



# Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Problembeschreibung .....	1
1.2 Fragestellung .....	2
1.3 Zielstellung.....	3
1.4 Aufbau der Arbeit .....	3
2 Methodische Herangehensweise .....	4
2.1 Literaturrecherche .....	4
2.2 Explorative Experteninterviews .....	4
3 Begriffsdefinitionen.....	8
3.1 Menschen mit Migrationshintergrund .....	8
3.2 Islam .....	10
3.4 Lebensende und Palliative Care .....	11
4 Theoretischer Hintergrund.....	13
4.1 Verstehender Zugang als Grundlage von Pflege .....	13
4.2 Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund.....	15
4.3 Die Pflege von muslimischen MigrantInnen am Lebensende.....	20
5 Explorative Experteninterviews .....	25
5.1 Datenanalyse in Anlehnung an Mayring.....	25
5.2 Kategorisierung in Anlehnung an Mayring .....	27
6 Diskussion.....	35
7 Fazit .....	41
Literaturverzeichnis .....	44
Anhang.....	49
Eidesstattliche Erklärung.....	
Erklärung über die Themenbereiche der Bachelor-Arbeit im Dualen Studiengang Pflege.....	

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Schon seit je her leben in Deutschland Menschen mit Migrationshintergrund, die aus den unterschiedlichsten Gründen in dieses Land gekommen sind (vgl. Hitz, 2009, S.7). Des Weiteren gibt Hitz (2009, S.7) an, dass diese Menschen ihren eigenen Glauben, eigene Religionen und Vorstellungen über Leben und Tod mitbringen.

Aktuell sind die hohen Flüchtlingszahlen in Deutschlands Nachrichten sehr präsent (vgl. Hirsland, 2015, S. 1). Die Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund betrug in Deutschland im Jahre 2014 etwa 16,4 Millionen, die Zunahme zum Vorjahr liegt circa bei drei Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S. 1). Das Statistische Bundesamt (2015, S. 1) schreibt, dass dadurch der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschlands Bevölkerung auf 20,3 Prozent wächst. Auch in Hamburg leben Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2015, S. 1). Nach Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein lebten hier im Jahre 2014 etwa 570 000 MigrantInnen, was circa 32 Prozent der Einwohner Hamburgs ausmachte. Die größte Gruppe bildeten dabei die MigrantInnen aus der Türkei, mit ungefähr 16 Prozent (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2015, S. 2). Diese haben meist den islamischen Glauben, da der Islam als Religion in der Türkei stark vertreten ist (vgl. Urban, 2014, S. 54).

Durch den demographischen Wandel wird die Zahl von älteren Menschen in Deutschland bis 2030, auf etwa 22,3 Millionen Menschen ansteigen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S.8). Bislang liegt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg die über 65 Jahre alt sind, nur bei 14 Prozent Frauen und 17 Prozent Männern (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig- Holstein, 2015, S. 2). Diese Zahlen werden jedoch zunehmend ansteigen, da viele MigrantInnen auch im Alter nicht in ihre Heimat zurückgehen und in Deutschland bleiben (vgl. Kleiner, 2011, S. 6). Daraus resultiert, dass die Bedeutung von professioneller kultursensibler und pflegerischer Begleitung im Alter sowie am Lebensende zunehmen wird (vgl. Kleiner, 2011, S.6).

Die Begleitung von Menschen am Lebensende und beim Sterben ist für Pflegende generell eine Herausforderung, da dieses Thema viel Sensibilität, Einfühlungsvermögen und Umsichtigkeit erfordert (vgl. Hitz, 2009, S.7). Außerdem führt Hitz (2009, S.7f.) an, dass diese Herausforderung bei Menschen mit Migrationshintergrund noch einmal gesteigert wird, da die unterschiedlichen Vorstellungen, Religionen und Werte beachtet werden müssen. Pflegende können diese unterschiedlichen Ansichten oftmals nicht verstehen oder nachvollziehen und dadurch bei den MigrantInnen möglicherweise nicht die benötigte individuelle Pflege, die beispielsweise auch die Rituale beinhaltet leisten (vgl. Urban, 2014, S.11f.). Dadurch ist es möglich, dass die Pflegenden in eine Überforderung fallen und nicht wissen, wie sie mit Menschen mit Migrationshintergrund umgehen sollen (vgl. Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S.7). „Entstehende Schwierigkeiten verursachen Hilflosigkeit, wobei selbst erfahrene Kräfte sich dann gerne darauf berufen, das zu pflegende Gegenüber sei schließlich in Deutschland und habe sich mit den hier üblichen Gepflogenheiten zu arrangieren“ (Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S.7). Doch besonders bei der Versorgung am Lebensende und im Sterbeprozess stellt dies ein pflegerisches Problem dar, da hier eine individuelle und einfühlsame Versorgung verstärkt nötig ist (vgl. Hitz, 2009, S.7).

Diese entstehende Überforderung und Hilflosigkeit im Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund habe ich bei Pflegenden selbst schon beobachten können. Dabei habe ich festgestellt, dass Gesundheits- und Krankenpflegende häufig nur schwer einen Zugang zu PatientInnen mit Migrationshintergrund finden können. Meines Erachtens nach sind jedoch Zugang und Kontakt notwendig, um eine optimale professionelle pflegerische Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund leisten zu können.

## 1.2 Fragestellung

Aufgrund der Problembeschreibung entwickelte sich für mich folgende Fragestellung:

*Wie können Pflegende einen verstehenden Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund, am Beispiel von muslimischen MigrantInnen am Lebensende finden?*

### 1.3 Zielstellung

Ziel dieser Arbeit ist es, Zugangsmöglichkeiten durch Pflegende zu Menschen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen. Dabei wird sich zunächst generell auf Menschen mit Migrationshintergrund und dann beispielhaft auf die Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund und islamischem Glauben beschränkt, da diese, wie oben bereits beschrieben, die größte Gruppe der MigrantInnen in Hamburg ausmachen. Durch die gefundenen Zugangsmöglichkeiten sollen vorwiegend Gesundheits- und Krankenpflegende eine Unterstützung für die individuelle, professionelle Versorgung und Betreuung von sterbenden Menschen mit Migrationshintergrund erhalten. So könnten subjektiv bestehende Versorgungsdefizite reduziert und das Bewusstsein von Pflegenden für den Umgang mit MigrantInnen gestärkt werden.

### 1.4 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird die methodische Herangehensweise in Form einer systematischen Literaturrecherche und von explorativen Experteninterviews beschrieben. Anschließend werden wichtige Begriffe des behandelten Themas ausführlich definiert, um auf deren Grundlage den theoretischen Hintergrund verständlich zu machen. Dieser setzt sich aus dem gefundenen Material der systematischen Literaturrecherche zusammen. Dabei wird zunächst ein Überblick über den verstehenden Zugang als Grundlage von Pflege gegeben, um anschließend auf die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund sowie auf die Pflege von muslimischen MigrantInnen am Lebensende einzugehen. Des Weiteren werden die explorativen Experteninterviews dargestellt und es wird beschrieben, wie die Datenanalyse und die Kategorisierung in Anlehnung an Mayring (2010) stattgefunden hat. Im Anschluss daran werden die gewonnenen Erkenntnisse aus der Literatur mit den Aussagen aus den explorativen Experteninterviews in Zusammenhang gebracht und diskutiert, um die Fragestellung beantworten zu können. Als letzter Punkt wird ein Fazit der Arbeit gezogen und es werden die Limitationen beschrieben sowie ein Ausblick zur Zukunft des Themas gegeben.

In dieser Arbeit werden die weibliche sowie die männliche Form für Begriffe durch das Binnen-I, beispielsweise bei MigrantInnen, dargestellt.

## 2 Methodische Herangehensweise

### 2.1 Literaturrecherche

Zu Beginn der Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Katalogen und Datenbanken durchgeführt. Dadurch sollte sich ein Überblick über die derzeitige Studienlage und das Vorhandensein von Literatur zu dem gewählten Thema verschafft werden. Gesucht wurde zunächst im Katalog der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW), mit unterschiedlichen Suchbegriffen und Eingrenzungen. Die ausführliche Suchtabelle dazu befindet sich in Anhang 1. Ergänzend wurde im Campus- Katalog gesucht. Die Suchtabelle zu dieser Recherche befindet sich im Anhang 2. Im Anschluss daran, wurde im Beluga- Katalog recherchiert und auch dazu wurde eine Suchtabelle erstellt, die in Anhang 3 nachzuvollziehen ist. Ebenfalls im Anhang befindet sich die Recherchetabelle des Beluga- Katalogs bei der nur nach Artikeln gesucht wurde (siehe Anhang 4). Als letztes wurde die Datenbank von Medline zu dem gewählten Themengebiet durchsucht. Die dazu angefertigte systematische Recherchetabelle befindet sich in Anhang 5. Zusätzlich erfolgte noch eine Handsuche im Internet, bei verschiedenen Online- Wörterbüchern sowie dem Duden, um aktuelle Zahlen von MigrantInnen in Deutschland angeben und Definitionen über relevante Begriffe dieser Arbeit erstellen zu können.

### 2.2 Explorative Experteninterviews

Nach einer vorläufigen Sichtung der Literaturergebnisse wurde schnell deutlich, dass die Auswahl an Literatur und Studien zu exakt dem gewählten Thema der Arbeit eher gering ist. Daher wurde beschlossen explorative Experteninterviews durchzuführen. Es wurde sich erhofft, einen Einblick subjektiver Expertenmeinungen zu dem gewählten Themengebiet zu erhalten und dadurch die Literatur kontrastieren und anhand dessen diskutieren zu können. Jedoch wird in dieser Arbeit keine Anmaßung an wissenschaftlich aussagekräftige Ergebnisse der Interviews gestellt, da es sich lediglich um explorative Experteninterviews handelt. Als Instrument für die Befragung wurden halbstrukturierte Interviews mit einem Interviewleitfaden gewählt (siehe Anhang 6). Es wurde sich erhofft, ein möglichst breites Spektrum an Antworten zu erhalten, da sich Erfahrungen und Gedanken

leichter mündlich ausdrücken lassen als schriftlich (vgl. Bortz, Döring, 2006, S.308). Auch werden die Befragten in ihren Antwortmöglichkeiten nicht wie bei einem vollständig strukturierten Interview oder einem Fragebogen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eingeschränkt (vgl. Bortz, Döring, 2016, S. 272). Des Weiteren bietet sich durch den Leitfaden die Möglichkeit, die Interviews im Nachhinein miteinander vergleichen zu können (vgl. Bortz, Döring, 2016, S.372). Bortz und Döring (2016, S.372) erläutern außerdem, dass durch einen Leitfaden zwar ein roter Faden vorgegeben wird, es dennoch möglich ist, im Gespräch mit den Interviewten auf andere relevante Themen zu kommen, die nicht im Leitfaden verankert sind. Bei dem Leitfaden wurden Haupt- und Detaillierungsfragen zu bestimmten Themenbereich konzipiert (vgl. Bortz, Döring, 2016, S.372).

Der Interviewleitfaden umfasst sechs Hauptfragen und insgesamt elf Detaillierungsfragen. Die Detaillierungsfragen dienen dazu, eine genauere Beschreibung zur Hauptfrage zu erhalten (vgl. ebd.). Frage eins der Interviews befasst sich zunächst im Allgemeinen mit der Berufserfahrung der Interviewten. Die Detaillierungsfragen beziehen sich dann spezifisch auf die Erfahrung mit MigrantInnen, Sterbenden, sterbenden MigrantInnen und auf die bei der Arbeit gemachten Erfahrungen sowie den Umgang damit. Frage zwei bezieht sich auf den pflegerischen Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund. Frage drei erfragt die wichtigen Aspekte die nötig sind, um einen Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei zu finden. Diese Frage wird durch vier Detaillierungsfragen untergliedert, die sich auf die Erfahrungen und die Charakteristika des Kontakts beziehen. In Frage vier stehen die Personengruppen im Vordergrund, die etwas spezielles Wissen müssen, um in den Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund kommen zu können. Frage fünf behandelt die Meinung der InterviewpartnerInnen über die Praxisrelevanz bezüglich des Themas: Zugangsmöglichkeiten zu Menschen mit Migrationshintergrund durch MitarbeiterInnen im Krankenhaus. Diese Frage untergliedert sich ebenfalls in Detaillierungsfragen. Dadurch sollte genauer herausgefunden werden, welches Wissen Personen brauchen, um einen Zugang zu Menschen mit türkischem Migrationshintergrund zu erhalten und wie dieses Wissen vermittelt werden kann. Abschließend wird erfragt, ob die Interviewten noch etwas anmerken möchten. Dadurch soll den Befragten die Möglichkeit zur Äußerung über etwas gegeben werden, was sie selbst als wichtig erachten und noch nicht angesprochen wurde.

Um die Qualität der explorativen Experteninterviews trotz der geringen Stichprobe möglichst zu gewährleisten, wurde bereits bei Erstellung des Interviewleitfadens und auch bei der Durchführung der Interviews, auf die Gütekriterien qualitativer Datenerhebung geachtet. Bortz und Döring (2016, S.107) geben an, dass die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität ähnlich wie bei quantitativen Untersuchungen angewandt werden. Es sei jedoch schwierig, die Gütekriterien der quantitativen Forschung auf eine qualitative Forschung zu übertragen, da beide Forschungsmethoden völlig unterschiedlich seien und daher auch unterschiedlichen Anforderungen an Gütekriterien unterliegen (vgl. ebd.). Des Weiteren beschreiben sie, dass bislang jedoch auch keine eigenen, einheitlich geltenden Gütekriterien für die qualitative Forschung vorliegen (vgl. Bortz, Döring, 2016, S.108). Daher wird sich in dieser Arbeit auf die bisher geltenden Kriterien für qualitative und quantitative Datenanalyse bezogen. Es ist jedoch noch einmal zu erwähnen, dass es sich bei den Interviews nur um explorative Experteninterviews handelt und dadurch keinerlei Anmaßung an eine wissenschaftlich aussagekräftige Studie besteht. Daher finden die Darstellung und der Bezug der Gütekriterien für diese Arbeit nur beispielhaft statt.

Die Objektivität ist gegeben, da bei der Durchführung der Interviews jeweils der gleiche Interviewleitfaden genutzt wurde, um möglichst vergleichbare Resultate zu erhalten (vgl. Bortz, Döring, 2006, S. 326). Bortz und Döring (2006, S.326) beschreiben außerdem, dass für die Gewährleistung der Objektivität angegeben werden muss, wie bei einer Befragung vorgegangen wurde, um eine Transparenz der Untersuchung zu erreichen. Dies ist in der vorliegenden Arbeit der Fall, daher kann die Objektivität abschließend als gegeben bewertet werden.

Die Validität der geführten Interviews ist fraglich, da trotz Analyse der Interviews nicht eindeutig bestimmt werden kann, ob die Befragten möglicherweise unehrlich geantwortet und dadurch das Ergebnis verfälscht haben (vgl. Bortz, Döring, 2006, S. 327). Auch ist es möglich, dass die Befragten sozial erwünscht geantwortet haben, dabei passen die Interviewten ihre Antworten an Werte und Vorstellungen der Gesellschaft an, aus Angst ansonsten für die Antworten verurteilt zu werden (vgl. Bortz, Döring, 2006, S. 232f.). Dies würde die Ergebnisse der Interviews ebenfalls verfälschen und nicht die tatsächliche Meinung der Interviewten abbilden (vgl. ebd.). Laut Bortz und Döring (2016, S. 439f.) besteht die Möglichkeit, die Befragten vor dem Interview zu bitten ehrlich zu Antworten und sie darauf



hinzuweisen, dass die Antworten anonym behandelt werden. Dadurch könnte man die Chance haben, gegen sozial erwünschte Antworten einzuwirken (vgl. Bortz, Döring, 2016, S. 439f.). Da dies vor der Durchführung der Interviews erfolgte, ist von korrekten und ehrlichen Antworten auszugehen. Daher kann die Validität abschließend als gegeben betrachtet werden.

Die Reliabilität der Interviews kann als nicht gegeben betrachtet werden, da die Befragten bei erneuter Durchführung der Interviews nie die gleichen Aussagen und Reaktionen bieten werden (vgl. Bortz, Döring, 2006, S.327).

Als Stichprobe für die Interviews wurden drei ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen, wie beispielsweise eine Gesundheits- und Krankenpflegekraft aus dem Hospiz und eine aus dem Krankenhaus, gewählt. Auf eine genauere Beschreibung der Stichprobe wird verzichtet, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten (vgl. Bortz, Döring, 2006, S. 313).

Der Untersuchungsablauf stellte sich wie folgend dar: Nachdem die Durchführung von explorativen Experteninterviews beschlossen war, wurde ein Interviewleitfaden (siehe Anhang 6) erstellt und verschiedene ExpertInnen per Email, Telefon oder persönlich kontaktiert. Als diese zugesagt hatten an den Interviews teilzunehmen, wurde eine schriftliche Einverständniserklärung angefertigt (siehe Anhang 7). Darin ist das Einverständnis der TeilnehmerInnen zu den Interviews beinhaltet sowie zur Tonbandaufnahme und zur Art der Auswertung. Auch bestätigen die Interviewten, über Ziel und Zweck des Interviews informiert worden zu sein. Den Befragten wird Anonymität zugesagt sowie die Zusicherung, dass das Material nur für die Bachelorarbeit verwendet wird.

Vor den Interviews wurde den TeilnehmerInnen die Einverständniserklärung zugesandt, um sie in Ruhe durchzulesen und gegebenenfalls Einspruch gegen einen der Inhalte erheben zu können. Im Anschluss daran wurden individuelle Termine für die Interviews vereinbart. Die Vereinbarung der Termine lässt sich als schwierig anmerken, da die Interviews durch Absage der Termine des Öfteren verschoben wurden. Nach erfolgreicher Terminvereinbarung fanden die Interviews einzeln, im Zeitraum vom 24.03.-31.03.2016 statt. Sie wurden in den Büros oder anderen Räumen durchgeführt, in denen nur die durchführende und die interviewte Person anwesend waren. Es wurde durch die interviewende Person dafür gesorgt, dass die Atmosphäre im Raum ungestört, entspannt und ruhig war. Vor Beginn der Interviews wurde durch „Smalltalk“ ein Einstieg in das Thema und die Interviews

gegeben. Die InterviewpartnerInnen wurden über Ziel und Zweck des Interviews informiert. Auch wurde den TeilnehmerInnen jeweils die Einverständniserklärung in ausgedruckter Form vorgelegt. Es wurde gefragt, ob Dinge unklar seien oder gegen einen der aufgelisteten Punkte Einwände bestehen würden. Die Befragten wurden gebeten ehrlich zu antworten und noch einmal darüber informiert, dass die Interviews nur in anonymisierter Form weiterverwendet werden. Vor jedem Interview wurde noch einmal explizit gefragt, ob es für die Befragten in Ordnung sei, wenn die Interviews per Diktiergeräte-App auf dem Smartphone aufgenommen würden. Nachdem die TeilnehmerInnen zugestimmt hatten begannen die eigentlichen Interviews und die Tonbandaufnahme. Die Interviews dauerten zwischen 18 bis 28 Minuten.

Nach der Durchführung der Interviews erfolgte die Datenauswertung in Anlehnung an Mayring. Diese wird im Kapitel fünf detailliert beschrieben. Zunächst aber soll das folgende Kapitel der Begriffsdefinitionen einen Überblick, über die genutzten Begriffe in dieser Arbeit geben. Dadurch sollen alle LeserInnen ein einheitliches Verständnis über die Bezeichnungen erhalten. Es wird sich dabei auf die einzelnen relevanten Begriffe aus dem Titel der Arbeit beschränkt.

### 3 Begriffsdefinitionen

#### 3.1 Menschen mit Migrationshintergrund

Der Ausdruck „Menschen mit Migrationshintergrund“, wird in unterschiedlichen Quellen verschieden definiert (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S.4). Das Statistische Bundesamt (2015, S.586) definiert den Begriff wie folgt: „Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehört die ausländische Bevölkerung - unabhängig davon, ob sie im Inland oder im Ausland geboren wurde - sowie alle Zugewanderten unabhängig von ihrer Nationalität“. Bedeutend dabei ist, dass es nur MigrantInnen sind, wenn sie nach 1949 nach Deutschland gekommen sind (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S.5). Als MigrantInnen werden also diejenigen Menschen bezeichnet, die „in ein anderes Land, eine andere Gegend [oder, der Verfasser] an einen anderen Ort abgewandert [sind, der Verfasser]“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2016). Hier wird bereits deutlich, für welche unterschiedliche Wanderung der Begriff stehen kann. Denn in der Migration wird zwischen der Migration innerhalb eines Landes und der Migration über

Landesgrenzen hinweg unterschieden (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2016). Dennoch ist zu beachten, dass sich das Statistische Bundesamt (2015, S.586) explizit auf die Migration der ausländischen Bevölkerung bezieht. Ausgeschlossen wird aus dieser Arbeit also jegliche andere Migrationsform, wie zum Beispiel die innerhalb eines Landes die durchaus auch Deutsche betreffen kann.

Des Weiteren führt das Statistische Bundesamt (2015, S.586) an, dass auch Kinder, die mindestens einen ausländischen Elternteil haben einen Migrationshintergrund aufweisen. Dies gilt auch dann, wenn sie die deutsche und ausländische Staatsbürgerschaft besitzen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S.586). Zu beachten ist dabei, dass in Deutschland geborene Kinder von Aussiedlern oder Spätaussiedlern dann mindestens einen Migrationshintergrund, vererbt durch einen Elternteil haben (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S.5). Gebären diese Kinder Nachwuchs, sind dies Deutsche, ohne Migrationshintergrund (vgl. ebd.).

Laut des Statistischen Bundesamts (2015, S.5) sind Menschen mit Migrationshintergrund die Kinder von MigrantInnen oder ausländischen MitbürgerInnen, die in der ersten bis dritten Generation in Deutschland geboren sind. AusländerInnen sind demnach Menschen mit Migrationshintergrund, unabhängig davon, ob sie in Deutschland geboren sind oder nicht (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S.581). Dies gilt allerdings nur, wenn sie nicht zu den Definitionen für Deutsche nach dem Grundgesetz zählen (vgl. ebd.). Das Grundgesetz beschreibt dabei, dass ein Deutscher ist, wer als Person mit deutscher Staatsangehörigkeit oder „als Flüchtling oder Vertriebener deutscher Volkszugehörigkeit oder als dessen Ehegatte oder Abkömmling in dem Gebiete (!) des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31.Dezember 1937 Aufnahme gefunden hat“ (Deutscher Bundestag, 2016, Artikel 116, Abschnitt 1). Ebenfalls als Deutsche gelten „frühere deutsche Staatsangehörige, denen zwischen dem 30. Januar 1933 und dem 8. Mai 1945 die Staatsangehörigkeit aus politischen, rassistischen oder religiösen Gründen entzogen worden ist, (...) [diese, der Verfasser] sind auf Antrag wieder einzubürgern. Sie gelten als nicht ausgebürgert, sofern sie nach dem 8. Mai 1945 ihren Wohnsitz in Deutschland genommen haben und nicht einen entgegengesetzten Willen zum Ausdruck gebracht haben“ (Deutscher Bundestag, 2016, Artikel 116, Abschnitt 2). Die Worte Menschen mit Migrationshintergrund und AusländerInnen werden hier also gleichbedeutend

verwandt. In dieser Arbeit wird jedoch der Begriff Menschen mit Migrationshintergrund oder MigrantInnen genutzt.

### 3.2 Islam

Der Islam ist eine Religion, die beispielsweise in Syrien, Ägypten, Pakistan und der Türkei stark ausgeprägt ist (vgl. Urban, 2014, S. 54). Der Islam unterteilt sich in verschiedene Untergruppen, wie die Sunniten und Aleviten, die unterschiedlich groß vertreten sind (vgl. ebd.). Alle Untergruppen weisen verschiedenste Abweichungen im Glauben auf (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S.100). Im Folgenden wird sich jedoch nur auf die grundlegenden und allgemeingültigen Gemeinsamkeiten des Islams beschränkt. Dennoch sollte dabei nicht die Individualität des Einzelnen vergessen werden und jede Person nach eigenen Ansichten und Gewohnheiten befragt werden, da diese Arbeit keine Anweisungen zum Umgang mit Muslimen liefern möchte und kann, da ansonsten eine verstärkte Pauschalisierung begünstigt werden würde.

Das Wort Islam stammt aus dem Arabischen und bedeutet so viel wie die „aktive Hingabe an Gott, um Frieden zu finden“ (Neuberger, 2009, S.45). Die Gläubigen dieser Religion werden Muslime genannt, die an Allah glauben, was aus dem Arabischen übersetzt Gott bedeutet (vgl. Neuberger, 2009, S. 45f.). Dies ist der gleiche Gott, wie auch in anderen Religionen, beispielsweise dem Christentum und auch glauben Muslime an den Beginn der Menschheitsgeschichte durch Adam und Eva (vgl. Neuberger, 2009, S. 46). Im Islam gilt Jesus Christus nicht als Sohn Gottes sondern nur als Prophet, denn eine bedeutendere Rolle spielt der Prophet Mohammed, der als letztes die Offenbarungen Gottes erhalten hat (vgl. Urban, 2014, S.54). Die erhaltenen Offenbarungen wurden nach Glauben der Muslime, von Mohammed in einem Buch niedergeschrieben, dem Koran, der eine wichtige Glaubensquelle darstellt (vgl. Neuberger, 2009, S. 46). Auch gilt die Sunna als eine bedeutende Schrift im Islam, da dort der Weg und das Leben des Propheten niedergeschrieben sind (vgl. ebd.). Der Koran und die Sunna bilden für den „Muslim seinen Lebensweg. Dieser Weg ist die Scharia“ (Neuberger, 2009, S. 46). Daher ist das Leben eines Muslims in vielen Bereichen durch die Glaubensinhalte stark geprägt und geregelt (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S. 98). Dabei sind die fünf Grundelemente, aus denen der Islam besteht, für den Gläubigen von Bedeutung

und lauten: „das Glaubensbekenntnis, das Pflichtgebet, das Fasten, die Armensteuer [und, der Verfasser] die Haddsch-Pilgerfahrt nach Mekka“ (Bose, Terpstra, 2012, S.100). Grundsätzlich sieht ein gläubiger Muslim das Leben für sich als eine Prüfung, die ihm die Möglichkeit gibt, die eigene Persönlichkeit weiterentwickeln zu können (vgl. Urban, 2014, S.55). Ebenfalls im Koran festgelegt ist das Verhältnis zwischen Mann und Frau (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S. 110). Bose und Terpstra (2012, S. 110f.) beschreiben, dass die Frau gegenüber dem Mann eine untergeordnete Rolle darstellt, bei der sie sich abgeschottet von der Öffentlichkeit, um Haushalt und Kinder kümmern muss, während der Mann für die Versorgung der Familie zuständig ist und meist auch für die Frau spricht. Bedeutend ist auch die Rolle der Familie, die zumeist eine Großfamilie ist, in der alle Familienangehörige eng verbunden sind, sich gegenseitig schützen und dennoch können Fehler zur Ausgrenzung aus der Familie führen (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S. 111).

Dieses Kapitel bildet die Grundlage für das Kapitel 4.3 „Die Pflege von muslimischen MigrantInnen am Lebensende“, da dort auf die wichtigsten Bestandteile des Islams Bezug genommen wird, ohne sie noch einmal zu beschreiben. Dabei wird vor allem pflegerisch Relevantes einbezogen.

### 3.4 Lebensende und Palliative Care

Als Lebensende wird grob die Zeit definiert, die einer erkrankten Person bis zum unmittelbar bevorstehenden Tod verbleibt (vgl. Urban, 2014, S.11). In der Literatur ist es dabei schwierig, eine genaue Definition vom Lebensende zu finden. Das Lebensende ist kein fixer Punkt, sondern wird in der Literatur in unterschiedliche Phasen unterteilt: Nach der Diagnosestellung steht die Phase der Palliativ- Therapie an erster Stelle, bei der die Erkrankung als nicht heilbar erkannt und als fortschreitend eingeordnet wurde, dabei ist die verbleibende Lebensdauer jedoch nicht festzulegen (vgl. Bausewein et al., 2010, S. 4f.). An zweiter Stelle steht die Palliative- (Care)- Phase, bei der nur noch eine symptomatische Behandlung des Patienten erfolgt, um ihm für die verbleibende Lebensdauer von Monaten bis zu einigen Tagen Leiden zu nehmen und die Lebensqualität zu erhöhen (vgl. ebd.). Die Terminalphase ist die dritte Phase, bei ihr beträgt die Lebensdauer noch Tage bis Stunden und auch hier wird sich in der Versorgung auf die Kontrolle der

Symptome beschränkt, jedoch werden prophylaktische Maßnahmen nicht mehr durchgeführt (vgl. Bausewein et al., 2010, S. 4f.). Als letzte Phase im Leben eines Menschen steht die Sterbephase, die wenige Stunden bis Minuten vor dem Tod eintritt und durch die Symptomkontrolle sowie möglicherweise auch Sedierung, zur Erleichterung des Leidens gekennzeichnet ist (vgl. ebd.). Die genannten Phasen unterliegen alle dem Konzept der Palliative Care und richten sich nach den Grundregeln der palliativen Pflege, bei der die Pflegenden Prioritäten in der Versorgung eines Sterbenden setzen und individuell auf die Wünsche und Bedürfnisse eingehen (vgl. Higgins, 2013, S. 25).

Die World Health Organisation (auch WHO genannt) definiert Palliative Care 2016 wie folgt: „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual“ (World Health Organisation, 2016). Des Weiteren führt die WHO an, dass Palliative Care Folgendes leisten kann: „provides relief from pain and other distressing symptoms; affirms life and regards dying as a normal process; intends neither to hasten or postpone death; integrates the psychological and spiritual aspects of patient care; offers a support system to help patients live as actively as possible until death; offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement; uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated (...)“ (World Health Organisation, 2016).

Wie in der Definition von der WHO bereits erkennbar, sollten Pflegende auf das Vorhandensein von unterschiedlichen Kulturen und Religionen bei den PatientInnen schauen, um diese im Pflegeprozess berücksichtigen zu können, wenn es für die Betroffenen von Bedeutung ist (vgl. Higgins, 2013, S. 42). Des Weiteren sollten Pflegende, die religiösen Bedürfnisse von PatientInnen erkennen indem sie beobachten und erfragen, ob der Wunsch nach einem Gebet oder anderen Ritualen besteht, dazu können auch die Angehörigen mit einbezogen werden (vgl. Student, Napiwotzky, 2011, S. 212f.).

In dieser Arbeit wird sich für die pflegerische Begleitung nicht nur auf eine Phase beschränkt. Es wird sich auf den Zeitpunkt, ab dem sich erkrankte MigrantInnen im Krankenhaus befinden bezogen.

## 4 Theoretischer Hintergrund

### 4.1 Verstehender Zugang als Grundlage von Pflege

Als Zugangsmöglichkeiten werden Möglichkeiten genannt, um einen „Zugang (...) zu etwas zu erhalten“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2016). Der Zugang kann auch als „Beziehung, (...) Draht, [oder, der Verfasser] Verbindung“ bezeichnet werden (Bibliographisches Institut GmbH, 2016). Berta Schrems (2008) hat dabei die Bedeutung des Verstehens in der Pflege erfasst und in ihrem Buch, in Form der verstehenden Pflegediagnostik veröffentlicht. Die Grundzüge von Schrems Erkenntnissen werden im Folgenden angerissen, eine gänzliche Darstellung dieses Themas ist aufgrund der Komplexität nicht möglich.

Ein Bestandteil des Konzeptes von Schrems (2008) ist das Verstehen. Dies kann sich unter anderem auf die Sprache oder die Handlung einer Person beziehen, welche durch eine andere Person als verstanden bewertet wird (vgl. Bibliographisches Institut GmbH, 2016). Beeinflusst werden kann das Verstehen durch die Nachvollziehbarkeit oder die Deutung einer Person auf die Situation, Sprache oder Handlung (vgl. ebd.). Dabei ist es von den jeweiligen Interpretationen der Person abhängig, ob und wie etwas verstanden wird (vgl. Schrems, 2008, S. 18). Die Interpretationen sind individuell und begründen sich aus den bereits gemachten Erfahrungen im Leben, dem vorhandenen Wissen und dem Instinkt (vgl. ebd.). Schrems (2008, S. 17,24) beschreibt, dass durch das Verstehen die Grundlagen für den Pflegeprozess und das Handeln von Pflegenden, auch in schwierigen Situationen gelegt werden, um einen Zugang zu PatientInnen zu schaffen. Dies soll durch das Modell der verstehenden Pflegediagnostik ermöglicht werden, welches aus vier Punkten besteht, die miteinander in Wechselwirkung stehen und zu einer Einigung in der Pflege zwischen PatientInnen und Pflegenden führen sollen (vgl. Schrems, 2008, S. 24).

Punkt eins stellt dabei das individuelle Vorverständnis einer Person dar, welches aus Interpretationen sowie Wahrnehmungen zusammengesetzt ist und durch bestehendes Wissen, gemachte Erfahrungen, unterschiedliche Werte oder Vorstellungen beeinflusst wird (vgl. ebd.). Punkt zwei umfasst die Lebenswelt, welche das individuelle Empfinden einer Person, wie beispielsweise Symptome wie Schmerzen, beinhaltet und mit Punkt eins in Beziehung steht (vgl. Schrems, 2008,

S. 24). Dem gegenüber steht das Verständnis der Pflegenden, die das individuelle Erleben von PatientInnen mit relevantem Fachwissen und wissenschaftlichen Feststellungen in Beziehung setzen müssen (vgl. ebd.). Punkt vier bilden dabei die wissenschaftlichen Erkenntnisse, also die Evidenz, die in Beziehung mit dem Verständnis steht (vgl. Schrems, 2008, S. 24). Die Evidenz ist die Grundlage für ein Handeln durch Pflegende, auf derer Symptome geprüft und Pflegemaßnahmen getroffen werden (vgl. Schrems, 2008, S. 27).

Um nun einen verstehenden Zugang zu einem Patienten zu erlangen, müssen Pflegende sich dieser vier Punkte im Pflegeprozess bewusst sein, um so Aussagen und Symptome von PatientInnen in einen individuellen, jedoch auch evidenzbasierten Kontext einordnen zu können (vgl. Schrems, 2008, S. 28f.). Sind verbale Äußerungen von PatientInnen, beispielsweise zum Symptomausdruck nicht möglich, so müssen Pflegende auch die nonverbalen Ausdrücke beachten und einbeziehen können (vgl. Schrems, 2008, S. 30). Damit Pflegende dies leisten können, bedarf es diverser Fähigkeiten (vgl. ebd.). Neben dem Vorhandensein von Fachwissen müssen Pflegende, die PatientInnen und Gesamtsituation gut beobachten und überblicken sowie sich und andere reflektieren können (vgl. Schrems, 2008, S. 30). Dadurch besteht die Möglichkeit, immer wieder einen anderen Blickwinkel auf die Situation zu erhalten und sich Facetten von der Situation und dem Verhalten bewusst zu machen (vgl. ebd.). Auch muss ein Wissen über das Vorhandensein von unterschiedlichen Ansichten, Werten und Normen bei jedem Individuum sowie bei sich selbst bestehen, welche die Handlungen bestimmen (vgl. Schrems, 2008, S. 30). Dadurch können Pflegende mit Hilfe der Fähigkeit der Reflexion realisieren, weshalb Handlungen oder Reaktionen erfolgen und daher optimal auf PatientInnen eingehen (vgl. ebd.). Hierbei sollten Pflegende nicht nur PatientInnen an sich betrachten, sondern auch das gesamte Setting und die derzeitige, zumeist stressige Situation, bedingt durch Krankheit und Krankenhausaufenthalt (vgl. Schrems, 2008, S. 31f.). Auch sollten die vorhandenen Ressourcen, wie zum Beispiel Familie oder charakterliche Eigenschaften berücksichtigt werden (vgl. ebd.). Eine Erkrankung hat für jede Person eine individuelle Bedeutung, dies sollten Pflegende einfühlsam in Erfahrung bringen oder beobachten, um PatientInnen bei der emotionalen Verarbeitung der Erkrankung, also beim Coping unterstützen zu können (vgl. Schrems, 2008, S. 32). Auch spielt der von Schrems (2008, S. 32f.) genutzte Begriff der Compliance, also das



Einhalten von Therapievorschriften durch PatientInnen eine Rolle. Schrems (2008, S. 33f.) beschreibt, dass es möglich ist, dass mangelnde Compliance ein Zeichen für eine nicht angemessene Pflege sein kann, hier bedarf es jedoch noch einiger Pflegeforschung, um beispielsweise Compliance messen zu können.

Die individuelle Bedeutung von Situationen und Krankheit wird ebenfalls von Hülsken- Giesler (2008, S.40f.) beschrieben, wonach jede Person einer Situation oder Handlung einen Sinn zuschreibt, welcher von Kultur begründet wird. Nur wenn Pflegenden die Individualität von PatientInnen sowie die Vorstellungen und Ansichten berücksichtigen, können passende Maßnahmen durchgeführt werden (vgl. Hülsken- Giesler, 2008, S. 42f.). Durch diese Bewusstheit und Kompetenz sollen die Pflegenden ein optimales und individuelles Maß für die zu erbringenden Leistungen in einem bestimmten Setting finden und somit angemessen für die Situation sein (vgl. Schrems, 2008, S. 31). Die Pflege soll dadurch „wirksam, effizient und im Einverständnis aller Beteiligten [erfolgen, der Verfasser]“ (Schrems, 2008, S. 31).

Das Verstehen einer Person ist ein komplexer Prozess, der sich aus den genannten grundlegenden Facetten, wie beispielsweise dem Vorverständnis oder individuellem Erleben einer Person zusammensetzt (vgl. Schrems, 2008, S. 124). Dennoch ist auch einiges Wissen über Menschen mit Migrationshintergrund nötig, auf welches im folgendem Kapitel näher eingegangen wird.

