



PFLEGESITUATION VON TÜRKEISTÄMMIGEN ÄLTEREN MIGRANTEN UND MIGRANTINNEN IN BERLIN

Abschlussbericht für das ZQP

Charité-Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaft

Dr. Liane Schenk
Verena Krobisch
Dilek Ikiz

Laufzeit:
Februar 2013 – Juni 2014
Status:
Abgeschlossen

Zitation:

Krobisch, V., Ikiz, D., Schenk, L. (2014). Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Endbericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). Online: <https://www.zqp.de/portfolio/studie-pflegesituation-von-migranten/>

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt allen Interviewpartner/-innen unserer Befragung und den Mitarbeiter/-innen der Institutionen, welche die Suche der Befragungsteilnehmer/-innen unterstützten. Sie haben maßgeblich zur Umsetzung der Studie beigetragen. Ebenso bedanken wir uns bei den Interviewer/-innen Kübra Gröl, Cemre Erol, Gabriele Sigg, Fehmi Katar, Ümmühan Örkün, Bey Özcelik, Emine Gündüz, Selcan Demirel für ihre tatkräftige Mitarbeit.

Abstract

Mit der sogenannten ersten Gastarbeitergeneration erreicht in Deutschland derzeit eine ganze Kohorte sukzessive das Rentenalter. Wenngleich das Angebot kultursensibler Pflegeleistungen wächst, ist die statistische Datenlage zur pflegerischen Versorgung türkeistämmiger Migranten zurzeit noch lückenhaft. Anhand einer standardisierten Befragung türkeistämmiger älterer Migranten in Berlin werden ihre Lebenssituation, pflegerische Versorgung und Pflegeeinstellungen untersucht. Im Zuge der Befragung werden auch aus forschungspraktischer Perspektive ein in bevölkerungsrepräsentative Gesundheitssurveys integrierbares Fragebogenmodul und der Zugang zu dieser für Befragungen schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppe getestet und optimiert.

Es wurde eine persönlich-mündliche standardisierte Befragung im Raum Berlin unter 194 überwiegend privatwohnenden türkeistämmigen Migrant/-innen im Alter zwischen 59 und 88 Jahren durchgeführt. Bei der Stichprobengenerierung hat sich das so genannte Netzwerkverfahren bewährt, in dem „Vertrauenspersonen“ aus den sozialen Netzwerken der Zielgruppe wie Mitarbeiter/-innen von Pflegeinstitutionen und Freizeitstätten oder Mitglieder der türkeistämmigen Community den Rekrutierungsprozess unterstützten. Eine theoretisch annähernd repräsentative Stichprobe wurde realisiert, die hinsichtlich Alter und Bildungsstand annähernd denen der Gesamtbevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland entspricht. Ein Viertel der Befragten ist in eine Pflegestufe eingestuft und hat damit Zugang zum institutionellen Versorgungssystem. Nur ein kleiner Teil der Befragten lebt in einer Pflegeeinrichtung, d. h. in einem Pflegeheim oder einer alternativen Wohnform.

Die Befragten schätzen ihre allgemeine Gesundheit negativer als die ältere Gesamtbevölkerung in Deutschland ein und sind häufiger von chronischen Erkrankungen sowie depressiven Verstimmungen betroffen. Vor dem Hintergrund der funktionalen Einschränkungen im Alltag (ADL/ iADL) liegt der Anteil pflegebedürftiger türkeistämmiger Befragter gemäß SGB XI bei knapp einem Viertel. Damit liegt die Pflegequote in der Bevölkerung deutlich über der Pflegequote der hochaltrigen Gesamtbevölkerung. Unter den Befragten zeichnen sich Hinweise für eine Präferenz eines kombinierten häuslichen Versorgungsmodells aus familiärer und professioneller Pflege ab. Um diese Präferenz zu realisieren könnten mit Blick auf die bislang noch geringe Inanspruchnahme institutioneller/ professioneller Pflegeangebote durch ältere Türkeistämmige jedoch noch spezielle Anstrengungen erforderlich sein, um dieses kombinierte Pflegemodell in der türkeistämmigen Bevölkerung zu etablieren. Beispielsweise müsste dazu der Informations- und Wissenstand in dieser Bevölkerungsgruppe verbessert werden.

Hier könnten (türkischsprachige) Hausärzte eine wichtige Funktion einnehmen. Denn sie sind neben sozialen Netzwerken und Fernsehen die wichtigsten Ansprechpartner und Informationsquellen bei gesundheitlichen Problemen. Außerdem sollten sich Beratungsstellen als Kompetenzzentren im Bereich Pflege verstärkt um eine zielgruppenspezifische Informationen und Beratung bemühen. Dabei sollten sie berücksichtigen, dass die Pflegeorientierungen der älteren türkeistämmigen Migrant/-innen eine Tendenz zur Vermeidung von Gedanken an das hohe Alter kennzeichnet, die mit einer geringen Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Vorsorge für das Alter und einer Pflegebedürftigkeit einhergeht.

Abstract

The first cohort of the so-called guest worker generation reaches retirement age. Even though migrants in need of care have access to an increasing range of culture-sensitive care, statistical evidence on the migrants' care provision is weak. This project explores care need and care provision of elderly migrants in Berlin. In addition, a standardized questionnaire module for the assessment of migrants' care provision and sampling strategies for this for surveys difficult to access population are tested and optimized.

A face-to-face standardized survey was performed in Berlin among 194 community dwelling migrants, aged 59 to 88 years. Sampling strategies were based on a network based approach. About 25 percent of the sample is recipient of the long-term care insurance. Only a minority lives in care homes and the like. The majority of the sample has Turkish citizenship and only basic education. The sample's age and education structure is similar to population-representative samples of Turkish migrants.

In comparison to the German population in general, the survey participants evaluate their general health more negative and suffer more frequently from chronic disease and depression. Against the background of limitations in activities of daily living (limitations in ADL/IADL as defined in SGB XI), almost 25 percent of the participants depend on long-term care. Hence, the participants' rate of long-term care dependence exceeds the rate in the general German population significantly. Even though in case of long-term care dependence the participants prefer a combination of family and professional care, their factual professional care utilization is low.

To improve their overall access to the German care system their respective knowledge needs to be improved. For example (Turkish speaking) general practitioners could improve this situation significantly because apart from social networks and TV they are one of the key informants and contact persons for the participants in case of health problems. In addition, social and care counseling agencies should increase their efforts to inform and advise this target group. In doing so they should be aware that there is a tendency in this population to avoid planning and providing for advanced old age and long-term care dependence.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
2	Forschungsstand.....	11
2.1	Charakteristik älterer türkeistämmiger Migrant/-innen: Vom Gastspiel zum Lebensprojekt.....	11
2.2	Datenlage zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen.....	12
2.3	Bisherige Forschungsergebnisse zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen.....	14
2.4	Resümee zum Forschungsstand.....	16
3	Vorgehensweise und Methoden.....	17
3.1	Stichprobe: Auswahl- und Zugangsstrategie.....	18
3.1.1	Netzwerkverfahren zur Teilnehmergeinnung.....	18
3.1.2	Auswahlstrategie.....	21
3.1.3	Anmerkung zum Datenschutz.....	23
3.1.4	Beschreibung der Stichprobe.....	23
3.1	Fragebogenkonstruktion und Auswertungshinweise.....	26
3.2	Methodische Ergebnisse.....	29
3.2.1	Teilnehmerrekrutierung und Stichprobenziehung.....	30
3.2.2	Fragebogen.....	32
4	Inhaltliche Ergebnisse: Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen.....	33
4.1	Pflegebedarf.....	34
4.2	Versorgungssituation.....	38
4.3	Informationssituation.....	41
4.4	Pflegeorientierungen.....	49
5	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	57
	Literatur.....	62
	Onlinequellen.....	65
	ANHANG I: Fragebogen zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migranten und Migrantinnen in Berlin.....	67
	ANHANG II: Empfohlenes Fragebogenmodul.....	103

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Kontaktwege (Teilnehmergewinnung)	21
Tabelle 2: Anteil türkeistämmiger Einwohner/-innen Berlins und Sozialindex 1 nach Bezirken	21
Tabelle 3: Quotenplan	22
Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Befragungsteilnehmer	24
Tabelle 5: Migrations- und integrationsbezogene Merkmale der Befragungsteilnehmer	25
Tabelle 6: Pflegebezogene Merkmale der Befragungsteilnehmer	25
Tabelle 7: Auswertungskonzept Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Netzwerkansatz der Teilnehmergeinnung.....	19
Abbildung 2: Subjektive Einschätzung der Gesundheit (in %).....	35
Abbildung 3: Einschränkungen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben (in %)	37
Abbildung 4: Anteil der Pflegebedürftigen in Privathaushalten mit und ohne Pflegestufe (in%).....	39
Abbildung 5: Anzahl der von Unterstützungspersonen von Personen mit Hilfebedarf (in %)	40
Abbildung 6: Zufriedenheit mit erhaltener Unterstützung (in %)	41
Abbildung 7: Subjektiver Informationsstand (in %)	42
Abbildung 8: Wissensstand zum Pflegesystem (in %).....	43
Abbildung 9: Kenntnis örtlicher Pflege- und Beratungsangebote (in %)	44
Abbildung 10: Nicht-mediale Informationsquellen (in %)	45
Abbildung 11: Mediale Informationsquellen (in %).....	46
Abbildung 12: Schwierigkeiten der Informationssuche (in %)	47
Abbildung 13: Ansprechpartner/-innen bei gesundheitlichen Problemen (in %)	48
Abbildung 14: Häufigkeit des Nachdenkens über das Leben im hohen Alter (in%)	49
Abbildung 15: Anzahl bedachter Möglichkeiten der Vorsorge für das hohe Alter (in %)	50
Abbildung 16: Pflegerwartungen (in %)	52
Abbildung 17: Bereitschaft zur Inanspruchnahme ambulanter Pflege (in %)	53
Abbildung 18: Bereitschaft zur Inanspruchnahme stationärer Pflege (in %)	54
Abbildung 19: Vorstellungen vom Leben im Pflegeheim (in %)	55
Abbildung 20: Merkmale guter professioneller Pflege (in %)	56

1 Einleitung

Vor mehr als 50 Jahren wurde das erste Abkommen zur Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte geschlossen und damit eine neue umfassende Zuwanderung nach Deutschland ausgelöst. Arbeitsmigrant/-innen aus den ehemaligen Anwerbeländern und ihre Familienangehörigen machen heute zahlenmäßig die größte Gruppe der Migrantenpopulation aus. Durchschnittlich 25 Jahre zählt ein Zuwanderer/-in bei seiner Einreise nach Deutschland (Statistisches Bundesamt 2007). Dieses junge Zuzugsalter spiegelt sich in der Altersstruktur der Migrantenpopulation wider. Mit einem Durchschnittsalter von 34,4 Jahren gegenüber 45,3 Jahren sind Personen mit Migrationshintergrund deutlich jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010). Das Wissen darum, dass die Kohorte der ersten so genannten Gastarbeitergeneration sukzessive altert, verknüpfte sich für die Altenhilfe mit der Chance, sich schrittweise auf den wachsenden Bedarf einzustellen (Geiger 1999). Bereits jetzt sieht sich die Altenhilfe mit der aktuellen Herausforderung konfrontiert, migrations- und kultursensible Angebote der ambulanten und stationären Versorgung bereitzustellen. Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund, welcher Prognosen zufolge von derzeit 1,4 Millionen bis zum Jahr 2030 auf 2,8 Millionen steigt, zählt zu der am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppe in Deutschland (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2009; Stand 2008).

Vielfach diskutiert und belegt sind migrationsbedingte und kulturspezifische Zugangsbarrieren zum System der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (Collatz 1999, Razum et al. 2004). Diese betreffen u. a. eine ethnozentristische und mittelschichtorientierte Ausrichtung von Versorgungsangeboten, häufig noch unzureichende interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals, den Mangel an Muttersprachlern und Dolmetschern im Gesundheitssystem sowie Ethnisierungs- und Ausgrenzungsprozesse. Auf Seiten der Migrant/-innen werden nicht ausreichende Deutschkenntnisse, fehlende Informationen über Versorgungsangebote sowie mangelndes Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen thematisiert. Ähnlichen Zugangsbarrieren sieht sich die pflegerische Versorgung gegenüber (Wettich 2007; Okken et al. 2008; Ulusoy und Gräbel 2010; Reinprecht 2011; Zimmermann 2012). Gleichzeitig trägt die Gruppe der älteren Migrant/-innen ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko und verfügt über entsprechend geringere materielle Ressourcen. Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, dass nicht nur Konzepte von Gesundheit und Krankheit kulturell geprägt sind, sondern auch Alterns- und Pflegevorstellungen und diese keineswegs homogen in der Migrantenbevölkerung. Eine Herausforderung wird es sein, den sozialen, kulturellen, religiösen und sprachlichen Besonderheiten von Migrant/-innen Rechnung zu tragen.

Im Mittelpunkt der vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft im Auftrag des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) durchgeführten Pilotstudie stehen ältere türkeistämmige Migrant/-innen, die im Zuge der Gastarbeiteranwerbung oder folgenden Zuwanderungsprozessen, z. B. dem Familiennachzug nach Deutschland migrierten. Die Lebens- und Pflegesituation dieser Migrantenpopulation prägt ihre Migrationserfahrung, Einwanderungsmotive sowie ihr aufenthaltsrechtlicher Status und Aufnahmebedingungen, die sie bei ihrer Einreise vorfanden. Bislang liegen keine wissenschaftlich verallgemeinerbaren Erkenntnisse bezüglich der Einstellungen und Orientierungen zum Thema Alter und Pflege sowie zu ihrer pflegerischen Versorgungslage vor. Da amtliche Pflegestatistiken nicht nach dem Merkmal „Staatsangehörigkeit“ oder „Geburtsland“ differenzieren, können derzeit kaum Aussagen über den Grad der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung sowie über die Inanspruchnahme von Pflegegeld und Pflegestufe getroffen werden. Ebenso wenig liegen statistisch gesicherte Erkenntnisse zu den Vorstellungen vom Altern oder den Gründen einer Nicht-Inanspruchnahme von professionellen Versorgungsangeboten.

Die vorliegende Studie trägt der unzureichenden statistischen Datenlage Rechnung. Mit einer standardisierten persönlichen Befragung von nunmehr 194 türkeistämmigen Migrant/-innen in Berlin wurde die Pflegesituation aus Sicht der älteren türkeistämmigen Migrant/-innen analysiert. Ausgangspunkt der Studie bilden die Ergebnisse einer vom ZQP beauftragten qualitativen Studie zu den Alters- und Pflegeorientierungen türkischer Migrant/-innen und Zuwanderer/-innen aus der ehemaligen Sowjetunion (Schenk et al. 2011), die vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften im Jahr 2010 durchgeführt wurde. Als Pilotstudie werden mit der Untersuchung sowohl inhaltliche als auch methodische Zielsetzungen verfolgt.

Die inhaltliche Analyse leitet die Fragestellung, wie sich die Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migranten aktuell darstellt. Damit sollen erste quantitativ basierte Hinweise für eine bedarfsgerechtere Gestaltung der pflegerischen Versorgung gewonnen werden. Analysiert wird die Pflegesituation entlang der vier Dimensionen Pflegeeinstellungen, Pflegebedarf, Versorgungs- und Informationssituation. Mit Vergleichen nach Geschlecht und Sozialstatus soll darüber hinaus geklärt werden, ob sich innerhalb der älteren türkeistämmigen Migrantenpopulation Zielgruppen differenzierter beschreiben lassen.

Das methodische Erkenntnisinteresse zielt auf die Testung des quantitativen Forschungsdesigns. Im Zentrum des Interesses steht zum einen das in Orientierung an das Konzept der „Sozialen Netzwerkarbeit“ von Yilmaz et al. (2009) entwickelte Netzwerkverfahren als Strategie zur Gewinnung von älteren türkeistämmigen Migrant/-innen als Befragungsteilnehmer. Kern des Netzwerkverfahrens bildet der Einsatz von „Vertrauenspersonen“ aus den sozialen Netzwerken der Zielgruppe, die den Rekrutierungsprozess durch den Abbau von Teilnahmebarrieren, wie z.B. Ängste und Misstrauen gegenüber wissenschaftlichen Studien, unterstützen. Des Weiteren soll im Rahmen der Studie der Fragebogen getestet werden, der sowohl etablierte Erhebungsinstrumente aus der Gesundheitsforschung als auch eigens entwickelte Fragen zu den Pflegeeinstellungen und zur Versorgungssituation beinhaltet. Schließlich soll ein Fragebogenmodul bereitgestellt werden, welches ein Minimalset an zentralen Fragen beinhaltet und für bevölkerungsrepräsentative Studien operationalisiert.

Der Darstellung der inhaltlichen und methodischen Analyseergebnisse sowie der Darlegung des aktuellen Forschungsstandes und des methodischen Vorgehens wird eine kurze Charakteristik der Gruppe älterer türkeistämmiger Migrant/-innen vorangestellt, da deren Pflegesituation nicht losgelöst von den migrationsgeschichtlichen Besonderheiten der jeweiligen Gruppe betrachtet werden können.

2 Forschungsstand

Bevor der Forschungsstand zum speziellen Aspekt der Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen skizziert wird, bildet eine kurze Charakteristik diese Migrantengruppe vorab eine allgemeine Verständnisgrundlage für die folgenden Ausführungen zur Datenlage und zu den bisherigen Forschungsergebnissen.

2.1 Charakteristik älterer türkeistämmiger Migrant/-innen: Vom Gastspiel zum Lebensprojekt¹

Der Begriff *erste Gastarbeitergeneration* dokumentiert mit seinem enthaltenen Widerspruch in fast tragischer Ironie die Typik dieser Gruppe. Infolge des sog. Wirtschaftswunders in der Nachkriegszeit der Bundesrepublik und des damit einhergehenden Arbeitskräftemangels wurden Personen für Tätigkeiten im Industrie- und Dienstleistungssektor gesucht, die für die einheimische Bevölkerung wenig attraktiv waren, da gering entlohnt, kaum prestigeträchtig, mit einfachem Anforderungsprofil und zudem gesundheitsbelastend. 1955 wurde das erste Abkommen zur Anwerbung und Vermittlung von Arbeitskräften mit Italien geschlossen, fünf Jahre später folgten Spanien und Griechenland, 1961 die Türkei. Die Migration war sowohl vom Zuwanderungsland (Rotationsprinzip), als auch seitens der Arbeitsmigranten als eine vorübergehende angelegt. Dieser ursprünglich temporäre Charakter des Migrationsprojektes ohne dauerhafte Bleibeabsicht und -perspektive bestimmte die Lebenssituation der ersten Gastarbeitergeneration, deren Bindung an die Zuwanderungsgesellschaft entsprechend lose war. Die Motivation in der deutschen Gesellschaft Fuß zu fassen und die deutsche Sprache zu lernen war angesichts der baldigen Rückkehr gering. Die niedrig qualifizierten Tätigkeiten erforderten zudem keine oder nur geringe Deutschkenntnisse. Die Gelegenheiten, in privaten Kontakten Deutsch zu sprechen, waren ebenfalls rar, da der überwiegende Teil der angeworbenen Arbeitskräfte in Gemeinschaftsunterkünften lebte, um die Ausgaben für eine Unterbringung möglichst gering zu halten. Auch seitens der Aufnahmegesellschaft gab es kaum Integrationsbemühungen.

Das vordergründige Migrationsziel der als Gastarbeiter ins Land geholten Arbeitskräfte, mit Ersparnissen eine Existenz im Herkunftsland aufzubauen, ließ sich jedoch weder kurz- noch mittelfristig realisieren und die Rückkehr wurde stets erneut verschoben. Der im Jahre 1973 als Reaktion auf die Wirtschaftskrise verhängte Anwerbestopp löste eine Welle der Rückwanderung, aber vor allem auch des Nachzugs von Ehefrauen und Ehemännern sowie bis dahin im Herkunftsland zurückgelassener verbliebener Kinder aus. Familienzusammenführungen und das Aufwachsen nachfolgender Generationen bei gleichzeitigen Entfremdungstendenzen vom Herkunftsland beförderten eine dauerhafte Niederlassung. Aus den Gastarbeitern wurde die erste Gastarbeitergeneration und aus dem Gastspiel ein Generationen übergreifendes Lebensprojekt. Was blieb, war eine starke Rückkehrorientierung: Ihre langfristigen Ziele richtete die erste Gastarbeitergeneration nicht auf das Ziel-, sondern weiterhin auf das Herkunftsland. Befragt nach ihrer Absicht zurückzukehren, bejahten dies laut einer Hamburger Studie 1998 allerdings lediglich 16,9% der mindestens 55-jährigen Ausländer/-innen, aber auch nur 22,6% der Befragten wollten dauerhaft in Deutschland bleiben (Freie und Hansestadt Hamburg 1998). Bevorzugtes Lebensmodell ist es, den Ruhestand teils in Deutschland und teils im Herkunftsland zu verbringen (Dietzel-Papakyriaku 1999). Diese Form der Migration wird auch unter *transnationaler Pendelmigration* gefasst. Im Unterschied zu Einwanderern, die sich mit endgültiger Absicht im Aufnahmeland niederlassen und dieses als neue Heimat erfahren, desgleichen im Unterschied zu Remigranten, für die eine starke Bindung an das Herkunftsland charakteristisch ist und denen die alte auch die neue Heimat ist, treffen Transmigranten keine Entscheidung zuungunsten des einen oder des anderen Landes. Transmigranten bewegen sich in einem transnationalen sozialen Raum zwischen verschiedenen Heimaten und prägen eine transnationale Identität aus, in welcher im positiven Falle der doppelte Ortsbezug nicht als Widerspruch, sondern als Ergänzung erlebt wird, aus dem *Entweder-Oder* entwickelt sich ein *Sowohl-als-auch* (Krumme 2004). Im negativ erlebten Falle ist das Herkunftsland fremd geworden genauso wie das Aufnahmeland

¹ Schenk 2008: 160-161.

fremd geblieben ist. Es dominiert ein Gefühl der Heimatlosigkeit und Zerrissenheit (*Weder-noch*). In diesem Zusammenhang wird auch *Nostalgie*, die Sehnsucht nach der Heimat, thematisiert (Morone 2007). Heimweh ist dabei nicht auf das Herkunftsland beschränkt, zur Heimat wird das jeweils andere Land, welches gerade nicht den Lebensmittelpunkt bildet. Das Charakteristische der nostalgischen Reaktion ist, dass das Leben von der Gegenwart und von der Zukunft in die Vergangenheit verlagert wird. Das Pendeln als permanente Lebenssituation entbindet letztlich von Entscheidungszwängen und ermöglicht die Vorzüge beider Länder zu nutzen, etwa die bessere gesundheitliche Versorgung in Deutschland und die geringeren Lebenshaltungskosten, eine muttersprachliche Umgebung und der Kontakt zur Familie im Herkunftsland.

Das temporär geplante Migrationsprojekt und die daran geknüpfte Rückkehrillusion sowie die Zuweisung un- und angelernter Tätigkeiten in prekären Beschäftigungsverhältnissen prägen entscheidend die Rahmenbedingungen für die soziale und auch gesundheitliche Situation der ersten Gastarbeitergeneration.

Die Erkenntnislage zu älteren Migrant/-innen in Deutschland hat sich in den letzten Jahren insgesamt zwar verbessert, wird jedoch immer noch als gering eingeschätzt (vgl. z.B. Zimmermann 2010; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012; Kohls 2012; Strumpen 2012). Ein zentraler Grund für den geringen gesicherten Kenntnisstand ist die unzureichende statistische Datenlage. Verfügbare gesundheits- und pflegerelevante Datenquellen beinhalten meist keine migrationsspezifischen Merkmale. Fundierte Analysen zur pflegerischen Versorgung der deutschen Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Allgemeinen und zu einzelnen Migrantengruppen sind damit nicht möglich. Erkenntnisbeiträge leisten zurzeit vor allem wissenschaftliche Studien, deren Generalisierbarkeit u. a. wegen qualitativer Forschungsdesigns oder verzerrter Stichproben jedoch oftmals eingeschränkt ist. Außerdem widmen sich nur wenige quantitative Studien explizit dem Thema Pflege türkeistämmiger Migranten. Häufig wird es als Nebenaspekt eines weitergefassten Erkenntnisinteresses, z. B. den Generationenbeziehungen, behandelt. Der Forschungsstand zeichnet somit ein stark fragmentiertes Bild der Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migranten, das in weiten Teilen ungesicherten Ergebnissen basiert. Die vorliegende Pilotstudie trägt dem Forschungsstand Rechnung, indem ein Fragebogen-Modul entwickelt wird, welches in bevölkerungsbezogenen Studien Einsatz finden kann. Darüber hinaus liefert es erste Hinweise zur pflegerischen Versorgungssituation dieser Zielgruppe.

2.2 Datenlage zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen

Amtliche Datenquellen wie die *Pflegestatistik* des *Statistischen Bundesamts* beinhalten in der Regel keine migrationsspezifischen Informationen (Habermann et al. 2009). Eine Ausnahme bildet die bevölkerungsrepräsentative Studie des *Bundesministeriums für Gesundheit* „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, die Daten zu pflegebedürftigen Personen mit und ohne Migrationshintergrund in Privathaushalten, ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen beinhaltet (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Da die Studie jedoch nicht nach Herkunftsland oder Staatsangehörigkeit differenziert, können keine Aussagen zu einzelnen Migrantengruppen getroffen werden. Als weitere amtliche Datenquelle kommt der *Mikrozensus* des *Statistischen Bundesamts* in Betracht, der seit 2005 migrations- und integrationsbezogene Merkmale der Bevölkerung und Informationen zur Lebenssituation erhebt, die für die Beschreibung der Pflegesituation von Interesse sind (z. B. Haushaltsstruktur, Lebensform oder Lebensunterhalt). Auf Grundlage der dazu verfügbaren Publikationen (z. B. Statistisches Bundesamt 2012) können jedoch keine Aussagen zur älteren Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund getroffen werden, da die entsprechenden Merkmale entweder nur differenziert nach Herkunftsland oder nach Alter dargestellt werden. Explizit pflegebezogene Merkmale wie z. B. ein Einkommen aus der Pflegeversicherung oder die Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen erhebt der Mikrozensus derzeit nicht.

Derzeit tragen vor allem Studien mit regionalem Bezug Erkenntnisse zur Pflegesituation älterer Migrant/-innen in Deutschland bei, die verschiedene Aspekte der Nachfrage- als auch Angebotsseite pflegerischer Versorgung in den Blick nehmen (z. B. Okken et al. 2008; Lotze und Hübner 2008; Landeshauptstadt Wiesbaden 2009; Prätor 2009; Schenk et al. 2011; Barg et al. 2013).

Bevölkerungsrepräsentative Studien basieren oftmals auf Auswertungen sozialwissenschaftlicher Datenquellen wie der *Generations und Gender Surveys (GGG)*, der *Deutsche Alterssurvey (DEAS)*, das *Sozio-ökonomische Panel (SOEP)* oder das *Beziehungs- und Familienpanel (pairfam)* (z.B. Hubert et al. 2009; Baykara-Krumme 2012). Jedoch ist die Aussagekraft der Ergebnisse häufig durch geringe Fallzahlen oder aufgrund von Zugangs- und Erhebungsproblemen verzerrter Stichproben eingeschränkt (Zeman 2005; Kohls 2012).

Qualitative Studien, die türkeistämmige Migrant/-innen in den Blick nehmen, befassen sich vorwiegend mit den Vorstellungen vom Alter und Altern sowie von einer pflegerischen Versorgung und daran geknüpften Erwartungen. In einer der ersten Studien führte *Baklan (1988)* Interviews mit türkischen Arbeitsmigrant/-innen zu deren Erwartungen an die Altersgestaltung und Einstellungen zur Freizeit im Alter. Damit bietet die Studie einen Rückblick in die Zeit der erwerbstätigen türkischen Arbeitsmigrant/-innen aus der ersten Generation und verdeutlicht – in Kontrastierung mit aktuellen Studien – den Wandel der Alterseinstellungen dieser Migrantengruppe. *Seibel-Erdt und Söhret (1999)* analysierten im Rahmen ihrer Diplomarbeit anhand der Ergebnisse von problemzentrierten Interviews die Lebenssituation und die subjektive Sichtweise älterer Türk/-innen der ersten Migrantengeneration *Wettich (2007)* befasste sich in ihrer Untersuchung schwerpunktmäßig mit dem Wandel der kulturellen Altersbilder türkischer Migranten in Deutschland, wofür sie bereits vorhandene empirische Studien durch themenzentrierte Leitfadeninterviews mit drei älteren und nicht erwerbstätigen türkischen Migrantinnen erweiterte. *Prätor (2009)* befragte in Hamburg mehrheitlich türkische Migrant/-innen der ersten, zweiten und dritten Generation zu deren Vorstellungen vom Leben und einer Versorgung im Alter und ergänzte ihre Ergebnisse mit Informationen aus anderen Quellen zu Aspekten wie dem sozioökonomischen Status oder der Entwicklung des Altenpflegesystems. In Berlin führten *Schenk et al. 2011* eine qualitative Studie zu den Vorstellungen vom Alter und von Einstellungen zur (stationären) Pflege unter anderem von türkeistämmigen Personen der ersten und zweiten Zuwanderergeneration durch. *Strumpen (2012)* untersuchte anhand problemzentrierter Interviews Unterstützungs- und Pflegeerwartungen von türkeistämmigen Pendelmigrant/-innen. *Läsker und Yortanli (2012)* behandeln mittels Experteninterviews mit leitendem Personal und Sozialarbeitern von zwei stationären Pflegeeinrichtungen Themen wie den Bedarf von und Nachfrage nach stationärer Pflege durch die Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Zielgruppenzugang, Zugangsbarrieren, kultursensible Pflege und Informationsangebote.

Quantitative Beiträge zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen basieren oftmals auf der Auswertung sozialwissenschaftlicher Datenquellen. Daneben sind nur wenige quantitative Untersuchungen mit eigens erhobenen bzw. anderer Datenquellen verfügbar. Die Arbeiten decken gesundheitliche Themen sowie unterschiedliche Aspekte der Pflegesituation ab. *Hubert et al. (2009)* vergleichen anhand von Daten des GGS die objektiven und subjektiven Lebenslagendimensionen und das psychophysische Wohlbefinden der türkischen Migrant/-innen im Alter (ab 50 in Jahre) mit denen der deutschen Bevölkerung. *Baykara-Krumme* (und Kollegen) untersuchte(n) anhand von Daten des SOEP, DEAS, pairfam und GGS die Generationenbeziehungen der türkeistämmigen Bevölkerung und die sozialen Einbindung der Älteren (siehe z.B. Krumme 2007; Baykara-Krumme et al. 2011; Baykara-Krumme 2012) im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. *Zeman (2005)* kombiniert für seine Expertise im Auftrag des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) „Ältere Migranten in Deutschland“ Daten der Ausländerstichprobe der zweiten Welle des DEAS mit den Ergebnissen regionaler Studien und praxisbasierter Erfahrungen. Die Expertise beinhaltet auch Ergebnisse für die Gruppe älterer türkischer Staatsangehöriger zu Generationenbeziehungen, familiäre Unterstützung oder Versorgungsmängel bei Pflegebedürftigkeit. *Okken et al. (2008)* stellen erstmals epidemiologische Daten über Umfang, Art und Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit der türkischen Migrant/-innen ab 60 Jahren im Vergleich zur hauptsächlich deutschen Vergleichsgruppe bereit. Dafür stellte der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen Westfalen-Lippe die Daten aus Pflegegutachten von den Jahren 2001 bis 2005 zur Verfügung.

Darüber hinaus existiert eine Reihe von Studien, die weder auf einem rein qualitativen oder quantitativen Ansatz basieren oder sich vorwiegend auf Sekundäranalysen stützen. *Mölbart (2005)* erstellte anhand eines gemischten Methodenansatzes (qualitativ und quantitativ) einen ethnologischen Beitrag zur Lebenssituati-

on, den kulturellen Identitäten, den Altersbildern und zum Alterserleben der türkischen Migrant/-innen von 17 bis 72 Jahren. Zur Analyse der religiösen Hintergründe von Altersbildern türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland bezieht *Zimmermann (2012)* verschiedene sozialwissenschaftliche Datenquellen wie den GGS und DEAS zusammenfassende statistische Berichte und Studien sowie eine Reihe qualitativer sozial- und kulturwissenschaftliche Studien ein. Zwei Berichte der Forschungsabteilung des *BAMF* bereiten verfügbare Daten und Forschungsergebnisse zu älteren Migrant/-innen und deren pflegerischen Versorgung auf. *Kohls (2012)* befasst sich mit den Erkrankungs- und Pflegerisiken von Migrant/-innen, Zugangsbarrieren im Bereich der Pflege, dem Ausmaß der aktuellen und künftigen Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Pflegeangeboten. Zur Abschätzung des Umfangs pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund und Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund stellt Kohls eigene Analysen an. *Schimany et al. (2012)* geben einen detaillierten Überblick zu zentralen Aspekten der Lebenssituation älterer Migrant/-innen wie die Ruhestandssituation und Alterssicherung, Gesundheitssituation, Generationenbeziehungen, Remigration und Verbleib sowie auf Pendelmigration und Ruhesitzwanderungen. Beide Berichte enthalten teilweise spezielle Informationen zur Gruppe türkeistämmiger Älterer.

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick, welche Erkenntnisse zur Pflegesituation älterer Türkeistämmiger Migranten der bestehende Forschungsstand bereitstellt. Auf der Grundlage wird unter Berücksichtigung der aktuellen Datenlage der Forschungsbedarf und das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit konkretisiert.

2.3 Bisherige Forschungsergebnisse zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen

Bestehende Forschungsergebnisse liefern erste Anhaltspunkte zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen in Deutschland. Im Wesentlichen wird die Pflegesituation der einstigen Gastarbeiter durch ihren Alternsprozess in Deutschland, ihre kulturelle Prägung und durch das Migrationsprojekt selbst beeinflusst (Schenk 2008). Bei Zuwanderer/-innen der ersten Gastarbeitergeneration aus der Türkei schlägt sich deren oftmals prekäre Beschäftigungssituation in Deutschland in einem überproportional hohen Armutsrisiko nieder (Schopf und Naegele 2005; Özcan und Seifert 2006; Becker und Hauser 2004; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005). Die Befunde zur gesundheitlichen Lage der Migrantpopulation in Deutschland belegen gleichzeitig höhere Krankheitsrisiken für ältere türkeistämmige Migrant/-innen aufgrund körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz (z.B. Kohleabbau) sowie schwierigen Einkommens- und Wohnverhältnissen (Dietzel-Papakyriaku und Olbermann 2005; Korporal und Dangel 2006; Özcan und Seifert 2006; Schenk 2008; Razum et al. 2008; Wengler 2013). Vor dem Hintergrund scheint mit einem erhöhten Pflegebedarf dieser Bevölkerungsgruppe zu rechnen zu sein, wobei noch keine zuverlässigen Schätzungen zum Pflegebedarf türkeistämmiger Migrant/-innen vorliegen (Reinprecht 2011).

Daneben etablieren fortbestehende Rückkehrorientierungen und faktische Niederlassung in Deutschland die transnationale Pendelmigration zwischen Herkunfts- und Zuwanderungsland als ein bevorzugtes Lebensmodell älterer türkeistämmiger Migrant/-innen (Dietzel-Papakyriaku 1999; Krumme 2004). Das Leben an beiden Orten führt zu einer transnationalen Orientierung, in deren Rahmen die Migrant/-innen einen spezifischen „Wohlfahrtsmix“ konzipieren, der sowohl Elemente des Herkunfts- als auch des Aufnahmekontextes enthält. Während in den Vorstellungen der Älteren nach eine altersbedingte Pflege idealerweise im tradierten Pflegemodell, d.h. durch Familienangehörige, in der Türkei erbracht werden soll, bevorzugen sie zur Deckung von krankheitsbedingten Versorgungsbedarf das deutsche Gesundheitssystem (Strumpfen 2012). Dem Wunsch nach familiärer Pflege in der Türkei steht jedoch die Verwurzelung der Kinder in Deutschland gegenüber, zu denen sie den Kontakt im Alter aufrechterhalten möchten, sowie die vergleichsweise größere

soziale und gesundheitliche Sicherheit in Deutschland² gegenüber (Krumme 2004; Wettich 2007). Welches Lebensmodell mit abnehmender Mobilität im Alter oder Eintritt des Pflegefalls greifen soll, ist für viele Pendler/-innen vorab schwer zu beantworten und wird daher häufig verdrängt (Krumme 2004). Derzeit scheint jedoch noch die Präferenz zu bestehen, den Lebensmittelpunkt im Krankheits- und Pflegefall nach Deutschland zu verlagern (Prätor 2009; Strumpen 2012). Somit spricht vieles dafür, dass mit den transnationalen Pendler/-innen als Zielgruppe pflegerischer Versorgung in Deutschland zu rechnen ist. Inwieweit eine angemessene pflegerische Versorgung dieser Zielgruppe gewährleistet werden kann, wird mitunter durch ihre Alterns- und Pflegevorstellungen bestimmt.

Im Allgemeinen scheinen die Alternsvorstellungen älterer türkeistämmiger Migrant/-innen durch eine Tendenz gekennzeichnet zu sein, Gedanken an eine Gestaltung der Altersphase und eine mögliche Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Neben unentschiedener Rückkehrambitionen schöpft sich diese „Vermeidungstendenz“ aus einer fatalistischen Einstellung der ersten türkeistämmigen Gastarbeitergeneration, die ein entlastendes Moment bei der Vorstellung von einer prekären Lebensphase „Alter“ darstellt. Das Alter tritt in der Wahrnehmung vergleichsweise frühzeitig ein und unterliegt dabei stark negativen Zuschreibungen wie Krankheit, Siechtum, Unselbständigkeit, Abhängigkeit und dem Angewiesensein auf andere Personen, Langeweile oder Einsamkeit und ist eng mit dem Eintritt des Todes verknüpft (Schenk et al. 2011; Reinprecht 2011; Weintritt 2012). Aufgrund dieser Vermeidungstendenz ist davon auszugehen, dass ältere Türkeistämmige auf eine frühzeitige Planung und Gestaltung der Alternsphase und einer pflegerischen Versorgung eher „verzichten“ (Schenk et al. 2011). Ein reaktiver Umgang mit den Themen Alter und Pflegebedürftigkeit birgt das Risiko einer unzureichenden bzw. unangemessenen Versorgung im Pflegefall – etwa, wenn nicht rechtzeitig Versorgungsstrukturen, z.B. innerhalb der Familie oder durch die Wahl geeigneter professioneller Pflegeleistungen, geschaffen werden, die den Erwartungen und Bedürfnissen der Älteren entsprechen.

