungsverfahren beobachten und beurteilen zu können. Außerdem wurden im Vorwege einige Akten zur bestmöglichen Orientierung der Auswertung am vorliegenden Aktenmaterial durchgesehen. Inhaltlich systematisiert können die Bereiche, aus denen Informationen vorlagen, aufgeteilt werden:

Es wurden Informationen gesammelt und ausgewertet

- zur Person und zum Aufenthalt (Alter, Geschlecht, Herkunft, Aufenthaltsdauer und -status) – Kapitel 3
- zum sozialen Kontext (alleinlebend?, soziales Netz, soziales Umfeld, Rolle der Angehörigen, Versicherungsstatus) – Kapitel 4
- zur Gesundheit (medizinische und pflegebegründende Diagnosen) – Kapitel 5
- zur Antragstellung und zur pflegerischen Versorgung (Was wird beantragt? - was bewilligt?, welche Pflegestufen?, ambulante oder stationäre Versorgung, welche(r) Einrichtung/Pflegedienst?) – Kapitel 6
- zur Kommunikation und zu kulturellen Besonderheiten (Kommunikationsprobleme?, Lösung der Kommunikationsprobleme, sind kulturelle Aspekte angesprochen?) – Kapitel 8/9.

In diesem Bericht gehen wir nur auf die wichtigsten und aussagekräftigsten Aspekte ein.

Der Wunsch nach umfassenden Informationen zu den genannten Themen erfüllte sich oft nicht. Das hat verschiedene Gründe, die in der Natur der Begutachtung und des Aktenmaterials liegen. Zum einen ist die Begutachtungssituation immer nur eine Momentaufnahme aus dem Leben der Betroffenen und fokussiert einen schmalen Ausschnitt aus der Lebenswirklichkeit der betroffenen Migranten (pflegerelevante Angaben). Ebenso beschränkt sich das Aktenmaterial (Arztbriefe, Krankenhausunterlagen, etc.) auf für die Gutachtenerstellung notwendigen pflegerelevanten Informationen.

Nur der Aufmerksamkeit der Pflegegutachter ist es zu verdanken, wenn abseits der routinemäßigen Befunde in den Gutachten Vermerke zu manchen der genannten Themenfelder existieren. Im Umkehrschluss fehlen in etlichen Akten auch für eine Auswertung interessante Aussagen, wie zum Beispiel über den Aufenthaltsstatus, die Aufenthaltsdauer, kulturelle Aspekte der Versorgungssituation, Wohnbesonderheiten, etc..

Das Sozialhilfegesetz (Sozialgesetzbuch XII; hier: §§ 61 - 66) bildet die gesetzliche Grundlage für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch das Gesundheitsamt Bremen. Alle nicht-pflegeversicherten Personen⁹ werden analog zur Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI; § 15) in *Einstufungsgutachten* einer von drei Pflegestufen zugeordnet.

⁹ Außer Asylbewerbern mit weniger als 36 Monaten Aufenthaltsdauer und Migranten ohne Aufenthaltsstatus.

Daneben wird in den Fällen, in denen eine hilfe- oder pflegebedürftige Person einen wegen der begrenzten Leistungen der jeweiligen Pflegestufe hinausgehenden Bedarf an Sachleistungen angibt, ein *Bedarfsfeststellungsgutachten* erstellt.¹⁰

Diese Einstufungs- und Bedarfsfeststellungsgutachten bildeten die Datengrundlage für eine Auswertung der Akten über einen Zeitraum von zwei Jahren (2002 – 2004). Insgesamt wurden die Akten von 161 Migranten und 100 einheimischen Antragstellern nach dem Datum der Antragstellung ausgewertet. Die Datenerhebung der einheimischen Vergleichsgruppe erfolgte durch eine zufällige Auswahl abgeschlossener Fälle der Jahre 2003/2004. Es wurde jeweils die gesamte Aktenchronologie (Arztbriefe, Vorgutachten, Gutachten zu anderen Fragestellungen,...) berücksichtigt. Da in vielen Akten das Herkunftsland antragstellender Migranten und ihre Staatsangehörigkeit nicht genannt werden, wurde eine Zuordnung zur Gruppe der Migranten zwangsläufig aufgrund der „aktenimmanenten“ Plausibilität (z.B. durch Zitate wie: „Pat. spricht kein Deutsch“) vorgenommen.

Der Anteil von Zuwanderern an allen durch das Gesundheitsamt Bremen zur Frage der Pflegebedürftigkeit Begutachteten bewegt sich - mit steigender Tendenz - bei über einem Drittel. Die aktuelle Entwicklung nähert sich sogar einem Migrantenanteil von ca. 40 %. Bedenkt man den unterdurchschnittlich geringen Anteil älterer Ausländer an der älteren Gesamtbevölkerung (≥ 60 Jahre) in Bremen (ca. 6 %) ¹¹ wird deutlich, dass gerade diese Gruppe überproportional auf soziale Transferleistungen angewiesen ist.

3. Welche Migranten stellen Anträge wegen Pflegebedürftigkeit?

Die folgenden Aussagen basieren auf Informationen zur Person und auf Fragen zum Aufenthalt. Das auffälligste Ergebnis der Aktenauswertung ist, dass insgesamt über die Hälfte aller Gutachten ($n = 84$) bei Zuwanderern aus Russland bzw. aus den Nachfolgestaaten der UdSSR (Ukraine, Weißrussland, etc.) erstellt wurden – diese werden in der Folge als „russischstämmige“ Zuwanderer bezeichnet. Weitaus seltener als Anträge russischstämmiger Zuwanderer sind (noch) Anträge aus der deutlich größten Bremer Zuwanderergruppe bei den Älteren, der Gruppe der Türken. Sie stellen 35 % aller älteren Migranten über 60 Jahre in Bremen.¹² Diese Gruppe folgt mit großem Abstand ($n = 16$) vor den kleineren Gruppen von Antragstellern mit Herkunft vorwiegend aus nah- und mittelöstlichen Ländern (afghanisch, libanesisch, iranisch).

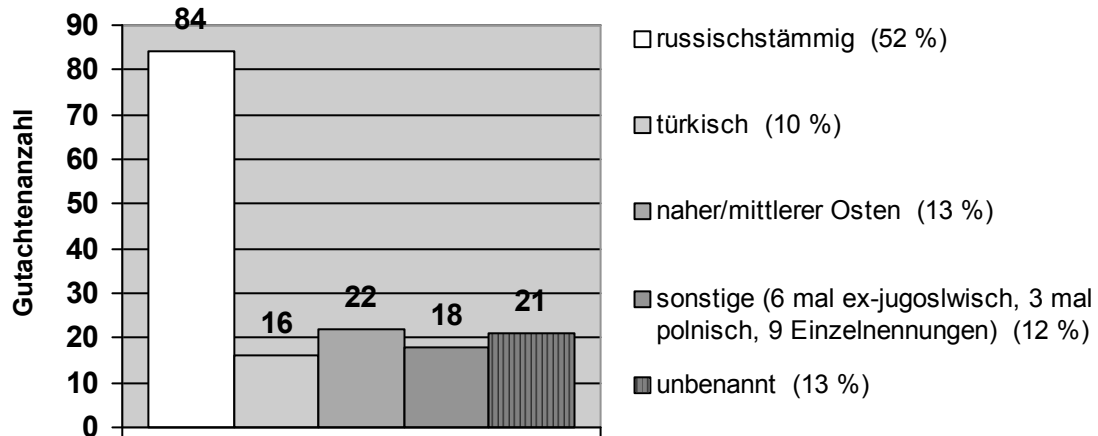
¹⁰ Dies ist auch bei noch nicht zuerkannter Pflegestufe (Pflegestufe 0) denkbar, wenn ein pflegerischer Bedarf nach den Kriterien des Sozialgesetzbuch XI unabweisbar besteht, aber kein pflegerischer Aufwand der Pflegestufe 1 erreicht wird.

¹¹ Tempel/Mohammadzadeh 2004.

¹² Die wahrscheinlichste Erklärung dafür ist, dass ältere Türken eine vergleichsweise junge Population älterer Zuwanderer darstellen und sie außerdem vermutlich durch eine Erwerbsbiographie Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung erworben haben.

In der Abbildung 1 sind die Gruppengrößen nach Herkunft graphisch veranschaulicht.

Abbildung 1 Verteilung der Herkunft der begutachteten Migranten (N = 161)

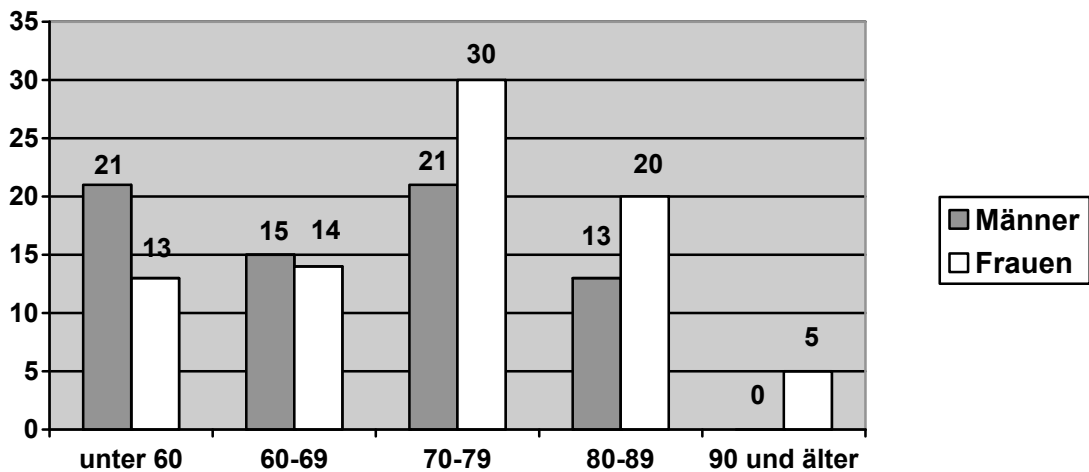


Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Das Durchschnittsalter der Zuwanderer beträgt bei Erstantragstellung zur Feststellung einer Pflegestufe 68,4 Jahre. Es wurden dazu die 152 Personen berücksichtigt, die Anträge auf Einstufung in eine Pflegestufe über den Sozialhilfeträger gestellt haben. Nicht berücksichtigt wurden hier jene Personen, bei denen ausschließlich eine Bedarfsfeststellung stattgefunden oder der MDK die Pflegestufe festgelegt hat. Zwischen den Männern und Frauen (Frauen 52 %, Männer 48 % aller Antragsteller) beträgt die Altersdifferenz zum Zeitpunkt der Erstantragstellung fast 8 Jahre. Frauen sind im Schnitt beim ersten Antrag fast 72 Jahre alt, Männer etwas über 64 Jahre.

