

Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund

von Hürrem Tezcan-Güntekin¹ und Jürgen Breckenkamp²

ABSTRACT

Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den kommenden Jahren ansteigen. Dies wird mit veränderten Herausforderungen für die Altenpflege einhergehen. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund werden zumeist in der Häuslichkeit gepflegt. Durch die geringe Inanspruchnahme unterstützender Pflegeleistungen kommt es zu Belastungen der pflegenden Angehörigen. Künftig müssen Pflegeleistungen und -angebote so gestaltet werden, dass Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen – von denen der Migrationshintergrund nur eines darstellt – Zugang zu den Angeboten finden und diese nutzen können.

Schlüsselwörter: ältere Migranten, Pflegesituation, Pflegebedürfnisse, diversitätssensible Pflege, Pflegebegutachtung

The number of people with a migration background is constantly growing. In the next few years this will also have an impact on geriatric care. Elderly people with a migration background who are in need of care usually continue to live at home and not in nursing homes. Relatives providing care make use of professional help considerably less often. This sometimes leads to excessive stress on them. There is thus a need to diversify care services and make them more accessible for all people in a demographically changing society.

Keywords: elderly migrants, care situation, need of care, diversity-sensitive care, care assessment

1 Einleitung: demografische Entwicklungen

In den 1960er- und 1970er-Jahren sind im Rahmen der Anwerbeabkommen Menschen nach Deutschland migriert, die meist nach einigen Jahren Arbeitsaufenthalt in ihre Herkunftsländer zurückkehren sollten. Aber nur wenige haben dies tatsächlich getan. Die damals migrierten Menschen sind inzwischen überwiegend in einem Alter, in dem Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher wird.

Die Zahl der älteren Migranten steigt: Waren 1970 noch 1,9 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter, waren es 2011 schon 10,1 Prozent. Prognosen zufolge wird dieser Anteil im Jahr 2030 etwa 24 Prozent be-

tragen, sodass jede vierte Person mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter sein wird (*BMFSFJ 2000*). Die Fluchtmigration der vergangenen Jahre ist in diesen Vorausberechnungen noch nicht berücksichtigt. Sie wird den prozentualen Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund an der Migrationsbevölkerung wahrscheinlich verringern.

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund – hier wird die Definition aus dem Mikrozensus zugrunde gelegt – und einer Pflegebedürftigkeit wird in amtlichen Statistiken nicht erfasst; Schätzungen zufolge entspricht er in etwa dem Anteil der Pflegebedürftigen in der autochthonen Bevölkerung. In naher Zukunft ist somit durch die demografische Alterung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund auch ein Anstieg der Pflegebedürftigen in dieser Bevölkerungsgruppe zu erwarten.

¹ Dr. phil. Hürrem Tezcan-Güntekin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 3 – Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1062539 · E-Mail: huerrem.tezcan@uni-bielefeld.de

² Dr. PH Jürgen Breckenkamp, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 3 – Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1063803 · E-Mail: juergen.breckenkamp@uni-bielefeld.de

Vorausberechnungen besagen, dass im Jahr 2030 die Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund stark angestiegen sein wird (siehe Abbildung 1). Unter der Voraussetzung, dass die Pflegequoten bei Menschen mit Migrationshintergrund den Quoten in der autochthonen Bevölkerung gleichen und diese sich künftig konstant entwickeln, steigt die Zahl damit auf 187 Prozent des Ausgangswertes von 2013 (257.200 Personen) an (FES 2015). Was bedeutet das für die pflegerische Versorgung dieser sehr heterogenen Bevölkerungsgruppe?

Neben dem als sehr wahrscheinlich zu betrachtenden demografischen Wandel, der eine hohe Zahl an älteren Menschen mit Migrationshintergrund zur Folge haben wird, birgt die Zukunft einige Unsicherheiten. Wie wird sich die Fluchtmigration auf Bedarfe in der pflegerischen Versorgung auswirken? Wie werden sich Haltungen von Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber außerfamiliärer pflegerischer Unterstützung durch intergenerative Entwicklungen ändern? Und wie werden Einrichtungen der Altenhilfe auf diese Herausforderungen vorbereitet sein? Unsicherheit für die künftige Planung der Altenhilfe birgt auch der Faktor, dass Statistiken den Migrationshintergrund nicht erheben und somit belastbare Daten fehlen, die für die Bestimmung von Bedarfen notwendig sind (vergleiche Tabelle 1).

Die oben formulierten Fragen werden auf Basis der Ergebnisse vorliegender Studien diskutiert. Es wird aufgezeigt, welche Fragen adressiert werden müssten, um verlässliche Erkenntnisse zu erlangen. Den Akteuren sollen so bessere Planungs- und Handlungsgrundlagen zur Verfügung gestellt werden, die es ermöglichen, die Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern.

