

Bachelorarbeit

**Sprachliche und kulturelle Einflussfaktoren auf die  
institutionelle Langzeitpflege von Personen mit  
demenziellen Erkrankungen und  
Migrationshintergrund**

eingereicht von  
Felix Srečko Terzić

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von  
Dr.<sup>in</sup> Manuela Hödl

Graz, 18. März 2019

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

18. März 2019

Felix Srečko Terzić eh.

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Zusammenfassung.....	4
Abstract.....	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Migration.....	6
1.2 Demenz.....	9
1.3 Kultur und Sprache.....	13
1.4 Ziel und Forschungsfrage.....	14
2 Methode.....	16
2.1 Forschungsdesign.....	16
2.2 Datensammlung, Datenanalyse und Bewertung.....	16
3 Ergebnisse.....	20
3.1 Überblick.....	20
3.2 Kommunikation: sprachliche Aspekte.....	21
3.3 Kulturelle Aspekte.....	25
4 Diskussion der Ergebnisse.....	28
5 Schlussfolgerung und Empfehlung.....	34
Anhang: Bewertungsbögen.....	35
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	44
Literaturverzeichnis.....	45

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit steigendem Lebensalter nimmt auch bei Personen mit Migrationshintergrund der Bedarf an Leistungen des Gesundheitssystems zu. Leiden die Menschen an demenziellen Erkrankungen und lassen die kognitiven Fähigkeiten nach, so können sprachliche und kulturelle Einflussfaktoren zu Barrieren in der Pflege und Betreuung in Langzeitpflegeeinrichtungen beitragen.

**Ziel:** Diese Arbeit hat zum Ziel, sprachliche und kulturelle Einflussfaktoren auf die institutionelle Langzeitpflege von BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund darzustellen und damit einhergehende Barrieren aufzuzeigen.

**Methode:** Zur Zielerreichung wurde eine Literaturrecherche nach aktuellen wissenschaftlichen Studien durchgeführt. Die Datensuche erfolgte in den beiden Datenbanken PubMed und CINAHL mit den Keywords *immigrants*, *emigrants* und *dementia*.

**Ergebnisse:** Barrieren in der Kommunikation treten sowohl auf der verbalen, als auch auf der non-verbalen Ebene auf. In Bezug auf sprachliche Einflussfaktoren werden die Aspekte *mehrsprachiges Personal* und *die Rolle derselben Sprache* fokussiert. Im Hinblick auf kulturelle Faktoren werden insbesondere der Einfluss von Essen und Trinken, Medien und Musik und Traditionen/Gewohnheiten genannt. Ein weiterer Aspekt in der Langzeitpflege von BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund sind die Erfahrungen der Angehörigen.

**Schlussfolgerungen:** Sprachliche und kulturelle Faktoren haben einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden von BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund in Langzeitpflegeeinrichtungen. Sie können sich auf die pflegerischen Maßnahmen, die Interaktion mit anderen BewohnerInnen wie auch auf die Interaktion mit dem Personal auswirken. Werden jedoch Maßnahmen wie zwei- oder mehrsprachiges Betreuungspersonal, Eingehen auf kulturell unterschiedliche Bedürfnisse und Mitwirkung von Angehörigen gesetzt, so fördern diese insbesondere die soziale Interaktion und die Zufriedenheit der BewohnerInnen.

## Abstract

**Background:** As the age of people with an immigrant background increases, so does the need for health care services. People who suffer from dementia have reduced cognitive abilities. Linguistic and cultural factors may contribute to barriers in care and support in long-term care facilities.

**Aim:** The aim of this work is to present linguistic and cultural factors and associated barriers in the long-term institutional care of residents with dementia and migration backgrounds.

**Methods:** In order to achieve its objectives, a literature search was carried out according to current scientific studies. The data search took place in PubMed and CINAHL databases by means of the keywords *immigrants*, *emigrants*, and *dementia*.

**Results:** Barriers in communication occur both on the verbal and non-verbal levels. The focus was on the aspects of multilingual staff and the role of the same language in terms of language barriers. The influence of food and drink, media and music, and traditions / habits as cultural factors is also discussed. Another aspect in the long-term care of residents with dementia and a migrant background is the experience of relatives.

**Conclusions:** Linguistic and cultural factors have a significant impact on the well-being of residents with dementia and migrant background in long-term care facilities. They can affect nursing or interaction with other residents as well as interaction with the staff. However, when measures such as bilingual or multilingual care workers, meeting culturally different needs, and participation of the relatives are set, they promote social interaction and the satisfaction of the residents in particular.

# 1 Einleitung

Die beiden Themen *Migration* und *Demenz* stehen in unserer Gesellschaft oft im Fokus, wenn auch selten gemeinsam. Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich in der Einleitung zunächst mit dem Hintergrund und der Beziehung der beiden Themen zueinander. Der Definition zentraler Begriffe folgt eine genauere Beleuchtung der Thematik, bevor das Ziel und die Forschungsfrage dargestellt werden.

## 1.1 Migration

Grundsätzlich wird von unfreiwilliger und von freiwilliger Migration, also Wanderungsbewegungen, des Menschen gesprochen. Die Ursachen dieses Phänomens sind sozio-ökonomischer Natur: Arbeit, Familiennachzug, Ausbildung. Kriege und kriegerische Auseinandersetzungen können ebenso Flucht und Migration auslösen (Pillwein, 2010).

Zusätzlich wird zwischen Binnenmigration, die innerhalb eines Staates stattfindet, und internationaler Migration, bei der zumindest eine Staatsgrenze überschritten wird, gesprochen. Aus der Sichtweise eines Staates handelt es sich bei internationaler Migration entweder um Emigration (Auswanderung) oder um Immigration (Einwanderung) (Europäische Union, 2007).

Als *Personen mit Migrationshintergrund* werden Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge unterteilen in (UNECE, 2015, p. 135)

- *MigrantInnen der ersten Generation* (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und
- *Zuwanderer/Zuwanderinnen der zweiten Generation* (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind).

Diese Definition wird zu statistischen Zwecken in Österreich verwendet (Statistik Austria, 2018b).

Migrationsbewegungen nehmen weltweit zu und tragen zu diversen, multiethnischen und multilingualen Gesellschaften bei (UNECE, 2015): Während im Jahr 2000 173 Millionen und im Jahr 2010 220 Millionen internationale MigrantInnen auf der Welt gezählt wurden, betrug die Zahl 2017 schon 258 Millionen. 60 % aller internationalen MigrantInnen leben in Asien (80 Millionen) oder Europa (78 Millionen) (UNO, 2017). In der Europäischen Union lebten zu Beginn des Jahres 2017 21,6 Millionen Nicht-EU-StaatsbürgerInnen, was etwa 4,2 % der EU-Bevölkerung entspricht. 16,9 Millionen Staatsangehörige von EU-Mitgliedstaaten (3,4 %) lebten in einem anderen Mitgliedstaat (Eurostat, 2018).

In Österreich leben derzeit etwa 8,82 Millionen Menschen (Statistik Austria, 2018b). Im Jahr 2017 betrug die Zahl der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Österreich etwa 1,9 Millionen Personen oder 22,8 %. Davon entfielen auf MigrantInnen der ersten Generation 17 % und auf MigrantInnen der zweiten Generation 5,8 % (Statistik Austria, 2018b). Seit 2008 ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich von 17,4 % auf 22,8 % gewachsen (Statistik Austria, 2018a).

### 1.1.1 Demographische Situation

International wird vom demografischen Wandel gesprochen. Auch in Österreich ändert sich die Bevölkerungsstruktur. Die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (Tabelle 1) zeigt, dass die Zahl der älteren Menschen (65 Jahre und älter) absolut und anteilmäßig steigen wird (Statistik Austria, 2018d):

Tabelle 1: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2017-2100 laut Hauptszenario (Auszug)

Jahr	Bevölkerungsstruktur in %		
	Unter 20 Jahren	20 bis unter 65 Jahren	65 und mehr Jahre
2017	19,5	61,9	18,6
2018	19,5	61,8	18,7
2019	19,5	61,6	18,9
2020	19,5	61,4	19,1
2025	19,6	59,6	20,8
2030	19,7	57,2	23,1
2040	19,3	54,6	26,1
2050	18,8	53,9	27,3

Die Daten zu Altersgruppen liegen zwar nicht nach Migrationshintergrund aufgeschlüsselt vor, jedoch zeigt die Statistik nach Staatsangehörigkeit (Tabelle 2), dass bei Nicht-ÖsterreicherInnen der Anteil der Altersgruppe 65+ deutlich niedriger ist als bei den ÖsterreicherInnen. Er wird aber im Lauf der Jahre und Jahrzehnte steigen, weil Unter-25-Jährige bei den Nicht-ÖsterreicherInnen aktuell stärker vertreten sind (Statistik Austria, 2018c):

Tabelle 2: Bevölkerung am 1. Jänner 2018 nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen (Auszug)

Staatsangehörigkeit	Insgesamt	Unter 25 Jahren in %	25 bis unter 65 Jahren in %	65 und mehr Jahre in %
Insgesamt	<b>8.822.267</b>	25,6	55,7	18,7
Österreich	<b>7.426.387</b>	24,8	54,2	21,0
Nicht-Österreich	<b>1.395.880</b>	30,0	63,6	6,5

Laut dem deutschen Robert-Koch-Institut ist Migration ein „Lebensereignis“, das jeden Menschen und seine Familie individuell und auch nachfolgende Generationen beeinflusst. Migration bringt neue sozio-ökonomische und gesundheitliche Möglichkeiten wie auch Risiken mit sich (Robert-Koch-Institut, 2008).

Migrationsbedingte psychosoziale Belastungen sind abhängig von den Lebensbedingungen, wie etwa Familientrennung und rechtliche Lage. Oft leben MigrantInnen wegen vergleichsweise mangelnder Ausbildung und dadurch belastenden beruflichen Situationen (Schichtarbeit, Arbeitslosigkeit) gesellschaftlich schlechter gestellt und mit größeren gesundheitlichen Risiken (Robert-Koch-Institut, 2008). Die Lage von MigrantInnen – etwa Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit – ist dabei vergleichbar mit InländerInnen unter den gleichen Umständen (Statistik Austria, 2018a).

Personen mit Migrationshintergrund sehen sich weiters mit Hürden bei der Gesundheitsversorgung konfrontiert, die auf Sprach- und Kulturbarrieren zurückzuführen sind (Robert-Koch-Institut, 2008). Beispielsweise nehmen sie statistisch gesehen weniger häufig medizinische Vorsorgeuntersuchungen wie zahnärztliche Kontrollen, Brustkrebsvorsorge, Impfschutz und Blutzuckerbestimmungen in Anspruch (Statistik Austria, 2018a).

## **1.2 Demenz**

Dieses Kapitel befasst sich mit der Definition von Demenz und ihren verschiedenen Formen. Zudem werden Risikofaktoren und Folgen der Krankheit beschrieben.

In der ICD-11 definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Demenz folgendermaßen:

„Dementia is an acquired brain syndrome characterized by a decline from a previous level of cognitive functioning with impairment in two or more cognitive domains (such as memory, executive functions, attention, language, social cognition and judgment, psychomotor speed, visuoperceptual or visuospatial abilities). The cognitive impairment is not entirely attributable to normal aging and

significantly interferes with independence in the person's performance of activities of daily living. [...]“ (WHO, 2018a, pp. 6D80-6D8Z).