Jenseits der fatalistischen Einstellungen stellt die Literatur erste Ergebnisse zu den Pflegevorstellungen türkeistämmiger Migrant/-innen bereit. Hinsichtlich der Versorgungserwartungen an die Familie ergeben sich unterschiedliche Standpunkte: Einerseits wird die stereotype Vorstellung des Zusammenlebens der Generationen und damit die Auffassung in Frage gestellt, dass die Versorgung der älteren Generation durch ihre Nachkommen als erstrebenswert angesehen und von den Älteren auch so erwartet wird (Weintritt 2012). Andererseits wird die Versorgung älterer Menschen durch die Familie weiterhin als verbreitete Idealvorstellung angesehen, bei der eine professionelle Pflege überhaupt erst denkbar wird, wenn keine Angehörigen für die Pflege zur Verfügung stehen (Strumpen 2012; Kohls 2012). Demnach erwarten ältere Migrant/-innen wie auch Deutsche vor allem von ihren nahestehenden Angehörigen, ihren Partner/-innen und Kindern Unterstützung und Hilfe (Razum et al. 2008). Tatsächlich wird die Familienorientierung in der türkeistämmigen Bevölkerung als sehr stark eingeschätzt, wobei sich die Beziehungsqualität kaum von der in Familien ohne Migrationshintergrund unterscheiden (Baykara-Krumme et al. 2011; Zimmermann 2012). Bezüglich der Präferenz für familiäre Pflege sind die bisherigen Forschungsergebnisse also uneindeutig, was womöglich durch unterschiedliche Versorgungserwartungen in der türkeistämmigen Bevölkerung zu erklären ist. Darin könnte sich ein Einfluss des konkret vorhandenen familiären Unterstützungspotenzials niederschlagen.

So wird im Zusammenhang mit dem familiären Unterstützungspotenzial ein intergenerationaler Konflikt antizipiert: Dem prinzipiellen Wunsch nach einer familiären Pflege steht auf Seiten der Kinder eine sinkende Pflegebereitschaft bzw. geringere Möglichkeiten zur Pflege der Eltern gegenüber (Seibel-Erdt und Söhret 1999). Als wichtiger Grund für das abnehmende Potenzial familiärer Pflege gelten die Angleichung der familiären und generativen Beziehungen in Migrantenfamilien an die Verhältnisse von Familien ohne Migrationshintergrund (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2009). Dieser „Konflikt“ scheint zu unterschiedlichen Versorgungserwartungen zu führen. So ist für einen Teil der türkeistämmigen Älteren

² Rechtliche bzw. sozialpolitische Regelungen in Deutschland fördern das Modell der Pendelmigration. So erlöschen bei dauerhafter Rückkehr in das Herkunftsland die Aufenthaltserlaubnis, der Zugang zum Gesundheitssystem und der Pflegeversicherungsschutz.

aufgrund der großen Familiensolidarität die Versorgung durch Angehörige nicht ausgeschlossen. Ein anderer Teil wünscht sich professionelle Pflege – auch weil sie den Kindern nicht zur Last fallen möchten (Wettich 2007; Zimmermann 2012).

Dort, wo familiäre Unterstützungsstrukturen erodieren, gewinnen professionelle und insbesondere kultursensible und gruppenspezifische Pflegeangebote an Bedeutung. Studien weisen auf eine Entwicklung hin zu pragmatischeren Einstellungen bezüglich außerfamiliärer und professioneller Altenhilfe hin. Demnach zeigen sich türkeistämmige Migrant/-innen insbesondere gegenüber ambulanten Hilfsdiensten aufgeschlossen (Prätor 2009; Zimmermann 2012). Dies scheint sich auch in einer zunehmenden Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen zu zeigen, wofür sich erste Anhaltspunkte in einer regional begrenzten Studie finden (Lotze und Hübner 2008). Im Gegensatz zur ambulanten Pflege wird die stationäre Pflege von Türkeistämmigen wie auch von Älteren ohne Migrationshintergrund aufgrund der Trennung von der Familie oder der Angst vor Entmündigung und Vereinsamung größtenteils abgelehnt. (Zimmermann 2010). Trotz der Tendenz einer zunehmenden Inanspruchnahme von professionellen Pflegeangeboten von Türkeistämmigen, wird diese jedoch insgesamt als eher noch gering eingeschätzt (Okken et al. 2008; Lotze und Hübner 2008; Glodny und Razum 2008). Familiäre Pflege ist daher bei Türkeistämmigen häufiger anzutreffen als bei der deutschen Vergleichsgruppe, wobei sie – auch in der deutschen Bevölkerung – häufiger von den Töchtern als den Söhnen erbracht wird (vgl. Zimmermann 2010).

Gründe für die geringe Inanspruchnahme professioneller Pflege wie auch für Gesundheitsmaßnahmen lassen sich auf Seiten der Zuwanderer/-innen und auf Seiten des Versorgungssystems verorten. Älteren Türkeistämmigen wird ein geringes bzw. unsicheres Wissen über professionelle Pflegeangebote und das Versorgungssystem zugeschrieben, das auf fehlende Deutschkenntnisse und ein unzureichendes zielgruppenorientiertes Beratungs- und Informationsangebot zurückgeführt wird (Ulusoy und Gräbel 2010; Wettich 2007; Okken et al. 2008; Zimmermann 2012; Bermejo et al. 2012). Da die älteren Migrant/-innen weder in ihrem Herkunftsland auf Erfahrungen mit einem vergleichbar organisiertem Pflegesystem noch im Zuwanderungsland auf die Erfahrungen vorangehender Generationen zurückgreifen können, ist außerdem der informelle Wissenserwerb in sozialen Netzwerken erschwert (Schenk et al. 2011; Läscher und Yortanli 2012). Darüber hinaus stehen soziale, kulturelle und sprachliche Barrieren einer Nutzung von Versorgungsangeboten entgegen. So gehen etwa türkeistämmige Migrant/-innen häufig davon aus, die Fachkräfte im Gesundheitssystem verfügten über zu wenig Wissen über die türkische Kultur (Bermejo et al. 2012) oder ziehen aufgrund ihrer häufig schwachen sozio-ökonomischen Lage Pflegegeldzahlungen professionellen Leistungen vor (Okken et al. 2008). Neben dem geringen Wissen und Barrieren der Inanspruchnahme aus Sicht der Migrant/-innen wird ein unzureichendes Angebot spezieller, bedarfsorientierter Pflegeangebote für Migrant/-innen, als Grund für die noch geringe Inanspruchnahme von Pflegeangeboten angeführt, wobei auch hier inzwischen positive Entwicklungen zu verzeichnen sind (Okken et al. 2008: 406; Robert Koch Institut 2008; Prätor 2009; Ulusoy und Gräbel 2010; Bundesministerium für Gesundheit 2011; Dietzel-Papakyriakou 2012). Schließlich stufen die Krankenkassen türkische Antragsteller/-innen häufiger als Deutsche als nicht pflegebedürftig oder in niedrigere Pflegestufen ein (Zimmermann 2012), was als Hinweis auf einen geringeren Zugang zum institutionellen Pflegesystem gewertet werden kann.

2.4 Resümee zum Forschungsstand

Der Forschungsstand zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen lässt sich zusammenfassend durch eine eher ungesicherte Erkenntnislage charakterisieren, die auf einen Mangel quantitativer und insbesondere bevölkerungsrepräsentativer Forschungsergebnisse zurückzuführen ist. Mit dem Pflegebedarf, der Versorgungs- und Informationssituation sowie den Pflegeorientierungen ergeben sich aus dem Forschungsstand vier Dimensionen der Pflegesituation, zu denen im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie erste quantitative Ergebnisse gewonnen werden sollen.

Eine erste Dimension der Pflegesituation türkeistämmiger Migrant/-innen bildet der *Pflegebedarf*. Für eine angemessene Versorgungsplanung ist die Abschätzung des Pflegebedarfs von zentraler Bedeutung. Im Forschungsstand finden sich zahlreiche Ergebnisse, die einen schlechteren Gesundheitsstatus älterer Türkeistämmiger postulieren und aus denen sich ein erhöhter Pflegebedarf ableitet. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird dieser These nachgegangen und überprüft, inwieweit der zu entwickelnde Fragebogen diesen abzubilden vermag.

Neben dem Pflegebedarf ergibt sich die aktuelle *Versorgungslage* als zweite relevante Dimension der Pflegesituation der älteren Türkeistämmigen. Die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass bei der pflegerischen Versorgung der Türkeistämmigen derzeit familiäre Pflege eine große, professionelle Pflege dagegen eine eher untergeordnete Rolle spielt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit auf soziale Ressourcen innerhalb des erweiterten Familienkreises zurückgegriffen werden kann. In der vorliegenden Studie sollen zentrale Aspekte, die die Versorgungslage der Zielpopulation charakterisieren, identifiziert und operationalisiert sowie erste Ergebnisse zur aktuellen Versorgungssituation generiert werden.

Als dritte Dimension der Pflegesituation lässt sich die *Informationssituation* der älteren türkeistämmigen Migrant/-innen identifizieren. Sie steht im Kontext der Frage, aus welchen Gründen professionelle Pflegeleistungen ungenutzt bleiben? In der Literatur werden fehlende Kenntnisse im Bereich Gesundheit und Pflege als eine zentrale Erklärung für die geringe Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen angeführt. Die Informationssituation könnte damit einen möglichen Ansatzpunkt für eine Förderung der Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote darstellen. Daher soll auch der Frage nachgegangen werden, wie sich ein möglicher unzureichender Informationsstand erklären lässt.

Die *Pflegeorientierungen* bilden die vierte zu untersuchende Dimension der Pflegesituation. Der Forschungsstand weist mit den fatalistischen Einstellungen auf eine Vermeidungstendenz bezüglich der Auseinandersetzung und Planung der Altersphase- und Vorsorge für eine Pflegebedürftigkeit hin, die auch den geringen Informationsstand und die geringe Inanspruchnahme professioneller Pflege erklären könnte. Versorgungserwartungen richten sich laut Forschungsstand eher an die Familie, wobei es auch eine Offenheit vor allem für ambulante professionelle Pflege zu geben scheint. Bislang fehlen hierzu quantifizierende Aussagen gänzlich. Anhand von Pflegeerwartungen und -einstellungen kann einerseits die aktuelle Versorgungslage erklärt und andererseits können Schlüsse für eine adäquate Angebotsgestaltung gezogen werden.

Inhaltliches Ziel der vorliegenden Pilotstudie ist es also, erste quantitativ basierte Erkenntnisse zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen hinsichtlich der vier Dimensionen Pflegebedarf, Versorgungssituation, Informationssituation und Pflegeorientierungen zu gewinnen. Damit sollen erste Hinweise für die bedarfsgerechte Gestaltung der pflegerischen Versorgung dieser Zielgruppe erzielt sowie eine methodische Grundlage für bevölkerungsrepräsentative Untersuchung geschaffen werden.

3 Vorgehensweise und Methoden

Die vorliegende quantitative Untersuchung ist als Querschnittsstudie angelegt, die mittels standardisierter Befragung in Berlin umgesetzt wurde. Als Pilotstudie liegt ihr sowohl ein inhaltliches als auch ein methodisches Erkenntnisinteresse zugrunde. Ihr Forschungsdesign dient nicht nur der Datengewinnung, um die Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen zu analysieren, sondern auch als Untersuchungsgegenstand. Damit verbunden ist das Interesse, die Methode – Zugang und Erhebungsinstrument – hinsichtlich ihrer Angemessenheit zur Einbindung und Befragung der Zielgruppe zu prüfen und Optimierungsmöglichkeiten zu ermitteln. Die Teilnehmer/-innen und die (nicht-repräsentative) Stichprobe wurden anhand eines so genannten „Netzwerkverfahrens“ gewonnen. Zur Erhebung der Daten kam ein Fragebogen zum Einsatz, der sowohl bestehende Erhebungsinstrumente, insbesondere zur Erhebung des Gesundheitsstatus, und innovative Bestandteile zum Themenkomplex „Pflege“ kombiniert. Mittels Eingabe- und Plausibilitätstests sowie Missing-Analysen erfolgte die Kontrolle der Daten.

Aufgrund des relativ geringen Stichprobenumfangs von insgesamt 196 Personen werden die Daten anhand deskriptiver Verteilungs- und Zusammenhangsanalysen ausgewertet. Zusätzliche Erkenntnisse zur methodischen Fragestellung und zur Auswertung der Daten lieferte ein „Interviewer-Workshops“, der im Anschluss an die Datenerhebung stattfand und die Erfahrung der Interviewer bezüglich der Teilnehmergeewinnung und Anwendung des Fragebogens thematisierte.

3.1 Stichprobe: Auswahl- und Zugangsstrategie

Die Stichprobenauswahl erfolgte durch einen kombinierten Ansatz aus Netzwerkverfahren, Schneeballverfahren und Quotenauswahl. Das Konzept der „Sozialen Netzwerkarbeit“ von Yilmaz et al. (2009) bildete die Hauptzugangs- und Rekrutierungsstrategie, in deren Rahmen mit Unterstützung von „Vertrauenspersonen“ aus den sozialen Netzwerken der Teilnehmer/-innen bzw. mit Nähe zur türkeistämmigen Community erste Befragungsteilnehmer/-innen gewonnen (Netzwerkverfahren), und über die weitere Interviewpartner/-innen akquiriert werden konnten (Schneeballverfahren). Die Zusammensetzung der über das Netzwerk- und Schneeballverfahren realisierten Stichprobe wurde anhand der Merkmale Geschlecht, Alter und Bildungsstand kontrolliert (Quotenauswahl), um eine Annäherung an die realen Verhältnisse der Erhebungsgrundgesamtheit zu erreichen.

3.1.1 Netzwerkverfahren zur Teilnehmergeewinnung

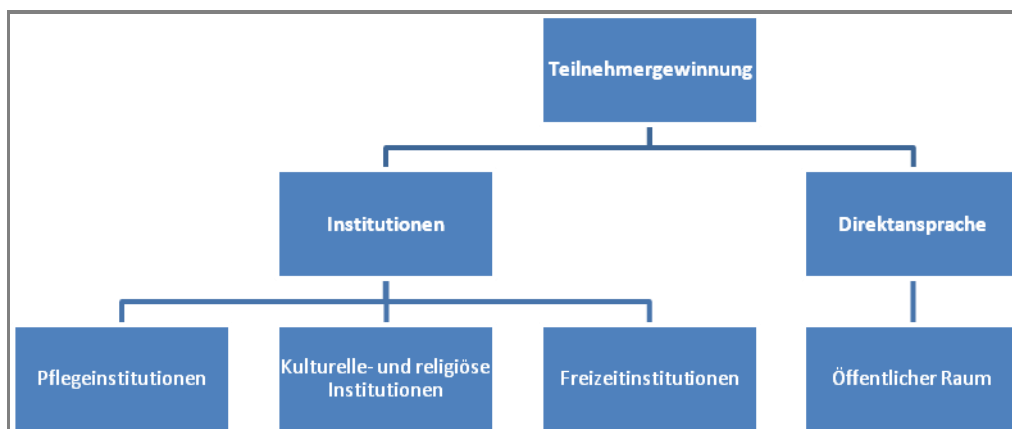
Das Verfahren zur Gewinnung der Befragungsteilnehmer/-innen und die Ziehung der Stichprobe orientiert sich an dem Konzept der „Sozialen Netzwerkarbeit“ von Yilmaz et al. (2009). Der Ansatz trägt der Besonderheit Rechnung, dass ältere türkeistämmige Migrant/-innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine verhältnismäßig schwer zugängliche Zielgruppe wissenschaftlicher Untersuchungen darstellen. Zum einen werden der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zum Teil große Vorbehalte und Misstrauen gegenüber den Hintergründen und Intentionen von Studien und damit einhergehend vergleichsweise geringe Beteiligungsraten zugeschrieben (Razum et al. 2004; Schenk et al. 2007), was auch in der vorliegenden Studie zu beobachten war. Zudem gehen vor allem pflegespezifische Studien mit besonderen Herausforderungen einher, da das Thema Pflege von vielen türkischen Migrant/-innen als Familienangelegenheit erachtet und in der Regel nicht nach außen getragen wird (Yilmaz et al. 2009). Zur Rekrutierung älterer türkeistämmiger Migrant/-innen haben sich daher Vertrauen bildende Verfahren wie das Konzept der „Sozialen Netzwerkarbeit“ bewährt.

Das Konzept der „Sozialen Netzwerkarbeit“ sieht vor, Personen aus dem sozialen Umfeld der potenziellen Befragungsteilnehmer (Vertrauenspersonen) als Bezugs- und Vermittlungspersonen in den Rekrutierungsprozess einzubinden. Ihre Funktion ist es, das Interesse- und Vertrauen potenzieller Teilnehmer für die Studie zu gewinnen und Informationen zu verbreiten. Zentrale Bedeutung kommt Personen aus der türkeistämmigen Community zu. Aufgrund der kulturellen Nähe und sprachlichen Kompetenzen können sie sprachliche und kulturelle Barrieren abbauen und somit in besonderer Weise als „Brückenbauer“ wirken (Yilmaz et al. 2009). Dem Verfahren liegt ein weiter gefasstes Verständnis von sozialen Netzwerken zugrunde. Neben persönlichen Beziehungen zu Familienmitgliedern, Verwandten oder Freunden, werden auch Beziehungen zu anderen „Entitäten“ wie Personen, Organisationen und anderen Netzwerken mit ebenfalls beliebigen „Inhalten“ wie Information, arbeitsteilige Prozesse, Sympathie berücksichtigt (Yilmaz et al. 2009). In der vorliegenden Studie fungierten zwei Personengruppen als Vertrauenspersonen, die sich hinsichtlich der Zusammensetzung der Stichprobe sinnvoll ergänzen: 1) Mitarbeiter oder Vertreter von Institutionen, die in den sozialen Netzwerken der potenziellen Teilnehmer/-innen verankert sind und 2) die bilingualen Interviewer/-innen der Haupterhebung.

Der Zugang über Institutionen eignete sich besonders, da Institutionen einerseits aufgrund ihrer öffentlichen Präsenz relativ einfach identifizierbar und kontaktierbar sind. Andererseits existieren inzwischen zahlreiche Vereine, Initiativen und Clubs sowie religiöse und kulturelle Einrichtungen, die der Begegnung von Senior/-innen mit Migrationshintergrund dienen (Prätor 2009). Mit der Einbindung unterschiedlicher Arten von Insti-

tutionen war das Ziel verbunden, innerhalb der Bevölkerung älterer türkeistämmiger Migrant/-innen, unterschiedliche Subgruppen zu erreichen: Personen in Privathaushalten mit und ohne formal anerkannte Pflegebedürftigkeit wurden über religiöse und kulturelle Institutionen (z.B. Moscheevereine und Kulturzentren) und den Freizeitbereich (z.B. Nachbarschaftstreffs oder Seniorenstätten) einbezogen. Gleichzeitig wurde damit auch eine Varianz hinsichtlich eher säkularer und religiöser Orientierungen angestrebt. Mit Hilfe von pflegerischen Organisationen wie Pflegediensten und -einrichtungen wurden zudem Personen erreicht, die bereits in das Pflegesystem integriert sind. In der Regel erfolgte eine Vorabinformation der Institutionen per E-Mail, mit denen die Interviewer/-innen nach positiver Rückmeldung zur Einladung der Befragungsteilnehmer/-innen und Umsetzung der Interviews kooperierten. Dem Einsatz der Interviewer/-innen als Vertrauenspersonen liegt die Erfahrung zugrunde, dass bilinguale Interviewer/-innen bei der Gewinnung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund für wissenschaftliche Studien oftmals erfolgreicher sind als rein deutschsprachige Interviewer/-innen (Baykara-Krumme 2010). Zusätzlich zur Akquise über Institutionen luden die Interviewer/-innen potenzielle Teilnehmer/-innen über Direktansprachen im öffentlichen Raum ein, z.B. in Herrencafés, Parks oder in der Nachbarschaft. Auf diese Weise sollte einer Stichprobenverzerrung zugunsten typischerweise in Institutionen vertretenen Personen entgegengewirkt werden. Abbildung 1 gibt einen systematischen Überblick über das angewendete Netzwerkverfahren. Die Einladung und Information der Teilnehmer/-innen erfolgte über persönliche Ansprache und mit Hilfe einer Projektinformation, der über den Hintergrund und die Ziele der Studie sowie die datenschutzrechtlichen Regelungen in türkischer und deutscher Sprache informierte. Im Falle einer Einwilligung zur Teilnahme fand das Interview in der Regel direkt im Anschluss statt. Allerdings wurde vor allem bei der Befragung von Personen, die durch eine Pflegeeinrichtung betreut werden, oftmals ein gesonderter Termin für das Interview anberaumt.

Abbildung 1: Netzwerkansatz der Teilnehmergeinnung



Quelle: Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin

Wie

Tabelle 1: Verteilung der Kontaktwege (Teilnehmergewinnung) zeigt, wurden etwa zwei Drittel der Befragungsteilnehmer/-innen über Institutionen und ein Drittel über Direktansprache durch die Interviewer/-innen im öffentlichen Raum gewonnen. Innerhalb der Akquise über Institutionen konnten die meisten Teilnehmer/-innen mit Unterstützung kultureller und religiöser Einrichtungen eingebunden werden (31,6%), gefolgt von Freizeitinstitutionen (22,3%) und Pflegeinstitutionen (14,6%).

Tabelle 1: Verteilung der Kontaktwege (Teilnehmergewinnung)

Kontaktweg	Anzahl	In Prozent
Institutionen	132	67,2%
Pflegeinstitution	28	14,6%
Freizeitinstitutionen	43	22,3%
Kulturelle und religiöse Einrichtungen	61	31,6%
Direktansprache	61	31,6%
Gesamt	193³	100,0%

Quelle: Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin

3.1.2 Auswahlstrategie

Die Zielgruppe und Erhebungsgrundgesamtheit der Studie stellen alle Einwohner/-innen Berlins im Alter von 60 Jahren oder mehr dar, die in der Türkei geboren sind. Laut Einwohnerregister des Statistikamts Berlin-Brandenburg lag der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund und Herkunftsland Türkei an der Gesamtbevölkerung Berlins am 30. Juni 2012 bei 5,14% (176 774 Personen). Befragt werden konnten grundsätzlich türkeistämmige Einwohner/-innen aus allen Berliner Bezirken. Allerdings konzentrierte sich die Datenerhebung auf die vier Erhebungsbezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg. Die Bezirke wurden mit Blick auf einen relativen hohen Anteil älterer türkeistämmiger Einwohner/-innen und sozialräumlichen Aspekten ausgewählt (vgl. Tabelle 2). Demnach weist Neukölln mit 11,8% den höchsten Anteil auf, gefolgt von Mitte mit 11,4%, Friedrichshain-Kreuzberg mit 11,0% und Tempelhof-Schöneberg mit 6,8%. Der größte Anteil älterer Türkeistämmiger (55 Jahre und älter) lebt in Friedrichshain-Kreuzberg bzw. in Mitte (je 3,0%); in Neukölln liegt der Anteil bei 2,9% und in Tempelhof-Schöneberg nur bei 1,9% der Gesamtbevölkerung. Letzterer Bezirk wurde als Erhebungsgebiet mit einbezogen, um eine gewisse Varianz hinsichtlich des Sozialstatus der Befragungsteilnehmer/-innen zu erzielen. Gemäß dem Sozialstrukturatlas 2008 kennzeichnet die Bevölkerung des Bezirks Tempelhof-Schöneberg eine vergleichsweise gute sozioökonomische Lage. Während Tempelhof-Schöneberg beim Sozialindex I⁴ Rang 5 von insgesamt 12 belegt, rangieren die anderen drei Bezirke auf den unteren Rängen 10 (Friedrichshain-Kreuzberg), 11 (Neukölln) und 12 (Mitte)⁵.

Tabelle 2: Anteil türkeistämmiger Einwohner/-innen Berlins und Sozialindex 1 nach Bezirken

Bezirk	MHT ⁶ in % (2012)	MHT ≥ 55 Jahre ⁷ in % (2012/ 2013) ⁸	Sozialindex 1/ Rang (2008)
--------	------------------------------	--	----------------------------

³ 1 System Missing.

⁴ Der Sozialindex I spiegelt die verfestigte Struktur der sozialen Betroffenheit in den Berliner Bezirken wider. Prägend sind hierbei Indikatoren des Sozialstatus (Arbeitslosigkeit nach SGB II, Bezug von staatlichen Transferzahlungen). Darüber hinaus beinhaltet der Index Indikatoren des Gesundheitszustandes, die im Zusammenhang mit der sozialen Lage stehen (Senatsverwaltung Berlin 2008).

⁵ Aktuelle Daten des Sozialstrukturatlas 2013 zeichnen ein etwas anderes Bild von den sozioökonomischen Verhältnisse in den vier Bezirken als im Erhebungsjahr 2013: Während Tempelhof-Schöneberg (Rang 5) weiterhin die geringste soziale Beeinträchtigung der vier Bezirke aufweist, ging sie insbesondere in Friedrichshain-Kreuzberg (Rang 8), aber auch in Mitte (Rang 11) zurück. In Neukölln (Rang 12) scheinen sich die sozioökonomischen Verhältnisse im Vergleich zu den anderen Bezirken etwas verschärft zu haben (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2014).

⁶ Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Herkunftsland Türkei an der Gesamtbevölkerung des Bezirks.

⁷ Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Herkunftsland Türkei 55 Jahre und älter an der Gesamtbevölkerung des Bezirks.

Friedrichshain-Kreuzberg	11,00%	3,00%	10
Mitte	11,44%	2,99%	12
Neukölln	11,75%	2,85%	11
Tempelhof-Schöneberg	6,76%	1,87%	5
Pankow	0,45%	nicht verfügbar	4
Charlottenburg-Wilmersdorf	3,84%	nicht verfügbar	2
Spandau	5,53%	nicht verfügbar	8
Steglitz-Zeelenndorf	2,27%	nicht verfügbar	1
Treptow-Köpenick	0,67%	nicht verfügbar	3
Marzahn-Hellersdorf	0,28%	nicht verfügbar	9
Lichtenberg	0,44%	nicht verfügbar	7
Reinickendorf	5,53%	nicht verfügbar	6

Quelle: Statistikamt Berlin-Brandenburg 2012 (eigene Berechnungen); Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin 2008; Anmerkung: MHT= Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Herkunftsland Türkei

Die Steuerung der Auswahl der Befragungsteilnehmer/-innen erfolgte anhand theoretisch relevanter Merkmale wie Alter, Geschlecht und höchster Bildungsabschluss. Dies sind die gängigen sozialen Merkmale zur Charakterisierung einer Zielgruppe resp. Stichprobe, welche einen Vergleich mit der Erhebungsgrundgesamtheit ermöglichen. Zur Einschätzung der theorieorientierten Repräsentativität der Stichprobe wurde die Auswahl also in Orientierung an bevölkerungsrepräsentativen Quoten gesteuert. Als Quoten für die Merkmale Alter und Geschlecht dienten Daten des Statistikamts Berlin-Brandenburg⁸. Der höchste Bildungsabschluss wurde anhand von Daten des Mikrozensus 2002 quotiert, die aus einer Sonderauswertung von Özcan und Seifert (2006) stammen (vgl. Tabelle 3). Anhand der Quoten wurde die jeweilige Anzahl von Befragungsteilnehmern/-innen errechnet, die mit der Stichprobe realisiert werden sollten. Erreichung der Grundlage der Berechnung bildete die ursprünglich angestrebte Gesamtfallzahl von 150 Teilnehmern/-innen.

Tabelle 3: Quotenplan

	Anzahl	In Prozent
Gesamt	150	100,0
Alter		
59-64 Jahre	40	26,9
65-74	80	53,3
75-84	30	19,8
85 und älter		keine
Geschlecht		
Männlich	101	65,9
Weiblich	49	34,1

⁸ Der Berechnung liegen Daten der Gesamtbevölkerung in den Erhebungsbezirken aus dem Jahr 2012 und Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Herkunftsland Türkei 55 Jahre oder älter aus dem Jahr 2013 zugrunde (Sonderabfrage beim Statistikamt Berlin-Brandenburg).

⁹ Grundlage bilden alle melderechtlich registrierten Einwohner mit türkischem Migrationshintergrund im Alter von 55 Jahren oder mehr in den vier Hauptehebungsbezirken.

Höchster Berufsabschluss		
Un- oder angelernt	130	86,5
Ausbildung, Lehre, Meister/ Techniker	17	11,5
Hochschule, Universität	3	1,9

Quelle: Statistikamt Berlin-Brandenburg 2013 (eigene Berechnung), Özcan und Seifert 2006

3.1.3 Anmerkung zum Datenschutz

Die Studie wurde vom behördlichen Datenschutzbeauftragten der Charité Universitätsmedizin Berlin positiv votiert. Bei der Durchführung der Studie wurde unmissverständlich darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Interviews sowie die Beantwortung der einzelnen Fragen freiwillig sind. Alle Interviewpartner/-innen wurden vor der Durchführung der Interviews durch Informationsschreiben und mündliche Ankündigungen über Hintergrund, Durchführung und Ziele sowie datenschutzrechtliche Belange informiert. Versichert wurde weiterhin, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten/Angaben in anonymer Form und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet, verarbeitet und die Studienergebnisse in einer Form veröffentlicht werden, die keinen Rückschluss auf die jeweilige Person zulassen. Die Durchführung der Interviews setzte eine eindeutige mündliche Zustimmung der Betroffenen voraus.

3.1.4 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe der Studie umfasst 196 türkeistämmige Personen. Zwei Fälle wurden aufgrund eines zu geringen Alters der Befragten aus der Analyse ausgeschlossen. Somit setzt sich das Analysesample aus 194 Personen zusammen. Zur Beschreibung der Stichprobe werden soziodemographische, migrations- und integrationsbezogene und pflegebezogene Merkmale herangezogen. Ein Vergleich der Verteilung der Merkmale Alter, Geschlecht und höchster Bildungsabschluss mit der jeweiligen Verteilung in der Grund- bzw. Erhebungsgesamtheit ermöglicht eine Einschätzung zur (theorieorientierten) Repräsentativität der Stichprobe, d.h. inwieweit die Stichprobe hinsichtlich der Verteilung dieser Merkmale von der Grundgesamtheit der älteren türkeistämmigen Bevölkerung abweicht und damit ein Bias vorliegt.

Soziodemographische Merkmale (vgl. Tabelle 4)

Die Altersspanne der Stichprobe liegt bei 59 bis 88 Jahren, das Durchschnittsalter bei 68 Jahren. Ein Vergleich der Altersverteilung der Stichprobe mit Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg aus dem Jahr 2013 zeigt die tendenzielle Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich des Merkmals Alter. Zwar ist die jüngste Altersklasse (59-64 Jahre) über- und die höheren Altersklassen in der Stichprobe unterrepräsentiert, doch entsprechen die grundlegenden Verhältnisse der Altersverteilungen sowohl in der Stichprobe als auch in den vier Erhebungsbezirken einander. So machen die 65 bis 74 Jährigen den größten Anteil an der Bevölkerung 59 Jahre und älter aus, gefolgt von den 59 bis 64 Jährigen und den 75 bis 84 Jährigen. Für die Altersklasse 85 Jahre und älter sind keine Daten verfügbar.

Die Stichprobe setzt sich zu 51,5% aus männlichen und 48,5% weiblichen Befragungsteilnehmern zusammen. Die Geschlechterrelationen weichen damit zwar von den realen Verhältnissen in den vier Haupterhebungsbezirken ab, in denen 65,9% Männer und 34,1% Frauen im Alter 55 Jahren oder älter leben. Allerdings wurde ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt, um eine Voraussetzung für aussagekräftige geschlechtsspezifische Analysen zu schaffen.

Gemessen am höchsten Berufsabschluss verfügen die Befragungsteilnehmer/-innen mehrheitlich über ein geringes Bildungsniveau: 81,4% sind un- oder angelernt (niedriger Berufsabschluss), 11,9% schlossen eine Ausbildung, Lehre oder Meister ab (mittlerer Berufsabschluss) und nur 6,7% verfügen über einen Hochschul- oder Universitätsabschluss (hoher Berufsabschluss). Im Vergleich zu Mikrozensusdaten aus dem Jahr 2002 (Özcan und Seifert 2006) repräsentiert die Stichprobe annähernd das tatsächliche Bildungsniveau der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund. Demnach verfügen 86,5% über einen geringen, 11,5 % über

einen mittleren und 1,9% über einen hohen Berufsabschluss. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass sich die Vergleichsdaten auf türkische Staatsangehörige im Alter von 65 Jahren oder mehr und nicht auf Personen mit türkischem Migrationshintergrund beziehen.

Die meisten Befragungsteilnehmer/-innen (78,6%) weisen einen Rentenstatus auf. Nur 21,4% sind noch nicht in Rente, d.h. sie sind entweder noch erwerbstätig, arbeitssuchend oder Hausfrau bzw. Hausmann.

Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Befragungsteilnehmer/-innen

Merkmale	Stichprobe		Vergleichsdaten
	Anzahl	In Prozent	In Prozent ¹⁰
Alter			
59-64 Jahre	74	38,3	26,9
65-74 Jahre	87	45,1	53,3
75-84	29	15,0	19,8
85 und älter	3	1,6	keine
Gesamt	193	100,0	
Geschlecht			
Männlich	100	51,5	65,9
Weiblich	94	48,5	34,1
Gesamt	194	100,0	100,0
Höchster Berufsabschluss			
Un- oder angelernt	158	81,4	86,5
Ausbildung, Lehre, Meister/ Techniker	23	11,9	11,5
Hochschule, Universität	13	6,7	1,9
Gesamt	194	100,0	100,0
Erwerbsstatus			
In Rente	147	78,6	keine
Nicht in Rente	40	21,4	keine
Gesamt	187	100,0	

Quellen: Statistikamt Berlin-Brandenburg 2013 (eigene Berechnung), Özcan und Seifert 2006

Migrations- und integrationsbezogene Merkmale (vgl. Tabelle 5)

Von den insgesamt 194 Befragungsteilnehmer/-innen sind 193 Personen in der Türkei geboren. Eine Person gab an, in einem anderen Land als der Türkei oder Deutschland geboren zu sein. Aufgrund ihrer Kenntnisse der türkischen Sprache wird sie jedoch in die Auswertung einbezogen.

Die Mehrheit der Befragungsteilnehmer/-innen 76,4% wanderte vor dem Anwerbestopp 1973, d.h. im Rahmen der Gastarbeiterzuwanderung, nach Deutschland zu.¹¹ 23,6% kamen nach dem Anwerbestopp nach Deutschland und damit über einen anderen Zuwanderungsweg - wie dem Familiennachzug oder humanitä-

¹⁰ Die Anteile beziehen sich auf die Bevölkerung mit türkeistämmigen Migrationshintergrund 59 Jahre und mehr in den vier Erhebungsbezirken.

¹¹ Zuzugsjahre zwischen 1956 und 1973. Zwei Personen sind bereits 1956 eingereist, d.h. vor Abschluss des Anwerbeabkommens zwischen Deutschland und der Türkei im Jahr 1961.

rer Zuwanderung.¹² Der Großteil der Stichprobe setzte sich demnach aus Zuwanderern der ersten Gastarbeitergeneration zusammen. Sie beinhaltet aber auch Personen, die unter anderen Bedingungen zuwanderten und deren Migrationserfahrung und persönlichen Voraussetzungen somit zumindest teilweise andere Voraussetzungen für die Altersphase mitbringen.

Der Großteil der Befragungsteilnehmer/-innen verfügt mit 68,6% über die türkische Staatsangehörigkeit; 24,7% haben die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen 5,7% haben eine doppelte Staatsbürgerschaft und 1% eine andere¹³ oder keine. Als Integrationsindikator weist der große Anteil türkischer Staatsbürger auf einen eher geringen Integrationsstand der Befragungsteilnehmer/-innen hin. Auch die subjektive Einschätzung zu den Deutschkenntnissen deutet darauf hin. Gut ein Drittel (34,9%) gab an, über geringe und fast die Hälfte (47,4%) über mittelmäßige Deutschkenntnisse zu verfügen. Nur 17,7% schätzten ihre Deutschkenntnisse als gut ein.

Tabelle 5: Migrations- und integrationsbezogene Merkmale der Befragungsteilnehmer/-innen

Merkmale	Anzahl	In Prozent
Zuwanderungsweg		
Gastarbeiterzuwanderung (bis 1973)	146	76,4
Anderer Zuwanderungsweg (ab 1974)	45	23,6
Gesamt	191	100,0
Staatsangehörigkeit		
Türkische	133	68,6
Deutsche	48	24,7
Doppelte	11	5,7
Andere/ Keine	2	1,0
Gesamt	194	100,0
Deutschkenntnisse		
Gut	34	17,7
Mittelmäßig	91	47,4
Gering	67	34,9
Gesamt	192	100,0

Quelle: Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin

Pflegebezogene Merkmale (vgl. Tabelle 6)

Mit 19,8% verfügt nur ein kleiner Anteil der Befragungsteilnehmer/-innen über eine Pflegestufe, 76,5% gaben an, in keine Pflegestufe eingruppiert zu sein, 3,2% wussten nicht, ob sie eine Pflegestufe haben. Die differenzierte Betrachtung der interviewten Personen nach Pflegestufen, ergibt folgendes Bild: Der überwiegende Teil der Befragten gehört der Pflegestufe 1 (43,2%) an. Lediglich 13,6% der befragten Personen sind der Pflegestufe 2 oder 3 zugeordnet und nur 2,3% erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz. Als auffällig erweist sich, dass 18,2% der Befragungsteilnehmer/-innen keine

¹² Zwischen 1974 und 2009.

¹³ Dabei handelt es sich um die Person mit einem anderen Geburtsland als die Türkei oder Deutschland.

Kenntnisse darüber besitzen, ob sie in eine Pflegestufe eingruppiert sind und bilden damit in der Rangfolge die zweitstärkste Gruppe. Der Großteil der Befragungsteilnehmer/-innen (92,8%) lebt in einem eigenen Haushalt und nur ein kleiner Anteil von 7,2% in einer Pflegeeinrichtung, d.h. in einem Pflegeheim oder einer alternativen Wohnform wie einer Senioren-WG. Weitere pflegerelevante Ergebnisse werden in Abschnitt 0 dargestellt.

Tabelle 6: Pflegebezogene Merkmale der Befragungsteilnehmer/-innen

Merkmale	Anzahl	In Prozent
Pflegestufe		
Ja	37	19,8
Nein	143	76,5
Keine Angabe/ weiß nicht	7	3,7
Gesamt	187	100,0
Pflegestufe 0/ Betreuungsgeld	1	2,3
Pflegestufe 1	19	43,2
Pflegestufe 2	6	13,6
Pflegestufe 3	6	13,6
Keine Angabe	4	9,1
Weiß nicht	8	18,2
Gesamt	44	100,0
Wohnform		
Privathaushalt	180	92,8
Pflegeeinrichtung	14	7,2
Gesamt	194	100,0

Quelle: Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin

3.1 Fragebogenkonstruktion und Auswertungshinweise

Der Fragebogen (vgl. ANHANG I) setzt sich aus insgesamt sieben Themenblöcken zusammen, welche die verschiedenen relevanten Dimensionen der Pflegesituation operationalisieren. Dabei kamen mit der *Geriatrische Depressionsskala (GDS)* von Sheikh und Yesavage (1986) und der Einsamkeitsskala von De Jong et al. (2006) etablierte Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Außerdem wurden mit Zustimmung der verantwortlichen Institutionen relevante Fragen aus den Fragebögen *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)*, dem *Generations and Gender Survey (GGS)*, dem *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* sowie dem Fragebogen des Alterssurveys 2012 der Stadt Stuttgart *Älterwerden in Stuttgart – Generation 50Plus* entlehnt (vgl. RKI 2008; Naderi et al. 2012; SHARE 2013; Landeshauptstadt Stuttgart 2013). Der Fragebogen wurde in deutscher Sprache erstellt und anschließend ins Türkische übersetzt. Nach Durchführung des Pretests¹⁴ und Anpassung der Frageformulierungen, erfolgte zur Prüfung der Übersetzungsqualität eine Rückübersetzung der türkischsprachigen Version ins Deutsche.

