

DeZIM Working Papers +

DWP #04 | 25 Berlin, den 30. April 2025

Von kultursensibler zu diversitätssensibler Altenpflege

Einblicke in die häusliche Pflege älterer Migrant*innen in Berlin



Theresa Schwass

DeZIM Working Papers +

DWP #04 | 25 Berlin, den 30. April 2025

Von kultursensibler zu diversitätssensibler Altenpflege

Einblicke in die häusliche Pflege älterer Migrant*innen in Berlin

Theresa Schwass

INHALT

Zusammenfassung	4
Abstract	4
Zentrale Ergebnisse	5
1. Einleitung	7
2. Methodisches Vorgehen	10
3. Theorie: Interkulturalität, Transkulturalität, Kultursensibilität, Diversität	12
4. Kontext: Ältere Migrant*innen im Pflegesystem	15
4.1 Zugangsbarrieren ins Pflegesystem	15
4.2 Kultursensible Angebote in Berlin	18
5. Ergebnisse	20
5.1 Kultursensible Pflegekonzepte.....	20
5.2 Kultursensibilität im Pflegealltag	21
5.2.1 Sprache und Kommunikation	21
5.2.2 Beziehung zwischen Patient*in und Pfleger*in.....	23
5.2.3 Gender- und religionssensible Aspekte	24
5.2.4 Biografiearbeit	26
6. Diskussion: Von einer kultursensiblen Pflege	29
7. Ausblick: ... zu einer diversitätssensiblen Pflege	31
Literaturverzeichnis	33
Über die Autorin	35

Von kultursensibler zu diversitätssensibler Altenpflege

Einblicke in die häusliche Pflege älterer Migrant*innen in Berlin

Theresa Schwass

ZUSAMMENFASSUNG

Menschen mit eigener Migrationserfahrung erleben im Alter komplexe Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme von staatlichen Pflegeleistungen. In Berlin hat sich in den vergangenen Jahren eine Vielzahl an ambulanten Pflegediensten etabliert, die sich mit zielgruppenorientierten Pflegeangeboten explizit an ältere Migrant*innen richten. Basierend auf einer ethnografischen Datenerhebung bei einem Pflegedienst, der eine solche kultursensible Pflege anbietet, wird ein umfassender Einblick in die Besonderheiten und Herausforderungen der häuslichen Pflege älterer Migrant*innen gegeben. Über einen Zeitraum von vier Monaten wurden Pflegekräfte bei ihrer Arbeit begleitet und qualitative Daten mithilfe teilnehmender Beobachtungen und Interviews mit Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und Pflegepersonen erhoben. Die Ergebnisse beleuchten, wie der kultursensible Pflegeansatz konzeptionell ausgelegt und praktisch umgesetzt wird. Dargestellt wird, inwieweit die spezifischen Bedürfnisse pflegebedürftiger Migrant*innen adressiert werden, in welchen Situationen Konflikte entstehen können und welche spezifischen Kompetenzen von den Pflegekräften dabei gefordert und angewendet werden. Dabei werden auch die Grenzen des kultursensiblen Pflegekonzeptes aufgezeigt. Um der wachsenden Diversität in der postmigrantischen und zugleich alternden Gesellschaft bedürfnisgerecht zu begegnen, wird für einen diversitätssensiblen Pflegeansatz argumentiert und die Notwendigkeit eines differenzierten und sensiblen Umgangs mit vielfältigen Lebensformen im Pflegekontext betont.

Schlagwörter: Ambulanter Pflegedienst, Häusliche Pflege, Migration, Kultursensibilität, Diversität

ABSTRACT

Older migrants often face complex barriers when accessing state-provided care services. In recent years, a variety of outpatient care services have emerged in Berlin, explicitly targeting older migrants with specialized care offerings. Based on an ethnographic data collection from a care service that promotes so-called culturally sensitive care, this paper provides an in-depth look into the unique characteristics and challenges of home care for older migrants. Over a period of four months, care workers were accompanied in their duties, and qualitative data was gathered through participant observations and interviews with those needing care, their relatives and care personnel. The results illuminate the conceptual interpretation and practical application of a culturally sensitive care approach. It is illustrated to what extent the specific needs of care-dependent migrants are addressed, under which circumstances conflicts may arise, and which particular competencies are demanded and utilized by care staff. The limits of the culturally sensitive care concept are also explored. To properly respond to the growing diversity in an aging, post-migrant society, the article argues for a diversity-sensitive care approach and emphasizes the need for a differentiated and sensitive engagement with diverse life forms within care contexts.

Keywords: outpatient care service, home care, migration, cultural sensitivity, diversity

ZENTRALE ERGEBNISSE

- Ein wesentliches Bedürfnis der Pflegebedürftigen ist eine muttersprachliche Betreuung, die neben dem generellen gegenseitigen Verständnis im Pflegekontext auch zum emotionalen Wohlbefinden der Pflegebedürftigen beiträgt. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Pflegepersonal mit den entsprechenden Sprachkenntnissen für eine sensible Pflege nicht zwingend notwendig ist, denn auch nonverbale Kommunikationsfähigkeiten, Empathie und Geduld sind für eine gute Kommunikation entscheidend.
- Gender- und religionssensible Aspekte werden von den Pflegekräften als besondere Anforderung bei der Pflege älterer Migrant*innen angesehen. Emotionale Empfindungen wie Intimität und Scham erfordern ebenfalls eine sensible Herangehensweise. Deutlich wird, dass der unterschiedliche Umgang mit Situationen wie der Körperpflege nicht nur in kulturellen oder religiösen Besonderheiten, sondern insbesondere auch in den individuellen Bedürfnissen der Menschen begründet ist.
- Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Beziehung zwischen Patient*in und Pfleger*in. Nähe kann Erwartungen schaffen, die zum Teil über die Anforderungen und Aufgaben einer Pflegekraft hinausgehen und somit Konfliktpotenzial bergen. Wobei eine gemeinsame Sprache allein nicht vor Konflikten und Missverständnissen schützt. Auch die Kenntnis der Biografie und die Sensibilisierung für die Lebenswelt der Pflegebedürftigen haben einen Einfluss auf den Umgang miteinander.
- Sobald eine pflegebedürftige Person und eine Pflegekraft nicht mehr den gleichen kulturell-religiösen Hintergrund teilen, haben die Pflegekräfte häufiger Probleme, die Situation zu verstehen. Das beeinträchtigt die Achtung von Wünschen und Bedürfnissen und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Die Beschäftigung migrantischer Pflegekräfte allein garantiert jedoch keine sensible Pflege, solange die Pflegekräfte selbst nicht auch sensibilisiert sind.
- Ein kultursensibler Pflegeansatz legt den Fokus auf die kulturellen Gemeinsamkeiten von migrantischen Menschen, die unter den Merkmalen Kultur, Nationalität oder Sprache zusammengefasst werden. Das führt dazu, dass häufig nur ethnisch-kulturelle Merkmale von Identität betrachtet und andere Aspekte wie Biografie oder individuelle Lebensumstände hingegen vernachlässigt werden. Die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen werden so mitunter in den Hintergrund gerückt.
- Ein diversitätssensibler Pflegeansatz erweitert das kultursensible Pflegekonzept dahin gehend, über die ethnisch-kulturellen Besonderheiten hinaus auch andere Merkmale der sozialen Differenzierung in einer postmigrantischen Gesellschaft in den Blick zu nehmen. Bei einer diversitätssensiblen Pflege stehen Pflegebedürftige mit Migrationsgeschichte nicht mit ihrer Kultur und/oder Religion im Vordergrund. Stattdessen werden diese Bereiche lediglich als einige von vielen Einflussfaktoren in der individuellen Lebenswelt von älteren Menschen begriffen.
- Für die Umsetzung einer sensiblen, bedürfnisgerechten und personenzentrierten Pflege ist eine transkulturelle Kompetenz der Pflegekräfte erforderlich. Diese umfasst neben der Sensibilisierung für die Diversität von Individuen und ihren Lebenswelten eine offene und respektvolle

Grundhaltung gegenüber anderen Biografien, Kommunikationsfähigkeit, Selbstreflexivität sowie Ambiguitätstoleranz. Innerhalb der Studie war niemand unter den befragten Pflegekräften in interkultureller Kompetenz aus- oder weitergebildet.

1. Einleitung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes leben in Deutschland knapp 14 Millionen Menschen mit eigener Migrationserfahrung (Statistisches Bundesamt 2022: 38). Auch wenn diese Personengruppe im Vergleich zur bundesdeutschen Gesamtbevölkerung ein überdurchschnittlich junges Alter aufweist, so ist die Anzahl an Migrant*innen¹ über 65 Jahren in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Auch in Zukunft wird erwartet, dass dieser Anteil unter der älteren Bevölkerungsschicht in Deutschland weiter deutlich wächst (vgl. Statistisches Bundesamt 2022: 38; Steinbach 2018: 289–290; Schenk & Habermann 2020: 1). Schätzungen gehen davon aus, dass sich bis Anfang der 2030er-Jahre der Anteil älterer Menschen unter der migrantischen Bevölkerung im Vergleich zu 2013 nahezu verdoppeln und damit die Anzahl der in Deutschland lebenden Migrant*innen, die älter als 65 Jahre sind, auf 2,8 Millionen zunehmen wird (vgl. Schimany, Rühl & Kohls 2012: 155; Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016: 350).

In Berlin bilden die aus der Türkei migrierten sogenannten Gastarbeiter*innen den größten Anteil älterer Menschen mit Migrationserfahrung (vgl. Schenk et al. 2015: 11; Camino 2014: 18). Im politischen und gesellschaftlichen Diskurs wurde lange Zeit angenommen, dass die Gastarbeiter*innen am Ende ihres Erwerbslebens wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren. In den vergangenen Jahren aber wurde deutlich, dass die Mehrheit der Zugewanderten auch im Ruhestand dauerhaft in Deutschland bleibt. Die Menschen haben beispielsweise ihre in Deutschland geborenen/lebenden Kinder und Enkel, die sie hier halten; außerdem

sind über die Jahre neue soziale Netzwerke entstanden, während sich ehemalige Netzwerke im Herkunftsland zunehmend aufgelöst haben. Ein weiterer Grund zu bleiben: Sie haben jahrelang in die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung eingezahlt und möchten sie im Alter in Anspruch nehmen (vgl. Schilder & Brandenburg 2020: 15–16; Schenk & Habermann 2020: 1; Camino 2014: 10). Insbesondere ehemalige Gastarbeiter*innen weisen aufgrund erschwerter Arbeitsbedingungen und teils prekärer Lebensumstände und Wohnverhältnisse zudem ein überdurchschnittliches Erkrankungsrisiko im Rentenalter auf (vgl. Aşkın 2018: 682; Schenk & Habermann 2020: 1). Es ist daher davon auszugehen, dass die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen seitens älterer Migrant*innen in Zukunft zunehmen wird.

Das Pflegesystem muss sich auf eine wachsende Zahl älterer, pflegebedürftiger Menschen mit Migrationserfahrung einstellen. Doch obwohl diese Gruppe schon jetzt zahlenmäßig recht stark vertreten ist, ist das Pflegesystem aktuell noch nicht ausreichend auf die Herausforderungen vorbereitet. Insgesamt mangelt es an entsprechenden Entwicklungen, das Pflegesystem für die Anforderungen einer wachsenden gesellschaftlichen Diversität zu öffnen und Bedürfnisse sensibel zu berücksichtigen (vgl. Bermejo et al. 2012; Aşkın 2018). Sehen sich Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal mit Patient*innen konfrontiert, die sehr diverse Lebensentwürfe und -erfahrungen sowie unterschiedliche kulturelle und religiöse Vorstellungen haben, beschreiben sie die Pflegebeziehung zu diesen Menschen häufig als schwierig (vgl. Theißen 2019: 155). Zudem wird deutlich, dass migrationsbedingte Barrieren bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Altenhilfe bestehen. Verschiedene Studien (vgl.

¹ Der Begriff *Migrant*in* wird hier für Personen mit eigener Migrationserfahrung verwendet, d. h. für Personen, die in einem anderen Land als Deutschland geboren bzw. aufgewachsen, nicht muttersprachlich Deutsch sozialisiert und nach Deutschland zugewandert sind. Dabei ist die starke Heterogenität der Zielgruppe in Hinblick auf die unterschiedliche nationale, religiöse und ethnische Herkunft

und die sozioökonomische Lage zu beachten. Aber auch die unterschiedlichen migrationspolitischen Rahmenbedingungen, die einen Einfluss beispielsweise auf Integrationserfolge haben, sowie verschiedene persönliche Umstände wie Alter, Familienkonstellation oder Lebenssituation sind prägend. Migrantisches Leben zeichnet sich durch eine Vielzahl an Migrationsbiografien und Lebensumständen aus (vgl. Burkert, Hochfellner & Wurdack 2012: 79).

Sonntag, Krobisch & Schenk 2020; Kim 2019a; Behrens 2011) zeigen es auch sehr konkret auf: Die interkulturelle Öffnung im stationären und ambulanten Bereich der Altenhilfe in Deutschland ist insgesamt noch nicht ausreichend zufriedenstellend und es fehlt an barrierefreien Angeboten, die insbesondere ältere Migrant*innen zielgruppengerecht ansprechen. Zwar gab es in den vergangenen Jahren schon Fortschritte, jedoch sind nach wie vor deutliche Defizite erkennbar.

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass Pflegebedürftige mit Migrationsgeschichte trotz der tendenziell höheren Pflegebedürftigkeit die teil- und vollstationären Versorgungsangebote der Altenpflege deutlich weniger in Anspruch nehmen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Die geringere Akzeptanz kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass diese Institutionen als unbekannt und befremdlich wahrgenommen werden. Zum anderen lehnen Betroffene die Dienstleistungen aber auch aus Angst vor Diskriminierung ab (vgl. Camino 2014: 61f). Vor diesem Hintergrund kommt der häuslichen Pflege durch ambulante Pflegedienste eine besondere Rolle zu.

Die häusliche Pflege gehört zu den überwiegend akzeptierten Pflegeangeboten von älteren, pflegebedürftigen Migrant*innen in Deutschland (vgl. Marquardt, Delkic & Motzek 2016: 29). In Berlin hat sich in den vergangenen 20 Jahren eine Vielzahl an ambulanten Pflegediensten etabliert, die aus einzelnen Migrant*innencommunitys heraus entstanden sind und sich mit zielgruppenorientierten Pflegeangeboten explizit an ältere Migrant*innen wenden. Diese Pflegedienste bieten die sogenannte kultursensible Pflege für Menschen mit Migrationserfahrung an. Viele der ambulanten Dienste haben sich damit auf eine Zielgruppe aus einem Herkunftsland oder auf eine Sprache spezialisiert und beschäftigen bilinguale Pflegekräfte (vgl. Camino 2014: 25f).

