

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 71

DIE SICH VERÄNDERNDE VERSORGUNGSSITUATION, UNTER ANDEREM BEDINGT DURCH DEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL INNERHALB DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG, STELLT DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN ZUKÜNFTIG VOR KOMPLEXE AUFGABEN, DIE ES ZU LÖSEN GILT (VGL. BMG 2013). AUCH DIE ZAHL DER ÄLTEREN MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND STEIGT IN DEUTSCHLAND STARK AN. DIES GESCHIEHT MIT EINIGER VERZÖGERUNG ZUR BEVÖLKERUNG OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND (VGL. ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 95). DIE ZWISCHEN 1955 UND 1973 ÜBERWIEGEND AUS DER TÜRKEI, ITALIEN UND SPANIEN EINGEWANDERTEN ARBEITSMIGRANTINNEN BLEIBEN ZUNEHMEND LANGFRISTIG UND KOMMEN JETZT IN DAS RENTENALTER (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 330). ES GEHT MIT SPEZIELLEN VERPFLICHTUNGEN FÜR DIE VERSORGUNGSSYSTEME EINHER, DASS MIGRANTINNEN IHREN LEBENSABEND IN DEUTSCHLAND VERBRINGEN (VGL. DIBELIUS 2013, S. 22), WEIL DIESE DEN GESUNDHEITLICHEN BEDÜRFNISSEN VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND GERECHT WERDEN MÜSSEN (VGL. ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 8). AUFGRUND EPIDEMIOLOGISCHER FORSCHUNGSERGEBNISSE BEZÜGLICH DER GESUNDHEIT VON MIGRANTINNEN IST VON EINEM WACHSENDEN BEDARF NACH PROFESSIONELLEN LEISTUNGEN FÜR DIESE ZIELGRUPPE UND DER ENTLASTUNG VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN AUSZUGEHEN (VGL. ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 8). ZUR PFLEGEVERSORGUNG VON MIGRANTINNEN IN DEUTSCHLAND GIBT ES BISHER JEDOCH KAUM WISSENSCHAFTLICH ABGESICHERTE ERKENNTNISSE (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 330). IM JAHRE 2012 LEBTEN IN DEUTSCHLAND INSGESAMT 16,3 MILLIONEN MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND (VGL. STATISTISCHES BUNDESAMT 2013, S. 7). VON DIESEN GEHÖRTEN LAUT ANGABEN DES MIKROZENSUS 2012 KNAPP 1,6 MILLIONEN MENSCHEN DER ALTERSKLASSE AB 65 JAHREN AN. DER GRÖßTE ANTEIL DER PERSONEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND KOMMT MIT 18,3 % AUS DER TÜRKEI, DAHINTER FOLGT POLEN MIT 9,4 % (VGL. STATISTISCHES BUNDESAMT 2013, S. 7). DIE MEHRHEIT DER MIGRANTINNEN FINDET AUFGRUND VON SCHWELLENÄNGSTEN, KULTURELLEN UND SPRACHLICHEN BARRIEREN SOWIE EINEM MANGEL AN INFORMATIONEN ÜBER PFLEGENDE INSTITUTIONEN UND GESETZLICHE

FINANZIERUNGSREGELUNGEN NUR SCHWER ZUGANG ZUM ETABLIERTEN
VERSORGUNGSSYSTEM (VGL. STEINHOFF & WROBEL 2004, S. 214)..... 71

DIE STEIGENDE ANZAHL ÄLTERER MENSCHEN IST ENG MIT DER ZUNAHME VON IM
HÖHEREN LEBENSALTER AUFTRETENDEN DEMENZIELLEN ERKRANKUNGEN VERBUNDEN
(VGL. BMG 2013). LAUT KÜCÜK (2008) LIEGEN KEINE GENAUEN STATISTISCHEN DATEN
UND REPRÄSENTATIVE WISSENSCHAFTLICHE UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE IN
DEUTSCHLAND AN DEMENZ ERKRANKTEN MIGRANTINNEN VOR. DIE PFLEGERISCHE
HÄUSLICHE VERSORGUNG ERFOLGT MEIST DURCH FAMILIENANGEHÖRIGE, AUCH HIER
FEHLEN GESICHERTE ERKENNTNISSE ZUR LAGE VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN (VGL.
KÜCÜK 2008, S. 302). LAUT PIECHOTTA (2009) WIRD EIN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN
MIGRATIONSBEDINGT EINTRETENDEN KULTURELLEN, SOZIALEN, FAMILIÄREN
VERÄNDERUNGEN, DEN SCHWIERIGEN ARBEITS- UND LEBENSBEDINGUNGEN UND DEM
AUFTRETEN VON KRANKHEITEN VERMUTET. ES IST ANZUNEHMEN, DASS DIE MEHRHEIT
DER ANGEHÖRIGEN WISSENSDEFIZITE BEI DEMENZSYMPTOMATIK, DIAGNOSTIK,
UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN UND PFLEGE HAT (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 78). DIE
HILFELEISTUNGEN FÜR DEMENZKRANKE MIGRANTINNEN BZW. IHRE ANGEHÖRIGEN
WERDEN SELTEN GENUTZT UND DIE FAMILIENANGEHÖRIGEN SIND MEIST
ÜBERFORDERT. SIE BENÖTIGEN PROFESSIONELLE BERATUNG UND ENTLASTUNG (VGL.
STEINHOFF & WROBEL 2004, S. 215). PROBLEME ZEIGEN SICH AUCH BEI PROFESSIONELL
PFLEGENDEN. VIELE HABEN KAUM KENNTNISSE ÜBER KULTURELLE UND
MIGRATIONSSPEZIFISCHE BEDÜRFNISSE (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 435). „FÜR
MIGRANTEN, DIE AN DEMENZ LEIDEN, WANDELT SICH EIN LAND DER PERSÖNLICHEN
UND KOLLEKTIVEN ERINNERUNGEN ZU IMMER (...) WENIGER WERDENDEN
ERINNERUNGSINSELN“ (PIECHOTTA 2009, S. 78). DEMENTIELL ERKRANKTE SIND
FORTWÄHREND AUF IDENTITÄTSSUCHE, FÜR MIGRANTINNEN TRIFFT DAS AUFGRUND
IHRER MIGRATIONSERFAHRUNG VERSTÄRKT ZU. HIER TRAGEN DIE PFLEGENDEN DIE
VERANTWORTUNG, EMPATHISCH, KOMPETENT UND KULTURSENSIBEL, DEN
ERKRANKTEN MIGRANTINNEN UND DEREN ANGEHÖRIGEN BEGLEITUNG UND
UNTERSTÜTZUNG ANZUBIETEN (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 79)..... 72

VOR DEN GESCHILDERTEN HINTERGRÜNDEN IST DAS SEIT 2013 LAUFENDE, AUF DREI
JAHRE ANGELEGTE PROJEKT KURVE AN DER HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN (HAW) IN HAMBURG, ENTSTANDEN. KURVE STEHT FÜR

„KULTURSENSIBLE VERSORGUNGSBEDÜRFNISSE IDENTIFIZIEREN UND CHANCEN NUTZEN“. IN HAMBURG WAREN ENDE 2012 RUND 30 % DER EINWOHNERINNEN UND EINWOHNER MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND (VGL. STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2013, S. 1 F.). IN HAMBURG HABEN IN DER BEVÖLKERUNGSGRUPPE ÜBER 65 JAHRE ETWA 16 % DER MÄNNER UND 12 % DER FRAUEN EINEN MIGRATIONSHINTERGRUND. AUCH HIER STELLEN MIGRANTINNEN AUS DER TÜRKEI MIT KNAPP 18% DIE GRÖßTE EINWANDERUNGSGRUPPE DAR (VGL. STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2013, S. 1 F.). DIE PROJEKTZIELE VON KURVE LIEGEN IN DER OPTIMIERUNG DER HÄUSLICHEN PFLEGESITUATION FÜR TÜRKISCHE UND AUCH FÜR POLNISCHE MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDE ANGEHÖRIGE IN HAMBURG UND DAMIT EINHERGEHEND IN EINER VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT PFLEGENDER ANGEHÖRIGER. AUßERDEM GEHT ES UM DIE VERMITTLUNG PFLEGERISCHER KOMPETENZEN UND DIE ENTWICKLUNG BZW. ETABLIERUNG VON BETREUUNGS- UND PRAXISKONZEPTEN. DAZU SOLL EINE MODULAR AUFGEBAUTE SCHULUNG, JEWEILS FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE, KONZIPIERT WERDEN (VGL. PETERSEN-EWERT ET AL. 2013, S. 1). DERZEIT WIRD IM RAHMEN DES PROJEKTES KURVE AN DER ERSTELLUNG DER SCHULUNGSMODULE FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE GEARBEITET. EINE ERSTE LITERATUR - UND INTERVIEWAUSWERTUNG ZEIGTE UNTER ANDEREM EINEN ERHÖHTEN INFORMATIONSBEDARF ZUM THEMA DEMENZ UND DER DAMIT VERBUNDENEN PFLEGERISCHEN VERSORGUNG AUF. 73

DIESE ARBEIT VERFOLGT DAS ERKENNTNISINTERESSE, KULTURSPECIFISCHE BESONDERHEITEN BEI DER PFLEGE VON DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER DAMIT VERBUNDENEN BELASTUNGEN UND VORHANDENEN RESSOURCEN DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN ZU ERGRÜNDEN. DARAUS SOLLEN ENTSPRECHENDE INHALTE FÜR EIN SCHULUNGSMODUL FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE ABGELEITET WERDEN. DAS BEARBEITUNGSZIEL DIESER ARBEIT LIEGT DAMIT IN DER KONZEPTION EINES DER SCHULUNGSMODULE FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE, DAS ZUDEM EINE ANWENDUNGSORIENTIERTE HANDLUNGSEMPFEHLUNG ENTHÄLT. DAS SCHULUNGSMODUL ZIELT NEBEN DER WISSENSVERMITTLUNG ÜBER KULTURSENSIBLE PFLEGERISCHE BESONDERHEITEN DARAUF AB, PROFESSIONELL PFLEGENDE ZU BEFÄHIGEN, IHR ERLERNTES WISSEN

SOWOHL ANZUWENDEN ALS AUCH WEITERZUGEBEN UND DAMIT PFLEGENDE ANGEHÖRIGE ZUKÜNFTIG AUCH SCHULEN ZU KÖNNEN.	73
DIE VORLIEGENDE ARBEIT DEFINIERT ZUNÄCHST DIE FÜR DAS LESERVERSTÄNDNIS UND DEN THEORETISCHEN HINTERGRUND RELEVANTEN BEGRIFFE „MIGRANTINNEN“, „PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“ UND „KULTURSENSIBLE PFLEGE“. DAS DARAUF FOLGENDE KAPITEL BILDET DEN EMPIRISCH THEORETISCHEN HINTERGRUND. IM FOKUS STEHEN HIERBEI ERKENNTNISSE ZU DEMENZERKRANKUNGEN BEI MIGRANTINNEN INSBESONDERE DIE SICHTWEISE PFLEGENDER ANGEHÖRIGER. AUßERDEM WIRD DIE BEDEUTUNG UND HERAUSFORDERUNG DER PROFESSIONELLEN PFLEGE IM KULTURELLEN KONTEXT AUSGEFÜHRT. IM RAHMEN DER DARSTELLUNG NATIONALER UND INTERNATIONALER ERGEBNISSE LIEGT DER SCHWERPUNKT AUF DEN IN DEUTSCHLAND LEBENDEN DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN. ES FOLGEN DIE FRAGESTELLUNGEN AN DIE SICH DIE BESCHREIBUNG DES METHODISCHEN VORGEHENS BEI DER KONZEPTION DES SCHULUNGSMODULS ANSCHLIEßT. DANN WIRD DAS SCHULUNGSMODUL VORGESTELLT. INHALTLICHE BESTANDSTEILE SIND DABEI DIE RAHMENBEDINGUNGEN, LERNINTENTION UND LERNZIELE, DIE LERNINHALTE UND DIE SCHULUNGSMETHODEN SOWIE DIE VERLAUFSPLANUNG UND DIE EVALUATION DES LERNERFOLGES. EINZELNE BESTANDTEILE DES SCHULUNGSMODULS WERDEN IM FOLGENDEN KRITISCH DISKUTIERT. DIE ARBEIT SCHLIEßT AB MIT EINER KURZEN ZUSAMMENFASSUNG UND MIT EINEM BEARBEITUNGSFAZIT.	
	74
2 BEGRIFFSDEFINITIONEN	74
IN DIESEM KAPITEL WERDEN DIE FÜR DAS LESERVERSTÄNDNIS UND DIE BEARBEITUNG RELEVANTEN BEGRIFFE DEFINIERT UND KURZ AUSGEFÜHRT. DER AUSDRUCK „MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN“ SETZT SICH MITTLERWEILE ALS EIN OBERBEGRIFF IN DER LITERATUR DURCH (VGL. ZEEB & RAZUM 2006, S. 846) UND IST IN DIESER ARBEIT AUS GRÜNDEN DER BESSEREN LESBARKEIT ZU „MIGRANTINNEN“ ZUSAMMENGEFASST. ZUSÄTZLICH WIRD DER BEGRIFF „MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND“ VORGESTELLT, DA AUCH DIESER IN DER LITERATUR UND IN DIESER ARBEIT VERWENDET WIRD. DIE DEFINITION DES BEGRIFFES „PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“ ERFOLGT UNTER ZUHILFENAHME DER BESCHREIBUNG DER BEGRIFFE „LAIENPFLEGE“ UND „INFORMELLE PFLEGE“ UND DER IM SOZIALGESETZBUCH SGB XI FESTGELEGTEN DEFINITION DER	

„PFLEGEPERSON“. DIE BEZEICHNUNG „KULTURSENSIBLE PFLEGE“ WIRD IN ANLEHNUNG AN DIE THEORIE DER TRANSKULTURELLEN UND KULTURSENSIBLEN PFLEGE NACH MADELEINE LEININGER (1998) ERKLÄRT. 74

2.1 MigrantInnen..... 75

MIGRATION (LAT. MIGRARE FÜR WEGZIEHEN, WANDERN) MEINT EINEN RÄUMLICHEN UND ÖRTLICHEN WOHNORTWECHSEL UND EINE DAMIT VERBUNDENE VERLEGUNG DES LEBENSMITTELPUNKTES EINES MENSCHEN ÜBER EINE GRÖßERE ENTFERNUNG (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 76). 75

BEI EINEM STAATENWECHSEL WIRD AUCH VON INTERNATIONALER MIGRATION GESPROCHEN, WOBEI DIE DAUER UND DAS ZUGRUNDE LIEGENDE MOTIV ENTSCHIEDEND SIND. URLAUBSREISEN ODER EINE BERUFSBEDINGTE PENDLERTÄTIGKEIT WIRD NICHT ALS MIGRATION BEZEICHNET (VGL. BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION 2011, S. 13). VON MIGRATION WIRD BEI EINEM LÄNGERFRISTIG ANGELEGTEM BZW. DAUERHAFTEN WOHNORTWECHSEL GESPROCHEN (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 76). DIE MEIST VERWENDETE BEGRIFFLICHKEIT „MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN“ SCHLIEßT SINNGEMÄß NUR MENSCHEN MIT EIGENER MIGRATIONSERFAHRUNG EIN (VGL. ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 9). DAS ROBERT KOCH-INSTITUT (2008) BETONT ALLERDINGS DIE EMPFEHLUNG, IN DIESE ZIELGRUPPE AUCH DIE KINDER ZUGEWANDERTER MIGRANTINNEN MIT EINZUBEZIEHEN, DIE FOLGLICH NICHT SELBST ZUGEWANDERT SIND. „AUCH FÜR KINDER UND SOGAR ENKELKINDER VON ZUGEWANDERTEN PERSONEN KANN DER MIGRATIONSHINTERGRUND NOCH PRÄGEND SEIN, Z. B. WENN SIE ÜBER EINE NICHTDEUTSCHE STAATSBÜRGERSCHAFT VERFÜGEN UND SICH SO DURCH IHRE RECHTLICHE SITUATION VON PERSONEN MIT DEUTSCHER STAATSANGEHÖRIGKEIT UNTERSCHIEDEN“ (ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 9). DAS STATISTISCHE BUNDESAMT HAT SICH DIESER PROBLEMATIK ERSTMALIG IM MIKROZENSUS 2005 ANGENOMMEN UND VERWENDET SEITDEM DEN BEGRIFF „MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND“, DER FOLGENDERMAßEN DEFINIERT WIRD: „(...) MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND (...) (SIND) ALLE NACH 1949 AUF DAS HEUTIGE GEBIET DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND ZUGEWANDERTEN, SOWIE ALLE IN DEUTSCHLAND GEBORENEN AUSLÄNDER UND ALLE IN DEUTSCHLAND

ALS DEUTSCHE GEBORENEN MIT ZUMINDEST EINEM ZUGEWANDERTEN ODER ALS AUSLÄNDER IN DEUTSCHLAND GEBORENEM ELTERNTEIL“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2013, S. 6). DIESER BEGRIFF BEZIEHT DAMIT NACHKOMMEN VON MIGRANTINNEN OHNE EIGENE MIGRATIONSERFAHRUNG MIT EIN (VGL. ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 10)..... 75

2.2 Pflgende Angehörige..... 76

2.3 Kultursensible Pflege..... 77

DIE IN DEN 70ER JAHREN VON MADELEINE LEININGER ENTWICKELTE THEORIE DER TRANSKULTURELLEN UND KULTURSENSIBLEN PFLEGE, BESCHÄFTIGT SICH MIT DER BERÜCKSICHTIGUNG DES KULTURELLEN HINTERGRUNDES EINES ZU PFLEGENDEN MENSCHEN (VGL. VON BOSE & TERPSTRA 2012, S. 12). 77

DER KULTURBEGRIFF IST ALLGEMEIN SCHWER FASSBAR UND MIT DIVERSEN DEFINITIONEN IN DER LITERATUR VERTRETEN. DER VON LEININGER VERWENDETE KULTURBEGRIFF IST AUF DER GRUNDLAGE VON EDWARD B. TYLER ENTSTANDEN. DEMNACH IST KULTUR EIN „KOMPLEXES GANZES, WELCHES GLAUBENSVORSTELLUNGEN, MORAL, NORMEN UND ETHISCHE VORSTELLUNGEN, SITTEN UND BRÄUCHE UND ALLE ANDEREN MENSCHLICHEN FÄHIGKEITEN UND EIGENSCHAFTEN (...) EINSCHLIEßT“ (VON BOSE & TERPSTRA 2012, S. 13). 77

DIE MITTE DER KULTUR BILDET „DAS INDIVIDUUM, DER EINZELNE, EINERSEITS ALS SELBSTVERANTWORTLICHES WESEN ANDERERSEITS ALS TEIL SEINER ERLERNTEN KULTUR“ (VON BOSE & TERPSTRA 2012, S. 12). KULTURSENSIBILITÄT MEINT DABEI EINE HOHE REFLEXIONSFÄHIGKEIT, DIE EIGENE UND DIE WOMÖGLICH FREMDE KULTUR DES GEGENÜBERS WAHRZUNEHMEN, WERTZUSCHÄTZEN UND DIE BEREITSCHAFT SIE KENNENZULERNEN. DAZU GEHÖRT DIE ACHTUNG UND AKZEPTANZ „KULTURELL BEDINGTE(R) WAHRNEHMUNGS- UND WERTEMUSTER WIE REGELN UND TABUS (...), UNTERSCHIEDLICHE(R) RELIGIÖSE(R) VORSTELLUNGEN, GRUNDSÄTZE UND LEBENSWEISHEITEN (...), SOWIE EINE UNVOREINGENOMMENE AUSEINANDERSETZUNG MIT KULTURELL DIFFERENTEN GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSVORSTELLUNGEN (...)“ (PIECHOTTA 2009, S. 78). 77

LEININGERS VERSTÄNDNIS VON PFLEGE IST TRANSKULTURELL, DAS BEDEUTET KULTURÜBERGREIFEND, BZW. DIE SELBSTVERSTÄNDLICHKEIT DIE GRENZEN DER

EIGENEN KULTUR ZU ÜBERSCHREITEN. DIE VON IHR ENTWICKELTE THEORIE SOLL EINEN HANDLUNGSLEITFADEN FÜR KULTURSENSIBLE PFLEGE BIETEN (VGL. VON BOSE & TERPSTRA 2012, S. 12). LAUT LEININGER (1998) BENÖTIGEN „PFLEGENDE KULTURBEZOGENES WISSEN UND EINE THEORIE, DAMIT ENTSPRECHENDES WISSEN ERARBEITET WERDEN KANN, DAS ALS ORIENTIERUNG FÜR DIE PFLEGEPRAKTIKEN DIENT“ (LEININGER 1998, S. 38)..... 77

DIE FÜRSORGE IST ALS WICHTIGE GRUNDLAGE DER THEORIE VON LEININGER ANZUFÜHREN. DIES BEDEUTET SICH INDIVIDUELL UND EINGEHEND MIT DEN PATIENTEN, DEREN ANGEHÖRIGEN UND DEM GESAMTEN UMFELD AUSEINANDERZUSETZEN. DIE FÜRSORGE IST KERN DER PFLEGE UND IN NAHEZU ALLEN KULTUREN VERANKERT (VGL. LEININGER 1998, S. 38). DIE MIT KONKRETEN INHALTEN GESTALTETE JEWEILIGE PFLEGE IST DANN KULTURSPEZIFISCH (VGL. VON BOSE & TERPSTRA 2012, S. 12 F.). KULTURSPEZIFISCHE FÜRSORGE BEINHÄLTET LAUT LEININGER (1998) DREI BEDINGUNGEN. DAZU GEHÖRT DIE BEWAHRUNGS- UND/ODER ERHALTUNGSFUNKTION KULTURSPEZIFISCHER FÜRSORGE (Z.B. SPEZIELLER TEE BEI MAGENLEIDEN) DIE ANPASSUNGS- UND/ODER VERSTÄNDIGUNGSFUNKTION KULTURSPEZIFISCHER FÜRSORGE (Z. B. DIE GANZE FAMILIE AM KRANKENBETT) UND DIE ÄNDERUNGS- ODER UMSTRUKTURIERUNGSFUNKTION KULTURSPEZIFISCHER FÜRSORGE (WELCHE GEWOHNHEITEN SOLLEN MIT WELCHEN PFLEGEMETHODEN GEÄNDERT WERDEN?) (VGL. LEININGER 1998, S. 67)..... 78

EBENFALLS EIN WICHTIGER BAUSTEIN DER THEORIE VON LEININGER IST, DASS DIE PFLEGEEMPFÄNGER SELBST ALS EXPERTEN IHRER „PFLEGE“ ZU SEHEN SIND UND DIE PFLEGEKRÄFTE LERNEN MÜSSEN, „DIE PATIENTEN MIT DEREN AUGEN ZU SEHEN“ (VON BOSE & TERPSTRA 2012, S. 12). DIE TRANSKULTURELLE UND KULTURSENSIBLE PFLEGE UNTERSTÜTZT MENSCHEN UNTERSCHIEDLICHER KULTUR DURCH DIE BERÜCKSICHTIGUNG IHRER KULTURELLEN VERSCHIEDENHEIT IN DER ERFÜLLUNG IHRER PFLEGEBEDÜRFNISSE (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 436). SO SOLLEN KONFLIKTE UND MISSVERSTÄNDNISSE ABGEBAUT UND DIE PFLEGE DADURCH BELASTUNGSÄRMER GESTALTET WERDEN (VGL. BRZOSKA & RAZUM, 2011, S. 436). 78

LEININGER VISUALISIERTE IHRE THEORIE MIT DEM SO GENANNTEN SUNRISE-MODELL (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 437) DAS MODELL BIETET EINEN GESAMTÜBERBLICK ÜBER DIE VERSCHIEDENEN UND DOCH ENG ZUSAMMENHÄNGENDEN DIMENSIONEN

UND FAKTOREN DER THEORIE, DIE EINFLUSS AUF DEN PFLEGEPROZESS HABEN. DAZU ZÄHLEN UNTER ANDEREM DAS WELT- UND WIRKLICHKEITSVERSTÄNDNIS, TECHNOLOGISCHE, RELIGIÖSE, VERWANDTSCHAFTLICHE, KULTURELLE, POLITISCHE, WIRTSCHAFTLICHE UND BILDUNGSBEDINGTE EINFLUSSFAKTOREN, FAMILIEN- UND GRUPPENGEFÜGE, VERSCHIEDENE PFLEGESYSTEME UND DIE DAMIT VERBUNDENEN PFLEGEMAßNAHMEN (VGL. LEININGER 1998, S. 69). ES SOLL PRAKTIKERN UND FORSCHERN ALS GRUNDLAGE DIENEN, KULTURSPEZIFISCHE PRAKTIKEN, MUSTER, VERSTÄNDNISSE UND BEDEUTUNGEN DER FÜRSORGE ZU ERFASSEN UND IN IHREN PROFESSIONELLEN PFLEGEENTSCHEIDUNGEN UND HANDLUNGEN ZU BERÜCKSICHTIGEN (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 437)..... 78

3 THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND 79

DAS FOLGENDE KAPITEL BILDET DEN THEORETISCH EMPIRISCHEN HINTERGRUND DER ARBEIT. ES WERDEN DIE RECHERCHESTRATEGIE SOWIE DIE DARAUS GEWONNENEN ERGEBNISINHALTE DARGESTELLT. 79

3.1 Recherchestrategie..... 79

UM EINEN ÜBERBLICK ÜBER DEN FORSCHUNGSSTAND BEZÜGLICH „DEMENTZ BEI MIGRANTINNEN“ ZU BEKOMMEN, WURDE EINE COMPUTERGESTÜTZTE SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE DURCHGEFÜHRT. IM FOKUS DER RECHERCHE STAND DIE FRAGE, WELCHE PSYCHOSOZIALEN BELASTUNGEN BEI DEMENZIELL ERKRANKTEN (TÜRKISCHEN) MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN BESTEHEN UND ÜBER WELCHE RESSOURCEN INSBESONDERE DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN VERFÜGEN. AUFGRUND DES PFLEGEWISSENSCHAFTLICH-INTERDISZIPLINÄREN SCHWERPUNKTES WURDEN MEDLINE UND CINAHL AUS DER VIELZAHL AN MEDIZINISCHEN, PSYCHOLOGISCHEN, PFLEGE-, POLITIK- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHEN FACHDATENBANKEN ALS VORRANGIGE RECHERCHEQUELLEN AUSGEWÄHLT. ZUSÄTZLICH WURDE DER BIBLIOTHEKSKATALOG DER HAW HAMBURG UND DIE DATENBANK DES SPRINGER VERLAGES IN DIE LITERATURSUCHE MIT EINBEZOGEN. EINE ERGÄNZENDE SUCHE ÜBER GOOGLE ZIELTE AUF DIE IDENTIFIZIERUNG PRAXISBEZOGENER VERÖFFENTLICHUNGEN AB. AUßERDEM FAND EINE HANDSUCHE IN PFLEGEWISSENSCHAFTLICHEN, MEDIZINISCHEN UND SOZIOLOGISCHEN FACHZEITSCHRIFTEN UND BUCHPUBLIKATIONEN SOWIE IN DEREN

REFERENZLISTEN STATT. IN DIE LITERATURRECHERCHE WURDEN ALLE GEFUNDENEN FORSCHUNGSARBEITEN MIT DEM THEMATISCHEN SCHWERPUNKT „DEMENTZ UND MIGRATION“ EINBEZOGEN, INSBESONDERE AKTUELLE WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN, PROJEKTBERICHTE UND SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEITEN. DIE BEWERTUNG DER INHALTLICHEN RELEVANZ DER SUCHERGEBNISSE ERFOLGTE ÜBER DIE SICHTUNG VON TITEL UND ABSTRACT. ALS RELEVANT WURDEN DEUTSCH- ODER ENGLISCHSPRACHIGE BÜCHER, ZEITSCHRIFTENAUFsätze UND FORSCHUNGSARTIKEL DEFINIERT. DIE VERWENDETEN SUCHBEGRIFFE SOWIE DETAILS DER SUCHSTRATEGIE SIND DER ANLAGE 1 UND DER ANLAGE 2 ZU ENTNEHMEN. 79

3.2 Demenzerkrankungen bei MigrantInnen 79

DIESES KAPITEL STELLT DIE ERKENNTNISSE DER SYSTEMATISCHEN LITERATURRECHERCHE ZUR DEMENZ BEI MIGRANTINNEN VOR. DAZU WERDEN LEBENSITUATION UND KRANKHEITSMUSTER SOWIE AUSFÜHRlich DIE SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER BESCHRIEBEN 80

3.2.1 Lebenssituation und Krankheitsmuster 80

ZUR ANZAHL DER IN DEUTSCHLAND AN DEMENZ ERKRANKTEN MIGRANTINNEN GIBT ES BISHER KEINE GENAUEN STATISTISCHEN DATEN BZW. REPRÄSENTATIVE WISSENSCHAFTLICHE UNTERSUCHUNGEN (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 78; BALIKCI 2011, S. 464). AUCH INTERNATIONAL IST ZUR PRÄVALENZRATE VON DEMENZ BEI MIGRANTINNEN BISHER WENIG BEKANNT (VGL. SUN ET AL. 2014; WETZEL ET AL. 2014; NIELSEN ET AL. 2010)..... 80

DER VERLAUF DER DEMENZ (AUS DEM LATEINISCHEN „OHNE GEIST“), DER ALS EIN ÜBERBEGRIFF FÜR VERSCHIEDENE KOGNITIVE ERKRANKUNGEN IM HÖHEREN LEBENSALTER STEHT, IST LAUT KOCS (2005) JE NACH KRANKHEITSBILD UND PERSON INDIVIDUELL (VGL. KOCS 2005, S. 283). DIE AUSWIRKUNGEN DURCH KOGNITIVE DEFIZITE, DIE ZU BEEINTRÄCHTIGUNGEN BEI DEN AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS FÜHREN, MÜNDEN LANGFRISTIG IN EINE PFLEGE BEDÜRFTIGKEIT (VGL. KOCS 2005, S. 283)..... 80

ES WIRD VERMUTET, DASS DEMENZ BEI MIGRANTINNEN FRÜHER EINTRITT ALS BEI DER BEVÖLKERUNG OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND (VGL. STEINHOFF & WROBEL 2004, S.

217; BALIKCI 2011, S. 464). AUßERDEM IST VON EINEM ERHÖHTEN ERKRANKUNGSRISIKO FÜR MIGRANTINNEN AUSZUGEHEN (VGL. ULUSOY & GRÄßEL 2010, S. 332). DIE GRÜNDE FÜR DAS FRÜHERE AUFTRETEN DER ERKRANKUNG UND DAS ERHÖHTE ERKRANKUNGSRISIKO SIND VERMUTLICH SCHLECHTERE LEBENS - UND ARBEITSBEDINGUNGEN, WOZU AUCH DER EINGESCHRÄNKTE ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM ZÄHLT (VGL. ULUSOY & GRÄßEL 2010, S. 332) SOWIE DER EINFLUSS DER PERSÖNLICHEN MIGRATIONS BIOGRAFIE (VGL. BALIKCI 2011, S. 464; PIECHOTTA 2009, S. 78; DOMENIG 2001, S. 22). DER KRANKHEITSVERLAUF UNTERSCHIEDET SICH DABEI ABER KAUM IM VERGLEICH ZU DER BEVÖLKERUNG OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND (VGL. BALIKCI 2011, S. 464). 80

AUFGRUND DES MIGRATIONSHINTERGRUNDES KÖNNEN SICH ABER AUSPRÄGUNGEN DER KRANKHEITSMUSTER ZWISCHEN MIGRANTINNEN IM VERGLEICH ZUR BEVÖLKERUNG DES ZIELLANDES SOWIE AUCH DES HERKUNFTSLANDES UNTERSCHIEDEN (VGL. ZEEB & RAZUM 2006, S. 845). HIER SPIELEN KULTURELLE UND MIGRATIONSSPEZIFISCHE EINFLUSSFAKTOREN EINE ROLLE (VGL. KIRKCALDY ET AL. 2006, S. 877). DER VERLUST AN VORHERIGEN ORIENTIERUNGS- UND STRUKTURIERUNGSMÖGLICHKEITEN, DIE VERÄNDERUNG SOZIALER NETZWERKE, ROLLENWECHSEL AUF BERUFLICHER UND FAMILIÄRE EBENE ETC. PRÄGEN DIE ERFAHRUNGEN DER MIGRANTINNEN (VGL. DOMENIG 2001, S. 33; KIRKCALDY ET AL. 2006, S. 877). DAZU KOMMEN MÖGLICHE TRAUMATISCHE ERLEBNISSE, ZUKUNFTSÄNGSTE, ENTWURZELUNG UND (FAMILIÄRE) TRENNUNGSERFAHRUNGEN (VGL. DOMENIG 2001, S. 22)..... 80

SOWOHL BEI DEMENZIELLEN ERKRANKUNGEN ALS AUCH IM KONTEXT DES MIGRATIONSPROZESSES KOMMT ES ZU VERÄNDERUNGEN DER SELBST- UND FREMDWAHRNEHMUNG, WAS DIE BETROFFENEN VOR GROßE HERAUSFORDERUNGEN STELLT (VGL. DIBELIUS 2013, S. 28). DIE PROBLEMATIK DER DARAUS RESULTIERENDEN IDENTITÄTSSUCHE, DER DEMENZIELL ERKRANKTE FORTWÄHREND AUSGESETZT SIND, TRIFFT BEI MIGRANTINNEN DOPPELT ZU, DA DIESE SICH DAMIT AUCH IM RAHMEN IHRES MIGRATIONSPROZESSES FORTWÄHREND BESCHÄFTIGEN (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 79). AUßERDEM WERDEN SIE DURCH DIE DEMENZ AUS „IHREM OFTMALS OHNEHIN SCHON VON MANGELNDER SOZIALER INTEGRATION GEPRÄGTEN ALLTAG GEDRÄNGT,

VERLIEREN IHREN STATUS INNERHALB DER ETHNISCHEN COMMUNITY IN DER FAMILIE UND NICHT ZULETZT AUCH IN DER EHE“ (STEINHOFF & WROBEL 2004, S. 217). 81

MIT DEM FORTSCHREITEN DER ERKRANKUNG BRAUCHEN DIESE MENSCHEN IN BESONDEREM MAÙE EINE RESPEKTVOLLE UND WÜRDEVOLLE LEBENSBEGLEITUNG (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 76). VOR ALLEM ÄLTERE MIGRANTINNEN HALTEN IN AUSGEPRÄGTER WEISE AN ERINNERUNGEN (MITMENSCHEN, SPRACHE ESSEN, MUSIK, KULTURELLE UND RELIGIÖSE HANDLUNGEN), AN DEN FRÜHEREN LEBENSSTIL UND AN FAMILIENEREIGNISSEN UND KINDHEITSERLEBNISSEN FEST (VGL. KIRKCALDY ET AL. 2006, S. 879). FÜR MIGRANTINNEN, DIE AN DEMENZ LEIDEN, BEDEUTET DIESE ERKRANKUNG DAHER EINEN „NICHT ZU KOMPENSIERENDEN EXISTENTIELLEN VERLUST VON PERSÖNLICHER LEBENSGESCHICHTE, IDENTITÄT, VERTRAUTHEIT SOWIE VERBALEN UND NONVERBALEN KOMMUNIKATIONSMÖGLICHKEITEN“ (PIECHOTTA 2009, S. 79). MIT DEM FORTSCHREITEN DER DEMENZIELLEN ERKRANKUNG VERSCHWINDEN ZUDEM DIE IM EINWANDERUNGSLAND ERWORBENEN MEIST GERINGEN SPRACHKENNTNISSE UND EINE KOMMUNIKATION IST NUR NOCH IN DER MUTTERSPRACHE MÖGLICH (VGL. BALIKCI 2011, S. 464)..... 81

3.2.2 Die Sichtweise pflegender Angehöriger.....81

DER GROßTEIL DER PFLEGERISCHEN BETREUUNG DEMENZIELL ERKRANKTER MIGRANTINNEN WIRD VON FAMILIENANGEHÖRIGEN GETRAGEN (VGL. SHURGOT & KNIGHT 2005; HENDERSEN ET AL. 2011; GREMLOWSKI 2011; RAVEN & HUISMANN 2000). 81

LAUT BRZOSKA UND RAZUM (2011) ZEIGEN VEREINZELTE UNTERSUCHUNGEN AUF, DASS MIGRANTINNEN EINE EHER ABLEHNENDE HALTUNG GEGENÜBER PFLEGEHILFEANGEBOTEN HABEN (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 433). AUFGRUND DER NICHTINANSPRUCHNAHME VON PROFESSIONELLEN UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN IST MIT NEGATIVEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE PSYCHISCHE UND PHYSISCHE GESUNDHEIT VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN ZU RECHNEN (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 333). ZUR SITUATION BZW. VOR ALLEM ZUM BELASTUNGSERLEBEN PFLEGENDER ANGEHÖRIGER VON DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN GIBT ES ABER, WIE BEREITS ERWÄHNT, KAUM EMPIRISCH ABGESICHERTE ERKENNTNISSE (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 76; ULUSOY &

GRÄBEL 2010, S. 333). BISHER VORLIEGENDE STUDIEN ZUR ANGEHÖRIGENBELASTUNG IN DEUTSCHLAND UNTER ANDEREM VON PINQUART UND SÖRENSEN (2002) ODER DIE LÄNGSSCHNITTSTUDIE LEANDER (VGL. ZANK & SCHACKE O. J.) BERÜCKSICHTIGEN DEN MIGRATIONSASPEKT NICHT. 81

IM FOLGENDEN WERDEN VORLIEGENDE NATIONALE UND INTERNATIONALE ERKENNTNISSE BESCHRIEBEN, DIE EINEN EINBLICK IN DIE SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER VON DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN GEBEN SOLLEN. EINE DIFFERENZIERTE DARSTELLUNG ERFOLGT IN DEN DREI UNTERKAPITELN „PFLEGEMOTIVE UND KRANKHEITSVERSTÄNDNIS“, BELASTUNGSERLEBEN UND RESSOURCEN“ SOWIE „VERSORGUNGSBEDÜRFNISSE“. DABEI STEHEN VOR DEM HINTERGRUND DES BEARBEITUNGSZIELES INSBESONDERE DIE IN DEUTSCHLAND LEBENDEN, PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN IM FOKUS. .. 82

3.2.2.1 Pflegemotive und Krankheitsverständnis..... 82

DIE MOTIVE ZUR PFLEGEÜBERNAHME EINES DEMENTEN FAMILIENMITGLIEDES, INSBESONDERE IN TÜRKISCHEN MIGRANTENFAMILIEN, SIND ENG MIT DER TRADITIONELLEN ROLLENERWARTUNG, DAMIT EINHERGEHENDEN FAMILIÄREN VERPFLICHTUNGEN UND ETHNISCH RELIGIÖSEN LEITBILDERN, VERBUNDEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 303; ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 332 F.). AUßERDEM SPIELEN DIE HÄUFIG VORLIEGENDEN WISSENSDEFIZITE BEI DEN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN ÜBER ALTERNATIVE VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN EINE ROLLE (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 333)..... 82

LAUT EINER STUDIE VON PIECHOTTA UND MATTER (2008) HABEN KLINIKEN WENIGE KONTAKTE ZU DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN. AUCH DADURCH LÄSST SICH VERMUTEN, DASS DIE VERSORGUNG ÜBERWIEGEND IM HÄUSLICHEN UMFELD STATTFINDET (VGL. PIECHOTTA & MATTER 2008, S. 226). 83

NACH ULUSOY UND GRÄBEL (2010) VERTRETEN VIELE TÜRKISCHE MIGRANTINNEN DIE ANSICHT, DASS DIE ANGEHÖRIGEN VON NIEMANDEM BESSER GEPFLEGT WERDEN ALS IN DER EIGENEN FAMILIE (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 333; DRONIA 2002, S. 52). DIE FAMILIE IST GEPRÄGT VON DER GESCHICHTE DIESES PFLEGEVERSTÄNDNISSES AUS IHREM HERKUNFTSLAND, WELCHES MIT DEN DORT HERRSCHENDEN NORMEN UND WERTESYSTEMEN LEGITIMIIERT WIRD (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 432). BEI DER

ABSCHIEBUNG EINES ANGEHÖRIGEN IN BEISPIELSWEISE EINE STATIONÄRE EINRICHTUNG DROHT DEN ANGEHÖRIGEN EIN HOHER SOZIALER DRUCK (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 333). „DAS FAMILIENSYSTEM (...) GILT ALS SCHONRAUM FÜR INTIMITÄT UND KÖRPERLICHKEIT, EXTERNE LEISTUNGEN VON DRITTEN WERDEN (HÄUFIG) ALS EINBRUCH IN DIESE PRIVATSPHÄRE GESEHEN UND DAHER SO LANGE WIE MÖGLICH ABGELEHNT“ (RAVEN & HUISMANN 2000, S. 195). HILFELEISTUNGEN PROFESSIONELLER ART WERDEN ALLENFALLS SEHR SPÄT IN ANSPRUCH GENOMMEN (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 188). ALTERNATIV SUCHEN TÜRKISCHE MIGRANTINNEN BZW. DEREN PFLEGENDE ANGEHÖRIGE TEILWEISE ZUR UNTERSTÜTZUNG EHER KULTURSENSIBLE VERSORGUNGSVARIANTEN WIE GEISTHEILER AUF (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 195)..... 83