#### 4.2 Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

In Deutschland wuchs im Zeitraum der 1880er Jahre die Industrie, damit stieg die Zahl der Arbeitskräfte und auch die Zahl der ArbeitsmigrantInnen an (vgl. Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S. 16). Diese sollten lediglich befristet aus einem anderen Land nach Deutschland kommen, zur Arbeit verbleiben und dann in ihre Heimatländer zurückkehren (vgl. Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S. 17). Da sich laut Hax-Schoppenhorst und Jünger (2010, S.17f.) die ArbeitsmigrantInnen jedoch stetig länger in Deutschland aufhielten und auch deren Familien nach Deutschland zuzogen, musste sich zunehmend mit der Thematik der MigrantInnen in Deutschland beschäftigt werden. Dabei gibt es Formen im Umgang mit Menschen die universell sind, andere hingegen lassen sich nur auf eine bestimmte Kultur anwenden (vgl. Tan, 1998, S.67f.).

Im generellen Umgang mit Menschen, die einen Migrationshintergrund haben, hat die kultursensible Pflege einen großen Stellenwert (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S.12). Dabei werden die PatientInnen mit ihrer Kultur berücksichtigt (vgl. ebd.). Die Kultur ist „nicht konkret greifbar (...) [oder, der Verfasser] statisch. (...) Kultur [ist, der Verfasser] ein sich ständig (...) weiter entwickelndes System, in dem sich Menschen einer bestimmten Gruppe zurechtfinden; eine schon in der Kindheit angelegte Leitlinie über all das, was wir als einzelne Menschen als »richtig« oder »falsch«, als »bekannt« oder »fremd« wahrnehmen“ (Bose, Terpstra, 2012, S. 12). Anzumerken ist, dass jede Kultur individuelle Werte, Richtlinien und Vorstellungen hat, wie beispielsweise über das Krankheitsverständnis, die es zu beachten gilt (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S. 12). Dazu gehört auch, um Gewohnheiten und Rituale von MigrantInnen zu Wissen, diese zu respektieren und der Person die Möglichkeit zum weiteren Ausüben zu geben sowie sie gegebenenfalls dabei zu unterstützen (vgl. Lieberam, 2015, S. 248f.).

Das Wort kultursensibel wird jedoch in unterschiedlichen Quellen auch gleichgesetzt mit Begriffen, wie „transkulturell, interkulturell oder multikulturell (...). Es gibt also keinen einheitlichen und vor allem klaren Sprachgebrauch (...)“ (Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S.111). Dies erschwert für Pflegende die Arbeit mit den Begriffen und kann zu Irritationen im Umgang damit führen (vgl. Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S. 111).

Die Grundlage für die kultursensible Pflege schaffte Madeleine Leininger, die sich damit befasste die Kultur von PatientInnen in der Pflege und alle Faktoren, die auf die Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegenden einwirken mit zu berücksichtigen (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S.12ff.). Bose und Terpstra (2012, S.16) geben an, dass dies religiöse oder beispielsweise auch familiäre Faktoren sein können. Nach Meinung von Bose und Terpstra (2012, S. 16) hat Leininger bei Pflegenden wichtige Gedanken zu diesem Thema angeregt, die bis heute anhalten und nach denen unterschiedliche Modelle, von verschiedenen Autoren zur kultursensiblen Pflege entwickelt worden sind. In dieser Arbeit wird sich auf die generellen Aussagen bezogen, was Pflegende in der kultursensiblen Pflege bei Menschen mit Migrationshintergrund leisten müssen.

Pflegende benötigen für die Versorgung von- und den Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund diverse Kompetenzen (vgl. Lieberam, 2015, S. 246). Diese Kompetenzen werden transkulturelle Kompetenzen genannt, dabei existiert jedoch

ebenfalls kein einheitlicher Begriff und es kann auch von interkultureller oder multikultureller Kompetenz gesprochen werden (vgl. Domening, 2007, S.172).

Neben den beschriebenen Aspekten der verstehenden Pflegediagnostik aus dem vorherigen Kapitel ist es in der kultursensiblen Pflege auch wichtig, dass Pflegende mit transkulturellen Kompetenzen sich zunächst aktiv reflektieren und über vorhandene Vorurteile oder über eine möglicherweise diskriminierende Haltung nachdenken sollten (vgl. Herpich, 2015, S. 235 und Domening, 2007, S. 174). Ein oft vorherrschendes Vorurteil ist dabei, dass Menschen mit Migrationshintergrund sehr wehleidig sind (vgl. Dreißig, 2005, S.175). Dreißig (2005, S. 175) fand in ihrer Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und PatientInnen mit Migrationshintergrund heraus, dass Pflegende die MigrantInnen oft pauschalisieren und ihnen das Vorhandensein des sogenannten Mittelmeer- Syndroms oder auch „mediterrane Syndrom“ zuschreiben (Dreißig, 2005, S. 175). Dreißig (2005, S. 177) gibt an, dass Pflegende hier oft Vorurteile haben ohne, dass es ausreichende Begründungen dafür gibt. Durch das Vorhandensein der Vorurteile könnte die Behandlung sowie Pflege dieser PatientInnen schlechter sein und die Betroffenen weniger ernst genommen werden (vgl. Dreißig, 2005, S. 177f.).

Neben den Gedanken über das Vorhandensein von Vorurteilen sollten Pflegende des Weiteren im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund offen für neue Aspekte sein, ehrliches Interesse an neuem Wissen haben sowie authentisch in Verhalten und Ausstrahlung sein (vgl. Lieberam, 2015, S.245 und Mantz, 2015, S. 73). Eine wertschätzende und zugewandte Haltung kann helfen einen Kontakt herzustellen (vgl. Mantz, 2015, S. 73). Auch können Wissen und bereits gemachte Erfahrungen mit MigrantInnen unterstützen, andere Menschen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen (vgl. Domening, 2007, S. 174). Vorhandenes Wissen sollte dabei nicht pauschalisiert und auf alle Gruppen einer Kultur oder Religion bezogen werden (vgl. Herpich, 2015, S.235). Die individuelle Betrachtung von PatientInnen spielt eine große Rolle, da jeder Mensch eigene Vorstellungen hat, nach denen er Handlungen durchführt oder Reaktionen zeigt (vgl. Lieberam, 2015, S.245 und Herpich, 2015, S. 235).

Daneben spielt auch die empathische Haltung der Pflegenden gegenüber PatientInnen eine große Rolle, bei der dem Gegenüber Respekt entgegengebracht wird (vgl. Domening, 2007, S. 174). Es ist äußerst wichtig, dass Pflegende sich bewusst sind, dass Empathie in Verbindung mit Wissen über Kulturen sowie der

Fähigkeit der Selbstreflexion zu einer Sensibilisierung im Kontakt zu MigrantInnen führen kann (vgl. Domening, 2007, S. 175). Dadurch kann zu einem positiven Kontakt zwischen Pflegenden und PatientInnen beigetragen werden (vgl. ebd.).

Im Kontakt ist auch die Kommunikation von großer Bedeutung, die neben nonverbal auch verbal durchgeführt werden kann (vgl. Kellnhauser, Schewior, 1999 S. 21f.). Da es bei Menschen mit Migrationshintergrund durchaus möglich ist, dass diese kein Deutsch sprechen sollte hier ein Dolmetscher einbezogen werden, um mit dem PatientInnen auch verbal kommunizieren zu können und sich tatsächlich bestehende Emotionen oder Gefühle explizit übersetzen zu lassen (vgl. Lieberam, 2015, S. 248). Vorteilhaft ist, dass Pflegende dadurch einen Eindruck vom inneren Zustand der PatientInnen gewinnen können (vgl. ebd.). Auch sollten Beratungsangebote über Pflegeleistungen oder generelle Leistungen des Gesundheitssystems in verschiedene Sprachen übersetzt werden, um den MigrantInnen die Barriere für den Zugang zum Gesundheitssystem zu verringern (vgl. Schopf, Naegele, 2005, S.393). Da viele Menschen mit Migrationshintergrund oftmals nicht lesen und schreiben können, sollten Beratungen verständlich formuliert sein oder auch persönlich durchgeführt werden (vgl. ebd.). Das Vorhandensein von Gesprächskompetenz sowie einer Sensibilität der Sprache kann sich dabei positiv auf das Gespräch und die Pflege-PatientInnen- Beziehung auswirken (vgl. Mantz, 2015, S. 49f.). Mantz (2015, S.49f.) gibt des Weiteren an, dass PatientInnen es als positiv empfinden, wenn sie und die Situation als Ganzes gesehen werden, die die Pflegenden verstehen wollen.

Es sollte jedoch auch Wissen über unterschiedliche Vorstellungen einer Kultur, wie beispielsweise über Krankheit vorhanden sein, um so in der Pflege optimal auf PatientInnen eingehen zu können (vgl. Lieberam, 2015, S. 245). Des Weiteren ist es von Bedeutung, dass Pflegende Wissen über das Verständnis von Pflege und Fürsorge von Menschen mit Migrationshintergrund haben (vgl. Gressel, 2015, S. 241). Dabei ist die Familie stark mit eingebunden und jedes Mitglied der Familie steht in der Pflicht sich, um den Erkrankten zu kümmern egal ob dieser zu Hause versorgt wird oder in einer Einrichtung (vgl. ebd.). Pflegende sollten hier Verständnis aufbringen, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund oft sehr viel Besuch erhalten und dieser meist eine lange Zeit bei den PatientInnen bleibt, da dies in der jeweiligen Kultur so üblich sein kann (vgl. Gressel, 2015, S. 241). Auch ist es bei Menschen mit Migrationshintergrund kulturbedingt möglich, dass Entscheidungen

über Versorgung und Therapie durch Mitglieder der Familie bestimmt werden (vgl. Gressel, 2015, S. 241f.). Pflegende sollten hier ebenfalls Verständnis aufbringen und versuchen dies zu berücksichtigen und einzubeziehen, um dann gemeinsam mit allen Beteiligten eine Entscheidung zu treffen (vgl. ebd.).

In der Pflege sollte auch beachtet werden, dass das Essen für PatientInnen mit Migrationshintergrund nach den individuellen Richtlinien der Kultur zubereitet wird und keine in der Kultur verbotenen Bestandteile enthält (vgl. Lieberam, 2015, S. 248). Es kann jedoch möglich sein, dass Angehörige Essen für Erkrankte mitbringen, um sich um diese zu kümmern und sicherzugehen, dass keine verbotenen Bestandteile im Essen enthalten sind (vgl. Gressler, 2015, S. 242). Dabei kann das meist sehr gehaltvolle Essen den Gesundheitszustand von PatientInnen eher negativ beeinflussen, weshalb Pflegende auch hier aktiv in die Kommunikation mit den Angehörigen gehen und dies sachlich erklären sollten (vgl. ebd.).

Das Wissen über kultursensible Pflege und transkulturelle Kompetenz sollte zum Einen durch Pflegende selbst weitergegeben werden, zum Anderen sollten sich die Unterrichtsinhalte in Ausbildungen, wie der Gesundheits- und Krankenpflege stärker daran orientieren und dies vermehrt einbinden (vgl. Lieberam, 2015, S. 249 und Schopf, Naegele, 2005, S.393). Im Krankenpflegegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, in Anlage 1 zu Paragraph 1 Abschnitt 1 A theoretischer und praktischer Unterricht, Punkt 5 S. 73 wird festgelegt, dass Inhalte über Interkulturalität und Religionen von PatientInnen bei Gesundheits- und Krankenpflegenden vorhanden sein sollen (vgl. Dielmann, 2014, S.71). Dabei sollen bereits die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege die Pflege nach den individuellen Bedürfnissen von PatientInnen ausrichten und „in ihr Pflegehandeln das soziale Umfeld von zu pflegenden Personen (...) [einbeziehen sowie, der Verfasser], ethnische, interkulturelle, religiöse und andere gruppenspezifische Aspekte (...) [und, der Verfasser] ethische Grundfragen (...) beachten.“ (Dielmann, 2014, S. 73). Auch soll das Wissen in anderen Ausbildungsformen vermittelt werden, wie beispielsweise einer Modelform, bei der zusätzlich zu der Ausbildung auch Wissen an Hochschulen vermittelt wird (vgl. Dielmann, 2014, S. 35f.). Eine weitere Beschreibung über Unterrichtsinhalte oder Dauer der Vermittlung des interkulturellen Wissens im Unterricht ist nicht vorhanden. Das vermittelte Wissen soll zum Ziel der Ausbildung beitragen, dass die

Auszubildenden ihre Kompetenzen zur Pflege von PatientInnen bis zu deren Genesung, beziehungsweise in den unterschiedlichen Phasen des Lebens, optimal einsetzen können (vgl. Dielmann, 2014, S. 33). Die Auszubildenden sollen diese Kompetenzen innerhalb der vorgegebenen Stundenzahl der Ausbildung für Theorie und Praxis erreichen (vgl. Dielmann, 2014, S. 59). Dabei unterscheiden sich die Stunden für Auszubildende an einer Hochschule, beispielsweise im dualen Studiengang Pflege nur gering (vgl. Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf, 2016).

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist ein Wissen über Kulturen von Bedeutung, um den individuellen Hintergrund einer jeden Person verstehen zu können. Daher wird im folgenden Punkt auf die pflegerischen Besonderheiten bei muslimischen MigrantInnen am Lebensende eingegangen.

#### 4.3 Die Pflege von muslimischen MigrantInnen am Lebensende

Da muslimische PatientInnen in deutschen Krankenhäusern immer häufiger anzutreffen sind, ist es für Pflegende von Bedeutung ein Wissen über den Islam zu haben, um dies in der Pflege von muslimischen MigrantInnen am Lebensende einbringen zu können. Es findet jedoch nur eine exemplarische Darstellung ausgewählten Wissens statt, da das Thema äußerst vielschichtig ist. Außerdem soll wie bereits mehrfach erwähnt, lediglich ein Grundlagenwissen für die Pflege geschaffen werden, ohne die Individualität von PatientInnen in den Hintergrund zu stellen oder zu pauschalisieren. Im Folgenden werden die für die Praxis im Krankenhaus relevanten Grundelemente erläutert, welche für einen gläubigen Muslim am Lebensende von Bedeutung sein könnten. Dies ist wichtig, da in der palliativen Pflege, die Kultur und deren individuelle Bedeutung für Betroffene beachtet werden soll (siehe Kapitel 3.4).

Eine Krankheit stellt für viele Muslime eine, der in Kapitel 3.2 genannten Prüfungen dar, die von Gott gesandt wurden und den Menschen ganzheitlich, dass bedeutet im ganzen Körper und nicht nur einer Körperstelle, befällt (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S. 22). Auch kann die Krankheit als eine Strafe für falsches Verhalten gedeutet werden oder Ursache des bösen Blicks sein (vgl. ebd.). Der böse Blick wird durch den Neid Anderer auf eine attraktive oder erfolgreiche Person gesandt, kann Erkrankungen oder Unglück für die Person verursachen und nur durch

verschiedene Rituale einer weisen Person reduziert werden (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S. 105f.). Daher nutzen in Krankheitsfällen viele Muslime vorwiegend das Wissen, welches in der Familie zur Krankheit vorhanden ist oder sie suchen die Hilfe eines Heilers, um das Leiden zu lindern und möglichst zu Hause versorgt werden zu können (vgl. Bose, Terpstra, 2012, S. 98). Nur wenn dieses Wissen nicht mehr ausreicht wird professionelle Hilfe, beispielsweise durch einen Arzt oder Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen (vgl. ebd.). Der Tod stellt dagegen für Muslime keine Strafe dar, sondern ist ein unvermeidbarer Prozess des Lebens (vgl. Eisingerich, 2012, S. 142ff.).

Für Muslime stellen Krankenbesuche einen wichtigen Bestandteil in ihrem Glauben dar (vgl. Urban, 2014, S. 56). Es wird angenommen dadurch eine gute Tat zu vollbringen (vgl. ebd.). Außerdem wird das Zusammengehörigkeitsgefühl ausgedrückt, wie es der Koran verlangt (vgl. Urban, 2014, S. 56). Daher erhalten muslimische PatientInnen oft sehr viel Besuch (vgl. ebd.). Auch kann es vorkommen, dass Angehörige einer muslimischen Patientin immer bei ihr sind, da es im Islam nicht angebracht ist, wenn fremde männliche Personen, wie zum Beispiel Pflegende oder Ärzte, mit der muslimischen Frau in einem Raum alleine sind (vgl. Urban, 2014, S. 56).

In der Kommunikation mit Muslimen ist zu beachten, dass stetiger Blickkontakt als unhöflich gilt und PatientInnen oder auch Angehörige, aus Gründen von gutem Benehmen dem Personal oft keine Nachfragen stellen (vgl. Urban, 2014, S. 59). Pflegende sollten dabei besonders auf die nonverbalen Reaktionen des Gegenübers achten, welche bei muslimischen MigrantInnen anders sein können als bei deutschen PatientInnen (vgl. ebd.). Muslime kann ein Nein gegebenenfalls durch Schnalzen und das Zurückwerfen des Kopfes ausdrücken, ohne es zu verbalisieren und auch Trauer- oder Schmerzphasen werden meist sehr emotional ausgedrückt (vgl. Urban, 2014, S. 59).

Des Weiteren kann in der Kommunikation und damit auch in der Versorgung schwierig sein, dass wie bereits beschrieben, die muslimische Frau ihrem Ehemann und auch anderen männlichen Verwandten gegenüber unterwürfig ist und daher kaum bis gar nicht in Gegenwart dieser spricht oder ausdrückt, was sie möchte (vgl. Böhm, 2012, S. 86). Auch können Pflegende eventuell nicht verstehen, dass die Entscheidungen über Behandlung und Therapie meist nicht durch den muslimischen Sterbenden allein getroffen werden, sondern durch

Familienmitglieder, da sie Entscheidungspersonen sind und dem Sterbenden Belastungen abnehmen wollen (vgl. Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S. 76). In beiden Fällen sollten Pflegende hier aktiv das Gespräch suchen sowie die Frage nach der Entscheidungs- oder Kontaktperson klären, um Konfliktpotenzial zu verringern und die Versorgung durchführen zu können (vgl. Hax-Schoppenhorst, Jünger, 2010, S. 76). Neben der Kommunikation ist es in der Pflege von Muslimen besonders wichtig individuell zu ermitteln, welche täglichen Rituale und Gewohnheiten diese haben, wobei immer auf individuelle Glaubensbestandteile geachtet werden muss (vgl. Böhm, 2012, S. 93).

Bei der Körperpflege von Muslimen ist es von großer Bedeutung, dass diese geschlechtsgleich erfolgt, was bedeutet, dass zum Beispiel weibliche Patientinnen nur von weiblichem Pflegepersonal gewaschen werden (vgl. Urban, 2014, S. 57). Dies gilt auch über den Tod hinaus und sollte daher auch nach dem Versterben beachtet werden (vgl. Eisingerich, 2012, S.146). Des Weiteren beschreibt Urban (2014, S.57), dass viele Muslime Wert auf Haarlosigkeit am Körper legen. Dennoch sollte von PatientInnen vor jeder Pflegehandlung immer das Einverständnis eingeholt werden, da nicht alle PatientInnen die gleiche Pflege wünschen oder benötigen (vgl. Urban, 2014, S.57). Auch sollten Pflegende dem Erkrankten ermöglichen, sich vor jeder Nahrungsaufnahme die Hände zu waschen (vgl. Urban, 2014, S. 57). Es ist wichtig, dass jede Waschung nur mit fließendem Wasser erfolgt (vgl. ebd.). Dies ist auch nach jedem Toilettengang nötig, wenn ein Erkrankter dazu nicht mehr allein in der Lage ist oder zum Toilettengang nicht aufstehen kann, können Pflegende für alle Waschungen das fließende Wasser mit einer Waschschüssel oder ähnlichem simulieren.

Für viele Muslime ist es von Bedeutung, eine Kopfbedeckung oder ein Kopftuch zu tragen, möglicherweise wünschen sterbende Muslime dies weiterhin (vgl. Neuberger, 2009, S. 51 und Urban, 2014, S.58). Pflegende sollten den Wunsch respektieren, da PatientInnen sich ansonsten nicht gut behandelt fühlen und dem Personal im weiteren Kontakt nicht mehr gänzlich vertrauen könnten (vgl. ebd.). Auch sollte individuell abgesprochen werden, inwieweit auf Einhaltung der Kleiderordnung Rücksicht genommen werden soll, da beispielsweise bei Frauen keine Haut zwischen Hand und Füßen sichtbar sein darf (vgl. Urban, 2014, S. 58f.). Ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des muslimischen Glaubens ist, wie bereits in Kapitel 3.2 genannt wurde, das Pflichtgebet, bei dem die Körperhygiene eine große



Rolle spielt. Das Pflichtgebet wird über 24 Stunden verteilt fünf Mal durchgeführt (vgl. Neuberger, 2009, S. 48). Erkrankte haben die Möglichkeit die Anzahl der Gebete auf eins pro Tag zu reduzieren (vgl. Urban, 2014, S. 56). Eine rituelle Waschung der Extremitäten und des Gesichts nach einer bestimmten Reihenfolge geht dem Gebet voran, um im Anschluss das Gebet auf einem speziellen Gebetsteppich, der nach Mekka ausgerichtet wird, durchführen zu können (vgl. Neuberger, 2009, S.48f.). Es sollte darauf geachtet werden, den Gläubigen während des Gebets nicht zu stören (vgl. Neuberger, 2009, S.49). Daher sollte sich in der Pflege und der Therapie, auch bei Sterbenden möglichst nach deren individuellen Tagesablauf und Gebetszeiten gerichtet werden, auch wenn dies für Pflegende im Krankenhaus aufgrund der Rahmenbedingungen herausfordernd sein kann (vgl. Eisingerich, 2012, S. 148). Ist es einem gläubigen Muslim nicht mehr möglich die Waschung selbstständig durchzuführen, darf ihm von Pflegenden oder Angehörigen dabei geholfen oder diese nur angedeutet werden (vgl. Neuberger, 2009, S. 49). Auch die Durchführung des Gebets auf dem Teppich ist nicht zwingend erforderlich, alternativ kann das Gebet auch sitzend oder im Bett liegend durchgeführt werden (vgl. ebd.). Ebenfalls ist es wichtig zu wissen, dass das Gebet nur durchgeführt werden kann, wenn der Gläubige eine Waschung durchgeführt hat, nachdem er Kontakt mit seinen Ausscheidungen, wie beispielsweise Schweiß oder Urin hatte (vgl. Böhm, 2012, S. 87). Trotz der beschriebenen Grundlagen des Pflichtgebets sollten Muslime über die individuelle Durchführung befragt werden.

Da muslimische Sterbende viel Besuch von Angehörigen erhalten, sollten Pflegende diesen einen Raum bieten, die individuellen Rituale und Gebete durchzuführen, da die Angehörigen meist auch beim Besuch das eigene Pflichtgebet und Waschung durchführen möchten (vgl. Eisingerich, 2012, S. 149). In der Ernährung ist zu beachten, dass Muslime keine Produkte essen, die Schweinefleisch beinhalten, da dies als unrein gilt (vgl. Neuberger, 2009, S.50). Neuberger (2009, S.50) führt auch an, dass kein Fleisch verzehrt wird, welches nicht nach muslimischen Vorschriften geschlachtet wurde und daher nicht als „halal (das bedeutet rein, erlaubt“) gilt (Neuberger, 2009, S. 50). Alkohol ist dagegen gänzlich verboten, außer es handelt sich um medizinischen Alkohol (vgl. Neuberger, 2009, S.50). Pflegende sollten PatientInnen dennoch auf das Vorhandensein von medizinischem Alkohol in manchen Medikamenten aufmerksam machen und darauf hinweisen, dass man sich bewusst ist, dass dieser erlaubt ist (vgl. ebd.). Viele

muslimische PatientInnen bevorzugen mitgebrachtes Essen von Angehörigen, da auch in der Zubereitung einige Vorschriften beachtet werden müssen (vgl. Urban, 2014, S. 58). Pflegende sollten hier nach Möglichkeit flexibel sein und dem Sterbenden dies gewähren, wenn er es möchte (vgl. ebd.).

Das Fasten stellt einen weiteren wichtigen Punkt für muslimische MigrantInnen dar und ist eng mit dem Punkt der Ernährung verknüpft, denn dabei werden Mahlzeiten nur vor und nach dem Sonnenaufgang zu sich genommen (vgl. Neuberger, 2009, S. 50). Obwohl das Fasten nur für gesunde Gläubige verpflichtend ist und Kranke von dieser Pflicht befreit sind, so wünschen dennoch viele Erkrankte oder Sterbende daran teilzunehmen (vgl. Neuberger, 2009, S. 49f. und Urban, 2014, S.56). Es besteht die Möglichkeit, dass die Betroffenen nur einen Teil der Zeit Fasten oder die Fastentage nachholen, wobei Sterbende meist versuchen nur eine kurze Zeit zu fasten, da es als letzte Gelegenheit gilt, sich und sein Leben zu bereinigen (vgl. Neuberger, 2009, S.49f.). Schwierig kann hierbei sein, dass auch jegliche Medikamentenaufnahme, egal in welcher Applikationsform verwehrt wird, wodurch eine optimale Schmerzeinstellung im Sinne der palliativen Pflege erschwert wird (vgl. Urban, 2014, S. 60). Behandelnde können hier auf Retard-Medikation zurückgreifen, jedoch sind die Inhaltsstoffe zu beachten, da auch hier kein Schwein enthalten sein darf (vgl. ebd.). Des Weiteren sollten Pflegende die Medikamente nicht an PatientInnen in der gesamten Tagesration aushändigen, da sie diese eventuell auf einmal zu sich nehmen würden, wenn am Abend oder am Morgen das Essen erlaubt ist (vgl. Urban, 2014, S. 60).

In der tatsächlichen Sterbephase eines Muslims werden die Angehörigen dem Sterbenden aus dem Koran vorlesen und Gebete sowie das Glaubensbekenntnis aufsagen, wenn der Betroffene dies nicht mehr selbstständig durchführen kann (vgl. Eisingerich, 2012, S. 149 und Neuberger, 2009, S. 53). Im Falle, dass der Sterbende keine Angehörigen hat darf ihm jeder gläubige Muslim oder ein muslimischer Geistlicher beim Aufsagen des Gebetes und Glaubensbekenntnisses helfen und es sogar für diesen übernehmen (vgl. Neuberger, 2009, S. 53). Pflegende können bei Bedarf den Sterbenden dabei unterstützen sich, auf die rechte Seite mit dem Blick in Richtung Mekka zu lagern, wie es auch für das Pflichtgebet der Fall ist (vgl. Eisingerich, 2012, S. 149).

Ist ein muslimischer Patient im Krankenhaus verstorben, so müssen auch dann noch wichtige Aspekte berücksichtigt werden. Für Angehörige ist es verpflichtend

den Toten zu versorgen außer wenn der Leichnam verstümmelt ist (vgl. Eisingerich, 2012, S. 150f.). In der Versorgung gehört es dazu den Verstorbenen zu entkleiden, mit einem Tuch abzudecken und anschließend eine rituelle Totenwaschung durch eine gleichgeschlechtliche Person oder einen nahen, gegengeschlechtlichen Verwandten durchzuführen (vgl. ebd.). Im Krankenhaus dürfen keine Berührungen des Leichnams durch das Personal nach der rituellen Waschung stattfinden, da der Verstorbene ansonsten nicht mehr rein ist (vgl. Eisingerich, 2012, S. 152). Obduktionen gelten im Islam als Verstümmelung der Leiche und sollten daher möglichst vermieden werden (vgl. Eisingerich, 2012, S. 151). Nach Möglichkeit sollte der Leichnam etwa einen Tag nach dem Versterben beerdigt werden (vgl. Neuberger, 2009, S. 53).

## 5 Explorative Experteninterviews

### 5.1 Datenanalyse in Anlehnung an Mayring

Die Datenanalyse der durchgeführten Interviews erfolgte in Anlehnung an Mayrings qualitative Inhaltsanalyse (2010). Diese zielt darauf ab, gewonnene Inhalte systematisch zu ordnen, indem diese in individuelle Kategorien eingeordnet werden, um bedeutende und zentrale Aspekte des Themas zu ermitteln. (vgl. Bortz, Döring, 2016, S. 602 und vgl. Bortz, Döring, 2006, S.51). Die Bildung von Kategorien erfolgt unter Berücksichtigung von Fragestellung und Material der Interviews (vgl. Mayring, 2010, S.59). Da die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) sehr ausführlich ist, wird sich in dieser Arbeit nur auf wesentliche Gesichtspunkte beschränkt und lehnt nur an die Datenanalyse von Mayring (2010) an.

Die Inhaltsanalyse besteht aus den „drei Grundverfahren der Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung“ (Mayring, 2010, S.50). Diese müssen nicht in der genannten Reihenfolge abgearbeitet werden (vgl. Mayring, 2010, S.65).

Zu Beginn der Inhaltsanalyse steht jedoch die Transkription. Dies ist eine Verschriftlichung der aufgenommenen Interviews (vgl. Bortz, Döring, 2016, S.368). Die Verschriftlichung kann sich auf die verbalen Äußerungen, aber auch auf die nonverbale Kommunikation des Interviewpartners beziehen (vgl. Dittmar, 2009, S.52). Dadurch entsteht der Vorteil, dass der Interviewende laut Bortz und Döring (2016, S.368) einen guten Überblick über das vorhandene Material erhält und somit eine Auswertung leichter erfolgen kann. In dieser Arbeit wurde sich auf die

Verschriftlichung der verbalen Äußerungen beschränkt, da die Auswertung nur in Anlehnung an Mayring erfolgt. Die Transkription erfolgte durch den Interviewenden mittels Computer und eines Schreibprogrammes. Die einzelnen Transkripte der Interviews sind in den Anhängen 8 bis 10 zu finden.

Im nächsten Schritt wurden die Interviews anonymisiert und bereinigt (vgl. Bortz, Döring, 2016, S.580). Dabei wurden alle möglichen Hinweise, die Rückschlüsse auf den Befragten ermöglichen würden entfernt (ebd.) Außerdem wurden unwichtige Füllwörter entfernt, um das Arbeiten mit den Daten zu vereinfachen (vgl. Bortz, Döring, 2016, S.580). Eine Strukturierung erfolgte durch Bildung von Kategorien und Einordnung des Textes in diese (vgl. Mayring, 2010, S.65). Es besteht die Möglichkeit, die Strukturierung in verschiedenen Formen durchzuführen, in dieser Arbeit wurde sich jedoch auf die inhaltliche Strukturierung beschränkt (vgl. Mayring, 2010, S. 66). Dabei wurde „Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst (...)“ (Mayring, 2010, S.66). Insgesamt wurden aus den Inhalten der Interviews zwei Oberkategorien mit insgesamt fünf Unterkategorien gebildet. Diese wurden in Tabellenform dargestellt (siehe Anhang 11). Die Unterkategorien wurden noch einmal in sieben Unterkategorien untergliedert, um eine detailliertere Aufspaltung der einzelnen Interviewaspekte zu ermöglichen. Eine genauere Beschreibung der inhaltlichen Strukturierung durch Kategorien findet im nachfolgenden Kapitel statt.

Anschließend wurden durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse wesentliche Aussagen der Interviewten so zusammengefasst, dass überflüssiges weggelassen wurde und dennoch der Grundtenor der Aussagen erhalten blieb (vgl. Mayring, 2010, S.65). Bei der nachfolgenden Explikation wird dann laut Mayring (2010, S.65) das Interviewmaterial gegebenenfalls durch Literatur ergänzt, wenn etwas unverständlich ist. Dieser Schritt ist in der vorliegenden Arbeit nicht nötig, da die Inhalte der explorativen Experteninterviews verständlich waren. Eine weitere Möglichkeit der Explikation ist die weitere Zusammenfassung und genauere Betrachtung der Inhalte (vgl. Mayring, 2010, S. 65). Dies wurde in der Arbeit durchgeführt.

## 5.2 Kategorisierung in Anlehnung an Mayring

Die Kategorisierung aller Interviewinhalte erfolgte in Kategorien, die anschließend zusammengefasst wurden. Oberkategorie eins nennt sich die „Erfahrung mit Menschen mit Migrationshintergrund“. Dazu wurden die beiden Unterkategorien „die allgemeinen Erfahrungen“ und „die Erfahrungen mit Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende“ gebildet. Dabei unterteilt sich die Unterkategorie „die allgemeinen Erfahrungen“ noch einmal in „die Erfahrungen mit MigrantInnen“ und „die Erfahrungen im pflegerischen Kontakt“ durch die Interviewten. Die zweite Oberkategorie nennt sich „Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund“. Dazu entstanden drei Unterkategorien: „Kontakt“, „Wissen“ und „Praxisrelevanz im Krankenhaus“. Die Kategorie „Kontakt“ wird in die beiden Unterkategorien „in Kontakt kommen“ sowie „Besonderheiten und Charakteristika des Kontakts“ eingeteilt. Die Kategorie „Wissen“ wird in den „Personenkreis“, „benötigtes Wissen“ und „Vermittlung von Wissen“ untergliedert.

Die Ergebnisse der Zusammenfassungen werden im Folgenden dargestellt und lassen sich in Anhang 11 nachvollziehen. Dafür werden zunächst noch einmal die Ober- und Unterkategorien dargestellt, wobei die Inhalte der Unterkategorien in stark komprimierter und zusammengefasster Form aufgezeigt werden. Auf Grundlage dessen wird eine Zusammenfassung für jede Oberkategorie erstellen. Die erste Oberkategorie „Erfahrungen mit Menschen mit Migrationshintergrund“ wurde in die beiden Unterkategorien „die allgemeinen Erfahrungen mit MigrantInnen und Erfahrungen im pflegerischen Kontakt“ sowie „Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende“ unterteilt.

### *Die allgemeinen Erfahrungen mit MigrantInnen und Erfahrungen im pflegerischen Kontakt*

Die Zusammenfassung dieser Unterkategorie ergab, dass die Befragten eine breite Spanne angaben, ob Menschen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus oder Hospiz anzutreffen seien oder nicht. So wurde beispielsweise in Interview 1 (Zeile 8-10) angegeben, dass subjektiv gesehen bis zu 50 Prozent PatientInnen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus sind. Hingegen wurde in Interview 2 (Zeile 11-16) deutlich, dass aus Sicht der Befragten eher selten PatientInnen mit

Migrationshintergrund im Hospiz sind, da „sie in der Praxis sehr sehr häufig von ihren Familienverbänden versorgt werden und diese dann auch die Sterbebegleitung zuhause übernehmen“. Es wird jedoch angeführt, dass die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Krankenhäusern zunehmen wird, aber noch nicht alle Pflegenden offen geworden sind für diesen Kontakt. Dazu wird in Interview 3 (Zeile 47-54) angeführt, dass angebotene Kurse zum Thema Interkulturalität von Pflegenden nur sehr wenig besucht würden, wobei neben finanziellen Gründen auch das fehlende Bewusstsein für das Thema vermutet wird. Das fehlende Bewusstsein sei besonders bei Pflegenden deutlich, andere Berufsgruppen wären diesem Thema hingegen aufgeschlossener (Interview 3, Zeile 56-58).

Alle Interviewten gaben an, den Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund als sehr positiv erlebt zu haben, auch wenn sie diesen als anders und anspruchsvoller erleben. Im Interview 3 (Zeile 11-23) wird dazu angegeben, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund einer spezielleren Pflege bedürfen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dabei sei zu unterscheiden, ob die MigrantInnen Deutsch sprechen könnten oder nicht. In der Versorgung spielt dabei meist die sprachliche Barriere eine große Rolle und kann zu Missverständnissen und einem verminderten Kontakt führen. In Interview 1 (Zeile 80-85) wird dazu angeführt, dass man „(...) mit denen (...) zum Teil nicht gut in den Kontakt kommen konnte, (...), weil die die Sprache so nicht beherrscht haben, dass man (...) die Vielschichtigkeit der Situation [nicht ausdrücken kann, denn, der Verfasser], (...), da kannst du nicht mit platten Worten arbeiten, eigentlich arbeitet man mit Menschen, wo die sprachliche Ebene gleich ist mit ganz tiefen emotionalen Gesprächen, das hindert natürlich, wenn die Sprache nicht vorhanden ist“.

Auch sei es nach Aussagen aus Interview 1 (Zeile 85-92) schwierig, wenn Pflegende im pflegerischen Kontakt nicht wissen, wer die Entscheidungsperson der Familie ist, da dies innerhalb von Kulturen stark variiert und bei falschem Kontakt Konflikte entstehen können. Ebenfalls in Interview 1 (Zeile 91-101) wird angeführt, dass es bei PatientInnen mit Migrationshintergrund durchaus zu Konflikten kommen kann, wenn diese in stressigen Situationen, wie dem Krankenhausaufenthalt, Reaktionen vom ebenfalls gestressten Pflegepersonal auf sich und den Ausländerstatus beziehen. Dies sind Missverständnisse die dazu führen können, dass sich MigrantInnen diskriminiert und schlechter behandelt fühlen.

Pflegende sollten für den Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund offener werden und ihr eigenes Wissen für den Umgang verbessern. Trotz der sprachlichen Barriere sollten PatientInnen für jede pflegerische Handlung um Erlaubnis gebeten werden. In Interview 2 (Zeile 186-188) wird dazu angeführt, dass die Individualität im Vordergrund stehen sollte: „das sind ja alles sensible Punkte. Körperpflege, Schamgefühl, Ernährung und Religion sind ja immer Punkte, die man mit jeder Person klären sollte. Also letztendlich ist eigentlich der große Unterschied die Sprachkompetenz im Alltag“. Ergänzend dazu kann jedoch nicht nur die Sprachbarriere, sondern auch die verschiedenen Umgangsformen innerhalb einer Kultur zu Missverständnissen und Konflikten im pflegerischen Kontakt führen (Interview 3, Zeile 188-209).

### *Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende*

Bei Betrachtung dieser Unterkategorie gaben die Befragten an, dass sterbende MigrantInnen häufig im Krankenhaus und Pflegeheim anzutreffen sind, jedoch nur selten im Hospiz. Im Hospiz wird es dabei als sehr positiv erlebt, dass den Pflegenden viel Zeit zur Verfügung steht für den Kontaktaufbau und die Versorgung (Interview 2, Zeile 27-34). Es wird auch angeführt, dass die Angehörigen stark in die Versorgung integriert sind.