¹⁴ Erläuterungen zum Pretest und zu den Ergebnissen finden sich in Abschnitt 3.2.

Demographische Angaben und der sozioökonomische Status der Befragten werden durch zwei Themenblöcke erhoben. Sie enthalten Fragen zu sozioökonomischen Merkmalen (z.B. Geschlecht, Alter und Bildungsstand, subjektive Einkommenssituation, Religionszugehörigkeit) sowie migrations- und integrationsbezogenen Merkmale (z.B. Geburtsland, Zuzugsjahr, Staatsangehörigkeit und subjektive Deutschkenntnisse). Die Fragen zum Migrationsstatus orientieren sich an dem Mindestindikatorenset zur Erfassung des Migrationsstatus nach Schenk et al. (2008). Der Themenkomplex „Demographische Angaben und der sozioökonomischen Status“ wurde aufgeteilt, u. a. um mögliche Negativeffekte bestimmter Fragen auf die Auskunftsbereitschaft zu Beginn der Befragung zu vermeiden. Fragen zum Einkommen und zur Religiosität können von Befragungsteilnehmern als zu persönlich oder unangemessen wahrgenommen werden, weshalb sie an das Ende des Fragebogens gestellt wurden.

Der Themenblock Wohnen und Haushalt beinhaltet Fragen zur Wohnsituation und Haushaltszusammensetzung der Befragten. Von Bedeutung ist hier vor allem das Merkmal „Wohnform“, durch das sich die Stichprobe im Rahmen der Analyse nach Personen in Privathaushalten und Personen in Pflegeeinrichtungen einteilen lässt. Um unter den gegebenen Rahmenbedingungen (relativ kleiner Stichprobenumfang) die Wahrscheinlichkeit einer repräsentativen Abbildung der Pflegesituation zu erhöhen, wurde die Teilnehmerrekrutierung nicht auf Pflegeeinrichtungen fokussiert. Personen in Pflegeeinrichtungen erhalten in der Regel bereits Leistungen der Pflegeversicherung und würden die Betrachtung der aktuellen Versorgungslage und dem Informationsstand die Ergebnisse positiver erscheinen lassen.

Einen zentralen Themenblock bildet der Fragebogenabschnitt *Gesundheit und Pflege*. Darin werden Informationen zu den Dimensionen Pflegebedarf, Versorgungssituation, Pflegeorientierungen erhoben. Der Pflegebedarf wurde durch Fragen zum Gesundheitsstatus und Funktionsstatus erhoben. Dafür kamen etablierte Erhebungsinstrumente zum Einsatz, die eine Vergleichbarkeit mit bevölkerungsrepräsentativen Daten schaffen. Fragen zur subjektiven Gesundheit und chronischen Krankheiten sowie die *Geriatrischen Depressionskala*¹⁵ (15-Item-Skala) von Sheikh und Yesavage (1986) dienen der Einschätzung des Gesundheitsstatus. Als Indikator für die funktionalen Einschränkungen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben wurde die kombinierte ADL/iADL-Skala¹⁶ in der Form wie sie auch im *SHARE*, der *English Longitudinal Study of Aging* (ELSA) und dem us-amerikanischen *Health and Retirement Survey* (HRS) verwendet wird.¹⁷

Anhand der ADL/ iADL-Skala soll bestimmt werden, bei welchen Alltagsverrichtungen die Befragten Unterstützung benötigen und ob sie eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI aufweisen. Das SGB XI definiert die Verrichtungen des täglichen Lebens, die bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind. Die Verrichtungen sind in die vier Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung unterteilt. Die ersten drei Bereiche bilden den Bereich der Grundpflege. Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Die ADL/ iADL-Skala deckt einen Teil der im SGB XI definierten

¹⁵ Als auffällig gilt ein Summenwert von mehr als 6 Punkten (Gunzelmann und Oswald 2005).

¹⁶ Die *Activities of Daily Living* (ADL) bilden zentrale Grundfunktionen wie Baden, Essen oder Ankleiden ab. Zu den instrumental Activities of Daily Living (iADL) zählen komplexere Alltagsfunktionen wie Telefonieren, Reinigung der Wohnung oder die Regelung finanzieller Angelegenheiten (Gunzelmann und Oswald 2005; Gallo 2006).

¹⁷ Die insgesamt 13 Items setzen sich zusammen aus den sechs ADL „Anziehen von Kleidung, einschließlich Schuhen und Socken“, „Durch einen Raum gehen“, „Baden oder Duschen“, „Essen, z.B. beim Zurechtschneiden der Speisen“, „Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen“ und „Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen“ und sieben iADL „Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden“, „Zubereiten einer warmen Mahlzeit“, „Einkaufen von Dingen des alltäglichen Bedarfs (z.B. Lebensmittel und Hygieneartikel)“, „Telefonieren“, „Zuteilen und Einnahme von Medikamenten“, „Arbeiten im Haus oder im Garten, z.B. Reinigen der Wohnung“ und „Mit Geld umgehen, z.B. Ausgaben kontrollieren oder Rechnungen bezahlen“ auf. Einleitend wurden die Teilnehmer gefragt, bei welchen der Alltagsaufgaben sie aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen regelmäßige Hilfe benötigen.

Verrichtungen ab (vgl. Tabelle 7) und eignet sich daher als Indikator von Pflegebedürftigkeit. Als Kriterium für das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit wird der Unterstützungsbedarf einer Pflegestufe I zugrunde gelegt:

Weist eine Person Unterstützungsbedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus dem Bereich der Grundpflege und zusätzlich einer hauswirtschaftlichen Verrichtung auf, gilt sie in der vorliegenden Studie als pflegebedürftig.

Tabelle 7: Auswertungskonzept Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI § 14 Abs. 4	ADL/ iADL
<i>Körperpflege</i>	
Duschen/ Baden	Baden oder Duschen
Darm- und Blasenentleerung	Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen.
Waschen, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren	Nicht abgedeckt
<i>Ernährung</i>	
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung (z. B. das Zerkleinern in mundgerechte Bissen, das Herausstrennen von Knochen und Gräten), Aufnahme der Nahrung	Essen, z.B. beim Zurechtschneiden der Speisen.
<i>Mobilität</i>	
Aufstehen und Zubettgehen	Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen
An- und Auskleiden	Anziehen von Kleidung, einschließlich Schuhen und Socken
Gehen	Durch einen Raum gehen
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Wege außer Haus zurücklegen, z.B. zu einer Arztpraxis oder Familie oder Freunde besuchen
Stehen (Transfer), Treppensteigen	Nicht abgedeckt
<i>Hauswirtschaftliche Versorgung</i>	
Einkaufen	Einkaufen von Dingen des alltäglichen Bedarfs (z. B. Lebensmittel und Hygieneartikel)
Kochen	Zubereiten einer warmen Mahlzeit
Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen	Arbeiten im Haus oder im Garten, z.B. Reinigen der Wohnung

Quelle: MDS/ GKV 2009, eigene Darstellung

Zudem wird die Versorgungssituation u. a. durch Fragen zu den sozialen Ressourcen (z.B. Unterstützungspersonen), zur Zufriedenheit mit der Versorgungssituation, zum Zielgruppenzugang (z.B. Ansprechpartner bei Gesundheitsproblemen) erhoben. Fragen zu den Einstellungen zum Alter und zur Pflege (z.B. Nachdenken über das Leben im hohen Alter und Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der Vorsorge) sowie zu den Versorgungserwartungen der älteren Befragten operationalisieren die Pflegeorientierungen. Grundlage hierfür bilden Ergebnisse der qualitativen Vorgängerstudie. Unter anderem soll überprüft werden, welche Relevanz eine fatalistische Einstellung unter den älteren Türkeistämmigen

besitzt, die zu einer Vermeidung von Gedanken an das hohe Alter führen und mit einem Verzicht der Planung und Gestaltung der Altersphase einhergehen (vgl. Abschnitt 2.3). Die Frage nach der Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der Vorsorge für das hohe Alter wurde in Orientierung an eine Frage aus der Compass-Studie 2010 formuliert (Kuhlmey et al. 2010).

Die Fragen im Themenbereich *Informationssituation* ermitteln den Informationsstand der älteren türkeistämmigen Bevölkerung im Bereich Pflege anhand des subjektiven Informationsstands, den Wissenstand zum institutionellen Pflegesystem und den Kenntnisstand zu örtlichen Beratungs- und Pflegeangeboten). Hinweise auf Informationsstrategien und mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Informationssituation ergeben sich aus den Fragen zu den (medialen und nicht-medialen) Informationsquellen identifiziert sowie zu den Schwierigkeiten der Informationssuche.

Die institutionelle Versorgungslage sowie Einstellungen zur professionellen Pflege erfasst der Themenblock *Inanspruchnahme von Pflegeleistungen*. Neben Fragen zur Pflegestufe geht es hier auch um die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Da nur eine kleine Fallzahl von Befragten in der Stichprobe enthalten ist, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, erfolgt keine differenzierte Auswertung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen. In der Analyse wird lediglich die Variable berücksichtigt, die angibt, ob die Befragten über eine Pflegestufe verfügen oder nicht. Fragen zur Offenheit für ambulante oder stationäre Pflege, zu den Merkmalen guter bzw. kultursensibler Pflege sowie zu den Vorstellungen von einem Leben im Pflegeheim erheben die Einstellungen zur professionellen Pflege und damit auch Informationen zur bedarfsorientierten Gestaltung von Pflegeangeboten.

Der Themenblock *Soziales Netzwerk* beinhaltet Fragen zum Umfang und Zusammensetzung Freundeskreis. Zudem wurde die soziale Einbindung mittels der Einsamkeitsskala von De Jong et al. (2006) operationalisiert.

Zu Anfang des Fragebogens wurden Interviewbezogene Informationen wie der Name des Interviewers, die Interviewdauer oder der Ort des Interviews erhoben. Am Ende des Fragebogens sind außerdem Fragen enthalten, durch welche die Interviewer eine Einschätzung der Deutschkenntnisse und Zuverlässigkeit der Angaben der Befragten vornehmen und Besonderheiten zum Interview anmerken konnten.

3.2 Methodische Ergebnisse

Neben der inhaltlichen Analyse der Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen sollten mit der vorliegenden Untersuchung auch methodische Erkenntnisse hinsichtlich des Zielgruppenzugangs sowie zum Erhebungsinstrument erzielt werden. Dazu wurden das Netzwerkverfahren als Zugangsstrategie und der standardisierte Fragebogen im Rahmen der Studie getestet. Im Ergebnis werden die Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkverfahrens aufgrund der Erfahrung der vorliegenden Studie und mit Blick auf aktuelle Erkenntnisse diskutiert. Mit der Testung des Fragebogens war einerseits das Ziel verknüpft, seine innovativen Bestandteile, d.h. die pflegerelevanten Fragen, in der Zielgruppe anzuwenden und weiter zu verbessern. Mit Blick auf die Ergebnisse der inhaltlichen Analyse wurden schließlich zentrale Fragen identifiziert, deren Integration in bevölkerungsrepräsentative Studien sinnvoll erscheint.

Erste Erkenntnisse brachte ein Pretest, der den Fragebogen unter den Aspekten Interviewdauer, Fragenformulierung und Antwortmöglichkeiten, Struktur und Layout sowie das Netzwerkverfahren unter dem Aspekt der Eignung der Zugangswege und den Einsatz von Vertrauenspersonen prüfte. Durchgeführt wurde ein so genannter „Pretest im Feld“, d.h. die Teilnehmer/-innen entstammen der Grundgesamtheit in Berlin wohnhafter älterer Migrant/-innen türkischer Herkunft, wurden anhand desselben Rekrutierungsverfahrens für eine Mitwirkung gewonnen und unter denselben Bedingungen befragt. Im Rahmen des Pretests wurden insgesamt 15 Interviews in türkischer Sprache geführt, 13 davon im Mai 2013 und zwei weitere Interviews zur Testung des angepassten Fragebogens im Juni 2013. Die Stichprobe sollte sich im Hinblick auf die Merkmale Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Pflegestatus (Pflegestufe/ keine Pflegestufe) zusammensetzen. Reali-

siert werden konnte eine Stichprobe, die insgesamt, die für die Hauptuntersuchung elementaren Kriterien widerspiegelt.¹⁸

In Anschluss an die Hauptdatenerhebung fand außerdem ein methodenorientierter „Interviewer Workshop“ statt. Ziel des Workshops war es, die Erfahrungen der Interviewer/-innen mit der Akquise von Befragungsteilnehmer/-innen und Durchführung von Interviews zu erfassen. Damit sollten weitere Erkenntnisse zum Forschungsdesign der Studie und den angewendeten Methoden sowie Hinweise für die Datenbereinigung und -auswertung gewonnen werden. Im Zentrum des Workshops standen der Fragebogen und das Verfahren zur Teilnehmerrekrutierung, wozu auch mögliche Ablehnungsgründe erfragt wurden. An dem Workshop nahmen die vier Interviewer/-innen teil, die den Großteil der Interviews durchgeführt hatten. Die Resultate des Pretests und des Workshops fließen in die folgende Darstellung der methodischen Ergebnisse ein.

3.2.1 Teilnehmerrekrutierung und Stichprobenziehung

Insgesamt hat sich die Rekrutierung über die Netzwerke der Zielgruppe bewährt. Bereits der Pretest zeigte, dass sich das Netzwerkfahren zur Gewinnung von Befragungsteilnehmer/-innen eignet. So begünstigte nach Einschätzung der Pretest-Interviewerinnen die Mitwirkung der Pflegedienstleistung eines Berliner Pflegediensts, die Teilnahmebereitschaft der Interviewpartner/-innen. Das Vorgespräch, erwies sich als wichtiger Schritt im Rekrutierungsprozess, um Misstrauen der Befragten gegenüber der Studie abzubauen. Deutlich wurde, dass hierbei die türkischen Sprachkompetenzen und die „kulturelle Nähe“ der Interviewerinnen maßgeblich für die Vertrauensbildung sind. Um einen Bias und mögliche Interviewereffekte zu vermeiden, hatten die Interviewer die Auflage, nicht im eigenen Verwandten- und Bekanntenkreis zu rekrutieren.

Auch in der Haupterhebung trug die Unterstützung von Vertrauenspersonen wesentlich zum Erfolg der Teilnehmergewinnung bei, wie die Interviewer/-innen im Rahmen des Workshops berichteten. Allerdings erwies sich die Rekrutierung über Institutionen bzw. deren Mitarbeiter und die Einbindung von anerkannten Personen aus der türkischen Community gegenüber der Direktansprache durch die Interviewer/-innen als der effizientere Zugangsweg: Durch die Unterstützung von Personen, die den älteren Türkeistämmigen bekannt waren, konnte die Vertrauenswürdigkeit der Studie leichter vermittelt werden als es bei der alleinigen Ansprache durch die Interviewer/-innen im öffentlichen Raum möglich war. Trotz der kulturellen Nähe und sprachlichen Qualifikationen der Interviewer/-innen, sahen sich diese oftmals mit Vorbehalten und Misstrauen potenzieller Teilnehmer/-innen konfrontiert. Sie äußerten häufig die Befürchtung, die Teilnahme an der Befragung könne negative Konsequenzen für sie haben. So vermutete ein Teil von ihnen, die Befragung werde im Auftrag des deutschen Staates oder der Krankenkassen mit der Absicht durchgeführt, Leistungen wie die Renten- oder Grundsicherungszahlungen oder Pflegeleistungen zu kürzen. Wenn keine etablierte Vertrauensperson involviert war, standen die Interviewer/-innen bei der Direktansprache somit vor der Herausforderung, zunächst eine Vertrauensbasis zu schaffen. Dazu war laut der Interviewer/-innen zum Teil viel „Überzeugungsarbeit“ notwendig. Erleichtert wurde die Direktansprache, wenn Mitglieder ihrer Community die Anstrengungen der Interviewer/-innen unterstützen, indem sie die Vertrauenswürdigkeit des Vorhabens vermittelten und andere zur Teilnahme animierten. Dabei handelte es sich beispielsweise um Personen, die selbst an der Befragung teilgenommen hatten, oder um Betreiber von an Moscheen oder Kulturzentren angeschlossenen Cafés. Gute Erfahrung machten die Interviewer/-innen auch mit der Direktansprache in Vertrauen schaffenden Kontexten, wie z. B. Senioren- oder Freizeitstätten oder Moscheecafés durchzuführen. Nach vorheriger Absprache mit den Kontaktpersonen vor Ort, jedoch ohne deren weitergehende Unterstützung, konnten die Interviewer/-innen die Teilnehmer/-innen in Ruhe über das Vorhaben aufklären und in der

¹⁸ Von den 15 Pretest-Teilnehmer/-innen waren 8 Personen männlich und 7 weiblich. Mit 56 bis 84 Jahren wurde eine relativ große Altersspanne erreicht, wobei nur zwei Befragungsteilnehmer/-innen jünger als 60 Jahre waren. Elf Personen verfügten über keinen Schulabschluss, drei über eine Anlernausbildung oder berufliches Praktikum und einer weitere Person konnte kein eindeutiger Abschluss ermittelt werden. Fünf Personen waren in eine Pflegestufe eingruppiert, 9 hatten keine Pflegestufe.

Regel die Interviews auch gleich durchführen. Die Teilnahmebereitschaft der einen wirkte sich dabei oftmals positiv auf die zuvor kritischen Personen aus. Auch nach Einschätzung der Interviewer/-innen spielten Vertrauenspersonen wie Mitarbeiter/-innen von Senioren- oder Nachbarschaftstreffs, Moschee- und Kulturvereinen oder Mitglieder der türkischen Community bei der Rekrutierung der älteren türkeistämmigen Migrant/-innen eine zentrale Rolle. Den Interviewern/-innen war es zwar durchaus möglich, auch selbstständig Zugang zur Zielgruppe zu schaffen, jedoch war dieser Weg mit größerem Aufwand verbunden. Interviewer/-innen, die nicht direkt in den sozialen Netzwerken der Teilnehmer/-innen verankert sind, kommt gegenüber Personen mit bereits etablierten Beziehungen zur Zielgruppe daher einer eher untergeordneten Funktion als Vertrauenspersonen zu.

Neben den oben bereits erwähnten Vorbehalten und Misstrauen gegenüber wissenschaftlichen Studien, wurden eine Reihe weiterer Gründe für eine Nicht-Teilnahme angeführt:¹⁹

- *Wirkungslosigkeit wissenschaftlicher Studien:* Eine Teilnahme an wissenschaftlichen Studien wird als „sinnlos“ erachtet, da sie scheinbar ohne Wirkung bleiben, d.h. keine spürbaren Verbesserungen zur Folge haben.
- *Überdruß an wissenschaftlichen Studien:* Häufige Interview-Anfragen erzeugen das Gefühl, es gebe „zu viele“ wissenschaftliche Studien, die sich an (türkeistämmige) Migrant/-innen richten.
- *Unkenntnis wissenschaftlicher Studien/ Angst vor Wissensabfrage:* Die geringe Kenntnis wissenschaftlicher Studien und Befragungen geht mit einer großen Unsicherheit einher, ob und inwieweit die Anforderungen der Befragung erfüllt werden können. Insbesondere weibliche Personen trauten sich eine Teilnahme aus Sorge nicht zu, sie könnten die Fragen aufgrund ihres Wissens- und Bildungsstandes nicht beantworten.
- *Vermeidung sensibler Themen:* Es bestand die Sorge, die Befragung könnte sensible Themen wie traumatische Erlebnisse oder andere seelische Belastungen (z. B. Krankheiten) in das Bewusstsein rufen.
- *Dauer der Befragung:* Der zeitliche Aufwand der Befragung von ca. 30-40 Minuten wurde als zu groß angesehen. Insbesondere an Orten der sozialen Zusammenkunft wie in Herrencafés, wollten die Angesprochenen ihre Zeit anderweitig nutzen, z. B. für Gespräche oder dem Spiel mit Freunden.

Ein besonderer Vorteil des Netzwerkverfahrens besteht also in dem Einsatz von Vertrauenspersonen, der es ermöglicht, schwer erreichbare Gruppen wie die älterer türkeistämmiger Migrant/-innen einzubinden. Aufgrund des relativ großen Aufwands bei der Gewinnung von Vertrauenspersonen und im Weiteren Schritt von Befragungsteilnehmer/-innen, eignet sich das Verfahren jedoch eher für kleine Stichproben. Zudem kann anhand eines Netzwerkverfahrens keine Zufallsstichprobe, d. h. keine statistisch repräsentative Stichprobe, realisiert werden. Die Aussagekraft der Ergebnisse, denen eine Netzwerkstichprobe zugrunde liegt, ist somit eingeschränkt. Wie in der vorliegenden Studie kann durch eine Quotierung der Stichprobe hinsichtlich relevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand) lediglich eine (annähernd) theoretische Repräsentativität erzielt werden, auf deren Grundlage die Ergebnisse als in der Grundgesamtheit bestehende „Tendenzen“ interpretiert werden können. Für Studien, die sich mit schwer erreichbaren Migrantengruppen befassen und größere und statistisch repräsentative Stichproben anstreben, erscheint eine Kombination aus einer Einwohnermeldeamtstichprobe (onomastisches Verfahren) und einer Netzwerkstichprobe empfehlenswert, wie sie beispielsweise bei der Machbarkeitsstudie zur Vorbereitung einer Migrantenkohorte als Teil der *Nationalen Kohorte* getestet wurde (vgl. Reiss et al. 2014). Mittels Einwohnermeldestichprobe kann eine umfangreiche Zufallsstichprobe realisiert und durch die Netzwerkstichprobe Personen einbezogen werden, deren

¹⁹ Zur Relevanz der verschiedenen Ablehnungsgründe kann keine Aussage getroffen werden, da eine systematische Non-Responder-Befragung in einigen Fällen, z. B. bei der Kontaktaufnahme mit potenziellen Befragungsteilnehmern durch Mitarbeiter/-innen von Pflegediensten, nicht umsetzbar war.

Teilnahme erst aufgrund von Vertrauen bildenden Maßnahmen, d. h. durch den Einsatz von Vertrauenspersonen erzielt werden kann.

3.2.2 Fragebogen

Die Pretest-Ergebnisse, der während der Erhebung gesammelten Erfahrungen sowie der Ergebnisse der Interviewer-Workshops konnten wertvolle Ergebnisse zur Verbesserung des Fragebogens gesammelt werden. Anpassungsbedarf ergab sich hinsichtlich der Interview-Dauer, sprachlicher Aspekte (türkische Übersetzung und Vereinfachung von Frageformulierungen), der Reihenfolge von Fragen und dem Einsatz von Listen mit Antwortmöglichkeiten. Mit Blick auf die inhaltlichen Ergebnisse konnten zudem relevante Fragestellungen identifiziert werden, die in bevölkerungsrepräsentativen Studien eingehen sollten und in einem Fragebogenmodul zusammengefasst wurden.

Aus dem Pretest gingen einige Anpassungen insbesondere sprachlicher Art im türkischsprachigen Fragebogen hervor. So zeigte sich, dass die Übersetzung für die Befragungsteilnehmer/-innen häufig schwer verständlich war. Grammatikalisch ungeeignete Formulierungen hatten zur Folge, dass manche Fragen „statisch“ und somit der Interviewfluss beeinträchtigt waren und zu Irritationen bei den Befragten führten. Auf der Grundlage von Notizen der Pretest-Interviewerinnen wurde der Fragebogen sprachlich, grammatikalisch und im Hinblick auf Komplexitätsreduktion überarbeitet. Der Pretest deutete darüber hinaus auf einen Reduktionsbedarf der Interviewdauer hin. Mit 48 Minuten (zwischen 40 und 60 Minuten) lag die durchschnittliche Dauer des Pretests etwas über der Zieldauer von 45 Minuten. Für das Überschreiten der angestrebten maximalen Dauer war nach dem Eindruck der Interviewerinnen weniger die Länge des Fragebogens, sondern vielmehr die „Ausführungen“ der Befragten verantwortlich. Die Erfahrungen der Interviewerinnen hinsichtlich der Belastung der Befragungsteilnehmer/-innen durch die Interviewdauer wiesen in unterschiedliche Richtungen: Während eine der Interviewerinnen erklärte, nach etwa 30 Minuten hätte die Aufmerksamkeit und Motivation der Befragungsteilnehmer/-innen nachgelassen, stellte die andere Interviewerin keine relevante Belastung der Befragungsteilnehmer/-innen bezüglich der Interviewdauer fest. Die unterschiedliche Wahrnehmung der Belastung durch den Fragebogen, ist vermutlich dadurch zu erklären, dass die Interviewerin, welche Belastungen der Befragten feststellte, vorwiegend pflegebedürftige Personen interviewte. Dagegen befragte die andere Interviewerin hauptsächlich Personen, die zumindest nicht amtlich pflegebedürftig sind, d. h. in keine Pflegestufe eingruppiert sind. Außerdem war eine Änderung der Reihenfolge einiger Fragen sowie einiger Filterführungen notwendig. So stellte sich beispielsweise heraus, dass die Befragungsteilnehmer/-innen Fragen zur Religiosität und zum Teil kritisch aufnahmen und den Zusammenhang mit dem Thema Pflege in Frage stellten. Um negativen Effekten auf die Auskunftsbereitschaft und Antwortbereitschaft vorzubeugen, wurden die „Religionsfragen“ vom ersten in den letzten Themenblock (Demographische Angaben und sozioökonomischer Status (Teil 2) verschoben. Schließlich wurden zahlreiche inhaltliche Ergänzungs-, Kürzungs- und Änderungsbedarfe bei den Fragen und Antwortmöglichkeiten identifiziert und entsprechende Anpassungen vorgenommen.

Bei der Durchführung der Erhebung sowie im Anschluss an die Haupterhebung stattgefundenen Interviewer-Workshop lieferte weitere wertvolle Erkenntnisse bezüglich des Fragebogens. Im Vordergrund standen hierbei die Dauer der Interviews bzw. die Länge des Fragebogens, sprachliche Aspekte und die Komplexität einzelner Fragen. Nach Einschätzung der Interviewer/-innen sollte die Befragung eine maximale Dauer von 30 Minuten nicht überschreiten. Zudem seien einige Fragen vor allem für ältere Teilnehmer/-innen zu komplex. Insbesondere Fragen, die skalierten Antwortkategorien mit mehreren Ausprägungen enthielten, z. B. stimme voll zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme gar nicht zu, seien laut Ansicht einiger Interviewer/-innen für manche Befragten schwer zu beantworten gewesen. Bei der Befragung türkeistämmiger älterer Migrant/-innen sollten daher einfachere Skalen mit weniger Ausprägungen, z. B. Ja-Nein-Vielleicht gewählt werden. Fragen, die sich mit Vorstellungen von der Zukunft befassten, wie z. B. die Frage „Wie oft denken sie darüber nach, wie sie im Alter leben möchten?“ erforderten teilweise zusätzliche Erläuterungen durch die Interviewer. Sie wurden von einigen Befragungsteilnehmern nicht direkt verstanden, was laut einer Inter-

viewerin darauf zurückzuführen sei, dass die Betroffenen so nicht denken würden oder nicht darüber nachdenken wollten.

Darin könnten sich die fatalistischen Einstellungen (vgl. auch Abschnitt 2.3) widerspiegeln, die auch einen Gegenstand der Befragung darstellte. Auf den anfänglichen Einsatz von Listen mit Antwortmöglichkeiten wurde noch im Laufe der Erhebung verzichtet. Da es nach Einschätzung der Interviewer die Befragungsteilnehmer häufig überfordere, sich gleichzeitig auf die Listen und die Ausführungen des Interviewers zu konzentrieren. Auch bezüglich der türkischen Übersetzung ergaben sich vereinzelt Verbesserungsmöglichkeiten bei der Fragenformulierung, die zum Teil schon während der Erhebung festgestellt wurden und zu denen entsprechende Anpassungen vorgenommen wurden.

Bei der inhaltlichen Analyse der Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen (vgl. folgendes Kapitel) kristallisierten sich mit Blick auf einen möglichen Verbesserungsbedarf der pflegerischen Versorgung fünf zentrale Fragestellungen heraus. Auf der Grundlage und unter Berücksichtigung der methodischen Ergebnisse wird ein Fragebogenmodul zur Integration in bevölkerungsrepräsentative Surveys vorgeschlagen, das auf die Beantwortung der folgenden Fragen abzielt.

- 1) Welche Einstellungen bestehen bei älteren türkeistämmigen Migrant/-innen (im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen in Deutschland) zum Thema Pflege?
 - a) Inwieweit befassen sie sich mit der Gestaltung der Altersphase und einer Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit (fatalistischer Einstellungen)?
 - b) Welche Bedeutung hat eine kulturspezifische Ausrichtung der professionellen Pflege im Vergleich zu sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen der Lebenssituation?
- 2) Inwieweit besteht bei älteren türkeistämmigen Migrant/-innen (im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund und zu anderen Zuwanderergruppen) ein erhöhter Pflegebedarf?
 - a) Inwieweit verfügen sie über einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitsstatus?
 - b) Inwieweit verfügen sie über einen vergleichsweise schlechteren Funktionsstatus?
- 3) Inwieweit besteht bei älteren türkeistämmigen Migrant/-innen (im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund und zu anderen Zuwanderergruppen) eine Diskrepanz zwischen der Offenheit für und tatsächlichen Inanspruchnahme von professioneller Pflege?
 - a) Welche Erwartungen bestehen an eine Pflege?
 - b) Inwieweit verfügen sie über eine Pflegestufe gemäß SGB XI (als eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme professioneller Pflege)?
- 4) Inwieweit besteht bei älteren türkeistämmigen Migrant/-innen (im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund und zu anderen Zuwanderergruppen) ein institutionelles Versorgungsdefizit? / Inwieweit verfügen Personen, die pflegebedürftig nach SGB XI sind, über eine Pflegestufe?
 - a) Inwieweit liegt eine Einschränkung des Funktionsstatus im Sinne der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vor?
 - b) Siehe Frage 3b
- 5) Wie informiert sind ältere türkeistämmige Migrant/-innen (im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund und zu anderen Zuwanderergruppen) zum Thema Pflege?

Das dazugehörige Fragebogenmodul findet sich im Anhang (vgl. ANHANG II).

4 Inhaltliche Ergebnisse: Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen

Inhaltliches Ziel der vorliegenden Pilotstudie ist es, erste quantitativ basierte Erkenntnisse zur Pflegesituation türkeistämmiger Migrant/-innen und daraus mögliche Hinweise für eine bedarfsgerechte Gestaltung der

pflegerischen Versorgung zu gewinnen. Wie im vorherigen Kapitel dargelegt wurde, liegt den Ergebnissen aufgrund der regionalen Beschränkung auf Berlin und dem gewählten Stichprobenverfahren keine statistisch repräsentative Stichprobe zugrunde.

Die Netzwerkstichprobe nähert sich zwar den realen Verhältnisse dieser Bevölkerungsgruppe hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht und höchster beruflicher Bildungsstand an. Dennoch können die erzielten Ergebnisse lediglich als Tendenzen gewertet werden. Gemäß der Zielsetzung der Studie verbleibt eine weitere Fundierung der Ergebnisse sowie vergleichende Aussagen zu anderen Bevölkerungsgruppen wie die deutsche Gesamtbevölkerung oder andere Migrantengruppen für weitergehende bevölkerungsrepräsentative Untersuchungen. In der folgenden Analyse werden einige ausgewählte Untersuchungsergebnisse mit Ergebnissen anderer Studien zur Pflegesituation der Gesamtbevölkerung gegenübergestellt, um erste Vergleichsmomente zu schaffen.

Die Ergebnisse werden entlang der in Abschnitt 2.4 als relevant identifizierten Dimensionen der Pflegesituation dargestellt. Ausgehend vom Pflegebedarf und der Versorgungssituation, welche die faktische Pflegesituation und mögliche Entwicklungen erfassen soll, werden mit der Informationssituation und den Pflegeorientierungen mögliche Erklärungen und Ansatzpunkte für eine ggf. notwendige Verbesserung der pflegerischen Versorgung präsentiert und diskutiert. Eine Differenzierung der Ergebnisse nach Geschlecht und Sozialstatus, indiziert durch den höchsten beruflichen Bildungsabschluss, soll der Heterogenität der Gruppe älterer türkeistämmiger Migranten Rechnung tragen und Anhaltspunkte dafür liefern, ob sich innerhalb der älteren türkeistämmigen Migrantenpopulation Zielgruppen differenzierter beschreiben lassen.

4.1 Pflegebedarf

In der einschlägigen Literatur wird vielfach die Annahme geäußert, bei älteren türkeistämmigen Migrant/-innen sei nicht nur aufgrund ihres wachsenden Anteils an der älteren Bevölkerung in Deutschland mit einem erhöhten Pflegebedarf zu rechnen. Zusätzlich ergebe sich ein größerer Pflegebedarf durch eine schlechtere Gesundheit, die auf prekäre Arbeits- und Lebensbedingungen der ehemaligen Gastarbeiter zurückzuführen ist (vgl. Abschnitt 2.3). Die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studie zum Gesundheits- und Funktionsstatus sowie zur Pflegebedürftigkeit stützen die These, dass bei der pflegerischen Versorgung mit einer dynamischen Entwicklung, d. h. einer relativ großen Anzahl türkeistämmiger Pflegebedürftiger zu planen ist. Dies scheint insbesondere auf Frauen und Personen mit einem geringeren Sozialstatus zu zutreffen.

Gesundheitsstatus

Die befragten älteren Türkeistämmigen verfügen über einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitsstatus als die deutsche Bevölkerung insgesamt. Sie schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand negativer ein und sind häufiger von chronischen Krankheiten und depressiven Verstimmungen betroffen.

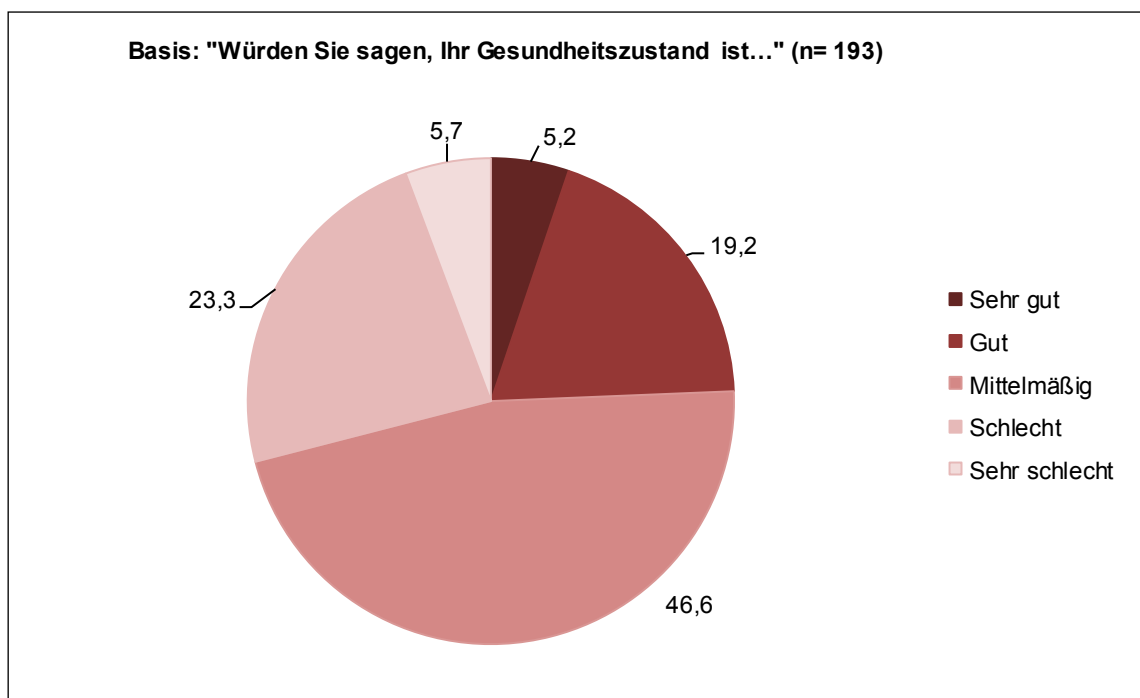
Ein Drittel (29,0%) der Befragten schätzt ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein. Fast die Hälfte (46,6%) gab dagegen an, über eine mittelmäßige und nur 19,2% über eine gute oder sehr gute Gesundheit zu verfügen (vgl. Abbildung 2). Ein Vergleich mit bevölkerungsrepräsentativen Daten (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (RKI)) weist darauf hin, dass die ältere deutsche Gesamtbevölkerung ihren Gesundheitszustand positiver beurteilt. Nur etwa 18% der 75- bis 84-jährigen Bevölkerung in Deutschland beschreibt ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht (Wurm et al. 2009). Somit schätzen selbst Hochalt-rige ihre Gesundheit besser ein als die im Durchschnitt 68 Jährigen türkeistämmigen Befragten – und dass, obwohl die subjektive Gesundheit sich im Altersgang verschlechtert (Wurm et al. 2009). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Razum et al. (2008), wonach in der Altersgruppe 65 Jahre und älter die türkischen Zuwanderer²⁰ im Vergleich zu Deutschen und Zuwanderern aus anderen Anwerbestaaten der Gastarbeiter-

²⁰ Die Ergebnisse basieren auf einer Auswertung des SOEP, das Zuwanderer als Personen definiert, die nicht in Deutschland geboren, aber hier gemeldet sind, unabhängig von ihrer momentanen Staatsangehörigkeit (Razum et al. 2008). Mit ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege www.zqp.de Seite 134

migration mit ihrer Gesundheit erheblich unzufriedener sind (Razum et al. 2008). Unklar bleibt an dieser Stelle jedoch, inwieweit die Unterschiede auf kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von Krankheitssymptomen zurückzuführen sind.

Die weiblichen Befragten bewerten ihre Gesundheit deutlich schlechter als die Männlichen. Während 37,3% der Frauen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht wahrnehmen sind es lediglich 21,3% der Männer. Dieses genderspezifische Muster der subjektiven Gesundheit wurde auch in anderen Forschungsarbeiten festgestellt, die sich mit der Gesundheit der türkeistämmigen Bevölkerung in Deutschland befassen (z.B. Razum et al. 2008), wobei auch die ältere weibliche Gesamtbevölkerung in Deutschland ihre Gesundheit schlechter einschätzt als die männliche (Wurm et al. 2009). Insofern scheinen in dieser Hinsicht keine Unterschiede zwischen Türkeistämmigen und der Vergleichsgruppe zu bestehen. Hinsichtlich des Sozialstatus ergaben sich bei der subjektiven Gesundheit keine relevanten Unterschiede.