AUCH INTERNATIONALE STUDIEN STELLEN DIE BEDEUTUNG DER FAMILIE IN DEN VORDERGRUND (VGL. SHANLEY ET AL. 2012; WETZEL ET AL. 2014; TURNER & CHRISTIE 2005; GUSTAW ET AL. 2001). SHANLEY ET AL. (2012) KOMMEN IN IHRER IM SÜDWESTEN SYDNEYS MIT ITALIENISCHEN, CHINESISCHEN, SPANISCHEN UND ARABISCHEN MIGRANTINNEN DURCHGEFÜHRTEN QUALITATIVEN STUDIE ZU DEM ERGEBNIS, DASS DIE PFLEGE DURCH ANGEHÖRIGE IN DER HÄUSLICHKEIT SICHERHEITS- UND KULTURELLE GRÜNDE HAT UND HÄUFIG EINE ABNEIGUNG GEGEN STATIONÄRE PFLEGE BESTEHT. WETZEL ET AL. (2014), DIE SICH IN IHRER STUDIE MIT DER PERSPEKTIVE VON WEIBLICHEN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN VON MIGRANTINNEN MIT DEMENZ IN DEN NIEDERLANDEN BESCHÄFTIGTEN, STELLTEN ALS ERGEBNIS IHRER BEFRAGUNGEN FEST, DASS DIE PFLEGE DURCH ANGEHÖRIGE EINE AUFGABE IST, DIE MIT VIEL RESPEKT UND LIEBE VON FRAUEN AUSGEFÜHRT WERDEN SOLLTE UND BESSER ALS DIE PROFESSIONELLE PFLEGE IST. DIE BEFRAGTEN TÜRKISCHEN UND MAROKKANISCHEN FAMILIEN BETONEN ZUDEM, DASS ES ZU MEHR ERINNERUNG UND ANNÄHERUNG FÜHRT (VGL. WETZEL ET AL. 2014). GUSTAW ET AL. (2001) UNTERSUCHTEN DIE EMOTIONALEN BELASTUNGEN IN DER PFLEGE DEMENZKRANKER IN POLNISCHEN FAMILIEN, DIE DIE ÜBERNAHME DER PFLEGE ALS PFLICHT FÜR FAMILIENANGEHÖRIGE ANSEHEN (VGL. GUSTAW ET AL. 2001 ZIT. N. GREMLOWSKI 2011, S. 365)..... 84

DAS KRANKHEITSBILD DEMENZ WIRD IN DER TÜRKISCHEN HEIMAT NICHT OFFEN THEMATISIERT, PFLEGENDE ANGEHÖRIGE KENNEN MEIST KEINE VERÖFFENTLICHUNGEN IN DER MUTTERSPRACHE (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 193). DIE STUDIE VON

PIECHOTTA UND MATTER (2008) ZEIGT WEITERHIN AUF, DASS DIE KRANKHEIT AUCH IN DEUTSCHLAND ALS TABUTHEMA GESEHEN WIRD, DIE ANGEHÖRIGEN SCHULD- UND SCHAMGEFÜHLE HABEN UND INFORMATIONSDIFIZITE VORHANDEN SIND (VGL. PIECHOTTA & MATTER 2008, S. 227; STEINHOFF & WROBEL 2004, S. 215). DAS KRANKHEITSBILD „DEMENTZ“ WIRD INNERHALB DER TÜRKISCHEN GEMEINSCHAFT ZUMEIST VERSPOTTET BZW. VERSCHWIEGEN (VGL. STEINHOFF & WROBEL 2004, S. 217). DIE DEMENTZ WIRD ALS FAMILIENSACHE GESEHEN, ANDERE PROBLEME WIE ARBEIT, WOHNUNG ODER DER AUFENTHALTSSTATUS WERDEN PRIORISIERT (VGL. HUISMANN ET. AL. 2000, S. 52; THIEL 2011, S. 49). DAS AUFTRETEN ERSTER SYMPTOME WIE VERGESSLICHKEIT UND ORIENTIERUNGSVERLUST WIRD MEIST INNERHALB DER FAMILIE BEMERKT (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 193). DIESE ANZEICHEN WERDEN ABER ZUNÄCHST NICHT ALS ERKRANKUNGSSYMPTOME ANGESEHEN, ES IST MEIST KEIN PROBLEMBEWUSSTSEIN FÜR DEMENTZ VORHANDEN (VGL. THIEL 2011, S. 50)..... 84

DIE RELIGION BZW. DER KORAN MACHEN WICHTIGE AUSSAGEN ZUR LEBENSFORM EINES MOSLEMS UND SIND EIN LEBENDIGER TEIL DES ALLTAGSLEBENS VIELER MEIST ÄLTERER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN (VGL. ZIELKE-NADKARNI 2003, S. 349). NEBEN AUSSAGEN ZUR VERSORGUNGSVERANTWORTUNG INNERHALB DER FAMILIE BESTIMMT OFTMALS DIE RELIGION DIE SICHTWEISE VON KRANKHEITEN (VGL. THIEL 2011, S. 50). EINE AUFGETRETENE KRANKHEIT GILT IM ISLAM ALS EXOGEN VERURSACHT UND WIRD ALS WILLE GOTTES GESEHEN, ALS PRÜFUNG ODER ALS STRAFE, DIE MAN ZU BESTEHEN HAT (VGL. THIEL 2011, S. 50; BALIKCI 2011, S. 467). IN DER SITUATION DES KRANKSEINS BEDEUTET DIES, KEINEN EINFLUSS MEHR ZU HABEN, AUSGELIEFERT ZU SEIN (VGL. ZIELKE-NADKARNI 2003, S. 349 FF.). DAS THEMA PRÄVENTION SPIELT MEIST KEINE ROLLE (VGL. BALIKCI 2011, S. 467)..... 85

AUCH INTERNATIONAL ZEIGT SICH, DASS DAS THEMA DEMENTZ IN VIELEN ETHNISCHEN GRUPPEN NICHT DISKUTIERT WIRD (VGL. WOO & CHUNG 2013; DAKER-WHITE 2002, NIELSEN ET AL. 2010). DAKER-WHITE (2002) BESCHREIBT BEISPIELSWEISE IN SEINEM ÜBERBLICK ÜBER DIE BEDÜRFNISSE UND LEISTUNGSERBRINGUNG ETHNISCHER MINDERHEITEN IN DER DEMENTENBETREUUNG, DASS ETHNISCHE GRUPPEN IN DER USA, DAS KRANKHEITSBILD DEMENTZ EBENFALLS NICHT ALS GESUNDHEITSPROBLEM BEWERTEN (VGL. DAKER-WHITE 2002, S. 101)..... 85

3.2.2.2 Belastungserleben und Ressourcen 85

IM RAHMEN DES BELASTUNGSERLEBENS STEHEN BEI PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN
 DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN VOR ALLEM PSYCHISCHE
 BELASTUNGEN IM VORDERGRUND (VGL. KÜCÜK 2008, S. 303; RAVEN & HUISMANN
 2000, S. 194). DIE FORMEN DER BELASTUNGSVERARBEITUNG SIND UNTERSCHIEDLICH
 UND HÄNGEN VON INDIVIDUELLEN RESSOURCEN UND DER BEZIEHUNG ZU DEM
 ERKRANKTEN AB (VGL. HUISMANN ET. AL. 2000, S. 63)..... 85
 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG VON RAVEN UND HUISMANN (2000) ZEIGEN, DASS DIE
 PERSÖNLICHE BELASTUNG DER PFLEGEPERSONEN VON DEM JEWEILIGEN
 KRANKHEITSSTADIUM UND DER DAUER UND INTENSITÄT DER PFLEGERISCHEN
 VERSORGUNG ABHÄNGIG IST (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 193). DIE
 REAKTIONSWEISEN SIND VIELFÄLTIG UND REICHEN ÜBER SCHOCK, ANGST, OHNMACHT
 UND TRAUER BIS HIN ZU EINER TRÜGERISCHEN HOFFNUNG AUF BESSERUNG.
 ÜBERFORDERUNG ZEIGT SICH DURCH SPANNUNGEN, VORWÜRFE, RESIGNATION,
 SCHULD- UND SCHAMGEFÜHLE UND PERMANENTE EMOTIONALE STRESSSITUATIONEN
 (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 194; BALIKCI 2011, S. 467). DAZU KOMMT EIN
 ZEITLICHER UND FINANZIELLER AUFWAND (VGL. HUISMANN ET. AL. 2000, S. 57).
 AUFGRUND DER MEIST RÄUMLICH BEENGTE WOHNVORHÄLTNISSE BEI
 MIGRANTINNEN IST EINE ZEITWEILIG NOTWENDIGE DISTANZ ZU DEM ERKRANKTEN
 SCHWIERIG, DADURCH KOMMT ES ZU „DER ENTSTEHUNG EINER
 ÜBERLASTUNGSSPIRALE, MIT DER FOLGE, DASS DIE FAMILIENMITGLIEDER ZU CO-
 ERKRANKTEN WERDEN UND DIE DEMENTEN NICHT ADÄQUAT VERSORGT WERDEN“
 (PIECHOTTA & MATTER 2008, S. 225). 85
 KÜCÜK (2008) STELLTE FEST, DASS DIE ELTERN-KIND-BEZIEHUNG SICH IM KONTEXT DER
 ERKRANKUNG VERÄNDERT. MAN WÜRDTE SICH ALS TOCHTER BEISPIELWEISE IN DER
 ROLLE DER MUTTER WIEDERFINDEN UND SOMIT EINE ZUSÄTZLICHE VERANTWORTUNG
 FÜR DIE ERKRANKTEN ELTERN ÜBERNEHMEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 303). DAZU
 KOMMEN EINE SOZIALE ISOLATION, AUCH BEDINGT DURCH EIN REDUZIERTES
 PERSÖNLICHES ZEITKONTINGENT (VGL. KÜCÜK 2008, S. 303; PIECHOTTA & MATTER
 2008, S. 227) UND DIE SORGE UM DIE VERNACHLÄSSIGUNG DER EIGENEN KINDER (VGL.
 KÜCÜK 2008, S. 305). BEI DER VERSORGUNG EINES DEMENZIELL ERKRANKTEN
 EHEPARTNERS STELLEN DER VERLUST DES PARTNERS, DAS FEHLEN VON
 KOMMUNIKATION UND DAS ALLEINSEIN SOWIE DER VERZICHT AUF SEXUELLE UND

KÖRPERLICHE KONTAKTE (VGL. HUISMANN ET. AL. 2000, S. 59) WEITERE BELASTUNGEN DAR. DAZU KOMMT DIE MÖGLICHE SCHON BENANNT NEUE ROLLENVERPFLICHTUNG, ABHÄNGIGKEITSVERHÄLTNISSE, EINE BEZIEHUNG OHNE GEGENLEISTUNG SOWIE DAS AUFTRETEN VON AGGRESSIONEN DES ERKRANKTEN (VGL. HUISMANN ET. AL. 2000, S. 59). BEKLAGT WIRD ZUDEM DIE DEFIZITÄRE KOMMUNIKATIONSUNFÄHIGKEIT DER ÄRZTE MIT DEN DEMENTEN UND ANGEHÖRIGEN (VGL. HUISMANN ET. AL. 2000, S. 61).

..... 86

LAUT RAVEN UND HUISMANN (2000) ENTSpricht DIE VERLEUGNUNG EIGENER INTERESSEN EINEM TRADITIONS- UND RELIGIONSGEPRÄGTEN SELBSTBILD DER PFLEGEPERSONEN, INSBESONDERE VON TÜRKISCHEN FRAUEN, DIE DIE LAST DER PFLEGE ALS GOTTESGEWOLLT UND SCHICKSALHAFT HINNEHMEN. ES FÄLLT DEN BEFRAGTEN SCHWER, ENTSPANNUNGSFORMEN ZU SUCHEN UND IN ANSPRUCH ZU NEHMEN (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 194). DAS VERPFLICHTUNGSGEFÜHL HEMMT VIELE DER BETREUENDEN FAMILIENANGEHÖRIGEN ZUDEM, STAATLICHE UND FINANZIELLE MITTEL ZU BEANSPRUCHEN (VGL. HUISMANN ET. AL. 2000, S. 63). LAUT PIECHOTTA (2009) EXISTIERT WENIG BIS GAR KEIN WISSEN ÜBER DIE LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG. ES SIND ZUDEM ÄNGSTE VORHANDEN, DASS ANTRÄGE BEI DEN PFLEGEKASSEN ZU KÜRZUNGEN BEIM STAATLICHEN LEBENSUNTERHALT ODER WOMÖGLICH ZU EINER AUSWEISUNG FÜHREN (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 78)..... 86

INTERNATIONALE STUDIEN KOMMEN ZU ÄHNLICHEN ERGEBNISSEN. GREMLOWSKI (2011) STELLT IN IHRER ÜBERSICHTARBEIT ÜBER DIE SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER VON DEMENZKRANKEN IN POLNISCHEN SPÄTAUSSIEDLERFAMILIEN FEST, DASS DIE PFLEGEÜBERNAHME EINEN DRASTISCHEN EINSCHNITT IN DIE BISHERIGE LEBENSFÜHRUNG, VERBUNDEN MIT EINER NEUEN AUFGABENVERTEILUNG IM ALLTAG, DARSTELLT. DAS GRÖßTE PROBLEM IST DIE NOTWENDIGE KONTINUIERLICHE AUFSICHT DER ERKRANKTEN PERSON, IN DER UNTERSTÜTZUNG BEI LEBENSAKTIVITÄTEN WIE ESSEN UND TRINKEN UND IM UMGANG MIT EMOTIONALEN AUSBRÜCHEN (VGL. GREMLOWSKI 2011, S. 366). DIE MIT DER PFLEGE EINHERGEHENDEN KÖRPERLICHEN UND PSYCHISCHEN ANFORDERUNGEN FÜHREN ZU HOHER BELASTUNG UND AUCH ZU ÜBERFORDERUNG DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN, DIE ALS WICHTIGSTE BEZUGSPERSONEN FÜR IHRE AN DEMENZ ERKRANKTEN FAMILIENMITGLIEDER ZU SEHEN SIND UND ENORMEN EINFLUSS AUF DIE GESTALTUNG DER PFLEGESITUATION

HABEN (VGL. GREMLOWSKI 2011, S. 363). WEZEL ET AL. (2014) SCHLUSSFOLGERN AUS IHRER STUDIE ÜBER DIE PFLEGEBEREITSCHAFT BEI MIGRANTINNEN IN DEN NIEDERLANDEN, DIE EIN DEMENZIELL ERKRANKTES FAMILIENMITGLIED VERSORGEN, DASS EINE ENORME PSYCHISCHE BELASTUNG DURCH DIE PFLEGE VORLIEGT, ABER TROTZDEM DIE INNERE ZUFRIEDENHEIT VERBUNDEN MIT EINEM GEFÜHL VON VERPFLICHTUNG ÜBERWIEGT. ZU ÄHNLICHEN ERGEBNISSEN KOMMEN AUCH KOKANOVIC ET AL. (2001) UND MAZAHERI ET. AL. (2011). 87

„JEDE KULTUR BILDET IN IHREN EIGENEN RELIGIÖSEN SYSTEMEN UND WELTAUFFASSUNGEN (...) LEITMOTIVE UND BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN“ (DIETZEL-PAPAKYRIAKOU 2005, S. 397). RESSOURCEN KÖNNEN IN DEM ZUSAMMENHALT DER TÜRKISCHEN GEMEINDE, EINEM OFTMALS GUT FUNKTIONIERENDEN FAMILIÄREN UNTERSTÜTZUNGSSYSTEM UND DEM ENTWICKELN VON PERSÖNLICHER STÄRKE DURCH DIE ERFOLGREICHE BEWÄLTIGUNG DER PFLEGEHERAUSFORDERUNG LIEGEN (VGL. SPALLEK & ZEEB 2010, S. 60). „DER RÜCKZUG IN DIE EIGENE ETHNIE BEDEUTET FÜR VIELE MIGRANT(INNEN) DIE MÖGLICHKEIT, UNTER GLEICHGESINNTEN PROBLEME ANZUSPRECHEN, IHRE GESELLIGKEIT UND KULTUR AUSZULEBEN UND DIE IHNEN ZUSTEHENDE WERTSCHÄTZUNG ZU ERFAHREN“ (SCHOPF & NAEGELE 2005, S. 387). ALS MÖGLICHE AUCH ZUKÜNFTIGE ENTLASTUNGS- UND BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN WERDEN VON DEN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN WISSEN ÜBER DAS KRANKHEITSBILD UND DIE SYMPTOME, SOZIALKONTAKTE UND GESPRÄCHE, DER GLAUBE UND FORMELLE, DIE FAMILIE UNTERSTÜTZENDE HELFER, ANGEGEBEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 304; HUISMANN ET. AL. 2000, S. 57). AUCH WENN PROFESSIONELLE UNTERSTÜTZUNG IN EINZELNEN INTERVIEWS ALS EINE ENTLASTUNGSMÖGLICHKEIT ANGESPROCHEN WIRD, SO WIRD DIESE HILFE NUR IN EINZELFÄLLEN IN ANSPRUCH GENOMMEN UND ES WERDEN, WENN ÜBERHAUPT, BERATUNGSSTELLEN KONTAKTIERT (VGL. KÜCÜK 2008, S. 305). 87

DIE VORLIEGENDEN ERGEBNISSE SIND IM HINBLICK AUF DIE UNTERSTÜTZUNGSFUNKTION INNERHALB DER FAMILIE ABER ZWIESPÄLTIG ZU SEHEN. DAS INTEGRATIVE MITEINANDER IN TÜRKISCHEN FAMILIEN KANN AUCH VON BESONDERER PROBLEMATIK SEIN. PIECHOTTA UND MATTER (2008) BENENNEN MANGELNDES VERSTÄNDNIS DER VERWANDTSCHAFT ALS EIN STUDIENERGEBNIS. DAS SOZIALE NETZWERK SORGT OFTMALS EHER FÜR EINE BELASTUNG DER PFLEGENDEN

**ANGEHÖRIGEN STATT FÜR ENTLASTUNG, DIE VERSORGUNG DER PFLEGE WIRD NICHT
IMMER ALS GEMEINSAME AUFGABE BETRACHTET, UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE
WERDEN SOMIT NICHT OFFERiert (VGL. PIECHOTTA & MATTER 2008, S. 227)..... 88**

3.2.2.3 Versorgungsbedürfnisse.....88

**DIE BEDÜRFNISSE VON MIGRANTINNEN ERGEBEN SICH VOR ALLEM AUS DER
SPEZIFISCHEN MIGRATIONSSITUATION UND AUS IHREM SOZIOKULTURELLEN MILIEU
(VGL. DIETZEL-PAPAKYRIAKOU 2005, S. 397). 88**

**DAZU GEHÖREN AUS SICHT DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DIE ETABLIERUNG
MUTTERSPRACHLICHER BERATUNGSANGEBOTE, EINE FLEXIBLE HEIM- UND
PFLEGEHILFE, DIE ZEITWEISE DIE BETREUUNG DES ERKRANKTEN ÜBERNIMMT,
INFORMATIONEN ÜBER DAS KRANKHEITSBILD DEMENZ SOWIE HILFESTELLUNGEN ZUM
UMGANG MIT KRANKHEITSBEDINGTEN HERAUSFORDERNDEN VERHALTENSWEISEN
(VGL. HUISMANN ET AL. 2000, S. 64 F.). AUßERDEM WIRD DER WUNSCH NACH
RESPEKTIERUNG DER MEIST RELIGIÖS UND KULTURELL BEDINGTEN ANDEREN TABU-
UND SCHAMGRENZEN DER MIGRANTINNEN INSBESONDERE BEI DER DURCHFÜHRUNG
VON PFLEGEINTERVENTIONEN GEÄUßERT (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 434). DIES
MEINT AUS SICHT DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN BEISPIELSGEWEISE DIE ACHTUNG UND
EINHALTUNG SPEZIFISCHER REINIGUNGSRITUALE (Z. B. DER EINSATZ EINER
GLEICHGESCHLECHTLICHEN PFLEGEPERSON) UND SPEISEVORSCHRIFTEN (Z. B.
„KOSCHER“ BEI PFLEGEBEDÜRFTIGEN MUSLIMISCHEN GLAUBENS) (VGL. BRZOSKA &
RAZUM 2011, S. 434). 88**

**ORTSNAHE ANGEBOTE SOLLTEN GESCHAFFEN WERDEN, DIE IN DER BEKANNTEN
UMGEBUNG ANGEBOTEN WERDEN WIE Z. B. IN MOSCHEEN, TEESTUBEN, KULTUR- UND
SPORTVEREINEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 304). LAUT KÜCÜK (2008) WERDEN HOHE
ERWARTUNGEN IN DIE QUALIFIKATION DES DORT EINZUSETZENDEN PERSONALS
GESETZT. ZU DEN WICHTIGEN RAHMENBEDINGUNGEN ZÄHLEN DABEI, DASS SICH DIE
BERATER ZEIT NEHMEN, WIE BEREITS ERWÄHNT, ÜBER TÜRKISCHE SPRACHKENNTNISSE
VERFÜGEN, KULTURELLE UND BERATENDE KOMPETENZEN UND UMFASSENDES
FACHWISSEN IN BEZUG AUF DIE ERKRANKUNG UND DIE
VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN HABEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 304). ES WIRD DIE
VORSTELLUNG NACH BERATUNGSSTELLEN IN TÜRKISCHEN BALLUNGSZENTREN**

GEÄUßERT, DIE ZUDEM MIT ÖFFENTLICHEN VERKEHRSMITTELN GUT ERREICHBAR SEIEN SOLLTEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 304). ZUDEM WIRD DER WUNSCH NACH DEM AUFBAU VON SELBSTHILFEGRUPPEN, WOHNGEMEINSCHAFTEN UND KURZ- UND TAGESPFLEGEEINRICHTUNGEN MIT TÜRKISCHSPRACHIGEM PERSONAL VERMEHRT FORMULIERT (VGL. KÜCÜK 2008, S. 304). THEMATISIERT WIRD LAUT KÜCÜK (2008) AUßERDEM, DAS THEMA DEMENZ IN HÄUFIG GENUTZTEN TÜRKISCHEN MASSEN MEDIEN, INSBESONDERE IN HÖRFUNK UND FERNSEHEN, PRÄSENTER ZU MACHEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 304). ZUR ROLLE DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE HABEN PFLEGENDE ANGEHÖRIGE KLARE VORSTELLUNGEN, SIE DIENEN ALS ERSTE ANLAUFSTELLE, DIE MIGRANTINNEN ALS PATIENTEN UND PFLEGENDE ANGEHÖRIGE GEZIELTER INFORMIEREN MÜSSEN (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 335). LAUT THIEL (2011) IST ES WICHTIG, DASS DIE (EXTERNEN) PERSONEN, DIE MIT DER FAMILIE IN KONTAKT TRETEN UND HILFE VERSPRECHEN, IN DER TÜRKISCHEN GEMEINDE BEKANT SIND UND EIN PERSÖNLICHER KONTAKT GEPFLEGT WIRD (VGL. THIEL 2011, S. 75). 88

AUS DEN GEÄUßERTEN ERFAHRUNGEN DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN WIRD DEUTLICH, DASS DIE PFLEGERISCHE BEHANDLUNG DER ANGEHÖRIGEN ZUM BEISPIEL IN KRANKENHÄUSERN OFTMALS NICHT DEN BEDÜRFNISSEN DER MIGRANTINNEN ENTSPRICHT (VGL. DOMENIG 2001, S. 23). 89

ZUDEM BESTEHEN LAUT ULUSOY UND GRÄBEL (2010) BEI VIELEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN MANGELNDE KENNTNISSE ÜBER LEISTUNGEN UND MÖGLICHKEITEN DES DEUTSCHEN GESUNDHEITS- UND PFLEGESYSTEMS (VGL. ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 333). 89

INTERNATIONALE STUDIEN WEISEN ÄHNLICHE ERGEBNISSE AUF. SO WÜNSCHEN SICH PFLEGENDE ANGEHÖRIGE IN POLNISCHEN MIGRANTENFAMILIEN MUTTERSPRACHLICHE INFORMATIONEN ÜBER FORMEN UND VERLAUF DER DEMENZ SOWIE PERSÖNLICHE GESPRÄCHE MIT DEM PFLEGEPERSONAL (VGL. GREMLOWSKI 2011, S. 367). AUCH WOO (2013) ZEIGT AUF, DASS BEI CHINESISCHEN MIGRANTINNEN IN AMERIKA WISSENSDEFIZITE ZUM KRANKHEITSBILD DEMENZ, DEM VERLAUF UND HILFSANGEBOTEN VORHANDEN SIND UND DER WUNSCH NACH ENTSPRECHENDER UNTERSTÜTZUNG PRÄSENT IST (VGL. WOO 2013, S. 351). 89

3.3 Herausforderungen professioneller Pflege im kulturellen Kontext 89

**„(DIE) KULTUR NIMMT EINFLUSS AUF DIE DEFINITION DER KÖRPERANATOMIE UND
 PHYSIOLOGIE, DIE ERNÄHRUNG, DIE BEZIEHUNG ZUM ARZT, DAS
 KRANKHEITSVERSTÄNDNIS UND DIE KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG (...)“ (HELMANN 2000
 ZIT. N. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 435). BEI DER PFLEGE, INSBESONDERE VON
 DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN
 SIND WIE ANGESPROCHEN, KULTURELLE BESONDERHEITEN UNTER ANDEREM IM
 HINBLICK AUF DIE KÖRPERPFLEGE UND DIE ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN ZU
 BEACHTEN (VGL. BALIKCI 2011, S. 465). DEREN BERÜCKSICHTIGUNG SCHAFFT DIE BASIS
 FÜR VERTRAUEN UND SICHERHEIT (VGL. GREMLOWSKI 2011, S. 363). DIE URSACHEN
 FÜR SCHWIERIGKEITEN LIEGEN, WIE BEREITS ERWÄHNT, BEI
 VERSTÄNDIGUNGSSCHWIERIGKEITEN, DEN UNTERSCHIEDLICHEN BEDÜRFNISSEN, DEN
 DENK- BZW. VERHALTENSMUSTERN UND DER PERSÖNLICHEN ERWARTUNGSHALTUNG
 DER MENSCHEN (VGL. WÖLKER 2014, S. 31)..... 89
 IM ALLGEMEINEN HANDELN PFLEGENDE IN KOMPLEXEN
 VERANTWORTUNGSBEZIEHUNGEN, TRAGEN IN DIESEM SINNE EINE GEWISSE
 VERANTWORTUNG GEGENÜBER DEN ANVERTRAUTEN PFLEGE BEDÜRFTIGEN PERSONEN
 UND DEREN ANGEHÖRIGEN (VGL. HILDEBRANDT-WIEMANN 2011, S. 45). DER UMGANG
 MIT ANDEREN KULTUREN FÜHRT ZU HERAUSFORDERUNGEN FÜR DAS FACHPERSONAL
 UND MACHT HINTERGRUNDWISSEN UND KONKRETE HANDLUNGSANWEISUNGEN
 NOTWENDIG (VGL. WÖLKER 2014, S. 30; KOLLECK 2007, S. 264). PROFESSIONELLE
 PFLEGEKRÄFTE BENÖTIGEN SOMIT KENNTNISSE ÜBER DETAILLIERTE INHALTE
 KULTURELLE BESONDERHEITEN, UM EINE KULTURELLE ANNÄHERUNG ZU
 ERMÖGLICHEN UND UM EINE FÜR BEIDE SEITEN ZUFRIEDENSTELLENDEN PFLEGE ZU
 PRAKTIZIEREN (VGL. NADKARNI & FORNAZZARI 2005; KOLLECK 2007, S. 264). LAUT
 DIBELIUS (2013) WERDEN PFLEGENDEN UND MITARBEITER DES GESUNDHEITSSYSTEMS
 ZU KULTURVERMITTLERN (VGL. DIBELIUS 2013, S. 28). WICHTIG IST LAUT PIECHOTTA
 (2009), DASS JEWEILS BEIDE SEITEN DER KULTUR WAHRGENOMMEN UND REFLEKTIERT
 WERDEN. DIES IMPLIZIERT EINE HOHE BEREITSCHAFT DES KENNENLERNENS UND DER
 OBJEKTIVEN EINSCHÄTZUNG (VGL. PIECHOTTA 2009, S. 78). DAZU GEHÖRT EBENSO
 EINE OFFENE KOMMUNIKATIONSHALTUNG UND EINE AUSGEPRÄGTE FÄHIGKEIT IM
 HINBLICK AUF DIE NONVERBALE KOMMUNIKATION AUFGRUND DER MEIST BEI
 MIGRANTINNEN VORHANDENEN BZW. KRANKHEITSBEDINGT AUFGETRETENEN**

DEUTSCHEN SPRACHDEFIZITE (VGL. DIBELIUS 2013, S. 28). LAUT DOMENIG (2001) ERFORDERT PROFESSIONELLES HANDELN EINE MÖGLICHST SITUATIONS- UND KONTEXTGERECHTE ANPASSUNG DER INTERVENTIONEN AN DIE BEDÜRFNISSE DER KLIENTEN UND UMFASST IM MIGRATIONSKONTEXT SPEZIFISCHE FÄHIGKEITEN. DAZU GEHÖRT EINE FLEXIBLE GESTALTUNG AUF KOMMUNIKATIONS- UND BEZIEHUNGSEBENE, DIE VARIABLE ANPASSUNG BEREITS BESTEHENDER KONZEPTE, SOWIE DIE BERÜCKSICHTIGUNG MIGRATIONSSPEZIFISCHER, BIOGRAFISCHER, SOZIOKULTURELLER UND PSYCHOLOGISCHER ASPEKTE (VGL. DOMENIG 2001, S. 38). EINE WESENTLICHE ROLLE SPIELT AUCH DAS EMPATHIEVERMÖGEN, DAS SICH SOWOHL IM INTERESSE AN DEN LEBENSGESCHICHTEN DER MIGRANTINNEN ZEIGEN SOLLTE, UM EINEN BESSEREN ZUGANG ZU ERMÖGLICHEN ALS AUCH DIE AUSEINANDERSETZUNG MIT DEM EIGENEN HINTERGRUND UND DEN EIGENEN VORURTEILEN BEINHALTET (VGL. DOMENIG 2001, S. 38)..... 90

DIE AKTUELLE UMSETZUNG KULTURSENSIBLER PFLEGE IST ZUMEIST ALLEIN DURCH DEN EINSATZ MUTTERSPRACHLICHER PFLEGEKRÄFTE GEKENNZEICHNET (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 435). „IN DER PFLEGEAUSBILDUNG HERRSCHT DIE GRUNDANNAHME, DASS MITARBEITER MIT MIGRATIONSHINTERGRUND DIE KULTURELLEN UND RELIGIÖSEN BEDÜRFNISSE DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN BESSER KENNEN UND BEACHTEN KÖNNEN“ (BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 440) DADURCH KANN VERTRAUEN GESCHAFFEN UND MISSTRAUEN VERRINGERT WERDEN. „DIE ROLLE DES FREMDSPRACHIGEN PERSONALS MIT DEN ENTSPRECHENDEN SPRACHKENNTNISSEN SOLL ALS „BRÜCKENFUNKTION“ ZWISCHEN HILFSANGEBOT UND PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DIENEN“ (ULUSOY & GRÄBEL 2010, S. 333)..... 90

„DABEI IST ALLERDINGS ZU BERÜCKSICHTIGEN, DASS DER EIGENE MIGRATIONSHINTERGRUND NICHT AUTOMATISCH DIE KULTURSENSIBLE HANDLUNGSKOMPETENZ ERHÖHT“ (VGL. KAEWNETARA & USKE 2002 ZIT N. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 440). AUCH DIE SPRACHE IST INSBESONDERE LAUT WÖLKER (2014) ZWAR EIN VERBINDENDES ELEMENT, DIESE KANN ABER AUCH AUF NONVERBALER EBENE ERFOLGEN FÜR DIE KULTURSENSIBLE PFLEGE SIND LAUT WÖLKER (2014) DEMNACH NICHT NUR MUTTERSPRACHLER GEEIGNET (WÖLKER 2014, S. 31). 91

ES IST DENNOCH HILFREICH, WENN EIN PAAR WÖRTER AUS DER SPRACHE DES ZU PFLEGENDEN BEKANNT SIND, DA WIE BEREITS ERWÄHNT MIT ZUNEHMENDEN

KRANKHEITSVERLAUF EINE KOMMUNIKATION NUR NOCH IN DER MUTTERSPRACHE MÖGLICH IST (VGL. BALIKCI 2011, S. 466). NEBEN KULTURSPECIFISCHEN KOMMUNIKATIONSWEGEN, VOR ALLEM IM HINBLICK AUF DIE KÖRPERSPRACHE, SOLLTEN AUCH DER JEWEILIGE WISSENSSTAND UND BILDUNGSSTAND DER ZIELGRUPPE BERÜCKSICHTIGUNG FINDEN (VGL. ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S.132). 91

DAS FOLGENDE KAPITEL FASST AM ANFANG KURZ DIE WESENTLICHEN ERKENNTNISSE ZUR SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER ZUSAMMEN, UM DIE RELEVANZ DER THEMATIK HERVORZUHEBEN UND UM AUF DIE ZU BEARBEITENDEN FRAGESTELLUNGEN ÜBERZULEITEN. 91

4 FRAGESTELLUNGEN 91

DIE VORLIEGENDE NATIONALE UND INTERNATIONALE STUDIENLAGE ZEIGT AUF, DASS VON SEITEN DER MIGRANTINNEN, INSBESONDERE DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN, VIELFACH DER WUNSCH NACH KULTUR-KOMPETENTEN HILFEANGEBOTEN UNTER BESTIMMTEN VORAUSSETZUNGEN (VGL. KAPITEL 3.2.2.3) GEÄUßERT WIRD (VGL. RAVEN & HUISMANN 2000, S. 192; DAKER-WHITE 2002; GREMLOWSKI 2011, S. 359). DIE FEHLENDE INANSPRUCHNAHME RESULTIERT ZUMEIST AUS SPRACHLICHEN DEFIZITEN, SCHWELLENÄNGSTEN SOWIE DEFIZITÄREN KENNTNISSEN ÜBER DIE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN (VGL. KÜCÜK 2008, S. 306; STEINHOFF & WROBEL 2004, S. 214; SUN ET AL. 2014). DIE GESTALTUNG EINES GELINGENDEN ALLTAGS IST LAUT OKKEN ET AL. (2008) ABHÄNGIG VON FUNKTIONIERENDEN VERSORGUNGSSTRUKTUREN, DIE AUFGRUND DER TABUISIERUNG VON DEMENZ, MÖGLICHST NIEDRIGSCHWELIG UND ZIELGRUPPENGERECHT ANGEBOTEN WERDEN SOLLEN. DAZU GEHÖREN BEISPIELSWEISE MEHRSPRACHIGE ANGEBOTE ODER AUCH DIE KONZEPTION VON ANGEBOTEN ZUR UNTERSTÜTZUNG VON PFLEGENDEN (TÜRKISCHEN) FAMILIENANGEHÖRIGEN (VGL. OKKEN ET. AL. 2008, S. 420). AUFGRUND DES AUSGEPRÄGTEN SCHAMVERHALTENS UND DEM MEIST BESTEHENDEN KOLLEKTIVEN FAMILIENGEFÜGE KÖNNTEN FÜR TÜRKISCHE MIGRANTINNEN AMBULANTE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE AM EHESTEN GEEIGNET SEIN, DA DIESE IN KOOPERATION MIT DEN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN LIEGEN UND DAHER AKZEPTIERT WERDEN WÜRDEN. „(...) SIE LASSEN SICH MIT DEM JEWEILIGEN PFLEGEVORSTELLUNGEN VEREINBAREN (...)“ (BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 441). ZUDEM

KÖNNTEN KULTURELLE ANFORDERUNGEN ERFÜLLT WERDEN (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 441).....	91
BISHER MANGELT ES AN DER EVALUIERUNG UND ETABLIERUNG VON SOLCHEN KULTURSENSIBLEN ANGEBOTEN UND MODELPROJEKTEN, DIE ES ZUKÜNFTIG VERMEHRT AUFZUBAUEN GILT (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 440; SCHOPF & NAEGELE 2005, S. 393; ULUSOY & GRÄßEL 2010, S. 333).	92
INFORMATIONSEDFIZITE HABEN ABER LAUT BRZOSKA UND RAZUM (2011) NICHT NUR PFLEGEBEDÜRFTIGE MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDE ANGEHÖRIGE, SONDERN AUCH DIE PROFESSIONELLEN PFLEGEKRÄFTE. „DIE VERMITTLUNG INTERKULTURELLER KOMPETENZ IST NOCH KEIN FESTER BESTANDTEIL DER PFLEGERISCHEN AUSBILDUNG“ (BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 440). INTERKULTURELLE KOMPETENZ MEINT DABEI DIE FÄHIGKEIT, MIT INDIVIDUEN ANDERER KULTUREN ERFOLGREICH INTERAGIEREN ZU KÖNNEN. VIELE PROFESSIONELLEN PFLEGEKRÄFTE BESITZEN DAFÜR ABER NUR UNZUREICHENDE KENNTNISSE ÜBER KULTURELLE UND MIGRATIONSSPEZIFISCHE BEDÜRFNISSE (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 35) „EINE VERSTÄRKUNG IM BEREICH DER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG ZUM THEMA KULTURSENSIBLER PFLEGE (...) IST (...) (DAMIT) UNERLÄSSLICH“ (ULUSOY & GRÄßEL 2010, S. 336; VGL. PETERS ET AL. 2013, S. 72).	92
VOR DIESEM DARGESTELLTEN EMPIRISCHEN HINTERGRUND BEGRÜNDET SICH DIE RELEVANZ FÜR DAS BEARBEITUNGSZIEL DIESER AUSARBEITUNG, MIT DER KONZEPTION EINES SCHULUNGSMODULS FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE ZUR KULTURSENSIBLEN PFLEGE DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANT- INNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN. IM FOKUS STEHEN DABEI DIE FOLGENDEN FRAGESTELLUNGEN:	92
<u>FRAGESTELLUNGEN</u>	92
1. WELCHE STRUKTURELLEN UND ORGANISATORISCHEN RAHMENBEDINGUNGEN MUSS EIN SCHULUNGSMODUL FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE ZUR KULTURSENSIBLEN PFLEGE DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN UND DEREN ANGEHÖRIGEN ERFÜLLEN?.....	92
2. WELCHE INHALTLICHEN ASPEKTE MÜSSEN IN EIN SCHULUNGSMODUL FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE ZUR KULTURSENSIBLEN PFLEGE DEMENZIELL ERKRANKTER	

TÜRKISCHER MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN INTEGRIERT WERDEN?	93
3. WELCHE METHODISCHEN UND DIDAKTISCHEN ELEMENTE MÜSSEN IN EIN SCHULUNGSMODUL FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE ZUR KULTURSENSIBLEN PFLEGE DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN INTEGRIERT WERDEN?	93
5 METHODE.....	93
DAS FOLGENDE KAPITEL BESCHREIBT DAS METHODISCHE VORGEHEN ZUR ENTWICKLUNG EINES SCHULUNGSMODULS. DAZU WIRD ZUNÄCHST KURZ DIE AUFGABE EINES SCHULUNGSMODULS BENANNT, IM WEITEREN VERLAUF WIRD DIE HERANGEHENSWEISE BEI DER FESTLEGUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN, DER LERNINHALTE UND LERNZIELE SOWIE DIE AUSWAHL DER SCHULUNGSMETHODEN DARGELEGT.	93
5.1 Konzeption eines Schulungsmoduls	93
SCHULUNGEN ALS FORM DER WEITERBILDUNG SOLLEN NICHT NUR „DAS FACHLICHE UND ÜBERFACHLICHE WISSEN DER TEILNEHMER ERWEITERN UND AUSBAUEN HELFEN, SONDERN VIELMEHR AUCH DEREN EINSTELLUNGEN, WERTBEZÜGE, HALTUNGEN, HANDLUNGSBEREITSCHAFTEN UND HANDLUNGSKOMPETENZEN VERÄNDERN UND ERWEITERN (...)“ (DÖRING 2008, S. 11). DIE WISSENSVERMITTLUNG HAT SOMIT EINEN GROßEN EINFLUSS AUF DIE ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN EINES JEDEN EINZELNEN. (VGL. DÖRING 2008, S. 11). AUF DIESER GRUNDLAGE, VERBUNDEN MIT DEN PROJEKTZIELEN VON KURVE (VGL. KAPITEL 1) BEGRÜNDET SICH DIE ENTSCHEIDUNG FÜR DIE ERSTELLUNG EINES SCHULUNGSMODULS. BEI DER KONZEPTION GEHT ES VOR ALLEM DARUM, AUS DEM EMPIRISCHEN THEORETISCHEN HINTERGRUND KLAR DEFINIERT WISSENSINHALTE FÜR EINE SPEZIFISCHE ZIELGRUPPE ABZULEITEN UND IN EINEN LOGISCH DIDAKTISCH BEGRÜNDETEN SCHULUNGSENTWURF AUFZUNEHMEN. IM FOLGENDEN WERDEN DIE DAFÜR ERFORDERLICHEN VORÜBERLEGUNGEN ANGEFÜHRT. DIE IM WEITEREN VERLAUF DER BEARBEITUNG HÄUFIG VERWENDETEN MÄNNLICHEN BEGRIFFE WIE BEISPIELSWEISE „DER DOZENT“ DIENEN DER BESSEREN LESBARKEIT UND SCHLIEßEN DIE WEIBLICHE FORM JEWEILS MIT EIN.	93

