

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 73-81



7	Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund.....	73
	<i>Hürrem Tezcan-Güntekin und Oliver Razum</i>	
7.1	Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund.....	73
7.2	Pflegerische Bedürfnisse heterogener Bevölkerungsgruppen	74
7.3	Pflegesituation und pflegerische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund	75
7.4	Demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund als besondere Herausforderung	77
7.5	Notwendige Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungs- strukturen.....	79

7 Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

Hürrem Tezcan-Güntekin und Oliver Razum

Abstract

Die Zahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund wird in den kommenden Jahren ansteigen. Die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe sind heterogen. Pflegerische Versorgungsstrukturen sollten nicht auf spezifische Bedürfnisse von Personen bestimmter Herkunft ausgerichtet sein, sondern die Vielfalt in der Bevölkerung sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund berücksichtigen. Die Sensibilisierung der Wahrnehmung von Pflegefachpersonen gegenüber individuellen Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen und die kontinuierliche (Weiter-)Entwicklung einer diversitätssensiblen Haltung sollten gefördert werden, um eine bedürfnisorientierte Pflege unterschiedlicher Menschen zu gewährleisten.

The number of individuals with a migration background in need of care will increase over the coming years. The needs of this population group are heterogeneous. Nursing care services should recognize the diversity of the population with or without migration backgrounds rather than address the specific needs of migrant groups. The sensitization of the nursing care personnel's awareness towards the individual requirements of people in need of care should be promoted. Supporting a lifelong development of a diversity-sensitive attitude will ensure need-oriented nursing care for a diverse population.

7.1 Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund unterliegen wie die Gesamtbevölkerung in Deutschland der demografischen Alterung (Schimany et al. 2012). Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Betrug der Anteil der 60-Jährigen und älteren unter den Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 1970 knapp 1,9 %, stieg dieser Anteil bis zum Jahr 2011 auf 10,1 %. Schätzungen zufolge wird im Jahr 2030 etwa jeder vierte Mensch mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter sein (BMFSFJ 2000).

Mit der Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund steigt auch in dieser Bevölkerungsgruppe die Wahrscheinlichkeit, an einer chronischen Krankheit zu erkranken oder pflegebedürftig zu werden. Verlässliche Zahlen zu dieser Gruppe liegen nicht vor, da die Pflegestatistiken den Migrationshintergrund nicht erfassen. Schätzungen zufolge ähnelt der Anteil der Pflegebedürftigen dem in der Gesamtbevölkerung (BAMF 2012). Das Durchschnittsalter für Pflegebedürftigkeit liegt bei

Menschen mit Migrationshintergrund bei 62,1 Jahren und damit etwa zehn Jahre unter dem in der autochthonen Bevölkerung, das bei 72,7 Jahren liegt. Ein Grund dafür ist die unterschiedliche Alterstruktur der beiden Bevölkerungsgruppen. Zudem könnte der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit früher liegen (BMG 2011).

7.2 Pflegerische Bedürfnisse heterogener Bevölkerungsgruppen

7

In der aktuellen öffentlichen Diskussion und häufig auch in wissenschaftlichen Studien wird oft unterstellt, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund

- a) einheitlich sind,
- b) sich grundsätzlich von den Bedürfnissen der Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheiden,
- c) in erster Linie mit der Herkunft der Menschen zusammenhängen.

Diese Annahmen sollen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Diversitätsmerkmale für die pflegerische Versorgung diskutiert werden.

