

„Lokale Allianz für Menschen mit Demenz und einem Kulturhintergrund aus der Türkei“ in Berlin-Mitte

1. Vorgeschichte

Der Impuls für unser Recherche-Projekt „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz und einem Kulturhintergrund aus der Türkei“¹ (Förderphase 1. September 2015 bis 31. Dezember 2017) entstand bereits während des Vorläuferprojektes „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Berlin Mitte“ (Förderphase 1. September 2013 bis 31. August 2015). In unserer ersten Förderphase initiierten wir Workshops (World Café), Netzwerkgespräche und ein Seminar im Dialog „Für ein besseres Leben mit einer Demenzerkrankung“. Im Dialog tauschen Menschen mit einer beginnenden Demenzerkrankung, Angehörige sowie beruflich und ehrenamtlich Tätige gleichberechtigt ihre Erfahrungen und ihr Wissen aus. Die subjektiven Wahrnehmungen der Erkrankten und der Perspektivenwechsel werden in den Mittelpunkt gestellt.²

Es zählt zum State of the Art, Selbstauskünfte der von einer Erkrankung Betroffenen über ihre Wünsche und Bedarfe zur Ausgangsbasis für die Entwicklung von Sorgestrukturen zu machen. Allerdings ist es noch ein weiter Weg, bis es hierzulande Standard wird, auch Menschen mit einer Demenzerkrankung Gehör zu verschaffen und es als Chance zu begreifen, von ihnen zu lernen.

Damit Teilhabe Wirklichkeit werden kann, müssen Therapeut/innen, Bezugspersonen und Betreuer/innen „ihre“ Patient/innen mit einer beginnenden Demenzerkrankung auf Beziehungsebene darin bestärken, sich angstfrei zu äußern, und

1 Rechtsträger des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFS-FJ) geförderten Projektes: Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH, ausführende Stelle: Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ) der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus (PUK Charité im SHK), Projektleitung: Mechthild Niemann-Mirmehdi (PUK Charité im SHK) und Uwe Klein (Alexianer St. Hedwig-Kliniken Berlin GmbH), wissenschaftliche Mitarbeiterin: Nilgün Çakan; Kooperationspartner: Bezirksamt Mitte von Berlin, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Pflegestützpunkte Berlin-Mitte (AOK und EGZB); Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.; Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung; Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. u.a.

2 Niemann-Mirmehdi, M.: Mit einer demenziellen Erkrankung leben – Seminare, World Café, Netzwerkgespräche im Dialog, in: Demenz Support Stuttgart (Hrsg.): Beteiligt sein von Menschen mit Demenz – Praxisbeispiele und Impulse, Frankfurt a.M. 2017.

sie erfahren zu lassen, dass sie ernst genommen werden und ein Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung haben. Ohne eine solche vorangegangene persönliche Unterstützung, wozu auch eine individuell stärkende Perspektivenentwicklung innerhalb der Familie zählt, werden die Betroffenen sich nicht trauen, sich in der Öffentlichkeit zu äußern und Ausgrenzung entgegenzuwirken.

Die Teilnehmer/innen unserer Veranstaltungen wurden ausschließlich aus unserem Gerontopsychiatrischen Zentrum (GPZ) gewonnen. Betroffene und Angehörige aus anderen institutionellen Betreuungs-Settings haben den Weg in den Dialog nicht gefunden, ihre Helferinnen dagegen schon. Dies hat sich bis heute in unserem verstetigten Dialog-Seminar an der Volkshochschule Mitte nicht verändert.



Abb. 1: Nach türkischem Selbstverständnis liegt die Betreuung pflegebedürftiger Menschen in der Verantwortung der Familie © Adobe Stock

2. Warum ein Folgeprojekt „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz mit einem Kulturhintergrund aus der Türkei“?

Trotz verbindlichen Angebots von Dolmetscher/innen haben wir für unsere Dialog-Treffen keine Teilnehmer/innen mit türkischem Kultur- und Sozialisationshintergrund erreichen können, ebensowenig wie aus anderen nicht deutschsprachi-

gen Herkunftsländern. Dies stimmt nachdenklich, da der Bezirk Mitte derjenige der insgesamt zwölf Berliner Bezirke mit dem höchsten Anteil an Bewohner/innen mit Migrationshintergrund (29 %) ist. In Mitte lebten im Projektzeitraum insgesamt 356.506 Einwohner/innen, wovon 47.370 älter als 65 Jahre waren. Der Anteil der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund lag bei 36.432 Personen (10,2 %), davon waren 3.926 älter als 65 Jahre (8,3 %).³