Außerdem wird deutlich, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund kulturelle Bräuche zu Missverständnissen oder zu Konflikten führen können. Beispielsweise würden „möglicherweise aus dem kulturellen Hintergrund heraus Nahrungsmittel (...) mitgebracht (...), [aber die Menschen können, der Verfasser] (...) aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung häufig (...) gar nicht mehr so viel Nahrung vertragen und das ist dann manchmal so ein Thema, was man ansprechen muss, weil die Personen, (...) dann das Essen essen, [da, der Verfasser] sie sich (...) freuen und (...) es zur Kultur gehört [aber, der Verfasser] dann eben hinterher große Übelkeit empfinden und dann eben auch stark erbrechen“ (Interview 2, Zeile 36-44). Des Weiteren wird dazu in Interview 2 (Zeile 44-47) angeführt, dass „man dann eben manchmal mit den Familien sprechen und sagen [muss, der Verfasser], dass man das sehr wertschätzt, dass man das auch als eine positive Geste wahrnimmt (...) aber, dass das für den Erkrankten eher negative Folgen hat“. In den Interviews

wurde deutlich, dass es besonders wichtig ist, eine wertschätzende Kommunikation zu führen.

Die individuellen Rituale und Bräuche werden je nach Station unterschiedlich bei sterbenden MigrantInnen berücksichtigt. Dies hängt mit den Rahmenbedingungen zusammen. In Interview 3 (Zeile 61-71) wird dazu angegeben, dass auf Intensivstationen die Rituale aus Zeitgründen keine Berücksichtigung finden, auf peripheren Stationen sei dies eher möglich, da dort nicht so eine Hektik herrsche. Die Rituale werden generell als positiv von den Befragten erlebt, ebenso wie die individuellen Werte, Normen und Bräuche der unterschiedlichen Kulturen mit Sterbenden: „Also aber das ist auch von Kultur zu Kultur ganz unterschiedlich. Und ich persönlich finde das total schön, diese Vielfalt zu beobachten (...)“ (Interview 3, Zeile 102-103). Dennoch gilt die Arbeit mit MigrantInnen als stressiger und aufwändiger. Es wird dazu unter anderem angegeben, dass die Angehörigen sich häufig nicht untereinander absprechen und somit die Pflegenden einiges doppelt für Angehörige beantworten müssen, da diese oft die gleichen Fragen stellen würden (Interview 3, Zeile 71-89). Angehörigen von sterbenden MigrantInnen fällt es dabei oft schwer zu akzeptieren, wenn nur noch eine palliative Pflege erfolgt, bei der sich auf wesentliche pflegerische Aspekte konzentriert wird. Dabei können die Angehörigen laut den Befragten auch aggressiv reagieren. Dann spielt die Kommunikation eine große Rolle, Pflegende sollten Verständnis und Empathie für die Angehörigen in dieser Situation zeigen. Angebote wie Seelsorge werden zunächst von den PatientInnen genutzt, in der Sterbephase dann jedoch eher von den Angehörigen und weniger von den PatientInnen. Ab der Diagnosestellung sind die pflegerische Begleitung und auch die Seelsorge sehr wichtig, um PatientInnen und Angehörige zu unterstützen.

Zusammenfassend für die erste Oberkategorie kann gesagt werden, dass es von den Befragten sehr unterschiedlich erlebt wird, ob Menschen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus und Hospiz anzutreffen sind oder nicht. Sterbende MigrantInnen sind laut den Befragten, dabei subjektiv häufiger in den Einrichtungen anzutreffen, mit steigender Tendenz. Der Kontakt wird zwar als anspruchsvoller und schwieriger beschrieben, dennoch führten die Befragten einige positive Aspekte an. In der ersten Kategorie wird bereits deutlich, dass die Grundregeln der Kommunikation, wie Empathie und Verständnis, den Kontakt zu (sterbenden) Menschen mit Migrationshintergrund erleichtern.



## *Der Kontakt, in Kontakt kommen Besonderheiten und Charakteristika des Kontakts*

Um in den Kontakt mit Menschen mit Migrationshintergrund zu kommen, sollten die Pflegenden offen und echt im Verhalten sein und Interesse an neuem Wissen haben. Auch sollten Pflegende nicht den eigenen Glauben den PatientInnen aufzwingen. „Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass man offen ist und dass man wissen will. Dieses Erfragen von dem, was Menschen brauchen in der Situation, was ihr System ist, mit dem sie arbeiten, und sich dann darauf einzustellen, ich glaube, dass ist die wichtigste Basis. Dass ich wissen will, und dass ich nicht meinen Glauben, wie diese Situation gestaltet werden muss, aufzwingen will, (...) ich muss in so einem Kontext fragen, was das Gegenüber will und dann muss man auch einen Weg der Sprache finden“ (Interview 1, Zeile 104-112).

Für den Kontaktaufbau sollte sich Zeit gelassen werden, eine empathische Grundhaltung sowie Zuneigung, Vertrauen und der Beziehungsaufbau sind von Bedeutung. Individuell sollte gefragt werden, was sich das Gegenüber wünscht, da laut den Befragten jede Person das Recht hat, so zu sterben wie sie möchte. In Interview 1 (Zeile 118-121) wird angeführt, dass „(...) sie das Recht haben, (...) so sterben [zu, der Verfasser] dürfen, wie es ihrem System entspricht und nicht, wie es unserem Glauben von gutem Sterben entspricht ich glaube, dass ist das Wichtigste“.

Zur sprachlichen Verständigung sollte ein Dolmetscher oder die Angehörigen einbezogen werden. Auch sollte auf eine persönliche Bindung zwischen PatientInnen, Angehörigen und Pflegenden geachtet werden, da dies den PatientInnen laut den Befragten äußerst wichtig sei. Im Kontakt ist es jedoch möglich, dass die MigrantInnen eine Abwehrhaltung zeigen, da sie bereits Vorurteile erfahren haben. Respekt und Zeit sind daher für den Kontakt wichtig. Doch die Rahmenbedingungen wie der Zeitfaktor erschweren diesen Vorgang. In Interview 1 (Zeile 159) wird dazu angegeben, dass es schwierig sei, „weil wir wenig Zeit haben, wir haben wenig Zeit im Stationsalltag“. In Interview 2 (Zeile 83-100) wird dazu gesagt, dass gerade am Anfang für den ersten Kontakt die Zeit sehr wichtig ist, um Gewohnheiten zu erfahren obwohl die Rahmenbedingungen dies erschweren.

Auch sei es laut den Befragten im Kontakt wichtig, dass sich die Pflegenden reflektieren und Gesprächs- und interkulturelle Kompetenzen aufweisen ohne dabei zu pauschalisieren, „denn auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund

oder muslimischem Hintergrund sind nicht alle gleich.“ (Interview 2, Zeile 103-104). Es sollte immer individuell nach Gewohnheiten und Abhängigkeiten gefragt und Angehörige mit einbezogen werden. Trotzdem sollten Pflegende immer mit allen PatientInnen gleich umgehen und dann auf eventuell vorhandene kulturelle Unterschiede eingehen, wobei auch die Biographiearbeit eine Rolle spielt.

Von Seiten der Angehörigen, besteht nach Aussagen der Befragten Offenheit für den Kontakt, wenn diese bereits von sich aus professionelle pflegerische Hilfe angefragt haben. Belegt werden kann dies durch die Aussage aus Interview 2 (Zeile 111-115): „also wenn man bereits angefragt wurde als professionelle Pflegekraft, (...), dann ist das eigentlich kein Problem, also man sollte sich etwas Zeit nehmen, man sollte offen sein für das Gespräch und dann sind meine persönlichen Erfahrungen eigentlich sehr sehr gut“.

Eine Besonderheit im Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund ist, dass es Pflegenden oft schwerfällt diesen aufzunehmen und weiterzuführen. Dadurch meiden sie den Kontakt, wodurch Konflikte entstehen können. Trotzdem wird der Kontakt als positiv und bereichernd empfunden auch, wenn es Situationen gibt in denen Pflegende und PatientInnen voneinander lernen müssen. Es ist wichtig für den Kontakt, nicht in eine wertende Haltung zu verfallen und sein Handeln immer wieder zu reflektieren „(...) und, einfach gut immer wieder die Perspektive [zu, der Verfasser] wechseln, mit welchem Hintergrund ist jemand in so einer Situation, welche Erfahrungen hat derjenige vielleicht schon gemacht und welches Glaubenssystem steht (...) dahinter (...).“ (Interview 1, Zeile 33-37).

Die Entscheidungspersonen, die es je nach Kultur innerhalb der Familien geben kann, müssen beachtet und mit einbezogen werden. Dies kann für Pflegende schwierig sein, denn in Interview 1 (Zeile 55-60) wird dazu ausgesagt, dass eine Pflegende mit einer Patientin „gar nicht so viel klären konnte, weil die nicht so viel Entscheidungsspielraum hatte, (...), dort haben alles die oberen geklärt, (...), die alten weisen Frauen, die alten weisen Männer, (...), mit denen mussten wir also in Kontakt treten und klären und zum Teil über den Kopf der Mutter hinweg, weil die gar kein Mitspracherecht hatte, und das war schon auch schwierig“. Auch wird angegeben, dass eher die Arbeit mit den PatientInnen als angenehm empfunden wird, die Arbeit mit Angehörigen jeglicher Herkunft gilt als durchwachsen. PatientInnen gelten dabei harmloser als die Angehörigen. (Interview 3, Zeile 292-293).

## *Wissen, Personenkreis, benötigtes Wissen, Vermittlung von Wissen*

Für den Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund sollten alle Personengruppen, die Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund haben, zumindest über ein Basiswissen über Interkulturalität und den Umgang mit MigrantInnen verfügen. Dazu gehört laut Aussagen aus Interview 1 (Zeile 182-195), das gesamte multidisziplinäre Team, da alle zum Aufenthalt und zum Verlauf des Sterbens eines Patienten beitragen.

Ob ein Wissen über verschiedene Kulturen vorhanden sein soll, darüber sind sich die Befragten nicht einig. Es wird dazu gesagt: „Ich glaube, dass es ein Hintergrundwissen um Menschen mit anderen Kulturen braucht, (...) nicht tief, also ich muss nicht den Koran lesen, aber ich brauche ein Stück weit ein Wissen darum, wie ist das Glaubenssystem im Koran sozusagen verankert, also was sind für Muslime wichtige Grundpfeiler“ (Interview 1, Zeile 198-201). Hingegen wird in Interview 2 (Zeile 164-165) angeführt, „dass es keine pauschalen Handlungsanleitungen gibt, also (...) kein Handbuch »So bediene ich meinen MigrantInnen«“. Wissen „kann Vor- und Nachteile haben. Denn alles was wir glauben zu wissen, ist ja auch gleich schon eine Schublade.“ (Interview 2, Zeile 215-216).

Es ist wichtig für Pflegende immer individuell auf PatientInnen einzugehen und nach Gewohnheiten oder Vorlieben zu fragen. In Interview 3 (Zeile 373-378, 384-389) wird dagegen angeführt, dass grundlegendes Wissen über verschiedene Kulturen nicht nötig sei, da PatientInnen für sie wichtige Aspekte den Pflegenden von sich aus mitteilen würden. Für den Fall das Wissen dennoch vorhanden wäre würde dies den Alltag, um einiges erleichtern. Des Weiteren wird von Pflegenden eine Gesprächskompetenz und eine Handlungskompetenz benötigt, um das Erlernete in der Praxis umsetzen zu können. Dabei ist besonders pflegerelevantes Wissen für den Alltag von Bedeutung. Auch werden laut den Befragten Basics benötigt, wie ein Gespräch geführt wird, wie aktives Zuhören geht und wie Kommunikation betrieben wird.

Die Vermittlung von Wissen sollte nach Meinung aus Interview 1 (Zeile 226-238) vermehrt durch die Ausbildung erfolgen. Auch müssten Pflegende vor Ort geschult werden, denn es gehört zu einer guten Pflegekraft, mit unterschiedlichen Kulturen arbeiten zu können. Interview 2 (Zeile 242-258) ergab, dass vor allem Schulungen bei der Vermittlung von Wissen helfen können, wobei Pflegende sich reflektieren,

ihr Handeln überdenken, Vorurteile überprüfen und nicht zu pauschalisieren lernen. Nach Meinung aus Interview 3 (Zeile 417-423) sollte die Vermittlung von Wissen jedoch nicht zum Zwang werden, sondern auf freiwilliger Basis bleiben, wenn sich Pflegende dafür interessieren würden.

Während der Interviews waren alle Befragten der Meinung, dass die Praxisrelevanz des Themas gegeben ist, da die Arbeit mit unterschiedlichen Kulturen ein wichtiger Bestandteil in der gesundheitlichen Versorgung in allen Settings sei. Das Krankenhaus hat es laut den TeilnehmerInnen dabei besonders schwer, da es einem strengen Tagesablauf unterliegt der nicht auf die Individualität des Einzelnen ausgerichtet ist. Pflegende sollten dies verstärkt berücksichtigen und auf PatientInnen eingehen. Besondere Praxisrelevanz besteht für Pflegeheime, da die MigrantInnen „da ja halt ihr Leben gestalten.“ (Interview 3, Zeile 363).

Abschließend kann für die Oberkategorie Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund festgehalten werden, dass Pflegende offener für den Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund werden sollten. Die Angehörigen von MigrantInnen sind meist schon sehr offen im Kontakt besonders, wenn bereits Hilfe angefordert wurde. Auch benötigen alle Personengruppen, die im Kontakt mit MigrantInnen stehen, Wissen über Gesprächsführung und Handlungskompetenz. Wissen über die einzelnen Kulturen ist dabei nicht zwingend notwendig, jedoch würde es den Alltag erleichtern. Dabei ist zu beachten, dass die Individualität von PatientInnen nicht verloren geht weshalb Pflegende ihr Wissen nicht pauschalisieren sollten. Das Wissen sollte durch die Ausbildung oder Schulungen vermittelt werden, wobei es unterschiedliche Ansichten darüber gibt, ob dies freiwillig sein sollte oder verpflichtend.

Zusammenfassend für die explorativen Experteninterviews lässt sich festhalten, dass die Befragten unterschiedliche Meinungen davon haben, ob MigrantInnen in Einrichtungen wie dem Krankenhaus oder dem Hospiz anzutreffen sind, wobei sterbende MigrantInnen die häufiger anzutreffende Gruppe sind. Generell wird der Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund als anspruchsvoller und schwieriger beschrieben, dennoch sind die Befragten positiv gestimmt für das in Kontakt treten. Dennoch sollten Pflegende offener für den Kontakt werden. Auch benötigen sie Kompetenzen für den Zugang wie die Fähigkeit der Reflexion, Wissen über Gesprächsführung und Handlungskompetenz. Uneinigkeit herrscht bei den Befragten, ob Wissen über verschiedene Kulturen vorhanden sein sollte, da dies

Vor- und Nachteile haben kann. Es wird angegeben, dass die Individualität von PatientInnen nicht verloren gehen darf und Pflegende nicht pauschalisieren sollen. Daher sollen sich Pflegende trotz Sprachbarriere vor jeder Pflegehandlung das Einverständnis von PatientInnen einholen. Rahmenbedingungen, wie die Zeit in einem Krankenhaus erschweren dabei laut den Befragten den Zugang und Kontaktaufbau zu Menschen mit Migrationshintergrund.

## 6 Diskussion

Die Erarbeitung des Themas der Zugangsmöglichkeiten zu Menschen mit Migrationshintergrund durch Gesundheits- und Krankenpflegende, beispielhaft für muslimische MigrantInnen am Lebensende, ergab einige spannende Ergebnisse. Bei der Literaturrecherche wurde deutlich, dass Literatur zu exakt dem gewählten Thema nur in geringem Maße vorhanden ist. Auch kam zum Ausdruck, dass MigrantInnen bislang noch nicht sehr häufig in Einrichtungen wie dem Krankenhaus anzutreffen sind, da diese sich möglichst zu Hause versorgen lassen. Einer ähnlichen Meinung waren die befragten ExpertInnen, die angaben, dass mehr sterbende MigrantInnen in Einrichtungen vorzufinden sind. Dabei waren sie sich uneinig, ob generell Menschen mit Migrationshintergrund oft im Krankenhaus anzutreffen seien oder nicht. In der Literatur wurde deutlich, dass diese Zahlen jedoch aufgrund der aktuellen Flüchtlingsthematik steigen werden, wodurch das Thema zunehmend relevant für die Praxis wird. Dies wurde auch bei den explorativen Experteninterviews herausgefunden, denn alle Befragten waren sich darüber einig, dass das Thema eine große Praxisrelevanz hat, wobei die Zahlen der MigrantInnen in Einrichtungen, nach Meinungen der Befragten, zunehmen wird. Bei den Begriffsdefinitionen in der Literatur gab es einige Schwierigkeiten. Unklar blieb, warum das Statistische Bundesamt (2015) in der Begriffsdefinition von Menschen mit Migrationshintergrund, die Menschen als MigrantInnen bezeichnet, wenn sie nach 1949 nach Deutschland gekommen sind und das Grundgesetz Personen ab 1945 als Deutsche ausschließt, sofern sie nicht in die Kategorien für Deutsche fallen. Es wird nicht erklärt warum Menschen in unterschiedlichen Quellen als MigrantInnen oder als AusländerInnen gelten, nur weil sie in unterschiedlichen Jahren nach Deutschland gekommen sind. Außerdem wird deutlich, dass die Definitionen für Menschen mit Migrationshintergrund noch nicht klar besetzt sind.

Es bedarf hier einer genaueren Beschreibung. Ebenfalls müssten die Begriffe der transkulturellen Pflege und interkulturellen Kompetenz einer einheitlichen und klareren Definition unterliegen, da so Verwirrung im Sprachgebrauch geschaffen wird. Dies könnte zur Konsequenz haben, dass Pflegende durch die unterschiedlichen Begriffe nicht nur verwirrt, sondern auch verunsichert werden und diese Unsicherheit auf den Umgang mit MigrantInnen übertragen werden.

In der gefundenen Literatur wurde deutlich, dass Pflegende einiges bei sich selbst beachten müssen, um einen Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund zu finden. Es sei wichtig, dass eine Gesprächskompetenz vorhanden ist. Dazu wurde angeführt, dass die offene, empathische und authentische Haltung in einem Gespräch von großer Bedeutung sei. Auch die Individualität aller PatientInnen und das Pflegende nicht pauschalisieren sollen ist von großer Bedeutung. Ebenso ist das Verstehen von PatientInnen durch Pflegende ein wichtiger Aspekt, der in der Literatur gefunden wurde, genau wie die Fähigkeit zur Reflexion und das Bewusstsein über Vorurteile. Für die Befragten stellen diese Punkte ebenfalls wichtige Aspekte für den Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund dar. Auch die ExpertInnen gaben an, dass Pflegende einiges bei sich selbst beachten müssen, wie beispielsweise sich immer wieder zu reflektieren und offen für den Umgang mit MigrantInnen zu sein. In den Interviews kam jedoch nur sehr gering zur Sprache, dass sich Pflegende über das Vorhandensein von Vorurteilen, das Vorverständnis und individuelle Erleben von Personen bewusst sein müssen. Die Literatur führt dazu an, dass laut der verstehenden Pflegediagnostik nach Schrems (2008) dieses Bewusstsein jedoch essentiell für den verstehenden Zugang zu PatientInnen ist. Von den drei befragten ExpertInnen gab nur eine an, dass MigrantInnen eventuell aufgrund von negativ gemachten Erfahrungen und erlebten Vorurteilen vorsichtig und ablehnend im Kontakt mit Pflegenden sein könnten. Dies zeigt, dass trotz der geringen Stichprobe hier nur ein kleiner Teil dieses Bewusstsein aufweist. Es lässt sich vermuten, dass dies auch bei einer größeren Stichprobe der Fall sein würde. Des Weiteren wird deutlich, dass sich die Interviewten durchaus bewusst sind, dass Pflegende Vorurteile gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund aufweisen. Dabei beschreiben sie dies zwar nicht so deutlich wie in der Literatur, dennoch geben sie an, dass Pflegende den Kontakt als schwierig erachten und auch als anspruchsvoller, wodurch dieser gemieden wird. Dadurch lässt sich ein Punkt aus der Literatur belegen, dass Menschen mit Migrationshintergrund durchaus Gefahr

laufen, eine schlechtere Versorgung aufgrund von Vorurteilen und Pauschalisierung, wie beispielsweise durch das Mittelmeer Syndrom zu erhalten. In der Literatur wurde zusätzlich genannt, dass Pflegende Wissen über verschiedene Kulturen benötigen, welches im Kontakt mit MigrantInnen generell und auch mit muslimischen MigrantInnen am Lebensende wichtig ist. Dies sind Punkte, die sich auf alltägliche Aktivitäten im Leben einer Person beziehen, wie beispielweise Körperpflege, Ernährung oder Kommunikation und daher von Bedeutung für die Pflege sind. Hierbei herrschten bei den ExpertInnen Meinungsverschiedenheiten, ob Wissen über verschiedene Kulturen vorhanden sein sollte, da dies Vor- und Nachteile haben könne. Nur eine der Befragten gab eindeutig an, das Wissen über verschiedene Kulturen bei Pflegenden vorhanden sein sollte. Die anderen beiden ExpertInnen gaben zunächst an, dass Wissen über Kulturen nicht nötig sei. In Interview 3 wurde dann jedoch eingeräumt, dass der Alltag und die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund, um einiges erleichtert werden würde, wenn Wissen vorhanden wäre. Dadurch könnten auch Missverständnisse und Konflikte reduziert werden. Hier wird deutlich, dass die Meinung über das Vorhandensein von Wissen in Interview 3 sehr zwiegespalten ist und die Antworten sich widersprechen. Der Grund dafür ist fraglich, eventuell ist es möglich, dass die ExpertIn sich missverständlich ausgedrückt hat, da sie sehr reflektiert schien und später auch angab, dass das Wissen auf freiwilliger Basis bleiben sollte. Besonders betont wurde immer wieder, dass die Individualität von PatientInnen im Mittelpunkt steht und Pflegende nicht pauschalisieren sollten.

In Interview 2 (Zeile 232-238) wurde ebenfalls deutlich, dass Wissen im Pflegealltag nützlich sein kann. Dazu wird das Beispiel eines fastenden Muslims mit Diabetes angegeben. Mit vorhandenem Wissen über das Fasten kann auf das Thema der Einstellung des Diabetes eingegangen werden. Trotzdem ist in den Interviews 2 und 3 eine eher ablehnende Haltung gegenüber Wissen über verschiedene Kulturen zu spüren gewesen, da die Sorge der Pauschalisierung vorherrschend war. Es wird damit argumentiert, dass MigrantInnen von allein sagen würden, was Ihnen in der Ausübung wirklich wichtig ist. Dem gegenüber steht jedoch eine Aussage aus Interview 3, in der die Zurückhaltung von MigrantInnen in Äußerungen und Nachfragen besonders gegenüber Ärzten angegeben wird. Fraglich ist dabei, ob dann nicht auch eine Zurückhaltung gegenüber Pflegenden besteht und sie sich somit nicht trauen, für sie wichtige Aspekte ihrer Kultur den Pflegenden zu klären.

Denn in der Literatur wird angegeben, dass MigrantInnen sich oft nicht trauen dem Personal nachfragen zu stellen. Vermuten lässt sich, dass besonders bei bereits erfahrenen Vorurteilen die MigrantInnen keine eindeutigen und klaren Anweisungen über ihre Wünsche geben werden. Es besteht ein großes Potenzial für Missverständnisse und Konflikte.

Das Wissen kann aus eigener Sicht aber auch im Alltag von Nutzen sein, da viele Pflegende sich gestört fühlen, durch den vielen Besuch der muslimischen PatientInnen. Wäre ein Wissen vorhanden wüssten sie, dass der Besuch ein Teil der kulturellen Anforderung an Angehörige und Freunde von muslimischen PatientInnen ist und es nicht zu akzeptieren wäre, wenn kein Besuch für diesen bei einem Krankenhausaufenthalt oder beim Sterben sorgen würde. Daher wird den PatientInnen mit muslimischem Migrationshintergrund und deren Angehörigen oft unrecht durch viele Pflegende getan, wenn sich über die Mengen an Besuch aufgeregt wird. In Interview 1 wurde deutlich, dass mit viel Besuch auch anders umgegangen werden kann, indem dieser toleriert, respektiert und sogar Raum für den Sterbenden und die Angehörigen geschaffen wird. Generell wird in den Interviews und auch in der Literatur befürwortet, dass Pflegende die individuellen Bräuche und Rituale berücksichtigen und auch fördern, um so der Individualität des Einzelnen Raum zu bieten. Die Rahmenbedingungen erschweren die Situation dadurch, da nicht auf jeder Station die Möglichkeit besteht Raum für viele Besucher zu schaffen oder nicht die Zeit ist, individuell auf Rituale einzugehen. Daher sollten Pflegende mit den Angehörigen ins Gespräch gehen und versuchen, eine konstruktive Lösung zu finden. Die Befragten gaben an, dass es wichtig ist Angehörige mit einzubeziehen, dies wird auch in der Literatur angegeben. Weniger in der Literatur wird die Bedeutung von Biografiearbeit betrachtet, während in den Interviews diese als Ressource angegeben wurde, um einen Zugang zu MigrantInnen zu erhalten. Meiner Meinung nach könnte die Biografiearbeit auch dabei helfen, die Situation und Person als Ganzes zu sehen und so zu einem guten Pflegeprozess beitragen. Dies ist jedoch meiner Meinung nach nicht nur für MigrantInnen bedeutsam, sondern kann bei allen PatientInnen genutzt werden. Zeit ist dabei ein ebenso wichtiger Faktor wie die Gesprächskompetenz, denn sie vermittelt, dass Pflegende interessiert an der Situation sind und nicht nur PatientInnen „abarbeiten“ wollen. In den Experteninterviews wurde deutlich, dass die Befragten sich bewusst sind, dass Rahmenbedingungen, wie die gering



vorhandene Zeit im Krankenhaus, den Kontaktaufbau und Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund erschweren. Erstaunlicherweise wird dies in der Literatur nicht angegeben und allgemein finden die institutionellen Rahmenbedingungen, die den Kontakt zu MigrantInnen für Pflegende erschweren könnten nur wenig Beachtung.

Auch wurde nur gering in der Literatur angegeben, dass muslimische MigrantInnen eine unterschiedliche nonverbale Kommunikation aufweisen, im Gegensatz zu PatientInnen ohne Migrationshintergrund. Dieser Punkt fand in den Interviews keine Berücksichtigung durch die Befragten. Hier müssten meiner Meinung nach noch genauere Recherchen und gegebenenfalls auch Studien und Befragungen durchgeführt werden, da dies einen sehr interessanten Aspekt darstellt.

Ebenfalls ein Punkt, der in der Literatur sowie in den Experteninterviews angeführt wird, ist das Wissen über Entscheidungspersonen innerhalb der Familien von Muslimen und die unterschiedlichen Familienhierarchien. Auch wenn es in Deutschland üblich ist, dass Frauen gleichberechtigt sind und PatientInnen auch im Sterben alles möglichst selbst entscheiden sollten, Pflegende doch, um die Unterschiede in den Kulturen Wissen und diese berücksichtigen. Auch wenn einiges aus Sicht der Pflegenden unverständlich oder nicht angebracht ist, so sollten andere Kulturen in der Gänze respektiert, toleriert und letztendlich akzeptiert werden.

Der Punkt der Pauschalisierung wurde auch immer wieder in der Literatur und auch den Interviews aufgegriffen. Durch die transkulturellen Kompetenzen, das Wissen über Gesprächskompetenzen und das Modell der verstehenden Pflegediagnostik soll dies jedoch verhindert werden. Diese müssen noch stärker in das Bewusstsein der Pflegenden und des multidisziplinären Teams integriert werden. In der Literatur wird beschrieben, dass die nötigen Kompetenzen für den Umgang mit MigrantInnen in der Ausbildung vermittelt werden. Es war aber nicht möglich herauszufinden, wie viele Stunden der Unterricht umfasst und was genau dabei inhaltlich vermittelt wird. Auch müsste noch einige Forschung zur Versorgungslage stattfinden und zur Messung der Compliance, um daran gute Pflege sichtbar zu machen.

Aus eigener Erfahrung lässt sich subjektiv gesehen sagen, dass die Kommunikationskompetenzen im dualen Studiengang Pflege relativ ausführlich vermittelt werden. Die Kompetenzen zu Interkulturalität sind nur spärlich vorhanden und werden dabei zum Teil durch Module auf freiwilliger Basis angeboten. Die drei ExpertInnen gaben in den Interviews an, dass die Ausbildungsinhalte über

Interkulturalität und Gesprächskompetenzen nicht ausreichend sind für den Pflegealltag und auch die Handlungskompetenz nicht zur Genüge vermittelt wird. Jedoch wird in den Interviews auch angeführt das Pflegende nach der Ausbildung weiterhin geschult werden sollten. Dabei herrscht Uneinigkeit, ob dies auf freiwilliger Basis oder verpflichtend geschehen sollte. In der Literatur lassen sich Hinweise auf Schulungen und deren Durchführung finden, jedoch sind die meisten auf freiwilliger Basis und nur in wenigen Krankenhäusern vorhanden. Es scheint, als wäre das Bewusstsein für dieses Thema in der Öffentlichkeit bislang noch sehr gering und nicht genug in die Praxis implementiert. Dies kann auch durch die relativ geringe Studien- und Literaturlage belegt werden. Allerdings wird das Bewusstsein der Öffentlichkeit, durch die aktuelle Flüchtlingsthematik in den Medien gezwungenermaßen auf dieses Thema gerichtet. Aus eigener Erfahrung ist die Offenheit und der Blick für das Thema in der Praxis noch sehr eingeengt und subjektiv gesehen, halten Pflegende das Thema dieser Arbeit oftmals als nicht relevant für die Praxis. Die drei Interviewten gaben jedoch durchweg eine hohe Praxisrelevanz des Themas an und argumentierten, dass die Öffentlichkeit Zeit braucht, um sich daran zu gewöhnen und die Bedeutung zu erkennen.

Abschließend kann die Fragestellung: *„Wie können Pflegende einen verstehenden Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund, am Beispiel von muslimischen MigrantInnen am Lebensende, finden?“* damit beantwortet werden, dass Pflegende einen verstehenden Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund finden können, wenn sie die Aspekte der kultursensiblen Pflege berücksichtigen und eine transkulturelle Kompetenz erlernen. Dafür ist es wichtig, eine offene und authentische Haltung gegenüber PatientInnen einzunehmen und Echtheit im Verhalten auszustrahlen. Auch sollten sie sich selbst reflektieren und immer individuell auf PatientInnen schauen ohne zu pauschalisieren. Trotz der sprachlichen Barriere sollten Pflegende immer das Einverständnis von PatientInnen vor Pflegehandlungen einholen. Wissen über Kulturen, Werte, Normen und Bräuche des Islams könnte dabei den Arbeitsalltag erleichtern, Missverständnissen vorbeugen und zum Verständnis und verbessertem Zugang zwischen PatientInnen und Pflegenden führen. Die Pflegenden sollten immer wertschätzend sein und PatientInnen in der gesamten Situation betrachten, wobei Biografiearbeit helfen kann. Zur sprachlichen Verständigung sollte ein Dolmetscher oder die Angehörigen herangezogen werden, um die tatsächlichen Bedürfnisse der muslimischen

(sterbenden) PatientInnen ermitteln zu können. Bei sterbenden muslimischen MigrantInnen ist noch einmal besonders wichtig, die Sterberituale zu beachten und den Angehörigen und PatientInnen dafür Raum zu bieten. Das Einbeziehen von Angehörigen spielt ebenfalls eine große Rolle, um einen Zugang zu (sterbenden) Menschen mit (muslimischem) Migrationshintergrund zu erlangen.

## 7 Fazit

Als Fazit dieser Arbeit lässt sich sagen, dass die Erarbeitung des Themas viel Freude und vor allem interessante Erkenntnisse gebracht hat.

Dabei ist eine Limitation dieser Arbeit, dass es nur wenig Literatur zu exakt dem gewählten Thema gab. Eine weitere Limitation ist, dass die gefundene Literatur und alle Inhalte aus den Experteninterviews aus Platzgründen nicht gänzlich in diese Arbeit integriert werden konnten und nicht alle Aspekte des Themas tiefgreifend dargestellt und miteinander diskutiert werden konnten. Der Begriff der Compliance kann als Limitation gesehen werden, da dieser veraltet ist jedoch aus der Literaturquelle in dem Kontext übernommen wurde. Ebenfalls Limitationen stellen die explorativen Experteninterviews dar, die aufgrund der Stichprobengröße nicht aussagekräftig, nicht wissenschaftlich gültig und nicht verallgemeinerbar sind. Ebenfalls eine Limitation ist, dass die Durchführung der Interviews aus Zeitgründen und, da es sich nur um explorative Interviews handelt, nicht wie eigentlich üblich nach einer expliziten „Bedenkfrist“ von 48 Stunden stattgefunden hat. Auch wurden die Interviews nur in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet, wodurch nicht alle Aspekte beachtet wurden. Die Ergebnisse der Interviews konnten aus Platzgründen nur grob dargestellt und nicht in allen Einzelheiten diskutiert werden.

Als Ausblick müssten im Verlauf einheitliche Begriffsdefinitionen von MigrantInnen, kultursensibler Pflege und transkultureller Kompetenz geschaffen werden, um dort eine klare Linie zu bilden. Diese sollte den Pflegenden vermittelt werden, um Sicherheit im Umgang mit den Begriffen zu schaffen und, um letztendlich dadurch auch eine Sicherheit in der Versorgung von MigrantInnen herbeiführen zu können. Auch sollte weiterhin die Anzahl der MigrantInnen in Gesundheitseinrichtungen beobachtet werden. Es müsste geforscht werden, welche Bedürfnisse diese haben und welche Bewusstseinsstufe Pflegende dafür aufweisen. Es müsste Pflegenden

die Praxisrelevanz des Themas der Zugangsmöglichkeiten zu (sterbenden) MigrantInnen vermittelt werden. Des Weiteren müssten Interviews auf wissenschaftlicher Grundlage geführt werden, um auch subjektive Expertenmeinungen und die Meinungen der MigrantInnen selbst zu ermitteln, dafür ist jedoch eine größere Stichprobe nötig. Des Weiteren müssten mehr Studien und Befragungen durchgeführt werden, welches Wissen MigrantInnen als bedeutsam und unverzichtbar für Pflegende finden. Letztendlich müsste das Thema mehr ins Bewusstsein der Pflegenden integriert werden und über die Bedeutung des Themas aufmerksam machen. Es ist zu hoffen, dass sich mit der Zeit die Studien- und Literaturlage verbessert und vermehrt ein Bewusstsein für die Zugangsmöglichkeiten zu (sterbenden) Menschen mit Migrationshintergrund entsteht. Dafür sollten Konzepte entwickelt werden wie dies umzusetzen ist. Möglich wäre, dass dual Studierende des Studiengangs Pflege diese Konzepte mit entwickeln könnten, da diese durch das Studium und die Ausbildung einen umfassenden Blick aus den unterschiedlichen Perspektiven, also als Studierende und Auszubildende auf das Thema haben könnten. Auch müsste eine weitere Pflegeforschung, unter anderem zum Messen von Compliance stattfinden. Die AbsolventInnen des dualen Studiengangs Pflege wären auch hier aus meiner Sicht gut dazu in der Lage, da sie die Doppelrolle kennen und pflegerische Kenntnis sowie Forschungsfachkenntnisse haben. Im Krankenpflegegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege müssten die Stundenzahl und Inhalte für transkulturelle Kompetenz und den Unterricht besser festgehalten werden. Es ist vorstellbar, dass Pflege dual Absolventen durchaus bei Konzepten für die Umsetzung und Vermittlung beteiligt werden könnten

Deutlich wurde bei der Erarbeitung dieses Themas, dass es einige Unterschiede gibt die es zu beachten gilt. Trotzdem gibt es aber auch einige Gemeinsamkeiten die auf alle Patientengruppen angewandt werden sollten, wie beispielsweise die empathische Haltung durch Pflegende gegenüber PatientInnen. Meiner Meinung nach ist das Vorhandensein von Wissen über verschiedene Kulturen wie den Islam bedeutsam, um sich besser in PatientInnen und Angehörige hineinversetzen zu können, die sich dadurch mehr verstanden fühlen könnten. Im Weiteren kann ich mir vorstellen, dass dadurch Missverständnisse und Konflikte reduziert werden. Dafür ist auch das Wissen über unterschiedliche Lebenssituationen, wie die Sterbephase und deren Rituale und Bräuche im Islam, bedeutsam. Genauso

unverzichtbar ist die Fähigkeit durch Pflegende sich selbst zu reflektieren, beobachten zu können, empathisch zu sein sowie Echtheit und Interesse gegenüber PatientInnen auszustrahlen. Es darf nicht vergessen werden von PatientInnen das Einverständnis vor einer Pflegehandlung einzuholen und es sollte nicht pauschalisiert werden. Durch die ganzheitliche Berücksichtigung aller genannten Aspekte dieser Arbeit ist es möglich, dass Zugangsmöglichkeiten zu Menschen mit Migrationshintergrund und zu sterbenden muslimischen MigrantInnen durch Pflegende geschaffen werden.