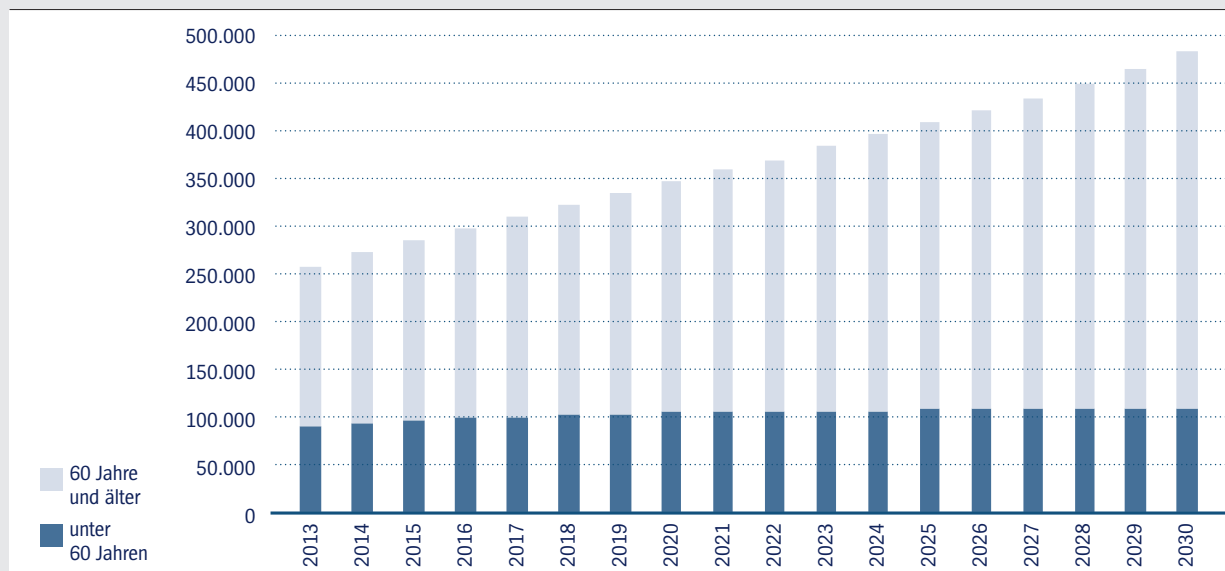
2 Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund

In vielen Merkmalen gleicht sich die Pflege von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Pflegebedürftige sind eine vulnerable Gruppe, unter anderem weil sie auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen sind, und möchten zumeist in ihrem Zuhause verbleiben.

Menschen mit Migrationshintergrund werden durchschnittlich um etwa zehn Jahre früher pflegebedürftig (62,1 Jahre) als Menschen aus der autochthonen Bevölkerung (72,7 Jahre) (BMG 2011). Das ist teilweise durch die oft geringere berufliche Qualifikation und damit einhergehend durch Arbeitsbiografien mit körperlich schweren Be-

ABBILDUNG 1

Anzahl pflegebedürftiger Migranten 2013 bis 2030



Die Anzahl pflegebedürftiger Migranten wird in den nächsten Jahren stark steigen. Das betrifft vor allem diejenigen Migranten, die 60 Jahre und älter sind. Wie immer bei Prognosen mussten in der Berechnung Annahmen gemacht werden. Da keine Daten zu Pflegequoten (gemeint ist damit der Anteil der Pflegebedürftigen an der Population) bei Migranten vorlagen, wurden für die Berechnung die Pflegequoten der Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt.

TABELLE 1

Migrationsstatus wird in offiziellen Statistiken und Berichten nahezu nie erhoben

| Datenquellen | Datenhalter/ verantwortlich für Zusammenstellung | Gesetzliche Grundlage | Migrationspezifische Merkmale | PBE-Daten einsehbar |
|---|--|---|--|---|
| Bundesstatistik zu Pflege- und Gesund- heitsberufen | Länder, Bund | Sekundärstatistik | Keine | Zweijährlich veröffent- licht in der Bundessta- tistik zu Gesundheits- berufen |
| Berichterstattung zur Entwicklung der Pflegeversicherung | Länder, Bund | § 10 SGB XI, Berichtver- antwortlicher: BMG – berichtet wird alle drei Jahre | Keine in Bezug auf in Deutschland lebende Migranten; nur Aussa- gen zu Begutachtungen in EU- und EWR-Staaten | Veröffentlichung: BMG |
| Bericht des MDS zur Qualität in der am- bulanten Versorgung 2004, 2007 | MDS | § 118 Abs. 4 SGB XI | Keine | MDS, dreijährlich |
| Pflegebericht- erstattung des MDS | MDS | § 53 a Satz 1 SGB XI | Keine | MDS-Veröffentlichungen |
| Bericht entsprechend der Pflegestatistik- Verordnung | Land, Bund | § 109 (seit 1999) SGB IX | Keine | Statistisches Bundesamt, BMG |
| Gesundheitsbericht- erstattung des Bundes, Themenschwerpunkt Pflege | Robert Koch-Institut, Statistisches Bundes- amt | Zusammenstellung und Diskussion Primär- und Sekundärstatistiken | Keine | Robert Koch-Institut, Statistisches Bundes- amt Gesundheits- berichterstattung |