Der Diskurs um kultursensible Pflege hat in den letzten Jahren zugenommen. Das deutsche Pflegesystem steht vor bedeutenden Herausforderungen, da in den kommenden Jahren mehr Pflegebedürftige unterschiedlicher Herkunft pflegerisch versorgt werden müssen, die Inanspruchnahme vorhandener pflegerischer Angebote durch diese Bevölkerungsgruppen aber bisher nicht hoch ist (BMG 2011). Bisherige Studien geben aufgrund von Limitationen des Studiendesigns nur begrenzt Antworten auf Fragen, wie pflegerische Angebote künftig ausgestaltet werden sollten. Die Untersuchungen waren meist auf türkei- oder russischstämmige Menschen fokussiert, da es sich hierbei um die größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland handelt (z.B. Carnein und Baykara-Krumme 2013; Schenk 2014a). Auch war die Teilnahmebereitschaft an Studien unter Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt gering. Des Weiteren handelt es sich meist um qualitative Studien, die nur mit sehr kleinen Stichproben durchgeführt werden können. Diese Studien fanden konkrete Bedürfnisse, die auf die kulturelle Prägung zurückgeführt wurden. Ein Fehlschluss wäre, davon ausgehend Aussagen über die Bedürfnisse einer ganzen Bevölkerungsgruppe oder der Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund abzuleiten und vielleicht in einem weiteren Schritt spezifische Angebote für diese Bevölkerungsgruppen zu entwickeln. Viele der in der Vergangenheit für eine spezifische Bevölkerungsgruppe konzipierten pflegerischen Angebote, die vermeintlich genau die Bedürfnisse z.B. türkeistämmiger Menschen befriedigen sollten, wurden nicht oder nicht in dem erwarteten Umfang in Anspruch genommen (Protschka 2012). Darüber, weshalb diese Angebote nicht im geplanten Umfang angenommen wurden, gibt es wenig Erkenntnisse.

Die bisherigen Erfahrungen mit pflegerischen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund werfen zum einen die Frage auf, wie bedürfnis- und nutzerorientierte pflegerische Leistungen aussehen müssen, damit sie von Menschen mit

unterschiedlichen kulturellen Prägungen, sexueller Orientierung, Geschlecht, Religionszugehörigkeiten, unterschiedlichen biografischen Hintergründen und Erfahrungen und anderen Diversitätsmerkmalen angenommen werden. Zum anderen laden sie ein, die Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsangebote nicht im Sinne eines Konsumentenmodells von Versorgern und Konsumenten zu verstehen, sondern ausgehend von der Lebenswelt der pflegebedürftigen Person die Familie als Wohlfahrtsproduzent zu stärken (vgl. Kunstmann 2010). Dies würde zu einem Paradigmenwechsel führen, der das Wechselspiel von der Schaffung passender Angebote und (trotzdem) fehlender Inanspruchnahme überwindet und den Fokus darauf richtet, das Handeln der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen innerhalb ihrer Lebenswelt zu verstehen. Dies würde für ein besseres Verständnis für das Inanspruchnahmeverhalten dieser Bevölkerungsgruppe sorgen und im Sinne einer Diversitätssensibilität auch den Blick auf die Bedeutung der Lebenswelten von Menschen ohne Migrationshintergrund für ihr Handeln und ihre Entscheidungen im Hinblick auf Pflege richten.

7.3 Pflegesituation und pflegerische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund

Pflegerelevante Bedürfnisse stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zu den Angeboten. Sie sind vielfältig und von unterschiedlichen Faktoren abhängig – bei Menschen sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund. Bislang gibt es nur wenige Studien, die auf die Untersuchung kulturspezifischer Bedürfnisse von bestimmten Herkunftsgruppen abzielen (z. B. Carnein und Baykara-Krumme 2013; Küçük 2013; FES 2015). Die Verallgemeinerung von Bedürfnissen bestimmter Bevölkerungsgruppen wird von den wenigen vorliegenden Studien zum Thema Pflege und Migration begünstigt, da die Autoren teilweise die Bedürfnisse verallgemeinernd darstellen oder nicht auf eine Verallgemeinerung abzielende Ergebnisse qualitativer Studien falsch rezipiert und interpretiert werden. Gleichzeitig sind diese Studien aber bislang die einzige Grundlage, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei den Bedürfnissen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu erörtern.

Ein Vergleich der aktuellen Pflegesituation und der Bedürfnisse der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigt – nach dem derzeitigen Forschungsstand – hinsichtlich der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit vor allem Ähnlichkeiten auf: Drei Viertel der Menschen mit und zwei Drittel der Menschen ohne Migrationshintergrund wünschen sich, von ihren Angehörigen gepflegt zu werden. Beide Bevölkerungsgruppen wünschen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Dies bildet sich auch in aktuellen Zahlen der Pflegestatistik ab, derzufolge 71 % der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden; 67 % davon ausschließlich durch Angehörige (Statistisches Bundesamt 2013). In beiden Bevölkerungsgruppen wird die häusliche Pflege stärker durch Frauen übernommen (BMG 2011) und es sind die Frauen in beiden Bevölkerungsgruppen, denen eine gleichgeschlechtliche Pflege wichtiger ist als Männern (FES 2015; Giese et al. 2015).

