

**Wissen und Einstellungen zum Demenzsyndrom von
Personen mit türkischem Migrationshintergrund in
Köln**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Duygu Fazilet Bugdayci

aus Bonn

2021

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker
2. Gutachter: Prof. Dr. Michael Heneka

Tag der Mündlichen Prüfung: 23.02.2021

Aus dem Institut für Hausarztmedizin

Direktorin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Hintergrund	6
1.2 Zielsetzung und Fragestellung	8
2. Material und Methoden	9
2.1 Genehmigung durch die Ethikkommission	9
2.2 Studiendesign	9
2.3 Studienteilnehmer	12
2.4 Erhebungsinstrument	12
2.5 Statistische Methoden	15
3. Ergebnisse	17
3.1 Beschreibung der Studienpopulation	17
3.2 Gesundheitszustand und hausärztliche Versorgung	20
3.3 Wissen über Demenzsyndrom/ Einstellungen zu Demenz	23
3.4 Sprachliche Aspekte	27
4. Diskussion	28
4.1 Gesundheitszustand & hausärztliche Versorgung	28
4.2 Wissen über Demenzsyndrom/ Einstellungen zu Demenz	30
4.3 Sprachliche Aspekte	33
4.4 Limitationen	35
5. Zusammenfassung	38
6. Abbildungsverzeichnis	7
7. Tabellenverzeichnis	43

8. Literaturverzeichnis	44
9. Anhang.....	50
10. Danksagung	65

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
n	Anzahl
%	Prozent

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Das Statistische Bundesamt definierte einen Migrationshintergrund, wenn die Person „selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist“ (Statistisches Bundesamt 2016). Laut dem Mikrozensus 2017 wiesen somit 19,3 Mio. Menschen in Deutschland, 23,6 % der Bevölkerung, einen Migrationshintergrund auf. Bürgerinnen und Bürger mit türkischem Migrationshintergrund stellten hierbei die größte Gruppe mit 2,77 Mio. Menschen dar (Statistisches Bundesamt 2018). Es wird davon ausgegangen, dass sich in Deutschland bis 2030 die Anzahl der 1,5 Mio. über 65-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund auf fast 2,8 Mio. verdoppeln wird (Habermann 2016). Mit zunehmendem Alter der Migranten steigt die Wahrscheinlichkeit, an einem Demenzsyndrom zu erkranken.

Die Alterung der Gesellschaft in Deutschland ist mit einer zunehmenden Prävalenz der Demenz assoziiert. Nach Schätzungen ist eine Verdopplung der Demenzprävalenz von 1,5 Mio. Erkrankten auf 3 Mio. Erkrankte in Deutschland bis zum Jahre 2050 zu erwarten (Doblhammer und Scholz 2010; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 2016). Die gesundheitliche Versorgung dieser an Demenz erkrankten Menschen stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar.

Um sagen zu können, wie viele Menschen mit türkischem Migrationshintergrund an einem Demenzsyndrom erkrankt sind, fehlen repräsentative Forschungen. Auch sind Unklarheiten hinsichtlich der Wahrnehmungen, des Wissens und Einstellungen von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund und ihren Angehörigen zum Demenzsyndrom bis heute nicht geklärt (Piechotta und Matter 2008).

Es gab Hinweise darauf, dass Wissensdefizite bezüglich dementieller Erkrankungen bei türkischen Migranten mit der geringen Inanspruchnahme von unterstützenden Gesundheitsmaßnahmen korrelieren/ zusammenhängen (Piechotta und Matter 2008).

Insgesamt gibt es in Europa kaum repräsentative Daten zur Thematik „Wissen und Einstellungen zum Demenzsyndrom bei Migranten“, weshalb sie mehr Aufmerksamkeit verdient.

Die erste Studie in Deutschland, die Sprachkenntnisse und die Wahrnehmung von medizinischen Informationen bei Migranten untersucht, wurde von Giese, Uyar und Uslucan in einem Krankenhaus im Ruhrgebiet durchgeführt. Laut Studienergebnisse beherrschte ein Großteil der türkischen Migranten die deutsche Sprache nicht ausreichend und hatte Schwierigkeiten medizinische Informationen im Krankenhaus zu verstehen (Giese et al. 2013).

Hinzu kommt, dass die Diagnostikinstrumente der Demenz sprachbasiert sind (Goudsmit et al. 2011), psychische Krankheitssymptome in anderen Kulturen häufig tabuisiert werden (Akyurek et al. 2019) und Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen werden (Boughtwood et al. 2012; Daker-White et al. 2002; Eh et al. 2016; Lindert et al. 2008; Liu et al. 2008; Mukadam et al. 2011a; Mukadam et al. 2011b; Nielsen et al. 2011; Segers et al. 2013).

Bei zweisprachigen Personen, die an einem Demenzsyndrom erkrankt sind, geht meist früh die Fähigkeiten verloren, die Zweitsprache zu sprechen (McMurtray et al. 2009; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 2015). Die im Langzeitgedächtnis gespeicherte Muttersprache bleibt länger erhalten (McMurtray et al. 2009; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 2015). Resultierende zunehmende Sprach- und Verständigungsprobleme begünstigen späte und fehlerhafte Diagnosen dementieller Erkrankungen bei türkischen Migranten (Piechotta und Matter 2008). Daher bedarf diese Bevölkerungsgruppe einer Betrachtung hinsichtlich der Versorgung bei dementiellen Symptomen.

Die Kosten eines Dolmetschers für die Übersetzungstätigkeit einer Fremdsprache ins Deutsche und zurück werden in der ambulanten Versorgung generell nicht von den Krankenkassen übernommen (Wissenschaftliche Dienste des deutschen Bundestages 2017). Der Einsatz von Familienmitgliedern oder Freunden als Dolmetscher kann jedoch mit enormen Problemen wie falschen Übersetzungen oder dem Verschweigen von belastenden Diagnosen verbunden sein (Flores 2005). Verständigungsprobleme in der hausärztlichen Versorgung der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in

Deutschland und damit zusammenhängend ihre speziellen Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung wurden kaum untersucht.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Es sollte das Wissen über das Demenzsyndrom, Einstellungen und Erfahrungen mit dem Syndrom und die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung sowie die Nutzung des deutschen Gesundheitssystems durch in Deutschland lebende Türken/innen erfasst werden.

Zu folgenden Forschungsfragen sollte Wissen zu der Thematik gewonnen werden:

1. Gesundheitszustand & hausärztliche Versorgung: Wie schätzen Personen mit türkischem Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand ein? Wie sind die Erfahrungen mit dem Hausarzt? Wurden bei Arztbesuchen Barrieren erlebt? Treten bei Arztbesuchen häufig sprachlich bedingte Verständigungsprobleme auf? Welche Hilfestellungen wünschen sich Personen mit türkischem Migrationshintergrund in der hausärztlichen Versorgung?
2. Wissen über Demenzsyndrom/ Einstellungen zu Demenz: Wie gut sind Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit, die in Deutschland leben, über die Demenz informiert? Welche Einstellungen haben sie zu diesem Syndrom? Wie nehmen Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit eine dementielle Erkrankung wahr und gehen damit um?
3. Sprachliche Aspekte: Wie schätzen die Befragten ihre Deutschkenntnisse ein? Wird ein professioneller Dolmetscher bei Arztbesuchen gewünscht?

2. Material und Methoden

Erstmalig für Deutschland wurde eine Querschnittsstudie mit Personen ab 60 Jahren und einer türkischen Staatsangehörigkeit sowie gemeldetem Wohnsitz in Köln durchgeführt.

2.1 Genehmigung durch die Ethikkommission

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn am 29.01.2018 positiv beurteilt (Lfd-Nr.: 020/18).

2.2 Studiendesign

Die Querschnittsstudie basierte auf einer Zufallsstichprobe von 500 Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit. Ein selbst entwickelter, schriftlich auszufüllender, standardisierter Fragebogen in deutscher und türkischer Sprache wurde am 05.06.2018 postalisch an die Probanden versandt.

Der Fragebogen wurde auf Basis einer Literaturrecherche in der medizinischen Datenbank PubMed sowie Google Scholar erstellt. Bei der Konstruktion der Fragen wurden zuerst Themengebiete (Soziodemografische Daten; Gesundheitszustand & hausärztliche Versorgung; Wissen über Demenzsyndrom/ Einstellungen zu Demenz; Sprachliche Aspekte) identifiziert. Beim Erstellen der Fragen wurde das Projekt „Barriereabbau in der hausärztlichen Demenzdiagnostik für Menschen mit Migrationshintergrund (BADEMI)“, welches über die Finanzierung der Deutschen Alzheimergesellschaft e. V. im Institut für Hausarztmedizin unter der Leitung von Frau Prof. Dr. oec. troph. Eva Münster und Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker (Institut für Hausarztmedizin) bereits in der Durchführungsphase war, zur Kenntnis genommen. Im Rahmen dieses BADEMI-Projektes wurden Hausärzten/innen über Erfahrungen und Barrieren in der Diagnosestellung der Demenz, insbesondere bei Patienten mit Migrationshintergrund befragt. Der Notwendigkeit, die Patientensicht zu der Thematik zu erfassen, wurde durch die vorliegende Doktorarbeit begegnet. Aus dieser Arbeit gehen

Publikationen zum BADEMI-Projekt hervor, die von Autorengruppen des Hausarztinstituts der Universität Bonn verfasst wurden (Tillmann et al. 2018; Tillmann et al. 2019).

Innerhalb der interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe „Public Health/Versorgungsforschung“ wurde der Fragebogen in Hinblick auf Verständlichkeit und Korrektheit diskutiert.

Der überarbeitete und korrigierte Fragebogen (s. Anhang) konnte anschließend die Zielgruppe erreichen. Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung waren die Teilnehmer mit türkischer Staatsangehörigkeit mindestens 60 Jahre alt und im Einwohnermeldeamt Köln registriert.

Die Studienunterlagen enthielten zudem ein persönliches Anschreiben sowie ein kurzes Erklärungsschreiben mit Formalia zum richtigen Ausfüllen des Fragebogens (siehe Anhang). Ein adressierter und frankierter Rückumschlag wurde beigelegt. Der ausgefüllte Fragebogen konnte von den Teilnehmern somit kostenlos per Post zurückgesandt werden. Alle Unterlagen wurden den Teilnehmern sowohl in türkischer als auch in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Es wurde darauf hingewiesen, dass der Teilnehmer beim Ausfüllen des Fragebogens, sich für eine der Sprachen entscheiden durfte.

Weiterhin wurde betont, dass eine Teilnahme freiwillig ist und ohne Bekanntgabe eines Grundes jederzeit abgebrochen werden kann, ohne dass der Teilnehmer/die Teilnehmerin einen Nachteil erfährt. Die Probanden konnten zu jedem Zeitpunkt aus der Studie ausscheiden. Zunächst wurde eine Pseudonymisierung der Fragebögen durchgeführt, um für die geplanten Erinnerungsverfahren entsprechende Personen zu identifizieren und ausschließlich diese zu kontaktieren. Die Adressdatei und die Ergebnisdatei wurden getrennt voneinander bearbeitet und aufbewahrt. Es wurde erläutert, dass die Daten nach Studienende anonymisiert werden, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

Nach Studienende wurden die Adressdaten den Datenschutzrichtlinien gemäß gelöscht und die somit anonymisierten Daten ausgewertet. Die Studie beinhaltet keine erhöhte Komplikationsrate bzw. Risiko. Ein Versicherungsschutz entfällt, da keine zusätzlichen Wege für die Teilnehmer anfallen. Die anonymisierten Befragungsergebnisse der

Querschnittserhebung verbleiben 10 Jahre nach Durchführung unter Verschluss am Institut für Hausarztmedizin aufbewahrt und werden danach vernichtet.

Nach einer Rücklaufzeit von vier Wochen erfolgten zwei postalische Erinnerungsverfahren (05.07.2018 und 17.08.2018) (siehe Abbildung 1). Die Studienunterlagen (in beiden Sprachen) wurden in jeder Erinnerungsrunde dem Brief hinzugefügt.

Der zeitliche Ablauf einzelner Arbeitsschritte kann der Abbildung 1 entnommen werden. Die Literaturrecherche erfolgte unter Berücksichtigung internationaler, regionaler und nationaler Publikationen zum Thema Demenz und Migration in Deutschland. Über die Fachdatenbank PubMed wurden Publikationen systematisch nach Aktualität, Studienort und Migrationshintergrund eingegrenzt. Die Suchmaschine Google Scholar ermöglichte einen Zugang zu wissenschaftlichen Literaturquellen aller Art, unter anderem Bücher, Zeitschriftenartikel und Dissertationen.

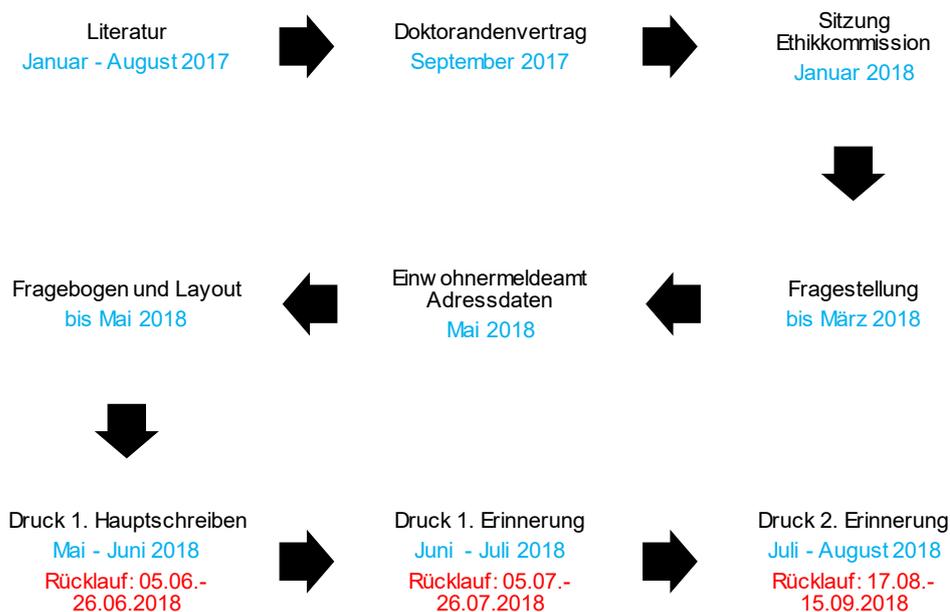


Abb. 1: Zeitlicher Ablauf der Arbeit

Am 11.09.2018 wurden begleitend zu dem zweiten schriftlichen Erinnerungsverfahren 15 telefonische Kontaktversuche über das Telefonbuch im Internet (Quelle: <https://www.dastelefonbuch.de>) durchgeführt, von denen 5 erfolgreich waren. Die telefonisch erreichten Teilnehmer wurden zu folgenden Themen befragt:

1. Haben Sie Post erhalten bzw. an der Umfrage teilgenommen?
2. Wenn nein, was war der Grund der Nichtteilnahme?
3. Hätten Sie Interesse an einer erneuten Kontaktierung und Teilnahme?

