

Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext

Eine Studie zu türkeistämmigen muslimischen
Schlaganfallpatienten

Universitätsverlag Osnabrück



unipress

Pflegewissenschaft und Pflegebildung

Band 15

Herausgegeben von

Prof. Dr. Hartmut Remmers

Havva Mazı

Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext

Eine Studie zu türkeistämmigen muslimischen
Schlaganfallpatienten

V&R unipress

Universitätsverlag Osnabrück

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Veröffentlichungen des Universitätsverlags Osnabrück
erscheinen im Verlag V&R unipress GmbH.**

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2019 vom Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück mit dem Titel »Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext am Beispiel von türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten« als Dissertation angenommen. Sie wurde für die Veröffentlichung geringfügig überarbeitet.

© 2020, V&R unipress GmbH, Robert-Bosch-Breite 6, D-37079 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen
schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2198-6193

ISBN 978-3-8470-1042-5

für
Raci, Safa und Yunus

Inhalt

Vorwort	13
Danksagung	19
1 Einleitung	21
1.1 Strukturelle Ausgangslage	21
1.2 Barrieren bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	26
1.3 Defizite des deutschen Gesundheits- und Versorgungssystems im Hinblick auf die Versorgung chronisch Erkrankter	28
1.4 Besonderheiten der Bewältigungserfordernisse chronischer Krankheiten	29
1.5 Der Schlaganfall als chronische Krankheit	31
1.6 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	33

I Theoretischer Teil

2 Forschungsstand zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	41
3 Theorien der transkulturellen Pflege	53
3.1 Zum Kulturbegriff	53
3.2 Theoretische Grundlagen der transkulturellen Pflege	55
3.3 Theorien der transkulturellen Pflege	57
3.3.1 Das Sunrise-Modell von Leininger	58
3.3.2 Das Transkulturelle Assessment-Modell von Giger und Davidhizar	60
3.3.3 Das Purnell-Modell	61
3.3.4 Das Modell von Campinha-Bacote	62
3.3.5 3D Puzzle-Modell	64

3.3.6 Das Konzept der transkulturellen Kompetenz	66
3.3.7 Das Konzept der leiblichen Kommunikation im transkulturellen Kontext	68
3.3.8 Das Modell der systemischen Individualpflege	70
3.4 Zusammenfassende Betrachtung der theoretischen Ansätze . . .	72
4 Theorien der Bewältigung	79
4.1 Zum Begriff der Bewältigung	79
4.2 Ziele und Fragestellungen der Bewältigungsforschung	80
4.3 Historische Entwicklungslinien der Bewältigungsforschung . . .	82
4.4 Theorien der Bewältigung	83
4.4.1 Coping Konzept von Lazarus und Folkman	84
4.4.2 Salutogenese	87
4.4.3 Posttraumatisches Wachstum	88
4.4.4 Resilienz	89
4.5 Theoretische Konzepte und Modelle zur Untersuchung der Bewältigung chronischer Krankheiten in der Familie	91
4.5.1 Familienstresstheorie	92
4.5.2 Das Modell der familialen Resilienz	93
4.5.3 Das Trajektkonzept	97
4.5.4 Das Rahmenkonzept: »Themen einer resilienzorientierten Theorie der »Bewältigung« chronischer Krankheiten«	98

II Empirischer Teil

5 Methodische Vorgehensweise	103
5.1 Fragestellungen	103
5.2 Forschungsdesign: Fallrekonstruktive Familienforschung	104
5.3 Datenerhebung und Auswahl der Fälle	106
5.4 Aufbereitung und Auswertung des Datenmaterials	113
6 Globalanalyse und Typenbildung	119
6.1 Typ I: Religiös-konservative Einstellung und geschlossene Familiengrenzen	121
6.1.1 Familie Aydemir	121
6.1.2 Familie Erol	124
6.1.3 Familie Kaya	128
6.1.4 Zusammenfassung der Merkmale	131
6.2 Typ II: Religiös-konservative Einstellung und offene Familiengrenzen	133
6.2.1 Familie Tuna	133

6.2.2 Familie Toprak	135
6.2.3 Familie Bulut	140
6.2.4 Zusammenfassung der Merkmale	147
6.3 Typ III: Liberale Einstellung und offene Familiengrenzen	148
6.3.1 Familie Polat	148
6.3.2 Familie Erdem	151
6.3.3 Familie Tekin	155
6.3.4 Zusammenfassung der Merkmale	159
6.4 Typ IV: Kollektiv-liberale Einstellung und offene Familiengrenzen	160
6.4.1 Familie Engin	160
6.4.2 Zusammenfassung der Merkmale	164
7 Fallrekonstruktionen	167
7.1 Typ I – Religiös-konservative Einstellung und geschlossene Familiengrenzen: Familie Aydemir	167
7.1.1 Interviewsituation	167
7.1.2 Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gespräches	170
7.1.3 Familienbiografie	176
7.1.4 Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie	190
7.1.5 Entwicklung der Fallstrukturhypothese	206
7.1.5.1 Familiengrenzen	206
7.1.5.2 Organisation der Familie	210
7.1.5.3 Kommunikationsprozesse	211
7.1.5.4 Überzeugungen der Familie	212
7.1.5.5 Fallstrukturhypothese	214
7.1.6 Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	214
7.1.6.1 Krankheitsverständnis	214
7.1.6.2 Krankheitserleben der Familienangehörigen	217
7.1.6.3 Versorgungsgestaltung	219
7.1.6.4 Umgang mit dem Versorgungswesen	226
7.1.6.5 Umgang des Erkrankten mit der Krankheit	229
7.2 Typ II – Religiös-konservative Einstellung und offene Familiengrenzen: Familie Tuna	232
7.2.1 Interviewsituation	232
7.2.2 Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gespräches	233
7.2.3 Familienbiografie	244
7.2.4 Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie	253
7.2.5 Entwicklung der Fallstrukturhypothese	255

7.2.5.1 Familiengrenzen	255
7.2.5.2 Organisation der Familie	257
7.2.5.3 Kommunikationsprozesse	259
7.2.5.4 Überzeugungen der Familie	261
7.2.5.5 Fallstrukturhypothese	263
7.2.6 Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	264
7.2.6.1 Krankheitsverständnis	264
7.2.6.2 Krankheitserleben der Familienangehörigen	268
7.2.6.3 Versorgungsgestaltung	269
7.2.6.4 Umgang mit dem Versorgungswesen	275
7.2.6.5 Umgang der Erkrankten mit der Krankheit	278
7.3 Typ III – Liberale Einstellung und offene Familiengrenzen:	
Familie Polat	279
7.3.1 Interviewsituation	279
7.3.2 Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gesprächs	280
7.3.3 Familienbiografie	294
7.3.4 Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie . .	308
7.3.5 Entwicklung der Fallstrukturhypothese	317
7.3.5.1 Familiengrenzen	317
7.3.5.2 Organisation der Familie	321
7.3.5.3 Kommunikationsprozesse	322
7.3.5.4 Überzeugungen der Familie	323
7.3.5.5 Fallstrukturhypothese	329
7.3.6 Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	330
7.3.6.1 Krankheitsverständnis	330
7.3.6.2 Krankheitserleben der Familienangehörigen	332
7.3.6.3 Versorgungsgestaltung	333
7.3.6.4 Umgang mit dem Versorgungswesen	338
7.3.6.5 Umgang des Erkrankten mit der Krankheit	341
7.4 Typ IV – Kollektiv-liberale Einstellung und offene Familiengrenzen: Familie Engin	343
7.4.1 Interviewsituation	344
7.4.2 Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gesprächs	346
7.4.3 Familienbiografie	354
7.4.4 Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie . .	363
7.4.5 Entwicklung der Fallstrukturhypothese	372
7.4.5.1 Familiengrenzen	372
7.4.5.2 Organisation der Familie	375
7.4.5.3 Kommunikationsprozesse	378

7.4.5.4 Überzeugungen der Familie	380
7.4.5.5 Fallstrukturhypothese	382
7.4.6 Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	383
7.4.6.1 Krankheitsverständnis	383
7.4.6.2 Krankheitserleben der Familienangehörigen	385
7.4.6.3 Versorgungsgestaltung	390
7.4.6.4 Umgang mit dem Versorgungswesen	399
7.4.6.5 Umgang des Erkrankten mit der Krankheit	401
8 Kontrastierung der Typologien	403
8.1 Zusammenfassende Darstellung der rekonstruierten Fälle	404
8.2 Kontrastierung der Typologien anhand der rekonstruierten Fälle	413
8.2.1 Schlaganfallereignis als Krise und Reaktionen der Familien	413
8.2.2 Krankheitserleben in den Familien	419
8.2.3 Versorgungsgestaltung und Nutzung des Versorgungswesens	422
9 Darstellung der Ergebnisse	427
9.1 Bedeutung einer chronischen Krankheit für Erkrankte und ihr Umgang mit der Krankheit	427
9.2 Auswirkungen chronischer Krankheit auf das Familienleben	431
9.3 Herausforderungen für die Angehörigen bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit	434
9.4 Ressourcen der Familien bei der Bewältigung chronischer Krankheiten	439
10 Diskussion der Ergebnisse	453
11 Schlussfolgerungen	467
12 Reflexion des Forschungsprozesses und Limitationen der Arbeit	477
13 Literatur	483

Vorwort

Mit diesem von Frau Havva Mazı vorgelegten neuen Band der Schriftenreihe weitet sich der wissenschaftliche Blick auf eine uns immer noch wenig vertraute soziale Welt. Es sind türkeistämmige Familien, die ihren an den Folgen eines Schlaganfalls leidenden Angehörigen in unterschiedlicher Weise Unterstützung und Hilfe leisten. Es handelt sich um familiäre Pflege im Migrationskontext, der in der einen oder anderen Weise Fremdheitsphänomene birgt. Was aber hat es mit Phänomenen der Fremdheit überhaupt auf sich?

Die Erfahrung von Fremdheit geht sehr häufig mit Verunsicherungen bisher als selbstverständlich erachteter Alltagsorientierungen, Gewissheiten und Gewohnheiten einher. Allerdings wohnt der Erfahrung von Fremdheit auch ein besonderes Anregungspotenzial der Entfaltung von Fantasie, auch von Selbstreflexion inne. So haben sich etwa Repräsentanten der europäischen Aufklärung von zahlreichen Berichten aus der Fremde inspirieren lassen in ihrer Kritik seinerzeit unhaltbarer, vielerlei menschliche Leiden verursachender Zustände. Erinnert sei allein an Diderots berühmten *Nachtrag zu ›Bougainvilles Reise‹*, die ihm, gewiss nicht ohne Überspitzungen, als Folie einer Anklage sittlicher Verderbnis, der Qualen einer als »Maschine« erstarrten Gesellschaft galt. Fremdheitserfahrungen werden also bereits hier als Agens einer seither etablierten europäischen Tradition der Kulturkritik verarbeitet.

Wissenschaftsgeschichtlich gewendet, haben Entdeckungen des Neuen und damit befremdlich Wirkenden, also alles dessen, was mit bisherigen Selbstverständlichkeiten, Regeln, Gesetzmäßigkeiten oder auch ›Paradigmen‹ (Thomas Kuhn) einer Forschungsgemeinschaft unvereinbar schien, als Auslöser wissenschaftlicher Neugier gewirkt. Ihre kulturbildenden Effekte zeigen sich überdies in perspektivischen Erweiterungen des Blicks auf das Leben als ›Überraschungsfeld‹. Diese Einsichten zuspitzend, könnte man sogar behaupten, dass Migrationsgesellschaften ein Potenzial der Selbsterkenntnis in der Weise entbinden, dass durch (wechselseitige) Fremdheitserfahrungen ausgelöste Irritationen und Verunsicherungen zum Anlass einer (Selbst-)Distanzierung genommen werden, die es erlaubt, bislang in herkömmlichen Lebenszusammen-

hängen Verborgenes oder auch Verdecktes zu erschließen und anzueignen. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass normative Anschauungen und Definitionen dessen, was bislang als gültiger, gemeinsam eingelebter und geteilter Erwartungshorizont der gesellschaftlichen Alltagspraxis galt, in Frage gestellt werden. Wenn Erfahrungen der Fremdheit ein Selbstaufklärungspotenzial in sich bergen, so sind damit Lernprozesse gemeint, die sich einstellen, wenn Menschen sich dazu veranlasst sehen, sich selbst und ihre Umgebung mit anderen Augen zu betrachten.

So jedenfalls ist es uns auch in unseren regelmäßigen Forschungskolloquien an der Universität Osnabrück ergangen, wenn Frau Havva Mazı wiederkehrend neuere Ergebnisse ihrer Untersuchungen vorstellte. Und ich möchte nicht ausschließen, dass auch sie selbst als klinisch erfahrene türkeistämmige Gesundheitswissenschaftlerin trotz hoher Vertrautheit mit ihrem Forschungsfeld manche irritierenden Entdeckungen hat machen können. Denn die von ihr untersuchten türkeistämmigen Familien mit einem unter einer Schlaganfallerkrankung leidenden Angehörigen nach Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik stellen keine monolithische, geschweige denn homogene Gruppe dar.