Im Rahmen der Pflegeversicherung betreute Menschen werden in Statistiken und Berichten weitgehend nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Art der Pflegeleistung erfasst, nicht jedoch nach ihrem Migrationsstatus. Auch die Statistik zu Pflege- und Gesundheitsberufen enthält keine Hinweise, in welchen Sektoren und mit welchem Ausbildungsniveau Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind.

lastungen begründet. Der Anteil von Pflegebedürftigen unter 60 Jahren liegt in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit 29 Prozent höher als mit 13,5 Prozent in der autochthonen Bevölkerung (BMG 2011, 60; Statistisches Bundesamt 2013). Das bedeutet, dass auch die pflegerischen und lebensweltlichen Bedürfnisse junger Pflegebedürftiger fokussiert werden sollten.

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund haben häufiger eine höhere Pflegestufe (15 Prozent versus neun Prozent in der autochthonen Bevölkerung) (Kohls 2012; BMG 2011). Und das, obwohl die Pflegebegutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund als Barriere wahrgenommen wird (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017, Glodny und Yilmaz-Aslan 2014). In dieser Bevölkerungsgruppe findet man häufiger

eine ausschließlich häusliche Pflege, die durch Angehörige geleistet wird. Nach Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung liegt der Anteil der durch Angehörige gepflegten türkeistämmigen Menschen bei 98 Prozent (Okken et al. 2008; vergleiche auch Tabelle 2). Die Pflege eines Angehörigen mit oft hohem Pflegebedarf innerhalb der Familie und ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen führt zu hohen Belastungen der Familien.

Aufgrund der Sachlage ist es wünschenswert, dass amtliche Statistiken wie die Pflegestatistik den Migrationshintergrund erfassen. Dies würde belastbare Aussagen zur Pflegebedürftigkeit sowie zur Inanspruchnahme und eine verlässlichere Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs von Migranten ermöglichen.

TABELLE 2

Von türkeistämmigen und nicht türkeistämmigen Menschen beantragte Pflegeleistungen in Westfalen-Lippe im Vergleich (2001 bis 2005)

| Leistungen der Pflegeversicherung | Türkeistämmige Pflegebedürftige | Nicht türkeistämmige Pflegebedürftige |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Geldleistungen | 91 % | 42 % |
| Ambulante Sach- und Kombileistungen | 7 % | 29 % |
| Vollstationäre Pflege | 2 % | 29 % |

Türkeistämmige Pflegebedürftige bevorzugen häusliche Pflege durch Angehörige. Das zeigt sich auch darin, dass nur zwei Prozent vollstationäre Pflege beantragen.

Quelle: Ökten 2007 & 2008, Tezcan-Güntekin et al. 2015; GGW Wissenschaft 2017

3 Erwartungen an die Pflegesituation

Die Gestaltung des Pflegesettings wird durch Pflegeerwartungen aus unterschiedlichen Perspektiven beeinflusst. Pflegeerwartungen unterscheiden sich von Pflegebedürfnissen dadurch, dass sich die Erwartungen an einen bestimmten Adressaten richten. Bislang liegen nur wenige Studien zu Pflegeerwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund vor, die sich zumeist auf türkeistämmige Menschen oder Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion beziehungsweise Aussiedler und Spätaussiedler beziehen (vergleiche *Tezcan-Güntekin et al. 2015*). Laut einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit äußern 75 Prozent der Pflegebedürftigen mit und 66 Prozent ohne Migrationshintergrund den Wunsch, nicht von einer fremden Person gepflegt zu werden (*BMG 2011*). Gleichzeitig möchten Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund ihren Kindern nicht zur Last fallen und können sich daher vorstellen, im Alter von den Kindern getrennt zu leben (*Zimmermann 2010*).

Auch Angehörige haben bestimmte Erwartungen an die Pflegesituation, wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird. In einer Studie (*Carnein und Baykara-Krumme 2013*) wurden türkeistämmige Menschen der ersten und zweiten Einwanderergeneration befragt. Der globalen Aussage, dass Kinder ihre Eltern pflegen sollten, stimmten sowohl die Befragten der ersten als auch der zweiten Migrantengeneration in hohem Maß zu. Wurde die Bereitschaft erfragt, die Pflege der Eltern zu übernehmen, nahm die Zustimmung in beiden Gruppen ab. Die Bereitschaft der Pflegeübernahme sank mit einer höheren Bildung sowie einer geringen Einbindung in religiöse Netzwerke. Innerhalb der Befragten der türkeistämmigen Gruppe (erste und zweite Generation) unterscheiden sich die Antworten

nicht sehr stark. Etwa zehn Prozent der türkeistämmigen Befragten lehnen die Verantwortungsübernahme ab oder sind unsicher darüber, aber 44 Prozent stimmen der Übernahme der Verantwortung für die Eltern vorbehaltlos zu. Das Gefühl, entsprechende Verantwortung übernehmen zu müssen oder zu wollen, ist in der Gruppe der Türkeistämmigen dieser Studie zufolge erheblich höher als in der autochthonen Bevölkerung. In der autochthonen Vergleichsgruppe lehnt ein Fünftel der Befragten ab, Verantwortung für die Eltern zu übernehmen, und knapp ein Fünftel stimmt der Verantwortungsübernahme vorbehaltlos zu.

