

FHNW Soziale Arbeit

MA 11 Initiierung und Gestaltung von forschungs- und theoriebasierten Innovationsprozessen: Wissenschaftlicher Artikel

Vergessene Angehörige von demenzerkrankten Migrantinnen und Migranten- zwischen Chaos, Zerfall und Zeitkosten

Situation und Bedürfnisse von serbokroatisch- und türkischsprachigen pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten aus der Stadt Basel und Bern.

**Eingereicht von Amela Kovacic und Emine Sariaslan
bei Frau Prof. Elisabeth Müller und Frau Dr. phil. Corina Salis
Gross**

Januar 2015

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema „Situation und Bedürfnisse von pflegenden serbokroatisch- und türkischsprechenden Angehörigen von demenzerkrankten Menschen“. Laut der Alzheimervereinigung nehmen Demenzerkrankungen jährlich zu. Es gibt jedoch nur wenig vorhandenes Wissen über demenzerkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige, obwohl diese oft von spezifischen Schwierigkeiten betroffen sind. Acht qualitative leitfadengeschützte Interviews mit jeweils vier türkisch- und vier serbokroatischsprachigen Angehörigen wurden geführt, um die Situation und Bedürfnisse dieser Gruppe zu erfassen. Als theoretischer Hintergrund dient die multidimensionale Fallanalyse von Pavkovic (1999). Im Kapitel Ergebnisse werden die vier Hauptkategorien (Gefühlschaos, Wissenschaos, Zerfall und Demenz kostet Zeit) dargestellt und anschliessend diskutiert.

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage und Fragestellung	3
2. Methodisches Vorgehen	4
2.1 Auswahl der Befragten und Durchführung der Interviews	4
2.2 Das leitfadengestützte Interview	6
2.3 Auswertungsverfahren	6
3. Ergebnisse	7
3.1 Gefühlschaos	7
3.2 Wissenschaos	8
3.3 Zerfall der Hirnleistung und sozialer Zerfall	13
3.3.1 Familien als Ressource und der eigene Kampf für die Rechte des Betroffenen	13
3.3.2 Muttersprache in der Beratung, Betreuung, Pflege	16
3.4 Demenz kostet Zeit	17
4. Diskussion	20
5. Kooperation und Hybridisierung	20
6. Fazit	21
7. Ausblick und Innovationspotential	22
8. Literaturangaben	23
9. Ehrenwörtliche Erklärung	25

1. Ausgangslage und Fragestellung

Prognosen zufolge weisen im Jahr 2020 10.9% der über 65-Jährigen in der Schweiz einen Migrationshintergrund auf. Die Tendenz bis ins Jahr 2060 ist steigend. (vgl. Hungerbühler/Bisegger 2012). Das zweite Gesundheitsmonitoring zur Migrationsbevölkerung (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2012) zeigt, dass unter anderem die ältere Migrationsbevölkerung besonders gesundheitlich belastet ist. Es wird festgestellt dass, je älter die Migrantinnen und Migranten sind, desto grösser sind die Unterschiede zu den Schweizern und Schweizerinnen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2012: 17ff).

Mit zunehmendem Alter treten vermehrt Demenzerkrankungen auf. Unter Demenz versteht man den fortschreitenden Verlust des Erinnerungsvermögens in Kombination mit weiteren Funktionsstörungen des Gehirns. Dies führt zu zunehmendem Verlust der Selbstständigkeit von betroffenen Personen. Eine Demenzerkrankung ist meist begleitet von Verhaltensveränderungen, wie zum Beispiel soziale Isolation, verminderte Motivationsfähigkeit und dem Verlust der Fähigkeit Emotionen zu kontrollieren. Der Krankheitsverlauf ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich und wird beeinflusst durch das Alter, die Lebensumstände und den gesundheitlichen Allgemeinzustand (vgl. Christa Hanetseder 2013: 11). Laut der schweizerischen Alzheimer Vereinigung leben in der Schweiz 113`000 Menschen, die an Alzheimer oder einer anderen Form von Demenz erkrankt sind. Bis zum Jahr 2050 geht man von 300`000 aus. Über die Nationalität der demenzkranken Menschen gibt es keine Angaben. (vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung). Die aktuellen Demenzerkrankungen verursachen Kosten von rund sieben Milliarden Franken. Diese Zahl wird mit der Zahl der Erkrankungen steigen. Deshalb wurde das Bundesamt für Gesundheit damit beauftragt eine nationale Demenzstrategie von 2014-2017 auszuarbeiten. Im Zentrum dieser Strategie stehen Ziele und Massnahmen zur Verbesserung von Betreuung und Früherkennung von Demenzerkrankten (vgl. Christa Hanetseder 2013: 12). Etwa 60% der Demenzerkrankten leben zu Hause und werden von den Angehörigen betreut. Die Betreuung von Demenzerkrankten geht oft über die eigenen Belastungsgrenzen hinaus und beeinflusst das Leben der Angehörigen in hohem Mass. (vgl. Christa Hanetseder 2013: 12).

Schätzungsweise leiden aktuell mehrere tausend Menschen mit Migrationshintergrund an einer Demenz. Im Vergleich zu der allgemeinen Zahl der Demenzerkrankten besteht die Gefahr, dass diese Menschen nicht beachtet und somit vergessen werden, und sich selbst überlassen sind. Fachpersonen weisen jedoch darauf hin, dass gerade diese Gruppe oft vor spezifischen Problemen steht. Vor allem dann, wenn Angehörige die Betroffenen ohne externe Unterstützungsangebote über das eigene Belastungsmass hinaus betreuen. (vgl. Hanetseder 2013: 17f). Die Bundesstrategie für eine schweizerische Alterspolitik im Jahr 2007 hat festgehalten, dass bei älteren Migrantinnen und Migranten sprachliche und kulturelle Barrieren den Zugang zu Pflegeangeboten erschweren, und dass die Notwendigkeit für die Sensibilisierung

der spezifischen Bedürfnisse sich schon seit einigen Jahren zeigt. Das schweizerische Gesundheitswesen ist noch zu wenig gerüstet für den Umgang mit der Heterogenität der Migrationsbevölkerung.

In der vorliegenden Arbeit wurden qualitative leifadengestützte Interviews mit serbokroatisch- und türkischsprachigen Angehörigen von demenzerkrankten Menschen geführt. Die Fragestellung, welche im Zentrum dieser Arbeit steht: „Wie ist die Situation, und wie sind die Bedürfnisse aus Sicht von serbokroatisch- und türkischsprachigen pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten, welche in der Stadt Bern und Basel wohnen?“ Das Ziel war es, die Situation und die Bedürfnisse der Angehörigen zu erfassen, um so einen Beitrag zur Sensibilisierung leisten zu können. Ebenso lässt sich hier das Innovationspotential der vorliegenden Arbeit erkennen, denn es wurde Wissen zu einer noch wenig erforschten Zielgruppe und Thematik in der Schweiz generiert. Dies stellt, wenn auch nur eine kleine Neuerung dar, und ergänzt die aktuellen Studien wie zum Beispiel die Studie aus dem Jahr 2013 vom Roten Kreuz zum Thema demenzerkrankte Italienerinnen und Italiener (vgl. Hanetseder, Christa 2013). Weiter wurden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bei der Pro Senectute Bern vorgestellt und diskutiert.

2. Methodisches Vorgehen

Sowohl die Erhebung des Datenmaterials, als auch die Verfahren der Auswertung in der vorliegenden Arbeit, sind von qualitativen Methoden der Sozialforschung bestimmt. Die dabei gewählte Forschungsstrategie orientiert sich an den methodologischen Prinzipien der Grounded Theory. Die theoretische Einbettung der Fragestellung befindet sich in dem Modell der multidimensionalen Fallanalyse von Pavkovic. Laut Pavkovic muss ein Fall aus der migrationsspezifischen, kulturspezifischen, psychologischen und sozialen Dimension betrachtet werden.

2.1 Auswahl der Befragten und Durchführung der Interviews

Beim theoretischen Sampling wird ein Sample nicht gleich zu Beginn der Forschung definiert, sondern es wird nach und nach zusammengestellt, nachdem sich die theoretischen Gesichtspunkte im Laufe der Analyse zeigen (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014: 181). Laut Strauss 1991 lautet die grundlegende Frage beim theoretischen Sampling: Welchen Gruppen oder Untergruppen von Populationen, Ereignissen, Handlungen wendet man sich bei der Datenerhebung als nächstes zu, um voneinander abweichende Dimensionen, und Strategien zu finden. Weiter geht es um die Frage, welche theoretische Absicht dahinter steht. Dadurch wird dieser Prozess der Datenerhebung durch die sich entwickelnde Theorie kontrolliert. Zum Schluss findet die Auswertung der transkribierten Interviews nach dem Kodierverfahren, der Grounded Theory, statt. Die Zusammenstellung des Samplings orientiert sich an dem Grundsatz, eine möglichst breite Variation der Fälle in der Stichprobe abzubilden, mit dem Ziel, die

Vielschichtigkeit und Heterogenität des in Frage stehenden Phänomens abzubilden. Um unterschiedliche Zusammenhänge und spezifische Eigenheiten zu erfassen, wurden vier serbische und vier türkische Angehörige mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status und unterschiedlichen Aufenthaltsbewilligungen in die Erhebung einbezogen. Nach Salis Gross und Soom (2011) haben Migrantinnen und Migranten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status einen erschwerten Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitssystems.