Abbildung 2: Subjektive Einschätzung der Gesundheit (in %)



Quelle: Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin

Auch die Prävalenz chronischen Krankseins in der türkeistämmigen Befragten weist auf einen erhöhten Pflegebedarf dieser Gruppe hin. Mit 83,0% gab der Großteil der Befragten²¹ an, an einer oder mehreren chronischen Erkrankung zu leiden. Frauen und insbesondere Befragte mit einem geringeren Sozialstatus sind verstärkt betroffen: Mindestens eine chronische Krankheit haben demnach 90,4% der Frauen und 76% der Männer sowie 69,1% der Personen mit geringerem und 13,9% mit höherem Sozialstatus. Der Vergleich mit Ergebnissen der GEDA-Studie²² (2009) leiden türkeistämmige Ältere häufiger an chronischen Krankheiten als die Gesamtbevölkerung in Deutschland im Alter von 65 Jahren oder mehr. So liegen der Anteil der Frauen mit chronischer Krankheit bei nur 60,2% und der Anteil der Männer bei 53,8% (Robert Koch-Institut 2011). In beiden Gruppen findet sich somit das Muster einer stärkeren Betroffenheit von älteren Frauen. Gleiches gilt

Blick darauf, dass sich auch die Stichprobe der vorliegenden Studie aus Zuwanderern der ersten Generation zusammensetzt, ist hier eine Vergleichbarkeit der Daten gegeben.

²¹ n=194.

²² Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell 2009.

für Personen mit einem geringeren Sozialstatus; auch in der Gesamtbevölkerung liegt der Anteil chronisch Erkrankter bei den Älteren mit einem geringeren Bildungsstand höher als bei denjenigen mit einem besseren Bildungsstand.

Psychisch beeinträchtigt sind gemäß der Auswertung der Geriatrischen Depressionsskala (GDS) 31,5% der Befragten²³. Damit dürften sie eine schlechtere psychische Gesundheit als die deutsche Bevölkerung aufweisen, worauf bestehende Forschungsergebnisse hinweisen (z. B. Sahyazici und Huxhold 2012). Einen Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und der sozialen Lage bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht. Hinsichtlich des Sozialstatus ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede. Jedoch sind Frauen häufiger von depressiven Verstimmungen und schlechterer Gesundheit betroffen als Männer (36,3%/ 26,8%).

Funktionsstatus und Pflegebedürftigkeit

Neben dem Gesundheitsstatus wurde der Pflegebedarf der Befragten an ihrem Funktionsstatus gemessen. Anhand der gesundheitlich bedingten Einschränkungen bei der Verrichtung von Alltagsaufgaben (ADL/ iADL) lassen sich Aussagen zum Unterstützungsbedarf, zur Verteilung von Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an SGB XI und zu relevanten Unterstützungsbereichen in der Gruppe türkeistämmiger Älterer treffen. Der relativ hohe Anteil Pflegebedürftiger liefert ebenfalls Hinweise auf einen erhöhten Pflegebedarf; der Unterstützungsbedarf scheint dabei ähnlich ausgeprägt zu sein wie in der Gesamtbevölkerung.

Von allen Befragten, welche die Frage zum Funktionsstatus beantworteten, gaben 40,5% an, bei keiner der Alltagsverrichtungen regelmäßig auf Unterstützung angewiesen zu sein. Somit weisen mehr als die Hälfte (59,5%) von ihnen Einschränkungen bei der Fähigkeit auf, den Alltag selbständig zu bewältigen. Im Bereich der Grundfunktionen (ADL) sind die Befragten am häufigsten bei körperbezogenen Verrichtungen auf Hilfe angewiesen. Ein Viertel (24,7%) der Befragten gab an, beim Baden und Duschen und 20,5% beim Anziehen von Kleidung Unterstützung zu benötigen. Seltener benötigen sie Hilfe beim Ins-Bett-legen oder Aus-dem-Bett-aufstehen (11,6%), wenn sie durch einen Raum gehen (11,6%) oder die Toilette benutzen möchten (10,0%). Nur 2,1% der Befragten gab an, nicht ohne Hilfe Essen, z. B. die Speisen alleine zurechtschneiden zu können. Bei den instrumentellen Funktionen (iADL) zeigte sich im haushaltsnahen Bereich der größte Unterstützungsbedarf. Mehr als ein Drittel der Befragten gab an, Arbeiten im Haus, z. B. Reinigen der Wohnung (38,9%) und Einkaufen von Dingen des alltäglichen Bedarfs (35,3%) nicht alleine bewältigen zu können. Fast ebenso groß ist der Hilfebedarf beim Umgang mit Bürokratie, z. B. beim Ausfüllen von Anträgen, Besuche bei Ämtern oder Behörden (34,2%). Die Befragten brauchen außerdem Hilfe, um Wege außer Haus zurücklegen, z. B. zu einer Arztpraxis oder um Familie oder Freunde zu besuchen (26,3%), und beim Umgang mit Geld (24,7%), Zubereiten einer warmen Mahlzeit (22,1%). Geringerer Unterstützungsbedarf besteht bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, z. B. beim Ein- oder Ausstieg in einen Bus oder einer Bahn (18,4%) oder beim Zuteilen und Einnehmen von Medikamenten (15,3%). Telefonieren können fast alle Befragten ohne Hilfe; nur 1,1% gab an, dabei Unterstützung zu brauchen. Hinsichtlich der Einschränkungen bei Alltagsverrichtungen bestehen bei der in Privathaushalten lebenden Gesamtbevölkerung in Deutschland ähnliche Muster wie in der türkeistämmigen Bevölkerung: Die schwerwiegendsten Einschränkungen im Bereich der Grundfunktionen betreffen auch hier die körpernahen Verrichtungen wie Duschen und Waschen sowie An- und Auskleiden. Ebenfalls bedeutend sind Einschränkungen bei der Toilettennutzung und der Nahrungsaufnahme. Letztere erwies sich bei den türkeistämmigen Befragten als eher unbedeutend, wobei diese Abweichung auch auf die (statistisch) nicht repräsentative Stichprobe zurückzuführen sein könnte. Im Bereich der instrumentellen Funktionen besteht in der Gesamtbevölkerung wie auch bei den Türkeistämmigen der größte Unterstützungsbedarf bei haushaltsnahen Verrichtungen: Einkaufen und Reinigen der Wohnung sowie beim Zubereiten von Mahlzeiten und dem Umgang von Geld (Kuhlmey et al. 2013). Demnach scheint sich

²³ n= 194.

der Unterstützungsbedarfs der beiden Bevölkerungsgruppen zumindest in seiner Grundstruktur nicht wesentlich zu unterscheiden.

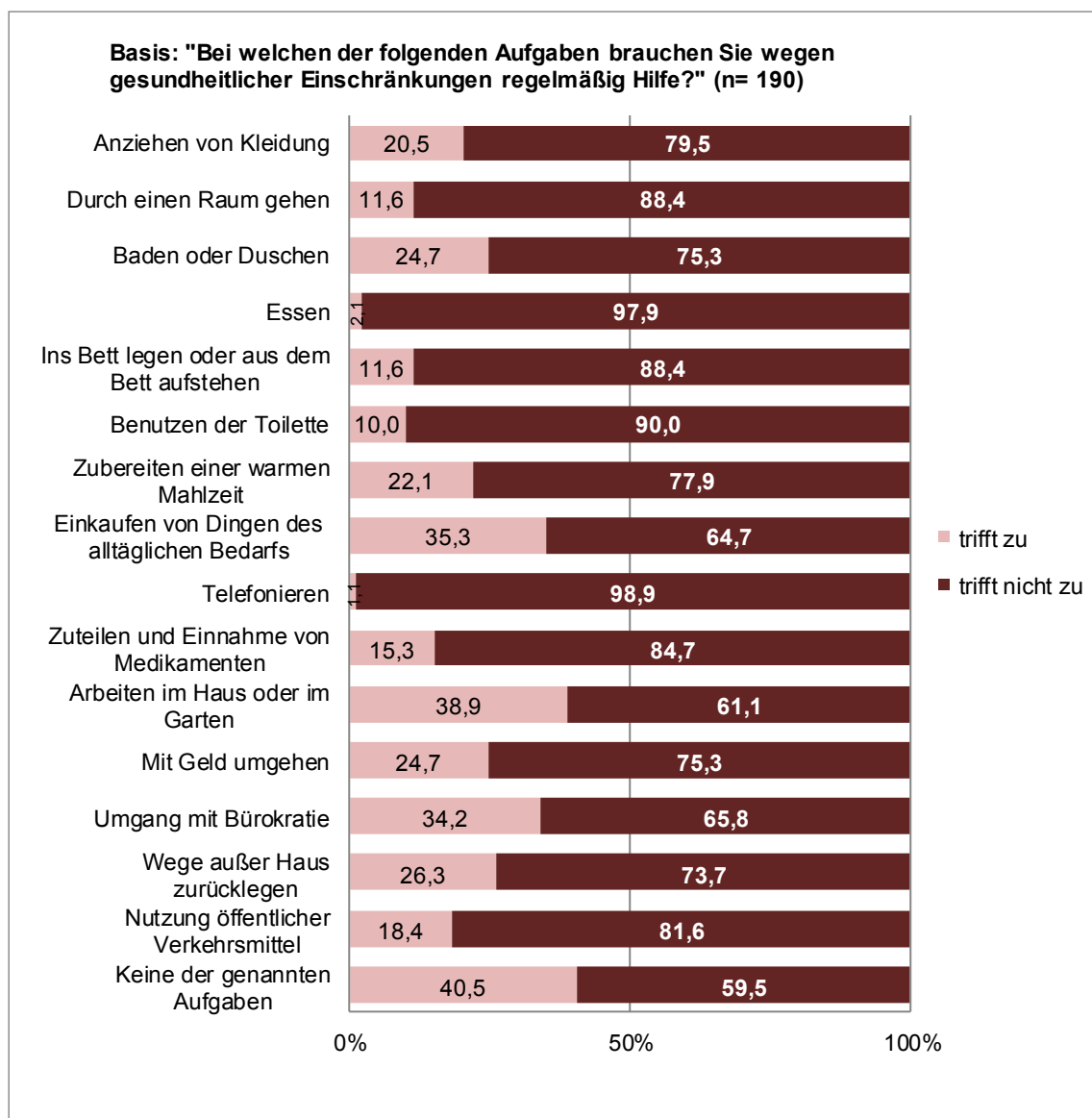


Abbildung 3: Einschränkungen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben (in %)

Bezüglich des Pflegebedarfs zeigen die Ergebnisse, dass bei knapp einem Viertel (24,2%) der Befragten²⁴ deutliche Hinweise auf eine Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an SGB XI bestehen, d. h. ihr Unterstützungsbedarf im Alltag entspricht mindestens dem einer Pflegestufe 1 (vgl. Abschnitt 3.1).²⁵ Weibliche Befragte und solche mit einem geringeren Sozialstatus sind dabei deutlich häufiger pflegebedürftig: 30,8% der Frauen und 18,2% der Männer bzw. 26,6% mit einem geringeren und 13,9% mit einem höheren Sozialstatus. Im Vergleich mit Pflegequoten in der Gesamtbevölkerung in Deutschland deutet der hohe Anteil von Pflegebedürftigen in Privathaushalten in der Stichprobe auf einen erhöhten Pflegebedarf türkeistämmiger Migrant/-innen hin: So

²⁴ n= 190.

²⁵ Dabei scheint das Auswertungskonzept die Anzahl der Pflegebedürftigen eher zu unterschätzen. So wurden immerhin sieben Personen, die angaben, in eine Pflegestufe eingruppiert zu sein, und zwei von 13 Personen, die in einer Pflegeeinrichtung leben, nicht als pflegebedürftig identifiziert. Der tatsächliche Anteil Pflegebedürftiger in der Stichprobe könnte demnach höher liegen als die hier ermittelten 24,2%.

lag die Pflegequote im Jahr 2011 in der Bevölkerung der 60- bis 65-Jährigen bei 1,8%, der 65 bis 70 Jährigen bei 2,8%, der 70 bis 75 Jährigen bei 4,8% und der 75- bis 80-Jährigen bei 9,8% (Sozialpolitik aktuell) . Der Anteil der pflegebedürftigen Befragten liegt demnach sogar deutlich höher als der Anteil in der Altersgruppe der 75-80-Jährigen der Gesamtbevölkerung. Ältere türkeistämmige Migrant/-innen, insbesondere Frauen und Personen mit einem geringeren Sozialstatus, scheinen also häufiger pflegebedürftig zu sein, als die ältere Gesamtbevölkerung in Deutschland. Vor dem Hintergrund scheint sich die These eines erhöhten Pflegebedarfs ein weiteres Mal zu bestätigen.

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, so ein erstes Zwischenfazit, dass ältere türkeistämmige Migrant/-innen im Vergleich zur älteren Bevölkerung in Deutschland insgesamt einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen. Dafür sprechen ihre vergleichsweise schlechtere Gesundheit und das häufigere Betroffensein von Pflegebedürftigkeit. Türkeistämmige Ältere würden demnach nicht nur aufgrund ihres wachsenden Anteils in der älteren deutschen Bevölkerung als Zielgruppe pflegerischer Versorgung an Bedeutung gewinnen, sondern zusätzlich aufgrund ihres größeren Pflegebedarfs. Frauen und sozial schlechter Gestellte sollten nach erster Maßgabe besondere Berücksichtigung finden, da ihr Pflegebedarf – ebenso wie in der Gesamtbevölkerung – besonders groß zu sein scheint. Der Unterstützungsbedarf aufgrund funktionaler Einschränkungen scheint dabei das gleiche Muster zu besitzen wie das der Gesamtbevölkerung. Im Bereich der Grundfunktionen benötigen beide Gruppen vor allem bei körpernahen Verrichtungen wie dem Duschen und Waschen und bei den instrumentellen Verrichtungen im haushaltsnahen Bereich wie Einkaufen oder Reinigen der Wohnung Hilfe. Hinsichtlich der Art der Unterstützung dürften demnach keine besonderen Anforderungen an eine pflegerische Versorgung bestehen. Insbesondere mit Blick auf den erhöhten Pflegebedarf, stellt sich die Frage, inwieweit die älteren Türkeistämmigen aktuell versorgt sind und ob möglicherweise Handlungsbedarf besteht, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten.

4.2 Versorgungssituation

Die aktuelle pflegerische Versorgungslage der älteren türkeistämmigen Migrant/-innen kennzeichnet ein institutionelles Versorgungsdefizit, das in einer Diskrepanz zwischen faktischer Pflegebedürftigkeit von Personen in Privathaushalten und Eingruppierung in eine Pflegestufe sowie einer Unzufriedenheit mit der (finanziellen) Unterstützungssituation zum Ausdruck kommt. Derzeit scheint dieses „institutionelle Versorgungsdefizit“ zumindest teilweise durch ein umfassendes soziales Unterstützungspotenzial kompensiert zu werden; allerdings auf Kosten der Unterstützungspersonen, deren Engagement nicht durch finanzielle Leistungen wie das Pflegegeld gefördert bzw. ausgeglichen wird. Hilfe erhalten die Befragten vor allem von Familienangehörigen. Personen mit einem geringen Sozialstatus stehen weniger soziale Ressourcen zur Verfügung, so dass sie in besonderem Maße durch ein mögliches institutionelles Versorgungsdefizit betroffen sein könnten. In die Betrachtung der Versorgungssituation wurden ausschließlich jene 180 Befragten einbezogen, die in Privathaushalten leben. Wenngleich die Befragten in Pflegeeinrichtungen, die bereits institutionell versorgt sind, nur einen geringen Anteil der Stichprobe ausmachen, könnten sie aufgrund des Rekrutierungsbias die Ergebnisse zur Versorgungssituation positiv, d. h. zu einer günstigeren Versorgungslage, verzerren.

Institutionelle Versorgung

Das Ausmaß der institutionellen Versorgung wird daran gemessen, inwieweit die als pflegebedürftig gemäß SGB XI identifizierten Personen in Privathaushalten (vgl. Abschnitt 3.1) über eine Pflegestufe verfügen. Als Voraussetzung für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung stellt die Pflegestufe einen zentralen Indikator für die institutionelle Versorgung einer Person in Deutschland dar. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass türkeistämmige Migrant/-innen möglicherweise unzureichend am Pflegesystem teilhaben: Zwar ist der Großteil (64,8%) der Pflegebedürftigen in Privathaushalten in eine Pflegestufe eingruppiert, jedoch verfügt auch fast ein Viertel (23,5%) von ihnen über keine Pflegestufe (vgl. Abbildung 4). Sie erhalten damit weder Pflegesachleistungen noch Pflegegeld, welches sie zur Kompensation privater Pflegepersonen und/ oder zur Deckung damit verbundener Sachkosten wie Fahrt- oder Pflegematerialien aufwenden könnten. Aller-

dings ist hier explizit darauf hinzuweisen, dass diesem Ergebnis nur eine kleine Anzahl von Pflegebedürftigen (34 Fälle) in Privathaushalten zugrunde liegt - seine Aussagekraft ist damit stark eingeschränkt. Dennoch kann es als Hinweis auf ein mögliches Versorgungsdefizit gewertet werden. Bevölkerungsrepräsentative Untersuchungen sollten dieses Ergebnis überprüfen und vertiefen, z. B. die institutionelle Versorgungssituation nach Geschlecht und Sozialstatus differenzieren, worauf in der vorliegenden Studie aufgrund der geringen Fallzahl Pflegebedürftiger in Privathaushalten verzichtet werden muss.

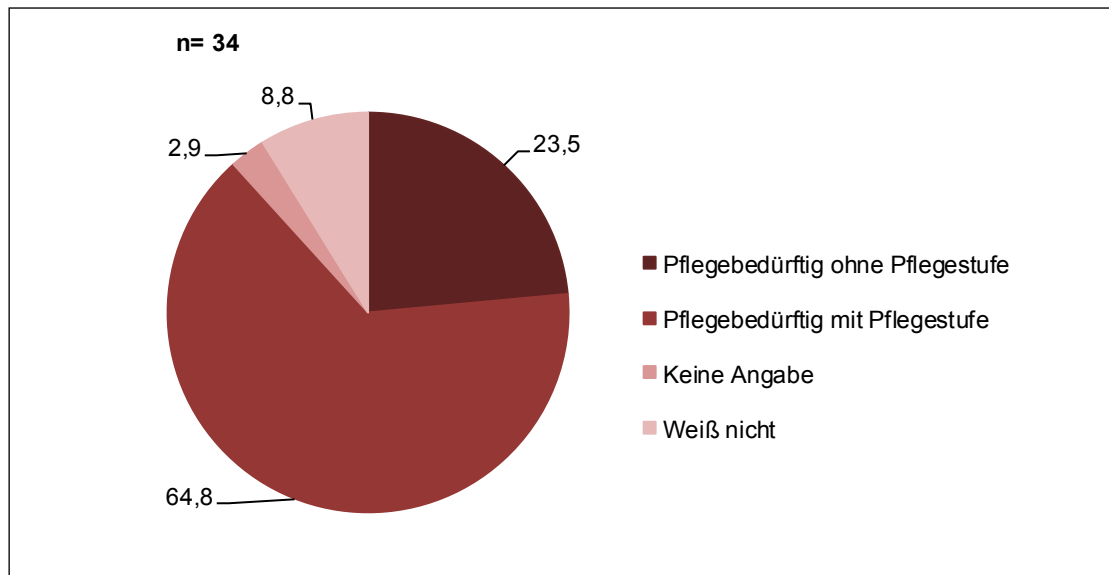


Abbildung 4: Anteil der Pflegebedürftigen in Privathaushalten mit und ohne Pflegestufe (in%)

Soziale Unterstützung

Mit Blick auf den erhöhten Pflegebedarf und dem sich abzeichnenden institutionellen Versorgungsdefizit stellt sich u. a. die Frage, welche Rolle soziale Ressourcen bei der pflegerischen Versorgung der türkeistämmigen Migrant/-innen spielen. Insgesamt scheint in der Gruppe älterer türkeistämmiger Migrant/-innen ein relativ großes soziales Unterstützungspotenzial zu bestehen. So erhalten nur knapp ein Viertel (22,2%) der Personen mit Unterstützungsbedarf im Alltag keine Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld. 77,8% der Befragten können auf mindestens eine Person zurückgreifen (vgl. Abbildung 5). Dabei handelt es sich vorwiegend um Angehörige der Kernfamilie. Am häufigsten gaben die Befragten an, von ihren Kindern – und mit 33,0% bzw. 32,1% von Töchtern und Söhnen gleichermaßen – unterstützt zu werden. Auch der (Ehe-)partner zählt mit 22,3% zu den zentralen Unterstützungspersonen. Häufig leisten aber auch nicht verwandte Personen wie Freunde und Nachbarn Hilfe im Alltag (17,9%). Andere Verwandte scheinen eher selten in die Versorgung involviert zu sein. Frauen erhalten etwas häufiger Unterstützung von den Kinder als Männer, vor allem von den Söhnen (37,3%/ 24,2%). Insgesamt zeigte sich bei der sozialen Unterstützung jedoch kein relevanter Unterschied nach Geschlecht. Der Sozialstatus scheint indes von Bedeutung zu sein: Befragte mit einem höheren Sozialstatus erhalten deutlich häufiger informelle Unterstützung als Befragte mit einem geringeren Sozialstatus (92,2%/ 75,3%). Bei 11,1% scheint ein erhebliches Versorgungsdefizit zu bestehen; sie erhalten weder soziale Unterstützung noch verfügen sie über eine Pflegestufe und damit über Zugang zu professionellen Pflegeleistungen. Familiäre Pflege und Unterstützung kommt eine große Bedeutung zu. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die türkeistämmige Bevölkerung nicht von der Gesamtbevölkerung. Nach wie vor erbringt auch hier vor allem die Familie die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen. Bei etwas mehr als einem Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten übernehmen vorrangig die eigenen Kinder oder der (Ehe-)Partner/-in die Pflege (Schneekloth 2006, Bundesministerium für Gesundheit 2011).

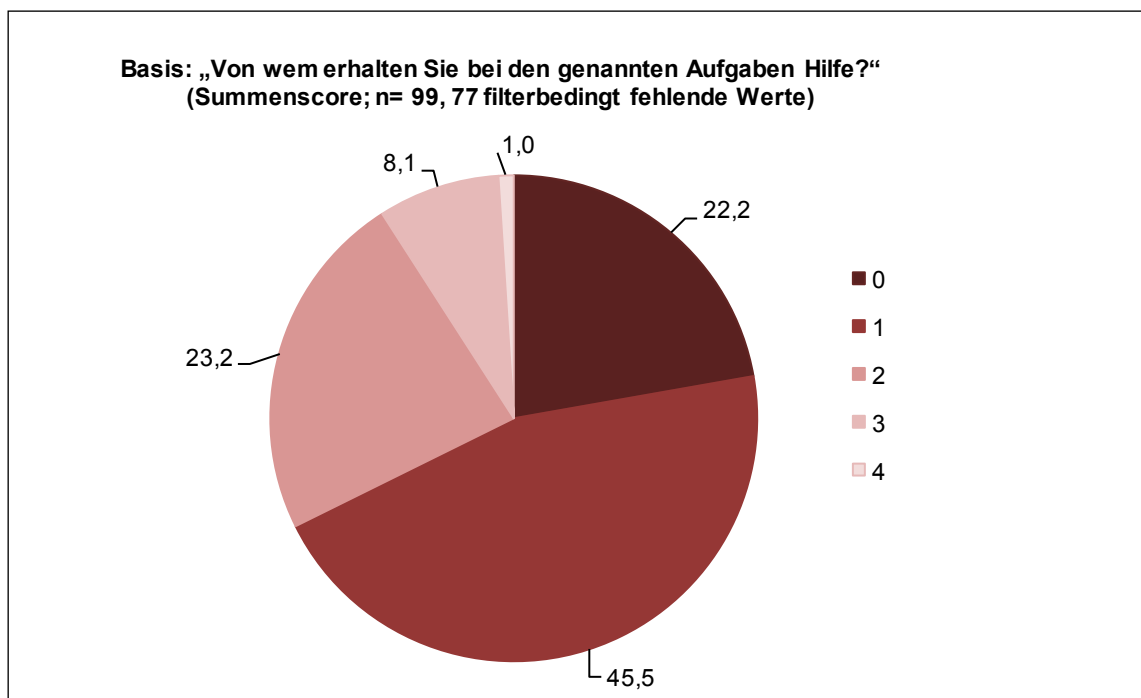


Abbildung 5: Anzahl der von Unterstützungspersonen von Personen mit Hilfebedarf (in %)

Zufriedenheit mit der Versorgungssituation

Mit Blick auf die Zufriedenheit mit der Versorgungssituation spiegeln die Untersuchungsergebnisse ebenfalls ein – vor allem institutionelles – Versorgungsdefizit wider. Zunächst zeigt sich, dass eine Vielzahl der Befragten mit ihrer Versorgungssituation unzufrieden ist. Zwar gab fast die Hälfte (48,3%) der Befragten an, ausreichend Hilfe zu erhalten, jedoch erachten mehr als ein Drittel (37,1%) die Unterstützung als unzureichend und 10,7% nur teilweise als ausreichend. Die relativ große Unzufriedenheit mit der Versorgungssituation spiegelt sich auch in der umfassenden Beantwortung der Frage wider, welche Art von Unterstützung noch gewünscht wird. Etwa die Hälfte der Befragten konkretisierte ihre ungedeckten Bedarfe im Rahmen einer Freitextnennung. Dabei scheint vor allem vor allem finanzieller Unterstützungsbedarf zu bestehen, den die Befragten mit 61 Nennungen am häufigsten thematisierten und bei dem besonders der deutsche Staat in der Pflicht gesehen wird. Weitere Wünsche betreffen eine bessere soziale Einbindung sowie Gesundheitsförderung und -versorgung, Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten, die Informationssuche und -angebote sowie eine Verbesserung der Wohnsituation. Zum Teil kamen in diesem Zusammenhang auch Ängste und Vorbehalte zur Sprache, die einer Inanspruchnahme professioneller Pflege entgegenstehen. So erklärte beispielsweise eine Person, sich zwar professionelle Unterstützung zu wünschen, jedoch Angst davor zu haben.

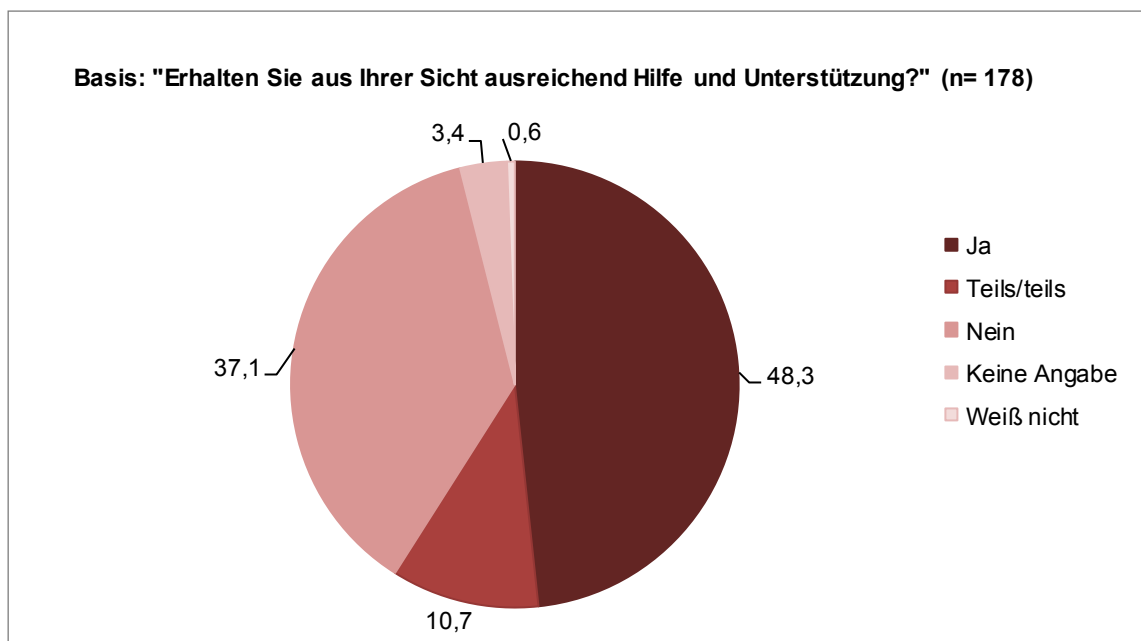


Abbildung 6: Zufriedenheit mit erhaltener Unterstützung (in %)

Frauen scheinen mit ihrer Versorgungssituation tendenziell zufriedener zu sein als Männer, 52,9% der weiblichen Befragten und 44,0% der Männlichen erachten ihre Unterstützung als ausreichend. Die größere Zufriedenheit von Frauen könnte möglicherweise dadurch zu erklären sein, dass Männer seltener soziale Unterstützung erhalten. Bezüglich des Sozialstatus ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede.

Die Untersuchungsergebnisse liefern Anhaltspunkte für ein Verbesserungspotenzial im Bereich der institutionellen/ professionellen pflegerischen Versorgungssituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen. Die Versorgung der türkeistämmigen Älteren scheint derzeit vorwiegend von nahen Familienangehörigen erbracht zu werden. Die geringe Inanspruchnahme staatlicher Pflegeangebote wie das Pflegegeld erschwert die familiäre Pflege, da die Kosten der Pflege allein durch das ohnehin häufig eher geringe Familieneinkommen getragen werden. Der Großteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen kann zur Bewältigung des Alltags auf soziale Ressourcen, meist die Kindern und (Ehe)Partner/-in, zurückgreifen. Türkeistämmige mit einem geringen Sozialstatus dürften scheinen vergleichsweise stark von einem Versorgungsdefizit betroffen sein; sie scheinen erhalten seltener informelle Unterstützung zu erhalten als sozial Bessergestellte. Sie sind wären damit als eine Zielgruppe pflegerischer Versorgung auszuweisen ist, die das Pflegesystem vor besondere Herausforderungen stellt. Aber auch die Versorgungslage der sozial umfassend Eingebetteten wäre bei der hier vermuteten mangelnden Einbindung in das institutionelle Versorgungssystem als unzureichend einzuschätzen. Insbesondere mit Blick auf die Hinweise auf einen erhöhten Pflegebedarf der ehemaligen Gastarbeiter sollte die Inanspruchnahme institutioneller/ professioneller Pflegeleistungen gefördert werden. Damit stellt sich die Frage nach möglichen Ursachen der geringen Inanspruchnahme oder, – konstruktiv gewendet – nach Ansatzpunkten zur Verbesserung der aktuellen und künftigen Versorgung. Relevant erscheint in diesem Zusammenhang auch die Frage, wie professionelle Pflegeangebote wie die ambulante Pflege gestaltet sein sollten, um auf Interesse bei Türkeistämmigen zu treffen. Diese Fragen sind Gegenstand der folgenden zwei Abschnitte zur Informationssituation und zu den Pflegeorientierungen.

4.3 Informationssituation

Die Informationssituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen kennzeichnet gemäß der vorliegenden Ergebnisse ein relativ geringer Informationsstand im Bereich Pflege, der durch häufig unzureichende Kennt-

nisse der deutschen Sprache, eine stark auf das soziale Netzwerk konzentrierte Informationsgewinnung und Unsicherheiten bezüglich der Gestaltung der Informationssuche begründet zu sein scheint. Die ungünstige Informationssituation kann als eine Erklärung für die geringe Inanspruchnahme gewertet werden, da mit fehlendem Wissen über das Pflegesystem in Deutschland und mangelnder Kenntnis örtlicher Beratungs- und Pflegestrukturen eine wichtige Voraussetzung dafür fehlt. Bei der Analyse der Informationssituation wurden ausschließlich die 180 Personen in Privathaushalten berücksichtigt, um eine Verzerrung durch Personen in Pflegeeinrichtungen auszuschließend, für die eine bessere Informationssituation angenommen werden kann.

Informationsstand

Der unzureichende Informationsstand älterer türkeistämmiger Migrant/-innen im Bereich der Pflege zeigt sich einerseits an der vergleichsweise negativeren subjektiven Einschätzung der eigenen Informiertheit sowie an einem geringen Wissens- und Kenntnisstand zu einzelnen Aspekten Pflegesystem und örtlichen Pflege- und Beratungsangeboten.

Die Ergebnisse zum subjektiven Informationsstand (vgl. Abbildung 7) weisen darauf hin, dass ältere Türkeistämmige zum Thema Pflege schlechter informiert sind als die ältere Gesamtbevölkerung in Deutschland. Fast die Hälfte (48,0%) der Befragten fühlt sich schlecht oder sehr schlecht informiert. Weitere 36,0% schätzen ihren Informationsstand als mittelmäßig und lediglich 16,0% als gut oder sehr gut ein. Für die deutsche Gesamtbevölkerung ergibt sich indes ein positiveres Bild: Gemäß der Daten des Gesundheitsmonitors 2013 fühlen sich 27% der 18 bis 79 Jährigen in Deutschland sehr gut und gut informiert und ebenso viele schlecht und sehr schlecht informiert (Kuhlmey et al. 2013). Eine Studie des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. verweist auf eine noch drastischere Informationsasymmetrie zwischen türkeistämmigen und der Gesamtbevölkerung im Alter von 50 Jahren oder mehr in Deutschland. Demnach fühlt sich mehr als die Hälfte (54%) zum Thema Pflege sehr gut oder gut informiert, 37% weniger gut und nur 8% praktisch gar nicht informiert (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. 2014).

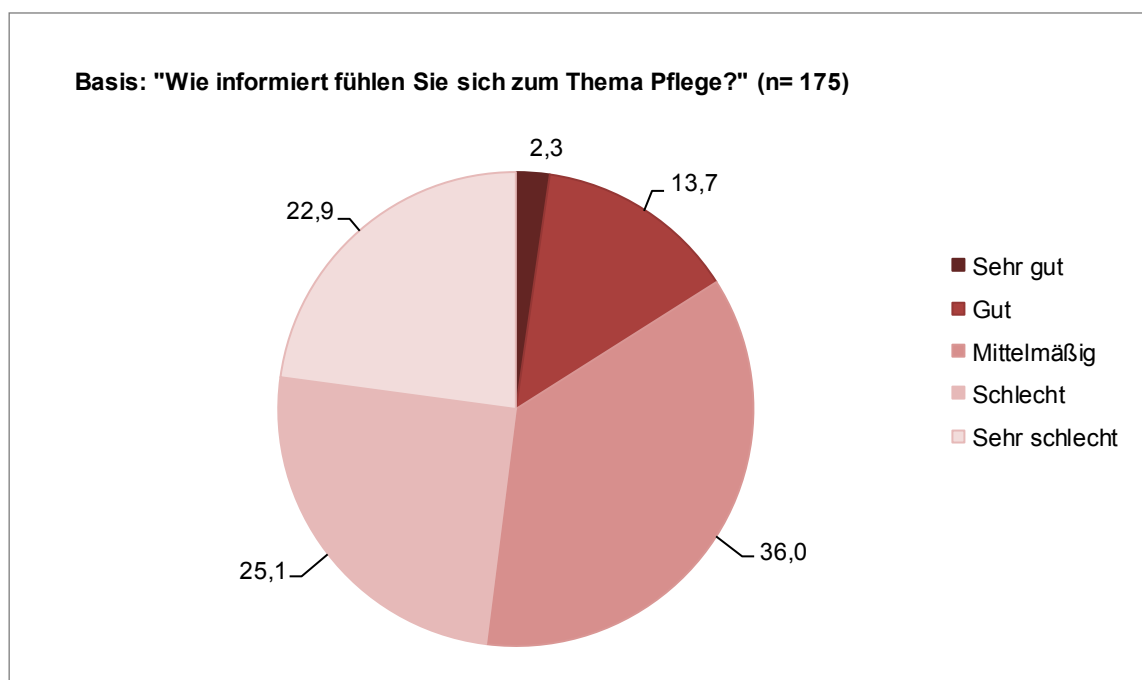


Abbildung 7: Subjektiver Informationsstand (in %)

Der Wissensstand zum institutionellen Pflegesystem in Deutschland (vgl. Abbildung 8) scheint dem subjektiven Informationsstand entsprechend ebenfalls eher gering ausgeprägt zu sein: Über die Hälfte der Befragten (57,7%) gab an, nicht zu wissen, was unter einer Pflegestufe zu verstehen ist und deutlich mehr noch (72,0%), wie sie beantragt wird, welche Leistungen die Pflegeversicherung anbietet (70,3%), oder dass es Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gibt (73,7%). Etwas mehr Befragte wussten, dass es Alternativen zu Pflegeeinrichtungen wie Pflege- und Altenheimen gibt (38,9%) und was ein ambulanter Pflegedienst macht (48,0%). Bemerkenswert erscheint, dass der Großteil (61,7%) der Befragten zu wissen scheint, dass es spezielle Pflegeeinrichtungen für türkeistämmige Menschen gibt.

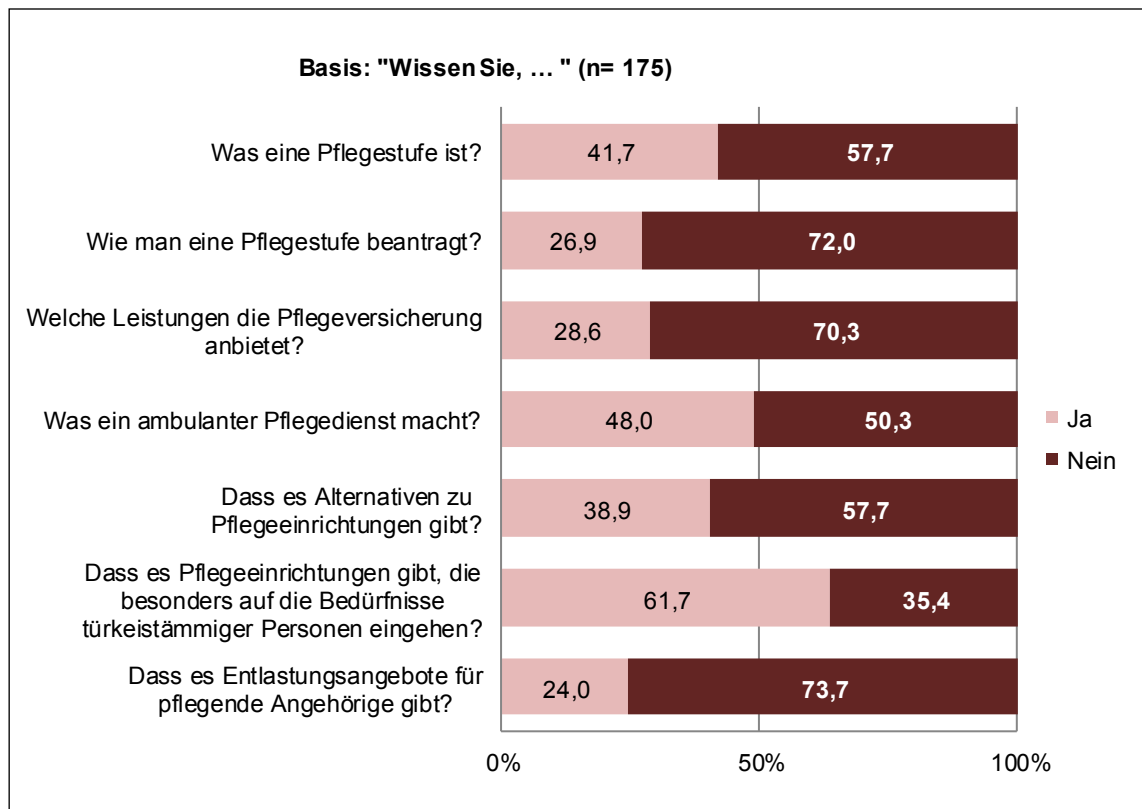


Abbildung 8: Wissensstand zum Pflegesystem (in %)

Auch der Kenntnisstand hinsichtlich Beratungs- und Pflegeangebote in Berlin stützt die These eines Informationsmangels in der türkeistämmigen Bevölkerung: Insbesondere Beratungsangebote wie die Pflegestützpunkte oder die Online-Informationsressourcen „Pflegelotse Berlin“ und das „Pflegeportal des Landes Berlin“ sind weitgehend unbekannt. Etwas positiver stellt sich der Kenntnisstand bezüglich örtlicher Pflegeangebote dar, wobei auch diese vielfach unbekannt zu sein scheinen: 53,1% der Befragten gaben an, das „Pflegehaus Kreuzberg (bzw. Türk Bakim Evi)“²⁶ und 58,4% ambulante Pflegedienste in Berlin nicht zu kennen.