5.2 Begründung des methodischen Vorgehens 94

DAMIT DIE SCHULUNG FÜR DIE TEILNEHMER ZU EINEM LERNERFOLG WIRD, MÜSSEN IM HINBLICK AUF ORGANISATORISCHE UND STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN VERSCHIEDENE ASPEKTE BEDACHT WERDEN. IM FOKUS STEHT DABEI U.A. DIE AUSWAHL EINES SCHULUNGORTES, WO EINE UNGESTÖRTE LERNATMOSPHERE GEWÄHRLEISTET WERDEN KANN UND DIE AUSWAHL EINES MÖGLICHEN DOZENTEN, DESSEN FACHLICHE QUALIFIKATION DURCH DIE ANGESTREBTEN LERNZIELE UND DIE DARAUS ABGELEITETEN LERNINHALTE FESTGELEGT WIRD. DER ZEITUMFANG UND DES ZEITFENSTER ERGIBT SICH SOWOHL AUS DEN GEPLANTEN LERNINHALTEN ALS AUCH AUS DEN ZEITLICHEN RESSOURCEN MÖGLICHER „BERUFSTÄTIGER“ SCHULUNGSTEILNEHMER. VOR DEM HINTERGRUND EINER REGELMÄßIGEN WIEDERHOLUNG DES SCHULUNGSMODULS MÜSSEN AUCH MÖGLICHKEITEN ZUR LANGFRISTIGEN FINANZIERUNG BEDACHT WERDEN. 94

FÜR EINE MÖGLICHT GENAUE EINGRENZUNG DER ZIELGRUPPE „PROFESSIONELLE PFLEGEKRÄFTE“ WERDEN ÜBERLEGUNGEN HINSICHTLICH DER VORAUSSETZUNGEN ZUR TEILNAHMEMOTIVATION, DEM VORHANDENEN VORWISSEN BZW. DER FACHLICHEN QUALIFIKATION (Z.B. FÜHRUNGSKRÄFTE) SOWIE DEM ETHNISCHEN HINTERGRUND ANGESTELLT. ALS EINE NUTZBARE GRUNDLAGE DIENEN DABEI DIE EBENFALLS IN KAPITEL 3 DARGESTELLTEN HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE PROFESSIONELLE PFLEGE IM KULTURELLEN KONTEXT. 94

UM EINEN REIBUNGSLOSEN UND STÖRUNGSFREIEN ABLAUF ZU GEWÄHRLEISTEN, BEZIEHEN DIE VORÜBERLEGUNGEN AUCH ASPEKTE DER RAUMVORBEREITUNG SOWIE DIE PLANUNG DER FÜR DAS SCHULUNGSMODUL NOTWENDIGEN GGF. BEREITZUSTELLENDEN MATERIALIEN MIT EIN. 94

LERNINTENTION UND DIE DAMIT VERBUNDENEN LERNZIELE WERDEN EBENFALLS AUS DEM EMPIRISCH THEORETISCHEN HINTERGRUND (KAPITEL 3) HERAUS ENTWICKELT. DIE ERKENNTNISSE ZUM BELASTUNGSERLEBEN, DEN RESSOURCEN UND BEDÜRFNISSEN VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN, SOWIE DIE DAMIT VERBUNDENEN HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE PROFESSIONELLE PFLEGE BILDEN DIE GRUNDLAGE FÜR INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

DES SCHULUNGSMODULS, DIE ZUNÄCHST IN FORM VON LERNZIELEN KONKRETISIERT
WERDEN..... 94

LERNZIELE LASSEN SICH IN DREI VERSCHIEDENE DIMENSIONEN UNTERTEILEN. DAZU
GEHÖRT DER KOGNITIVE, PSYCHOMOTORISCHE UND DER AFFEKTIVE BEREICH. EINIGE
ZIELE KÖNNEN AUCH MEHRERE DIMENSIONEN ANSPRECHEN. DIE KOGNITIVE
DIMENSION BEINHALTET DIE BEREICHE DES WISSENS, DENKENS UND VERSTEHENS, DIE
PSYCHOMOTORISCHE DIMENSION DAS HANDELN UND VERHALTEN UND DIE AFFEKTIVE
DIMENSION DEN BEREICH DER WERTE, GEFÜHLE UND EINSTELLUNGEN (VGL. DÖRING,
1990 S. 30 F.). IN JEDER DER DIMENSIONEN KÖNNEN DIE LERNZIELE UNTERSCHIEDLICHE
SCHWIERIGKEITSGRADE HABEN. ES MACHT BEISPIELSGEWEISE EINEN UNTERSCHIED, OB
EIN TEILNEHMER ZUM ERREICHEN EINES KOGNITIVEN LERNZIELS ETWAS NUR KENNEN
(LEICHT ZU ERREICHEN), ES PRAKTISCH ÜBERTRAGEN UND ANWENDEN
(MITTELSCHWER ZU ERREICHEN) ODER AUSWERTEN UND BEURTEILEN SOLL (SCHWER
ZU ERREICHEN). BEI DER ENTWICKLUNG DER LERNZIELE KANN SOMIT UNTERSCHIEDEN
WERDEN, WELCHE LERNDIMENSION BESONDERS ANGESPROCHEN WIRD UND WELCHEN
SCHWIERIGKEITSGRAD DAS ZIEL HAT. DIE SCHWIERIGKEITSGRADE Bauen
AUF EINANDER AUF, ES IST FOLGLICH NICHT MÖGLICH, ZUM BEISPIEL EINEN INHALT
ANZUWENDEN ODER ZU ANALYSIEREN, DER NICHT BEKANNT IST UND NICHT
VERSTANDEN WURDE (VGL. DÖRING 1990, S. 31 F.). DIE IN KAPITEL 6.2 DARGESTELLTE
AUFLISTUNG DER LERNZIELE STELLT EINE ERSTE ORIENTIERUNGSSTRUKTUR FÜR DEN
INHALTLICHEN AUFBAU DES SCHULUNGSMODULS DAR. DIE NUMMERIERUNG DIENT
DER SPÄTEREN ZUORDNUNG IM RAHMEN DER VERLAUFSPLANUNG. HIERBEI WERDEN
ÜBERLEGUNGEN ANGESTELLT, WELCHE LERNDIMENSION BEI DEN TEILNEHMERN
ÜBERWIEGEND ANGESPROCHEN WERDEN SOLL. FÜR DAS GESAMTE
SCHULUNGSMODUL WIRD ZUNÄCHST EIN ALLGEMEINES RICHTZIEL ALS ORIENTIERUNG
FESTGELEGT. ES FOLGEN ZWEI GROBZIELE, DIE DURCH ENTSPRECHENDE FEINZIELE
KONKRETISIERT WERDEN. DIE EINTEILUNG DER FEINZIELE IN „LEICHT“, „MITTEL“ UND
„SCHWER“ IST RICHTUNGSWEISEND FÜR DEN ENTSPRECHENDEN SCHWEREGRAD UND
LERNUMFANG DER ZIELE..... 94

ENTSPRECHEND DER AUSGEWÄHLTEN DIMENSION UND DES SCHWIERIGKEITSGRADES
WERDEN DIE DAZU PASSENDEN UNTERRICHTSMETHODEN AUSGEWÄHLT, AUF DEREN
AUSWAHL AUCH DIE SCHULUNGSART UND DIE DAMIT VERBUNDENE TEILNEHMERZAHL

EINFLUSS HAT. FÜR DIE GESTALTUNG UND AUSWAHL DER SCHULUNGSMETHODEN WERDEN DIE THEORETISCHEN ÜBERLEGUNGEN VON DÖRING (2008) UND KLUG- REDMANN (1996) BERÜCKSICHTIGT. DIE ERSTELLUNG UND AUSWAHL DER SCHULUNGSMATERIALIEN GESCHIEHT IN ANLEHNUNG AN DIE AUSGEWÄHLTE SCHULUNGSMETHODEN. FÜR DETAILLIERTE LERNINHALTE LASSEN SICH STUDIENERGEBNISSE SOWIE VORHANDENE FACHBÜCHER UND INHALTE BEREITS UMGESETZTER PROJEKTE IN STATIONÄREN UND AMBULANTEN ALTENPFLEGEEINRICHTUNGEN NUTZEN.	95
DAMIT EINE SPÄTERE EVALUATION DER SCHULUNG MÖGLICH IST, WERDEN OPERATIONALISIERBARE FEINZIELE AUSGEWÄHLT. DIESE KÖNNEN ALS GELTENDER STANDARD GENUTZT WERDEN. DIE TATSÄCHLICH ERREICHTEN LERNERFOLGE KÖNNEN DAMIT VERGlichen WERDEN UM ZU BEURTEILEN, OB DAS LERNZIEL ERREICHT WURDE. NACH KLUG-REDMAN (2009) FINDET EVALUATION AUCH STÄNDIG WÄHREND DER SCHULUNGSEINHEITEN STATT. DER DOZENT ERHÄLT REGELMÄßIG EINE RÜCKMELDUNG ÜBER DIE ZIELERREICHUNG, INDEM DIE TEILNEHMER ZUM BEISPIEL FRAGEN BEANTWORTEN UND DISKUTIEREN ODER AUFGABEN ERLEDIGEN (VGL. KLUG-REDMAN 2009, S. 93). DADURCH SIND SCHON WÄHREND DER SCHULUNGSEINHEIT RÜCKSCHLÜSSE AUF DEN GRAD DER ZIELERREICHUNG UND EINE GGF. NOTWENDIGE ANPASSUNG DES UNTERRICHTS MÖGLICH.	95
6 ERGEBNISSE	96
DAS FOLGENDE KAPITEL STELLT DAS KONZIPIERTE SCHULUNGSMODUL VOR. ES WERDEN RAHMENBEDINGUNGEN UND ORGANISATIONSFORM, LERNINTENTION UND LERNINHALTE, DIE VERWENDETEN SCHULUNGSMETHODEN, DIE VERLAUFSPLANUNG SOWIE ABSCHLIEßEND DIE EVALUATION DES LERNERFOLGES BESCHRIEBEN.	96
6.1 Rahmenbedingungen und Organisationsform	96
DAS SCHULUNGSMODUL RICHTET SICH AN PROFESSIONELL PFLEGENDE MIT UND OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND, DIE SCHON BERUFSERFÄHRUNGEN IM UMGANG MIT DEMENZ UND DER PFLEGE VON MIGRANTINNEN GESAMMELT HABEN SOLLTEN. GRUNDLEGENDES WISSEN ÜBER DIE ERKRANKUNG UND PROGNOSE DEMENZ SOWIE ANSÄTZE ZU MÖGLICHKEITEN UND HILFESTELLUNGEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE SIND VORHANDEN. DIE SCHULUNGSTEILNEHMER HABEN JEDOCH EIN	

INFORMATIONSDIFIZIT IN BEZUG AUF KULTURSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN, DIE IM ALLTAG UND BEI DER PFLEGE UND BETREUUNG TÜRKISCHER MIGRANTINNEN INSBESONDERE BEI DEM VORLIEGEN EINER DEMENZ EINE ROLLE SPIELEN. WICHTIG IST VON SEITEN DER SCHULUNGSTEILNEHMER DIE BEREITSCHAFT, SICH MIT DER SICHTWEISE TÜRKISCHER DEMENZIELL ERKRANKTER MIGRANTINNEN UND DER SITUATION DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN AUSEINANDERZUSETZEN, KÜNFTIG UNTERSTÜTZEND UND BERATEND TÄTIG SEIEN ZU WOLLEN UND DER WUNSCH SICH MIT ANDEREN PROFESSIONELLEN PFLEGEKRÄFTEN AUSZUTAUSCHEN..... 96

DAS SCHULUNGSMODUL WIRD ALS GRUPPENSCHULUNG ANGEBOten. DIES IST AUS ÖKONOMISCHEN GRÜNDEn SINNVOLL UND ERMÖGLICHT DEN SCHULUNGSTEILNEHMERN DIE UNTERSTÜTZUNG UND ERFAHRUNG EINER GRUPPE ZU HABEN, WAS SICH POSITIV AUF DIE MOTIVATION UND DAS ERREICHEN DER LERNZIELE AUSWIRKEN KANN (VGL. KLUG-REDMANN 2009, S. 48). DIE TEILNEHMERZAHL VON 8-10 TEILNEHMERN ERLAUBT DEN ERFAHRUNGSAUSTAUSCH UNTEREINANDER UND LÄSST RAUM, UM AUF DIE INDIVIDUELLEN FRAGEN, THEMEN UND BEDÜRFNISSE DER EINZELNEN SCHULUNGSTEILNEHMER EINGEHEN ZU KÖNNEN..... 96

DIE GRUPPENSCHULUNG FINDET ALS EINE IN SICH ABGESCHLOSSENE EINHEIT UNTER DER WOCHE NACHMITTAGS IN DEN RÄUMLICHKEITEN DER HAW HAMBURG AM STANDORT DES DEPARTMENTS PFLEGE UND MANAGEMENT STATT UND HAT EINEN ZEITUMFANG VON KNAPP 3 ZEITSTUNDEN. DER SCHULUNGSORT BIETET SICH MIT DER HAW HAMBURG ALS KOOPERATIONSPARTNER AN, IST ZUDEM ZENTRAL GELEGEN UND MIT ÖFFENTLICHEN VERKEHRSMITTELN GUT ERREICHBAR..... 96

FÜR DAS SCHULUNGSMODUL IST AUFGRUND DER ÜBERSCHAUBAREN TEILNEHMERZAHL NUR EIN DOZENT NOTWENDIG. AUFGRUND DER THEMATIK DES SCHULUNGSMODULS BIETET SICH EINE PFLEGERISCHE FACHKRAFT MIT EINER GERONTOPSYCHIATRISCHEN FACHWEITERBILDUNG AN, DIE ZUDEM ÜBER LANGJÄHRIGE BERUFSERFAHRUNG IM BEREICH DER BETREUUNG UND PFLEGE VON DEMENZIELL ERKRANKTEN MENSCHEN VERFÜGT. AUßERDEM SOLLTEN ERFAHRUNGEN IN DER ARBEIT MIT MIGRANTINNEN VORHANDEN SEIN. EIN TÜRKISCHER MIGRATIONSHINTERGRUND BZW. DAS BEHERRSCHEN DER TÜRKISCHEN SPRACHE IST DABEI KEINE ZWINGENDE VORAUSSETZUNG, DA IN DIESEM SCHULUNGSMODUL NICHT DAS ERLERNEN DER SPRACHE IM MITTELPUNKT STEHT. IM OPTIMALFALL HAT DER

DOZENT EINE WEITERBILDUNG ZUR/M LEHRERIN/LEHRER FÜR PFLEGEBERUFE BZW. EIN STUDIUM DER PFLEGEPÄDAGOGIK ABSOLVIERT.	97
IM HINBLICK AUF DIE FINANZIERUNG WIRD VERSUCHT FÜR EINEN ERSTEN TESTLAUF PERSONELLE UND MATERIELLE RESSOURCEN DER KOOPERATIONSPARTNER BZW. (WEITERE) FÖRDERGELDER ZU NUTZEN.....	97
ZUR DECKUNG DER ANFALLENDEN KOSTEN FÜR DAS SCHULUNGSMODUL KÖNNEN MIT LANGFRISTIGER PERSPEKTIVE UND AUCH AUF INITIATIVE DER SCHULUNGSTEILNEHMER HIN, BILDUNGSPRÄMIEN, BILDUNGSURLAUB ODER SOGAR STIPENDIEN FÜR BEGABTE JUNGE FACHKRÄFTE BEANTRAGT WERDEN. ZUDEM KANN IN BETRACHT GEZOGEN WERDEN, DASS DER ARBEITGEBER POTENTIELLER SCHULUNGSTEILNEHMER AUFGRUND DES EIGENEN NUTZENS EINE KOSTENÜBERNAHME ZUSICHERT.	97
6.2 Lernintention und Lernziele	97
DER SCHWERPUNKT DES SCHULUNGSMODULS LIEGT AUF DER VERMITTLUNG KULTURSENSIBLER PFLEGERISCHER BESONDERHEITEN BEI DER PFLEGE UND BETREUUNG DEMEZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN. DIESER ANGESTREBTE WISSENSZUWACHS IST FÜR DIE PROFESSIONELLEN PFLEGEKRÄFTE EINE WESENTLICHE VORAUSSETZUNG IM HINBLICK AUF DIE AUSÜBUNG KULTURSENSIBLER VERSORGUNG. ZUDEM IST BEABSICHTIGT, DASS DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN LERNEN, DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN UNTER BEACHTUNG DEREN INDIVIDUELLER BELASTUNGEN UND RESSOURCEN, GEZIELT BERATEN UND UNTERSTÜTZEN ZU KÖNNEN. DIE SCHULUNGSTEILNEHMER SOLLEN EINE OFFENE UND WERTSCHÄTZENDE GRUNDHALTUNG IM UMGANG MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN VERINNERLICHEN.....	97
DAS NACHFOLGENDE ÜBERGEORDNETE RICHTZIEL FÜR DAS SCHULUNGSMODUL SPIEGELT DIESE INTENTION WIDER.....	97
<u>RICHTZIEL</u>	97
DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN ENTWICKELN EIN KULTURSENSIBLES VERSTÄNDNIS FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG VON DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UND KÖNNEN DIE ACHTUNG UND EINHALTUNG DER DAMIT VERBUNDENEN KULTURELLEN BESONDERHEITEN IN IHRE TÄGLICHE ARBEIT INTEGRIEREN. SIE SIND IN DER LAGE DIE DARGEBOTENEN SCHULUNGSINHALTE ZU	

VERSTEHEN, INDIVIDUELL AUF DIE SITUATION DER DEMENTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN ZU ÜBERTRAGEN UND MITTELS AUSGEWÄHLTER ERLERNTER MAßNAHMEN IN DER PFLEGEPRAXIS UMZUSETZEN.	98
ES FOLGEN DIE BEIDEN GROBZIELE DENEN DIE ENTSPRECHENDEN FEINZIELE UNTERGEORDNET SIND.	98
<u>1. GROBZIEL</u>	98
DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN ERWERBEN KENNTNISSE ÜBER DIE IN DER TÜRKISCHEN ALLTAGSKULTUR OFTMALS MIT DER RELIGION VERKNÜPFTEN PFLEGEVORSTELLUNGEN DER MIGRANTINNEN UND KÖNNEN DIESE HINSICHTLICH DER DURCHFÜHRUNG PFLEGERISCHER INTERVENTIONEN IM BEREICH KÖRPERPFLEGE UND ERNÄHRUNG IM UMGANG MIT DEMENTEN MIGRANTINNEN ERFOLGREICH KOMMUNIZIEREN UND EINSETZEN.	98
• FEINZIEL 1: DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN KÖNNEN MIGRATIONSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN DES KRANKHEITSBILDES DEMENZ BEI TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN VERSTEHEN, BESCHREIBEN UND AN DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN WEITERGEBEN. <i>(KOGNITIV, LEICHT)</i>	98
• FEINZIEL 2: DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN KÖNNEN ALLGEMEINE KOMMUNIKATIONSREGELN IM UMGANG MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN BENENNEN UND SIND SICH IN DIESEM ZUSAMMENHANG DER BEDEUTUNG DER NONVERBALE KOMMUNIKATION BEWUSST. <i>(KOGNITIV, AFFEKTIV, MITTEL)</i>	98
• FEINZIEL 3: DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN KÖNNEN DIE IM RAHMEN DER KÖRPERPFLEGE UND ERNÄHRUNG EINZUHALTENDEN KULTURELLEN TRADITIONEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN VERSTEHEN UND IN FORM EINER PFLEGEPLANUNG KORREKT UMSETZEN UND BERÜCKSICHTIGEN. <i>(KOGNITIV, MITTEL)</i>	98
• FEINZIEL 4: DIE PROFESSIONELLEN PFLEGEKRÄFTE BEGREIFEN, DASS SIE MIT DER EINHALTUNG KULTURSPEZIFISCHER TÜRKISCHER PFLEGEVORSTELLUNGEN EINEN POSITIVEN EINFLUSS AUF DIE LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSGESTALTUNG DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN HABEN. <i>(AFFEKTIV, MITTEL)</i> 98	98
<u>2. GROBZIEL</u>	99

DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN SIND IN DER LAGE DIE BEI DEN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN AUFTRETENDEN PFLEGEBELASTUNGEN ZU ERKENNEN, ZU VERBALISIEREN UND AUF DIE RESSOURCEN DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN AUSGERICHTETE INDIVIDUELLE HILFESTELLUNGEN IM UMGANG MIT DEM DEMENTEN FAMILIENANGEHÖRIGEN AUFZUZEIGEN..... 99

- **FEINZIEL 5: DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN KÖNNEN DIE METHODE DER „INTEGRATIVEN VALIDATION NACH RICHARD“ ANWENDEN UND ALS EINE HILFESTELLUNG FÜR DEN UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEN VERHALTENSWEISEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN AN DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN WEITERGEBEN. (KOGNITIV, SCHWER) 99**

- **FEINZIEL 6: DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN SIND IN DER LAGE WESENTLICHE INHALTE DER BIOGRAFIEARBEIT UND ERINNERUNGSPFLEGE ANHAND EINES FALLBEISPIELS ZU BENENNEN UND DEREN ANWENDUNG IN VERBINDUNG MIT DER TÜRKISCHEN ALLTAGSKULTUR DEN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN ZU VERMITTELN. (KOGNITIV, MITTEL)..... 99**

- **FEINZIEL 7: DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN ENTWICKELN EIN VERSTÄNDNIS FÜR DIE INDIVIDUELLEN HILFEBEDARFE DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN UND REALISIEREN, DASS SIE DAMIT POSITIV AUF DIE SITUATION DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN EINWIRKEN. (AFFEKTIV, SCHWER)**

99

6.3 Lerninhalte..... 99

IN DIESEM KAPITEL WERDEN DIE EINZELNEN LERNINHALTE ANHAND DER AUFGEFÜHRTEN FEINZIELE GROB BESCHRIEBEN. DIE FEINZIELE 4 UND 7 SIND IM RAHMEN DER FOLGENDEN KURZEN BESCHREIBUNG NICHT AUFGEFÜHRT. DIESE ZIELE BEINHALTEN KEINE WEITEREN NEUEN INHALTE, SONDERN DIENEN IM SCHULUNGSVERLAUF MIT IHRER AFFEKTIVEN LERNDIMENSION AUCH ZUR ANWENDUNG UND VERTIEFUNG DER BEREITS VERMITTELTEN GRUNDLAGEN..... 99

BEI FEINZIEL 1 WERDEN ZUNÄCHST KURZ WESENTLICHE SYMPTOME UND MÖGLICHE DEMENZIELLE KRANKHEITSVERLÄUFE BESPROCHEN. IM WEITEREN VERLAUF WERDEN

DIE FÜR TÜRKISCHE MIGRANTINNEN VERSTÄRKT AUFTRETENDEN PROBLEME BEGRÜNDET BESCHRIEBEN.....	100
BEI FEINZIEL 2 STEHEN DIE KOMMUNIKATIONSREGELN IM UMGANG MIT DEMENTIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN IM VORDERGRUND. DAZU WERDEN INHALTE WIE DIE BEDEUTUNG DER KÖRPERSPRACHE, DER EINSATZ VON GESTIK UND MIMIK, DIE GESTALTUNG DER KOMMUNIKATIONSSITUATION UND AUCH SPRACHLICHE BESONDERHEITEN INSBESONDERE IM HINBLICK AUF DIE MUTTERSPRACHE DER ERKRANKTEN MIGRANTINNEN VERMITTELT.....	100
FEINZIEL 3 BESCHÄFTIGT SICH MIT DEN PFLEGEVORSTELLUNGEN DER MIGRANTINNEN IM BEREICH KÖRPERPFLEGE UND ERNÄHRUNG. INHALTE SIND HIERBEI DAS AUSGEPRÄGTE SCHAMVERHALTEN DER MIGRANTINNEN, DIE GESTALTUNG DER KÖRPERPFLEGE UND WASCHRITUALE, DER EINSATZ VON HILFSMITTELN, DAS GESCHLECHT DER PFLEGEPERSON, DER EINBEZUG DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN UND DER DAMIT VERBUNDENE THERAPEUTISCHE EFFEKT. ZUM THEMA ERNÄHRUNG WERDEN UNTER ANDEREM DIE EINHALTUNG RELIGIÖSER SPEISEVORSCHRIFTEN SOWIE DER EINSATZ BEKANNTE SPEISEN UND GETRÄNKE AUS DEM HEIMATLAND THEMATISIERT.....	100
DAS FEINZIEL 5 STELLT DIE METHODE DER INTEGRATIVEN VALIDATION (IVA) ALS EINE UMGANGSFORM ZUR KOMMUNIKATION MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN MENSCHEN VOR. NEBEN DEN ZIELEN SOWIE DEN EINSATZMÖGLICHKEITEN UND DER ANWENDUNG DER „INTEGRATIVEN VALIDATION NACH RICHARD“ (IVA) WIRD THEMATISIERT, INWIEWEIT DIESE UMGANGSFORM AUCH BEI DEMENTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN EINGESETZT WERDEN KANN.....	100
FEINZIEL 6 STELLT DIE ANSÄTZE DER BIOGRAFIEARBEIT UND ERINNERUNGSPFLEGE VOR, BEI DER AUCH INHALTE DER THEMATIK KÖRPERPFLEGE UND ERNÄHRUNG ANGEWENDET WERDEN KÖNNEN. IM VORDERGRUND STEHEN DIE AUSWAHL UND DER EINSATZ VON ERINNERUNGSGEGENSTÄNDEN, BIOGRAFISCHE FRAGEN, DER UMGANG MIT DER WERTE- UND GEFÜHLSEBENE BZW. DIE FÖRDERUNG DER RESSOURCEN.....	100
ALS THEMENSCHWERPUNKTE SIND FÜR DEMENZIELL ERKRANKTE TÜRKISCHE MIGRANTINNEN GLAUBE UND RELIGION, FAMILIE UND KINDER, WOHLFÜHLEN UND KÖRPERKULTUR SOWIE ESSEN UND ERNÄHRUNG AUSGEWÄHLT.....	100

6.4 Schulungsmethoden.....	101
----------------------------	-----

IN DIESEM KAPITEL ERFOLGT EINE DARSTELLUNG DER VERWENDETEN SCHULUNGSMETHODEN, AUßERDEM WIRD BEGRÜNDET, INWIEWEIT DIESE ZUM ERREICHEN EINZELNER FEINZIELE BEITRAGEN. 101

6.4.1 Lehrvortrag.....	101
------------------------	-----

BEI EINEM LEHRVORTRAG WERDEN DEN SCHULUNGSTEILNEHMERN DIE LERNINHALTE MIT HILFE EINES HÄUFIG MEDIAL UNTERSTÜTZTEN VORTRAGES VERMITTELT (VGL. DÖRING 2008, S. 226). VON DEN TEILNEHMERN WIRD BEI DIESER METHODE ERWARTET, DASS SIE ZUHÖREN, DIE INFORMATIONEN AUFNEHMEN UND EVTL. VERSTÄNDNISFRAGEN STELLEN. ES HANDELT SICH HIERBEI UM EINE SEHR LEHRERZENTRIERTE METHODE, BEI DER DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN ALS SCHULUNGSTEILNEHMER EINE EHER PASSIVE ROLLE EINNEHMEN UND DER ABLAUF AKTIV VON DEM DOZENTEN GESTEUERT WIRD. EIN LEHRVORTRAG BIETET DIE MÖGLICHKEIT, GRÖßERE THEMENBEREICHE IN GESCHLOSSENER UND ZUSAMMENHÄNGENDER FORM ZU PRÄSENTIEREN UND DAMIT SACH-, SINN- ODER PROBLEMZUSAMMENHÄNGE MÖGLICHT ZÜGIG DARZUSTELLEN (VGL. DÖRING 2008, S. 226). DIE METHODE HAT ÜBERWIEGEND EINE INFORMATIONSFUNKTION UND IST DAHER BEI DER WISSENSVERMITTLUNG UND ZUM ERREICHEN VON LEICHTEN KOGNITIVEN LERNZIELEN GUT ANWENDBAR. DER LEHRVORTRAG KANN VERMUTLICH AUCH FÜR ANGESTREBTE AFFEKTIVE ODER PSYCHOMOTORISCHE LERNZIELE GEEIGNET SEIN, SOLLTE ABER AUFGRUND DER PASSIVEN ROLLE DER TEILNEHMER DANN MIT ANDEREN METHODEN KOMBINIERT WERDEN. FÜR EINEN GELINGENDEN VORTRAG GELTEN LAUT DÖRING (2008) EINIGE VORAUSSETZUNGEN. DAZU GEHÖRT, DIE MAXIMALE VORTRAGSDAUER VON 20-25 MIN NICHT ZU ÜBERSCHREITEN, EINEN PRAXISBEZUG HERZUSTELLEN, MEDIEN ZUR VERANSCHAULICHUNG DER THEMATIK ZU VERWENDEN UND DEN LEHRVORTRAG NICHT ALS ALLEINIGE METHODE EINZUSETZEN (VGL. DÖRING 2008, S. 226) ES OBLIEGT DER VERANTWORTUNG DES DOZENTEN, DASS DER VORTRAG SOWOHL VERSTÄNDLICH ALS AUCH INTERESSANT GESTALTET IST. DABEI SOLLTEN EINFACHE UND VERSTÄNDLICHE SÄTZE GEWÄHLT UND DIE ZUHÖRER MOTIVIERT UND ANGESPROCHEN WERDEN (VGL. DÖRING 2008, S. 226 F.). 101

IN DEM SCHULUNGSMODUL FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE WERDEN ZWEI LEHRVORTRÄGE ZU ZWEI VERSCHIEDENEN ZEITPUNKTEN ALS SCHULUNGSMETHODE ANGEWENDET. DIESE METHODE IST FÜR DIE SCHULUNGSSCHRITTE GEEIGNET, BEI DENEN DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN ZU EINEM THEMA ERHALTEN SOLLEN. DIES IST ZUM BEISPIEL AM ANFANG DES SCHULUNGSMODULS ALS EINSTIEG UND VOR DEM BEGINN DER PRAKTISCHEN ÜBUNG ALS INPUT SINNVOLL. DIESE SCHULUNGSMETHODE IST ZUDEM FÜR DIE EINFÜHRUNG IN FEINZIELE MIT KOGNITIVEM SCHWERPUNKT (FEINZIEL 1, FEINZIEL 3 UND FEINZIEL 5) GEEIGNET UND ALS EINSTIEG FÜR DIE GRUNDLAGENVERMITTLUNG BEI LERNZIELEN MIT MEHREREN LERNDIMENSIONEN (VGL. KAPITEL 6.2, FEINZIEL 2). DIE LEHRVORTRÄGE SIND DAMIT AUCH FÜR DEN WEITEREN SCHULUNGSVERLAUF GEDACHT. 101

6.4.2 Gespräch..... 102

NACH DÖRING (2008) GIBT ES BEI EINEM GESPRÄCH WENIGE FORMALE ABSPRACHEN UND REGELN. ES FINDET EIN GLEICHBERECHTIGTER AUSTAUSCH UNTER DEN SCHULUNGSTEILNEHMERN UND MIT DEM DOZENTEN STATT (VGL. DÖRING 2008, S. 269). DAS BEDEUTET, DASS DER DOZENT IM HINTERGRUND BLEIBT UND DAS GESPRÄCH NICHT INHALTLICH STEUERT. ER SORGT LEDIGLICH FÜR EINEN GEORDNETEN ABLAUF UND EINE ANGENEHME ATMOSPHÄRE. ABSCHLIEßEND IST DER DOZENT FÜR DIE ERGEBNISSICHERUNG DURCH EINE MÜNDLICHE UND/ODER SCHRIFTLICHE ZUSAMMENFASSUNG ZUSTÄNDIG. DIE METHODE KANN ALS UNTERRICHTSGESPRÄCH ODER ALS ERFAHRUNGSAUSTAUSCH DURCHGEFÜHRT WERDEN (VGL. DÖRING 2008 S. 269). DIE AKTIVE TEILNEHMERROLLE ERMÖGLICHT EINEN AUSTAUSCH VON ERFAHRUNGEN UND ANSICHTEN UND IST DAHER FÜR LERNZIELE MIT EINER AFFEKTIVEN DIMENSION GUT EINSETZBAR. EIN GESPRÄCH REGT ZUR REFLEXION UND BEWERTUNG VON EINSTELLUNGEN UND MEINUNGEN AN UND KANN DAMIT DAS ERREICHEN LEICHTER BIS MITTLERER SCHWEREGRADE VON ZIELEN VORFOLGEN. 102

DIESE SCHULUNGSMETHODE WIRD IM RAHMEN DES SCHULUNGSMODULS ALS ERFAHRUNGSAUSTAUSCH EINGESETZT. ZIEL IST DIE AFFEKTIVE DIMENSION DES FEINZIELES 2 ZU ERREICHEN UND SICH GEGEBENENFALLS ÜBER FEINZIEL 1 AUSZUTAUSCHEN..... 102

6.4.3 Demonstration und praktische Übung 102

BEI EINER DEMONSTRATION WIRD DEN SCHULUNGSTEILNEHMERN PRAKTISCH ETWAS VORGEFÜHRT. AUF DIESEM WEG KÖNNEN FERTIGKEITEN ODER EINSTELLUNGEN DEMONSTRIERT WERDEN, ABER AUCH VORAUSSETZUNGEN GESCHAFFEN WERDEN, DAMIT DIE TEILNEHMER SICH SELBST BEWEISEN KÖNNEN, WOZU SIE FÄHIG SIND (VGL. KLUG-REDMAN 1996 S. 142). ZUM ERLERNEN VON FERTIGKEITEN SIND PRAKTISCHE ÜBUNGEN NOTWENDIG, DIE SCHULUNGSTEILNEHMER SOLLEN DIE FERTIGKEITEN NICHT NUR SEHEN, SONDERN AUCH SELBST EINÜBEN. DIE TEILNEHMER KÖNNEN PRAKTISCHE FERTIGKEITEN UND EINSTELLUNGEN ZUM BEISPIEL TRAINIEREN, IN DEM SIE „(...) ÜBUNGEN DURCHARBEITEN ODER IN GESTELLTEN ODER REALEN SITUATIONEN AGIEREN, FÜR DIE DIE BEHERRSCHUNG DER FERTIGKEIT ODER EINSTELLUNG NÖTIG IST.“ (KLUG-REDMAN 1996, S. 142). DIESE LERNMETHODE ERFORDERT EINE AKTIVE MITWIRKUNG VON DEN TEILNEHMENDEN PROFESSIONELL PFLEGENDEN. DIE DEMONSTRATION ERFOLGT ANFANGS DURCH DEN DOZENTEN, DIESER IST AUCH FÜR DEN WEITEREN ABLAUF ZUSTÄNDIG, ZU DEM DAS KORRIGIERENDE EINGREIFEN BEI BEDARF UND DIE BEURTEILUNG DES LERNERFOLGES GEHÖRT. FERTIGKEITEN KÖNNEN NICHT UNABHÄNGIG VON WISSEN UND EINSTELLUNGEN GELEHRT WERDEN. DER BEZUG ZU KOGNITIVEN EBENE DARF DESWEGEN NICHT VERGESSEN WERDEN (VGL. KLUG-REDMAN 1996, S. 142). PRAKTISCHE ÜBUNGEN DIENEN ALSO DAZU, FERTIGKEITEN UND EINSTELLUNGEN BASIEREND AUF WISSEN EINZUÜBEN. DAMIT EIGNET SICH DIESE METHODE VOR ALLEM FÜR LEICHTERE BIS MITTLERE PSYCHOMOTORISCHE LERNZIELE ODER FÜR MITTLERE BIS SCHWERE KOGNITIVE LERNZIELE..... 102

IM RAHMEN DES SCHULUNGSMODULS WERDEN IM RAHMEN EINER PRAKTISCHEN ÜBUNG ZWEI AUFGABEN DURCHGEFÜHRT. DIESE BAUEN AUF DIE GRUNDLAGEN DER VORHER VERMITTELTEN KOGNITIVEN INHALTE AUF UND SOLLEN DABEI HELFEN, DAS ERLERTE WISSEN PRAKTISCH UMZUSETZEN. ES WIRD ANGESTREBT MIT DIESER ÜBUNG DIE FEINZIELE 3 UND 6 ZU ERREICHEN, DIE BEIDE EINE MITTLERE KOGNITIVE DIMENSION HABEN. DIESE GEÜBTEN FÄHIGKEITEN SIND AUCH IM SPÄTEREN BERUFSALLTAG GEWINNBRINGEND EINSETZBAR. 103

6.4.4 Rollenspiel..... 103

SPIELE IM LEHR-LERN-PROZESS SIND VOR ALLEM DADURCH GEKENNZEICHNET, DASS SIE DAS „REALE LEBEN“ IN DAS LERNFELD, IN DEN UNTERRICHT HEREINHOLEN UND DEN LERNENDEN DAMIT ZUM TEIL KONFRONTIEREN UND ARBEITEN LASSEN“ (DÖRING 2008, S. 275). ES WIRD VERSUCHT EINE REALE ABBILDUNG EINER WIRKLICHKEIT ZU SCHAFFEN, IN DER SICH DIE SCHULUNGSTEILNEHMER MIT EINER AUSGANGSSITUATION AUSEINANDERSETZEN KÖNNEN. DIE VORTEILE VON SPIELEN SIND, DASS SIE DIE MOTIVATION FÖRDERN UND REALITÄTEN ABBILDEN KÖNNEN, OHNE DASS ES KONSEQUENZEN ODER NACHTEILE FÜR DIE SCHULUNGSTEILNEHMER HÄTTE. ZUDEM HABEN SIE EINEN POSITIVEN EINFLUSS AUF DAS SCHULUNGSKLIMA, DA SIE EIN GEMEINSCHAFTSGEFÜHL SCHAFFEN (VGL. DÖRING 2008, S. 276 F.). 103

BEI DIESER TEILNEHMERZENTRIERTEN METHODE KANN SICH JEDER TEILNEHMER AKTIV EINBRINGEN, DER DOZENT KANN SICH ENTWEDER IM HINTERGRUND HALTEN ODER AKTIV MITSPIELEN..... 103

ROLLENSPIELE ALS EINE SPIELFORM UNTERSTÜTZEN DAS GANZHEITLICHE LERNEN UND DIENEN ZUR EINÜBUNG VON SOZIALEN KOMPETENZEN (VGL. DÖRING 2008, S. 280). HIERBEI KANN VERSUCHT WERDEN MÖGLICHE ALLTAGSSITUATIONEN ABZUBILDEN. DADURCH BIETET SICH FÜR DIE TEILNEHMER DIE MÖGLICHKEIT NEUE VERHALTENSWEISEN UND REAKTIONSMÖGLICHKEITEN AUSZUPROBIEREN UND SICH AUF SITUATIONEN VORZUBEREITEN, DIE IM ALLTAG AUFTRETEN KÖNNEN. 103

ROLLENSPIELE EIGNEN SICH VOR ALLEM ZUM ERREICHEN VON PSYCHOMOTORISCHEN UND AFFEKTIVEN ZIELEN. DIE METHODIK EIGNET SICH AUCH FÜR MITTLERE BIS SCHWERE ZIELE, DA SICH KOMPLEXE EXPLIZITE REAKTIONEN, ANPASSUNG, BEWERTUNG UND ORGANISATION DARAN ÜBEN UND LERNEN LASSEN. DAFÜR SOLLTEN ALLERDINGS FERTIGKEITEN UND KENNTNISSE IM HINBLICK AUF DIE ZU BEWÄLTIGENDE AUFGABE VORHANDEN SEIN. 104

DIE SCHULUNGSMETHODE „ROLLENSPIEL“ WIRD ZUM ENDE DES SCHULUNGSMODULS HIN ANGEWENDET. DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN SOLLEN DIE BEREITS VERMITTELTEN INHALTE PRAKTISCH ANWENDEN. DIE ERREICHUNG DER FEINZIELE 4 UND 7 SOWIE DIE VERTIEFUNG DES FEINZIELES 5 WIRD DAMIT ANGESTREBT. 104

6.5 Verlaufsplannung 104

DAS FOLGENDE KAPITEL STELLT TABELLARISCH DEN GEPLANTEN ABLAUF DES SCHULUNGSMODULS VOR. ALS DOZENT IST IN DER VERLAUFSPLANUNG VORERST DIE PFLEGEFACHKRAFT MIT GERONTOPSYCHIATRISCHER WEITERBILDUNG FESTGELEGT. DIE VERLAUFSPLANUNG IST OHNE PAUSE DARGESTELLT, DIESE KANN MIT EINER DAUER VON 15 MIN BELIEBIG IM RAHMEN DES SCHULUNGSMODULS GEWÄHLT WERDEN. ES BIETET SICH IN ABSPRACHE MIT DEM DOZENTEN AN, DIE PAUSE VOR DEN PRAKTISCHEN ÜBUNGSTEIL ZU LEGEN, ALSO IN ETWA NACH DER HÄLFTE DES SCHULUNGSMODULS.