Die Angehörigen wurden über die Pro Senectute, die Alzheimervereinigung, die serbisch orthodoxe Kirche und persönliche Kontakte erreicht. Die Gespräche haben an verschiedenen Orten wie zum Beispiel zu Hause oder in Restaurants stattgefunden. Dabei wurden die Anliegen der Angehörigen berücksichtigt. Die Gespräche wurden in Türkisch und auf Deutsch durchgeführt. Sie haben durchschnittlich 50 Min. gedauert und wurden mit Einwilligung der Interviewten aufgenommen. Insgesamt konnten acht Angehörige von demenzkranken Personen, vier aus der Türkei, und vier aus Serbien oder Kroatien, interviewt werden. Es folgt ein kurzer Beschrieb der interviewten Angehörigen. Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die Interviewpartnerinnen und Partner.

Serbien und Kroatien:	Türkei:
Frau S. ist 39 Jahre alt, lebt in Basel kommt aus Kroatien und betreut ihre an Demenz erkrankte Grossmutter. Sie kam mit 15 Jahren in die Schweiz und spricht gut Deutsch. Frau S. ist voll berufstätig und sagt, dass sie ein gutes Einkommen hat.	Frau M. ist 58 Jahre alt. Sie ist nach der Heirat im Jahr 2007 nach dem Familiennachzug in die Schweiz gekommen. Sie hat ihren Mann 7 Jahre betreut bevor er ins Altersheim kam. Sie war in der Türkei als Schneiderin tätig. Sie bezieht AHV und Ergänzungsleistung.
Herr D. ist 35 Jahre alt und lebt in Bern. Er stammt aus Kroatien und hat seine Mutter betreut bis sie in ein Altersheim kam. Er studiert Soziologie und damit ist sein Einkommen im Moment eher gering und reicht knapp zu Leben.	Frau Y. ist aus der Türkei, Kurdin. Sie kam als politischer Flüchtling in die Schweiz im Jahr 1996. Sie hat ihre Mutter zu Hause betreut, bevor sie zu ihrem Bruder ging. Sie ist Hausfrau. Ihr Mann arbeitet selbständig.
Herr N. ist 58 Jahre alt, kommt aus Serbien und lebt seit langem in Basel. Er hat seine Mutter betreut bevor diese in ein Altersheim kam. Er hat eine eigene Rechtsberatungsstelle und ein gutes Einkommen.	Frau M. ist Türkin, 74 Jahre alt, kam als Gastarbeiterin mit ihrem Ehemann im Jahr 1960 in die Schweiz. Sie hat lesen und schreiben in der Türkei selber gelernt und die Schneiderschule abgeschlossen. Sie ist pensioniert und lebt von der AHV und Ergänzungsleistungen. Sie hat ihren Mann 6 Jahre zu Hause betreut. Er ist jetzt wegen MS in einem Heim.
Herr M. ist 41 Jahre alt, lebt in Basel und stammt aus Serbien. Er hat seine Mutter betreut, bevor diese ins Altersheim kam. Er ist Geschäftsleiter einer Elektrotechnikfirma, hat ein eigenes Haus und verdient gut.	Herr A. ist 48 Jahre alt, kam als politischer Flüchtling im Jahr 1986 in die Schweiz. Er hat seine Mutter, die bei ihrer Schwester wohnte in verschiedenen Bereichen unterstützt. Er arbeitet selbständig als Berater im Versicherungswesen.

Im Vergleich zu den aus Serbien bzw. Kroatien stammenden Angehörigen bezeichnen drei aus der Türkei stammenden Angehörigen ihr Einkommen als gering, nur eine Person definiert es als normal. Bei den serbokroatisch sprechenden Angehörigen zeigt sich genau das umgekehrte Bild. Drei Personen bezeichnen ihr Einkommen als normal, nur eine Person bezeichnet es als gering. Ebenso zeigen sich Unterschiede im Bildungsniveau. Die türkischsprachigen Interviewpartnerinnen und Partner weisen im Vergleich zu den Serbischen oder Kroatischen ein niedrigeres Bildungsniveau auf. Weiter besitzen die türkischsprachigen Angehörigen den Ausweis B oder C, wohingegen die serbokroatisch sprechenden Angehörigen den Ausweis C oder den Schweizer Pass besitzen. Die Unterschiede spiegeln sich ebenso in den Deutschkenntnissen wieder. Bei den serbokroatisch sprechenden Angehörigen konnten alle Interviews auf Deutsch geführt werden, bei den türkischsprachigen nur eines.

2.2 Das leitfadengestützte Interview

Um den subjektiven Sichtweisen der Angehörigen nachzugehen, wurde eine qualitative Vorgehensweise bei der Erhebung und Auswertung der Daten gewählt. Durch einen Interviewleitfaden wurde die Vergleichbarkeit der Daten erhöht. Weiter wurde sichergestellt, dass die zentralen Aspekte der Forschungsfrage thematisiert wurden (vgl. Mayer 2008: 36). Der Interviewleitfaden beinhaltete bei den Angehörigen von Demenzkranken offene Fragen zu ihrem Migrationshintergrund, der momentanen Lebenssituation und Erfahrungen in Bezug auf die Demenzbetreuung. Der Interviewleitfaden wurde nach dem zweiten Interview aufgrund der ersten Erkenntnisse überarbeitet.

2.3 Auswertungsverfahren

Ziel der Grounded Theory ist die Gewinnung einer Theorie durch die generierten Daten. Der Schwerpunkt liegt auf dem Prozess des Samplings und der Theoriebildung, welche parallel stattfinden. Zu jedem Zeitpunkt kann eine Rückkoppelung zu den Daten gemacht werden, um auf diese Weise zu einer gegenstandsbegründeten Theorieentwicklung beizutragen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 181). Durch das offene Kodieren konnten erste Konzepte entwickelt werden, dabei handelt sich um uneingeschränktes Kodieren. Mit diesem Verfahren fand ein ständiger Wechselprozess zwischen der Datenerhebung und der Auswertung statt. Dazu wurden von Anfang an Memos erstellt und laufend ergänzt mit neuen Erkenntnissen. Nachdem alle acht Interviews durchgeführt waren, wurden die Daten aus den Interviews interpretiert und axial kodiert. Die Konzepte der Angehörigen wurden ausgearbeitet und daraus wurden Kategorien entwickelt. Im dritten Schritt wurden die Daten selektiv nach

Schlüsselkategorien kodiert. Ellinger (vgl. 2004: 11) beschreibt dies wie folgt: „Beim selektiven Kodieren wird eine zentrale Kategorie, die Schlüsselkategorie, isoliert und in ihren Bezügen und Verflechtungen mit den übrigen Kategorien und Konzepten dargestellt und analysiert.“ Insgesamt konnten vier Hauptkategorien ermittelt werden. Diese werden nun in den folgenden Kapiteln dargestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Gefühlschaos

Die Diagnose Demenz trifft die meisten Familien hart. Für die Angehörigen ist das, was auf sie zukommt, erschütternd. Die Begleitung und Betreuung eines demenzkranken Menschen wird mit dem Fortschreiten der Krankheit immer anstrengender. Die Gefühle der Angehörigen von Demenzkranken sind ambivalent. Scham und Schuld im Umgang mit Demenz erschweren bei den Angehörigen eine lösungsorientierte Auseinandersetzung. Sie sind mit der Betreuung überfordert, fühlen sich ohnmächtig. Wenn es aber um eine Fremdbetreuung zu Hause oder einer Fremdplatzierung in ein Heim geht, haben sie oft Schuld- und Schamgefühle gegenüber ihren Angehörigen, obwohl es eine Entlastung darstellen würde (vgl. Hanetseder 2013: 32). Die Angehörige denken, dass sie ihre Rolle als Tochter, Sohn, Ehefrau oder Ehemann nicht genügend erfüllen würden. Frau Y. aus der Türkei, die ihre Mutter zu Hause betreut hat, beschreibt ihre Gefühle wie folgt:

„Meine Mutter ist jetzt in einer schwierigen Situation. Sie ist bei uns, wir Kinder schauen zu ihr. Es wäre schön gewesen, wenn ich sie noch lange betreuen könnte, aber ich kann nicht mehr. Es gibt sicher Leute die ihre Eltern lange betreuen. Wenn ich solche Leute sehe, schäme ich mich einerseits, andererseits bewundere ich sie, wie sie es machen.“

