

Abschlussbericht des Projekts
„Kommunikationsschulung für Angehörige von türkischen
Migranten mit Demenz – EduKation^{TÜRKISCH}“

Projektdauer

Mai 2011 – März 2014

Projektleitung

Prof. Dr. Sabine Engel,

M. Sc. Semra Altınışık, Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation, Klinikum
Neuperlach München

Kooperationspartner

CA Dr. med. Wilfried Wüst, Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation, Klinikum
Neuperlach, Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität
München

Inhaltsverzeichnis

0	Einleitung	1
1	Demenzerkrankungen	4
1.1	Definition und Prävalenz	4
1.2	Demenzformen.....	5
2	Die Situation der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz	6
3	Das Interventionsprogramm EduKation®	7
4	Ältere türkische Migranten in Deutschland	10
4.1	Sozioökonomische und gesundheitliche Situation	10
4.2	Demenz bei älteren türkischen Migranten	12
5	Die Situation von türkischen pflegenden Angehörigen	12
6	Entstehung des Projektes EduKation^{TÜRKISCH}	13
6.1	Forschungsfrage und theoretischer Hintergrund	13
6.2	Die Phasen des Forschungsprojektes.....	15
6.2.1	Vorbereitungsphase	15
6.2.2	Pilotierungsphase.....	15
6.2.3	Durchführungsphase	16
6.2.4	Nachbereitungsphase.....	16
7	Methodologie und Methode der Studie	16
7.1	Qualitative Sozialforschung.....	16
7.2	Zugang zu den Angehörigen und Samplestruktur	17
7.2.1	Infopost.....	17
7.2.2	Telefonische Nachfrage.....	18
7.2.3	Vorträge.....	18
7.2.4	Mündliche Bekanntmachung und Auslage von Broschüren	18
7.2.5	Medien.....	19
7.2.6	Newsletter und Verteilerlisten	19

7.2.7	Probleme bei der Rekrutierung von Angehörigen.....	19
7.3	Erhebungsverfahren: Das problemzentrierte Interview	20
7.3.1	Aufbereitungsverfahren	21
7.3.2	Interviewleitfäden und Fragebögen	21
7.3.3	Auswertungsverfahren: Die Qualitative Inhaltsanalyse.....	24
7.3.4	Methodische Einschränkungen	25
8	Forschungsergebnisse	26
8.1	Die Ergebnisse der ersten Schulung	26
8.1.1	Positive Aspekte der Schulung	27
8.1.2	Negative Aspekte der Schulung	28
8.1.3	Die Anzahl der Sitzungen	28
8.1.4	Auswertung der Fragebögen	29
8.2	Die Ergebnisse der Experteninterviews.....	29
8.2.1	Spezifische Belastungen von versorgenden und pflegenden Angehörigen von türkischen Menschen mit Demenz.....	30
8.2.2	Inhalte des Schulungsangebotes.....	33
8.2.2.1	Thema Depression.....	33
8.2.2.2	Migrationsbedingte Belastungen.....	33
8.2.2.3	Religion, Glauben und Kultur	34
8.2.3	Mögliche Gründe für die fehlende Nachfrage	34
8.2.4	Zugangswege zu den Angehörigen	35
8.2.5	Sonstige Anregungen der Expertinnen.....	36
8.3	Das Schulungskonzept nach der ersten Evaluation	36
8.3.1	Zusätzliche Schulungsthemen.....	36
8.3.2	Veränderte Teilnahmekriterien	37
8.3.3	Verändertes Schulungssetting.....	37
8.3.4	Inhaltliche Anpassung	38

8.3.5	Reduktion der Sitzungen	39
8.3.6	PowerPoint-Folien	39
8.3.7	Dokumentation „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“	40
8.4	Die Ergebnisse der zweiten Schulung.....	40
8.4.1	Die Kursteilnehmer	41
8.4.2	Auswertung der Interviews	42
8.4.2.1	Nutzen der Schulung	43
8.4.2.2	Verhältnis zum Angehörigen	45
8.4.2.3	Emotionale Situation nach der Teilnahme.....	46
8.4.2.4	Migrationsspezifische Aspekte.....	46
8.4.2.5	Inhalte der Schulung aus Sicht der pflegenden Angehörigen	48
8.4.3	Auswertung der Fragebögen	49
8.4.4	Schulung von Multiplikatorinnen	50
8.5	Das Schulungskonzept nach der zweiten Evaluation	51
8.5.1	Dauer und Häufigkeit der Sitzungen.....	51
8.5.2	Vorführung des Dokumentarfilms	52
8.5.3	Fragebögen	52
8.5.4	Erste Sitzung	52
8.5.5	Zweite Sitzung	53
8.5.6	Dritte Sitzung.....	53
8.5.7	Vierte Sitzung	53
8.5.8	Fünfte Sitzung	54
9	Zusammenfassung.....	55
10	Weiteres Vorgehen und Ausblick	57
	Danksagung	61
	Literaturverzeichnis	61

0 Einleitung

Ältere Migranten sind eine schnell wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Den Großteil von ihnen bilden die so genannten „Arbeitsmigranten“ aus den früheren Anwerbeländern, die allmählich ins Rentenalter kommen bzw. schon im Ruhestand sind. Von diesen sind die Migranten aus der Türkei, die in den Jahren 1961 und 1973 als „Gastarbeiter“ und auch danach im Rahmen des Familiennachzugs nach Deutschland gekommen sind, die größte Gruppe.

Neueren Studien zufolge haben immer weniger ältere Migranten die Absicht, für immer in ihr Herkunftsland zurückzukehren. Dies hängt – diesen Autoren zufolge - in erster Linie mit den Familienbindungen in Deutschland zusammen, aber u. a. auch mit der Tatsache, dass die gesundheitliche Versorgung in Deutschland als besser wahrgenommen wird als im Herkunftsland. Eine endgültige Rückkehr in die „alte Heimat“ findet demnach nicht mehr statt, obwohl die meisten Migranten mit dem Ziel nach Deutschland gekommen sind, hier lediglich ein paar Jahre zu arbeiten und so bald wie möglich in ihre Heimat zurückzugehen. Viele ältere Migranten im Ruhestand pendeln jedoch zwischen ihrem Herkunftsland und Deutschland – ein Phänomen, das „Pendelmigration“ genannt wird.

Untersuchungen zu Migranten zeigen, dass Migrations- und Anpassungsprozesse in einer fremden Kultur zu psychischen Belastungen führen können. Die abrupten Veränderungen im Sozialleben, familiäre Umbrüche (z.B. Trennung von Kindern und Ehepartner), kulturelle Unterschiede aber auch Vorurteile und Diskriminierung im Aufnahmeland sind nur ein Teil der migrationsspezifischen Belastungen.

Forschungen zur Gesundheitssituation von älteren Migranten zeigen zudem, dass diese früher von geriatrischen und häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen sind als Deutsche im selben Alter und etwa fünf bis zehn Jahre früher altern. Das bedeutet, dass auch Demenzerkrankungen bei dieser Bevölkerungsgruppe früher auftreten können.

In Deutschland leben derzeit schätzungsweise über 1 Millionen Menschen mit Demenz – mit steigender Tendenz. Gründe für diese Zunahme sind u. a. die gestiegene Lebenserwartung und die verbesserte Frühdiagnostik. Demenzerkrankungen stellen das deutsche Versorgungssystem vor große Herausforderungen, sowohl in finanziel-

ler Hinsicht als auch aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs mit dem Fortschreiten der Erkrankung.

Menschen mit Demenz werden über die längste Zeit der Krankheit von ihren Angehörigen gepflegt. Je nach Symptomatik der jeweiligen Demenzerkrankung, der Dauer der Erkrankung und dem Grad der Pflegebedürftigkeit kann die Versorgung, Betreuung und Pflege eines Menschen mit Demenz eine große seelische und körperliche Belastung für den versorgenden bzw. pflegenden Angehörigen bedeuten. Daher ist es wichtig, diese Angehörigen frühzeitig im Pflegeprozess zu unterstützen. Adäquate und frühzeitige Unterstützung wirkt sich positiv auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden sowohl der Pflegenden als auch der Menschen mit Demenz aus und entlastet das Versorgungssystem. Eine Form der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ist das psychoedukative Schulungsprogramm „EduKation®“ („Entlastung **durch** Förderung der **Kommunikation**“) (Engel, 2007), das darauf abzielt durch die Vermittlung von spezifischen kommunikationsorientierten Kompetenzen den Kommunikationsstörungen zwischen den pflegenden Angehörigen und den Menschen mit Demenz langfristig entgegenzuwirken und somit das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen zu senken. Dieses Interventionsprogramm, dessen Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien (Engel, 2007) nachgewiesen wurde, wird inzwischen in vielen Bundesländern in Deutschland und im deutschsprachigen Ausland angeboten. Nahezu alle gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich an den Teilnahmekosten, die für die Angehörigen anfallen.

Aufgrund der Prognosen über die zunehmende Zahl von älteren Migranten in Deutschland ist davon auszugehen, dass Demenzerkrankungen in den nächsten Jahren auch in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich zunehmen werden. Da für viele ältere Migranten eine endgültige Rückkehr in die Heimat nicht mehr infrage kommt, ist es wichtig, dass in Deutschland Versorgungsstrukturen entwickelt werden, die kulturspezifische Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen umfassen.

Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts, das von der deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. gefördert wurde, war es daher das Konzept des Interventionsprogramms EduKation® kultursensibel an die spezifische Situation pflegender Angehöriger von türkischen Menschen mit Demenz anzupassen und ersten Evaluationsprozessen zu unterziehen.

Entstanden ist das Konzept EduKation^{TÜRKISCH}, das eine um kultur- und migrations-spezifische Themen erweiterte und ins Türkische übersetzte Modifikation von EduKation[®] darstellt, die darüber hinaus hinsichtlich Didaktik, Schulungsmaterial und -rahmenbedingungen kultursensibel an die Zielgruppe der in Deutschland lebenden türkischen Menschen angepasst wurde.

Das Forschungsprojekt begann im Mai 2011 und wurde – mit fast einjähriger Unterbrechung - im März 2014 beendet.

Die Durchführung des Forschungsprojekts erfolgte in vier Phasen. Gegenstand der *Vorbereitungsphase* waren Öffentlichkeitsarbeit, eine erste Übersetzung und Anpassung der deutschsprachigen Schulung und die Entwicklung von Fragebögen. In der *Pilotierungsphase* wurden zunächst Fokusgruppeninterviews mit türkischen versorgenden Angehörigen von Menschen mit Demenz durchgeführt und auf der Grundlage deren Ergebnisse das Schulungsprogramm konzeptionell überarbeitet und angepasst. Anschließend wurde die so entstandene Schulungsversion einmal durchgeführt und mithilfe von Interviews evaluiert. Flankierend fanden Experteninterviews mit Fachkräften aus der sozialen Migrationsarbeit statt. Zum Abschluss der Pilotierungsphase wurde auf dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse und der Erfahrungen der Experten das Programm erneut überarbeitet. In der *Durchführungsphase* wurde das Programm nochmals durchgeführt und evaluiert. Durch abschließende kleinere Modifikationen entstand schließlich die bislang finale Version, auf deren Grundlage drei Multiplikatorinnen fortgebildet wurden. Das Ende der Durchführungsphase bildet eine Diskussion der Endversion mit Expertinnen, die im Bereich der psychosozialen Beratung von türkischen pflegenden Angehörigen tätig sind. Gegenstand der *Nachbereitungsphase* sind die Erstellung des vorliegenden Abschlussberichts, die Veröffentlichung eines Artikels in einer (psycho-)gerontologischen Fachzeitschrift, die Vorstellung der Forschungsergebnisse im Rahmen des 8. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und die Veröffentlichung einer Angehörigenbroschüre (s. auch Punkt 6.2).

In dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse des Forschungsprojekts EduKation^{TÜRKISCH} ausführlich dargestellt und diskutiert. Im ersten Kapitel werden Demenzerkrankungen, im zweiten Kapitel die Situation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz und im dritten Kapitel das bereits in deutscher Sprache bestehende Interventionsprogramm EduKation[®] behandelt bzw. beschrieben. Ge-

genstand des vierten und fünften Kapitels sind die Lebens- und Gesundheitssituation von älteren Migranten, die Demenzhäufigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe und die Situation von pflegenden Angehörigen von türkischen Menschen mit Demenz. Nach einem Überblick über die Fragestellung des Forschungsprojekts EduKation^{TÜRKISCH} im sechsten Kapitel erfolgen im siebten Kapitel Beschreibungen der Methodologie und Methode des Forschungsprojekts. Schließlich werden im achten Kapitel die Ergebnisse der Studie im Detail aufgezeigt. Im neunten und letzten Kapitel werden die Inhalte des Berichts zusammengefasst und die weitere Perspektive von EduKation^{TÜRKISCH} aufgezeigt.

1 Demenzerkrankungen

1.1 Definition und Prävalenz

Durch medizinische und technische Innovationen steigt die Wahrscheinlichkeit, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Die durchschnittliche fernere Lebenserwartung von 60-jährigen Männern liegt derzeit bei ungefähr 80,6 Jahren, während sie bei 60-jährigen Frauen bei ca. 84,5 Jahren liegt. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung steigt allerdings auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken (Fürstl, Burns, Zerfas, 2003).

Nach den Berechnungen von Bickel (2005) liegt die Gesamtprävalenz der Demenz in den westlichen Industrieländern bei Ausschluss der leichten Stadien zwischen 5-8% für die über 65-jährige Bevölkerung. Bei Einbeziehung der leichteren Stadien ergibt sich eine Gesamtprävalenz von 6-9%. Heute sind in Deutschland mehr als eine Million über 65-Jährige an Demenz erkrankt – und die Tendenz ist steigend. Die jährliche Inzidenz bei über 65-Jährigen liegt derzeit bei 1,5-2%. Die Zahl der Neuerkrankungen liegt somit bei 190 000-200 000 Personen (Bickel, 2005).

Nach der derzeit gültigen 10. Version der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) gehören neben der Abnahme der Gedächtnisfunktionen und anderer kognitiver Fähigkeiten, welche sich durch verminderte Urteilsfähigkeit und vermindertes Denkvermögen bemerkbar machen, auch Beeinträchtigungen von Affektkontrolle, Antrieb oder Sozialverhalten zu den Diagnosekriterien der Demenz. Für

eine Demenzdiagnose ist es zudem erforderlich, dass dieser Zustand mindestens sechs Monate anhält, das heißt nicht Folge eines vorübergehenden Verwirrheitszustandes ist (Schaub & Freyberger, 2005).

Bei der Demenz handelt es sich um eine Krankheit, die in ihrem Verlauf die geistigen Fähigkeiten der betroffenen Person zunehmend beeinträchtigt (Förstl, Burns, Zerfas, 2003). Das Fortschreiten der Erkrankung variiert jedoch individuell stark, da es von mehreren Faktoren abhängt, wie etwa von der Form der Demenzerkrankung, den psychischen und sozialen Einflüssen und von möglicher Multimorbidität. Die Dauer der Erkrankung kann dementsprechend zwischen 2 und 15 Jahre betragen (Stechl, 2006). In vereinzelt Fällen kann eine Demenzerkrankung sogar bis zu 20 Jahre dauern (Weyerer & Bickel, 2007).

1.2 Demenzformen

Demenzerkrankungen können in primäre und sekundäre Formen unterteilt werden. Sekundäre Demenzen machen ca. 10% aller Demenzerkrankungen aus und sind potenziell reversibel, d.h. unter günstigen Bedingungen können sie sich zurück bilden. Bei diesen Demenzformen handelt es sich nicht um hirngorganische Erkrankungen, sondern um die Folgen anderer somatischer oder psychischer Erkrankungen oder metabolischer, hormoneller oder nutritiver Störungen, die die Funktionsfähigkeit des Gehirns beeinträchtigen. Primäre Demenzformen hingegen sind hirngorganische Erkrankungen, die irreversibel sind und progredient verlaufen. Diese lassen sich wiederum in die Gruppen der neurodegenerativen und vaskulären Demenzformen unterteilen.

Bei neurodegenerativen Demenzformen kommt es im Krankheitsverlauf vermehrt zur intra- und extrazellulären Aggregation von missgefalteten Proteinbruchstücken, die toxisch wirken, die Neurotransmission beeinträchtigen und schließlich zum Zelltod führen (Gasser & Maetzler, 2012). Zu diesen gehören u.a. die großen Gruppen der Demenz vom Alzheimer-Typ, der Demenz mit Lewy-Körperchen und der frontotemporale Lobärdegeneration. Darüber hinaus gibt es seltenere Formen der degenerativen Demenzerkrankungen, die hier nicht weiter dargestellt werden (Gasser & Maetzler, 2012).

Unter dem Begriff der „vaskuläre Demenzformen“ werden „alle dementiellen Syndrome, die auf Erkrankungen der Hirngefäße basieren, zusammengefasst“ (Haberl & Schreiber, 2001:63) wie etwa die Multiinfarktdemenz, strategische Infarkte, multiple lakunäre Infarkte, subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathien, intrazerebrale Hämatomate und familiäre subkortikale Pathologien. Diese progredienten Störungsbilder entstehen durch unterschiedliche Schädigung der zerebralen Blutgefäße (Engel, 2007).

Bei längerem Fortbestehen einer primären Demenzerkrankung kommt es häufig zum gleichzeitigen Auftreten neurodegenerativer und vaskulärer Pathologien. Ein großer Anteil bestehender demenzieller Erkrankungen sind daher sog. „Mischformen“ (Gasser, Maetzler, 2012).

Obwohl es für die neurodegenerativen und vaskulären Demenzformen keine einheitlichen Störungsprofile gibt, können sie dennoch im Rahmen einer gründlichen Differenzialdiagnostik voneinander unterschieden werden.

2 Die Situation der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz

Die Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz erfolgt über die längste Zeit der Krankheitsdauer durch Familienmitglieder und ist für die pflegenden Angehörigen oft mit großen biopsychosozialen und materiellen Belastungen verbunden. So teilt Engel (2007) auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche die subjektiv empfundenen Belastungen der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz in fünf inhaltliche Dimensionen: psychische Belastungen aufgrund des Miterlebens einer fortschreitenden und unheilbaren Krankheit, Gefühle der Isolation, körperliche Anstrengungen und Belastungen, Belastungen durch Rollenkonflikte und finanzielle Sorgen. Deutlich wird in dieser Übersicht auch, dass die Art der Demenz-Symptome und die Krankheitsdauer einen großen Einfluss auf das Belastungsempfinden haben.