In den vergangenen Jahren wurde im regionalen Berliner Kontext bereits eine Reihe überwiegend quantitativer Studien durchgeführt, die die Zugangsbarrieren und Pflegebedarfe älterer Migrant*innen, die Pflegesituation und Erwartungen

von migrantischen Pflegebedürftigen sowie die Angebotsauswahl kultursensibler Pflegeleistungen evaluieren (vgl. Camino 2014; Sonntag, Krobisch & Schenk 2020; Schaffranke & Schwenzer 2014; Orłowski 2013; Krobisch et al. 2016; Schenk, Krobisch & Ikiz 2014; Schenk et al. 2015; Kim 2019a, 2019b). Das DeZIM-Projekt „AD-NET-CARE – Adaptive Unterstützungsnetzwerke älterer Migrant*innen“ hat die Erfahrungen älterer Migrant*innen im deutschen Pflegesektor qualitativ mit dem Fokus darauf untersucht, wie informelle Netzwerke als Unterstützung einer häuslichen, familiären Pflege gestaltet werden.

Was bis jetzt fehlt, ist ein differenzierter Blick auf die Arbeit der Pflegedienste selbst. Im Rahmen meines Masterprojektes habe ich daher untersucht, inwiefern die gemeinhin angenommenen Vorteile einer kultursensiblen Pflege für ältere Menschen mit Migrationserfahrung tatsächlich gegeben sind und als Lösungsansatz ihrer Problemlagen dienen können – oder ob Konflikte durch eine problematische Umsetzung sogar verschleiert werden. Die zentralen forschungsleitenden Fragen waren:

- Was verstehen die Beteiligten wie die ambulanten Pflegedienste, die Pflegekräfte, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen unter dem Konzept einer kultursensiblen Pflege?
- Wie wird eine kultursensible Pflege in der Praxis umgesetzt und wie wird sie von den Beteiligten erlebt?
- Kann die kultursensible Pflege ein Ansatz sein, die Bedürfnisse älterer Migrant*innen besser zu adressieren, und wo liegen die Grenzen des Konzepts? Welche Konflikte entstehen wann und warum, und wie lässt sich damit umgehen?

Anhand der Fragen soll kritisch überprüft werden, ob ein kultursensibles Pflegekonzept ein Handlungsansatz sein kann, der wachsenden Diversität der alternden Gesellschaft Rechnung zu tragen, mit den spezifischen Bedürfnissen pflegebedürftiger Migrant*innen sensibel umzugehen und dabei den

Anforderungen einer häuslichen Pflege gerecht zu werden.

Der folgende Abschnitt 2 beschreibt zunächst kurz das methodische Vorgehen. In Abschnitt 3 werden einige wichtige Begriffe und Konzepte im Feld der kultursensiblen Pflege definiert. Der anschließende Abschnitt 4 dient dazu, die Ergebnisse in einen größeren Kontext zu stellen. Es werden migrationsspezifische Hürden und strukturelle Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen für ältere Menschen mit Migrationserfahrung aufgezeigt und ein grober Überblick über bestehende kultursensible Angebote der Altenpflege in Berlin gegeben. Abschnitt 5 stellt die Ergebnisse der Forschung vor. Darin werden die konzeptionelle Auslegung des kultursensiblen Pflegeansatzes durch die Pflegedienste und der institutionelle Diskurs vertiefend dargestellt, der sich mit verschiedenen Pflegekonzepten für Menschen mit Migrationserfahrung befasst. Anschließend wird am Beispiel eines Berliner ambulanten Pflegedienstes die praktische Umsetzung einer kultursensiblen Pflege anhand verschiedener Alltagssituationen nachgezeichnet und analysiert. Dabei werden die verschiedenen Bedürfnisse und die Vorstellungen von einer guten Pflege älterer Menschen mit Migrationsgeschichte dargestellt – und wie bzw. ob die Pflegekräfte diese Erwartungen umsetzen (können). So soll anhand von vier zentralen Aspekten einer kultursensiblen Pflege sowohl aufgezeigt werden, welche der Anforderungen, die pflegebedürftige Migrant*innen äußern, erfüllt werden und welche Bedürfnisse möglicherweise nicht adressiert werden. Außerdem soll darauf eingegangen werden, welche Konfliktsituationen dabei entstehen können und welche Kompetenzen von den Pflegekräften benötigt und angewendet werden. Mit einer abschließenden Diskussion des kultursensiblen Pflegekonzeptes in Abschnitt 6 und anhand der zuvor dargestellten Konfliktsituationen wird in Abschnitt 7 für den Ansatz einer diversitätssensiblen Pflege argumentiert.

2. Methodisches Vorgehen

Datengrundlage ist eine im Rahmen meines Masterprojektes durchgeführte qualitativ-ethnografische Datenerhebung bei einem ambulanten Pflegedienst in Berlin, der sich mit einem kultursensiblen Pflegeansatz explizit an Menschen mit Migrationsgeschichte wendet. Zielgruppe der Forschung waren pflegebedürftige Migrant*innen, die nicht mehr berufstätig sind, aufgrund von Krankheit und Alter Unterstützung im Alltag benötigen und zusätzlich Leistungen der Pflegeversicherung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen sowie ihre Angehörigen und ihre Pflegepersonen. Im Rahmen eines viermonatigen Praktikums von November 2020 bis Februar 2021 konnte ich in insgesamt 36 Früh- und Spätschichten die Pflegekräfte bei ihrer täglichen Arbeit im ambulanten Dienst begleiten und an allen pflegerischen Tätigkeiten in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie medizinischer Behandlungspflege teilnehmen.

Die während der häuslichen Besuche erhobenen Daten basieren primär auf teilnehmenden Beobachtungen während der Pflegepraxis, in die zahlreiche informelle Gespräche und qualitative Interviews sowohl mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen als auch mit Pflegekräften eingeflossen sind. Insgesamt wurden zehn semistrukturierte Leitfadeninterviews (teilweise mit biografisch-narrativem Teil) mit Pflegekräften, Pflegebedürftigen und Angehörigen persönlich oder telefonisch geführt. Darüber hinaus wurden weitere zehn leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit

Vertreter*innen verschiedener Organisationen und Einrichtungen im Bereich der interkulturellen Öffnung der Altenpflege in Berlin geführt, beispielsweise mit Vertreter*innen von Berliner Pflegestützpunkten² und etablierten Wohlfahrtsverbänden, mit Migrant*innenorganisationen (MOs) und berlinweiten Projekten zur interkulturellen Öffnung der Altenhilfe und Pflegeberatung, einem weiteren transkulturell arbeitenden Pflegedienst sowie einer Berufsschule, die in der Ausbildung der Pflegekräfte einen Schwerpunkt auf transkulturelle Kompetenzen setzt. Die Interviews wurden telefonisch oder per Videokonferenz ausnahmslos auf Deutsch geführt. Die Transkripte der Interviews wurden nach Mayring (2010) qualitativ ausgewertet und mithilfe der MAXQDA-Software aufbereitet und analysiert. Zusätzlich wurden diverse Flyer, Broschüren, Handreichungen und Protokolle, zum Beispiel von Beratungs- oder Erstaufnahmegesprächen, in der Analyse berücksichtigt, ebenso die mediale Repräsentation von Pflegediensten.

Während des Praktikums konnte ich circa 55 Patient*innen regelmäßig bei häuslichen Besuchen kennenlernen. Die meisten dieser Patient*innen sind als sogenannte Gastarbeiter*innen aus der Türkei nach Deutschland migriert. Die zweite größere Gruppe waren Deutsche ohne eigene Migrationserfahrung.³ Daneben gab es vereinzelt arabisch-, persisch-, bosnisch-, vietnamesisch-, japanisch- und russischsprachige Senior*innen mit vielfältigen Migrationsmotiven, die unterschiedliche politische Rahmenbedingungen für die Migration erlebt haben. Neben Personen mit Geflüchteten-

² Pflegebedürftige und Angehörige haben Anspruch auf Beratung und Unterstützung durch die Pflegekassen. In Beratungsgesprächen sollen Pflegeberater*innen gemeinsam mit Pflegebedürftigen den individuellen Hilfebedarf ermitteln, einen Versorgungsplan erstellen und bei der Umsetzung unterstützen. Diese Beratungsstruktur wurde durch die Einrichtung von sogenannten Pflegestützpunkten als zentralen Anlaufstellen etabliert, über die die Bundesländer selbst entscheiden. Es haben sich daher regional sehr unterschiedliche Beratungsangebote herausgebildet (vgl. Robert Koch-Institut 2015: 329–330). In Berlin gibt es 36 Pflegestützpunkte, in denen sich Pflegebedürftige und Angehörige wohnortnah, kostenlos und unabhängig informieren und beraten lassen können.

³ In Gesprächen wurde deutlich, dass dieser Gruppe der Pflegebedürftigen vorher nicht bewusst war, dass es sich bei diesem Pflegedienst um ein kulturspezifisches Angebot handelt. Sie hatten sich aus verschiedenen Gründen für diesen Dienst entschieden. Ausschlaggebend waren dabei Empfehlungen oder die Nähe zur eigenen Wohnung. Die kultursensible Ausrichtung des Pflegedienstes wurde als nicht störend empfunden. Die wichtigsten Aspekte für die eigene Zufriedenheit mit der Pflege waren ein freundliches und empathisches Auftreten der Pflegekräfte, dass sie engagiert sind und dass sie gut und gründlich arbeiten.

oder Spätaussiedler*innenstatus waren unter ihnen auch Senior*innen, die persönliche und familiäre Gründe zur Migration bewegt hatten. Insgesamt verfügten die Pflegebedürftigen über sehr diverse soziale, kulturelle und religiöse Hintergründe sowie unterschiedliche Migrationserfahrungen und biografische Verläufe.

Durch das wenngleich kurze, aber wiederkehrende Eintauchen in Teilaspekte ihrer Lebenswelt ließen mich die Pflegebedürftigen nach und nach an ihrem Alltag, ihrer Lebenssituation im Alter, an ihren Krankheiten und ihrem Leiden teilhaben und gaben mir Einblicke in sehr intime Situationen. Durch den ethnografischen Forschungsansatz und die Beschäftigung als Praktikantin konnte ich Teil der Beziehungswelt werden und Vertrauen aufbauen, was für die Datenerhebung und insbesondere für die Beantwortung von intimen Fragen zum Privatleben und zum Erleben von Pflege und Krankheit von großer Bedeutung war. Insgesamt erhielt ich so einen guten und tiefen Einblick in die vielfältigen Pflegetätigkeiten und hatte die Möglichkeit, auch in sehr private Bereiche vorzudringen.

Die insgesamt 14 Pflegekräfte, die ich im Praktikum begleiten konnte, wiesen ebenfalls eine große Diversität an persönlichen Hintergründen und Migrationserfahrungen auf. Ein Großteil ist selbst aus der Türkei nach Deutschland migriert. Daneben gab es auch Pflegekräfte aus arabischsprachigen Ländern oder dem ehemaligen Jugoslawien. Zwei Pfleger*innen hatten keinerlei eigene oder familiäre Migrationserfahrung. Sie besaßen im Kontext der Pflege auch keine relevanten Sprachkenntnisse. Alle anderen Pflegekräfte waren mindestens zweisprachig, wobei sie über unterschiedlich gute Deutschkenntnisse verfügten. Die Pfleger*innen hatten zwischen wenigen Monaten bis zu über 20 Jahre Berufserfahrung gesammelt und unterschiedliche Ausbildungen absolviert, wobei sie teilweise für die Pflege überqualifiziert waren.

3. Theorie: Interkulturalität, Transkulturalität, Kultursensibilität, Diversität

Sowohl *Transkulturalität* als auch *Interkulturalität* schließt die Begegnung von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen ein. Lenthe beschreibt *Interkulturalität* als einen

durch Kommunikation und Interaktion herbeigeführten Austausch einzelner Elemente zwischen zwei oder mehreren Kulturen, wobei aber jede der beteiligten Kulturen ihre kennzeichnende Identität behält. (Lenthe 2016: 16)

Wie das Präfix „inter“ (lat. zwischen) andeutet, kann *Interkulturalität* als ein dynamischer Austausch unter Berücksichtigung der kulturspezifischen Verschiedenartigkeit von Personen verstanden werden (vgl. Heuser 2020: 33). Diesem Konzept liegt ein essenzialistischer Kulturbegriff zugrunde, der davon ausgeht, dass Kulturen geschlossene, abgrenzbare Einheiten bilden (vgl. Theiβing 2019: 156; Heuser 2020: 30ff.). Der Begriff der *Transkulturalität* entfernt sich von diesem klassischen Kulturverständnis und stellt nicht Kulturen, sondern Individuen in ihrer durch kulturelle Faktoren geprägten persönlichen Lebenswelt in das Zentrum der Betrachtung. Das Präfix „trans“ (lat. jenseits, über) deutet auf „das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und Gemeinsame“ (Domenig 2007: 172) hin. Transkulturelle Kompetenz beschreibt demnach:

die erworbene und auf Wissen begründete universale Fähigkeit, die Besonderheiten anderer Kulturen als solche wahrzunehmen, sie im Kulturvergleich als gleichwertig zu erkennen und, ohne die eigene Kultur dabei hintanzustellen, in jeder Kultur adäquat, empathisch-dialogisch und integrativ handlungsfähig zu sein. (Lenthe 2016: 16)

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Pflege ist zurückzuführen auf die US-amerikanische

Pflegewissenschaftlerin und Ethnologin Madeleine Leininger. Leininger ging davon aus, dass Fürsorge ein globales Phänomen ist, und untersuchte die kulturspezifischen Vorstellungen von Pflege in verschiedenen Gesellschaften. Im Anschluss führte sie die Konzepte von Kultur und Fürsorge zu einer Theorie der kulturspezifischen Fürsorge (*culture care*) zusammen, die allerdings den damals vorherrschenden essenzialistischen Kulturbegriff noch nicht infrage stellte (vgl. Leininger 2002; McFarland 2018). Leiningers Arbeiten waren aus diesem Grund zwar wegweisend für die weitere Forschung, weil sie sehr früh die Bedeutung der kulturellen Dimension in der Pflege erkannte, jedoch gilt ihre Theorie heute als überholt, zumal sie die Gefahr der Stereotypisierung in sich birgt (vgl. Theiβing 2019: 156–157; Domenig 2007: 170–172). Im deutschsprachigen Raum von Bedeutung ist vor allem das Konzept der transkulturellen Kompetenz von Dagmar Domenig (2007). Nach Domenig besitzen transkulturell kompetente Pflegekräfte

die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen. (Domenig 2007: 174)