Die Studiendurchführung wurde Mitte September 2018 abgeschlossen.

2.3 Studienteilnehmer

Primäre Zielgruppe dieser Studie waren im Einwohnermeldeamt von Köln mit Erstwohnsitz registrierte Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit im Alter von 60 Jahren oder älter. Im Jahre 2018 waren insgesamt 6045 über 59-jährige Männer und 7145 über 59-jährige Frauen mit türkischer Staatsangehörigkeit in Köln registriert. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine Zufallsstichprobe der Anzahl 500 (250 Frauen und 250 Männer) vom Einwohnermeldeamt Köln gezogen. Auf Antrag hin wurden die Adressdaten der Stichprobe zur Verwendung dieser Erhebung durch das Amt Köln zur Verfügung gestellt.

Nicht eingeschlossen wurden alle Personen in NRW, die nicht in dem Einwohnermeldeamt Köln zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung mit Erstwohnsitz gemeldet waren, keine türkische Staatsangehörigkeit hatten oder unter 60 Jahre alt waren.

Aufgrund von veralteten Adressdaten bzw. Umzug wurden 57 Personen dieser Stichprobe im weiteren Verlauf der Studie ausgeschlossen. Deren Briefe konnten nicht zugestellt werden und wurden an unser Institut zurückversandt. Die bereinigte Stichprobengröße beträgt $n = 443$ Personen.

2.4 Erhebungsinstrument

Der schriftlich auszufüllende standardisierte Fragebogen wurde zielgruppenspezifisch auf Basis ausführlich recherchierten nationalen und internationalen Untersuchungen zum Demenzsyndrom erstellt. Es erfolgten Literaturrecherchen in der medizinischen Datenbank PubMed und der wissenschaftlichen Datenbank Google Scholar.

Die Fragen wurden in unserer Arbeitsgruppe diskutiert und angepasst. Als Antwortkategorien wurden 5-Punkte-Likert Skalen mit einer Skala von sehr gut bis sehr schlecht, Multiple-Choice-Felder und Einfachantwort-Felder verwendet. Manche Fragen wurden durch Freitextfelder ergänzt, um Raum für bisher nicht berücksichtigte Antworten zu geben.

Die Verständlichkeit der Fragen wurde durch einen Pretest überprüft. Versuchsweise wurde der Fragebogen von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern innerhalb der Arbeitsgruppe des Instituts für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn ausgefüllt. Die Mitarbeiter gaben Auskunft darüber, ob die Fragen und Antwortkategorien verständlich für sie waren. Es wurde auf eine auch für „nichtmedizinische Personen“ leicht verständliche Sprache ohne Fachbegriffe geachtet. Weiterhin überprüften medizinische Mitarbeiter den Fragebogen auf faktische Korrektheit unter anderem in Bezug auf das Demenzsyndrom. In der Kleingruppe wurden die Fragen im Voraus auf Verwendbarkeit überprüft. Bei der Auswahl der Fragen wurde beachtet, dass diese insbesondere für Personen mit türkischem Migrationshintergrund geeignet waren. Ebenso sollten sich die Fragen auch auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung im Inland beziehen. Um einen unmittelbaren Vergleich zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland zu ermöglichen, wurden einige Items aus dem Fragebogen der Studie GEDA des Robert-Koch-Instituts entnommen (Lampert et al. 2018).

Der thematische Aufbau des Fragebogens ist in Abbildung 2 dargestellt.

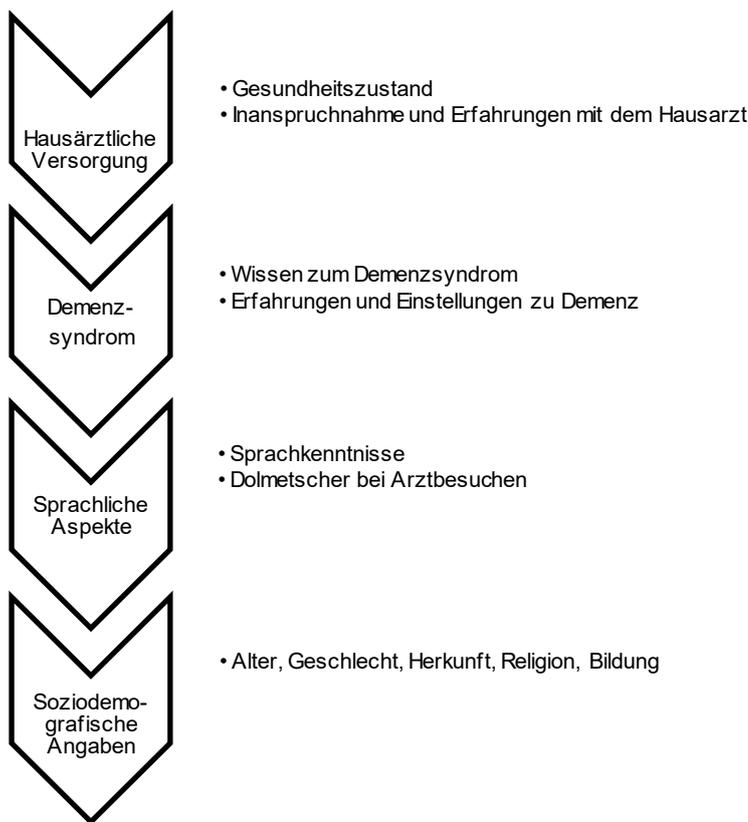


Abb. 2: Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen wurde in einer deutschen und türkischen Ausführung zusammen mit einem Erklärungsschreiben, einem Anschreiben sowie einem bereits frankierten und adressierten Rückumschlag postalisch an die Stichprobe versandt. Die türkische Übersetzung wurde von mir als türkische Muttersprachlerin erstellt und von einem weiteren türkischen Muttersprachler überprüft. Die Sprachauswahl war jedem Teilnehmer freigestellt. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang einsehbar.

Das Erklärungsschreiben diente dazu, Hinweise zum korrekten Ausfüllen des Fragebogens zu geben sowie den Ansprechpartner am Institut mit Kontaktdaten bei Fragen zu benennen.

Im Anschreiben wurde die Studie, deren Absicht sowie das durchführende Institut vorgestellt und um Teilnahme gebeten. Es wurde erläutert, wie der Datenzugang zu Stande kam. Zusätzlich wurde betont, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und die Nichtteilnahme keine Nachteile mit sich ziehen wird. Ebenso wurde im Anschreiben vermerkt, dass die Angaben den Datenschutzvorschriften gemäß vertraulich behandelt

und pseudonymisiert sind. Eine Kontaktperson mit Telefonnummer am Institut für Hausarztmedizin wurde für Rückfragen genannt.

Zudem wurde die Möglichkeit gegeben, mich als Doktorandin zu festen Tagen in türkischer Sprache kontaktieren zu können.

2.5 Statistische Methoden

Unter Verwendung der Scan-Software Teleform der Firma Electric Paper Informationssysteme GmbH wurden alle bis zum 31.01.2019 eingetroffenen Fragebögen elektronisch erfasst und in eine SPSS Datenbank (IBM SPSS Statistics Version 25) aufgenommen. Diese wurden anschließend einer Datenaufbereitung und Plausibilitätsprüfung unterzogen. Die Angaben zum Alter und Geschlecht wurden mit den Daten des Einwohnermeldeamts auf Übereinstimmung getestet. Bei 2 Teilnehmern stimmten die Angaben des Geschlechts nicht mit den Daten des Einwohnermeldeamts Köln überein. Für die Auswertung entschieden wir uns für die selbst gemachten Angaben zum Geschlecht. Ausreißer in den Altersangaben lagen nicht vor (bsp. Altersangabe unter 60 Jahre). Zudem wurden verschiedene Fragen auf widersprüchliche Angaben kontrolliert. Das Messniveau wurde angepasst.

Die Messskala wurde als metrisch, ordinal oder nominal benannt:

Zur nominalen Skala wurden rein qualitative Merkmalsausprägungen ohne natürliche Ordnung gezählt (bsp. Geschlecht). Diese lieferten Angaben über Häufigkeiten und Anteile.

Qualitative Merkmalsausprägungen mit natürlicher Ordnung zählten zur ordinalen Skala. Diese ermöglichte eine Qualitätseinschätzung (bsp. "sehr gut", "gut", "mittel", "schlecht", "sehr schlecht").

Als letzte Skala wurden metrische Merkmalsausprägungen definiert, die aus Zahlen bestehen (bsp. Alter). Mit metrischen Merkmalen wurden Rechnungen durchgeführt, um Mittelwert, Median und Standardabweichung zu berechnen.

Uni- und bivariate Analysen wurden mittels des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics Version 25 durchgeführt. Es erfolgten deskriptive Analysen. Dabei wurden Häufigkeiten, Mittelwert, Median und Standardabweichung berechnet. Kreuztabellen wurden

berechnet, um potenzielle Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Studienteilnehmern, beispielsweise nach Geschlecht, zu untersuchen. Der Chi²-Test nach Pearson wurde zur Untersuchung potenzieller Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen eingesetzt. Dabei wurde von einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,05$ ausgegangen. Darüber hinaus wurde der Zweistichproben-T-Test benutzt, um Mittelwertunterschiede zwischen zwei Stichproben auf Signifikanz zu überprüfen (Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,05$).

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Studienpopulation

Es wurden insgesamt 500 Umfragebriefe verschickt, von diesen konnten 57 nicht zugestellt werden und wurden an unser Institut zurückgeschickt. Das in der vorliegenden Studie endgültig untersuchte Probandenkollektiv ($n = 78$) setzt sich aus 39 männlichen und 39 weiblichen Teilnehmern zusammen (Abbildung 3). Die von nicht zustellbaren Briefen bereinigte Rücklaufquote beträgt 17,6 %.

Um Gründe für nicht gewünschte Teilnahmebereitschaft einiger Teilnehmer zu identifizieren, wurden mit Nichteilnehmern telefonische Kontaktversuche gestartet, wovon lediglich 5 erreicht werden konnten. 3 Personen begründeten ihre Nichtteilnahme mit mangelnder Zeit. 2 Personen hatten Interesse an einer erneuten postalischen Kontaktierung und wurden mit unserem Fragebogen erneut angeschrieben.

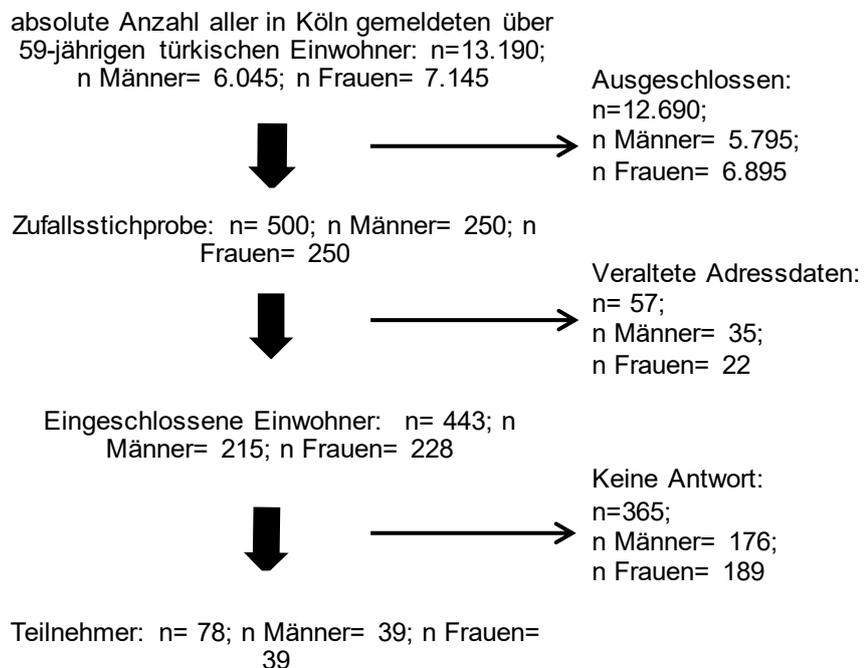


Abb. 3: Auswahlprozess der Studienteilnehmer der Studie

Die Teilnehmer waren zwischen 60 und 86 Jahre alt. Die Mehrheit der Teilnehmer befand sich innerhalb der Altersgruppe 70-79 Jahre (55,9 %). Der arithmetische Mittelwert des Alters beträgt 72,4 Jahre mit einer Standardabweichung von $\pm 6,4$ Jahren und einem Median von 72 Jahren.

Der arithmetische Mittelwert des Alters der Frauen beträgt 70,6 Jahre mit einer Standardabweichung von $\pm 6,4$ Jahren und einem Median von 70,5 Jahren (Altersbereich 60 - 85 Jahren).

Der arithmetische Mittelwert des Alters der Männer beträgt 73,5 Jahre mit einer Standardabweichung von $\pm 6,1$ Jahren und einem Median von 73 Jahren (Altersbereich 60 - 86 Jahren).

Mit dem Zweistichproben-t-Test wurde untersucht, ob sich die Mittelwerte des Alters nach Geschlecht signifikant unterscheiden. Die Testvoraussetzungen wurden geprüft. Es lag Varianzhomogenität vor (Levene-Test: $F = 0,178$, $p = 0,675$, $n = 78$). Die Teststatistik betrug $t = -2,015$ und der zugehörige Signifikanzwert $p = 0,047$. Damit unterschieden sich die Mittelwerte des Alters signifikant nach Geschlecht.

76 der 78 Teilnehmer wurden in der Türkei geboren, 74 Personen sind türkische Muttersprachler. Bei zwei Teilnehmern bleibt das Geburtsland aufgrund fehlender Angabe unbekannt. Über 70 % der Teilnehmer lebten bereits seit mehr als 40 Jahren in Deutschland, keiner seit mehr als 60 Jahren. 4 der Teilnehmer lebten seit 20 und weniger Jahren in Deutschland.

Fast alle Teilnehmer (97,4 %) gaben den islamischen Glauben als ihre Religion an. Zwei Teilnehmer machten keine Angaben zu ihrer Religionszugehörigkeit.

