

MigrantInnen und Demenz - Ressourcen, Belastungen und Krankheitskonzepte

**Eine Rekonstruktion anhand von Interviews mit
VertreterInnen von MigrantInnenselbstorganisatio-
nen**

Master-Thesis im Studiengang Soziale Arbeit am Fachbereich

Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel

vorgelegt von Dipl. Sozialpädagogin Doris Neppert

15.12.2010

Erstgutachter: Prof. Dr. Reinhard Lütjen

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Gaby Lenz

Mein Dank gilt insbesondere der Initiatorin und Betreuerin meines Forschungsprojektes, Prof. Dr. Gaby Lenz und dem Betreuer der vorliegenden Arbeit, Prof. Dr. Reinhard Lütjen, meinem Vater, der Korrektur gelesen hat, den StudentInnen, die die Interviews geführt haben sowie den InterviewpartnerInnen, die uns bereitwillig ihre Sichtweisen mitgeteilt haben.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Einleitung.....	7
Teil I: Theoretische Grundlagen	9
Begriffsklärung	9
1. Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier	12
1.1. Soziale Lage	15
1.2. Migration	25
1.3. Ethnie	27
1.4. Moderatoren für die Gesundheit von MigrantInnen	30
1.4.1. Gesundheits- und Krankheitstheorien	31
1.4.2. Krankheitserleben.....	33
1.4.3. Gesundheitshandeln.....	34
2. Demenz bei MigrantInnen	39
2.1. Was ist Demenz?	40
2.1.1. Demenzformen.....	41
2.1.2. Risikofaktoren für und Ursachen von Demenz.....	42
2.1.3. Prävention von Demenz	42
2.1.4. Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz	43
2.2. Prävalenz von Demenz bei MigrantInnen	43
2.3. Demenz-Symptome bei MigrantInnen.....	47
2.4. Problematik der Diagnose	48
2.5. Die Situation von an Demenz erkrankten MigrantInnen und deren Angehörigen in Deutschland	49
2.5.1. Die Situation der Angehörigen	49

Inhaltsverzeichnis

2.5.2.	Das Hilfesystem	50
2.5.2.	Wissen über Demenz und das Hilfesystem	50
2.5.3.	Versorgungssituation von MigrantInnen mit Demenz	52
2.6.	Krankheitstheorien in Bezug auf Demenz.....	56
2.6.1.	Konzepte von Demenz.....	57
2.6.2.	Vorstellungen über die Ursachen.....	61
2.6.3.	Konsequenzen aus den Krankheitskonzepten und den Erklärungsmustern.	65
2.6.4.	Vorstellungen über Verlauf und Beeinflussbarkeit	65
2.6.5.	Krankheitserleben bei Demenz	66
2.6.6.	Krankheitsverhalten/Umgang mit Demenz.....	67
2.7.	Ressourcen und Belastungen von MigrantInnen angesichts von Demenz	68
2.7.1.	Ressourcen	69
2.7.2.	Belastungen	71
2.8.	Zusammenfassung und Überleitung.....	74
Teil II: Untersuchung und Ergebnisse		76
3.	Forschungskonzeption und Durchführung.....	76
3.1.	Fragestellung und Ziel der Untersuchung.....	76
3.2.	Wissenschaftstheoretische Grundlagen	77
3.2.1.	Vorverständnis.....	77
3.2.2.	Gütekriterien	78
3.2.3.	Reflektierte Subjektivität.....	79
3.3.	Methodenwahl.....	80
3.3.1.	Methode der Datenerhebung	80
3.3.2.	Datenaufbereitung/Auswertung	81
3.4.	Forschungsprozess.....	82
3.4.1.	Auswahl der Untersuchungsgruppe/Sampling.....	82

Inhaltsverzeichnis

3.4.2.	Forschungsethische Fragen/Datenschutz	84
3.4.3.	Leitfaden	85
3.4.4.	Durchführung.....	85
4.	Darstellung der Forschungsergebnisse	86
4.1.	Sample.....	86
4.1.1.	Darstellung der Perspektiven der befragten MSOs/IPs	87
4.1.2.	Vorhandene Erfahrungen mit Demenz	89
4.2.	Überblick über die Gesamtheit der gefundenen Themen.....	89
4.3.	Krankheitstheorien	90
4.3.1.	Krankheitskonzepte	90
4.3.2.	Vorstellungen über die Ursachen von Demenz.....	93
4.3.3.	Vorstellungen über Verlauf und Beeinflussbarkeit	98
4.4.	Umgang mit Demenz/Krankheitsverhalten	100
4.4.1.	Umgang der Angehörigen mit Betroffenen.....	100
4.4.2.	Inanspruchnahme von professioneller medizinischer oder pflegerischer Hilfe.....	103
4.4.3.	Umgang der Mehrheitsgesellschaft in Deutschland mit von Demenz Betroffenen	106
4.4.4.	Umgang mit von Demenz Betroffenen im Herkunftsland.....	107
4.5.	Ressourcen von MigrantInnen angesichts von Demenz.....	108
4.5.1.	Soziale Ressourcen	108
4.5.2.	Personale Ressourcen.....	111
4.6.	Besondere Probleme von MigrantInnen im Zusammenhang mit Demenz.....	113
4.6.1.	Belastungen Angehöriger	113
4.6.2.	Informationsdefizite	114
4.6.3.	Probleme in der professionellen Pflegesituation	115
4.6.4.	Probleme im Alltag in Folge der Migration	117

Inhaltsverzeichnis

5. Zusammenfassung.....	119
6. Diskussion.....	125
Limitationen der vorliegenden Untersuchung.....	128
7. Fazit	130
7.1. Zukünftige Forschungsmöglichkeiten	130
7.2. Konsequenzen für die soziale Arbeit	131
7.2.1. Aufklärung	131
7.2.2. Die Ausgestaltung von Hilfeangeboten	132
7.2.3. Ressourcen	134
7.2.4. Belastungen	134
7.2.5. Vernetzung	134
Literaturverzeichnis	135
Abbildungsverzeichnis	145
Tabellenverzeichnis	145
Anhang.....	146
Abkürzungen und Transkriptionsregeln	146
Abkürzungen der Interviewtranskripte.....	146
Transkriptionsregeln (frei nach Flick, 2007: 381).....	147
Inhaltsverzeichnis der Anlagen auf der beigelegten CD	148

Einleitung

Das Thema Demenz wird angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren in Wissenschaft und Öffentlichkeit weiter diskutiert werden. Diese Entwicklung stellt die Gesellschaft vor neue soziale, politische und medizinische Anforderungen. Nach einer Zeit der eher medizinischen Betrachtungsweise von Demenz (Wetzstein, 2005: 75) rücken jetzt auch immer mehr die sozialen Aspekte - die Situation und das Erleben der Betroffenen und der Angehörigen - in den Blickpunkt. Noch kaum beforscht in Deutschland wurde in diesem Zusammenhang die große und sehr heterogene Gruppe der MigrantInnen.

Ein Grund dafür könnte sein, dass es bis vor einiger Zeit nur wenig ältere MigrantInnen in Deutschland gab - die Politik und Gesellschaft sowie auch viele der MigrantInnen selber gingen davon aus, dass sie im Alter wieder in die Herkunftsländer zurückkehren würden. Die Realität zeigt aber, dass viele MigrantInnen auf Dauer in Deutschland bleiben oder Pendelmigration zwischen beiden Ländern betreiben (Baykara-Krumme & Hoff, 2006: 451). Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass MigrantInnen allgemein Angebote der Altenhilfe u. ä. weniger in Anspruch nehmen und daher mit ihren Problemen auch weniger in Erscheinung treten (Anderson, 2008: 70).

Nun führt die demographische Entwicklung zu veränderten Bedingungen - so steigt laut Schätzungen des Statistischen Bundesamtes der Anteil der über 60-jährigen MigrantInnen von 1995 – 2030 von 5,8% auf 24,1% (Huismann, Raven & Geiger, 2000: 111). Es ist also auch mit einer deutlichen Zunahme an MigrantInnen mit Demenzerkrankungen zu rechnen. Gleichzeitig ist aufgrund von Erkenntnissen der Gesundheitsforschung zu vermuten, dass MigrantInnen im Falle einer Demenz von besonderen Problemen betroffen sind (Faltermaier, 2005: 97ff; Borde, 2007: 7f).

Entstanden aus dem persönlichen Interesse der Forscherin an sozialmedizinischen Erkenntnissen und der Situation von MigrantInnen in Deutschland sowie einem Auftrag zur wissenschaftlichen Begleitung der Landesagentur Demenz, stellt diese Arbeit einen Schritt zur Exploration dieses Themas dar. Da es bisher im deutschsprachigen Raum so wenig Forschung auf diesem Gebiet gab, bot es sich an, zunächst einmal ganz breit die Sichtweisen von MigrantInnen zu diesem Thema zu erkunden und diese durch Forschungsergebnisse aus anderen Ländern zu ergänzen. Das Erkenntnisinteresse galt folgenden Fragen:

- Gibt es Erfahrungen mit Demenz in den jeweiligen Communities?
- Wird Demenz als solche benannt oder gibt es andere Bezeichnungen dafür?
- Werden Demenz, bzw. dementielle Symptome, als Krankheit betrachtet?
- Welche Symptome treten auf?
- Was sind die Probleme der Betroffenen und der Angehörigen?
- Wie ist der Umgang mit den Symptomen?
- An wen wenden sich MigrantInnen damit?

Einleitung

- Was hilft MigrantInnen in dieser Situation und was stellt eine besondere Belastung dar?

Das waren die Fragen, die am Beginn dieses Forschungsprojektes standen und deren Beantwortung die Grundlage für ein besseres Verstehen und ggf. weiterführende Fragen darstellen sollte.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich insbesondere mit den Themen Ressourcen und Belastungen von MigrantInnen mit Demenz sowie den subjektiven Krankheitstheorien bezüglich Demenz. Diese Themen haben sich im Verlauf des Forschungsprozesses als bedeutsam erwiesen und können auch mögliche Ansatzpunkte für eine adäquate Unterstützung Betroffener darstellen.

Im ersten Abschnitt wird der theoretische Hintergrund dieses Forschungsprojektes beschrieben. Zunächst werden die dieser Arbeit zugrunde liegenden, zentralen Begriffe „MigrantIn“, „AusländerIn“, „ethnic minority“, „Ethnie“, „autochthon“, „MigrantInnen-selbstorganisation“, „Community“ und „Kultur“ definiert. Im ersten Kapitel werden dann die Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier erläutert, mit Daten untermauert und insbesondere bezüglich der besonderen Belastungen und Ressourcen sowie der subjektiven Krankheitstheorien ausgeführt, um eine Grundlage für das Verständnis der Situation von MigrantInnen mit Demenz zu bieten.

Im zweiten Kapitel wird das Krankheitsbild Demenz und anschließend der Forschungsstand zur Prävalenz und Symptomen von Demenz bei MigrantInnen dargestellt. Daran anschließt sich ein Überblick über Forschungsergebnisse zur Situation betroffener MigrantInnen und derer Angehöriger sowie deren Inanspruchnahme des Hilfesystems und deren zugrundeliegenden Krankheitstheorien.

Im darauf folgenden, empirischen Abschnitt dieser Arbeit (Teil II) wird das Forschungsprojekt „Demenz und Migration aus der Sicht von MigrantInnenselbstorganisationen“ vorgestellt. Nach einer Darstellung der Forschungskonzeption und der Durchführung der Befragung werden die Ergebnisse mit dem Schwerpunkt auf Ressourcen, besondere Probleme und Krankheitstheorien von MigrantInnen bzgl. Demenz präsentiert, zusammengefasst und im Anschluss diskutiert.

Das Fazit bietet einen Ausblick über Möglichkeiten der weiterführenden Beschäftigung mit diesem Thema und eine Darstellung der Konsequenzen der Ergebnisse für die soziale Arbeit.

Teil I: Theoretische Grundlagen

Begriffsklärung

„MigrantIn“, „AusländerIn“, „ethnic minority“, „Ethnie“, „autochthon“, „MigrantInnen-selbstorganisation“, „Community“ und „Kultur“

Vor einem Einstieg in das Thema müssen einige, in dieser Arbeit immer wiederkehrende, Begriffe genauer definiert werden.

So ist etwa eine klare Differenzierung zwischen den Bezeichnungen MigrantIn, Person mit Migrationshintergrund und AusländerIn nötig. Denn auch in der Fachliteratur und in Statistiken wird noch manchmal einer dieser Begriffe benutzt, ohne dass klar definiert ist welcher Personenkreis damit gemeint ist. Es folgt eine Begriffsklärung in Anlehnung an die Definition des Statistischen Bundesamtes (Stat. Bundesamt, 2008: 326-332):

Als **„AusländerInnen“** gelten Menschen mit nicht-deutscher und ohne oder mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Sie können zugewandert oder auch in Deutschland geboren sein. Sie sind eine Teilgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund.

Der Begriff **„MigrantIn“** hingegen umfasst, unabhängig von der Nationalität, die gesamte Gruppe der Menschen, die im Ausland geboren und nach Deutschland migriert sind. Das Migriert-Sein stellt dabei einen gemeinsamen Hintergrund dar, der bedeutsam für die soziale Situation in Deutschland ist. Dieser Begriff umfasst eine größere Gruppe, als der der „AusländerInnen“, nämlich u.a. auch eingebürgerte AusländerInnen und AussiedlerInnen. Das zentrale Merkmal ist das im Ausland Geboren-Sein.

Der Begriff **„Person mit Migrationshintergrund“** wiederum umfasst zusätzlich noch die 2. Generation der Einwanderer, d.h. die Kinder der MigrantInnen – auch wenn nur ein Elternteil migriert ist.

In der vorliegenden Arbeit wird zumeist der Begriff MigrantIn benutzt, da das Zentrale an der beforschten Gruppe für das Thema der Untersuchung nicht in erster Linie der rechtliche Hintergrund ist („AusländerInnen“), sondern das gemeinsame soziale Merkmal des „nach Deutschland Migriert-Seins“ (mit Ausnahme der Sinti und Roma, vgl. Kap. 4.1.). Auch kann auf den umfassenderen Begriff „Person mit Migrationshintergrund“ verzichtet werden, da die dort mit eingeschlossene 2. Generation der MigrantInnen in Deutschland aus Altersgründen noch kaum von Demenz betroffen sein kann, kann.

Der Begriff **„Ethnie“** bezieht sich nicht auf eine bestimmte Nationalität, sondern unterstellt einer Gruppe einen gemeinsamen kulturellen Hintergrund, der für die Identität oftmals bedeutsamer sein kann, als die gleiche Staatsangehörigkeit (siehe auch „Kultur“). Geläufig ist der Begriff **„Ethnische Minderheit“** vor allem in Einwanderungsländern, in denen ein Großteil der Migrierten schon die dortige Staatsangehörigkeit besitzt. In vielen dieser Länder sind die ethnischen Minderheiten schon vor langer Zeit eingewandert oder

sind gar die „autochthone“ Bevölkerung, wie etwa die „Native Americans“ in den USA. Auch wird in den USA ebenfalls die schwarze Bevölkerung, die fast genauso lange dort ansässig ist, wie die europäisch-stämmige als „ethnic minority“ bezeichnet. In Deutschland wird dieser Begriff kaum benutzt. In dieser Arbeit wird er verwendet, wenn AutorInnen aus den USA oder Großbritannien ihn selber benutzen. Faltermaier verwendet den Begriff „Ethnie“ im Zusammenhang mit den Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen (Faltermaier, 2001: 97, vgl. Kap. 1.).

„Autochthon Deutsche“

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden diejenigen Menschen als Deutsche bezeichnet, deren Vorfahren Deutsche sind. Im rechtlichen Sinne sind diejenigen Deutsche, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Dazu gehören auch immer mehr Personen mit Migrationshintergrund und MigrantInnen. Da in dieser Untersuchung das Migriert-Sein das zentrale Kriterium gegenüber dem Teil der Bevölkerung ist, der keinen Migrationshintergrund hat, ist der Begriff „Deutsche“ für letztere Gruppe nicht korrekt. Daher wird in dieser Arbeit der Begriff „autochthon“ für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund verwendet.

Eine „**Community**“ im Sinne von Heckmann sind *„auf der Basis von Selbstorganisation entstandene Beziehungsstrukturen unter Einwanderern in einer bestimmten räumlich-territorialen Einheit“* (Heckmann, 1992: 97). Communities entstehen entweder durch das Weiterführen von schon im Herkunftsland bestandenen Beziehungen oder aber aufgrund von Bedürfnissen in der Migration. Die ethnische und/oder nationale Identität innerhalb der Communities wird durch politische, ökonomische, religiöse und sozio-kulturelle Selbstorganisation aufrecht erhalten. Die „Mitgliedschaft“ basiert auf Freiwilligkeit. Strukturiert sein können Communities durch Verwandtschaft, Vereine, religiöse Gemeinden, politische Organisationen, ethnische Medien, eine ethnische Ökonomie sowie informelle Strukturen der Geselligkeitspflege. (Heckmann 1992: 97ff., zit. n. Lämmermann, 2006: 10f).

Communities können sowohl durch Selbstzuschreibung, als auch durch Zuschreibung von außen definiert sein. (Elwert, 1989: 33ff; Banks, 1996: 133ff., zit. n. Lämmermann, 2006: 11). Sie sind keine homogenen Gruppen mit klaren Grenzen, sondern intern heterogene und widersprüchliche Gebilde (Nghi Ha, 1999: 33, zit. n. Lämmermann, 2006: 11). So gibt es auch innerhalb von Communities geschlechtsspezifische, kulturelle, soziale, politische, religiöse, sexuelle, generationsbedingte und individuelle Differenzen (Nazroo & Karlsen, 2000: 383, zit. nach Lämmermann, 2006: 11).

Kultur

Kultur wird im Alltag oft als Begründung für das „Anderssein“ oder als Ursache für Verständigungsprobleme herangezogen, z.B. wenn es in der Schule um das Verhalten eines Kindes mit Migrationshintergrund geht. Dabei wird der Kulturbegriff oft statisch benutzt,

als etwas quasi „Natürliches“ oder gar wie Eigenschaften, die einer bestimmten „Rasse“ zugeschrieben werden. Kultur aber ist etwas Konstruiertes und permanent sich Veränderndes. Auch wird Kultur nicht nur von territorial zusammenlebenden Menschen geteilt, sondern auch z.B. von Menschen der gleichen sozialen Schicht, der gleichen Generation, des gleichen Studiengangs, etc. Dabei kann eine Person gleichzeitig mehreren Kulturen angehören. Kultur ist historisch - sie verändert sich im Laufe der Zeit und im Laufe des Lebens eines Menschen. Sie wird von Ereignissen wie einer Migration beeinflusst. Kultur wird durch die einzelnen Subjekte im Rahmen größerer kultureller Zusammenhänge konstruiert. Und Kultur ist so verschieden, wie jeder Mensch sich vom anderen unterscheidet. (Kalpaka, 2004: 32ff)

Dabei kann etwa die Kultur einer Architektin in Afghanistan der Kultur einer Ärztin in Deutschland mehr ähneln, als der einer Bäuerin im eigenen Land. Kultur dient der Sinngebung und der Identitätsbildung von Gruppen und Einzelnen. Die Dynamik von Kultur beschreiben Clarke et al. wie folgt:

„Die >Kultur< einer Gruppe oder Klasse umfasst die besondere und distinkte Lebensweise dieser Gruppe oder Klasse, die Bedeutungen, Werte und Ideen, wie sie in den Institutionen, in den gesellschaftlichen Beziehungen, in Glaubenssystemen, in Sitten und Bräuchen, im Gebrauch der Objekte und im materiellen Leben verkörpert sind. Kultur ist die besondere Gestalt, in der dieses Material und diese gesellschaftliche Organisation des Lebens Ausdruck finden. Eine Kultur enthält die 'Landkarten der Bedeutung', welche die Dinge für ihre Mitglieder verstehbar machen. Diese 'Landkarten der Bedeutung' trägt man nicht einfach im Kopf mit sich herum: sie sind in den Formen der gesellschaftlichen Organisationen und Beziehungen objektiviert, durch die das Individuum zu einem 'gesellschaftlichen Individuum' wird. Kultur ist die Art, wie die Beziehungen einer Gruppe strukturiert und geformt sind; aber sie ist auch die Art, wie diese Formen erfahren, verstanden und interpretiert werden. Männer und Frauen werden daher durch die Gesellschaft, Kultur und Geschichte geformt und formen sich selbst. So bilden die bestehenden kulturellen Muster eine Art historisches Reservoir - ein vorab konstituiertes 'Feld der Möglichkeiten' -, das die Gruppen aufgreifen, transformieren und weiterentwickeln. Jede Gruppe macht irgendetwas aus ihren Ausgangsbedingungen, und durch dieses 'Machen', durch diese Praxis wird Kultur reproduziert und vermittelt. Aber diese Praxis findet nur im gegebenen Feld der Möglichkeiten und Zwänge statt.“ (Clarke et al., 1979: 41f)

Wie eng Kultur auch mit Macht zusammenhängt, wird gerade im Verhältnis zwischen autochthon Deutschen und MigrantInnen deutlich. Denn „Kultur, das haben immer die Anderen.“ (Rommelspacher, 2008: 121). Mit der Kulturalisierung der Anderen würden diese als abweichend erklärt, so Rommelspacher. Dahinter stecke die Macht, andere zu definieren und selber hinter der Norm der Allgemeingültigkeit zu verschwinden. Bei der Diskussion über kulturelle Unterschiede bestünde überdies die Gefahr, dass soziale Ungleichheiten verdeckt werden. (a.a.O.: 123)

MigrantInnenselbstorganisation (MSO)

Das DGB-Bildungswerk bietet eine Definition von MSOs, die der Verwendung dieses Begriffes in dieser Arbeit entspricht:

„Migrantenselbstorganisationen sind die von Zuwanderinnen und Zuwanderern gegründeten Zusammenschlüsse bzw. Vereine. Ihr Ziel ist es, eigene Interessen durchzusetzen, Selbsthilfepotentiale zu bündeln und Brücken in die Gesellschaft zu bauen.“ (DGB Bildungswerk, 2006: online)

Die meisten MSOs sind herkunftshomogen.

1. Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

Die Gesundheit von MigrantInnen wird von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden diese mit Bezug auf das erweiterte Modell der Salutogenese von Faltermaier dargestellt und erläutert.

Zunächst wird kurz auf einige zentrale Aspekte der Salutogenese Antonovsky's eingegangen, die den Hintergrund von Faltermaiers erweitertem Modell darstellen. Die Erweiterung Faltermaiers ist dabei die Grundlage für sein Konzept der Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen. Faltermaier nennt diesbezüglich drei grundsätzliche Einflüssebenen: Ethnie, Migrationsprozesse und soziale Lage. Diese Einflüssebenen werden anschließend jeweils anhand von zusätzlichen Daten und insbesondere in Bezug auf besondere Belastungen und Ressourcen sowie subjektive Krankheitstheorien erläutert.

Das von Faltermaier erweiterte Modell der Salutogenese nach Antonovsky

Faltermaier bezieht sich in seinem erweiterten Modell der Salutogenese auf das ursprüngliche Konzept der Salutogenese Antonovsky's und betont dementsprechend die Bedingungen für Gesundheit und nicht die für die Entstehung von Krankheit (Antonovsky, 1979, zit. n. Faltermaier2001: 96). Antonovsky hat seine Theorie über die Entstehung von Gesundheit als Ergänzung zum bio-/medizinischen Fokus auf Krankheiten entwickelt und stellt dabei seinen ganzheitlichen Blick dem Blick auf eine spezielle Erkrankung entgegen. Ein Pfeiler der Salutogenese ist das Verständnis von Gesundheit als einem multidimensionalen Kontinuum. Demnach wird Gesundheit nicht als einfacher Gegensatz von Krankheit verstanden, sondern als Variable zwischen den Polen maximaler und minimaler Gesundheit. Besonders wichtig für eine positive Ausrichtung des Gesundheitskontinuums, ist die Bewältigung von Spannungszuständen durch einen erfolgreichen Umgang mit potentiellen Risiken und Belastungen mit Hilfe von körperlichen, materiellen, psychischen, sozialen und kulturellen Widerstandsressourcen. Ebenso zentral ist an diesem Modell das Konzept des „Kohärenzgefühls“, das eine globale und relativ stabile Lebensorientierung darstellt

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

Gesundheit jenseits des professionellen Medizinsystems, z.B. in Form von Selbsthilfe (-gruppen), Sport oder Entspannungsformen.

Insbesondere der in diesem Modell genannte soziokulturelle und historische Kontext, die biographischen und sozialen Quellen von Widerstandsressourcen, die Lebenserfahrungen und die subjektiven und sozialen Einflüsse können bei MigrantInnen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein.

Auch Verwey betont, dass neben dem ethnischen Hintergrund auch die soziale Lage einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage von MigrantInnen hat:

„Auf welche Weise ein gesundheitliches Problem entsteht, wie es sich manifestiert und was seine Prognose ist, wird nicht nur durch kulturelle, sondern auch durch sozioökonomische, strukturelle Faktoren, wie z.B. Armut oder Einkommenslage, Stellung im Arbeitsprozess oder Arbeitslosigkeit, Wohnsituation, Genderrolle, Diskriminierung, rassistisch geprägte soziale Umgebung und rechtlicher Status bestimmt.“ (Verwey, 2003: 286)

Denn gerade die Einflüsse der sozialen Lage werden oftmals im Alltagsdiskurs und in der Forschung gegenüber den kulturellen Einflüssen vernachlässigt.

Speziell in Bezug auf die Gesundheit von MigrantInnen nennt Faltermaier dementsprechend folgende mögliche Einfluss-Ebenen, die in jedem Bereich des oben vorgestellten Modells wirken können (Faltermaier, 2001: 97):

- Ethnie
- Migrationsprozesse
- Soziale Lage

Diese Einfluss-Ebenen präzisiert er mit folgender Abbildung:

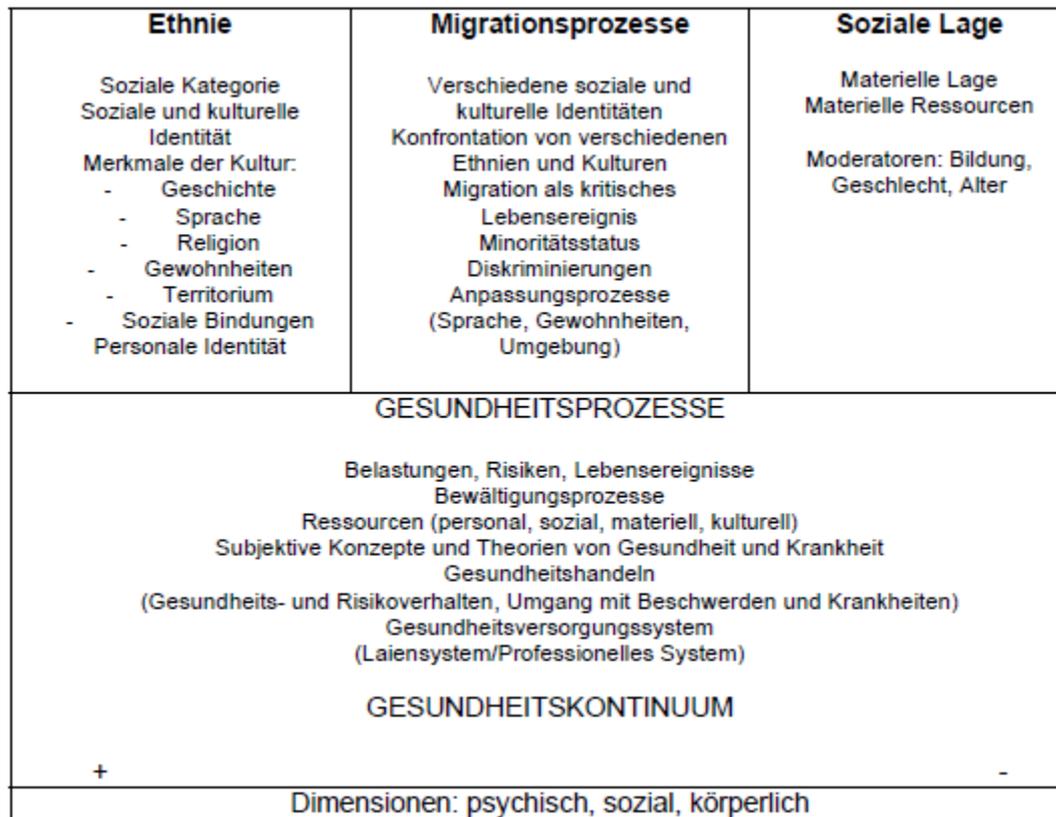


ABB. 2 EINFLUSSEBENEN AUF DIE GESUNDHEIT VON MIGRANTEN, FALTERMAIER, 2001: 98

Aus diesen Einflussebenen auf die Gesundheit von MigrantInnen - „Ethnie“, „Migrationsprozess“ und „Soziale Lage“ - ergeben sich nach Faltermaier Gesundheitsprozesse, die auf folgende Bereiche und damit auf den Standpunkt im Gesundheitskontinuum wirken können:

- Belastungen, Risiken, Lebensereignisse
- Bewältigungsprozesse
- Ressourcen
- Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit
- Gesundheitshandeln (Gesundheits- und Risikoverhalten, Umgang mit Beschwerden und Krankheiten)
- Umgang mit dem Gesundheitsversorgungssystem

Anhand der o.g. Einflussebenen auf die Gesundheit von MigrantInnen nach Faltermaier soll nun zunächst ein Überblick über die Rahmenbedingungen, insbesondere älterer MigrantInnen in Deutschland geschaffen werden.

1.1. Soziale Lage

Die soziale Lage hat einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit - so ist das Leben in unteren sozialen Schichten mit einer höheren Prävalenz an Krankheiten verbunden (Faltermaier, 2001: 102). Daneben nennt Faltermaier Bildung, Geschlecht und Alter als Mode-

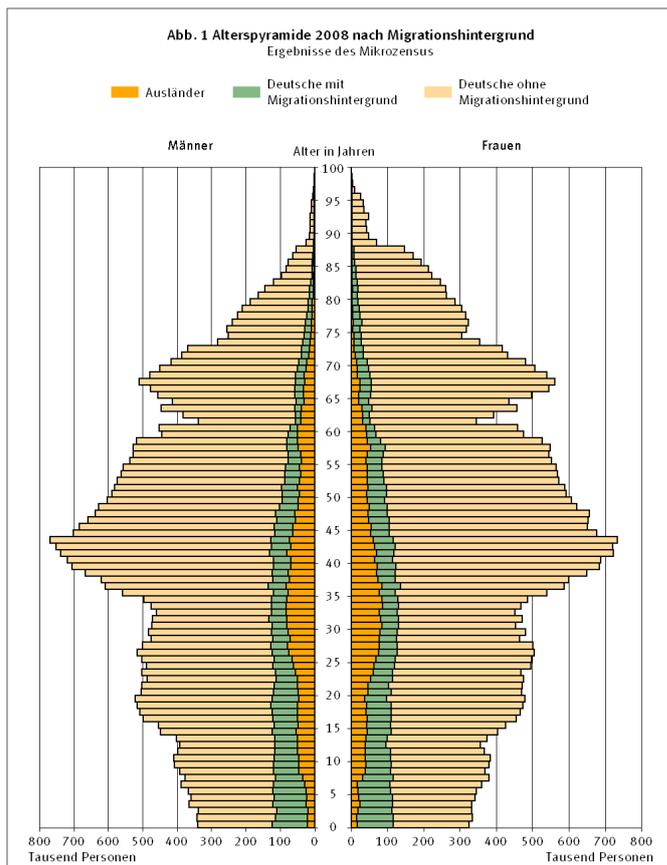


ABB. 3 ALTERSPYRAMIDE NACH MIGRATIONSERFAHRUNG, STATISTISCHES BUNDESAMT, 2010

ratoren für die soziale Lage (a.a.O.: 98). Aus diesem Grund wird in diesem Abschnitt als Grundlage zunächst ein Überblick über die Anzahl und Altersverteilung der MigrantInnen gegeben und eine Differenzierung nach Zuwanderergruppen vorgenommen. Anschließend wird auf den Bildungsstatus, die rechtliche Situation und verschiedene soziale Lebensumstände, wie die Wohnsituation, die finanzielle Situation und die sozialen Bezüge und Netzwerke eingegangen.

Die Anzahl älterer MigrantInnen in Deutschland

Zunächst einige Eckdaten, um die Bedeutung des Themas Demenz bei MigrantInnen angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland zu veranschaulichen. Der Bevölkerungsanteil mit Migrationshin-

tergrund, der bisher im Vergleich mit der autochthon deutschen Bevölkerung prozentual viel weniger Menschen über 60 Jahren aufwies, wird zunehmend größer (siehe Abb.3, Statistisches Bundesamt, 2010: 13). So soll der Anteil der über 60-jährigen in der ausländischen Bevölkerung laut einer Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes von 1995 bis 2030 von 5,8 auf 24,1 % ansteigen (zit. n. Huismann, Raven & Geiger, 2000: 111). Insbesondere die große Gruppe der ArbeitsmigrantInnen des letzten Jahrhunderts aus den klassischen Anwerbeländern, v.a. aus der Türkei, Italien, dem ehemaligen Jugoslawien und Griechenland erreicht jetzt nach und nach ein entsprechendes Alter; MigrantInnen aus den Ländern der ehemaligen SU hingegen kommen vielfach bereits in einem höheren Alter nach Deutschland; in der Gruppe der als Flüchtlinge gekommenen MigrantInnen wiederum gibt es noch kaum Ältere über 60 Jahre (RKI, 2008: 96; Menning & Hoffmann, 2009: 6; Zeman & Kalisch, 2008: 2; Zeman, 2005: 23).

Gender-Aspekte: Der Alterssurvey 2002 ergab, dass sich unter den über 40-jährigen MigrantInnen im Durchschnitt mehr Männer als Frauen befinden – dies ist bei der autochthon-deutschen Bevölkerung umgekehrt, ebenso aber auch bei türkischen und polnischen MigrantInnen. Auch bei den Zuzügen sind nach wie vor die Männer überrepräsentiert. (Zeman, 2005: 26)

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

Einschränkend muss gesagt werden, dass es diverse Probleme bei der genauen Erfassung der Anzahl der MigrantInnen in Deutschland gibt. So scheint deren Anzahl tendenziell überschätzt zu werden, weil etwa MigrantInnen, wenn sie im Ausland versterben - was bei der heutzutage häufig praktizierten Pendelmigration nicht selten vorkommen dürfte - nicht in die deutsche Sterbestatistik eingehen oder aber, weil MigrantInnen sich beim Wegzug nicht bei den Behörden abmelden. (Kohls, 2008: 14f)

Um die unterschiedliche Altersverteilung der verschiedenen MigrantInnengruppen beispielhaft anschaulich zu machen und so die potentielle Prävalenz von Demenz in den einzelnen Communities einschätzen zu können, folgt hier eine Darstellung der Anzahl der MigrantInnen aus verschiedenen in dieser Untersuchung vorkommenden Herkunftsländern in Schleswig-Holstein, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen (Statistisches Landesamt, 2009):

Staatsangehörigkeit/ Alter	Alle Alters- gruppen	55-65 Jahre	65-75 Jahre	75-85 Jahre	85-95 Jahre	über 95 Jahre
Russ. Föderation	5933	374	249	127	26	2
Schweden	1159	263	176	92	31	3
Türkei	33 375	3719	2852	445	27	-
Ungarn	509	59	17	5	2	-
Kenia	216	5	-	-	-	-
Marokko	381	13	4	2	-	-
Tunesien	501	64	15	1	-	-
Syrien	840	21	9	4	3	1
Togo	528	-	-	-	-	-
Brasilien	667	36	12	5	1	-
Iran	1380	144	91	37	17	1
Philippinen	692	73	16	3	-	-

TAB. 1 ANZAHL DER MIGRANTINNEN AUSGEWÄHLTER HERKUNFTSLÄNDER IN SCHLESWIG-HÖLSTEIN, AUFGESCHLÜSSELT NACH STAATSANGEHÖRIGKEIT UND ALTERSGRUPPE, DATEN AUS: STATISTISCHES LANDESAMT, 2009

Formen der Zuwanderung

Da die Form der Zuwanderung auch für die soziale Lage relevant ist, folgt hier eine diesbezügliche Differenzierung in Anlehnung an die des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge:

- **EU-Binnenmigration:** die Zuwanderung aus EU-Ländern betrug 2009 etwa 1/3 aller MigrantInnen
- **SpätaussiedlerInnen:** seit 1950 kamen ca. 4,4 Mill. (Spät-)AussiedlerInnen. Sie haben die deutsche Staatsangehörigkeit.
- **Zuwanderung zum Zweck des Studiums und der Ausbildung** (für diese Untersuchung aus Altersgründen nicht von Bedeutung)
- **Werkvertrags-, Saison- und GastarbeitnehmerInnenmigration und weitere Formen der Arbeitsmigration aus den neuen EU-Staaten und aus Nicht-EU-Staaten:** Diese stellen die größte Gruppe mit häufig langer Aufenthaltsdauer dar.
- **Zugang von AsylbewerberInnen und Konventionsflüchtlingen sowie jüdischen Zuwanderern aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion:** Von 1991-2004 kamen ca. 220 000 jüdische Zuwanderer nach Deutschland (BAMF, 2005: 8). Die Anzahl der älteren Flüchtlinge lässt sich nur schwer abschätzen. Wenn man die Zahl der EmpfängerInnen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz als Datengrundlage nähme, käme man für das Jahr 2004 auf 13 648 Personen über 50 Jahren (Zeman & Kalisch, 2008:4). Nicht mitgezählt bei o.g. Zahlen sind die **Flüchtlinge ohne legalen Aufenthaltsstatus** und die bereits anerkannten Flüchtlinge. Die Schätzungen bezüglich der MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus (sog. „Illegale“) schwanken zwischen 100 000 und 1 Millionen (BAMF, 2005: 7).
- **Familien- und Ehegattennachzug von Drittstaatsangehörigen:** Dazu gehören insbesondere viele Frauen, die durch Heirat nach Deutschland kommen und bzgl. des Aufenthaltes von ihrem Ehemann abhängig sind (vgl. „Gender-Aspekte“).
- **Zuwanderung aus sonstigen Gründen**

Bildung

Bildung hat einen Einfluss auf die soziale Lage von Menschen. Die MigrantInnen in Deutschland haben einen sehr heterogenen Bildungshintergrund: Die in der Hauptanwerbephase des letzten Jahrhunderts gekommenen MigrantInnen kamen oftmals aus bäuerlichen Strukturen und haben in ihren Herkunftsländern meist nur eine geringe Bildung erhalten, auch haben sie seltener als gleichaltrige Deutsche eine Ausbildung abgeschlossen (Anderson, 2008: 47; Baykara-Krumme & Hoff, 2006: 463). Unter türkischen über 65-jährigen Migrantinnen sind 36,9 % als funktionelle Analphabetinnen einzuschätzen (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2009: 29). SpätaussiedlerInnen kommen nach Anderson ebenfalls häufig mit niedriger Bildung nach Deutschland und haben oft geringes Wissen über deutsche Institutionen. Jüdische Kontingentflüchtlinge hingegen kommen oftmals im höheren Alter, aber hoch qualifiziert (Anderson, 2008: 47f). Der Bildungshintergrund von Flüchtlingen wiederum ist sehr heterogen und kaum erfasst. Es wird vermutet, dass viele der Flüchtlinge, die in Deutschland ankommen, eine im Vergleich höhere Bildung haben als die Durchschnittsbevölkerung ihres Herkunftslandes, so z.B. Flüchtlinge aus dem Iran,

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

dem Irak, Afghanistan und den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (Isoplan, 2002: 117).

Auch die Deutschkenntnisse von MigrantInnen sind u.a. in Bezug auf Aufklärung, medizinische Versorgung und als „*universelle Ressource für die Bewältigung einer Vielzahl von sozialen Anforderungen*“ von großer Bedeutung (Faltermaier, 2005: 105). Im Allgemeinen sind die Deutschkenntnisse älterer MigrantInnen schlechter als die der Jüngeren. Ein Grund dafür könnte sein, dass nach der Berentung oftmals der Kontakt zu Deutschen abnimmt und damit auch das Praktizieren der deutschen Sprache im Alltag (Zeman, 2005: 43). Besonders ältere Frauen verfügen dabei aufgrund ihrer im Vergleich niedrigeren Vorbildung und isolierteren Lebensweise z.T. nur über rudimentäre Deutschkenntnisse (Dietzel-Papakyriakou, 2005: 403).

Gender

Das Geschlecht ist nach Faltermaier ein weiterer Moderator für die soziale Lage (Faltermaier, 2005: 98). Tatsächlich sind Migrantinnen oftmals in einer prekäreren Lage als Migranten. Yildirim-Fahlbusch spricht davon, dass Migrantinnen oft besonders isoliert seien, insbesondere, wenn sie durch Ehegattennachzug nach Deutschland gekommen wären. Sie wären dann oftmals rechtlich, sprachlich und sozial von ihrem Ehemann, bzw. den Kindern abhängig. Dadurch würden sie auch die Sicherheit ihrer früheren Rolle als Mutter, die für die Familie sorgt, einbüßen. (Yildirim-Fahlbusch, 2004: 2)

Prasad weist darüber hinaus darauf hin, dass Migrantinnen, die keinen eigenen Aufenthaltstitel besitzen und diesbezüglich abhängig von ihren Ehemännern sind, oftmals in häuslichen Gewaltsituationen verbleiben würden (Prasad, 2009: 7).

Auch die Migrantinnen aus den ehemaligen Anwerbeländern, die schon lange in Deutschland leben, sind besonderen Belastungen ausgesetzt. Neben einer oftmals vorhandenen Doppelbelastung durch Haushalt und Erwerbstätigkeit beinhalten die Arbeitsbedingungen oft gesundheitliche Risiken: Akkord- und Schichtarbeit, körperlich anstrengende Arbeit (z.B. Reinigung), Umgang mit chemischen Toxinen und starke Lärm- oder Hitzebelastungen. Dies sind Faktoren, die zeitnah oder im Alter zu Krankheiten führen können. Hinzu kommt, dass Migrantinnen aufgrund von kürzeren Versicherungsverläufen und prekärer Beschäftigung oftmals nur eine sehr geringe Rente erhalten. (Palecek, 2009: 23)

Alter

Faltermaier versteht auch das Alter als einen Faktor, der den gesundheitlichen Effekt der sozialen Lage modifiziert (Faltermaier, 2005: 102). In dieser Untersuchung geht es vornehmlich um ältere MigrantInnen, deren Situation, wie in den anderen Kapiteln dargestellt, u.a. in Bezug auf die finanzielle Lage, den Gesundheitszustand oder die soziale Integration als besonders problematisch einzuschätzen ist. Bedeutsam ist allerdings auch der in der jeweiligen Kultur vorherrschende Status älterer Menschen, der u.U. auch einen positiven Faktor bzgl. der gesundheitlichen Situation darstellen könnte. Dieser Aspekt wird in Kap. 1.3. eingehender beleuchtet.

Rechtliche Situation

Nach Erachten der Autorin ist zusätzlich zu den Moderatoren Faltermaiers die rechtliche Situation als Moderator für die soziale Lage von MigrantInnen zu verstehen. Aus diesem Grund werden an dieser Stelle die Auswirkungen der rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Situation von MigrantInnen thematisiert.

Die rechtliche Situation von MigrantInnen ist abhängig vom Aufenthaltsstatus. MigrantInnen mit deutscher Staatsangehörigkeit, unbefristeter Aufenthaltserlaubnis und befristeter Aufenthaltserlaubnis mit versicherungspflichtiger Beschäftigung haben grundsätzlich den gleichen Zugang zum medizinischen Hilfesystem wie autochthon Deutsche (Geiger & Razum, 2006: 725). Mit einem Arbeitsverhältnis ist in der Regel auch die Einbindung in die Kranken- und Pflegeversicherung verbunden, so dass bei Erfüllung der Vorversicherungszeiten Ansprüche auf entsprechende Leistungen bestehen. Bei Bedarf unterhalb der Schwelle der Leistung der Pflegeversicherung (sog. Pflegestufe Null, Anm. d. A.) oder bei Bedarf, der nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt ist, werden Bedürftigen Leistungen zur Pflege aus der Sozialhilfe bewilligt. Bei befristeten Aufenthaltstiteln ist die Gewährung von Leistungen der Sozialhilfe im behördlichen Ermessen möglich (Huismann, Raven & Geiger, 2000: 122). Im Falle der Inanspruchnahme von Sozialleistungen ist zwar eine Nicht-Verlängerung des Aufenthaltstitels oder eine Ausweisung möglich, wird aber anscheinend bisher in Bezug auf Leistungen der Eingliederungs- und Altenhilfe nicht praktiziert (Raven & Huismann, 2000: 191). Trotzdem haben viele MigrantInnen aus Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen Hemmungen, entsprechende Leistungen zu beantragen. Auch kann es bei längeren Auslandsaufenthalten, z.B. bei MigrantInnen, die zwischen Herkunftsland und Deutschland hin- und her pendeln, zu einer Kürzung des Pflegegeldes kommen. (Anderson, 2008: 71)

Die Situation von älteren AsylbewerberInnen und MigrantInnen mit ähnlich unsicherem Aufenthalt ist gekennzeichnet von gesetzlich eingeschränkten Sozial- und medizinischen Leistungen, deren Inanspruchnahme durch die Residenzpflicht (Verbot des Verlassens eines bestimmten Gebietes, z.B. des Landkreises) noch erschwert wird (M'Bayo, 2009: 19). Sie haben es zudem besonders schwer, sich in die hiesige Gesellschaft zu integrieren. So wirken etwa Arbeitsverbote, Residenzpflicht, mangelnde Sprachkenntnisse und fehlende Nähe zu Familie oder ethnischer Community als Integrationsbarrieren. (Zeman & Kalisch, 2008: 5)

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus kann Ursache sein für besondere Vulnerabilität (Razum, Zeeb & Schenk, 2008, online). Auch Hunkeler und Möller haben in einer Untersuchung in der Schweiz festgestellt, dass die Mehrheit der MigrantInnen ihren unsicheren Aufenthaltsstatus als beeinträchtigend für ihre psychosoziale Gesundheit wahrnehmen. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus könne auch dazu führen, dass die vorhandenen internen Ressourcen nicht mehr als Schutz eingesetzt werden können. (Hunkeler & Möller, 2004: 6)

MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben es in Deutschland besonders schwer. Sie sind nicht versichert und haben nur in bestimmten Großstädten organisierten Zugang zu medizinischen Leistungen. Sie müssen im Notfall zwar von Krankenhäusern behandelt werden, laufen dabei aber Gefahr, bei Behörden gemeldet und in der Folge abgeschoben zu werden (Geiger& Razum, 2006: 726). Gleichzeitig sind sie oft besonders harten, riskanten Arbeits- und Lebensbedingungen und besonderen psychischen Belastungen und Risiken (z.B. Opfer von Gewalt zu werden) ausgesetzt.

Eine spezielle Gruppe von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus stellen ältere weibliche Verwandte von MigrantInnen dar, die mit einem Besuchervisum eingereist sind und dann, nach dessen Ablauf, in Deutschland geblieben sind. Sie verlassen die Wohnung selten und kümmern sich oftmals um die Enkelkinder. (Anderson, 2008: 63)

Beruflicher Status

Die Arbeitslosenquote der ausländischen Bevölkerung war im Jahre 2004 etwa doppelt so hoch wie die allgemeine Arbeitslosenquote (20,4% im Vergleich zu 11,7%). Ausländische Staatsangehörige sind dabei überwiegend in Fertigungsberufen wie Bau- und Baunebenberufen sowie im Bergbau, bzw. der Mineralgewinnung tätig. Im Dienstleistungsbereich werden sie in erster Linie bei gering qualifizierten Tätigkeiten eingesetzt, insbesondere in Reinigungs- und Entsorgungsberufen und im Hotel- und Gaststättenbereich (RKI, 2008: 19). Vor allem die MigrantInnen der ersten Generation waren im Laufe ihres Arbeitslebens oft gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt (Akkord- und Schichtarbeit, Arbeit mit Giftstoffen, starker Lärm- oder Hitzebelastung). Die Folgen dieser Arbeitsbedingungen können im Alter kumulieren und zusammen mit migrationsbedingtem Stress zu Krankheiten führen. (Zeman, 2005: 36; Zimmermann, 2000: 144ff) Der verhältnismäßig häufige Bezug von Frührente könnte eine Folge davon sein (RKI, 2008: 97). Auch Arbeitsunfälle und bestimmte Berufskrankheiten kommen bei ArbeitsmigrantInnen häufiger vor - letztere treten darüber hinaus früher bei ihnen auf, so dass sie schon im niedrigeren Alter Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten beziehen. Es wird vermutet, dass dies an den ausgeübten (gesundheitsschädigenden) Tätigkeiten liegt, die vermehrte Risiken und Belastungen bergen. (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001: 291ff)

In Folge der Migration kann es zudem - weil etwa die Abschlüsse nicht anerkannt werden – zu einem Statusverlust kommen (Razum et al., 2004: 3).

Finanzielle Situation

Die im vorigen Abschnitt beschriebene Beschäftigungsstruktur mit entsprechend niedrigem Erwerbseinkommen hat Folgen für die finanzielle Situation im Rentenalter. So ergab das SOEP (Sozioökonomisches Panel) des Jahres 2003 große Unterschiede bezüglich der Durchschnittseinkommen und der Armutsrisikoquote zwischen älteren autochthon Deutschen und MigrantInnen verschiedener Herkunftsländer (vgl. Tab. 2). Dies wird neben der geringer qualifizierten Arbeit auch mit unvollständigen Versicherungsverläufen begründet. (Zeman, 2005: 31)

	Deutsche	Türkei + Ex-Jugoslawien	EU-Anwerbestaaten	Aussiedler
Durchschnittseinkommen	1 1470,20 €	816,20 €	1190,70 €	1043,70 €
Armutsrisikoquote	2 9,7%	35,5%	22,7%	25,7%

TAB. 2 HAUSHALTS DURCHSCHNITTSEINKOMMEN UND ARMUTSRISIKOQUOTE DER DEUTSCHEN UND AUSLÄNDER AB 60 JAHRE IM JAHR 2003, QUELLE: SOEP, BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION, ZIT. N. ZEMAN, 2005

¹ Äquivalenzgewichtetes monatliches Netto-Einkommen des Haushalts (Gesamtheit aller Einkommensarten). ² Die Armutsrisikoquote bezieht sich auf eine Armutsrisikoschwelle von 60 Prozent (Median des Durchschnittseinkommens).

Genderaspekte: Bezüglich der Renten gibt es erhebliche Unterschiede zwischen dem Einkommen von Frauen und Männern ausländischer Herkunft. So erhielten männliche Versicherte mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Jahr 2007 eine durchschnittliche monatliche Rente von 772 Euro - weibliche hingegen nur von 468 Euro. (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2009: 19)

Eine schlechtere finanzielle Situation hat wiederum Auswirkungen auf andere Bereiche, wie die Wohnsituation, Bildung, Gesundheit, etc. Lampert geht davon aus, dass ein großer Teil der Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustandes zwischen MigrantInnen und autochthoner Bevölkerung nicht auf kulturellen oder migrationsbedingten Faktoren beruhen, sondern auf deren schlechterer ökonomischer Situation, die auch bei Nicht-MigrantInnen mit geringerer Bildung und riskanterem Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Adipositas, ungünstige Ernährung, wenig Bewegung) einhergeht (Lampert, 2009: 29ff).

Soziale Beziehungen und soziale Netzwerke (Soziale Integration)

Die soziale Integration von MigrantInnen kann darin gemessen werden, inwiefern diese in soziale Netzwerke (Familie, FreundInnen, MSOs, Community) eingebunden sind (zu familiären Strukturen siehe nächster Abschnitt, zu familiären Beziehungen siehe Kap. 1.3.).

Wie die soziale Integration konkret aussieht, ist sehr unterschiedlich. Ein Teil der MigrantInnen bewegt sich vornehmlich in eigenethnischen sozialen Netzwerken (Communities). Ethnischen Kolonien sind dabei sowohl Ergebnis sozialer Präferenzen, als auch Folge von sozialen Exklusionsmechanismen (Dietzel-Papakyriakou, 2005: 400).

Ob diese starken eigenethnischen Netzwerke als Integrationshindernis oder als Ressource gewertet werden sollte, wird kontrovers diskutiert. Für ältere MigrantInnen jedoch scheinen sie einen besonderen Rückhalt darzustellen.

So können die gemeinsame Sprache, Körpersprache und Symbole sowie die Pflege gemeinsamer Traditionen in der jeweiligen, überschaubaren Community Vertrauen schaffen und dem Erhalt der Identität und des subjektiven Wohlbefindens dienen (Fernandez de la Hoz & Pfliegerl, 2000: 469; Dietzel-Papakyriakou, 2005: 400). Dietzel-Papakyriakou meint, dass für ältere Migranten „... gerade in innerethnischen sozialen Räumen die Potentiale für ein Altern in Würde gemäß eigener kultureller Bedürfnisse und Altersbilder (liegen).“

(Dietzel-Papakyriakou, 2005: 400). Darüber hinaus ist die Mobilität Älterer oftmals zunehmend durch Gebrechlichkeit eingeschränkt, so dass Kontakte und Unterstützung im räumlich näheren, sinnvoll sind (Fernandez de la Hoz & Pfliegerl, 2000: 469).

