



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

*Hamburg University of Applied Sciences*

# Pflegebedürfnisse von muslimischen Migranten der ersten Generation in Deutschland

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: Juni 2012

Vorgelegt von: Taiss Waziri

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuerin: Prof. Dr. Gaidys

Zweitprüfer: Bernd Dobritsch Sens

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die Wegbereiter dieser Arbeit waren.

Ein herzliches Dankeschön möchte ich an Abu Ahmed Jakobi aussprechen, der mich für dieses Thema im Zusammenhang mit dem Leben der Muslime in Deutschland sensibilisiert hat. Mein Ziel ist es, mit dieser Arbeit mehr Verständnis für die Pflegebedürftigen dieser Zielgruppe zu schaffen und die Gesellschaft in Bezug auf die Pflege in all ihren Funktionen und Formen für dieses Thema zu sensibilisieren.

Prof. Dr. Gaidys danke ich besonders für ihre geduldige Beratung und Unterstützung beim Schreiben der Arbeit.

Des Weiteren möchte ich mich bei Nadia Qani, die mir den Zugang zu den Interviewten verschaffte, für ihre kooperative Zusammenarbeit bedanken.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich während der Studienzeit stets unterstützte.

Schließlich danke ich auch meinen Freunden, die mich während der Studienzeit mit Rat und Tat zur Seite standen. Ohne ihre moralische Unterstützung hätte ich meine Studienzeit nicht so gut überstanden.

Taiss Waziri

## Gliederung

Danksagung .....	2
Einleitung .....	4
1 Problembeschreibung .....	4
1.1 Fragestellung.....	5
1.2 Ziel.....	5
2 Methodik .....	6
2.1 Interviewleitfaden.....	7
2.2 Datenauswertung .....	7
3 Ergebnisdarstellung .....	8
3.1 Annahme professioneller Unterstützung.....	8
3.2 Widersprüchliche Wertungen der Familie .....	9
3.3 Pflegebedürfnisse.....	11
3.4 Undifferenziertes Pflegeverständnis .....	14
4 Abgeleitete Handlungskonsequenzen für die Pflege .....	16
4.1 Kultursensible Pflege.....	16
4.2 Kultursensibles Pflegeassessment.....	17
4.3 Kooperation mit anderen Professionen und Berufsgruppen .....	19
4.4 Kultursensible Bildungsmaßnahmen .....	20
4.5 Kultursensibles Management .....	24
4.6 Angehörigen-Betreuung und -Beratung.....	24
4.7 Kultursensible ambulante Pflege .....	25
4.8 Öffentlichkeitsarbeit .....	25
5 Diskussion und Schlussfolgerung .....	27
6 Reflexion der Arbeit .....	31
7 Literaturverzeichnis.....	32
8 Eidesstattliche Erklärung .....	36
9 Anhang .....	37
9.1 Literaturrecherche .....	37
9.2 Interviews .....	40
9.2.1 Interview mit Frau A.....	40
9.2.2 Interview mit Frau M. ....	44
9.2.3 Interview mit Herrn H.....	46

# Einleitung

## 1 Problembeschreibung

In Deutschland leben ca. 15,1 Mio. Einwohner mit einem Migrationshintergrund (Robert Koch Institut, 2008:11). Die größte Migrantengruppe kommt aus der Türkei mit 25,1% (Statistisches Bundesamt, 2009). Der demographische Wandel betrifft auch die Migranten, die seit Jahrzehnten in Deutschland leben. Nach einer Hochrechnung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2009 geht man davon aus, dass die Anzahl der Gastarbeiter der ersten Generation, sprich die Gruppe der 60-Jährigen und älter, im Jahre 2030 um bis zu 2,8 Mio. wachsen wird und man sich somit auch mit der Problematik der Pflege dieser Gastarbeiter auseinandersetzen muss. Bei den Migranten der ersten Generation spielen andere direkte und indirekte Belastungsfaktoren eine Rolle als bei der deutschen Mehrheitsgesellschaft (Hax-Schoppenhorst, Jünger:2010). Solche Belastungsfaktoren sind unter anderem die Generationskonflikte und psychosomatische Krankheiten, aber auch allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigungen, wobei auch emotionale Belastungen aufgrund der Migrationserfahrung und besonders die Kommunikationsbarrieren durch die mangelnden Sprachkenntnisse die Pflege stärker erschweren als im Normalfall. Diese Belastungsfaktoren haben Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand alternder Migranten (Hax-Schoppenhorst, Jünger:2010). *„Solch zusätzlicher Bedarf an medizinischer/pflegerischer Leistung wird von den Gesundheitsdienstleistern überwiegend ignoriert“* (Hax-Schoppenhorst, Jünger:2010, S. 88). Das Thema Alter und Pflegebedürftigkeit bei Migranten wird von der Öffentlichkeit oft dementiert (Hax-Schoppenhorst, Jünger:2010). Man geht von der Annahme aus, dass die Migranten von ihren Familien versorgt werden oder dass sie in ihre Herkunftsländer zurückkehren (Hax-Schoppenhorst, Jünger:2010). Ich habe selber einen Migrationshintergrund und meine Erfahrung ist, dass die erste Generation oft ein traditionelles Verständnis vom Altern hat. Einerseits wird vorausgesetzt, dass Angehörige von ihren Kindern gepflegt und versorgt werden und auch die Kinder wachsen mit diesem traditionellen Rollenverständnis auf und sehen dies größtenteils als ihre Aufgabe an. Somit wird die Pflege, in der Regel, von der Tochter oder Schwiegertochter entsprechend dem traditionellen Verständnis übernommen. Andererseits aber kollidiert dieses traditionelle Verständnis in Bezug auf die Pflege mit den modernen Rahmenbedingungen Deutschlands und es ist auch fraglich, ob

das traditionelle Pflegeverständnis den Bedürfnissen der alternden Migranten entspricht. Wollen sie tatsächlich von ihren Angehörigen gepflegt werden oder wird dies einfach vorausgesetzt? Denn trotz ihrer kulturellen und traditionellen Vorstellungen hat diese Generation über Jahrzehnte in Deutschland gelebt und gearbeitet, somit, denke ich, ist es wahrscheinlich, dass sich auch bestimmte Vorstellungen vom Leben verändert haben. Aus meiner Erfahrung kann ich berichten, dass das Leben in zwei Kulturen zu einem Identitätsproblem führen kann und dieses sich auch in der Pflege und der Gesundheit der Migranten widerspiegelt. Aus diesem Grund möchte ich im Rahmen meiner Bachelor-Arbeit die Pflegebedürfnisse der ersten Generation der Muslime herausarbeiten. Denn solange man nicht die Bedürfnisse dieser Patientengruppe kennt, kann man ihnen keine adäquate Versorgung anbieten.

## 1.1 Fragestellung

1. Welche Pflegebedürfnisse haben muslimische Migranten der ersten Generation in Deutschland?
2. Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Bedürfnissen bei der pflegerischen Versorgung?

## 1.2 Ziel

Diese Arbeit hat das Ziel, die Pflegebedürfnisse der muslimischen Migranten der ersten Generation herauszuarbeiten und anhand dieser mögliche Handlungskompetenzen für die Pflege darzustellen.

## 2 Methodik

Um den aktuellen Wissensstand zur Fragestellung in Erfahrung zu bringen, wurde eine systematische Literaturrecherche, welche im Anhang ersichtlich ist, in der Datenbank Pubmed sowie eine Handrecherche an der HAW und Universität Hamburg durchgeführt. Eine sekundäre Literatursuche führte ich im World Wide Web durch. Als Suchstrategie verwendete ich die Begriffe Muslime, Migranten, Pflege, Altenpflege bei Migranten, Pflegebedürfnisse, Bedürfnisse. Während meiner Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass man sich bisher nur wenig mit der gesundheitlichen Situation und den Pflegebedürfnissen von Muslimen bzw. muslimischen Migranten auseinandergesetzt hat und dass es diesbezüglich nur sehr wenige Informationen gibt. Basierend auf meinen Suchergebnissen habe ich mit muslimischen Migranten der ersten Generation qualitative Interviews nach Mayring durchgeführt, um deren individuelle Pflegebedürfnisse zu ermitteln, ausgehend von der oben angeführten Fragestellung. Infolge der geringen Arbeitszeit habe ich nur drei Interviews durchführen können. Diese Interviews stellen jedoch keine allgemeingültigen Daten dar, zeigen aber Tendenzen für weitere empirische Grundlagen auf. Voraussetzung für die Interviewpersonen war, dass sie sich im Renteneintrittsalter befanden, also 65 Jahre und älter waren und seit mindestens 20 Jahren in Deutschland leben, da der Lebensmittelpunkt nach 20 Jahren ein anderer ist. Es wurden Männer und Frauen der ersten Generation mit muslimischem Migrationshintergrund befragt, um beide Perspektiven darzulegen. Die Interviews wurden in den Sprachen Deutsch oder Dari/Pashto geführt, da einige Interviewpartner sich nicht gut auf Deutsch verständigen können. Alle interviewten Personen erhalten bereits Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst, über den ich den Zugang zu meinen Interviewpartnern bekommen habe. Zur Aufzeichnung der Gespräche diente ein Tonband. Auf die Transkription von nonverbalen Äußerungen wurde verzichtet. Des Weiteren habe ich die Bücher, auf die ich durch eine Handrecherche an der HAW und der Universität Hamburg gestoßen bin und die im Literaturverzeichnis aufgeführt sind, zur Stützung und Erläuterung meiner Ergebnisse verwertet.

## 2.1 Interviewleitfaden

Der Leitfaden für die Interviews bestand aus vier Fragen, diese allgemeinen Fragen wurden in der Regel in allen Interviews gestellt. Sie umfassten sowohl die Wünsche und Pflegebedürfnisse der Interviewpartner als auch die Rolle der Familienangehörigen und der ambulanten Pflege.

Im Folgenden wird der Verlauf des Leitfadens exemplarisch dargestellt:

1. Wie fühlen Sie sich, von einem ambulanten Pflegedienst versorgt zu werden?
2. Wie wünschen Sie sich ihre Pflege?
3. Was ist besonders wichtig für Sie in der Pflege?
4. Inwieweit ist Ihre Familie in der Pflege involviert? Wie finden Sie das?

## 2.2 Datenauswertung

Zunächst wurden die aufgenommenen Gespräche übersetzt und transkribiert. Um die Erfahrungen, Einstellungen und Gefühle der Befragten einordnen und darstellen zu können, wurden die Interviews in einem zweiten Schritt in Analyseeinheiten zerlegt und schrittweise bearbeitet. Die Analyseaspekte wurden anhand der induktiven Kategorienentwicklung nach Mayring erfasst und ausgewertet. Es wurden vier Kategorien und Subkategorien aus den Interviews abgeleitet.

### 3 Ergebnisdarstellung

In der folgenden Abbildung sind die vier Kategorien mit ihren Subkategorien zur Veranschaulichung abgebildet.