Die Altersverteilung in Abbildung 2 zeigt, dass ca. 70 % der Antragstellerinnen auf eine Pflegestufe bereits über 70 Jahre alt sind, wenn sie einen ersten Einstufungsantrag stellen. Demgegenüber sind über die Hälfte der antragstellenden Männer bei Antragstellung unter 70 Jahre alt.

Abbildung 2 Altersverteilung (Erstantrag) nach Altersstufen und Geschlecht (n = 152; Frauen n = 82; Männer = 70)



Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Ein interessanter Vergleich ist der zwischen den russischsprachigen Migranten und den übrigen Antragstellern. Das Alter beim ersten Antrag auf Einstufung liegt mit 72,3 Jahren bei den Migranten russischer Herkunft überdurchschnittlich hoch, wohingegen die übrigen Antragsteller auf ein Durchschnittsalter von nur 63,9 Jahren beim ersten Pflegebedürftigkeitsantrag kommen. Betrachtet man gesondert die Gruppe der „jüdischen Kontingentflüchtlinge“ (n=34), die einen großen Teil der russischsprachigen Antragsteller (über 40 %) stellen, ergibt sich sogar ein durchschnittliches Erstantragsalter von 74,8 Jahren.

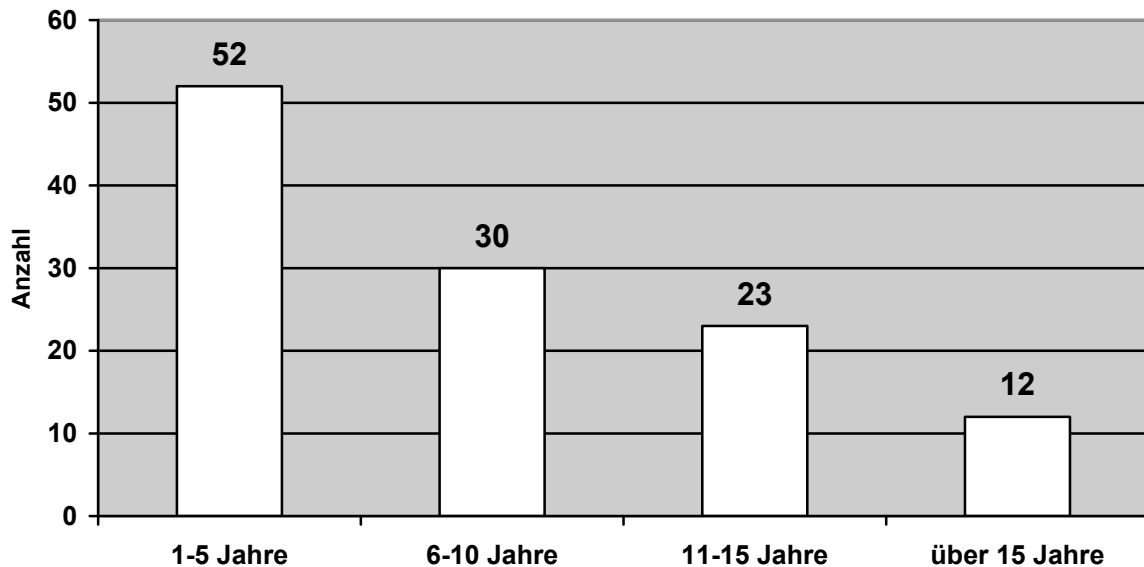
Eine weitere interessante Feststellung lässt sich zur Aufenthaltsdauer der antragstellenden Zuwanderer treffen.¹³ Während in Bremen allgemein über 75 % der „ausländischen Senioren“ bereits länger als 10 Jahre in Deutschland leben – mehr als 60 % sogar über 25 Jahre¹⁴ –, sind die zugewanderten Antragsteller auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt weniger als 9 Jahre hier wohnhaft.

¹³ Hier wurde die Aufenthaltsdauer für den Zeitpunkt der Auswertung (nicht der Antragstellung!!) nach Aussagen in den Akten berechnet.

¹⁴ Tempel/Mohammadzadeh 2004: 19.

Abbildung 3 zeigt den hohen Anteil von erst kurz hier lebenden Migranten, die Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (§§ 61 ff „Hilfe zur Pflege“) beantragen.

Abbildung 3 Aufenthaltsdauer der begutachteten Migranten (n = 117)¹⁵



Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Augenfällig war, dass die Antragsteller russischer Herkunft zum Zeitpunkt dieser Auswertung im Schnitt erst 6,3 Jahre hier leben. Alle anderen Migranten leben im Durchschnitt 12,5 Jahre in Bremen, also doppelt so lange. Von den 68 Migranten russischer Herkunft (mit bekannter Aufenthaltsdauer) stellten sogar 52 Personen in den ersten fünf Jahren ihres Aufenthalts einen Antrag auf Einstufungsbegutachtung. Allein 23 dieser Zuwanderer stellten bereits im ersten Jahr ihres Aufenthalts den Antrag zur Einstufung. Dies zeigt, dass - eingedenk des überdurchschnittlichen Alters - diese Gruppe vermutlich gerade wegen sich abzeichnender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit zugewandert ist.

Die Antragsteller türkischer Herkunft stellen mit über 15 Jahren durchschnittlicher Aufenthaltsdauer in Deutschland die Herkunftsgruppe mit der längsten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Insgesamt ergibt sich über alle verfügbaren Daten gerechnet die genannte durchschnittliche Aufenthaltsdauer von knapp unter 9 Jahren.

Schon zur Aufenthaltsdauer waren in annähernd jeder vierten Akte keine Informationen enthalten. Noch seltener waren Aussagen zum Aufenthaltsstatus der Begutachteten. In weniger als der Hälfte der Akten sind - oft lediglich implizit - Hinweise darauf zu finden. Am häufigsten handelte es sich bei diesen Antragstellern um jüdische Kontingentflüchtlinge und Spätaussiedler, seltener um Asylbewerber.

¹⁵ In den 44 weiteren Akten gab es keinerlei Hinweise auf die Aufenthaltsdauer der begutachteten Migranten.

4. Die sozialen Lebensumstände der pflegebedürftigen Migranten

Aus den Angaben zum sozialen Kontext wurden die Informationen für das folgende Kapitel gewonnen. Da Teile dieser sozial-kontextuellen Informationen für den Gutachtenauftrag entbehrlich oder nur gering bedeutsam sind, können die folgenden Aussagen sich wieder nur auf explizit in den Akten Vorgefundenes beziehen.

Das soziale Netzwerk wird erwartungsgemäß überwiegend durch die engsten verwandtschaftlichen Beziehungen gewährleistet. Der Ehepartner (in 59 Fällen) oder die eigenen Kinder (in 50 Fällen; hier meistens die Tochter!) sind es, die am häufigsten als engste Bezugspersonen der Antragsteller ausgemacht werden konnten. Keine Angehörigen oder Bekannten haben nur sehr wenige Antragsteller (in 3 Fällen). Als gesicherte Feststellung der Auswertung ergab sich, dass etwa jeder fünfte antragstellende Migrant alleine lebt, was den Zahlen der allgemeinen bundesweiten MDS-Statistik in etwa entspricht.¹⁶ Es wohnen bei fast jedem zweiten dieser Alleinlebenden aber in der Nähe (gleiches Haus/gleiche Straße/gleicher Stadtteil) Verwandte, die in den meisten Fällen Hilfe oder Pflege organisieren oder sie sogar selbst leisten. Festzuhalten ist trotzdem, dass nicht zu selbstverständlich von vorhandenem Hilfe- und Pflegepotenzial unter Migranten ausgegangen werden kann und dass es anscheinend durchaus einen nennenswerten Anteil alleinstehender bzw. alleinlebender älterer Migranten in Bremen gibt.

Insgesamt helfen viele Angehörige ihren Verwandten bei Pflegebedürftigkeit. Leider ist meist nicht vermerkt, in welcher Form und Intensität. Meist wird diese Hilfe durch direkte Pflege gewährt, einige Angehörige – dann meist die Kinder – organisieren eher die institutionelle Hilfe und Pflege (Nachbarschaftshilfe, Pflegedienst etc.).

Die Auswertung der antragstellenden Migranten nach Stadtteilen zeigt, dass viele dieser Menschen in sozialen Problemgebieten wohnen.¹⁷ Die Häufung von pflegebedürftigen Migranten in der Vahr (25 Anträge) und in Osterholz (24 Anträge) korrespondiert mit der vermutlichen Verteilung russischsprachiger Migranten in Bremen, die in starker Konzentration in den Stadtteilen Vahr, Osterholz und Huchting (16 Anträge) leben. Von den 65 Anträgen aus diesen drei Stadtteilen stammen 46 von Migranten russischer Herkunft. Aus dem Stadtteil Gröpelingen mit dem höchsten Anteil „Nicht-Deutscher“¹⁸ in Bremen (meist türkischer Herkunft) stammen hingegen nur sieben Anträge, davon nur einer von einem türkischstämmigen Antragsteller. Die Gründe hierfür liegen vermutlich in der bislang noch jüngeren Altersverteilung türkischer Migranten, ihrem Sozialversicherungsstatus durch Erwerbsbiographien und vielleicht auch einem größeren familiären Hilfpotential.

¹⁶ Vgl. Pflegestatistiken des MDS.; vgl. URL: www.mds-ev.org, Stand 11/2006.