Man mache sich klar: Der türkeistämmige Anteil der Bevölkerung Deutschlands betrug im Jahr 2015 etwa 2,9 Mio. Personen. Auch dieser Bevölkerungsteil altert mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, wobei jedoch die Alterung dieser Gruppe etwa 10 Jahre früher einsetzt als bei der einheimischen Bevölkerung. Hinzu kommt, dass ihre soziale Lage schlechter ist, ihre Bildungsabschlüsse niedriger sind, obgleich sich hier tendenzielle Anstiege verzeichnen lassen, und die sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten zumindest der älteren Generation eingeschränkter sind. Als bedeutsam gelten die zu einem beachtlichen Grad niedrigeren Gesundheitskompetenzen, die auch zu einer Erschwernis beim Zugang zu Gesundheitseinrichtungen führen. Besonders beachtet werden sollte, dass personelle und familiäre Ressourcen Einfluss auf die Gesundheit und das Bewältigungsverhalten erkrankter und pflegebedürftiger Personen haben. Das Unterstützungsverhalten des familialen Umfeldes spielt also eine erhebliche Rolle.

Nun hat die psychologische Coping-Forschung zeigen können, dass religiöse Einstellungen und Traditionen zumindest eine moderierende Funktion im individuellen sowie sozialen Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen haben. Es scheint daher bedeutsam zu sein, den kulturell geprägten Infrastrukturen unterstützender Familiensysteme als Versorgungssysteme größere Aufmerksamkeit zu schenken. Dies gilt zum einen deshalb, um ein besseres Verständnis sozial und kulturell variierender Voraussetzungen des Krankheitsbewältigungsverhaltens im türkischstämmigen Familienkontext zu gewinnen; zum anderen deshalb, weil erst unter diesen Bedingungen wissenschaftlicher Aufklärung eine gezielte professionelle Beratung und Versorgungsgestal-

tung für betroffene Personen, ihre Angehörigen und ihr weiteres soziales Umfeld möglich ist.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die Studie von Frau Mazı zwei übergeordnete Ziele: »Analyse des Krankheitserlebens und des Umgangs mit einer chronischen Krankheit seitens türkeistämmiger muslimischer Patienten und Angehöriger; Analyse der zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Unterstützungserfordernisse von türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten und ihren Angehörigen bei der Bewältigung einer chronischen Erkrankung.«

Es ist das besondere Verdienst dieser qualitativ tief bohrenden und sehr differenziert vorgehenden Untersuchung, welche methodisch an die ressourcenorientierte fallrekonstruktive Familienforschung von Hildenbrand (1999) anknüpft, dass sie sich auf theoretisch weit verzweigte Ansätze sowohl der »transkulturellen Pflege« als auch einer »resilienzorientierten ›Bewältigung‹ chronischer Krankheiten« stützt. Vor diesem Hintergrund kann Frau Mazı, jeweils fallbezogen, bestimmte soziale und kulturelle Infrastrukturen eines Familiensystems erschließen, welches nicht nur unterstützende, sondern möglicherweise auch, gemäß dem Modell familialer Resilienz, protektive Funktionen zu leisten vermag.

Die Befunde sind bemerkenswert: Unterschiedliche Bewältigungsformen sind in einem engen Zusammenhang mit strukturell variierenden familialen Kontexten sowie Grundeinstellungen zu sehen. Stärker noch überrascht, dass gewisse typologische Merkmale einer Familie, für sich betrachtet, keineswegs die Organisationsform und Stabilität familialer Unterstützung und Pflege vorhersagen lassen. Skepsis gegenüber migrationsspezifischen Versorgungskonzepten in Pflege und Rehabilitation ist dann geboten, wenn religiöse oder kulturelle Voraussetzungen eines familialen Versorgungssystems überakzentuiert werden. ›Kultursensible‹ Ansprüche laufen Gefahr, die erkrankte Person ebenso wie ihre Familienangehörigen in einer bloß passiven Rolle wahrzunehmen und dabei ihre Partizipationsbedürftigkeit und -fähigkeit (als ein Agens von Krankheitsbewältigung) zu übersehen. Auf typologisierende Weise kann dagegen Frau Mazı zeigen, in welchem Maße Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung einem von Fall zu Fall variierenden *Muster* gleichen; einem *Muster*, das durch bestimmte Binnenstrukturen der Familie, durch Umorganisation ihrer Interaktions- und Versorgungsformen, durch ihr Nutzungsverhalten und gewiss auch durch sinnstiftende Orientierungssysteme geprägt wird.

Daraus ergeben sich in meinen Augen überraschende Schlussfolgerungen: Sensibilität für Migrationsspezifika ist nur sehr bedingt ein Ausweis von Professionalität gesundheitsberuflichen Handelns. Jenseits der Fixierung auf kulturelle Besonderheiten scheint es darauf anzukommen, jene besagten *Muster* in Abhängigkeit von komplexen persönlichen und familialen Lebensbedingungen und Lebensformen, die eine gewisse Plastizität und biografische Historizität

aufweisen, von Fall zu Fall zu erkennen und zu berücksichtigen. Darin scheint mir ein bedeutsames transkulturelles Ergebnis der Arbeit von Frau Mazı zu bestehen. Unterstrichen wird damit ein Desiderat der Professionsforschung. So sind in den Augen Manfred Hülksen-Gieslers auf dem Wege typisierenden Verstehens von Einzelfällen gewonnene Aussagen in idealtypische Problemlösungsstrategien zu überführen und diese der pflegeberuflichen Praxis zur Verfügung zu stellen.

Dabei ist die Erfahrung von Fremdheit – um noch einmal an unsere Eingangsüberlegungen anzuschließen – keineswegs auf Migrationskontexte beruflichen Handelns zu beschränken. Auch im Kontext unserer Lebenswelt, die durch ein breites Set an soziale Integration und Sicherheit stiftenden Hintergrundüberzeugungen charakterisiert ist, fungieren intakte kommunikative Infrastrukturen gewissermaßen als Basis einer kooperativen Aushandlung von Situationsdefinitionen zwischen Personen, die sich in vielen Fällen wenig vertraut, dagegen eher fremd sein können. Lebensweltlich fundierten Verständigungsprozessen ist gewissermaßen die Vernunft eines interpretatorischen Umgangs mit Ungewohntem, Überraschendem inhärent. Nicht anders lassen sich nicht-instrumentalistische Lernprozesse im Sinne eines erweiterten Weltverständnisses begründen.

Wenn gegenwärtig Kultur, einem nicht-essentialistischen Verständnis gemäß, mehr und mehr als ein Prozess der Verflüssigung relativ starrer Codierungen begriffen wird, dann eröffnet sich damit erst eine Perspektive des Transkulturellen im Sinne einer Suche nach einem gemeinsamen Deutungsverständnis bei gleichzeitiger Anerkennung eines möglicherweise unauflöslichen Restes an Divergenz. Darüber belehrt uns zum einen eine jüngste Publikation zur Lehre Gottes im Koran im historisch-kritischen Vergleich mit der biblischen Lehre, welche dabei charakteristische Revisionen erfuhr mit dem Ergebnis einer neuen, in sich geschlossenen Verhaltensorientierung in einer unvergleichlich poetischen Sprache.¹ Freilich lassen sich Divergenzen, schon der Logik nach, einzig durch die Bezeichnung eines Identischen markieren.

Über das Transkulturelle haben des Weiteren mich persönlich jene mystischen Betrachtungen des Maulana Dschelaladdin Rumi (1207–73) belehrt, die sich als lockere Kommentare des Korans verstehen, deren Reiz zugleich aus ihrer alltagspraktischen Nähe resultiert.² Allein in den Ausführungen seiner ersten Rede zum menschlichen »Unterscheidungsvermögen«, das sich nur mehr unter Bedingungen freundschaftlicher Vertrauensverhältnisse zu bilden vermag, wird die Nähe zur großen literarischen Tradition der Maximenlehre unterhalb einer

1 Jack Milles: Gott im Koran (Orig.-Ausgabe: *God in the Qur'an*, 2018). Hanser: München 2019.

2 Maulana Dschelaladdin Rumi: Von Allem und vom Einen. Aus dem Persischen und Arabischen übersetzt von Annemarie Schimmel. 6. Aufl., Dietrichs: München 2008.

theologisch oder philosophisch artikulierten Moral erkennbar. – Frau Mazi möchte ich ausdrücklich für die Anregung zu dieser Lektüre danken, die mir zeigt, dass Wissenschaft und Forschung ein intellektuelles Unternehmen auf Gegenseitigkeit sind.

Osnabrück, im August 2019

Hartmut Remmers

Danksagung

Diese Arbeit konnte nur mit Unterstützung von einigen Personen zustande kommen, bei denen ich mich an dieser Stelle bedanken möchte.

An erster Stelle bedanke ich mich bei den Familien, die an dieser Studie teilgenommen haben. Sie haben mir ihr Vertrauen entgegengebracht, die Türen zu ihrem Zuhause geöffnet und ihre Lebensgeschichten mit mir geteilt. Einige von diesen Menschen sind leider nicht mehr unter uns. Sie mögen in Frieden ruhen.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Hartmut Remmers für seine Unterstützung und langjährige Begleitung meiner Arbeit. Seine wertvollen Hinweise und Anmerkungen habe ich immer als Bereicherung empfunden. Außerdem bedanke ich mich herzlichst für seinen Einsatz bei der Veröffentlichung meiner Arbeit und seine großzügige finanzielle Unterstützung für den Druckkostenzuschuss.

Bei Frau Prof. Dr. Katja Makowsky bedanke ich mich für die Zweitbegutachtung und ihre Ratschläge in der letzten Phase meines Promotionsstudiums. Frau Prof. Dr. Christa Büker danke ich für ihre Unterstützung mit Wort und Tat. Seit meinem Masterstudium stand sie mir immer zur Seite und ermutigte mich zu einem Promotionsstudium.

Den Neuropsychologinnen Frau Gabriele Kroll und Frau Dr. Beate Rieger danke ich für die zahlreichen Gespräche und Diskussionen.

Bei meiner Familie möchte ich mich herzlichst bedanken. Ohne sie wäre es mir gar nicht möglich gewesen, einem Promotionsstudium nachzugehen und schließlich diese Arbeit anzufertigen. Vor allem ohne meinen Mann, Atif Raci Mazı, der mich seit 30 Jahren auf meinem Weg unermüdlich begleitet. Auch bei meinen Kindern Safa und Yunus bedanke ich mich ganz herzlich. Während meines Promotionsstudiums haben sie mich nicht nur durch ihr Verständnis, sondern auch durch fachliche Diskussionen und konstruktive Kritiken unterstützt. Besonders Safa bin ich für die zahlreichen Gespräche auch auf intellektueller Ebene und seine sprachliche Unterstützung zu großem Dank verpflichtet.

1 Einleitung

1.1 Strukturelle Ausgangslage

Im Jahr 2015 betrug die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund¹ in Deutschland 17,1 Millionen. Dies sind 723.000 Personen mehr als im Vorjahr und entspricht einem Anstieg des Anteils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von 20,3 % auf 21 %. Mit einem Anteil von 16,7 % stammen die meisten Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 7). Im Jahr 2015 lebten in Deutschland zwischen 4,4 und 4,7 Millionen Muslime². Bei einer Gesamtbevölkerung in Deutschland von 82,2 Millionen macht der Anteil der Muslime im Jahr 2015 zwischen 5,4 % und 5,7 % aus. Die in Deutschland lebenden Muslime kommen aus unterschiedlichen Weltregionen und stellen eine heterogene Gruppe dar. 2,3 Millionen Muslime stammen aus der Türkei und bilden mit einem Anteil von 50,6 % aller Muslime die mit Abstand größte Gruppe innerhalb der muslimischen Bevölkerung in Deutschland (vgl. Stichs 2016, S. 29). Da türkeistämmige Muslime den größten Teil innerhalb der muslimischen Migranten bilden, werden in den folgenden Ausführungen die Erkenntnisse und Forschungsergebnisse – soweit vorhanden – über diese Migrantengruppe hervorgehoben.

Die gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit von Migranten in Deutschland
Viele Migranten türkischer Herkunft sind infolge der staatlichen Anwerbungsprozesse nach Deutschland ausgewandert. Obwohl sie ihren Aufenthalt nur für einen bestimmten Zeitraum geplant hatten, ist eine Rückkehr aus unter-

1 Der Begriff »Migrationshintergrund« meint »Personen, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind sowie alle in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem Elternteil, der zugezogen ist oder der als Ausländerin bzw. Ausländer in Deutschland geboren wurde« (Statistisches Bundesamt 2013, S. 64).