Bastian/Hilgers definiert Scham wie folgt: „Scham ist das Gefühlsäquivalent zu einer Erfahrung von innerer und/oder äusserer Zurückweisung, Missachtung oder Ablehnung, die der Beschämte als durch eigene Unfähigkeit, Unzulänglichkeit oder Mangelhaftigkeit ausgelöst erlebt, wobei keine Kontroll-, Alternativ- oder Ausweichmöglichkeiten bestehen und daher die Unentrinnbarkeit der Situation ein tiefes Ohnmachtsempfinden erzeugt.“ (Bastian/Hilgers in Psyche 12 1990). Laut Wurmser wird Schuld als schmerzhaftes Gefühl empfunden. Das Schuldgefühl geht vom Gewissen oder den psychischen Instanzen des Über-Ichs aus (vgl. Wurmser 1990 In: Salis Gross 2001). Die Angehörigen können mit niemanden in ihrem Umfeld über ihre Gefühle sprechen, weil sie denken, dass die Verwandten oder der Freundeskreis sie missachten würden und sie so ihre Anerkennung verlieren. Es gibt auch keine Angebote für Angehörige mit Migrationshintergrund, wie Selbsthilfegruppen bei der die Angehörige über ihre Gefühle sprechen und sich mit anderen Angehörigen austauschen können. Sie fühlen sich alleingelassen mit ihren Problemen und Gefühlen. Diese belastende Situation auf der

Gefühlsebene führt oft dazu, dass die Angehörigen selbst psychisch sehr belastet sind. Frau Y. äusserte folgendes:

„Ich gehe alle zwei Wochen zum Arzt. Das Thema ist jedes Mal das Selbe, meine Mutter, meine Mutter. Sie weiss, wie es mich negativ beeinflusst und vertieft psychisch belastet. Ich war letzte Woche bei ihr. Wir haben wieder über dasselbe Thema gesprochen.“

3.2 Wissenschaos

Die Konzepte der Angehörigen über Demenz, bewegen sich in einem unauflösbaren Spannungsfeld zwischen dem Verständnis, dass es sich um eine altersbedingter Entwicklung und eine schwer fassbare Erkrankung handelt. Die Angehörigen deuten die Veränderungen der Betroffenen zunächst als altersbedingt, und führen Schwierigkeiten im Verhalten der Betroffenen oft auf die Charakterzüge der betroffenen Personen zurück. Im Falle, dass eine Demenzdiagnose erfolgt ist, fällt es den Angehörigen weiterhin schwer diese zu erfassen und einzuordnen. Es zeigt sich durchwegs eine Art Chaos in Bezug auf die Konzepte und das Wissen über das, was eine Demenz ist. Die Angehörigen schwanken immer wieder zwischen zwei Extremen. Das eine ist, dass es einfach altersentsprechend ist. Die Folge davon ist, dass die Angehörigen einfach die Situation hinnehmen, das Beste daraus machen wollen, und medizinische Interventionen als eher übertrieben empfinden. Herr M., welcher aus Serbien stammt und seine Mutter zu Hause betreute äusserte folgendes:

„Also eigentlich ehm, muss ich sagen, ich persönlich, dass ich mich damit abgefunden habe, dass es einfach mit dem Alter zusammenhängt und fertig, ich meine das Demenz, dass ist, ja ich glaube, das hat ein bisschen damit zu tun dass eben ich auch eingestellt bin, dass ich nicht gleich bei jemandem der älter ist sage, hey du bist jetzt krank, Demenz und jetzt muss ich da fünf Beratungsstellen suchen gehen. Sondern ehm, mehr damit abgefunden habe okay sie hat vielleicht ein Problem aber ehm, ja, wir machen einfach das Beste draus, ja.“

Das andere Extrem ist, dass es als eine schwer fassbare Erkrankung verstanden wird, welche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen hat, und mit verschiedensten Medikamenten behandelt werden muss und wird. Es zeigt sich jedoch durchwegs ein Misstrauen seitens der Angehörigen in Bezug auf das veränderte Verhalten der Betroffenen, denn dort zeigt sich das Spannungsfeld ebenfalls wieder, auch nachdem eine Demenzdiagnose erfolgt ist. Die Angehörigen befinden sich in einem Hin und Her zwischen dem Glauben daran, dass alle Veränderungen mit der Krankheit zusammenhängen, und dem Misstrauen gegenüber den Betroffenen, dass es alte Charakterzüge sind, und die Betroffenen absichtlich handeln, um die Aufmerksamkeit der Angehörigen zu erlangen. Frau S. stammt aus Kroatien und betreut ihre Grossmutter zu Hause. Sie beschreibt dieses Misstrauen wie folgt:

„Schwierig ist oft zu unterscheiden, was ist jetzt wirklich die Krankheit, was sind die alten Charakterzüge und dann, wann macht sie einem etwas vor um Aufmerksamkeit zu erlangen, also wann macht sie etwas vor und ist es wirklich wahr oder nicht. Ab und zu ist es schwierig dies zu unterscheiden im Moment, was ist jetzt wirklich los. Hat es mit der Krankheit zu tun oder ist es Charakterzug oder hat es mit dem zu tun, dass sie jetzt gerade etwas von mir will.“

Die Studie von Hanetseder Christa (2013: 29) stellt fest, dass ein Wissensdefizit in Bezug auf die Erkrankung, ihren Verlauf, den damit verbundenen Schwierigkeiten und Anforderungen herrscht. Die Erkrankung bleibt lange unverstanden und wird als altersentsprechend fehlgedeutet. Dies wiederum hat zur Folge, dass die Angehörigen und Betroffenen viel zu lange warten, bis sie einen Arzt aufsuchen. Die Diagnosestellung und Behandlung erfolgt von daher meist verspätet. Die Angehörigen empfinden, dass die Diagnosestellung nicht ganz einfach ist, und es oft nicht gleich erkannt wird von den Ärzten. Herr D., welcher seine Mutter betreut hat und aus Kroatien stammt, äusserte folgendes dazu:

„Vor mittlerweile 3 Jahren hatte es so Anzeichen, so erste Anzeichen, welche ich nicht begriffen habe, erst im Nachhinein. Anzeichen waren, dass meine Mutter einfach Leute gesehen hat, die nicht da sind. Danach sind wir das abklären gegangen auf dem Notfall. Dort hast du auch nicht gewusst was das ist..., man kennt es ja nicht, also beim Arzt war sie auch all halb Jahr und der hat auch nichts gemerkt. Aber Schuldzuweisungen machen, dass bringt ja nichts. Er hat es halt einfach nicht gemerkt..., mhh ja, aber dann müsste man die Leute Schulen, die haben dies ja selber nicht begriffen. Das ist auch kein Vorwurf, es ist schwierig zu sehen..., denn anscheinend ist es nicht so leicht herauszufinden, eine Demenz.“

Die Begleitung nach der Diagnosestellung erfolgt in erster Linie über die Hausärztin oder den Hausarzt. Das Vertrauensverhältnis zur Ärztin oder zum Arzt ist auch ein zentraler Punkt um an verschiedene Hilfsangebote zu gelangen und diese zu nutzen (vgl. Hanetseder, Christa 2013: 29). Allerdings ergab eine Befragung der Alzheimervereinigung aus dem Jahr 2012, dass sich ein Viertel der Angehörigen nicht ausreichend oder gar nicht beraten und informiert fühlten (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2013: 12). Eine frühzeitige Diagnose fördert den Zugang zu Beratung und Unterstützung. Allerdings gehen Fachleute aktuell davon aus, dass in der Schweiz noch weniger als 50% der Betroffenen über eine ärztliche Diagnose verfügen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2013). Die Angehörigen empfinden, dass eine Diagnosestellung zu einer Erleichterung führt und das vorhandene Chaos zumindest im ersten Moment mindert. Herr M. beschreibt dies wie folgt:

„ Ja, ehm, dass zu erkennen ist so glaube ich ein bisschen problematisch an dieser ganzen Geschichte. Bis man eben mal von irgendjemandem hört, ja ihre Mutter hat diese Krankheit ein bisschen. Und ich habe das Gefühl seit dann mal, dass ein Arzt, ehm ausgesagt hat oder gesagt hat, ja ihre Mutter hat Demenz, habe ich das Gefühl ist Einiges einfacher geworden..., und wenn dann natürlich mal der Arzt gesagt hat, sie ist krank, hatte ich schon das Gefühl. Also mir ist es irgendwie dann auf eine Art besser gegangen.“

Das Chaos in Bezug auf das Wissen über Demenz, die eigenen Konzepte und das Misstrauen, zeigt sich bei allen befragten Angehörigen. Vorhandene Unterschiede der befragten Angehörigen in Bezug auf die Sprachkenntnisse, die Herkunft, den Bildungsstand, den Aufenthaltsstatus, das Einkommen, die aktuelle Betreuungssituation hatten dabei keinen entscheidenden Einfluss.