¹⁷ Vgl. Sozialindikatoren Bremen 2003; Hg.: SfAFGJS Bremen.

¹⁸ Fachliches Vokabular des Statistischen Landesamtes Bremen.

Tabelle 1 listet die Zahl der Anträge nach Stadtteilen auf:

Tabelle 1 Verteilung der Anträge von Migranten nach Stadtteilen (N = 161)

Stadtteil	Zahl der Anträge
Vahr	25
Osterholz	24
Huchting	16
Veegesack	12
Blumenthal	11
Obervieland Hemelingen Mitte Burglesum Östl. Vorstadt Gröpelingen Neustadt	6 bis 10 Anträge
Horn-Lehe Woltmershausen Findorff Schwachhausen Walle Oberneuland Oyten (Amtshilfe)	1 bis 5 Anträge

Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Die Lebensumstände der pflegebedürftigen Migranten verdeutlichen auch Beschreibungen ihrer Wohnsituation, die in manchen der Akten zur Sprache kommt. Viele der älteren Migranten wohnen tatsächlich „in *Großsiedlungen des sozialen Wohnungsbaus am Stadtrand*“.¹⁹ In vielen Akten wird die Wohnung als in einem Mehrfamilienhaus und dort überwiegend im ersten oder zweiten Stock gelegen beschrieben. Die überwiegende Wohnungsgröße (in 118 Akten erwähnt) liegt bei 2- und 3-Zimmer-Wohnungen. Ein Haus bzw. eine „Haushälfte“ wird dagegen in gerade einmal sechs Akten als Wohnform der Antragsteller genannt.

Da die nach Sozialgesetzbuch XI definierte Feststellung der Pflegebedürftigkeit sich überwiegend auf Funktionsstörungen des Bewegungsapparates stützt, beschränken sich die schriftlich festgehaltenen Beobachtungen der Gutachter oft auf dafür wichtige Aspekte der Wohnsituation (z.B. „kein Fahrstuhl“ in 34 Akten). Daneben werden aber auch bauliche Mängel (in 22 Akten) („*dringend renovierungsbedürftig*“; „*verwohnt*“) oder Hinweise auf Wohnprobleme mit Auswirkungen auf die pflegebedürftigen Migranten („*nur bedingt*“/ „*nicht pflege-/ behindertengerecht*“/ „*räumliche Enge*“) beschrieben.

¹⁹ Tempel/Mohammadzadeh 2004: 18.

In einem drastischen Fall liegt der pflegebedürftige Großvater in einem Kinderbett und im gleichen Zimmer wie seine Enkel.

Für die meisten Antragsteller (83 %) finden sich keine Hinweise auf die Mitgliedschaft in der Kranken-/Pflegeversicherung, sie sind ausschließlich über das Sozialgesetzbuch XII (§61 ff) beim Amt für Soziale Dienste versichert. Wenn eine Mitgliedschaft in einer Kranken-/Pflegekasse angegeben wurde, waren die Migranten meist bei der AOK versichert (in 24 Fällen), aber nicht leistungsberechtigt wegen zu geringer Vorversicherungszeiten.²⁰

5. Herz, Gelenke, Stoffwechsel – Typische Alterserkrankungen dominieren

Wie zu erwarten sind die Angaben zur gesundheitlichen Situation der Migranten ausführlicher in den Pflegegutachten dokumentiert als die genannten sozialen Indikatoren. Für diese Auswertung wurden neben den Diagnosen in medizinischen Dokumenten (Arzt-, Krankenhaus-, Entlassungsbriefe) auch die von den Pflegegutachtern aufgeführten Diagnosen im Gutachtentext berücksichtigt.²¹ Anschließend wurde versucht, die vorgefundenen Diagnosen nach den Klassifikationsgruppen des ICD 10-Codes (aktuelle Version der „International Classification of Diseases“, also des international gültigen medizinischen Krankheitskatalogs) zu sortieren. Sowohl bei den eindeutig von Medizinern gestellten Diagnosen als auch bei den von den Pflegegutachtern angegebenen Erkrankungen konnte nicht immer ein passender ICD 10-Code zugeordnet werden.

In der Pflegewissenschaft ist seit langem bekannt, dass sich die Pflegebedürftigkeit eines Menschen nicht immer mit den medizinischen Diagnosen des rein deskriptiven ICD 10-Codes erklären lässt. Deshalb wird in der Fachdiskussion der Pflege angemerkt, ob nicht pflegespezifische Diagnosesysteme sich für die Erklärung der Pflegebedürftigkeit besser eignen. In den folgenden Tabellen werden vermutlich aus diesem Grund so häufig „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert wurden“ genannt. Für sie gilt der Buchstabe „R“ des ICD-10-Codes. Beispiele für diese Art der Diagnosen sind z.B. „Altersgebrechlichkeit“ (R 54) und „allgemeiner physischer und psychischer Abbauprozess“ (R 53).

Deutlich am häufigsten treten bei den Antragstellern Krankheiten des Kreislaufsystems auf. Bei der Auflistung der 10 häufigsten Einzeldiagnosen stellen die Krankheiten dieser Gruppe insgesamt vier Einzelerkrankungen: die Hypertonie (73 x genannt), die koronare Herzerkrankung (36 x), die Herzinsuffizienz (20 x) und der „Zustand nach Herzinfarkt“ (18 x). Ein recht hoher Anteil von Diagnosen musste den Erkrankungen des ICD10-Code-Buchstaben „R“ („Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert wurden“) zugeordnet werden, da eine anderweitige Einordnung nicht möglich war. Außerdem war die Zahl von 94 Diagnosen auffällig, denen kein ICD 10-Code zugeordnet werden konnte.

²⁰ Sie haben demnach in den letzten 10 Jahren weniger als 5 Jahre Pflegeversicherungsbeiträge gezahlt.

²¹ Es wurde in den Gutachten nicht immer klar, welche der Diagnosen von den Gutachtern aus welcher Quelle eingefügt bzw. sogar selbständig gestellt wurde.

Tabelle 2 bietet einen Überblick über die nach ICD 10-Code sortierten Krankheitsgruppen und die Häufigkeit ihrer Nennung.

**Tabelle 2 Krankheiten nach Häufigkeit ²²
(die 10 häufigsten Krankheitsgruppen nach
ICD 10-Code - Migranten)**

ICD 10-Code	Name	Häufigkeit der Nennung
Buchstabe I	Krankheiten des Kreislaufsystems	249 x
Buchstabe R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert wurden	131 x
Buchstabe M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	111 x
Buchstabe N	Krankheiten des Urogenitalsystems	102 x
Buchstabe E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	95 x
-----	keinem ICD 10-Code zuzuordnen	94 x
Buchstabe F	Psychische und Verhaltensstörungen	88 x
Buchstabe G	Krankheiten des Nervensystems	52 x
Buchstabe K	Krankheiten des Verdauungssystems	47 x
Buchstabe H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde/ Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	43 x

Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

²² Es wurden insgesamt 1220 Einzeldiagnosen aus den 161 Akten aufgenommen.

In Tabelle 3 sind zusätzlich die meistgenannten Einzeldiagnosen bei den antragstellenden Migranten aufgeführt.

Tabelle 3 Einzeldiagnosen nach Häufigkeit (Migranten)

Diagnose	Häufigkeit der Nennung (in Prozent bei N = 161)
Hypertonie	73 x (45 %)
Harn-/ Stuhlinkontinenz	60 x (37 %)
Diabetes mellitus	49 x (30 %)
Arthrosen	39 x (24 %)
Koronare Herzerkrankungen	36 x (22 %)
Demenz	26 x (16 %)
Adipositas	24 x (15 %)
Zustand nach Apoplex (Schlaganfall)	24 x (15 %)
Herzinsuffizienz	20 x (12 %)
Zustand nach Herzinfarkt,	18 x (11 %)
degenerative Wirbelsäulen-Veränderungen	18 x (11 %)
Niereninsuffizienz	18 x (11 %)
allgemeiner physischer + psychischer Abbauprozess	18 x (11 %)
Depression	17 x (11 %)
Altersgebrechlichkeit	17 x (11 %)

Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

6. Zum Grad der Pflegebedürftigkeit und zur Versorgung

Für die folgende Beschreibung des Grades der Pflegebedürftigkeit und zur institutionellen Versorgung wurde der aktuelle Stand in den Akten ausgewertet.

Sechzehn Antragstellern wurde die Einstufung in eine Pflegestufe verwehrt, weil sie die erforderlichen Kriterien (mind. 46 Minuten sog. „Grundpflege“ pro Tag notwendig) nicht erreichten. Sie werden alle ambulant versorgt.²³ In allen anderen 137 Fällen liegen aktuelle Einstufungen der Migranten durch das Gesundheitsamt Bremen vor, die sich nach Tabelle 4 folgendermaßen verteilen:²⁴

Tabelle 4 Verteilung nach Pflegestufen insgesamt (Migranten)

	Anzahl	Verteilung in % (n=153)
keine Pflegestufe	16	10,5 %
Pflegestufe I	58	37,9 %
Pflegestufe II	55	35,9 %
Pflegestufe III	24	15,7 %

Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Ähnlich den allgemein bekannten Befunden, z.B. in den Statistiken des MDS, unterscheidet sich die Verteilung auf die Pflegestufen zwischen ambulanter Versorgung (eher geringere Pflegestufen) und stationärer Versorgung (eher höhere Pflegestufen). Deshalb werden in Tabelle 5 zur Veranschaulichung diese Versorgungsformen einander gegenübergestellt. Trotz geringer absoluter stationärer Fallzahlen bestätigt sich dort die bekannte Tendenz zur Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit von Bewohnern in Heimen. Insgesamt werden ca. 83 % aller Migranten ambulant, etwa 17 % stationär betreut.

²³ Mit „Versorgung“ ist hier das private Netzwerk der Antragsteller gemeint, selten auch Nachbarschaftshilfe durch ein Dienstleistungszentrum.

²⁴ Abgezogen wurden - nur in dieser Darstellung - die insgesamt 8 Einstufungen, die durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen wurden, um die Einstufungen des Gesundheitsamts Bremen realistisch abzubilden.