.....	104
Tabelle 1 Verlaufsplanung (eigene Darstellung)	105
ZEIT	105
PHASE	105
LERNZIEL	105
DOZENT	105
GEPLANTES DOZENTENVERHALTEN/ METHODE	105
ERWARTETES TEILNEHMERVERHALTEN	105
MATERIAL	105
15:00-15:05	105
BEGRÜßUNG UND VORSTELLUNG	105
KENNENLERNEN	105
PFK	105
STELLT SICH VOR, FORDERT DIE TEILNEHMER AUF, SICH KURZ VORZUSTELLEN (NAMENSSCHILDER WERDEN AUSGEGEBEN ANHAND DER TEILNEHMERLISTE ÜBERPRÜFUNG, OB VOLLSTÄNDIGE ANWESENHEIT ODER EVENTUELLE VERSPÄTUNG), ORGANISATORISCHE FRAGEN KLÄREN	105
HÖREN ZU, STELLEN SICH VOR, UNTERSCHRIFT UND GGF. EMAILADRESSE AUF DER TEILNEHMERLISTE EINTRAGEN	105
NAMENSSCHILDER, TEILNEHMERLISTE	105
15:05-15:10	105
EINSTIEG.....	105
ÜBERBLICK ÜBER DEN SCHULUNGSVERLAUF GEBEN, ERWARTUNG DER TEILNEHMER ERFRAGEN	105

ZEITLICHER ABLAUF WIRD VORGESTELLT.....	105
PFK.....	105
STELLT LERNZIELE VOR, BEGINNEND MIT DEM RICHTZIEL UND DANN MIT DEN BEIDEN GROBZIELEN, DIESE WERDEN ANHAND DER FEINZIELE KONKRETISIERT, VISUALISIERT FEINZIELE AUF METAPLANWAND	105
FRAGT OB WEITERE THEMENWÜNSCHE VORHANDEN SIND, UM WENN ZEIT IST GGF. NOCHMAL DARAUF EINZUGEHEN, STELLT ZEITLICHEN ABLAUF VOR,.....	105
TEILNEHMER ERMUTIGEN, FRAGEN ZU STELLEN, WENN DINGE UNKLAR ODER INHALTE ZU SCHNELL VERMITTELT WERDEN.....	105
HÖREN ZU, STELLEN GGF. VERSTÄNDNISFRAGEN, ÄUßERN GGF. WEITERE THEMENWÜNSCHE UND ERWARTUNGEN, (DIE VON DEM DOZENT AUF MODERATIONSKARTEN AUFGESCHRIEBEN UND AN DER METAPLANWAND/FLIPCHART AUFGEHÄNGT WERDEN)	105
ERHALTEN ERSTE ORIENTIERUNG	105
METAPLANWAND BZW. FLIPCHART	105
VORBEREITETE MODERATIONSKARTEN MIT RICHTZIEL, GROBZIELEN UND FEINZIELEN, LEERE MODERATIONSKARTEN UND STIFTE, STECKNADELN, MAGNETEN	105
AUSGEDRUCKTE DARSTELLUNG DES MODULABLAUFES	105
ZEIT	106
PHASE	106
LERNZIEL	106
DOZENT	106
GEPLANTES DOZENTENVERHALTEN/ METHODE	106
ERWARTETES TEILNEHMERVERHALTEN	106
MATERIAL	106
15:10-15:30	106
DARBIETEN DES LEHRSTOFFS.....	106
GROBZIEL 1.....	106
MIGRATIONSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN DES KRANKHEITSBILDES DEMENZ VERSTEHEN (FEINZIEL 1)	106
ALLGEMEINE KOMMUNIKATIONSREGELN IM UMGANG MIT DEMENZ BENENNEN (FEINZIEL 2)	106

PFK	106
LEHRVORTRAG	106
VORTRAG MIT UNTERSTÜTZUNG DURCH EINE POWERPOINT-PRÄSENTATION.....	106
HÖREN ZU, STELLEN FRAGEN.....	106
COMPUTER, POWERPOINT-PRÄSENTATION BEAMER.....	106
15:30-15:50	106
VERARBEITEN DES LEHRSTOFFS	106
GROBZIEL 1.....	106
MIGRATIONSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN DES KRANKHEITSBILDES DEMENZ	
BESCHREIBEN UND WEITERGEBEN KÖNNEN (FEINZIEL 1)	106
BEDEUTUNG DER NONVERBALEN KOMMUNIKATION VERINNERLICHEN (FEINZIEL 2) .	106
PFK	106
GESPRÄCH	106
LEITET EINE GESPRÄCHSRUNDE UND ERFAHRUNGSUSTAUSCH IN BEZUG AUF DIE DAVOR VORGESTELLTEN UND ERARBEITETEN INHALTE AN, STELLT FRAGEN, WENN DAS GESPRÄCH INS STOCKEN GERÄT	106
BETEILIGEN SICH AN DEM GESPRÄCH	106
EINLEITUNGS- UND ERGÄNZUNGSFRAGEN (ANLAGE 3)	106
15:50-16:15	106
DARBIETEN DES LEHRSTOFF	106
GROBZIEL 1.....	106
GROBZIEL 2.....	106
KULTURELLE BESONDERHEITEN BEI DER KÖRPERPFLEGE UND ERNÄHRUNG (FEINZIEL 3)	106
METHODE DER INTEGRATIVEN VALIDATION NACH RICHARD (FEINZIEL 5)	106
INHALTE DER ERINNERUNGSPFLEGE UND BIOGRAFIEARBEIT (FEINZIEL 6)	106
PFK	106
LEHRVORTRAG	106
VORTRAG MIT UNTERSTÜTZUNG DURCH EINE POWERPOINT-PRÄSENTATION.....	106
HÖREN ZU, STELLEN FRAGEN.....	106
COMPUTER, POWERPOINT-PRÄSENTATION BEAMER.....	106
ZEIT	107

PHASE	107
LERNZIEL	107
DOZENT.....	107
GEPLANTES DOZENTENVERHALTEN/ METHODE	107
ERWARTETES TEILNEHMERVERHALTEN	107
MATERIAL	107
16:15-17:00	107
VERARBEITEN DES LEHRSTOFFS.....	107
GROBZIEL 1.....	107
GROBZIEL 2.....	107
KULTURELLEN BESONDERHEITEN BEI ERNÄHRUNG UND KÖRPERPFLEGE IM RAHMEN DER PFLEGEPLANUNG UMSETZEN UND ANWENDEN (FEINZIEL 3).....	107
BIOGRAFIEARBEIT UND ERINNERUNGSPFLEGE –BEARBEITUNG EINES FALLBEISPIELS (FEINZIEL 6)	107
PFK.....	107
DEMONSTRATION UND PRAKTISCHE ÜBUNG	107
BITTET TEILNEHMER SICH GEDANKEN UM DIE FORMULIERUNG VON PFLEGEZIELEN UND MAßNAHMEN ZU FIKTIVEN FÄLLEN ODER BEKANNTEN ARBEITSERFAHRUNGEN ZU MACHEN	107
BESPRICHT DIE ERGEBNISSE	107
TEILT FALLBEISPIEL AUS, ERKLÄRT AUFGABENSTELLUNG.....	107
BESPRICHT DIE ERGEBNISSE	107
HÖREN BEI DER ERKLÄRUNG ZU	107
MACHEN SICH SCHRIFTLICHE NOTIZEN	107
BETEILIGEN SICH AN DER ERGEBNISBESPRECHUNG	107
BEARBEITEN FALLBEISPIEL.....	107
BETEILIGEN SICH AN DER ERGEBNISBESPRECHUNG	107
ZETTEL FÜR PFLEGEPLANUNG.....	107
FALLBEISPIEL, DAS DIE LEBENS- UND WOHSITUATION EINES DEMENTEN TÜRKISCHEN MIGRANTEN BESCHREIBT	107
ÜBUNGSPHASE.....	107
GROBZIEL 1.....	107

GROBZIEL 2.....	107
EINHALTUNG KULTURSPECIFISCHER TÜRKISCHER PFLEGEVORSTELLUNGEN	
VERINNERLICHEN (FEINZIEL 4)	107
ANWENDUNG DER INTEGRATIVEN VALIDATION (FEINZIEL 5), VERSTÄNDNIS FÜR INDIVIDUELLEN HILFEBEDARF DER ANGEHÖRIGEN ENTWICKELN (FEINZIEL 7)	107
PFK	107
ROLLENSPIEL	107
LEITET EIN ROLLENSPIEL AN, DOZENT IN DER ROLLE EINES DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTEN ODER EINES PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN	107
BETEILIGEN SICH AM ROLLENSPIEL, EIN TEILNEHMER ZUR ZEIT, DIE ANDEREN HABEN DIE MÖGLICHKEIT, IHN ABZULÖSEN, WENN SIE EINE BESSERE IDEE/EINEN ALTERNATIVEN LÖSUNGSANSATZ HABEN, INSGESAMT MEHRERE SITUATIONEN, BETEILIGUNG IST FREIWILLIG, KEIN ZWANG.....	107
ZEIT	108
PHASE	108
LERNZIEL	108
DOZENT.....	108
GEPLANTES DOZENTENVERHALTEN/ METHODE	108
ERWARTETES TEILNEHMERVERHALTEN	108
MATERIAL	108
17:45-17:55	108
ZUSAMMENFASSUNG UND FRAGEN.....	108
WIEDERHOLUNG DES GELERTEN	108
PFK	108
FASST DIE INHALTE DER SCHULUNGSEINHEIT IN WENIGEN SÄTZEN ZUSAMMEN, ANHAND DES ABLAUFPLANS. KLÄRT, OB NOCH OFFENE FRAGEN SIND ODER INHALTE UNKLAR GEBLIEBEN SIND	108
HÖREN ZU, FRAGEN NACH.....	108
AUSGEDRUCKTE DARSTELLUNG DES ABLAUFES DES MODULS	108
ZEIGESTOCK/LASERPOINTER	108
17:55- 18:00	108
REFLEXION UND VERABSCHIEDUNG, SCHLUSS.....	108

REFLEKTIEREN OB DIE EIGENEN ERWARTUNGEN ERFÜLLT WURDEN	108
PERSÖNLICHEN NUTZEN DES SCHULUNGSMODULS BEWERTEN	108
GEFÜHLE BEZÜGLICH THEMA ÄUßERN	108
KRITIK AN SCHULUNGSMODUL ÄUßERN UND FEEDBACK GEBEN KÖNNEN.....	108
PFK.....	108
DURCHFÜHRUNG EINES BLITZLICHTES, ERKLÄRT SINN UND ZWECK DES BLITZLICHTES UND DIE DURCHFÜHRUNG	108
BEDANKT SICH FÜR DIE TEILNAHME	108
WEIST AUF KONTAKTMÖGLICHKEIT BEI WEITEREN FRAGEN HIN	108
BIETET AN, NACH ENDE DER VERANSTALTUNG BEI BEDARF FÜR FRAGEN ZUR VERFÜGUNG ZU STEHEN	108
VERABSCHIEDET SICH	108
NEHMEN AM BLITZLICHT TEIL, ÄUßERN IHRE MEINUNG UND KRITIK ZU DER SCHULUNGSEINHEIT	108
DANKEN DEM DOZENTEN.....	108
VERABSCHIEDEN SICH	108
FRAGESTELLUNGEN FÜR BLITZLICHT (ANLAGE 4).....	108
PFK= PFLEGEFACHKRAFT MIT GERONTOPSYCHIATRISCHER WEITERBILDUNG.....	108
 6.6 Evaluation des Lernerfolges.....	 109

WIE BEREITS IM KAPITEL 5.2 ERWÄHNT, FINDET EVALUATION BEREITS WÄHREND DES SCHULUNGSMODULS STATT. DIE FEINZIELE 1 UND 2 SIND IM RAHMEN DES SCHULUNGSMODULS DURCH GESPRÄCHSAUSTAUSCH ÜBERPRÜFBAR. DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN TAUSCHEN SICH ÜBER IHRE ERFAHRUNGEN ZUM THEMA AUS, ÄUßERN ERKENNTNISSE UND EINSTELLUNGEN ÜBER MIGRATIONSBEDINGTE BESONDERHEITEN BEI DEMENZIELLEN ERKRANKUNGEN UND DIE BEDEUTUNG DER NONVERBALEN KOMMUNIKATION. ZUDEM IST AUCH IM RAHMEN DES LEHRVORTRAGES DURCH GESTELLTE FRAGEN DER TEILNEHMER ODER NACHFRAGEN DES DOZENTEN EINE ÜBERPRÜFUNG DER FEINZIELERREICHUNG MÖGLICH. DIE ERREICHUNG DER FEINZIELE 3 UND 6 LÄSST SICH DURCH DIE PRAKTISCHE ÜBUNG ÜBERPRÜFEN. DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN WENDEN DURCH DIE BEARBEITUNG

DES FALLBEISPIELS UND DIE SCHRIFTLICHE FORMULIERUNG VON PFLEGEZIELEN UND MAßNAHMEN DIE ZUVOR VERMITTELTE KENNTNISSE AN.	109
BEI DEN FEINZIELEN 4, 5 UND 7 IST EINE ÜBERPRÜFUNG DURCH DAS ROLLENSPIEL MÖGLICH. DURCH DIESES WERDEN MÖGLICHE REAL AUFTRETENDE SITUATIONEN SIMULIERT, DENEN SICH DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN MIT ZUVOR ERWORBENEN KENNTNISSEN STELLEN UND EIGENE UND INDIVIDUELLE LÖSUNGSANSÄTZE FINDEN KÖNNEN.....	109
DA DAS SCHULUNGSMODUL DARAUF ABZIELT, DASS DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN DIE ERWORBENEN KENNTNISSE UND DAMIT VERBUNDENEN HILFESTELLUNGEN IM PFLEGEALLTAG ANWENDEN, IST DER TRANSFERERFOLG ENTSCHEIDEND. UM DEN TRANSFERERFOLG ZU EVALUIEREN, BEKOMMEN DIE TEILNEHMER DREI MONATE NACH DEM SCHULUNGSMODUL EINEN EVALUATIONSBOGEN PER MAIL (VGL. ANLAGE 5). DIESER ENTHÄLT FRAGEN ZU DER PRAKTISCHEN UMSETZUNG DER SCHULUNGSINHALTE IN DER PFLEGEPRAXIS UND FRAGT RÜCKBLICKEND, OB DIE LERNINHALTE ANGEMESSEN VERMITTELT WURDEN UND OB THEMEN ODER PROBLEMSTELLUNGEN GEFEHLT HABEN.	109
IN EINER TEILNEHMERLISTE SOLLEN ZU BEGINN DIE E-MAIL-ADRESSEN ANGEGEBEN WERDEN, DIE TEILNEHMER WERDEN WÄHREND DES SCHULUNGSMODULS ÜBER DEN EVALUATIONSBOGEN INFORMIERT UND DARUM GEBETEN, IHN NACH ERHALT AUSZUFÜLLEN UND PER MAIL ZU BEANTWORTEN. ALTERNATIV BESTEHT DIE MÖGLICHKEIT, DEN BOGEN PER POST ZU ERHALTEN UND ZU VERSENDEN.....	109
AM ENDE DES SCHULUNGSMODULS WIRD EINE „BLITZLICHTRUNDE“ DURCHGEFÜHRT. DIESE SOLL DEN TEILNEHMERN DIE MÖGLICHKEIT GEBEN, DIE AKTUELLE MEINUNG UND STIMMUNG IN BEZUG AUF DAS SCHULUNGSMODUL ZU ÄUßERN. DABEI STEHT VOR ALLEM DIE PLANUNG UND DIE PROZESSQUALITÄT IM VORDERGRUND, WELCHE DEN ABLAUF UND DIE ORGANISATION DER SCHULUNG, DIE ZEITPLANUNG, DIE AUSWAHL DER LERNINHALTE UND SCHULUNGSMETHODEN UMFASST.....	109
DER DOZENT MACHT SICH NOTIZEN ZU DEM MÜNDLICH GEGEBENEN FEEDBACK, AUßERDEM WERDEN SPÄTER DIE SCHRIFTLICHEN EVALUATIONSBÖGEN VON DER PROJEKTGRUPPE KURVE AUSGEWERTET.	110
7 DISKUSSION	110

IN DIESEM KAPITEL WERDEN EXEMPLARISCH AUSGEWÄHLTE RAHMENBEDINGUNGEN,
 DIE AUSWAHL DER LERNINHALTE, DIE GEWÄHLTE UNTERRICHTSMETHODIK, DIE
 SCHWIERIGKEITEN UND CHANCEN BEI DER DURCHFÜHRUNG EINES
 SCHULUNGSMODULS DISKUTIERT. DAS KAPITEL SCHLIEßT MIT EINER INHALTLICHEN
 ZUSAMMENFASSUNG BEZOGEN AUF DIE ZU BEARBEITENDEN FRAGESTELLUNGEN. .. 110

DIE ENTSCHEIDUNG FÜR DEN ENTWURF EINER GRUPPENSCHULUNG BEGRÜNDET SICH
 MIT DEM VORTEIL, DASS INTERAKTIONSPROZESSE ZWISCHEN DEN TEILNEHMERN
 MÖGLICH SIND. DIESE KÖNNEN AUF AFFEKTIVER EBENE EINE WERTVOLLE
 HILFESTELLUNG FÜR DIE FESTIGUNG EINES KULTURSENSIBLEN BEWUSSTSEINS SEIN. DIE
 SCHWIERIGKEIT BEI EINER GRUPPENSCHULUNG LIEGT DARIN, DASS NUR VERSUCHT
 WERDEN KANN ALLGEMEIN ZUTREFFENDE ANGABEN ÜBER POTENTIELLE TEILNEHMER
 ZU MACHEN, WOBEI NIEMALS EINE VOLLSTÄNDIGE ERHEBUNG MÖGLICH IST, ABER
 AUCH NICHT ANGESTREBT WIRD..... 110

DIE SCHULUNG IST FÜR MENSCHEN MIT KOGNITIVEN EINSCHRÄNKUNGEN ODER
 BESONDEREN LERNBARRIEREN NICHT GEEIGNET, DA IM RAHMEN EINER
 GRUPPENSCHULUNG NICHT AUSREICHEND DARAUF EINGEGANGEN WERDEN KANN. IN
 DIESEM FALL IST EINE EINZELSCHULUNG EMPFEHLENSWERT, DIE ABER MIT BLICK AUF
 DIE LERNINTENTION IN DIESEM FALL NICHT SINNVOLL ERSCHEINT. 110

DIE PSYCHOMOTORISCHE EBENE IST IN DIESEM SCHULUNGSMODUL VERNACHLÄSSIGT,
 DIES IST ANHAND DER THEMENAUSWAHL LOGISCH BEGRÜNDET. VON BESONDERER
 BEDEUTUNG IST DIE AFFEKTIVE SCHULUNGSINTENSION. DER TRANSFERERFOLG IN DIE
 PFLEGEPRAXIS VERKNÜPFT MIT DER ENTWICKLUNG EINES KULTURSENSIBLEN
 BEWUSSTSEINS UND DER AKZEPTANZ FÜR DIE VERMITTELTEN INHALTE STELLT EINE
 HOHE HERAUSFORDERUNG HINSICHTLICH DER SCHULUNGSEVALUATION DAR. MIT DER
 AUSWAHL DER EVALUATIONSMETHODEN WIRD VERSUCHT DIES HINREICHEND ZU
 LÖSEN, ES BLEIBT ABER TROTZDEM DIE FRAGE, WIE VIELE DER EVALUATIONSBÖGEN
 BEISPIELSWEISE AUSGEFÜLLT ZURÜCKGESENDET WERDEN..... 110

KOGNITIVE FÄHIGKEITEN SIND NICHT NÄHER DEFINIERT, DIE ZIELFORMULIERUNGEN
 UND DER TEILWEISE ENG GESTAFFELTE ZEITPLAN FORDERN VON DEN TEILNEHMERN
 EINEN HOHEN GRAD AN AUFNAHMEFÄHIGKEIT UND DISZIPLIN WÄHREND DER
 SCHULUNGSEINHEIT. BEDINGT DURCH DIE UNTERSCHIEDLICHEN LERN- UND
 LEHRMETHODEN IST AUßERDEM FLEXIBILITÄT UND HINSICHTLICH DES ROLLENSPIELS

DER EINSATZ RHETORISCHER FÄHIGKEITEN GEFRAGT. POSITIV ZU BEWERTEN, IST DIE
 AUS DIESEN GRÜNDEN FESTGELEGTE KLEINE TEILNEHMERZAHL, DIE ES AUCH
 INTROVERTIERTEN TEILNEHMERN MÖGLICH MACHT, SICH EINZUBRINGEN UND VON
 DEM DOZENTEN MIT „ABGEHOLT“ ZU WERDEN. 110

AUF DER BASIS DER VORLIEGENDEN LITERATURLAGE WURDE VERSUCHT EIN
 AUSSAGEKRÄFTIGES BILD INSBESONDERE DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN UND DER
 DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN DARZUSTELLEN, UM AUF DIESER
 GRUNDLAGE ENTSPRECHENDE LERNINHALTE FÜR DIE POTENTIELLEN
 SCHULUNGSTEILNEHMER ABZULEITEN. DA IM RAHMEN DES EMPIRISCH
 THEORETISCHEN HINTERGRUNDES DEUTLICH WIRD, DASS BEI DEN PFLEGENDEN
 ANGEHÖRIGEN IM HINBLICK AUF DIE PFLEGERISCHEN INTERVENTIONEN VOR ALLEM DIE
 ASPEKTE DER KÖRPERPFLEGE UND ERNÄHRUNG SOWIE DER STELLENWERT DER
 FAMILIE UND DIE RELIGION IM FOKUS STEHEN, WURDEN DIESE THEMEN BEI DER
 PLANUNG DER LERNZIELE PRIORISIERT. AUFGRUND DER TATSACHE, DASS DIE
 ANGEHÖRIGEN OFTMALS HILFLOSIGKEIT IM UMGANG MIT DEN HERAUSFORDERNDEN
 VERHALTENSWEISEN IHRER DEMENZIELL ERKRANKTEN FAMILIENANGEHÖRIGEN
 ÄUßEREN, IST DIE ANWENDUNG DER „INTEGRATIVE VALIDATION NACH RICHARD“
 EBENFALLS ALS LERNINHALT AUSGEWÄHLT WORDEN. DIE VON RICHARD
 FORMULIERTEN SCHRITTE, BEI DER DIE GEFÜHLE AUFGESPÜRT, WERTGESCHÄTZT UND
 VERSTÄRKT WERDEN, UM EVENTUELLE LEBENSTHEMEN AUFZUARBEITEN, EIGNET SICH
 GLEICHERMAßEN FÜR MENSCHEN MIT UND OHNE MIGRATIONS HinterGRUND, UM
 EINEN ZUGANG ZU BEKOMMEN. DIE BASIS BILDEN BIOGRAFISCHE KENNTNISSE, DIE
 ENTSPRECHEND BERÜCKSICHTIGT WERDEN MÜSSEN. GRUPPENANGEBOTE SPIELEN FÜR
 DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN INHALTLICH KEINE ROLLE, DA DIESE FORM
 DER INTERVENTION AUS DEM HERKUNFTSLAND NICHT BEKANNT UND AUS DIESEM
 GRUND KEIN BEZUG HERSTELLBAR IST. 111

BEI DER ABLEITUNG VON ERKENNTNISSEN AUS DER VORLIEGENDEN STUDIENLAGE IST
 ZU BEDENKEN, DASS ES SICH BEI DER GRUPPE DER TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UM
 EINE HETEROGENE GRUPPE HANDELT UND NICHT PRINZIPIELL DAVON AUSGEGANGEN
 WERDEN KANN, DASS SICH DIE ERKENNTNISSE AUF ALLE TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN
 ÜBERTRAGEN LASSEN. ÄHNLICHES GILT FÜR DIE BEACHTUNG DER VERSCHIEDENEN
 PHASEN DER DEMENZ, DIE UNTERSCHIEDLICHE INTERVENTIONEN NÖTIG MACHEN.

ZUDEM MÜSSEN UNTERSCHIEDLICHE WISSENS- UND BILDUNGSSTÄNDE DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN. DIES ZEIGT SICH IN DER VORLIEGENDEN STUDIENLAGE DURCH INHALTLICHE GEGENSÄTZE BEI DEN BEFRAGUNGEN BEISPIELSWEISE WAS DIE KENNTNISSE ÜBER DIE PFLEGEVERSICHERUNG BETREFFEN. ZUDEM WEIST DIE LITERATUR DARAUF HIN, DASS AUCH MIT BLICK AUF DIE GRUPPE DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN ZUKÜNFTIG ÄNDERUNGEN IN DER BEREITSCHAFT DER ÜBERNAHME DER HÄUSLICHEN PFLEGE ZU ERWARTEN SIND. DIE VORLIEGENDE LITERATUR ZEIGT AUF, DASS DIE ZWEITE UND DRITTE GENERATION DER EHEMALIGEN GASTARBEITER SICH ZUNEHMEND DEN WESTLICHEN LEBENSFORMEN ANPASST UND DAMIT DIE TRADITIONELLEN VORSTELLUNGEN AUS DEM HERKUNFTSLAND IN DEN HINTERGRUND RÜCKEN. AUßERDEM LÖST SICH DIE TRADITIONELLE ROLLENVERTEILUNG AUF (VGL. BRZOSKA & RAZUM 2011, S. 432). DIESE ENTWICKLUNG KÖNNTE EINEN VERMEHRTEN EINSATZ VON PROFESSIONELL PFLEGENDEN IN DER HÄUSLICHEN VERSORGUNG BEWIRKEN, WAS DIE NOTWENDIGKEIT ENTSPRECHENDER SCHULUNGEN BZW. FORT- UND WEITERBILDUNGEN NOCHMALS VERSTÄRKT..... 111

BEI DER FESTLEGUNG DER SCHULUNGSTEILNEHMER SIND AUCH PROFESSIONELL PFLEGENDE MIT MIGRATIONS HinterGRUND BERÜCKSICHTIGT. DAMIT SIND NICHT NUR DIE PROFESSIONELL PFLEGENDEN MIT TÜRKISCHEM MIGRATIONS HinterGRUND GEMEINT. DIESE ENTSCHEIDUNG HAT VOR- UND NACHTEILE FÜR DIE GESTALTUNG DES SCHULUNGSMODULS. GRUNDSÄTZLICH IST ES SCHWIERIG, EINE OPTIMALE AUSWAHL DER LERNINHALTE ZU TREFFEN, DA ZWAR GRUNDLEGENDES WISSEN ÜBER DIE ERKRANKUNG UND PROGNOSE VORHANDEN, ABER BEISPIELSWEISE IM HINBLICK AUF DIE VORKENNTNISSE UND PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN LEICHT FEHLEINSCHÄTZUNGEN PASSIEREN KÖNNEN UND DARAUS EINE GEDANKLICHE VORWEGNAHME VON MÖGLICHEN, NOCH UNBEKANNTEN INHALTEN RESULTIERT. DER ABLAUF DER SCHULUNG ZIELT AUF EIN ZÜGIGES VERSTEHEN DER „VERMITTELTEN“ INFORMATIONEN. DIE EINBINDUNG VON PROFESSIONELL PFLEGENDEN MIT MIGRATIONS HinterGRUND VERSCHÄRFT DIESE SCHWIERIGKEIT NOCHMALS, DA SICHERLICH DAVON AUSGEGANGEN WERDEN KANN, DASS KULTURSENSIBLE BESONDERHEITEN AUCH SCHON BEKANNT SIND. DAMIT WÜRD E IM RAHMEN DES SCHULUNGSMODULS FÜR DIESE PROFESSIONELL PFLEGENDEN EHER DIE VERTIEFUNG

UND ANWENDUNG BEREITS VORHANDENER KENNTNISSE IM VORDERGRUND STEHEN. AUF DER ANDEREN SEITE BIETET SICH DIE MÖGLICHKEIT EINES INTENSIVEN ERFHRUNGSUSTAUSCHES UND EINER MÖGLICHEN ZUKÜNFTIGE OPTIMIERUNG BEI DER WAHL DER SCHULUNGSMETHODEN, DA BEISPIELSGEWEISE EINE PARTNERARBEIT ZWISCHEN PROFESSIONELL PFLEGENDEN MIT UND OHNE MIGRATIONS-HINTERGRUND WOMÖGLICH INTERESSANTE ERKENNTNISSE LIEFERN KÖNNTE. 112

8 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT..... 112

DIE VERMUTLICH STEIGENDE ANZAHL AN DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN STELLT DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN VOR HERAUSFORDERUNGEN, DA MIT DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNG UND BETREUUNG KULTURSPEZIFISCHE BEDÜRFNISSE DER MIGRANTINNEN VERKNÜPFT SIND. DER ÜBERWIEGENDE TEIL DER ERKRANKTEN WIRD VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN IN DER HÄUSLICHKEIT VERSORGT, WAS MIT ERHEBLICHEN PSYCHISCHEN BELASTUNGEN VERBUNDEN IST UND OFTMALS MIT FEHLENDEN KENNTNISSEN ÜBER MÖGLICHE HILFEANGEBOTE ZUSAMMENHÄNGT. ZUDEM STEHT DIE ACHTUNG UND EINHALTUNG KULTURELL BEDINGTER VERHALTENSWEISEN UND LEBENSFORMEN DER DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN FÜR DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN IM FOKUS AUS DIESEM GRUND BESTEHT DER BEDARF VERMEHRT IN DIE ETABLIERUNG VON KULTURSENSIBLEN ANGEBOTEN ZU INVESTIEREN. AUF DER GRUNDLAGE EINER SYSTEMATISCHEN LITERATURRECHERCHE ZUM BELASTUNGSERLEBEN VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN IST EIN SCHULUNGSMODUL FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE KONZIPIERT WORDEN, DESSEN ZIEL DIE WISSENSVERMITTLUNG KULTURSPEZIFISCHER BESONDERHEITEN DER BESONDERS MIT DER RELIGION VERKNÜPFTEN TÜRKISCHEN ALLTAGSKULTUR UND DIE ENTWICKLUNG EINER KULTURSENSIBLEN SICHTWEISE IM UMGANG MIT DEN ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN IST. DAS MODUL FINDET IN FORM EINER GRUPPENSCHULUNG STATT UND BEHANDELT THEMEN DER ERNÄHRUNG UND KÖRPERKULTUR SOWIE HILFEFESTSTELLUNGEN ZUR KOMMUNIKATION MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN. DABEI LASSEN SICH UNTER DER BERÜCKSICHTIGUNG DER MIGRATIONS-BIOGRAFIE UND DER TÜRKISCHEN ALLTAGSKULTUR BEREITS ETABLIERTE INTERVENTIONEN WIE DIE „INTEGRATIVE VALIDATION NACH RICHARD“ ODER FORMEN DER ERINNERUNGSPFLEGE UND

BIOGRAFIEARBEIT ANWENDEN. ZUR ERREICHUNG DER DURCH DIE LERNINTENTION
 AUSGEWÄHLTEN KOGNITIVEN UND AFFEKTIVEN LERNZIELE WIRD DER LERNINHALT IN
 EINEM MIX AUS WISSEN UND PRAKTISCHER ANWENDUNG VERMITTELT. DAZU WERDEN
 SOWOHL LEHRERZENTRIERTE ALS AUCH TEILNEHMERZENTRIERTE
 SCHULUNGSMETHODEN EINGESETZT. INWIEWEIT DAS SCHULUNGSMODUL ALS
 ERFOLGREICH ZU BEZEICHNEN IST, WIRD SICH LANGFRISTIG IN EINEM GELINGENDEN
 TRANSFER IN DEN BERUFLICHEN PFLEGEALLTAG ZEIGEN..... 112

DAS ABSCHLIEßENDE FAZIT DER VERFASSERIN BEZIEHT SOWOHL EXEMPLARISCH
 ASPEKTE DER VORGEHENSWEISE, SCHWIERIGKEITEN BEI DER BEARBEITUNG,
 SCHWÄCHEN UND STÄRKEN DER EIGENEN AUSARBEITUNG SOWIE EINE ABSCHLIEßENDE
 EIGENE MEINUNGSÄUßERUNG ZUR DARGESTELLTEN THEMATIK MIT EIN..... 113

IM RAHMEN DER VORGEHENSWEISE WIRD VERSUCHT FÜR DIE KONZEPTION DES
 SCHULUNGSMODULS EINE FUNDIERTE EMPIRISCHE GRUNDLAGE ZU SCHAFFEN. DIE
 GESICHTETE LITERATUR VERDEUTLICHT, DASS DAS THEMA „MIGRATION“ OFTMALS AUF
 DIE ZIELGRUPPE DER TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN AUSGERICHTET WIRD. DIE
 ERGEBNISSE DER SYSTEMATISCHEN LITERATURRECHERCHE ZEIGEN ABER ZUR
 SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER DEMENZIELL ERKRANKTER TÜRKISCHER
 MIGRANTINNEN NUR EINE ÜBERSICHTLICHE STUDIENLAGE AUF. ZUDEM WEISEN DIESE
 QUALITATIVEN STUDIEN OFTMALS MÄNGEL IN DER STUDIENQUALITÄT IM HINBLICK
 AUF DIE AUSWAHL UND GRÖßE DER STICHPROBE SOWIE SCHWIERIGKEITEN BEI DER
 DATENERHEBUNG AUF. DIESE ASPEKTE SOLLTEN BEI DER DARGESTELLTEN
 ERKENNTNISLAGE BEDACHT WERDEN. 113

DIE VERLAUFSPANUNG DES SCHULUNGSMODULS SETZT BESTIMMTE DETAILS ALS
 SELBSTVERSTÄNDLICHKEIT VORAUS, DIE IN DIE VORÜBERLEGUNGEN MIT
 EINGEFLOSSEN SIND, ABER NICHT MEHR EXTRA BESCHRIEBEN WERDEN. DAZU ZÄHLT
 DIE VOR- UND NACHBEREITUNG DER SCHULUNGSRÄUMLICHKEITEN MIT
 BEISPIELSWEISE DER BEREITSTELLUNG DER ENTSPRECHENDEN MATERIALIEN. 113

ALS SCHULUNGSTEILNEHMER KÖNNTEN IM RAHMEN DES PROJEKTES KURVE NACH
 MEINUNG DER VERFASSERIN AUCH PFLEGEHELPER BERÜCKSICHTIGT WERDEN.
 HEUTZUTAGE IST DIESE PERSONENGRUPPE AUFGRUND DES PERSONALMANGELS AN
 QUALIFIZIERTEN FACHKRÄFTEN IM AMBULANTEN SETTING BESONDERS WICHTIG UND
 IN GRÖßERER ANZAHL VERTRETEN. UNABHÄNGIG DAVON IST ES UNABDINGBAR,

ASPEKTE DER KULTURSENSIBLEN PFLEGE MEHR IN DIE AUSBILDUNG DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE BZW. ALTENPFLEGE ZU INTEGRIEREN, UM SO SCHON ANGEHENDE PFLEGEKRÄFTE FÜR DIESE THEMATIK ZU SENSIBILISIEREN.....	114
DIE ERFOLGREICHE ETABLIERUNG VON KULTURSENSIBLEN VERSORGUNGSANGEBOTEN IN DEUTSCHLAND HÄNGT LAUT DER VERFASSERIN AUCH MIT DER ERFOLGREICHEN EINDÄMMUNG VON ETHNISCHEN KONFLIKTEN ZUSAMMEN. DAS PROBLEM DER DOMINIERENDEN DEUTSCHEN KULTUR UND DEN TEILWEISE DARAUS RESULTIERENDEN RASSISTISCHEN ANFEINDUNGEN UND VORURTEILEN STELLT EIN WESENTLICHES HINDERNIS DAR, DEM ZUKÜNFTIG DURCH ENTSPRECHENDE AUFKLÄRUNGSMÄßNAHMEN ZUM THEMA DEMENZ UND MIGRATION BEGEGNET WERDEN SOLLTE. AUCH WENN DIE VERFASSERIN ES BEFÜRWORDET, DASS MIGRANTINNEN SICH AUCH MIT DER WESTLICHEN LEBENSKULTUR DES EINWANDERUNGSLANDES AUSEINANDERSETZEN, SO IST BEI DEN HEUTZUTAGE AN DEMENTZ ERKRANKTEN MIGRANTINNEN DAS FESTHALTEN AN KULTURSPECIFISCHEN TRADITIONEN UND INSBESONDERE DIE MUTTERSPRACHE UNUMGÄNGLICH FÜR LEBENSQUALITÄT UND ZUFRIEDENSTELLENDEN PFLEGE.....	114
9 LITERATURVERZEICHNIS	115
BALIKCI, ASIYE (2011): KULTURSENSIBLE ALTENARBEIT BEI MIGRANTEN MIT DEMENZ – DAS HERZ VERGISST NICHT. IN: PFLEGEZEITSCHRIFT. JG. 64, HEFT 8, 2011, S. 464 – 467. URL: HTTP://DOWNLOAD.SPRINGER.COM/STATIC/PDF/39/ART%253A10.1007%252FS00391-010-0105- X.PDF?AUTH66=1401714727_D3C35375C63B394D92BDCEAB5736B3AE&EXT=.PDF ..	115
BRZOSKA, PATRICK; RAZUM, OLIVER (2011): MIGRATION UND PFLEGE. IN: SCHAEFFER, DORIS; WINGENFELD, KLAUS (HRSG.): HANDBUCH PFLEGEWISSENSCHAFT. WEINHEIM UND MÜNCHEN: JUVENTA, S. 429 - 445.	115
BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2013): HERAUSFORDERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG UND DER PFLEGEVERSICHERUNG DEMOGRAFISCHER WANDEL. URL: HTTP://WWW.BMG.BUND.DE/KRANKENVERSICHERUNG/HERAUSFORDERUNGEN/DEM OGRAFISCHERWANDEL.HTL - DOWNLOAD VOM 20.07.14	115

BUNDESMINISTERIUM DES INNERN, BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (HRSG) (2011): MIGRATIONSBERICHT DES BUNDESAMTES FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE IM AUFTRAG DER BUNDESREGIERUNG. MIGRATIONSBERICHT 2011. BERLIN URL:.....	115
HTTP://WWW.BAMF.DE/SHAREDDOCS/ANLAGEN/DE/PUBLIKATIONEN/MIGRATIONSBERICHT/MIGRATIONSBERICHT-2011.PDF?__BLOB=PUBLICATIONFILE - DOWNLOAD VOM 03.07.14	115
DAKER-WHITE, G. ET AL. (2002): MINORITY ETHNIC GROUPS IN DEMENTIA CARE: A REVIEW OF SERVICE NEEDS, SERVICE PROVISION AND MODELS OF GOOD PRACTICE. IN: <i>AGING & MENTAL HEALTH</i> , JG.6, HEFT 2, 2002, S. 101 - 108	115
DIBELIUS, OLIVIA (2013): DEMENZ UND MIGRATION. ETHISCHE, PSYCHOSOZIALE UND GESELLSCHAFTLICHE HERAUSFORDERUNGEN. IN: MATTER, CHRISTA; PIECHOTTA- HENZE, GUDRUN (HRSG.) (2013): DOPPELT VERLASSEN? MENSCHEN MIT MIGRATIONSERFAHRUNG UND DEMENZ. BERLIN: SCHIBRI-VERLAG. S. 22 - 31	115
DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, MARIA (2005): POTENTIALE ÄLTERER MIGRANTEN UND MIGRANTINNEN. IN: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE. BAND 38, HEFT 6, 2005, S. 396 - 406.....	115
DOMENIG, DAGMAR (2001): MIGRATION, DROGEN, TRANSKULTURELLE KOMPETENZ. 1 AUFLAGE. BERN: VERLAG HANS HUBER.....	115
DÖRING, KLAUS W. (1990): LEHREN IN DER WEITERBILDUNG. EIN DOZENTENLEITFADEN. 3. AUFLAGE. WEINHEIM: DEUTSCHER STUDIEN VERLAG.....	116
DÖRING, KLAUS W. (2008): HANDBUCH – LEHREN UND TRAINIEREN IN DER WEITERBILDUNG. WEINHEIM, BASEL: BELTZ VERLAG	116
DRONIA, IWONA (2002): ALTE BÄUME VERPFLANZT MAN NICHT. ZUR LEBENSLAGE ÄLTERER AUSSIEDLER. IN: <i>MIGRATION UND SOZIALE ARBEIT</i> . HEFT 2, 2002, S. 50 - 53	116
GREMLOWSKI, JOHANNA (2011): SPEZIFISCHE VERSORGUNGSBEDÜRFNISSE VON SOZIOKULTURELLEN MINDERHEITEN ALS VORAUSSETZUNG FÜR DIE WISSENSCHAFTSFUNDIERTE PFLEGEPRAXIS – ZUR SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER VON DEMENZKRANKEN IN POLNISCHEN SPÄTAUSSIEDLERFAMILIEN. EINE LITERATURSTUDIE (1990-2011). IN: <i>PFLEGEWISSENSCHAFT</i> . HEFT 6, 2011, S. 358 - 367	116