Infolge dieser Belastungen kommt es bei einem großen Anteil der Angehörigen von Menschen mit Demenz zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit, z.B. zu depressiven Verstimmungen (Wilz, Kalytta & Küssner, 2005). Die Angehörigenbelastungsforschung zeigt, dass sowohl Angebote der psychosozialen Unterstützung von

pflegenden Angehörigen, die durch psychoedukative, psychotherapeutische und beratende Maßnahmen auf die Förderung von Prozessen des psychischen Bewältigens zielen, als auch entlastende Interventionen, die den Angehörigen mehr Zeit zur eigenen freien Gestaltung ermöglichen sollen, eine nachweisbare Wirksamkeit auf das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen haben (Pinquart, Sörensen, 2002).

Ausgehend von diesen Befunden wurde Interventionsprogramm „EduKation®“ (Engel, 2007) entwickelt, das im Folgenden dargestellt werden soll.

3 Das Interventionsprogramm EduKation®

Ausgehend von der Erkenntnis, dass die bestehenden Interventionen für Angehörige von Menschen mit Demenz vor allem hinsichtlich der Kriterien „theoretische Fundierung“, „Wirksamkeit spezifischer Interventionen“ und „mögliche Langzeiteffekte“ Schwachpunkte aufwiesen, formulierte Engel (2007) auf der Grundlage relevanter Forschungsergebnisse die *Theorie der Belastungen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz aufgrund von Kommunikationsstörungen* (BADKom-Theorie). Diese besagt, dass das Belastungserleben von Angehörigen, die ein Familienmitglied mit Demenz zu Hause betreuen und versorgen u.a. durch Kommunikationsstörungen verursacht wird, die zwischen ihnen und den Kranken demenzbedingt entstehen. Diesem Teil des Belastungsempfindens könne demnach durch spezifische kommunikationsorientierte Interventionsprogramme für Angehörige wirksam und langfristig entgegengewirkt werden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit Angehörigen von Menschen mit Demenz wurde „EduKation®“ als kommunikationsorientiertes Interventionsprogramm entwickelt, welches die übergeordneten Ziele verfolgt, die kommunikative Handlungskompetenz von Angehörigen zu erweitern und Entwicklungsprozesse zu fördern, die Angehörige befähigen, ihre kommunikativen Handlungsstrategien an die sich unentwegt verändernde kognitive Situation des Kranken anzupassen.

Entsprechend der BADKom-Theorie (Engel, 2007) ist die Kommunikationsbeziehung zwischen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen hinsichtlich aller drei Grundfaktoren, die das Fundament eines jeden Kommunikationsprozesses bilden – nämlich das Verständnis von der Kommunikationsrolle des Anderen, das Wissen um die

eigene kommunikative Rolle, und die Handlungssicherheit im Umgang mit dem Anderen – gefährdet: „Die Rolle des vormals vertrauten Kommunikationspartners wird als zunehmend abweichend und fremd erlebt, die eigene - früher mit Selbstsicherheit gelebte - Rollenidentität wird durch wachsende Selbstzweifel in Frage gestellt und die Handlungssicherheit des am Kommunikationspartner orientierten kommunikativen Handelns schwindet deutlich“ (Engel, 2007: 207).

Mit „Eduktion®“, das entwickelt wurde, um dieser Gefährdung entgegenzuwirken, sollen demnach drei Lehr- und Lernziele verfolgt werden: Angehörige sollen lernen die Situation des demenzkranken Kommunikationspartners, d.h. sowohl seiner Erkrankung, als auch sein subjektives Krankheitserleben, zu verstehen und die veränderte und sich immer weiter verändernde Kommunikationsrolle zu akzeptieren (Lernziel 1). Außerdem zielt die Intervention darauf ab, dass Angehörige ihre eigene Situation als „betreuende und versorgende Angehörige“ begreifen und akzeptieren und die damit verbundene neue Rollidentität übernehmen lernen (Lernziel 2). Und schließlich sollen sie Formen kommunikativen Handelns (kennen-)lernen, die den Fähigkeiten des Partners entsprechen, und Handlungssicherheit im Umgang mit diesen Formen erlangen (Lernziel 3). Die Intervention umfasst zehn zweistündige Sitzungen, die wöchentlich stattfinden.

Die zehn Sitzungen, in denen nicht nur Wissen vermittelt wird, sondern in geleiteten Gruppengesprächen die eigene Lebenssituation in Hinblick auf die Schulungsinhalte reflektiert wird, haben jeweils thematische Schwerpunkte, die aufeinander aufbauen.

Die Sitzungen werden durch PowerPoint-Präsentationen unterstützt und mit Filmausschnitten erweitert. Das Ende jeder Sitzung bildet eine abschließende Gruppendiskussion, durch die gemeinsam Problemlösungen erarbeitet und auf ihre Anwendbarkeit überprüft werden. Schließlich erhalten die Teilnehmer ein Skript, das eine Zusammenfassung der Inhalte und Kopien der PowerPoint-Folien enthält. Die letzte Seite des Skripts enthält Fragen, die die Teilnehmer für sich bearbeiten und beantworten können. Obwohl die Sitzungen inhaltlich einem der drei Lernziele zugeordnet sind, werden in jeder Sitzung alle drei Lernziele verfolgt (Engel 2007: 211).

Während die ersten vier Sitzungen die Formen und Symptome von Demenzerkrankungen, die Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung, das Selbsterleben des

Inhalte der Sitzungen	
1	Formen der Demenz, Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf
2	Symptome der Demenzerkrankung und ihre Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit des Kranken
3	Selbsterleben des Kranken – das Prinzip der Kompetenzorientierung
4	Gestörte Kommunikationsbeziehungen aufgrund der demenziellen Entwicklung
5	Einfühlsame Kommunikation mit Menschen mit Demenz
6	Das Selbst des Kranken stärken
7	Erinnerung, Beschäftigung und Entspannung als Therapie
8	Die psychosoziale Situation der Angehörigen
9	Selbstpflge der Angehörigen
10	Hilfen durch Angehörigenberatungsstellen

Abb. 1: Inhalte der 10 Sitzungen von EduKation® nach der vollständigen Überarbeitung 2012

Menschen mit Demenz und die Störungen der Kommunikationsbeziehung, die infolge einer Demenz entstehen können, thematisieren, beschäftigen sich die Inhalte der fünften, sechsten und siebten Sitzung mit den Formen einer der Krankheitssituation angemessenen Kommunikations- und Beziehungsgestaltungskompetenz. Die Inhalte der letzten drei Sitzungen fokussieren die typischen Merkmal der psychosozialen Situation versorgender und pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz, die Notwendigkeit ihrer Selbstpflge und die Möglichkeiten der Unterstützung und Entlastung der Angehörigen.

Im Rahmen ihrer Forschungen konnte Engel (2007) zeigen, dass Kommunikationsstörungen, die in Folge der Demenzerkrankung zwischen den Menschen mit beginnender und mittelgradiger Demenz und ihren Angehörigen auftreten, eine der Hauptursachen des Belastungsempfindens der Angehörigen darstellen.

So zeigten die Ergebnisse der Interventionsstudie, dass es zu einer statistisch signifikanten Reduktion des Belastungsempfindens und der depressiven Symptomatik bei den Angehörigen, die an „Eduktion®“ teilnahmen, kam. Zudem wurde deutlich, dass die Kommunikationsstörungen zwischen den Angehörigen und den Menschen mit Demenz abnahmen. Die Interventionseffekte waren längerfristig wirksam und wurden von den Teilnehmern selbst auf die Bildungsmaßnahme bzw. verbesserte Kommunikationssituation zwischen ihnen und ihren Angehörigen mit Demenz zurückgeführt (Engel, 2007).

Aufgrund der nachgewiesenen und langfristigen Effekte beteiligen sich inzwischen die gesetzlichen Krankenkassen an den Schulungsteilnahmekosten der Angehörigen. Zudem ist die Train-the-trainer-Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren seit 2010 in das Sonderförderprogramm „Fortbildung“ des Sozialministeriums (Förderrichtlinie des StMAS vom 14.01.2008) aufgenommen worden.

Im vorliegenden Forschungsprojekt sollte darauf aufbauend der Frage nachgegangen werden, ob die Interventionsmaßnahme „Eduktion®“ auch bei Angehörigen von türkischen Menschen mit Demenz wirksam ist.

Bevor dieses Forschungsprojekt dargestellt wird, soll zunächst die Lebenssituation von (älteren) Migranten in Deutschland dargestellt werden. Anschließend wird hinterfragt, ob und inwiefern sich die Probleme und Belastungen von türkischen Angehörigen von denen der deutschen unterscheiden.

4 Ältere türkische Migranten in Deutschland

4.1 Sozioökonomische und gesundheitliche Situation

Wissenschaft und Politik befassen sich erst in jüngster Zeit mit älteren Migranten (Deutscher Städtetag, 2008). Dies hängt zum einen damit zusammen, dass ältere Migranten eine schnell wachsende Bevölkerungsgruppe sind – Modellrechnungen zufolge wird der Anteil der älteren Migranten an allen Älteren und innerhalb der Gruppe mit Migrationshintergrund stark zunehmen – zum anderen leben ältere Migranten oft in prekären Lebenssituationen und dies stellt sich als neue soziale Herausforderung dar (Schimany, Rühl & Kohls, 2012).

Bereits im Jahre 2005 betrug der Anteil der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund 19 Prozent von insgesamt 82,5 Millionen Bewohnern (Statistisches Bundesamt, 2008). Die größte Gruppe unter ihnen sind die so genannten "Arbeitsmigranten", die zwischen den Jahren 1955-1973 im Zuge der Anwerbeabkommens oder aber ab 1975 durch Familienzusammenführung nach Deutschland eingewandert sind (Grieger, 2009). Ihr Anteil beträgt ca. 9% der Gesamtbevölkerung, d.h. etwa 7,3 Mio. (Jonas, 2007).

Im Jahre 2005 lebten ca. 1,2 Millionen ältere Menschen (65 Jahre und älter) mit Migrationshintergrund in Deutschland. Es wird davon ausgegangen, dass diese Zahl bis 2030 auf 2,5 Millionen steigen wird (Baykara-Krumme, 2008).

Der Gesundheitszustand und die sozioökonomische Lage der Arbeitsmigranten sind im Vergleich zu der inländischen Bevölkerung schlechter (Özcan & Seifert, 2006; Piechotta & Matter, 2008). Die Migranten, die einst gesund, jung und arbeitsfähig waren, sind heute kränker als der Durchschnitt der gleichartigen Deutschen (Grieger, 2009). Aufgrund schlechterer Arbeits- und Lebensbedingungen altern sie ca. fünf bis zehn Jahre früher (Jonas, 2007) und sind häufiger und früher von geriatrischen und chronischen Erkrankungen betroffen als gleichaltrige Deutsche (Grieger, 2009). Hinzu kommen die multiplen psychischen Belastungen, die die Migrationserfahrung nach sich zieht. Migrationsspezifische Belastungen werden beispielsweise bedingt durch abrupte kulturelle, soziale und familiäre Veränderungen oder aber durch Diskriminierungserfahrungen (Piechotta & Matter, 2008).

Staatsangehörige aus der Türkei stellen seit 1971 mit ca. 1,9 Million die größte Migrantengruppe aus den ehemaligen Anwerbestaaten (Schimany, Rühl & Kohls, 2012, Piechotta & Matter, 2008). Innerhalb dieser Gruppe sind bereits 10,2% älter als 60 Jahre (Grieger, 2009). Die türkischen Migranten, die zwischen den Jahren 1961 und 1973 im Zuge des Anwerbeabkommens vom 31.10.1961 als Gastarbeiter rekrutiert wurden, befinden sich nun im Ruhestandsalter. Viele dieser Gastarbeiter verbringen ihren Lebensabend in Deutschland, das heißt die anfänglichen Rückkehrabsichten werden oft nicht verwirklicht. Es ist auch künftig davon auszugehen, dass ein Großteil der älteren Migranten aus familiären Gründen nicht in das Herkunftsland zurückzieht, dafür das Phänomen der Pendelmigration weiter zunimmt (Schimany, Rühl & Kohls, 2012).

4.2 Demenz bei älteren türkischen Migranten

Nach neueren Studien treten Demenzerkrankungen bei älteren Migranten in etwa gleich häufig auf wie bei der Mehrheitsbevölkerung (Grieger, 2009). Bundesweit wird derzeit von ca. 120.000 demenziell erkrankten Migranten ausgegangen (Piechotta & Matter, 2008). Da aber die Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe den meisten älteren Migranten und ihren Angehörigen häufig nicht bekannt sind, werden sie nur selten in Anspruch genommen (ibid.). Zudem finden Migranten mit Demenz nur vereinzelt qualifizierte Unterstützung, da ein großer Mangel an vernetzten und flächendeckenden Angeboten herrscht (Jonas, 2007). Hinzu kommt, dass eine Reihe von Zugangsbarrieren die Inanspruchnahme von Angeboten erschweren: sprachliche Probleme und Hemmungen vor deutschen Institutionen aufgrund von Unsicherheiten über rechtliche Konsequenzen (beispielsweise bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen) sind nur einige davon (Piechotta & Matter, 2008).

5 Die Situation von türkischen pflegenden Angehörigen

Zur Situation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ohne Migrationserfahrung gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen und Befunden, während es zur Lage von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund bislang wenig gesicherte Erkenntnisse gibt (Küçük, 2008). Doch ist davon auszugehen, dass die Belastungen von Angehörigen mit Migrationshintergrund nicht geringer, wenn nicht aufgrund der sozioökonomischen Verhältnisse sogar noch höher sind (Piechotta & Matter, 2008).

In einer qualitativen Studie befragte Küçük (2008) sechs (Enkel-)Kinder von türkischen Menschen mit Demenz. Aus der Analyse ergaben sich Belastungsschwerpunkte in den Bereichen psychische, physische, familiäre, soziale und zeitliche Belastungen. Als psychische Belastungen gaben Angehörige fehlende Anerkennung für die geleistete Pflege seitens der übrigen Familienmitglieder, Schuldgefühle, Mitleid, Gefühle der Hilflosigkeit und kognitive Beeinträchtigungen an. Als physische Belastung wurden Rückenschmerzen infolge von Heben und Lagern angegeben. Familiäre Belastungen waren fehlende Unterstützung seitens der Familienmitglieder, fehlendes

Verständnis und Kontaktabbrüche. Als soziale Belastung wurden innerer Rückzug vom Freundeskreis und soziale Isolation angegeben. Einschränkungen im beruflichen und familiären Bereich, Zeitdruck bei Wahrnehmung von Terminen in Behörden und finanzielle Einbußen wurden u.a. als Aspekte der zeitlichen Belastungen genannt.

In ihrer Studie kam Küçük (2008) zu dem Ergebnis, dass der Unterschied zu den pflegenden Angehörigen ohne Migrationshintergrund darin besteht, dass bei Angehörigen mit türkischem Migrationshintergrund körperliche Belastungen geringer ausgeprägt sind, die Störung der Nachtruhe nicht als Belastung angegeben wird und dass Belastungen familiärer Art ausgeprägter sind. Fehlende Kenntnisse über die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten wurden als zusätzlicher Unterschied herausgefunden und weisen auf die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung von Beratungseinrichtungen hin (Küçük, 2008). Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl können die Studienergebnisse von Küçük zwar nicht verallgemeinert werden, sie geben aber einen Einblick in die Situation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz.

6 Entstehung des Projektes EduKation^{TÜRKISCH}

6.1 Forschungsfrage und theoretischer Hintergrund

Aufgrund der Tatsache, dass ältere Migranten eine schnell wachsende Bevölkerungsgruppe sind und ältere türkische Migranten die größte Gruppe unter ihnen bilden, schien es notwendig, dass im Bereich der Arbeit mit Angehörigen von türkischen Menschen mit Demenz Angebote etabliert werden, die ihre besonderen Bedürfnisse berücksichtigen. Ausgehend von dieser Idee wurde EduKation^{TÜRKISCH} konzipiert. Ziel dieses Projektes war die kultursensible Adaptation bzw. Erweiterung der Kommunikationsschulung „EduKation[®]“ (s. Punkt 3) für türkische Angehörige von Menschen mit Demenz. Die kulturelle Adaptation schien notwendig, da das bestehende Schulungskonzept „EduKation[®]“ bei deutschen Angehörigen durchgeführt und evaluiert wurde und die Bedürfnisse von türkischen Angehörigen zum Teil andere sind bzw. die Schwerpunkte der türkischsprachigen Schulung anders gelegt werden müssen.

Mit dem kultursensiblen Forschungsprojekt EduKation^{TÜRKISCH} sollte erreicht werden, dass spezifische Belastungen, denen türkischstämmige Angehörige von Menschen mit Demenz in Deutschland ausgesetzt sind, erfasst werden. Ferner sollte die Schulung dazu dienen, dass pflegende Angehörige ihr Wissen um das Thema "Kommunikation und Umgang mit Menschen mit Demenz" vertiefen, dass das psychische Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen bzw. der Menschen mit Demenz verbessert wird und dass Versorgungsangebote künftig auch von türkischstämmigen Angehörigen in Anspruch genommen werden.

Es sollte demnach nicht nur eine Übersetzung der Schulungsinhalte ins Türkische stattfinden, sondern es sollten zusätzliche, kulturspezifische Einflussfaktoren, die die Pflegebeziehung in türkischen Familien beeinflussen können, erhoben werden. Die Berücksichtigung der kulturellen Aspekte von Kommunikation und die kultursensible Ansprache der Teilnehmer waren dabei von elementarer Bedeutung (vgl. Koch-Straube, 2007). Denn die Migrationserfahrung birgt neben Potenzialen und Ressourcen auch Herausforderungen. So können demenzbedingte Kommunikationsstörungen durch interkulturelle Kommunikationsprobleme zusätzlich verschärft werden. Dies kann sich unter Umständen als erschwerender Faktor auf die Pflegebeziehung auswirken, was die Belastung der Angehörigen intensivieren kann.