Die häufige Reaktivierung, in früheren Sozialisationsphasen geprägter, ethnisch-kultureller Traditionen, Orientierungsmuster und Verhaltensweisen, sowohl bei MigrantInnen, als auch bei autochthon Deutschen, wird auch „Reethnisierung“ genannt (Zeman, 2005: 44). Sie geht oftmals mit einer verstärkten Religiosität einher (Anderson, 2008: 54). Auch die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinde kann als Teil des sozialen Netzwerkes begriffen werden. Daneben bieten viele religiöse Gemeinden auch besondere soziale Unterstützung für Ältere an (Fernandez de la Hoz & Pfliegerl, 2000: 469). Konkret nennen Zielke-Nadkarni et al. etwa Jüdische Gemeinden als wichtige Anlaufpunkte für jüdische MigrantInnen, sowohl als Beratungsstelle, als auch als Ort des sozialen Austausches (Zielke-Nadkarni et al., 2004: 333).

Tempel und Mohammadzeh geben jedoch zu bedenken, dass die Einbindung in soziale Netzwerke mit dem Alter zunehmend gefährdet sei, vor allem bei zahlenmäßig kleineren Communities (Tempel & Mohammadzadeh, 2004: 25). Dies gilt daher insbesondere auch für die Gruppe der als Flüchtlinge gekommenen MigrantInnen. Für sie kommt hinzu, dass sie bis zu der Entscheidung über ihre rechtlichen Status oft sehr isoliert, z.T. in speziellen Unterkünften leben müssen (Anderson, 2008: 48).

Familienstrukturen

In der hiesigen Gesellschaft leben immer mehr Menschen in Ein-Person-Haushalten - gegenseitige Unterstützung, z.B. im Krankheitsfall, ist unter solchen Bedingungen schwieriger als in Mehr-Personen- oder gar Mehr-Generationen-Haushalten. MigrantInnen scheinen im Durchschnitt mit mehr Personen in einem Haushalt zu leben, als autochthon Deutsche. So fand das Gesundheitsamt Bremen in einer Untersuchung über Pflegegutachten bei MigrantInnen, dass bei diesen etwa nur 20% gegenüber 60% der autochthon deutschen Antragstellern alleinlebend sind (Gesundheitsamt Bremen, 2007: 17). Auch die Daten des Alterssurveys 2007 zeigen, dass es Unterschiede zwischen autochthon Deutschen und Personen mit Migrationshintergrund bezüglich der Anzahl der Allein-Lebenden gibt - dass diese Unterschiede aber insbesondere die Frauen betreffen und auch von den weiblichen „Ausländern“ über 64 Jahren immerhin noch fast 1/3 alleine leben (vgl. Tab. 3):

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

Status	Personen ohne Migrationshintergrund		Ausländer		(Spät-)Aussiedler		Deutsche durch Einbürgerung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Prozentsatz der in Ein-Person-Haushalten lebenden 65-Jährigen und Älteren	43,6	17,1	30	16,8	40	15	41,2	17,6

TAB. 3 ANZAHL DER ALLEINLEBENDEN ÜBER 64 JAHRE, ZAHLEN AUS: GEROSTAT REPORT ALTERSDATEN, 2009: 14 MIT ZAHLEN DES STAT. BUNDESAMTES, 2007

Bezüglich des Zusammenwohnens mit mehreren Generationen gibt es gemäß der Zahlen des Alterssurveys 2002 zwischen den Herkunftsländern große Unterschiede. So leben 8,3 % der 55-69-jährigen Ausländer türkischer Herkunft in Drei-Generationen-Haushalten, gegenüber 1,2 % der autochthon Deutschen, und 39,8 % der 55-69-jährigen Ausländer türkischer Herkunft leben mit ihren Kindern in Zwei-Generationen-Haushalten gegenüber 14,7 % der autochthon Deutschen sowie 28,6 % der Italiener und 21,4 % der MigrantInnen aus der Ex-Sowjetunion. (Baykara-Krumme & Hoff, 2006: 483)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ältere MigrantInnen mancher Herkunftsländer, insbesondere der Türkei, häufiger als autochthon Deutsche mit Familienmitgliedern, auch intergenerationell zusammen wohnen. Allerdings gibt es auch MigrantInnen, die im Alter alleine leben – so z.B. MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, bei denen aufgrund des dort stattgefundenen Krieges in vielen Fällen von einem Verlust naher sozialer Beziehungen auszugehen ist (Jonas, 2007: 9).

(Zur Bedeutung der Familienbeziehungen siehe Kap. 1.3.)

Rassismus

Das Leben als Minorität in einer Gesellschaft kann eine Belastung darstellen (Faltermaier, 2005: 104). Viele MigrantInnen erleben im Alltag oder etwa im Kontakt mit Behörden, Arbeitsstellen und VermieterInnen Ablehnung oder Rassismus. Im Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – „Migration und Gesundheit“ wird „Fremdenfeindlichkeit“ als stressauslösendes und psychisch belastendes Erlebnis bezeichnet, das in der Folge auch zu allgemein-gesundheitlichen Belastungen führen könne (RKI, 2008: 16). Und auch ältere MigrantInnen erleben diskriminierendes Verhalten in Einrichtungen der Altenhilfe durch autochthon deutsche NutzerInnen (Anderson, 2008: 66).

Wohnsituation

Die Wohnsituation von MigrantInnen ist im Hinblick auf die pro Person zur Verfügung stehende Quadratmeter-Zahl, den baulichen Zustand, die Ausstattung und die Lage im Durchschnitt schlechter als die der autochthon deutschen Bevölkerung (Baykara-Krumme & Hoff, 2006: 470). Desweiteren wohnen MigrantInnen häufig in baulich, sozial und infra-

strukturell benachteiligten Wohngebieten in ethnischen Enklaven. Ein Vorteil darin besteht – bedeutsam vor allem für ältere MigrantInnen mit Mobilitätseinschränkungen – in der dort oftmals gewachsenen, spezifischen Infrastruktur von und für MigrantInnen (Zeman, 2005: 43).

1.2. Migration

Migration ist kein einmaliges Geschehnis, sondern ein lebenslanger Prozess mit Auswirkungen möglicherweise auch auf die nächsten Generationen (Faltermaier, 2001: 104). Faltermaier sieht Migration als ein kritisches Lebensereignis oder einen Lebensereigniskomplex mit möglicherweise beträchtlichen Konsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit. Er nennt folgende Einfluss-Ebenen der Migration:

- **Migration als ökologischer Übergang/Ortswechsel und radikaler Wechsel des Lebenskontextes und der kulturellen Deutungssysteme:** Einflussfaktoren sind u.a. das Ausmaß der zu überbrückenden kulturellen Differenzen und die Gründe für die Migration, bzw. deren Kontrollierbarkeit, z.B. ob die Migration gewollt war
- **Migration als biographischer Bruch:** ein Bruch der Kontinuität des bisherigen Lebenslaufes - im späteren Alter gestaltet sich dies schwieriger
- **Migration als massive Veränderung der sozialen Netzwerke und des kulturellen Kontextes:** das beinhaltet auf der einen Seite Trauerarbeit über verlorengegangene Personen und Orte und auf der anderen Seite einen Neuaufbau von Bezügen. Bisher selbstverständliche Normen, Orientierungen und Handlungskompetenzen fallen weg oder werden entwertet, die soziale Position und Rolle muss neu definiert werden

(Faltermaier, 2001: 103)

Gerade in der Anfangsphase der Migration müssen MigrantInnen vielfältige psychische Verarbeitungs- und Anpassungsprozesse leisten und stehen großen Anforderungen gegenüber, wie dem Wiederaufbau sozialer Beziehungen und Netzwerke, der Verarbeitung des Verlustes früherer Beziehungen, dem Verstehen fremder Gewohnheiten, dem Leben als Minorität, der Kommunikation in einer fremden Sprache, der Anpassung an neue Regeln und Normen, dem Statusverlust und der Diskriminierung. Die Aufnahmekultur gibt sich dabei mehr oder weniger offen und definiert in vielen Bereichen die soziale Normalität. Diese Prozesse und Anforderungen können eine Belastung darstellen, gerade in einer Situation, in der noch nicht genug Ressourcen zur Verfügung stehen und im Herkunftsland erlernte Bewältigungsmuster evtl. nicht mehr funktional sind. (a.a.O.: 101f)

Aus der Unkenntnis der Kultur des Aufnahmelandes können auch konkrete Risiken für die Gesundheit von MigrantInnen erwachsen:

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

„Teile der neuen Umwelt, des neuen Lebensstils und eines möglicherweise gehobenen Lebensstils können mittelfristig gesundheitliche Gefahren mit sich bringen, die ihnen aus der Herkunftskultur unbekannt waren.“ (Faltermaier, 2001: 101)

Faltermaier merkt an, dass der subjektive Stellenwert und die praktische Bedeutung von Gesundheit für MigrantInnen gerade in der Anfangsphase der Migration eher gering sein könnten, denn in dieser Phase gäbe es zunächst andere Ziele und Anforderungen zu erfüllen. Durch eine oftmals extreme Leistungsorientierung am Anfang der Migration mit dem Ziel des schnellen, sozialen Aufstiegs, könne es überdies zu einer Verdrängung von Belastungen und Risiken kommen. Dazu käme, dass Gesundheit in vielen Herkunftsländern als natur- oder gottgegeben betrachtet werde, so dass ihr die Einzelnen nicht so viel Aufmerksamkeit schenken müssten. (Faltermaier, 2001: 106ff)

Faltermaier meint, dass insbesondere das Gefühl der Kohärenz am Anfang der Migration bedroht sein könne. Die Verstehbarkeit des Lebens wäre in der neuen Kultur verunsichert und die Kontrollierbarkeit der eigenen Lebensbedingungen könne erodieren, wenn etwa Probleme dauerhaft nicht gelöst werden können. Ein Gefühl der Sinnhaftigkeit sei bei bewusster Migration zwar meist zunächst vorhanden, könne aber bröckeln, wenn die Realität nicht den Erwartungen entsprechen würde. (Faltermaier, 2001: 106)

Auch Kizilhan bezeichnet Migration als einen folgenreichen Einschnitt in die Identität der migrierenden Person, der Stressoren beinhalte, die die Gesundheit von MigrantInnen beeinflussen würden. So müsse der Selbstkontinuitätssinn (Bewahrung des Zusammenhangs zwischen Vergangenheit und Gegenwart), die Selbstbestätigung (Anerkennung in der Interaktion mit anderen Menschen) sowie die Kommunikationsfähigkeit und Handlungskompetenz neu erarbeitet werden. Dies sei die Grundlage, um sich gesund in verschiedenen Welten bewegen zu können. (Kizilhan, 2007: 54ff)

Assion fand in einer Untersuchung folgende migrationsassoziierte psychische Belastungsfaktoren für türkische MigrantInnen, die Ressourcen negativ beeinflussen können (Assion, 2005: 179):

- Verständigungserschwerisse (Sprachprobleme, mangelndes westlich-medizinisches Wissen und geringe praktische Kompetenz im Umgang mit Ärzten, Institutionen und der Erkrankung)
- Familien-Unstimmigkeiten (v.a. Rollenkonflikte)
- Schwierige Migrationsgeschichte (z.B. Hin-und Her-Pendeln)
- Statusverlust des Mannes (z.B. Unmöglichkeit, die Familie zu ernähren) und der Frau (z.B. Scheidung)
- Schambehaftete Themen (Folter, sexuelle Gewalt)
- Schuldbehaftete Themen (z.B. Zurücklassen der Kinder oder Eltern in der Türkei, „Versagen“ in der Elternrolle/Drogenabhängigkeit der Kinder)

- Probleme resultierend aus Heiratsmigration
- Innere Bezogenheit auf die Heimat
- Erlebte Diskriminierung (Ausländerfeindlichkeit und intransparentes Verhalten deutscher Behörden)

Auch Heimweh oder Enttäuschungen in Folge der Migration (Mayr & Baumann, 2008: 234; Faltermaier, 2001: 104) können u.U. gesundheitliche Konsequenzen haben, so z.B. auch Enttäuschungen durch nicht erfüllte Erwartungen an das Leben in Deutschland (RKI, 2008: 98) oder nicht realisierte Rückkehrpläne (Zeman, 2002: 90). Denn insbesondere die Mehrheit der ArbeitsmigrantInnen wollte ursprünglich im Alter in ihre Herkunftsländer zurückkehren - dies wurde aus unterschiedlichen Gründen zumeist nicht realisiert. Diejenigen, die den Rückkehrgedanken nicht ganz aufgegeben hätten, seien oftmals unzufriedener, als die, die sich mit dem Verbleib in Deutschland abgefunden hätten. (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001: 299, Fabian & Straka, zit. n. RKI, 2008: 98) Flüchtlinge wiederum können und dürfen oftmals nicht zurück in ihre Herkunftsländer, auch dies kann insbesondere für ältere Menschen belastend sein (RKI, 2008: 98).

In Bezug auf Bewältigungsstile sagt Faltermaier, dass diese in der Migration möglichst flexibel sein sollten, damit sie schnell an die veränderten Bedingungen angepasst werden könnten. Dazu seien Schlüsselkompetenzen nötig, die weitgehend auf sprachlicher Kommunikation und dem Verstehen sozialer Regeln aufbauten. (a.a.O.: 105) Determinanten für eine erfolgreiche Bewältigung seien dabei die jeweilig subjektive Bedeutung der Migration (z.B. unfreiwillig, hoffnungsvoll, desillusioniert), die Bewältigungsstile sowie die verfügbaren personellen und sozialen Ressourcen (a.a.O.: 101f).

Folgen von Verfolgung und Flucht

Die psychischen Belastungen durch im Herkunftsland und auf der Flucht erlebte Verfolgung, Haft, sexualisierte Gewalt, Folter und Krieg können zu einer posttraumatischen Belastungsstörung und in der Folge zu weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Gleichzeitig haben Flüchtlinge, wie in Kapitel 1.1. bereits erwähnt, nur einen eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland, so dass sie etwaig spezialisierte Angebote, z.B. ein Zentrum für Folteropfer oftmals nicht nutzen können. (RKI, 2008: 59f)

1.3. Ethnie

Faltermaier versteht die ethnische Zugehörigkeit als soziale Kategorie, die eine soziale Identität begründet. Diese soziale Identität wird hergestellt über verschiedene gemeinsame Merkmale ihrer Mitglieder (und Unterschiede zu anderen ethnischen Gruppen) und eine ähnliche Sozialisation. Sie äußert sich z.B. „ ... *in einer gemeinsamen Geschichte und Sprache, über kulturelle Symbole, über die Religion oder andere kollektive Überzeugungen, über gemeinsame Gewohnheiten und die kulturelle Identifikation mit einem Territorium*

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

(>Heimat<) sowie – ganz wesentlich – über die damit verbundenen sozialen Bindungen, die ein bestimmtes Maß an sozialer Integration bewirken.“ (Faltermaier, 2001: 98f)

So spielen auch jenseits von konstitutionellen und genetischen Unterschieden, die MigrantInnen aus ihren Herkunftsländern mitbringen und die ggf. als Ressource oder als Risiko betrachtet werden können und jenseits von Umweltbedingungen, die in den Herkunftsländern auf die MigrantInnen gewirkt haben können, wie etwa starker Einsatz von Pestiziden, Radioaktivität, Exposition mit Tropenkrankheiten, Tuberkulose, etc. (Kohls, 2008: 27-29; Geiger & Razum, 2006: 728) kulturelle Faktoren eine große Rolle für die Gesundheit von MigrantInnen.

Faltermaier geht davon aus, dass die Identifikation mit einer bestimmten Ethnie oder Kultur u.a. in Form von spezifischen Belastungen und Ressourcen Einfluss auf die Gesundheit hat (Faltermaier, 2001: 99). So können schon die Bedeutung von Krankheit und das Krankheitserleben kulturell sehr unterschiedlich sein:

„Welche Bedeutung Krankheit im allgemeinen Handelns- und Verhaltenskodex einer Gesellschaft beigemessen wird und wie dementsprechend das Krankheitserleben geprägt ist und wie dies geäußert werden kann, ist weitgehend sozial normiert, im Sozialisations- und Enkulturationsprozess erlernt und kann daher von Gesellschaft zu Gesellschaft sehr unterschiedlichen Mustern folgen.“ (Faltermaier, 2005: 36)

Gesundheit und Krankheit sind entsprechend kulturelle Konstrukte, deren Bedeutung sich nur unter Berücksichtigung des jeweiligen Symbolsystems erschließen lässt (Geiger & Razum, 2006: 729).

Weitere wichtige kulturelle Einflüsse bestehen in der Qualität der Familienbeziehungen und dem Umgang mit alten Menschen in der jeweiligen Kultur.

Familienbeziehungen

Wie in Kap. 1.1. bereits beschrieben, leben MigrantInnen einiger Herkunftsländer häufiger mit mehr Personen in einem Haushalt als autochthon Deutsche. Auch die familiären Bindungen scheinen bei MigrantInnen mancher Herkunftsländer besonders stark zu sein. So sprechen Zielke-Nadkarni et al. in Bezug auf jüdische MigrantInnen von besonders engen familiären Bindungen, die durch die Migration noch gestärkt würden (Zielke-Nadkarni et al., 2004: 333). Auch scheint in manchen Kulturen die Familie und nicht das Individuum, als wichtigste Einheit der sozialen Organisation angesehen zu werden, so z.B. in der chinesischen (Elliott et al., 1996: 94), der japanischen (Tempo & Saito, 1996: 114) und der philippinischen Kultur (McBride & Parreno, 1996: 126). Dementsprechend können kollektivistische – auf Gemeinschaftsbeziehungen beruhende und individualistisch orientierte Kulturen oder Gesellschaften unterschieden werden. In einer kollektivistischen Kultur ist die Identität der Einzelnen im sozialen Netzwerk begründet, man wird in eine Gruppe hineingeboren und muss sich ihr gegenüber loyal verhalten. (Hofstede, 2004, zit. n. Cindik, 2009: 38, Verwey, 2003: 293)

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

Dilworth-Anderson spricht bei „African“ und „Asian Americans“ sowie „Hispanics“ von „family-centered cultures“, bei denen die Familie den Kern des Unterstützungssystems darstelle. Insbesondere bei „African Americans“ gäbe es oftmals ein weites verwandtschaftliches Netzwerk, das sowohl aus Blutsverwandten, als auch aus nahen FreundInnen bestehe und die Betreuung von älteren Mitgliedern dieser „erweiterten Familie“ erlaube. (Dilworth-Anderson, 1999: 42)

So wird gegenseitige innerfamiliäre Unterstützung auch oftmals als bedeutende Resource von MigrantInnenfamilien angesehen (z.B. Eberding & v. Schlippe: 2001: 267, Cindik, 2009: 40; Dietzel-Papakyriakou, 2005: 400).

In Folge der Migration und der Konfrontation mit anderen Lebensentwürfen können aber auch familiäre Spannungen auftreten, vor allem zwischen den MigrantInnengenerationen, z.B. bedingt durch starke soziale Kontrolle einerseits und große Erwartungen der ersten Generation an die nächste andererseits (Faltermaier, 2005: 105).

Dietzel-Papakyriakou vermutet allerdings, dass der Einfluss der hiesigen Sozialisation auf die 2. und 3. MigrantInnengeneration nicht zu einer Entsolidarisierung der MigrantInnen- generationen führen werde. So hätte der Familismus der MigrantInnen, d.h. das gemeinsame Wirtschaften und der Zusammenhalt die Migration erst möglich gemacht. Familie diene auch als Ort der Identitätswahrung, wenn der Aufnahmekontext als zu fremd empfunden werde. Und gerade ältere Familienangehörige würden in MigrantInnenfamilien eine wichtige Rolle spielen - sie würden Hilfe empfangen und auch leisten: die Kinder helfen ihnen bei Behördenangelegenheiten, bei schweren Hausarbeiten, etc., und die Älteren helfen wiederum durch Ratschläge, Hilfe im Haushalt der Kinder, im Familienbetrieb oder bei der Enkelkinderbetreuung. (Dietzel-Papakyriakou, 2005: 400)

Die Ethnie hat oftmals auch einen Einfluss auf den Umgang der jeweiligen Community mit alten Menschen. In manchen Kulturen etwa genießen diese einen besonderen Respekt oder aber sie haben besondere Aufgaben oder Funktionen, die sie auch jenseits von körperlichem und/oder kognitivem Funktionieren noch innehaben können. Hashmi schreibt, dass in vielen nicht-industrialisierten Ländern, z.B. in Teilen von Süd- und Südostasien alte Menschen einen Status innehätten, der es ihnen ermöglichen würde, jenen, von denen sie abhängig seien, etwas Sinnvolles zurückzugeben, z.B. in Form von Weisheit oder dem Zugang zu Spirituellem. Solche Einstellungen würden in die Migration mitgenommen, sie würden zwar durch den Migrationsprozess und die Akkulturation verändert werden, es sei aber davon auszugehen, dass diese Konzepte noch lange - auch in nächsten Generationen - einen Einfluss hätten. (Hashmi, 2009: 208)

Auch andere AutorInnen beschreiben für MigrantInnen verschiedener Herkunftsländer einen besonderen Status Älterer, so etwa Zielke-Nadkarni et al., die Gehorsam, strikte Disziplin und absolute Höflichkeit gegenüber Älteren als übliches Verhalten bei jüdischen ImmigrantInnen aus der GUS nennen (Zielke-Nadkarni et al., 2004: 336; für japanische

MigrantInnen in den USA vgl. Tempo & Saito, 1999: 117; für philippinische MigrantInnen in den USA vgl. Mc Bride & Parreno, 1999: 127).

1.4. Moderatoren für die Gesundheit von MigrantInnen

Die gesundheitliche Situation insbesondere älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist in mehreren Bereichen als schlechter einzuschätzen, als die autochthon Deutscher desselben Alters. Vermutet wird vor allem eine hohe Prävalenz chronischer Krankheitsbilder. (RKI, 2008: 100)

So zeigte eine Untersuchung in Hamburg eine höhere Prävalenz altersbedingter Krankheiten bei über 54-jährigen ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zu Deutschen. Am häufigsten führten dabei Herz-Kreislauf-Krankheiten, Rheuma und Mobilitätseinschränkungen zu einem Arztbesuch. Im Bereich der psychischen Probleme kamen Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit und Gereiztheit am häufigsten vor. (Behörde für Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, 1998, zit. n. RKI, 2008: 100f)

Weiterhin haben Auswertungen der Rentenversicherungsträger bezüglich der Anlässe für Rehabilitationen ergeben, dass über 60-jährige MigrantInnen deutlich häufiger an rheumatischen und chronischen Lungenkrankheiten litten. Sie wiesen auch eine besonders hohe Tuberkuloseinzidenz auf. (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001: 294)

Eine derartig erhöhte Morbidität kann nach Faltermaier in der soziale Lage, Migrationsprozessen und der ethnischen Zugehörigkeit - vermittelt über verschiedene Moderatoren (bei Faltermaier: „Gesundheitsprozesse“) begründet sein, z.B. über

- (den Umgang mit) Belastungen, Risiken, Lebensereignissen
- Ressourcen
- Gesundheits- und Krankheitstheorien, Krankheitserleben
- das Gesundheitshandeln/Krankheitsverhalten
- die Nutzung der Gesundheitssysteme/Hilfesuche

(in Anlehnung an Faltermaier, 2001: 98)

Die jeweiligen subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien sind dabei m.E. (in Ergänzung des Modells von Faltermaier) als Basis für das individuelle Krankheitserleben und Gesundheitshandeln in Form der Bewältigung von Belastungen, des Gesundheits- und Risikoverhaltens, eines Umganges mit Beschwerden und Krankheiten und der Nutzung der Gesundheitssysteme anzusehen (siehe Abb. 4). Diese Moderatoren für die Gesundheit sollen nun im Folgenden genauer dargestellt werden.

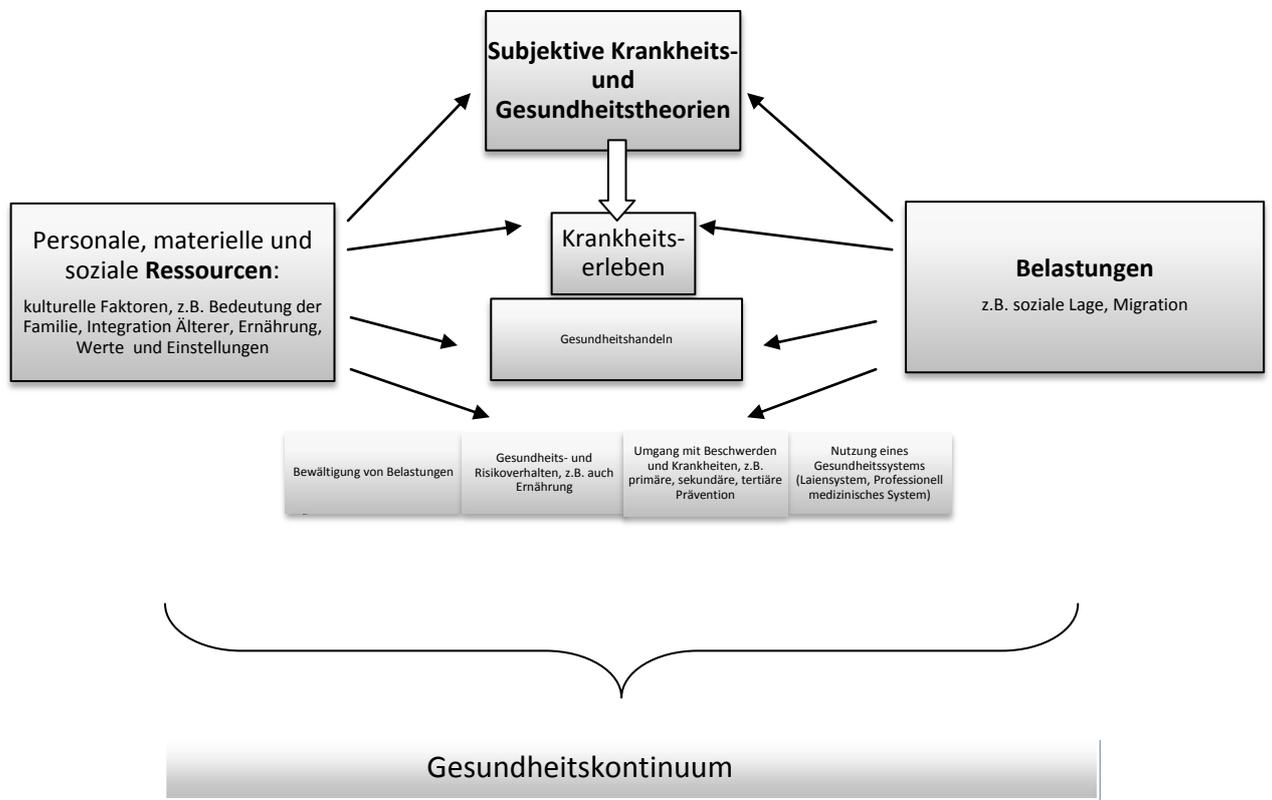


ABB. 4 MODERATOREN FÜR DIE GESUNDHEIT UND IHRE EINFLÜSSE AUF EINANDER

1.4.1. Gesundheits- und Krankheitstheorien

Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis ist sozial und kulturell geprägt. So kann in einer Kultur etwa vorgegeben sein, welche Bedeutung der Gesundheit, dem Körper oder verschiedenen Krankheiten beigemessen wird und wie damit umgegangen werden soll. (Faltermaier, 2001: 99)

Auch haben Menschen aller Kulturen das Bedürfnis, die Krankheit zu verstehen, ihr einen Sinn zu geben, um einen Umgang damit zu finden (Herzlich, 1998: 172, Zimmermann, 2000: 35f):

„Wie auch immer die Krankheitskausalitäten bewiesen oder gedeutet werden, so verlieren doch dadurch Erkrankungen, für die keine äußerlichen Einwirkungen erkennbar sind, ihre Komponente des Unheimlichen und der Beängstigung und werden zu konkreten behandelbaren Seinsformen.“ (Zimmermann, 2000: 36)

Solche Vorstellungen zur Verursachung bzw. Entstehung bestimmter Krankheiten, zu ihrem Verlauf, zu möglichen Behandlungsformen, bzw. – angeboten und deren Nützlichkeit oder Effizienz können auch „Subjektive Krankheitstheorien“ genannt werden (Flick, 1998:

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von MigrantInnen in Anlehnung an Faltermaier

15). Im englischen Sprachraum wird dieses Thema meist unter dem Titel „Illness representations“ untersucht (Faltermaier, 2005: 227).

Die Entstehung von Gesundheits- und Krankheitstheorien beschreibt Zimmermann folgendermassen:

*„Alle diese Verstehens- und Verhaltensweisen sind im spezifischen Sozialisations- und Enkulturationsprozess des Individuums in seiner Herkunftsgesellschaft aus der mitmenschlichen Erfahrung gelernt, normativ verankert und mehr oder minder stark internalisiert.“
(Zimmermann, 2000: 54)*

Faltermaier definiert subjektive Krankheitstheorien folgendermaßen: „Subjektive Krankheitstheorien in diesem Sinn sind komplexe gedankliche Konstruktionen über das Wesen, die Entstehung, den Verlauf, die Behandlungsmöglichkeiten und die Folgen einer Erkrankung.“ (Faltermaier, 2005: 227)

Er beschreibt die Unterschiede in Bezug auf Gesundheits- und Krankheitstheorien zwischen MigrantInnen und autochthon Deutschen:

„Gesundheits- und Krankheitstheorien von Migranten weisen ein ähnliches Spektrum und vergleichbare Komplexität auf, wie es die Ergebnisse für die einheimische Bevölkerung andeuten. Unterschiede zeichnen sich vermutlich insofern ab, als die Migranten ihre Gesundheit stärker als natürliches Potential verstehen. Im Vergleich zu den sehr weit verbreiteten psychosozialen Theorien (etwa in der deutschen Bevölkerung) scheinen sie mehr fatalistische Theorien von Gesundheit zu vertreten und dabei die Einflüsse des Schicksals, der biologischen Anlage und des Alters zu betonen. Gesundheitliche Risiken werden zwar gesehen, aber generell nicht so hoch gewichtet. Zudem besteht die Tendenz, Risiken eher extern zu attribuieren, also mehr in der Umwelt (von außen kommend) als in der eigenen Person zu sehen.“ (Faltermaier, 2001: 109f)

Letzteres bestätigt auch eine Studie von Franz et al. bei der türkischstämmige PatientInnen pessimistischere Krankheitsvorstellungen äußerten, und sie Krankheitsursachen in höherem Maße äußeren Umständen zuschrieben als autochthon Deutsche (Franz et al., 2007, zit. n. Kizilhan, 2009, online).

Nach Zimmermann würde Krankheit von südeuropäischen und kleinasiatischen MigrantInnen aus bäuerlichen Schichten oft als etwas Eigenständiges wahrgenommen werden, das von außen in den Körper eindringe. Als Ursachen würden z.B. ein Missverhältnis der Körpersäfte zueinander, aber auch schlechte Ernährung und Wohnbedingungen sowie ungünstiges Klima gesehen werden. Psychische Krankheiten würden oftmals mit Magie erklärt. (Zimmermann, 2000: 36ff)

Bei Menschen aus südlichen oder arabischen Ländern wird oft von einem eher ganzheitlichen Krankheitskonzept gesprochen – d.h. Krankheiten betreffen aus dieser Sicht nicht nur einzelne Organe, sondern den ganzen Körper (Assion, 2005: 138; Zielke-Nadkarni, 1999: 285).

Aber auch die Migration hat einen Einfluss auf Krankheitstheorien:

„Bei Migranten kann davon ausgegangen werden, dass die >traditionellen< Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, die in ihren Herkunftsländern vorherrschen, nach der Migration in Konfrontation geraten mit den >modernen< Vorstellungen in ihren Gastländern. Welche Vorstellungen daraus im einzelnen resultieren, hängt von vielen Faktoren ab: von der Dominanz der ursprünglich sozialisierten Vorstellungen, der Altersphase der Migranten, den kulturellen Differenzen, der Offenheit für die Kultur des Gastlandes, den konkreten Erfahrungen mit Krankheit, dem Gesundheitsversorgungssystem, usw.“ (Faltermaier, 2001: 108)

Es wird deutlich, dass die subjektiven Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit Ausgangspunkt sind für den Umgang der Einzelnen mit der Erkrankung. Muthny benennt in diesem Zusammenhang folgende Aspekte, die durch die subjektiven Krankheitstheorien beeinflusst werden und mit Wirksamkeit und Effektivität des Gesundheitswesens in Verbindung gebracht werden (Muthny, 2009: 258):

- das Präventionsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
- Generell die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- die Möglichkeit von Fehldiagnosen aufgrund von falsch verstandenen Symptomäußerungen
- Prozesse der Krankheitsverarbeitung
- Compliance und Therapieerfolg

1.4.2. Krankheitserleben

Das Erleben einer Krankheit geschieht vor dem Hintergrund eines als „normal“ erlebten Gesundheitszustandes (Faltermaier, 2005: 215). Das Krankheitserleben, bzw. das Erleben der Beschwerden ist also die wahrgenommene Abweichung vom subjektiven „Normalzustand“. Das psychische Erleben von Krankheit umfasst kognitive und emotionale Prozesse. Zu den kognitiven Prozessen gehören z.B. die Wahrnehmung der körperlichen Veränderung, die kognitive Verarbeitung dieser Information und die Erstellung einer „Laiendiagnose“. Die emotionalen Prozesse sind z.B. psychischen Belastungen, Bedrohungen, Ängste und Hoffnungen, die mit der Krankheit, der Diagnose und der sozialen Folgen zu tun haben. (Faltermaier, 2005: 212)

Das Erleben, Erleiden und die Formen des Äußerns der Krankheit sind wiederum kultur- und schichtspezifisch:

„Wie Krankheit erlebt wird, welche Phantasien und Ängste mit dem jeweiligen Krankheitsbild verbunden sind, wie diese Geschlechts- und Altersspezifisch zugelassen oder geäußert werden können, hängt grundsätzlich von der soziokulturellen Struktur der betreffenden Gesellschaft ab. Entsprechend dem kulturellen Leitbild und den darauf gründenden sozialen Werten, Normen und Rollen wird auch das Verhalten des einzelnen im Krankheitsfalle – seine Krankenrolle – festgelegt.“ (Zimmermann, 2000: 54)

So werden sogar scheinbar „objektive“ Erleidensformen wie Schmerz, der neurophysiologisch erklärbar ist, individuell völlig unterschiedlich zugelassen, bewertet, erlebt, unterdrückt oder sogar durch Autosuggestion ausgeschaltet (Zimmermann, 2000: 54f). Die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes kann vor diesem Hintergrund auch trotz gleicher Krankheit und Beschwerden völlig unterschiedlich ausfallen. Denkbar ist, dass bestimmte Symptome von manchen MigrantInnen gar nicht als Krankheit gedeutet werden. Andererseits bezeichneten die über 55-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund - gefragt nach ihrem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand - diesen als erheblich schlechter als die gleich alten autochthonen Deutschen (Baykara-Krumme & Hoff, 2006: 473).

1.4.3. Gesundheitshandeln

Zum Gesundheitshandeln, bzw. dem Krankheits- und Gesundheitsverhalten können sowohl alltägliche Verhaltensweisen zählen, die darauf ausgerichtet sind, die eigene Gesundheit zu erhalten, als auch generelle Bewältigungsstrategien für Belastungen und das Verhalten im konkreten Umgang mit einer Krankheit, z.B. in Form von (psychischer) Bewältigung und Hilfesuche.

1.4.3.1. Umgang mit oder Bewältigung von Belastungen

Eine Grundlage für den Gesundheitszustand, bzw. den Standpunkt auf dem Gesundheitskontinuum ist der Umgang mit Belastungen, auch Coping-Strategie genannt. Die besonderen Belastungen von MigrantInnen wurden bereits in den vorigen drei Abschnitten über soziale Lage, Ethnie und Migrationsprozesse genannt. Der Umgang mit Belastungen, bzw. deren Bewältigung ist dabei oft erheblich durch den kulturellen Hintergrund, bzw. die spezifische Sozialisation bestimmt:

„Kulturell geprägte Deutungsmuster bestimmen mit, wie bestimmte Konflikte (z.B. in der Familie, am Arbeitsplatz) und kritische Lebensereignisse (Verlust, Trennung) gedeutet werden und welche Bewältigungsversuche unternommen oder unterlassen werden.“ (Faltermaier, 2001: 99)

Früher erlernte Bewältigungsstrategien können dabei, wie in Kap. 1.2. beschrieben, in der Migration nicht mehr wirksam sein. Funktionierende Bewältigungsstrategien können auch als Ressourcen angesehen werden.

1.4.3.2. Gesundheits- und Risikoverhalten

Kulturell geprägte Gewohnheiten und Lebensstile auf der Basis von spezifischen Werten, Normen oder Einstellungen haben eine große Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag, z.B. vermittelt über Ernährung, Hygiene, Gesundheits- und Risikoverhalten (Kohls, 2008: 27).

Faltermaier stellt die These auf, dass das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen weniger präventiv orientiert sei als das der autochthonen Bevölkerung und Handlungsbedarf

oft erst beim Auftreten von Beschwerden oder Krankheiten gesehen werde. Ein geringeres Risikobewusstsein kann zur Folge haben, dass gesundheitliche Risiken eher unterschätzt werden, und dass genussorientierte Verhaltensweisen mit starkem Risikopotential stärker ausgeprägt sind, so etwa Rauchen, Alkohol, Drogen, hoher Medikamentenkonsum und riskantes Autofahren. Auch kann es zu einer Anpassung an gesundheitsbelastende Lebensgewohnheiten des Gastlandes kommen, wie z.B. berufliche Überforderung, Genussmittel oder Übergewicht.

Faltermaier meint außerdem, dass die Überzeugungen der personalen Kontrolle bei MigrantInnen eher geringer seien, daraus resultiere ein eingeschränkter persönlicher Handlungsbedarf in gesundheitlichen Angelegenheiten und ein Sich-Verlassen auf die Kompetenz von ÄrztInnen und Gesundheitssystemen. Die tendenziell fehlende Erwartung der Kontrollierbarkeit gesundheitlicher Belange aufgrund von Fatalismus oder Externalisierung könne aber auch zur psychischen Entlastung beitragen und damit gesundheitsfördernd sein. (Faltermaier, 2001: 110)

Dazu kommt, dass im Herkunftsland erlernte Bewältigungsmuster oft in dieser Gesellschaft nicht mehr funktional sind (a.a.O.: 105).

1.4.3.3. Umgang mit Beschwerden und Krankheiten

Nach Faltermaier umfasst das Krankheitsverhalten die Aktivitäten, die darauf gerichtet sind, die mit der Krankheit verbundenen Belastungen zu bewältigen, den Umgang mit konkreten Beschwerden und Beeinträchtigungen im Alltag, die Informationssammlung über die Krankheit, Selbstbehandlung, Hilfesuche im Umfeld oder bei Experten sowie die Compliance bei der Behandlung (Faltermaier, 2005: 212).

Das Krankheitsverständnis einiger MigrantInnen, das etwa in der Zentrierung auf Schmerzen und äußerlich sichtbaren Symptome zum Ausdruck kommt, kann z.B. dazu führen, dass die Schwelle zur Wahrnehmung von Krankheiten relativ hoch angesetzt ist, mit der Folge, dass diese lange Zeit im Laiensystem behandelt werden (Faltermaier, 2001: 111)

Faltermaier vermutet, dass der in der Herkunftskultur geprägte volksmedizinische Umgang in der Migration noch weiter wirke und somit familiäre Hilfe bei Krankheiten und die Anwendung von Hausmitteln bei MigrantInnen sehr verbreitet seien (ebd.).

Verwey ergänzt, dass das Krankheitsverhalten von MigrantInnen aber nicht nur im individuellen Umgang oder kulturell begründet sei, sondern genauso mit bestimmt werde durch die Auseinandersetzung mit der örtlichen Gesundheitsversorgung, vor allem durch die Interaktion mit medizinischem Personal (Verwey, 2003: 288).

1.4.3.4. Nutzung der Gesundheitssysteme

Ob professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, hängt auch vom subjektiven Bedarf, von der Verfügbarkeit und Qualität professioneller Versorgungssysteme, der Hilfemöglichkeiten im Laiensystem sowie diversen soziodemographischen Merkmalen, wie Alter, Geschlecht, Familienstand und sozialer Status ab (Faltermaier, 2005: 223).

Gesundheitssysteme unterscheiden sich in verschiedenen Kulturen sehr. Grundsätzlich können sie nach Chrisman und Kleinman in drei Sektoren unterschieden werden: den „popular“- (Laien-), „folk“- (Heiler, Alternativmedizin, etc.) und den „professional sector“.

Die Bedeutung der einzelnen Sektoren und das Verhältnis zueinander variiert von Kultur zu Kultur. (Chrisman & Kleinman, 1983, zit. n. Faltermaier, 2001: 100ff).

Die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland können bei MigrantInnen zu bestimmten Erwartungen an Pflegende und medizinisches Personal hier führen. Zimmermann spricht davon, dass das Medizinsystem in den Herkunftsländern der MigrantInnen oftmals weniger Technik- und mehr Kommunikations-orientiert sei, und dass MigrantInnen sich von der hiesigen „stummen“ Medizin oftmals vernachlässigt und ausgegrenzt fühlen würden (Zimmermann, 2000: 13). Auch Dietzel-Papakyriakou & Olbermann berichten von oft hohen Erwartungen an ÄrztInnen, so etwa an kulturspezifische Höflichkeitsrituale, eine empathische Haltung, eine schnelle Symptom-Behandlung und Hilfe auch bei sozialen Problemen (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001: 308).

Zimmermann beschreibt das hiesige, westliche Medizinsystem als mehr an den Naturwissenschaften als am Sozialen und mehr an der Krankheit als am Kranken orientiert. Dies hätte, historisch betrachtet, in unserem System u.a. zu einer größeren Distanz zwischen Arzt und Patient geführt. (Zimmermann, 2000: 37)

Ein Problem ist, dass dieses, hier vorherrschende, biomedizinische Modell zumeist als wissenschaftlich objektiv und damit als „kulturfrei“ gilt, d.h. als das einzige Richtige angesehen wird, obwohl es ebenso kulturell geprägt ist (Geiger & Razum, 2006: 729f).

Wenn die Herangehensweisen oder Krankheitstheorien von medizinischem Personal und PatientInnen verschieden sind, kann dies im Gesundheitssystem zu Problemen führen, z.B. in Form von Non-Compliance, „doctor-hopping“ oder Fehldiagnosen. (Faltermaier, 2005: 230)

Alternative Heilmethoden

Häufig nehmen MigrantInnen auch aus dem Herkunftsland bekannte, alternative Heilmethoden in Anspruch (popular- oder folk-sector). Gerade bei älteren MigrantInnen aus traditionell agrarischen Herkunftskontexten spielen volksmedizinische Krankheitskonzepte und Praktiken eine Rolle (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001: 307). So werden diese insbesondere bei türkischen MigrantInnen gefunden (Zimmermann, 2000: 39, Raven & Huismann, 2000: 195, Kizilhan, 2007: 42). Kizilhan führt das darauf zurück, dass die in den 60er Jahren aus der Türkei als sogenannte „Gastarbeiter“ Migrierten vor allem aus ländlich-islamischen Gegenden gekommen wären und ihre Werte und Normen und damit ihre subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit mitgebracht hätten. Für viele dieser MigrantInnen würden noch heute religiöse und magische Vorstellungen (Geister, Djinne, Symbole, Rituale) in Bezug auf Krankheit eine Rolle spielen. (Kizilhan, 2007: 42)

Aber auch die Sozialberaterin M'bayo berichtet aus ihrer Arbeit mit afrikanischen MigrantInnen, dass Gesundheit und Krankheit oftmals in engem Zusammenhang mit Gott und den Ahnen betrachtet würden. Ihre KlientInnen würden – soweit möglich – auch in

Deutschland traditionelle Medizin anwenden, bevor sie einen Arzt aufsuchen. (M'bayo, 2009: 18)

Durch Kontakt mit dem hiesigen medizinischen Versorgungssystem verändern sich diese traditionellen Krankheits- und Behandlungskonzepte jedoch und nicht selten entstehen Mischformen. Je nach Krankheit wird das ein oder andere Konzept bemüht und damit die Art der Hilfesuche bestimmt. So gibt es etwa bei türkischen MigrantInnen „Hoca-Krankheiten“ (Hoca = Traditionelle Heiler, Anm. d. A.) und „Arzt-Krankheiten“ (Zimmermann, 2000: 39). Aber auch Kombinationen von Konzepten oder entsprechenden Behandlungsmethoden kommen vor: Ruhkopf und Zimmermann fanden in einer etwas älteren Untersuchung von 1993, dass 40% der türkischen Eltern kranker Kinder berichteten, dass sie zusätzlich zur medizinischen Behandlung in der Klinik noch traditionelle Heiler in Anspruch nahmen. Die Dunkelziffer wurde von Zimmermann dabei auf mehr als 50% eingeschätzt. (Ruhkopf & Zimmermann, 1993, zit. n. Zimmermann, 2000: 74; Zielke-Nadkarni, 1999: 287)

Kizilhan spricht sich für eine Anerkennung solch traditioneller Heilpraktiken (magische Steine, Gebete, Fasten, etc.) als Ressourcen aus und schlägt vor, diese in die ärztliche Behandlung zu integrieren (Kizilhan, 2007: 59).

Inanspruchnahme medizinischer Hilfe

MigrantInnen nehmen deutlich seltener präventive Angebote in Anspruch als autochthon Deutsche und gehen häufiger erst zur Ärztin/zum Arzt, wenn ihre Beschwerden akut sind. Das zeigt sich z.B. in der häufigeren Inanspruchnahme von Notfallambulanzen. MigrantInnen gehen auch seltener zu FachärztInnen und in die Psychiatrie. Zwangseinweisungen hingegen kommen häufiger vor als bei autochthon Deutschen. Sie nutzen weniger ambulante und teilstationäre Dienste und kaum Selbsthilfegruppen. (Borde, 2009, online)

Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller medizinischer Hilfen

Die Verfügbarkeit professioneller medizinischer Versorgung für MigrantInnen wird durch verschiedene Hindernisse eingeschränkt. Geiger und Razum nennen u.a. folgende Barrieren (Geiger & Razum, 2006: 733):

- **Sprachbarrieren und Kommunikationsprobleme** – MigrantInnen verstehen u.U. nicht alle Informationen über Angebote des Gesundheitswesens und die Kommunikation zwischen AnbieterInnen und PatientInnen kann durch sprachliche und kulturelle Faktoren eingeschränkt sein
- **Informationsdefizite** - häufig gibt es ein unvollständiges Wissen über das hiesige Medizinsystem und seine Leistungen, Informationen sind nicht in verständlicher Form oder Sprache verfasst; Zimmermann spricht auch vom Fehlen grundsätzlicher Kenntnisse über den Körper, was zu Verständigungsschwierigkeiten v.a. in den Bereichen Körper, Gesundheit, Befinden und Sexualität führen kann (Zimmermann, 2000: 110)

- **Mangelhafte interkulturelle Kompetenz und Orientierung der Dienste** – viele Dienste im Gesundheitsbereich sind noch nicht interkulturell geöffnet
- **Kulturelle und religiöse Konzepte** - z.B. Probleme weiblicher türkischer Angehöriger Demenzkranker, Wünsche oder Forderungen zu artikulieren; religiös bedingte Schicksalsergebenheit; Sicht des Familiensystem als Schonraum für Intimität und Körperlichkeit (Raven & Huismann 2000: 195); Hemmungen, der Ärztin/dem Arzt Fragen zu stellen aus Angst, herausfordernd zu wirken bei Angehörigen von Demenz betroffener japanischer MigrantInnen (Jones, Chow & Gatz, 2006: 22)
- **Geschlechterrollen** - insbesondere türkischstämmige Frauen haben oft weniger außerfamiliäre Kontakte, können schlechter deutsch sprechen und sind es nicht gewohnt, selber Entscheidungen zu treffen und Kontakt zu Institutionen zu haben, sie sind oft abhängig von der Begleitung durch Familienangehörige (Zimmermann, 2000: 22)
- **Rechtliche Barrieren** (vgl. Kap. 1.1.) und damit verbundene **Ängste** - z.B. vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen (Raven & Huismann, 2000: 195)

Inanspruchnahme von Angeboten der Altenhilfe

Da sich diese Arbeit mit der Situation Demenz-kranker MigrantInnen beschäftigt und professionelle Hilfe in diesem Bereich sowohl von medizinischer, als auch von (alten-) pflegerischer Seite angeboten wird, wird an dieser Stelle auch auf die Nutzung der Einrichtungen der Altenhilfe eingegangen. Anderson hat im Jahre 2007 die Lebenssituation älterer MigrantInnen in München untersucht und fand, dass Einrichtungen der Altenhilfe, inklusive zusätzlicher Hilfen wie Essen auf Rädern, häusliche Hilfsmittel für die Pflege, etc. oftmals nicht von MigrantInnen genutzt wurden (Anderson, 2008: 62ff). Als Barrieren für die Inanspruchnahme nennt er wiederum u.a. sprachliche Probleme und zu wenig Wissen über entsprechende Angebote (a.a.O.: 83). Zeman gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass das Wissen über derartige Angebote auch bei autochthon Deutschen gering sei (Zeman, 2005: 67).

Die Vorstellung in ein Pflegeheim gehen zu müssen, scheint bei vielen MigrantInnen sehr negativ besetzt zu sein. Anderson fasst die diesbezüglichen Aussagen in seiner Untersuchung wie folgt zusammen: Altenheime würden vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Herkunftsland als „Aufbewahrungsanstalten“ oder „Abschiebebahnhöfe“ betrachtet, das „Abschieben“ der Älteren in der autochthon deutschen Bevölkerung werde mit Entsetzen und als Ausdruck der zerrütteten Familienverhältnisse hier betrachtet. Gegenüber ambulanten Angeboten oder betreutem Wohnen waren viele GesprächspartnerInnen allerdings aufgeschlossen. (Anderson, 2008: 83)

Was die interkulturelle Öffnung des Altenhilfesystems angeht, so hat sich in den letzten Jahren theoretisch Einiges getan. So veröffentlichten das KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe), die Wohlfahrtsverbände und viele weitere Träger im Jahre 2002 die „Charta für

eine kultursensible Altenpflege“ und es gab eine bundeseinheitliche Einführung des Themas Migration in der Altenpflegeausbildung (Zeman, 2005: 15).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass soziale Lage, Migrationsprozesse und Ethnie jeweils auf vielfältige Art auf die Gesundheit von MigrantInnen wirken. Besonders bedeutsam dabei scheinen auf der einen Seite die spezifischen Belastungen, insbesondere durch die soziale Lage und die Folgen der Migration, und auf der anderen Seite die personalen, sozialen, materiellen und kulturellen Ressourcen sowie die subjektiven Krankheitstheorien als Grundlage für den Umgang mit der jeweiligen Krankheit zu sein.

2. Demenz bei MigrantInnen

Demenz ist ein Thema mit zunehmender Bedeutung für die Gesellschaft. Nicht nur nimmt die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken mit der gestiegenen Lebenserwartung für die einzelne Person zu, auch wird das immer häufigere Vorkommen von Demenz aufgrund der sozialen und finanziellen Folgen zu Veränderungen des Hilfesystems führen mit Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft. Demenzielle Erkrankungen sind gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Gedächtnisverlust und den Abbau kognitiver Fähigkeiten bis hin zum Tod. Die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen steigt mit zunehmendem Alter stark an - von den 65- bis 69-Jährigen sind noch 2 %, von den 90-Jährigen und Älteren bereits über 30 % betroffen. Mehr als zwei Drittel aller Demenzkranken sind Frauen, was vermutlich auf deren höhere Lebenserwartung zurück zu führen ist. Unter den 65-Jährigen und Älteren sind in Deutschland etwa eine Million Menschen von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen und in der Regel nicht mehr zur selbstständigen Lebensführung in der Lage. (RKI, Rückseite)

Da die Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland immer noch steigt, ist auch weiterhin mit einer Zunahme der Demenzfälle zu rechnen. Überproportional dürfte dabei der Anteil der MigrantInnen mit Demenz anwachsen, da die meisten MigrantInnen bisher noch nicht in einem entsprechenden Alter waren (vgl. Kap.1.1.).

Neben der medizinischen Bedeutung, rückt auch immer mehr die Subjektsicht und die (psycho-) soziale Situation Betroffener und Angehöriger in den Fokus. Die Situation von MigrantInnen mit Demenz wurde in Deutschland bisher kaum erforscht. Ein solches Wissen kann aber auf der einen Seite zu passgenaueren Hilfen und auf der anderen Seite den Blick öffnen für andere Sicht- und Umgangsweisen mit dieser Krankheit. In anderen Ländern, insbesondere den USA und Großbritannien gibt es bereits viele Studien über die Situation und Krankheitstheorien von MigrantInnen, bzw. ethnischen Minderheiten mit Demenz (z.B. Adamson: Awareness and Understanding of Dementia in African/Caribbean and South Asian Families, 2001; Connell, Roberts & Mc Laughlin: Public Opinion about Alzheimer Disease among Blacks, Hispanics and Whites, 2007; Hashmi: Dementia: an Anthropological Perspective, 2009) und Handbücher für in der Praxis Tätige (z.B. Cox (Hrsg.): Dementia and Social Work Practice. Research and Interventions, 2007).

