



Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft

Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration,
Flüchtlinge und Integration

Erstellt von: Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, Dr. Jürgen Breckenkamp,
Prof. Dr. Oliver Razum; Institut für Innovationstransfer (IIT) an der
Universität Bielefeld, 30.09.2015

Unter Begleitung des SVR-Forschungsbereichs



Inhaltsverzeichnis

Executive Summary des SVR-Forschungsbereichs	4
Zusammenfassung der AutorInnen	6
1 Pflegebedarfe und Pflegeerwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund	8
1.1 Pflegebedarf und Pflegebedürfnisse.....	8
1.2 Pflegeerwartungen.....	11
2 Angebote kultursensibler Pflege, Pflegeberatung und Ausbildung	14
2.1 Angebote kultursensibler Pflege.....	15
2.2 Good-Practice-Beispiele für kultursensible pflegerische Angebote	17
2.3 Angebote kultursensibler Beratung	18
2.4 Good-Practice-Beispiele für kultursensible Pflegeberatung.....	18
2.5 Kultursensibilität in den Curricula der Pflegefachberufe	19
2.6 Good-Practice-Beispiele in der Aus- und Weiterbildung	20
3 Nutzung von Pflegeangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund	20
4 Zugangsbarrieren und Gründe für ein spezifisches Inanspruchnahmeverhalten	23
4.1 Wissens- und Informationsdefizite.....	23
4.2 Finanzielle Gründe	24
4.3 Sprachliche und kulturelle Barrieren	24
4.4 Exkurs: Begutachtung und Empfehlung einer Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung	25
4.5 Scham als Barriere	25
4.6 Barriere Pflegeerwartungen.....	26
4.7 Institutionelle Barrieren.....	27
5 Kulturelle Öffnung pflegerischer Angebote	27
5.1 Empfehlungen zur Gestaltung pflegerischer Beratungsangebote	27
5.2 Empfehlungen für die Gestaltung ambulanter, teilstationärer und stationärer pflegerischer Angebote.....	28
5.3 Andere Handlungsfelder für eine interkulturelle Öffnung pflegerischer Angebote und eine Förderung der Inanspruchnahme pflegerischer Angebote durch MigrantInnen	29
6 Forschungsdesiderate zum Thema „Migration und Pflege“	30
7 Literaturverzeichnis	33
8 Anhang	37
Abkürzungsverzeichnis.....	37

Executive Summary des SVR-Forschungsbereichs

Hintergrund: gesellschaftliche Vielfalt und Alterung

In Deutschland leben rund 16,4 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; damit hat mittlerweile jeder fünfte Einwohner eine eigene oder eine über mindestens einen Elternteil mitgebrachte Zuwanderungsgeschichte.¹ Die zunehmende Vielfalt in der Gesellschaft macht auch vor den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen nicht Halt: In den meisten Pflegeeinrichtungen in Deutschland werden heute schon Patienten mit Migrationshintergrund versorgt, und die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund wird sich voraussichtlich bis 2030 nahezu verdoppeln. Für die Pflegeeinrichtungen bedeutet die zunehmende Diversität, dass sie sich noch stärker auf neue Bedürfnislagen einstellen müssen, z. B. in Bezug auf Religionsausübung und Ernährung. Zudem spielt besonders bei Demenz muttersprachliche Pflege eine wichtige Rolle. Kurzum: Das Thema „Pflege und Migration“ wird gesellschaftspolitisch zunehmend wichtig – und zwar nicht mehr nur bezogen auf Zuwanderer, die Pflegeaufgaben übernehmen, sondern weil zunehmend auch Zuwanderer selbst pflegebedürftig werden. Damit stellt sich die Frage, ob stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienstleister auf die schon bestehenden und weiter zunehmenden Herausforderungen einer vielfältigeren Klientel ausreichend vorbereitet sind. Bereits 2001 haben sich Verbände und Institutionen des Themas angenommen, indem sie ein „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ erarbeitet haben. Dennoch wurden bisher nur punktuell konkrete Maßnahmen ergriffen, um den Pflegebereich interkulturell zu öffnen und einen kultursensiblen Umgang mit Pflegebedürftigen zu entwickeln.

Ziel und Leitfragen der Expertise

Die vorliegende Expertise² soll einen Überblick über die Datenlage zum Thema sowie die Bedürfnisse und Erwartungen pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund geben. Sie befasst sich mit folgenden Leitfragen:

- Was wissen wir über den Pflegebedarf und über die Bedürfnisse und Erwartungen pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund?

- Welche Formen der Pflege nimmt diese Zielgruppe in Anspruch?
- Welche Barrieren erschweren eine optimale Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund?
- In welchen Punkten ist die Datenlage unzureichend und wo ist weitere Forschung nötig?
- Was beinhalten Konzepte für „kultursensible Pflege“ und wie sieht es mit ihrer praktischen Umsetzung in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegedienstleistern aus?
- Welche bestehenden Angebote kultursensibler Pflegeberatung, -ausbildung und -versorgung sind vielversprechend?

Pflege vor neuen Herausforderungen

Für eine vorausschauende Planung im Pflegesystem muss zunächst der Pflegebedarf abgeschätzt werden, d. h. der Gesamtumfang des Bedarfs an Unterstützung durch Dritte von Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund. **Da die Pflegestatistik nicht nach Migrationshintergrund unterscheidet, kann die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund nur geschätzt werden. Es ist aber realistisch, davon auszugehen, dass sowohl ihre absolute Zahl als auch ihr Anteil an allen Pflegebedürftigen in naher Zukunft zunehmen wird.** Neben diesen statistischen Anhaltspunkten ist es wichtig, die subjektiven Pflegebedürfnisse und Pflegeerwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu kennen, um ihren spezifischen Pflegebedarf abzuschätzen. Dazu gibt es bislang nur qualitativ angelegte Studien, deren Ergebnisse für die Gesamtheit der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund nicht repräsentativ sind. **Diese Studien deuten darauf hin, dass sich die Pflegebedürfnisse und -erwartungen zumindest in Teilen von denen der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund unterscheiden.**

Die identifizierten Bedarfe und Bedürfnisse in Bezug auf kultursensible Pflege – im Sinne eines in

1 1,6 Millionen dieser Menschen sind mindestens 65 Jahre alt.

2 Die Expertise wurde von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Auftrag gegeben und finanziert; erstellt wurde sie vom Statistik-Beratungs-Centrum (StatBeCe), einer Einrichtung des Instituts für Innovationstransfer an der Universität Bielefeld GmbH (IIT). Der SVRForschungsbereich hat die Erstellung der Expertise begleitet.

der Praxis verankerten Lern- und Entwicklungsprozesses – sind in der Angebotsstruktur derzeit offenbar nur punktuell berücksichtigt; dies gilt gleichermaßen für die pflegerische Versorgung selbst wie für die Pflegeberatung und die Ausbildung von Pflegekräften. **Nach der – zurzeit insgesamt unbefriedigenden – Studienlage zeigen sich in der Umsetzung kultursensibler Konzepte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in der Breite noch deutliche Defizite. Auch die Pflegeberatung deckt die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund nur lückenhaft ab. Und die untersuchten Curricula der Pflegefachberufe beinhalten zwar zumeist Aspekte kultursensibler Pflege, sind aber sehr heterogen.** Für alle drei Bereiche – pflegerische Angebote, Pflegeberatung und Aus- und Weiterbildung – liefert die Expertise Beispiele guter Praxis.

Zugangsbarrieren und Inanspruchnahme von Pflege

Zu der Frage, welche Pflegeangebote von Menschen mit Migrationshintergrund über- oder unterdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen werden, ist die derzeitige Studienlage widersprüchlich. **Tendenziell scheinen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund ambulante und auch stationäre Pflege stärker in Anspruch zu nehmen als noch vor einigen Jahren. Es gibt auch Hinweise darauf, dass sich die Pflegepräferenzen nach Herkunftsgruppen zum Teil deutlich unterscheiden.** Insgesamt deuten die empirischen Befunde aber darauf hin, dass die unterschiedliche Nutzung pflegerischer Angebote von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund nicht unbedingt auf Unterschiede in den Präferenzen oder der Nutzungsbereitschaft zurückzuführen ist, sie kann auch ein Resultat von Zugangsbarrieren sein.

Zu diesen Zugangsbarrieren gehören Wissens- und Informationsdefizite in Bezug darauf, welche Leistungen die Pflegeversicherung bietet, wie eine Pflegestufe beantragt wird und welche Angebote es gibt, um pflegende Angehörige zu entlasten. **Wahrscheinlich hindern auch finanzielle Hürden, sprachliche und religiös-kulturelle Barrieren sowie eine unzureichende Nutzerorientierung der Angebote Menschen mit Migrationshintergrund, Pflegeangebote zu nutzen; das lässt sich aber aufgrund der mangelhaften Datenlage nicht zuverlässig belegen.** Zuwanderer und ihre Angehörigen nennen als eine zusätzliche Barriere die

teilweise noch vorherrschende Erwartung, dass Pflege selbstverständlich von Familienangehörigen geleistet wird. Ein kurzer Exkurs behandelt die Begutachtung und die Empfehlung einer Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK); sie ist eine Voraussetzung dafür, dass überhaupt Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können und stellt so vermutlich eine mögliche Zugangsbarriere dar.

Handlungsbedarfe in Praxis und Forschung

Die Expertise entwickelt auf der Basis einschlägiger Literatur praktische Handlungsempfehlungen für eine interkulturelle Öffnung pflegerischer Beratungs- und Versorgungsangebote. Für eine solche ist **zentral, dass alle in Pflegeberatung und versorgung tätigen Personen mit Konzepten der Kultursensibilität vertraut sind.** Entsprechende Aus- und Weiterbildungen sind eine wichtige Voraussetzung, um die Einrichtungen bestmöglich darauf vorzubereiten, allen Individuen in der demografisch alternden Einwanderungsgesellschaft passende und qualitativ hochwertige Pflegeangebote machen zu können. **Der Einsatz von Sprachmittlern, die Einrichtung von Gebetsräumen und die Einführung und Kennzeichnung verschiedener Ernährungsangebote sind nur die markantesten Beispiele für umgesetzte Kultursensibilität.** Für solche Öffnungsprozesse sind zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen unabdingbar.

Auch in der Forschung zum Thema „Migration und Pflege“ bestehen offenkundig zahlreiche Desiderate. **Insgesamt ist die Datenlage noch äußerst lückenhaft, und die wenigen vorhandenen Studien liefern nur zum Teil belastbare Aussagen, die zumeist nicht durch weitere Untersuchungen verifiziert worden sind.** Problematisch ist insbesondere, dass das Merkmal „Migrationshintergrund“ in repräsentativen Bevölkerungsstudien zu den Themen Gesundheit und Pflege nicht erfasst ist; zudem ist es schwierig, die vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen für Befragungen zu gewinnen. Entsprechende Studien sind aber wichtig als Basis für konkretere Handlungsempfehlungen in dem Feld und ihre Umsetzung vor Ort. **Nicht zuletzt sollten die bereits bestehenden Angebote kultursensibler Pflegeberatung, -versorgung und -ausbildung wissenschaftlich evaluiert werden, um gut funktionierende Ansätze identifizieren und sie möglichst flächendeckend umsetzen zu können.**

Zusammenfassung der AutorInnen

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen: Die betreffenden Menschen kommen aus einer Vielzahl von Ländern, außerdem leben in Deutschland nicht nur selbst migrierte Menschen, sondern auch deren Nachkommen. Entsprechend ist diese Bevölkerungsgruppe schwer zu definieren; das hat zur Folge, dass amtliche Statistiken und die Ergebnisse von Studien aufgrund unterschiedlich definierter Migrantenpopulationen oft nicht vergleichbar sind. Amtliche Statistiken bestimmen die Bevölkerung mit Migrationshintergrund anhand des Kriteriums einer ausländischen Staatsbürgerschaft, weil nur diese Information verfügbar ist; damit erfassen sie jedoch nur einen Teil der tatsächlich migrierten Menschen und ihrer Nachkommen. In bevölkerungsbezogenen Studien lässt sich der Migrationsstatus dagegen wesentlich genauer erfassen.

Aufgrund der Alterung der ersten MigrantInnen-Generation, also der selbst migrierten Menschen, rückt seit einigen Jahren deren Pflegebedürftigkeit und im Zusammenhang damit die Diversität bei Pflegebedürfnissen und Pflegebedarf³ zunehmend in den gesellschaftlichen, pflegewissenschaftlichen und politischen Fokus.

Die Pflegebedürfnisse der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und die der autochthonen Bevölkerung (ohne Migrationshintergrund) ähneln sich insofern, als beide Bevölkerungsgruppen es vorziehen, zu Hause von Angehörigen gepflegt zu werden. Laut Pflegestatistik wird tatsächlich auch ein Großteil der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt. Dabei werden MigrantInnen in stärkerem Maße ausschließlich von Angehörigen gepflegt und nehmen keine ambulanten Pflegedienste in Anspruch. Dies kann zu psychischen Belastungen und Überlastungen der Angehörigen führen.

Dass Menschen mit Migrationshintergrund die Leistungen der Pflegeversicherung anders nutzen als die autochthone Bevölkerung, ist unter anderem auf sozioökonomische Bedingungen zurückzuführen. Weitere Gründe dafür, dass vorhandene Angebote nicht oder weniger genutzt werden, sind sprachliche, kulturelle und institutionelle Barrieren sowie Scham. Es ist zu erwarten, dass die Pflegebereitschaft oder -möglichkeit der Angehörigen künftig tendenziell abnehmen wird, weil vor allem Töchter und Ehefrauen weniger bereit sind, ihre Berufstätigkeit für die Pflege eines Angehörigen aufzugeben.

Eine besondere Gruppe unter den Menschen mit Migrationshintergrund sind sog. PendelmigrantInnen, die mehrere Monate im Jahr in ihrem Herkunftsland leben und versuchen, ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung in einem „Wohlfahrts-Mix“ zu gestalten, bei der gesundheitliche Angebote beider Länder kombiniert werden. Es steht zu vermuten, dass damit finanzielle Risiken für die beteiligten Länder verbunden sind.

Der tatsächliche Bedarf an Angeboten kultursensibler Pflege ist nicht bekannt, da zu den Bedürfnissen und Pflegesituationen keine verlässlichen Statistiken und Erhebungen vorliegen. Angebote kultursensibler Pflege gibt es bislang nur punktuell. Projekte zur interkulturellen Öffnung pflegerischer Einrichtungen werden selten evaluiert, was dazu führt, dass wenig Evidenz zur Wirksamkeit der unterschiedlichen dabei eingesetzten Strategien vorhanden ist.

In den Curricula der Pflegefachberufe wird das Thema „Kultursensible Pflege“ meist nur peripher und mit unterschiedlicher Intensität und inhaltlicher Ausrichtung behandelt. Eine Standardisierung wird dadurch

3 Während Pflegebedürfnisse sich auf die Wünsche der Menschen beziehen, wird der Pflegebedarf „objektiv“ bestimmt, z. B. durch Gutachten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen.

erschwert, dass die Bundesländer für die Lehrpläne zuständig sind und diese individuell ausgestalten. Wie das Thema in der Ausbildungspraxis tatsächlich umgesetzt wird, obliegt den jeweiligen Ausbildungsstätten und ist bislang unerforscht.

Es gibt viele anwendungsorientierte Projekte zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen des Gesundheitswesens – z. B. Krankenhäusern – und punktuell Studien, die solche Prozesse evaluieren. Für eine interkulturelle Öffnung pflegerischer Beratungsstellen wird empfohlen, das Personal für die Kommunikation mit Menschen unterschiedlicher kultureller Prägungen zu sensibilisieren, bei der Pflegeberatung die Angehörigen einzubeziehen, aufsuchende Beratung zu praktizieren sowie Pfelegetrainings und -schulungen durchzuführen. In der stationären Pflege ist es neben der Weiterbildung des Personals in kultursensibler Pflege notwendig, Gebetsräume bereitzustellen, die Verpflegung an spezielle Bedürfnisse anzupassen und Pflege möglichst gleichgeschlechtlich zu praktizieren. Krankenhäuser sollten über die Förderung kultursensibler Pflege hinaus ein Leitbild entwickeln, das beinhaltet, im Sinne von „Diversity Management“⁴ den unterschiedlichen Bedürfnissen *aller* Menschen gerecht zu werden – auch unabhängig von einem Migrationshintergrund. Im ambulanten Bereich sind Kultursensibilität und ein zugewandter und verständnisvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen besonders wichtig, weil die Pflege innerhalb der Privatsphäre der Familien erfolgt und dies die Vulnerabilität erhöht,

etwa wenn das Verhalten von Außenstehenden als die eigene Wohn- und Lebenssituation abwertend empfunden wird.

Die interkulturelle Öffnung von pflegerischen Einrichtungen und Diensten erfordert Zeit und finanzielle Ressourcen sowie die Unterstützung der Pflegedienstleitungen, die den Prozess aktiv vorantreiben müssen. Auf gesellschaftlicher, curricularer, kommunalpolitischer und individueller Ebene gibt es Möglichkeiten, eine interkulturelle Öffnung pflegerischer Angebote zu fördern. Dabei gilt es, bereits bestehende Angebote unabhängig vom spezifischen Migrationshintergrund zu öffnen, nicht, für die einzelnen MigrantInnengruppen jeweils spezifische Angebote zu schaffen.

Die Datenlage zum Thema Migration und Pflege ist in Deutschland insgesamt lückenhaft und im Fall der einzigen repräsentativen Studie (Bundesministerium für Gesundheit 2011) noch nicht hinreichend verlässlich. Die vorliegenden qualitativen Studien beziehen sich meist auf einzelne MigrantInnengruppen oder Regionen und sind damit nur begrenzt aussagekräftig. Was fehlt, sind repräsentative, vor allem systematisch angelegte Untersuchungen zu den Bedarfen und Bedürfnissen der wachsenden und sehr heterogenen Gruppe von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und ihrer pflegenden Angehörigen, zu den institutionellen Bedingungen einer interkulturellen Öffnung pflegerischer Angebote und zu transnationalen Pflegekonstellationen.

4 „Diversity Management“ bedeutet, den bewussten Umgang mit Vielfalt zu fördern. Vielfalt bezieht sich auf verschiedene Dimensionen eines Individuums: Zentrale „innere“ Dimensionen sind Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, physische Fähigkeiten, ethnische Zugehörigkeit und Weltanschauung. „Äußere“ Dimensionen umfassen u. a. Einkommen, Freizeitverhalten, Religion, Ausbildung, Berufserfahrung, Auftreten, Elternschaft, Familienstand und Wohnort (vgl. Gardenswartz/Rowe 2008). In Bezug auf Pflege bedeutet „Diversity Management“ u. a., aktiv darauf einzugehen, dass sich alle zu Pflegenden – unabhängig von ihrem Kultur- oder Migrationshintergrund – in ihren Bedürfnissen und ihrem Bedarf voneinander unterscheiden (Broszka/Razum 2011a).

1. Pflegebedarfe und Pflegeerwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Gruppe, die in Studien zu Gesundheit oder Pflege unterschiedlich definiert wird. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse ein und kann zu einer Verzerrung der berechneten Erkrankungs- oder Pflegeraten führen. In der vorliegenden Expertise werden als „Menschen mit Migrationshintergrund“ in Anlehnung an den Mikrozensus „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte[n]“ sowie „alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“⁵ verstanden. Diese Definition bezieht Kinder und ggf. auch Enkel von Zugewanderten ein. Das ist für Erhebungen zu Gesundheit und Pflege insofern sinnvoll, als sich die Migration kulturell, sozioökonomisch und/oder rechtlich auf die folgenden Generationen auswirken kann, beispielsweise wenn die Nachfahren die gleiche Staatsangehörigkeit haben wie die migrierten Eltern/Großeltern und sich ihre rechtliche Situation dadurch von der von Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit unterscheidet⁶.