Während ein Anteil von 41,0 % der Teilnehmer keinen allgemeinen Schulabschluss besaß, gaben 11,5 % der Teilnehmer einen Schulabschluss nach einem Schulbesuch von mehr als 8 Jahren an. 6 Teilnehmer machten hierzu keine Angabe. Nach Selektion der fehlenden Angaben ist der Anteil der Frauen ohne Schulabschluss (63,2 %) fast dreifach so hoch wie der Anteil der abschlusslosen Männer (23,5 %). Der Test ist mit einem p-Wert von 0,001 (p-Wert ist $< 0,05$) signifikant. Die Gruppen unterschieden sich.

Es folgten Angaben von Teilnehmern mit Ausbildungsabschluss oder (Fach-) Hochschulabschluss (25,6 %). Das Verhältnis von Frauen zu Männern mit einem Ausbildungs-/Fach-/Hochschulabschluss beträgt etwa 1:3 (Tabelle 1).

Tab. 1: Soziodemografische Daten des Teilnehmerkollektivs (n = 78)

	Gesamt (n = 78)		Frauen (n = 39)		Männer (n = 39)	
	n	%				
Geschlecht)						
Frauen	39	50,0	39	100,0	-	-
Männer	39	50,0	-	-	39	100,0
Altersgruppen (in Jahren)						
60-64	9	11,5	6	15,4	3	7,7
65-69	14	17,9	8	20,5	6	15,4
70-74	25	32,1	12	30,8	13	33,3
75-79	18	23,1	8	20,5	10	25,6
80-84	7	9,0	3	7,7	4	10,3
85+	4	5,1	1	2,6	3	7,7
Fehlende Angabe	1	1,3	1	2,6	0	0,0
Geburtsland						
Deutschland	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Türkei	76	97,4	37	94,9	39	100,0
Anderes Land	0	0	0	0,0	0	0,0
Fehlende Angabe	2	2,6	2	5,1	0	0,0
Dauer Deutschlandaufenthalt (Jahre)						
Seit Geburt	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0-20	4	5,1	2	5,1	2	5,1
21-40	17	21,8	11	28,2	6	15,4
41-60	56	71,8	25	64,1	31	79,5
Fehlende Angabe	1	1,3	1	2,6	0	0,0
Muttersprache						
Türkisch	74	94,9	38	97,4	36	92,3
Deutsch	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fehlende Angabe	4	5,1	1	2,6	3	7,7
Religionszugehörigkeit						
Christentum	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Islam	75	96,2	38	97,4	37	94,9
Andere Religion	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Keiner	2	2,6	0	0,0	2	5,1
Fehlende Angabe	1	1,3	1	2,6	0	0,0
Schulabschluss						
Nein	32	41,0	24	61,5	8	20,5
Ja, nach höchstens 8 Jahren Schulbesuch	31	39,7	11	28,2	20	51,3
Ja, nach mehr als 8 Jahren Schulbesuch	9	11,5	3	7,7	6	15,4
Fehlende Angabe	6	7,7	1	2,6	5	12,8

	Gesamt (n = 78)		Frauen (n = 39)		Männer (n = 39)	
Ausbildungsabschluss/ (Fach-) Hochschulabschluss						
Ja	20	25,6	5	12,8	15	38,5
Nein	57	73,1	33	84,6	24	61,5
Fehlende Angabe	1	1,3	1	2,6	0	0,0

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson bestätigt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und (Fach-) Hochschul-/Ausbildungsabschluss besteht (Chi-Quadrat (1) = 6,409 $p = 0,011$) (Tabelle 2). Die Voraussetzung für die Durchführbarkeit des Tests ist erfüllt. Es liegen keine erwarteten Zellhäufigkeiten kleiner als 5 vor.

3.2 Gesundheitszustand und hausärztliche Versorgung

39,7 % der befragten Personen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mittelmäßig ein, 35,9 % als gut/sehr gut und 24,3 % als schlecht/sehr schlecht (Abbildung 4).

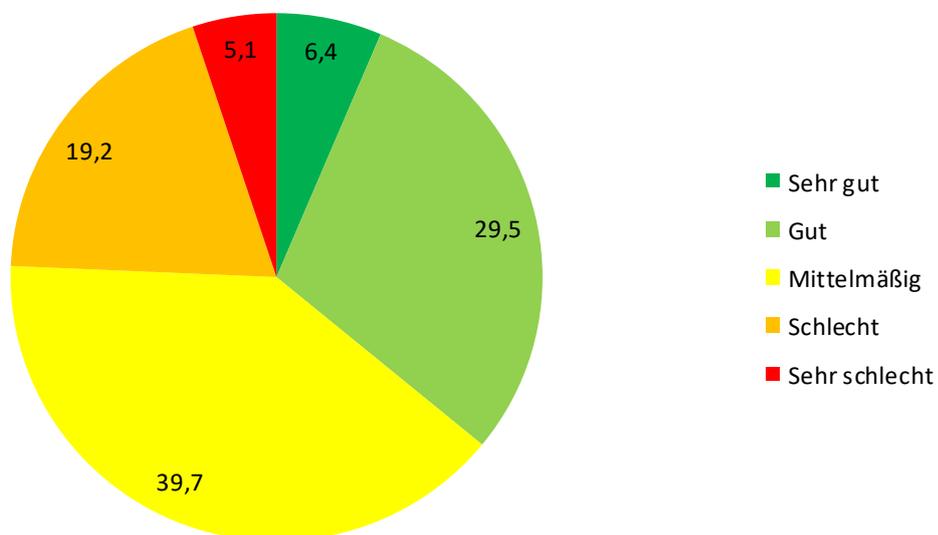


Abb. 4: Einschätzung des Gesundheitszustands durch die Studienteilnehmer in % (n = 78)

Laut Umfrage suchten fast alle Teilnehmer (98,7 %) ihren Hausarzt bei gesundheitlichen Problemen auf.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse der Befragung, dass fast 90 % der Teilnehmer innerhalb der letzten 12 Monate Ihren Hausarzt kontaktierten. Durchschnittlich hatten die Teilnehmer in den letzten 12 Monaten siebenmal Kontakt zum Hausarzt.

Dass alle Teilnehmer der Studie türkische Muttersprachler waren, wirkte sich auch in die Auswahl des Hausarztes aus. 82,1 % der Teilnehmer bevorzugten einen Hausarzt mit türkischen Sprachkenntnissen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer besuchte einen türkischsprechenden Hausarzt (52,6 %) oder einen Hausarzt mit türkischsprechendem Mitarbeiter (71,8 %).

Um das individuelle Empfinden von Verständigungsproblemen der Teilnehmer beim Hausarzt zu identifizieren, wurden sie zum Schwierigkeitsgrad bestimmter Situationen im Umgang mit dem Hausarzt befragt. Der Anteil der Teilnehmer, die eine bestimmte Situation als „sehr einfach“/„ziemlich einfach“ einschätzten, variierte zwischen den verschiedenen Fragen. Die Angaben reichten von 78,3 % (den Anweisungen des Hausarztes Folgen) bis 53,9 % (Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Auffälligkeiten Finden) (Abbildung 5).

Wie einfach/schwierig ist es Ihrer Meinung nach...

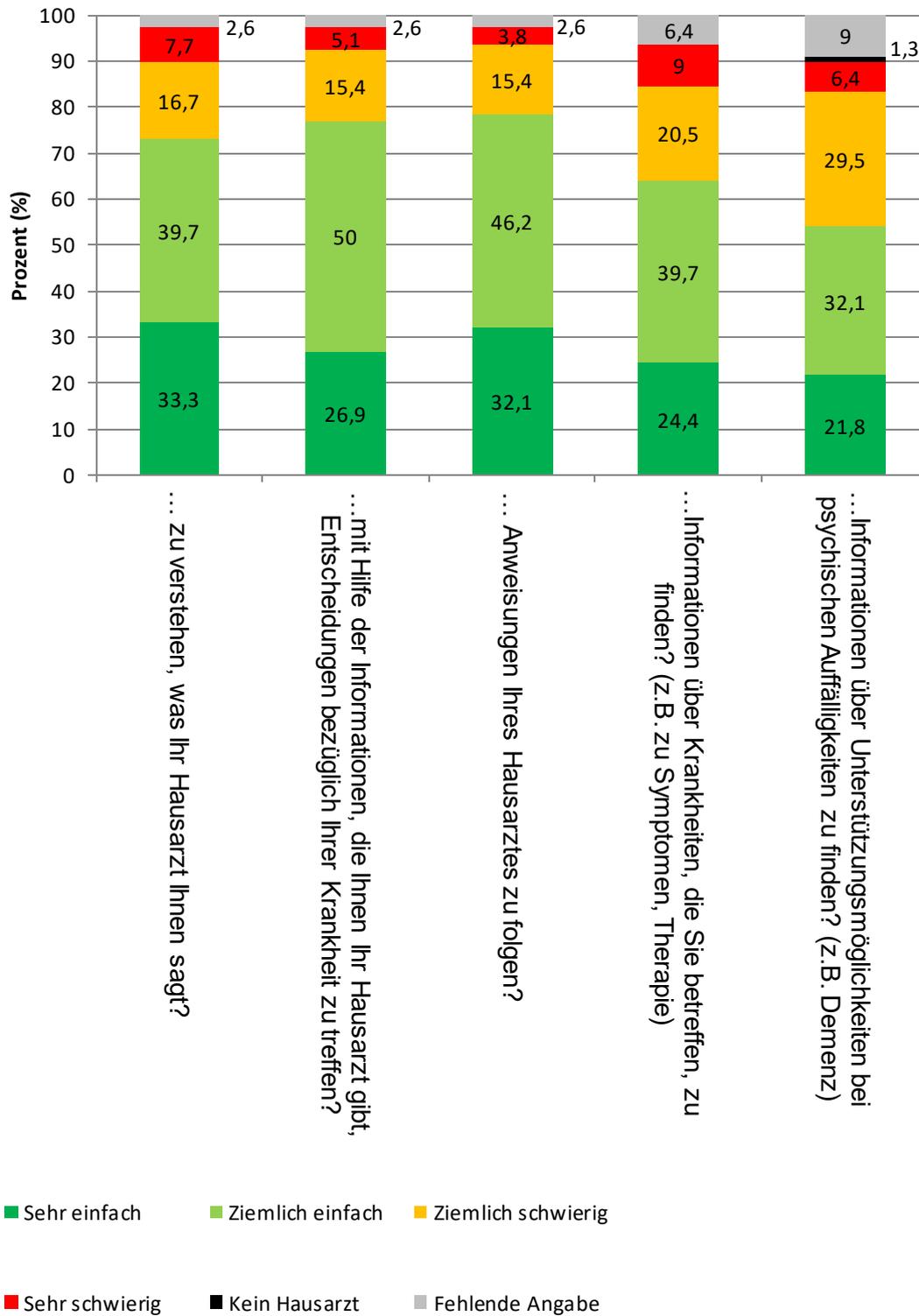


Abb. 5: Häufigkeit (in %) von Verständigungsproblemen der Teilnehmer beim Hausarzt (n = 78)

Thematisch abschließend wurde den Teilnehmern eine offene Frage zur hausärztlichen Versorgung gestellt („Wie könnte die hausärztliche Versorgung für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund verbessert werden? Was ist an der hausärztlichen Versorgung schlecht bzw. was ist gut?“) (siehe Frage 7 Fragebogen, Anhang). Ein großer Anteil der Teilnehmer fand die hausärztliche Versorgung gut und war zufrieden mit dem Hausarzt. Kritisiert wurden vor allem Kommunikationsprobleme durch sprachliche Barrieren und das gesundheitliche System (Einschränkungen durch Krankenkassen, Wartezeiten, zeitlicher Druck der Hausärzte und finanzielle Schwierigkeiten), weniger das Verhalten/der Umgang der Hausärzte selbst. Rund die Hälfte aller gegebenen Antworten thematisierte sprachliche Barrieren beim Hausarzt und diskutierte mögliche Lösungsansätze:

- Türkische Prospekte
- türkischsprechende Mitarbeiter oder anderes türkischsprechendes Personal
- Begleitung durch Angehörige

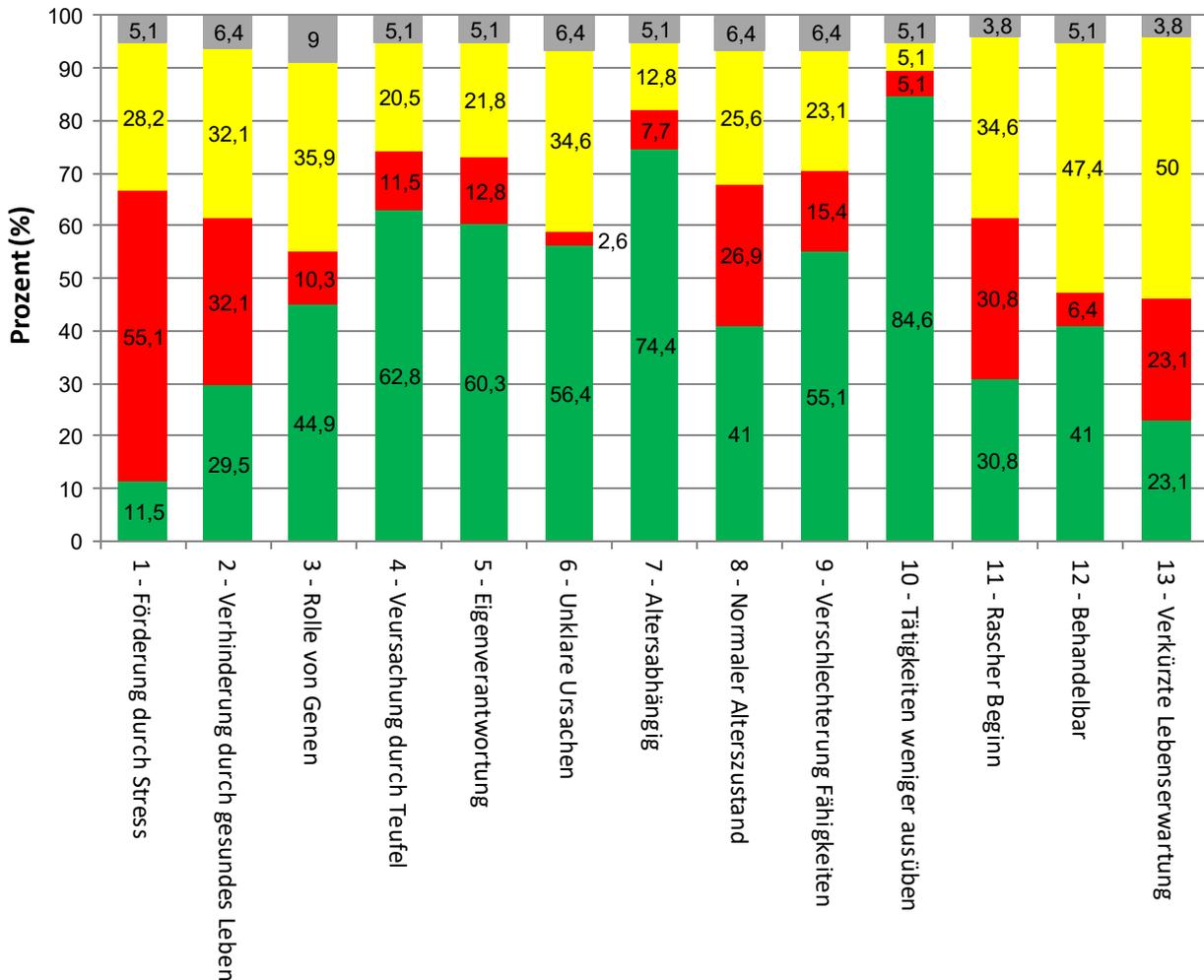
3.3 Wissen über Demenzsyndrom/ Einstellungen zu Demenz

Ein Viertel der Teilnehmer (n = 21) gaben an, an Demenz erkrankt zu sein oder eine an Demenz erkrankte Person in ihrem Umfeld zu haben. 4 Teilnehmer waren selbst von der Erkrankung betroffen. Bei 12 Teilnehmern war ein Familienmitglied und bei 3 Teilnehmern ein Freund/eine Freundin erkrankt.