Eine der wichtigsten Informationsquellen für die Angehörigen stellt das Internet dar. Alle Angehörigen haben sich jeweils über das Internet über das Thema Demenz, Medikation und Unterstützungsangebote informiert. Frau S., welche aus Kroatien stammt und ihre Grossmutter betreut, äusserte folgendes dazu:

„Also ich habe mir auch im Internet sonst noch Informationen gesucht, zum Beispiel was macht das Medikament mit ihr. Was löst es aus.“

Weiter zeigt sich auch ein Spannungsfeld zwischen der Meinung, dass jeder selbst dafür verantwortlich ist sich zu informieren, und der Forderung nach mehr Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz seitens der Kantone und Beratungsstellen. Einerseits waren einige Angehörige der Meinung, dass es an einem selber liegt, ob man sich informiert oder nicht, und nicht an den Informationen, und dass dies jedem, der bereits einige Jahre in der Schweiz lebt, problemlos möglich sein sollte. Herr M., welcher aus Serbien stammt und seine Mutter betreut sagte folgendes:

„Also aber ich glaube an den Informationen kann es nicht liegen, das ist meine Meinung. Wenn einer sich interessiert für etwas, kann er sich diese Informationen in der heutigen Zeit schnell, schnell zulegen, ja. Ja. Nein. Nein, ich meine grundsätzlich, die Leute da sind, die können ja Deutsch, also. Ich meine ich kann nicht verstehen, die Leute die 40 Jahre da sind und kein Deutsch haben. Ich meine ich weiss nicht, wir haben schon drei Sprachen in der Schweiz, und wenn es jetzt noch auf 10 Sprachen überall steht, also, ist meine persönliche Meinung, ich finde nach 30 Jahren, bist du einfach selber schuld.“

Im Gegensatz dazu gab es Angehörige, welche der Ansicht waren, dass es zu wenig Informationsmaterial gibt, dass keine migrationspezifischen Angebote und Beratungsstellen vorhanden sind, und es an Sensibilisierungsarbeit im Kanton fehlt. Sie fühlen sich nicht genügend informiert seitens der verschiedenen Akteure. Frau S., welche aus Kroatien stammt und ihre Grossmutter zu Hause betreut äusserte folgendes:

„Ich will einfach ein bisschen mehr Infomaterial. Weil oft gibt es auch, wenn man jetzt zur Einwohnerkontrolle kommt, gibt es überall Prospekte in allen Sprachen zu verschiedenen Themen über dies und das. Mir ist nie aufgefallen, dass solche Sachen zum Thema Demenz irgendwo aufliegen, also mit Infomaterial. Nicht einmal bei den Ärzten..., ja schon gewünscht, vielleicht, dass man einem mehr erklärt, wie kann man damit umgehen, in gewissen Situationen. Ok ich selber, kenne einige Situationen vom Beruf her. Umgehen, aber ich bin auch ab und zu überfordert.“

Das Spannungsfeld zwischen der Meinung, es bräuchte mehr Informationen, und der Meinung, es gäbe genug bzw. man sei selbst verantwortlich dafür diese einzufordern, spiegelt die Differenzen der befragten Angehörigen in Bezug auf die Dauer des Aufenthaltes in der Schweiz, die Sprachkenntnisse, den Bildungsstand, das familiäre Umfeld und die Arbeits- und Einkommenssituation wieder. Angehörige, welche bereits länger in Schweiz sind oder da geboren sind, vertreten die Ansicht, dass jeder dafür selbst verantwortlich ist und es genügend Informationen hat, welche man sich bei Bedarf selber einholen kann. Hingegen die Angehörigen, welche eher bildungsfern sind, ein geringes Einkommen haben und die Sprache nicht beherrschen, wünschen sich eine aktive Informationsvermittlung.

Herr N., welcher aus Serbien stammt und seine Mutter betreute, beschreibt weiter, dass es viele alte Menschen aus dem serbischen Umkreis gibt, welche Hilfe bräuchten, aber es keine Stelle gäbe, welche diesen helfen kann. Die eigene Community wird von den Angehörigen als zentrale Stelle genannt, welche bei der Informations- und Unterstützungsleistung eine wesentliche Rolle übernehmen müsste. Denn diese habe den Zugang zu den eigenen Leuten. Diese Aufklärung über die Erkrankung würde weiter dem Zerfall der sozialen Kontakte in der eigenen Community entgegenwirken. Diese Meinung teilten alle Angehörigen unabhängig von ihrer Herkunft, Bildung, Einkommen, Sprachkenntnisse und Betreuungssituation. Herr D., welcher aus Kroatien stammt, umschreibt dies wie folgt:

„Wahrscheinlich müsste man in das kroatische Zentrum gehen, also in die kroatisch-katholische Mission. Denn diese haben den Zugang, dort sind auch der Pfarrer, das Sekretariat und die Kirche. Wahrscheinlich könnte man dann dort darauf hinweisen oder darüber reden. Wahrscheinlich müsste man das dann so machen, damit man die Leute dann wirklich erreicht. Denke ich jetzt mal, oder ich denke auch, es gibt Fussballclubs, Sportclubs, man müsste wahrscheinlich so, also es müsste vermutlich jemand sein der ehm, angesehen ist, also angesehen ist, jetzt etwas übertrieben, aber jemand wie der Pfarrer oder so, der dann erklärt wie das ist, und dass man die Leute nicht meiden sollte usw.“

Die Angehörigen kennen die verschiedenen Entlastungsangebote nur punktuell unabhängig von ihrer Herkunft, Bildung, Sprachkenntnisse und Einkommenssituation. Die Nutzung wurde meist als schwierig umschrieben. Einerseits aufgrund der mangelnden Akzeptanz seitens der Betroffenen, und der Scham vor dem eigenen Familienkreis. Andererseits aufgrund des Angebotes, wie zum Beispiel der Spitex, welche keine konstanten Betreuungspersonen bietet und nur Kurzeinsätze anbietet. Frau S., welche ihre Grossmutter zu Hause betreut, äusserte folgendes:

„das ist unterschiedlich, bei der Spitex sicherlich in der Fachkenntnis, weiter stehen diese enorm unter Zeitdruck. Und das bisschen wo diese kommen, ein bisschen streicheln und wie geht's ihnen und so, bringt aus meiner Sicht nicht viel. Dann ist immer auch noch eine andere Person und das verwirrt sie. Das finde ich dann eben einen Nachteil, denn man kann nicht immer die gleiche Person verlangen, es kommt diese,

welche Zeit hat. Da darf man halt nicht wählerisch sein und das verwirrt. Und da sind auch wieder unterschiedliche Charaktere, die müssen die Grossmutter ja kennenlernen, damit sie wissen, wie man mit ihr umgehen muss, oder was ist das Bedürfnis.“

Kohn et. al (2013: 50) stellten in ihrer Studie fest, dass das vorhandene Angebot und die Unterstützungsmöglichkeiten bei den Migrantinnen und Migranten nur wenig bekannt sind. Sprachliche Barrieren und ein tiefes Bildungsniveau, teils auch Analphabetismus, hindern die Migranten und Migrantinnen daran, auch das bereits vorhandene Informationsmaterial zu verstehen. Weiter stellt die eingeschränkte Möglichkeit sich sprachlich auszutauschen eine weitere Hürde dar, damit die Migrantenfamilien aktiv Hilfe suchen. Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass die Migrantinnen und Migranten nicht genügend über bestehende Unterstützungsangebote und ihre Rechte im Alter informiert sind. Weiter wird die Inanspruchnahme von externen Hilfen im Familienkreis zunächst als sehr beschämend und als Versagen des eigenen Familiensystems empfunden. Die Zugangsschwelle zu verschiedenen Unterstützungsangeboten (z.B. Spitex) wird dadurch erhöht, dass Pflegemitarbeitende während der Betreuung nur sehr wenig Zeit für Kommunikation, den Beziehungs- und Vertrauensaufbau haben, und ein häufiger Wechsel von Pflegepersonen stattfindet (vgl. Kohn et al. 2013: 51f). Fast alle sozialpolitischen Gremien haben die Relevanz der steigenden Demenzerkrankungen erkannt und fördern entsprechende Entlastungsangebote für Betroffenen und ihre Angehörigen. Doch demenzerkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörigen werden oft vergessen. Die Interviews zeigten, dass viele einen erschwerten Zugang zu den Regelangeboten haben, aber alle befragten Angehörigen zeigen Bereitschaft die Angebote in Anspruch nehmen zu wollen. Sie wollen einen Ort, an dem sie sich in schwierigen Situationen Hilfe holen können. Sie wünschen sich konkrete Informationen in Bezug auf Umgang mit demenzkranken Personen und in Bezug auf finanzielle Beratung. Die Tochter Y. äusserte:

„(...) Ich kann die Sachen betreffend meiner Mutter mit dieser Person(meint eine Fachperson ES) teilen, sie steht neben mir, gibt mir Informationen im Hinblick auf mein Verhalten. Wie ich mich gegenüber meiner Mutter in schwierigen Situation verhalten soll. Damit ich anrufen und sagen kann, ich habe jetzt diese Schwierigkeiten mit meiner Mutter, sie ist in einer Krise, was soll ich tun? (...). Ich wünsche mir, dass ich in solchen Situationen jemanden anrufen und Unterstützung holen kann. Es gibt nichts Besseres als das(...). Man kann auch eine Kollegin anrufen (ihre Stimme zittert), aber man will Hilfe bei einer erfahrenen Person holen und teilen. Dadurch kann man sich stärker fühlen. (...).“

Es zeigt sich jedoch, dass Angehörige, welche einen höheren Bildungs- und Einkommenssituation und über gute Deutschkenntnisse verfügen die Spitex eher nutzen. Die

Betreuung scheiterte schlussendlich bei diesen meistens aufgrund der Verweigerung der Hilfen seitens der Demenzerkrankten.