Weltweit leben derzeit etwa 50 Millionen Menschen mit Demenz (WHO, 2017a), die meisten in Ostasien (9,5 Millionen) und in Westeuropa (7,5 Millionen). Studien prognostizieren eine steigende Inzidenzrate bis 2050: Etwa 131 Millionen Menschen auf der Welt, davon etwa 14 Millionen in Westeuropa (Prince, et al., 2015), werden betroffen sein. Für Österreich liegen keine genauen Statistiken zu Demenzerkrankten vor; schätzungsweise sind hier etwa 130.000 Menschen davon betroffen. Bis 2050 wird ein Anstieg auf 270.000 PatientInnen erwartet (Gleichweit & Rossa, 2009).

Demenz kann zusätzlich nach den Kategorien des ICD-11 eingeteilt werden (WHO, 2018a) (übersetzt aus dem Englischen durch den Autor):

- Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- Vaskuläre Demenz
- Lewy-Körper-Demenz
- Frontotemporale Demenz
- Demenz aufgrund psychoaktiver Substanzen, einschließlich Medikamenten
- Demenz aufgrund von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind
- Verhaltens- oder psychische Störungen bei Demenz
- Demenz, unbekannte oder unbestimmte Ursache

Die Abgrenzung der verschiedenen Formen von Demenz ist nicht immer eindeutig, oft handelt es sich um sogenannte Mischformen.

In 60 bis 70 % der Fälle spricht man von *Alzheimer-Demenz* (WHO, 2017a). Die Krankheit hat neuropathologische und neurochemische Merkmale, sie verläuft jahrelang schleichend und bleibt oft lange Zeit unbemerkt. Meistens ist das episodische Gedächtnis (Kurzzeitgedächtnis) als erstes betroffen (Höfler, et al., 2014).

Die *Cerebrovaskuläre Demenz* entsteht durch Störungen der kleineren und größeren Gefäße des Gehirns. Als Folge eines Gehirnfarkts (Schlaganfalls) tritt

die *vaskuläre Demenz* auf; sie verlangsamt die kognitiven Leistungen und die Handlungsplanung (Exekutivfunktionen) (Höfler, et al., 2014).

Die *Lewy-Körper-Demenz* ist auf die abnorme Lagerung von Proteinen in Nervenzellen zurückzuführen (WHO, 2017a); es kommt zu Schwankungen der Bewusstseinslage und der kognitiven Leistungen und zu Parkinsonsymptomen (Höfler, et al., 2014, p. 5).

Alzheimer betrifft häufiger Frauen als Männer, wohingegen bei Männern am häufigsten die vaskuläre Demenz auftritt (Dorner, et al., 2011, p. 30).

### **1.2.1 Risikofaktoren und Ursachen der Demenz**

Der häufigste Risikofaktor als auch die häufigste Ursache von Demenz ist fortgeschrittenes Alter. Demenz kann aber nicht nur ältere Menschen (definiert als Über-65-Jährige) betreffen, sondern auch bei Jüngeren auftreten (WHO, 2017b).

Beispielsweise können bestimmte Lebensgewohnheiten das Auftreten von Demenz begünstigen (WHO, 2017b, p. 2): Adipositas, unausgewogene Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum. Die daraus resultierenden Erkrankungen sind meistens Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipidämie, Depressionen. Zusätzlich können ein niedriges Bildungsniveau, soziale Isolation mit kognitiver Inaktivität und genetische Prädisposition den Prozess negativ beeinflussen (Dorner, et al., 2011). Die Risikofaktoren können einander dabei auch gegenseitig verstärken (Norton, et al., 2014).

### **1.2.2 Folgen der Demenzerkrankung**

Demenzerkrankungen machen sich erkennbar durch kognitive Einschränkungen, die psychische, aber auch soziale Folgen haben, besonders in den Bereichen Erinnern, Denken, Beurteilen und Verhalten. Betroffene erleben auch emotionale und Wesensveränderungen (WHO, 2018a). Diese Beeinträchtigungen haben je nach Stadium der Demenzerkrankung signifikanten Einfluss auf die Alltagsfertigkeiten und Lebensaktivitäten wie zum Beispiel Haushaltsführung, Einkaufen, Kochen, Körperpflege (Höfler, et al., 2014, p. 4). Sie können bei

Betroffenen Pflegebedürftigkeit auslösen und auch für ihr Umfeld belastend sein (WHO, 2017b, p. 3).

### 1.2.3 Stadienschweregrade der Demenz und Pflege

Demenz lässt sich in drei Schweregrade einteilen:

- Leichte Demenz: Alltägliche Handlungen sind leicht beeinträchtigt, komplexere tägliche Aufgaben können nicht oder nicht mehr ausgeführt werden. Depressionen, Antriebslosigkeit und Stimmungsschwankungen können vorkommen (Gleichweit & Rossa, 2009, p. 9).
- Beim mittleren Schweregrad kommt es zu merklichen Einschränkungen in der Kommunikation (Vergesslichkeit, Fragen), Wesensänderungen und Desorientiertheit. Betroffene benötigen Unterstützung im Alltag (WHO, 2017a).
- Die schwere Demenz zeichnet sich dadurch aus, dass verbale Äußerungen nicht mehr verständlich sind und sich einfache, alltägliche Aufgaben nicht mehr angemessen ausführen lassen. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit entsteht (Gleichweit & Rossa, 2009, p. 9).

Bezogen auf Personen mit Demenz, ist es laut der internationalen *The Alzheimer's Association* erforderlich, dass folgende Bereiche bestmöglich abgedeckt sind: *Nahrung* (Essen, Trinken), *Schmerzmanagement* und *soziale Kontakte*. Die Pflege soll nach individuellen Bedürfnissen gewährleistet sein und auf die Biografie der Betroffenen eingehen. Das Personal hat die Aufgabe, individuell angepasst zu arbeiten – mit einer Pflegeplanung, die das Verhalten und die kommunikativen Fähigkeiten der Betroffenen berücksichtigt und sie in Aktivitäten mit einbezieht, idealerweise unter Schaffung einer häuslichen Umgebung (The Alzheimer's Association, 2009).

Die Möglichkeit der individuell angepassten Pflege unter Berücksichtigung kultureller Praktiken wird im Pflegemodell der *transkulturellen Pflege* fokussiert. Die transkulturelle Pflege ist eine Qualifikation oder durch Fachwissen erworbene Fähigkeit, die kulturspezifischen Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen wahrzunehmen. *Transkulturell qualifiziertes Pflegepersonal* kann beispielsweise die Bedeutung und Reihenfolge von Pflegemaßnahmen einschätzen (Lenthe,

2016, p. 2). Dennoch muss hier betont werden: „Patientinnen und Patienten haben vielfältige und ganz unterschiedliche Bedürfnisse – ob sie nun einen Migrationshintergrund aufweisen oder nicht“ (Robert-Koch-Institut, 2008, p. 111).

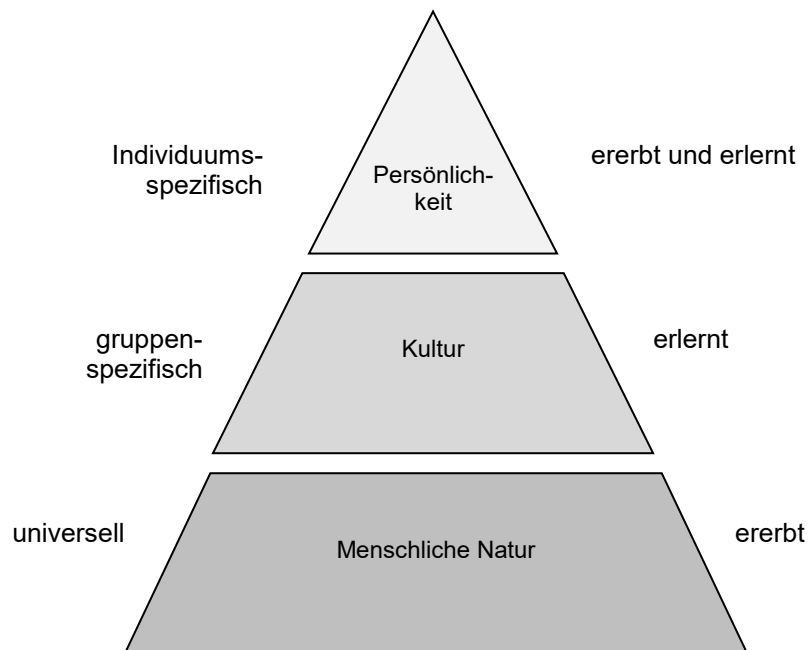
Abschließend sollen hier nun die Aspekte *Kultur* und *Sprache* näher beleuchtet werden.

### **1.3 Kultur und Sprache**

Nach Hofstede kann der Begriff *Kultur* mehrere Bedeutungen haben: „Culture is the collective programming of the mind that distinguishes the members of one group or category of people from others.“ (Hofstede, 2001b, p. 5). Dieses kollektive Phänomen wird zumindest mit Menschen geteilt, die in demselben sozialen Umfeld leben oder lebten. Kultur ist insofern erlernbar, als dass der Mensch mit Kultur aufwächst und die Bedeutung verschiedener Handlungen, die für diese Kultur spezifisch sind, lernt. Von Kulturen wird in der Anthropologie (Stämme, ethnische Gruppen), in Bezug auf Nationen (Politik, Soziologie, Management) und Organisationen (Soziologie, Management) gesprochen.

Durch aus der *menschlichen Natur* ererbte Charaktereigenschaften und in bestimmten sozialen Umfeldern erlernte Erfahrungen, genannt *Kultur*, entwickelt sich die *Persönlichkeit*, die jeden Menschen als Individuum erscheinen lässt; dieser Prozess wird *individuelle mentale Programmierung über drei Ebenen* genannt (Hofstede, 2001b, p. 5).

Abbildung 1: Die drei Ebenen der Einzigartigkeit in der menschlichen Programmierung



Kultur setzt sich aus sichtbaren und unsichtbaren Elementen zusammen, dies wird als *Schichtenmodell* oder *Kulturzwiebel* bezeichnet (Hofstede, 2001a, p. 10).

Kultur verbindet Individuen und Gruppen einerseits durch die Globalisierung in Austausch- und Dialogprozessen, andererseits können durch Unterschiede Spannungen, etwa religiöser Natur, und Barrieren entstehen (UNESCO, 2009).

Die *Sprache* spielt in diesem Umfeld eine gewichtige Rolle, denn durch sie werden Erfahrungen, Wertesysteme, Normen und Zugehörigkeitsgefühle zu einer Gruppe vermittelt. Die Sprache als Kommunikationsmittel ist ein Träger von Identität, Werten und Weltanschauung (UNESCO, 2009).

#### 1.4 Ziel und Forschungsfrage

Dass mit steigendem Alter und zunehmender Zuwanderung der Bedarf an Leistungen des Gesundheitssystems steigt, stellt eine Herausforderung für die Gesellschaft dar. Sprachliche Barrieren können hierbei insbesondere auftreten, wenn die kognitiven Fähigkeiten aufgrund von Demenz nachlassen und Personen mit Demenz sich zunehmend nur noch in ihrer Muttersprache ausdrücken können. Dies kann in weiterer Folge dazu führen, dass die meisten Formen von

Unterstützung, Betreuung, biografischer Arbeit und kognitiven Tests für Personen mit einer Demenzerkrankung, die eine andere Muttersprache oder einen anderen kulturellen Hintergrund haben, beschwerlich oder von geringem Nutzen sind. Dadurch kann eine pflegerische Unterversorgung entstehen.