Etwa 80 Prozent der türkeistämmigen Befragten und rund 40 Prozent der autochthonen Befragten sind der Meinung, dass erwachsene Kinder ihre pflegebedürftigen Eltern bei sich zu Hause aufnehmen sollten (*Carnein und Baykara-Krumme 2013*). Selbst in der autochthonen Bevölkerung, der eher ein individualistisches Familiengefüge zugeschrieben wird, wird diese Meinung noch häufig vertreten.

Einer Studie (*FES 2015*) mit 78 älteren Migranten, überwiegend aus der ehemaligen Sowjetunion (70 Prozent) und der Türkei (22 Prozent), zufolge haben sich drei Viertel der Befragten bereits mit einer künftigen pflegerischen Versorgung auseinandergesetzt. Mehr als die Hälfte wünscht sich, zu Hause gepflegt zu werden. Über ein Drittel der Befragten könnte sich die Nutzung ambulanter Dienste gut vorstellen, würde sich aber primär die Pflege durch Angehörige wünschen. Ein weiteres Drittel kann sich die Nutzung ambulanter Pflegedienste nicht vorstellen. In Bezug auf stationäre Pflege zeichnen sich insbesondere bei den befragten Türkei- und Russischstämmigen wesentliche Unterschiede ab: Nur etwa jeder zehnte Befragte aus der ehemaligen Sowjetunion kann sich stationäre Pflege

vorstellen, jeder Dritte würde sie nur im Notfall nutzen und etwas weniger als die Hälfte können sich dies gar nicht vorstellen. Bei den türkeistämmigen Befragten ist die Ablehnung stationärer Pflege geringer: Fast die Hälfte der Befragten kann sich die Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung vorstellen, fast ein Fünftel würde stationäre Pflege im Notfall annehmen und knapp ein Drittel lehnt diese ab. Begründet wird die Ablehnung mit der Angst vor dem Verlust der Autonomie. Diese Studie hat erstmals aufgezeigt, dass vor allem in der türkeistämmigen Bevölkerung die Ablehnung der stationären Pflege geringer ist als bislang angenommen, ausgehend von der derzeitigen Nutzung (vgl. *Okken et al. 2008; Ulusoy und Gräßel 2010*). Die quantitativ angelegte Studie von Schenk (2014 b) weist ebenfalls darauf hin, dass die Haltung gegenüber professioneller Pflege einem Wandel unterliegt: Von den 194 befragten türkeistämmigen Migranten zwischen 59 und 88 Jahren stimmte die Mehrzahl (89 Prozent) der allgemeinen Aussage zu, dass ältere Menschen durch professionelle Pflegekräfte versorgt werden sollten. 22 Prozent könnten sich selbst vorstellen, stationäre Altenpflegeeinrichtungen zu nutzen. Der Wunsch nach Angehörigenpflege ist jedoch weiterhin hoch: 46 Prozent gaben an, dass sie von ihrem Ehepartner versorgt werden möchten, jeweils knapp ein Drittel bevorzugt die Pflege durch die Tochter oder den Sohn. Auch wenn die Pflegeerwartungen sich primär an die Angehörigen richten, könnten 74 Prozent der Befragten sich die Nutzung professioneller ambulanter Pflege vorstellen, nur 16 Prozent lehnen ambulante und 58 Prozent der Befragten stationäre Pflege kategorisch ab. Dies deutet darauf hin, dass auch die türkeistämmige Bevölkerung, in der die Pflege derzeit noch zu 98 Prozent ausschließlich durch Angehörige erfolgt, künftig ambulanten und auch stationären Angeboten gegenüber offener ist und sich die Inanspruchnahme professioneller Leistungen voraussichtlich erhöhen wird.

Die berichteten Ergebnisse sollten durch weitere Studien validiert werden. Dabei ist das Augenmerk nicht nur auf die größten Migrantengruppen zu richten, sondern auch auf Migranten aus den aktuellen Fluchtländern. Es ist zu erwarten, dass der Pflegebedarf in den kommenden Jahren durch die sich ändernde Migranten-Population beeinflusst wird und mit neuen Herausforderungen einhergeht.

4 Pflegebedürfnisse

Türkeistämmige Menschen erwarten von den pflegenden Personen in erster Linie einen respektvollen und freundlichen Umgang. Bei russischstämmigen Menschen ist das Bedürfnis nach muttersprachlichen Pflegepersonen groß. Im Falle stationärer Pflege werden von beiden Gruppen der Wunsch

nach einem Einzelzimmer mit persönlichen Möbeln und die Möglichkeit, selbst zu kochen, genannt (*FES 2015*).

