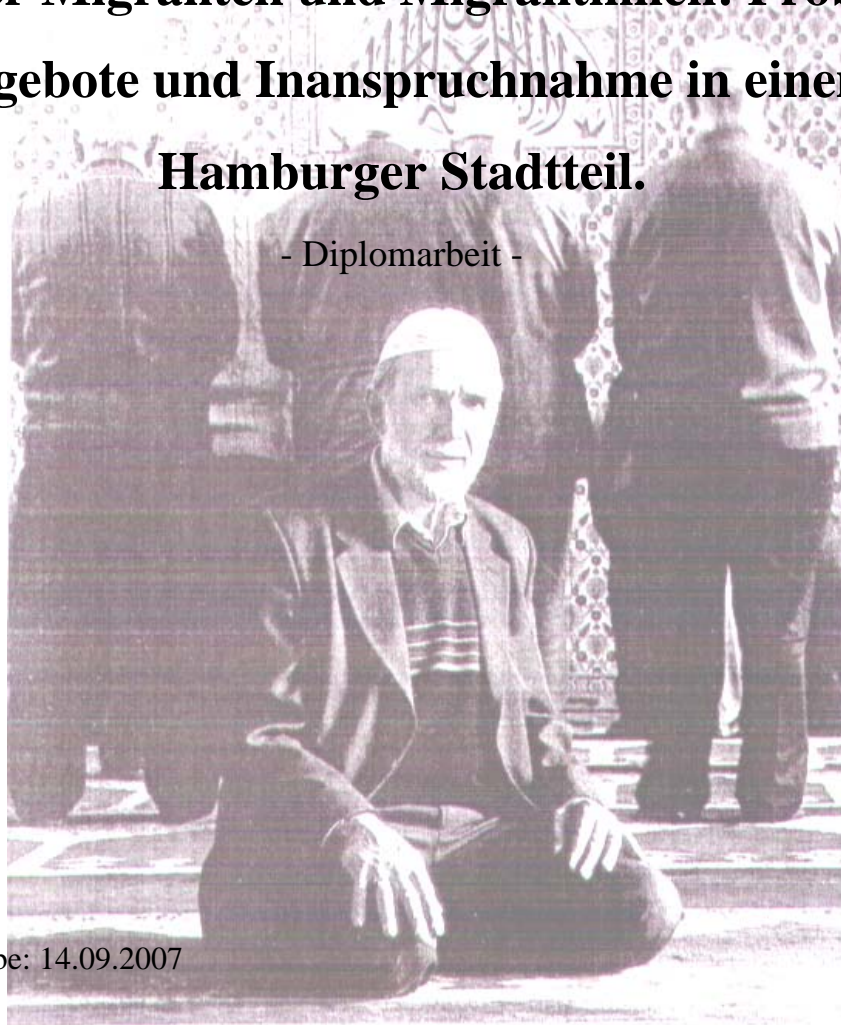


Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege
Studiendepartment Pflege und Management
Studiengang Pflege

**Beratung für pflegende Angehörige demenzer-
krankter Migranten und Migrantinnen: Probleme,
Angebote und Inanspruchnahme in einem
Hamburger Stadtteil.**

- Diplomarbeit -



Tag der Abgabe: 14.09.2007

Vorgelegt von: Marit Friedrich



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen

„Yalnız Değilsiniz!“

Dieser Ausspruch kommt aus dem Türkischen und bedeutet übersetzt:

„Du bist nicht allein!“

*Es ist das Motto der „Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten“,
Gelsenkirchen*

(Aus: KDA 2007, S.10)

Danksagung

Ohne die Mithilfe engagierter, interessierter und auskunftsbereiter Menschen im Stadtteil Hamburg-Wilhelmsburg wäre meine Untersuchung nicht zustande gekommen. Für ihre Mithilfe möchte ich mich herzlich bedanken.

Ich hoffe, dass ich mit meiner Diplomarbeit einen Beitrag leisten kann, um ihre Arbeit zu würdigen und voranzubringen.

Auch ein aufschlussreiches Vorgespräch mit einer Beratungsstelle in Ahrensburg hat meine Arbeit bereichert. Dafür bedanke ich mich ebenfalls. Ich hoffe, dass die anfänglichen Hindernisse die motivierten Mitarbeiterinnen nicht abschrecken, sondern viel mehr dafür sorgen ihr Engagement in nachjustierte Bahnen zu lenken.

Für die konstruktive und aufrichtige Begleitung bedanke ich mich bei meinem betreuenden Professor Dr. Peter Stratmeyer. Vor allem das interdisziplinäre Diplomantenkolloquium mit ihm und Prof. Dr. Harald Ansen war sehr erfrischend und erhellend.

Und nicht zuletzt gilt es meinem persönlichen Umfeld meinen Dank auszusprechen. Insbesondere mein Freund Tim Schulte stand mir mit gewinnbringenden Ratschlägen, Anfeuerungsrufen und wertschätzenden Worten stets zur Seite. Gefolgt von meinen Eltern und meinem Bruder, die mich ebenfalls stets anspornten.

Außerdem möchte ich mich bei Mark Bordach, Nicole Schaarschmidt und Joana Bugiel bedanken, die mit ihren klugen Einwüfen und unterstützenden Anmerkungen dafür Sorge getragen haben, dass diese Arbeit den letzten Schliff bekommen hat.

Vorwort

Von früher Jugend an interessierten mich Menschen aus anderen Ländern und anderen Kulturen. Ich wollte mehr über sie wissen, und besuchte eine Familie in einem Asylbewerberheim. Ein Erlebnis das mich sehr geprägt hat. Von da an setzte ich mich systematisch mit den Hintergründen der Migration auseinander.

Als ich im Verlauf meines Pflegestudiums erfuhr, dass es ein eigenes Themengebiet gibt, das sich mit der Pflege von MigrantInnen beschäftigt, war ich sofort daran interessiert. Besonders das Seminar „Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit“, welches anspruchsvoll und engagiert von Frau Kohlen dargeboten wurde, beeindruckte mich. Der Praxissemesteraufenthalt im „Landesweiten Kompetenzzentrum für Flüchtlinge und Gesundheit“ in Utrecht und das einjährige Fachprojekt „transkulturelle Pflege in der Psychiatrie“ waren da nur die notwendige Konsequenz. Auch die Arbeit bei der „Medizinischen Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen“ festigte meinen persönlichen Schwerpunkt.

Während der Auseinandersetzung wagte ich einen vertiefenden Blick in das Leben älterer MigrantInnen, die scheinbar von der Öffentlichkeit noch nicht all zu viel beachtet werden. Zumindest das deutsche Altenhilfesystem nimmt sie nur zögerlich als zukünftige Zielgruppe wahr. Von einer flächendeckenden Integration kann noch nicht die Rede sein.

Um dies zu ändern, möchte die vorliegende Arbeit einen kleinen Beitrag leisten. Am Beispiel der demenzerkrankten MigrantInnen wird geschaut, ob und inwieweit Hilfsangebote für sie vorliegen. Es wird der Frage nachgegangen mit welchen Problemen sie in beratende Einrichtungen kommen oder inwiefern sie überhaupt bestehende Angebote wahrnehmen bzw. welche Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme bestehen.

Bezogen auf einen Stadtteil mit einem hohen Migrationsanteil erfolgt die Beantwortung der gestellten Fragen. Bestehende Institutionen auf dem ambulanten, formellen und informellen Gesundheitssektor wurden ermittelt und zur Problemlage befragt. Die Ergebnisse decken sich mit Erkenntnissen der Literatur und geben Anlass zu Empfehlungen, die die Einrichtungen auf den Weg zu einer kultursensiblen Arbeit begleiten können.

Danksagung	2
Vorwort.....	3
Einleitung	5
1. Lebenslage(n) von älteren MigrantInnen	7
1.1 Arbeit und Einkommen	8
1.2 Familie und soziale Unterstützung	10
1.3 Bildung	12
1.4 Wohnen.....	13
1.5 Mobilität	15
2. Gesundheitliche Situation älterer MigrantInnen.....	17
2.1 Gesundheitszustand	18
2.2 Gesundheitsrisiken und Gesundheitspotentiale	19
2.3 Demenzerkrankungen	20
2.3.1 Krankheitsbild	21
2.3.2 Pflege von Demenzerkrankten.....	23
2.3.3 Umgang mit der Erkrankung	25
3. Gesundheitliche Beratung von älteren MigrantInnen.....	27
3.1 Zugang und Inanspruchnahme	27
3.2 Beratung durch Pflegende	29
3.3 Beratungsangebote für demenzerkrankte MigrantInnen	31
3.3.1 Beratungsangebote für demenzerkrankte MigrantInnen in Hamburg	33
4. Methodik.....	35
4.1 Entstehung der Fragestellung	35
4.1.1 Planung der Vorgehensweise	36
4.1.2 Annahmen.....	37
4.2 Vorstellung des Stadtteiles Wilhelmsburg und dessen Angebots-struktur.....	38
4.2.1 Begründung für die Wahl des Stadtteiles	38
4.2.2 Der Stadtteil Wilhelmsburg	39
4.2.3 Auswahl der Anlaufstellen	40
4.3 Das Experteninterview	42
4.3.1 Begründung der Methodenwahl	42
4.3.2 Konstruktion der Interviewleitfäden.....	43
5. Durchführung	46
5.1 Anfragen	46
5.2 Telefoninterviews	47
5.3 Vertiefendes mündliches Interview	48
5.4 Transkription	49
6. Globalauswertung.....	50
6.1 Beschreibung der Analyse	50
6.2 Präsentation der Ergebnisse.....	54
6.2.1 Auswertung der Anfragen	54
6.2.2 Auswertung der Interviews.....	55
6.3 Bewertung der Ergebnisse	61
7. Fazit	67
Quellenverzeichnis	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	X
Anhang	XIII

Einleitung

Die Gruppe der älteren MigrantInnen¹ stellt eine stark anwachsende Bevölkerungsgruppe dar, die sich, bezogen auf die über 60-Jährigen, bis 2020 auf 1,99 Mio. erhöht, und bis zum Jahr 2030 auf 2,85 Mio. fast verdoppelt haben wird (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.150). Damit steigt auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung von derzeit 10,3 % (vgl. Baykara-Krumme und Hoff 2006, S.448) auf 18 % im Jahr 2020 (vgl. Zeman 2002, S.2). Die meisten der heute älteren MigrantInnen wurden als sogenannte „GastarbeiterInnen“² vorrangig von 1952 bis 1973 aus Italien, Spanien, Griechenland, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei als Arbeitskräfte für Deutschland angeworben (vgl. Meier-Braun 2002, S.30ff). Trotz Rückkehrabsichten blieben viele von Ihnen aus unterschiedlichen Gründen bis zum Rentenalter in Deutschland, wo sie nun in das Altenhilfesystem integriert werden sollten. Doch noch fehlt es an flächendeckenden Angeboten, da ältere MigrantInnen „in der Praxis altenhilfepolitischer Handlungsfelder [...] noch kaum wahrgenommen“ werden (Zeman 2002, S.13). In besonderem Maß gilt das für MigrantInnen mit Demenzerkrankungen, die nur ganz vereinzelt qualifizierte Unterstützung finden (vgl. KDA 2007, S.7). Obwohl Praxisberichte zeigen, dass bei ihnen die Erkrankung oft früher als bei Einheimischen³ eintritt. Und da diese Erkrankung zu den folgenschwersten psychischen Erkrankungen des Alters zu zählen ist, die die pflegenden Angehörigen vor besondere qualitative und organisatorisch-strukturelle Anforderungen stellt (vgl. Essers et al. 2004, S.4), werden dringend adäquate Konzepte für den Umgang mit der neuen Zielgruppe benötigt (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S.215). Sprachbarrieren rufen Informationsdefizite hervor, so dass pflegende Angehörige die Hilfsangebote oft nicht kennen, und die Schwellenangst bei Kontakten mit Institutionen ebenfalls die Inanspruchnahme von Angeboten erschwert (vgl. Huismann et al. 2000, S.124) Die dadurch eintretende Verzögerung bei der Annahme von Hilfe prägt die Erkan-

¹ Für die Definition „ältere MigrantInnen“ wurde die Altersgrenze 60 Jahre gewählt, da diese Grenze in der Mehrzahl der Literatur gewählt wurde (vgl. BMFSFJ 2000, S.117; BMFSFJ 2001, S.14; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.150).

Die Autorin hat sich für eine geschlechtsneutrale Schreibweise entschieden, um alle Geschlechter gleichermaßen anzusprechen.

Der Begriff „MigrantIn“ steht für eine Subsumierung aller Personen mit Migrationshintergrund. In rechtlichen oder statistischen Zusammenhängen wird synonym der Begriff „AusländerIn“ verwendet.

² In dieser ersten Phase der Ausländerpolitik war der Begriff „GastarbeiterIn“ für die ArbeitsmigrantInnen gebräuchlich, da davon ausgegangen wurde, dass sie „über kurz oder lang wieder heimkehren würden“ (Meier-Braun 2002, S.30).

³ Die Autorin bevorzugt den Begriff „Einheimische“. In rechtlichen oder statistischen Zusammenhängen wird jedoch synonym der Begriff „Deutsche“ verwendet.

kung selbst und deren Verlauf: „Die Lebenssituation demenziell erkrankter MigrantInnen in der Bundesrepublik muss immer noch als nahezu unerforscht gelten. Sie müssen als die im wahrsten Sinne des Wortes ´vergessenen´ Patienten angesehen werden.“ (Steinhoff und Wrobel 2004, S.214). Konkret sollten daher gemeindenahе Hilfs- und Versorgungsnetze (vgl. Glaeske 2004, S.90) geschaffen werden, die die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen demenzerkrankter MigrantInnen und deren Angehöriger berücksichtigen.

Weil die Datenlage zum Betreuungsangebot und zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen für diese Zielgruppe als dürftig angesehen werden muss, (Huismann et al. 2000, S.125; Steinhoff und Wrobel 2004; S.214, KDA 2007, S.8) und sich für Hamburg keine greifbaren Informationen zu vorhandenen Betreuungsangeboten für dieses Klientel finden lassen, soll daher exemplarisch für den Stadtteil Hamburg – Wilhelmsburg, der innerhalb von Hamburg die höchste Ausländerquote (34,7 %) aufweist, eine eigene Untersuchung vorgenommen werden.

Ziel der Diplomarbeit ist es herauszufinden, inwieweit auf Stadtteilebene Einrichtungen des ambulanten, formellen und informellen Gesundheitssektors Hilfsangebote und Unterstützungsleistungen vorhalten, die auf die besonderen Bedürfnisse pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten MigrantInnen, bzw. auf diese selbst, eingehen, um ihnen bei der Bewältigung der Betreuungs- und Alltagsanforderungen zu helfen. Dabei werden vor allem bestehende Angebote betrachtet, die Probleme der Betroffenen erkundet, und Informationen über die Inanspruchnahme der existierenden Angebote ermittelt.

Die qualitative empirische Arbeit versteht sich als Exploration eines bisher wenig erforschten Gebietes.

A Theorieteil

1. Lebenslage(n) von älteren MigrantInnen

Ältere MigrantInnen sind eine heterogene Bevölkerungsgruppe: Sie kamen aus unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen, mit einem unterschiedlichen Grad an kultureller Integration oder aus sozioökonomischen Gründen nach Deutschland (vgl. Dietzel – Papakyriakou 2006, S.1). Es eint sie einzig die Tatsache, dass sie Individuen sind, die „aus einem Gesellschaftssystem in ein anderes überwechseln, wodurch direkt oder indirekt in beiden Systemen interne und externe Beziehungs- und Strukturveränderungen induziert werden“ (Ronzani 1980, S.17)

Zu dieser Gruppe gehören: Eingebürgerte MigrantInnen (z.B. ArbeitsmigrantInnen), Aussiedler oder MigrantInnen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus (z.B. AsylmigrantInnen, „geduldete“ MigrantInnen oder illegalisierte MigrantInnen) (vgl. Domenig 2001, S.49). Im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen allerdings die ArbeitsmigrantInnen, da die Datenlage sie mit ca. 60 % Anteil an allen MigrantInnen als die größte Gruppe ausweist, und somit als Hauptzielgruppe für Leistungen der Altenhilfe begreift (vgl. Huismann et al. 2000, S.111). Diese kamen aus den früheren Anwerbeländern Italien, Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien, um vor allem in den 50er und 60er Jahren in Deutschland Arbeit zu finden. Aufgrund der anfallenden Arbeiten wurden hauptsächlich Jüngere, und unter ihnen vorwiegend Männer, gesucht, weshalb sich ihre Alters- und Geschlechtsstruktur von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet (vgl. Baykara-Krumme und Hoff 2006, S.448). Und so stellen die mittlerweile ins Rentenalter gekommenen MigrantInnen, im Vergleich zur älteren einheimischen Bevölkerung, eine jüngere und männlichere Bevölkerungsgruppe dar (vgl. BMFSFJ 2006, S.232).

Asylsuchende sind hingegen unter allen älteren MigrantInnen unterrepräsentiert, wobei unter den Kriegs- und Kontingentflüchtlingen der letzten Jahre häufig ältere Menschen vertreten waren, da ganze Familienverbände z.B. aus dem Kosovo in Deutschland aufgenommen wurden. Außerdem wandern hilfs- und pflegebedürftige Eltern bzw. Großeltern ein, um von ihren Kindern in Deutschland betreut zu werden. Und auch Aussiedler, die zwar die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber dennoch Migrationserfahrungen vorzuweisen haben, bilden einen nicht unwesentlichen Anteil an der Gruppe der älteren MigrantInnen (vgl. BMFSFJ 2000, S.117).

Und weil die Gruppe der älteren MigrantInnen „in besonderer Weise von Altersrisiken bedroht [ist] und [...] an soziokulturellen Entwicklungen [...] nur sehr eingeschränkt [teil-

nimmt]“ (Zeman 2002, S.13), ist ein Blick hinter die Kulissen erforderlich, der verdeutlichen soll, weshalb sie als besondere Zielgruppe für Unterstützungsleistungen von öffentlichen Einrichtungen wahrgenommen werden sollten, und der Beratende auf die Problemlagen aufmerksam machen soll. Dies gilt besonders im Hinblick auf demenzerkrankte MigrantInnen, von denen „grundlegende Informationen über die faktische Lebenssituation [fehlen]...“ (Huisman et al. 2000, S.125). Die Lebenslage(n) der älteren MigrantInnen werden daher in den folgenden Abschnitten anhand der Lebensbereiche „Arbeit und Einkommen“, „Familie und soziale Unterstützung“, „Bildung“, „Wohnen“ und „Mobilität“ beleuchtet, und – sofern Informationen vorhanden sind – auf die Lebenslage(n) demenzerkrankter MigrantInnen bezogen.

1.1 Arbeit und Einkommen

Für ein gesichertes Einkommen ist es zunächst einmal erforderlich Zugang zur Erwerbstätigkeit zu haben. Mit ca. 60 % Beschäftigungsquote ist jedoch keine optimale Auslastung des Arbeitspotentials älterer MigrantInnen festzustellen (vgl. BMFSFJ 2006, S.236). Aufgrund eines steigenden Arbeitskräfteangebotes seitens der MigrantInnen, und gleichzeitig sinkender Beschäftigungsquoten, hat die Arbeitslosigkeit bei diesem Teil der Arbeitnehmerschaft erheblich zugenommen. Die Abnahme der Beschäftigungsquote von MigrantInnen „ist Folge des Strukturwandels und der steigenden Eingliederungsprobleme bei zunehmender Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt“ (Bosch 2004, S.53) Denn ausländische ArbeitnehmerInnen sind überwiegend für einfache Tätigkeiten im produzierenden Gewerbe eingestellt worden. Doch diese Branche hat in den letzten Jahren Arbeitsplätze abgebaut. So haben bei den gering qualifizierten Beschäftigten viele Betriebe Vorruhestandsregelungen als Instrument der Ausgliederung eingesetzt (vgl. Bosch 2004, S.52f).

Dabei haben gerade Einkommen und Vermögen entscheidenden Einfluss auf den persönlichen Spielraum, um das Alter aktiv gestalten zu können. Die Einkommenssituation der einzelnen MigrantInnengruppen unterscheidet sich allerdings stark. So leben Aussiedler und Angehörige der Anwerbestaaten, die zur Europäischen Union gehören, von einem vergleichsweise besseren Einkommen, als ältere MigrantInnen aus der Türkei und dem Ex-Jugoslawien (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.153). Sie waren, einer Querschnittsanalyse von 2003 zufolge, häufiger in finanziell prekären Situationen anzutreffen, denn „sie sind am stärksten von Armut betroffen und verweilen am längsten in Armut“ (Collatz 2006, S.2). Die Armutsrisikoquote beträgt bei dieser Gruppe 35,5 % (vgl. Tbl.1).

Tbl.1 Haushaltsdurchschnittseinkommen und Armutsrisikoquote der Deutschen und ausgewählte Staaten / Bevölkerungsgruppen ab 60 Jahre im Jahr 2003

	Deutsche	Türkei und Ex-Jugoslawien	EU- Anwerbeländer***	Aussiedler
Durchschnittseinkommen*	1470,20€	816,20€	1190,70€	1043,70€
Armutsrisikoquote**	9,7 %	35,5 %	22,7 %	25,7 %

*) Das Durchschnittseinkommen entspricht dem äquivalenzgewichteten monatlichen Netto- Einkommen des Haushaltes. Es handelt sich um die Gesamtheit aller Einkommensarten.

**) Die Armutsrisikoquote bezieht sich auf die Armutsrisikoschwelle von 60% (Median des Durchschnittseinkommens).

***) Italien, Spanien, Griechenland, Portugal.

Quelle: SOEP DIW 2003; zitiert nach Collatz 2006, S.2

Wenn man sich das Nettohaushaltseinkommen pro Kopf ansieht, weisen auch hier die türkischen Haushalte (593 Euro pro Kopf) die niedrigsten Werte auf. In den deutschen Haushalten standen im Jahr 2002 in der Altersgruppe der über 65-Jährigen durchschnittlich 1101 Euro pro Kopf zur Verfügung (vgl. Özcan und Seifert 2004, S.14).

Ähnlich sieht die Einkommenssituation bei den Rentenbezügen aus, die sowohl die wichtigste, als auch häufig die einzige Einkommensquelle für ältere MigrantInnen ist. Die Höhe der Renten orientiert sich an der Beitragsdauer und der Beitragshöhe, die im Verlauf der Erwerbsbiografie angerechnet wurde. Oft traten ältere MigrantInnen spät in eine rentenrelevante Erwerbstätigkeit in Deutschland ein, was wiederum verkürzte Versicherungs- und Beitragszeiten zur Folge hatte. So liegen die Beitragszeiten bei MigrantInnen im Schnitt bei 23,2 Jahren (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.81f). Außerdem gingen sie zum Großteil Beschäftigungsverhältnissen in wenig qualifizierten Berufen nach, in denen sie nur geringe Einkommen erzielten, oder sie blicken auf überdurchschnittliche Arbeitslosigkeitszeiten zurück. All diese Gründe haben zur Folge, dass die Gruppe der älteren MigrantInnen häufig über niedrigere Renten verfügt (vgl. BMFSFJ 2000, S.119). Die Höhe der Altersrenten liegt bei ihnen unter dem Rentenniveau der einheimischen Bevölkerung. Im Vergleich zu den Altersrenten werden zu einem hohen Anteil Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten ausgezahlt. Während beispielsweise bei einem deutschen Bezieher von Erwerbsunfähigkeitsrente das Verhältnis 1 zu 7 zu einem Altersrentenbezieher ist, liegen die Relationen bei den ArbeitsmigrantInnen bei einem Verhältnis 1 zu 2,3. So gaben 1998 in einer Hamburger Untersuchung 41,5 % der interviewten MigrantInnen an wegen Krankheit aus dem Erwerbsleben ausgeschieden zu sein (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.79). Oft verrichteten sie Tätigkeiten, die mit hohen gesundheitlichen Risiken ein-

hergingen (vgl. Kap. 2.2), und die auf den untersten Stufen der beruflichen Skala angesetzt waren (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993, S.63f).

Die geringen Renten erfordern den Bezug öffentlicher Transferleistungen, worunter Sozialhilfe, Wohngeld und Pflegegeld zu zählen sind. Über 20 % der Personen über 65 Jahre aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien benötigen z.B. diese Unterstützung. Generell ist die Sozialhilfequote bei den über 50-Jährigen MigrantInnen mit 9 % höher als die der Deutschen (1,3 %) (vgl. BMFSFJ 2006, S.241).

1.2 Familie und soziale Unterstützung

Mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen steigt auch der Unterstützungsbedarf, und somit die Abhängigkeit von anderen Menschen. Denn mit dem Erreichen des höheren Alters verstärken sich körperliche Abbauprozesse, sowie altersbedingte Verluste und Kompetenzeinbußen. Das wirkt sich auf die Quantität und Qualität der bestehenden sozialen Netzwerke aus. So reduzieren beispielsweise körperliche Beeinträchtigungen den Aktionsradius, oder Seh- bzw. Hörbeeinträchtigungen limitieren die Kontakte zur Außenwelt (vgl. Olbermann 2003, S.67). Auch haben bereits viele Freunde und Familienangehörige, insbesondere Ehepartner und Geschwister, das hohe Alter erreicht, sodass sie selbst Hilfe benötigen. Oder das soziale Netzwerk verringert sich durch altersbedingte Todesfälle (vgl. BMFSFJ 2001, S.39).

Dennoch gewährleistet in erster Linie die Familie die Kontakte zur Umwelt. Sie stellt die soziale Stütze für ältere MigrantInnen dar. Konkret handelt es sich hier vorrangig um die Ehepartner und um die Kinder (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.110; Olbermann 2003, S.120; Dietzel-Papakyriakou 2005, S.399). Die Kinder sind u. a. wichtig, wenn es um Kontakte zu deutschen Behörden geht, da hier oftmals die Sprachkenntnisse der älteren MigrantInnen nicht ausreichen (vgl. Kap. 1.3).

Die Kinder – vor allem die Töchter – sind es aber auch, die ihre Lebensentwürfe nach westlichem Vorbild angleichen, und somit verstärkt einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Eine erhöhte Mobilität unter den Familienangehörigen führt ebenfalls dazu, dass nicht jederzeit jemand zur Verfügung steht, der sich um die Belange des betagten Familienmitglieds kümmern kann. Eine innerfamiliäre Betreuung im Alter kann deshalb heute nicht mehr ohne weiteres vorausgesetzt werden (vgl. BMFSFJ 2001, S.39). Dies stellt wiederum neue Anforderungen an die sozialen Netzwerke. Denn durch die reduzierte Anzahl an Helfern steigt gleichzeitig die Gefahr, dass sich das Risiko einer unzureichenden Unterstützung und Versorgung im Alter erhöht oder die noch verbliebenen Hilfs- und Pflegeper-

sonen überfordert werden (vgl. Olbermann 2003, S.68). Dies hätte besonders für Demenzerkrankte dramatische Folgen.

Nicht unproblematisch sind auch Familienkonflikte, die durch die gewandelten Normen und Werte hervorgerufen werden. Hierbei kann es zwischen den Generationen und den Geschlechtern zu Spannungen kommen, welche möglicherweise mit kulturellen Brüchen einhergehen. So kann die althergebrachte Wertschätzung und Autorität gegenüber den Älteren verbleichen, da sie – im Gegensatz zu den Jüngeren – noch in den soziokulturellen Lebenswelten des Herkunftslandes verankert sind. Die daraus resultierenden Konflikte können dazu führen, dass die Hilfsbereitschaft innerhalb des familiären Netzwerkes abnimmt. Auch Frauen, die erwerbstätig waren, und damit einen Zuwachs an Selbstbewusstsein erlebten, sehen sich im Alter, wo sie wieder enger an ihren Partner rücken, durch die veränderte Beziehungsdynamik einem hohen Konfliktpotential ausgesetzt (vgl. Domenig 2001, S.388).

Können jedoch Unterstützungsleistungen erfolgen dann sind sie u. a. am ehesten möglich, wo Generationen räumlich dicht beieinander wohnen. Dies ist besonders in generationsübergreifenden Haushalten der Fall (vgl. Kap. 1.4). Das Zusammenleben mit den Kindern, oder gar Enkelkindern bildet einen wichtigen Indikator für Unterstützungspotentiale (vgl. DZA 1998, S.57). Das bedeutet sowohl, dass die Kinder für ihre Eltern sorgen, aber auch, dass die SeniorInnen Hilfe und Entlastung für ihre Kinder anbieten. Weit verzweigte Verwandtschaftsnetzwerke oder selbst organisierte Netzwerke vollbringen ebenfalls nicht zu unterschätzende Integrationsleistungen (vgl. Zeman 2002, S.5).

Eine generelle Verfügbarkeit von familiären Hilfsleistungen kann dennoch nicht für alle unterstützungsbedürftigen älteren MigrantInnen unterstellt werden. VertreterInnen aus der Praxis weisen darauf hin, dass die familiären Strukturen nicht in jedem Fall, und nicht auf Dauer die Versorgung durch die sozialen Regelsysteme ersetzen können (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.154). Dies ist besonders im Hinblick auf Demenzerkrankungen zu bekräftigen. Denn bislang fangen die überforderten Angehörigen (vgl. Kap. 2.3.3) die Belastung allein auf, und werden durch professionelle Dienste noch nicht in ausreichendem Maße entlastet (vgl. Steinhoff und Wrobel, S.215).

1.3 Bildung

Die Gruppe der über 64-Jährigen verfügt, sowohl bei der einheimischen, als auch bei der ausländischen Bevölkerung, über den niedrigsten durchschnittlichen Bildungsgrad. Betrachtet man wiederum die MigrantInnengruppen aller Altersklassen, so zeigt sich, im Vergleich zu den Deutschen, insgesamt ein deutlich niedrigeres Bildungsniveau. Bezogen auf die schulische Bildung, weisen die TürkInnen den niedrigsten Abschluss vor. So waren 56,9 % der über 64-Jährigen im Jahr 2002 ohne Schulabschluss. Die Vergleichswerte bei den Deutschen liegen unter 2 % (vgl. Özcan und Seifert 2004, S.10). Die erheblichen Bildungsunterschiede spiegeln sich auch im Erwerbsleben wider. MigrantInnen aus den Anwerbeländern gehören zu den bildungsfernen Gruppen. Über Dreiviertel der über 64-jährigen TürkInnen (84,6 %) haben keinen beruflichen Ausbildungsabschluss (Deutsche 36,2 %) (vgl. Özcan und Seifert 2004, S.11).

Auch Sprachkenntnisse stellen einen Aspekt der Bildung dar. Oftmals reichen die Sprachkenntnisse der älteren MigrantInnen nicht aus, denn die Anzahl derjenigen, die sehr gut bzw. gut Deutsch sprechen liegt nur bei 28,6 % (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.103). Bei AusländerInnen im Alter von über 64 Jahren verschlechtern sich sogar die Deutschkenntnisse im Laufe der Zeit. Begründet werden kann diese Tatsache damit, dass durch die Pensionierung der Einsatz der deutschen Sprache im Alltag abnimmt; da die Kontakte zu Einheimischen eher an die beruflichen Verbindungen geknüpft war (vgl. BMFSFJ 2006, S.247). Während 1997 24,9 % ältere MigrantInnen angaben ihre Deutschkenntnisse seien eher schlecht, bzw. überhaupt nicht vorhanden, so gab vier Jahre später fast jeder Zweite (47,6 %) eine entsprechende Selbsteinschätzung ab. Demnach sind sie oftmals auf die Sprachkenntnisse ihrer Kinder angewiesen, die Kontakte zu den deutschen Behörden aufnehmen, da 41,3 % ihrer Eltern Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden äußern (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.103). Auch bei Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten, von denen ältere Menschen in der Regel stärker betroffen sind, ist die Nennung der Beschwerden bei MigrantInnen mangels Sprachkenntnisse erschwert. Diese werden allerdings von Patienten gefordert, um sie angemessen diagnostizieren und therapieren zu können (vgl. Kap. 2.3.1). Da viele der älteren MigrantInnen aber kein Deutsch sprechen oder gar Analphabeten sind, besteht die Gefahr der Fehlinterpretation

und Fehldiagnose im Falle einer vermuteten Demenz. Denn viele der gängigen Testverfahren sind sehr sprachlastig⁴ (vgl. KDA 2007, S.13f).

Mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache können potentiell dazu führen, dass die mentale Verfassung der Betroffenen leidet. So fehlt mitunter das nötige Selbstvertrauen, um sich in der muttersprachlich fremden Umgebung zurechtzufinden. Daher ist zu erwarten, dass ältere MigrantInnen in ihrem sozialen Umfeld ihre Herkunftssprache sprechen. Sowohl bei 45- bis über 64-Jährigen liegt der Anteil derer, die über sehr gute bis gute verbale Sprachkenntnisse des Herkunftslandes verfügen bei über 95 % (vgl. Özcan und Seifert 2004, S.34f).

1.4 Wohnen

Durch die Beeinträchtigungen, die mit dem höheren Alter einhergehen, und dem möglicherweise damit verbundenen reduzierten Mobilitätsradius, gewinnt die Wohnung und die nähere Wohnumgebung an Bedeutung. Auch das Ausscheiden aus dem Berufsleben trägt zu einer intensiveren Bindung an das Wohngebiet, und den darin bestehenden sozialen Netzen, bei. Nicht zuletzt ist das alltägliche Wohnumfeld mit verantwortlich für die soziale Integration von MigrantInnen. Eine adäquat ausgestattete Wohnung liefert Voraussetzungen, um altersbedingte Probleme in der Alltagsgestaltung kompensieren zu können, und um die selbständige Versorgung im Alter aufrecht zu erhalten. Defizitäre Wohnbedingungen können hingegen bestehende gesundheitliche Gefährdungen, wie Sturzgefahr, erhöhen (vgl. DZA 1998, S.43). Für die Betreuung durch die ambulante Pflege sind daher die Wohnungsgröße und die Wohnungsausstattung relevant.

Doch verglichen mit der einheimischen Bevölkerung leben MigrantInnen in kleineren und bescheidener ausgestatteten Wohnräumen. In Mehrpersonenhaushalten leben 75,2% der älteren MigrantInnen (Deutsche 66,3 %). Das heißt, dass sie häufiger, als ältere Personen der einheimischen Bevölkerung, in gemeinsamen Haushalten mit ihren Kindern und Enkeln wohnen. Insbesondere die türkischen ArbeitsmigrantInnen leben mit mehreren Generationen in einem Haushalt. Dennoch bleibt festzuhalten, dass Haushalte, in denen nur eine Generation lebt, auch bei den ausländischen SeniorInnen am häufigsten sind (vgl. DZA 1998, S.57).

Oft leben sie in dicht besiedelten Gebieten bestimmter Stadtteile bzw. Wohnquartiere (vgl. DZA 1998, S.68). Diese Stadtteile sind eher unattraktiv, geprägt durch Großsiedlungen

⁴ Beispielsweise sollen in einem Test der Satz „Sie leiht ihm kein Geld mehr“ nachgesprochen werden oder es sollen Gegenstände wie die Armbanduhr benannt werden (vgl. Förstl, 2003, S.570).

oder durch alte, sanierungsbedürftige Bausubstanz (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.121). Das resultiert vor allem aus der geringeren Mietzahlungsfähigkeit der MigrantInnen, da ihre ökonomische Situation vergleichsweise schlechter, als die der einheimischen Bevölkerung, anzusehen ist (vgl. Kap. 1.1).

In Bezug auf die Ausstattung der Wohnungen kann dennoch gesagt werden, dass hier in weiten Teilen eine Angleichung zwischen den deutschen und ausländischen Haushalten in den letzten Jahren stattgefunden hat. Zentralheizungen finden sich aber immer noch seltener in den Haushalten der MigrantInnen (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.115).

Bezogen auf erkrankte oder pflegebedürftige MigrantInnen bedeutet dies, dass ihre Wohnverhältnisse durch Bedingungen geprägt sind, die kaum als behinderten- und altengerecht gelten können. Das ist besonders im Hinblick auf den hohen Anteil an Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei älteren MigrantInnen von Nachteil (vgl. Kap. 2.2). So erschweren Wohnungen in höheren Etagen ohne Aufzug die selbstständige Lebensführung oder erhöhen das Unfallrisiko. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass älteren MigrantInnen und deren Angehörigen die Möglichkeiten öffentlich geförderter Wohnungsanpassungsmaßnahmen kaum bekannt sind, was wiederum eine Herausforderung für die Anbieter von Beratungsangeboten darstellt. Denn in erster Linie wünschen sich die älteren MigrantInnen bei zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt zu werden (vgl. DZA 1998, S.47). Außerdem spielen für Demenzerkrankte bauliche Maßnahmen und physikalische Umweltfaktoren dahingehend eine Rolle, dass Beleuchtung, Temperatur oder Geräusche ihren Bedürfnissen angepasst werden sollten, weil z.B. chaotische oder schwer zu lokalisierende Laute Verunsicherung hervorrufen können (Lawton et al., zitiert nach RKI 2005, S.18f).