Tabelle 5 Verteilung auf die Pflegestufen bei ambulanter und stationärer Versorgung (Migranten)

Pflegestufen	Anzahl ambulant (Verteilung in %, bei n= 133)	Anzahl stationär (Verteilung in %, bei n = 28 ²⁵)
Pflegestufe 0	16 (12 %)	0 (0 %)
Pflegestufe I	56 (42 %)	5 (18 %)
Pflegestufe II	49 (37 %)	7 (25 %)
Pflegestufe III	12 (9 %)	16 (57 %)

Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Bei 31 Migranten erhöhte sich im Verlauf der Jahre der Grad der Pflegebedürftigkeit bis zum dargestellten aktuellen Stand. Bei vier Antragstellern führte eine neuerliche Begutachtung zur Zurückstufung in eine niedrigere Pflegestufe.

Antragsteller auf Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ nach den Sozialgesetzbuch XII können wie pflegeversicherte Personen auch die Form der Leistung wählen, die sie bevorzugen.²⁶

Die Versorgung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit findet bei den Migranten überwiegend durch Pflegepersonen aus dem persönlichen Umfeld der Pflegebedürftigen statt, wie die hohe Zahl von Anträgen auf Geldleistung (56 % aller Anträge) beweist. Rund ein Drittel (57 Personen) der Antragsteller macht von Sachleistungen Gebrauch, wobei hier allerdings die Personen mit Heimunterbringung einbezogen sind. Sachleistung meint die Beteiligung professioneller Hilfen und Pflege an der Versorgung (z.B. ambulanter Pflegedienst, Dienstleistungszentren).

Nur 8 % der Migranten wählen für sich die Möglichkeit der Kombinationsleistung. Änderungen vollziehen sich überwiegend in Richtung der stärkeren Einbeziehung professioneller Dienstleistungen, so dass vermehrt Sachleistungen in Anspruch genommen werden (müssen).

28 Migranten werden in einem stationären Setting betreut. Für den ambulanten Bereich wurden 46 Migranten gezählt, die von Pflegediensten versorgt werden. Während bei der stationären Versorgung keine einzelne Institution auszumachen ist, die schwerpunktmäßig diese Migranten pflegerisch betreut, stellt sich die Situation im ambulanten Bereich der Pflegeversorgung ganz anders dar. Über die Hälfte aller durch einen ambulanten Pflegedienst versorgten Migranten wird von einem Pflegedienst mit drei regionalen Filialen betreut: „Ambulanter Pflegedienst Vahr“, „Ambulanter Pflegedienst Findorff“ und seit 2003 „Ambulanter Pflegedienst Huchting“. Die Inhaberin stammt selbst aus Russland. Mit der „Pflegestation Marina“ versorgt ein weiterer

²⁵ Prozentangaben bei dieser geringen Gesamtzahl sind selbstverständlich nicht wirklich aussagekräftig, sondern sollen nur Grundtendenzen andeuten.

²⁶ Gemeint ist die mögliche Aufteilung der Pflegeversicherungsleistungen auf Geldleistung, Sachleistung oder Kombinationsleistung.

Pflegedienst zunehmend mehr russischstämmige Pflegebedürftige.

Es ist also durchaus so, dass sich der Pflegemarkt im Bereich der Migranten auf relativ wenige Hauptanbieter konzentriert und anscheinend dort eine Art Spezialisierung auf (russischsprachige) Zuwanderer stattgefunden hat. Denn diese Pflegedienste sind ausschließlich bei russischsprachigen Zuwanderern genannt, häufig in Verbindung mit dem Status des „jüdischen Kontingentflüchtlings“. Seit 2004 betreibt die Inhaberin eines dieser Pflegedienste zusätzlich ein Beratungsbüro am Rembertiring in Bremen. Es scheint, so die Vermutung, entweder eine Art Kooperation zwischen dem Pflegedienst und z.B. der Sozialberatung der jüdischen Gemeinde in Bremen zu geben, oder die „Mundpropaganda“ von Migranten russischer Herkunft führt allein bereits zu dieser häufigen Inanspruchnahme der genannten Pflegedienste.

Insgesamt erstaunt die relativ hohe Zahl an institutionell betreuten Zuwanderern, von denen doch landläufig angenommen wird, dass sie kaum in Kontakt mit der Versorgungsinfrastruktur kommen. Um den Umfang der dominierenden ambulanten pflegerischen Versorgung von Migranten in Bremen besser einschätzen zu können, hat das Sachgebiet Migration und Gesundheit des Gesundheitsamts Bremen eine Erhebung bei allen ambulanten Pflegediensten im Land Bremen durchgeführt. Unter anderem wurden Fragen zum Migrantenanteil bei Klienten und in der Mitarbeiterschaft gestellt. Diese Erhebung – bezogen auf alle pflegebedürftigen Migranten in Bremen (Stadt) – bestätigte allerdings eine insgesamt nur geringe Inanspruchnahme von professionellen Pflegedienstleistungen durch Migranten. Weniger als 2 % der in Bremen lebenden älteren Migranten (≥ 60 Jahre) sind in der Versorgung von ambulanten Pflegediensten.

7. Kulturelle Aspekte bei der Begutachtung

In der Gesundheitsversorgung wird seit längerem der Frage der Kommunikation verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt, mittlerweile tritt die „Gesundheitskommunikation“ sogar als eigener Schwerpunkt in der Forschung und akademischen Lehre in Erscheinung.²⁷ Die Kriterien, die für eine erfolgreiche Vermittlung gesundheitlich relevanter Fragestellungen, Probleme und Lösungsvorschläge an die Bevölkerung insgesamt wie einzelne Zielgruppen entwickelt wurden - zum Bewusstsein über Gesundheitsrisiken beizutragen, Motivationen und Kenntnisse zu ihrer Vermeidung zu vermitteln usw. - sind ebenso bedeutend für den Umgang mit dem einzelnen Patienten in Medizin und Pflege. In diesem Kontext wird immer wieder die Notwendigkeit einer interaktiven Gesundheitskommunikation insbesondere zwischen medizinischem und Pflegepersonal und dem Patienten/Klienten betont. Obwohl das vornehmliche Wirkungsfeld einer „modernen Gesundheitskommunikation“ im Allgemeinen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Aufklärung gesehen wird, gelten ihre wesentlichen Fragestellungen und Anforderungen ebenso für den Bereich der ärztlichen und pflegerischen Begutachtung. Diese Erkenntnis erscheint unmittelbar einleuchtend, wenn ärztliches und pflegerisches Handeln mit der Zielgruppe der Migranten näher betrachtet wird.

Eine grundlegende Voraussetzung für die Optimierung von Vorgängen in der Gesundheitsversorgung der Zuwanderer ist, dass medizinisches Personal und Patientin oder Patient sich verstehen. Dies ist zunächst einmal, jedoch nicht nur, eine Frage der – vorhandenen oder nicht vorhandenen – gemeinsamen Sprache. Denn Einschränkungen

²⁷ Vgl. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, Healthy People 2010, Focus Area 11: Health Communication, www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume1/11HealthCom.htm, Stand 11/2006, (Washington, DC) November 2000. Vgl. Hurrelmann, Leppin 2001.

der sprachlichen Verständigung, sei es bei der Anamnese, bei der Diagnostik oder Behandlung und Betreuung, können unmittelbar auf die Gesundheit wirkende Konsequenzen haben. Nicht nur erhöhen sie das Stresspotenzial im Arzt-Patienten-Verhältnis und belasten so die Situation, in der eigentlich gegenseitiges Vertrauen aufgebaut werden sollte. Sondern sie können zu Missverständnissen und falschen Schlüssen führen und damit fehlerhafte Befunde, unangemessene Beratung, ungeeignete und sogar schädliche therapeutische Maßnahmen oder einen der gesundheitlichen Zielsetzung abträglichen Umgang mit dem oder der Betroffenen bewirken.

Auch bei der Pflegebegutachtung können solche Missverständnisse und sprachlich bedingte Verständigungsdefizite für die Betroffenen empfindliche Folgen haben. Um rechtliche oder Versorgungsnachteile für den Patienten zu vermeiden, sollte daher der Einsatz von Dolmetschern in Erwägung gezogen werden, wann immer der oder die Begutachtende mit dem oder der zu Begutachtenden keine gemeinsame Sprache teilt. Damit ist selbstverständlich die Frage der Finanzierung angesprochen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts aus 1995 erstreckte sich zwar der Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung *„nicht auf die Kosten der für eine ärztliche Behandlung erforderlichen sprachlichen Hilfestellung“*.²⁸ Das Bundesverwaltungsgericht sah dies in einem späteren Urteil hinsichtlich Sozialhilfeanspruchs auf Krankenhilfe jedoch anders: *„die mit der Krankenhilfe im Einzelfall notwendig verbundenen Kosten sprachlicher Hilfestellung“* seien demnach *„in den Leistungsrahmen [...] einzubeziehen“*.²⁹ Bei der Begutachtung geht es aber in der Regel nicht einmal direkt um Krankenhilfe, sondern zumeist um den Anspruch einer Behörde, eine bestimmte durch den Betroffenen beantragte oder gegen den Willen des Betroffenen geplante Maßnahme mit einer ärztlich fundierten Meinung zu untermauern. Doch selbst in diesem Rahmen sollte das Interesse auf gesundheitliches Wohlergehen, das dem Patienten und Pflegebedürftigen zu Recht zusteht, das Vorgehen des Gutachters leiten; insofern unterscheiden sich im Sinne der Qualitätssicherung die an das Verhältnis zwischen ihm und dem Probanden zu stellenden Forderungen nicht grundsätzlich von denen im therapeutischen Arzt-Patienten-Verhältnis.

Trotz prinzipieller Bejahung des Dolmetschereinsatzes in den beschriebenen Fällen darf allerdings nicht übersehen werden, dass damit in der Praxis nicht nur Vor-, sondern auch Nachteile verbunden sein können.