EduKation^{TÜRKISCH} zielte außerdem auch darauf ab, bestehende Versorgungsangebote interkulturell zu öffnen. Der mangelnden Inanspruchnahme der türkischen Angehörigen von meist deutschsprachigen Versorgungsangeboten sollte mit Hilfe dieser Schulung entgegengewirkt werden. Zusammenfassend sollte EduKation^{TÜRKISCH} in erster Linie dazu beitragen, dass pflegende Angehörige von türkischen Menschen mit Demenz einen auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnittenen Zugang zu den Versorgungsstrukturen bekommen, die sie bislang nur selten in Anspruch nehmen.

Auch sollte die gerontologische Wirksamkeitsforschung von Interventionen für ältere Migranten mit Demenz und deren Angehörige weiter entwickelt werden. Letztlich sollte durch die Ausbildung von Mediatoren ein flächendeckendes Schulungsangebot entwickelt werden, um der bestehenden Versorgungslücke entgegenzuwirken.

6.2 Die Phasen des Forschungsprojektes

Das Forschungsprojekt bestand aus insgesamt vier Phasen. Diese sollen im Folgenden kurz erläutert werden, um einen Überblick über die wesentlichen Schritte im Forschungsprozess zu geben.

6.2.1 Vorbereitungsphase

In der Vorbereitungsphase wurden die Inhalte des Schulungsseminars (PowerPoint-Folien) ins Türkische übersetzt bzw. adaptiert. Das Begleitbuch zur Schulung („Alzheimer und Demenzen: Unterstützung für Angehörige“ von Engel, 2011) wurde ebenfalls übersetzt und inhaltlich angepasst. Gleichzeitig wurden Kontakte zu Angehörigen und Institutionen aufgenommen um Teilnehmer für die Angehörigenschulung zu gewinnen. Neben dem Entwurf von Informations- und Einwilligungunterlagen für pflegende Angehörige wurde ein türkischsprachiger Fragebogen zur aktuellen Inanspruchnahme von bzw. zum Wissen um Versorgungsangebote entwickelt.

6.2.2 Pilotierungsphase

In dieser Phase des Forschungsprojektes erfolgte ein Fokusgruppeninterview mit versorgenden und pflegenden türkischen Angehörigen von Menschen mit Demenz mit dem Ziel, die Inhalte des bestehenden Schulungsprogrammes vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Interviewteilnehmer kritisch zu hinterfragen. Dabei wurden auch die neuen migrationsspezifischen Themenschwerpunkte „Belastungen der Migration“ und „Depression als Folge der Migrationserfahrung“ vorgestellt.

Nach der konzeptionellen Überarbeitung und kultursensiblen Anpassung des Schulungsprogrammes wurde eine Angehörigenschulung (n=3) in Form von wöchentlichen Seminaren (5x/2h) durchgeführt. Die Schulung wurde anhand von qualitativen Interviews und standardisierten Fragebögen evaluiert.

Flankierend fanden Experteninterviews mit Fachkräften aus der sozialen Migrationsarbeit statt. Zum Abschluss der Pilotierungsphase wurde auf dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse und der Erfahrungen der Experten das Programm erneut überarbeitet und modifiziert.

6.2.3 Durchführungsphase

In der Durchführungsphase wurde das überarbeitete Schulungsprogramm mit einer weiteren Angehörigengruppe (n=9) in Form von wöchentlichen Seminaren (5x/2h) durchgeführt. Im Anschluss an die Schulung wurden die Angehörigen interviewt und die Interviewergebnisse analysiert. Das Schulungsprogramm wurde daraufhin ein weiteres Mal evaluiert und modifiziert.

Drei türkischsprachige Fachkräfte die im interkulturellen Bereich tätig sind und beruflich guten Zugang zur türkischen Klientel haben, wurden mit einer Train-the-trainer-Fortbildung zu Kursleitungen ausgebildet.

6.2.4 Nachbereitungsphase

In der letzten Phase des Forschungsprojektes werden die Ergebnisse der Untersuchung im Rahmen eines Abschlussberichtes vorgestellt. Geplant ist u. a. die Publikation eines Artikels zu den Forschungsergebnissen in einer gerontologischen Fachzeitschrift und die Herausgabe einer Angehörigenbroschüre (s. auch Punkt 10).

7 Methodologie und Methode der Studie

7.1 Qualitative Sozialforschung

Das Ziel des Forschungsprojektes ist es, ein bereits bestehendes Schulungsprogramm für deutsche Angehörige von Menschen mit Demenz entsprechend den Bedürfnissen von türkischen Angehörigen anzupassen und zu modifizieren. Für diese Fragestellung erweist sich eine qualitative Vorgehensweise als zielführender, da qualitative Sozialforschung darauf abzielt, *Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Kommunikatoren zu machen* (Mayring, 2003, zitiert nach Lamnek, 2005, S. 519). Quantitative Studien beobachten die Phänomene vorrangig von außen und versuchen diese anhand von Determinanten zu erklären (Steeman; Casterlé de; Godderis & Grypdonck, 2006), was sich in Bezug auf diese Forschungsfrage als ungeeignet erweist, da Kommunikationsprobleme und Konflikte in der Pflegebeziehung interne Regulationsvorgänge umfassen, die sich nicht direkt

in beobachtbarem Verhalten niederschlagen. Die Befragten einer qualitativen Studie haben außerdem die Möglichkeit, ihre Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen, ohne in festgelegte Kategorien gezwungen zu werden (Clare, 2003; Lamnek, 2005). Fragebögen im Rahmen von quantitativen Studien können diese individuelle und persönliche Lebenswelt nur schwer beleuchten (Svanström & Dahlberg, 2004).

7.2 Zugang zu den Angehörigen und Samplestruktur

Die Öffentlichkeitsarbeit für EduKation^{TÜRKISCH} erfolgte auf mehreren Wegen. Im Folgenden sollen die wesentlichen Wege der Kontaktaufnahme zu Angehörigen von Menschen mit Demenz dargestellt werden.

7.2.1 Infopost

Ein Informationsschreiben mit Broschüren in türkischer und deutscher Sprache wurde verschiedenen Einrichtungen bzw. Personen im Raum München, Augsburg, Nürnberg und Erlangen verschickt. Die Verteilerliste umfasste weit über 130 Kontakte. Zu den Einrichtungen gehörten u. a.:

- Alten- und Service-Zentren (ASZ)
- Alzheimer Gesellschaften
- Ambulante Dienste mit türkischen Kunden
- Türkische Ärzte und deutsche Ärzte mit großem Anteil von türkischsprachigen Patienten (u.a. Hausärzte, Internisten, HNO-Ärzte, Psychiater, Neurologen)
- Türkische Psychologen
- Gedächtnisambulanzen
- Angehörigenberatungsstellen
- Seniorenämter
- Ausländerbeiräte
- Migrantenzentren
- Vereine
- Moscheen (Ditib)
- Türkisches Generalkonsulat
- Migrantenbezogene Einrichtungen bzw. Fachstellen der Stadt München

- Beratungsstellen von Trägern wie z.B. AWO, BRK, Caritas, Diakonie, Innere Mission, Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V.
- Bündnisse gegen Depression e.V.
- Krisendienste

7.2.2 Telefonische Nachfrage

Aufgrund der geringen Rückmeldung auf die Infopost wurden mehrere Institutionen noch einmal telefonisch kontaktiert. Daraus ergab sich zum Teil die Möglichkeit in Migrantengruppen für das Projekt zu werben (s. Punkt 7.2.3), jedoch konnten auf diesem Wege keine pflegenden Angehörigen erreicht werden.

7.2.3 Vorträge

Um auf das Projekt aufmerksam zu machen wurden Vorträge zum Thema Demenz in türkischer Sprache gehalten, z.B. beim „interkulturellen Netz Altenhilfe“ in Augsburg und im Seniorenpavillon Hasenberg in München. Im Anschluss an die Vorträge wurde für das Projekt geworben und um Mundpropaganda gebeten, was in der türkischen Gesellschaft oft sehr wirksam ist (Meschkutat, ohne Jahr).

7.2.4 Mündliche Bekanntmachung und Auslage von Broschüren

Die türkischen Broschüren wurden in folgenden Einrichtungen ausgelegt, die großen Zulauf von türkischen Mitbürgern erfahren:

- Türkische Supermärkte
- Bäckereien und Apotheken in Wohnbezirken Münchens mit einem hohen Anteil türkischer Mitbewohner

Darüber hinaus wurde bei nachstehend aufgezeigten Veranstaltungen mündlich über das Projekt informiert:

- Türkisches Frauenfrühstück in einem Stadtteil Münchens mit hohem Anteil an türkischen Mitbürgern
- Selbsthilfegruppe für türkische Diabetiker im Klinikum Schwabing

- Vorführung des Dokumentarfilms „Kalp unutmaz - Das Herz vergisst nicht“ im Kino Casablanca in Nürnberg
- Infostand des Klinikums Neuperlach im Rahmen der SaniPlus Gesundheitswoche

Im Arbeitskreis interkulturelle Altenhilfe München wurden Fachleute aus unterschiedlichen Einrichtungen, die migrantenbezogene Arbeit leisten, wiederholt um Unterstützung gebeten (diese Einrichtungen, insbesondere ASZ, wurden bereits vorher mit der Infopost informiert).

7.2.5 Medien

In der europaweit erscheinenden türkischsprachigen Zeitung „Hürriyet Avrupa“ (sowohl in der Print- als auch in der Onlineversion) und den Münchner Lokalzeitungen „Hallo“ und „Südostkurier“ sind Pressemitteilungen zu dem Projekt erschienen mit dem dringenden Aufruf an mögliche versorgende und pflegende Angehörige sich als Interviewpartner und/oder Schulungsteilnehmer zu melden. In zwei Interviews zum Thema „Demenz“ mit dem türkischen staatlichen Radiosender TRT (Türkiye'nin Sesi Radyosu Ankara, Programm „Yeryüzü Manzaraları“), dessen Sendungen von Türken in ganz Europa gehört werden, wurde ebenfalls für das Projekt geworben. Zudem wurde das Angebot über das soziale Netzwerk Facebook bekannt gemacht.

7.2.6 Newsletter und Verteilerlisten

Das Projekt wurde im Newsletter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. angekündigt. Außerdem wurden die Projektinformationen an Verteilerlisten aus dem Bereich der interkulturellen Arbeit verschickt.

7.2.7 Probleme bei der Rekrutierung von Angehörigen

Basierend auf den Erfahrungen von Expertinnen, die im Bereich der interkulturellen Arbeit tätig sind, wurde das Problem der Rekrutierung von Teilnehmern bereits im Vorfeld antizipiert. Es erwies sich allerdings als schwerwiegender als gedacht.

Im Rahmen von Vorträgen und Informationsveranstaltungen wurde von den Zuhörern immer wieder berichtet, dass Menschen aus dem Bekanntenkreis einen Angehörigen

mit Demenz pflegten und sehr überfordert seien. Daraufhin wurden diese Personen eindringlich gebeten, diese Bekannten um Kontaktaufnahme zu bitten. Allerdings erfolgte keine Rückmeldung.

In Gesprächen mit türkischen Beschäftigten im sozialen Bereich wurde die Annahme bestätigt, dass das Thema „Demenz“ im Bewusstsein der türkischen Gesellschaft noch nicht präsent sei. Betroffene und ihre Familien ziehen sich eher aus ihrem Umfeld zurück, statt Unterstützung einzufordern. Sie versuchen mit der Krankheit in erster Linie allein fertig zu werden, da sie sich für die Krankheit schämen und das Verhalten des Menschen mit Demenz als peinlich empfinden. Dieser Rückzug verschärft jedoch die Belastungssituation. Eine ASZ-Mitarbeiterin aus München, die türkischsprachige neuropsychologische Untersuchungen für türkische Menschen mit Demenz anbot, gab beispielsweise an, dass dieses Angebot nie in Anspruch genommen wurde. Basierend auf ihren Erfahrungen berichtete sie, dass türkische Angehörige erst dann eine Beratungsstelle kontaktieren, wenn sie sich in einer akuten Krisensituation befänden. Eine weitere Fachkraft teilte mit, dass sie selber mindestens zwei Familien kenne, die Menschen mit Demenz pflegten. Allerdings reagierten diese auf das Angebot mit Desinteresse oder gar Ablehnung. Auch Betroffene, die direkt telefonisch kontaktiert wurden, nahmen das Angebot zum Teil nicht an.

Obwohl die Telefonnummer der türkischen Projektmitarbeiterin sowohl in den Medien als auch in Broschüren aufgeführt war, meldeten sich nur sehr wenige Interessenten.

7.3 Erhebungsverfahren: Das problemzentrierte Interview

Zur Erfragung der Wirksamkeit des türkischsprachigen Schulungsprogrammes und zur Erfassung von Verbesserungsvorschlägen seitens der Angehörigen wurden halbstrukturierte und problemzentrierte Interviews durchgeführt. Teilstrukturiert waren sie insofern, als die spezifischen Forschungsfragen in Anlehnung an bereits bestehende Forschungsergebnisse formuliert wurden (vgl. Cropley, 2002).

Der Begriff des problemzentrierten Interviews wurde in den 1980er Jahren von Witzel geprägt und bezeichnet alle Formen der offenen und halbstrukturierten Befragung, die sich an einer „gesellschaftlich relevanten Problemstellung“ orientiert (Witzel, A. 2008: Abs.4). Obwohl das Interview eine bestimmte Fragestellung fokussiert, die von dem Interviewer immer wieder in den Vordergrund gerückt wird, hat bei diesem Ver-

fahren der Interviewpartner die Möglichkeit, frei und offen zu sprechen. Dieses Erhebungsverfahren ist sehr gut geeignet für eine theoriegeleitete Forschung, in der die Problemanalyse im Vordergrund steht (Mayring, 2002). Der Interviewer erstellt bereits vor dem Interview ein wissenschaftliches Konzept (Problemanalyse), nimmt Aspekte dieses Konzeptes in den Interviewleitfaden auf (Leitfadenkonstruktion) und spricht diese Thematiken im Gesprächsverlauf an (Lamnek, 2005; Mayring, 2002).

Die Interviews mit den Teilnehmern dauerten zwischen 20 und 45 Minuten.

7.3.1 Aufbereitungsverfahren

Das verbal erhobene und auf Tonband aufgezeichnete Material wurde zunächst wörtlich transkribiert und im Anschluss einer Klärung unterzogen (Mayring, 2002). Unter Klärung wird die Umformulierung eines Textes verstanden, die ein besseres Verständnis des Sachverhalts gewährleistet, ohne dass der Sinngehalt verändert wird. Die Klärung ist gleichzeitig eine Voraussetzung für die Auswertung. Die Interviewsprache war überwiegend Türkisch, allerdings flossen auch deutsche Begriffe ein, beispielsweise wenn dem Befragten die türkische Entsprechung eines Wortes nicht einfiel oder der deutsche Begriff bereits Eingang in den alltäglichen türkischen Sprachgebrauch gefunden hat. Die Zitate in diesem Bericht sind einer Klärung unterzogen und in die deutsche Sprache übersetzt worden.

7.3.2 Interviewleitfäden und Fragebögen

Für die Experteninterviews und die Angehörigeninterviews wurden unterschiedliche Interviewleitfäden erstellt.

Die Expertinnen wurden zu ihrer fachlichen Einschätzung der Wirksamkeit von Angehörigenschulungen für türkische versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz befragt und zu ihrer Bewertung von EduKation^{TÜRKISCH}. Auch wurden sie bezüglich Angehörigenrekrutierung um Rat gebeten (Interviewleitfaden, siehe Seite 22).

Vor Beginn des Kurses wurden die Angehörigen mithilfe eines standardisierten Fragebogens zu unterschiedlichen Themenbereichen befragt. Anhand von eigens entwickelten Fragen wurden die Themenbereiche „Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten“ und „Kommunikation“ erhoben.

Interviewleitfaden für die Expertinneninterviews

Themenbereich	Fragen
Allgemeiner Erfahrungshintergrund	<p>In welcher Einrichtung sind Sie tätig?</p> <p>Mit welchen Angeboten richten Sie sich an Migranten?</p> <p>Wie würden Sie Ihr Aufgabenprofil in Ihrer Stelle beschreiben?</p>
Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen türkischer Menschen mit Demenz	<p>Inwiefern kommen Sie in Kontakt mit pflegenden Angehörigen türkischer Menschen mit Demenz?</p> <p>Mit welchem Anliegen kommen diese Personen zu Ihnen?</p> <p>Zu welchen Themen müssen diese Personen besonders informiert und beraten werden?</p>
Spezifische Belastungen von pflegenden Angehörigen türkischer Menschen mit Demenz	<p>Es gibt eine große Fülle an wissenschaftlicher Forschungsliteratur, die zeigt, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz große Belastungen erleben.</p> <p>Erleben pflegende Angehörige türkischer Menschen mit Demenz große Belastungen?</p> <p>Gibt es aus Ihrer Sicht spezifische Belastungen bei pflegenden Angehörigen türkischer Menschen mit Demenz, die pflegende Angehörige von deutschen Menschen mit Demenz in dieser Form nicht haben?</p> <p>Spielen Religion, familiäre Bindungen, oder andere spezifische, für türkische Migranten typische Faktoren, eine Rolle?</p>
Schulungsangebot	<p>Wie würden Sie die Inhalte der Schulung mit der Situation von pflegenden Angehörigen türkischer Menschen mit Demenz einschätzen – fehlt etwas?</p> <p>Muss etwas angepasst werden?</p> <p>Ist irgendetwas völlig unangemessen und muss daher gestrichen werden?</p> <p>Wie würden Sie das Curriculum verändern?</p>
Schulung für Angehörige	<p>Wie können Sie sich die geringe Nachfrage seitens der Angehörigen aus Ihrer Sicht erklären?</p> <p>Ist ein Schulungsangebot nicht das richtige Format für Angehörige von türkischen Menschen mit Demenz?</p> <p>Erreichen wir sie nicht über die angegebenen Wege?</p> <p>Trauen Sie sich nicht zu melden?</p> <p>Welches Angebot könnte unsere Zielgruppe aus Ihrer Sicht besser erreichen?</p> <p>Welche Zugangswege zur türkischen Klientel sehen Sie?</p> <p>Sollten die Sitzungen von zehn auf fünf reduziert werden?</p>

Abbildung 2

Interviewleitfaden für die Angehörigeninterviews

Themenbereich	Fragen
Nutzen der Schulung	<p>Haben Sie den Eindruck, dass Sie von dem Kurs profitieren konnten?</p> <p>Hat Ihre Teilnahme an dem Kurs etwas in Ihrem Umfeld bewirkt?</p> <p>Können Sie die Inhalte Ihrem Umfeld mitteilen?</p> <p>Finden Sie die Teilnahme am Kurs wichtig?</p>
Verhältnis zum Angehörigen	<p>Hat sich nach der Teilnahme am Kurs Ihr Verhältnis zu Ihrem Angehörigen verändert?</p> <p>Gibt es positive Veränderungen, die Sie beobachtet haben?</p> <p>Gibt es negative Veränderungen, die Sie beobachtet haben?</p>
Emotionale Situation des Teilnehmers	<p>Wie geht es Ihnen nach der Teilnahme am Kurs (Trauer, Schuldgefühle, Zufriedenheit etc.)?</p> <p>Hat sich Ihre Einstellung zur Krankheit/zum Angehörigen seit der Teilnahme am Kurs verändert?</p>
Migrationsspezifische Fragen	<p>Wie wichtig war es Ihnen, dass der Kurs von einer türkischen Fachkraft in türkischer Sprache angeboten wurde?</p> <p>Hätten Sie auch an einem Kurs mit deutschen Angehörigen in deutscher Sprache teilgenommen?</p> <p>Fanden Sie das Thema „Belastungen der Migration“ wichtig?</p>
Inhalte der Schulung	<p>Waren Ihrer Meinung nach alle Inhalte wichtig oder wurden auch Themen behandelt, die Sie als unnötig erachten?</p> <p>Haben Sie bestimmte Themen vermisst (z.B. Religion)?</p> <p>Waren die juristischen Themen kompliziert oder gut verständlich?</p>

Abbildung 3

Die Belastungen der pflegenden Angehörigen wurden mit The Zarit Burden Interview (1980) abgefragt und der Selbsteinschätzungsfragebogen Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) nach Radloff (1977) wurde eingesetzt, um die Depressivität der Angehörigen zu messen.