Die größte Gruppe von MigrantInnen in Deutschland, die 60 Jahre und älter sind, bilden derzeit Menschen, die im Rahmen der Anwerbeabkommen Mitte der 1950er Jahre bis zu den 1970er Jahre zugewandert sind. Diese Menschen waren oft zunächst in einer besseren gesundheitlichen Verfassung als die deutsche Mehrheitsbevölkerung (in der Fachliteratur wird dies als „Healthy Migrant“-Effekt bezeichnet); außerdem profitierten sie von den medizinischen Möglichkeiten, die seinerzeit besser waren als in ihren Herkunftsländern. Nach einigen Jahren oder Jahrzehnten näherte sich ihr Gesundheitszustand aber dem der autochthonen Bevölkerung an. Häufig war nach längerer Verweildauer ein höherer und steigender Krankenstand zu verzeichnen⁷. Dies ist auf ungünstigere Arbeitsbedingungen, einen im Durchschnitt niedrigeren sozioökonomischen Status und

psychosoziale Auswirkungen der Migration zurückzuführen. Betrachtet man Migration in einer Lebenslaufperspektive, wird deutlich, dass sich gesundheitliche Vorteile und Risiken auch auf die folgenden Generationen auswirken können⁸. Zumindest hinsichtlich bestimmter Erkrankungen und im Alter ist die Gesundheit von MigrantInnen also oft schlechter als die der autochthonen Bevölkerung⁹; die Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung und ungünstiger Arbeitsbedingungen überwiegen dann den „Healthy Migrant“-Effekt. Die ArbeitsmigrantInnen hatten oft geringe berufliche Qualifikationen; sie wollten in kurzer Zeit möglichst viel Geld verdienen und anschließend in die Heimat zurückkehren. Das führte zu hohen körperlichen Belastungen im Berufsleben. Ein niedriger sozioökonomischer Status sowie sprach- und kulturbedingte Barrieren erschweren zudem den Zugang zum Versorgungssystem¹⁰.

1.1 Pflegebedarf und Pflegebedürfnisse

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund unterliegt wie die autochthone Bevölkerung in Deutschland der demografischen Alterung¹¹. Damit steigt auch in diesem Teil der Bevölkerung die Zahl der potenziell pflegebedürftigen Menschen. Der Anteil der 60-jährigen und Älteren an allen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist zwischen 1970 und 2011 stark angestiegen: Betrug er 1970 gerade einmal 1,9 Prozent, so lag er 1995 bei 3,3 Prozent und 2011 bereits bei 10,1 Prozent. Im Jahr 2014 gab es in Deutschland in der Altersgruppe ab 65 Jahre insgesamt 17,352 Millionen Menschen und darunter 1,593 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das entspricht 9,2 Prozent der gesamten Altersgruppe¹². Im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung, in der die 65-jährigen und älteren Menschen 21,7 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen, ist der entsprechende Anteil in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund immer noch gering¹³. Nach Schätzungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche¹⁴ wird der Anteil der 60-jährigen und älteren Menschen mit

5 Statistisches Bundesamt 2007.

6 Razum et al. 2008: 9.

7 Razum et al. 2008; Broszka/Razum 2011b.

8 Spallek et al. 2011; Broszka/Razum 2011b.

9 Razum et al. 2008.

10 Ebd.; Razum/Spallek 2015.

11 Schimany et al. 2012. Zwischen dieser und den folgenden zitierten Quellen variiert das Bezugsalter zwischen 60 und 65 Jahren, dadurch sind die statistischen Daten nur eingeschränkt vergleichbar.

12 Statistisches Bundesamt 2015.

13 Ebd.

14 BMFSFJ 2000.

Migrationshintergrund jedoch bis 2030 auf 24 Prozent ansteigen; dann wird also jeder vierte Mensch mit Migrationshintergrund zu dieser Altersgruppe gehören.

Da das Merkmal Migrationshintergrund in der Pflegestatistik nicht erfasst wird, kann die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund nur anhand von Schätzungen annähernd bestimmt werden. Wenn man annimmt, dass sich die Pflegequoten in der autochthonen Bevölkerung und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht unterscheiden, ergibt sich aus den Daten des Mikrozensus von 2009 und der Pflegestatistik, dass theoretisch 8,6 Prozent aller Pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund sind, das entspricht rund 200.000 Menschen. Nach Schätzungen für 2009 hatten 8 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 7 Prozent derer, die durch ambulante Dienste betreut wurden, und 9 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen einen Migrationshintergrund¹⁵. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund entspricht also dem Anteil der MigrantInnen in der Gesamtbevölkerung der ab 60-Jährigen.

Hinsichtlich der Altersstruktur unterscheiden sich die Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund von denen in der autochthonen Bevölkerung. So sind 29 Prozent von ihnen jünger als 60 Jahre¹⁶; von den Pflegebedürftigen in der autochthonen Bevölkerung fallen nur 13,5 Prozent in diese Altersgruppe¹⁷. Aus der unterschiedlichen Altersverteilung ist zu schließen, dass eine Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund rund zehn Jahre früher (mit 62,1 Jahren) eintritt als in der autochthonen Bevölkerung, bei der Pflegebedürftigkeit mit durchschnittlich 72,7 Jahren beginnt¹⁸. Die Bedürfnisse der vielen jüngeren Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund erfordern besondere Aufmerksamkeit. Die Gründe für den früheren Beginn der Pflegebedürftigkeit wie auch die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe wurden bisher nicht eingehender untersucht.

Die Zunahme von Pflegebedürftigkeit wird mit großen Veränderungen und Herausforderungen bezüglich pflegerischer Versorgung einhergehen, da sich die Bedingungen für die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund teilweise von denen der autochthonen Bevölkerung unterscheiden. Zum Beispiel läuft eine Familie mit Migrationshin-

tergrund Gefahr, von der eigenen Community ausgegrenzt und diskriminiert zu werden, wenn sie pflegerische Unterstützung annimmt, da Pflege als Aufgabe der Familie verstanden und von den Angehörigen der pflegebedürftigen Person erwartet wird, dass sie die Pflege übernehmen¹⁹. Auch fehlende nutzerorientierte bzw. kultursensible Angebote erschweren es Menschen mit Migrationshintergrund, pflegerische Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Um pflegerische Versorgungsangebote in Deutschland bedürfnis- und erwartungsgerecht zu gestalten, ist es notwendig, Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Bedürfnissen und Erwartungen verschiedener Bevölkerungsgruppen im Fall einer Pflegebedürftigkeit zu kennen. Dabei sind „MigrantInnen“ nicht als homogene Bevölkerungsgruppe zu verstehen, sondern als heterogene Gruppe von Menschen unterschiedlicher Herkunft und kultureller Prägungen, aus denen sich unterschiedliche Bedürfnisse und Erwartungen in Bezug auf pflegerische Versorgung ergeben²⁰.

Die Bedürfnisse von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit sind in vielen Aspekten identisch. So möchten beide Bevölkerungsgruppen vor allem in der gewohnten Umgebung, also im eigenen Zuhause verbleiben und von nahestehenden Menschen gepflegt werden. Unterschiede können auf religiöse oder kulturell bedingte Bedürfnisse zurückgehen, wobei diese nicht zwingend mit dem Migrationshintergrund zusammenhängen. Das Bedürfnis, von den pflegenden Personen verstanden zu werden, geht u. a. damit einher, die gleiche Sprache zu sprechen; bei Menschen mit Migrationshintergrund, die die deutsche Sprache nur eingeschränkt beherrschen, stellt das entsprechende Anforderungen an die (familiäre oder professionelle) Pflegeperson.

Pflegebezogene Bedürfnisse wurden in einer qualitativen Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung mit 78 MigrantInnen²¹ erhoben. Danach wünschen sich türkeistämmige MigrantInnen in erster Linie einen respektvollen und freundlichen Umgang und möglichst gleichgeschlechtliche Pflege; russischstämmige MigrantInnen äußern primär das Bedürfnis nach muttersprachlicher Pflege. Außerdem wünschen sich die Befragten, wenn sie einmal stationär gepflegt werden, in einem Einzelzimmer zu wohnen, eigene

15 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012.

16 Bundesministerium für Gesundheit 2011: 60.

17 Pflegestatistik 2013.

18 Bundesministerium für Gesundheit 2011.

19 Dibelius 2013.

20 Razum/Saß 2015.

21 Hier wird der Begriff „MigrantInnen“ verwendet, weil es sich bei den Befragten der Studie ausschließlich um Menschen handelt, die selbst nach Deutschland migriert sind.

Möbel mitbringen zu können, eine Küche zum Kochen und Zugang zu einem Gebetsraum zu haben²².

Eine laufende Untersuchung zu Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger gibt Aufschluss über die Bedürfnisse türkeistämmiger pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz: In erster Linie wünschen sich die Befragten, dass eine Demenzerkrankung in der türkischen Community nicht mehr zu Stigmatisierung führt, weil sie diese als sehr belastend empfinden. Außerdem sollen sich Angehörige der eigenen Familie stärker an der Pflege beteiligen. Einige der Befragten nehmen ambulante Pflege in Anspruch und schätzen diese Unterstützung. Darüber hinaus benötigen viele Unterstützung bei der Übersetzung von Briefen und bei hauswirtschaftlichen Aufgaben. Oftmals sind die Angehörigen aber auch ratlos; sie wissen gar nicht, welche Bedürfnisse sie in ihrer häuslichen Pflegesituation haben bzw. welche Veränderungen möglich sind und hilfreich sein könnten²³.

Pflegebedürftigkeit betrifft nicht nur ältere Menschen, sondern auch alle anderen Altersgruppen. Daher muss eine bedürfnisorientierte Gestaltung von Versorgungsangeboten auch die jeweils spezifischen Situationen und Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen verschiedener Altersgruppen mit Migrationshintergrund und ihrer pflegenden Angehörigen einbeziehen. Zu den Bedürfnissen von Angehörigen pflegebedürftiger Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland beispielsweise ist nur eine qualitative Studie bekannt²⁴. Danach wird die Versorgung von pflegebedürftigen oder schwerkranken Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in verschiedenen kulturellen Gemeinschaften als Pflicht der Eltern gesehen bzw., wenn diese die Versorgung nicht mehr leisten können, als Pflicht der Geschwister. Insbesondere Eltern pflegebedürftiger Mädchen ist es wichtig, dass ihre Töchter ausschließlich von weiblichem Fachpersonal betreut und gepflegt werden, wenn sich eine Beteiligung externer Personen an der Pflege und Betreuung nicht mehr vermeiden lässt.

Eine besondere Herausforderung für die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund ist die sog.

Pendelmigration im Ruhestand. Diese ist als autonom gewählter Lebensstil zu verstehen²⁵, dessen Aufrechterhaltung jedoch durch eine eintretende Pflegebedürftigkeit erschwert oder unmöglich gemacht wird. Türkeistämmige PendelmigrantInnen differenzieren zwischen Pflegebedürftigkeit aufgrund von Alter und Pflegebedürftigkeit wegen Krankheit. Bei Letzterer wird eine professionelle Behandlung, Pflege und Betreuung durch Fachkräfte gewünscht, im Falle einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit wird dagegen familiäre Pflege und Betreuung als angemessener erachtet. Dabei versuchen pflegebedürftige PendlerInnen über nationale Grenzen und geografische Distanzen hinweg, die Versorgungsmöglichkeiten der beiden Länder zu kombinieren, und entwickeln dabei einen „transnationalen Wohlfahrts-Mix“, bei der sie Angebote beider Länder kombinieren. Dieser zwingt sie jedoch, Pflegemodelle, strukturelle Möglichkeiten und Veränderungen ihrer Erwartungen in Einklang zu bringen, was eine große Herausforderung bedeutet²⁶.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen sich vor allem wünschen, von der eigenen kulturellen Gemeinschaft nicht stigmatisiert zu werden, wenn sie selbst oder ein/e Angehörige/r an Demenz erkrankt ist, umfangreiche ambulante Unterstützung zu bekommen, darunter auch bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und bürokratischen Vorgängen, und Angebote zu erhalten, die ihren kulturell geprägten Bedürfnissen entsprechen. Als konkretere Bedürfnisse zeichnen sich der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege und die Ermöglichung transnationaler Pflegekonstellationen ab. Die hier berichteten Ergebnisse basieren in erster Linie auf qualitativen, nicht repräsentativen Studien, die entsprechend qualitativer Forschungslogiken detaillierte Aussagen zu einem speziellen Untersuchungsgegenstand erlauben. Um Bedarfe exakt definieren zu können, werden zum einen verlässliche quantitative Daten zur Pflegebedürftigkeit benötigt, zum anderen qualitative und quantitative Studien zu den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund.

22 Friedrich-Ebert-Stiftung 2015. 69 Prozent der Befragten waren MigrantInnen aus der ehemaligen Sowjetunion, 22 Prozent stammten aus der Türkei und 9 Prozent aus Griechenland, dem Iran, Italien, Kroatien, Marokko, Montenegro und Serbien. Die Befragten waren zwischen 46 und 90 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 68 Jahre.

23 Tezcan-Güntekin/Razum (vorauss. 2016).

24 Karaçaylı/Kutluer 2012; n = 18; 9 türkeistämmige, 9 russischstämmige Befragte.

25 Baykara-Krumme 2004.

26 Strumpfen 2012; vorauss. 2016; n = 9 problemzentrierte Interviews mit türkeistämmigen, sunnitisch-muslimischen PendelmigrantInnen zwischen 56 und 83 Jahren.

27 Carnein/Baykara-Krumme 2013; Sekundäranalyse der Daten des *Generations and Gender Survey* (GGG) mit N (türkeistämmig) = 3.907 und N (Deutsche) = 7705; Schenk 2014a, qualitative Studie mit 43 Menschen mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 45 und 85 Jahren, 19 türkeistämmige Menschen, 24 Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion.

1.2 Pflegeerwartungen

Pflegeerwartungen werden hier von Pflegebedürfnissen insofern unterschieden, als es dabei konkrete Adressaten gibt, an die sich die Erwartungen richten. In der Regel gehen Erwartungen aus der Rolle der Person hervor (z. B. innerhalb der Familie übernimmt die Tochter die Pflege) oder aus Institutionen (z. B. Krankenhaus als Versorgungseinrichtung für alle Menschen). Es gibt bislang erst wenige Studien zu den Pflegeerwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund. Sie beziehen sich ausschließlich auf die zwei größten Herkunftsgruppen in Deutschland, nämlich türkeistämmige und russischstämmige Menschen (AussiedlerInnen und SpätaussiedlerInnen). Es handelt sich überwiegend um qualitative Studien mit wenigen TeilnehmerInnen, deren Ergebnisse nicht durch weitere Studien abgesichert sind.

Wie aus einer Sekundärdatenanalyse von Carnein und Baykara-Krumme hervorgeht, wünschen sich ältere türkeistämmige Menschen, zu Hause gepflegt zu werden statt in einem Pflegeheim²⁷. Laut einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit äußern 75 Prozent der Pflegebedürftigen mit und 66 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund den Wunsch, nicht von einer fremden Person gepflegt zu werden²⁸. Gleichzeitig möchten Menschen mit Migrationshintergrund aber ihren Kindern nicht zur Last fallen und können sich deshalb vorstellen, im Alter von ihren Kindern getrennt zu leben²⁹. Häufig wird die häusliche Pflege auch aus monetären Gründen vorgezogen, da das Pflegegeld als zusätzliches Einkommen der Familie gesehen wird³⁰. Dies gaben in einer quantitativen Studie 20 Prozent der Befragten in der autochthonen Bevölkerung an, gegenüber 39 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund. Das könnte auf den durchschnittlich niedrigeren sozioökonomischen Status von Menschen mit Migrationshintergrund zurückzuführen sein; Untersuchungen zum Hintergrund dieser Aussagen liegen jedoch nicht vor. Die „Studie zu Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, auf die diese Ergebnisse zurückgehen, ist eine von zwei bisher vorliegenden repräsentativen Studien zur Pflegesituation, die teilweise belastbare Daten für Menschen mit Migrationshintergrund zur Verfügung stellen. Die Studie gibt jedoch nur zu bestimmten Themen Aufschluss: Alter, Lebensform und Pflegestufe sowie Möglichkeiten, sich über Angebote der Pflegeversicherung und Inanspruchnahme ihrer Leistungen zu informieren (s. dazu

ausführlicher Kap. 3). Die Gesamtstichprobe von 1.500 Befragten beinhaltet lediglich 48 Menschen, die in stationären Einrichtungen leben und deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Aufgrund der geringen Fallzahl sind detaillierte Auswertungen zu Pflegeerwartungen und Erfahrungen dieser wichtigen Gruppe nicht möglich. Die Aussagekraft der Ergebnisse hierzu ist außerdem dadurch begrenzt, dass die Befragungen in deutscher Sprache durchgeführt wurden; das kann vor allem für ältere Menschen mit Migrationshintergrund ein Hindernis darstellen.

Eine quantitative Studie von Schenk (2014b) zu Pflegeerwartungen türkeistämmiger Menschen³¹ zeigt, dass diese entgegen bisherigen Erkenntnissen für professionelle Pflege recht offen sind: Mit rund 89 Prozent stimmt die große Mehrheit der Befragten der allgemeinen Aussage zu, dass ältere Menschen durch professionelle Pflegekräfte versorgt werden sollten. Etwa 46 Prozent geben an, dass sie gerne vom Ehepartner oder von der Ehepartnerin gepflegt werden wollen, rund 29 Prozent benennen dafür die Tochter und fast 27 Prozent den Sohn. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Bevölkerungsgruppe möglicherweise ein kombiniertes Modell häuslicher Versorgung präferiert, denn der Großteil der Befragten (74 Prozent) könnte sich vorstellen, ambulante Pflege für sich zu nutzen, nur 16 Prozent lehnen ambulante Pflege grundsätzlich ab. Stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen lehnt etwas mehr als die Hälfte der türkeistämmigen Befragten (58 Prozent) ab; immerhin 22 Prozent können sich vorstellen, in einem Pflegeheim zu leben³². Limitierungen der Studie von Schenk bestehen darin, dass die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse aufgrund der geringen Zahl von Befragten fraglich ist, die Befragung sich auf eine großstädtische Region beschränkt und auf Befragte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status fokussiert wird. Trotzdem liefert diese Studie aktuelle quantitative Ergebnisse. Die Abweichungen von Ergebnissen älterer Studien können als Hinweis darauf interpretiert werden, dass sich die Pflegeerwartungen von türkeistämmigen Menschen gewandelt haben. Diese Interpretation muss jedoch in weiteren repräsentativen Studien überprüft werden. Denn die Ergebnisse der Studie von Schenk (2014b) widersprechen (zum Teil) denen von Okken et al. (2008) aus einer Sekundäranalyse von MDK-Daten, wonach nur 2 Prozent der türkeistämmigen Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt werden. Sie könnten also neben ei-

28 Bundesministerium für Gesundheit 2011.

29 Zimmermann 2010.

30 Bundesministerium für Gesundheit 2011.

31 Schenk 2014b; n = 194 türkeistämmige MigrantInnen zwischen 59 und 88 Jahren. Die Stichprobe setzt sich zu gleichen Teilen aus weiblichen und männlichen Personen zusammen, die zum großen Teil einen geringen Bildungsstand haben.

32 Schenk 2014b.

nem solchen Wandel auch auf regionale Unterschiede hinweisen³³. Schenk (2014a) hat auch eine qualitative Studie zu Pflegesituation und -erwartungen türkei- und russischstämmiger Menschen durchgeführt, deren Ergebnisse sich von denen ihrer quantitativen Studie unterscheiden. Demnach unterscheiden sich Pflegeerwartungen nach Herkunft, Geschlecht und Generation. Türkeistämmige Frauen der ersten Generation erwarten, dass Pflege vor allem von Angehörigen übernommen wird. Die männlichen türkeistämmigen Befragten nennen zumeist die Ehefrau als erste Pflegeperson. Wenn dies nicht möglich ist, wünschen sie sich, von ihrer (Schwieger-)Tochter gepflegt zu werden. Weibliche Befragte wünschen sich zuallererst eine Pflege durch ihre (Schwieger-)Töchter. Falls die nächsten Verwandten die Pflege nicht übernehmen können, hoffen die Befragten darauf, dass entfernte Verwandte sie übernehmen, die dafür entlohnt werden sollen. Professionelle Pflegeleistungen werden als letzte Instanz in Erwägung gezogen. Dabei ist das Pflegeheim als Alternative am wenigsten akzeptabel. Für den Fall, dass stationäre Pflege nicht vermeidbar ist, wird muttersprachliche Betreuung im Pflegeheim als sehr wichtig beurteilt. Stationäre Pflege wird zwar tendenziell negativ beurteilt, dennoch äußern sich die Befragten zuversichtlich, dass sie bei Bedarf die notwendige Hilfe von staatlicher Seite erhalten werden³⁴.