1.5 Mobilität

Für MigrantInnen, die noch mobil sind, ist das Pendeln zwischen Herkunftsland und Deutschland attraktiv und gilt als Potential (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005, S.403). Die ursprüngliche Absicht in der Heimat eine Existenz aufzubauen, spielt keine Rolle mehr, da die Entscheidung zur Rückkehr auf einen unbestimmten Zeitpunkt in die Zukunft verschoben wurde. Denn zunächst sollten die Kinder die Schule und die Ausbildung beenden. Und schließlich erschien als mögliches Rückkehrdatum nur noch der Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Doch zu diesem Zeitpunkt hatten sich die Voraussetzungen für die Rückkehr schon grundlegend geändert. Gerade in den ländlichen Gegenden der Heimatländer haben Landflucht und Verstädterung bewirkt, dass die Orte, aus denen die MigrantInnen stammen, in der alten Form nicht mehr existierten. Sie hätten also in Kauf nehmen müssen, in eine neue Fremde zurückzukehren (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.17f). Außerdem sprachen gegen eine endgültige Heimkehr die hier geknüpften sozialen Netze und die Perspektiven der eigenen Kinder, für die eine Rückkehr ins Land ihrer Eltern schon allein aufgrund fehlender Sprachkompetenzen nicht möglich gewesen wäre. Auch die schlechtere gesundheitliche Versorgung im Herkunftsland und der mögliche Verlust von Sozialleistungsansprüchen, die im Laufe des Erwerbslebens erlangt wurden⁵, stellten Rückkehrhindernisse dar (vgl. DZA 1998, S.48). Demnach verschob sich die Lösung des Dilemmas zwischen Rückkehr ins Herkunftsland und Verbleib in Deutschland. Eine Tatsache, die für die Einen ein gereifter positiver Entschluss ist, und für die Anderen ein Verbleib wider Willen. Der Wunsch nach Rückkehr ins Heimatland bleibt z.B. bei älteren TürkInnen oft nach jahrzehntelangem Aufenthalt in Deutschland bestehen (vgl. Fabian et al. 1990, S.83f). Neben dem Fakt, dass die Frage nach Verbleib oder Rückkehr offen gelassen wird, stellt das Pendeln auch eine pragmatische Möglichkeit dar, auf die Ressourcen des Herkunfts- und des Aufnahmelandes zurückgreifen zu können (vgl. BMFSFJ 2006, S.252). So verfügen ältere MigrantInnen beispielsweise über Eigentum im Herkunftsland oder sie pendeln, um soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Daher wird angenommen, „dass durch Pendelmigration [...] die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen durch

⁵ Zu den erworbenen Sozialleistungsansprüchen gehören auch die Leistungen der Pflegeversicherung, die nach der Rechtslage von 1998 nicht ins Herkunftsland exportierbar waren (vgl. DZA 1998, S.48). Im Fünften Altenbericht der Bundesregierung wird jedoch angeführt, dass der Transfer sozialer Leistungen, wie die der Pflegeversicherung, im Zuge der Harmonisierung rechtlicher Bestimmungen, nun möglich sei (vgl. BMFSFJ 2006, S.251).

ältere Migranten verringert [ist], vor allem, wenn das Pendeln zur Lebenszufriedenheit und guter gesundheitlicher Verfassung beiträgt“ (Dietzel-Papakyriakou 2005, S.405).

Bei demenzerkrankten MigrantInnen und ihren Angehörigen kann jedoch das Gefühl weder im Herkunftsland noch im Einwanderungsland Zuhause zu sein, Unsicherheiten hervorrufen. Sie fühlen sich hin- und her gerissen zwischen der Suche nach Notlösungen in Deutschland und der Organisation der Rückkehr des Betroffenen in sein Heimatland (vgl. KDA 2007, S.11).

2. Gesundheitliche Situation älterer MigrantInnen

Die gesundheitliche Situation im Alter prägt die Lebensqualität, die dafür sorgt den Lebensabend genießen zu können. So ist das Auftreten physischer und psychischer Erkrankungen eng gekoppelt an kulturell geprägte Symptomäußerungen, Ernährungsgewohnheiten, spezifische Lebensweisen oder an Einstellungen zu Krankheit (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.289). Doch durch die Häufung gesundheitsgefährdender Bedingungen in der Migration und durch Arbeitsbelastungen (vgl. Kap. 1.1) ist anzunehmen, dass nach dem spezifischen Gefährdungsprofil dieser Gruppe, von einer stärkeren Betroffenheit von chronischen und multimorbiden Erkrankungen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung auszugehen ist (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.295). Das wird auch für Demenzerkrankungen angemerkt (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S.217).

Allerdings ist die Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer MigrantInnen eher schlecht, sodass nicht viele repräsentative, epidemiologische Untersuchungen⁶ existieren. „Die bisher verfügbaren Studien geben allerdings viele Hinweise auf eine besondere Betroffenheit älterer Migranten durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und einen hohen Hilfebedarf“ (Zeman 2005, S.36). So liegen immerhin Daten aus kleineren Studien zu physischen und psychischen Erkrankungen oder zur Pflege und Pflegebürtigkeit vor (vgl. Holz et al. 1994; Freie und Hansestadt Hamburg 1998).

In diesem Kapitel wird zunächst der Gesundheitszustand der älteren MigrantInnen beschrieben. Hierfür ist es wichtig zu wissen, welchen Gesundheitsrisiken sie ausgesetzt sind, und welche Potenziale sie zur Wahrung ihrer Gesundheit nutzen. Vertiefend wird anschließend auf die Demenzerkrankung eingegangen, da sie der zentrale Bestandteil dieser Arbeit ist. Es wird das Krankheitsbild skizziert, und danach werden ausführlich die Besonderheiten im Hinblick auf Pflege und Umgang mit der Erkrankung erläutert.

⁶ Dies wird damit begründet, dass „die Gesundheitsstatistik die Migranten entweder unter der zu allgemeinen und wenig aussagekräftigen Rubrik ‚Ausländer‘ subsumiert oder gar keine Aussagen in Bezug auf Nationalität macht“ (Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.283).

2.1 Gesundheitszustand

In Bezug auf somatische, psychische und psychosomatische Beschwerden unterscheidet sich der Gesundheitszustand der MigrantInnen deutlich von dem der einheimischen Bevölkerung; und zwar in dem Sinn, dass ihre Gesundheit stärker und anders beeinträchtigt ist. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie kränker als Einheimische sind. Es sind ihre Lebensumstände, die sich in vielen Fällen als krankmachend erwiesen (vgl. Wogau et al. 2004, S.105f). Denn zu Beginn ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland waren MigrantInnen gesünder als ihre gleichaltrigen deutschen Altersgenossen (vgl. BMFSFJ 2001, S.75)⁷. Aber aufgrund der hochgradig belastenden Arbeitsplätze und Erwerbstätigkeiten (vgl. Kap. 1.1) erhöhte sich der gesundheitliche Verschleiß und es kam zur vorzeitigen Alterung (vgl. Zeman 2002, S.14). Daher äußern MigrantInnen ein anderes Verständnis und eine andere Wahrnehmung ihres Gesundheitszustandes. Krankheiten erleben sie anders als einheimische Ältere. So ist „das Empfinden über Körper und Seele [...] von migrationsspezifischen physischen und psychischen Belastungen abhängig“ (Holz et al. 1994, S. 122). Betrachtet man die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen, bewertet diese Gruppe ihren Gesundheitszustand häufig schlechter als die deutsche Vergleichsgruppe. Nur 6% der befragten MigrantInnen antworteten, in einer Studie der Stadt Hamburg, dass ihr Gesundheitszustand „sehr gut“ sei (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.96). Auch in der von Holz et al. durchgeführten Studie bewerteten die Interviewten ihren eigenen Gesundheitszustand allgemein als negativ, was sie mit schlechten Wohn- und Arbeitsbedingungen begründeten, die sie früher krank gemacht hätten als die einheimische Bevölkerung (vgl. Kap. 1.1 und 1.4), und weshalb sie sich subjektiv alt und verbraucht fühlten (vgl. Holz et al. 1994, S.122). Die Arbeitsbelastungen waren es auch, die ein adäquates Gesundheitsverhalten und das Wahrnehmen von Regenerationsmöglichkeiten bei den inzwischen älteren MigrantInnen eingeschränkt bzw. nicht ermöglicht haben. Denn vor allem in der Anfangsphase der Migration sind sie aus Unkenntnis oder aufgrund von Fehleinschätzungen diverse Gesundheitsrisiken eingegangen (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.292).

⁷ Dieser Sachverhalt ist bekannt unter dem Begriff „healthy migrant – Effekt“. Deutsche ÄrztInnen führten in den Anwerbeländern Gesundheitsuntersuchungen durch, die als Voraussetzung für die Anwerbung galten (vgl. BMFSFJ 2001, S.75).

2.2 Gesundheitsrisiken und Gesundheitspotentiale

Entsprechend der Annahme, die Migration dauere nur temporär an, wurden Gesundheitsgefährdungen in Kauf genommen, um das gesteckte ökonomische Ziel mit maximalem Einsatz der Kräfte zu erreichen. Sie waren bemüht schnell Geld für den Aufbau ihrer Existenz in Deutschland, oder für ihre zurückgebliebenen Angehörigen im Herkunftsland zu verdienen, sodass sie beispielsweise zahlreiche Überstunden in Kauf nahmen (vgl. BMFSFJ 2001, S.75). Doch da sie nur über geringe Erfahrungen der industriellen Arbeitsweise verfügten, hatten sie keine Strategien ihre physischen und psychischen Kräfte ökonomisch einzusetzen (vgl. DZA 1998, S.44). Außerdem waren sie zu einem hohen Anteil in Akkord- und Schichtarbeit beschäftigt, oder sie übten meist körperlich schwere Arbeit aus. Sie kamen verstärkt mit chemischen Noxen in Verbindung oder waren einer erhöhten Lärm- und Hitzebelastung ausgesetzt (vgl. BMFSFJ 2001, S.75). Sie führten zudem häufig monotone Tätigkeiten aus, die mit einseitigen physischen Belastungen einhergingen (vgl. DZA 1998, S.44). Oft wurden den MigrantInnen Arbeiten zugewiesen, die derartige Risiken mit sich brachten. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, insbesondere Beschwerden der Wirbelsäule und des Rückens, sowie Beschwerden der Verdauungs- und Atmungsorgane waren somit die Folge (vgl. Zeman 2006, S.36). Die Rehabilitationsanlässe der über 60-jährigen MigrantInnen lassen eine deutlich höhere Betroffenheit von rheumatischen Krankheiten und chronischen Lungenkrankheiten erkennen (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.294). Allgemein kann sich ferner der, durch die Migration ausgelöste, Stress als gesundheitsbeeinträchtigend ausgewirkt haben. So können psychische Belastungen, wie Selbstwertverluste und Sinnkrisen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen, Rollenverlusten oder negativen Lebensbilanzierungen im Laufe der Migrationsbiografie eine Rolle gespielt haben (vgl. Zeman 2002, S.14).

Dagegen wirken Einflüsse, wie die Religion mit ihren Geboten und Verboten, förderlich auf das Gesundheitsverhalten. Vor allem bei MigrantInnen aus islamisch geprägten Ländern, wie der Türkei oder aus Teilen des ehemaligen Jugoslawiens, spielt der ethnische, kulturelle und religiöse Hintergrund für das Krankheitsempfinden eine wichtige Rolle. So besinnen sie sich mit zunehmendem Alter wieder verstärkt auf traditionelle Werte und Normen, sowie auf die Religion. Für die älteren MigrantInnen stellen somit Personen, die sich ihnen in ihrer Muttersprache und innerhalb der gleichen ethnischen, kulturellen und religiösen Anschauungen zuwenden ein gesundheitsförderndes Potential dar (vgl. Holz et al. 1994, S.122f).

2.3 Demenzerkrankungen

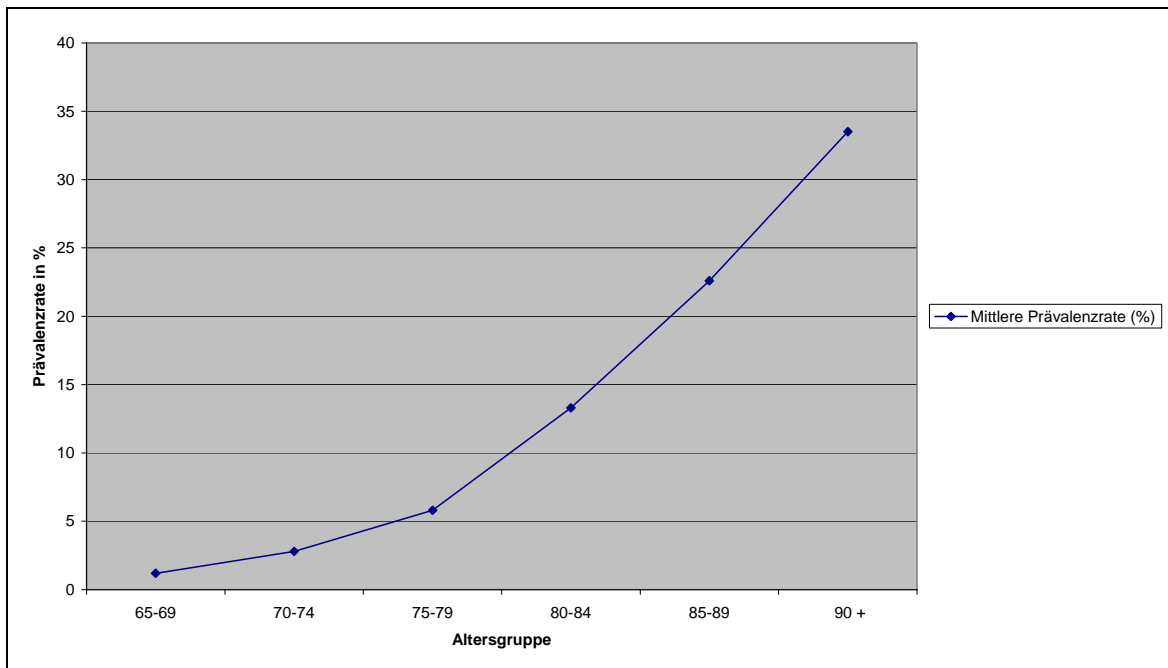
Demenzerkrankungen zählen mittlerweile zu den häufigsten und folgenschwersten psychischen Erkrankungen im Alter: „Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, den Malignomen und den zerebralen Insulten sind Demenzen in vielen Industrienationen die vierthäufigste Todesursache“ (Kühl und Hellweg 2004, S.9). Dies bezieht sich nicht allein auf die gesundheitsökonomischen Konsequenzen; auch die Einbußen an Lebensqualität sind unter dieser Erkrankung enorm (vgl. Kühl und Hellweg 2004, S.9).

In der Bundesrepublik Deutschland dürften derzeit ca. eine Million Menschen an einer Demenz leiden. Da diese Erkrankung besonders Hochbetagte trifft, ist die ältere MigrantInnenbevölkerung, die noch eine vergleichsweise junge Altersstruktur aufweist, hiervon nicht so stark betroffen, wie die einheimische Wohnbevölkerung. Allerdings „ist anzunehmen, dass der Anteil älterer Migranten mit dementiellen Erkrankungen in den nächsten Jahren kontinuierlich ansteigen wird“ (Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.302). So zeigen epidemiologische Studien, „dass die Häufigkeit der Demenzen mit dem Alter exponentiell zunimmt“ (Kühl und Hellweg 2004, S.9). Bei einer Prävalenzrate von etwas mehr als einem Prozent für die Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren bis hin zu rund einem Drittel bei den 90- bis 94-Jährigen deutet sich das Problem erst an (vgl. Bickel und Weyerer 2007, S.65 und Abb.2).

Dass die Gesundheitsrisiken und die Lebensbedingungen, die im Laufe der Biografie eine Rolle spielen, möglicherweise dazu beitragen, dass die Demenzerkrankung bei MigrantInnen früher als bei Einheimischen auftrat, zeigen zumindest die Erkenntnisse von Steinhoff und Wrobel, sowie von Huismann et al. Ihre Zahlen berichten von Demenzerkrankten ab einem Alter von 50 Jahren (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S.217; Huismann et al. 2000, S.127).

Dieses Kapitel setzt sich vertiefend mit der Demenzerkrankung und ihren Folgen auseinander. So wird ein Bild von der Krankheit gezeichnet, das ihre Bedeutung, die sich auch in den Alltagsanforderungen der pflegenden Angehörigen widerspiegelt, reflektiert. Neben der Darstellung des Krankheitsbildes richtet sich der Focus besonders auf die Pflege und den Umgang mit demenzerkrankten MigrantInnen.

Abb. 2 Mittlere Prävalenzrate der Demenzerkrankten in Deutschland 2002 in %



Eigene Darstellung

Quelle: Bickel und Weyerer 2007, S.67

2.3.1 Krankheitsbild

Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Krankheitsbilder⁸, die unterschiedliche Ursachen haben können, und die reversibel, permanent oder progredient verlaufen können (vgl. Bickel und Weyerer 2007, S.58). Davon sind die Alzheimer-Demenz⁹ (ca. 60 %) und die vaskuläre Demenz¹⁰ (15 %) die beiden wichtigsten Erkrankungen (vgl. Kühl und Hellweg 2004, S.10). Die Beeinträchtigungen betreffen hauptsächlich die Funktionen des Gedächtnisses, sowie andere höhere Hirnfunktionen. Diese sind so schwerwiegend, dass die Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen eingeschränkt wird, und es somit zum Autonomieverlust kommt. Bis hin zur völligen Hilflosigkeit in fortgeschrittenen Krankheitsstadien (vgl. Bickel und Weyerer 2007, S.58).

Demenzielle Erkrankungen sind ein weltweites Phänomen, wobei allerdings im Vergleich traditionelle Gesellschaften weit weniger davon betroffen zu sein scheinen. Dies wird mit

⁸ Das Krankheitsbild Demenz können beispielsweise schwere Depressionen (Pseudodemenz), Substanzinduzierte Störungen (z.B. Alkohol), Stoffwechselstörungen (z.B. Vitaminmangelzustände) oder Intrakranielle Erkrankungen (z.B. Tumore) hervorrufen. Einige dieser Ursachen sind behandelbar, und können bei erfolgreicher Behandlung zur teilweisen oder vollständigen Rückbildung der Störungen führen (vgl. Bickel und Weyerer 2007, S.58).

⁹ Bei der Alzheimer-Demenz erfolgt der Hirnfunktionsabbau infolge degenerativer Prozesse (vgl. Kühl und Hellweg 2004, S.13f).

¹⁰ Bei der vaskulären Demenz ist der Hirnfunktionsabbau durch Gefäßerkrankungen bedingt, wodurch die Energieversorgung beeinträchtigt ist, was zum Verlust von Nervenzellen im Gehirn und zu funktionellen Störungen führt (vgl. Kühl und Hellweg 2004, S.15f).

dem soziokulturellen Kontext und dem Status des alten Menschen erklärt (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.302).

Neben dem Alter als bedeutsamsten Risikofaktor für Demenz scheinen noch weitere Faktoren eine Rolle zu spielen. Diskutiert werden Erbfaktoren, soziodemografische Faktoren, oder eine geringere Schulbildung. Aber auch Ernährungs- bzw. Genussmittel, wie Alkohol- oder Zigarettenkonsum spielen wahrscheinlich eine Rolle. Außerdem scheinen sich Übergewicht im mittleren Lebensalter oder ein hoher Fettverzehr als ungünstig zu erweisen. Vaskuläre Risikofaktoren¹¹ oder Vorerkrankungen wie Schlaganfälle können als Risikofaktoren nicht ausgeschlossen werden. Sogar geringe körperliche, geistige und soziale Aktivität werden in der Literatur als Risikofaktor benannt (vgl. Bickel und Weyerer 2007, S.84f und Hampel et al. 2003, S.36ff).

Im Hinblick auf MigrantInnen zeigen Untersuchungen, dass alterstypische gesundheitliche Risiken im Lebenslauf von MigrantInnen zeitlich früher auftreten. Dies gilt auch für alters-typische Krankheiten wie Demenz (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.153f). So bestehen „ethnische Variationen [...] vor allem in bezug auf die soziale Rezeption der Krankheit.“ (Henderson 1990, zitiert nach Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.303). Hierbei ist fraglich „inwieweit Häufigkeit und Verlauf dementieller Erkrankungen bei älteren Migranten den Morbiditätsmustern der einheimischen Bevölkerung entsprechen oder davon abweichen werden“ (Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.302), denn „eine Auseinandersetzung mit Fragen der kultur- und migrationsspezifischen Prävalenz und Symptomatik [...] demenzieller Erkrankungen hat in Deutschland bisher noch kaum stattgefunden“ (Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.303). Auch die angewandten Testverfahren zur Demenzdiagnostik können bei vielen MigrantInnen wegen ihrer sprachlichen, mathematischen und figuralen Ausrichtung nicht eingesetzt werden. Hierzu wurde inzwischen ein kulturfares Assessment namens „TRAKULA“¹² entwickelt, welches nonverbale Kategorien, wie Bilder beinhaltet, und somit auch bei rudimentären Deutschkenntnissen (vgl. Kap. 1.3) Hinweise auf eine beginnende Demenz liefert (vgl. KDA 2007, S.13f).

Dass besonders bei MigrantInnen eine beginnende Demenz nicht rechtzeitig erkannt, und behandelt werden kann, wird beispielsweise mit dem geringen Wissen um das Krankheitsbild begründet (vgl. Kap. 2.3.3). So können spezielle Medikamente oder therapeutische

¹¹ Beispiele für vaskuläre Risikofaktoren sind Hypertonie oder Diabetes mellitus (vgl. Bickel und Weyerer 2007, S.84f).

¹² Dieses Akronym steht für: TRAnsKULturelles Assesment mentaler Leistungen (vgl. KDA 2007, S.14).

Interventionen (vgl. Kap. 2.3.2), die den Verlauf der Krankheit (vgl. Abb.3) verzögern könnten, nicht angewandt werden (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S.217).

Abb. 3 **Krankheitsstadien der Demenz**

Leichte Demenz

Schwierige alltägliche Anforderungen können nicht mehr selbstständig bewältigt werden, und es wird Hilfe bei der Haushaltsführung oder bei finanziellen Angelegenheiten benötigt. Eine ständige Abhängigkeit von Dritten besteht jedoch nicht.

Mittelgradige Demenz

Die Betroffenen scheitern bereits an einfachen Alltagsaufgaben, wie Ankleiden. Sie benötigen dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung. Eine selbstständige Lebensführung ist nicht mehr möglich. Kann keine lückenlose Versorgung durch Angehörige gewährleistet werden, lässt sich eine Einweisung in ein Pflegeheim kaum vermeiden.

Schwere Demenz

Es kommt zum Verlust der letzten noch verbliebenen Alltagskompetenzen. Die Betroffenen sind beispielsweise nicht mehr in der Lage das Essen selbstständig einzunehmen. Sie sind häufig bettlägerig, und meist harn- und stuhlinkontinent. Sie sind schwerstpflegebedürftig, und es besteht rund um die Uhr Abhängigkeit von einer Pflegeperson.

Quelle: Bickel und Weyerer 2007, S.59

2.3.2 Pflege von Demenzerkrankten

In Abbildung 3 wird deutlich, welches Maß an Einschränkung die Demenzerkrankung nach sich zieht. So verursachen Demenzen die Hälfte aller Pflegebedürftigkeitsfälle und 60 % der Pflegeheimeinweisungen. Da mit dem Voranschreiten der Demenzerkrankung die Hilflosigkeit zunimmt, kommt es schließlich zum völligen Verlust der Fähigkeiten, die zur Bewältigung der Alltagsanforderungen notwendig sind, sodass hierbei Hilfe von außen erforderlich ist. Die Erkrankung spielt bei der Entstehung von Hilfsbedarf und Abhängigkeit im Alter eine entscheidende Rolle (vgl. Bickel und Weyerer 2007, S.75).

Der Pflegealltag ist in der Regel gekennzeichnet durch praktisch- pflegerische Aufgaben, und durch unentwegte Beaufsichtigung und Hilfestellungen, die auch in der Nacht keine Pause finden. Der Verlust der Alltagskompetenzen führt beispielsweise dazu, dass die Erkrankten nicht mehr essen oder trinken, was Mangelernährung zur Folge hat. Oder sie können ihre Ausscheidung nicht mehr kontrollieren, was zu Inkontinenz führt (vgl. Wojnar 2004, S.67; Bickel und Weyerer 2007, S.76). Diese Situation zwingt die Pflegenden häufig dazu ihre Lebensinteressen zurückzustellen oder aufzugeben, um sich hauptsächlich den

Bedürfnissen der Erkrankten zuzuwenden. Neben dem hohen Pflegeaufwand spielt die emotionale Belastung in der Betreuung Demenzerkrankter eine wesentliche Rolle. Da von ihnen Verhaltensweisen präsentiert werden, die besonders im fortgeschrittenen Krankheitsstadium schwer ertragbar sind, weil sie mit den üblichen sozialen Normen kollidieren. Diese Verhaltensweisen sind oft nicht mit dem früheren Bild des Menschen vereinbar, welches sich über viele Jahre des vertrauten Zusammenlebens entwickelt hat. Er reagiert nun – krankheitsbedingt – anders. Entsetzen, Abscheu, Distanzierung oder Hilflosigkeit sind die Folge. Oder es wird dem Erkrankten eine bewusste Provokation oder bloße Schikane unterstellt (vgl. Hampel et al. 2003, S.417).

Neben einer medikamentösen Behandlung der Erkrankung versprechen vor allem psychotherapeutische Interventionen eine Verzögerung der Erkrankung (vgl. Hampel et al. 2003, S.400). Doch zahlreiche Behandlungsstrategien, die sich bei beginnender Demenz positiv auf die Krankheitsbewältigung, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen, sowie deren Umfeld auswirken können, wie das verhaltenstherapeutische Kompetenztraining¹³, werden von demenzerkrankten MigrantInnen bzw. deren pflegenden Angehörigen nicht genutzt, da sie das Problem so lange wie möglich verdrängen (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S.217 und vgl. Kap. 2.3.3).

Methoden wie Validation¹⁴ oder die Biografieorientierte Erinnerungstherapie, die in fortgeschrittenen Krankheitsstadien Entlastung für die Angehörigen bringen, sind bislang nicht kulturspezifisch angepasst. Angeregt wird ein Gedächtnistraining, das „gezielt in der soziokulturellen Vergangenheit der Patienten [ansetzt]“ (Steinhoff und Wrobel 2004, S.220).

¹³ Hierbei werden kognitive, verhaltensnahe und alltagsbewältigende Interventionen eingesetzt, deren Ziel es ist psychische und soziale Kompetenzen, sowie Alltagskompetenzen und Basisfertigkeiten möglichst lange zu erhalten bzw. beginnende Einschränkungen zu kompensieren (vgl. Hampel et al. 2003, S.400ff).

¹⁴ Validation ist eine Kommunikationsmethode, deren Grundprinzip in der Akzeptanz und des Verstehens des Betroffenen bzw. in dessen gezeigtem Verhalten liegt, ohne es korrigieren zu wollen. Jedes Verhalten hat demnach eine Bedeutung, auch wenn diese für den Beobachtenden nicht ersichtlich ist. Pflegende sollen den emotionalen Gehalt des Gesagten fokussieren und die Person in dem Kontext akzeptieren, in dem sie glaubt zu sein (vgl. Hampel et al. 2003, S.396).

2.3.3 Umgang mit der Erkrankung

Dass das Wissen um das Krankheitsbild Demenz gering ist, hängt u. a. damit zusammen, dass den Betroffenen keine Publikationen in ihrer Muttersprache zur Situation pflegender Angehöriger bekannt sind, und im Herkunftsland Demenz kein Gegenstand der Diskussion ist (vgl. Huismann et al. 2000, S.128). Häufig wird innerhalb der eigenen Gemeinschaft das Krankheitsbild verunglimpft, verspottet oder ganz verschwiegen (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S.217). So wird sich mit dem Thema Demenz in vielen ethnischen Gruppen nicht auseinandergesetzt, da es z.B. von Schamgefühlen geprägt ist. In vielen Sprachen gibt es kein entsprechendes Wort für Demenz. In Übersetzungen werden Begriffe, wie „verrückt“ gebraucht, die Stigmatisierungen hervorrufen bzw. bestehende Vorurteile verstärken (vgl. KDA 2003, S.35)¹⁵.

Mitunter wird angenommen, dass die Krankheit durch soziale Konflikte, religiöse Einflüsse oder durch unmoralisches Verhalten ausgelöst wird. Oder man glaubt, dass die Krankheit ansteckend oder vererblich sei, sodass man diese Menschen verstecken müsse. Dies lehren beispielsweise einige Hodschas. (vgl. KDA 2007, S.10). So trägt ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu einem veränderten Bild über die Entstehung der Erkrankung bei. Betroffene stellen sich die Frage, warum gerade sie von der Erkrankung berührt sind, und wie sie geheilt werden können. Da die Krankheit mit dem Lebenswandel der Person in Verbindung gebracht wird, wird nach persönlichen Gründen bzw. dem Fehlverhalten des Betroffenen gefragt. Nur durch das Lesen im Koran könne dann der Krankheit entgegnet werden. Bekomme man sie dennoch, sei es eine verdiente Strafe Allahs (vgl. KDA 2007, S.10).

Erkrankt ein Familienangehöriger an Demenz, erhält die Familie aufgrund des Stigmas oft keine Unterstützung von außen, was das Bitten um Hilfe erschwert. Mitunter ist aber auch Einstellung, Probleme, wie sie z.B. bei pflegebedürftigen Familienmitgliedern auftauchen, ausschließlich innerhalb des Familienverbandes lösen zu wollen, von Nachteil (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.309). Derzeit fangen die völlig überforderten pflegenden Angehörigen das Problem der Demenz allein auf, obwohl sie „ihrerseits dringend auf professionelle Beratung, Betreuung und Entlastung angewiesen sind“ (Steinhoff und Wrobel 2004, S.215). In diesem Fall finden sie allerdings kaum muttersprachliche

¹⁵ Mittlerweile verwenden ÜbersetzerInnen das englische Wort für Demenz (Dementia), wodurch sie die Möglichkeit haben das Wort als medizinischen Fachbegriff zu präsentieren. Dadurch können sie es akzeptabler machen (vgl. KDA 2003, S.35).

Informationen über die zur Verfügung stehenden Hilfsangebote (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S. 215).

Problematisch im Umgang mit den Erkrankten ist auch der Rollen- und Statusverlust, der in Familien, in denen Hierarchie und Ehre wichtig sind, stärker ausgeprägt ist. So werden aus männlichen Familienoberhäuptern oder treusorgenden, ehrbaren Müttern, Menschen, die sich im Verlauf der Erkrankung völlig verändern. „Damit offen umzugehen fällt vielen Familien [...] sehr schwer“ (KDA 2007, S.12).

Doch die starke Bindung an den Familienverband und ein ausgeprägtes Gruppenzugehörigkeitsgefühl können gleichzeitig dafür sorgen, dass Demenzerkrankungen im Alter vermindert auftreten. Es ist anzunehmen, dass eine intensive Familienbindung die Fundamente einer Persönlichkeit in einer traditionellen Gesellschaft bildet, und somit als protektiver Faktor wirkt. Die Demenzzraten sind in einigen Ethnien so niedrig, dass angenommen wird, dass eine größere Toleranz von Familienmitgliedern gegenüber abweichendem Verhalten oder physischen und geistigen Unterschieden existiert (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.302).

3. Gesundheitliche Beratung von älteren MigrantInnen

Unterstützende Kontakte und Hilfestellungen durch Dritte sind für die Situation der pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter von besonderer Bedeutung. Das können neben privaten Kontakten, Kontakte zu medizinischen Einrichtungen, oder aber Kontakte zu Beratungsstellen sein. Hierfür sollten die vorhandenen Angebote der beratenden Einrichtungen bekannt sein. Für ältere MigrantInnen – insbesondere mit Demenz – erschwert jedoch „ein fehlender Umgang mit dem deutschen Kontext [...] den Zugang zu den verschiedenen institutionellen Versorgungssystemen.“ (DZA 1998, S.75) Sie profitieren nicht von den speziellen Angeboten, die in den letzten Jahren im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich geschaffen wurden. Was mögliche Gründe dafür sind, wird im folgenden Abschnitt erläutert. Dieser widmet sich dem Zugang zu Beratungsleistungen und deren Inanspruchnahme bzw. Nichtinanspruchnahme. Die Bedeutung und die Aufgaben der Berufsgruppe Pflege im Praxisfeld Beratung werden ebenfalls betrachtet. Dabei wird gezielt auf die Bedürfnisse älterer MigrantInnen eingegangen. Abschließend werden die Beratungsangebote für demenzerkrankte MigrantInnen – speziell für Hamburg – vorgestellt.

3.1 Zugang und Inanspruchnahme

Die gesundheitliche Versorgung älterer MigrantInnen ist mit spezifischen Problemen verbunden, zu denen in erster Linie die Sprachproblematik zählt. „Sowohl beim Zugang zu gesundheitlichen Diensten und Einrichtungen, als auch beim Kontakt mit den Professionellen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonal usw.) stellen mangelnde Fertigkeiten und Kenntnisse der deutschen Sprache ein zentrales Hindernis dar“ (Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.306). Das ist ein Grund, weshalb die Schwelle zur Inanspruchnahme bei älteren MigrantInnen höher als bei Einheimischen ist. Des Weiteren ist bei ihnen der „Weg zur Versorgung durch professionelle Dienste durch eine größere Distanz, längere Strecken oder mehr Zeitverbrauch oder eine ‚Fremdheit‘ dieser Versorgungsformen gekennzeichnet“ (Korporal und Dangel-Vogelsang 2005, S.333). Außerdem bilden soziokulturelle und migrationsspezifische Faktoren, wie unterschiedliche Wertvorstellungen, Gewohnheiten, Überzeugungen und Traditionen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit eine Zugangsbarriere (vgl. Domenig 2001, S.93f). Ebenso spielen Informationsdefizite, Vorurteile, Schamgefühle bzw. mangelhafte Vertrautheit mit den „westlich“ medizinischen und paramedizinischen Versorgungseinrichtungen eine Rolle für die geringe Inanspruchnahme von Angeboten des Gesundheitssektors. Es besteht ein geringes Wis-

sen über die Inanspruchnahmemöglichkeiten für Leistungen der Sozialversicherungen (Huisman et al. 2000, S.124 und S.134). Ältere MigrantInnen sind unsicher, welche Rechte ihnen zustehen, da z.B. ausländerrechtliche Bestimmungen schwer verständlich sind. Auch besteht Misstrauen gegenüber den Behörden, „denen aufgrund schlechter Erfahrungen [...] und Fremdheitserleben, Feindlichkeit anhaftet“ (Domenig 2001, S.389).

Insbesondere demenzerkrankte MigrantInnen und deren pflegende Angehörige nehmen kaum bestehende Angebote von professionellen Diensten in Anspruch. Sie fangen bislang die Belastungen allein auf (vgl. Kap. 2.3.3), obwohl sie selbst dringend professionelle Beratung und Betreuung bräuchten. Aufgrund von sprachlicher Defizite fühlen sie sich von entsprechenden Informationsquellen abgeschnitten, und sie empfinden existierende Angebote nicht auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten (vgl. KDA 2007, S.9). Der soziale und mentale Rückzug im Alter „in das originäre ethnische Umfeld...“ (Steinhoff und Wrobel 2004, S.214), erschwert die Situation zusätzlich.

Das Ziel von Information und Beratung sollte daher die Schaffung von Transparenz im Hilfesystem sein, die eine Voraussetzung der Hilfe zur Selbsthilfe sein kann (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2005, S.36). Hierfür werden „kulturelle VermittlerInnen“ benötigt, die zwischen den Betroffenen und den freiwillig, sowie professionell Tätigen eine Brücke bauen, da der Zugang zu MigrantInnen mit Demenz „ohne lebensgeschichtliche und kulturelle Kenntnis der Person und ihrer Familie [...] sehr schwer [ist]...“ (KDA 2007, S.9). Konkret könnten Angebote der Migrationssozialarbeit, die zielgruppenspezifische Informationen, sowie Beratung in der jeweiligen Muttersprache vorhalten, hierzu einen Beitrag leisten. Die Beratenden sollten die notwendigen Qualifikationen und Ausstattungen erhalten, die es ihnen u. a. ermöglicht die kulturellen, religiösen und sozialen Bedürfnisse der verschiedenen MigranInnengruppen zu berücksichtigen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005, S.310). Dieses Feld könnten jedoch auch die professionell Pflegenden belegen, wie der folgende Abschnitt aufzeigt.