Noch immer gibt es ältere Menschen und ihre Familien – nicht nur mit türkischem Migrationshintergrund –, welche erst in weit fortgeschrittenem Stadium einer Demenzerkrankung Diagnostik-, Behandlungs- und Betreuungsangebote aufsuchen, vor allem, wenn keine brückenbauenden Kinder vor Ort sind, welche sich im Gesundheits- und Sozialwesen gut auskennen. Dies trifft insbesondere für Menschen zu, die in ihren jungen Jahren als Gastarbeiter/innen nach Deutschland eingewandert sind. Dass sie allgemein einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem haben und unter einem allgemein schlechteren gesundheitlichen Zustand leiden als Menschen ohne Migrationserfahrung, ist bekannt.⁴ Auch sind sie häufiger von finanziell schlechter Lage und Altersarmut betroffen.⁵

2.1 Projektziele

In unserer zweiten Projektphase suchten wir türkische Gemeinden, interkulturelle und religiöse Vereine auf, um unter ihren Mitgliedern subjektive Bedarfs- und Interessenlagen, familiäre Ressourcen, Belastungen und Wünsche hinsichtlich eines Lebens mit einer Demenzerkrankung zu erfragen. Auch führten wir Einzelinterviews mit Angehörigen von in der Türkei geborenen, demenziell erkrankten Patient/innen durch, welche sich bereits in der Institutsambulanz unseres GPZ in Behandlung befanden. Auf der Ergebnisgrundlage sollten erste gemeinsame Schritte unternommen, Unterstützungsangebote aufgezeigt, verändert und entwickelt werden. Für das GPZ nahmen wir uns vor, eine kultursensible Beratung, Diagnostik und Behandlung fortzuschreiben.

3 Amt für Statistik Berlin-Brandenburg – SB A 1 5 – hj 2 / 13 – Berlin, https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2017/SB_A01-05-00_2017h01_BE.pdf.

4 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Oktober 2014), <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/733826/9e310b776de8879946bcb464935d23d0/10-auslaenderbericht-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1>; Dibelius, O./Feldhaus-Plumin, E./Piechotta-Henze, G.: Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz, Göttingen 2015; Ozankan, M.: Diversity und interkulturelle Kompetenz (2018), http://www.wiki.psz-duesseldorf.de/images/3/3b/Dr._med._Murat_Ozankan_2008.pdf.

5 Hans Böckler Stiftung: Armut in Deutschland (03.08.2017), https://www.boeckler.de/106575_110257.htm.

2.2 Durchführung

Wir nahmen Kontakt mit unterschiedlichen türkischen Gruppen und Gemeinden auf. Hierzu zählten zwei Moscheen, der Selbsthilfe im Vorruhestand e.V. mit seinem Angebot interkultureller Frauengruppen für Teilnehmerinnen mit und ohne Migrationserfahrung, das Integrations-Lotsenprojekt „Die Brücke“ vom Bildungsmarkt Waldenser GmbH sowie das bezirksübergreifende Kurdische Zentrum e.V. Berlin, die Alevitische Gemeinde zu Berlin e.V., der Hinbun e.V., ein Bildungs- und Beratungszentrum für Frauen und Familien, und IDeM, ein Informationszentrum für demenziell und psychisch erkrankte sowie geistig behinderte Migrant/innen und ihre Angehörigen. Diese seit vielen Jahren einzige spezialisierte Beratungsstelle im Land Berlin wurde inzwischen aus finanziellen Gründen geschlossen.

Immer begleitet von unserer türkischsprachigen Kollegin, welche auch die zweisprachigen telefonischen und schriftlichen Erstkontakte knüpfte, wurden wir überall freundlich empfangen. Bei unseren ersten Besuchen vor Ort stellten wir die unser Anliegen einleitende Frage, welche Ursache es habe, dass ältere Menschen mit Kulturerfahrung aus der Türkei seltener und wenn, dann erst sehr spät Pflege-, Betreuungs- und sonstige Sozialleistungen in Anspruch nehmen, obwohl sie doch gleichermaßen ihr Leben lang Sozial- und Krankenversicherungsbeiträge gezahlt haben. In beiden Moscheen wie auch bei den Angehörigen der Patient/innen unseres GPZ erhielten wir nahezu einheitlich die spontane Antwort, dass es im traditionellen sowie religiösen Bewusstsein und Selbstverständnis liege, dass alte, kranke und pflegeabhängige Menschen in der Familie versorgt werden.