Die Pflegeerwartungen der Befragten der zweiten MigrantInnengeneration gegenüber den eigenen Kindern unterscheiden sich von denen der ersten Generation darin, dass das „Pflichtgebot der Pflege“³⁵ nur noch eingeschränkt gilt. Die Befragten würden eine häusliche Pflege durch die eigenen Kinder annehmen, halten dies aber nicht für realistisch. Professionelle stationäre Pflege wird als eine Alternative gesehen, um im Pflegefall nicht von den Kindern abhängig zu sein; zudem bringt sie aus der Sicht der Befragten auch Vorteile, etwa Gelegenheiten, sich zu unterhalten oder Freundschaften zu knüpfen. Das Pflegeheim wird auch als Möglichkeit für ein selbstbestimmtes Leben verstanden; dies unterscheidet sich stark von der fatalistischen Einstellung türkischer MigrantInnen der ersten Generation zu stationärer Pflege³⁶.

Der gleichen Studie zufolge begrüßen russischstämmige Menschen es grundsätzlich, wenn es stationäre Pflegeeinrichtungen in ihrer Nähe gibt, lehnen

es aber überwiegend ab, diese selbst in Anspruch zu nehmen³⁷. Insbesondere russischstämmige MigrantInnen der zweiten Generation sind dazu kaum bereit; die erste Generation lehnt stationäre Pflege nicht so stark ab. Darüber hinaus nutzen russischstämmige MigrantInnen stationäre Angebote nur dann, wenn diese muttersprachlich und kultursensibel sind.

Eine unerwartet intensive Auseinandersetzung mit möglichen Pflegekonstellationen im Fall einer Pflegebedürftigkeit stellt eine qualitative Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung mit 78 älteren MigrantInnen³⁸ fest: Danach haben sich drei Viertel der Befragten bereits Gedanken um ihre künftige pflegerische Versorgung gemacht und können klare Erwartungen dazu benennen. Mehr als die Hälfte der Befragten wünscht sich, zu Hause gepflegt zu werden. Über ein Drittel kann sich eine Nutzung ambulanter Pflegeangebote sehr gut vorstellen, würde es aber bevorzugen, von Familienangehörigen gepflegt zu werden. Ein Drittel der Befragten kann sich nicht vorstellen, ambulante Pflege in Anspruch zu nehmen. Deutlich wird auch, dass einige der Befragten nicht wussten, dass es ambulante Pflege gibt bzw. dass man die Kosten dafür nicht allein tragen muss. In Bezug auf stationäre Pflege zeichnen sich bei russischstämmigen und türkeistämmigen Menschen gegensätzliche Vorstellungen ab: Nur 8 Prozent der russischstämmigen Befragten stehen stationärer Pflege positiv gegenüber, ein Drittel kann sich diese Pflegeform nur im Notfall vorstellen und knapp 40 Prozent gar nicht. Bei den türkeistämmigen Befragten ist die Ablehnung stationärer Pflege geringer. Fast die Hälfte kann sich die Pflege in einer Altenpflegeeinrichtung vorstellen, knapp ein Fünftel würde stationäre Pflege als Notlösung akzeptieren und knapp ein Drittel lehnt sie ab und begründet dies mit Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung. Die Ergebnisse dieser Studie deuten erstmals darauf hin, dass ein Großteil der befragten türkeistämmigen Menschen der stationären Pflege positiv gegenüber stehen. Dies könnte durch eine Überrepräsentierung von gesünderen, aktiveren und informierteren MigrantInnen in der Studie begründet sein, was auf die Akquise der TeilnehmerInnen in speziellen Seniorentreffs für Menschen mit Migrationshintergrund zurückgeführt werden kann. Dadurch wurden weniger aktive Menschen mit Migrationshintergrund nicht einbezogen.

33 Die Studie von Schenk (2014b) wurde in Berlin durchgeführt, die Analysen von Okken et al. (2008) basieren auf Daten des MDK aus Westfalen-Lippe.

34 Schenk 2014a.

35 Ebd.: 6.

36 Ebd.

37 Ebd.

38 Friedrich-Ebert-Stiftung 2015.

Nach der quantitativ angelegten LISA³⁹-Studie, die ebenfalls u. a. Pflegeerwartungen untersuchte, erwartet knapp die Hälfte der Befragten ohne Migrationshintergrund im Falle eigener Pflegebedürftigkeit nicht, von Familienangehörigen gepflegt zu werden; bei den arabischen und türkischen Befragten sind es knapp ein Fünftel⁴⁰.

Unterschiede zwischen der autochthonen Bevölkerung und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zeigen sich auch bei den Eigenerwartungen der Angehörigen bezüglich der Übernahme pflegerischer Aufgaben. Viele Menschen mit Migrationshintergrund verstehen Pflege als eine Aufgabe, die innerhalb der Familie gelöst werden muss. Türkeistämmige pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz haben etwa zur Hälfte eine hohe Pflegebereitschaft. Vor allem Kinder übernehmen die Pflege ihrer erkrankten Eltern oft schon im jungen oder mittleren Alter. Dabei ist eine Vergeschlechtlichung der Pflege zu beobachten: Besonders Töchter zeigen eine hohe Pflegebereitschaft; sie sehen die Übernahme der Pflege entweder als selbstverständlich oder aber als Verpflichtung und Wiedergutmachung für die Fürsorge, die sie als Kind von den Eltern erhalten haben. Manche Familienmitglieder übernehmen die Pflegerolle auch deshalb, weil sie mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben und/oder andere Angehörige dafür keine Zeit haben. Doch nicht immer übernehmen die Betroffenen die Pflege aus eigenem Entschluss: In einzelnen Fällen üben anscheinend Familienmitglieder psychischen Druck auf bestimmte Angehörige aus, damit sie die Pflege übernehmen. Oft ist dies zunächst als vorläufige Lösung gedacht und geht dann in eine Dauerlösung über⁴¹. Jedoch lassen die Ergebnisse der qualitativen Studie von Schenk (2014a) vermuten, dass eine eher unfreiwillige Übernahme von Pflegeaufgaben selten erfolgt. Die Studie zeigt, dass ein Großteil der türkeistämmigen MigrantInnen der zweiten Generation es als Selbstverständlichkeit ansieht, die Eltern im Alter zu pflegen. Wenn die Angehörigen in einem stationären Pflegeheim besser versorgt werden können oder die/der Betroffene selbst im Pflegeheim versorgt werden möchte, wird auch dies in Erwägung gezogen⁴². Russischstämmige Befragte der zweiten MigrantInnengeneration sind für die Pflege im Heim weniger offen: Sie lehnen eine stationäre Ver-

sorgung der Eltern ab und die sehen die Zuständigkeit für die Pflege bei den Kindern⁴³.

Carnein und Baykara-Krumme vergleichen die Einstellungen zur Pflegeverantwortung in der ersten und der zweiten Generation türkeistämmiger MigrantInnen. Ihnen zufolge stimmt der globalen Aussage, dass Kinder ihre Eltern pflegen sollten, sowohl die erste als auch die zweite Generation in hohem Maß zu. Die eigene Bereitschaft, die Pflege der Eltern zu übernehmen, erweist sich auf konkrete Nachfrage in beiden Gruppen als geringer⁴⁴. Bei einer höheren Bildung erweist sich die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege als geringer; ebenso bei einer geringen Einbindung in religiöse Netzwerke. Die Antworten der ersten und der zweiten MigrantInnengeneration unterscheiden sich in dieser Studie nur geringfügig; große Unterschiede zeigen sich aber zu der autochthonen Vergleichsgruppe. So lehnen in beiden Generationen türkischer Einwanderer 10 Prozent ab, „für die Eltern Verantwortung zu übernehmen“, oder sind unentschieden, aber 44 Prozent stimmen dem vorbehaltlos zu. Bei den Befragten der autochthonen Bevölkerung hingegen lehnt ein Fünftel diese Aussage ab, und weniger als ein Fünftel stimmt ihr vorbehaltlos zu. Der Frage, ob Kinder ihre pflegebedürftigen Eltern zu sich nehmen sollten, stimmen über 80 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund zu, ein Sechstel ist unentschieden oder lehnt dies ab. Von den Nicht-MigrantInnen stimmen 40 Prozent dem zu⁴⁵.

Die Studie zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Einstellungen türkeistämmiger Menschen zur Generationensolidarität zum einen zwischen der ersten und der zweiten MigrantInnengeneration und zum anderen mit den Einstellungen von Nicht-MigrantInnen vergleicht. Limitiert ist sie dadurch, dass sie sich auf wenige Fragen beschränkt.

Ein Viertel der alleinstehenden türkeistämmigen Mütter erwartet nach einer qualitativen Studie von Matthäi seltener, dass ihre Kinder (vor allem ihre Töchter) die Pflege übernehmen, wenn sie pflegebedürftig werden; etwa die Hälfte ist unsicher, ob die Kinder dazu bereit wären. Etwa 25 Prozent erwarten dies von ihren Kindern nicht, entweder weil sie bereits erlebt haben, dass ihre Kinder sie nicht pflegen können oder wollen, oder weil sie sich selbst und ihren Kindern ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben wünschen⁴⁶.

39 Für die Studie wurden im Jahr 2010 in Berlin Mitte 473 Menschen ab 60 Jahren befragt. 165 der Befragten hatten einen Migrationshintergrund, 308 nicht.

40 Butler 2010.

41 Küçük 2013; qualitative Studie mit sieben pflegenden Angehörigen (im Alter von 17 bis 41 Jahren) von Demenzerkrankten.

42 Schenk 2014a.

43 Ebd.

44 Carnein/Baykara-Krumme 2013; n = 4.045, Sekundäranalyse von Daten des *Generations and Gender Survey* 2005/2006.

45 Ebd.

46 Matthäi 2015.

In methodischer Hinsicht ist abschließend festzuhalten, dass die bisherigen Studien zu Pflegeerwartungen sich ausschließlich auf Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und aus Russland beziehen; somit können sie die Pflegeerwartungen einer heterogenen Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht angemessen abbilden. Darüber hinaus sind die Ergebnisse der quantitativen Studie des Bundesministeriums für Gesundheit wahrscheinlich dadurch verzerrt, dass die Stichprobe sehr klein ist und sie keine Menschen mit unzureichenden Kenntnissen der deutschen Sprache einbezieht; dadurch sind sie nur eingeschränkt belastbar. Bei der quantitativen Studie von Schenk wiederum ist die Aussagekraft neben der Stichprobengröße auch durch die Begrenzung auf eine großstädtische Region eingeschränkt und kaum auf die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland übertragbar. Mit diesen Einschränkungen lassen die Studien erkennen, dass die meisten Menschen mit Migrationshintergrund sich wünschen, zu Hause von Angehörigen gepflegt zu werden; es gibt aber auch einen nicht geringen Anteil von Menschen, die auf die Pflege durch die eigenen Kinder verzichten wollen, um sie nicht zu belasten. Ambulante Pflege würde ein großer Teil der Befragten im Pflegefall akzeptieren, und auch die Akzeptanz stationärer Pflege scheint in dieser Bevölkerungsgruppe größer zu sein als bislang angenommen. Ein Modell, das häusliche Pflege durch Angehörige und ambulante Pflege kombiniert, könnte die Möglichkeiten der Nutzung von Pflegeangeboten erhöhen.

Derzeit erfolgt Pflege noch überwiegend zu Hause und wird von (meist weiblichen) Angehörigen geleistet. Es ist aber davon auszugehen, dass diese Übernahme der Verantwortung für die Pflege der Angehörigen, die auf dem Generationenvertrag und der kulturellen Bedeutung der Familie beruht, künftig wegen eigener familiärer Verpflichtungen, höherer Mobilität oder einer sich verändernden Familienbindung abnehmen wird.⁴⁷ Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund werden dann stärker darauf angewiesen sein, ambulante und stationäre Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen⁴⁸.

2. Angebote kultursensibler Pflege, Pflegeberatung und Ausbildung

In den letzten Jahren sind einige Einrichtungen des Gesundheitswesens bestrebt, sich interkulturell zu

öffnen. Solche Prozesse werden jedoch kaum wissenschaftlich begleitet, daher fehlen empirische Daten, um die Vorgehensweisen zu bewerten.

Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen wollen, können dafür auf bestehende Leitfäden zurückgreifen, beispielsweise auf die „Handlungsempfehlungen für die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“⁴⁹ oder die „Standards für kultursensible Beratungsarbeit“⁵⁰. Das „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ aus dem Jahr 2002 bildet eine Grundlage für interkulturelle Öffnung in der Altenpflege; ursprünglich sollte es fortlaufend überarbeitet werden, das wurde jedoch nicht konsequent umgesetzt.

Der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit hat einen Praxisratgeber mit dem Titel „Kultursensibles Krankenhaus“ herausgegeben, in dem u. a. der Steuerungsprozess und die Handlungsfelder einer interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern theoretisch begründet und anhand von Good-Practice-Beispielen differenziert erläutert werden⁵¹.

Zanier (2015) empfiehlt in Anlehnung an die „Handreichung für eine kultursensible Altenpflege“ (2002)⁵², Kultursensibilität als einen kontinuierlichen, wechselseitigen und partnerschaftlichen Lernprozess zu verstehen, in dem sich die professionell Pflegenden, die Einrichtung und die Qualität der Konzepte und Leistungen weiterentwickeln. Dieser Prozess setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

- Wahrnehmung und Erkundung von Individuen, Gruppen, Gesellschaften, Kulturen oder Religionen,
- flexibles, der Situation angemessenes Erproben und Reflektieren des Umgangs mit Menschen anderer kultureller Prägungen,
- konstruktiver Umgang mit Unsicherheiten und Widersprüchen,
- Dialog und Beteiligung der Betroffenen bei der Gestaltung der Pflege, dazu gehört auch die Übernahme anwaltschaftlicher Verantwortung durch Pflegenden den Pflegebedürftigen gegenüber,
- Aufbau einer wertschätzenden, anerkennenden und vertrauensvollen Beziehung,
- Selbstreflexion und Bewusstmachung der eigenen Kulturgebundenheit und ein ehrlicher Umgang mit

47 Tüsün 2002; Matthäi 2015.

48 Mogar/von Kutzleben (2014) führten eine qualitative Studie mit sieben pflegenden Angehörigen (im Alter von 24 bis 51 Jahren) von Demenzerkrankten durch.

49 Kompetenzzentrum interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe 2013a.

50 Kompetenzzentrum interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe 2013b.

51 Tezcan-Güntekin 2015.

52 Herausgegeben von dem Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“.

Vorurteilen, Diskriminierung und Asymmetrie in der Pflegebeziehung,

- Fähigkeit zu Perspektivwechsel und einer systemischen Sicht,
- Aneignung von Wissen zu unterschiedlichen Kulturen und kommunikativen, sprachlichen, interkulturellen, integrativen und emotionalen Kompetenzen,
- eine offene, wertschätzende und respektvolle, aber auch authentische Haltung und
- eine differenzierte kulturelle, sprachliche und/non-verbale Verständigung⁵³.

Die Entwicklung einer kultursensiblen Haltung ist ein langer Prozess. Damit dieser in der Einrichtung umgesetzt werden kann, muss er von der Pflegedienstleitung unterstützt werden, denn neben finanziellen Ressourcen⁵⁴ muss dafür auch Zeit zur Verfügung gestellt werden, z. B. in Form von Freistellung des Pflegepersonals für Fortbildungen in kultursensibler Pflege u. Ä. Es liegt bereits eine kleine Zahl an Untersuchungen vor, die aufzeigen, welche Kriterien Angebote kultursensibler Pflege erfüllen sollten um von Menschen mit Migrationshintergrund angenommen zu werden.

2.1 Angebote kultursensibler Pflege

Die wenigen vorliegenden quantitativen Studien zeigen u. a., wie kultursensible Pflege in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern realisiert wird⁵⁵ und wie ambulante Pflegedienste mit der Anforderung von Kultursensibilität in der ambulanten Pflege umgehen⁵⁶.

Nach einer Studie zu 76 Berliner Sozialstationen hatte ein Viertel der Einrichtungen zur Zeit der Befragung gar keine und ein Viertel der Einrichtungen weniger als drei KlientInnen mit Migrationshintergrund, aber bei zehn Einrichtungen waren es 30 oder mehr⁵⁷. Zumeist handelte es sich dabei um türkeistämmige Menschen und Menschen aus den ehemaligen GUS-Ländern.

Von den examinierten Pflegekräften dieser Einrichtungen hatten etwa 20 Prozent selbst einen Migrationshintergrund; die meisten von ihnen waren

polnischstämmig, gefolgt von türkei- und russischstämmigen Pflegekräften. Die Leitungen der Sozialstationen beurteilten insgesamt ein Viertel der Pflegekräfte als für eine interkulturelle Pflege geeignet⁵⁸. Als Kriterien dafür nannten sie den Umgang mit tabuisierten Themen und Lebensbereichen, die Kenntnis religiöser Rituale, Lebensgewohnheiten, Wissen um das Krankheitsverständnis von KlientInnen mit Migrationshintergrund und Kommunikationsfähigkeit sowie bestimmte Umgangsformen. Den Ergebnissen der Studie zufolge wurden die Erwartungen der KlientInnen mit Migrationshintergrund an die Pflege den Befragten zufolge nur zum Teil erfüllt. Den Wunsch nach geschlechtsspezifischer Pflege und den Wunsch, religiöse Feiertage gemeinsam zu feiern, konnte nur rund die Hälfte der Einrichtungen „immer oder oft“ erfüllen. Einen starken Einbezug von Angehörigen und eine muttersprachliche Betreuung, wie sie sich die KlientInnen wünschten, konnte weniger als die Hälfte „immer oder oft“ leisten. Die Auswahl der in dieser Studie abgefragten Kriterien ist dahingehend zu bewerten, dass Kompetenz in kultursensibler Pflege auf das Verfügen über Wissen und Informationen reduziert wird und die Entwicklung einer reflexiven Haltung zu den Themen Kultur und Fremdheit nicht einbezogen wird. Diese ist für kultursensibles Handeln jedoch unerlässlich. Zudem können die Ergebnisse nicht als Beschreibung der aktuellen Situation in Deutschland gesehen werden, da die Studie sich räumlich auf Berlin beschränkt und schon älter ist.