Zunächst einmal wird im ersten Abschnitt dieses Kapitels das Krankheitsbild Demenz vorgestellt, um dann zur aktuellen Forschungslage bzgl. der Situation von MigrantInnen mit Demenz und ihrer Angehöriger zu kommen. Es wird das Hilfesystem für betroffene MigrantInnen deren Kenntnisse darüber und dessen Nutzung vorgestellt, um dann im Anschluss zu besonderen Ressourcen und Belastungen sowie subjektiven Krankheitstheorien von MigrantInnen über Demenz zu kommen.

2.1. Was ist Demenz?

Demenz ist keine einzelne Krankheit, sondern eine Gruppe von Symptomen. Gemäß der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993: ICD-10) ist Demenz ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Diese kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Bereits in den leichten bzw. frühen Erkrankungsstadien weisen die Betroffenen infolge der kognitiven Einbußen Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung auf, sind aber noch nicht vollständig von der Hilfe Dritter abhängig. Bei fortgeschrittener Erkrankung, wo zumeist zwischen mittelschwerem oder schwerem Demenzstadium unterschieden wird sind generalisierte kognitive Funktionseinbußen feststellbar, die mit umfassender Pflegebedürftigkeit und Beaufsichtigungsbedarf rund um die Uhr verbunden sind. Neben der Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten sind auch nicht kognitive Systeme wie Wahrnehmung, Affektivität und Persönlichkeitsmerkmale betroffen. Daher treten bei Betroffenen häufig psychische Auffälligkeiten wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, Wahnvorstellungen, Halluzinationen (paranoid-halluzinatorische Syndrome) und Aggressionen auf. Es sind vor allem diese Symptome, die zu einer Verschlechterung der Lebensqualität der Betroffenen und zu großen Belastungen der Betreuenden führen.

In den diagnostischen Leitlinien zur Demenz wird im ICD-10 das Vorliegen folgender Voraussetzungen für eine Diagnose verlangt (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, zit. n. RKI, 2005: 8):

- Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens
- Erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens umfassen vor allem Ankleiden, Essen und persönliche Hygiene
- Die Dauer der Beeinträchtigung sollte mindestens sechs Monate betragen
- Differentialdiagnostisch sind eine mögliche depressive Störung, ein Delir (akute psychische Störung mit einer organischen Ursache, die mit einer Bewusstseinsstörung einhergeht), eine leichte oder mittelschwere Intelligenzminderung, eine kognitive Schwäche aufgrund schwer gestörter sozialer Bedingungen mit mangel-

Demenz bei MigrantInnen

haften Bildungsmöglichkeiten und psychische Störungen als mögliche Folge von Medikamenteneinnahmen zu berücksichtigen

- Einschränkungen können auch in den Bereichen Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen vorliegen

Es ist allerdings oft schwer, altersübliche Veränderungen der kognitiven Leistungen von frühen Demenzstadien zu unterscheiden, erschwert wird dies noch durch den oft schleichenden Beginn (RKI, 2005: 7).

2.1.1. Demenzformen

Der Oberbegriff Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Ursachen:

- degenerative Demenzen (z. B. Alzheimer-Demenz)
- vaskuläre Demenzen (z.B. Multiinfarkt-Demenz)
- nutritiv-toxisch oder metabolisch verursachte Demenzen (z. B. Alkoholdemenz)
- entzündlich bedingte oder übertragbare Erkrankungen, die zur Demenz führen können (z.B. AIDS-Demenz)
- durch Schädel-Hirn-Trauma bedingte Demenzen

Die häufigste Form – mit einem Anteil von zwei Drittel - ist die Demenz vom Alzheimer Typ, etwa 15 bis 20 % sind durch Durchblutungsstörungen des Gehirns bedingt und werden als vaskuläre Demenzen bezeichnet, der Rest sind Mischformen vom degenerativ-vaskulären Typ oder durch andere Krankheitsbilder bedingt.

Die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ - erfordert nach ICD-10, dass die oben genannten allgemeinen Demenzkriterien erfüllt sind. Zusätzlich sollen folgende Bedingungen vorliegen (ICD-10, zit. n. RKI, 2005: 8):

- schleichender Beginn der Symptomatik mit langsamer Verschlechterung
- Ausschluss von Hinweisen auf andere Ursachen eines demenziellen Syndroms
- Fehlen eines plötzlichen Beginns oder neurologischer Symptome wie Halbseitenlähmung und Gesichtsfeldausfälle

Weiter unterteilt wird die Demenz vom Alzheimer Typ in eine Form mit frühem Beginn (Beginn in einem Alter unter 65 Jahren und verhältnismäßig schnelle Progredienz) und eine Form mit spätem Beginn (ab einem Alter von 65 Jahren mit langsamer Progredienz). Darüber hinaus gibt es noch die „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ (Mild Cognitive Impairment, MCI) als eine, mit Hilfe von Tests, nachweisbare Störung des Gedächtnisses oder ein Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten ohne Einschränkung der Alltagsfunktionen. Die internationale Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen sieht die „Leichte kognitive Störung“ vor (ICD-10: F06.7). Eine leichte kognitive Beeinträchtigung kann, muss aber nicht die Vorstufe einer Demenz sein. (RKI, 2005: 8)

2.1.2. Risikofaktoren für und Ursachen von Demenz

Was die Ursachen von Demenz angeht, so gibt es noch keine eindeutigen Erkenntnisse. Es wird davon ausgegangen, dass bei der Entstehung mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Neben dem gesicherten Risikofaktor „Alter“ gibt es nach Angaben des Robert-Koch-Institutes diesbezüglich verschiedene Vermutungen:

Genetische Prädisposition: Der Anteil der familiär bedingten Demenzen wird auf 5-10% geschätzt. Dazu gehören auch seltene, autosomal dominant vererbte Genmutationen, die zwangsläufig in der Folge zu Demenz führen. Genetische Prädispositionen für Demenz können auch auf Varianten des Apolipoprotein E (ApoE) beruhen, allerdings wird vermutet, dass diese eher auf das Erkrankungsalter, als generell auf die Entwicklung einer Demenz Einfluss haben.

Krankheiten: Vorhofflimmern, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes Mellitus, chronischer Alkoholmissbrauch, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen und Übergewicht könnten einen Einfluss insbesondere auf die Entwicklung von vaskulären Demenzen haben.

Bildung: In mehreren Studien wurde eine niedrige Schulbildung als Risikofaktor gefunden. Dies könnte mit verschiedenen Ursachen in Verbindung gebracht werden, so z.B. eine frühe Störung der Hirnreifung, weniger geistige Stimulation und damit geringere Reservekapazität des Gehirns oder Bildungs-assoziierte Unterschiede im Gesundheitsverhalten und entsprechende Arbeitsplatzrisiken. (RKI, 2005: 10)

Es werden auch soziale Risikofaktoren diskutiert. So hat etwa eine Untersuchung von Hakansson et al. ergeben, dass Menschen, die im mittleren Lebensalter (50 Jahre) ohne PartnerIn leben, ein doppelt so hohes Risiko haben, später an Demenz zu erkranken – bei Menschen, die zu etwa diesem Zeitpunkt Witwe/r wurden, besteht sogar ein achtfach erhöhtes Risiko (Hakansson et al., 2009, online).

2.1.3. Prävention von Demenz

Auf der anderen Seite gibt es auch viele Bemühungen präventive Faktoren für Demenz zu erforschen. Ein Übersichtsartikel über diesbezügliche, aktuelle Forschungsergebnisse von Middleton und Yaffe nennt folgende Faktoren, für die eine präventive Wirkung gefunden wurde: die Kontrolle vaskulärer Risikofaktoren, kognitive, körperliche und soziale Aktivität, Diät und das frühzeitige Erkennen einer etwaigen Depression. Middleton und Yaffe weisen allerdings darauf hin, dass viele der zugrunde liegenden Untersuchungen nicht sicher aussagekräftig seien, da die jeweiligen Faktoren nur schwer voneinander getrennt betrachtet werden könnten und es auch nicht immer klar sei, ob der Faktor, z.B. Depression, Ursache oder Folge einer bereits bestehenden Prädisposition oder Krankheit sei.

Die präventiven Effekte bestimmter Ernährungsgewohnheiten werden v.a. in der Aufnahme von Antioxidantien und ungesättigten Fettsäuren lokalisiert, was etwa bei Obst-, Gemüse- oder fischreicher Kost gegeben ist (Middleton & Yaffe, 2009: 1210ff). Auch spe-

ziell den Vitaminen E und C wird eine, bei der Entstehung einer Demenz bedeutsame, Wirkung gegen oxidativen Stress beigemessen. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass die Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika und Statine das Risiko einer Demenz vom Alzheimer-Typ reduzieren kann (RKI, 2005: 11).

2.1.4. Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz

Demenz ist bisher nur eingeschränkt beeinflussbar, eine Heilung ist nicht möglich. Neben einer medikamentösen Therapie stehen verschiedene psychosoziale sowie ökologische und soziale Interventionen zur Verfügung, die das Fortschreiten kognitiver Störungen verzögern und dem Verlust an Alltagskompetenz entgegenwirken können. (RKI, 2005: 17) Darüber hinaus haben Lankers et al. 2010 in einer Studie gefunden, dass zu Hause gepflegte Demenzkranke im Durchschnitt etwa zwei Jahre länger leben, als im Heim untergebrachte (Lankers et al., 2010).

2.2. Prävalenz von Demenz bei MigrantInnen

Zahlen zur Prävalenz von Demenz bei MigrantInnen in Deutschland liegen bisher nur als Schätzungen vor. Das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie am Universitätsklinikum Köln erhebt zurzeit diesbezügliche Zahlen (Passon - informell, 2010). Erste, unveröffentlichte Schätzungen bei Personen zwischen 70 und 90 Jahren nennen eine Prävalenz von 7,1 % männlicher Versicherter mit deutscher Abstammung gegenüber 4,1% männlicher Versicherter mit Migrationshintergrund (bei weiblichen Versicherten 9,5% gegenüber 6,1%). Was die Ursachen für diese Diskrepanz zwischen Personen deutscher Abstammung und Personen mit Migrationshintergrund sind, kann noch nicht gesagt werden.

Die Zahlen zur Prävalenz von Demenz bei MigrantInnen in Deutschland könnten durch verschiedene Faktoren beeinflusst sein:

- **Genetische Ursachen** - u.a. Vorkommen von Varianten des ApoE (Radzey, 2008: 24ff)
- **Lebensstil** - MigrantInnen leben gesünder, z.B. gute Ernährung (Hendrie, 2006, zit. n. DeSS, 2008: 27)
- **Keine oder späte Diagnosestellung wegen anderer Krankheitssicht** - z.B. führt die Sicht von Demenz als normaler Alterserscheinung zu einer Vorstellung von Nicht-Beeinflussbarkeit und ärztliche Hilfe wird entsprechend nicht gesucht (Huismann, Raven & Geiger, 2000: 135)
- **Auftreten anderer Symptome** - die Symptome bei MigrantInnen unterscheiden sich von denen der autochthon-deutschen Bevölkerung (oder werden von ihnen anders bewertet) und werden daher evtl. weniger oder später bemerkt (Sink, 2004: 1280)

- **Keine Diagnose wegen Barrieren im Gesundheitssystem** - MigrantInnen nehmen ärztliche Hilfe (aus verschiedenen Gründen) weniger in Anspruch (Geiger & Razum, 2006: 732), auch Verständigungsprobleme im Gesundheitssystem können u.U. zu weniger Diagnosen führen (Piechotta, 2008: 227)
- **„Healthy-Migrant-Effekt“** - der Healthy-Migrant-Effekt besagt, dass diejenigen MigrantInnen, die nach Deutschland kommen, verhältnismäßig gesünder sind als die Gesamtbevölkerung ihres Herkunftslandes (Kohls, 2008: 17ff)
- **Fehler bei den Diagnosen** - die Diagnoseinstrumente für Demenz sind zum großen Teil sprachbasiert und für viele MigrantInnen nicht geeignet (Müller, 2008: 33ff)

Ob also Demenz tatsächlich seltener bei MigrantInnen vorkommt, oder ob sie lediglich weniger wahrgenommen und diagnostiziert wird, lässt sich dementsprechend nicht sagen. Da es für diese Arbeit von Interesse ist, ob etwa eine andere Krankheitssicht auch einen Einfluss auf die genannten Symptome, den Umgang und die Diagnose haben könnte, werden im Folgenden Vergleichsuntersuchungen bzgl. der Prävalenz von Demenz bei MigrantInnen dargestellt – zunächst Vergleiche zwischen verschiedenen Kulturen, bzw. Ländern, danach zwischen Menschen derselben Ethnie in verschiedenen Ländern und abschließend zwischen Menschen verschiedener Ethnie innerhalb desselben Landes.

Prävalenz in verschiedenen Kulturen, bzw. Ländern

Zunächst ist von Interesse, ob die Prävalenz von Demenz in verschiedenen Kulturen gleich hoch ist, denn davon könnte sich ggf. eine entsprechend abweichende Prävalenz bei MigrantInnen ableiten. Die WissenschaftlerInnen der „10/66 Dementia Research Group“ haben die Prävalenz von Demenz anhand von Kultur- und Bildungs-sensiblen Diagnose-Instrumenten in verschiedenen Ländern verglichen. In der Studie wurden Unterschiede bzgl. der Prävalenz gefunden, so betrug etwa die Prävalenz für über 65-Jährige in Kuba 12,6%, in der dominikanischen Republik 9,8%, im urbanen China 8% und im ländlichen China 4,8%. (Rodriguez et al., 2008: 467)

Eine Schätzung der Alzheimer Gesellschaft aus dem Jahre 2008 gibt folgende internationale Prävalenz an:

Demenz bei MigrantInnen

WHO – Region	Beschreibung	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	75-79 Jahre	80-84 Jahre	85 Jahre und älter
EURO (A)	Westeuropa	0.9	1.5	3.6	6.0	12.2	24.8
EURO (B)	Osteuropa	0.9	1.3	3.2	5.8	12.2	24.7
EURO (C)	Osteuropa	0.9	1.3	3.2	5.8	11.8	24.5
AMRO (A)	Nordamerika	0.8	1.7	3.3	6.5	12.8	30.1
AMRO (D)	Südamerika	0.8	1.7	3.4	7.6	14.8	33.2
AMRO (C)	Südamerika	0.7	1.5	2.8	6.2	11.1	28.1
EMRO (B)	Mittlerer Osten	0.9	1.8	3.5	6.6	13.6	25.5
EMRO (D)	Nordafrika/ Mittlerer Osten	1.2	1.9	3.9	6.6	13.9	23.5
WPRO (A)	Japan, Australien, Neuseeland	0.6	1.4	2.6	4.7	10.4	22.1
WPRO (B)	China und Nachbarn	0.6	1.7	3.7	7.0	14.4	26.2
SEARO (B)	Indonesien, SL, Thailand	1.0	1.7	3.4	5.7	10.8	17.6
SEARO (D)	Indien und Nachbarn	0.4	0.9	1.8	3.7	7.2	14.4
AFRO (D)	Sub-Sahara Afrika	0.3	0.6	1.3	2.3	4.3	9.7
AFRO (E)	Sub-Sahara Afrika	0.5	1.0	1.9	3.8	7.0	14.9

TAB. 4: ADI CONSENSUS ESTIMATES FOR THE PREVALENCE OF DEMENTIA (%), BY WHO REGION AND AGE GROUP. THE LETTERS IN BRACKET REFER TO THE DEVELOPMENT OF THE REGION; A=LOWEST MORTALITY Regions; E= HIGHEST MORTALITY REGIONS. (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL: THE PREVALENCE OF DEMENTIA WORLDWIDE, 2008)

Die AutorInnen der o.g. Studie beschreiben allerdings Schwierigkeiten bezüglich der Vergleichbarkeit der Zahlen, die es vor allem bei der Verwendung nicht Kultur- und bildungs-sensibler Messinstrumente gäbe. So könnte es z.B. zu kulturellen Effekten bei den Aussagen der Befragten über den intellektuellen Abbau der Betroffenen sowie über soziale und berufliche Beeinträchtigungen kommen: Rodriguez et al. vermuten etwa, dass kognitive Beeinträchtigungen in weniger entwickelten Ländern eine geringere Bedeutung für das Erfüllen der sozialen Rolle hätten – u.a. aufgrund der stärkeren instrumentellen Unterstützung älterer Menschen dort. Außerdem könnten die Befragten real vorhandene Beeinträchtigungen im Interview aufgrund einer Kultur des Respekts gegenüber älteren Menschen verschweigen. Darüber hinaus könnte es sein, dass die Befragten die Beeinträchtigung oder die Abnahme an Fähigkeiten als einen normalen Altersprozess betrachten und glauben, sie deshalb nicht erwähnen zu müssen. (Rodriguez et al., 2008: 473)

Schon 1987 fand Bensmail eine niedrige Rate von Demenzerkrankungen in Algerien und vermutete, dass diese auch mit der hohen Toleranz des soziokulturellen Kontextes gegenüber älteren Menschen zusammenhänge (Bensmail, 1987: 1303).

Demenz bei MigrantInnen

Die gefundene unterschiedliche Prävalenz in den Ländern könnte aber auch für den vermuteten genetischen Risikofaktor Allel ApoE-4 (das e4-Allel des Apolipoproteins auf Chromosom 19) sprechen, da die drei Allel-Varianten des ApoE bei Menschen verschiedener Ethnien unterschiedlich häufig vorkommen können (Radzey, 2008: 25).

Als Erklärung für die hohen Raten in Kuba wiederum werden Defizite in der Ernährung vermutet (Radzey, 2008: 25-29).

Prävalenz von Demenz bei derselben Ethnie in verschiedenen Ländern

Vergleichsuntersuchungen bei Menschen derselben ethnischen Herkunft im Herkunftsland und in der Migration haben eine unterschiedlich hohe Prävalenz für Demenz gezeigt, was tendenziell eher gegen eine große Bedeutung genetischer Faktoren spricht. So wurde für nach Hawaii ausgewanderte JapanerInnen eine höhere Prävalenz für Demenz festgestellt, als für JapanerInnen im Herkunftsland. Als Gründe dafür sind etwa umweltbedingte oder kulturelle Einflüsse der Migration oder die psychosozialen Folgen der Migration vorstellbar. (White et al., 1996 nach Radzey in DESS, 2008: 26)

Eine andere Studie hat die Inzidenz von Demenz in der nigerianischen Bevölkerung mit der in die USA migrierter NigerianerInnen verglichen. Die Inzidenz der NigerianerInnen im Herkunftsland war signifikant niedriger. Dies galt allerdings auch für mehrere andere Krankheiten wie Diabetes mellitus, hoher Blutdruck, erhöhte Cholesterinwerte, so dass auch hier ein Zusammenhang mit Ernährungsgewohnheiten oder sozialen und kulturellen Faktoren vermutet werden könnte. (Hendrie et al., 2006, zit. nach Radzey in DESS, 2008: 27)

Vergleichsuntersuchungen von Menschen verschiedener ethnischer Herkunft innerhalb eines Landes

Untersuchungen deuten darauf hin, dass bestimmte ethnische Minderheiten in den USA stärker von Demenz betroffen sind als die weiße Mehrheitsgesellschaft - so etwa die „African Americans“ (Husaini et al., 2003: 95) und die „Latinos“, die 7 Jahre früher von Demenz betroffen sein könnten als die Restbevölkerung (Clark et al., 2005, zit. n. Aranda & Morano, 2007: 189). Vermutet werden könnte, dass in diesen Fällen auch die psychosozialen Folgen der Migration, bzw. des Lebens als „ethnic minority“ eine Rolle spielen.

Die besonderen Belastungen durch die Migration könnten eine frühzeitige Alterung bei MigrantInnen bewirken, so dass auch altersbedingte Krankheiten, wie etwa Demenz früher auftreten könnten (Weiss, 2003: 148, zit. n. Piechotta, 2009: 78). Das vermutet auch Steinhoff, vom „Informationszentrum für demenziell und psychisch erkrankte sowie geistig behinderte Migranten und ihre Angehörigen“ – „IdeM“ – er nennt ein durch die Beratungsstelle erfasstes Durchschnittsalter von 58,5 Jahren bei betroffenen MigrantInnen (Jonas, 2007: 8). Auch die von Raven und Huismann untersuchten Fälle türkischer MigrantInnen mit Demenz wiesen ein außergewöhnlich niedriges Alter auf: 50, 52, 54, 60 und 62 Jahre (Raven & Huismann, 2000: 193). Und auch in Bezug auf Pflegebedürftigkeit allgemein wurde in einer Studie der Stadt Bremen aus dem Jahr 2007 eine frühere Pflegebe-

dürftigkeit von MigrantInnen im Vergleich zu Pflegeversicherten allgemein festgestellt – Migranten wurden im Durchschnitt mit 64 Jahren pflegebedürftig, Migrantinnen mit 72 Jahren (Gesundheitsamt Bremen, 2007: 14).

Die im Kapitel 2.2. vorgestellten Vergleichsuntersuchungen ergeben kein eindeutiges Bild und können die vielfältigen Faktoren, die präventiv oder verstärkend auf Demenz wirken könnten, nicht alle identifizieren und voneinander isoliert betrachten. So könnten einige Ergebnisse darauf hin deuten, dass Menschen in der Migration stärker, bzw. früher von Demenz betroffen sein könnten, andere hingegen könnten dafür sprechen, dass MigrantInnen aufgrund kulturell bedingter, gesundheitserhaltender Verhaltensweisen, wie etwa bestimmter Ernährung, auch in der Migration weniger von Demenz betroffen sind.

2.3. Demenz-Symptome bei MigrantInnen

Menschen verschiedener Herkunftsländer/Ethnien haben nicht zwangsläufig die gleichen Krankheitssymptome (vgl. Kap. 1.4.2.). Keine wesentlichen Unterschiede bzgl. der Demenz-Symptome fanden Levkoff et al. bei African, Chinese, Puerto Rican und Irish Americans (Levkoff et al., 1999: 340).

Die „10/66 Dementia Research Group“ verglich die Häufigkeit von Verhaltens- und psychische Symptomen bei Demenzkranken in Entwicklungs- und Industrieländern. Es wurde eine ähnlich hohe Prävalenz von Verhaltenssymptomen gefunden. Es gab jedoch bspw. große Unterschiede zwischen deren Vorkommen in Indien und in China – in China wurde davon am seltensten berichtet. Die AutorInnen dieser Studie geben jedoch zu bedenken, dass sich diese niedrigere Rate in Asien auch mit kulturell bedingten Schranken gegenüber Auskünften an Fremde erklären ließe. Darüber hinaus wurden auch regionale Unterschiede beim Auftreten spezieller Symptome gefunden - so wurden hohe Raten von Agitation, Herumwandern und Schlafstörungen bei den indischen Befragten angegeben, hohe Raten Vokalisierung hingegen in Lateinamerika. Die psychischen Syndrome (Depression, Angstneurose und schizofreniforme/paranoide Psychose) wurden am häufigsten in Lateinamerika angegeben und am seltensten in China. (10/66 Dementia Research Group, 2004: 454f)

Sink verglich die Demenz-Symptome von „White“, „Black“ und „Latino Americans“ und berichtet, dass die „Black“ und „Latino Americans“ von mehr verschiedenen Symptomen sprachen. „Black Americans“ nannten häufiger als die anderen Gruppen Gesprächigkeit, Halluzinationen, Episoden unbegründeter Wut, Herumwandern und Wecken der Angehörigen, „Latino Americans“ nannten ebenfalls häufiger Halluzinationen, Wut, Herumwandern und zusätzlich Streitlust (im Original: „combativeness“). (Sink, 2004: 1280)

Ein Symptom, das speziell MigrantInnen trifft, ist der Zweitsprachverlust im Verlauf einer Demenzerkrankung. So gehen die Kenntnisse der meist erst später erlernten Sprache des Aufenthaltslandes schon in frühen Stadien der Demenz verloren. (Hirsch, 2006: 1; Piechotta & Matter, 2008: 228; Jones, Chow & Gatz, 2006: 17 für Asian Americans)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Untersuchungen über Demenz-Symptome in verschiedenen Ländern oder bei verschiedenen Ethnien zwar gewisse diesbezügliche Unterschiede gefunden haben, aber ebenfalls keine Aussagen getroffen werden können, ob diese Unterschiede etwa genetische, kulturelle oder soziale Gründe haben.

2.4. Problematik der Diagnose

Bezüglich der Diagnosestellung gibt es an verschiedenen Punkten Hindernisse für MigrantInnen:

- Die Notwendigkeit medizinischer Hilfe, bzw. einer Diagnose zu erkennen
- Den Weg zur Hilfe zu finden
- Die kulturelle Prägung und Sprachlastigkeit der meisten Diagnoseinstrumente
- Der oft späte Zeitpunkt der Diagnosestellung

So vermuteten die von Piechotta & Matter befragten Einrichtungen, dass es aufgrund von Sprachproblemen und der verbreiteten Wahrnehmung von Demenz als normalem Zeichen des voranschreitenden Alters meist gar nicht erst zu diagnostischen Verfahren und Pflegegutachten käme (Piechotta & Matter, 2008: 227).

Daher kommt es auch bei MigrantInnen oft erst in einem späteren Krankheitsstadium als bei der Mehrheitsbevölkerung zu einer Diagnosestellung (Hinton & Levkoff, 1999: 463; Jutlla & Moreland, 2006: 27).

Wenn MigrantInnen Demenz als eine zu behandelnde Krankheit anerkennen und den Weg zu ärztlicher Hilfe finden, kommt die Hürde der Diagnostik. Die zumeist benutzten Diagnoseinstrumente sind kulturell von der Mehrheitsgesellschaft geprägt und beziehen sich vorwiegend auf sprachliche und mathematische Fähigkeiten (Raabe, 2007: 13). Dies sind bei eingeschränkten Deutschkenntnissen, geringerem Bildungshintergrund oder gar Analphabetismus keine verlässlichen Kriterien (Kessler, Ozankan & Onur, 2008: 65ff; Piechotta & Matter, 2008: 228).

Auf Seiten der ärztlichen Beurteilung ist etwa das bei vielen geriatrischen Assessments zentrale Kriterium des Abbaus funktionaler Fähigkeiten (im Original „functional decline“) ebenfalls kulturell konstruiert und kann in verschiedenen Kulturen jeweils eine unterschiedliche Bedeutung haben (Kramer, 1996: 179 und Kapitel 2.2.1.).

In Deutschland ist aus diesem Grund das Diagnoseinstrument „TRAKULA“ - das Transkulturelle Assessment mentaler Leistungen - entwickelt worden, das hauptsächlich auf Bildern basiert. Ursprünglich wurde TRAKULA für türkische MigrantInnen entwickelt, aktuell wird es auch für MigrantInnen anderer Herkunftsländer angepasst. (Raabe, 2007: 14; Kessler, Ozankan & Onur, 2008: 65ff)

Dabei kann eine frühe Diagnosestellung in mehrerer Hinsicht eine Bedeutung haben (Hinton, Franz & Friend, 2004: 134):

Demenz bei MigrantInnen

- reversible Formen von Demenz können erkannt und behandelt werden
- Menschen, die früh von der Demenzdiagnose erfahren, können selber noch aktiv Lebensplanung machen
- Demenztherapie, pharmakologisch und nicht-pharmakologisch ist effektiver, wenn sie früh begonnen wird
- Interventionen können die Lebensqualität der Betroffenen steigern, Angehörige entlasten und eine stationäre Unterbringung hinausschieben

Auch für die Angehörigen kann die Diagnose eine große Rolle spielen: Die von Piechotta und Matter interviewten Angehörigen Demenzkranker beschrieben, dass die oft Jahre andauernde Zeit der Ungewissheit bis zur Diagnose schwierig für sie gewesen sei. Die Diagnose schließlich wurde regelrecht erleichtert aufgenommen, weil insbesondere die Verhaltenssymptome jetzt endlich erklärt werden konnten. (Piechotta & Matter, 2008: 228)

Verwey weist zudem darauf hin, dass es bedeutsam sein kann, wem man eine Diagnose mitteilt. So ist es in manchen Kulturen, wie auch in Europa früher, üblich, dass die Diagnose einer bösartigen Erkrankung nur den Angehörigen und nicht den Betroffenen mitgeteilt wird. (Verwey, 2003: 293)

2.5. Die Situation von an Demenz erkrankten MigrantInnen und deren Angehörigen in Deutschland

Die Situation betroffener MigrantInnen und deren Angehöriger hat zwei Aspekte: die Unterstützungstruktur und die psychosoziale Situation.

Über die psychosoziale Situation der von Demenz betroffenen MigrantInnen in Deutschland ist nicht viel bekannt. Untersuchungen zu diesem Thema gibt es nicht. Ein solches Unterfangen würde sich auch angesichts der sowieso schon bestehenden Hindernisse, Menschen mit Demenz zu interviewen, extrem schwierig gestalten. Klassische Interviews mit Betroffenen sind aufgrund des kognitiven Abbaus nur im Anfangsstadium möglich - ein Stadium, in dem Demenz, insbesondere von MigrantInnen, oft noch nicht als solche wahrgenommen wird. Dazu kommen die mit Demenz einhergehenden, zunehmenden Verständigungsprobleme, vor allem in der Zweitsprache.

2.5.1. Die Situation der Angehörigen

Die Situation von Angehörigen Demenz-kranker MigrantInnen wurde von Küçük, Raven & Huismann sowie indirekt über die Aussagen von Hilfeeinrichtungen durch Piechotta & Matter untersucht (Küçük, 2007; Raven & Huismann, 2000; Piechotta & Matter, 2008). Allerdings geht es in den genannten Untersuchungen fast ausschließlich um türkisch stämmige MigrantInnen. Küçük berichtet von „... starken psychischen, familiären und sozialen Belastungen der pflegenden Angehörigen ...“ (Küçük, 2008: 115), etwa in Form von Schuldgefühlen, Gefühlen von Hilflosigkeit und Kontaktabbrüchen innerhalb der Familie und im sozialen Netzwerk (a.a.O., 110ff). Huismann, Raven & Geiger fanden bei den Pfl-

gepersonen einen in Folge der körperlichen und psychischen Belastung (Schock, Angst und Ohnmachtsgefühle, Trauer und trügerische Hoffnung auf Besserung, Verleugnung eigener Interessen) verschlechterten Gesundheitszustand in Form von Schlafstörungen, Erschöpfungszuständen und körperlichen Verschleißerscheinungen. Außerdem hatten die Verhaltensänderungen der Betroffenen zu einer Verschlechterung der Beziehung zwischen Pflegeperson und Betroffener/Betroffener geführt, zu Spannungen, Gefühlen wie Ärger, Wut, Hass, Peinlichkeit und Schuldgefühlen. Entlastung fanden Angehörige u.a. durch Gespräche mit ÄrztInnen und TherapeutInnen, sie hatten aber alle Schwierigkeiten, passende Entspannungsformen zu finden. (Huismann, Raven & Geiger, 2000: 130f) Von einer Bestärkung durch die Anerkennung der geleisteten Pflege von anderen Familienmitgliedern, Verwandtschaft oder FreundInnen erzählten von Küçük befragte Angehörige (Küçük, 2007: 106).

2.5.2. Das Hilfesystem

Das Hilfesystem für von Demenz Betroffene und ihre Angehörigen in Deutschland steht grundsätzlich auch MigrantInnen mit gesichertem Aufenthaltsstatus offen (vgl. Kap. 1.1.).

Zunächst ein Überblick über die zur Verfügung stehenden Hilfen:

Stationär	Wohngemeinschaften, Pflegeheim, Kurzzeitpflege
Ambulant	ambulante Dienste, Haushaltshilfen, ehrenamtliche HelferInnenkreise und Besuchsdienste, Betreuungsgruppen, Tagespflegeeinrichtungen, Pflegegeld
Beratung	Angehörigengruppen, Alzheimer Initiativen und Gesellschaften, Demenzberatungsstellen, Pflegenottelefon für Angehörige, Pflegekurse
Diagnostik	Hausarzt, Neurologen/Psychiater, Gedächtnissprechstunden, bzw. Memory-Kliniken an neurologischen Kliniken

Darüber hinaus gibt es in einigen Städten auf MigrantInnen oder bestimmte MigrantInnengruppen spezialisierte Dienste und Einrichtungen sowie Informationsveranstaltungen und –Materialien in verschiedenen Sprachen.

2.5.2. Wissen über Demenz und das Hilfesystem

Schon in der Gesamtbevölkerung, insbesondere in bildungsferneren Schichten, ist das Wissen über die vielfältigen Unterstützungsangebote für Angehörige von Demenzkranken gering (Küçük, 2007: 34f). Insofern ist es nicht verwunderlich, wenn MigrantInnen, die sich mit dem deutschen Gesundheitssystem nicht so gut auskennen und/oder die deutsche Sprache nur eingeschränkt beherrschen, noch weniger Kenntnisse darüber aufwei-

sen (Jonas, 2007: 6; Piechotta & Matter, 2008: 226, Huismann, Raven & Geiger, 2000: 133). Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher lediglich Untersuchungen über das Wissen türkischer MigrantInnen über Demenz und das Hilfesystem. Bei der Befragung fünf türkischer pflegender Angehöriger fanden Raven und Huismann einen sehr geringen Informationsstand bezüglich Demenz. Nur in einem der fünf Fälle ist Demenz vor der Erkrankung ein Thema gewesen, im Herkunftsland war Demenz kein Gegenstand der Diskussion gewesen und den Angehörigen war keine Information über Situation pflegender Angehöriger in ihrer Muttersprache bekannt. Auch hatte keiner der Angehörigen eine fachliche Einweisung in häusliche Pflege erhalten und drei der fünf Befragten hatten keine Informationen über die Leistung der Pflegeversicherung. Raven und Huismann führen ein Großteil der Informationsdefizite bezüglich der Unterstützungsmöglichkeiten und des Hilfesystems auf die Sprachproblematik zurück. Auf der anderen Seite waren die befragten Angehörigen aber auch mit den „westlichen“ medizinischen und paramedizinischen Versorgungseinrichtungen nicht vertraut, so sind etwa ambulante Pflegedienste in den Herkunftsländern nicht bekannt. (Raven & Huismann, 2000: 193f)

Auch die Untersuchung von Piechotta und Matter ergab ein Wissensdefizit bei türkischen MigrantInnen bezüglich demenzieller Erkrankungen sowie ebenfalls eingeschränkte Kenntnisse über die Möglichkeiten Sozialleistungen zu beziehen (Piechotta & Matter, 2008: 227). Küçük hingegen berichtet, dass ein Teil der von ihr interviewten türkisch stämmigen pflegenden Angehörigen Demenzkranker in Berlin durchaus Wissen über das Hilfesystem hat. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Befragten ihre Angehörigen bereits seit mehreren Jahren pflegen. (Küçük, 2007: 97)

Es ist auch bei anderen MigrantInnengruppen von einem eher geringen Wissenstand auszugehen, da migrationsbedingt vermutlich allgemein geringe Kenntnisse über das hiesige Gesundheitssystem vorhanden sind und Teile der MigrantInnen aus Kulturen kommen, in denen Demenz im hiesigen Sinne nicht so bekannt ist (vgl. Kap. 2.6.1.2.).

Auch in Großbritannien fanden Jutlla und Moreland bei den interviewten Angehörigen von an Demenz erkrankten asiatischen MigrantInnen sehr eingeschränkte Kenntnisse über die Krankheit und finanzielle und pflegerische Hilfen (Jutlla & Moreland, 2004: 28f). Sie berichten auch, dass es oftmals ganz grundsätzliche Probleme gab, das „Konzept Demenz“ zu verstehen. In asiatischen Sprachen gäbe es kein entsprechendes Wort und Sprache könne ohnehin nicht exakt übersetzt werden, weil die hinter den Worten stehenden kulturellen Bedeutungen verschieden seien. So betonten auch viele der interviewten Angehörigen, dass sie erst durch Gespräche mit professionellen HelferInnen in ihrer Muttersprache ein Verständnis von Demenz entwickelt hätten. Und auch die pflegenden Angehörigen, die die englische Sprache beherrschten, fanden es schwierig, die Krankheit anderen Familienangehörigen in der Muttersprache zu erklären. (Jutlla & Moreland, 2004: 26)

Huismann, Raven & Geiger weisen darüber hinaus darauf hin, dass Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten allein nicht ausreichen würden - die Angesprochenen müss-

ten außerdem wissen, wie sie die Hilfen nutzen könnten (Huismann, Raven & Geiger, 2000: 124).

2.5.3. Versorgungssituation von MigrantInnen mit Demenz

In welcher Form Demenzkranke betreut und versorgt werden, bleibt meist die Entscheidung der Angehörigen. Dabei ist eine stationäre Unterbringung oft Folge einer Abwägung der Vor- und Nachteile, des Gewünschten und des Realistischen. Diese Abwägungen anzustellen, ist oftmals sehr schwierig und das Ergebnis unterliegt eigenen oder fremden moralischen Ansprüchen und Bewertungen. Diese Entscheidung wird umso schwieriger, als mittlerweile Forschungsergebnisse vorliegen, die besagen, dass Betroffene, wenn sie in der Familie gepflegt werden, länger leben (Lankers et al., 2010: 254ff). Im Folgenden werden Erkenntnisse über familiäre Pflege, die Nutzung professioneller Unterstützungsangebote und die Vorstellungen von MigrantInnen bzgl. adäquater Hilfen dargestellt.

2.5.3.1. Familiäre Pflege

Auch wenn bis zu 80% aller Demenzkranken im Laufe ihrer Erkrankung in ein Pflegeheim übersiedeln, lebt – zu jedem gegebenem Zeitpunkt – die Mehrzahl der Demenzkranken (in Deutschland etwa 60 %) in Privathaushalten und wird überwiegend von Familienmitgliedern betreut (RKI, 2005: 25). MigrantInnen scheinen noch häufiger als autochthon Deutsche ihre betroffenen Angehörigen im Rahmen der Familie zu versorgen, auch wenn die Möglichkeit und der Wille dazu durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen und einen Wandel der Einstellungen in der Migration immer mehr abnimmt (vgl. Kap. 1.3.). Die in einer Untersuchung von Piechotta und Matter befragten MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen (Beratungsstellen für MigrantInnen, Kliniken, Bezirksamt, MDK, stationäre und ambulante interkulturell ausgerichtete Pflegeeinrichtungen) gaben an, dass die Angehörigen von an Demenz erkrankten MigrantInnen sich eher mit der Pflege zu Hause überfordern würden, als den Angehörigen ambulant oder stationär versorgen zu lassen (Piechotta & Matter, 2008: 227). Und auch Küçük berichtet von vielfältiger, emotionaler und instrumenteller Unterstützung durch Familienmitglieder in türkisch-stämmigen MigrantInnenfamilien. Für fast alle Befragten war es selbstverständlich, die Pflege des Demenzkranken Elternteils zu übernehmen. Küçük vermutet neben normativen und moralischen Verpflichtungen auch Wiedergutmachungsimpulse bei den Angehörigen als Ursache dafür. Sie sagt, dass eine Kombination dieser Motive zur Pflegeübernahme führe. Weitere Umstände würden die Pflegebereitschaft der Angehörigen beeinflussen: z. B. das Wohnen im gemeinsamen Haushalt, die fehlenden, bzw. mangelnden Kenntnissen über Versorgungsalternativen, der Erziehungsurlaub einer IP sowie die mangelnden kulturspezifischen Versorgungsalternativen im Gesundheitssektor. (Küçük, 2007: 76) Darüber hinaus wurden die von Küçük befragten türkisch stämmigen pflegenden Angehörigen bei der Pflege oftmals durch weitere Familienmitglieder unterstützt (Küçük, 2007: 94).

Aus den USA berichtet Jett ebenfalls von einem großen familiären Unterstützungspotential unter „African Americans“. Oft würden einzelne Familienmitglieder, z.T. abwechselnd über Nacht bei der dementen Person bleiben, und wenn das nicht mehr ginge, würde sie mit in den eigenen Haushalt aufgenommen. Professionelle Hilfe werde eher nicht gesucht. Gleichzeitig würde die Unterstützung durch die Familie aber auch von der Community erwartet werden, es gäbe diesbezüglich einen moralischen Druck. (Jett, 2006: 7f)

Von der Selbstverständlichkeit in der philippinischen Kultur, Demenzerkrankte innerhalb der Familie zu pflegen, berichten McBride und Parreno. Hintergrund sei die besondere Bedeutung der Familie und der Respekt gegenüber Älteren - auch noch in der Migration. Die Gesamtheit der Familie werde dabei als wichtiger angesehen, als die Einzelperson. (McBride & Parreno, 1996: 126ff)

Einschränkend muss gesagt werden, dass das soziale Umfeld in der Migration nicht immer intakt ist, so leben auch viele ältere MigrantInnen in Single-Haushalten (vgl. Kap. 1.1.). Und ebenso wichtig zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Pflegearbeit in MigrantInnenfamilien vermutlich mindestens so häufig von weiblichen Angehörigen geleistet wird, wie dies bei autochthon Deutschen der Fall ist (Zielke-Nadkarni, 2003: 395 und RKI, 2005: 16).

2.5.3.2. Nutzung von professionellen Unterstützungsangeboten durch MigrantInnen

Basis für eine Nutzung von Angeboten ist das Wissen über deren Existenz. Das ist wie in Kap. 2.5.2. beschrieben gering. Raven und Huismann sprechen darüber hinaus von einer mangelhaften Transparenz der Zugangswege zu hilfeleistenden Institutionen. Drei der fünf von ihnen befragten MigrantInnen hatten keine Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung. Alle gaben an, keine Informationen über sonstige finanzielle Hilfsquellen zu haben. (Raven & Huismann, 2000: 193)

Wenn die Unterstützungsmöglichkeiten bekannt sind und die Bereitschaft zur Nutzung besteht, nehmen MigrantInnen am häufigsten finanzielle Unterstützung (v.a. Pflegegeld) und weniger praktische, professionelle ambulante oder stationäre Pflege in Anspruch (Raven & Huismann, 2000: 191, Anderson, 2008: 71).

Entsprechend der in Kapitel 1.4.3.4. dargestellten allgemeinen Barrieren gegenüber der Inanspruchnahme professioneller medizinischer oder pflegerischer Hilfe vermuten Raven und Huismann auch im Fall von Demenz besondere Barrieren: So könnten z.B. kulturell und religiös verwurzelte Einstellungen über das Familiensystem als „*Garant gegenseitiger Unterstützung und als Schonraum für Intimität und Körperlichkeit*“ der Inanspruchnahme entgegenstehen. Darüber hinaus gäbe es nicht selten ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber der hiesigen hochspezialisierten Medizin sowie Befürchtungen, dass eine Inanspruchnahme von staatlichen Leistungen die Aufenthaltsberechtigung in Deutschland gefährden könne. (Raven & Huismann, 2000: 195)

Demenz bei MigrantInnen

Mangelnde Erfahrungen und Vorurteile gegenüber dem Hilfesystem als Gründe für eine geringe, bzw. fehlende Inanspruchnahme von Leistungen fand Küçük bei türkisch stämmigen Angehörigen Demenzkranker (Küçük, 2008: 112).

Die von Piechotta und Matter interviewten MitarbeiterInnen von Kliniken hatten dementsprechend kaum Erfahrungen mit betroffenen MigrantInnen. Ihre Vermutungen bzgl. der Gründe dafür waren folgende: die Betroffenen würden vorwiegend innerhalb der Familie gepflegt werden, es käme bei MigrantInnen kaum zu diagnostischen Verfahren und die Symptome würden oft als normale Alterserscheinung interpretiert werden. Außerdem stelle die Sprache eine hohe Zugangsbarriere gegenüber Hilfeeinrichtungen dar. Und selbst, wenn die Einrichtungen etwa gezielt Werbung für türkische MigrantInnen gemacht hätten, (z.B. mit dem Hinweis auf türkisch-sprachiges Personal, die Berücksichtigung religiöser und kulturelle Bräuche und der Ernährungsgewohnheiten), hätte es kaum Resonanz gegeben. (Piechotta & Matter, 2008: 226)

In mehreren internationalen Untersuchungen wird Scham und Angst vor Stigmatisierung als Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfen bei Demenz genannt (vgl. etwa Jones, Chow & Gatz, 2006: 20; Elliott et al., 1999: 93; Tempo & Saito, 1999: 114).

Wenn professionelle Hilfe von MigrantInnen in Anspruch genommen wird, geschieht dies häufig erst sehr spät. Gründe dafür könnten u.a. eine gewisse „Schicksalsergebenheit“, geschlechtsspezifische Zurückhaltung (Raven & Huismann, 2000: 194) sowie eine verzögerte, weil erschwerte Diagnostik aufgrund sprachlicher und kultureller Verständigungsprobleme bei der Hausärztin, bzw. dem Hausarzt sein (Piechotta & Matter, 2008: 228). Auch Jutlla und Moreland berichten aus Großbritannien, dass viele der von ihnen interviewten Angehörigen Demenzkranker asiatischer MigrantInnen erst Jahre nach Beginn der Krankheit Hilfe suchten. Mehrere von ihnen gaben allerdings an, sie hätten sich eher Hilfe gesucht, wenn sie früher gewusst hätten, dass es sich um Demenz handele. (Jutlla & Moreland, 2007: 25)

Eine späte oder fehlende Inanspruchnahme von Hilfen kann ähnliche Konsequenzen haben, wie die im Kapitel 2.4. beschriebenen Folgen einer späten Diagnose, so setzen etwa mögliche Therapien erst später ein und kausal behandelbare Formen von Demenz werden nicht entdeckt (Sürer, Teschauer & Danek, 2008: 105).

Eine Konsequenz aus der oft nicht bedürfnisgerechten medizinischen Versorgung kann sein, dass MigrantInnen oftmals alternativ oder parallel zur Regelversorgung auch kulturspezifische Hilfe, etwa bei türkischen MigrantInnen durch Heiler in Anspruch nehmen (Huismann, Raven & Geiger, 2000: 134).

Im Folgenden der Forschungsstand zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen in verschiedenen Bereichen:

Nutzung von Beratung

MigrantInnen suchen selten Rat in den Beratungssprechstunden der Alzheimer Gesellschaften (Piechotta & Matter, 2008: 222). Drei der sechs von Küçük interviewten türkischstämmigen Angehörigen hatten Kenntnisse über Beratungs- bzw. Informationsangebote für Angehörige von Demenzkranken. Zu beachten ist wiederum, dass diese Angehörigen bereits seit mehreren Jahren Pflegeerfahrung hatten. Zwei der drei Angehörigen waren mit den ihnen bekannten Angeboten unzufrieden. Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Beratungsstellen lagen vor allem in den mangelnden Erfahrungen und fehlenden Kenntnissen über deren Existenz sowie auch in den negativen Erfahrungen, bzw. der Unzufriedenheit damit. (Küçük, 2007: 97f)

Nutzung ambulanter Pflege

Zwei von sechs der von Küçük befragten Angehörigen gaben an, dass sie professionelle Unterstützung als wichtige Entlastungsmöglichkeit ansähen – es handelte sich bei diesen um die zwei Söhne der Betroffenen – die anderen Angehörigen waren weiblich. Ihnen stehen sieben- bzw. fünfmal in der Woche (drei- bzw. einmal täglich) professionelle Pflegekräfte eines kulturspezifischen ambulanten Pflegedienstes zur Seite. Als Grund für die Inanspruchnahme professioneller Pflegekräfte wird in einem Fall die Aufrechterhaltung der Intimsphäre des Vaters genannt, im anderen Fall berufliche und familiäre Verpflichtungen. Des Weiteren sind die beiden betreffenden Demenz-kranken Elternteile fünfmal in der Woche in einer kulturspezifischen Tagespflegestätte untergebracht. (Küçük, 2007: 96)

Auch die Hälfte der von Huismann, Raven & Geiger befragten Angehörigen signalisierten Offenheit und Interesse für ambulante Hilfe (Huismann, Raven & Geiger, 2000: 133).

Nutzung von stationärer Unterbringung

Ein Großteil der Demenzkranken muss früher oder später in einem Pflegeheim versorgt werden (RKI, 2005: 21). Sowohl viele MigrantInnen, als auch autochthon Deutsche versuchen jedoch eine stationäre Unterbringung ihrer an Demenz erkrankten Angehörigen so lange wie möglich zu vermeiden. Abgesehen von den bereits erwähnten, oftmals starken, moralischen Bedenken gegenüber einer außerfamiliären Unterbringung haben viele MigrantInnen auch schlechte Erfahrungen mit stationärer Unterbringung in ihren Herkunftsländern. So berichten Zielke-Nadkarni et al. etwa von einem großen Misstrauen jüdischer MigrantInnen bezüglich professioneller Pflege, das auf den schlechten Erfahrungen mit Institutionen und der Diskriminierung als jüdischer Minderheit in den Herkunftsländern beruhe. Eine außerfamiliäre Versorgung stelle quasi eine Auslieferung des Familienmitglieds dar. (Zielke-Nadkarni et al., 2004: 333)

Für MigrantInnen kann eine stationäre Unterbringung auch oftmals eine weitere „Entfremdung“ in einer ohnehin schon fremden Umgebung darstellen. Piechotta beschreibt diesen Aspekt für an Demenz erkrankte MigrantInnen eindrucksvoll:

„Für Menschen, die an Demenz leiden, wandelt sich ein Land der persönlichen und kollektiven Erinnerungen zu immer kleineren und weniger werdenden Erinnerungsinseln (Mitmenschen, Sprache, Essen, Musik, kulturelle, religiöse Haltungen und Handlungen, etc.). Ein zusätzliches Wegbrechen dieser biographisch determinierten Erinnerungsinseln wie durch einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung, die keine gewohnten Speisen des Herkunftslandes anbietet und kein muttersprachliches Personal hat, bedeutet für diese Menschen einen nicht zu kompensierenden existentiellen Verlust von persönlicher Lebensgeschichte, Identität, Vertrautheit, Vertrauen sowie verbalen und nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten.“ (Piechotta, 2009: 78f)

2.5.3.3. Für MigrantInnen wichtige Aspekte bezüglich der professionellen Unterstützung

Küçük befragte die türkisch stämmigen Angehörigen Demenzkranker nach ihren Vorstellungen über adäquate Beratung. Diese wünschten sich:

- Beratungsstellen verstärkt in Bezirken mit einer hohen Dichte an Personen mit türkischem Migrationshintergrund und einer guten Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr
- Kultur- und fachspezifische Kompetenzen des/der Beraters/Beraterin und gute Türkischkenntnisse
- schriftliche Informationen über das Krankheitsbild, den Umgang mit dem/der Demenzkranken und die Unterstützungsangebote
- eine (geschlechtsspezifische) Selbsthilfegruppe, die psychosoziale Unterstützung und Erfahrungsaustausch mit Gleichbetroffenen bietet
- Öffentlichkeitsarbeit über die türkischen Medien (z. B. Hörfunk und Fernsehen), um die mangelnde Erfahrung und das fehlende Wissen bezüglich der Angebote von Beratungsstellen aufzuheben (Küçük, 2007: 107)

Bezüglich der (teil-)stationären Unterbringung sahen die von Küçük interviewten türkischen MigrantInnen kulturspezifische Wohngemeinschaften, Pflegeheime, Tagespflegestätten und Kurzzeitpflegeeinrichtungen für demenziell Erkrankte als besonders wichtig und hilfreich an. Insbesondere der kulturelle Hintergrund des Personals und entsprechende Sprachkenntnisse seien dabei von Bedeutung. (Küçük, 2007: 108)

2.6. Krankheitstheorien in Bezug auf Demenz

Über die Krankheitstheorien von MigrantInnen in Bezug auf Demenz wurde in Deutschland bisher nicht geforscht. Aus anderen Ländern liegen jedoch Ergebnisse über Krankheitskonzepte und Vorstellungen über die Entstehung und Beeinflussbarkeit von Demenz vor, die, wie bereits angemerkt, allerdings nicht direkt auf die hiesigen Verhältnisse übertragen werden können (vgl. z.B. Adamson: Awareness and Understanding of Dementia in African/Caribbean and South Asian Families; Connell, Roberts & Mc Laughlin: Public O-

pinion about Alzheimer Disease among Blacks, Hispanics and Whites; Hashmi: Dementia: an Anthropological Perspective). Für Deutschland gibt es allerdings einzelne Berichte aus der Praxis, in denen bestimmte Aspekte der Krankheitsicht - insbesondere von türkischer MigrantInnen geschildert werden (z.B. Aussagen der MitarbeiterInnen der „Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige“ in Jonas & Helck, 2007: 10). Im Folgenden werden die diesbezüglichen internationalen Ergebnisse und die Aussagen der PraktikerInnen in Deutschland dargestellt.

2.6.1. Konzepte von Demenz

Wie Demenz betrachtet wird, hängt eng mit dem kulturellen Hintergrund der jeweiligen Person zusammen. Entscheidend ist etwa auch, welche Position ältere Menschen in der jeweiligen Kultur haben (vgl. Kap. 1.3.) Die Konzepte von Demenz können grob in fünf Modelle eingeteilt werden – das „bio-medizinische Modell“, „Demenz als normale Alterserscheinung“, „Demenz als zweite Kindheit“, „Demenz als psychische Krankheit“ und „Demenz als Geschehnis mit einem bestimmten Sinn“. Diese Aufzählung ist jedoch nicht als ausschließlich zu verstehen, sondern stellt eine grobe Zusammenfassung der im Rahmen diverser Untersuchungen gefundenen Sichtweisen dar, die sich vielfach auch überschneiden und sowohl in den jeweiligen Kulturen, als auch bei den einzelnen Menschen nebeneinander vorkommen (Alzheimer's Australia, 2008; Dilworth-Anderson & Gibson, 2002).