32 Teilnehmer waren an mehr Informationen über die Demenz interessiert, 40 wünschten keine Informationen. 6 Teilnehmer machten keine Angaben dazu. Als gewünschte Informationsquelle nannten die Teilnehmer unter anderem ärztliche Aufklärungsgespräche, Prospekte, Broschüren und das Internet.

Die Umfrage beinhaltete 13 Aussagen zu Demenz, die die Probanden nach ihrem Wahrheitscharakter beurteilen sollten. Der Anteil der richtigen Antworten variierte von Frage zu Frage stark (s. Abb. 6). Als Beispiel wurde die Aussage „Stress fördert immer die Entwicklung von Demenz“ (s. Item 1 in Abb. 6) von 11,5 % aller Befragten als richtig empfunden. Mit 84,6 % aller Teilnehmer wurde die Aussage „Demente Menschen

können meist ihre gewohnten Tätigkeiten immer weniger ohne Hilfe ausführen.“ (s. Item 10 in Abb. 6) mehrheitlich als richtig gewertet.



- 1 - Stress fördert immer die Entwicklung von Demenz.
- 2 - Wer gesund lebt, kann eine Demenz zu hundert Prozent verhindern.
- 3 - Gene können bei der Entstehung einer Demenz eine wichtige Rolle spielen.
- 4 - Demenz wird durch den Teufel verursacht.
- 5 - Dementiell erkrankte Menschen sind größtenteils selber für Ihren Zustand verantwortlich.
- 6 - Einige Ursachen der Demenz sind bis heute unklar.
- 7 - Das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, steigt mit dem Alter.
- 8 - Demenz ist ein normaler Alterszustand und hat nichts mit einer Erkrankung zu tun.
- 9 - Demenz ist definiert als eine Verschlechterung von mehreren geistigen (kognitiven) Fähigkeiten im Vergleich zum früheren Zustand.
- 10 - Demente Menschen können meist ihre gewohnten Tätigkeiten immer weniger ohne Hilfe ausführen.
- 11 - Alle erkrankten Menschen können schon zu Beginn der Demenzzeit, Ort und Personen nicht mehr erkennen.
- 12 - Einige Arten der Demenz können behandelt werden.
- 13 - Demente Personen haben eine verkürzte Lebenserwartung.

■ RICHTIG ■ FALSCH ■ Weiß ich nicht ■ Fehlende Angabe

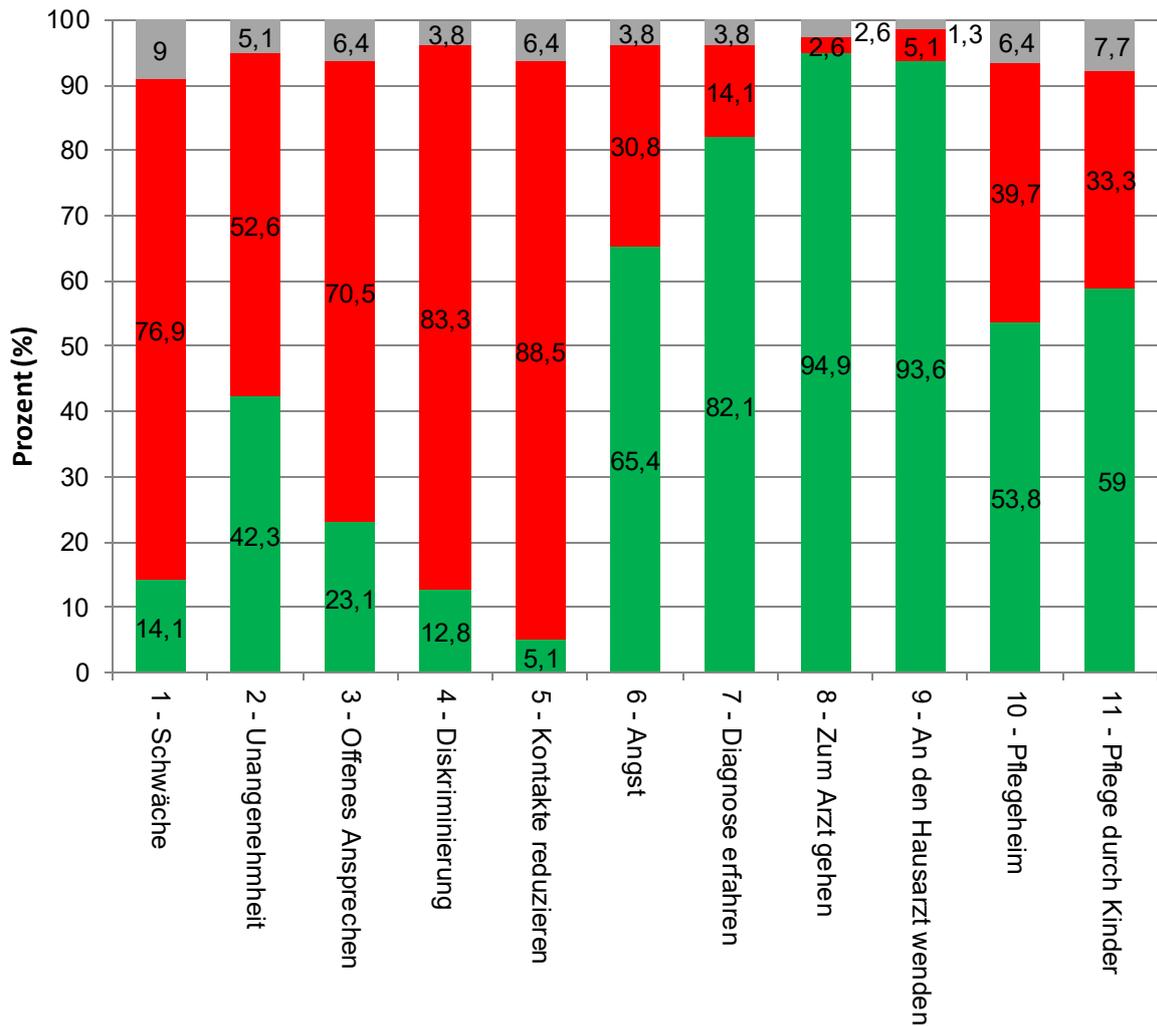
Abb. 6: Wissen über das Demenzsyndrom: Teilnehmer beurteilen Wahrheitscharakter bestimmter Aussagen in % (n = 78)

Weiterhin wurden die Befragten über ihre Einstellungen zum Demenzsyndrom befragt (Abbildung 7).

Die Mehrheit der Befragten gab an (65,4 %), Angst davor zu haben, an Demenz zu erkranken. 14,1 % der Befragten sahen Demenz als Zeichen von Schwäche. Fast die Hälfte aller Befragten empfand es als unangenehm, sich mit dementiellen Erkrankungen auseinanderzusetzen. Ein Anteil von 70,5 % der Befragten war für das offene Ansprechen der Erkrankung gegenüber Familienmitgliedern und Freunden.

5,1 % der Befragten gaben an, Kontakte zu einem dementiell erkrankten Familienmitglied zu reduzieren. Zudem wollten viele Befragte (82,1 %) die Diagnose erfahren, falls sie einmal Demenzsyndrome entwickeln, während jeder 7. Teilnehmer dies nicht wollte. 94,9 % der Befragten gaben an, sich bei Auftreten von Demenzsymptomen zur Abklärung an einen Arzt zu wenden. Der Hausarzt war oft der Ansprechpartner, wenn Symptome auftraten (93,6 %).

Ein großer Anteil der Teilnehmer sah es als Aufgabe der Kinder, an Demenz erkrankte Eltern zu pflegen (59,0 %). Etwa die Hälfte der Teilnehmer (53,8 %) befürworteten auch eine Beaufsichtigung von dementiellen Menschen in einer Einrichtung wie dem Pflegeheim.



- 1 - Demenz ist ein Zeichen von Schwäche.
- 2 - Es ist mir unangenehm, mich mit dementiellen Erkrankungen auseinanderzusetzen.
- 3 - Die Erkrankung sollte von Freunden und Familienmitgliedern nicht offen angesprochen werden.
- 4 - Ich könnte von anderen diskriminiert werden, wenn mein Familienmitglied an einer Demenz erkrankt wäre.
- 5 - Ich würde Kontakte zu meinem dementiell erkrankten Familienmitglied reduzieren.
- 6 - Ich habe Angst davor, zukünftig an Demenz zu erkranken.
- 7 - Falls ich einmal Demenzsymptome entwickle, möchte ich die Diagnose trotz weniger Behandlungsmöglichkeiten erfahren.
- 8 - Wenn ich neue Symptome wie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen entwickeln würde, würde ich zur Abklärung zu einem Arzt gehen.
- 9 - Wenn ich Demenzsymptome entwickle, wende ich mich an meinen Hausarzt.
- 10 - Dementiell erkrankte Menschen sollten in einer Einrichtung sein, in der sie beaufsichtigt werden können (z.B. Pflegeheim).
- 11 - Es ist die Aufgabe der Kinder, ihre Eltern zu pflegen, wenn diese an Demenz erkrankt sind.

■ Stimme zu ■ Stimme nicht zu ■ Fehlende Angabe

Abb. 7: Einstellungen zum Demenzsyndrom, Anteil der Teilnehmer, die folgenden Aussagen (nicht) zustimmen in % (n = 78)

3.4 Sprachliche Aspekte

Die Ergebnisse zu sprachlichen Aspekten zeigten, dass 94,9 % der Teilnehmer türkische Muttersprachler waren (n = 74). 4 Teilnehmer machten keine Angabe zu ihrer Muttersprache.

12,9 % der Teilnehmer schätzten ihre Deutschkenntnisse mit „Sehr gut“/ „Gut“ und 47,5 % mit „Sehr schlecht“/ „Schlecht“ ein (Abbildung 8). Die Deutschkenntnisse spiegelten sich an dem Bedarf nach einem Übersetzer wider. Laut Angaben brauchten 79,5 % der Teilnehmer einen Übersetzer während der Arztbesuche. Bei 60,3 % der Teilnehmer übernahm ein Freund oder Angehöriger die Übersetzung während der Arztbesuche. 34,6 % der Teilnehmer wünschten sich einen professionellen Dolmetscher für Arztbesuche.

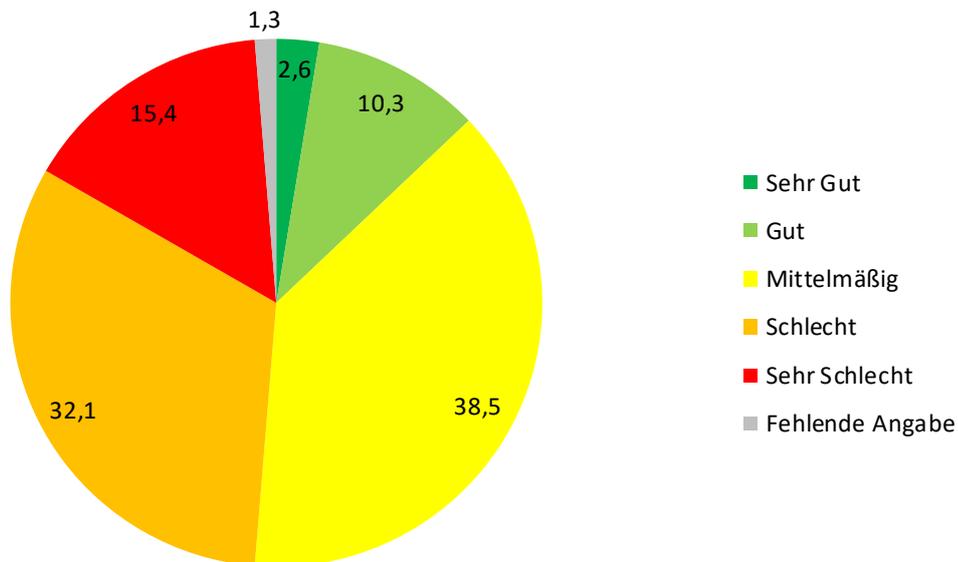


Abb. 8: Einschätzung der Deutschkenntnisse durch die Studienteilnehmer in % (n = 78)

4. Diskussion

4.1 Gesundheitszustand & hausärztliche Versorgung

Nach den Daten unserer Befragung schätzten lediglich 35,9 % der Personen mit türkischem Migrationshintergrund ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein.

Die GEDA-Studie, die vom Robert-Koch-Institut 2014/15 durchgeführt wurde, erfasste ebenfalls die subjektive Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland durch einen bundesweiten telefonischen Gesundheitssurveys. Hier schätzten mit einem Anteil von 47,5 % weitaus mehr Personen ab 65 Jahren ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein (Lampert et al. 2018).

Personen mit Migrationshintergrund schätzten „ihre Gesundheit heute generell schlechter ein als die einheimische Bevölkerung. Teilweise lässt sich dies auf die schlechtere soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund zurückführen: Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich bei ähnlichem Sozialstatus in der Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit kaum voneinander.“ (Baykara-Krumme und Hoff 2006).

Korrelierend hierzu waren die Ergebnisse der GEDA-Studie. Der sozioökonomische Status beeinflusste den Gesundheitszustand in jedem Lebensalter. „Bereits im jungen Erwachsenenalter sind Einschränkungen aufgrund von Gesundheitsproblemen in der niedrigen Statusgruppe deutlich häufiger als in den höheren Statusgruppen“ (Gesundheit in Deutschland 2015). Je niedriger der sozioökonomische Sozialstatus war, desto höher war die Verbreitung von vielen chronischen Krankheiten (Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungen- und Magenkrebs, Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus, degenerative Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems) (Lampert et al. 2005).