HABERKERN, KLAUS (2009): PFLEGE IN EUROPA. FAMILIE UND WOHLFAHRTSSTAAT. 1. AUFLAGE. WIESBADEN: VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN	116
HENDERSEN, SARAS ET AL. (2011): REVIEW - THE EFFECTIVENESS OF CULTURALLY APPROPRIATE INTERVENTIONS TO MANAGE OR PREVENT CHRONIC DISEASE IN CULTURALLY AND LINGUISTICALLY DIVERSE COMMUNITIES: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW IN: <i>HEALTH AND SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY</i> JG. 19, HEFT 3, 2011, S. 225 -249	116
HUISMANN, ADRIENNE ET AL. (2000): DEMENZERKRANKUNGEN BEI MIGRANTEN IN DER EU. VERBREITUNG, VERSORGUNGSSITUATION UND EMPFEHLUNGEN. LAGE: VERLAG HANS JACOBS	116
KELLNHAUSER, EDITH (HRSG.) ET AL. (2004): THIEMES PFLEGE – PROFESSIONALITÄT ERLEBEN. 10. AKTUALISIERTE AUFLAGE. LUDWIGSBURG: GEORG THIEME VERLAG	116
KIRKCALDY ET AL. (2006): MIGRATION UND GESUNDHEIT. PSYCHOSOZIALE DETERMINANTEN. IN: <i>BUNDESGESUNDHEITSBLATT – GESUNDHEITSFORSCHUNG-GESUNDHEITSSCHUTZ</i> . 9, 2006, S. 873 – 883 URL: HTTP://DOWNLOAD.SPRINGER.COM/STATIC/PDF/756/ART%253A10.1007%252FS00103-006-0021-9.PDF?AUTH66=1401709633_745980BE01D3B6067697FB32C428D8E9&EXT=.PDF - DOWNLOAD VOM 31.05.14	116
KLIE, THOMAS (HRSG.); STASCHEIT, ULRICH (HRSG.) (2011): GESETZE FÜR PFLEGEBERUFE – TEXTSAMMLUNG. 12. AUFLAGE. BADEN-BADEN: NOMOS VERLAGSGESELLSCHAFT	116
KLUG-REDMAN, BARBARA (1996): PATIENTENSCHULUNG UND –BERATUNG. BERLIN, WIESBADEN: ULLSTEIN MOSBY.....	117
KLUG-REDMAN, BARBARA (2009): PATIENTENEDUKATION. KURZLEHRBUCH FÜR PFLEGE- UND GESUNDHEITSBERUFE. 2. VOLLSTÄNDIG ÜBERARBEITETE AUFLAGE. BERN: VERLAG HANS HUBER.....	117
KOCS, U. (2005): PFLEGE UND BEGLEITUNG DEMENTER UND PSYCHISCH VERÄNDERTER ALTER MENSCHEN. IN: KÖTHER, ILKA (HRSG.): THIEMES ALTENPFLEGE. ZEITGEMÄß UND ZUKUNFTSWEISEND. STUTTGART: GEORG THIEME. S. 281 - 313	117
KOKANOVIC, R. ET AL. (2001): ON „HAVING A ‚MENTAL ILLNESS‘ IN THE FAMILY“ – CARE-GIVING IN IMMIGRANT COMMUNITIES. URL:	

[HTTP://WEB.A.EBSCOHOST.COM/EHOST/DETAIL?SID=A55C4B8E-481E-4D26-9CA0-F8495355C036%40SESSIONMGR4001&VID=1&HID=4209&BDATA=JMXHBMC9ZGUMC2L0ZT1LAG9ZDC1SAXZL#DB=CIN20&AN=2004062887](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=A55C4B8E-481E-4D26-9CA0-F8495355C036%40SESSIONMGR4001&vid=1&hid=4209&bdata=jmxhbmc9zgumc2l0zt1lag9zdc1saxzl#db=cin20&an=2004062887) - DOWNLOAD VOM 12.07.14..... 117

KOLLECK, BERND (2007): KULTURSENSIBLE PFLEGE IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN. IN: *PFLEGE UND GESELLSCHAFT*. JG.12, HEFT 3, 2007, S. 263 - 275..... 117

KÜCÜK, FILIZ (2008): ZUR SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER VON DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND – EINE EMPIRISCHE STUDIE. IN: *MIGRATION UND SOZIALE ARBEIT*. JG. 30, (3/4), S. 302 - 307 117

LEININGER, MADELEINE M (1998): KULTURELLE DIMENSIONEN MENSCHLICHER PFLEGE. FREIBURG IM BREISGAU: LAMBERTUS VERLAG 117

MAZAHERI, MONIR ET. AL. (2011): BEARING WITNESS TO LIFE NARRATIVES: IRANIAN IMMIGRANT EXPERIENCES OF TAKING CARE OF A FAMILY MEMBER WITH DEMENTA. 117

[URL:HTTP://WEB.A.EBSCOHOST.COM/EHOST/DETAIL?SID=029A7046-7E04-4F3B-B5A3-FF89CB60CBD3%40SESSIONMGR4004&VID=1&HID=4209&BDATA=JMXHBMC9ZGUMC2L0ZT1LAG9ZDC1SAXZL#DB=CIN20&AN=2010996019](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=029A7046-7E04-4F3B-B5A3-FF89CB60CBD3%40SESSIONMGR4004&vid=1&hid=4209&bdata=jmxhbmc9zgumc2l0zt1lag9zdc1saxzl#db=cin20&an=2010996019) - DOWNLOAD VOM 12.07.14 117

MENCHE, NICOLE ET. AL. (HRSG.) (2009): REPETITORIUM – PFLEGE HEUTE. 2. AUFLAGE. MÜNCHEN: ELSEVIER GMBH URBAN & FISCHER VERLAG..... 117

NADKARNI,S.; FORNAZZARI, L. (2005): EXPLORING DEMENTIA CARE ACROSS ETHNO-CULTURAL DIVIDES. IN: *CANADIAN NURSING HOME*.
[URL:HTTP://WEB.A.EBSCOHOST.COM/EHOST/DETAIL?SID=B303AF57-3DED-44C2-9EA70CE09DAD845A%40SESSIONMGR4004&VID=1&HID=4209&BDATA=JMXHBMC9ZGUMC2L0ZT1LAG9ZDC1SAXZL#DB=CIN20&AN=2009018287](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=B303AF57-3DED-44C2-9EA70CE09DAD845A%40SESSIONMGR4004&vid=1&hid=4209&bdata=jmxhbmc9zgumc2l0zt1lag9zdc1saxzl#db=cin20&an=2009018287)- DOWNLOAD VOM 12.07.14 118

NIELSEN, RUNE ET AL. (2010): DEMENTIA IN ETHNIC MINORITIES. 118
 URL: [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/20483100](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483100) - DOWNLOAD VOM 11.07.14 118

OKKEN, PETRA-KARIN; SPALLEK, JACOB; RAZUM, OLIVER (2008): PFLEGE TÜRKISCHER MIGRANTEN. IN: BAUER, ULLRICH; BÜSCHER, ANDREAS (HRSG.) (2008): *SOZIALE UNGLEICHHEIT UND PFLEGE – BEITRÄGE SOZIALWISSENSCHAFTLICH ORIENTIERTER*

PFLEGEFORSCHUNG. 1. AUFLAGE 2008. WIESBADEN: VS VERLAG FÜR	
SOZIALWISSENSCHAFTEN. S. 396 - 422	118
PETERS, TIM ET AL. (2014): GRUNDSÄTZE ZUM UMGANG MIT INTERKULTURALITÄT IN	
EINRICHTUNGEN DES GESUNDHEITSWESENS. POSITIONSPAPIER DER ARBEITSGRUPPE	
INTERKULTURALITÄT IN DER MEDIZINISCHEN PRAXIS IN DER AKADEMIE FÜR ETHIK IN	
DER MEDIZIN. S. 65 – 75.....	118
PETERSEN-EWERT, CORINNA ET AL. (2013): FÖRDERLINIE „SOZIALE INNOVATIONEN FÜR	
LEBENSQUALITÄT IM ALTER“. SILQUA-FH. VORHABENS BESCHREIBUNG:	
QUALIFIZIERUNG UND UNTERSTÜTZUNG VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN MIT	
MIGRATIONSHINTERGRUND UND PFLEGEFACHKRÄFTEN: KULTURSENSIBLE	
VERSORGENSBEDÜRFNISSE IDENTIFIZIEREN UND CHANCEN NUTZEN (KURVE). HAW	
HAMBURG, FAKULTÄT WIRTSCHAFT UND SOZIALES.....	118
PIECHOTTA, G.; MATTER, C. (2008): DIE LEBENSSITUATION DEMENZIELL ERKRANKTER	
TÜRKISCHER MIGRANTINNEN UND IHRER ANGEHÖRIGER. FRAGEN. VERMUTUNGEN	
UND ANNAHMEN. IN: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOPSYCHOLOGIE & PSYCHIATRIE. 21,	
HEFT 4, 2008, S. 221 - 230	118
PIECHOTTA, GUDRUN (2009): WENN MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND AN	
DEMENZ ERKRANKEN - VERWIRRENDE WELTEN. IN: PFLEGEZEITSCHRIFT. 2, JG. 62, 2009,	
S. 76 - 79.....	118
PINQUART, MARTIN; SÖRENSEN, SILVIA (2002): INTERVENTIONSEFFEKTE AUF	
PFLEGENDE DEMENTER UND ANDERE INFORMELLE HELFER. EINE METAANALYSE. IN	
ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOPSYCHOLOGIE & PSYCHIATRIE. JG. 15, HEFT 2, S. 85 - 100	118
RAVEN, UWE, HUISMANN, ADRIENNE (2000): ZUR SITUATION AUSLÄNDISCHER	
DEMENZKRANKER UND DEREN PFLEGE DURCH FAMILIENANGEHÖRIGE IN DER	
BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. IN: PFLEGE. 13, 2000, S. 187 - 196.....	118
ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI) (HRSG.) (2008): SCHWERPUNKTBERICHT DER	
GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES – MIGRATION UND GESUNDHEIT.	
BERLIN.....	119
SCHLOFFER ET. AL. (2014): 23 STUNDENKONZEPTE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ –	
WERTEORIENTIERTE GRUPPENARBEIT - VALIDIERENDE AKTIVIERUNG. BERLIN,	
HEIDELBERG: SPRINGER VERLAG	119

SCHOPF, CHRISTINE; NAEGELE GERHARD (2005): ALTER UND MIGRATION – EIN ÜBERBLICK. IN: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE. S. 384 – 395.....	119
URL:	
HTTP://DOWNLOAD.SPRINGER.COM/STATIC/PDF/290/ART%253A10.1007%252FS00391-005-0345-3.PDF?AUTH66=1401708626_18D901342F91E6FE6D84C8FD90D22157&EXT=.PDF -	
DOWNLOAD VOM 31.05.14	119
SHANLEY, CHRISTOPHER ET AL. (2012): A QUALITATIVE STUDY INTO THE USE OF FORMAL SERVICES FOR DEMENTIA.....	119
BY CARERS FROM CULTURALLY AND LINGUISTICALLY DIVERSE (CALD) COMMUNITIES. IN: BMC HEALTH SERVICES RESEARCH.12, 2012, URL:	
HTTP://WWW.BIOMEDCENTRAL.COM/1472-6963/12/354 - DOWNLOAD VOM 11.07.14	119
SHURGOT, KNIGHT (2005): PRELIMINARY STUDY INVESTIGATING ACCULTURATION, CULTURAL VALUES, AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN LATINO CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS. URL:	
HTTP://WEB.A.EBSCOHOST.COM/EHOST/DETAIL?SID=B846129D-36D3-4FB7-A916-7E5134AFCA79%40SESSIONMGR4004&VID=1&HID=4209&BDATA=JMXHBMC9ZGUMC2L0ZT1LAG9ZDC1SAXZL#DB=CIN20&AN=2009015917 - DOWNLOAD VOM 12.07.14	119
SPALLEK, JACOB; ZEEB, HAJO (2010): BEDARF UND INANSPRUCHNAHME PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG DURCH MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN DEUTSCHLAND. IN: HEGEMANN, THOMAS (HRSG.); RAMAZAN, SALMAN (HRSG.) (2010): HANDBUCH – TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE. 1. AUFLAGE. BONN: PSYCHIATRIE VERLAG S. 58 - 68	119
STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2013): BEVÖLKERUNG MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN DEN HAMBURGER STADTTILEN ENDE 2012. STATISTIK SPEZIAL. 10. DEZEMBER 2013.....	119
STATISTISCHES BUNDESAMT (2013): BEVÖLKERUNG UND ERWERBSTÄTIGKEIT. BEVÖLKERUNG MIT MIGRATIONSHINTERGRUND. ERGEBNISSE DES MIKROZENSUS 2012. WIESBADEN.....	119

URL:HTTPS://WWW.DESTATIS.DE/DE/PUBLIKATIONEN/THEMATISCH/BEVOELKERUNG/MIGRATIONINTEGRATION/MIGRATIONSHINTERGRUND2010220127004.PDF?__BLOB=PUBLICATIONFILE - DOWNLOAD VOM 05.06.14 119

STEINHOFF, GEORG; WROBEL, DERYA (2004): VERGESSEN IN DER FREMDE. ZUR LEBENSITUATION DEMENZIELL ERKRANKTER MIGRANTINNEN IN DER BUNDESREPUBLIK UND INTERVENTIONSSTRATEGIEN IN DER BERATUNGSPRAXIS. IN: *MIGRATION UND SOZIALE ARBEIT*. JG. 26 (3/4), S. 214 - 221 120

SUN, FEI ET AL. (2014): SERVICE BARRIERS FACED BY CHINESE AMERICAN FAMILIES WITH A DEMENTIA RELATIVE: PERSPECTIVES FROM FAMILY CAREGIVERS AND SERVICE PROFESSIONALS. IN: *CLINICAL GERONTOLOGIST*. URL:HTTP://WEB.A.EBSCOHOST.COM/EHOST/DETAIL?SID=5D8A6FA7-2C01-4EF3-8A70-A49FCB003C06%40SESSIONMGR4001&VID=1&HID=4209&BDATA=JMXHBMC9ZGUMC2L0ZT1LAG9ZDC1SAXZL#DB=CIN20&AN=2012478937 - DOWNLOAD VOM 12.07.14 120

THIEL, ANGELIKA (2011): TÜRKISCHE MIGRANTEN UND MIGRANTINNEN UND DEMENZ – ZUGANGSMÖGLICHKEITEN. IN: MATTER, CHRISTA; PIECHOTTA-HENZE, GUDRUN (HRSG.) (2013): *DOPPELT VERLASSEN? MENSCHEN MIT MIGRATIONSERFAHRUNG UND DEMENZ*. BERLIN: SCHIBRI-VERLAG. S. 48 - 55..... 120

TURNER, S.; CHRISTIE, A. (2005): SOUTH ASIAN AND WHITE OLDER PEOPLE AND DEMENTIA: A QUALITATIVE STUDY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES. URL: HTTP://WEB.A.EBSCOHOST.COM/EHOST/DETAIL?SID=B41FEE2D-799E-423C-BB0F-8BFCAC9B10F6%40SESSION - DOWNLOAD VOM 12.07.14 120

ULUSOY, NAZAN.; GRÄßEL, E. (2010): TÜRKISCHE MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND: WISSENS- UND VERSORGUNGSDEFIZITE IM BEREICH HÄUSLICHER PFLEGE – EIN ÜBERBLICK. IN: *ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE*. HEFT 5, 2010, S. 330 - 338 120

VON BOSE, ALEXANDRA; TERPSTRA, JEANETTE (2012): *MUSLIMISCHE PATIENTEN PFLEGEN. PRAXISBUCH FÜR BETREUUNG UND KOMMUNIKATION*. BERLIN, HEIDELBERG: SPRINGER VERLAG..... 120

WETZEL ET AL. (2014): FAMILY CARE FOR IMMIGRANTS WITH DEMENTIA: THE PERSPECTIVES OF FEMALE CARERS LIVING IN THE NETHERLANDS. IN: *JOURNAL OF DEMENTIA CARE* 120

URL:

- [HTTP://DEM.SAGEPUB.COM/CONTENT/EARLY/2014/01/07/1471301213517703.LONG](http://DEM.SAGEPUB.COM/CONTENT/EARLY/2014/01/07/1471301213517703.LONG) -
DOWNLOAD VOM 11.07.14..... 120
- WIED, SUSANNE; WARMBRUNN, ANGELIKA (2003): PSCHYREMBEL - WÖRTERBUCH
PFLEGE. BERLIN: WALTER DE GRUYTER GMBH 120**
- URL:HTTP://BOOKS.GOOGLE.DE/BOOKS?ID=KEAFAAAAQBAJ&PRINTSEC=FRONTCOVER
&HL=DE#V=ONEPAGE&Q&F=FALSE - DOWNLOAD VOM 20.07.14 120**
- WOO, BENJAMIN (2013): KNOWLEDGE OF DEMENTIA AMONG CHINESE AMERICAN
IMMIGRANTS. IN: *ASIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. URL:
[HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/23810148](http://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/23810148) - DOWNLOAD VOM 11.07.14 121
- WOO, BENJAMIN, CHUNG, JAMIE (2013): PUBLIC STIGMA ASSOCIATED WITH DEMENTIA
IN A CHINESE-AMERICAN IMMIGRANT POPULATION. IN: *ASIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*.
URL: [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/24117304](http://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/24117304) - DOWMLOAD VOM
11.07.14 121
- WÖLKER, THERESIA (2014): ZUM UMGANG MIT MIGRANTEN – PFLEGEN SIE DIE KULTUR
– IN: HEILBERUFE/DAS PFLEGEMAGAZIN. 2014, 66 (6), S.30-33 121**
- URL:HTTP://DOWNLOAD.SPRINGER.COM/STATIC/PDF/220/ART%253A10.1007%252FS0
0058-014-0675-
X.PDF?AUTH66=1401708493_3602A9C46AEADAEB4A7B165A38512F2C&EXT=.PDF -
DOWNLOAD VOM 31.05.14..... 121**
- ZEEB, H.; RAZUM, OLIVER (2006): EPIDEMIOLOGISCHE STUDIEN IN DER
MIGRATIONSFORSCHUNG. . IN: *BUNDESGESUNDHEITSBLATT –
GESUNDHEITSFORSCHUNG- GESUNDHEITSSCHUTZ*. 49, 2006, S. 845 - 852 URL:
[HTTP://DOWNLOAD.SPRINGER.COM/STATIC/PDF/785/ART%253A10.1007%252FS00103-
-006-0017-
5.PDF?AUTH66=1401709811_58C57A030DD79BFEB59F6E299E376A1&EXT=.PDF](http://DOWNLOAD.SPRINGER.COM/STATIC/PDF/785/ART%253A10.1007%252FS00103-006-0017-5.PDF?AUTH66=1401709811_58C57A030DD79BFEB59F6E299E376A1&EXT=.PDF) -
DOWNLOAD VOM 31.05.14..... 121
- ZANK, SUSANNE; SCHACKE, CLAUDIA (O.J.): PROJEKT - LÄNGSSCHNITTSTUDIE ZUR
BELASTUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER VON DEMENZIELL ERKRANKTEN (LEANDER).
ABSCHLUSSBERICHT PHASE 2.
URL:HTTPS://WWW.HF.UNIKOELN.DE/DATA/GERONTOLOGIE/FILE/LEANDER%20II%20-
%20VOLLSTAENDIGER%20BERICHT.PDF - DOWNLOAD VOM 03.08.14 121**

ZIELKE- NADKARNI, ANDREA (2003): INDIVIDUALPFLEGE ALS HERAUSFORDERUNG IN
MULTIKULTURELLEN PFLEGESITUATIONEN. EINE ETHNOGRAPHISCHE STUDIE MIT
TÜRKISCHEN UND DEUTSCHEN FRAUEN. BERN: VERLAG HANS HUBER..... 121

ANHANG |

ANLAGE 1 SUCHSTRATEGIE PUBMED (11.07.14) |

SEARCH |

QUERY |

ITEMS FOUND |

[#59](#) |

SEARCH (((((((("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR TURKISH POPULATION) OR
TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND
(((HOME CARE) OR "HOME NURSING"[MESH]) OR CARE SITUATION)) AND
((((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE)..... |

[11](#) |

[#57](#) |

SEARCH ((((((((((ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH]))
OR TURKISH POPULATION) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*) OR
TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND
((((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE)) AND
((((CARER*) OR "CAREGIVERS"[MESH]) OR CAREGIVER*) OR FAMILY CAREGIVER*) OR
INFORMAL CAREGIVER*) |

[19](#) |

[#53](#) |

SEARCH ((((((((((ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH]))
OR TURKISH POPULATION) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*) OR
TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND
((((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE)) AND
(((HOME CARE) OR "HOME NURSING"[MESH]) OR CARE SITUATION)..... |

[27](#) |

[#49](#) |

SEARCH (((((((("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR TURKISH POPULATION) OR
TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND

(((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE)	
FILTERS: PUBLISHED IN THE LAST 5 YEARS	
42	
#48	
SEARCH (((((((("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR TURKISH POPULATION) OR TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND	
(((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE).....	
65	
#47	
SEARCH ((((((((((ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH]))	
OR TURKISH POPULATION) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*) OR	
TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND	
(((("CARER*) OR "CAREGIVERS"[MESH]) OR CAREGIVER*) OR FAMILY CAREGIVER*) OR	
INFORMAL CAREGIVER*)) AND (((((((((SUBJECTIVE BURDEN) OR "STRESS,	
PSYCHOLOGICAL"[MESH]) OR STRESS) OR MENTAL DISTRESS) OR MENTAL DISORDER)	
OR CAREGIVER BURDEN) OR LIFE STRESS) OR EMOTIONAL STRESS) OR PSYCHOLOGICAL	
STRAIN) FILTERS: PUBLISHED IN THE LAST 5 YEARS	
44	
#46	
SEARCH ((((((((((ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH]))	
OR TURKISH POPULATION) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*) OR	
TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND	
(((("CARER*) OR "CAREGIVERS"[MESH]) OR CAREGIVER*) OR FAMILY CAREGIVER*) OR	
INFORMAL CAREGIVER*)) AND (((((((((SUBJECTIVE BURDEN) OR "STRESS,	
PSYCHOLOGICAL"[MESH]) OR STRESS) OR MENTAL DISTRESS) OR MENTAL DISORDER)	
OR CAREGIVER BURDEN) OR LIFE STRESS) OR EMOTIONAL STRESS) OR PSYCHOLOGICAL	
STRAIN)	
78	
#45	
SEARCH ((((((((((ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR	
TURKISH POPULATION) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*) OR TURKISH	
MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND	

(((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE)	
FILTERS: PUBLISHED IN THE LAST 5 YEARS	I
75	I
#44	I
SEARCH (((((((((ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR TURKISH POPULATION) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*) OR TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*)) AND	
(((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE).....	I
168	I
#42	I
SEARCH (((("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR TURKISH POPULATION) OR TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*	I
9121	I
#41	I
SEARCH (((((TURKISH POPULATION) OR ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*	I
36110	I
#40	I
SEARCH ((HOME CARE) OR "HOME NURSING"[MESH]) OR CARE SITUATION.....	I
619498	I
#39	I
SEARCH (((((((((SUBJECTIVE BURDEN) OR "STRESS, PSYCHOLOGICAL"[MESH]) OR STRESS) OR MENTAL DISTRESS) OR MENTAL DISORDER) OR CAREGIVER BURDEN) OR LIFE STRESS) OR EMOTIONAL STRESS) OR PSYCHOLOGICAL STRAIN	I
1496416	I
#38	I
SEARCH (((((CAREGIVER*) OR "CAREGIVERS"[MESH]) OR CAREGIVER*) OR FAMILY CAREGIVER*) OR INFORMAL CAREGIVER*	I
48209	I
#37	II
SEARCH (((("DEMENTIA"[MESH]) OR DEMENTIA) OR ALZHEIMER) OR COGNITIVE DECLINE.....	II

161958	II
#36	II
SEARCH (((((((ELDERLY MIGRANT*) OR ("EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH])) OR TURKISH POPULATION) OR IMMIGRANT*) OR EMIGRANT*) OR MIGRANT*) OR TURKISH MIGRANT*) OR TURKISH EMIGRANT*) OR TURKISH IMMIGRANT*	II
36110	II
#35	II
SEARCH CARE SITUATION	II
20593	II
#34	II
SEARCH "HOME NURSING"[MESH]	II
8624	II
#32	II
SEARCH HOME CARE	II
603795	II
#31	II
SEARCH PSYCHOLOGICAL STRAIN	II
3894	II
#30	II
SEARCH EMOTIONAL STRESS	II
117080	II
#29	II
SEARCH LIFE STRESS	II
145496	II
#28	II
SEARCH CAREGIVER BURDEN	II
4980	II
#27	II
SEARCH MENTAL DISORDER	II
960788	II
#26	II
SEARCH MENTAL DISTRESS	II

9162	II
#25	II
SEARCH STRESS	II
586752	II
#24	II
SEARCH "STRESS, PSYCHOLOGICAL"[MESH]	II
90785	II
#22	II
SEARCH SUBJECTIVE BURDEN	II
1078	II
#21	II
SEARCH INFORMAL CAREGIVER*	II
1251	II
#20	II
SEARCH FAMILY CAREGIVER*	II
3671	II
#19	II
SEARCH CAREGIVER*	II
42182	II
#18	II
SEARCH "CAREGIVERS"[MESH]	II
21110	II
#16	II
SEARCH CARER*	II
8889	II
#15	II
SEARCH COGNITIVE DECLINE	II
15916	II
#14	II
SEARCH ALZHEIMER	II
74797	II
#13	II

SEARCH DEMENTIA	II
147751	II
#12	II
SEARCH "DEMENTIA"[MESH]	II
116663	II
#10	II
SEARCH TURKISH IMMIGRANT*	II
134	II
#9	II
SEARCH TURKISH EMIGRANT*	II
162	II
#8	II
SEARCH TURKISH MIGRANT*	II
83	II
#7	II
SEARCH MIGRANT*	II
15413	II
#6	II
SEARCH EMIGRANT*	II
6735	II
#5	II
SEARCH IMMIGRANT*	II
19398	II
#4	II
SEARCH TURKISH POPULATION	II
3434	II
#3	II
SEARCH "EMIGRANTS AND IMMIGRANTS"[MESH]	II
5681	II
#1	II
SEARCH ELDERLY MIGRANT*	II
35	II

Anlage 2 Suchstrategie Cinahl (12.07.14)	iii
SUCH-ID#	III
SUCHBEGRIFFE	III
SUCHOPTIONEN	III
ERGEBNISSE.....	III
S45	III
S34 AND S37 AND S39	III
EINGRENZUNGEN - MEDLINE-DATENSÄTZE AUSSCHLIEßEN SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(1)	III
S44	III
S33 AND S34 AND S35	III
EINGRENZUNGEN - MEDLINE-DATENSÄTZE AUSSCHLIEßEN SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(35).....	III
S43	III
S33 AND S34 AND S37	III
EINGRENZUNGEN - MEDLINE-DATENSÄTZE AUSSCHLIEßEN SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(19).....	III
S42	III
S34 AND S39.....	III
EINGRENZUNGEN - MEDLINE-DATENSÄTZE AUSSCHLIEßEN SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(9)	III
S41	III
S33 AND S35 AND S36	III
EINGRENZUNGEN - MEDLINE-DATENSÄTZE AUSSCHLIEßEN SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(46).....	III
S40	III

S33 AND S34.....	III
EINGRENZUNGEN - MEDLINE-DATENSÄTZE AUSSCHLIEßEN SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(64).....	III
S39	III
S2 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9.....	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(3,640).....	III
S38	III
S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S9.....	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	III
(13,904).....	III
S37	III
S29 OR S30 OR S31 OR S32	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	III
(59,566).....	III
S36	III
S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	III
(86,689).....	III
S35	III
S14 OR S15 OR S16 OR S17	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	III
(36,263).....	III
S34	III
S10 OR S11 OR S12 OR S13	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	III
(31,794).....	III
S33	III
S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	III
(13,904).....	III

S32	III
(MH "NURSING HOME PERSONNEL")	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(2,520)	III
S31	III
TX HOME NURSING	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(28,519)	III
S29	III
TX HOME CARE	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(39,400)	III
S28	III
TX PSYCHOLOGICAL STRAIN	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(141)	III
S27	III
TX EMOTIONAL STRESS	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(955)	III
S26	III
TX LIFE STRESS	III
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	III
(1,529)	III
S25	IV
TX MENTAL DISTRESS	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(709)	IV
S24	IV
TX MENTAL DISORDER	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(1,672)	IV

S23	IV
TX STRESS.....	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(80,041).....	IV
S22	IV
(MH "STRESS, PSYCHOLOGICAL")	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(18,844).....	IV
S21	IV
(MH "STRESS")	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(4,748).....	IV
S20	IV
(MH "CAREGIVER BURDEN")	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(5,703).....	IV
S19	IV
TX CAREGIVER BURDEN.....	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(6,204).....	IV
S18	IV
TX SUBJECTIVE BURDEN	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(207).....	IV
S17	IV
TX INFORMAL CAREGIVER	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(210).....	IV
S16	IV
TX FAMILY CAREGIVER*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK.....	IV
(4,444).....	IV

S15	IV
TX CAREGIVER*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(31,898)	IV
S14	IV
TX CARER*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(7,348)	IV
S13	IV
TX COGNITIVE DECLINE	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(2,495)	IV
S12	IV
(MH "DEMENTIA")	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(20,039)	IV
S11	IV
TX ALZHEIMER	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(3,065)	IV
S10	IV
TX DEMENTIA	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(29,156)	IV
S9	IV
(MH "EMIGRATION AND IMMIGRATION")	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(3,453)	IV
S8	IV
TX TURKISH IMMIGRANT*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(39)	IV

S7	IV
TX TURKISH EMIGRANT*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(0)	IV
S6	IV
TX TURKISH MIGRANT*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(24).....	IV
S5	IV
TX MIGRANT*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(3,102).....	IV
S4	IV
TX EMIGRANT*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(45).....	IV
S3	IV
TX IMMIGRANT*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(9,275).....	IV
S2	IV
TX TURKISH POPULATION.....	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(134).....	IV
S1	IV
TX ELDERLY MIGRANT*	IV
SUCHMODI - BOOLESCHER WERT/AUSDRUCK	IV
(18).....	IV
 Anlage 3 Gespräch Einleitungs- und Ergänzungsfragen	 v
 <u>GESPRÄCH - EINLEITUNGS- UND ERGÄNZUNGSFRAGEN DES DOZENTEN</u>	 V

ANMERKUNG: DIE UNTEN DARGESTELLTEN FRAGEN DIENEN DEM DOZENTEN SOWOHL DAZU, DAS GESPRÄCH EINZULEITEN ALS AUCH BEI EINEM STILLSTAND MIT ERGÄNZUNGSFRAGEN EINZUGREIFEN. ES HANDELT SICH HIER LEDIGLICH UM EINE AUSWAHL, DIE ABHÄNGIG U.A. VON DEM VERLAUF DES GESPRÄCHES, DER GRUPPENZUSAMMENSETZUNG, DER VERSCHIEDENEN CHARAKTERE UND DER PERSÖNLICHEN AUSWAHL DES DOZENTEN IST. V

EINLEITUNGSFRAGEN- UND ERGÄNZUNGSFRAGEN V

- **WIE HABEN SICH IHRE BISHERIGEN KONTAKTE ZU DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN GESTALTET? V**
- **HABEN SIE GENAUERE KENNTNISSE ÜBER DIE MIGRATIONS BIOGRAFIE DER DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN, DENEN SIE IM RAHMEN IHRER PFLEGETÄTIGKEIT SCHON BEGEGNET SIND? V**
- **WIE HABEN SIE IHRE BISHERIGE KOMMUNIKATION MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN GESTALTET? V**
- **INWIEWEIT SPIELEN FÜR SIE DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN BEI DER KOMMUNIKATION EINE ROLLE? V**
- **IN WELCHEN SITUATIONEN STANDEN VOR ALLEM KOMMUNIKATIONS PROBLEME IM VORDERGRUND? V**
- **WAS GLAUBEN SIE INWIEWEIT IHNEN DIE AUFGEZEIGTEN KOMMUNIKATIONSREGELN EINE HILFE SEIN KÖNNEN? V**

Anlage 4 Fragen für das Blitzlichtvi

MÖGLICHE FRAGEN FÜR DAS BLITZLICHT AM ENDE DES SCHULUNGSMODULS VI

ANMERKUNG: DIE UNTEN DARGESTELLTEN FRAGESTELLUNGEN KÖNNEN NICHT ALLE IM RAHMEN DES AM ENDE DES SCHULUNGSMODULS DURCHGEFÜHRTEN BLITZLICHTES GESTELLT WERDEN. ES HANDELT SICH HIER LEDIGLICH UM EINE AUSWAHL. DIESE IST U.A. ABHÄNGIG VON DER GRUPPENZUSAMMENSETZUNG, DER VERSCHIEDENEN CHARAKTERE, DER (STIMMLICHEN ATMOSPHÄRE) UND DER WAHRNEHMUNG UND PERSÖNLICHEN AUSWAHL DES DOZENTEN. VI

- **WIE WÜRDEN SIE IHRE MOMENTANE GEFÜHLSLAGE BESCHREIBEN? VI**

- **WAS NEHMEN SIE AN NEUEM WISSEN UND ERFAHRUNGEN MIT (LERNZUWACHS)?**
VI
 - **WAS IST IHNEN VON DEN HEUTIGEN INHALTEN BESONDERS IN ERINNERUNG
GEBLIEBEN UND WARUM? VI**
 - **SIND IHRE ERWARTUNGEN AN DIESE SCHULUNGSMODUL AM HEUTIGEN TAGE
ERFÜLLT WORDEN? VI**
 - **HABEN SIE SICH DURCH DIE HEUTIGEN INHALTE ÜBERFORDERT GEFÜHLT? VI**
 - **HÄTTE DER INHALTLICHE RAHMEN NOCH WEITER GEFASST WERDEN KÖNNEN? ... VI**
 - **WAREN DIE LERNINHALTE LOGISCH AUFGEBAUT? VI**
 - **WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DER WAHL DER LEHRMETHODEN
(GEEIGNET/UNGEEIGNET)? VI**
 - **WAS HAT IHNEN INSGESAMT BESONDERS GUT/BESONDERS SCHLECHT GEFALLEN
(IDENTIFIKATION VON UNTERSTÜTZENDEN UND STÖRENDE FAKTOREN)? VI**
 - **WIE WÜRDEN SIE DIE LERNSITUATION BEWERTEN? VI**
 - **WIE FANDEN SIE DIE HEUTIGE ZUSAMMENARBEIT DER SCHULUNGSTEILNEHMER
(SOZIALER UMGANG)? VI**
 - **MIT WELCHEN PERSÖNLICHEN VORSTELLUNGEN SIND SIE IN DIESES
SCHULUNGSMODUL GEGANGEN? VI**
 - **HABEN SIE SICH IN IHRER PERSÖNLICHEN SITUATION VERSTANDEN GEFÜHLT? VI**
- Anlage 5 Evaluationsbogen vii

EVALUATIONSBOGEN VII

SEIT IHRER TEILNAHME AN UNSEREM SCHULUNGSMODUL „KULTURSENSIBLE PFLEGE VON DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDE ANGEHÖRIGEN“ SIND NUN EINIGE WOCHEN VERGANGEN. UNSER ANLIEGEN WAR ES, IHNEN MIT DIESEM SCHULUNGSMODUL KULTURELLE TÜRKISCHE BESONDERHEITEN UND DARAUF ABGESTIMMTE HILFESTELLUNGEN ZU VERMITTELN, DIE SIE IM UMGANG MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDE ANGEHÖRIGEN EINSETZEN KÖNNEN. VII

WIR ERHOFFEN UNS MIT DIESEM EVALUATIONSBOGEN ANTWORTEN DARAUF ZU FINDEN, WIE UND OB SIE DARGEBOTENE INHALTE NUTZBRINGEND IM RAHMEN IHRER

PFLEGETÄTIGKEIT INTEGRIEREN KONNTEN UND INWIEWEIT WIR SIE IM HINBLICK AUF DIE BERÜCKSICHTIGUNG UND EINBINDUNG KULTURELLER BESONDERHEITEN IN DEN PFLEGEALLTAG NACHHALTIG SENSIBILISIERT HABEN.....	VII
WIR MÖCHTEN SIE NUN BITTEN DIESEN FRAGEBOGEN AUSZUFÜLLEN. UM UNSER SCHULUNGSMODUL VOR ALLEM IN IHREM SINNE STETIG ZU VERBESSERN, WÜRDEN WIR UNS ÜBER EIN EHRLICHES FEEDBACK FREUEN.....	VII
1. WELCHE INHALTE DES SCHULUNGSMODULS FANDEN SIE BESONDERS HILFREICH? (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)	VII
<input type="checkbox"/> KULTURELLE ASPEKTE BEI KÖRPERPFLEGE UND ERNÄHRUNG <input type="checkbox"/> ALLGEMEIN KOMMUNIKATION	VII
<input type="checkbox"/> GRUNDLAGEN ZUR DEMENZ BEI MIGRANTINNEN <input type="checkbox"/> BIOGRAFIEARBEIT/ERINNERUNGSPFLEGE <input type="checkbox"/> INTEGRATIVE VALIDATION NACH RICHARD <input type="checkbox"/> SONSTIGE:	VII
2. SIND IHNEN IM BERUFSALLTAG WEITERE PROBLEMSTELLUNGEN HINSICHTLICH DER THEMATIK „DEMENTZ BEI TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN“ AUFGEFALLEN, DIE WÄHREND DER SCHULUNGSEINHEIT NICHT BESPROCHEN WURDEN?	VIII
3. HABE SIE RÜCKBLICKEND DAS GEFÜHL, DASS IHNEN DIE LERNINHALTE ANSPRECHEND VERMITTELT WORDEN SIND? (MIT BEGRÜNDUNG).....	VIII
JA,	VIII
NEIN,	VIII
4. WIE WIRKT DAS SCHULUNGSMODUL SICH AUF IHRE ARBEIT MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN AUS?	VIII
6. BEKOMMEN SIE EINE RÜCKMELDUNG VON DEN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN? (WELCHER ART UND MIT BEGRÜNDUNG).....	VIII
JA,	VIII
NEIN,	VIII
7. HABEN SIE DAS GEFÜHL, IHRE ANWESENHEIT UND DIE DAMIT VERBUNDENEN UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE KÖNNEN ZUR ENTLASTUNG DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN BEITRAGEN? WORAN MACHEN SIE DAS FEST (ODER AUCH NICHT)?	IX
JA,	IX
NEIN,	IX

8. WÜRDEN SIE DAS SCHULUNGSMODUL AN PROFESSIONELLE PFLEGEKRÄFTE WEITER EMPFEHLEN? (MIT BEGRÜNDUNG)..... IX
JA, IX
NEIN, IX
VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT IX
EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG X
HIERMIT VERSICHERE ICH, SARAH NUHN, GEBOREN AM 02.07.1986 IN KASSEL, DASS ICH DIE VORLIEGENDE ARBEIT MIT DEM TITEL: „KULTURSENSIBLE PFLEGE VON DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTINNEN UND DEREN PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN – EIN SCHULUNGSMODUL FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE“, OHNE FREMDE HILFE SELBSTSTÄNDIG VERFASST UND NUR DIE ANGEGEBENEN HILFSMITTEL BENUTZT HABE. WÖRTLICH ODER DEM SINN NACH AUS ANDEREN WERKEN ENTNOMMENE STELLEN SIND UNTER ANGABE DER QUELLE KENNTLICH GEMACHT..... X

X

ORT, DATUM UNTERSCHRIFT..... X

1 EINLEITUNG

Die sich verändernde Versorgungssituation, unter anderem bedingt durch den demografischen Wandel innerhalb der deutschen Bevölkerung, stellt das deutsche Gesundheitswesen zukünftig vor komplexe Aufgaben, die es zu lösen gilt (vgl. BMG 2013). Auch die Zahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund steigt in Deutschland stark an. Dies geschieht mit einiger Verzögerung zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S. 95). Die zwischen 1955 und 1973 überwiegend aus der Türkei, Italien und Spanien eingewanderten ArbeitsmigrantInnen bleiben zunehmend langfristig und kommen jetzt in das Rentenalter (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 330). Es geht mit speziellen Verpflichtungen für die Versorgungssysteme einher, dass MigrantInnen ihren Lebensabend in Deutschland verbringen (vgl. Dibelius 2013, S. 22), weil diese den gesundheitlichen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund gerecht werden müssen (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S. 8). Aufgrund epidemiologischer Forschungsergebnisse bezüglich der Gesundheit von MigrantInnen ist von einem wachsenden Bedarf nach professionellen Leistungen für diese Zielgruppe und der Entlastung von pflegenden Angehörigen auszugehen (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S. 8). Zur Pflegeversorgung von MigrantInnen in Deutschland gibt es bisher jedoch kaum wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 330). Im Jahre 2012 lebten in Deutschland insgesamt 16,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, S. 7). Von diesen gehörten laut Angaben des Mikrozensus 2012 knapp 1,6 Millionen Menschen der Altersklasse ab 65 Jahren an. Der größte Anteil der Personen mit Migrationshintergrund kommt mit 18,3 % aus der Türkei, dahinter folgt Polen mit 9,4 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, S. 7). Die Mehrheit der MigrantInnen findet aufgrund von Schwellenängsten, kulturellen und sprachlichen Barrieren sowie einem Mangel an Informationen über pflegende Institutionen und gesetzliche Finanzierungsregelungen nur schwer Zugang zum etablierten Versorgungssystem (vgl. Steinhoff & Wrobel 2004, S. 214).

Die steigende Anzahl älterer Menschen ist eng mit der Zunahme von im höheren Lebensalter auftretenden demenziellen Erkrankungen verbunden (vgl. BMG 2013). Laut Küçük (2008) liegen keine genauen statistischen Daten und repräsentative wissenschaftliche Untersuchungen über die in Deutschland an Demenz erkrankten MigrantInnen vor. Die pflegerische häusliche Versorgung erfolgt meist durch Familienangehörige, auch hier fehlen

gesicherte Erkenntnisse zur Lage von pflegenden Angehörigen (vgl. Küçük 2008, S. 302). Laut Piechotta (2009) wird ein Zusammenhang zwischen migrationsbedingt eintretenden kulturellen, sozialen, familiären Veränderungen, den schwierigen Arbeits- und Lebensbedingungen und dem Auftreten von Krankheiten vermutet. Es ist anzunehmen, dass die Mehrheit der Angehörigen Wissensdefizite bei Demenzsymptomatik, Diagnostik, Unterstützungsmöglichkeiten und Pflege hat (vgl. Piechotta 2009, S. 78). Die Hilfeleistungen für demenzkranke MigrantInnen bzw. ihre Angehörigen werden selten genutzt und die Familienangehörigen sind meist überfordert. Sie benötigen professionelle Beratung und Entlastung (vgl. Steinhoff & Wrobel 2004, S. 215). Probleme zeigen sich auch bei professionell Pflegenden. Viele haben kaum Kenntnisse über kulturelle und migrationspezifische Bedürfnisse (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 435). „Für Migranten, die an Demenz leiden, wandelt sich ein Land der persönlichen und kollektiven Erinnerungen zu immer (...) weniger werdenden Erinnerunginseln“ (Piechotta 2009, S. 78). Dementiell Erkrankte sind fortwährend auf Identitätssuche, für MigrantInnen trifft das aufgrund ihrer Migrationserfahrung verstärkt zu. Hier tragen die Pflegenden die Verantwortung, empathisch, kompetent und kultursensibel, den erkrankten MigrantInnen und deren Angehörigen Begleitung und Unterstützung anzubieten (vgl. Piechotta 2009, S. 79).