## Literaturverzeichnis

- Bausewein, Claudia; Roller, Susanne; Voltz, Raymond (2010): *Leitfaden Palliative Care Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. 4. Auflage. München. Elsevir GmbH Urban & Fischer Verlag.
- Bibliographisches Institut GmbH (2016): *Migrant, der*. Berlin. Dudenverlag. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Migrant> letzter Aufruf 27.04.16 09:30 Uhr.
- Bibliographisches Institut GmbH (2016): *verstehen*. Berlin. Dudenverlag. <http://www.duden.de/rechtschreibung/verstehen> letzter Aufruf 02.05.16 11:35 Uhr.
- Bibliographisches Institut GmbH (2016): *Zugang, der*. Berlin. Dudenverlag. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Zugang> letzter Aufruf 27.04.16 09:35 Uhr.
- Bibliographisches Institut GmbH (2016): *Zugangsmöglichkeiten, die*. Berlin. Dudenverlag. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Zugangsmoeglichkeit> letzter Aufruf 27.04.16 09:29 Uhr.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler*. 4. Auflage. Heidelberg. Springer Medizin Verlag.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. vollst. überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer- Verlag.
- Bose, Alexandra, von; Terpstra, Jeannette (2012): *Muslimische Patienten pflegen Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation*. Berlin, Heidelberg. Springer- Verlag.
- Böhm, Erwin (2012): *Sprechen Sie limbisch? Ein Plädoyer für eine transkulturelle und transgenerationelle Altenpflege*. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016): *Binnenwanderungen*. [http://www.bib-demografie.de/DE/ZahlenundFakten/10/binnenwanderungen\\_node.html](http://www.bib-demografie.de/DE/ZahlenundFakten/10/binnenwanderungen_node.html) letzter Aufruf 26.04.16 09:34 Uhr

- Deutscher Bundestag (2016): *Grundgesetz. XI. Übergangs- und Schlussbestimmungen.* Artikel 116, Abschnitte 1 und 2. [https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_11/245152](https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_11/245152) letzter Aufruf 20.04.16 11:56 Uhr.
- Dielmann, Gerd (2014): *Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege -Text und Kommentar für die Praxis-*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Frankfurt am Main. Mabuse-Verlag.
- Dittmar, Norbert (2009): *Transkription Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien.* 3.Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Domening, Dagmar (2007): *Das Konzept der transkulturellen Kompetenz.* In: Domening, Dagmar (Hrsg.) (2007): *Transkulturelle Kompetenz Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.
- Dreißig, Verena (2005): *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund.* Bielefeld. transcript Verlag.
- Eisingerich, Astrid (2012): *Der Tod als Rückkehr zu Gott, der Quelle allen Lebens Sterben, Tod und Trauer im Islam.* In: Heller, Birgit (2012): *Wie Religionen mit dem Tod umgehen Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung.* Freiburg im Breisgau. Lambertus- Verlag.
- Gressel, Maite (2015): *Kultursensibel pflegen mit Fingerspitzengefühl.* In: JuKiP Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (2015); 04 (05): S. 239–242. Stuttgart, New York. Georg Thieme Verlag KG.
- Hax-Schoppenhorst, Thomas; Jünger, Stefan (2010): *Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund Wegweiser für Pflegende.* Stuttgart. W. Kohlhammer Verlag.
- Herpich, Andreas (2015): *Transkulturelle Kompetenz Den Menschen wahrnehmen- das Fremde überbrücken.* In: JuKiP Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (2015); 04 (05): S. 234-238. Stuttgart, New York. Georg Thieme Verlag.

- Higgins, Dan (2013): *Pflege des sterbenden Patienten- Ein Leitfaden für Pflegende*. In: Jevon, Philip (Hrsg.); Offermanns, Peter (Hrsg.); Bangert, Dagmar (Hrsg.) (2013): *Pflege von sterbenden und verstorbenen Menschen*. 1. deutschsprachige Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.
- Hirseland, Katrin (2015): *Flucht und Asyl: aktuelle Zahlen und Entwicklungen*. <http://www.bpb.de/apuz/208003/aktuelle-zahlen-und-entwicklungen?p=all> letzter Aufruf 29.11.15 13:53 Uhr.
- Hitz, Karin (2009): *Geleitwort für die deutschsprachige Ausgabe*. In: Neuberger, Julia (2009): *Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen*. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern. Huber Verlag.
- Hülsken-Giesler, Manfred (2008): *Der Zugang zum Anderen Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimensis und Maschinenlogik*. Göttingen. Universitätsverlag Osnabrück.
- Kellnhauser, E.; Schewior-Popp, S. (1999): *Ausländische Patienten besser verstehen*. Stuttgart. Georg Thieme Verlag.
- Kleiner, Gabriele (2011): *Alter(n) bewegt Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. Darmstadt. Springer VS.
- Lieberam, Nicole (2015): *Kultursensible Pflege Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund*. In: Psych Pflege (2015); 21 (05): 244-249. Stuttgart, New York. Georg Thieme Verlag KG.
- Mantz, Sandra (2015): *Arbeitsbuch kommunizieren in der Pflege Mit heilsamen Worten pflegen*. Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer.
- Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- Schopf, C.; Naegele, G. (2005) *Alter und Migration- ein Überblick*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (2005), Band 38, Heft 6, S. 384-395. Steinkopff Verlag.
- Schrems, Berta (2008): *Verstehende Pflegediagnostik Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln*. Wien, Österreich. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.



- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2015): *Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2014*. Statistik informiert. Nummer 3. [http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik\\_informiert\\_SPEZIAL/SI\\_SPEZIAL\\_III\\_2015\\_komplett.pdf](http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_III_2015_komplett.pdf) letzter Aufruf 15.04.16 10:43 Uhr.
- Statistisches Bundesamt (2015): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund- Ergebnisse des Mikrozensus-2014*. Fachserie 1. Reihe 2.2. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?__blob=publicationFile) letzter Aufruf 20.04.16 09:44 Uhr.
- Statistisches Bundesamt (2015): *Zahl der Zuwanderer in Deutschland so hoch wie nie*. Ausgabe 277/15. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15\\_277\\_122pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_277_122pdf.pdf?__blob=publicationFile) letzter Aufruf 15.04.16 11:03 Uhr.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): *Demografischer Wandel in Deutschland Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. Heft 1. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile) letzter Aufruf 15.04.16 11:28 Uhr.
- Student, Johann-Christoph; Napiwotzky, Annedore (2011): *Palliative Care wahrnehmen- verstehen- schützen*. 2.Auflage. Stuttgart. Georg Thieme Verlag.
- Tan, Dursun (1998): *Das fremde Sterben: Sterben, Tod und Trauer unter Migrationsbedingungen*. Frankfurt. Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf (2016): *Pflege (Bachelor of Arts)*. <http://www.uke.de/organisationsstruktur/zentrale-bereiche/uke-akademie-fuer-bildung-karriere/studium/pflege-%28b.a.%29/index.html> letzter Aufruf 09.05.16 07:53 Uhr.

- Urban, Elke (2014): *Transkulturelle Pflege am Lebensende Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer.
- World Health Organisation (2016): *WHO Definition of Palliative Care*. <http://www.who.int/about/copyright/en/> letzter Aufruf 27.04.16 13:18 Uhr.

## Anhang

### Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Tabelle 1 Literaturrecherche HAW- Katalog .....	50
Anhang 2 Tabelle 2 Literaturrecherche Campus- Katalog.....	52
Anhang 3 Tabelle 3 Literaturrecherche Beluga- Katalog .....	53
Anhang 4 Tabelle 4 Literaturrecherche Beluga- Katalog Artikel.....	54
Anhang 5 Tabelle 5 Systematische Literaturrecherche Medline .....	55
Anhang 6 Interviewleitfaden.....	57
Anhang 7 Einverständniserklärung zum Interview .....	58
Anhang 8 Tabelle 6 Transkript Interview 1 .....	59
Anhang 9 Tabelle 7 Transkript Interview 2.....	64
Anhang 10 Tabelle 8 Transkript Interview 3.....	70
Anhang 11 Tabelle 9: Kategorisierung der explorativen Experteninterviews in Anlehnung an Mayring.....	78

## Anhang 1 Tabelle 1 Literaturrecherche HAW- Katalog

Tabelle 1: Literaturrecherche HAW- Katalog vom 12.04.16

<b>Suchnummer</b>	<b>Stichwort</b>	<b>Suchfilter</b>	<b>Treffer</b>	<b>relevant</b>
1.	Zugang* Migra*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	41	8
2.	Zugang* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	4	1
3.	Zugang* Migra* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	3	0
4.	Kontakt* Migra* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	2	1
5.	Verste* Migra* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	2	1
6.	Migra* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	42	10
7.	Kult* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	49	7
8.	Transkult* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	29	3
9.	Multikult* Pfleg*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	23	1
10.	Kommunikat* Pfleg* Migra*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	3	0
11.	Kommuni* Migra*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	80	0
12.	Migra* Pfleg* Sterb*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	2	1

13.	Pfleg* Sterb*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	87	6
14.	Migra* Palliati*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	0	0
15.	Kult* Sterb*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	20	0
16.	Kult* Pfleg* Sterb*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	6	0
17.	Palliativ* Care*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	149	18
18.	Forschungsmethoden* Eval*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	16	4
19.	Transkription*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	57	1
20.	Qualitative Inhaltsanalyse Mayring*	Alle Wörter, Jahre 2000-2016, Bücher, Zeitschriften/Serien, online Zeitschriften, online Ressourcen, Aufsätze	9	2

## Anhang 2 Tabelle 2 Literaturrecherche Campus- Katalog

Tabelle 2: Literaturrecherche Campus- Katalog vom 04.04.16

<b>Suchnummer</b>	<b>Suchbegriff</b>	<b>Suchfilter</b>	<b>Treffer</b>	<b>relevant</b>
1	Zugang zum Anderen	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	63	0
2	Migra* Pfleg*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	81	12
3	Migra* Pfleg* Türk*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	11	4
4	Pfleg* Türk*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	18	0
5	Türk* Kontakt*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	74	1
6	Transkult* Pfleg*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	53	9
7	Pfleg* Zugang* Migr*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	8	0
8	Pfleg* Kommunik* Islam*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	4	0
9	Pfleg* Islam*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	14	1
10	Pfleg* Kontakt* Islam*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	2	0
11	Pfleg* Zugang* Isl*	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	32	0
12	Migra* Krank* türk* Jahre eingeschränkt 2000-2016	alle Wörter, Sprache Deutsch und Englisch, Jahre ab 2000-2016	20	3

## Anhang 3 Tabelle 3 Literaturrecherche Beluga- Katalog

Tabelle 3: Literaturrecherche Beluga Katalog 08.04.16

Suchnummer	Suchbegriff	Suchfilter	Treffer	relevant
1	Migra* Pfleg*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	58	1
2	Migra* Pfleg* Türk*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	10	0
3	Pfleg* Türk*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	19	0
4	Türk* Kontakt*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	33	0
5	Transkult* Pfleg*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	9	0
6	Pfleg* Zugang* Migr*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	36	1
7	Pfleg* Kommunik* Islam*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	4	0
8	Pfleg* Islam*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	8	1
9	Pfleg* Kontakt* Islam*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	6	0
10	Pfleg* Zugang* Isl*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	3	0
11	Migra* Krank* Türk*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	6	0
12	Transkult* Sterb*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	1	0
13	Interkult* Sterb*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	4	0
14	Islam* Ster*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	14	0
15	Sterb* Pfleg* Kult*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	7	0
16	Sterb* Pfleg* Islam*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	0	
17	Palliativ* Migra*	Bücher und mehr, Jahre ab 2000, Sprachen Deutsch, Englisch	82	1

## Anhang 4 Tabelle 4 Literaturrecherche Beluga- Katalog Artikel

Tabelle 4: Literaturrecherche Beluga-Katalog Artikel vom 08.04.16

<b>Suchnummer</b>	<b>Suchbegriff</b>	<b>Suchfilter</b>	<b>Treffer</b>	<b>relevant</b>
<b>1</b>	Migra* Pfleg*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	112	11
<b>2</b>	Migra* Pfleg* Türk*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	12	0
<b>3</b>	Pfleg* Türk*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	19	0
<b>4</b>	Türk* Kontakt*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	30	0
<b>5</b>	Transkult* Pfleg*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	16	5
<b>6</b>	Pfleg* Zugang* Migr*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	11	1
<b>7</b>	Pfleg* Kommunik* Islam*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	0	
<b>8</b>	Pfleg* Islam*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	9	0
<b>9</b>	Pfleg* Kontakt* Islam*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	0	
<b>10</b>	Pfleg* Zugang* Isl*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	0	
<b>11</b>	Migra* Krank* Türk*	E-Artikel, Alle Wörter, Jahre ab 2000	24	1



## Anhang 5 Tabelle 5 Systematische Literaturrecherche Medline

Tabelle 5: Systematische Literaturrecherche Medline vom 12.04.16

Suchnummer	Verknüpfung	Stichwort	Limits	Treffer
1		access		221286
2		admission		147143
3		entry		110604
4		approach		957904
5		contact		252997
6		connect		15313
7		establish contact		3672
8	<b>1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7</b>			<b>1637067</b>
9		People		8375432
10		humans		15802941
11		Persons		8251106
12		individuals		514936
13	<b>9 OR 10 OR 11 OR 12</b>			<b>16108145</b>
14		Migrant		13278
15		migration		192960
16		immigrant		14832
17		In-migrant		560
18		emigrant		7792
19		Immigrant background		2750
20		Migrant background		1950
21		Migration background		16922
22		Migratory background		1395
23	<b>14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22</b>			<b>213966</b>
24		islam		12413
25		moslem		12676
26		muslim		15963
27		turkey		180122
28		from turkey		180122
29		turkish born		300
30	<b>24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29</b>			<b>196038</b>
31		nurse		316409
32		Sick-nurse		9
33		Hospital nurse		90694
34		Registered nurse		210639
35		Trained nurse		3313
35		Carer		46119

36		caregiver		50341
<b>37</b>	<b>31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36</b>			<b>362688</b>
38		understand		247164
39		understanding		587872
40		apprehend		282
41		comprehend		3357
42		appreciate		7411
43		conceive		3964
<b>44</b>	<b>38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43</b>			<b>792835</b>
<b>45</b>	<b>8 AND 13 AND 23 AND 30 AND 37 AND 44</b>		<b>Languages Deutsch, English</b>	<b>4</b>

## Anhang 6 Interviewleitfaden

### Interviewleitfaden

1. **Können Sie kurz umreißen, in welcher Funktion Sie arbeiten und wie Ihre Berufserfahrung ist?**
  - Wie ist Ihre Erfahrung in der Arbeit von Menschen mit Migrationshintergrund?
  - Wie ist Ihre Berufserfahrung bei sterbenden Menschen mit Migrationshintergrund?
  - Können Sie beschreiben, wie Sie die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund empfunden haben?
  - Gab es bei der Arbeit besonders positive oder schwierige Situationen?
  - Wie sind Sie mit schwierigen Situationen umgegangen?
2. **Können Sie sich vorstellen, dass es im pflegerischen Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund Schwierigkeiten oder Potenzial für Missverständnisse geben könnte?**
3. **Was ist Ihrer Meinung nach wichtig, um einen Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund, beispielhaft aus der Türkei, zu finden?**
  - Wie sind Ihre Erfahrungen den Kontakt herzustellen?
  - Wie charakterisieren Sie den Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund?
  - Können Sie beschreiben, wie Sie den Kontakt empfunden haben?
  - Gab es im Kontakt besonders positive oder schwierige Aspekte?
4. **Welche Personen müssen Ihrer Meinung nach etwas Spezielles wissen/beachten, um in den Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund zu kommen?**
5. **Sehen Sie eine Praxisrelevanz des Themas „Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund“ für Mitarbeiter z.B. im Krankenhaus, bezogen auf den Umgang von Menschen mit Migrationshintergrund?**
  - Welches Wissen ist Ihrer Meinung nach wichtig, um einen Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund, beispielsweise aus der Türkei, zu bekommen, um diese zu verstehen?
  - Wie kann dies vermittelt werden?
6. **Möchten Sie abschließend noch etwas anmerken?**

## Anhang 7 Einverständniserklärung zum Interview

### Einverständniserklärung zum Interview im Rahmen der Bachelorarbeit

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Studiengang Pflege dual, 8. Semester

Durchführende Person: Ann Kristin Schreiber

Betreuende Dozentin: Frau Straß, Erstgutachterin

Erhebungsdatum:

Teilnehmerin:

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der Bachelorarbeit an einem Experteninterview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel, das Thema und den Verlauf des Interviews informiert.

Ich stimme zu, dass das Interview auf Tonband aufgenommen wird. Ich kann die Aufnahme des Interviews jederzeit abbrechen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert, dass die Daten absolut vertraulich behandelt und auf einem Passwort geschützten Computer aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview von der durchführenden Person mit der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wird.

Die Vernichtung der Tonbanddaten erfolgt nach durchgeführter Transkription, sodass die weitere Analyse der Daten nur anhand des Transkriptes erfolgen wird. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung sind alle Angaben anonymisiert.

Mir wird außerdem versichert, dass wissenschaftliche Veröffentlichungen nur in Ausschnitten zitiert werden, um sicherzustellen, dass ich auch durch die, in dem Interview gemachten Aussagen, nicht für Dritte erkennbar werde. Des Weiteren werden die erhobenen Daten nur im Kontext der Bachelorarbeit verwendet.

Ort, Datum, Unterschrift

## Anhang 8 Tabelle 6 Transkript Interview 1

Tabelle 6: Transkript Interview 1

I: Interviewer B: Befragter

	Zeile
I: Können Sie einmal kurz umreißen, in welcher Funktion Sie arbeiten, und wie Ihre Berufserfahrung ist?	1
B: Ok ich bin zehn Jahre Kinderkrankenschwester gewesen, hab auf der pädiatrisch-onkologischen Station gearbeitet, war auch viel in Kontakt da mit unterschiedlichen Kulturen und bin jetzt seit vier Jahren als Psychologin hier.	2 3 4 5
I: Ok. Und wie ist Ihre Erfahrung in der Arbeit von Menschen mit Migrationshintergrund?	6 7
B: Also ich hab auf der Kinderonkologie, also wir hatten ziemlich viel, also zum Teil 50 Prozent Patienten mit Migrationshintergrund und ich hab natürlich auch hier Kontakt zu mit Menschen mit Migrationshintergrund.	8 9 10
I: Mhm. Und Erfahrung mit Sterbenden?	11
B: Ja also auf der Kinderonko natürlich, also ich habe vorher ein Jahr tatsächlich im Altersheim gearbeitet, da hab ich auch mit sterbenden Erwachsenen ganz viel zu tun gehabt und dann auf der Kinderonkologie war es sehr, war es dann ja ein ganz wichtiger Teil unserer Arbeit, die wir, die Familien die sich entschieden haben bei uns sozusagen ihre Kinder bei uns zu lassen wenn sie versterben.	12 13 <sup>1Min</sup> 14 15 16
I: Also war es ja auch durchaus ein Zusammenspiel zwischen Sterbenden und Menschen mit Migrationshintergrund, also durchaus beides auch.	17 18
B: Ja natürlich! Also meine erste palliative Versorgung war ´ne Familie mit türkischen Wurzeln.	19 20
I: Ok. Können Sie einmal beschreiben, wie Sie die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund empfunden haben?	21 22
B: Ich, bei mir, ich selbst hab das immer sehr gerne gemacht, Menschen mit Migrationshintergrund, weil ich ganz viel gelernt hab dadurch, darüber. Ich habe mich auch viel so mit Leben und Sterben in den Weltreligionen auseinander gesetzt, und hab immer schon gedacht, dass es, für mich eine Bereicherung war, auch zu erfahren, wie andere Menschen, mit anderem soziokulturellen Background, mit diesem Thema umgehen. Es gab durchaus auch Situationen, wo man wirklich stark voneinander lernen musste, erstmal gucken musste, okay das war für einen ganz neu ich hatte einmal eine russische Mutter, die ihr verstorbenes Kind wirklich vier Stunden lang schreiend im Arm gehalten hat, ne also wo wir auch nicht rankamen. russisch-orthodoxe, also vom Glaubenshintergrund, also das war schon in dem Moment einfach eine Situation, wo man gucken musste, dass man nicht in so eine Bewertungshaltung kommt, und einfach gut immer wieder die Perspektive wechseln, mit welchem Hintergrund ist jemand in so einer Situation, welche Erfahrungen hat derjenige vielleicht schon gemacht und welches Glaubenssystem steht da auch dahinter, aber ich hab auch im Großenteil sehr positive Erfahrungen gemacht, weil es immer auch, die haben viel erzählt, also ich hab nachgefragt und ich hab immer viele Informationen erhalten.	23 24 25 26 <sup>2Min</sup> 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 <sup>3Min</sup> 39
I: Worüber speziell?	40
B: Na wie zum Beispiel mit sterbenden Menschen in anderen Kulturen umgegangen wird, so dass es zum Beispiel im türkischen Kontext oder im islamischen Kontext es wirklich wichtig ist, dass man ganz schnell ins Ursprungsland zurück reist, dass man die Waschung nicht mit einer Waschschüssel machen kann sondern mit fließendem Wasser, wie wichtig der Glauben an Allah einfach ist, und wie viel Kraft der auch einfach gibt, und das Kinder gesegnet sind eigentlich, wenn sie früher sozusagen zu Allah gerufen werden und das war schon.. ja also wie viel Halt dieser Glaube	41 42 43 44 45 46 47

gegeben hat, stärker als ich es zum Beispiel im christlichen Kontext erlebt habe.	48
I: Ok, würden Sie das als besonders positiv beschrieben? Oder gab es zum Beispiel auch besonders schwierige Aspekte, außer wie mit der Mutter zum Beispiel?	49
B: Naja manchmal sind sozusagen die Rahmenbedingungen einfach ziemlich schwierig, zum Beispiel hatten wir eine Roma Familie, wo das Mädchen gestorben ist, und dann waren Massen, Massen waren da ne, also wir haben ein ganzes Drei-Bett-Zimmer gesperrt, weil wir die Menschenmassen gar nicht mehr untergebracht bekamen, und es war dabei auch so, dass ich zum Beispiel mit der Mutter gar nicht so viel klären konnte, weil die nicht so viel Entscheidungsspielraum hatte, die war noch ganz jung, die war irgendwie Anfang 20, dort haben alles die oberen geklärt, also die Mütter, die alten weisen Frauen, die alten weisen Männer, die, mit denen mussten wir also in Kontakt treten und klären und zum Teil über den Kopf der Mutter hinweg, weil die gar kein Mitspracherecht hatte, und das war schon auch schwierig, so Thema Selbstbestimmtheit und Mütter haben das Vorrecht vor allen und so, und wir hatten auch einmal ne Situation mit Patienten aus den Arabischen Emiraten, wo dann die Kommunikation mit uns weiblichem Pflegepersonal tatsächlich auch schwierig war, wo sich der Vater tatsächlich auch geweigert hat mit uns zu sprechen, und da war natürlich auch die Versorgung schwierig, und trotzdem war es ein Vorteil, also wenn man sich darauf einlassen kann, wenn man Interesse an der anderen Kultur hat, und wenn man nicht versucht, das System in dem wir Sterben, auf andere Kulturen zu übertragen, dann wird es nämlich schwierig, das ist schwierig. Aber wenn man das nicht macht, ist es ein großer Vorteil, auch einen Glauben zu haben, der einen auch trägt.	50 51 52 4Min 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 5Min 65 66 67 68 69 70
I: Ok.	71
B: Ja	72
I: Gut. Können Sie sich vorstellen, dass es so generell, außer dass was Sie bislang angesprochen haben, dass es im pflegerischen Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund Schwierigkeiten oder Potenzial für Missverständnisse geben könnte?	73 74 75 76
B: Ja, auf jeden Fall. Also ich denke die Sprache ist auf jeden Fall, ist eine wesentliche Barriere, wenn ich Angehörige haben, die tatsächlich kein Deutsch sprechen und es keinen Dolmetscher in der Situation gibt die so viel Redebedarf häufig, zu so viel Redebedarf führt, Mütter die tief trauern, mit denen man zum Teil nicht gut in den Kontakt kommen konnte, oder Großeltern, weil die die Sprache so nicht beherrscht haben, dass man nicht die Vielschichtigkeit der Situation, dessen es auch bedarf, da kannst du nicht mit platten Worten arbeiten, eigentlich arbeitet man mit Menschen, wo die sprachliche Ebene gleich ist mit ganz tiefen emotionalen Gesprächen, das hindert natürlich, wenn die Sprache nicht vorhanden ist. Manchmal ist es auch wirklich schwierig in dem Kontext, dass man nicht so richtig weiß, wer ist denn eigentlich die Entscheidungsperson hier, wer trifft die Entscheidungen. Wir haben auch im islamischen Kontext, also wenn zum Beispiel das alt- islamische, also wenn die Familie noch sehr stark in traditionellen Strukturen verankert ist, dann ist es häufig auch der Großvater, der die Entscheidungen trifft und nicht die Eltern direkt, und wenn man da nicht weiß, kann es zum Beispiel zu Konfliktsituationen kommen. Und ich finde auch, es ist natürlich ne hoch stressige Situation, die Eltern sind hoch belastet, und da werden auch durchaus Situationen, die nichts mit dem kulturellen Background zu tun haben, als dieses interpretiert, also das wenn das Pflegepersonal mal ein bisschen pampig ist oder sagt „ich kann jetzt nicht, ich komme gleich“, dass dies so interpretiert wird, das es so ist weil sie Ausländer sind und man sie deswegen schlechter behandelt, das habe ich durchaus auch erlebt, die Situation, das der andere auf diese Ebene sozusagen, Attribuiert, schlussendlich, das wurde zugeschrieben, dass es mit dem Ausländerstatus zu tun hat, was in den meisten Fällen nicht der Fall war, denn beide Seiten waren im Stress und dann hat das zu Konflikten geführt.	77 78 6Min 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 7Min 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
I: Okay. Und was ist Ihrer Meinung nach dann wichtig, um einen Zugang	101 8Min 102

zu Menschen mit Migrationshintergrund, beispielhaft aus der Türkei, zu finden?	103
B: Ich glaube das es ganz wichtig ist, dass man offen ist und dass man wissen will.	104
Dieses Erfragen von dem, was Menschen brauchen in der Situation, was ihr System	105
ist, mit dem sie arbeiten, und sich dann darauf einzustellen, ich glaube, dass ist die	106
wichtigste Basis. Dass ich wissen will, und dass ich nicht meinen Glauben, wie diese	107
Situation gestaltet werden muss, aufzwingen will, das kann ja gut sein, Leute mit einer	108
Palliativ-Care Ausbildung haben ja auch wunderbare Vorstellungen davon, wie man	109
Sterbende begleiten kann, aber das ist meine Vorstellung, und ich muss in so einem	110
Kontext fragen, was das Gegenüber will und dann muss man auch einen Weg der	111
Sprache finden mit Dolmetscher zum Beispiel, wenn man zum Beispiel gar kein	112
russisch, ne also das war so bei mir dann hat man keinen Zugang, wenn die Mutter,	113
also wir hatten ja viele Familien, die aus Russland oder Mazedonien nur für die	114
Therapie nach Deutschland waren, das heißt, es gab gar keinen Grund, mit	115 9Min
Sprachkenntnissen erstmal hier her zu kommen, die kamen wirklich ohne jegliche	116
Sprachkenntnisse und dann müssen in solchen Situationen Dolmetschergespräche	117
geführt werden, damit man erfährt, was der Familie wichtig ist, weil sie das Recht	118
haben, dass ihre Kinder oder erwachsene Menschen auch, dass sie so sterben	119
dürfen, wie es ihrem System entspricht und nicht wie es unserem Glauben von gutem	120
Sterben entspricht, ich glaube das ist das Wichtigste.	121
I: Und wie sind Ihre Erfahrungen, jetzt zum Beispiel darauf bezogen, diesen Kontakt	122
zu den Menschen zu finden?	123
B: Na also Rogers ist, also ohne Frage, das ich reingehe mit einer bestimmten	124
Grundhaltung, mit dem wirklichen Interesse an dem System, dass mir gegenübersteht,	125
dem Familiensystem, Patientensystem, was auch immer, und das meine Erfahrung ist,	126
dass wenn ich da offen rein gehe auch mit einer offenen Körperhaltung und wenn ich	127
Zeit lasse und auch Zeit lasse sich an Gedanken und Umgebung zu gewöhnen, das	128 10Min
funktioniert und das man dann auch ne Basis der Sprache miteinander findet. Wärme,	129
Empathie, Zuneigung, Vertrauen ausstrahlen, Beziehungsaufbau, das sind ganz	130
wichtige Schlagworte, dass jemand ankommen darf, in diesem Land sozusagen,	131
grade wenn die, haben ganz viele Patienten, wenn die gerade aus Dubai oder	132
Arabischen Emiraten, die wirklich nur hier her kommen um behandelt zu werden und	133
dann wollen sie eigentlich wieder gehen das funktioniert vielleicht nicht immer, dann	134
muss ich denen, ich muss denen hier Sicherheit geben, damit sie äußern können was	135
sie brauchen in der Situation. Und da braucht es eine Grundhaltung, ich bin bereit dir	136
zuzuhören, ich möchte wissen worum es dir geht, ich möchte verstehen wie du das	137
gerne haben möchtest. Ich glaube das ist eine große Grundhaltung. Da braucht es	138
auch eine empathische zu Gewandtheit, also lächeln, Kontaktaufnahme, da sein in	139
der Situation, hören was der andere tatsächlich sagt und braucht, die emotionale	140
Ebene mit einzubeziehen, die Angehörigen mit einzubeziehen die ja häufig der einzige	141
Kontaktpunkt hier sind, ich glaube das ist die Basis... ja.	142 11Min
I: Und da haben Sie dann auch eigentlich auch gute Rückmeldungen vom Gegenüber	143
erhalten? Oder auch mal Abwehr oder Ablehnung?	144
B: Na klar hat man auch mal, kommt es auch mal zur Abwehr, gerade am Anfang,	145
wenn der Andere, wenn das Vertrauen noch nicht aufgebaut ist, wenn die Familien	146
oder der Patient in hohen stressigen Situationen kommen und vielleicht auch noch so	147
Vorurteile haben, wie in Deutschland wird man nicht gut behandelt, wenn man nicht	148
von hier ist, ähm dann ist eine Grundhaltung von Abwehr, dann ist eine Vorsicht da,	149
wie geht der mit mir um, was macht der mit mir... klar. Und ich glaube auch, dass es	150
an der Stelle, also im Erstkontakt, das ist der Punkt, wo wir die Basis dafür legen, für	151
die weitere Behandlung und das weitere Vertrauen, auch wie viel zeigen die von sich	152 12Min
in der Situation, das wird am Anfang gelegt, mit wie viel Zeit und Respekt ich einem	153
Menschen begegne.	154
I: Okay. Würden Sie denn sagen, dass sowas, was Sie nun eben gesagt haben, als	155
schwieriger Aspekt dasteht, um den Zugang und den Kontakt vor allem zu	156
dem Anderen zu finden?	157

B: Ja schwierig. Weil wir wenig Zeit haben, wir haben wenig Zeit im Stationsalltag, und unsere Kategorien und unsere Systeme im Kopf wie Dinge laufen müssen unterstützen uns dabei, das wir überhaupt diesen stressigen Stationsalltag gewährleisten können, unsere Arbeit gewährleisten können. Und dann sollen wir raus aus diesem System, mit Zeit in die Situation, weil wir eigentlich alle wissen, wie viel Zeit diese Situation erfordert, aber die Rahmenbedingungen überhaupt nicht dafür geschaffen sind sowas wie Beziehungsaufbau, Grundlagenvertrauen zu gewährleisten und ich glaube das ist das schwierige daran und ich glaube es braucht auch eine bestimmte Kompetenz, zum Einen eine Reflexion über die eigene Haltung und zum Anderen eine Gesprächskompetenz. Ein Dolmetscher in der Anfangssituation, damit der Andere überhaupt versteht, was ich von ihm will und nicht nur mit Händen und Füßen und in der Hoffnung, dass er weiß, was ich ihm grad sagen will. Ganz wichtig und daran mangelt es ja schon, wie schnell bekommt man einen Dolmetscher, wenn man ihn haben will? Nicht dann wenn ich es brauche wenn die Diagnose kommt und dann ist das manchmal erst ein paar Tage danach aber dann hat sich schon so viel verfestigt auch im Kopf und ich glaube das es an den Bedingungen: Rahmenbedingungen, der Zeitfaktor und tatsächlich wie viel Offenheit habe ich Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber und wie viel Gesprächskompetenz habe ich, interkulturelle Kompetenz habe ich, ähm, in mir, in meiner Persönlichkeit, oder habe ich mir angeeignet. Das sind glaube ich die wesentlichen Faktoren von meiner Erfahrung her.	158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178	
I: Okay. Was meinen Sie denn, welche Personen müssen Ihrer Meinung nach etwas Spezielles wissen, um in den Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund, am Beispiel der Türkei, zu kommen?	179 180 181	13Min
B: Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Sozial Arbeiter, also so das gesamte Multidisziplinäre Team, um alle ebenen sozusagen abzudecken. Erzieher, oder Musiktherapeuten, Maltherapeuten, müssen eigentlich alle über diese Kompetenz verfügen, weil sie ja das System stabilisieren, sie tragen ja alle dazu bei, Physiotherapeuten, also alle tragen ja dazu bei, dass für den Patienten der Aufenthalt und der Verlauf und die Sterbephase so gut Lebensqualität erhalten, so gut es eben geht in der Situation. Das heißt alle, die mit dem Patienten arbeiten, müssen mit diesen Kompetenzen ausgestattet sein und wir sind nun mal in einer globalisierten, multikulturellen Welt angekommen, das heißt, genauso wie ich eine Basiskompetenz in pflegerischer Grundversorgung haben muss als Pflegekraft zum Beispiel, brauche ich die auch in der Interkulturalität. Ich glaube das wir uns dahingehend bewegen müssen, das Berufsgruppen, die mit Menschen arbeiten, egal wer, der Kontakt mit Menschen hat, müssen multikulturelle Kompetenzen, interkulturelle Kompetenzen, transkulturelle Kompetenzen sich aneignen.	182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195	14Min
I: Und welches Fachwissen bräuchte eine Pflegekraft zum Beispiel, um so jemanden gut versorgen zu können?	196 197	
B: Ich glaube, dass es ein Hintergrundwissen um Menschen mit anderen Kulturen braucht, also ich muss nicht tief, also ich muss nicht den Koran lesen, aber ich brauche ein Stück weit ein Wissen darum, wie ist das Glaubenssystem im Koran sozusagen verankert, also was sind für Muslime wichtige Grundpfeiler, was sind für Buddhisten wichtige Grundpfeiler, was sind für Menschen aus Indien, wobei die auch einen hohen Anteil an Muslimen haben, ich muss Judentum, also wir wissen von unglaublich vielen Juden die immer noch diskriminiert werden, auch in Deutschland, also brauch ich darüber auch ein Wissen, das ist so eine Grundbasis und ich brauche eine Gesprächskompetenz, also das ich sozusagen das Wissen was ich habe, auch so eine Handlungskompetenz, wem gebe ich denn die Hand, wem vielleicht erstmal nicht und warte auf ein Signal von gegenüber. Wen spreche ich an, im muslimischen Kontext spreche ich zuerst den Mann an und dann die Frau, sonst trete ich dem Mann sowas von auf die Füße, das der schon gleich, also bei uns im Kontext, ich sag mal im westlichen Kulturkreis spreche ich zuerst die Frau an, weil es so der Respekt gebührt, und sowas muss ich wissen, aber dafür brauche ich nicht nur eine	198 199 200 201 201 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212	15Min       16Min



Gesprächskompetenz, sondern ich brauche auch eine Handlungskompetenz. Also wie	213
muss ich das Wissen, was ich mir angeeignet habe, im Alltag umsetzen. Und ich muss	214
nicht ein Experte für bestimmte Glaubenssysteme sein, ich muss wissen was brauche	215
ich denn im Pflegealltag, was brauche ich denn im Kontakt mit Menschen und wie	216
kann ich das anwenden. Zum Beispiel Begrüßungsrituale, oder muss ich den Mann	217
vorher fragen, ob die Frau dabei sein kann bei der Informationsübergabe oder bei der	218 17Min
Aufklärung. Das sind aber für uns ist das so eine Selbstverständlichkeit, das beide	219
Partner gleichberechtigt aufgeklärt werden, unser Ziel in der Arbeit war es zum	220
Beispiel auch immer, dass Mutter und Vater dabei waren bei der Aufklärung, aber	221
manchmal muss ich die Frage stellen und muss dann auch nochmal sagen, warum	222
das so wichtig ist, damit ich nicht der Person auf die Füße trete.	223
I: Okay. Gut. Dann kommen wir schon zur letzten Frage. Möchten Sie abschließend	224
noch etwas anmerken?	225
B: Also ich fände es unglaublich schön, wenn wir zum Beispiel in der Ausbildung	226
dieses Thema stärker verankern und uns nicht darauf verlassen, was in den	227
allgemeinbildenden Schulen zum Thema Interkulturalität und Vorurteile unterrichtet	228
wird, denn ich glaube das wir, und ich schließe mich damit ein, Zeit brauchen, um uns	229
dieses Wissen anzueignen, um es auf den professionellen Berufskontext zu	230 18Min
übertragen, und um das sozusagen in unser Weltsystem, und die Welt hat sich	231
verändert, zu integrieren. Und ich glaube, dass muss ein viel größerer Bestandteil in	232
der Ausbildung sein, um Handlungskompetenz zu vermitteln, da fehlt es mir und es	233
müssen auch Pflegekräfte vor Ort müssen geschult werden, und es muss Angebote	234
zu diesem Thema geben und in der Offenheit des Klinikums darüber, dass es ein	235
wichtiger Teil der Versorgung ist, das wir mit Menschen mit unterschiedlichen Kulturen	236
arbeiten können, das gehört für mich zu einer guten Pflegekraft dazu und vor allen	237
Dingen auch zu einem guten Arzt, das beschränkt sich ja nicht nur auf die Pflege.	238
Genau, das würde ich gerne noch sagen.	239
I: Super. Vielen Dank.	240