Eine regionale Untersuchung zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg⁵⁹ zeigt, dass es sowohl im ländlichen als auch im städtischen Bereich Pflegeeinrichtungen bzw. -angebote gibt, bei denen mehr als die Hälfte der betreuten Menschen einen Migrationshintergrund haben. Bei diesen handelt es sich zu etwa 32 Prozent um stationäre und zu etwa 68 Prozent um ambulante Einrichtungen⁶⁰. Der Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund liegt in der Hälfte der befragten Einrichtungen bei über 20 Prozent; insgesamt gaben knapp 90 Prozent der Einrichtungen an, Menschen mit Migrationshintergrund zu beschäftigen. Rund 95 Prozent der Einrichtungen setzen Sprachvermittler ein, wobei dafür meist Verwandte der Pflegebedürftigen oder MitarbeiterInnen mit entsprechenden Sprachkenntnissen angesprochen werden. Die Hälfte der

53 Ebd.

54 Z. B. für Weiterbildungen zu kultursensibler Pflege.

55 Blum/Steffen 2012.

56 Kolleck 2007.

57 Ebd: n = 921 betreute Personen mit Migrationshintergrund bei den 76 ambulanten Pflegediensten insgesamt.

58 Kolleck 2007: 266.

59 Gladis et al. 2014

60 n = 1.231.

befragten Einrichtungen beachtet nach eigenen Angaben „interkulturelle Gesichtspunkte im Pflege- und Betreuungskonzept“, knapp ein Fünftel bietet Fortbildungen zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz an, etwa 8 Prozent halten mehrsprachiges Informationsmaterial vor und etwa ein Fünftel kooperiert mit Migrantenorganisationen. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen beobachtet bei sich einen Zuwachs an Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und mehr als ein Drittel sieht in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund Handlungsbedarf⁶¹. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass in ambulanten, aber auch stationären Einrichtungen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund inzwischen tendenziell zum Alltag gehören, viele der Einrichtungen sehen sich aber noch nicht strukturell auf kultursensible Pflege eingestellt haben. Kritisch zu betrachten ist vor allem, dass sehr häufig Familienmitglieder eingesetzt werden, um zu übersetzen. Denn abgesehen davon, dass eine solche Lösung ethisch bedenklich ist, können dabei Kommunikationsprobleme aufgrund von Scham auftreten. Aufgrund des regionalen Bezugs der Studie lassen sich die Ergebnisse nicht auf andere Regionen übertragen, aber durch die Erfassung von Strukturmerkmalen wie ländlich/städtisch sind sie dennoch aufschlussreich.

Eine Untersuchung zur Kultursensibilität in 57 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen⁶² hat ergeben, dass knapp die Hälfte der teilnehmenden Häuser bei der Aufnahme im Krankenhaus migrationspezifische Merkmale der Patienten wie Übersetzungsbedarf, Sprachkenntnisse, Essgewohnheiten oder Wertvorstellungen erfasst. Diese Informationen werden jedoch kaum ausgewertet und im Klinikalltag umgesetzt. 7 Prozent (n = 4) der Krankenhäuser hatten zum Zeitpunkt der Befragung verbindliche Ziele zur Kultursensibilität festgelegt; in einem Fünftel war ein solcher Prozess geplant. Konkrete Maßnahmen wurden in gut einem Fünftel der Krankenhäuser bereits umgesetzt, in 16 Prozent war dies geplant. Ein Viertel der Einrichtungen hatte noch keine entsprechenden Pläne, bezeichnete Kultursensibilität aber als „Zukunftsthema“. In über einem Drittel der Krankenhäuser war Kultursensibilität kein Thema, und dies war auch für die Zukunft nicht angedacht. In einem Drittel der Krankenhäuser fanden regelmäßige Fortbildungen⁶³ zum Thema Kultursensibilität statt; darin ging es um interkulturelle Sensibilisierung, den Aufbau von

Handlungswissen oder die Umsetzung dieses Wissens in die Praxis.

Im Rahmen einer regionalen Studie in Frankfurt/Main⁶⁴ wurden im Jahr 2013 46 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen befragt. Daraus geht hervor, dass 59 Prozent dieser Einrichtungen keine praktischen Maßnahmen für eine interkulturelle Öffnung ergriffen haben und 81 Prozent dies auch nicht planen. Da sich an der Studie nur wenige Krankenhäuser beteiligt haben (die Rücklaufquote betrug 16 %), ist allerdings von einer Verzerrung der Ergebnisse auszugehen. Denn vermutlich haben sich an der Studie mehr Krankenhäuser beteiligt, die sich ohnehin mit dem Thema auseinandersetzen, als solche, bei denen das nicht der Fall ist. Fest steht, dass das Thema Kultursensibilität nur in wenigen Krankenhäusern in NRW als relevant angesehen wird, obwohl in diesem Bundesland vergleichsweise viele Menschen mit Migrationshintergrund leben. Somit ist die interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern nicht annähernd flächendeckend initiiert. Noch bedenklicher ist, dass viele Krankenhäuser nicht einmal vorhaben, die Gestaltung der Versorgung an eine kulturell heterogene Klientel anzupassen.

Aus einer neuen Studie, die Giese et al. (2015) in einem konfessionellen Krankenhaus der Maximalversorgung durchgeführt haben, geht in Bezug auf Kultursensibilität hervor, dass gut die Hälfte der PatientInnen mit einem türkischen Migrationshintergrund die Möglichkeiten zum Gebet in diesem Krankenhaus als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ wahrnimmt, wobei für fast alle 121 Befragten die Religion im Leben „ziemlich“ oder „äußerst“ wichtig ist. Außerdem geben fast alle Befragten an, dass es „ziemlich“ oder „äußerst“ schwierig sei, die islamischen Gebote einzuhalten, weil das Essen im Krankenhaus nicht den religiösen Vorgaben entspreche. Die meisten befragten Frauen (79 %) geben an, aber auch viele Männer (40 %) geben an, dass ihnen eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft „ziemlich“ oder „äußerst“ wichtig ist⁶⁵. Die Ergebnisse dieser Studie sind allerdings nur begrenzt aussagekräftig, da sie sich ausschließlich auf das Krankenhaus beziehen, in dem die Studie durchgeführt wurde, und ausschließlich auf muslimische PatientInnen. Es wäre zu begrüßen, wenn in solchen Studien die drei Kategorien Religionsausübung, Ernährung und geschlechtsspezifische Behandlung noch um andere Aspekte ergänzt würden, die für kultursensible Pflege relevant sind und einen direkten Bezug zur Lebenswelt von PatientInnen

61 Gladis et al. 2014.

62 Ab 50 Betten; 357 Krankenhäuser waren angefragt, 16 Prozent haben an der Studie teilgenommen.

63 In den Krankenhäusern, wo regelmäßig Fortbildungen zu kultursensibler Pflege angeboten wurden, richteten sich diese zu 94,7 Prozent an Pflegekräfte, zu 21,1 Prozent an ÄrztInnen und zu 15,8 Prozent an das sonstige Personal.

64 Barg et al. 2013.

65 Giese et al. 2015.

haben⁶⁶. Grundsätzlich ist aber zu begrüßen, dass diese Studie die Kultursensibilität des Krankenhauses aus der Sicht der PatientInnen untersucht und damit die Nutzerperspektive einbezieht.

Insgesamt macht die Studienlage bei Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen Defizite in der Bereitschaft zu einer interkulturellen Öffnung bzw. in deren Umsetzung deutlich. Ob das Thema in seiner aktuellen Relevanz bei Krankenhäusern bzw. Pflegedienstleitungen noch nicht „angekommen“ ist oder es trotz hoher Zahlen von PatientInnen mit Migrationshintergrund und entsprechender Bedarfe innerhalb der Krankenhausorganisation nicht als dringlich genug erachtet wird, lässt sich nicht eindeutig bestimmen. Doch auch Krankenhäuser, die dies bislang nicht getan haben, werden in den kommenden Jahren nicht umhinkommen, Maßnahmen für eine interkulturelle Öffnung zu ergreifen. Eine verlässliche Aussage für die interkulturelle Öffnung in Krankenhäusern in ganz Deutschland ist nicht möglich, da es sich bei den vorliegenden Studien um regionale Untersuchungen aus zwei Bundesländern handelt.

2.2 Good-Practice-Beispiele für kultursensible pflegerische Angebote

Die im Folgenden dargestellten Good-Practice-Beispiele wurden von den AutorInnen anhand des Kriteriums der Orientierung an einer Klientel mit Migrationshintergrund als solche bewertet. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; vielmehr sollen exemplarisch Angebote vorgestellt werden, die von Menschen mit Migrationshintergrund tatsächlich angenommen werden⁶⁷.

„Aliacare“ steht für betreutes Wohnen für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Demenzerkrankungen. Derzeit werden hier 40 meist türkeistämmige Pflegebedürftige in fünf Wohngemeinschaften mit jeweils sieben bis neun BewohnerInnen betreut. Die Wohngemeinschaften befinden sich in drei Berliner Bezirken, in denen viele türkeistämmige Menschen wohnen; so verlieren die BewohnerInnen durch den Umzug in die Wohngemeinschaft nicht ihr gewohntes Umfeld, ihre sozialen Kontakte und die Nähe zu ihren Familien. Die BewohnerInnen werden von zumeist türkischsprachigen Pflegepersonen rund um die Uhr gepflegt. Gemeinsam werden kulturspezifische Gerichte gekocht. Die Essenszeiten sind flexibel

und bedarfsorientiert; beispielsweise ist Mittagessen um 12 Uhr in der Türkei eher unüblich, in der Regel wird dort später zu Mittag gegessen. Besonders hervorzuheben ist, dass die Einrichtung gemeinsam mit den BewohnerInnen und Pflegepersonen Reisen in die „Heimat“ organisiert, an denen diejenigen teilnehmen können, deren Demenzerkrankung das noch zulässt.

Die alternative Wohnform „Veringeck“ in Hamburg ist ein Haus für betreutes Wohnen. In den ersten beiden Stockwerken werden 18 kleine Wohneinheiten an eine multikulturelle Klientel vermietet. In der dritten Etage wird eine Wohn-Pflege-Gemeinschaft für türkeistämmige Menschen mit Demenz betrieben. Im Erdgeschoss befinden sich eine kultursensible Tagespflege⁶⁸, ein Hamam (türkisches Bad) und ein Café sowie ein Gemeinschaftsraum. Die Tagespflege wird von einem kultursensiblen Pflegedienst betrieben, der auch den Pflegedienst in der Wohn-Pflege-Gemeinschaft übernimmt. Die BewohnerInnen der Wohneinheiten können ebenfalls Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Einen niedrighschwelligigen Zugang zu Information und Beratung für türkeistämmige Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen bietet das Projekt „Die doppelte Fremde – Migration und Demenz. Kultursensible Begegnungen im Quartier“ in Wiesbaden-Biebrich an. Quartiersbezogene, aufsuchende Beratung und ein kultursensibles Betreuungsangebot für türkeistämmige Menschen mit Demenz werden im Rahmen der „Lokalen Allianzen für Demenz“ konzipiert und im Stadtteil Wiesbaden-Biebrich implementiert. Dabei werden kulturspezifische und lebensweltprägende Einflüsse berücksichtigt. So werden türkeistämmige Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen aus der unfreiwilligen Isolation geholt (bzw. davor bewahrt), die u. a. aus einem Informations- und Wissensdefizit resultiert. Das Projekt leistet somit einen Beitrag zur Inklusion von Menschen mit Demenz und wirkt insbesondere der Marginalisierung von türkeistämmigen Menschen mit Demenz entgegen.

Die russischsprachige ambulante Pflegewohngruppe „Nascha Kwartihra“ („unsere Wohnung“) bietet russischsprachigen Demenzkranken die Möglichkeit zusammenzuleben. Die Pflege und Betreuung orientiert sich neben den individuellen Bedürfnissen auch am kulturellen Hintergrund der Erkrankten. So wird sie u. a. von russischsprachigem Personal geleistet. An Demenz erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund verlieren früh ihre Zweitsprache Deutsch; so haben die BewohnerInnen weiterhin die Möglichkeit,

66 Droste et al. 2015.

67 Grundsätzlich bedarf es mehr Interventions- und Evaluationsstudien, aus denen hervorgeht, inwieweit kultursensible Beratungs- und Pflegeangebote tatsächlich genutzt werden.

68 In dieser Einrichtung werden Herkunft, Sprache, Religion, Geschlecht, Lebensbiografie sowie persönliche Neigungen und Interessen, Essensgewohnheiten, Traditionen, Sitten und Gebräuche der Kunden in die pflegerische Betreuung einbezogen und diese entsprechend angepasst.

sich untereinander und mit dem Pflegepersonal in der Muttersprache auszutauschen.

2.3 Angebote kultursensibler Beratung

Pflegeberatung muss bestimmte Voraussetzungen erfüllen, damit sie von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund angenommen wird. Eine quantitativ angelegte Studie zur Pflegeberatung für russischstämmige Menschen⁶⁹ zeigt, dass russischsprachige MigrantInnen durch das „Pflegeraster“ des für sie zuständigen Pflegestützpunkts⁷⁰ fallen. Dieser befindet sich in einem Stadtteil Bremens, in dem viele russischstämmige Menschen leben. Nach dieser Studie hatte die Hälfte der Befragten eine pflegebedürftige Person in der Familie, aber nur 10 Prozent hatten von dem Pflegestützpunkt vor Ort gehört, und diese hatten ihn trotz Bedarfs nicht in Anspruch genommen. Gesundheits- und Pflegeberatung erachtet mehr als die Hälfte der Befragten als wichtig, und nahezu alle würden es begrüßen, wenn sie darüber persönlich informiert, Informationsbroschüren verteilt und muttersprachliche Multiplikatoren eingesetzt würden. 95 Prozent der Befragten wünschen sich eine Aufklärung darüber in Arztpraxen⁷¹. Bei der Beratung ist russischstämmigen Menschen Geduld, Verständnis und Offenheit für individuelle Bedürfnisse besonders wichtig, außerdem Wissen um die jeweilige Kultur und zielgruppenspezifische Besonderheiten wie z. B. Dankbarkeitsbekundungen und Zurückhaltung. Die Studie verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Barrieren für eine Inanspruchnahme von Pflegeberatung zu beseitigen da bestehende Angebote wie die Pflegeberatung im Quartier russischstämmige Pflegebedürftige offensichtlich nicht erreichen. Limitiert ist die Studie durch die Beschränkung auf einen Bremer Stadtteil und die kleine Stichprobe. Interessant wäre zu untersuchen, ob sich das auch in anderen Regionen so verhält.

Eine Weiterentwicklung kultursensibler Beratungsangebote ist als Ergebnis des Projektes „OPEN – Inter-

kulturelle Öffnung der Pflegeberatung“⁷² zu erwarten, das sich zum Ziel gesetzt hat, kulturspezifische Informationsmaterialien über Versicherungsansprüche und Versorgungsangebote im Bereich Pflege und individuelle Pflegeberatung zu entwickeln, die sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Migrationshintergrund orientieren; damit soll es familiäre und nachbarschaftliche Pflegearrangements durch unterschiedliche, an die Bedürfnisse der Pflegenden angepasste Maßnahmen unterstützen⁷³.

Es existieren nur wenige Studien zur interkulturellen Öffnung der Pflegeberatung; vereinzelt gibt es bereits Angebote kultursensibler Pflegeberatung, die durchaus nachahmenswert sind (s. Kap. 2.4). In den meisten Regionen Deutschlands fehlen jedoch spezifische Konzepte für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund, und die beteiligten Akteure sind oft nicht entsprechend kultursensibel ausgebildet⁷⁴.

Um kultursensible Pflegeberatung flächendeckend zu etablieren, müssen die Pflegeberatungen in den Pflegestützpunkten⁷⁵ sich interkulturell öffnen und die BeraterInnen kultursensibel geschult werden. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörige müssen frühzeitig Informationen über das Pflegesystem und Zugang zu den entsprechenden Angeboten erhalten. Bei Bedarf sollten kultursensibel geschulte, ggf. auch muttersprachliche Case Manager eingesetzt werden.

2.4 Good-Practice-Beispiele für kultursensible Pflegeberatung

Die meisten der hier vorgestellten Good-Practice-Beispiele beziehen sich auf die Beratung demenzkranker Menschen mit Migrationshintergrund und ihrer pflegenden Angehörigen, da eine Demenzerkrankung bei Menschen mit Migrationshintergrund das Gesundheits- und Pflegesystem, aber auch die Familien vor besondere Herausforderungen stellt. Wie u. a. auch die regionale

69 Mayer/Becker 2011; n = 50, russischsprachige Menschen in einem Bremer Stadtteil, Alter zwischen 30 und 83 Jahren.

70 Das Bundesministerium für Gesundheit definiert Pflegestützpunkte folgendermaßen: „Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung“. Kultursensible Schulungen sind für die MitarbeiterInnen bislang nicht verpflichtend.

71 Ebd.

72 Bei diesem Praxisforschungsprojekt handelt es sich um eine in diesem Jahr begonnene Kooperation zwischen der Frankfurt University of Applied Science, der Hochschule Rhein/Main Wiesbaden/Rüsselsheim und der Katholischen Hochschule.

73 Blaß 2015.

74 Schmidt 2009.

75 Seit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 ist vorgesehen, dass Pflegestützpunkte eingerichtet werden, wenn die oberste Landesbehörde dies bestimmt. In der Folge sind in vielen Kommunen Pflegestützpunkte entstanden, die als Anlauf- und Beratungsstelle für alle pflegerelevanten Fragen fungieren. Sie bieten eine unabhängige und umfassende Beratung an und unterstützen die Planung und Organisation einer individuellen Versorgung, dabei nutzen sie die bestehenden Netzwerke und bauen diese weiter aus; außerdem bemühen sie sich darum, bürgerschaftliches Engagement weiterzuentwickeln (vgl. Schaeffer/Kuhlmey 2008).

qualitative Studie von Gladis gezeigt hat⁷⁶, verlieren demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund im Krankheitsverlauf die deutsche Sprache, die sie oft erst später erlernt haben, und sind darauf angewiesen, dass sie in ihrer Muttersprache kommunizieren können. Eine Demenzerkrankung wird unterschiedlich gesehen; in manchen Kulturen gilt sie nicht als Krankheit, sondern als Alterserscheinung und wird entsprechend nicht behandelt. In vielen Kulturen ist Demenz tabuisiert, eine Erkrankung führt zur Isolierung der betreffenden Familie. Daher übernehmen die Angehörigen die Pflege in der Regel selbst, was zu Überforderung führen kann.

Das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Gelsenkirchen fungiert seit 2004 als Anlauf- und Beratungsstelle sowohl für pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund als auch für psychosoziale und pflegerische Einrichtungen. Das vielseitige Serviceangebot umfasst u. a. Materialien zum Thema Demenz in türkischer, russischer und polnischer Sprache. Darüber hinaus bietet die AWO Pflegekurse für russischsprachige Angehörige an und bildet türkische AlltagsbegleiterInnen aus⁷⁷. Die AWO Berlin-Kreuzberg führt Pflegeberatung in türkischer und deutscher Sprache durch.

In Bielefeld⁷⁸, Berlin⁷⁹ und Gelsenkirchen wurden türkischsprachige Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen organisiert. Sie bieten den Angehörigen die Möglichkeit, sich über die Erkrankung, den individuellen Umgang mit der häuslichen Pflegesituation oder die Leistungen der Pflegeversicherung auszutauschen, und wirken damit auch der Isolation von Familien mit pflegebedürftigen Personen entgegen.

2.5 Kultursensibilität in den Curricula der Pflegefachberufe

In den Curricula der Pflegefachberufe spielt Kultursensibilität im Rahmen einer generalistischen Ausbildung eine zunehmend größere Rolle⁸⁰; der Nachwuchs in

den Pflegefachberufen sollte also grundsätzlich für den Umgang mit kulturell unterschiedlich geprägten Menschen im pflegerischen Alltag sensibilisiert werden. Die Ausgestaltung der Curricula der Pflegefachberufe obliegt jedoch den Ländern. Entsprechend wird dem Thema „Kultursensible Pflege“ sehr unterschiedliche Bedeutung zugemessen; zum Teil wird es in der Ausbildung nur am Rande behandelt⁸¹. Die konkrete Ausgestaltung dieses Bereichs in den Curricula soll im Folgenden anhand einiger Beispiele dargestellt und diskutiert werden.