3.2 Beratung durch Pflegende

Bei der Suche nach Hilfe laufen die ersten Kontakte oft über den Arzt. Laut einer Studie von Vetter et al. ist das in zwei Dritteln der Fälle der Hausarzt (vgl. Vetter et al. 1997, S.181). Doch diesem fehlt oft das Wissen über die bestehenden Angebote oder er bietet sie erst spät an (vgl. Pentzek und Abholz 2004, S.25). Auch die zeitlichen Beschränkungen, denen diese Berufsgruppe unterlegen ist (vgl. Commonwealth Fund 2006, S.15), mindert die Qualität der Versorgung Demenzkranker (vgl. Pentzek und Abholz 2004, S.31). Günstigere Bedingungen für eine Beratung weist hingegen die Berufsgruppe der Pflegenden auf, die oft längere und intensivere Kontakte zu den PatientInnen haben. Ihre Tätigkeiten ermöglichen ihnen „vertrauliche Einblicke in die Lebenswelt von Patienten und ihrer Bezugssysteme“ (Stratmeyer 2005, S.43). Durch ihre Nähe können sie Bedürfnisse, krankheitsbedingte Schwierigkeiten oder Ressourcen der Erkrankten einschätzen, wonach sie entsprechend Wissen vermitteln können (vgl. Petermann 1997, S. 3 und 5).

Denn wenn pflegende Angehörige vor Entscheidungen stehen, die sie überfordern, mit denen sie sich allein gelassen fühlen oder bei denen Informationsdefizite bestehen, wird eine Beratung erforderlich. Diese bietet Orientierungshilfen, die die Betroffenen befähigen die notwendigen Entscheidungen zu treffen. So dient die Pflegeberatung der Information, Aufklärung und Anleitung (vgl. Stratmeyer 2005, S.43). Und zwar hinsichtlich der Erkrankung, der Verhaltensänderung gegenüber dem Erkrankten, der Prävention von Belastungsauslösern, hinsichtlich bestehender Hilfsangebote oder hinsichtlich der rechtlichen und finanziellen Situation (vgl. Hampel et al. 2003, S.420). Mittels Pflegeberatung kann der Zugang zu speziellen Unterstützungsleistungen eröffnet oder erleichtert werden (vgl. Redman 2002, S.54), zu denen beispielsweise die niedrigschwelligen Angebote des nach 2002 eingeführten Pflegeleistungsergänzungsgesetz¹⁶ gehören, und von denen demenzerkrankte MigrantInnen oft nicht profitieren (vgl. KDA 2007, S.9). Oder sie knüpfen Kontakte zu ambulanten Pflegediensten, die ausdrücklich für ältere MigrantInnen Pflege- und Betreuungsangebote geschaffen haben (vgl. Huismann et al. 2000, S.118). Dabei können professionell Pflegende die Rolle eines Vermittlers wahrnehmen (vgl. Stratmeyer 2005, S.44).

¹⁶ Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (SGB XI, § 45b) besagt, dass Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, worunter Demenzerkrankte zu zählen sind, einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben, zu dessen Finanzierung sie jährlich einen Betrag von bis zu 460,-€ erhalten können. Dieses Geld ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen einzusetzen (vgl. Gust 2004, Stand 02.06.2007 und SGB XI, § 45b).

Neben den praktischen Hinweisen dient die Beratung durch professionell Pflegende der emotionalen Entlastung der pflegenden Angehörigen demenzerkrankter MigrantInnen. Sie können ihnen – ebenso wie die Demenzerkrankten – ihre Ängste, Nöte und Sorgen mitteilen (vgl. Stratmeyer 2005, S.44). Durch die Pflegeberatung kann die Entwicklung der Betroffenen und deren Angehörigen unterstützt werden (vgl. Redman 2002, S.53). Sie erhalten die Möglichkeit eine Rückmeldung zu erlebten Fort- oder Rückschritten bei der Bewältigung pflege- oder krankheitsrelevanter Probleme zu geben. Vorhandene Ressourcen können so gezielt mobilisiert werden (vgl. Stratmeyer 2005, S.43). Diese Rückmeldung kann beispielsweise im Rahmen einer, vom Pflegeversicherungsrecht vorgesehenen, Pflegeberatung erfolgen (vgl. Klie und Stascheit 2003, § 37 Abs. 3 SGB XI und § 45 SGB XI). So soll laut § 37 Abs. 3 SGB XI die Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder durch eine von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft durchgeführt werden (vgl. Klie und Stascheit 2003, § 37 Abs. 3 SGB XI). Für den Beratungsbesuch sollen Pflegefachkräfte eingesetzt werden, die über „spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild, sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen [...] und über besondere Beratungskompetenz verfügen.“ (Klie und Stascheit 2003, § 37 Abs. 4 SGB XI). Dass dabei bei MigrantInnen muttersprachliche Informationen von besonderer Bedeutung sind, um angemessene Hilfe bieten zu können, steht außer Frage. Durch Kommunikationsprobleme z.B. bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, können die Chancen beim Ausschöpfen angemessener Hilfen beeinträchtigt sein (vgl. Korporal und Dangel-Vogelsang 2005, S.332; KDA 2007, S.15f). Denn „wenn diese gesundheitspädagogische, anleitende, entlastende und verselbstständigende Ausrichtung der Pflegeversicherung wirksam werden soll, bedarf es im Hinblick auf ältere Migranten genau einer solchen spezifischen Ausrichtung der Angebote und Formen der Vermittlung, [...] der Fort- und Weiterbildung von Fachkräften der Einrichtungen und ganz essentiell auch der Evaluation der Angebote“ (Korporal und Dangel 2006, S.239). Das gilt auch für Pflegekurse, die ebenfalls laut Pflegeversicherungsrecht von professionell Pflegenden durchgeführt werden können (vgl. Klie und Stascheit 2003, § 45 SGB XI)¹⁷, und die in der jeweiligen Muttersprache für die betreuenden Angehörigen angeboten werden sollten. Auch kulturspezifische Selbsthilfegruppen oder ehrenamtliche DolmetscherInnen, die Beratungsarbeit in pflegenden Einrichtungen leisten, stellen Lösungsmöglich-

¹⁷ Der § 45, SGB XI besagt konkret, dass die Pflegekassen die Kurse anzubieten haben oder dass sie dafür andere geeignete Einrichtung mit der Durchführung der Kurse beauftragen können (vgl. Klie und Stascheit 2003, §45, Abs. 1 und 2, SGB XI)

keiten dar (Steinhoff und Wrobel 2004, S.220). Hervorzuheben ist hierbei die kultursensible Ausrichtung der Angebote. Das meint, dass „eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann“ (KDA 2003, S.15). Was wiederum bedeutet, dass die betreffenden Einrichtungen von ihrer gesamten Organisationsstruktur her dieses Thema transparent und langfristig als Querschnittsthema auf allen Ebenen ihrer Organisation verankern (vgl. KDA 2003, S.15)¹⁸.

Die Hilfs- und Versorgungsnetze sollten dabei gemeindenah sein (vgl. Glaeske 2004, S.90) bzw. sich in Wohnortnähe befinden, sodass kurze Informationswege gewährleistet sind (vgl. Boettner 1996, S.233). Dies wäre besonders für alte, in der Mobilität eingeschränkte Menschen von Vorteil (vgl. Kap. 1.5).

3.3 Beratungsangebote für demenzerkrankte MigrantInnen

Seit einigen Jahren bieten Wohlfahrtsverbände und MigrantInnenorganisationen Unterstützungsleistungen in den Bereichen Gesundheit und Pflege an. Diese stellen allerdings nur einen Teilaspekt des Gesamtangebotes dar, und richten sich nicht gezielt an demenzerkrankte MigrantInnen. Da jedoch „in der türkischen Bevölkerung völlige Falschinformationen gegenüber dem Phänomen Demenz verbreitet sind [...] [ist] hier noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten“ (KDA 2007, S.9).

Einige PionierInnen haben sich auf den Weg gegeben, um diese Arbeit zu leisten. So wurden in Berlin und Gelsenkirchen beispielhafte Projekte ins Leben gerufen, die sich speziell an demenzerkrankte MigrantInnen und deren Angehörige richten. Mit viel Fingerspitzengefühl kümmern sie sich um diese Zielgruppe.

Der Sozialverband VdK Berlin beschloss eine „Informationsstelle für ältere demenzerkrankte MigrantInnen“ („IdeM“) zu gründen. Das Modellprojekt startete 2003, und hat sich zum Ziel gesetzt der wachsenden Anzahl dementiell erkrankter MigrantInnen und deren Angehörigen Beratungs- und Aufklärungsangebote in Berlin zu eröffnen. Ihre Angebotspalette reicht von Übersetzung des Informationsmaterials zum Thema „gesundheitliche und soziale Versorgung im Alter“, über Aufklärung pflegender Angehöriger mittels Informationsveranstaltungen, Erstellung einer Datenbank fremdsprachiger ÄrztInnen, bis hin zu einer wöchentlichen, einstündigen Fernsehsendung auf einem türkischsprachigen Fernsehsender (vgl. Steinhoff und Wrobel 2004, S.216f).

¹⁸ Das „Kuratorium Deutsche Altershilfe“ hat dafür ein „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ und eine „Handreichung für eine kultursensible Altenpflege“ veröffentlicht, zu deren Umsetzung eine Kampagne gestartet wurde (vgl. KDA 2004, S.14f).

Schon ein Jahr früher (2002) nahm die „Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten“ in Gelsenkirchen ihre Arbeit auf. Sie versteht sich als Anlaufstelle, Clearingstelle¹⁹, Informations- und Vermittlungsstelle. Zu den Aufgaben der Beratenden zählt das Informieren der Betroffenen und deren Angehörigen über die Krankheit. Hierbei sind alle Nationalitäten willkommen. Neben der Aufklärung über die Erkrankung vermitteln sie an geeignete Stellen weiter – sofern Bedarf dafür besteht (vgl. KDA 2007, S.9ff). Oft ist es dabei erforderlich auf die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Nationalitäten einzugehen. So sollten beispielsweise allein lebende MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die von ihren Familien und Freunden durch den Krieg getrennt wurden, und nun von Isolation betroffen sind, durch spezielle Angebote angesprochen werden (vgl. KDA 2007, S.9).

Des Weiteren sind große Verbände, wie das „Kuratorium Deutsche Altershilfe“ (KDA) für das Thema sensibilisiert. In ihrem Fachmagazin „Pro Alter“ greifen sie „Migration und Demenz“ als Schwerpunkt auf (vgl. KDA 2007, S.6-31).

Auch die „Alzheimergesellschaft“ informiert über demenzerkrankte MigrantInnen. So widmete sie sich in der hauseigenen Zeitschrift „Alzheimer Info“ dem Thema „Migration und Demenz“ (vgl. Alzheimer Info, 04/2003 und 02/2006). Außerdem verweisen sie auf ihrer Internetseite auf Einrichtungen, die „Demenzberatung für MigrantInnen“ anbieten. Die gibt es allerdings nur im Berliner Raum und im norddeutschen Raum, sowie im Ruhrgebiet (vgl. Dt. Alzheimergesellschaft e.V., Stand 21.07.2007).

Exemplarisch soll an dieser Stelle ausführlicher von der Arbeit einer Beratungsstelle in Ahrensburg (Schleswig-Holstein) berichtet werden, die seit November 2006 ihre Angebotspalette für demenzerkrankte MigrantInnen erweitert hat²⁰. Die neue Zielgruppe nimmt die bestehenden Angebote (tägliche Betreuungsgruppe, Angehörigengruppe oder häusliche Betreuung) jedoch bislang kaum wahr. Laut der Beratenden läge das an einer hohen Hemmschwelle, da man zunächst die bestehenden Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung erkennen müsse, um sich einen Ruck zu geben, Beratungsstellen aufzusuchen. Zum anderen könnten Scham, Verdrängung, Stolz, Hilflosigkeit oder Unsicherheit Gründe sein, die dafür sorgten, dass die Betroffenen die Beratung nicht aufsuchten. Würden Fragen gestellt, seien das generelle Fragen, die verdeutlichen, dass die pflegenden Angehörigen

¹⁹ Eine Clearingstelle ist eine Einrichtung zur Koordination und Schlichtung zwischen verschiedenen Institutionen, Trägern und Angeboten.

²⁰ Mit dieser Einrichtung führte die Autorin ein Vorgespräch, das der Exploration des Themas dienen sollte. Da die Beratungsstelle allerdings erst seit ca. einem halben Jahr ihre Angebotspalette für MigrantInnen erweitert hat, konnten nicht viele verwertbare Informationen gewonnen werden (vgl. A1).

noch am Anfang eines Informations- und Unterstützungsprozesses stünden. Daher initiiere die Beratung zunächst den medizinischen Behandlungsprozess (Diagnostik, medikamentöse Behandlung usw.), bevor über den Umgang mit dem Erkrankten bezüglich seines Verhaltens, über Unterbringungsmöglichkeiten oder finanzielle Fragestellungen (z.B. Beantragung einer Pflegestufe) bzw. juristische Fragen (z.B. Patientenvollmacht) gesprochen werden würde. Dass die Betroffenen nicht den Weg in die Beratungsstelle fänden, könnte allerdings auch an der Form der Ansprache liegen. Um die zu verbessern strebt die Beratende die Kontaktaufnahme mit muttersprachlichen Medien, wie beispielsweise russischen Zeitungen an. Auch plädiert sie für fremdsprachiges Informationsmaterial, was es wohl bis dato noch nicht gäbe (vgl. A1).

3.3.1 Beratungsangebote für demenzerkrankte MigrantInnen in Hamburg

Bei rund 1,7 Mio. EinwohnerInnen in Hamburg machen MigrantInnen mit ca. 248 000 Personen einen Bevölkerungsanteil von 14,2 % an der Gesamtbevölkerung aus²¹. Von ihnen sind ca. 30 500 Menschen 60 Jahre und älter, was wiederum einem Anteil von 12,3 % an der ausländischen Bevölkerung entspricht (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006, S.10 und eigene Berechnungen). Und obwohl sich die Stadt Hamburg schon seit einigen Jahren mit dem Thema „Ältere Migranten“ beschäftigt (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1993), und hierzu 1998 eine sozial-empirische Studie durchführte (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998), wurde die Gruppe der demenzerkrankten MigrantInnen bisher nicht gesondert ins Auge gefasst. Dies bestätigte eine Anfrage bei der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz; Referat Seniorenarbeit und Pflege. Die Auskunft ergab, dass es für demenzerkrankte MigrantInnen in Hamburg derzeit kein spezifisches Angebot gäbe. Es sei allerdings durch die „Alzheimergesellschaft“ und die „Hamburgische Brücke“ ein Angebot für Demenzerkrankte vorhanden, dass auch durch MigrantInnen genutzt werden könne. Diese Gruppe erscheine jedoch relativ selten in diesen Beratungsstellen. Derzeit implementiere man aber im „Interkulturellen Seniorentreff“ in Altona ein niedrighschwelliges, allgemeines Beratungsangebot für ältere MigrantInnen (Telefonat mit Frau T., am 17.7.2007).

Immerhin spielen Menschen mit Demenzerkrankungen und mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle für die pflegerische Rahmenplanung Hamburgs (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2005, S.8). So wird betont, dass bei älteren MigrantInnen mit „mangelnden

²¹ Laut den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder führt das Bundesland Hamburg mit 14,2 % die Bundeslandstatistik der ausländischen Bevölkerung an; gefolgt von Berlin (13,7 %) und Bremen (12,7 %) (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2006, Stand 29.07.2007).

Deutschkenntnissen oder aufgrund von [verlorener deutscher Sprachfähigkeit] [bei] Demenz [...] davon auszugehen [ist], dass sie [...] mit dem Pflegepersonal in ihrer Muttersprache sprechen möchten“ (Freie und Hansestadt Hamburg 2005, S.31). Das „Versorgungsziel [sollte daher sein] ein leistungsfähiges, wirtschaftliches und zahlenmäßig ausreichendes Pflegeangebot für Zuwanderer insbesondere aus islamischen Ländern vorzuhalten, sofern dafür ein Bedarf besteht“ (Freie und Hansestadt Hamburg 2005, S.31).

Die 1998 durchgeführte Studie belegt, dass bisher ältere MigrantInnen eher durch Eigeninitiative, als über ambulante Dienste oder Beratungsstellen den Weg in die Einrichtungen fanden. Der (Haus)arzt wird dabei als Verweisender an Beratungsstellen wesentlich häufiger genannt, als die ambulanten Dienste (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.165). Wurden Beratungsleistungen in Anspruch genommen, so lagen die Gründe hierfür vor allem in den Schwierigkeiten im Umgang mit Ämtern und Behörden. Außerdem erwähnten die befragten Einrichtungen der Hamburger Studie häufiger, dass die Betroffenen „Beratung bei Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit“ wünschten (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.165). Probleme bei der Beratung liegen nach ihrer Ansicht „vor allem in sprachlichen Schwierigkeiten, zu hohen Erwartungen der Ratsuchenden und fehlendem oder überlastetem Beratungspersonal“ (Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.166).

Diese Aussagen liefern Erkenntnisse darüber, wie zukünftig idealerweise mit demenzerkrankten MigrantInnen und deren Angehörigen umgegangen werden könnte. Die nachfolgende Untersuchung möchte dies bekräftigen.

B Untersuchungsteil

4. Methodik

Die, in diesem Kapitel vorgestellte, Methodik soll die Struktur und die Systematik der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen. Daher wird sich zuerst der Entstehung der Fragestellung zugewandt, auf der die Untersuchung aufbaut. Anschließend werden das geplante Vorgehen und formulierten Annahmen, die es zu bestätigen oder zu widerlegen gilt, dargestellt. Danach wird der, für die Untersuchung, gewählte Stadtteil und seine Angebotsstruktur vorgestellt, und diese Wahl begründet. Danach wird das gewählte Befragungsinstrument Experteninterview erörtert. Abschließend wird auf die Konstruktion der Interviewleitfäden eingegangen.

4.1 Entstehung der Fragestellung

Da derzeit ca. 30 500 Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg 60 Jahre und älter sind, was 12,3 % der ausländischen Gesamtbevölkerung entspricht (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006, S.10 und eigene Berechnungen), und die Zahl aller Hilfs- und Pflegebedürftigen in Hamburg bis 2020 auf etwa 120.500 Personen steigen wird, ist es erforderlich entsprechende Versorgungsstrukturen vorzuhalten, die auch den Bedürfnissen der älteren MigrantInnen gerecht werden. Dass für sie bisher unzureichende Unterstützungsangebote existieren, oder sie diese nur in geringem Ausmaß in Anspruch nehmen, belegt die Sichtung der Literatur (vgl. Kap. 3). Für demenzerkrankte MigrantInnen ist das besonders zu bekräftigen (vgl. Huismann et al. 2000; Steinhoff und Wrobel 2004; KDA 2007; Vorgespräch mit Beratungsstelle in Ahrensburg).

Daher hat es sich die Autorin zum Ziel gemacht herauszufinden, inwieweit entsprechende Einrichtungen Hilfsangebote und Unterstützungsleistungen anbieten, die auf die besonderen Bedürfnisse pflegender Angehöriger von demenziell erkrankte MigrantInnen, bzw. auf diese selbst, eingehen, um ihnen bei der Bewältigung der Betreuungs- und Alltagsanforderungen zu helfen. Konkret soll gefragt werden, inwieweit die bestehenden Angeboten von den Betroffenen in Anspruch genommen werden, und mit welchen Problemen sie die Beratenden aufsuchen. Hierfür wird folgender Untersuchungstitel formuliert, von dem sich spätere Fragestellungen ableiten:

„Beratung für pflegende Angehörige demenzerkrankter Migranten und Migrantinnen: Probleme, Angebote und Inanspruchnahme in einem Hamburger Stadtteil“

Auf welchem Weg die Umsetzung geschehen soll, verdeutlicht der folgende Abschnitt, der sich mit der Planung der Vorgehensweise und den formulierten Annahmen befasst.

4.1.1 Planung der Vorgehensweise

Zunächst beschränkt sich die Autorin auf ambulante Einrichtungen in Hamburg, die auf dem formellen und informellen Gesundheitssektor tätig sind. Im Detail heißt das, dass Anlaufstellen infrage kommen, die nicht auf dem Krankenhaussektor (stationärer Sektor) tätig sind, und die einen offiziellen Auftrag haben (formeller Sektor), oder als Laiensystem auftreten (informeller Sektor). Um die Fragestellung weiter einzuengen, wird eine geographische und zeitliche Begrenzung vorgenommen. Die Autorin begrenzt ihre Fragestellung auf die letzten fünf Jahre, und entscheidet sich für einen stadtteilbezogenen Blick. So kann sie sich Angebotsstrukturen zuwenden, die sich in einem „überschaubaren, kleinräumigen Rahmen“ (Boettner 1996, S.231) befinden, was sie als Vorteil für die Beratungsarbeit erachtet (vgl. Kap. 3.2).

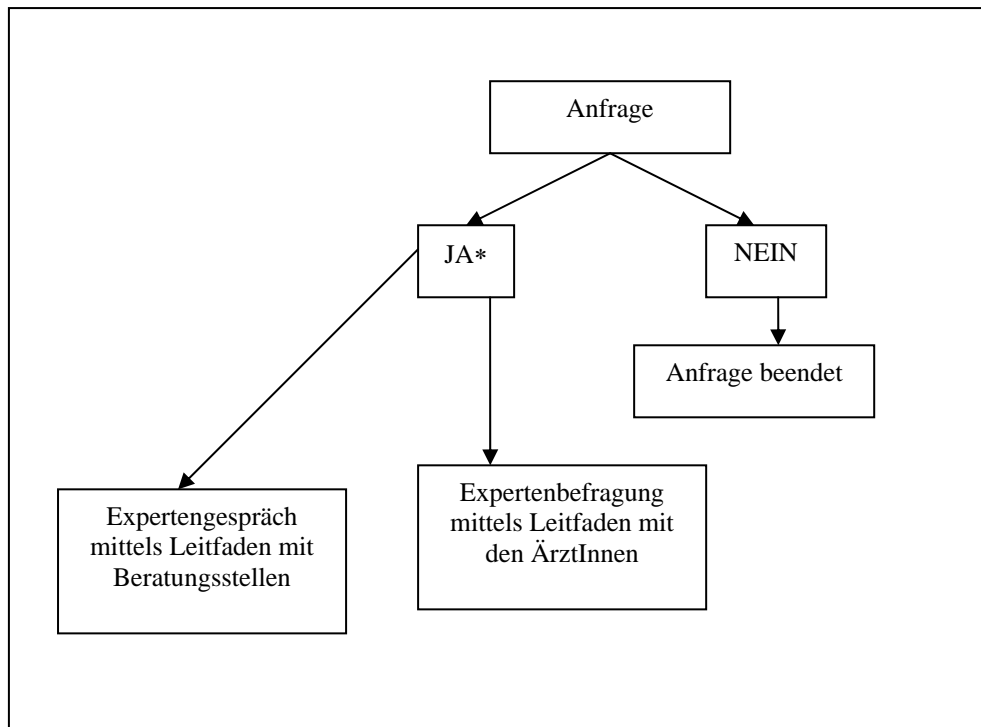
Für ihr Vorhaben wählt die Autorin deshalb einen Stadtteil, in dem besonders viele MigrantInnen wohnen, da somit die Möglichkeit gegeben ist, viele potentielle AnfragerInnen für die Beratungsleistungen vorzufinden. Das Vorgehen für diese empirische Arbeit soll explorativ sein, da „das mehr oder weniger systematische Sammeln von Informationen...“ (Bortz und Döring 1995, S.330) im Mittelpunkt des Interesses steht.

Es handelt sich um eine qualitative Arbeit, die jedoch nicht ganz ohne quantitative Anteile auskommt. Diese beschränken sich jedoch auf das Auszählen der infrage kommenden Anlaufstellen. Für die qualitative Auseinandersetzung sollen leitfadengestützte, teilstrukturierte Experteninterviews durchgeführt werden, die mittels Globalauswertung (vgl. Kap. 6) analysiert werden. Die zu befragenden Anlaufstellen sind zunächst auf verschiedenen Wegen (Internet, Adressverzeichnisse usw.) zu ermitteln, um anschließend zu erfragen, ob sie in den letzten fünf Jahren regelmäßig von pflegenden Angehörigen von demenzerkrankten MigrantInnen bzw. von diesen selbst aufgesucht worden. Das geschieht mittels Filterverfahren. Nach Bejahung der Eingangsfrage werden Interviews auf dem telefonischen Weg mit ÄrztInnen angestrebt, sowie Interviews, im persönlichen Kontakt, mit beratenden Einrichtungen (vgl. Abb.4). Dabei sollten die persönlichen Gespräche einen vertiefenden Charakter aufweisen. Bei Verneinung der Eingangsfrage wäre die Anfrage beendet.

Die Autorin rechnet nicht mit repräsentativen Ergebnissen, da das Datenmaterial – begrenzt durch den Rahmen der Untersuchung – voraussichtlich gering sein wird.

Abb.4

Vorgehen bei der Durchführung der Interviews



* In der Abbildung wird vorausgesetzt, dass die positive Antwort an eine Bereitschaft zum Interview gekoppelt ist
Eigene Darstellung

4.1.2 Annahmen

Im Vorfeld der Untersuchung werden Annahmen zugrunde gelegt, die sich aus der Literaturanalyse des Theorieteiles ableiten. Diese lauten wie folgt:

- a) Pflegende Angehörige demenzerkrankter MigrantInnen besitzen ein geringes Wissen über die Erkrankung und über deren Umgang.
- b) Pflegende Angehörige demenzerkrankter MigrantInnen haben wenige Informationen über die Leistungen und Unterstützungsangebote, die sie in Anspruch nehmen können.
- c) Pflegende Angehörige demenzerkrankter MigrantInnen besuchen kaum Pflegekurse.
- d) Infrage kommende Anlaufstellen können kaum muttersprachliche Beratungsangebote unterbreiten.

Diese Annahmen sollen im Verlauf der Untersuchung bestätigt oder widerlegt werden (vgl. Bortz und Döring 1995, S.29).

4.2 Vorstellung des Stadtteiles Wilhelmsburg und dessen Angebotsstruktur

Um den Stadtteil mit seinen Vorzügen und Problemlagen für die Untersuchung einordnen zu können, soll er an dieser Stelle kurz vorgestellt werden. Die Autorin begründet zunächst weshalb sie sich für diesen Stadtteil entschieden hat, sagt anschließend Einiges zum Stadtteil aus, und zählt abschließend die Einrichtungen und Angebote auf, die sie in diesem Stadtteil ermittelt hat.

4.2.1 Begründung für die Wahl des Stadtteiles

Die Auswertung der Anteile der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung Hamburgs ergibt im Ortsamtsgebiet Veddel-Rothenburgsort mit 38,9 % den höchsten Anteil an der ausländischen Bevölkerung (n = 5602), gefolgt vom Ortsamtsgebiet Wilhelmsburg mit einem Anteil von 34,7 % (n = 16 968). Das Ortsamtsgebiet Billstedt hat an dritter Stelle einen Anteil von 22,8 % an ausländischen EinwohnerInnen. Diese sind jedoch mit einer Anzahl von 24 143 quantitativ am stärksten vertreten. Ähnliches gilt es für das Ortsamtsgebiet Barmbek-Uhlenhorst (n = 16 743 und 15,3 %) zu sagen (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006, S.2ff).

Da das Ortsamtsgebiet Veddel-Rothenburgsort jedoch mit 5602 ausländischen EinwohnerInnen einen quantitativ niedrigen Anteil aufweist, und somit die Wahrscheinlichkeit, dass es demenzerkrankte MigrantInnen gibt, die im Stadtteil unterstützende Angebote in Anspruch nehmen werden, als zu gering einzuschätzen ist, und das Ortsamtsgebiet Billstedt wiederum mit 22,8 % nicht den höchsten Ausländeranteil aufbieten kann, entscheidet sich die Autorin in ihrer Untersuchung für das Ortsamtsgebiet Wilhelmsburg. Denn hier leben 16 968 Menschen ausländischer Herkunft und diese machen mit 34,7 % einen relativ hohen Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung des Ortsamtsgebietes aus (vgl. Tbl.2).

Tbl.2 Anteil und Anzahl der ausländischen Bevölkerung in Hamburg (ausgewählte Stadtteile)

Ortsamtsgebiet	Anteil der ausländischen Bevölkerung in Prozent (%)	Anzahl der ausländischen Bevölkerung (n)
Veddel-Rothenburgsort	38,9	5602
Wilhelmsburg	34,7	16 968
Billstedt	22,8	24 143
Barmbek-Uhlenhorst	15,3	16 743

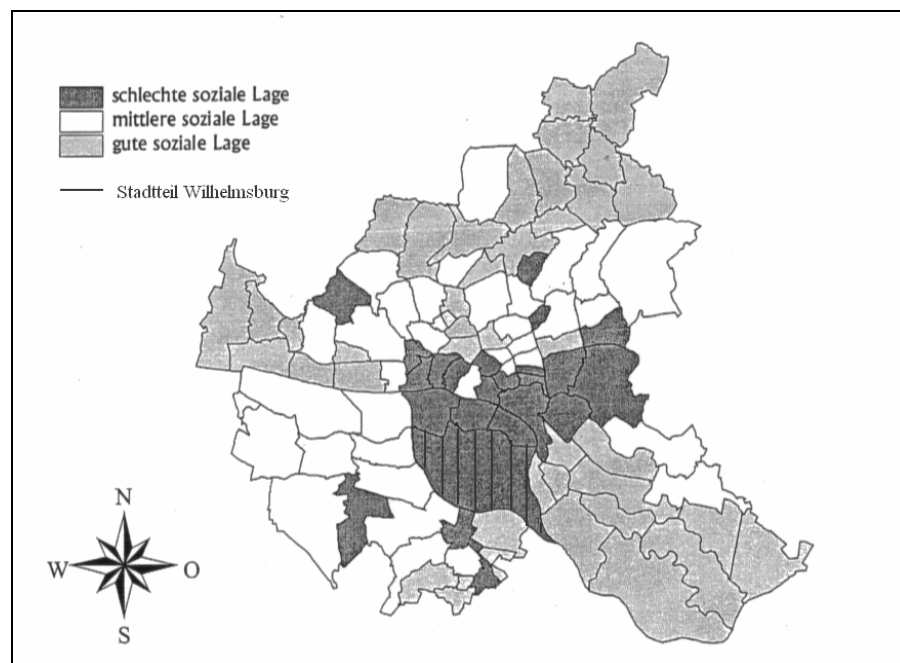
Eigene Darstellung
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006, S.2ff

4.2.2 Der Stadtteil Wilhelmsburg

Die Flussinsel Wilhelmsburg liegt im Süden von Hamburg, gehört zum Bezirk Harburg, und ist mit 35,3 km² der größte Stadtteil Hamburgs, in dem ca. 49 000 Menschen leben (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006a, S.11). Die Infrastruktur ist geprägt von Hochhäusern (z. B. Kirchdorf-Süd) und Industrie (z.B. Shell). Im Gegensatz dazu zieren reetgedeckte Bauernhäuser und Naturschutzgebiete das Stadtteilbild (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2007c, Stand 09.08.2007).

Mit 34 % Ausländeranteil herrscht multikulturelles Leben, was überschattet wird von Problemlagen, da beispielsweise die Arbeitslosenquote in Wilhelmsburg mit 10,9 % über dem Hamburger Durchschnitt (6,9 %) liegt. Das gilt auch für die Quote der SozialhilfeempfängerInnen, die in Wilhelmsburg mit 14,1 % fast doppelt so hoch ist wie im restlichen Hamburg (7,2 %). Wilhelmsburg zählt zu einem Stadtteil mit schlechter sozialer Lage (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2001, S.26 und Abb.5).

Abb.5 Verteilung der sozialen Lage in Hamburg*



*Hervorhebung des Stadtteiles Wilhelmsburg durch Autorin
Quelle: Freie und Hansestadt Hamburg 2001, S.26

In Wilhelmsburg leben derzeit ca. 6 900 Menschen, die 65 Jahre oder älter sind. Zu ihnen zählen rund 16 % MigrantInnen (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006b, S.9)²², für die es gilt entsprechende Angebote vorzuhalten.

²² Die verwendeten statistischen Daten wurden durch eigene Berechnungen auf die Fragestellung bezogen.

4.2.3 Auswahl der Anlaufstellen

Nach der Wahl des Stadtteiles recherchiert die Autorin alle Anlaufstellen, die auf dem ambulanten, formellen und informellen Gesundheitssektor tätig sind. Dabei kommen primär Beratungsstellen infrage, die mit MigrantInnen und / oder SeniorInnen arbeiten, bzw. sich mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen. Eine Kopplung dieser Themenbereiche ist wünschenswert. Die Suche richtet sich auf Wohlfahrtseinrichtungen, kirchliche Institutionen oder staatliche Stellen. Auch ehrenamtliche oder private Initiativen, wie beispielsweise Vereine, werden erkundet. Neben Beratungsstellen werden auch ÄrztInnen und ambulante Pflegedienste ins Auge gefasst.

Laut Statistik gibt es insgesamt 55 ÄrztInnen in Wilhelmsburg (vgl. Statistisches Amt Nord 2005; Stand 09.08.2007)²³. Sie werden von der Autorin mit in die Suche einbezogen, da bei ihnen in der Regel PatientInnen, bei denen eine Demenz vermutet wird, oder bereits manifest ist, als erstes vorstellig werden (vgl. Vetter et al. 1997, S.181). Und weil ältere MigrantInnen beispielsweise den Hausarzt als jemanden betrachten, von dem sie bei plötzlicher Hilfs- und Pflegebedürftigkeit Hilfe erwarten (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 1998, S.97, S.110 und vgl. Kap. 3.2). Bei der Auswahl hat sich die Autorin für HausärztInnen, Neurologen und Psychiater entschieden, da sie am häufigsten Demenzerkrankte, aufgrund ihrer psychiatrischen Begleitsymptomatik, behandeln²⁴ (vgl. Vetter et al. 1997, S.181; Kühl und Hellwig 2004, S.19). Zu finden sind die entsprechenden ÄrztInnen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg 2007, Stand 21.04.2007). In der Suchmaske lassen sich der gewünschte Stadtteil und die entsprechenden FachärztInnen eingeben. Insgesamt können so 11 HausärztInnen und zwei ÄrztInnen gefunden werden, die sowohl als Neurologe, als auch als Psychiater tätig sind (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg 2007; Stand 21.04.2007).

Die Beratungsstellen, die zum Thema Gesundheit, Senioren und/oder MigrantInnen tätig sind, werden über „Das Örtliche“ Telefonbuch von Wilhelmsburg, oder direkt über die Internetseiten der kirchlichen Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände und Verbände in freier Trägerschaft, sowie über Nachfrage bei bereits ermittelten Einrichtungen gesucht. Außerdem hat die Hamburger Behörde für Soziales und Familie ein Adressbuch mit „Integrationsangeboten für Zuwanderer“ herausgegeben. In den Kapiteln *„Gesundheit und*

²³ Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2004

²⁴ Im Verlauf der Untersuchung wird die Berufsgruppe der ÄrztInnen – trotz Einschränkungen (vgl. Kap. 3.2) den Beratenden zugeordnet.

Behinderung“, „*Senioren*“ und „*Soziales*“ wird stadtteilbezogen nach beratenden Institutionen gesucht. Hierbei können zwei Beratungsstellen ausfindig gemacht werden, von denen eine schwerpunktmäßig auf „MigrantInnenberatung“ ausgerichtet ist, und die vor allem psychotherapeutische Beratung und Begleitung anbietet. Eine weitere Einrichtung versteht sich als eine „Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle“ (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2004).

Zusätzlich können zwei Pflegedienste bzw. ambulante Pflegeeinrichtungen, die z.B. Tagespflege anbieten, ausfindig gemacht werden. Sie sind speziell auf dem Gebiet Demenz aktiv bzw. arbeiten kultursensibel. Gefunden werden diese über den Internetauftritt der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, die eine Liste von allen Anbietern von ambulanter Pflege veröffentlicht hat, die sowohl nach Bezirken abrufbar ist, als auch zu der Rubrik „MigrantInnen“: Insgesamt sind im Stadtteil Wilhelmsburg (Postleitzahlenbereich 21107 und 21109) vier Pflegedienste tätig (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2007b, Stand 17.08.2007).