Diese Arbeit hat zum Ziel, sprachliche und kulturelle Einflussfaktoren auf die institutionelle Langzeitpflege von BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund darzustellen und damit einhergehende Barrieren aufzuzeigen. Die Forschungsfrage lautet demnach: Welche sprachlichen und kulturellen Einflussfaktoren auf die institutionelle Langzeitpflege von BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund bestehen und wie können damit einhergehende Barrieren überwunden werden?

## 2 Methode

Dieses Kapitel stellt die methodische Vorgehensweise und die Literaturrecherche dar, um die Forschungsfrage zu beantworten. Das Forschungsdesign wird definiert und anschließend werden die Datensammlung und die Datenanalyse erläutert.

### 2.1 Forschungsdesign

Für diese Bachelorarbeit wurde als Forschungsdesign die Literaturrecherche gewählt. Dabei handelt sich um eine objektive Zusammenfassung des Themas mit dem Ziel, die Forschungsfrage zu beantworten und daraus neue Ziele zu formulieren, die ihrerseits als Beispiele für die weitere Forschung dienen können (Polit & Beck, 2012).

### 2.2 Datensammlung, Datenanalyse und Bewertung

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum von Anfang Oktober 2018 bis Ende November 2018. Die Suche fand in den medizinischen Datenbanken *PubMed* und *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)* statt.

Folgende Keywords (verbunden mit den *Bool'schen Operatoren* AND, OR und NOT) wurden verwendet:

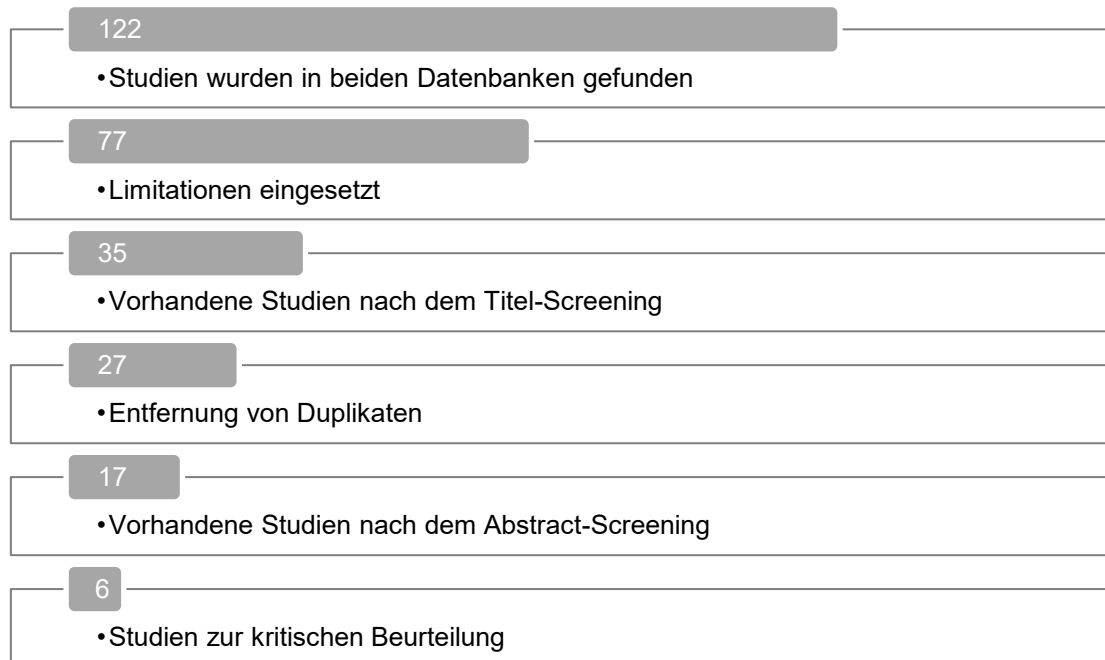
Tabelle 3: Suchstrategien in den Datenbanken

Datenbank	Keywords	Limitationen
PubMed	((immigrants and emigrants[MeSH Terms])) AND dementia[MeSH Terms]	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Englisch, Deutsch</li><li>▪ Nicht älter als 10 Jahre (2008 – 2018)</li><li>▪ Abstract verfügbar</li><li>▪ Nur „humans“</li></ul>
CINAHL	MH „dementia“ AND MH „immigrants“	

Zur Eingrenzung der Suchstrategie wurden folgende Limitationen gesetzt:

- Sprachen: Englisch oder Deutsch.
- Zur Sicherstellung der Aktualität: Studien, die in den Jahren 2008 bis 2018 veröffentlicht wurden.
- Vorhandensein eines Abstracts, um ein Abstract-Screening durchführen zu können.

Die Suche in den Datenbanken brachte 122 Ergebnisse. Es folgte die Anwendung der Limitationen – 77 Studien blieben hier übrig für das Titel-Screening. Beim Titel-Screening wurden Studien inkludiert, wenn Sie den Fokus der Forschungsfrage oder eine ähnliche Thematik beleuchteten, somit kamen 35 Studien in Frage und nach Ausschluss von Duplikaten sank die Zahl auf 27 Studien. Beim Abstract-Screening wurde die Aufmerksamkeit auf die Keywords in Hinblick auf die formulierte Forschungsfrage gerichtet, hier betrug das Ergebnis 17 Studien, die im Volltext gelesen wurden. Bezogen auf die mögliche Beantwortung der Forschungsfrage und die Relevanz der enthaltenen Informationen, blieben 6 Studien zur kritischen Bewertung übrig:



Diese 6 Studien, die in der Folge bewertet wurden, sind (hier alphabetisch geordnet und mit Hilfsnummern versehen, die ausschließlich der Zuordnung in folgenden Übersichten dienen):

- (1) Antelius, E. & Kiwi, M., 2015. Frankly, None of Us Know What Dementia Is: Dementia Caregiving Among Iranian Immigrants Living in Sweden.
- (2) Kiwi, M., Hyden, L. & Antelius, E., 2017. Deciding upon Transition to Residential Care for Persons Living with Dementia: Why Do Iranian Family Caregivers Living in Sweden Cease Caregiving at Home?
- (3) Kong, E., Deatrick, J. & Evans, L., 2010. The Experiences of Korean Immigrant Caregivers of Non-English-Speaking Older Relatives with Dementia in American Nursing Homes.
- (4) Mazaheri, M. et al., 2014. Experiences of dementia in a foreign country: qualitative content analysis of interviews with people with dementia.
- (5) Rosendahl, S., Söderman, M. & Mazaheri, M., 2016. Immigrants with dementia in Swedish residential care: An exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff.
- (6) Söderman, M. & Rosendahl, S., 2016. Caring for Ethnic Older People Living with Dementia – Experiences of Nursing Staff.

Die Bewertung wurde mit dem Bewertungsbogen von Sheila Hawker et al. (Hawker, et al., 2002) durchgeführt. Die Studien wurden in den nachfolgenden 9 Kategorien bewertet, insgesamt waren 36 Punkte zu erreichen (jeweils 4 Punkte pro Kategorie) (Hawker, et al., 2002). Zur Bewertung gelangten die Abschnitte Abstract und Titel, Einleitung und Ziele, Methode, Sampling, Datenanalyse, Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte, Ergebnisse, Transferierbarkeit und Generalisierbarkeit, Implikationen für die Praxis und Nutzen der Studie. Um inkludiert zu werden, mussten die Studien mindestens 80 % der Gesamtpunktzahl erreichen.

Tabelle 4: Studienbewertung nach Hawker et al. (Hawker, et al., 2002)

<b>Studiennummer</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Zusammenfassung und Titel	2	4	4	4	4	4
Einleitung und Ziele	3	4	3	3	3	4
Methoden und Daten	4	4	4	4	4	4
Stichprobe	3	4	4	4	3	4
Datenanalyse	4	4	4	4	4	4
Ethik und Befangenheit	4	4	4	4	4	4
Ergebnisse	3	4	4	4	4	4
Übertragbarkeit oder Generalisierbarkeit	3	3	4	3	3	4
Folgen und Nutzen	3	4	4	4	4	4
<b>Gesamtpunkte (max. 36)</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>36</b>
<i>% der maximal möglichen Punkte</i>	<i>81</i>	<i>97</i>	<i>97</i>	<i>94</i>	<i>92</i>	<i>100</i>

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Überblick

Der Ergebnisteil befasst sich mit sechs Studien, die sprachliche und kulturelle Aspekte im Leben von Personen mit Demenz und Migrationshintergrund in Langzeit-Pflegeeinrichtungen behandeln. Betrachtet werden die Kommunikation (sprachlich und non-verbal) und kulturelle Besonderheiten. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Eigenschaften der Studien:

Tabelle 5: Studienübersicht Ergebnisteil

AutorInnen, Jahr, Staat	Design	Setting, Population	Ziele/Inhalte
Antelius E., Kiwi E., 2015 Schweden	Semi-strukturierte Interviews und Beobachtung	Pflegeheim n=100	Erforschung des Wissens über und des Umgangs mit Demenz bei iranischen Zuwanderern und Zuwanderinnen in Schweden
Kiwi M., Hydén L., Antelius E., 2017 Schweden	Semi-strukturierte Interviews, Inhaltsanalyse	Personen, deren Eltern in einem Pflegeheim leben n=20	Erforschung der Herangehensweise der Angehörigen von iranischen Zuwanderern/Zuwanderinnen bei der Entscheidung für ein Pflegeheim
Kong E., Deatrick J., Evans L., 2010 USA	Deskriptive qualitative Studie und qualitative Inhaltsanalyse	Pflegeheim n=10	Darstellung der Erfahrungen Angehöriger koreanischer Personen mit Demenz in US- amerikanischen Pflegeheimen
Mazaheri M., Eriksson L., Nasrabadi A., Sunvisson H., Heikkilä K., 2014 Schweden	Deskriptive qualitative Studie	Personen in eigenem Haushalt oder in Wohngemein- schaften n=15	Subjektive Erfahrungen im Leben mit Demenz als iranische Zuwanderin/iranischer Zuwanderer in Schweden
Rosendahl S., Söderman M., Mazaheri M., 2016 Schweden	Deskriptive qualitative Studie	Pflegeheim n=14	Erfahrungen von Familienangehörigen und Pflegekräften bei der Pflege von Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund
Söderman M., Rosendahl S., 2016 Schweden	Qualitative Studie	Pflegeheim n=25	Erfahrungen des Pflegepersonals mit finnisch-sprachigen Personen mit Demenz in Schweden

## **3.2 Kommunikation: sprachliche Aspekte**

Die Studie von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016) unterschied zwischen der verbalen und der non-verbalen Kommunikation und betonte die Bedeutung derselben Sprache von BewohnerInnen und Personal von Pflegeeinrichtungen, was auch ein Schwerpunkt einer weiteren Studie war (Rosendahl, et al., 2016). Diese befasste sich zudem mit den Herausforderungen in der Kommunikation zwischen dem Personal und BewohnerInnen mit Demenz – Limitationen und Konsequenzen aus Missverständnissen wurden thematisiert.