Die Daten, die mithilfe dieses Fragebogens erhoben wurde, wurden nicht einer quantitativen Analyse unterzogen, sondern dienten vielmehr dazu, die Auswertung der Interviews zu unterstützen. Dementsprechend wurden sie lediglich unter qualitativen bzw. interpretatorischen Gesichtspunkten bewertet.

Die Interviews der Angehörigen nach Abschluss des Kurses orientierten sich an einem Leitfaden, dessen Fragen den subjektiv empfundenen konkreten Nutzen der Schulung und die Relevanz eines türkischsprachigen Schulungsangebotes für die Angehörigen und die subjektiv eingeschätzte Relevanz von migrationsspezifischen Themen erfassen sollten. Über die Fragen des Leitfadens hinaus wurden weitere Fragen formuliert, falls sie sich im Laufe der Interviews als für die Fragestellungen notwendig erwiesen (Ad-hoc-Fragen nach Mayring, 2002, S. 70) (vgl. Hopf, 2003).

Es muss an dieser Stelle ausdrücklich darauf verwiesen werden, dass das Ausfüllen von Fragebögen für die türkische Zielgruppe eine Herausforderung darstellen kann, da Informationserhebung durch Fragebögen in der türkischen Kultur in Deutschland nicht verbreitet ist. Beim Ausfüllen der Fragebögen war daher häufig die Unterstützung der Kursleitung notwendig. Oft tauchten Verständnisfragen auf bzw. die Person, die den Fragebogen ausfüllen sollte, konnte weder lesen noch schreiben. Dies ist ein weiteres Argument für eine qualitative Vorgehensweise, denn Informationen können in der Regel über Gespräche besser erhoben werden.

7.3.3 Auswertungsverfahren: Die Qualitative Inhaltsanalyse

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine induktive Auswertungstechnik, die auf Kategorien basiert und deren Ursprung in der Kommunikationsforschung liegt (Kuckartz, 2007). Bei diesem Auswertungsverfahren wird das Material schrittweise zusammengefasst und verdichtet. Dabei werden zunächst Inhaltseinheiten festgestellt, aus denen in einem zweiten Schritt Kategorien gebildet werden, welche wiederum in einem dritten Schritt zu Konzepten verdichtet werden. Wurden an einem Großteil des Materials Kategorien entwickelt, erfolgt anschließend die Dokumentation eines Kodierleitfadens, der die Kategorien, ihre Definitionen und typische Ankerbeispiele zu den Kategorien enthält. Auf der Grundlage dieses Kodierleitfadens wird anschließend das gesamte Datenmaterial erneut analysiert.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring hat den Vorteil der Regelgeleitetheit und der methodischen Kontrolle. Das Hauptziel dieses Vorgehens ist nicht etwa eine Theoriebildung, sondern vielmehr eine methodisch kontrollierte Zusammenfassung und die Bildung von Kategorien (Kuckartz, 2007).

Die Codierung der Informationen erfolgte mit Hilfe des Textanalyseprogramms MAXQDA 2011.

Abstraktion und Verdichtung der Inhalte von Inhaltseinheiten über Kategorien zu Konzepten

Inhaltseinheiten	Kategorien	Konzepte
Das geht von meinem Leben ab seit drei Monaten. Manchmal habe ich Angst, dass ich depressiv werde, weil 24 Stunden ihr gehören. [...] Dann merke ich, dass ich meine Blutdrucktabletten schon drei-vier Stunden nicht genommen habe. (Frau A, 22/24)	Selbstvernachlässigung	Belastung
Ich putze ihr Zimmer zehnmal am Tag mit Essig, so schlimm sieht es nach dem Essen aus. (Frau D, 64)	Körperliche Anstrengung	
Ich habe Angst, ihn alleine zu lassen. Dreht er den Herd auf, geht er auf den Balkon? Manchmal weiß er nicht, was er macht. (Frau I, 7-9)	Sorge	
Ich habe gelernt, dass ich mich nicht so schnell aufregen darf und ich habe gelernt, dass ich das Verhalten von meiner Angehörigen akzeptieren muss. (Frau D, 12)	Kontrolle negativer Emotionen	Nutzen der Schulung
Vorher habe ich mich gefragt, ob mein Vater bestimmte Sachen mit Absicht macht, aber im Kurs habe ich gelernt, wie ich mich verhalten muss. (Herr C, 18)	Erkenntnisgewinn	
Nach dem Kurs habe ich angefangen, die Veränderungen besser zu akzeptieren. (Frau E, 31)	Akzeptanz der Situation	
Wie sie auch gesagt haben, fühlt sie sich manchmal wie in der Türkei. Zum Beispiel sind wir jetzt in Berlin, sie glaubt manchmal in der Türkei zu sein. (Frau A, 64)	Orientierungsprobleme verstehen	Migration
Ich bin mit 12 Jahren nach Deutschland gekommen, jetzt bin ich 56 und wir werden immer noch mit Problemen konfrontiert. Aber die Probleme, die ich als 12jährige gehabt habe, gehen mir noch immer nicht aus dem Kopf. (Frau D, 168)	Reflektion der eigenen Erfahrungen	
Das Thema Migration ist sehr wichtig, da viele unserer Probleme daher rühren und keiner dieses Thema behandelt. (Frau G, 59)	Migrationserfahrung als Stressfaktor	

Abbildung 4

7.3.4 Methodische Einschränkungen

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl und des qualitativen Forschungsparadigmas kann die vorliegende Studie nicht den Anspruch einer repräsentativen Studie erfüllen. Das Hauptziel ist es vielmehr, ein tieferes und komplexes Bild des zu erforschenden Phänomens zu vermitteln und mögliche Variablen zu definieren, die in folgenden repräsentativen Studien getestet und bestätigt werden können (Harris, 2008; Harris & Durkin, 2002).

8 Forschungsergebnisse

8.1 Die Ergebnisse der ersten Schulung

Im Zeitraum Oktober-Dezember 2012 wurde in Augsburg in Zusammenarbeit mit dem „interkulturellen Netz Altenhilfe“ (ina) eine Angehörigenschulung EduKation^{TÜRKISCH} mit drei Teilnehmerinnen begonnen. Insgesamt waren zunächst sechs Teilnehmer angekündigt, die Hälfte sagte vor Beginn des Kurses wieder ab.

Da als Hauptgrund der Personen, die zwar zunächst Interesse an der Schulung hatten, aber dann doch absagten, die Anzahl von 10 Sitzungen genannt wurde, wurde die zeitliche Struktur der Schulung bereits im Vorfeld insofern verändert, als sie in fünf längeren Sitzungen angeboten wurde (s. Punkt 8.3). Die Themen der Schulung wurden auf die fünf Sitzungen verteilt, so dass in jeder Sitzung ca. zwei bis drei Themen behandelt wurden. Die Sitzungen dauerten jeweils etwa drei Stunden.

Die Teilnehmerinnen waren drei Frauen. Frau A versorgte ihre Schwiegermutter, Frau B ihren Ehemann und Frau C ihre Mutter mit Demenz. Nur zwei der drei Teilnehmerinnen waren wirklich die Hauptpflegepersonen des Familienmitglieds mit Demenz und erfüllten somit die ursprünglich festgelegte Teilnahmevoraussetzung für die Schulung. Die dritte Teilnehmerin, Frau A, berichtete, dass ihre Schwiegermutter bereits seit einem Jahr im beschützenden Bereich eines Pflegeheims untergebracht sei, so dass sie nicht mehr die Hauptpflegeperson und somit auch nicht mehr belastet sei. Allerdings gab sie an, trotzdem an der Schulung teilnehmen zu wollen, um mit den Informationen ihr Umfeld aufklären zu können.

Die Schulung fand in einem entspannten Setting mit dem Angebot von Tee, Kaffee und Gebäck statt. Die Vermittlung der Schulungsinhalte erfolgte in Form eines Gruppengesprächs. Es wurde deutlich, dass die Teilnehmerinnen viel Redebedarf hatten, alle drei berichteten von sehr belastenden (Migrations-)Biografien und damit einhergehenden psychischen Problemen bzw. depressiven Symptomen.

Bereits während der Schulung fand eine Anpassung der Inhalte statt. Themen mit stark theoretischem Hintergrund (z.B. die Kommunikationsmodelle von Eric Berne und Schulz von Thun, die Bedürfnispyramide von Maslow und Vorsorgemaßnahmen) wurden vereinfacht wiedergegeben, da beobachtet werden konnte, dass sie in der ursprünglich vorgesehenen Form für die Teilnehmerinnen schwer verständlich waren. In erster Linie wurden viele Beispiele aus der Praxis genannt und mögliche Lösungswege für Konfliktsituationen mit den Teilnehmerinnen erarbeitet.

In allen Sitzungen wurden auch die Situation von Migranten und ihre seelische Gesundheit thematisiert. Die Belastungen, die durch die Migrationserfahrung entstehen und depressive Symptomatiken begünstigen können, welche wiederum die Demenzerkrankung des Erkrankten, und somit die allgemeine Belastungssituation wiederum verschlimmern können, wurden ebenfalls besprochen. Auch waren interkulturelle Kommunikationsprobleme, die zwischen den Generationen entstehen können, Gegenstand der Schulung. Letztlich wurde der Dokumentationsfilm mit dem Titel „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“ vorgeführt, in dem das Leben zweier in Deutschland lebender türkischer Töchter gezeigt wird, die ihre Mütter mit Demenz versorgen und pflegen. Dieser Dokumentationsfilm beeindruckte die Teilnehmerinnen sehr, da sie sich mit den Protagonistinnen identifizieren konnten (s. Punkt 8.3.7 „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“).

8.1.1 Positive Aspekte der Schulung

Im Anschluss an die letzte Schulungssitzung wurden die Teilnehmerinnen in einem halbstündigen Interview zur Schulung befragt und bewerteten diese wie folgt.

Frau A betonte als wesentliche positive Erfahrung durch die Schulung, dass sie nun keine Schuldgefühle mehr habe. Sie habe durch die Teilnahme eingesehen, dass sie sich nicht für die Pflege und Versorgung ihrer Schwiegermutter opfern müsse und ihr dennoch nah sein könne, wenn sie sie im Pflegeheim besuche. Jetzt könne sie ohne

Schuldgefühle sagen, dass sie ihrer Schwiegermutter ein glückliches Leben wünsche. Außerdem habe sie gelernt, dass die Betroffenen an der Krankheit nicht schuld seien, dass die Krankheit nicht durch ein „unbekümmertes und verantwortungsloses Leben“ verursacht werde. Dies habe sie verstanden, als sie erfuhr, dass beispielsweise auch Professoren an Demenz erkranken würden.

Frau B resümierte, dass sie sehr viel in dem Kurs gelernt habe, die Kommunikation mit ihrem Mann daher nun besser funktioniere und sie sich infolgedessen wohler fühle. Sie bemühe sich nun zu tun, was ihr möglich sei und gewinne die Sicherheit, nicht „falsch“ zu handeln. Außerdem wisse sie nun auch, was sie in Zukunft möglicherweise erwarte und könne sich darauf einstellen.

Frau C berichtete, dass sie vor dem Kurs kein „Detailwissen“ von der Krankheit hatte und daher erst jetzt die ganze Situation der Mutter vollständiger verstehen könne. Sie frage sich jetzt nicht mehr, warum gerade ihre Mutter diese Krankheit habe. Sie versuche die Mutter stärker zu beobachten und zu verstehen, was hinter ihren Handlungen stecke. Außerdem denke sie jetzt häufiger an ihre eigene psychische Situation, und habe weniger Gewissensbisse, weil sie sich nicht mehr schuldig fühle an der Situation der Mutter. Daher fühle sie sich nun wohler.

8.1.2 Negative Aspekte der Schulung

Auf die Frage, welche Aspekte der Schulung als negativ von ihnen empfunden wurden sagte Frau C, dass es ihr schwer gefallen sei zu erleben, dass ihre eigene psychische Verfassung thematisiert worden sei. Sie war der Meinung, dass dieses Thema nicht überbetont werden dürfe, da der Angehörige mit dieser Erkenntnis der eigenen psychischen Verfassung weiter leben müsse.

Frau A und Frau B hingegen konnten diesem Einwand nicht beipflichten und darüber hinaus keine negativen Aspekte der Schulung benennen.

8.1.3 Die Anzahl der Sitzungen

In der Diskussion um die richtige Anzahl der Sitzungen, bemerkten die Teilnehmerinnen, dass fünf lange Sitzungen nur dann sinnvoll seien, wenn die Gruppe nur aus drei Teilnehmerinnen bestehe. Bei größeren Gruppen seien so lange Sitzungen eher

anstrengend. Frau C bemerkte, dass es für Angehörige, die sich das erste Mal mit dieser Thematik beschäftigen würden, besser sei sich in einer Sitzung mit weniger Inhalten zu beschäftigen, und dafür an mehr Sitzungen teilzunehmen (vgl. dazu auch Punkt 8.3.5 Reduktion der Sitzungen).

8.1.4 Auswertung der Fragebögen

Da Frau A nicht mehr Hauptpflegeperson und somit nicht mehr durch die alltägliche Versorgung und Pflege belastet war, füllte sie keine Fragebögen aus.

Aus dem Fragebogen zur Versorgungssituation ging hervor, dass Frau B, deren Ehemann eine Demenz im mittleren Stadium hat, bereits diverse Hilfen in Anspruch nahm. Sie nahm regelmäßig die Aktivitäten und Angebote von „ina“ wahr, wurde von Bekannten bei der Pflege unterstützt, erhielt Pflegegeld und machte Gebrauch von einer Tagespflege. Frau C hingegen wurde lediglich von Familienmitgliedern unterstützt, da ihre Mutter alle anderen Möglichkeiten der Entlastung ablehnte.

Die Auswertung der Selbstbeurteilungsskala CES-D ergab bei Frau B keine, bei Frau C deutliche Hinweise auf eine depressive Verstimmung, die sich nach der Teilnahme am Kurs leicht verbesserte. Der Fragebogen zur Belastungssituation ergab, dass sich die Belastung der Teilnehmerinnen nach der Schulung nicht wesentlich veränderte. Allerdings gab Frau B an, dass es durch die Schulung bei ihr zu einer deutlichen Verbesserung der Kommunikationssituation mit ihrem Mann bekommen sei. Frau C dokumentierte eine solche Veränderung nicht. Alle Teilnehmerinnen teilten im anschließenden Gruppeninterview mit, dass sie sehr von der Schulung und dem Wissen profitiert hätten.

8.2 Die Ergebnisse der Experteninterviews

Im Zeitraum Dezember 2012 – Januar 2013 wurden fünf Expertinnen zum Schulungsangebot „EduKation^{TÜRKISCH}“ und zu den Rekrutierungsproblemen, die sich im Rahmen des Forschungsprojektes zeigten, befragt.

Die Tätigkeitsbereiche der befragten Expertinnen aus dem Raum Nürnberg, Augsburg und München sind wie folgt:

- Pflegekraft beim ambulanten Pflegedienst Rosenau (Nürnberg)

- Trainerin bei InKuTra – Interkulturelles Training des AWO Kreisverbandes Nürnberg e.V.
- Beraterin bei TIM e.V. – Türkisch-deutscher Verein zur Integration behinderter Menschen (Internationale Beratungsstelle in Nürnberg)
- Projektleiterin bei ina – Interkulturelles Netz Altenhilfe (social invest consult, Tochtergesellschaft der AWO in Augsburg)
- Beraterin bei der Altenwohnanlage München Milbersthofer

Während drei Expertinnen berichteten regelmäßig Kontakt zu türkischen Menschen mit Angehörigen mit Demenz zu haben, gaben zwei Expertinnen an, im Rahmen ihres aktuellen Tätigkeitsbereiches sei ihr Kontakt zu türkischen Angehörigen, die ein Familienmitglied mit Demenz zu Hause versorgen, eher selten. Dennoch hätten sie viel Erfahrungswissen über die Situation von Migranten in Deutschland und deren Bewältigungsstrategien, wenn Krankheiten in der Familie auftreten.

Die Interviews wurden anhand eines Interviewleitfadens durchgeführt. Die erfragten Themen und die Antworten bzw. Anregungen der Expertinnen sollen im Folgenden aufgezeigt werden.