Vor allem türkeistämmigen Frauen (79 Prozent), aber auch vielen Männern (40 Prozent) ist gleichgeschlechtliche Pflege wichtig (*Giese et al. 2015*). Etwa die Hälfte der Befragten nahm die Möglichkeiten zum Gebet als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ wahr und gab an, dass es „ziemlich“ oder „äußerst“ schwierig sei, islamische Gebote einzuhalten (fast alle der 121 Befragten gaben an, dass der Glaube ihnen „ziemlich“ oder „äußerst“ wichtig sei), da das Essen im Krankenhaus nicht den religiösen Vorgaben entspreche. Limitierende Faktoren sind, dass die Erhebung in nur einem Krankenhaus erfolgte und sich auf die bislang im Kontext interkultureller Öffnung diskutierten Themen wie gleichgeschlechtliche Pflege, Essenspräferenzen und Möglichkeiten der Ausübung von Gebeten beschränkt. Weitere relevante Bedürfnisse vieler Menschen im Zusammenhang mit personenzentrierter Pflege wurden in dieser Studie nicht erfragt.

Nicht nur die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, sondern auch die der pflegenden Angehörigen sind aufgrund des hohen Anteils an häuslich gepflegten Menschen von Bedeutung. Insbesondere die Pflege von demenzerkrankten Angehörigen geht mit hohen Anforderungen an die Pflegenden einher. Nach qualitativen Studien sind die Angehörigen stark belastet und wünschen sich Verständnis für ihre Situation (*Dibelius 2015; Tezcan-Güntekin und Razum 2017*). Türkeistämmige pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz äußern zum Teil den Wunsch nach alternativen Wohnformen. Hierzu gehören Demenz-WGs, die eine muttersprachliche Ansprache der Bewohner gewährleisten, auch wenn sie die Muttersprache nicht vollkommen beherrschen, sondern einige Sätze in unterschiedlichen Sprachen sprechen können und diese in die Kommunikation im Alltag integrieren. Auch das Mehrgenerationenwohnen ist eine Betreuungsform, die den Bedürfnissen mancher pflegender Angehöriger entsprechen würde. Hierbei steht im Vordergrund, der beziehungsweise dem zu pflegenden Angehörigen gleichzeitig nahe und weiterhin berufstätig zu sein und Raum für das eigene Leben zu haben. Ein zusätzliches häufiges Bedürfnis ist die flexiblere Gestaltung der Nutzung von Pflegeleistungen mit der Begründung, dass die vorhandenen nicht zu den alltäglichen Erfordernissen im Pflegesetting passen, insbesondere bei hoher Pflegebedürftigkeit (*Tezcan-Güntekin und Razum 2017*). Eine gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema „Demenz und Pflege“ könnte das Erleben der Pflegesituation durch die Angehörigen verbessern.

Differenzierte Erhebungen zu den Bedürfnissen und Erwartungen der Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen fehlen bisher weitgehend. Der Migrationshintergrund ist nur ein Diversitätsmerkmal, das Menschen und ihre Bedürfnisse prägt. Um pflegerische Bedürfnisse verstehen

zu können, genügt es daher nicht, Erkenntnisse über „die Bedürfnisse“ einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu gewinnen. Vielmehr können Menschen aus unterschiedlichen Gründen heterogene Bedürfnisse in Bezug auf Pflege haben. In weiteren Studien zu den Bedürfnissen sollten Pflegebedürftige in eigenen Worten und möglichst in der Muttersprache ausdrücken können, was ihnen bei der pflegerischen Versorgung wichtig ist. Diese Erkenntnisse sollen nicht dazu dienen, für bestimmte Migrantengruppen spezielle Dienste und Angebote zu entwickeln und anzubieten. Vielmehr soll die Vielfalt der Bedürfnisse auch innerhalb von vermeintlich einheitlichen Bevölkerungsgruppen deutlich werden. Ziel führend wäre es, diese Erkenntnisse zukünftig in die Neugestaltung des Curriculums der Pflegefachberufe im Rahmen der generalistischen Ausbildung einzubeziehen und auf die bislang oft übliche Kategorisierung in Migranten- und Glaubensgruppen zu verzichten.

Für die Weiterentwicklung einer diversitätssensiblen Versorgung in der pflegerischen Praxis ist ein starker Theorie-Praxis-Transfer notwendig, um die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Heterogenität der Bedürfnisse in die pflegerische Praxis einzubeziehen. Hier kommt der wissenschaftlichen Weiterbildung von Pflegefachpersonen, die über die Vermittlung kommunikationstheoretischer Modelle hinausgeht, eine zentrale Rolle zu.

5 Zugänge zu Leistungen der Pflegeversicherung verbessern

Es existieren unterschiedliche Barrieren beim Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu Pflegeleistungen, beispielsweise sprachliche, kulturelle oder institutionelle Hürden. Auch sind Diskriminierungen in der Biografie, Scham, fehlende Nutzerorientierung von Angeboten oder finanzielle Gründe weitere Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme. Im Folgenden werden drei Barrieren des Zugangs zu Pflegeleistungen dargestellt und mögliche Lösungsansätze diskutiert.