2.6.1.1. Das „Bio-medizinische“ Modell

Die Vorstellung, dass Demenz eine Krankheit sei und bio-medizinisch zu erklären, ist das in den westlichen Industrieländern vorherrschende Konzept. Auch wenn dieses Konzept einem großen Teil der Bevölkerung dieser Länder als selbstverständlich erscheint, ist es genauso als kulturell und historisch geprägt anzusehen, wie die anderen Konzepte (Leibing, 2002: 215). Demenz als Krankheit zu betrachten, ist die Basis für die vielfältigen bio-/medizinischen Forschungsvorhaben auf diesem Gebiet und impliziert einen besonderen Schutz der/des daran Erkrankten sowie den Anspruch auf medizinische und materielle Versorgung und Unterstützung (Wetzstein, 2005: 126). Diese medizinische Sichtweise ist jedoch auch hier nicht unhinterfragt. Wetzstein etwa stellt die Kategorisierung von Demenz als Krankheit in Frage und gibt an, dass viele der bei einer Alzheimer-Demenz auftretenden Symptome auch als „normale“ Altersprozesse gelten könnten. Es sei nicht klar, ob die Alzheimer-Demenz eine besonders ausgeprägte Form des Alterns sei oder ein eigener Prozess - ob also ein grundlegender oder nur ein gradueller Unterschied zwischen Altern und Demenz bestehe. (a.a.O.: 107)

Hinter der bio-/medizinischen Sichtweise von Demenz stehen die in westlichen Industrieländern verbreiteten Paradigmen der Kognition/Leistungsfähigkeit und der Unabhängigkeit/Selbstkontrolle als Erwartungen an den modernen Menschen.

Das Paradigma der Kognition/Leistungsfähigkeit

Wetzstein meint, dass das in Deutschland am häufigsten vertretene Demenzkonzept von drei Kernkriterien dominiert werde: einer Pathologisierung, dem „Kognitiven Paradigma“ und der Vernachlässigung der zweiten Hälfte des Demenz-Prozesses (a.a.O.: 95).

Für die vorliegende Arbeit sind insbesondere die Pathologisierung und das Kognitive Paradigma von Bedeutung. Wetzstein nennt die Leistungsorientierung in dieser Gesellschaft als einen Grund dafür, dass Demenz als Krankheit angesehen werde. Das zeige sich auch darin, dass einhergehend mit der Aufwertung der aktiven, kompetenten Alten, die kognitiv eingeschränkten pathologisiert werden würden. (Wetzstein, 2005: 112ff)

Insgesamt sei das moderne Menschenbild hierzulande davon geprägt, dass erst die kognitiven Fähigkeiten den Mensch zum Menschen machen würden (Wetzstein, 2005: 96ff).

Für die US-amerikanische Kultur beschreibt Gaines ebenfalls die Bedeutung von Kognition:

“Some cultures generally emphasize cognitive functioning and see it as distinct from the affective dimension of the psyche. This is the cultural orientation of American (WASP) culture and of biomedicine, the professional medical system grounded in that cultural tradition. That cognition and affect are not >naturally< but rather culturally differentiates is clearly shown in a number of recent psychiatric anthropological works on this issue. Individuals in such a culture achieve and maintain a sense of self-worth through the display and nurturing of cognitive or intellectual abilities. There is some indication that those of this cultural orientation will often perceive signs of change due to Alzheimer’s early and seek diagnosis before these changes are even clinically detectable.” (Gaines, 1989: 36)

Und Leibing sieht die vorherrschende Sichtweise von Demenz im Zusammenhang mit der großen Bedeutung von Wissen und Gedächtnis in den Industrieländern heutzutage:

„Alzheimer’s might also be considered part of modernity’s preoccupations or even obsession with memory.“ (Leibing, 2002: 214)

In anderen Kulturen hingegen könnte laut Gaines die Kognition keine so große Rolle spielen:

„One cultural belief is that if an individual can function, his or her sense of self-worth is maintained, because role performance is valued more than intellectual abilities. Another cultural belief is that thinking too much can drive a person crazy. Families tend to focus on affective functioning rather than on cognitive functioning.“ (Gaines, zit. n. Lewis & Chavis Ausberry, 1996: 172)

Zur Bedeutung von Kognition im Zusammenhang mit Demenz in der chinesischen Gesellschaft etwa, fasst Hashmi die Aussagen von Ikels (2002) zusammen:

„... the chinese concept of the self and of mental function does not prioritise the cognitive domain.“ (Hashmi, 2009: 209)

Das Paradigma der Unabhängigkeit und Selbstkontrolle

Neben den kognitiven Fähigkeiten, können auch Selbstkontrolle und –Verantwortlichkeit sowie Unabhängigkeit als zentrale Werte westlicher Gesellschaften genannt werden, die im Fall von Demenz bedroht scheinen. Ballenger meint, dass deren Verlust im Fall von Demenz insbesondere für Mittelschicht-Amerikaner eine große Bedeutung hätte:

„ ... loss of self-control, awareness, and personal responsibility are themselves perhaps the most horrifying things imaginable to middle-class Americans.“ (Ballenger, 2006: 115)

Auch Hashmi beschreibt die westliche Sicht auf Demenz als geprägt von Angst vorm Alt- und Abhängig-werden und der Befürchtung, das Selbst zu verlieren. Er stellt die These auf, dass, wenn das Selbst in Beziehung zu Menschen definiert werde – wie eher in anderen Gesellschaften zu finden – etwa über das „Mutter- oder Cousin-Sein von ...“, die abnehmende Autonomie in Folge einer Demenzerkrankung die Person an sich nicht so in Frage stellen würde. (Hashmi, 2009: 211)

Leibing und Cohen sprechen sogar davon, dass die „*biomedizinische Dekonstruktion der Senilität*“ die Stigmatisierung Betroffener noch verstärkt habe (Leibing & Cohen, 2006: 115).

2.6.1.2. Demenz als normale Alterserscheinung

In vielen Kulturen wird Demenz nicht als Krankheit, sondern entsprechende Symptome werden als normale Alterserscheinung betrachtet. Der Abbau kognitiver Fähigkeiten und das zunehmende Abhängig-Sein von Familienangehörigen wird als etwas hingegenommen, das zum Alt-Werden dazugehört. Aber auch in unserer Gesellschaft wird Demenz im Frühstadium oftmals nicht als Krankheit wahrgenommen.

So vermuten auch die von Piechotta und Matter befragten Klinik-MitarbeiterInnen, dass Demenz von türkischen MigrantInnen oft als „*zwangsläufiges Zeichen des voranschreitenden Alters*“ gewertet werden würde (Piechotta & Matter, 2008: 226f). Vergleichbares sagten auch die von Huismann, Raven & Geiger interviewten ExpertInnen aus (Huismann, Raven & Geiger: 2000: 135). Und auch Untersuchungen in den USA zeigen, dass Demenz von ethnischen Minderheiten häufiger als normaler Altersprozess betrachtet wird, als von der Mehrheitsgesellschaft (für „African Americans“ vgl. Connell et al., 2007: 237, für „Hispanic Americans“ vgl. Jett, 2006: 5; für „Chinese Americans“ vgl. Elliott et al., 1996: 92). Jutlla und Moreland fanden diese Vorstellung ebenfalls bei Angehörigen indisch- und pakistanisch-stämmiger Einwanderer in Großbritannien. So berichtet eine der Interviewten, dass sie sich der Krankheit erst bewusst wurde, als der Demenzkranke gewalttätig wurde. (Jutlla & Moreland, 2007: 26)

2.6.1.3. Demenz als „Zweite Kindheit“

In der afrikanischen-karibischen MigrantInnencommunity in Großbritannien gibt es ein Sprichwort: „One a man, twice a child“, das Demenz beschreibt (Jutlla & Moreland, 2008: 2). So oder in ähnlicher Weise wird Demenz in verschiedenen Kulturen als „Zweite Kindheit“ beschrieben oder genannt. Diese Sichtweise stellt eine besondere Ausprägung der Betrachtung von Demenz als normaler Alterserscheinung dar. Auch in diesem Konzept werden die Demenzsymptome als etwas „Natürliches“, zum Alt-Werden Dazugehörendes betrachtet, darüber hinaus wird aber das Verhalten der Betroffenen mit dem Verhalten und den Entwicklungsprozessen in der Kindheit gleichgesetzt - nur in umgekehrter Richtung. So wie Kinder von einem Zustand des Nichts-Könnens, Abhängig- und Unvernünftig-Seins aus kontinuierlich dazu lernen, verlieren die alten Menschen nach und nach ihre Fähigkeiten und ihre Vernunft wieder und werden wieder abhängig von der Pflege Angehöriger.

Diese Sichtweise wurde u.a. bei indigenen amerikanischen Kulturen (Kramer, 1996: 179), in Südindien (Shaji et al., 2003: 2), bei „Chinese Americans“ (Hinton & Levkoff, 2004: 465), puerto-ricanischen (Levkoff et al., 1999: 342) und vietnamesischen (Lui, 2008: 293) MigrantInnen in den USA und bei afrikanisch-karibischen MigrantInnen in Großbritannien (Jutlla & Moreland, 2008: 2) gefunden.

Auch die Verwendung von Sprache kann das Konzept „Zweite Kindheit“ ausdrücken: Eine puertorikanische Migrantin in den USA etwa sprach von ihrer Demenz-kranken Mutter als „her little one“, die ihren „little room“ hat und ihre „little clothes“ trägt. Wenn sie ihr Herumwandern und Weglaufen beschreibt, sagt sie „she disappears the way a child disappears“ (Levkoff et al., 1999: 342).

Und in Südindien gibt es den umgangssprachlichen Begriff „Chinnan“ für Demenz, der „wie ein Kind“ bedeutet (Shaji et al., 2003: 2).

Eine Angehörige der von Hinton & Ladson interviewten „Chinese Americans“ in den USA sagte über ihre an Demenz erkrankte Mutter:

„Old people change. In Chinese there is a saying, >when a person gets old, he changes into a baby.< The elder will change into a baby. ...“ (Hinton & Levkoff, 2004: 465)

Lui vermutet, dass die Bezeichnung „kindisch“ für Demenzkranke unter chinesischen und vietnamesischen MigrantInnen in den USA eine Art soziale Distanzierung darstellen könnte, um klar zu stellen, dass diese Person in allen Lebensbereichen inkompetent und damit nicht mehr ernst zu nehmen sei (Lui, 2008: 293).

2.6.1.4. Demenz als psychische Krankheit

Es kommt in verschiedenen Kulturen vor, dass Demenzkranke als „verrückt“ bezeichnet werden, Demenz also als psychische Krankheit angesehen wird. Die MitarbeiterInnen der

Demenz bei MigrantInnen

Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten berichten, dass diese Vorstellung auch in der türkischen MigrantInnen-Community in Deutschland vorkäme (Jonas & Helck, 2007: 10).

Lombardo et al. berichten, dass viele Mitglieder der chinesisch-amerikanischen Community in den USA Demenz als Geisteskrankheit ansehen würden (Lombardo et al., 2007: 205). Auch Elliott et al. fanden diese Sichtweise unter chinesischen MigrantInnen in den USA und merken an, dass dies Vertuschen und Scham zur Folge hätte (Elliott, et al., 1996: 92). Tempo und Saito, berichten, dass japanische MigrantInnen-Familien der ersten Einwanderer-Generationen in den USA Demenz als psychische Krankheit und Stigma ansehen würden, das möglichst in der Community verheimlicht werden sollte (Tempo & Saito, 1996: 114). Und auch bei pakistanischen und indischen MigrantInnen in Großbritannien kommt diese Vorstellung vor (Jutlla & Moreland, 2007: 26).

Als Besessenheit von Geistern interpretieren Angehörige der vietnamesischen MigrantInnencommunity in den USA die Demenzsymptome (Mahoney et al., zit. n. Alzheimer's Australia, 2008: 10).

2.6.1.5. Demenz als Geschehnis mit einem bestimmten Sinn

Nicht zuletzt suchen Menschen oft einen Sinn für Krankheiten, und auch dieser ist kulturell geprägt:

„ Culture may provide not only abstract notions about the nature and cause of illness, but also prototypical stories to help make sense of the forgetfulness, confusion and disability that sometimes accompanies old age.“ (Hinton & Levkoff, 2004: 469)

Einen subjektiven Sinn erhält Demenz, wenn wie berichtet, türkische Angehörige davon ausgehen, dass die Last der Pflege gottgewollt und Schicksal sei (Raven & Huismann, 2000: 194).

Einen anderen Sinn hat Demenz, wenn sie, wie bei einigen indigenen amerikanischen Kulturen als Vorbereitung auf das Sterben betrachtet wird - in Form von Kommunikation mit dem Leben nach dem Tod in einer Periode des Überganges in die andere Welt (Kramer, 1996: 179). Auch Henderson & Henderson befragten Angehörige von an Demenz erkrankten US-amerikanischen UreinwohnerInnen. Diese interpretierten die Symptome z.T. als „mystical awe“ (Übersetzungsmöglichkeit etwa: Mystische Ehrfurcht, Anm. d. A.) und als Sprechen mit den Geistern der Toten. (Henderson & Henderson, 2002: 206)

2.6.2. Vorstellungen über die Ursachen

Die Vorstellungen über die Ursachen von Demenz hängen eng mit den Krankheitskonzepten zusammen. So liegt etwa bei einem bio-medizinischen Krankheitskonzept eine organische, bzw. genetische Ursache nahe, im Falle des Konzeptes von Demenz als normaler Alterserscheinung oder zweiter Kindheit jedoch bedarf es keiner Ursache. Die meisten

Demenz bei MigrantInnen

Menschen haben mehrere Erklärungen dafür, wie Demenz entstehen kann. In industrialisierten, westlichen Gesellschaften herrschen jedoch oft bio-/medizinische Ursachenvorstellungen vor. Zusätzlich schreiben aber auch hier Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit den psychosozialen Einflussfaktoren (wie Stress, Persönlichkeitsmerkmalen, Gesundheits- und Risikoverhalten) eine große Bedeutung zu (Faltermaier, 2001: 109).

Die verschiedenen Vorstellungen über die Ursachen von Demenz können nicht Menschen aus spezifischen Herkunftsländern, bzw. Kulturen zugeordnet werden, wohl gibt es aber Tendenzen in dem Sinne, dass Menschen bestimmter Kulturen eher auf bio-/medizinische Erklärungsmuster und andere eher auf traditionelle Erklärungsmuster (im Original „folkmodel“), etwa verhaltensbezogene Ursachenvorstellungen zurück greifen. So fand Hinton in einer Studie über die Vorstellungen von der Entstehung von Demenz bei „African“, „Asian“, „Latino“ und „Anglo (europäisch-stämmige, Anm. d. A.) Americans“, dass am häufigsten Kombinationen von biomedizinischen und verschiedenen Laienvorstellungen vorkamen. Allerdings waren die „Anglo-Americans“ die Gruppe, die am häufigsten ausschließlich auf biomedizinische Modelle zurück griffen; „Asian Americans“ hingegen griffen am häufigsten zu traditionellen Erklärungsmustern. (Hinton, 2005: 1407)

Auch Levkoff et al. fanden diese am häufigsten bei „Chinese“-, aber auch bei „Puerto Rican Americans“ (Levkoff et al., 1999: 341).

Traditionelle Erklärungsmuster, wie etwa das Zurückführen von Demenz auf psychosozialen Stress haben nach Hinton die Funktion, die Krankheit verständlicher oder weniger mysteriös erscheinen zu lassen, außerdem wäre die Gefahr der Stigmatisierung, die für die Betroffenen mit einer westlich-medizinischen Diagnose verbunden ist, dann nicht so groß. (Hinton, 2005: 1407f)

Leibing sagt, dass Menschen auf der Suche nach einem Sinn für die Demenzerkrankung die Erklärungsmuster individuell nach dem subjektiv empfundenen Lebensweg richten würden. So würde z.B. bei einem als sorglos empfundenen Leben eher eine biomedizinische Erklärung „gewählt“ werden, bei einem Leben, das im Rückblick als hart und problematisch betrachtet wird, werde hingegen genau dieser Umwelteinfluss als Erklärung herangezogen. (Leibing, 2002: 223)

In manchen Untersuchungen wurden bedeutsame Unterschiede zwischen den Vorstellungen über die Ursachen von Demenz der verschiedenen ethnischen Minderheiten und der jeweiligen Mehrheitsbevölkerung gefunden (Roberts et al., 2003; Hinton & Levkoff, 1999), in anderen Untersuchungen waren diese Unterschiede nicht so groß (Adamson, 2001). Adamson etwa fand in ihrer Untersuchung über das Verständnis von Demenz bei afrikanisch/karibischen und südasiatischen MigrantInnen in Großbritannien, dass auch viele der afrikanisch/karibisch stämmigen Angehörigen Demenz auf biomedizinische Erklärungen zurückführten. Sowohl die südasiatischen als auch die afrikanisch-karibischen Befragten gaben an, Demenz könne auch als Folge einer Krankheit oder deren medikamentösen Behandlung entstanden sein. Zusätzlich wurden von diesen auch biographische

Ereignisse wie die Berentung oder Verluste als mögliche Ursachen aufgeführt. In der südasiatischen Gruppe gab es darüber hinaus die Vorstellung, Demenz könne die Strafe für eine Sünde sein. Insgesamt unterschieden sich in dieser Untersuchung die Aussagen wenig von den Vorstellungen der Mehrheitsgesellschaft - bei den MigrantInnen kam als mögliche Ursache noch die Migration hinzu. (Adamson, 2001: 394f)

2.6.2.1. Psychosoziale Belastung als Ursache von Demenz

Zu psychosozialen Belastungen können sowohl vergangene Erlebnisse, als auch Faktoren der aktuellen Lebenssituation zählen.

Dilworth-Anderson und Gibson (USA) fanden im Rahmen ihrer Untersuchung über den kulturellen Einfluss auf das Verständnis von Demenz bei ethnischen Minoritäten in den USA eine große Bedeutung psychosozialer Erklärungsmuster (im Original: „Pressure – experiences of pressure, stress, worry, anxiety, trauma, and/or family discord“). Diese wurden zwar auch bei europäisch stämmigen Amerikanern gefunden, hatten bei ihnen aber einen etwas anderen Zusammenhang: ihre Erklärungsmuster waren enger mit dem Krankheitsprozess assoziiert – bei den „Hispanic -“ und „African Americans“ hingegen wurde Demenz eher als eine natürliche Folge eines harten Lebens betrachtet. Bei den „Chinese Americans“ fanden Dilworth-Anderson und Gibson eine weitere Art psychosozialer Erklärung: dort hat die Störung von Harmonie, vor allem in der Familie und die Zuschreibung von Verantwortung für eigene Sorgen („Dan Xin“) gemäß der traditionellen chinesischen Medizin eine besondere Bedeutung (Dilworth-Anderson & Gibson, 2002: 59-61).

Jett fand in ihrer Befragung von „African Americans“ in den USA u.a. die Vorstellung, Demenz könne ausgelöst oder verschlimmert werden durch exzessiven Stress, Einsamkeit und fehlende Stimulation (Jett, 2006: 5).

Die von Hinton und Levkoff interviewten „Hispanic Americans“ berichteten oft von Einsamkeit und Verlusterfahrungen in der Familie als Ursache. Hinton und Levkoff meinen, dass wenn Demenz als Folge traumatischer Erlebnisse gesehen werde, sie besser verstehbar und weniger stigmatisierend sei. (Hinton & Levkoff, 2004: 465ff)

Psychologische Traumata in der Vergangenheit in den Erklärungsmustern fanden auch Levkoff et al. in den USA, so sprachen etwa „Chinese Americans“ in diesem Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen während der Kulturrevolution in China und „Puerto Rican Americans“ vom Verlust naher Familienangehöriger (Levkoff et al., 1999: 342).

2.6.2.2. Spezielle Verhaltensweisen als Ursache von Demenz

Die MitarbeiterInnen der „Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten und ihre Angehörige“ berichten, dass manche Hodschas (in diesem Zusammenhang Islamgelehrte, Anm. d. A.) in der türkischen MigrantInnencommunity behaupten würden,

dass Demenz eine Strafe Allahs für (unmoralischen) Lebenswandel oder anderes Fehlverhalten sei (Jonas & Helck, 2007: 10).

Lui fand bei den von ihm befragten chinesisch- und vietnamesisch-stämmigen pflegenden Angehörigen in den USA die Vorstellung, dass u.a. schuldhaftes Verhalten der Familie und Zu-Viel-Denken, bzw. mentale Erschöpfung eine Ursache für Demenz sein könne (Lui, 2008: 291).

Jones, Chow und Gatz fanden bei „Korean“, „Japanese“ und „Chinese Americans“ neben biomedizinischen Erklärungen auch den Lebensstil als mögliche Erklärung für Demenz. Eine besondere Rolle wurde dabei auch den Essgewohnheiten beigemessen, die im negativen Fall zu Demenzzymptomen und auch bei den Pflegenden zu Stress führen könnten. (Jones, Chow & Gatz, 2006: 14, 22)

Die Interviews von Jett mit „African Americans“ in den USA ergaben verschiedene Vorstellungen bzgl. Verhaltensweisen, die Demenz auslösen oder verschlimmern könnten: Alkohol- und Drogenkonsum, Verwünschungen, falsche Ernährung oder aber, dass Demenz eine Strafe Gottes sei für begangene Sünden (Jett, 2006: 5).

Ebenfalls Alkoholkonsum und Zu-Viel-Denken fanden Hinton und Levkoff als Ursachenvorstellungen bei „Puerto Rican Americans“ (Hinton & Levkoff, 2004: 465ff).

In der „Chinese ethnic minority“ fanden Elliott et al. u.a. die Vorstellung von Demenz als Folge von Missetaten der Ahnen, als Besessenheit der betroffenen Person von bösen Geistern, als Ungleichgewicht zwischen Yin und Yang oder als Folge von einer falschen Ausrichtung eines Hauses, Grabes, etc. nach Feng Shui (Elliott et al., 1996: 92).

In der indischen Gesellschaft wird Demenz oft auf Vernachlässigung der Familie zurückgeführt - Verhaltensprobleme werden daher selten medikamentös behandelt. Gedächtnisverlust generell wird häufig mit Schock oder Traurigkeit in Verbindung gebracht. (Cohen, 1998, zit. n. Hashmi, 2009: 211)

2.6.2.3. Bio-/medizinische Erklärungen für die Entstehung von Demenz

Bio-medizinische Vorstellungen von der Entstehung von Demenz können am ehesten dem „Bio-medizinischen Modell“ im vorigen Kapitel zugeordnet werden, denn, wenn Demenz als eine Krankheit gesehen wird, wird meist auch eine im biologisch/medizinischen Bereich liegende Ursache vermutet, manchmal auch kombiniert mit psychosozialen Einflüssen.

Zum bio-/medizinischen Erklärungsmuster können sowohl Vorstellungen gehören, dass Krankheiten, Vererbung oder degenerative neurologische Prozesse im Gehirn die Ursache von Demenz seien, als auch umweltbedingte Einflüsse, wie etwa giftige Substanzen, Medikamenteneinnahme oder die Folgen eines Unfalls.

MitarbeiterInnen der „Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige“ berichten, dass es in der türkischen Gesellschaft Angst vor Anste-

ckung oder Vererbbarkeit von Demenz gäbe, dies würden auch einige Hodschas vertreten (Jonas & Helck, 2007: 10). Angst vor Ansteckung fand auch Lui bei „Asian Americans“ in den USA (Lui, 2008: 292).

Jones, Chow & Gatz fanden bei „Korean“, „Japanese“ und „Chinese Americans“ oft neurologische und genetische Ursachenvorstellungen (Jones, Chow & Gatz, 2006: 14).

Umweltgifte als ursächlich benannten einige der von Levkoff et al. befragten „chinese american caregivers“. Sie gaben an, dass Demenz in ihrem Herkunftsland nicht vorkäme, in den USA hingegen gäbe es viele chemische Düngemittel und Nahrungszusatzstoffe und daher auch Demenz. (Levkoff et al., 1999: 342)

In einer Untersuchung von Alzheimer's Australia wurde gefunden, dass nur wenige MigrantInnen Demenz mit Veränderungen im Gehirn verbanden, wohl aber häufiger mit Krankheiten wie Diabetes, Kopfschmerzen und Herzkrankheiten (Alzheimer's Australia, 2008: 9).

2.6.3. Konsequenzen aus den Krankheitskonzepten und den Erklärungsmustern

Levkoff et al. benennen Konsequenzen aus verschiedenen Krankheitskonzepten und Erklärungsmodellen. Das biomedizinische Modell würde am ehesten zu früher Diagnose und Behandlung führen. Das Konzept von Demenz als normalem Altersprozess hingegen erfordere in den früheren Phasen nur wenige Aktivitäten seitens der pflegenden Angehörigen. Und auch die Sichtweise von Demenz als Folge psychischer Traumata könnte die Hilfesuche verzögern, weil in einigen Kulturen psychische Krankheit als etwas Beschämendes angesehen werde und es daher besser sei, die Betroffenen in der Familie zu belassen (Levkoff et al., 1999: 341).

2.6.4. Vorstellungen über Verlauf und Beeinflussbarkeit

Die Krankheitskonzepte und Erklärungsmuster beeinflussen auch die Vorstellungen über den Verlauf einer Demenzerkrankung und die Beeinflussbarkeit dieser, sowohl in Form von primärer, als auch sekundärer und tertiärer Prävention.

So gibt es z.B. die Vorstellung, dass Demenz durch bestimmte Verhaltensweisen verhindert werden könne. Aus Deutschland berichten die MitarbeiterInnen der „Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten und ihre Angehörigen“, dass ein Hodscha in der türkischen MigrantInnencommunity behauptet hätte, dass, wer von klein an im Koran lese, keine Demenz bekommen würde (Jonas & Helck, 2007: 10).

Die von Jones, Chow und Gatz interviewten „Korean“, „Japanese“ und „Chinese Americans“ gaben an, dass der Lebensstil, mentale Stimulation, gute Ernährung und körperliches Training präventiv in Bezug auf Demenz wirken könnten (Jones, Chow & Gatz, 2006: 15). Ähnliche Vorstellungen über Prävention wurden allerdings auch in einer Befragung der Gesamtbevölkerung der USA gefunden (Leibing & Cohen, 2006: 143ff).

Das Potential, das Fortschreiten der Demenz zu verlangsamen, könnte nach Bensmail die starke Bindung an den Familienverband und das ausgeprägte Gruppenzugehörigkeitsgefühl in der traditionell maghrebinischen Gesellschaft haben:

„En Algérie, la tolérance vis à vis de la démence sénile, le maintien à domicile, les relations bienveillantes et chaleureuses représentent des facteurs positifs qui sont en corrélation étroite avec la culture traditionnelle maghrébine, et favorise ainsi le ralentissement du processus démentiel.“ (Bensmail, zit. nach Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001: 302)
(sinngemäße Übersetzung d. A.: In Algerien stellen die Toleranz gegenüber der Altersdemenz, das Verbleiben im Haushalt, die wohlwollenden und herzlichen Beziehungen positive Faktoren dar, die in klarer Korrelation mit der traditionellen maghrebinischen Kultur stehen und daher eine Verlangsamung des Demenzprozesses begünstigen)

2.6.5. Krankheitserleben bei Demenz

Über das Krankheitserleben von betroffenen MigrantInnen liegen keine Untersuchungen vor. Das Robert-Koch-Institut berichtet, dass die Diagnose von Demenz-Betroffenen, wenn sie sich noch im Anfangsstadium befinden, meist als sehr schlimm und beängstigend erlebt werde. Sie würden versuchen, die Krankheit zu verbergen oder zu kompensieren und würden sich sozial zurückziehen (RKI, 2005: 16). Das gilt vermutlich ähnlich für das Erleben der Symptome in den Fällen, bei denen Demenz nicht als solche diagnostiziert und/oder wahrgenommen wird. Mit dem Fortschreiten der Krankheit geht auch das Krankheitsbewusstsein verloren, Betroffene nehmen die Störungen immer weniger wahr oder leugnen sie. Es wird aber davon ausgegangen, dass die emotionale Kontaktfähigkeit bis zum Lebensende erhalten bleibt, so dass in diesem Bereich auch psychische Beeinträchtigungen auftreten können. (RKI, 2005: 16)

Was von außen bemerkbar ist, sind in erster Linie die Gefühle und der Grad der Zufriedenheit der Betroffenen. Häufig werden frühere Erfahrungen in Folge des Älterwerdens und speziell einer Demenz wiedererinnert und -durchlebt. Dies kann im Fall von traumatischen Erfahrungen starke Ängste und Misstrauen bei Betroffenen hervorrufen Weitzel-Polzer etwa weist auf Besonderheiten in der Pflege älterer jüdischer MigrantInnen mit Demenz hin. So drohe den Überlebenden der Shoa im Alter eine Reaktivierung des Traumas, da die Erinnerungen an traumatische Erlebnisse zunehmen. Entsprechend sensibel müsse in der Pflege mit Ängsten umgegangen werden. (Weitzel-Polzer, 2002, 193)

Zum Erleben der Angehörigen von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen haben in Deutschland Huismann, Raven und Geiger (2000) und Küçük (2007) geforscht.

Roberts et al. aus den USA berichten, dass gesunde „Black Americans“ Demenz als weniger bedrohlich empfänden als „White Americans“, sie hätten weniger Angst davor, Demenz zu entwickeln und wären weniger besorgt über mögliche Konsequenzen (Roberts et al., 2003: 23f). Eine derartige Einstellung könnte evtl. auch einen Einfluss auf das Krankheitserleben haben.

2.6.6. Krankheitsverhalten/Umgang mit Demenz

Das Krankheitsverhalten Betroffener ist aus bereits genannten Gründen nur sehr schwer erforschbar, daher ist in diesem Abschnitt vorwiegend vom Umgang der Angehörigen mit Demenz die Rede. Die jeweiligen Krankheitskonzepte und Erklärungsmuster haben dabei auch einen Einfluss auf das Krankheitsverhalten, bzw. den Umgang mit Demenz. Zielke-Nadkarni bestätigt diesen Zusammenhang. Nach ihr sind Ursachenattributionen „... Bestandteil des Alltagswissens über Krankheit und daher auch Determinanten des Verhaltens in der Pflegesituation“ (Zielke-Nadkarni, 1999: 285). Zielke-Nadkarni fand bei türkischstämmigen Frauen, dass die häufige Nennung von psychosozialen Ursachenvorstellungen im Zusammenhang stand mit ihren Vorstellungen von Pflege, bei der Zuwendung, Liebe und Mitleid Priorität hatten. (a.a.O.: 285ff)

Auf das Verhalten der (potentiell) Betroffenen bezogen, berichtet Traphagan, dass in Japan ein starker gesellschaftlicher Druck herrsche, im Alter bewusst und (sozial) aktiv zu sein, wenn man das nicht sei, sei man selbst an einer Demenz Schuld. Einen gesunden Geist und Körper zu haben, sei nicht nur von persönlichem Interesse, sondern auch eine soziale Verpflichtung. (Traphagan, 2006: 283)

Der Umgang der Angehörigen mit den Betroffenen

Roberts et al. fanden bei „Black-“ und „White Americans“ in den USA im Umgang mit Demenz v.a. mentale Stimulation, körperliche Übungen und die Einnahme von Vitaminen (Roberts et al., 2003: 22).

Der Umgang kann aber auch durch Scham und Tabuisierung bestimmt sein. Eine von Piechotta und Matter befragte Pflegedienstleitung einer stationären Senioreneinrichtung, in der auch MigrantInnen (u.a. aus der Türkei und der ehem. SU) leben, gab an, dass Demenz immer noch ein Tabuthema sei, das mit Schuldgefühlen der Angehörigen im Fall einer nicht-familiären Unterbringung verbunden sei (Piechotta & Matter, 2009: 227).

Henderson berichtet von MigrantInnen aus Kuba und Puerto Rico in den USA, die Demenz ebenfalls als Stigma und als peinlich ansehen würden, da in diesen Communities großen Wert auf die äußere soziale Erscheinung gelegt werde (Henderson, 1996: 153f).

Das mit Demenz verbundene Stigma und die Scham bei „Chinese Americans“ betrifft auch nicht nur die von Demenz betroffene Person, sondern die ganze Familie, das kann auch zu Befürchtungen führen, dass die Tochter keinen Ehemann finden könnte (Lombardo et al., 2007: 207).

Raven und Huismann sprechen davon, dass zwei der von ihnen interviewten türkischstämmigen Angehörigen die Last der Pflege scheinbar als gottgewollt und schicksalshaft hinnehmen. Raven und Huismann führen dies auf das Traditions- und Religions-geprägte Selbstbild der Pflegepersonen zurück. (Raven & Huismann, 2000: 194).

Zusammenfassung der Krankheitskonzepte von Demenz, deren Erklärungsmustern, den Vorstellungen über Beeinflussbarkeit sowie des Umgangs damit

	Demenz als normaler Altersprozess/ Zweite Kindheit	Demenz als Krankheit	Demenz als psychische Krankheit	Hinter Demenz steht ein Sinn
Erklärungsmuster	Keine Ursachenklärung nötig, evtl. hartes Leben gehabt	Bio-/medizinische Erklärungen: Umwelteinflüsse, Krankheiten, neurologische Degeneration, Erblichkeit, Ansteckung	Psychosoziale Ursachen: Migration, Verlust, Stress, Trauer, biographische Belastungen	Demenzerkrankung ist Gott-gewollt
		Psychosoziale Ursachen	Verhalten (sich Stress aussetzen, z.B.)	Vorbereitung auf den Tod
		Verhalten, z.B. ungesunde Ernährung, Alkohol		Abgrenzung/ Rückzug Älterer
Beeinflussbarkeit	Nein	Wenn beeinflussbar, dann medizinisch oder durch die Vermeidung von entsprechenden Umwelteinflüsse/Risikofaktoren	Wenn beeinflussbar, dann evtl. medizinisch	Evtl.
Umgang	Akzeptanz, weniger Inanspruchnahme von Hilfe	Inanspruchnahme professioneller Hilfe	Oft Tabuisierung und Scham, Vertuschen Weniger Inanspruchnahme von Hilfe	Akzeptanz Weniger Inanspruchnahme von Hilfe

TAB. 5 KRANKHEITSKONZEPTE VON DEMENZ, ERKLÄRUNGSMUSTER UND MÖGLICHE KONSEQUENZEN

2.7. Ressourcen und Belastungen von MigrantInnen angesichts von Demenz

Nach Antonovsky sind „allgemeine Widerstandsressourcen“ die Merkmale einer Person, Gruppe oder Umwelt, die eine Spannungsbewältigung erleichtern können (Antonovsky, 1979: 99). Faltermaier erweitert diese Definition in der Hinsicht, dass Ressourcen bei ihm nicht nur der Bewältigung von Belastungen dienen, sondern auch Voraussetzungen für gesundheitsbezogene Aktivitäten sein können. Gesundheitsressourcen seien „dauerhaft

verfügbare Kräfte oder Merkmale einer Person, sozialen Gruppe oder Umwelt, die eine positive Einflussnahme auf das Gesundheitskontinuum ermöglichen oder erleichtern können.“ (Faltermaier, 2005: 157)

Sie haben nach Faltermaier keinen direkten Einfluss auf die Gesundheit, sie ermöglichen oder erleichtern ihn aber und müssen dafür aber zuerst noch mobilisiert werden (ebd.).

Viele der im Folgenden genannten Ressourcen und Belastungen kommen auch bei autochthon Deutschen vor. Die jeweilige Ausprägung kann aber durchaus strukturell, kulturell oder religiös bedingt bei MigrantInnen anders ausfallen.

2.7.1. Ressourcen

Ressourcen können der Bewältigung von Belastungen und damit auch der Verminderung eines Krankheitsrisikos dienen. Faltermaier unterscheidet soziale, personale und materielle Ressourcen. Faltermaier sieht insbesondere die sozialen Ressourcen als wichtige protektive Faktoren an. (Faltermaier, 2001: 105) Da MigrantInnen, wie in Kapitel 1.1. dargelegt, im Schnitt über geringere materielle Ressourcen wie Geld oder Güter verfügen als autochthon Deutsche, werden sie in diesem Abschnitt nicht erwähnt.

2.7.1.1. Soziale Ressourcen

Soziale Ressourcen können verschiedenen Ebenen haben: emotionale, instrumentelle, informationelle und evaluative Unterstützung (Faltermaier, 2001: 104). Im Folgenden wird die Bedeutung der Familie und des weiteren sozialen Netzwerkes, bzw. der Community für an Demenz erkrankte MigrantInnen dargestellt.

2.7.1.1.1. Familiäre Eingebundenheit

Wie bereits in Kapitel 2.5.3.2. bereits dargelegt, kann die Familie für viele – aber nicht alle – MigrantInnen im Falle von Demenz als bedeutende Ressource gewertet werden. Zielke-Nadkarni et al. etwa sehen die Familie von jüdischen MigrantInnen sogar als wichtigste Ressource im Aufnahmeland an (Zielke-Nadkarni, 2004: 333).

2.7.1.1.2. Soziales Netzwerk/Community

Faltermaier zählt stabile soziale Netzwerke, eine gute soziale Anbindung mit gegenseitiger Hilfeleistung sowie gemeinsame Überzeugungssysteme zu den kulturell geprägten Widerstandsressourcen (Faltermaier, 2001: 99). Auch Kizilhan betont aus salutogenetischer Sicht die Bedeutung von sozialen Netzwerken in der Migration, sie seien für die emotionale, kognitive und materielle Versorgung der Menschen in verschiedenen Bereichen wichtig (Kizilhan, 2007: 27). Auf die allgemeine Bedeutung der sozialen Beziehungen und Netzwerke wurde bereits in Kapitel 1.1. hingewiesen. Speziell in Bezug auf Demenz berichten Geiger und Razum sowie Küçük von der möglichen Unterstützungsfunktion, die ein soziales Netzwerk in Form eines Freundeskreises, der Nachbarschaft, einer religiösen Gemeinde, einer MSO oder einer bestimmten Community für Betroffene oder Angehörige

Demenz bei MigrantInnen

von Demenzkranken MigrantInnen darstellen könne (Küçük, 2007: 95; Geiger & Razum, 2006: 727).

Aus den USA berichtet Jett von der starken Unterstützung unter „African Americans“ - oft würden Nachbarn Betroffenen Essen bringen und nach ihnen sehen - die Community würde eine Art Schutzraum darstellen. Einschränkend fügt sie hinzu, dass es auch Menschen ohne Familie und nahe Nachbarn gäbe, in diesen Fällen gestalte sich Unterstützung schwieriger. Eine der von Jett interviewten IP sagte:

„We don't tend to go outside for day care. That's not what we do. We support each other. It's just like a village. The village concept. I see, you can't do it, if you need something I am there for you, whether it's to baby sit or watch your mom ... and it's still functional, even though communities have changed.“ (Jett, 2006: 6)

Entlastung durch Gespräche

Raven und Huismann berichten davon, dass die Hälfte der befragten Pflegepersonen angab, immerhin ansatzweise Entlastung in Gesprächen mit ÄrztInnen oder TherapeutInnen zu finden (Raven & Huismann, 2000: 194).

2.7.1.2. Personale Ressourcen Angehöriger

Als personale Ressourcen können relativ stabile Dispositionen und Fähigkeiten gelten, auf die sich eine Person in Belastungssituationen stützen kann. Sie werden im Laufe des Lebens eines Menschen vor allem durch Bewältigungserfahrungen aufgebaut. Zu den personalen Ressourcen gehören insbesondere Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und das Selbstwertgefühl. (Faltermaier, 2001: 105)

Im Folgenden werden in der Literatur über Demenzkranke MigrantInnen genannte personale Ressourcen der Angehörigen dargestellt.

2.7.1.2.1. Einzelne Fähigkeiten und Eigenschaften

Küçük nennt bei den Angehörigen von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen insbesondere die Fähigkeit, Zufriedenheit zu empfinden bei erfolgreicher Durchführung der Pflege und bei dem Gefühl, eine Vorbildfunktion für andere Familienmitglieder inne zu haben sowie über ein Wachstum der eigenen Persönlichkeit, z. B. des Selbstbewusstseins in Folge der Pflegetätigkeit (Küçük, 2007: 106). Die Pflegenden gaben weiterhin an, dass sich durch die Versorgung ihrer Angehörigen positive Fähigkeiten bei ihnen (weiter-) entwickelt hätten, wie etwa Selbstbewusstsein, organisatorische Fähigkeiten und eine Sensibilisierung gegenüber Kranken (a.a.O.: 85).

Köhler berichtet bezüglich jüdischer Kontingentflüchtlinge von sozialer Kompetenz in Form der Bereitschaft, innere Konflikte durch Kompromisse zu lösen (Köhler, 2005: 97).

2.7.1.2.2. Glauben

Eberding und v. Schlippe sehen eine Ressource in der Eingebundenheit in religiöse oder kulturelle Netzwerke, in klaren Werten und religiösen Einstellungen (Eberding & v. Schlippe, 2001: 267). Emotionalen Halt im Glauben fanden auch die von Küçük und Raven und Huismann interviewten Angehörigen von Demenzkranken (Küçük, 2007: 106, Raven & Huismann, 2000: 194). Und auch für „Black Americans“ in den USA spielt die „church-family“ eine große Rolle bei der Unterstützung bei Demenz (Lewis & Ausberry, 1996: 168f; Dilworth-Anderson, 1999: 42). Gebete können für einige Angehörige der „African“- „Puerto Rican“- und „Irish Americans“ einen Umgang mit der Belastung darstellen (Levkoff et al., 1999: 350). Und manchmal wird die Demenzkrankheit des/der Angehörigen von „Latino Americans“ auch als Prüfung des Glaubens empfunden (Aranda & Morano, 2007: 198). Cox nennt bei Native Americans insbesondere die Spiritualität als Ressource, die auch von Seiten der Sozialarbeit aufgegriffen werden sollte (Cox, 2007: 181).

2.7.1.2.3. Werte

Zielke-Nadkarni et al. nennen als typische Merkmale jüdischer MigrantInnen aus der ehem. SU u.a. die Werte Respekt und Achtung innerhalb der Familie sowie Gehorsam, strikte Disziplin und absolute Höflichkeit gegenüber Älteren. Außerdem betonen sie die Bedeutung der sozialen und religiösen Identität dieser als Jüdinnen/Juden, die sich z.B. in einer Abschottung nach außen, absoluter Verlässlichkeit nach innen und z.T. heimlich gelebter Religiosität ausdrückt. (Zielke-Nadkarni et al., 2004: 336)

Cox berichtet in Bezug auf „Native Americans“, dass deren kulturelle Werte wie der Fokus auf die Harmonie der Gruppe, Kooperation, emotionale Kontrolle, Geduld und Familienorientierung sowohl einen Einfluss auf die Konstruktion von Demenz (Wahrnehmung und Interpretation der Symptome) haben, als auch auf den Umgang mit den Symptomen, die Hilfesuche und die Rolle der Pflegenden (Cox, 2007: 173ff).

2.7.2. Belastungen

Die besonderen Belastungen von an Demenz erkrankten MigrantInnen und deren Angehöriger werden im Folgenden in die Bereiche Belastungen der Angehörigen in Folge der Pfl egetätigkeit, Belastungen Betroffener, Belastungen durch kulturell oder religiös geprägte Einstellungen und Belastungen durch die soziale Lage aufgeteilt und dazu vorliegende Erkenntnisse dargestellt.

2.7.2.1. *Belastungen in Folge der Pfl egetätigkeit*

Neben den Belastungen für die Betroffenen und den zeitlichen Einschränkungen der Angehörigen im familiären und beruflichen Bereich hat die Pflege oftmals auch psychische und physische Folgen für die Angehörigen.

2.7.2.1.1. Physische Belastungen der Angehörigen

Küçük berichtet, dass physische Belastungen (Rückenbeschwerden) nur von einem der sechs Angehörigen geäußert wurden (Küçük, 2007: 106). Die von Raven und Huismann befragten Angehörigen hingegen gaben an, dass die permanenten emotionalen Stresssituationen und die körperliche Versorgung der Betroffenen zu einer Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes in Form von Schlafstörungen, Erschöpfungszuständen, bis hin zu körperlichen Verschleißerscheinungen und Schmerzen geführt hätten (Raven & Huismann, 2000: 194).

2.7.2.1.2. Psychische Belastungen Angehöriger

Die mit Demenz einhergehenden Veränderungen in der Persönlichkeit und im Verhalten des/der Erkrankten sowie die Abnahme der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung können die Pflegenden sehr stark belasten und u.a. zu depressiven Verstimmungen, psychosomatischen Störungen, Schlafstörungen und einer erhöhten Einnahme von Psychopharmaka führen. Es sind vor Allem die Verhaltenssymptome Demenzkranker, die als besonders belastend von pflegenden Angehörigen empfunden werden und oft auch ausschlaggebend für eine Heimunterbringung sind. (RKI, 2005: 16f)

Auch die von Küçük befragten Angehörigen türkisch stämmiger Demenzkranker berichten von diversen psychischen Problemen in Folge der Pfl egetätigkeit und der mangelnden Anerkennung der geleisteten Pflegearbeit. Es könne auch zu Schuldgefühlen und Gefühlen der Hilflosigkeit angesichts der Unmöglichkeit, selber eine vollständige Versorgung zu gewährleisten sowie zu einer Reduzierung der Sozialkontakte kommen. (Küçük, 2007: 85ff)

Huismann und Raven berichten ebenfalls von Schuldgefühlen gegenüber der/dem Betroffenen sowie Gefühlen von Peinlichkeit und Scham (Huismann & Raven, 2000: 194). Ältere MigrantInnen, deren Eltern noch im Herkunftsland leb(t)en haben ohnehin oftmals Schuldgefühle, weil sie ihre eigenen Eltern nicht unterstützen oder pflegen konnten, daher fehlt ihnen oft auch die Erfahrung mit dem Prozess des Älter-Werdens (RKI, 2008: 103, Anderson, 2008: 56). Hinzu kommt, dass MigrantInnen potentiell entlastende Angebote wie Selbsthilfegruppen seltener wahrnehmen (Piechotta & Matter, 2008: 225).

Soziales Netzwerk als Belastung: Auch das soziale Netzwerk kann eine besondere Belastung darstellen, wenn moralischer Druck auf Familienmitglieder ausgeübt wird, dass die Betroffenen zu Hause gepflegt werden müssen (Levkoff et al., 1999: 350).

Veränderung der Beziehungen: Die Pflege eines dementen Angehörigen bringt Veränderungen in den bisherigen Beziehungen und Rollen mit sich. So übernehmen oftmals die Töchter eine Art Mutterrolle für ihren an Demenz erkrankten Elternteil (Küçük, 2007: 105). Einige der von Raven und Huismann befragten türkischen Angehörigen Demenzkranker sprachen von einer kontinuierlichen Verschlechterung der Beziehungen (Raven & Huismann, 2000: 176).

Familie als Belastung: Die Familie ist nicht in allen Fällen als Ressource anzusehen. So berichtet Küçük von Konflikten pflegender Angehöriger mit dem gesunden Elternteil und den Geschwistern und von Enttäuschungen über fehlende Anerkennung oder unterlassene Hilfen und Rollenkonflikten bis hin zum Beziehungsabbruch (Küçük, 2007: 106). Auch die von Piechotta und Matter befragten Angehörigen gaben an, dass fehlende Akzeptanz und Verständnis für die Symptomatik seitens der Verwandten sowie fehlende Unterstützungsangebote eine zusätzliche Belastung darstellen würden. In der Folge könne es dann zu einer Reduzierung der Sozialkontakte der Pflegenden kommen. Die Familie kann außerdem ebenfalls moralischen Druck auf Mitglieder ausüben, die Pflege zu übernehmen. (Piechotta & Matter, 2008: 227)

Genderaspekte: Sowohl bei autochthon Deutschen, als auch bei MigrantInnen tragen die Frauen meist die Hauptlast der Pflege (RKI, 2005: 16). Dies kann noch verstärkt der Fall sein, wenn sie in traditionellen Familienstrukturen leben (Zielke-Nadkarni et al., 2004: 335).

2.7.2.2. Psychische Belastungen der Betroffenen

Zum Krankheitserleben Betroffener siehe Kap. 2.6.5.

Der bereits beschriebene Verlust der Zweitsprachkenntnisse (vgl. Kap.2.4.) schränkt zusätzlich die Kommunikationsmöglichkeiten betroffener MigrantInnen ein.

2.7.2.3. Kulturell oder religiös geprägte Einstellungen als Belastung

Faltermaier spricht davon, dass aus der Identifikation mit einer bestimmten Ethnie Belastungen für den einzelnen resultieren können: religiöse Überzeugungen könnten zu Ängsten oder Schuldgefühlen bei Abweichung von der Norm führen. Innerhalb eines ethnisch geprägten Sozialsystems könne es hierarchische Über- und Unterordnungen geben, die zu belastenden Verantwortlichkeiten und Abhängigkeitsbeziehungen führen könnten. Auch könne die Unterdrückung einer Kultur mit der damit verbundenen Diskriminierung als Belastung wirken. (Faltermaier 2001: 99)

Huisman und Raven berichten, dass eine türkisch stämmige Angehörige eines Demenzkranken im Gespräch den Eindruck vermittelte, dass Wünsche und Forderungen zu artikulieren ein ungewohntes Verhaltensmuster für sie seien. Huisman und Raven fanden über eine solche „*geschlechtsspezifische Zurückhaltung*“, hinaus auch eine „*religiös bedingte Schicksalsergebenheit*“, die hemmend für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen sein könnten. (Huisman & Raven, 2000: 194)

Levkoff et al. geben an, dass Religiosität eine moralische Verpflichtung zur familiären Pflege mit sich bringen könne (Levkoff et al., 1999: 350).

2.7.2.4. Belastungen, die sich aus der sozialen Lage ergeben

Im Kapitel 1 wurde bereits auf die soziale Lage von MigrantInnen eingegangen. Die dort genannten Gegebenheiten stellen auch für an Demenz erkrankte MigrantInnen und ihre Angehörigen eine besondere Belastung dar. Im Folgenden noch einige speziellere Probleme:

Finanzen: Von den immensen Kosten, die jährlich bei der Versorgung Demenzkranker in Deutschland entstehen, tragen die Familien mindestens 2/3, vor allem in Form von unbezahlten Pflegeleistungen (RKI, 2005: 22f). Dazu kommt, dass im Falle einer Demenzerkrankung in der Familie oftmals die Berufstätigkeit einer Person eingeschränkt oder aufgegeben werden muss, was zu zusätzlichen finanziellen Einschränkungen führt (Raven & Huismann, 2000: 194). Diese Situation dürfte MigrantInnen verstärkt betreffen, da eine häufiger anzutreffende ausschließlich häusliche Pfleg vermutet wird und MigrantInnen oftmals weniger Kenntnisse über die ihnen zustehenden Leistungen haben (Raven & Huismann, 2000: 193f; Piechotta & Matter, 2008: 227).

Wohnbedingungen: Da MigrantInnen oftmals weniger Wohnraum als Deutsche zur Verfügung haben (vgl. Kap. 1.1.), ist bei der Pflege Demenzkranker im eigenen Haushalt eine räumliche Distanzierung aus Gründen der Erholung oft nicht möglich (Piechotta & Matter, 2008: 225).

2.8. Zusammenfassung und Überleitung

Im ersten Teil wurden die Einflüsse der Migration, der sozialen Lage und des ethnischen Hintergrundes auf die Situation von an Demenz erkrankten MigrantInnen dargestellt. Es wurde deutlich, dass insbesondere die Migration und die soziale Lage eine Reihe von potentiellen Belastungsfaktoren beinhalten, die sich negativ auf die gesundheitliche Situation auswirken können. Die Ethnie der jeweiligen MigrantInnen stellt eine Grundlage dar für die jeweiligen Krankheitstheorien, das Krankheitserleben und –verhalten sowie verschiedene Ressourcen und ggf. auch Belastungen. Die Situation von Angehörigen türkischstämmiger Demenzkranker in Deutschland ist bereits in mehreren Arbeiten untersucht worden (Raven & Huismann, 2000; Küçük, 2008; Piechotta & Matter, 2008). Diese fanden in vielen Fällen physische und psychische gesundheitliche Probleme, Probleme durch die Veränderung der Beziehung zum/zur Erkrankten, Informationsdefizite über Demenz und Hilfemöglichkeiten sowie Hindernisse bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. In Bezug auf familiäre Pflege lassen die Ergebnisse unterschiedlicher Studien vermuten, MigrantInnen aus verschiedenen Gründen ihre an Demen erkrankten Angehörigen häufiger und länger zu Hause pflegen. Für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bestehen diverse Barrieren - in erster Linie werden finanzielle Hilfen angenommen.

Über die Krankheitstheorien von MigrantInnen bzgl. Demenz gibt es bisher nur Forschungsergebnisse aus anderen Ländern. Diese zeigen, dass Demenz von einem Großteil der MigrantInnen, bzw. ethnischen Minderheiten nicht als Krankheit betrachtet wird, sondern als normaler Altersprozess und dass entsprechende Krankheitskonzepte oftmals

Demenz bei MigrantInnen

Konsequenzen für die Inanspruchnahme von Hilfen haben. Eine besondere Sichtweise stellt das Konzept von Demenz als „zweiter Kindheit“ dar, das v.a. für asiatische Kulturen beschrieben wird. Der Umgang der Angehörigen mit der Demenz wird ebenfalls beeinflusst vom, in den jeweiligen Kulturen üblichen, Status älterer Menschen. Ältere Menschen genießen in vielen Kulturen eine hohe Achtung und diese ist oftmals unabhängiger von kognitiven Fähigkeiten und Autonomie als in den westlichen Industrieländern. Im nun folgenden, empirischen Teil werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt und auf die o.g. Bereiche bezogen.