Auch das Erkrankungsrisiko für psychischen Störungen war bei niedrigen Statusgruppen höher (Jacobi et al. 2014).

Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit wurden vor allem auf ungleiche, materielle Lebensbedingungen, psychosoziale Belastungen, gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster sowie personale und soziale Ressourcen zurückgeführt (Böhm K. et al. 2009).

64 % der türkischen Studienteilnehmer beschrieben ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig bis schlecht. Der subjektiv oft nicht gut beurteilte Gesundheitszustand könnte eventuell auf mögliche Verbesserungspotenziale der gesundheitlichen Lage bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund hindeuten. Weiterführende Studien zu spezifischen Krankheiten und Risikofaktoren sind denkbar, um mögliche Defizite in der Gesundheitsversorgung identifizieren zu können.

Weiterhin wurden die Teilnehmer zum Schwierigkeitsgrad bestimmter Situationen im Umgang mit dem Hausarzt befragt. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung von Deutschland (GEDA-Studienergebnisse) stellte sich dar, dass Unterschiede in den Empfindungen von sehr bzw. ziemlich schwierigen Situationen in der Gesundheitsversorgung vorlagen (s. Abb. 9).

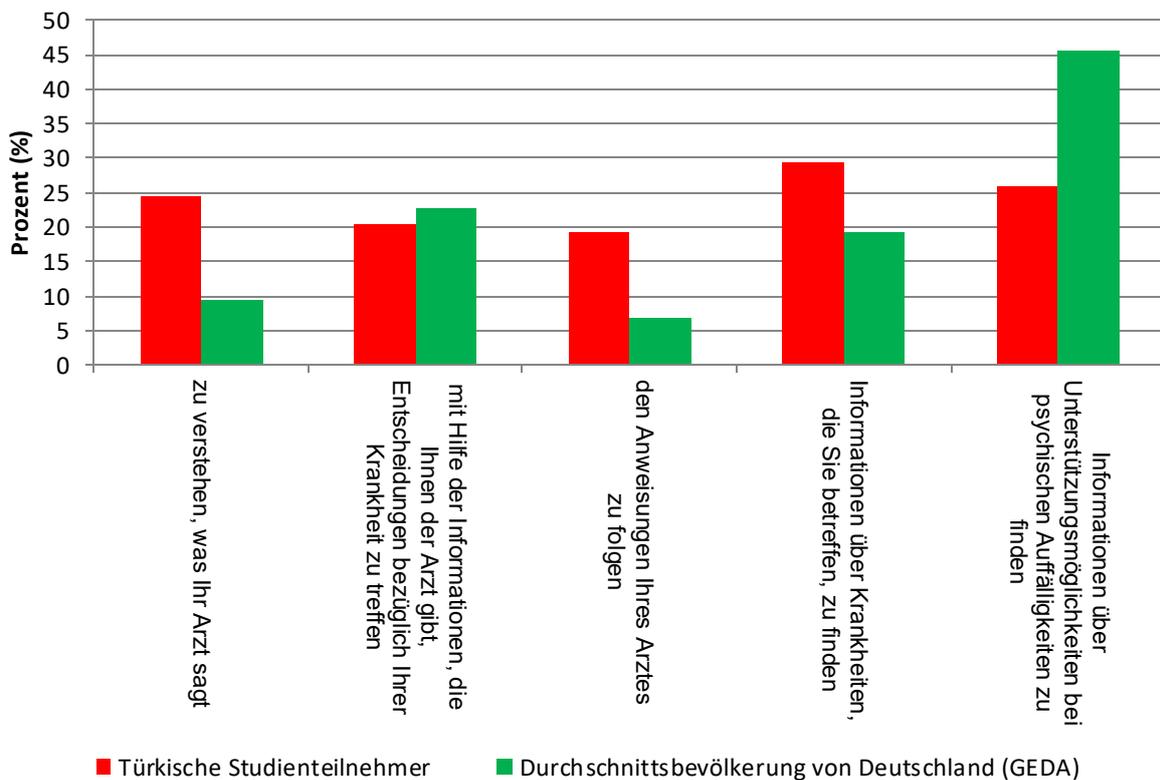


Abb. 9: Anteil der Personen, die eine bestimmte ärztliche Situation als "sehr schwierig/ziemlich schwierig" einstufen (Vergleich: Unsere Studie (ab 60 Jahre) und GEDA-Studie (Lampert et al 2018) in %

Es könnten sprachliche Barrieren, soziokulturelle Unterschiede, fehlendes Vertrauen oder kritische Einstellung gegenüber der ärztlichen Kompetenz dazu führen, dass in

bestimmten Situationen der Umgang mit dem Hausarzt als erschwert empfunden wurde. Beispielsweise war es für 24,4 % der türkischen Studienteilnehmer „sehr schwierig/ziemlich schwierig“, den Anweisungen des Hausarztes zu folgen. Als Vergleich empfanden lediglich 9,6 % der Bürger in Deutschland diese Situation als schwierig (s. Abb. 9). Überraschend war, dass Item 5 („Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Auffälligkeiten finden“) von der Durchschnittsbevölkerung in Deutschland (GEDA) öfter als schwierig eingestuft wurde als von unseren türkischen Studienteilnehmer. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass keine Informationen von türkischen Probanden gesucht wurden. Die türkischen Studienteilnehmer könnten dem Arzt vollständig vertrauen und daher nicht das Bedürfnis haben, sich selbst noch informieren zu müssen. Es wäre auch denkbar, dass sie ihrem eigenen Wissen glaubten und die Suche für weitere Informationen nicht für notwendig hielten. Andere mögliche Gründe könnten sein, dass sie glaubten, dass das Wissen von Gott gegeben war, dass sie keine Möglichkeit hatten, sich selbständig zu informieren oder dass sie möglicherweise besser informiert waren als die Durchschnittsbevölkerung in Deutschland. Letzter Punkt schien eher unwahrscheinlich, da laut unserer Studie der geringe Wissenstand über das Demenzsyndrom bei den Teilnehmern im Vordergrund stand (siehe Kapitel 4.2).

4.2 Wissen über Demenzsyndrom/ Einstellungen zu Demenz

Zum Wissen über Demenz galt es, 13 Aussagen als richtig oder falsch zu einzuschätzen. Betrachtet man einzelne Aussagen zum Demenzwissen genauer, fällt auf, dass die Unsicherheit bei bestimmten Items besonders hoch ist. Es lagen teilweise Wissenslücken bzw. falsche Informationen über das Demenzsyndrom vor (Abbildung 6). Dies drückte sich durch einen hohen Anteil von „weiß nicht“ - Antworten aus (Bsp. 50 % bei der Aussage „Demente Personen haben eine verkürzte Lebenserwartung“). Davon betroffen sind vor allem die Fragen, die ein gewisses Fachwissen voraussetzen. Der Wahrheitscharakter folgender Aussagen wurde von mehr als 50 % der Teilnehmer nicht korrekt eingeschätzt:

- Wer gesund lebt, kann eine Demenz zu hundert Prozent verhindern.

- Gene können bei der Entstehung einer Demenz eine wichtige Rolle spielen.
- Demenz wird durch den Teufel verursacht.
- Dementiell erkrankte Menschen sind größtenteils selber für Ihren Zustand verantwortlich.
- Demenz ist ein normaler Alterszustand und hat nichts mit einer Erkrankung zu tun.
- Alle erkrankten Menschen können schon zu Beginn der Demenz Zeit, Ort und Personen nicht mehr erkennen.
- Arten der Demenz können behandelt werden.
- Demente Personen haben eine verkürzte Lebenserwartung.

Das Wissen um das Demenzsyndrom ist teilweise gering und Aussagen wurde häufig nicht korrekt eingeschätzt. Besonders deutlich zeigte sich dies zum Beispiel darin, dass die deutliche Mehrheit (62,8 %) der Ansicht war, dass das Demenzsyndrom durch den Teufel verursacht wird. 60,3 % der Teilnehmer waren der Ansicht, dass diese Erkrankung in der Eigenverantwortung liegt. 46,8 % der Teilnehmer bejahten beide Aussagen. Eine mögliche Verbindung beider Aussagen könnte heißen, dass Erkrankte als vom Teufel bestraft „eingestuft“, stigmatisiert und ausgeschlossen werden. Um das Wissen über das Demenzsyndrom bei Einwohnern in Deutschland zu erweitern, sollten zielgruppenspezifische Forschung und Aufklärungskampagnen zukünftig mehr an Bedeutung gewinnen und zum Einsatz kommen.

In der Befragung des Gesundheitsmonitors wurden 1.795 Personen zum Thema Demenz befragt (Kofahl et al. 2013). Diese Befragung lieferte das Ergebnis, dass der Anteil korrekter Antworten mit höherer Sozialschicht anstieg. Die schlechten Deutschkenntnisse und der unterdurchschnittliche Bildungsstand unserer Studienteilnehmer könnten also ebenfalls in Zusammenhang mit dem geringen Wissenstand über das Demenzsyndrom stehen.

Auch weitere Studien haben einen Zusammenhang zwischen Bildungsstand, Sprachkenntnissen, sozialem Status und Wissen über Krankheiten verdeutlicht: Eine Befragung der türkischstämmigen Patienten in Hamburg zeigte, dass das Wissen über die Erkrankung Diabetes mellitus ebenfalls gering ist. „Bildung (...) und Sprachkompetenz sind die Haupterklärungsfaktoren für Diabeteswissen“ (Kofahl C., Lüdecke D., Schalk B., Härter M., von dem Knesebeck O. 2013).

82,1 % unserer Befragten hatten Angst, an Demenz zu erkranken (Abbildung 6). Vergleichbar zeigte die Befragung des Gesundheitsmonitors, dass auch deutsche Befragte (74 % von insgesamt 1.795 Befragten) das Erkranken an Demenz als bedrohlich wahrnahmen (Kofahl et al. 2013). Insgesamt gingen unsere türkischen Studienteilnehmer jedoch sehr offen mit dem Demenzsyndrom um, indem sie das Gespräch bei einem Erkrankungsfall aufsuchen würden. Beispielsweise wurde Demenz selten mit Schwäche assoziiert oder verschwiegen. Beispielsweise stimmten nur 14,1 % der Teilnehmer der Aussage „Demenz ist ein Zeichen von Schwäche“ zu (Abb.7, S.27). Zudem waren lediglich 23,1 % der Teilnehmer der Meinung, dass die Erkrankung von Freunden und Familienmitgliedern nicht offen angesprochen werden sollte (Abb.7, S.27). Mehrheitlich wollten die Befragten die Diagnose im Erkrankungsfall erfahren. Ähnliche Ergebnisse lieferte die Befragung des Gesundheitsmonitors. Auch die Durchschnittsbevölkerung in Deutschland fand es mehrheitlich gut, die Diagnose früh zu erfahren (Kofahl et al. 2013). So lehnten 84 % der 1.795 Bürger in Deutschland die Aussage „Wenn man Demenz hat, ist es nicht gut, dies früh zu wissen“ ab. Nicht zu vergessen ist aber auch, dass ein Teil der Probanden (14,1 %) eine Demenz-Diagnose nicht wissen wollte und somit auch besonders das Recht auf Nicht-Wissen in Deutschland seine Bedeutung erhält. Hierbei scheint aus medizinischer Sicht relevant, weitere Forschung anzustoßen, warum die Demenz-Diagnose nicht von einem einzelnen Mensch gewünscht wird. Falls ein fehlerhaftes Wissen diesen Wunsch hervorruft, so sollte der Wissenstand optimiert werden, um dem Patienten stets eine vollinformierte freie Entscheidungsmöglichkeit einzuräumen.

Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer sah es als Aufgabe der Kinder, an Demenz erkrankte Eltern zu pflegen (59,0 %). Viele befürworteten auch eine Beaufsichtigung von dementiellen Menschen in einer Einrichtung wie das Pflegeheim (53,8 %). Auch aus einer Sekundärdatenanalyse von Carnein und Baykara-Krumme geht hervor, dass sich ältere türkischstämmige Menschen wünschten, zu Hause gepflegt zu werden statt in einem Pflegeheim (Carnein und Baykara-Krumme 2013). So stimmten in der Hauptumfrage des Generations and Gender Survey (GGS) über 80 % der insgesamt 4.000 Befragten der Aussage „Kinder sollten ihre Eltern zu sich nehmen, wenn diese nicht mehr selbst für sich sorgen können.“ zu (Ette et al. 2007).

Umgekehrte Ergebnisse lieferte die Befragung des Gesundheitsmonitors. Rund die Hälfte der 1.795 Bürger in Deutschland war der Meinung, dass Demenzkranke im Pflegeheim besser aufgehoben sind als zu Hause. Vier Fünftel der Befragten stimmte jedoch der Aussage zu, ein an Demenz erkranktes Familienmitglied solange wie möglich zu Hause zu versorgen (Kofahl et al. 2013). Laut einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit äußerten 75 Prozent der Pflegebedürftigen mit und 66 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund den Wunsch, nicht von einer fremden Person gepflegt zu werden (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Somit kommt der Pflege in der Familie bei Personen mit Migrationshintergrund eine bedeutende Rolle zu.

4.3 Sprachliche Aspekte

Kein Studienteilnehmer lebte seit seiner Geburt in Deutschland. Dieser Zeitrahmen könnte in Zusammenhang mit dem zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Türkei 1961 abgeschlossenen Anwerbeabkommen stehen. Dieser Vertrag führte zur starken Einwanderung türkischer Gastarbeiter nach Deutschland. Die Studienteilnehmer sind anhand der Altersgruppe den Zuwanderern der ersten Generation der Gastarbeiter zuzuordnen.

Mehr als zwei Drittel der Befragten lebten bereits seit mehr als 40 Jahren in Deutschland, dennoch beurteilte die Mehrheit der Teilnehmer die eigenen Deutschkenntnisse als unterdurchschnittlich. Die Studie zeigte, dass 82,1 % der Studienteilnehmer einen türkischsprachigen Arzt bevorzugten. Das Schulen von türkisch

sprechenden Ärzten könnte zur Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation beitragen.

Ähnliche Ergebnisse lieferte eine in Karlsruhe und Heidelberg durchgeführte qualitative Studie über die Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten. Die Mehrheit der Teilnehmer gab an, dass Nationalität des Arztes vor allem dann wichtig sei, wenn sprachliche Defizite bestehen (Bungartz et al. 2011).