Im Rahmen der Pflege bedeute dies, die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen identifizieren zu können und entsprechend in die Praxis zu integrieren. Dabei betont Domenig drei wichtige Säulen der transkulturellen Kompetenz: Selbstreflexivität, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie. Selbstreflexive Wahrnehmung der eigenen Lebenswelt und das Hinterfragen von Selbstverständlichem sieht sie als Voraussetzung von transkultureller Kompetenz. Generelles und kulturspezifisches Hintergrundwissen, wie beispielsweise über Religionen, Ethnien, Migration und welche

Zusammenhänge zu Gesundheitsthemen bestehen, solle nur als grobe Orientierung dienen, jedoch nicht zur Stereotypisierung führen und müsse daher immer in den Kontext der Erfahrungen aus der Pfl egetätigkeit gestellt werden. Mit dem dritten Aspekt, der narrativen Empathie, beschreibt sie nicht nur das Mitgefühl mit einem anderen Menschen im Allgemeinen, sondern die Zuwendung mittels narrativer Techniken im Besonderen, womit die andere Person aktiv zum Erzählen der eigenen Geschichte aufgefordert wird, um so ein Verständnis für das Gegenüber zu erlangen (vgl. Domenig 2007: 175–180). Lenthe betont zudem die Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Erwerb von transkultureller Kompetenz. Es brauche sowohl die Fähigkeit, selbst bei bestehenden Sprachproblemen ein Gespräch zu führen, als auch das Wissen über Kommunikationsstile und Formen der nonverbalen Kommunikation. Des Weiteren erfordere transkulturelle Kompetenz eine Ambiguitätstoleranz, „nämlich ungewohnte Bedürfnisse zu respektieren, Widersprüchlichkeiten zu verkräften und nicht zuletzt in angespannten Situationen die Übersicht zu behalten und professionell agieren zu können.“ (Lenthe 2016: 174). Pflegekräfte sollen damit eine offene Grundhaltung entwickeln, die die Lebensweise einer anderen Person akzeptiert und respektiert, und sie sollen für die Diversität von Menschen sensibilisiert werden.

Das Konzept der *Kultursensibilität* beschreibt grundlegend eine hohe Empathiefähigkeit gegenüber dem Fremdkulturellen und betont entgegen einer stereotypen Festschreibung ein offenes Verständnis von Kultur. Oftmals wird der Ansatz einer kultursensiblen Pflege gleichgesetzt mit transkultureller Kompetenz in der Pflege. Schaffranke und Schwenzer beschreiben eine kultursensible Pflege als eine „bedarfs- und biografieorientierte Pflege, bei der der einzelne Mensch mit seinen spezifischen kulturellen, religiösen, sozialen etc. Bedürfnissen im Mittelpunkt steht“ (Schaffranke & Schwenzer 2014: 4). Durch ein umfassendes Verständnis der individuellen Lebenssituation der Patient*innen werden zum Beispiel Essgewohnheiten, Hygienevorstellungen, religiöse Besonderheiten

oder Medienkonsum von vornherein in der Pflege eingeplant. Dabei bedarf es auch der Kenntnis über die kulturellen Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen Pflegeperson und Patient*in (vgl. Bose & Terpstra 2012: 9).

Innerhalb des sozialwissenschaftlichen Diskurses bezeichnet der Begriff *Diversität* eine heterogene Gesellschaftsstruktur und ein hohes Maß an Merkmalsverschiedenheit von Individuen als zentrale Eigenschaft moderner Gesellschaften (vgl. Ammann 2017: 7). Der Fokus der Betrachtung liegt somit auf der Individualität von Menschen mit ihren je eigenen Lebenslagen, Wertorientierungen und multiplen Zugehörigkeiten in einer pluralisierten Gesellschaft. Diversität beschreibt sowohl die Merkmale von Individuen selbst, darunter Geschlecht, Bildungsstand, sexuelle Orientierung, sozioökonomische Lage oder Migrationserfahrung, ist aber auch gleichzeitig ein Resultat von Zuschreibungsprozessen ebendieser Eigenschaften: „Gruppenzugehörigkeiten spielen in individualisierten Gesellschaften nach wie vor eine wichtige Rolle, und sie tun dies in hochkomplexer Weise“ (Ammann 2017: 6).

Obwohl sich pluralisierte Gesellschaften durch Individualität und Vielfältigkeit auszeichnen, sind sie dennoch stark von Ungleichheiten geprägt. Diversitätsdimensionen wirken auf komplexe Weise und können hierarchische Ungleichheiten produzieren, die sich wiederum in verschiedenen Situationen unterschiedlich auswirken (vgl. Ammann 2017: 7). Gleichzeitig erschweren es plurale Gesellschaftsbilder, Ungleichheiten und Vulnerabilitäten zu erkennen. In der postmigrantischen Diversitätsdebatte wird daher versucht, Strukturen von Ungleichbehandlungen sichtbar zu machen. Dazu gehört, sich mit hegemonialen Denkmustern kritisch auseinanderzusetzen, aber auch die Vielfalt und Merkmalsverschiedenheiten über Migrationsmerkmale *hinaus* zu betonen. Denn die Diversitätsdebatte in Deutschland war von Beginn an stark mit Migration und Zuwanderung assoziiert, sodass „[die] in dem Konzept angelegte, breite Perspektive auf unterschiedlichste Zugehörigkeiten und Diskriminierungen in dieser Art der Anwendung folglich nicht

immer realisiert [wird]“ (Dilger & Warstat 2021: 17). Diversität im Sinne einer Chancengleichheit betont neben der Anerkennung und Wertschätzung von Vielfalt auch die Beseitigung von Diskriminierungsmechanismen.

Dabei sind Diversitätskonzepte oder auch Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung nicht automatisch performativ. Im Gegenteil: Sie können diskriminierende Wirkmechanismen sogar verschleiern (vgl. Ahmed 2012). Denn Ungleichheiten sind nicht gegeben, sondern immer auch sozial konstruiert und in bestehende Machtverhältnisse eingebunden: „Gut gemeinte Massnahmen [sic] zur Berücksichtigung von Diversität können diese Machtverhältnisse verfestigen [...], und sie können Zuschreibungen aufdrängen, die so von den ‚Betroffenen‘ gar nicht gewollt sind“ (Ammann 2017: 7). Neben der Anerkennung von Diversität ist es daher auch notwendig, Machtstrukturen und Diskriminierungsmechanismen kritisch zu hinterfragen. Dabei wird aus einer postmigrantischen Perspektive kritisiert, dass der Diversitätsbegriff zwar die „horizontale Verschiedenheit“ in den Blick nimmt, die „vertikalen Ungleichheiten“ allerdings nach wie vor unsichtbar bleiben (Ammann 2017: 7). Entsprechend groß ist die Frustration, wenn Diversitätsversprechen nur symbolische Bekundungen bleiben, weil sie von Leitungs- und Verwaltungsebenen nicht initiiert, mitgetragen und vorangebracht werden (vgl. Dilger & Warstat 2021: 10).

4. Kontext: Ältere Migrant*innen im Pflegesystem

Bei der Pflege von älteren Migrant*innen ist zu beachten, dass viele die staatlichen Hilfen, die sie nutzen könnten, bislang gar nicht in Anspruch nehmen. Vor allem professionelle Pflegeangebote werden von pflegebedürftigen Migrant*innen deutlich seltener genutzt. Das hat unter anderem bürokratische Gründe, hängt aber auch mit der Sozialisation pflegender Angehöriger zusammen, die sich selbst in der Pflicht sehen, ihre Verwandten zu pflegen. Zugleich ist die interkulturelle Öffnung des Pflege-sektors mit spezialisierten Angeboten auch in Berlin noch zu gering ausgeprägt. Aus dieser Situation ergeben sich Zugangsbarrieren zu professioneller Pflege für migrantische Familien. Dieser Kontext muss bei der Weiterentwicklung kultursensibler Pflegeangebote berücksichtigt werden und wird daher in den folgenden Abschnitten vertieft.

4.1 Zugangsbarrieren ins Pflegesystem

„Da gibt es sehr viele Fragen, sehr viel Schreibkram. Und manchmal sage ich: Ich kann nicht mehr.“ (Interview mit pflegender Angehöriger, 08.02.2021)

Im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne Migrat ionserfahrung nehmen migrantische Pflegebedürftige deutlich seltener Sach- und Kombileistungen⁴, stattdessen aber häufiger ausschließlich Pflegegeld in Anspruch. Professionelle Pflegeangebote wie ambulante Pflegedienste und Angebote von Tagespflege-Einrichtungen oder Pflegeheimen werden daher deutlich seltener angenommen. Die Pflege

und Betreuung älterer Migrant*innen leisten zu meist weibliche Familienangehörige im häuslichen Rahmen, ohne auf die Unterstützung durch Dienstleistungen und Angebote des Gesundheitssystems zurückzugreifen (vgl. Marquardt, Delkic & Motzek 2016: 27–28).

Auch in den durchgeführten Interviews berichteten Vertreter*innen von MOs von familiärer Pflege, wiesen aber gleichzeitig auf die daraus folgenden Problematiken hin:

„Das Pflegen in der Familie ist viel verbreiteter. Und das wird teilweise ein bisschen romantischer dargestellt, als es ist – ‚Mensch, der Zusammenhalt in den migrantischen Familien ist halt noch besser, und deswegen klappt das besser mit der Pflege zu Hause.‘ Darunter leiden natürlich auch Familienstrukturen. Das ist ja nicht so, dass die Arbeit sich dann von selbst erledigt, sondern das wird [...] ja auch sehr viel durch Frauen ehrenamtlich geleistet.“ (Interview mit MO, 22.01.2021)

MOs verweisen zudem darauf, dass auf politischer Ebene lange Zeit kein Handlungsbedarf gesehen worden ist, da angenommen wurde, dass eine geringere Nachfrage nach staatlichen Pflegeleistungen bei migrantischen Pflegebedürftigen darauf zurückzuführen sei, dass bei ihnen generationsübergreifende Beziehungen stärker ausgeprägt seien und dadurch ein höheres intergeneracionales Pflegepotenzial bestehe. Wenn jedoch davon ausgegangen wird, dass Migrant*innen einen Pflegebedarf haben wie jede andere Personengruppe auch – aufgrund eines höheren Erkrankungspotenzials tendenziell sogar noch einen höheren (siehe Abschnitt 1) –, aber gleichzeitig weniger

⁴ Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich entscheiden, Pflegeleistungen entweder als Pflege und Versorgung durch professionelle Pflegedienstleister (Pflegesachleistungen), als Geldleistung (Pflegegeld), bei der die Pflegebedürftigen zusammen mit ihren Angehörigen die Pflege selbstständig organisieren, oder als Kombination beider Leistungsarten in Anspruch zu nehmen. Die Pflegesachleistung durch professionelle Pflegedienstleister wie ambulante Pflegedienste umfasst Grundpflege (dazu gehören: Unterstützung

bei der Körperpflege und Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme sowie Mobilität), Betreuungsleistungen (u. a. Förderung von Kommunikation, körperlicher Beweglichkeit, Eigenständigkeit und Teilhabe am Alltagsleben) und hauswirtschaftliche Versorgung. Sie beinhaltet aber auch die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Therapeut*innen und anderen relevanten Berufsgruppen sowie die Unterstützung und Beratung von Angehörigen (vgl. Robert Koch-Institut 2015: 325).

Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, deutet das auf Zugangsbarrieren ins Pflegesystem für sie hin.

Die mit Expert*innen und pflegenden Angehörigen geführten Interviews verdeutlichen verschiedene Zugangsbarrieren. Zunächst sind Wissensdefizite und ein genereller Informationsmangel seitens migrantischer Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu nennen. Aufgrund spärlicher Zugänge zu mehrsprachigen Informationen fehlt in migrantischen Communitys häufig das generelle Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten und den gesamten Prozess der Beantragung von Pflegeleistungen. Häufig fehlt auch das Bewusstsein dafür, dass der Staat einen Teil der Leistungen finanziell übernimmt. Die Wissensdefizite beziehen sich dabei auf den gesamten Bereich der Pflege – beginnend damit, welche Beratungsangebote, Ansprüche auf Pflegegrade und entsprechende Pflegeleistungen bestehen und beantragt werden können, und dem Ablauf der Begutachtungen des Hilfebedarfs⁵ bis hin zu der Frage, welche Anträge und Papiere nötig sind und welche Voraussetzungen gegeben sein müssen (vgl. Marquardt, Delkic & Motzek 2016: 27, Bermejo et al. 2012: 951).

Einige migrantische Organisationen beschrieben Fälle, bei denen Pflegeleistungen beispielsweise vom Krankenhaus beantragt und auch bewilligt wurden, die Familien davon allerdings nichts wussten und dementsprechend die Leistungen jahrelang nicht bezogen haben. Auch Angehörige berichteten mir, dass sie über die Möglichkeit von verschiedenen Leistungen nicht informiert und aufgeklärt wurden und erst zu einem späteren Zeitpunkt davon erfuhren. Andere äußerten auch die fehlende Kenntnis darüber, an wen man sich mit verschiedenen Problemen wenden könne.

⁵ Mithilfe eines vom Medizinischen Dienst der Pflegekassen (MDK) erstellten Gutachtens wird der Pflegegrad ermittelt. In diesen Gesprächen zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit zwischen Gutachter*in und Pflegebedürftigen, häufig in Begleitung der Angehörigen, wird mithilfe verschiedener Fragen ein Kriterienkatalog mit insgesamt 13 Einzelaspekten durchgegangen. Damit soll festgestellt

Neben den informationsbezogenen Hindernissen ist Sprache ein wesentlicher Faktor beim Zugang zu Hilfeleistungen. In den Expert*inneninterviews wurde deutlich, dass fehlende Sprachkenntnisse häufig das erste Hindernis bei der Kontaktaufnahme zu verschiedenen Anbietern sind. Sprachliche Barrieren, gepaart mit einem unterschiedlichen konzeptionellen Verständnis von Begriffen, können in Beratungssituationen zu Missverständnissen und Verständigungsproblemen führen, die einen entsprechend sensiblen Umgang der Beratungsperson erfordern. Amtssprache und fachspezifische Begriffe aus der Pflege stellen eine zusätzliche Hürde dar. Gerade wenn es um Fachthemen und komplexere Zusammenhänge wie medizinische Behandlungen geht, reicht das Alltagsdeutsch in der Beratung häufig nicht mehr aus, und auch Angehörige mit Deutschkenntnissen haben dann Verständnisprobleme. Ebenso gibt es große Lücken bei Informationsmaterialien im fremdsprachigen Bereich. Viele Sprachen sind in Broschüren gar nicht vertreten oder fehlerhaft übersetzt und dadurch unverständlich. Aber auch hier betonten Vertreter*innen von MOs: „Eine Broschüre in zwanzig Sprachen, die dann in irgendeinem Amt liegt, das löst auch nicht unsere Probleme“ (Interview mit MO, 22.01.2021), denn Informationen müssten immer zielgruppengerecht aufbereitet werden.