Alle Gesprächspartner/innen standen dem Thema Alter sofort aufgeschlossen gegenüber, eingebettet in das generationenübergreifende Thema Familie. Der Gemeindevorsitzende der kooperationsintensivsten Moschee und die Leiterin des interkulturellen Selbsthilfetreffs öffneten uns die Türen zu ihren Frauengruppen. Unser Angebot, einführend über die häufigsten seelischen Erkrankungen im Alter, Demenzen und Depression zu berichten, stieß auf uneingeschränktes Interesse. Die rege Beteiligung und die vielen Fragen auch zu anderen Erkrankungen und Folgeerscheinungen, wie Schlaganfall, Morbus Parkinson, Herzinfarkt, Schlafstörungen und Pharmakotherapien, machten den Wissensdrang und großen Bedarf an Informationen deutlich. Vielfach ging es um konkrete Einzelfälle. Erst im zweiten oder dritten Schritt kamen wir dazu, unsere eigenen projektbezogenen Fragen zu stellen.

Unsere ersten Informationsveranstaltungen fanden in den Unterrichtsräumen der o.g. Moschee-Gemeinde statt, die folgenden Gruppeninterviews in den Frühstücksrunden im Tagesraum. Die Gruppen setzten sich aus drei Generationen zusammen, Frauen mittleren und höheren Alters und kleine Kinder. Sie hatten unterschiedliche Bildungsgrade, von einigen Jahren Schulbildung – Vertreterinnen der ersten Gastarbeitergeneration – bis hin zu akademischen Abschlüssen in der zweiten Generation. Die meisten unter ihnen waren berufstätig, auch in familieneigenen Betrieben, und hatten Kinder. Das, was die Frauen zu verbinden schien, war ihre Gemeinschaft und ihre Religion.

Hinsichtlich des Themas Demenz und psychische Erkrankungen erlebten wir keine Tabus und es gab kaum eine Gruppenteilnehmerin, welche in ihrem nahen oder entfernteren Umkreis noch nie eine demenziell erkrankte Person kennengelernt oder Angehörigenberichte gehört hatte.

Leitfaden zur Durchführung der Gruppen- und Einzelinterviews⁶

1. Wer von Ihnen hat einen Familienangehörigen, der pflegeabhängig ist und den Sie versorgen? 1.1. Ist jemand darunter, der eine Demenzerkrankung hat? 1.2. Wie kommen Sie damit zurecht? 1.3. Wer innerhalb Ihrer Familien leistet welche Unterstützung?
2. Holen Sie sich Hilfe von außen? 2.1. Wenn ja, welche? 2.2. Welche Erfahrung haben Sie damit? 2.3. Falls nein, warum nicht?
3. Haben Sie Bekannte/Verwandte, die einen pflegeabhängigen Verwandten betreuen? 3.1. Ist jemand dabei, der Demenz hat? 3.2. Wie kommen diese Familien damit zurecht? 3.3. Wer leistet innerhalb der Familien, die Sie kennen, welche Unterstützung?
4. Sind Ihnen die Unterstützungsmöglichkeiten bekannt? 4.1. Wenn ja, welche? 4.2. Falls nein: Bei Bedarf kommen wir gerne noch einmal um diese Informationen mit Ihnen zu teilen.
5. Bei der letzten Frage geht es um Ihre persönlichen Wünsche: 5.1. Welche Form der Unterstützung würden Sie sich im Falle einer Pflegeabhängigkeit wünschen? Wie möchten Sie leben? 5.2. Was wünschen Sie für die Familien, die einen pflegeabhängigen Verwandten betreuen? Was brauchen diese Ihrer Meinung nach?