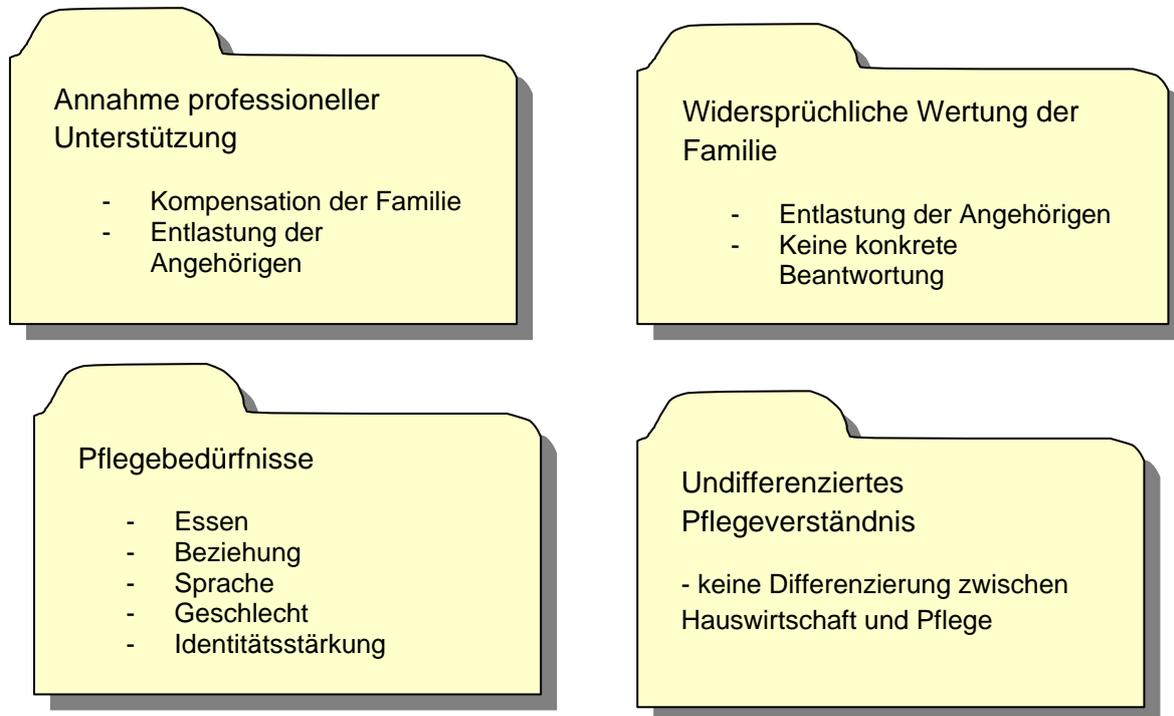


Abb. 1 Kategorien und Subkategorien

Im Folgenden werden die Kategorien mit den abgeleiteten Subkategorien erläutert und anhand von Zitaten aus den Interviews und anderen Quellen gestützt und erklärt. Zur Darstellung der Ergebnisse wurden die einzelnen Kategorien als Überschriften verwendet.

#### 3.1 Annahme professioneller Unterstützung

Die erste Kategorie ist die Annahme professioneller Unterstützung. Nach Zielke-Nadkarni (2003) spielt das soziale Netzwerk bei den muslimischen Migranten eine große Rolle, welches aus pflegerischer Sicht in primäre und sekundäre Unterstützungseinheiten klassifiziert wird. Die Hilfestellung der Angehörigen eines Haushalts ist die primäre Unterstützung, wenn diese jedoch selbst von Krankheit betroffen sind, ändert sich die Versorgungslast jeweils familiär und kulturell (Zielke-Nadkarni:2003). Das bedeutet, dass jede Familie die Versorgung individuell

organisiert. Trotz der Hilfeleistungen der Angehörigen ging aus allen drei Interviews hervor, dass aus unterschiedlichen Gründen professionelle Unterstützung von einem ambulanten Pflegedienst angenommen wird. Frau A: „*Sie hilft mir sehr viel*“ (S. 40:14).<sup>1</sup> Zum einen wird die professionelle Unterstützung dazu genutzt, das Nichtvorhandensein der Familie zu kompensieren. In solchen Fällen wird die professionelle Pflege und dass es Menschen gibt, die einen unterstützen, umso mehr geschätzt, auch wenn es sich dabei nicht um Familienmitglieder handelt. Herr H.: „*Aber Gott sei Dank, gibt Pflege, für Menschen wie mich, ist gut. In meine Heimat, gibt sowas nicht. Bei uns macht alles Familie*“ (S. 47:45-47). Zum anderen wird die professionelle Hilfe als Entlastung der Angehörigen, vor allem für die Kinder, betrachtet. Frau M.: „*Ich finde es gut, das entlastet meine Tochter*“ (S. 45:31). Zielke-Nadkarni (2003) betont die Unabwendbarkeit der Entlastung von pflegenden Angehörigen, die von vielfachen Stressoren betroffen sind. Dieses bestätigt auch Sieling (2008), indem sie schreibt, dass türkische Migranten zunehmend die professionelle Pflege in Anspruch nehmen, da die familiären Strukturen der nachfolgenden Generationen in der modernen Gesellschaft unzureichend sind.

### 3.2 Widersprüchliche Wertungen der Familie

Die zweite Kategorie ist die widersprüchliche Wertung der Familie. Die erste Generation der Migranten hat sich inzwischen ihr Leben in Deutschland gestaltet - trotz der gesellschaftlichen und individuellen Strapazen, mit denen sie konfrontiert wurde (Domenig:2007). Domenig (2007) beschreibt auch, dass es für sie dazu gehörte mit Widersprüchen leben zu lernen, denn diese Menschen mussten lernen, mit unterschiedlichen soziokulturellen Normen und Werten zurechtzukommen und die Migranten passten sich zum Teil an fremde Anforderungen an. Ungeachtet dessen sind ihnen ihre ursprünglichen soziokulturellen Bindungen nicht abhandengekommen (Domenig:2007). Zu den Tabuthemen gehören familiäre Probleme und sexuelle Themen, da Muslime in der Regel nicht über ihre Familienverhältnisse sprechen, vor allem dann nicht, wenn es Konflikte gibt (Becker/Wunderer/Schultz-Gambard:2001). Deshalb können sie ablehnend auf das Thema Familie reagieren (Becker/Wunderer/Schultz-Gambard: 2001). Dieses bestätigen auch Wunn und Klein (2011, S.373): „*Als beschädigt gilt die Ehre immer*

---

<sup>1</sup> Lesart: (Seitenzahl: Zeile)

dann, wenn Fehlverhalten öffentlich wird; daher die unbedingte Verpflichtung aller Mitglieder einer Familie, mögliche Differenzen oder auch problematische Vorfälle wie z. B. innerfamiliäre Zwistigkeiten einschließlich möglicher Gewaltanwendung nicht in eine wie auch immer geartete Öffentlichkeit zu tragen“. Als in den Interviews Fragen nach der Familie gestellt wurden, gab es daher widersprüchliche Aussagen oder keine konkrete Beantwortung der Fragen. Das Verhältnis zu ihren Kindern und die Erwartungshaltung gegenüber ihnen sind vage und ambivalent. Auf der einen Seite wollen die Befragten keine Belastung für ihre Kinder sein. Frau A.: *„Ich will meinen Kindern keine Last sein“* (S. 43:87). Auf der anderen Seite wollen sie von ihren Kindern unterstützt werden (Frau A.: *„Meine Kinder unterstützen mich“* [S.41:31]), auch wenn diese sich nur auf finanzielle und materielle Unterstützung beschränkt. Frau A.: *„So einiges, sie geben mir Geld. Sie kaufen mir Obst und sogar Fleisch. Sie bringen mir alles“* (S. 40:21-22). Demgegenüber sind andere Angehörige ihren Eltern so gut es ihnen möglich ist in allem behilflich. Frau M.: *„Meine Tochter! Alles hat sie für mich gemacht und seitdem ich gestürzt bin und mir den Rücken gebrochen habe, kommt die ambulante Pflege. Davor hat alles meine Tochter gemacht, Putzen, Kochen, Wäsche waschen, Einkäufe und die Besorgung und das Stellen meiner Medikamente“* (S. 45:24-29). Es ist ein Trugschluss davon auszugehen, dass wenn man eine große Familie hat wie Frau A., auch gut von dieser versorgt wird: *„Ich lebe alleine, obwohl ich eine große Familie habe. Wenn wir alle beisammen sind, passen wir nicht alle im Wohnzimmer rein“* (S. 40:14-17). Frau A.: *„Meine eigenen Töchter kommen mich nicht besuchen“* (S. 42:70-71). Auch das Verhältnis zwischen den Familienangehörigen ist nicht immer das Beste, auch wenn dies nicht konkret benannt wird, wird es doch angedeutet. Frau M.: *„...meine Schwiegertochter ist keine gute Frau“* (S. 45:48-49). Um diese Widersprüchlichkeit besser verstehen zu können, ist es meines Erachtens auch wichtig nachzuvollziehen, dass die Angehörigen für die Migranten der ersten Generation eine große emotionale Stütze darstellen (Becker/Wunderer/Schultz-Gambard: 2001). In kollektivistischen Kulturen, denen die muslimischen Migranten der ersten Generation angehören, ist die Familie die Keimzelle der Gesellschaft (Lenthe:2011). Deshalb tritt die individuelle Selbstbestimmung hinter die Rolle der Familie zurück, sie hat nicht dieselbe Relevanz wie in der deutschen Gesellschaft (Lenthe:2011). In der deutschen Gesellschaft wird der Mensch als selbstbestimmendes, unabhängiges Wesen anerkannt, welches seine Entscheidungen selbst trifft (Lenthe:2011). Deshalb wird

auch damit gerechnet, dass der Mensch in Bezug auf seine Gesundheit und Krankheit selbstbestimmt handelt und entscheidet (Lenthe:2011). Dieses trifft nicht auf kollektivistischen Kulturen zu, in diesen werden Entscheidungen, die den Betroffenen angehen, oftmals den Familienmitgliedern überlassen und anvertraut (Lenthe:2011).

### 3.3 Pflegebedürfnisse

In der dritten Kategorie werden die Pflegebedürfnisse anhand der Unterkategorien veranschaulicht. Eine bedeutsame Unterkategorie stellt die Verpflegung dar. In der islamischen Kultur ist das Essen besonders wichtig und hat einen hohen Stellenwert (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001). Zudem ist es eng mit Gastfreundschaft verbunden (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001). Egal zur welcher Tages- und Uhrzeit, einem Gast wird immer ein selbst zubereitetes Mahl aufgetischt, welches er schlecht ablehnen kann, denn damit würde er den Gastgeber vor den Kopf stoßen (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001). Die gemeinsamen Mahlzeiten dienen weiterhin der Versammlung der ganzen Familie (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001). „Zudem wird Essen in arabischen Ländern auch als kraftgebend und gesundmachend angesehen“ (Lenthe: 2011, S. 126). Ein Erkrankter knüpft eher in einer unvertrauten und fremden Umgebung an Bekanntes und Vertrautes an, dazu gehören auch die Gerichte aus der Heimat (Lenthe:2001). Auch aus den Interviews lässt sich erschließen, dass das Verlangen nach traditionellem Essen besonders groß ist, denn alle Interviewten haben den Wunsch danach geäußert. Frau M.: „Für mich was Traditionelles kocht“ (S. 44:21-22). Die Eintönigkeit, wie sie Herr H. (S. 46) in den Zeilen 12-14 bei der Zubereitung des Essens beschreibt („Ich will richtiges Essen, Reis mit Fleisch, wie in meiner Heimat. Nicht immer Wurst, Käse. Immer dasselbe“), verärgert den Pflegebedürftigen sehr. Es ist für alle Befragten wichtig, dass für sie Gerichte gekocht werden, welche sie kennen und mögen, da ihnen das „deutsche“ Essen nicht schmeckt. Frau A.: „...sie kocht das Essen so, wie ich es mag. Die anderen können doch gar nicht kochen“ (S. 42:67-68). Nicht nur eine ausgewogene und abwechslungsreiche Mahlzeit ist wichtig, sondern auch dass diese den religiösen Bedürfnissen und kulturell bedingten Ernährungsgewohnheiten der Betroffenen gerecht wird (Lenthe:2011).

In eine weitere Unterkategorie fällt die Beziehungsgestaltung zur Pflegekraft, welche einen hohen Stellenwert bei den Befragten hat. Wie Frau M. es mit ihren Worten versucht zu beschreiben, muss die Pflegeperson „*eine nette Frau...*“ (S. 44:2) sein. Weiterhin wurde auch das Bedürfnis, eine Konversation mit der Pflegekraft führen zu können, geäußert. Frau A.: „*Ich kann mich mit ihr dann unterhalten...*“ (S. 42:66-67). Auch Zielke-Nadkarni (2003) kommt anhand der von ihr durchgeführten Interviews mit türkischen Frauen zu dem Ergebnis, dass Zuwendung, Liebe und Zuneigung einen hohen Stellenwert bei den Befragten haben. Ähnlich argumentieren auch andere, die ebenfalls in ihren Untersuchungen keine einheitlichen oder durchgängig gültigen Werte und Normen feststellen konnten, dafür aber den auffallenden Wunsch der Türiinnen nach einer engen und vertrauensvollen Beziehung zu professionellen Pflegepersonen, die in die Familie, also in den Privatraum und die Intimsphäre, aufgenommen werden (Zielke-Nadkarni:2003).