Hürde 1: Zugang Pflegeberatung

Den Zugang zur Pflegeberatung in Pflegestützpunkten fokussierte eine Studie zu russischstämmigen Menschen in Bremen, in der überwiegend ältere Menschen befragt wurden. Pflegestützpunkte sind vernetzte Beratungsstellen in Kommunen, die Pflegebedürftigen und Angehörigen den Zugang zu weiteren Unterstützungsangeboten erleichtern. Doch die Scheu, vorhandene Pflegestützpunkte aufzusuchen, ist groß. Scham ist einer der Gründe, weshalb ein Drittel der russischstämmigen Menschen den Pflegestützpunkt im Quartier nicht aufsucht, aber auch Unwissenheit darüber, wofür ein

Pflegestützpunkt zuständig ist, spielt eine Rolle (Mayer und Becker 2011).

Der Zugang türkei- und russischstämmiger Menschen zur unabhängigen Patientenberatung wurde in einer qualitativen Studie des Instituts für Pflegewissenschaft untersucht. Datengrundlage sind Interviews mit Experten und Nutzern der Beratungsstelle. Demnach nehmen eher Frauen die Beratung in Anspruch, die schon länger in Deutschland leben. Häufig werde die Beraterin als jemand „Fremdes“ wahrgenommen und es wird vermieden, Persönliches zu besprechen. Zudem fehle es insbesondere Migranten der ersten Einwanderergeneration an schriftsprachlicher Kompetenz und dem Wissen um die eigenen Rechte – ähnlich wie beim Zugang zur Gesundheitsversorgung (Horn und Schaeffer 2013).

Lösungsansätze: Empfehlungen aus dieser Studie sind, neben muttersprachlicher Beratung mehr Zeit für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund vorzusehen und dadurch die Möglichkeit eines Vertrauensaufbaus zu schaffen. Hierzu gehört biografische Arbeit mit den Klienten, um vorherige diskriminierende oder schlechte Erfahrungen mit Institutionen „auszubessern“. Eine zentrale Lage der Beratungsstelle, flexible Termine und zugehende Strukturen sind neben der Öffentlichkeitsarbeit für eine heterogene Zielgruppe Möglichkeiten, den Zugang zur Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern (Horn und Schaeffer 2013).

Hürde 2: Sprach- und Wissensdefizite

Sprachdefizite sind vor allem in der ersten Migranten-Generation eine Barriere, die eine Inanspruchnahme von gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten einschränken. Die eigene Kompetenz in der deutschen Sprache wird beispielsweise in der RAM-Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge von mehr als der Hälfte der befragten türkeistämmigen Menschen als „schlecht“ bis „sehr schlecht“ wahrgenommen (BAMF 2008). Auch in der Pflegeberatung stellen sprachliche Defizite eine Hürde dar: Vier Fünftel der Befragten der Studie von Mayer und Becker (2011) geben Sprachdefizite als Hürde zur Nutzung an. Die Health Literacy, auch Gesundheitskompetenz genannt, wird bei über 65-jährigen Migranten mit 81 Prozent häufiger als problematisch oder inadäquat eingeschätzt als mit 64 Prozent in der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Quenzel 2015).

Während sich nach quantitativen Erhebungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zwei Drittel der Befragten mit und ohne Migrationshintergrund gut über die Pflegeversicherung informiert fühlen (BMG 2011), zeigen qualitative, in der Muttersprache geführte Studien deutliche Wissens- und Informationsdefizite zu den Pflegeleistungen

auf (Kronenthaler 2016; Schenk 2014 a). Dies kann wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden, dass die Befragung des BMG (2011) nicht in der Muttersprache erfolgte und die 120 Menschen mit Migrationshintergrund (Gesamtstichprobe: 1.500), die in dieser Studie erreicht worden sind, durch die besseren Sprachkompetenzen auch einen vergleichbaren Informationsgrad wie die autochthone Bevölkerung haben. In der Muttersprache geführte Studien mit quantitativen Ansätzen bestätigen die Ergebnisse der qualitativen Studien: Nur 16 Prozent der befragten türkeistämmigen Menschen gaben an, „gut“ oder „sehr gut“ über das Thema Pflege informiert zu sein, etwa die Hälfte der Befragten schätzte das eigene Wissen als „schlecht“ und „sehr schlecht“ ein (Schenk 2014 b). Bei 70 Prozent der Befragten fehlte Wissen zu Leistungen der Pflegeversicherung, bei 72 Prozent zur Beantragung einer Pflegestufe und bei 73 Prozent darüber, dass es Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gibt (Schenk 2014 b). Bei russischstämmigen Menschen könnte die geringe Inanspruchnahme auf fehlendes Wissen zur Kostenübernahme der Pflegeleistungen zurückzuführen sein, da in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion Gesundheitsdienste aus Kostengründen selten genutzt werden (Horn und Schaeffer 2013; Wittig et al. 2004).