Die Vorteile liegen auf der Hand: eine weitgehende Reduzierung der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und damit die Minimierung des Risikos folgenreicher Missverständnisse und gutachterlicher Fehleinschätzungen. Nachteile – abgesehen von der häufig ungeklärten Frage der Finanzierung – dürften vor allem in der mangelnden Qualifikation der verfügbaren Sprachmittler zu sehen sein, die in den seltensten Fällen über eine medizinische Ausbildung verfügen oder Praxis in einem gesundheitlichen Tätigkeitsbereich haben werden. Dies ist umso mehr der Fall, wenn nicht professionelle Sprachmittler, sondern Familienangehörige oder andere Helfer als Dolmetscher eingesetzt werden, wie es auch zwangsläufig in der Bremer Begutachtungssituation an der Tagesordnung ist (vgl. Kapitel 8 des Berichts).

Hier geht es zudem um eine nicht unproblematische Patientengruppe. Sie zeichnet sich durch eine hohe kulturelle Vielfalt aus, denn die ausländischen Senioren in Bremen

²⁸ Sieveking 1999, S. 37.

²⁹ Urteil vom 25. 1. 1996, Neue Juristische Wochenschrift 1996, S. 3092.

kommen aus über 100 Ländern aller Kontinente.³⁰ Darüber hinaus leben sie in der Mehrheit eher in sozialer und demografischer Segregation und sind damit erfahrungsgemäß eine Bevölkerungsgruppe, in der relativ viele Individuen eine geringe Offenheit hinsichtlich der Arzt-Patienten-Interaktion zeigen. Insbesondere die türkische Teilgruppe weist nur geringe deutsche Sprachkompetenz aus, denn mehr noch als bei anderen Migrantengruppen sahen sie, die mehrheitlich als Arbeitsmigranten nach Deutschland kamen, ihren Aufenthalt hier als vorübergehend an, so dass sich das Erlernen der deutschen Sprache häufig auf das unmittelbar Notwendige der Alltagsbewältigung beschränkte.³¹ Aber auch bei anderen Herkunftsgruppen ist das Bild nach Recherchen im Rahmen des Gesundheitsberichtes „Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen“ aus dem Jahr 2004 meistens nicht grundlegend besser.

Dabei ist die Sprachbarriere zwar das Kommunikationshindernis, das sich am ehesten, gewissermaßen äußerlich, bemerkbar macht, aber sie ist bei weitem nicht das einzige.

Die in den Herkunftsgesellschaften der älteren Migrantinnen und Migranten gültigen Wertvorstellungen und Rollenbilder sind bei ihnen aufgrund des gerade in der älteren Migrantengeneration häufig beobachteten Rückzugs auf die eigene Gruppe und die eigene Kultur trotz zum Teil langer Aufenthaltszeiten und äußerer Anpassungsprozesse meist noch verhältnismäßig intakt. Nicht nur führt das zu Spannungen mit den offeneren jüngeren Generationen, sondern auch zu Misstrauen und Abgrenzung gegenüber der als kalt und dem Menschen abträglich empfundenen individualisierten Aufnahmegesellschaft. Traditionelle Gestaltung des Privatlebens und Orientierung an konservativen bis orthodoxen religiösen Verhaltensmustern und Lebensregeln gelten einerseits der Suche nach einem individuellen oder familiären Schutzraum, verstärken aber andererseits die Faktoren, die solche Schutzräume überhaupt erst notwendig machen. Vor diesem Hintergrund ist kaum verwunderlich, wenn ältere Migrantinnen und Migranten dem sozialstaatlich und als Ersatz für den verloren gegangenen Familienzusammenhang organisierten Altenhilfesystem der Aufnahmegesellschaft verständnislos und ablehnend gegenüber stehen. Institutionelle Versorgungseinrichtungen stoßen bei ihnen auf tief verwurzelte Vorurteile, und beispielsweise die Aufnahme in ein Altenheim – von Einheimischen inzwischen beinahe als Selbstverständlichkeit im Alter akzeptiert – wird als soziale Abwertung gedeutet.³²

Auf diese besondere Seelenlage müssen die ärztliche und pflegerische Kommunikation und Interaktion eingehen, wofür weit mehr erforderlich ist als nur die Überwindung der Sprachbarriere. Im Mittelpunkt stehen kulturelle Aspekte: „*Kultur spielt eine bedeutende Rolle in der Entstehung der Verhaltensmodi und –normen*“.³³

In der transkulturellen Psychiatrie sind kulturspezifische Belastungen, Bewältigungsstile, Interpretationen und Erwartungen bekannte Faktoren, die bei allen interkulturellen Interaktionen mitspielen. Dieser Erkenntnis sollte sich der oder die Begutachtende stellen, und zwar nicht nur im Hinblick auf die die „Andersartigkeit“ der Patienten, sondern im Sinne einer Unterschiedlichkeit, die zwei Seiten hat. Deshalb sind zwar Kenntnisse über den spezifischen kulturellen Hintergrund, der den Patienten prägt, durchaus hilfreich. Ebenso wichtig ist jedoch, dass sich der/die Begutachtende darüber klar ist, dass auch sein/ihr kultureller Hintergrund in das Begutachtungsgeschehen eingeht und unter Umständen Einfluss auf das Ergebnis nimmt. So wirken auf der Seite des Migranten die

³⁰ Tempel, Mohammadzadeh 2004:14.

³¹ Ebenda, S. 25ff.

³² Berger-Schmitt 2003; Backes, Clemens 1998, S. 240, zit. nach Tempel, Mohammadzadeh 2004: 30.

³³ Koptagel-Ilal 1999, S. 132.

Faktoren Migrationsbiographie, Aufenthaltsstatus, Ängste (z.B. vor Gefährdung des Aufenthaltsrechts, wenn man kein „nützliches“ Glied der Gesellschaft mehr ist), Misstrauen gegenüber dem Arzt oder der Pflegekraft, die als Behördenvertreter gesehen werden, und vieles mehr auf die Interaktion ein – auf Seiten des Gutachters sind es vielleicht Vorurteile gegenüber der Religion des Patienten (etwa „Islamangst“), diagnostische Kriterien, die den außereuropäischen Menschen nicht adäquat erfassen, Halbwissen über ethnokulturelle Hintergründe etc. Solche Einflüsse auf die Gutachter-Patienten-Interaktion und damit auf die Begutachtung selbst sind möglicherweise in der Praxis gar nicht zu vermeiden, lassen sich aber in das Geschehen und die abschließende Wertung einbeziehen, wenn sie bewusst sind.

Es ist offensichtlich, dass Qualitätssicherung bei interkulturellen Begutachtungsvorgängen hier ansetzen muss. In 77 % der untersuchten Vorgänge werden „sprachliche Kommunikationsprobleme beim Antragsteller“ betont (Kapitel 8). Dem stehen 9 % (15 Fälle) gegenüber, in denen Kommunikationsprobleme auf andere Ursachen zurückgeführt werden. Als solche Ursachen werden bestimmte Krankheitszustände ebenso genannt wie äußere Umstände, z. B. der Nichteinsatz eines Hörgerätes. Kommunikationsschwierigkeiten, die in der kulturbedingten Unterschiedlichkeit der Interagierenden wurzeln, spielen offenbar keine Rolle. Wirklich nicht, oder fehlt hier nur das Bewusstsein für solche Faktoren? Dafür spräche auch die Tatsache, dass das sprachliche Kommunikationsproblem einseitig auf Seiten des Patienten, nicht als eines der gemeinsamen Interaktion gesehen wird. Hervorzuheben ist, dass sich Ärzte und Pflegende sehr wohl der möglichen Folgen des Kommunikationsdefizits für die Diagnostik, aber auch in der späteren Pflege, bewusst sind. Kulturspezifische Aspekte werden dagegen nur selten genannt (Kapitel 9).

In den Akten spiegelt sich eine gewisse Ratlosigkeit der Gutachter angesichts unvertrauter Verhaltensweisen und Einstellungen der Probanden wider. Die Notizen in den Pflegegutachten halten Beobachtungen fest, „die mit der spezifischen Lebenssituation eines Migranten in Bremen zusammenhängen könnten“ (Kapitel 9). Befunde wie „psychische Probleme“ oder „soziale Isolation“ bleiben notwendigerweise unspezifisch. Hinzu kommt, dass „die Pflegegutachter in unterschiedlichem Maß für das Thema sensibilisiert“ und wohl auch qualifiziert sind, so dass eine durchgängig zum Tragen kommende „interkulturelle Kommunikation“ in der Pflegebegutachtung schon deshalb nicht erwartet werden kann.

Pflegegutachten werden von Pflegefachkräften, gelegentlich auch von Ärztinnen und Ärzten erstellt. Gerade deshalb wäre es wichtig, für die interkulturelle Begutachtung Kriterien zu entwickeln, anhand derer die Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte nachprüfbar wird. Dies gilt ebenso für Gesichtspunkte allgemeinerer migrationsspezifischer Natur, wie etwa Faktoren der Migrationsbiographie oder des Aufenthaltsstatus und ihrer Rückwirkungen auf die Befindlichkeit der Patienten. Solche Kriterien wären für die Qualitätssicherung ebenso wichtig wie für das Bewusstsein, mit dem der oder die Begutachtende an die Pflegebegutachtung herangeht. Dabei darf es nicht nur um sprachliche und nicht einmal nur um vordergründig kulturbedingte Kommunikationsschwierigkeiten gehen. Pflegegutachter sollten sich neben unmittelbar feststellbaren pathologischen Befunden an der Biographie des Patienten orientieren. Das heißt auch, auf die Einflüsse der individuellen Migrationserfahrung in allen ihren Aspekten sowohl in der Herkunfts- als auch in der Aufnahmegesellschaft einzugehen.

8. Sprachliche Kommunikation ist ein beiderseitiges Problem

In den Pflegegutachten sind regelmäßig Informationen zur Kommunikationsfähigkeit des antragstellenden Migranten enthalten, weil einerseits „Kommunikation“ eine pflegerelevante Aktivität des täglichen Lebens (ATL) darstellt und deshalb beim Besuch vor Ort mit erfasst wird. Zum anderen ist eine gelingende Kommunikation in der Gutachtensituation ein wichtiges Kriterium für die Qualität des Gutachtens.