Daneben gibt es verschiedene kulturelle Aspekte, die einen Einfluss auf den Zugang zu Leistungen haben. Das Pflegesystem in Deutschland ist für Migrant*innen häufig anders organisiert als in den Herkunftsländern und daher fremd und unbekannt (vgl. Bermejo et al. 2012: 951–952). Im Interview mit einem muslimischen Verband wurde beispielsweise benannt, dass es in muslimisch geprägten Ländern Pflegeangebote und -einrichtungen in der

werden, wie hoch der allgemeine Betreuungsbedarf ist und ob spezifische Bedarfe aufgrund kognitiver oder psychischer Einschränkungen (bspw. demenzielle Erkrankungen) Anspruch auf zusätzliche Leistungen ergeben. Die zugesprochene Höhe des Pflegegrades (1–5) entscheidet über den Umfang der möglichen Pflegeleistungen (vgl. Robert Koch-Institut 2015: 325).

Form wie in Deutschland nicht gebe. In der Türkei würden sich ambulante Pflegedienste erst langsam etablieren. Auch die stationäre Pflege in Altersheimen werde aufgrund kultureller Vorbehalte häufig abgelehnt. So entgegneten mir zwei Angehörige auf die Frage, ob die Unterbringung in einem Altersheim als entlastende Alternative zur häuslichen Pflege schon überlegt wurde:

„Meine Gefühle sagen: Nee, ich kann das nicht. Also wir als türkische, muslimische Leute, wir können das nicht. Also bei uns, auch im Islam steht das so, dass wir also unsere Mutter, unsere Eltern auf dem Rücken tragen sollen und nicht einfach wegschmeißen sollen. Das ist für mich so wegschmeißen. Ich kann das nicht, nee.“ (Interview mit pflegender Angehöriger, 08.02.2021)

„Dann ist es so, dass man da was ganz Schlimmes macht. Also in unserer Kultur ist das halt so, wenn man seine Mutter in ein Heim steckt, dass man sie dann halt so abgestoßen hat oder so abgeschoben.“ (Interview mit pflegender Angehöriger, 09.02.2021)

Als weitere Barriere nannten die befragten Expert*innen mögliche Berührungspunkte mit Behörden und fehlendes Vertrauen in staatliche Institutionen aufgrund schlechter Erfahrungen mit dem deutschen Hilfesystem in der Vergangenheit. Insbesondere der Kontakt mit Ausländerbehörden und die Sorge um den Aufenthaltsstatus könnten dazu führen, dass Behörden generell als Bedrohung wahrgenommen werden. Das kann ein Grund dafür sein, warum Familien davor zurückscheuen, Verantwortung für ein Familienmitglied an staatliche Stellen abzugeben:

„[...] wenn meine einzigen Erfahrungen mit deutschen Behörden die Ausländerbehörde war, wo man ja auf eine bestimmte Art und Weise auch behandelt wurde und wird, wenn das meine Erfahrung ist mit deutschen Behörden, dann überlege ich mir, ob ich eine geliebte Person in eine staatliche Institution abgebe natürlich schon anders als jemand, der vielleicht positivere

Erfahrungen bei seinen Behördengängen gemacht hat.“ (Interview mit MO, 22.01.2021)

MOs betonten dabei auch die Bedeutung einer Beratung, die auf Vertrauen beruht, wobei hier der Zugang zu den Menschen durch migrantische Vereine einfacher hergestellt werden könne als durch staatliche Institutionen und Einrichtungen. Gerade in der Pflegeberatung sei Vertrauen sehr wichtig. Vertrauen erleichtere es, auch über schambehaftete Themen zu reden. Zudem stellten Vertreter*innen aus den Migrant*innencommunitys die Angst, diskriminiert, nicht akzeptiert oder nicht verstanden zu werden, als zentral heraus:

„[...] ich bin selber Mensch mit Migrationshintergrund dieses ersten Grades, ja, die selber eingewandert ist. Und ich habe hier studiert, aber ich habe hier auch meine Eltern, die schon sozusagen zu dieser Zielgruppe gehören. Sie nehmen auch die Versorgung des Systems nicht in vollem Maße, sie wollen keinen Pflegedienst haben. [...] Weil Leute wirklich viel Angst haben, diskriminiert zu werden. Und wirklich sehr viel Respekt vor dieser Institutionsebene haben, obwohl ich ganz viel da Informationen sozusagen liefern kann, ganz viel erklären, auch helfen beim Ausfüllen von Anträgen, und sprachlich gibt es da kein Problem und Sprachbarrieren. Es gibt auch Pflegedienste, aber trotzdem wird das weniger in Anspruch genommen als bei einheimischen Leuten sozusagen, die diese Hindernisse nicht haben.“ (Interview mit MO, 11.02.2021)

Dabei stelle auch die oftmals fehlende interkulturelle Kompetenz des Personals in Behörden, in der Beratung und im Pflege- und Gesundheitssektor ein Problem dar. Die Expert*innen betonten die Notwendigkeit, Mitarbeitende auf allen Ebenen und in allen Berufsgruppen entsprechend für die Bedarflagen migrantischer Menschen zu sensibilisieren und dies am besten schon in der Ausbildung zu verankern. MOs bekräftigten zudem den hohen Bedarf an zielgruppenorientierten Angeboten. Zwar gebe es für größere Sprachgruppen (insbesondere Türkisch, Arabisch oder Russisch) schon einige Angebote, jedoch ist für kleinere Sprachgruppen in der

Regel nichts vorhanden. Die Gründung neuer, entsprechend spezialisierter Einrichtungen und Projekte werde aufgrund fehlender Finanzierung jedoch erschwert.

Weitere strukturelle Zugangsbarrieren sind die hohe Komplexität des Pflegesystems und der bürokratische Aufwand. Um Leistungen erhalten zu können, ist das Stellen einer Reihe von Anträgen erforderlich. Bereits das Ausfüllen eines Antrags ist für viele eine Barriere. Dabei sind diese bürokratischen Barrieren auch für pflegende Angehörige belastend, beispielsweise weil ihnen das fachliche Wissen fehlt:

„Die Krankenkasse hat mir tausend Zettel geschickt, aber ich bin ja kein Arzt, ich bin nur zu Hause Pflegende. Und wie soll ich die Fragen beantworten? Wenn die mich jetzt fragen, was für eine Herzerkrankung sie hat, okay, für mich hat sie einen Schlaganfall bekommen, sie ist herzkrank. Aber ich weiß ja nicht, welche Klappe krank ist. Woher soll ich da vom Herzen die Klappen wissen?“ (Interview mit pflegender Angehöriger, 08.02.2021)

Bezogen auf die Zugangsbarrieren insgesamt ist festzuhalten, dass die hier angesprochenen Migrant*innen eine stark heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Migrationsbiografien und Zugangsvoraussetzungen bilden und dadurch auch die subjektiv erlebten Barrieren ins Pflegesystem sehr individuell ausfallen. Es lässt sich daher nicht verallgemeinern, dass Migrant*innen per se keinen Zugang hätten. Bermejo et al. (2012) stellen heraus, dass obwohl davon auszugehen sei, dass den meisten Migrant*innen Hindernisse beim Zugang zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung begegneten, die erlebten Barrieren in Abhängigkeit von Herkunftsland und Migrationsprozess (z. B. Flucht, Migration von Spätaussiedler*innen etc.)

⁶ Einige der genannten Barrieren werden allerdings nicht nur von migrantischen Menschen erfahren, auch Menschen ohne Migrationserfahrung können einen schlechten Zugang zu Hilfeleistungen haben. Deutschsprachige Pflegebedürftige stehen vor ähnlichen

variieren und damit auch in Bezug zur persönlichen Migrationserfahrung und zu den politischen Rahmenbedingungen der Migration stünden (vgl. Bermejo et al. 2012: 944).⁶

4.2 Kultursensible Angebote in Berlin

Eine quantitative Untersuchung von Kim und Park (2019) ergab, dass der Stand der interkulturellen Öffnung in pflegerischen Berliner Einrichtungen insgesamt noch einen deutlichen Aufholbedarf zeigt. So sah die Hälfte der 231 befragten Einrichtungen einen Handlungsbedarf bei der pflegerischen Versorgung von Migrant*innen. Zudem zeigte sich eine allgemein geringe Sensibilität für Themen der interkulturellen Öffnung pflegerischer Angebote, die jedoch Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung interkultureller Maßnahmen sei, so die Autor*innen. Auch Marquardt, Delkic und Motzek (2016: 29) stellen fest, dass der Prozess der interkulturellen Öffnung nicht nur langwierig und zeitintensiv sei, sondern auch von den beteiligten Akteur*innen initiiert, akzeptiert und mitgetragen werden müsse.

Trotz des benannten Handlungsbedarfs stimmten alle interviewten Expert*innen in ihrer Einschätzung überein, dass gerade Berlin bezüglich der Angebotsvielfalt an kultursensiblen pflegerischen Leistungen im bundesdeutschen Vergleich sehr gut dastehe. Berlin biete eine Vielzahl an für migrantische Pflegebedürftige spezialisierten ambulanten Pflegediensten, Tagespflege-Einrichtungen, ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Hospizdiensten. Die Anzahl an kultursensiblen Pflegediensten sei dabei in den vergangenen Jahren gestiegen. Von berlinweit insgesamt über 620 Pflegediensten haben sich laut der Pflegestützpunkte 45 Pflegedienste mit der Zielgruppe Migrant*innen in einer Datenbank eintragen lassen oder weisen in ihrem Angebot explizit auf eine kultursensible

Problemen wie fehlenden Informationen, Verständnisproblemen insbesondere aufgrund fachlicher Begriffe oder sie haben generelle Probleme aufgrund des komplexen Antragsprozesses bzw. wegen des bürokratischen Aufwands.

Pflege hin (mit Angaben auf ihren Webseiten). Dabei gibt es insbesondere für die türkische Community eine Vielzahl zielgruppenspezifischer Angebote.

Berlin ist auch hinsichtlich migrationssensibler Beratungsstrukturen gut aufgestellt. Innerhalb des Projekts „Interkulturelle Brückenbauer*innen in der Pflege“ wurden beispielsweise mehrsprachige Brückenbauer*innen interkulturell geschult, um Menschen mit Pflegebedarf niederschwellig zu erreichen und in Zusammenarbeit mit den Berliner Pflegestützpunkten sensibel über Ansprüche und Leistungen der Pflegeversicherung aufzuklären und zu beraten. Dabei nehmen die Brückenbauer*innen in Tandemberatungen hauptsächlich die Funktion von Sprach- und Kulturmittler*innen ein. Daneben gibt es viele MOs in Berlin, die sich im Bereich der interkulturellen Öffnung des Pflege- und Gesundheitssystems engagieren, sich vernetzen und für den Abbau von Zugangsbarrieren zu pflegerischen Dienstleistungen für Migrant*innen mit verschiedenen politischen und kommunalen Akteuren kooperieren sowie auch selbst wohlfahrts-pflegerische Leistungen erbringen. Mit einem leichteren Zugang zur Zielgruppe sehen sie ihre Rolle vor allem unterstützend bei der interkulturellen Verständigung. Aber auch wenn Berlin eine insgesamt gute Infrastruktur bietet, wird betont, dass der Bedarf weiterhin sehr hoch sei und die Nachfrage das Angebot deutlich übersteige (vgl. Camino 2014: 25–27).

5. Ergebnisse

Als Beschreibung für den Pflegeansatz, der bei der Pflege und Betreuung älterer Menschen mit Migrationserfahrung angewendet wird, lassen sich in der Praxis verschiedene Begrifflichkeiten finden: kulturspezifische, kultursensible, multikulturelle, interkulturelle oder transkulturelle Pflege. Ambulante Pflegedienste verwenden die Begriffe häufig synonym, wobei sich die Inhalte der Konzepte nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen lassen. Pflegeangebote für ältere Migrant*innen werden oftmals mit mehrsprachigen Pflegekräften, die über eine eigene Migrationsgeschichte verfügen, verbunden, jedoch weniger mit dem Erwerb transkultureller Kompetenzen. Der folgende Abschnitt beschreibt die konzeptionelle Auslegung des kultursensiblen Pflegeansatzes durch ambulante Dienste und die an der Pflege beteiligten Personen.

5.1 Kultursensible Pflegekonzepte

Ambulante Pflegedienste⁷ werben für eine (nach Möglichkeit) muttersprachliche Betreuung von Menschen aus anderen Kulturen und Religionen unter besonderer Achtung der sozialen und religiösen Wertunterschiede und unter Rücksichtnahme auf die kulturelle Orientierung der Pflegebedürftigen. So könne auf die kulturspezifischen und religiösen Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen optimal eingegangen werden. Esskulturen, Alltagsrituale und Gewohnheiten würden berücksichtigt, damit Pflegebedürftige auch im Alter ein selbstbestimmtes Leben führen können. Teilweise bewerben Pflegedienste ihre Versorgung durch ein vorurteilsfreies, kulturspezifisch gebildetes, multikulturelles Pflegeteam mit bilingualen und bikulturellen Kenntnissen. Daneben gibt es Pflegedienste, die sich auf Pflegebedürftige eines Herkunftslandes oder einer Religion spezialisiert haben. So gibt es beispielsweise Dienste, die ihre Leistungen explizit für Muslim*innen unter besonderer

Berücksichtigung der Sozialethik und der kulturellen Traditionen des Islam anbieten. Eine ganze Reihe weiterer Pflegedienste bezeichnet ihr Angebot als interkulturelle Pflege. Zum Teil werden damit alle Menschen mit Migrationsgeschichte angesprochen, viele haben sich aber auch auf die Pflege bestimmter migrantischer Gruppen eingestellt. Dabei liegt der Fokus auch auf dem gegenseitigen Verständnis. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegekräfte überwiegend selbst Migrationserfahrungen haben und sowohl mit der Lebenssituation als Migrant*in als auch mit den Herkunftskulturen vertraut sind, wird häufig das vertrauensvolle Verhältnis zwischen pflegender und gepflegter Person betont. Wieder andere verwenden sowohl den Begriff der interkulturellen als auch der kultursensiblen Pflege, um ihre Leistungen zu beschreiben.