Lösungsansätze: Informationen zur Pflegeversicherung sollten in möglichst vielen Sprachen online und als Broschüre zur Verfügung stehen. Öffentlichkeitsveranstaltungen dazu sollten in unterschiedlichen Sprachen oder mit der Möglichkeit einer Übersetzung durchgeführt werden. Eine Möglichkeit wäre es auch, Online-Tools im Sinne eines E-Learnings in unterschiedlichen Sprachen anzufertigen, auf die verwiesen werden kann, da viele Menschen auch für ihre Angehörigen online Gesundheitsinformationen recherchieren (Fox und Brenner 2012).

Studien zu Wissen und Gesundheitskompetenzen von Menschen mit Migrationshintergrund sollten die Möglichkeit bieten, in der Muttersprache oder unter Einsatz von Dolmetschern zu antworten.

Hürde 3: Pflegebegutachtung

Die Pflegebegutachtung stellt die Familien, aber auch die Gutachter vor besondere Herausforderungen sprachlicher und kultureller Art (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017). Familien mit Migrationshintergrund wissen wenig über die Praxis der Pflegebegutachtung und sind nicht gut darauf vorbereitet. Beispielsweise nehmen türkeistämmige Familien die Begutachtung als Besuch wahr und versuchen, sich und ihr Wohnumfeld in gutem Zustand zu präsentieren, um Scham zu vermeiden. Reagieren Gutachter auf das – möglicherweise kulturell bedingte – Handeln der Betroffenen nicht kultursensibel, kann die Bewertung der beobachteten und begutachteten Pflegesituation von dem pflegerischen Alltag

stark abweichen. Dies führt dazu, dass der Pflegebedarf von Pflegebedürftigen falsch eingeschätzt und dementsprechend eine inadäquate Pflegestufe bewilligt wird (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017). Sprachprobleme können ein weiterer Grund dafür sein, dass die eigene Situation nicht angemessen dargestellt wird (Glodny und Yilmaz-Aslan 2014).

Lösungsansätze: Gutachter sollten – sowohl bei Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund – Sensibilität für die Familienkultur mitbringen und die Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Lebenswelt der Pflegebedürftigen kontextualisiert wahrnehmen. Empirische Ergebnisse zeigen auf, dass nicht ein kulturspezifischer, sondern ein kultursensibler Umgang zu einer der Realität entsprechenden Begutachtung beitragen kann. Gutachter sollten entsprechend sensibilisiert werden und ihre eigene Kulturgebundenheit kontinuierlich reflektieren, um auf unterschiedliche Diversitätsmerkmale in einer vielfältigen Gesellschaft reagieren zu können und damit die Gefahr einer Benachteiligung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu verringern (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017).

6 Ein Blick nach vorn

Sektoren- und professionsübergreifende Ansätze würden aufgrund eines verbesserten Schnittstellenmanagements eine bessere Versorgung ermöglichen und die pflegerischen Versorgungssysteme auf eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund vorbereiten. Hierzu gehören interprofessionelle Handlungsansätze von Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten sowie in therapeutischen Berufen.

Nur die Einnahme der Perspektive der jeweils anderen Profession kann Hierarchien verringern und die Kommunikation verbessern. Das Verstehen der jeweils „fremden“ Handlungsfelder kann eine gelingende Zusammenarbeit Professioneller begünstigen (WHO 2010). Vulnerable Personen – zu denen Menschen mit Migrationshintergrund gehören können – neigen dazu, insbesondere an interprofessionellen und intersektionalen Schnittstellen (Krankenhaus – Häuslichkeit oder ärztliche Betreuung – therapeutische oder pflegerische Versorgung) aus dem gesundheitlichen und pflegerischen System zu fallen. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann diese Gefahr verringern.

Ein anderer Punkt, an dem nicht nur die Professionellen im Gesundheits- und Pflegesystem ansetzen sollten, ist der reflexive Umgang mit dem „Ich“ und „den Anderen“. Das *othering* meint, dass nur die Unterschiede zwischen der eigenen Person und anderen Menschen, zum Beispiel den Menschen mit Migrationshintergrund, gesehen und als „anders-

artig“ wahrgenommen werden (Grove und Zwi 2005). Dies erzeugt eine distanzierte Haltung und Verallgemeinerung von Menschen und ihrer Situation beziehungsweise ihren Bedürfnissen. Ziel sollte sein, Gemeinsamkeiten und Individualitäten im Sinne von Diversität zu denken. Menschen haben unterschiedlichste Diversitätsmerkmale, die ihre Bedürfnisse, Lebensformen und so weiter ausmachen, Migrationshintergrund oder Herkunft ist nur eines davon. Es gibt Merkmale, in denen Gemeinsames gesehen und gefördert werden kann. Es sollte versucht werden, Unterschiede auch als mögliche Ressource zu verstehen. Die Veränderung der eigenen Haltung durch eine Sensibilisierung für Diversität kann auf individueller, institutioneller sowie struktureller Ebene dazu dienen, individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen und einer vielfältigen Gesellschaft auch im Kontext pflegerischer Versorgung durch personenzentrierte Ansätze gerecht zu werden.