2 Zur besseren Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf der Arbeit ausschließlich die männliche Form als allgemeine Bezeichnung für beide Geschlechter benutzt.

schiedlichen Gründen immer wieder verschoben worden. Durch den Familienzuzug haben sich viele Migranten in Deutschland niedergelassen (vgl. Tüsün 2002, S. 91). Angeworbene Arbeitsmigranten wurden vor ihrer Einreise durch medizinische Untersuchungen auf ihre Belastbarkeit im Hinblick auf die für sie vorgesehene Tätigkeit geprüft (vgl. ebd., S. 90; vgl. Reeg 1984, S. 158f.). Aufgrund dieser Selektion waren die Arbeitsmigranten anfangs sogar in einem besseren gesundheitlichen Zustand als die vergleichbare einheimische Bevölkerung im Aufnahmeland. Sie wurden häufig ungünstigen, zum Teil gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen und psychosozialen und finanziellen Belastungen ausgesetzt. Bereits in den 80er Jahren wird berichtet, dass die sogenannte erste Generation der Arbeitsmigranten vorgealtert ist (vgl. Leyer 1988, S. 102). Mitte der 2000er wurde ein früheres und häufigeres Auftreten chronischer und geriatrischer Krankheiten bei diesen Personen im Vergleich zu älteren Deutschen prognostiziert (vgl. Glodny / Razum 2008, S. 140; vgl. Dietzel-Papakyriakou / Olbermann 2005, S. 310). Parallel dazu wurde auf die Notwendigkeit von speziellen Versorgungskonzepten für Migranten hingewiesen, um der demographischen und gesundheitlichen Entwicklung in dieser Bevölkerungsgruppe zu entgegnen (vgl. Dietzel-Papakyriakou / Olbermann 2005; vgl. Görres / Hasseler 2008, S. 182; vgl. Mazı 2013).

In der Pflegestatistik wird ein Migrationshintergrund nicht als Merkmal erfasst. Daher liegen über die Zahl der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund nur Schätzungen vor. Ausgehend von dem gleichen Anteil der Pflegebedürftigen wie bei dem generellen Verhältnis zwischen den Einheimischen und der Migrantenbevölkerung schätzen Tezcan- Güntekin et al. (2015, S. 9) anhand der Daten des Mikrozensus von 2009 und der Pflegestatistik, dass es etwa 200.000 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund gibt. Dies entspricht 8,6 % aller Pflegebedürftigen in Deutschland. Weiterhin prognostizieren die Autoren, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bis zum Jahr 2030 verdoppeln wird (vgl. ebd., S. 4). Da im hohen Alter auch das Risiko einer Pflegebedürftigkeit steigt, bestätigen Schimany et al. (2012, S. 111) dies mit ihrer Prognose, dass bis in die 2030er Jahre ein Anstieg des Anteils älterer Personen mit Migrationshintergrund von 8 % auf 15 % erwartet wird. Entsprechend der oben genannten Prognose tritt die Pflegebedürftigkeit bei diesen Migranten mit 62,1 Jahren etwa zehn Jahre früher als bei Einheimischen ein (vgl. Tezcan-Güntekin et al. 2015, S. 9), was auf höhere gesundheitliche Belastungen im Alter und schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden kann (vgl. Robert Koch Institut 2015, S. 181).

Die oben genannten Schätzungen basieren auf den vergebenen Pflegestufen bei den Antragstellern. Hier stellt sich die Frage, ob die vermuteten Verteilungen verlässlich sind und die reale Pflegebedürftigkeit bei Personen aus der Migrantenbevölkerung widerspiegelt wird. So stellen Okken et al. (2008) fest,

dass Antragsteller mit türkischem Migrationshintergrund »seltener als pflegebedürftig eingestuft werden als die der nicht türkischen« (Okken et al. 2008, S. 416). Vergleichbare Ergebnisse liefert eine von Okken (2007) durchgeführte Untersuchung, die besagt, dass bei türkischen Fällen vergleichsweise niedrigere Pflegestufen vergeben werden und ihnen häufiger die niedrigste Pflegestufe (Pflegestufe I) zugewiesen wird als nicht türkischen Antragstellern (vgl. Okken et al. 2008, S. 416). Dies lässt Zweifel aufkommen, ob Begutachtungsverfahren bei türkischen und nicht türkischen Fällen auf die gleiche Weise verlaufen (vgl. ebd., S. 418).

Soziale Lage von Migranten

Die Lebensqualität und die Chancengleichheit von Bevölkerungsgruppen werden im erheblichen Maß durch ihre soziale Lage bestimmt (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016, S. 28). Die soziale Lage geht mit der Kompetenz, die Gesundheitsangebote rechtzeitig und effektiv zu nutzen, einher und ist besonders für Menschen aus randständigen Milieus von hoher Bedeutung. Informationsdefizite über Versorgungsmöglichkeiten und unzureichende Handlungskompetenzen vergrößern die gesundheitliche Ungleichheit (vgl. Bauer et al. 2005, S. 187; vgl. Mazi 2013). Einkommen und Bildung als Indikatoren für die soziale Lage haben eine große Bedeutung für die Gesundheit. Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und die Möglichkeiten zur Vorsorge und der sozialen Absicherung hängen eng mit dem Einkommen zusammen. Außerdem beeinflusst das Einkommen die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das psychosoziale Wohlbefinden, die soziokulturelle Integration und Teilhabe (vgl. Lampert et al. 2016, S. 302).

Seit langem ist die Tatsache bekannt, dass Migranten sich häufig in einer schlechteren sozialen Lage als die Mehrheit der Bevölkerung in der Aufnahmegesellschaft befinden. Ihre soziale Benachteiligung lässt sich insbesondere an den Haushaltseinkommen, den Bildungsabschlüssen und der Arbeitslosenquote erkennen (vgl. Spallek / Razum 2008, S. 274). Thum et al. (2015, S. 7) stellen deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund bezüglich ihrer Stellung auf dem Arbeitsmarkt fest. Personen mit Migrationshintergrund sind häufiger in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig und ihr Arbeitseinkommen fällt im Durchschnitt geringer aus. Außerdem sind sie in höherem Maß durch eine Arbeitslosigkeit gefährdet, was vor allem auf ihr im Durchschnitt niedrigeres Qualifikationsniveau zurückzuführen ist.

Die Daten des Mikrozensus zu den Schulabschlüssen junger Menschen im Alter zwischen 15 und unter 20 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund weisen darauf hin, dass die Anzahl der Personen mit Migrationshintergrund, die einen mittleren beziehungsweise höheren Abschluss erreicht haben, beispie-

weise die Fachhochschulreife oder das Abitur, im Vergleich zu früheren Jahren gestiegen ist. Trotz dieser positiven Entwicklung bestehen weiterhin deutliche Unterschiede zwischen den Abschlussarten in beiden Gruppen (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016, S. 109f.). Der Anteil bei Personen mit Migrationshintergrund ohne einen allgemeinen Schulabschluss liegt bei 13,3 %, ohne berufsqualifizierenden Abschluss bei 38,3 %. Der Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund ohne einen allgemeinen Schulabschluss liegt bei 1,7 %, ohne berufsqualifizierenden Abschluss bei 14,1 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 7). Nicht nur zwischen der Einkommenssituation, den Arbeitsbedingungen und den formalen Bildungsabschlüssen bestehen Zusammenhänge. Bildung besitzt außerdem einen hohen Stellenwert in Bezug auf das Wissen und die Handlungskompetenzen, »die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen« (Lampert et al. 2016, S. 304). In diesem Zusammenhang spielt die Gesundheitskompetenz, die sogenannte Health Literacy, eine entscheidende Rolle bei der »Befähigung von Bürgern, Patienten und Nutzern dazu, sich für ihre Gesundheit zu engagieren und bei Gesundheitsbeeinträchtigungen oder Krankheit aktiv an der Wiedererlangung gesundheitlichen Wohlbefindens mitzuwirken [...]« (Schaeffer et al. 2017, S. 129). Die Ergebnisse einer repräsentativen Querschnittsstudie in Deutschland weisen darauf hin, dass 17,5 % der Menschen mit Migrationshintergrund ein inadäquates Health-Literacy-Niveau besitzen. Der Anteil mit einem problematischen Health-Literacy-Niveau liegt bei diesen Menschen mit 53 % zu 43,8 % deutlich höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Besonders die Prävention und die Gesundheitsförderung stellen für sie schwer zu bewältigende Anforderungen dar (vgl. Schaeffer et al. 2017, S. 137). Sowohl Jugendliche (24,9 % zu 12,8 %) als auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund (36,2 % zu 17,6 %) weisen eine etwa doppelt so häufig inadäquate Gesundheitskompetenz auf als die jeweils gleiche Alterskohorte ohne Migrationshintergrund (vgl. Quenzel et al. 2017, S. 159f.).

Außerdem ist ein niedriges Bildungsniveau von Migranten als ein weiterer Störfaktor in der Interaktion mit Mitarbeitern des Gesundheits- und Versorgungswesens zu betrachten, die bereits durch Fremdheitsgefühle, kulturelle Unterschiede sowie Sprach- und Kommunikationsbarrieren belastet ist. Dies zeigt sich insbesondere in medizinischen Aufklärungssituationen. Solche Gespräche setzen in der Regel bestimmte Kenntnisse über Körpervorgänge voraus und es ist für sie besonders schwierig, ihrem Gesprächspartner zu folgen und vermittelte Informationen aufzunehmen (vgl. David et al. 2000, S. 79; vgl. Klanke / Mazi 2006). Es ist davon auszugehen, dass ein niedriges Bildungsniveau oder Analphabetismus – insbesondere bei türkeistämmigen älteren Migranten aus der sogenannten Gastarbeitergeneration – auf die damaligen Anwerbebe-

dingungen zurückzuführen ist, nach denen Arbeitgeber ungelernte Arbeiter verlangen. Dementsprechend stammen viele Arbeitsmigranten aus den ländlichen und infrastrukturell unterentwickelten Regionen der Türkei, in denen keine oder nur geringe Möglichkeiten für einen Schulbesuch bestanden (vgl. Koptagel-Ilal 1988, S. 168; vgl. Klanke / Mazı 2006).

Als ein wichtiger Hinweis auf die soziale Lage gilt der Indikator der relativen Armutsgefährdung. Nach den Daten vom Mikrozensus 2015 liegt die Armutsrisikoquote bei Personen mit Migrationshintergrund bei 27,7 %. Damit ist sie mehr als doppelt so hoch wie bei Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016, S. 28). Die Gefahr einer Armut ist bei den Eingewanderten unterschiedlich stark ausgeprägt: »Besonders von Armutsrisiken betroffen sind Personen, die im mittleren bis späten Erwachsenenalter nach Deutschland gekommen sind, eine geringe Aufenthaltsdauer haben, geringe deutsche Sprachkenntnisse haben, aus den ehemaligen sogenannten ›Gastarbeiterländern‹ oder Drittstaaten außerhalb der EU kommen und/oder keinen deutschen Berufsabschluss haben« (Giesecke et al. 2017, S. 41). Nach den Daten des SOEP aus dem Jahr 2013 waren türkeistämmige Migranten mit einer Quote von 36 % am stärksten durch Armut gefährdet. Diese Personen verfügten auch innerhalb der Migrantenbevölkerung über die geringsten finanziellen Ressourcen. Trotz ihres im Durchschnitt niedrigeren Einkommens mussten Personen mit Migrationshintergrund mehr Miete pro Quadratmeter Wohnfläche bezahlen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Allerdings stand Personen in Migrationshaushalten deutlich weniger Wohnfläche zu. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Migranten eher in größeren Städten leben, was ihren Zugang zu preiswerten und geeigneten Wohnungen erschwert. Dabei ist die Rolle ihrer Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt nicht auszuschließen (vgl. Tucci 2016, S. 237).

Neben diesen Indikatoren zur sozialen Lage haben auch personelle und familiäre Ressourcen Einfluss auf die Gesundheit (vgl. Schenk et al. 2008). Intensivere Beziehungen zu der ethnischen Community von Migranten, beispielsweise mit türkischem Migrationshintergrund, können als Identitätsanker dienen. Wird so die psychische Stabilisierung gefördert, kann das die Gesundheit positiv beeinflussen (vgl. Schenk 2007, S. 93). Als Beispiel kann die hohe Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfestellung innerhalb der türkischstämmigen Migranten angeführt werden (vgl. White 1997; zitiert nach Razum / Spallek 2012, S. 180). Auch die stärkere familiäre Solidarität gilt als wichtige Ressource für Menschen aus der Migrantenbevölkerung. Die Ergebnisse einer vergleichenden Studie weisen auf das stärker ausgeprägte familiäre Solidaritätspotenzial bei türkischstämmigen Migranten im Vergleich zu Deutschen hin, die unabhängig von sozialstrukturellen Merkmalen auch »in der nachfolgenden Generation und über alle Altersgruppen hinweg bestehen« (Carnein / Baykara-Krumme 2013, S. 29).