## Anhang 9 Tabelle 7 Transkript Interview 2

### Tabelle 7: Transkript Interview 2

I: Interviewer B: Befragter

	Zeile
I: Also dann können Sie zu Beginn vielleicht einmal kurz umreißen, wie Ihre Berufserfahrung ist und in welcher Funktion Sie arbeiten?	1
B: Also in erster Linie arbeite ich in einem Forschungsprojekt und wir beschäftigen uns mit den Bedarfen von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund und den Anforderungen von professionell Pflegenden und den Kompetenzen, die diese haben müssen, um Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige zu versorgen. Und nebenbei arbeite ich noch in einem etwas geringeren Stundenumfang in einem Hamburger Hospiz.	2 3 4 5 6 7 8
I: Okay. Und können Sie einmal beschreiben, wie Ihre Erfahrung in der Arbeit zu Menschen mit Migrationshintergrund ist?	9 10
B: Also ich muss sagen, dass meine praktischen Erfahrungen noch gar nicht so umfangreich sind, das liegt daran, dass subjektiv gesehen Menschen mit Migrationshintergrund nicht sehr häufig im Hospiz begleitet werden, das könnte damit zusammenhängen, dass sie in der Praxis sehr sehr häufig von ihren Familienverbänden versorgt werden und diese dann auch die Sterbebegleitung zuhause übernehmen.	11 12 13 14 15 16 <sup>1Min</sup>
I: Okay. Und daher ist dann Ihre Berufserfahrung zu sterbenden Menschen mit Migrationshintergrund eher gering?	17 18
B: Genau sie ist eher gering. Wir haben teilweise Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, die zu uns kommen. Wir hatten jetzt aktuell auch eine Dame aus Syrien, die aber länger schon in Deutschland lebt, deren Kinder auch hier schon arbeiten, also nicht dieser ganz aktuelle Flüchtlingsstrom. Genau. Aber es ist eben sehr sehr gering. Also mit der Versorgung.	19 20 21 22 23
I: Okay. Gab es so generell in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund, etwas das Sie als besonders positiv oder schwierig empfunden haben?	24 25
B: Ja also was mir aufgefallen ist, ist dass man eigentlich immer einen sehr sehr guten Kontakt mit den Familien hat, also zumindest mir ist das so gegangen. Nun haben wir im Hospiz natürlich auch die Möglichkeit, den Kontakt zu den Familien gut aufzunehmen, wir haben sehr sehr viel Zeit, das schätzen die sehr, und sie sind in der Versorgung auch im Hospiz noch sehr sehr dicht dran an ihren Angehörigen und möchten eben auch bestimmte körperpflegerische oder andere pflegerische Sachen wie Ernährung oder anreichen von Mahlzeiten gerne noch weiter übernehmen und sind da sehr sehr engagiert. Und das finde ich eigentlich sehr schön und das habe ich immer als sehr positiv erlebt.	26 27 <sup>2Min</sup> 28 29 30 31 32 33 34
I: Okay und als Gegenbeispiel, gab es da auch etwas, was sehr schwierig war?	35
B: Ja also auch eben dieses Beispiel Ernährung ist ja so, dass ja sehr sehr häufig die Familie zusammenkommt und möglicherweise aus dem kulturellen Hintergrund heraus Nahrungsmittel dann mitgebracht werden, und Menschen mit Demenz, ne quatsch, Menschen im Hospiz, die versterben, aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung häufig ja gar nicht mehr so viel Nahrung vertragen und das ist dann manchmal so ein Thema, was man ansprechen muss, weil die Personen, also das ist nun das was ich subjektiv erlebt habe, dann das Essen essen, weil sie sich auch darüber freuen und weil es zur Kultur gehört und dann eben hinterher große Übelkeit empfinden und dann eben auch stark erbrechen. Da muss man dann eben manchmal mit den Familien sprechen und sagen, dass man das sehr wertschätzt, dass man das auch als eine positive Geste wahrnimmt und auch als gemütlich wahrnimmt aber, dass das für den Erkrankten eher negative Folgen hat.	36 37 38 39 40 <sup>3Min</sup> 41 42 43 44 45 46 47

I: Und wie nehmen die Familien dies dann auf, wenn Sie das ansprechen?	48
B: Also erstaunlicher Weise nehmen die Familien es eigentlich gut auf, wenn man alles ihnen erklärt. Wir machen es so, dass wir das positive oder gut gemeinte wertschätzen und sie auch auffordern das ruhig auch beizubehalten entweder im Zimmer oder sich als Familie in einen anderen Raum zu setzen und dort diese Rituale weiter zu pflegen, aber eben um Verständnis bitten für den Erkrankten selber, dass der dann eben nicht so in diesem Umfang daran teilnehmen muss. Und eigentlich klappt das gut, ich habe da keine schlechten Erfahrungen gemacht.	49 50 51 52 4Min 53 54 55
I: Okay. Und können Sie sich vorstellen, dass es so im pflegerischen Kontakt speziell, noch mehr Potenzial für Missverständnisse oder so Konflikte geben könnte?	56 57
B: Ja. Also da würde ich jetzt tatsächlich auf meine Erfahrungen aus den Interviews zurückgreifen, die wir geführt haben. Es ist ja so, dass es gerade bei der ersten Generation von Migranten starke Sprachbarrieren gibt, dass hängt mit der Geschichte der Migration zusammen. Also das eben ja die Migranten gedacht haben, sie gehen in ihre Heimat zurück und eben auch gar nicht so stark gefördert wurde, dass sie die Sprache auch lernen. Und das führt eben zu Missverständnissen, weil die Erkrankten selber, oder die Pflegebedürftigen selber, sich eben häufig nicht selber verbal mit den Pflegenden unterhalten können und die Pflegenden dann auf die Familienmitglieder zurückgreifen müssen, die die Sprache besser verstehen und das führt auch manchmal zu Problemen in der medizinischen Behandlung, weil dann Fragen nicht beantwortet werden können, die zu einer besseren Diagnostik beitragen. Und eine große Gefahr besteht dann darin, dass Pflegenden dann Vermutungen darüber anstellen, was derjenige möchte und dann bestimmte Handlungen eigenständig durchführen. Also ein Beispiel, was uns genannt wurde war die Rasur. Da hat eine Pflegenden einen Herrn rasiert im Gesicht, das war einfach eine rein optische Handlung also die hatte keinerlei medizinische oder pflegerische Gründe und das war grundlegend verkehrt, weil dieser Herr sich aufgrund dieses Pilgerrituals nach Mekka den Bart hat stehen lassen. Und sie hat ihn dann eigenmächtig abrasiert und das hat für Unmut gesorgt. Einfach, weil nicht nachgefragt wurde. Also das ist etwas, was ganz ganz wichtig ist. Wirklich immer, also, dass macht man ja eigentlich generell und im Grunde genommen ist das ja eigentlich nichts Ungewöhnliches, bei solchen Tätigkeiten immer Nachzufragen. Sich rück zu versichern, was sind die Haltungen, die Werte des Kunden, Klienten oder des Patienten und was sollte ich tun oder was sollte ich nicht tun.	58 59 60 61 62 63 64 65 5Min 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 6Min 76 77 78 79 80
I: Okay. Und was ist Ihrer Meinung nach wichtig, um einen Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund zu finden, also jetzt zum Beispiel bei Menschen aus der Türkei?	81 82
B: Also ein großer Faktor im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund ist Zeit mitbringen, also grade am Anfang sich die Zeit nehmen, den Kontakt aufzubauen. Das ist manchmal im Alltag aufgrund der beruflichen Rahmenbedingungen schwierig, aber vielleicht auch erstmal dann bestimmte Dinge zurück zu stellen und sich erstmal vertraut zu machen mit dem Anderen und einen persönlichen Kontakt herzustellen. Also Menschen mit Migrationshintergrund leben ja häufig, auch insbesondere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, in großen Familienverbänden. Das hat Vor- und Nachteile, wie man sich vorstellen kann, aber sie nehmen Pflegenden eben sehr häufig auch dann als Teil dieses Familienkonstruktes wahr. Also sie lassen jemanden in diesen Kreis und sie möchten dann auch eine persönliche Bindung zu dieser Person aufbauen, sie möchten eben nicht als so ein Abwickeln oder abarbeiten von Pflichten und Aufgaben, sondern es soll eben immer eine möglichst persönliche Beziehung hergestellt werden. Was ich empfehlen würde ist eben alles klar und deutlich zu Fragen, also sich nicht zu scheuen einfach zu fragen wie sind ihre Bedürfnisse, wie sind ihre Gewohnheiten, wie haben sie dies und jenes im Alltag gestaltet, wie wollen wir es gemeinsam tun. Also letztendlich würde ich das jeder Pflegenden empfehlen und jeder Person, aber eben gerade bei Menschen mit Migrationshintergrund ist das vielleicht nochmal besonders wichtig.	83 84 85 86 7Min 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 8Min 97 98 99 100
I: Okay.	101
B: Und etwas, was ich auf jeden Fall empfehlen würde, das wurde uns in den	102

Interviews immer wieder gesagt, nicht zu pauschalisieren. Denn auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund oder muslimischem Hintergrund sind nicht alle gleich.	103
Die haben unterschiedliche Glaubensrichtungen, die haben unterschiedliche	104
Gewohnheiten, leben bestimmte kulturelle Gewohnheiten und Rituale unterschiedlich	105
intensiv oder streng aus und da dann wirklich immer Nachzufragen, wie ist es bei ihnen	106
mit der Ernährung, mit der Körperpflege, welche Gewohnheiten und Rituale haben sie.	107
I: Okay. Und wie sind Ihre Erfahrungen, da den Kontakt herzustellen zu den Menschen	108 9Min
oder auch zu den Angehörigen?	109
B: Also wenn man bereits angefragt wurde als professionelle Pflegekraft, sei es in	110
einem Krankenhaus Setting oder auch in der ambulanten Pflege, man wurde quasi	111
gebucht, dann ist es eigentlich kein Problem, also man sollte sich etwas Zeit nehmen,	112
man sollte offen sein für das Gespräch und dann sind meine persönlichen Erfahrungen	113
eigentlich sehr sehr gut, auch ins Gespräch zu kommen. Ich habe das eigentlich auch	114
immer sehr sehr offen erlebt.	115
I: Okay. Und dieser Kontakt, kann man den irgendwie charakterisieren außer offen?	116
B: Also was wichtig ist, ist immer die Familie mit einzubeziehen, denn sehr häufig	117
scheinen Entscheidungen im Familienverband getroffen zu werden. Also der	118
Pflegebedürftige trifft selten Entscheidungen nur aus der eigenen Perspektive. In wie	119 10Min
fern das migrationsspezifisch ist glaube ich gar nicht, ich glaube das ist in, ich sag mal	120
in deutschen Familien auch so ist, dass auch immer die Auswirkungen, die Meinungen,	121
die Erfahrungen der anderen Familienmitgliedern auch eine Rolle spielen bei den	122
Entscheidungen die getroffen werden, aber auch da die Familienmitglieder mit	123
einzubeziehen und auch da zu gucken, wer hat da das sagen, also wer ist vielleicht	124
auch besonders relevant für den Erkrankten, wessen Meinung oder wessen	125
Perspektive wird auch besonders „gewertschätzt“ und dann diese Personen in die	126
Entscheidung auch immer mit einzubeziehen. Das auf jeden Fall. Und häufig sind eben	127
Familienmitglieder der zweiten oder dritten Generation so Schlüsselpersonen, weil sie	128
eben ihre Sprachkompetenz besser ist, haben sie den Zugang und sind auch die	129
Schnittstelle mit allen Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung. Und die wissen	130 11Min
eben auch immer, was Besprochen wurde und haben sehr häufig auch die	131
Organisation in der Hand und dann ist es wichtig, diese Menschen mit einzubeziehen.	132
I: Okay. Das klingt ja alles sehr positiv, quasi im Kontakt. Gibt es aber auch Sachen, die	133
eher sehr schwierig sind im Kontakt, also diesen herzustellen, aufzubauen?	134
B: Also ich glaube die Schwierigkeit an sich besteht darin, überhaupt professionelle	135
Hilfe in Anspruch zu nehmen. Also ich würde jetzt aus meiner Erfahrung sagen, wenn	136
die Hilfe erst einmal in Anspruch genommen wurde, dann sind die Türen	137
verhältnismäßig offen. Aber dieser Zugang, der ist schwierig. Und was vielleicht auch	138
charakteristisch ist, ist dass die Körperpflege, die Versorgung, die Ernährung, was wir	139
ja auch als Teil der Pflege definieren aus unserem beruflichen Verständnis heraus,	140 12 Min
dass das eben sehr häufig durch die Familien übernommen werden und das, was die	141
Familien als Pflege definieren eben sehr sehr häufig die behandlungspflegerischen	142
Maßnahmen sind, also Injektionen von Insulin, Medikamentengaben, Wundversorgung,	143
solche Sachen. Und sehr häufig wird die Pflege eben auch solange in den Familien	144
getragen, bis es eben zu diesen Herausforderungen kommt, die dann eben nicht mehr	145
durch die Familienkompetenz bewältigt werden können. Und dann wird professionelle	146
Pflege in Anspruch genommen. Und dann bekommt man auch einen Zugang, zu den	147
Familien. Das ist vielleicht die Schwierigkeit, dass diese fachliche Pflegeversorgung	148
eben noch nicht so selbstverständlich etabliert ist.	149
I: Bei den Familien?	150 13Min
B: Ja genau. Und die Familienangehörigen, die wir befragt haben, die Pflege in großem	151
Umfang leisten und zwar in allen Bereichen wie Organisation, Durchführung von	152
Körperpflege, auch teilweise Behandlungspflege sofern sie sich kompetent empfinden.	153
Jetzt habe ich den Faden verloren. Und quasi dann erst Hilfe akquirieren, wenn dies	154
nicht mehr funktioniert.	155
I: Okay. Und welche Personen müssen jetzt im Umgang oder im Kontakt zu	156
	157

Menschen mit Migrationshintergrund etwas Spezielles wissen oder beachten? Hätten Sie da eine Idee?	158
B: Sie meinen jetzt die Berufsgruppen?	159
I: Ja zum Beispiel.	160
B: Also letztendlich ist es so, dass die Erfahrung die wir gemacht haben, oder die Erkenntnis, die wir gewonnen haben ist, dass es keine pauschalen Handlungsanleitungen gibt, also es gibt kein Handbuch »So bediene ich meinen Migranten«. Das ist vielleicht auch die große Botschaft letztendlich eigentlich. Sich frei zu machen, in die Familien hineinzugehen und so wie ich es aus meinem Verständnis heraus mit jeder Person machen würde die ich versorge egal aus welcher Kultur sie stammt, auch wenn ich Frau Meier Müller Schulz versorge, dann komme ich rein, stelle mich vor und sage So: Was sind Ihre Bedarfe, was sind Ihre Bedürfnisse, wo brauchen Sie Unterstützung und wie stellen Sie es sich vor. Vielleicht mache ich noch Vorschläge und sage wir könnten es so und so und so machen, die und die Möglichkeiten gibt es aber es gibt keine Kultur- Pauschalanleitungen.	161
I: Also müssen eigentlich alle, die im Kontakt mit Menschen mit Migrationshintergrund sind oder auch ohne Migrationshintergrund sind, quasi immer offen auf die Leute zugehen? Das ist der Punkt oder? Habe ich das richtig verstanden?	162
B: Ja genau. Ja das ist der Punkt alle die mit dem zu tun haben. Und letztendlich, wenn Sie jetzt mal überlegen, auch zum Beispiel im Bereich der Ernährung, gucken Sie sich doch mal an, wir haben Veganer, wir haben Menschen mit Allergien, wir haben Menschen die nur Fleisch essen, wir haben Vegetarier. Letztendlich müssen Sie auch in der Ernährung jeden Menschen individuell Fragen was essen sie was essen sie nicht, haben sie Unverträglichkeiten, was schmeckt ihnen nicht ganz simpel. Und letztendlich machen Sie das mit Menschen mit Migrationshintergrund auch.	163 14Min
I: Also gilt das auch für alle Berufsgruppen oder?	164
B: Ja genau. Und auch dort fragen Sie, gibt es Personen von denen Sie nicht gepflegt werden möchten. Sie würden auch nicht irgendjemandem die Bekleidung vom Leibe reißen, sondern das sind ja alles sensible Punkte. Körperpflege, Schamgefühl, Ernährung und Religion sind ja immer Punkte, die man mit jeder Person klären sollte. Also letztendlich ist eigentlich der große Unterschied die Sprachkompetenz im Alltag.	165
I: Okay. Aber so generell, sehen Sie eine Praxisrelevanz dieses Themas der Zugang zum Anderen, Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund, vor allem im Krankenhaus?	166
B: Überall! In allen Versorgungssettings. Also vielleicht hat das Krankenhaus es besonders schwer, denn im Krankenhau ist es ja nun einmal so, dass es eine Institution ist, bei der wir unsere Individualität sehr häufig an der Aufnahme, mit dem Aufnahmeformular eigentlich abgeben. Also in einem Krankenhaus zu sein, wo wir uns bestimmten Ritualen, bestimmten Tagesabläufen unterwerfen ein Stück weit ja auch, das ist natürlich im Krankenhaus am häufigsten gegeben. Wenn ich in die Häuslichkeit komme und den Migranten in seiner Wohnung besuche, dann bin ich automatisch in dessen Lebenswelt und ich passe mich automatisch an, ist ja auch egal bei welcher Person. Aber wenn ich zu einem Menschen nach Hause gehe, dann betrete ich ja sein Umfeld, also bin ich ja von vorneherein etwas achtsamer. In der Hospizkultur gilt das ähnlich. Dort steht ja auch die Individualität ganz ganz oben. Es gibt zwar auch dort institutionelle Rahmenbedingungen, aber die sind sicherlich nicht so stark wie im Krankenhaus. Deshalb ist es vielleicht auch einfach für Mitarbeiter im Krankenhaus nochmal besonders bedeutsam und auch egal welcher Person gegenüber sich das immer wieder zu vergegenwärtigen: ich habe es hier mit einer individuellen Person zu tun, die individuelle Gewohnheiten hat, die individuelles Schamempfinden hat und so weiter und sich auch das immer wieder bewusst zu machen. Und auch zu kommunizieren. Ich glaube der Schlüssel ist die Kommunikation. Also das haben uns auch die Menschen gesagt, die wir interviewt haben, bitte fragt uns doch einfach, spricht uns doch einfach an, fragt uns.	167
B: Und welches Wissen ist da besonders wichtig? Für mich als Pflegeperson	168
	169
	170
	171
	172
	173 15Min
	174
	175
	176
	177
	178
	179
	180
	181
	182
	183
	184
	185
	186
	187 16Min
	188
	189
	190
	191
	192
	193
	194
	195
	196
	197
	198 17Min
	199
	200
	201
	201
	203
	204
	205
	206
	207
	208
	209
	210
	211 18Min
	212

zum Beispiel, muss ich da irgendetwas besonderes Wissen über die Kultur, wo derjenige herkommt? Oder ist dies Ihrer Meinung nach gar nicht so relevant?	213
I: Es kann Vor- und Nachteile haben. Denn alles was wir glauben zu wissen, ist ja auch gleich schon eine Schublade. Wenn ich jetzt etwas bestimmte Dinge weiß, klar kann ich mir klarmachen die Ernährung ist vielleicht ein Thema, ich kann mir bewusst machen möglicherweise so etwas wie Schamgefühle, Mann-Frau Rollen könnte ein Thema sein, vielleicht hat derjenige Gebetsrituale. So. Aber das hilft mir ja nichts darin, denjenigen trotzdem Fragen zu müssen. Und im Endeffekt ist die Frage, die ich mir jetzt nach zwei Jahren Arbeit mit diesem Thema stelle, wird dieser Unterschied immer weniger deutlich.	214 215 216 217 218 219 220 221 222
I: Welcher Unterschied?	223
B: Der Unterschied, also gibt es wirklich einen, gibt es etwas, dass so kulturspezifisch ist, dass es sich unterscheidet, von dem was ich jemanden anders fragen würde. So. Also wenn jetzt jemand zu mir ins Hospiz kommt frage ich ihn ja auch „Sind Sie gläubig?“ „Gibt es bestimmte Rituale?“ „Wünschen Sie noch eine letzte Salbung?“ „Gibt es einen Vertreter Ihres Glaubens, der noch informiert werden soll?“ „Was sollen wir machen, wenn Sie verstorben sind?“ „Möchten Sie ein bestimmtes Symbol, dass bei Ihnen am Bett steht?“ und so weiter und so fort. Das frage ich ja jede Person. Das würde ich dann natürlich auch einen Muslim oder einen Menschen einer anderen Glaubensrichtung genauso fragen. Also. Ja. Vielleicht, es gibt vielleicht Besonderheiten, wo man drüber nachdenken könnte, zum Beispiel, zum Beispiel das Thema Fasten und Diabetes. So etwas. Also wenn ich jetzt zum Beispiel höre, jemand ist Diabetiker und Muslim, dann frage ich ihn vielleicht „Nehmen Sie die Fastenzeit wahr, haben Sie dies mit Ihrem Diabetologen besprochen, passen Sie dann Ihr Insulinregime anders an?“ So etwas. Vielleicht. Aber es können ja auch Menschen fasten, die nicht Muslime sind das kann ja auch sein.	224 19Min 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 20Min 236 237 238
I: Okay. Und wie kann das, was Sie jetzt gesagt haben, das Wissen um jetzt zum Beispiel etwas Spezielles oder auch um das Kommunizieren, wie kann das vermittelt werden, an andere Pflegende? Können Sie sich da etwas vorstellen?	239 240 241
B: Ja, also das ist ja das, was wir machen in den Schulungen, die wir entwickeln. Und wir Arbeiten viel mit Fallbeispielen, um nämlich genau das anzuschauen, also das es um mehrere Perspektiven geht und was bei uns besonders im Vordergrund steht ist einmal die Reflexion der eigenen Vorurteile und Vorurteile hier im hermeneutischen Sinne gar nicht wertend gesehen, sondern dass, was ich an Vor-Vorstellungen habe zu dem Thema, was ich ja immer eigentlich überprüfen muss in der Realität ob das eigentlich übereinstimmt. Und auch hier geht es darum, immer wieder zu ermutigen individuell hinzusehen, nicht zu pauschalisieren, den Kontakt herzustellen und an den tatsächlichen Bedürfnissen anzuknüpfen. So wo sind die Schwierigkeiten, wo brauchen diejenigen Unterstützung. Wie kann man und das ist vielleicht und ganz wichtig, wie kann man Hilfe zur eigenen Kompetenzerweiterung geben. Wenn jemand gerne bestimmte Dinge, wenn eine Familie die Körperpflege gerne geben möchte, warum diese dann nicht schulen wie sie das tun können, warum ihnen dann nicht zeigen, wie sie rückenschonend Arbeiten können, welche Hilfsmittel es dafür gibt, wie man bettet und lagert, wie man einen Dekubitus vermeidet. Warum sollten wir ihnen das nicht beibringen, wenn sie es gerne machen möchten oder wenn sie sich gerne daran beteiligen möchten.	242 243 244 245 246 21Min 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258
I: Okay. Ja dann sind wir schon bei der letzten Frage: Möchten sie abschließend noch etwas anmerken?	259 22Min 260
B: Ja also ich glaube meine Botschaft habe ich glaube ich schon sehr sehr häufig gesagt und das ist eigentlich hauch der große Apell, den ich hier nur von den Menschen die wir interviewt haben weitertrage. Nicht pauschalisieren, immer individuell schauen, immer wieder auch das eigene Handeln reflektieren, was mache ich hier eigentlich, tue ich das für denjenigen oder tue ich das für mich selbst, vielleicht auch, vielleicht finde ich es ja schön wenn ein Mann rasiert ist, finde ich hübscher also mache ich das aber ist das auch wirklich der Wunsch meines Pflegebedürftigen den ich hier	261 262 263 264 265 266 267

versorge. Ja und einfach immer wieder den Kontakt zu suchen und in den Austausch zu gehen.	268
I: Okay super. Vielen Dank.	269
B: Gerne.	270
	271

## Anhang 10 Tabelle 8 Transkript Interview 3

### Tabelle 8: Transkript Interview 3

I: Interviewer B: Befragter

	Zeilen
I: Können Sie einmal kurz umreißen, in welcher Funktion Sie arbeiten und wie Ihre Berufserfahrung ist?	1
	2
B: Also ich bin jetzt examinierte Krankenschwester, seit vier Jahren bin ich ehrenamtliche Seelsorgerin, ich habe die Weiterbildung gemacht oder bin jetzt durch mit der Weiterbildung und arbeite jetzt freiwillig, also ehrenamtlich in verschiedenen Krankenhäusern so zum Übersetzen, ja so Seelsorge generell und bin spezialisiert auf Menschen mit Migrationshintergrund und islamischem Hintergrund. Genau. Das mache ich.	3
	4
	5
	6
	7
	8
I: Okay sehr spannend. Und wie ist da Ihre Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund?	9
	10
B: Also die Erfahrung, also zum Einen komme ich natürlich auch aus einer Familie mit Migrationshintergrund obwohl ich nun schon die dritte Generation hier bin aber ich weiß, dass die Arbeit eine ganz andere ist. Sie ist anspruchsvoller tatsächlich und mein, also das was ich bemerkt habe, ist natürlich durch die Generation, also die Arbeitergeneration die damals kam, die wird ja jetzt gerade alt und die sind jetzt vermehrt im Krankenhaus und die bedürfen einer spezielleren Pflege als andere Patienten, als normale, also ich sag jetzt einfach mal normale Patienten, okay nein das hört sich jetzt so wertend an, also ich meine, also Menschen die Deutsch sprechen, ich finde da muss man auch nochmal unterscheiden zwischen Menschen mit Migrationshintergrund die Deutsch sprechen und die kein Deutsch sprechen, ich finde das ist auch nochmal ein Unterschied, auch in der Pflege tatsächlich. Das ist so das was ich erfahren habe. Was ich noch dazu sagen kann, oder sollen wir erstmal mit den Fragen weitermachen?	11
	12
	13
	14
	15 <sup>1Min</sup>
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
I: Wie Sie möchten, Sie können gerne auch erst weitererzählen.	25
B: Ja. Gut. Was ich noch dazu sagen kann ist, dass ich das jetzt auch mit den Flüchtlingen, Menschen die in Deutschland leben und die bislang keinen Bezug oder Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund hatten, das gibt es ja tatsächlich, dass die jetzt sensibler dafür werden. Zum Einen, weil sie es müssen und zum Anderen, weil sie es auch wollen. Es gibt ja so viele Menschen mit Migrationshintergrund in unserem Land, da muss man jetzt auch mal gucken, wie man, also muss man anders auf die zugehen, gibt es da Unterschiede. Da fragen ja auch ganz viele und es gibt ja ganz viele Debatten und so.	26
	27
	28
	29 <sup>2Min</sup>
	30
	31
	32
	33
	34
I: Aber haben Sie den Eindruck, dass Pflegende das auch tun, dass sie da offener werden?	35
	36
B: Also es wird immer mal, also eine kurze Sequenz in der Ausbildung, dass man da guckt in Psychologie. Pflegende an sich muss ich leider sagen nicht. Nein wird nicht offener. Also ich kenne das. Mein Vater ist auch Krankenpfleger, meine Mama nur gelernte Dementenbetreuerin und mein Vater arbeitet zum Beispiel in einem Pflegeheim und hat da eine eigene Abteilung gegründet, die heißt Abteilung Orient und das ist im Pflegeheim für Menschen mit Migrationshintergrund, genau dafür für Menschen mit Migrationshintergrund. Und gerade in der Altenpflege ist es so besonders wichtig, dass man da nochmal Möglichkeiten schafft, die Patienten kulturell so zu betreuen, wie sie es am liebsten mögen. Und die haben geschult, also Kurse bekommen, gerade für	37
	38
	39
	40
	41
	42
	43
	44
	45
	46 <sup>3Min</sup>



diesen Umgang. Und meine Seelsorgerin die bietet sowas auch an. Die ist auch irgendwie interkulturell Beauftragte oderso von der Kirche aus. Und sie gibt	47
Tatsächlich auch Kurse für Pflegende im Umgang für Menschen mit	48
Migrationshintergrund. Aber die besuchen leider nicht viele. Erstens wohl aus	49
finanziellen Gründen sage ich mal, weil die Krankenhäuser das einfach nicht	50
bezahlen aber auch, weil das in der Pflege etwas zu kurz kommt tatsächlich. Ja	51
und das sie offener insgesamt sind finde ich auch nicht. Finde ich nicht. Kann	52
ich aus meiner Erfahrung sagen.	53
I: Das wer nicht offener ist?	54
B: Die Pflegenden. An sich. Also sie sind nicht offener geworden. Ich denke mal	55
in anderen ganz vielen Berufsgruppen ist das tatsächlich so, da muss ich auf	56
jeden Fall auch sagen, dass man das sieht. Aber in der Pflege nicht.	57
I: Okay. Und Ihre Berufserfahrung mit sterbenden Menschen mit	58 <sup>4Min</sup>
Migrationshintergrund? Sind die auch vorhanden?	59
B: Ja also wir haben ganz viele Patienten betreut, die auch gestorben sind und	60
einen Migrationshintergrund haben. Ich glaube, also da muss ich schon sagen	61
wird ein Unterschied gemacht. Also weil es ist irgendwo, es kommt drauf an, auf	62
welcher Station man liegt. Ich meine, wenn man auch einer Intensivstation liegt	63
als Patient mit Migrationshintergrund wird da kein Unterschied gemacht. Also	64
das man sagt, das ist anders oder es gibt Unterschiede. Nein das würde ich	65
nicht sagen. Weil ich habe auf Intensivstationen gearbeitet und da waren	66
Patienten mit Migrationshintergrund und ich habe da keinen, also wirklich gar	67
keinen Unterschied bemerkt. Aber auf peripheren Stationen sind die Rituale	68
auch nochmal anders, also es ist nicht ganz so viel Hektik und alles läuft	69
geordneter ab als auf einer Intensivstation. Und da ist es so, dass Menschen mit	70
Migrationshintergrund und die Angehörigen einen sehr großen Anteil haben an	71
der Pflege oder an der Begleitung der Sterbenden. Gerade so in den	72
südlicheren, also südländischeren Kulturen ist das ja tatsächlich so. Und da sind	73 <sup>5Min</sup>
die Pflegenden oftmals so ein bisschen: Oh Gott wie machen wir das denn jetzt,	74
deswegen empfinden die das eigentlich immer als sehr gut, dass die	75
Angehörigen dabei sind, die einen dann auch immer noch mit beraten. Und da	76
sehe ich auf jeden Fall den Unterschied. Also das die Angehörigen auf jeden	77
Fall mit einbezogen werden aber auch, dass die Pflegenden auch einfach	78
vorsichtiger sind und mit denen umgehen, weil sie denken vielleicht will er das ja	79
so und so nicht. Also zum Einen vorsichtiger, aber manchmal und das weiß ich	80
wiederrum auch aus eigener Erfahrung sind dann wiederrum genervt von den	81
Menschen mit Migrationshintergrund, weil dann zum Beispiel so viel besuch da	82
ist, weil immer wieder oft gefragt wird wie ist das. Denn die sprechen sich ja	83
oftmals nicht untereinander ab, fragen dann zehn Mal das Gleiche, so warum	84
bekommt er dieses Medikament nicht. Also das ist so ein bisschen, also das ist	85
einfach aufwändiger. Es ist aufwändiger und teilweise auch stressiger mit	86
Menschen mit Migrationshintergrund zu arbeiten. Das kann ich so sagen und	87 <sup>6Min</sup>
das würde ich auch so unterschreiben.	88
I: Okay. Und gab es in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund	89
besonders positive Aspekte auf der einen Seite und besonders schwierige	90
Aspekte auf der anderen Seite?	91
B: Also positive Aspekte ich sehe es immer generell auch so und auf der	92
Station, wo ich jetzt auch lange gearbeitet habe, irgendwo, also natürlich hat	93
jede Kultur seine eigenen Rituale und irgendwelche, naja ich sag mal Normen	94
und Werte, die man auch im Umgang mit Sterbenden zum Beispiel hat. Und	95
manche können da so sehr, also die generell so sehr offen sind und positiv	96
gestimmt sind, die können davon profitieren und bereichern und bereichern sich	97
einfach an dem Schönen und wie Menschen mit Menschen umgehen. So, dass	98
die sagen oh ja das ist ja schön, dass man, ach ich weiß nicht, also wenn da	99
einer stirbt, die verteilen Rosenblätter oder verteilen angenehme Düfte oder so.	100
	101 <sup>7Min</sup>

Also aber das ist auch von Kultur zu Kultur ganz unterschiedlich. Und ich persönlich finde das total schön, diese Vielfalt zu beobachten und zu gucken.	102 103
Also wir hatten zum Beispiel letztens einen Patienten, der kam aus dem, also war, also kam aus den Philippinen und die hatten so ihre ganz bestimmten Rituale, wie sie mit dem Sterbenden umgegangen sind und wie sie den auf seinem letzten Weg begleitet haben. Und das finde ich immer ganz schön. Also das sind so meine sehr positiven Erfahrungen. Wie die Rituale oder wie die letzten Tage so gestaltet werden. Und das ist immer so das Positive. Also so einen sehr besonderen, also ein sehr besonderes positives Ereignis fällt mir aber jetzt nicht ein.	104 105 106 107 108 109 110 111
I: Nein also das ist schon völlig in Ordnung, wie Sie das gerade beschrieben haben.	112 113
B: Okay dann ist gut.	114
I: Und gab es auf der anderen Seite etwas Schwieriges in der Arbeit oder im Umgang mit den Menschen?	115 116
B: Ja also im letzten, also nein naja wenn der Tod also naja, wenn er schon länger, also naja wenn es bekannt ist schon länger, also das der Patient..	117 118
I: Absehbar?	119 <sup>8Min</sup>
B: Ja! Genau, danke das Wort fehlte mir. Also wenn es absehbar ist, dass der Patient sterben wird, dann können wir uns ja als Pflegende darauf einlassen und die Versorgung oder Pflege des Patienten verändert sich ja. Das ist dann ja eine palliative Pflege, also das letzte bisschen Lebensqualität sozusagen beizubehalten oder zu verbessern, darum geht es ja eigentlich und dann ist es eben so, dass man sich beim Waschen länger Zeit lässt oder anderes benutzt und nicht da nur eben schnell zack zack reingeht. Und dann ist das eben auch nicht mehr so wichtig ob man zum Beispiel, so Sachen die bei anderen Patienten wichtig sind setzt man dann einfach aus und setzt Prioritäten. Aber damit kommen manche Angehörige zum Beispiel gar nicht klar, die sagen dann warum wurde denn das jetzt nicht gemacht so auf dem letzten Weg oder warum wurde jetzt nicht nochmal Blut abgenommen oder warum wurde nicht die Untersuchung noch gemacht. Und wir sagen dann, weil wir wissen, dass es absehbar ist, dass da keine Veränderung oder keine großer Veränderung stattfinden wird und wir jetzt einfach versuchen, die letzten Tage so schön wie möglich zu gestalten und die Angehörigen verfallen dann in so einen wilden Aktionismus und wollen unbedingt noch ganz viel machen und das sind so meine sehr negativen Erfahrungen, die ich mit den Angehörigen mache, dass die so ein bisschen aggressiv und zornig werden und das dann auch an der Pflege auslassen. So habe ich das leider erlebt, oder erleben müssen. Und das ist dann nicht so schön.	120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 <sup>9Min</sup> 134 135 136 137 138 139 140
I: Und wie sind Sie dann damit umgegangen? Sie haben die doch sicherlich informiert, dass es notwendig ist oder etwas nicht mehr notwendig ist?	141 142
B: Ja. Also wie ich persönlich damit umgehe und es auch anderen Nahe lege ist erstmal, es nicht persönlich zu nehmen, Zorn dann in dem Moment auch zulassen, dass finde ich auch okay. Aber wichtig ist, dass man in diesem Moment nicht mit den Angehörigen spricht also, dass man den Angehörigen Zeit lässt sich zu beruhigen und dann zum Beispiel sagt sie sollen morgen noch einmal wieder kommen und dann können wir uns besprechen und irgendwie kurz ins Gespräch gehen. Denn in diesem Moment wird er auch nicht aufnahmefähig sein. Also so bin ich immer damit umgegangen. Oder das man auch mal andere einschaltet, also da ich ja selbst Seelsorge mache bin ich darauf natürlich auch immer sehr erpicht andere darauf aufmerksam zu machen. Denen erkläre ich dann auch immer was Seelsorge eigentlich ist, dass es nicht heißt, das man da weiß ich nicht irgendwie irgendwas bestimmtes macht, sondern einfach das man mal kurz mit jemandem redet. Und das biete ich immer an und das wird teilweise auch echt dankend angenommen.	143 144 145 146 147 <sup>10Min</sup> 148 149 150 151 152 153 154 155 156