Teil II: Untersuchung und Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden zunächst die Forschungskonzeption mit dem Forschungsziel und –Fragestellung sowie die wissenschaftstheoretischen Hintergründe der vorliegenden Arbeit erläutert. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes vorgestellt und diskutiert. Den Abschluss bildet das Fazit, das erläutert, welche Konsequenzen die Ergebnisse für weitere Forschungsvorhaben und die Praxis der sozialen Arbeit haben.

Im empirischen Teil benutzte Abkürzungen werden im Anhang erläutert.

3. Forschungskonzeption und Durchführung

Die Forschungskonzeption dieser Arbeit beinhaltet die Fragestellung und das Ziel der Untersuchung, wissenschaftstheoretische Grundlagen in Form von einer Begründung der Wahl des qualitativen Vorgehens, der Darlegung des Vorverständnisses und der Gütekriterien sowie eine Selbstreflexion der Autorin in Bezug auf die vorliegende Arbeit.

Die Wahl des Forschungsdesigns nach Flick wird bestimmt durch die Zielsetzung, die Fragestellung, die Auswahl, das Darstellungsziel, die Ressourcen, die Methoden, den theoretischen Rahmen und das Generalisierungsziel. Sie soll insbesondere gegenstandsangemessen sein. (Flick, 2007: 177ff)

Das Design dieser Arbeit ist eine Kombination aus Momentaufnahme und Vergleichsstudie. Ein wirklicher Vergleich war wegen der vielen Variablen nicht möglich, war aber auch aufgrund der Zielsetzung – einen ersten Überblick über für MigrantInnen relevante Themen in Bezug auf Demenz zu erlangen - nicht notwendig.

3.1. Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Aufgrund der begrenzten Datenlage zum Thema Demenz und Migration war es das Ziel dieses, von Prof. Dr. Gaby Lenz betreuten, Forschungsprojektes zunächst einmal einen möglichst breiten Überblick über die für MigrantInnen in Deutschland relevanten Aspekte im Zusammenhang mit Demenz zu erlangen. Im Mittelpunkt sollte dabei die subjektive Sichtweise von MigrantInnen verschiedener Länder auf Demenz stehen. Aus der Perspektive der sozialen Arbeit heraus wurde dies u.a. auch an Ressourcen und besonderen Belastungen sowie der Inanspruchnahme des Hilfesystems konkretisiert. Die dem Forschungsprojekt „Demenz und Migration aus der Perspektive von MigrantInnenselbstorganisationen“ zugrunde liegenden Fragestellungen wurden im Kontext der wissenschaftlichen Begleitung der Landesagentur Demenz in Schleswig-Holstein entwickelt und deren Formulierung lautet:

- Wie wird Demenz von MigrantInnen verschiedener Herkunftsländer in Deutschland wahrgenommen?

- Wie gehen diese mit den entsprechenden Problemen um?
- Gibt es besondere Ressourcen und Probleme für betroffene MigrantInnen der jeweiligen Herkunftsländer?
- Wie wird das Hilfesystem für von Demenz betroffene MigrantInnen gesehen und in Anspruch genommen?
- Wie sollte das Hilfesystem aussehen, um den Bedürfnissen von MigrantInnen besser zu entsprechen?

3.2. Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Für die vorliegende Arbeit wurde bewusst ein qualitativer Zugang gewählt, weil es um die Erforschung von subjektiven Sicht- und Umgangsweisen geht. Bei solchen Forschungsgegenständen ist eine Quantifizierung nicht sinnvoll (Flick, 2007: 28). Qualitative Sozialforschung hat nach Flick, v. Kardorff & Steinke den Anspruch:

„ ..., Lebenswelten >von innen< heraus, aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“
(Flick, v. Kardorff & Steinke, 2005: 14)

Überdies steht qualitative Forschung nach Kleining dem Alltagsdenken näher als quantitative Methoden. Logische Basis von Forschung müsse qualitative Forschung sein, da zunächst einmal entdeckt werden müsse, was der Gegenstand überhaupt sei - darauf aufbauend könne dann ggf. auch quantifiziert werden. (Kleining, 1982: 3,4)

In diesem Projekt wurde versucht im Sinne der Heuristik mit einem möglichst offenen, neugierigen Blick und vorurteilsfrei an das Thema heran zu gehen. Kleining fordert, dass das Vorverständnis als vorläufig anzusehen ist und mit neuen, nicht kongruenten Informationen überwunden werden soll. Dies führe zu einer großen Offenheit für den Gegenstand. Diese Herangehensweise passte gut zum Ziel dieser Arbeit, das nicht das Finden „repräsentativer“ Meinungen von MigrantInnen zum Thema Demenz war, sondern die Entdeckung bisher unerforschter Sichtweisen. (Kleining, 1982: 5ff)

3.2.1. Vorverständnis

Auch wenn manche VertreterInnen der qualitativen Sozialforschung empfehlen, auf Literaturstudium im Vorfeld zu verzichten, um eine Offenheit für die Informationen der InterviewpartnerInnen zu gewährleisten (Glaser & Strauss, 1979: 37) wurde in diesem Forschungsprojekt vor der Durchführung unterschiedliche Literatur konsultiert. Dies war aufgrund des nötigen Fachwissens für die konkrete Fragestellung zum Thema Demenz nötig und findet sich wieder in der Wahl des problemzentrierten Interviews Witzels, das von einer „vorgängigen Kenntnisnahme von objektiven Rahmenbedingungen“ und der „untersuchten Orientierungen und Handlungen“ ausgeht, um „die Explikationen der Interviewten

verstehend nachzuvollziehen und am Problem orientierte Fragen, bzw. Nachfragen zu stellen.“ (Witzel, 2000: 1).

Die studentischen Interviewenden hatten sich im Vorfeld ein wenig über den jeweiligen Kulturkreis informiert. Sheridan & Storch befürworteten das Aneignen von Hintergrundwissen über die Kultur des IP, um die Interviewsituation angenehm zu gestalten und um einen gewissen Respekt vor dieser Kultur zu zeigen (Sheridan & Storch, 2009, online).

Inwiefern dieses Vorwissen die Herangehensweise der InterviewerInnen beeinflusst hat, ist nicht zu klären. Versucht wurde allerdings das Vorverständnis wie o.g. im Sinne Kleinings im Prozess des Forschens mit neuen und nicht kongruenten Informationen zu überwinden (Kleining, 1982: 7).

3.2.2. Gütekriterien

Es gibt bisher in den Sozialwissenschaften noch keine allgemein gültigen Gütekriterien für qualitative Sozialforschung (Flick, 2007: 487). Zum Teil sorgen allerdings deren Prinzipien schon für die Einhaltung gewisser Standards (Flick, v. Kardorff & Steinke, 2009: 24).

Auch das für Forschung oft als zentral angesehene Kriterium der Objektivität wird im Rahmen qualitativer Forschung anders begriffen. Kleining etwa versteht qualitative Forschung als Prozess, der ausgeht von einer subjektiven Betrachtungsweise des Forschers/der Forscherin, da diese(r) am Anfang eine beliebige, selbst bestimmte Auswahl der Realität erfasst. Über den Bezug neuer Standpunkte, eine „*maximal strukturelle Variation der Perspektiven*“ und der permanenten (weil zirkulären) Analyse deckt er/sie die Struktur des Objektes auf – kommt also zur „Objektivität“ (Kleining, 1982: 20).

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde im Rahmen einer Hausarbeit anhand der Gütekriterien von Steinke geprüft. Daher folgt ein kurzer Überblick über diese. Die diesbezüglichen Bewertungen gehen soweit nötig in die jeweiligen Kapitel über den Forschungsprozess ein.

Steinke schlägt vor, Kernkriterien aufzustellen, die für jede Form von qualitativer Forschung gelten sollen und darauf aufbauend eine Konkretisierung, bzw. Modifizierung dieser für die jeweilige Untersuchung zu erarbeiten. Als Kernkriterien nennt sie (Steinke, 2000: 323):

- Intersubjektive Nachvollziehbarkeit
- Indikation des Forschungsprozesses
- Empirische Verankerung
- Limitation
- Kohärenz
- Relevanz
- Reflektierte Subjektivität

Einige dieser Kriterien ergeben sich aus der im Folgenden beschriebenen Vorgehensweise im Forschungsprozess. Die Limitation der Untersuchung wird im Fazit erläutert und die Darstellung der Selbstreflexion der Autorin erfolgt im nächsten Abschnitt.

3.2.3. Reflektierte Subjektivität

Ausgangspunkt für die Selbstreflexion war der biographische Hintergrund der Autorin. Häufiger Wohnortwechsel, auch ins Ausland, und familiäre Kontakte zu Menschen verschiedenster Kulturen haben das Bewusstsein über und die Neugier auf andere Sichtweisen schon früh geweckt. Die mehrjährige Tätigkeit in einer Beratungsstelle von und für Migrantinnen hat die Autorin darüber hinaus transkulturell geschult. Darüber hinaus besteht ein großes persönliches Interesse an medizinischen Themen, insbesondere an psychischen und kulturellen Einflüssen auf Gesundheit und Krankheit.

Persönliche fachliche Voraussetzungen

Die am Anfang des Forschungsprojektes noch sehr begrenzten Kenntnisse der Autorin bzgl. wissenschaftstheoretischer Hintergründe, Prinzipien und Methoden qualitativer Sozialforschung sind im Verlauf des Forschungsprozesses gewachsen und wurden an der Praxis erprobt.

Machtverhältnisse im Forschungsprozess

Zu beachten bei jedem Forschungsprojekt im Kontext von Migration ist die Machtposition der ForscherIn als AkademikerIn/ExpertIn und Mitglied der Mehrheitsgesellschaft. Jeder Mensch ist eingebunden in sichtbare oder verschleierte soziale Machtverhältnisse. Diese „*Symbolische Macht*“ nach Bourdieu ist „... jede Macht, der es gelingt, Bedeutungen durchzusetzen und sie als legitim durchzusetzen, indem sie die Kräfteverhältnisse verschleiert, die ihrer Kraft zugrunde liegen.“ (Bourdieu, 1970/1973: 12)

Es ist als ForscherIn wichtig, sich dieser mehr oder weniger offenen Machtverhältnisse und der eigenen Positionalität auf verschiedenen Ebenen, wie z.B. Geschlecht, Herkunft, Alter, Bildung, Klasse bewusst zu sein und diese im Verhältnis zu der Positionalität der Interviewten zu reflektieren. Was unter Positionalität zu verstehen ist, beschreiben Mohammed und Aikins:

„Positionalität beschreibt hier nicht nur die Position oder gesellschaftliche Positioniertheit von Personen, sondern die oft un- oder halbunbewussten, subtilen Arten und Weisen, in der gesellschaftliches Positioniert-Sein ihre Perspektive, ihre Motivation, ihre Analyse und ihre Handlungen beeinflusst.“ (Mohammed & Aikins, 2009: 5)

Die Positionalität der ForscherInnen in diesem Projekt besteht u.a. in der Zugehörigkeit zur deutschen Mehrheitsgesellschaft und steht damit auch für die Rahmenbedingungen, die MigrantInnen das Leben hier schwer machen, etwa durch unsichere Aufenthaltstitel, Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt oder gesellschaftliche Ausgrenzung. MigrantInnen sind auf verschiedenste Weise abhängig vom Wohlwollen der autochthonen Bevölkerung. Diese Tatsache kann Interviewsituationen beeinflussen und damit die Ergebnisse verzer-

ren. So könnten etwa InterviewpartnerInnen versucht sein, die Meinung der ForscherIn zumindest anscheinend als eigene zu übernehmen. Auch könnten Bedenken vorliegen, offen über das Thema zu reden, weil etwa Konsequenzen für die eigene (nicht so machtvoll) Situation befürchtet werden, wie etwa in Bezug auf den Aufenthaltsstatus. Auch könnte es sein, dass ein zu positives Bild von einer Situation vermittelt wird, um der Mehrheitsbevölkerung ja nicht auf- oder ihr zur Last zu fallen.

Um die Wahrscheinlichkeit solcher Verfälschungen der Ergebnisse zu verringern und die wirkliche Lebenswelt der Interviewten kennen zu lernen, müssen bestimmte Prinzipien qualitativer Forschung ganz besonders beachtet werden: Offenheit, Betrachtung der IP als ExpertInnen ihrer Lebenswelt, Forschung direkt in der Lebenswelt der Betroffenen, Zusage von Anonymität, wirkliches Interesse der ForscherInnen an anderen, unvermuteten Sichtweisen und dessen Vermittlung sowie die Reflexion der eigenen Positionalität.

3.3. Methodenwahl

Qualitative Sozialforschung bietet eine Vielzahl an Erhebungs- und Auswertungsmethoden, die für den jeweiligen Kontext passen müssen. Flick betont insbesondere die Notwendigkeit der Gegenstandsangemessenheit und des Passens der Methode zum Forschungsprozess (Flick, 2007: 276f).

3.3.1. Methode der Datenerhebung

Für die vorliegende Untersuchung wurde das „Problemzentrierte Interview“ nach Witzel ausgewählt, da dieses Vorgehen auf eine bestimmte „*gesellschaftlich relevante Problemstellung*“ (Witzel, 2000: 1) zentriert ist – in diesem Fall die Sichtweise und den Umgang mit Demenz bei MigrantInnen. Dieses qualitative, offene und halbstrukturierte Verfahren ist für konkrete Problemstellungen geeignet, da im Laufe des Gespräches immer wieder auf diese zurück gekommen wird. Auch die Tatsache, dass nicht voraus gesetzt werden konnte, dass alle InterviewpartnerInnen genug Kenntnisse über Demenz haben – sich also „frei“ in diesem Thema bewegen können – führte zur Entscheidung für einen teilstrukturierten Leitfaden.

Eine weniger strukturierte Methode birgt die Gefahr, dass das Gespräch zu sehr vom Thema wegführt. Eine strukturiertere Methode hingegen, etwa in Form eines Fragebogens, kann die Ausdrucksmöglichkeiten der InterviewpartnerInnen zu sehr beschränken und ggf. gar nicht zu subjektiven Bedeutungen führen, da diese oftmals in eine Narration eingewebt werden. Auch Widersprüchlichkeiten, die als Ergebnisse wichtig sein können, finden in einer stark strukturierten Methode keinen Platz. (Hinton & Levkoff, 1999: 457) Erforderlich ist bei der Verwendung des Problemzentrierten Interviews nach Witzel eine sensible und akzeptierende Interviewführung, die auf die Rekonstruktion von Orientierungen und Handlungen zentriert ist. Die Interviewten würden sich dadurch in ihrer Problemsicht ernst genommen fühlen und Vertrauen und Offenheit können entstehen (Witzel,

2000, online). Witzel beschreibt, welche Auswirkung ein Vertrauensverhältnis auf das Interview haben kann:

„Dieses Vertrauensverhältnis fördert die Erinnerungsfähigkeit und motiviert zur Selbstreflexion. Indem die Befragten ihre Problemsicht >ungeschützt< in Kooperation mit dem Interviewer entfalten, entwickeln sie im Laufe des Gesprächs immer wieder neue Aspekte zum gleichen Thema, Korrekturen an vorangegangenen Aussagen, Redundanzen und Widersprüchlichkeiten.“ (Witzel, 2000, online)

Witzels Gesamt-Konzeption vom „Problemzentrierten Interview“ mit vorgeschaltetem Kurzfragebogen, dem Leitfaden, der elektronischen Aufnahme der Daten sowie einem Postscriptum entsprach zudem den Informations-Erfordernissen dieser Untersuchung (Witzel, 1985: 227-255).

Im vorgeschalteten Kurzfragebogen wurden Informationen über die jeweilige MSO, bzw. das Umfeld erfragt, wie etwa Herkunft und Altersstruktur der NutzerInnen (siehe Anhang). Der vorgeschaltete Fragebogen soll die Erfassung allgemeiner Daten aus dem Interview heraushalten, er dient zudem einer langsamen Einstimmung auf das folgende Gespräch. (ebd.)

Durch die ausführlichen Notizen im Postscriptum nach den Interviews wurden erste Eindrücke der Interviewenden über die Interviewsituation und Probleme während des Interviews festgehalten, wie etwa die Stimmung während des Interviews, Anmerkungen zum Leitfaden, Probleme in der Rolle als Interviewerin oder nicht-transkribierte, bedeutsame Äußerungen der IPs vor oder nach dem Interview (Postscriptum-Formular siehe Anhang).

3.3.2. Datenaufbereitung/Auswertung

Alle Gespräche wurden elektronisch aufgezeichnet und vollständig nach vorher vereinbarten Regeln in Anlehnung an Flick transkribiert (siehe Anhang). Die Transkription folgte der Sparsamkeitsregel nach Flick, der vorschlägt, so viel wie notwendig, und so wenig wie möglich zu transkribieren und war ausgerichtet auf das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung. (Flick, 2007: 380f)

Die in dieser Arbeit angeführten Zitate wurden zum Zwecke der besseren Lesbarkeit noch weiter vereinfacht, indem etwa Füllworte und Unverständliches weggelassen und mit „...“ gekennzeichnet wurde.

Die Auswertung erfolgte anhand der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, da diese ein systematisches, strukturiertes Vorgehen ermöglicht und sich auch für die Auswertung einer großen Datenmenge in einem überschaubaren Zeitrahmen eignet (Mayring, 2002: 120; Flick, 2007: 416). Im Vorfeld wurde deduktiv das Selektionskriterium festgelegt: „Alle Aussagen der IP, die etwas mit Demenz zu tun haben“ und im Verlauf der Auswertung wurden induktiv am Material Kategorien entwickelt und immer wieder ergänzt und modifiziert. Die Überprüfung des Kategoriensystems erfolgte dabei

nicht wie von Mayring vorgeschlagen nach der Bearbeitung von etwa 10-50% des Materials, sondern fortlaufend. Überlappungen zwischen zwei Kategorien und uneindeutige Kriterien wurden so nach und nach verringert. Auf diese Weise entstanden für jedes Interview eine Zusammenfassung in Form einer Tabelle mit der Zeilenangabe der jeweiligen Textstelle, der Paraphrase der Aussage, der Generalisierung und der Reduktion dieser sowie ein Kategorienbaum mit Haupt- und Unterkategorien und den jeweiligen Ausprägungen.

Zusätzlich wurden verdichtete Beschreibungen der Interviews angefertigt, um diese auch im Gesamtkontext darstellen zu können (diese sind im Anhang auf der beigefügten CD zu finden).

Die gewonnenen Kategorien wurden mit Hilfe der im 1. Abschnitt dieser Arbeit vorgestellten Theorien interpretiert und zum Zwecke der Überprüfung wiederum mit Originaltextstellen verglichen.

3.4. Forschungsprozess

Mit dem Ziel der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit ist der gesamte Forschungsprozess von der Aneignung des Basiswissens bis zu den Problemen, die während der Forschung aufgetreten sind, vollständig in einem Forschungstagebuch dokumentiert worden. Zudem sind die Interview-Transkripte im Anhang dieser Arbeit veröffentlicht.

Im Folgenden werden nun das Sampling, ethische Erwägungen, die Entwicklung des Leitfadens sowie die Durchführung der Interviews dargestellt.

3.4.1. Auswahl der Untersuchungsgruppe/Sampling

Es wurde sich gegen Interviews mit von Demenz Betroffenen oder deren Angehörigen entschieden, u.a., weil eine Kontaktaufnahme schwierig erschien. Von Demenz Betroffene zu interviewen, ist aufgrund der symptomatischen Vergesslichkeit und anderer Krankheitssymptome ohnehin schon schwierig - betroffene MigrantInnen verlieren überdies oftmals ihre Zweitsprachkenntnisse (Deutsch), und auch weitere Hindernisse wie etwa Leugnung, Scham oder ein gewisses Misstrauen gegenüber den InterviewerInnen als RepräsentantInnen der deutschen Mehrheitsbevölkerung wurden von der Autorin vermutet. Auch hätten bei einer direkten Befragung Betroffener, bzw. Angehöriger die Interviews vermutlich teilweise übersetzt werden müssen. Daher wurde sich dafür entschieden, VertreterInnen von MSOs zu befragen. Viele MigrantInnen sind in MSOs organisiert – 2001 waren z.B. 29 % der türkischen, 25% der italienischen, 27 % der griechischen und 17% der MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien in eigenethnischen Vereinen organisiert (BMAS, 2001: Tab 7.11). Hinzu kommen noch die vielen, an religiöse Gemeinden wie etwa der Jüdischen Gemeinde, gebundenen MigrantInnen. MSOs haben für viele MigrantInnen in den Bereichen Kommunikation, Selbsthilfe und Solidarität, Handlungskompetenz, Traditionspflege und auch soziale Kontrolle eine bedeutsame Funktion (Gaitanidis, 2000: 129). Und durch den oft regelmäßigen Kontakt zu vielen Landsleuten wurde die Wahr-

scheinlichkeit, dass sie Kontakt mit Betroffenen hatten und von deren Problemen wissen, von der Autorin hoch eingeschätzt.

Wenn es um das Thema Migration und Demenz geht, wird in den meisten Publikationen von türkischen MigrantInnen gesprochen, manchmal auch von Einwanderern aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (SU), da diese beiden die zahlenmäßig größten Gruppen in Deutschland darstellen. Im vorliegenden Projekt ging es darum, ein breites Spektrum an Sichtweisen zu entdecken, daher sollten MigrantInnengruppen von verschiedenen Kontinenten und mit unterschiedlichem Migrationshintergrund befragt werden - MigrantInnen aus sogenannten „Anwerbeländern für Gastarbeiter“, innereuropäische MigrantInnen und Flüchtlinge. Aus diesen Vorstellungen heraus wurde eine erste Liste mit potentiell zu interviewenden MSOs in Schleswig-Holstein erstellt. Viele der MSOs wurden telefonisch, per e-mail oder per Brief nicht erreicht und einige lehnten am Telefon ein Interview ab, da sie sich eher als kulturelle Vereinigungen begriffen und sich für dieses Thema als nicht zuständig begriffen. Daher musste die ursprüngliche Liste potentieller IPs immer wieder erweitert werden. Um etwa afrikanische MigrantInnen (außer Nordafrika) zu erreichen, musste auf das Kriterium „VertreterIn einer MSO“ verzichtet werden. Der Kontakt wurde in diesen Fällen über Empfehlungen anderer Organisationen afrikanischer MigrantInnen hergestellt. Die beiden auf diese Weise gewonnenen IPs haben aber ebenfalls eine gewisse MultiplikatorInnen-Funktion in der jeweiligen Community – die eine stellte sich als Mitglied einer Entwicklungshilfevereinigung und Heilerin heraus, die andere war u.a. über eine Musikgruppe mit MigrantInnen der gleichen Herkunftsregion verbunden. Um russische MigrantInnen zu erreichen, die aufgrund ihrer zahlenmäßigen Bedeutung in Deutschland im Sample sein sollten, wurde auf religiöse Gruppen zurückgegriffen – eine Vertreterin der Jüdischen Gemeinde und ein Mitglied der russisch-orthodoxen Kirche konnten für das Interview gewonnen werden. Bei einer der gewählten Organisationen stellte sich erst während des Interviews heraus, dass sie keine MSO ist, da die meisten Mitglieder Deutsche sind.

Es zeigt sich, dass aufgrund von Zugangsproblemen und der sehr eingeschränkter Gesamtheit der möglichen IPs ein ideales Sampling im Sinne qualitativer Sozialforschung nicht möglich war. Flick nennt zwar auch die Möglichkeit einer vorab festgelegten Samplestruktur und einer Vollerhebung, benennt aber das Prinzip der gezielten, schrittweisen Auswahl des Theoretischen Samplings als allgemeines Prinzip qualitativer Forschung (Flick, 2007: 154ff). Theoretisches Sampling nach Glaser und Strauss bedeutet, dass die Samplestruktur sich erst im Laufe des Forschungsprozesses – aus den Entdeckungen der erhobenen Daten – ergibt (Glaser & Strauss, 1967/1998: 53). Trotz der dieser Arbeit zugrundeliegenden relativ starren und dabei willkürlichen Vorab-Festlegung des Samples ist das jetzige Sample aufgrund seiner Breite und des Hintergrundes der IPs geeignet, um die Fragestellung zu beantworten.

3.4.2. Forschungsethische Fragen/Datenschutz

Flick nennt folgende Punkte, die forschungsethisch berücksichtigt werden sollten (Flick, 2007: 64):

- Informierte Einwilligung
- Vermeidung von Schädigung für die Beteiligten in der Datensammlung
- Teilnehmern in der Analyse gerecht werden
- Vertraulichkeit und Anonymität in der Darstellung der Forschung

Anhand dieser Punkte werde ich im Folgenden die ethischen Fragen meines Forschungsprojektes darstellen:

zu 1. Die IPs wurden mit einem Informationsblatt über Inhalt und Ziel des Forschungsprojektes aufgeklärt. Auf diesem war auch die Telefonnummer der Verantwortlichen zwecks Rücksprachen zu finden. Zusätzlich dazu wurde direkt vor dem Gespräch mit den IPs über Inhalt, Ziel und Ablauf gesprochen und gefragt, ob diese noch Fragen dazu haben. Die Einverständniserklärung für die Verwendung der aufgezeichneten Daten zu Forschungszwecken wurde ebenfalls erläutert und im Anschluss von den IPs unterzeichnet. Eine derartig ausführliche Information war aufgrund der teilweise begrenzten Deutschkenntnisse der IPs notwendig.

zu 2. Eine (psychische) Schädigung der Beteiligten war nicht zu vermuten, da keine Betroffenen direkt interviewt werden sollten, auch boten das Forschungsdesign und die Fragenformulierung keinen Anlass über eine potentiell mögliche Schädigung nachzudenken.

zu 3. Bei der Analyse der Daten wurde nach Flick versucht, dass die Aussagen keine Wertung auf persönlicher Ebene enthalten und dass sie den Untersuchungsteilnehmer/die Untersuchungsteilnehmerin nicht zum Gegenstand einer psychologischen Diagnostik machen (Flick, 2007: 65).

zu 4. Die Anonymität der Interviewten wurde durch die Streichung von Namen, Ortsangaben, etc. aus den Transkripten gewährleistet. Einschränkend muss gesagt werden, dass Bekannte der IPs mit dem Wissen, dass mit einem Vertreter einer MSO aus dem Land XY gesprochen wurde aufgrund der oft zahlenmäßig kleinen Communities und der getroffenen Aussagen evtl. auf die Person des/der IP schließen könnten. Dieser Punkt hätte ggf. mit den IPs im Vorfeld thematisiert werden müssen. Da die IPs aber in der Funktion einer Vertreterin/eines Vertreters einer MSO, bzw. Community interviewt wurden, war den IPs diese Tatsache vermutlich bewusst.

Die Gewährleistung der Sicherung und Aufbewahrung der Daten ist generell relativ schwer sicherzustellen. An diesem Forschungsprojekt haben über 20 Personen teilgenommen. Im Computerzeitalter werden Daten oft auf die verschiedenste Art gespeichert, etwa auf dem Aufnahmegerät, dem USB-Stick, auf CD oder auf der externen Festplatte. Ob eine Übermittlung der Daten in Hinblick auf Datenschutz per e-mail zulässig und ver-

tretenbar ist, ist nicht geklärt. Die StudentInnen wurden aber darauf hingewiesen, dass die Daten sicher aufbewahrt und am Ende des Projektes gelöscht werden müssen.

3.4.3. Leitfaden

Aus den o.g. Forschungsfragen wurde der Interview-Leitfaden erarbeitet, während der ersten beiden Interviews erprobt und weiterentwickelt. Dabei wurde er überwiegend vereinfacht, schwer verständliche Fragen wurden umformuliert und Fragen, die sich als unbrauchbar erwiesen, gestrichen. Vom dritten Interview an umfasste der Leitfaden folgende Fragen:

Welche Erfahrungen haben Sie mit älteren Menschen mit Gedächtnisstörungen oder mit deren Angehörigen gemacht?

Wie werden diese Veränderungen in Ihrem Kulturkreis genannt oder beschrieben?

Wie erklären sich Migranten aus Ihrem Kulturkreis die Ursache dieser Probleme?

Ist der Begriff Demenz bei ihren Besuchern/Nutzern/Mitgliedern bekannt?

Wie ist die Situation von Menschen mit Gedächtnisstörungen: Können Sie typische Schwierigkeiten schildern?

Was verändert sich durch die Situation im Alltag der Menschen?

Haben ihre Besucher– im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen, besondere Probleme, wenn sie diese demenzartigen Symptome haben?

Haben ihre Besucher, im Vergleich zu anderen Gruppen besondere Fähigkeiten oder Bedingungen, die beim Umgang mit diesen Problemen hilfreich sind?

Wie reagiert das Umfeld auf diese Situation? (Familie/Freunde)

Suchen Menschen mit Gedächtnisstörungen oder deren Familien Hilfe in der Situation? (bei Familie/ Freunden/Professionellen)

Was wäre aus Ihrer Sicht eine wichtige Unterstützung für Menschen mit Gedächtnisstörungen und für deren Familien?

Möchten Sie gerne noch etwas zu dem Thema ergänzen, was aus Ihrer Sicht noch fehlt?

3.4.4. Durchführung

Es wurde sich gegen ein potentiell notwendig gewordenen Dolmetschen entschieden, weil gedolmetschte Gespräche oft eine nicht so gute Qualität haben, denn bei nicht-professionellen Dolmetschern ist die Qualität der Übersetzung fraglich, eventuell werden Inhalte sogar (ungewollt) subjektiv gefärbt übersetzt und bei professionellen Dolmetschern kann das eingeschränkte Gefühl der Anonymität (v.a. bei Dolmetschern der glei-

Darstellung der Forschungsergebnisse

chen Herkunft in einer nicht allzu großen Community) ebenfalls zu einer Beeinträchtigung der Aussagen führen. (Sheridan & Storch, 2009, online)

Durchgeführt wurden die Interviews von der Autorin, Master-Studentin im 3. Semester „Soziale Arbeit“ (acht Interviews) sowie von 22 Studierenden des 5. Semesters im Bachelor-Studiengang „Soziale Arbeit“ in sechs Gruppen (sechs Interviews). Die meisten Interviews fanden in den Räumlichkeiten der jeweiligen MSO statt, wenn dies nicht möglich war, wurden die IPs zu Hause aufgesucht und in einem Fall fand das Interview in einem Café statt. Die Autorin führte die Interviews alleine durch, die Studierenden waren jeweils zu zweit. Die Umsetzung der Interviews war beeinflusst von relativ geringen Vorkenntnissen bzgl. qualitativer Forschung der InterviewerInnen (inkl. d. A.) und evtl. auch von der größeren Distanz der StudentInnen zum Forschungsgegenstand. Die StudentInnen hatten im Vorfeld Grundkenntnisse in Interviewführung erhalten und die Aufgabe gehabt, ein Probeinterview durchzuführen. Die Audiodateien haben eine sehr unterschiedliche Qualität – an einigen Stellen ist Unsicherheit und „Leitfaden-Fixiertheit“ bemerkbar. Leider wurden in einigen Interviews einzelne Fragen vergessen, manchmal wurde bei interessanten Aspekten nicht nachgehakt und an ein paar Stellen etwa wurde – unbeabsichtigt – den InterviewpartnerInnen etwas in den Mund gelegt.

4. Darstellung der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die bei der Auswertung der Interviews gefundenen, auf die Fragestellungen bezogenen, Themen dargestellt und diskutiert. Doch zunächst als Grundlage ein Überblick über die teilweise sehr unterschiedlichen Perspektiven der IPs.

4.1. Sample

Mit VertreterInnen folgender Herkunftsländer, bzw. Organisationen wurden die insgesamt vierzehn qualitativen Interviews durchgeführt (in Klammern steht jeweils die bei der Ergebnispräsentation benutzte Abkürzung):

- Kenia (Kenia)
- Togo (Togo)
- Russland (Russ)
- Länder der ehemaligen SU (u.a. Russland, Ukraine, Georgien, Weißrussland, Tadschikistan) - Jüdische Gemeinde (JüdG)
- Ungarn (Ung)
- Schweden (Schwed)
- Brasilien (Brasil)
- Philippinen (Philip)
- Arabische Länder (u.a. Libanon, Palästina, Syrien, Ägypten, Lybien, Sudan, Somalia, Marokko, Algerien) (Arab)

Darstellung der Forschungsergebnisse

- Iran (Iran)
- Türkei/Kurdistan – Deutsch-Kurdische Gesellschaft (Kurd)
- Türkei/Kurdistan – Beratungsstelle für Migrantinnen (TürKurd)
- Türkei - Türkische Gemeinde (TürkG)

Desweiteren wurde ein Interview mit VertreterInnen des Landesverbandes deutscher Sinti & Roma (SintiR) durchgeführt, die eine Sonderrolle in dieser Untersuchung einnehmen, da sie keine MigrantInnen sind. Vor allem Sinti leben zum großen Teil seit Jahrhunderten in Deutschland und haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Trotzdem haben sie eine besondere, eigene Kultur, die für das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung – das Entdecken anderer Perspektiven auf Demenz – bedeutsam ist.

4.1.1. Darstellung der Perspektiven der befragten MSOs/IPs

Nun ist in dieser Arbeit zwar die Kategorisierung nach dem Herkunftsland die gewählte Perspektive, daneben gibt es aber auch andere wichtige Perspektiven, wie etwa die des Bildungshintergrundes, der sozio-ökonomischen Situation, die Genderperspektive, etc. Dies ist wichtig zu betonen, da diese Untersuchung weder die Differenz von MigrantInnen in den Fokus stellen, noch eine Stereotypisierung bestimmter MigrantInnengruppen begünstigen will. Ganz im Gegenteil sollte der Blick erweitert werden für neue, ggf. der Mehrheitsgesellschaft nicht so bekannte Perspektiven – im Sinne von Diversität.

Aus dem der Untersuchung zugrunde liegenden Sample ergaben sich folgende der Autorin bekannte Perspektiven auf Demenz, die über die Perspektive des jeweiligen Herkunftslandes hinaus bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen:

- Viele, aber nicht alle GesprächspartnerInnen waren VertreterInnen einer MSO
- Die betreffenden MSOs haben verschiedene Ausrichtungen: Treffpunkt, Kultur, Sozialarbeit, politische oder Öffentlichkeitsarbeit
- Einige GesprächspartnerInnen waren selber betroffen vom Thema durch die Pflege eines Angehörigen, einige hatten noch nie etwas mit Demenz zu tun gehabt, wieder andere haben professionelle Erfahrungen mit Demenz im Rahmen der Arbeit in ihrer MSO oder haben beruflich mit Demenz zu tun, z.B. im Rahmen ihrer Arbeit im Pflegesektor
- Einige IPs hatten religiöse Bezüge
- Es gab weibliche und männliche GesprächspartnerInnen

Im Folgenden eine Übersicht über die jeweiligen Perspektiven:

Darstellung der Forschungsergebnisse

Repräsentiertes Land	Organisationsform	Ausrichtung der MSO	Religiosität	Nähe zum Thema	Geschlecht des/der IP
u.a. Libanon, Palästina, Syrien, Ägypten, Lybien, Sudan, Somalia, Marokko, Algerien (Arabische Gesellschaft)	MSO	Kulturveranstaltungen, Vorträge, Sprachkurse, Hilfe bei Behördengängen, Übersetzungen, Freizeitaktivitäten; Durchschnittsalter der BesucherInnen 40-50 Jahre	-	Erfahrung mit Betroffenen in der Community	Männlich
Iran	MSO in Gründung, MigrantInnenvertreter einer sozialen Einrichtung	-	-	Keine Erfahrung	Männlich
Türkei/Kurdistan	MSO	Kulturell, politisch	-	Keine explizite Erfahrung mit Demenz	Männlich
Kenia	Als Heilerin in der Community verankert	-	Stark gläubig	Viel Erfahrung mit Demenz bei Deutschen durch die Arbeit	Weiblich
Russland	Vermittelt über die Russisch-orthodoxe Kirche	-	Gemeindeglied	Pflegende Angehörige eines an Demenz erkrankten	Weiblich
Staaten der ehemaligen SU (u.a. Russland, Ukraine, Georgien, Weißrussland, Tadschikistan)	Jüdische Gemeinde	Gottesdienst, kulturelle Aktivitäten, Sprachkurse, Sozialarbeit; 60% der BesucherInnen älter als 50 Jahre	Organisiert als Jüdische Gemeinde	Sozialarbeit u.a. mit Betroffenen	Weiblich
Schweden	MSO mit überwiegend deutschen Mitgliedern	Ziel: Förderung der Beziehungen zwischen Deutschen und Schweden	-	Freundin einer pflegenden Angehörigen	Weiblich
Brasilien	Ehemalige MSO, deutsche und brasilianische Mitglieder	Kultur, Freizeit, Sprache	-	War pflegende Angehörige einer Deutschen, keine Erfahrung in der Community	Weiblich
Philippinen	MSO mit überwiegend philippinischen Mitgliedern, einige Mitglieder über 60 Jahre	karitative Tätigkeit für Projekte auf den Philippinen, kulturelle und Freizeitaktivitäten,	-	IPs haben medizinische Berufe, keine Erfahrung mit Demenz in der Community, Erfahrung im Herkunftsland	beide weiblich
Türkei/Kurdistan	MSO für Frauen verschiedener Herkunftsländer, wenig Besucherinnen über 60 Jahre	Sozialarbeit, (Deutsch-)Kurse, Beratung, Treffpunkt	-	Keine Erfahrung in der Community	Weiblich
Türkei	MSO	kulturelle und politische Veranstaltungen, Sozialarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Kurse	-	Erfahrung im Rahmen der MSO-Tätigkeit, Veranstaltungen zum Thema	Männlich
Ungarn	MSO, 80% deutsche Mitglieder, relativ hoher Altersdurchschnitt	v.a. kulturelle Aktivitäten	-	Unterstützt ihre sehr vergessliche Mutter in Ungarn	Weiblich
v.a. Deutsche – Sinti und Roma, auch ehemalige Ostblockländer, Italien, Frankreich	Selbstorganisation der Sinti und Roma	Sozialarbeit, Öffentlichkeitsarbeit	-	Keine Erfahrung, weil kein Vorkommen	weiblich und männlich
Togo	Organisiert in der Community u.a. über Trommelgruppe	-	-	Berufliche Erfahrung mit Deutschen, Erfahrung im Herkunftsland	Männlich

TAB. 6 ÜBERBLICK ÜBER DIE PERSPEKTIVEN DER IPS

4.1.2. Vorhandene Erfahrungen mit Demenz

Bedeutsam für die Perspektive der Befragten ist insbesondere die jeweils sehr unterschiedliche Erfahrung mit Demenz. So verneinten die IPs des Verbandes der Sinti und Roma jedes Vorkommen in ihrer Community. Mehrere IPs sagten, dass ihnen Demenz bisher in der jeweiligen MigrantInnen-Community noch nicht begegnet sei, das könne aber in der Altersstruktur der Gruppe begründet sein (vgl. Tabelle in Kap. 1.1.). Vier IPs hatten Erfahrungen mit autochthon deutschen Demenzkranken gemacht, einer davon mit einem nahen Verwandten. Eine IP war eine nahe Verwandte eines an Demenz erkrankten Migranten. Professionelle Erfahrungen hatten die großen, auch sozialarbeiterisch tätigen MSOs: Die IP der Jüdischen Gemeinde berichtet von vielerlei Berührungspunkten mit Betroffenen bei ihrer Arbeit. Und auch die IPs der Türkischen und Arabischen Gesellschaft haben im Rahmen ihrer Vereinstätigkeit mit Demenz zu tun gehabt. Keine Erfahrungen trotz sozialarbeiterischer Tätigkeit hatte nach eigenen Angaben die Vertreterin der Beratungsstelle für Migrantinnen.

Ein Problem für die Beurteilung der diesbezüglichen Erfahrungen war die Unklarheit über das Verständnis des Begriffes Demenz. So verneinten einige IPs die Erfahrung mit Demenz, erzählten aber von ihren Erfahrung mit Menschen mit Problemen, die durchaus zum Symptom-Spektrum von Demenz gehören. Es könnte – auch aufgrund der im ersten Abschnitt vorgestellten Forschungsergebnisse zur Sichtweise von MigrantInnen von Demenz - vermutet werden, dass in einigen Fällen Demenz von den Betroffenen/Angehörigen oder den IPs nicht als solche erkannt oder definiert wird.

4.2. Überblick über die Gesamtheit der gefundenen Themen

Im Rahmen der Interviews gab es Aussagen zu folgenden Themenbereichen:

Basisaussagen zu Erfahrungen mit Demenz in der Community

- Erfahrung mit demenzartigen Gedächtnisstörungen in der Community
- Kenntnis des Begriffes Demenz in der Community
- Typische Schwierigkeiten Betroffener
- Typische Schwierigkeiten Angehöriger

Krankheitstheorien und –erleben

- Eigene Begriffe für Demenz
- Krankheitskonzept
- Sichtweise der Situation von Demenz Betroffenen in Deutschland
- Sichtweise der Situation von Demenz Betroffenen im Herkunftsland
- Vermutete Ursache von Demenz
- Vorstellungen über Beeinflussbarkeit und Ver-

lauf

Krankheitsverhalten

- Umgang mit Symptomen
- Familiäre Unterstützung
- Unterstützungsideen für Angehörige

Nutzung der Gesundheitssysteme/Hilfesuche

- Erstkontakt bei der Hilfesuche
- Inanspruchnahme von professioneller und nicht-professioneller Hilfe
- Verbesserungsideen für professionelle Hilfen

Besondere Ressourcen betroffener MigrantInnen der jeweiligen Community

Besondere Belastungen für MigrantInnen der jeweiligen Community

Wünsche und Forderungen an Gesellschaft und Politik

Bereitschaft der MSO zu eigenen Angeboten

Im Folgenden werden die für diese Untersuchung relevanten Ergebnisse dargestellt.

4.3. Krankheitstheorien

Die Interviews zeigten vielfältige Krankheitstheorien, die z.T. direkt und z.T. indirekt über Beschreibungen oder die Wortwahl zum Ausdruck kamen. Im Folgenden werden die diesbezüglichen Ergebnisse unter den Überschriften Krankheitskonzepte, Vorstellungen über die Ursachen und Vorstellungen über Verlauf und Beeinflussbarkeit dargestellt.

4.3.1. Krankheitskonzepte

Die in der Literatur beschriebenen Krankheitskonzepte wurden auch in dieser Untersuchung gefunden (vgl. Kap. 2.6.1.). Dabei wurden oft mehrere Konzepte nebeneinander oder Kombinationen von Konzepten benannt. Nach folgendem Überblick werden die ihnen zuzuordnenden Untersuchungsergebnisse einzeln dargestellt:

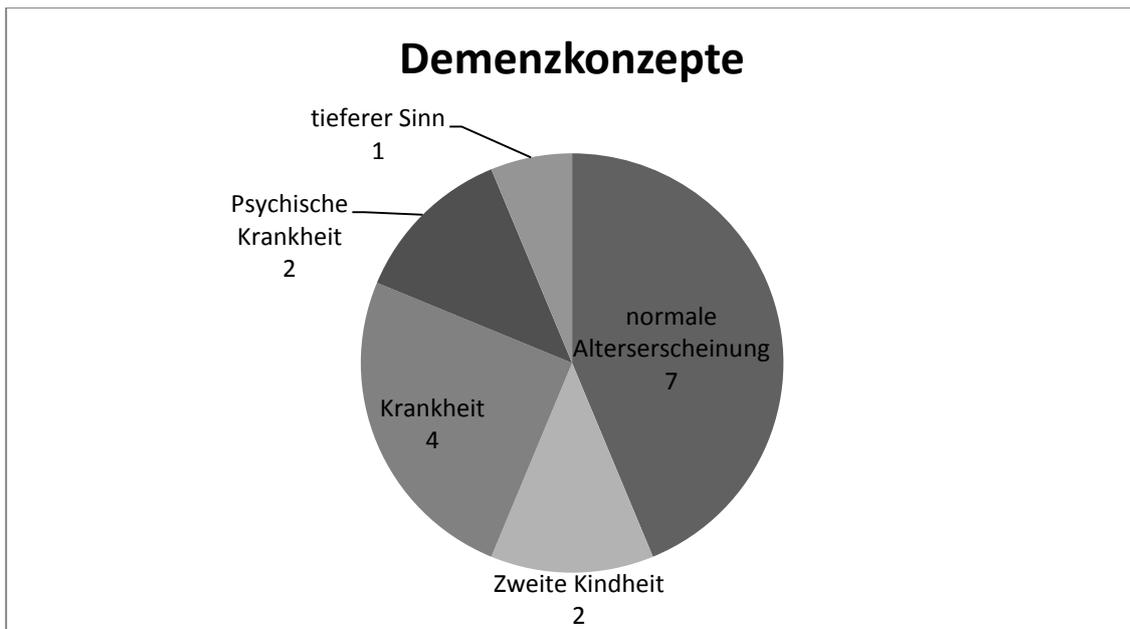


ABB.5 DEMENZKONZEPTE – ÜBERBLICK NACH ANZAHL DER IPS

4.3.1.1. Demenz als normale Alterserscheinung

Die meisten IPs gaben an, dass Demenz in ihren Communities nicht als Krankheit, sondern als normale Alterserscheinung betrachtet würde. Diese Sichtweise vertraten die IPs folgender Länder: Türkei/Kurdistan (alle drei IPs), Kenia, Togo, Russland, Länder der ehemaligen SU (JüdG), Ungarn. Die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde formuliert die Betrachtung von Demenz als normalen Altersprozess folgendermaßen:

„Genauso im Alter lässt meinerwegen die Kraft nach und man kann nicht mehr so laufen. Und da kann man auch nicht halt sich an alles erinnern, nicht alles im Kopf behalten. So wird das beschrieben.“ (JüdG, 87-90)

Auf eine solche Sichtweise weisen auch verschiedene von den IPs genannte Bezeichnungen für Demenz hin: „Gedächtnisschwäche“ (JüdG), „Nachlassende Lebenskraft“ (Ung), der entsprechende Begriff auf persisch für Demenz lautet „Vergesslichkeit“ (Iran) und ebenso bestimmte Umschreibungen wie „der Kopf funktioniert nicht so gut, weil er/sie alt ist“ (Kenia) oder „nur vergesslich sein“ (TürKurd).

4.3.1.2. Demenz als zweite Kindheit

Eine besondere Betrachtungsweise, ähnlich dem Konzept von Demenz als normaler Alterserscheinung, stellt die Beschreibung von Demenz als „Zweiter Kindheit“ dar, die in der Literatur zumeist bei asiatischen MigrantInnen beschrieben und in der vorliegenden Untersuchung von zwei IPs angegeben wurde – den VertreterInnen der kurdischen und der philippinischen MigrantInnen. Die Vertreterin der philippinischen MigrantInnen formuliert diese Sichtweise und den daraus folgenden Umgang folgendermaßen:

„Das ist ja schleichende, diese Krankheit, zuerst mal nur, dass man drüber lachen muss, wir müssen ja auch - man sagt ja auch bei uns, das ist die zweite Kindheit.“ (Philip, 22-24)

4.3.1.3. Demenz als Krankheit

Die VertreterInnen der kurdischen MigrantInnen und der Beratungsstelle für MigrantInnen (Türkei/Kurdistan) gaben an, dass es in ihrer Community neben anderen Konzepten gleichzeitig auch die Sichtweise gäbe, dass Demenz eine Krankheit sei. Von einem Konzept von Demenz, dass die medizinische Sichtweise mit der von Demenz als normaler Alterserscheinung kombiniert berichtet die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde. Sie sagt aus, dass in ihrer Community der Begriff „Zerebrale Gefäßsklerose“ für Demenz üblich sei, diese aber als völlig normal im Alter angesehen werde.

Und auch aus dem Kontext des Interviews mit der Vertreterin der schwedischen MigrantInnen kann auf ein medizinisches Konzept geschlossen werden. So spricht diese konsequent von „Krankheit“, nennt die typischen Symptome und Veränderungen, kennt spezielle Pflegeheime und spricht davon, dass Demenz im Anfangsstadium als altersbedingt normal betrachtet werde. (vgl. u.a. Schwed, 20-23, 29, 98).

Eine in Teilen medizinische Sichtweise könnten auch Beschreibungen von Demenz wie „Das Gehirn trocknet aus“ (Russ) oder „Vergangenheitssyndrom“ (Iran) vermuten lassen.

4.3.1.4. Demenz als psychische Krankheit

Der Vertreter der MigrantInnen aus Togo gibt an, dass Betroffene als „verrückt“ angesehen würden (Togo, 25-26), und auch die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde berichtet von einer solchen Sichtweise mit den damit verbundenen Konsequenzen, wie Vertuschen und Angst vor Stigmatisierung:

„Aber wenn einer sagt: >Ich finde mich nicht zurecht. Ich weiß nicht was mit mir los ist. Mein Gedächtnis lässt nach.< - Das sieht irgendwie etwas Psychisches. Ja und alles was mit psychischen Krankheiten zu tun hat, wird vertuscht, wird irgendwie verschwiegen, und das führt auf die ganz, ganz schlechte Erfahrung mit diesen Krankheiten in der ehemaligen Sowjetunion. Wo jede Art von Behinderung und auch von psychischen Krankheiten werden irgendwie, war verpönt, war verboten.“ (JüdG, 321-327)

Auf eine Sichtweise von Demenz als vorwiegend psychischer Krankheit könnten auch die von den IPs genannten Umschreibungen in der Community wie „der ist alt –der ist gaga“ (Brasil), „ein bisschen den Verstand verloren haben“ (Kenia) oder schlicht „verrückt sein“ (Togo) hinweisen. Die Übersetzung des türkischen Wortes *bunaklık* für Demenz wiederum beinhaltet nach Steuerwald (Türkisch-Deutsch-Wörterbuch) gleich mehrere Aspekte: 1. geistige Altersschwäche, 2. Kindisches Benehmen 3. Geistiger Defekt/Irresein (Steuerwald, 1988).

Darstellung der Forschungsergebnisse

Diese, wie auch Aussagen an anderer Stelle sind aber mit der Maßgabe zu betrachten, dass Begriffe, wie etwa das Wort „verrückt“ in einer anderen Kultur eine andere Bedeutung haben können/Sheridan & Storch, 2009, online)

4.3.1.5. Demenz als Geschehnis mit einem tieferen Sinn

Außerdem wurde von der Vertreterin der ungarischen MigrantInnen die Vermutung geäußert, dass Demenz auch einen Sinn, z.B. in Form einer Schutzfunktion beinhalten könne:

*„... es sind sicherlich verschiedene Ursachen, * warum Gedächtnis Störung kommt, ob das man auch immer als Störung bezeichnen könnte und ob wir diesen Sinn der Gedächtnisstörung immer erfassen können, wir Normale, das weiß ich auch nicht. Hat sicherlich auch * gewissermaßen eine Funktion, eine Schutzfunktion vielleicht, * psychische Ursache oder eben äh andere Ursache. Das ist vielleicht nicht egal, welche Ursache da eine Rolle spielt.“
(Ung, 173-180)*

4.3.2. Vorstellungen über die Ursachen von Demenz

Die Vorstellungen über die Ursachen von Demenz sind sehr vielfältig in den befragten Communities. Sie reichen von biologisch-medizinischen Vorstellungen über die Bedeutung des Lebenswandels und Lebensereignissen bis hin zu psychischen und gesellschaftlichen Faktoren. Sie variieren auch innerhalb der jeweiligen Communities und oftmals werden auch mehrere mögliche Ursachen nebeneinander genannt. Zunächst eine erste Übersicht über die Anzahl der jeweiligen Erklärungsmuster für Demenz:

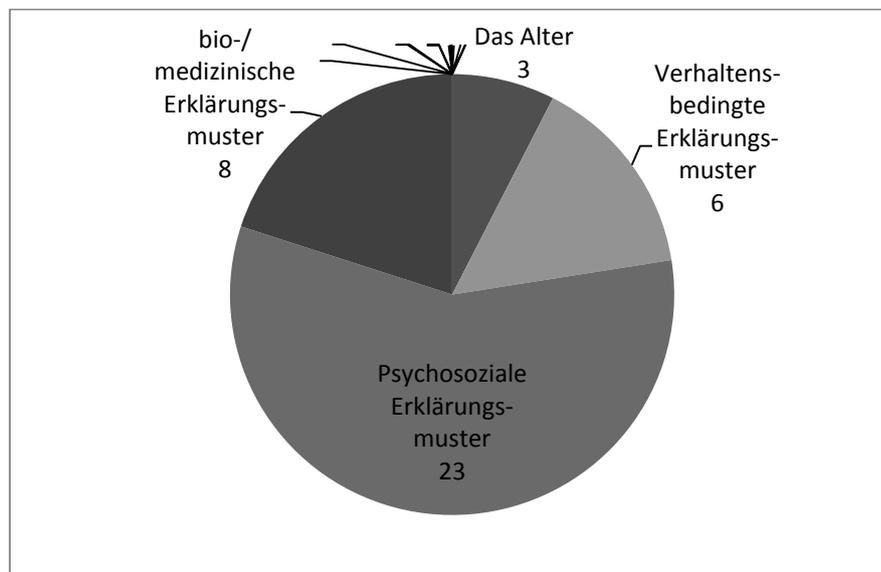


ABB. 6 ÜBERSICHT ÜBER DIE VERTEILUNG DER ERKLÄRUNGSMUSTER FÜR DEMENZ

Auf die jeweiligen IPs bezogen, ergibt sich folgende Verteilung:

- Drei IPs nannten das Alter als Erklärung
- Drei IPs nannten verhaltensbedingte Erklärungsmuster

Darstellung der Forschungsergebnisse

- Fünf IPS nannten Bio-/medizinische Erklärungsmuster
- Zehn IPs nannten psychosoziale Erklärungsmuster

Es zeigt sich, dass insgesamt psychosoziale Erklärungsmuster vorherrschen. Das entspricht den im Kapitel 2.6.2. bereits erwähnten Ergebnissen von Dilworth-Anderson und Gibson (USA), die im Rahmen einer Untersuchung über den kulturellen Einfluss von Werten, Normen, Sinn und Sichtweisen auf das Verstehen von Demenz bei ethnischen Minoritäten in den USA ebenfalls eine große Bedeutung psychosozialer Erklärungsmustern fanden (Dilworth-Anderson & Gibson, 2002: 59-61).