1.2 Barrieren bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Neben den oben genannten Indikatoren zur sozialen Lage sind auch andere Faktoren für die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund von besonderer Bedeutung. Die einschlägige Literatur weist darauf hin, dass es bei der gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zahlreiche Hindernisse gibt (z. B. Kielhorn 1996; Ilkilic 2002; Zimmermann 2000; Ete 2000; vgl. Klanke / Mazi 2006). Dabei spielen zum einen Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten, ein niedriges Bildungsniveau und ein durch eine andere Kultur geprägtes Krankheitsverständnis eine Rolle, zum anderen aber auch eine durch die Religion geprägte Lebensweise, migrationsspezifische Besonderheiten und die Unwissenheit über die Struktur der gesundheitlichen beziehungsweise sozialen Dienstleistungen (vgl. Razum et al. 2004, S. 2886). Die grundsätzlichen Defizite des deutschen Gesundheitswesens erschweren die gesundheitliche Versorgung von Menschen aus der Migrationsbevölkerung zusätzlich. Bei all dem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass das Fehlen eines sensiblen Versorgungsverständnisses für migrationsspezifische Gegebenheiten sowohl innerhalb der Struktur von Dienstleistungen als auch bei deren Mitarbeitern selbst zu Problemen im Umgang miteinander beiträgt (vgl. Mazi 2013, S. 269).

Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten bilden besonders für ältere türkeistämmige Migranten die größte Barriere: Sowohl im Hinblick auf Leistungen des Gesundheits- und Versorgungswesens als auch während ihrer Behandlung. Ihre Deutschkenntnisse reichen oft nicht aus, um sich mit dem Personal des Gesundheits- und Versorgungswesens zu verständigen. Früher wurden Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten eher im Zusammenhang mit der Patientenaufklärung, beispielsweise vor medizinischen Eingriffen bei Menschen mit Migrationshintergrund, thematisiert. Dort wurden eventuelle negative Folgen sowohl für Patienten als auch für behandelnden Ärzte betont (vgl. Kranich 2001, S. 33). Dabei haben die fehlenden Regelungen im deutschen Gesundheitswesen für das Hinzuziehen eines Dolmetschers und der darauffolgende Umgang mit dieser Problematik in deutschen Gesundheitseinrichtungen besondere Aufmerksamkeit erfahren. Die häufig ergriffene Maßnahme, Angehörige, das Krankenhauspersonal (besonders die Reinigungskräfte) oder auch andere fremde Personen als Sprachmittler einzusetzen, wurde aufgrund der Fragen hinsichtlich der Schweigepflicht und der Übersetzungsqualität als unangemessene Vorgehensweise betrachtet und stark kritisiert (vgl. Borde et al. 2000, S. 139f.; vgl. Klanke / Mazi 2006; vgl. Mazi 2013). Die Ergebnisse jüngerer Forschungen legen nahe, dass unzureichende Sprachkenntnisse von Mi-

granten auch in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, wie zum Beispiel im Bereich der Gesundheitskompetenz (vgl. Ganahl et al. 2017, S. 216), der Begutachtung zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit (vgl. Glodny / Yilmaz-Aslan 2014, S. 252), den Diagnoseverfahren – besonders bei Demenz (vgl. Seven et al. 2015, S. 57) – und der Rehabilitation (vgl. Brzoska et al. 2016, S. 6) bedeutende Hindernisse darstellen.

Eine gelungene Kommunikation zwischen türkeistämmigen Migranten und dem Gesundheitspersonal kann auch durch unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte beeinträchtigt werden. Die Krankheit und ihre Wahrnehmung ist nicht von dem Erkrankten isoliert zu betrachten, sondern mit vielen im Kulturkreis vorgegebenen Faktoren verbunden (vgl. Lux 1999, S. 18). Daher spiegeln sich oft eigene kulturspezifische Wahrnehmungen in Beschwerdeschilderungen von Migranten wider. Dies könnte die mit diesen Besonderheiten nicht vertrauten Mediziner verunsichern und zu Interaktionsproblemen in der Arzt-Patienten-Beziehung führen (vgl. Theilen 1985, S. 296; vgl. Ete 1995, S. 211; vgl. Brucks et al. 1987, S. 98; vgl. Klanke / Mazı 2006; vgl. Mazı 2013).

Außerdem können das spezifische Verständnis der islamischen Religion und darauf basierende Praktiken und Handlungen zu Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen dem Personal des Gesundheits- und Sozialwesens und Personen mit türkischem Migrationshintergrund führen (vgl. Rüschhoff 1992). Der Islam als Religion beeinflusst alle Bereiche und Ebenen des menschlichen Lebens und »beansprucht [...] auch die sogenannten profanen Bereiche, religiös zu bestimmen« (Khoury 1976, S. 41; vgl. Koran 16:89; vgl. Klanke / Mazı 2006). In diesem Sinne bedeutet Religion, dass ein praktizierender Muslim sich für eine ganz bestimmte Lebensweise entschieden hat (vgl. Zaidan 1999, S. 29). Religiöse Rituale, Gebote und Verbote oder andere religiös geprägte Praktiken, beispielsweise Ess- und Waschgewohnheiten, nehmen Einfluss auf die Tagesstruktur eines praktizierenden Muslims und sind wichtige Aspekte für eine optimale Versorgungsgestaltung (vgl. Klanke / Mazı 2006).

Die Auffassung der Religion hat für einen praktizierenden Muslim auch im Hinblick auf seine Einstellung zu den Themen Gesundheit, Krankheit, Heilung (vgl. Ilkilic 2005, S. 39; vgl. Mazı 2013, S. 271), Geburt, Sterben, Tod und schließlich auch die Bewältigung der Lebensschwierigkeiten folgenreiche Auswirkungen. Diese reichen von der Organisation und der Gestaltung der pflegerischen Versorgung (vgl. Koran 17:23, 24) über die Entscheidungsfindung bei der Therapie bis hin zu Fragen am Lebensende. Mitarbeiter des Gesundheits- und Versorgungssystems müssen die ethische Relevanz kulturell und religiös geprägter Entscheidungs- und Handlungsformen als kulturelle Praxis akzeptieren (vgl. Ilkilic et al. 2010, S. 51). Gleichzeitig müssen sie diesen bei der Gestaltung der Palliativversorgung einen genauso hohen Stellenwert wie den kulturellen und religiösen Sterberitualen einräumen.

1.3 Defizite des deutschen Gesundheits- und Versorgungssystems im Hinblick auf die Versorgung chronisch Erkrankter

Die Defizite des deutschen Gesundheitssystems werden seit langer Zeit diskutiert. Auf der Meso- und der Makroebene des Gesundheitssystems wird kritisiert, dass der Nutzer in der Krankenversorgung unzureichende Mitwirkungsmöglichkeiten besitzt. Die Abschottung der Versorgungssektoren auf der Makroebene drückt sich auf der Mikroebene durch eine unzureichende Kooperation der Mitarbeiter des Gesundheitssystems untereinander aus. Eingeschränkte Mitwirkungsmöglichkeiten der Nutzer auf der Meso- und der Makroebene spiegeln sich in der Versorgungssituation durch die Expertendominanz und den Objektstatus des Patienten wider (vgl. Gerlinger 2009, S. 22). Folglich orientieren sich die Mitarbeiter des Gesundheits- und Versorgungssystems nicht an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten und denen mangelt es bei der Krankheitsbewältigung an persönlicher Zuwendung (S. 22; vgl. Hurrelmann 2001, S. 45; vgl. Mazi 2013, S. 272).

Zudem ist das Versorgungssystem eher auf Akuterkrankungen ausgerichtet; daher mangelt es an langfristig ausgerichteten und umfassenden Behandlungs- und Versorgungskonzepten (vgl. Schaeffer 2004, S. 28). Die Versorgungspraxis konzentriert sich eher auf die mit chronischer Krankheit verbundenen somatischen Prozesse, was dazu führt, dass die subjektiven Bewältigungserfordernisse, die sich dem Erkrankten und seinem sozialen Umfeld stellen, weitgehend ausgeblendet werden (vgl. ebd., S. 29; vgl. Müller-Mundt 2005, S. 12).

Auch die Tatsache, dass der Versorgungsprozess fast ausnahmslos auf die erkrankte Person ausgerichtet ist, die Angehörigen daher nicht in den Behandlungsprozess einbezogen werden, führt dazu, dass die Möglichkeiten der Prävention von Belastungsfolgen im familialen Kontext nicht genutzt werden können (vgl. Remmers 2008, S. 38). Die Ergebnisse einer Studie über die Bedürfnisse von Patientenangehörigen während der stationären Behandlung chronisch Erkrankter verdeutlichen, dass diese in der Versorgungssituation nicht genügend beachtet werden. Die Unterstützungsangebote des Pflegepersonals orientieren sich nicht an den realen Bedürfnissen der Angehörigen, sondern an den persönlichen Einschätzungen des Pflegepersonals, die im Hinblick auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Angehörigen deutliche Unterschiede aufweisen (vgl. Pinkert et al. 2013, S. 85). Die genannten Schwachstellen stehen einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung entgegen und erschweren eine adäquate Nutzung der Hilfs- und Versorgungsangebote. Auch die unzureichende Patienten- und Nutzerorientierung führt dazu, dass Themen wie die Gesundheitssicherung oder die Patienteninformation, -beratung und -schulung

nur einen geringen Stellenwert in der Versorgungspraxis einnehmen (vgl. Schaeffer 2004, S. 29).

1.4 Besonderheiten der Bewältigungserfordernisse chronischer Krankheiten

Chronische Krankheiten dringen in das Leben des Betroffenen und seiner Familie ein (vgl. Corbin / Strauss 2004, S. 52) und lösen unterschiedliche Belastungen aus, die von Betroffenen als eine Bedrohung erlebt werden. Diese reichen von der Bedrohung des Wohlbefindens, des emotionalen Gleichgewichts, der Erfüllung vertrauter Rollen und Aktivitäten, der körperlichen Integrität, des Selbstkonzeptes, der Zukunftspläne und aufgrund der Anpassungserfordernisse an eine neue physische oder soziale Umgebung bis hin zur Lebensbedrohung auch Todesangst (vgl. Cohen und Lazarus 1979, S. 229; zitiert nach Broda 1987, S. 11 f.). Die Reaktion auf durch die Bedrohung einer chronischen Krankheit oder Behinderung hervorgerufenen Belastungen hängt von der Wahrnehmung der Auswirkungen auf die unterschiedlichen Bereiche des Lebens als auch von den individuellen Fähigkeiten zur Bewältigung ab (vgl. Falvo 2005, S. 4).

Der Ausbruch einer chronischen Krankheit bedeutet für Betroffene oftmals einen Lebenseseinschnitt in ihre Biografie (vgl. Corbin / Strauss 2004, S. 66). Die Entwicklung und Manifestation einer chronischen Krankheit bedeuten für Betroffene eine Art von biografischem Bruch und sie sind gezwungen, ihre auf die Zukunft gerichteten Erwartungen und Pläne zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern (vgl. Bury 2009, S. 77). Dies erfordert die Re- beziehungsweise Neustrukturierung der Biografie und schließt auch die dazu notwendige Interpretation und Revisionsarbeit ein (Schaeffer 2004, S. 23).

Chronische Krankheiten lösen auch im Alltagsleben Veränderungen aus. Sie sind folgenreich für Kranke und das soziale Gefüge, in dem sie leben (Schaeffer 2004, S. 23). Sie fordern von Kranken und von ihrem sozialen Umfeld das Bewältigen von Aufgaben, die sich nicht nur auf das Therapiemanagement beschränken (vgl. Müller-Mundt 2005, S. 12). In ihrer Studie über Patienten mit Multipler Sklerose kommt Hellige (2002, S. 260) zu dem Ergebnis, dass das Erleben und die Integration der Krankheit in das Leben für die Betroffenen einen ständigen Balanceakt bedeuten. Dies erfordert eine ständige Selbst- und Körperanpassung, eine sukzessive Kompensation der verlorenen Fähigkeiten und eine Anpassung der sozialen Kontakte sowie eine Aktivierung der Selbstsorge (vgl. ebd.).

Während chronisch Kranke bemüht sind, sich dem durch die Krankheit gestörten Leben anzupassen, weitere negative Auswirkungen zu verhindern und es

gegebenenfalls neu zu gestalten, ist die Qualität ihres Lebens durch vielfältige Faktoren beeinträchtigt. Zum Beispiel durch Angst und Unsicherheit, negative Reaktionen der Umwelt, aber auch Probleme, die durch die Therapien als Nebenwirkungen hervorgerufen werden können. Um die Krankheit unter Kontrolle zu halten und um ihren weiteren negativen Folgen vorzubeugen, beziehungsweise um sie möglichst gering zu halten, müssen sie sich oft auch einer Dauerbehandlung unterziehen. Dies bedeutet für sie die regelmäßige Einnahme von vielen und unterschiedlichen Medikamenten und häufige Kontrolluntersuchungen, die von den Betroffenen große körperliche Anstrengungen erfordern und gleichzeitig für sie eine emotionale Belastung und eine Einschränkung ihrer Lebensführung darstellen (vgl. Seidl et al. 2005, S. 87).