²⁶ Das heutige „Pflegehaus Kreuzberg“ wurde 2007 als türkisches Pflegehaus (Türk Bakim Evi) mit einem interkulturellen Pflegekonzept gegründet. Aufgrund der geringen Nachfrage von Seiten türkeistämmiger Migrant/-innen vollzogen die Betreiber zunächst eine Neuausrichtung zum „Interkulturellen Pflegehaus Kreuzberg“, welche die Bevölkerung älterer Migrant/-innen insgesamt ansprechen sollte. Inzwischen werden dort schwerpunktmäßig Demenz- und Suchtkranke versorgt.

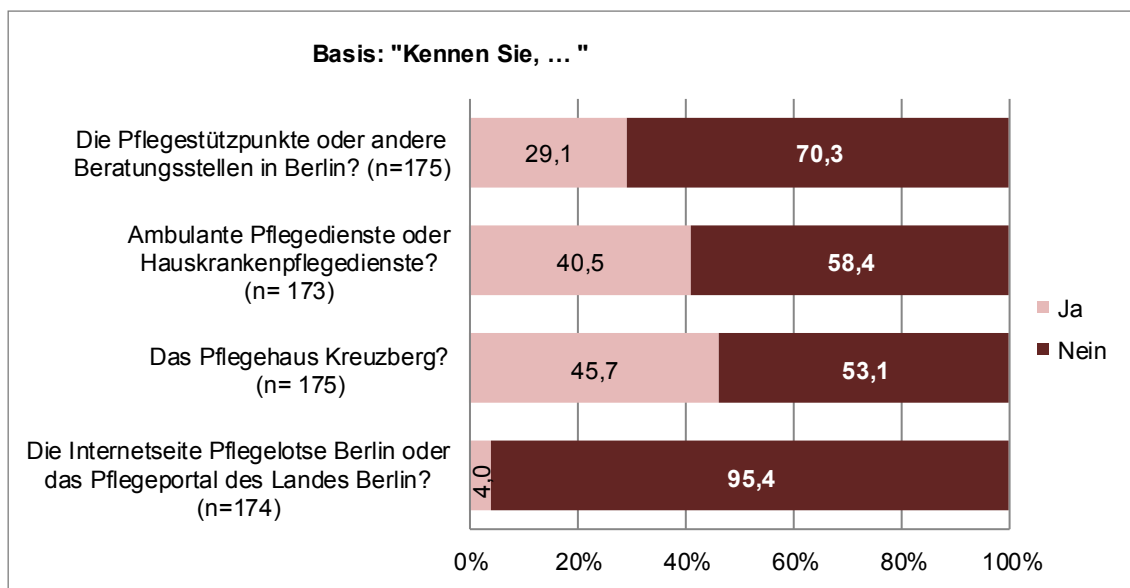


Abbildung 9: Kenntnis örtlicher Pflege- und Beratungsangebote (in %)

Die Differenzierung der Ergebnisse nach Geschlecht und Sozialstatus deutet darauf hin, dass Frauen und sozial besser gestellte Personen tendenziell besser zum Thema Pflege informiert sind. Zwar ist bei der Selbsteinschätzung des Informationsstands der Geschlechterunterschied nur gering ausgeprägt – 46,5% der weiblichen und 49,5% der männlichen Befragten fühlen sich schlecht oder sehr schlecht informiert –, beim Wissens- und Kenntnisstand tritt er allerdings deutlicher zu Tage. Bei fast allen Items gab ein größerer Anteil der Männer als der Frauen an, die jeweilige Institution nicht zu kennen. So kennen nur knapp die Hälfte (48,8%) der Frauen, aber 67,4% der Männer keinen ambulanten Pflegedienst in Berlin. Hinsichtlich des Sozialstatus ergab sich ein relativ eindeutiger Unterschied zugunsten einer besseren Informiertheit von Befragten mit höherem Sozialstatus: Der subjektiv wahrgenommene Informationsstand wird von Befragten mit einem geringeren Sozialstatus mit 51,8% deutlich häufiger als schlecht oder sehr schlecht eingestuft, als von denjenigen mit einem höheren (31,3%). Allerdings fühlen sich auch allein 21,9% der Letzteren sehr schlecht informiert. Ein vergleichbares Muster weist auch die Verteilung der Wissens- und Kenntnisfragen auf. Bei fast allen Items antwortete ein größerer Anteil der Befragten mit einem geringeren als der mit einem höheren Sozialstatus, den Gegenstand der Frage nicht zu kennen. Beispielsweise wissen 60,8% der niedrigen Statusgruppe nicht, was eine Pflegestufe ist, im Unterschied zu 43,8% der höheren.

Den geringen Informationsstand könnten einerseits die häufig geringen Deutschkenntnisse – worauf der hohe Anteil von Personen hinweist, die ihre Deutschkenntnisse als eher gering einschätzen (vgl. Abschnitt 3.1.4) – sowie geringe IT-Kompetenzen und der fehlende Zugang zu Computern und dem Internet erklären, über das heutzutage ein Großteil von Informationen – auch zum Thema Pflege – zur Verfügung gestellt wird. Neben den Sprachkenntnissen kommt als weitere mit dem Migrationshintergrund verknüpfte Erklärung für eine vergleichsweise geringe Informiertheit, der Mangel eigener generationsübergreifender Pflegeerfahrungen in Betracht. Kuhlmeier et al. (2013) belegen anhand von Daten des Gesundheitsmonitors einen deutlichen Zusammenhang zwischen selbst erbrachter Pflegeleistung und Informationsstand. Da die älteren Verwandten der Migranten der ersten Gastarbeitergeneration aus der Türkei in der Regel im Herkunftsland verblieben, verfügen die hier Lebenden über keine Pflegeerfahrung in Deutschland.

Informationsgewinnung

Die genutzten nicht medialen und medialen Informationsquellen sowie die ermittelten Schwierigkeiten der Informationsgewinnung bieten Erklärungen für den geringen Informationsstand und andererseits mögliche

Ansatzpunkte, diesen zu verbessern. Die Informationssuche älterer Türkeistämmiger erfolgt gemäß der vorliegenden Ergebnisse vorwiegend im eigenen sozialen Netzwerk, was u. a. mit Blick auf kaum vorhandene Pflegeerfahrung dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland den eher geringen Informationsstand begründen könnte. Daneben spielt aber auch Gesundheitspersonal wie etwa der Hausarzt eine Rolle bei der Informationsgewinnung. Als zentrale mediale Informationsquellen ergaben sich das Fernsehen und im geringen Maße Zeitungen. Erschwert wird die Informationsgewinnung durch unklare Suchstrategien und fehlende bilinguale Informationsangebote.

Die wichtigste nicht mediale Informationsquelle der Befragten stellt mit Abstand das soziale Netzwerk dar (vgl. Abbildung 10); 72,7% gaben an, ihre Informationen von Freunden und Bekannten zu erhalten. Dabei beschränkt sich die Informationsgewinnung über das soziale Netzwerk nicht nur auf Freunde und Bekannte. Im Rahmen der Freitextangaben zu anderen Informationsquellen, nannten die Befragten auch andere Mitglieder ihres sozialen Netzwerks. Besonders die Kinder unterstützen die Informationsgewinnung. Eine weitere zentrale Informationsressource bilden Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich, z. B. Hausärzte, Apotheker oder Physiotherapeuten, die von 42,4% der Befragten genannt wurden. Moscheegemeinden werden nur von 22% der Befragten als Informationsressource genutzt und dies vermehrt von Männern als von Frauen (27,0%/ 16,9%) sowie von Befragten mit einem geringeren als einem höheren Sozialstatus (23,4% 16,1%). Eine eher untergeordnete Rolle scheinen Beratungsstellen zu spielen. Nur 12,8% der Befragungsteilnehmer gaben an, sich bei den Pflegestützpunkten, Nachbarschaftshilfen, Wohlfahrtsverbänden oder Beratungsstellen der Kranken- oder Pflegeversicherung zu informieren. Allerdings scheinen eher Frauen als Männer (16,9%/ 9,0%) und Personen mit einem höheren als einem geringeren Sozialstatus (19,4%/ 11,3%) entsprechende Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen.

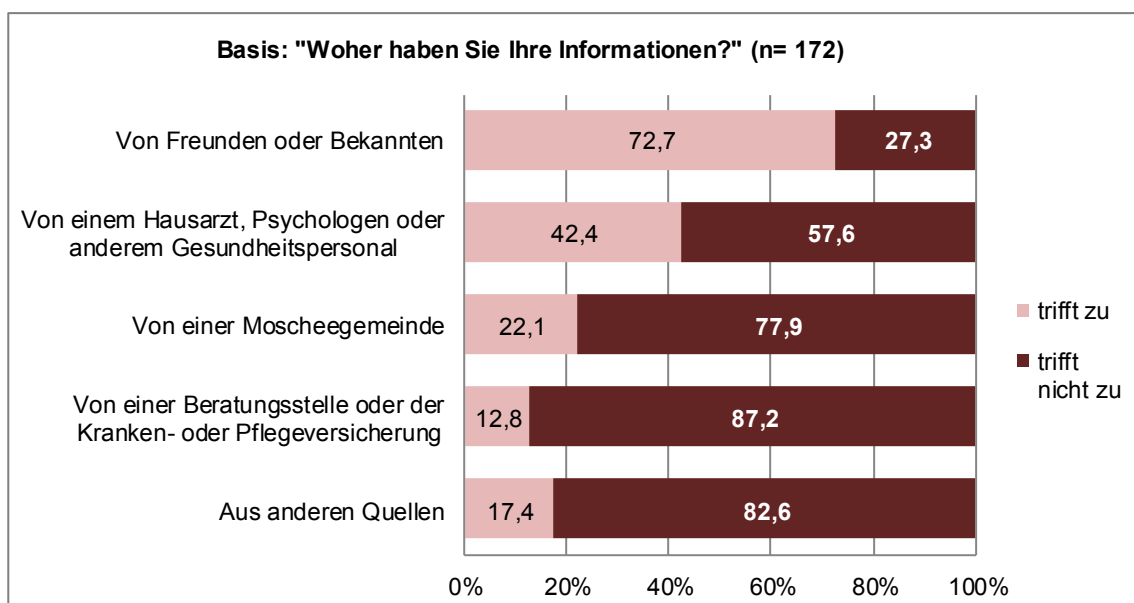
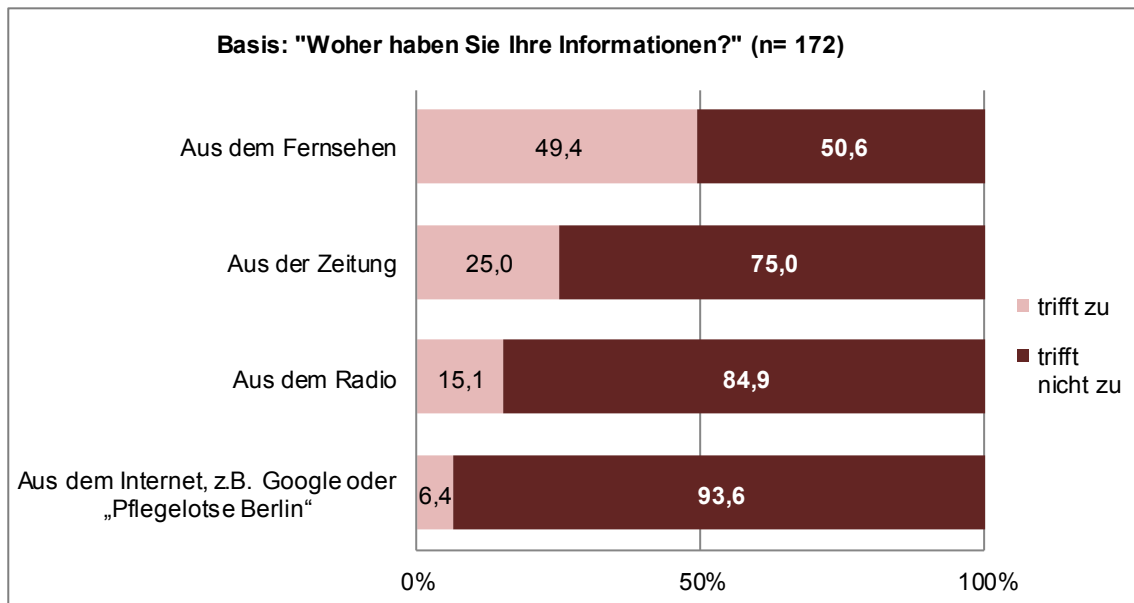


Abbildung 10: Nicht-mediale Informationsquellen (in %)

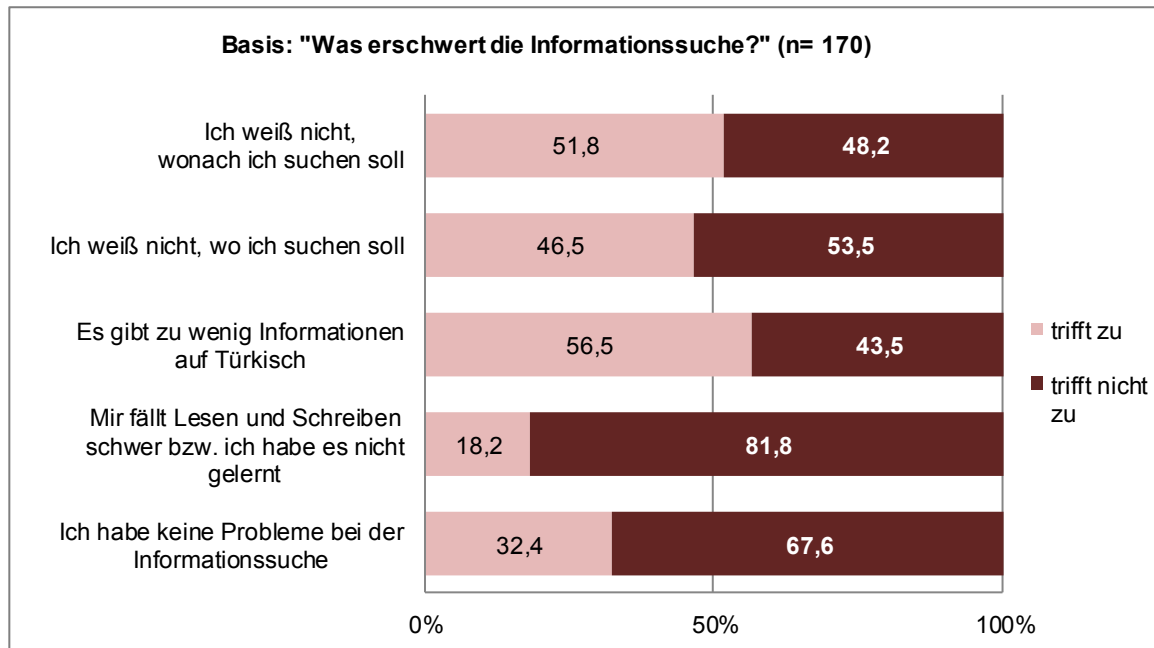
Das wichtigste Medium der Informationsgewinnung stellt das Fernsehen dar (vgl. Abbildung 11), welches 49,4% der Befragten und Frauen etwas stärker als Männer (53,0%/ 46,1%) für diesen Zweck nutzen. Mit 25% kommt der Zeitung, dem Radio und Internet mit 15,1% bzw. 6,4% jedoch nur eine nachgeordnete Bedeutung zu.

Abbildung 11: Mediale Informationsquellen (in %)



Schwierigkeiten bei der Informationsgewinnung treten vor allem bei der Gestaltung der Informationssuche und aufgrund eines scheinbar unzureichenden Informationsangebots in türkischer Sprache auf. Über die Hälfte der Befragten gab an, es seien zu wenige Informationen in türkischer Sprache verfügbar (56,5%). Für Frauen und Befragte mit einem geringeren Sozialstatus stellt die geringe Verfügbarkeit türkischsprachiger Informationen eine größere Schwierigkeit dar als für ihren jeweiligen Gegenpart – 67,1% der Frauen und nur 46,6% der Männer sowie 61,6% der Personen mit einem geringeren und 34,4% mit einem höheren Sozialstatus gaben dies als Schwierigkeit an. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, ob tatsächlich zu wenige türkischsprachige Informationen bereitgestellt werden und/oder ob zwar ein ausreichendes Angebot besteht, die Informationen die älteren türkeistämmigen Migrant/-innen aber nicht erreichten. Grundsätzlich weisen die Ergebnisse darauf hin, dass vielen Befragten unklar zu sein scheint, wie und wo sie bei der Informationsgewinnung ansetzen sollen: 51,8% gaben an, nicht zu wissen wonach und 46,5% wo sie suchen sollen.

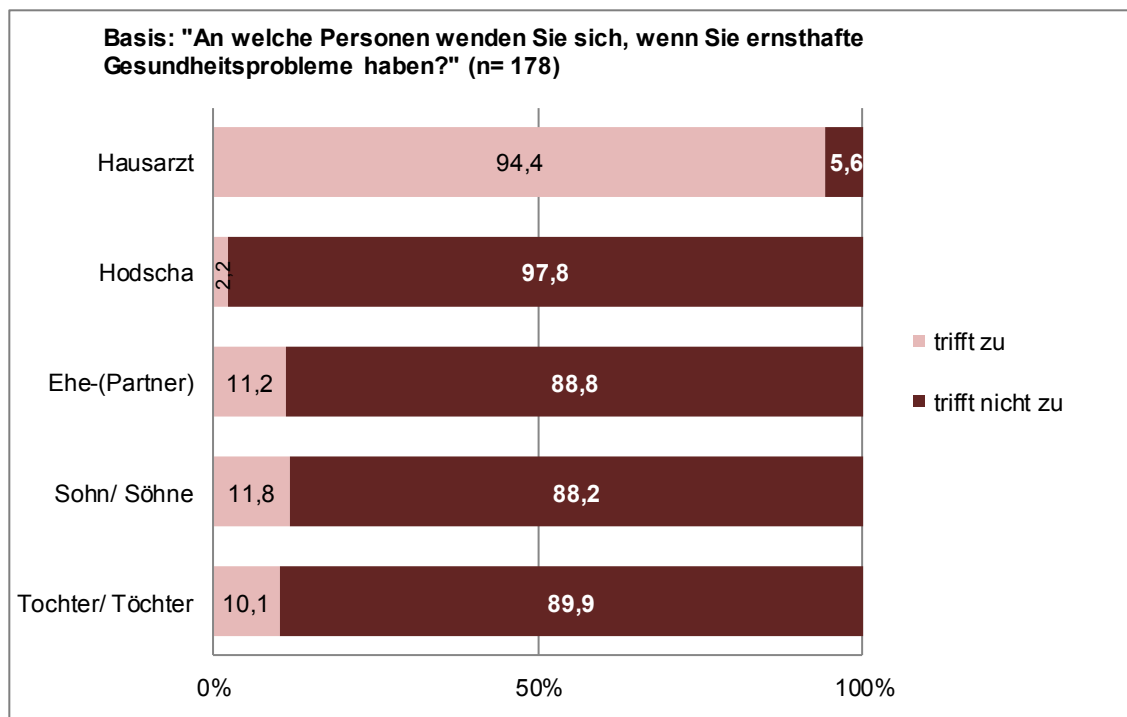
Abbildung 12: Schwierigkeiten der Informationssuche (in %)



Zugangs- und Informationswege

Mit Blick auf den geringen Informationsstand und die geringe Inanspruchnahme des institutionellen Pflegesystems stellt sich die Frage, welche Zugänge sich eignen, um beides zu verbessern. Die Ergebnisse zur Informationsgewinnung weisen das soziale Netzwerk, Gesundheitsfachkräfte sowie das (türkischsprachige) Fernsehen als mögliche Zugänge und Multiplikatoren aus, über die türkeistämmige Migrant/-innen über die Möglichkeiten des institutionellen Pflegesystems informiert und beraten werden können. Unter den Gesundheitsfachkräften scheint speziell der Hausarzt/-ärztin eine wichtige Informationsfunktion einzunehmen. Sie sind die zentralen Ansprechpartner bei Gesundheitsfragen. Mit 94,4% der Befragten gaben fast alle Befragten an, sich bei ernsthaften gesundheitlichen Problemen, an ihren Hausarzt/-ärztin zu wenden; mehr als die Hälfte (58,4%) von ihnen werden von einem türkischsprachigen Hausarzt/-ärztin versorgt. Offenkundig nimmt hier die Beratung zu professionellen Pflegeangeboten bzw. die Weiterleitung zu entsprechenden Beratungseinrichtungen einen noch zu geringen Raum ein. In deutlich geringerem Maße wenden sich die Befragten auch an ihre Kernfamilie: 11,8% nannten den Sohn, 11,2% den Ehepartner und 10,1% die Tochter als Bezugspersonen bei gesundheitlichen Problemen. Der Hausarzt/-ärztin könnte als Informationsvermittler und Beratungsinstanz also eine wichtige Rolle zur Förderung der institutionellen pflegerischen Versorgung spielen. Zwischen weiblichen und männlichen Befragten wurden hier keine nennenswerten Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Hausarzt/-ärztinnen festgestellt. Der Sozialstatus scheint hierauf jedoch einen – wenn auch eher geringen – Effekt zu haben: So nannten 93,2% der Befragten mit einem geringen und 100,0% mit einem höheren Sozialstatus den Hausarzt/-ärztin als Ansprechpartner/-in bei gesundheitlichen Problemen.

Abbildung 13: Ansprechpartner/-innen bei gesundheitlichen Problemen (in %)



Eine Vergleichsperspektive zu den Aspekten der Informationsgewinnung sowie zu den Zugangs- und Informationswegen eröffnet eine für die Stadt Hannover repräsentative Studie von Walter et al. (2014) zum „Gesundheits- und Präventionsverhalten von Personen mit und ohne Migrationshintergrund“. Danach bestehen beim Informationsverhalten bei gesundheitlichen Problemen Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. Sowohl bei Personen mit türkischem als auch Personen ohne Migrationshintergrund stellt der Arzt/Ärztin die wichtigste Informationsquelle dar. In beiden Gruppen sind darüber hinaus die Familie und Freunde von Bedeutung. Die große Relevanz des (Haus-)Arztes/-ärztin und des sozialen Netzwerkes korrespondiert auch mit den weiter oben dargestellten Ergebnissen, wonach beides – das Gesundheitspersonal sowie Freunde und Familie – die zentralen Informationsquellen der türkeistämmigen Befragten im Bereich Pflege darstellen. Unterschiede lassen sich hinsichtlich der Nutzung von medialen Informationsquellen feststellen. So verwendet die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger das Internet zu Informationszwecken als es bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund der Fall ist. Mit Blick auf die Schwierigkeiten der Informationsgewinnung weist auch die Studie von Walter et al. (2014) auf das Fehlen eines mehrsprachigen Informationsangebots hin. Demnach äußerte gut die Hälfte der Teilnehmer mit türkischem Migrationshintergrund den Wunsch nach bilingualen Informationen. Einen ähnlichen Anteil kann vorliegende Untersuchung ausmachen. Hier gab mehr als die Hälfte der Befragten an, es gebe zu wenige Informationen in türkischer Sprache.

Insgesamt weisen die Untersuchungsergebnisse auf eine verbesserungswürdige Informationssituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen hin, die mitverantwortlich für die (scheinbar) defizitäre Versorgungslage sein könnte. Ein im Vergleich zur älteren Gesamtbevölkerung deutlich schlechterer Informationsstand im Bereich Pflege beeinträchtigt die Versorgungssituation, da institutionelle Pflegeangebote wenig bekannt sind und daher ungenutzt bleiben. Vor allem türkeistämmige Männer und sozial schwächer Gestellte verfügen über einen geringen Wissens- und Kenntnisstand zum Pflegesystem und örtlichen Beratungs- und Hilfsangeboten.

Als Gründe für den geringen Informationsstand kommen fehlende Pflegeerfahrungen, die den Wissenserwerb im sozialen Netzwerk erschweren, häufig geringe Deutschkenntnisse bzw. ein unzureichendes bilin-

guales Informations- und Beratungsangebot sowie und unklare Suchstrategien in Betracht. An diesen Punkten sollte eine zielgruppenorientiertere Informationsvermittlung ansetzen. Als Zugangswege für Beratungs- und Information eignen sich insbesondere das soziale Netzwerk, Hausärzte sowie das Fernsehen und Zeitungen.

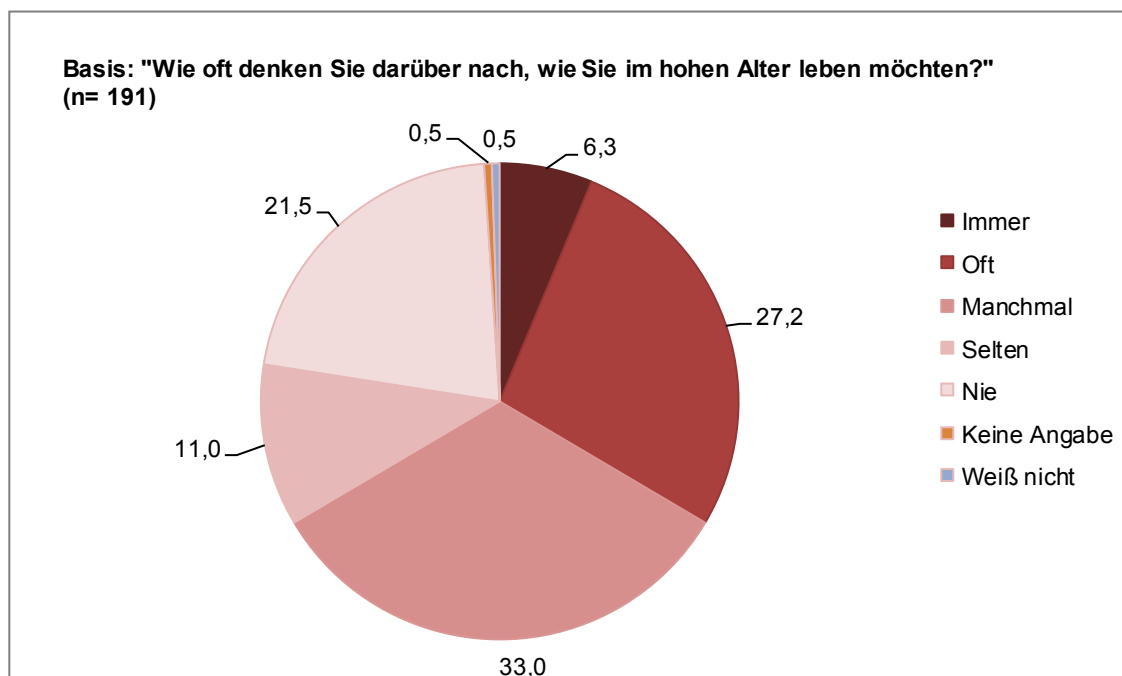
4.4 Pflegeorientierungen

Neben der Informationssituation leisten auch die Pflegeorientierungen der älteren Türkeistämmigen einen Erklärungsbeitrag zur aktuellen Versorgungssituation. Die im Weiteren darzulegenden Ergebnisse zu möglichen Vermeidungstendenzen, die in der qualitativen Vorarbeit zu dieser Studie festgestellt und hier überprüft wurden (vgl. Abschnitt 2.3), sowie zu den Pflegeerwartungen, den Einstellungen zu professioneller Pflege und Merkmalen guter professioneller/ kultursensibler Pflege deuten darauf hin, dass das vermutete Versorgungsdefizit u. a. durch eine eher reaktive Gestaltung des Lebens im hohen Alter sowie Vorsorge für eine mögliche Pflegebedürftigkeit Vermeidungstendenz mit begründet ist. Gleichzeitig geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass ein Potenzial in der relativ großen Offenheit gegenüber professionellen, vor allem ambulanten Pflegeangeboten besteht. Präferiertes Pflegemodell scheint ein kombiniertes aus familiärer und professioneller Pflege zu sein – insbesondere, wenn kultursensible Aspekte berücksichtigt werden.

Vermeidungstendenzen

Unter den Befragten scheint eine Tendenz zu bestehen, Gedanken an die Altersphase und an eine mögliche Pflegebedürftigkeit eher zu vermeiden. Darauf deutet der relativ große Anteil hin, der nur selten oder gar nicht über das Leben im hohen Alter nachdenkt (vgl. Abbildung 14): Mit knapp einem Drittel (32,5%) setzen sich ebenso viele der Befragten selten oder nie mit ihrer späten Altersphase auseinander, wie sich nur manchmal (33,0%) bzw. immer oder oft (33,5%) damit befassen. Allein 21,5% der Befragten gab dabei an, nie über ihr Leben im hohen Alter nachzudenken.

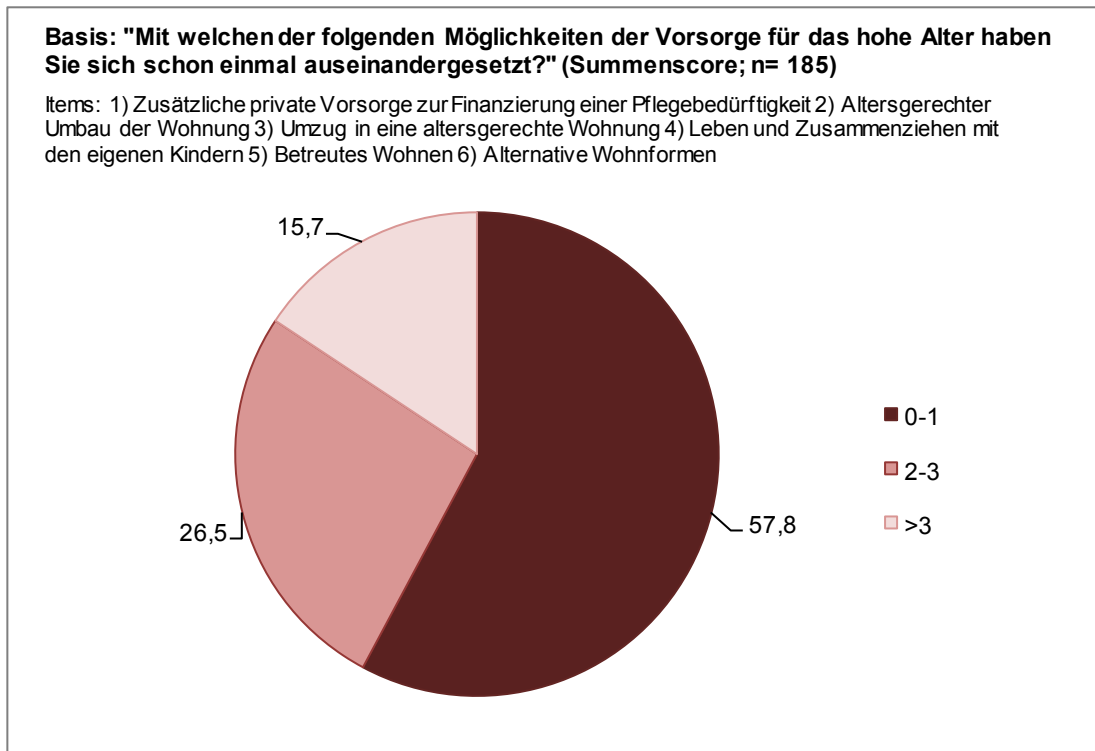
Abbildung 14: Häufigkeit des Nachdenkens über das Leben im hohen Alter (in%)



Noch nachdrücklicher zeigt sich die Vermeidungstendenz mit Blick auf die Anzahl der Möglichkeiten der Vorsorge für das hohe Alter, mit denen sich die Befragten schon einmal auseinander gesetzt haben (vgl. Ab-

bildung 15): Mehr als die Hälfte (57,8%) der Befragten gab an, noch keine oder nur eine der Möglichkeiten in Erwägung gezogen zu haben, 26,5% mit 2-3 und insgesamt nur 15,7% mit mehr als drei der insgesamt 10 Möglichkeiten. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass die Befragten eher selten eine Versorgung im Alter planen und entsprechende Vorkehrungen dafür treffen.

Abbildung 15: Anzahl bedachter Möglichkeiten der Vorsorge für das hohe Alter (in %)



Ein relevanter Gendereffekt bzgl. der Vermeidungstendenz der Befragten war nicht festzustellen, wohingegen der Sozialstatus indes eine Erklärung darstellen könnte. So weisen sozial schlechter Gestellte stärkere Vermeidungstendenzen auf als Bessergestellte: 34,2% der Personen mit einem geringeren und nur 25% der Personen mit einem höheren Sozialstatus gaben an, sich selten oder nie mit ihrem Leben im hohen Alter zu befassen. Mit keiner oder nur einer der Vorsorgemöglichkeiten befassten sich indes 61% der Personen mit einem geringeren und 44,4% der Personen mit einem höheren Sozialstatus. Der Zusammenhang zwischen der Vermeidungstendenz und dem Sozialstatus der Befragten könnte darin begründet sein, dass der mit einem geringeren Sozialstatus bzw. Bildungsstand und Einkommensniveau weniger Ressourcen für die Planung und Gestaltung des Alters und der Vorsorge zur Verfügung stehen. Die Informationsgewinnung bei Personen mit einem geringeren Sozialstatus ist demnach erschwert, was dazu führt, dass eine Auseinandersetzung mit den nur schwer oder unlösbar erscheinenden Frage- oder Problemstellungen des Alters vermieden werden. Eine zusätzliche relevante Erklärung für die Vermeidungstendenz der Befragten stellt die in der qualitativen Vorgängerstudie ermittelte fatalistische Einstellung türkeistämmiger Migrant/-innen dar (vgl. Abschnitt 2.3). Danach „verzichten“ türkeistämmige Ältere eher auf eine aktive Gestaltung des hohen Alters, da sie damit den Glaube an das ereignis- und schicksalhafte Eintreten eines Zustands verknüpfen, der mit großen Ängsten z.B. vor Siechtum, Abhängigkeit und dem baldigen Tod assoziiert ist. Die Vermeidung von Gedanken an das hohe Alter stellt hier ein entlastendes Moment dar.

Anders als in der türkeistämmigen Bevölkerung scheint mit Blick auf eine Studie der Allianz AG zur „Pflege und Pflegevorsorge“ in Deutschland (Allianz 2013) „Pflege“ in der Bevölkerung in Deutschland im Alter von 30 bis 60 Jahren kein Tabuthema mehr zu sein. Dies folgern die Autoren u. a. aus dem guten Wissensstand zum Thema Pflege, wonach mehr als die Hälfte (54%) glaubt, sich gut auszukennen.

Im Vergleich dazu fühlen sich nur 16% der in der vorliegenden Studie befragten Türkeistämmigen sehr gut oder gut informiert (vgl. Abschnitt 4.3). Allerdings ist anzumerken, dass wegen der unterschiedlichen Altersgruppen der beiden Studien die Aussagekraft des Vergleichs eingeschränkt ist. Zudem basieren die Ergebnisse der Allianz-Studie auf einer Online-Befragung, wodurch ein Selektionseffekt zugunsten IT-affiner und mit Blick auf die Informationsfunktion des Internets besser informierter Personen wahrscheinlich ist. Trotz dieser Einschränkungen können die Ergebnisse der Allianz-Studie als mögliches Indiz dafür verstanden werden, dass bei den türkeistämmigen Älteren eine Tendenz zur Vermeidung des Themas Alter und Pflege stärker ausgeprägt ist als in der deutschen Gesamtbevölkerung. Darauf deutet auch das Ergebnis hin, dass in der Gesamtbevölkerung das „Älter werden“ zwar ebenfalls vorwiegend negativ konnotiert ist. Jedoch scheint mit zunehmendem Alter die Angst vor einer Pflege zu schwinden – allerdings gilt auch hier die Einschränkung, dass keine Ergebnisse für die Bevölkerung über 60 Jahren vorliegen.

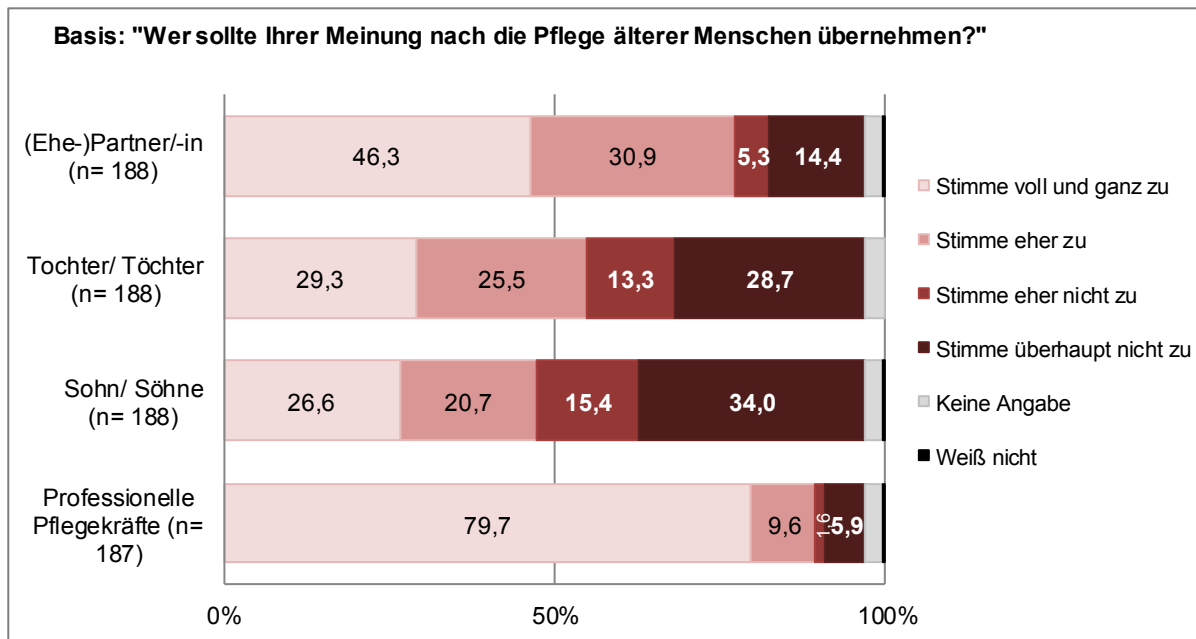
Pflegeerwartungen

Entgegen der häufigen These, ältere türkeistämmige Migrant/-innen hätten eine eindeutige Präferenz für familiäre Pflege und lehnten professionelle Pflege grundsätzlich ab, weisen die Ergebnisse auf eine relativ große Offenheit für eine Versorgung durch professionelle Pflegekräfte hin. Gleichzeitig kommt aber auch der familiären Pflege große Bedeutung zu.