Die befragten migrantischen Pflegebedürftigen verstanden unter dem kultursensiblen Pflegekonzept des Pflegedienstes insbesondere eine muttersprachliche Betreuung. Sie gaben an, sich für einen kultursensiblen Pflegedienst entschieden zu haben, weil es für sie besonders wichtig sei, dass die Pfleger*innen ihre Sprache sprechen und sie gut miteinander kommunizieren können. Die befragten Angehörigen hatten sich nicht bewusst aufgrund der kultursensiblen Pflege für den Pflegedienst entschieden, sondern er wurde ihnen weiterempfohlen mit dem Verweis darauf, dass es eine „Pflege für Ausländer“ oder „Pflege auf Türkisch“ sei. Ihre Erwartungen an die Pflege lagen demnach auch weniger im Bereich einer kultursensiblen Pflege als in einem freundlichen, empathischen und offenen Auftreten und einer höflichen und ehrlichen Kommunikation der Pflegekräfte sowie einer engagierten Pflegeleistung.

Die Pflegekräfte zeigten ein unterschiedliches Verständnis von den kultursensiblen Aspekten ihrer Tätigkeit. Keine der Pflegekräfte gab an, in inter-

⁷ In einer 2020 durchgeführten Google-Recherche konnten insgesamt 28 Pflegedienste im gesamten Berliner Stadtgebiet

identifiziert werden, die auf ihren Webseiten für eine Pflege älterer Migrant*innen werben. Ihre mediale Repräsentation wurde in die Analyse miteinbezogen.

oder transkultureller Kompetenz aus- oder weitergebildet worden zu sein. Größtenteils hatten sie noch nie von diesem Begriff gehört. Stattdessen bezogen sie sich in den Interviews auf ihre Arbeitserfahrungen bzw. betonten teilweise auch, dass sie besonders viel Wissen durch ihren eigenen kulturellen Hintergrund mitbrächten. Kultursensible Pflege bedeutet für die Pflegekräfte in erster Linie, Menschen aus verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Kulturen zu versorgen und zu betreuen, wobei jede der migrantischen Gruppen eine besondere Art des Umgangs benötige. Dabei wurde kultursensible Pflege auch mit gendersensiblen Aspekten bei der Körperpflege in Verbindung gebracht. Während einige ihre Erfahrungen ausschließlich auf türkischsprachige Pflegebedürftige bezogen, bezeichneten andere die Arbeit des Pflegedienstes als „multikulti“. Kultursensible Pflege bedeute auch, durch die Pflegebedürftigen neue Kulturen kennenzulernen. Die Pflege von Menschen der eigenen Kultur sei wesentlich einfacher, weil die Pflegekräfte bereits wüssten, was die älteren Menschen beispielsweise essen oder wie sie sich kleiden. In diesem Zusammenhang bekräftigten die Interviewpartner*innen auch die Bedeutung von Sprache als einer der wichtigsten Aspekte in der kultursensiblen Pflege.

Auch wenn eine unterschiedliche Auslegung von kultursensibler Pflege erkennbar ist, wird doch das dem Pflegeansatz insgesamt inhärente essenzialistische Kulturverständnis deutlich. Obwohl die Pflege älterer Migrant*innen konzeptionell unterschiedlich gefasst wird, liegt dem immer die Betonung auf kulturellen Gemeinsamkeiten von homogen wahrgenommenen Gruppen migrantischer Menschen zugrunde, die jeweils unter den Merkmalen *Kultur*, *Nationalität* oder *Sprache* zusammengefasst werden.

5.2 Kultursensibilität im Pflegealltag

Im Folgenden sollen einige Aspekte vertiefend beleuchtet werden, die sich sowohl in Gesprächen mit Pflegekräften, Pflegebedürftigen und Angehörigen als auch bei der teilnehmenden Beobachtung von Pflegesituationen als zentral für eine kultursensible Pflege herauskristallisiert haben.

5.2.1 Sprache und Kommunikation

Als Erstes sind Sprache und Kommunikation zu nennen. Sprache dient in erster Linie der reinen Verständigung, denn gerade bei Themen wie Krankheit und Schmerzen ist Kommunikation und gegenseitiges Verständnis von besonderer Bedeutung. Die Ansprüche an eine gute Pflege liegen den Aussagen der Pflegebedürftigen nach vor allem darin, dass die Pflegekräfte ihre Muttersprache sprechen. Dabei äußerten sie das Bedürfnis, sich bei Problemen verständigen und insbesondere Schmerzen kommunizieren zu können, um auch die Sicherheit zu haben, die richtige Hilfe zu erhalten. In der eigenen Muttersprache könnten sie zudem besser ihre Wünsche formulieren und verschiedene Sachverhalte und Prozesse würden ihnen im Gegenzug verständlicher erklärt. Die Pflegekräfte wiesen zudem darauf hin, dass migrantische Pflegekräfte im Vergleich zu ausschließlich deutschsprachigen Pflegekräften anders angenommen werden:

„[...] also wir haben ja auch unsere anderen [deutschen] Kollegen, [...] die können sich schon verständigen, aber wir verstehen die einfach noch mal besser. Sie erzählen und auch etwas anders als denen, weil sie sich einfach nicht ausdrücken können“. (Interview mit Zeenat⁸, 24.02.2021)

Darüber hinaus trägt die Kommunikation in der Muttersprache im Alter wesentlich zu einem allgemeinen emotionalen Wohlfühl und zu einem heimischeren Gefühl bei. So schilderte mir eine Pflegekraft, dass sich die große Mehrheit der türkischen

⁸ Alle im gesamten Manuskript verwendeten Namen sind Pseudonyme.

Patient*innen zwar auf Deutsch grundlegend verständigen könnte, die türkische Sprache in der Pflege allerdings stets präferiert würde. Sprache sei dabei gerade auch für ältere Menschen generell sehr wichtig, um Einsamkeit entgegenzuwirken, Sorgen, Zweifel und Ängste anzusprechen und zu teilen, aber auch um Trauer besser zu bewältigen. Zudem habe Sprache Auswirkungen auf das soziale Miteinander und trage dazu bei, sich als Teil einer Gemeinschaft zu fühlen. Sprache kann zudem als Ausdruck und Verständnis der Lebenswelt migran-tischer Pflegebedürftiger ein entscheidender Aspekt der kultursensiblen Pflege sein. So berichtete mir eine Pflegekraft, dass sie durch ihre eigene Migra-tionsgeschichte einen besseren Zugang zu der emotionalen Lebenswelt der Pflegebedürftigen habe und Ängste und Sorgen im Migrationskontext besser nachvollziehen und angemessener darauf reagieren könne als Menschen ohne Migrationser-fahrung. Pflegebedürftige erwarten von Pflegekräf-ten auch, dass sie sich mit ihnen über verschiedene Themen von familiären bis politischen Nachrichten unterhalten und über Neuigkeiten austauschen. Insbesondere bei Palliativpatient*innen kommen längere Gespräche über die eigene Biografie eine besondere Bedeutung zu. Auch Krobisch, Sonntag und Schenk (2020: 67) weisen darauf hin, dass eine Verständigung in der Muttersprache neben einer instrumentellen auch eine wichtige emotionale Funktion erfüllt.

In der täglichen Praxis ist eine muttersprachliche Betreuung jedoch nicht immer möglich. Die Sprach-kenntnisse der Pflegekraft und der Pflegebedürftigen sind häufig nicht miteinander kompatibel, und organisatorisch lassen sich Pflegeeinsätze mit über-einstimmendem Sprachhintergrund nur schwer planen und realisieren. In den Pflegesituationen kam es daher immer wieder zu Kommunikations-problemen und Missverständnissen. Bei kleineren sprachlichen Schwierigkeiten wurde dann häufig telefonisch die Hilfe von Angehörigen oder Kol-leg*innen hinzugezogen. Dass es im Tagesgeschäft jedoch nicht immer funktioniert, den Wünschen der pflegebedürftigen Personen gerecht zu

werden, zeigt der folgende Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll:

„Wir gehen in die Wohnung rein, Herr Kitayama liegt in seinem Bett. Das Zimmer ist dunkel, Yeliz macht die Deckenlampe an. Sie geht ans Bett, um Herrn Kitayama zu begrüßen und zu inspizieren, ich folge ihr. Er ist wach, aber sein Gesundheitszustand wirkt auf mich überhaupt nicht gut. Er sieht dünn und blass aus, hat einen trockenen Mund. Herr Kitayama ist sehr schwach, er kann sich nicht alleine im Bett aufsetzen, er versucht immer wieder, den Kopf und Oberkörper zu heben, muss sich kurz darauf allerdings wieder fal-len lassen, weil ihm die Kraft fehlt.

Yeliz fängt an, auf einem kleinen Couchtisch die Infu-sion vorzubereiten. Er bekommt parenterale Ernäh-rung, Vitamine und Medikamente über einen Port. Ich stelle mich zunächst neben Yeliz und beobachte ihre Vorbereitungen. Im Hintergrund sagt Herr Kitayama leise etwas, ich kann ihn allerdings nicht verstehen. Yeliz reagiert darauf nicht. Ich frage Yeliz, was er ge-sagt hat. Sie braucht ein paar Sekunden, ehe sie ver-steht, was ich meine. Sie antwortet: ‚Ach so, da höre ich schon gar nicht mehr hin. Ich verstehe ihn sowieso nie.‘ Ich bin verduzt.

Ich achte nicht weiter darauf, wie Yeliz die Infusion vorbereitet, sondern wende mich dem Mann zu, hocke mich neben sein Bett und bitte ihn, das gerade eben Gesagte zu wiederholen. Er ist sehr schwach, seine Stimme bricht immer wieder ab, er spricht sehr leise und langsam. Zudem spricht er nur gebrochenes Deutsch und hat einen starken Akzent. Ich kann ihn kaum verstehen, bitte ihn noch mal zu wiederholen. Er zeigt auf einen Umzugskarton im Wohnzimmer, auf dem verschiedene Bücher, Hefte und Schreibblöcke lie-gen. Ich kann verstehen, dass er einen blauen Schreib-block haben möchte, das andere kann ich nicht verste-hen. Ich verstehe nur ‚lose‘, was meint er damit? Ich bringe ihm den ganzen Karton ans Bett, und er nimmt sich den roten Schreibblock. Dann verstehe ich, dass er gar nicht den blauen, sondern den roten Schreibblock haben wollte; mit ‚lose‘ meinte er ‚rote‘. Sein Akzent hat in meinen Ohren aus dem r ein l gemacht, seine körperliche Schwäche aus dem t ein s.

Yeliz ist mit ihren Vorbereitungen fertig. Über einen Port an der Brust schließt sie die Ernährung an und

hängt den Beutel an einen Infusionsständer. Als Yeliz schon anfängt, das Equipment aufzuräumen, öffnet er den roten Schreibblock. Er ist voll mit sehr realitätsnahen Bleistiftzeichnungen. Auf jedem karierten Din-A4-Blatt ist das Porträt einer Person gezeichnet. Auf vielen Zeichnungen erkenne ich medizinisches Fachpersonal mit Kittel und Mundschutz. Ich nehme an, es sind Menschen, denen er in der letzten Zeit begegnet ist. Zu jedem Gesicht gibt es einen Namen. [...] Yeliz wirkt überrascht und begeistert, er öffnet auch den blauen Schreibblock, der schon von der ersten bis zur letzten Seite mit Zeichnungen voll ist. Yeliz fragt, ob er sie auch zeichnen möchte. Herr Kitayama fragt nach ihrem Namen. [...] Yeliz zieht dann ausnahmsweise ihre Maske kurz herunter, damit er ihr Gesicht besser erkennen könne, und wartet ein paar Sekunden. Er bedankt sich, nickt und lächelt.“ (Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll, 09.12.2020)

In meinem Gespräch mit einem transkulturell arbeitenden Pflegedienst wurde betont, dass es für eine gute Kommunikation in erster Linie geduldige und empathische Pflegekräfte mit einem sensiblen Umgang und einer offenen Haltung brauche. Pflegepersonal mit den entsprechenden Sprachkenntnissen sei nicht unbedingt notwendig. Beispiele zeigten immer wieder, dass man sich auch unabhängig von Sprache gut verständigen könne, denn Kommunikation geht über das reine Sprachverständnis hinaus. Nonverbale Kommunikation wie Mimik, Gestik oder körperliche Berührungen seien bei Pflegetätigkeiten genauso von Bedeutung. Pflegekräfte berichteten, dass ihnen im Fall der Fälle immer noch die Körpersprache zur Verständigung bliebe, denn „mit Händen und Füßen kriegt man alles hin“ (Interview mit Zeenat, 24.02.2021). Gestik und insbesondere Mimik sind vor allem auch dann wertvoll, wenn die Patient*innen aufgrund der Pflegebedürftigkeit gar nicht mehr sprechen können. In solchen Situationen kann mithilfe von Augenkontakt und Gesichtsausdrücken häufig noch rudimentär kommuniziert werden. Schmerzen werden meist deutlich über die Mimik und Gestik gezeigt. Aber auch körperliche Berührungen, die bei pflegerischen Tätigkeiten unumgänglich sind, können als Mittel der Kommunikation verstanden

werden, beispielsweise um Anteilnahme und Trost zu signalisieren.

5.2.2 Beziehung zwischen Patient*in und Pfleger*in

„Eigentlich [ist] die Rolle einer professionellen Pflegefachkraft auch, die perfekte vertraute Atmosphäre aufzubauen und Beziehung aufzubauen. Pflege ist Beziehung.“ (Interview mit einer Pflegeschule, 05.02.2021)

Das Ziel von qualitativ guten Pflegebeziehungen ist es, vertrauensvolle Nähe zwischen Pflegenden und Gepflegten aufzubauen, damit sich die Pflegebedürftigen wohlfühlen und sich den Pflegekräften gegenüber öffnen. Pflegekräfte berichteten, dass dies nicht immer einfach sei. Zwischenmenschliche Nähe entwickle sich erst über einen längeren Zeitraum. Am Anfang herrsche eher Distanz, und damit käme es auch zu Kommunikationsproblemen, Streitigkeiten und Unzufriedenheiten. Erst mit der Zeit würde das Verhältnis enger werden. Während sie mit einigen Pflegebedürftigen sehr persönliche Beziehungen führten, beschrieben Pflegekräfte es in anderen Fällen als sehr schwierig, auf Dauer ein gutes Verhältnis aufzubauen.