Das Pflegegeld gehört zu den am meisten in Anspruch genommenen pflegerischen Angeboten (laut BMG 2011: von 79 % der Menschen mit Migrationshinter-

grund im Vergleich zu 70 % bei der autochthonen Bevölkerung). Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund unterscheidet sich darin von der autochthonen Bevölkerung, dass Pflegegeld zu einem höheren Anteil (39 % im Vergleich zu 20 % bei der autochthonen Bevölkerung) als existenzieller Lebensunterhalt bewertet wird. Das kann auf niedrigere Rentenauszahlungen aufgrund eines niedrigeren Einkommens in der beruflichen Biografie zurückgeführt werden. Bedürfnisse im Kontext kultursensibler stationärer Pflege werden bislang ausschließlich auf die Religionsausübung, Ernährung und geschlechtsspezifische Behandlung fokussiert. Wünschenswert wäre eine Ergänzung um weitere lebensweltliche oder biografische Aspekte, die für eine diversitätssensible Pflege relevant sein können (vgl. Tezcan-Güntekin et al. 2015). Ältere Menschen und Hochaltrige in beiden Bevölkerungsgruppen können traumatisierende Erfahrungen mit Krieg, Flucht, Migration, Gewalt oder Diskriminierung in der Vergangenheit gemacht haben, was vor allem Auswirkungen auf die Nutzung medizinischer Versorgungsstrukturen, aber auch auf die Akzeptanz der Abhängigkeit von einer pflegenden Person, invasiver Pflegepraktiken oder andersgeschlechtlicher Pflege haben kann (Glaesmer 2014; Radebold 2004).

Neben den Gemeinsamkeiten gibt es auch einige Unterschiede in der Situation älterer Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund von der autochthonen Bevölkerung, die eine besondere Berücksichtigung erfordern. Viele ältere Migrantinnen und Migranten haben begrenzte Kenntnisse der deutschen Sprache, wodurch es sich schwierig gestalten kann, das deutsche Pflegesystem zu nutzen und beispielsweise Pflegeberatung oder pflegeunterstützende Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei Pflegebedürftigen mit einem hohen Pflegebedarf – Migranten haben häufiger die Pflegestufe III, was auf einen höheren Pflegebedarf schließen lässt (Kohls 2012) – sind oft die pflegenden Angehörigen Ansprechpartner. Wenn es sich dabei in erster Linie um die ebenfalls ältere oder hochaltrige Ehepartnerin/den Ehepartner handelt, können sprachliche Barrieren eine Inanspruchnahme von Unterstützung verhindern. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wird bei Menschen mit Migrationshintergrund abgesehen von den sprachlichen auch durch kulturelle, finanzielle sowie institutionelle Barrieren erschwert. Die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (Glodny und Yilmaz-Aslan 2014; Kurt und Tezcan-Güntekin 2017), aber auch bereits erlebte Diskriminierungserfahrungen mit deutschen Institutionen (Razum et al. 2008; Thiel 2013) oder Scham, die eigene Bedürftigkeit zu kommunizieren (Mayer und Becker 2011), können eine Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen erschweren.

Neben dem großen Wunsch der Pflegebedürftigen, zu Hause durch Angehörige gepflegt zu werden, erwarten Menschen mit Migrationshintergrund im Fall einer Pflegebedürftigkeit ihrer Angehörigen von sich und anderen Familienangehörigen, dass die Pflege ausschließlich durch Familienmitglieder erfolgt (Carnein und Baykara-Krumme 2013). Im Unterschied zur autochthonen Bevölkerung, in der der Wunsch nach familialer Pflege ebenfalls groß ist, kommen die Angehörigen von Migranten diesem Wunsch häufiger nach – in der türkeistämmigen Bevölkerung werden Pflegebedürftige zu 98 % zu Hause durch Angehörige gepflegt (Okken et al. 2008), was auf Unterschiede in den Familienstrukturen und traditionelle Erwartungen an Familie als Ort der sozialen Unterstützung (Bilecen 2016) zurückgeführt werden kann. Auch laufen Familien Gefahr, von der Community ihrer kulturellen Herkunft ausgegrenzt zu werden, wenn sie externe Unterstützung bei der Pflege in