Mit Blick auf die Pflegerwartungen zeigt sich, dass mit 89,3% die große Mehrheit der Aussage zustimmt, die Versorgung älterer Menschen sollten professionelle Pflegekräfte übernehmen. Etwas geringere – jedoch ebenfalls große – Bedeutung kommt der Versorgung durch Familienangehörige zu. Vor allem den Ehepartner sieht ein Großteil (77,2%) der Befragten in der Verantwortung. Die Kinder spielen aus Sicht der Befragten eine etwas kleinere Rolle: 54,8 % bzw. 47,3% sind der Meinung, die Töchter bzw. Söhne sollten pflegen. Bemerkenswert ist, dass ein relativ großer Anteil der Befragten ihren Kindern eindeutig keine Pflegeverantwortung zuschreiben: 28,7% bzw. 34,0% der Befragten stimmten überhaupt nicht zu, dass die Töchter bzw. Söhne die Pflege älterer Menschen übernehmen sollten. Die Pflegerwartungen der Befragten beinhalten demnach professionelle als auch familiäre Pflege. Dies kann als Hinweis auf eine Präferenz bzw. Offenheit für ein kombiniertes häusliches Pflegemodell gewertet werden.

Damit wären die Pflegeerwartungen der älteren Türkeistämmigen ähnlich beschaffen wie die der älteren Gesamtbevölkerung in Deutschland. So wünscht sich die Mehrheit der älteren Menschen in Deutschland für den Bedarfsfall eine häusliche familiäre Pflege, ggf. mit Unterstützung externer Pflegekräfte (Dittmann 2008; Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. 2014; MLP Gesundheitsreport 2014). So erwarten auch gemäß der Ergebnisse des Gesundheitsmonitors 2013 die Befragten mehrheitlich (64%) von der Familie und den Verwandten konkrete Hilfe im Alter, wobei auch in der Gesamtbevölkerung eine zunehmende Akzeptanz von professionellen Pflegeangeboten erkennbar ist. Fast die Hälfte der Befragten (48%) im Alter von 65 Jahren oder mehr – und damit mehr als in der Befragung zum Gesundheitsmonitor 2004 – erhoffen sich eine Hilfestellung durch Pflegedienste. Wie auch in der Gruppe der Türkeistämmigen richtet sich die Pflegeerwartung stärker an den Ehepartner als an die Kinder. Der Großteil (79 %) der Befragten im Alter zwischen 18 und 79 Jahren sehen den (Ehe-)Partner in der Pflicht (Kuhlmey et al. 2013).

Abbildung 16: Pflegerwartungen (in %)



Relevante Geschlechterunterschiede ergaben sich hinsichtlich der Pflegeerwartung an die Kinder. Mehr weibliche als männliche Befragte sind der Meinung, dass die Kinder für die Pflege älterer Menschen zuständig seien. Besonders die Töchter (68,5%), aber auch die Söhne (53,9%) werden häufiger von den Frauen als von den Männern (42,4%/ 41,4%) in der Pflicht gesehen, .Die stärkeren Pflegeerwartungen der Frauen an die Kinder könnten auf die familiäre Sozialisierung in der Türkei zurückgehen, in dem eine traditionale Rollenverteilung bei der Pflege älterer Familienangehöriger vorherrschte. Diese gelebten Werte wurden von den älteren Migrantinnen stärker verinnerlicht. Der Sozialstatus beeinflusst lediglich die Präferenz für die Pflege durch den Ehepartner in nennenswerter Weise. Mit 78,9% sind Befragte mit einem geringeren Sozialstatus etwas häufiger der Meinung, der Ehepartner solle die Pflege Älterer übernehmen, dagegen nur 69,4% der Befragten mit einem höheren Sozialstatus.

Eine Geschlechterpräferenz für die Pflege durch weibliche Familienangehörige scheint bei den älteren Türkeistämmigen insgesamt eher gering ausgeprägt. Allerdings könnte die geringe Differenz auch dadurch zustande kommen, dass die Frage nicht nach Art der Unterstützungs- bzw. Pflegeleistung differenziert. So bestehen geschlechterspezifische Erwartungen an die Art der Unterstützung; Töchter sollen eher im hausnahen Bereich helfen, während die Söhne eher in finanzieller Verantwortung gesehen werden (Zimmermann 2012). In der geringen Geschlechterpräferenz spiegeln sich also möglicherweise die unterschiedlichen Pflegeformen wider.

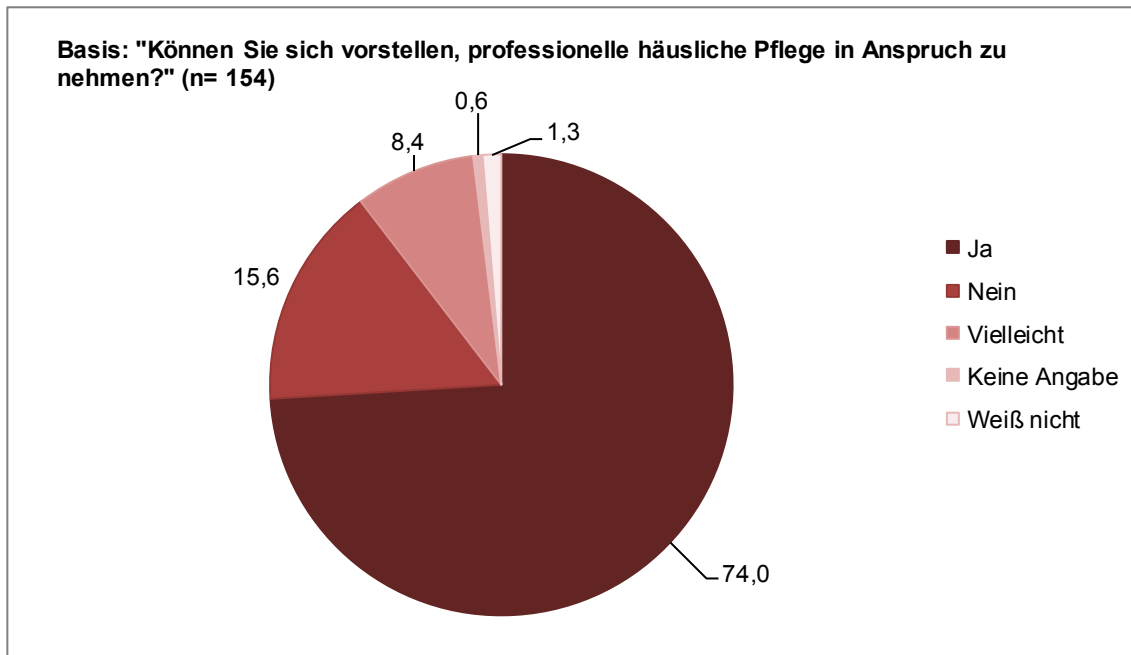
Einstellungen zu professioneller Pflege

In den Pflegerwartungen zum Ausdruck kommende grundsätzliche Offenheit für professionelle Pflege lässt sich weiter nach Pflegeformen differenzieren. Die Ergebnisse stützen die These einer Präferenz für ein kombiniertes häusliches Pflegemodell. So besteht unter den Befragten eine deutlich größere Offenheit für ambulante als für stationäre Pflege. Die verbreitete Ablehnung stationärer Pflege scheint dabei durch Ängste und Vorbehalte der Befragten gegenüber einem Leben im Pflegeheim begründet zu sein. Wobei bei professioneller Pflege insgesamt eine kultursensible Ausrichtung der Angebote von Bedeutung ist.

Bei einem Großteil der Befragten besteht die Bereitschaft ambulante Pflege in Anspruch zu nehmen (vgl. Abbildung 17): Drei Viertel (74,0%) der Befragten gab an, sich dies vorstellen zu können. Für 15,6 % kommt

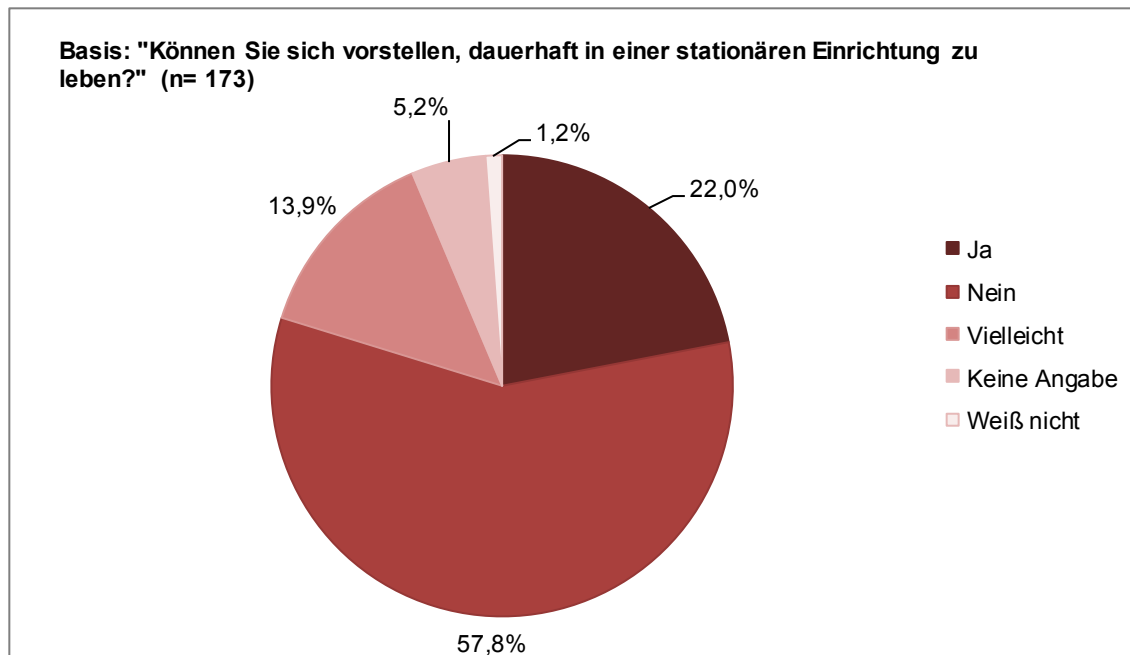
eine ambulante häusliche Pflege nicht und für 8,4% vielleicht in Frage. Nach Geschlecht und Sozialstatus ergaben sich bei den Einstellungen zur ambulanten Pflege keine relevanten Unterschiede.

Abbildung 17: Bereitschaft zur Inanspruchnahme ambulanter Pflege (in %)



Dagegen ist die Bereitschaft zur Inanspruchnahme stationärer Pflege deutlich geringer ausgeprägt: Mehr als die Hälfte (57,8%) der Befragten lehnt eine dauerhafte Versorgung in einer stationären Einrichtung ab. Jedoch kann sich auch immerhin knapp ein Viertel (22,0%) vorstellen, in einem Pflege- oder Altenheim zu leben, für weitere 13,9% kommt dies vielleicht Frage. Die Versorgung in einer stationären Einrichtung scheint damit nicht für alle Befragte ein Tabu darzustellen. Dabei besteht bei den männlichen Befragten eine deutlich größere Offenheit gegenüber stationärer Pflege als bei den Weiblichen: Nur 15,3% der Frauen, aber knapp ein Drittel (27,5%) der Männer gaben an, sich ein Leben in einer stationären Einrichtung vorstellen zu können. Eindeutig abgelehnt wird eine stationäre Pflege von 68,2% der Frauen und 49,5% der Männer, was mit den erhöhten Pflegeerwartungen an die Kinder zusammenhängen könnte. Befragte mit einem höheren Sozialstatus stehen beiden Formen der professionellen Pflege offener gegenüber als die Befragten mit einem geringeren Sozialstatus.

Abbildung 18: Bereitschaft zur Inanspruchnahme stationärer Pflege (in %)



Wie weiter oben bereits anhand von Daten des Gesundheitsmonitors dargestellt wurde, wächst in der Gesamtbevölkerung in Deutschland die Akzeptanz professioneller Pflegeangebote als Ergänzung der häuslichen Pflege durch Familienangehörige. Fast die Hälfte der Befragten im Alter von 65 Jahren oder mehr kann sich eine Hilfestellung durch Pflegedienste nicht nur vorstellen, sie erhofft sich diese sogar. Laut der Langzeitstudie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG)“, die im Auftrag des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* durchgeführt wurde, besteht auch in der Bevölkerung in Deutschland eine eher ablehnende Haltung gegenüber stationärer Versorgung. Darauf deutet das Ergebnis hin, dass für 38% der befragten Pflegebedürftigen in Privathaushalten ein Umzug in ein Heim auf gar keinen Fall in Frage kommt. Auch halten 24% einen Umzug für unwahrscheinlich, 19% für wahrscheinlich und nur 10% bzw. 9% halten dies für eher wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich (Schneekloth 2010).

Die Ablehnung stationärer Pflege bei den türkeistämmigen Befragten scheint mitunter auf Vorbehalte und Ängsten zurück zu führen zu sein, die mit der Vorstellung von einem Leben im Pflegeheim verknüpft werden (vgl. Abbildung 19). Die größte Sorge scheint im Verlust externer sozialer Kontakte zu bestehen: Die Mehrheit (82,0%) der Befragten stimmte der Aussage zu, im Pflegeheim sähe man die Familie und Freunde nur noch selten. Des Weiteren weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Befragten fürchten, im Pflegeheim von anderen Menschen abhängig zu sein bzw. nicht mehr selbstbestimmt Leben zu können: 73,4% der Befragten stimmten zu, im Pflegeheim könne man nicht mehr selbst über sein Leben entscheiden. Diese Vorstellung findet sich verstärkt bei Befragten mit einem geringeren Sozialstatus: 76,5% fürchtet eine mangelnde Selbstbestimmung, dagegen nur 60,0% der Befragten mit einem höheren Sozialstatus. Relevante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts ergaben sich nicht. Eine zentrale Rolle scheint auch die Sorge zu spielen, im Pflegeheim käme es zu Verständigungsschwierigkeiten mit den Pflegekräften, wovon 72,9% der Befragten ausgehen. Zudem meinen 65,8%, im Pflegeheim schmecke das Essen nicht; 57,6% glauben, im Pflegeheim nicht ihre Ruhe zu haben. Knapp die Hälfte (48,4%) der Befragten geht davon aus, im Pflegeheim nicht gut versorgt zu sein. Diese Vorstellung findet sich vor allem bei den weiblichen Befragten. Von ihnen geht 58,1% von einer unzureichenden Versorgung im Pflegeheim aus. Diese Vorstellung teilen dagegen nur 39,8% der Männer. Nach Sozialstatus ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede. Vergleichsweise positiv schätzen die Befragten die soziale Einbindung und Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb des Pflegeheims ein:

67,9% stimmten zu, dass man im Pflegeheim interessante Unterhaltungen mit anderen Bewohnern führen kann; 57,1%, dass es dort attraktive Freizeitbeschäftigungen gäbe. Befragte mit einem höheren Sozialstatus bewerten beide Aspekte positiver als diejenigen mit einem geringeren Sozialstatus: 77,1% bzw. 71,4% mit einem höheren Sozialstatus und 65,7% bzw. 53,7% mit einem geringeren Sozialstatus gehen davon aus, im Pflegeheim geeignete Gesprächspartner zu finden bzw. ein interessantes Freizeitangebot nutzen zu können. Auch hinsichtlich dieser Vorstellungen von einem Leben im Pflegeheim fanden sich keine relevanten Unterschiede nach Geschlecht.

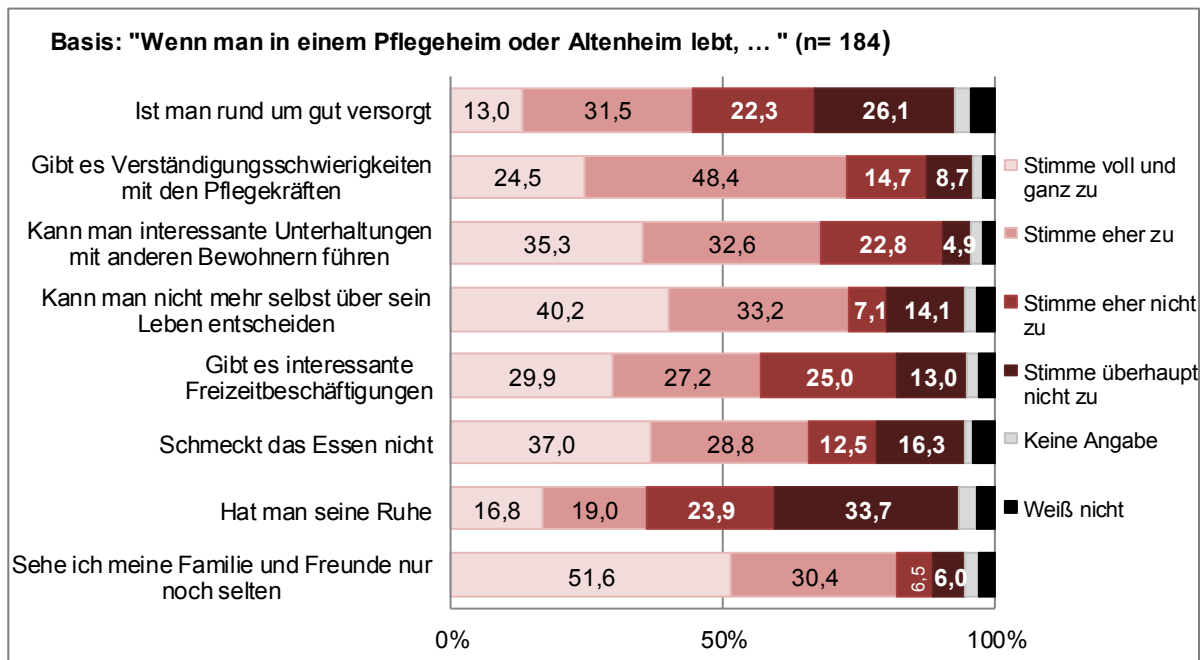


Abbildung 19: Vorstellungen vom Leben im Pflegeheim (in %)

Merkmale guter/ kultursensibler professioneller Pflege

Was macht eine gute professionelle Pflege aus und welche Rolle spielt eine kultursensible Ausrichtung von Pflegeangeboten für die Inanspruchnahme professioneller Pflege? Die Ergebnisse zu den Merkmalen guter Pflege (vgl. Abbildung 20) deuten darauf hin, dass ältere türkeistämmige Migrant/-innen der Beachtung kultureller Besonderheiten vor allem im haushaltsnahen Bereich große Bedeutung beimessen. So erachtet ein Großteil der Befragten das Ausziehen von Straßenschuhen vor Betreten des Wohnraumes (89,1%) sowie die Berücksichtigung von Essgewohnheiten (86,9%) als wichtige Merkmale guter Pflege. Erhebliche Relevanz kommt auch den Türkischkenntnissen von Pflegekräften (78,7%) und der gleichgeschlechtlichen Körperpflege (71,6%) zu. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung scheint die Präferenz für gleichgeschlechtliche Pflege bei türkeistämmigen Älteren stärker ausgeprägt. Darauf deutet der geringere Anteil (33%) von Empfängern ambulanter Pflege hin, die von Personen desselben Geschlechts gepflegt werden sowie das Ergebnis, dass der Großteil (83%) der Pflegedienste diesem Wunsch mehrheitlich entsprechen kann (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Von geringerer Bedeutung scheint indes die Beachtung religiöser Feiertage durch die Pflegekräfte (59,0%) zu sein. Ein weiteres zentrales Merkmal für gute professionelle Pflege stellt für die Befragten der Betreuungsaspekt dar, d.h. eine über die konkreten Pflegeleistungen wie Körperpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung hinausgehende Versorgung. So gaben 82,5% der Befragten an, eine gute Pflege zeichne sich auch dadurch aus, dass sich die Pflegekräfte mit ihnen unterhalten. Die insgesamt 33 Ergänzungen der Befragten zu weiteren Merkmalen guter professioneller Pflege untermauern den vielfachen Wunsch nach einer Versorgung, die nicht nur eine reine Pflege beinhaltet. Genannt wurden in dem Zusammen-

menhang Gespräche mit den Pflegekräften ebenso wie Vorlesen oder gemeinsamen Unternehmungen wie Café-Besuche oder Spaziergänge. Darüber hinaus bezogen sich viele Freitextnennungen zu den Merkmalen guter Pflege auf die Arbeitsweise und Persönlichkeit der Pflegekraft. Sie soll demnach nicht nur qualifiziert und verantwortungsbewusst sein, sondern auch zwischenmenschliche Qualitäten besitzen, einen respekt-, würde-, rücksichtsvollen und herzlichen Umgang pflegen und ihre Arbeit sichtlich gern verrichten.

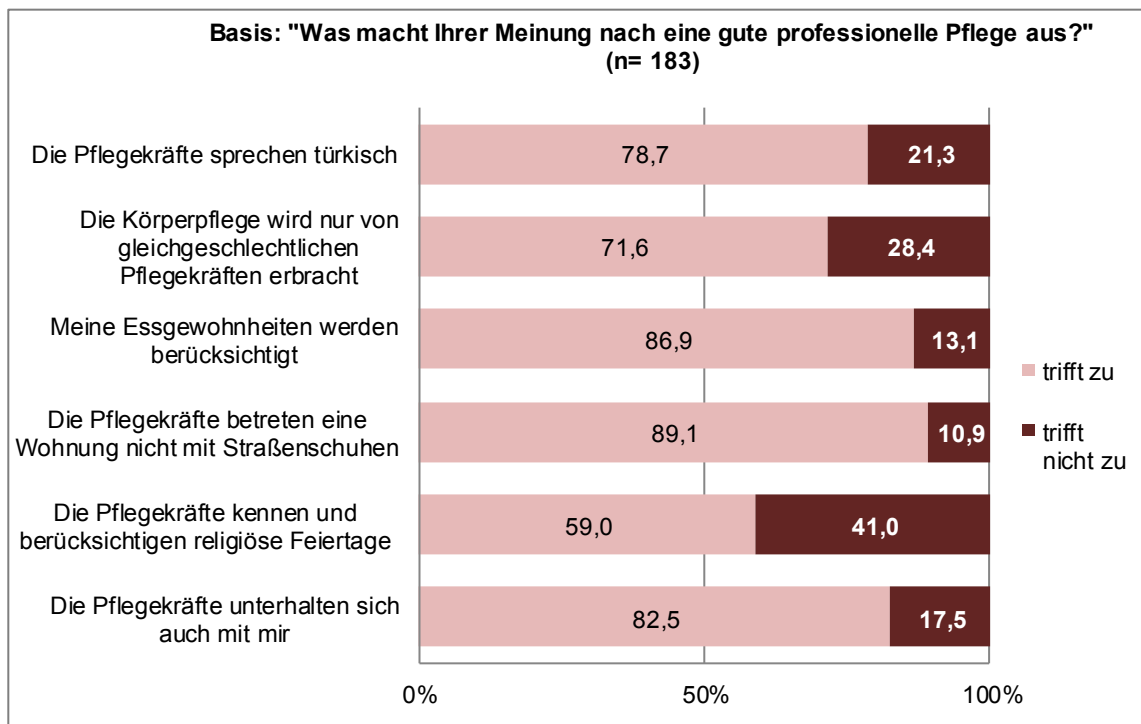


Abbildung 20: Merkmale guter professioneller Pflege (in %)

Kultursensible Pflege ist vor allem für die weiblichen Befragten von Bedeutung. Jedem der erfragten Merkmale schrieb ein größerer Anteil Frauen als Männer Bedeutung zu. Lediglich bei den Türkischkenntnissen der Pflegekräfte ergaben sich keine geschlechterbedingten Unterschiede. Der stärkste Effekt besteht hinsichtlich der gleichgeschlechtlichen Körperpflege: Für 91,9% der Frauen, aber nur 53,6% der Männer kennzeichnet dies eine gute Pflege. Auch unter den weiblichen Empfängern ambulanter Pflege in Deutschland besteht eine stärkere Präferenz für gleichgeschlechtliche Pflege als bei den Männlichen; 44% der pflegebedürftigen Frauen und nur 9% der Männer möchte von einer Pflegekraft desselben Geschlechts versorgt werden (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Weniger eindeutig stellen sich die Unterschiede nach Sozialstatus dar: Während mehr Befragte mit geringerem Sozialstatus Wert auf Türkischkenntnisse und die Beachtung religiöser Feiertage legen, nannten Befragte mit höherem Sozialstatus häufiger die gleichgeschlechtliche Körperpflege und die Berücksichtigung ihrer Essgewohnheiten als Merkmale guter Pflege.

Die Ergebnisse zu den Pflegeorientierungen stellen verschiedene Erklärungsansätze zur aktuellen Versorgungssituation und Gestaltungspotenziale heraus. In der türkeistämmigen Bevölkerung scheint häufiger als in der Gesamtbevölkerung in Deutschland eine durch bestimmte Altersvorstellungen sowie sozioökonomische Faktoren bedingte Tendenz zur Vermeidung von Alterns- und Pflege Themen zu bestehen, die zu einem reaktiven Umgang mit Gestaltungsfragen führt. Sofern die Vermeidungstendenz eine Begründung für die geringe Inanspruchnahme institutioneller/ professioneller Pflegeangebote darstellt, müsste von Seiten der Anbieter pflegebezogener Leistungen wie die Pflegeversicherung, Beratungsstellen oder Pflegedienste ein proaktiver Ansatz gewählt werden, der dem Rechnung trägt. Dass ein solcher Ansatz Potenzial

zur Verbesserung der Versorgungssituation bietet, folgt aus der Offenheit der türkeistämmigen Älteren gegenüber der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeangebote. Wie auch bei der deutschen Bevölkerung insgesamt scheint in der türkeistämmigen Bevölkerung eine kombinierte häusliche Pflege durch Angehörige und professionelle Pflegekräfte für türkeistämmige Migrant/-innen als Versorgungsmodell an Relevanz zu gewinnen. Die stationäre Pflege spielt dagegen eine untergeordnete Rolle, da sie aufgrund von starken Vorbehalten und Ängsten insbesondere durch Frauen abgelehnt wird. Professionelle Pflege sollte, vor allem im haushaltsnahen Bereich und aus Sicht von Frauen, kultursensibel ausgerichtet werden.

Im folgenden Kapitel werden die inhaltlichen Ergebnisse zusammengefasst und auf der Grundlage erste Empfehlungen für eine bedarfsorientierte pflegerische Versorgung formuliert.

5 Zusammenfassung und Empfehlungen

Mit der sogenannten ersten Gastarbeitergeneration erreicht in Deutschland derzeit eine ganze Kohorte sukzessive das Rentenalter. Aufgrund ihrer Migrationserfahrung, oftmals prekärer Arbeits- und Lebensbedingungen und kulturellen Prägung stellen die einstigen Gastarbeiter besondere Anforderungen an eine Pflege. Wenngleich das Thema Migration und Pflege im gesellschaftlichen Diskurs an Bedeutung gewinnt und das Angebot kultursensibler Pflegeleistungen wächst, besteht in diesem Bereich bislang noch eine unzureichende statistische Datenlage. Daraus leiten sich die drei Zielstellungen der Studie ab: 1) Testung und Optimierung des Zugangs zu türkeistämmigen Migrant/-innen als einer für Befragungen schwer erreichbaren Gruppe; 2) Entwicklung und Testung eines Fragebogen-Moduls, das zentrale Aspekte der Pflegesituation der älteren Migrant/-innen erfasst und sich in bevölkerungsrepräsentative Gesundheitssurveys integrieren lässt sowie 3) erste inhaltliche Analysen der Pflegesituation.

In die Stichprobe eingeschlossen wurden 194 türkeistämmige Migrant/-innen in Berlin im Alter zwischen 59 und 88 Jahren. Je etwa zur Hälfte setzt sich die Stichprobe aus männlichen und weiblichen Personen zusammen, die mehrheitlich über einen eher geringen Bildungsstand verfügen. Hinsichtlich des Alters und des Bildungsstands entsprechen die Verhältnisse der Stichprobe annähernd denen der Gesamtbevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland. Der Großteil der Befragten zählt zur Gruppe der Gastarbeiter, d. h. wanderte vor dem Anwerbestopp 1973 zu. Ein Viertel kam später, z. B. im Rahmen der Regelungen des Familiennachzugs oder über die humanitäre Zuwanderung nach Deutschland. Sie verfügen vorwiegend über die türkische Staatsangehörigkeit und zu einem Drittel – nach eigener Einschätzung – über geringe Deutschkenntnisse. Nur ein kleiner Teil der Befragten lebt in einer Pflegeeinrichtung, d. h. in einem Pflegeheim oder einer alternativen Wohnform, und die meisten in einem Privathaushalt. Zugang zum institutionellen Pflegesystem hat mit einer Pflegestufe ein Viertel der Befragten.

Gewonnen wurden die Befragungsteilnehmer/-innen über ein so genanntes Netzwerkverfahren, in dem „Vertrauenspersonen“ aus den sozialen Netzwerken der Zielgruppe den Rekrutierungsprozess durch den Abbau von Teilnahmebarrieren – insbesondere Ängste und Misstrauen gegenüber wissenschaftlicher Studien – unterstützen. Als Vertrauenspersonen fungierten Mitarbeiter/-innen von Pflegeinstitutionen und Freizeitstätten ebenso wie Mitglieder der türkeistämmigen Community, einschließlich der bilingualen Interviewer/-innen. Das Netzwerkverfahren als Strategie zur Einbindung älterer türkeistämmiger Migrant/-innen in eine Befragung zum Thema Pflege hat sich bewährt. Durch das Mitwirken von Vertrauenspersonen konnte eine theoretisch annähernd repräsentative Stichprobe realisiert werden. Das Netzwerkverfahren als Auswahlstrategie stößt allerdings an Grenzen, wenn statistisch repräsentative und relativ große Stichproben angestrebt werden. Hier erscheint eine Kombination aus einer Zufallsstichprobe (Einwohnermeldestichprobe) und einer Netzwerkstichprobe sinnvoll. Die Netzwerkstichprobe kann eine statistisch repräsentative Einwohnermeldestichprobe um schwer erreichbare Personengruppen ergänzen.

Die inhaltlichen Ergebnisse der quantitativen Befragung zeichnen ein erstes Bild von der Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen, das auf besondere Herausforderungen aber auch auf Potenziale für

eine bedarfsorientierte Gestaltung der pflegerischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe hinweist. Die Ergebnisse liefern Anzeichen für einen *ungedeckten Pflegebedarf*.

Knapp ein Viertel der Personen in Privathaushalten, die mit Blick auf funktionale Einschränkungen im Alltag (ADL/ iADL) pflegebedürftig gemäß SGB XI zu sein scheinen, lebt ohne Pflegestufe, d. h. nimmt keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Derzeit scheint die geringe Inanspruchnahme institutioneller bzw. professioneller Pflegeangebote noch durch ein umfassendes soziales Hilfspotenzial enger Familienangehöriger „aufgefangen“ zu werden. Mehr als drei Viertel der Befragten mit Unterstützungsbedarf im Alltag erhalten aus ihrem sozialen Umfeld Hilfe; meist vom (Ehe-)Partner/in und/ oder den Kindern, häufig aber auch durch nicht verwandte Personen wie Freunde oder Nachbarn. Bei der Versorgung der älteren Türkeistämmigen spielt demnach soziale und insbesondere familiäre Unterstützung aktuell offenbar eine zentrale Rolle. Institutionelle Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten wie das Pflegegeld oder die Pflegevertretung bleiben jedoch vielfach ungenutzt. Auf ein Versorgungsdefizit weist zudem die Unzufriedenheit von knapp der Hälfte der Befragten u. a. hinsichtlich ihrer finanziellen Situation und nicht gedeckter Unterstützungsbedarfe im Alltag hin. Ein erhöhtes Risiko für einen ungedeckten Pflegebedarf tragen den Ergebnissen zur Folge Personen mit einem niedrigen Sozialstatus. Sie verfügen nicht nur über geringere sozio-ökonomische Ressourcen zur Organisation und Finanzierung von Pflege, sondern erhalten auch seltener informelle Unterstützung – wobei auch drei Viertel der sozial schwächer Gestellten auf mindestens eine Unterstützungsperson zurückgreifen kann. Um eine adäquate Versorgung der älteren türkeistämmigen Migrant/-innen zur gewährleisten, sollte die Inanspruchnahme institutioneller/ professioneller Pflegeangebote gefördert und gezielt die familiäre Pflege durch eine Etablierung des Pflegegelds in dieser Bevölkerungsgruppe stärker unterstützt werden. Dabei gilt es speziell, sozial schwächer gestellte Personen zu berücksichtigen.

Die Untersuchungsergebnisse bieten auch Anhaltspunkte für ein Verbesserungs- und Gestaltungspotenzial der Pflegesituation türkeistämmiger Älterer. So scheint sich die aktuelle Versorgungssituation zumindest teilweise durch den Informationsstand im Bereich Pflege sowie Pflegeorientierungen erklären zu lassen.

Die Informationssituation der türkeistämmigen Migrant/-innen kennzeichnet ein eher *geringer Informations- und Wissensstand* im Bereich Pflege. Der Großteil der Befragten fühlt sich nicht gut zum Thema Pflege informiert, gleichzeitig fehlt es an Wissen und Kenntnissen, die die Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung eröffnen. Über zentrale Aspekte des Pflegesystems, z. B. was eine Pflegestufe ist oder wie man sie beantragt, und über örtliche Beratungs- und Versorgungsstrukturen wusste die Mehrheit nicht Bescheid. Frauen und sozial Bessergestellte scheinen dabei informierter zu sein als Männer bzw. Personen mit einem geringeren Sozialstatus. Als Gründe für den unzureichenden Informationsstand lassen sich die oftmals geringen Sprachkenntnisse und die vorwiegende Informationsgewinnung über das soziale Netzwerk anführen, in dem kaum auf Erfahrungen zu institutionellen Versorgungssystemen im Allgemeinen und jenem in Deutschland zurückgegriffen werden kann. Erschwert wird die Aneignung von Informationen, Wissen und Kenntnissen auch dadurch, dass es oftmals unklar zu sein scheint, wie und wo bei der Suche nach – vor allem türkischsprachigen – Informationen anzusetzen ist. Als mögliche Informations- und Zugangswege kristallisierten sich der (türkischsprachige) Hausarzt als Hauptansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen, die sozialen Netzwerke und als wichtigstes mediales Mittel das Fernsehen heraus. Um die Informationssituation der älteren türkeistämmigen Bevölkerung zu verbessern, sollten verstärkt türkischsprachige Informations- und Beratungsangebote zum Thema Pflege bereitgestellt werden. Eine wichtige Funktion kommt dabei den Hausärzten und der Erschließung des sozialen Netzwerks, z. B. durch den Einsatz von „Pflegelotsen“ zu. Beide Zugangswege sollten für die Informationsvermittlung genutzt werden. Auch das Fernsehen könnte zur Verbreitung relevanter Informationen beitragen. Als Kompetenzzentren im Bereich Pflege sollten sich Beratungsstellen verstärkt um zielgruppenspezifische Informationen und Beratung bemühen und ihre Angebote über geeignete Zugangswege an die türkeistämmigen Migrant/-innen herantragen. Im Fokus der Informationsbemühungen sollten insbesondere Personen mit einem geringeren Sozialstatus stehen.

Die Pflegeorientierungen der älteren türkeistämmigen Migrant/-innen kennzeichnet eine *Tendenz zur Vermeidung von Gedanken an das hohe Alter*, die mit einer geringen Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Vorsorge für das Alter und einer Pflegebedürftigkeit einhergeht.

Ein Drittel der Befragten setzt sich selten oder nie mit der Frage auseinander, wie er/ sie im hohen Alter leben möchte. Mehr als die Hälfte befasste sich bislang noch gar nicht oder nur im geringen Maße mit Vorsorgemöglichkeiten wie einer privaten Vorsorge zur Finanzierung einer Pflegebedürftigkeit oder ein Umzug in eine altersgerechte Wohnung. Dies kann zur Folge haben, dass unzureichend Vorkehrungen für das Alter und eine mögliche Pflegebedürftigkeit getroffen werden und die pflegerische Versorgung im Alter die Bedürfnisse der türkeistämmigen Migrant/-innen nicht ausreichend berücksichtigt oder ein Versorgungsdefizit entsteht – etwa dann, wenn institutionelle Versorgungsmöglichkeiten wie Pflegesachleistungen oder Pflegegeld nicht in Anspruch genommen werden. Diese Vermeidungstendenz scheint durch eine fatalistische Einstellung sowie sozioökonomische Faktoren bedingt zu sein. Einerseits führt die Vorstellung vom schicksalhaft und plötzlich eintretenden, stark negativ konnotierten Alter zu einer „Verdrängung“ von Fragen der Altersphase und einer möglichen Pflegebedürftigkeit. Andererseits könnte ein geringer Bildungsstand und niedriges Einkommen, die Klärung solcher Fragen in dem Maße erschweren, dass eine Auseinandersetzung damit lieber vermieden wird. Darauf deutet die stärkere Vermeidungstendenz bei Personen mit einem geringeren Sozialstatus hin, die auch in dieser Hinsicht ein erhöhtes Risiko für eine unzureichende Versorgung im Alter tragen. Für eine adäquate pflegerische Versorgung der älteren Türkeistämmigen Migrant/-innen erscheint es daher nicht nur erforderlich, die weiter oben diskutierten zielgruppenspezifischen Beratungs- und Informationsangebote bereitzustellen. Zudem ist offenbar eine proaktive Strategie erforderlich, die den Vermeidungstendenzen Rechnung trägt. Auch hierbei könnten (türkischsprachige) Hausärzte und Pflegelotsen eine zentrale Rolle übernehmen.

Trotz des geringen Informationsstands und der Vermeidungstendenz scheint unter älteren türkeistämmigen Migrant/-innen eine grundsätzliche *Offenheit für professionelle Pflege* zu bestehen. Die große Mehrheit ist der Meinung, die Pflege älterer Menschen sollten professionelle Pflegekräfte übernehmen. Insbesondere professioneller häuslicher Pflege stehen sie aufgeschlossen gegenüber; knapp drei Viertel der Befragten kann sich eine ambulante Versorgung vorstellen. Stationäre Pflege wird hingegen von mehr als der Hälfte der Befragten abgelehnt. Vor allem Frauen können sich ein Leben im Pflegeheim nicht vorstellen, da diese mit großen Vorbehalten und Ängsten wie Verständigungsschwierigkeiten mit den Pflegekräften oder dem Verlust der sozialen Kontakte besetzt ist. Befragte mit einem höheren Sozialstatus stehen beiden Formen der professionellen Pflege offener gegenüber als die Befragten mit einem geringeren Sozialstatus. Zentral scheint eine ganzheitlich ausgerichtete, individuell bedürfnisorientierte und kultursensible Ausrichtung der professionellen Pflegeangebote bzw. haushaltsnahen Dienstleistungen wie die Berücksichtigung von kulinarischen Gewohnheiten, denen vor allem Frauen große Bedeutung beimessen. Obgleich türkeistämmige Ältere professioneller Versorgung offen gegenüberstehen, *bleibt familiäre Pflege eine wichtige Form der Pflege*. Der (Ehe-)Partner wird von mehr als drei Vierteln der Befragten und damit stärker in der Verantwortung gesehen als die Kinder, von denen nur etwa die Hälfte Unterstützung erwartet. Etwa ein knappes Drittel sieht sogar die Kinder explizit nicht in der Pflicht, im Falle einer Pflegebedürftigkeit für sie zu sorgen. Darin könnte sich ein Wertewandel widerspiegeln, welcher der Angleichung der Lebensform der zweiten und dritten Generation der Zuwanderer an die der deutschen Bevölkerung, z.B. im Sinne einer stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen und familiärer Strukturen (kleinere Familien) Rechnung trägt. Frauen erwarten allerdings häufiger Unterstützung von ihren Kindern als Männer, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass in der türkischen Gesellschaft traditionell eher Frauen die Pflege älterer Familienmitglieder übernehmen. So erwarten auch Frauen häufiger als Männer von ihren Töchtern gepflegt zu werden. Insgesamt bestätigte sich die oftmals postulierte Präferenz türkeistämmiger Migrant/-innen für die Pflege durch weibliche Familienmitglieder jedoch nicht. Zwar ist sie vorhanden, doch eher gering ausgeprägt. Hier könnte sich die fehlende Differenzierung nach der Art der Unterstützung niederschlagen. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass von weiblichen Familienmitgliedern eher körperliche Pflege und Unterstützung im Haushalt und von

männlichen Familienmitgliedern eher organisatorische und finanzielle Unterstützung erwartet wird. Die Präferenz für ambulante professionelle Pflege sowie Ablehnung stationärer und Bedeutung familiärer Pflege könnte als Hinweis gewertet werden, dass für ältere türkeistämmige Migrant/-innen sich ein kombiniertes Pflegemodell aus häuslicher professioneller und familiärer Pflege eignet.