Vor den geschilderten Hintergründen ist das seit 2013 laufende, auf drei Jahre angelegte Projekt KURVE an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg, entstanden. KURVE steht für „Kultursensible Versorgungsbedürfnisse identifizieren und Chancen nutzen“. In Hamburg waren Ende 2012 rund 30 % der Einwohnerinnen und Einwohner Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2013, S. 1 f.). In Hamburg haben in der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre etwa 16 % der Männer und 12 % der Frauen einen Migrationshintergrund. Auch hier stellen MigrantInnen aus der Türkei mit knapp 18% die größte Einwanderungsgruppe dar (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2013, S. 1 f.). Die Projektziele von KURVE liegen in der Optimierung der häuslichen Pflegesituation für türkische und auch für polnische MigrantInnen und deren pflegende Angehörige in Hamburg und damit einhergehend in einer Verbesserung der Lebensqualität pflegender Angehöriger. Außerdem geht es um die Vermittlung pflegerischer Kompetenzen und die Entwicklung bzw. Etablierung von Betreuungs- und Praxiskonzepten. Dazu soll eine modular aufgebaute Schulung, jeweils für pflegende Angehörige und für professionell Pflegenden, konzipiert werden (vgl. Petersen-Ewert et al. 2013, S. 1). Derzeit wird im Rahmen des Projektes

KURVE an der Erstellung der Schulungsmodule für pflegende Angehörige gearbeitet. Eine erste Literatur - und Interviewauswertung zeigte unter anderem einen erhöhten Informationsbedarf zum Thema Demenz und der damit verbundenen pflegerischen Versorgung auf. Diese Arbeit verfolgt das Erkenntnisinteresse, kulturspezifische Besonderheiten bei der Pflege von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen unter Berücksichtigung der damit verbundenen Belastungen und vorhandenen Ressourcen der pflegenden Angehörigen zu ergründen. Daraus sollen entsprechende Inhalte für ein Schulungsmodul für professionell Pflegende abgeleitet werden. Das Bearbeitungsziel dieser Arbeit liegt damit in der Konzeption eines der Schulungsmodule für professionell Pflegende, das zudem eine anwendungsorientierte Handlungsempfehlung enthält. Das Schulungsmodul zielt neben der Wissensvermittlung über kultursensible pflegerische Besonderheiten darauf ab, professionell Pflegende zu befähigen, ihr erlerntes Wissen sowohl anzuwenden als auch weiterzugeben und damit pflegende Angehörige zukünftig auch schulen zu können.

Die vorliegende Arbeit definiert zunächst die für das Leserverständnis und den theoretischen Hintergrund relevanten Begriffe „MigrantInnen“, „Pflegende Angehörige“ und „Kultursensible Pflege“. Das darauf folgende Kapitel bildet den empirisch theoretischen Hintergrund. Im Fokus stehen hierbei Erkenntnisse zu Demenzerkrankungen bei MigrantInnen insbesondere die Sichtweise pflegender Angehöriger. Außerdem wird die Bedeutung und Herausforderung der professionellen Pflege im kulturellen Kontext ausgeführt. Im Rahmen der Darstellung nationaler und internationaler Ergebnisse liegt der Schwerpunkt auf den in Deutschland lebenden demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen. Es folgen die Fragestellungen an die sich die Beschreibung des methodischen Vorgehens bei der Konzeption des Schulungsmoduls anschließt. Dann wird das Schulungsmodul vorgestellt. Inhaltliche Bestandteile sind dabei die Rahmenbedingungen, Lernintention und Lernziele, die Lerninhalte und die Schulungsmethoden sowie die Verlaufsplanung und die Evaluation des Lernerfolges. Einzelne Bestandteile des Schulungsmoduls werden im Folgenden kritisch diskutiert. Die Arbeit schließt ab mit einer kurzen Zusammenfassung und mit einem Bearbeitungsfazit.

2 BEGRIFFSDEFINITIONEN

In diesem Kapitel werden die für das Leserverständnis und die Bearbeitung relevanten Begriffe definiert und kurz ausgeführt. Der Ausdruck „Migrantinnen und Migranten“ setzt sich mittlerweile als ein Oberbegriff in der Literatur durch (vgl. Zeeb & Razum 2006, S. 846) und ist in dieser Arbeit aus Gründen der besseren Lesbarkeit zu „MigrantInnen“ zusammengefasst. Zusätzlich wird der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ vorgestellt, da auch dieser in der Literatur und in dieser Arbeit verwendet wird. Die Definition des Begriffes „Pflegerische Angehörige“ erfolgt unter Zuhilfenahme der Beschreibung der Begriffe „Laienpflege“ und „Informelle Pflege“ und der im Sozialgesetzbuch SGB XI festgelegten Definition der „Pflegerperson“. Die Bezeichnung „Kultursensible Pflege“ wird in Anlehnung an die Theorie der transkulturellen und kultursensiblen Pflege nach Madeleine Leininger (1998) erklärt.

2.1 MigrantInnen

Migration (lat. migrare für wegziehen, wandern) meint einen räumlichen und örtlichen Wohnortwechsel und eine damit verbundene Verlegung des Lebensmittelpunktes eines Menschen über eine größere Entfernung (vgl. Piechotta 2009, S. 76).

Bei einem Staatenwechsel wird auch von internationaler Migration gesprochen, wobei die Dauer und das zugrunde liegende Motiv entscheidend sind. Urlaubsreisen oder eine berufsbedingte Pendlertätigkeit wird nicht als Migration bezeichnet (vgl. Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2011, S. 13). Von Migration wird bei einem längerfristig angelegten bzw. dauerhaften Wohnortwechsel gesprochen (vgl. Piechotta 2009, S. 76). Die meist verwendete Begrifflichkeit „Migrantinnen und Migranten“ schließt sinngemäß nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung ein (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S. 9). Das Robert Koch-Institut (2008) betont allerdings die Empfehlung, in diese Zielgruppe auch die Kinder zugewanderter MigrantInnen mit einzubeziehen, die folglich nicht selbst zugewandert sind. „Auch für Kinder und sogar Enkelkinder von zugewanderten Personen kann der Migrationshintergrund noch prägend sein, z. B. wenn sie über eine nichtdeutsche Staatsbürgerschaft verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit unterscheiden“ (Robert Koch-Institut 2008, S. 9). Das Statistische Bundesamt hat sich dieser Problematik erstmalig im Mikrozensus 2005

angenommen und verwendet seitdem den Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“, der folgendermaßen definiert wird: „(...) Menschen mit Migrationshintergrund (...) (sind) alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenem Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2013, S. 6). Dieser Begriff bezieht damit Nachkommen von MigrantInnen ohne eigene Migrationserfahrung mit ein (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S. 10).

2.2 Pflegende Angehörige

Laut Menche (2009) gibt es in Deutschland keine pflegerischen Tätigkeitsbereiche, die ausschließlich examinierten Pflegenden vorbehalten sind. Aus diesem Grund ist für pflegerische Unterstützung auch keine Genehmigung notwendig. So bleibt es beispielsweise einer Ehefrau selbst überlassen, ob sie die Körperpflege ihres hilfebedürftigen Ehemannes selbst übernimmt oder einen Pflegedienst beauftragt (vgl. Menche 2009, S. 9).

Der Begriff der „Laienpflege“ beschreibt die Betreuung und Versorgung des Pflege- und Hilfebedürftigen durch nicht dafür ausgebildete Pflegepersonen, gegebenenfalls unter der fachkundigen Anleitung einer ausgebildeten Fachpflegekraft (vgl. Wied & Warmbrunn 2003, S. 413). Es handelt sich um eine Hilfe, die freiwillig erbracht wird und „die auf Erfahrung beruht und sich an den Bedürfnissen eines anderen Menschen orientiert“ (Kellnhauser et. al. 2004, S. 36). Der Begriff „Laienpflege“ wird in Fachkreisen meist als unzureichend angesehen. Nahezu deckungsgleich von der Bedeutung her ist der Begriff „Informelle Pflege“ zu verstehen, der laut Haberkern (2009) das sich einstellende Expertenwissen der entsprechenden Pflegeperson für die individuelle Pflegesituation deutlicher zum Ausdruck bringt (vgl. Haberkern 2009, S. 98). Beide Begriffe werden oftmals synonym verwendet. Die informelle Pflege wird auch als sogenannte „Angehörigenpflege“ bezeichnet, weil die pflegerischen Tätigkeiten dabei durch vertraute Personen, wie beispielsweise Angehörige, Nachbarn oder Freunde übernommen werden, die keine pflegerische Ausbildung abgeschlossen haben (vgl. Menche 2009, S. 10). Laut Haberkern (2009) umfasst sie somit verschiedenste soziale Beziehungen. Die pflegerische Handlung geschieht auf der Basis von Gegenseitigkeit und Nächstenliebe und passt sich der individuellen Einsatzsituation an (vgl. Haberkern 2009, S. 98).

Der Begriff „Pfleger Angehöriger“ ist auf Gesetzesebene nicht näher konkretisiert (vgl. Haberkern 2009, S. 98). Hier ist stattdessen der Begriff „Pflegerperson“ verankert, der hier der Vollständigkeit halber angeführt wird. Im SGB XI ist eine Pflegerperson als eine Person definiert, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in der eigenen häuslichen Umgebung pflegt. Diese Pflegerperson hat Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung, wenn sie einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich regelmäßig erwerbstätig ist (vgl. Klie & Stascheit 2011, S. 903). Im Rahmen dieser Definition steht die Pflegetätigkeit im Fokus, eine explizite Aussage zur persönlichen Beziehung zwischen Pflegerperson und Pflegeempfänger lässt sich hieraus nicht ableiten.

Abschließend lässt sich festhalten, dass mit dem Begriff „Pfleger Angehörige“ Menschen aus dem meist engen sozialen Beziehungskreis eines Pflege- bzw. Hilfebedürftigen gemeint sind, die diesen im häuslichen Umfeld teilweise oder vollständig versorgen und betreuen. Der von den Angehörigen geleistete Pflege- und Betreuungsanteil und deren Arbeitsqualität ist durch die Begrifflichkeit „Pfleger Angehörige“ nicht näher festgelegt.

2.3 Kultursensible Pflege

Die in den 70er Jahren von Madeleine Leininger entwickelte Theorie der transkulturellen und kultursensiblen Pflege, beschäftigt sich mit der Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes eines zu pflegenden Menschen (vgl. von Bose & Terpstra 2012, S. 12).

Der Kulturbegriff ist allgemein schwer fassbar und mit diversen Definitionen in der Literatur vertreten. Der von Leininger verwendete Kulturbegriff ist auf der Grundlage von Edward B. Tyler entstanden. Demnach ist Kultur ein „komplexes Ganzes, welches Glaubensvorstellungen, Moral, Normen und ethische Vorstellungen, Sitten und Bräuche und alle anderen menschlichen Fähigkeiten und Eigenschaften (...) einschließt“ (von Bose & Terpstra 2012, S. 13).

Die Mitte der Kultur bildet „das Individuum, der Einzelne, einerseits als selbstverantwortliches Wesen andererseits als Teil seiner erlernten Kultur“ (von Bose & Terpstra 2012, S. 12). Kultursensibilität meint dabei eine hohe Reflexionsfähigkeit, die eigene und die womöglich fremde Kultur des Gegenübers wahrzunehmen, wertzuschätzen und die Bereit-

schaft sie kennenzulernen. Dazu gehört die Achtung und Akzeptanz „kulturell bedingte(r) Wahrnehmungs- und Wertemuster wie Regeln und Tabus (...), unterschiedliche(r) religiöse(r) Vorstellungen, Grundsätze und Lebensweisheiten (...), sowie eine unvoreingenommene Auseinandersetzung mit kulturell differenten Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen (...)“ (Piechotta 2009, S. 78).

Leiningers Verständnis von Pflege ist transkulturell, das bedeutet kulturübergreifend, bzw. die Selbstverständlichkeit die Grenzen der eigenen Kultur zu überschreiten. Die von ihr entwickelte Theorie soll einen Handlungsleitfaden für kultursensible Pflege bieten (vgl. von Bose & Terpstra 2012, S. 12). Laut Leininger (1998) benötigen „Pfleger kulturbesetztes Wissen und eine Theorie, damit entsprechendes Wissen erarbeitet werden kann, das als Orientierung für die Pflegepraktiken dient“ (Leininger 1998, S. 38).

Die Fürsorge ist als wichtige Grundlage der Theorie von Leininger anzuführen. Dies bedeutet sich individuell und eingehend mit den Patienten, deren Angehörigen und dem gesamten Umfeld auseinanderzusetzen. Die Fürsorge ist Kern der Pflege und in nahezu allen Kulturen verankert (vgl. Leininger 1998, S. 38). Die mit konkreten Inhalten gestaltete jeweilige Pflege ist dann kulturspezifisch (vgl. von Bose & Terpstra 2012, S. 12 f.). Kulturspezifische Fürsorge beinhaltet laut Leininger (1998) drei Bedingungen. Dazu gehört die Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge (z.B. spezieller Tee bei Magenleiden) die Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge (z. B. die ganze Familie am Krankenbett) und die Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge (welche Gewohnheiten sollen mit welchen Pflegemethoden geändert werden?) (vgl. Leininger 1998, S. 67).

Ebenfalls ein wichtiger Baustein der Theorie von Leininger ist, dass die Pflegeempfänger selbst als Experten ihrer „Pflege“ zu sehen sind und die Pflegekräfte lernen müssen, „die Patienten mit deren Augen zu sehen“ (von Bose & Terpstra 2012, S. 12). Die transkulturelle und kultursensible Pflege unterstützt Menschen unterschiedlicher Kultur durch die Berücksichtigung ihrer kulturellen Verschiedenheit in der Erfüllung ihrer Pflegebedürfnisse (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 436). So sollen Konflikte und Missverständnisse abgebaut und die Pflege dadurch belastungsärmer gestaltet werden (vgl. Brzoska & Razum, 2011, S. 436).

Leininger visualisierte ihre Theorie mit dem so genannten Sunrise-Modell (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 437) Das Modell bietet einen Gesamtüberblick über die verschiedenen und doch eng zusammenhängenden Dimensionen und Faktoren der Theorie, die Einfluss auf den Pflegeprozess haben. Dazu zählen unter anderem das Welt- und Wirklichkeitsver-

ständnis, technologische, religiöse, verwandtschaftliche, kulturelle, politische, wirtschaftliche und bildungsbedingte Einflussfaktoren, Familien- und Gruppengefüge, verschiedene Pflegesysteme und die damit verbundenen Pflegemaßnahmen (vgl. Leininger 1998, S. 69). Es soll Praktikern und Forschern als Grundlage dienen, kulturspezifische Praktiken, Muster, Verständnisse und Bedeutungen der Fürsorge zu erfassen und in ihren professionellen Pflegeentscheidungen und Handlungen zu berücksichtigen (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 437).

3 THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND

Das folgende Kapitel bildet den theoretisch empirischen Hintergrund der Arbeit. Es werden die Recherchestrategie sowie die daraus gewonnenen Ergebnisinhalte dargestellt.

3.1 Recherchestrategie

Um einen Überblick über den Forschungsstand bezüglich „Demenz bei MigrantInnen“ zu bekommen, wurde eine computergestützte systematische Literaturrecherche durchgeführt. **Im Fokus der Recherche stand die Frage, welche psychosozialen Belastungen bei demenziell erkrankten (türkischen) MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen bestehen und über welche Ressourcen insbesondere die pflegenden Angehörigen verfügen.** Aufgrund des pflegewissenschaftlich-interdisziplinären Schwerpunktes wurden MEDLINE und CINAHL aus der Vielzahl an medizinischen, psychologischen, pflege-, politik- und sozialwissenschaftlichen Fachdatenbanken als vorrangige Recherchequellen ausgewählt. Zusätzlich wurde der Bibliothekskatalog der HAW Hamburg und die Datenbank des Springer Verlages in die Literatursuche mit einbezogen. Eine ergänzende Suche über Google zielte auf die Identifizierung praxisbezogener Veröffentlichungen ab. Außerdem fand eine Handsuche in pflegewissenschaftlichen, medizinischen und soziologischen Fachzeitschriften und Buchpublikationen sowie in deren Referenzlisten statt. In die Literaturrecherche wurden alle gefundenen Forschungsarbeiten mit dem thematischen Schwerpunkt „Demenz und Migration“ einbezogen, insbesondere aktuelle wissenschaftliche Studien, Projektberichte und systematische Übersichtsarbeiten. Die Bewertung der inhaltlichen Relevanz der Suchergebnisse erfolgte über die Sichtung von Titel und Abstract. Als

relevant wurden deutsch- oder englischsprachige Bücher, Zeitschriftenaufsätze und Forschungsartikel definiert. Die verwendeten Suchbegriffe sowie Details der Suchstrategie sind der Anlage 1 und der Anlage 2 zu entnehmen.

3.2 Demenzerkrankungen bei MigrantInnen

Dieses Kapitel stellt die Erkenntnisse der systematischen Literaturrecherche zur Demenz bei MigrantInnen vor. Dazu werden Lebenssituation und Krankheitsmuster sowie ausführlich die Situation pflegender Angehöriger beschrieben

3.2.1 Lebenssituation und Krankheitsmuster

Zur Anzahl der in Deutschland an Demenz erkrankten MigrantInnen gibt es bisher keine genauen statistischen Daten bzw. repräsentative wissenschaftliche Untersuchungen (vgl. Piechotta 2009, S. 78; Balikci 2011, S. 464). Auch international ist zur Prävalenzrate von Demenz bei MigrantInnen bisher wenig bekannt (vgl. Sun et al. 2014; Wetzell et al. 2014; Nielsen et al. 2010).

Der Verlauf der Demenz (aus dem lateinischen „ohne Geist“), der als ein Überbegriff für verschiedene kognitive Erkrankungen im höheren Lebensalter steht, ist laut Kocs (2005) je nach Krankheitsbild und Person individuell (vgl. Kocs 2005, S. 283). Die Auswirkungen durch kognitive Defizite, die zu Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens führen, münden langfristig in eine Pflegebedürftigkeit (vgl. Kocs 2005, S. 283).

Es wird vermutet, dass Demenz bei MigrantInnen früher eintritt als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. Steinhoff & Wrobel 2004, S. 217; Balikci 2011, S. 464). Außerdem ist von einem erhöhten Erkrankungsrisiko für MigrantInnen auszugehen (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 332). Die Gründe für das frühere Auftreten der Erkrankung und das erhöhte Erkrankungsrisiko sind vermutlich schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen, wozu auch der eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem zählt (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 332) sowie der Einfluss der persönlichen Migrationsbiografie (vgl. Balikci 2011, S. 464; Piechotta 2009, S. 78; Domenig 2001, S. 22). Der Krankheitsverlauf unterscheidet sich dabei aber kaum im Vergleich zu der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. Balikci 2011, S. 464).

Aufgrund des Migrationshintergrundes können sich aber Ausprägungen der Krankheitsmuster zwischen MigrantInnen im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes sowie auch des Herkunftslandes unterscheiden (vgl. Zeeb & Razum 2006, S. 845). Hier spielen kulturelle und migrationsspezifische Einflussfaktoren eine Rolle (vgl. Kirkcaldy et al. 2006, S. 877). Der Verlust an vorherigen Orientierungs- und Strukturierungsmöglichkeiten, die Veränderung sozialer Netzwerke, Rollenwechsel auf beruflicher und familiärer Ebene etc. prägen die Erfahrungen der MigrantInnen (vgl. Domenig 2001, S. 33; Kirkcaldy et al. 2006, S. 877). Dazu kommen mögliche traumatische Erlebnisse, Zukunftsängste, Entwurzelung und (familiäre) Trennungserfahrungen (vgl. Domenig 2001, S. 22).

Sowohl bei demenziellen Erkrankungen als auch im Kontext des Migrationsprozesses kommt es zu Veränderungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, was die Betroffenen vor große Herausforderungen stellt (vgl. Dibelius 2013, S. 28). Die Problematik der daraus resultierenden Identitätssuche, der demenziell Erkrankte fortwährend ausgesetzt sind, trifft bei MigrantInnen doppelt zu, da diese sich damit auch im Rahmen ihres Migrationsprozesses fortwährend beschäftigen (vgl. Piechotta 2009, S. 79). Außerdem werden sie durch die Demenz aus „ihrem oftmals ohnehin schon von mangelnder sozialer Integration geprägten Alltag gedrängt, verlieren ihren Status innerhalb der ethnischen community in der Familie und nicht zuletzt auch in der Ehe“ (Steinhoff & Wrobel 2004, S. 217).

Mit dem Fortschreiten der Erkrankung brauchen diese Menschen in besonderem Maße eine respektvolle und würdevolle Lebensbegleitung (vgl. Piechotta 2009, S. 76). Vor allem ältere MigrantInnen halten in ausgeprägter Weise an Erinnerungen (Mitmenschen, Sprache Essen, Musik, kulturelle und religiöse Handlungen), an den früheren Lebensstil und an Familienergebnissen und Kindheitserlebnissen fest (vgl. Kirkcaldy et al. 2006, S. 879). Für MigrantInnen, die an Demenz leiden, bedeutet diese Erkrankung daher einen „nicht zu kompensierenden existentiellen Verlust von persönlicher Lebensgeschichte, Identität, Vertrautheit sowie verbalen und nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten“ (Piechotta 2009, S. 79). Mit dem Fortschreiten der demenziellen Erkrankung verschwinden zudem die im Einwanderungsland erworbenen meist geringen Sprachkenntnisse und eine Kommunikation ist nur noch in der Muttersprache möglich (vgl. Balikci 2011, S. 464).

3.2.2 Die Sichtweise pflegender Angehöriger

Der Großteil der pflegerischen Betreuung demenziell erkrankter MigrantInnen wird von Familienangehörigen getragen (vgl. Shurgot & Knight 2005; Hendersen et al. 2011; Gremlowski 2011; Raven & Huismann 2000).

Laut Brzoska und Razum (2011) zeigen vereinzelte Untersuchungen auf, dass MigrantInnen eine eher ablehnende Haltung gegenüber Pflegehilfeangeboten haben (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 433). Aufgrund der Nichtinanspruchnahme von professionellen Unterstützungsangeboten ist mit negativen Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit von pflegenden Angehörigen zu rechnen (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333). Zur Situation bzw. vor allem zum Belastungserleben pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten MigrantInnen gibt es aber, wie bereits erwähnt, kaum empirisch abgesicherte Erkenntnisse (vgl. Piechotta 2009, S. 76; Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333). Bisher vorliegende Studien zur Angehörigenbelastung in Deutschland unter anderem von Pinquart und Sörensen (2002) oder die Längsschnittstudie LEANDER (vgl. Zank & Schacke o. J.) berücksichtigen den Migrationsaspekt nicht.

Im Folgenden werden vorliegende nationale und internationale Erkenntnisse beschrieben, die einen Einblick in die Situation pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten MigrantInnen geben sollen. Eine differenzierte Darstellung erfolgt in den drei Unterkapiteln „Pflegethemen und Krankheitsverständnis“, Belastungserleben und Ressourcen“ sowie „Versorgungsbedürfnisse“. Dabei stehen vor dem Hintergrund des Bearbeitungszieles insbesondere die in Deutschland lebenden, pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen im Fokus.

3.2.2.1 Pflegethemen und Krankheitsverständnis

Die Motive zur Pflegeübernahme eines demenzen Familienmitgliedes, insbesondere in türkischen Migrantenfamilien, sind eng mit der traditionellen Rollenerwartung, damit einhergehenden familiären Verpflichtungen und ethnisch religiösen Leitbildern, verbunden (vgl. Küçük 2008, S. 303; Ulusoy & Gräbel 2010, S. 332 f.). Außerdem spielen die häufig vorliegenden Wissensdefizite bei den pflegenden Angehörigen über alternative Versorgungsmöglichkeiten eine Rolle (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333).

Die Studie von Küçük (2008) zum Erleben von pflegenden erwachsenen Kindern von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen in Berlin zeigt des Weiteren einen Einfluss von situativen und individuellen Faktoren auf die Pflegeübernahme, wie beispielsweise ein gemeinsam geführter Haushalt mit dem dementen Familienangehörigen, auf. Weiterhin gilt die Pflege als Selbstverständlichkeit (vgl. Küçük 2008, S. 303). Die Studienergebnisse von Küçük (2008) weisen zum Teil aber auch auf eine ausbleibende bewusste Reflexion der Angehörigen über die Motive der Pflegeübernahme hin. Die ausgeführten Pfl egetätigkeiten sind im Bereich der Hauswirtschaft und Grund- und Behandlungspflege zu finden. Außerdem werden Behördengänge übernommen und emotionaler Beistand geleistet (vgl. Küçük 2008, S. 303). Auch Ulusoy und Gräbel (2010), Brzoska und Razum (2011) sowie Raven und Huismann (2000) berichten von der Übernahme der Pflege- und Hilfeleistungen als Teil des türkischen Familienkonzeptes. Als Motivation gelte „der kollektive Zusammenhalt (...) der in der türkischen Alltagskultur eine zentrale Stellung innehat“ (Ulusoy & Gräbel 2010, S. 332 f.). „Die Familie gilt als Ort der Identitätswahrung, (...) (und) setzt sich überwiegend aus familiären Bezugspersonen zusammen“ (Dietzel-Papakyriakou 2005, S. 400). Das bedeutet, dass die Pflege in der Familie organisiert und auch unter weiteren Verwandten und Familienmitgliedern aufgeteilt wird (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333; Zielke-Nadkarni 2003, S. 395).

Laut einer Studie von Piechotta und Matter (2008) haben Kliniken wenige Kontakte zu demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen. Auch dadurch lässt sich vermuten, dass die Versorgung überwiegend im häuslichen Umfeld stattfindet (vgl. Piechotta & Matter 2008, S. 226).

Nach Ulusoy und Gräbel (2010) vertreten viele türkische MigrantInnen die Ansicht, dass die Angehörigen von niemandem besser gepflegt werden als in der eigenen Familie (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333; Dronia 2002, S. 52). Die Familie ist geprägt von der Geschichte dieses Pflegeverständnisses aus ihrem Herkunftsland, welches mit den dort herrschenden Normen und Wertesystemen legitimiert wird (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 432). Bei der Abschiebung eines Angehörigen in beispielsweise eine stationäre Einrichtung droht den Angehörigen ein hoher sozialer Druck (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333). „Das Familiensystem (...) gilt als Schonraum für Intimität und Körperlichkeit, externe Leistungen von Dritten werden (häufig) als Einbruch in diese Privatsphäre gesehen und daher so lange wie möglich abgelehnt“ (Raven & Huismann 2000, S. 195). Hilfeleistungen professioneller Art werden allenfalls sehr spät in Anspruch genommen (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 188). Alternativ suchen türkische MigrantInnen bzw. deren pflegende

Angehörige teilweise zur Unterstützung eher kultursensible Versorgungsvarianten wie Geistheiler auf (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 195).

Trotz der vielfach herausgestellten Wissensdefizite von türkischen MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen über Hilfeangebote und Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Steinhoff & Wrobel 2004, S. 215; Piechotta 2009, S. 78) wird die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege laut Okken et al. (2008) mitunter auch durch monetäre Anreize bestimmt. „Ein Teil der pflegenden Angehörigen - sowohl türkischer als auch deutscher Herkunft - sieht in der Übernahme der Pflege ein Zusatzeinkommen durch die Pflegegeldzahlungen der Pflegeversicherung“ (Okken et al. 2008, S. 406). Okken et al. (2008) schlussfolgern aus ihrer durchgeführten Untersuchung mit Daten des MDK Westfalen-Lippe der Jahre 2001 - 2005, dass die Pflege bei türkischen MigrantInnen in erster Linie von der Familie ausgeführt wird (vgl. Okken et al. 2008, S. 406). „Türkische Migrant(Inn)en beantragten mit 91 % deutlich häufiger Geldleistungen als nicht-türkische Pflegebedürftige, von denen lediglich 42 % Geldleistungen in Anspruch nahmen. Ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen spielten bei türkischen Migrant(Inn)en (dagegen) eine deutlich untergeordnetere Rolle als bei nicht-türkischen Inanspruchnehmern“ (Okken et al. 2008 zit. n. Brzoska & Razum 2011, S. 431).

Auch internationale Studien stellen die Bedeutung der Familie in den Vordergrund (vgl. Shanley et al. 2012; Wetzel et al. 2014; Turner & Christie 2005; Gustaw et al. 2001). Shanley et al. (2012) kommen in ihrer im Südwesten Sydneys mit italienischen, chinesischen, spanischen und arabischen MigrantInnen durchgeführten qualitativen Studie zu dem Ergebnis, dass die Pflege durch Angehörige in der Häuslichkeit Sicherheits- und kulturelle Gründe hat und häufig eine Abneigung gegen stationäre Pflege besteht. Wetzel et al. (2014), die sich in ihrer Studie mit der Perspektive von weiblichen pflegenden Angehörigen von MigrantInnen mit Demenz in den Niederlanden beschäftigten, stellten als Ergebnis ihrer Befragungen fest, dass die Pflege durch Angehörige eine Aufgabe ist, die mit viel Respekt und Liebe von Frauen ausgeführt werden sollte und besser als die professionelle Pflege ist. Die befragten türkischen und marokkanischen Familien betonen zudem, dass es zu mehr Erinnerung und Annäherung führt (vgl. Wetzel et al. 2014). Gustaw et al. (2001) untersuchten die emotionalen Belastungen in der Pflege Demenzkranker in polnischen Familien, die die Übernahme der Pflege als Pflicht für Familienangehörige ansehen (vgl. Gustaw et al. 2001 zit. n. Gremlowski 2011, S. 365).

Das Krankheitsbild Demenz wird in der türkischen Heimat nicht offen thematisiert, pflegende Angehörige kennen meist keine Veröffentlichungen in der Muttersprache (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 193). Die Studie von Piechotta und Matter (2008) zeigt weiterhin auf, dass die Krankheit auch in Deutschland als Tabuthema gesehen wird, die Angehörigen Schuld- und Schamgefühle haben und Informationsdefizite vorhanden sind (vgl. Piechotta & Matter 2008, S. 227; Steinhoff & Wrobel 2004, S. 215). Das Krankheitsbild „Demenz“ wird innerhalb der türkischen Gemeinschaft zumeist verspottet bzw. verschwiegen (vgl. Steinhoff & Wrobel 2004, S. 217). Die Demenz wird als Familiensache gesehen, andere Probleme wie Arbeit, Wohnung oder der Aufenthaltsstatus werden priorisiert (vgl. Huismann et. al. 2000, S. 52; Thiel 2011, S. 49). Das Auftreten erster Symptome wie Vergesslichkeit und Orientierungsverlust wird meist innerhalb der Familie bemerkt (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 193). Diese Anzeichen werden aber zunächst nicht als Erkrankungssymptome angesehen, es ist meist kein Problembewusstsein für Demenz vorhanden (vgl. Thiel 2011, S. 50).

Die Religion bzw. der Koran machen wichtige Aussagen zur Lebensform eines Moslems und sind ein lebendiger Teil des Alltagslebens vieler meist älterer türkischer MigrantInnen (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, S. 349). Neben Aussagen zur Versorgungverantwortung innerhalb der Familie bestimmt oftmals die Religion die Sichtweise von Krankheiten (vgl. Thiel 2011, S. 50). Eine aufgetretene Krankheit gilt im Islam als exogen verursacht und wird als Wille Gottes gesehen, als Prüfung oder als Strafe, die man zu bestehen hat (vgl. Thiel 2011, S. 50; Balikci 2011, S. 467). In der Situation des Krankseins bedeutet dies, keinen Einfluss mehr zu haben, ausgeliefert zu sein (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, S. 349 ff.). Das Thema Prävention spielt meist keine Rolle (vgl. Balikci 2011, S. 467).

Auch international zeigt sich, dass das Thema Demenz in vielen ethnischen Gruppen nicht diskutiert wird (vgl. Woo & Chung 2013; Daker-White 2002, Nielsen et al. 2010). Daker-White (2002) beschreibt beispielsweise in seinem Überblick über die Bedürfnisse und Leistungserbringung ethnischer Minderheiten in der Dementenbetreuung, dass ethnische Gruppen in der USA, das Krankheitsbild Demenz ebenfalls nicht als Gesundheitsproblem bewerten (vgl. Daker-White 2002, S. 101).

3.2.2.2 Belastungserleben und Ressourcen

Im Rahmen des Belastungserlebens stehen bei pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen vor allem psychische Belastungen im Vordergrund (vgl. Küçük 2008, S. 303; Raven & Huismann 2000, S. 194). Die Formen der Belastungsverarbeitung sind unterschiedlich und hängen von individuellen Ressourcen und der Beziehung zu dem Erkrankten ab (vgl. Huismann et. al. 2000, S. 63).

Ergebnisse der Befragung von Raven und Huismann (2000) zeigen, dass die persönliche Belastung der Pflegepersonen von dem jeweiligen Krankheitsstadium und der Dauer und Intensität der pflegerischen Versorgung abhängig ist (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 193). Die Reaktionsweisen sind vielfältig und reichen über Schock, Angst, Ohnmacht und Trauer bis hin zu einer trügerischen Hoffnung auf Besserung. Überforderung zeigt sich durch Spannungen, Vorwürfe, Resignation, Schuld- und Schamgefühle und permanente emotionale Stresssituationen (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 194; Balıkcı 2011, S. 467). Dazu kommt ein zeitlicher und finanzieller Aufwand (vgl. Huismann et. al. 2000, S. 57). Aufgrund der meist räumlich beengten Wohnverhältnisse bei MigrantInnen ist eine zeitweilig notwendige Distanz zu dem Erkrankten schwierig, dadurch kommt es zu „der Entstehung einer Überlastungsspirale, mit der Folge, dass die Familienmitglieder zu Co-Erkrankten werden und die Demenzen nicht adäquat versorgt werden“ (Piechotta & Matter 2008, S. 225).

Küçük (2008) stellte fest, dass die Eltern-Kind-Beziehung sich im Kontext der Erkrankung verändert. Man würde sich als Tochter beispielsweise in der Rolle der Mutter wiederfinden und somit eine zusätzliche Verantwortung für die erkrankten Eltern übernehmen (vgl. Küçük 2008, S. 303). Dazu kommen eine soziale Isolation, auch bedingt durch ein reduziertes persönliches Zeitkontingent (vgl. Küçük 2008, S. 303; Piechotta & Matter 2008, S. 227) und die Sorge um die Vernachlässigung der eigenen Kinder (vgl. Küçük 2008, S. 305). Bei der Versorgung eines demenziell erkrankten Ehepartners stellen der Verlust des Partners, das Fehlen von Kommunikation und das Alleinsein sowie der Verzicht auf sexuelle und körperliche Kontakte (vgl. Huismann et. al. 2000, S. 59) weitere Belastungen dar. Dazu kommt die mögliche schon benannte neue Rollenverpflichtung, Abhängigkeitsverhältnisse, eine Beziehung ohne Gegenleistung sowie das Auftreten von Aggressionen des Erkrankten (vgl. Huismann et. al. 2000, S. 59). Beklagt wird zudem die defizitäre Kommunikationsunfähigkeit der Ärzte mit den Demenzen und Angehörigen (vgl. Huismann et. al. 2000, S. 61).

Laut Raven und Huismann (2000) entspricht die Verleugnung eigener Interessen einem traditions- und religionsgeprägten Selbstbild der Pflegepersonen, insbesondere von türkischen Frauen, die die Last der Pflege als gottesgewollt und schicksalhaft hinnehmen. Es fällt den Befragten schwer, Entspannungsformen zu suchen und in Anspruch zu nehmen (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 194). Das Verpflichtungsgefühl hemmt viele der betreuenden Familienangehörigen zudem, staatliche und finanzielle Mittel zu beanspruchen (vgl. Huismann et. al. 2000, S. 63). Laut Piechotta (2009) existiert wenig bis gar kein Wissen über die Leistungen der Pflegeversicherung. Es sind zudem Ängste vorhanden, dass Anträge bei den Pflegekassen zu Kürzungen beim staatlichen Lebensunterhalt oder womöglich zu einer Ausweisung führen (vgl. Piechotta 2009, S. 78).

Internationale Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Gremlowski (2011) stellt in ihrer Übersichtarbeit über die Situation pflegender Angehöriger von Demenzkranken in polnischen Spätaussiedlerfamilien fest, dass die Pflegeübernahme einen drastischen Einschnitt in die bisherige Lebensführung, verbunden mit einer neuen Aufgabenverteilung im Alltag, darstellt. Das größte Problem ist die notwendige kontinuierliche Aufsicht der erkrankten Person, in der Unterstützung bei Lebensaktivitäten wie Essen und Trinken und im Umgang mit emotionalen Ausbrüchen (vgl. Gremlowski 2011, S. 366). Die mit der Pflege einhergehenden körperlichen und psychischen Anforderungen führen zu hoher Belastung und auch zu Überforderung der pflegenden Angehörigen, die als wichtigste Bezugspersonen für ihre an Demenz erkrankten Familienmitglieder zu sehen sind und enormen Einfluss auf die Gestaltung der Pflegesituation haben (vgl. Gremlowski 2011, S. 363). Wezel et al. (2014) schlussfolgern aus ihrer Studie über die Pflegebereitschaft bei MigrantInnen in den Niederlanden, die ein demenziell erkranktes Familienmitglied versorgen, dass eine enorme psychische Belastung durch die Pflege vorliegt, aber trotzdem die innere Zufriedenheit verbunden mit einem Gefühl von Verpflichtung überwiegt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Kokanovic et al. (2001) und Mazaheri et. al. (2011).

„Jede Kultur bildet in ihren eigenen religiösen Systemen und Weltauffassungen (...) Leit-motive und Bewältigungsstrategien“ (Dietzel-Papakyriakou 2005, S. 397). Ressourcen können in dem Zusammenhalt der türkischen Gemeinde, einem oftmals gut funktionierenden familiären Unterstützungssystem und dem Entwickeln von persönlicher Stärke durch die erfolgreiche Bewältigung der Pflegeherausforderung liegen (vgl. Spallek & Zeeb 2010, S. 60). „Der Rückzug in die eigene Ethnie bedeutet für viele Migrant(Innen) die Möglich-

keit, unter Gleichgesinnten Probleme anzusprechen, ihre Geselligkeit und Kultur auszuleben und die Ihnen zustehende Wertschätzung zu erfahren“ (Schopf & Naegele 2005, S. 387). Als mögliche auch zukünftige Entlastungs- und Bewältigungsstrategien werden von den pflegenden Angehörigen Wissen über das Krankheitsbild und die Symptome, Sozialkontakte und Gespräche, der Glaube und formelle, die Familie unterstützende Helfer, angegeben (vgl. Küçük 2008, S. 304; Huismann et. al. 2000, S. 57). Auch wenn professionelle Unterstützung in einzelnen Interviews als eine Entlastungsmöglichkeit angesprochen wird, so wird diese Hilfe nur in Einzelfällen in Anspruch genommen und es werden, wenn überhaupt, Beratungsstellen kontaktiert (vgl. Küçük 2008, S. 305).

Die vorliegenden Ergebnisse sind im Hinblick auf die Unterstützungsfunktion innerhalb der Familie aber zwiespältig zu sehen. Das integrative Miteinander in türkischen Familien kann auch von besonderer Problematik sein. Piechotta und Matter (2008) benennen mangelndes Verständnis der Verwandtschaft als ein Studienergebnis. Das soziale Netzwerk sorgt oftmals eher für eine Belastung der pflegenden Angehörigen statt für Entlastung, die Versorgung der Pflege wird nicht immer als gemeinsame Aufgabe betrachtet, Unterstützungsangebote werden somit nicht offeriert (vgl. Piechotta & Matter 2008, S. 227).

3.2.2.3 Versorgungsbedürfnisse

Die Bedürfnisse von MigrantInnen ergeben sich vor allem aus der spezifischen Migrationssituation und aus ihrem soziokulturellen Milieu (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005, S. 397).

Dazu gehören aus Sicht der pflegenden Angehörigen die Etablierung muttersprachlicher Beratungsangebote, eine flexible Heim- und Pflegehilfe, die zeitweise die Betreuung des Erkrankten übernimmt, Informationen über das Krankheitsbild Demenz sowie Hilfestellungen zum Umgang mit krankheitsbedingten herausfordernden Verhaltensweisen (vgl. Huismann et al. 2000, S. 64 f.). Außerdem wird der Wunsch nach Respektierung der meist religiös und kulturell bedingten anderen Tabu- und Schamgrenzen der MigrantInnen insbesondere bei der Durchführung von Pflegeinterventionen geäußert (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 434). Dies meint aus Sicht der pflegenden Angehörigen beispielsweise die Achtung und Einhaltung spezifischer Reinigungsrituale (z. B. der Einsatz einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson) und Speisevorschriften (z. B. „koscher“ bei Pflegebedürftigen muslimischen Glaubens) (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 434).