Nicht nur die Beziehung, sondern auch das Funktionale, also die Zusammenarbeit, zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegekraft ist wesentlich. Das bedeutet, dass die Pflegekraft in der Lage sein sollte, auf die Wünsche des Pflegebedürftigen eingehen zu können. Frau M.: „*...die mir hilft und das macht was ich ihr sage*“ (S. 44:2-3). Auch das Ergebnis der Befragung Zielke-Nadkarnis (2003) bestätigt, dass türkische Frauen die Pflege als „gut“ bewerten, wenn sie adäquat versorgt sind, ihren täglichen Bedarf gedeckt und in kritischen Situationen bedacht gehandelt wird.

Was das Selbstpflegekonzept betrifft, so begegnen Betroffene aus kollektivistischen Kulturen diesem mit Unverständnis, denn sie sind an eine passive Krankenrolle gewöhnt und erwarten infolgedessen, dass ihre Bedürfnisse immer erfüllt und ihnen alle Tätigkeiten abgenommen werden (Lenthe:2011). Um diesen Erwartungen entsprechen zu können, wird der kommunikative Anteil an der täglichen Versorgung als besonders wichtig betrachtet (Zielke-Nadkarni:2003).

Der kommunikative Aspekt führt zur nächsten Unterkategorie. Generell wird die Kommunikation mit Migranten oft durch dürftige bzw. unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache erschwert. Insbesondere kennt diese Klientengruppe kaum medizinische Fachbegriffe (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001). „*Mangelnde Sprachkenntnisse können nicht nur zu Verständigungsproblemen führen, sondern*

auch den Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen erschweren“ (Lenthe: 2011, S.134). Einerseits ist nach Hax-Schoppenhorst und Jünger (2010) die sprachliche Verständigung der Ausgangspunkt für eine anschlussfähige Behandlung und Pflege. Andererseits ist die Sprache auch bedeutend, um etwas über die Wünsche und Sorgen der Klienten zu erfahren (Hax-Schoppenhorst, Jünger:2010). Diesbezüglich spielt die Sprache vor allem für muslimische Migranten der ersten Generation eine sehr große Rolle (Frau A.: *„Mir ist es wichtig, dass sie meine Sprache spricht...“* [S.42:64-65]), da sie selbst kaum Deutsch sprechen können, obwohl sie bereits seit langem in Deutschland leben. Die Sprache dient nicht nur der Kommunikation und Verständigung, sondern auch der Weitergabe und des Erhalts der kulturellen Werte und Normen (Kellenhauser/Schewior-Popp:1999).

Eine weitere Unterkategorie der Pflegebedürfnisse bildet die Versorgung durch eine Pflegeperson desselben Geschlechts die von beiden Geschlechtern beansprucht wird. Auch Becker, Wunderer, Schultz-Gambard (2001) und Steinbach (2011) übermitteln dieselbe Information. Frau M.: *„Natürlich sollte es eine Frau sein...“* (S. 44:19-20). Es wird sogar vorausgesetzt, dass die pflegebedürftigen Frauen von einer weiblichen Pflegekraft versorgt werden, wie Frau A. in Zeile 65 (S.42) sagt: *„...natürlich eine Frau ist! Einen fremden Mann lasse ich nicht in mein Haus“*. Bei den pflegebedürftigen Männern steht der Wunsch nach einer männlichen Pflegekraft im Vordergrund, vor allem bei der Intimpflege und dem Waschen. Herr H.: *„Bei Toilette und waschen, ist Mann gut“* (S. 47:25). Man würde den Muslimen, besonders bei der Intimpflege, zuvorkommen, wenn man eine gleichgeschlechtliche Pflege organisieren würde (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001). Hier möchte ich anmerken, dass eine gleichgeschlechtliche Versorgung durch einen Muslim angestrebt werden sollte; wenn die Umstände dies nicht zulassen, z.B. aufgrund von Organisationsproblemen oder Mangel an männlichen Pflegekräften etc., kann der Muslim sich jedoch auf das islamische Rechtsprinzip berufen, nach dem etwas Verbotenes in einer Notlage erlaubt ist. Dies bedeutet, dass man in der medizinischen und pflegerischen Behandlung von diesem Rechtsprinzip Gebrauch machen kann und dass diese in Ausnahmefällen von nicht Gleichgeschlechtlichen durchgeführt werden darf (Steinbach:2011).

Kommen wir jetzt zur letzten Unterkategorie, zur Identitätsstärkung. Ein zentraler Gesichtspunkt ist die Bewahrung der eigenen Identität. Bekanntlich beziehen sich die Menschen aus der Heimat alle auf dieselben Werte und Normen (Steinbach:2011). Vertrauen schaffende Ausdrucksmöglichkeiten variieren, z.B. je nach Umgang mit der Zeit oder aber auch dem Angebot an Speisen (Steinbach:2011). Kulturelle Identität erklärt sich auf mannigfaltige Weise und zeichnet sich z.B. in der Sprache, in der Religion, in den Volkssitten und Bräuchen ab (Sieling:2008). Die bereits genannten Unterkategorien Sprache und Essen zielen auf die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person ab, die auch als Identitätsstärkung dienen soll. Zum einen ist für die Befragten wesentlich, dass die Pflegekraft aus der eigenen Heimat kommt oder Muslim ist, wie aus folgenden Aussagen von Frau M. hervorgeht: *„Solange jemand kommt, die aus meiner Heimat kommt oder Moslem ist (S. 45:33-34) und sich mit den Pflichten und Geboten auskennt“* und: *„Jemand, der weiß, wie die Gebetswaschung ist“ (S. 47:31-32)*. Auf der anderen Seite spielt das Schamgefühl eine große Rolle, z.B. bei Männern gegenüber muslimischen Frauen, wenn es um die Intimpflege oder das Waschen geht. Herr H.: *„Ich mag nicht. Nicht gut, wenn muslimische Frau mich nackt sieht“ (S.47:31-32)*. Obwohl Herr H. sich in einer Notlage befindet und von einer Frau nach dem islamischen Recht gepflegt werden darf, wehrt er sich vehement dagegen.

### 3.4 Undifferenziertes Pflegeverständnis

In die letzte Kategorie wird das undifferenzierte Pflegeverständnis der befragten Personen eingeordnet. Die Undifferenziertheit resultiert aus unterschiedlichen Aspekten. Zum einen kommen die muslimischen Migranten aus einem „laikalen Fürsorgesystem“, in dem die „Laienpflege“ vorherrscht (Zielke-Nadkarni:2003). Die Basis für die Laienpflege bilden das Familiensystem, das Religions- bzw. Wertesystem sowie das Pflegeverständnis (Sieling:2008). Die professionelle Pflege unterscheidet sich von der Laienpflege dadurch, dass sie von außenstehenden Personen, welche sich durch einen kognitiv erlernten professionellen Wissensstand auszeichnet, ausgeführt wird (Sieling:2008). Laienpflege hingegen wird ohne professionelle Ausbildung ausgeführt (Zielke-Nadkarni:2003). Die Pflege in Ländern mit einem „laikalen Fürsorgesystem“ ist Angelegenheit der Familie und nicht die einer Krankenschwestern oder eines Pflegers, diese führen größtenteils nur medizinische Tätigkeiten aus (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001, Lenthe:2011). Sie

überlassen die pflegerischen Tätigkeiten wie z.B. Unterstützung bei der Körperpflege oder bei der Einnahme von Speisen und Getränken angelehnten (zum Teil nur durch Beobachtung) Hilfskräften, oder sie werden von den Angehörigen übernommen (Lenthe:2011). Deshalb machen Pflegekräfte die Erfahrung, dass einige migrantische Klienten mit der professionellen Pflege nicht zurechtkommen (Lenthe:2011). Ihnen fällt es schwer, den Sinn der Arbeit von Pflegenden zu verstehen, wenn diese darauf abzielt, die Patienten zur Selbsthilfe anzuleiten, da sie nach ihrem Pflegeverständnis als Klient bzw. Patient die passive Krankenrolle übernehmen sollen. Dieses Verständnis kollidiert mit ihrer Vorstellung von gesundheitlicher Wiederherstellung (Lenthe:2011). *„Gesellschaftliche Werte, Normen und Vorstellungen beeinflussen nicht nur das Pflegeverständnis, sondern auch das Rollenbild der Pflegepersonen und der Klienten und somit können die wechselseitigen Erwartungshaltungen zu Missverständnissen führen“* (Lenthe: 2011, S.103). So kann es vorkommen, dass Klienten bestimmte Informationen dem Pflegepersonal gegenüber zurückhalten, da sie nur daran gewöhnt sind, diese einem Arzt mitzuteilen (Lenthe:2011). Da die pflegerischen Tätigkeiten in ihren Heimatländern von den hiesigen abweichen, sind die Klienten bei einer Pflegeanamnese oder Pflegeplanung oftmals irritiert (Lenthe:2011). Auch die Interviews haben bestätigt, dass die befragten Personen ein anderes Pflegeverständnis haben als das, das hier in Deutschland vorherrscht, so unterscheiden sie z.B. nicht zwischen hauswirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten. Frau A.: *„Ja! Naja, hier nennt man sie Pflegekraft, aber das ist von der Tätigkeit fast dasselbe. Pflegekraft ist wie das eigene Kind“* (S.43:96-98). Die Pflegekraft wird hier wie ein „eigenes Kind“ und ihre Arbeit daher nicht als professionelle Unterstützung bzw. Dienstleistung angesehen. Für die Befragten ist der Haushalt von großer Bedeutung, somit steht die Hauswirtschaft an erster Stelle, so z.B. Frau A.: *„Sie hilft mir beim Aufräumen, Bügeln, Waschen und beim Kochen. Ich kann das nicht mehr alleine“* (S. 40:7-8). Eine Priorisierung der Tätigkeiten konnten sie nicht vollziehen, was aus folgender Aussage von Frau M. hervorgeht: *„Alles ist wichtig, mein Kind“* (S.44:7)! Die Aufgabe der Frauen in ihren Heimatländern ist es, für die Familie und den Haushalt verantwortlich zu sein (Becker, Wunderer, Schultz-Gambard:2001, Kellenhauser/Schewior-Popp:1999). Angesichts dessen wollen sie ihre schwächer werdende Leistungskraft durch eine Pflegekraft kompensieren, die alles in ihrem Sinne weiterführt.

## 4 Abgeleitete Handlungskonsequenzen für die Pflege

Um den muslimischen Migranten der ersten Generation eine adäquate pflegerische Versorgung anbieten zu können, muss auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden. Auch Wunn und Klein (2011) bestätigen, dass die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen deren Empfinden von Wertschätzung stärkt. Dadurch wird auf subjektiver Ebene auch zu einer Verbesserung der Befindlichkeit beigetragen (Wunn/Klein:2011). Nach Zielke-Nadkarni (2003) entstehen Pflegebegriffe aus einem kulturell tradierten Verständnis menschlicher Beziehungen, die sich aus der jeweiligen religiösen Gemeinschaft oder von deren Menschenbild ableiten lassen. Nachdem die Pflegebedürfnisse ermittelt wurden, stellt sich die Frage: „Was ist die Aufgabe der Pflege?“ Nach Werner (2010) steht die Individualität des Menschen in der Pflege grundsätzlich im Mittelpunkt. Deshalb sollte man umso mehr pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund in ihren Lebensaktivitäten angemessen unterstützen und gleichzeitig ihren Pflegealltag erleichtern (Werner: 2010). Um den muslimischen Migranten eine adäquate, ihren Pflegebedürfnissen entsprechende pflegerische Versorgung zu ermöglichen, darf man meines Erachtens nicht die Pflege auf den unmittelbaren Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten beschränken. Die Voraussetzung für eine adäquate pflegerische Versorgung dieser Patientengruppe auf den unterschiedlichsten Gesundheits- und Pflegesektoren sollte sein, dass man sich dieser Patientengruppe bewusst wird, annimmt und ihnen eine kultursensible Pflege anbietet.