Außerdem werden drei Vereine in die Liste der Anlaufstellen aufgenommen, die ebenfalls über das Adressbuch für MigrantInnen gefunden werden (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2004). Obendrein wird über das Hamburger Vereinsregister gesucht. Die Recherche unter den kombinierten Suchbegriffen: „*MigrantInnen*“, „*Ausländer*“, „*Senioren*“, „*Gesundheit*“ und / oder „*Demenz*“ ergibt jedoch keine Treffer für den Stadtteil. Ein Verein zum Thema Gesundheit wurde 1999 wieder aus dem Register gelöscht (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2007a, Stand 27.04.2007).

Insgesamt 20 Anlaufstellen werden zunächst ermittelt, die für eine Befragung infrage kommen. Im Verlauf der Befragungen ergeben sich noch zwei weitere Treffer, sodass letztendlich 22 Beratungsstellen für Interviews infrage kommen (vgl. Tbl.3). Genannt werden hier mehrfach ein Betreuungsverein, sowie die städtische Einrichtung „Sozialdienst des Ortsamtes Wilhelmsburg“, die speziell eine türkische Sozialberatung anbietet.

Die meisten der gefundenen Einrichtungen sind dem formellen ambulanten Gesundheitssektor zuzurechnen, da sie durch hauptamtlich und professionell tätige Personen besetzt sind. Allein der Betreuungsverein kann dem informellen ambulanten Gesundheitssektor zugeordnet werden.

Tbl.3 Art und Anzahl der ermittelten Anlaufstellen im Stadtteil Wilhelmsburg

Art der Anlaufstelle	Anzahl der Treffer
ÄrztInnen	13*
Beratungsstellen	2
Pflegedienste	2
Städtische Einrichtungen	1**
Vereine	3 (+1**)
SUMME	22

Eigene Darstellung

* Hiervon sind 11 ÄrztInnen als HausärztInnen tätig und 2 ÄrztInnen sind sowohl als Neurologe, sowie als Psychiater tätig

** Anlaufstellen, die erst im Verlauf der Interviews benannt wurden

4.3 Das Experteninterview

In der Sozialforschung sind Experteninterviews sehr beliebt, weshalb sie in empirischen Untersuchungen häufig eingesetzt werden. Besonders wenn explorative Ziele verfolgt werden, eignet sich diese Interviewform. Aus diesem Grund hat auch die Autorin diese Interviewform gewählt. Die Wahl wird in den folgenden Abschnitten begründet und die Konstruktion der Interviewleitfäden wird erläutert.

4.3.1 Begründung der Methodenwahl

Bei der Interviewform „Experteninterview, welches als spezielle Anwendungsform des Leitfaden-Interviews anzusehen ist (vgl. Flick 2005, S.139), wird auf das „Wissen spezifischer, für das Fach- und Themengebiet als relevant erachteter Akteure [zurückgegriffen]“ (Bogner und Menz 2005, S.7). Sie gelten als Experten in einem bestimmten Handlungsfeld (vgl. Flick 2005, S.139), die im Umgang mit der in Betracht kommenden Zielgruppe besondere und umfassende Erfahrungen vorweisen können (vgl. Atteslander 2003, S.155). Es ist hierbei nicht die ganze Person von Interesse, sondern die Person als RepräsentantIn einer bestimmten Gruppe (vgl. Flick 2005, S.139). Als diese verfügen sie über ein Sonderwissen und über eine Expertenkompetenz, das „über (exklusive) Fähigkeiten und (besondere) Fertigkeiten hinaus [geht]“ (Pfadenhauer 2005, S.115f). Außerdem besitzen sie ein Problemlösungswissen, welches die Verantwortung für die Erkenntnis und die Lösung von Problemen impliziert (vgl. Pfadenhauer 2005, S.115f).

Menschen in einer Beratungsfunktion haben sich auf ein bestimmtes Themengebiet spezialisiert, zu dem sie über Wissen verfügen, auf dem sie die entsprechenden Probleme kennen und analysieren können, und zu dem sie kompetente Lösungsvorschläge unterbreiten können, für die sie die Verantwortung tragen.

Bezogen auf die Beratung zum komplexen Krankheitsgeschehen der Demenz ist Wissen und Kompetenz in medizinisch-pflegerischen, psychologischen, sozialen oder rechtlichen Fragestellungen erforderlich (vgl. Petermann 1997, S.3 und vgl. Kap. 3.2). Dies kann, laut Autorin, nur von Menschen geleistet werden, die die bestehenden Angebote kennen und darüber informiert sind, wie sie in Anspruch genommen werden können. Sie wissen um die akuten und zu erwartenden Probleme, und können Lösungsvorschläge anbieten. Demnach sind, nach Meinung der Autorin, Beratende als Experten ihres Fachgebietes anzusehen, sodass sie sich für den Interviewtypus „Experteninterview“ entscheidet. Außerdem handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine explorative Untersuchung, deren Ziel es ist neue Aspekte zu erkunden. Dafür ist das Experteninterview ebenfalls prädestiniert (vgl. Atteslander 2003, S.153).

4.3.2 Konstruktion der Interviewleitfäden

Für die vorliegende Untersuchung wird das Experteninterview als Befragungsform gewählt. Die Befragung der beratenden Einrichtungen erfolgt mündlich, und die Befragung der ÄrztInnen erfolgt telefonisch. Hierfür wird jeweils ein eigener Leitfaden entwickelt. Im Vorfeld der eigentlichen Befragung werden alle ermittelten Einrichtungen gefragt, ob demenzerkrankte MigrantInnen und deren pflegenden Angehörigen in den letzten fünf Jahren regelmäßig die Anlaufstelle aufgesucht haben. Diese Frage bildet für alle Anfragen die Einstiegsfrage.

Da sich Telefoninterviews besonders eignen, wenn wenig Zeit vorhanden ist (vgl. Frey, Kunz und Lüschen 1990, S.33), wie das beispielsweise bei der Berufsgruppe der ÄrztInnen der Fall ist (vgl. Commonwealth Fund 2006, S.15), entscheidet sich die Autorin für die telefonische Befragung. Neben diesem Argument wählt die Autorin einen anderen Leitfaden für die ÄrztInnen, da sie zwar als erster AnsprechpartnerInnen infrage kommen, ihnen jedoch oft das Wissen über die bestehenden Hilfsangebote fehlt (vgl. Pentzek und Abholz 2004, S.25). Ziel dieses Interviewleitfadens soll es demnach sein, eine erste Einschätzung der Situation zu erhalten. Hierzu werden Fragen nach der Anzahl, und dem Anteil der zu betreuenden demenzerkrankten MigrantInnen gestellt, sowie zu den von ihnen geäußerten Problemen und zu den Angeboten, die der Hausarzt oder die Hausärztin ihnen unterbreiten kann.

Die so gewonnenen Informationen sollen durch vertiefende Interviews mit den Beratungsstellen konkretisiert werden. Hierfür wird beispielsweise nach den vorhandenen Angeboten gefragt, oder nach den Fragen und Problemen, mit denen sich die Angehörigen an die

beratende Einrichtung wenden. Außerdem wird von den Beratenden eine Einschätzung der Lage gefordert (z.B. Wissen der Betroffenen um die Krankheit oder um die Leistungen aus der Pflegeversicherung). Auch Aussagen über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen oder zur Öffentlichkeitsarbeit interessieren.

Die Form der Kommunikation soll bei beiden Interviews teilstrukturiert sein, denn bei Experteninterviews „ist niemals von vornherein feststellbar, wer für [die] Untersuchungsziele als Experte gelten kann“ (Atteslander 2003, S.155). Die Identifizierung dessen erfolgt somit durch eine partielle Strukturierung der Befragung. Das erlaubt der Autorin von den vorbereiteten, vorformulierten Fragen abzuweichen, um ausführlicher auf Themen, die sich im Verlauf des Interviews ergeben, einzugehen (vgl. Atteslander 2003, S.148). Das Verhalten während des Interviews soll neutral sein²⁵, da die inhaltliche Komponente der Informationen im Mittelpunkt steht (vgl. Atteslander 2003, S.151). Der Interviewleitfaden dient einer thematischen Vorbereitung auf das Interview, sowie dessen Strukturgebung.

Bei der Formulierung der Fragen ist darauf zu achten, dass die Abfolge, die Reichweite und die Relevanz der Fragen stimmig sind. Zu Beginn der Interviews wird sich nach der Anzahl der zu betreuenden Demenzerkrankten bzw. deren pflegenden Angehörigen erkundigt. Anschließend werden Fragen zu Problemen, zu Problemlösungsmöglichkeiten, zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen oder zu Angeboten gestellt (vgl. A2).

Das Interviewinstrument (der Leitfaden) ist als nicht - standardisiert anzusehen, da keine Kategorisierung der Antworten vorliegt (vgl. Atteslander 2003, S.160). Die Fragen sind in der Mehrzahl offen, sodass die interviewte Person „ihre Antwort völlig selbstständig formulieren [kann]...“ (Atteslander 2003, S.161), und die Autorin möglichst umfassende Informationen erhalten kann. Die Anfrage im Vorfeld der Befragung wird durch eine geschlossene Frage eingeleitet. Es sind nur die dichotomen Antwortkategorien „JA“ und „NEIN“ möglich. Auch im Interviewleitfaden der ÄrztInnen befindet sich eine geschlossene Frage, die allein mit „JA“ oder „NEIN“ beantwortet werden kann: „*Haben Sie spezielle Angebote für demenzerkrankte MigrantInnen?*“, sowie zwei geschlossene Fragen des Identifikationstyps (vgl. Atteslander 2003, S.162), die die Nennung einer Anzahl bzw. die Nennung des Anteils der demenzerkrankten MigrantInnen verlangt. Der Interviewleitfaden für die Beratungsstellen beinhaltet nur zu Beginn die Identifikationstypfrage, in der sie

²⁵ Atteslander verweist darauf, dass menschliche Beziehungen generell nicht durch Neutralität gekennzeichnet sind, und das gilt speziell für die soziale Situation des Interviews. Gemeint ist hier mehr eine Zurückhaltung, bei der ein seriöser Eindruck vermittelt wird (vgl. Atteslander 2003, S.152).

ebenfalls nach der Anzahl der demenzerkrankten MigrantInnen bzw. deren pflegenden Angehörigen fragt, die die Hilfe in den letzten fünf Jahren in Anspruch genommen haben (vgl. A2). Während in dem Leitfaden für die ÄrztInnen die übrigen Fragen einen offenen Charakter aufweisen, der gekennzeichnet ist durch das Fragewort „Welche“, verwendet die Autorin in dem Leitfaden für die Beratungsstellen auch offene Fragen, die nach der Meinung der interviewten Person fragen (vgl. Atteslander 2003, S.167). Sie beginnen mit den Worten: „Haben Sie den Eindruck, dass...?“. Die letzte Frage ist in beiden Leitfäden wieder identisch. Sie ist erneut offen gehalten, denn es wird danach gefragt, welche Wünsche die Interviewten der Interviewerin in Bezug auf die Thematik mit auf den Weg geben möchten (vgl. A2). Bezogen auf die Fragetechnik werden alle Fragen in indirekter Weise den zu interviewenden Personen gestellt (vgl. Atteslander 2003, S.165f).

5. Durchführung

Bei qualitativen Erhebungen kann auf eine persönliche Beziehung nicht verzichtet werden. Daher führt die Autorin ihre Interviews mündlich bzw. fernmündlich durch. Dadurch kann ein direkter Einfluss auf den Gesprächsverlauf genommen werden, und anders als bei der schriftlichen Befragung, erhält die interviewende Person einen Überblick darüber, dass die gestellten Fragen tatsächlich und augenblicklich von der zu interviewenden Person beantwortet werden (vgl. Atteslander 2003, S.149). Die Gesprächsführung wird offen gehalten, um eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu ermöglichen, bei der sich nicht akribisch an den Leitfaden gehalten werden muss (vgl. Kassner und Wassermann 2005, S.106).

Das Vorgehen der Untersuchung besteht aus einem Filterverfahren. So werden zunächst alle ermittelten Anlaufstellen kontaktiert, und falls sie sich für das Thema als relevant erweisen, werden sie befragt.

Dieses Kapitel setzt sich zunächst einmal mit der Durchführung der Anfragen auseinander. Anschließend beschreibt es die Durchführung der Telefoninterviews und des persönlichen Gesprächs. Dabei werden der Interviewverlauf und die Interviewsituation betrachtet, und es wird auf Schwierigkeiten bzw. Auffälligkeiten währenddessen eingegangen.

5.1 Anfragen

Zunächst werden alle ermittelten und infrage kommenden ambulanten, (in)formellen Einrichtungen des Gesundheitssektors im Stadtteil Hamburg-Wilhelmsburg im persönlichen Gespräch, telefonisch bzw. per E-Mail via Anschreiben kontaktiert und mit dem Untersuchungsvorhaben vertraut gemacht. In einem Fall werden das Anschreiben und die Fragen gefaxt, und in einem anderen Fall erfolgt eine postalische Zusendung der Unterlagen. Allen wird folgende Frage gestellt: *„Kamen in den letzten fünf Jahren regelmäßig pflegende Angehörige von demenzerkrankten MigrantInnen bzw. diese selbst als KlientInnen zu Ihnen?“* Wird diese Frage bejaht, erkundigt sich die Autorin nach der Bereitschaft zur Mitwirkung an einem Interview. Mitunter erfordert es mehrfache Anrufe, da die / der gewünschte Ansprechpartner nicht zu sprechen ist, gerade keine Zeit hat oder erst darüber nachzudenken will, ob er / sie für ein Interview infrage käme. Die Anfragen erfolgen in einem Zeitraum von ca. drei Wochen.

Ist die Interviewbereitschaft gegeben, werden – falls gewünscht – die Interviewfragen vorab übermittelt, und es wird ein Interviewtermin vereinbart. Mit dem Arzt, der sich für ein Interview bereit erklärt, wird ein telefonischer Interviewtermin vereinbart. Mit den Beratenden, die sich einverstanden zeigen mit einem Interview, wird ein persönlicher

Interviewtermin abgesprochen. Die persönlichen Gespräche werden auf Tonband aufgezeichnet.

Wird die Anfrage mit „NEIN“ beantwortet, endet sie an dieser Stelle, da nicht zu erwarten ist, dass bei diesen Anlaufstellen weitere relevante Informationen zum Thema zu erhalten sind.

5.2 Telefoninterviews

Bereit erklärt zu einem Interview hat sich nur ein Arzt – und zwar ein Hausarzt. Das telefonische Interview (Interview HA-I) dauert ca. 30 min., und wird stichpunktartig von der Autorin mitgeschrieben. Die Aussagen des Arztes sind verständlich und gut strukturiert. Das Gespräch hat einen informativen Charakter. Der Arzt wirkt engagiert und am Thema interessiert. Er macht konstruktive und durchdachte Vorschläge. Insgesamt ist das Interview geprägt von einer entspannten, lockeren Atmosphäre. Außerdem hat es einen störungsfreien Ablauf (vgl. A4).

Da ein vertiefendes Interview mit einem ambulanten Pflegedienst (Interview AP-II) aus Gründen der Überlastung und des Zeitmangels nicht hätte zustande kommen können, entscheiden sich Befragte und Autorin alternativ für ein telefonisches Interview, sodass dieses Interview schon an dieser Stelle Erwähnung findet.

Das Interview erfolgt spontan und unvorbereitet. Es dauert ca. 15 min. und ist geprägt von einem schnellen Tempo und einer stakkatoartigen Beantwortung der Fragen. Die Befragte hat den Leitfaden vor sich liegen, auf dem sie ihre eigenen Antworten bereits niedergeschrieben hat. So werden beispielsweise die Fragen nicht noch mal vorgelesen. Die Autorin hat deshalb Mühe den Ausführungen zu folgen, die sie stichpunktartig und sinngemäß mitschrieb. Zwischenfragen sind nicht möglich. Aufgrund dieser Ausgangssituation wirkt der Gesprächsverlauf unruhig und hektisch. Die Befragte „gibt den Ton an“, und als ihre nächste Verabredung vor der Tür steht, beendet sie das Telefonat. Sie teilt nur knapp das Wichtigste mit, was aber dennoch erkennen lässt, dass sie sich mit der Thematik auseinandergesetzt hat. Sie wirkt informiert und zeigt Erfahrungen auf diesem Gebiet. Trotz des Zeitmangels ist die Befragte nett und auskunftsfreudig. Insgesamt ist das Gespräch als informativ einzuschätzen (vgl. A6).

Als Besonderheit der Telefoninterviews kann festgehalten werden, dass das gleichzeitige Telefonieren und Mitschreiben die Aufmerksamkeit der Autorin einschränkte. So werden

Fragen nicht gestellt, die interessant für das Thema sein könnten. Auch der indirekte Kontakt mit dem Gegenüber wirkt in der Interviewsituation etwas befremdlich.

5.3 Vertiefendes mündliches Interview

Für ein vertiefendes mündliches Interview standen ursprünglich zwei Interviewpartnerinnen bereit. Wie eben erwähnt, antwortete eine Befragte jedoch spontan telefonisch auf die Leitfadenfragen. So bleibt für das persönliche Gespräch nur noch eine zu interviewende Person übrig. Nach Rücksprache wird das Interview mit ihr (Interview AP-I) auf Tonband aufgezeichnet. Es dauert ca. 30 min. Der Interviewverlauf ist geprägt von Störungen und Unterbrechungen, da der Raum, in dem das Interview stattfindet, als Büro dient, und somit rege von den MitarbeiterInnen genutzt wird. Es besteht der Eindruck, dass die Befragte die Interviewsituation als unangenehm empfindet, und das Interview „schnell hinter sich bringen“ will. Sie äußert beispielsweise Bedenken gegenüber der Autorin, dass sie zu ausführlich Auskunft geben würde (vgl. A5, Z.135). So antwortet sie eher knapp auf einige Fragen. Dennoch wirkt auch diese Befragte gut informiert, engagiert und durchdacht. Die Autorin hat das Gefühl, dass die Befragte lieber „zupackt“ als über ihr Engagement zu sprechen. Denn sie zeigt, dass sie sich intensiv mit dem Thema auseinandersetzt und mit dem Herz bei der Sache ist. Sie wirkt interessiert an Neuigkeiten und scheint sich auf dem Laufenden zu halten (vgl. A5, Z.155ff). Die Befragte ist auch gegenüber der Autorin und ihrer Arbeit aufgeschlossen. Das Interview scheint sie z.B. zu weiteren Aktionen, die ihre Tätigkeit publik machen sollen, zu animieren (vgl. A5, Z.215ff).

Dennoch entsteht der Eindruck, dass die Befragte nicht immer bezogen auf MigrantInnen antwortet. Die Autorin muss an mehreren Stellen ihre Fragestellung im Hinblick auf die eigentliche Zielgruppe wiederholen (vgl. A5, Z.55 oder Z.197f).

Im Anschluss an das eigentliche Interview vertieft die Beratende, aufgrund des Interesses der Autorin, noch das Thema: „Ehrenamtliche HelferInnen“.

Es bestätigt sich, dass der persönliche Kontakt für die durchgeführte qualitative Erhebung von Vorteil ist, da durch das unmittelbare Zusammentreffen eine Vertrauensbasis hergestellt werden kann. Hätte das Interview telefonisch stattgefunden, ist zu vermuten, dass die Auskünfte knapper ausgefallen wären, da die Interviewte die Interviewsituation scheinbar als unangenehm empfand. In der Situation vis-à-vis kann die Autorin jedoch gezielt nachfragen, um weitere Informationen zu erhalten.

Die Störungen und Pausen beeinträchtigen allerdings die Konzentration auf das Interview.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle befragten Personen als Experten anzusehen sind, was die Wahl des Instrumentes bestätigt. Sie kennen sich alle zur erfragten Thematik aus. Sie zeigten sich auskunftsbereit, und ließen erkennen, dass sie sowohl das entsprechende Wissen, die entsprechende Erfahrung und die entsprechende Problemlösekompetenz besitzen (vgl. Kap. 4.3.1).

Durch die offene Gesprächsführung war es der Autorin möglich Zwischenfragen zu Themen zu stellen, die sie interessierten. So konnten zusätzliche Informationen gewonnen werden. Mitunter war die Fragestellung nicht ganz deutlich bzw. nicht klar abgegrenzt zwischen den einzelnen Fragen, sodass die gestellte Frage schon die Antwort einer anderen Frage enthielt (vgl. A6, Z.39f). Oder die Fragestellung des Interviewleitfadens benannte nicht oft genug die Zielgruppe „MigrantInnen“, sodass eine Beratende in die Beantwortung ihrer Fragen die deutsche Klientel mit einbezog (vgl. A5, Z.145, Z.171f, Z.184f, Z.201f).

5.4 Transkription

Da das persönliche Gespräch auf Tonband aufgezeichnet wurde, ist es erforderlich dies vor der Auswertung zu verschriftlichen (transkribieren). Hierfür wird ein Diktaphon eingesetzt, welches die Arbeit erleichtert. Die beiden anderen stichpunktartig mitgeschriebenen telefonischen Interviews werden ebenfalls verschriftlicht.

Es gilt für die Transkription gewisse Regeln zu beachten, die sich jedoch nach der Fragestellung richten, und dementsprechend die Angemessenheit des Vorgehens definieren. Für die vorliegende Fragestellung stehen inhaltliche Aspekte im Vordergrund, sodass – anders als bei sprachanalytischen Zusammenhängen – auf „ein Höchstmaß an erzielbarer Genauigkeit bei der Klassifikation von Äußerungen, Pausen und in ihrer Darstellung...“ (Flick 2006, S.252) verzichtet werden kann. Das Datenmaterial wird in wörtlicher Rede übernommen. Die Redeanteile der Autorin (Interviewerin) werden in Kursivschrift dargestellt. Die Redeanteile der Beratenden bzw. des Hausarztes werden in Standardschrift festgehalten. Zwischenfragen und die dazu gehörigen Antworten werden in eckige Klammern gesetzt. Pausen, Unterbrechungen oder Auslassungen wegen Undeutlichkeit werden ebenfalls durch eckige Klammern und drei Auslassungspunkte kenntlich gemacht. Begründungen für die Unterbrechungen oder andere relevante Anmerkungen, sowie Sachverhalte, von denen die Autorin annimmt, dass sie für den Lesenden unverständlich sein könnten, werden durch Fußnoten dargestellt. Alle genannten Namen von Personen werden anonymisiert. Der Name der eigenen Einrichtung wird ebenfalls anonymisiert und codiert.

6. Globalauswertung

Heiner Legewie entwickelte eine Auswertungsmethode für Interviews, „die es erlaubt, in der qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung bei Vorliegen einer größeren Anzahl von Texten eine erste Übersicht zu schaffen“ (Legewie 1994, S.182). Neben der Vorbereitung einer gezielten weiterführenden Interpretation von Einzeltexten, ist sie auch zur überblicksartigen Gesamtauswertung eines Textkörpers geeignet (vgl. Legewie 1994, S.182).

Die Globalauswertung erfolgt, nach einer Vorbereitungsphase, in zehn Arbeitsschritten. Im vorliegenden Kapitel werden diese – jeweils bezogen auf die Untersuchung und adaptiert an die Verhältnisse– erörtert. Zunächst wird die Auswertungsmethode beschrieben, anschließend werden die erarbeiteten Ergebnisse präsentiert und bewertet.

6.1 Beschreibung der Analyse

Die Globalauswertung nach Legewie sieht zunächst die Vorbereitung der Gesamtauswertung vor. Hierfür sollte vor Beginn der Auswertung das Material gesichtet werden. Auch sollte sich kurz auf den Wissenshintergrund und die globale Fragestellung, unter der die Textauswertung erfolgen soll, besonnen werden. Bezogen auf die Fragestellung der Autorin hieße das, den Fokus auf Aussagen zur Demenz, zu Beratung, zu Angeboten, zu Problemen und zur Inanspruchnahme von Angeboten zu richten. Grundsätzlich sollte es dabei um demenzerkrankte MigrantInnen und deren Angehörige gehen. Die Erkenntnisse aus dem Theorieteil bilden dafür die Grundlage.

Zuerst ist es erforderlich die Einzeldokumente zu sortieren, und zu wissen, ob die Einzeldokumente entsprechend ihres Anfallens ausgewertet werden sollen, oder ob eine Auswertung einer größeren Anzahl von Dokumenten ansteht. Insgesamt wurden drei Interviews durchgeführt, die nach der Transkription auf Fehler kontrolliert, formal angeglichen, codiert, nummeriert und zum Zwecke der Unterscheidung farblich ausgedruckt wurden. Der Seitenumfang der Interviews liegt bei drei bis sieben Seiten.

Auch ist es notwendig technische Vorbereitungen, wie den Rückgriff auf die Bandaufzeichnung des transkribierten Textes, zu treffen. Dafür wird das aufgezeichnete Interview AP-I nochmals angehört (vgl. Legewie 1994, S.178).

Da die Autorin die Interviewform „Experteninterview“ wählte, deren Erkenntnisgegenstand ein besonderer Wissensstand ist (vgl. Kap. 4.3.2), beschränkt sich Auswertung auf inhaltliche Gesichtspunkte (vgl. Flick 2006, S.139). Weitere Aspekte wie Sprache oder Brüche im Interviewverlauf, die ebenfalls, nach der Methode der Globalauswertung, wichtig für die Analyse sein könnten, werden von der Autorin vernachlässigt.

Im Anschluss an die Vorbereitungsphase beginnen die eigentlichen Auswertungsschritte für jedes Dokument.

Die Textauswertung erfolgt in 10 Arbeitsschritten, die im Folgenden detailliert und bezogen auf die Untersuchung dargestellt werden:

(1) *Orientierung*

In der Orientierungsphase verschafft man sich eine Übersicht über den gesamten Text und erstellt eine grobe Gliederung. Bei größeren Texten werden die Auswertungsschritte evtl. aufgeteilt.

Die Interviewtexte werden hierfür überflogen und Stichwörter zur Grobgliederung werden am Rand notiert. Diese benennen die Gesprächsthemen. Größere, offensichtlich irrelevante Passagen werden ausgeklammert (vgl. Legewie 1994, S.178). Das geschieht beispielsweise, wenn von einheimischen Klientel die Rede ist, oder ausführliche Beispiele geschildert werden, die nicht in direktem Zusammenhang zum Thema stehen.

(2) *Aktivieren von Kontextwissen*

Für die Auswertung ist es erforderlich noch einmal den Kontext der Textentstehung zu rekapitulieren. So soll man sich die InterviewpartnerInnen vergegenwärtigen oder sich die situative Bedingung bei der Interviewdurchführung ins Gedächtnis rufen, da so Zusatzinformationen zutage treten können, die beispielsweise mit dem eigenen Vorwissen oder den eigenen Vorurteilen in Zusammenhang stehen. Hierfür ist es erforderlich ein „Stichwort-Memo“ anzulegen (vgl. Legewie 1994, S.178f).

Nach Beendigung der Interviews legte die Autorin Gesprächsprotokolle an, welche anstelle eines „Stichwort-Memos“ in der Auswertungsphase zurate gezogen werden.

(3) *Text durcharbeiten*

Im dritten Arbeitsschritt steht die Erfassung und Bewertung des Textinhaltes an zentraler Stelle. Dabei soll sich an den Leitfragen des Textes orientiert werden: Was ist das Thema? Was ist wichtig für die Fragestellung?

Auch Fragen zur Form oder zu den Absichten sollen betrachtet werden, die im Hinblick auf die Untersuchung jedoch von der Autorin ausgeblendet werden. Die Kommunikationssituation wird ebenfalls nur am Rand betrachtet. Das Abhören der Bandaufzeichnung soll ohne zielgerichtete Aufmerksamkeit erfolgen. Den Hinweisen Einfälle am Textrand zu notieren, wichtige Wörter und Aussagen zu unterstreichen oder Andeutungen hinsichtlich der Kommunikationssituation zu markieren, kommt die Autorin nach. Sie macht sich Notizen, wenn sie etwas für wichtig, auffällig, unklar oder widersprüchlich hält (vgl. Legewie 1994, S.179).

(4) *Einfälle ausarbeiten*

Zentral für die Textinterpretation ist das Ausarbeiten von Einfällen zum Text. Diese sollen während oder nach dem Durcharbeiten des Textes auf „Memos“ festgehalten werden. Dabei wird pro Einfall ein „Memo“ angelegt. Auf ihm werden Auffälligkeiten im Text, persönliche Eindrücke oder Ideen zur weiteren Auswertung notiert. Er enthält eine eigene Stichwort-Überschrift, mit der der Inhalt der Notiz zu charakterisieren ist. (vgl. Legewie 1994, S.179).

Die Autorin legt eine Übersicht in elektronischer, tabellarischer Form an, das nur vereinzelt Überschriften, wie „Angebote“ oder „Art der Reklame / Ansprache“ oder Zitate enthält. Meist werden die benannten Inhalte wieder gegeben. Aber auch Ideen hinsichtlich der Interpretation werden notiert. Unklarheiten oder offene Fragen werden ebenfalls niedergeschrieben.

(5) *Stichwortverzeichnis anlegen*

Eine erneute Textdurchsicht hat, laut Legewie, das Ziel alle interessierenden Themen des Textes anhand von Stichwörtern wieder zu finden (Themenliste). Hierbei geht es nicht darum die Argumente im Einzelnen wieder zu geben, sondern die Redegegenstände und die „interessanten Stellen“ herauszufiltern. Beim Durchgehen der Texte soll sich an den zuvor durchgeführten Unterstreichungen orientiert werden. Die Detailliertheit dieses Verfahrens ist je nach Fragestellung zu betrachten. Der Übersichtlichkeit wegen sollen jedoch nicht mehr als drei bis fünf Themen pro Textseite definiert werden. Pro Thema soll ein Themenstichwort vergeben werden, welches am Textrand notiert wird (vgl. Legewie 1994, S.179f).

Die Autorin legt ein Stichwortverzeichnis an, das jeweils auf einer Seite die wichtigen und markanten Textgegenstände durch Stichwörter bzw. kurze Sätze wiedergibt.

(6) *„Kurzgeschichte“ oder Zusammenfassung*

Die zentralen Aspekte des Textes sollen in prägnanter Form zusammengefasst werden, was je nach Fragestellung als „Nacherzählung“ oder als inhaltliches Resümee erfolgen kann, und nicht mehr als 30 bis 50 Zeilen ausmachen soll. Für den gesamten Text wird ein Motto oder eine pointierte Überschrift, die z.B. ein Zitat sein kann, gewählt (vgl. Legewie 1994, S.180).

Die Zusammenfassung der Autorin erfolgt als inhaltliches Resümee, wobei für jedes Interview ein Text entstand, der zwischen 50 und 70 Zeilen umfasst. Dieser enthält markante Aussagen der Befragten, die als Zitat erkenntlich sind. Die Überschrift der jeweiligen Texte beginnt ebenfalls mit einem prägnanten Zitat (vgl. Kap. 6.2).

(7) Bewertung des Textes

Im siebenten Arbeitsschritt soll analysiert werden, wie und mit welchen Absichten der Autorin bzw. der Interviewten der Text zustande kam (vgl. Legewie 1994, S.180f).

Hier weicht die Autorin stark von den Vorgaben Legewies ab, und klammert ihn fast vollständig aus. Sie verzichtet – wie schon erwähnt – weitestgehend auf die Interpretation der Kommunikationssituation, und geht nur am Rande auf die Vollständigkeit der mitgeteilten Informationen ein, denn der Fokus der Auswertung richtet auf die inhaltlichen Aspekte (vgl. Kap. 4.3.2).

(8) Auswertungs-Stichwörter

Des Weiteren zielt die Globalauswertung darauf ab, zu erörtern für welche weiteren Fragestellungen der Text interessant sein könnte. Dafür empfiehlt es sich zwei bis fünf Stichwörter entsprechend der Fragestellung aus der vorgegebenen Themenliste auszuwählen. Auch können freie Stichwörter zu besonders interessanten oder bisher unberücksichtigten Aspekten vergeben werden (vgl. Legewie 1994, S.181).

An dieser Stelle verzichtet die Autorin auf die gezielte Stichwortauswahl aus der Themenliste. Dennoch formuliert sie am Ende des Kapitels 6.2 Fragen, die für weitere Untersuchungen interessant sein könnten (vgl. Kap. 6.2).

(9) Konsequenzen für die weitere Arbeit

Zusatzinformationen oder Vergleiche sind bei Einzeltexten oft erstrebenswert, weshalb eine stichwortartige Auflistung zur weiteren Arbeitsplanung in einer „Planungsnotiz“ festgehalten werden soll. Hierbei ist zu überlegen, welche ungeklärten Fragen der Text aufwirft, welche Texte sich im Vergleich bzw. zur Kontrastierung im Hinblick auf die Fragestellung anbieten oder welche zusätzlichen Texte zur Ergänzung von Lücken herangezogen werden können. Gefragt werden soll außerdem, welche zusätzlichen Informationen erhoben oder recherchiert werden müssten (vgl. Legewie 1994, S.181).

Da dieser Untersuchung eine ausführliche Literaturanalyse voraus ging, kann im neunten Arbeitsschritt hierzu ein Bezug hergestellt werden (vgl. Kap. 6.3). Eine stichwortartige Auflistung erfolgt jedoch nicht.

(10) Ergebnisdarstellung

Im letzten Schritt der Auswertungsmethode werden die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte zu einem geschlossenen Auswertungstext zusammengefasst, der folgende Merkmale beinhaltet:

1. Die „Kurzgeschichte“ oder Zusammenfassung
2. Die Bewertung
3. Das Stichwortverzeichnis
4. Die Konsequenzen für die weitere Arbeit
5. Die Auswertungstichwörter
6. Den Anhang (die Memo)

(vgl. Legewie 1994, S.181)

Adaptiert an die Untersuchung verfasste die Autorin zwei Auswertungstexte, die fast alle der aufgeführten Punkte beinhaltet. Im ersten Text präsentiert sie ihre Ergebnisse (vgl. Kap. 6.2), und im zweiten Text bewertet sie diese (vgl. Kap. 6.3). Auf die Darlegung der Stichwortlisten und der „Memos“ verzichtet die Autorin.

6.2 Präsentation der Ergebnisse

Von den 22 ermittelten Einrichtungen nahmen drei an der Untersuchung teil. Mit diesen drei Einrichtungen wurden Interviews geführt, die telefonisch und persönlich erfolgten (vgl. Kap. 5.2 und 5.3). Alle drei Anlaufsstellen gaben an, in den letzten fünf Jahren regelmäßig Kontakt zu demenzerkrankten MigrantInnen bzw. deren Angehörigen gehabt zu haben. Die Ergebnisse der übrigen Anfragen werden im Folgenden dargestellt, und es werden die Gründe benannt, weshalb sie nicht für die Untersuchung infrage kamen. Die Ergebnisse der Interviews folgen im Anschluss ausführlich; nach Maßgabe der Methode Globalauswertung (vgl. Kap. 6.1, Arbeitsschritt 6).

6.2.1 Auswertung der Anfragen

Von den 13 angerufenen ÄrztInnen bestätigen vier ÄrztInnen demenzerkrankte MigrantInnen in ihrer Praxis zu betreuen. Dennoch nehmen sie aus Gründen des Zeitmangels, der Überlastung oder des Desinteresses nicht an der Befragung teil. Die restlichen neun ÄrztInnen geben an keinen Kontakt zu demenzerkrankten MigrantInnen zu haben. Die angefragten Beratungsstellen berichten, dass ihnen diese Zielgruppe nicht bekannt wäre, da ihr Tätigkeitsschwerpunkt auf der psychotherapeutischen Betreuung liegen würde. Dagegen bejahten die zwei ermittelten ambulant tätigen Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegedienste, demenzerkrankte MigrantInnen unter ihrem Klientel zu haben, und sie stimmen auch der Teilnahme an Interviews zu (vgl. Kap. 6.2.2). Die drei angesprochenen Vereine zählen keine demenzerkrankten MigrantInnen zu ihren Klienten. Allerdings sagen zwei Vereine aus, ältere oder kranke MigrantInnen zu betreuen und sie allgemein zu den Themen „Pfle-

gebedürftigkeit“ oder „Pflegeversicherung“ zu beraten. Außerdem würden vorgeschaltete Instanzen, wie das Krankenhaus erste Informationen geben. Dennoch kann durch die Auskunft der Vereine ein weiterer Verein, sowie eine städtische Anlaufstelle für die Untersuchung gewonnen werden. Doch auch dem vierten Verein sind keine demenzerkrankten MigrantInnen bekannt. Und die Beratende in der städtischen Einrichtung kann ebenfalls nur von einem Fall berichten, mit dem sie jedoch kaum etwas zu tun hatte (vgl. Übersicht A3).