In Niedersachsen⁸² enthalten die Rahmenrichtlinien für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege im Lernfeld „Pflegesituation bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten“ einen kleinen Abschnitt, der auf spezifische Lebenssituationen bezogen auf Familie, Kultur, Religion, ethnische Aspekte und Gruppenzugehörigkeit hinweist. Eine Reflexion der eigenen Kultur oder die reflexive Entwicklung einer kultursensiblen Haltung, die für kultursensibles Handeln zwingend notwendig ist, ist nicht vorgesehen. Im Curriculum für Rheinland-Pfalz⁸³ steht in diesem Rahmen die Wissensaneignung zu Themen wie Religion, Situation von MigrantInnen in Deutschland und transkulturelle Pflegeanamnese im Vordergrund, ein reflexiver Umgang mit dem Thema kultursensible Pflege ist aber nicht explizit vorgesehen. Darüber hinaus sollen Menschen aus fremden Kulturen in den Unterricht eingebunden werden. Offen bleibt dabei, ob dies einen konstruktiven Umgang mit anderen Kulturen im Sinne eines „Diversity Managements“ fördert oder Unterschiede eher noch betont. In Bayern⁸⁴ sieht das Curriculum kein spezifisches Modul und keine Unterrichtseinheit zu Kultursensibilität in der Pflege vor. In Brandenburg⁸⁵ hingegen sind 18 Unterrichtsstunden den Besonderheiten der Pflege bei Patienten/Klienten aus anderen Kulturkreisen gewidmet. Außerdem sollen Hintergründe und Ursachen von Migration, die soziale Situation der MigrantInnen und Besonderheiten der Weltreligionen behandelt werden. Allerdings wird der Kulturbegriff hier auf die Religionszugehörigkeit reduziert. Dass die Auszubildenden in einem Prozess

76 Gladis et al. (2014) führten eine Befragung und neuropsychologische Untersuchungen mit 82 UntersuchungsteilnehmerInnen mit Migrationshintergrund durch.

77 Die AWO Köln und die AWO Bielefeld bieten dies ebenfalls an.

78 In Bielefeld werden diese Gruppen vom Paritätischen Wohlfahrtsverband organisiert.

79 Die AWO Berlin-Kreuzberg und das Informationszentrum für demenziell und psychisch erkrankte sowie geistig behinderte Migranten und ihre Angehörigen (IdeM) in Friedenau bieten Selbsthilfegruppen für türkeistämmige pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz an.

80 Schmidt-Richter 2012.

81 Zanier 2015.

82 <http://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/kpfl.pdf>

83 http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/2013_Bericht_aus_der_Pflege1.pdf

84 https://www.isb.bayern.de/download/8924/lpr_oktober_2005.pdf

85 http://www.mlul.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/rp_krankenpflege.pdf

der Auseinandersetzung damit lernen, ihre eigene Kultur und die des Gegenübers zu reflektieren, ist nicht vorgesehen. Ganz anders in Hessen:⁸⁶ Dort trägt das entsprechende Modul den Titel „Fremdsein in einer Gesellschaft“. Hier soll detailliertes Wissen zu Migration und Gesellschaft, aber auch zu kultursensibler Pflege und kulturspezifischer Kommunikation vermittelt werden. Darüber hinaus ist explizit eine „konstruktive Auseinandersetzung“ mit verschiedenen Formen des Fremdseins vorgesehen. Eine ähnlich große Rolle spielt kultursensible Pflege im Curriculum der Pflegefachberufe in Nordrhein-Westfalen⁸⁷: Hier sind 20 Stunden für die Lerneinheit „Pflegehandeln personenbezogen ausrichten: Menschen aus fremden Kulturen“ vorgesehen. Laut der Beschreibung beinhaltet das Modul die Vermittlung von Wissen sowohl zu religiösen Ritualen, Traditionen und Bräuchen anderer Kulturen als auch zur soziokulturellen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund. Im Zentrum des Moduls steht Reflexion zum Thema Kultur. Die Ausgestaltung dieses Moduls im Curriculum von NRW verspricht eine dem Thema angemessene reflexive Herangehensweise, die die PflegeschülerInnen für kultursensible Pflege sensibilisieren kann.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Umgang mit dem Thema „Kultursensibilität in der Pflege“ in den Curricula der Pflegefachberufe sehr heterogen und wenig standardisiert ist. Angesichts seiner steigenden Relevanz sollte das Thema künftig verpflichtend mit einer bestimmten Stundenzahl in die Curricula aufgenommen werden. Es sollte eine Reflexion der eigenen Kultur und der des Gegenübers beinhalten, um die Entwicklung einer kultursensiblen Haltung zu fördern, die für die Pflege notwendig ist. Als Orientierung für die Gestaltung des Themas Kultursensibilität in der pflegerischen Ausbildung könnte das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebene „Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung“ dienen. Es ist zwar bereits 2005 erschienen, seine Inhalte sind jedoch weiterhin aktuell.

Einige gute Beispiele für die Einbindung kultursensibler Pflege in die pflegerische Ausbildung sind bereits vorhanden und werden im Folgenden vorgestellt.

2.6 Good-Practice-Beispiele in der Aus- und Weiterbildung

Das Curriculum der Berufsfachschule für Altenpflege mit interkulturellem Schwerpunkt des Berufsbildungs-

werks in Berlin-Kreuzberg ist auf Auszubildende mit Migrationshintergrund zugeschnitten. Neben dem Fachunterricht bietet es auch Sprachkurse für Deutsch an. Die Berufsfachschule hat sich u. a. zur Aufgabe gemacht, die Auszubildenden auch für „deutsche“ Kulturen zu sensibilisieren.

Die Landesregierung Baden-Württemberg fördert seit 2013 ein Projekt, das langzeitarbeitslose Frauen mit Migrationshintergrund in einem einjährigen Programm zu Altenpflegehelferinnen ausbildet. Die Frauen werden bei der Aufnahme der Ausbildung unterstützt (z. B. durch Hilfe bei der Bewerbung) und im Verlauf der Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften intensiv begleitet, um einen erfolgreichen Abschluss zu fördern.

Die Alice-Salomon-Hochschule in Berlin hat ein spezielles Weiterbildungskonzept für interkulturelle Pflegeberatung entwickelt, das neben einem Basis- und einem Aufbaumodul „Case Management“ auch Themen wie Migration, Alter, Behinderung, Geschlechtsspezifika, sexuelle Orientierung sowie Module zur Basiskommunikation „Russisch“ und „Türkisch“ beinhaltet⁸⁸.

3 Nutzung von Pflegeangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund

Dass Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gesundheitliche und pflegerische Angebote in unterschiedlichem Maße nutzen, kann u.a. auf einen ungleichen Zugang dazu zurückgeführt werden. Im Folgenden werden Faktoren auf verschiedenen Ebenen diskutiert, die die Nutzung pflegerischer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund begünstigen oder hemmen können.

Ein Aspekt, der die Nutzung gesundheitlicher oder pflegerischer Angebote verhindern kann, ist der *Versicherungsstatus*. So wird beispielsweise irregulären Migrantinnen und Asylsuchenden nur eine begrenzte medizinische Versorgung zugestanden. Dadurch entsteht eine institutionelle Barriere (s. auch Kap. 4).

Wenn Menschen die deutsche Sprache nicht oder unzureichend beherrschen, können *Kommunikationsprobleme* dazu führen, dass sie Informationen zu Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung nicht verstehen oder dass die mangelnde sprachliche Verständigung es unmöglich macht, ein konkretes Angebot zu nutzen.

Kulturbedingte Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit können dazu

86 http://www.examenfragen.de/Rahmenlehrplan_Hessen.pdf

87 http://www.mais.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf

88 Bundesministerium für Gesundheit 2011.

führen, dass die Betroffenen oder ihre Familien gar keinen Bedarf an pflegerischer Versorgung erkennen oder dass sie zwar eine Pflegebedürftigkeit sehen, das kulturelle Selbstverständnis aber nicht vorsieht, formale pflegerische Hilfen in Anspruch zu nehmen⁸⁹. Ein heterogenes Rollenverständnis in Bezug auf Geschlecht, Generationen oder Professionen kann zudem bewirken, dass Pflege nicht als professionelle Tätigkeit anerkannt ist. Dann wird professionelle Unterstützung womöglich nicht als notwendig angesehen oder es wird davon ausgegangen, dass die notwendige Pflege von der Tochter oder Schwiegertochter übernommen wird, weil dies eine Verpflichtung und für den Familienzusammenhalt konstitutiv ist.

Schließlich kann auch migrationsbezogene *Diskriminierung* in deutschen Behörden oder anderen Bereichen des gesellschaftlichen Zusammenlebens die Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer pflegerischer Angebote verhindern oder einschränken⁹⁰.

Geringe Inanspruchnahme pflegerischer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund kann auch darin begründet sein, dass viele der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund hier ihren Lebensmittelpunkt haben, jedoch mit dem Herkunftsland z. B. über regelmäßige und/oder längere Aufenthalte dort verbunden bleiben. Im Rentenalter ist eine solche transnationale Lebensweise häufiger zu beobachten und hat andere Gründe als in jüngeren Jahren. Wenn Menschen mit Migrationshintergrund in Form einer Pendelmigration im Wechsel mehrere Monate des Jahres im Herkunfts- und im Zielland leben, nutzen sie häufig Gesundheitsleistungen in den beiden Ländern parallel, was zum einen mit einer diskontinuierlichen Medikamenteneinnahme und entsprechender gesundheitlicher Gefährdung einhergehen kann, zum anderen aber auch eine kostenintensive Doppel- und damit Überversorgung zur Folge haben kann⁹¹.

Angesichts der vielfältigen Faktoren, die die Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen durch die sehr heterogene Bevölkerung (nicht nur mit Migrationshintergrund) beeinflussen, muss die pflegerische Versorgung im Sinne eines „Diversity Management“ auf die vielfältigen individuellen Lebensumstände und Bedürfnisse abgestimmt werden⁹².

Das Nutzungsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund gibt Hinweise darauf, dass pflegerische Angebote in Deutschland zum Teil unzureichend auf die zunehmende Diversität der NutzerInnen ausgerichtet sind. Laut einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit⁹³ nehmen 79 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ausschließlich Pflegegeld in Anspruch. In der autochthonen Bevölkerung ist Pflegegeld mit 70 Prozent die zweithäufigste Leistung der Pflegeversicherung. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Pflegegeld unterscheiden sich die beiden Bevölkerungsgruppen also nicht erheblich.

Am häufigsten nehmen Menschen mit wie ohne Migrationshintergrund (86 % vs. 81 %) Pflegehilfsmittel in Anspruch. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln dem Bedarf der Pflegebedürftigen entspricht. Das zeigt ein quantitativer Bericht über Pflegehilfsmittel⁹⁴, der über alle betrachteten Bevölkerungsgruppen hinweg nur rund ein Drittel aller Prozesse der Hilfsmittelversorgung als rundum gelungen beurteilt. Bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund können fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse eine falsche Anwendung von Pflegehilfsmitteln zusätzlich verstärken, wie eine qualitative Studie belegt⁹⁵. Um repräsentative Aussagen zur diesbezüglichen Mängel Lage bei Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, wären quantitative Studien zur Pflegehilfsmittelversorgung notwendig.

Andere Leistungen wie Kurzzeitpflege, ausschließlicher Bezug von Sachleistungen sowie teilstationäre Leistungen werden nach der Studie des Bundesministeriums für Gesundheit grundsätzlich in geringerem Maße und von Menschen mit Migrationshintergrund nur etwa halb so oft wie in der vergleichbaren autochthonen Bevölkerung genutzt.

Stationäre pflegerische Versorgung nehmen Menschen mit Migrationshintergrund in geringerem Maße als die autochthone Bevölkerung in Anspruch. 9 Prozent der BewohnerInnen in Pflegeheimen haben einen Migrationshintergrund, und von diesen gaben drei Viertel an, dass Deutsch ihre Muttersprache sei. Da die Studie des Ministeriums nur sehr wenige PflegeheimbewohnerInnen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch (n = 48) berücksichtigte, waren differenziertere statistische Analysen zu dieser Grup-

89 Razum et al. 2008: 107.

90 Razum et al. 2008: 107.

91 Bilecen/Tezcan-Güntekin 2014.

92 Broszka/Razum 2011a.

93 n = 1.500 Pflegehaushalte, davon 8 Prozent mit Migrationshintergrund.

94 Gröning et al. 2014; n = 474. Ausgewertet wurden Qualitätschecks, in denen u.a. die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch PflegetrainerInnen im Rahmen von Pflegetrainings geprüft wurden. Pflegetrainings werden im Rahmen des Projektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“ zum Übergang von Pflegebedürftigen vom Krankenhaus in die Häuslichkeit angeboten und im Krankenhaus und in der Häuslichkeit mit den pflegenden Angehörigen durchgeführt.

95 Glodny/Yılmaz-Aslan 2014.

pe nicht möglich⁹⁶. Die Inanspruchnahme stationärer Pflege durch Menschen mit Migrationshintergrund wurde auch in einer regionalen Studie in Baden-Württemberg untersucht⁹⁷. Danach haben 9,7 Prozent der BewohnerInnen in den befragten 649 stationären Pflegeeinrichtungen einen Migrationshintergrund; das entspricht nahezu exakt den deutschlandweiten Ergebnissen der BMG-Studie.

Häusliche Pflege ist bei Menschen mit Migrationshintergrund üblicher als professionelle Pflege. Insbesondere türkeistämmige Menschen werden zu 98 Prozent zu Hause und ausschließlich von Angehörigen gepflegt, weil dies als „Familiensache“⁹⁸ verstanden wird⁹⁹; nur 2 Prozent leben in Pflegeheimen.

Tabelle 1 verdeutlicht die unterschiedliche Inanspruchnahme von ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung durch türkeistämmige und nicht türkeistämmige Pflegebedürftige aus der Mehrheitsbevölkerung¹⁰⁰.

Die Übersicht zeigt, dass sich die Anteile der beantragten Leistungen aus den verschiedenen Bereichen zwischen türkeistämmigen und nicht türkeistämmigen Pflegebedürftigen deutlich unterscheiden. Besonders bei ambulanten Geldleistungen und vollstationärer Pflege sind die Unterschiede gravierend. Abgesehen

von ambulanten Pflegegeldleistungen nehmen türkeistämmige Pflegebedürftige und ihre Angehörigen insgesamt wenig ambulante, teilstationäre oder stationäre Leistungen in Anspruch – auch bei einer höheren Pflegestufe der Erkrankten¹⁰¹. Eine höhere Inanspruchnahme stationärer Pflege durch türkeistämmige Pflegebedürftige zeigt eine Studie aus Baden-Württemberg: Danach werden 88 Prozent der türkeistämmigen Pflegebedürftigen ambulant versorgt und 12 Prozent stationär.

Formelle Hilfen wie ambulante Pflege nehmen türkeistämmige pflegende Angehörige häufig erst dann in Anspruch, wenn die häusliche Pflege von der Familie allein nicht mehr geleistet werden kann. Dabei beschreiben sie die Nutzung dieses Angebots nicht als entlastende Serviceleistung, sondern als Ausdruck der eigenen Not¹⁰².

Die regionale Studie aus Baden-Württemberg¹⁰³ zeigt, dass der Anteil stationär oder ambulant gepflegter Menschen mit Migrationshintergrund nach Herkunft variiert: Pflegebedürftige aus Polen werden mit knapp 16 Prozent am häufigsten in stationären Einrichtungen gepflegt, gefolgt von Menschen aus Russland (knapp 13 %), Rumänien (etwa 10 %), Tschechien und Ungarn (beide etwa 7 %) und Ka-

Tab. 1 Anteil der verschiedenen Arten von Leistungen an allen beantragten Leistungen der Pflegeversicherung bei türkeistämmigen und nicht türkeistämmigen Pflegebedürftigen in Westfalen-Lippe, 2001–2005

Leistungen der Pflegeversicherung	türkeistämmige Pflegebedürftige	nicht türkeistämmige Pflegebedürftige
Geldleistungen	91 %	42 %
ambulante Sach- und Kombileistungen	7 %	29 %
vollstationäre Pflege	2 %	29 %

Quelle: Okken 2007; Okken et al. 2008; eigene Darstellung

96 Bundesministerium für Gesundheit 2011: 132.

97 Gladis et al. 2014, Befragung ambulanter und stationärer Einrichtungen sowie Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg.

98 Vgl. Raven/Huisman 2000.

99 Hierfür wurden Datensätze des MDK Westfalen-Lippe zu Pflegebegutachtungen aus den Jahren 2001 bis 2005 quantitativ ausgewertet.

100 Die Pflegestatistik (2013) bietet Vergleichswerte für Pflegebedürftige aus der Gesamtbevölkerung. Danach nehmen 33 Prozent der Befragten ambulante Pflege in Anspruch und 29 Prozent stationäre Pflege; das entspricht in etwa den Ergebnissen von Okken et al. (2008).

101 Okken et al. 2008

102 Mogar/von Kutzleben 2015: Qualitative Studie mit sieben türkeistämmigen pflegenden Angehörigen von demenzerkrankten Menschen, von denen zwei formelle Hilfen in Anspruch nehmen. Da die geringe Anzahl der interviewten Personen keine Verallgemeinerung der Ergebnisse erlaubt, ist diese Aussage in erster Linie als eine Hypothese für weitere Studien zu verstehen.

103 Gladis et al. 2014.

sachstan (knapp 6 %). Die übrigen 40 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in stationären Einrichtungen stammen aus fast 40 Ländern; es handelt sich also um eine sehr heterogene Gruppe. Ambulante Pflege beanspruchen 19 Prozent der befragten russischstämmigen Pflegebedürftigen, gefolgt von Menschen aus der Türkei (knapp 17 %), Polen (etwa 8 %), Italien (knapp 7 %), Kasachstan (etwa 6 %) und Rumänien (knapp 5 %). Die Studie kann allerdings keine Auskunft darüber geben, wie sich die Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Pflegeleistungen nach Herkunftsland unterscheidet, denn dafür fehlen Zahlen zu den jeweiligen Bezugsbevölkerungen.

Aufgrund der regionalen Begrenzung der Studie haben die Ergebnisse nur Aussagekraft für Baden-Württemberg. Jedoch differenziert diese Studie bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund erstmals nach Herkunftsland und Pflegeform. Wünschenswert wäre, eine Studie mit einem ähnlich differenzierten Design deutschlandweit umzusetzen und parallel auch die jeweilige Bezugsbevölkerung zu erfassen¹⁰⁴.

Eine andere Perspektive wirft eine regionale Studie aus Hamburg auf: Danach ist eine Intoleranz von Pflegeheim-BewohnerInnen ohne Migrationshintergrund gegenüber Pflegeheim-BewohnerInnen mit Migrationshintergrund zu beobachten, die zu einer Isolierung dieser Gruppe führt¹⁰⁵. Solche Beobachtungen verweisen darauf, dass nicht nur das Personal für den Umgang mit Menschen unterschiedlicher Kulturen sensibilisiert werden muss; vielmehr sollte auch eine Sensibilisierung der Pflegebedürftigen angestrebt werden, die keinen Migrationshintergrund haben.

Insgesamt wird deutlich, dass die derzeitige Forschungslage zur Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Pflegeangebote von widersprüchlichen Ergebnissen gekennzeichnet ist, die kaum verlässliche Aussagen erlauben. Eindeutig belegt ist, dass das Pflegegeld von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund allgemein angenommen wird; außerdem zeichnen sich Tendenzen ab, die dahingehend interpretiert werden können, dass ambulante Pflege aktuell stärker angenommen wird als noch vor einigen Jah-

ren und auch die Nutzung stationärer Pflegeleistungen steigt. Dabei ist nicht auszuschließen, dass Menschen verschiedener Herkunft unterschiedliche Präferenzen und Bereitschaften hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Angebote haben.

4. Zugangsbarrieren und Gründe für ein spezifisches Inanspruchnahmeverhalten

4.1 Wissens- und Informationsdefizite

Informiertheit über die Möglichkeiten des Gesundheits- und Pflegesystems ist als Voraussetzung für dessen Nutzung zu verstehen. Die Möglichkeiten für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund oder ihre Angehörigen, sich über Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren, wurden einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit zufolge von etwas mehr als der Hälfte der Befragten mit Migrationshintergrund und von zwei Drittel der Befragten aus der autochthonen Bevölkerung als gut bzw. sehr gut eingeschätzt. Etwa zwei Drittel der Befragten mit wie ohne Migrationshintergrund fühlten sich über die Leistungen der Pflegeversicherung bereits gut informiert¹⁰⁶. Diese Ergebnisse der einzigen quantitativen Erhebung entsprechen allerdings nicht denen qualitativer Studien zur Informiertheit von Pflegebedürftigen (oder ihren Angehörigen)¹⁰⁷. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass für die BMG-Studie ausschließlich Menschen befragt wurden, die über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Ältere MigrantInnen haben jedoch im Durchschnitt schlechtere Deutschkenntnisse als die jüngere Generation¹⁰⁸. Vor allem bei türkeistämmigen Menschen ab 55 Jahren sind die Deutschkenntnisse nach eigener Einschätzung relativ schlecht.¹⁰⁹ Es ist anzunehmen, dass die Beteiligung dieser Bevölkerungsgruppe an der Studie unter dem Durchschnitt lag; dadurch wird vor allem die sog. *Health Literacy* (etwa: Gesundheitskompetenz) verzerrt abgebildet¹¹⁰ und infolgedessen überschätzt. Würden aus diesen Studienergebnissen Bedarfe abgeleitet, würde das zu einer

104 Ebd.

105 Pauli 2013; quantitative Befragung von 162 Pflegeheimleitungen in Hamburg.

106 Bundesministerium für Gesundheit 2011; n mit Migrationshintergrund = 120, Gesamtstichprobe = 1.500, Vergleichswert für Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund: 64 Prozent.