### 4.1 Kultursensible Pflege

In Anbetracht der Globalisierung und der zunehmenden kulturellen Vielfalt im Pflegealltag bildet sich immer stärker ein Bewusstsein dafür heraus, dass eine gute Beziehung zu Klienten und Kollegen aus anderen Kulturen spezifisches Wissen und besondere Fähigkeiten erfordert (Lenthe:2011). Deshalb führt nach Lenthe (2011) der Gebrauch von transkulturellen Pflegemodellen allein noch nicht zu einer erfolgreichen transkulturellen Pflege. Uzarewicz (2003) beurteilt wie auch Lenthe die transkulturelle Kompetenz als eine erweiterte Form der sozialen Kompetenz. Für Domenig (2001) ist transkulturelle Kompetenz Bestandteil jeglicher professionellen Pflege, somit bedeutet Professionalität auch Transkulturalität. Weitere Komponenten, die zur transkulturellen Kompetenz führen, sind Hintergrundwissen, kulturelle

Erfahrungen sowie Empathie (Domenig:2007). Domenig versteht unter Hintergrundwissen nicht nur kulturspezifisches Wissen, sondern bezieht sich ausnahmslos auf Konzepte jeglicher Art, die bei Nicht-Migranten und allen Migrantengruppen zur Anwendung kommen können. Dazu gehören auf Seiten der Pflegenden ein theoretisches Hintergrundwissen über Kultur- und Migrationszusammenhänge sowie Wissen über migrationsspezifische Lebenswelten (Domenig:2007). Auch Hintergrundwissen über Rassismus und über frauenspezifische Lebenswelten in der Migration ist für Domenig (2007) wichtig und auch Kenntnisse über ethnologische Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie über psychische Erkrankungen im Migrationskontext sollten Pflegende nach Domenig (2007) besitzen. Weitere wichtige Wissensbestandteile einer transkulturellen Kompetenz scheinen nach Domenig (2007) Kenntnisse über eine angepasste Kommunikation im Migrationskontext sowie über Unterschiede in der sozialen Organisation zu sein. Dieses Wissen bzw. diese Kenntnisse sollen den Pflegenden ermöglichen, die richtigen Fragen zu stellen sowie die Antworten je nach Situation angemessen beurteilen zu können (Lenthe:2011). Transkulturelle Kompetenz ist nach Lenthe (2011) kein abgeschlossenes, sondern ein offenes Konzept, das sich bei jeder neuen interkulturellen Begegnung weiterentwickeln sollte, denn die Kulturen sind im stetigen Wandel und Veränderungsprozess ausgesetzt, somit wandeln sich auch die Inhalte einer interkulturellen Pflege. Transkulturelle Kompetenz befähigt die Pflegenden, die erlernten theoretischen Modelle in die Praxis umzusetzen und durch die Arbeitserfahrung neue Verknüpfungen herzustellen und sich persönlich weiterzuentwickeln. Dazu gehört, dass die Bedürfnisse der Zielgruppe, anhand eines kultursensiblen Pflegeassessment, erfasst werden und unter anderem in den Bereichen Kooperation mit anderen Berufsgruppen, Bildung, Management, ambulante Pflege und Öffentlichkeitsarbeit sich dieser Klientengruppe, den muslimischen Migranten der ersten Generation, angenommen werden.

## 4.2 Kultursensibles Pflegeassessment

In der ICN-Definition wird als pflegerische Schlüsselaufgabe die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse genannt. Hier sollte ein kultursensibles Pflege-Assessment entwickelt werden. Das bestärken auch Werner (2010) und Lenthe (2011); das Pflege-Assessment soll sowohl dem Beziehungsaufbau zwischen Klient

und Pflegeperson als auch der Erhebung des professionellen pflegerischen Handlungsbedarfs und dem Einsatz im Pflegealltag dienen. *„Ein kultursensibles Pflege-Assessment ist somit die Voraussetzung für eine tragfähige, transkulturelle Pflegebeziehung sowie für eine umfassende, exakte Pflegediagnostik und zielführende Pflegeplanung“* (Lenthe:2011, S. 171). Dies erfordert interkulturelle Achtsamkeit auf Seiten der Pflegepersonen (Lenthe: 2011) und setzt voraus, dass man als Pflegenden in der Lage sein muss, seine eigene Kultur zu reflektieren sowie fachgerecht unter Berücksichtigung der kulturspezifischen Konstellation und der Biografie des Klienten dessen Probleme, Bedürfnisse und Ressourcen richtig einordnen zu können (Lenthe:2011). Domenig (2007) und Lenthe (2011) haben mögliche Faktoren aufgelistet, welche beachtet werden sollten. Diese sind auch in Leiningers Sunrise-Modell vorzufinden. Einer der zu berücksichtigten Faktoren ist die Kommunikation, hierbei sollte auf die Muttersprache, Umgangssprache, Schriftsprache, Sprachbarrieren und nonverbale Ausdrucksweisen eingegangen werden (Domenig:2007; Lenthe:2011). Ein weiterer Faktor ist die kulturelle Zugehörigkeit; wo der Klient geboren und aufgewachsen ist oder welcher kulturellen Gruppe er sich zugehörig fühlt, ist tendenziell bedeutsam (Lenthe:2011).

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Migrationsgeschichte, herauszufinden welche Gründe zur Migration führten; wenn man diese kennt, kann auf bestehende Traumatisierungen als Folge von Flucht oder Vertreibung eingegangen werden (Domenig:2007; Lenthe:2011). Ein weiterer und besonders wichtiger Faktor bei muslimischen Migranten stellen die religiösen Bedürfnisse bezüglich ihrer Glaubensübung dar. Dazu gehören, Ernährung, Körperpflege, Geburt, Schmerz, Sterben und Tod (Lenthe:2011). Dieser Faktor sollte einen großen Raum im Pflege-Assessment einnehmen, da diese Bedürfnisse in den Interviews unter anderem explizit angesprochen wurden. Auch der Faktor des Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnisses scheint fundamental zu sein (Domenig:2007), da anhand der Interviews ersichtlich wurde, dass diese Klientengruppe ein anderes Pflegeverständnis aufweist. Daher sind Aspekte wie z.B. wie werden Krankheitsursachen erklärt, wie werden Beschwerden, Symptome ausgedrückt, wie wird mit Behinderung und psychischen Erkrankungen umgegangen und werden die Pflegehandlungen durch Angehörige übernommen bzw. erwartet, von besonderer Wichtigkeit (Lenthe:2011). Nach Lenthe (2011) sollten die Vorgaben des Pflege-Assessment nicht starr wie die einer Checkliste angewendet werden. Der Erstkontakt

zwischen Patient bzw. Familienangehörige und Pflegende sollte dem Beziehungsaufbau dienen und Vertrauen entwickeln (Lenthe:2011). Daher sollten nach Lenthe (2011) unerwünschte Themen oder Themen, die in den jeweiligen kulturellen Gesellschaften tabu sind, zunächst gemieden werden. Nach Werner (2010) ist es notwendig, den biografischen, kulturellen und Migrationshintergrund des Betroffenen zu kennen. Pflegende können auf diese Weise den Zusammenhang zwischen Migration, möglicher Erkrankung und Pflegebedürftigkeit besser nachvollziehen und letztlich besser auf die Bedürfnisse eingehen (Werner:2010). Im Mittelpunkt steht vor allem das Individuum mit seiner spezifischen Biografie, das heißt der Pflegende kennt die Faktoren, die die Gesundheit und das Leben des Betroffenen mit Migrationshintergrund sowie die Körper- und Seelenkonzepte, Krankheitserfahrungen und die Lebensqualität der Betroffenen beeinflussen als auch die Zusammenhänge von Migration und Schmerz (Werner:2010).

### 4.3 Kooperation mit anderen Professionen und Berufsgruppen

Die Kooperation mit anderen Professionen und Berufsgruppen gehört zur pflegerischen Tätigkeit (DBfK). Auch die WHO äußert explizit die Zusammenarbeit mit anderen gesundheitlichen Dienstleistungen oder ähnlichen beteiligten Gruppen und den Angehörigen der Betroffenen. Aus meiner Erfahrung heraus scheint eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und den betroffenen Dienstleistungszentren unabdingbar und die Voraussetzung für eine solide pflegerische Versorgung zu sein. Nach Jana (2004) besteht das Risiko der Fehldiagnostik im Gesundheits- und Pflegebereich aufgrund verminderter interkultureller Qualifizierung und geringen professionellen Dolmetschern. Die muslimischen Migranten haben geringe Informationen über existierende Angebote oder sind aufgrund der Bandbreite an Diensten, Einrichtungen und Möglichkeiten im Altenbereich desorientiert (Jana:2004). Die Sprachbarrieren und die undurchsichtigen Gesundheitsstrukturen erschweren den muslimischen Migranten einen richtigen Zugang, die richtige Ansprechperson zu finden, die in der Lage ist auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Von den Migranten wird verlangt, dass sie mit ihren Wünschen und Bedürfnissen selbst an die geeigneten Stellen herantreten (Kellenhauser/Schewior-Popp:1999). Gleichwohl bilden diese „Komm-Struktur“ oder die „Warten-auf-Nachfrage-Struktur“ meiner Ansicht nach einen falschen Ansatz. Das bestätigt auch Jana (2004) und betont, dass diese Strukturen den Lebenssituationen

der Migranten nicht gerecht werden können, da sie monokulturell veranlagt sind. Die meisten Einrichtungen wie auch ihre Angebote und Strukturen, wie z.B. Gottesdienste und Feiertage, basieren hauptsächlich auf christlicher Tradition (Jana: 2004). Um dieser Klientengruppe und ihren Angehörigen eine bedürfnisorientierte Versorgung anbieten zu können, sollten sich die unterschiedlichsten Berufsgruppen und Professionen in ihrer Rolle als Multiplikatoren vernetzen und ihre Zielgruppe ansprechen und aufklären (Jana:2004). Man sollte nicht von einer „Komm-Struktur“ ausgehen, sondern eine „Bring-Struktur“ entwickeln (Kellenhauser/Schewior-Popp:1999).

#### 4.4 Kultursensible Bildungsmaßnahmen

Ein weiterer wichtiger Aspekt für eine bedürfnisorientierte pflegerische Versorgung von muslimischen Migranten ist die Mitwirkung und Gestaltung in der Ausbildung. Der Pflegeprozess ist immer in einem stetigen Wandel, um die Pflege- und Betreuungsqualität zu gewährleisten ist nach Werner (2010) die kontinuierliche und systematische Fortbildung der Mitarbeitenden unabdingbar, nur so kann Stress und Fehlverhalten vorgebeugt werden und zugleich ein Kenntnis im Umgang mit dem multikulturellen Klientel erzielt werden. Meiner Ansicht nach ist nicht nur die Fort- und Weiterbildung von besonderer Wichtigkeit, sondern auch die Integration der transkulturellen Pflege in die grundständige Pflegeausbildung. In meiner Ausbildungs- bzw. Studienzeit hat mir der Bereich der transkulturellen Pflege gefehlt. Gerade am Anfang ist meines Erachtens eine Sensibilisierung für das Thema transkulturelle Pflege in unserer multikulturellen Gesellschaft bedeutungsvoll und wäre hier angebracht. Ich denke, die Grundsteine für transkulturelle Kompetenz sollten in der Grundausbildung bzw. während des Studiums gelegt werden, damit man diese nach Werner (2010) kontinuierlich weiterentwickeln kann. Als Gründerin des Konzeptes der Transkulturellen Pflege gilt Madeleine M. Leininger. Ihr Konzept kann z.B. für die Veranschaulichung und der Verständnisentwicklung hilfreich sein und gelehrt werden, um sich diesem Themenkomplex anzunähern. Leininger (1998, S. 64) sieht den Zweck ihrer Theorie darin, *„... zu erforschen, wie die Unterschiede und Übereinstimmungen der menschlichen Fürsorge mit dem Welt- und Wirklichkeitsverständnis, mit den sozialen Strukturen und anderen Faktoren zusammenhängen, um auf der Grundlage entsprechender Befunde Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Pflegenden Menschen verschiedener oder ähnlicher Kulturen eine*

*kulturkongruente Pflege gewährleisten können, damit sie auf kulturell angemessene Weise Wohlbefinden und Gesundheit (wieder-) erlangen oder den Umgang mit dem Tod erlernen.*“ Fürsorge ist für Leininger (1998) der Knotenpunkt der professionellen Pflege. Nachfolgend möchte ich auf ihr Konzept, das Sunrise-Modell, eingehen.