Zentrale Aussage zu diesem Aspekt der Auswertung ist, dass in 124 Fällen (77 % aller Akten) beim Pflegegutachten sprachliche Kommunikationsprobleme beim Antragsteller deutlich im Vordergrund stehen. In weiteren 15 Fällen (9 %) bestehen andere Hauptursachen als Grund für aufgetretene Kommunikationsprobleme.³⁴

In 17 Akten (11 %) werden keine Kommunikationsprobleme aufgeführt. Ob es hier tatsächlich keine Kommunikationsprobleme gab, kann nur vermutet werden. In lediglich fünf Fällen wurde positiv vermerkt, dass es keinerlei Kommunikationsprobleme gab und die begutachtete Person gut Deutsch sprach.

Dass das sprachliche Kommunikationsproblem Folgen haben kann, die aus medizin-ethischer Sicht nicht vertretbar sind, wird in einigen Akten unverblümt ausgedrückt. In manchen der dort enthaltenen Dokumente zeigt sich, wie sehr Sprachbarrieren auch heute noch Grund für eine schlechtere medizinische Versorgung sein können.

Beispielhaft seien hier nur folgende zwei Sätze zitiert: „...medizinische Anamneseerhebung war nicht möglich, weil die Patientin kein Deutsch spricht.“ Dieses Zitat stammt aus dem Entlassungsbericht eines Bremer Krankenhauses. Aus dem Arztbericht eines niedergelassenen Arztes stammt folgendes Zitat: „...aufgrund der sprachlichen Probleme keine differenzierte Neuropsychologie erfolgt.“ Die Kommunikationsproblematik hängt aber neben der medizinischen Diagnostik etc. auch eng mit den Anforderungen an eine gute pflegerische Versorgung zusammen. Ein Zitat („...erhöhter Zeitbedarf der Pflege durch geringe Deutschkenntnisse...“) zeigt, dass die Pflegedauer für eine professionelle Pflegekraft bei bestehenden Kommunikationsproblemen höher ist bzw. sein müsste.

Zur Lösung des Kommunikationsproblems wird nur selten professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Meist übernehmen Familienangehörige, überwiegend Sohn oder Tochter der Familie, die Übersetzung. Als besonders problematisch muss die Dolmetschertätigkeit eines Leistungsanbieters von ambulanter Pflege bei den Pflegegutachten wegen zu vermutender mangelnder Neutralität angesehen werden. Diese allzu pragmatische Praxis zur Lösung des Kommunikationsproblems ist als unzulässig anzusehen und sollte abgeschafft werden. Der in Bremen neu geschaffene Dolmetscherdienst bietet insbesondere für diese Gutachtersituationen weitaus bessere Möglichkeiten der angemessenen Kommunikation.

³⁴ Diese sind entweder auf eine Erkrankung (z.B. „Geisteskrankheit“, „Zustand nach Apoplex“, „apallisches Syndrom“) oder auf äußere Umstände in der Kommunikationssituation (z.B. „Hörgerät ungenutzt“) zurückzuführen.

9. Kulturspezifische Aspekte werden selten genannt

Als nur unbefriedigend lösbar stellte sich die Aufgabe dar, „kulturspezifische“ Aspekte aus den Akten „herauszulesen“. In 27 Akten (17 %) finden sich immerhin doch Bemerkungen von Gutachtern oder anderen Berufsgruppen (Haus- oder Klinikärzte, etc.), die explizit auf die Herkunft des Antragstellers zur Erklärung seines Verhaltens oder seiner Einstellungen abzielen.³⁵ Diese Bemerkungen sind jedoch zu spezifisch, um sie thematisch in Gruppen zu unterteilen.

Die Bewertung weiterer geschilderter Lebensumstände als „kulturspezifisch“ kann nicht eindeutig getroffen werden, sondern ist eine subjektive Auswahl an Notizen in den Pflegegutachten und anderen Quellen, die mit der spezifischen Lebenssituation eines Migranten in Bremen zusammenhängen *könnten*. Sie fußen auf Beobachtungen der Pflegegutachter, denen es zu verdanken ist, wenn abseits der gutachterlich notwendigen Befunde auch Aspekte des alltäglichen (Er-)Lebens in den Akten auftauchen. Gerade diese vermeintlichen Randbemerkungen sind wichtig für ein umfassendes Bild von dem antragstellenden Menschen. So wird jenseits der bereits genannten medizinischen/ pflegebegründenden Diagnosen in manchen Fällen von psychischen Problemen berichtet, in weiteren Akten wird von „sozialer Isolation“ der Antragsteller gesprochen.

Weiterhin werden einige pflegerische Problemstellungen genannt, die direkte Auswirkungen auf die Pflegesituation vor Ort haben. So werden – entgegen gutachterlicher Empfehlungen – von manchen Migranten professionelle Hilfe oder Hilfsmittel abgelehnt oder ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Therapie bei medizinischen oder pflegerischen Behandlungen ist gering. Auch wird von „chronischer Überforderung“ von Angehörigen bei der Pflege berichtet. Weitere Notizen beziehen sich auf vermutlich bei Migranten gehäuft auftretende Aspekte wie Analphabetismus und unbekannte Geburtsdaten.

Für das pflegerische und medizinische Versorgungssystem, das für die wachsende Zahl älterer Zuwanderer in Zukunft vermehrt tätig werden wird, deuten sich besonders in diesen Aussagen die möglichen Herausforderungen an. Es gilt, gleichsam in Form einer „Systemprävention“ das vorhandene Versorgungssystem auf ältere Migranten einzustellen und begleitend die Vorbehalte der Migranten gegenüber den Institutionen der Altenhilfe abzubauen.

Die seltene Nennung von kulturspezifischen Aspekten in den Pflegegutachten bedeutet nicht, dass es keine zu entdecken und zu beschreiben gäbe. Jedoch sind die Pflegegutachter in unterschiedlichem Maß für das Thema sensibilisiert und haben zudem einen individuellen Dokumentationsstil.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich vermutlich die Pflegegutachter des Gesundheitsamtes Bremen der besonderen Situation einer Begutachtung im Interkulturellen Kontext schon weitaus bewusster sind als die Gutachter der MDKs. MDK-Gutachten enthalten nur extrem selten kultur- und migrationsspezifische Aspekte.

³⁵ Zitat aus einer Akte (der Sohn weigerte sich, seine Mutter zu pflegen): „...sein Glaube verbietet es ihm, seiner Mutter behilflich zu sein.“. In einer weiteren Akte wird berichtet, dass sich eine Frau jesidischen Glaubens religiös begründet weigert, ein von der Krankenkasse gestelltes Pflegebett zu benutzen, weil nicht garantiert werden konnte, dass in diesem Bett vorher kein Mensch gestorben ist.

10. Andere Datenbestände sind kaum vergleichbar

Die bundesweiten Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) und die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bremen erfragten kommunalen Daten zur Pflegebedürftigkeit (s. Anlage 1) enthalten die noch am ehesten vergleichbaren Datenbestände. Dass hier ein riesiges Potential zur Auswertung von Pflegebedürftigkeit bei Migranten in den Archiven schlummert, macht folgender Vergleich deutlich: Allein der MDK in Bremen hat im Jahr 2003 über 12.000 Pflegegutachten erstellt.³⁶ Das Gesundheitsamt Bremen kommt für 2002 demgegenüber auf 215 Gutachten oder 1,8 % der Summe des MDK.

In den dortigen Pflegegutachten gäbe es auch keine soziale Selektion, die die Gruppe der Migranten sicherlich darstellt, die „Hilfe zur Pflege“ als Leistung nach dem Sozialgesetzbuch XII beanspruchen muss.³⁷ Leider wird eine Datenauswertung auf diese Fragestellungen hin bei den MDKs bisher nicht durchgeführt.

Einige Untersuchungsaspekte dieses Berichts lassen sich mit den dort vorhandenen Daten wenigstens eingeschränkt vergleichen. Diese können hier kurz erwähnt, aber nicht vertieft dargestellt werden.

So wurde für diesen Bericht das **Alter** der Migranten bei Erstantragstellung erfasst, um es mit dem Alter in den MDS-/MDK-Berichten zu vergleichen. Nach den dortigen Statistiken wird das grundsätzlich jüngere Alter von Männern gegenüber Frauen bei Erstantragsstellung bestätigt. Allerdings liegt das Gesamtdurchschnittsalter im Bericht 2001/2002 des MDS (2002: 76,4 Jahre) um 8 Jahre über dem der hier begutachteten Migranten (vgl. MDS 2002) – für den MDK Bremen beträgt dieser Abstand allerdings nur ca. 4 Jahre (2003: 72 Jahre; vgl. Anlage 1). Außerdem zeigen die bundesweiten Zahlen, dass deutlich mehr Frauen als Männer Leistungen der Pflegeversicherung bekommen und damit die intern vorgefundene Tendenz davon abweicht.

Während beim MDS die „psychischen und Verhaltensstörungen“ (nach ICD 10-Code) sehr weit vorne unter den häufigsten pflegebegründenden **Diagnosen** rangieren, finden sich diese in den Gutachten des Gesundheitsamtes erst an nachrangiger Stelle. Dass die unterschiedlichen Erhebungskriterien (Gesundheitsamt: alle Diagnosen berücksichtigt; MDK: Haupt- und Nebendiagnosen, die pflegebegründend sein müssen) dafür Ursache sind, ist vorstellbar. Möglich ist aber auch das seltenere Auftreten demenzieller Symptomatiken wegen des jüngeren Durchschnittsalters der Antragsteller von Hilfe zur Pflege, weil allein die Demenzen etwa 50 % der Fälle in dieser Krankheitsgruppe ausmachen.

Ein weiterer bisher nicht ausreichend erklärbarer Umstand ist, dass der MDK Bremen bei einem größeren Anteil an Antragstellern die **Einstufung** in eine Pflegestufe verweigert (im ambulanten Bereich ca. 20 % Ablehnung), während dies bei den hier ausgewerteten Gutachten des Gesundheitsamtes Bremen nur 10,5 % betrifft.³⁸

³⁶ Telefonische Auskunft des MDK Bremen.