6 Eine türkischsprachige Version kann bei der Verfasserin angefordert werden: m.niemannmirmehdi@charite.de.

3. Zusammenfassung der Ergebnisse

3.1 Die Ist-Situation

- Die Familien fühlen sich verantwortlich und zuständig für die Pflege der älteren (und bei Bedarf auch jüngeren) Menschen – ein Selbstverständnis kollektivistischer Kultur.
- Noch wird das Selbstverständnis dieser Verantwortung und Zuständigkeit nicht infrage gestellt. Infrage gestellt wird jedoch nicht ohne Sorge, ob dies bei der nächsten Generation noch so bleiben wird.
- Auch die Männer sind in die Pflege und Betreuung eingebunden. Hygienevorrichtungen werden überwiegend geschlechtsspezifisch geleistet.
- Die türkische religiöse und kulturelle Gemeinde bietet Schutz und Halt. Das gilt für muslimische, alevitische und kurdische Gemeinden gleichermaßen – eine individuelle wie gesellschaftliche Ressource.
- In der Moschee-Gemeinde treffen sich die Frauen und Männer getrennt, es nehmen jedoch jeweils Mitglieder aller Generationen teil.
- Die Frauengruppen der Moschee-Gemeinden sind hinsichtlich Bildungs- und Berufsstatus heterogen. Die kollektivistische Kultur verbindet untereinander.
- Die Moschee-Gemeinden finanzieren sich selbst durch Beiträge ihrer Mitglieder; diese sind mit Rücksicht auf die geringen Einkommen niedrig. Existenziell bedeutsam ist die Unterstützung durch Inhaber türkischer Betriebe. Von den Einnahmen müssen auch Sprachkurse, Frauentreffen, Frühstücksgruppen, Feste und andere Angebote finanziert werden. Für größere Aktivitäten (z.B. Jugendcamps oder Gemeinschaftsfahrten) reichen die Mittel nicht aus.
- Fördermittel des Landes oder der Krankenkassen, z.B. für Selbsthilfe- oder Angehörigen-Gruppen und Referent/innenhonorare, werden nicht in Anspruch genommen. Informationen darüber, dass und wie sie beantragt werden können, liegen nicht vor.
- Zu gesundheitlichen und psychologischen Themen werden gelegentlich (wechselnde) Referent/innen eingeladen. Die Frauengruppen tauschen ihre

alltäglichen Erfahrungen und sie beschäftigende Themen, Belastungen und Sorgen analog zu Selbsthilfegruppen aus.



Abb. 2: Geflüchtete und Migrant/innen haben ohne kultursensible „Brückenbauer“ keine Chance auf Partizipation am Gesundheitswesen Foto: Klaus Klingberg/pixelio

3.2 Von den Befragten genannte Wünsche

- Etwas in der eigenen Kultur bewahren, was von ihnen in der deutschen Gesellschaft und in den Großstädten inzwischen als oftmals verloren gegangen wahrgenommen wird, z.B. Hilfsbereitschaft untereinander, Familienzusammenhalt, Zuverlässigkeit, Verbindlichkeit, Verlässlichkeit, soziales Netz;
- Kooperation der Krankenhäuser mit muslimischen Seelsorgern – analog zu Seelsorgern der christlichen und jüdischen Religionen, sodass jene Patient/innen nach Bedarf auch von diesen besucht und unterstützt werden können. Das seelsorgerische Angebot aller Religionen sollte den Patient/innen mittels eines Informationsblattes bekannt gemacht werden;
- Beratung, Diagnostik und Behandlung in türkischer, kurdischer u.a. Sprache, bei Bedarf mit neutralen, unparteiischen Dolmetschern und anderen sprachversierten Brückenbauern – unter der Voraussetzung, dass diese die Religion, Kultur und regionale, auch ländliche Herkunft achten;

- mehr Aufklärung über bestehende Rechte;
- Informationsbroschüren über Gesundheit und Soziales in allen Sprachen;
- konkrete Hilfestellung bei der Beantragung von Sozial- und Gesundheitsleistungen;
- im Falle von Pflegeabhängigkeit (ein in allen Gruppen ausnahmslos genannter Wunsch): Wohngemeinschaften, in denen man selbst noch etwas beitragen und sich gegenseitig helfen kann. Einige Frauen wünschen sich reine Frauen WGs.;
- Fördermittel für Dozent/innen und Gruppenangebote, z.B. Sprachkurse, Gesundheit und Soziales, Familie, Wandel der Generationen und Gesellschaft;
- zweisprachige Integrationskurse;
- Freizeitangebote für Jugendliche (Sportgruppen, Ausflüge, Reiscamps);
- psychologische Familienberatung durch kultursensible, respektvolle, „nicht überhebliche“ Therapeut/innen, vor allem mit Blick auf Jugendliche und den Wandel der Generationen und der Gesellschaft.

3.3 Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfen „von außen“

Vielfach unterscheiden sich die Barrieren nicht von jenen deutscher Familien. Hinzu kommen jedoch zusätzliche Barrieren, vor allem Sprachschwierigkeiten und eine gewisse Scheu und Angst, in dreifacher Hinsicht nicht verstanden oder diskriminiert zu werden: aufgrund der Sprachprobleme, der Erkrankung und als muslimisch/er, religiös/er Ausländer/in der überwiegend säkularisierten Stadt.