Um Leiningers Theorie von „Kultureller Pflege“ (cultural care) zu veranschaulichen, hat sie das Sunrise-Modell, auf Deutsch das Sonnenaufgangsmodell (Abb. 2), das das Fundament aller darauffolgenden Konzepte ist, entworfen. Dieses Modell, wurde nach dessen bildlicher Darstellung benannt (Leininger:1998). Es soll Pflegende dabei helfen, die kulturelle Welt mit ihren differierenden Einwirkungen auf die menschlichen Lebensbedingungen zu verstehen, welche einbezogen werden müssen, wenn man die menschliche Fürsorge umfassend erforschen will (Leininger:1998). Es gilt zu erforschen, inwieweit technische Faktoren, religiöse und philosophische Faktoren, Verwandtschafts- und soziale Faktoren, kulturelle Werte und Lebensweisen, politische, rechtliche und wirtschaftliche Faktoren sowie Erziehungs- und Bildungsfaktoren im Verhältnis zueinander stehen und somit menschliches Verhalten in verschiedenen Lebenssituationen beeinflussen können (Leininger:1998). Nach Leininger (1998) gibt es in jeder Kultur sowohl traditionellem, volkstümliche (laienhafte) als auch professionelle Pflegesysteme. Das System der Krankenpflege offeriert eine Verbindungsmöglichkeit zwischen den professionellen und traditionellen Pflegesystemen. Die folgenden drei Fürsorgemodi müssen ergründet werden, damit die Betroffenen eine professionelle Pflege in Anspruch nehmen können (Leininger:1998) und sollten bei der Pflegeplanung berücksichtigt werden:

1. Die kulturelle Pflegeerhaltung und -bewahrung bezieht sich auf alle professionellen Maßnahmen, *„...die Menschen einer bestimmten Kultur helfen, fürsorgerelevante Werte zu erhalten und/oder zu bewahren, die sie gesund bleiben und von Krankheiten genesen lassen oder sie lehren, mit Behinderungen und/oder Tod umzugehen.“* (Leininger:1998, S. 75).
2. Die kulturelle Pflegeanpassung bezieht sich auf die professionellen Maßnahme, *„... die Menschen einer bestimmten Kultur helfen, sich anderen anzupassen oder mit ihnen zu verhandeln, um zusammen mit professionellen Pflegenden zu einem positiven oder zufriedenstellenden Ergebnis in Bezug auf ihre Gesundheit zu erlangen.“* (Leininger:1998, S. 75).

3. Die kulturelle Pflegeneukonstruktion bzw. Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion bezieht sich auf jene professionellen Maßnahmen, „... die Patienten bei der Neuordnung, Veränderung oder umfassenden Modifizierung ihrer Gewohnheiten und bei der Entwicklung neuer, veränderter und positiver Strukturen der Gesundheitspflege behilflich sind. Bei dieser Pflege müssen die Pflegenden die kulturellen Werte und Überzeugungen der Patienten berücksichtigen, damit diese Lebensweisen übernehmen und ausbilden, die positiver und gesünder sind als diejenigen, die vor der Zusammenarbeit mit ihnen vorhanden waren.“ (Leininger:1998, S. 75)

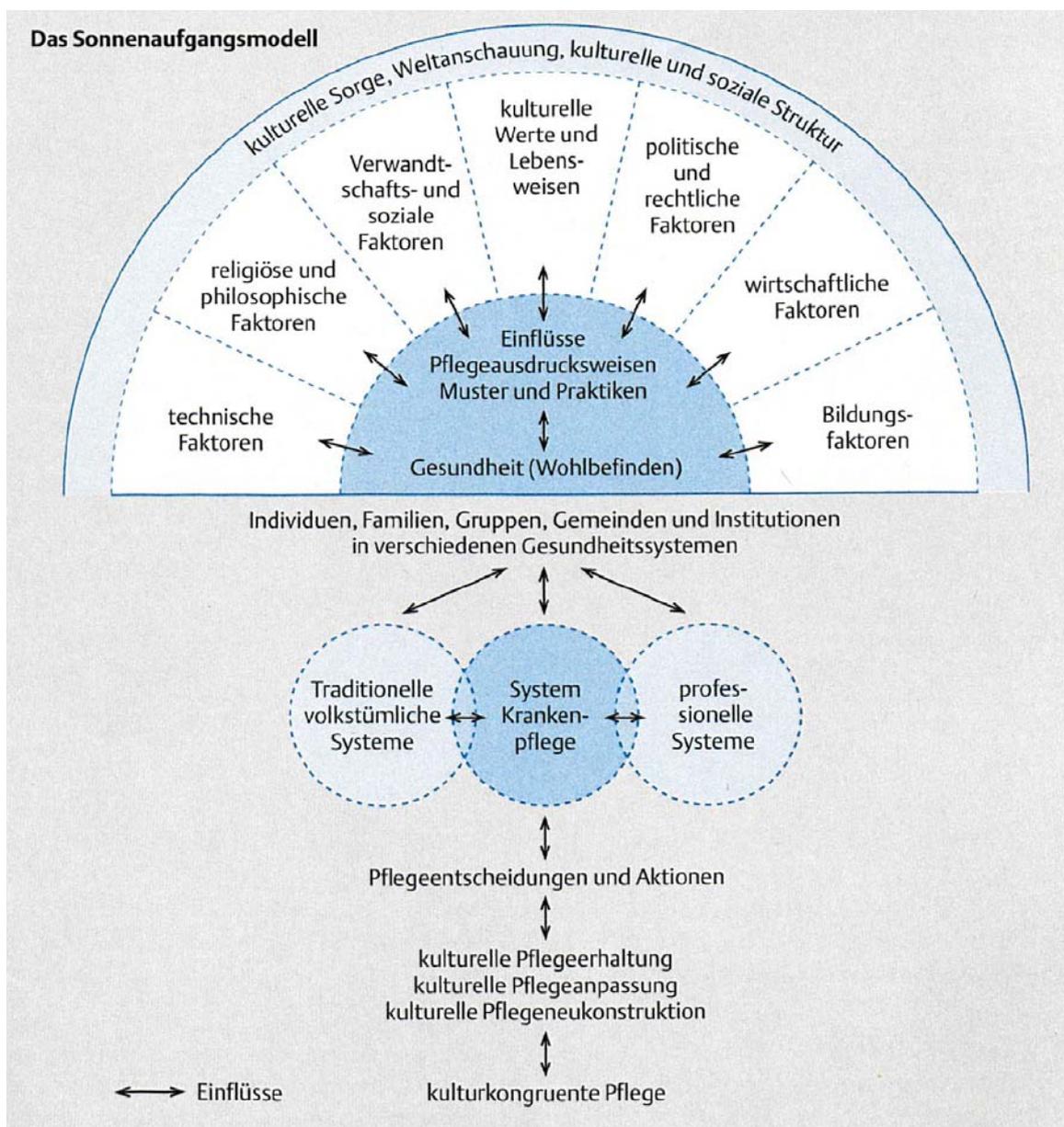


Abb. 2: Das Sunrise-Modell (aus Kellenhauser/Schewior-Popp:1999, S. 41)

Diese drei unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten führen zum Ziel des Sunrise-Modells: Eine kulturkongruente Pflege zu Verfügung zu stellen und zu realisieren. Nach Leininger (1998) genügt auch ein Fürsorgemodus, da es individuell davon anhängig ist, welcher der drei Fürsorgemodi oder welche anderen Fürsorgemodi den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen und Hilfe gewährleisten.

Transkulturelle Pflege ist nach Lenthe (2011) kulturübergreifend und bedeutet, dass sie über die Grenzen kultureller Verschiedenartigkeit hinaus geht und stellt somit ihrer Idee nach eine kulturunabhängige Form dar. Sieling (2008) sieht die Berücksichtigung der kulturellen Identität als Voraussetzung für eine adäquate Orientierung an der Individualität des Pflegebedürftigen. Lenthe (2011) behauptet, dass transkulturelle Pflegemodelle zusätzlich zu den Rahmenkonzepten die Möglichkeit bieten, die normativen kulturellen Gegebenheiten von Klienten zu erkennen, zu verstehen und in die pflegerische Praxis zu integrieren. Jedoch sollte man beachten, dass die Kulturen anhand der Pflegemodelle nicht stereotypisiert und die Betroffenen durch ihre Religionszugehörigkeit oder Herkunft kategorisiert werden (Lenthe:2011).

Ein weiterer Punkt im Bereich der kultursensiblen Bildungsmaßnahmen ist es, Migranten mit Pflegeexamen aus ihrer Heimat, die in Deutschland bisher nicht anerkannt werden, den Weg zu ebnen, um wieder in ihrer Profession Fuß fassen zu können, da tendenziell aus den Interviews ersichtlich wird, dass die Nachfrage an Pflegenden möglichst mit muslimischen Wurzeln oder aus dem Kreise der eigenen Landsleute sehr groß ist. Hier bietet z.B. die Institution „Wege in den Beruf“ in Kooperation mit der Albertinen-Schule in Hamburg ein Projekt an, im Rahmen dessen diese Migranten ihr staatliches Pflegeexamen in Deutschland absolvieren und wieder als examinierte Pflegekraft arbeiten können. Diese auf zwei Jahre verkürzte Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege trägt den Titel MIA (Wege in den Beruf).

Aus den Interviewergebnissen geht weiterhin hervor, dass die Angehörigen für die muslimischen Migranten der ersten Generation in Bezug auf die Pflege eine große Rolle spielen. Solange es möglich ist, wird die Pflege von den Angehörigen übernommen. Wird die Pflege innerhalb der Familie organisiert, sollten den

Angehörigen in ihrer jeweiligen Muttersprache Kurse und Schulungen zur häuslichen Pflege offenstehen (Kellenhauser/Schewior-Popp:1999).

#### 4.5 Kultursensibles Management

Der nächste Aspekt ist die Mitwirkung im Management. Damit eine transkulturelle Pflege durch die Pflegenden realisiert und durchgeführt werden kann, sollte sich der Kreis schließen, das bedeutet, dass für alle, vom obersten Management bis hin zu den Praktikanten, eine „Top-down- und Bottom-up-Strategie“ festsetzen und dieselben Ziele verfolgen (Lenthe: 2011). Denn das Management kann und sollte für die Betroffenen Hauswirtschaftlerinnen und Pflegenden organisieren, die die Bedürfnisse der muslimischen Migranten der ersten Generation kennen und ihnen entsprechen können. Deshalb sollte das Management der jeweiligen Einrichtungen meiner Erfahrung nach die kultursensible Pflege zum Leitbild nehmen und ihren Mitarbeitern diese ermöglichen, indem sie z.B. Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen und Supervisionen anbieten. Durch das gegenseitige Kennenlernen kann Verständnis für die Klienten entwickelt werden. Das bestätigt auch Lenthe (2011). Es ist wichtig, dass das Management sowohl eine Vorbildfunktion einnimmt als auch eine positive Einstellung gegenüber fremden Kulturen hat. *„Das setzt Wissen über fremde Kulturen voraus sowie die Fähigkeit, kulturelle Unterschiede wertfrei zu akzeptieren“* (Lenthe:2011, S.175).

#### 4.6 Angehörigen-Betreuung und -Beratung

Aus den Interviews geht hervor, dass die Angehörigen bei den muslimischen Migranten eine bedeutende Rolle spielen und unter anderem, je nach ihren Möglichkeiten, die Pflege organisieren und ausführen. Auch die WHO fordert die Pflegenden in ihrer Definition auf, die Familie, Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft des Klienten gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung mit einzubeziehen. Zielke-Nadkarni (2003) erklärt, dass Laienpflege auf Basis familiär-tradierten Pflegewissens ausgeübt wird. Die sozialen Netzwerke sind komplex, mehrere Familien stehen in Bezug auf die zu pflegenden Personen in Beziehung und treffen in pflegerischen Situationen aufeinander (Zielke-Nadkarni:2003). Die Aufklärung, Unterstützung und Beratung der Angehörigen ist bei dieser Personengruppe unabdingbar. Denn durch die Interviews wurde ersichtlich, dass vor allem die Angehörigen durch die Dienstleistungen der ambulanten Pflege

entlastet werden. Um die Angehörigen der Personengruppen zu entlasten, sollten sie durch Öffentlichkeitsarbeit von Seiten diverser Gesundheitseinrichtungen als Zielgruppe aufgesucht und angesprochen werden.