³⁷ Unter diesem Gesichtspunkt müssen auch die Ergebnisse dieses Berichts interpretiert werden. Es handelt sich hier um eine Auswahl von Migranten, deren wirtschaftlichen Verhältnisse so schlecht sind, dass sie staatliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Insofern werden die Ergebnisse – wie so häufig – kaum eine Unterscheidung zwischen (typischen) sozialen Problemen eines armen Bevölkerungsmilieus und migrationspezifischen Faktoren erlauben.

³⁸ Auch hier sind wieder die geringen Fallzahlen (16 Ablehnungen, bei n = 153) zu bedenken.

Der Vergleich der Verteilung der Antragsteller nach ambulanter bzw. stationärer Versorgungssituation zwischen MDK Bremen und Gutachten des Gesundheitsamtes zeigt, dass ein durchaus vergleichbar großer Anteil von Migranten stationär betreut wird. Außerdem beantragen ein Drittel aller begutachteten Migranten Sachleistung³⁹ und kommen damit durchaus häufig mit der **professionellen Versorgungsinfrastruktur** in Kontakt.

11. Der Vergleich zwischen Migranten und einheimischen Antragstellern

Um einen angemessenen Vergleich zwischen zugewanderten Antragstellern auf Pflegeleistungen und einheimischen Antragstellern ziehen zu können, wurden zusätzlich 100 Akten einheimischer Antragsteller nach Eingang des Begutachtungsauftrags ausgewertet. So werden Menschen in sozial ähnlichen Lebenslagen verglichen, weil sämtliche Antragsteller - Einheimische und Migranten - Leistungen der Sozialhilfe bekommen.

Der Vergleich der **Angaben zur Person** zeigt, dass die einheimischen Antragsteller im Durchschnitt bei Erstantragstellung (n = 46) fast 4 Jahre jünger sind als die antragstellenden Migranten, nämlich gerade einmal 64,6 Jahre.⁴⁰ Wie bereits im Kapitel 3 ausgeführt, liegt das an der Zusammensetzung der Gruppe der Migranten. Nimmt man eine Binnendifferenzierung dieser Gruppe vor, wird die Erklärung für dieses Phänomen deutlich. Sie liegt in der Verbindung von überdurchschnittlichem Alter der Antragsteller aus Russland bzw. den Nachfolgestaaten der UdSSR mit ihrer geringen Aufenthaltsdauer.

Sie sind, kurz gesagt, „in hohem Alter vor Kurzem eingereist“. Berücksichtigt man nur jene Migranten, die nicht vom Gebiet der Ex-UdSSR stammen, sind die Migranten bei Erstantragstellung sogar ca. 1 Jahr jünger als die einheimischen Antragsteller (Durchschnitt 63,9 Jahre, n = 69).

Zwar findet sich in der Stichprobe der einheimischen Antragsteller mit 59 % ein größerer Anteil an Frauen als bei den zugewanderten Antragstellern (52 %), dieser Unterschied ist aber sehr wahrscheinlich zufälliger Natur.⁴¹

Besonders interessant ist der Vergleich des **sozialen Kontexts** der Antragsteller. Hier fällt eine Tatsache auf, die sich durch die gesamten Pflegegutachten als zentraler Unterschied zwischen Migranten und Einheimischen hindurchzieht: Die antragstellenden Migranten haben im Durchschnitt ein größeres soziales und familiäres Umfeld.

Während nur 20 % der Migranten allein leben, sind es bei den Einheimischen 60 %. Betrachtet man nun die Personen des sozialen Netzes näher, zeigt sich, dass nur in 3 Fällen Professionelle (Betreuer, Nachbarschaftshilfe, Pflegedienst) als engste soziale Bezugsperson aufgeführt werden. Demgegenüber finden sich bei den einheimischen Antragstellern weitaus häufiger Kontakte zum professionellen Versorgungssystem als engster sozialer Kontakt (bei über einem Viertel der begutachteten Einheimischen). Bei ihnen sind zu weniger als einem Drittel Kinder oder Ehe-/Lebenspartner vorhanden, die in derart engem Kontakt zu ihnen stehen, dass sie als Bezugsperson genannt würden.

³⁹ Inkl. Heimunterbringung.

⁴⁰ Vorsicht ist geboten vor dem Ziehen weitreichender Schlüsse: Es sind nur die 46 einheimischen Antragsteller in den Altersvergleich einbezogen worden, die eine Einstufung vom Gesundheitsamt Bremen erhalten haben. Nur für diese konnte das Alter beim Erstantrag festgestellt werden, viele andere einheimische Antragsteller wurden vom MDK begutachtet und eingestuft.

⁴¹ Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass beide Frauenanteile in der Grundgesamtheit gleich hoch sind, beträgt 95%.

Die relative soziale Isolierung (fehlendes familiäres Umfeld) führt zu einer häufigeren institutionellen Anbindung, während die antragstellenden Migranten ein größeres verwandtschaftliches Netzwerk haben. Eine Auffälligkeit in den Akten der einheimischen Antragsteller - vielleicht Folge des Alleinlebens - ist bezeichnenderweise die häufige Nennung von „Verwahrlosungstendenzen“ (bei jedem siebten einheimischen Begutachteten).

Betrachtet man die Wohnlage der Antragsteller, wird zunächst deutlich, dass aus Gröpelingen - Bremens Stadtteil mit dem höchsten Ausländeranteil - die meisten Anträge von Einheimischen kommen, während von dort (bisher) nur wenige Anträge von Migranten eingehen. Ansonsten überwiegen bei einheimischen Antragstellern wie bei Migranten Wohnorte in sozial eher schwachen Stadtteilen (Obervieland, Neustadt, Östliche Vorstadt etc.).

Den sozialen Lebensumständen entsprechend (hoher Anteil Alleinstehender) leben einheimische Antragsteller in eher kleinen Wohnungen (1- und 2-Zimmer-Wohnungen). Diese Wohnungen befinden sich oft in Mehrfamilienhäusern, meist verteilt auf das Erdgeschoss bis zum dritten Stockwerk. Interessanterweise lebt fast jeder fünfte der antragstellenden Migranten in einem Stockwerk ab dem 4. Obergeschoss (n = 31), während es auf Seiten der Einheimischen nur 6 Prozent (n = 6) sind, die in oberen Stockwerken wohnen. Das könnte die Möglichkeiten zur Mobilität einschränken, wenn es in Verbindung mit einem fehlenden Aufzug vorkommt.

Zur sozialen Situation gehört auch der Versicherungsstatus der Antragsteller. Auffällig ist hier, dass über 80 % der antragstellenden Migranten ausschließlich über das Amt für Soziale Dienste (AfSD) versichert sind, während weit über die Hälfte der einheimischen Antragsteller eine Kranken- bzw. Pflegeversicherung angeben.

Auch ist die Verteilung der einheimischen Antragsteller auf verschiedene Krankenkassen viel größer als bei den Migranten, obwohl auch bei ihnen die AOK meistgenannte Kranken-/Pflegekasse ist.

Das dokumentierte **Krankheitsspektrum** der einheimischen Antragsteller ähnelt dem der Migranten insofern, als neun von zehn der meistgenannten Krankheitsgruppen (nach ICD 10) sowohl bei Migranten als auch bei Einheimischen genannt werden. Die Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 10-Kapitel I) stellen bei beiden Gruppen die häufigsten Erkrankungsformen dar. Auch bei den einheimischen Antragstellern gibt es viele Erkrankungen, die nicht anderenorts klassifiziert werden konnten und so dem Buchstaben R („Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert wurden“) zugeordnet werden mussten. Sie sind ebenfalls jeweils für beide Gruppen die zweithäufigste Krankheitskategorie.

Tabelle 6 zeigt die häufigsten Krankheitsgruppen (sortiert nach ICD 10-Code) der einheimischen Antragsteller.

**Tabelle 6 Krankheiten nach Häufigkeit
(die 10 häufigsten Krankheitsgruppen nach
ICD10-Code - Einheimische)**

ICD 10-Code	Name	Häufigkeit der Nennung
Buchstabe I	Krankheiten des Kreislaufsystems	132 x
Buchstabe R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert wurden	110 x
Buchstabe F	Psychische und Verhaltensstörungen	89 x
-----	kein ICD 10-Code zuzuordnen	84 x
Buchstabe G	Krankheiten des Nervensystems	78 x
Buchstabe N	Krankheiten des Urogenitalsystems	59 x
Buchstabe E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	48 x
Buchstabe M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	46 x
Buchstabe J	Krankheiten des Atmungssystems	24 x
Buchstabe H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde/ Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	21 x

Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Wie im Kapitel 5 für die antragstellenden Migranten werden ebenfalls die häufigsten Einzeldiagnosen der Einheimischen an dieser Stelle aufgeführt.

Tabelle 7 gibt dazu einen Überblick mit der Nennung der meistgenannten Einzeldiagnosen.

Tabelle 7 Einzeldiagnosen nach Häufigkeit (Einheimische)

Diagnose	Häufigkeit der Nennung (in Prozent bei N = 100)
Harn-/ Stuhlinkontinenz	47 x
Hypertonie	33 x
(Z.n.) Apoplex	27 x
Diabetes mellitus	24 x
Hemiparese	22 x
Demenz	21 x
Arthrosen	18 x
Herzinsuffizienz	15 x
Alkoholabhängigkeit	14 x
Depression	13 x
Sehchwäche	13 x

Quelle: Pflegegutachten des Gesundheitsamts Bremen, eigene Auswertung

Mit einer weitgehenden Deutung der Unterschiede der Krankheitshäufigkeit wird hier bewusst vorsichtig umgegangen. Auf zwei Abweichungen zu der Krankheitshäufigkeit der antragstellenden Migranten, die in beiden obigen Tabellen für einheimische Antragsteller deutlich wird, soll an dieser Stelle aber trotzdem eingegangen werden.