8.2.1 Spezifische Belastungen von versorgenden und pflegenden Angehörigen von türkischen Menschen mit Demenz

Die erfahrenen Expertinnen stimmten darin überein, dass die Kontaktaufnahme mit beratenden Einrichtungen häufig in Folge von Hilflosigkeit und Unwissen über die Angebote des Altenhilfesystems erfolge, die Angehörigen wüssten oftmals nicht, wo sie Unterstützung bekommen könnten.

Zwei Expertinnen betonten, dass es ihres Erachtens keine „typisch türkischen Belastungen“ gebe und die Ratsuchenden in erster Linie als Individuen betrachtet werden müssten. Es gebe beispielsweise Angehörige, die - den Vorurteilen entsprechend - sich für die kranken Familienmitglieder schämten, andererseits sei dies nicht bei allen türkischen Angehörigen der Fall. Viele Angehörige würden sehr offen mit der Krankheit Demenz umgehen. Allerdings sei grundsätzlich zu beobachten, dass das Wissen über den Umgang mit Menschen mit Demenz sehr gering sei.

Kultur und Tradition spielten insofern eine Rolle, als die Betroffenen eine gleichgeschlechtliche Versorgung wünschten. Doch auch hier gebe es Unterschiede: Nicht für alle Patienten und deren Angehörige sei dies gleichermaßen wichtig.

Eine Eigenschaft, die sie bei türkischen Angehörigen oft beobachtet hätten, sei die Ablehnung von Altenpflegeheimen. Tagespflegeeinrichtungen und ähnliche Angebote würden eher akzeptiert.

Zwei Expertinnen gaben an, dass türkische Angehörige Demenz nicht als Krankheit akzeptierten. Überhaupt sei es für türkische Menschen in Deutschland schwer, Krankheiten anzunehmen, da bei den meisten das Leitbild vorherrsche, man sei nach Deutschland gekommen, um zu arbeiten und nicht um krank zu werden. Zudem sei die sprachliche Hürde ein wichtiger Grund für die späte Behandlung von Demenzerkrankungen. Deutsche würden die Krankheit sehen, einen Arzt konsultieren und frühzeitig Hilfe holen, während türkische Betroffene und Angehörige sich nicht ausdrücken könnten und daher erst spät Unterstützung bzw. Therapien bekämen.

Fast alle Expertinnen berichteten, dass Angebote erst dann in Anspruch genommen werden, wenn bereits eine sehr kritische Versorgungssituation zu Hause entstanden ist. Erst im fortgeschrittenen Stadium der Demenz erfolge eine Kontaktaufnahme zu Institutionen, vorher würden die Angehörigen in den familiären Strukturen aufgefangen, und die Krankheit werde oft verharmlost. Allerdings treffe dies in erster Linie auf die erste Generation zu, die jetzige Generation sei informierter und nehme Unterstützungsangebote früher wahr.

Eine Expertin gab an, dass die Versorgung und Pflege von kranken Familienangehörigen vorwiegend von Frauen übernommen werde. Frauen würden dies als ihre Aufgabe betrachten und ihr Leben für andere Familienmitglieder opfern. Sie würden bis zur äußersten Grenze kämpfen, weil sie das Pflegen (z.B. von den eigenen Kindern) schon gewohnt seien. Dadurch seien sie stärker belastet als Männer. Männer würden sich schneller Unterstützung holen, allerdings zunächst von der Familie, d.h. von weiblichen Familienangehörigen.

Zwei Expertinnen berichteten, dass Religion und Kultur in der türkischen Gesellschaft eine große Rolle spielen. Krankheiten würden als Bestrafung Gottes gesehen. Beispielsweise würden im Krankheitsfall häufig Hodschas (geistliche Gelehrte) frequentiert, um die Krankheit zu bekämpfen. Allerdings hätten sie auch beobachtet, dass

viele Menschen erst in Folge eines Schicksalsschlages religiös würden. Eine andere Expertin gab an, dass manche der ihr bekannten Betroffenen daran glaubten, dass es sich bei der Krankheit um eine Prüfung Gottes handle. Je mehr man im Diesseits leide, umso weniger leide man im Jenseits. Andere würden die Krankheit als Buße für die Taten von früher betrachten. Es gäbe aber durchaus auch Betroffene, die die Krankheit als Schicksal betrachten und als solches akzeptieren.

Zwar berichteten einige Expertinnen davon, dass es durch Krankheit in der Familie durchaus in einigen ihnen bekannten Fällen zu Isolation des Betroffenen und der Hauptpflegeperson käme, weil die Beziehungen innerhalb der türkischen Familien inniger und hermetischer seien, so dass sich die Familien im Falle von Krankheit eher zurückzögen, nach dem Leitprinzip: „Was in der Familie passiert, bleibt in der Familie.“ Doch andererseits widersprechen die Expertinnen der weit verbreiteten Annahme, dass Krankheiten bei türkischen Menschen in Deutschland grundsätzlich tabuisiert werden. Sie betonen, dass Hilfs- und Unterstützungsangebote auch angenommen werden, wenn die Betroffenen und die Angehörigen ausreichend informiert seien.

Durchaus aber würde das kulturell geprägte Rollenverständnis zwischen den Generationen die Situation von pflegenden Angehörigen aus der Kindergeneration erschweren. In der türkischen Kultur müssten sich die Jüngeren den Forderungen und Wünschen der Älteren beugen bzw. diese respektieren und in jedem Fall akzeptieren. So sei es für türkische Angehörige aus der Kindergeneration besonders schwierig Dinge durchzusetzen, die Eltern mit Demenz nicht wollten (z.B. Tagespflege). Erschwert würde die Beziehung zwischen den Generationen auch dadurch, dass Mitglieder der unterschiedlichen Generationen nicht denselben Erfahrungshintergrund teilten und von den prägenden Lebenserfahrungen der jeweils anderen Generation nicht ausreichend Wissen haben und daher wenig Verständnis für den jeweils Anderen aufbringen können. So hätten die „Kinder“ oftmals keine realistische oder umfassende Vorstellung von den Belastungen der Migrationserfahrung der Eltern und könnten somit viele Verhaltensweisen der Eltern nicht nachvollziehen. Wenn – wie im Falle der Demenz – das Elternteil über diesen Erfahrungshintergrund nicht mehr sprechen kann, würde das Verständnis der pflegenden Kinder für ihre Eltern noch einmal mehr erschwert.

Zusammenfassend betonten die Expertinnen, dass - wie bei deutschen Betroffenen und Angehörigen auch - bei den türkischen Betroffenen und Angehörigen sehr unterschiedliche Haltungen beobachtet werden können. Sie alle halten daher eine individuelle Vorgehensweise bei der Beratung für unumgänglich.

8.2.2 Inhalte des Schulungsangebotes

Die thematischen Inhalte des bereits bestehenden Schulungsprogrammes „EduKation^{TÜRKISCH}“ hielten die Expertinnen für gut und wichtig. Keines der Themen wurde als ungeeignet empfunden. Sie waren der Meinung, dass zusätzliche Themen wie „migrationsbedingte Belastungen“, „interkulturelle Kommunikations-Skills“, und „Komorbidität von Depression und Demenz“ notwendig für eine Modifikation der Schulung für türkische Angehörige seien. Im Folgenden werden die diesbezüglichen Kommentare und Anregungen kurz dargestellt.

8.2.2.1 Thema Depression

Bei der türkischen Bevölkerung in Deutschland sei nach wie vor eine große Verbundenheit zur türkischen Heimat zu beobachten, so dass Heimweh nicht selten depressive Störungen begünstige. Depression und Demenz sollten in der modifizierten Schulung aber klar als unterschiedliche Krankheiten dargestellt werden. Denn häufig würden türkische Angehörige typische Symptome der Demenz als „depressive Störungen“ verkennen und einer eingehenden Diagnostik nicht weiter nachgehen. Daher sei es wichtig, das Thema Depression zu behandeln und auf gemeinsamen Symptome bzw. Unterschiede mit Demenz einzugehen.

8.2.2.2 Migrationsbedingte Belastungen

Türkische Menschen der ersten Generation in Deutschland hätten – so sind sich die Expertinnen einig – durch den Migrationsprozess psychische und körperliche Kräfte „verbraucht“. Sie seien erschöpft und durch die fortwährenden Anpassungsanforderungen überfordert und würden daher stärker zu depressiven Störungen neigen. Zudem bleibe bei den meisten das Gefühl der Fremdheit in der neuen Heimat nach wie vor bestehen. Nach Ansicht der Expertinnen würde die Migrationserfahrung der EI-

tern oftmals von den Kindern verdrängt bzw. wisse die zweite Generation nicht, was die Eltern mitgemacht hätten. Innerhalb der Generationen komme es dadurch zu Werteverstärkungen. Dinge, die für die Eltern wichtig seien, spielten für jüngere Generationen keine große Rolle mehr. Das wiederum könne die aufgrund der Demenzerkrankung ohnehin belastete Kommunikation bzw. Beziehung zwischen den Generationen erschweren. Daher sei es sinnvoll das Thema „einfühlsame Kommunikation“, das im Rahmen der Schulung behandelt wird, mit dem Themenkomplex „interkulturelle Kommunikation“ zu verbinden.

8.2.2.3 Religion, Glauben und Kultur

Zwei Expertinnen hielten es für sinnvoll, im Rahmen der Schulung das Thema „Glauben“ zwar anzusprechen, aber nur bei Bedarf zu vertiefen. Da der türkischen Gesellschaft in Deutschland nicht nur Türken sondern auch andere Volksgruppen (wie z.B. Kurden) angehören und in diesen Volksgruppen verschiedene – zum Teil gegensätzliche – religiöse Überzeugungen verbreitet sind, berge das Thema „Religion“ eine latente Konfliktgefahr. Um religiös motivierte Konflikte innerhalb der Gruppe zu vermeiden sei es sinnvoll, zwar auf die Bedeutung von Glauben (beispielsweise als Ressource zur Krankheitsverarbeitung) einzugehen, das Thema Islam aber nicht weiter zu vertiefen. Dennoch sollten kulturell geprägte Vorstellungen der Teilnehmer immer Raum zur Reflexion finden.

8.2.3 Mögliche Gründe für die fehlende Nachfrage

Als mögliche Gründe für die fehlende Nachfrage und schwere Erreichbarkeit von türkischen Angehörigen wurde angegeben, dass präventives Gesundheitsverhalten in der türkischen Gesellschaft in Deutschland nicht verankert sei. Man suche erst Unterstützung, wenn es gar nicht mehr ohne Hilfe gehe.

Die ältere Generation habe ferner nie gelernt, Angebote in Anspruch zu nehmen und habe dies folglich auch nicht an die jüngere Generation weitergegeben, so dass auch diese oftmals nicht informiert sei. Eine strukturierte Teilnahme, z.B. im Rahmen einer Angehörigenschulung, sei daher schwierig. Bei der jüngeren Generation komme hinzu, dass sie oft berufstätig sei und keine Zeit habe an einer Schulung teilzunehmen.

Viele Pflegende könnten zudem ihre Angehörigen auch nicht allein lassen um an einer Schulung teilzunehmen.

Außerdem sei die Krankheit Demenz in der Zielgruppe kognitiv noch nicht präsent, da die Lebenserwartung von türkischen Migranten noch nicht so hoch sei und man daher nicht von Demenzerkrankungen ausgehe. Demenzsymptome würden oft als Zeichen einer Depression oder als Zeichen des normalen Älterwerdens fehlinterpretiert.

8.2.4 Zugangswege zu den Angehörigen

Als wichtige Zugangswege zu den Angehörigen wurden in erster Linie aktive Vereine, Moscheen, Kulturzentren, Elternvereine, Frauentreffs, Frühstückstreffs, Integrationsbeiräte und Kinder der Betroffenen bzw. Pflegenden genannt. Es sei außerdem wichtig, die Schulung in bestehenden Strukturen anzubieten. Zugehende Arbeit auf „Beziehungsebene“ sei für die Herstellung von Vertrauen von Bedeutung, da türkische Menschen in Deutschland ungern in ein für sie ungewohntes Umfeld gingen. Eine konstante Bezugsperson bzw. Gruppenleitung sei ebenfalls wichtig.

Die Unterstützung durch eine der Zielgruppe bereits bekannten Vertrauensperson bzw. Multiplikatorin sei sehr zu empfehlen. Diese könne die Angehörigen zur Teilnahme an der Schulung bewegen bzw. anregen. Wenn das Vertrauen hergestellt sei, würden die Betroffenen bzw. Angehörige auch über ihre Probleme sprechen. Die Einbindung einer Mittlerperson und die Weitergabe von Informationen von Betroffenen an andere Betroffene seien letztlich effektiver als jede andere Form der Werbung. Allerdings sei bei der Arbeit mit der türkischen Klientel in Deutschland auch viel Geduld und Ausdauer notwendig.

Die Schulung solle von einer Expertin in der Muttersprache angeboten werden, denn auch in der zweiten und dritten Generation würden manche Inhalte, insbesondere solche mit emotionalem Gehalt, in der Muttersprache besser verstanden. Letztlich müssten Kurse in der Anfangsphase der Implementierung auch nur mit zwei bis drei Personen durchgeführt werden, damit sich das Angebot herumspricht. Eine Expertin rät in diesem Zusammenhang, Kontaktdaten von möglichen potenziellen Teilnehmerinnen, auf die man aufmerksam wird, festzuhalten und auf sie zuzugehen, da es

unwahrscheinlich sei, dass sie sich von sich aus meldeten. Die Bedeutung von zugehender Sozialarbeit wird hierdurch also nochmals betont.

Die Frage, ob ein Schulungsangebot der falsche Weg ist, türkische Angehörige zu erreichen, wurde von allen Expertinnen verneint. Jedoch sei eine schulische Vorgehensweise für die meisten eher ungewohnt. Daher seien viele Gespräche innerhalb der Sitzungen und Flexibilität (keine allzu große Strukturiertheit) sehr wichtig. Der Redebedarf sei bei türkischen Angehörigen in Deutschland groß, entsprechend müssten die Sitzungen den Austausch ermöglichen. Eine Expertin regte an, die Schulung nicht Schulung zu nennen sondern beispielsweise „Austausch, Zusammensein oder Alltagserleichterung“.

8.2.5 Sonstige Anregungen der Expertinnen

Eine Expertin hielt es für sinnvoll, vor der Schulung eine gemeinsame Veranstaltung zu organisieren und dort die Bedürfnisse bzw. Erwartungen an den Kurs zu erfragen. Eine andere Expertin regte dazu an, vor Schulungsbeginn in Vorgesprächen ein- bis zweimal mit Angehörigen zu kommunizieren um eine Vertrauensbasis herzustellen, da türkische Menschen Schwierigkeiten hätten vor fremden Menschen über ihre Probleme zu sprechen. Eine weitere Expertin hob die Bedeutung der Selbstreflexion hervor. Dies sei in dem Kurs auf jeden Fall zu thematisieren, da die Selbstreflexion der Kindergeneration Voraussetzung für die Pflege der Eltern sei und die Empathie fördere.

Eine Teilnahme sei zudem auch nur dann wahrscheinlich, wenn die Schulung kostenlos angeboten werde, da die Zielgruppe nach wie vor häufig zu einer finanziell schwachen Personengruppe zählt.

8.3 Das Schulungskonzept nach der ersten Evaluation

8.3.1 Zusätzliche Schulungsthemen

Die anfänglichen Überlegungen zur Notwendigkeit der Erweiterung des Schulungsprogrammes um die Themen „Belastungen der Migrationserfahrung“, „Depression“ und „interkulturelle Kommunikation“ wurden von den Expertinnen bestätigt. Und auch die Teilnehmerinnen der ersten Schulung nahmen diese Themen sehr interessiert

auf und hatten diesbezüglich viel Redebedarf. Diese Themen werden somit fester Bestandteil des Interventionsprogrammes EduKation^{TÜRKISCH} und bilden den ersten wesentlichen Unterschied zur deutschsprachigen Schulung.

8.3.2 Veränderte Teilnahmekriterien

Die Teilnahmekriterien für die Schulung wurden gelockert. Auch Angehörige, die nicht Hauptpflegepersonen sind, sollen künftig an den Schulungen teilnehmen können. Oft leben türkische Menschen mit Demenz wieder bzw. regelmäßig in der Türkei („Pendelmigration“, siehe Einleitung). Die Angehörigen, die zum Teil selber für längere Zeiträume in die Türkei gehen, haben dennoch Interesse an der Schulung teilzunehmen, um beispielsweise pflegende Geschwister zu informieren oder selber vorbereitet zu sein, wenn sie eine längere Zeitspanne mit dem betroffenen Familienangehörigen verbringen.

Es gibt auch Angehörige, die ihre Eltern mit Demenz nach Deutschland holen möchten, da das Gesundheitssystem in Deutschland zum einen mehr bietet und zum anderen kostengünstiger ist als in der Türkei. Als Vorbereitung auf die auf sie zukommende neue Lebensspanne halten sie die Teilnahme an dem Kurs für sinnvoll. Auch sollten Angehörige an dem Kurs teilnehmen können, deren Familienmitglied mit Demenz bereits verstorben ist. Auch diese äußern den Wunsch, zumindest ihr Umfeld über die Krankheit aufklären zu wollen. An diesem Punkt ist allerdings darauf zu achten, dass die Teilnahme an dem Kurs nicht unangemessene Schuldgefühle bei dem Angehörigen aufgrund der Erkenntnis, sich im Umgang mit dem Kranken früher falsch verhalten zu haben und dies nun nicht mehr ändern zu können, entstehen lässt. Aus diesem Grunde sollte mit diesen Angehörigen ein Gespräch im Vorfeld stattfinden, um die Bedeutung bzw. möglichen Folgen einer Teilnahme zu besprechen.

8.3.3 Verändertes Schulungssetting

Auf türkische Teilnehmer kann eine „schulische“ bzw. „formale“ Atmosphäre eher abschreckend wirken. Deshalb sollten die Schulungen in Form eines entspannten Gruppengesprächs angeboten werden, bei dem ein reger Austausch stattfindet. Zum entspannten Klima gehören für die meisten türkischen Menschen auch Verpflegung

in Form von Gebäck und Getränken. Darüber hinaus sind Kursbeginn und -ende flexibler zu gestalten. Oftmals muss ein Zeitpuffer von ca. einer halben Stunde eingeplant werden – sowohl zu Beginn als auch am Ende einer jeden Sitzung.