Beratungsstellen bieten professionelle Beratung in Bezug auf den Krankheitsverlauf, rechtliche und finanzielle Ansprüche und Unterstützungsangebote. Laut Neppert nehmen Migrantinnen und Migranten professionelle Hilfen häufig erst sehr spät in Anspruch. Gründe dafür könnten eine verzögerte Diagnosestellung aufgrund sprachlicher und kultureller Verständigungsprobleme bei den Hausärzten sein (vgl. Neppert 2010: 54). Die Angehörige, welche die Angebote kennen und in Anspruch nehmen, schätzen ihre Unterstützung sehr. *Herr D. stammt aus Kroatien und betreute seine Mutter. Er sagt folgendes:*

„Also die Alzheimervereinigung, die gehen die Leute auch aufsuchen, und nehmen damit viel Balast ab. Sonst hätte ich es nicht tragen können, also alleine hätte ich es nicht tragen können, einfach weil ich alleine bin und niemand wäre da und ja“

3.3 Zerfall der Hirnleistung und sozialer Zerfall

Bei einer Demenz zerfällt nicht nur die Hirnleistung nach und nach, sondern auch das soziale Umfeld. Die befragten Angehörigen berichten, dass sie sich oft aus der Gemeinschaft zurückziehen, da sie keine Zeit für soziale Aktivitäten haben, weshalb auch die Freunde und Freundinnen nicht mehr vorbeikommen. Bei einer fortschreitenden Demenz wird es deshalb umso schwieriger für die Angehörigen, den Kontakt zu Freunden und die Freizeitaktivitäten ausserhalb des Hauses aufrechtzuerhalten, da die demenzkranke Person auf ihre Anwesenheit angewiesen ist. (vgl. Engel 2007: 86). Die Tochter Y. stellt ihre Situation so dar:

„Man muss Zeit investieren, stellen sie sich vor. Wenn man alleine ist. Das macht soziales Leben unmöglich. Deine Psychologie ist fertig, in allen Bereichen. Es macht die Beziehung zu den Kindern kaputt, das habe ich erlebt. Man fokussiert sich auf etwas und ist blockiert. Man denkt nicht an etwas anderes. Man kann keine Zeit für die Kinder investieren. Man kann sich nicht in Ruhe unterhalten. Als ob ein Wurm mein Gehirn frisst ((lacht)). Es ist schwierig. Es beeinflusst auch die Beziehung zu meinem Ehemann. Es ist überall im Leben, in jeder Sekunde“.

Zudem sagen die Angehörigen, dass sie sich durch die Verhaltensauffälligkeiten des Demenzkranken überfordert fühlen und sich deshalb zurückziehen. Die Ehefrau R. äussert dazu:

„(...) Aufgrund des aggressiven Verhaltens von K. sind wir ungewollte Personen geworden. Ich habe mich zurückgezogen. (...)“

3.3.1 Familien als Ressource und der eigene Kampf für die Rechte des Betroffenen

Fibbi und Wanner (vgl. 2002: 13) halten fest, dass es keine Migrationsfamilien als solches gibt, sondern diese immer geprägt sind von vielfältigen Hintergründen, Ressourcen und Lebenswirklichkeiten. Diese Vielfalt zeigt sich auch in den Interviews. Die Angehörigen haben

vielfältige Migrationsgründe, wie Familiennachzug, Flucht etc. Ihre rechtliche Lage, die sozioökonomische Situation und die Sprachkenntnisse sind unterschiedlich. Die Interviews mit den türkischsprachigen Angehörigen wurden vorwiegend auf Türkisch geführt, da sie nicht genug Deutsch konnten. Hingegen wurden bei den serbokroatischen Angehörigen alle auf Deutsch geführt. Weiter bestimmen im Alter nicht nur finanzielle Ressourcen die Lebensqualität, sondern auch die familialen Ressourcen. Wenn die demenzkranke Person eine gute Beziehung zur Familie hat, wird sie meistens auch von dieser betreut. Die Ehefrau M. äusserte folgendes:

(...). Da er vormittags schläft, gehen wir nicht vormittags, sondern nachmittags. Wenn das Wetter schön ist, bringe ich ihn nach Hause. Sonst bleibe ich dort bei ihm. Manchmal kommt meine Tochter für zwei Stunden über den Mittag, dann gehe ich von 16 bis 16:30 Uhr, manchmal um 17:00 Uhr. (...). Wenn er einschläft, komme ich dann nach Hause (sie atmet tief). Mein Sohn kommt auch. Wir sind alle zusammen. Sie wollen nicht, dass wir alleine bleiben“.

Wenn die Beziehung wegen ungelösten Konflikten gestört ist, bekommt die demenzkranke Person auch wenig bis keine Unterstützung während der Krankheit. Beispiel: Ein türkischer Vater, der drei in der Schweiz wohnende Kinder von seiner ersten Frau hat, wurde von seinen 3 Kindern weder zu Hause noch im Heim besucht. Die Kinder lebten über Jahre in der Türkei ohne ihren Vater. Der Vater hat seine erste Frau in der Türkei verlassen und in der Schweiz eine andere Frau geheiratet. Die erwachsenen Kinder haben dies nicht akzeptiert und wollten keinen Kontakt mehr zum Vater haben.

Für alle Befragten war es selbstverständlich, die Pflege des Demenzkranken zu übernehmen. Die Familienangehörige sind Hauptakteure in der Pflege, Betreuung und Versorgung demenzkranker Menschen. Sie übernehmen fast alles, von der finanziell-administrativen und emotionalen Unterstützungen, bis zur Betreuung. Die Demenzkranken aus der Türkei und Serbien/Kroatien, wohnten mit ihrem Ehepartner/ ihrer Ehepartnerinnen zusammen in der eigenen Wohnung, bis diese/r gestorben ist. Dann wohnen sie bei ihren Kindern. Die Kinder bestimmen dabei zusammen, bei welchem Kind die Mutter oder der Vater wohnen soll. Je nach Intensivität und Belastung der Betreuung wird die familiäre Solidarität gestärkt und die Aufgaben werden aufgeteilt. Laut Lanfranchi haben die Migrantenfamilien eine hohe Solidarität untereinander (vgl. Lanfranchi, 2002: 92). Frau S. stammt aus Kroatien und betreut ihre Grossmutter zu Hause, sagte folgendes:

„(...) wir teilen uns diese Aufgabe, meine Eltern, ich, ab und zu nimmt sie meine Tante oder mal nimmt sie auch einen Tag meine Schwester, tags durch, weil es ist wirklich eine 1 zu 1 Betreuung die sie braucht..., wir haben uns gut aufgeteilt und organisiert. So dass wen es einem zu viel ist, nimmt sie der andere. Auch wenn es nur paar Stunden sind. Ab und zu, wenn sie jetzt paar Tage bei den Eltern ist, dann

hole ich sie wieder für ein paar Stunden, auch wenn es nur fürs zusammen Grillen ist oder so. Das bringt wieder ein bisschen Ruhe und Erholung. Dann kann man wieder schieben, ja“.

Die Angehörigen merken mit der Zeit, dass sie die Betreuung nicht alleine meistern können. Trotzdem versuchen sie mit allen Mitteln nicht zu scheitern. Bis etwas Gravierendes passiert, wie Stürze des Demenzerkrankten, oder hohe gesundheitliche Belastung der Angehörigen, wie beispielsweise Schlafstörungen und Erschöpfungszuständen. Hinzu kommt, dass einige Angehörige selbst noch im Berufsleben stehen und eine eigene Familie haben. Die Zeit für die eigenen Kinder bleibt auf der Strecke. Die Situation verschärft sich um einiges, wenn die Angehörigen unter schlechten Arbeitsbedingungen arbeiten (vgl. Hanetseder, Christa 2013: 33). Die Angehörigen, welche ihre Rechte nicht kennen und nicht genügend Deutsch sprechen, klopfen an jede Tür, wie beispielsweise beim Hausarzt, der Nachbarin oder der Psychologin, um sich Hilfe und Informationen zu holen. Die Angehörigen, welche ihre Rechte kennen und Deutsch sprechen, unternehmen ebenfalls alles um an Informationen zu kommen und setzen sich ein für eine gute Betreuung der Demenzerkrankten Menschen. Herr N. stammt aus Serbien und betreute seine Mutter, welche zuletzt in einem Alters- und Pflegeheim war, sagte folgendes:

„Und ich musste mich immer wieder gegen die Heimleitung und gegen, vor allem gegen die Heimleitung, durchsetzen. Einer Pflegefachfrau habe ich dann verboten, sich überhaupt meiner Mutter zu nähern. Sie hat eindeutig Protokoll falsifiziert und ich habe der Schweizerischen Ärztesgesellschaft die Richtlinien über die Orientierung der Familie präsentiert. Und die Frage war nicht, warum haben wir N nicht früher orientiert wie das Läufer, sondern woher ich das habe“.