Als eine weitere Besonderheit der Bewältigungserfordernisse einer chronischen Krankheit ist deren Dauerhaftigkeit zu sehen. Da die Krankheit meist nicht geheilt werden kann, sind die Gesundheitsstörungen keine vorübergehenden Abweichungen von der Normalität und die Krankheit ist kein vorübergehender sozialer Status, sondern ein Dauerzustand (vgl. Faltermaier 2017, S. 275 f.). So schränkt die chronische Krankheit nicht nur die körperliche und psychische Handlungs- und Funktionsfähigkeit des Erkrankten ein, sie belastet ihn meist das ganze Leben. Für den kranken Menschen bedeutet dies, auf eine dauerhafte Unterstützung und Hilfe von Mitarbeitern des Gesundheits- und Versorgungswesens und Angehörigen angewiesen zu sein (vgl. Hurrelmann 2000, S. 90). Daraus resultiert die Bewältigungsaufgabe der Versorgungsnutzung. Auch wenn die Notwendigkeit der Versorgungsnutzung im Krankheitsverlauf je nach Phase variiert, erfordern chronische Krankheiten immer die Nutzung des Versorgungswesens. Eine dauerhafte medizinische Behandlung erfordert oftmals Untersuchungen durch mehrere Ärzte oder wiederholte Krankenhausaufenthalte. Für die Behandlung benötigt der Betroffene nicht selten auch eine Rehabilitation und psychosoziale Hilfe. Möglicherweise müssen auch finanzielle und rechtliche Probleme gelöst werden. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit muss eventuell ein ambulanter Pflegedienst eingeschaltet werden (vgl. Schaeffer 2004, S. 27).

Mit der Zunahme der Komplexität und der Vielschichtigkeit des Krankheitsgeschehens werden auch die Aufgaben auf der Ebene des Nutzungshandelns immer vielschichtiger und komplexer. Die Bewältigung dieser Aufgaben fordert von chronisch Erkrankten, dass sie sich mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Diensten und Akteuren auseinandersetzen und zwischen unterschiedlichen Teilbereichen des Versorgungswesens und der Versorgungsarten hin- und herwechseln. Im Verlauf der Krankheit müssen sie zwangsläufig verschiedene Rollen einnehmen, unter anderem die des Nutzers, die des Patienten, manchmal die des Klienten, unter Umständen auch die des Kunden (vgl. Schaeffer 2004, S. 28).

Entsprechend den Anforderungen, denen sich chronisch Erkrankte stellen müssen, weisen die Bewältigungserfordernisse einer chronischen Krankheit vielfältige Besonderheiten auf, worauf die Unterstützungsangebote des Gesundheits- und Versorgungswesens abgestimmt werden müssen. Die Ergebnisse einer von Holtgräwe und Pinkert (2011, S. 146 ff.) durchgeführten Studie über Belastungen und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen während der chirurgischen Primärtherapie weisen darauf hin, dass psychische Folgen der Krankheit die betroffenen Frauen mehr belasten als körperliche Beschwerden infolge der Operation. Die emotionale Verarbeitung der Diagnose und die Bewältigung der Zukunftsängste stehen für sie im Vordergrund. Entsprechend ihren Belastungen erwarten sie von den Pflegenden vor allem einen fürsorglichen und wertschätzenden Umgang sowie Unterstützung in dieser schwierigen Zeit. In erster Linie erwarten sie von den Pflegenden als Mensch und Individuum Beachtung zu finden und »sich ganz persönlich« angesprochen zu fühlen (vgl. ebd., S. 147). Dies impliziert auch den Wunsch, nicht auf ihre Krankheit reduziert zu werden. Royer (1998) stellt fest, dass nicht alle Bewältigungsstrategien von chronisch Kranken darauf abzielen, den Umgang mit Krankheitserscheinungen und medizinischen Behandlungsprozessen zu lernen. Im Gegenteil: Viele Strategien werden von chronisch Erkrankten eingesetzt, damit sie und ihr Umfeld die Realität, dass sie mit der Krankheit und der medizinischen Behandlung leben müssen, soweit wie möglich vergessen können. Royer konzeptualisiert diese speziellen Strategien als Bemühungen zur Normalisierung (vgl. ebd., S. 99). Es ist daher wichtig für die Pflegenden, sich dieser Bemühungen ihrer Patienten bewusst zu werden, um eine Autonomie bewahrende Pflege zu gewährleisten, die sich auf das Leben der einzelnen Person ausrichtet und nicht auf die Krankheit und deren Folgen (vgl. Grypdonck 2005, S. 21).

1.5 Der Schlaganfall als chronische Krankheit

Als die zweithäufigste Todesursache und die Hauptursache von Behinderungen im Erwachsenenalter zählt der Schlaganfall zu den wichtigsten zerebrovaskulären Krankheiten. Nach den Daten des Erlanger Schlaganfallregisters treten in Deutschland jährlich etwa 200.000 erstmalige und etwa 70.000 wiederholte Schlaganfälle auf (vgl. Robert Koch Institut 2015, S. 43 f.). Als Schlaganfall werden verschiedene Erkrankungen bezeichnet, »deren zentrales Merkmal eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirnarealen ist, die infolge eines Gefäßverschlusses (ischämischer Schlaganfall) oder durch eine Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) entsteht« (ebd., S. 44). Die Erkrankung zeigt sich durch das plötzliche Auftreten neurologischer Symptome, beispielsweise Läh-

mungen, Missempfindungen, Sprach-, Seh- und Gleichgewichtsstörungen, Bewusstlosigkeit und starken Kopfschmerzen (vgl. ebd.).

Für chronische Krankheiten existieren keine einheitlichen Definitionen. Unter einer chronischen Krankheit wird jedoch häufig »sowohl ein sich langsam entwickelnder Krankheitsverlauf als auch ein lang andauerndes, das heißt für mindestens ein Jahr bestehendes Krankheitsgeschehen« (Hintzpeter et al. 2011, S. 3) verstanden. Wie die Bezeichnung bereits verdeutlicht, zeigt sich der Schlaganfall als eine Krankheit, die durch ihr plötzliches Auftreten gekennzeichnet ist. Da die Krankheit ein Anfall ist und schlagartig auftritt, dauert das Krankheitsgeschehen selbst daher nicht ein Jahr. Die Folgen der Krankheit dauern und begleiten die Betroffenen jedoch oft über mehrere Jahre hinweg und sind manchmal sogar lebenslang vorhanden. Nach einem Schlaganfall, der sich als ein lebensbedrohliches Ereignis darstellt, muss der Betroffene oft über einen längeren Zeitraum mit hohem Rezidivrisiko und unsicherer Prognose im Hinblick auf eine Besserung leben. Die Ursachen und die Folgen einer langwierigen Behandlung und Versorgung der Erkrankung sind für Patienten und ihr soziales Umfeld von besonderer Bedeutung (vgl. Beutel 1990, S. 37). Durch diese Besonderheiten gehört der Schlaganfall zu chronischen Krankheiten, »die dauernde somatische oder psychische Schäden oder Behinderungen zur Folge haben« (Badura 1981, S. 7). Auch die von Lubkin (2002) vorgeschlagene Definition für die chronische Krankheit, die eine pflegewissenschaftliche Perspektive darstellt, lässt den Schlaganfall als chronische Krankheit bezeichnen: »Unter Chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist« (ebd., S. 26).

Aufgrund der Expositionen während der Kindheit der Zuwanderer aus der Türkei vermutet Razum, dass bei diesen Personen eine höhere Schlaganfall-Erkrankungsrate anzunehmen ist als bei Deutschen (vgl. Razum 2007). Trotz der medizinischen und sozialpolitischen Relevanz liegen bisher aussagekräftige und systematische Studien, die die Risikofaktoren, die Befundkonstellation sowie die Behandlung und sozialen Bedingungen und Folgen eines Schlaganfalls bei türkeistämmigen Migranten im Blick haben, nicht vor (vgl. Kayhan et al. 2007, S. 188f.). Die Ergebnisse einer von Kayhan et al. Durchgeführten deskriptiven Pilotstudie (2002–2004) (ebd.) und der von dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf durchgeführten Telefonbefragung (vgl. Gesundheitsamt Düsseldorf 2004) zu dem Thema Schlaganfall weisen auf die unzureichenden Kenntnisse in Bezug auf Risikofaktoren und Symptome eines Schlaganfalls bei türkeistämmigen Migranten hin.

Aufgrund der größeren Zahl der Arztbesuche bei türkeistämmigen Schlaganfallpatienten nach der Akutversorgung und ihrer vergleichsweise häufigeren Angabe, auf Pflege angewiesen zu sein und der Anerkennung eines höheren Grades der Behinderung, kommen Kayhan et al. zu dem Ergebnis, dass türkeistämmige Schlaganfallpatienten unterschiedliche Copingstrategien entwickeln und ein anderes Krankheits- und Gesundheitsverhalten zeigen (vgl. Kayhan et al. 2007, S. 191).

1.6 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Wie bereits erwähnt, wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in naher Zukunft stark erhöhen. Diese Entwicklung bringt einen wachsenden Versorgungsbedarf von Menschen aus der Migrantenbevölkerung mit sich und stellt das deutsche Versorgungswesen vor große Herausforderungen. Hingegen mangelt es an einer bedarfsgerechten und bedürfnisorientierten Versorgungsstruktur und einem entsprechenden Versorgungsverständnis im deutschen Gesundheitswesen, das migrationsspezifische Gegebenheiten und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen sollte.

Zeman stellt fest, »dass die Strukturen des öffentlichen Versorgungssystems einschließlich der Altenhilfe und Pflege auf diese neue Klientel schlecht vorbereitet [sind]« (Zeman 2012, S. 451). In diesem Zusammenhang weist Remmers (2011, S. 41) darauf hin, dass die Qualifikation der Pflegekräfte, insbesondere in den stationären Einrichtungen der Altenpflege, höchst unzureichend ist, um den aus der Versorgung von Migranten sich ergebenden Herausforderungen gerecht zu werden. Auch bisherige Bemühungen zu der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Personen aus der Migrantenbevölkerung sind nicht ausreichend (vgl. Borde 2009, S. 2; vgl. Razum et al. 2008a, S. 132). Zwar finden mittlerweile vermehrt Begriffe wie »interkulturelle Kompetenz«, »interkulturelle Öffnung«, »Kultursensibilität« und »Migrationssensibilität« im Zusammenhang mit der Versorgung und Behandlung von diesen Personen Verwendung. Unter diesen Konzepten wird jedoch eher der Aufbau von speziellen Gesundheitsangeboten verstanden und nicht das Eingehen auf die Verschiedenheit innerhalb der regulären Versorgungseinrichtungen (vgl. Borde 2009, S. 2). Diese richten sich oft an eine bestimmte Zielgruppe von Migranten, beispielsweise türkeistämmige Muslime, und beschränken sich zudem auf einige spezielle Angebote, wie zum Beispiel die muttersprachliche Betreuung sowie die Berücksichtigung der religiös-kulturell geprägten Besonderheiten. Dabei werden andere Merkmale der Vielfalt, beispielsweise der sozioökonomische Status und das Geschlecht sowie die Entwicklung einer transkulturellen Kompetenz bei Mitarbeitern, in der gesamten Organisation häufig vernachlässigt (vgl. Mazı 2013,

S. 279; vgl. Brzoska et al. 2017). Razum und Saß (2015) stellen erneut fest, dass die interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste noch nicht im erforderlichen Maß umgesetzt wurde und sie betonen die Notwendigkeit, gesundheitsbezogene Interventionen stärker kultursensibel zu gestalten.

Die jüngeren Daten über die soziale Lage, insbesondere von türkeistämmigen Migranten, und die erneute Feststellung einer mangelnden interkulturellen Öffnung der Gesundheitsdienste rufen ein Ereignis aus der Vergangenheit – begleitet von medialer Aufmerksamkeit – ins Gedächtnis: Im Jahr 2000 nahm das Herzzentrum in Bad Oeynhausen die Zusage zurück, eine türkeistämmige Patientin, auf die Warteliste für eine Herztransplantation zu setzen (vgl. Klinkhammer 2000, S. A 2268). »In der Begründung hieß es, dass unter Berücksichtigung ›der sozialen Lage und der nicht vorhandenen Sprachkenntnisse‹ die Entscheidung wieder verworfen worden sei« (Klinkhammer 2000, S. A 2268). Dabei wurde auf die Richtlinien der Bundesärztekammer für die Transplantationsmedizin (DÄ 7/2000) verwiesen, nach denen die Dringlichkeit und Erfolgsaussicht über die Indikation einer Organtransplantation zu bestimmen ist. In diesem Fall seien die Erfolgsaussichten durch die unzureichende Compliance der Patientin eingeschränkt, da mangelhafte Sprachkenntnisse die komplizierte Versorgung nach der Transplantation erschweren würden (vgl. Klinkhammer 2000, S. A 2268).