4.3.2.1. Das Alter als Ursache von Demenz

Wenn bei dieser Frage „das Alter“ als Ursache angegeben wurde, so entspricht das dem im vorigen Kapitel genannten Konzept von Demenz als normaler Alterserscheinung, denn in diesem Fall ist keine weitere Ursachenerklärung notwendig. Dies gaben die VertreterInnen der Jüdische Gemeinde (Ex-SU-Länder), der togoischen MigrantInnen sowie der Beratungsstelle für MigrantInnen (Türkei/Kurdistan) an. Die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde beschreibt dieses Erklärungsmuster:

I: „Ja und wie erklären sich Migranten aus ihrem Kulturkreis die Ursache dieser Probleme?“

IP: „Altersgemäß.“

I: „Also als etwas Normales. Was einfach passiert?“

IP: „Ja, was, das passiert. Also was mit dem Alter kommt. Der ganze Körper wird schwächer. Und auch Gedächtnis wird auch schwächer als früher.“ (JüdG, 92-100)

Der Vertreter der togoischen MigrantInnen nennt darüber hinaus Stress als mögliche Ursache und formuliert dies folgendermaßen:

*„Das (Demenz, Anm. d. A.) ist eine Alterskrankheit, wenn man alt wird, ich denke diese Krankheit kommt auch von alleine *, weil nicht alle haben Stress, jeder hat Stress, aber nicht bis dass man dement wird. Aber wenn man alt ist, ich denke diese Krankheit kommt von alleine. Dass man 'Tüdelich' ist.“ (Togo, 163-170)*

4.3.2.2. Bio-/medizinische Vorstellungen von der Ursache von Demenz

Folgende bio-/medizinische Vorstellungen über die Ursachen von Demenz wurden genannt:

Darstellung der Forschungsergebnisse

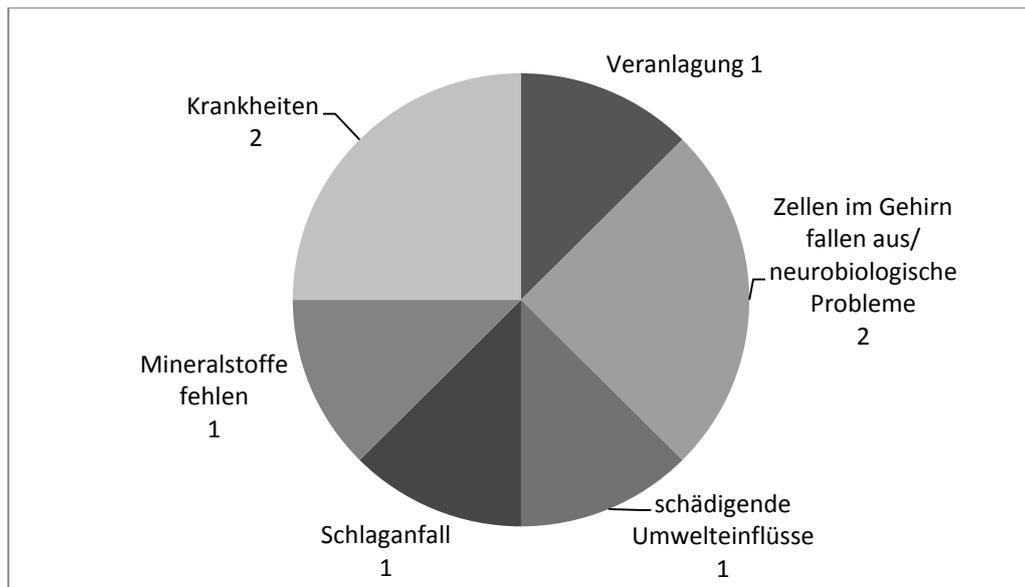


ABB. 7 BIO-/MEDIZINISCHE ERKLÄRUNGSMUSTER FÜR DEMENZ NACH ANZAHL DER IPS

Die VertreterInnen folgender Communities haben u.a. bio-/medizinische Erklärungsvorstellungen für Demenz angegeben: Kenia, Russland, Brasilien, Philippinen und Ungarn.

Philippinische MigrantInnen könnten Veranlagung als mögliche Ursache für Demenz ansehen, so eine deren Vertreterinnen:

„Oder wir denken auch vielleicht einfach Veranlagung auch, ich denke, dass eine Verwandte erkrankt ist, dann ist das Risiko höher, als wenn kein Verwandte mit Demenz erkrankt ist, das würde ich so vermuten, dass sie so in diese Richtung denken.“ (Philip, 322-325)

Die Vertreterin der brasilianischen MigrantInnen beschreibt ihre eigenen Vorstellungen von den Prozessen, die bei Demenz im Gehirn stattfinden:

„Es fallen Zellen, es fallen so viele Sachen aus. Bestimmte Minerale, die in der Zelle sind kommen nicht mehr zustande, ... fehlt Kalium und da gibt's die Kombination nicht mehr im Kopf und ... es ist (()) bei dieser Krankheit, bestimmter Ausfall an bestimmten Teilen, bestimmte Minerale, Zellen, Bereiche im Gehirn aber man muss erst sterben, damit sie es das feststellen, solange man lebt, weiß man nicht, naja und dann, aber nachher, gucken sie, wenn sie im Gehirn gucken – aja – da ist tot, da ist die (()) und da fehlt die Kommunikation und dann wissen die das ganz genau.“ (Brasilien, 143-151)

4.3.2.3. Psychosoziale Probleme als Ursachen von Demenz

Darstellung der Forschungsergebnisse

Den größten Einfluss wurde insgesamt den psychosozialen Einflüssen zugeschrieben. Sie können wie folgt aufgeschlüsselt werden:

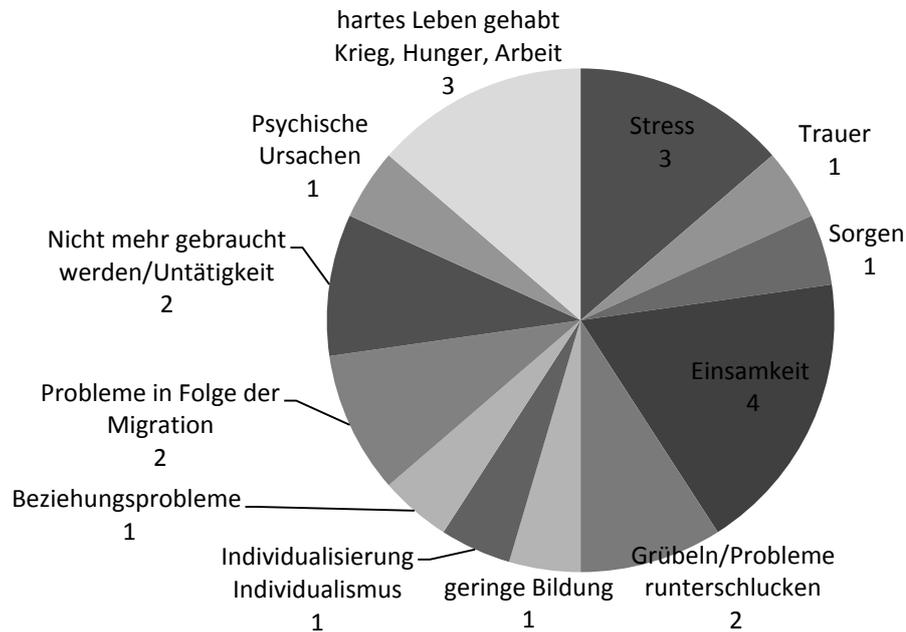


ABB. 8 PSYCHOSOZIALE ERKLÄRUNGMUSTER FÜR DEMENZ

Auffallend war bei diesem Thema, dass vermehrt die VertreterInnen der Länder mit vorwiegend muslimischer Bevölkerung psychosoziale Gründe als mögliche Ursachen für Demenz angaben. Dies taten ebenso die VertreterInnen der Sinti und Roma und die aus Togo. Insbesondere Einsamkeit als Ursache von Gedächtnisstörungen gaben die VertreterInnen der MigrantInnen aus Kenia, Togo und der Sinti und Roma an. So beschreibt der Vertreter der Sinti und Roma, wie durch Einsamkeit und Untätigkeit alte Menschen motorische und geistige Fähigkeiten verlieren können:

„Ich denke mal Einsamkeit und Verlassenheit ist das, was den Menschen, ja () lassen, innerlich, wo sie dann mit sich alleine sind, und dann nur noch den ganzen langen Tag sitzen, aber auch gar nicht mehr herausgehen, das sind die Ursachen – dass der Mensch schnell seine Sprache verliert, aber auch seine ganze Motorik, sein Bewegungsvermögen verliert, und eben halt, dass das Gehirn, sag ich mal, darauf einstellt, dass der Mensch für sich selber schon abgeschlossen hat und nur noch vor sich hin vegetiert in diesem Moment. Ich denke, das sind Sachen, die dazu führen können.“ (SintiR, 136-148)

Die Vertreterin der MigrantInnen aus Kenia vertritt, dass Grübeln und Probleme-Herunterschlucken, anstatt sie zu lösen, ein Faktor für die Entstehung von Demenz (sie nennt Demenz im Interview „Störung“, Anm. d. A.) sein könne:

Darstellung der Forschungsergebnisse

„Ich hatte gesagt, wenn die immer nur Grübeln, Grübeln, nicht was unternehmen, dann kann auch diese Störung kommen, ja, wenn man hat Problem und schluckt immer runter Problem, nicht Reden und so den ganzen Tag ((irgendwo)) hat auch seelische Störung. So fängt es an, Störungen kommen auch () wenn man immer einsam ist, keine mit Menschen zu tun hat, dann irgendwo kann diese Störung kommen. Aber ganz gewaltig und ((erstmal durch)) Arbeitslosigkeit, man hat keine Freunde, man hat gar nicht was, wo man über Probleme reden kann, ja, und das ist ja mal so, ja, da kann kommen diese Störung.“ (Kenia, 138-146)

Ein Beispiel für die Vorstellung, dass ein hartes Leben und geringe Bildung eine Rolle bei der Entstehung von Demenz spielen könnten bietet die Vertreterin russischer MigrantInnen:

„ ... und hm, er war kein Wissenschaftler, er war einfacher Arbeiter, er war Fahrer, einfach, hat eh, in Kindheit war nicht so leicht bei ihm, eh Krieg so, Hunger und so. Lernen konnte er nicht, musste arbeiten gehen gleich, ja und danach, er hat eh, konnte nicht lesen, zwei Klassen nur war in der Schule, und dann eh, nee, eine Klasse war nur, hat angefangen zum Lernen und dann ist arbeiten gegangen. ... Theoretisch der Vater war auch nicht, so, der war Bauer. Ich denke, das ist dies () Grund.“ (Russ, 141-159)

Stress als mögliche Ursache benennt u.a. der Vertreter der MigrantInnen aus Togo:

*„Für diese Veränderung, die Ursache kann nur Stress sein. Stress und Angst () zu verlieren. * Einsamkeit.“ (Togo, 32-33)*

Auch Probleme in Folge der Migration können zu solchen Problemen wie Demenz führen, meint der Vertreter der MigrantInnen aus dem Iran:

*„Und diese gesamte Kulturprobleme und auch einige andere Probleme natürlich die Menschen mit Migration in Deutschland oder andere Länder haben. Natürlich die kommen, ich glaube diese gesamte Druck kann zu eine bestimmte Problem zurückkommen. Und wie gesagt von Demenz genau zu sagen was ist die *, also was ist die richtige * was ist die richtige Grund, dass ein Mensch zu Demenz im Alter kommt, das ist natürlich außer meine Spezialität. Aber ich glaube, wenn man also viele Jahre in eine bestimmt Situation lebt, natürlich kommt auch zu diese Problem im Alter.“ (Iran, 84-92)*

4.3.2.4. Verhaltensbezogene Ursachenvorstellungen von Demenz

Folgende Vorstellungen bezogen auf das Verhalten als möglichen ursächlichen Faktor wurden in den Interviews genannt:

Darstellung der Forschungsergebnisse

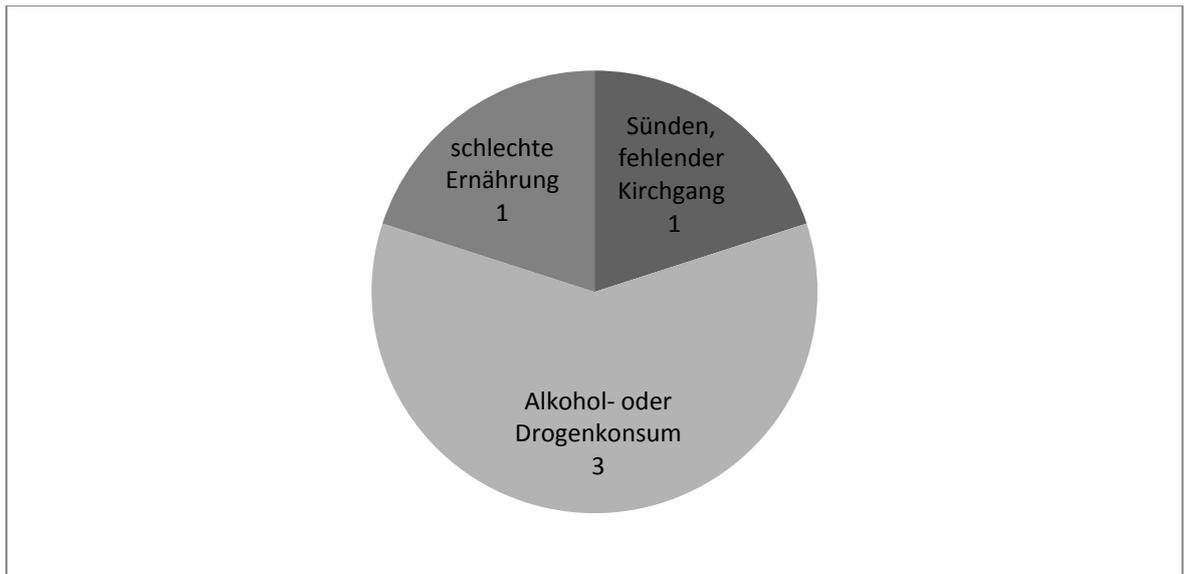


ABB. 9 VERHALTENSBEZOGENE ERKLÄRUNGMUSTER FÜR DEMENZ NACH ANZAHL DER IPS

Am häufigsten wurden in dieser Kategorie Alkohol- und Drogenkonsum als Einflussfaktoren genannt – jeweils von den Vertreterinnen der kenianischen, russischen und ungarischen MigrantInnen (die letzteren beiden als Angehörige von Demenzkranken). Die Vertreterin der ungarischen MigrantInnen meint dazu:

*„Jetzt äh jetzt ist das (Demenz, Anm. d. V.) äh * sehr bekannt leider * ja. Ja, ich glaube, dass da Alkohol und * viele Drogen und viele Dinge andere, denke ich, spielen auch eine Rolle.“ (Ung, 45-47)*

Wie der Alkohol wirken könnte, beschreibt die Vertreterin der russischen MigrantInnen:

„Dass, die Zellen sterben einfach, und das kommt auch große Grund, Leber stirbt davon und warum nicht Gehirn auch.“ (Russ, 156-157)

Sünden, fehlender Kirchgang und eine schlechte Ernährung als mögliche Einflussfaktoren für die Entstehung von Demenz nannte die Vertreterin der kenianischen MigrantInnen (Kenia, 223, 56, 130).

Insgesamt fällt bei den verhaltensbedingten Erklärungsmustern auf, dass diese nur von weiblichen Gesprächspartnerinnen genannt wurden.

4.3.3. Vorstellungen über Verlauf und Beeinflussbarkeit

Bezüglich der Beeinflussbarkeit gab es Aussagen über eine mögliche Prävention und Aussagen über Heilungschancen.

Die Vorstellung, dass eine Prävention von Demenz möglich sei, äußerten die VertreterInnen der Sinti und Roma sowie die der MigrantInnen aus Kenia. So gaben die VertreterInnen der Sinti und Roma an, dass Demenz bei einer Integration der älteren Menschen in die Familie, insbesondere durch den Kontakt, eine sinnvolle Beschäftigung und die Liebe der Angehörigen nicht auftreten würde:

Darstellung der Forschungsergebnisse

„Denn wer sich selbst überlassen ist im hohen Alter oder überhaupt im Alter wird stumpf und trübsinnig, wie man so schön sagt – und das ist bei uns nicht gegeben. Weil die immer innerhalb der Familie sind und sie wissen, dass sie dort sicher und geborgen sind, die haben ihre Sprache, die haben ihre Kinder um sich, die haben die Erwachsenen um sich und das ist das, was dem Menschen ja auch trainiert im Gehirn, wenn das immer wieder passiert. Wenn man natürlich alleine ist, dann verliert man das. Und das ist bei uns nicht gegeben.“ (SintiR, 34-40)

Die Vorstellung des Vertreters der Sinti und Roma, dass das Leben mit Mehrsprachigkeit vor Demenz schütze, wird von einer Studie von Bialystok, Craik und Freedman unterstützt. Sie haben 184 an Demenz Erkrankte untersucht, bei der Hälfte des Samples, die bilingual war, zeigten sich Demenzsymptome im Schnitt 4 Jahre später (Bialystok, Craik & Freedman, 2007: 459)

Und auch die Vertreterin der MigrantInnen aus Kenia beschreibt eine familiäre Situation, in der ältere Menschen nicht einsam wären und deshalb nicht an Demenz erkranken würden:

„ ... z.B. meine Oma war 105 Jahre alt und ((ist sie so)), manche kriegen viel Liebe von den Enkelkindern. Die kriegt viel Liebe von Enkelkindern, deswegen ihr Verstand ist immer noch gut, weil immer, die sind nicht allein gelassen, also die sind 24 Std. unter Kontrolle, Die Enkelkinder, die geben diesen alten Menschen viel Liebe. Und dann die Liebe macht jung. Wenn jemand ((so viel Liebe, von)) viel Enkelkinder, dann die hält ihren Kopf fit, weil die sind nicht einsam, ... “ (Kenia, 43-51)

Bezüglich der Heilungschancen gab es von drei IPs die Aussage, dass Demenz als nicht heilbar angesehen werde (Arab, Philip, SintiR).

Neben der Vorstellung, dass Demenz gar nicht entstehen würde, wenn die älteren Menschen in die Großfamilie integriert seien und geliebt würden, vertritt die Vertreterin aus Kenia überdies sehr intensiv die Meinung, dass Demenz durch Glauben, Liebe und Zuneigung heilbar sei:

*„Zuhören, Liebe und das kann diese auch Demenz helfen. ... Wenn man Liebe und Zuneigung gibt, die Menschen fühlen da was drinnen, diese kann Menschen auch gesund machen. Ja. * Wenn man vertraut, denn man kann Mensch gewinnen. Und man kann viele Menschen heile machen, unbewusst, ganz automatisch. Weil die irgendwo kommt vom Herzen, mit solchen Menschen muss man auch Herz da sein, nicht nur Geld verdienen oder so – man muss Herz geben, denn wenn die die Demenz haben, geht wieder gut. Kann auch bisschen dauern, aber denn, wenn Liebe da, wenn eine Woche, man merkt, dass eine fröhliche Gesicht (), weil die Liebe ist da und man, die Liebe ist der Schlüssel für die Menschen.“ (Kenia, 481-497)*

Und an anderer Stelle merkt sie an:

*„Das alles, Singen, wenn man Probleme hat und geht immer in Chor, singen, denn irgendwo wird diese Krankheit wird geheilt, weil der Geist, der Geist ist gesund, weil die Singen und die bleiben nicht zu Hause, die unternehmen was viel, und die treffen auch mit anderen Menschen, also die teilen ihre Probleme, keiner ist allein, jeder hat Vertrauen.“
(Kenia, 105-109)*

4.4. Umgang mit Demenz/Krankheitsverhalten

Ein weiterer Aspekt der subjektiven Krankheitstheorien ist das Krankheitsverhalten. Im Rahmen dieser Untersuchung kann diesbezüglich nur das Verhalten der Angehörigen, bzw. des sozialen Netzwerkes thematisiert werden, da es sich, wie bereits erwähnt, als schwierig erweist, von Betroffenen selber Aussagen über ihr Verhalten zu erhalten. Auch wurden tatsächlich keine Aussagen über den Umgang Betroffener mit ihrer Krankheit getroffen.

Wenn das Krankheitsverhalten Angehöriger betrachtet werden soll, ist sowohl der von den IPs beschriebene Umgang in den jeweiligen Communities interessant, als auch deren Sichtweise über den Umgang mit Betroffenen in der hiesigen Mehrheitsgesellschaft und im Herkunftsland. Gerade letztere wurden in den Interviews oftmals gegenüber gestellt und zeichnen ein Bild von abgelehntem und gewünschtem Verhalten.

Zunächst werden die Aussagen über den Umgang der Angehörigen mit Betroffenen und die Inanspruchnahme von Hilfen dargestellt, danach folgt die Sichtweise der IPs bezüglich des Umganges der Mehrheitsbevölkerung in Deutschland mit Betroffenen sowie Aussagen über die Situation Betroffener im Herkunftsland.

4.4.1. Umgang der Angehörigen mit Betroffenen

Der Umgang mit Betroffenen wurde vorwiegend als positiv-unterstützend beschrieben. Der Fokus lag auf einem respektvollen, akzeptierenden, sensiblen Umgang auf der einen (Brasil, Philip, TürkG, SintiR, Russ, Arab) und einem Umgang gekennzeichnet durch Mitgefühl und Liebe (Kurd, Kenia, Brasil, TürkG, Ung, Russ) auf der anderen Seite. In mehreren Interviews als wichtig beschrieben wurde überdies, dass Betroffene mit sinnvollen Aufgaben, bzw. Gedächtnistrainings beschäftigt werden (Brasil, Philip, Ung, Russ, SintiR und nicht alleine gelassen werden sollten (Kurd, Philip, SintiR). Letzteres wird auch von weiteren IPS im Zusammenhang mit der Situation Betroffener in Deutschland und im Herkunftsland erwähnt (vgl. Kap. 4.4.3. und 4.4.4.).

Weitere Aussagen zum Umgang waren:

- Die Familie würde sich um Betroffene kümmern und deren Vergesslichkeit kompensieren (Kurd, Ung, SintiR)
- Liebevoll darüber lachen (Philip)
- Gemeinsam etwas Schönes unternehmen (Brasil)
- Geduld, Gebet und positives Denken (Kenia)

Darstellung der Forschungsergebnisse

- Offener Umgang – keine Scham (Schwed)
- Gelassener Umgang (TürkG)
- Angehörigen der zweiten MigrantInnengeneration hier oder MigrantInnen mit deutschem Ehepartner würden den hiesigen Umgang übernehmen (TürkG, Brasil)

Im Interview mit den Vertreterinnen der philippinischen MigrantInnen wird noch einmal die Verbindung zwischen dem Krankheitskonzept „Zweite Kindheit“ und dem Umgang deutlich:

„IP1: „Das (Demenz, Anm. d. A.) gehört zum Leben.“

IP2: „Das gehört zum Leben und wir Kinder lachen nur.“ (Philip, 69-70)

Mentales Training mit Betroffenen im Alltag beschreiben die VertreterInnen der Sinti und Roma und der philippinischen MigrantInnen:

„Und wir versuchen dann auf unsere Art und Weise eben halt das mit den Menschen auch ein bisschen zu trainieren, dass man, so dass sie nicht so werden, wie man es kennt. Indem wir uns ganz einfach mit Ihnen unterhalten.“ (SintiR, 58-61)

I: „Fällt ihnen sonst noch was ein an wichtiger Unterstützung?

IP: „Ja zum Beispiel beschäftigen, helfen lassen in der Küche, z.B. oder Hobbys mitnehmen oder irgend so was, das sie beschäftigt werden so und auch Gedächtnistraining mit denen machen, Memory spielen, was weiß ich. Das hilft ja auch, dem Gehirn zu trainieren. Auf jeden Fall, nicht nur einfach nicht alleine lassen. Du sitzt da und ich sitz hier nur damit sie nicht allein ist, und dann halt beschäftigen.“ (Philip, 781-787)

Es wurde aber auch in mehreren Interviews von eher problematischem Umgang, in Form von Tabuisierung, Verstecken, Ignorieren, Vertuschen, Verharmlosung und Nicht-Wahrhaben-Wollen aus Angst vor Stigmatisierung berichtet (Brasil, TürkKurd, TürkG, Arab, JüdG, Schwed).

Darüber hinaus wurde berichtet, dass es auch zu falschem Umgang mit Betroffenen wegen fehlender Informationen kommen könne (TürkG, 242).

Tabuisierung in ihrer Community schildert auch die Vertreterin der türkisch/kurdischen MigrantInnen:

„Es gibt z.B. manche Krankheiten, genauso wie bei Behinderung, na, es wird nicht so gerne darüber gesprochen. Das sind so Tabuthemen, die nicht darüber sprechen. Wenn jemand wirklich im Altersheim ist. Solange er zu Hause ist oder sie zu Hause ist, wird über solche Krankheiten nicht geredet. Nicht so offen.“ (TürkKurd, 22-24)

Tabuisierung und Vertuschen von Demenz scheinen insbesondere ein großes Problem bei MigrantInnen der Länder der ehemaligen SU zu sein. Die Vertreterin der Jüdischen Ge-

Darstellung der Forschungsergebnisse

meinde führt dies auf die schlechten Erfahrungen in der SU zurück und betont die Ausmaße und Folgen der Tabuisierung:

„Wie gesagt, aber sie wollen überhaupt nicht darüber sprechen. Weder sie noch ihre Verwandte wollen darüber überhaupt nicht sprechen. Erst dann wenn das am meisten so spät ist. und wenn das so offenbar ist. Und auch die Familienangehörigen nicht wissen wie sie mit ihren Eltern umgehen, oder mit ihren Familienangehörigen umgehen Erst dann fangen sie an überhaupt zu sprechen. Und sie, also die Familien, versuchen das auch zu vertuschen. D.h. es wird alles in den Familien () abgedeckt oder versucht, in den Familien abzudecken. Und nicht zum Arzt zu gehen, sondern es irgendwie in den Familien so tun, als ob nichts passiert ist. Und dann erst, wenn ein kranker Mensch selbst zum Arzt geht und dann irgendwas oder bei uns oder zum Arzt oder sowieso. Und dann was macht, was jetzt unabdingbar dafür spricht, dass jemand Demenz hat. Dann, dann natürlich kommt es zur Sprache. Oder kommt es zum Erscheinen. Sonst versuchen die Familienangehörige seinen Kranken so weit abzudecken, dass die Außenwelt () um Gottes Willen nicht jemand sieht und nicht jemand davon erfährt.“ (JüdG, 153-167)

Insgesamt scheint in vielen Communities der Umgang im Herkunftsland (vgl. auch Kap. 4.4.4.) und in der Migration geprägt zu sein von einer großen Achtung gegenüber Älteren (Kenia, SintR, Brasil, Iran, Kurd, Russ, Philip, Togo). Zwei IPs gaben sogar an, schockiert gewesen zu sein über den Umgang mit alten Menschen in Deutschland (Togo, Brasil). Die VertreterIn der brasilianischen MigrantInnen beschreibt die Situation hier und stellt sie der Situation in Brasilien gegenüber:

„Ich muss es Dir sagen, ..., das war meine Kulturschock, mein ganz persönlicher deutscher Kulturschock, ..., aber wie alte Menschen hier behandelt werden, war die erste Arbeit, die ich geschrieben habe, ein Referat – das Alter werden – ich kann mich genau erinnern, wo ich deutsch gelernt habe. Darüber wollte ich schon schreiben, weil ich schockiert war, ne?“ (Brasil, 82-88)

„ ... bei uns ist es nicht so, dann ist der alte Mensch bei uns einen ganz anderen Stellenwert. Der ältere Mensch, zumindest in der Zeit, wo ich groß geworden bin, der ist der weise, der uns Kenntnisse vermittelt, der ist mit integriert in der Familie, ... es wird geguckt, wenn jemand etwas nicht kann, ich mein es wird geholfen.“ (Brasil, 51-54)

Und auch die Vertreterin der russischen MigrantInnen benennt auf die Frage nach besonderen Ressourcen in der Community den Umgang mit den eigenen Eltern:

„ ... bei uns zum Beispiel in unser Mentalität ..., dass wenn die Eltern krank werden, ja, dann werden sie nicht allein verlassen so ... Die werden bis zum Ende betreut und ..., das ist ganz normal so, das die Eltern so bleiben zu Hause und bis zum Ende werden sie begleitet.“ (Russ, 325-333)

4.4.2. Inanspruchnahme von professioneller medizinischer oder pflegerischer Hilfe

Das in dieser Untersuchung vorgefundene Spektrum der Angaben zur Inanspruchnahme medizinischer oder pflegerischer Hilfe bei Demenz ist sehr breit und reicht von völliger Ablehnung professioneller Unterstützung (SintiR) über eine eingeschränkte, bzw. behinderte Nutzung bis hin zu gezielter Inanspruchnahme von PsychologInnen, (Fach)-ÄrztInnen und Stammzellentherapie. Insgesamt überwiegt allerdings eine eingeschränkte Inanspruchnahme.

Als Gründe für eine Ablehnung von Unterstützung wurden genannt, dass Betroffene sich im Krankenhaus oder Pflegeheim nicht wohl fühlen würden und/oder die Pflege als Aufgabe der Familie angesehen werde (Iran, Russ, JüdG, Brasil, Philip, SintiR) oder weil Demenz zunächst versteckt oder vertuscht werden würde (TürkG, JüdG). Die VertreterInnen der Roma und Sinti gaben an, dass professionelle Hilfe nicht in Anspruch genommen werden würde. So antwortet deren Vertreter auf die Frage nach der Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützung oder von Tagestreffs, o.ä.:

„Nein. Immer nur nein. Weil einfach, sobald man damit anfängt, fühlt sich der Mensch, der davon betroffen ist, noch mehr zurückgesetzt, und dann passiert gar nichts mehr bei ihm, weil er dann zumacht >Jetzt bin ich abgeschoben, jetzt ist es ganz aus<“. (SintiR, 186-192)

Eine Ablehnung professioneller Hilfe muss nicht zwangsläufig ein Versorgungsproblem darstellen, es ist allerdings zu vermuten, dass eine ausschließlich familiäre Pflege Betroffene und v.a. viele Angehörige stark belastet (Küçük, 2008; Huismann, Raven & Geiger, 2000).

Die Vertreterin der philippinischen MigrantInnen gab an, dass pflegerische Hilfe nur in Deutschland abgelehnt werde, Betroffene würden im Alter eher auf die Philippinen zurückkehren, weil größeres Vertrauen in die Qualität der Pflege dort bestünde und Betroffene dort nie allein wären. Die IP selber gab an, dass ihre Kinder sie im Fall von Demenz dorthin zurückschicken sollen.

Einschränkungen in Bezug auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe waren:

- Hilfe wird nur für einzelne Symptome in Anspruch genommen, z.B. Beratung und Begleitung durch SozialarbeiterInnen, weil Behördenangelegenheiten nicht mehr allein erledigt werden können, die Demenz wird geleugnet und Betroffene suchen oftmals nicht aktiv Hilfe, sondern fallen erst bei Hausbesuchen der Gemeinde oder bei einem anderen Arztbesuch auf (JüdG, 144-146, 161-164)
- Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe geschieht oft zu spät, z.B. weil die Symptome nicht ernst genommen werden (JüdG, Schwed, TürkG, TürKurd)
- Hilfe würde in Anspruch genommen werden, wenn es Personal derselben Herkunft gäbe (Kenia, 451-456)

Darstellung der Forschungsergebnisse

- Hilfesuche ist eingeschränkt durch Scham, etwas nicht zu können oder zu wissen (Brasil)

Zu weiteren Hindernissen für die Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund von Informationsdefiziten und strukturellen Barrieren siehe Kapitel 4.6.2. und 4.6.4.

Die Aussagen der IPS zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe werden in folgender Tabelle zusammengefasst dargestellt:

Darstellung der Forschungsergebnisse

Herkunftsland/Ethnie	Inanspruchnahme medizinischer Hilfe	Inanspruchnahme pflegerischer Hilfe
TürkG	Demenz wird zunächst versteckt, Inanspruchnahme geschieht oft zu spät	
Kurd	Krankenhaus, Therapie	
TürKurd	Eher nicht, oft zu spät, Symptome werden oft nicht so ernst genommen	
Arab (Aussagen über Einzelfall)	Psychologe; Medikamente können kein kaputtes Organ heilen	
Iran	Inanspruchnahme von Arzt und Psychiater	es gibt kaum eine Situation, wo Angehörige Betroffene ins Heim bringen würden, das ist kulturell bedingt
SintiR		Nein, Pflege ist Aufgabe der Familie, Betroffene würden sich abgeschoben fühlen
Kenia	Arzt, rituelle Reinigung/HeilerIn, MiMi-Projekt*	
Togo	ExpertInnen, MiMi-Projekt	
Russ (vorwiegend Aussagen über eigene Meinungen)	Vermeidung von Krankenhaus und Heim: Betroffene fühlen sich dort nicht wohl, Hilfesystem in Deutschland wird als gut angesehen, Nutzung der Beratung der Krankenkasse	In diesem Fall wird Tagespflege in Anspruch genommen Allgemein Community: Betroffene werden eher nicht ins Heim gebracht
JüdG	Demenz wird zunächst versteckt; Arztbesuch nur wg. einzelner Symptome, Demenz fällt dann evtl. bei Hausbesuchen, o.ä. auf	Familien, die Angehörige ins Heim bringen würden, seien verpönt
Philip (IPs selber haben große medizinische Kenntnisse)	Vorsorge und Arztbesuche, Neurologe, Psychiater/Psychotherapie, ggf. Medikamente und Stammzellentherapie Zweite Aussage: keine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	Nein, Rückkehr dafür ins Herkunftsland
Brasil		Pflege vorwiegend zu Hause Auch Inanspruchnahme von Hilfe
Ung	-	Heimunterbringung wird vermieden
Schwed	Im Anfangsstadium wird Demenz oft für eine normale Alterserscheinung gehalten	

TAB. 7 INANSPRUCHNAHME PROFESSIONELLER HILFEN

*MiMi: Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland. Geeignete MigrantInnen bestimmter Herkunftsländer werden in diesem Projekt in einzelnen gesundheitlichen Themen, wie etwa Demenz, geschult und geben ihr Wissen als MultiplikatorInnen in Form von Veranstaltungen oder Kursen in ihrer Muttersprache an andere MigrantInnen weiter.

4.4.3. Umgang der Mehrheitsgesellschaft in Deutschland mit von Demenz Betroffenen

Für die subjektiven Krankheitstheorien sind auch die in diesen Interviews mehrfach geäußerten Meinungen über die Situation Betroffener interessant. So wurde die Situation Betroffener und generell alter Menschen in Deutschland zumeist negativ eingeschätzt - insbesondere Einsamkeit und fehlende familiäre Unterstützung wurden kritisiert bis hin zu der Aussage, dass die IP daher nicht in Deutschland alt werden möchte (Philip). Zu diesem Thema gab es sinngemäß folgende Aussagen:

- „Alte Menschen werden in Deutschland schlecht, bzw. unwürdig behandelt“ (Brasil)
- „Die hiesige Erziehung zu Autonomie und die Individualisierung in der Gesellschaft führen im Alter zu Problemen, Alte bitten z.B. nicht um Hilfe“ (Brasil)
- „Demenz wird hier als Krankheit oder Geschwür angesehen“ (Brasil)
- „Alte Menschen sind in Deutschland oft einsam, die Familie kümmert sich oft nicht um sie“ (Philip, Togo)
- „Es gibt hier wenig Hilfsbereitschaft“ (Togo)
- „Die meisten hier geben ihre betroffenen Angehörigen ins Heim, Demenz schreitet dann schneller voran“ (SintiR)
- „Wenn Menschen hier nicht mehr mitkommen oder nicht mehr gebraucht werden, werden sie abgeschoben“ (Brasil)
- „Vorhandene Institutionen, wie etwa Migrantenforen helfen nur wenig“ (Arab)

Positive diesbezügliche Aussagen waren:

- „Auch hier werden Betroffene geschützt“ (Togo)
- „Ich habe gute Erfahrungen mit familiärer Unterstützung Betroffener in der DDR gemacht“ (Philip)

Die schnelle „Abschiebung“ alter Menschen in Heime kritisiert etwa der Vertreter der Sinti und Roma:

„So, die meisten Familien sagen denn von dem (): „Ich hab gar keine Zeit dazu, ich muss arbeiten dann muss ich dies noch und jetzt den auch noch machen. Ne, wir bringen den in Heim. Die haben ja alles da und die machen das.“ Und damit ist der Mensch abgeschoben und damit wird das, was zwischenzeitlich der Mensch schon erreicht hat, noch verstärkt, der Mensch wird noch kränker und dann dauert auch nicht mehr lange, dass sie gar nicht mehr sprechen oder sich mehr bewegen, oder dass sie eben bald sterben. Das geht dann alles viel, viel, viel schneller.“ (SintiR, 222-229)

Auch die Vertreterin brasilianischer MigrantInnen bemängelt die hiesige Umgangsweise mit Demenz und fordert eine Enttabuisierung und Normalisierung des Themas:

Darstellung der Forschungsergebnisse

„Und, dass wir sie alle mit Würde behandeln müssen, nicht nur unsere Angehörigen, sondern im Allgemeinen, und das vermisste ich an vielen Sachen, dass man, man betrachtet das als eine Krankheit, so wie ein Geschwür. Und das gehört zu uns alles. Das soll zu unserem Leben kommen, normal werden, genauso wie wir sprechen: Welches Brot kaufe ich morgen beim Bäcker? Soll man auch, solche Sachen, solche Themen, das gehört zur Entwicklung von jedem Menschen.“ (Brasil, 1138-1144)

Eine der Vertreterinnen der philippinischen MigrantInnen schildert ihre Konsequenzen aus den Verhältnissen und Erlebnissen in Deutschland:

„Das ist wahr, ich habe das selbst erlebt und hab ich gesagt: >nein, ich möchte nicht alt werden hier in Deutschland<, wirklich, das ist - das war schon vor 10 Jahren schon, glaube hab ich das gesehen, Nein - ich möchte nicht alt werden hier, das ist so traurig für alte Menschen hier alt werden.“ (Philip, 251-255)

Diese Aussagen machen das Ausmaß der Vorbehalte gegenüber dem Hilfesystem deutlich.

4.4.4. Umgang mit von Demenz Betroffenen im Herkunftsland

Viele IPs haben im Verlauf der Interviews auch von der Situation Betroffener in ihrem Herkunftsland erzählt, oftmals im Vergleich zur Situation in Deutschland. Insgesamt ist dabei eine positive Sichtweise der Situation Betroffener im Herkunftsland vorherrschend. Dabei gaben eher die VertreterInnen kleinerer MigrantInnengruppen an, dass in ihren Herkunftsländern Demenz weniger verbreitet sei oder gar nicht vorkäme (Iran, Philip, Kenia sowie die Nicht-MigrantInnen SintiR in Bezug auf ihre Community). Eine ähnlich zusammengesetzte Gruppe sagt, dass die familiäre Einbindung Betroffener im Herkunftsland besser sei (Brasil, Philip, Togo, Arab). Die Bedeutung der engen familiären Strukturen im Herkunftsland stellt der Vertreter der MigrantInnen aus Togo der Situation in Deutschland gegenüber:

„Allgemein Beispiel, ich kann sagen hier in Deutschland sind viele geschlossen, einsam fühlen, bei uns nicht so. Wir sind eine Familie, große Familie und wir halten uns zusammen. Zumal, wenn so was passiert, dass verrückt, man lässt die Angehörigen nicht alleine, oder raus gehen. Man würde diese Menschen schützen zu Hause.“ (Togo, 35-39)

Die besondere Achtung älterer Menschen in ihren Herkunftsländern betonen die VertreterInnen der MigrantInnen aus Kenia und Brasilien. So ist auch immer wieder bei der Gegenüberstellung der Situation Betroffener hier und im Herkunftsland die Rolle alter Menschen und der Umgang mit ihnen Thema. Die Vertreterin der MigrantInnen aus Kenia etwa berichtet:

„Also, Afrika, die akzeptiert viel alte Menschen. Alte Menschen kommen vor – wenn die was sagt, dann die Jugendlichen die sind still, ja und dann die hören zu, (die in Rat) schlägt, und dieser Rat das ist gut, das ((hebt)) die Seele, ja.“ (Kenia, 251-254)

Und der Vertreter der iranischen MigrantInnen beschreibt die Umgangsweise in seinem Herkunftsland wie folgt:

Darstellung der Forschungsergebnisse

„Also bei uns ist eh bisschen anders als hier. Also bei uns die Opa und Oma die bleiben fast bis zum Sterben bei den Kinder. Das ist kaum Situationen, die man eine Opa oder eine Oma im Pflegeheim lässt. Das ist kulturellisch. Sag ich mal.“ (Iran, 279-282)

In zwei Fällen wurde auch von negativen Rahmenbedingungen im Herkunftsland berichtet: so gäbe es in Russland weniger soziale Unterstützung und praktische Hilfen (Russ) und in Brasilien gäbe es Behandlungsmöglichkeiten nur gegen viel Geld (Brasil).

Auch von der Situation Betroffener im Herkunftskontext – in diesem Falle aber in Deutschland sprechen die IPs des Verbandes der Sinti und Roma. Sie geben an, dass, wenn Demenz in ihrer Community vorkäme, sie in ihren großfamiliären Strukturen gar nicht auffallen würde:

„Und der Mensch, wenn jemand davon betroffen wäre, täte das nicht auffallen, weil er ist in seiner Umgebung, er hat seine Sprache, er hat seine Kinder, seine Enkelkinder um sich, also fällt es nicht auf, wenn, Also bei uns kommt das nicht vor, das ist ganz klar, und, wenn es vorkommt, dann fällt es uns wahrscheinlich gar nicht auf. Dann fällt es uns gar nicht auf.“ (SintiR, 181-183+209-211)

All diese Aussagen spiegeln die subjektive Sichtweise der IPs von Demenz und der hiesigen Gesellschaft, zeigen reale oder gefühlte Unterschiede zwischen den Kulturen und deuten auf Idealvorstellungen bzgl. des Umgangs hin.

4.5. Ressourcen von MigrantInnen angesichts von Demenz

Eine Fragestellung dieser Untersuchung war, auf welche Ressourcen MigrantInnen angesichts von Demenz zurückgreifen können. In diesem Kapitel werden die Aussagen der IPs zu den Aspekten soziale und personale Ressourcen in der jeweiligen Community dargestellt.

4.5.1. Soziale Ressourcen

Die Aussagen über soziale Ressourcen in dieser Untersuchung können in zwei Bereiche unterteilt werden: Familie und Community. Sie beinhalten alle Aussagen der IPs über psychische oder physische Unterstützung seitens nicht-professionell tätiger Menschen. Für die sozialen Ressourcen ist wiederum die bereits erwähnte besondere Achtung älterer Menschen in manchen Communities als Grundlage zu sehen (vgl. Kap 1.3.)

4.5.1.1. Familie

Nach Angaben der IPs wird die überwiegende Mehrheit der betroffenen MigrantInnen zu Hause gepflegt. Ausdrücklich als Ressource gaben die VertreterInnen der Jüdischen Gemeinde, der Sinti und Roma und der philippinischen MigrantInnen familiäres Eingebunden-Sein an. Aber auch in anderen Interviews lassen sich Hinweise darauf finden, dass die Familie in Form von Zusammenhalt und emotionaler und praktischer Unterstützung als Ressource anzusehen ist (Iran, Kurd, Russ, JüdG, Philip, Ungarn, SintiR).

In fünf Interviews wurde sogar von einer moralischen Verpflichtung zur familiären Pflege berichtet (Iran, Kurd, Philip, JüdG, SintiR) und in weiteren Interviews war von der Selbstverständ-

Darstellung der Forschungsergebnisse

lichkeit familiärer Pflege die Rede (Kurd, Russ, Philip, Ung). Selber als Angehörige Involvierte gehörten nicht zu den IPs, die eine moralische Verpflichtung zur Pflege nannten. Dies könnte Zufall sein oder eventuell auf eine Schutzhaltung gegenüber weiteren Pflegeverpflichtungen deuten.

Warum eine moralische Verpflichtung zur Pflege bestehe, erklären die VertreterInnen der Sinti und Roma:

IP1: „Deswegen kann man nur jedem raten: man darf nie vergessen, wer einen erzogen hat – das sind die Eltern, die Großeltern, Onkel, Tanten - spielt gar keine Rolle. Es haben die für uns gesorgt, jetzt müssen wir für die sorgen, solange bis sie sich von uns verabschieden. Und das in jeder Art und Weise, sei es Pflege, sei es waschen, sei es füttern, wie auch immer. Und wenn man das macht, dann hat man ...“ IP2: „... auch ein ruhiges Gewissen.“ IP1: „... und man hat seine Eltern, seine Großeltern, wen auch immer, doch ein paar Jahre mehr, als wie normal.“ (SintiR, 230-237)

Der Vertreter der MigrantInnen aus dem Iran schildert die moralische Verpflichtung zur Pflege folgendermaßen:

„Also bei uns hat eine schlechte Ruf so eine Entscheidung. D.h., wenn ich z.B. meine Mama weil sie jetzt krank ist oder kann sie nicht allein ihre Sachen erledigen sofort Pflegeheim. Dann hat kein Ruf, ich meine hat kein gutes Ruf. Im Umkreis in Familie. Oder man fühlt sich auch selber Schuld in diese Situation. Das ist von Community und von Familie wie gesagt auch das ist nicht so gut gemeint.“ (Iran, 290-295)

Der Vertreter der türkischen MigrantInnen gibt an, dass familiäre Pflege v. a. durch einen großfamiliären Rahmen ermöglicht werde. Die VertreterInnen der Sinti und Roma sagen sogar, dass Demenz, wenn sie vorkäme, in ihren Strukturen gar nicht auffallen würde.

Es wird in den Interviews deutlich, dass familiäre Pflege Priorität vor professioneller Hilfe genießt. Dies entspricht den Erkenntnissen der im ersten Teil genannten Studien, die sich aber in erster Linie auf türkische MigrantInnen beziehen (vgl. z.B. Piechotta & Matter, 2008: 226f).

Es gibt allerdings auch Faktoren, die familiäre Pflege erschweren oder unmöglich machen. Mehrfach genannt wurde, dass Arbeit, bzw. Kindererziehung der Angehörigen die Kapazitäten beschränken würde (Russ, Philip, Türk). Auch seien nicht immer die räumlichen Möglichkeiten vorhanden (Philip) und nicht in jedem Fall gäbe es Angehörige in Deutschland, die die Betroffenen pflegen könnten (Philip). Die VertreterInnen der türkischen Gemeinde und der MigrantInnen aus Russland berichten, dass die Hauptpflegelast bei den Frauen liege. Betont wurde von den VertreterInnen der Türkischen und der Jüdischen Gemeinde, dass oftmals eine Diskrepanz bestehe zwischen den Erwartungen der Älteren bzgl. des Gepflegt-Werdens und den realen Möglichkeiten oder der Bereitschaft der Angehörigen dies zu tun. Der Vertreter der Türkischen Gemeinde erklärt dies folgendermaßen:

Darstellung der Forschungsergebnisse

*„Ja, das ist natürlich auch bei dem ältere Generation, erste, zweite Generation natürlich auch *, finde ich nicht gut, dass die jungen Generation ihre Ältern einfach so zur Pflege geben * oder nicht so von Herzen zu kümmern, das natürlich wird, das übel genommen, das ist ein bisschen, guckt man, das ist schief. * aber natürlich viele irgendwie denken nicht daran, warum dieser Zustand entstanden und, wenn sie das denken, ich habe auch solche Leute auch gehört, wenn man erzählt, sollte man denen nicht übel nehmen, diese junge Leute, das können sie nicht anders. Sie sind gezwungen weiter zu arbeiten. Sie müssen auch, wenn sie arbeiten, dann können sie nicht entsprechende Pflege, wie du dir vorstellst, nicht durchführen. Das ist so. Wenn man das erzählt, die verstehen das. Aber oberflächlich gesehen, von draußen gesehen, sie sagen >Oh Gott! Ich wünsche mir solche Kinder nicht<. Das ist, da habe ich so was auch gehört.“ (TürkG, 196-208)*

Von veränderten Einstellungen gegenüber häuslicher Pflege und auch der äußeren Bedingungen in der zweiten und dritten Einwanderer-Generation wird auch von Piechotta und Matter berichtet (Piechotta & Matter, 2008: 224).

In zwei Fällen wurde darüber hinaus eine Diskrepanz zwischen den Vorstellungen der Migrantinnen und ihrer deutschen Ehemänner angesprochen (Philip, 212-215; Brasil, 148-152).

4.5.1.2. Community

Die Community als besondere Quelle für Rückhalt gaben die Vertreterinnen der russischen, der brasilianischen sowie der philippinischen MigrantInnen an. Den starken Zusammenhalt in der Community beschreibt die Vertreterin philippinischer MigrantInnen:

„Aber die Philippinas sind immer dabei, eine von uns, oder so, wenn jemand krank ist, soweit ich, 25 Jahre hier in Deutschland, da sind wir immer dabei, die Landsleute zu unterstützen.“ (Philip, 411-413)

Und auch der Vertreter der MigrantInnen aus Togo berichtet von Unterstützung durch die Community (aus dem Kontext wird deutlich, dass er die Community damit meint, Anm. d. A.):

I: „Und denken sie, dass Migranten aus Westafrika, vielleicht auch besondere Ressourcen haben? Besondere Fähigkeiten, die ihnen helfen mit so einer Situation umzugehen, mit solchen Problemen?“

*IP: „Ja klar! * Man kann die Leute besuchen und mit ihnen reden, um die Probleme zu lösen.“*

I: „Meinen sie, dass es denn viel Besuch gibt?“

IP: „Viel Besuch gibt, ja, viel Besuch gibt. Wenn der Betroffene Probleme hat, hat, kann- oder hat jemand da mitzuteilen, was man für Probleme er hat, und dann kann man zusammen lösen, alleine kann man nicht, besonders, wenn man krank ist. Man weiß nicht mehr, was man tut. Da jemand braucht dann wirklich Hilfe.“ (Togo, 89-95)

Auch wurde in einigen Interviews berichtet, dass Hilfe im Fall von Demenz zunächst bei erfahrenen Mitgliedern der Community gesucht werde (Togo, TürkG, Brasil).

Auch die MSOs der jeweiligen Communities können als Ressource angesehen werden, da sie muttersprachliche, emotional nahe und niedrig-schwellige Hilfe anbieten können. So führt die Türkischen Gemeinde bereits jetzt Veranstaltungen zu diesem Thema durch und unterstützt

Darstellung der Forschungsergebnisse

andere VeranstalterInnen durch Übersetzungen. Die Türkische Gemeinde kann sich außerdem politisches Engagement zu diesem Thema vorstellen.

Der Vertreter der geplanten iranischen MSO kann sich vorstellen, dass deren Räumlichkeiten als Tagestreff und Anlaufstelle für Betroffene dienen und Aktivitäten anbieten könnte:

„Also wenn solche Gruppierungen da sind, natürlich ich denke das kann viel helfen, ich meine. Wenn wir gemeinsam eine bestimmte Zahl von Personen haben natürlich können wir uns auch gegeneinander auch helfen. Und solche Leute vielleicht haben auch Möglichkeit, wenn so ein Zentrum irgendwo ist. Diese Leute haben die Möglichkeit, z.B. dahin gehen oder da Bücher lesen, Fernseh gucken oder einige andere Aktivitäten. So das kann z.B. glaube ich viel helfen, weil die sind auch, die sind auch bei Leute die sich besser verständigen.“ (Iran, 316-323)

Die Jüdische Gemeinde bietet Betroffenen und Angehörigen schon jetzt soziale Dienste in Form von Unterstützung bei Erledigungen, Organisatorischem und Dolmetschen. Die Jüdische Gemeinde sei für Angebote für Betroffene auch sehr geeignet, so deren Vertreterin, weil eine vertrauensvolle Beziehung zu potentiell Betroffenen bestehe und es in der Interaktion keine Sprachprobleme gäbe.

Zwei der befragten MSOs würden mehr Angebote machen, wenn dafür finanzielle und personelle Mittel zur Verfügung gestellt würden (JüdG, TürKurd).

4.5.2. Personale Ressourcen

Personale Ressourcen umfassen alle Eigenschaften, Einstellungen oder Verhaltensweisen einer Person, die ihr angesichts von Demenz hilfreich sind. Dieser Bereich wird im Folgenden in Aussagen zu den Ressourcen Religion/Glauben und kulturell bedingtem Verhalten/Eigenschaften unterteilt.