Die erste bezieht sich auf das deutlich seltenere Auftreten von Krankheiten aus der Gruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (ICD 10-Codebuchstabe F) bei Migranten. Wird bei Einheimischen ein Wert von 0,89 Nennungen einer Diagnose aus dieser Krankheitsgruppe pro Patient erreicht (89 Nennungen auf 100 Antragsteller), ist es bei den Migranten ein Wert von lediglich 0,54 Nennungen (88 Nennungen auf 161 Antragsteller).

Aufgeschlüsselt nach Einzeldiagnosen wird klar, dass die Suchterkrankungen (Alkoholsucht: 14 Nennungen/ Nikotinsucht: 7 Nennungen) bei Einheimischen häufiger in den Akten dokumentiert sind als bei den Migranten. Diese Erkrankungen werden der Krankheitsgruppe F zugerechnet, die Alkoholabhängigkeit steht damit sogar unter den 10 häufigsten Einzeldiagnosen der einheimischen Antragsteller.

Aber außerdem fällt bei den „psychischen und Verhaltensstörungen“ auf, dass mit 21 % der einheimischen Antragsteller (gegenüber 16 % bei den Migranten) ein größerer Anteil Einheimischer eine demenzielle Erkrankung bescheinigt bekommt. Das höhere Alter der Migranten im Vergleich zu den einheimischen Antragstellern (bei Erstantragstellung) lässt diese Tatsache widersprüchlich erscheinen. Darum als nicht zu beantwortende Frage

formuliert: Vielleicht wird – bedingt durch die häufigen Kommunikationsprobleme – eine Demenz nicht so häufig erkannt oder Symptome der Erkrankung als Kommunikationsproblem verkannt? Gibt es evtl. höhere Schwellen für Migranten, demenzielle Symptome einem Arzt zu offenbaren? Oder treten wirklich weniger Fälle von Demenz bei den Zuwanderern auf?

Für die häufigsten Einzeldiagnosen kann ebenfalls eine weitgehende Übereinstimmung für Migranten und Einheimische konstatiert werden. Auf die Abweichung der häufigeren Alkoholsucht bei einheimischen Antragstellern wurde bereits verwiesen. Interessant ist zudem noch die Tatsache, dass die Einzeldiagnose „Adipositas“ bei den Migranten in 15 % aller Anträge zur Sprache kommt, während es bei den einheimischen Antragstellern nur zu 8% berichtet wird.

Die Pflegestufen und die Versorgung der begutachteten Antragsteller unterscheiden sich wiederum recht deutlich voneinander. Bereits erkennbar wird dies bei den Anträgen einheimischer Antragsteller in Bezug auf die **Form der beantragten Leistung**. Die Einheimischen wählen zu über 80 % die Sachleistung als gewünschte Versorgungsform, was deutlich die geringere soziale Einbettung dieser Antragsteller widerspiegelt. Bei den Migranten ist es mit 56 % die Geldleistung, die die Versorgungswünsche dominiert. So ist es nicht verwunderlich, dass die Bedarfsfeststellungen bei einheimischen Antragstellern am häufigsten notwendig werden (Bedarfsfeststellungen stehen immer im Zusammenhang mit beantragter Sachleistung).

Bezogen auf die **Einstufung in die Pflegestufen** fällt auf, dass Einheimische zu über zwei Drittel den Pflegestufen II oder III zugeordnet sind.⁴² Sie sind somit insgesamt schwerer pflegebedürftig (nach den engen Kriterien des SGB XI) als die antragstellenden Migranten. Ihre Versorgung geschieht zu einem größeren Anteil als bei den antragstellenden Migranten im stationären Bereich (23 %⁴³ gegenüber 17 %), was wiederum mit der negativen sozialen Situation vieler dieser Antragsteller zu tun haben dürfte (fehlende Pflegepersonen).

Während sich bei den begutachteten Migranten in der pflegerischen ambulanten Versorgung eine eindeutige Konzentration auf wenige Pflegedienste feststellen ließ, ist die Versorgung der Einheimischen viel stärker auf diverse Anbieter von professioneller Pflege verteilt. Insgesamt verteilen sich 61 professionell versorgte begutachtete Einheimische auf 32 Pflegedienste (max. 7 Patienten pro Pflegedienst). Auch bei der stationären Verteilung zeigt sich eine hochgradige Streuung der Antragstellungen aus verschiedensten Pflegeheimen in Bremen.

Für die **Versorgung mit Hilfsmitteln** lässt sich eine größere Anzahl an Hilfsmitteln pro Antragsteller für die einheimischen Begutachteten festhalten. Dies erklärt sich durch die insgesamt schwerere durchschnittliche Pflegebedürftigkeit der Einheimischen. Meistgenanntes Hilfsmittel ist für beide Antragsgruppen der Rollstuhl – dieser wird allerdings bei Migranten in 34 % der Fälle angegeben, bei Einheimischen aber in 56 % der Fälle. Auch ein Pflegebett wird hier deutlich häufiger benötigt (in 47 % aller Fälle) als bei den begutachteten Migranten (in nur 20 % der Fälle).

⁴² Für diesen Vergleich wurden auch die Einstufungen des MDK bei Einheimischen (MDK zu über 50 % der Gesamtzahl von 100 Personen) und Migranten (lediglich 4 Fälle von 161 Personen) mit einbezogen.

⁴³ Inklusive „betreutes Wohnen“.



Literatur

- Backes, G.M.; Clemens, W. (1998): Lebensphase Alter. Weinheim und München
- Berger-Schmitt, R. (2003): Geringere familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen. Analysen zur Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union. In: Informationsdienst soziale Indikatoren (ISI), 29, S. 12-15
- Con_sens (2006): Kennzahlenvergleich 2005 der 16 großen Großstädte Deutschlands – Leistungen nach dem SGB XII, Hamburg
- Hurrelmann, K.; Leppin, A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation, Bern
- Koptagel-Ilal, G. (1999): Kulturelle Aspekte der Begutachtung – der Stellenwert soziokultureller Hintergründe in Begutachtungsprozessen. In: Collatz, Hackhausen, Salman (Hg.): Begutachtung im interkulturellen Feld, Berlin, S. 131-135
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen – MDS (Hg.) (2002): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes - Berichtszeitraum 2001/2002. Essen
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen – MDS (Hg.) (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes - Berichtszeitraum 2004. Essen
- Schmacke, N. (1999): Aufgabenfelder des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Migration und Gesundheit. In: Collatz, Hackhausen, Salman (Hg.): Begutachtung im interkulturellen Feld, Berlin, S. 95-102
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales – SfAFGJS (Hg.) (2003): Sozialindikatoren 2003 – Volume 6. Bremen
- Sieveking, K. (1999): Aufenthalts- und sozialrechtliche Voraussetzungen. In: Collatz, Hackhausen, Salman (Hg.): Begutachtung im interkulturellen Feld, Berlin, S. 31-37
- Tempel, G.; Mohammadzadeh, Z. (2004): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Kommunale Gesundheitsberichterstattung, hg. vom Gesundheitsamt Bremen. Bremen.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2000) Healthy People 2010, Focus Area 11: Health Communication. Washington, DC (www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume1/11HealthCom.htm, Stand 11/2006)

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1 Verteilung der Herkunft der begutachteten Migranten (N = 161)	14
Abbildung 2 Altersverteilung (Erstantrag) nach Altersstufen und Geschlecht (n = 152; Frauen n = 82; Männer = 70)	15
Abbildung 3 Aufenthaltsdauer der begutachteten Migranten (n = 117)	16

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1 Verteilung der Anträge von Migranten nach Stadtteilen (N = 161)	18
Tabelle 2 Krankheiten nach Häufigkeit (die 10 häufigsten Krankheitsgruppen nach ICD 10-Code – Migranten)	20
Tabelle 3 Einzeldiagnosen nach Häufigkeit (Migranten)	21
Tabelle 4 Verteilung nach Pflegestufen insgesamt (Migranten)	22
Tabelle 5 Verteilung auf die Pflegestufen bei ambulanter und stationärer Versorgung (Migranten)	23
Tabelle 6 Krankheiten nach Häufigkeit (die 10 häufigsten Krankheitsgruppen nach ICD 10-Code – Einheimische)	33
Tabelle 7 Einzeldiagnosen nach Häufigkeit (Einheimische)	34



Anlage 1: Auszüge aus der MDK-Statistik Bremen 2002/2003

Durchschnittsalter Antragsteller:

2002	73,3 Jahre
2003	72 Jahre

Geschlechterverteilung:

männlich weiblich

2002	33,3 %	66,7 %
2003	33,4 %	66,6 %

hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Auswertung aus technischen Gründen nicht über alle Aufträge erfolgen konnte.

Alleinlebend:

Ist kein auswertbares Feld für Statistik, daher hierzu keine Angabe möglich.

Prozentuale Verteilung von Sach-, Geld- und Kombileistung bei ambulanter Begutachtung:

2002	Sachleistung	23,0 %
	Geldleistung	51,8 %
	Kombileistung	25,2 %
2003	Sachleistung	23,0 %
	Geldleistung	52,0 %
	Kombileistung	25,0 %

Verteilung ambulant/stationär:

2002	ambulant	79,9 %
	stationär	19,7 %
	Behinderte	0,4 %
2003	ambulant	77,7 %
	stationär	22,1 %
	Behinderte	0,2 %

Gutachtenergebnisse nach Versorgungsform

	Gutachtenergebnis	Pflege ambulant	Pflege stationär
2002	Ablehnung	20,0 %	4,2 %
	Pflegestufe I	43,3 %	23,4 %
	Pflegestufe II	26,7 %	42,2 %
	Pflegestufe III	9,8 %	28,6 %
	Pflegestufe III +	0,2 %	1,5 %
2003	Gutachtenergebnis		
	Ablehnung	19,9 %	3,3 %
	Pflegestufe I	43,5 %	24,3 %
	Pflegestufe II	26,4 %	42,3 %
	Pflegestufe III	10,0 %	28,8 %
Pflegestufe III +	0,1 %	1,3 %	