Mazaheris Studie (Mazaheri, et al., 2014) setzte sich mit der durch Sprachbarrieren erschwerten Integration von TeilnehmerInnen in eine neue Gesellschaft auseinander. Oft verloren diese den Bezug und die Teilnahme am Alltag dadurch, dass sie die neue Sprache nicht beherrschten. Aus der Studie von Kong et al. (Kong, et al., 2010) kam hervor, dass sich Sprachbarrieren negativ auf die Pflege der BewohnerInnen, insbesondere im Bereich der persönlichen Bedürfnisse, der Körperpflege, der Teilnahme an Aktivitäten und bei unangepasstem Verhalten, auswirkten.

### **3.2.1 Verbale Kommunikation**

Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016) berichteten über die Beobachtungen von Pflegenden, wonach BewohnerInnen im Alltag zunächst die Erst- und die Zweitsprache benutzten und in beiden Sprachen sprachen, erklärten usw. Mit fortschreitender Zeit reduzierte sich die Kommunikation in der Zweitsprache, bis verbale Kommunikation sehr schwierig bis unmöglich wurde, wobei auch dann noch etwa Lieder und Gebete in der Erstsprache durch die BewohnerInnen erkannt wurden. Die Muttersprache behielt ihre Bedeutung, um zwischenmenschliche Kontakte am Leben zu erhalten, um Emotionen und Erinnerungen zu aktivieren. Das Pflegepersonal musste laut dieser Studie mit der Zeit die Sprache immer stärker anpassen: sehr klare Rede, langsam und verständlich; einfache Wörter in der Muttersprache der BewohnerInnen zu kennen oder sprechen zu können, wurde als Vorteil gesehen.

Die Studie von Rosendahl et al. (Rosendahl, et al., 2016) zeigte auf, dass die Kommunikation in einer anderen als der Erstsprache negative Folgen haben kann. Eine Bewohnerin beispielsweise erhielt nämlich durch Verständnisschwierigkeiten eine falsche Diagnose und in der Folge inadäquate Pflege und Therapie. Nach Wegfall der Kommunikationsbarriere durch Umzug in eine sprachlich angepasste Gruppe von BewohnerInnen verbesserte sich ihr Zustand deutlich. Verbale Sprachbarrieren können auch zu sozialer Isolation führen, denn BewohnerInnen begannen, sich abzugrenzen und nahmen kaum mehr Anteil an gemeinsamen Aktivitäten. In diesem Sinn meinten einige ProbandInnen, dass das Sprechen eine bedeutende Rolle im Zusammenleben und in alltäglichen Beziehungen spielte.

In der Studie von Kong et al. (Kong, et al., 2010) nannten InformantInnen die verbale sprachliche Barriere die problematischste – Schwierigkeiten traten einerseits zwischen den BewohnerInnen und dem Personal, andererseits unter den BewohnerInnen selbst auf. Dies betraf schon einfache, tägliche Aktivitäten wie Mahlzeiten, zu denen Missverständnisse entstanden. Mitunter versuchten Angehörige oder andere BewohnerInnen aus derselben Sprachgruppe, beim Verständigen/Übersetzen behilflich zu sein. Sprachliche Barrieren führten zu Komplikationen beim Äußern von Schmerzempfinden, Einschätzen des Hungergefühls oder beim Äußern des Wunschs, die Toilette zu besuchen. Auch hier wurden Rückzug von gemeinsamen Aktivitäten und zunehmende soziale Isolation beobachtet.

### **3.2.2 Non-verbale Kommunikation**

Laut einer Studie von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016) verschlechterte sich die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation mit fortschreitender Demenz. Das Pflegepersonal war zunehmend auf non-verbale, körpersprachliche Signale angewiesen, die an Bedeutung gewannen: Gesten, Laute, Gesichtsausdruck und Augenkontakt. Für die Pflegenden wurde es umso wichtiger, klare Ausdrücke, Bewegungen und Gesten einzusetzen, um die Bedürfnisse der BewohnerInnen zu erkennen und richtig zu deuten. Einfühlungsvermögen und Geduld wurden notwendig, und den BewohnerInnen sollte ausreichend Zeit zugestanden werden, um Worte zu finden.

Pflegepersonen, die der Erstsprache der BewohnerInnen nicht kundig waren, zeigten eine stärkere Abhängigkeit von non-verbale Kommunikationsmethoden.

Hinzuzufügen ist, dass laut Rosendahl et al. (Rosendahl, et al., 2016) das Personal stets versuchte, einfach und leicht verständliche sprachliche Ausdrucksweisen zu verbinden mit Gestik und Mimik, um die Barrieren zu überwinden.

### **3.2.3 Mehrsprachiges Personal**

Die Studie von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016) führte zu der Erkenntnis, dass die Kommunikation in der Erstsprache der BewohnerInnen auch dann sinnvoll war, wenn diese vom Verlust der Sprachfähigkeit betroffen waren. In diesen Fällen blieb zweisprachiges Personal deshalb bedeutsam, weil BewohnerInnen trotzdem noch auf in Erinnerung gebliebene Lieder, Gebete und Ähnliches in ihrer Erstsprache reagierten und somit erreicht werden konnten. Unabhängig davon nutzte das zweisprachige Personal auch Wörterbücher, um sich in der Erstsprache der BewohnerInnen verständlich zu machen und sprachliche Barrieren zu senken. Während jene Pflegekräfte, die der Erstsprache nicht kundig waren, sich schon in frühen Stadien auf Mittel der non-verbale Kommunikation beschränken mussten, konnten zweisprachige Pflegekräfte noch sprachliche Äußerungen interpretieren und zur Erfüllung von Bedürfnissen der BewohnerInnen nutzen. Dies förderte darüber hinaus verschiedene Aktivitäten der BewohnerInnen besser und wirkte sich positiv auf die Therapie und den Gesundheitszustand aus (Söderman & Rosendahl, 2016).

Kong et al. (Kong, et al., 2010) beschrieben, dass zweisprachiges Personal einen Komfortgewinn bedeutete – nicht nur für die BewohnerInnen, sondern auch für die Angehörigen, und zwar im Hinblick auf kulturelles Verständnis, nicht nur in rein sprachlicher Hinsicht, denn mit dem Lernen einer Sprache lernt man auch kulturelle Eigenheiten einer Region oder einer Gruppe von Menschen. Die Studie von Rosendahl et al. (Rosendahl, et al., 2016) kam zu einer weiteren Erkenntnis – zweisprachiges Personal schätzte die BewohnerInnen mitunter anders ein. In einem konkreten Fall wurde eine Bewohnerin durch zweisprachige PflegerInnen

als gesprächig und gesellig beschrieben, während Pflegekräfte, die ihre Sprache nicht verstanden, sie als introvertierte und eher zurückgezogene Person beschrieben.

### **3.2.4 Die Rolle derselben Sprache**

Die Kommunikation und die Kommunikationsfähigkeit spielten laut Rosendahl et al. (Rosendahl, et al., 2016) eine wesentliche Rolle beim Erkennen von Bedürfnissen von BewohnerInnen und PatientInnen, besonders in der Diagnostik, der Therapie und der Pflege. Missverständnisse konnten leicht die Betreuung beeinflussen, zu Wesensveränderungen und zu sozialem Rückzug führen. Auch in späteren Stadien der Demenz, wenn die Sprachfähigkeit nachließ, reagierten BewohnerInnen auf die Ansprache in ihrer Muttersprache und zeigten sich auch durch kleine sprachliche Reize zufriedener.

Das Pflegepersonal berichtete in der Studie von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016), dass sprachliche Restriktionen und Barrieren sich auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen auswirkten – sie konnten nicht mehr vollständig erfüllt werden. Kleine Missverständnisse konnten weitreichende Folgen haben, BewohnerInnen drohten, passiv und still zu werden; Verpflegung, Medikation und Diagnostik konnten in Mitleidenschaft gezogen werden. Dazu kam eine stärkere Ausprägung der Demenz durch nachlassende Gedächtnisaktivität. Es wurde schwieriger, den Anleitungen des Personals zu folgen und an Aktivitäten teilzuhaben. Gruppen, in denen Personal und BewohnerInnen dieselbe (Erst-) Sprache hatten, unterschieden sich durch aktivere Reaktionen der BewohnerInnen, weniger Ängstlichkeit und ein höheres Wohlbefinden. Die Sprache hatte auch Auswirkungen auf die Eingewöhnung in die neue Umgebung (Pflegeheim), auf die Sozialbindungen und das Sicherheitsgefühl. Festzuhalten wäre, dass die Tatsache einer gemeinsamen Sprache stärker in früheren Demenzstadien wirkte, als die Sprachfähigkeit noch stärker vorhanden war; später wurden individuelle Anpassungen an die BewohnerInnen mit fortgeschrittener Demenz erforderlich.

Kongs Studie (Kong, et al., 2010) wies darauf hin, dass die meisten InformantInnen/Pflegepersonen Probleme darin sahen, dass die BewohnerInnen

nicht verstanden wurden. Schwierigkeiten konnten weniger einfach beseitigt werden, wodurch es zu inadäquaten Reaktionen und Inaktivität kam.

### **3.3 Kulturelle Aspekte**

Die kulturellen Aspekte beziehen sich auf Ausprägungen der Kultur, wie sie in Kapitel 1.3 behandelt wurde; der zugrundeliegende Kulturbegriff stammt von Hofstede (Hofstede, 2001b). Zunächst wird hier auf Umstände eingegangen, mit denen BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen konfrontiert sind, danach wird kurz die Angehörigensicht thematisiert.

#### **3.3.1 Betreuung und Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen**

Die Studie von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016) beschäftigte sich weiters mit der Frage, welche Auswirkungen Speisen und Getränke, Traditionen, Musik und Medien auf die BewohnerInnen haben.

In Bezug auf Speisen und Tradition zeigten sich etwa finnischsprachige BewohnerInnen in schwedischen Heimen zufrieden, wenn Speisen aus ihrer Sicht traditionell zubereitet wurden. Finnischsprachige BewohnerInnen erhielten in der gemischtsprachigen Einrichtung zu besonderen Anlässen „ihre“ beliebten Speisen, ansonsten eventuell durch Angehörige. Im Heim, das auf finnischsprachige BewohnerInnen spezialisiert war, kam mehrmals pro Woche traditionell Finnisches auf den Teller. Im Vergleich meinten die Pflegepersonen, dass das Essen eher erkannt wurde und den Appetit förderte. Ebenso war die emotionale Beteiligung an der Mahlzeit stärker (Rosendahl, et al., 2016). Allgemein kam zum Ausdruck, dass die BewohnerInnen recht weit kulturell angepasst waren, aber doch Wert auf ihre ursprünglichen Traditionen legten (Söderman & Rosendahl, 2016).

Musik und Medien zeigten weitreichenden Einfluss auf emotionaler Ebene, auch in späteren Stadien der Demenz. Von Demenz betroffene BewohnerInnen interessierten sich verstärkt für Musik und Fernsehen in ihrer Muttersprache (Rosendahl, et al., 2016). Finnischsprachige BewohnerInnen im gemischtsprachigen Pflegeheim nutzten die Medien eher im Privatzimmer, während im finnischsprachigen Heim, die diesbezüglich gemeinsame Aktivität mit

anderen BewohnerInnen im Vordergrund stand. Gedruckte Medien spielten in den Anfangsstadien der Demenz verständlicherweise eine größere Rolle (Söderman & Rosendahl, 2016).