Auch wenn die Begründung für diese Entscheidung nachvollziehbar zu sein scheint, verdeutlicht der dargestellte Einzelfall die Folgen der zuvor geschilderten Forschungsergebnisse über die soziale und gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Benachteiligung in einer konkreten Situation. Die Entscheidung der Ärzte gegen eine Herztransplantation aufgrund der erschwerten Nachsorge betont, dass einer Patientin aus der Migrantenbevölkerung nach dem Eingriff unter diesen widrigen Lebensumständen nur geringe Überlebenschancen zugesprochen werden und ihr deshalb ein gesundes Herz nicht anvertraut werden kann. Ohne eine Veränderung ihrer sozialen Lage oder ihrer Sprachkenntnisse wird die Patientin später von einem anderen Transplantationszentrum auf die Warteliste gesetzt (vgl. Klinkhammer 2000, S. A 2268).

Auch wenn die Mitarbeiter des Gesundheitswesens es Personen aus dieser Bevölkerungsgruppe nicht zutrauen, die Anforderungen der Bewältigung einer chronischen Krankheit zu erfüllen, leiden auch diese Menschen an Krankheiten oder Behinderungen. Und sie sind bemüht, trotz der ungünstigen Bedingungen die Krankheitsfolgen zu bewältigen, indem sie auf ihre vorhandenen Ressourcen zurückgreifen. Die Zusage für eine Herztransplantation durch die zweite Klinik zeigt, dass die Mediziner die Situation aus einer anderen Perspektive betrachten und auch die Ressourcen der Patientin erkannt haben, die der Bewältigung der

durch ihre ungünstige soziale Lage zusätzlich erschwerten Versorgung nach einer Herztransplantation dienlich sind.

Hier setzt das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit an. Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass Krankheitsbewältigung bei Menschen aus der Migrantenbevölkerung bedeutsame Besonderheiten aufweist, die bei der Versorgungsgestaltung und Beratung beachtet werden müssen. Das Thema der »Bewältigung chronischer Krankheiten im Migrationskontext« wird am Beispiel von türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten bearbeitet. Wie bereits erwähnt, bilden türkeistämmige Muslime innerhalb der Migrantenbevölkerung den größten Anteil. Die Relevanz der Untersuchungsgruppe ergibt sich neben der Größe dieser Personengruppe aus der Tatsache, dass »eine Türkeistämmigkeit in Deutschland Signalcharakter in Bezug auf fremdenfeindlichen Einstellungen [hat]« (Zielke-Nadkarni 2003, S. 269). Daher lassen sich für Deutsche persönliche Interaktionsprozesse mit türkeistämmigen Migranten am schwersten gestalten. Es ist wichtig, interkulturelle Verstehensprozesse einzuleiten, um Benachteiligungen dieser Personengruppe in Versorgungssituationen entgegenzuwirken (vgl. ebd.).

Das Anliegen der Arbeit ist es, Bemühungen dieser Personen zur Bewältigung einer chronischen Krankheit unter Berücksichtigung ihrer Lebensbedingungen zu verstehen. Wichtig ist dabei, diese nicht durch die Befragung von Außenstehenden, beispielsweise Mitarbeitern des Gesundheits- und Sozialwesens, sondern durch Betroffene als Experten aus der Binnenperspektive zu betrachten. Eine Vorgehensweise, die den Betroffenen »*Expertenschaft*« in ihrer Lebenslage zuspricht (vgl. Remmers 2006, S. 189). Denn mit einer chronischen Krankheit zu leben ist zunächst und vor allem eine Leistung des Erkrankten und lässt sich von seiner Biografie und seiner Lebenseinstellung nicht getrennt betrachten (vgl. Hartmann 1993, S. 55). Chronische Krankheiten und deren Bewältigung beschränken sich jedoch nicht auf den erkrankten Menschen; sie verlaufen innerhalb des Lebensprozesses und somit ist auch das soziale Umfeld des Kranken von der Krankheit und ihren Folgen betroffen (vgl. v. Schlippe 2005, S. 14). Sowohl der Verlauf als auch die Bewältigung der Krankheit beziehen sich daher auf vielfältige systemische Zusammenhänge, nach denen Personen ihr Leben nicht nur ausrichten, sondern auch versuchen, ihre Schwierigkeiten zu bewältigen (vgl. Sich 1994, S. 125). Diese Tatsache stellt die professionelle Pflege vor eine Herausforderung, die sich in ihrer doppelseitigen Handlungslogik der pflegerischen Aufgabenspezifik zeigt: Einerseits erfordern die operationelle Einstellung der Optimierung somatischer Regelabläufe entsprechendes technisch-therapeutisches Wissen und deren Umsetzung, andererseits verlangt der Anspruch auf Wahrung und Wiederherstellung einer integralen Lebensform interpretative Kompetenzen eines situationsabhängigen Sinn- und Bedeutungsverstehens (vgl. Remmers 1997a, S. 281). Daraus resultiert die Anforderung

rung an die professionelle Pflege, der subjektiven Problemsicht chronisch Erkrankter sowohl auf der theoretischen als auch auf der empirischen Ebene stärkere Beachtung zu schenken (vgl. Schaeffer / Moers 2008, S. 27). Vor diesem Hintergrund können die Ziele der Arbeit wie folgt formuliert werden:

- Analyse des Krankheitserlebens und des Umgangs mit einer chronischen Krankheit seitens türkeistämmigen muslimischen Patienten und ihrer Angehörigen.
- Analyse der zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Unterstützungserfordernisse von türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten und ihren Angehörigen bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit.

Die Arbeit besteht aus zwei Hauptteilen, einem theoretischen und einem empirischen Teil. In der Einleitung wurde bereits die Ausgangslage beschrieben und in das Thema eingeführt. Im folgenden Kapitel wird anhand der ausgewählten Forschungsergebnisse ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu dem Thema »Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von (türkeistämmigen) Migranten« aus der Pflegewissenschaft sowie den Gesundheits- und Sozialwissenschaften gegeben. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema »Bewältigung chronischer Krankheiten«. Einem Überblick über den Inhalt und die historische Entwicklung der Bewältigungsforschung folgt die Darstellung des theoretischen Rahmenkonzeptes für die empirische Untersuchung. Daran schließt das vierte Kapitel über die Theorien Transkultureller Pflege an. Nach einem knappen Überblick zu dem »Kulturbegriff« werden die ausgewählten Ansätze zu der Transkulturellen Pflege aus den USA und aus dem deutschsprachigen Raum in ihren Grundzügen vorgestellt und durch eine zusammenfassende Betrachtung gegenübergestellt.

Der empirische Teil fängt mit dem fünften Kapitel an, in dem die methodische Vorgehensweise dargestellt wird. Nach der Erläuterung des ausgewählten Forschungsdesigns, der fallrekonstruktiven Familienforschung (Hildenbrand 1999), wird ein Überblick über den Forschungsprozess gegeben und die Vorgehensweise für die Erhebung und Analyse der Daten erläutert. Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse der Globalanalyse (vgl. Rosenthal 2008, S. 93) und die auf deren Basis gebildeten vier Familientypologien dargestellt. Das siebte Kapitel beinhaltet die Fallrekonstruktionen der Familien, die die im vorangegangenen Kapitel dargestellten Typologien repräsentieren. Nach der ausführlichen Analyse dieser Fälle wird im achten Kapitel von den gebildeten Typologien eine Kontrastierung vorgenommen. Hierzu werden die aufgestellte Hypothese zu der Fallstruktur der jeweiligen Familie und ihre Bewältigungsstrategie herangezogen. Im neunten Kapitel werden die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst. Es werden nicht nur die Ergebnisse der ausführlich analysierten Fallrekonstruktionen, sondern auch die der Global-

analyse mit einbezogen. Dabei wird auf die Forschungsfragen Bezug genommen. Im zehnten Kapitel werden die Ergebnisse der Arbeit vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes diskutiert. Im darauffolgenden Kapitel werden auf der Basis der durch die vorliegende Forschungsarbeit gewonnenen Erkenntnisse Schlussfolgerungen für die pflegerische Versorgung und Beratung der türkeistämmigen muslimischen Migranten bei der Bewältigung chronischer Krankheiten gezogen. Im letzten Kapitel wird der Forschungsprozess reflektiert und die Limitationen der Arbeit angeführt.

I Theoretischer Teil

2 Forschungsstand zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Im Folgenden soll der wissenschaftliche Forschungsstand anhand der zum Thema »gesundheitliche Versorgung von Migranten« vorliegenden Literatur aus unterschiedlichen Forschungszweigen dargestellt werden.

Im deutschen Sprachraum befassen sich Autoren von Beiträgen und Studien, die die gesundheitliche Versorgung von Migranten im Blick haben, in erster Linie mit Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten.

In einer Studie über die soziale Lage und die ärztliche Sprechstunde stellen Brucks et al. (1987) fest, dass die Art der Gesprächsführung und die Qualität im Arztgespräch durch unterschiedliche Krankheitskonzepte beeinflusst werden. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass türkische Patienten ihre Beschwerden eher »medizinfremd« darstellen, wodurch das kulturspezifische Muster hinsichtlich der Krankheitswahrnehmung deutlich wird. Die Beschwerdenerhebung erfolgt bei diesen Patienten wahrscheinlich aus diesem Grund ausführlicher und kontrollierender. Ferner stellen sie fest, dass im ärztlichen Gespräch die Zieldefinition häufig ungeklärt bleibt und nicht übereinstimmend ist. Das bedeutet, dass im Gespräch auf die Patientenerwartungen seitens der behandelnden Ärzte nicht eingegangen wird (vgl. ebd., S. 98; vgl. Klanke / Mazı 2006).

Durch eine qualitative Studie untersucht Allaoui (2005) die Rolle und das Aufgabenprofil der im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätigen Dolmetscherinnen. Sie stellt fest, dass die Aufgaben eines Dolmetschers im medizinischen Setting von vielen Faktoren abhängen. Daher ist eine exakte Beschreibung des Aufgabenprofils und -spektrums eines Dolmetschers in diesem Bereich nicht möglich. Zudem gibt es noch keine Qualifizierungsmaßnahmen seitens der professionellen Ausbildungsinstitutionen für das Anforderungsprofil, das im medizinischen Bereich eingesetzt werden sollte. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin führte 2005 eine Umfrage zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patienten an Berliner Krankenhäusern durch (Deiniger 2007, S. 22). Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass auch die Krankenhausleitungen an Berliner Krankenhäusern Verständigungsprobleme zwischen den nicht deutschsprachigen Pati-

enten und dem Gesundheitspersonal nicht als Einzelfälle betrachten. Es ist jedoch festzustellen, dass die Art und der Umfang der ergriffenen Maßnahmen nicht immer von dem Ausmaß des Problems abhängen (vgl. ebd., S. 34f.). Schultz untersucht Probleme in der psychiatrischen Versorgung von Migranten und Schwarzen Deutschen in Berliner Bezirkskliniken. Sie stellt fest, dass sowohl auf persönlicher als auch auf institutioneller Ebene ein bewusstes, zielgesetztes Vorgehen notwendig ist, um in interkulturellen Situationen ein kompetentes Handeln zu erreichen (vgl. Schultz 2007, S. 153).

Neben den Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten führen besonders auch kulturelle Unterschiede in den Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen zwischen türkeistämmigen Patienten und dem Gesundheitspersonal zu Missverständnissen beziehungsweise zu Verständigungsschwierigkeiten. Der Ethnologe Wirsing führt eine Studie über die individuelle Prävention und Selbstbehandlung der Krankheit im Südosten der Türkei durch. Daraus ergeben sich traditionelle Vorstellungen über die Entstehung von Krankheiten und den Umgang mit ihnen. Sie lassen sich vier voneinander unabhängigen Krankheitstheorien zuordnen. Hierzu zählen mechanische Verursachungen, die Nahrung als Krankheitsursache, übermäßige Kälte und Hitze und das übernatürliche Wesen oder Kräfte (vgl. Wirsing 1992, S. 76; vgl. Klanke / Mazı 2006).

Grottian (1991) stellt in ihrer Untersuchung über die gesundheitlichen Probleme türkeistämmiger Migrantinnen vor dem Hintergrund ihrer Sozialisation und Lebensbedingungen fest, dass generationsspezifische Unterschiede bei ihrer Krankheitswahrnehmung und ihrer Beschreibung eine Rolle spielen. Beispielsweise werden als Krankheitsursache Krankheitserreger oder organische Veränderungen nur von Frauen mit qualifiziertem Schulabschluss genannt. Im Allgemeinen wird die Krankheit als etwas von außen Kommendes verstanden. Dieser Deutungsansatz steht im Wesentlichen mit volksmedizinischen Krankheitserklärungen in Zusammenhang. Weiterhin steht das Symptom im Zentrum der gesundheitlichen Störung und wenn diese nicht mehr vorliegt, gilt dies als Zeichen einer erfolgreichen Behandlung. Etwa ein Drittel der Teilnehmer kennen volksmedizinische Heilmethoden aus der Türkei und haben damit Erfahrung. Auffällig ist, dass diese Heilmethode selbst von den Teilnehmerinnen angewendet werden, die diese Praktiken aufgrund ihres Alters nicht mehr kennen, sie aber dennoch nutzen, wenn der Behandlungserfolg der westlichen Medizin ausbleibt (vgl. Grottian 1991, S. 243f.).