6.2.2 Auswertung der Interviews

Die Interviews mit dem Hausarzt, mit der Beratenden der ambulanten Pflegeeinrichtung und mit der Beratenden des ambulanten Pflegedienstes werden im Folgenden als inhaltliches Resümee zusammengefasst. Jeder Text enthält Äußerungen aus den Interviews. Diese werden als Zitat hervorgehoben. So wie in Schritt 6 der Globalauswertung vorgeschlagen, wird auch die jeweilige Textüberschrift durch eine prägnante Aussage der Befragten wiedergegeben (vgl. Kap. 6.1).

Interview HA-I:

„Heimat ist da, wo der Grabstein steht“ (vgl. A4, Z.126)

In den letzten fünf Jahren betreute der befragte Hausarzt regelmäßig demenzerkrankte MigrantInnen. Nach einigem Überlegen kommt er zu dem Entschluss, dass es mehr als fünf PatientInnen seien, von denen er behauptet, dass „diese eindrucksvoll [sind]“ (vgl. A4, Z.14). Nach seinen Angaben machen sie einen Anteil von ca. 10 % aller Demenzerkrankten aus, die er behandelt. Er sagt, dass seine hausärztliche Betreuung neben der medikamentösen Versorgung und Attestausstellung auch die Verweisung an spezielle Einrichtungen beinhalte. Auch die Zusammenarbeit mit einem Psychiater, oder Gespräche und Ratschläge seien Teil seiner Arbeit. Ein „formalisiertes Beratungsangebot“ (vgl. A4, Z.22) habe er jedoch nicht. Allerdings sagt er, dass er Auskunft zu finanziellen Belangen, wie Leistungen der Pflegeversicherung oder zur Befreiung von Rezeptgebühren gibt. Die Gespräche seien aufgrund der Sprachbarriere nicht immer einfach: „Mal so eben was am Telefon abschnacken das geht nicht“ (vgl. A4, Z.84). Auch Zeit- und Koordinierungsaufwand seien erheblich. So war es, nach seinen Aussagen, erforderlich für einen Betroffenen die Rückkehr in die Türkei zu ermöglichen, die es vorher zu organisieren galt. Hierfür musste ein Attest ausgestellt werden, dass die Reisefähigkeit mit Rollstuhltransport belegte. Die psychiatrische Versorgung im Süden Hamburgs sei ebenfalls „eine echte Katastro-

phe“, die sich bei solchen Erkrankungen noch verschärfe (vgl. A4, Z.63ff). Auch die Versorgung zuhause, die von den Familienangehörigen übernommen wird, sei von diversen Problemen gekennzeichnet. Da, laut Hausarzt, der Betroffene mit Unruhe, nächtlichem „Umhergeistern“ und Aggression reagiert, zeigten sich die Angehörigen überfordert. So halten sie beispielsweise Nachtwachen. Durch die Überlastung „entsteht dann Panik, und es folgen Notarzteinsätze“ (vgl. A4, Z.85f). Verschlimmert werde die Situation, seiner Meinung nach noch, durch eine, ebenfalls im Haushalt lebende, Tochter mit Schwerstbehinderung, und der Tatsache, dass neben der Demenzerkrankung noch eine bösartige Tumorerkrankung existiere. Der Betroffene, der die Pflegestufe I hat, habe Angst vor dem Sterben und fühle sich zerrissen, da er „wahrscheinlich von seiner Heimat [träumt]“ (vgl. A4, Z.45f). Der Hausarzt vermutet, dass er seinen Frieden nicht finden könne, sodass der Entschluss fiel, ihn zurück in die Heimat gehen zu lassen. So meint der befragte Arzt, dass das ein zentrales Thema von älteren MigrantInnen sei. Denn nach seiner Meinung mangle es in Deutschland an muslimischen Bestattungsmethoden. Auch der Erkrankte sei ein frommer Moslem, dessen patriarchalisches Verhalten allerdings zu kulturellen Konflikten führe, die von der Schwiegertochter jedoch gut ausgehalten würden.

In einem anderen Fall – so berichtet der Hausarzt – mussten die Töchter einer Betroffenen konsequent dafür eintreten, dass ihre Mutter optimal in einem Wilhelmsburger Pflegeheim betreut werde. Trotz ihrer Berufstätigkeit haben sie „massiv dafür gekämpft mit der Situation richtig umzugehen und die Situation richtig einschätzen zu können“ (vgl. A4, Z.97ff). Die Betroffene schien die erste demenzerkrankte Migrantin in diesem Pflegeheim gewesen zu sein, denn trotz türkischem Personal schien es an einer geeigneten Betreuung zu fehlen. Es schien keine feste Bezugsperson für die Betroffene zu geben, sodass sie, laut Hausarzt, mit Aggression und Rückzug in die Demenz reagierte. Daraufhin soll sie medikamentös ruhig gestellt worden sein. Letztendlich seien vermittelnde Gespräche mit einem kultursensiblen Pflegedienst erfolgt.

Zur Verbesserung der Situation wünscht sich der Hausarzt, dass es die Möglichkeit gäbe sich hier muslimisch bestatten zu lassen, denn im Alter scheint sich die erlebte Zerrissenheit zwischen den Welten extrem zuzuspitzen. Erst die Einbeziehung dessen würde für ihn Integration bedeuten, da „Heimat da ist, wo der Grabstein steht“ (vgl. A4, Z.126). Er wünscht sich außerdem Rahmenbedingungen, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Dazu zählt er vor allem ein „supportives Umfeld“ (vgl. A4, Z.116), denn „wird das Umfeld als feindlich empfunden, dann erfolgt ein Rückzug in die Demenz“ (vgl. A4,

Z.123). Die Unterstützung durch den kultursensiblen Pflegedienst schätzt er sehr. Allerdings fordert er eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

Abschließend entlässt er die Autorin mit offenen Fragen, wie:“ Wo [werden] die (MigrantInnen – Anm. Autorin) eigentlich krank und alt? Oder: Wie viele MigrantInnen [liegen] auf dem Friedhof in Finkenriek²⁶?“ (vgl. A4, Z.112 und Z.128).

Interview AP-I:

„Gib mir die Fähigkeit zu akzeptieren, was ich nicht ändern, und zu ändern, was ich ändern kann. Und die Weisheit das eine vom anderen zu unterscheiden.“ (vgl. A5, Z.125ff)

In den letzten fünf Jahren wurden von der befragten ambulanten Pflegeeinrichtung, die sich als Schwerpunkteinrichtung für Demenzerkrankte versteht, sechs demenzerkrankte MigrantInnen betreut. Außerdem kann, laut Aussage der Beratenden, auf einen Pool von acht ehrenamtlichen HelferInnen aus verschiedenen Nationen (z.B. Iran, Russland, Türkei) zurückgegriffen werden. Die Einrichtung bietet neben Beratung, eine Angehörigengruppe, eine Betreuungsgruppe, einen Besuchsdienst, Tagespflege und „Wohlfühlnachmittage“ an. Von MigrantInnen würden diese Angebote jedoch kaum genutzt. Schon die Kontaktaufnahme zu ihnen scheint schwierig. Mitunter seien mehrere Anläufe nötig oder „die Beratung [wird] ein bisschen aufgedrängt“ (vgl. A5, Z.25f). Die Hilfsangebote würden aufgrund unterschiedlicher kultureller Sichtweisen bzw. Lebenswelten abgelehnt, obwohl sich die Beratende als „Übersetzerin“ versteht. Zum Teil scheitere auch die bereits begonnene Inanspruchnahme. Zum Beispiel „ein türkischer Herr, der versucht wurde in Betreuungsgruppe und Tagespflege einzugliedern, was nicht geklappt hat“ (vgl. A5, Z.9f). Generelle Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme sieht die Beratende darin, dass Demenz ein Problem des höheren Alters ist, von dem die meisten MigrantInnen noch entfernt sind. Außerdem fügt sie hinzu, dass im Allgemeinen auf die Anfangsstadien der Demenz nicht geachtet werde. Sie vermutet eine größere Wissenslücke bei den MigrantInnen, und schätzt auch den Grad ihrer Informiertheit als gering ein. Dabei seien Kenntnisse über die Leistungen der Pflegeversicherung noch am ehesten vorhanden, wobei das Wissen um die 460 €-Regelung²⁷ allgemein sehr unbekannt sei. Die Beratende denkt außerdem, dass Demenz oft mit Depression verwechselt werden würde, da sich die Menschen zurückzögen. Oder dass Demenz als persönliche Schwäche betrachtet werden würde, weshalb es ein Tabuthema darstelle. Nicht zuletzt würde erforderliche Hilfe erst angenommen, „wenn fast nichts mehr

²⁶ Finkenriek ist der Friedhof des Stadtteiles Wilhelmsburg.

²⁷ Damit sind Leistungen aus dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz gemeint.

geht“ (vgl.A5, Z.99). Dass die Inanspruchnahme gering sei, lässt sich auch daran ablesen, dass in einem einmalig durchgeführten Pflegekurs ebenfalls keine pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund teilgenommen hätten, weshalb die Beratende vorschlägt die Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit zu schulen, was sogar kostengünstiger wäre.

Bei den Problemen, mit denen sich pflegende Angehörige an die Beratende wenden würden, erkenne sie kein spezielles „MigrantInnenproblem“. Allerdings berichtet sie von einem Migranten, bei dem aufgrund der Demenz die deutsche Sprache „weggerutscht“ sei. Angehörige, die zu ihr kommen, erscheinen oft hilflos, sodass die Beratung in erster Linie geprägt sei von Entlastungswünschen (z.B. durch Ehrenamtliche). Gezielt sollen dabei die kleinen Alltagsprobleme gelöst werden, die Nerven kosten und zu Ärger, Verzweiflung oder Enttäuschung führten. Daher zeige sie Handlungsstrategien auf und vermittele Handlungskompetenz. Denn es bedarf der „Fähigkeit zu akzeptieren, was ich nicht ändern, und zu ändern, was ich ändern kann. Und die Weisheit das eine vom anderen zu unterscheiden.“ (vgl.A5, Z.125ff). Ihre Beratung empfinde die Beratende als einen Balanceakt zwischen Sensibilisieren und Bewusstmachen der Problematik, und der Wahrung der Autonomie der Betroffenen, denn „die Sperre ist ja bei allen sehr groß, Hilfe überhaupt anzunehmen“ (vgl.A5, Z.94). Auch auf ausgelegtes Informationsmaterial, wie Flyer werde nicht reagiert, sodass die Beratende mittlerweile bevorzugt auf persönliche Ansprache setzt, ihren Bekanntenkreis vergrößert oder einfach präsent ist. Sie vermutet, dass MigrantInnen oft noch schlechtere Netzwerke haben. Dennoch ist sie der Meinung, ausreichend Hilfe und Unterstützung bieten zu können, da sie sich auf das Klientel mit Migrationshintergrund vorbereitet fühle: „Die brauchen im Prinzip wirklich nur zu kommen“ (vgl.A5, Z.139f). Aber weil die MigrantInnen aktuell noch nicht so zahlreich erschienen seien, sei die Beratende noch nicht in die Situation gekommen Weiterempfehlungen an andere Institutionen geben zu können.

Aktuell informiert sie potentiell Betroffene über die Presse (z.B. Tageszeitung, Wochenblatt) oder mittels Flyer über die Angebote ihrer Einrichtung. Sie steht aber auch mit einem Stand auf Stadtteilständen oder auf dem Wochenmarkt. Dazu bemerkt sie, dass MigrantInnen, die verstärkt auf dem Wochenmarkt anzutreffen seien, kein Interesse für ihre Belange zeigen würden. Vorhandene Flyer in Türkisch, die allein bei ÄrztInnen ausliegen, würden ansonsten nicht genutzt. Um den Bekanntheitsgrad ihrer Einrichtung zu steigern, plane die Beratende gezielt Arztpraxen aufzusuchen, und vor allem die ArzthelferInnen anzusprechen, die häufig einen Migrationshintergrund hätten.

Eine Netzwerkarbeit zu diesem Thema bestünde nicht, obwohl es Kontakte zur türkischen Gemeinde und zu einem interkulturellen Kommunikations- und Bildungsverein gab, der jedoch nicht in eine systematische Zusammenarbeit mündete. Den Plan eine eigene Betreuungsgruppe für MigrantInnen für den Bezirk Harburg zu gründen, hat die Beratende wieder aufgegeben, da ihrer Meinung nach die Lebenserwartung der Zielgruppe, und damit die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken zu gering sei. Auch die „ganzen anderen Hinderungsgründe bis also so ein Angebot angenommen ist“, ließen sie von der Idee abweichen (vgl.A5, Z.284f).

Da die Autorin Interesse an der Arbeit der Ehrenamtlichen zeigt, berichtet die Beratende, dass in ihrer Einrichtung insgesamt 34 ehrenamtliche HelferInnen aktiv seien, die in mittlerweile drei Kursen à 40 h geschult wurden. Davon seien acht Ehrenamtliche MigrantInnen, was ca. einem Viertel aller vorhandenen Ehrenamtlichen entspricht. Laut der Interviewten würden Viele verbesserte Chancen auf dem Arbeitsmarkt sehen, wenn sie eine ehrenamtliche Tätigkeit im Lebenslauf vorweisen könnten, auch würden sie hierdurch eine sinnvolle Beschäftigung finden. Und nicht zu vergessen, sei der monetäre Anreiz (Aufwandsentschädigung).

Interview AP-II:

„Für bestimmte Institutionen ist es noch immer ein Problem, dass es MigrantInnen gibt.“

(vgl.A6, Z.93f)

In den letzten fünf Jahren betreute die Beratende des ambulanten Pflegedienstes, nach ihren eigenen Angaben, zwischen 18 und 20 demenzerkrankte MigrantInnen in ihrer Einrichtung. Sie erzählt, dass das Wissen um die Erkrankung gering sei, denn „in der Bevölkerung ist Demenz noch viel undefiniert“ (vgl.A6, Z.58f). Auch der Umgang mit der Erkrankung erweise sich als problematisch: „Sie denken es sei eine psychische Erkrankung“, und „sagen ‚meine Mutter hat ´nen Knacks weg‘“ (vgl. A6, Z.9f). Besonders Demenzen im Spätstadium würden nicht verstanden werden: „Da lief ein Angehöriger nackt auf der Straße und es wurde gesagt: ‚der ist verrückt geworden‘“ (vgl.A6, Z.10ff). Sie denken, dass die Betroffenen das mit Absicht täten, und scheinen keine Kenntnisse von den Medikamenten zu haben oder über bestehende Pflegeeinrichtungen Bescheid zu wissen. Darum wüssten sie in der Beratung gar nicht, welche Fragen sie stellen sollten. Oft schämten sie sich für das Verhalten ihrer Angehörigen und verstünden nicht, was geschieht: „Sie kommen dahinter, dass der Mensch dement ist, und er wird nicht behandelt“ (vgl. A6, Z.21f).

Mit ihren Angeboten versucht die Beratende dem entgegen zu wirken. So erklärt sie in ihrer Beratung beispielsweise „den Unterschied zwischen psychischer Erkrankung, Parkinson und Demenz, denn ein 18-Jähriger hat keine Demenz“ (vgl.A6, Z.27f). Außerdem vermittelt sie an ÄrztInnen weiter oder sie führt mit ihren KollegInnen die Pflege durch, die biografieorientiert sein soll. Sie sagt, dass sie ihre MitarbeiterInnen zu diesem Thema schult, indem sie ihnen z.B. erklärt, dass sie darauf eingehen sollten, was die Betroffenen äußern, dies entsprechend spiegeln, und den Demenzkranken in seiner Zeit leben lassen. Von den Angeboten erfahren die Betroffenen beispielsweise von ihr selbst, über Mundpropaganda, durch die Altenhilfe oder von ÄrztInnen. Die Angebote tragen, nach Meinung der Beratenden, zur Lösung der geäußerten Probleme bei.

Dennoch habe sie nicht das Gefühl, ausreichend Hilfe und Unterstützung leisten zu können. Es fehle an der entsprechenden Personalstruktur. Die Weiterbildung zum Thema „Demenz“ sei zu ungenau und nicht auf MigrantInnen zugeschnitten.

Weiterempfehlungen gäbe die Beratende an das „Demenznetz“, mit dem auch Netzwerkarbeit betriebe würde. Allerdings sei die Zusammenarbeit von Schwierigkeiten gekennzeichnet, da sich die andere Einrichtung, ihrer Ansicht nach, sagen würde, „wenn wir die Leute schon betreuen können wir sie auch gleich pflegen“ (vgl.A6, Z.51). Daher bestünde eine Konkurrenzsituation, wobei sich die MigrantInnen angeblich in dieser Einrichtung nicht so wohl fühlen, denn „die kommen wieder zurück“ (vgl.A6, Z.53). Aufklärung würde durch die „Diakonie“ erfolgen, aber auch durch zwei türkische Neurologen, die Informationsveranstaltungen zum Thema durchführen.

Mittlerweile habe auch die Pflegeversicherung begonnen sich auf Demenzerkrankte einzustellen, sodass diese in der Regel die Pflegestufe I erhielten, und die langwierigen Probleme mit dem MDK weitestgehend behoben seien. Dass dennoch pflegende Angehörige demenzerkrankter MigrantInnen in Pflegekursen unterrepräsentiert seien, läge, laut Berater, daran, dass die Kurse nur auf Deutsch seien, und die Inhalte nicht gut erklärt würden: „Es kommt viel Fachsprache vor“ (vgl.A6, Z.70). Ihr Vorschlag hierzu wäre es, mehr Laiensprache zur Vermittlung des Themas zu benutzen.

Überhaupt fordert sie Pflegekurse für bestimmte Sprachkreise anzubieten, oder mehr muttersprachliche Fachkräfte einzustellen. Broschüren von der Gesundheitsbehörde zu diesem Thema in verschiedenen Sprachen finde sie ebenfalls von Vorteil. Auch Schwerpunktpraxen für Demenz würde sie gut heißen. Die Beratende wünscht sich außerdem die personelle Anpassung der Beratungsstellen an deren Klientel. Allerdings zeigt sie sich ratlos darüber, wie das alles umgesetzt werden solle, und vermutet, dass es am finanziellen Auf-

wand scheitern könnte. Sie selbst habe versucht ein „betreutes Wohnen“ für MigrantInnen aufzubauen. Da es zu viel Geld gekostet hätte, scheiterte der Plan. Nun versuche sie „betreute Wohngruppen“ aufzubauen, für die sie größere Wohnungen anmieten möchte. Abschließend fügt die Beratende hinzu, dass es „für bestimmte Institutionen noch immer ein Problem [ist], dass es MigrantInnen gibt“ (vgl.A6, Z.93f), und dass in Hamburg eher Menschen leben, die wieder zurück in die Heimat gehen würden. Konkret berichtet sie von der geplanten Rückkehr eines Mannes in die Türkei. Und sie ergänzt, dass Gewalt gegenüber Demenzkranken ein großes Tabuthema sei. In der türkischen Gesellschaft würde die Erkrankung geheim gehalten: „Die Leute werden eingeschlossen, wenn Besuch kommt, oder dürfen die Wohnung nicht mehr allein verlassen“ (vgl.A6, Z.100f).

6.3 Bewertung der Ergebnisse

Im Sinne der Globalauswertung beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Bewertung der Texte und mit der Auseinandersetzung aufkommender Fragen bzw. weiterführende Fragestellungen (vgl. Kap. 6.1, Arbeitsschritte 7-10).

Aus der vergleichenden Analyse geht hervor, dass sich die Anzahl der demenzerkrankten MigrantInnen, die von den Einrichtungen in den letzten fünf Jahren regelmäßig betreut wurden, zwischen 5 und 20 bewegt, wobei die zweistellige Anzahl (18-20), die von einer Einrichtung benannt wurde, auffällig erscheint. Dass diese Zahl so hoch ist, liegt womöglich daran, dass die Beratende selbst einen Migrationshintergrund hat, und daher bevorzugt von MigrantInnen aufgesucht wird.

Den demenzerkrankten MigrantInnen und ihren Angehörigen wird eine breite Angebotspalette geboten, von der sie jedoch nur in geringem Maße Gebrauch machen. Das kann mit den Hemmnissen im Zusammenhang stehen, die ausführlich in Kapitel 3.1 erläutert wurden, und die die Betroffenen davon abhalten vorhandene Angebote in Anspruch zu nehmen.

Im hausärztlichen Bereich konzentrieren sich die Angebote eher auf die medikamentöse Versorgung und die Ausstellung von Attesten. Aber auch die Verweisung an spezielle Einrichtung oder die Gesprächsführung gehören zu den Aufgaben des Hausarztes. Genau wie die beiden anderen ambulanten Einrichtungen berät er zu Leistungen der Pflegeversicherung. Dies ist u. a. wichtig, da ältere MigrantInnen von finanziellen Problemlagen gekennzeichnet sind, und auf finanzielle Unterstützung angewiesen sind (vgl. Kap. 1.1).

Zusätzlich können die ambulanten Pflegeeinrichtungen noch mit Betreuungsangeboten, Unterstützungsleistungen oder Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige aufwarten. Beratung und Aufklärung bilden ebenfalls einen wesentlichen Bestandteil ihrer Arbeit. In einer Einrichtung wird auch die Pflege der Betroffenen übernommen. Dies ermöglicht umfassende Einblicke in die familiären Systeme, die die Gewährung von Hilfe – bei entsprechender Vertrauensbasis – erleichtern kann (vgl. Kap. 3.2).

Die Beratung besteht in erster Linie aus der Vermittlung von Wissen, da die pflegenden Angehörigen nur unzureichend über die Demenzerkrankung informiert sind. Sie halten Demenz für eine psychische Erkrankung, verwechseln Demenz mit Depression, reagieren mit Unverständnis oder achten nicht auf die Anfangsstadien der Erkrankung. Hier sollten – adaptiert an den Bildungsgrad – Medien eingesetzt werden, die gut strukturiert und leicht verständlich sind (vgl. Kap. 1.3).

Mitunter kommt zur Unkenntnis noch Scham oder persönliche Schwäche. Hilfen werden oft verweigert, oder erst spät angenommen. Nach Aussagen der Experten sind oftmals die Grenzen der Belastbarkeit erreicht. Oft wird der Betroffene rund um die Uhr zuhause betreut (z.B. Nachtwache halten), was die pflegenden Angehörigen viel Kraft kostet. Gerade in der Häuslichkeit kommt es zu Panikreaktionen, wenn der Betroffene z.B. als aggressiv empfunden wird. Aufgrund von unangepassten Medikamenten folgen Notarzteinsätze (vgl. A4, Z.60 und Z.81ff), mit denen die Gefahr der notfallmedizinischen Überversorgung einhergeht. Aber auch in der stationären Betreuung scheint es, laut Aussagen des Hausarztes, zu Überforderungen zu kommen, auf die das Pflegepersonal mit medikamentöser Ruhigstellung reagiert. Im Umgang mit den Demenzerkrankten wird auch von Gewalt gesprochen, was ein großes Tabuthema darstellt. Es gilt die familiären Systeme zu entlasten, und ihnen professionelle Dienstleister zur Seite zu stellen (vgl. Kap. 2.3.3).

Schon jetzt sorgen die Beratenden mit ihrer Arbeit für Entlastung und zeigen Handlungsstrategien auf oder vermitteln Handlungskompetenzen. Dies ist jedoch ein Balanceakt, der Fingerspitzengefühl erfordert. Einerseits sollen die Angehörigen für die Erkrankung und den Umgang mit ihr sensibilisiert werden, andererseits gilt es ihre Autonomie zu wahren.

Unterstützung holen sich die Beratenden bei ÄrztInnen, an die sie auch weitervermitteln. Oder sie kooperieren mit dem „Demenznetz“, bzw. mit einem kultursensiblen Pflegedienst. Der Hausarzt fragt einen Facharzt (Psychiater) um Hilfe. Allerdings beklagt er die defizitäre Lage auf diesem Fachgebiet, und spricht von einer psychiatrischen Unterversorgung im Süden Hamburgs. Bisher scheint es auch nur zwei Neurologen mit Migrationshintergrund

zu geben, die zu diesem Thema Informationsveranstaltungen durchführen. Hier sind verbesserte Rahmenbedingungen zu gestalten, wie sie von dem Hausarzt eingefordert werden. Es ist ein „supportives Umfeld“ zu schaffen, und die Beratungsstellen sind personell an die Klientel anzupassen. Konkret wären Schwerpunktpraxen für Demenz vorstellbar. Ein Vorschlag, der nicht in der Literatur zu finden war.

All diese Unterstützungsleistungen kosten viel Zeit und Energie. Oft ist ein großer Koordinationsaufwand nötig. Beispielsweise wenn eine Rückkehr ins Herkunftsland zu organisieren ist, die viele ältere MigrantInnen aus Hamburg anstreben. Die bestehende Zerrissenheit zwischen Herkunftsland und Aufnahmeland, sowie der Mangel an muslimischen Bestattungsmöglichkeiten lassen sie u. a. diesen Schritt gehen. Dass das ein zentrales Lebens-thema für betagte MigrantInnen ist, belegt auch die Literatur (vgl. Kap. 1.5). In Beratungsgesprächen gilt es dieses Thema zu bedenken.

Eine weitere Schwierigkeit im Umgang mit demenzerkrankten MigrantInnen besteht durch die Sprachbarriere (vgl. Kap. 1.3). Einerseits wird die deutsche Sprache nicht so gut beherrscht, um komplexe Gespräche führen zu können, andererseits wird sie durch die Erkrankung vergessen. Außerdem werden von einer Beratenden die unterschiedlichen kulturellen Sichtweisen als ein Problem benannt. Kulturelle Konflikte innerhalb der Familie benennt der Hausarzt. Diese Aspekte werden ebenfalls in der Literatur erwähnt (vgl. Kap. 1.2 und Kap. 3.1).

Hier ist kultursensibles Handeln gefragt. Dass das noch ausbaufähig ist, wurde an der einen oder anderen Stelle in den Interviews deutlich. Im Umgang mit dem Klientel „MigrantInnen“ ließen sich beispielsweise einige Unsicherheiten bei einer Befragten erkennen. Obwohl sie intuitiv richtig zu handeln scheint und selbstreflexiv wirkt, indem sie sagt: „Es is´ also seltsam, dass man mit MigrantInnen immer noch wirklich eher noch Türken und so in Verbindung bringt, oder einfach islamisch“ (vgl. A5, Z.239ff), entsteht der Eindruck, dass ihr kultursensible Erfahrungswerte fehlen: „Während also wie ´n türkischer Mann lebt, ist mir als Übersetzer, als der ich ja dann sozusagen auch fungiere, schon einfach noch fremder“ (vgl. A5, Z.35ff).

Zur Verbesserung der Situation wird daher die Forderung nach mehr muttersprachlichem Fachpersonal laut (vgl. Kap. 3.2). Damit sind u.a. ArzthelferInnen gemeint, die als Ansprechpartnerinnen und GatekeeperInnen zwischen ÄrztInnen und Betroffenen fungieren könnten. Auch muttersprachliches Informationsmaterial oder Pflegekurse für verschiedene Sprachkreise werden zur Verbesserung der Situation von einer Beratenden gewünscht, da bisher MigrantInnen in Pflegekursen unterrepräsentiert waren. Dazu könnten ehrenamtli-

che HelferInnen mit Migrationshintergrund gewonnen werden, die in einer Einrichtung bereits als Potential zur Verfügung stehen. Sie könnten die Rolle der kulturellen MittlerInnen einnehmen, denn so jemand „hat natürlich mehr die Kultursachen im Hintergrund“ (vgl. A5, Z.64). Konkret könnten sie als DolmetscherInnen in der Beratungsarbeit zur Verfügung stehen (vgl. Kap. 3.2).

Obwohl sich eine Befragte gut auf die Zielgruppe vorbereitet fühlt, bleibt die Inanspruchnahme bestehender Angebote gering. Die andere Beratende kann nicht bestätigen, dass sie ausreichend Hilfe und Unterstützung bieten kann, da sie, genau wie der Hausarzt, die Rahmenbedingungen als unzureichend einschätzt (z.B. Mangel an muttersprachlichem Fachpersonal).

Beide ambulante Pflegeeinrichtungen nutzen gezielt die Mundpropaganda, um über ihre Arbeit zu informieren. Sie schätzen den persönlichen Kontakt, da ihrer Meinung nach informelle Netzwerke, wie Nachbarschaftshilfe, einen Ansatz bieten, der niedrigschwellig genug ist, um die Zielgruppe zu erreichen. Dies sollte zukünftig weiter fokussiert werden, wie auch die Literatur bestätigt (vgl. Kap. 3.1). Auch mittels Presse oder durch die Unterstützung der Altenhilfe wird Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Sogar auf Stadtteilstesten und auf dem Wochenmarkt wird für das Vorhaben geworben. Dennoch scheint das Engagement nicht belohnt zu werden. Trotz hoher MigrantInnenquote auf dem Wochenmarkt, scheint sich fast niemand für die Angebote der Beratenden zu interessieren. Wohl auch, weil sie vorbereitete Flyer auf Türkisch nicht präsent hatte (vgl. A5, Z.195).

Um Veränderungen zu bewirken haben die beiden Beratenden bereits Ideen ins Auge gefasst. So wollte eine Beratende ein „betreutes Wohnen“ für MigrantInnen aufbauen, was sie jedoch aus finanziellen Gründen unterließ. Alternativ plant sie nun „betreute Wohngruppen“. Die andere Beratende plante eine eigene Betreuungsgruppe für MigrantInnen. Auch sie verwarf den Plan. Allerdings mit der Begründung, dass, aufgrund der geringen Lebenserwartungen, die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken als nicht besonders hoch eingeschätzt werden kann, und dass es ein aufwendiger Prozess sein würde, bis das Angebot entsprechend angenommen werden würde. Nach Ansicht der Autorin wäre es sinnvoll, vor der Umsetzung solcher Projekte eine Bedarfsanalyse durchzuführen, um eine realistische Einschätzung der Gesamtsituation zu erhalten.

Alle drei Befragten wirken sehr informiert sowie erfahren im Umgang mit dem Thema. Sie präsentieren gut durchdachte Ideen und hintergründige Analysen. Sie zeigen sich sehr engagiert, und liefern viele verwertbare Fakten für die Untersuchung. Von einem repräsen-

tativen Ergebnis kann jedoch, aufgrund der insgesamt geringen Datenmenge, nicht ausgegangen werden.

Die meisten Aussagen der Interviews decken sich mit den Aussagen aus dem Theorieteil, sowie mit den Annahmen, von denen zu Beginn der Untersuchung ausgegangen wurde (vgl. Kap. 4.1.2). Alle Befragten bestätigen, dass die pflegenden Angehörigen demenzerkrankter MigrantInnen wenig Wissen über die Erkrankung besitzen, und wenige Kenntnisse über den Umgang damit haben (vgl. A4, Z.55ff, A5, Z.78, A6, Z.12). Auch die Annahme, dass pflegende Angehörige demenzerkrankter MigrantInnen wenige Informationen über die Leistungen und Unterstützungsangebote haben, die sie in Anspruch nehmen können, bestätigt sich. Es wird jedoch betont, dass über die Leistungen der Pflegeversicherung noch am ehesten Bescheid gewusst wird (vgl. A5, Z.58 und A6, Z.64). Selbst der Hausarzt informiert darüber (vgl. A4, Z.69). Auch die Annahme, dass pflegende Angehörige demenzerkrankter MigrantInnen in Pflegekurse unterrepräsentiert sind, findet Bestätigung (vgl. A5, Z.77 und A6, Z.69ff). Und die Annahme, dass infrage kommende Anlaufstellen kaum muttersprachliche Beratungsangebote unterbreiten können, bestätigte sich ebenfalls durch die Interviews (vgl. A5, Z.195 und A6, Z.83ff). Nur in einer Einrichtung hat die Beratende einen Migrationshintergrund, der es ihr ermöglicht muttersprachlich zu beraten. Eine andere Einrichtung hat durch ehrenamtliche HelferInnen mit Migrationshintergrund das geeignete Potential, was jedoch kaum genutzt zu werden scheint.

Die geringe Inanspruchnahme von Angeboten, die Gründe dafür, das geringe Wissen um Demenz oder die Überforderung der Angehörigen kamen auch in allen geführten Interviews, genauso wie in der Literatur, zur Sprache. Im Widerspruch zur Literatur steht die Mutmaßung einer Beratenden, die davon ausgeht, dass die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken aufgrund der verkürzten Lebenserwartung zu gering sei. Erfahrungen aus der Praxis bestätigen hingegen, dass MigrantInnen oft früher als Einheimische an Demenz erkranken (vgl. Kap. 2.3), weshalb die verkürzte Lebenserwartung nicht maßgebend zu sein scheint. Unerwähnt in der Literatur blieb die Information, dass Gewalt gegenüber den Demenzkranken ausgeübt wird. Dennoch war an mehreren Stellen in der Literatur von Überforderung die Rede (vgl. Kap. 2.3.3). Auch war nicht explizit nachzulesen, dass in der türkischen Gesellschaft versucht wird diese Erkrankung „geheim [zu] halten“ und die Betroffenen „eingeschlossen“ werden oder „nicht mehr allein das Haus verlassen dürfen“ (vgl. A6, Z.99f). Dennoch sprach die Literatur davon, dass man diese Menschen verstecken müsse (vgl. Kap. 2.3.3). Diese Erwähnungen scheinen Indizien für die Überlastung der Familienangehörigen und zugleich für bestehende Schamgefühle zu sein.

Die Exploration dieses Themas gibt Anlass zu weiterführenden Fragen auf verschiedenen Feldern bzw. Ebenen. Zum einen wäre es interessant stadtteilübergreifend zu schauen inwieweit Einrichtungen, die schwerpunktmäßig zum Thema Demenz arbeiten bzw. der Alzheimergesellschaft unterstehen, in ihrer Angebotsstruktur auf demenzerkrankte MigrantInnen eingehen (z.B. muttersprachliches Personal vorhalten oder Infomaterial anbieten oder kultursensibel fortgebildet sind). Auch wäre es aufschlussreich in Erfahrung zu bringen, inwieweit das Potential der ehrenamtlichen HelferInnen mit Migrationshintergrund besser nutzbar gemacht werden könnte. Im Hinblick auf den Themenschwerpunkt „Anleitung und Beratung“ könnte aus der pädagogischen Perspektive überlegt werden, welche Medien sinnvoll wären, um die Aufklärung über die Erkrankung zu verbessern.

Im Hinblick auf die Untersuchung bleibt noch anzumerken, dass Schwächen in der Methodik bestanden. So müsste die Autorin beispielsweise zukünftig ihre Fragestellungen ausdifferenzieren oder Frageformulierungen präzisieren. Das Experteninterview erwies sich dagegen als geeignetes Instrument. Dass nur 3 von 22 Einrichtungen bereit waren ein Interview zu geben, sollte jedoch hinterfragt werden.

Die Auswertungsmethode „Globalauswertung“ kann weitestgehend positiv bewertet werden, da das 10-schrittige Vorgehen viel Struktur bietet, um sich der Analyse zu nähern. Mitunter kam es jedoch zu Redundanzen, sodass die Autorin ihr Vorgehen an die Untersuchung adaptierte.

C Schlussteil

7. Fazit

Die Ergebnisse der qualitativen, explorativen Untersuchung, die als nicht repräsentativ anzusehen sind, decken sich fast vollständig mit den Erkenntnissen aus dem Theorieteil. Durch die drei durchgeführten Experteninterviews können diese anschaulich abgebildet werden. So zeichnet sich besonders die geringe Inanspruchnahme von Beratungsangeboten oder anderen Leistungen auf dem Gesundheitssektor ab, obwohl diese im Stadtteil Hamburg Wilhelmsburg vielfältig vorhanden zu sein scheinen (z.B. Betreuungsangebote). Auch die Problemlagen der Betroffenen decken sich mit den Schilderungen der Interviews. Sie ergeben sich vor allem aus den Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung. Probleme werden jedoch auch seitens der Beratenden geäußert, zu denen beispielsweise die Sprachbarriere zählt.

Alle Annahmen, die zu Beginn der Untersuchung unterstellt wurden, bestätigen sich durch die Experteninterviews. Neue Erkenntnisse können jedoch kaum gewonnen werden. Durch authentische Beispiele (z.B. Notarztrufe, Gewalt) werden allerdings die Überforderungen der Familienangehörigen untermauert, es werden kulturell gefärbte Verhaltensweisen dargestellt (z.B. Geheimhaltung), oder es wird auf Defizite in der medizinischen Versorgungslage aufmerksam gemacht (z.B. psychiatrische Unterversorgung). Einen interessanten Aspekt in den Untersuchungsergebnissen stellt die Gruppe der Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund dar.