Häufig berichteten mir Pflegekräfte, dass mehr Distanz zu deutschen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bestehe. Melek erzählte mir von der Unterhaltung mit der Tochter einer deutschen Patientin, der es nicht gefallen habe, dass Melek ihre pflegebedürftige Mutter „Schatzi“ nannte, das sei schließlich falsches Benehmen. Stattdessen wüsste die Tochter, dass Melek mehr Abstand zu ihrer Mutter hielte. Da Melek der Meinung war, dass man ältere Menschen mit Liebe behandeln müsse, konnten sich die beiden darauf einigen, dass sie die Mutter fortan mit „meine Liebe“ anspricht.

Dagegen sei es bei türkischen Patient*innen einfacher, eine vertraute Atmosphäre aufzubauen. In den Pflegesituationen war das vor allem daran erkennbar, dass die Pflegerinnen von den

Pflegebedürftigen häufig *kizim* (dt. meine Tochter) genannt wurden, während die Pflegekräfte die Patient*innen mit *teyze* (dt. Tante) bzw. *amca* (dt. Onkel) ansprachen. Die Pflegerinnen fühlten sich dadurch wie eine (Schwieger-)Tochter behandelt und würden – nach einer gewissen Zeit – quasi als Teil der Familie wahrgenommen. Dabei hat auch die Art und Weise, wie im Herkunftsland Pflege verstanden wird, einen Einfluss auf die Rollenzuschreibung und Erwartung an die Pflegekräfte. In Marokko oder der Türkei beispielsweise erfolge die Pflege sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus zumeist durch Familienangehörige, in der Regel durch Töchter oder Schwiegertöchter. Bei einigen Familien wurden wir zum Frühstück eingeladen, was eine besonders familiäre, zwanglose Atmosphäre erzeugte. Dabei sei es für die Pflegekräfte auch wichtig, die Einladung zum Frühstück gelegentlich anzunehmen, denn für die Pflegebedürftigen ist es eine Form, ihre Dankbarkeit auszudrücken. An die Einladung zum Essen und Beisammensein knüpft sich auch die Erwartung, dass das Angebot angenommen wird.

Je nachdem, wie freundschaftlich und nah oder distanziert und kühl die Beziehung zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegekraft ist, werden Erwartungen formuliert, die zum Teil über die Anforderungen und Aufgaben einer Pflegekraft hinausgehen und dementsprechend Konfliktpotenzial bergen. Dass Pflegebedürftige ihre Pflegerin als (Schwieger-)Tochter bezeichnen und behandeln, führt auch dazu, dass sie Erwartungen wie an die eigenen Kinder stellen, die Aufgaben über die vereinbarten Pflegeleistungen hinaus erledigen sollen. Dabei liegt es im Ermessensspielraum der Pflegekraft selbst, ob sie die zusätzlichen Tätigkeiten erledigt oder nicht. Darüber hinaus spielen auch der Zeitdruck, sowie die Frage, ob die Pflegebedürftigen über ein funktionierendes informelles, familiäres Unterstützungsnetzwerk verfügen, das sie bei Bedarf um Unterstützung bitten können, eine Rolle.

Nicht allen Bedürfnissen kann immer voll entsprochen werden. Pflegekräfte beklagten sich häufig darüber, dass es von Pflegebedürftigen schnell

persönlich genommen werde, wenn sie Aufgaben, die nicht Teil der Pflegeleistungen sind, nicht erledigen können oder wollen. Gerade migrantische Senior*innen zeigten dann wenig Verständnis für die Arbeitszeiten der Pflegekräfte oder die Abrechnung von Leistungen, wie Zeenat es deutlich zum Ausdruck brachte: „Und das wollen unsere ausländischen Leute gar nicht verstehen“ (Interview mit Zeenat, 24.02.2021). Dabei berichtete sie auch davon, dass türkische Pflegebedürftige an sie mit ihrem ebenfalls türkischen Migrationshintergrund mehr Erwartungen stellten als an andere Pflegekräfte:

„Sie [deutschsprachige Pflegekräfte] werden noch mehr respektiert als wir. Weil sie von uns Türken eine andere Erwartung haben. Sie sagen sich: ‚Du weißt, wie es bei uns Türken ist, du hast das so zu machen. Bei denen drücke ich ein Auge zu, ne?‘ Also sie kriegen viel mehr Respekt von denen – eher als wir.“ (Interview mit Zeenat, 24.02.2021)

Hingegen erzählte mir Nicole als deutschsprachige Pflegekraft, dass sie häufig mehr Zeit brauche, um bei Pflegebedürftigen mit Migrationserfahrung in gleichem Maße akzeptiert zu werden wie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund.

Es wird dabei deutlich, dass Konflikte und Missverständnisse auch unabhängig davon entstehen, ob Pflegekräfte und Pflegebedürftige die gleiche Sprache sprechen. Laut den interviewten Pflegekräften seien für eine enge Pflegebeziehung basierend auf Akzeptanz und Respekt nicht die gleiche Herkunft oder Sozialisation entscheidend, sondern vor allem der Umgang mit den Patient*innen. Faktoren wie ein freundliches Auftreten, eine ruhige Ausstrahlung sowie eine Körperhaltung, die Freude an der Arbeit statt Zurückhaltung, Scheu, Scham oder Ekel übermittelt, seien wichtig, um als Pflegende respektiert zu werden und dementsprechend eine gute Pflegebeziehung aufbauen zu können.

5.2.3 Gender- und religionssensible Aspekte

Gender- und religionssensible Aspekte haben die Pflegekräfte und Angehörigen wiederholt als

besondere Anforderung an eine kultursensible Pflege thematisiert. So wurde die Bedeutung von Intimität und Emotionen betont. Beispielsweise Schamgefühle erfordern einen besonders sensiblen Umgang. Gender- und religionssensible Aspekte hängen dabei häufig zusammen. Pflegekräfte berichteten, dass für gläubige Muslim*innen eine gleichgeschlechtliche Pflege tendenziell wichtiger sei, dass es aber immer auch einen individuell unterschiedlichen Umgang damit gebe.⁹ Eine Familie antwortete auf die Frage, ob es ein Problem darstelle, wenn ein männlicher Pfleger komme, so:

„Ich glaube schon, ja, sie schämt sich mehr. Weil, sie war ja auch Muslimin, richtige Muslimin, sie hatte auch Kopftuch getragen. Und bei uns [sind] ja eigentlich, außer Ärzte, Männer ja verboten. So gesagt Sünde, und das würde sie bestimmt nicht haben wollen.“ (Interview mit pflegender Angehöriger, 08.02.2021)

Eine andere Familie verwies wiederum darauf, dass sie in alters- und krankheitsbedingten Ausnahmefällen die Versorgung durch einen männlichen Pfleger akzeptieren könne:

„Wenn man pflegebedürftig ist, dann ist es auch laut unserer Religion ja auch nicht verboten. Wenn man behandelt wird, dann muss es halt sein, und wenn es manchmal nicht geht, dann ist es halt eine männliche Kraft.“ (Interview mit pflegender Angehöriger, 09.02.2021)

Einige Angehörige haben sich aufgrund von Schamgefühlen der Pflegebedürftigen dazu entschieden, die Körperpflege generell selbst durchzuführen – selbst wenn die Pflege durch Frauen erfolgen würde –, damit sich die Pflegebedürftigen in solch intimen Situationen wohlfühlen. Die aufgezeigten

Zitate stammen beide von Angehörigen gläubiger Pflegebedürftiger, dennoch unterscheiden sich die Auslegungen des Islam und der entsprechende Umgang mit gendersensiblen Aspekten bei der Pflege. Dabei zeigt sich, dass die Akzeptanz männlicher/weiblicher Pflegekräfte in der individuellen Auslegung der Religion begründet liegt und nicht in der Religion per se.

Bei der Körperpflege selbst wurden wesentliche Unterschiede in den Präferenzen migrantischer und nicht migrantischer Pflegebedürftiger geschildert. Beispielsweise beschrieben die Pflegekräfte die Körperwaschung mit einer Waschschüssel und einem Waschlappen generell als „deutsche Gewohnheit“. Den migrantischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen sei die Waschschüssel hingegen fremd. Stattdessen kennen viele die Körperpflege nur unter fließendem Wasser und stellen diese Anforderung entsprechend auch an ihre Pflege. Dies hat auch einen religiösen Hintergrund, da stehendes Wasser im Islam als unrein empfunden wird. Eine weitere Besonderheit ist die von Muslim*innen durchgeführte rituelle Waschung. Die Körperpflege insgesamt werde für die Pflegekräfte dadurch aufwendiger und zeitintensiver. Es wird deutlich, dass es unterschiedliche Vorstellungen von Reinheit gibt, die bei der Pflege beachtet werden müssen, um den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden. Dabei ist allerdings auch zu beachten, dass das geschilderte Vorgehen nur grundlegende Präferenzen verschiedener Gruppen beschreibt, es jedoch eine große Vielfalt an individuellen Wünschen und Anforderungen an die Körperpflege auch innerhalb der hier beschriebenen Gruppen gibt. Bei all dem ist daher eine offene Haltung und Sensibilität der Pflegekraft gefordert.

Dass sich die unterschiedlichen Bedürfnisse und Wünsche innerhalb einer sozialen Gruppe nur

⁹ Dabei ist die Präferenz für eine gleichgeschlechtliche Pflege bei allen Menschen erkennbar, egal ob oder welcher Religion sie angehören. Pflegekräfte berichteten, dass Frauen es generell ablehnten, die Körperpflege durch Männer zu erhalten. MOs wiesen in den

Interviews zudem darauf hin, dass der Wunsch nicht migrantischer Frauen nach einer gleichgeschlechtlichen Pflege und Behandlung nicht in dem gleichen kulturellen und religiösen Kontext diskutiert würde, wie es bei muslimischen Frauen der Fall sei.

teilweise mit kulturellen und religiösen Faktoren erklären lassen, zeigt das Beispiel des Betretens der Wohnung mit Straßenschuhen. Für viele gläubige Muslim*innen ist es von besonderer Bedeutung, vor dem Betreten einer Wohnung die Schuhe ausziehen, da auf dem Boden gebetet wird und er dementsprechend nicht verunreinigt werden sollte. Pflegekräfte betonten immer wieder, sie müssten vor dem Eintreten in Wohnungen muslimischer Familien die Straßenschuhe ausziehen, denn das bedeute gleichzeitig auch, Respekt zu zeigen. Demgegenüber könnten Pflegekräfte die Schuhe bei deutschen Familien häufig anlassen, damit die Füße gerade im Winter nicht auskühlten. Mit solchen Bildern im Kopf treffen Pflegekräfte auf die Familien – wo sich die Situation oft überraschend anders darstellt: In der Praxis war es nämlich häufig so, dass die Straßenschuhe auch bei deutschen Familien ausgezogen werden sollten, damit die Wohnung nicht verunreinigt wird. Ebenso forderten viele migrantische Familien dazu auf, die Schuhe ruhig anzubehalten. Der Gründer eines transkulturellen Pflegedienstes schilderte mir anhand des Beispiels seines ersten Pflegeeinsatzes bei einer türkischen Familie, wie wichtig es sei, mit diesem kulturspezifischen Wissen reflektiert umzugehen:

„Wir hatten immer gehört, man muss die Schuhe ausziehen, weil die Leute beten auf dem Boden [...] Und dann war ich bei einer Familie, sagen wir Yilmaz oder Yildirim, so ein Name, wo man denkt: Okay, die sind Moslems. Und dann stand ich vor der Tür, hatte schon die Schuhe ausgezogen, dann habe ich geklingelt. Und dann macht mir die Tür auf eine Frau mit Kopftuch, aber mit Schuhen. Und drinnen sitzt ein Mann mit Schuhen. Und die Kinder laufen in der Wohnung mit Schuhen. Und das war kalt zwischen uns beiden. [...] Und als es später ein bisschen besser war, haben wir gesprochen. Und im Laufe des Gesprächs habe ich gefragt: ‚Was haben Sie gedacht, als Sie mich gesehen haben mit den Schuhen in der Hand?‘ Und sie hat gesagt: ‚Noch ein Schwein, das meint, mehr über uns zu wissen als wir selber.‘ Und da war mir klar, dass ich da total arrogant war und mit vielen Vorurteilen im Kopf.“ (Interview mit einem Pflegedienst, 18.02.2021)

Ziel seiner Arbeit sei es, so respektvoll und sensibel wie möglich zu pflegen, ohne dabei die betroffenen Menschen, ihre Würde oder ihre Gewohnheiten zu verletzen. Als Pflegedienst würden sie stets nach weiteren Informationen über verschiedene kulturelle Besonderheiten suchen, die bei der Pflege von Bedeutung sein können, aber ohne den sensiblen Umgang damit seien die Informationen nicht nutzbar.

Es wird hier deutlich, dass die Vorstellungen von Reinheit, Intimität oder auch Emotionen wie Schamgefühle zwar kulturell geprägt sind. Dabei lassen sich zudem Tendenzen zwischen verschiedenen sozialen Gruppen erkennen, doch der tatsächliche Umgang mit Situationen wie der Körperpflege kann individuell sehr unterschiedlich ausfallen. Pflegedienste sollten demgemäß sowohl für gender- und religionsspezifische Pflegeaspekte als auch für die Individualität der Pflegebedürftigen sensibilisiert sein. Dabei ist zu betonen, dass der beschriebene Pflegedienst im Vergleich zu herkömmlichen Pflegediensten bezüglich gender- und religionssensiblen Aspekten bereits eine hohe Sensibilität aufweist, aber auch gegenüber den unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Menschen.

5.2.4 Biografiearbeit

Bei der Biografiearbeit werden in einem länger andauernden Prozess mittels intensiver Gespräche mit Patient*innen und Angehörigen alle Lebenserfahrungen von Menschen zusammengefasst und in der Patient*innenakte festgehalten. Dazu gehört die Migrationsgeschichte, Trennungen von Familie und Freund*innen sowie alltägliche Gewohnheiten. Der aus diesem Prozess entstehende, an der Biografie orientierte, individuelle Pflegeplan richtet sich folglich nach den Alltagsroutinen, Gewohnheiten und individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Biografiearbeit ist ein wesentlicher Aspekt kultursensibler Pflege, was in der Praxis jedoch nicht immer umgesetzt wird. So wurde in mehreren

Situationen deutlich, dass Pflegekräfte keine Kenntnisse über die Biografie, die familiäre Situation oder auch über die Sprachkenntnisse der Pflegebedürftigen hatten. Als Beispiel dient die Beobachtung einer Interaktion der Pflegekräfte Elvan und Nicole mit der Familie Rashid.