Für viele türkeistämmige Migranten sind volksmedizinische Krankheitsvorstellungen wichtig. Auch in Deutschland werden traditionelle Heiler, sogenannte »Hoca«³, im Krankheitsfall aufgesucht. Assion et al. (1999) untersuchen

3 Im Türkischen wird das Wort »Hoca« als Berufsbezeichnung von unterschiedlichen Personen benutzt. So werden ein Gelehrter, islamischer Religionsvertreter, der Gebete vorliest und in

volksmedizinische Praktiken bei ihren Patienten und stellen fest, dass bei diesen Patienten während der Behandlung durch die Schulmedizin häufig eine Parallelbeziehungsweise Pendelbehandlung durch traditionelle Heiler stattfindet.

Zimmermann (2000) beschäftigt sich mit kulturellen Missverständnissen in der gesundheitlichen Versorgung von Patienten aus der Migrantenbevölkerung. Er zeigt auf, dass medizinische Missverständnisse nicht nur durch sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten entstehen, sondern auch typische Beschwerdebilder auf der Grundlage von kulturspezifischen Krankheitswahrnehmungen zu Missverständnissen führen können (Zimmermann 2000). Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses werden von Ilkilic (2002) thematisiert. Er untersucht das muslimische Krankheits- und Gesundheitsverständnis sowie darauf basierende medizinethische Konfliktfelder in der gesundheitlichen Behandlung und Versorgung von (türkeistämmigen) muslimischen Patienten (vgl. Klanke / Mazi 2006).

Die psychosoziale Betreuung türkeistämmiger Migranten findet sich häufiger als Forschungsgegenstand in der Literatur. Möglicherweise liegt dies daran, dass sie aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Gegebenheiten belastende Erfahrungen erleben, die nicht nur zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen, sondern auch ihre psychosoziale Betreuung erschweren (vgl. Klanke / Mazi 2006). Sprachliche und kulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie untersucht Gün (2007). Er stellt fest, dass kulturelle, sprachliche, ethnische und religiöse Differenzen auf den Therapieprozess Einfluss nehmen. Ein bewusster Umgang und die Wahrnehmung dieser Tatsache fördern den Vertrauensaufbau zwischen dem Therapeuten und dem Patienten und wirken sich auf den Therapieprozess positiv aus (vgl. ebd., S. 133). Erim et al. (2009) thematisieren kulturspezifische Besonderheiten in der psychotherapeutischen Behandlung türkeistämmiger Migranten aus einer bilingual-türkischsprachigen Ambulanz. Dabei stellen sie fest, dass bei diesen Personen psychische Störungen – nach Arbeitsunfällen oder bei einer schweren körperlichen Krankheit, bei sexuellen Funktionsstörungen und Problemen in vermittelten oder Verwandtenehen – kultur- und migrationsspezifische Besonderheiten aufweisen (ebd., S. 64). Sie betonen die Notwendigkeit, sich mit den kulturspezifischen Besonderheiten

Moscheen als Vorbeter tätig ist oder ein Hochschul- und Gymnasiallehrer als »Hoca« bezeichnet. Traditionelle Heiler, in der Regel männliche, werden auch »Hoca« genannt, obwohl diese keine islamischen Religionsvertreter sind. Entsprechend ihrer magisch-religiösen Krankheitskonzepte führen diese Personen spirituell-religiöse Heilungspraktiken durch. Beispielsweise verordnen sie Rituale zu Heilungszwecken oder führen Rituale mit ihren Patienten durch. Dabei sind das Besprechen von Wasser und Gegenständen oder Aussprechen der Gebete und das »Blasen« der ausgesprochenen Gebete mit »heiligem Atem« auf die Betroffenen die bekanntesten Praktiken der Hocas. Sie fertigen auch Muska an, die als Dreiecke gefaltet werden und zum Schutz vor Krankheit und Unheil als Amulett getragen werden (vgl. Koen 2009, S. 267).

dieser Klienten zu befassen und diese Aspekte bei der psychosozialen Versorgungsgestaltung zu berücksichtigen (vgl. ebd., S. 68).

Maier et al. (2009) untersuchen die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Rehabilitanden türkischer Herkunft und vergleichen den Rehabilitationserfolg zwischen türkischstämmigen und nicht türkischstämmigen. Die Ergebnisse ihrer Studie weisen darauf hin, dass sich der gesundheitliche oder funktionelle Status bei Rehabilitanden türkischer Herkunft nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung weniger häufig verbesserte als bei nicht türkischstämmigen Rehabilitanden (vgl. ebd., S. 98).

Borde et al. (2000) untersuchen in einer vergleichenden Studie die Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten bei der Information und Aufklärung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen in einer Spezialklinik für Gynäkologie. Sie stellen fest, dass die strukturellen Möglichkeiten in den Institutionen der Gesundheitsversorgung fehlen, die für eine medizinische Behandlung und Versorgung notwendig wäre, um eine Kommunikation zwischen nicht deutschsprachigen Patientinnen und dem Gesundheitspersonal zu ermöglichen. Daher werden Lösungsstrategien dem einzelnen Mitarbeiter überlassen, was einen unangemessenen Umgang mit Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten mit sich bringt (vgl. ebd.; vgl. Klanke / Mazi 2006).

Auch die Fachdisziplin Epidemiologie beschäftigt sich mit der Thematik der gesundheitlichen Versorgung von Migranten. Razum et al. (2004) thematisieren Krankheitsrisiken bei Migranten, die sich aus ihrem Minoritätenstatus ergeben können, zudem durch ihren schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen. Razum und Spallek (2012) stellen fest, dass die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund durch vielfältige Faktoren beeinflusst wird, die zur Erklärung von unterschiedlichen Erkrankungen bei diesen Personen berücksichtigt werden müssen. Soziale Kohäsion innerhalb einer ethnischen Community, der Auswahl Effekt bei der Migration, der sogenannte Healthy-Migrant-Effekt und die Migration als »gesundheitlicher Übergang« durch die besseren Versorgungsmöglichkeiten im Aufnahmeland wirken gesundheitsfördernd (vgl. Razum / Spallek 2012, S. 178; vgl. Razum et al. 2008b). Der sogenannte Mortalitätsvorteil von Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung des gleichen Alters deutet keinesfalls darauf hin, dass Migranten gesünder wären als die Mehrheitsbevölkerung (vgl. Razum et al. 2004; vgl. Razum et al. 2008a; vgl. Razum 2007; vgl. Razum / Twardelle 2004).

Dieses scheinbare Paradox lässt sich durch die Berücksichtigung des Lebensstils, der Risikofaktoren und der Sterblichkeit im Herkunftsland von Migranten erklären (vgl. Razum / Twardelle 2004). Gleichzeitig spielen auch mitgebrachte Gesundheitsrisiken, beibehaltene Ernährungs- und Verhaltensgewohnheiten sowie Unterschiede in der sozialen Lage und der gesundheitlichen Versorgung im Aufnahmeland weiterhin eine Rolle (vgl. Kohls 2012, S. 217).

Brand et al. (2015) stellen beispielsweise fest, dass Menschen mit Migrationshintergrund präventive Gesundheits-Check-ups und Zahn- Vorsorgeuntersuchungen seltener wahrnehmen als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Das Thema »Pflege von Migranten« gewinnt für die Pflegeforschung in Deutschland erst ab Mitte 80er Jahren an Bedeutung und bis zu dieser Zeit ist die Forschungslage eher dürtig (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, S. 75).

Schilder (1998) untersucht in einer qualitativen Studie die Erfahrungen, die Pflegende mit den Pflegebedürftigen und ihren Familien im ambulanten Bereich gemacht haben. Er stellt fest, dass aus der Perspektive der Befragten vor allem durch kulturell bedingte und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten bei der Pflege von türkischstämmigen Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich Probleme entstehen. Dabei weisen kulturell bedingte Verständigungsschwierigkeiten eine größere Bedeutung auf als sprachliche Kommunikationsprobleme. Diese entstehen vor allem infolge von unterschiedlichen Wertvorstellungen, Auffassungen, biographischen Erlebnissen und sozialisationsbedingten Erfahrungen der Pflegebedürftigen beziehungsweise deren Angehörigen und der Pflegekräfte (vgl. ebd., S. 129 ff.).

Die Situation der türkischen Frauen als pflegende Angehörige wird von Tüsün (2002) untersucht. Sie stellt fest, dass türkische Frauen als pflegende Angehörige enormen Belastungen ausgesetzt sind, die sich durch das Leben in einem fremden Land verstärken. Sie macht darauf aufmerksam, dass türkische pflegende Angehörige die Hilfsangebote nur dann annehmen können, wenn diese deren traditionelle Werte berücksichtigen (vgl. ebd., S. 111). Zielke-Nadkarni (2003) untersucht in einer vergleichenden ethnografischen Studie das Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis sowie die Pflegepraktiken türkischer und deutscher Frauen. Die Untersuchung bezieht türkeistämmige Migrantinnen der ersten sowie der zweiten Generation und deutsche Vergleichsgruppen ähnlicher Altersgruppen ein, um die Auswirkungen des Migrationsprozesses auf das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Pflege nachzuweisen. Im Ergebnis ihrer Studie entwickelt die Autorin einen Entwurf zur systematischen Individualpflege, dessen Ziel es ist, eine patientenorientierte, umfassende und gesundheitsfördernde Pflege umzusetzen.

Eine Demenzerkrankung stellt sich für Betroffene als ein sehr belastendes Ereignis dar. Aufgrund der fortschreitenden Alterung der Migrantenbevölkerung gewinnt das Thema der Versorgungssituation von Demenzerkrankten mit Migrationshintergrund sowie Belastungen und Ressourcen ihrer pflegenden Angehörigen für die Pflegeforschung an Relevanz. Durch eine qualitative Forschung untersuchen Raven und Huismann (2000) die Versorgung von Demenzerkrankten und die Situation der Pflegenden bei Migranten in Deutschland und stellen bei türkischstämmigen Angehörigen einen schlechten Informationsstand über die zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten fest.

Den Grund für eine zurückhaltende Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen sehen sie unter anderem in den mangelhaften Deutschkenntnissen, einem niedrigen Bildungsniveau, einem mit sozialen und persönlichen Verunsicherungen einhergehenden Ausländerstatus und der Angst vor negativen Konsequenzen (vgl. ebd., S. 135). Muttersprachlich organisierte Hilfeleistungen, beispielsweise die Beratung durch ein muttersprachliches Fachpersonal, Haushaltshilfen, Nottelphone, die zeitweise Übernahme der Betreuung durch ambulante Dienste oder Tagesstätten speziell für ausländische Demenzzranke werden von den Befragten als notwendige Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegenden erachtet, die einen Demenzzranken versorgen (vgl. ebd., S. 133).

Küçük (2013) untersucht Belastungserleben und Bewältigungsstrategien pflegender Angehöriger, die einen an Demenz erkrankten Elternteil pflegen oder gepflegt haben. Als zentrales Ergebnis stellt sie eine starke psychische, familiäre und soziale Belastung der pflegenden Angehörigen und ihre unzureichende Kenntnisse und Erfahrungen über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten fest. Sie weist auf den starken Handlungsbedarf bezüglich der Entwicklung von Versorgungs- und Beratungskonzepten im Gesundheitswesen hin. Diese setzen eine interkulturelle Öffnung dieser Dienstleistungen voraus (vgl. ebd., S. 111 f.).

Im Rahmen des Forschungsprojektes über »Lebenswelten von demenziell erkrankten Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft und ihren Familien« untersuchen Dibelius et al. (2015, S. 94) Ressourcen und Belastungen von Betroffenen. Das Forschungsdesign beinhaltet die Dokumentenanalyse, Expertinnen-Interviews, Interviews mit pflegenden Angehörigen türkischer Herkunft, Einzelfallanalysen und die Analyse von Beratungssituationen mittels teilnehmender Beobachtung (vgl. ebd., S. 94 ff.).

Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen, dass die Angebote der Pflegedienste zu spät angenommen werden, wobei bei Kindern oder Enkelkindern die Tendenz zu beobachten ist, dass sie früher aktiv werden und sich um einen Informationsgewinn bemühen. Belastungen in der Familie entstehen durch innerfamiliäre Konflikte aufgrund der Versorgungsorganisation. Pflegende Angehörige sind unter anderem massiven psychischen Belastungen ausgesetzt und benötigen professionelle Beratung und Unterstützung. Sie sind bedroht, selbst pflegebedürftig zu werden. Außerdem kann durch die Überforderung der Pflegeperson bei langandauernden Pflegebeziehungen die Situation eskalieren, was schließlich mit der Anwendung von Gewalt enden kann. Die Annahme der Hilfeleistungen wird durch psychosozial bedingte Barrieren und eine ungünstige Angebotsstruktur dieser Leistungen erschwert. Außerfamiliäre Hilfestellungen in Anspruch zu nehmen, ist mit Angst, Scham und Schuldgefühlen verbunden und erfordert häufig eine psychosoziale Beratung. Die Nichtberücksichtigung eines möglichen Analphabetismus oder geringer Deutschkenntnisse bei Ratsuchenden werden als strukturelle Diskriminierung identi-

fiziert. Ein positives Altersbild, familiäre Zusammengehörigkeit, politisches Engagement und der Glaube können sich auf die Krankheitsbewältigung positiv auswirken und gelten als wichtige Ressourcen (vgl. Dibelius 2015, S. 127 ff.)