Ortsnahe Angebote sollten geschaffen werden, die in der bekannten Umgebung angeboten werden wie z. B. in Moscheen, Teestuben, Kultur- und Sportvereinen (vgl. Küçük 2008, S. 304). Laut Küçük (2008) werden hohe Erwartungen in die Qualifikation des dort einzusetzenden Personals gesetzt. Zu den wichtigen Rahmenbedingungen zählen dabei, dass sich die Berater Zeit nehmen, wie bereits erwähnt, über türkische Sprachkenntnisse verfügen, kulturelle und beratende Kompetenzen und umfassendes Fachwissen in Bezug auf die Erkrankung und die Versorgungsmöglichkeiten haben (vgl. Küçük 2008, S. 304). Es wird die Vorstellung nach Beratungsstellen in türkischen Ballungszentren geäußert, die zudem mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar seien sollten (vgl. Küçük 2008, S. 304). Zudem wird der Wunsch nach dem Aufbau von Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften und Kurz- und Tagespflegeeinrichtungen mit türkischsprachigem Personal vermehrt formuliert (vgl. Küçük 2008, S. 304). Thematisiert wird laut Küçük (2008) außerdem, das Thema Demenz in häufig genutzten türkischen Massenmedien, insbesondere in Hörfunk und Fernsehen, präsenter zu machen (vgl. Küçük 2008, S. 304). Zur Rolle der niedergelassenen Ärzte haben pflegende Angehörige klare Vorstellungen, sie dienen als erste Anlaufstelle, die MigrantInnen als Patienten und pflegende Angehörige gezielter informieren müssen (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 335). Laut Thiel (2011) ist es wichtig, dass die (externen) Personen, die mit der Familie in Kontakt treten und Hilfe versprechen, in der türkischen Gemeinde bekannt sind und ein persönlicher Kontakt gepflegt wird (vgl. Thiel 2011, S. 75).

Aus den geäußerten Erfahrungen der pflegenden Angehörigen wird deutlich, dass die pflegerische Behandlung der Angehörigen zum Beispiel in Krankenhäusern oftmals nicht den Bedürfnissen der MigrantInnen entspricht (vgl. Domenig 2001, S. 23).

Zudem bestehen laut Ulusoy und Gräbel (2010) bei vielen türkischen MigrantInnen mangelnde Kenntnisse über Leistungen und Möglichkeiten des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems (vgl. Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333).

Internationale Studien weisen ähnliche Ergebnisse auf. So wünschen sich pflegende Angehörige in polnischen Migrantenfamilien muttersprachliche Informationen über Formen und Verlauf der Demenz sowie persönliche Gespräche mit dem Pflegepersonal (vgl. Gremlowski 2011, S. 367). Auch Woo (2013) zeigt auf, dass bei chinesischen MigrantInnen in Amerika Wissensdefizite zum Krankheitsbild Demenz, dem Verlauf und Hilfsangeboten vorhanden sind und der Wunsch nach entsprechender Unterstützung präsent ist (vgl. Woo 2013, S. 351).

3.3 Herausforderungen professioneller Pflege im kulturellen Kontext

„(Die) Kultur nimmt Einfluss auf die Definition der Körperanatomie und Physiologie, die Ernährung, die Beziehung zum Arzt, das Krankheitsverständnis und die Krankheitsbewältigung (...)“ (Helmann 2000 zit. n. Brzoska & Razum 2011, S. 435). Bei der Pflege, insbesondere von demenziell erkrankten MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen sind wie angesprochen, kulturelle Besonderheiten unter anderem im Hinblick auf die Körperpflege und die Ernährungsgewohnheiten zu beachten (vgl. Balikci 2011, S. 465). Deren Berücksichtigung schafft die Basis für Vertrauen und Sicherheit (vgl. Gremlowski 2011, S. 363). Die Ursachen für Schwierigkeiten liegen, wie bereits erwähnt, bei Verständigungsschwierigkeiten, den unterschiedlichen Bedürfnissen, den Denk- bzw. Verhaltensmustern und der persönlichen Erwartungshaltung der Menschen (vgl. Wölker 2014, S. 31).

Im Allgemeinen handeln Pflegende in komplexen Verantwortungsbeziehungen, tragen in diesem Sinne eine gewisse Verantwortung gegenüber den anvertrauten pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen (vgl. Hildebrandt-Wiemann 2011, S. 45). Der Umgang mit anderen Kulturen führt zu Herausforderungen für das Fachpersonal und macht Hintergrundwissen und konkrete Handlungsanweisungen notwendig (vgl. Wölker 2014, S. 30; Kolley 2007, S. 264). Professionelle Pflegekräfte benötigen somit Kenntnisse über detaillierte Inhalte kulturelle Besonderheiten, um eine kulturelle Annäherung zu ermöglichen und um eine für beide Seiten zufriedenstellende Pflege zu praktizieren (vgl. Nadkarni & Fornazzari 2005; Kolley 2007, S. 264). Laut Dibelius (2013) werden Pflegende und Mitarbeiter des Gesundheitssystems zu Kulturvermittlern (vgl. Dibelius 2013, S. 28). Wichtig ist laut Piechotta (2009), dass jeweils beide Seiten der Kultur wahrgenommen und reflektiert werden. Dies impliziert eine hohe Bereitschaft des Kennenlernens und der objektiven Einschätzung (vgl. Piechotta 2009, S. 78). Dazu gehört ebenso eine offene Kommunikationshaltung und eine ausgeprägte Fähigkeit im Hinblick auf die nonverbale Kommunikation aufgrund der meist bei MigrantInnen vorhandenen bzw. krankheitsbedingt aufgetretenen deutschen Sprachdefizite (vgl. Dibelius 2013, S. 28). Laut Domenig (2001) erfordert professionelles Handeln eine möglichst situations- und kontextgerechte Anpassung der Interventionen an die Bedürfnisse der Klienten und umfasst im Migrationskontext spezifische Fähigkeiten. Dazu gehört eine flexible Gestaltung auf Kommunikations- und Beziehungsebene, die variable Anpassung bereits bestehender Konzepte, sowie die Berücksichtigung migrationsspezifischer, biografischer, soziokultureller und psychologischer Aspekte (vgl. Domenig 2001, S. 38). Eine wesentliche Rolle spielt auch das Empathievermögen,

das sich sowohl im Interesse an den Lebensgeschichten der MigrantInnen zeigen sollte, um einen besseren Zugang zu ermöglichen als auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Hintergrund und den eigenen Vorurteilen beinhaltet (vgl. Domenig 2001, S. 38).

Die aktuelle Umsetzung kultursensibler Pflege ist zumeist allein durch den Einsatz muttersprachlicher Pflegekräfte gekennzeichnet (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 435). „In der Pflegeausbildung herrscht die Grundannahme, dass Mitarbeiter mit Migrationshintergrund die kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen besser kennen und beachten können“ (Brzoska & Razum 2011, S. 440) Dadurch kann Vertrauen geschaffen und Misstrauen verringert werden. „Die Rolle des fremdsprachigen Personals mit den entsprechenden Sprachkenntnissen soll als „Brückenfunktion“ zwischen Hilfsangebot und pflegenden Angehörigen dienen“ (Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333).

„Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der eigene Migrationshintergrund nicht automatisch die kultursensible Handlungskompetenz erhöht“ (vgl. Kaewnetara & Uske 2002 zit n. Brzoska & Razum 2011, S. 440). Auch die Sprache ist insbesondere laut Wölker (2014) zwar ein verbindendes Element, diese kann aber auch auf nonverbaler Ebene erfolgen Für die kultursensible Pflege sind laut Wölker (2014) demnach nicht nur Muttersprachler geeignet (Wölker 2014, S. 31).

Es ist dennoch hilfreich, wenn ein paar Wörter aus der Sprache des zu Pflegenden bekannt sind, da wie bereits erwähnt mit zunehmenden Krankheitsverlauf eine Kommunikation nur noch in der Muttersprache möglich ist (vgl. Balikci 2011, S. 466). Neben kulturspezifischen Kommunikationswegen, vor allem im Hinblick auf die Körpersprache, sollten auch der jeweilige Wissensstand und Bildungsstand der Zielgruppe Berücksichtigung finden (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S.132).

Das folgende Kapitel fasst am Anfang kurz die wesentlichen Erkenntnisse zur Situation pflegender Angehöriger zusammen, um die Relevanz der Thematik hervorzuheben und um auf die zu bearbeitenden Fragestellungen überzuleiten.

4 FRAGESTELLUNGEN

Die vorliegende nationale und internationale Studienlage zeigt auf, dass von Seiten der MigrantInnen, insbesondere der pflegenden Angehörigen, vielfach der Wunsch nach kultur-kompetenten Hilfeangeboten unter bestimmten Voraussetzungen (vgl. Kapitel 3.2.2.3)

geäußert wird (vgl. Raven & Huismann 2000, S. 192; Daker-White 2002; Gremkowski 2011, S. 359). Die fehlende Inanspruchnahme resultiert zumeist aus sprachlichen Defiziten, Schwellenängsten sowie defizitären Kenntnissen über die Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Küçük 2008, S. 306; Steinhoff & Wrobel 2004, S. 214; Sun et al. 2014). Die Gestaltung eines gelingenden Alltags ist laut Okken et al. (2008) abhängig von funktionierenden Versorgungsstrukturen, die aufgrund der Tabuisierung von Demenz, möglichst niedrigschwellig und zielgruppengerecht angeboten werden sollen. Dazu gehören beispielsweise mehrsprachige Angebote oder auch die Konzeption von Angeboten zur Unterstützung von pflegenden (türkischen) Familienangehörigen (vgl. Okken et al. 2008, S. 420). Aufgrund des ausgeprägten Schamverhaltens und dem meist bestehenden kollektiven Familiengefüge könnten für türkische MigrantInnen ambulante Unterstützungsangebote am ehesten geeignet sein, da diese in Kooperation mit den pflegenden Angehörigen liegen und daher akzeptiert werden würden. „(...) sie lassen sich mit dem jeweiligen Pflegevorstellungen vereinbaren (...)“ (Brzoska & Razum 2011, S. 441). Zudem könnten kulturelle Anforderungen erfüllt werden (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 441).

Bisher mangelt es an der Evaluierung und Etablierung von solchen kultursensiblen Angeboten und Modelprojekten, die es zukünftig vermehrt aufzubauen gilt (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 440; Schopf & Naegele 2005, S. 393; Ulusoy & Gräbel 2010, S. 333).

Informationsdefizite haben aber laut Brzoska und Razum (2011) nicht nur pflegebedürftige MigrantInnen und deren pflegende Angehörige, sondern auch die professionellen Pflegekräfte. „Die Vermittlung interkultureller Kompetenz ist noch kein fester Bestandteil der pflegerischen Ausbildung“ (Brzoska & Razum 2011, S. 440). Interkulturelle Kompetenz meint dabei die Fähigkeit, mit Individuen anderer Kulturen erfolgreich interagieren zu können. Viele professionellen Pflegekräfte besitzen dafür aber nur unzureichende Kenntnisse über kulturelle und migrationsspezifische Bedürfnisse (vgl. Brzoska & Razum 2011, S. 35) „Eine Verstärkung im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema kultursensibler Pflege (...) ist (...) (damit) unerlässlich“ (Ulusoy & Gräbel 2010, S. 336; vgl. Peters et al. 2013, S. 72).

Vor diesem dargestellten empirischen Hintergrund begründet sich die Relevanz für das Bearbeitungsziel dieser Ausarbeitung, mit der Konzeption eines Schulungsmoduls für professionell Pflegende zur kultursensiblen Pflege demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen. Im Fokus stehen dabei die folgenden Fragestellungen:

Fragestellungen

1. Welche strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen muss ein Schulungsmodul für professionell Pflegende zur kultursensiblen Pflege demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen und deren Angehörigen erfüllen?
2. Welche inhaltlichen Aspekte müssen in ein Schulungsmodul für professionell Pflegende zur kultursensiblen Pflege demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen integriert werden?
3. Welche methodischen und didaktischen Elemente müssen in ein Schulungsmodul für professionell Pflegende zur kultursensiblen Pflege demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen integriert werden?

5 METHODE

Das folgende Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen zur Entwicklung eines Schulungsmoduls. Dazu wird zunächst kurz die Aufgabe eines Schulungsmoduls benannt, im weiteren Verlauf wird die Herangehensweise bei der Festlegung der Rahmenbedingungen, der Lerninhalte und Lernziele sowie die Auswahl der Schulungsmethoden dargelegt.

5.1 Konzeption eines Schulungsmoduls

Schulungen als Form der Weiterbildung sollen nicht nur „das fachliche und überfachliche Wissen der Teilnehmer erweitern und ausbauen helfen, sondern vielmehr auch deren Einstellungen, Wertbezüge, Haltungen, Handlungsbereitschaften und Handlungskompetenzen verändern und erweitern (...)“ (Döring 2008, S. 11). Die Wissensvermittlung hat somit einen großen Einfluss auf die Entwicklungsmöglichkeiten eines jeden Einzelnen. (vgl. Döring 2008, S. 11). Auf dieser Grundlage, verbunden mit den Projektzielen von KURVE (vgl. Kapitel 1) begründet sich die Entscheidung für die Erstellung eines Schulungsmoduls. Bei der Konzeption geht es vor allem darum, aus dem empirischen theoretischen Hinter-

grund klar definierte Wissensinhalte für eine spezifische Zielgruppe abzuleiten und in einen logisch didaktisch begründeten Schulungsentwurf aufzunehmen. Im Folgenden werden die dafür erforderlichen Vorüberlegungen angeführt. Die im weiteren Verlauf der Bearbeitung häufig verwendeten männlichen Begriffe wie beispielsweise „der Dozent“ dienen der besseren Lesbarkeit und schließen die weibliche Form jeweils mit ein.

5.2 Begründung des methodischen Vorgehens

Damit die Schulung für die Teilnehmer zu einem Lernerfolg wird, müssen im Hinblick auf organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen verschiedene Aspekte bedacht werden. Im Fokus steht dabei u.a. die Auswahl eines Schulungsortes, wo eine ungestörte Lernatmosphäre gewährleistet werden kann und die Auswahl eines möglichen Dozenten, dessen fachliche Qualifikation durch die angestrebten Lernziele und die daraus abgeleiteten Lerninhalte festgelegt wird. Der Zeitumfang und des Zeitfenster ergibt sich sowohl aus den geplanten Lerninhalten als auch aus den zeitlichen Ressourcen möglicher „berufstätiger“ Schulungsteilnehmer. Vor dem Hintergrund einer regelmäßigen Wiederholung des Schulungsmoduls müssen auch Möglichkeiten zur langfristigen Finanzierung bedacht werden. Für eine möglichst genaue Eingrenzung der Zielgruppe „professionelle Pflegekräfte“ werden Überlegungen hinsichtlich der Voraussetzungen zur Teilnahmemotivation, dem vorhandenen Vorwissen bzw. der fachlichen Qualifikation (z.B. Führungskräfte) sowie dem ethnischen Hintergrund angestellt. Als eine nutzbare Grundlage dienen dabei die ebenfalls in Kapitel 3 dargestellten Herausforderungen für die professionelle Pflege im kulturellen Kontext.

Um einen reibungslosen und störungsfreien Ablauf zu gewährleisten, beziehen die Vorüberlegungen auch Aspekte der Raumvorbereitung sowie die Planung der für das Schulungsmodul notwendigen ggf. bereitzustellenden Materialien mit ein.

Lernintention und die damit verbundenen Lernziele werden ebenfalls aus dem empirisch theoretischen Hintergrund (Kapitel 3) heraus entwickelt. Die Erkenntnisse zum Belastungserleben, den Ressourcen und Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen, sowie die damit verbundenen Herausforderungen für die professionelle Pflege bilden die Grundlage für inhaltliche Schwerpunkte des Schulungsmoduls, die zunächst in Form von Lernzielen konkretisiert werden.

Lernziele lassen sich in drei verschiedene Dimensionen unterteilen. Dazu gehört der kognitive, psychomotorische und der affektive Bereich. Einige Ziele können auch mehrere Dimensionen ansprechen. Die kognitive Dimension beinhaltet die Bereiche des Wissens, Denkens und Verstehens, die psychomotorische Dimension das Handeln und Verhalten und die affektive Dimension den Bereich der Werte, Gefühle und Einstellungen (vgl. Döring, 1990 S. 30 f.). In jeder der Dimensionen können die Lernziele unterschiedliche Schwierigkeitsgrade haben. Es macht beispielsweise einen Unterschied, ob ein Teilnehmer zum Erreichen eines kognitiven Lernziels etwas nur kennen (leicht zu erreichen), es praktisch übertragen und anwenden (mittelschwer zu erreichen) oder auswerten und beurteilen soll (schwer zu erreichen). Bei der Entwicklung der Lernziele kann somit unterschieden werden, welche Lerndimension besonders angesprochen wird und welchen Schwierigkeitsgrad das Ziel hat. Die Schwierigkeitsstufen bauen aufeinander auf, es ist folglich nicht möglich, zum Beispiel einen Inhalt anzuwenden oder zu analysieren, der nicht bekannt ist und nicht verstanden wurde (vgl. Döring 1990, S. 31 f.). Die in Kapitel 6.2 dargestellte Auflistung der Lernziele stellt eine erste Orientierungsstruktur für den inhaltlichen Aufbau des Schulungsmoduls dar. Die Nummerierung dient der späteren Zuordnung im Rahmen der Verlaufsplanung. Hierbei werden Überlegungen angestellt, welche Lerndimension bei den Teilnehmern überwiegend angesprochen werden soll. Für das gesamte Schulungsmodul wird zunächst ein allgemeines Richtziel als Orientierung festgelegt. Es folgen zwei Grobziele, die durch entsprechende Feinziele konkretisiert werden. Die Einteilung der Feinziele in „leicht“, „mittel“ und „schwer“ ist richtungsweisend für den entsprechenden Schweregrad und Lernumfang der Ziele.

Entsprechend der ausgewählten Dimension und des Schwierigkeitsgrades werden die dazu passenden Unterrichtsmethoden ausgewählt, auf deren Auswahl auch die Schulungsart und die damit verbundene Teilnehmerzahl Einfluss hat. Für die Gestaltung und Auswahl der Schulungsmethoden werden die theoretischen Überlegungen von Döring (2008) und Klug-Redmann (1996) berücksichtigt. Die Erstellung und Auswahl der Schulungsmaterialien geschieht in Anlehnung an die ausgewählte Schulungsmethoden. Für detaillierte Lerninhalte lassen sich Studienergebnisse sowie vorhandene Fachbücher und Inhalte bereits umgesetzt Projekte in stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen nutzen.

Damit eine spätere Evaluation der Schulung möglich ist, werden operationalisierbare Feinziele ausgewählt. Diese können als geltender Standard genutzt werden. Die tatsächlich erreichten Lernerfolge können damit verglichen werden um zu beurteilen, ob das Lernziel erreicht wurde. Nach Klug-Redman (2009) findet Evaluation auch ständig während der

Schulungseinheiten statt. Der Dozent erhält regelmäßig eine Rückmeldung über die Zielerreichung, indem die Teilnehmer zum Beispiel Fragen beantworten und diskutieren oder Aufgaben erledigen (vgl. Klug-Redman 2009, S. 93). Dadurch sind schon während der Schulungseinheit Rückschlüsse auf den Grad der Zielerreichung und eine ggf. notwendige Anpassung des Unterrichts möglich.

6 ERGEBNISSE

Das folgende Kapitel stellt das konzipierte Schulungsmodul vor. Es werden Rahmenbedingungen und Organisationsform, Lernintention und Lerninhalte, die verwendeten Schulungsmethoden, die Verlaufsplanung sowie abschließend die Evaluation des Lernerfolges beschrieben.

6.1 Rahmenbedingungen und Organisationsform

Das Schulungsmodul richtet sich an professionell Pflegende mit und ohne Migrationshintergrund, die schon Berufserfahrungen im Umgang mit Demenz und der Pflege von MigrantInnen gesammelt haben sollten. Grundlegendes Wissen über die Erkrankung und Prognose Demenz sowie Ansätze zu Möglichkeiten und Hilfestellungen für pflegende Angehörige sind vorhanden. Die Schulungsteilnehmer haben jedoch ein Informationsdefizit in Bezug auf kulturspezifische Besonderheiten, die im Alltag und bei der Pflege und Betreuung türkischer MigrantInnen insbesondere bei dem Vorliegen einer Demenz eine Rolle spielen. Wichtig ist von Seiten der Schulungsteilnehmer die Bereitschaft, sich mit der Sichtweise türkischer demenziell erkrankter MigrantInnen und der Situation der pflegenden Angehörigen auseinanderzusetzen, künftig unterstützend und beratend tätig sein zu wollen und der Wunsch sich mit anderen professionellen Pflegekräften auszutauschen.

Das Schulungsmodul wird als Gruppenschulung angeboten. Dies ist aus ökonomischen Gründen sinnvoll und ermöglicht den Schulungsteilnehmern die Unterstützung und Erfahrung einer Gruppe zu haben, was sich positiv auf die Motivation und das Erreichen der Lernziele auswirken kann (vgl. Klug-Redmann 2009, S. 48). Die Teilnehmerzahl von 8-10 Teilnehmern erlaubt den Erfahrungsaustausch untereinander und lässt Raum, um auf die

individuellen Fragen, Themen und Bedürfnisse der einzelnen Schulungsteilnehmer eingehen zu können.

Die Gruppenschulung findet als eine in sich abgeschlossene Einheit unter der Woche nachmittags in den Räumlichkeiten der HAW Hamburg am Standort des Departments Pflege und Management statt und hat einen Zeitumfang von knapp 3 Zeitstunden. Der Schulungsort bietet sich mit der HAW Hamburg als Kooperationspartner an, ist zudem zentral gelegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

Für das Schulungsmodul ist aufgrund der überschaubaren Teilnehmerzahl nur ein Dozent notwendig. Aufgrund der Thematik des Schulungsmoduls bietet sich eine pflegerische Fachkraft mit einer gerontopsychiatrischen Fachweiterbildung an, die zudem über langjährige Berufserfahrung im Bereich der Betreuung und Pflege von demenziell erkrankten Menschen verfügt. Außerdem sollten Erfahrungen in der Arbeit mit MigrantInnen vorhanden sein. Ein türkischer Migrationshintergrund bzw. das Beherrschen der türkischen Sprache ist dabei keine zwingende Voraussetzung, da in diesem Schulungsmodul nicht das Erlernen der Sprache im Mittelpunkt steht. Im Optimalfall hat der Dozent eine Weiterbildung zur/m Lehrerin/Lehrer für Pflegeberufe bzw. ein Studium der Pflegepädagogik absolviert.

Im Hinblick auf die Finanzierung wird versucht für einen ersten Testlauf personelle und materielle Ressourcen der Kooperationspartner bzw. (weitere) Fördergelder zu nutzen.

Zur Deckung der anfallenden Kosten für das Schulungsmodul können mit langfristiger Perspektive und auch auf Initiative der Schulungsteilnehmer hin, Bildungsprämien, Bildungsurlaub oder sogar Stipendien für begabte junge Fachkräfte beantragt werden. Zudem kann in Betracht gezogen werden, dass der Arbeitgeber potentieller Schulungsteilnehmer aufgrund des eigenen Nutzens eine Kostenübernahme zusichert.

6.2 Lernintention und Lernziele

Der Schwerpunkt des Schulungsmoduls liegt auf der Vermittlung kultursensibler pflegerischer Besonderheiten bei der Pflege und Betreuung demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen. Dieser angestrebte Wissenszuwachs ist für die professionellen Pflegekräfte eine wesentliche Voraussetzung im Hinblick auf die Ausübung kultursensibler Versorgung. Zudem ist beabsichtigt, dass die professionell Pflegenden lernen, die pflegenden Angehörigen unter Beachtung deren individueller Belastungen und Ressourcen, gezielt beraten und unterstützen zu können. Die Schulungsteilnehmer sollen eine offene und wertschät-

zende Grundhaltung im Umgang mit demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen verinnerlichen.

Das nachfolgende übergeordnete Richtziel für das Schulungsmodul spiegelt diese Intention wider.

Richtziel

Die professionell Pflegenden entwickeln ein kultursensibles Verständnis für die Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen und können die Achtung und Einhaltung der damit verbundenen kulturellen Besonderheiten in ihre tägliche Arbeit integrieren. Sie sind in der Lage die dargebotenen Schulungsinhalte zu verstehen, individuell auf die Situation der dementen türkischen MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen zu übertragen und mittels ausgewählter erlernter Maßnahmen in der Pflegepraxis umzusetzen.

Es folgen die beiden Grobziele denen die entsprechenden Feinziele untergeordnet sind.

1. Grobziel

Die professionell Pflegenden erwerben Kenntnisse über die in der türkischen Alltagskultur oftmals mit der Religion verknüpften Pflegevorstellungen der MigrantInnen und können diese hinsichtlich der Durchführung pflegerischer Interventionen im Bereich Körperpflege und Ernährung im Umgang mit dementen MigrantInnen erfolgreich kommunizieren und einsetzen.

- Feinziel 1: Die professionell Pflegenden können migrationsspezifische Besonderheiten des Krankheitsbildes Demenz bei türkischen MigrantInnen verstehen, beschreiben und an die pflegenden Angehörigen weitergeben. (*kognitiv, leicht*)
- Feinziel 2: Die professionell Pflegenden können allgemeine Kommunikationsregeln im Umgang mit demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen benennen und sind sich in diesem Zusammenhang der Bedeutung der nonverbale Kommunikation bewusst. (*kognitiv, affektiv, mittel*)

- Feinziel 3: Die professionell Pflegenden können die im Rahmen der Körperpflege und Ernährung einzuhaltenden kulturellen Traditionen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen verstehen und in Form einer Pflegeplanung korrekt umsetzen und berücksichtigen. (*kognitiv, mittel*)
- Feinziel 4: Die professionellen Pflegekräfte begreifen, dass sie mit der Einhaltung kulturspezifischer türkischer Pflegevorstellungen einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität und Alltagsgestaltung demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen haben. (*affektiv, mittel*)

2. Grobziel

Die professionell Pflegenden sind in der Lage die bei den pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen auftretenden Pflegebelastungen zu erkennen, zu verbalisieren und auf die Ressourcen der pflegenden Angehörigen ausgerichtete individuelle Hilfestellungen im Umgang mit dem dementen Familienangehörigen aufzuzeigen.

- Feinziel 5: Die professionell Pflegenden können die Methode der „Integrativen Validation nach Richard“ anwenden und als eine Hilfestellung für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen an die pflegenden Angehörigen weitergeben. (*kognitiv, schwer*)
- Feinziel 6: Die professionell Pflegenden sind in der Lage wesentliche Inhalte der Biografiearbeit und Erinnerungspflege anhand eines Fallbeispiels zu benennen und deren Anwendung in Verbindung mit der türkischen Alltagskultur den pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen zu vermitteln. (*kognitiv, mittel*)
- Feinziel 7: Die professionell Pflegenden entwickeln ein Verständnis für die individuellen Hilfebedarfe der pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen und realisieren, dass sie damit positiv auf die Situation der pflegenden Angehörigen einwirken. (*affektiv, schwer*)

6.3 Lerninhalte

In diesem Kapitel werden die einzelnen Lerninhalte anhand der aufgeführten Feinziele grob beschrieben. Die Feinziele 4 und 7 sind im Rahmen der folgenden kurzen Beschreibung nicht aufgeführt. Diese Ziele beinhalten keine weiteren neuen Inhalte, sondern dienen im Schulungsverlauf mit ihrer affektiven Lerndimension auch zur Anwendung und Vertiefung der bereits vermittelten Grundlagen.

Bei Feinziel 1 werden zunächst kurz wesentliche Symptome und mögliche demenzielle Krankheitsverläufe besprochen. Im weiteren Verlauf werden die für türkische MigrantInnen verstärkt auftretenden Probleme begründet beschrieben.

Bei Feinziel 2 stehen die Kommunikationsregeln im Umgang mit dementiell erkrankten türkischen MigrantInnen im Vordergrund. Dazu werden Inhalte wie die Bedeutung der Körpersprache, der Einsatz von Gestik und Mimik, die Gestaltung der Kommunikationssituation und auch sprachliche Besonderheiten insbesondere im Hinblick auf die Muttersprache der erkrankten MigrantInnen vermittelt.

Feinziel 3 beschäftigt sich mit den Pflegevorstellungen der MigrantInnen im Bereich Körperpflege und Ernährung. Inhalte sind hierbei das ausgeprägte Schamverhalten der MigrantInnen, die Gestaltung der Körperpflege und Waschroutinen, der Einsatz von Hilfsmitteln, das Geschlecht der Pflegeperson, der Einbezug der pflegenden Angehörigen und der damit verbundene therapeutische Effekt. Zum Thema Ernährung werden unter anderem die Einhaltung religiöser Speisevorschriften sowie der Einsatz bekannte Speisen und Getränke aus dem Heimatland thematisiert.

Das Feinziel 5 stellt die Methode der Integrativen Validation (IVA) als eine Umgangsform zur Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen vor. Neben den Zielen sowie den Einsatzmöglichkeiten und der Anwendung der „Integrativen Validation nach Richard“ (IVA) wird thematisiert, inwieweit diese Umgangsform auch bei dementen türkischen MigrantInnen eingesetzt werden kann.

Feinziel 6 stellt die Ansätze der Biografiearbeit und Erinnerungspflege vor, bei der auch Inhalte der Thematik Körperpflege und Ernährung angewendet werden können. Im Vor-

dergrund stehen die Auswahl und der Einsatz von Erinnerungsgegenständen, biografische Fragen, der Umgang mit der Werte- und Gefühlsebene bzw. die Förderung der Ressourcen. Als Themenschwerpunkte sind für demenziell erkrankte türkische Migrantinnen Glaube und Religion, Familie und Kinder, Wohlfühlen und Körperkultur sowie Essen und Ernährung ausgewählt.

6.4 Schulungsmethoden

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung der verwendeten Schulungsmethoden, außerdem wird begründet, inwieweit diese zum Erreichen einzelner Feinziele beitragen.

6.4.1 Lehrvortrag

Bei einem Lehrvortrag werden den Schulungsteilnehmern die Lerninhalte mit Hilfe eines häufig medial unterstützten Vortrages vermittelt (vgl. Döring 2008, S. 226). Von den Teilnehmern wird bei dieser Methode erwartet, dass sie zuhören, die Informationen aufnehmen und evtl. Verständnisfragen stellen. Es handelt sich hierbei um eine sehr lehrerzentrierte Methode, bei der die professionell Pflegenden als Schulungsteilnehmer eine eher passive Rolle einnehmen und der Ablauf aktiv von dem Dozenten gesteuert wird. Ein Lehrvortrag bietet die Möglichkeit, größere Themenbereiche in geschlossener und zusammenhängender Form zu präsentieren und damit Sach-, Sinn- oder Problemzusammenhänge möglichst zügig darzustellen (vgl. Döring 2008, S. 226). Die Methode hat überwiegend eine Informationsfunktion und ist daher bei der Wissensvermittlung und zum Erreichen von leichten kognitiven Lernzielen gut anwendbar. Der Lehrvortrag kann vermutlich auch für angestrebte affektive oder psychomotorische Lernziele geeignet sein, sollte aber aufgrund der passiven Rolle der Teilnehmer dann mit anderen Methoden kombiniert werden. Für einen gelingenden Vortrag gelten laut Döring (2008) einige Voraussetzungen. Dazu gehört, die maximale Vortragsdauer von 20-25 Min nicht zu überschreiten, einen Praxisbezug herzustellen, Medien zur Veranschaulichung der Thematik zu verwenden und den Lehrvortrag nicht als alleinige Methode einzusetzen (vgl. Döring 2008, S. 226) Es obliegt der Verantwortung des Dozenten, dass der Vortrag sowohl verständlich als auch interessant gestaltet ist. Dabei sollten einfache und verständliche Sätze gewählt und die Zuhörer motiviert und angesprochen werden (vgl. Döring 2008, S. 226 f.).

In dem Schulungsmodul für professionell Pflegende werden zwei Lehrvorträge zu zwei verschiedenen Zeitpunkten als Schulungsmethode angewendet. Diese Methode ist für die Schulungsschritte geeignet, bei denen die professionell Pflegenden grundlegende Informationen zu einem Thema erhalten sollen. Dies ist zum Beispiel am Anfang des Schulungsmoduls als Einstieg und vor dem Beginn der praktischen Übung als Input sinnvoll. Diese Schulungsmethode ist zudem für die Einführung in Feinziele mit kognitivem Schwerpunkt (Feinziel 1, Feinziel 3 und Feinziel 5) geeignet und als Einstieg für die Grundlagenvermittlung bei Lernzielen mit mehreren Lerndimensionen (vgl. Kapitel 6.2, Feinziel 2). Die Lehrvorträge sind damit auch für den weiteren Schulungsverlauf gedacht.

6.4.2 Gespräch

Nach Döring (2008) gibt es bei einem Gespräch wenige formale Absprachen und Regeln. Es findet ein gleichberechtigter Austausch unter den Schulungsteilnehmern und mit dem Dozenten statt (vgl. Döring 2008, S. 269). Das bedeutet, dass der Dozent im Hintergrund bleibt und das Gespräch nicht inhaltlich steuert. Er sorgt lediglich für einen geordneten Ablauf und eine angenehme Atmosphäre. Abschließend ist der Dozent für die Ergebnissicherung durch eine mündliche und/oder schriftliche Zusammenfassung zuständig. Die Methode kann als Unterrichtsgespräch oder als Erfahrungsaustausch durchgeführt werden (vgl. Döring 2008 S. 269). Die aktive Teilnehmerrolle ermöglicht einen Austausch von Erfahrungen und Ansichten und ist daher für Lernziele mit einer affektiven Dimension gut einsetzbar. Ein Gespräch regt zur Reflexion und Bewertung von Einstellungen und Meinungen an und kann damit das Erreichen leichter bis mittlerer Schweregrade von Zielen vorfolgen.

Diese Schulungsmethode wird im Rahmen des Schulungsmoduls als Erfahrungsaustausch eingesetzt. Ziel ist die affektive Dimension des Feinzieles 2 zu erreichen und sich gegebenenfalls über Feinziel 1 auszutauschen.

6.4.3 Demonstration und praktische Übung

Bei einer Demonstration wird den Schulungsteilnehmern praktisch etwas vorgeführt. Auf diesem Weg können Fertigkeiten oder Einstellungen demonstriert werden, aber auch Vo-

raussetzungen geschaffen werden, damit die Teilnehmer sich selbst beweisen können, wozu sie fähig sind (vgl. Klug-Redman 1996 S. 142). Zum Erlernen von Fertigkeiten sind praktische Übungen notwendig, die Schulungsteilnehmer sollen die Fertigkeiten nicht nur sehen, sondern auch selbst einüben. Die Teilnehmer können praktische Fertigkeiten und Einstellungen zum Beispiel trainieren, in dem sie „(...) Übungen durcharbeiten oder in gestellten oder realen Situationen agieren, für die die Beherrschung der Fertigkeit oder Einstellung nötig ist.“ (Klug-Redman 1996, S. 142). Diese Lernmethode erfordert eine aktive Mitwirkung von den teilnehmenden professionell Pflegenden. Die Demonstration erfolgt anfangs durch den Dozenten, dieser ist auch für den weiteren Ablauf zuständig, zu dem das korrigierende Eingreifen bei Bedarf und die Beurteilung des Lernerfolges gehört. Fertigkeiten können nicht unabhängig von Wissen und Einstellungen gelehrt werden. Der Bezug zu kognitiven Ebene darf deswegen nicht vergessen werden (vgl. Klug-Redman 1996, S. 142). Praktische Übungen dienen also dazu, Fertigkeiten und Einstellungen basierend auf Wissen einzuüben. Damit eignet sich diese Methode vor allem für leichtere bis mittlere psychomotorische Lernziele oder für mittlere bis schwere kognitive Lernziele

Im Rahmen des Schulungsmoduls werden im Rahmen einer praktischen Übung zwei Aufgaben durchgeführt. Diese bauen auf die Grundlagen der vorher vermittelten kognitiven Inhalte auf und sollen dabei helfen, das erlernte Wissen praktisch umzusetzen. Es wird angestrebt mit dieser Übung die Feinziele 3 und 6 zu erreichen, die beide eine mittlere kognitive Dimension haben. Diese geübten Fähigkeiten sind auch im späteren Berufsalltag gewinnbringend einsetzbar.

6.4.4 Rollenspiel

Spiele im Lehr-Lern-Prozess sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie das „reale Leben“ in das Lernfeld, in den Unterricht hereinholen und den Lernenden damit zum Teil konfrontieren und arbeiten lassen“ (Döring 2008, S. 275). Es wird versucht eine reale Abbildung einer Wirklichkeit zu schaffen, in der sich die Schulungsteilnehmer mit einer Ausgangssituation auseinandersetzen können. Die Vorteile von Spielen sind, dass sie die Motivation fördern und Realitäten abbilden können, ohne dass es Konsequenzen oder Nachteile für die Schulungsteilnehmer hätte. Zudem haben sie einen positiven Einfluss auf das Schulungsklima, da sie ein Gemeinschaftsgefühl schaffen (vgl. Döring 2008, S. 276 f.).

Bei dieser teilnehmerzentrierten Methode kann sich jeder Teilnehmer aktiv einbringen, der Dozent kann sich entweder im Hintergrund halten oder aktiv mitspielen.

Rollenspiele als eine Spielform unterstützen das ganzheitliche Lernen und dienen zur Einübung von sozialen Kompetenzen (vgl. Döring 2008, S. 280). Hierbei kann versucht werden mögliche Alltagssituationen abzubilden. Dadurch bietet sich für die Teilnehmer die Möglichkeit neue Verhaltensweisen und Reaktionsmöglichkeiten auszuprobieren und sich auf Situationen vorzubereiten, die im Alltag auftreten können.

Rollenspiele eignen sich vor allem zum Erreichen von psychomotorischen und affektiven Zielen. Die Methodik eignet sich auch für mittlere bis schwere Ziele, da sich komplexe explizite Reaktionen, Anpassung, Bewertung und Organisation daran üben und lernen lassen. Dafür sollten allerdings Fertigkeiten und Kenntnisse im Hinblick auf die zu bewältigende Aufgabe vorhanden sein.

Die Schulungsmethode „Rollenspiel“ wird zum Ende des Schulungsmoduls hin angewendet. Die professionell Pflegenden sollen die bereits vermittelten Inhalte praktisch anwenden. Die Erreichung der Feinziele 4 und 7 sowie die Vertiefung des Feinzieles 5 wird damit angestrebt.

6.5 Verlaufsplanung

Das folgende Kapitel stellt tabellarisch den geplanten Ablauf des Schulungsmoduls vor. Als Dozent ist in der Verlaufsplanung vorerst die Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung festgelegt. Die Verlaufsplanung ist ohne Pause dargestellt, diese kann mit einer Dauer von 15 Min beliebig im Rahmen des Schulungsmoduls gewählt werden. Es bietet sich in Absprache mit dem Dozenten an, die Pause vor den praktischen Übungsteil zu legen, also in etwa nach der Hälfte des Schulungsmoduls.