107 Tezcan-Güntekin 2014; Küçük 2013.

108 Nach einer Selbstauskunft zur Kompetenz im Umgang mit der deutschen Sprache ist diese mittelmäßig bis gar nicht vorhanden.

109 RAM 2006/2007 (Ausgewählte Migrantengruppen in Deutschland) mit n = 4.572 (vgl. BAMF 2008: 27).

110 Laut einer quantitativen Studie anhand von Daten aus dem *European Health Literacy Survey* von 2011 (Quenzel et al. 2015) ist die *Health Literacy* (häufig übersetzt mit „Gesundheitskompetenz“, zu der auch die Fähigkeit gehört, sich gesundheitsbezogene Informationen anzueignen) bei über 65-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund zu 81 Prozent problematisch oder inadäquat; dieser Wert liegt höher als der für die Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund (64 %).

Unterversorgung mit sprachspezifischen pflegerischen und beraterischen Angeboten führen.

Schenk (2014b)¹¹¹ kommt in einer quantitativen Studie, bei der die Befragung in der Muttersprache (Türkisch) durchgeführt wurde, zu deutlich anderen Ergebnissen: Danach fühlen sich 16 Prozent der Befragten zum Thema Pflege gut oder sehr gut informiert, etwa ein Drittel beurteilt den eigenen Informationsstand als „mittelmäßig“ und knapp die Hälfte als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Insbesondere wissen viele der Befragten nicht, welche Leistungen die Pflegeversicherung anbietet (70 %), wie man eine Pflegestufe beantragt (72 %) oder dass es Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gibt (73 %).

Auch bei russischstämmigen Menschen spielt Wissen für die Inanspruchnahme von Pflegestützpunkten eine Rolle. In einer entsprechenden Studie¹¹² geben alle Befragten an, dass sie einen Pflegestützpunkt deshalb nicht nutzen, weil sie seine Funktion nicht kennen oder nicht wissen, welche Kosten ihnen bei einer Inanspruchnahme von Leistungen entstehen. Grundsätzlich haben aber etwa 90 Prozent der Befragten schon von Angeboten stationärer und ambulater Pflege in Deutschland „gehört“. Interessant wäre in diesem Zusammenhang, welche (korrekten) Informationen die Befragten über Leistungen der Pflegeversicherung besitzen. Eine geringe Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen könnte bei dieser Bevölkerungsgruppe auch grundsätzlicher auf fehlendes Wissen über die Kostenübernahme zurückzuführen sein, denn in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion wird das Gesundheitssystem aus Kostengründen nur selten genutzt¹¹³.

Informationsdefizite können auch dazu führen, dass Familien beispielsweise eine Demenzerkrankung nicht als Krankheit wahrnehmen, sondern als Alterserscheinung. In dem Fall werden gesundheitliche oder pflegerische Leistungen somit und aufgrund eines fehlenden Problembewusstseins nicht in Anspruch genommen¹¹⁴.

4.2 Finanzielle Gründe

Wie bereits in Kap. 3 ausgeführt, werden Pflegegeldleistungen von Menschen mit und ohne Migrations-

hintergrund ähnlich häufig in Anspruch genommen. Pflegebedürftige, die ausschließlich das Pflegegeld für laufende Pflegeausgaben in Anspruch nehmen (89 % bzw. 83 %), begründen dies in den beiden Bevölkerungsgruppen ähnlich. Unterschiede zeigen sich jedoch darin, ob das Pflegegeld als für den Lebensunterhalt notwendig beurteilt wird: Das tun die Befragten mit Migrationshintergrund mit 39 Prozent häufiger als diejenigen ohne Migrationshintergrund (20 %). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass manche Familien ambulante Leistungen der Pflegeversicherung, auch wenn sie notwendig wären, zum Teil deshalb nicht in Anspruch nehmen, weil sie meinen, dass dann mit dem Pflegegeld ein substanzieller Anteil ihres Lebensunterhalts ganz oder teilweise wegfällt¹¹⁵. Dabei wissen Menschen mit Migrationshintergrund oft nicht, dass bei Inanspruchnahme von Tagespflege oder von Verhinderungspflege (z. B. Urlaubs- oder Krankheitsvertretung) nicht zwangsläufig das Pflegegeld wegfällt, sondern sich bei Nutzung von Kombinationsleistungen (z. B. Pflegegeld und Tagespflege) das Budget erhöhen kann, das die Pflegekasse zur Verfügung stellt.

Ein weiterer interessanter Befund aus der Studie des Bundesministeriums für Gesundheit ist, dass viele der Befragten (mit Migrationshintergrund: 52 %, ohne Migrationshintergrund: 42 %) angeben, das Pflegegeld habe ermöglicht, „andere Sachleistungen als vorgesehen“ in Anspruch zu nehmen. Da ein großer Teil der Pflegebedürftigen Pflegegeld bezieht, sollte in künftigen Studien der Frage nachgegangen werden, um welche Art von Sachleistungen es sich dabei handelt und – sofern es sich um pflegebezogene Leistungen handelt – ob es möglich ist, diese durch eine Weiterentwicklung des Pflegegesetzes künftig in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung einzubeziehen.

4.3 Sprachliche und kulturelle Barrieren

In der Studie des Bundesministeriums für Gesundheit (2011) war für 74 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund Deutsch die Muttersprache, nur 48 der insgesamt 120 Befragten¹¹⁶ hatten eine andere Mut-

111 Schenk 2014b.

112 Nicht repräsentative quantitative Studie mit n = 50.

113 Horn/Schaeffer 2013; Wittig et al. 2004.

114 Thiel 2013; 20 Interviews wurden mit ExpertInnen aus pflegerelevanten Berufen in Nürnberg geführt, zu deren Klientel auch MigrantInnen gehören.

115 Tüsün (2002) kommt zu einem anderen Ergebnis: In einer qualitativen Studie zu türkeistämmigen pflegenden Frauen zeigt er, dass für die Beibehaltung der familiären Pflege nicht finanzielle Gründe den Ausschlag geben, sondern Stolz der pflegenden Angehörigen auf die geleistete Pflege. Die Aussagekraft dieser Studie ist aufgrund der sehr kleinen Stichprobe (n = 5) allerdings erheblich eingeschränkt.

116 Bundesministerium für Gesundheit 2011. In dieser Studie wurden 1.500 Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person wohnt befragt. Von den Befragten haben nur 8 Prozent einen Migrationshintergrund (n = 120 für Befragte mit Migrationshintergrund).

tersprache angegeben. Hier wird nochmals deutlich, dass die Stichprobe dieser Studie offensichtlich nicht repräsentativ für die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland ist. Das Beherrschen der deutschen Sprache war eine Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie; dadurch entsteht ein Bias, das die Gültigkeit der Ergebnisse für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt in Frage stellt.

In dieser Studie gab ein Viertel der Befragten mit Migrationshintergrund an, außer Pflegegeld keine Leistungen der Pflegeversicherung zu nutzen, und begründete dies damit, dass bei den anderen Leistungen kulturelle und religiöse Belange nicht ausreichend berücksichtigt würden. Dieses Ergebnis kann so interpretiert werden, dass ein Viertel der Pflegegeldempfänger ggf. Angebote in Anspruch nehmen würde, die stärker auf die kulturellen und religiösen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe ausgerichtet sind. Sprachliche Barrieren scheinen hier eine geringere Rolle zu spielen, was nicht überrascht angesichts der Tatsache, dass für die meisten Befragten Deutsch die Muttersprache ist.

Anderen Studien zufolge wirken fehlende Sprachkompetenzen aber durchaus als Barriere für die Inanspruchnahme entsprechender Angebote: Von den russischstämmigen Befragten¹¹⁷ in einem Bremer Stadtteil nannten vier Fünftel dies als Grund dafür, dass sie den Pflegestützpunkt im Quartier nicht in Anspruch nehmen.

4.4 Exkurs: Begutachtung und Empfehlung einer Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung

Inwieweit pflegerische Angebote in Anspruch genommen werden, hängt unter anderem davon ab, ob die Kosten der Leistungen von der Pflegeversicherung übernommen werden, und dies wiederum ist an die Empfehlung einer Pflegestufe gebunden¹¹⁸. Der festgestellte Pflegebedarf entspricht bei pflegebedürftigen MigrantInnen häufiger (15 %) der höchsten Pflegestufe (Pflegestufe III) als bei Pflegebedürftigen der autochthonen Bevölkerung (9 %), was auf einen größeren Pflegebedarf schließen lässt¹¹⁹. Die Situation der

türkeistämmigen MigrantInnen weicht davon jedoch ab: Für sie wird seltener Pflegestufe III empfohlen als für Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund.

Die vorhandenen Daten zeigen kein einheitliches Bild zum Pflegebedarf. Es scheint, dass der Pflegebedarf bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig höher ist als in der autochthonen Bevölkerung; dies gilt aber offenbar nicht für alle Herkunftsgruppen. Möglich ist, dass viele ältere MigrantInnen unzureichend informiert sind und deshalb, obwohl sie pflegebedürftig sind, keine entsprechende Prüfung beantragen, um das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen und damit Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Deutsche Sprachkenntnisse sind für die Beantragung von Leistungen oder einer Pflegestufe ebenfalls maßgebend. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund, die keine Pflegeleistungen beantragt haben, ist doppelt so hoch wie bei der autochthonen Bevölkerung¹²⁰; das könnte darauf hinweisen, dass die Antragstellung zumindest für einen Teil der pflegebedürftigen MigrantInnen oder deren Angehörige eine Hürde darstellt. Ob Leistungen der Pflegeversicherung bei MigrantInnen seltener bewilligt werden, ist nicht bekannt; dies müsste dringend untersucht werden.

Qualitative Studien zu Besonderheiten bei der Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund zeigen, dass auch die Begutachtung selbst mit sprachlich und kulturell bedingten Hindernissen behaftet ist. Beispielsweise stellen Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund unterschiedlicher Krankheitsverständnisse das Krankheitsbild zum Teil anders dar als Angehörige der autochthonen Bevölkerung, was zu Irritationen und Missverständnissen aufseiten der GutachterInnen führen kann,¹²¹ oder die betreffenden Personen beantworten Fragen der GutachterInnen in ihrer Muttersprache, obwohl sie die deutsche Sprache beherrschen, weil sie meinen, die Fragen in der Muttersprache besser beantworten zu können¹²².

4.5 Scham als Barriere

Insbesondere Pflegebedürftige mit einer Demenzerkrankung stehen bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen vor einer zusätzlichen Hürde: Durch

117 Mayer/Becker 2011, n = 50.

118 Die Bundesregierung plant derzeit, ein neuen Begriff von Pflegebedürftigkeit einzuführen; zugleich soll damit das System der bisherigen drei Pflegestufen auf fünf Pflegestufen umgestellt werden.

119 Kohls 2012; Bundesministerium für Gesundheit 2011: 60.

120 Bundesministerium für Gesundheit 2011.

121 Wingefeld 2003, ausgehend von den Ergebnissen einer qualitativen Studie des Instituts für Pflegewissenschaften in Bielefeld aus dem Jahr 1998.

122 Glodny/Yilmaz-Aslan 2009: 29 türkeistämmige Pflegebedürftige wurden begutachtet (durch MitarbeiterInnen des MDK und eine türkischsprachige Mitarbeiterin des Projektes SABA).

ein dreifaches Stigma von Alter, Demenz und Migration¹²³ sind sie einer erhöhten Gefahr gesellschaftlicher Exklusion ausgesetzt¹²⁴. Eine besondere Problematik ergibt sich daraus, dass demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund die als Fremdsprache erlernte deutsche Sprache früh verlieren; dies bedeutet sowohl für die Diagnostik als auch für die gesundheitliche und – im Falle einer Inanspruchnahme – die pflegerische Versorgung eine große Herausforderung. Insbesondere im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit bei Demenz spielt es eine große Rolle, dass psychiatrische Erkrankungen in einigen Kulturen tabuisiert sind, denn dadurch fühlen sich die betroffenen Familien oft von ihrem sozialen Umfeld isoliert oder isolieren sich selbst. Auch die Tabuisierung heikler Themen¹²⁵ erschwert den Umgang mit einer Demenzerkrankung, denn dadurch können Inkontinenz, aber auch sexuell geprägte Verhaltensweisen zur Entstehung von Scham führen. Kulturbedingte Scham steht vermutlich auch hinter dem Ergebnis einer Befragung russischstämmiger Menschen¹²⁶, dass ein Drittel der Befragten sich nach eigenen Angaben nicht trauen, in einen Pflegestützpunkt zu gehen und Fragen zu stellen.

Bei der Begutachtung kann Scham dazu führen, dass pflegerelevante Aspekte der Situation unvollständig dargestellt werden, um schambesetzte Themen wie Inkontinenz oder Intimpflege auszusparen – und dass deshalb u. U. eine Pflegestufe bewilligt wird, die dem Pflegebedarf nicht entspricht¹²⁷.

4.6 Barriere Pflegeerwartungen

Eine zentrale Barriere für die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Pflegeleistungen sind die Pflegeerwartungen der Pflegebedürftigen: Wie in Kap. 1 ausgeführt, wollen viele nicht von einer fremden Person gepflegt werden. Dieser Wunsch ist bei Menschen mit Migrationshintergrund etwas häufiger als bei Menschen ohne Migrationshintergrund, er ist aber in beiden stark ausgeprägt. Pflegebedürftige

Befragte aus der Gesamtbevölkerung nehmen jedoch zu einem größeren Anteil ambulante oder stationäre Pflege¹²⁸ in Anspruch, was darin begründet sein könnte, dass die gewünschte Pflege durch Angehörige sich nicht realisieren lässt. Menschen mit Migrationshintergrund werden noch zu einem Großteil zu Hause gepflegt, doch zeichnet sich ab, dass auch sie die Barriere der Pflegeerwartung künftig überwinden müssen¹²⁹, wenn nicht genügend familiäre Ressourcen zur Verfügung stehen, sodass die Pflege im bisherigen Ausmaß von Angehörigen übernommen werden kann.

Die kulturelle Gemeinschaft, der die Familie des/der Pflegebedürftigen angehört, erwartet oft ganz selbstverständlich, dass die Angehörigen die Pflege übernehmen. Wird diese Erwartung nicht erfüllt, läuft die Familie wie bereits angesprochen Gefahr, aus der Gemeinschaft ausgegrenzt zu werden (s. Kap. 1)¹³⁰.

Auch die Erfahrungen, die Menschen mit Migrationshintergrund mit der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen machen, entsprechen nicht ihren Erwartungen oder denen ihrer Angehörigen: Laut Küçük hat die Hälfte derer, die in einer qualitativen Studie¹³¹ befragt wurden, bereits ambulante Pflege in Anspruch genommen und war damit unzufrieden¹³². Auch in der BMG-Studie geben 47 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund (allerdings auch 37 % der Befragten ohne Migrationshintergrund) an, dass man bei Pflegediensten keinen Einfluss darauf habe, in welcher Art und Weise die Leistungen erbracht werden. Hier stellt sich die Frage, ob das darauf zurückzuführen ist, dass die von der Pflegeversicherung vergüteten Tätigkeiten einer Pflegekraft sich nicht mit den Vorstellungen decken, die die Pflegebedürftigen und ihre Familien von den Aufgaben einer ambulanten Pflegekraft haben. Denn einer Erhebung zufolge weiß die Hälfte der darin befragten türkeistämmigen Angehörigen nicht, was eine ambulante Pflegekraft tut¹³³. Ein weiterer Grund für die Unzufriedenheit könnte sein, dass für die Verrichtung der pflegerischen Tätigkeiten jeweils nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung steht

123 Dibelius/Uzarewicz 2006.

124 In türkischen Gesellschaften wird es als unehrenhaft angesehen, wenn Menschen ihre Angehörigen nicht selbst pflegen (vgl. Zielke-Nadkarni 2003).

125 Ulusoy/Grässel 2010.

126 Mayer/Becker 2011.

127 Wingenfeld 2003.

128 Statistische Daten vgl. Kap. 1.

129 Tüsün 2002; Matthäi 2005; 2015; Mogar/von Kutzleben 2015.

130 Wingenfeld 2003.

131 Qualitative Studie mit sieben türkeistämmigen pflegenden Angehörigen von demenzerkrankten Menschen.

132 Die genauen Gründe für die Unzufriedenheit wurden in dieser Studie leider nicht erhoben. Sie werden im Rahmen einer Studie zu psychischen Belastungen und Bedürfnissen der gleichen Zielgruppe analysiert, die derzeit unter dem Titel „Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen von pflegenden Angehörigen türkeistämmiger Menschen mit Demenz“ an der Universität Bielefeld durchgeführt wird.

133 Schenk 2014b.

und dies möglicherweise den Eindruck einer wenig individuellen Pflege vermittelt¹³⁴.

4.7 Institutionelle Barrieren

Institutionelle Barrieren bestehen z. B. darin, dass es im Gesundheits- und Pflegesystem nicht genügend Angebote gibt, die auf kulturelle Besonderheiten und Pflegebedürfnisse bestimmter Nutzer ausgerichtet sind. Das Fehlen entsprechender Angebote trägt erwiesenermaßen dazu bei, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen Pflegeangebote kaum wahrnehmen¹³⁵. Beispielweise ist eine „Komm-Struktur“, in der Erkrankte oder ihre Angehörigen selbst die Initiative ergreifen und bei einer Institution um Unterstützung nachsuchen müssen, in vielen Kulturen nicht bekannt¹³⁶.

Weitere institutionelle Barrieren sind einer Studie zufolge die Unübersichtlichkeit des Hilfsangebots, bürokratische Hürden wie Anträge, verschiedene Zuständigkeiten, außerdem Vorurteile oder Unkenntnis bei institutionellen Beschäftigten in Bezug auf die Lebenslagen von MigrantInnen und mangelnde interkulturelle Kompetenz¹³⁷.

Eine zentrale institutionelle Barriere scheint Angst zu sein, die Menschen mit Migrationshintergrund offenbar in Bezug auf deutsche Institutionen verspüren¹³⁸. Einer qualitativen Studie¹³⁹ zufolge haben viele MigrantInnen mit deutschen Behörden schlechte Erfahrungen gemacht und fürchten die Folgen der Beratung, die sie nicht einschätzen können. Da ihnen Beratungssituationen zum Teil nicht bekannt sind, befürchten sie auch, in unangenehme, bzw. unbekannte Situationen zu geraten oder die Beratung nicht zu verstehen. Konkret wird z. B. die Angst benannt, dass Daten an andere Institutionen weitergegeben werden oder dass der Bezug von Pflegegeld oder der Bezug von Leistungen trotz Pendelns in das Heimatland den Aufenthaltsstatus gefährdet¹⁴⁰. So verzichten Pflegebedürftige offenbar lieber ganz auf entsprechende Leistungen, als dass sie die ambulante Pflege für Monate unterbrechen und ihr Pendeln dadurch für Außenstehende deutlich und konkret fassbar wird (was zu einem Wegfall von Rechten z. B. bei der Krankenversicherung führen kann). Hier ist weitere Forschung

dazu notwendig, welche Rolle die Angst vor aufenthaltsrechtlichen und institutionellen Konsequenzen bei der (Nicht)Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen tatsächlich spielt. Weiterhin ist zu untersuchen, wovor Menschen mit Migrationshintergrund im Zusammenhang mit deutschen Institutionen konkret Angst haben, was diese Ängste hervorruft und wie sie verringert werden könnten. Offenkundig ist, dass Vertrauen aufgebaut werden muss, damit Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Familien pflegerische Leistungen stärker in Anspruch nehmen.