Das durchweg bestehende Selbstverständnis, dass die Betreuung pflegeabhängiger Menschen gleich welcher Generation seitens der Familie zu leisten und verantworten ist, ist eine große, wertzuschätzende persönliche und gesellschaftliche Ressource. Dieses kulturelle, religiöse, humane Selbstverständnis kann und wird seitens der befragten Frauen mit Blick auf den Generationenwandel, die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und des separaten Wohnens der dritten Generation jedoch mit Sorge betrachtet. Die Frauen der mittleren Generation waren sich überwiegend einig in ihrer Einschätzung, dass es für sie noch selbstverständlich sei, ihre jetzt alt gewordenen Eltern zu pflegen. Bei ihren Kindern

sehe das anders aus; diese würden sie nicht mehr pflegen können und sie selbst wollten sie auch nicht mit ihrer Pflege belasten.

3.4 Kultur- und sprachensible Diagnostik und Behandlung

Die Empfehlungen zur Differentialdiagnostik kognitiver Störungen sind in den S3 Leitlinien „Demenzen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. im Detail beschrieben.⁷ Will man eine Fehldiagnostik vermeiden, gilt es, das frühere Leistungsniveau, Sprachkompetenz, sensorische Funktionen, psychiatrische oder körperliche Erkrankungen, besondere individuelle Fähigkeiten und soziokulturelle Erfahrungen zu berücksichtigen.

Deutschsprachige Skalen zur Durchführung der Diagnostik sind für türkische Patient/innen selbst in übersetzter Version aufgrund von Kulturferne und Sprachlosigkeit nicht geeignet. „Sprachfrei, kulturfair und ökonomisch“ sind die von der Arbeitsgruppe der Universitätsklinik Köln (Medizinische Psychologie – Neuropsychologie und Gender Studies Centrum für Neuropsychologische Diagnostik und Intervention (CeNDI)) entwickelten Skalen zur Erfassung kognitiver Fähigkeiten (TRAKULA international) und zur Erfassung der Alltagsaktivitäten (CC-ADL).⁸

4. Ausblick

Unser Projekt hätte ohne unsere türkisch-sprachige Kollegin nicht realisiert werden können. Ohne kultursensible, nicht wertende und vorurteilsfreie sprachliche und zwischenmenschliche Brückenbauer, welche möglichst auf eigene Einwanderungs-Erfahrungen zurückgreifen können, haben Geflüchtete und Migrant/innen weder eine Chance zur Partizipation am Gesundheitswesen noch zu sonstiger Teilhabe und Inklusion.

Die Tatsache, dass wir einen, nach unserer Wahrnehmung guten und nach erfolgter Rückmeldung der von uns Befragten auch „verständnisvollen“ und „nicht überheblichen“ Zugang zu den Frauen der muslimischen Gemeinde aufbauen konnten, bedeutet nicht, dass die älteren unter ihnen im Bedarfsfall auch wirk-

7 https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed-3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf (13. Februar 2019).

8 Kessler, J./Kalbe, E.: Die Sprachlosigkeit überwinden. Nonverbale Demenzdiagnostik bei Migranten, in: *pflegen: Demenz*, 14, 2010, S. 30–33; Kessler, J./Ozankan, M./Baller, G./Kaesberg, S./Kalbe, E.: *EASY – ein nonverbales, kulturfares Screeningverfahren zur Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen*, Nürnberg 2010.

lich das GPZ zur Beratung, Diagnostik und Behandlung aufsuchen würden. Unser Projekt steht erst am Anfang einer interkulturellen Vernetzung.

Zwar stand das Thema demenzielle Erkrankungen im Mittelpunkt unseres Projektes, jedoch kam diesem selbst bei jenen Familien, welche davon mit betroffen waren, eine geringere Bedeutung zu als anderen Themen. Allerdings wurden die Barrieren der älteren Menschen, fremde Hilfe anzunehmen, als zentral wahrgenommen. Während die mittlere Generation die innerfamiliäre Pflege ihrer in Deutschland alt gewordenen Eltern noch als selbstverständlich betrachtete, galt ihre Sorge der Zukunft der in Deutschland geborenen, „teils zwischen den Welten lebenden“ jungen Generation.

Unsere Gesprächspartner/innen in der Moschee-Gemeinde haben das Thema Alter und Pflegeabhängigkeit nie außerhalb des Kontextes Familie diskutiert. Dies war eine wichtige Anregung für uns, in der deutschen Sorgelandschaft dem systemischen Ansatz mehr Bedeutung zukommen zu lassen.

(Erschienen im NDV 6/2019)