In den Vorschlägen zur Verbesserung der Situation erklingen Äußerungen, die sowohl die Ebene der Gesellschaft (Makroebene), der Institutionen (Mesoebene), als auch der Individuen (Mikroebene) anspricht (vgl. Abb.6). Die Äußerungen schlagen ebenso einen idealistischen, wie einen pragmatischen Ton an. So wird die allgemeine Forderung an die Gesellschaft gestellt, die Rahmenbedingungen dahingehend zu verbessern, dass ein „supportives Umfeld“ entsteht. Hierfür wären politischen Instanzen, die durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen dafür Sorge tragen könnten, dass das Umfeld als supportiv empfunden wird, erste Adressaten. Ebenso wie die Bevölkerung, die durch entsprechendes Verhalten ihren Beitrag leisten könnte. Kampagnen, die eine kultursensible Altenhilfe bzw. eine interkulturelle Öffnung der Altenhilfe fördern, sind da ein Anfang. Dies wird auch von der Bundesregierung unterstützt (vgl. KDA 2003, S.14f).

Auf der Institutionsebene werden Personalentscheidungen gefällt, bei der die Stellenbeschreibungen in den beratenden Einrichtungen an die Bedürfnisse der Klientel angepasst

werden sollten. Bezogen auf den Stadtteil Wilhelmsburg, der einen MigrantInnenanteil von 34,7 % aufweist, würde dies bedeuten, mehr muttersprachliches Fachpersonal einzustellen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Beschäftigten kultursensibel agieren. Dies kann durch die Ausbildung von muttersprachlichem Fachpersonal oder durch die Konzeption entsprechender Weiterbildungsangebote forciert werden. Generell sollten ältere MigrantInnen von Beginn an in Versorgungskonzepten als besondere Zielgruppe berücksichtigt werden. Vor der Implementierung neuer Angebote, empfiehlt es sich allerdings eine Bedarfsanalyse durchzuführen, um den Bedürfnissen der, zu erwartenden Klientel zu entsprechen.

Auch sollten Möglichkeiten geschaffen werden muslimische Bestattungen bzw. Bestattungsrituale anderer Religionen zu erleichtern. Dies könnte älteren MigrantInnen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln, sodass sie in Deutschland in Würde altern und sterben können.

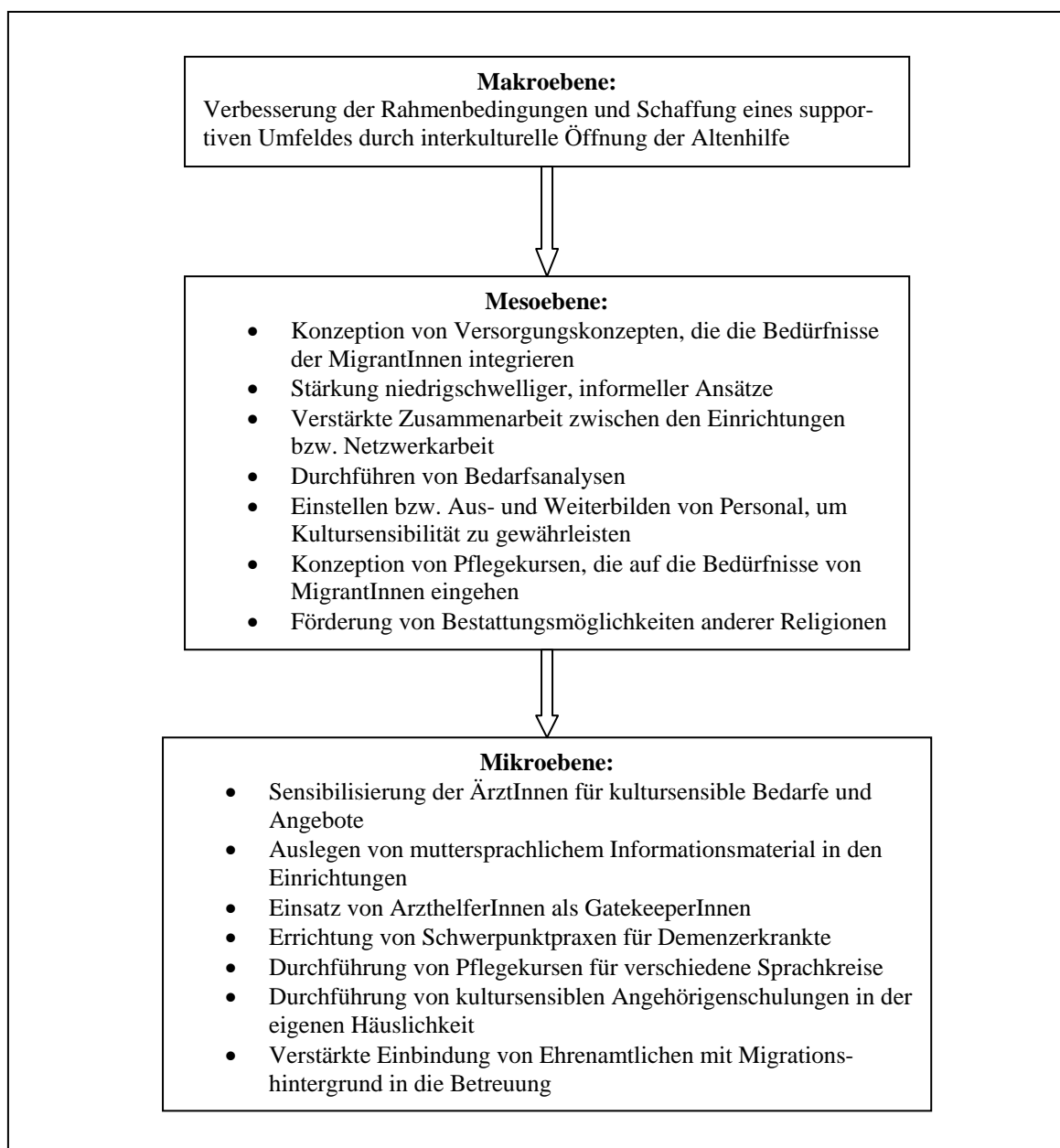
Alle an der Versorgung beteiligten Einrichtungen sollten eng zusammenarbeiten. Gerade die ÄrztInnen, die oft als erste Anlaufstelle bei einer aufgetretenen Demenzerkrankung fungieren, sollten über alle bestehenden Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Stadtteil informiert sein, um Betroffene an die entsprechenden Stellen weiterleiten zu können. Dabei könnten insbesondere ArzthelferInnen mit Migrationshintergrund eine sinnvolle Hilfe sein, die zwischen den MedizinerInnen und den PatientInnen vermitteln. Netzwerkarbeit zu Themen wie „ältere MigrantInnen“ oder „Demenz“ könnte ebenfalls zur Verbesserung der Versorgungslage beitragen. Auch sollten niedrigschwellige, aufsuchende oder informelle Ansätze gefördert werden, die dem Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen entgegenkommen könnte.

Dies könnten – betrachtet auf der Mikroebene – beispielsweise Nachbarschaftshilfe sein, oder Schulungsangebote für Angehörige, die in der eigenen Häuslichkeit zu pflegerelevanten Themen stattfinden. Auch Pflegekurse, die in Laiensprache und für verschiedene Sprachkreise abgehalten werden, könnten die Versorgungslage verbessern. Mit Informationsmaterial in der jeweiligen Muttersprache würden die Betroffenen ebenso mehr Möglichkeiten haben, sich über die Erkrankung Demenz und den adäquaten Umgang mit deren Folgeerscheinungen aufzuklären. In der Literatur werden daher neben Broschüren audiovisuelle Medien, wie muttersprachliche TV-Sendungen, vorgeschlagen (vgl. Kap. 3.3). Schwerpunktpraxen für Demenzerkrankte würden ebenfalls die derzeitige Situation verbessern. Außerdem sollten Menschen mit Migrationshintergrund, die ehrenamtlich mit Demenzerkrankten und deren Angehörigen arbeiten, verstärkt in das Engagement der jeweiligen Einrichtungen eingebunden werden. Sie stellen ein Potential dar. Ihnen gilt es

mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Mit ihrer kulturellen Herkunft können sie sensibel auf die Belange anderer MigrantInnen reagieren oder Sprachbarrieren überwinden helfen. Sie können eine Brücke zwischen Laiensystem (informellem System) und professionellen System (formellem System) schlagen.

In der Beratung gilt es alle Themen, die die Lebensbereiche und Problemlagen, die für ältere MigrantInnen im Allgemeinen – und für demenzerkrankte MigrantInnen im Besonderen – relevant sind, zu berücksichtigen. Das schließt die finanzielle Situation ebenso ein, wie die Wohnsituation, oder die familiäre Situation.

Abb.6 Empfehlungen für Makro-, Meso- und Mikroebene



Eigene Darstellung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die Anfragen und die drei durchgeführten Interviews auf Stadtteilebene ein breites Angebotsspektrum ermittelt werden konnte, was allerdings noch in zu geringem Maß von den älteren MigrantInnen genutzt zu werden scheint. Dennoch bot die Untersuchung Anlass für zahlreiche Empfehlungen.

Professionell Pflegende können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, diese entsprechend umzusetzen. Da die Anzahl demenzerkrankter MigrantInnen in den kommenden Jahren zunehmen wird, sollten sich die Verantwortlichen entsprechend rüsten. Nicht nur die gesetzgeberische Grundlage (SGB XI) ist hierfür maßgebend, sondern auch der enge Kontakt den die Berufsgruppe zu den Betroffenen und ihren Angehörigen aufbauen könnte, spricht für sie. Gerade Pflegepersonal mit Migrationshintergrund und mit kultursensiblen Know-how kann hier die Lage als Chance begreifen und tätig werden. Im Stadtteil angesiedelte Beratungs- und Informationsstellen zum Thema Gesundheit bzw. Pflege könnten die Kontaktaufnahme zu älteren MigrantInnen erleichtern, und aufgrund ihrer Wohnortnähe die Hemmschwelle bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen minimieren. Allerdings sieht die Autorin ohne das Engagement von MuttersprachlerInnen keine Möglichkeit, die derzeitige Situation zu verbessern. Sie könnten maßgebend dafür Sorge tragen, dass professionell Pflegende mit deutschem Hintergrund für die Belange der zu betreuenden MigrantInnen sensibilisiert werden.

Deshalb hofft die Autorin mit der durchgeführten Untersuchung, ein Stück weit dazu beizutragen, demenzerkrankte MigrantInnen ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken, um bei Institutionen der Altenhilfe ein Bewusstsein für ihre Belange zu wecken, und um weitere pflegerelevante Untersuchungen zu diesem Thema anzuregen.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Atteslander, Peter (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York

Baykara-Krumme, Helen und Hoff, Andreas (2006): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, In: Tesch-Römer, Clemens, Engstler, Heribert und Wurm, Susanne (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. S.447-515, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bickel, Horst und Weyerer, Siegfried (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie, Band 14, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Boettner, Johannes (1996): Chancenorientiert und intermediär. Perspektiven beratender Altenarbeit im Stadtteil, In: Schweppe, Cornelia (Hrsg.), Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter. Juventa Verlag, Weinheim und München

Bogner, Andreas und Menz, Wolfgang (2005): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Andreas, Littig, Beate und Menz, Wolfgang (Hrsg.), Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage, S.33-70, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bogner, Andreas, Littig, Beate und Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bortz, Jürgen und Döring, Nicola (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000a): Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht, Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission und Bericht der Sachverständigenkommission, Berlin

Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (2006): Vergessen in der Fremde – Migration und Demenz. Alzheimer Info, Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz, Ausgabe 2/06, Berlin

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (1998): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Expertisenband 4 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Campus Verlag, Frankfurt, New York

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben? Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

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

Dietzel-Papakyriakou, Maria und Olbermann, Elke (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalak, Peter und Wiedl, Karl-Heinz (Hrsg.), Migration und Krankheit. Schriften des Institutes für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS), Band 10, 2. unveränd. Auflage, S.283-311, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück

Domenig, Dagmar (2001): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Eberding, Angela und von Schlippe, Arist (2005): Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In: Marschalak, Peter und Wiedl, Karl-Heinz (Hrsg.), Migration und Krankheit. Schriften des Institutes für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS), Band 10, 2. unveränd. Auflage, S.261-282, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück

Essers, Michael et al., (Hrsg.) (2004): Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 40, S.4-8, Argument Verlag, Hamburg

Fabian, Thomas et al. (1990): Rückkehr in die Heimat oder Verbleib in der Bundesrepublik Deutschland als zentrales Lebensthema älterer Türken. Psychologie und Gesellschaftskritik, Band 4, S.83-91, Psychosozial-Verlag, Gießen

Flick, Uwe (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg

Förstl, Hans (2003): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. 2. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Freie und Hansestadt Hamburg (1993): Vom „Gast“ - Arbeiter zum „Gast“ - Rentner. Hamburg

Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (1998): Älterwerden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Sozial-empirische Studie, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg

Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (2001): Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg

Frey, James, H., Kunz, Gerhard und Lüschen, Günther (1990): Telefonumfragen in der Sozialforschung. Methoden, Techniken, Befragungspraxis. Westdeutscher Verlag, Opladen

Glaeske, Gerd (2004): Vergessen wir die Demenz nicht!. In: Essers, Michael et al.,(Hrsg.), Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 40, S.83-101, Argument Verlag, Hamburg

Hampel, Harald, Padberg, Frank, Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2003): Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Henderson, J.N. (1990): Alzheimer's disease in cultural context. In: Sokolovsky, J. (Hrsg.) The Cultural context of aging. S.315-330, Borgin & McGoldrick Publishing, New York, , zitiert nach Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2005, S.303

Holz, Gerda, Scheib, Hermann, Altun, Sükriye, Petereit, Ute, Schürkes, Jutta (1994): Fremdsein, Altwerden, und was dann? Ältere Migranten und die Altenhilfe. ISS-Eigenverlag, Frankfurt am Main

Huisman, Adrienne, Raven, Uwe, Geiger, Andreas (Hrsg.) (2000): Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU - Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen / Neurodegenerative diseases among migrants in EU states – prevalence, care situation and recommendations. Verlag Hans Jacobs, Lage

Kassner, Karsten und Wassermann, Petra (2005): Nicht überall, wo Methode draufsteht, ist auch Methode drin. Zur Problematik der Fundierung von ExpertInneninterviews. In: Bogner, Andreas, Littig, Beate und Menz, Wolfgang (Hrsg.), Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage, S.95-112, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Klie, Thomas, Stascheit, Ulrich (Hrsg.) (2003): Gesetze für Pflegeberufe. Gesetze, Verordnungen, Richtlinien. 7. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Korporal, Johannes und Dangel, Bärbel (2006): Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 6, S.129-281, LIT Verlag, Berlin

Korporal, Johannes und Dangel-Vogelsang, Bärbel (2005): Interkulturelle Ansätze in der gesundheitlich-sozialen Versorgung von Migranten. In: Marschalak, Peter und Wiedl, Karl-Heinz (Hrsg.), Migration und Krankheit. Schriften des Institutes für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS), Band 10, 2. unveränd. Auflage, S.313-334, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück

Kühl, Klaus-Peter und Hellweg, Rainer (2004): Demenzen – Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. In: Essers, Michael et al.,(Hrsg.), Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 40, S.9-21, Argument Verlag, Hamburg
Kuratorium Deutsche Altershilfe, (Hrsg.) (2003): Damit einem die Pflege nicht spanisch vorkommt. Kultursensible Altenhilfe. Pro Alter, 4/2003, Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe, (Hrsg.) (2007): Migration und Demenz. Vergessen in der zweiten Heimat. Pro Alter, 2/2007, Köln

Lawton, M. P., Weisman, G. D., Sloane, P. D. et al. (1997): Assessing environment for older people with chronic illness. In Teresi, J., Lawton, M. P., Holmes, D. et al. (Hrsg.), Measurement in elderly chronic care populations. S.193-209, Springer Verlag, New York; zitiert nach RKI 2005, S.18f

Legewie, Heiner (1994): Globalauswertung von Dokumenten. In: Boehm, Andreas, Mengel, Andreas und Muhr Thomas (Hrsg.), Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge. S.177-182, Universitätsverlag Konstanz, Konstanz

Meier–Braun, Karl–Heinz (2002): Deutschland, Einwanderungsland. Edition Suhrkamp 2266, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Olbermann, Elke (2003): Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dissertation, Dortmund

Pentzek, Michael und Abholz, Heinz-Harald, (2004): Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis. In: Essers, Michael et al.,(Hrsg.), Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 40, S.22-39, Argument Verlag, Hamburg

Petermann, Franz (Hrsg.) (1997): Patientenschulung und Patientenberatung. 2., vollst. Überarb. und erw. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Pfadenhauer, Michaela (2005): Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, Andreas, Littig, Beate und Menz, Wolfgang (Hrsg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. S.113-130, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Redman, Barbara, K. (2002): Fünfundzwanzig Jahre Patientenunterweisung: wo wir waren und wohin wir gehen. In: Schröck, Ruth und Drerup, Elisabeth (Hrsg.), Der informierte Patient. Beraten, Bilden, Anleiten als pflegerisches Handlungsfeld, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau

Remlein, Karl-Hubert, Nübel, Gerhard (Hrsg.) (1997): Dementielle Lebenswelten, begleiten, behandeln, erforschen. Jahrbuch der Gerontopsychiatrie, Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh

Richter, Michael (2004): Gekommen und geblieben. Deutsch-türkische Lebensgeschichten. 3. Auflage, Ed. Körber-Stiftung, Hamburg

Robert Koch Institut (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Altersdemenz. Heft 28, Berlin

Ronzani, Silvio (1980): Arbeitskräftewanderung und gesellschaftliche Entwicklung. Erfahrungen in Italien, in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland. Verlag Anton Hain, Königstein/Ts.

Steinhoff, Georg und 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: Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, Jg.3, Heft 4, S.214-222, Juventa Verlag, Weinheim

Stratmeyer, Peter (2005): Orientierungen und Ansätze der Pflegeberatung. In: Pflegemagazin: Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung, Jg. 6, Heft 2, S.42-57, Juventa Verlag, Weinheim

Treibel, Annette (2003): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 3. Auflage, Juventa Verlag Weinheim und München

Vetter, P. et al. (1997): Belastungen der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerischer Krankheit. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Band 10, Heft 3, S.175-183, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Wogau von, Janine, Radice, Eimmermacher, Hanna, Lanfranchi, Andrea (Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch – interkulturell denken und handeln, Beltz Verlag, Weinheim, Basel

Wojnar, Jan (2004): Lebensqualität Demenzkranker und betreuender Angehöriger. In: Essers, Michael et al.,(Hrsg.), Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 40, S.65-82, Argument Verlag, Hamburg

Zeman, Peter (2002): Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, In:Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 16. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Transfer Verlag, Regensburg

Internetverzeichnis

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005): Sechster Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin, ULR:<http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Service/Suche/Functions/FilterFormular,templateId=processForm.html> [Stand 09.06.2007]

Bosch, Gerhard (2004): Thematische Berichte zur Beschäftigung von Immigranten, Deutschland. In: Europäisches Beschäftigungsobservatorium (Hrsg.), Bericht vom Herbst 2003, S. 52-59, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg, ULR:http://www.eu-employment-observatory.net/resources/reviews/eo_review_autumn2003_de.pdf [Stand 24.06.2007]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006): Teilstatistik Ausländerzahlen, S.77-84, Nürnberg, ULR:http://www.bamf.de/cln_006/nn_442496/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Downloads/Statistik/statistik-auflage14-2-auslaendezahlen,templateId=raw.property=publicationFile.pdf/statistik-auflage14-2-auslaendezahlen.pdf [Stand 28.07.2007]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alter und Gesellschaft, Stellungnahme der Bundesregierung,

ULR: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=3174.html>
[Stand: 13.05.2007]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Stellungnahme der Bundesregierung,

ULR: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,did=5362.html>
[Stand 31.05.2007]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Stellungnahme der Bundesregierung,

ULR: <http://www.bmfsfj.de/doku/altenbericht/data/a-7.html> [Stand: 05.05.2007]

Collatz, Jürgen (2006): Armut bei älteren Migranten. Forum Seniorenarbeit NRW, Mitteilung vom 16.10.2006,

ULR:

<http://www.forumseniorenarbeit.de/index.phtml?La=1&sNavID=index.&mNavID=373.117&ffmod=suche&ffsm=1&ffmod=pres&object=pres373.1822.1&FID=373.1822.1>
[Stand 19.06.07]

Commonwealth Fund (2006): 2006 International Survey of Primary Care Doctors,

ULR: http://www.cmwf.org/surveys/surveys_show.htm?doc_id=419152
[Stand 18.08.2007]

Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. (2007): Alzheimergesellschaften und Anlaufstellen,

ULR: http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=61&no_cache=1
[Stand 21.07.2007]

Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. (2007): Alzheimergesellschaften und Anlaufstellen, Anlaufstellen im PLZ-bereich 20000-29999, Demenz-Beratung für MigrantInnen,

ULR: <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=42&plz=2> [Stand 30.07.2007]

Freie und Hansestadt Hamburg (2004): Willkommen in Hamburg. Adressbuch, Integrationsangebote für Zuwanderer. Behörde für Soziales und Familie, Hamburg,

ULR: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/zuwanderung/integration/adressbuch-pdf,property=source.pdf> [Stand 26.08.2007]

Freie und Hansestadt Hamburg (2005): Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010. Behörde für Soziales und Familie, Hamburg,

ULR: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/soziales/pflege/veroeffentlichungen/rahmenplanung-versorgungsstruktur-pdf,property=source.pdf> [Stand 28.07.2007]

Freie und Hansestadt Hamburg (2007a): Internetvereinsregisterauskunft,

ULR:

<https://gateway.hamburg.de/HamburgGateway/FVP/Application/DienstEinstieg.aspx?fid=7> [Stand 27.04.2007]

Freie und Hansestadt Hamburg (2007b): Übersicht der ambulanten Pflegedienste,

ULR:

http://fhh1.hamburg.de/prosa/ais/infoline/infoline/Listenseiten_ambulant/AAAListenuebersicht.htm [Stand 17.08.2007]

Freie und Hansestadt Hamburg (2007c): Vorstellung des Stadtteiles Wilhelmsburg,

ULR:

<http://www.hamburg.de/artikel.do?ok=21800&teaserId=40588&uk=30515&cid=3879914> [Stand 09.08.2007]

Gust, Jochen (2004): Expertenthema. Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz. Carelounge, Mitteilung vom 04.10.2004,

ULR: www.carelounge.de/altenarbeit/autoren/artikel_ansehen.php?id=18

[Stand 02.06.2007]

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2007): Arztsuche,

ULR: <http://www.kvhh.net/public/16/index.php>, [Stand: 21.04.2007]

Öczan, Veysel und Seifert, Wolfgang (2004): Gutachten für den Fünften Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Berlin,

ULR: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/oezcan-lebenslage-aelterer-migrantinnen-migranten,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf [Stand 17.06.2007]

Statistikamt Nord (2005): Hamburger Stadtteilprofile 2005. Stadtteil Wilhelmsburg, Hamburg ,

ULR:

http://fhh1.hamburg.de/fhh/behoerden/behoerde_fuer_inneres/statistisches_landesamt/profi le/wilhelmsburg.htm [Stand 09.08.2007]

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2006): Gebiet und Bevölkerung – Ausländische Bevölkerung,

ULR: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab2.asp

[Stand 29.07.2007]

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2004): Bevölkerungsvoraus-schätzung für Hamburg bis 2020. Hamburg,

ULR: <http://www.statistik->

[nord.de/fileadmin/download/statistische_berichte/bevoelkerung/A_I_8_j/A_I_8_j04_H.pdf](http://www.statistik-nord.de/fileadmin/download/statistische_berichte/bevoelkerung/A_I_8_j/A_I_8_j04_H.pdf) [Stand 30.07.2007]

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2006a): Statistischer Bericht. Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2005. Auszählung aus dem Melderegister. Hamburg, ULR: http://www.statistik-nord.de/fileadmin/download/statistische_berichte/bevoelkerung/A_I_S_1_j/A_I_S_1_j05_H.pdf [Stand 28.07.2007]

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2006b): Statistischer Bericht. Ausländische Bevölkerung in Hamburg. Hamburg, ULR: http://www.statistik-nord.de/fileadmin/download/statistische_berichte/bevoelkerung/A_I_4_j/A_I_4_j_H/A_I_4_j05_H.pdf [Stand 28.07.2007]

Statistisches Bundesamt (2007a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Asländerzentralregisters. Fachserie 1, Reihe 2, Wiesbaden, ULR: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1020039> [Stand 02.08.2007]

Statistisches Bundesamt (2007b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1 Reihe 2.2 – 2005, Wiesbaden, ULR: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1020313> [Stand 02.08.2007]

Zeman, Peter (2006): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, ULR: http://www.bamf.de/cln_043/nn_566334/sid_2D7D3E1745A9207A5A1C1D5D46E04718/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publicationen/Forschung/Expertisen/zeman-expertise.html__nnn=true, [Stand: 05.05.2007]

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abb.1

Betender Mann in Moschee (Foto)

Deckblatt

Quelle: Richter 2004, S.203

Abb.2

Mittlere Prävalenzrate der Demenzerkrankten in Deutschland 2002 in %

Eigene Darstellung

Quelle: Bickel und Weyerer 2007, S.67

S.21

Abb.3

Krankheitsstadien der Demenz

Quelle: Bickel und Weyerer 2007, S.5

S.23

Abb.4

Vorgehen bei der Durchführung der Interviews

Eigene Darstellung

S.37

Abb.5

Verteilung der sozialen Lage in Hamburg

Hervorhebung des Stadtteiles Wilhelmsburg durch Autorin

Quelle: Freie und Hansestadt Hamburg 2001, S.26

S.39

Abb.6

Empfehlungen für Makro-, Meso- und Mikroebene

Eigene Darstellung

S.69

Tabellen

Tbl.1

Haushaltsdurchschnittseinkommen und Armutsrisikoquote der Deutschen und ausgewählten Staaten/ Bevölkerungsgruppen ab 60 Jahre im Jahr 2003

Quelle: SOEP DIW 2003; zitiert nach Collatz 2006, S.2

S. 9

Tbl.2

Anteil und Anzahl der ausländischen Bevölkerung in Hamburg

(ausgewählte Stadtteile)

Eigene Darstellung

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006, S.2-10

S.38

Tbl.3

Art und Anzahl der ermittelten Anlaufstellen im Stadtteil Wilhelmsburg

Eigene Darstellung

S.42

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

Adipositas	Krankhafte Fettleibigkeit; Fettsucht
ADL	Activity of Daily Living: Aktivitäten des täglichen Lebens
Assesement	Engl. Bezeichnung für Bewertung / Einschätzung
Asylsuchender	Personen, die als politisch Verfolgte, den ihm laut deutschem Grundgesetz zustehenden Schutz erbitten
Aussiedler	Deutsche Minderheiten, die vor dem 8.5.1945 ihren Wohnsitz in den deutschen Gebieten östlich der Oder-Neiße-Grenze, in Polen, Rumänien, der ehemaligen Sowjetunion, Ungarn und der ehemaligen Tschechoslowakai hatten und nach Abschluss der allgemeinen Vertreibungsmaßnahmen nach Deutschland einwanderten bzw. einwandern
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
Beschäftigungs- und Erwerbsquote	Die Beschäftigungsquote oder Erwerbstätigenquote bezeichnet den Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung im arbeitsfähigen Alter (von 15 bis 64 Jahren) oder einer Bevölkerungsgruppe. Dabei werden Erwerbstätige in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen gleichermaßen gezählt, ebenso wie Personen, deren Arbeitsverhältnis zum Erhebungszeitpunkt ruht, etwa aufgrund von Elternzeit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Displaced person	Engl. Bezeichnung für Personen fremder Staats- oder Volkzugehörigkeit, die während des 2. Weltkrieges von den Deutschen oder deren Verbündeten aus ihrer Heimat verschleppt wurden oder die Flüchtlinge und sich bei Kriegsende in Deutschland aufhielten
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
Epidemiologie	Die Untersuchung der Verteilung und der Determinanten von gesundheitsbezogenen Zuständen oder Ereignissen in umschriebenen Bevölkerungsgruppen und die Anwendung der Ergebnisse zur Steuerung von Gesundheitsproblemen
Flüchtling	Laut Völkerrecht eine Person, die durch politische, religiöse oder rassistische Gründe, sowie Kriege oder existenzgefährdende Notlagen veranlasst wurde, ihre Heimat vorübergehend oder auf Dauer zu verlassen haben

Gatekeeper	Engl. Bezeichnung für eine Schlüsselperson bzw. einen Lotsen, der den Zugang beispielsweise zu Institutionen oder Unterstützungsleistungen ermöglicht oder kontrolliert
Hodscha	Islamgelehrte in der Moschee
Hypertonie, arteriell	Krankhafte Erhöhung des Blutdruckes in dem Blutkreislauf, der das Blut vom Herzen zu einem Organ oder zu Gewebe hinführt
Hypertonus, primärer che	Krankhaft erhöhter Bluthochdruck ohne nachweisbare Ursache
Inkontinenz	Unwillkürlicher Urin- bzw. Stuhlabgang
Intrakranielle Erkrankung	Eine Erkrankung, die im Schädel bzw. in der Schädelhöhle lokalisiert ist
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
Kognitiv	Die Gesamtheit aller Prozesse betreffend, die mit dem Wahrnehmen und mit dem Erkennen zusammenhängen
Kontingentflüchtling	Flüchtlinge, die in Deutschland im Rahmen einer humanitären Hilfsaktion, aufgrund von Sichtvermerken (Visa) oder einer Übernahmemecklärung, aufgenommen wurden
Malignom	Ungenaue Bezeichnung für bösartigen Tumor
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Morbidität	Krankheitshäufigkeit, Krankheitsgeschehen innerhalb der Bevölkerung
Noxe	Stoff oder Umstand, der eine schädigende Wirkung auf den Organismus ausübt
Prävalenz	Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufung eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt
Progredient	Stufenweise, fortschreitende Verschlechterung des Krankheitsverlaufes
Repräsentativ	Einzelnes das typisch für das Wesen der gesamten Erscheinung ist

RKI	Robert Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
Somatisch	Den Körper betreffend, körperlich
Supportiv	Unterstützend
Vaskulär	Die Blutgefäße betreffend
VdK	Abkürzung des Sozialverbandes Deutschland, der im Jahr 1950 unter dem Namen "Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V." gegründet wurde
Zerebraler Insult	Schlaganfall

- Anhang -

Inhaltsverzeichnis

A1:	Vorgespräch mit Beratungsstelle in Ahrensburg
A2:	Anfrage und Leitfäden für Experteninterviews
A3:	Übersicht über die Ergebnisse der Befragungen aller Anlaufstellen
A4:	Interview HA-I
A5:	Interview AP-I
A6:	Interview AP-II

A1: Vorgespräch mit Beratungsstelle in Ahrensburg

Datum: 23.05.07, Dauer: ca. 45 min

Interviewerin: Also, erste Frage an Sie, wobei die ja so jetzt grad gar nicht mehr stimmt, weil Sie mir schon gesagt haben, dass es so die Beratungsstelle in der Form ja noch gar nicht 5 Jahre gibt.²⁸ Wieviele demenzerkrankte MigrantInnen bzw. deren Angehörige werden äh wurden schätzungsweise in den letzten fünf Jahren von Ihnen betreut? Also gut, in der Zeit seit Sie existieren.

Beratende: In den 10 Jahren jetzt? Das kann ich Ihnen nicht sagen.

[Zwischenfrage Interviewerin: Sind das auch in den Jahren zuvor schon MigrantInnen gewesen?]

Beratende: Also Nein, MigrantInnen werden bei uns jetzt noch gar nicht betreut. Also wir haben ja jetzt erst die Beratungsstelle angefangen seit November. Und wir sind schon sehr dankbar wenn wir mal Anrufe haben und die Leute sich zu einem Beratungsgespräch aufrufen können. Dieses Alzheimer ist ja sowieso auch bei Deutschen besetzt, jeder der hier anruft hat sich vorher einen Ruck gegeben. Und das ist natürlich bei MigrantInnen noch viel, viel deutlicher und intensiver. Also wir haben jetzt – da waren wir sehr glücklich – im russischen Bereich einen Anruf aus Halle, aus Halle, die also hier angerufen hatte, weil sie das gelesen hatte, dass wir das hier machen. Und da hat E., also unsere Beraterin, dann ein Privatgespräch mit ihr abgemacht am Telefon und das haben wir dann also gemeinsam bewältigt. Sie hat russisch gefragt, E. hat russisch angenommen, E. hat auf Deutsch übersetzt, ich habe den Ratschlag auf Deutsch gegeben, E. hat wieder übersetzt. Und das ist dann in Halle angekommen. Die Dame hat auch einen ganz, ganz netten Brief geschrieben; also sie war also sehr glücklich über diese Beratung. Aber das war im... und dann noch einmal eine Anfrage – das ist aber im russischen Bereich alles gewesen. Türkisch hatten wir zwei telefonische Anfragen und M. hatte ein, ja auch ein etwas längeres Beratungsgespräch. Aber mehr ist hier noch nicht gelaufen.

Interviewerin: Mit welchen Fragen wenden sich denn die pflegenden Angehörigen an Sie? Also, die MigrantInnen die bisher bei Ihnen angefragt haben.

Beratende: Also meistens ist ja die Frage, äh ja sagen wir mal meine Partnerin, mein Partner oder mein Mann oder Mutter oder Vater; meistens bei den ausländischen Menschen sind es dann meistens die Kinder die sich an uns wenden; oder ich... es waren ja noch nicht so viele.

Die dann einfach sagen mein Angehöriger ist ja verwirrt. Was machen wir? Also die im Grunde wirklich bei Null anfangen. Die sich nicht trauen es dem Arzt zu sagen. Die sich nicht trauen überhaupt darüber nachzudenken. Ich mein, das trauen sich manche Deutsche auch nicht. Sodass eigentlich als Beratung im Grunde diese ganz, ganz, ganz ersten Schritte gesagt werden müssen. Gehen Sie zum Internisten, lassen Sie Ihren Blutdruck, ihre Schilddrüse untersuchen, Ihre Vitamin-B-Gehalte untersuchen. Und dann lassen Sie sich zum Neurologen überweisen; das man mal nen Test machen kann, oder so. Das sind diese ganz, ganz einfachen Schritte. Weiter sind wir im Grunde noch gar nicht gekommen. Und wir sind, oder ich bin, immer sehr dahinter her, dass wir dann auch so ein ganz klein bisschen abfragen – wenn es angebracht ist – dass sie noch mal mit uns Rücksprache halten, wenn sie beim Arzt waren. Das hört sich jetzt so n bisschen unter Druck setzen an, aber vielen Menschen hilft es, dass sie sagen: „Ach so, ich hab doch der Dame da versprochen, dass ich sie informiere, wenn ich beim Arzt war.“ Und dann schieben sie es nicht ganz so

²⁸ Das Beratungsangebot für MigrantInnen existiert erst seit November 2006.

auf die lange Bank. Also ich machs bei Beratungsgesprächen im deutschen Bereich sogar so, dass ich sage: „ok, wir haben hier ein Telefon soll ich [...]“²⁹ anrufen, dass diese Menschen wirklich in bessere Hilfe kommen. Weil das ja der entscheidende Punkt ist, wenn sie denn tatsächlich Alzheimer haben, dass sie mit Medikamenten versorgt werden, die ihre Krankheit dann wenigstens bisschen verzögerter weiterlaufen lässt, oder zum Stillstand bringt.

Interviewerin: Mit welchen Problemen wenden sich die pflegenden Angehörigen an Sie? Also, das ist noch mal ein Unterschied.

Beratende: Ja; ich mach das dann jetzt auch wieder von meinen deutschen Leuten dann ruhig. Das also die Angehörigen eben mit dieser Verhaltensweise der kranken Menschen nicht klar kommen. Diese Menschen wiederholen alles, diese Menschen sind vom Kopf nicht mehr ansprechbar. Die machen einfach Sachen, die in den Augen der Angehörigen oft so als Gehässigkeit aussieht. Das sie so was grade extra machen, oder nicht hinhören, oder wirklich völlig bockig sind, oder so. Das ist aber nicht bockig, und das ist auch nicht gehässig, sondern das ist einfach diese Krankheit. Damit können die pflegenden Angehörigen oft ganz schwer umgehen; auch mit diesen Wiederholungen; immer wieder den gleichen Satz; immer wieder die gleichen Fragestellungen. Und immer wieder geduldig zu antworten. Das überfordert die Menschen. Und das sind eigentlich die Hauptprobleme.

[Zwischenfrage Interviewerin: Und haben da die MigrantInnen auch schon was geäußert, die bis dato bei Ihnen..?]