Zusammenfassend lässt sich anhand der Forschungslage feststellen, dass Barrieren in unterschiedlichen Bereichen eine stärkere Inanspruchnahme pflegerischer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund behindern. Die Ergebnisse basieren allerdings vornehmlich auf qualitativen Studien mit meist kleinen Stichproben, die Aussagekraft für den ausgewählten Untersuchungsbereich der Studie haben und nicht verallgemeinerbar sind. Repräsentative Untersuchungen, weitere qualitative Studien und Interventionsstudien wären notwendig, um die Strukturen dieser Barrieren genauer zu verstehen und sie durch zielgerichtete Maßnahmen verringern zu können.

5. Kulturelle Öffnung pflegerischer Angebote

5.1 Empfehlungen zur Gestaltung pflegerischer Beratungsangebote

Für eine kulturelle Öffnung und kultursensible Gestaltung der Pflegeberatung wird empfohlen, möglichst viele akademisch ausgebildete Professionelle zu beteiligen, beispielsweise im Bereich Case Management¹⁴¹. Weiterhin sollte angestrebt werden, einerseits für pflegebedürftige MigrantInnen neue muttersprachliche Beratungsangebote zu schaffen, andererseits die bereits bestehenden Versorgungsstrukturen¹⁴² zu vernetzen.

Die erste Anlaufstelle für Pflegebedürftige sind häufig MitarbeiterInnen von Pflegestützpunkten (oder sollten es künftig sein). Darum sollten diese kultursen-

134 Dieser Eindruck entsteht offensichtlich in beiden Bevölkerungsgruppen gleichermaßen.

135 Vgl. Okken et al. 2008; Brzoska/Razum 2011.

136 Thiel 2013.

137 Zanier 2015.

138 Glodny/Yilmaz-Aslan 2014; Piechotta/Matter 2008; Thiel 2013.

139 Thiel 2013.

140 Mayer/Becker 2011; Wingenfeld 2003.

141 Schaeffer/Kuhlmey 2008.

142 Schmidt 2009.

sibel weitergebildet und für Zugangsbarrieren sensibilisiert werden, die die Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung durch MigrantInnen behindern.

Die Familien der Pflegebedürftigen sollten von Anfang an in den Beratungsprozess einbezogen werden, da pflegebezogene Entscheidungen in vielen Kulturen von der gesamten Familie getroffen werden¹⁴³. Ein Schwerpunkt der Beratung sollte auf der Angehörigenarbeit liegen, z. B. in Form von Hilfe zur Selbsthilfe, nach Möglichkeit Beratung in der Muttersprache¹⁴⁴ und kultursensiblen Pflegekursen und -trainings¹⁴⁵.

Gesundheitliche und pflegerische Beratungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund sollten niedrigschwellig gestaltet werden; u. a. sollten sie an Orten angesiedelt sein, die für MigrantInnen leicht auffindbar sind. Wichtig sind ausgedehnte Öffnungszeiten, gute telefonische Erreichbarkeit und eine hohe Kultursensibilität bei der Wahl der Form der Ansprache, der Art der Kommunikation, beim Umgang mit geschlechtlichen Aspekten und mit individuellen Hilferwartungen. Zusätzlich sollte aufsuchende Beratung angeboten werden¹⁴⁶.

Die Beratungsstellen sollten zudem mit anderen pflegerischen, sozialarbeiterischen und psychosozialen Diensten vernetzt sein, die ebenfalls kultursensibel arbeiten, um die Pflegebedürftigen und ihre oft psychisch belasteten pflegenden Angehörigen im Bedarfsfall an entsprechende Stellen weitervermitteln zu können¹⁴⁷.

5.2 Empfehlungen für die Gestaltung ambulanter, teilstationärer und stationärer pflegerischer Angebote

Die 2015 veröffentlichte Broschüre „Das kultursensible Krankenhaus“ bietet Krankenhäusern einen Leitfaden für eine kulturelle Öffnung, der alle dafür relevanten Handlungsfelder einbezieht. Dazu gehören Kommunikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung, unterstützende Serviceangebote, Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Wie durch die Ergebnisse der Studie hinreichend deutlich geworden ist, zeigen sich Krankenhäuser zum Teil wenig bereit, das Thema „Kultursensible Pflege“ auf die Agenda zu setzen¹⁴⁸. Darum sollten Argumente für die Relevanz des Themas (evtl. durch ein bundesweites Programm) auf die

Leitungsebenen der Krankenhäuser transportiert und kultursensible Pflege durch verschiedene Maßnahmen aktiv gefördert werden.

Die Empfehlungen aus der genannten Broschüre lassen sich zum großen Teil auch auf stationäre Pflegeeinrichtungen übertragen. Empfehlenswert ist jedoch, eine Handreichung zur interkulturellen Öffnung auszuarbeiten, die speziell auf stationäre Pflegeeinrichtungen zugeschnitten ist.

Für ambulante und stationäre Pflege gelten folgende Voraussetzungen für eine interkulturelle Öffnung:

- Die Pflegedienstleitung muss die kulturelle Öffnung initiieren und aktiv unterstützen.
- Für den Öffnungsprozess müssen zeitliche und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden, da eine interkulturelle Öffnung vor allem Zeit benötigt.
- Das gesamte Pflegepersonal (nicht nur die examinierten Pflegekräfte) sollte in kultursensibler Pflege weitergebildet werden. Wenn Menschen dieselbe Sprache sprechen, die gleiche Nationalität haben oder der gleichen Religion angehören, bedeutet das nicht, dass sie den gleichen kulturellen Hintergrund haben oder den der anderen Person kennen bzw. verstehen. Auch in der Pflege Beschäftigte mit Migrationshintergrund müssen entsprechend fortgebildet werden um eine kultursensible Pflege zu gewährleisten.
- Die Einrichtungen sollten Integrationsbeauftragte berufen, die unter anderem für Fragen zur kultursensiblen Pflege und interkulturellen Öffnung der Einrichtung zuständig sind¹⁴⁹.
- Pflegeteams sollten im Sinne der Vielfalt in jeder Hinsicht möglichst heterogen zusammengestellt werden. Das bedeutet auch, Menschen mit Migrationshintergrund als Nachwuchsfachkräfte für die Pflege zu gewinnen und sie u. a. kultursensibel auszubilden.

Im Krankenhaus sollte bei der interkulturellen Öffnung zusätzlich beachtet werden¹⁵⁰, dass Gebetsräume für alle Konfessionen und konfessionslosen Glaubensrichtungen passend eingerichtet werden; außerdem sollte eine Kooperation mit Geistlichen oder Glaubensmitt-

143 Mayer/Becker 2011.

144 Horn/Schaeffer 2013.

145 Tezcan-Güntekin 2015.

146 Horn/Schaeffer 2013.

147 Serio 2002.

148 Vgl. Blum/Steffen 2012.

149 Kohls 2008.

150 Giese et al. 2015.

lern angestrebt werden. Um den PatientInnen die Einhaltung religiöser Gebote zu erleichtern, sollte bei den Gerichten konsequent gekennzeichnet werden, ob sie z. B. Schweinefleisch enthalten oder mit koscherem Fleisch zubereitet sind. Nach Möglichkeit sollten Frauen und Männer im Krankenhaus auf Wunsch von Personen gleichen Geschlechts gepflegt werden. Darüber hinaus sollte ein am „Diversity Management“ ausgerichtetes Leitbild pflegerischen Handelns erarbeitet und vertreten werden, das einen reflektiven Umgang mit „dem Fremden“ fördert und den Erwerb interkultureller Kompetenzen unterstützt¹⁵¹. Dies sollte sich nicht nur auf Menschen mit Migrationshintergrund beziehen, sondern der Vielfalt aller Menschen in Deutschland und ihren unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung tragen, um das Ideal der Chancengleichheit zu verwirklichen. Entlang verschiedener Diversitätsdimensionen wie Migrationshintergrund, Kultur, soziale Schicht, Geschlecht u. a. sollten strukturelle Voraussetzungen für eine bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung geschaffen werden¹⁵².

Bei der interkulturellen Öffnung ambulanter Pflegeangebote wird zusätzlich empfohlen, bereits bestehende und gut funktionierende kultursensible Angebote als Beispiel zu nehmen und über eine Vernetzung der entsprechenden Anbieter gemeinsame Standards für kultursensible ambulante Pflege zu entwickeln¹⁵³. Darüber hinaus sollten aufsuchende Beratung sowie Pflegeanleitung und Kurse im Quartier¹⁵⁴ etabliert werden, da eine „Komm-Struktur“, wie sie in Deutschland besteht, in vielen Kulturen nicht bekannt ist. Menschen mit Migrationshintergrund suchen Einrichtungen oder Kurse oft nicht freiwillig und in eigener Initiative auf, weil sie dies nicht gewohnt sind – andererseits nehmen sie Menschen, die zu ihnen kommen, oft gastfreundlich auf und öffnen sich in diesem Rahmen auch für pflegerische Angebote¹⁵⁵. Schließlich sollten innovative Konzepte wie „Story Telling“¹⁵⁶, die sich bei Menschen mit Migrationshin-

tergrund bereits bewährt haben, weiter verfolgt und gefördert werden, auch wenn Hilfe zur Selbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund nur punktuell angenommen wird.

5.3 Andere Handlungsfelder für eine interkulturelle Öffnung pflegerischer Angebote und eine Förderung der Inanspruchnahme pflegerischer Angebote durch MigrantInnen

Die kulturelle Öffnung pflegerischer Beratungsstrukturen sollte auch auf *kommunalpolitischer Ebene* aktiv vorangetrieben und z. B. ähnlich wie die „Kommunalen Allianzen für Demenz“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert werden. Das Ziel sollte sein, die Gesundheits- und Pflegesituation von MigrantInnen als Querschnittsthema in politische Gremien und Diskussionen aufzunehmen¹⁵⁷ und bei diesbezüglichen Entscheidungen ältere MigrantInnen einzubeziehen, z. B. im Rahmen lokaler Bürgerkonferenzen¹⁵⁸.

In die Rahmenlehrpläne der Länder für die *Ausbildung zur Pflegefachkraft* sollte verpflichtend eine Lehreinheit zum Thema „Kultursensible Pflege“ aufgenommen werden, für die ein bestimmter Umfang, Inhalte und reflexive Lernmethoden festgelegt werden; ihr Lernziel sollte die Entwicklung einer kultursensiblen Haltung sein.

Auf *gesellschaftlicher Ebene* könnte in verschiedenen Sprachen zugehende Öffentlichkeitsarbeit¹⁵⁹ zu Themen wie Demenz oder Leistungen der Pflegeversicherung betrieben werden, z. B. in Kulturvereinen, Moscheen oder christlichen Gemeinden. Für Prävention vorgesehene Ressourcen könnten hier für das Thema Gesundheit und Pflege bei MigrantInnen eingesetzt werden.

151 Broszka/Razum 2011b.

152 Broszka/Razum 2011a.

153 Kolleck 2007.

154 Im Rahmen des Projekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“ werden im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege aufsuchende Pflegetrainings für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund angeboten; die derzeit evaluiert werden, u. a. im Hinblick auf ihre Inanspruchnahme durch pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund (Tezcan-Güntekin/Gröning, vorauss. 2016).

155 Tezcan-Güntekin 2015.

156 Glodny et al. 2011.

157 Bei den „Kommunalen Allianzen für Demenz“ ist diese Schnittstelle dadurch gewährleistet, dass sie verpflichtend mit der Stelle kooperiert, die in der Kommune für das Thema zuständig ist.

158 Garcia-Ramirez et al. 2009.

159 In sprachlicher Hinsicht sollte die Öffentlichkeitsarbeit möglichst breit aufgestellt werden; eine Möglichkeit wäre, von den größeren MigrantInnengruppen ausgehend Informationsmaterialien zu Demenz und Pflege zu erstellen und durch Vernetzung mit Initiativen in anderen Ländern Materialien in unterschiedlichen Sprachen auszutauschen. Eine entsprechende Kooperation besteht derzeit zwischen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und dem Norwegian Centre for Minority Health Research (NAKMI).

Weiterhin sollten konkrete Projekte und Maßnahmen, aber auch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert werden, beispielsweise durch Plakataktionen. Darüber könnte u. a. die Botschaft vermittelt werden, dass ambulante häusliche Pflege auch bei Menschen mit Migrationshintergrund zum Alltag gehört.

Auf *individueller Ebene* sollten ExpertInnen aus dem Arbeitsfeld Pflege oder Menschen, die mit älteren MigrantInnen in einem anderen Arbeitsfeld arbeiten, bei Vorgesetzten aktiv eine Weiterbildung in „kultursensibler Pflege/kultursensibler Kompetenz“ einfordern und das Thema in ihre Organisation einbringen.

Insgesamt gibt es bereits etliche Ansätze zu einer kulturellen Öffnung pflegerischer Angebote; diese müssten evaluiert und bei einer positiven Bewertung flächendeckend umgesetzt werden. Dabei geht es langfristig nicht darum, Zusatzangebote zu schaffen – wie es bislang zum Teil geschehen ist (vgl. Kap. 2.4 und 2.6) –, sondern um eine Öffnung der bereits vorhandenen Angebote. Denn zum einen können nicht für jede einzelne Herkunftsgruppe spezifische Angebote bereitgestellt werden. Zum anderen gelingt kultursensibles Handeln nicht allein dadurch, dass man eine bestimmte Sprache beherrscht oder Wissen über die Kultur besitzt, sondern durch die Entwicklung einer kultursensiblen Haltung, die es ermöglicht, auf jeden Menschen offen und wohlwollend zuzugehen.

6. Forschungsdesiderate zum Thema „Migration und Pflege“

Für Deutschland gibt es erste Studien zum Thema Migration und Pflege; insgesamt ist die Datenlage aber noch lückenhaft, und die einzige repräsentative Untersuchung¹⁶⁰ dazu kann nicht als verlässlich gelten. Qualitative Studien beziehen sich oft nur auf bestimmte Regionen oder einzelne MigrantInnengruppen (nahezu ausschließlich türkei- und russischstämmige MigrantInnen). Dadurch lassen sich die Ergebnisse häufig nicht verallgemeinern oder haben nur begrenzte Aussagekraft. Um Forschenden zu ermöglichen, auf Fragen nach der Gesundheit und Pflege von Menschen

mit Migrationshintergrund valide und differenzierte Antworten zu erhalten¹⁶¹, sollte der Migrationshintergrund in repräsentativen Bevölkerungsstudien grundsätzlich genau erfasst werden (möglichst auch das Herkunftsland bzw. Geburtsland der Eltern, die Aufenthaltsdauer, die zu Hause gesprochene Sprache und der Aufenthaltsstatus¹⁶²). Insbesondere bei kleinen Bevölkerungsstudien sind die Migrantengruppen oft so klein, dass eine differenzierte Auswertung (selbst nach Herkunftsregionen) aus statistischen Gründen nicht möglich (oder nicht zuverlässig) ist. Repräsentative Erhebungen in verschiedenen EU-Mitgliedstaaten mit vergleichbaren Stichprobenkriterien würden EU-weite Untersuchungen zur Pflege von MigrantInnen ermöglichen¹⁶³.

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Familien sind aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren sowohl für qualitative als auch für quantitative Forschungsprojekte sehr schwer zu erreichen und als ProbandInnen zu gewinnen¹⁶⁴. Dieser Herausforderung könnte künftig durch soziale Netzwerkarbeit¹⁶⁵ begegnet werden oder durch den Einsatz von InterviewerInnen mit Migrationshintergrund¹⁶⁶. Ebenso schwierig ist es, die Bedürfnisse dieser Gruppe in Bezug auf Pflege zu untersuchen, weil sie die Situation oder die eigenen Bedürfnisse oft gar nicht reflektieren, sondern von vornherein angeben, sie wollten ihren pflegebedürftigen Angehörigen ohne Hilfe selbst pflegen. Die wenigen bisher vorliegenden Ergebnisse dazu zeigen, dass bei pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund die psychische Belastung höher sein kann als bei Menschen ohne Migrationshintergrund¹⁶⁷. Vermutlich besteht ein erhöhter Bedarf an entlastenden Angeboten für pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund; hierzu sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich.

PendelmigrantInnen sind aufgrund ihrer längeren Abwesenheiten aus Deutschland noch schwerer zu erreichen, dadurch ist diese Gruppe in Bevölkerungsumfragen unterrepräsentiert¹⁶⁸. Bisher gibt es nur eine Untersuchung¹⁶⁹ dazu, inwieweit eine verordnete Therapie bei älteren PendelmigrantInnen beim Wechsel in das jeweils andere Land fortgeführt oder eingestellt wird, ob in beiden Ländern die Medikamente mit den

160 Bundesministerium für Gesundheit 2011.

161 Fast alle europäischen Länder stehen vor dem gleichen Problem, dass die Datenlage lückenhaft ist und der Migrationshintergrund nicht zuverlässig erhoben wird (Rechel et al. 2013).

162 Schenk et al. 2006.

163 Rechel et al. 2013.

164 Yılmaz-Aslan et al. 2009.

165 Yılmaz et al. 2009.

166 Blohm/Diehl 2001.

167 Küçük 2013; Montoro-Rodriguez et al. 2009; Piechotta/Matter 2008.

168 Strumpfen 2012.

169 Bilecen/Tezcan-Güntekin 2014.

gleichen Wirkstoffen verordnet werden und wie die Verschreibung und Einnahme von Medikamenten vorstattengeht.

Derzeit führen unterschiedliche Forschungseinrichtungen Studien durch, um die Datenlage zu verbessern. Einige dieser Studien sollen hier beispielhaft dargestellt werden, um Schnittstellen zu den unten genannten Forschungsdesideraten deutlich zu machen.

An der Universität Bielefeld wird derzeit eine Studie durchgeführt, die darauf abzielt, die Selbstmanagement-Kompetenzen von pflegenden Angehörigen türkeistämmiger Menschen mit Demenz zu fördern. Dazu wurden die Bedürfnisse und die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen untersucht und davon ausgehend nutzerorientierte Interventionen entwickelt, um die pflegenden Angehörigen zu stärken¹⁷⁰.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge führt aktuell im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz eine repräsentative Studie¹⁷¹ mit dem Titel „Muslimisches Leben in Deutschland 2016“ durch¹⁷². Sie beinhaltet einen eigenen Abschnitt mit Fragen zu Pflegevorstellungen und -erwartungen. Mit einer Veröffentlichung der Ergebnisse ist 2017 zu rechnen.

Eine weitere Studie wird derzeit von der Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung durchgeführt. Unter dem Titel „Gemeinsam zu Hause? Birlikte Evde“ untersucht sie u. a. die Entwicklung alternativer Wohn- und Versorgungsformen für türkeistämmige Pflegebedürftige.

Diese Studien versprechen weiteren Aufschluss über Bedürfnisse und Pflegeerwartungen, der über die bisherigen Erkenntnisse hinausgeht, da sie u. a. Erhebungen in verschiedenen Sprachen durchführen oder konkret pflegebezogenen Fragen detailliert nachgehen.

Notwendig sind aber noch weitere, vor allem systematisch angelegte Untersuchungen zu den Bedarfen und Bedürfnissen der wachsenden Gruppe von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Wenn neue Angebote oder Strategien entwickelt werden, sollten sie in Interventionsstudien mit einer Kontrollgruppe erprobt werden, die Einflüsse nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch auf der Ebene der Einrichtungen berücksichtigen.

Inhaltliche Forschungsdesiderate zum Thema „Migration und Pflege“ sind:

– Studien zu unterschiedlichen gruppenspezifischen Bedürfnisse innerhalb der sehr heterogenen Bevöl-

kerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund.