Tabelle 1 Verlaufsplanung (eigene Darstellung)

Zeit	Phase	Lernziel	Dozent	Geplantes Dozentenverhalten/ Methode	Erwartetes Teilnehmerverhalten	Material
15:00- 15:05	Begrüßung und Vorstel- lung	Kennenlernen	PFK	Stellt sich vor, fordert die Teilnehmer auf, sich kurz vorzustellen (Namensschilder werden ausgegeben anhand der Teilnehmerliste Überprüfung, ob vollständige Anwesenheit oder eventuelle Verspätung), organisatorische Fragen klären	Hören zu, stellen sich vor, Unterschrift und ggf. Emailadresse auf der Teilnehmerliste eintragen	Namensschilder, Teilnehmerliste
15:05- 15:10	Einstieg	Überblick über den Schulungsverlauf geben, Erwartung der Teilnehmer erfragen Zeitlicher Ablauf wird vorgestellt	PFK	Stellt Lernziele vor, beginnend mit dem Richtziel und dann mit den beiden Grobzielen, diese werden anhand der Feinziele konkretisiert, visualisiert Feinziele auf Metaplanwand Fragt ob weitere Themenwünsche vorhanden sind, um wenn Zeit ist ggf. nochmal darauf einzugehen, stellt zeitlichen Ablauf vor, Teilnehmer ermutigen, Fragen zu stellen, wenn Dinge unklar oder Inhalte zu schnell vermittelt werden	Hören zu, stellen ggf. Verständnisfragen, äußern ggf. weitere Themenwünsche und Erwartungen, (die von dem Dozent auf Moderationskarten aufgeschrieben und an der Metaplanwand/Flipchart aufgehängt werden) Erhalten erste Orientierung	Metaplanwand bzw. Flipchart Vorbereitete Moderationskarten mit Richtziel, Grobzielen und Feinzielen, leere Moderationskarten und Stifte, Stecknadeln, Magneten Ausgedruckte Darstellung des Modulablaufes

Zeit	Phase	Lernziel	Dozent	Geplantes Dozentenverhalten/ Methode	Erwartetes Teilnehmerverhalten	Material
15:10-15:30	Darbie-ten des Lehrstoffs Grobziel 1	Migrationsspezifische Besonderheiten des Krankheitsbildes Demenz verstehen (Feinziel 1) Allgemeine Kommunikationsregeln im Umgang mit Demenz benennen (Feinziel 2)	PFK	Lehrvortrag Vortrag mit Unterstützung durch eine PowerPoint-Präsentation	Hören zu, stellen Fragen	Computer, PowerPoint-Präsentation Beamer
15:30-15:50	Verarbeiten des Lehrstoffs Grobziel 1	Migrationsspezifische Besonderheiten des Krankheitsbildes Demenz beschreiben und weitergeben können (Feinziel 1) Bedeutung der nonverbalen Kommunikation verinnerlichen (Feinziel 2)	PFK	Gespräch Leitet eine Gesprächsrunde und Erfahrungsaustausch in Bezug auf die davor vorgestellten und erarbeiteten Inhalte an, stellt Fragen, wenn das Gespräch ins Stocken gerät	Beteiligen sich an dem Gespräch	Einleitungs- und Ergänzungsfragen (Anlage 3)
15:50-16:15	Darbie-ten des Lehrstoff Grobziel 1 Grobziel 2	Kulturelle Besonderheiten bei der Körperpflege und Ernährung (Feinziel 3) Methode der Integrativen Validation nach Richard (Feinziel 5) Inhalte der Erinnerungspflege und Biografiearbeit (Feinziel 6)	PFK	Lehrvortrag Vortrag mit Unterstützung durch eine PowerPoint-Präsentation	Hören zu, stellen Fragen	Computer, PowerPoint-Präsentation Beamer

Zeit	Phase	Lernziel	Dozent	Geplantes Dozentenverhalten/ Methode	Erwartetes Teilnehmerverhalten	Material
16:15-17:00	Verarbeiten des Lehrstoffs Grobziel 1 Grobziel 2	Kulturellen Besonderheiten bei Ernährung und Körperpflege im Rahmen der Pflegeplanung umsetzen und anwenden (Feinziel 3) Biografiearbeit und Erinnerungspflege –Bearbeitung eines Fallbeispiels (Feinziel 6)	PFK	Demonstration und praktische Übung Bittet Teilnehmer sich Gedanken um die Formulierung von Pflegezielen und Maßnahmen zu fiktiven Fällen oder bekannten Arbeitserfahrungen zu machen Bespricht die Ergebnisse Teilt Fallbeispiel aus, erklärt Aufgabenstellung Bespricht die Ergebnisse	Hören bei der Erklärung zu Machen sich schriftliche Notizen Beteiligen sich an der Ergebnisbesprechung Bearbeiten Fallbeispiel Beteiligen sich an der Ergebnisbesprechung	Zettel für Pflegeplanung Fallbeispiel, das die Lebens- und Wohnsituation eines dementen türkischen Migranten beschreibt
	Übungsphase Grobziel 1 Grobziel 2	Einhaltung kulturspezifischer türkischer Pflegevorstellungen verinnerlichen (Feinziel 4) Anwendung der Integrativen Validation (Feinziel 5), Verständnis für individuellen Hilfebedarf der Angehörigen entwickeln (Feinziel 7)	PFK	Rollenspiel Leitet ein Rollenspiel an, Dozent in der Rolle eines demenziell erkrankten türkischen Migranten oder eines pflegenden Angehörigen	Beteiligen sich am Rollenspiel, ein Teilnehmer zur Zeit, die anderen haben die Möglichkeit, ihn abzulösen, wenn sie eine bessere Idee/einen alternativen Lösungsansatz haben, insgesamt mehrere Situationen, Beteiligung ist freiwillig, kein Zwang	

Zeit	Phase	Lernziel	Dozent	Geplantes Dozentenverhalten/ Methode	Erwartetes Teilnehmerverhalten	Material
17:45- 17:55	Zusammenfassung und Fragen	Wiederholung des Gelernten	PFK	Fasst die Inhalte der Schulungseinheit in wenigen Sätzen zusammen, anhand des Ablaufplans. Klärt, ob noch offene Fragen sind oder Inhalte unklar geblieben sind	Hören zu, fragen nach	Ausgedruckte Darstellung des Ablaufes des Moduls Zeigestock/Laserpointer
17:55- 18:00	Reflexion und Verabschiedung, Schluss	Reflektieren ob die eigenen Erwartungen erfüllt wurden Persönlichen Nutzen des Schulungsmoduls bewerten Gefühle bezüglich Thema äußern Kritik an Schulungsmodul äußern und Feedback geben können	PFK	Durchführung eines Blitzlichtes, erklärt Sinn und Zweck des Blitzlichtes und die Durchführung Bedankt sich für die Teilnahme Weist auf Kontaktmöglichkeit bei weiteren Fragen hin Bietet an, nach Ende der Veranstaltung bei Bedarf für Fragen zur Verfügung zu stehen Verabschiedet sich	Nehmen am Blitzlicht teil, äußern ihre Meinung und Kritik zu der Schulungseinheit Danken dem Dozenten Verabschieden sich	Fragestellungen für Blitzlicht (Anlage 4)

PFK= Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung

6.6 Evaluation des Lernerfolges

Wie bereits im Kapitel 5.2 erwähnt, findet Evaluation bereits während des Schulungsmoduls statt. Die Feinziele 1 und 2 sind im Rahmen des Schulungsmoduls durch Gesprächsaustausch überprüfbar. Die professionell Pflegenden tauschen sich über ihre Erfahrungen zum Thema aus, äußern Erkenntnisse und Einstellungen über migrationsbedingte Besonderheiten bei demenziellen Erkrankungen und die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation. Zudem ist auch im Rahmen des Lehrvortrages durch gestellte Fragen der Teilnehmer oder Nachfragen des Dozenten eine Überprüfung der Feinzielerreichung möglich. Die Erreichung der Feinziele 3 und 6 lässt sich durch die praktische Übung überprüfen. Die professionell Pflegenden wenden durch die Bearbeitung des Fallbeispiels und die schriftliche Formulierung von Pflegezielen und Maßnahmen die zuvor vermittelten Kenntnisse an. Bei den Feinzielen 4, 5 und 7 ist eine Überprüfung durch das Rollenspiel möglich. Durch dieses werden mögliche real auftretende Situationen simuliert, denen sich die professionell Pflegenden mit zuvor erworbenen Kenntnissen stellen und eigene und individuelle Lösungsansätze finden können.

Da das Schulungsmodul darauf abzielt, dass die professionell Pflegenden die erworbenen Kenntnisse und damit verbundenen Hilfestellungen im Pflegealltag anwenden, ist der Transfererfolg entscheidend. Um den Transfererfolg zu evaluieren, bekommen die Teilnehmer drei Monate nach dem Schulungsmodul einen Evaluationsbogen per Mail (vgl. Anlage 5). Dieser enthält Fragen zu der praktischen Umsetzung der Schulungsinhalte in der Pflegepraxis und fragt rückblickend, ob die Lerninhalte angemessen vermittelt wurden und ob Themen oder Problemstellungen gefehlt haben.

In einer Teilnehmerliste sollen zu Beginn die E-Mail-Adressen angegeben werden, die Teilnehmer werden während des Schulungsmoduls über den Evaluationsbogen informiert und darum gebeten, ihn nach Erhalt auszufüllen und per Mail zu beantworten. Alternativ besteht die Möglichkeit, den Bogen per Post zu erhalten und zu versenden.

Am Ende des Schulungsmoduls wird eine „Blitzlichttrunde“ durchgeführt. Diese soll den Teilnehmern die Möglichkeit geben, die aktuelle Meinung und Stimmung in Bezug auf das Schulungsmodul zu äußern. Dabei steht vor allem die Planung und die Prozessqualität im Vordergrund, welche den Ablauf und die Organisation der Schulung, die Zeitplanung, die Auswahl der Lerninhalte und Schulungsmethoden umfasst.

Der Dozent macht sich Notizen zu dem mündlich gegebenen Feedback, außerdem werden später die schriftlichen Evaluationsbögen von der Projektgruppe KURVE ausgewertet.

7 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden exemplarisch ausgewählte Rahmenbedingungen, die Auswahl der Lerninhalte, die gewählte Unterrichtsmethodik, die Schwierigkeiten und Chancen bei der Durchführung eines Schulungsmoduls diskutiert. Das Kapitel schließt mit einer inhaltlichen Zusammenfassung bezogen auf die zu bearbeitenden Fragestellungen.

Die Entscheidung für den Entwurf einer Gruppenschulung begründet sich mit dem Vorteil, dass Interaktionsprozesse zwischen den Teilnehmern möglich sind. Diese können auf affektiver Ebene eine wertvolle Hilfestellung für die Festigung eines kultursensiblen Bewusstseins sein. Die Schwierigkeit bei einer Gruppenschulung liegt darin, dass nur versucht werden kann allgemein zutreffende Angaben über potentielle Teilnehmer zu machen, wobei niemals eine vollständige Erhebung möglich ist, aber auch nicht angestrebt wird.

Die Schulung ist für Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder besonderen Lernbarrieren nicht geeignet, da im Rahmen einer Gruppenschulung nicht ausreichend darauf eingegangen werden kann. In diesem Fall ist eine Einzelschulung empfehlenswert, die aber mit Blick auf die Lernintention in diesem Fall nicht sinnvoll erscheint.

Die psychomotorische Ebene ist in diesem Schulungsmodul vernachlässigt, dies ist anhand der Themenauswahl logisch begründet. Von besonderer Bedeutung ist die affektive Schulungsintension. Der Transfererfolg in die Pflegepraxis verknüpft mit der Entwicklung eines kultursensiblen Bewusstseins und der Akzeptanz für die vermittelten Inhalte stellt eine hohe Herausforderung hinsichtlich der Schulungsevaluation dar. Mit der Auswahl der Evaluationsmethoden wird versucht dies hinreichend zu lösen, Es bleibt aber trotzdem die Frage, wie viele der Evaluationsbögen beispielsweise ausgefüllt zurückgesendet werden.

Kognitive Fähigkeiten sind nicht näher definiert, die Zielformulierungen und der teilweise eng gestaffelte Zeitplan fordern von den Teilnehmern einen hohen Grad an Aufnahmefähigkeit und Disziplin während der Schulungseinheit. Bedingt durch die unterschiedlichen Lern- und Lehrmethoden ist außerdem Flexibilität und hinsichtlich des Rollenspiels der Einsatz rhetorischer Fähigkeiten gefragt. Positiv zu bewerten, ist die aus diesen Gründen

festgelegte kleine Teilnehmerzahl, die es auch introvertierten Teilnehmern möglich macht, sich einzubringen und von dem Dozenten mit „abgeholt“ zu werden.

Auf der Basis der vorliegenden Literaturlage wurde versucht ein aussagekräftiges Bild insbesondere der pflegenden Angehörigen und der demenziell erkrankten MigrantInnen darzustellen, um auf dieser Grundlage entsprechende Lerninhalte für die potentiellen Schulungsteilnehmer abzuleiten. Da im Rahmen des empirisch theoretischen Hintergrundes deutlich wird, dass bei den pflegenden Angehörigen im Hinblick auf die pflegerischen Interventionen vor allem die Aspekte der Körperpflege und Ernährung sowie der Stellenwert der Familie und die Religion im Fokus stehen, wurden diese Themen bei der Planung der Lernziele priorisiert. Aufgrund der Tatsache, dass die Angehörigen oftmals Hilflosigkeit im Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen ihrer demenziell erkrankten Familienangehörigen äußern, ist die Anwendung der „Integrative Validation nach Richard“ ebenfalls als Lerninhalt ausgewählt worden. Die von Richard formulierten Schritte, bei der die Gefühle aufgespürt, wertgeschätzt und verstärkt werden, um eventuelle Lebensthemen aufzuarbeiten, eignet sich gleichermaßen für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, um einen Zugang zu bekommen. Die Basis bilden biografische Kenntnisse, die entsprechend berücksichtigt werden müssen. Gruppenangebote spielen für demenziell erkrankten MigrantInnen inhaltlich keine Rolle, da diese Form der Intervention aus dem Herkunftsland nicht bekannt und aus diesem Grund kein Bezug herstellbar ist.

Bei der Ableitung von Erkenntnissen aus der vorliegenden Studienlage ist zu bedenken, dass es sich bei der Gruppe der türkischen MigrantInnen um eine heterogene Gruppe handelt und nicht prinzipiell davon ausgegangen werden kann, dass sich die Erkenntnisse auf alle türkischen MigrantInnen übertragen lassen. Ähnliches gilt für die Beachtung der verschiedenen Phasen der Demenz, die unterschiedliche Interventionen nötig machen. Zudem müssen unterschiedliche Wissens- und Bildungsstände der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Dies zeigt sich in der vorliegenden Studienlage durch inhaltliche Gegensätze bei den Befragungen beispielsweise was die Kenntnisse über die Pflegeversicherung betreffen. Zudem weist die Literatur darauf hin, dass auch mit Blick auf die Gruppe der pflegenden Angehörigen zukünftig Änderungen in der Bereitschaft der Übernahme der häuslichen Pflege zu erwarten sind. Die vorliegende Literatur zeigt auf, dass die zweite und dritte Generation der ehemaligen Gastarbeiter sich zunehmend den westlichen Lebensformen anpasst und damit die traditionellen Vorstellungen aus dem Herkunftsland in den Hintergrund rücken. Außerdem löst sich die traditionelle Rollenverteilung auf (vgl. Brzos-

ka & Razum 2011, S. 432). Diese Entwicklung könnte einen vermehrten Einsatz von professionell Pflegenden in der häuslichen Versorgung bewirken, was die Notwendigkeit entsprechender Schulungen bzw. Fort- und Weiterbildungen nochmals verstärkt.

Bei der Festlegung der Schulungsteilnehmer sind auch professionell Pflegende mit Migrationshintergrund berücksichtigt. Damit sind nicht nur die professionell Pflegenden mit türkischem Migrationshintergrund gemeint. Diese Entscheidung hat Vor- und Nachteile für die Gestaltung des Schulungsmoduls. Grundsätzlich ist es schwierig, eine optimale Auswahl der Lerninhalte zu treffen, da zwar grundlegendes Wissen über die Erkrankung und Prognose vorhanden, aber beispielsweise im Hinblick auf die Vorkenntnisse und praktische Erfahrungen leicht Fehleinschätzungen passieren können und daraus eine gedankliche Vorwegnahme von möglichen, noch unbekanntem Inhalten resultiert. Der Ablauf der Schulung zielt auf ein zügiges Verstehen der „vermittelten“ Informationen. Die Einbindung von professionell Pflegenden mit Migrationshintergrund verschärft diese Schwierigkeit nochmals, da sicherlich davon ausgegangen werden kann, dass kultursensible Besonderheiten auch schon bekannt sind. Damit würde im Rahmen des Schulungsmoduls für diese professionell Pflegenden eher die Vertiefung und Anwendung bereits vorhandener Kenntnisse im Vordergrund stehen. Auf der anderen Seite bietet sich die Möglichkeit eines intensiven Erfahrungsaustausches und einer möglichen zukünftigen Optimierung bei der Wahl der Schulungsmethoden, da beispielsweise eine Partnerarbeit zwischen professionell Pflegenden mit und ohne Migrationshintergrund womöglich interessante Erkenntnisse liefern könnte.

8 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Die vermutlich steigende Anzahl an demenziell erkrankten MigrantInnen stellt das deutsche Gesundheitswesen vor Herausforderungen, da mit der pflegerischen Versorgung und Betreuung kulturspezifische Bedürfnisse der MigrantInnen verknüpft sind. Der überwiegende Teil der Erkrankten wird von pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit versorgt, was mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden ist und oftmals mit fehlenden Kenntnissen über mögliche Hilfeangebote zusammenhängt. Zudem steht die Achtung und Einhaltung kulturell bedingter Verhaltensweisen und Lebensformen der demenziell erkrankten MigrantInnen für die pflegenden Angehörigen im Fokus. Aus diesem Grund be-

steht der Bedarf vermehrt in die Etablierung von kultursensiblen Angeboten zu investieren. Auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche zum Belastungserleben von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen ist ein Schulungsmodul für professionell Pflegende konzipiert worden, dessen Ziel die Wissensvermittlung kulturspezifischer Besonderheiten der besonders mit der Religion verknüpften türkischen Alltagskultur und die Entwicklung einer kultursensiblen Sichtweise im Umgang mit den erkrankten türkischen MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen ist. Das Modul findet in Form einer Gruppenschulung statt und behandelt Themen der Ernährung und Körperkultur sowie Hilfestellungen zur Kommunikation mit demenziell Erkrankten MigrantInnen. Dabei lassen sich unter der Berücksichtigung der Migrationsbiografie und der türkischen Alltagskultur bereits etablierte Interventionen wie die „Integrative Validation nach Richard“ oder Formen der Erinnerungspflege und Biografiearbeit anwenden. Zur Erreichung der durch die Lernintention ausgewählten kognitiven und affektiven Lernziele wird der Lerninhalt in einem Mix aus Wissen und praktischer Anwendung vermittelt. Dazu werden sowohl lehrerzentrierte als auch teilnehmerzentrierte Schulungsmethoden eingesetzt. Inwieweit das Schulungsmodul als erfolgreich zu bezeichnen ist, wird sich langfristig in einem gelingenden Transfer in den beruflichen Pflegealltag zeigen.

Das abschließende Fazit der Verfasserin bezieht sowohl exemplarisch Aspekte der Vorgehensweise, Schwierigkeiten bei der Bearbeitung, Schwächen und Stärken der eigenen Ausarbeitung sowie eine abschließende eigene Meinungsäußerung zur dargestellten Thematik mit ein.

Im Rahmen der Vorgehensweise wird versucht für die Konzeption des Schulungsmoduls eine fundierte empirische Grundlage zu schaffen. Die gesichtete Literatur verdeutlicht, dass das Thema „Migration“ oftmals auf die Zielgruppe der türkischen MigrantInnen ausgerichtet wird. Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zeigen aber zur Situation pflegender Angehöriger demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen nur eine übersichtliche Studienlage auf. Zudem weisen diese qualitativen Studien oftmals Mängel in der Studienqualität im Hinblick auf die Auswahl und Größe der Stichprobe sowie Schwierigkeiten bei der Datenerhebung auf. Diese Aspekte sollten bei der dargestellten Erkenntnislage bedacht werden.

Die Verlaufsplanung des Schulungsmoduls setzt bestimmte Details als Selbstverständlichkeit voraus, die in die Vorüberlegungen mit eingeflossen sind, aber nicht mehr extra be-

schrieben werden. Dazu zählt die Vor- und Nachbereitung der Schulungsräumlichkeiten mit beispielsweise der Bereitstellung der entsprechenden Materialien.

Als Schulungsteilnehmer könnten im Rahmen des Projektes KURVE nach Meinung der Verfasserin auch Pflegehelfer berücksichtigt werden. Heutzutage ist diese Personengruppe aufgrund des Personalmangels an qualifizierten Fachkräften im ambulanten Setting besonders wichtig und in größerer Anzahl vertreten. Unabhängig davon ist es unabdingbar, Aspekte der kultursensiblen Pflege mehr in die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege zu integrieren, um so schon angehende Pflegekräfte für diese Thematik zu sensibilisieren.

Die erfolgreiche Etablierung von kultursensiblen Versorgungsangeboten in Deutschland hängt laut der Verfasserin auch mit der erfolgreichen Eindämmung von ethnischen Konflikten zusammen. Das Problem der dominierenden deutschen Kultur und den teilweise daraus resultierenden rassistischen Anfeindungen und Vorurteilen stellt ein wesentliches Hindernis dar, dem zukünftig durch entsprechende Aufklärungsmaßnahmen zum Thema Demenz und Migration begegnet werden sollte. Auch wenn die Verfasserin es befürwortet, dass MigrantInnen sich auch mit der westlichen Lebenskultur des Einwanderungslandes auseinandersetzen, so ist bei den heutzutage an Demenz erkrankten MigrantInnen das Festhalten an kulturspezifischen Traditionen und insbesondere die Muttersprache unumgänglich für Lebensqualität und zufriedenstellende Pflege.

9 LITERATURVERZEICHNIS

Balikci, Asiye (2011): Kultursensible Altenarbeit bei Migranten mit Demenz – Das Herz vergisst nicht. In: *Pflegezeitschrift*. Jg. 64, Heft 8, 2011, S. 464 – 467. URL: http://download.springer.com/static/pdf/39/art%253A10.1007%252Fs00391-010-0105-x.pdf?auth66=1401714727_d3c35375c63b394d92bdceab5736b3ae&ext=.pdf

Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2011): Migration und Pflege. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim und München: Juventa, S. 429 - 445.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Herausforderung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung Demografischer Wandel. URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/demografischerwandel.html> - Download vom 20.07.14

Bundesministerium des Innern, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg) (2011): *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2011*. Berlin URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile - Download vom 03.07.14

Daker-White, G. et al. (2002): Minority ethnic groups in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. In: *Aging & Mental Health*, Jg.6, Heft 2, 2002, S. 101 - 108

Dibelius, Olivia (2013): Demenz und Migration. Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Matter, Christa; Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.) (2013): *Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz*. Berlin: Schibri-Verlag. S. 22 - 31

Dietzel-Papakyriakou, Maria (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Band 38, Heft 6, 2005, S. 396 - 406

Domenig, Dagmar (2001): *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. 1 Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Döring, Klaus W. (1990): *Lehren in der Weiterbildung. Ein Dozentenleitfaden*. 3. Auflage. Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Döring, Klaus W. (2008): *Handbuch – Lehren und Trainieren in der Weiterbildung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Dronia, Iwona (2002): *Alte Bäume verpflanzt man nicht. Zur Lebenslage älterer Aussiedler*. In: *Migration und Soziale Arbeit*. Heft 2, 2002, S. 50 - 53

Gremlowski, Johanna (2011): *Spezifische Versorgungsbedürfnisse von soziokulturellen Minderheiten als Voraussetzung für die wissenschaftsfundierte Pflegepraxis – Zur Situation pflegender Angehöriger von Demenzkranken in polnischen Spätaussiedlerfamilien. Eine Literaturstudie (1990-2011)*. In: *Pflegewissenschaft*. Heft 6, 2011, S. 358 - 367

Haberkern, Klaus (2009): *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hendersen, Saras et al. (2011): *Review - The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review* In: *Health and Social Care in the Community* Jg. 19, Heft 3, 2011, S. 225 - 249

Huisman, Adrienne et al. (2000): *Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen*. Lage: Verlag Hans Jacobs

Kellnhauser, Edith (Hrsg.) et al. (2004): *Thiemes Pflege – Professionalität erleben*. 10. aktualisierte Auflage. Ludwigsburg: Georg Thieme Verlag

Kirkcaldy et al. (2006): *Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*. 9, 2006, S. 873 – 883 URL: http://download.springer.com/static/pdf/756/art%253A10.1007%252Fs00103-006-0021-9.pdf?auth66=1401709633_745980be01d3b6067697fb32c428d8e9&ext=.pdf - Download vom 31.05.14

Klie, Thomas (Hrsg.); Stascheit, Ulrich (Hrsg.) (2011): *Gesetze für Pflegeberufe – Textsammlung*. 12. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Klug-Redman, Barbara (1996): Patientenschulung und –beratung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby

Klug-Redman, Barbara (2009): Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Kocs, U. (2005): Pflege und Begleitung dementer und psychisch veränderter alter Menschen. In: Köther, Ilka (Hrsg.): Thiemes Altenpflege. Zeitgemäß und zukunftsweisend. Stuttgart: Georg Thieme. S. 281 - 313

Kokanovic, R. et al. (2001): On „having a ‚mental illness‘ in the family“ – care-giving in immigrant communities. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=a55c4b8e-481e-4d26-9ca0-f8495355c036%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZGUmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cin20&AN=2004062887> - Download vom 12.07.14

Kolleck, Bernd (2007): Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. In: *Pflege und Gesellschaft*. Jg.12, Heft 3, 2007, S. 263 - 275.

Kücük, Filiz (2008): Zur Situation pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland – eine empirische Studie. In: *Migration und Soziale Arbeit*. Jg. 30, (3/4), S. 302 - 307

Leininger, Madeleine M (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Mazaheri, Monir et. al. (2011): Bearing witness to life narratives: iranian immigrant experiences of taking care of a family member with dementia.

URL:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=029a7046-7e04-4f3b-b5a3-ff89cb60cbd3%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZGUmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cin20&AN=2010996019> - Download vom 12.07.14

Menche, Nicole et. al. (Hrsg.) (2009): Repetitorium – Pflege Heute. 2. Auflage. München: Elsevier GmbH Urban & Fischer Verlag

Nadkarni,S.; Fornazzari, L. (2005): Exploring dementia care across ethno-cultural divides. In: *Canadian Nursing Home*. URL:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b303af57-3ded-44c2-9ea70ce09dad845a%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZGUmc210ZT11aG9zdC1saXZl#db=cin20&AN=2009018287>- Download vom 12.07.14

Nielsen, Rune et al. (2010): Dementia in ethnic minorities.
URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483100> - Download vom 11.07.14

Okken, Petra-Karin; Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hrsg.) (2008): *Soziale Ungleichheit und Pflege – Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. 1. Auflage 2008. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 396 - 422

Peters, Tim et al. (2014): Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin. S. 65 – 75.

Petersen-Ewert, Corinna et al. (2013): Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“. SILQUA-FH. Vorhabensbeschreibung: Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund und Pflegefachkräften: Kultursensible Versorgungsbedürfnisse identifizieren und Chancen nutzen (KURVE). HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales

Piechotta, G.; Matter, C. (2008): Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer MigrantInnen und ihrer Angehöriger. Fragen. Vermutungen und Annahmen. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & Psychiatrie*. 21, Heft 4, 2008, S. 221 - 230

Piechotta, Gudrun (2009): Wenn Menschen mit Migrationshintergrund an Demenz erkranken - Verwirrende Welten. In: *Pflegezeitschrift*. 2, Jg. 62, 2009, S. 76 - 79

Pinquart, Martin; Sörensen, Silvia (2002): Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer. Eine Metaanalyse. In *Zeitschrift für Gerontopsychologie & Psychiatrie*. Jg. 15, Heft 2, S. 85 - 100

Raven, Uwe, Huismann, Adrienne (2000): Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Pflege*. 13, 2000, S. 187 - 196

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Migration und Gesundheit. Berlin

Schloffer et. al. (2014): 23 Stundenkonzepte für Menschen mit Demenz – Wertorientierte Gruppenarbeit - Validierende Aktivierung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Schopf, Christine; Naegele Gerhard (2005): Alter und Migration – ein Überblick. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. S. 384 – 395

URL: http://download.springer.com/static/pdf/290/art%253A10.1007%252Fs00391-005-0345-3.pdf?auth66=1401708626_18d901342f91e6fe6d84c8fd90d22157&ext=.pdf - Download vom 31.05.14

Shanley, Christopher et al. (2012): A qualitative study into the use of formal services for dementia by carers from culturally and linguistically diverse (CALD) communities. In: *BMC Health Services Research*. 12, 2012, URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/354> - Download vom 11.07.14

Shurgot, Knight (2005): Preliminary study investigating acculturation, cultural values, and psychological distress in Latino caregivers of dementia patients. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b846129d-36d3-4fb7-a916-7e5134afca79%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZGUmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cin20&AN=2009015917> - Download vom 12.07.14

Spallek, Jacob; Zeeb, Hajo (2010): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Hegemann, Thomas (Hrsg.); Ramazan, Salman (Hrsg.) (2010): Handbuch – Transkulturelle Psychiatrie. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag S. 58 - 68

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2013): Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2012. Statistik Spezial. 10. Dezember 2013

Statistisches Bundesamt (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Wiesbaden.

URL:https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220127004.pdf?__blob=publicationFile - Download vom 05.06.14

Steinhoff, Georg; Wrobel, Derya (2004): Vergessen in der Fremde. Zur Lebenssituation demenziell erkrankter MigrantInnen in der Bundesrepublik und Interventionsstrategien in der Beratungspraxis. In: *Migration und Soziale Arbeit*. Jg. 26 (3/4), S. 214 - 221

Sun, Fei et al. (2014): Service Barriers Faced by Chinese American Families With a Dementia Relative: Perspectives from Family Caregivers and Service Professionals. In: *Clinical Gerontologist*. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=5d8a6fa7-2c01-4ef3-8a70-a49fcb003c06%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZGUmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cin20&AN=2012478937> - Download vom 12.07.14

Thiel, Angelika (2011): Türkische Migranten und Migrantinnen und Demenz – Zugangsmöglichkeiten. In: Matter, Christa; Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.) (2013): Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri-Verlag. S. 48 - 55

Turner, S.; Christie, A. (2005): South Asian and white older people and dementia: a qualitative study of knowledge and attitudes. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b41fee2d-799e-423c-bb0f-8bfcac9b10f6%40session> - Download vom 12.07.14

Ulusoy, Nazan.; Gräßel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland: Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Heft 5, 2010, S. 330 - 338

Von Bose, Alexandra; Terpstra, Jeanette (2012): Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Wetzel et al. (2014): Family care for immigrants with dementia: The perspectives of female carers living in the Netherlands. In: *Journal of Dementia Care*
URL: <http://dem.sagepub.com/content/early/2014/01/07/1471301213517703.long> - Download vom 11.07.14

Wied, Susanne; Warmbrunn, Angelika (2003): Pschyrembel - Wörterbuch Pflege. Berlin: Walter de Gruyter GmbH
URL: <http://books.google.de/books?id=KeAfAAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=onepage&q&f=false> - Download vom 20.07.14

Woo, Benjamin (2013): Knowledge of dementia among Chinese American immigrants. In: *Asian Journal of Psychiatry*. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810148> - Download vom 11.07.14

Woo, Benjamin, Chung, Jamie (2013): Public stigma associated with dementia in a Chinese-American immigrant population. In: *Asian Journal of Psychiatry*. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24117304> - Download vom 11.07.14

Wölker, Theresia (2014): Zum Umgang mit Migranten – Pflegen Sie die Kultur – In: *Heilberufe/Das Pflegemagazin*. 2014, 66 (6), S.30-33

URL:http://download.springer.com/static/pdf/220/art%253A10.1007%252Fs00058-014-0675-x.pdf?auth66=1401708493_3602a9c46aeadaeb4a7b165a38512f2c&ext=.pdf - Download vom 31.05.14

Zeeb, H.; Razum, Oliver (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. . In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*. 49, 2006, S. 845 - 852 URL:

http://download.springer.com/static/pdf/785/art%253A10.1007%252Fs00103-006-0017-5.pdf?auth66=1401709811_58c57a030dd79bfeba59f6e299e376a1&ext=.pdf - Download vom 31.05.14

Zank, Susanne; Schacke, Claudia (o.J.): Projekt - Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2.

URL:<https://www.hf.unikoeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf> - Download vom 03.08.14

Zielke- Nadkarni, Andrea (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflege-situationen. Eine ethnographische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern: Verlag Hans Huber

ANHANG

Anlage 1 Suchstrategie Pubmed (11.07.14)

Search	Query	Items found
#59	Search (((((((("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((home care) OR "Home Nursing"[Mesh] OR care situation)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline)	11
#57	Search (((((((((((elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline)) AND (((("carer*" OR "Caregivers"[Mesh]) OR caregiver*) OR family caregiver*) OR informal caregiver*)	19
#53	Search (((((((((((elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline)) AND (((home care) OR "Home Nursing"[Mesh] OR care situation)	27
#49	Search (((((((("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline) Filters: published in the last 5 years	42
#48	Search (((((((("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline)	65
#47	Search (((((((((((elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("carer*" OR "Caregivers"[Mesh]) OR caregiver*) OR family caregiver*) OR informal caregiver*)) AND (((((((subjective burden) OR "Stress, Psychological"[Mesh]) OR stress) OR mental distress) OR mental disorder) OR caregiver burden) OR life stress) OR emotional stress) OR psychological strain) Filters: published in the last 5 years	44
#46	Search (((((((((((elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("carer*" OR "Caregivers"[Mesh]) OR caregiver*) OR family caregiver*) OR informal caregiver*)) AND (((((((subjective burden) OR "Stress, Psychological"[Mesh]) OR stress) OR mental distress) OR mental disorder) OR caregiver burden) OR life stress) OR emotional stress) OR psychological strain)	78
#45	Search (((((((((((elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline) Filters: published in the last 5 years	75
#44	Search (((((((((((elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline)	168
#42	Search (((("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*	9121
#41	Search (((((turkish population) OR elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*	36110
#40	Search ((home care) OR "Home Nursing"[Mesh] OR care situation)	619498
#39	Search (((((((subjective burden) OR "Stress, Psychological"[Mesh]) OR stress) OR mental distress) OR mental disorder) OR caregiver burden) OR life stress) OR emotional stress) OR psychological strain	1496416
#38	Search (((("carer*" OR "Caregivers"[Mesh]) OR caregiver*) OR family caregiver*) OR informal caregiver*	48209

Search	Query	Items found
#37	Search (((("Dementia"[Mesh]) OR dementia) OR Alzheimer) OR Cognitive decline	161958
#36	Search (((((((elderly migrant*) OR ("Emigrants and Immigrants"[Mesh])) OR turkish population) OR immigrant*) OR emigrant*) OR migrant*) OR turkish migrant*) OR turkish emigrant*) OR turkish immigrant*	36110
#35	Search care situation	20593
#34	Search "Home Nursing"[Mesh]	8624
#32	Search home care	603795
#31	Search psychological strain	3894
#30	Search emotional stress	117080
#29	Search life stress	145496
#28	Search caregiver burden	4980
#27	Search mental disorder	960788
#26	Search mental distress	9162
#25	Search stress	586752
#24	Search "Stress, Psychological"[Mesh]	90785
#22	Search subjective burden	1078
#21	Search informal caregiver*	1251
#20	Search family caregiver*	3671
#19	Search caregiver*	42182
#18	Search "Caregivers"[Mesh]	21110
#16	Search carer*	8889
#15	Search Cognitive decline	15916
#14	Search Alzheimer	74797
#13	Search dementia	147751
#12	Search "Dementia"[Mesh]	116663
#10	Search turkish immigrant*	134
#9	Search turkish emigrant*	162
#8	Search turkish migrant*	83
#7	Search migrant*	15413
#6	Search emigrant*	6735
#5	Search immigrant*	19398
#4	Search turkish population	3434
#3	Search "Emigrants and Immigrants"[Mesh]	5681
#1	Search elderly migrant*	35

Anlage 2 Suchstrategie Cinahl (12.07.14)

Such-ID#	Suchbegriffe	Suchoptionen	Ergebnisse
S45	S34 AND S37 AND S39	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(1)
S44	S33 AND S34 AND S35	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(35)
S43	S33 AND S34 AND S37	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(19)
S42	S34 AND S39	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(9)
S41	S33 AND S35 AND S36	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(46)
S40	S33 AND S34	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(64)
S39	S2 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(3,640)
S38	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S9	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(13,904)
S37	S29 OR S30 OR S31 OR S32	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(59,566)
S36	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(86,689)
S35	S14 OR S15 OR S16 OR S17	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(36,263)
S34	S10 OR S11 OR S12 OR S13	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(31,794)
S33	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(13,904)
S32	(MH "Nursing Home Personnel")	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(2,520)
S31	TX home nursing	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(28,519)
S29	TX home care	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(39,400)
S28	TX psychological strain	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(141)
S27	TX emotional stress	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(955)
S26	TX life stress	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(1,529)

<u>Such-ID#</u>	Suchbegriffe	Suchoptionen	Ergebnisse
S25	TX mental distress	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(709)
S24	TX mental disorder	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(1,672)
S23	TX stress	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(80,041)
S22	(MH "Stress, Psychological")	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(18,844)
S21	(MH "Stress")	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(4,748)
S20	(MH "Caregiver Burden")	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(5,703)
S19	TX caregiver burden	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(6,204)
S18	TX subjective burden	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(207)
S17	TX informal caregiver	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(210)
S16	TX family caregiver*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(4,444)
S15	TX Caregiver*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(31,898)
S14	TX carer*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(7,348)
S13	TX Cognitive decline	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(2,495)
S12	(MH "Dementia")	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(20,039)
S11	TX Alzheimer	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(3,065)
S10	TX dementia	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(29,156)
S9	(MH "Emigration and Immigration")	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(3,453)
S8	TX turkish immigrant*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(39)
S7	TX turkish emigrant*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(0)
S6	TX turkish migrant*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(24)
S5	TX migrant*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(3,102)
S4	TX emigrant*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(45)
S3	TX immigrant*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(9,275)
S2	TX turkish population	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(134)
S1	TX elderly migrant*	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	(18)

Anlage 3 Gespräch Einleitungs- und Ergänzungsfragen

Gespräch - Einleitungs- und Ergänzungsfragen des Dozenten

Anmerkung: Die unten dargestellten Fragen dienen dem Dozenten sowohl dazu, das Gespräch einzuleiten als auch bei einem Stillstand mit Ergänzungsfragen einzugreifen. Es handelt sich hier lediglich um eine Auswahl, die abhängig u.a. von dem Verlauf des Gespräches, der Gruppenzusammensetzung, der verschiedenen Charaktere und der persönlichen Auswahl des Dozenten ist.

Einleitungsfragen- und Ergänzungsfragen

- Wie haben sich Ihre bisherigen Kontakte zu demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen gestaltet?
- Haben Sie genauere Kenntnisse über die Migrationsbiografie der demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen, denen Sie im Rahmen Ihrer Pfl egetätigkeit schon begegnet sind?
- Wie haben Sie Ihre bisherige Kommunikation mit demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen gestaltet?
- Inwieweit spielen für Sie die pflegenden Angehörigen bei der Kommunikation eine Rolle?
- In welchen Situationen standen vor allem Kommunikationsprobleme im Vordergrund?
- Was glauben Sie inwieweit Ihnen die aufgezeigten Kommunikationsregeln eine Hilfe sein können?

Anlage 4 Fragen für das Blitzlicht

Mögliche Fragen für das Blitzlicht am Ende des Schulungsmoduls

Anmerkung: Die unten dargestellten Fragestellungen können nicht alle im Rahmen des am Ende des Schulungsmoduls durchgeführten Blitzlichtes gestellt werden. Es handelt sich hier lediglich um eine Auswahl. Diese ist u.a. abhängig von der Gruppenzusammensetzung, der verschiedenen Charaktere, der (stimmlichen Atmosphäre) und der Wahrnehmung und persönlichen Auswahl des Dozenten.

- Wie würden Sie Ihre momentane Gefühlslage beschreiben?
- Was nehmen Sie an neuem Wissen und Erfahrungen mit (Lernzuwachs)?
- Was ist Ihnen von den heutigen Inhalten besonders in Erinnerung geblieben und warum?
- Sind Ihre Erwartungen an diese Schulungsmodul am heutigen Tage erfüllt worden?
- Haben Sie sich durch die heutigen Inhalte überfordert gefühlt?
- Hätte der inhaltliche Rahmen noch weiter gefasst werden können?
- Waren die Lerninhalte logisch aufgebaut?
- Wie zufrieden sind Sie mit der Wahl der Lehrmethoden (geeignet/ungeeignet)?
- Was hat Ihnen insgesamt besonders gut/besonders schlecht gefallen (Identifikation von unterstützenden und störenden Faktoren)?
- Wie würden Sie die Lernsituation bewerten?
- Wie fanden Sie die heutige Zusammenarbeit der Schulungsteilnehmer (sozialer Umgang)?
- Mit welchen persönlichen Vorstellungen sind Sie in dieses Schulungsmodul gegangen?
- Haben Sie sich in Ihrer persönlichen Situation verstanden gefühlt?



Evaluationsbogen

Seit Ihrer Teilnahme an unserem Schulungsmodul „Kultursensible Pflege von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen“ sind nun einige Wochen vergangen. Unser Anliegen war es, Ihnen mit diesem Schulungsmodul kulturelle türkische Besonderheiten und darauf abgestimmte Hilfestellungen zu vermitteln, die sie im Umgang mit demenziell erkrankten MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen einsetzen können.

Wir erhoffen uns mit diesem Evaluationsbogen Antworten darauf zu finden, wie und ob Sie dargebotene Inhalte nutzbringend im Rahmen Ihrer Pflgetätigkeit integrieren konnten und inwieweit wir Sie im Hinblick auf die Berücksichtigung und Einbindung kultureller Besonderheiten in den Pflegealltag nachhaltig sensibilisiert haben.

Wir möchten Sie nun bitten diesen Fragebogen auszufüllen. Um unser Schulungsmodul vor allem in Ihrem Sinne stetig zu verbessern, würden wir uns über ein ehrliches Feedback freuen.

1. Welche Inhalte des Schulungsmoduls fanden Sie besonders hilfreich? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kulturelle Aspekte bei Körperpflege und Ernährung Allgemein Kommunikation
- Grundlagen zur Demenz bei MigrantInnen Biografiearbeit/Erinnerungspflege
- Integrative Validation nach Richard Sonstige: .

2. Sind Ihnen im Berufsalltag weitere Problemstellungen hinsichtlich der Thematik „Demenz bei türkischen MigrantInnen“ aufgefallen, die während der Schulungseinheit nicht besprochen wurden?

3. Habe Sie rückblickend das Gefühl, dass Ihnen die Lerninhalte ansprechend vermittelt worden sind? (mit Begründung)

Ja,

Nein,

4. Wie wirkt das Schulungsmodul sich auf Ihre Arbeit mit demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen aus?

6. Bekommen Sie eine Rückmeldung von den pflegenden Angehörigen? (welcher Art und mit Begründung)

Ja,

Nein,

7. Haben Sie das Gefühl, Ihre Anwesenheit und die damit verbundenen Unterstützungsangebote können zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen? Woran machen Sie das fest (oder auch nicht)?

Ja,

Nein,

8. Würden Sie das Schulungsmodul an professionelle Pflegekräfte weiter empfehlen? (mit Begründung)

Ja,

Nein,

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Sarah Nuhn, geboren am 02.07.1986 in Kassel, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel: „Kultursensible Pflege von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen – Ein Schulungsmodul für professionell Pflegende“, ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