Literatur

- BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2008):** Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14 aus der Reihe Integrationsreport, Teil 2; www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?__blob=publicationFile
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2000):** Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/4357
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011):** Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. TNS Infratest Sozialforschung, München
- Carnein M, Baykara-Krumme H (2013):** Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. Zeitschrift für Familienforschung, Band 25, Heft 1, 29–52
- Dibelius O (2015):** Expertinnen über die Lebenswelten dementiell erkrankter Migrantinnen und Migranten. In: Dibelius O, Feldhaus-Plumin E, Piechotta-Henze G (Hrsg.): Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Göttingen: Hogrefe, 115–134
- FES (Friedrich-Ebert-Stiftung) (2015):** Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>
- Fox S, Brenner J (2012):** Family Caregivers Online. Pew Research Centre; www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2012/PIP_Family_Caregivers_Online.pdf
- Giese A, Uyar M, Henning BF, Uslucan HH et al. (2015):** Wie schätzen stationäre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Kultursensibilität in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung ein? Deutsche Medizinische Wochenschrift, Vol. 140, Ausgabe 2, 14–20
- Glodny S, Yilmaz-Aslan Y (2014):** Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H et al. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Berlin: De Gruyter, 248–254
- Grove NJ, Zwi AB (2006):** Our Health and Theirs: Forced Migration, Othering and Public Health. Social Science and Medicine, Vol. 62, No. 8, 1931–1942
- Horn A, Schaeffer D (2013):** Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-150.pdf
- Kohls M (2012):** Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.); www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile
- Kronenthaler A (2016):** Ergebnisse des BMBF-geförderten Projektes Caremi. Posterpräsentation bei der Veranstaltung „Alter und Migration“ der LAGES in Stuttgart am 23. September 2016; www.caremi.de/Ergebnisposter-CarEMI-de.pdf
- Kurt M, Tezcan-Güntekin H (2017):** Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im kulturellen Kontext. In: Meißner A (Hrsg.): Begutachtung und Pflegebedürftigkeit. Göttingen: Hogrefe
- Mayer O, Becker I (2011):** Pflegeberatung von russischsprachigen Migranten aus der GUS. Hamburg: Diplomica Verlag
- Okken PK, (2007):** Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege durch türkische Migrantinnen und Migranten – eine empirische Analyse der Begutachtungen der Pflegeversicherung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Westfalen-Lippe. Diplomarbeit, Fachhochschule Vechta
- Okken PK, Spallek J, Razum O (2008):** Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 369–422
- Quenzel G, Schaeffer D, Messer M, Vogt D (2015):** Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Ausgabe 9, 951–957
- Schenk L (2014 a):** Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.); www.zqp.de → Projekte → Migration und Pflege → Pflegevorstellungen von Migranten
- Schenk L (2014 b):** Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.); www.zqp.de → Projekte → Migration und Pflege → Pflegesituation von Migranten
- Schimany P et al. (2012):** Ältere Migrantinnen und Migranten – Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven, Forschungsbericht 18 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, 249; www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse; www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile

Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J, Razum O (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (Hrsg.); www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-svr-studie.pdf?__blob=publicationFile&v

Tezcan-Güntekin H, Razum O (erscheint voraussichtlich 2017): Empowering Self-Management-Competencies of Turkish Family Caregivers of People with Dementia (Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger von türkeistämmigen Menschen mit Demenz)

Ulusoy N, Gräbel E (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – Ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, Heft 5, 330–338

WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice; apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua

Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Bräher E (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. Das Gesundheitswesen, Jg. 66, Heft 2, 85–92

Zimmermann HP (2010): Kulturelle Plastizität des Alters. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Altersbilder in der Gesellschaft. 86–112

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 22. März 2017)

DIE AUTOREN



Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin,

Jahrgang 1977, studierte von 1997 bis 2005 Soziologie und Erziehungswissenschaften an der Technischen Universität Berlin und promovierte 2011 an der Universität Bielefeld. Derzeit schließt sie ihre zweite Promotion ab. In den vergangenen Jahren war sie am Institut für Neurowissenschaften am Forschungszentrum Jülich, am Institut für Gerontologie in Dortmund und am Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin an der Universität Tübingen tätig. Seit 2013 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Demenz und Migration, transnationale Versorgung, diversitätssensible Pflege sowie Selbstmanagement pflegender Angehöriger.



Dr. Jürgen Breckenkamp,

Jahrgang 1958, studierte von 1990 bis 1994 Gesundheitswissenschaften, promovierte 1998 (Dr. PH) und machte 2001 bis 2003 den Master of Science in Epidemiologie an der Universität Bielefeld. Von 1994 bis 2001 arbeitete er im Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik der Universität Bielefeld, von 2001 bis 2002 im Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Dezernat 2.3 „Gesundheitsindikatoren und -daten (Iögd)“, Bielefeld, und seitdem in der Arbeitsgruppe Epidemiologie und International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Sein Themenschwerpunkt ist Migration und Gesundheit.