Im Rahmen des oben genannten Forschungsprojektes stellt Piechotta-Henze (2015) fest, dass es türkeistämmigen pflegenden Angehörigen einer demenzkranken Person an Wissen und Selbstbewusstsein fehlt, um rechtlich zustehende Versorgungsmöglichkeiten einzufordern. Sie sind durch die hohe Bürokratisierung des Versorgungswesens überfordert, beispielsweise haben sie Schwierigkeiten bei der Antragsstellung und der Informationsbeschaffung. Einige erleben eine abweisende Haltung durch die Mitarbeiter des Versorgungswesens und bringen dies mit ihrem Ausländerstatus oder einer latenten Ausländerfeindlichkeit in Verbindung. Die Akzeptanz der Demenz als Erkrankung durch die Familie ermöglicht eine positive Gestaltung der Lebenswelt. Somit können gegenseitige Absprachen getroffen und Hilfestellungen besprochen und angeboten werden. Dies gilt jedoch ausschließlich für Familien mit intakten Beziehungen. In der Pflegesituation gilt Liebe – sowohl zu pflegenden Eltern als auch den Kindern gegenüber – als emotionelle Ressource. Die Möglichkeiten, mit Freunden zu sprechen und sich Zeit für sich zu nehmen, ein empfundenes Verständnis im sozialen Umfeld, die Berufstätigkeit und der Glaube gelten als weitere Ressourcen für pflegende Angehörige. Kenntnisse über pflegerische Dienstleistungen werden als versorgungsbezogene Ressourcen identifiziert (vgl. Piechotta-Henze 2015, S. 155 f.).

Mogar und Kutzleben (2015) stellen in ihrer Forschung »Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements« fest, dass Familien die Versorgung der Erkrankten bedingungslos übernehmen und, wenn notwendig, persönliche Wünsche und Ziele hintenanstellen. Dies wird von den Befragten mit der Zugehörigkeit zur türkischen Ethnie begründet und gleichzeitig zur Abgrenzung von der deutschen Bevölkerung verwendet. Bei der Versorgungsgestaltung herrscht eine Übereinstimmung über die Rollenverteilung, wobei weibliche Familienangehörige die pflegerische Versorgung übernehmen und die männlichen unterstützend mitwirken. Hierbei ist der starke familiäre Zusammenhalt bemerkenswert, der eine flexible Versorgungsgestaltung ermöglicht. Es sei jedoch nicht auszuschließen, dass es bei manchen Familien in dieser Hinsicht auch Probleme geben kann. Die Autorinnen stellen fest, dass fehlende Informationen und Erfahrung die Versorgungssituation sowie den Umgang mit der Erkrankung prägen. Die häufigen Arztbesuche seitens der Angehörigen sind ein Versuch, diesbezügliche Defizite durch eine ärztliche Aufklärung über das auffällige Verhalten der Demenzkranken zu kompensieren und diese medikamentös behandeln zu lassen (vgl. ebd., S. 468 ff.).

Wie in den anderen westeuropäischen Ländern gewann die Fragestellung zu dem Thema Altern in der Migration erst ab den 1990er Jahren an Bedeutung, wobei das Altern von Migranten im Zusammenhang mit der Arbeitsmigration stand. Anlass für diese Entwicklung war die Zunahme der Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung und ihre schlechteren Lebensbedingungen (vgl. Baykara- Krumme et al. 2012, S. 13f.). Nach der Vergabe des ersten Auftrags 1989 für eine Expertise wurde das Thema Alter und Altern in der Migration fast in allen Altenberichten berücksichtigt (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2012, S. 439). Außerdem fanden geschlechtsspezifische Aspekte des Alterns in der Migration mittlerweile auch Berücksichtigung. Beispielsweise untersucht Matthäi (2005) die Lebenssituation von alleinstehenden älteren Migrantinnen aus der Zuwanderergeneration. Die Studienergebnisse unterstreichen die Heterogenität innerhalb einer bestimmten Migrantengruppe. Trotz der Ähnlichkeiten der Merkmale bezüglich der Migrationserfahrung, der Generationenzugehörigkeit und des Geschlechts unterscheiden sich die befragten Migrantinnen in ihrer sozialen und finanziellen Lage stark voneinander (vgl. ebd., S. 215).

Mit der Thematik der Versorgung älterer Migranten beschäftigte sich zuerst die Migrationssozialarbeit und es wurden Programme für die Altenhilfe entwickelt (vgl. Dietzel-Papakriakou 2012, S. 441). Beispielsweise legt Baric-Büdel (2001) ein Konzept zur interkulturellen Öffnung des Pflegeversicherungssystems für ältere Migranten in Dortmund vor. Inzwischen wurden viele Projekte zur kultursensiblen Altenhilfe entwickelt, die in der Praxis, besonders in der ambulanten Pflege – aufgrund der in diesem Bereich entdeckten Marktnische – Anwendung fanden. Es wurden auch einige sogenannte multikulturelle beziehungsweise türkische Seniorenheime in den Großstädten eingerichtet. Zum Beispiel in Duisburg, Berlin und Hamburg, wobei eine völlig separate und ethnisch basierte stationäre Altenpflege als integrationsfeindlich betrachtet wird (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2012, S. 446).

Die Ergebnisse einer von Schenk (2015) durchgeführten Forschung über die ambulante Versorgung von Migranten in Berlin bestätigen die oben genannte Entwicklung im ambulanten Bereich. In dieser Studie gibt die Mehrheit der befragten ambulanten Pflegedienste an, ihr Versorgungsangebot zumindest teilweise nach den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu richten (vgl. Schenk 2015, S. 56). Dabei werden die Beachtung von Ernährungs-, Hygiene- und religiösen Gewohnheiten und das Ausziehen der Schuhe vor dem Betreten der Wohnung als Migrationssensitiv betrachtet. Hingegen stellt sich die Verständigung in der Muttersprache als ein Defizit in ihrer Angebotsstruktur dar. Die befragten Pflegedienste geben an, dass migrations-spezifische Leistungen, wie zum Beispiel mehrsprachige Beratungsangebote oder die Begleitung beim Behördengang und beim Arztbesuch, von der Pfl-

geversicherung nicht abgedeckt werden (vgl. Schenk 2015, S. 57). Durch einen Vergleich mit den Ergebnissen der Vorgängerstudie stellt Schenk fest, dass die Erwartungen von Migranten bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Leistungsangebote von ambulanten Pflegediensten erfüllt werden können (vgl. ebd., S. 53). Schenk (2011) untersucht in einer weiteren Studie Vorstellungen vom Altern und die Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Ihre Ergebnisse verdeutlichen, dass ältere Migranten im Fall einer Pflegebedürftigkeit zunächst Hilfe von ihren näheren Familienangehörigen erwarten. Wenn ihre Versorgung in der Familie nicht möglich sein sollte, wollen sie, dass ihre Versorgung von ihren nahe stehenden Verwandten übernommen wird. Eine Inanspruchnahme professioneller Hilfe kommt erst in Frage, wenn die Pflege gar nicht familiär gewährleistet werden kann (vgl. ebd.).

Die Ergebnisse von jüngeren Studien zu Fragen des Pflegearrangements bei muslimischen Migranten weisen auf einen Zusammenhang zwischen den Vorstellungen des Pflegearrangements und kulturell-religiös geprägten Werten und Einstellungen hin. Beispielsweise weisen die Ergebnisse einer von Volkert und Risch (2017) durchgeführten quantitativen Studie darauf hin, dass die Befürwortung verschiedener Pflegearrangements bei den Befragten mehr durch kulturell-religiös geprägte Werte und Einstellungen bestimmt ist als durch eine Abwägung vorhandener Ressourcen im Haushalt. Die Autoren stellen fest, dass externe Pflegearrangements mit zunehmender Gläubigkeit verstärkt abgelehnt werden (vgl. ebd., S. 35f.). Übereinstimmend mit diesen stellen Bölük et al. (2017) eine deutlich höhere Akzeptanz der Alternativen von pflegerischer Versorgung bei den eher liberal eingestellten Befragten als bei den eher traditionell eingestellten Befragten heraus (vgl. ebd., S. 72).

Lewicki (2017) macht darauf aufmerksam, dass der Grund der geringen Inanspruchnahme der Leistungen der stationären Altenpflege durch Migranten unter anderem auch in ihren Diskriminierungserfahrungen mit deutschen (Gesundheits-)Einrichtungen liegt. In einer in kirchlichen stationären Einrichtungen der Altenpflege durchgeführten Studie stellt Lewicki selbst bei Führungskräften »häufig negativ gefärbte, generalisierende oder voreingenommene Haltungen« über Muslime fest (Lewicki 2017, S. 8). Bemerkenswert ist, dass diese Einrichtungen zu zwei kirchlichen Wohlfahrtsverbänden gehören, die sich federführend für die interkulturelle Öffnung der Altenpflege eingebracht haben und Mitglieder von einem bundesweiten Zusammenschluss von Verbänden und Organisationen »Forum für eine kultursensible Altenhilfe« sind. In den vergangenen 15 Jahren entwarf das Forum Handreichungen und Arbeitshilfen zu Fragen der Interkulturellen Öffnung der Prozesse in der Altenhilfe. Diese Konzepte dienen jedoch mehr zur Anerkennung der möglichen kulturellen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Senioren aus der Migrantenbe-

völkerung als zur Vorbeugung ihrer Diskriminierung in Einrichtungen der Altenpflege (vgl. ebd., S. 9).

Durch eine qualitative Forschung untersucht Olbermann (2015) den Zugang zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen bei älteren Migranten und stellt die folgenden begünstigenden Faktoren fest: die Kommunikation in der Muttersprache, die persönliche Ansprache und die Vermittlung durch vertraute Bezugspersonen, kostenlose oder preiswerte Angebote und die Wohnortnähe, zumindest aber eine gute Verbindung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Aufgrund unterschiedlicher Interessen oder einem Schamgefühl können geschlechtsspezifische Angebote förderlich, teilweise sogar erforderlich sein, auch wenn sie nicht immer als notwendig erachtet werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich darin, dass die Bereitschaft, Kursangebote wahrzunehmen, bei weiblichen älteren Migranten größer ist als bei männlichen (vgl. ebd., S. 39).

Es liegen nur wenige Studien vor, die die Bedürfnisse von Migranten in der Palliativpflege und deren Berücksichtigung erfassen (vgl. Zielke-Nadkarni 2013, S. 20). Einige Autoren (zum Beispiel Dörschug 2011; Urban 2011) machen auf die Bedeutung eines religions- und kultursensiblen Umgangs mit den Sterbenden und ihren Angehörigen in den Einrichtungen der Palliativversorgung aufmerksam und legen Handlungsempfehlungen für das mit der Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen betraute Gesundheitspersonal vor. Diese beinhalten Hintergrundwissen über verschiedene Glaubensrichtungen und Kulturen im Umgang mit Sterben und Tod. Die Ergebnisse einer von Zielke-Nadkarni in NRW durchgeführten Forschung über eine Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund zeigt, dass erwachsene Migranten in der Palliativ- und Hospizversorgung unterrepräsentiert sind. Des Weiteren verdeutlichen die Ergebnisse dieser Studie den Unterstützungsbedarf und die Notwendigkeit struktureller Maßnahmen von Einrichtungen der Palliativpflege bei der Versorgung von Menschen aus der Migrantenbevölkerung. Für eine angemessene palliative Versorgung dieser Zielgruppe werden die Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation, ausreichendes (muttersprachliches) Personal und ein dem Bedarf entsprechendes Zeitbudget als erforderlich erachtet (vgl. Zielke-Nadkarni 2013, S. 63). Vergleichbare Ergebnisse liefert eine von Jansky et al. (2017) in Niedersachsen durchgeführte Forschung. Sie stellen fest, dass Migranten mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund in der Palliativversorgung unterrepräsentiert sind. Die befragten Mitarbeiter dieser Einrichtungen nannten als bedeutende Schwierigkeiten bei der Versorgung dieser Klientel die Kommunikation, den Umgang mit der Familie sowie die Versorgungsplanung und -organisation. Sie gingen von Unterschieden in der Todes- und Trauerkultur und den Schmerzäußerungen aus, die zusammen mit einem Mangel an Wissen über kulturspezifische Kenntnisse bei