Im Zentrum der Versorgung durch professionelle Pflege sollte daher die ambulante häusliche Pflege als Ergänzungsmöglichkeit der familiären Pflege stehen. Dieses kombinierte Pflegemodell gilt es, gezielt an die Zielgruppe zu vermitteln. Aufklärungsarbeit bezüglich stationärer Pflege, welche die Vorbehalte und Ängste der türkeistämmigen Älteren berücksichtigt, kann eine Offenheit für diese Form der Pflege fördern. Grundsätzlich sollten professionelle Pflegeangebote kultursensibel ausgerichtet werden.

Da im Rahmen der Studie keine Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund befragt werden konnte, war ein aussagekräftiger Vergleich der Pflegesituation der älteren Türkeistämmigen mit der deutschen Bevölkerung nicht möglich. Jedoch konnten durch die Gegenüberstellung ausgewählter Ergebnisse der vorliegenden Studie und bevölkerungsrepräsentativer Daten weitere Hinweise auf die Pflegesituation und erste Einsichten in mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Bevölkerungsgruppen gewonnen werden.

Ein zentrales Ergebnis ergibt sich mit einem im Vergleich zur Gesamtbevölkerung scheinbar *erhöhten Pflegebedarf* türkeistämmiger Älterer. Darauf deutet der Vergleich des Gesundheitsstatus und des Auftretens von Pflegebedürftigkeit hin. Ältere Türkeistämmige schätzen demnach ihre allgemeine Gesundheit negativer ein und sind häufiger von chronischen Erkrankungen sowie depressiven Verstimmungen betroffen als die ältere Gesamtbevölkerung in Deutschland. Mit knapp einem Viertel liegt – vor dem Hintergrund der funktionalen Einschränkungen im Alltag (ADL/ iADL) – der Anteil pflegebedürftiger türkeistämmiger Befragter gemäß SGB XI deutlich über der Pflegequote der hochaltrigen Gesamtbevölkerung. Von einem erhöhten Pflegebedarf ist vor allem bei Frauen und Befragten mit einem geringeren Sozialstatus auszugehen, wobei sich ähnliche Muster auch in der Gesamtbevölkerung finden. Der erhöhte Pflegebedarf der Türkeistämmigen ist vermutlich Folge der belastenden Lebens- und Arbeitsbedingungen der ehemaligen Gastarbeiter, d. h. einer dem Migrationsstatus verknüpften sozio-ökonomische Benachteiligung dieser Bevölkerungsgruppe. Keine besonderen Anforderungen bestehen hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs aufgrund von funktionalen Einschränkungen im Alltag (ADL/ iADL). In der Türkeistämmigen wie auch in der Gesamtbevölkerung besteht der größte alltägliche Unterstützungsbedarf im Bereich der körpernahen Verrichtungen, z. B. beim Duschen und Waschen, sowie im hauswirtschaftlichen Versorgungsbereich, z. B. beim Einkaufen und Reinigen der Wohnung. Bei pflegerischer Versorgung scheint somit – auch wegen des wachsenden Anteils Türkeistämmiger an der älteren Bevölkerung in Deutschland – mit einer vergleichsweise dynamischen Entwicklung der Zahl türkeistämmiger Pflegebedürftiger zu planen zu sein. Frauen und sozial schwächer Gestellte sollten dabei als Zielgruppen mit besonders erhöhtem Pflegebedarf in Betracht bezogen werden.

Hinsichtlich der Versorgungssituation weist der Vergleich mit bevölkerungsrepräsentativen Daten auf eine *zentrale Bedeutung eines kombinierten häuslichen Versorgungsmodells aus familiärer und professioneller Pflege* in der türkeistämmigen und der Gesamtbevölkerung in Deutschland hin. Nach wie vor wird die Versorgung unterstützungs- und pflegebedürftiger Älterer in beiden Gruppen im häuslichen Kontext durch nahe Angehörige erbracht. Dies entspricht den Pflegeerwartungen in beiden Bevölkerungsgruppen, die sich einerseits Pflege und Unterstützung von den (Ehe-)Partnern und Kindern wünschen, gleichzeitig aber auch Offenheit für professionelle ambulante Pflege aufweisen. Stationäre Pflege hingegen wird sowohl von den türkeistämmigen Befragten ebenso wie von Pflegebedürftigen in Privathaushalten in Deutschland insgesamt eher abgelehnt. Hinsichtlich der Präferenz für eine kombinierte häusliche Pflege stellen ältere Türkeistämmige im Vergleich zur Gesamtbevölkerung demnach offenbar keine besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Deutschland. Mit Blick auf die bislang geringe Inanspruchnahme institutioneller/ professioneller Pflegeangebote durch ältere Türkeistämmige könnten jedoch speziell Anstrengungen erforderlich sein, um dieses kombinierte Pflegemodell in der türkeistämmigen Bevölkerung zu etablieren. Um daraus eine besondere, handlungsrelevante Anforderung für die pflegerische Versorgung Türkeistämmiger abzulei-

ten, gilt es anhand bevölkerungsrepräsentativer Untersuchungen zu klären, inwieweit sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Zugangs zum institutionellen Pflegesystem, z. B. anhand der Verteilung von Pflegestufen, sowie hinsichtlich der Inanspruchnahme institutioneller/ professioneller Pflegeangebote wie dem Pflegegeld oder ambulanter Pflege unterscheiden.

Der Vergleich des subjektiven Informationsstands der türkeistämmigen Befragten in Privathaushalten mit dem der älteren Gesamtbevölkerung in Deutschland weist darauf hin, dass ältere Türkeistämmige vergleichsweise schlechter zum Thema Pflege informiert sind. Während sich fast die Hälfte der Befragten schlecht informiert fühlt, ist dies nur bei gut einem Viertel der Vergleichspopulation der Fall. Die Unterschiede beim Informationsstand könnten mit einer stärkeren Tabuisierung des Themas Pflege in der türkeistämmigen Bevölkerung zusammenhängen. In der türkeistämmigen Bevölkerung scheint häufiger als in der Gesamtbevölkerung in Deutschland eine Tendenz zur Vermeidung von Alterns- und Pflege Themen zu bestehen, die zu einem reaktiven Umgang mit Gestaltungsfragen führt. In der Gesamtbevölkerung scheint das Thema, so das Ergebnis einer anderen Studie, indes kein Tabuthema mehr zu sein. Mit Blick auf die stark von einander abweichenden Untersuchungsdesigns der vorliegenden und zitierten Studie, kann das Ergebnis einer stärkeren Tabuisierung des Themas Pflege in der türkeistämmigen Bevölkerung nur unter Vorbehalt postuliert werden.

Die hier präsentierten inhaltlichen Ergebnisse zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen können vor dem Hintergrund des relativ geringen Umfangs der Stichprobe, der fehlenden (statistischen) Repräsentativität und Vergleichsgruppe sowie der regionalen Beschränkung auf den Stadtstaat Berlin lediglich als erste Hinweise auf die Beschaffenheit der Pflegesituation gewertet werden. Im Rahmen bevölkerungsrepräsentativer Studien sollten sie abgesichert und fundiert werden. Dabei gilt es, einen Vergleich mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sowie weiteren Migrantengruppen vorzusehen, um Aussagen zu möglichen gruppen- und kulturspezifischen Eigenheiten der Pflegesituation älterer Menschen in Deutschland treffen zu können. Als ein weiteres methodisches Ergebnis der vorliegenden Studie wurde mit Blick auf die zentralen inhaltlichen Ergebnisse der vorliegenden Studie ein Fragebogenmodul entwickelt, das die als zentral identifizierten Dimensionen der Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen für weitere bevölkerungsrepräsentative Studien operationalisiert. Dazu gehören die Themenbereiche Pflegeorientierungen, der Pflegebedarf, die institutionelle Versorgungssituation und soziale Ressourcen, sowie die Informationssituation.

Literatur

- Baklan, M (1988): Wer sich Allah nähert, wird frei von Frei-Zeit werden. G Göckenjan, H-J Kondratowitz (Hrsg.), Alter und Alltag. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Baykara-Krumme, H (2010): Die Berliner pairfam Studie – Ein Methodenbericht. Dokumentation der Vorstudie zur Befragung von Personen mit Migrationshintergrund im Rahmen des Familienpanels pairfam. Arbeitspapier des Beziehungs- und Familienpanels, 16.
- Baykara-Krumme, H; Klaus, D; Steinbach, A (2011): Generationenbeziehungen in Deutschland. Ein Vergleich der Beziehungsqualität in einheimischen deutschen Familien, Familien mit türkischem Migrationshintergrund und Aussiedlerfamilien. F Busch, J Huinink, B Nauck, R Nave-Herz, N Schneider (Hrsg.), Familie und Gesellschaft. Würzburg: Ergon Verlag.
- Baykara-Krumme, H (2012): Die Bedeutung der Migrationserfahrung für die soziale Einbindung im Alter. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde. H Baykara-Krumme, A Motel-Klingebiel, P Schimany (Hrsg.), Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005): 6. Bericht zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2010): 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.
- Bermejo I, Hölzel L-P, Kriston L, Härter M (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt, 55: 944–953.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bonn.
- Collatz, J. (1999). Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitssystem. M David, T Borde, H Kentenich (Hrsg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- De Jong Gierveld, J; Tilburg, TG (2006): A six-item scale for overall, emotional and social loneliness: confirmative tests on new survey data. Research on Aging: 28: 582–598.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (1999): Wanderungen alter Menschen. Das Beispiel der Rückwanderung älterer Arbeitsmigranten. G Naegele, R M Schütz (Hrsg.), Alter und Sozialpolitik für ältere Menschen. Wiesbaden/Opladen: Westdeutscher Verlag
- Dietzel-Papakyriakou, M; Olbermann, E (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. P Marschalck, K Wiedl (Hrsg.), Migration und Krankheit. Göttingen: V&R unipress.
- Dietzel-Papakyriakou, M (2012): Ein Blick zurück nach vorn: Zwei Jahrzehnte Forschung zu älteren Migrantinnen und Migranten. H Baykara-Krumme, A Motel-Klingebiel, P Schimany (Hrsg.), Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Dittmann J (2008): Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege: Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa. Informationsdienst Soziale Indikatoren, 40: 1-6.
- Gallo, J (2006): Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living Assessment. J Gallo, H, Bogner, T Fulmer, G Paveza (Hrsg.), Handbook of Geriatric Assessment. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- Geiger, I. (1999). Altern in der Fremde - zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. M David, T Borde, H Kentenich (Hrsg.), Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Glodny, S; Razum, O (2008): Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. D Schaeffer, J Behrens, S Görres (Hrsg.), Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns – Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa Verlag.
- Gunzelmann T, Oswald W (2005): Gerontologische Diagnostik und Assessment. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Habermann, M; Schenk, L; Albrecht, N-J; Gavrandiou, M; Lindert, J; Butler J (2009): Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? Eine Analyse der Pflege- und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege. *Gesundheitswesen*, 71: 363-367.
- Hubert, S; Althammer, J; Korucu-Rieger, C (2009): Soziodemographische Merkmale und psychophysisches Befinden älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland: Eine Untersuchung auf Basis der Haupt- und Zusatzbefragung des Generations and Gender Survey der ersten Welle. *Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung*, 39 (176).
- Kohls, M (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungsbericht 12, Nürnberg.
- Korporal, J; Dangel, B (2006): Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland*. Berlin: Lit Verlag.
- Krumme, H (2004): Fortwährende Remigration: Das transnationale Pendeln türkischer Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten im Ruhestand. *Zeitschrift für Soziologie*, 33 (2): 138–153.
- Krumme, H (2007): Gar nicht so anders: Eine vergleichende Analyse der Generationenbeziehungen bei Migranten und Einheimischen in der zweiten Lebenshälfte. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Discussion Paper, SP IV 2007-604, Berlin.
- Kuhlmey, A; Dräger, D; Winter, M; Beikirch, E. (2010): COMPASS - Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *DZA-Informationsdienst Altersfragen* 37 (4): 4-11.
- Kuhlmey, A; Suhr, R; Blüher, S; Dräger, D (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. J Böcken; B Braun; U Repschläger (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Erb J; Friedmann I, Günsilius A; et al. (2013): Alterssurvey 2012. Älterwerden in Stuttgart – Generation 50Plus. Landeshauptstadt Stuttgart (Hrsg.), Stuttgart. Online: <http://www.gesundheitsamt-bw.de> (04.2014).
- Landeshauptstadt Wiesbaden; Amt für Strategische Steuerung, Stadtforschung und Statistik Wiesbaden (2009): Kultursensible ambulante Altenpflege in Wiesbaden. *Wiesbadener Stadtanalysen* 28, Wiesbaden.
- Läsker, A; Yortanlı, P (2012): Fremde Heimat „Pflegeheim“. G Kleiner (Hrsg.), *Alter(n) bewegt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lotze, E; Hübner, N (2008): Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008. Stadt Bremen (Hrsg.), Bremen.
- MDS/ GKV (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband, Essen und Berlin.
- Mölbart, A (2005): Alt werden in der zweiten Heimat: ethnologische Alternsforschung und ihre praktische Anwendung bei türkisch-deutschen Gruppen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.
- Okken, P; Spallek, J; Razum, O (2008): Pflege türkischer Migranten. U Bauer, A Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Özcan, V; Seifert, W (2006): Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland*, 6: 7-77.
- Prätor, S (2009): Alter und Altersbilder in der Türkei und bei türkischen Immigranten. J Ehmer, O Höffe (Hrsg.), *Bilder des Alters im Wandel. Nova Acta Leopoldina N.F.*, 99 (363). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Razum, O; Geiger, I; Zeeb, H; Ronellenfitsch, O (2004): Health care for migrants. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (43): A2882-A2887.

- Razum, O; Zeeb, H; Meesmann, U; Schenk, L; Bredehorst, M; Brzoska, P; Dercks, T; Glodny, S; Menkhaus, B; Salman, R; Saß, A-C; Ulrich, R (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Reinprecht, C (2011): Verwundbarkeit des Alterns in der Migration. Lebensrealitäten der türkeistämmigen älteren Bevölkerung. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): 50 Jahre Anwerbeabkommen mit der Türkei. Aus Politik und Zeitgeschichte, 43: 35-41.
- Reiss, K; Dragano, N; Ellert, U; Fricke, J; Greiser, K-H; Keil, T; Krist, L; Moebus, S; Pundt, N; Schlaud, M; Yesil-Jurgens, R; Zeeb, H; Zimmermann, H; Razum, O; Jockel, K-H; Becher, H (2014): Comparing sampling strategies to recruit migrants for an epidemiological study. Results from a German feasibility study. The European Journal of Public Health: 1-6.
- Robert Koch-Institut (2011): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- Schneekloth U (2010): Die Lebenssituation Hilfe- und Pflegebedürftiger. Ergebnisse der MuG-Studien. Vortrag auf der Fachtagung des Statistischen Bundesamtes in Kooperation mit der FH Münster. Online: https://www.fh-muenster.de/fb12/downloads/Ulrich_Schneekloth.pdf (04.2014).
- Sahyazici, F; Huxhold, O (2012): Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. H Baykara-Krumme; A Motel-Klingebiel, P Schimany (Hrsg.), Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seibel-Erdt, R; Şöhret, A (1999): Nicht ganz hier und nicht mehr zu Hause: Gespräche mit Türkinnen und Türken der ersten Generation. Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Sheikh, J; Yesavage, J (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist, 5: 165-173.
- Schenk L, Bau A.-M., Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C (2006): Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt, 49: 853–860.
- Schenk, L (2008): Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten. A Kuhlmei, D Schaeffer (Hrsg.), Alter, Gesundheit und Krankheit. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schenk, L; Ellert, U; Neuhauser, H (2007): Children and adolescents in Germany with a migration background. Methodical aspects in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50: 590-599.
- Schimany, P; Rühl, S; Kohls, M (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten – Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungsbericht 18, Nürnberg.
- Schneekloth, U (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung (MuG III). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (6): 405-412.
- Schopf, C; Naeyege, G (2005). Alter und Migration - ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (6): 384-395.
- Statistisches Bundesamt (2007). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden.
- Strumpen, S (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. H Baykara-Krumme, A Motel-Klingebiel, P Schimany (Hrsg.), Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Ulusoy, N; Gräßel, E (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (5): 330–338.
- Walter U; Bisson S; Gerken U; Machleidt W; Krauth C (2014): Gesundheits- und Präventionsverhalten von Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Gesundheitswesen, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Weintritt, O (2012): Altersbilder im Islam und unter Muslimen in Deutschland und Körperbilder im Islam. F Berner, J Rossow, K-P Schwitzer (Hrsg.), Individuelle und kulturelle Altersbilder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wengler, A (2013): Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

- Wettich, J (2007): Migration und Alter: Kulturelle Altersbilder im Wandel. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Wurm, S; Lampert, T; Menning, S (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. Subjektive Gesundheit. K Böhm, C Tesch-Römer, T Ziese (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Yilmaz, Y; Glodny, S; Razum, O (2009): Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des saba Projekts. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8/48, Halle (Saale).
- Zeman, P (2005): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration. Berlin: Bundesamt für Flüchtlinge und Migration.
- Zimmermann, H-P (2012): Altersbilder von türkischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Vergleich. Islamische Grundsätze – alltägliche Sichtweisen. H Baykara-Krumme, A Motel-Klingebiel, P Schimany (Hrsg.), Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.

Onlinequellen

- Allianz (2013): Im Land der Erfahrenen, Sorglosen und Verdränger. Allianz Deutschland AG. Online: <https://www.allianzdeutschland.de/news/news-2013/05-06-13-im-land-der-erfahrenen-sorglosen-und-verdraenger/> (04.2014).
- Barg, S; Mauthner, J; Guerrero Meneses, V; Stiehr, K (2013): Analyse der Angebotsstruktur in Einrichtungen der Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Institut für Soziale Infrastruktur. Frankfurt am Main. Online: http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Migration_Alter_online_jan13.pdf.
- Becker I, Hauser R (2004): Verteilung der Einkommen 1999-2003. Bericht zur Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Frankfurt am Main. Online: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a338-verteilung-der-einkommen-1999-2003.pdf?__blob=publicationFile (02.2014).
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (2014): Herausforderung Pflege – was wollen die Betroffenen wirklich? Präsentation, Sindelfingen. Online: <http://www.bpa.de> (04.2014)
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2009): GeroStat Report Altersdaten 2009. Berlin. Online: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1_2009.pdf (04.2014).
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (2011): Pflegebedürftige und Pflegequoten nach Altersgruppen 2011. Sozialpolitik aktuell in Deutschland. Duisburg-Essen. Online: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI12.pdf (06.2014).
- Köcher, R (2014): MLP Gesundheitsreport 2014. Präsentation. MLP, Institut für Demoskopie Allensbach. Online: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/sevlet/contentblob/586006/data/presentation.pdf> (06.2014)
- Naderi, R; Beyreuther, L; Ette, A; Leven, I; Lück, D; Panova, R; Pupeter, M; Sauer L (2012): Generations and Gender Survey. Documentation of the Second Wave of the Sub-Sample of Turkish Nationals living in Germany. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung/ Generations and Gender Programme (<http://www.ggp-i.org>) (Hrsg.). Online: <https://www.bib-demografie.de> (04.2014).
- RKI (2008): Gesundheitsfragebogen 65+. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Online: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Materialien/Materialien_tabelle.html (04.2014)
- SHARE (2013): CAPI main questionnaire Wave 4. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Online: <http://www.share-project.org> (04.2014)

- Schenk L, Meyer R, Maier A-S, Aronson P, Gül K (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Alter und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Institut für Medizinische Soziologie/ Charité – Universitätsmedizin Berlin. Forschungsbericht, Berlin. Online: <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment01.pdf> (04.2014).
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2008): Sozialstrukturatlas 2008. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht. Online: <http://www.berlin.de> (04.2014)
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2012): Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin. Landespflegeplan 2011. Online: <http://www.berlin.de> (04.2014)
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas 2013. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht. Online: <http://www.berlin.de> (04.2014)
- Zimmermann H-P (2010): Altersbilder unter Muslimen in Deutschland. Phillips-Universität Marburg. Europäische Ethnologie/Kulturwissenschaften. Online: http://www.sektion-altern.de/shareddocs/presentations/zimmermann_06_2010.pdf (15.06.2014)

ANHANG I: Fragebogen zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migranten und Migrantinnen in Berlin

A. Interviewinformationen		
[A1] Interviewereinträge		
Interviewer_in		
Interviewnummer (Feld freilassen)		
Datum des Interviews (tt/mm/jj)		
Ort des Interviews	☐	Privathaushalt
	☐	Öffentlicher Raum (z.B. Senioren- Nachbarschaftstreff, Begegnungsstätte, Café)
	☐	Pflegeeinrichtung, Räumlichkeiten von Pflegediensten
	☐	Anderer:
Beginn des Interviews (hh/mm)		
Ende des Interviews (hh/mm)		
Kontaktweg	☐	Stationäre Einrichtung
	☐	Pflegedienst
	☐	Seniorenfreizeit-, Nachbarschaftstreffs, Vereine u.Ä.
	☐	Kulturelle/ religiöse Einrichtung (z.B. Kultur- und Moscheeverein)
	☐	Anderer:
[A2] In welcher Sprache möchten Sie das Interview führen?		
Türkisch	☐	1
Deutsch	☐	0

B. Demographische Angaben und sozioökonomischer Status (Teil 1)

Zu Beginn möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

Beobachten, nur fragen, wenn nicht beobachtbar.

[B1] Welches Geschlecht haben Sie?

Nennung durch Befragten.

Männlich	☐	1	Weiblich	☐	0
----------	--------------------------	---	----------	--------------------------	---

[B2] In welchem Jahr sind Sie geboren?

Nennung durch Befragten. Angabe in das Freitextfeld notieren.

Geburtsjahr (JJJJ):

Weiß nicht	☐	99	Keine Angabe	☐	98
------------	--------------------------	----	--------------	--------------------------	----

[B3] In welchem Land sind Sie geboren?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Türkei → Weiter mit Frage B4	☐	1
Deutschland → Weiter mit Frage B5	☐	2
Ein anderes Land → Weiter mit Frage B4	☐	97

[B4] In welchem Jahr sind Sie nach Deutschland gezogen?

Nennung durch Befragten. Angabe in das Freitextfeld notieren.

Jahr (JJJJ):

Weiß nicht	☐	99	Keine Angabe	☐	98
------------	--------------------------	----	--------------	--------------------------	----

[B5] Welche der folgenden Staatsangehörigkeiten besitzen Sie? <i>Optionen vorlesen, Mehrfachnennung möglich.</i>					
1) Die Deutsche → Weiter mit Frage B7	☐	1			
2) Die Türkische → Weiter mit Frage B6	☐	1			
3) Eine andere: → Weiter mit Frage B6	☐	97			
4) Keine → Weiter mit Frage B6	☐	1			
[B6] Verfügen Sie über einen ... <i>Optionen vorlesen.</i>					
Befristeten Aufenthaltsstatus (Aufenthaltserlaubnis)	☐	1	Unbefristeten Aufenthaltsstatus (Niederlassungserlaubnis)	☐	2
[B7] Fühlen Sie sich eher als ... <i>Optionen vorlesen.</i>					
Deutsche/r	☐	1	Türke/ Türkin	☐	2
Deutsch-Türke	☐	3	Anderes:	☐	97
[B8] Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? <i>Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.</i>					
Sehr gut	☐	1	Gut	☐	2
Mittelmäßig	☐	3	Schlecht	☐	4
Sehr schlecht	☐	5			

[B8b] Brauchen Sie aus sprachlichen Gründen (z.B. Unsicherheit im Umgang mit der deutschen Sprache, Angst vor Verständigungsproblemen) bei den folgenden Verrichtungen Unterstützung?

Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.

1) Umgang mit Bürokratie, z.B. Ausfüllen von Anträgen, Besuche bei Ämtern oder Behörden	☐	1
2) Einkaufen von Dingen des alltäglichen Bedarfs, z.B. Lebensmittel oder Hygieneartikel	☐	1
3) Arztbesuche	☐	1
4) Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, z.B. Kauf von Fahrkarten	☐	1
5) Informationssuche zu Themen des Alltags, z.B. Gesundheit und Pflege, Erwerbstätigkeit, Freizeit- oder Beratungsangebote	☐	1
6) Inanspruchnahme von Beratungsangeboten, z.B. Rechtsberatung, Pflegeberatung, Familienberatung	☐	1
7) Keine der genannten Aufgaben	☐	1
8) Benötigen Sie bei anderen Verrichtungen aus sprachlichen Gründen Unterstützung? Falls ja, welche sind das:	☐	97

[B9] Wie viel Zeit im Jahr verbringen Sie normalerweise* in der Türkei?

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

Gar keine Zeit	☐	1	Bis zu 3 Wochen	☐	2
1 bis 3 Monate	☐	3	4 bis 6 Monate	☐	4
Mehr als 6 Monate	☐	5			

*Falls unklar ist, was mit „normalerweise gemeint ist, „in den letzten Jahren“ ergänzen. Es geht nicht darum zu erfassen, wie viel Zeit der/ die Befragte früher in der Türkei verbracht hat, sondern wie viel Zeit er/ sie aktuell dort verbringt.

[B10] Möchten Sie in näherer oder fernerer Zukunft dauerhaft in die Türkei ziehen?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Ja	☐	1	Nein	☐	2
Vielleicht	☐	3			

[B11] Haben Sie die Schule besucht?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Ja → Weiter mit Frage B12	☐	1
Nein → Weiter mit Frage B14	☐	0

[B12] Wie viele Jahre haben Sie die Schule besucht?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Weniger als 5 Jahre	☐	1	5-7 Jahre	☐	2
8-10 Jahre	☐	3	11 Jahre oder mehr	☐	4

[B13] An welcher Schule haben Sie Ihren höchsten Abschluss erworben?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Keinen Schulabschluss erworben/ Grundschule (İlkokul) abgeschlossen	☐	1
Mittelschule (Ortaokul)	☐	2
Gymnasium (Lise)	☐	3
Einer anderen:	☐	97

[B14] Über welchen höchsten beruflichen Bildungsabschluss verfügen Sie?

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

Keinen	☐	1
Anlernausbildung, berufliches Praktikum	☐	2
Abschluss einer Lehre	☐	3
Meister, Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss	☐	4
Fachhochschulabschluss	☐	5
Hochschule / Universität	☐	6
Anderer beruflicher Ausbildungsabschluss:	☐	97

C. Wohnen und Haushalt

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Wohnsituation.

Beobachten, nur fragen, wenn nicht beobachtbar.

[C1] In welchem Bezirk in Berlin wohnen Sie?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Friedrichshain-Kreuzberg		☐	1	Neukölln		☐	2
Mitte	Moabit	☐	31	Tempelhof-Schöneberg		☐	4
	Wedding	☐	32	In einem anderen Bezirk:		☐	97
	Anderer Ortsteil in Mitte:	☐	397				

Beobachten, nur fragen, wenn nicht beobachtbar.

[C2] Wie wohnen Sie zurzeit?

Optionen vorlesen.

Im eigenen Haushalt – zur Miete oder im Eigentum (z.B. alleine oder mit der Familie)	☐	1
In einer stationären Einrichtung – stellt Wohnraum und Betreuung bereit und nach Bedarf zudem Verpflegung und körperliche und medizinische Pflege (z.B. Pflegeheim oder Altenheim)*1	☐	2
In einer anderen Wohnform (z.B. betreutes Wohnen, Mehrgenerationenhaus oder „AltenWG“)*2:	☐	97

*1 **Altenheime** und **Pflegeheime** sind stationäre Wohneinrichtungen mit unterschiedlich intensiver Betreuung und Pflege, wobei beides im Pflegeheim i.d.R. umfassender ist als im Altenheim.

*2 z.B. **Betreutes Wohnen**= Wohnen in einem Privathaushalt mit Betreuungsservice eines Dienstleisters (z.B. Informations- und Beratungsleistungen, Vermittlung von Hilfeleistungen), **Mehrgenerationenhaus**= Wohnen mit anderen Menschen unterschiedlichen Alters in einem Haus mit abgeschlossenen Wohneinheiten zum Zwecke gegenseitiger Unterstützung. **Senioren-Wohngemeinschaften**= Wohnen mit anderen Senioren zusammen in einer Wohnung (mit oder ohne professionelle Betreuung oder Pflege).

Beobachten, wenn Befragte/r in einem eigenen Haushalt lebt. Nur fragen, wenn nicht beobachtbar.

[C3] Wie viele Treppenstufen müssen Sie zwischen dem Gehweg und dem Eingang zu Ihrem Wohnraum zurücklegen? Bitte nennen Sie nur Stufen, die sie unbedingt gehen müssen (z.B. weil es keinen Fahrstuhl gibt).

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen. Falls der/ die Befragte/r es nicht genau weiß, soll er/ sie schätzen, welche Option am ehesten zutrifft.

Keine Stufen	☐	1	1-4 Stufen	☐	2
5-9 Stufen	☐	3	10-19 Stufen	☐	4
20 oder mehr Stufen	☐	5			
Weiß nicht	☐	99	Keine Angabe	☐	98

Nur fragen, wenn Befragte/r in einem eigenen Haushalt lebt.

[C4] Wie viele Treppenstufen müssen Sie innerhalb Ihres Wohnraumes zurücklegen? Bitte nennen Sie auch hier nur Stufen, die sie unbedingt gehen müssen.

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen. Falls der/ die Befragte es nicht genau weiß, soll er/ sie schätzen, welche Option am ehesten zutrifft.

Keine Stufen	☐	1	1-4 Stufen	☐	2
5-9 Stufen	☐	3	10-19 Stufen	☐	4
20 oder mehr Stufen	☐	5			
Weiß nicht	☐	99	Keine Angabe	☐	98

Nur fragen, wenn Befragte/r in einem eigenen Haushalt lebt.

[C5] Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung/ Ihr Haus – Küche, Bad/Toilette, Abstellräume, Flure nicht mitgerechnet?

Nennung durch Befragte/n. Angabe in das Freitextfeld notieren.

Anzahl der Zimmer:

[C6] Inwieweit stimmen Sie den nachfolgenden Aussagen zu Ihrer Wohngegend zu? Sie haben vier Antwortmöglichkeiten: stimme voll und ganz zu; stimme eher zu; stimme eher nicht zu; stimme überhaupt nicht zu. <i>Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.</i> Meine Wohngegend ist ein Wohnort...				
	Stimme voll und ganz zu (1)	Stimme eher zu (2)	Stimme eher nicht zu (3)	Stimme überhaupt nicht zu (4)
1) An dem ich tägliche Einkäufe (z.B. Lebensmittel, Hygieneartikel) bequem zu Fuß erledigen kann	☐	☐	☐	☐
2) An dem ich Arztbesuche bequem zu Fuß erledigen kann	☐	☐	☐	☐

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

3) An dem ich öffentliche Verkehrsmittel bequem zu Fuß erreichen kann	☐	☐	☐	☐
4) An dem ich Treffpunkte und Cafés bequem zu Fuß erreichen kann	☐	☐	☐	☐
5) An dem ich viel in der Freizeit (z.B. Sport, Spaziergänge) unternehmen kann	☐	☐	☐	☐
6) An dem ich eine Moschee oder andere Orte des religiösen Lebens bequem zu Fuß erreichen kann	☐	☐	☐	☐
7) An dem Barrierefreiheit (z.B. abgesenkte Bordsteine, Rampen, lange Ampelphasen, gute Beleuchtung) gewährleistet ist	☐	☐	☐	☐
8) An dem ich mich sicher fühle	☐	☐	☐	☐
9) An dem ich mich wohl fühle	☐	☐	☐	☐
10) Dem ich mich verbunden fühle	☐	☐	☐	☐
11) An dem ich im Alter gerne leben möchte	☐	☐	☐	☐
<i>Nur fragen, wenn Befragte/r in einem eigenen Haushalt lebt.</i> [C7] Leben außer Ihnen noch andere Personen in Ihrem Haushalt? <i>Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.</i>				
Nein, es leben keine anderen Personen mit im Haushalt → Weiter mit Frage D1	☐	0		
Ja, es leben noch andere Personen mit im Haushalt → Weiter mit Frage C8	☐	1		
[C8] Bitte nennen Sie mir alle Personen, die in Ihrem Haushalt leben. <i>Nennung durch Befragte. Antwort(e)n zuordnen und Anzahl eintragen. Falls Namen genannt werden, fragen in welchem Verhältnis die Person zu dem/der Befragten stehen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.</i>				
1) Ehe-(Partner)	☐	1		
2) Sohn/ Söhne	☐	1	Anzahl:	

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

3) Tochter/ Töchter	☐	1	Anzahl:
4) Schwiegersohn/ -söhne	☐	1	Anzahl:
5) Schwiegertochter/ -töchter	☐	1	Anzahl:
6) Enkelsohn/ -söhne	☐	1	Anzahl:
7) Enkeltochter/ -töchter	☐	1	Anzahl:
8) Vater/ Schwiegervater	☐	1	Anzahl:
9) Mutter/ Schwiegermutter	☐	1	Anzahl:
10) Bruder/ Brüder	☐	1	Anzahl:
11) Schwester/ Schwestern	☐	1	Anzahl:
12) Andere Verwandte:	☐	97_1	Anzahl:
13) Andere nicht verwandte Personen (z.B. Freunde oder Nachbarn):	☐	97_2	Anzahl:

D. Gesundheit und Pflege

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gesundheit und um das Thema Pflege.

[D1] Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist...

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

Sehr gut	☐	1	Gut	☐	2
Mittelmäßig	☐	3	Schlecht	☐	4
Sehr schlecht	☐	5			

[D2] Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine oder mehrere chronische Krankheiten oder körperliche Gebrechlichkeiten?*					
Ja → Weiter mit Frage D3				☐	1
Nein → Weiter mit Frage D4				☐	0
*Damit meinen wir lang andauernde oder immer wiederkehrende Krankheiten oder Gebrechlichkeiten, die regelmäßig behandelt oder kontrolliert werden müssen.					
[D3] Welche chronischen Krankheiten oder körperlichen Gebrechlichkeiten sind das?					
Nennung durch Befragte/n. Bis zu 5 Angaben in die Freitextfelder notieren und <u>nach</u> dem Interview der Kategorienliste zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.					
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
Seelische Erkrankung	☐	1	Gefäßkrankheiten (z.B. Durchblutungsstörungen in den Beinen)	☐	2
Gelenkverschleiß	☐	3	Osteoporose (Knochenschwund)	☐	4
Rheuma / Arthritis (Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung)	☐	5	Chronische Lungenerkrankung (Bronchitis, Asthma)	☐	6
Krebserkrankung	☐	7	Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür	☐	8
Diabetes	☐	9	Schlaganfall	☐	10
Hörbehinderung	☐	11	Sehbehinderung, die nicht mit der Brille korrigiert werden kann	☐	12
Gehbehinderung	☐	13	Andere:	☐	97

[D4] Haben Sie früher Zigaretten geraucht oder rauchen Sie zurzeit Zigaretten? <i>Optionen vorlesen.</i>		
Ich habe noch nie geraucht (bis auf seltenes Probieren)	☐	1
Ich habe früher geraucht, aber seit mehr als einem Jahr aufgehört	☐	2
Ich habe früher geraucht, in den letzten 12 Monaten aufgehört	☐	3
Ich rauche zurzeit gelegentlich	☐	4
Ich rauche zurzeit täglich	☐	5
[D5] Was tun Sie für Ihre Gesundheit? Ich lese Ihnen jetzt Dinge vor, die man für seine Gesundheit tun kann. Welche treffen für Sie zu? <i>Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.</i>		
1) Ich gehe regelmäßig spazieren.	☐	1
2) Ich treibe regelmäßig Sport.	☐	1
3) Ich ernähre mich gesund.	☐	1
4) Ich gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Krebsvorsorge, Blutdruckmessung, Blutzuckeruntersuchung).	☐	1
5) Ich nehme regelmäßig Gesundheit fördernde Leistungen in Anspruch, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Massage.	☐	1
6) Ich bereite mir selbst regelmäßig gesundheitsfördernde Hausmittel zu (z.B. Tees, Salben oder kalte Umschläge).	☐	1
7) Ich nehme regelmäßig Medikamente oder käufliche Gesundheitspräparate (z.B. Nahrungsergänzungsmittel wie Vitaminpräparate oder Mineralstoffe oder Aminosäuren) zu mir.	☐	1
8) Ich bete zu Gott, dass ich gesund bleibe.	☐	1
9) Ich tue nichts von den genannten Dingen.	☐	1
10) Ich würde gerne etwas von den genannten Dingen tun, kann es aber aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr.	☐	1
11) Ich tue etwas anderes:	☐	97

[D6] Jetzt würde ich gerne etwas darüber erfahren, wie Sie sich in letzter Zeit gefühlt haben. Ich lese Ihnen Fragen dazu vor. Bitte antworten Sie mit ja oder nein. <i>Fragen vorlesen.</i>	Ja (1)	Nein (0)
1) Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	☐	☐
2) Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	☐	☐
3) Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	☐	☐
4) Ist Ihnen oft langweilig?	☐	☐
5) Sind Sie meistens guter Laune?	☐	☐
6) Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?	☐	☐
7) Sind Sie meistens zufrieden?	☐	☐
8) Fühlen Sie sich oft hilflos?	☐	☐
9) Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	☐	☐
10) Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	☐	☐
11) Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?	☐	☐
12) Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind eher wertlos?	☐	☐
13) Fühlen Sie sich energiegeladen?	☐	☐
14) Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	☐	☐
15) Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	☐	☐
Geriatrische Depressionsskala/ Sheikh J, Yesavage J (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist, 5, 165-173.		

[D7] Mich würde nun interessieren, wie Sie mit Ihren Alltagsaufgaben zurechtkommen.

Bei welchen der folgenden Aufgaben brauchen Sie wegen gesundheitlicher Einschränkungen regelmäßig Hilfe?

Ich lesen Ihnen nun Aufgaben vor, welche treffen für Sie zu?

Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.