Anspruch nehmen (Dibelius 2013; Zielke-Nadkarni 2003). Dieser Zustand könnte sich künftig ändern (Schenk 2014b): 89 % der türkeistämmigen Befragten stimmen der allgemeinen Frage zu, dass ältere Menschen durch professionelle Pflegekräfte versorgt werden sollten, 74 % der Befragten könnten sich vorstellen, bei Bedarf ambulante Pflege zu nutzen. Diese Ergebnisse überraschen im Vergleich zur derzeitigen Nutzung von pflegerischen Angeboten. Sie lassen sich aber dahingehend interpretieren, dass auch die Bedürfnisse oder Erwartungen der Menschen mit Migrationshintergrund an die Pflegesituation einem Wandel unterliegen.

Zwischen Migrantengruppen bestehen Unterschiede: Türkeistämmige Migrantinnen und Migranten wünschen sich im Falle einer Pflegebedürftigkeit vor allem einen respektvollen und freundlichen Umgang und möglichst gleichgeschlechtliches Pflegepersonal, während sich russischstämmige Migranten in erster Linie muttersprachliche Pflege wünschen (FES 2015).

Ein zentraler Aspekt, der die Lebenswelt von Menschen mit Migrationshintergrund prägt, ist die Verortung des Lebensmittelpunktes im Herkunfts- und im Zielland. Soziale und familiäre Kontakte werden über Jahrzehnte aufrechterhalten und die familiäre Wohlfahrtsproduktion verläuft oft über die Grenzen hinweg weiter (Faist et al. 2015). Dieser Lebensstil, der geprägt ist von längeren Aufenthalten in beiden Ländern, trägt dazu bei, dass Menschen einen „transnationalen Wohlfahrts-Mix“ kreieren, indem sie die Angebote beider Länder nutzen (Strumpfen 2012, 2016). Die Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen über Ländergrenzen hinweg wird international beforscht (Sekercan et al. 2014). Aus Deutschland liegen dazu erst wenige qualitative Studien vor (Strumpfen 2016; Bilecen und Tezcan-Güntekin 2014). Eine derzeit durchgeführte Studie zeigt auf, dass ambulante Pflege bei moderatem Pflegebedarf teilweise nicht in Anspruch genommen wird, weil die Auffassung vorherrscht, dass dadurch das Pendeln gefährdet werden könnte (Tezcan-Güntekin und Razum 2017).

Zusammenfassend zeigt die derzeitige Situation in der pflegerischen Inanspruchnahme Unterschiede in der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund. Viele Bedürfnisse der Menschen beider Gruppen sind ähnlich, daneben zeichnen sich einige besondere, jedoch nicht generalisierbare Aspekte einer pflegerischen Versorgung der heterogenen Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund ab. In Zukunft ist zu erwarten, dass auch bei Familien mit Migrationshintergrund die Bereitschaft bzw. Möglichkeit, die Pflege innerhalb der Familie zu übernehmen, aufgrund sich verändernder Familienstrukturen und Erfordernisse an Mobilität abnehmen wird (Matthäi 2015; Mogar und von Kutzleben 2014).

7.4 Demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund als besondere Herausforderung

Demenzerkrankungen sind eine häufige Ursache für Pflegebedürftigkeit. Bei Menschen mit Migrationshintergrund gehen Demenzerkrankungen mit besonderen Herausforderungen einher:

- Die vielfältigen Emotionen, die bei der Vorbereitung auf und während des Migrationsaktes sowie im Anschluss daran empfunden wurden (Machleidt 2013),

können in ebendieser Intensität, wie sie bei der Migration erlebt wurden, im Rahmen einer Demenzerkrankung erinnert und erneut erlebt werden. Bei einem fehlenden Verständnis durch die pflegende Person für die teilweise traumatisch erlebte Migration kann dies im Alltag zu Schwierigkeiten im Umgang mit der erkrankten Person führen (Tezcan-Güntekin 2017).