Die Studie von Kiwi et al. (Kiwi, et al., 2017) untersuchte die Situation iranischer BewohnerInnen in schwedischen Pflegeheimen. Sie zeigten sich überaus zufrieden und die Angehörigen waren beruhigt, zu wissen, welche außergewöhnliche Fürsorge ihre demenzkranken Verwandten in den Heimen erhielten. Eine Tochter verglich das Heimzimmer ihrer Mutter mit einem luxuriösen Hotel, weil es ein eigenes Bad und eine eigene Küche hatte und das Essen nach iranischen Rezepten zubereitet wurde. Ebenso war Fernsehen in ihrer Muttersprache verfügbar.

Kong et al. (Kong, et al., 2010) legten dar, wie sich kulturelle Unterschiede in der Versorgung auswirken können, etwa traditionelles Essen – BewohnerInnen bevorzugten traditionelle Kochgewohnheiten; insbesondere, wenn sie gebrechlich waren oder in der Erholungs- und Genesungsphase nach einem Sturz. So nahm der Appetit rasch zu und die Rekonvaleszenz wurde gefördert. Ein anderer Aspekt betraf Schlafgewohnheiten: Während es in Korea üblich sei, am Boden zu schlafen, könne ein solches Verhalten in westlichen Pflegeheimen zu Irritationen beim Personal führen, welches aus hygienischen Gründen auf das Schlafen im Bett bestehe. Die Studie behandelte auch sensible Punkte in der Intimsphäre – Nacktheit würde in vielen Kulturen unterschiedlich betrachtet und erforderte somit besondere Sensibilität des Pflegepersonals.

Antelius und Kiwi (Antelius & Kiwi, 2015) fanden heraus, dass in iranischen Kulturen die Demenz nicht als Krankheit verstanden würde, doch oft mit Schamgefühl verbunden sei. Kulturell angepasste Pflegeheime könnten dafür sorgen, dass Menschen ihre kulturellen Gepflogenheiten nicht aufgeben müssen, wenn sie umziehen.

### **3.3.2 Angehörigensicht**

Sowohl in den Studien von Kiwi et al. (Kiwi, et al., 2017), als auch von Kong et al. (Kong, et al., 2010) kam zum Ausdruck, dass sich Angehörige Pflegebedürftiger wenn möglich gezielt für Pflegeeinrichtungen entschieden, die in der Lage waren,

in verschiedener Hinsicht Elemente der Herkunftskulturen der Pflegebedürftigen bereitzustellen oder zu fördern, also ein Umfeld zu bieten, das die BewohnerInnen so weit wie möglich als „heimisch“ empfanden. Ein Übergang von häuslicher zu institutioneller Pflege stellte in dieser Hinsicht eine besondere Herausforderung dar (Kiwi, et al., 2017).

Angehörige koreanischer PflegeheimbewohnerInnen in den USA gaben laut Kong et al. (Kong, et al., 2010) an, außerordentlich zufrieden mit der multiprofessionellen Pflege und medizinischen Versorgung in den Einrichtungen zu sein. Hinsichtlich der Demenzerkrankungen sahen sie allerdings Schwierigkeiten in der Kommunikation, wenn die Pflegebedürftigen sich auf Englisch nicht mehr ausreichend verständlich machen konnten und das allgemeine Wohlbefinden zunehmend darunter zu leiden begann.

## 4 Diskussion der Ergebnisse

Wie sich in der Literaturrecherche zeigte, sind sprachliche und kulturelle Einflussfaktoren in Pflegeeinrichtungen aufgrund von Migrationshintergrund bei älteren Menschen mit demenziellen Erkrankungen noch wenig erforscht. Die Erkenntnisse bestätigen jedenfalls, wie bedeutsam auch in sprachlicher und kultureller Hinsicht professionelle Pflege bei progressiver Demenz, die für die Betroffenen und ihre Angehörigen belastend werden kann, ist (WHO, 2017b).

Der nun folgende Abschnitt der Diskussion wird in die Punkte *Sprachliche Aspekte*, *Kulturelle Aspekte* und *Angehörigensicht* unterteilt.

### 4.1.1 Sprachliche Aspekte

Die im Ergebnisteil behandelten Studien legen dar, dass die barrierefreie Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen bei der täglichen Pflege und Versorgung von großer Bedeutung ist. Sprachliche Barrieren können Missverständnisse verursachen, wodurch Bedürfnisse unerfüllt bleiben und sogar die Gefahr sozialer Isolation besteht (Rosendahl, et al., 2016). In dieser Hinsicht benachteiligte Personen nehmen meist weniger an gemeinsamen Aktivitäten teil (Söderman & Rosendahl, 2016). Ist das Pflegepersonal hingegen der (Erst-) Sprache der BewohnerInnen kundig, so führen die verbesserten verbalen Verständigungsmöglichkeiten zu Vereinfachungen in der Diagnostik und Vorteilen in der Therapie. Diese Erkenntnisse werden weitgehend durch die Studien von Mazaheri et al. (Mazaheri, et al., 2014) und Kong et al. (Kong, et al., 2010) bestätigt, welche zusätzlich die Angehörigen und deren Erfahrungen und Beobachtungen einfließen lassen. Eine in ihrer Methodik unterschiedliche Untersuchung ist die landesweite Studie von Stevnsborg et al. in Dänemark (Stevnsborg, et al., 2016). Sie brachte zum Vorschein, dass Menschen mit Migrationshintergrund weit weniger oft demenzbezogene Betreuung erhielten als in Dänemark Geborene. Dies betraf medikamentöse Therapien genauso wie die Pflege, wobei diese Studie nicht näher auf sprachliche und kulturelle Barrieren einging. Eine ähnliche Studie zu Norwegen zog vergleichbare Schlüsse und wies

auf den zusätzlichen Forschungsbedarf im Hinblick auf sprachliche und kulturelle Einflussfaktoren und Barrieren hin (Diaz, et al., 2015).

Erkenntnisse von Daker-White et al. (Daker-White, et al., 2002) aus dem klinischen Bereich belegen, dass die Sprachfähigkeit von größerer Bedeutung ist als die Kultur selbst; das Pflegepersonal soll kulturelle oder sprachliche Kenntnisse haben, um die PatientInnen richtig einzuschätzen. An dieser Stelle kann auch auf die Empfehlungen der Alzheimer's Association zur optimalen Versorgung Demenzkranker hingewiesen werden, wonach auf eine möglichst effektive Kommunikation zwischen Betroffenen und Personal zu achten ist (The Alzheimer's Association, 2009).

Abhängig vom Stadium der Demenz haben verbale und non-verbale Kommunikation ihre Stellenwerte (Gleichweit & Rossa, 2009), wie sich etwa in der Studien von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016) zeigt. Schon 1985 fanden Cummings et al. (Cummings, et al., 1985) heraus, dass die Erhaltung der Fähigkeit zu sprechen eine große Herausforderung sei; bei Betroffenen beginne es mit der zunehmenden Suche nach passenden Worten, gefolgt von Redeflussstörungen und schließlich dem Verlust der Zusammenhänge beim Sprechen.

Im Zeitverlauf reduziert sich die verbale Kommunikation, bleibt aber für zwischenmenschliche Kontakte und die Aktivierung von Emotionen und Erinnerungen der BewohnerInnen von Bedeutung, hier insbesondere in deren Muttersprache. Diesbezügliche Barrieren in der Pflege kann das Personal einigermaßen im non-verbale Bereich mit Mimik und Gestik überwinden; als vorteilhafter jedoch wird beschrieben, wenn selbst bei fortgeschrittener Demenz mehrsprachiges Personal zu einem besseren Pflegeerfolg und damit Gesundheitszustand, mehr Sozialkontakten und gesteigertem Wohlbefinden der BewohnerInnen führt (Rosendahl, et al., 2016). Bereits McMurthray et al. bestätigten, dass im Verlauf einer demenziellen Erkrankung Sprachen – insbesondere Zweit- und Drittsprachen – „verloren“ gehen können, weil sie mit erhöhten kognitiven Anforderungen einhergehen (McMurtray, et al., 2009). Dass die Erhaltung des Redeflusses bei bilingualen Menschen mit Demenz herausfordernd ist, stellten auch schon Hyltenstam und Obler fest (Hyltenstam &

Obler, 1989). Eine Untersuchung aus den USA fand heraus, dass Personen mit Demenz (mäßige kognitive Beeinträchtigung), deren Erstsprache Spanisch war, das Spanische gegenüber dem Englischen bevorzugten; verwendeten sie doch Englisch, dann mischten sich spanische Wörter und Ausdrücke im Sprechen dazu (Mendez, et al., 1999). Hornberger et al. fanden eine Lösung zur Überwindung der Sprachbarriere bei nicht Englisch sprechenden PatientInnen in den USA: Simultan-Fern-Dolmetschen, was die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den PatientInnen sowie deren Zufriedenheit verbessern konnte (Hornberger, et al., 1996). Ein ähnlicher Ansatz war die Zuhilfenahme der moderneren Informationstechnologien zu diesem Zweck (Kurth, et al., 2013).

Die Ergebnisse belegen die Erkenntnis, wie bedeutsam das Einschätzungs- und Einfühlungsvermögen des Pflegepersonals ist, um die Pflegeefordernisse zu erfüllen (Gleichweit & Rossa, 2009). Weitere Vorteile der Kommunikationsmöglichkeit von BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen in ihrer Erstsprache sind ein höheres Sicherheitsgefühl und weniger Ängste (Söderman & Rosendahl, 2016) sowie eine Erleichterung für die Angehörigen, weil diese entlastet werden und mit Sprachkenntnissen meist auch Kenntnisse der Kultur einhergehen (Kong, et al., 2010).

Die Bedeutung der non-verbalen Kommunikation als Teil der Interaktion bestätigt die Studie von Ellis und Astell: Sie ermöglicht es, BewohnerInnen, die sich nicht mehr mithilfe von Sprache ausdrücken können, auf emotionaler Ebene zu erreichen (Ellis & Astell, 2017). Die Theorien zur transkulturellen Pflege lassen sich in dieser Hinsicht bestätigen (vgl. oben, Punkt 1.2.3).

#### **4.1.2 Kulturelle Aspekte**

In nicht (nur) sprachlicher Hinsicht lautet die Erkenntnis, dass sich das Eingehen auf kulturelle Besonderheiten von Personen mit demenziellen Erkrankungen in jedem Fall als der Pflege förderlich erweist. Speisen, Gewohnheiten, Traditionen, Medien – fördert die Pflegeeinrichtung das Erfüllen kulturell bedingter Bedürfnisse ihrer BewohnerInnen, so bringt dies eine Reihe positiver Effekte, wie die Studien von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016), Rosendahl et al. (Rosendahl, et al., 2016), Kiwi et al. (Kiwi, et al., 2017) und Kong et al. (Kong, et

al., 2010) darlegen: Etwa zeigen sie mehr Appetit und dadurch einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, zum Beispiel in der Genesung nach Verletzungen, wenn ihnen die Speisen und Getränke vertraut sind. Medien wie Bücher, Zeitungen, Radio (und Musik im Allgemeinen) und Fernsehen in ihrer Erstsprache sprechen sie besonders auf emotionaler Ebene positiv an, wobei gedruckte Medien eher in Anfangsstadien von Bedeutung sind.