1) Anziehen von Kleidung, einschließlich Schuhen und Socken	☐	1
2) Durch einen Raum gehen	☐	1
3) Baden oder Duschen	☐	1
4) Essen, z.B. beim Zurechtschneiden der Speisen	☐	1
5) Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen	☐	1
6) Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen	☐	1
7) Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden	☐	1
8) Zubereiten einer warmen Mahlzeit	☐	1
9) Einkaufen von Dingen des alltäglichen Bedarfs (z.B. Lebensmittel und Hygieneartikel)	☐	1
10) Telefonieren	☐	1
11) Zuteilen und Einnahme von Medikamenten	☐	1
12) Arbeiten im Haus oder im Garten, z.B. Reinigen der Wohnung	☐	1
13) Mit Geld umgehen, z.B. Ausgaben kontrollieren oder Rechnungen bezahlen	☐	1
14) Umgang mit Bürokratie, z.B. Ausfüllen von Anträgen, Besuche bei Ämtern oder Behörden	☐	1

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

15) Wege außer Haus zurücklegen, z.B. einer Arztpraxis oder Familie oder Freunde besuchen.	☐	1
16) Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, z.B. Ein- oder Ausstieg in einen Bus oder einer Bahn	☐	1
17) Keine der genannten Aufgaben → Weiter mit Frage D9	☐	97
[D8] Von wem erhalten Sie die Hilfe bei den genannten Aufgaben? <i>Optionen vorlesen, Mehrfachnennung möglich.</i>		
1) Professionellen Pflegekräften	☐	1
2) Ehe-(Partner)	☐	1
3) Sohn/ Söhne	☐	1
4) Tochter/ Töchter	☐	1
5) Schwiegersohn/ -söhne	☐	1
6) Schwiegertochter/ -töchter	☐	1
7) Enkelsohn/ -söhne	☐	1
8) Enkeltochter/ -töchter	☐	1
9) Bruder/ Brüder	☐	1
10) Schwester/ Schwestern	☐	1
11) Andere Verwandte:	☐	97_1
12) Anderen nicht verwandte Personen (z.B. Nachbarn, Freunde):	☐	97_2
13) Niemandem	☐	1

[D9] Und von wem erhalten Sie finanzielle Unterstützung?		
Optionen vorlesen, Mehrfachnennung möglich.		
1) Ehe-(Partner)	☐	1
2) Sohn/ Söhne	☐	1
3) Tochter/ Töchter	☐	1
4) Schwiegersohn/ -söhne	☐	1
5) Schwiegertochter/ -töchter	☐	1
6) Enkelsohn/ -söhne	☐	1
7) Enkeltochter/ -töchter	☐	1
8) Bruder/ Brüder	☐	1
9) Schwester/ Schwestern	☐	1
10) Andere Verwandte:	☐	97_1
11) Anderen nicht verwandte Personen (z.B. Nachbarn, Freunde):	☐	97_2
14) Niemandem	☐	1

[D10] Erhalten Sie aus Ihrer Sicht ausreichend Hilfe und Unterstützung?		
Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.		
Ja → Weiter mit Frage D12	☐	1
Teils/ teils → Weiter mit Frage D11	☐	2
Nein → Weiter mit Frage D11	☐	3

[D11] Fall Sie nicht ausreichend Unterstützung erhalten. Welche Art von Hilfe und Unterstützung würden Sie sich noch wünschen?

Nennung durch Befragten. Angaben des Befragten in das Freitextfeld notieren.

[D12] Haben Sie selbst schon einmal eine hilfe- oder pflegebedürftige Person betreut oder gepflegt?

Optionen vorlesen.

Ja, ich habe <u>in der Vergangenheit</u> eine hilfe- oder pflegebedürftige Person betreut oder gepflegt → Weiter mit Frage D13	☐	1
Ja, ich pflege oder betreue <u>zurzeit</u> eine hilfe- oder pflegebedürftige Person → Weiter mit Frage D13	☐	2
Nein, ich selbst habe noch keine hilfe- oder pflegebedürftige Person betreut oder gepflegt → Weiter mit Frage D14	☐	3

[D13] Wen haben Sie betreut oder gepflegt? / Wen betreuen oder pflegen Sie zurzeit?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.

1) Ehe-(Partner)	☐	1
2) Sohn/ Söhne	☐	1
3) Tochter/ Töchter	☐	1
4) Schwiegersohn/ -söhne	☐	1
5) Schwiegertochter/ -töchter	☐	1
6) Enkelsohn/ -söhne	☐	1
7) Enkeltochter/ -töchter	☐	1
8) Vater / Schwiegervater	☐	1
9) Mutter / Schwiegermutter	☐	1
10) Bruder/ Brüder	☐	1
11) Schwester /Schwestern	☐	1
12) Andere Verwandte:	☐	97_1
13) Andere nicht verwandte Personen (z.B. Freunde oder Nachbarn):	☐	97_2

[D14] An welche Personen wenden Sie sich, wenn Sie ernsthafte Gesundheitsprobleme haben?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.

1) Hausarzt	☐	1
2) Hodscha	☐	1
3) Ehe-(Partner)	☐	1
4) Sohn/ Söhne	☐	1
5) Tochter/ Töchter	☐	1
6) Schwiegersohn/ -söhne	☐	1
7) Schwiegertochter/ -töchter	☐	1
8) Enkelsohn/ -söhne	☐	1
9) Enkeltochter/ -töchter	☐	1
10) Vater / Schwiegervater	☐	1
11) Mutter / Schwiegermutter	☐	1
12) Andere Verwandte:	☐	97_1
13) Andere nicht verwandte Personen (z.B. Freunde oder Nachbarn):	☐	97_2

[D15] Spricht Ihr Hausarzt türkisch?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Ja	☐	1	Nein	☐	2
Ich habe keinen Hausarzt	☐	3			

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Vorstellung von Alter und Pflege.

[D16] Wie oft denken Sie darüber nach, wie Sie im hohen Alter leben möchten?

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

Immer	☐	1	Oft	☐	2
Manchmal	☐	3	Selten	☐	4
Nie	☐	5			

[D17] Mit welchen der folgenden Möglichkeiten der Vorsorge für das hohe Alter haben Sie sich schon einmal auseinandergesetzt?

Ich lese Ihnen Möglichkeiten vor, welche treffen für Sie zu?

Optionen vorlesen, Mehrfachnennung möglich.

1) Zusätzliche private Vorsorge zur Finanzierung einer Pflegebedürftigkeit	☐	1
2) Altersgerechter Umbau der Wohnung (Beseitigung von Barrieren wie Treppen oder enge Türen sowie Stolper- und Sturzgefahren (z.B. Türschwellen, Stufen), Einbau von Hilfsmitteln wie Haltegriffe oder Badehilfen in der eigenen Wohnung)	☐	1
3) Umzug in eine altersgerechte Wohnung (Wohnung ohne Barrieren und bereits vorhandene Hilfsmitteln wie Haltegriffe oder Badehilfen)	☐	1
4) Leben und Zusammenziehen mit den eigenen Kindern	☐	1
5) Betreutes Wohnen (Wohnen mit Serviceangebot)	☐	1
6) Alternative Wohnformen (z.B. Hausgemeinschaft mit anderen älteren Personen („AltenWG“), Mehrgenerationenhaus)	☐	1
7) Leben in einer stationären Einrichtung (z.B. Pflegeheim oder Altenheim)	☐	1
8) Ambulante Pflege (professionelle Pflege in der gewohnten Umgebung – meist der Wohnung)	☐	1
9) Angebote der Pflegeberatung z.B. in Pflegestützpunkten	☐	1
10) Ehrenamtliche Unterstützungsangebote (Unterstützung durch Personen, die sich freiwillig in einer Organisation engagieren, sie entstammen nicht der Familie oder dem Freundeskreis)	☐	1
11) Rückkehr in die Türkei	☐	1
12) Ein anderer Aspekt:	☐	97
13) Mit keinem der genannten Aspekte	☐	1

[D18] Nun geht es darum, wer ältere Menschen pflegen sollte. Wer sollte Ihrer Meinung nach die Pflege älterer Menschen übernehmen? Sie haben vier Antwortmöglichkeiten: „Stimme voll und ganz zu“, Stimme eher zu“, „Stimme eher nicht zu“ oder „stimme überhaupt nicht zu“. <i>Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.</i> Die Pflege älterer Menschen sollte(n)...	Stimme voll und ganz zu (1)	Stimme eher zu (2)	Stimme eher nicht zu (3)	Stimme überhaupt nicht zu (4)
1) der/die (Ehe-)Partner_in übernehmen.	☐	☐	☐	☐
2) die Töchter übernehmen.	☐	☐	☐	☐
3) die Söhne übernehmen.	☐	☐	☐	☐
4) professionelle Pflegekräfte übernehmen.	☐	☐	☐	☐
<i>Nur Fragen, wenn Befragter bei D7 „Keine der genannten Aufgaben“ (Item 17) angegeben hat.</i> [D19] Angenommen Sie werden hilfe- oder pflegebedürftig. Mit wessen Unterstützung rechnen Sie im Alltag? <i>Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.</i>				
1) Professionellen Pflegekräfte		☐	1	
2) Ehe-(Partner)		☐	1	
3) Sohn/ Söhne		☐	1	
4) Tochter/ Töchter		☐	1	
5) Schwiegersohn/ -söhne		☐	1	
6) Schwiegertochter/ -töchter		☐	1	
7) Enkelsohn/ -söhne		☐	1	
8) Enkeltochter/ -töchter		☐	1	

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

9) Bruder/ Brüder	☐	1
10) Schwester/ Schwestern	☐	1
11) Andere Verwandte:	☐	97_1
12) Anderen nicht verwandte Personen (z.B. Nachbarn, Freunde):	☐	97_2
13) Niemandem	☐	1
<i>Nur Fragen, wenn Befragter bei D7 „Keine der genannten Aufgaben“ (Item 17) angegeben hat.</i> [D20] Und mit wessen finanzieller Unterstützung rechnen Sie? <i>Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.</i>		
1) Ehe-(Partner)	☐	1
2) Sohn/ Söhne	☐	1
3) Tochter/ Töchter	☐	1
4) Schwiegersohn/ -söhne	☐	1
5) Schwiegertochter/ -töchter	☐	1
6) Enkelsohn/ -söhne	☐	1
7) Enkeltochter/ -töchter	☐	1
8) Bruder/ Brüder	☐	1
9) Schwester/ Schwestern	☐	1
10) Andere Verwandte:	☐	97_1
11) Andere nicht verwandte Personen (z.B. Nachbarn, Freunde):	☐	97_2
12) Deutscher Staat/ Bezirksamt der Stadt Berlin	☐	1
13) Kranken-/ Pflegeversicherung	☐	1
14) Niemandem	☐	1

E. Informationssituation

Nun würde ich gerne erfahren, welche Informationen Sie zum Thema Pflege haben.

[E1] Wissen Sie, ... <i>Optionen vorlesen.</i>	Ja (1)	Nein (0)
1) Was eine Pflegestufe ist?	☐	☐
2) Wie man eine Pflegestufe beantragt?	☐	☐
3) Welche Leistungen die Pflegeversicherung anbietet?	☐	☐
4) Was ein ambulanter Pflegedienst macht?	☐	☐
5) Dass es Entlastungsangebote für pflegende Angehörige (z.B. eine Pflegevertretung während des Urlaubs, Kurzzeitpflege oder das Pflegegeld) gibt?	☐	☐
6) Dass es Pflegeeinrichtungen gibt, die besonders auf die Bedürfnisse türkeistämmiger Personen eingehen?	☐	☐
7) Dass es Alternativen zu Pflegeeinrichtungen gibt, z.B. betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften für Senioren?	☐	☐
8) Dass Sie rechtliche Betreuung erhalten können, wenn Ihnen niemand anderes (z.B. Freunde oder Verwandte) bei Ihren Angelegenheiten helfen kann?	☐	☐

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

[E2] Kennen Sie...			Ja (1)		Nein (0)	
Optionen vorlesen.						
1) Die Pflegestützpunkte oder andere Beratungsstellen in Berlin, z.B. <i>EM-DER</i> oder <i>KOTTI e.V.</i> ?			☐		☐	
2) Freizeitstätten für Senioren, z.B. <i>HUZUR</i> oder in der Stralsunder- oder Falkensteinstraße?			☐		☐	
3) Das <i>Pflegehaus Kreuzberg</i> ?			☐		☐	
4) Ambulante Pflegedienste oder Hauskrankenpflegedienste, wie z.B. <i>Deta Med</i> , <i>Navitas</i> oder die <i>Dia-konie-Station Neukölln</i>			☐		☐	
5) Die Internetseite <i>Pflegelotse Berlin</i> oder das <i>Pflegeportal des Landes Berlin</i> ?			☐		☐	
6) Noch andere Einrichtungen und Angebote für Senioren in Berlin? Falls ja, bitte nennen Sie mir diese:			☐		☐	
[E3] Wie informiert fühlen Sie sich zum Thema Pflege?						
<u>Liste vorlegen</u> und Optionen vorlesen.						
Sehr gut	☐	1	Gut	☐	2	
Mittelmäßig	☐	3	Schlecht	☐	4	
Sehr schlecht	☐	5				

[E4] Woher haben Sie Ihre Informationen?*Optionen vorlesen, Mehrfachnennung möglich.*

1) Aus eigener Erfahrung	☐	1
2) Von Freunden oder Bekannten	☐	1
3) Von einem Hausarzt, Psychologen oder anderem Gesundheitspersonal, z.B. einem Apotheker oder einem Physiotherapeut	☐	1
4) Von einer Moscheegemeinde	☐	1
5) Von einer Beratungsstelle, z.B. Pflegestützpunkt, Nachbarschaftshilfe, eines Wohlfahrtsverbands wie Caritas, Diakonie oder der Kranken- oder Pflegeversicherung	☐	1
6) Aus dem Internet, z.B. Google oder „Pflegelotse Berlin“	☐	1
7) Aus der Zeitung	☐	1
8) Aus dem Fernsehen	☐	1
9) Aus dem Radio	☐	1
10) Aus anderen Quellen:	☐	97

[E5] Was erschwert die Informationssuche?*Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.*

1) Ich weiß nicht, wonach (nach welchen Begriffen oder Angeboten) ich suchen soll	☐	1
2) Ich weiß nicht, wo ich suchen soll	☐	1
3) Es gibt zu wenig Informationen auf Türkisch	☐	1
4) Mir fällt Lesen und Schreiben schwer bzw. ich habe es nicht gelernt	☐	1
5) Etwas anderes:	☐	97
6) Ich habe keine Probleme bei der Informationssuche	☐	1

F. Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Nun würde ich gerne von Ihnen erfahren, ob und welche professionelle Pflegeleistungen Sie in Anspruch nehmen und ob Sie damit zufrieden sind.

[F1] Sind Sie in eine Pflegestufe eingruppiert?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Ja → Weiter mit Frage F2	☐	1
Nein → Weiter mit Frage F3	☐	0
Weiß nicht	☐	99
Keine Angabe	☐	98

[F2] Welche Pflegestufe* haben Sie zurzeit?

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

Sogenannte Pflegestufe 0/ Betreuungsgeld	☐	1
Pflegestufe 1	☐	2
Pflegestufe 2	☐	3
Pflegestufe 3	☐	4
Weiß nicht	☐	99
Keine Angabe	☐	98

*Eine **Pflegestufe** ist die gesetzliche Einstufung des Unterstützungs- und Hilfebedarfs bei Pflegebedürftigkeit.

Pflegestufe 0/Betreuungsgeld= Zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz. **Pflegestufe 1**= Hilfe wird mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen im Bereich Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Pflegestufe 2= Hilfe wird mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten im Bereich Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Pflegestufe 3= Hilfe wird rund um die Uhr, auch nachts, im Bereich Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

[F3] Beziehen Sie wegen eigener Pflegebedürftigkeit regelmäßig Leistungen einer Pflegeversicherung oder einem Bezirksamt („Hilfe zur Pflege“)? <i>Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.</i>		
Ja → Weiter mit Frage F6	☐	1
Nein → Weiter mit Frage F4	☐	0
*Anders als für die Leistungen der Pflegekasse ist für die „Hilfe zur Pflege“, die von den Bezirksämtern gewährt wird, keine Pflegestufe notwendig. Frage F3 wird daher auch Personen ohne Pflegestufe gestellt.		
[F4] Wurde jemals ein Antrag auf Pflegeleistungen bei einer Pflegeversicherung* oder einem Bezirksamt („Hilfe zur Pflege“) gestellt? <i>Optionen vorlesen.</i>		
Nein, ich habe keine Leistungen beantragt → Weiter mit Frage F5	☐	1
Ja, es wurde zwar ein Antrag (oder mehrere Anträge) auf regelmäßige Leistungen gestellt. Er wurde aber abgelehnt. → Weiter mit Frage F6	☐	2
Ja, der Antrag ist gestellt, aber noch nicht entschieden. → Weiter mit Frage F6	☐	3
[F5] Warum wurden keine Pflegeleistungen beantragt? Ich lese Ihnen mögliche Gründe vor, welche treffen für Sie zu? <i>Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.</i>		
1) Ich benötige keine Unterstützung.	☐	1
2) Mir war diese Möglichkeit bislang nicht bekannt.	☐	1
3) Mir war die Möglichkeit bekannt, aber ich weiß nicht, wie man Leistungen der Pflegeversicherung beantragt.	☐	1

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

4) Meine Familie unterstützt mich, daher brauche ich keine Leistungen aus der Pflegeversicherung.				☐	1
5) Ich habe keine ausreichenden Deutschkenntnisse.				☐	1
6) Andere Gründe:				☐	97
Weiß nicht	☐	99	Keine Angabe	☐	98
[F6] Welche der folgenden professionellen Pflegeleistungen beziehen Sie zurzeit? <i>Optionen vorlesen. Mehrfachnennung möglich.</i>					
1) Hauswirtschaftliche Hilfeleistungen (z.B. Hilfe beim Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung oder Wäsche waschen)				☐	1
2) Fahrbarer Mittagstisch (Lieferung eines warmen Essens nach Hause)				☐	1
3) Begleit- und Fahrdienst (eine Person begleitet Sie oder fährt Sie zu Erledigungen, z.B. zu Arztbesuchen oder zu einer Behörde)				☐	1
4) Ambulante häusliche Pflege (eine professionelle Pflegekraft erbringt die Pflege in der gewohnten Umgebung – meist der Wohnung)				☐	1
5) Pflegevertretung (Pflege wird durch eine andere Pflegekraft erbracht, wenn die normalerweise pflegenden Person verhindert ist, z.B. wegen Urlaub oder Krankheit)				☐	1
6) Kurzzeitpflege (vorübergehende vollstationäre Unterbringung, z.B. in einem Alten- oder Pflegeheim)				☐	1
7) Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (Unterbringung in einer stationären Einrichtung, z.B. in einem Alten- oder Pflegeheim, während der Tages- oder der Nachtzeit)				☐	1
8) Vollstationäre Pflege (dauerhafte Unterbringung in einer stationären Einrichtung, z.B. in einem Alten- oder Pflegeheim)				☐	1

9) Pflegehilfsmittel (z.B. Pflegebett, Hausnotruf, Lagerungsrollen)	☐	1	
10) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (z.B. Türverbreiterung, Beseitigung von Stolpergefahren, Einbau von Badewanneneinstiegshilfe)	☐	1	
11) Pflegegeld (zur Kompensation von betreuenden oder pflegenden Privatpersonen)	☐	1	
12) Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen (Pflegeversicherung zahlt Beiträge in die Rentenversicherung einer pflegenden Person und sichert sie durch eine Unfallversicherung ab)	☐	1	
13) Andere Leistungen:	☐	97	
<i>Nur stellen, wenn Befragte/r mindestens eine der ersten <u>acht</u> Leistungen aus F6 genannt hat!</i> [F7] Ich lese Ihnen nun sechs Aussagen vor, die möglicherweise auf die professionellen Pflegeleistungen zutreffen, die Sie erhalten. Sie haben drei Antwortmöglichkeiten: trifft zu; trifft mehr oder weniger zu; trifft nicht zu. <u>Liste vorlegen</u> und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.	Trifft zu(1)	Trifft mehr oder weniger zu (2)	Trifft nicht zu (3)
1) Die Pflegekräfte sprechen türkisch.	☐	☐	☐
2) Meine Körperpflege wird nur von männlichen/ weiblichen Pflegekräften erbracht	☐	☐	☐
3) Meine Essgewohnheiten werden berücksichtigt	☐	☐	☐
4) Die Pflegekräfte betreten meine Wohnung/ mein Zimmer nicht mit Straßenschuhen	☐	☐	☐
5) Die Pflegekräfte kennen und berücksichtigen religiöse Feiertage	☐	☐	☐
6) Ich erhalte die Hilfe, die ich wirklich brauche	☐	☐	☐

[F8] Wenn Sie an die erhaltenen Pflegeleistungen (ggf. genannten Leistungen aus F6 beispielhaft anführen) denken. Wie zufrieden sind Sie damit?

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

Sind Sie mit Ihren Pflegeleistungen...

Zufrieden	☐	1	Mehr oder weniger zufrieden	☐	2
Unzufrieden	☐	3			

[F9] Falls Sie mit den professionellen Pflegeleistungen nicht zufrieden sind. Was würden Sie sich noch wünschen?

Nennung durch Befragten, Angaben des/ der Befragten in das Freitextfeld notieren.

--

Nur stellen, wenn Befragte/r KEINE professionelle häusliche Pflege bezieht (siehe Frage F6).

[F10] Können Sie sich vorstellen, professionelle häusliche Pflege (z.B. durch einen ambulanten Pflegedienst) in Anspruch zu nehmen?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Ja	☐	1	Nein	☐	2
Vielleicht	☐	3			

Nur stellen, wenn Befragte/r KEINE vollstationäre Pflege bezieht (siehe Frage F6).

[F11] Können Sie sich vorstellen, dauerhaft in einer stationären Einrichtung (z.B. Pflege- oder Altenheim) zu leben?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Ja	☐	1	Nein	☐	2
Vielleicht	☐	3			

[F12] Was macht Ihrer Meinung nach eine gute professionelle Pflege aus?				
Optionen vorlesen, Mehrfachnennung möglich.				
1) Die Pflegekräfte sprechen türkisch	☐			1
2) Die Körperpflege wird nur von gleichgeschlechtlichen Pflegekräften erbracht – (in Ihrem Fall) also nur von Männern/Frauen	☐			1
3) Meine Essgewohnheiten werden berücksichtigt	☐			1
4) Die Pflegekräfte betreten eine Wohnung nicht mit Straßenschuhen	☐			1
5) Die Pflegekräfte kennen und berücksichtigen religiöse Feiertage	☐			1
6) Die Pflegekräfte gehen auf meine Bedürfnisse und Wünsche ein	☐			1
7) Die Pflegekräfte unterhalten sich auch mit mir	☐			1
8) Etwas anderes:	☐			97

[F13] Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen vom Leben in einem Pflege- oder Altenheim. Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor, die diese Vorstellungen beschreiben. Sie haben vier Antwortmöglichkeiten: Stimme voll und ganz; stimme eher zu; stimme eher nicht zu; stimme überhaupt nicht zu. <u>Liste vorlegen</u> und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Antwortmöglichkeiten wiederholen. Wenn man in einem Pflegeheim oder Altenheim lebt, ...	Stimme voll und ganz zu (1)	Stimme eher zu (2)	Stimme eher nicht zu (3)	Stimme überhaupt nicht zu (4)
1) Ist man rund um gut versorgt	☐	☐	☐	☐
2) Gibt es Verständigungsschwierigkeiten mit den Pflegekräften	☐	☐	☐	☐
3) Kann man interessante Unterhaltungen mit anderen Bewohnern führen	☐	☐	☐	☐
4) Kann man nicht mehr selbst über sein Leben entscheiden	☐	☐	☐	☐

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

5) Gibt es interessante Freizeitbeschäftigungen	☐	☐	☐	☐
6) Schmeckt das Essen nicht	☐	☐	☐	☐
7) Hat man seine Ruhe	☐	☐	☐	☐
8) Sehe ich meine Familie und Freunde nur noch selten	☐	☐	☐	☐

G. Soziales Netzwerk

Jetzt stelle ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis. Danach folgen noch einige Fragen zu Ihrer Person, dann ist das Interview geschafft.

[G1] Wie viele Personen zählen Sie zu Ihrem engsten Freundes- und Bekanntenkreis? Damit sind Personen gemeint, an die Sie sich bei ernststen Problemen (z.B. Beziehungsproblemen oder gesundheitlichen Problemen) jederzeit wenden würden. Bitte zählen Sie nur Personen dazu, die nicht in Ihrem Haushalt leben.

Nennung durch Befragten.

Anzahl der Personen:

[G2] Gehören auch Deutsche zu Ihrem engeren Freundes- und Bekanntenkreis?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Ja	☐	1	Nein	☐	0
----	--------------------------	---	------	--------------------------	---

[G3] Ich werde Ihnen nun 5 Aussagen über mögliche Erfahrungen von Ihnen vorlesen. Bitte sagen Sie mir bei jeder Aussage, wie stark sie für Sie in letzter Zeit zugetroffen hat.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten: trifft zu, trifft mehr oder weniger zu, trifft nicht zu.

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

	Trifft zu (1)	Trifft mehr oder weniger zu (2)	Trifft nicht zu (3)
1) Es gibt genug Menschen, auf die ich mich bei Problemen stützen kann	☐	☐	☐
2) Ich vermisse es, Menschen um mich zu haben	☐	☐	☐
3) Es gibt genug Menschen, auf die ich mich absolut verlassen kann	☐	☐	☐

Achtung: Antwortliste geht auf Folgeseite weiter!

4) Ich fühle mich oft im Stich gelassen	☐	☐	☐
5) Es gibt genug Menschen, denen ich mich nahe fühle	☐	☐	☐
De Jong Gierveld J, Tilburg TG. A six-item scale for overall, emotional and social loneliness: confirmative tests on new survey data. Research on Aging. 2006; 28:582–598. Anmerkung: Um Doppelungen im Fragebogen zu vermeiden, werden hier fünf der sechs vorgesehenen Items abgefragt. Das nicht enthaltene Item wird durch Frage D6 (Item 3) erhoben.			
H. Demographische Angaben und sozioökonomischer Status (Teil 2)			
Nun noch ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Erwerbs- und Einkommenssituation.			
[H1] Welchen Familienstand haben Sie?			
<i>Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.</i>			
Verheiratet	☐	1	Verwitwet
Geschieden	☐	3	Festen Partner/in (unverheiratet)
Weder verheiratet noch einen festen Partner	☐	5	
[H2] Als Nächstes möchte ich Ihnen gerne eine Frage zu Ihrer Erwerbssituation stellen.			
Was beschreibt Ihre derzeitige Erwerbssituation am besten?			
<i>Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.</i>			
Sind Sie ...			
In Rente	☐	1	
Abhängig oder selbständig beschäftigt (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)	☐	2	
Arbeitslos und arbeitssuchend	☐	3	
Dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit oder Behinderung	☐	4	
Hausfrau/-mann	☐	5	
Andere Erwerbssituation:	☐	97	

[H3] Nun würde es mich interessieren, wie Sie Ihre persönliche finanzielle Situation einschätzen. Wie oft haben Sie finanzielle Sorgen? <i>Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.</i>		
Immer – ich habe ständig Geldsorgen, das belastet mich sehr	☐	1
Oft – ich denke häufig über Geld nach und muss mich finanziell zum Teil einschränken	☐	2
Manchmal – meine finanzielle Situation beschäftigt mich nur gelegentlich	☐	3
Nie – meine finanzielle Situation stellt kein Problem dar	☐	4
[H4] Über welche der folgenden Einkommensquellen verfügten Sie in den letzten zwölf Monaten? <i>Optionen vorlesen, Mehrfachnennung möglich.</i>		
1) Lohn oder Gehalt	☐	1
2) Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	☐	1
3) Arbeitslosengeld	☐	1
4) Altersrente/ Pension	☐	1
5) Pflegeversicherung	☐	1
6) Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente / Invalidenrente	☐	1
7) Witwen-/ Hinterbliebenenrente	☐	1
8) Vermietung, Zinsen, Versicherungen	☐	1
9) Nichts davon	☐	1
10) Über eine andere:	☐	97
Bitte erlauben Sie mir abschließend ein paar Fragen zu Ihrem Glauben und Ihrer Religiosität.		

[H5] Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

Nennung durch Befragten. Antwort(en) zuordnen. Falls keine Nennung erfolgt bzw. „weiß nicht“ oder „keine Angabe“, Optionen vorlesen.

Islam	☐	1	Christentum	☐	2
Keiner Religionsgemeinschaft	☐	3	Eine andere:	☐	97
Keine Angabe	☐	98			

[H6] Wenn Sie an Religion und Glauben denken. Wie würden Sie sich selbst charakterisieren?

Optionen vorlesen.

Sind Sie ...

Gläubig	☐	1	Teil/teils	☐	2
Nicht gläubig → <i>Ende des Interviews</i>	☐	3	Keine Angabe	☐	98

Nur fragen, wenn Religionsgemeinschaft = muslimisch (Siehe Frage H5)

[H7] Wie oft wenden Sie sich an einen Religionsgelehrten (z.B. einen Hodscha oder Imam), wenn Sie Rat oder Unterstützung benötigen?

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen.

Immer → <i>Weiter mit Frage H8</i>	☐	1
Oft → <i>Weiter mit Frage H8</i>	☐	2
Manchmal → <i>Weiter mit Frage H8</i>	☐	3
Selten → <i>Weiter mit Frage H8</i>	☐	4
Nie → <i>Ende des Interviews</i>	☐	5

[H8] In welchen der folgenden Lebensbereiche suchen Sie Rat oder Unterstützung bei einem Religionsgelehrten wie einem Hodscha oder Imam?

Liste vorlegen und Optionen vorlesen. Bei Bedarf Frage wiederholen. Mehrfachnennung möglich.

1) Religion und Spiritualität	☐	1
2) Gesundheit und Pflege	☐	1
3) Seelische Gesundheit	☐	1
4) Familien- oder Beziehungsangelegenheiten	☐	1
5) Alltagsthemen (z.B. Probleme mit behördlichen oder amtlichen Angelegenheiten, rechtliche Fragen oder Umgang mit Veränderungen der Lebensumwelt*)	☐	1
6) Zukunftsfragen (z.B. Lebensplanung und -chancen)	☐	1
7) Andere Bereiche:	☐	97

* Z.B. technische Entwicklungen (z.B. Benutzung von Bankautomaten) sprachliche Entwicklungen (z.B. „Coffee to go“) , infrastrukturelle Entwicklungen (z.B. Änderung des ÖPNV-Netzes), gesellschaftliche Entwicklungen (z.B. respektloserer Umgang mit älteren Menschen).

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben!

Ggf. türkischsprachiges Informationsmaterial aushändigen, z. B. Broschüre Berliner Pflegestützpunkte

Nach dem Interview und nicht in Anwesenheit des/ der Befragten ausfüllen.

I. Interviewerangaben

[I1] Wie schätzen Sie die Deutschkenntnisse der/des Befragten ein?

Sehr gut	☐	1
Gut	☐	2
Mittelmäßig	☐	3
Schlecht	☐	4
Sehr schlecht	☐	5

[I2] Wie schätzen Sie die Zuverlässigkeit der Antworten des/ der Befragten ein?		
Sehr gut	☐	1
Gut	☐	2
Mittelmäßig	☐	3
Schlecht	☐	4
Sehr schlecht	☐	5
[I3] Notizen zur Interviewsituation (z.B. Einfluss der Örtlichkeit, Anwesender Dritter und sonstige Auffälligkeiten oder Probleme) und sonstige Anmerkungen		

ANHANG II: Empfohlenes Fragebogenmodul

Allgemeine Fragen zum Thema Pflege

[1] Ganz allgemein betrachtet. Wer sollte Ihrer Meinung nach die Pflege älterer Menschen übernehmen?²⁷
Antwortmöglichkeiten: „ja“, „teils/ teils“, „nein“²⁸
Der/die (Ehe-)Partner_in
Die Töchter
Die Söhne
Professionelle Pflegekräfte
[2] Mich würde nun interessieren, wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bei welchen der folgenden Aufgaben brauchen Sie wegen gesundheitlicher Probleme regelmäßig Hilfe?²⁹
Anziehen von Kleidung, einschließlich Schuhe und Socken
Durch einen Raum gehen
Baden oder Duschen
Essen, z. B. beim Zurechtschneiden der Speisen
Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen
Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen
Zubereiten einer warmen Mahlzeit

²⁷ Die ursprüngliche Frageformulierung „Nun geht es darum, wer ältere Menschen pflegen sollte. Wer sollte Ihrer Meinung nach die Pflege älterer Menschen übernehmen?“ wurde von einigen Befragungsteilnehmern nicht, wie vorgesehen, als Frage nach den allgemeinen Wertvorstellungen aufgefasst, sondern auf die eigene persönliche Situation bezogen. Zur Verbesserung des Frageverständnisses wurde der Frage die Formulierung „Ganz allgemein betrachtet“ voran gestellt. Zusätzlich können die Interviewer bei Missverständnis der Frage darauf hinweisen, dass es nicht darum geht, was die Teilnehmer sich mit Blick auf ihre tatsächlich gegebenen Möglichkeiten (z.B. Kinder leben nicht am selben Ort) wünschen. Stattdessen sollen die Interviewer die Frage so beantworten, als seien alle vier Items gleichermaßen möglich.

²⁸ Die ursprüngliche Antwortskala beinhaltete die vier Ausprägungen „stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ oder „stimme überhaupt nicht zu“. Da für einen Teil der Befragungsteilnehmer waren die Kategorien schwer verständlich waren und viele dazu tendierten, die Fragen eindeutig mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten, wurde die Skala auf drei Ausprägungen reduziert und die einfachere Formulierung „Ja“, „teils/teils“ und „nein“ gewählt.

²⁹ Bei einigen Items der hier verwendeten und vorgeschlagenen ADL/iADL-Skala zur Messung des Funktionsstatus bzw. einer Pflegebedürftigkeit besteht die Problematik, dass sie traditionelle Geschlechterrollenverteilungen im hauswirtschaftlichen Bereich nicht berücksichtigt. Bei älteren Türkeistämmigen sind häufig die Frauen für die Verrichtungen, Einkaufen, Kochen und Reinigen der Wohnung zuständig, weshalb einige männliche Befragungsteilnehmer diese Items nicht eindeutig beantworten konnten. Dieser Aspekt sollte bei der Konzeption einer Befragung für türkeistämmige Migranten und oder andere Gruppen, in denen entsprechende Geschlechterrollen bestehen, bedacht werden. Alternative Erhebungsinstrumente zur Messung des Funktionsstatus im Alltag, wie z.B. der so genannte Barthel-Index, beinhalten jedoch häufig Items, die sehr intime Fragen, z.B. nach der Kontinenz, stellen. Insbesondere im Rahmen persönlicher Befragungen können sich solche Fragen negativ auf die Befragungsbereitschaft der Teilnehmer auswirken. Dies ist umso mehr zu erwarten, je stärker solche Themen mit Schamgefühlen verknüpft sind. Türkeistämmige Migranten gelten als ein Gruppe, in der beispielsweise Pflege für viele Familien ein internes Thema darstellt, das nicht nach außen getragen wird (vgl. Yilmaz et al. 2009). Insofern ist je nach Studienkonzept abzuwägen, welches Erhebungsinstrument mit geringeren Nachteilen einhergeht.

Einkaufen von Dingen des alltäglichen Bedarfs (z. B. Lebensmittel und Hygieneartikel)
Arbeiten im Haus oder im Garten, z. B. Reinigen der Wohnung
Wege außer Haus zurücklegen, z. B. einer Arztpraxis oder Familie oder Freunde besuchen.
[3] Welche Pflegestufe haben Sie zurzeit?
Weiß nicht, ob ich eine Pflegestufe habe ³⁰
Ich habe eine Pflegestufe, weiß aber nicht welche ³¹
Keine Pflegestufe
So genannte Pflegestufe 0/ Betreuungsgeld
Pflegestufe 1
Pflegestufe 2
Pflegestufe 3

Migrations- und kulturspezifische Fragen zum Thema Pflege

[1] Im Alter nehmen Krankheit und Behinderung zu. Manche Menschen brauchen dann Hilfe, um im Alltag zu recht zu kommen. Wie denken Sie darüber? Antwortmöglichkeiten: „ja“, „teils/ teils“, „nein“
1) Darüber möchte ich (noch) nicht nachdenken
2) Gedanken daran belasten mich
3) Wenn es soweit ist, werden sich Lösungen finden
4) Ich treffe rechtzeitig Vorkehrungen (z.B. informiere mich über Vorsorge- und Hilfemöglichkeiten)
5) Etwas anderes:
[2] Wie informiert fühlen Sie sich zum Thema Pflege?
Sehr gut
Gut
Mittelmäßig
Schlecht
Sehr schlecht

³⁰ Beispielsweise, weil sich der Befragte nicht selbst, sondern eine oder mehrere andere Personen, z.B. Kinder, Ehe- (Partner), Pflegepersonal um die organisatorischen und bürokratischen Fragen der Pflege kümmern.

³¹ Beispielsweise, weil sich der Befragte nicht selbst, sondern eine oder mehrere andere Personen, z.B. Kinder, Ehe- (Partner), Pflegepersonal um die organisatorischen und bürokratischen Fragen der Pflege kümmern.

[3] Was macht Ihrer Meinung nach eine gute professionelle Pflege aus?³²

1) Das Pflegepersonal spricht meine Muttersprache

2) Die Körperpflege wird nur von gleichgeschlechtlichem Pflegepersonal erbracht

3) Meine Essgewohnheiten werden berücksichtigt

4) Das Pflegepersonal betritt die Wohnung nicht mit Straßenschuhen

5) Das Pflegepersonal kennt und respektiert religiöse Feiertage

6) Das Pflegepersonal unterhält sich auch mit mir

7) Das Pflegepersonal begegnet mir mit Respekt, Anstand und Herzlichkeit

8) Das Pflegepersonal ist engagiert und interessiert – es macht seine Arbeit (merklich) gern

³² Item 6, 7 und 8 wurden aufgrund der Freitextnennungen zu den „anderen Merkmalen guter Pflege“ ergänzt. Item 6 gründet auf den Nennungen, verdeutlichen, dass sich die Befragungsteilnehmer wünschen nicht nur versorgt, sondern auch betreut zu werden. Item 7 spiegelt den Wunsch nach einem respekt- und würdevollen sowie herzlichen Umgang wider. Item 8 integriert die Nennungen, die darauf abzielen, dass das Pflegepersonal sich mit seiner Arbeit identifiziert und sie grundsätzlich gerne ausübt. Diese drei Antwortmöglichkeiten erscheinen nicht per se kultur- bzw. gruppenspezifisch, sondern eher allgemeingültig für alle Gruppen. Ein Vergleich der Antworten verschiedener Bevölkerungsgruppen bzw. Migrantengruppen zu diesen Items könnte jedoch Aufschluss über mögliche Unterschiede geben. Die Betonung der Bedeutung eines respekt- und würdevollen Umgangs ist womöglich auf mit dem Migrationsstatus verbundener Ablehnung- und Diskriminierungserfahrungen zurückzuführen. Ebenso könnte der explizite Wunsch nach motiviertem und engagiertem Pflegepersonal mit eigenen negativen Erfahrungen oder die von Freunden und Bekannten zurückzuführen sein, die wegen eines geringen Informationsgrades und/ oder geringen Sprachkenntnissen im Bereich Pflege z.B. keine Alternativen schaffen oder ihre Einflussmöglichkeiten nicht kennen oder nutzen.