Pflegeeinsatz am 11.01.2021 mit Elvan:

„Heute war ich das erste Mal bei Frau Rashid. Noch im Auto meinte Elvan, das seien Araber. Wir klingeln, uns macht die Tochter auf, eine jüngere Frau mit Kopftuch. Elvan und sie begrüßen sich sehr kurz. Die Tochter geht schnell zurück in die Küche und bereitet Frühstück vor. Wir ziehen unsere Schuhe aus und gehen den Flur entlang Richtung Wohnzimmer. Frau Rashid sitzt auf dem Sofa, sie sieht noch verschlafen aus. Elvan begrüßt sie mit ‚Guten Morgen‘, sie schaut nur auf, aber antwortet nicht. Elvan kontrolliert ihre Blutzuckerwerte, sie sind leicht erhöht, aber noch in Ordnung. Elvan spritzt ihr Insulin. Danach zieht sie ihr Kompressionsstrümpfe an. Zwischen Frau Rashid und Elvan fällt die ganze Zeit über kein einziges Wort, ich empfinde die Stille fast als unangenehm. Die Tochter schaut einmal kurz rein und fragt Elvan auf Deutsch, wie die Blutzuckerwerte heute sind. Elvan antwortet nur ‚okay‘ und zeigt ihr die digitale Anzeige des Messgeräts. Die Tochter verschwindet ohne ein weiteres Wort wieder in der Küche. Das Verhältnis zwischen Tochter und Elvan wirkt auf mich irgendwie kalt und distanziert.“ (Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll, 11.01.2021)

Pflegeeinsatz am 15.01.2021 mit Nicole:

„Wir sind spät dran. Als nächste Patientin steht Frau Rashid auf der Liste. Uns macht wieder die Tochter die Tür auf. Sie begrüßen sich, Nicole entschuldigt sich sofort, dass wir so spät kommen, erzählt davon, dass das Auto heute Morgen liegen geblieben ist und nicht mehr anspringen wollte und wir deswegen so viel Verzug in der Tour haben. Die Tochter lacht und beschwichtigt, das sei doch nicht so schlimm, sie sei ja noch nicht los zur Arbeit. Sie und Nicole scheinen ein recht freundschaftliches Verhältnis zu haben. Die Tochter bleibt die ganze Zeit der Behandlung über im Wohnzimmer stehen und unterhält sich mit Nicole. Ich

habe die Tochter noch nie so aufgeschlossen erlebt. Später im Auto erzähle ich Nicole, dass ich gar nicht wusste, dass die Tochter so gut Deutsch spricht. Sie antwortet: Natürlich, die Tochter sei doch in Deutschland aufgewachsen, hier zur Schule gegangen und alles, klar spreche sie Deutsch.“ (Auszug aus Beobachtungsprotokoll, 15.01.2021)

Pflegeeinsatz am 20.01.2021 mit Elvan:

„Ich habe Elvan heute gefragt, warum sie denn nie mit der Tochter spreche. Elvan meinte, sie können kein Deutsch und sie spreche kein Arabisch. Ich meinte, das stimmt ja gar nicht, die Tochter spreche sehr gut Deutsch, die Eltern sind schon seit den 1970er-Jahren in Deutschland, die Tochter ist in Deutschland aufgewachsen. Elvan antwortet: ‚Nein, nein, das sind Araber!‘ Ich bekräftige noch einmal, dass sie sehr gut Deutsch sprechen. Elvan sagt daraufhin: ‚Aha, ach so. Ja, wirklich?‘“ (Auszug aus Beobachtungsprotokoll, 20.01.2021)

Das Beispiel verdeutlicht einerseits die Bedeutung von Biografiegesprächen für die pflegerische Arbeit, insbesondere auch eines kultursensiblen Pflegedienstes. Andererseits zeigt sich, dass Unkenntnis über das Leben der Pflegebedürftigen einen großen Einfluss auf die Art der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften und damit letztendlich auf die Qualität der Pflege hat. Fehlendes Hintergrundwissen zum Leben der Pflegebedürftigen kann dazu führen, dass sich Patient*innen und Pflegekräfte nicht miteinander unterhalten. Dementsprechend können keine engen Pflegebeziehungen aufgebaut und/oder Bedürfnisse nicht erfüllt werden, aber auch Konflikte entstehen. Biografiearbeit ist dabei als ein Prozess zu sehen, denn ein Gesamtbild über die Lebensumstände von Pflegebedürftigen ergibt sich meist erst über einen längeren Zeitraum. Das Beispiel zeigt darüber hinaus jedoch auch, dass sich die Pflegekräfte untereinander kaum über die Lebensumstände der Patient*innen austauschen.

Während der Forschung zeigte sich in mehreren Situationen, dass die Pflegekräfte den Menschen nicht immer mit Offenheit und Interesse begegnen. Im Gegenteil wurde während der Einsätze immer wieder deutlich, wie sehr Stereotypisierungen, Vorurteile und auch rassistische Äußerungen gegenüber Patient*innen – auch im Pflegeumfeld eines kultursensiblen Dienstes – verbreitet sind. Abfällige Bemerkungen gegenüber migrantischen Gruppen generell oder einzelnen Migrant*innengruppen, insbesondere gegenüber arabischsprachigen Patient*innen, wurden dabei sowohl von nicht migrantischen als auch von migrantischen Pflegekräften geäußert. Unterschiede zwischen verschiedenen Migrant*innengruppen wurden als sehr präsent und bedeutsam wahrgenommen – in dem Sinne, dass beispielsweise arabisch- oder türkischsprachige Menschen jeweils eine „unterschiedliche Art“ hätten und entsprechende Umgangsformen erforderten. Hier wird auch noch einmal die Bedeutung von transkulturellen Fähigkeiten bei den Pflegekräften deutlich.

6. Diskussion: Von einer kultursensiblen Pflege ...

Das Konzept der kultursensiblen Pflege scheint auf den ersten Blick ein guter Lösungsansatz für eine barrierearme und bedürfnisgerechte Betreuung pflegebedürftiger Migrant*innen im Alter zu sein. In der Pflegepraxis wurde deutlich, dass der hier untersuchte kultursensible Pflegedienst, anders als der Begriff vielleicht zunächst vermuten lässt, einen konkreten Fokus auf aus der Türkei immigrierte ältere Menschen legt. Für die hier angesprochene Personengruppe stellt das Pflegeangebot des ambulanten Dienstes einen deutlichen Mehrwert dar. Auch Krobisch et al. (2016) stellen fest, dass für bestimmte migrantische Gruppen ein gemeinsamer soziokultureller Hintergrund und eine gemeinsame Sprache Voraussetzung für eine gute Pflege sind. Ein kultursensibles Pflegekonzept kann deshalb zunächst einmal als ein guter Schritt Richtung interkultureller Öffnung des Pflegesystems gesehen werden.

Allerdings fällt bei einer differenzierteren Betrachtung auf, dass das Konzept der kultursensiblen Pflege durchaus Grenzen hat und die eigentliche Anforderung des sensiblen Umgangs mit hilfebedürftigen Menschen nicht automatisch erfüllt wird. Denn sobald Pflegebedürftige*r und Pflegekraft nicht mehr den gleichen soziokulturellen Hintergrund teilen, ist es vermehrt zu Missverständnissen, Reibungen und Konfliktsituationen gekommen, die die Qualität der Pflegebeziehung durchaus beeinträchtigen können und eine sensible Pflege nicht mehr garantieren. Wie die Beispielsituationen aus der Pflegepraxis gezeigt haben, werden die Wünsche und Bedürfnisse von migrantischen Pflegebedürftigen auch bei einer kultursensiblen Pflege nicht immer befriedigt, denn Pflegekräfte mit Migrationserfahrung handeln nicht per se sensibel. Für eine kultursensible Pflege braucht es nicht nur bilinguale Pflegekräfte mit demselben Migrationshintergrund und entsprechend kulturspezifischem Wissen, sondern transkulturell kompetentes Pflegepersonal mit der Bereitschaft, sich

empathisch mit der Lebenswelt der Patient*innen auseinanderzusetzen. Die für eine sensible Pflege benötigten Sozialkompetenzen sind allerdings auch unabhängig von der Sozialisation der Pflegekräfte erlernbar.

Es wurde deutlich, welche Bedeutung eine fehlende transkulturelle Kompetenz der Pflegekräfte – darunter Selbstreflexivität, Sensibilisierung für die Diversität von Individuen und ihren Lebenswelten, eine offene und respektvolle Grundhaltung gegenüber anderen Biografien und Herkünften, Kommunikationsfähigkeit und Ambiguitätstoleranz – für die Qualität der Pflegebeziehung hat. Diese entsprechende Haltung war bei den Pflegekräften nicht immer erkennbar. Es ist daher von besonderer Bedeutung, dass Pflegekräfte für die unterschiedlichen Lebensweisen von Menschen sensibilisiert und in transkultureller Kompetenz aus- oder weitergebildet sind. Transkulturelle Kompetenzen müssen allerdings erlernt werden:

„... [ich] gehe immer davon aus, immer, allein weil ein Mensch Migrant ist, eine zweite Sprache kann, eventuell eine andere Religion kennt, ist man nicht automatisch sensibler, nein. Auch die interkulturellen oder transkulturellen Kompetenzen müssen auch sogar Migranten mit Migrationsprozess lernen. Es ist eine erworbene Kompetenz.“ (Interview mit Pflegeschule, 05.02.2021)

Der Erwerb von transkultureller Kompetenz ist ein fortwährender Prozess, der auch bei langjähriger Berufserfahrung nie aufhört. Pflegekräfte mit und ohne Migrationsgeschichte müssen sich bewusst mit den eigenen Werten und Vorurteilen auseinandersetzen und lernen, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Beruf einzusetzen.

Die Grenzen des kultursensiblen Pflegekonzepts werden auch bei einer kritischen Betrachtung des Begriffs *kultursensibel* deutlich, der aus dem Feld entnommen wurde. Die Bezeichnung des Pflegeansatzes als kultursensibel kann dabei aus mehreren Gründen als problematisch gesehen werden. Einerseits werden durch den Fokus auf *Kultur*

vermeintliche Unterschiede zwischen *Uns* und *den Anderen* betont, sodass eine stereotype Darstellung von Migrant*innen bekräftigt werden kann. Damit wird nicht nur von der eigentlichen Problemlage abgelenkt. Vielmehr kann die Verwendung des kultursensiblen Konzepts auch ausgrenzend wirken. Andererseits wird durch das den meisten Pflegediensten zugrunde liegende essenzialistische Kulturverständnis die Identität eines Menschen hauptsächlich über seine Zugehörigkeit zu einer Kultur, Nationalität oder Religion definiert. Mit dieser kulturessenzialistischen Denkweise mit einem Fokus auf kulturell-ethnischen Merkmalen von Identität impliziert der Begriff der kultursensiblen Pflege auch, dass Pflege nur durch Kultur beeinflusst würde. Die geschilderten Beispiele zeigen allerdings, dass andere Aspekte, wie zum Beispiel die Biografie, für eine sensible Pflege genauso von Bedeutung sind. Der Ansatz der kultursensiblen Pflege setzt zudem Migration mit Kultur gleich und betont durch kulturelle Zugehörigkeit die Gemeinsamkeiten zwischen Menschen. Das führt dazu, dass eine große Gruppe von Migrant*innen mit einer enormen Diversität als homogen wahrgenommen wird. Doch auch wenn der Migrationskontext besondere Bedürfnisse in der Pflege erzeugt, wie den Wunsch nach einer muttersprachlichen Versorgung oder Präferenzen für die Zubereitung bestimmter Speisen, darf der individuelle Mensch mit seinen eigenen Bedürfnissen aufgrund kultureller Zuschreibungen nicht in den Hintergrund rücken.

Das kultursensible Pflegekonzept kann daher als ein erster Schritt gesehen werden, ist aber nicht per se ein effektiver Ansatz, um der wachsenden Diversität in einer postmigrantischen Gesellschaft zu begegnen – zu divers sind die Menschen, die zu versorgen sind. Im Gegenteil: Das Konzept der kultursensiblen Pflege kann sogar Defizite in der Pflege unter dem Deckmantel einer „Pflege für alle“ verschleiern. Erst mit einem reflektierten Kulturverständnis, einem selbstreflektierten Umgang mit Diversität und Fähigkeiten in transkultureller Kompetenz lässt sich eine individualisierte personenzentrierte Pflege realisieren.

7. Ausblick: ... zu einer diversitätssensiblen Pflege

Es wurde geschildert, dass der Ansatz einer kultursensiblen Pflege Schwächen im Umgang mit der Individualität älterer Menschen und ihren Lebenssituationen zeigt. Ein kultursensibler Pflegeansatz ist also nur bedingt erfolgreich darin, der wachsenden Diversität der Gesellschaft zu begegnen. Ein diversitätssensibler Pflegeansatz erweitert das kultursensible Pflegekonzept dahin gehend, den Fokus nicht nur auf die kulturellen Gemeinsamkeiten von Menschen zu legen, sondern mit einer personenzentrierten Pflege den Menschen als Individuum zu betrachten. Das ermöglicht, der zunehmenden Diversität in einer postmigrantischen und zugleich alternden Gesellschaft gerecht zu werden. Denn letztendlich bildet sich die kulturelle Pluralität der Gesellschaft noch nicht auf der institutionellen Ebene im Pflegebereich ab. Anders als ein kultursensibler Ansatz, der stark auf die ethnischen und migrantischen Dimensionen von Vielfalt fokussiert, nimmt ein diversitätssensibler Ansatz über die ethnisch-kulturellen Besonderheiten hinaus auch andere Merkmale der sozialen Differenzierung in den Blick: Pflegebedürftige stehen nicht als Migrant*innen bzw. mit ihrer Kultur oder Religion im Vordergrund. Vielmehr werden Migration, Kultur und Religion als einige von vielen Einflussfaktoren in der individuellen Lebenswelt von älteren Menschen begriffen. Für eine wirklich sensible Pflege, die alle Bedürfnisse älterer Migrant*innen berücksichtigt, sollte der Fokus daher nicht darauf verengt werden. Obwohl Einflussfaktoren wie Religion soziale Kontexte strukturieren, sind die individuellen Wahrnehmungen und Handlungen stark von der eigenen Biografie, von Migrationserfahrung oder dem sozialen Umfeld geprägt. Damit rückt die Individualität der Menschen stärker in den Vordergrund. Dadurch dass das Individuum selbst in den Fokus rückt, profitieren alle Pflegebedürftigen, egal ob mit oder ohne Migrationsgeschichte oder

welcher geschlechtlichen Identität sie sich zugehörig fühlen.