- Wenn Menschen mit Migrationshintergrund an Demenz erkranken, sind sie mit einer dreifachen Fremdheit konfrontiert: Veränderungen, die mit dem Alter und dem Altern einhergehen, die Fremdheitsgefühle, die mit der Demenzerkrankung zusammenhängen und die Fremdheit, die durch die Migration und ihre Folgen in Verbindung steht (Dibelius und Uzarewicz 2006). Somit sind sie dreifach gefährdet, gesellschaftliche Exklusion zu erfahren.
- Die Gefahr gesellschaftlicher Exklusion kann zusätzlich dadurch verstärkt werden, dass 98 % der türkeistämmigen Pflegebedürftigen zu Hause und ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden (Okken et al. 2008).
- Ambulante und (teil-)stationäre Leistungen werden nur in geringem Maß in Anspruch genommen, was auf fehlende Informationen, sprachliche und kulturelle Barrieren, Diskriminierungserfahrungen mit deutschen Institutionen, aber auch Scham und Tabuisierung der Demenzerkrankung in der kulturellen Community zurückzuführen ist, die als sehr belastend empfunden wird (Tezcan-Güntekin und Razum 2017).
- Der Verlust der Zweitsprache Deutsch in einem oft frühen Stadium der Demenzerkrankung kann das soziale Umfeld der Erkrankten und die Möglichkeit aktiver Teilhabe und die Inanspruchnahme von Unterstützung bei der Pflege deutlich einschränken. Grund ist die Angst der Angehörigen, dass sich die pflegebedürftige Person nicht mit dem Pflegepersonal verständigen kann.
- Einer besonders starken Belastung sind pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ausgesetzt, die einen Migrationshintergrund haben. So konstatieren Piechotta und Matter, dass Pflegenden, die unterstützende Leistungen oder Selbsthilfeeinrichtungen nicht in Anspruch nehmen, durch die chronische Überforderung zu „Co-Erkrankten“ werden können (Piechotta und Matter 2008, S. 225). Der „intra- und interpsychische Ablösungsprozess gegenüber der demenzerkrankten Person“ ist „schmerzhaft, mit Scham besetzt und erfordert Zeit und professionelle Begleitung“ (Dibelius 2016, S. 127). Die Angehörigen leben oft jahrelang in einer Überlastungssituation, die ihre eigene Gesundheit gefährdet und unter anderem bedingt ist durch die fehlende Anerkennung durch Familienangehörige (Dibelius 2016). Als besonders belastend erleben die Angehörigen die Ausgrenzung durch die entsprechende Community und die sich verändernde Persönlichkeit der erkrankten Person. Auch wird Sprachlosigkeit hinsichtlich erlebter Belastungen, Bedürfnisse und möglicherweise hilfreicher Entlastung deutlich (Tezcan-Güntekin und Razum 2017).

Die Nachfrage nach unterstützenden Leistungen bei der Pflege ist aus der Perspektive von in diesem Feld tätigen Experten groß. Das bezieht sich insbesondere auf die bislang von dieser Bevölkerungsgruppe nur wenig genutzte stationäre Pflege. In einigen Großstädten existieren Angebote, die speziell die migrantischen Bevölkerungsgruppen adressieren. In ländlichen Bereichen ist eine Unterversorgung zu verzeichnen. In vielen Bereichen wie Pflegeberatung, Tagespflege und Wohngemein-

schaften sind muttersprachliche Angebote jedoch nirgends in genügender Anzahl vorhanden (Dibelius 2016; Piechotta-Henze 2016).

Die bislang im deutschsprachigen Raum durchgeführten Untersuchungen zielen auf die Angehörigen ab, die zweifellos eine zentrale Position bei der Versorgung demenzerkrankter Migrantinnen und Migranten einnehmen. Die Perspektive der Erkrankten selber wird bislang nur wenig beachtet. Zu reflektieren bleibt, dass Betroffene von Demenz – mit und auch ohne Migrationshintergrund – die Krankheit sehr unterschiedlich erleben und abhängig von ihrer Biografie heterogene Bedürfnisse haben, die ausschließlich durch eine personenzentrierte und diversitätssensible Herangehensweise befriedigt werden können. Biografische Merkmale wie Migration, aber auch andere, möglicherweise als einschneidend oder traumatisch erlebte Erinnerungen müssen in die achtsame pflegerische Versorgung einbezogen werden.