– Vor dem Hintergrund der Alterung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und deren relativ früherem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit: Studien zur Lebensqualität und zu Möglichkeiten der zeitlichen Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Lebenslauf nach der Theorie der *Compression of morbidity* (Verschiebung von Krankheit ins höhere Alter)¹⁷³.

– Studien zur Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund, die keine Pflegestufe haben, d. h. die entweder keinen Antrag gestellt haben oder deren Antrag vom MDK abgelehnt wurde.

– Studien zu Problemen von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund beim Übergang vom Krankenhaus in häusliche Pflege (insbesondere Medikation, Hilfsmittel).

– Studien zu Übergängen von häuslicher Pflege zu verschiedenen Formen der Versorgung vor dem Tod, entsprechend einer in Belgien, den Niederlanden, Italien und Spanien durchgeführten Studie von Van den Block et al. (2015).

– Studien zu Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich (stationärer und ambulanter) palliativer Versorgung.

– Studien zur Qualität der Pflege, wenn diese ausschließlich durch Familienangehörige zu Hause erfolgt. Dies ist auch in der autochthonen Bevölkerung ein sehr wichtiges und bislang zu wenig untersuchtes Thema; bei Familien mit Migrationshintergrund erhöht sich jedoch die Gefahr gesundheitsgefährdender Pflegefehler, weil nur selten ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die beispielsweise Fehlmedikation oder Pflegefehler erkennen und rechtzeitig intervenieren könnten.

– Studien zur Belastungssituation und zu den Bedürfnissen pflegender Angehöriger mit Migrationshintergrund.

– Entwicklung, Implementierung und Evaluation nutzerorientierter Instrumente zu den Selbstmanage-

170 Zu den Bedürfnissen liegen bereits Ergebnisse vor (s. Kap. 1); Ergebnisse zu Interventionen zur Förderung der Selbstmanagement-Kompetenzen sind 2016 zu erwarten.

171 n = 2.000 Muslime.

172 Im Rahmen einer ersten Studie aus dem Jahr 2008 wurden 6.004 muslimische Menschen befragt. Für diese zweite Studie sollen 2.000 muslimische Menschen befragt werden.

173 Fries 1980; 2005.

ment-Kompetenzen pflegender Angehöriger mit Migrationshintergrund.

- Studien zur Situation und zu den Bedürfnissen von Familien mit einem pflegebedürftigen Kind.
- Studien zu den Gründen dafür, dass Menschen mit Migrationshintergrund vergleichsweise früh pflegebedürftig werden.
- Studien zur pflegerischen Versorgung von MigrantInnen ohne regulären Aufenthaltsstatus sowie von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland.
- Studien zur transnationalen Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen in Deutschland und im Herkunftsland sowie zu den Bedürfnissen sog. PendelmigrantInnen. Ähnliche Studien wurden in einigen skandinavischen Ländern bereits durchgeführt (Nielsen et al. 2012; Sekercan et al. 2014); ihre Ergebnisse sind jedoch nicht übertragbar, weil sich die Gesundheitssysteme der Herkunfts- und Zielländer unterscheiden.
- Studien zur transnationalen Übernahme der Kosten für pflegerische Leistungen anhand von Ländern, die dies schon praktizieren und von denen eines nicht

Mitglied der EU ist (z. B. die Niederlande und die Türkei): Bedingungen, Erfahrungen, Vereinbarungen zwischen den Ländern und ggf. den Empfängern der Pflegeleistungen mit Blick auf die Frage, ob ähnliche Regelungen in Deutschland möglich wären.

Sowohl bei einer wissenschaftlichen Untersuchung der Bedürfnisse von MigrantInnengruppen als auch bei der Gestaltung pflegerischer Angebote ist zu beachten, dass es sich bei Menschen mit Migrationshintergrund um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt¹⁷⁴. Dennoch ist es im Sinne einer integrativen Gesellschaft langfristig nicht wünschenswert, spezifische Angebote für jede einzelne MigrantInnengruppe zu schaffen. Vielmehr müssen spezifische Bedarfe innerhalb der heterogener werdenden Gesamtbevölkerung Deutschlands erkannt und berücksichtigt werden. Ebenso wenig, wie es „die Migranten“ mit gleichen Vorstellungen und Wünschen gibt, gibt es „die Deutschen“ als homogene Gruppe. Einrichtungen und Dienste müssen sich stärker interkulturell öffnen¹⁷⁵, sie müssen aber auch andere Merkmale von Diversität wie Bildung oder sexuelle Orientierung berücksichtigen¹⁷⁶. Nur so kann im Rahmen der bereits bestehenden Regelversorgung eine stärker nutzerorientierte pflegerische Versorgung gelingen.

174 Rechel et al. 2013.

175 Razum/Sass 2015.

176 Razum/Spallek 2014.

7. Literaturverzeichnis

- Barg, S., Mauthner, J., Guerrero Meneses, V., Stiehr, K. 2013: Analyse der Angebotsstruktur in Einrichtungen der Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Institut für soziale Infrastruktur (Hrsg.). http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Migration_Alter_online_jan13.pdf. Aufgerufen 28.09.2015
- Bilecen, B., Tezcan-Güntekin, H. 2014: Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants, COMCAD Working Paper, No.127, Bielefeld: COMCAD.
- Blaß, S. 2015: Spezielle Hilfsangebote für pflegende Angehörige von Migrant(inn)en. In: idw – Informationsdienst Wissenschaft. <https://idw-online.de/de/news631973>, zuletzt aufgerufen am 04.09.2015.
- Blohm, M., Diehl, C. 2001: Wenn Migranten Migranten befragen. Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsbefragungen. *Z Soziologie* 3 (30):199-222.
- Blum, K., Steffen, P. 2012: Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Forschungsgutachten initiiert von der BKK vor Ort und vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2000: Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/4357.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2005: Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuch-modul2 ,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. Zuletzt aufgerufen am 28.09.2015
- Broszka, P., Razum, O. 2009: Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 18. 151-161.
- Broszka, P., Razum, O. 2011a: Migration und Pflege. Handbuch Pflegewissenschaft. In: Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa. 429-445.
- Broszka, P., Razum, O. 2011b: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige. *Versorgungs-Report 2012*. Schwerpunkt: Gesundheit und Alter. C. Günster, J. Klose and N. Schmacke. Stuttgart, Schattauer: 131-145.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2008: Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14 aus der Reihe Integrationsreport, Teil 2; https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 07.09.2015.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung 2012: Migrationsbericht 2012. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2012.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesministerium für Gesundheit 2011: Daten aus der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. TNS Infratest Spezialforschung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf, zuletzt aufgerufen am 26.06.2013
- Butler, J. 2010: Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Band 16. Bezirksamt Mitte von Berlin.
- Carnein, M., Baykara-Krumme, H. 2013: Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 25(1). 29-52.
- COMPASS – »Private Pflegeberatung«. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf. COMPASS-Versichertenbefragung 2010. www.compass-pflegeberatung.de/tl_files/compass/Redaktion/Pdf's/COMPASS-Versichertenbefragung-Ergebnisband.pdf (Download 21.5.2012).
- Dibelius, O. 2013: Demenz und Migration: Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Matter, C.; Piechotta-Henze, G. (Hg.): *Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz*. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit. Alice Salomon Schule Band 13.
- Dorin, L., Büscher, A. 2012: Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe. In: *Gesundheitsmonitor 2012*. Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Droste, M., Gün, A.K., Kiefer, H., Koch, E., Naimi, I., Reinecke, H., Wächter, M., Wesselman, E. 2015: Das Kultursensible Krankenhaus. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. <http://www.>

- bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=15
- Eberding, A., von Schlippe, A. 2005: Gesundheit und Migration: Konzepte der Beratung und Behandlung von MigrantInnen. In: von Schlippe, A., Theiling, St. (Hg.): Niemand ist allein krank. Osnabrücker Lesebuch zu chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Lengerich: Pabst Science Publisher Verlag.
- Friedrich-Ebert-Stiftung 2015: Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>. Aufruf: 29.09.2015.
- Fries, J. 1980: Ageing, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 303. 130-135.
- Fries, J. 2005: The Compression of Morbidity. *The Milbank Quarterly* 83(4).
- Garcia-Ramirez, M., Hatzidimitriadou, E. 2009: User involvement and empowerment in health care practices with ethnic minority and migrant groups: a community approach. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* 5. 2-4.
- Gardenswartz, L., Cherbosque, J., Rowe, A. 2008: Emotional intelligence for managing results in a diverse world: The hard truth about soft skills in the workplace. Mountain View, Calif: Davies-Black Pub.
- Giese, A., Uyar, M., Henning, B.F., Uslucan, H.H., Westhoff, T., Pagnos, N. 2015: Wie schätzen stationäre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Kultursensibilität in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung ein? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140. 14-20.
- Gladis, S., Kowoll, M., Schröder, J. 2014: Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Remote/sm/abschlussbericht_vaemp_kd.pdf. Aufgerufen 28.09.2015.
- Glodny, S., Yilmaz-Aslan, Y., Razum, O. 2011: Storytelling als Intervention. Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44(1): 19-26.
- Glodny, S., Yilmaz-Aslan, Y. 2014: Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner, T., Gansweid, B., Gerber, H., Schweger, F., Heine, U. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Berlin: De Gruyter. 248-254.
- Gröning, K., Blumenkamp, L., von Kamen, R., Lagedroste, C., Seifen, S. 2014: Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation. Evaluationsbericht des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“. http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/evaluation.html. Aufruf am 01.09.2015.
- Hollenbach, D., Butenuth-Thör, S., Schweger, F. 2014: Zur Praxis der Pflegebegutachtung von Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner, T., Gansweid, B., Gerber, H., Schweger, F., Heine, U. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Berlin: De Gruyter. 254-261.
- Horn, A., Schaeffer, D. 2013: Evaluation der Patientinformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P13-150.
- Karaçayli, E., Kutluer, F. 2012: Projektabschlussbericht „Behinderung und Migration“. Bethel regional. https://www.bethel.de/fileadmin/Bethel/downloads/zum_thema/Abschlussbericht_Projekt_Behinderung_und_Migration.pdf. Aufruf 01.09.2015
- Kohls, M. 2012: Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht Nr. 12, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) Nürnberg 2012 <http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2012/20120302-forschungsbericht12.html>, letzter Zugriff: 28.08.2015
- Kolleck, B. 2007: Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. In: *Pflege & Gesellschaft* 12(3). 263-275.
- Kompetenzzentrum interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe 2013a: Handlungsempfehlungen für die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe http://www.kompetenzzentrum-altenhilfe.de/pdf/Handlungsempfehlungen_Stand_Maerz_20131.pdf
- Kompetenzzentrum interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe 2013b: Standards für kultursensible Beratungsarbeit. http://www.kompetenzzentrum-altenhilfe.de/pdf/Standards_fuer_kultursensible_Beratungsarbeit_Stand_April_2013.pdf
- Küçük, F. 2013: Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen in Berlin. Eine qualitative Studie zur Versorgung im häuslichen Umfeld. In: Matter, C., Piechotta-Henze, G. (Hrsg.):

- Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz. 99-116.
- Matthäi, I. 2005: Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration. Eine Studie zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Wiesbaden: SV Verlag für Sozialwissenschaften.
- Matthäi, I. 2015: Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration: Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Springer Verlag.
- Mayer, O., Becker, I. 2011: Pflegeberatung von russischsprachigen Migranten aus der GUS. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Mogar, M., von Kutzleben, M. 2015: Demenz in Familien mit türkischen Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48. 465-472.
- Montoro-Rodriguez, J., Gallagher-Thompson, D. 2009: The role of resources and appraisals in predicting burden among Latina and non-Hispanic white female caregivers: a test of an expanded socio-cultural model of stress and coping. In: Aging & Mental Health. 2009 Sep;13(5): 648-58.
- Okken, P.-K. 2007: Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege durch türkische Migrantinnen und Migranten – eine empirische Analyse der Begutachtungen zur Pflegeversicherung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Westfalen-Lippe. Diplomarbeit. Fachhochschule Vechta.
- Okken, P.-K., Spallek, J., Razum, O. 2008: Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, U., Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 369-422.
- Pauli, J. 2013: Alter, Migration und Mehrsprachigkeit: Eine explorative Untersuchung Hamburger Senioreneinrichtungen. Universität Hamburg. Institut für Ethnologie. Hamburg. <https://www.ethnologie.uni-hamburg.de/de/pdfs/Julia-Pauli/Bericht-Alter-Migration-und-Mehrsprachigkeit-in-Hamburg.pdf>. Aufruf 29.09.2015
- Pflegestatistik 2013. http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnis_2013.pdf. Aufruf am 12.09.2015.
- Piechotta, G.; Matter, Ch. 2008: Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migrant/-innen und ihrer Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie Jg. 21; H 4: 221-230.
- Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M., Vogt, D. 2015: Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. In: Bundesgesundheitsblatt, 19. August 2015.
- Raven, U., Huismann, A. 2000: Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland. In: Pflege 2000, 13. 187-196.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A. C., Ulrich, R. E. 2008: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Razum, O. Spallek, J. 2015: "Migration und Gesundheit." Public Health Forum 23(2): 54-57.
- Razum, O., Sass, A. C. 2015: Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58(6). 513-514.
- Razum, O., Spallek, J. 2014: Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? Int J Public Health, 59(6). 893-895.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J., McKee, M. 2013: Migration and health in an increasing diverse Europe. In The Lancet 381. 1235-1245.
- Schaeffer, D., Kuhlmeier, A. 2008: Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41(2). 81-85.
- Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O., Weilandt, C. 2006: Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49(9). 853-860.
- Schenk, L. 2014a: Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Zentrum für Qualität in der Pflege. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment01.pdf>. Aufruf am 01.09.2015.
- Schenk, L. 2014b: Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Zentrum für Qualität in der Pflege. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment03.pdf>. Aufruf am 01.09.2015.
- Schimany, P., Rühl, S., Kohls, M. 2012: Ältere Migrantinnen und Migranten. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Forschungsbericht 18. <http://www.bamf.de/Shared->

- Docs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile. Aufruf am 05.09.2015.
- Schmidt, S. 2009: Interkulturelle Pflegeberatung – Paradigmenwechsel erforderlich. In: Informationsdienst Altersfragen 36 (5) Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_05_2009_September_Oktober_2009_gesamt.pdf, Aufruf am 10.09.2015
- Schmidt-Richter, R. 2012: Heidelberger Curriculum: Pflege generalistisch ausbilden. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Serio, A. 2002: Interkulturelle Öffnung und Vernetzung sozialarbeiterischer Hilfen für ausländische Mitbürger. Modellprojekte Wangen und Freiburg. http://drk-ikoe.de/fileadmin/user_upload/Interkulturelle_oeffnung-Projektbericht.pdf, Aufruf am 10.09.2015.
- Statistisches Bundesamt 2007: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden 2015.
- Statistisches Bundesamt 2015: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden 2015.
- Strumpen, S. 2012: Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: Baykara-Krumme, H., Motel-Klingebiel, A., Schimang, P. (Hrsg.), Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten in alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Springer Verlag. 412-433.
- Strumpen, S. (vorauss. 2016): Also etwas, das nicht in Deiner Hand liegt, wie ein Gast ohne Einladung“ – Alter(n)s- und Versorgungserwartungen von Pendelmigranten im Kontext von Alter, Migration, Kultur und Religion.
- Tezcan-Güntekin, H. 2014: Förderung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger türkeistämmiger Menschen mit Demenz. Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit 2014, Berlin.
- Tezcan-Güntekin, H. 2015: Interkulturelle Perspektiven auf Demenz. In: Gröning, K., Sander, B., von Kamen, R. (Hrsg.): Familiensensibles Entlassungsmanagement. Mabase-Verlag. Frankfurt/Main.
- Tezcan-Güntekin, H., Gröning, K. (vorauss. 2016): Inanspruchnahme von Pflegetrainings bei Menschen mit Migrationshintergrund. Sonderbericht des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“.
- Thiel, A. 2013: Türkische Migranten und Migrantinnen und Demenz – Zugangsmöglichkeiten. In: Matter, C.; Piechotta-Henze, G. (Hrsg.): Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri-Verlag.
- Tüsün, S. 2002: Wenn türkische Frauen pflegen. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern: Verlag Hans Huber. 90-111.
- Ulusoy, N., Grässel, E. 2010: Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – Ein Überblick. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43. 330-338.
- Wingenfeld, K. 2003: Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P03-124.
- Wittig, U., Merbach, M., Siefen, R. G., Bräher, E. 2004: Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland In: Das Gesundheitswesen 66. 85-92.
- Yilmaz Y, Glodny S, Razum O. 2009: Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des Projektes saba. In: Hallesche Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft. 2009;8(1). 636-653.
- Zanier, G. 2015: Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – Kultursensible (Alten-)pflege und interkulturelle Öffnung. In Kurzdossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Focus Migration. August 2015. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/210999/migration-und-pflege>, Aufgerufen 11.09.2015.
- Zielke-Nadkarni, A. 2003: Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern: Huber.
- Zimmermann, H.-P. 2010: Kulturelle Plastizität des Alters. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. 86-112.

Quellen der Rahmenlehrpläne für Pflegefachausbildungen der Bundesländer

<http://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/kpfl.pdf>

http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/2013_Bericht_aus_der_Pflege1.pdf

https://www.isb.bayern.de/download/8924/lpr_oktober_2005.pdf

http://www.mlul.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/rp_krankenpflege.pdf

http://www.examensfragen.de/Rahmenlehrplan_Hessen.pdf

http://www.mais.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf

8. Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AWO Arbeiterwohlfahrt

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMG Bundesministerium für Gesundheit

MDK Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Impressum

Herausgeber:

Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH
Neue Promenade 6
10178 Berlin
Tel.: 030/288 86 59-0
Fax: 030/288 86 59-11
info@svr-migration.de
www.svr-migration.de

Verantwortlich:

Dr. Cornelia Schu

Gestaltung:

KALUZA+SCHMID GmbH

Druck:

Bonifatius GmbH

Die Autoren

Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Soziologin, Erziehungs- und Gesundheitswissenschaftlerin, forscht zu den Themen Demenz und Migration, Transnationale und familiäre Pflege sowie Selbstmanagement pflegender Angehöriger. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und der Fakultät für Erziehungswissenschaften an der Universität Bielefeld.

Dr. Jürgen Breckenkamp

Gesundheitswissenschaftler und Epidemiologe, forscht zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und transnationalen Bindungen und Gesundheit. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld.

Prof. Dr. med. Oliver Razum

Epidemiologe und Mediziner, forscht seit 20 Jahren in den Bereichen Migration und Gesundheit sowie Sozialepidemiologie. Leiter des Statistischen Beratungszentrums (StatBeCe) am Institut für Innovationstransfer (IIT) an der Universität Bielefeld.

Mitarbeit

Alex Wittlif

Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim SVR-Forschungsbereich

Caroline Schultz

Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim SVR-Forschungsbereich

Erstellt im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Über den Forschungsbereich beim Sachverständigenrat

Der Forschungsbereich beim Sachverständigenrat führt eigenständige, anwendungsorientierte Forschungsprojekte zu den Themenbereichen Integration und Migration durch. Die projektbasierten Studien widmen sich neu aufkommenden Entwicklungen und Fragestellungen. Ein Schwerpunkt der Forschungsvorhaben liegt auf dem Themenfeld Bildung. Der SVR-Forschungsbereich ergänzt die Arbeit des Sachverständigenrats. Die Grundfinanzierung wird von der Stiftung Mercator getragen.

Der Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration geht auf eine Initiative der Stiftung Mercator und der VolkswagenStiftung zurück. Ihn gehören weitere fünf Stiftungen an: Bertelsmann Stiftung, Freudenberg Stiftung, Robert Bosch Stiftung, Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und Vodafone Stiftung Deutschland. Der Sachverständigenrat ist ein unabhängiges und gemeinnütziges Beobachtungs-, Bewertungs- und Beratungsgremium, das zu integrations- und migrationspolitischen Themen Stellung bezieht und handlungsorientierte Politikberatung anbietet.

Weitere Informationen unter: www.svr-migration.de/Forschungsbereich