I: Von den Angehörigen und Patienten?	157
B: Ja also von den Angehörigen und Patienten. Gerade so in der letzten Phase sage ich mal, also kurz vorm Sterben wird das auch sehr gut angenommen von den Patienten. Aber davor eher so nicht.	158 159 160
I: Also besteht davor die Arbeit darin, mit den Angehörigen zu arbeiten und gar nicht so sehr schwerpunktmäßig mit den Patienten?	161 162 <sup>11Min</sup>
B: Ja genau würde ich sagen. Also es kommt drauf an. Wissen Sie manchmal ist es so, dass die Patienten so müde sind und gerade so wenn es die. Also naja wie heißt das denn, wenn es bei den chronischen Krankheiten diese letzte Phase ist, na da gibt es doch dieses Modell von Corbin und Strauß mit den Phasen. Und in dieser letzten Phase geht es doch so bergab, dass der Patient so sehr müde ist und sich so erholen muss und da wird er sehr ruhig und dann wollen sie auch nicht mehr sprechen und dann kann man da nicht mehr die großen Gespräche führen über Gott und die Welt.	163 164 165 166 167 168 169 170
I: Und davor?	171
B: Davor besteht schon. Also gerade so, wenn es darum geht, wenn die Diagnose gestellt wird, wenn gerade nochmal so gesagt wird, das können wir noch machen oder das können wir nicht mehr machen, da ist es besonders wichtig, dass die Pflegenden da aktiv ins Gespräch geht oder auch einfach mal nur zuhört. Also solche Sachen sind vorher ganz wichtig. Aber ab einem gewissen Punkt, wenn die Akzeptanz beim Patienten sage ich mal da ist, dann ist es ziemlich schwierig da irgendwie da noch so mit den Patienten zu sprechen, weil die das teilweise auch einfach gar nicht mehr wollen. Einfach, weil die schon so ihren Frieden gefunden haben und dass man die da auch nicht, also naja ich würde sagen, dass man die dann auch eher in Ruhe lässt.	172 173 174 175 176 177 178 179 <sup>12Min</sup> 180 181
Also ich würde sagen anfangs eher patientenorientiert und nachher dann eher auf die Angehörigen zentriert, wenn diese vorhanden sind. Also es gibt natürlich auch welche, die haben keine Angehörigen.	182 183 184
I: Okay. Und können Sie sich vorstellen, dass es so im pflegerischen Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund durch die Pflege Potenzial für Missverständnisse gibt?	185 186 187
B: Jaja also das gibt es bestimmt. Es ist nicht immer so also naja die Sprachbarriere kann natürlich sogar auch zu Missverständnissen führen aber auch so ganz andere Sachen. Also so ich meine so zu bestimmten, also wir kennen das Beispiel, also das hatte ich letztens gerade im Krankenhaus, also das war eine, also ein Mensch aus China, ein älterer Mensch und die sind ja so sehr der älteste und so ein bisschen sehr dollen Respekt haben vor älteren Leuten und das ist bei uns hier einfach nicht so also dass man sagt, sobald der redet unterbricht man ihn nicht oder sowas, also die sind da ja noch ein Stück strenger sage ich mal, was das angeht. Und es war tatsächlich so, dass eine Krankenschwester drin war und mit ihm gesprochen hat und ihm auch mal gesagt hat Sie müssen das jetzt so und so machen. Also nicht mal so, dass sie, also das sie das in einem komischen Ton oder befehlend gesagt hat, nein sondern einfach so, wie man das auch normal sagen würde. Aber der fand das ganz schlimm und der hat sich wirklich ganz doll beschwert bei seiner Familie und die kamen dann und haben das angesprochen. Also die konnten das dann verstehen, weil ich sage mal die sind eine andere Generation. Aber bei dem älteren Herren selbst, oh für den war das ganz schlimm der ist ausgeflippt. Also das sind so Missverständnisse, die man durch Kommunikation oder auch dadurch, dass man weiß okay der legt jetzt darauf großen Wert, einfach aus dem Weg gehen könnte. Aber das ist schwierig, also so viele Kulturen wie es gibt, da kann man ja auch nicht jeden einzelnen Punkt kennen. Genau also das man da dann schnell solche Missverständnisse, die denn ja aufhebt.	188 189 190 191 192 193 194 <sup>13Min</sup> 195 196 197 198 199 200 201 201 203 204 205 206 207 208 <sup>14Min</sup> 209
I: Okay. Und was ist Ihrer Meinung nach dabei wichtig, um einen Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund zu finden, wenn diese jetzt zum Beispiel	210 211

aus der Türkei kommen?	212
B: Ja also weiß ich nicht, ich kenne die türkische Kultur auch nicht. Aber ich glaube, wenn ich jetzt Patienten mit der türkischen Kultur hätte, also es gibt Pflegende, die aus der Türkei kommen und ich würde mir tatsächlich erstmal die fragen. Ansonsten denke ich, muss man als Pflegende so ein Repertoire an Umgangsmöglichkeiten mit Menschen mit Migrationshintergrund anschaffen, die auf alle Patienten auszudehnen sind. Also das man da guckt ich gehe mit allen gleich um und nicht sagt okay der kommt jetzt aus Malaysia, mit dem muss ich so und so umgehen und okay der kommt jetzt aus Papua-Neuguinea mit dem muss ich so und so umgehen. Also ich glaube das man dann erstmal so guckt, dass man jeden überall gleich behandelt und dann speziell, weil Sie jetzt die türkische Kultur genannt haben, ich glaube ich würde erstmal gucken, wenn die Angehörigen da sind würde ich die befragen und die dann auch nochmal mit einzubeziehen auch wenn man so, also im Pflegeheim wird das ja viel gemacht, wenn man Pflegeplanung schreibt dann ist es ja immer ein ganz ganz wichtiger Punkt die Angehörigen mit einzubeziehen. So Biografiearbeit würde ich dann empfehlen, wenn man dann tatsächlich so viel Zeit hat, was schwierig ist im Pflegealltag ganz ehrlich, dann ich glaube ist für uns die einzige realistische Lösung die Angehörigen mit einzubeziehen. Ich kann jetzt nicht sagen, dass ich mir da zuhause noch etwas durchlese über die türkische Kultur oder so. Also Angehörige sind da besonders wichtig.	213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 <sup>15Min</sup> 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232
I: Okay und wie ist so Ihre Erfahrung zu den Angehörigen und primär zu dem Patienten?	233 234
B: Also ich muss sagen eher positiv, ich hatte immer eher sehr positive Erfahrungen gemacht. Mit den Patienten sowieso, also ich komme eigentlich ganz gut immer mit den Patienten klar. Also ich bin jetzt nicht so also ich interessiere mich auch immer für die Patienten. Das ist ja auch immer so ganz wichtig so Echtheit auszustrahlen und wenigstens zu sagen wenn ich genervt bin, dann bin ich halt genervt aber das muss man sagen und dann ist es auch so aber dann ist das echt in dem Moment. Das ist immer so besonders wichtig und das sehen die Patienten dann auch und ähm die finden das auch dann ganz gut. Zu den Angehörigen ist das dann immer ganz unterschiedlich. Also es kommt drauf an ich weiß nicht, ob Sie das so kennen. Manche sind weil sie im Krankenhaus sind total fertig und wissen nicht was sie machen sollen, fragen dann jede kleine Sache nach so „Kann ich jetzt seinen Arm bewegen?“ oder „Kann ich das Kissen bewegen?“ und ich dann nur so ja klar können Sie machen. Also solche Sachen also das gibt es auch. Aber ehm generell ist mein Kontakt immer sehr positiv. Ich hatte tatsächlich letztens eine sehr negative Erfahrung. Da habe ich mit dem Patienten gesprochen, einfach so, weil der hatte einfach angefangen zu erzählen und dann hat er erzählt über seine Kinder und darüber, was er früher so gemacht hat. Und das finde ich auch immer so wichtig, so auch in der Pflege einfach so eine Beziehung aufzubauen und zu fragen „Was haben Sie denn früher beruflich gemacht?“ und dann kam die Frau rein und die war schon so eine „Schickiemickie“ etepetete Frau und sie gleich „Ja wer sind Sie denn?“ und ich hab dann erwidert das ich die Krankenschwester bin und hier für ihn zuständig bin. Und sie hat dann gleich gefragt „Was wollen Sie hier und wieso unterhalten Sie sich mit ihm?“ und ich habe dann gesagt, dass das Teil meiner Aufgabe ist und ihn zu pflegen heißt ja nicht nur, dass ich ihn wasche sondern auch, dass ich mich mit ihm unterhalte. Und die fand das so schlimm, sie meinte das wäre viel zu persönlich die Fragen weil ich gefragte habe „Wie viele Kinder haben Sie denn?“ und sowas. Also solche Erfahrungen habe ich tatsächlich auch schon gemacht.	235 236 <sup>16Min</sup> 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 <sup>17Min</sup> 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263
I: Und wo kam die her?	264
B: Das waren Deutsche.	265
I: Also ist es gar nicht so abhängig davon, ob man Migrant ist oder nicht?	266

B: Genau das. Das wollte ich damit sagen. Das ist gar nicht so abhängig ob Migrant oder Deutsche. Aber was ich sagen kann ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund auch im Krankenhaus, auch wenn sie dann schon lange liegen so leicht in eine Abwehrhaltung geraten, verstehen Sie? Weil sie meinetwegen schon negative Erfahrungen gemacht haben diesbezüglich und dann so sehr auf Abwehr und Distanz sind. Und sobald man irgendetwas sagt, was gar nicht schlimm gemeint ist, dass die dann sofort fragen wieso. Oder zum Beispiel man steht draußen du sagt hier riecht es irgendwie komisch, das heißt ja nicht das es schlimm riecht. Aber dann reagieren die so „JA wieso nur weil wir mit Zwiebeln kochen“ und fühlen sich angegriffen. Und dann denke ich mir nur so was habe ich denn gerade schlimmes gesagt. Die sind da so ein Stück weiter in Abwehrhaltung, das würde ich schon so sagen.	267 268 269 <sup>18Min</sup> 270 271 272 273 274 275 276 277 278
I: Aber wodurch kann das sein?	279
B: Ja wie gesagt durch negative Erfahrungen, die sie gemacht haben oder durch Stigma.	280 281
I: Aber haben Sie die Erfahrung gemacht, dass es eher im langen Aufenthalt so der Fall ist? Oder kann das auch so sein ich komme in die Notaufnahme, dann komme ich hoch auf Station als Patient und dann bin ich schon gleich so?	282 283 284
B: Das kann in der Notaufnahme tatsächlich auch so sein, das habe ich auch erfahren, ich habe ja auch lange in der Notaufnahme gearbeitet, aber ich finde das ist weniger der Fall. Also bei langen Aufenthalten ist dies häufiger so. Weil sie, also das ist ja so ein Einschnitt in ihrem Leben jetzt ins Krankenhaus zu kommen und dann meinetwegen zwei oder drei Wochen dort zu liegen, ich mein das ist ja heutzutage eine sehr lange Zeit. Wer liegt denn noch länger als vier fünf Tage im Krankenhaus. Und das ist schon schwierig für die Angehörigen und auch für die Patienten selbst. Aber ich finde Patienten sind immer harmloser als die Angehörigen.	285 <sup>19Min</sup> 286 287 288 289 290 291 292 293
I: Und so zu Beginn den Kontakt wirklich herzustellen, also ich komme jetzt als Patient auf Station, wie haben Sie das erlebt, dass Sie offen angenommen wurden?	294 295 296
B: Also generell ich bin ja auch ein sehr offener Mensch und ich komme ja auch rein, stelle mich vor und sage wer ich bin. Wenn ich da gleich reinkomme und sofort anfangen dann ist das ja erstmal anders. Ich komme immer rein und frage erstmal wie es geht, warum sind Sie hier, was ist passiert und so. Also das ist ja schon der erste Kontakt. Also das sie von sich aus erzählen, warum sie bei uns sind und so. Also das mache ich immer und ich werde schon immer sehr offen aufgenommen. Schon allein weil auch irgendwo eine Abhängigkeitsbeziehung besteht, sie wollen ja gepflegt werden, sie wollen ihre Sachen haben. Und ich gehe da auch immer auf sie zu. Aber ich habe auch schon negative Erfahrungen gemacht. Die habe ich dann aber im Nachhinein versucht aus der Welt zu schaffen. Was ich aber festhalten kann ist, bei meinen Kollegen und auch bei mir, dass man teilweise bei Patienten die es eigentlich nicht so brauchen länger ist, weil man sich noch nett mit denen unterhält oder so. Und bei den Patienten die mal wirklich Hilfe brauchen, ein Gespräch meine ich jetzt, Betreuung bräuchten, dass es manchen einfach zu schwierig ist und die dann von vorne herein nur kurz angebunden reingehen und die Patienten da auch irgendwie Frust erleben. Aber kein gutes Gespräch muss lang sein und kein schlechtes Gespräch kurz. Das man da auch guckt, dass man da viel mit den Patienten redet gerade die es brauchen. Und bei mir ist es so, wie ich Kontakt aufnehme am Besten im Gespräch. Also das ich da hingehere und sofort sprechen und immer ein Lachen aufsetze. Also das versuche ich immer und das bringt auch ganz viel. Also ich habe bis jetzt wirklich sehr sehr negative Erfahrungen gemacht.	297 <sup>20Min</sup> 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 <sup>21Min</sup> 312 313 314 315 316 317 318 319
I: Okay. Und welche Personen müssen ihrer Meinung nach etwas spezielles Wissen oder beachten, um diesen Zugang zu Menschen mit	320 321 <sup>22Min</sup>

Migrationshintergrund zu bekommen?	322
B: Natürlich zum einen Psychologen, das Team ist ganz doll wichtig, Ärzte oh ich finde das so wichtig das kommt in deren Ausbildung glaube ich viel zu kurz, ich glaube die haben einen kurzen Wahlfachbereich oder so dazu der glaube ich Kommunikation heißt. Also das ist anteilsmäßig sehr klein aber gerade die bräuchten dies am meisten. Weil wissen Sie, manchmal kommen die Ärzte rein, sagen Sie haben das und das und dann sind sie wieder weg. Und der Patient Kommt dann zu mir und fragt was der Arzt gesagt hat und dann sind wir schon wieder in der Rolle zum Übersetzen.	323 324 325 326 327 328 329 330
I: Da meinen Sie jetzt, dass der Patient es sprachlich einfach nicht verstanden hat?	331 332
B: Ja und weil die ja nicht sagen Sie haben da eine Entzündung, sondern sie kommen mit ihrem Fachjargon.	333 334
I: Ja gut aber das verstehen ja Deutsche möglicherweise auch nicht. Das ist nicht spezifisch für Menschen mit Migrationshintergrund.	335 336
B: Ja gut aber zum Beispiel ist die Sprachbarriere aber auch viele trauen sich nicht dann zu sagen, also ich weiß nicht wieso, die haben irgendwie noch so einen großen Respekt vor Ärzten, dass man die da so anhimmelt. Das man da teilweise nichts versteht und die da ihre Probleme haben. Ansonsten brauchen Pflegende auch diesen besonderen Zugang zu den Patienten. Welche Berufsgruppen, also Berufsgruppen technisch, also eigentlich eigentlich müsste ich sagen alle. Aber das wird sowieso nicht klappen, aber ansonsten Pflegende besonders.	337 <sup>23Min</sup> 338 339 340 341 342 343 344
I: Ja okay ist gut.	345
B: Ja muss ich sagen also besonders. Also Pflegende ist wirklich ganz ganz wichtig. Und das kommt in der Ausbildung ja fast gar nicht vor.	346 347
I: Ja das stimmt. Nur gering.	348
B: Ja. Ja ganz ganz ganz gering nur. Wohl eher gar nicht.	349
I: Aber ist es denn schon so, dass Sie eine Praxisrelevanz sehen, zu dem Thema Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund, Zugang zum Anderen, im Krankenhaus? Für Pflegende explizit habe ich das ja herausgehört?	350 351 352
B: Ja richtig. Also es ist nicht immer so. Auf jeden Fall sehe ich da eine Praxisrelevanz das natürlich. Aber ich muss auch sagen, dass es nicht soo oft vorkommt, das so Menschen mit Migrationshintergrund so lange bleiben, weil oftmals auch die Angehörigen die Pflege übernehmen und die dann auch wieder zuhause liegen und dann Pflege vom Laien stattfindet, also das gibt es auch. Aber wenn die dann da sind, die Menschen mit Migrationshintergrund, dann muss auf jeden Fall Wissen vorhanden sein. Das würde ich auf jeden Fall sagen. Aber ich finde, dass es im Krankenhaus es nicht so wichtig ist, wie im Pflegeheim.	353 <sup>24Min</sup> 354 355 356 357 358 359 360 361
I: Weil die da länger bleiben?	362
B: Ja weil die da ja halt ihr Leben gestalten.	363
I: Ja genau. Und sie haben das Wissen angesprochen. Welches Wissen muss ich als Pflegekraft denn haben, um jetzt jemanden versorgen, also gut versorgen zu können?	364 365 366
B: Ich würde einfach nur sagen, diese psychologischen Basics. Wie gesagt, man kann einfach nicht über jede Kultur alles wissen. Aber wenn ich weiß, wie ich ein Gespräch führen kann, wie ich aktiv Zuhören kann und wenn ich weiß, wie ich Kommunikation betreibe, dann ist das schon genug. Mehr brauche ich nicht.	367 <sup>25Min</sup> 368 369 370 371
I: Also brauche ich nicht zum Beispiel vom Islam grundlegendes Wissen?	372
B: Nein nein nein brauchen sie gar nicht wissen. Kein grundlegendes Wissen. Weil wenn es für den Patienten wichtig ist, dann wird er Ihnen das sagen, wissen Sie? Weil zum Beispiel jetzt jeder kann ja entschieden, wie er sein Leben gestalten und Leben möchte und wenn etwas für den einen total wichtig	373 374 375 376

ist aber für den anderen gar nicht wichtig ist, weil der zum Beispiel eine große Abneigung dagegen hat, dann kommen Sie da ja auch nicht weiter.	377
I: Ja stimmt.	378
B: Ja das meine ich. Also wenn jemandem etwas ganz doll wichtig ist, dann sagt er Ihnen das schon selbst. Ansonsten nicht.	379
I: Und meinen Sie nicht, dass wenn ich dieses Wissen hätte es, naja wie sagt man so Fettnäpfchen oder Missverständnisse verringern könnte?	380
B: Ja ja ja! Natürlich. Also wenn Sie das Wissen hätten wäre das auf jeden Fall so und ich würde sagen, dann würde das auch alles besser klappen. Ich finde aber das sollte immer noch das eigene Interesse desjenigen sein zu gucken, wie das da ist. So zum Beispiel wie wenn wir in den Urlaub fahren, dann gucken wir doch auch in dem Land was darf ich da machen, was sollte ich da lieber lassen.	381
I: Ja eben.	382
B: So soll ich mit dem Zeigefinger was zeigen, soll ich mit dem Daumen was zeigen. So ne. Also das ist ja auch irgendwo das eigene Interesse oder die eigene Initiative aber Voraussetzung für den Beruf sollte das nicht sein meiner Meinung nach. Sollte es nicht und wäre auch nicht logisch.	383
I: Und sollte es mehr im Unterricht zum Beispiel vermittelt werden?	384 <sup>26Min</sup>
B: Oh ja das ja. Besonders im Unterricht, da wird es nur wenig vermittelt.	385
I: Was speziell? Nur Kommunikation? Und auch das Wissen?	386
B: Ja also Kommunikation und Wissen. Ja also man könnte. Ja also ne nur die Kommunikation ist ein bisschen wenig. Also ich würde gerade, weil es die Ausbildung ist und so umfangreich ist und man hat ja pflegerisch also so umfangreich also man hat ja alle Bereiche. Man kann ja nicht sagen okay es geht nur ums Waschen, nur um die medizinische Betreuung, es geht nur um Medikamente. Also das ist so umfangreich da sich es auf jeden Fall im Rahmen des Sterbeseminars hatten wir das, also das wir kurz über die Weltreligionen gesprochen haben also das ist sehr kurz gefasst. Und da wir halt Patienten haben, so wie gesagt demographischer Wandel, Menschen werden älter und auch Menschen mit Migrationshintergrund werden älter, sodass da einfach nochmal mehr auf uns zukommt. Daher würde ich es in der Ausbildung auf jeden Fall behandeln, ob dann später im Rahmen von Weiterbildungen oder sowas das kann dann ja jeder selbst entschieden. Also ich würde, also es gibt ja so diesen Fortbildungskatalog und das könnte ja ein Thema sein und es auswählen. Wenn einen das interessiert wieso nicht.	387
I: Okay. Ja gut. Dann sind wir schon bei der letzten Frage- Möchten Sie abschließend noch etwas anmerken?	388
B: Hm ja. Also ich finde generell ist das natürlich sehr gut und ich finde man sollte das auf jeden Fall machen mit dem etwas sensibler sage ich jetzt mal darauf zugehen. Aber ich finde erst einmal ist das natürlich eine individuelle Sache also, dass der Pflegende selbst schaut, in wie weit möchte ich den Menschen betreuen oder so gut wie möglich betreuen. Ja. Also wie gesagt, ich würde es auf jeden Fall unterschrieben, dass die Sache mit der Kommunikation mehr behandelt wird in der Schule oder auch etwas mehr beherzigt wird von den Pflegenden, das wäre ganz gut. Das würde ich mir so wünschen in der Zukunft.	389
I: Okay vielen Dank.	390
	391
	392
	393
	394
	395
	396
	397
	398 <sup>27Min</sup>
	399
	400
	401
	402
	403
	404
	405
	406
	407
	408
	409
	410
	411
	412
	413
	414
	415 <sup>28Min</sup>
	416
	417
	418
	419
	420
	421
	422
	423
	424

Anhang 11 Tabelle 9: Kategorisierung der explorativen Experteninterviews in Anlehnung an Mayring

Tabelle 9: Kategorisierung der explorativen Experteninterviews in Anlehnung an Mayring

Oberkategorien	Unterkategorien	Unterteilung der Unterkategorien	Zusammenfassende Inhaltsanalyse (Zitate)	Zeilen (von/bis)	Explizierende Inhaltsanalyse	Zusammenfassung
<b>Erfahrungen mit Menschen mit Migrationshintergrund</b>	Allgemeine Erfahrungen	mit MigrantInnen	Also ich hab auf der Kinderonkologie, also wir hatten ziemlich viel, also zum Teil 50 Prozent Patienten mit Migrationshintergrund und ich hab natürlich auch hier Kontakt zu mit Menschen mit Migrationshintergrund.	Interview 1 Zeile 8-10	Auf der Kinderonkologie sind zum Teil 50 Prozent Menschen mit Migrationshintergrund.	Menschen mit Migrationshintergrund sind subjektiv gesehen nicht sehr häufig im Hospiz anzutreffen, im Krankenhaus sind es subjektiv gesehen manchmal bis zu 50 Prozent. Der Kontakt wird als sehr positiv erlebt, dennoch ist die Arbeit eine andere und anspruchsvoller. Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Krankenhäusern wird zunehmen, Pflegende sind jedoch noch nicht sehr offen für die Arbeit mit MigrantInnen.  Die sprachliche Barriere spielt im pflegerischen Kontakt eine große Rolle und kann zu Missverständnissen und
			Also ich muss sagen, dass meine praktischen Erfahrungen noch gar nicht so umfangreich sind, das liegt daran, dass subjektiv gesehen Menschen mit Migrationshintergrund nicht sehr häufig im Hospiz begleitet werden, dass könnte damit zusammenhängen, dass sie in der Praxis sehr sehr häufig von ihren Familienverbänden versorgt werden und diese dann auch die Sterbebegleitung zuhause übernehmen.	Interview 2 Zeile 11-16	Subjektiv gesehen sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht sehr häufig im Hospiz anzutreffen, da diese eventuell oft von Familienangehörigen in der Häuslichkeit versorgt werden.	
			Ja also was mir aufgefallen ist, ist dass man eigentlich immer einen sehr sehr guten Kontakt mit den	Interview 2 Zeile 26-27	Generell wird der Kontakt als sehr positiv erlebt.	



		Familien hat, also zumindest mir ist das so gegangen.			Konflikten im pflegerischen und medizinischen Kontakt führen.
		<p>Also die Erfahrung, also zum Einen komme ich natürlich auch aus einer Familie mit Migrationshintergrund obwohl ich nun schon die dritte Generation hier bin aber ich weiß, dass die Arbeit eine ganz andere ist. Sie ist anspruchsvoller tatsächlich und mein, also das was ich bemerkt habe, ist natürlich durch die Generation, also die Arbeitergeneration die damals kam, die wird ja jetzt gerade alt und die sind jetzt vermehrt im Krankenhaus und die bedürfen einer spezielleren Pflege als andere Patienten, als normale, also ich sag jetzt einfach mal normale Patienten, okay nein das hört sich jetzt so wertend an, also ich meine, also Menschen die Deutsch sprechen, ich finde da muss man auch nochmal unterscheiden zwischen Menschen mit Migrationshintergrund die Deutsch sprechen und die kein Deutsch sprechen, ich finde das ist auch nochmal ein Unterschied, auch in der Pflege tatsächlich. Das ist so das was ich erfahren habe.</p>	Interview 3 Zeile 11-23	Die Arbeit ist generell eine ganz andere und anspruchsvoller. Patienten mit Migrationshintergrund bedürfen einer spezielleren Pflege als Menschen ohne Migrationshintergrund. Auch ist zu Unterschieden, ob Menschen mit Migrationshintergrund Deutsch sprechen oder nicht.	Pflegende sollten offener für den Umgang werden, ihr eigenes Wissen verbessern und den Patienten trotz sprachlicher Barriere für alle Handlungen um Erlaubnis bitten.
		Was ich noch dazu sagen kann ist, dass ich das jetzt auch mit den Flüchtlingen, Menschen die in Deutschland leben und die	Interview 3 Zeile 26-34	Subjektiv gesehen wird die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund	

			<p>bislang keinen Bezug oder Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund hatten, das gibt es ja tatsächlich, dass die jetzt sensibler dafür werden. Zum Einen, weil sie es müssen und zum Anderen, weil sie es auch wollen. Es gibt ja so viele Menschen mit Migrationshintergrund in unserem Land, da muss man jetzt auch mal gucken, wie man, also muss man anders auf die zugehen, gibt es da Unterschiede. Da fragen ja auch ganz viele und es gibt ja ganz viele Debatten und so.</p> <p>Also es wird immer mal, also eine kurze Sequenz in der Ausbildung, dass man da guckt in Psychologie. Pflegende an sich muss ich leider sagen nicht. Nein wird nicht offener. Also ich kenne das. Mein Vater ist auch Krankenpfleger, meine Mama nur gelernte Dementenbetreuerin und mein Vater arbeitet zum Beispiel in einem Pflegeheim und hat da eine eigene Abteilung gegründet, die heißt Abteilung Orient und das ist im Pflegeheim für Menschen mit Migrationshintergrund, genau dafür für Menschen mit Migrationshintergrund. Und gerade in der Altenpflege ist es so besonders wichtig, dass man da nochmal Möglichkeiten schafft, die Patienten kulturell so zu</p>	<p>Interview 3 Zeile 37-54</p>	<p>durch die aktuelle Flüchtlingsthematik zunehmen.</p> <p>Pflegende sind noch nicht offener geworden für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund und nutzen nur wenig die angebotenen Kurse zum Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund..</p>	
--	--	--	---	------------------------------------	--	--

			<p>betreuen, wie sie es am liebsten mögen. Und die haben geschult, also Kurse bekommen, gerade für diesen Umgang. Und meine Seelsorgerin die bietet sowas auch an. Die ist auch irgendwie interkulturell Beauftragte oderso von der Kirche aus. Und sie gibt tatsächlich auch Kurse für Pflegenden im Umgang für Menschen mit Migrationshintergrund. Aber die besuchen leider nicht viele. Erstens wohl aus finanziellen Gründen sage ich mal, weil die Krankenhäuser das einfach nicht bezahlen aber auch, weil das in der Pflege etwas zu kurz kommt tatsächlich. Ja und das sie offener insgesamt sind finde ich auch nicht. Finde ich nicht. Kann ich aus meiner Erfahrung sagen.</p> <p>Die Pflegenden. An sich. Also sie sind nicht offener geworden. Ich denke mal in anderen ganz vielen Berufsgruppen ist das tatsächlich so, da muss ich auf jeden Fall auch sagen, dass man das sieht. Aber in der Pflege nicht.</p>	<p>Interview 3 Zeile 56-58</p>		
		<p>im pflegerischen Kontakt</p>	<p>Also ich denke die Sprache ist auf jeden Fall, ist eine wesentliche Barriere, wenn ich Angehörige haben, die tatsächlich kein Deutsch sprechen und es keinen Dolmetscher in der Situation gibt die so viel Redebedarf häufig, zu so viel Redebedarf führt, Mütter die tief trauern, mit denen man</p>	<p>Interview 1 Zeile 77-101</p>	<p>Die Sprache stellt eine wesentliche Barriere im pflegerischen Kontakt dar. Situationen, die tief emotionale Gespräche bedürfen, wie zum Beispiels beim Sterben oder in der Trauer, werden dadurch</p>	

			<p>zum Teil nicht gut in den Kontakt kommen konnte, oder Großeltern, weil die die Sprache so nicht beherrscht haben, dass man nicht die Vielschichtigkeit der Situation, dessen es auch bedarf, da kannst du nicht mit platten Worten arbeiten, eigentlich arbeitet man mit Menschen, wo die sprachliche Ebene gleich ist mit ganz tiefen emotionalen Gesprächen, das hindert natürlich, wenn die Sprache nicht vorhanden ist. Manchmal ist es auch wirklich schwierig in dem Kontext, dass man nicht so richtig weiß, wer ist denn eigentlich die Entscheidungsperson hier, wer trifft die Entscheidungen. Wir haben auch im islamischen Kontext, also wenn zum Beispiel das alt- islamische, also wenn die Familie noch sehr stark in traditionellen Strukturen verankert ist, dann ist es häufig auch der Großvater, der die Entscheidungen trifft und nicht die Eltern direkt, und wenn man da nicht weiß, kann es zum Beispiel zu Konfliktsituationen kommen. Und ich finde auch, es ist natürlich ne hoch stressige Situation, die Eltern sind hoch belastet, und da werden auch durchaus Situationen, die nichts mit dem kulturellen Background zu tun haben, als dieses interpretiert, also das wenn das Pflegepersonal mal ein bisschen</p>		<p>behindert. Auch ist es schwierig, wenn Pflegende nicht wissen, wer die Entscheidungsperson in der Familie ist, da dies nicht in jedem Fall und Kultur die Patienten selbst oder die Eltern von Kindern sind. Dadurch können Konfliktsituationen entstehen. Auch können Menschen mit Migrationshintergrund in hoch stressigen Situationen, wie Sterben oder Trauer, gesagtes vom Pflegepersonal missverständlich aufnehmen und als Vorurteile auf sich, den Ausländerstatus und die eigenen Kultur beziehen.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

			<p>pampig ist oder sagt „ich kann jetzt nicht, ich komme gleich“, dass dies so interpretiert wird, das es so ist weil sie Ausländer sind und man sie deswegen schlechter behandelt, das habe ich durchaus auch erlebt, die Situation, das der andere auf diese Ebene sozusagen, Attribuiert, schlussendlich, das wurde zugeschrieben, dass es mit dem Ausländerstatus zu tun hat, was in den meisten Fällen nicht der Fall war, denn beide Seiten waren im Stress und dann hat das zu Konflikten geführt.</p>			
			<p>Also da würde ich jetzt tatsächlich auf meine Erfahrungen aus den Interviews zurückgreifen, die wir geführt haben. Es ist ja so, dass es gerade bei der ersten Generation von Migranten starke Sprachbarrieren gibt, dass hängt mit der Geschichte der Migration zusammen. Also das eben ja die Migranten gedacht haben, sie gehen in ihre Heimat zurück und eben auch gar nicht so stark gefördert wurde, dass sie die Sprache auch lernen. Und das führt eben zu Missverständnissen, weil die Erkrankten selber, oder die Pflegebedürftigen selber, sich eben häufig nicht selber verbal mit den Pflegenden unterhalten können und die Pflegenden dann auf die Familienmitglieder zurückgreifen müssen, die die Sprache besser verstehen und</p>	<p>Interview 2 Zeile 58-80</p>	<p>Die Sprache ist die größte Barriere im pflegerischen Kontakt. Dadurch entstehen Missverständnisse, wenn Pflegenden und Patienten sich nicht verbal austauschen können. Auch können dadurch Probleme in der medizinischen Behandlung entstehen. Im pflegerischen Kontext stellen Pflegenden aufgrund der mangelnden sprachlichen Verständigung Vermutungen zu pflegerischen Handlungen an, was ebenfalls zu Missverständnissen und</p>	

--	--

<p>das führt auch manchmal zu Problemen in der medizinischen Behandlung, weil dann Fragen nicht beantwortet werden können, die zu einer besseren Diagnostik beitragen. Und eine große Gefahr besteht dann darin, dass Pflegende dann Vermutungen darüber anstellen, was derjenige möchte und dann bestimmte Handlungen eigenständig durchführen. Also ein Beispiel, was uns genannt wurde war die Rasur. Da hat eine Pflegende einen Herrn rasiert im Gesicht, das war einfach eine rein optische Handlung also die hatte keinerlei medizinische oder pflegerische Gründe und das war grundlegend verkehrt, weil dieser Herr sich aufgrund dieses Pilgerrituals nach Mekka den Bart hat stehen lassen. Und sie hat ihn dann eigenmächtig abrasiert und das hat für Unmut gesorgt. Einfach, weil nicht Nachgefragt wurde. Also das ist etwas, was ganz ganz wichtig ist. Wirklich immer, also, dass macht man ja eigentlich generell und im Grunde genommen ist das ja eigentlich nichts Ungewöhnliches, bei solchen Tätigkeiten immer Nachzufragen. Sich rück zu versichern, was sind die Haltungen, die Werte des Kunden, Klienten oder des Patienten und was sollte ich tun oder was sollte ich nicht tun.</p>		<p>Konflikten führen kann. Die Einholung des Einverständnisses des Patienten entfällt durch Pflegende aufgrund der Sprachbarriere oft.</p>	
--	--	--	--

		<p>Und auch dort fragen Sie, gibt es Personen von denen Sie nicht gepflegt werden möchten. Sie würden auch nicht irgendjemandem die Bekleidung vom Leibe reißen, sondern das sind ja alles sensible Punkte. Körperpflege, Schamgefühl, Ernährung und Religion sind ja immer Punkte, die man mit jeder Person klären sollte. Also letztendlich ist eigentlich der große Unterschied die Sprachkompetenz im Alltag.</p>	<p>Interview 2 Zeile 184-188</p>	<p>Im pflegerischen Kontakt sollte gefragt werden, ob Patienten von bestimmten Personen nicht gepflegt werden möchten.</p>	
		<p>Die Pflegenden. An sich. Also sie sind nicht offener geworden. Ich denke mal in anderen ganz vielen Berufsgruppen ist das tatsächlich so, da muss ich auf jeden Fall auch sagen, dass man das sieht. Aber in der Pflege nicht.</p>	<p>Interview 3 Zeile 56-58</p>	<p>Die Pflegenden sind noch nicht offener geworden für den Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund.</p>	
		<p>Es ist nicht immer so also naja die Sprachbarriere kann natürlich sogar auch zu Missverständnissen führen aber auch so ganz andere Sachen. Also so ich meine so zu bestimmten, also wir kennen das Beispiel, also das hatte ich letztens gerade im Krankenhaus, also das war eine, also ein Mensch aus China, ein älterer Mensch und die sind ja so sehr der älteste und so ein bisschen sehr dollen Respekt haben vor älteren Leuten und das ist bei uns hier einfach nicht so also dass man sagt, sobald der redet</p>	<p>Interview 3 Zeile 188-209</p>	<p>Die Sprachbarriere kann zu Missverständnissen führen. Auch verschiedene Umgangsformen mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und die Unkenntnis von Pflegenden kann zu Missverständnissen im pflegerischen Kontakt führen.</p>	

		<p>unterbricht man ihn nicht oder sowas, also die sind da ja noch ein Stück strenger sage ich mal, was das angeht. Und es war tatsächlich so, dass eine Krankenschwester drin war und mit ihm gesprochen hat und ihm auch mal gesagt hat Sie müssen das jetzt so und so machen. Also nicht mal so, dass sie, also das sie das in einem komischen Ton oder befehlend gesagt hat, nein sondern einfach so, wie man das auch normal sagen würde. Aber der fand das ganz schlimm und der hat sich wirklich ganz doll beschwert bei seiner Familie und die kamen dann und haben das angesprochen. Also die konnten das dann verstehen, weil ich sage mal die sind eine andere Generation. Aber bei dem älteren Herren selbst, oh für den war das ganz schlimm der ist ausgeflippt. Also das sind so Missverständnisse, die man durch Kommunikation oder auch dadurch, dass man weiß okay der legt jetzt darauf großen Wert, einfach aus dem Weg gehen könnte. Aber das ist schwierig, also so viele Kulturen wie es gibt, da kann man ja auch nicht jeden einzelnen Punkt kennen. Genau also das man da dann schnell solche Missverständnisse, die denn ja aufhebt.</p>			
		<p>Ja also auf der Kinderonko natürlich, also ich hab vorher ein</p>	<p>Interview 1 Zeile 12-16</p>	<p>Die Arbeit mit Menschen mit sterbenden</p>	<p>Menschen mit Migrationshintergrund am</p>



	Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende	<p>Jahr tatsächlich im Altersheim gearbeitet, da hab ich auch mit sterbenden Erwachsenen ganz viel zu tun gehabt und dann auf der Kinderonkologie war es sehr, war es dann ja ein ganz wichtiger Teil unserer Arbeit, die wir, die Familien die sich entschieden haben bei uns sozusagen ihre Kinder bei uns zu lassen wenn sie versterben</p> <p>Also meine erste palliative Versorgung war ´ne Familie mit türkischen Wurzeln.</p>	Interview 1 Zeile 19-20	<p>Menschen mit Migrationshintergrund spielt auf der Kinderonkologie und im Altersheim eine große Rolle.</p>	<p>Lebensende sind oft im Krankenhaus und im Pflegeheim anzutreffen, jedoch eher weniger im Hospiz. Angehörige sind stark in die Versorgung integriert. Positiv wird die zur Verfügung stehende Zeit im Hospiz von den Pflegenden erlebt. Kulturelle Bräuche können zu Missverständnissen führen oder für Konflikte sorgen, eine wertschätzende Kommunikation ist hier besonders wichtig. Je nach Station werden individuelle Rituale und Bräuche bei sterbenden MigrantInnen unterschiedlich berücksichtigt. Dies hängt mit Rahmenbedingungen zusammen. Die Arbeit mit MigrantInnen ist aufwändiger und stressiger. Positiv erlebt werden die individuellen Werte, Normen und Bräuche der unterschiedlichen Kulturen. Angehörigen von sterbenden MigrantInnen fällt es schwer zu</p>
		<p>Genau sie ist eher gering. Wir haben teilweise Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, die zu uns kommen. Wir hatten jetzt aktuell auch eine Dame aus Syrien, die aber länger schon in Deutschland lebt, deren Kinder auch hier schon arbeiten, also nicht dieser ganz aktuelle Flüchtlingsstrom. Genau. Aber es ist eben sehr sehr gering. Also mit der Versorgung.</p> <p>Nun haben wir im Hospiz natürlich auch die Möglichkeit, den Kontakt zu den Familien gut aufzunehmen, wir haben sehr sehr viel Zeit, das schätzen die sehr, und sie sind in der Versorgung auch im Hospiz noch sehr sehr dicht dran an ihren Angehörigen und möchten eben auch bestimmte körperpflegerische oder andere</p>	<p>Interview 2 Zeile 19-23</p> <p>Interview 2 Zeile 27-34</p>	<p>Im Hospiz gibt es eher wenige Menschen mit Migrationshintergrund.</p> <p>Positiv wird die Möglichkeit im Hospiz gesehen den Kontakt aufzunehmen, da dort sehr viel Zeit vorhanden ist. Auch sind Angehörige in der Versorgung im Hospiz noch sehr nah bei den Patienten und in die Versorgung integriert.</p>	