Sozioökonomisch benachteiligte Angehörige bekommen erst gute Unterstützung, wenn sie eine Fachperson aus dem Herkunftsland in der Regelstruktur, wie Pro Senectute oder bei einer privaten Organisation kennenlernen. Frau Y. sagte folgendes:

„Ich habe meine Ärztin über die Situation meiner Mutter informiert. Sie hat mir die Kontaktaufnahme mit Pro Senectute empfohlen und gesagt, dass Pro Senectute mir bezüglich Finanzen und anderen Fragen helfen kann. Ich habe dann Pro Senectute angerufen. Mit Ihnen (Türkisch sprachige Beraterin) geredet. Nach dem Telefongespräch haben sie mir eine Broschüre auf Türkisch geschickt (Infoblatt über Alzheimer von Alzheimervereinigung ES). Diese habe ich auch gelesen. In der Schweiz habe ich zum ersten Mal eine Broschüre auf Türkisch erhalten. Sie haben mich auch über andere Sachen informiert“.

Die Lebenslage von Angehörigen und Demenzerkrankten wird von ihren sozioökonomischen Ressourcen stark geprägt. Zudem ist die rechtliche Lage für die Form der Betreuung entscheidend. Ob eine Person gemäss Familiennachzug oder als Gastarbeiter in die Schweiz gekommen ist, spielt dabei eine Rolle. Laut Hungerbühler wirken die Bedingungen der

Schichtzugehörigkeit, des Bildungskapitals und der Arbeitsbiographie auf die materielle Sicherheit und den Handlungsspielraum (vgl. Hungerbühler 2007: 399).

3.3.2 Muttersprache in der Beratung, Betreuung, Pflege

In den Interviews sind die Erfahrungen mit dem Personal, welches Migrationshintergrund hat, als positiv empfunden worden, insbesondere wenn sie die gleiche Sprache sprechen. Die Angehörigen, welche sich in der deutschen Sprache nicht genug äussern können, haben mehrmals erwähnt, dass sie Fachpersonen in der eigenen Muttersprache sehr schätzen, und gerne bei ihnen Unterstützung holen. Frau R, die vor 7 Jahre nach Familiennachzug in die Schweiz gekommen ist, sagte folgendes:

„Es wäre gut, wenn bei den Institutionen Personal arbeiten würde, das meine Sprache spricht. Da ich nicht Deutsch sprechen kann, brauchte ich jedes Mal eine Übersetzerin. Jedes Mal musste ich für die Übersetzung Geld bezahlen. Man kann mir sagen, dass ich die Sprache lernen müsste, aber aufgrund der Krankheit meines Mannes konnte ich nicht lernen. Ich musste ihn betreuen.“

Da in den Beratungsstellen Fachpersonal mit Migrationshintergrund oft noch fehlt, suchen die Angehörige die Unterstützung bei Ärzten, welche ihre Sprache sprechen. Hausärzte übernehmen dabei teilweise auch eine Beratungsrolle und schreiben beispielsweise Unterstützungsgesuche und sonstige Briefe an Gemeinden. *Frau R. sagt dazu:*

„(...) Mein Hausarzt hat einen Brief an die Gemeinde geschrieben und erklärt, dass mein Mann schwer demenzerkrankt sei. Meine Psychologin hat geschrieben (weint, und erzählt weiter), dass es mir psychisch nicht gut geht, und trotzdem hat mir niemand geholfen.“

Die Informationsvermittlung in der Muttersprache oder Sprache des Herkunftslands spielt bei der Ressourcenerschliessung eine wichtige Rolle. Wenn die Angehörigen über Vor- und Nachteile der Angebote ausführlich informiert werden, dann können sie auch einen lösungsorientierten Entscheid für eine demenzgerechte Betreuung zu Hause oder in einem Heim treffen. Aufgrund fehlender Informationen über Angebote und Zweck der Angebote sind die Angehörigen eher zurückhaltend. Frau R. sagte:

„Am zweiten Tag musste ich entscheiden, ob ich meinen Mann ins Heim schicken will, oder nach Hause mitnehmen soll. Da ich nicht genau wusste, was ich tun soll, habe ich Sie (Türkisch sprachige Beraterin ES) angerufen. Sie haben mich darüber informiert. Obwohl ich seit 2-3 Jahren ein Heim für K. gesucht habe, und niemand mir geholfen hat als er im Spital war, hat man für K. in 4-5 Tagen ein Heim gefunden. Ich bin sehr überrascht darüber, dass es so schnell gegangen ist.“

Fachpersonen, welche beide Sprachen beherrschen, das Familiensystem, das Umfeld der Angehörigen und Betroffenen kennen, werden besser akzeptiert und ihnen wird mehr

Vertrauen geschenkt. Dies erleichtert die Vermittlungsarbeit, insbesondere ermöglicht die Muttersprache eine differenziertere Artikulation von Anliegen, Sorgen und Fragen von Seiten der Angehörigen.

3.4 Demenz kostet Zeit

Die Betreuung der demenzerkrankten Person stellt für die Angehörigen einen hohen Zeitaufwand dar, welcher an die eigenen Belastungsgrenzen führt und zum Eintritt in eine Institution bewegt. Herr D., welcher aus Kroatien stammt und seine Mutter betreute, sagte folgendes:

„Und dann haben sie mir gesagt ja, also, dass es einen rechten Betreuungsaufwand braucht mit der Zeit, und mir ist klar gewesen, ich kann dies nicht machen. Ich bin alleine schlussendlich, und ähm das geht nicht. Ja.“

Weiter spielt die Übernahme der Körperpflege durch die Angehörigen eine zentrale Rolle und bildet eine Art Grenze zwischen denjenigen, die sich darauf einlassen können und denjenigen, bei welchen dies der entscheidende Moment ist, bei dem die Betreuung zu Hause nicht mehr übernommen werden kann. Die Körperpflege stellt einen heiklen Punkt in Betreuung dar, unabhängig von der Bildungs- und Einkommenssituation, vom Geschlecht, der Herkunft oder dem Alter. Herr M. stammt aus Serbien und betreute seine Mutter, bevor diese ins Altersheim eintreten konnte, äusserte folgendes dazu:

„Sie ist relativ auch bis zu einem gewissen Raum selbstständig gewesen bis dies einfach zu viel geworden ist, auch mit dem Zucker. Dass man dann natürlich auch ehm, wie sagt man dem Inkontinent, Inkontinent, das ist dann mit der Zeit schon ein Problem. Vielleicht gibt es Leute, die ihre eigene Mutter waschen können und so, ich gebe es zu, ich bin einer, der einfach irgendwie extrem Mühe damit habe. Aber das ist natürlich nicht jedermanns Sache.“

Ist der Schritt ins Alters- und Pflegeheim gemacht, wird bemängelt, dass das Pflegepersonal den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht werden kann, aufgrund von zu knappen Ressourcen seitens der Pflegepersonen. Weiter haben die Angehörigen das Gefühl, dass bei den Altersheimbewohnern zwischen jenen, die sich selbst beschäftigen können, und jenen, welche viel Zuwendung benötigen, unterschieden wird. Bewohner, welche Zuwendung benötigen, werden von den Pflegepersonen willkürlich als schwierig und aggressiv beschrieben. Die Lösung ist dann die medikamentöse Ruhigstellung, statt diesen Bewohnern einfach Zeit und Aufmerksamkeit zu geben und sich mit diesen zu beschäftigen. Weiter besteht das Bedürfnis, dass sich eine Institution mehr Zeit nehmen müsste, um auch die Angehörigen aktiv einzubeziehen und bei verschiedensten Ereignissen zu informieren. Wie bei der Kategorie Wissenschaos zweigt sich auch hier das Spannungsfeld wieder zwischen den Angehörigen, welche sich aktive Informationen wünschen, und denjenigen, welche es als

eigene Aufgabe sehen, die Initiative zu ergreifen. Herr N., welcher aus Serbien stammt und seine Mutter zunächst zu Hause betreute, und dann in ein Alters- und Pflegeheim gab, äusserte folgendes dazu:

„Zwar ist es so, dass man im Pflegeheim ehm unterscheidet zwischen Patienten die sich selbst beschäftigen können und denen die Zuwendung benötigen. Und die, die Zuwendung benötigen ehm, ehm (schnauft stark), bei denen wird meistens protokolliert, dass sie aufdringlich sind, keine Ruhe lassen, dass ehm, ehm, sie aggressiv reagieren und die Folge ist, dass man sie massiv mit Medikamenten behandelt. Ich musste es mit Privathand stoppen. Ich wurde von den Ärzten über die Behandlung und die Notwendigkeit nicht orientiert..., weil die Angehörigen auch nicht richtig informiert werden. Zu spät informiert werden oder überhaupt nicht informiert werden.“

Herr D. stammt aus Kroatien und seine Mutter wurde zuletzt im Alters- und Pflegeheim betreut, äusserte folgendes dazu:

„Es kommt auch immer ein bisschen auf sich selber darauf an. Sie haben einen angerufen, wenn es etwas Dringendes gab, oder wenn etwas abgemacht wurde, das ging schon immer. Ich glaube, es liegt in den Händen von den Angehörigen dort zu schauen und weniger von der Pflege.“

Der Faktor Zeit ist ein zentraler Punkt für die Angehörigen und nimmt einen höheren Stellenwert ein, als beispielsweise, dass Menschen mit demselben Migrationshintergrund in einer Institution arbeiten. Dies wird zwar als wichtig erachtet, vor allem auch deshalb, weil die Demenzerkrankten die Deutsche Sprache vergessen. Herr D. stammt aus Kroatien und seine Mutter wurde zuletzt im Altersheim betreut, sagt folgendes:

„und von daher hat es immer Leute da, welche die Sprache können. Und das ist auch wichtig, weil mit der Zeit hatte meine Mutter gar kein, nicht mehr so gut Deutsch verstanden, also von der Krankheit her und nachher konnten sie diese beruhigen, mit der, mit der ehm, Sprache.“

Jedoch wurde als wichtiger erachtet, dass das Pflegepersonal überhaupt genügend Zeit zur Verfügung hat, um sich mit den demenzerkrankten Menschen zu beschäftigen und auf die täglichen Bedürfnisse wie beispielsweise Aufmerksamkeit eingehen zu können. Herr N., welcher aus Serbien stammt und seine Mutter zuletzt in einem Alters- und Pflegeheim betreuen liess, äusserte folgenden Satz:

„Man muss sich mit den Menschen beschäftigen, und das tut man nicht. Täglich tut man das nicht.“

Die Angehörigen empfinden das System als gewinn- und nicht menschenorientiert, welches nur daran interessiert ist, noch mehr zu sparen, als bis anhin schon. Die Schuldzuweisungen sind an die Kantone, Stiftungsräte und Heimleitungen gerichtet, welche die Vorgaben und Rahmenbedingungen für die Arbeit an der Basis setzten, also mit den erkrankten Menschen in den jeweiligen Institutionen. Herr N. äusserte dazu:

„Ich möchte mich da einsetzen, dass solche Sachen nicht mehr gemacht werden. Das ist nicht fair. Vor allem also liegt es an unfähigen Heimleiterinnen und Leitern, die nicht im Stande sind, sich gegen sogenannte Stiftungsräte durchzusetzen, das ist meine Ansicht, die im Zusammenhang mit ehm mit dem Amt, diese Politik entwickeln. Und die eindeutig gewinnorientiert ist. Es geht nicht um die Qualität, die Lebensqualität.“

Die Angehörigen erleben, dass die eigenen Betroffenen nicht den Bedürfnissen entsprechend betreut werden. Sie beschreiben ein Spannungsfeld von einzelnen Pflegepersonen, welche mehr engagiert sind und sich damit bei den anderen Pflegekolleginnen und -kollegen und in der Organisation unbeliebt machen, da diese „Mehrarbeit am Menschen“ leisten, und sich somit den Vorgaben entgegensetzten. Herr N. sagt dazu:

„Sie wurde im Altersheim betreut und die Betreuung war nicht entsprechend den Bedürfnissen der Demenzkranken Menschen gerecht..., es liegt eindeutig an der Gewinnorientierung der Heime..., bezeichnend war, dass ehm vom Pflegepersonal auf dem Stock meiner Mutter, davon kann ich sprechen, ehm zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen während vielleicht zwei Stunden niemand vor Personal anzutreffen ist, absolut niemand. Dasselbe betraf die Zeit zwischen Mittagessen und Z'Vieri und auch zwischen Z'Vieri und Abendessen. Und die waren mit irgendetwas anderem beschäftigt, es gab nur ein paar Initiative Pflegefrauen, die sich mit den älteren Menschen beschäftigt haben. Nur das wurde im Heim nicht gern angesehen.“

Die Angehörigen wünschen sich Gerechtigkeit und ein Umdenken im Sinne der Betroffenen, welche hilflos sind, und angewiesen sind auf Zeit, Zuwendung, Aufmerksamkeit und Pflege. Dabei sollen Mitarbeitende mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund vermehrt gefördert werden. Sie fordern ein System, welches sich am Menschen orientiert und nicht an Sparmassnahmen. Herr D. stammt aus Kroatien und seine Mutter wurde zuletzt im Altersheim betreut, sagt folgendes:

„Ehm, natürlich das man genügend Geld zur Verfügung stellt weil der Kanton Bern ist im Moment am Streichen und das man also dort sicherlich nichts streicht, also auch in der Pflege und dass man eher ausbaut. Wahrscheinlich braucht man auch Pflege für mehrere Länder, also und nicht nur Ex Jugoslawien, es geht ja noch weiter. Also das man dort schaut was so migriert ist und die grössten Migrantengruppen sind und dies auch im Altersheim hat. Ehm ich wüsste sonst gerade nichts mehr. Das ist so meint Hauptding. Ja, dass man wirklich mehr Leute dort hat, die dort arbeiten und ausgebildet sind.“

Die Studie von Hanetseder, Christa (2013: 40) ergab, dass die Betreuung im den Alters- und Pflegeheimen von italienischen Demenzerkrankten gleich gut erfolgt, wie bei anderen Bewohnerinnen und Bewohnern. Jedoch wurde deutlich, dass ein hoher administrativer Aufwand und ein Mangel an Personal kritisiert wurden. Weiter wurde festgehalten, dass auf individuelle Anliegen der Betroffenen nur wenig eingegangen werden kann. Ebenso zeigte

sich, dass nur in Ausnahmefällen Übersetzungsdienste angeboten werden. Zwar arbeiten Menschen mit verschiedenem Migrationshintergrund in Alters- und Pflegeheimen, diese sind jedoch aus den unterschiedlichsten Ländern, und die Schulung in transkultureller Kompetenz fehlt. Auf spezifische Wünsche und Bedürfnisse wird nur wenig eingegangen. Zum Beispiel gibt es kein vertrautes Essen, Zeitschriften, Fernsehprogramme und weiteres. Die Alters- und Pflegeheime nehmen Angehörige mit Migrationshintergrund oft als überfordernd und störend wahr (vgl. Hanetseder, Christa 2013: 41).

4. Diskussion

Die Situation und Bedürfnisse der Angehörigen von Demenzerkrankten mit Migrationshintergrund konnte mit der Theorie von Pavkovic differenziert analysiert werden. Die migrations- und kulturspezifische, psychosoziale und soziale Lage bei den Angehörigen von Demenzerkrankten beeinflussen sich gegenseitig und spielen bei der Analyse, Lösungen und Entwicklung der Angebote eine relevante Rolle. Alle vier Dimensionen nach Pavkovic zeigten sich in unterschiedlicher Form in den vier gefundenen Hautkategorien, Gefühlschaos, Wissenschaos, Zerfall und Demenz kostet Zeit. Die migrations- und kulturspezifische, und die soziale Dimension waren im Gegensatz zu der psychologischen Dimension übervertreten. Denn die Unterschiede, welche in Bezug auf die verschiedenen Ansichten und Bedürfnisse zu erkennen waren, wie zum Beispiel dem Spannungsfeld bei der Informationsvermittlung (dem Wunsch nach mehr Engagement der Institutionen und der Meinung, dass es genug gibt und jeder Selbstverantwortlich dafür ist), konnten auch den Unterschieden im Bildungs- und Einkommensstand (Soziale Dimension), des Aufenthaltsstatus (Migrationsspezifische Dimension) und den Sprachkenntnissen (Kulturspezifische Dimension) zugewiesen werden. Insbesondere hat die Sprache (kulturspezifische Dimension) eine zentrale Bedeutung. Diese drei Dimensionen waren die entscheidenden. Zum Beispiel lässt sich kein Unterschied zwischen Männern und Frauen, oder dem Alter der Angehörigen erkennen. Allgemein zu beobachten war, dass die türkischsprachigen Angehörigen eher eine tiefere Bildung, ein niedrigeres Einkommen und einen niedrigeren Aufenthaltsstatus hatten im Vergleich zu den serbokroatischsprachigen. In der Diskussion über Migration und ihre Folgen wird oft mit der Kultur argumentiert und die mit der Migration verbundenen Probleme werden schnell mit kulturellen Unterschieden erklärt. Nach Pavkovic sollen nicht nur kulturspezifische, sondern auch die migrationsspezifischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei der Analyse und Lösungen einbezogen, und bei den dementsprechenden Angebote berücksichtigt bzw. entwickelt werden (vgl. Pavkovic 1999).

5. Kooperation und Hybridisierung

Die Ergebnisse wurden am 9. Januar 2015 in der Pro Senectute Bern vorgestellt und diskutiert.