Der Fragebogen wurde sowohl in deutscher als auch in türkischer Ausführung an die Stichprobe verschickt. Jedoch entschied sich die große Mehrheit der Teilnehmer, den Fragebogen in türkischer Ausführung ausfüllen (n = 65 von 78). Diese Auswahl könnte in Zusammenhang mit den schlechten Deutschkenntnissen der Teilnehmer stehen. Rund die Hälfte aller Teilnehmer schätzten ihre Deutschkenntnisse als „schlecht“ bzw. sehr „sehr schlecht“ ein. Dies muss bei zukünftiger Forschung, gerade bei Personen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe ab 60 Jahren, besondere Aufmerksamkeit erhalten. Muttersprachspezifische Erhebungsinstrumente erscheinen notwendig. Dies lässt vermuten, dass ebenso in der Diagnostik muttersprachliche Instrumente hilfreich sein könnten.

41 % der Studienteilnehmer besaßen keinen allgemeinen Schulabschluss. Im Vergleich dazu besaßen laut Mikrozensus 2017 lediglich 4,6 % der ab 60-jährigen Bürger in Deutschland keinen Schulabschluss (Statistisches Bundesamt 2018). Somit war der Anteil der türkischen Teilnehmer ohne Schulabschluss etwa neunmal höher als der Durchschnittsbevölkerung von Deutschland. Der unterdurchschnittliche Bildungsstand könnte neben sprachlichen Defiziten auch zu Problemen in Arzt-Patienten-Gesprächen führen. Personen mit niedrigem Bildungsstand zählten zur Gruppe derjenigen Patienten, die bei Arztbesuchen öfter Verständigungsprobleme hatten (Dreißig 2008).

Das Verhältnis von weiblichen und männlichen Studienteilnehmern mit einem Ausbildungs-/Fach-/Hochschulabschluss betrug etwa 1:3. Die statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht überraschend. „Vor allem türkische Frauen kamen ohne Qualifikation und Sprachkenntnisse oder gar als Analphabetinnen (...). Dadurch verringerte sich die Beschäftigungsquote der ausländischen Bevölkerungsgruppe insgesamt.“ (Sippel 2009).

Dass etwa die Hälfte der Teilnehmer (53,8 %) beim Ausfüllen des Fragebogens Hilfe in Anspruch nahm (Fragebogen, Frage 26), könnte ebenfalls Hinweise auf den schlechten Bildungsstand liefern. Unklar blieb, ob es unter den Befragten Analphabeten gab.

4.4 Limitationen

Das Design der Studie als Querschnittsstudie in Köln bedingte die Auswahl der Probanden aus einem begrenzten Gebiet. Aufgrund der fehlenden Zustellbarkeit einiger Fragebögen konnten am Ende weniger als 500 Teilnehmer erreicht werden. 57 Fragebögen waren postalisch nicht zustellbar und wurden an unser Institut zurückgeschickt. Gründe für die Nichtzustellbarkeit stellten laut telefonischer Mitteilungen von Familienmitgliedern nicht gemeldeter Umzug in das Heimatland oder auch Todesfälle dar. Es ist möglich, dass die Adressdaten des Einwohnermeldeamtes Köln nicht aktuell waren. Auffällig war im Erhebungsverlauf, dass von der Post unzustellbare Briefe nicht bei dem ersten postalischen Kontaktversuch an die Studienzentrale zurückgeschickt wurden, sondern manche auch erst in den Erinnerungsverfahren als unzustellbar zurückgesandt wurden.

Zudem könnten türkische Migranten im Rentenalter die Türkei für mehrere Monate im Jahr bereisen. Aus diesen Gründen blieb fraglich, ob alle potentiellen Probanden tatsächlich unsere Studienunterlagen erhielten.

Trotz eines Hauptschreibens und zwei Erinnerungsschreiben konnte nur eine Rücklaufquote der bereinigten Stichprobe von 17,6 % ($n = 78$ von 443) erzielt werden. Die Rücklaufquote von 17,6 % könnte verzerrt sein. Gründe hierfür könnten vielfältig sein (bereits beschriebenes Nichterreichen der Teilnehmer, fehlende Kenntnisse dieser Art von Studien, Zielgruppe mit hohem Alter). Zumeist war auch telefonisch keine Erreichbarkeit gewährleistet.

Es wurden bewusst Personen im Alter von 60 Jahren und älter in die Auswahl genommen, da das Risiko, an Demenz zu erkranken, ab 60 Jahren stark ansteigt. Die Einstellungen und Angaben jüngerer Bewohner wurden nicht erfasst. Für Aufklärungskampagnen über das Demenzsyndrom könnte es relevant werden, auch das Wissen und die Einstellungen von jüngeren Personen vorab zu eruieren.

Es könnte sein, dass die Studie bei höherer Teilnahmebereitschaft zu abweichenden Ergebnissen geführt hätte. Beispielsweise könnte davon ausgegangen werden, dass schwer kranke, beeinträchtigte und ältere Personen möglicherweise seltener an der Studie teilnehmen konnten. Dies sollte bei den Angaben zu gesundheitlichen Fragen berücksichtigt werden. Der im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedrige Bildungsstand könnte ebenfalls eine Rolle bei der geringen Teilnahmebereitschaft spielen. Epidemiologisch interessant ist, dass Männer und Frauen eine ähnliche Teilnahmebereitschaft aufzeigten (Rücklaufquote Männer 18,1 %; Rücklaufquote Frauen 17,1%). Der im Vergleich zu männlichen Teilnehmern niedrige Bildungsstand der weiblichen Teilnehmer könnte die Teilnahmebereitschaft zum Nachteil beeinflusst haben.

Die Studie beschränkte sich auf die Daten des Einwohnermeldeamtes Köln. Diese Beschränkung war aus finanziellen, organisatorischen und rechtlichen Faktoren notwendig, um die Studie zeitnah durchführen zu können. Nach Bundesmeldegesetz (BMG § 46 Gruppenauskunft) darf eine Melderegisterauskunft über eine Vielzahl nicht namentlich bezeichneter Personen nur erteilt werden, wenn sie im öffentlichen Interesse liegt (Bundesmeldegesetz § 46). Das Forschungsvorhaben im Sinne des öffentlichen Interesses ist als eine ergänzende Untersuchung zum Projekt "Barriereabbau in der hausärztlichen Demenzdiagnostik für Menschen mit Migrationshintergrund" zu verstehen, das ebenfalls am Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn durchgeführt wurde. Initiiert wurde das Projekt von Prof. Dr. Eva Münster und Prof. Dr. Klaus Weckbecker und wurde von der Deutsche Alzheimer-Gesellschaft gefördert. In den Hausarztpraxen sollte die Aufmerksamkeit auf mögliche Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund gelenkt werden, um eine frühe Diagnosestellung zu ermöglichen. Im Rahmen dieses Projektes wurden Allgemeinmediziner über Erfahrungen und potentielle Barrieren bei der Diagnosestellung der Demenz befragt. Ergänzend wurden bei dem jetzigen Forschungsvorhaben Menschen mit türkischem Migrationshintergrund befragt und Ihre Eindrücke und Wahrnehmungen über die Demenz untersucht. Ziel war es, durch diesen Perspektivwechsel von Arzt- zu Patientensicht zum besseren Verständnis zu führen. Zusätzlich sollte die Untersuchung zu der medizinischen Dissertation dienen.

Die türkischen Einwohner in Köln könnten sich von denjenigen in ganz Deutschland unterscheiden. Ein Selektionsbias kann nicht sicher ausgeschlossen werden.

Da 39 Frauen und 39 Männer an unserer Umfrage teilnahmen und somit ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vorliegt, kann eine systematische Verzerrung aufgrund dieser Eigenschaft ausgeschlossen werden.

Aus den bisher angeführten Diskussionspunkten ergeben sich für eine Folgestudie die folgenden Konsequenzen: Aufgrund der Schwierigkeiten, die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund sowie älteren Menschen zu erreichen, ergibt sich ein großer Bedarf, neue Zugangswege zu ergründen und zu testen. Dies ist in Einklang mit bundesweiten Erkenntnissen, beispielsweise des Robert Koch-Instituts. Diese testen zurzeit neue Wege zur Motivation von Menschen mit Migrationshintergrund zur Teilnahme an Befragungen (Santos-Hövener et al. 2018).

5. Zusammenfassung

Mit der Untersuchung zu Wissen und Einstellungen zum Demenzsyndrom von Personen mit türkischem Migrationshintergrund im Fokus der hausärztlichen Versorgung wurde erstmals für Deutschland ein migrationsbezogener Ansatz in Auseinandersetzung mit dem Demenzsyndrom innerhalb dieser Personengruppe gewählt. Eine Querschnittsstudie basierend auf einer Zufallsbruttostichprobe von 500 Frauen und Männern in Köln wurde durchgeführt. Bei einer Teilnahmerate 17,6 % lagen für diese Studie insgesamt 78 ausgefüllte Fragebögen von Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft im Alter ab 60 Jahren vor.

Trotz der Einschränkungen bzw. der schlechten Erreichbarkeit der Zielgruppe wurden durch die Studie Ergebnisse erzielt, die durchaus für Personen mit Migrationshintergrund von Relevanz sein könnten und erste Problemfelder im Umgang von Demenz zusammenstellen. Die Zusammenschau der im Ergebnisteil dargestellten quantitativen Auswertungen zeigte, dass ab 60-jährige Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit sich unter anderem mit ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzung, ihrem Umgang mit Hausärzten sowie den Einstellungen und dem Wissen zum Demenzsyndrom von der Durchschnittsbevölkerung in Deutschland unterschieden. Nach den Daten unserer Befragung schätzten lediglich 35,9 % der Personen mit türkischem Migrationshintergrund ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Teilweise lässt sich dies auf die schlechtere soziale Lage (bspw. dem niedrigerem Bildungsabschluss) von Menschen mit Migrationshintergrund zurückführen. Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden sich bei ähnlichem Sozialstatus in der Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit kaum voneinander. Signifikante Unterschiede des Sozialstatus im Bereich Bildung waren auch zwischen den Geschlechtern zu beobachten (p -Wert $< 0,05$). Der Anteil der türkischen Frauen ohne Schulabschluss (63,2 %) war fast dreifach so hoch wie der Anteil der abschlusslosen türkischen Männer (23,5 %). Der subjektiv oft nicht gut beurteilte Gesundheitszustand könnte eventuell auf mögliche Verbesserungspotenziale der gesundheitlichen Lage bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund hindeuten. Weiterführende Studien zu

spezifischen Krankheiten und Risikofaktoren sind denkbar, um mögliche Defizite in der Gesundheitsversorgung identifizieren zu können.

Aufgrund der schlechten bis sehr schlechten Deutschkenntnisse (nach Einschätzung der Teilnehmer 47,5 % mit schlechten bis sehr schlechten Deutschkenntnissen) wurden oft sprachliche Barrieren bei Arztbesuchen erlebt. Ein Dolmetscher wurde fast immer gebraucht (79,5 %) und oft gewünscht (34,6 %). Zur Reduzierung der sprachlichen Barrieren wurden als mögliche Lösungswege der Einsatz von türkischen Prospekten, türkischsprechende Mitarbeiter oder anderes türkischsprechendes Personal und die Begleitung durch Angehörige genannt. Neben sprachlichen Barrieren sollten soziokulturelle Unterschiede, fehlendes Vertrauen oder kritische Einstellung gegenüber der ärztlichen Kompetenz berücksichtigt werden. Diese könnten Gründe für den erschwerten Umgang mit dem Hausarzt sein.

Trotz der Angst (65,4 %), an Demenz zu erkranken, hatten türkische Teilnehmer einen offenen Umgang mit der Erkrankung, indem sie das Gespräch im Erkrankungsfall aufsuchen würden. Beispielsweise wurde Demenz selten mit Schwäche (14,1 %) assoziiert oder sogar verschwiegen (23,1 %).

Lediglich 14,1 % der türkischen Teilnehmer würden die Diagnose Demenz im Erkrankungsfall nicht erfahren wollen. Hierbei scheint aus medizinischer Sicht relevant, weitere Forschung anzustoßen, warum die Demenz-Diagnose nicht von einem einzelnen Mensch gewünscht wird. Falls ein fehlerhaftes Wissen diesen Wunsch hervorruft, so sollte der Wissenstand optimiert werden, um dem Patienten stets eine vollinformierte freie Entscheidungsmöglichkeit einzuräumen.

Die Teilnehmer waren wenig über die Demenz informiert und hatten einen hohen Informationsbedarf. 8 von 13 Aussagen zum Demenzsyndrom konnten mehr als 50 % der Teilnehmer nicht korrekt einschätzen. Besonders deutlich zeigte sich dies zum Beispiel darin, dass die deutliche Mehrheit (62,8 %) der Ansicht war, dass das Demenzsyndrom durch den Teufel verursacht wird. 60,3 % der Teilnehmer vertraten die Meinung, dass diese Erkrankung in der Eigenverantwortung liegt. 46,8 % der Teilnehmer bejahten beide Aussagen. Eine mögliche Verbindung beider Aussagen könnte heißen, dass Erkrankte als vom Teufel bestraft „eingestuft“, stigmatisiert und ausgeschlossen werden.

Um den Vorurteilen und den Wissenslücken gerecht zu werden, wäre es wünschenswert, zukünftige Projekte, die auf Repräsentativität basieren, zu initiieren, wobei zielgruppenspezifische Erhebungsinstrumente entwickelt und eingesetzt werden sollten. Beispielweise könnten Informationsmaterialien in türkischer Sprache in hausärztlichen Praxen für Patienten zur Verfügung gestellt werden. Zudem sollten Aufklärungskampagnen zukünftig mehr an Bedeutung gewinnen.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf der Arbeit	11
Abbildung 2: Aufbau des Fragebogens	14
Abbildung 3: Auswahlprozess der Studienteilnehmer der Studie	17
Abbildung 4: Einschätzung des Gesundheitszustands durch die Studienteilnehmer in % (n=78)	20
Abbildung 5: Häufigkeit (in %) von Verständigungsproblemen der Teilnehmer beim Hausarzt (n=78)	22
Abbildung 6: Wissen über das Demenzsyndrom: Teilnehmer beurteilen Wahrheitscharakter bestimmter Aussagen in % (n=78)	24
Abbildung 7: Einstellungen zum Demenzsyndrom, Anteil der Teilnehmer, die folgenden Aussagen (nicht) zustimmen in % (n=78)	26
Abbildung 8: Einschätzung der Deutschkenntnisse durch die Studienteilnehmer in % (n=78)	27
Abbildung 9: Anteil der Personen, die eine bestimmte ärztliche Situation als "sehr schwierig/ziemlich schwierig" einstufen (Vergleich: Unsere Studie (ab 60 Jahre) und GEDA-Studie (Lampert et al. 2018)) in %	29

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Daten des Teilnehmerkollektivs(n=78).....	19
---	----

8. Literaturverzeichnis

Akyurek G, Efe A, Kayihan H. Stigma and Discrimination Towards Mental Illness. Translation and Validation of the Turkish Version of the Attribution Questionnaire. *Community mental health journal* 2019; 55: 1369–1376

Baykara-Krumme H; Hoff A. Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. in: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S, Hrsg. *Altwerden in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006: 447–518

Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. Gesundheit und Krankheit im Alter. in: Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut, Hrsg. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2009

Boughtwood D, Shanley C, Adams J, Santalucia Y, Kyriazopoulos H, Pond D, Rowland J. Dementia information for culturally and linguistically diverse communities. Sources, access and considerations for effective practice. *Australian journal of primary health* 2012; 18: 190–196

Bundesmeldesetz § 46. Gruppenauskunft. Bundesamt für Justiz.