--	--

<p>pflegerische Sachen wie Ernährung oder anreichen von Mahlzeiten gerne noch weiter übernehmen und sind da sehr sehr engagiert. Und das finde ich eigentlich sehr schön und das habe ich immer als sehr positiv erlebt</p>	<p>Interview 2 Zeile 36-47</p>	<p>Schwierig ist, dass Angehörige den Sterbenden im Hospiz oftmals sehr viel Essen mitbringen, die Patienten dies aus kulturellen Gründen und Höflichkeit zu sich nehmen und dann oftmals eine Verschlechterung eintritt, da Sterbende aufgrund der Erkrankung oft nicht mehr so viel Essen vertragen.</p>	<p>akzeptieren, wenn nur noch eine palliative Pflege erfolgt. Dann können diese auch aggressiv reagieren, hierbei spielt die Kommunikation, Verständnis und Empathie der Pflegenden für die Angehörigen eine große Rolle. Seelsorge wird zunächst von den Patienten genutzt, in der Sterbephase jedoch vermehrt von den Angehörigen und weniger von den Patienten. Ab der Diagnosestellung ist eine pflegerische Begleitung und/oder Seelsorge sehr wichtig, um den Patienten und Angehörige zu unterstützen.</p>
<p>Ja also auch eben dieses Beispiel Ernährung ist ja so, dass ja sehr sehr häufig die Familie zusammenkommt und möglicherweise aus dem kulturellen Hintergrund heraus Nahrungsmittel dann mitgebracht werden, und Menschen mit Demenz, ne quatsch, Menschen im Hospiz, die versterben, aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung häufig ja gar nicht mehr so viel Nahrung vertragen und das ist dann manchmal so ein Thema, was man ansprechen muss, weil die Personen, also das ist nun das was ich subjektiv erlebt habe, dann das Essen essen, weil sie sich auch darüber freuen und weil es zur Kultur gehört und dann eben hinterher große Übelkeit empfinden und dann eben auch stark erbrechen. Da muss man dann eben manchmal mit den Familien sprechen und sagen, dass man das sehr wertschätzt, dass man das auch als eine positive Geste wahrnimmt und auch als gemütlich wahrnimmt aber, dass</p>			

		<p>das für den Erkrankten eher negative Folgen hat.</p> <p>Also erstaunlicher Weise nehmen die Familien es eigentlich gut auf, wenn man alles ihnen erklärt. Wir machen es so, dass wir das positive oder gut gemeinte wertschätzen und sie auch auffordern das ruhig auch beizubehalten entweder im Zimmer oder sich als Familie in einen anderen Raum zu setzen und dort diese Rituale weiter zu pflegen, aber eben um Verständnis bitten für den Erkrankten selber, dass der dann eben nicht so in diesem Umfang daran teilnehmen muss. Und eigentlich klappt das gut, ich habe da keine schlechten Erfahrungen gemacht.</p>	<p>Interview 2 Zeile 49-55</p>	<p>Familien nehmen Kritik am Mitbringen von Essen meist sehr positiv auf, wenn Pflegende es wertschätzend erklären. Pflegende halten Angehörige an, die Rituale auch ohne den Sterbenden beizubehalten.</p>	
		<p>Ja also wir haben ganz viele Patienten betreut, die auch gestorben sind und einen Migrationshintergrund haben. Ich glaube, also da muss ich schon sagen wird ein Unterschied gemacht. Also weil es ist irgendwo, es kommt drauf an, auf welcher Station man liegt. Ich meine, wenn man auch einer Intensivstation liegt als Patient mit Migrationshintergrund wird da kein Unterschied gemacht. Also das man sagt, das ist anders oder es gibt Unterschiede. Nein das würde ich nicht sagen. Weil ich habe auf Intensivstationen</p>	<p>Interview 3 Zeile 61-89</p>	<p>Im Krankenhaus gibt es viele Patienten mit Migrationshintergrund, die versterben. Je nach Station, werden diese Menschen speziell berücksichtigt. Auf peripheren Stationen können individuelle Rituale und Bräuche meist gut eingebunden werden, da dort weniger Hektik herrscht als auf Intensivstationen. Angehörige haben an der Pflege von sterbenden Menschen</p>	

		<p>gearbeitet und da waren Patienten mit Migrationshintergrund und ich habe da keinen, also wirklich gar keinen Unterschied bemerkt. Aber auf peripheren Stationen sind die Rituale auch nochmal anders, also es ist nicht ganz so viel Hektik und alles läuft geordneter ab als auf einer Intensivstation. Und da ist es so, dass Menschen mit Migrationshintergrund und die Angehörigen einen sehr großen Anteil haben an der Pflege oder an der Begleitung der Sterbenden. Gerade so in den südlicheren, also südländischeren Kulturen ist das ja tatsächlich so. Und da sind die Pflegenden oftmals so ein bisschen: Oh Gott wie machen wir das denn jetzt, deswegen empfinden die das eigentlich immer als sehr gut, dass die Angehörigen dabei sind, die einen dann auch immer noch mit beraten. Und da sehe ich auf jeden Fall den Unterschied. Also das die Angehörigen auf jeden Fall mit einbezogen werden aber auch, dass die Pflegenden auch einfach vorsichtiger sind und mit denen umgehen, weil sie denken vielleicht will er das ja so und so nicht. Also zum Einen vorsichtiger, aber manchmal und das weiß ich wiederrum auch aus eigener Erfahrung sind dann wiederrum genervt von den Menschen mit</p>		<p>mit Migrationshintergrund eine große Rolle und unterstützen die Pflegenden im Umgang. Die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund ist aufwändiger und stressiger, da es sehr viele Angehörige gibt, die Pflegepersonal abfordern.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Migrationshintergrund, weil dann zum Beispiel so viel besuch da ist, weil immer wieder oft gefragt wird wie ist das. Denn die sprechen sich ja oftmals nicht untereinander ab, fragen dann zehn Mal das Gleiche, so warum bekommt er dieses Medikament nicht. Also das ist so ein bisschen, also das ist einfach aufwändiger.</p> <p>Es ist aufwändiger und teilweise auch stressiger mit Menschen mit Migrationshintergrund zu arbeiten. Das kann ich so sagen und das würde ich auch so unterschreiben.</p> <p>Also positive Aspekte ich sehe es immer generell auch so und auf der Station, wo ich jetzt auch lange gearbeitet habe, irgendwo, also natürlich hat jede Kultur seine eigenen Rituale und irgendwelche, naja ich sag mal Normen und Werte, die man auch im Umgang mit Sterbenden zum Beispiel hat. Und manche können da so sehr, also die generell so sehr offen sind und positiv gestimmt sind, die können davon profitieren und bereichern und bereichern sich einfach an dem Schönen und wie Menschen mit Menschen umgehen. So, dass die sagen oh ja das ist ja schön, dass man, ach ich weiß nicht, also wenn da einer stirbt, die verteilen Rosenblätter oder verteilen</p>	<p>Interview 3 Zeile 93-109</p>	<p>Als positiv werden die individuellen Werte und Normen der unterschiedlichen Kulturen angesehen sowie der Umgang mit sterbenden und verstorbenen MigrantInnen.</p>	
--	--	--	--	-------------------------------------	--	--

			<p>angenehme Düfte oder so. Also aber das ist auch von Kultur zu Kultur ganz unterschiedlich. Und ich persönlich finde das total schön, diese Vielfalt zu beobachten und zu gucken. Also wir hatten zum Beispiel letztes einen Patienten, der kam aus dem, also war, also kam aus den Philippinen und die hatten so ihre ganz bestimmten Rituale, wie sie mit dem Sterbenden umgegangen sind und wie sie den auf seinem letzten Weg begleitet haben. Und das finde ich immer ganz schön. Also das sind so meine sehr positiven Erfahrungen. Wie die Rituale oder wie die letzten Tage so gestaltet werden. Und das ist immer so das Positive.</p> <p>Also wenn es absehbar ist, dass der Patient sterben wird, dann können wir uns ja als Pflegende darauf einlassen und die Versorgung oder Pflege des Patienten verändert sich ja. Das ist dann ja eine palliative Pflege, also das letzte bisschen Lebensqualität sozusagen beizubehalten oder zu verbessern, darum geht es ja eigentlich und dann ist es eben so, dass man sich beim Waschen länger Zeit lässt oder anderes benutzt und nicht da nur eben schnell zack zack reingeht. Und dann ist das eben auch nicht</p>	<p>Interview 3 Zeile 120-140</p>	<p>Angehörigen von sterbenden Menschen mit Migrationshintergrund fällt es oftmals sehr schwer zu akzeptieren, wenn der Tod absehbar ist und eine palliative Pflege erfolgt, bei der Prioritäten gesetzt werden. Dann können diese auch aggressiv reagieren, hierbei spielt die Kommunikation, Verständnis und Empathie der Pflegenden für die</p>	
--	--	--	--	--------------------------------------	---	--

		<p>mehr so wichtig ob man zum Beispiel, so Sachen die bei anderen Patienten wichtig sind setzt man dann einfach aus und setzt Prioritäten. Aber damit kommen manche Angehörige zum Beispiel gar nicht klar, die sagen dann warum wurde denn das jetzt nicht gemacht so auf dem letzten Weg oder warum wurde jetzt nicht nochmal Blut abgenommen oder warum wurde nicht die Untersuchung noch gemacht. Und wir sagen dann, weil wir wissen, dass es absehbar ist , dass da keine Veränderung oder keine großer Veränderung stattfinden wird und wir jetzt einfach versuchen, die letzten Tage so schön wie möglich zu gestalten und die Angehörigen verfallen dann in so einen wilden Aktionismus und wollen unbedingt noch ganz viel machen und das sind so meine sehr negativen Erfahrungen, die ich mit den Angehörigen mache, dass die so ein bisschen aggressiv und zornig werden und das dann auch an der Pflege auslassen. So habe ich das leider erlebt, oder erleben müssen. Und das ist dann nicht so schön.</p> <p>Also wie ich persönlich damit umgehe und es auch anderen Nahe lege ist erstmal, es nicht persönlich zu nehmen, Zorn dann in dem Moment auch zulassen,</p>	<p>Interview 3 Zeile 143-156</p>	<p>Angehörigen eine große Rolle.</p> <p>Auch kann die Seelsorge angeboten werden.</p>	
--	--	--	--------------------------------------	---	--

			<p>dass finde ich auch okay. Aber wichtig ist, dass man in diesem Moment nicht mit den Angehörigen spricht also, dass man den Angehörigen Zeit lässt sich zu beruhigen und dann zum Beispiel sagt sie sollen morgen noch einmal wiederkommen und dann können wir uns besprechen und irgendwie kurz ins Gespräch gehen. Denn in diesem Moment wird er auch nicht aufnahmefähig sein. Also so bin ich immer damit umgegangen. Oder das man auch mal andere einschaltet, also da ich ja selbst Seelsorge mache bin ich darauf natürlich auch immer sehr erpicht andere darauf aufmerksam zu machen. Denen erkläre ich dann auch immer was Seelsorge eigentlich ist, dass es nicht heißt, dass man da weiß ich nicht irgendwie irgendwas bestimmtes macht, sondern einfach das man mal kurz mit jemandem redet. Und das biete ich immer an und das wird teilweise auch echt dankend angenommen.</p> <p>Ja also von den Angehörigen und Patienten. Gerade so in der letzten Phase sage ich mal, also kurz vorm Sterben wird das auch sehr gut angenommen von den Patienten. Aber davor eher so nicht.</p>	<p>Interview 3 Zeile 158-160</p>	<p>Seelsorge wird zunächst von den Patienten genutzt, in der Sterbephase jedoch vermehrt von den Angehörigen und weniger von den Patienten.</p>	
--	--	--	--	--------------------------------------	---	--



			<p>Ja genau würde ich sagen. Also es kommt drauf an. Wissen Sie manchmal ist es so, dass die Patienten so müde sind und gerade so wenn es die. Also naja wie heißt das denn, wenn es bei den chronischen Krankheiten diese letzte Phase ist, na da gibt es doch dieses Modell von Corbin und Strauß mit den Phasen. Und in dieser letzten Phase geht es doch so bergab, dass der Patient so sehr müde ist und sich so erholen muss und da wird er sehr ruhig und dann wollen sie auch nicht mehr sprechen und dann kann man da nicht mehr die großen Gespräche führen über Gott und die Welt.</p> <p>Also gerade so, wenn es darum geht, wenn die Diagnose gestellt wird, wenn gerade nochmal so gesagt wird, das können wir noch machen oder das können wir nicht mehr machen, da ist es besonders wichtig, dass die Pflegenden da aktiv ins Gespräch geht oder auch einfach mal nur zuhört. Also solche Sachen sind vorher ganz wichtig. Aber ab einem gewissen Punkt, wenn die Akzeptanz beim Patienten sage ich mal da ist, dann ist es ziemlich schwierig da irgendwie da noch so mit den Patienten zu sprechen, weil die das teilweise auch einfach gar nicht mehr wollen. Einfach, weil die schon so ihren</p>	<p>Interview 3 Zeile 163-170</p> <p>Interview 3 Zeile 172-184</p>	<p>Ab der Diagnosestellung ist eine pflegerische Begleitung und/oder Seelsorge sehr wichtig, um den Patienten und Angehörige zu unterstützen.</p>	
--	--	--	---	---	---	--

			<p>Frieden gefunden haben und dass man die da auch nicht, also naja ich würde sagen, dass man die dann auch eher in Ruhe lässt. Also ich würde sagen anfangs eher patientenorientiert und nachher dann eher auf die Angehörigen zentriert, wenn diese vorhanden sind. Also es gibt natürlich auch welche, die haben keine Angehörigen.</p>			
<p><b>Der Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund</b></p>	<p>Kontakt</p>	<p>in Kontakt kommen</p>	<p>Ich glaube das es ganz wichtig ist, dass man offen ist und das man wissen will. Dieses Erfragen von dem was Menschen brauchen in der Situation, was ihr System ist, mit dem sie arbeiten, und sich dann darauf einzustellen, ich glaube das ist die wichtigste Basis. Das ich wissen will, und das ich nicht meinen Glauben, wie diese Situation gestaltet werden muss, das kann ja gut sein, Leute mit einer Palliativ-Care Ausbildung haben ja auch wunderbare Vorstellungen davon, wie man Sterbende begleiten kann, aber das ist meine Vorstellung, und ich muss in so einem Kontext fragen, was das Gegenüber will und dann muss man auch einen Weg der Sprache finden mit Dolmetscher zum Beispiel, wenn man zum Beispiel gar kein russisch, ne also das war so bei mir dann hat man keinen Zugang, wenn die Mutter, also wir hatten ja viele Familien, die aus Russland oder</p>	<p>Interview 1 Zeile 104-121</p>	<p>Im Umgang mit MigrantInnen sollten Personen offen sein, wissen wollen und Dinge erfragen, die für die Person von Bedeutung sind. Auch sollten Pflegende nicht den eigenen Glauben PatientInnen aufzwingen oder die Situation danach gestalten. Es sollte gefragt werden, was sich das Gegenüber wünscht. Sprachliche Barrieren sollten mittels eines Dolmetschers überbrückt werden. PatientInnen kommen teilweise nur für die Behandlung in das Deutsche Krankenhaus und haben daher keinen Grund mit Sprachkenntnissen in dieses Land zu kommen, da sie wieder</p>	<p>Um in den Kontakt zu kommen sollten Personen offen und echt sein und Wissen wollen. Auch sollten Pflegende nicht den eigenen Glauben den PatientInnen aufzwingen. Es sollte sich Zeit gelassen werden, eine empathische Grundhaltung sowie Zuneigung, Vertrauen und Beziehungsaufbau sind von Bedeutung. Es sollte gefragt werden, was sich das Gegenüber wünscht, da jeder das Recht hat so zu sterben wie er möchte. Zur sprachlichen Verständigung sollte ein Dolmetscher oder die Angehörigen einbezogen werden. Angehörigen und Patienten ist eine persönliche Bindung wichtig.</p>

		<p>Mazedonien nur für die Therapie nach Deutschland waren, das heißt, es gab gar keinen Grund, mit Sprachkenntnissen erstmal hier her zu kommen, die kamen wirklich ohne jegliche Sprachkenntnisse und dann müssen in solchen Situationen Dolmetschergespräche geführt werden, damit man erfährt, was der Familie wichtig ist, weil sie das Recht haben, dass ihre Kinder oder erwachsene Menschen auch, dass sie so sterben dürfen, wie es ihrem System entspricht und nicht wie es unserem Glauben von gutem Sterben entspricht, ich glaube das ist das wichtigste.</p> <p>Na also Rogers ist, also ohne Frage, das ich reingehe mit einer bestimmten Grundhaltung, mit dem wirklichen Interesse an dem System, das mir gegenübersteht, dem Familiensystem, Patientensystem, was auch immer, und das meine Erfahrung ist, dass wenn ich da offen rein gehe auch mit einer offenen Körperhaltung und wenn ich Zeit lasse und auch Zeit lasse sich an Gedanken und Umgebung zu gewöhnen, das funktioniert und das man dann auch ne Basis der Sprache miteinander findet. Wärme, Empathie, Zuneigung, Vertrauen ausstrahlen, Beziehungsaufbau, das sind ganz</p>	<p>Interview 1 Zeile 124-142</p>	<p>in ihre Heimat zurück kehren möchten auch wenn dies manchmal nicht möglich ist. Dennoch hat jeder Mensch das Recht so zu sterben wie er möchte und wie es dem Glaubenssystem entspricht.</p> <p>Um in den Kontakt zu kommen ist eine Grundhaltung von Bedeutung, dazu zählt offen sein, Zeit lassen, Wärme, Empathie, Zuneigung, Vertrauen ausstrahlen, Beziehungsaufbau, Sicherheit vermitteln, zuhören und wissen wollen. Außerdem empathische Zu Gewandtheit also lächeln, Kontaktaufnahme und hören was derjenige in der Situation braucht, die emotionale Ebene,</p>	<p>MigrantInnen können im Kontakt eine Abwehrhaltung durch erfahrene Vorurteile zeigen, daher ist Respekt und Zeit für den Kontakt wichtig. Rahmenbedingungen wie Zeit sind dabei schwierig. Pflegende müssen sich selbst reflektieren und Gesprächs- und interkulturelle Kompetenz aufweisen. Pflegende sollten nicht pauschalisieren und nach Gewohnheiten und Abhängigkeiten fragen. Von Seiten der Angehörigen besteht Offenheit im Kontakt, wenn von sich aus professionell Pflegende angefragt wurden. Pflegende sollten mit allen PatientInnen gleich umgehen und dann individuell auf die jeweilige Kultur eingehen. Biografie Arbeit spielt dabei eine wichtige Rolle. Die Arbeit mit PatientInnen mit Migrationshintergrund wird als positiv erlebt, die Arbeit mit Angehörigen jeglicher Herkunft als durchwachsen.</p>
--	--	---	--------------------------------------	--	--

			<p>wichtige Schlagworte, dass jemand ankommen darf, in diesem Land sozusagen, grade wenn die, haben ganz viele Patienten, wenn die gerade aus Dubai oder Arabischen Emiraten, die wirklich nur hier her kommen um behandelt zu werden und dann wollen sie eigentlich wieder gehen das funktioniert vielleicht nicht immer, dann muss ich denen, ich muss denen hier Sicherheit geben, damit sie äußern können was sie brauchen in der Situation. Und da braucht es eine Grundhaltung, ich bin bereit dir zuzuhören, ich möchte wissen worum es dir geht, ich möchte verstehen wie du das gerne haben möchtest. Ich glaube das ist eine große Grundhaltung. Da braucht es auch eine empathische Zugewandtheit, also lächeln, Kontaktaufnahme, da sein in der Situation, hören was der andere tatsächlich sagt und braucht, die emotionale Ebene mit einzubeziehen, die Angehörigen mit einzubeziehen die ja häufig der einzige Kontaktpunkt hier sind, ich glaube das ist die Basis.</p> <p>Na klar hat man auch mal, kommt es auch mal zur Abwehr, gerade am Anfang, wenn der Andere, wenn das Vertrauen noch nicht aufgebaut ist, wenn die Familien oder der Patient in hohen stressigen Situationen kommen</p>	<p>Interview 1 Zeile 145-154</p>	<p>Angehörige mit einbeziehen.</p> <p>Im Kontakt kann es zu einer Abwehrhaltung der MigrantInnen kommen, zum Beispiel aufgrund von Vorurteilen über die Versorgung in Deutschland von</p>	<p>Pflegenden fällt der Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund oft schwer, wodurch sie diesen meiden was zu Konflikten führen kann. Generell wird der Kontakt als positiv und bereichernd erlebt, dennoch gibt es schwierige Situationen, in denen Pflegende und Patienten voneinander lernen müssen. Pflegende müssen außerdem beachten nicht in eine wertende Haltung zu kommen und sich ihr Handeln immer wieder reflektieren. Auch sollte das zugrundeliegende Glaubenssystem des Gegenübers beachtet werden. Entscheidungspersonen innerhalb der Familien sollten beachtet und einbezogen werden. Patienten werden dabei als harmloser erlebt als die Angehörigen.</p>
--	--	--	--	--------------------------------------	---	--

			<p>und vielleicht auch noch so Vorurteile haben, wie in Deutschland wird man nicht gut behandelt, wenn man nicht von hier ist, dann ist eine Grundhaltung von Abwehr, dann ist eine Vorsicht da, wie geht der mit mir um, was macht der mit mir klar. Und ich glaube auch, dass es an der Stelle, also im Erstkontakt, das ist der Punkt, wo wir die Basis dafür legen, für die weitere Behandlung und das weitere Vertrauen, auch wie viel zeigen die von sich in der Situation, das wird am Anfang gelegt, mit wie viel Zeit und Respekt ich einem Menschen begegne.</p> <p>Ja schwierig. Weil wir wenig Zeit haben, wir haben wenig Zeit im Stationsalltag, und unsere Kategorien und unsere Systeme im Kopf wie Dinge laufen müssen unterstützen uns dabei, das wir überhaupt diesen stressigen Stationsalltag gewährleisten können, unsere Arbeit gewährleisten können. Und dann sollen wir raus aus diesem System, mit Zeit in die Situation, weil wir eigentlich alle wissen, wie viel Zeit diese Situation erfordert, aber die Rahmenbedingungen überhaupt nicht dafür geschaffen sind sowas wie Beziehungsaufbau, Grundlagenvertrauen zu</p>	<p>Interview 1 Zeile 158-178</p>	<p>MigrantInnen oder durch stressige Situationen. Daher ist der Erstkontakt mit Respekt und Zeit besonders wichtig und legt eine Basis für die weitere Behandlung.</p> <p>Die Rahmenbedingung Zeit ist ein großer Faktor in der Versorgung und um den Kontakt herzustellen. Doch Zeit ist meist im stressigen Stationsalltag nicht gegeben. Pflegende müssen sich selbst reflektieren können über die eigene Haltung und benötigen Gesprächskompetenz sowie interkulturelle Kompetenz.</p>	
--	--	--	---	--------------------------------------	--	--

		<p>gewährleisten und ich glaube das ist das schwierige daran und ich glaube es braucht auch eine bestimmte Kompetenz, zum Einen eine Reflexion über die eigene Haltung und zum Anderen eine Gesprächskompetenz. Ein Dolmetscher in der Anfangssituation, damit der Andere überhaupt versteht, was ich von ihm will und nicht nur mit Händen und Füßen und in der Hoffnung, dass er weiß, was ich ihm grad sagen will. Ganz wichtig und daran mangelt es ja schon, wie schnell bekommt man einen Dolmetscher, wenn man ihn haben will? Nicht dann, wenn ich es brauche, wenn die Diagnose kommt und dann ist das manchmal erst ein paar Tage danach aber dann hat sich schon so viel verfestigt auch im Kopf und ich glaube das es an den Bedingungen: Rahmenbedingungen, der Zeitfaktor und tatsächlich wie viel Offenheit habe ich Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber und wie viel Gesprächskompetenz habe ich, interkulturelle Kompetenz habe ich, in mir, in meiner Persönlichkeit, oder habe ich mir angeeignet. Das sind glaube ich die wesentlichen Faktoren von meiner Erfahrung her.</p>			
--	--	--	--	--	--

--	--

<p>Also ein großer Faktor im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund ist Zeit mitbringen, also grade am Anfang sich die Zeit nehmen, den Kontakt aufzubauen. Das ist manchmal im Alltag aufgrund der beruflichen Rahmenbedingungen schwierig, aber vielleicht auch erstmal dann bestimmte Dinge zurück zu stellen und sich erstmal vertraut zu machen mit dem Anderen und einen persönlichen Kontakt herzustellen. Also Menschen mit Migrationshintergrund leben ja häufig, auch insbesondere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, in großen Familienverbänden. Das hat Vor- und Nachteile, wie man sich vorstellen kann, aber sie nehmen Pflegende eben sehr häufig auch dann als Teil dieses Familienkonstruktes wahr. Also sie lassen jemanden in diesen Kreis und sie möchten dann auch eine persönliche Bindung zu dieser Person aufbauen, sie möchten eben nicht als so ein Abwickeln oder abarbeiten von Pflichten und Aufgaben, sondern es soll eben immer eine möglichst persönliche Beziehung hergestellt werden. Was ich empfehlen würde ist eben alles klar und deutlich zu Fragen, also sich nicht zu scheuen einfach zu fragen wie sind ihre Bedürfnisse, wie sind ihre Gewohnheiten, wie haben sie</p>	<p>Interview 2 Zeile 83-100</p>	<p>Um den Kontakt herzustellen ist Zeit und Offenheit besonders wichtig. Der Zeitfaktor ist aufgrund der Rahmenbedingungen oft sehr schwer, jedoch sollten hier Prioritäten gesetzt werden, um sich miteinander vertraut zu machen. Patienten und Angehörigen mit Migrationshintergrund ist eine persönliche und enge Bindung meist sehr wichtig. Es sollte erfragt werden, was den Personen wichtig ist, was Gewohnheiten und Bedürfnisse sind, dies ist bei Menschen mit Migrationshintergrund noch einmal wichtig.</p>	
--	-------------------------------------	---	--

--	--

<p>dies und jenes im Alltag gestaltet, wie wollen wir es gemeinsam tun. Also letztendlich würde ich das jeder Pflegenden empfehlen und jeder Person, aber eben gerade bei Menschen mit Migrationshintergrund ist das vielleicht nochmal besonders wichtig.</p> <p>Und etwas, was ich auf jeden Fall empfehlen würde, das wurde uns in den Interviews immer wieder gesagt, nicht zu pauschalisieren. Denn auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund oder muslimischem Hintergrund sind nicht alle gleich. Die haben unterschiedliche Glaubensrichtungen, die haben unterschiedliche Gewohnheiten, leben bestimmte kulturelle Gewohnheiten und Rituale unterschiedlich intensiv oder streng aus und da dann wirklich immer Nachzufragen, wie ist es bei ihnen mit der Ernährung, mit der Körperpflege, welche Gewohnheiten und Rituale haben sie.</p> <p>Also wenn man bereits angefragt wurde als professionelle Pflegekraft, sei es in einem Krankenhaus Setting oder auch in der ambulanten Pflege, man wurde quasi gebucht, dann ist es eigentlich kein Problem, also man sollte sich etwas Zeit nehmen,</p>	<p>Interview 2 Zeile 102-108</p> <p>Interview 2 Zeile 111-116</p>	<p>Auch ist es wichtig die Menschen mit Migrationshintergrund nicht zu pauschalisieren.</p> <p>Patienten und Angehörige sind sehr offen im Kontakt, wenn sie bereits professionelle Hilfe akzeptiert und angefordert haben.</p>	
---	---	---	--



--	--

<p>man sollte offen sein für das Gespräch und dann sind meine persönlichen Erfahrungen eigentlich sehr sehr gut, auch ins Gespräch zu kommen. Ich habe das eigentlich auch immer sehr sehr offen erlebt.</p> <p>Ja also ich glaube meine Botschaft habe ich glaube ich schon sehr sehr häufig gesagt und das ist eigentlich hauch der große Apell, den ich hier nur von den Menschen die wir interviewt haben weitertrage. Nicht pauschalisieren, immer individuell schauen, immer wieder auch das eigene Handeln reflektieren, was mache ich hier eigentlich, tue ich das für denjenigen oder tue ich das für mich selbst, vielleicht auch, vielleicht finde ich es ja schön wenn ein Mann rasiert ist, finde ich hübscher also mache ich das aber ist das auch wirklich der Wunsch meines Pflegebedürftigen den ich hier versorge. Ja und einfach immer wieder den Kontakt zu suchen und in den Austausch zu gehen.</p>	<p>Interview 2 Zeile 261-269</p>	<p>Pflegende sollten dabei ihr eigenes Handeln stets reflektieren und individuell auf den Patienten eingehen.</p>	
<p>Ja also weiß ich nicht, ich kenne die türkische Kultur auch nicht. Aber ich glaube, wenn ich jetzt Patienten mit der türkischen Kultur hätte, also es gibt Pflegende, die aus der Türkei kommen und ich würde mir tatsächlich erstmal die fragen. Ansonsten denke ich, muss man</p>	<p>Interview 3 Zeile 213-232</p>	<p>Pflegende sollten sich ein Repertoire an Umgangsmöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund aneignen, das auf alle übertragbar ist. Es sollte mit allen Patienten gleich umgegangen</p>	

--	--

<p>als Pflegende so ein Repertoire an Umgangsmöglichkeiten mit Menschen mit Migrationshintergrund anschaffen, die auf alle Patienten auszuweiten sind. Also das man da guckt ich gehe mit allen gleich um und nicht sagt okay der kommt jetzt aus Malaysia, mit dem muss ich so und so umgehen und okay der kommt jetzt aus Papua-Neuguinea mit dem muss ich so und so umgehen. Also ich glaube das man dann erstmal so guckt, dass man jeden überall gleichbehandelt und dann speziell, weil Sie jetzt die türkische Kultur genannt haben, ich glaube ich würde erstmal gucken, wenn die Angehörigen da sind würde ich die befragen und die dann auch nochmal mit einzubeziehen auch wenn man so, also im Pflegeheim wird das ja viel gemacht, wenn man Pflegeplanung schreibt dann ist es ja immer ein ganz ganz wichtiger Punkt die Angehörigen mit einzubeziehen. So Biografiearbeit würde ich dann empfehlen, wenn man dann tatsächlich so viel Zeit hat, was schwierig ist im Pflegealltag ganz ehrlich, dann ich glaube ist für uns die einzige realistische Lösung die Angehörigen mit einzubeziehen. Ich kann jetzt</p>		<p>werden. Dann sollten Angehörige einbezogen werden, um zu erfahren was bei der speziellen Kultur berücksichtigt werden muss. Auch ist Biografie Arbeit sehr wichtig. Der Faktor Zeit ist dabei ein schwieriges Hindernis. Der Kontakt mit Patienten wird als positiv erlebt.</p>	
--	--	--	--

		<p>nicht sagen, dass ich mir da zuhause noch etwas durchlese über die türkische Kultur oder so. Also Angehörige sind da besonders wichtig.</p> <p>Also ich muss sagen eher positiv, ich hatte immer eher sehr positive Erfahrungen gemacht. Mit den Patienten sowieso, also ich komme eigentlich ganz gut immer mit den Patienten klar. Also ich bin jetzt nicht so also ich interessiere mich auch immer für die Patienten. Das ist ja auch immer so ganz wichtig so Echtheit auszustrahlen und wenigstens zu sagen wenn ich genervt bin, dann bin ich halt genervt aber das muss man sagen und dann ist es auch so aber dann ist das echt in dem Moment. Das ist immer so besonders wichtig und das sehen die Patienten dann auch und die finden das auch dann ganz gut. Zu den Angehörigen ist das dann immer ganz unterschiedlich. Also es kommt drauf an ich weiß nicht, ob Sie das so kennen. Manche sind weil sie im Krankenhaus sind total fertig und wissen nicht was sie machen sollen, fragen dann jede kleine Sache nach so „Kann ich jetzt seinen Arm bewegen?“ oder „Kann ich das Kissen bewegen?“ und ich dann nur so ja klar können Sie machen. Also solche Sachen also das gibt es auch. Aber generell ist mein</p>	<p>Interview 3 Zeile 235-263</p>	<p>Im Kontakt ist Echtheit und Interesse sehr wichtig und wird von den Patienten positiv erlebt. Der Kontakt zu Angehörigen wird als durchwachsen erlebt, dies wird jedoch bei Deutschen und Menschen mit Migrationshintergrund so erlebt.</p>	
--	--	--	--------------------------------------	--	--

--	--

<p>Kontakt immer sehr positiv. Ich hatte tatsächlich letztens eine sehr negative Erfahrung. Da habe ich mit dem Patienten gesprochen, einfach so, weil der hatte einfach angefangen zu erzählen und dann hat er erzählt über seine Kinder und darüber, was er früher so gemacht hat. Und das finde ich auch immer so wichtig, so auch in der Pflege einfach so eine Beziehung aufzubauen und zu fragen „Was haben Sie denn früher beruflich gemacht?“ und dann kam die Frau rein und die war schon so eine „Schickiemickie“ etepetete Frau und sie gleich „Ja wer sind Sie denn?“ und ich hab dann erwidert das ich die Krankenschwester bin und hier für ihn zuständig bin. Und sie hat dann gleich gefragt „Was wollen Sie hier und wieso unterhalten Sie sich mit ihm?“ und ich habe dann gesagt, dass das Teil meiner Aufgabe ist und ihn zu pflegen heißt ja nicht nur, dass ich ihn wasche sondern auch, dass ich mich mit ihm unterhalte. Und die fand das so schlimm, sie meinte das wäre viel zu persönlich die Fragen weil ich gefragte habe „Wie viele Kinder haben Sie denn?“ und sowas. Also solche Erfahrungen habe ich tatsächlich auch schon gemacht.</p>			
---	--	--	--

		<p>Das wollte ich damit sagen. Das ist gar nicht so abhängig ob Migrant oder Deutsche. Aber was ich sagen kann ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund auch im Krankenhaus, auch wenn sie dann schon lange liegen so leicht in eine Abwehrhaltung geraten, verstehen Sie? Weil sie meinetwegen schon negative Erfahrungen gemacht haben diesbezüglich und dann so sehr auf Abwehr und Distanz sind. Und sobald man irgendetwas sagt, was gar nicht schlimm gemeint ist, dass die dann sofort fragen wieso. Oder zum Beispiel man steht draußen du sagt hier riecht es irgendwie komisch, das heißt ja nicht, dass es schlimm riecht. Aber dann reagieren die so „JA wieso nur weil wir mit Zwiebeln kochen“ und fühlen sich angegriffen. Und dann denke ich mir nur so was habe ich denn gerade schlimmes gesagt. Die sind da so ein Stückchen weiter in Abwehrhaltung, das würde ich schon so sagen.</p> <p>Ja wie gesagt durch negative Erfahrungen, die sie gemacht haben oder durch Stigma.</p> <p>Das kann in der Notaufnahme tatsächlich auch so sein, das habe ich auch erfahren, ich habe ja auch lange in der Notaufnahme</p>	<p>Interview 3 Zeile 267-278</p> <p>Interview 3 Zeile 280-281</p> <p>Interview 3 Zeile 285-293</p>	<p>Menschen mit Migrationshintergrund entwickeln bei langen Krankenhausaufenthalten eine Art Abwehrhaltung dem Personal gegenüber, da sie möglicherweise Vorurteile und Stigma erfahren haben. Dann können sie schneller Dinge auf sich beziehen und als negativ interpretieren, was zu Konflikten führen kann, da sie sich angegriffen fühlen.</p> <p>Dennoch werden Patienten harmloser erlebt als die Angehörigen.</p>	
--	--	---	--	---	--

--	--

<p>gearbeitet, aber ich finde das ist weniger der Fall. Also bei langen Aufenthalten ist dies häufiger so. Weil sie, also das ist ja so ein Einschnitt in ihrem Leben jetzt ins Krankenhaus zu kommen und dann meinetwegen zwei oder drei Wochen dort zu liegen, ich mein das ist ja heutzutage eine sehr lange Zeit. Wer liegt denn noch länger als vier fünf Tage im Krankenhaus. Und das ist schon schwierig für die Angehörigen und auch für die Patienten selbst. Aber ich finde Patienten sind immer harmloser als die Angehörigen.</p>		<p>Pflegende sollten sich im ersten Kontakt vorstellen und erfragen, weswegen der Patient im Krankenhaus ist.</p>	
<p>Also generell ich bin ja auch ein sehr offener Mensch und ich komme ja auch rein, stelle mich vor und sage wer ich bin. Wenn ich da gleich reinkomme und sofort anfangen dann ist das ja erstmal anders. Ich komme immer rein und frage erstmal wie es geht, warum sind Sie hier, was ist passiert und so. Also das ist ja schon der erste Kontakt. Also das sie von sich aus erzählen, warum sie bei uns sind und so. Also das mache ich immer und ich werde schon immer sehr offen aufgenommen. Schon allein weil auch irgendwo eine Abhängigkeitsbeziehung besteht, sie wollen ja gepflegt werden, sie wollen ihre Sachen haben. Und ich gehe da auch immer auf sie</p>	<p>Interview 3 Zeile 297-319</p>	<p>Pflegenden fällt der Kontakt mit Menschen mit Migrationshintergrund schwer, da dieser als schwierig erlebt wird, dann meiden Pflegende diesen Kontakt, was zu Frust bei den MigrantInnen führt. Pflegende halten sich lieber bei PatientInnen auf, wo ihnen der Kontakt leichter fällt.</p>	