8.3.4 Inhaltliche Anpassung

Die Schulungsthemen sollten konkreter und praxisnaher behandelt, auf theoretische Erklärungsmodelle weitgehend verzichtet und für Gespräche viel Zeit eingeräumt werden. Dabei wird den Angehörigen nicht – wie im deutschsprachigen Angehörigenkurs üblich – vorwiegend zu Beginn und am Ende der Schulung die Möglichkeit gegeben, ihre Sicht, ihre persönliche Reflexion und ihre Fragen einzubringen. Das geleitete Gruppengespräch sollte in jeder Phase der Sitzung möglich sein. Diese Flexibilität ist eine wichtige Grundlage für eine lebhaftere Schulung.

Die erste Sitzung, in der die Themen „Eine Einführung: Formen der Demenz, Diagnose, Behandlung und Verlauf“ und „Demenz-Symptome, Probleme bei der Kommunikation“ behandelt werden, wird durch migrantenspezifische Themen ergänzt. Dazu gehören in erster Linie folgende Aspekte: verstärkte Symptome der Desorientierung bei Migranten, Gefühl des Fremdseins (Entwurzelung), Sehnsucht nach Sicherheit, Trennungserfahrung (z.B. von eigenen Kindern), Verlustgefühle, Aufweichung bisher klarer kulturell festgelegter Rollen, kulturelle Konflikte der Älteren mit den Jüngeren (Wertekonflikte), Auflösung des stabilisierenden Familienverbandes im Zielland, Autoritätsverlust der Erwachsenen im Zielland, Verstärkung der Demenzsymptome durch Migration, Rückkehr in die alte Vergangenheit. Das Thema „Glauben bzw. Religion und Krankheit“ wird angesprochen und bei Bedarf vertieft.

In der zweiten Sitzung werden die Themen „Selbsterleben von Menschen mit Demenz, Kompetenzorientierung“ und „Gestörte Kommunikation bei Demenz“ behandelt. Der Schwerpunkt liegt auf den Auswirkungen der Migrationserfahrung auf das Selbsterleben. Beantwortet werden die Fragen, welche Probleme entstehen, wenn der Kranke in seiner türkischen Vergangenheit lebt und an seinen kulturbedingten Gewohnheiten festhält.

Gegenstand der dritten Sitzung sind die Themen „Einfühlsame Kommunikation“ und „Selbsterhaltungstherapie“. In dieser Sitzung wird die Bedeutung interkultureller Kommunikation thematisiert. Dabei werden auch kulturelles Rollenverständnis und

die daraus entstehenden Probleme angesprochen. Darüber hinaus wird das „alte Selbst“ des Kranken thematisiert. Von zentraler Bedeutung ist hier das Phänomen, dass das Familienmitglied mit Demenz Elemente der „neuen Kultur“ verlernt hat und weiter verlernen wird, bis er wieder bei seinem „alten“ Selbst, das von der Ursprungskultur geprägt wurde, angekommen ist und an alten kulturellen Überzeugungen festhält.

Die vierte Sitzung enthält die Themen „Erinnerungstherapie, Beschäftigung, Entspannung“ und „Die Situation der Angehörigen“.

In der letzten Sitzung werden die Themen „Selbstpflege der Angehörigen“ und „Hilfen durch Angehörigenberatungsstellen“ bearbeitet. Hier werden die Angehörigen ermutigt verstärkt Hilfe zu holen. Sie werden darauf hingewiesen, dass Demenz eine Erkrankung ist, die die professionelle Unterstützung der Angehörigen erfordert. Letztlich werden die Teilnehmer auch über türkischsprachige Beratungsstellen informiert.

8.3.5 Reduktion der Sitzungen

Im Verlauf des Projektes wurde es zunehmend deutlich, dass die ursprüngliche zeitliche Struktur der Maßnahme verändert werden muss, da die Anzahl von zehn Sitzungen auf die potenziellen Teilnehmer abschreckend zu wirken scheint. Alle befragten Expertinnen hielten einen kürzeren Schulungszeitraum mit längeren Einzelsitzungen für geeigneter. Die Angehörigen schränkten diese Aussage aber insofern ein, als sie angaben, dass fünf lange Sitzungen nur bei sehr kleinen Gruppen sinnvoll seien. Da an diesem Punkt Dissens zwischen Expertinnen und Teilnehmerinnen herrschte, wurde die endgültige Entscheidung über die Anzahl der Sitzungen nach der zweiten und abschließenden Angehörigenschulung gefällt.

8.3.6 PowerPoint-Folien

Basierend auf den Erfahrungen aus der ersten Angehörigenschulung und den Anregungen der Expertinnen wurden die PowerPoint-Folien sehr umfassend überarbeitet. Sie enthalten in der überarbeiteten Version mehr Bilder und weniger Text. Der Text ist leicht verständlich und enthält nur die notwendigen Fachbegriffe.

8.3.7 Dokumentation „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“

Während in der deutschsprachigen Schulung die Vorführung von Szenen des Lehrfilms, der in der zweiten und völlig neu überarbeiteten Auflage des Angehörigenbuches (Engel, 2011) integriert ist, wird in der türkischsprachigen Angehörigenschulung die Dokumentation „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“ (Medienprojekt Wuppertal, 2011) gezeigt. In dem Film werden zwei türkischstämmige Familien aus dem Ruhrgebiet porträtiert, in denen jeweils eine Frau an Demenz erkrankt ist. Die an Demenz erkrankten Frauen befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Demenz und werden zu Hause von ihren Töchtern, Schwiegertöchtern und Enkelinnen gepflegt.

In dieser Dokumentation geht es um den Umgang mit den Erkrankten und die Probleme und Einschränkungen, die sich aus der Krankheit ergeben. Da hier auch kulturspezifische Probleme angesprochen werden und sich die türkischen Angehörigen gut mit den pflegenden Angehörigen im Film identifizieren können, ist der Film aus Sicht der Projektleiterinnen eine sinnvolle Ergänzung zur Schulung.

8.4 Die Ergebnisse der zweiten Schulung

Basierend auf den Ergebnissen der ersten Schulung und den Experteninterviews wurde das Schulungsangebot, wie oben dargestellt, komplett überarbeitet und im Zeitraum März-Mai 2013 in den Räumlichkeiten des ZAGF des Klinikums Neuperlach in München erneut durchgeführt, um im Anschluss daran abermals evaluiert und gegebenenfalls überarbeitet zu werden. Die Schulung fand in fünf zweistündigen Sitzungen statt. Auch hier stand Verpflegung zur Verfügung, die von den Teilnehmern sehr gerne angenommen wurde.

Kurz vor Beginn der Schulung wurde im Rahmen von Vorträgen zum Thema Demenz bei der Nachbarschaftshilfe in Taufkirchen und im Klinikum Schwabing in München erneut für das Projekt geworben. Daraufhin konnten elf Interessenten gewonnen werden. Zwei Teilnehmerinnen kamen jedoch lediglich zur ersten Sitzung: die Mutter der einen Teilnehmerin, die in der Türkei wohnhaft war, erkrankte zu diesem Zeitpunkt schwer, so dass die Teilnehmerin in die Türkei reisen musste. Die andere Teilnehmerin gab nach einer telefonischen Nachfrage an, künftig kommen zu wollen, tat dies aber nicht. Nach Beendigung der Schulung bat sie jedoch die Kursleitung, ihr

die türkischsprachigen Materialien zukommen zu lassen, welche ihr daraufhin zugeschickt wurden.

8.4.1 Die Kursteilnehmer

Die Teilnehmer waren alle im Raum München und Taufkirchen wohnhaft. Frau A hatte eine Mutter mit Demenz, die in Berlin wohnte und sich seit kurzem im Altenpflegeheim befand. Zum Zeitpunkt der Schulung reiste Frau A immer wieder zu ihrer Mutter, um für sie eine geeignete Wohnform zu finden, da diese im Altenpflegeheim unglücklich war. Außerdem hatte Frau A vor bald mit ihrer Mutter in die Türkei zu verreisen, um dort juristische und finanzielle Angelegenheiten zu regeln. Daher war die Schulung für sie eine Art Vorbereitung auf diese Betreuungsphase.

Frau B hatte einen Vater, der an Demenz erkrankt und bereits vor vielen Jahren gestorben war. Frau B ist in der türkischen Gemeinde in Taufkirchen sehr aktiv und hat sogar den Bau der dortigen Moschee angestoßen, die auch als kultureller Treffpunkt für gläubige Türken fungiert. Frau B wollte unbedingt an der Schulung teilnehmen, damit sie ihr großes Umfeld bei Bedarf über Unterstützungsmöglichkeiten informieren kann.

Der an Demenz erkrankte Vater von Herrn C lebte zwar grundsätzlich in der Türkei und wurde dort von seiner Ehefrau gepflegt, doch zum Zeitpunkt der Schulung waren die Eltern für mehrere Monate bei Herrn C zu Besuch, was für Herrn C ein wichtiger Grund war, an der Schulung teilzunehmen.

Frau D pflegte ihre Schwiegermutter mit Demenz, die mit ihr im selben Haushalt lebte. Frau D und Frau I, die ihren Ehemann mit Demenz versorgte und pflegte, waren die einzigen (beständigen) Hauptpflegepersonen in diesem Kurs.

Die Schwiegermutter von Frau E hatte eine Demenzerkrankung und lebte mit ihr im selben Haushalt. Sie wurde von ihrem Ehemann gepflegt, da Frau E berufstätig war. Frau E nannte als Motiv ihrer Teilnahme, dass ihr Mann durch die häusliche Situation überlastet sei und sich und zunehmend verschließe. Sie wollte ihn mit den Informationen aus der Schulung unterstützen bzw. aufklären.

Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der zweiten Schulung

Teilnehmer/in	Verwandtschaft zur Person mit Demenz	Hauptpflegeperson	Wohnort der Person mit Demenz
Frau A	Tochter	Nein	Berlin
Frau B	Tochter	Nein	verstorben
Herr C	Sohn	Nein	Türkei
Frau D	Schwiegertochter	Ja	im selben Haushalt
Frau E	Schwiegertochter	Nein	im selben Haushalt
Frau F	Tochter	Nein	Türkei
Frau G	Tochter	Nein	verstorben
Frau H	Schwiegertochter	Nein	Türkei
Frau I	Ehefrau	Ja	im selben Haushalt

Abbildung 5

Frau F hatte eine Mutter mit Demenz, die in der Türkei lebte und von ihrer dortigen Tochter gepflegt wurde. Allerdings gab Frau F an im Urlaub viel Zeit mit ihrer Mutter zu verbringen, um ihre Schwester zu entlasten und ihre Mutter auch hin und wieder nach Deutschland zu holen. Auf diese Situationen wollte sie besser vorbereitet sein.

Frau Gs Mutter war an Demenz erkrankt und verstarb vor zwei Jahren. Frau G wollte dennoch an der Schulung teilnehmen, da sie beruflich Zugang zu türkischen Senioren habe und ihr Wissen über Demenzen vertiefen wollte.

Frau H hatte einen Schwiegervater mit Demenz, der in der Türkei lebte und dort von Verwandten gepflegt wurde. Sie nahm an dem Kurs teil, weil sie und ihr Ehemann den Schwiegervater in Kürze für einige Zeit nach Deutschland holen wollten.

8.4.2 Auswertung der Interviews

8.4.2.1 Nutzen der Schulung

Alle Teilnehmer gaben in den Interviews an, von der Schulung profitiert zu haben. Während einige Teilnehmer den informativen Aspekt der Schulung hervorhoben, profitierten andere insbesondere von den Handlungsempfehlungen, die im Kurs vermittelt werden. Einige Beispiele sollen dies im Folgenden verdeutlichen.

„Ich weiß jetzt mehr über die Krankheit und habe detaillierte Informationen dazu.“ (Frau F, 2)

„Wenn wir jetzt im Umfeld hören, dass jemand an Demenz erkrankt ist, dann können wir wenigstens mitreden und ihnen Ratschläge geben.“ (Frau B, 6)

„Wenn ich jetzt an die Zeit vor dem Kurs denke, fällt mir auf, dass ich vorher meinem Vater gegenüber negative Gedanken hatte. Ich dachte er macht bestimmte Sachen mit Absicht. Aber jetzt weiß ich, wie ich mich verhalten muss und habe ihn damit auch glücklich gemacht. Vorher haben wir uns gegenseitig sinnlos verletzt.“ (Herr C, 18)

„Wenn sie früher gleich nach dem Essen nach Essen verlangt hat, habe ich mich geärgert und geschimpft. Jetzt mache ich das nicht mehr.“ (Frau D, 30)

„Nach der Teilnahme am Kurs fühle ich mich wohler. Ich akzeptiere allmählich die Situation.“ (Frau E, 31)

Frau F gab sogar an, dass sie künftig Menschen mit Demenz unterstützen möchte und sich deshalb mit der Nachbarschaftshilfe ihres Wohnortes in Verbindung setzen werde. Frau G, die sich bereits intensiv mit dem Thema Demenz befasst hatte, gab an, dass sie viele neue Punkte gelernt habe und Themen, die ihr vorher unverständlich waren, nun besser einordnen könne.

Frau I hingegen betonte, dass die Umsetzung der gelernten Inhalte nicht einfach sei:

„Der Kurs hat etwas gebracht. Wir haben wenigstens Dinge gehört, die wir vorher nicht wussten. [...] Ja, ich versuche es umzusetzen, einmal, zweimal, aber beim dritten Mal kannst Du es nicht. Ich will nicht lügen, die Sachen, die ich dort gelernt habe, kann ich nicht umsetzen. [...] Ich bin sehr ungeduldig.“ (19/25)

Wie im weiteren Gespräch mit Frau I deutlich wurde, hing ihre jetzige schwierige Beziehung zu ihrem an Demenz erkrankten Ehemann auch mit den Konflikten und Problemen der vergangenen Jahre zusammen. Nach ihren Aussagen sei ihr Ehemann immer sehr autoritär, streng und bestimmend gewesen. So habe er ihr nicht einmal erlaubt, ihre Mutter zu besuchen. Jetzt, da er pflegebedürftig sei und immer noch bestimmen wolle, sei die Situation für Frau I nicht einfach. Es falle ihr schwer, die Verhaltensauffälligkeiten nun als Zeichen der Demenz zu akzeptieren.

Die Teilnehmer konnten mit den in der Schulung erlangten Informationen auch ihr Umfeld aufklären:

„Die Informationen habe ich in meinem Umfeld mit allen geteilt, mit denen ich über dieses Thema sprechen kann. Was ich von Ihnen gelernt habe, habe ich an sie weitergegeben.“ (Frau A, 4)

„Wenn mein Mann etwas falsch macht, erkläre ich ihm [meinem Mann] jetzt wie wir uns verhalten müssen.“ (Frau D, 28)

„Ich habe meiner Mutter und meiner Ehefrau erklärt, wieso er [mein Vater] sich manchmal so verhält.“ (Herr C, 54)

Frau E gab an, dass ihr Mann, der seine Mutter mit Demenz versorge, sich gegen Unterstützung jeglicher Art versperre und sie ihm mit dem Wissen nicht helfen können. Jedoch habe sie ihm die schriftlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Die Frage, ob die Teilnahme an einer Schulung für pflegende Angehörige wichtig ist, wurde von allen Teilnehmern bejaht. Frau E fasste die Bedeutung der Teilnahme so zusammen:

„Die Teilnahme an der Schulung ist sehr wichtig. Mir hat gefallen, dass die türkischen Bürger in ihrer eigenen Sprache informiert werden, denn viele Mitbürger kennen nicht einmal das A von Alzheimer. Sie wissen nicht, wo

sie sich informieren können und wenn sie sich informieren wollen, verstehen sie vieles nicht richtig, weil ihre Deutschkenntnisse nicht ausreichen, das ist das Problem. [...] Sie wissen nicht, wie man sich der Person mit Demenz gegenüber verhalten soll und was in Zukunft auf sie zukommen wird.“ (47)

8.4.2.2 Verhältnis zum Angehörigen

Die Frage, ob sich das Verhältnis zu dem Angehörigen positiv verändert hat, wurde von den Teilnehmern wie folgt beantwortet:

„Jetzt bin ich bewusster. Ich weiß, welche Themen ich ernst nehmen muss und welche nicht, wo ich sensibler vorgehen muss und wie ich reagieren muss. Da ich jetzt seit drei Monaten mit ihr zusammen bin, profitiere ich sehr von den Inhalten der Schulung. Der Umgang mit ihr ist leichter.“ (Frau A, 6)

„Früher habe ich mich schnell geärgert. Aber wenn ich mich jetzt einmal ärgere, bin ich beim nächsten Mal ruhig. [...] Früher hat sie, wenn ich den Raum verlassen habe geklagt und ihre Unzufriedenheit deutlich gemacht. Jetzt macht sie das weniger.“ (Frau D, 62)

„Seit der Teilnahme am Kurs hat sich mein Verhalten meinem Vater gegenüber verändert. Früher war es so, dass, wenn mein Vater etwas erzählen oder tun wollte, er direkt zu mir kam. Wenn er meiner Mutter etwas sagen wollte, tat er das über mich und sagte „Sag’ nicht, dass ich es will. Sag’, dass Du es willst!“ [...] Wenn er etwas anstellt, weiß ich jetzt, dass das in ein bis zwei Stunden vorbei ist und verhalte mich entsprechend.“ (Herr C, 82)

„Ich verhalte mich jetzt meiner Mutter gegenüber sanfter und ärgere mich nicht mehr. [...] Ich bin geduldiger und wohlwollender.“ (Frau E, 18)

„Ich versuche geduldiger zu sein aber Du kannst nicht so geduldig sein, wie Du es Dir wünschst. Ich will immer geduldig sein können. (Frau I, 150)

Die Frage nach den negativen Veränderungen in der Beziehung zum Angehörigen infolge der Schulung wurde von allen Teilnehmern verneint.