Bundesministerium für Gesundheit. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes und des ersten Pflegestärkungsgesetzes. in: TNS Infratest Spezialforschung, Hrsg. *Abschlussbericht*. München: TNS Deutschland GmbH, 2017

Bungartz J, Uslu S, Natanzon I, Joos S. Inanspruchnahme des Hausarztes von türkischen und deutschen Patienten – eine qualitative Studie. *German Medical Science* GMS Publishing House, 2011

Carnein M, Baykara-Krumme H. Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. Zeitschrift für Familienforschung 2013; 25: 29-52

Daker-White G, Beattie A M, Gilliard J, Means R. Minority ethnic groups in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. Aging & mental health 2002; 6: 101–108

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Demenz und Migration. Alzheimer Info 2015; Heft 1/15

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Alzheimer Info 2016; Infoblatt 1

Doblhammer G, Scholz R. Ageing, Care Need and Quality of Life. in: Doblhammer G, Scholz R. Ageing, Hrsg. The Perspective of Care Givers and People in Need of Care. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, 2010

Dreißig V. Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. in: Ullrich Bauer und Andreas Büscher, Hrsg. Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008: 363–374

Eh K, McGill M, Wong J, Krass I. Cultural issues and other factors that affect self-management of Type 2 Diabetes Mellitus (T2D) by Chinese immigrants in Australia. Diabetes research and clinical practice 2016; 119: 97–105

Ette A, Hullen G, Leven I, Ruckdeschel K. Generations and Gender Survey: Dokumentation der Befragung von türkischen Migranten in Deutschland. in: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Hrsg. Forschungsbericht. Wiesbaden: Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, 2007: 100

Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical care research and review* 2005; 62: 255–299

Giese A, Uyar M, Uslucan H H, Becker S, Henning B F. How do hospitalised patients with Turkish migration background estimate their language skills and their comprehension of medical information - a prospective cross-sectional study and comparison to native patients in Germany to assess the language barrier and the need for translation. *BMC health services research* 2013; 13: 196.

Goudsmit M, Parlevliet J L, van Campen J P C M, Schmand B. Dementiediagnostiek bij oudere migranten op de geheugenpolikliniek: obstakels en oplossingen. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 2011; 42: 204–214

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt* 2014; 85: 77–87

Kofahl C, dem Knesebeck O, von; Hollmann J, Mnich E. Diabetesspezifische Gesundheitskompetenz: Was wissen türkischstämmige Menschen mit Diabetes mellitus 2 über ihre Erkrankung? in: Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Hrsg. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 803–811

Kofahl C, Lüdecke D, Schalk B, Härter M, von dem Knesebeck O. Was weiß und denkt die Bevölkerung über Alzheimer und andere Demenz-Erkrankungen. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK 2013; 3: 2-11

Lampert T, Saß A-C, Häfelinger M, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Robert-Koch-Institut, Hrsg. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2005

Lindert, J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry* 2008; 23: 14–20

Liu D, Hinton L, Tran C, Hinton D, Barker J C. Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *Journal of cross-cultural gerontology* 2008; 23: 283–299

McMurtray A, Saito E, Nakamoto B. Language Preference and Development of Dementia Among Bilingual Individuals. *Hawaii medical journal* 2009; 68: 223–226

Mukadam N, Cooper C, Basit B, Livingston G. Why do ethnic elders present later to UK dementia services? A qualitative study. *International psychogeriatrics* 2011; 23 :1070–1077

Mukadam N, Cooper C, Basit B, Livingston G. A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. In: *International journal of geriatric psychiatry* 2011; 26: 12–20

Nielsen T, Rune V, Asmus R, Matthias W, Mendonça A, Rodriguez G, Nobili F. Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *International psychogeriatrics* 2011; 23: 86–95

Piechotta G, Matter C. Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migranten/-innen und ihrer Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2008; 21: 221–230

Lampert T, Schmidtke C, Borgmann L-S, Poethko-Müller C, Kuntz B. Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. in: Robert Koch-Institut; Hrsg. Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. *Journals of Health Monitoring* 2018; 3: 64-71

Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T, Lampert T: Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. in: Robert Koch-Institut; Hrsg. Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. *Journals of Health Monitoring* 2018; 4: 49-61

Saß A-C, Lampert T, Ziese T, Kurth B-M. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes : gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS, 2015

Segers K; Benoit F, Colson C, Kovac V, Nury D, Vanderaspolden V. Pioneers in migration, pioneering in dementia: first generation immigrants in a European metropolitan memory clinic. *Acta neurologica Belgica* 2013; 113: 435–440

Sippel L. Zuwanderungsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland 1945 bis 1990: Vertriebene und Flüchtlinge, Gastarbeiter und ihre Familien. In: Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Hrsg. *Demografische Analysen Konzepte Strategien*, 2009

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017, 2018

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015, 2016

Tillmann, Judith; Just, Johannes; Schnakenberg, Rieke; Weckbecker, Klaus; Weltermann, Birgitta; Münster, Eva: Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners. in: BMC family practice 2019; 1: 34

Tillmann, Judith; Schnakenberg, Rieke; Puth, Marie-Therese; Weckbecker, Klaus; Just, Johannes; Münster, Eva (2018): Barriers in general practitioners' dementia diagnostics among people with a migration background in Germany (BaDeMi) - study protocol for a cross-sectional survey. in: BMC medical research methodology 2018; 1: 124

Literaturverzeichnis zur Erstellung des Fragebogens:

Robert-Koch-Institut : Fragebogen zur Studie „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ DEGS, 2008-2011

Robert Koch-Institut. Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“. GEDA, 2014/2015

Tillmann J, Schnakenberg R, Weckbecker K Münster E. Barriereabbau in der hausärztlichen Demenzdiagnostik für Menschen mit Migrationshintergrund (BaDeMi-Studie), in: Institut für Hausarztmedizin: Zwischenbericht, 2018

9. Anhang

Anschreiben in deutscher Sprache

Erklärungsschreiben in deutscher Sprache

Fragebogen in deutscher Sprache

Anschreiben in türkischer Sprache

Erklärungsschreiben in türkischer Sprache

Fragebogen in türkischer Sprache

Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

«Anrede»

«Vorname»«Nachname»

«Straße» «Hnr»

«PLZ» «Ort»

Institut für Hausarztmedizin

Zone Nord (grün)
Gebäude 05 (Augenklinik) 1. OG
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Tel. 0228 287-11156
Fax 0228 287-11160
Mail hausarztmedizin@ukbonn.de

www.ukbonn.de/allgemeinmedizin

Bonn, den 05.06.2018

«ID»

■ **Befragung zu Einstellungen und Erfahrungen mit Demenz und der hausärztlichen Versorgung**

Sehr geehrte Frau/ Sehr geehrter Herr «Nachname»,

als Medizinstudentin mit türkischen Wurzeln werde ich meine Doktorarbeit über das Thema „**Erfahrungen mit Demenz und der hausärztlichen Versorgung** von türkischen Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland“ schreiben. Hierzu bitte ich um Ihre Unterstützung, indem Sie an unserer wissenschaftlichen Befragung teilnehmen.

Gerade Sie können als Betroffene die Versorgungssituation der türkischen Bürger/ Bürgerinnen am besten beurteilen. Sie tragen mit Ihrer Antwort dazu bei, die medizinische Versorgung zu verbessern. Zusätzlich unterstützen Sie mich mit Ihrer Teilnahme bei meiner Doktorarbeit der Allgemeinmedizin an der Universität Bonn.

Wir befragen **500 Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit**. Sie wurden zufällig über die Adressdatenbank des Einwohneramtes Köln für diese wissenschaftliche Befragung ausgewählt. Das Beantworten des beiliegenden Fragebogens dauert nur **5 bis 10 Minuten** und ist vollkommen freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen. Wir bitten Sie um Rücksendung möglichst bis zum **26.06.2018**.

Die Angaben werden den Datenschutzvorschriften gemäß **anonymisiert**, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns mit Ihrem Wissen weiterhelfen und unsere Studie dadurch bereichern.

Die Studie wird am **Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn** durchgeführt. Gerne stehe ich für Rückfragen in türkischer und deutscher Sprache unter der Telefonnummer **0228/ 287 - 13739 dienstags von 11:00-14:00 Uhr** zur Verfügung. Gerne können Sie mich auch per Email unter **s4dubgd@uni-bonn.de** erreichen.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns im Voraus sehr herzlich.

Doktorandin Duygu Fazilet Buğdaycı

Prof. Dr. oec. troph. Eva Münster, MPH

Fragebogen zu Einstellungen und Erfahrungen mit Demenz und der hausärztlichen Versorgung

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen zu Einstellungen und Erfahrungen mit Demenz auf **Türkisch oder Deutsch** auszufüllen und im beiliegenden, bereits **frankierten Rückumschlag kostenlos** an uns zurück zu schicken.

Falls Sie nicht teilnehmen möchten, teilen Sie uns dies bitte telefonisch oder per E-Mail an die unten aufgeführten Kontaktdaten mit. Nur so können wir sicherstellen, dass Sie nicht mehr kontaktiert werden.

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst mit einem Kugelschreiber aus, indem Sie...

- die für Sie am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen.

Beispiel: **Welches Geschlecht haben Sie?** Weiblich Männlich

- die entsprechenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Wenn etwas nicht zutrifft, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

Beispiel: **Wie alt sind Sie?**
 Jahre

- oder in Druckbuchstaben eine eigene Antwort auf die Linie schreiben.

Beispiel: **Welche Fremdsprachen sprechen Sie?**

 SPANISCH

Bitte überspringen Sie keine Fragen. Korrigieren Sie Antworten bitte folgendermaßen:

Markierung → Korrektur

Sollten Sie Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne unter den folgenden Kontaktdaten zur Verfügung(deutsche und türkische Sprache):

Duygu Fazilet Bugdayci, Doktorandin
 Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn
Tel: 0228/28713739 (dienstags 11:00-14:00 Uhr)
Mail: s4dubugd@uni-bonn.de

Bei dringendem Anliegen beachten Sie bitte die oben genannten Kontaktdaten des Instituts für Hausarztmedizin (nur deutsche Sprachkenntnisse).

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragebogen zu Demenz

1. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr schlecht

2. Haben Sie einen Hausarzt, den Sie zuerst bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen?

Ja Nein

3. Hat Ihr Hausarzt türkische Sprachkenntnisse?

Ja Nein Weiß ich nicht Ich habe keinen Hausarzt

4. Gibt es eine türkisch sprechende Mitarbeiterin/einen türkisch sprechenden Mitarbeiter in Ihrer Hausarztpraxis, die/der bei der Übersetzung hilft oder besonders Verständnis für die türkische Kultur zeigt?

Ja Nein Weiß ich nicht Ich habe keinen Hausarzt

5. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihren Hausarzt in Anspruch genommen?

Nein

Ja

Wie oft?

6. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Wie einfach/schwierig ist es Ihrer Meinung nach...

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig	Ich habe keinen Hausarzt
... zu verstehen, was Ihr Hausarzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>				
... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen Ihr Hausarzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>				
... den Anweisungen Ihres Hausarztes zu folgen?	<input type="checkbox"/>				
... Informationen über Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden? (z.B. zu Symptomen, Therapie etc.)	<input type="checkbox"/>				
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Auffälligkeiten zu finden? (z.B. Demenz)	<input type="checkbox"/>				

7. Wie könnte die hausärztliche Versorgung für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund verbessert werden? Was ist an der hausärztlichen Versorgung schlecht bzw. was ist gut?

8. Wissen Sie, was eine Patientenverfügung ist?

Nein

Ja **Besitzen Sie eine Patientenverfügung?**

Nein

Ja

9. Sind Sie selbst, ein Familienmitglied oder ein Freund/ eine Freundin an einer Demenz erkrankt?

Nein

Ja **Und zwar**

Ich

Ein Familienmitglied

Ein/e Freund/in

10. Wünschen Sie sich mehr Informationen zu Demenz?

Nein

Ja **An welcher Art von Informationen sind Sie interessiert?**

11. Beurteilen Sie bitte, ob die unten aufgeführten Aussagen zu Demenz wahr oder falsch sind.			
	Wahr	Falsch	Weiß ich nicht
Stress fördert immer die Entwicklung von Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer gesund lebt, kann eine Demenz zu hundert Prozent verhindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gene können bei der Entstehung einer Demenz eine wichtige Rolle spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz wird durch den Teufel verursacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dementiell erkrankte Menschen sind größtenteils selber für Ihren Zustand verantwortlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Ursachen der Demenz sind bis heute unklar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, steigt mit dem Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz ist ein normaler Alterszustand und hat nichts mit einer Erkrankung zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz ist definiert als eine Verschlechterung von mehreren geistigen (kognitiven) Fähigkeiten im Vergleich zum früheren Zustand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Demenz können meist ihre gewohnten Tätigkeiten immer weniger ohne Hilfe ausführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle erkrankten Menschen können schon zu Beginn der Demenz Zeit, Ort und Personen nicht mehr erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Arten der Demenz können behandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demente Personen haben eine verkürzte Lebenserwartung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?		
	Stimme zu	Stimme nicht zu
Demenz ist ein Zeichen von Schwäche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir unangenehm, mich mit demenziellen Erkrankungen auseinanderzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erkrankung sollte von Freunden und Familienmitgliedern nicht offen angesprochen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich könnte von anderen diskriminiert werden, wenn mein Familienmitglied an einer Demenz erkrankt wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde Kontakte zu meinem demenziell erkrankten Familienmitglied reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst davor, zukünftig an Demenz zu erkranken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ich einmal Demenzsymptome entwickle, möchte ich die Diagnose trotz weniger Behandlungsmöglichkeiten erfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich neue Symptome wie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen entwickeln würde, würde ich zur Abklärung zu einem Arzt gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Demenzsymptome entwickle, wende ich mich an meinen Hausarzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenziell erkrankte Menschen sollten in einer Einrichtung sein, in der sie beaufsichtigt werden können (z.B. Pflegeheim).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist die Aufgabe der Kinder, ihre Eltern zu pflegen, wenn diese an Demenz erkrankt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?
<input type="checkbox"/> Türkisch
<input type="checkbox"/> Deutsch
<input type="checkbox"/> Sonstige Und zwar

14. Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?					
<input type="checkbox"/> Sehr Gut	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> Schlecht	<input type="checkbox"/> Sehr Schlecht	<input type="checkbox"/> Deutsch ist meine Muttersprache

15. Bevorzugen Sie einen türkisch sprechenden Arzt?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

16. Brauchen Sie während ihrer Arztbesuche einen Übersetzer? Wenn ja, wer übernimmt die Übersetzung während Ihrer Arztbesuche? (Mehrfachantworten möglich)
<input type="checkbox"/> Nein, brauche ich nicht
<input type="checkbox"/> Ja, Arzt selbst
<input type="checkbox"/> Ja, Mitarbeiter/in in der Praxis
<input type="checkbox"/> Ja, Angehörige/r oder Freund/in
<input type="checkbox"/> Ja, andere/r Patient/in
<input type="checkbox"/> Ja, professionelle/r Dolmetscher/in
<input type="checkbox"/> Ich gehe nicht zum Arzt

17. Wünschen Sie sich einen professionelle/n Dolmetscher/in für Arztbesuche?

Nein

Ja → **Wären Sie bereit die Dolmetscherkosten zu übernehmen?**

Nein

Ja **Bis zu welcher Kostenhöhe?**
pro Behandlung bis Euro

18. Sind Sie weiblich oder männlich?

Weiblich Männlich

19. Wie alt sind Sie?

Jahre

20. In welchem Land sind Sie geboren?

Türkei

Deutschland

Sonstiges **Und zwar** _____

21. Wie lange leben Sie schon in Deutschland?

Von Geburt an

Jahre

22. Welcher Religion gehören Sie an?

Christentum

Islam

Keiner

Sonstige **Und zwar:** _____

23. Wie wichtig ist Ihnen die Religion?

Sehr Unwichtig Unwichtig Wichtig Sehr wichtig

24. Haben Sie einen Schulabschluss?

Nein

Ja, Abschluss nach höchstens acht Jahren Schulbesuch

Ja, Abschluss nach mehr als acht Jahren Schulbesuch

25. Haben Sie einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder einen Hochschul-/Fachhochschulabschluss?

Ja Nein

26. Hat Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens jemand geholfen?

Ja

Nein

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

«Anrede»

«Titel» «Vorname» «Nachname»

«Straße»

«PLZ» «Ort»

ID: «ID»

Institut für Hausarztmedizin
Zone Nord (grün)
Gebäude 05 (Augenklinik) 1. OG
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Tel. 0228 287-11156
Fax 0228 287-11160
Mail hausarztmedizin@ukbonn.de

www.ukbonn.de/allgemeinmedizin

Bonn, den 05.06.2018

Bunamayla ilgili tecrübeler ve Aile Hekimliği Anketi

Sayın Bay/Bayan «Başlık» «Soyad»,

Ben Türk kökenli Bonn Üniversitesi'nde okuyan bir tıp fakültesi öğrencisiyim. "Almanya'daki Türk vatandaşlarının **Bunama ve Aile Hekimliği konusunda edindikleri tecrübeler**" hakkında doktora tezimi yazacağım. Bilimsel araştırmamıza katılarak sizinde bize destek olmanızı rica ediyorum.

Almanya'daki Türklerin sağlık durumunu bir Türk vatandaşı olarak en iyi siz anlarsınız. Katılımınız ile Almanya'daki sağlık sistemini düzeltmeye sizinde katkınız olacak ve doktora tezime destek vereceksiniz.

Bilimsel araştırmamız **500 Türk vatandaşını** kapsıyor. Bu bilimsel araştırma için Köln nüfus dairesinden rasgele seçildiniz. Ekteki anketi cevaplamanız yalnızca **5 ila 10 dakikanızı** alır ve katılımınız tamamen gönüllüdür. Katılmamanız durumunda herhangi bir dezavantajınız olmayacaktır. Mümkünse **26.06.2018** tarihine kadar anketimize cevap vermenizi rica ediyoruz.

Veri korumaya uygun olarak anket verileriniz **gizlenecektir**. Böylece, sizin kişisel bilgilerinize ulaşmak mümkün olmayacaktır. Katılımınızla araştırmamızı zenginleştirip bize yardım ederseniz memnun oluruz.

Çalışmamız, **Bonn Üniversitesi'ndeki Aile Hekimliği Enstitüsünde** gerçekleştiriliyor. Almanca veya Türkçe sorularınız varsa, **0228/ 287 - 13739** telefon numarasını kullanarak çalışma saatlerinde (**salı günleri 11:00-14:00**) bana ulaşabilirsiniz. E-posta adresimden (**s4dubugd@uni-bonn.de**) bana E-mail yazmanızda mümkün.

Desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Doktora öğrencisi Duygu Fazilet Buğdaycı

Prof. Dr. oec. troph. Eva Münster, MPH

Bunamayla ilgili tecrübeler ve Aile Hekimliği Anketi

Bunamayla ilgili tecrübeler **Almanca yada Türkçe anketi** seçip doldurmanızı rica ederiz. **Mühürlü zarfı** kullanarak cevabınızı bize **ücretsiz** bir şekilde ulaştırabilirsiniz.

Katılmak istemiyorsanız lütfen aşağıdaki iletişim bilgilerini arayarak veya e-posta yoluyla bize bildirin. Bu durumda sizinle bir daha iletişime geçilmeyecektir.

Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkate alınız:

Anket nasıl doldurulmalı?

Lütfen Anketi bir tükenmez kalem yardımıyla doldurunuz.

- Sizin için en uygun yanıtları işaretleyiniz.

örneğin: **Cinsiyetiniz nedir?** Kadın Erkek

- Rakamları cevap kutucuklarına yazınız. Sizin için geçerli olmayan soruya "0" rakamını yazınız.

örneğin: **Kaç yaşındasınız?** Yaşında

- Yada baskı harfleri ile kendi cevabınızı yazınız.

örneğin: **Hangi dili konuşuyorsunuz?** İSPANYOLCA

Lütfen hiç bir soruyu atlamayınız. Yanlış cevabınızı bu şekilde düzeltiniz:

işaret → düzeltme

Sorularınız varsa aşağıdaki iletişim bilgilerini kullanarak bana ulaşabilirsiniz (Almanca veya Türkçe dil):

Duygu Fazilet Buğdaycı, Doktora öğrencisi
Bonn Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Enstitüsü
Tel: 0228/ 287 - 13739 (salı günleri 11:00-14:00)
e-posta : s4dubugd@uni-bonn.de

Acil sorularda lütfen yukarıda belirtilen Enstitüsün iletişim bilgilerini kullanınız (yalnızca Almanca dil).

Desteyiniz için şimdiden teşekkürler!

Bunamayla ilgili Anket

1. Genel olarak sağlık durumunuz nasıl?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

2. Sağlık sorunlarınızda öncelikle gittiğiniz bir aile hekiminiz var mı?

Evet Hayır

3. Aile hekiminiz Türkçe konuşa biliyor mu?

Evet Hayır Bilmiyorum Bir aile hekimim yok

4. Aile hekiminizdeki çalışanlardan Türkçe konuşup tercüme edebilen yada türk kültürünü anlıyan biri var mı?

Evet Hayır Bilmiyorum Bir aile hekimim yok

5. Son oniki ay içerisinde aile hekiminize başvurduunuz mu?

Hayır
 Evet

Kaç kere?

6. Size uygun olanı lütfen işaretleyiniz.

Çok kolay'dan Çok zor'a kadar derecelendirin.

	Çok kolay	Oldukça kolay	Oldukça Zor	Çok zor	Bir aile hekimim yok
Aile hekiminizin söylediklerini anlamak ne kadar kolay/zor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aile hekiminizin verdiği bilgilerin yardımıyla hastalığınızla ilgili karar verebilmek ne kadar kolay/zor ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aile hekiminizin verdiği önerileri uygulamak ne kadar kolay/zor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sizi ilgilendiren hastalıklarla ilgili bilgi edinmek ne kadar kolay/zor? (örneğin: belirtiler, tedavi gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psikolojik belirtilerde destek imkanları hakkında bilgi edinmek ne kadar kolay/zor? (örneğin: bunama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Almanya'da yaşayan Türkler için aile hekimliği nasıl düzeltilebilir? Almanya'daki aile hekimliğinin iyi yada kötü yönleri nelerdir?

8. Kayımlık talimatnamesi ne demek olduğunu biliyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Evet	<u>Kayımlık talimatnameniz var mı?</u>
	<input type="checkbox"/> Hayır
	<input type="checkbox"/> Evet

9. Sizde, bir aile ferdinizde yada bir arkadaşınızda bunama hastalığı var mı?	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Evet	<u>Kimde?</u>
	<input type="checkbox"/> Bende
	<input type="checkbox"/> Aile ferdimde
	<input type="checkbox"/> Bir arkadaşımda

10. Bunama hakkında daha fazla bilgi edinmek ister misiniz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Evet	<u>Bunama hastalığı ile ilgili bilgileri hangi yollardan yararlanarak elde etmek istersiniz?</u>

11. Aşağıdaki bunamayla ilgili iddiaları kendi düşüncelerinize göre değerlendiriniz.	Doğru	Yanlış	Bilmi-yorum
Stres her zaman bunama oluşumunu tetikler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlıklı yaşayarak bunama rahatsızlığı yüzde yüz önlenebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunama rahatsızlığında genler önemli bir etkindir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeytan bunamaya sebep olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunamış insanlar rahatsızlıklarından kendileri sorumludur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunamanın bazı sebepleri hala çözülmüş değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunama riski yaşlandıkça artar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunama normal bir yaşlılık belirtisidir ve bir hastalık değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eskiye göre bir çok ruhsal (akli) becerilerin gerilemesine bunama denir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunamış insanlar günlük işlerini görmekte gün geçtikçe daha fazla zorlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her hasta daha bunamanın ilk evrelerinde zamanı, mekanı bilemez ve insanları tanıyamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazı bunama türleri tedavi edilebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunamış insanların beklenen yaşam süresi düşüktür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Aşağıdaki düşüncelere katılıyor musunuz?		
	Katılıyorum	Katılmıyorum
Bunama bir zaaftır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunama hastalığını düşünmekten rahatsız oluyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaşlarla ve aile fertleriyle bunama hastalığı hakkında açık açık konuşmak doğru değil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer bir aile ferdimde bunama hastalığı olursa başkaları beni dışlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunamış aile ferdimle görüşmelerimi azaltırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İleriki zamanlarda bunamaktan korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlerde bunarsam tedavi imkanı olmamasına rağmen öğrenmek isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer unutkanlık yada konsantrasyon bozukluğu gibi belirtilerim olursa <u>bir doktora</u> başvururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bende bunama belirtileri olursa <u>aile hekimime</u> başvururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunamış insanların belirli kurumlarda kontrol altında olmaları gerekir. (örneğin: bakımevi).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunamış anne ve babalarına bakmak çocuklarının görevidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ana diliniz hangisidir?	
<input type="checkbox"/>	Türkçe
<input type="checkbox"/>	Almanca
<input type="checkbox"/>	Başka dil Hangisi?

14. Almanca seviyeniz ne düzeydedir?											
<input type="checkbox"/>	Çok iyi	<input type="checkbox"/>	İyi	<input type="checkbox"/>	Orta	<input type="checkbox"/>	Kötü	<input type="checkbox"/>	Çok kötü	<input type="checkbox"/>	Ana dilim Almanca

15. Türkçe konuşan bir doktor tercih eder misiniz?			
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır

16. Doktora gittiğinizde tercümana ihtiyacınız var mı? Eğer ihtiyacınız varsa tercüme işini kim yapıyor? (birden fazla cevap işaretleye bilirsiniz)	
<input type="checkbox"/>	Hayır, ihtiyacım yok
<input type="checkbox"/>	Evet, doktorun kendisi
<input type="checkbox"/>	Evet, muayene merkezinin bir çalışanı
<input type="checkbox"/>	Evet, aile ferdim yada arkadaşım
<input type="checkbox"/>	Evet, başka bir hasta
<input type="checkbox"/>	Evet, bir profesyonel tercüman
<input type="checkbox"/>	Doktora gitmiyorum

17. Doktora gidince bir profesyonel tercümanınız olmasını dilermiydiniz?

Hayır

Evet → **Tercümana ücret ödemeyi kabul eder miydiniz ?**

Hayır

Evet

En fazla ne kadar?

Tedavi başı en fazla

Euro

18. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın

Erkek

19. Kaç yaşındasınız?

Yaşında

20. Hangi ülke'de doğdunuz?

Türkiye'de

Almanya'da

Başka bir ülke'de

Hangi ülke'de?

21. Kaç yıldır Almanya'da yaşıyorsunuz?

Doğduğumdan beri

Yıldır

22. Hangi dine inanıyorsunuz?

Hristiyanlık

Müslümanlık

Hiç birine

Başka bir dine

Hangi dine?

23. Sizin için din ne kadar önemlidir?

Çok
önemsiz

Önemsiz

Önemli

Çok
önemli

24. Herhangi bir okuldan mezun oldunuzmu?

Hayır

Evet, en fazla sekiz sene okuduktan sonra mezun oldum

Evet, sekiz seneden daha uzun bir süre okuduktan sonra mezun oldum

25. Bir mesleğiniz yada bir üniversite diplomanız var mı?

Evet

Hayır

26. Anket doldururken başka birinden yardım aldınız mı?

Evet

Hayır

Katılımınız için teşekkürler

10. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen besonderen Dank nachstehenden Personen aussprechen. Ohne deren Unterstützung wäre das Fertigstellen meiner Doktorarbeit niemals zustande gekommen.

Mein Dank gilt zunächst Herrn Prof. Dr. Klaus Weckbecker, meinem Doktorvater, für die freundliche Betreuung und Unterstützung dieser Arbeit. Die vielfache Durchsicht dieser Arbeit und seine kritischen Betrachtungen waren für mich hilfreich und wegweisend.

Ich danke ebenfalls für die Begutachtung meines Zweitgutachters Prof. Dr. Michael Heneka.

Für die zahlreichen Gespräche auf persönlicher Ebene möchte ich Frau Prof. Dr. oec.troph. Eva Münster, der Studienleiterin, danken. Unsere Dialoge werden mir als bereichernder und konstruktiver Austausch in Erinnerung bleiben.

Judith Tillmann danke ich für ihre freundliche Geduld und mehrfache Durchsicht meiner Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank aber gilt meinen Eltern, Ali und Nurel Bugdayci, die mir meinen bisherigen Lebensweg ermöglichten und denen ich diese Arbeit widme.