Zusammenfassend werden diese Erkenntnisse durch die Ergebnisse einer Studie von Kirmayer et al. bestätigt, die besagt, dass der kulturelle Hintergrund einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf Krankheitssymptome im Allgemeinen und das Verhalten bei Krankheiten hat; dies kann sich wiederum auf die Diagnose und die Therapie auswirken. Hier ist geschultes Personal von Bedeutung, das die Umstände erkennt und mit ihnen umzugehen weiß (Kirmayer, et al., 2011).

Trotzdem muss das Personal darauf achten, dass es Stereotypisierungen und Verallgemeinerungen vermeidet und sich vergegenwärtigt, dass die BewohnerInnen doch stets auch individuelle Bedürfnisse haben (Sagbakken, et al., 2017).

Je nach Studie und Zielgruppe ergibt sich bei Traditionen und Gewohnheiten ein unterschiedliches Bild. Bei den kulturell einander näher stehenden finnisch- und schwedischsprachigen BewohnerInnen der Studien von Söderman und Rosendahl (Söderman & Rosendahl, 2016) und Rosendahl et al. (Rosendahl, et al., 2016) fallen Ungleichheiten weniger ins Gewicht, wenn auch Wert auf einzelne Traditionen gelegt wird. Eine andere Studie empfiehlt Personen iranischer Herkunft in Schweden hingegen wegen der unterschiedlichen Sichtweisen von Krankheit und in Bezug auf tägliche Gewohnheiten sogar kulturell angepasste Pflegeeinrichtungen (Antelius & Kiwi, 2015). Auf die Vorteile, die eine solche Einrichtung mit sich bringt, geht auch die Untersuchung mit BewohnerInnen koreanischer Herkunft in den USA einher (Kong, et al., 2010). Doch dass ein gemeinsamer kultureller Hintergrund die Kommunikationsmöglichkeiten und das Verständnis füreinander fördert, stellte bereits Heikkilä im Jahr 2007 fest – so können die Beziehungen zwischen dem Pflegepersonal und den BewohnerInnen verstärkt und das Wohlbefinden gesteigert werden (Heikkilä, 2007). Dass kulturell bedingte Unterschiede einen wesentlichen Einfluss auf den Pflegeerfolg haben und die Herkunft zu Benachteiligungen in der Pflege mit erheblichen

Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit führen kann, fand zumindest eine US-amerikanische Studie heraus (Kagawa-Singer, et al., 2010). In Bezug auf Menschen mit Migrationserfahrungen, die noch nicht sehr lange zurückliegen, sehen Zanchetta und Poureslami sprachliche, religiöse und kulturelle Barrieren, die durch interdisziplinäres Arbeiten in der Pflege und Maßnahmen zur Hebung der Gesundheitskompetenz bei der Zielgruppe leichter abgebaut werden können (Zanchetta & Poureslami, 2006). Diese Bedeutung der transkulturellen Kompetenzen in der Pflege sprechen auch Betancourt et al. an, die zunehmend Initiativen zu deren Förderung in den USA identifiziert haben (Betancourt, et al., 2005). Damit die Qualität der Pflege in Gesundheitssystemen von Staaten, in denen die ethnische Vielfalt steigt, auf hohem Niveau bestehen bleibt, ist es notwendig, transkulturelle Kompetenzen der Pflegekräfte auszubauen und durch Weiterbildung und Trainings zu verbessern (Young & Guo, 2016).

#### **4.1.3 Angehörigensicht**

Die Auswertung der vorhandenen Studien brachte zum Ergebnis, dass Angehörige von Personen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund in hohem Ausmaß die häusliche Pflege bevorzugen. Dies geht aus den Studien von Kiwi et al. (Kiwi, et al., 2017), Kong et al. (Kong, et al., 2010) und Antelius und Kiwi (Antelius & Kiwi, 2015) hervor. Wenn die institutionelle Pflege gewählt wird, so legen Angehörige Wert auf Einrichtungen, die sprachlich und kulturell auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen eingehen können (Söderman & Rosendahl, 2016). In einer anderen Studie von Antelius (Antelius & Plejert, 2016), die die Situation von Personen mit Demenz und Herkunft aus dem Nahen Osten beleuchtete, kommt zum Ausdruck, dass Angehörige die Demenz oft nicht als Krankheit und Grund für Pflegebedarf betrachteten. Wenn die häusliche Pflege nicht mehr möglich war, kamen nur kulturell und traditionell angepasste Pflegeeinrichtungen in Frage.

Festzustellen ist, dass Angehörige, wenn sie die Wahl haben, kulturell und sprachlich passende oder angepasste Pflegeheime für BewohnerInnen auswählen, in der Hoffnung, dass sich diese dort wohlfühlen und die Eingewöhnungsphase problemlos verläuft (Kiwi, et al., 2017). Berichtet wird sodann auch von höherer Zufriedenheit der BewohnerInnen und Angehörigen in

solchen Einrichtungen (Rosendahl, et al., 2016), wohingegen sich in kulturell „anderen“ Pflegeeinrichtungen Schwierigkeiten ergeben können, bei denen die Integration in die neue räumliche Umgebung durch sprachliche und kulturelle Barrieren nicht gelingt und dies entsprechend ungünstige Auswirkungen auf das Wohlbefinden, den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand hat (Kong, et al., 2010). Die sprachlichen und kulturellen Aspekte bei älteren Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund können auch laut einer Studie von Tipping und Whiteside weitreichende Auswirkungen haben, insbesondere dann, wenn beispielsweise die eigenen Kinder die Erstsprache der Eltern nicht mehr gelernt haben und dieser Umstand im Verlauf der demenziellen Erkrankung zu Komplikationen, etwa Kommunikationsbarrieren, führt – zusätzlich zu einem oft als zunehmend fremd empfundenen Umfeld in einer Pflegeeinrichtung. Dieses Phänomen, dass die jahrelang verwendete Zweitsprache zunehmend „verlernt“ wird, genannt *language reversion*, bedarf weiterer Forschung (Tipping & Whiteside, 2015).

## 5 Schlussfolgerung und Empfehlung

Aus der vorliegenden Arbeit lässt sich herleiten, dass sprachliche und kulturelle Aspekte mehrerer Barrieren im Alltag von DemenzbewohnerInnen mit Migrationshintergrund in Langzeitpflegeeinrichtungen begünstigen können: Barrieren sprachlicher Art können etwa Missverständnisse bis zu inadäquater Therapie verursachen, zu sozialem Rückzug und zu verschlechtertem Gesundheitszustand und Wohlbefinden führen; kulturell bedingte Barrieren, die mit sprachlichen oft einhergehen, bringen laut den Studien zumindest nicht derart massive Auswirkungen mit sich.

Barrieren können in der Regel durch mehrsprachiges Personal oder etwa annähernd kulturell homogene Wohngemeinschaften gemildert und abgebaut werden, auf diese Art bleiben negative Konsequenzen, wie oben beschrieben, meist aus. Allerdings ist es bedeutend, die Angehörigen mit einzubeziehen, die die Bedürfnisse und Gewohnheiten ihrer Verwandten in der Regel gut kennen. Insbesondere bei demenziellen Erkrankungen stellt es sich als vorteilhaft heraus, die Betroffenen auf einer emotionalen Ebene mit Berücksichtigung ihrer Biografie zu erreichen, um eine gute Betreuung und Pflegeerfolge sicherzustellen. Aktuelle internationale Forschungsergebnisse legen dar, dass sprachlich und kulturell angepasste Langzeitpflegeeinrichtungen die Überwindung von Barrieren begünstigen.

Zur Situation in Österreich liegen leider keine ausreichenden Statistiken vor. Eine Erfassung der Zahl der Personen mit demenziellen Erkrankungen und Migrationshintergrund wäre hilfreich, um den tatsächlichen Bedarf an solcherart ausgestatteten Betreuungseinrichtungen zu ermitteln. Obwohl die Zuwanderung aus anderen Ländern nicht zu vernachlässigen ist, sind Einrichtungen wie etwa in Schweden und in den USA bisher nicht bekannt. Schritte in diese Richtung – in der Forschung wie in der Politik – wären notwendig und begrüßenswert. Ebenso sollte auch in Österreich stärker auf die transkulturelle Kompetenz in der Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals fokussiert werden.

## Anhang: Bewertungsbögen

**Bewertungsbogen nach Sheila Hawker et al.** (Hawker, et al., 2002) – in Verwendung in Kapitel 2.2.

Bewertungschema:

good (4 Punkte), fair (3 Punkte), poor (2 Punkte), very poor (1 Punkt)

<b>Question 1: Abstract and title</b>	
Did they provide a clear description of the study?	
Good	Structured abstract with full information and clear title.
Fair	Abstract with most of the information.
Poor	Inadequate abstract.
Very poor	No abstract.

<b>Question 2: Introduction and aims</b>	
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Good	Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair	Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor	Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.
Very poor	No mention of aims/objectives. No background or literature review.

<b>Question 3: Method and data</b>	
Is the method appropriate and clearly explained?	
Good	Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair	Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor	Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very poor	No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
-----------	---

<b>Question 4: Sampling</b>	
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Good	Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair	Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor	Sampling mentioned but few descriptive details.
Very poor	No details of sample.

<b>Question 5: Data analysis</b>	
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Good	Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair	Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor	Minimal details about analysis.
Very poor	No discussion of analysis.

<b>Question 6: Ethics and bias</b>	
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Good	Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair	Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor	Brief mention of issues.
Very poor	No mention of issues.

**Question 7: Results**

Is there a clear statement of the findings?

Good	Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair	Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor	Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very poor	Findings not mentioned or do not relate to aims.

**Question 8: Transferability or generalizability**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good	Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair	Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor	Minimal description of context/setting.
Very poor	No description of context/setting.

**Question 9: Implications and usefulness**

How important are these findings to policy and practice?

Good	Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair	Two of the above (state what is missing in comments).
Poor	Only one of the above.
Very poor	None of the above.