8.4.2.3 Emotionale Situation nach der Teilnahme

Auf die Frage, ob der Kurs eine emotionale Veränderung, sei es in negativem Sinne, beispielsweise in Form von Schuldgefühlen, oder im positiven Sinne hervorgerufen hat, gaben die Teilnehmer folgendes an:

„Die Traurigkeit hat irgendwie sowohl zugenommen als auch abgenommen. Du wirst traurig, wenn du dir dein früheres Verhalten vorstellst und du sagst „Hätte ich das bloß nicht gemacht!“. Aber du achtest darauf, es nicht mehr zu wiederholen.“ (Frau D, 102)

„Manchmal hast Du Schuldgefühle. Wenn ich ihm nicht widersprechen würde, würde die Situation nicht eskalieren, das weiß ich.“ (Frau I, 156)

„Wir schreiten auf einem Weg voran, auf dem es kein Zurück gibt. Wie lange wird es so weitergehen, was wird nächstes Jahr passieren, was wird danach passieren und was für eine Zukunft erwartet uns mit meiner Mutter? An all das denke ich immer wieder und werde natürlich traurig. Aber Schuldgefühle habe ich nicht empfunden, weil ich tue, was ich kann, um sie glücklich zu machen, damit sie ein schönes Leben hat.“ (Frau A, 36)

„Wenn ich mich weiterhin so verhalten würde wie vor dem Kurs, würde ich traurig werden. Aber jetzt bin ich entspannt und zufrieden. Du leidest selber auch psychisch, wenn du streitest.“ (Herr C, 113)

„Ich denke, dass ich jetzt einfühlsamer bin.“ (Frau G, 7)

8.4.2.4 Migrationsspezifische Aspekte

Alle Kursteilnehmer waren der Meinung, dass ein Schulungsangebot in türkischer Sprache sehr wichtig sei.

„Auch wenn man deutsch kann, ist es sehr wichtig, dass diese Dinge in der eigenen Sprache besprochen, gehört und erklärt werden. Das ist viel effektiver.“ (Frau A, 56)

„Vom Verständnis her ist es wichtig. Wie viel vom Kurs hätten wir denn schon verstanden, wenn er auf Deutsch stattgefunden hätte? [...] Sie wissen, in welchen Lebensumständen wir leben und erklären die Dinge ent-

sprechend. Ein Deutscher weiß nicht, wie mein Vater in der Türkei lebt, so weit denkt er nicht. Er versteht das nicht. Zum Beispiel ist die Familie in der türkischen Kultur sehr wichtig. Das wissen Sie, aber woher soll er das wissen? Auch wenn wir gut Deutsch verstehen, die Verbindung ist wichtig.“ (Herr C, 160/164)

„Auch wenn es mir ein Deutscher erklärt und ich es zu hundert Prozent verstehe, wenn etwas in der Muttersprache besprochen wird, ist es für die Psyche besser. [...] Wenn's auf Türkisch ist, macht es einen so glücklich, wie wenn man eine Speise isst, die man mag.“ (Frau B, 164/166)

„Das ist sehr wichtig, weil alle das Thema zu hundert Prozent verstanden haben. Wenn mir jetzt die AOK sagt, da ist ein Kurs für Angehörige von Menschen mit Alzheimer und ich gehe hin und verstehe die Hälfte nicht, das bringt nichts. Dass es in der Muttersprache angeboten wird, ist sehr schön.“ (Frau E, 51)

„Ich hätte die Informationen zur Krankheit meiner Mutter nicht so problemlos verstanden, wenn der Kurs nicht auf Türkisch gewesen wäre.“ (Frau F, 50)

„Das ist extrem wichtig, weil wir Türken nicht so ticken wie die Deutschen. In deutschen Demenzkursen ist es überwiegend ein Informationsaustausch, aber türkische Kurse sind emotionaler. Wenn ich da weine, weiß ich, dass mich alle verstehen. Die Deutschen sind da kälter.“ (Frau G, 32)

„Dass der Kurs auf Türkisch ist, ist für uns sehr wichtig und besser. Im deutschen Kurs erzählt der Referent aber du verstehst ja nichts.“ (Frau I, 164/172)

Bis auf zwei Teilnehmer gaben aber alle an, dass sie auch an einer deutschsprachigen Angehörigenschulung teilgenommen hätten, wenn sie keine Alternative gehabt hätten. Sie betonten aber, dass ihnen die Teilnahme an einem türkischsprachigen Kurs mehr bringt. Lediglich Frau I und Herr C gaben an, dass sie keinesfalls an einem deutschsprachigen Kurs teilgenommen hätten.

„An einer deutschsprachigen Schulung hätte ich nicht teilgenommen. [...] Ich denke nicht, dass das etwas bringt.“ (Herr C, 180)

„In dem Alter kann ich das auf Deutsch nicht mehr verstehen.“ (Frau I, 168)

Die Behandlung der Themen „Belastungen der Migration und Einfluss der Migration auf die Demenz“ waren nach Ansicht der Teilnehmer ebenfalls von großer Bedeutung, was die folgenden Zitate verdeutlichen.

„Wie Sie auch gesagt haben, fühlt sie sich manchmal wie in der Türkei. Zum Beispiel sind wir jetzt in Berlin, sie glaubt manchmal in der Türkei zu sein. [...] Sie ist die ganze Zeit ängstlich und beunruhigt gewesen. Als wir aus der Türkei nach Berlin gekommen sind, hat es etwa einen Monat gedauert, bis sie sich daran gewöhnt hat.“ (Frau A, 64)

„Ich bin mit 12 Jahren nach Deutschland gekommen, jetzt bin ich 56 und wir werden immer noch mit Problemen konfrontiert. Aber die Probleme, die ich als 12jährige gehabt habe, gehen mir noch immer nicht aus dem Kopf.“ (Frau D, 168)

„Das Thema finde ich sehr wichtig. Ich bin auch eine Migrantin und bin durch Familiennachzug nach Deutschland gekommen. Die erste Zeit hatte ich eine große Krise.“ (Frau F, 71)

„Das Thema Migration ist sehr wichtig, da viele unserer Probleme daher rühren und keiner dieses Thema behandelt. [...] Wir denken anders, wir fühlen anders, sogar das Klima [in der Türkei] ist anders. Deswegen müssen wir diese Themen behandeln, vielleicht sogar in einer eigenen Sitzung.“ (Frau G, 59/61)

„Das Thema ist wichtig, das habe ich bei meiner Schwiegermutter beobachtet. Sie hat sich hier immer als Gast gesehen aber als sie in die Türkei ging fühlte sie sich auch dort wie ein Gast.“ (Frau H, 49)

8.4.2.5 Inhalte der Schulung aus Sicht der pflegenden Angehörigen

Die Frage, ob bestimmte Themen vermisst wurden oder unnötig waren, wurde von allen Teilnehmern verneint. Sie gaben an, mit den Inhalten der Schulung sehr zufrieden gewesen zu sein. Auch hielten die Teilnehmer die Behandlung des Themas „Religion“ nicht für notwendig oder gar für konfliktrichtig:

*„Das Thema Pflege sollte man nicht aus der religiösen, sondern beispielsweise aus der kulturellen oder emotionalen Perspektive beleuchten.“
(Frau E, 73)*

„Es gibt bei uns auch Leute, die unterschiedlichen Glaubensrichtungen angehören. Von politischen und religiösen Themen sollte man sich fernhalten. [...] Ich bete zum Beispiel fünfmal am Tag aber ich denke anders als die, die in die Moschee gehen.“ (Frau G, 55)

Die Behandlung von juristischen Themen hielten die Teilnehmer gerade deshalb für wichtig, weil diese Themen in türkischen Familien oft vernachlässigt werden:

„Ich weiß nicht, man will bei der eigenen Mutter nicht an so etwas denken wie den Nachlass. [...] Man sollte diese Themen angehen, aber in unserer Kultur gibt es das nicht. Ich weiß nicht, wie man das Thema angehen und mit den Geschwistern besprechen soll. Vielleicht können Sie mir dabei behilflich sein.“ (Frau F, 62/66)

Frau E regte sogar an, auch das Thema „Testament“ zum Gegenstand der Schulung zu machen. Wenn sich die Familien darum kümmern würden, gäbe es ihrer Ansicht nach nach dem Tod der Person mit Demenz keine Streitigkeiten bezüglich der Gütertrennung.

8.4.3 Auswertung der Fragebögen

Die Fragebögen, die zu Beginn der ersten Sitzung ausgeteilt wurden, wurden von lediglich zwei Teilnehmern komplett, von zwei weiteren Teilnehmern nur zum Teil ausgefüllt. Einige Teilnehmer empfanden die Fragen nicht als adäquat, da sie keine Hauptpflegepersonen waren, andere wiederum gaben an, die Fragebögen zu Hause ausfüllen und in der darauf folgenden Sitzungen mitbringen zu wollen, taten dies jedoch nicht. Die Fragebögen, die nach der letzten Schulungssitzung mit der Bitte um baldiges Ausfüllen und Zurückschicken ausgeteilt wurden, wurden ebenfalls nicht zurückgeschickt. Daher ist eine Auswertung nicht möglich. Nachdem die wichtigsten Informationen ohnehin im Rahmen der Interviews erhoben wurden, ist dieser Umstand für die Forschungsergebnisse jedoch nicht relevant.

8.4.4 Schulung von Multiplikatorinnen

Um das Wirkungsfeld des türkischsprachigen Schulungsangebotes zu erweitern, wurden drei Multiplikatorinnen ausgebildet, die bereits auch als Expertinnen an den Experteninterviews teilgenommen hatten. Voraussetzung für die Multiplikatorinnen-ausbildung war die Teilnahme an dem dreitägigen Train-the-trainer-Grundkurs von Prof. Dr. Sabine Engel und an der eintägigen Vertiefungsschulung mit kulturspezifischen Inhalten, die von Frau Altınışık durchgeführt und von Prof. Dr. Sabine Engel supervidiert wurde. Die Vertiefungsschulung dauerte ca. fünf Stunden und diente nicht nur zur Informationsvermittlung durch die Projektleiterinnen, sondern auch dazu, die überarbeitete Version der Schulung mit den Expertinnen erneut zu reflektieren um dann mögliche Veränderungen vorzunehmen. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend ausgewertet. Die wesentlichen Ergebnisse der Schulung sollen nachfolgend zusammengefasst werden.

Einige Schulungsinhalte wurden im Anschluss an die Vertiefungsschulung erneut überarbeitet: das Konzept des Selbst und das einfache Gedächtnismodell, in dem die unterschiedlichen Gedächtnisformen (Ultrakurzzeit-, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis) erläutert werden, wurde aus der Schulung eliminiert, da sie als zu kompliziert für die Zielgruppe erschienen. Außerdem wurde das Thema „Vorsorgemaßnahmen“ stark verkürzt, da zu viele Details eher zu Verwirrung führen können.

Auf einigen Folien wurde der Text weiter verkürzt. Einige Inhalte wurden erneut umformuliert, um Missverständnissen vorzubeugen.

In der Vertiefungsschulung der Multiplikatorinnen wurde das Problem thematisiert, dass viele türkische Angehörige gar nicht wüssten, dass ihr Familienangehöriger unter einer Demenz leidet, und sie dieses Problem daher nicht ansprechen würden, wenn sie professionelle psychosoziale Beratung aufsuchten.

Damit Fachkräfte aus der Angehörigenberatung sich dennoch ein Bild davon machen können, ob möglicherweise eine demenzielle Erkrankung vorliegt, sollten sie, so die übereinstimmende Einschätzung der Multiplikatorinnen, geschult werden in der Anwendung eines gezielten fremdanamnestischen Erhebungsverfahrens. In dem gemeinsamen fachlichen Austausch wurde ein solches Erhebungsverfahren, das als „fremdanamnestisches Demenz-Screening“ bezeichnet wurde, in groben Zügen entworfen. Der Leitgedanke dieses Verfahrens ist, dass durch eine gezielte Strategie der

Angehörigenbefragung, u. a. mit Hilfe des Kriterienkatalogs zum „erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf“ (§45a, SGB XI), der Betreuungsbedarf abgefragt wird. Darüber hinaus sollen auch mögliche kognitive und nicht-kognitive demenzielle Symptome erhoben werden, damit demenzielle Erkrankungen unter den älteren Migranten in Deutschland schneller erkannt werden können. Gezielte diagnostische, therapeutische unterstützende bzw. entlastende Maßnahmen für die Betroffenen und ihre Angehörigen könnten auf diese Weise schneller realisiert werden.

Es wurde vereinbart, dass die Multiplikatorinnen im Rahmen ihrer nächsten Supervision, die als Fortsetzung des Projekts ein- bis zweimal im Jahr durch die Projektmitarbeiterinnen angeboten werden soll, eine Fortbildung zur Durchführung eines solchen „fremdanamnestischen Demenz-Screenings“ erhalten. Diese sollte auch die Anwendung des Screening-Verfahrens „Mini Mental Status Examination“ (MMSE) beinhalten. Hierzu gibt es eine türkischsprachige Version für Personen mit Schulbildung. Für (funktionelle) Analphabeten existiert – ebenfalls in türkischer Sprache – das Screening-Verfahren „MMSE für Analphabeten“. Bei auffälligen Screening-Ergebnissen sollen die Personen mit Demenzverdacht an eine Gedächtnisambulanz weitervermittelt werden, damit dort eine tiefer gehende Demenzdiagnostik durchgeführt werden kann. Dabei sollten die Multiplikatorinnen ihre Screening-Ergebnisse und Informationen zum Bildungsniveau an die Gedächtnisambulanz mitschicken.

8.5 Das Schulungskonzept nach der zweiten Evaluation

Die Inhalte der Schulungssitzungen nach der endgültigen Evaluation und Adaption werden im Folgenden aufgezeigt.

8.5.1 Dauer und Häufigkeit der Sitzungen

Die zweite Schulung wurde mit fünf Sitzungen durchgeführt. Lediglich zwei der neun Teilnehmer, Frau B und Herr C nahmen an allen fünf Sitzungen teil, obwohl sie keine Hauptpflegepersonen waren. Frau D und Frau I, die einzigen Hauptpflegepersonen, konnten aus unterschiedlichen Gründen (unangekündigter Besuch, Krankheit, Reise in die Türkei) nicht alle Sitzungen wahrnehmen. Dies wird als Bestätigung der Annahme gesehen, dass die Schulung für die spezielle Klientel der in Deutschland lebenden türkischen Angehörigen von Menschen mit Demenz keinesfalls mehr als fünf

Sitzungen beinhalten sollte. Es wird sich jedoch erst in Zukunft zeigen, ob diese Sitzungszahl tatsächlich ausreicht oder erneut erweitert werden sollte.

8.5.2 Vorführung des Dokumentarfilms

Die Vorführung der Dokumentation „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“ sollte in der Kurzversion erfolgen, die 14 Minuten dauert. Aufgrund der reduzierten Sitzungszahl ist für die lange Version mit 56 Minuten der zeitliche Rahmen nicht gegeben.

8.5.3 Fragebögen

Da die Rücklaufquote bei Fragebogenerhebungen erfahrungsgemäß zu gering ist, erscheint für die Evaluation von künftigen Schulungen ein Gruppeninterview im Anschluss an die letzte Sitzung bzw. in einer gesonderten Sitzung sinnvoll.

Sollten dennoch Fragebogen eingesetzt werden, ist auf klare und knappe Formulierungen zu achten. Das Ausfüllen sollte dann in der Gruppe in Anwesenheit einer Betreuungsperson geschehen, die die Angehörigen gegebenenfalls beim Ausfüllen unterstützen kann.

8.5.4 Erste Sitzung

Die Themenschwerpunkte werden im türkischsprachigen Interventionsprogramm zwar beibehalten, werden aber aufgrund der Reduktion der Sitzungen nicht so detailliert behandelt wie in der deutschsprachigen Schulung. Eine ausführliche Behandlung aller Themen würde den zeitlichen Rahmen sprengen und keinen Raum für persönliche Äußerungen und Fragen der Teilnehmer lassen.

Themen der ersten Sitzung bilden die inhaltlichen Bereiche „Demenzformen“, „Demenzdiagnostik“, „Therapiemöglichkeiten von Demenzerkrankungen“, „Verlauf von Demenzerkrankungen“ und „Demenzsymptome“. Im Unterschied zur deutschsprachigen Schulung werden die Demenzformen nicht vertieft, stattdessen werden die Teilnehmer zu ihrer subjektiven Einschätzung der Ursachen der Krankheit befragt, um mögliche „falsche Annahmen“ über das Entstehen der Krankheit („Sie war immer unbekümmert und verantwortungslos, deshalb wurde sie krank“ – Frau A aus der ersten Schulung über ihre Schwiegermutter) zu korrigieren.

8.5.5 Zweite Sitzung

In der zweiten Sitzung wird die Frage bearbeitet, welche Folgen die Migrationserfahrung haben kann, die eine demenzielle Entwicklung zusätzlich erschweren kann. Dabei werden beispielsweise die Belastungsfaktoren Stress, Trennung von Familienmitgliedern, interkulturelle Konflikte, Depression und körperliche Erkrankungen angesprochen und der mögliche Einfluss dieser Belastungen auf die Menschen mit Demenz und ihre demenziellen Symptome besprochen. Gegenstand dieser Sitzung sind darüber hinaus „Kommunikationsprobleme, die infolge der Demenzerkrankung entstehen können“, „die Selbstwahrnehmung des Menschen mit Demenz“ und „die Bedeutung der Förderung verbliebener Fähigkeiten durch die Angehörigen“.

8.5.6 Dritte Sitzung

In der dritten Sitzung werden die möglichen Gründe für die Verhaltensauffälligkeiten und negativen verbalen Äußerungen der Menschen mit Demenz erläutert und Handlungsempfehlungen für Krisensituationen gegeben. Vorgestellt werden hier zudem das Konzept der „einfühlsamen Kommunikation“ und die „Grundlagen der Selbsterhaltungstherapie“. Das Konzept zur idealen Grundeinstellung zwischen zwei Menschen von Eric Berne, das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun und das einfache Gedächtnismodell (Ultrakurzzeit-, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis) werden in der türkischsprachigen Schulung nicht eigens behandelt, da diese Themen für die türkischsprachige Zielgruppe sehr theoretisch und abstrakt zu sein scheinen.

8.5.7 Vierte Sitzung

In der vorletzten Sitzung wird die Erinnerungstherapie anhand des Beispiels eines Erinnerungstagebuches vorgestellt und auf die Bedeutung von Beschäftigung und Entspannung hingewiesen. Im Anschluss an die Darlegung der Situation von pflegenden Angehörigen wird die Kurzversion von „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“ gezeigt.