7.5 Notwendige Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungsstrukturen

Derzeit werden die Versorgungsstrukturen zunehmend hinsichtlich kultursensibler Pflege ausgerichtet, was sehr zu begrüßen ist (vgl. Zanier 2015). Die Kultursensibilität muss jedoch noch weitergehend berücksichtigt und im Sinne einer Diversitätssensibilität ausgestaltet werden. Dadurch würden die unterschiedlichen kultur-, aber auch biografie- und geschlechtsgeprägten Merkmale sowie andere vielfältige Bedürfnisse aller pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden können. Migrationshintergrund oder Kultur sind nur zwei von vielen Diversitätsmerkmalen, die Einfluss auf Lebenswelten, Bedürfnisse und Handlungsspielräume von Menschen haben. Pflegerische Versorgungsstrukturen sollen im Sinne eines „Diversity Managements“ (Broszka und Razum 2011; Razum und Saß 2015) so gestaltet werden, dass die Individualität eines Menschen mit entsprechenden pflegerischen Bedürfnissen Verständnis findet und die Betroffenen nach Möglichkeit im konkreten Alltag Unterstützung bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse erhalten.

Statt spezielle Angebote für bestimmte Migrantengruppen zu entwickeln, sollten bereits vorhandene stationäre, teilstationäre, ambulante sowie beratende pflegerische Strukturen geöffnet, intersektional und interprofessionell vernetzt werden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine diversitätssensible pflegerische Versorgung vorbereitet, sensibilisiert und weitergebildet werden.

Die Haltung und Praxis einer diversitätssensiblen Pflege ist ebenso wie die kultursensible Pflege als dauerhafter, reflexiver Prozess zu verstehen, der durch die Verantwortlichen von Pflegeangeboten initiiert und gefördert und durch Pflegekräfte im pflegerischen Alltag gelebt wird.

Zusammenfassend geht es bei der diversitätssensiblen Ausgestaltung pflegerischer Angebote nicht um das Schaffen unterschiedlicher Angebote für vermeintlich unterschiedliche, aber in sich einheitliche Menschengruppen, sondern um die Stärkung einer personenzentrierten, zugewandten und bedürfnisorientierten Pflege vielfältiger Menschen mit ebenso vielfältigen individuellen Bedürfnissen.

Literatur

- Bilecen B, Tezcan-Güntekin H. Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants. COMCAD Working Paper No.127, Bielefeld: COMCAD 2014.
- Bilecen B, Catir G, Orhon A. Turkish-German transnational social space: stitching across borders. *Popul Space Place* 2014; 21 (3): 244–56.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag 2000. Drucksache 14/4357.
- Broszka P, Razum O. Migration und Pflege. Handbuch Pflegewissenschaft. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa 2011; 429–445.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2012. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2012.pdf?__blob=publicationFile (20 August 2016).
- Bundesministerium für Gesundheit. Daten aus der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. TNS Infratest Spezialforschung 2011. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf (26 Juni 2013)
- Carnein M, Baykara-Krumme H. Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. *Z Familienforsch* 2013; 25 (1): 29–52.
- Dibelius O, Uzarewicz C. Die Pflege von Menschen höherer Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2006.
- Dibelius O. Demenz und Migration: Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Matter C, Piechotta-Henze G (Hrsg). Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri 2013; 22–31.
- Dibelius O. Expertinnen über die Lebenswelten demenziell erkrankter Migrantinnen und Migranten. In: Dibelius O, Feldhaus-Plumin E, Piechotta-Henze G (Hrsg). Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Göttingen: Hogrefe 2016: 115–34.
- Faist T, Bilecen B, Barglowski K, Sienkiewicz JJ. Safety Nets of Migrants across Borders: An Inquiry into Social Mechanisms of Inequality. *Popul Space Place* 2015; 21 (3).
- Friedrich-Ebert-Stiftung. Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Berlin 2015. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>. (29 August 2015).
- Giese A, Uyar M, Henning BF, Uslucan HH, Westhoff T, Pagnos N. Wie schätzen stationäre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Kultursensibilität in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung ein? *Deut Med Wochenschr* 2015; 140: 14–20.
- Glaesmer H. Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. Bedeutung für die psychische und körperliche Gesundheit auf Bevölkerungsebene. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47 (3): 194–201.
- Glodny S, Yılmaz-Aslan Y. Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schweger F, Heine U (Hrsg). Die Pflegeversicherung. Berlin: De Gruyter 2014; 248–54.
- Kohls M. Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht Nr. 12, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg 2012. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2012/20120302-forschungsbericht12.html> (28 August 2015).
- Küçük F. Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen in Berlin. Eine qualitative Studie zur Versorgung im häuslichen Umfeld. *Pflegewissenschaft* 2010; 6: 334–41.
- Kunstmann AC. Familale Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse. Wiesbaden: VS Verlag 2010.
- Kurt M, Tezcan-Güntekin H. Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im kulturellen Kontext. In: Meißner A (Hrsg). Begutachtung und Pflegebedürftigkeit. Göttingen: Hogrefe 2017.
- Machleidt W. Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer 2013.