#### 4.7 Kultursensible ambulante Pflege

In Großstädten gibt es bereits einige ambulante Pflegedienste, die ein zielgerichtetes Angebot an Migranten offerieren. Auch andere ambulante Pflegedienste sollten ein transkulturelles Pflegeprofil einführen, um sich speziell auf die Bedürfnisse älterer Migranten auszurichten (Kellenhauser/Schewior-Popp:1999). Einige Personen dieser Zielgruppe können nicht von ihrem sozialen Netz aufgefangen werden, es fällt ihnen aber häufig schwer anzuerkennen, nicht von ihren eigenen Kindern gepflegt zu werden (Kellenhauser/Schewior-Popp:1999). Betroffene wie z.B. Herr H., die keine Familienangehörigen in Deutschland haben, sind besonders auf kultursensible ambulante Pflegedienste angewiesen, damit diese bedürfnisorientiert gepflegt werden können. Ein weiterer Schritt könnte auch eine Kooperation mit Firmen sein, die „Essen auf Rädern“ anbieten. Diese Firmen sollten die spezifischen Essgewohnheiten verschiedener Migrantengemeinschaften berücksichtigen (Kellenhauser/Schewior-Popp:1999).

#### 4.8 Öffentlichkeitsarbeit

Nach Werner (2010) ist Kreativität gefragt, um in die Langzeitpflege unterschiedliche Kulturen und ihre Lebensformen einzubeziehen, deshalb ist Öffentlichkeitsarbeit ein bedeutsamer Aspekt für eine bedürfnisorientierte pflegerischen Versorgung von muslimischen Migranten der ersten Generation. Die besten Angebote bleiben erfolglos, wenn sie nicht von der Zielgruppe in Anspruch genommen wird. Daher ist es wichtig, die Zielgruppe dort aufzusuchen, wo sie sich in ihrer Freizeit aufhält oder wo sie nach Rat und emotionaler Unterstützung sucht, solche Orte sind oft die Moscheen. Internationale Zentren oder Teehäuser sind ebenfalls Orte, an denen sich ältere Migranten in ihrer Freizeit aufhalten (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege:2002). Nach meiner Erfahrung ist die Moschee nicht nur ein Ort für die Ausübung religiöser Dienste, sondern auch ein Ort, der die Gemeinschaft vernetzt und ein heimisches Gefühl vermittelt. Auch aus den Interviews wurde der Aspekt der Identitätsstärkung erkennbar. Solange muslimische Migranten der ersten Generation in der Lage sind, ihre persönlichen Kontakte aufrechtzuerhalten und aufzusuchen,

gehen sie dem nach. Auch Jana bestätigt (2004), dass die Kontaktmöglichkeiten der Migranten sich auf Einrichtungen der eigenen Nationalität begrenzen. Durch Öffentlichkeitsarbeit sollen zum einen bedürfnisgerechte Gesundheits- und Pflegeangebote vermittelt bzw. zunächst einmal die Bedürfnisse erfragt und zur Kenntnis genommen werden. Zum anderen sollten das gelebte Pflegeverständnis und die diversen Dienstleistungen, die es in Deutschland gibt, den muslimischen Migranten der ersten Generation veranschaulicht werden, damit diese auch die Pflegenden und das Gesundheitssystem besser verstehen und somit bestimmte Abfolgen und Regeln besser nachvollziehen können. Es sollte ein Raum für diese Klientengruppe geschaffen werden, in dem sie sich trauen ihre Fragen zu stellen und wo ihnen Antworten gegeben wird. Dieser Raum kann dazu beitragen, dass Vorurteile abgebaut werden und auch, dass dem Pflegeberuf, vor allem der Altenpflege, mit weniger Angst, sondern mit mehr Wertschätzung und Verständnis begegnet wird.

Nicht nur der Aspekt der Aufklärung und Beratung gehört zur Öffentlichkeitsarbeit dazu, sondern auch das Anwerben von Migranten für die Pflege. Denn um auf die Bedürfnisse der muslimischen Migranten eingehen zu können und diese zu realisieren, müssen vor allem Menschen mit Migrationshintergrund für den Pflegeberuf begeistert und angeworben werden.

## 5 Diskussion und Schlussfolgerung

Die Intention dieser Arbeit liegt darin, die Pflegebedürfnisse von muslimischen Migranten der ersten Generation in Deutschland zu ermitteln und aus diesen Pflegebedürfnissen pflegerische Handlungskonsequenzen abzuleiten. Meine Vermutung, dass sich die Vorstellungen vom Altern der ersten Generation der muslimischen Migranten durch den jahrzehntelangen Aufenthalt in Deutschland verändert haben könnten, wurde begrenzt bestätigt. Professionelle Unterstützung dient als Notlösung und Entlastung der Angehörigen. Die Pflege wird primär von Angehörigen übernommen, wenn diese die Pflege jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr gewährleisten können, wird professionelle Pflege in Anspruch genommen. Aus meiner Erfahrung kann ich berichten, dass muslimische Männer der ersten Generation kaum professionelle Pflege annehmen. Sie werden primär von ihren Ehefrauen oder Kindern gepflegt. Dies zeigte sich auch in der Suche nach Interviewpartnern. Muslimische Migranten leben in Widersprüchen, trotzdem sind ihnen ihre ursprünglichen soziokulturellen Werte und Normen nicht verloren gegangen (Domenig:2007), sie wurden vielleicht sogar in der Fremde stärker ausgeprägt, da nach Werner (2010) pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund den Zustand des Fremdheitserlebens stärker und schwerer bewältigbar erleben als Einheimische. Dabei wird deutlich, dass Fragen bezüglich familiärer Angelegenheiten in den Interviews nicht konkret beantwortet wurden. Der Wunsch, von den Angehörigen unterstützt zu werden, ist nach wie vor vorhanden. Trotz familiärer Differenzen ist die Familie für muslimische Migranten der ersten Generation von großer Bedeutung und auch eine große Unterstützung. Hilfsbedürftige Menschen suchen in einer fremden Umgebung nach Bekanntem und Vertrautem (Lenthe:2011). Dieses wurde auch durch die Interviews bestätigt. Das Eingehen auf die Pflegebedürfnisse der muslimischen Migranten der ersten Generation in Deutschland führt zur Identitätsstärkung. Dies zeigt sich zum einen in dem starken Wunsch nach traditionellem Essen und zum anderen in der Beziehungsgestaltung zur Pflegeperson. Daher ist der Wunsch nach einer Pflegekraft, die bestenfalls aus demselben soziokulturellen Hintergrund kommt wie die Betroffene selbst sehr groß. Wie ich feststellen konnte, scheinen die pflegebedürftigen Migranten es als wünschenswert anzusehen, dass die Pflegekraft in die Rolle der Angehörigen schlüpft. Sie verlagern ihre Erwartungen, die sie an ihre

Angehörigen haben, auf die Pflegekraft. Durch die Bezeichnung „mein Kind“ wird die Pflegekraft zum Familienmitglied und soll dementsprechend die Aufgaben ausführen. Denn nach Zielke-Nadkarni (2003, S.40) wird *„Laienpflege aufgrund einer persönlichen Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und der pflegenden Person ausgeübt und beinhaltet grundsätzlich die potenzielle Bereitschaft zur Gegenseitigkeit“*. Um zu den Pflegenden eine Beziehung aufbauen zu können, ist es den Interviewten wichtig, dass diese dieselbe Sprache sprechen wie sie. Die gemeinsame Sprache dient der Kommunikation und Verständigung, so dass die Pflegebedürftigen ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern können. Somit ist nicht nur ein Beziehungsaufbau möglich, sondern auch eine bessere Zusammenarbeit zwischen Klient und Pflegenden. Eine gleichgeschlechtliche Pflege wird von den Interviewpartnern nicht nur gewünscht, sondern ist für sie fast eine Voraussetzung, obwohl es religiöse Erleichterungen gibt, nach denen das Verbotene in Notlagen erlaubt ist, das bedeutet, dass eine nicht gleichgeschlechtliche Pflege erlaubt ist, wenn eine gleichgeschlechtliche Pflege nicht möglich ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das unterschiedliche Pflegeverständnis der Personengruppe. Die professionelle Pflege, wie sie in Deutschland ausgeführt wird, ist der Personengruppe nicht bekannt. Pflege in Ländern mit einem „laikalen Fürsorgesystemen“ wird fast immer von der Familie ausgeführt. Daher war bei den Befragten eine Differenzierung zwischen Pflege und Hauswirtschaft kaum möglich. Die Weiterführung des Haushalts in ihrem Sinne stand für die Interviewten an erster Stelle. Daher stellt sich die Frage, wie sollte die Pflege handeln, um den muslimischen Migranten der ersten Generation eine bedürfnisorientierte Pflege anbieten zu können. Um deren Bedürfnisse und Interessen erfassen und wahrnehmen zu können, sollte ein kultursensibles Pflegeassessment ausgearbeitet werden, welches bestimmte Elemente besonders berücksichtigen sollte wie Kommunikation, kulturelle Zugehörigkeit, Migrationsgeschichte, religiöse Bedürfnisse und auch das Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis. Das Assessment sollte sowohl dem Beziehungs- und Vertrauensaufbau dienen als auch ein hilfreiches Instrument sein, um kultursensible Informationen zu sammeln. Auch die Kooperation mit anderen Professionen und Berufsgruppen ist von fundamentaler Bedeutung, um Fehldiagnostiken im Gesundheits- und Pflegebereich zu verhindern beziehungsweise zu vermindern. Eine weitere Handlungskonsequenz in Bezug auf Pflege ergibt sich im Bereich Bildung. Transkulturelle Pflege sollte ein Bestandteil des gelehrten

Curriculums sein. Leiningers Modell bietet sich als Einführung in und Sensibilisierung für das Thema kultursensible Pflege an, auch wenn dieses von einigen Autoren kritisiert wird. Schnepf (1997) kritisiert z.B. die fehlende Deutlichkeit der Theorie. Zudem sollten regelmäßige Schulungen und Fortbildungen zur transkulturellen Pflege angeboten werden. Da die Rahmenbedingungen nicht gegeben sind, um für alle Bedürftigen eine Pflegeperson aus deren jeweiligen soziokulturellen Hintergrund zur Verfügung zu stellen, bietet transkulturelle beziehungsweise kultursensible Pflege meiner Meinung nach eine Möglichkeit, den Pflegebedürfnissen entgegenzukommen. Konsequenterweise ist transkulturelle Pflege von großer Bedeutung. Dieses bestätigt auch Lenthe: *„Pflege ist vor allem dann und von sich aus transkulturell, wenn sie sich an den existenziellen Bedürfnisse des Menschen orientiert. Denn diese Bedürfnisse sind für alle Menschen aller Zeiten und Kulturen dieselben. Bloß ihre Reihung, Gewichtung und Bedeutung wird aufgrund kulturbedingter Auffassung oft unterschiedlich sein“* (Lenthe:2011, S. 14).