Beratende: Eigentlich noch nicht; eigentlich noch nicht. Im Grunde müsste man, müssten wir sie in einem zweiten und dritten Gespräch erstmal anstoßen, dass sie darüber nachdenken. Denn ein Problem zu erkennen ist ja schon die halbe Miete. Es nicht zu erkennen ist ja sehr viel einfacher und dann müssen sie noch unterscheiden: erkennen sie´s nicht oder verdrängen sie´s. Das ist ja auch so ein großer Punkt. Will ich da jetzt eigentlich gar nicht ran, oder seh ich es gar nicht. Viele Angehörige sehen es auch echt nicht. Ich kenn grad zum Beispiel ein Beispiel von einer Kollegin von mir, eine Apothekerin, deren Mann war Neurologe. Er hat sehr intensiv Alzheimerpatienten betreut in seiner Praxis, und bekam so um 60 rum selbst Alzheimer. Und hat es zwei Jahre lang, zwei Jahre lang komplett im Griff gehabt. Seine Frau hat nichts gemerkt. Er hat eben einfach diese Defizite die er hat, klug aufgefangen. Er wusste was kommt, er hat mit Zetteln gearbeitet, kurze Sätze benutzt, und hat seine Praxis weiter gemacht. Und dann hat er gesagt, nach zwei Jahren hat er gesagt: „So, ich hab Alzheimer. Das geht jetzt nicht mehr; das kann ich nicht mehr verantworten. Und ich geb die Praxis auf; und ich habe eben Alzheimer.“ Also das äh, und seine Frau hat nicht gemerkt. Nichts, gar nichts. Und, ja nicht jemand der blöd durch die Welt läuft, sondern schon jemand der...ja das geht. Und deshalb find ich eben immer schon wenn die Leute ein Problem erkennen, unsicher sind und den Schritt machen sich Rat zu holen. Das ist schon die Halbe Miete, nicht.

Interviewerin: Welche, was für Angebote haben Sie für die pflegenden Angehörigen bzw. die demenzerkrankten MigrantInnen selbst? Also was können Sie bieten?

Beratende: Also, wir würden ihnen das alles bieten was wir jetzt auch unseren deutschen Leuten bieten. Wir haben jeden Tag eine Betreuungsgruppe laufen. Das heißt Betreuungsgruppe, dass wir demenzkranke Menschen morgens von Viertel nach Neun bis Viertel nach Zwölf in einer Gruppe betreuen. Wir sind ein Verein der einem Kreis zugehört, also einem Landkreis zugehört; das heißt wir sind eine relativ flächige Angelegenheit. Und

²⁹ Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

haben an fünf verschiedenen Stellen in diesem Kreis Betreuungsgruppen, damit wir die Wege klein halten, und auch die Wege für die Helfer klein halten. In diesen Betreuungsgruppen arbeitet eine hauptamtliche Kraft, die wir komplett bezahlen. Und dazu kommen entsprechend viele Helfer und Helferinnen. Und zwar versuchen wir ein Verhältnis 1 zu 1 hinzukriegen, oder 1 zu 1,5. Und damit laufen wir eigentlich sehr gut. Also, 1 zu 2 ist eigentlich nur wenn jemand krank ist, oder wenn grade Urlaub ist, oder so. Aber 1 zu 1,5 ist eigentlich ein Schnitt, den wir gut halten können. Und das zahlt sich auch aus. Dadurch ist natürlich immer, für jeden Menschen ist jemand da, das ist dann praktisch so ´ne Art Einzelbetreuung. Wenn ´s kritisch wird, oder so. Und, das geht sehr gut, ja. Das ist das eine. Zum anderen haben wir Angehörigengruppen. Das heißt also, dass wir die Angehörigen alleine in so ´ner Art Selbsthilfegruppen...na, es ist keine Selbsthilfegruppe. Das wollen die nicht. Die wollen gerne irgendwie ´ne Leitung haben. Das mach ich auch selber. Die Angehörigengruppe in Ahrensburg.

Dann, was bieten wir denn noch an? Ähm, wir machen äh vier Feste im Jahr. Also so, und zwar mit Angehörigen und Kranken. Das ist einfach ´ne sehr schöne Einrichtung, weil man dann eben auch Kontakt zu den Angehörigen bekommt und die Angehörigen auch die Hemmschwellen abbauen, einfach mal zu fragen was is, und auch mal zu weinen, oder so, dass man also Kontakt, wirklich intensiven Kontakt zu den Angehörigen bekommt. Und ich glaube, dass sie dadurch auch so ein Ventil der Entlastung haben, nicht. Wenn ´s gar nicht mehr geht, dann wird eben angerufen, dann kann man mal sprechen, oder sie kommen mal, oder so was in der Richtung.

Ja, wir machen häusliche Betreuung. Das heißt also, dass jemand von uns ins Haus geht, und die Kranken da betreut. Haben wir auch.

Was haben wir noch? Regelmäßige Infobriefe. Also, dass wir also die Angehörigen informieren über das was in der, in der Gesellschaft³⁰ läuft.

Schulungen für unsere Mitarbeiter, die für Angehörige auch offen sind, wenn sie wollen. Das Angebot wird aber nicht so intensiv angenommen. Das sind mal vereinzelt so Vorträge.

Ja, und wir organisieren eben auch Vorträge. Aber für die... dann natürlich für die Öffentlichkeit. Na, is gar nicht wahr. Ich hab auch schon für die Angehörigengruppe so ähm Themen mit Referenten, also erarbeiten lassen. Hab ich auch schon gemacht, ja.

Hamma noch was?

[Zwischenfrage der Interviewerin: Ja, und die Beratung allgemein, was könnte die so für Inhalte haben?]

Beratende: Beratung machen wir natürlich auch. Wir haben also zwei feste Beratungszeiten. Das ist immer montags von zehn bis zwölf, und mittwochs von zehn bis zwölf. Da ist für alles das Telefon bereit. Ähm, wir machen aber gerne, oder ich mach sehr gerne so individuelle Beratungsgespräche, wo die Leute dann auch wirklich kommen. Wo man sich gegenüber sitzt. Wo vielleicht auch der betroffene Mensch mitkommen kann; dass man also äh eben versucht auch die, diese, äh wie soll ich jetzt mal sagen, diese Hemmschwelle dieser Krankheit vielleicht auch ´n bisschen mit abzubauen. Also, das machen wir dann ganz individuell wie ´s gebraucht wird. Beratung ist ein ganz, ganz großer Punkt und Gott sei Dank muss ich schon sagen werden die Beratungsgespräche immer mehr. Sodass die Gesellschaft schon auch ihre, sich also Hilfe zu holen und eben Ratschläge auch umzusetzen, also.

[Zwischenfrage der Interviewerin: Und zu welchen Themen beraten Sie?]

³⁰ Hiermit ist die Alzheimergesellschaft gemeint.

Beratende: Zu welchen Themen? Ja das ist eigentlich das was Sie in den ersten Fragen so abgefragt haben. Was wollen die Angehörigen von uns wissen. Das ist eigentlich immer so, dass sie... mein Mann hat Alzheimer: Was soll ich machen? Wie geh ich damit um? Wo krieg ich Hilfe? Was können Sie für uns tun? Und wie soll ich mich verhalten? Is ´n ganz, ganz wichtiger Punkt. Wie geh ich mit diesen, sagen wir mal in Anführungsstrichen tüddeligem Verhalten meines Partners um, oder meiner Mutter um. Oder dass man sagt es geht gar nicht mehr. Dann machen wir auch Beratung für die sinnvolle Unterbringung in Heimen. Dann machen wir ähm Begleitung für das Erreichen einer Pflegestufe; also wenn der MDK kommt geh ich hin wenn die Leute sich das, wenn Leute sich das wünschen. Manche sagen „Nee, Frau S. das kann ich nicht.“ Und dann: „Es wäre nett wenn Sie da kommen würden.“ Dann geh ich da auch mit. Das ist auch immer relativ erfolgreich. Also in den letzten ein, zwei, drei, vier, fünf, sechs, sieben Gesprächen haben wir die Pflegestufe immer durchbekommen.

Was gibt´s noch? Was machen wir noch? Ich halte Vorträge. Und zwar in öffentlich, aber auch sehr viel in Einrichtungen, in Seniorenbeiräten, ähm Seniorengesprächsgruppen.

[Zwischenfrage Interviewerin: Und zur Pflege allgemein? Beraten Sie da?]

Beratende: Also, ich habe jetzt grade angenommen einen Vortrag „Pflege von Demenzkranken für Angehörige“. Und ähm bin noch ´n bisschen am kaspeln wie sich die Pflege von Demenzkranken eigentlich unterscheidet von Nichtdemenzkranken. Die Pflege ist ja eigentlich dieselbe. Es kommt ja nur dieses Umfeld dazu: Wie gehe ich mit Alzheimerpatienten um, den ich ja im Grunde keine Anweisungen geben kann. Ich kann ja nicht sagen: „Jetzt putzt du dir die Zähne!“, wenn du das noch kannst. Sondern man muss ja sagen, ähm, wir gehen jetzt Zähne putzen und du machst das so, und du machst das so, und du machst das so. Aber nicht als Anweisung, sondern einfach immer zeigen, und immer mitmachen, und immer dahinter stehen. Ob das funktioniert; also von der Seite her ist die, dieses Wort Pflege dasselbe. Die Leute brauchen dasselbe. Wenn sie nicht mehr können muss ihnen angereicht werden, müssen sie gewandelt werden, müssen sie – was weiß ich – zu Bett gebracht werden, angezogen und ausgezogen. Das ist ja dasselbe. Nur, diese Belastung, dass der demenzkranke Mensch ja durchaus körperlich bestimmte Funktionen noch alleine kann, aber sie verwirrt umsetzt. Und das ist ja auch für meine Begriffe diese extreme Belastung. Was natürlich fast schön ist bei Alzheimerpatienten, dass sie ja oft keine körperlichen Gebrechen haben, und dadurch eben auch keine Schmerzen haben. Also, man hat ja den Menschen nicht vor sich der ständig jammert, und wo man dann über die traurige Schiene oder dieses Mitleid eigentlich sehr gebeutelt ist. Das haben ja die Alzheimerpatienten nicht. Ich versuche ja immer meinen Leuten, die mir zuhören beizubringen, dass man mit Alzheimerpatienten sehr viel Spaß haben kann, denn wenn man so ´nen kleinen Kick für Humor hat, denn es sind ja so was von witzige Situationen. Und dann soll man das auch als witzig nehmen, und viele Menschen sind eben so im Stress, dass sie dieses Lustige an der Situation gar nicht mehr wahrnehmen können, weil sie im Alltag so zugeeckt werden. Also, das versuch ich schon unseren Leuten immer noch zu sagen. Und in unseren Gruppen wird auch unheimlich viel gelacht. Und es ist sehr... es geht sehr, sehr fröhlich zu. Aber gut, wir haben die Patienten drei Stunden, und die Angehörigen haben sie Vierundzwanzig Stunden. Das ist natürlich auch ´n Riesenunterschied. Aber wir bemühen uns sehr da drum eine gewisse Fröhlichkeit in die Gruppen zu kriegen, weil es ja wirklich sehr witzig auch is.

Interviewerin: Die nächste Frage lautet: Welche Problemlösungen können Sie anbieten? Also, ich glaub das haben Sie jetzt so ziemlich schon mit beantwortet. Und bezieht sich eigentlich jetzt noch mal auf die MigrantInnen. Was, was konnten Sie denen konkret sagen. Als, die sich gemeldet haben.

Beratende: Also, ganz wichtig ist, dass diese Menschen vernünftig medizinisch versorgt werden. Das ist das Allerallerallererste. Dass sie in vernünftige medizinische Hände kommen. Das ist Internist, das ist Schilddrüse, Vitamin-B-Mangel, Blutdruck, vernünftige Ernährung, Blutbild machen. Das sind also die ersten Sachen. Und die zweite Sache ist eben Neurologe. Das heißt die entsprechenden Tests machen, und feststellen wieweit das Gedächtnis eben beschädigt ist, oder das Gehirn geschädigt ist, oder nicht. Und dann diese ganze Maschinerie von Untersuchungen ablaufen lassen, wenn das denn der Neurologe für nötig hält. Und auch die... wirklich die MigrantInnen dazu bringen und motivieren, dass sie diesen Aufwand auch betreiben. Viele sagen: „Das brauch ich nicht“ und „das wird sowieso nicht besser“. Und das sind wirklich die falschen Ansätze. Und ich glaube wenn wir... wenn man diese Hürde genommen hat, dann ist's gut. Und ein weiteres Steckenpferd von mir ist, die Angehörigen ganz schnell für 'ne Vorsorgevollmacht zu begeistern, wenn sie sie noch nicht haben. Das heißt also, dass sie wirklich zum Notar gehen, 'ne Vorsorgevollmacht machen lassen. Und da haben wir einen Rechtsanwalt, der das in den entsprechenden Sprachen macht. Und...oder Notar natürlich. Und ähm, für den Patienten eben eine Patientenverfügung. Also, das ist auch für mich so 'n Punkt. Und der dritte Punkt ist immer, das sind so jetzt diese formalen Punkte, zu überlegen kann dieser Betroffene wirklich 'ne Stufe³¹ kriegen. Ja oder Nein.

Interviewerin: Ja, Haben Sie das Gefühl ausreichend Unterstützung und Hilfe halt für die MigrantInnen bieten zu können?

Beratende: Also, sagen wir mal wenn der Bedarf da wär, würden wir uns drum bemühen. Aber wir haben einfach noch nicht den Bedarf, dass man jetzt sagt wie regeln wir die sprachliche Situation. Wo kriegen wir türkisch sprechende Helfer her? Wer geht zu... in die Gruppe wo wir einen MigrantInnen betreuen. Wir würden ihn sofort betreuen. Überhaupt kein Thema. Jede Art von Sprache würden wir betreuen. Ich würde mich ganz schnell da drum bemühen für diesen Menschen jemanden Ehrenamtlichen zu finden, der mit ihm umgehen kann. Also, das wär für mich überhaupt nicht das Thema. Ich denke auch, dass wir die Angehörigen gut betreuen könnten; wenn es denn gewünscht wird. Es wird einfach noch zu wenig abgefragt.

Ich könnte mir sogar vorstellen eine Extragruppe zu machen nur für MigrantInnen. Also auch das wäre sicher bei unseren fünf Gruppen organisatorisch möglich. Aber, wie gesagt, ich hab noch nicht drüber nachgedacht, weil der Bedarf noch nicht da ist.

[Zwischenfrage Interviewerin: Vielleicht können Sie ja noch mal sagen woran das liegt, dass der Bedarf vielleicht noch nicht da ist.]

Beratende: Wenn ich das wüsste, würd ich natürlich das ganz schnell abstellen. Aber, ich kann mir nur so 'n paar Gedanken drum machen. Also, ich denke, dass uns äh unsere Medienmittel dafür noch nicht die richtigen waren. Dass wir noch darüber nachdenken müssen, wie erreiche ich diese Menschen? Wo erreiche ich sie? Wie gesagt, ich überlege jetzt grade kleine Plakate zu entwerfen und mit ganz wenig, mit ganz wenig Informationen. Nur das Nötigste; zwei Sätze nur. Ähm dafür Reklame zu machen.

Ein wichtiger Punkt ist glaub ich, genauso wie bei den Deutschen – die wahnsinnige Angst vor dieser Krankheit. Das sich Bekennen zu dieser Krankheit. Ist glaub ich, ein Riesensproblem. Und dann kommt ja noch dazu Hilfe anzufordern, oder nach Hilfe zu suchen hat sicher auch noch 'ne Sprachbarriere. Denk ich is auch noch 'n Punkt. Und ähm... ich weiß nicht ob diese Menschen sich so wohl fühlen in der deutschen Gesellschaft, dass sie eben dieses Vertrauen dazu haben. Das weiß ich nicht so genau. Also, wie gesagt, wir sind am

³¹ Gemeint ist hier die Pflegestufe

Ball, und ich überlege auch, und wir ham auch grade gestern mit E. zusammen überlegt wie wir das alles hinkriegen. Russische Zeitung, Plakate, Bilder... wir wollen, ich will nur ´n Riesenbild da drauf haben und dann nur zwei Sätze drunter und unsere Zeiten. Also, dass man noch etwas mehr versucht sie zu erreichen. Und ich glaube was auch gut ist: Mundpropaganda. Also, E. hat grade angefangen so auf Leute zuzugehen, die ähm... wo sie weiß, dass die Kinder zuhause jemanden haben, der älter ist. E. selbst hat ´ne Oma zuhause. Die Oma ist dement seit... weiß ich nicht, fünf Jahren. Ich hab immer gesagt: „E., komm. Sie kann deutsch. Schick sie zu uns in die Gruppe. Wir wollen... dann äh is deine Schwiegermutter bisschen entlastet, oder so.“ Nicht. Die nehmen nichts an. Die nehmen nicht mal an, dass ich mit ihnen zusammen eine Pflegestufe beantrage. Die Frau hat keine Pflegesufe. Die kriegen ganz wenig Geld. Und diese ganzen Sachen... was weiß ich Inkontinenz³² ohne Pflegestufe, die werden fast nicht bezahlt. Das ist ganz schrecklich. Aber die nehmen null an.

[Zwischenfrage Interviewerin: *Und haben Sie ´ne Idee woran das liegen könnte?*]

Beratende: Stolz. Ich weiß es nicht. Und E. is nu wirklich jemand, also... wie soll ich jetzt mal sagen, die ich immer gut treten kann. Und sag: „Komm jetzt. Wir machen das zusammen. Und sag ich komm.“ Oder so, nä. Und sie ist auch komplett überzeugt davon, dass das gut wäre. Aber – die beiden älteren Damen, die machen gar nichts. Null.

Das ist irgendwie ´n Problem. Die Ansprache ist ´n Problem. Also bei der Oma ist es noch nicht einmal die Sprache. Die kommt aus Russland. Die hat... warten Sie mal... hat, hat, hat 60 Jahre in Russland gewohnt, und kann kein russisch. Können Sie sich das vorstellen? Der Vater von ihr ist von Schwaben nach Russland gegangen. [...] ³³ Und sie ist, sie war Fünfzehn, Achtzehn so in dem Dreh. Und sie hat kein Wort russisch... sie hat ´nen Deutschen geheiratet, ham immer deutsch geredet, die To... also die Tochter – also die Schwiegermutter von E. – kann deutsch, und russisch und der Sohn kann kein Wort deutsch. Aber da sie ja natürlich deutschstämmig sind, konnten sie nach Deutschland ziehen vor fünf Jahren. Und die Oma spricht perfekt deutsch; und zwar hervorragend schwäbisch. Is ja klar. Aber is nichts zu machen. Es ist schwierig.

Interviewerin: Die nächste Frage lautet: Geben Sie auch Weiterempfehlungen an andere Institutionen? Wenn ja, an welche? Also, jetzt noch mal bezogen auf die MigrantInnen.

Beratende: Also, ich hab jetzt grade... wir machen... wir haben hier in Ahrensburg ein sehr intensives Netzwerk für Senioren, und da is es auch ein Riesenproblem immer. Ich hab jetzt grade die [...] ³⁴, vielleicht wollen Sie sich das mal durchlesen: Das ist jetzt von unserer Gleichstellungsbeauftragten in, in, hier in der Stadt. Das wir also eben für MigrantInnen ´ne Broschüre rausgeben wollen, und dass jeder eben seinen Teil dazu tut, was er eben so grade kann. Das machen wir. Also, das is schon... also wir sind hier als Alzheimergesellschaft mit in einem sehr großen Netzwerk, was also Senioren betrifft. „Trotz Alter“ heißt das.

[Zwischenfrage Interviewerin: *„Trotz Alter“?*]

Beratende: „Trotz Alter“. Da is Frau R. und da macht diese Dame jetzt auch hier Praktikum. Die ist Leitstelle Älterwerden heißt die Stelle offiziell. Die kümmert sich um so was, ja.

Interviewerin: Ähm ja, Ich weiß nicht, ob Sie darüber jetzt Auskunft geben können. Haben Sie den Eindruck, dass die pflegenden Angehörigen bereits ausreichend über die Erkan-

³² Gemeint scheinen hier Inkontinenzvorlagen zu sein

³³ Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

³⁴ Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

kung und Betreuung Demenzkranker informiert sind? Also, jetzt auch wieder bezogen auf die MigrantInnen.

Beratende: Da kann ich nur Nein, nein, nein, nein und nochmals nein sagen. Also, ähm da würd ich ganz klar verneinen. Denn wenn man die Krankheit will, weil...äh erkennt, dann muss man sich, wenn man also die, wenn man die Betreuung erkennt, dann muss man sich automatisch Hilfe holen. Dann müsste man eigentlich, dann müssten die Leute hier Schlange stehen. Wenn das so wäre. Wenn Sie so sehen, was es in der deutschen Sprache so für Broschüren gibt – Aufklärungsbroschüren gibt- und ähm was wir hier kostenlos verteilen, was wir von den Firmen bekommen oder so³⁵. Wir kriegen nichts in Russisch und wir kriegen nichts in türkisch.

Vielleicht ist das ´ne gute Idee das noch mal anzuregen bei den Firmen. Das werd ich jetzt noch mal machen. Sehen Sie; man kriegt noch ´n Hinweis.

Interviewerin: Und haben Sie ähm den Eindruck, dass die Angehörigen über die Leistungen der Pflegeversicherung ausreichend Bescheid wissen?

Beratende: Nein.

Interviewerin: Und ähm...noch mal so ´ne Frage. Haben Sie den Eindruck, dass pflegende Angehörige von demenzerkrankten MigrantInnen in Pflegekursen unterrepräsentiert sind?

Beratende: Ja. Ganz klar. Ganz klar. Die wissen gar nicht [...] ³⁶ Das bieten schon manchmal Volkshochschulen bisschen an, ja, also, aber so richtig populär ist es auch für uns nicht.

Interviewerin: Und ähm...Wie erfahren die pflegenden Angehörigen von Ihnen?

Beratende: Tja, schwierig.

[Zwischenfrage Interviewerin: Wie ham die denn erfahren, die sie schon kontaktiert haben?]

Beratende: Ja, also über Presseartikel. Eben über den Presseartikel. Das ist im Augenblick ja das einzige Medium, und eben durch mündliche äh Reklame; durch mündliche Weitergabe. Und das is eben auch... und wie gesagt ich erhoffe mir ganz, ganz viel, wenn wir jetzt so kleine Plakate machen; in den Arztpraxen auslegen, in den öffentlichen Stellen, die Bücherei, Rathaus, ähm Treffpunkte, Jugendtreffpunkte oder überall wo Menschen zusammen kommen. Das wir da jetzt Plakate hinhängen, und das wir das dann abwarten, ob ´s dann irgendwie ´n bisschen was bringt.

Interviewerin: Arbeiten Sie in Netzwerken zu diesem Thema zusammen?

Beratende: Ja, „Trotz Alter“. Aber auch noch in mehreren. Ja, wir sind... also wir arbeiten noch mit in einer... ja, in einem Netzwerk, was um den Seniorenbeirat in Reinbek – hört sich jetzt ´n bisschen komisch an – aufgebaut wird. Da arbeiten also der Seniorenbeirat von Reinbek, dann arbeiten da mit drei Altenheime, dann das Hospitz von da. Also, da gibt es noch mal so ´ne ähm Vernetzung von Interessen für Senioren. Also, das außer dem Netzwerk hier in Ahrensburg.

[Zwischenfrage Interviewerin: Und sind da auch MigrantInnenorganisationen mit vertreten?]

Beratende: Das Wort kennen die gar nicht. Sag ich jetzt mal etwas gehässig. Bitte nehmen Sie das nicht wörtlich.

³⁵ Wahrscheinlich sind hiermit Pharmafirmen gemeint

³⁶ Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

Interviewerin: Und die letzte Frage. Ähm... welche Wünsche in Bezug auf diese Thematik möchten Sie mir mit auf den Weg geben?

Beratende: Also, ich denke was ich ganz, ganz wichtig fände, und ich finde die Hochschulen sind auch dafür prädestiniert, dass man also die theoretische... das man sich äh Möglichkeiten überlegt, die theoretischen... das theoretische Wissen und den Bedarf, den man theoretisch auch kennt; dass es Möglichkeiten gibt, die in die Praxis umzusetzen. Das man also nicht nur im äh Universitellen bleibt und sich Gedanken macht wie so was abläuft, wie 's könnte, sondern dass nach unten weiter zu geben. Dass im Grunde von diesen ganzen kopfigen Sachen, sag ich mal, was für die Leute raus springt, die unten die Krankheit haben.

Das seh ich auch in der Politik als ein Riesenproblem. Da werden Pflegeversicherungen und sonst was ausgenutzt, aber kein Mensch... oder Forschungsgelder. Und die Forschung im Alzheimerbereich so was von top da. Die sind wirklich hervorragend. Entwickeln Medikamente, und die Medikamente sind so was von teuer, dass sich die Ärzte es nicht erlauben können mit dieser Budgetierung das für jeden einzelnen Patienten aufzuschreiben. Das ist doch ein, ein kompletter Wahnsinn. Oben geben wir die Milliarden aus und unten kommt nichts an. Also, dass man das so 'n bisschen... weiß ich nicht... ich mein Sie ham ja 'n relativ praktisches Thema, ne. Das man das einfach ähm... sich Gedanken macht, welche Öffentlichkeitssachen gibt es, wie so was zu machen. Und man müsste natürlich auch wirklich die Kulturen viel besser kennen, ähm um sie vielleicht zu erreichen; hab ich mir auch schon überlegt. Vielleicht sollte man nur die Männer ansprechen bei den Türken; vielleicht wäre das besser, oder... ich weiß es nicht.

Ja, was geb ich Ihnen noch mit auf 'n Weg? Dass Sie 'ne gute Diplomarbeit schreiben. Dass Sie zufrieden sind mit dem, dass Sie das gut verwerten können, und 'ne gute Arbeit schreiben.

Interviewerin: Vielen Dank für das Gespräch!

A2: Anfrage und Leitfäden für Experteninterviews

A) Anfrage bei allen ambulanten formellen und informellen Stellen, die auf dem Gesundheitssektor arbeiten und / oder zum Thema Migration bzw. Senioren tätig sind.

Kamen in den letzten fünf Jahren regelmäßig pflegende Angehörige von demenzerkrankten MigrantInnen bzw. diese selbst als Klienten zu Ihnen?

- Ja
- Nein

(wird diese Frage mit „Nein“ beantwortet, ist die Anfrage beendet /
wird diese Frage mit „Ja“ beantwortet, folgt die Beantwortung des Fragekomplexes B für niedergelassene ÄrztInnen und des Fragekomplexes C für Beratungsstellen)

B) Leitfaden für Experteninterviews mit niedergelassenen ÄrztInnen, die Kontakte zu demenzerkrankten MigrantInnen bzw. deren pflegenden Angehörigen haben

1. Wie viele demenzerkrankte MigrantInnen haben Sie in den letzten fünf Jahren ca. betreut?
2. Welchen Anteil macht diese Zielgruppe schätzungsweise an allen demenzerkrankten Patienten aus, die Sie betreuen?
3. Haben Sie spezielle Angebote für demenzerkrankte MigrantInnen?
 - Ja
 - Nein
4. Wenn Ja, welche Angebote haben Sie?*
5. Mit welchen Fragen bzw. Problemen kommen pflegende Angehörige zu Ihnen?
6. Welche Hilfe bzw. Unterstützung können Sie anbieten?
7. Welche Schwierigkeiten sehen Sie selbst im Umgang mit demenzerkrankten MigrantInnen und ihren pflegenden Angehörigen?
8. Welche Wünsche in Bezug auf diese Thematik möchten Sie mir mit auf den Weg geben?

Vielen Dank für das Gespräch!

* Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, dann geht es weiter mit der Frage 5

C) Leitfaden für Experteninterviews mit ambulanten formellen und informellen Stellen, die auf dem Gesundheitssektor arbeiten und die Kontakte zu demenzerkrankten MigrantInnen bzw. deren pflegenden Angehörigen haben

1. Wieviele demenzerkrankte MigrantInnen bzw. deren Angehörige werden schätzungsweise in den letzten fünf Jahren von Ihnen betreut?
2. Mit welchen Fragen wenden sich die pflegenden Angehörigen an Sie?
3. Mit welchen Problemen wenden sich die pflegenden Angehörigen an Sie?
4. Was für Angebote haben sie für pflegende Angehörige bzw. die Demenzerkrankten selbst?
5. Welche Problemlösungen können sie anbieten?
6. Haben Sie das Gefühl ausreichend Unterstützung / Hilfe bieten zu können?
7. Geben Sie auch Weiterempfehlungen an andere Institutionen? Wenn ja, an welche?
8. Haben Sie den Eindruck, dass die pflegenden Angehörigen bereits ausreichend über die Erkrankung und Betreuung Demenzkranker informiert sind?
9. Haben Sie den Eindruck, dass die Angehörigen über die Leistungen der Pflegeversicherung ausreichend Bescheid wissen?
10. Haben Sie den Eindruck, dass pflegende Angehörige von demenzerkrankten MigrantInnen in Pflegekursen unterrepräsentiert sind?
11. Wie erfahren die pflegenden Angehörigen von Ihnen?
12. Arbeiten Sie in Netzwerken zu diesem Thema zusammen?
13. Welche Wünsche in Bezug auf diese Thematik möchten Sie mir mit auf den Weg geben?

Vielen Dank für das Gespräch!

A3: Übersicht über die Ergebnisse der Befragungen aller Anlaufstellen

ÄrztInnen

Codierung	Demenzerkrankte MigrantInnen
HA-1, HA-2	0
HA-3	1
HA-4	0
HA-5	0
HA-6	(1)
HA-7	(1)
HA-8	0
HA-9, HA-10	(1)
HA-11	0
N/P-1, N/P-2	(1)
SUMME	1 (4)

Beratungsstellen

Codierung	Demenzerkrankte MigrantInnen
BS-1	0
BS-2	0
SUMME	0

Ambulante Pflegeeinrichtungen

Codierung	Demenzerkrankte MigrantInnen
AP-1	1
AP-2	1
SUMME	2

Vereine

Codierung	Demenzerkrankte MigrantInnen
V-1	(0)
V-2	0
V-3	(0)
V-4	0
SUMME	0

Städtische Einrichtungen

Codierung	Demenzerkrankte MigrantInnen
SE-1	(0)
SUMME	0

Erläuterung der Codierung:

HA = Hausarzt (Mehrfachnennung = Gemeinschaftspraxis)

N/P = Neurologe und Psychiater

BS = Beratungsstelle

AP = Ambulante Pflegeeinrichtung

V = Verein

SE = Staatliche Einrichtung

Demenzerkrankte MigrantInnen: Nein = 0

Demenzerkrankte MigrantInnen: Ja = 1

Klientel vorhanden aber kein Interview = (1)

Klientel nicht direkt vorhanden (Allgemein: Ältere, Kranke / Beratung zur Pflegeversicherung, Pflegebedürftigkeit) = (0)

GESAMTERGEBNIS BEI 22 ERMITTELTEN EINRICHTUNGEN:

= 3 befragte Einrichtungen

= 4 weitere infrage kommende Einrichtungen, die allerdings kein Interview gaben

= 3 Einrichtungen, die nur indirekt mit der Thematik in Berührung kamen

A4: Interview HA-I

Datum: 11.05.07, Dauer: ca. 30min

1 *Einstieg: Kamen in den letzten fünf Jahren regelmäßig pflegende Angehörige von*
2 *demenzkranken MigrantInnen bzw. diese selbst als Klienten zu Ihnen?*

3 Ja

4
5 *1. Frage: Wieviele demenzerkrankte MigrantInnen haben Sie in den letzten fünf Jahren ca.*
6 *betreut?*

7 Schwierig zu sagen; von zwei weiß ich ganz konkret. Mit einem hatte ich gestern
8 noch Kontakt. Viele gehen dann auch zurück

9

10 *[Zwischenfrage: Wohin gehen sie zurück?]*

11 [In die Türkei. Sie ziehen sich in die Heimat zurück; also da wo man sich vor-
12 stellt beerdigt zu werden; das ist schwierig in Deutschland mit den muslimischen
13 Bestattungsmethoden.]

14 Ich habe wenig Patienten, aber diese sind eindrucksvoll. Also, sagen wir mal
15 fünf.

16

17 *2. Frage: Welchen Anteil macht diese Zielgruppe schätzungsweise an allen*
18 *demenzkranken Patienten aus, die Sie betreuen?*

19 Ca. 10%

20

21 *3. Frage: Haben Sie spezielle Angebote für demenzerkrankte MigrantInnen?*

22 Ja, allerdings kein formalisiertes Angebot

23

24 *4. Frage: Interviewerin: Wenn Ja, welche Angebote haben Sie?*

25 Ich leite sie an spezielle Stellen weiter. Meine Angebote wären dann besondere
26 Aspekte der hausärztlichen Betreuung.

27

28 *5. Frage: Mit welchen Fragen bzw. Problemen kommen pflegende Angehörige zu Ihnen?*

29 Ich spreche mal konkret über die beiden Fälle: Ich hab gestern ein Attest fertig
30 gemacht, dass der Patient noch reisefähig ist mit Rollstuhltransport. Er geht zurück
31 auf Heimateerde. Ich habe gegenüber den Angehörigen darauf gedrängt solange er
32 noch transportfähig ist; und der Patient wollte das auch. Aber es gab wohl erstmal
33 einige Probleme, es ging dann doch nicht so schnell. Die Betreuung erfolgte zu
34 Hause von Angehörigen. Der Patient war extrem unruhig, geisterte nachts herum,
35 war aggressiv. Wir haben spekuliert, dass er große Angst hat bald zu sterben; er
36 hat einen Verdacht auf Bronchialkarzinom; und kann wahrscheinlich seinen Frie-
37 den nicht finden; weiß nicht wohin. Die Ehefrau ist fit, und auch die Schwägerin;
38 sie ist eine Deutsche; sie kümmert sich. Außerdem lebt da im Haushalt noch eine
39 Tochter mit Schwerstbehinderung.

40

41 *[Zwischenfrage: Leben der Sohn und die Schwägerin auch im Haushalt des Patienten?]*

42 [Nein. Es ist alles sehr bizarr. Alle kümmern sich intensiv. Sie haben abwechselnd
43 Nachtwache gehalten. Das Problem ist das Zerissensein und die Doppelerkran-
44 kung, also Demenz und Karzinom. Der Patient ist ein frommer Moslem; daher
45 wahrscheinlich das Zerissensein. Er träumt wahrscheinlich von seiner Heimat, al-
46 lerdings ist das nicht mehr durch ihn artikulierbar.]

47

48

49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96

[Zwischenfrage: Können Sie sagen, wie die Angehörigen mit der Belastung umgehen?]

[Das ist oft an der Grenze; sie haben oft den Notarzt gerufen, weil die Medikamente nicht mehr wirkten]

6. Frage: Welche Hilfe bzw. Unterstützung können Sie anbieten?

Also bezogen auf den Fall war es ein großer Aufwand an Gesprächen mit entsprechenden Ratschlägen und ein großer Koordinierungsaufwand. Die medikamentöse Versorgung; er muss zur Ruhe kommen, Angehörige müssen ihn händeln können. Um das mit den Medikamenten besser abklären zu können, habe ich einen Psychiater eingeschaltet; die Medikamente, die er aus dem Krankenhaus bekommen hat, die haben paradox gewirkt³⁷.

[Zwischenfrage: Also haben Sie einen Fachkollegen hinzugezogen?]

[Ja. Die psychiatrische Versorgung eines Demenzkranken ist hier eine echte Katastrophe; es ist ein Defizit. Und das gilt für ganz Wilhelmsburg und Harburg; eigentlich für den ganzen Süden. Das verschärft sich noch bei solchen Erkrankungen]

[Zwischenfrage: Beraten Sie auch in finanzieller Hinsicht?]

[Ja. Ich mache Pflegeberatung, in Sachen Pflegeversicherung, zur Befreiung von Rezeptgebühren; da muss ich dann immer ein Attest ausfüllen. Der konkrete Patient hat die Pflegestufe eins; Pflegestufe zwei macht jetzt wahrscheinlich keinen Sinn mehr, wenn er in die Türkei geht. Die Schwiegertochter ist sehr tatkräftig; sie ist ja Deutsche, aber sie spricht auch türkisch. Der Alte ist ein richtiger Patriarch; massig, was da an kulturellen Konflikten sind; aber die Schwiegertochter hält das gut aus, sie hat mit dem Sohn auch drei Kinder]

7. Frage: Interviewerin: Welche Schwierigkeiten sehen Sie selbst im Umgang mit demenzerkrankten MigrantInnen und ihren pflegenden Angehörigen?