- Matthäi I. Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration: Zur Lebenssituation von allein-stehenden Migrantinnen im Alter. Springer 2015.
- Mayer O, Becker I. Pflegeberatung von russischsprachigen Migranten aus der GUS. Hamburg: Diploma 2011.
- Mogar M, von Kutzleben M. Demenz in Familien mit türkischen Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. In: Z Gerontol Geriatr 2015; 48: 465–72.
- Piechotta G, Matter C. Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migrant/-innen und ihrer Angehörigen. GeroPsych 2008; 21 (H4): 221–30.
- Piechotta-Henze G. „Kontoauszüge im Kühlschrank“. Belastungen und Ressourcen von Angehörigen. In: Dibelius O, Feldhaus-Plumin E, Piechotta-Henze G (Hrsg). Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Göttingen: Hogrefe 2016; 135–64.
- Prottschka J. Kultursensible Altenpflege: Kein Ansturm auf Pflegeleistungen. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 27–8.
- Radebold H. „Kriegskinder“ im Alter: Bei Diagnose historisch denken. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (27).
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, Ulrich RE. Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2008.
- Schenk L. Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Zentrum für Qualität in der Pflege; 2014a. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment01.pdf>. (01 September 2015).
- Schenk L. Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Zentrum für Qualität in der Pflege; 2014b. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment03.pdf>. (01 September 2015).
- Schimany P, Rühl S, Kohls M. Ältere Migrantinnen und Migranten. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012. Forschungsbericht 18. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile. (05 September 2015).
- Sekercan A, Lamkaddem M, Snijder MB, Peters R, Essink-Bot ML. Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. Eur J Public Health Dec 2014; 1–7.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile. (31 August 2016).
- Strumpen S. Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: Baykara-Krumme H, Motel-Klingebiel A, Schimang P (Hrsg). Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten in alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Springer 2012; 412–33.
- Strumpen S. „Also etwas, das nicht in Deiner Hand liegt, wie ein Gast ohne Einladung“ – Alter(n)s- und Versorgungserwartungen von Pendelmigranten im Kontext von Alter, Migration, Kultur und Religion. Erscheint vorauss. 2016.
- Tezcan-Güntekin H. Interkulturelle Perspektiven auf Demenz. In: Gröning K, Sander B, von Kamen R (Hrsg). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2015; 233–49.
- Tezcan-Güntekin H, Razum O. Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger von türkeistämmigen Menschen mit Demenz. Erscheint 2017.
- Tezcan-Güntekin H. Emotionslogik der Migrationserfahrung und Bedeutung für die kultursensible Versorgung demenzkranker MigrantInnen. Erscheint 2017.
- Thiel A. Türkische Migranten und Migrantinnen und Demenz – Zugangsmöglichkeiten. In: Matter C, Piechotta-Henze G (Hrsg). Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri 2013; 48–55.
- Zanier G. Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – Kultursensible (Alten-)pflege und interkulturelle Öffnung. In Kurzdossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Focus Migration 2015. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/210999/migration-und-pflege>. (11 September 2015).
- Zielke-Nadkarni A. Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern: Huber 2003.