4.5.2.1. Religion/Glaube

Die VertreterInnen der brasilianischen, der kenianischen und der russischen MigrantInnen berichten von Ressourcen in diesem Bereich. Die Vertreterin der russischen MigrantInnen, die auch Mitglied der russisch-orthodoxen Kirche ist, schildert, dass religiöse Routinehandlungen Betroffenen helfen können:

„Und dann, dann sind das diese Momente. Siehst du an Augen, so das. Zum Beispiel komme ich mit eh, ja, wir sind gläublich, Gläubliche, so, Menschen, Meine Mutter geht zum Kirche und wir auch so, und komme ich und mache Kreuz da bei ihm so, und abwischen mit Wasser, so mit Heilige Wasser so, dann kommt man mit diese, dass er klar wird.“ (Russ, 96-101)

Von Gebet und Kirchengang als Ressource, um gesund zu bleiben und Probleme zu lösen, spricht die Vertreterin der kenianischen MigrantInnen:

„Gebet, nur das Gebet kann helfen, sonst kann Niemand. Genau, ich kenne auch viele Afrikaner in XY-Stadt, die gehen gerne zur Kirche und dann ihre Probleme, die teilen das mit Gott. Die singen, die tanzen, die jubelt, ja, denn, wenn die ((diesen)) Sonntag, wenn waren auch die drei Stunden in die Kirche, wenn die nach Hause kommen, sind die frei von Sorgen. Dann haben die gebetet, haben die getanzt, ja, ja so geht das.“ (Kenia, 150-155)

Darstellung der Forschungsergebnisse

Die Vertreterin der kenianischen MigrantInnen kommt im Verlauf des Interviews immer wieder auf die Bedeutung des Glaubens zurück. Sie berichtet u.a. auch von der Wirkung religiös-ritueller Heilmethoden:

IP: „Wie gesagt: nur durch Gebet kann man helfen, nur Gebet, die Verbindung mit Gott, die kann diese Menschen heilen, nur das oder zum Beispiel da in diese Geschäft - Afrikaner (ein Heiler, Anm. d. A.) da hin um was zu holen, was zum Reinigen, und so weiter, was zum Seele reinigen, das hilft auch ein bisschen, ja und da gehen wir auch, das hilft ein bisschen.

I: Das sind dann, ich habe das gesehen, das sind #Seifen zum Teil und Duftöle und#

IP: #Ja. Ja, # ... er sieht schon Leute, was die hatte, automatisch ... ((und dann irgendwo er)) muss entscheiden, welche Seife muss man kaufen, es gibt viele, aber er gibt Dir nicht alles, Und dann bei Gebeten, die brauchen das Seife und dann kaufe ich die Seife, und das Creme und dann, o.k., dann gehe ich nach Hause und lies ein paar Psalmen Bibel und dann hat man sein Problem schon im Griff. Ja, die Problem, was man hat, steht auch in Bibel, ... , dann steht da Psalm Vers soundso, oder Psalm 50 oder Psalm 40, Vers das bis dahin. So hat man schon seine Probleme erkannt, seine Störung erkannt, ...*

I: Das sucht dann der Mann von dem Laden, der Heiler, sucht dann eine passende Stelle in der Bibel #dafür raus? Für das Problem?

IP: #Ja Hm. Ja# Hm. Ja, er weiß genau was wirkt und wann, und man hat geredet, jeder Mensch hat verschieden Probleme.“

Und die Vertreterin der brasilianischen MigrantInnen nennt eine spezielle Freikirche als Anlaufstelle für einen Teil der brasilianischen MigrantInnen (Brasil, 1047-1053).

Religiosität als problematisch, wie Dilworth-Anderson es berichtet, wurde in dieser Untersuchung nicht gefunden. Dilworth-Anderson spricht davon, dass ein religiöser Hintergrund auch dazu führen könne, dass die Demenz-Symptome als teuflisch oder als Besessenheit gedeutet würden und in der Folge professionelle Hilfe eher nicht in Anspruch genommen werde. Sie nennt als Beispiel, die Behandlung von Demenz in der philippinischen Kultur durch Gebete und Wunderheiler, um böse Geister zu vertreiben. (Dilworth-Anderson, 1999: 43)

4.5.2.2. Kulturell bedingtes Verhalten und Eigenschaften

Im Verlauf der Interviews wurden verschiedene Eigenschaften benannt, die als hilfreich im Umgang mit Demenz betrachtet wurden:

- Die Kraft, nicht aufzugeben (Iran)
- Gelassenheit/Sich-Zeit-Nehmen (TürkG, Brasil)
- Toleranz (Brasil)
- Hier eine eigene Rente erarbeitet haben (Philip)
- Die Adaptationsfähigkeit in der Migration (Iran)
- Die gezielte Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems nach der Rückkehr, bzw. beim Pendeln ins Herkunftsland (Philip)

Darstellung der Forschungsergebnisse

- Abgehärtet-Sein durch die Bedingungen im Herkunftsland und daher Probleme unter schwierigen Bedingungen ohne staatliche Hilfe selber lösen können (JüdG), bzw. Anspruchslos-Sein (Brasil)
- Training des Gehirns durch Mehrsprachigkeit (SintiR)
- Kontaktfähigkeit/Nähe zu Menschen (TürkG)
- Kein Vorkommen von Gedächtnisstörungen, „weil Afrikaner von Natur aus schlau sind“ (Kenia)
- Kein Vorkommen seelischer Probleme, weil Schwierigkeiten mit Unterstützung Älterer gleich gelöst werden (Kenia)

Das Abgehärtet-Sein durch die Bedingungen im Herkunftsland beschreibt die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde:

„Aber die Menschen, die aus der ehemaligen Sowjetunion und dort ihr ganzes Leben verbracht haben und dort sozialisiert sind, sie sind abgehärtet. D.h. man erwartet, man hat dort vom Staat nie irgendwie große Hilfen erwartet. D.h. die Leute irgendwie gewohnt sind mit ihren Schwierigkeiten irgendwie umzugehen und das irgendwie zu bewältigen auch unter schwierigen Bedingungen. Das, insofern denke ich, dass ist etwas, was die Leute mitgebracht haben.“ (JüdG, 231-237)

Etwa die Hälfte der IPs machte allerdings zum Thema Ressourcen keine Aussagen, dies könnte eventuell an Verständigungsproblemen gelegen haben, da das Konzept „Ressourcen“, bzw. „besondere Fähigkeiten, die einem helfen“ für manche MigrantInnen schwer nachvollziehbar sein könnte. So gab es diesbezüglich von folgenden IPs keine Aussagen: Arab, TürKurd, Kurd, Ung, Schwed, Togo.

4.6. Besondere Probleme von MigrantInnen im Zusammenhang mit Demenz

Die von den IPs genannten besonderen Probleme können auf vier Ebenen lokalisiert werden: Belastungen Angehöriger, Informationsdefizite, Probleme in der professionellen Pflegesituation und Probleme im Alltag, die in der Migration und/oder der Gesellschaft begründet sind.

4.6.1. Belastungen Angehöriger

In sieben Interviews wurden Belastungen Angehöriger erwähnt. Allgemein von einer Belastung der Angehörigen sprachen die VertreterInnen der iranischen und philippinischen MigrantInnen und der Türkischen Gemeinde. Folgende weitere Aussagen wurden diesbezüglich getroffen:

- Angehörige sind verunsichert oder gereizt, solange die Hintergründe des veränderten Verhaltens der Betroffenen nicht bekannt sind (Russ, Schwed)
- Die Diagnose wurde als Schock erlebt (Russ)
- Die Aufklärung des Umfeldes über Verhalten der Betroffenen wird als belastend erlebt (Russ)
- Das Schamgefühl ist für die Angehörigen belastend (JüdG)

Darstellung der Forschungsergebnisse

- Es besteht die Angst, dass Betroffenen ein Unfall passiert (Philip)
- Es besteht Angst vor Stigmatisierung und sozialer Isolation (TürKurd)

Besonders detailliert hat dabei die Vertreterin der russischen MigrantInnen ihre eigenen Belastungen als pflegende Angehörige beschrieben.

„... ich bin nicht eigene Tochter da, aber das alles liegt auf meine Schultern ... Kopf arbeitet bei diesen Menschen schon gar nix mehr. Schon er erinnert gar nix und deswegen ist es immer schwer. Wenn ich zum Beispiel komme und komme ich jeden Tag zu ihm ...muss ich zuerst mich vorstellen. Also wer bin ich, eh und dann läuft es weiter so. Wenn ich will was machen mit ihm oder unternehmen mit ihm, ja, und zum Beispiel sage ich, essen wir jetzt und er begreift das nicht und schimpft, ...“ (Russ, 35-47)

Dieselbe IP beschreibt ebenfalls, welch ein Schock die Diagnose für ihre Mutter – die Ehepartnerin des Betroffenen – war, und dass diese lange gebraucht hätte, die Symptome (Sich-Entblößen, Weglaufen) zu verstehen (Russ, 199-224).

Im Rahmen der Interviews gab es keine Hinweise auf soziale Belastungen Angehöriger durch die Familie oder Community, wie etwa von Piechotta & Matter und Küçük genannt (vgl. Kap. 2.7.2.; Küçük, 2007: 106; Piechotta & Matter, 2008: 227).

4.6.2. Informationsdefizite

In zwei Interviews wurde angemerkt, dass es zu wenig Wissen über Leistungen in der Community gäbe (Russ, Brasil) und in einem, dass das Hilfesystems zu kompliziert sei (Togo). In Bezug auf Aufklärung sagen beide großen, professionell sozialarbeiterisch tätigen Gemeinden - die Türkische und die Jüdische Gemeinde, dass sie sich bei der jeweiligen Gruppe schwierig gestalten oder gar nicht angenommen werde. Die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde beschreibt die Problematik der Aufklärung folgendermaßen und kommt dabei auch auf die Sprache als strukturelle Barrieren zu sprechen:

„Also ich glaube diese Problem wird, also diese Aufklärung wird sich nachher erleichtern, wenn, wie gesagt, wenn die Kinder und Enkelkinder, Urenkel hier aufgewachsen sind. Auch hier sozialisiert werden, dann werden sie schon mehr darüber wissen und weniger Hemmungen, weniger Angst haben darüber zu sprechen. Aber bei den Menschen um die es jetzt geht, denen es jetzt gilt zu helfen, das ist schwierig, das ist schwierig. Also ich sehe, die Wege wie gesagt nur mit russisch sprechendem Personal. Also erstens Psychiater usw. und auch in Krankenhäusern oder in Pflegediensten usw. russisch gesprochen wird mit diesen Patienten und auch in Aufklärungsarbeit mit Familienangehörigen. Dass die Leute irgendwie sehr behutsam aber gezielt angesprochen werden. Veranstaltungen und solche Sachen.“ (JüdG, 357-368)

4.6.3. Probleme in der professionellen Pflegesituation

Folgende, in diesem Kapitel im Weiteren noch genauer dargestellten, Belastungen in der professionellen Pflegesituation wurden genannt:

- Sprach- und Verständigungsprobleme
- Probleme mit der anderen Kultur
- Rassismus

4.6.3.1. Sprach- und Verständigungsprobleme

Besonders häufig wurden in den Interviews potentielle Sprach- und Verständigungsprobleme in Einrichtungen genannt (Russ, Brasil, TürKurd, Togo). Diese Problematik ist vor dem Hintergrund des in Kapitel 2.3. beschriebenen, bei Demenz auftretenden, Verlustes der Zweitsprachkenntnisse zu sehen, den in dieser Untersuchung auch die Vertreterin der russischen MigrantInnen sowie der Jüdischen Gemeinde beschreiben (JüdG, 349-352; Russ, 76).

Verständigungsprobleme beziehen sich allerdings nicht ausschließlich auf die Kenntnisse der deutschen Sprache, betont Verwey:

„Verständigungsschwierigkeiten können vielfache Ursachen haben: Zunächst einmal rein sprachliche. Dann aber auch werte- und interpretationsbedingte Ursachen. So gibt es Schwierigkeiten, die aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über die Welt entstehen, über Sinn und Ziele im Leben und aufgrund einer anderen Wahrnehmungsart des Selbst.“ (Verwey, 2003: 291)

Ein Beispiel für die Auswirkung von Verständigungsproblemen im interkulturellen Kontext einer Einrichtung nennt die Vertreterin der türkisch/kurdischen MigrantInnen (Beratungsstelle):

„Sagen wir mal, da sind verschiedene Menschen aus verschiedenen Kulturen in einer Gruppe und die möchten gerne ein Spiel spielen, aber wenn sie das nicht können, hilft Ihnen dieses Spiel Nichts. Dann ist es besser, wenn wirklich verschiedene Angebote bestimmten Gruppen angeboten wird. Kommt besser an.“ (TürKurd, 180-183)

Ergänzend kann in diesem Zusammenhang die Scham, Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, eine Rolle spielen:

„Und dann ist natürlich schwierig mit der Sprache. Das ist auch eine große Schwierigkeit. Die Leute die solche Krankheiten haben, die wollen auch fast keinen Dolmetscher das anvertrauen.“ (JüdG, 184-186)

4.6.3.2. Probleme mit der anderen Kultur

In mehreren Interviews wurden Probleme in der Interaktion verschiedener Kulturen miteinander genannt: Zum einen wurde bemängelt, dass es noch keine auf MigrantInnen eingestellten Einrichtungen gäbe (TürkG), zum anderen wurde aber auch selbstkritisch angemerkt, dass die MigrantInnen selber sich noch nicht mit einer potentiell interkulturellen Pflegesituation auseinandergesetzt hätten (Brasil). Mehrfach wurde angemerkt, dass die Kultur der bestehenden

Darstellung der Forschungsergebnisse

Einrichtungen, in Form von Essen oder Gewohnheiten (Brasil) oder interkulturelle Missverständnisse (TürkG) in Einrichtungen ein Problem sein könnten. Auch religiöse Unterschiede als potentielle Probleme wurden genannt (TürkG).

Die Eingewöhnung in eine Pflegeeinrichtung noch erschweren, kann MigrantInnen die bereits in Kap. 1.1. genannte „Reethnisierung“, die besagt, dass Menschen im Alter wieder zunehmend Halt in Gebräuchen und Sitten ihrer Ursprungskulturen finden (Dietzel & Olbermann, 2001: 307).

4.6.3.3. Rassismus

Auch Rassismus in Einrichtungen scheint ein Problem zu sein (Brasil, TürkG). Die Vertreterin der brasilianischen MigrantInnen berichtet, neben einem Fall, bei dem eine Angestellte eines Pflegeheimes mit Rassismus seitens eines Bewohners konfrontiert war, von ihren diesbezüglichen Ängsten:

„Wie ich () ganz persönliche Ängste, weil man weiß nicht, wenn man ganz alt und schwach ist, weil die Gesellschaft ausländerfeindlich ist, ne. Und wir sagen, wenn ich stark, ne, das ist mein Gedanke, wenn ich ganz bewusst und normal und stark bin, ne, passiert das und jenes - was passiert dann, wenn ich gar nicht mich wehren kann. Das ist meine Einsicht und ich weiß nicht, ob die anderen so denken, ne, das weiß ich auch nicht, dass man solche Ängste hat. O.K., man hat mich nicht gemocht, als ich stark war und klapperig wird auch nicht anders sein.“ (Brasil, 659-667)

Der Vertreter der Türkischen Gemeinde erwähnt einen Fall, bei dem Heimbewohner nicht mit einem türkischen Migranten im selben Haus wohnen wollten, und betont die Notwendigkeit, dass sowohl MigrantInnen, als auch autochthon Deutsche sich mit einer potentiell multikulturellen Pflegesituation auseinandersetzen müssten:

„Ich hab neulich von einer Organisation was gehört, auch, viele der älteren Leute wollten auch nicht Migranten und eh russische Immigranten in den Räumlichkeiten nebenan mit denen zusammen bleibt. Wenn sie auch noch das ist überlegen, wenn sie muslimischen oder christlichen oder wenn die jemand waschen soll und das ist auch das schwierig, deswegen da muss man auch unsere Gesellschaft, müssen wir da auch vorbereiten, ältere Leute auch vorbereiten, wenn ihr, wenn ihr älter wird in den Räumlichkeiten eh Altersheim oder vielleicht auch mit den andere so zusammen lebe, das hab wir auch nicht vorbereitet und einige in XY-Stadt passiert diese Tage, die wollten nicht Bekannten in diese Gebäude haben, die ältere Leute, grausam aber ist das so, ich nehme nicht übel, wir haben nie gedacht, dass ist auch irgendwann, dass man auch die eine Gebäude mit den anderen vielleicht aufzuteilen und mit denen begegnen und da muss man auch die Gesellschaft, unsere Gesellschaft vorbereiten.“ (TürkG, 308-320)

Die unter 4.6.3. genannten Probleme in der professionellen Pflegesituation spiegeln auch die Befürchtungen von MigrantInnen wieder. Gaitanidis meint, dass ein mangelndes Vertrauen in die interkulturellen Verständigungsmöglichkeiten und Erwartungen von Vorurteilen und einem Mangel an kultureller Akzeptanz wiederum Barrieren für MigrantInnen darstellen, soziale Dienste in Anspruch zu nehmen (Gaitanidis, 2008: 38).

4.6.4. Probleme im Alltag in Folge der Migration

In den Interviews wurde immer wieder von Problemen im Alltag in Folge der Migration gesprochen. Im Folgenden sind diese in die Bereiche rechtliche und strukturelle Probleme, psychische Belastungen, Rassismus und gesellschaftliche Situation und Probleme durch kulturell bedingte Einstellungen aufgeteilt.

4.6.4.1. Rechtliche und strukturelle Probleme

In zwei Interviews wurde die unsichere Lebenssituation wegen des Aufenthaltsstatus und der Existenzsicherung (Arab) sowie angstbesetzte Behörden-, bzw. Institutionen-Kontakte aufgrund möglicher aufenthaltsrechtlicher Konsequenzen (Arab, Kenia) als problematisch benannt. Diese Angst kann eine Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfen sein:

„Und dann kann sein, wenn die eine Büro, wo die Migranten da hin gehen, und über Probleme reden, manchmal haben die Migranten Angst mit Deutschen, viel, viel Angst und da, wenn (()) was sagt, die sagt gar nichts. Wenn die haben Angst, was da raus kommt, ein Geheimnis oder ihr Leben, viele gesagt hatte, manchmal haben die Angst, dass die werden zurückgeschickt nach Afrika.“ (Kenia, 276-282)

4.6.4.2. Psychische Belastung

In mehreren Interviews wurden die psychische Belastung in Folge der Migration als Problem für von Demenz betroffene MigrantInnen benannt, so etwa Heimweh, enttäuschte Hoffnungen, Folgen der Flucht vor Tod oder Krieg, der unerfüllte Wunsch nach Rückkehr sowie der Mangel an nahen Beziehungen in der Migration. Problematisiert wurde ebenfalls ein Teufelskreis, der mit finanziellen Problemen beginnt, so dass kein Deutschkurs besucht werden kann, dies würde zu Problemen führen, eine Arbeit zu finden, in der Folge käme es zur Isolation und psychischen Problemen und damit wiederum zu finanziellen Problemen (Togo). Psychische Probleme wurden von den VertreterInnen der Arabischen Gesellschaft, der Türkischen Gemeinde und der MigrantInnen aus dem Iran, Togo und Kenia thematisiert – von Ländern aus denen – abgesehen von den ArbeitsmigrantInnen aus der Türkei - die MigrantInnen oftmals als Flüchtlinge kommen. Weniger nahe Beziehungen als Problem in der Migration gaben eher die VertreterInnen nicht-muslimisch geprägter Länder, bzw. der Länder an, aus denen verhältnismäßig weniger MigrantInnen kommen: Iran, Kenia, Brasilien, Philippinen – das könnte neben qualitativ anderen Strukturen, auch in der geringen Anzahl der MigrantInnen der jeweiligen Community begründet sein. Die Situation und die Gefühle in der Migration sowie im darauf folgenden Zitat mögliche psychische Folgen benennt der Vertreter der iranischen MigrantInnen:

Darstellung der Forschungsergebnisse

„Aber, fehlt etwas hier. Und das ist Gefühl und das ist die Liebe. Die Liebe nicht nur an die Straßen von unsere Städte, aber die Liebe von unsere gesamte Gesellschaft. Dass ich, wenn ich raus gehe, z.B. in meine Stadt XY (im Iran, Anm. d. A.), mit jede Mensch, dass ich in Kontakt bin. Also jedes mal: >Hallo wie geht´s?<, >Also was machst Du?< Oder mit jede Person hat eine bestimmte Kreis in seine Bekannten und Familien. Sie treffen sich einmal in der Woche mindestens. Also sie unterhalten sich untereinander. Musik, Tanz, und alles. So ich hab das alles verloren. Das ist nicht mehr in meine Leben. Ich bin jetzt eine Person. Ich meine nicht ich, ich selber. Sondern insgesamt, wenn ich insgesamt meine Freunde und so sehe. Das Leben also. Sie leben, aber sie leben genauso wie Maschine.“ (Iran, 113-124)

*„Die Migration bringt mit sich zu viele psychische Probleme. Und diese psychische Probleme natürlich nachher kann zu diese Thema kommen, glaube ich. D.h. wenn ich 10 Jahre oder 15 Jahre die ganze Zeit im Kampf bin, mich irgendwie in diese neue Gesellschaft zu integrieren. Natürlich nach eine lange Zeit, wenn ich nicht das schaffe und wenn ich die ganze Zeit mit diese Probleme kämpfe in meinem Leben, für mich ist normal, dass man zu psychische Probleme kommt. Wie gesagt, Migration ist ein sehr * ein sehr schlechte Erfahrung kann ich sagen. Also * jeder liebt natürlich seine Heimat. Jeder hat Gefühle zu seiner Heimat. Wenn Sie von Ihre Wurzel weggehen, dann wird das Leben ein bisschen leer von Gefühl.“ (Iran, 95-105)*

Auch im Alltag wurden Schwierigkeiten mit der hiesigen Kultur problematisiert (Iran, TürkG, Kenia). Die Vertreterin der kenianischen MigrantInnen beschreibt, was das Leben in einer anderen Kultur für MigrantInnen bedeuten kann:

„Ich weiß, die meisten kommen nach Europa und Schock, in Afrika wir haben immer großes Herz und immer, immer für Probleme jemand ist da, und jetzt irgendwo () treffen andere Länder, () wenn man Kenia-Leute kennt, jedes Land hat doch seine Landsleute, und weiß, wie man mit umgehen kann, aber denn, wenn wir sind in Europa, jeder hat seine andere Kultur, und irgendwo einer geht gut, einer hat Arbeit, einer hat Frau, eine hat Mann, Kinder und mancher ist glücklich Familie, da kommen jetzt die Konflikte, und dann langsam hat man auch kein Vertrauen mehr, hier sind nicht meine Landsleute, die haben andere Kultur, und denn, da fängt´s an, dass die Probleme ().“ (Kenia, 347-356)

4.6.4.3. Rassismus und gesellschaftliche Situation

Auch im Alltag wurde Rassismus mehrfach als Problem benannt (Russ, Arab, Iran).

„Jetzt Deutschland ist ein multinationale Land geworden. Aber das haben wir noch nicht akzeptiert. Ich mein, das haben wir noch nicht richtig mit unsere Gefühl und unsere Verhalten akzeptiert. D.h. es passiert immer noch, wenn sie mit eine ausländische Gesicht in einen Laden gehen und eine Frage stellen, ein bisschen mit schwache Sprachkenntnisse, Deutschkenntnisse dann bekommen sie keine Antwort. Das passiert immer noch. Und das ist schlecht, ne.“ (Iran, 398-404)

Der Vertreter der arabischen MigrantInnen gab darüber hinaus an, dass in Deutschland oft Menschlichkeit und die Liebe zu Gott fehlen würde:

Zusammenfassung

„Man flieht vom Sterben, von Krieg so und man kommt hier her und nicht herzlich Willkommen, wie man sagt: Herzlich Willkommen! Nicht mal bauchlich willkommen. Das ist einmal äh: >Was machst du hier? Wann willst du zurück kehren?< Das, diese menschliche Frage, diese Liebe zu Gott und so weiter, das ist auch mal, was theoretisch, man spürt es ganz wenig. Und dadurch ist auch die Menschen ähm, werden aggressiv. Ähm, diese Einsamkeit macht auch die Menschen kaputt und verrückt.“ (Arab, 246-263)

Der Vertreter der Türkischen Gemeinde bemerkte, dass sich die hiesige Gesellschaft des Strukturwandels (die zahlenmäßige Zunahme älterer MigrantInnen) noch nicht bewusst sei (TürkG, 320-325).

Die Vertreterin der brasilianischen MigrantInnen sah auch das Problem der mangelhaften Integration, bzw. Selbstghettoisierung seitens mancher MigrantInnen (Brasil, 664).

4.6.4.4. Probleme durch kulturell bedingte Einstellungen

Die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde erachtet eine übertriebene Anspruchshaltung in Kombination mit erlernter Hilflosigkeit bei jüdischen MigrantInnen der Länder der ehemaligen SU als problematisch (JüdG, 247-253). Der Vertreter der iranischen MigrantInnen sprach von kulturell bedingten Mechanismen der Selbstunterdrückung und Sich-schuldig-Fühlen, die sich auch auf die Integration auswirken:

„Das (Zurückhaltung, Anm. d. A.) ist eigentlich eine von unsere Problem bei uns im Iran, weil wir lernen so zu sein. D.h. das ist eine Erziehung von unsere Eltern und natürlich von den Ur-Ureltern. Das sind die Sachen, die Brust zu Brust weitergegangen sind bis heute zu uns. D.h. wir lernen von Anfang an uns selber zu unterdrücken. D.h. wir dürfen nicht sagen, ..., sondern nur fühlen.“>Ja ich bin ein Mensch. Ich kann für mich entscheiden. Und ich kann meine Ideen haben<. Das geht nicht. Also die ersten Jahre, und die wichtigsten Jahre in Erziehung für ein Kind im Iran ist leider bis jetzt so gewesen. Du musst auf deine Eltern richtig hören. Du darfst nicht selber etwas entscheiden. Oder in diese Richtung. Also das kommt natürlich, das bringt natürlich Mensch zu ein bestimmte ... Unselbstständigkeit. Also immer in verzweifelt zu sein, ob man richtig, also denkt. Man ist nicht mit sich immer klar. Das ist eine von unsere Problem.“ (Iran, 34-47)

„So, diese Sachen sind diese Probleme kommen mit uns natürlich in unserer Jugendalter und nachher bekommen wir natürlich noch schlimmere Probleme ... und so wir können uns nicht gut mit Gesellschaft irgendwie integrieren. Wir können uns nicht verteidigen gegen die Sachen die passieren.“ (Iran, 61-64)

5. Zusammenfassung

Diese Forschungsarbeit ermöglicht Einblicke in die Perspektiven von MigrantInnen verschiedener Herkunftsländer in Deutschland auf Demenz.

Es wurde deutlich, dass die Einflussebenen Ethnie, Migrationsprozesse und soziale Lage auch für die psychosoziale Situation von Demenz-kranken MigrantInnen und ihre Angehörigen bedeutsam sind. Einige der Gesundheitsprozesse nach Faltermaier wurden in Bezug auf Migran-

Zusammenfassung

tInnen mit Demenz genauer analysiert – so die Belastungen, die Ressourcen, die Krankheitstheorien, das Krankheitsverhalten und der Umgang mit dem Gesundheitsversorgungssystem. In diesem Kapitel sollen nun die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefasst und anschließend diskutiert werden.

Ressourcen

Am häufigsten als Ressource wurde die soziale Unterstützung durch die Familie und die Community genannt. Die innerfamiliäre Unterstützungsbereitschaft scheint in vielen der hier befragten MigrantInnen-Communities groß zu sein. Die IPs sprechen in diesem Zusammenhang von Selbstverständlichkeit und/oder moralischer Verpflichtung. Eine besonders große Bedeutung scheint der Familienverband der Sinti und Roma zu haben – deren VertreterInnen geben an, dass in ihren Familienstrukturen jeder und jede seinen oder ihren Platz und entsprechende Aufgaben habe, so dass altersbedingte Vergesslichkeit vermieden und das Gedächtnis trainiert werde. Der starke Zusammenhalt sei auch ein Grund dafür, dass Demenz in der Community gar nicht vorkäme.

Bei MigrantInnen einiger Herkunftsländer scheint außerdem die Community einen bedeutsamen sozialen Rückhalt darzustellen (Philip, Kenia, Brasil, Russ sowie bei den Nicht-MigrantInnen Sinti und Roma). In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung von MSOs deutlich, die eine wichtige Organisationsform in den Communities darstellen und auch für Aufklärung und Hilfen bei Demenz in Zukunft eine größere Rolle spielen könnten. So können sich auch einige der befragten MSOs vorstellen, in diesem Bereich tätig zu werden.

Es wurde auch verschiedene kulturell bedingte Verhaltensweisen, Eigenschaften und Fähigkeiten als Ressourcen genannt. Eine besondere Ressource stellt dabei die Religion für gläubige MigrantInnen dar – in den Interviews war in diesem Zusammenhang allerdings nur von christlichen Religionen die Rede.

Besondere Belastungen

Zu etwaigen Belastungen der Angehörigen wurde in dieser Untersuchung nicht viel gesagt. Die diesbezüglichen Aussagen kommen größtenteils von IPs, die selber Betroffene als Angehörige gepflegt haben. Der Vertreter der türkischen Gemeinde nannte diesbezüglich Scham und die Angst der Angehörigen vor Stigmatisierung.

Mehrere IPs sprachen von Problemen aufgrund von Informationsdefiziten bzgl. Demenz und dem Hilfesystem, bzw. von der Schwierigkeit, die jeweilige MigrantInnengruppe mit Aufklärung zu erreichen. Was die besonderen Probleme von MigrantInnen in Einrichtungen, z.B. Pflegeheimen, betrifft, so wurden diverse Vorbehalte deutlich: so wurden insbesondere Sprach- und Verständigungsprobleme, andere kulturelle und religiöse Einstellungen und Gewohnheiten sowie Angst vor Rassismus in diesem Zusammenhang benannt.

Besonders oft wurden in dieser Arbeit die psychischen Belastungen in Folge der Migration thematisiert. Zunächst einmal wurden mehrfach die Folgen der rechtlichen Rahmenbedingungen genannt. So wurde die beständige Angst, die Aufenthaltserlaubnis zu verlieren als Grund für

Zusammenfassung

psychische Probleme und als Hemmnis für die Inanspruchnahme von Leistungen thematisiert. Auch von Rassismus im Alltag wurde berichtet. Daneben wurden u.a. Heimweh, enttäuschte Hoffnungen, Folgen der Flucht vor Verfolgung und Krieg, der Mangel an nahen Bezugspersonen in der Migration und Probleme mit der hiesigen Kultur thematisiert.

Krankheitstheorien

Die in dieser Arbeit gefundenen Demenztheorien in den Communities sind nicht vorrangig von einer medizinischen Sichtweise geprägt. In einem großen Teil der Interviews wird davon gesprochen, dass Demenz vielfach als ein normaler Altersprozess angesehen werde. Dies entspricht den Ergebnissen der in Kap. 2.6.1. dargestellten Untersuchungen.

Eine besondere Sichtweise, ähnlich der von Demenz als normaler Alterserscheinung, stellt das Konzept der „zweiten Kindheit“ für Demenz dar, das von den VertreterInnen der philippinischen und kurdischen MigrantInnen erwähnt wurde.

Auch eine Sichtweise von Demenz als psychischer Krankheit wurde in zwei Interviews deutlich (Togo, JüdG).

Dass Demenz in der Community als Krankheit betrachtet werde, wurde ebenfalls von mehreren IPs angegeben, zumeist aber in Kombination oder alternativ zu anderen Konzepten. Das Interview mit der Vertreterin der schwedischen MigrantInnen lässt zumindest im späteren Stadium ein Konzept von Demenz als Krankheit vermuten.

Die Vertreterin der ungarischen MigrantInnen spricht davon, dass Demenz möglicherweise eine Schutzfunktion habe.

Die Angaben zu den Vorstellungen über die Ursachen von Demenz sind sehr vielfältig und häufig gab es in diesem Zusammenhang Mehrfachnennungen. Hier überwiegen deutlich psychosoziale Erklärungen, wie etwa ein hartes Leben gehabt zu haben (auch durch die Bedingungen in der Migration), Stress oder Trauer. In fünf Interviews wurde von bio-/medizinischen Ursachenvorstellungen gesprochen, die Demenz vorwiegend als Folge von krankhaften Veränderungen des Körpers verstehen. Dass ein bestimmtes Verhalten für Demenz ursächlich sein könne, gaben drei IPs an, alle drei sprachen von der Rolle von Alkohol und/oder Drogen, eine von Ernährung und eine von Sünden oder fehlendem Kirchgang als möglicher Ursache. Drei IPs gaben an, dass in ihrer Community schlicht das Alter als Ursache für Demenz angenommen werde.

Umgang der Angehörigen/Community mit den Betroffenen

In den meisten Interviews wird von einem Respekt- und liebevollen Umgang mit Betroffenen gesprochen. Mit den Betroffenen würde das Gedächtnis trainiert und es würden ihnen passende, sinnvolle Beschäftigungen gegeben. Auf der anderen Seite gibt es aber auch die mehrfach berichtete Tabuisierung. So zeichnet insbesondere die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde ein eher negatives Bild des Umganges mit Demenz – v.a. aufgrund von negativen Erfahrungen im Herkunftsland würden MigrantInnen ihrer Community der Demenzerkrankung ihrer Angehörigen eher mit Scham begegnen und diese vertuschen.

Zusammenfassung

In vielen Interviews wird der Umgang mit Betroffenen in Deutschland der Situation Betroffener im Herkunftsland gegenübergestellt. Dabei dominieren Vorstellungen von besserer familiärer Eingebundenheit dort und Einsamkeit und Abgeschoben-Werden von alten Menschen hier. Auch wurde in mehreren Interviews auf den besonderen Respekt gegenüber älteren Menschen in der jeweiligen Herkunftskultur hingewiesen (Kap. 4.4.1.).

Inanspruchnahme von Hilfen

Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Hilfen ist deren Kenntnis. Das Wissen über Demenz und das (komplizierte) Hilfesystem wurde in dieser Untersuchung von mehreren IPs als gering eingeschätzt. Von zwei IPs wurde angemerkt, dass es auch schwierig sei, die jeweiligen Zielgruppen mit Aufklärung zu erreichen (JüdG, TürkG). In diesem Zusammenhang haben wiederum die Sprachkenntnisse eine große Bedeutung. So sprachen auch zwei IPs von der großen Bedeutung mehrsprachiger Informationsmaterialien und Veranstaltungen.

Hilfe bei Demenz wird nach Angaben mehrerer IPS zunächst innerhalb der Community oder auch beim Mimi-Projekt gesucht.

Bezüglich der Versorgungssituation von betroffenen MigrantInnen wurde in den Interviews von verschiedenen Zugangsproblemen gesprochen. Dabei gaben viele IPs an, dass die jeweiligen MigrantInnen keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden, da familiäre Pflege entweder als selbstverständlich oder als moralische Verpflichtung angesehen werde und es andere Vorstellungen über den Umgang mit Betroffenen gäbe, als die der Mehrheitsbevölkerung. Als weitere Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe wurden insbesondere Sprachprobleme, kulturell auf autochthon Deutsche eingestellte Einrichtungen (z.B. in Bezug auf Essen, Freizeit, Religion), Rassismus seitens anderer NutzerInnen sowie die fehlende Auseinandersetzung, sowohl der autochthon Deutschen, als auch der MigrantInnen mit der potentiell interkulturellen Pflegesituation genannt. Einige IPs sprachen aber auch davon, dass professionelle Hilfe in Form von Beratung, ärztlicher Hilfe oder Tagespflege in ihrer Community in Anspruch genommen werde. Die Vertreterin der kenianischen MigrantInnen erzählt darüber hinaus von einer alternativen Heilmethode in Form von religiös-rituellen Reinigungen. Insgesamt scheint allerdings, insbesondere bei MigrantInnen bestimmter Herkunftsländer (SintiR, JüdG, TürkG, TürKurd, Iran, Russ, Brasil, Philip), eine eingeschränkte oder sehr späte Inanspruchnahme von Hilfen vor zu herrschen.

Im Folgenden noch einmal ein Überblick über die verschiedenen Aspekte der in dieser Untersuchung gefundenen subjektiven Demenztheorien:

Zusammenfassung

IP	Demenz-Konzept	Ursachenvorstellungen	Beein- in- flussbarkeit	Umgang (Respekt, Akzep- tanz, Sensibilität= Respekt; Tabuisieren, Igno- rieren, Vertu- schen, Verharmlo- sen = Tabu	Inanspruchnahme von professionellen Hilfen (∅ = keine Inan- spruchnahme; IA=Inanspruchnahme)
TürkG	normale Alters- erscheinung	-		Respekt Mitgefühl/Liebe Gelassenheit Tabu Falscher Umgang wg. Fehlender Infos	∅ Demenz wird ver- tuscht, IA oft zu spät
Kurd	normale Alters- erscheinung 2.Kindheit Krankheit	Stress, Einsamkeit		Mitgefühl/Liebe Nicht alleine las- sen Sich kümmern	IA: Kranken- haus/Therapie
TürKurd	normale Alters- erscheinung, Krankheit	Alter, Folge der Migration, Folge von harten Le- bensbedingungen		Mitgefühl/Liebe Tabu	Eher nein – Symptome werden nicht so ernst genommen
Arab:	Krankheit	Stress, Trauer, (Bezie- hungs-) Probleme, Sorgen	Nicht heilbar	Respekt Tabu	IA: Psychologe, keine Medikamente, da diese nicht helfen
Iran		Folge von hartem Le- ben, Folge der psychi- schen Probleme i.d. Migration			∅ für Pflege – es gibt kaum Situationen, wo Betroffene ins Heim gebracht würden IA: Arzt und Psychiater
SintiR	normale Al- terserscheinung	Einsamkeit, Gefühl nutzlos zu sein, Untät- igkeit, Grübeln	Nicht heilbar Prävention möglich	Respekt Mit sinnvollen Aufgaben beschäf- tigen Nicht alleine las- sen Sich kümmern	∅ Pflege ist Aufgabe der Familie
Kenia	normale Al- terserscheinung	Einsamkeit, Alkohol, Probleme runterschlu- cken/Grübeln, Sünden, schlechte Ernährung Bio-/medizinisch (Krankheit)	Prävention möglich Ist heilbar	Mitgefühl, Liebe Geduld, Gebet, positiv Denken	IA: Arzt, rituelle Reini- gung/HeilerIn, MiMi- Projekt
Togo	normale Al- terserscheinung, psychische Krank- heit	Alter, Einsamkeit, Stress			IA: ExpertInnen, MiMi- Projekt

Zusammenfassung

IP	Demenz-Konzept	Ursachenvorstellungen	Beein- in- flussbarkeit	Umgang	Inanspruchnahme von prof. Hilfen
Russ	normale Alterserscheinung	Folge von hartem Leben, Alkohol, wenig Bildung (bio- medizinisch) Schlaganfall		Respekt Mitgefühl/Liebe	Ø Vermeidung von Krankenhaus und Heim IA: Tagespflege, Beratung der KK Hilfesystem wird als gut angesehen
JüdG	normale Alterserscheinung, psychische Krankheit, Krankheit	Alter		Tabu	Ø Demenz wird vertuscht, Arztbesuche nur wg. Symptomen, Betroffene fallen dann zufällig auf Für Heimunterbringung wird Familie verpönt
Philip	2.Kindheit	Veranlagung	Nicht heilbar	Respekt Mit sinnvollen Aufgaben beschäftigen Nicht alleine lassen Liebevoll darüber lachen	Ø Pflege: Betroffene fühlen sich stationär nicht wohl, Familie ist zuständig, Betroffene kehren in Heimat zurück IA: Vorsorge, (Fach-)ÄrztInnen, Medikamente, Stammzellentherapie Gleichzeitig Aussage, dass ärztl. Hilfe nicht in Anspruch genommen werden würde
Brasil		Bio-medizinisch (Veränderungen im Gehirn), soziale Probleme, Individualisierung, Isolation		Mit sinnvollen Aufgaben beschäftigen Etwas Schönes unternehmen	Ø Betroffene fühlen sich stationär nicht wohl, Familie ist zuständig
Ung	normale Alterserscheinung, Demenz hat Sinn, hier: Schutzfunktion	Alkohol/Drogen, neurologische Probleme, Krankheiten, schädigende Umwelteinflüsse, schwieriges Leben, psychische Ursachen; möglicher Auslöser: OP		Respekt Mitgefühl/Liebe Mit sinnvollen Aufgaben beschäftigen Sich kümmern	Betroffen sollten zu Hause gepflegt werden
Schwed	Am Anfang: Alter, später Krankheit			Offenheit, keine Scham Tabu	-

TAB. 8 IN DIESER UNTERSUCHUNG GEFUNDENE ZENTRALE GESICHTSPUNKTE BZGL. DER KRANKHEITSTHEORIEN UND DES UMGANGES MIT DEMENZ

6. Diskussion

Ressourcen

Deutlich wurde, dass die Familie in den meisten Fällen als unverzichtbare Ressource anzusehen ist. So bieten die Familien den Betroffenen nicht nur das Gefühl von Geborgenheit in einer gewohnten kulturellen Umgebung und Pflege, sondern unterstützen sie auch im Erhalt ihrer Kompetenzen durch das Zuweisen bestimmter sinnvoller Aufgaben oder gezieltes Gedächtnistraining. Das Vorhandensein intensiver familiärer Unterstützung wird auch in anderen Studien genannt (Piechotta & Matter, Küçük, 2007, vgl. Kap. 2.5.3.1.) Neben den, in einigen Interviews deutlich gewordenen, Ressourcen Community und Religion, könnte man auch den großen Respekt gegenüber älteren Menschen in manchen Kulturen sowie Bestandteile bestimmter Sichtweisen, wie etwa des Konzeptes von Demenz als normaler Alterserscheinung oder als „Zweiter Kindheit“, als Ressource betrachten. Diese Konzepte scheinen einen positiven, akzeptierenden Umgang mit Betroffenen zu beinhalten (vgl. Kap. 4.4.1.). Dieser Aspekt wird im Abschnitt „Krankheitstheorien und Umgang“ weiter ausgeführt.

Belastungen/Besondere Vulnerabilität

Bezüglich der konkreten Belastungen Angehöriger in Folge der Pflege gab es nur Aussagen weniger IPs. Dies könnte daran liegen, dass sich vorwiegend diejenigen IPs, die selber Kontakte zu Betroffenen hatten, die Belastungen der Pflegesituation vorstellen können. Die diesbezüglichen Aussagen ähneln vermutlich denen von Angehörigen demenziell erkrankter, autochthon Deutscher.

Besonders oft wurden psychische Probleme in Folge der Migration und Probleme mit der hiesigen Kultur thematisiert. Dies war ein Aspekt, der sich aus bisherigen Untersuchungen zum Thema und dem Interview-Leitfaden nicht ergeben hatte. Dazu passt, dass sehr häufig psychosoziale Vorstellungen über die Entstehung von Demenz angegeben wurden, darunter wiederum viele Vorstellungen, die mit dem Leben in der Migration, bzw. in der hiesigen Gesellschaft zu tun haben (z.B. Nicht-Mehr-Gebraucht-Werden, Migrationsprobleme, Individualisierung, Einsamkeit, ein hartes Leben Gehabt-haben). Diese Aussagen bestätigen Leibing, die sagt, dass sich Demenzkranke, bzw. deren Angehörige Erklärungen für die Erkrankung je nach dem subjektiv empfundenen Lebensweg konstruieren würden (Leibing, 2002: 223).

Wie in Kap. 1.2. beschrieben, kann die Migration tatsächlich beträchtliche Konsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit haben. Das Kohärenzgefühl kann bedroht sein und eine erfolgreiche Bewältigung von Problemen kann beeinträchtigt sein (Faltermaier, 2001: 106). Ob diese Faktoren auch einen direkten Zusammenhang mit Demenz haben, kann aufgrund der aktuellen Forschungslage nicht gesagt werden. Tatsache ist aber, dass die in den Interviews genannten Probleme eine zusätzliche Belastung für Betroffene und Angehörige darstellen.

Auch die in den Interviews oft erwähnten sprachlichen und kulturellen Verständigungsprobleme können nach Faltermaier als Beeinträchtigung der, insbesondere in der Migration nötigen, flexiblen Bewältigungsstile betrachtet werden, denn diese beruhen weitgehend auf sprachlicher Kommunikation und dem Verstehen sozialer Regeln (Faltermaier, 2005: 105).

Neben den Belastungen, die sich aus dem Migrationsprozess ergeben, können auch die rechtlichen Rahmenbedingungen einen belastenden Einfluss auf die Gesundheit von MigrantInnen haben (vgl. Kap. 1.1.). So wurde auch in dieser Untersuchung, sowohl von psychischen Belastungen aufgrund eines unsicheren Aufenthaltsstatus, als auch von Nicht-Inanspruchnahme von Hilfeleistungen aus Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen berichtet.

Krankheitstheorien und Umgang

Die Krankheitstheorien sind die Basis für den Umgang mit Demenz und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Dabei scheinen alle Konzepte diesbezüglich positive und negative Effekte zu haben. So könnte ein positiver Aspekt der Konzepte von Demenz als normalem Altersprozess und dem von Demenz als „Zweiter Kindheit“ in einem etwas gelassenerem Umgang liegen – ein negativer Aspekt könnte sein, dass Hilfe eher nicht gesucht wird (Jones, Chow & Gatz, 2006: 21) und in diesem Fall Diagnosestellung und ggf. mögliche Therapien sowie Leistungen auf der Grundlage der Kranken- und Pflegeversicherung nicht möglich sind. Das Konzept von Demenz als normaler Alterserscheinung mit seinen Implikationen wird in dieser Untersuchung insbesondere durch die Aussagen der VertreterInnen der Sinti und Roma deutlich. Sie geben an, dass Demenz bei ihnen nicht vorkäme, dass „Tüdeligkeit“ eine normale Alterserscheinung wäre und die Ursachen von Demenz u.a. in der Kultur der Mehrheitsgesellschaft, insbesondere des Umganges mit alten Menschen lägen. Sie vertrauen in der Folge auf ihre familiären Strukturen und nehmen Hilfe nicht in Anspruch. Beim Konzept von Demenz als „zweiter Kindheit“ könnte ebenfalls vermutet werden, dass durch den Vergleich mit den Prozessen der Kindheit – evtl. in Kombination mit einem hohen Stellenwert älterer Menschen in der jeweiligen Kultur - ein offener, akzeptierender Umgang mit Betroffenen begünstigt wird. Dafür sprechen die Aussagen der Vertreterinnen philippinischer Migrantinnen, die davon berichten, dass über die Symptome der Betroffenen (im positiven Sinne) gelacht werde. Auch in diesem Fall wird die Situation alter Menschen in Deutschland kritisiert. Gleichzeitig sprechen die IPs zwar davon, dass auf verschiedene Art und Weise professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden würde, dies ist allerdings vermutlich u.a. beeinflusst von dem medizinischen Hintergrund der IPs sowie dem Leben in bikulturellen Ehen. Denn es wäre zu vermuten, dass das Konzept der „zweiten Kindheit“ ansonsten auch eher zu einer eingeschränkten Inanspruchnahme von professionellen Hilfen führt, da es ähnlich, wie das Konzept des „normalen Alterns“ und des Konzeptes von Demenz „als Schicksal“, von unbeeinflussbaren Prozessen ausgeht.

Wenn Demenz als psychische Krankheit betrachtet wird, besteht die Gefahr, aus Scham und Angst vor Stigmatisierung die Erkrankung zu vertuschen, wie die Vertreterin der Jüdischen Gemeinde eindrucksvoll berichtet. Lombardo et al. meinen, dass dies in der Konsequenz zu Problemen wie sozialer Isolation oder geringerer Inanspruchnahme von Hilfeangeboten führen könne (Lombardo et al., 2007: 205-206). Auch eine Überlastung der pflegenden Angehörigen kann die Folge sein (vgl. Kap. 2.5.3.2. und 2.6.3.). Es könnte allerdings sein, dass bei diesem Konzept die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe in dem Maße wächst, wie die Tabuisierung und die mit der Demenz verbundene Scham etwa durch Aufklärung gemindert wird.

Diskussion

Das bio-/medizinische Konzept bietet alle Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen und gesteht den Betroffenen die „Krankenrolle“ zu. Es kann aber, gerade in den Industrieländern, ebenso mit einer Stigmatisierung verbunden sein, die in erster Linie auf der Bedeutung von kognitiver Kompetenz und dem Paradigma der Selbstständigkeit und Selbstkontrolle beruht (vgl. Kap. 2.6.1.1.).

Versorgung

Hilfe bei Demenz wird anscheinend oft zunächst innerhalb der Community gesucht, das könnte zum einen an dem größeren Vertrauen gegenüber Mitgliedern der eigenen Community liegen, zum anderen aber auch an der Hemmschwelle gegenüber deutschen Behörden (Piechotta & Matter, 2008: 223f) und an Sprachproblemen.

Die jeweiligen Krankheitstheorien beeinflussen wie o.g. die Inanspruchnahme von Unterstützung und sie können ebenso Auswirkungen auf die Diagnosestellung und Behandlung haben. So kann es etwa zu Fehldiagnosen aufgrund falsch verstandener Symptomäußerungen und zu Nicht-Compliance wegen unterschiedlichen Vorstellungen von Behandlung kommen (Muthny, 2009: 258; vgl. Kap. 1.4.1.).

Es gibt diverse Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfen. Neben der häufig anzutreffenden, auch in der Praxis und Literatur als großes Problem benannten, Tabuisierung von Demenz (Fachstelle für an Demenz erkrankte Migranten / -innen und deren Angehörige, 2007: 12; Piechotta, 2008: 227; Mackenzie/GB, 2008: 46f), sind Informationsdefizite bzgl. Demenz und der sozialen Dienste - auch dies entspricht den Ergebnissen früherer Untersuchungen bzgl. türkischer MigrantInnen (Piechotta & Matter, 2008; Küçük, 2007) wohl das am weitesten verbreitete Hindernis für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. In diesem Zusammenhang sprechen Huismann, Raven und Geiger von einer *"objektiv feststellbare (n), mangelhafte (n) Vertrautheit mit den >westlichen< medizinischen und paramedizinischen Versorgungseinrichtungen"* – auch seien Hilfestrukturen, wie etwa ambulante Pflegedienste, in den Herkunftsländern nicht bekannt (Huismann, Raven, Geiger, 2000: 134).

Aber auch Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen und Vorbehalte gegenüber der hiesigen „Versorgungskultur“ müssen als Barrieren betrachtet werden. Diese Vorbehalte beruhen zum einen auf einem anderen Verständnis vom Umgang mit alten Menschen, bzw. Familienangehörigen und zum anderen auf der Angst vor kultureller Isolation oder Rassismus. Die Angst vor Abschiebung bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Altenhilfe ist zwar theoretisch nicht ganz begründet (vgl. Kap. 1.1.), eine solche Angst ist aber dermaßen existenziell, dass auch bereits das geringste Risiko, abschreckend wirken kann.

Ob aber die Ablehnung von Hilfen grundsätzlich als Problem anzusehen ist, kann hinterfragt werden. Auf der einen Seite werden dadurch entlastende Angebote und etwaige Behandlungsmöglichkeiten nicht wahrgenommen, auf der anderen Seite kann diese Entscheidung aber auch eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bedeuten, indem diese länger in der Familie verbleiben. Auch könnten die Ansprüche der Angehörigen an sich selbst dadurch befriedigt werden (moralische Verpflichtung).

Die Aussagen über Sprach- und Verständigungsprobleme in der professionellen Pflegesituation, andere kulturelle und religiöse Einstellungen und Gewohnheiten sowie Angst vor Rassismus zeigen, welche Bedeutung die Unterbringung in einer mehrheitlich von autochthon deutscher Bevölkerung bewohnten Einrichtung für MigrantInnen haben kann. Die Altenhilfe ist zwar auf dem Weg, sich interkulturell zu öffnen (vgl. Kap. 1.4.3.4.), dieser Prozess scheint jedoch noch lange nicht abgeschlossen zu sein. Neben dieser Öffnung der Regeldienste scheint gerade angesichts der im Falle von Demenz auftretenden Symptome, wie dem Zweitsprachverlust und des Erinnerns vorwiegend der Geschehnisse in der weiten Vergangenheit, d.h. meist im Kontext der Ursprungskultur, ein Angebot Herkunfts-spezifischer Dienste notwendig zu sein.

Bemerkenswert ist die, in mehreren Interviews wiederkehrende, Gegenüberstellung des Selbstbildes der Communities, das vor allem von familiärem Zusammenhalt und dem Respekt gegenüber Älteren geprägt ist und des Bildes von der deutschen Gesellschaft, das einen lieblosen, ausgrenzenden Umgang zeichnet und darstellt, wie alte Menschen, wenn sie zu Nichts mehr nützlich sind, in Pflegeheime abgeschoben werden. Es könnte sinnvoll sein, gemeinsam mit MigrantInnen darüber nachzudenken, wie viel von diesen Bildern auf eine Unzufriedenheit mit dem Leben in der Migration und eine evtl. psychodynamisch notwendige, identitäre Abgrenzung von der Mehrheitsgesellschaft zurückgeführt werden kann und wie viel berechtigte Kritik an den Verhältnissen in diesen Aussagen steckt.