Ein anderer Aspekt ist die Wiedereingliederung von migrantischen Pflegenden, deren Pflegeexamen in Deutschland nicht anerkannt werden. Auch Schulungen und Kurse zur häuslichen Pflege für Angehörige in ihrer jeweiligen Muttersprache sollten angeboten werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Mitwirkung im Management. Das Management ist dafür verantwortlich, seinen Mitarbeitern eine kultursensible Pflege zu ermöglichen und zu organisieren, das bedeutet, dass den Mitarbeitern Weiterbindungsmaßnahmen und Supervisionen offeriert werden. Besonders wichtig ist die Organisation und das Einsetzen von Hauswirtschaftlerinnen und Pflegenden mit muslimischem Hintergrund. Weiterhin ist eine Angehörigenbetreuung und -beratung in Bezug auf gesundheitliche und pflegerische Aufklärung und Unterstützung von besonderer Bedeutung. Um den Wünschen und Bedürfnissen der muslimischen Migranten näher zu kommen, kann auf eine kultursensible Pflege nicht verzichtet werden. In der kultursensiblen Pflege sollen die erlernten theoretischen Modelle der transkulturellen Kompetenz in die Praxis umgesetzt werden. Hier sollten anhand der Arbeitserfahrung und Nutzung eines kultursensiblen Pflegeassessments neue Verknüpfungen hergestellt werden, um den Pflegekräften zu ermöglichen sich weiterzuentwickeln. Ambulante Pflegedienste sollten ein transkulturelles Pflegeprofil erstellen und für ältere Migranten eine bedürfnisorientierte Pflege anbieten. Ebenfalls wäre eine Kooperation mit Firmen wie „Essen auf Rädern“ sinnvoll, die auf die speziellen Essgewohnheiten der muslimischen Migranten eingehen und diese

berücksichtigen. Auch sollte die Öffentlichkeitsarbeit verbessert werden, so dass die muslimischen Migranten zum einen auf bestehende Dienstleistungen, Angebote und Projekte im Gesundheits- und Pflegebereich hingewiesen werden und zum anderen eine Aufklärung und Beratung stattfindet, durch die Vorurteile abgebaut werden und beide Seiten sich besser kennenlernen. Schließlich müssen mehr Personen mit muslimischem Migrationshintergrund für den Pflegeberuf begeistert und angeworben werden.

## 6 Reflexion der Arbeit

An dieser Stelle möchte ich meine Methode und die Arbeit reflektieren. Nach Stier (1999) besteht bei einem Interview eine grundlegende Abhängigkeit von der Antwortbereitschaft der angesprochenen Person, deshalb ist es wesentlich, das Interview als reaktives Messverfahren zu sehen. Damit zusammenhängende Risiken stellen mögliche Verzerrungseffekte und Beeinflussung durch den Interviewer dar, die durch Verständigung zwischen Interviewer und Befragtem oder durch Unterschiede im Geschlecht, in der Nationalität, in der Sprache, in der Kleidung, im Auftreten oder in der Schichtzugehörigkeit hervorgerufen werden können. Ein weiterer Kritikpunkt ergibt sich durch die notwendige Transkription und Übersetzung der mündlichen Informationen in schriftliche, da diese je nach Strukturierungsgrad sehr aufwändig sind (Kromrey:1995). Zudem ist der Aspekt „Zuverlässigkeit“ nach Kromrey (1995) eher kritisch zu betrachten, da nicht davon ausgegangen werden kann, *„dass dasselbe Interview bei derselben Person zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt, oder dass dasselbe Interview bei derselben Person von einem anderen Interviewer durchgeführt, das gleiche Ergebnis bringen würde“*, denn das Interview ist ein Erhebungsverfahren, das auf direktem zwischenmenschlichen Kontakt - wie es für die mündliche Sprache üblich ist - beruht. Bei meinen Interviews könnte eine unbewusste Beeinflussung durch den Pflegedienst vorhanden sein, da ich den Zugang zu den Befragten dadurch bekommen habe. Zudem ist meine Stichprobe bestehend aus Interviews mit nur drei Personen zu klein, die ebenfalls eine dünne Diskussionsgrundlage bildet. Zudem hat die Arbeit einen geringen Evidenzgrad.

Die Methode der semistrukturierenden Interviews ist jedoch geeignet, um über ein relativ unbekanntes Thema einen ersten Überblick zu gewinnen, wie in dieser Arbeit, in der es um die subjektiven Wünsche und Bedürfnisse der Befragten gilt. Dies gilt im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung besonders, da sich die Aussagen der Interviewten weitestgehend ergänzen und zum Teil ähnliche Ansätze in der Literatur zu finden sind, wie in Kapitel 3 Ergebnisdarstellung dargelegt worden ist. Für weiterführende Untersuchungen und zukünftige Versorgungs- und Pflegebedürfnisse älterer muslimischer Migranten der ersten Generation konnten die in dieser Arbeit durchgeführten Interviews wichtige Erkenntnisse liefern. Diese Arbeit kann eine Grundlage bilden, für eine empirische Forschung zu diesem Thema.

## 7 Literaturverzeichnis

**Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hrsg.) (2002):** Eine Handreichung, Köln

**Becker, S. A. , Wunderer, E. und Schultz-Gambard, J. (2001):** Muslimische Patienten: Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis, Zuckerschwerdt Verlag, München

**Bortz, J., & Döring N. (1995):** Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler, Springer Verlag, Berlin

**DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe**

<http://www.dbfk.de/download/download/ICN-Definition%20der%20Pflege%20-%20ICN%20deutsch%20DBfK.pdf>

Zugriff: 27.4.2012

**Domenig, D. (2001):** Einführung in die transkulturelle Pflege, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern

**Domenig, D. (Hrsg.) (2007):** Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Huber, Bern

**Hax–Schoppenhorst, T. (2010):** Jünger, S.: Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund, Kohlhammer, Stuttgart

**Jana, M. (2004):** Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege, Düsseldorf

**Kellenhauser, E., Schewior-Popp, S. (1999):** Ausländische Patienten besser verstehen, Thieme Verlag, Stuttgart - New York

**Kromrey, H. (2000):** Empirische Sozialforschung, Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart

**Leininger, M.M (1998):** Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus, Freiburg

**Lenthe, U. (2011):** Transkulturelle Pflege: Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren, Facultas Verlag, Wien

**Mayring, P. (2010):** Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, Beltz Verlag, Weinheim

**Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008):** Schwerpunktsbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit, Berlin,

Download über:

[http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo\\_28.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo_28.pdf)

Zugriff: 9.11.2011

**Schnepp, W. (1997):** Zum Zusammenhang von Kultur und pflegekundiger Ausbildung, in: PflegePädagogik, Heft 5, S. 1-18.

**Sieling, D. (2008):** Kulturelle Identität in der Pflege: Fallverstehen und Regelwissen als Grundlage kultursensibler Kompetenz am Beispiel familiärer Strukturen von türkischen Migranten aus den ländlichen Gebieten Anatoliens (1. Generation), Diplomica Verlag, Hamburg

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009):** Statistisches Jahrbuch. Wiesbaden, Download über:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/StatistischesJahrbuch/Jahrbuch2009,property=file.pdf>

Zugriff: 9.11.2011

**Steinbach, I. (2011):** Interkulturelle Pflege, Behrs Verlag, Hamburg

**Uzarewicz, C. (2003):** Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, hrsg. von Friebe, J./ Zalucki, M., Bielefeld, S. 29-46.

**Wege in den Beruf - Bildung und Beratung für Migrantinnen**

<http://www.wege-in-den-beruf.de/mia.html>

Zugriff: 16.5.2012

**Werner, S. (2010):** „Heimat ist dort, wo das Herz und die Seele sich wohlfühlen“, Pflegezeitschrift, Jg. 63, Heft 12, S. 727-729

**WHO (1993):** S. 15

**Wunn, I. und Klein, C. (2011):** Bedürfnisse muslimischer Patienten, in: Michael Peininger (Hrsg.), Interkulturell kompetent. Ärztekammer, Verlag Fakultas, Wien, S. 367-384.

**Zielke-Nadkarni, A. (2003):** Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen, Huber, Bern

## 8 Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit „Pflegebedürfnisse von muslimischen Migranten der ersten Generation in Deutschland“ ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Taiss Waziri

Hamburg, den 1. Juni 2012

## 9 Anhang

### 9.1 Literaturrecherche

Pubmed 21.12.11

Suchnummer	Suchwort	Limitation	Treffer
1	Age		1503116
2	Frail		7991
3	Elderly		3555933
4	1 AND 2 AND 3		2466
5	1 OR 2 OR 3		4325730

Suchnummer	Suchwort	Limitation	Treffer
6	Muslim		9797
7	migrant workers		7794
8	islam*		12740
9	6 AND 7 AND 8		46
10	6 OR 7 OR 8		22588

Suchnummer	Suchwort	Limitation	Treffer
11	need*		951377
12	Wish		11158
13	Desire		17060
14	11 AND 12 AND 13		98
15	11 OR 12 OR 13		972939

Suchnummer	Suchwort	Limitation	Treffer
16	Care		1336940
17	nursing care		495917
18	cultural sensitive care		14804
19	Intercultural		479
20	16 AND 17 AND 18 AND 19		5
21	16 OR 17 OR 18 OR 19		1631092

Suchnummer	Suchwort	Limitation	Treffer
22	4 AND 9 AND 14 AND 20		0
23	5 AND 10 AND 15 AND 21		375
24	23	Deutsch, Englisch	362
25	24	Humans	315
26	25	Last 10 years	<b>238</b>

## Flussdiagramm:

Bei **238** Artikeln wurde der Titel geprüft auf die Relevanz für die Fragestellung



→ 213 nicht relevant

Bei 25 Artikeln wurde der Abstrakt geprüft auf die Relevanz für die Fragestellung



→ 17 nicht relevant



→ bei 5 ist kein Abstrakt vorhanden

3 Artikel wurde geprüft auf Volltext Zugang in Pubmed und Hochschulkatalog (Uni Hamburg und HAW)



2 → nicht frei zugänglich

1. „Heimat ist dort, wo das Herz und die Seele sich wohlfühlen“, Sylke Werner, Pflegezeitschrift 2010, Jg. 63, Heft 12

## 9.2 Interviews

### 9.2.1 Interview mit Frau A.

Übersetzung von Dari ins Deutsche am 29.3.2012

Frau A. ist 86 Jahre alt und erhält seit ca. fünf Jahren Pflege vom ambulanten Pflegedienst

Zeile	Interviewtext	Interpretation
1	Taiss: Ich hätte ein paar Fragen an Sie bzgl. der Pflege,	Hauswirtschaft
2	Ihren Wünschen. <00:02:44>	
3	Frau A.: Von mir?! Ja, o.k.. <00:03:26>	
4	Taiss: Wie geht es Ihnen? <00:03:26>	
5	Frau A.: Mir geht es gut. <00:03:37>	
6	Taiss: Wobei hilft Ihnen die Pflegekraft? <00:03:41>	
7	Frau A.: Sie hilft mir beim Aufräumen, Bügeln, Waschen	
8	und beim Kochen. Ich kann das nicht mehr alleine.	
9	<00:03:41>	
10	Taiss: Wer hilft Ihnen bei der Medikamentengabe?	
11	Machen Sie das selber? <00:04:09>	
12	Frau A.: Nein, das macht H. (Pflegekraft). Sie gibt sie mir	
13	und sagt, wann ich sie immer nehmen soll. H. ist eine	
14	sehr gute Frau. Sie hilft mir sehr viel. Ich lebe alleine,	
15	obwohl ich eine große Familie habe. Wenn wir alle	
16	beisammen sind, passen wir nicht alle ins Wohnzimmer	
17	rein. <00:05:28>	
18	Taiss: Hilft Ihnen jemand aus der Familie? <00:05:33>	
19	Frau A.: Ja, klar. Meine Kinder. <00:05:34>	
20	Taiss: Wie helfen Sie Ihnen? <00:05:35>	
21	Frau A.: So einiges, sie geben mir Geld. Sie kaufen mir	
22	Obst und sogar Fleisch. Sie bringen mir alles. Mit 350€	

23	aus Deutschland kann man nicht Leben. <00:05:49>	Wirtschaftliche Unterstützung
24	Taiss: Ja, das ist nicht viel. <00:05:51>	
25	Frau A.: Ich bin eine Person und meine Ausgaben sind	
26	das Doppelte. Ich koche viel, aber kann das wiederum	
27	nicht essen. Ich habe nicht so viel Appetit, ich habe	
28	Asthma. <00:06:17> Mit 350€ komme ich überhaupt nicht	
29	zurecht. Wenn ich mit meinen Enkelkindern einkaufen	
30	gehe, dieses und jenes kaufe, ist nichts mehr übrig.	
31	<00:06:31> Meine Kinder unterstützen mich. <00:06:38>	
32	Ich habe fünf Kinder und jeder von denen hat Kinder. Die	
33	sind überall verstreut, Hamburg, Offenbach. Einer wohnt	
34	in der Nähe. <00:07:37> Ich habe Gott sei Dank viele	
35	Enkelkinder, aber nur drei sind in meiner Nähe.	
36	<00:08:11>	
37	Taiss: Und die kommen Sie oft besuchen? <00:08:15>	
38	Frau A.: Ja, die kommen manchmal am Wochenende	
39	besuchen. Ja, ich habe einen Sohn, der ist Single. Der	
40	kommt manchmal, nicht oft. <00:08:28> Ich habe viele	
41	Nichten, die ich auch großgezogen habe. Die lieben mich	
42	sehr! Wenn ich sie um etwas bitten würde, würden sie	
43	alles stehen und liegen lassen und für mich da sein!	
44	<00:09:25>	
45	Taiss: Tante, wie alt sind Sie eigentlich? <00:09:31>	
46	Frau A.: Hmm, lass mich mal überlegen, ich glaube ich	
47	bin so 80 Jahre alt. Aber so genau weiß ich das nicht.	
48	<00:10:04> Zwei meiner Söhne sind jung gestorben, das	
49	hat mich sehr kaputt gemacht. <00:10:36>	
50	Taiss: Wie lange leben Sie schon in Deutschland?	
51	<00:10:42>	
	Frau A.: In Deutschland 25 Jahre. <00:10:47> Ja, jetzt bin	