## Studienbewertungen

Bewertete Studie	(1) Antelius, E. & Kiwi, M., 2015. Frankly, None of Us Know What Dementia Is: Dementia Caregiving Among Iranian Immigrants Living in Sweden.	
Q1	2 (poor)	Leider enthält der Titel unbedeutende Informationen. Ein Abstract ist nicht explizit enthalten, während der Hintergrund zu detailliert beschrieben wird. Ziele, Methoden und Ergebnisse sind gut strukturiert. Zu bemängeln sind die Lesbarkeit des Abstracts (Format) und das Fehlen der Keywords.
Q2	3 (fair)	Es handelt sich um eine sehr umfangreiche Darstellung des Hintergrunds, hier kann der Überblick verloren gehen. Eine genauere Unterteilung wäre hilfreich. Das Forschungsziel ist dargestellt.
Q3	4 (good)	Die Methodenbeschreibung ist zwar umfassend, jedoch nicht explizit als solche betitelt. Das Vorgehen und die Struktur können als sehr gut dargelegt bezeichnet werden.
Q4	3 (fair)	Die Erhebung der Daten wird sehr umfangreich beschrieben, jedoch sind die Zahlen erst später in Ergebnissen ersichtlich. Das Sampling betrifft unterschiedliche Pflegeheime. Die Übersichtlichkeit könnte verbessert werden. (Das Sampling wird im Abstract erwähnt, aber erst in den Ergebnissen behandelt.)
Q5	4 (good)	Die Datenanalyse ist passend erklärt. Eigene Überschriften sorgen für eine ausgezeichnete Übersicht.
Q6	4 (good)	Alle ethischen Aspekte sind gut geschildert und entsprechend berücksichtigt. Unterschiedliche Stellen und das „Ethical Review Board“ haben Genehmigungen erteilt. Die Studie steht im Einklang mit den schwedischen Gesetzen.
Q7	3 (fair)	Die Ergebnisse werden umfassend beschrieben, jedoch könnte die Abgrenzung zu anderen Teilen der Studie deutlicher sein.
Q8	3 (fair)	Die Übersichtlichkeit leidet unter der ausladenden Beschreibung von Setting und Kontext. Limitationen werden am Ende erläutert und begründet.
Q9	3 (fair)	Es wird auf Praxisempfehlungen und weiteren Forschungsbedarf hingewiesen, die Relevanz wird ausreichend begründet. Jedoch ist mangelnde Übersichtlichkeit wiederum ein Kritikpunkt.
Punkte gesamt	29 (81%)	

Bewertete Studie	(2) Kiwi, M., Hyden, L. & Antelius, E., 2017. Deciding upon Transition to Residential Care for Persons Living with Dementia: Why Do Iranian Family Caregivers Living in Sweden Cease Caregiving at Home?	
Q1	4 (good)	Der Titel enthält schon die direkte Forschungsfrage und ist genauso verständlich wie das Abstract, das alle Komponenten strukturiert beschreibt. Die Keywords scheinen zwar erst kurz vor der Einleitung auf, sind aber trotzdem gut sichtbar und stehen im Einklang mit den Zielen und dem Titel.
Q2	4 (good)	Adäquat wird der Hintergrund präsentiert. Die Ziele sind gegen Ende des ersten Kapitels beschrieben. Die Literatur ist ausgewogen zwischen aktuell und etwas älter. Durch diese Einleitung begründen sich Ziele und Forschungsfrage geordnet.
Q3	4 (good)	Während die Methode übersichtlich erklärt wird, wirkt das Kapitel zum Setting sehr umfangreich und enthält zahlreiche Informationen, die eigene Überschriften bekommen könnten. Trotzdem werden die Ziele der Studie erreicht. Die Übersichtstabelle ist eine gute Basis für die folgende Datenerhebung und Datenauswertung.
Q4	4 (good)	Die TeilnehmerInnen wurden nach bestimmten Merkmalen ausgewählt, die in der Tabelle verständlich dargestellt sind. Die Datenerhebung mittels semi-strukturierter Interviews trifft die Erfordernisse sehr gut. Das Sample hat eine passende Größe.
Q5	4 (good)	Die Datenanalyse ist eindeutig und in Schritten beschrieben, die Angaben sind sehr klar.
Q6	4 (good)	Das „Central Ethical Review Board“ erteilte die Genehmigung. Alle TeilnehmerInnen erhielten mündliche und schriftliche Informationen und haben eine schriftliche Zustimmung erteilt.
Q7	4 (good)	Die Ergebnispräsentation überzeugt mit ihrer Gliederung, Struktur und tabellarischen Darstellung. Die Ergebnisse entsprechen dem Forschungsziel und der Forschungsfrage.
Q8	3 (fair)	Das Setting ist sehr umfangreich gefasst. Es wird auch auf andere Kulturen Augenmerk gelegt, ursprünglich lag der Fokus ja auf iranischen Familien. Dies ist in den Limitationen erwähnt.
Q9	4 (good)	Zum Abschluss werden die hauptsächlichen Erkenntnisse geschildert und Empfehlungen zur weiteren Forschung und zur Praxis gegeben.
Punkte gesamt	35 (97%)	

Bewertete Studie	(3) Kong, E., Deatrick, J. & Evans, 2010. The Experiences of Korean Immigrant Caregivers of Non-English-Speaking Older Relatives With Dementia in American Nursing Homes.	
Q1	4 (good)	Wertvolle Informationen zur Studie liefert schon der Titel. Das Abstract gerät etwas kurz, ist aber sehr gut strukturiert und enthält alles Wichtige. Die Keywords werden umfassend angegeben. Studienergebnisse und Schlussfolgerungen sind bereits im Abstract hervorragend zusammengefasst.
Q2	3 (fair)	Der Hintergrund und das Forschungsziel sind gut begründet, könnten aber detaillierter behandelt werden. Die verwendete Literatur ist nicht mehr ganz aktuell, für die damalige Zeit jedoch in Ordnung.
Q3	4 (good)	Der gut strukturierte Methodenteil macht alle Informationen auf den ersten Blick sichtbar. Die Komponenten der Datenerhebung und der Datenauswertung werden klar erläutert.
Q4	4 (good)	Die Vorstellung des Samplings ist ausgezeichnet, der TeilnehmerInnen-Kreis gut definiert. Die Datenerhebung durch Interviews wird sehr gut erklärt, die Stichprobengröße ist passend.
Q5	4 (good)	Die Vorgehensweise bei der Datenanalyse wird trefflich und genau beschrieben, der Stil ist strukturiert und die Begründungen inhaltlich sehr gut.
Q6	4 (good)	Die Studie berücksichtigt alle ethischen Aspekte, besonders die wegen des Themas emotionale Sensibilität der TeilnehmerInnen. Es lag eine Genehmigung durch das „University’s Institutional Review Board“ vor. Auf den Schutz der Anonymität durch die Verwendung von Pseudonymen wird hingewiesen.
Q7	4 (good)	Die Ergebnisse sind in einer übersichtlichen Struktur mit Hauptpunkten und Begründungen vorhanden. Die Resultate werden narrativ, aber sehr verständlich vorgestellt.
Q8	4 (good)	Setting und Kontext sind umfassend und sehr gut strukturiert beschrieben. Die Studie ist mit anderen Studien vergleichbar. Limitationen sind am Ende der Studie erwähnt.
Q9	4 (good)	In der Diskussion wird die Relevanz des Themas sehr verständlich begründet. Es folgen zwei Kapitel mit Empfehlungen für die weitere Forschung und auch für die Praxis. Die bedeutenden Erkenntnisse sind gut erkennbar.
Punkte gesamt	35 (97%)	

Bewertete Studie	(4) Mazaheri, M. et al., 2014. Experiences of dementia in a foreign country: qualitative content analysis of interviews with people with dementia.	
Q1	4 (good)	Titel und Abstract sind klar, die Ziele auf den ersten Blick erkennbar. Es folgt eine übersichtliche Darlegung von Hintergrund, Methoden, Ergebnisse und Schlussfolgerung. Das Setting ist nicht genau definiert; viele der Keywords betreffen das Studiendesign.
Q2	3 (fair)	Der Hintergrund ist deutlich dargelegt, die Ziele sind erkennbar. Die Themenrelevanz ist gut begründet, die Literatur sehr aktuell. Die Einleitung könnte jedoch etwas ausführlicher sein.
Q3	4 (good)	Das Vorgehen wird im Methodenteil eindeutig dargestellt und angemessen beschrieben, alle nötigen Informationen sind auf den ersten Blick sichtbar. Über Datenerhebung und Datenauswertung wird adäquat berichtet.
Q4	4 (good)	Das Sampling bezieht sich auf eine bestimmte kulturelle Gruppe, die dasselbe Setting hat. Das semi-strukturierte Interview wird genau beschrieben.
Q5	4 (good)	Die Datenanalyse wird sehr strukturiert und in Textform vorgestellt. Sie wurde mit den Ergebnissen in Zusammenhang gebracht.
Q6	4 (good)	Die Genehmigung zur Studie hat das „Regional Ethical Review Board“ in Stockholm erteilt. Die TeilnehmerInnen gaben ihre mündliche Zustimmung in Interviews in ihren Sprachen, auch die Familienmitglieder wurden informiert. Alle ethischen Aspekte wurden berücksichtigt.
Q7	4 (good)	Die Ergebnisse sind durch Kapitelüberschriften gegliedert, das trägt zur Übersichtlichkeit bei. Die Schwerpunkte bei der Beantwortung der Forschungsfrage sind so anschaulich herausgearbeitet.
Q8	3 (fair)	Setting und Kontext werden eher allgemein und kurz beschrieben. Limitationen sind am Ende der Studie erläutert. Die Übertragbarkeit könnte umfangreicher und genauer dargelegt werden.
Q9	4 (good)	Schon in der Diskussion und auch zum Abschluss stehen konkrete Empfehlungen. Die Hauptpunkte sind noch einmal zusammengefasst, die Ergebnisse aussagekräftig.
Punkte gesamt	34 (94%)	

Bewertete Studie	(5) Rosendahl, S., Söderman, M. & Mazaheri, M., 2016. Immigrants with dementia in Swedish residential care: An exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff.	
Q1	4 (good)	Titel und Abstract sind aussagekräftig und gut strukturiert, das Forschungsdesign wird schon im Titel erwähnt. Hintergrund, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Keywords werden explizit dargelegt, die Hypothese und die Ziele sind beschrieben.
Q2	3 (fair)	Der Hintergrund-Teil ist adäquat gestaltet, doch zusätzliche Gliederung mit Überschriften würde zur besseren Lesbarkeit beitragen. Die Ziele findet man geordnet am Ende. Zum Veröffentlichungszeitpunkt schon etwas ältere Literatur wurde verwendet.
Q3	4 (good)	Die Methode ist angemessen erklärt, die Datenerhebung wird gut dargestellt. Die Methode wird auch durch die Strukturierung übersichtlich erklärt.
Q4	3 (fair)	Vergleichsweise wurden etwas weniger Pflegepersonen und Familienmitglieder in die Untersuchung einbezogen. Bei der Datenerhebung sind Menschen mit unterschiedlichen Migrationshintergründen berücksichtigt. Das Sampling ist genau beschrieben. Das zum Einsatz kommende semi-strukturierte Interview lässt eine passende Erfahrungsbreite zu.
Q5	4 (good)	Die Datenanalyse wird Schritt für Schritt und strukturiert vorgestellt.
Q6	4 (good)	Ein Ethik-Komitee gab die Genehmigung, die TeilnehmerInnen erhielten gut verständliche Erklärungen und wurden im besten Sinne behandelt. Mündliche und schriftliche Informationen zur Studie waren vorhanden. Die Namen wurden codiert und es wurden Vorkehrungen gegen nicht autorisierten Zugriff und Datenmissbrauch getroffen. Zusätzlich haben die TeilnehmerInnen einen „Informal Consent“ unterschrieben.
Q7	4 (good)	Die Ergebnisse sind in verschiedene Kategorien unterteilt, was zur Übersichtlichkeit optimal beiträgt. Sie sind umfangreich und in Zusammenhang mit den Zielen und der Forschungsfrage dargestellt.
Q8	3 (fair)	Das Setting ist ausführlich beschrieben und begründet. Es bestehen keine Barrieren, die Studie auszuweiten. Limitationen der Samplinggröße und der Umsetzung werden erläutert.
Q9	4 (good)	In der Diskussion wird die Relevanz noch einmal beleuchtet. Die Zusammenfassung weist auf den Bedarf an weiterer Forschung hin.
Punkte gesamt	33 (92%)	