			<p>zu. Aber ich habe auch schon negative Erfahrungen gemacht. Die habe ich dann aber im Nachhinein versucht aus der Welt zu schaffen. Was ich aber festhalten kann ist, bei meinen Kollegen und auch bei mir, dass man teilweise bei Patienten die es eigentlich nicht so brauchen länger ist, weil man sich noch nett mit denen unterhält oder so. Und bei den Patienten, die mal wirklich Hilfe brauchen, ein Gespräch meine ich jetzt, Betreuung brächten, dass es manchen einfach zu schwierig ist und die dann von vorne herein nur kurz angebunden reingehen und die Patienten da auch irgendwie Frust erleben. Aber kein gutes Gespräch muss lang sein und kein schlechtes Gespräch kurz. Das man da auch guckt, dass man da viel mit den Patienten redet gerade die es brauchen. Und bei mir ist es so, wie ich Kontakt aufnahme am Besten im Gespräch. Also das ich da hingehe und sofort sprechen und immer ein Lachen aufsetze. Also das versuche ich immer und das bringt auch ganz viel. Also ich habe bis jetzt wirklich sehr sehr negative Erfahrungen gemacht.</p>			
		<p>Besonderheiten und Charakteristika</p>	<p>Ich, bei mir, ich selbst hab das immer sehr gerne gemacht, Menschen mit Migrationshintergrund, weil ich ganz viel gelernt hab dadurch,</p>	<p>Interview 1 Zeile 23-39</p>	<p>Der Kontakt wird als positiv erlebt, da eigenes Interesse an verschiedenen Weltreligionen besteht.</p>	

			<p>darüber. Ich hab mich auch viel so mit Leben und Sterben in den Weltreligionen auseinander gesetzt, und hab immer schon gedacht, dass es, für mich eine Bereicherung war, auch zu erfahren, wie andere Menschen, mit anderem soziokulturellen Background, mit diesem Thema umgehen. Es gab durchaus auch Situationen, wo man wirklich stark voneinander lernen musste, erstmal gucken musste okay das war für einen ganz neu ich hatte einmal eine russische Mutter, die ihr verstorbenes Kind wirklich vier Stunden lang schreiend im Arm gehalten hat, ne also wo wir auch nicht rankamen. Russisch-orthodoxe, also vom Glaubenshintergrund, also das war schon in dem Moment einfach eine Situation, wo man gucken musste, dass man nicht in so eine Bewertungshaltung kommt. Einfach gut immer wieder die Perspektive wechseln, mit welchem Hintergrund ist jemand in so einer Situation, welche Erfahrungen hat derjenige vielleicht schon gemacht und welches Glaubenssystem steht da auch dahinter, aber ich hab auch im Großenteil sehr positive Erfahrungen gemacht, weil es immer auch, die haben viel erzählt, also ich hab nachgefragt und ich hab immer viele Informationen erhalten</p>		<p>Auch wird er als Bereicherung erlebt. Dennoch gibt es auch Situationen, in denen man stark voneinander lernen musste. Pflegende müssen dabei beachten, nicht in eine wertende Haltung zu kommen und immer wieder die Perspektive wechseln, in welcher Situation die Patienten sich derzeit befinden und welches Glaubenssystem dahinter steht.</p>	
--	--	--	--	--	---	--



		<p>Na wie zum Beispiel mit sterbenden Menschen in anderen Kulturen umgegangen wird, so dass es zum Beispiel im türkischen Kontext oder im islamischen Kontext es wirklich wichtig ist, dass man ganz schnell ins Ursprungsland zurück reist, dass man die Waschung nicht mit einer Waschschüssel machen kann sondern mit fließendem Wasser, wie wichtig der Glaube an Allah einfach ist, und wie viel Kraft der auch einfach gibt, und das Kinder gesegnet sind eigentlich, wenn sie früher sozusagen zu Allah gerufen werden und das war schon ja also wie viel Halt dieser Glaube gegeben hat, stärker als ich es zum Beispiel im christlichen Kontext erlebt habe.</p>	<p>Interview 1 Zeile 41-48</p>	<p>Pflegende haben die Möglichkeit viele Informationen zu erhalten, beispielsweise wie mit sterbenden Menschen aus der Türkei beziehungsweise mit islamischem Glauben umgegangen wird oder wie viel Halt ihnen der Glaube gibt.</p>	
		<p>Naja manchmal sind sozusagen die Rahmenbedingungen einfach ziemlich schwierig, zum Beispiel hatten wir eine Roma Familie, wo das Mädchen gestorben ist, und dann waren Massen, Massen waren da ne, also wir haben ein ganzes Drei-Bett-Zimmer gesperrt, weil wir die Menschenmassen gar nicht mehr untergebracht bekamen, und es war dabei auch so, dass ich zum Beispiel mit der Mutter gar nicht so viel klären konnte, weil die nicht so viel Entscheidungsspielraum hatte,</p>	<p>Interview 1 Zeile 51-70</p>	<p>Rahmenbedingungen wie die Zeit oder der Ort spielen eine große Rolle und sind schwierig, beispielsweise, wenn Menschen mit Migrationshintergrund sehr viel Besuch erhalten und dieser in der Institution kaum mehr untergebracht werden kann. Auch ist im Umgang besonders und schwierig, wenn Patienten selbst nicht</p>	

			<p>die war noch ganz jung, die war irgendwie Anfang 20, dort haben alles die oberen geklärt, also die Mütter, die alten weisen Frauen, die alten weisen Männer, die, mit denen mussten wir also in Kontakt treten und klären und zum Teil über den Kopf der Mutter hinweg, weil die gar kein Mitspracherecht hatte, und das war schon auch schwierig, so Thema Selbstbestimmtheit und Mütter haben das Vorrecht vor allen und so, und wir hatten auch einmal ne Situation mit Patienten aus den Arabischen Emiraten, wo dann die Kommunikation mit uns weiblichem Pflegepersonal tatsächlich auch schwierig war, wo sich der Vater tatsächlich auch geweigert hat mit uns zu sprechen, und da war natürlich auch die Versorgung schwierig, und trotzdem war es ein Vorteil, also wenn man sich darauf einlassen kann, wenn man Interesse an der anderen Kultur hat, und wenn man nicht versucht, das System in dem wir Sterben, auf andere Kulturen zu übertragen, dann wird es nämlich schwierig, das ist schwierig. Aber wenn man das nicht macht, ist es ein großer Vorteil, auch einen Glauben zu haben, der einen auch trägt.</p>		<p>die Entscheidungsperson sind, da dies in der Kultur nicht üblich ist. Pflegende müssen dies wissen. Auch ist schwierig, wenn männliche Personen sich weigern mit weiblichem Pflegepersonal zu kommunizieren, dies erschwert die Versorgung. Pflegende sollten dennoch offen und interessiert am anderen Glaubenssystem sein.</p>	
			<p>Ich habe das eigentlich auch immer sehr sehr offen erlebt.</p>	<p>Interview 2 Zeile 116- 117</p>	<p>Der Kontakt wird als offen erlebt.</p>	

		<p>Also was wichtig ist, ist immer die Familie mit einzubeziehen, denn sehr häufig scheinen Entscheidungen im Familienverband getroffen zu werden. Also der Pflegebedürftige trifft selten Entscheidungen nur aus der eigenen Perspektive. In wie fern das migrationspezifisch ist glaube ich gar nicht, ich glaube das ist in, ich sag mal in deutschen Familien auch so ist, dass auch immer die Auswirkungen, die Meinungen, die Erfahrungen der anderen Familienmitgliedern auch eine Rolle spielen bei den Entscheidungen die getroffen werden, aber auch da die Familienmitglieder mit einzubeziehen und auch da zu gucken, wer hat da das sagen, also wer ist vielleicht auch besonders relevant für den Erkrankten, wessen Meinung oder wessen Perspektive wird auch besonders gewertschätzt und dann diese Personen in die Entscheidung auch immer mit einzubeziehen. Das auf jeden Fall. Und häufig sind eben Familienmitglieder der zweiten oder dritten Generation so Schlüsselpersonen, weil sie eben ihre Sprachkompetenz besser ist, haben sie den Zugang und sind auch die Schnittstelle mit allen Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung. Und die wissen eben</p>	<p>Interview 2 Zeile 118-133</p>	<p>Wichtig ist die Familie mit einzubeziehen da Entscheidungen oft im Familienverband getroffen werden und der Patient kaum Entscheidungen allein trifft. Dies sei jedoch nicht unbedingt migrationspezifisch. Familienmitglieder der zweiten oder dritten Person werden als Schlüssel Personen erlebt, da diese meist Sprachkenntnisse haben.</p>	
--	--	---	--------------------------------------	--	--

		<p>auch immer, was Besprochen wurde und haben sehr häufig auch die Organisation in der Hand und dann ist es wichtig, diese Menschen mit einzubeziehen.</p> <p>Also ich glaube die Schwierigkeit an sich besteht darin, überhaupt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Also ich würde jetzt aus meiner Erfahrung sagen, wenn die Hilfe erst einmal in Anspruch genommen wurde, dann sind die Türen verhältnismäßig offen. Aber dieser Zugang, der ist schwierig. Und was vielleicht auch charakteristisch ist, ist dass die Körperpflege, die Versorgung, die Ernährung, was wir ja auch als Teil der Pflege definieren aus unserem beruflichen Verständnis heraus, dass das eben sehr häufig durch die Familien übernommen werden und das, was die Familien als Pflege definieren eben sehr sehr häufig die behandlungspflegerischen Maßnahmen sind, also Injektionen von Insulin, Medikamentengaben, Wundversorgung, solche Sachen. Und sehr häufig wird die Pflege eben auch solange in den Familien getragen, bis es eben zu diesen Herausforderungen kommt, die dann eben nicht mehr durch die Familienkompetenz bewältigt werden können. Und</p>	<p>Interview 2 Zeile 136-150</p>	<p>Besonders schwierig wird eingeschätzt, dass die MigrantInnen Hilfe von außen in Anspruch nehmen. Da die professionelle Pflege noch nicht sehr etabliert ist. Danach wird der Kontakt als offen eingeschätzt.</p>	
--	--	--	--------------------------------------	---	--

		<p>dann wird professionelle Pflege in Anspruch genommen. Und dann bekommt man auch einen Zugang, zu den Familien. Das ist vielleicht die Schwierigkeit, dass diese fachliche Pflegeversorgung eben noch nicht so selbstverständlich etabliert ist.</p> <p>Und die Familienangehörigen, die wir befragt haben, die Pflege in großem Umfang leisten und zwar in allen Bereichen wie Organisation, Durchführung von Körperpflege, auch teilweise Behandlungspflege sofern sie sich kompetent empfinden. Jetzt habe ich den Faden verloren. Und quasi dann erst Hilfe akquirieren, wenn dies nicht mehr funktioniert.</p>	<p>Interview 2 Zeile 152-156</p>	<p>Die Familie benötigt dann oft nur Hilfe bei der Behandlungspflege, da alles andere selbst übernommen wird, sofern sie es sich zutrauen.</p>		
		<p>Aber ich finde Patienten sind immer harmloser als die Angehörigen.</p>	<p>Interview 3 Zeile 292-293</p>	<p>Patienten werden harmloser erlebt als die Angehörigen.</p>		
	Wissen	<p>Personenkreis</p>	<p>Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Sozial Arbeiter, also so das gesamte Multidisziplinäre Team, um alle Ebenen sozusagen abzudecken. Erzieher, oder Musiktherapeuten, Maltherapeuten, müssen eigentlich alle über diese Kompetenz verfügen, weil sie ja das System stabilisieren, sie tragen ja alle dazu bei, Physiotherapeuten, also alle tragen ja dazu bei, dass für den Patienten der Aufenthalt und der Verlauf und die Sterbephase so gut Lebensqualität erhalten, so</p>	<p>Interview 1 Zeile 182-195</p>	<p>Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Sozial Arbeiter, Erzieher, Musiktherapeuten, Physiotherapeuten also das gesamte multidisziplinäre Team sollte Wissen über Menschen mit Migrationshintergrund haben, da alle dazu beitragen den Aufenthalt des Patienten beeinflussen. Alle die mit dem Patienten zu tun haben sollten</p>	<p>Für den Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund sollten alle Berufsgruppen, die Kontakt mit Patienten mit Migrationshintergrund haben, zumindest über Basiswissen über Interkulturalität und den Umgang verfügen.</p> <p>Es wird zumindest Hintergrundwissen zum Umgang mit anderen Kulturen benötigt, wie</p>

			<p>gut es eben geht in der Situation. Das heißt alle, die mit dem Patienten arbeiten, müssen mit diesen Kompetenzen ausgestattet sein und wir sind nun mal in einer globalisierten, multikulturellen Welt angekommen, das heißt, genauso wie ich eine Basiskompetenz in pflegerischer Grundversorgung haben muss als Pflegekraft zum Beispiel, brauche ich die auch in der Interkulturalität. Ich glaube das wir uns dahingehend bewegen müssen, das Berufsgruppen, die mit Menschen arbeiten, egal wer, der Kontakt mit Menschen hat, müssen multikulturelle Kompetenzen, interkulturelle Kompetenzen, transkulturelle Kompetenzen sich aneignen.</p>		<p>Basiswissen in Interkulturalität haben.</p>	<p>zum Beispiel der Aufbau und wichtige Merkmale einer Kultur. Pflegende benötigen neben Gesprächskompetenz auch eine Handlungskompetenz um erlerntes Wissen in der Praxis umzusetzen. Pflegende sollten pflegerisch relevantes Wissen für den Alltag haben.</p> <p>Dennoch gibt es keine pauschalen Handlungsanleitungen für den Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund. Pflegende sollten immer individuell nach Gewohnheiten und Vorlieben fragen. Denn Wissen kann Vor- und Nachteile haben, da so Schubladen entstehen können und fraglich ist, ob etwas so kulturspezifisch ist, dass man es nicht fragen kann.</p> <p>Es werden Basics benötigt, wie ein Gespräch geführt wird, wie aktives Zuhören geht, wie Kommunikation betrieben wird.</p>
			<p>Ja das ist der Punkt alle die mit dem zu tun haben.</p>	<p>Interview 2 Zeile 176</p>	<p>Alle die mit dem Patienten zu tun haben benötigen Wissen.</p>	
			<p>Natürlich zum einen Psychologen, das Team ist ganz doll wichtig, Ärzte oh ich finde das so wichtig das kommt in deren Ausbildung glaube ich viel zu kurz, ich glaube die haben einen kurzen Wahlfachbereich oder so dazu der glaube ich Kommunikation heißt. Also das ist anteilmäßig sehr klein aber gerade die bräuchten dies am meisten. Weil wissen Sie, manchmal kommen die Ärzte rein, sagen Sie haben das und das und dann sind sie wieder weg. Und der Patient</p>	<p>Interview 3 Zeile 323-330</p>	<p>Das ganze Team, Psychologen, Ärzte, pflegende. Also alle.</p>	

		<p>kommt dann zu mir und fragt was der Arzt gesagt hat und dann sind wir schon wieder in der Rolle zum Übersetzen.</p> <p>Ja und weil die ja nicht sagen Sie haben da eine Entzündung, sondern sie kommen mit ihrem Fachjargon.</p> <p>Ja gut aber zum Beispiel ist die Sprachbarriere aber auch viele trauen sich nicht dann zu sagen, also ich weiß nicht wieso, die haben irgendwie noch so einen großen Respekt vor Ärzten, dass man die da so anhimmelt. Das man da teilweise nichts versteht und die da ihre Probleme haben. Ansonsten brauchen Pflegende auch diesen besonderen Zugang zu den Patienten. Welche Berufsgruppen, also Berufsgruppen technisch, also eigentlich eigentlich müsste ich sagen alle. Aber das wird sowieso nicht klappen, aber ansonsten Pflegende besonders.</p> <p>Ja muss ich sagen also besonders. Also Pflegende ist wirklich ganz ganz wichtig. Und das kommt in der Ausbildung ja fast gar nicht vor.</p>	<p>Interview 3 Zeile 333-334</p> <p>Interview 3 Zeile 337-344</p> <p>Interview 3 Zeile 346-347</p>		<p>Grundlegendes Wissen über verschiedene Kulturen ist nicht nötig, wenn es dennoch vorhanden wäre, würde es den Alltag erleichtern. Es sollte jedoch nicht zum Zwang werden, sondern auf freiwilliger Basis bleiben.</p> <p>Das benötigte Wissen sollte vermehrt in der Ausbildung vermittelt werden. Pflegende vor Ort müssen geschult werden, denn es gehört zu einer guten Pflegekraft, mit unterschiedlichen Kulturen arbeiten zu können. Durch Schulungen sollen Pflegende sich reflektieren, ihr Handeln überdenken, Vorurteile überprüfen und nicht zu pauschalisieren. Weiterbildungen oder Schulungen sollten für Pflegende auf freiwilliger Basis bleiben.</p>
	Benötigtes Wissen	<p>Ich glaube, dass es ein Hintergrundwissen um Menschen mit anderen Kulturen braucht, also ich muss nicht tief, also ich muss nicht den Koran lesen, aber</p>	<p>Interview 1 Zeile 198-223</p>	<p>Hintergrundwissen zum Umgang mit anderen Kulturen, zumindest oberflächlich wird benötigt. Dabei sollte</p>	

			<p>ich brauche ein Stück weit ein Wissen darum, wie ist das Glaubenssystem im Koran sozusagen verankert, also was sind für Muslime wichtige Grundpfeiler, was sind für Buddhisten wichtige Grundpfeiler, was sind für Menschen aus Indien, wobei die auch einen hohen Anteil an Muslimen haben, ich muss Judentum, also wir wissen von unglaublich vielen Juden die immer noch diskriminiert werden, auch in Deutschland, also brauch ich darüber auch ein Wissen, das ist so eine Grundbasis und ich brauche eine Gesprächskompetenz, also das ich sozusagen das Wissen was ich habe, auch so eine Handlungskompetenz, wem gebe ich denn die Hand, wem vielleicht erstmal nicht und warte auf ein Signal von gegenüber. Wen spreche ich an, im muslimischen Kontext spreche ich zuerst den Mann an und dann die Frau, sonst trete ich dem Mann sowas von auf die Füße, das der schon gleich, also bei uns im Kontext, ich sag mal im westlichen Kulturkreis spreche ich zuerst die Frau an, weil es so der Respekt gebührt, und sowas muss ich wissen, aber dafür brauche ich nicht nur eine Gesprächskompetenz, sondern ich brauche auch eine</p>		<p>sich auf den Aufbau und die wichtigsten Merkmale der Kultur fokussiert werden. Auch sollten Pflegende eine Gesprächskompetenz haben und auch eine Handlungskompetenz zum Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund haben, um zu wissen, was in der jeweiligen Kulturüblich und gewünscht ist und was nicht. Handlungskompetenz sollte das theoretische Wissen beinhalten und wie man dies umsetzt. Pflegende müssen keine Experten werden, jedoch sollten sie wissen, was im pflegerischen Alltag gebraucht wird.</p>	
--	--	--	---	--	--	--



			<p>Handlungskompetenz. Also wie muss ich das Wissen, was ich mir angeeignet habe, im Alltag umsetzen. Und ich muss nicht ein Experte für bestimmte Glaubenssysteme sein, ich muss wissen was brauche ich denn im Pflegealltag, was brauche ich denn im Kontakt mit Menschen und wie kann ich das anwenden. Zum Beispiel Begrüßungsrituale, oder muss ich den Mann vorher fragen, ob die Frau dabei sein kann bei der Informationsübergabe oder bei der Aufklärung. Das sind aber für uns ist das so eine Selbstverständlichkeit, das beide Partner gleichberechtigt aufgeklärt werden, unser Ziel in der Arbeit war es zum Beispiel auch immer, dass Mutter und Vater dabei waren bei der Aufklärung, aber manchmal muss ich die Frage stellen und muss dann auch nochmal sagen, warum das so wichtig ist, damit ich nicht der Person auf die Füße trete.</p>		
			<p>Also letztendlich ist es so, dass die Erfahrung die wir gemacht haben, oder die Erkenntnis die wir gewonnen haben ist, dass es keine pauschalen Handlungsanleitungen gibt, also es gibt kein Handbuch So bediene ich meinen Migranten. Das ist vielleicht auch die große Botschaft letztendlich eigentlich.</p>	<p>Interview 2 Zeile 162-172</p>	<p>Es gibt keine pauschalen Handlungsanleitungen für Menschen mit Migrationshintergrund.</p>

		<p>Sich frei zu machen, in die Familien hineinzugehen und so wie ich es aus meinem Verständnis heraus mit jeder Person machen würde die ich versorge egal aus welcher Kultur sie stammt, auch wenn ich Frau Meier Müller Schulz versorge, dann komme ich rein, stelle mich vor und sage So: Was sind Ihre Bedarfe, was sind Ihre Bedürfnisse, wo brauchen Sie Unterstützung und wie stellen Sie es sich vor. Vielleicht mache ich noch Vorschläge und sage wir könnten es so und so und so machen, die und die Möglichkeiten gibt es aber es gibt keine Kultur-Pauschalanleitungen.</p> <p>Und letztendlich, wenn Sie jetzt mal überlegen, auch zum Beispiel im Bereich der Ernährung, gucken Sie sich doch mal an, wir haben Veganer, wir haben Menschen mit Allergien, wir haben Menschen die nur Fleisch essen, wir haben Vegetarier. Letztendlich müssen Sie auch in der Ernährung jeden Menschen individuell Fragen was essen sie was essen sie nicht, haben sie Unverträglichkeiten, was schmeckt ihnen nicht ganz simpel. Und letztendlich machen Sie das mit Menschen mit Migrationshintergrund auch.</p>	<p>Interview 2 Zeile 176-182</p>	<p>Pflegende sollten sich frei machen und offen sein und erfragen, was das Gegenüber für Gewohnheiten und Abhängigkeiten hat.</p>	
--	--	---	--------------------------------------	---	--

--	--

<p>Es kann Vor- und Nachteile haben. Denn alles was wir glauben zu wissen, ist ja auch gleich schon eine Schublade. Wenn ich jetzt etwas bestimmte Dinge weiß, klar kann ich mir klarmachen die Ernährung ist vielleicht ein Thema, ich kann mir bewusst machen möglicherweise so etwas wie Schamgefühle, Mann-Frau Rollen könnte ein Thema sein, vielleicht hat derjenige Gebetsrituale. So. Aber das hilft mir ja nichts darin, denjenigen trotzdem Fragen zu müssen. Und im Endeffekt ist die Frage, die ich mir jetzt nach zwei Jahren Arbeit mit diesem Thema stelle, wird dieser Unterschied immer weniger deutlich.</p>	<p>Interview 2 Zeile 215-222</p>	<p>Wissen kann Vor- und Nachteile haben. Dadurch können Schubladen entstehen.</p>	
<p>Der Unterschied, also gibt es wirklich einen, gibt es etwas, dass so kulturspezifisch ist, dass es sich unterscheidet, von dem was ich jemanden anders fragen würde. So. Also wenn jetzt jemand zu mir ins Hospiz kommt frage ich ihn ja auch „Sind Sie gläubig?“ „Gibt es bestimmte Rituale?“ „Wünschen Sie noch eine letzte Salbung?“ „Gibt es einen Vertreter Ihres Glaubens, der noch informiert werden soll?“ „Was sollen wir machen, wenn Sie verstorben sind?“ „Möchten Sie ein bestimmtes Symbol, dass bei Ihnen am Bett steht?“ und so weiter und so fort. Das frage ich ja</p>	<p>Interview 2 Zeile 224-238</p>	<p>Es ist fraglich, ob es tatsächlich etwas so kulturspezifisches gibt, was man wissen muss und nicht erfragen kann. Es sollte überlegt werden, was von Bedeutung sein könnte für zum Beispiel einen Muslimen ob er fastet, es können jedoch auch Deutsche fasten.</p>	

			<p>jede Person. Das würde ich dann natürlich auch einen Muslim oder einen Menschen einer anderen Glaubensrichtung genauso fragen. Also. Ja. Vielleicht, es gibt vielleicht Besonderheiten, wo man drüber nachdenken könnte, zum Beispiel, zum Beispiel das Thema Fasten und Diabetes. So etwas. Also wenn ich jetzt zum Beispiel höre, jemand ist Diabetiker und Muslim, dann frage ich ihn vielleicht „Nehmen Sie die Fastenzeit wahr, haben Sie dies mit Ihrem Diabetologen besprochen, passen Sie dann Ihr Insulinregime anders an?“ So etwas. Vielleicht. Aber es können ja auch Menschen fasten, die nicht Muslime sind das kann ja auch sein.</p>			
			<p>Ich würde einfach nur sagen, diese psychologischen Basics. Wie gesagt, man kann einfach nicht über jede Kultur alles wissen. Aber wenn ich weiß, wie ich ein Gespräch führen kann, wie ich aktiv Zuhören kann und wenn ich weiß, wie ich Kommunikation betreibe, dann ist das schon genug. Mehr brauche ich nicht.</p>	<p>Interview 3 Zeile 367-371</p>	<p>Benötigt werden psychologische Basis, wie Gesprächsführung, aktives Zuhören und wie Kommunikation betrieben wird.</p>	
			<p>Kein grundlegendes Wissen. Weil wenn es für den Patienten wichtig ist, dann wird er Ihnen das sagen, wissen Sie? Weil zum Beispiel jetzt jeder kann ja entscheiden, wie er sein Leben gestalten und Leben möchte und wenn etwas</p>	<p>Interview 3 Zeile 373-378</p>	<p>Grundlegendes Wissen für verschiedene Kulturen wird nicht benötigt, da Patienten bedeutendes und wichtiges mitteilen würden.</p>	

			<p>für den einen total wichtig ist aber für den anderen gar nicht wichtig ist, weil der zum Beispiel eine große Abneigung dagegen hat, dann kommen Sie da ja auch nicht weiter.</p> <p>Also wenn jemandem etwas ganz doll wichtig ist, dann sagt er Ihnen das schon selbst. Ansonsten nicht.</p> <p>Also wenn Sie das Wissen hätten wäre das auf jeden Fall so und ich würde sagen, dann würde das auch alles besser klappen. Ich finde aber das sollte immer noch das eigene Interesse desjenigen sein zu gucken, wie das da ist. So zum Beispiel wie wenn wir in den Urlaub fahren, dann gucken wir doch auch in dem Land was darf ich da machen, was sollte ich da lieber lassen.</p> <p>So soll ich mit dem Zeigefinger was zeigen, soll ich mit dem Daumen was zeigen. So ne. Also das ist ja auch irgendwo das eigene Interesse oder die eigene Initiative aber Voraussetzung für den Beruf sollte das nicht sein meiner Meinung nach. Sollte es nicht und wäre auch nicht logisch.</p> <p>Ja also Kommunikation und Wissen. Ja also man könnte. Ja also ne nur die Kommunikation ist ein bisschen wenig. Also ich</p>	<p>Interview 3 Zeile 380-381</p> <p>Interview 3 Zeile 384-389</p> <p>Interview 3 Zeile 391-394</p> <p>Interview 3 Zeile 398-408</p>	<p>Würde jedoch Wissen über verschiedene Kulturen vorhanden sein, würde es die Arbeit erleichtern, jedoch sollte dies keine Berufsvoraussetzung sein, sondern auf persönlichen Interessen beruhen.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

		<p>würde gerade, weil es die Ausbildung ist und so umfangreich ist und man hat ja pflegerisch also so umfangreich also man hat ja alle Bereiche. Man kann ja nicht sagen okay es geht nur ums Waschen, nur um die medizinische Betreuung, es geht nur um Medikamente. Also das ist so umfangreich da sich es auf jeden Fall im Rahmen des Sterbeseminars hatten wir das, also das wir kurz über die Weltreligionen gesprochen haben also das ist sehr kurz gefasst. Und da wir halt Patienten haben, so wie gesagt demographischer Wandel, Menschen werden älter und auch Menschen mit Migrationshintergrund werden älter, sodass da einfach nochmal mehr auf uns zukommt.</p>			
	<p>Vermittlung von Wissen</p>	<p>Also ich fände es unglaublich schön, wenn wir zum Beispiel in der Ausbildung dieses Thema stärker verankern und uns nicht darauf verlassen, was in den allgemeinbildenden Schulen zum Thema Interkulturalität und Vorurteile unterrichtet wird, denn ich glaube das wir, und ich schließe mich damit ein, Zeit brauchen, um uns dieses Wissen anzueignen, um es auf den professionellen Berufskontext zu übertragen, und um das sozusagen in unser Weltsystem, und die Welt hat sich verändert, zu integrieren. Und ich glaube,</p>	<p>Interview 1 Zeile 226-238</p>	<p>Das benötigte Wissen sollte vermehrt in der Ausbildung vermittelt werden, da sich nicht darauf verlassen werden soll, was allgemeinbildende Schulen unterrichten. Aufgrund der zunehmend verändernden multikulturellen Welt gewinnt das Thema an Bedeutung. Pflegende vor Ort müssen geschult werden und es muss weitere Angebote für</p>	

			<p>dass muss ein viel größerer Bestandteil in der Ausbildung sein, um Handlungskompetenz zu vermitteln, da fehlt es mir und es müssen auch Pflegekräfte vor Ort müssen geschult werden, und es muss Angebote zu diesem Thema geben und in der Offenheit des Klinikums darüber, dass es ein wichtiger Teil der Versorgung ist, das wir mit Menschen mit unterschiedlichen Kulturen arbeiten können, das gehört für mich zu einer guten Pflegekraft dazu und vor allen Dingen auch zu einem guten Arzt, das beschränkt sich ja nicht nur auf die Pflege. Genau, das würde ich gerne noch sagen.</p>		<p>das Klinikum geben. Es gehört zu einer guten Pflegekraft dazu, mit unterschiedlichen Kulturen arbeiten zu können.</p>	
			<p>Ja, also das ist ja das, was wir machen in den Schulungen, die wir entwickeln. Und wir Arbeiten viel mit Fallbeispielen, um nämlich genau das anzuschauen, also das es um mehrere Perspektiven geht und was bei uns besonders im Vordergrund steht ist einmal die Reflexion der eigenen Vorurteile und Vorurteile hier im hermeneutischen Sinne gar nicht wertend gesehen, sondern dass, was ich an Vor-Vorstellungen habe zu dem Thema, was ich ja immer eigentlich überprüfen muss in der Realität ob das eigentlich übereinstimmt. Und auch hier geht es darum, immer wieder zu ermutigen individuell hinzusehen, nicht zu pauschalisieren, den</p>	<p>Interview 2 Zeile 242-258</p>	<p>Durch Schulungen und Fallbeispiele sollte Wissen vermittelt werden. Pflegende sollten sich reflektieren und Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten und vorhandene Vorurteile und Vorstellungen überprüfen und mit der Realität abgleichen. Es wird ermutigt, nicht zu pauschalisieren und individuell hinzuschauen. Auch sollen Pflegende Angehörige unterstützen, die</p>	

		<p>Kontakt herzustellen und an den tatsächlichen Bedürfnissen anzuknüpfen. So, wo sind die Schwierigkeiten, wo brauchen diejenigen Unterstützung. Wie kann man und das ist vielleicht und ganz wichtig, wie kann man Hilfe zur eigenen Kompetenzerweiterung geben. Wenn jemand gerne bestimmte Dinge, wenn eine Familie die Körperpflege gerne geben möchte, warum diese dann nicht schulen wie sie das tun können, warum ihnen dann nicht zeigen, wie sie rückschonend Arbeiten können, welche Hilfsmittel es dafür gibt, wie man bettet und lagert, wie man einen Dekubitus vermeidet. Warum sollten wir ihnen das nicht beibringen, wenn sie es gerne machen möchten oder wenn sie sich gerne daran beteiligen möchten.</p>		<p>eigenen Kompetenzen zu erweitern.</p>	
		<p>Oh ja das ja. Besonders im Unterricht, da wird es nur wenig vermittelt.</p> <p>Daher würde ich es in der Ausbildung auf jeden Fall behandeln, ob dann später im Rahmen von Weiterbildungen oder sowas das kann dann ja jeder selbst entscheiden. Also ich würde, also es gibt ja so diesen Fortbildungskatalog und das könnte ja ein Thema sein und es auswählen. Wenn einen das interessiert wieso nicht.</p>	<p>Interview 3 Zeile 396</p> <p>Interview 3 Zeile 408-412</p>	<p>In der Ausbildung sollte Wissen vermittelt werden.</p> <p>Weiterbildungen sollten auf freiwilliger Basis bleiben. Pflegende sollten individuell schauen können, wie gut sie einen Patienten versorgen möchten. Dennoch sollte vor allem die Kommunikation mehr berücksichtigt und auch in der</p>	



		Also ich finde generell ist das natürlich sehr gut und ich finde man sollte das auf jeden Fall machen mit dem etwas sensibler sage ich jetzt mal darauf zugehen. Aber ich finde erst einmal ist das natürlich eine individuelle Sache also, dass der Pflegende selbst schaut, in wie weit möchte ich den Menschen betreuen oder so gut wie möglich betreuen. Ja. Also wie gesagt, ich würde es auf jeden Fall unterschrieben, dass die Sache mit der Kommunikation mehr behandelt wird in der Schule oder auch etwas mehr beherzigt wird von den Pflegenden, das wäre ganz gut. Das würde ich mir so wünschen in der Zukunft.	Interview 3 Zeile 415-423	Ausbildung mehr behandelt werden.	
Praxisrelevanz im Krankenhaus		... dass es ein wichtiger Teil der Versorgung ist, das wir mit Menschen mit unterschiedlichen Kulturen arbeiten können, das gehört für mich zu einer guten Pflegekraft dazu und vor allen Dingen auch zu einem guten Arzt, das beschränkt sich ja nicht nur auf die Pflege.	Interview 1 Zeile 235-238	Die Arbeit mit unterschiedlichen Kulturen ist ein wichtiger Teil der Versorgung, die sich nicht nur auf Pflegende beschränkt, sondern zum Beispiel auch auf Ärzte.	Die Praxisrelevanz des Themas ist gegeben, da die Arbeit mit unterschiedlichen Kulturen ein wichtiger Bestandteil in der gesundheitlichen Versorgung in allen Settings ist. Das Krankenhaus hat es dabei besonders schwer, da es einem strengen Tagesablauf unterliegt, der nicht auf die Individualität des einzelnen eingeht. Pflegende sollten dies verstärkt berücksichtigen
		Überall! In allen Versorgungssettings. Also vielleicht hat das Krankenhaus es besonders schwer, denn im Krankenhaus ist es ja nun einmal so, dass es eine Institution ist, bei der wir unsere Individualität sehr häufig an der Aufnahme, mit dem Aufnahmeformular eigentlich abgeben. Also in einem	Interview 2 Zeile 192-211	Die Praxisrelevanz ist in allen Settings gegeben. Das Krankenhaus hat es dabei besonders schwer, da die Patienten dort bestimmten Tagesabläufen unterliegen und die Individualität des Patienten nicht so im	

--	--

<p>Krankenhaus zu sein, wo wir uns bestimmten Ritualen, bestimmten Tagesabläufen unterwerfen ein Stück weit ja auch, das ist natürlich im Krankenhaus am häufigsten gegeben. Wenn ich in die Häuslichkeit komme und den Migranten in seiner Wohnung besuche, dann bin ich automatisch in dessen Lebenswelt und ich passe mich automatisch an, ist ja auch egal bei welcher Person. Aber wenn ich zu einem Menschen nach Hause gehe, dann betrete ich ja sein Umfeld, also bin ich ja von vorneherein etwas achtsamer. In der Hospizkultur gilt das ähnlich. Dort steht ja auch die Individualität ganz ganz oben. Es gibt zwar auch dort institutionelle Rahmenbedingungen, aber die sind sicherlich nicht so stark wie im Krankenhaus. Deshalb ist es vielleicht auch einfach für Mitarbeiter im Krankenhaus nochmal besonders bedeutsam und auch egal welcher Person gegenüber sich das immer wieder zu vergegenwärtigen: ich habe es hier mit einer individuellen Person zu tun, die individuelle Gewohnheiten hat, die individuelles Schamempfinden hat und so weiter und sich auch das immer wieder bewusst zu machen. Und auch zu kommunizieren. Ich glaube der Schlüssel ist die Kommunikation.</p>		<p>Vordergrund steht, wie in der Häuslichkeit oder im Hospiz. Daher sollten Mitarbeiter im Krankenhaus sich immer wieder verdeutlichen, dass jede Person individuell ist und dies mit den Patienten kommunizieren und fragen, was den einzelnen wichtig ist.</p>	<p>und auf den Patienten eingehen.</p>
--	--	--	--

		Also das haben uns auch die Menschen gesagt, die wir interviewt haben, bitte fragt uns doch einfach, sprecht uns doch einfach an, fragt uns.		
		Also es ist nicht immer so. Auf jeden Fall sehe ich da eine Praxisrelevanz das natürlich. Aber ich muss auch sagen, dass es nicht soo oft vorkommt, das so Menschen mit Migrationshintergrund so lange bleiben, weil oftmals auch die Angehörigen die Pflege übernehmen und die dann auch wieder zuhause liegen und dann Pflege vom Laien stattfindet, also das gibt es auch. Aber wenn die dann da sind, die Menschen mit Migrationshintergrund, dann muss auf jeden Fall Wissen vorhanden sein. Das würde ich auf jeden Fall sagen. Aber ich finde, dass es im Krankenhaus es nicht so wichtig ist, wie im Pflegeheim.	Interview 3 Zeile 353-361	Praxisrelevanz ist gegeben, auch wenn Menschen mit Migrationshintergrund nicht häufig im Krankenhaus anzutreffen sind, da die Pflege oftmals von Angehörigen übernommen wird. Besonders wichtig ist auch die Praxisrelevanz im Altenpflegeheim, da die Menschen dort ihr Leben verbringen.
		Ja weil die da ja halt ihr Leben gestalten.	Interview 3 Zeile 363	

## Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit 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.“



Ann Kristin Schreiber

Hamburg, 26.05.16