Es ist sprachlich nicht so einfach; es gibt eine Sprachbarriere. Es ist zeitaufwendig; ich hab jeden Tag angerufen, um einen Bericht darüber zu bekommen, wie die Nacht war, um die Medikamente anzupassen. Das klappte am Anfang wegen der Sprache nicht; die Angehörigen wollten dann erst auf die Schwiegertochter warten, und manchmal haben sie sich dann verpasst. Obwohl alle irgendwie deutsch sprechen, mal so eben was am Telefon abschnacken das geht nicht. Eine strenge hausärztliche Führung funktioniert dadurch nicht; so entsteht dann Panik, und es folgen Notarzteinsätze

[kurze Pause]

Je mehr ich darüber nachdenke, desto mehr denk ich, dass es mehr sind als fünf. Man müsste eigentlich mal Statistik führen. Ich erinnere mich nämlich noch an einen anderen Fall: da ging eine alte Dame hier in Wilhelmsburg ins Pflegeheim. Das ging erst gar nicht; das war hoch konfliktreich. Offenbar war sie die erste Migrantin mit Demenz im Pflegeheim. Das hat nur durch hoch engagierte Tochter geklappt. Die Töchter haben konsequent durchgezogen, dass sie dort bleibt, weil sie wohl berufstätig waren. Das Pflegepersonal konnte mit der Situation überhaupt nicht umgehen, obwohl sie auch türkisches Personal hatten; aber es gab wohl keine feste Bezugsperson. Die Dame reagierte mit Rückzug und Aggression. Darauf-

³⁷ Das bedeutet, dass sich die eigentliche Wirkung der Medikamente umkehrt

97 hin wurde sie völlig abgeschossen³⁸. Die Tochter hat massiv dafür gekämpft mit
98 der Situation richtig umzugehen und die Situation richtig einschätzen zu können.
99 Es wurde sogar MultiKulti³⁹ eingeschaltet, die vermittelnde Gespräche führten.
100 Die haben das richtig gut hinbekommen, aber es war ein extremer Aufwand nötig.
101 MultiKulti ist für Wilhelmsburg ein Segen.
102

103 8. Frage: *Welche Wünsche in Bezug auf diese Thematik möchten Sie mir mit auf den*
104 *Weg geben?*

105 Noch mal zur Situation und Versorgung insgesamt: die allgemeine Zerrissenheit
106 zwischen den Welten spitzt sich extrem zu. Auch die problematische psychiatri-
107 sche Versorgung spitzt sich an den Fragen extrem zu. Es ist eigentlich verwunder-
108 lich, dass es nicht noch mehr sind; wahrscheinlich leben viele zuhause oder ziehen
109 sich zurück in die Heimat Erde. Wir sollten ermöglichen, dass sie hier dement und
110 alt werden dürfen. Dass sie sich hier beerdigen lassen können; damit hängt es wohl
111 stark zusammen. In Wilhelmsburg haben wir 30% MigrantInnen und ich frage
112 mich, wo die eigentlich krank und alt werden; wo sind sie in den Heimen? Die
113 Leute zahlen hier jahrelang ein, aber dann wird es wieder privatisiert. Multikulti
114 geht hier stark in die häusliche Betreuung; sie tun hier viel, sie planen ein migran-
115 tisches Altenheim. Wichtig ist es Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen posi-
116 tiven Verlauf der Erkrankung ermöglichen, ein supportives Umfeld.

117 Mal allgemein gesprochen: meine Mutter, 88, ist auch dement, und ich habe die
118 verschiedenen Stadien ihrer Erkrankung mitbekommen; und ich habe auch mitbe-
119 kommen wie stark die Rahmenbedingungen von der Befindlichkeit abhängen; das
120 hat einen extremen Einfluss auf Befindlichkeit, Medikamentenverbrauch, auf den
121 Verlauf, auf die Händelbarkeit. Wird das Umfeld als feindlich empfunden, dann
122 erfolgt ein Rückzug in die Demenz. Ich hab die These richtig integriert, richtig an-
123 gekommen ist man erst wenn man weiß wo man sterben will. Früher hab ich ge-
124 sagt: „Heimat ist da wo der Tannenbaum steht“; heute würd ich sagen: „Heimat ist
125 da wo der Grabstein steht“. Davon sind wir noch meilenweit entfernt; das wäre In-
126 tegration; man könnte sich ja mal fragen wie viele MigrantInnen auf dem Friedhof
127 in Finkenriek⁴⁰ liegen.
128

129 *Vielen Dank für das Gespräch!*

³⁸ Umgangssprachlicher Ausdruck im medizinisch-pflegerischen Bereich, der verwendet wird, um zu sagen, dass ein Patient oder eine Patientin mit Medikamenten ruhig gestellt wurde.

³⁹ Gemeint ist hier ein Pflegedienst aus Wilhelmsburg, der kulturellsensibel arbeitet

⁴⁰ Finkenriek ist der Friedhof des Stadtteiles Wilhelmsburg

1 A5: Interview AP-I

2 Datum: 25.05.07, Dauer: ca. 30 min

3 1. Frage: :Wieviel demenzkranke MigrantInnen bzw. deren Angehörige wurden
4 schätzungsweise in den letzten fünf Jahren von Ihnen betreut?

5 [Pause] Wie, wie eng ist der Begriff der MigrantInnen. Also, integrierte Italiener
6 gehören die dann auch noch dazu, oder?

7 Interviewerin: Ja, ja. Wird zumindest auch in der Literatur immer aufgeführt.

8 Also, also das würde dann auch noch mit zählen. Ja gut – dann müssen wir mal
9 gucken. Äh [Pause] ein türkischer Herr, der versucht wurde in Betreuungsgruppe
10 und Tagespflege einzugliedern, was nicht geklappt hat. Äh... ein, eine türkische
11 Familie, die beraten wurde. Aber auch nur weil, ähm weil sie mir nachher im
12 Krankenhaus üben Weg gelaufen sind. Aber es war mehr, mehrere Ansätze ei-
13 gentlich gewesen da mit dieser Familie in Kontakt zu kommen über Arzt und so.
14 Aber die Familie hat es nicht aufgegriffen. Ähm, [Pause] eine Italienerin, die also
15 erfolgreich hier in der Tagespflege integriert war. [Pause] Eine türkische Frau, die
16 durch Ehrenamtliche betreut wird. [Pause] [Telefonklingeln] Ein, ein italienisches
17 Ehepaar, wo der Kontakt aber auch immer sehr schwierig ist. Da muss man auch
18 hinterherlaufen. Und [...] ⁴¹ von Ehrenamtlichen oder Tagespflege, was dringend
19 notwendig wär, nehmen sie nicht in Anspruch.
20

21 2. Frage: Ähm, die zweite Frage wär: Mit welchen Fragen wenden sich die pflegenden
22 Angehörigen an Sie? Also, jetzt bezogen auf die MigrantInnen.

23 [Pause] Ja, is´... also, wo ´s geklappt hat waren es die Entlastungswünsche. Ja,
24 einmal durch Tagespflege, einmal mit ´ner Ehrenamtlichen. [Pause] Und anson-
25 sten war ´s eher andersrum, dass also...äh, ja die Beratung ein bisschen aufgedrängt
26 wird.

27 Nein, also wenn... bei dem einen Herrn hatte die Angehörige auch schon eigent-
28 lich den Wunsch nach Entlastung gehabt bei der Tagespflege. Aber kommt dann
29 auch nicht weiter. Also es klappte nicht mit der Betreuungsgruppe. Da war einfach
30 doch die Welten einfach zu unterschiedlich. Es ist ja doch ein Unterschied, ob es
31 äh ein Mann ist oder eine Frau, weil hier sind auch überwiegend Frauen – wir ha-
32 ben zwar auch Männer – in der Tagespflege, aber das Lebenskonzept von ´ner tür-
33 kischen Frau und von ´ner deutschen Frau ist doch wesentlich verwandter von
34 Kinder, Familie, kochen, Garten, nä. Das sind einfach schon wichtige Themen, die
35 man gemeinsam hat. Während also wie ´n türkischer Mann lebt, ist mir als Über-
36 setzer, als der ich ja dann sozusagen auch fungiere, schon einfach noch fremder.
37 [Pause]

38
39 3. Frage: Mit welchen Problemen wenden sich die pflegenden Angehörigen an Sie?
40 Womit

41 ham Sie Schwierigkeiten?

42 [Pause] Das ist unterschiedlich; wie immer, nä. Also.

43
44 [Zwischenfrage: Also es wäre jetzt nichts Herausragendes?]

45 Nein, nicht wo ich jetzt sagen könnte das ist ´n MigrantInnenproblem. Also.
46
47

⁴¹ Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96

4. Frage: *Was für Angebote haben Sie für die pflegenden Angehörigen bzw. die Demenzkranken selbst?*

Ach, wir ham Beratung, Angehörigengruppe, Betreuungsgruppe, Besuchsdienst und Tagespflege. Und dann ham wir auch noch Wohlfühlnachmittage Also so offene Treffen; so einmal im Monat, oder so. Wo also wirklich jeder hinkommen kann, also auch mit Angehörigen.

[Zwischenfrage: *Und inwieweit wird das von den MigrantInnen genutzt?*]

Gott, sehr wenig, sehr wenig – also, fast gar ni.

5. Frage: *Also wenn jetzt jemand zu Ihnen kommt von den demenzerkrankten MigrantInnen bzw. deren Angehörigen welche Problemlösungen können Sie denn dann anbieten?*

Also, wir haben zwei türkische Ehrenamtliche. Also, eine mit Kopftuch, eine ohne. Wir ham auch noch ein äh... einen Mann, der also Deutschtürke ist. Also Mutter ist Deutsche, Vater ist Türke. Also er fühlt sich mehr deutsch, aber spricht natürlich türkisch und hat natürlich mehr die Kultursachen im Hintergrund. Wir ham auch ein Iraner. Wir hatten auch eine Russin als Ehrenamtliche, eine Polin. Also wir könnten eigentlich schon ´ne ganze Menge anbieten.

[Zwischenfrage: *Aber es wird halt noch nicht so gewünscht?*]

Nein.

[Zwischenfrag: *Und woran könnte das liegen? Gibt's dafür ´ne Erklärung?*]

Ja, also die eine Erklärung, die ich Ihnen [...] ⁴² schon gesagt hatte, dass also Demenz häufig ein Problem des höheren Alters ist, und dass die MigrantInnen meistens nicht so sehr alt werden. Dann is´ es natürlich auch bei deutschen Demenzkranken, is´ einfach keine Achtsamkeit auf die Anfangsstadien der Demenz, ja. Und obwohl die Leute schon soviel hören und so weiter. Da is´ natürlich die Wissenslücke bei MigrantInnen noch größer, das richtig einzuordnen. Und von daher wird ganz häufig wahrscheinlich das mit ´ner Depression verwechselt. Also, Rückzug, und, und will nicht mehr, und kann nicht mehr, und so. Und persönliche Schwächen, und, nä.

Zum Beispiel, also der Vater von der einen Ehrenamtlichen... ich würd sagen der hat ´ne, er hat ´ne Demenz, oder beginnende Demenz. Der Sohn bleibt bei äh einfach: „Der will sich nich rühren. Der nimmt mich nicht ernst. Der macht sich ´s bequem.“ Eher dann wirklich in Richtung Depression, nä. Aber wirklich was ist denn davon wirklich Hirnleistungsstörung? Da hab ich ihn also... Das ist ja auch immer so dieser Zwiespalt zwischen dem was man so persönlich erlebt und was man jetzt vom Kopf her weiß, oder so. Das in ein Einklang zu bringen, aber ich will ihn da auch nich, nicht schubsen, also das wäre nich, nicht das richtige. Also, aber er guckt da jetzt schon mehr hin. Und sagt dann auch... also, er bringt für andere Leute ganz tolle Lösungsvorschläge, wie man also ein Problem angeht. Wenn ich dann ihn so hintenrum dann doch mal auf seinen Vater anstupse, wie es denn wäre, wenn er es denn auch mal so anwenden würde... der war natürlich ganz überrascht. Und ich denke das is´ ein Hauptproblem. Und dann is´ natürlich die Sperre, is´ ja bei allen sehr groß Hilfe überhaupt anzunehmen. Ich denke sicher, dass unsere Flyer in vielen Haushalten liegen, ja, dass man dann sagt, wenn ´s ma

⁴² Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

97 schlecht geht dann kann ich da mal anrufen. Ja, und damit dann auch wirklich
98 schon ´ne Entlastung bringen. Ja, aber es wird nicht angerufen. Und ich krieg
99 wirklich, ich krieg wirklich die Krise. Wie Ehepartner sich wirklich zu Grunde
100 richten, wirklich, wenn fast nichts mehr geht, dann kommen sie an. Und ich sag:
101 „Das kann doch wohl nicht wahr sein. Ham Sie denn noch nie diese gelben Zettel
102 gesehen?“ „Doch, ja. Meinen Sie denn das is´ schon soweit?“ Nä, also das is´ so
103 ah... und ich glaub auch schon gar nicht mehr an was Schriftliches. Also, ob man
104 da ´n in Artikel in der Zeitung hat, oder Flyer auslegen hat, oder so. Es geht nur
105 über persönliche Ansprache, über Präsentsein und zufällig übern Weg laufen sozu-
106 sagen. Und das bei MigrantInnen wahrscheinlich noch viel stärker. Und da haben
107 sie wahrscheinlich noch schlechtere Netzwerke. Hier is´ also, hier is´ also dann
108 doch... dass ich also meinen Bekanntenkreis jetzt hier in Wilhelmsburg einfach
109 auch verstärkt habe. Und da is´ dann doch... da hinten is´ so ´ne Frau und die is´
110 immer ganz alleine... und ich weiß gar nicht, ob die das noch packt und so. Und
111 dann kann man dann einfach dann in diese Richtung mal dann ´n bisschen gucken,
112 oder dann mal jemand anders fragen, oder so. Aber äh da is´ ja gar keine Informa-
113 tion dann auch gegenseitig.
114

115 [*Zwischenfrage: Und Sie ham grade noch erwähnt, dass Sie ja Beratung machen. Was sind so*
116 *die Inhalte von Ihren Beratungen?*]

117 [Ähm, einmal was gibt´s für Entlastungsmöglichkeiten. Aber mir liegt einfach
118 speziell da dran, dass die Leute ihre ganz kleinen Alltagsprobleme, die ganz klit-
119 zekleinen Alltagsprobleme, die mir die Nerven kosten, ja, wo ich dran verzweifle,
120 ja, wo ich so enttäuscht drüber bin, wo ´s Ärger drüber gibt, dass man sich die an-
121 guckt, und die analysiert. Denn ganz viele Leute haben Wissen. Die wissen der
122 kann nichts dafür, oder so. Aber was das in dieser klitzekleinen Situation bedeutet,
123 welche Möglichkeiten zur Handlung ich habe. Und was ich davon ausprobiert ha-
124 be, mit welchen Erfahrungen, welchen Schritte ich als nächstes gehen will, ja. Und
125 dann wirklich dann einfach hinterher dann so zu sagen den Satz: „Gib mir die Fä-
126 higkeit zu akzeptieren, was ich nicht ändern, und zu ändern, was ich ändern kann.
127 Und die Weisheit das eine vom anderen zu unterscheiden.“ Aber wenn man diesen
128 Prozess bewusst macht, dann, dann geht es, und dann ist man auch nicht diesem
129 Opfergefühl so ausgeliefert. Und ich denke wenn Leute diese... so ´ne Art von Be-
130 ratung in Anspruch nehmen dann geht ´s ihnen so viel besser und den Angehöri-
131 gen geht ´s so viel besser, nä, den Kranken. Und dadurch kann also Pflege so viel
132 länger durchgehalten werden. Ich find das also so was von effektiv, äh, also ge-
133 genüber anderen Entlastungsmöglichkeiten, weil das einfach den Alltag bestimmt.]
134

135 6. Frage: *Haben Sie das Gefühl ausreichend Unterstützung bzw. Hilfe bieten zu kön-*
136 *nen?*⁴³

137 Ja, das ham wir. Wir ham also da...

138
139 [*Zwischenfrage: Auch jetzt im Hinblick auf MigrantInnen?*]

140 [Ja, also wir sind ja vorbereitet. Die brauchen im Prinzip wirklich nur zu kom-
141 men.]

142
143 7. Frage: *Geben Sie auch Weiterempfehlungen an andere Institutionen? Wenn ja, an*
144 *welche?*

145 Ähm, also jetzt MigrantInnen betreffend?

⁴³ An dieser Stelle äußert die Interviewte Bedenken, dass sie viel zu ausführlich antworten würde.

146 *Interviewerin: Ja, ja.*
 147 Bin ich leider noch nicht in die Situation gekommen.
 148
 149 8. Frage: *Und haben Sie den Eindruck, dass die pflegenden Angehörigen bereits*
 150 *ausreichend über die Erkrankung und Betreuung Demenzkranker informiert sind?*
 151 Nee, das denk ich nicht. Das denk ich nicht, dass sie sehr viel wissen.
 152
 153 [Zwischenfrage Interviewerin: *Woran könnte das liegen?*]
 154 Das ham wir eigentlich schon gehabt, nä. [...] ⁴⁴
 155
 156 9. Frage: *Und haben Sie den Eindruck, dass die pflegenden Angehörigen über die*
 157 *Leistungen der Pflegeversicherung ausreichend Bescheid wissen?*
 158 Das schon eher. Mit den 460 € das is´ ja allgemein sehr unbekannt. ⁴⁵ Und was ich
 159 jetzt auch wirklich erst selber neu entdeckt hab, is´ also die Verhinderungspflege.
 160 In Niedersachsen wird´s regelmäßig gemacht, dass die also aufgeschlüsselt wird
 161 für ganz normale Betreuungsangebote. [...] ⁴⁶
 162 Dass da also noch viel Verhinderungspflege abgerechnet wird. Und hier in Ham-
 163 burg is´ das also kaum der Fall. Ich wusste also wirklich nicht, dass Verhinde-
 164 rungspflege und Kurzzeitpflege nicht in Konkurrenz stehen. Nä, denn ganz viele
 165 Leute machen das nicht, und machen das höchstens im Dezember, weil sie denken
 166 vielleicht muss ich ja noch mal meinen Angehörigen ins Heim geben. Und das
 167 steht überhaupt nicht... man kann die Verhinderungspflege ausnutzen und hat
 168 trotzdem noch den Anspruch auf die Kurzzeitpflege. Also, auch für mich Neuig-
 169 keiten, nä also.
 170
 171 [Zwischenfrage: *Und das nehmen auch die MigrantInnen, die Sie hier betreuen auch in An-*
 172 *spruch? Also, grad auch die Pflege... das Pflegegeld und so?*]
 173 Ja, also das denke ich schon.
 174
 175 10. Frage: *Haben Sie den Eindruck, dass pflegende Angehörige von demenzerkrankten*
 176 *MigrantInnen in Pflegekursen unterrepräsentiert sind?*
 177 Wir haben hier nur ein Pflegekurs bisher angeboten, und da warn keine dabei. Und
 178 ich weiß auch die Angebote jetzt Hamburgweit, von der Brücke zum Beispiel, war
 179 wieder nicht ausgenutzt. Ja, also das ist eh sehr, sehr schwierig. Also, vielleicht
 180 sollte man da wirklich lieber so diese vor Ort Schulung da machen. Also, das wär
 181 wahrscheinlich wirklich dann auch günstiger. Dass dann also über die Kasse abge-
 182 rechnet wird, nä.
 183
 184 11. Frage: *Und wie erfahren denn die pflegenden Angehörigen von Ihnen? Also, die*
 185 *MigrantInnen, die jetzt bei Ihnen sind?*
 186 Ähm, ja, ich sag mal viel Öffentlichkeitsarbeit. In Zeitungen mal einen Artikel ins
 187 Wochenblatt oder Flyer. Jetzt hab ich beim Mühlenfest und beim Spreehafenfest
 188 ´nen Stand. Auf ´n Wochenmarkt mal ´n Stand, nä. Aber grad jetzt auf Wochen-
 189 markt, nä...das is´ ja also... da verkehren zu mindestens 60% an MigrantInnen,
 190 mindestens sogar... da kommt eigentlich so keiner, nä.
 191
 192
 193

⁴⁴ An dieser Stelle bemerkt die Interviewte, dass der Computer komische Geräusche macht.

⁴⁵ Vgl. SGB XI, § 45b

⁴⁶ Unterbrechung durch eine Kollegin

194 [Zwischenfrage: *Haben Sie auch Flyer in anderen Sprachen?*]
 195 Ich hatte einen in Türkisch, den hab ich aber nicht benutzt, gestehe ich. [...] ⁴⁷
 196
 197 [Zwischenfrage: *Wo ham Sie den ausgelegt?*]
 198 Bei Ärzten. [Pause] Wie unser, wie unser normaler Flyer is´. Also, dann auf
 199 Türkisch, im anderen Format auch ´n bisschen, aber.
 200
 201 12. Frage: *Arbeiten Sie in Netzwerken zu diesem Thema zusammen? Also jetzt wirklich*
 202 *bezogen auf MigrantInnen.*
 203 Nein, ham wir nicht. Also, wir ham Kontakt zur türkischen Gemeinde eigent-
 204 lich schon mal gehabt. Äh, zu Verikom ⁴⁸ besteht auch ´n bisschen Kontakt.
 205 Aber dass man jetzt wirklich ganz gezielt jetzt noch mal hingehet, und sagt hier
 206 is´ und hier habt ihr die [...] ⁴⁹ und das ist das Problem [...] ⁵⁰ also, das passiert
 207 dann doch nicht.
 208
 209 13. Frage: *Welche Wünsche in Bezug auf diese Thematik möchten Sie mir mit auf den Weg*
 210 *geben?*
 211 Welche Wünsche?
 212 Interviewerin: *Oder auch Anregungen, oder ja, was Sie kritisch sehen.*
 213 Also wo sie was bewirken könnten, oder?
 214 Interviewerin: *Ja, wir alle.*
 215 Gute Frage, ja. [Pause] Ja, um diese Menschen zu erreichen braucht man Zeit,
 216 ja. Es geht nicht über irgend ´nen Zeitungsartikel, oder so. Sondern man muss
 217 hingehen, man muss Kontakt aufnehmen, ja. Man muss dumme Wartezeiten
 218 aufnehmen, nä, bis irgendwas läuft, und anders is´ das nicht machbar.
 219 Oder was ich jetzt vorhabe ist also, wo ich mir dann noch mehr von verspre-
 220 che, is´ also, dass ich wirklich die Arztpraxen aufsuche. So wie Sie das ge-
 221 macht haben, mit Kuchen, ja. Und äh, und also, halbe Stunde Zeit
 222 einkalkulieren, und wo ich also klein bisschen über unsere Einrichtung ⁵¹ erzäh-
 223 le und die Angebote, und für Fragen für die Praxismitarbeiter zur Verfügung
 224 stehe. Und hier in Wilhelmsburg is´ doch häufig, dass da also wirklich auch
 225 MigrantInnen als Arzthelferin arbeiten. Und darüber schätze ich wird dann al-
 226 so eher der Kontakt laufen, als jetzt über Ärzte, und solche Sachen. Und das
 227 andere muss man einfach realistisch sehen, nä. Auch wenn ich... ich hab auch
 228 den Kontakt hier zu den Kirchengemeinden, zu den Pastoren. Und kommt was
 229 von den Pastoren? Nichts, null und nothing. Ja, wir sind ja keine Konkurrenz,
 230 oder sonst irgendwas. Die haben mit den alten Leuten zu tun, ja, und die gehen
 231 nicht mehr in Seniorenclub, weil sie nicht mehr laufen können. Aber dass die
 232 einfach die Zeit nicht mehr hinkriegen oder einfach zu viel Misserfolgserleb-
 233 nisse haben, und deshalb einfach nicht mehr in die Gruppe gehen, und deshalb
 234 ´ne andere Unterstützung brauchen, das wird nicht gesehen. Und, ich mein
 235 wenn ich da bei den normalen Menschen am verzweifeln bin, wie viel stärker
 236 is´ das also dann mit ganz anderer Sprache, mit anderer Kultur... oh, stimmt
 237 gar nicht wir ham noch einen MigrantInnen. Wir ham äh eine aus Mazedonien,
 238 und die is auch... die hat auch eine, eine Ehrenamtliche, die also auch jugos-
 239 lawisch spricht, also, die sich also auch in der alten Sprache verständigen kön-

⁴⁷ Beratende unterbricht Interview, um nach dem Flyer zu suchen.

⁴⁸ Damit ist der „Verbund für interkulturelle Kommunikation und Bildung e.V.“ gemeint.

⁴⁹ Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

⁵⁰ Ausklammerung wegen Undeutlichkeit

⁵¹ Name der Einrichtung durch Autorin anonymisiert

240 nen, denn sie spricht... sie is´ mit ´nem Deutschen verheiratet und die Kinder
241 sprechen auch wohl deutsch, und sie spricht jetzt kein deutsch mehr, weil die
242 Sprache weggerutscht ist. Das is´ also auch ganz wichtig, dass also die Ehren-
243 amtliche da ist. Es is´ also seltsam, dass man mit MigrantInnen immer noch
244 wirklich eher noch Türken und so in Verbindung bringt, oder einfach isla-
245 misch. Das andere fällt einfach irgendwo so...⁵²
246 Ja, wir ham auch eine, eine dunkelhäutige Ehrenamtliche. Also im Moment hat
247 sie jetzt also grade ihr zweites Kind gekriegt und auch umgezogen, aber sie
248 wird uns dann auch wieder zur Verfügung stehen. Und sie hatte hier also ihre
249 Einsätze gemacht, aber eben auch nur bei ´ner normalen Familie.

251 [*Zwischenfrage: Und wie kommen Sie denn zu den ganzen Ehrenamtlichen? Das ist ja ein*
252 *Riesepotential.*]

253 [Also, wir ham 34 aktive Ehrenamtliche.]

254

255 [*Zwischenfrage: Und dafür, davon sind ja jetzt einige, was Sie mir aufgezählt haben, Migran-*
256 *tInnen.*]

257 [Ja, ja. Wir ham jetzt den dritten Kurs gemacht; den dritten Kurs gemacht, ja?
258 Also, immer mit 40 Stunden, nä. Und davon sind also doch noch sehr viele
259 auch so dabei. Ich meine, also vom ersten Kurs sind jetzt nicht mehr so sehr
260 viele...selbst durch Umzug... und ich mein es natürlich auch immer so eine
261 gute Chance für ´n Arbeitsmarkt wenn man ehrenamtlich was macht, und das
262 nachweisen kann, nä. Ich denk mal wenn da so eine Auswahl is an Bewerbern,
263 woher weiß ich denn wer gut ist? Und wenn ich weiß jemand setzt sich über
264 längere Zeit bei einem Projekt ein, ja, dann is´ das für mich ´n Beurteilungskri-
265 terium wo ich sage, das is´ was. Denn über... man sieht die doch alle nur an
266 der Nase, nä. Und wenn man da ´ne Auswahl von Zehn hat, denk ich, is´ das
267 also ´n gutes Entscheidungskriterium sich also für jemand zu entscheiden. Und
268 wenn dann nachher die Einarbeitungszeit kommt, dann schafft eigentlich wirk-
269 lich kaum noch jemand etwas ehrenamtlich zu machen.]

270

271 [*Zwischenfrage: Und wie werden die auf Sie aufmerksam die Leute?*]

272 Ähm ja, durch Zeitungsartikel, Wochenblatt, und äh ja jetzt zunehmend auch
273 einfach durch, durch Mundpropaganda. Als... einfach sagen: „Mensch, da
274 lernste wirklich was und es ist spannend, gibt ja auch ´ne Aufwandsentschädi-
275 gung und da ham wir jetzt also,... wir ham immer volle Kurse gehabt. Jetzt
276 grade ham auch wieder 15 abgeschlossen. Und gute Leute, nä. Ich mein natür-
277 lich, nich jeder, aber ich sag immer: „Auf jeden Pott passt ´n Deckel. Also man
278 muss die einfach zusammen suchen, wer zusammen passt. Für die Einen ner-
279 vend, und für die anderen passt es.

280

281 [Nachtrag]

282 Also es war auch in der Planung gewesen, dass wir demenzkranke MigrantInnen ´ne eigene
283 Betreuungsgruppe machen, und da wir schon gemeint haben, dass das also für Wilhelmsburg
284 zu klein ist, wollten wir also in Harburg „Haus der Kirche“, dass die Leute dann noch einkau-
285 fen gehen können so irgendwo. Bei den Recherchen dafür is´ dann halt eben wirklich raus
286 gekommen, dass die Lebenserwartung so gering is´, dass die Wahrscheinlichkeit einer De-
287 menz einfach auch gering ist, und wenn man dann noch die ganzen Hinderungsgründe bis

⁵² Interviewerin fügt an, dass in Hamburg auch viele spanische MigrantInnen leben.

288 also so ein Angebot angenommen is´, da konnte man sich ausrechnen, dass das nichts wird.
289 Und von daher is´ es dann also in der Planungsphase stecken geblieben.
290
291 *Vielen Dank für das Gespräch!*

1 **A6: Interview AP-II**

2 **Datum: 04.07.07, Dauer: ca. 15 min (telefonisch)**⁵³

3 *1. Frage: Wieviel demenzerkrankte MigrantInnen bzw. deren Angehörige wurden*
4 *schätzungsweise in den letzten fünf Jahren von Ihnen betreut?*

5 Hab mal nachgezählt, so ca. 18 bis 20
6

7 *2. Frage: Mit welchen Fragen wenden sich die pflegenden Angehörigen an Sie?*

8 Sie kommen nicht mit gezielten Fragen, da sie nicht verstehen was Demenz ist. Sie
9 denken es ist eine psychische Erkrankung und sagen so etwas wie: „meine Mutter
10 hat `nen Knacks weg“. Vor allem schlimme Demenz wird nicht verstanden. Da lief
11 ein Angehöriger nackt auf der Straße und es wurde gesagt: „der ist verrückt ge-
12 worden“. Sie wissen nicht welche Fragen sie stellen sollen. Sie wissen nicht was
13 für Medikamente sie reichen sollen oder welche Pflegeeinrichtungen es gibt. Sie
14 schämen sich für das Verhalten der Angehörigen. Ein Mann hatte Rente beantragt,
15 wollte zurück in die Türkei. Er galt als alt und vergesslich. Dann bekam er einen
16 Schub und fing an sich auf der Straße auszuziehen. Die Angehörigen sagten: „der
17 spinnt“, „der will uns nur ärgern“. Sie können nicht den Schalter im Hirn umlegen,
18 dass er das nicht absichtlich macht.
19

20 *3. Frage: Mit welchen Problemen wenden sich die pflegenden Angehörigen an Sie?*

21 Dass sie nicht verstehen was geschieht. Sie kommen dahinter, dass der Mensch
22 dement ist, und er wird nicht behandelt.
23

24 *4. Frage: Was für Angebote haben Sie für pflegende Angehörige bzw. die Demenzer-*
25 *kranken selbst?*

26 Natürlich Beratung. Ich versuche Ärzte zu vermitteln. Ich erklär den Unterschied
27 zwischen psychischer Erkrankung, Parkinson und Demenz, denn ein 18-Jähriger
28 hat keine Demenz. Dann machen wir auch die Pflege. Wir haben bei uns Bilder
29 von allen Kolleginnen aufgehängt, damit sie sehen, wer zu ihnen kommt; damit sie
30 ein Gesicht haben. Wir summen z.B. Lieder, die der zu Pflegenden als junger Mann
31 gesungen hat. Wir versuchen so in die Vergangenheit rein zu gehen. Sie z.B. dar-
32 auf zu schulen, dass sie auf das eingehen was die Leute sagen. Wenn beispielswei-
33 se jemand sagt: „Ich muss noch die Brote für meine Kinder schmieren.“, dass ihm
34 nicht entgegnet wird: „Du spinnst, deine Kinder sind längst weg.“, sondern dass er
35 in seiner Zeit bleiben kann, und eher so etwas gesagt bekommt, wie: „Ja, ja, in den
36 heutigen Zeiten ist es schwierig Kinder groß zu ziehen.“
37
38

39 *5. Frage: Welche Problemlösungen können Sie anbieten?*

40 Das hab ich eben schon mit beantwortet.
41

42 *6. Frage: Haben Sie das Gefühl ausreichend Unterstützung / Hilfe bieten zu können?*

43 Nein, hab ich nicht das Gefühl. Es fehlt an der entsprechenden Personenstruktur.
44 Auch ist die Weiterbildung noch zu ungenau und nicht auf MigrantInnen zuge-
45 schnitten.
46
47

⁵³ Aus Gründen des Zeitmangels konnte nur dieser Weg gewählt werden.

48 7. Frage: *Geben Sie auch Weiterempfehlungen an andere Institutionen? Wenn ja, an*
49 *welche?*

50 Ja, das Dementennetzwerk. Obwohl mir die Ansichten da nicht so gefallen. Sie sa-
51 gen sich, wenn wir die Leute schon betreuen können wir sie auch gleich pflegen.
52 Das ist so ne Abwerbeteknik. Und es ist eher für Deutsche als für MigrantInnen
53 geeignet. Die kommen wieder zurück.
54

55 8. Frage: *Haben Sie den Eindruck, dass die pflegenden Angehörigen bereits ausreichend*
56 *über die Erkrankung und Betreuung Demenzkranker informiert sind?*

57 Nein, auf keinen Fall. Es gibt zwei Neurologen mit türkischem Hintergrund, die
58 Informationsveranstaltungen machen. Die Diakonie macht viel. Aber in der Be-
59 völkerung ist Demenz noch viel undefiniert.
60

61 9. Frage: *Haben Sie den Eindruck, dass die Angehörigen über die Leistungen der*
62 *Pflegeversicherung ausreichend Bescheid wissen?*

63 Die Pflegeversicherung hat begonnen sich auf Demenzerkrankte einzustellen. Das
64 war lange ein Problem, vor allem mit dem MDK. Nun läuft es gut. Der Demenzer-
65 krankte erhält in der Regel die Pflegestufe I.
66

67 10. Frage: *Haben Sie den Eindruck, dass pflegende Angehörige von demenzerkrankten*
68 *MigrantInnen in Pflegekursen unterrepräsentiert sind?*

69 Ja, sie sind unterrepräsentiert. Die Kurse sind nur auf Deutsch und meist nicht gut
70 erklärt. Es kommt viel Fachsprache vor. Es müsste mehr in Laiensprache sein; das
71 geschieht nicht.
72

73 11. Frage: *Wie erfahren die pflegenden Angehörigen von Ihnen?*

74 Von mir selbst, von der Altenhilfe, von den Ärzten. Die Leute sprechen unterein-
75 ander darüber. Erzählen „sie ist gut, sie hilft“.
76

77 12. Frage: *Arbeiten Sie in Netzwerken zu diesem Thema zusammen?*

78 Ja, mit dem Demenznetz. Das versuch ich. Bis auf die Schwierigkeiten, die ich e-
79 ben schon angesprochen hab.
80

81 13. Frage: *Welche Wünsche in Bezug auf diese Thematik möchten Sie mir mit auf den Weg*
82 *geben?*

83 Fachkräfte in der Muttersprache einstellen, Pflegekurse für bestimmte Sprachkrei-
84 se anbieten. Broschüren von der Gesundheitsbehörde in verschiedenen Sprachen
85 zu diesem Thema oder Schwerpunktpraxen für Demenz. Und die Beratungsstellen
86 sollten personell der Klientel entsprechend angepasst werden. Wer das machen
87 soll. Keine Ahnung. Meist hapert es am Geld. Ich selbst hab versucht ein betreutes
88 Wohnen aufzubauen, aber es kostet zu viel Geld. Vielleicht versuch ich es jetzt
89 eher mit betreuten Wohngruppen, dass ich mir größere Wohnungen anmiete.
90

91 [Nachtrag]

92 Beratende: Für bestimmte Institutionen ist es noch immer ein Problem, dass es MigrantInnen
93 gibt. Hier in Hamburg leben eher die, die doch wieder zurückgehen.

94 Gewalt gegenüber Demenzkranken ist extrem. Das wurde noch nicht angesprochen. Wir
95 erfahren das täglich in unserer Arbeit. Das z.B. jemand blaue Flecke hat. Bei einer deutschen
96 Kundin fiel mir auf, dass sie ihren Mann ständig kneift, und ich gefragt habe was sie da
97 macht. Er kann nichts dafür. Die rastet schon aus, wenn er nur eine Tablette fallen lässt. Das
98 ist ein Zeichen absoluter Überforderung. Worunter der Demenzkranke leidet. Extrem ist es in

99 der türkischen Gesellschaft. Da wird es geheim gehalten. Die Leute werden eingeschlossen
100 wenn Besuch kommt, oder dürfen die Wohnung nicht mehr allein verlassen.
101
102 *Vielen Dank für das Gespräch*

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit 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.

Hamburg, den 14.09.2007

Marit Friedrich