52	ich hier. In meiner Heimat hatte ich sehr sehr viele	
53	Ländereien! <00:11:18>	
54	Taiss: Sind Sie einmal irgendwann zu Besuch wieder in	
55	die Heimat gegangen? <00:11:47>	
56	Frau A.: Nein, aber dieses Jahr möchte ich gerne hin,	
57	wenn mich jemand mitnimmt. Mein Bruder lebt dort, den	
58	würde ich gerne wiedersehen. <00:12:09>	
59	Taiss: Ja, nach 25 Jahren, ist eine lange Zeit! <00:12:13>	
60	Frau A.: Möchtest du was essen oder trinken?! Hier trink	
61	was, bitte! <00:13:25>	
62	Taiss: Nein, danke! Was ist Ihnen bei der Pflege	
63	besonders wichtig? <00:13:29>	
64	Frau A.: Mir ist es wichtig, dass sie meine Sprache	
65	spricht, und natürlich eine Frau ist! Einen fremden Mann	
66	lasse ich nicht in mein Haus. Ich kann mich mit ihr dann	
67	unterhalten und sie kocht das Essen so, wie ich es mag.	
68	Die anderen können doch gar nicht kochen. Eine aus	
69	meiner Heimat, ist wie meine eigene Tochter, die alles für	
70	mich macht und für mich da ist. Meine eigenen Töchter	
71	kommen mich nicht besuchen. <00:16:59>	
72	Taiss: Wieso kommen Ihre Töchter nicht zu Besuch?	
73	<00:16:59>	
74	Frau A.: Ja, die haben sehr viel zu tun, die sind sehr	
75	beschäftigt mit ihren eigenen Kindern. Die eine ist	
76	selbstständig und hat ein Café. <00:17:21>	
77	Taiss: Sind Sie so zufrieden, wie Sie leben? Also, dass	
78	Sie alleine sind oder hätten Sie sich gewünscht mit Ihren	
79	Kindern zusammen zu leben? <00:17:33>	
80	Frau A.: Nein, ich bin so glücklich. Ich liebe meine Kinder,	

81	aber ich besuche sie nicht oft zuhause. <00:18:08>	
82	Taiss: Warum besuchen Sie ihre Kinder nicht so oft?	
83	<00:18:10>	
84	Frau A.: Naja, meine Schwiegertöchter sind nicht	
85	so...Nein, das sind gute Schwiegertöchter, aber ich will	
86	nicht, dass sie meinen Söhnen sagen, dass ich ihnen eine	
87	Last bin. Ich will meinen Kindern keine Last sein. Ich bin	
88	Gott sei Dank selbstständig, kann noch laufen. Ich	
89	bestimme selbst über mich. <00:18:36>	Geschlecht
90	Taiss: Da sind Sie Ihr eigener Chef in Ihren vier Wänden.	Sprache
91	<00:18:38>	Beziehung
92	Frau A.: Ja, in meiner Heimat hatte ich auch ein	Essen
93	Dienstmädchen. <00:18:43>	
94	Taiss: Ja, aber Sie wissen schon, dass eine Pflegekraft,	
95	kein Dienstmädchen ist! <00:18:47>	
96	Frau A.: Ja! Naja, hier nennt man sie Pflegekraft, aber das	
97	ist von der Tätigkeit fast dasselbe. Pflegekraft ist wie das	
98	eigene Kind. In Krankenhäusern behandeln sie mich so	
99	gut, mit sehr viel Respekt! <00:20:32>	

## 9.2.2 Interview mit Frau M.

Übersetzung von Pashto ins Deutsche am 29.3.2012

Frau M. ist 78 Jahre alt und erhält seit sechs Monaten Pflege vom ambulanten Pflegedienst

Zeile	Interviewtext	Interpretation
1	Taiss: Wie wünschen Sie sich Ihre Pflege? <00:00:24>	
2	Frau M.: Eine nette Frau, die mir hilft und das macht was	
3	ich ihr sage. Was soll man sich noch in meinem Alter	
4	wünschen?!	
5	Taiss: Was ist besonders wichtig für Sie in der Pflege?	
6	<00:01:04>	
7	Frau M.: Alles ist wichtig, mein Kind! <00:01:14>	
8	Taiss: Was zum Beispiel? <00:01:17>	
9	Frau M.: Zum Beispiel, dass meine Wohnung, meine	
10	Kleidung sauber und gebügelt ist. <00:01:25> Ich bin	
11	gestürzt <00:01:30>	
12	Taiss: Ihnen ist der Haushalt besonders wichtig?	
13	<00:01:45>	
14	Frau M.: Ja, sehr wichtig! <00:01:46>	
15	Taiss: Ist Ihnen noch etwas besonders wichtig?	
16	<00:02:09>	
17	Frau M.: Naja, die Besorgung von Einkäufen. Aber das	
18	macht meine Tochter für mich. Sie kauft für mich und für	
19	sich selbst ein. <00:02:13> Natürlich sollte es eine Frau	
20	sein, die meine Sprache spricht. Jemand der weiß, wie	
21	die Gebetswaschung ist. Für mich was Traditionelles	
22	kocht.	
	Taiss: Inwieweit ist Ihre Familie in die Pflege involviert?	

23	<00:02:43>	
24	Frau M.: Meine Tochter! Alles hat sie für mich gemacht	
25	und seitdem ich gestürzt bin und mir den Rücken	
26	gebrochen habe, kommt die ambulante Pflege. Davor hat	
27	alles meine Tochter gemacht, putzen, kochen, Wäsche	Funktionelles
28	waschen, Einkäufe und die Besorgung und das Stellen	Verständnis von
29	meiner Medikamente. <00:03:24>	Pflege
30	Taiss: Wie finden Sie die ambulante Pflege? <00:03:57>	Sprache,
31	Frau M.: Ich finde es gut, das entlastet meine Tochter, die	Geschlecht→
32	Arme hat auch viel zu tun mit ihren Kindern. Es entlastet	Identitäts-
33	meine Tochter. <00:06:10> Solange jemand kommt, die	stärkend
34	aus meiner Heimat kommt oder Moslem ist. <00:06:23>	
35	Fremde, die ich nicht verstehe, will ich nicht haben. Ich	Familiäre
36	habe große Probleme mit der Sprache, ich verstehe sie	Unterstützung
37	nicht. <00:06:44>	
38	Taiss: Wie lange leben Sie schon in Deutschland?	
39	<00:06:48>	
40	Frau M.: Ich weiß nicht so genau, meine Tochter weiß es	
41	am besten. Ich glaube, es sind schon 30 Jahre.	
42	<00:07:22> Mein Arzt sagt zu mir, du lebst schon so	
43	lange in Deutschland, wieso kannst du kein Deutsch	
44	sprechen? <00:07:55> Als ich nach Deutschland	
45	gekommen bin, war ich 52 Jahre alt. <00:08:11> Ich habe	
46	drei Kinder, zwei Söhne und eine Tochter. <00:12:21>	
47	Ein Sohn von mir ist verheiratet und hat schon	
48	erwachsene Kinder, aber meine Schwiegertochter ist	
49	keine gute Frau.	

### 9.2.3 Interview mit Herrn H.

Am 30.3.2012

Herr H. ist 67 Jahre alt und erhält seit einem Jahr Pflege vom ambulanten Pflegedienst.

Zeile	Interviewtext	Interpretation
1	Taiss: Wie fühlen Sie sich, dass ein ambulanter	
2	Pflegedienst zu ihnen kommt? <00:00:36>	
3	Herr H.: Nicht so gut, aber was soll ich machen, ich bin	
4	alleine und brauch Hilfe. Ich war Sportler, bin viel gereist	
5	und jetzt bin ich immer im Bett. Keine Familie, keine	
6	Sonne, keine nichts. In meiner Heimat, immer warm.	
7	Gutes Essen, hier immer Wurst, Käse. Immer gleiche.	
8	<00:01:53>	
9	Taiss: Wie wünschen Sie sich ihre Pflege? <00:02:02>	
10	Herr H.: Ach, was soll ich sagen. Alles scheiße, ich kann	
11	nichts machen, alles immer mit Hilfe. Was ist das für	
12	Leben? Ich will richtiges Essen, Reis mit Fleisch, wie in	
13	meine Heimat. Nicht immer Wurst, Käse. Immer das	
14	selbe! <00:03:02>	
15	Taiss: Hmmm Ja. Also ist ihnen das Essen besonders	
16	wichtig? <00:03:31>	Angemessenes Essen
17	Herr H.: Ja, das ist einzige was ich noch genießen kann.	
18	<00:03:40>	
19	Taiss: Was ist ihnen besonders wichtig oder sagen wir	
20	mal außer dem Essen sehr wichtig in der Pflege?	
21	<00:03:49>	
22	Herr H.: Ja, das Wohnung sauber ist, meine Tabletten ist	
23	wichtig. Ich brauche viel Tabletten. Ich kann nicht alleine.	

24		
25	Bei Toilette und waschen, ist Mann gut, aber kein Mann	
26	arbeitet oder Deutsche Frau. Ich mag keine muslimische	
27	Frau, wie sie. Ich bin immer Schwächer geworden, diese	
28	Hilfsmitteln sind sehr wichtig. Gucken sie, da habe ich	
29	diese Lifter, diese Rollstuhl und so. <00:04:14>	Hauswirtschaft,
30	Taiss: Wieso keine muslimische Frau? <00:05:31>	
31	Herr H.: Ich mag nicht. Nicht gut, wenn muslimische Frau	Geschlecht
32	mich nackt sieht. Ich will nicht. <00:05:45>	
33	Taiss: Hmm, Ok. <00:05:45> Was ist mit ihrer Familie?	
34	Sie meinten, dass sie keine Familie haben? <00:05:59>	
35	Herr H.: Nein, keine Familie. Ich hatte Deutsche Frau,	
36	aber jetzt geschieden. Bruder, Schwester alle in	
37	Heimat.<00:06:32>	
38	Taiss: Haben sie auch keine Kinder? <00:06:37>	
39	Herr H.: Nein, nichts. Meine Exfrau wollte keine Kinder,	Schamgefühl
40	ich auch nicht. Aber jetzt, denke ich, schade. Hätte ich	
41	Kinder, wäre gut. Jetzt, bin ich alleine hier in Deutschland	
42	und meine Familie alle zusammen in meine Heimat. Ich	
43	kann nicht mal besuchen. Alles scheiße. <00:08:20> In	
44	unsere Heimat ist alles gut, alle zusammen. Nicht so wie	
45	hier. Aber was soll ich machen. Leben ist so, wie es ist	
46	und ich bin alleine. Aber Gott sei dank, gibt Pflege, für	
47	Menschen wie mich, ist gut. In meine Heimat, gibt sowas	
48	nicht. Bei uns macht alles Familie. <00:10:31>	
49	Taiss: Herr H. wie lange leben Sie schon in Deutschland?	
50	<00:11:00>	
51	Herr H.: Ich lebe viele Jahre in Deutschland, aber ich war	
52	auch viel in andere Länder. Wegen meine Sport, bin ich	

53	viel gereist. Ich bin seit 1980 in Deutschland. <00:11:47>	
54	Taiss: Dann leben Sie seit ca. 30 Jahren in Deutschland.	
55	Das ist eine lange Zeit. <00:12:39>	