Bewertete Studie	(6) Söderman, M. & Rosendahl, S., 2016. Caring for Ethnic Older People Living with Dementia- Experiences of Nursing Staff.	
Q1	4 (good)	Der Titel ist aussagekräftig, verständlich und im Zusammenhang mit den Zielen und Keywords im sehr gut strukturierten Abstract stimmig. Forschungsdesign und Methode sind erklärt, die Resultate zusammengefasst, so dass alle wichtigen Informationen enthalten sind. Auch der Hintergrund wird klar beschrieben.
Q2	4 (good)	Der Hintergrund zeichnet sich durch Struktur und klare Angaben aus, aktuelle Literatur aus dem Forschungsgebiet wird zitiert. Den Zielen wird ein eigenes Kapitel gewidmet.
Q3	4 (good)	Methoden, Datenerhebung und Auswertung sind geordnet und die eingesetzten Tabellen schaffen einen guten Überblick.
Q4	4 (good)	Die Samplinggröße entspricht den Bestimmungen, die TeilnehmerInnen wurden aus einem Setting rekrutiert. Das zur Datenerhebung angewandte semi-strukturierte Interview erlaubt die Darstellung einer angemessenen Breite an Erfahrungen.
Q5	4 (good)	Die Datenanalyse wurde klar und kurz beschrieben, eine Tabelle sorgt für Übersichtlichkeit.
Q6	4 (good)	Ein Ethik-Komitee gab die Genehmigung, die TeilnehmerInnen erhielten eine gute Erklärung und wurden im besten Sinne behandelt. Über die Studie wurde mündlich und schriftlich informiert. Zur Anonymisierung wurden die Namen codiert. Der Datenschutz hat einen hohen Stellenwert, gegen nicht autorisierten Zugriff und Missbrauch der Daten wurde vorgesorgt.
Q7	4 (good)	Die Ergebnisse sind narrativ dargelegt, wichtige Schwerpunkte zur Beantwortung der Forschungsfrage werden erläutert. Die Studie ist übersichtlich strukturiert und gegliedert.
Q8	4 (good)	Das Setting wurde passend ausgesucht und ist dem Zweck der Studie angemessen. Das Design lässt sich auch in anderen Settings umsetzen. Limitationen und TeilnehmerInnen-Auswahl werden erklärt (gut integrierte Gruppe).
Q9	4 (good)	Am Ende der Studie wird auf weiteren Forschungsbedarf und auf Umsetzung in der Praxis hingewiesen. Die Ergebnisse zeigen, dass weitergehende Untersuchungen sinnvoll wären.
Punkte gesamt	36 (100%)	

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Die drei Ebenen der Einzigartigkeit in der menschlichen Programmierung.....	14
Tabelle 1: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2017-2100 laut Hauptszenario (Auszug).....	8
Tabelle 2: Bevölkerung am 1. Jänner 2018 nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen (Auszug).....	8
Tabelle 3: Suchstrategien in den Datenbanken.....	16
Tabelle 4: Studienbewertung nach Hawker et al. (Hawker, et al., 2002).....	19
Tabelle 5: Studienübersicht Ergebnisteil .....	20

## Literaturverzeichnis

- Antelius, E. & Kiwi, M., 2015. Frankly, None of Us Know What Dementia Is: Dementia Caregiving Among Iranian Immigrants Living in Sweden. *Care Management Journals*, 6, pp. Volume 16, Number 2.
- Antelius, E. & Plejert, C., 2016. Ethnoculturally-profiled care, Dementia caregiving targeted towards Middle Eastern Immigrants living in Sweden. *Anthropology & Aging*, pp. 9-96.
- Betancourt, J. R., R., G. A., Carrillo, J. E. & Park, E. R., 2005. Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. *Health Affairs*, 03, pp. 24(2):499-505.
- Cummings, J. L., Benson, F., Hill, M. A. & Read, S., 1985. Aphasia in dementia of the Alzheimer type. *Neurology*, 03, p. 394–397 .
- Daker-White, G., Beattie, A. M., Gilliard, J. & Means, R., 2002. Minority ethnic groups in dementia care: A review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging & Mental Health*, 06 05, p. 101–108.
- Diaz, E., Kumar, B. & Engedal, K., 2015. Immigrant Patients with Dementia and Memory Impairment in Primary Health Care in Norway: A National Registry Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 19 3, pp. 321-331.
- Dorner, T., Rieder, A. & Stein, V., 2011. *Besser Leben mit Demenz. Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzkranker*. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung, Wiener Gebietskrankenkasse.
- Ellis, M. & Astell, A., 2017. Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction. *Plos One*, 01 08.
- Europäische Union, 2007. *Verordnung (EG) Nr. 862/2007 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Juli 2007 zu Gemeinschaftsstatistiken über Wanderung und internationalen Schutz*. [Online]  
Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=CELEX%3A32007R0862>  
[Zugriff am 16 12 2018].
- Eurostat, 2018. *Migration and migrant population statistics*, Luxembourg: Eurostat.
- Gleichweit, S. & Rossa, M., 2009. *Erster Österreichischer Demenzbericht*, Wien: Wiener Gebietskrankenkasse.
- Hawker, S. et al., 2002. Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically. *Qualitative Health Research* 12(9), pp. 1284-1299.
- Heikkilä, K., 2007. Culturally Congruent Care for Older People: Finnish Care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21 09, p. 354–362.
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P. & Griebler, R., 2014. *Österreichischer Demenz Bericht*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozial Ministerium.
- Hofstede, G., 2001a. *Cultures consequences: Comparing values, behaviors, institutions, organition across nations*, s.l.: Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hofstede, G., 2001b. *Lokales Denken, globales Handeln: Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*, München: C.H. Beck.
- Hornberger, J. et al., 1996. Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. *Medical Care*, 08.

- Hyltenstam, K. & Obler, L. K., 1989. Bilingualism across the lifespan: Aspects of acquisition, maturity, and loss. *Cambridge University Press*, 09 29.
- Kagawa-Singer, M., Dadia, A. V., Yu, M. C. & Surbone, A., 2010. Cancer, culture, and health disparities: time to chart a new course?. *Cancer Journal for Clinicians*, 01, pp. 60(1):12-39.
- Kirmayer, L. J. et al., 2011. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *The Canadian Medical Association Journal*, 06 09, pp. 183 (12) E959-E967.
- Kiwi, M., Hyden, L. & Antelius, E., 2017. Deciding upon Transition to Residential Care for Persons Living with Dementia: Why Do Iranian Family Caregivers Living in Sweden Cease Caregiving at Home. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23 11, pp. 21-42.
- Kong, E., Deatrack, J. & Evans, L., 2010. The Experiences of Korean Immigrant Caregivers of Non-English-Speaking Older Relatives With Dementia in American Nursing Homes. *Sage Journals*, 03, pp. 319-328.
- Kurth, A. E. et al., 2013. Linguistic and Cultural Adaptation of a Computer-Based Counseling Program (CARE+ Spanish) to Support HIV Treatment Adherence and Risk Reduction for People Living With HIV/AIDS: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 13 07.
- Lenthe, U., 2016. *Transkulturelle Pflege, Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren*. Wien: Facultas.
- Mazaheri, M. et al., 2014. Experiences of dementia in a foreign country: qualitative content analysis of interviews with people with dementia. *BMC Public Health*, 04 08, p. 14:794.
- McMurtray, A., Saito, E. & Nakamoto, B., 2009. Language preference and development of dementia among bilingual individuals. *Hawaii Medical Journal*, 10, pp. 223-6.
- Mendez, M. F., Perryman, K. M., Pontón, M. O. & Cummings, J. L., 1999. Bilingualism and dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 03 11, p. 411–412.
- Norton, S. et al., 2014. Potential for primary prevention of Alzheimers disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology*, Issue 13, pp. 788-794.
- Pillwein, K., 2010. *Migration und Gesundheit – Ressourcen im Blick*, Klagenfurt: Erol Yildiz, Georg Spiel.
- Polit, D. & Beck, C., 2012. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th Edition Hrsg. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prince, M. et al., 2015. *World Alzheimer Report 2015, The Global impact of Dementia*, London: Alzheimer's Disease International (ADI).
- Robert-Koch-Institut, 2008. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Schwerpunktbericht Migration und Gesundheit*, Berlin: s.n.
- Rosendahl, S., Söderman, M. & Mazaheri, M., 2016. Immigrants with dementia in Swedish residential care: An exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. *BMC Geriatrics*, 16 01, pp. 1-12.
- Sagbakken, M., Storstein- Spilker, R. & Ingebretsen, R., 2017. Dementia and Migration: Family Care Patterns Merging With Public Care Services. *Sage Journals*, 16 09, pp. 1-14.
- Söderman, M. & Rosendahl, S., 2016. Caring for Ethnic Older People Living with Dementia- Experiences of Nursing Staff. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 10 06.
- Statistik Austria, 2018a. *Migration & Integration*, Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria, 2018b. *Statistiken: Menschen und Gesellschaft. Bevölkerung nach Migrationshintergrund*. [Online]  
Available at: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html)  
[Zugriff am 19 11 2018].

Statistik Austria, 2018c. *Statistiken: Menschen und Gesellschaft. Bevölkerungsstruktur*. [Online]  
Available at: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html)  
[Zugriff am 20 11 2018].

Statistik Austria, 2018d. *Statistiken: Menschen und Gesellschaft. Bevölkerungsprognosen*. [Online]  
Available at: [http://statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html)  
[Zugriff am 22 11 2018].

Stevnsborg, L. et al., 2016. Inequalities in Access to Treatment and Care for Patients with Dementia and Immigrant Background: A Danish Nationwide Study. *Journal of Alzheimer s Disease*, pp. 505-516.

The Alzheimer's Association, 2009. *Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes*, Chicago: The Alzheimer's Association.

Tipping, S. & Whiteside, M., 2015. Language reversion among people with dementia from culturally and linguistically diverse backgrounds: the family experience. *Australian Social Work*, 04, pp. 184-197.

UNECE, 2015. *United Nations Economic Commission for Europe: Recommendations for the 2020 censuses of popution and housing*. [Online]  
Available at: [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/2015/ECECES41\\_EN.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/2015/ECECES41_EN.pdf)  
[Zugriff am 23 10 2018].

UNESCO, 2009. *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: In kulturelle Vielfalt und interkulturellen Dialog investieren*. Bonn: Deutsche UNESCO-Kommission e.V. (DUK).

UNO, 2017. *International Migration Report*, New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

WHO, 2017a. *Dementia*. [Online]  
Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>  
[Zugriff am 25 11 2018].

WHO, 2017b. *Department of Mental Health and Substance Abuse, Global Action plan on the public health response to dementia (2017-2025)*. [Online]  
Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=97127A9F8FD270BF390FD890F450D879?sequence=1>  
[Zugriff am 25 11 2018].

WHO, 2018a. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics ICD-11*. [Online]  
Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>  
[Zugriff am 30 11 2018].

Young, S. & Guo, K. L., 2016. Cultural Diversity Training The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice. *The Health Care Manager*, 04, p. 94–102.

Zanchetta, M. S. & Poureslami, I. M., 2006. Health Literacy Within the Reality of Immigrants' Culture and Language. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 05, pp. 26-30.