Die Pro Senectute leistet führende Arbeit im Bereich Alter, jedoch nicht spezifisch im Migrationsbereich, dies aufgrund noch fehlender Ressourcen. Es gibt aktuell ein Projekt zum Thema Migration und Alter, dieses wird allerdings nicht schweizweit durchgeführt, sondern nur in einigen Sektionen (Zürich, Bern, Genf, Lausanne), aufgrund beschränkter Ressourcen. Die Pro Senectute Bern äusserte einen Handlungsbedarf in Bezug auf ältere Migrantinnen und Migranten und dem Zugang zu Wissen, Informationen und Angeboten. Einige Projekte sind bereits im Gange, beispielsweise geht die Pro Senectute aktiv in Migrationsvereine und stellt die Angebote vor. Ebenso wurden türkische Hausärzte über das Angebot informiert und mit der serbisch orthodoxen Kirche werden bereits Gespräche geführt. Es müsste zudem eine bessere Vernetzung zwischen den verschiedenen Organisationen wie Pro Senectute und Alzheimervereinigung stattfinden, um gemeinsame Angebote zu entwickeln. Die Alzheimervereinigung bietet zum Beispiel Angehörigengruppen an, diese sind jedoch nicht auf Migrantinnen und Migranten ausgerichtet. Dies führt zu Zugangsschwierigkeiten. Alle Organisationen sind gefordert auch an dieses Klientel zu denken. Das Bewusstsein für dieses Klientel muss geschaffen werden, damit die nötigen Ressourcen generiert werden können. Die Sensibilisierung und transkulturelle Öffnung sind zentrale Anliegen der Pro Senectute, deshalb wird beispielsweise bei der Anstellung von neuen Mitarbeitenden der Migrationshintergrund als Ressource gewertet. Aus Sicht der Pro Senectute wird Bewusstsein und Sensibilisierung beispielsweise durch den aktuellen Austausch und die Wissensvermittlung über die vorliegenden Ergebnisse geschaffen. Die aktuelle Entwicklung in der sozialen Arbeit mit vermehrtem Leistungsabrechnungsdruck und Anforderung an Effizienz, stellen eine Gefahr für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten dar. Denn die Beratung von Migrantinnen und Migranten benötigt meist einen höheren Zeitaufwand, und wenn die Ressourcenvergabe danach erfolgt, ob eine Beratung kurz und effizient ist, liegt genau darin die Gefahr. Deshalb ist Sensibilisierung für die Anliegen und Bedürfnisse dieser Gruppe auf gesellschaftlicher und politischer Ebene zentral, um Ressourcen zu bekommen. Es muss bewusst werden, dass sich die Situation der Migrantinnen und Migranten oftmals in verschiedensten Hinblicken verschärft. Die aktuellen Strukturen sind nicht optimal und wirken beengend in der praktischen Arbeit. Genau diese Bewusstwerdung über die Situation und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung wird durch solche Austausche und Studien sichtbar und bewusst gemacht. Diese geben der Praxis laufend neue Inputs für die Weiterentwicklung vorhandener Angebote. Die Pro Senectute verkündete gleich nach unserem Austausch, dass sie nun unsere Inputs und vorliegenden Erkenntnissen in das aktuelle Projekt Alter und Migration einbeziehen werden. Pro Senectute wird einen Kurs zum Thema Demenz und Migration lancieren und durchführen.

6. Fazit

Mit dieser Untersuchung liegen erste empirische Ergebnisse zur Situation und zu den

Bedürfnissen der Angehörigen von demenzerkrankten Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und Serbien vor. Damit konnte ein Beitrag zur Erweiterung des Wissens zum Thema Demenz und Migration beigetragen werden. Die Familie ist eine unverzichtbare Ressource. Sie sollen entlastet und in ihrer Rolle gestärkt werden. Um der sozialen Isolation entgegen zu wirken sind alters- und geschlechtsspezifische Gruppenangebote und Selbsthilfegruppen für die Angehörigen notwendig. Die Angehörigen brauchen einen Ort, um über ihre Gefühle und Sorgen zu sprechen und von den Erfahrungen der Anderen zu profitieren. Eine transkulturelle Öffnung der Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen, die geschlechts- und altersspezifische Aspekte berücksichtigt, ist ein wichtiger Schritt. In der Beratung wäre die diversitätsgerechte Informationsvermittlung einerseits über die Krankheit, andererseits über die Angebote entscheidend. Das bedeutet auch, dass die Institutionen mehr Zeit für die Beratung von Migranten und Migrantinnen investieren, und ein transkulturelles Team aufbauen sollten. Für die Angehörigen mit niederem Bildungsniveau ist eine Übersetzung erforderlich umso eine frühzeitige, richtige Diagnose stellen und vermitteln zu können, und um anschliessend eine adäquate Unterstützung zu leisten. Die Informationsvermittlung in der Muttersprache kann in Zusammenarbeit mit den Migranten Selbst Organisationen realisiert werden. Migrantenvereine und religiöse Einrichtungen geniessen ein hohes Mass an Vertrauen in der Migrantenbevölkerung und haben Einblick in die Lebensrealität älterer Migranten und deren Familien. Insbesondere verfügen gut organisierte religiöse Einrichtungen über angesehene Personen wie Pfarrer oder Imame, welche Zugang zu den älteren Menschen haben und sie über die Neuigkeiten informieren und wichtige Informationen vermitteln.

7. Ausblick und Innovationspotential

Aus den zentralen Ergebnissen dieser Untersuchungen ergeben sich Anregungen für weitere Bereiche, in denen geforscht werden könnte. Die Untersuchung kann mit weiteren Migrantengruppen gemacht werden. Ebenso wäre es wichtig weitere Untersuchungen auf vorhandenen Angeboten und in Institutionen zu erweitern. Weitere Themen wären beispielsweise die Situation Betroffener und Angehörigen der bereits in Pflegeheimen lebenden Migranten und Migrantinnen zu erfassen. Ebenso wäre es wichtig die vorliegenden Erkenntnisse an die Basis zu bringen, also in die verschiedenen Institutionen, und dort zu versuchen eine Zusammenarbeit zu starten, mit dem Ziel die vorhandenen Angebote zu verbessern oder neue Projekte in diesem Bereich zu entwickeln. Genau diese Schnittstelle bietet ebenso Raum für Entwicklung und Innovation, denn durch den Einbezug von neuen Erkenntnissen über die Bedürfnisse und Situation von bestimmten Gruppen, könnten die Angebote optimiert werden, so dass sie beispielsweise zugänglicher sind. Andererseits könnten Institutionen die Ergebnisse nutzen um ihre Informationsvermittlung anzupassen. Auf alle Fälle wird dieses thematische Feld im Blick auf die Zukunft immer aktueller um die darin agierenden

Akteure zu rüsten, und einen gleichberechtigten Zugang für alle Demenzerkrankten und deren Angehörige zu schaffen. Die Nationale Demenzstrategie 2014-2017 hat vier Handlungsfelder definiert: 1. Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation, 2. Bedarfsgerechte Angebote, 3. Qualität und Fachkompetenz, 4. Daten und Wissensvermittlung. Wichtig wäre es nun, dass in all diesen vier Handlungsfeldern die Situation der Migrantinnen und Migranten mitberücksichtigt würden, um so einen gleichberechtigten Zugang für alle zu schaffen.

8. Literatur

- Bastian, Till, Hilgers Micha (1990). *Scham und Schuld am Beispiel der Genesis*. Psyche 12.
- Bundesamt für Gesundheit (2012). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014-2017*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de> [Zugriffsdatum: 26.10.2014].
- Domenig, Dagmar (2007): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern. Hans Huber Verlag.
- Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen, Nationales Forum Alter und Migration (2012). *Altern in der Migration. Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen und des Nationalen Forums Alter und Migration*. Bern: BBL, Bundespublikationen.
- Engel, Sabine (2007): *Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen*. Berlin. Lit Verlag.
- Hanetseder, Christa (2013): *Doppelt fremd Demenzerkrankungen in der Migration am Beispiel von Italienerinnen und Italienern*. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Publikationenreihe Im Fokus Gesundheit, Migration, Integration*.
- Hungerbühler, Hildegard (2007) In: *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Hungerbühler, Hildegard, Bisegger, Corinna (2012). *„Und so sind wir geblieben ...“: Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
- Kohn, Johanna, Tov, Eva, Hanetseder, Christa, Hungerbühler, Hildegard (2013): *Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migranten/innen in der Schweiz. Eine Studie im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration*. Basel & Bern: FHNW, SRK.
- Lanfranchi, Andrea (2002): *Zur psychosozialen Situation von Migrationsfamilien*. In Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen EKFF (Hrsg.), *Familien und Migration. Beiträge zur Lage der Migrationsfamilien und Empfehlungen der Eidgenössischen*

Koordinationskommission für Familienfragen. Bern. Eidgenössische Kommission für Familienfragen.

Mayer, Horst Otto (2008). Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung (4. Aufl.). München: Oldenbourg.

Neppert, Doris (2010): MigrantInnen und Demenz - Ressourcen, Belastungen und Krankheitskonzepte. Eine Rekonstruktion anhand von Interviews mit VertreterInnen von MigrantInnenselbstorganisationen. Master-Thesis im Studiengang Soziale Arbeit. Im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Kiel vorgelegt.

Pavkovic, Gari. (1999): Interkulturelle Kompetenz in der Erziehungsberatung. In: IZA.

Przyborski Aglaja, Monika Wohlrab-Sahr (2014). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch (4. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Salis Gross, Corina (2001): Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim. Frankfurt & New York: Campus Verlag.

Schweizerische Alzheimervereinigung (2014). www.alz.ch/index.php/forschung.html. [Zugriffsdatum: 26.10.2014].

Weltzheimerbericht (2011). URL: <http://www.alz.ch/index.php/links-34.html> [Zugriffsdatum: 26.10.2014].

9. Ehrenwörtliche Erklärung

Bern, 18.01.2015

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erklären wir, dass die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel verfasst wurde.

Amela Kovacic

Handwritten signature of Amela Kovacic in black ink.

Emine Sariaslan

Handwritten signature of Emine Sariaslan in black ink.