8.5.8 Fünfte Sitzung

In der letzten Sitzung wird die Bedeutung der Selbstpflege von pflegenden Angehörigen für sich selbst und ihre Angehörigen mit Demenz besprochen. Dabei wird auch die traditionelle Rolle der pflegenden Angehörigen in der türkischen Bevölkerung

Übersicht der Inhalte der Sitzungen von EduKation^{TÜRKISCH}

Sitzung	Themen und Inhalte
Sitzung 1	<ul style="list-style-type: none">○ Demenzerkrankungen: Formen, Ursachen, Diagnose, Behandlung, Verlauf und Symptome
Sitzung 2	<ul style="list-style-type: none">○ Belastungen, die aufgrund der Migrationserfahrung entstehen können○ Einfluss der Migration auf die Betroffenen und die Demenzerkrankung○ Kommunikationsprobleme, die infolge einer Demenzerkrankung entstehen können○ Selbstwahrnehmung der Menschen mit Demenz○ Die Bedeutung der Förderung verbliebener Fähigkeiten
Sitzung 3	<ul style="list-style-type: none">○ Konflikte, die infolge der Demenz entstehen können○ Was kann ich dagegen tun?○ Was bedeutet „einfühlsame Kommunikation“?○ Die Bedeutung der Selbsterhaltungstherapie
Sitzung 4	<ul style="list-style-type: none">○ Erinnerungstherapie○ Den Angehörigen mit Demenz beschäftigen○ Die Situation der pflegenden Angehörigen○ Kurzfilm „Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht“
Sitzung 5	<ul style="list-style-type: none">○ Wenn sich der pflegende Angehörige nur noch um die Person mit Demenz kümmert und sich selbst vernachlässigt...○ Juristische Maßnahmen, die man treffen sollte○ Wo bekomme ich Hilfe und Unterstützung?

Abbildung 6

hinterfragt. Den pflegenden Angehörigen wird deutlich gemacht, dass die Inanspruchnahme von Hilfe durch Dritte kein Zeichen für Versagen darstellt, sondern in den meisten Fällen sogar notwendig ist, um nicht selbst zu erkranken.

Juristische Maßnahmen wie die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsvollmacht und das Testament werden hier ebenfalls angesprochen und eine Liste mit (interkulturellen bzw. türkischsprachigen) Beratungs- und Anlaufstellen von dem jeweiligen Ort ausgehändigt, an dem die Schulung stattfindet bzw. aus dem die Teilnehmer kommen.

Jede Sitzung beginnt mit einer sehr kurzen Zusammenfassung der Inhalte der vorherigen Sitzung.

9 Zusammenfassung

Das Forschungsprojekt EduKation^{TÜRKISCH} stellt den Versuch dar, ein kultursensibles Interventionsprogramm für pflegende Angehörige von türkischen Menschen mit Demenz zu implementieren. Grundlage hierfür war das für deutschsprachige Angehörige bereits existierende Interventionsprogramm EduKation[®] (Engel, 2007).

Wie sich im Verlauf des Forschungsprozesses herausstellte, mussten für die Implementierung eine Reihe von sowohl formalen als auch inhaltlichen Veränderungen vorgenommen werden, die nachfolgend noch einmal kurz geschildert werden.

Die Teilnahmevoraussetzungen für die türkischsprachige Schulung mussten erweitert werden. Auch Angehörige, die nicht Hauptpflegeperson sind, können an der Schulung teilnehmen, da in kollektivistischen Kulturen häufig bestimmte Familienmitglieder in Vertretung bestimmter anderer Familienmitglieder oder aller anderen Familienmitglieder an Interventionen teilnehmen mit der Zielsetzung ihre neuen Kenntnisse im gesamten Familiensystem oder dem Verwandten- und Bekanntenkreis zu verbreiten. Aus demselben Grund der „Familienstellvertretung“ können auch Personen, dessen Angehörige mit Demenz in der Türkei leben, an der Schulung teilnehmen, wenn sie mit den Erkenntnissen und Handlungsempfehlungen die Hauptpflegeperson in der Türkei unterstützen oder im Rahmen von zeitlich befristeten Aufenthalten in der Türkei pflegerisch entlasten wollen. Sofern die Teilnahme keine negativen Gefühle wie Selbstvorwürfe, Reue und Schuldgefühle verstärkt, können auch Personen

an der Schulung teilnehmen, deren Angehörige mit Demenz bereits verstorben sind, wenn sie dies mit der Absicht tun, ihr Umfeld aufzuklären.

Eine besondere Herausforderung für die Kursleitung besteht unter diesen Bedingungen darin, dass die Hauptpflegepersonen im Kurs dennoch ausreichend Möglichkeit und geschützten Freiraum haben müssen, um von ihren persönlichen Erfahrungen und Gefühlen zu berichten.

Voraussetzung für *alle Teilnehmer* ist jedoch, dass sie ein Familienmitglied haben müssen, dass an Demenz erkrankt ist oder war.

Die Zahl der Schulungssitzungen wurde von zehn auf fünf reduziert, weil die ursprüngliche Sitzungszahl bei den meisten türkischen Angehörigen Distanzierung hervorruft.

Die Schulungssitzungen dauern in der türkischen Schulung etwa zwei Stunden. Der Beginn und das Ende sind flexibler gestaltet, d.h. es ist jeweils eine halbe zusätzliche Stunde vor und nach der Schulung eingeplant.

Den Kursteilnehmern werden zumindest Getränke und Kekse zur Verfügung gestellt, die sie in einer zehnminütigen Pause oder aber auch zwischendrin zu sich nehmen können.

Die Power-Point-Folien sind in ihrer endgültigen Version stark vereinfacht und enthalten klare, verständliche Stichpunkte. Theoretische Modelle werden in der türkischsprachigen Schulung nicht thematisiert.

Anstelle des über hundertseitigen Begleitbuches wird den pflegenden Angehörigen des Kurses eine Angehörigenbroschüre ausgehändigt, die wenig theoretische Informationen, dafür aber viele Beispiele enthält, wie man im Alltag mit den (herausfordernden und schwierigen) Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz bzw. mit dessen Äußerungen umgehen kann.

Wie sich an den oben genannten formalen und inhaltlichen Veränderungen zeigt, ist bei den pflegenden Angehörigen von türkischen Menschen mit Demenz eine andere Vorgehensweise notwendig als bei deutschsprachigen Angehörigen. Die Unterschiede zeigen sich bereits bei der Rekrutierung von Angehörigen: Während deutsche Angehörige oft von sich aus die Initiative ergreifen und sich für die Angehörigenschulung anmelden, müssen türkische Angehörige in der Regel angesprochen

und zumeist auch von der Teilnahme überzeugt werden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass sich in manchen Fällen der Zugang zur Klientel leichter gestaltet, wenn dafür Multiplikatorinnen gewonnen werden, die bereits mit türkischsprachigen Klienten bzw. Einrichtungen vernetzt sind.

Die überwiegend positive Bewertung der Schulung sowohl durch die Teilnehmer als auch durch die Expertinnen sehen die Projektleiterinnen als wichtige Bestätigung und Motivation, ihre Tätigkeit auf diesem Gebiet bzw. für diese Klientel fortzusetzen.

Es ist wichtig, die Unterschiede zwischen den Zielgruppen zu kennen und Interventionen zu entwickeln, die diese Unterschiede berücksichtigen. Bei aller kultursensiblen Vorgehensweise ist jedoch auch zu bedenken, dass es durchaus auch türkischsprachige Angehörige von Menschen mit Demenz gibt, die einen deutschsprachigen Kurs vorziehen, z.B. weil sie besser Deutsch sprechen als Türkisch oder weil sie sich eher der deutschen Kultur zugehörig fühlen als der türkischen oder aber weil ihnen die Teilnahme am deutschen Kurs größere „Anonymität“ gewährt. Wo es angebracht scheint, sollte die Kursleitung die pflegenden Angehörigen auf das deutschsprachige Kursangebot aufmerksam machen um ihnen die Möglichkeit zu geben, selber zu entscheiden.

10 Weiteres Vorgehen und Ausblick

Die Realisierung des Forschungsprojektes erwies sich insgesamt als schwierig, da die Nachfrage seitens der pflegenden Angehörigen trotz der intensiven Bekanntmachung und Öffentlichkeitsarbeit eher gering war. Nach Ansicht der Projektleiterinnen darf allerdings daraus nicht geschlossen werden, dass pflegende Angehörige von türkischen Menschen mit Demenz keine Unterstützung brauchen und die Herausforderungen der Demenzerkrankung alleine bzw. im Familienverbund bewältigen. Diese Annahme wäre ein Trugschluss, denn ganz im Gegenteil scheint gerade bei dieser Zielgruppe eine intensive Aufklärung über das Krankheitsbild Demenz dringend notwendig zu sein, damit unterstützende Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können. Die geringe Nachfrage deutet eher darauf hin, dass das Krankheitsbild Demenz in der türkischen Gesellschaft in Deutschland nicht oder zu wenig bekannt ist, so dass pflegende Angehörige, die für das Schulungsprogramm in Frage kämen,

sich von dem Angebot gar nicht erst angesprochen gefühlt haben könnten. Vergesslichkeit und negative Veränderungen der Persönlichkeit im Alter (z.B. „Altersstarrsinn“) werden oft noch als normale Folgen des Alterungsprozesses wahrgenommen und nicht als mögliche Symptome einer Krankheit. Zum anderen scheint es für Menschen aus kollektivistischen Kulturen kein üblicher Problemlösungsweg zu sein, sich Hilfe außerhalb des Familiensystems zu holen. Erst wenn eine Person aus dem eigenen Familiensystem oder Freundes- und Bekanntenkreis eine solche außerfamiliale Hilfe bereits in Anspruch genommen hat und davon berichtet, dass sie davon profitiert hat, sinkt auch die Zugangsschwelle für die übrigen Mitglieder. Somit ist davon auszugehen, dass es noch mehr Zeit und weiterer Öffentlichkeitsarbeit bedarf, bis Angehörige, die schon von dem Projekt profitiert haben, und professionelle Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, deren Anzahl durch weitere Train-the-trainer-Kurse ebenfalls erhöht werden soll, eine wachsende Anzahl türkischer versorgender und pflegender Angehörige zur Inanspruchnahme des Schulungsprogramms bewegen können.

Daher sehen die Projektleiterinnen das Projekt EduKation^{TÜRKISCH} nicht als endgültig abgeschlossen an, obwohl die finanzielle Förderung durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. beendet ist. Mit dem Forschungsprojekt konnten in erster Linie Grundlagen für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen von türkischen Menschen mit Demenz geschaffen werden.

Auch in Zukunft soll im Rahmen von Vorträgen in türkischen Einrichtungen und deutschen Einrichtungen, die Veranstaltungen für türkischsprachige Migranten anbieten, über das Krankheitsbild Demenz aufgeklärt werden. Ferner soll die Vernetzungsarbeit fortgesetzt werden, d.h. die Kontakte zu Migrantenorganisationen und zu Einrichtungen, die Angebote für Migranten bieten, sollen erweitert bzw. bestehende Kontakte sollen intensiviert werden, um ein funktionierendes Versorgungsnetzwerk zu schaffen. Dabei ist geplant, auch über die Grenzen von Bayern hinweg zu agieren, denkbar ist beispielsweise die Durchführung der Train-the-Trainer-Ausbildung auch in anderen Bundesländern, um ein Beratungsnetzwerk in Deutschland etablieren zu können.

Ein Gespräch mit den gesetzlichen Krankenversicherungen zur Übernahme der Kosten auch für das türkischsprachige Schulungsprogramm ist in Planung und soll die finanzielle Sicherung der Schulung ermöglichen.

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sollen außerdem in einer deutschsprachigen (psycho-)gerontologischen Zeitschrift veröffentlicht und auf dem 8. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Gütersloh im Oktober 2014 vorgestellt werden, (eine Online-Anfrage ist bereits am 29.3.2014 erfolgt) um auch bundesweit auf EduKation^{TÜRKISCH} aufmerksam zu machen.

Der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. wird ein türkischsprachiger Angehörigenratgeber zur Verfügung gestellt, der die wichtigsten Informationen zum Thema Demenz und Umgang mit Menschen mit Demenz beinhaltet und mit zahlreichen, praxisnahen Beispiele versehen ist, die mögliche Konfliktsituationen und unterschiedliche Lösungswege darstellen. Das Buch „Alzheimer und Demenzen: Unterstützung für Angehörige“ (Engel, 2011) wurde bereits ins Türkische übersetzt und soll den Multiplikatorinnen als Grundlage zur Verfügung gestellt werden.

Wünschenswert wäre eine weiterhin fortbestehende Kooperation des Projekts mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Das Schulungsprogramm „EduKation^{TÜRKISCH}“ könnte so auch unter der Obhut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. angeboten werden.

Danksagung

Wir danken den türkischen Angehörigen für ihre Studienteilnahme, den Expertinnen, Multiplikatorinnen und unserem Kooperationspartner, CA Dr. Wüst, für die fachlich-kompetente Unterstützung, Frau Ils-Margret von Linprun für die Unterstützung bei der Endfassung des Abschlussberichts und dem Referenten für Forschungsförderung, Transfer und Weiterbildung der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Herrn Ralph Laurs, für die verlässliche Hilfe bei organisatorischen Fragen.

Der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. danken wir für die Förderung, ohne die die Durchführung nicht möglich gewesen wäre; und insbesondere danken wir der Geschäftsführerin, Frau Sabine Jansen für ihre freundliche, unterstützende und kooperative Art, mit der sie uns über manch schwierige Phase des Projekts hinweg geholfen hat.

Buckenhof, München, April 2014

Sabine Engel

Semra Altınışık

Literaturverzeichnis

- Baykara-Krumme, H. (2008): Immigrant Families in Germany. Intergenerational Solidarity in Later Life. Berlin: Weißensee-Verlag.
- Bickel, H. (2005). Grundlagen. In C.-W. Wallesch, & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (S. 1-15). Stuttgart, New York: Thieme.
- Clare, L. (2003). Managing threat to self: Awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 57, 1017-1029.
- Cropley, A. J. (2002). Qualitative Forschungsmethoden: Eine praxisnahe Einführung. Eschborn: Klotz.
- Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2008) Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Handlungsfeld für Kommunen. Tagungsdokumentation einer gemeinsamen Veranstaltung am 13. Oktober 2008 in Berlin.
- Engel, S. (2006). Alzheimer und Demenzen: Unterstützung für Angehörige. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation. Stuttgart: TRIAS.
- Engel, S. (2007). Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen (Erlanger Beiträge zur Gerontologie, Band 7). Berlin: LIT.
- Engel, S. (2012“) Alzheimer und Demenzen: Unterstützung für Angehörige. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation (2. Auflage). Stuttgart: TRIAS.
- Förstl, H., Burns, A., Zervas, R. Alzheimer-Demenz: Diagnose, Symptome und Verlauf. In: Förstl, H. (Hrsg.) (2003) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Stuttgart, New York: 324-345
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh P. R. (1975): Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 12, p. 189-198.

- Gasser, T., Maetzler, W. Molukulargenetik und Neurobiologie neurodegenerativer Demenzen. In: Wallesch, C.-W., Förstl, H. (Hrsg.) (2012) Demenzen. Stuttgart: 36-51
- Grieger, D. (2009). Soziale und gesundheitliche Lage von älteren Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In J.-E. Schaefer (Hrsg.), *Alter und Migration: Tagungsband der 15. Gerontopsychiatrischen Arbeitstagung des Geriatriischen Zentrums an der Universitätsklinik Tübingen* (S. 9-23). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Haberl, R.L., Schreiber, A.K. Binswanger und andere vaskuläre Demenzen. In: Förstl, H. (Hrsg.) (2001) *Demenzen in Theorie und Praxis*: Springer-Verlag: 63-74.
- Harris, P. B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 46-61.
- Harris, P. B., & Durkin, C. (2002). Building resilience through coping and adapting. In P. B. Harris (Ed.), *The Person with Alzheimer's Disease: Pathways to Understanding the Experience* (p. 165-184). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Hopf, C. (2003). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch (2. Aufl.)* (S. 349-360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Jonas, I. (2007). Demenz und Migration: Vergessen in der zweiten Heimat. *ProAlter*, 2/07, 6-9.
- Koch-Straube, U. (2007). MigrantInnen in der Altenpflege. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (2. Aufl.)* (S. 411-423). Bern: Huber.
- Kuckartz, U. (2007). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten (2. akt. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Küçük, F. (2008). Belastungserleben und Bewältigungsstrategien bei pflegenden Angehörigen von demenziell erkrankten türkischen Migranten/-innen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 21(2), 105-116.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung: Ein Lehrbuch* (4. vollst überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Medienprojekt Wuppertal e.V. (2011): *Kalp unutmaz – Das Herz vergisst nicht: Ein Film über das Leben mit Demenz in türkischstämmigen Familien.*
- Meschkat, B. (ohne Jahr): *Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen – Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer (EVIDENT). Fallstudienbericht für das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.* (Download am 12.4.2014 http://www.mobidem.tu-dortmund.de/joomla/images/Evident/Fallstudienberichte/EVIDENT_Fallstudie_Gelsenkirchen.pdf;))
- Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland* (S. 7-75). Münster: LIT.
- Piechotta, G. & Matter, C. (2008). Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migranten/-innen und ihrer Angehörigen: Fragen, Vermutungen und Annahmen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 21(4), 221-230.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2002) Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, Vol. 15, No. 2, 85-100.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 1977, 385-401.
- Schaub, R. T., & Freyberger, H. J. (2005). In C.-W. Wallesch, & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (S. 59-81). Stuttgart, New York: Thieme.

- Schimany, P., Rühl, S., Kohls, M. (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten: Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schneider, B., Weber, B., Maurer, K., & Frölich, L. (2002). Problematik der Beurteilung depressiver Symptome Demenzkranker. *Psychiatrische Praxis*, 29, 76-82.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008): Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.
- Stechl, E. (2006). *Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium: Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und ihren Angehörigen*. Berlin: Dr. Köster.
- Steehan, E., Casterlé, B. D. de, Godderis, J., Grypdonck, M. (2006). Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (6), 722-738.
- Svanström, R., & Dahlberg, K. (2004). Living with dementia yields a heteronomous and lost existence. *Western Journal of Nursing Research*, 26(6), 671-687.
- Weyerer, S., & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter (Grundriss Gerontologie, Band 14)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wilz, G., Kalytta, T., Küssner, C. (2005) Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 18(4)
- Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.