Limitationen der vorliegenden Untersuchung

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit haben Grenzen. Diese Limitationen sollen im Folgenden skizziert werden mit dem Ziel, die Reichweite der Aussagekraft der Ergebnisse einschätzen zu können und um aus offenen Fragen potentielle Themen für zukünftige Forschungsvorhaben vorzuschlagen:

Aussagekraft

Die Ergebnisse können nicht in Hinblick auf die einzelnen Herkunftsländer verallgemeinert werden. Es ist zu vermuten, dass die Sichtweisen von Demenz bei verschiedenen MigrantInnen desselben Herkunftslandes genauso unterschiedlich sind, wie innerhalb der Mehrheitsbevölkerung in Deutschland. So spielen für die Krankheitstheorien auch andere Identitäten quer zur Herkunft eine Rolle, wie etwa Geschlecht, Alter, Beruf, Bildung, Grund der Migration, Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, Religion, Betroffenheit als Angehörige von an Demenz erkrankten, etc.

Indirekte, subjektive Sichtweise

Die interviewten Personen sind zwar auf verschiedene Weise MultiplikatorInnen und haben viel mit MigrantInnen derselben Herkunft zu tun – was sie aber über die Sichtweise von Demenz in der jeweiligen Community erzählen ist subjektiv gefärbt. Es ist an vielen Stellen unklar, ob das Gesagte die Sichtweise der/des Interviewten ist oder tatsächlich verbreitete Ansichten in der Community darstellt.

Begriff „Demenz“

Diskussion

An einigen Stellen lässt sich nicht klären, ob im Interview tatsächlich über Demenz oder über „normale“ Vergesslichkeit (im Interview oft „demenzartige Gedächtnisstörung“ genannt) gesprochen wird. Dies war nicht zu vermeiden, da nicht vorausgesetzt werden konnte, dass das Wort und das Phänomen Demenz allen bekannt ist. Die konsequente Verwendung des Begriffes „Demenz“ war aber auch nicht nötig, da eine der Annahmen dieser Untersuchung war, dass Demenz unterschiedlich betrachtet werden kann – entsprechende Symptome etwa werden evtl. auch von den IPs nicht als Krankheit gesehen. Daher waren die typischen Veränderungen, die bei Menschen mit Demenz auftreten, Ausgangspunkt der Gespräche.

Sprache

Die Deutschkenntnisse der Interviewten waren sehr unterschiedlich. Sprachprobleme haben öfter zu Unverständlichem und Missverständnissen geführt. In der Auswertung konnte aufgrund fehlender Sprachkenntnisse der Autorin nicht beachtet werden, dass Wörter, auch wenn sie von den IPs ins Deutsche übersetzt sind, eine andere Bedeutung haben können, so z.B. das Wort „Freund“ oder „alter Mensch“. (Sheridan & Storch, 2009, online)

Interkulturelle Probleme

In den Interviews gab es keine offensichtlichen interkulturellen Probleme. Nicht auszuschließen ist allerdings, dass die Interkulturalität des Projektes die Ergebnisse beeinflusst hat. (Unbewusste) Vorbehalte gegenüber den InterviewerInnen – als Mitgliedern der Mehrheitsgesellschaft könnten die Offenheit der IPs eingeschränkt haben oder auch kulturell bedingte Missverständnisse könnten zu gestörter Kommunikation geführt haben.

7. Fazit

Mit dieser Untersuchung liegen erste empirische Ergebnisse zu besonderen Ressourcen und Belastungen sowie Krankheitstheorien von MigrantInnen verschiedener Herkunftsländer bezüglich Demenz vor. Es wurde ein Zusammenhang zwischen den Demenztheorien, dem Umgang mit der Krankheit und der Inanspruchnahme von Hilfen gezeigt. Darüber hinaus wurden Ressourcen und Belastungen in den jeweiligen Communities identifiziert.

7.1. Zukünftige Forschungsmöglichkeiten

Aus den zentralen Ergebnissen und den genannten Limitationen dieser Untersuchungen ergeben sich Anregungen für weitere, ggf. speziellere Bereiche, in denen geforscht werden könnte:

Mit anderem Zugang zu Betroffenen: So könnte eine Studie mit ähnlichen Forschungsfragen versuchen, direkten Zugang zu von Demenz betroffenen MigrantInnen oder deren Angehörigen zu erhalten.

Mit veränderter Konzeption: Sinnvoll könnte auch eine Konzeptionierung als Blindstudie sein, um den Einfluss von Vorurteilen seitens der Auswertenden zu verringern.

Mit höherer Spezifität: Mehrere MigrantInnen einzelner Herkunftsländer könnten befragt werden, ggf. auch im Vergleich mit anderen MigrantInnengruppen oder der autochthonen Bevölkerung.

Mit anderen Methoden: Andere Methoden, etwa narrative Interviews, könnten einen anderen Zugang zum Thema bieten.

Mit speziellen Forschungsfragen:

- Welchen Einfluss haben die jeweiligen Krankheitstheorien auf den Umgang mit der Krankheit und den Betroffenen und auf das Fortschreiten der Krankheit? (insbesondere das Konzept „Zweite Kindheit“)
- Welche Bedingungen bei der Gruppe der Roma und Sinti führen dazu, dass das Vorkommen von Demenz von ihnen verneint wird?
- Welche Ressourcen helfen MigrantInnen (einzelner Herkunftsländer) mit Demenz umzugehen?
- Wie kann Aufklärung auch bei schwer zu erreichenden Zielgruppen aussehen?
- Wie wirkt sich das Geschlecht von MigrantInnen auf die Situation Betroffener und Angehöriger aus?
- Wie sieht die Situation der wenigen, bereits jetzt in Pflegeheimen lebenden MigrantInnen mit Demenz aus?

Insbesondere die genauere Erforschung der verschiedenen Krankheitstheorien von Demenz und deren Auswirkungen auf das Krankheitserleben und -verhalten erscheinen interessant und vielversprechend. Diesbezügliche Ergebnisse könnten auch die scheinbar „objektiven“ Krank-

heitstheorien von Demenz der hiesigen Mehrheitsgesellschaft in Frage stellen und den eigenen „Möglichkeitshorizont“ erweitern. Denn Eberding und v. Schlippe meinen:

„Je genauer nachgefragt wird, desto mehr relativiert sich die Bedeutung der eigenen Konzepte, werden sie in ihrem allgemeinen Gültigkeitsanspruch in Frage gestellt. Die Relativität v.a. psychologischer, aber auch medizinischer Konzepte wird aus transkultureller Perspektive deutlich.“
(Eberding & v. Schlippe, 2001: 265)

Bei weiterführender Forschung ist allerdings, wie bereits im Kapitel 4.1.1. dargelegt, wichtig zu beachten, dass über die Betrachtung kultureller Differenzen nicht der Blick für soziale Unterschiede und andere Differenzen (z.B. Geschlecht, Bildung, Alter, sexuelle Orientierung, Behinderung) verloren geht - Differenzen, die oftmals ebenso für Benachteiligungen ursächlich sind (Rommelspacher, 2008: 123).

7.2. Konsequenzen für die soziale Arbeit

Die Ergebnisse dieser Untersuchung haben Implikationen für mehrere Bereiche innerhalb des Tätigkeitsfeldes „Soziale Arbeit mit von Demenz betroffenen MigrantInnen“. So sind allgemein Kenntnisse der jeweiligen Krankheitstheorien die Basis für angemessene und akzeptierte Hilfeangebote für von Demenz betroffene MigrantInnen (Cox, 2007: 10). Cox sieht dabei die Aufgabe der Sozialarbeit als Mittlerin zwischen den Konzepten und Begriffen der Mehrheitsgesellschaft und denen der MigrantInnen (Cox, 2007: 183ff.) Soziale Arbeit kann sich – mit diesem Wissen – auf der Strukturebene für Aufklärung und eine bedürfnisgerechte Ausgestaltung von Angeboten einsetzen, Barrieren im Hilfesystem identifizieren, nach Möglichkeit abbauen und selber Unterstützung für Betroffene und deren Angehörigen anbieten unter Berücksichtigung der jeweiligen Ressourcen und Belastungen. Im Folgenden wird auf die Einflussmöglichkeiten der sozialen Arbeit in den Bereichen Aufklärung, Ausgestaltung von Hilfeangeboten, Reduzierung von Barrieren sowie die Berücksichtigung von Ressourcen und Belastungen und im Rahmen der Vernetzung einzeln eingegangen.

7.2.1. Aufklärung

Auch für die Aufklärung ist Wissen über verschiedene Krankheitstheorien sinnvoll. Denn bereits in der Prävention und Gesundheitserziehung ist nach Flick ausschlaggebend, dass die Gesundheitsvorstellungen der Zielgruppen erreicht und beeinflusst werden (Flick, 1998: 26).

Es wird aufgrund der Aussagen der IPs in dieser und anderen Untersuchungen deutlich, dass muttersprachlichen MultiplikatorInnen zur Bekämpfung der Informationsdefizite eine besondere Bedeutung zukommt. Dies scheint sowohl aus Vertrauensgründen, als auch wegen der besseren Verständigung, auch vor dem Hintergrund evtl. völlig verschiedener Demenz-Konzepte geboten zu sein (vgl. Kap. 2.5.2.). Eine Nutzung der Potenziale der MSOs für die Aufklärungsarbeit scheint naheliegend. So haben einige der in diesem Rahmen befragten MSOs bereits jetzt Kontakt zu Betroffenen, andere können sich für die Zukunft auch Angebote in diesem Bereich vorstellen. Die Eignung der innerethnischen sozialen Netzwerke für das Erreichen von MigrantInnen bestätigt Dietzel-Papakyriakou:

Fazit

*„Die Räumlichkeiten der Selbstorganisationen entwickeln sich heute zu einer Art Treffpunkt der offenen Altenarbeit, weil sie zunehmend von Migranten im Rentenalter frequentiert werden.“
(Dietzel-Papakyriakou, 2005: 402)*

Eine andere Möglichkeit der Aufklärung, die ebenfalls von zwei IPs erwähnt wurde, ist das MiMi-Projekt, das bereits in vielen Städten praktiziert wird. Das dahinterstehende Prinzip ist, dass MigrantInnen bestimmter Herkunftsländer als MittlerInnen zu ihrer Community genutzt werden. Salman, ein Vertreter des MiMi-Projektes, spricht ebenfalls davon, dass MigrantInnen für Gesundheitsfragen am Besten über ihre Organisationen oder Communities, z.B. in Form von Moscheen, Kulturvereinen, etc. zu erreichen seien. Wenn das Projekt mit einer Mittler- oder Schlüsselperson, z.B. einem Hoca, im Vorfeld gemeinsam geplant und besprochen werde, könne es über die Empfehlung der Mittlerperson mehr Menschen erreichen. (Salman, 2008: 30f)

Dies bestätigt auch Streibl, der berichtet, dass die Fachstelle für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten große Wirkungen bei Informationsveranstaltungen in Moscheen erreicht habe (Streibl & Torun, 2007: 11). Und auch Lombardo et al. sprechen davon, dass in der Sozialarbeit mit betroffenen chinesisch-amerikanischen MigrantInnen eine bikulturelle Schlüsselperson sowie die Zusammenarbeit mit MSOs wichtig sei (Lombardo et al., 2007: 211).

In zwei Interviews wurde angeregt, dass Informationsmaterial/Aufklärung in leicht verständlicher Sprache und/oder mit vielen Bildern gestaltet sein sollte. Diesbezüglich berichten Aranda und Morano von einer Aufklärungsidee für MigrantInnen in den USA, die evtl. auch in Deutschland sinnvoll sein könnte: Die Vermittlung von Informationen durch „fotonovelas“ - d.h. fiktiven Foto-Bildergeschichten über Betroffene mit Sprechblasen – ähnlich den Soaps im Fernsehen (Aranda & Morano, 2007: 198).

7.2.2. Die Ausgestaltung von Hilfeangeboten

Viele MigrantInnen haben deutliche Vorbehalte gegenüber den bisher bestehenden professionellen Angeboten. Dies wird sowohl in dieser Untersuchung, als auch aufgrund von Ergebnissen anderer Forschungsprojekte deutlich (vgl. Kap. 2.5.3.2.). Hier müssen evtl. bestehende Vorurteile durch Aufklärung ausgeräumt und die Angebote konzeptionell, durch interkulturelle Schulungen sowie durch die Einstellung muttersprachlicher Professioneller interkulturell geöffnet werden. Gerade aufgrund der berichteten Angst vor Rassismus scheint es wichtig zu sein, die BewohnerInnen, bzw. NutzerInnen der Einrichtungen in interkulturelle Schulungen mit ein zu beziehen. Im Rahmen der interkulturellen Öffnung der Regeldienste beschreibt Anderson die Notwendigkeit des individuellen Eingehens auf die Bedürfnisse von MigrantInnen:

„Doch in Hinblick auf Integration heißt das Eingehen auf kulturspezifische Bedürfnisse eben nicht, nicht integrativ zu denken, sondern vielmehr den Schwerpunkt auf die migrationsbedingten Besonderheiten des älteren Menschen zu legen und zu versuchen, dieser Wirklichkeit - im Sinne individueller Biographiearbeit – gerecht zu werden.“ (Anderson, 2008: 82)

In diesem Sinne können auch die spezifischen Bedürfnisse und Vorstellungen von MigrantInnen für eine konkrete Ausgestaltung von Diensten strukturiert erfragt werden.

Auf der anderen Seite gibt Gaitanidis zu bedenken, dass bei einer interkulturellen Öffnung einer Einrichtung auch die dort Tätigen über ihre verinnerlichten Muster nachdenken müssten:

"Bei einer Analyse der Zugangsprobleme ist zu beachten, dass man/frau sich nicht auf die Zugangsprobleme der Migranten fixiert, sondern dass auch die ausgrenzenden Einstellungen und Verhaltensmuster der Mitarbeiter und des institutionellen Arrangements der Angebote in den Blick genommen werden." (Gaitanidis, 2008: 40)

Daher sei es auch bei der Ausbildung von MitarbeiterInnen sozialer Einrichtungen, bzw. deren Weiterbildung in reflexiver, interkultureller Kompetenz nötig, den Schwerpunkt auf die Auseinandersetzung mit den eigenen, unhinterfragten Wahrnehmungs-, Deutungs- und Verhaltensmustern zu legen und nicht auf die Vermittlung von Wissen über die kulturellen Hintergründe der MigrantInnen (Gaitanidis, 2008: 40). Sozialarbeit kann sich außerdem für die vermehrte Einstellung von MigrantInnen oder bilingual Tätiger in diesem Bereich sowie für die Anerkennung der Kultur und anderer Krankheitstheorien durch medizinisches oder pflegerisches Personal einsetzen (Cox, 2007: 183ff).

MigrantInnen wünschen sich neben interkulturellen auch kulturspezifische Angebote. Letzteres ist vor dem Hintergrund von Reethnisierung, Zweitsprachverlust bei Demenz und Rassismus gut nachvollziehbar. Wie im vorigen Abschnitt bereits erwähnt, könnten manche MSOs mit entsprechender finanzieller Unterstützung auch niedrigschwellige Unterstützung für betroffene MigrantInnen anbieten. Konkret gab es in den Interviews auch mehrfach den Vorschlag, ein medizinisches Zentrum von und für MigrantInnen einzurichten. Begründet wurde dies, neben besseren Verständigungsmöglichkeiten, damit, dass MigrantInnen dort mehr Vertrauen zu den Beratenden/Hilfeleistenden hätten. Ebenfalls möglich und in manchen Städten bereits Realität, sind kulturspezifische Pflegedienste und Einrichtungen.

Die schon in Kapitel 5 angerissene These, dass es unter den MigrantInnen, die professionelle Hilfe nicht in Anspruch nehmen, viele gibt, die dies aufgrund von Scham und Tabuisierung nicht tun, aber es evtl. auch einige gibt, die auf der Basis ihrer Krankheitstheorien keine Unterstützung wünschen, könnte implizieren, dass auf der einen Seite viel mehr Aufklärung durchgeführt wird mit dem Ziel der Enttabuisierung des Themas und auf der anderen Seite überlegt wird, welche Hilfen – falls gewünscht - Sozialarbeit Betroffenen und deren Angehörigen jenseits des medizinischen Demenzkonzeptes anbieten kann.

Abbau der Barrieren gegenüber Hilfeangeboten

Diese Arbeit und auch andere Arbeiten zeigen, dass es für MigrantInnen gegenüber den bestehenden Hilfeangeboten vielfache Barrieren gibt. Barrieren wie fehlendes Wissen, Sprachprobleme, Angst vor Rassismus in Einrichtungen und die Ausrichtung der bestehenden Angebote an der autochthon deutschen Bevölkerung wurden mit ihren Konsequenzen für die Sozialarbeit bereits beschrieben. Hinzu kommen die gesellschaftlich/politischen Barrieren, die insbesondere in der Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen im Fall der Inanspruchnahme von Sozialleistungen bestehen. Im Hinblick darauf muss Sozialarbeit auch politisch tätig werden und Stellung beziehen.

7.2.3. Ressourcen

In dieser Untersuchung wurde die Bedeutung der Ressourcen Familie, Community und Religion für einige MigrantInnengruppen deutlich. Sozialarbeit sollte an diesen Ressourcen ansetzen, sie stärken und in die Unterstützungsarbeit integrieren, z.B. auch traditionelle Heilpraktiken, wie im Fall der kenianischen MigrantInnen, oder die Community, um ein soziales Netzwerk für Betroffene oder Angehörige aufzubauen.

7.2.4. Belastungen

Unbeeinflussbare Belastungen, wie etwa der häufige Zweitsprachverlust können nur durch die Ermöglichung muttersprachlicher Verständigungsmöglichkeiten abgemildert werden. Unterstützung überlasteter Angehörigen kann im Falle von Tabuisierung zunächst in Aufklärung und psychischer Entlastung bestehen sowie allgemein in Form von Aufklärung über, bzw. Schaffung und Vermittlung passender Angebote. Dabei ist darauf zu achten, dass im Einzelfall bestimmte Hilfen, wie etwa ambulante Dienste, Pflegekurse oder Angehörigen-Selbsthilfegruppen gar nicht bekannt sind und genau erklärt werden müssen.

In Bezug auf die in dieser Untersuchung sehr häufig genannten psychosozialen, meist migrationsbedingten Belastungen gilt es die rechtlichen und gesellschaftlichen Bedingungen für MigrantInnen zu verbessern, damit MigrantInnen sich als gleichberechtigter Teil dieser Gesellschaft fühlen und die Belastungen der Migration besser bewältigen können.

7.2.5. Vernetzung

Für die Arbeit mit von Demenz betroffenen MigrantInnen könnte neben einer Vernetzung mit anderen Berufsgruppen (z.B. mit Pflegekräften, ÄrztInnen, MSOs, PolitikerInnen, Verwaltung) mit dem Ziel des Austausches von Wissen über die Bedarfe und der Entwicklung passender Angebote, eine internationale Vernetzung von SozialarbeiterInnen, bzw. auch anderer, in diesem Bereich Tätiger, sein. Denn mit dem Thema Demenz und Migration und deren Implikationen für die Sozialarbeit haben sich ExpertInnen anderer Länder bereits seit Längerem beschäftigt (vgl. z.B. Yeo & Gallagher-Thomson, 1996: *Ethnicity and the Dementias*; Patel et al., 1998: *Dementia & Minority Ethnic Older People. Managing Care in the UK, Denmark and France*; Cox (Hrsg.), 2007: *Dementia and Social Work Practice. Research and Interventions/USA*). In Hinblick darauf wäre es sinnvoll, von deren Erfahrungen zu lernen und sich über Erkenntnisse und Möglichkeiten der Entwicklung adäquater Hilfeangebote auszutauschen.

Zusammengefasst ist es für die soziale Arbeit in diesem Bereich wichtig, den Blick zu öffnen für andere mögliche Demenztheorien, kultursensible Aufklärungsarbeit in Kooperation mit MSOs und anderen MultiplikatorInnen in den Communities zu befördern, bedürfnisgerechte Hilfeangebote zu entwickeln und strukturelle Barrieren gegenüber dem Hilfesystem abzubauen. Auf individueller Ebene geht es darum, für Betroffene und Angehörige die bestmögliche Situation zu gestalten unter Anerkennung und Förderung der individuellen Ressourcen und der Hilfestellung bei der Überwindung der besonderen Belastungen.

Literaturverzeichnis

- Adamson, J. (2001). Awareness and Understanding of Dementia in African/Caribbean and South Asian Families. *Health and Social Care in the Community, Bd. 9-6* , 391-396.
- Akpaifiong, M. (1999). Cross-Cultural Differences in Demented Gerontopsychiatric Inpatients with Behavioral Disturbances. *Int J of Geriatr. Psychiatry, Bd. 14-10* , 845-850.
- Alzheimer's Australia. (2008). *Perception of Dementia in Ethnic Communities*. Abgerufen am 5. 7 2010 von Alzheimer's Australia: www.alzheimers.org.au
- Alzheimer's Disease International. (2008). *The Prevalence of Dementia Worldwide 2008*. Abgerufen am 14. 11 2010 von Alzheimer's Disease International: www.alz.co.uk/adi/pdf/prevalence.pdf
- Anderson, P. (2008). *Untersuchung zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München*. Landeshauptstadt München, Sozialreferat.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping: New perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco.
- Aranda, M. & Morano, C. (2007). Psychoeducational Strategies for Latino Caregivers. In C. Cox, *Dementia and Social Work Practice: Research and Intervention* (S. 189-204). New York.
- Arbeiterwohlfahrt KV Friedrichshain-Kreuzberg & Caritasverband für das Erzbistum Berlin. (2006). *Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. Eine Handreichung*. Abgerufen am 28. 12 2006 von <http://www.gesundheitberlin.de/download/Handreichung.pdf>
- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege. (2002). *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe*. Abgerufen am 14. 11 2010 von www.kultursensible-altenhilfe.de
- Assion, H.-J. (2005). Migration und psychische Krankheit. In H.-J. Assion, *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg.
- Assion, H.-J. (Hrsg.) (2005). *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg.
- Assion, H.-J. (2004). *Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten*. Berlin: Das Transkulturelle Psychoforum-11.
- Backes, G. & Clemenz, W. (2008). *Lebensphase Alter*. Weinheim, München.
- Ballenger, J. (2006). *Self, Senility and Alzheimer's Disease in Modern America: A History*. Baltimore.
- BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2005). *Illegalität von Migranten in Deutschland. Working Papers*. Abgerufen am 27. 7 2010 von www.bamf.de/clin_180/nn_442016/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publikationen/Forschung/WorkingPapers/wp2-Illegalitaet,temp
- Banks, M. (1996). *Ethnicity: Anthropological Constructions*. London.
- Baykara-Krumme, H. & Hoff, A. (2006). Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm, *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 447-515). Wiesbaden.
- Behörde für Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg. (1998). *Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger*. Hamburg.
- Bensmail, B. (1987). La démence sénile en Algérie. *Psychologie medicale, Bd. 19-8* , S. 1301-1303.

Literaturverzeichnis

- Bialystok, E., Craik, F. & Freedman, M. (2007). Bilingualism as a Protection Against the Onset of Symptoms of Dementia. *Neuropsychologia*, 45, S. 459-464.
- BMFSFJ Berlin - Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2000). *Sechster Familienbericht, Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Drucksache 14/4357*.
- Borde, T. (2007). *Datenlage und Forschungsstand zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund*. Abgerufen am 14. 11 2010 von www.migazin.de/2009/11/09/datenlage-und-forschungsstand-zur-gesundheitlichen-versorgung-von-menschen-mit-migrationshintergrund/
- Bourdieu, P. & Passeron, J. (1973). *Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt*. Frankfurt.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2001). *Ausländerstudie Repräsentativuntersuchung*. Abgerufen am 9. 3 2010 von http://www.bmas.de/portal/3208/property=pdf/auslaender__studie__tabellen__pdf.pdf
- Chow, T. & Liu, C. (2002). Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer's Disease differ in Chinese and American Patients. *Int J of Geriatr. Psychiat.*, Bd. 17-1, S. 22-28.
- Cindik, E.D. (2009). Migration, psychische Gesundheit und transkulturelle Psychiatrie. In Heinrich-Böll-Stiftung, *Dossier Migration und Gesundheit*. Berlin.
- Clark, C. et al. (2005). Earlier Onset of Alzheimer Disease Symptoms in Latino Individuals compared with Anglo Individuals. *Archives of Neurology*, Bd. 62-5, S. 774-778.
- Clarke, J., Hall, S. & Jefferson, T. (1979). Subkulturen, Kulturen und Klasse. In J. Clarke (Hrsg.), *Jugendkultur als Widerstand. Milieus, Rituale, Provokationen*. (S. 39-131). Frankfurt/M.
- Connell, C., Roberts, J. & Mc Laughlin, S. (2007). Public Opinion about Alzheimer Disease among Blacks, Hispanics and Whites. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, Bd. 21-3, S. 232-240.
- Cox, C. (Hrsg.) (2007). *Dementia and Social Work Practice. Research and Interventions*. New York.
- DESS - Demenz-Support Stuttgart (Hrsg.). (2008). *Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel der Kulturen*. Abgerufen am 2. 6 2010 von „DeSS orientiert“ 1/2008: www.demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert_Juni2008.pdf
- Deutsches Zentrum für Altersfragen. (2009). *Report Altersdaten: Ältere Migrantinnen und Migranten*. Abgerufen am 25. 7 2010 von www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/GeroStat_20Report_20Altersdaten/GeroStat__Report__Altersdaten__Hef t__1__2009,templateId=raw,prop
- DGB Bildungswerk. (2006). *Definition und Entwicklung von Migrantenselbstorganisationen*. Abgerufen am 17. 11 2010 von www.migration-online.de/beitrag._cGlkPSZhXA7X19wcmludD0xJmFtcDtpZD00NzA0_.html
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2005). Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. *Z Gerontol/Geriatr*, 38, S. 396-406.
- Dietzel-Papakyriakou, M. & Olbermann, E. (2001). Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In P. W. Marschalck, *Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück (Bd. 10)* (S. 283–311). Osnabrück.
- Dilling, H. & Mombour, W.S. (1993). *ICD-10 - Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern-Göttingen Toronto-Seattle.

Literaturverzeichnis

- Dilworth-Anderson, P. (1999). Ethnic Minority Perspectives on Dementia. *Generations – The Journal of the Western Gerontological Society*, Bd. 23-3, S. 40-44.
- Dilworth-Anderson, P. & Gibson, B. (2002). The Cultural Influence of Values, Norms, Meanings and Perceptions in Understanding Dementia in Ethnic Minorities. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Bd. 16, Suppl. 2, S. 56-63.
- Chrisman, N.J. & Kleinman, A. (1983). Popular Health Care, Social Networks and Cultural Meanings: The Orientation of Medical Anthropology. In D. Mechanic, *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions* (S. 569-589). New York
- Eberding, A. & v. Schlippe, A. (2001). Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In P. Marschalck & K. Wiedl, *Migration und Krankheit* (S. 261-282). Osnabrück.
- Elliott, K.S. et al. (1996). Working with Chinese Families in the Context of Dementia. In G. Yeo & D. Gallagher-Thompson, *Ethnicity and the Dementias* (S. 89-108). Washington.
- Elwert, G. (1989). Nationalismus, Ethnizität und Nativismus über Wir-Gruppenprozesse. In P. Waldmann & G. Elwert, *Ethnizität im Wandel* (S. 21-61). Saarbrücken/Fort Lauderdale.
- Fabian, T. & Straka, G. (1993). Lebenszufriedenheit älterer türkischer Migranten. *Z Gerontol*, Bd. 26-5, S. 404-409.
- Fachstelle für an Demenz erkrankte Migranten / -innen und deren Angehörige, Gelsenkirchen. (2007). Interview mit Torun & Streibl. *Pro Alter*, Bd. 39 - 2, S. 9-13.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart.
- Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K.-H. Wiedl, *Migration und Krankheit* (S. 93-112). Göttingen.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek.
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In U. Flick, *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 7-30). Weinheim u.a.
- Flick, U., v. Kardorf, E. & Steinke, I. (2005). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. v. Kardorf & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek.
- Forstl, H., Burns, A. & Zerfass, R. (2003). Alzheimer-Demenz: Diagnose, Symptome und Verlauf. In H. Forstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 324-345). Stuttgart/New York.
- Franz, M. et al. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen - Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, Bd. 34, S. 332-338.
- Gaines, A. (1989). Alzheimer's Disease in the Context of Black (Southern) Culture. *Health Matrix*, 64.
- Gaitanidis, S. (2000). Arbeit mit Migrantenfamilien - Aktivitäten der Wohlfahrtsverbände und der Selbstorganisationen. Kurzfassung einer Expertise zum 6. Familienbericht. In 6. Sachverständigenkommission Familienbericht, *Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Materialien Bd.II "Lebensalltag"* (S. 107-144). Opladen.

Literaturverzeichnis

- Gaitanidis, S. (2008). Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste – Visionen und Stolpersteine. In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen* (S. 4-8). Frankfurt.
- Geiger, I. & Razum, O. (2006). Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Auflage* (S. 719-746). Weinheim und München.
- Gesundheitsamt Bremen. (2007). *Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten*. Abgerufen am 1. 8 2010 von www.gesundheitsamt.info/archiv/2_nb_Migration_pflepegutachten_bei_%20migranten_30_05_2007.pdf
- Glaser, B. & Strauss, A. (1979). Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In C. Hopf & E. Weingarten (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 91-111). Stuttgart.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York.
- Hakansson, K. et al. (2009). *Association between Mid-Life Marital Status and Cognitive Function in Later Life: Population based Cohort Study*. Abgerufen am 3. 12 2010 von www.bmj.com/content/339/bmj.b2462.full
- Hall, S. (1992). The Question of Cultural Identity. In S. Hall et al. (Hrsg.), *Modernity and its Futures*. Cambridge.
- Hashmi, M. (2009). Dementia: An Anthropological Perspective. *Int J of Geriatr psychiatry, Bd. 24-2*, S. 207-212.
- Heckmann, F. (1992). *Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie inter-ethnischer Beziehungen*. Stuttgart.
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) (2009). *Dossier Migration und Gesundheit*. Abgerufen am 15. 7 2010 von [/www.migration-boell.de/pics/Dossier_Migration_und_Gesundheit.pdf](http://www.migration-boell.de/pics/Dossier_Migration_und_Gesundheit.pdf)
- Henderson, J. & Henderson, L. (2002). Cultural Construction of Disease: A „supernormal“ Construct of Dementia in an American Indian Tribe. *J of cross-cultural gerontology, Bd. 17-3*, S. 197-212.
- Hendrie, H. et al. (2001). Incidence of Dementia and Alzheimer’s Disease in 2 Communities: Yoruba Residing in Ibadan, Nigeria and African Americans Residing in Indianapolis, Indiana. *JAMA, Bd. 285-6*, S. 139-747.
- Hendrie, H. (2006). Lessons Learned from International Comparative Crosscultural Studies on Dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry, Bd. 14-6*, S. 480-488.
- Hinton, L. et al. (2005). Conceptions of Dementia in a Multiethnic Sample of Family Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society, Bd. 53-8*, S. 1405-10.
- Hinton, L. & Levkoff, S. (1999). Constructing Alzheimer’s: Narratives of Lost Identities, Confusion and Loneliness in Old Age. *Culture, Medicine and Psychiatry, Bd. 23*, S. 453-475.
- Hinton, L., Franz, C. & Friend, J. (2004). Pathway to Dementia Diagnosis – Evidence for Cross-Ethnic Differences. *Alzheimer Dis Assoc Disord, Bd. 18-3*, S. 134-144.
- Hirsch, R. (2006). *Die Wohn- und Lebenssituation alter Migranten: Aspekte zu Gesundheit und Gewalt*. Abgerufen am 7. 2 2010 von www.hsm-bonn.de/download/08_migr.pdf, 6/2009
- Huisman, A., Raven, U. & Geiger (Hrsg.). (2000). *Demenzkrankungen bei Migranten in der EU, Verbreitung, Versorgungssituation, Empfehlungen*. Lage.
- Hunkeler, B. & Möller, E. (2004). *Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Lizentiatsarbeit der Uni Zürich*. Zürich.
- Husaini, B. et al. (2003). Racial Differences in the Diagnosis of Dementia and in its Effects on the Use and Costs of Health Care Services. *Psychiatr Serv, 54*, S. 92-96.

Literaturverzeichnis

- Ikels, C. (2002). Constructing and Deconstructing the Self: Dementia in China. *J. Cross-Cultural Gerontol.* , 17 , S. 233-251.
- Isoplan. (2003). *Weissbuch Flüchtlinge und Asylbewerber im Saarland 2002*. Abgerufen am 14. 11 2010 von www.agef-saar.de/SEPA/Material/Wei%DFbuch.pdf
- Jett, K. (2006). Mind-loss in the African American Community: Dementia as a Normal Part of Ageing. *Journal of Aging studies, Bd. 20-1* , S. 1-10.
- Jonas, I. (2007). Demenz und Migration: Vergessen in der zweiten Heimat. *Pro Alter, Bd. 39-2* , S. 6-9.
- Jonas, I. & Helck, S. (2007). "Alzheimer ist eine Strafe Allahs". *Pro Alter, Bd. 39-2* , S. 9-13.
- Jones, R., Chow, T. & Gatz, M. (2006). Asian Americans and Alzheimer's Disease: Assimilation, Culture and Beliefs. *Journal of Aging Studies, Bd. 20-1* , S. 11-25.
- Jutla, K. & Moreland, N. (2007). *Twice a Child III. The Experiences of Asian Carers of Older People with Dementia in Wolverhampton*. Abgerufen am 16. 11 2010 von www.denetiauk.org/assets/files/info_and_support/docs_and_reports/twice-a-child-3-pdf
- Kalpaka, A. (2004). Umgang mit "Kultur" in der Beratung. In R. v. Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (S. 31-44). Weinheim.
- Kessler, J., Ozankan, O. & Onur, Ö. (2008). Was geht gerade noch? Kognitives Screening bei älteren türkischen Migranten in Tagungsband "Demenz - Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland". *Demenz - Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland* , S. 63-66.
- Kizilhan, I. (2007). Potentiale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In T. Borde & M. David (Hrsg.) , *Migration und psychische Gesundheit* (S. 53-67). Frankfurt.
- Kizilhan, J. (2009). *Subjektive Krankheitswahrnehmung bei MigrantInnen aus familienorientierten Gesellschaften in: Dossier Migration und Gesundheit, Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.)*. Abgerufen am 6. 12 2010 von www.migration-boell.de/web/integration/47_2112.asp
- Kleining, G. (1982). Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 34* , S. 224-253.
- Köhler, A. (2005). Integration der Muslime in Deutschland. In H. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 61-82). Heidelberg.
- Kohls, M. (2008). *Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.)*. Abgerufen am 11. 6 2010 von www.bamf.de/cln_180/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publicationen/Forschung/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf
- Kramer, B. (1996). Dementia and American Indian Populations. In G. Yeo & D. Gallagher-Thomson, *Ethnicity and the Dementias* (S. 175-180). Washington.
- Küçük, F. (2007). *Angehörige von demenziell erkrankten türkischen Migranten/-innen in Berlin – Eine qualitative Studie zur häuslichen Versorgung*. Berlin: Diplomarbeit.
- Küçük, F. (2008). Belastungserleben und Bewältigungsstrategien bei pflegenden Angehörigen von demenziell erkrankten türkischen Migranten/innen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Bd. 21-2* , 105-116.

Literaturverzeichnis

- Lämmermann, S. (2006). *Abgrenzungen, zugeschriebene Identitäten und Grenzüberschreitungen - Kamerunische MigrantInnen in Freiburg. Working Papers Nr. 64 des Institutes für Ethnologie und Afrikastudien, Johannes Gutenberg-Universität Mainz*. Abgerufen am 12. 7 2010 von www.ifeas.uni-mainz.de/workingpapers/AP64.pdf
- Lampert, T. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Armut, Migration*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Projektgruppe Soziale Sicherheit und Migration.
- Lankers, D. et al. (2010). Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 43-4*, S. 254-258.
- Leibing, A. (2002). Flexible Hips? On Alzheimer Disease and Aging in Brazil. *J of cross-cultural gerontology, Bd. 17-3*, S. 213-232.
- Leibing, A. & Cohen, L. (2006). *Thinking about Dementia: Culture, Loss and the Anthropology of Senility*. New Jersey.
- Levkoff, S. & al. (1999). The Role of Religion and Ethnicity in the Help-Seeking. *J of cross-cultural gerontology, Bd. 14-4*, S. 335-356.
- Lewis, I.D. & Chavis Ausberry, M. (1996). African American Families: Management of Dementia Elders. In G. Yeo & D. Gallagher-Thompson (Hrsg.), *Ethnicity and the Dementias* (S. 167-173). Washington, Bristol, London.
- Lombardo, N. & al. (2007). Model Dementia Care Programs for Asian Americans. In C. Cox (Hrsg.), *Dementia and Social Work Practice: Research and Interventions* (S. 205-228). New York.
- Lui, D. (2008). Reexamining the Relationships among Dementia, Stigma and Aging in Immigrant Chinese and Vietnamese Family Caregivers. *J of cross-cultural gerontology, Bd. 23-3*, S. 283-299.
- M'bayo, R. (2009). *Die Gesundheitsversorgung afrikanischer Migrantinnen*. Abgerufen am 17. 11 2010 von Dossier Migration und Gesundheit: www.migration-boell.de/pics/Dossier_Migration_und_Gesundheit.pdf
- Mackenzie, J. (2008). Nachgefragt: Interview mit Jenny Mackenzie. *DESS - orientiert*, S. 47-47.
- Mahoney, F. et al. (2005). African American, Chinese and Latino Family Caregiver`s Impression on the Onset and Diagnosis of Dementia: Cross-Cultural Similarities and Differences. *The Gerontologist, 45*, S. 783-792.
- Marschalck, P. & Wiedl, K.-H. (Hrsg.). (2005). *Migration und Krankheit*. Göttingen.
- Mayr, I. & Baumann, U. (2008). Ältere Migrantinnen und Migranten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, Bd. 21-4*, S. 231-242.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel.
- McBride, M. & Parreno, H. (1996). Filipino American Families and Caregiving. In G. Yeo & D. Gallagher-Thompson (Hrsg.). Washington, Bristol, London.
- Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). *Ältere Migrantinnen und Migranten – Report des Deutschen Zentrums für Altersfragen, 1/2009*.
- Middleton, L. & Yaffe, K. (2009). Promising Strategies for the Prevention of Dementia. *Arch Neurol., Bd. 66 - 10*, S. 1210–1215.
- Mohammed, A. & Aikins, J. (2009). *Diasporische Potenziale. Befragung zu den Entwicklungsaktivitäten Berliner Migrations- und Diasporaorganisationen*. Abgerufen am 17. 11 2010 von www.ber-ev.de/download/BER/09-infopool/2009_studie_diasporische-potenziale_berlin.pdf

Literaturverzeichnis

- Mula, I. (2000). Konzeptionen eines Manuals zur Gestaltung von Informationsmaterialien für Migranten über Demenzerkrankungen und bestehende Hilfestellungen. In A. Huismann, U. Raven & A. Geiger (Hrsg.), *Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU* (S. 269-291). Lage.
- Müller, K. (2008). Assessmentinstrumente: Übersetzung und kultursensible Anpassung. *Demenz-Support Stuttgart: Demenz weltweit - Eine Krankheit im Spiegel der Kulturen*, 1/2008, S. 31-40.
- Müller, K. (2008). Datenlage - Demographische Entwicklung, Prävalenz, Inzidenz und Kosten von Demenz weltweit. *Demenz-Support Stuttgart: Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel der Kulturen*, 1/2008, S. 17-24.
- Muthny, F. (2009). Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen. In F. Muthny & I. Bermejo (Hrsg.), *Interkulturelle Medizin* (S. 71-84). Köln.
- Muthny, F. & Bermejo, I. (Hrsg.) (2009). *Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln.
- Nazroo, J.Y. & Saffron, K. (2003). Patterns of Identity among Ethnic Minority People: Diversity and Commonality. *Ethnic and Racial Studies*, Bd. 26-5, S. 902-930.
- NghiHa, K. (1999). *Ethnizität und Migration*. Münster.
- Ozankan, M. (2008). Bedürfnisangepasste Behandlung älterer Migrantinnen und Migranten – Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Regelversorgung. In W. Teschauer & F. Sürer (Hrsg.), *Tagungsband Demenz - Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland* (S. 43-52).
- Palecek, F. (2009). Ältere Migrantinnen – soziale Lage und Gesundheit. In Heinrich-Böll-Stiftung, *Dossier Migration und Gesundheit*. Berlin.
- Passon, A. M. (2010). Informelle e-mail. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Uniklinik Köln
- Patel, N. et al. (1998). *Dementia & Minority Ethnic older People. Managing Care in the UK, Denmark and France*. Lyme Regis.
- Piechotta, G. (2009). Verwirrende Welten. *Pflegezeitschrift*, Bd. 62-2, S. 76-79.
- Piechotta, G. & Matter. (2008). Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migranten/innen und ihrer Angehörigen. Fragen, Vermutungen, Annahmen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & psychiatrie*, Bd. 21-4, S. 221-230.
- Prasad, N. (2009). Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen. In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), *Dossier Migration und Gesundheit* (S. 6-9).
- Raabe, H. (2007). „Kulturfaire Assessments“ - Demenzen bei Migranten besser aufdecken. *Pro Alter*, Bd. 39-2, S. 13-15.
- Radzey, B. (2008). Interkulturelle Vergleichsstudien - was können wir daraus lernen? *Demenz-Support Stuttgart-1: Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel der Kulturen*, S. 24-30.
- Raven, U. & Huismann, A. (2000). Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland. *Pflege*, Bd. 13-3, S. 187-196.
- Razum, O. & al. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 101-43, S. A2882-2887.

Literaturverzeichnis

- Razum, O., Zeeb, H. & Schenk, L. (2008). *Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken*. Abgerufen am 14. 11 2010 von www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=62423
- RKI Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28: Altersdemenz*. Berlin.
- Robert-Koch-Institut, RKI. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin.
- Roberts, J. et al. (2003). Differences between African Americans and Whites in their Perceptions of Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord, Bd. 17-1*, S. 19-26.
- Rodriguez, J.J.L. et al. (2008). Prevalence of Dementia in Latin America, India, and China. A Population-Based, Cross-Sectional Survey. *Lancet, Bd. 31-4*, S. 464-474.
- Rommelspacher, B. (2008). Tendenzen und Perspektiven interkultureller Forschung. In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen* (S. 115-134). Frankfurt/M.
- Salman, R. (2008). *Interkulturelle Gesundheitsmediatoren*. Berlin.
- Shaji, K.S. et al. (2003). Caregivers of People with Alzheimer's Disease: A Qualitative Study from the Indian 10/66 Dementia Research Network. *Int J Geriatr Psychiatry, Bd. 18-1*, S. 1-6.
- Sheridan, V. & Storch, K. (2009). *Linking the Intercultural and Grounded Theory: Methodological Issues in Migration Research*. Abgerufen am 17. 11 2010 von www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1217
- Sink, K. (2004). Ethnic Differences in the Prevalence and Pattern of Dementia Related Behaviors. *J of the Am Geriat Society, Bd. 52-8*, S. 1277-1283.
- Statistisches Bundesamt. (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2008). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Bevölkerung mit Migrationshintergrund- Ergebnisse des Mikrozensus 2008*. Abgerufen am 4. 7 2010 von www.destatis.de
- Statistisches Bundesamt. (2007). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2007, Fachserie 1/Reihe 2.2*. Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt. (2009). *Statistisches Landesamt*. Abgerufen am 4. 7 2010 von www.statistik-nord.de
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Reinbek.
- Steuerwald, K. (1988). *Türkisch-Deutsches Wörterbuch*. Wiesbaden.
- Streibl, R. & Torun, B. (2007). Interview mit. *Pro Alter/2*, 9-13.
- Sürer, F. (2008). Einleitung. In W. Teschauer & F. Sürer (Hrsg.), *Demenz - Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland - Tagungsband vom Kongress der Ingenium-Stiftung* (S. 9-10). Ingolstadt.
- Sürer, F., Teschauer, W. & Danek, A. (2008). Demenz bei türkischen Migranten in Deutschland. In *Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Tagungsreihe Bd. 7 „Aktiv für Demenzkranke“ Kongress in Erfurt* (S. 103-107).
- Tempel, G. & Mohammadzadeh, Z. (2004). *Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen*. Gesundheitsamt Bremen.

Literaturverzeichnis

- Tempo, P. & Saito, A. (1999). Techniques of Working with Japanese American Families. In G. Yeo & D. Gallagher-Thomson (Hrsg.), *Ethnicity and the Dementias* (S. 109-121). Washington.
- Teschauer, W. & Sürer, F. (Hrsg.) (2008). *Tagungsband Demenz - Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland*. Ingolstadt.
- The 10/66 Dementia Research Group. (2004). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Developing Countries. *International Psychogeriatrics, Bd. 16-4*, S. 441-459.
- Traphagan, J. (2006). Being a good „rojin“. In A. Leibing & L. Cohen (Hrsg.), *Thinking about Dementia*.
- Verwey, M. (2003). Kulturelle Dimensionen der Medizin. In T. Lux (Hrsg.), *Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht?* Berlin.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Reihe Sozialer Zusammenhalt und kultureller Pluralismus.
- Weitzel-Polzer, E. (2002). Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege - Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 35*, S. 190-198.
- Wetzstein, V. (2005). *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*. Frankfurt.
- White, L. & al. (1996). Prevalence of dementia in older Japanese-American men in Hawaii: The Honolulu-Asia Aging study. *JAMA, Bd. 276-12*, S. 955-960.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann(Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-256). Weinheim und Basel.
- Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview*. Abgerufen am 7. 11 2010 von Forum qualitative Sozialforschung: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>
- Yeo, G. & Gallagher-Thompson, D. (Hrsg.) (1996). *Ethnicity and the Dementias*. Washington, Bristol, London.
- Yildirim-Fahlbusch, Y. (2004). *Sozialmedizinische Aspekte bei der Versorgung von türkischen Patienten in Deutschland*. Abgerufen am 2009. 5 1 von Deutsches Ärzteblatt: www.aerzteblatt.lnsdata.de/download/files/2004/07/x0001098.pdf
- Zeman, P. (2005). *Ältere Migranten in Deutschland*. Berlin.
- Zeman, P. (2002). Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. *Beiträge zur soz. Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 16, Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung, Deutsches Zentrum für Altersfragen* .
- Zeman, P. & Kalisch, D. (2008). Die Situation älterer Flüchtlinge – Belastungen und Potenziale. *Informationsdienst Altersfragen, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Bd. 35-4*, S. 2-7.
- Zielke-Nadkarni, A. (2003). *Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen*. Bern.
- Zielke-Nadkarni, A. (1999). Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischer Migrantinnen. *Pflege, Bd. 12*, S. 283-288.
- Zielke-Nadkarni, A. et al. (2004). Ethnografische Studie zu den Pflegeanforderungen jüdischer MigrantenInnen. *Pflege, Bd. 17-4*, S. 329-338.
- Zimmermann, E. (2000). *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin*. Bern.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: INTEGRATIVES MODELL DER SALUTOGENESE, FALTERMAIER, 2005: 66

Abb. 2: EINFLUSSEBENEN AUF DIE GESUNDHEIT VON MIGRANTEN; FALTERMAIER, 2001: 98

Abb. 3: ALTERSPYRAMIDE NACH MIGRATIONSERFAHRUNG; STAT. BUNDESAMT, 2010

Abb. 4: MODERATOREN FÜR DIE GESUNDHEIT UND IHRE EINFLÜSSE AUF EINANDER

Abb. 5: DEMENZKONZEPTE – ÜBERBLICK NACH ANZAHL DER IPS

Abb. 6: ÜBERSICHT ÜBER DIE VERTEILUNG DER ERKLÄRUNGSMUSTER FÜR DEMENZ

Abb. 7: BIO-/MEDIZINISCHE ERKLÄRUNGSMUSTER FÜR DEMENZ NACH ANZAHL DER IPS

Abb. 8: PSYCHOSOZIALE ERKLÄRUNGSMUSTER FÜR DEMENZ NACH ANZAHL DER IPS

Abb. 9: VERHALTENSBEZOGENE ERKLÄRUNGSMUSTER FÜR DEMENZ NACH ANZAHL DER IPS

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: ANZAHL DER MIGRANTINNEN AUSGEWÄHLTER HERKUNFTSLÄNDER IN SCHLESWIG-HOLSTEIN, AUFGESCHLÜSSELT NACH STAATSANGEHÖRIGKEIT UND ALTERSGRUPPE; DATEN AUS: STAT. LANDESAMT, 2009

Tab. 2: HAUSHALTS DURCHSCHNITTSEINKOMMEN UND ARMUTSRISIKOQUOTE DER DEUTSCHEN UND AUSLÄNDER AB 60 JAHRE IM JAHR 2003, QUELLE: SOEP, BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION, ZIT. N. ZEMAN, 2005

Tab. 3: ANZAHL DER ALLEINLEBENDEN ÜBER 64 JAHREN, ZAHLEN AUS: GEROSTAT REPORT ALTERSDATEN, 2009: 14 MIT ZAHLEN DES STAT. BUNDESAMTES, 2007

Tab. 4: ADI CONSENSUS ESTIMATES FOR THE PREVALENCE OF DEMENTIA (%), BY WHO REGION AND AGE GROUP. THE LETTERS IN BRACKET REFER TO THE DEVELOPMENT OF THE REGION; A=LOWEST MORTALITY Regions; E= HIGHEST MORTALITY REGIONS. (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL: THE PREVALENCE OF DEMENTIA WORLDWIDE, 2008)

Tab. 5: KRANKHEITSKONZEPTE VON DEMENZ, ERKLÄRUNGSMUSTER UND MÖGLICHE KONSEQUENZEN

Tab. 6: ÜBERBLICK ÜBER DIE PERSPEKTIVEN DER IPS

Tab. 7: INANSPRUCHNAHME PROFESSIONELLER HILFEN

Tab. 8: IN DIESER UNTERSUCHUNG GEFUNDENE ZENTRALE GESICHTSPUNKTE BZGL. DER KRANKHEITSTHEORIEN UND DES UMGANGES MIT DEMENZ

Anhang

Abkürzungen und Transkriptionsregeln

IP: InterviewpartnerIn

I: InterviewerIn

MSO: MigrantInnenselbstorganisation

Abkürzungen der Interviewtranskripte

Arab: Interview mit dem Vertreter der Arabischen Gesellschaft

Brasil: Interview mit der Vertreterin der brasilianischen MigrantInnen

Iran: Interview mit dem Vertreter der iranischen MigrantInnen

JüdG: Interview mit der Vertreterin der Jüdischen Gemeinde

Kenia: Interview mit der Vertreterin der kenianischen MigrantInnen

Kurd: Interview mit dem Vertreter der Kurdischen Gesellschaft

Philip: Interview mit den Vertreterinnen der philippinischen MigrantInnen

Russ: Interview mit der Vertreterin der russischen MigrantInnen (russisch-orthodoxe Kirche)

Schwed: Interview mit der Vertreterin der Deutsch-Schwedischen Gesellschaft

SintiR: Interview mit den VertreterInnen der Roma und Sinti

Togo: Interview mit dem Vertreter der togoischen MigrantInnen

TürkG: Interview mit dem Vertreter der Türkischen Gemeinde

TürKurd: Interview mit der Vertreterin der türkischen/kurdischen Migrantinnen – Beratungsstelle für Migrantinnen

Ung: Interview mit der Vertreterin der Deutsch-Ungarischen Gesellschaft

Hinter Zitaten steht in Klammern, nach den o.g. Abkürzungen der IPs, die Seitenangabe für das Zitat im jeweiligen Transkript, bspw. (TürKurd, 10-14).

Transkriptionsregeln (frei nach Flick, 2007: 381)

Layout:

Textverarbeitungsprogramm	Open office (doc)
Schrift	Arial
Rand	Links 2 cm, rechts 5 cm
Zeilennummerierung	Durchnummeriert links
Zeilenabstand	1,5
Seitenzahlen	Oben rechts
Absatzformatierung	Eingerückt 1 cm
Kopfzeile/Titel	Interview-Name
InterviewerIn	I
InterviewpartnerIn	IP

Verschriftung:

Orthographie	Bereinigt – Dialekt o.ä., wenn von Bedeutung
Interpunktion	Konventionell
Pausen	Kurze Pause * Ab 3 Sek. *Dauer * ((unverst. Wort))
Unverständliches	(abc)
Unsichere Transkription	Mit Kommentar (laut)
Laut	Mit Kommentar (leise)
Leise	
Wortabbrüche	abc-
Satzabbrüche	abc-
Verschleifungen	./.
Dehnung (Vokale+Konsonanten)	./.
Gleichzeitiges Sprechen	#abc#
Paralinguistische Äußerungen	Mit Kommentar
Wörtliche Rede	„abc“
Abkürzungen	Konventionell
Zahlen	In Ziffern
Anonymisierung	Namen = XY

Inhaltsverzeichnis der Anlagen auf der beigefügten CD

Unterlagen für die InterviewpartnerInnen

- Informationsblatt für IP
- Einwilligungserklärung

Unterlagen der InterviewerInnen

- Kurzfragebogen
- Postscriptum

Verdichtete Beschreibungen der Interviews

Interviewtranskripte

Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Arbeit selbstständig und nur mit Hilfe der angegebenen Quellen und Hilfsmittel erstellt zu haben. Wörtlich oder dem Sinn nach übernommene Textstellen sind als solche gekennzeichnet.