Es gibt ein Konzept, das diesen diversitätssensiblen Ansatz bereits enthält: die transkulturelle Pflege. Eine transkulturelle Pflege meint „eine über Kulturalität hinausgreifende Personenorientierung in der Pflege“ (Schilder & Brandenburg 2020: 16–17). Sie basiert auf folgender Grundannahme: Kultur ist nur ein Einflussfaktor auf den Habitus und die Lebenswelt einer Person, neben anderen Aspekten wie der Biografie und Lebenserfahrung, der Persönlichkeit, der sozialen Lage oder dem Bildungsweg. Dementsprechend müsse eine personenzentrierte Pflege nicht nur Kultur, sondern auch andere Aspekte der Identität reflektieren. Ein transkulturelles Pflegekonzept beschreibt damit den Versuch, die individuellen Lebenswelten von pflegebedürftigen Patient*innen zu erfassen, zu verstehen und im Pflegeprozess zu berücksichtigen. Dabei steht nicht nur die Lebenswelt der Pflegebedürftigen, sondern auch die der Pflegekräfte im Mittelpunkt. Transkulturelle Kompetenz ist daher zwingend für eine diversitätssensible Pflege erforderlich.

Jedoch stellt eine diversitätssensible Pflege sehr hohe Ansprüche an die Pflegearbeit. Zeitaufwendige Biografiearbeit und Flexibilität in der Organisation und Durchführung von Pflege sind dafür notwendig. Diversitätssensible Pflege ist daher in erster Linie auch eine Frage der personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen. Bevor eine sensible Pflege gelingen kann, müssen die strukturellen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege in Deutschland verändert werden. Aufgrund des der Pflege inhärenten Effizienz- und Zeitdrucks ist es nicht immer möglich, allen Wünschen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Viele der Konflikte, die während der Pflegearbeit aufkommen, sind auf dieses Spannungsfeld zwischen Effizienz und Ansprüchen an eine gute Pflege, mit der sich die Menschen auch wohlfühlen, zurückzuführen. Auch kultursensible Pflegedienste sehen sich mit diesen Problematiken konfrontiert, die eine gute Versorgung von älteren Menschen zusätzlich erschweren.

In Anbetracht der strukturellen Rahmenbedingungen der Altenpflege in Deutschland stellt sich die Frage, welche pragmatischen Lösungen sich dennoch finden lassen, um die Bedürfnisse Pflegebedürftiger besser adressieren zu können und das Ziel einer diversitätssensiblen, biografieorientierten und personenzentrierten Pflege zu erreichen. Ein erster hilfreicher Ansatz wäre es, einen festen Rahmen für den Austausch der Pflegekräfte untereinander zu schaffen, nicht nur um fachliche Angelegenheiten zu besprechen, sondern um der Kommunikation über den zwischenmenschlichen Umgang mit einzelnen Patient*innen Raum zu geben. Es wurde deutlich, dass Pflegekräfte häufig einen unterschiedlichen Wissensstand bezüglich der Biografie, der Lebenssituation und der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen haben. Dementsprechend sind sie in den Pflegesituationen mit unterschiedlichen Konflikten konfrontiert. Es kann daher förderlich sein, schwierige Situationen mit Pflegebedürftigen in regelmäßigen Fallbesprechungen durchzugehen, sich über eigene Erfahrungen auszutauschen, voneinander zu lernen und gemeinsam nach Umgangsformen und Lösungsstrategien zu suchen. Eine gemeinsame Reflexion der Praxiserfahrungen kann die Pflegekräfte zudem sensibilisieren und das Verständnis für die Lebenssituation der Pflegebedürftigen fördern.

Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft und das Interesse der Pflegekräfte, sich über fachlich notwendige Aspekte hinaus über die Pflegebedürftigen auszutauschen. Eine diversitätssensible Pflege muss von Beginn an vom Pflegepersonal

mitgetragen und gelebt werden. Es ist daher genauso von Bedeutung, transkulturelle Kompetenz als verpflichtenden Inhalt in Aus- und Weiterbildung aller Beschäftigten in Pflegeberufen zu etablieren. Dafür muss transkulturelle Kompetenz zunächst fest in den Inhalten der Ausbildung verankert werden. Daneben ist es geboten, Sensibilisierungsmaßnahmen in die Weiterbildung bereits ausgebildeter Fachkräfte zu integrieren und fortlaufend diversitätssensible Schulungsangebote für alle Beschäftigten anzubieten.

Nichtsdestotrotz muss weiterhin die interkulturelle Öffnung bestehender Angebote vorangetrieben werden: durch den Abbau von Zugangsbarrieren ins Altenpflegesystem, durch die Bereitstellung von Sprachmittlungsangeboten und mehrsprachigen zielgruppenorientierten Informationsmaterialien sowie durch aufsuchende Beratungsansätze gegenüber bisher überwiegenden „Warten-auf-Nachfrage-Strukturen“. Auch auf wissenschaftlicher Ebene bestehen erhebliche Forschungslücken bezüglich Diskriminierungsmechanismen von älteren Menschen mit Migrationserfahrung im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem. Dabei müssen in Zukunft auch intersektionale Diskriminierungsrisiken auf institutioneller Ebene stärker in den Blick genommen werden. Auch im pflegewissenschaftlichen Kontext sollten Strukturen stärker diskutiert werden, die bisher kaum eine Rolle spielen, seien es beispielsweise Fragen nach den größeren Zusammenhängen von Migration und sozioökonomischen Lebensumständen oder danach, wie Migration bestimmte Lebensbedingungen und Vulnerabilitäten im Alter formt.

LITERATURVERZEICHNIS

- **Ahmed, Sara (2012):** On being included: Racism and diversity in institutional life Durham, Duke: University Press.
- **Ammann, Eva S. (2017):** Vom professionellen Umgang mit Diversität. In: SuchtMagazin 43 (5), S. 6–11.
- **Aşkin, Basri (2018):** Kultursensible Altenhilfe und Pflege in der Migrationsgesellschaft. In: Blank, Beate; Gögercin, Süleyman; Sauer, Karin E. und Schramkowski, Barbara (Hg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Wiesbaden: Springer, S. 681–691.
- **Behrens, Britta (2011):** Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick – Strategie – Praxis. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl-von-Ossietzky-Universität.
- **Bermejo, Isaac; Hölzel, Lars P.; Kriston, Levente und Härter, Martin (2012):** Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55 (8), S. 944–953.
- **Bose, Alexandra von und Terpstra, Jeannette (2012):** Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer.
- **Burkert, Carola; Hochfellner, Daniela und Wurdack, Anja (2012):** Ältere Migrantinnen und Migranten am Arbeitsmarkt. In: Baykara-Krumme, Helen; Schimany, Peter und Motel-Klingebiel, Andreas (Hg.): Viele Welten des Alterns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 77–100.
- **Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH (2014):** Interkulturelle Altenhilfe in Berlin. Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten. Gutachten erstellt im Auftrag der Beauftragten des Senats für Integration und Migration. Online verfügbar unter: <https://camino-werkstatt.de/downloads/Camino%20Gutachten%20Interkulturelle%20Altenhilfe.pdf>, zuletzt geprüft am 31.10.2023.
- **Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016):** 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland (2016). Online verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/729998/fdcd6fab942558386be0d47d9add51bb/11-lagebericht-09-12-2016-download-ba-ib-data.pdf>, zuletzt geprüft am 28.07.2022.
- **Dilger, Hansjörg und Warstat, Matthias (2021):** Einleitung: Kulturelle Vielfalt und institutioneller Wandel. In: Dilger, Hansjörg und Warstat, Matthias (Hg.): Umkämpfte Vielfalt. Affektive Dynamiken institutioneller Diversifizierung. Frankfurt/New York: Campus, S. 7–48.
- **Domenig, Dagmar (2007):** Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber, S. 165–190.
- **Heuser, Stefan (2020):** Kultursensibler Umgang mit Fremdheit. Ethische und gesellschaftstheoretische Aspekte transkultureller Pflege. In: Schilder, Michael und Brandenburg, Hermann (Hg.): Transkulturelle Pflege. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 28–44.
- **Kim, Min-Sung (2019a):** Analyse zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund der ersten Generation (AnVerMigr). Über die Versorgungssituation und -erwartung der (potentiellen) zugewanderten Pflegebedürftigen aus Japan, Korea, Thailand und Vietnam und den Stand der interkulturellen Öffnung im Bereich der Pflege in Berlin. Forschungsbericht. Berlin.
- **Kim, Min-Sung (2019b):** Lebenslagen von alt werdenden und älteren asiatischen Migrant*innen – eine Pilotstudie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zu Altersbildern der alt werdenden und älteren Migrant*innen aus Japan, Korea und Vietnam in Berlin. Berlin.
- **Kim, Min-Sung und Park, Jieun (2019):** Stand der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen im Pflegebereich in Berlin. In: HeilberufeScience 10 (3–4), S. 46–55.

- **Krobisch, Verena; Sonntag, Pia-Theresa; Gül, Kübra; Aronson, Polina und Schenk, Liane (2016):** Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger. In: *Pflege* 29 (6), S. 289–300.
- **Krobisch, Verena; Sonntag, Pia-Theresa und Schenk, Liane (2020):** Was braucht eine gute Pflege? Spezifika der Versorgung am Beispiel älterer Migrantinnen und Migranten aus der Türkei. In: Schenk, Liane und Habermann, Monika (Hg.): *Migration und Alter*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 57–70.
- **Leininger, Madeleine (2002):** Culture care theory. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. In: *Journal of transcultural nursing* 13 (3), S. 189–192.
- **Lenthe, Ulrike (2016):** *Transkulturelle Pflege: Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren*. Wien: facultas.
- **Marquardt, Gesine; Delkic, Elma und Motzek, Tom (2016):** Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen. In: *ifo Dresden berichtet* 23 (1), S. 26–32.
- **Mayring, Philipp (2010):** *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- **McFarland, Marilyn R. (2018):** Transcultural nursing. History, focus, and future directions. In: McFarland, Marilyn R. und Wehbe-Alamah, Hiba B. (Hg.): *Leininger's transcultural nursing. Concepts, theories, research & practice*. New York [u. a.]: McGraw-Hill Education, S. 3–11.
- **Orlowski, Uwe (2013):** „Initiative für kultursensible Pflegestützpunktarbeit – Empfehlungen und Arbeitshilfen“. Eine Dokumentation. Berlin.
- **Robert Koch-Institut (2015):** *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes* gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.
- **Schaffranke, Dorte und Schwenzer, Victoria (2014):** *Interkulturelle Altenhilfe in Berlin. Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten*. Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH, Berlin.
- **Schenk, Liane und Habermann, Monika (2020):** *Migration und Alter – eine Einführung*. In: Schenk, Liane und Habermann, Monika (Hg.): *Migration und Alter*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 1–3.
- **Schenk, Liane; Krobisch, Verena und Ikiz, Dilek (2014):** *Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin*. Abschlussbericht für das ZQP. Berlin.
- **Schenk, Liane; Sonntag, Pia-Theresa; Krobisch, Verena und Ruf, Valeria (2015):** *Ambulante pflegerische Versorgung älterer türkeistämmiger Migranten in Berlin – Eine Online-Befragung von Pflegediensten*. Abschlussbericht für das ZQP. Berlin.
- **Schilder, Michael und Brandenburg, Hermann (2020):** *Einführung in den Gegenstandsbereich der transkulturellen Pflege*. In: Schilder, Michael und Brandenburg, Hermann (Hg.): *Transkulturelle Pflege. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15–27.
- **Schimany, Peter; Rühl, Stefan und Kohls, Martin (2012):** *Ältere Migrantinnen und Migranten: Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven*. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- **Sonntag, Pia-Theresa; Krobisch, Verena und Schenk, Liane (2020):** *Wie migrationssensibel ist die ambulante Pflege?* In: Schenk, Liane und Habermann, Monika (Hg.): *Migration und Alter*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 71–79.
- **Statistisches Bundesamt (2022):** *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2021*. Statistisches Bundesamt (2022). Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf;jsessionid=D7BF61B40C40BE24721389F5C603920A.live711?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.07.2022.
- **Steinbach, Anja (2018):** *Older migrants in Germany*. In: *Journal of Population Ageing* 11 (3), S. 285–306.
- **Theißing, Katarina (2019):** „Ich weiß, dass ich nicht weiß“ – Transkulturelle Kompetenz in der Palliativpflege. In: Wasner, Maria und Raischl, Josef (Hg.): *Kultursensibilität am Lebensende. Identität – Kommunikation – Begleitung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 154–162.

ÜBER DIE AUTORIN

Theresa Schwass

Theresa Schwass studierte Politikwissenschaft und Sozial- und Kulturanthropologie an der Georg-August-Universität Göttingen und der Freien Universität Berlin mit den Schwerpunkten Migration und Alter(n). Von 2020 bis 2022 war sie studentische Mitarbeiterin in der Abteilung Integration am Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). Seit 2022 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin bei dem Forschungs- und Beratungsunternehmen InterVal GmbH in Berlin. Dort ist sie im Bereich der Gesetzesevaluation mit einem thematischen Schwerpunkt auf Adoptionen von Minderjährigen im nationalen und internationalen Kontext tätig.

IMPRESSUM

© Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2025. Alle Rechte vorbehalten.

Schwass, Theresa (2025): Von kultursensibler zu diversitätssensibler Altenpflege – Einblicke in die häusliche Pflege älterer Migrant*innen in Berlin. DeZIM Working Papers 4, Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM).

DeZIM Working Papers geben die Auffassung der Autor*innen wieder.

Herausgeber



Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V.

Mauerstraße 76

10117 Berlin

+49 (0)30 200 754 130

presse@dezim-institut.de

www.dezim-institut.de

Autorin

Theresa Schwass

Schlussredaktion

Maren Seidler

Korrektorat

Marie Kaiser

Layout

neonfisch.de

Covergestaltung

Sven Knauth

ISBN

978-3-948289-90-4

Das Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) forscht zu Integration und Migration, zu Konsens und Konflikten, zu gesellschaftlicher Teilhabe und zu Rassismus. Es besteht aus dem DeZIM-Institut und der DeZIM-Forschungsgemeinschaft. Das DeZIM-Institut hat seinen Sitz in Berlin-Mitte. In der DeZIM-Forschungsgemeinschaft verbindet sich das DeZIM-Institut mit sieben anderen Einrichtungen, die in Deutschland zu Migration und Integration forschen. Das DeZIM wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend