



In Vielfalt altern

Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland



Policy Brief des SVR-Forschungsbereichs 2015-2

Der Policy Brief wurde gefördert von der Stiftung Mercator

Der Sachverständigenrat ist eine Initiative von:

Stiftung Mercator, VolkswagenStiftung, Bertelsmann Stiftung, Freudenberg Stiftung, Robert Bosch Stiftung, Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und Vodafone Stiftung Deutschland



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Altern in Vielfalt: Was erwarten wir von Pflege?	4
1.1 Handlungsdruck: die Gesellschaft altert und wird vielfältiger	4
1.2 Pflegebedürftigkeit bei Migranten: Bedürfnislagen und Konzepte kultursensibler Pflege	4
1.3 Subjektive Pflegebedürfnisse und -erwartungen: wenig erforscht	6
2. Ergebnisse aus dem SVR-Integrationsbarometer	8
2.1 Sprachkompetenz der Pflegekraft: für die erste Generation wichtig	8
2.2 Kultur und Religion in der Pflege: eher nicht so wichtig	9
2.3 Gleichgeschlechtliche Pflege: für muslimische Frauen besonders wichtig	11
2.4 Zwischenfazit: Anpassung und Erwartungen	13
3. Handlungsempfehlungen	14
3.1 Abbau von Zugangsbarrieren: niedrigschwellige Beratungs- und Informationsangebote	14
3.2 Interkulturelle Öffnung der Pflege: Personal- und Organisationsentwicklung	14
3.2.1 Investition in Personal: Anwerbung und Aus- und Weiterbildung	15
3.2.2 Organisationsentwicklung: Räume für die Ausübung des Glaubens und neue Verpflegungsangebote	15
4. Fazit und Ausblick	16
Literatur	17
Anhang	19

Zusammenfassung

Die Einwanderungsgesellschaft altert. Das stellt das Gesundheits- und Pflegesystem vor neue Herausforderungen: Abgesehen davon, dass die Fachkräfteengpässe im Pflegebereich immer deutlicher werden, hat die heterogene Bevölkerung auch vielfältige Erwartungen an Pflege, die sich zum Teil stark unterscheiden. In der Forschung zum Thema Migration und Pflege bestehen offenkundig noch zahlreiche Desiderate. Die Datenlage ist insgesamt lückenhaft, und die wenigen vorhandenen Studien liefern nur zum Teil belastbare Aussagen, die zumeist nicht durch weitere Untersuchungen abgesichert sind. Problematisch ist insbesondere, dass in repräsentativen Bevölkerungsstudien zu den Themen Gesundheit und Pflege das Merkmal „Migrationshintergrund“ nicht erfasst ist; zudem ist es schwierig, die vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen für Befragungen zu gewinnen. Entsprechende Studien sind aber wichtig, um konkretere Handlungsempfehlungen für dieses Feld zu entwickeln und sie vor Ort umzusetzen.

Um zumindest über einige Aspekte genauer Aufschluss zu gewinnen, untersucht das aktuelle SVR-Integrationsbarometer die Pflegepräferenzen von Menschen (mit und ohne Migrationshintergrund) in Deutschland. Diese Datenbasis erlaubt auch, zwischen einzelnen Herkunftsgruppen zu differenzieren, etwa in Bezug auf ihre Wünsche an eine Pflegekraft. Die Untersuchung kommt zu folgenden zentralen Befunden:

(1) Für eine deutliche Mehrheit der Befragten ohne Migrationshintergrund ist wichtig, dass die Pflegekraft gut Deutsch spricht (91 %). Demgegenüber finden diejenigen mit einer nichtdeutschen Muttersprache es überwiegend nicht wichtig, von einer Pflegekraft gepflegt zu werden, die ihre jeweilige Muttersprache spricht. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen: Während in der Gruppe der Spät-/Aussiedler nur eine Minderheit (25 %) Wert darauf legt, sich mit der Pflegekraft in der eigen-

nen Muttersprache verständigen zu können, ist es bei den Türkeistämmigen jeder zweite (51 %).

(2) Der kulturelle Hintergrund und auch die Religion der Pflegekraft spielen für die meisten Befragten eher eine untergeordnete Rolle. Dabei zeichnet sich in den meisten Herkunftsgruppen ein Generationeneffekt ab: Zuwanderern der ersten Generation ist es im Schnitt deutlich wichtiger als ihren Nachkommen, dass die Pflegekraft über einen ähnlichen kulturellen Hintergrund verfügt. Auch der Grad der Religiosität spielt dabei eine Rolle: Stärker religiöse Befragte sprechen sich öfter dafür aus, dass die Pflegekraft der gleichen Kultur bzw. Religion angehören sollte wie sie. Bei Kontrolle aller anderen Erklärungsfaktoren wünschen sich zudem Befragte mit Diskriminierungserfahrungen deutlich häufiger eine Pflegekraft, die der gleichen Religion und Kultur zugehört.

(3) Frauen wünschen sich allgemein deutlich häufiger eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft, während die meisten männlichen Befragten dazu keine Vorliebe äußern. Türkeistämmigen Frauen ist dies besonders häufig wichtig (77 %).

Das Thema Migration und Pflege ist nicht neu: Wohlfahrtsverbände, Krankenhausträger und Ausbildungsstätten beschäftigen sich seit Jahren mit der Frage, wie in deutschen Einrichtungen kultursensibel gepflegt werden kann, d. h. so, dass es den individuellen Pflegebedürfnissen aller Patienten gerecht wird. Breit verankert sind solche Ansätze allerdings noch nicht. Das mag zum Teil daran liegen, dass die Bedürfnislagen noch nicht hinreichend erforscht sind. Die wenigen bisherigen Studien dazu sind meist qualitativ angelegt und beziehen sich oft nur auf einzelne Herkunftsgruppen oder geografische Räume. Das SVR-Integrationsbarometer schließt einen kleinen Teil der insgesamt recht großen Forschungslücke. Der Policy Brief ordnet Ergebnisse daraus in den Stand der bisherigen Forschung ein.

1. Altern in Vielfalt: Was erwarten wir von Pflege?¹

1.1 Handlungsdruck: die Gesellschaft altert und wird vielfältiger

Die demografischen Prozesse in Deutschland lassen sich auf eine einfache Formel bringen: Wir werden weniger, wir werden älter und wir werden bunter. Während die Lebenserwartung steigt, nehmen die Geburten ab: 1970 lag die Geburtenrate noch bei etwa 2,1 Kindern pro Frau (Bundeszentrale für politische Bildung 2012)², 2013 waren es nur noch 1,4 Kinder pro Frau (Eurostat 2015). Damit liegt Deutschland unter dem Durchschnitt der EU von 1,55 Kindern pro Frau (Eurostat 2015). Zugleich wächst der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung: Bis 2050 wird er sich nach Schätzungen des Statistischen Bundesamts (2015a) auf 31,5 Prozent erhöhen – ungefähr jeder Dritte in Deutschland ist dann mindestens 65 Jahre alt.³ Auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigt: Im Dezember 2013 waren ca. 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, damit ist die Zahl gegenüber Dezember 2011 um 5 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt 2015b). Dadurch steigt auch der Bedarf an in- und ausländischen Pflegekräften (Info-Box 1).

Die Gesellschaft altert jedoch nicht nur, sie wird auch vielfältiger: In Deutschland leben heute rund 16,4 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; damit hat mittlerweile jeder fünfte Einwohner eine eigene oder eine über mindestens einen Elternteil mitgebrachte Zuwanderungsgeschichte (Statistisches Bundesamt 2014a). Zunehmende Vielfalt kennzeichnet das Einwanderungsland Deutschland: Während die ‚Gastarbeiter‘ in den 1950er bis 1970er Jahren noch aus wenigen Ländern zuwanderten, hat sich das Spektrum der Herkunftsländer ab Mitte der 1990er Jahre erheblich erweitert (Statistisches Bundesamt 2013). Mittlerweile leben in Deutschland Menschen aus jedem Land der Welt.

Auch die Religionszugehörigkeiten werden vielfältiger. Hier sind zwei Megatrends zu verzeichnen: Zum einen haben die ehemals dominierenden christlichen Großkirchen in den letzten Jahrzehnten deutlich an Bindekraft verloren⁴, zum anderen haben sich insbesondere durch Zuwanderung auch muslimische und christlich-orthodoxe Glaubensrichtungen ausdifferenziert (Pickel 2013). Schätzungen zufolge lebten in Deutschland 2009 bereits ca. 4 Millionen Muslime, das entspricht einem Anteil von etwa 5 Prozent an der Gesamtbevölkerung (Haug/Müssig/Stichs 2009; s. auch SVR-Forschungsbereich 2014).

1.2 Pflegebedürftigkeit bei Migranten: Bedürfnislagen und Konzepte kultursensibler Pflege

1,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, sind mindestens 65 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2014a). Dabei ist der Anteil der über 65-Jährigen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit 9,3 Prozent (2013) weit niedriger als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (24,4 %) – gerade neu zugewanderte Personen sind in der Regel deutlich jünger als die Gesamtbevölkerung (Thum et al. 2015).⁵ Dennoch wird das Thema Migration und Alter – und damit auch Migration und Pflege – gesellschaftspolitisch zunehmend wichtig: Die ‚Gastarbeitergeneration‘ kommt nach und nach in ein Alter, in dem Kranken- und Altenpflege für viele eine Rolle spielt.

Entsprechend macht die zunehmende Vielfalt in der Gesellschaft auch vor den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen nicht Halt: Die meisten Pflegeeinrichtungen in Deutschland versorgen heute schon auch Patienten mit Migrationshintergrund. Zu deren Anteil an allen Pflegebedürftigen gibt es jedoch keine validen Zahlen, da das Merkmal Migrationshintergrund in der Pflegestatistik nicht erfasst wird; ihre Zahl kann nur anhand von Schätzungen annähernd bestimmt werden (Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015). Auf der Basis einer repräsentativen Studie

1 Dieser Policy Brief wurde begleitet durch Prof. Dr. Hacı-Halil Uslucan, Mitglied des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR). Verantwortlich für diese Veröffentlichung ist der SVR-Forschungsbereich. Die Argumente und Schlussfolgerungen spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des SVR.

2 1970 lag die sog. Geburtenziffer für Westdeutschland bei 2,02, für Ostdeutschland bei 2,19.

3 Die hier zugrunde gelegte Variante der Bevölkerungsvorausberechnung unterstellt eine kontinuierliche Geburtenrate, eine steigende Lebenserwartung (für 2060 geborene Jungen 86,7 Jahre, für Mädchen 90,4 Jahre) und einen langfristigen Wanderungssaldo von 200.000 Personen pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2015a).

4 In Westdeutschland haben sich 1970 noch ca. 94 Prozent der Bevölkerung entweder der evangelischen oder der katholischen Kirche zugeordnet; nach dem Zensus 2011 tun dies in den alten Bundesländern und Berlin nur noch 69 Prozent und in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) gerade einmal 24 Prozent der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2014b). Dass die Religion in Ostdeutschland stärker an Bedeutung verloren hat als in Westdeutschland, hängt mit der Geschichte des Staatssozialismus zusammen.

5 Das gilt besonders für Asylsuchende (SVR-Forschungsbereich 2015).

Info-Box 1 Fachkräfteengpass: Bedarf an ausländischen Pflegekräften steigt

Angesichts der steigenden Zahl von Älteren und Pflegebedürftigen in Deutschland besteht dringender Handlungsbedarf. Die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Altenpflege gehören jetzt schon zu den Berufsgruppen, in denen laut der Bundesagentur für Arbeit (2015) in fast allen Bundesländern ein Fachkräftemangel herrscht. Schon heute übernehmen vielfach Zuwanderer die Pflegeaufgaben, als examinierte Fachkräfte oder auch als – oft ungelernete – Haushaltshilfen. Die Pflegewirtschaft profitiert von Zuwanderung bislang allerdings noch nicht überdurchschnittlich (Afentakis/Maier 2013). Anders die häusliche Pflege: Schätzungen zufolge sind in deutschen Haushalten zwischen 100.000 und 300.000 osteuropäische Migranten beschäftigt, vor allem Frauen (Hanewinkel 2015; Kniejska 2015). Mit inländischen Arbeitskräften allein lässt sich der Bedarf an professioneller Pflege voraussichtlich auch in Zukunft nicht decken. Und die Chancen, Fachkräfte aus europäischen Staaten zu gewinnen, scheinen eher gering (Braeseke et al. 2013) – zumal auch in diesen Ländern der Bedarf an Pflege und Betreuung älterer Menschen steigt (Dittmann 2008). Die Pflegewirtschaft wird daher in Zukunft verstärkt auf Zuwanderung aus Drittstaaten angewiesen sein. Es gibt bereits erste Kooperationsprogramme zur Ausbildung und Rekrutierung von Pflegekräften aus Drittstaaten, wie sie etwa Braeseke et al. (2013) empfehlen (BMWi 2014; ZAV 2014): Seit 2013 arbeitet die Bundesagentur für Arbeit bei der Vermittlung von Pflegefachkräften mit den entsprechenden Behörden in Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Tunesien zusammen. Eine Befragung unter 600 Personalverantwortlichen in der Pflegebranche zeigt allerdings, dass die Möglichkeit, Fachkräfte international anzuwerben, in der Pflegewirtschaft bisher kaum genutzt wird (Bonin/Braeseke/Ganserer 2015).

des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Jahr 2011 lässt sich die geschätzte Zahl bzw. der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund auch nach Versorgungsform differenzieren: Einen Migrationshintergrund haben danach etwa 9 Prozent der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, 7 Prozent derer, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, und 8 Prozent derer, die in Privathaushalten leben und rein familiär versorgt werden (Kohls 2012). Geht man davon aus, dass die Pflegequoten bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleich sind und konstant bleiben, wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund von 258.000 im Jahr 2013 bis 2030 nahezu verdoppeln auf 481.000 (Thum et al. 2015) (Tab. 1).

Neben diesen rein quantitativen Anhaltspunkten ist es wichtig, die subjektiven Pflegebedürfnisse und -erwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu kennen, um einen etwaigen spezifischen Pflegebedarf abzuschätzen. Für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bedeutet die zunehmende Diversität ihrer Kunden bzw. Patienten, dass sie sich noch stärker auf neue Bedürfnislagen einstellen müssen, z. B. in Bezug auf Religionsausübung und Ernährung. Zudem spielt besonders bei Demenz muttersprachliche Pflege eine wichtige Rolle, da die Betroffenen häufig

als Erstes ihre Kenntnis der deutschen Sprache einbüßen (Gladis/Kowoll/Schröder 2014). Im Bereich der Palliativpflege und Sterbegleitung ist kultursensible Versorgung für die Kranken und ihre Angehörigen ebenfalls eminent wichtig; so äußern auch Fachkräfte den Wunsch, sich auf diesem Gebiet weiterzubilden (Zielke-Nadkarni 2013).

Verbände und Institutionen haben sich des Themas bereits 2001 angenommen, indem sie ein „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ erarbeitet haben. Mittlerweile sehen viele Institutionen den Bedarf an kultursensibler Pflege – über 300 Einrichtungen, Organisationen und Einzelpersonen haben das Memorandum inzwischen unterzeichnet –, und es gibt etliche Handreichungen dazu. Dabei bietet der Ansatz der kultursensiblen Pflege keine vorgefertigten Lösungen, er basiert vielmehr „auf einem *interkulturellen Lernprozess* der professionell Pflegenden, der Hilfebedürftigen und deren Angehörigen, der Einrichtung und deren Umfeld“ (Zanier 2015: 7). Bisher wurden aber nur punktuell konkrete Maßnahmen ergriffen, um den Pflegebereich interkulturell zu öffnen und einen kultursensiblen Umgang mit Pflegebedürftigen zu entwickeln: Eine dem SVR-Forschungsbereich vorliegende Expertise⁶ legt nahe, dass auch fast fünfzehn Jahre nach der Erstveröffentlichung des Memorandums

6 Die Expertise wurde von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Auftrag gegeben; erstellt wurde sie von Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, Dr. Jürgen Breckenkamp und Prof. Dr. Oliver Razum vom Statistik-Beratungszentrum (StatBeCe), einer Einrichtung des Instituts für Innovationstransfer an der Universität Bielefeld GmbH (IIT). Der SVR-Forschungsbereich hat die Erstellung der Expertise begleitet.

Tab. 1 Prognostizierte Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund 2013–2030 bei konstanten Pflegequoten

Jahr	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (in 1.000)			Anteil an allen Pflegebedürftigen (in Prozent)
	insgesamt	davon		
		< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	
2013	257,6	89,2	168,4	9,8 %
2014	271,2	92,6	178,6	10,1 %
2015	285,2	96,0	189,2	10,3 %
2016	297,1	98,4	198,7	10,5 %
2017	308,3	100,6	207,7	10,7 %
2018	320,5	102,4	218,1	10,9 %
2019	333,3	103,9	229,4	11,1 %
2020	346,4	104,9	241,5	11,2 %
2021	357,8	105,6	252,1	11,4 %
2022	369,0	106,3	262,7	11,5 %
2023	381,6	107,0	274,7	11,8 %
2024	394,6	107,6	287,0	12,0 %
2025	408,3	108,1	300,2	12,2 %
2026	420,9	108,7	312,3	12,4 %
2027	433,8	109,2	324,6	12,7 %
2028	448,5	109,7	338,8	13,0 %
2029	464,2	110,0	354,2	13,3 %
2030	481,2	110,2	371,0	13,6 %

Quelle: Thum et al. 2015; eigene Darstellung

viele stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienstleister auf die schon bestehenden und weiter zunehmenden Herausforderungen einer vielfältigeren Klientel nicht ausreichend vorbereitet sind (vgl. auch Friedrich-Ebert-Stiftung 2015). Nach der – zurzeit insgesamt unbefriedigenden – Studienlage bestehen hinsichtlich einer breiten Umsetzung kultursensibler Konzepte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen noch deutliche Defizite. Auch die Pflegeberatung deckt die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund nur lückenhaft ab (vgl. Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015). Die Teilnehmer eines Fachforums forderten im Frühjahr 2015, dass die „Interessen und Wünsche älterer Migrant_innen hinsichtlich ihrer Lebensgestaltung [...] intensiver erforscht werden“ (Friedrich-Ebert-Stiftung 2015: 14).

1.3 Subjektive Pflegebedürfnisse und -erwartungen: wenig erforscht

Zu den subjektiven Pflegebedürfnissen und -erwartungen gibt es bislang erst sehr wenige, meist qualitativ angelegte Studien, deren Ergebnisse für die Gesamtheit der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund nicht repräsentativ sind. Somit fehlen Erkenntnisse zu den Bedürfnislagen von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund, die als Basis dienen könnten, um bestehende Konzepte kultursensibler Pflege zu prüfen und weiterzuentwickeln. Die bisherigen Studien⁷ deuten darauf hin, dass die Pflegebedürfnisse und -erwartungen zum Großteil denen der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund entsprechen, sich jedoch zumindest für einige Herkunftsgruppen in Teilen auch davon unterscheiden.

7 Im Anhang findet sich ein tabellarischer Überblick über diese Studien (Tab. 2).



Befragungen zufolge dominiert in der Bevölkerung insgesamt nach wie vor der Wunsch, im Bedarfsfall zu Hause gepflegt zu werden, und zwar wenn möglich zumindest zum Teil von Familienangehörigen (Dittmann 2008; Kuhlmeier et al. 2010). Tatsächlich werden 71 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland zu Hause versorgt, wie aus der Pflegestatistik hervorgeht (Statistisches Bundesamt 2015b).⁸

Der Wunsch nach häuslicher und vor allem familiärer Pflege ist auch bei Menschen mit Migrationshintergrund ausgeprägt: In einer Studie des BMG (2011) geben drei von vier befragten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund (75 %) an, dass sie nicht von einer fremden Person gepflegt werden wollen – das sind etwas mehr als bei den Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund (66 %). Aufgrund der niedrigen Fallzahlen in dieser Studie erlauben die Ergebnisse jedoch keine Aussagen über die Präferenzen bestimmter Herkunftsgruppen. Dazu müssen andere Untersuchungen herangezogen werden, die aber meist qualitativ und dadurch nicht verallgemeinerbar sind. Danach wollen z. B. ältere Türkeistämmige bevorzugt zu Hause gepflegt werden und nicht in einem Pflegeheim (Carnein/Baykara-Krumme 2013; Schenk 2014a). Auch Befragte aus der ehemaligen Sowjetunion lehnen es überwiegend ab, stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen; russischstämmige Personen der zweiten Generation sind dazu sogar noch weniger bereit als die Generation ihrer Eltern (Schenk 2014a). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Menschen mit Migrationshintergrund professionelle und vor allem stationäre Pflege allgemein breit ablehnen. Eine andere, diesmal quantitativ angelegte Studie (Schenk 2014b) deutet hingegen darauf hin, dass Türkeistämmige auch für professionelle Pflege recht offen sind, insbesondere wenn diese mit familiärer Pflege kombiniert wird. Dies scheint eine weitere qualitative Befragung von älteren Migranten aus verschiedenen Herkunftsländern zum Teil zu bestätigen: Zwar wünscht sich über die Hälfte, zu Hause gepflegt zu werden, etwa ein Drittel kann sich aber auch eine Pflege durch ambulante Dienste vorstellen (Thum et al. 2015).

Die Pflegebedürfnisse von älteren Personen mit Migrationshintergrund, bereits Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen sind unter anderem geprägt von ihrer spezifischen Lebenssituation und den Vorstellungen ihrer jeweiligen Community. So

spielt insbesondere bei älteren Türkeistämmigen Migranten im Ruhestand oft Pendelmigration eine Rolle (Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015). Für die Pflege zu Hause geben zum Teil auch monetäre Gründe den Ausschlag: 39 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund geben an, dass das Pflegegeld als zusätzliches Familieneinkommen betrachtet wird; bei den Befragten ohne Migrationshintergrund sind es nur 20 Prozent (BMG 2011). Inwieweit dies damit erklärt werden kann, dass Familien mit Zuwanderungsgeschichte im Durchschnitt einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, wurde bislang nicht untersucht (vgl. Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015).

Eine qualitative Studie von Thum et al. (2015) gibt Aufschluss über Präferenzen bezüglich des Geschlechts der Pflegekraft: Insbesondere Türkeistämmigen Senioren ist es wichtig, dass die Pflegekraft eine Person des gleichen Geschlechts ist. Die Bedeutung gleichgeschlechtlicher Pflege geht auch aus einer Studie zur Kultursensibilität in deutschen Krankenhäusern hervor, in der mehrheitlich muslimische Türkeistämmige Migranten befragt wurden: Die meisten befragten Frauen (79 %), aber auch viele Männer (40 %) geben an, dass ihnen eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft „ziemlich“ oder „äußerst“ wichtig ist (Giese et al. 2015).

Sich mit der Pflegeperson in der eigenen Muttersprache verständigen zu können ist insbesondere russlandstämmigen Senioren ein Anliegen; diese Erkenntnis beruht allerdings bislang nur auf einer (qualitativen) Studie (Thum et al. 2015). Die im Krankenhaus befragten Türkeistämmigen bemängeln zudem mehrheitlich die fehlenden Möglichkeiten zum Gebet (Giese et al. 2015). In einer Befragung von Senioren aus unterschiedlichen Herkunftsräumen wurde ebenfalls der Wunsch nach einem Gebetsraum in der Pflegeeinrichtung geäußert (Thum et al. 2015).⁹

Auf kulturell verschiedene Ernährungspräferenzen wird bislang anscheinend kaum Rücksicht genommen: In der Krankenhausbefragung geben fast alle Befragten an, dass es „ziemlich“ oder „äußerst“ schwierig sei, die islamischen Gebote einzuhalten, weil das Essen im Krankenhaus nicht den religiösen Vorgaben entspreche (Giese et al. 2015).¹⁰ Untersuchungen zum bevorzugten kulturellen oder religiösen Hintergrund der Pflegekraft liegen bislang nicht vor.

8 Mehr als zwei Drittel der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen werden nur von Angehörigen gepflegt, bei einem Drittel wird die häusliche Pflege zum Teil oder vollständig von ambulanten Pflegediensten übernommen (Statistisches Bundesamt 2015b).

9 Ein Forschungsgutachten zur Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen kommt zu dem Ergebnis, dass 58 Prozent der befragten Einrichtungen über spezielle Gebetsräume oder Kapellen verfügen, weitere 37 Prozent bieten einen neutral gestalteten Gebetsraum für alle Religionen an (Blum/Steffen 2012).

10 Kulturell angepasste Ernährung (z. B. halal oder kosher) wird in den Krankenhäusern bisher kaum angeboten (Blum/Lehmann 2014).

Info-Box 2 Methodische Anmerkungen zum SVR-Integrationsbarometer

Das SVR-Integrationsbarometer ist eine repräsentative Bevölkerungsumfrage unter Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Es misst alle zwei Jahre das Integrationsklima und erhebt Einschätzungen und Erwartungen der Bevölkerung im Hinblick auf Integration und Migration. Für die aktuelle Auflage wurden bundesweit 5.396 Personen mit und ohne Migrationshintergrund in der Zeit von März bis August 2015 über das Mobilfunk- und Festnetz befragt. Um der Pluralität der Gesellschaft in Deutschland gerecht zu werden, wurden 1.333 Personen ohne Migrationshintergrund, 999 Spät-/Aussiedler, 1.003 Türkeistämmige, 1.037 Zuwanderer und ihre Nachkommen aus der EU sowie 1.024 Personen mit einem Migrationshintergrund aus der „übrigen Welt“ befragt. Die Definition von Migrationshintergrund wurde für die Befragung dem Mikrozensus angeglichen und durch ein umfangreiches Screening zum Geburtsort der Befragten und ihrer Eltern sowie zur Staatsbürgerschaft (der Eltern) umgesetzt. Die Befragung wurde telefonisch durchgeführt; dazu wurden die Telefonnummern des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. verwendet. Zusätzlich wurde ein Teil der Telefonstichprobe zum einen onomastisch (namensbasiert) rekrutiert (12,7 %), zum anderen auf der Basis von Telefonnummerngassen, die von auf Ethno-Marketing spezialisierten Mobilfunkdienstleistern genutzt werden (11,6 %).

2. Ergebnisse aus dem SVR-Integrationsbarometer

Das SVR-Integrationsbarometer gibt Einblick in Pflegeerwartungen und -wünsche von Personen mit Migrationshintergrund, die bislang nur ansatzweise untersucht sind. In einer für unterschiedliche Herkunftsgruppen der Zuwanderer repräsentativen Stichprobe wurden mit insgesamt vier Fragen die Vorstellungen zu zentralen Bereichen von Pflege ermittelt (Info-Box 2). Konkret beziehen sich die Fragen auf die Erwartungshaltung für den Fall einer Pflegesituation im Alter.¹¹ Die Bedürfnislagen in Bezug auf einen Krankenhausaufenthalt dürften sich davon nicht grundlegend unterscheiden. Es ist aber davon auszugehen, dass z. B. kulturbedingte Wünsche bei einer Altenpflegesituation stärker hervortreten, denn da Krankenhausaufenthalte in der Regel zeitlich begrenzt sind, können manche Bedürfnisse hier eher zurückgestellt werden.

2.1 Sprachkompetenz der Pflegekraft: für die erste Generation wichtig

Gelingende Kommunikation spielt im Pflegekontext eine große Rolle: Neben den naheliegenden situations-

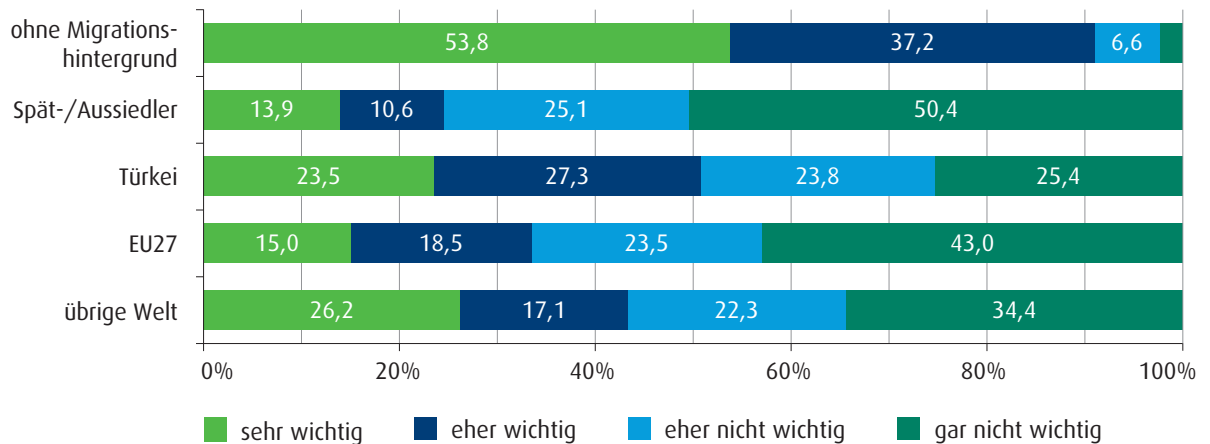
bedingten Schwierigkeiten können sprachliche Barrieren die Patienten z. B. zusätzlich hindern, Scham zu überwinden und eigene Bedürfnisse überhaupt zum Ausdruck zu bringen. Darüber hinaus gewinnt die Kommunikation zwischen Patient und Pflegekraft z. B. bei nachlassenden körperlichen Fähigkeiten oder einsetzender Demenz zusätzliche Bedeutung, denn schon vermeintlich kleine sprachliche Ungenauigkeiten können zu gravierenden Missverständnissen führen. Entsprechend zeigt sich im Integrationsbarometer, dass für eine deutliche Mehrheit der Befragten ohne Migrationshintergrund (91 %) eine gute Kommunikation in der eigenen Muttersprache (also auf Deutsch) sehr oder eher wichtig ist. Das ist nicht zuletzt dafür relevant, inwieweit ausländische Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen akzeptiert werden und welche Anforderungen an sie gestellt werden (s. Info-Box 1).

Welche Erwartungen haben in dieser Hinsicht nun Personen mit Migrationshintergrund? Hier ist zunächst zu beachten, dass sich die im Folgenden genannten Werte für die Zuwanderergruppen nur auf diejenigen beziehen, die nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.¹² Abb. 1 zeigt also den Wunsch, in Deutschland von einer Pflegekraft versorgt zu werden, die die eigene Muttersprache spricht, für die Befragten mit einer ausländischen Muttersprache.

11 Der Einleitungssatz zu den Pflegefragen lautete: „Nun kommen wir zum Bereich Altenpflege, d. h. der Betreuung von älteren Menschen. Stellen Sie sich bitte vor, Sie wären pflegebedürftig, und sagen Sie mir, wie wichtig Ihnen die folgenden Aspekte sind.“ Die Befragten sollten zu bestimmten Aussagen ihre Zustimmung oder Ablehnung auf einer vierstufigen Skala von „sehr wichtig“ bis „gar nicht wichtig“ angeben.

12 Bei den Zuwanderern, die Deutsch als ihre Muttersprache nennen, unterscheiden sich die Präferenzen in Bezug auf die sprachlichen Fähigkeiten der Pflegekraft dagegen nur unwesentlich von denen der Mehrheitsbevölkerung: Eine gute Verständigung in der Muttersprache Deutsch ist z. B. für 91 Prozent der Spät-/Aussiedler, 86 Prozent der Befragten mit einem EU-Migrationshintergrund und 95 Prozent der Befragten aus der Herkunftsgruppe „übrige Welt“ sehr oder eher wichtig. In der Herkunftsgruppe der Türkeistämmigen ist die Zahl derer mit Deutsch als Muttersprache mit 88 Befragten zu gering, um verlässliche Aussagen zu treffen.

Abb. 1 „Meine Pflegekraft sollte meine Muttersprache verstehen und sprechen können.“



Anmerkung: Bei den Befragten mit Migrationshintergrund wurden nur diejenigen mit einer nichtdeutschen Muttersprache berücksichtigt. Anteile unter 4 Prozent sind nicht ausgewiesen.

Quelle: SVR-Integrationsbarometer; gewichtete Daten

Insgesamt findet es die Mehrheit der Befragten mit einer nichtdeutschen Muttersprache nicht oder eher nicht wichtig, dass die Pflegekraft die eigene Muttersprache spricht. Eine Differenzierung nach Herkunftsgruppen macht allerdings deutlich, dass die Bedeutung der Muttersprache sehr unterschiedlich wahrgenommen wird. Besonders gespalten ist das Bild bei den Türkeistämmigen: Hier finden knapp 51 Prozent es eher oder sehr wichtig, sich mit der Pflegekraft auf Türkisch verständigen zu können, und fast genauso viele halten dies für nicht wichtig oder eher unwichtig. Auf der anderen Seite ist bei den Spät-/Aussiedlern die eigene Muttersprache in der Pflege mit 25 Prozent nur einer Minderheit wichtig.

Wie zu erwarten, ist im Hinblick auf die geäußerten Pflegeerwartungen das Alter wichtig: Mit steigendem Alter wird der jeweiligen Herkunftssprache und den eigenen kulturellen Wurzeln in der Pflegesituation allgemein höhere Bedeutung beigemessen. Weitergehende Analysen zeigen allerdings, dass diese altersbedingten Unterschiede von anderen Faktoren weitgehend überlagert werden. Beispielsweise lassen sich die unterschiedlichen sprachlichen Präferenzen zum Teil ganz praktisch erklären, etwa durch die Sprachkompetenzen der Befragten selbst. Die Daten zeigen deutlich: Je schlechter die eigenen Deutschkenntnisse sind, desto eher wünschen sich die Befragten eine Pflegekraft, die die eigene Muttersprache spricht und versteht. Dieser Zusammenhang ist einzig bei den Spät-/Aussiedlern nicht vorhanden; bei allen anderen Zuwanderergruppen dagegen ist das Antwortverhalten entscheidend von den eigenen Deutschkenntnissen beeinflusst.

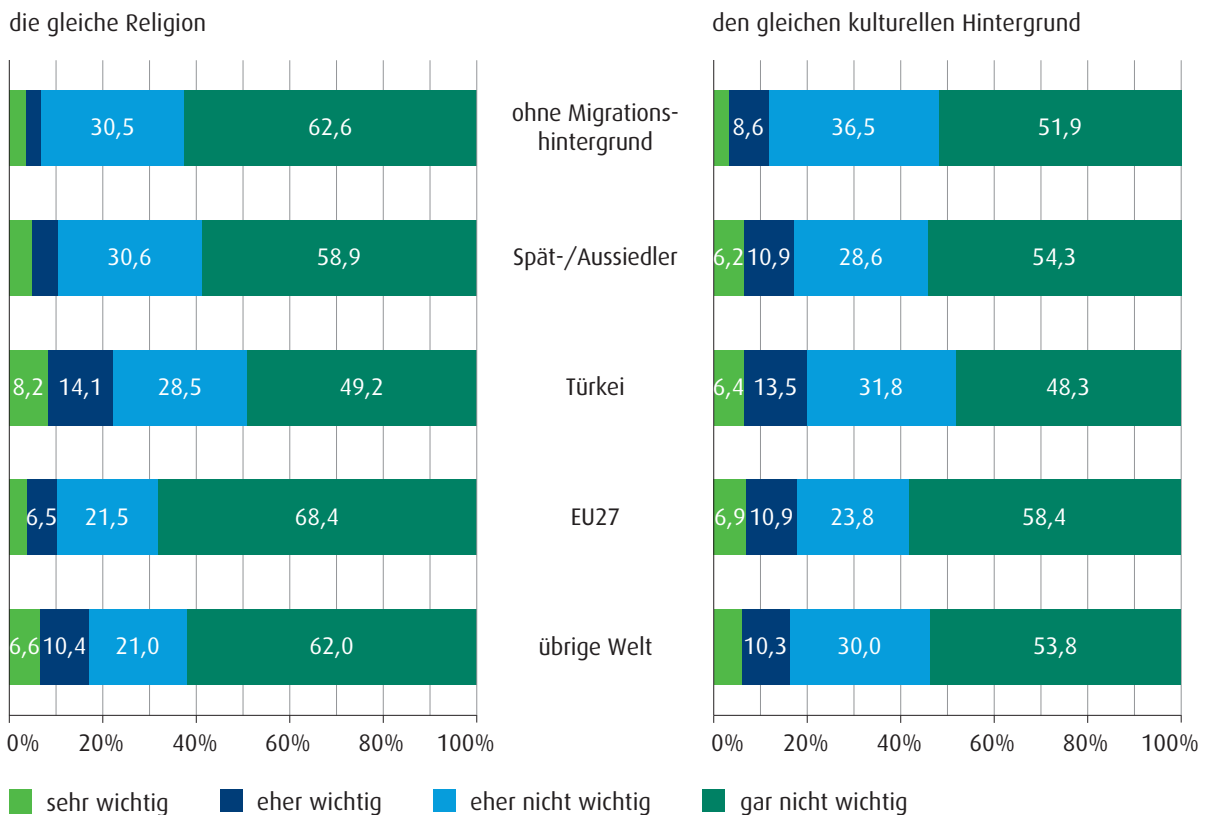
Auch weibliche Befragte aus den Herkunftsgruppen Spät-/Aussiedler, Türkei und „übrige Welt“ wün-

schen sich häufiger eine Pflegekraft, die die eigene Muttersprache beherrscht. Bei den Zuwanderern aus dem EU-Raum ist dagegen kein Geschlechtsunterschied festzustellen. Erwähnenswert ist schließlich, dass höher Gebildete sich (im Vergleich zu Personen mit einem geringen Bildungsniveau) seltener eine Pflegekraft wünschen, die die eigene Muttersprache beherrscht. Bildung ist der einzige Faktor, der in allen Herkunftsgruppen (d. h. auch bei Personen ohne Migrationshintergrund) in die gleiche Richtung wirkt. Das könnte damit zusammenhängen, dass höher Gebildete generell mehr Fremdsprachenkenntnisse haben und/oder besser in der Lage sind, sich in fremden Kulturkreisen zu orientieren und zu verständigen.

2.2 Kultur und Religion in der Pflege: eher nicht so wichtig

Zu den grundlegenden Bedürfnissen in einer Pflegesituation gehören menschliche Nähe und das Gefühl von Vertrautheit. Da das Verständnis von Pflege, Schmerz und Krankheit oft je nach Kultur variiert, ist der Wunsch nach kultursensibler Betreuung verständlich. Wenn Personen mit und ohne Migrationshintergrund Angebote professioneller Pflege in unterschiedlichem Maß nutzen (vgl. BMG 2011), kann dies teilweise auch daran liegen, dass diese Angebote kulturelle Unterschiede zu wenig berücksichtigen und Zuwanderer dadurch systematisch ausschließen. Um mehr über die Präferenzen in diesem Bereich zu erfahren, wurde im SVR-Integrationsbarometer ermittelt, wie wichtig den Befragten die Zugehörigkeit der Pflegekraft zur eigenen Religion und zum eigenen kulturellen Hintergrund ist.

Abb. 2 „Meine Pflegekraft sollte die gleiche Religion/den gleichen kulturellen Hintergrund haben wie ich.“



Anmerkung: Anteile unter 6 Prozent sind nicht ausgewiesen.
Quelle: SVR-Integrationsbarometer; gewichtete Daten

Dabei zeigt sich: Der kulturelle Hintergrund, aber auch die Religion der Pflegekraft spielen für die meisten Befragten eher eine untergeordnete Rolle (Abb. 2).

Insgesamt hat die Religion für die Befragten etwas weniger Bedeutung als der kulturelle Hintergrund: Betrachtet man die Zustimmungswerte in den beiden Bereichen, ist z. B. für Personen ohne Migrationshintergrund die kulturelle Zugehörigkeit der Pflegekraft mit ca. 12 Prozent etwa doppelt so häufig wichtig wie ihre Religion. Etwas weniger deutlich sind die Unterschiede zwischen den beiden Bereichen bei Spät-/Aussiedlern und Personen mit einem EU-Migrationshintergrund; bei den Türkeistämmigen und der Herkunftsgruppe „übrige Welt“ sind sie dagegen kaum messbar. Deutlich wird auch, dass Religion wie Kulturkreis der Pflegekraft für Personen mit Migrationshintergrund insgesamt wichtiger sind als für Personen ohne Migrationshintergrund – die Differenzen bewegen sich allerdings auf einem niedrigen Niveau. Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied im Generationenverlauf: Auf den ersten Blick ist es in allen Herkunftsgruppen der ersten Zuwanderergeneration wichtiger als der zweiten, dass die Pflegekraft über einen ähnlichen

kulturellen Hintergrund verfügt. Nimmt man weitere Faktoren hinzu, entfällt dieser Effekt bei den Spät-/Aussiedlern, in den anderen Herkunftsgruppen bleibt er aber signifikant. So meinen z. B. rund 11 Prozent der in Deutschland geborenen Türkeistämmigen und etwa 26 Prozent der in der Türkei Geborenen, ihre Pflegekraft sollte über den gleichen kulturellen Hintergrund verfügen. Über den Generationeneffekt hinaus zeigt sich auch hier bei allen Herkunftsgruppen ein linearer Zusammenhang mit der Bildung der Befragten: Mit steigendem Bildungsniveau sinkt die Bedeutung der Kultur- und Religionszugehörigkeit der Pflegekräfte. Besonders auffällig sind hier die Wechselwirkungen mit der Generation in den Antwortmustern der Türkeistämmigen: In Deutschland geborenen Türkeistämmigen mit niedriger Bildung sind der Kulturkreis und die Religion der Pflegekraft weniger wichtig als in der Türkei Geborenen mit niedriger Bildung.

Darüber hinaus spielt es in allen Herkunftsgruppen eine große Rolle, als wie religiös die Befragten sich selbst einschätzen: Mit steigender eigener Religiosität sprechen sie sich eindeutig öfter dafür aus, dass die Pflegekraft die gleiche Religion haben bzw. dem

gleichen Kulturkreis angehören sollte, und zwar unabhängig vom Migrationshintergrund. Neben diesem Effekt zeigt sich noch ein weiterer Zusammenhang, der darauf verweist, dass die beiden Bereiche Kultur und Religion in der Pflegesituation wichtig sein könnten: Unter Kontrolle aller anderen Erklärungsfaktoren sprechen sich Befragte mit Diskriminierungserfahrungen deutlich häufiger für eine Pflegekraft aus, die der gleichen Religion und Kultur zugehört. Einzig bei den Spät-/Aussiedlern zeigt sich bei keinem der abgefragten Bereiche ein Zusammenhang.¹³ Da im Integrationsbarometer ausdrücklich nach Benachteiligung aufgrund der eigenen Herkunft gefragt wurde, liegt die Vermutung nahe, dass Menschen mit entsprechenden Erfahrungen in einer etwaigen Pflegesituation erneute Diskriminierung vermeiden wollen.¹⁴ Schließlich sind einige Bedürfnisse, die bei Pflegebedürftigkeit eine Rolle spielen, an die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kulturkreis oder einer bestimmten Religion gekoppelt (z. B. in Bezug auf Ernährung). Eine ablehnende Haltung der Pflegekraft in Bezug auf kulturbedingte Unterschiede hätte also für den Pflegebedürftigen weitreichende Konsequenzen. In Zahlen drückt sich der Effekt folgendermaßen aus: Für die befragten Personen aus der Herkunftsgruppe EU ohne Diskriminierungserfahrungen spielt die Religion der Pflegekraft zu 8 Prozent eine Rolle (und der kulturelle Hintergrund zu 14 %). Bei denjenigen mit Diskriminierungserfahrungen ist die Religion für 17 Prozent eher oder sehr wichtig (und der kulturelle Hintergrund für 28 %).¹⁵

In Bezug auf den kulturellen Hintergrund spielen wiederum auch die Sprachkenntnisse der Befragten eine Rolle. Wie sich aus den Daten herauslesen lässt, sprechen sich Zuwanderer durchschnittlich umso stärker für eine Pflegekraft mit dem gleichen kulturellen Hintergrund aus, je schlechter sie selbst Deutsch sprechen.¹⁶ So meinen 30 Prozent der Befragten mit einem EU-Migrationshintergrund, deren Deutschkenntnisse sehr schlecht oder eher schlecht sind, dass die Pflegekraft den gleichen kulturellen Hintergrund haben sollte; bei denjenigen mit guten bis sehr guten

Sprachkenntnissen ist das dagegen nur 17 Prozent wichtig. Obwohl gute Sprachkenntnisse mit bestimmten anderen Faktoren einhergehen, z. B. Bildung und Aufenthaltsdauer, ist dieser Effekt auch unter Berücksichtigung aller anderen Wirkzusammenhänge stets signifikant.

Insgesamt wird also deutlich, dass sich bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund neben bildungswie kulturbedingten Unterschieden auch Exklusionserfahrungen auf die Präferenzen in Bezug auf Pflege auswirken. Noch deutlicher sind die Unterschiede, wenn man die Befragten nach ihrer Religionszugehörigkeit aufschlüsselt (Abb. 3): Rund 73 Prozent der muslimischen Befragten, 91 Prozent der christlichen und 98 Prozent derer, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, ist die Religion der Pflegekraft eher nicht oder gar nicht wichtig; so betrachtet sind die Differenzen also nicht gravierend. Allerdings wünschen sich mit 27 Prozent immerhin dreimal so viele Muslime eine Pflegekraft mit der gleichen Religionszugehörigkeit wie christliche Befragte (9 %). Insofern liegt es nahe, zukünftige Angebote kultursensibler Pflege besonders mit Blick auf die Bedürfnisse muslimischer Zuwanderer auszubauen.

Betrachtet man die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, zeigen sich neben den schon angesprochenen Bildungseffekten und eher schwachen geschlechtsspezifischen Präferenzen¹⁷ auch regionale Differenzen. So wird in den ostdeutschen Flächenländern häufiger angegeben als in den meisten westdeutschen Bundesländern, dass die Pflegekraft die eigene Religion und den gleichen kulturellen Hintergrund haben sollte.¹⁸

2.3 Gleichgeschlechtliche Pflege: für muslimische Frauen besonders wichtig

Das Geschlecht der Pflegekraft ist in einer Pflegesituation je nach Kulturkreis unterschiedlich wichtig (vgl. von Bose/Terpstra 2012); zudem sind damit je nach

13 Für die Herkunftsgruppe „übrige Welt“ ist beim kulturellen Hintergrund kein Zusammenhang festzustellen.

14 Der genaue Wortlaut war: „Menschen werden in unserer Gesellschaft manchmal aufgrund bestimmter Merkmale schlechter behandelt. Wie ist das bei Ihnen, sind Sie in den vergangenen fünf Jahren aufgrund Ihrer Herkunft sehr stark, eher stark, eher wenig oder gar nicht benachteiligt worden?“

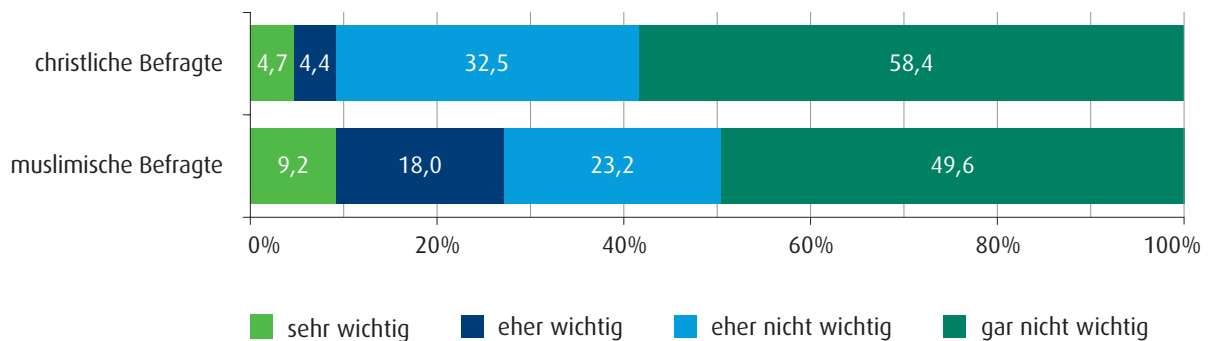
15 Bei den anderen Herkunftsgruppen bis auf die Spät-/Aussiedler sind die Unterschiede ähnlich groß bis etwas geringer.

16 Einzig in der Herkunftsgruppe „übrige Welt“ ist dieser Effekt nicht signifikant.

17 Wie bei den Türkeistämmigen und der Herkunftsgruppe „übrige Welt“ wünschen sich auch Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger eine Pflegekraft mit der gleichen Religion und dem gleichen kulturellen Hintergrund.

18 Es gibt noch weitere regionale Unterschiede. So messen die Befragten ohne Migrationshintergrund im Norden Deutschlands (Schleswig-Holstein und Hamburg), in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz Kultur und Religion der Pflegekraft höhere Bedeutung bei als Befragte in Nordrhein-Westfalen. Dieser Effekt bleibt auch dann signifikant, wenn man die christliche Religionszugehörigkeit weiter aufschlüsselt. Dann wird außerdem sichtbar, dass für Befragte, die sich der evangelischen Glaubensrichtung zurechnen, Kulturkreis und Religion der Pflegekraft tendenziell weniger wichtig sind als für Katholiken.

Abb. 3 „Meine Pflegekraft sollte die gleiche Religion haben wie ich.“



Quelle: SVR-Integrationsbarometer; gewichtete Daten

Sozialisationsraum der vielfältigen Zuwandererbevölkerung unterschiedliche Schambarrieren verbunden. Solche kulturbedingten Pflegeerwartungen zu ignorieren würde bedeuten, dass Teile der Zuwanderer vom Versorgungssystem systematisch ausgeschlossen werden. Für einige Zuwanderergruppen liegen zu den Präferenzen bezüglich des Geschlechts der Pflegekräfte bereits Erkenntnisse vor (vgl. Thum et al. 2015; Giese et al. 2015); das SVR-Integrationsbarometer beleuchtet diesen Aspekt nun detaillierter. Eine Differenzierung der Befragungsergebnisse nach Männern und Frauen legt offen, dass sich die Präferenzen hier deutlich unterscheiden (Abb. 4).

Allgemein wünschen sich Frauen deutlich häufiger, von einer Frau gepflegt zu werden, während die meisten männlichen Befragten hier keine Vorliebe äußern. Darüber hinaus gibt es aber zwischen den Herkunftsgruppen erhebliche Unterschiede. So ist es türkeistämmigen Frauen mit rund 77 Prozent besonders häufig wichtig, von einer Frau gepflegt zu werden. Türkeistämmigen Männern dagegen ist es mehrheitlich (68 %) gleichgültig, von wem sie gepflegt werden, ebenso den männlichen Befragten aus anderen Herkunftsgruppen. Dieses Ergebnis des Integrationsbarometers bestätigt frühere empirische Erkenntnisse nur zum Teil. Zwar untermauert es den Befund von Giese et al. (2015), dass 79 Prozent der weiblichen türkeistämmigen Befragten es vorziehen würden, von einer Pflegerin versorgt zu werden. Der Anteil der tür-

keistämmigen Männer, die eine männliche Pflegekraft bevorzugen würden, liegt im Integrationsbarometer jedoch mit rund 12 Prozent deutlich unter dem Anteil von 40 Prozent, den die genannte Studie ermittelt.¹⁹

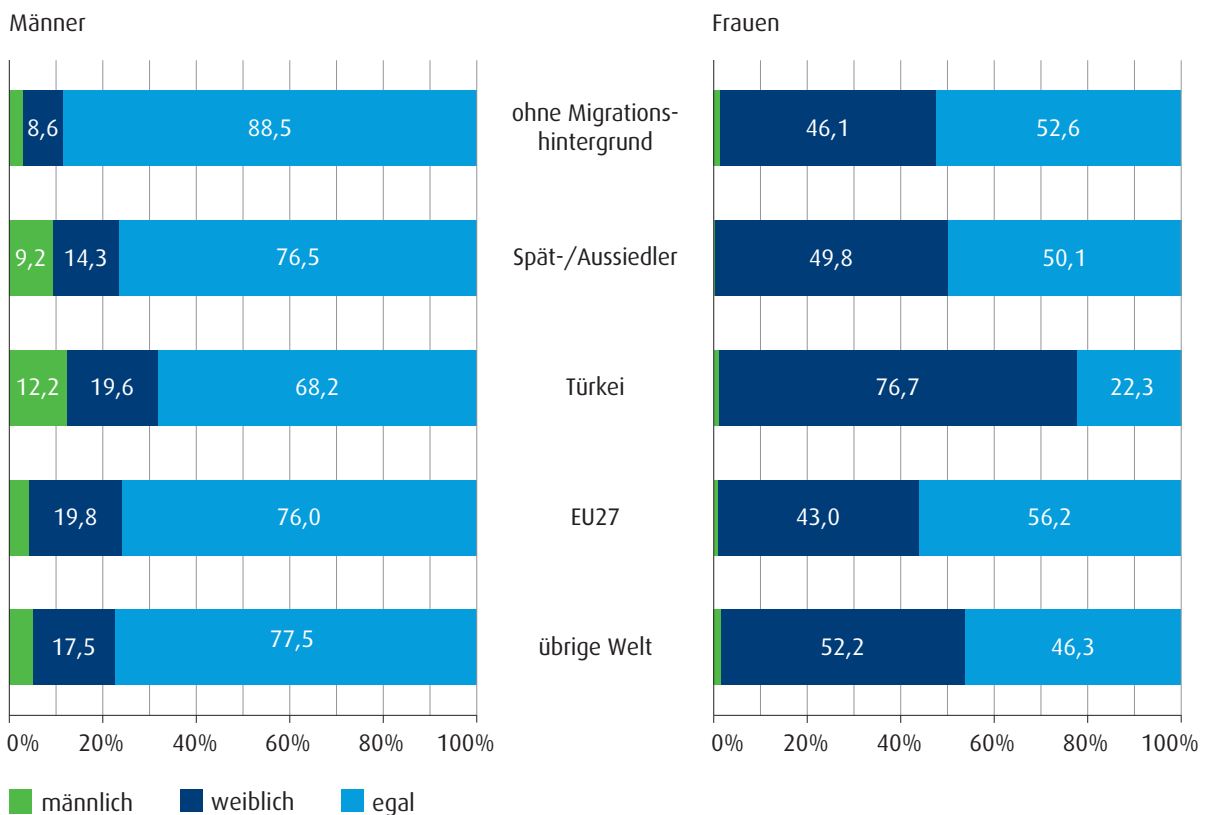
Eine weitere Aufschlüsselung der Pflegeerwartungen nach Glaubenszugehörigkeit verdeutlicht, dass die größten Unterschiede gegenüber der Mehrheitsbevölkerung nicht entlang der Herkunftsräume, sondern entlang der Religionszugehörigkeiten²⁰ verlaufen: Rund 74 Prozent der muslimischen Frauen geben an, dass sie von einer Frau gepflegt werden wollen; bei den christlichen Frauen sind es 51 Prozent und bei denen, die keiner Religionsgemeinschaft zugehören, 33 Prozent. Von den Männern wünschen sich 14 Prozent der Muslime, 4 Prozent der Christen und 3 Prozent derer, die keiner Glaubensrichtung angehören, eine gleichgeschlechtliche Pflege. Eine nach Frauen und Männern getrennte Betrachtung zeigt, dass bei den weiblichen Befragten wiederum Diskriminierungserfahrungen die Präferenz beeinflussen: Frauen aus der Herkunftsgruppe Türkei, die selbst Benachteiligung erlebt haben, wünschen sich häufiger eine Pflegerin. Männer mit dem Migrationshintergrund „übrige Welt“ mit Diskriminierungserfahrungen möchten ebenfalls häufiger von einem Pfleger betreut werden. Erwartungsgemäß verstärkt sich der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege mit dem Grad der Religiosität. Dieser Zusammenhang ist unabhängig vom Migrationshintergrund und zeigt sich besonders stark bei Türkeistämmigen.

¹⁹ Eine Erklärung für diese Differenzen könnte in der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichproben liegen.

²⁰ Von den befragten Personen ordnen sich insgesamt 1.253 der islamischen Religionsgemeinschaft zu. Sie verteilen sich folgendermaßen auf die Herkunftsgruppen (vgl. Info-Box 2): 58,1 Prozent Türkeistämmige; 33,3 Prozent „übrige Welt“; 3,6 Prozent EU; 3,8 Prozent Spät-/Aussiedler.



Abb. 4 „Sollte Ihre Pflegekraft ein Mann/eine Frau sein, oder ist Ihnen das egal?“



Anmerkung: Anteile unter 6 Prozent sind nicht ausgewiesen.
Quelle: SVR-Integrationsbarometer; gewichtete Daten

2.4 Zwischenfazit: Anpassung und Erwartungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund ihre Pflegepräferenzen durchaus der Realität ihrer Migrationserfahrung anpassen: Besonders in Bezug auf die sprachlichen Kompetenzen einer potenziellen Pflegekraft sind sie bereit, Abstriche zu machen – anders als Personen ohne Migrationshintergrund. Allerdings ist diese Anpassungsleistung nach Herkunftsgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt; so scheint sie bei den Türkeistämmigen auf den ersten Blick geringer zu sein. Dies relativiert sich jedoch durch den Befund des Integrationsbarometers, dass Diskriminierungserfahrungen die Präferenz für eine Pflegekraft mit gleichem kulturellen wie religiösen Hintergrund beeinflussen, denn Befragte ebendieser Gruppe berichten am häufigsten von erlebter Benachteiligung aufgrund ihrer Herkunft. Teilweise widerlegt werden daneben frühere Befunde, die zumeist auf kleineren und selektiven Stichproben beruhen. So ist die deutliche Mehrheit der Spät-/Aussiedler durchaus

bereit, auf Deutsch, d. h. nicht in ihrer Muttersprache, gepflegt zu werden. Letzteres gilt auch für aus dem EU-Ausland migrierte Befragte der ersten wie der zweiten Generation.

Darüber hinaus ergeben sich neue Erkenntnisse zu der Frage, in welchen Punkten genau sich die Bedürfnislagen von Personen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden. So ist etwa jedem vierten muslimischen Gläubigen eine Pflegekraft wichtig, die sich ebenfalls zum Islam bekennt; für die Christen liegt der entsprechende Wert nur bei rund 9 Prozent. Unterschiede zeigen sich weiterhin im Bereich der gleichgeschlechtlichen Pflege; auch hier sind es vor allem die Präferenzen türkeistämmiger bzw. muslimischer Befragter, die sich von den anderen deutlich abheben. Angesichts der Ergebnisse sollte es in Pflegeeinrichtungen zur Regel werden, dass vor allem muslimische Frauen von einer weiblichen Person gepflegt werden.

Neben den Unterschieden gibt es aber zahlreiche Gemeinsamkeiten: Sieht man von Angehörigen der muslimischen Glaubensgemeinschaft ab, unterscheiden sich die Bedürfnisse von Personen mit und ohne

Migrationshintergrund in Bezug auf die Religion der Pflegekraft kaum. Diesen Bereich hat die Forschung bislang überhaupt nicht beachtet. Die vorliegenden Befunde können u. a. dazu dienen, den Forschungsbedarf in Bezug auf Pflegebedürfnisse zu spezifizieren.

3. Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen stützen sich auf die Ergebnisse des SVR-Integrationsbarometers und die bestehende Literatur (vgl. insbesondere Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015). Zwar gibt es bereits Ansätze und Leitfäden, um kultursensibles Handeln – im Sinne eines in der Praxis verankerten Lern- und Entwicklungsprozesses – in der Pflege zu etablieren. Die Bedarfe und Bedürfnisse in Bezug auf kultursensible Pflege, die sich u. a. aus dem SVR-Integrationsbarometer ergeben haben, werden in der Angebotsstruktur aber bisher offenbar nur punktuell berücksichtigt. Der Abgleich der Erwartungen und Wünsche mit dem bestehenden Angebot zeigt: Es ist noch viel zu tun, um kultursensible Pflege aus ihrer Nische zu holen. Zwei Punkte sind in dieser Hinsicht besonders wichtig: der Abbau von Barrieren, die den Zugang zum Pflegesystem erschweren, und eine interkulturelle Öffnung der Pflegewirtschaft in der Personal- und Organisationsentwicklung.

3.1 Abbau von Zugangsbarrieren: niedrigschwellige Beratungs- und Informationsangebote

Empirische Befunde deuten insgesamt darauf hin, dass es nicht unbedingt in erster Linie auf Unterschiede in den Präferenzen oder der Nutzungsbereitschaft zurückzuführen ist, wenn Menschen mit und ohne Migrationshintergrund pflegerische Angebote in unterschiedlichem Maß nutzen – dies kann auch ein Resultat von Zugangsbarrieren sein. Dazu gehören Wissens- und Informationsdefizite in Bezug darauf, welche Leistungen die Pflegeversicherung bietet, wie eine Pflegestufe beantragt wird und welche Angebote es gibt, um pflegende Angehörige zu entlasten. Wahrscheinlich hindern auch finanzielle Hürden, sprachliche und religiös-kulturelle Barrieren sowie eine unzureichende Orientierung auf diese Zielgruppe Menschen

mit Migrationshintergrund daran, Pflegeangebote zu nutzen. Zuwanderer und ihre Angehörigen nennen als eine zusätzliche Barriere die in ihrer Community teilweise noch vorherrschende Erwartung, dass Pflege selbstverständlich von Familienangehörigen geleistet wird. Zugehende Beratung und niedrigschwellige, mehrsprachige Informationsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können kurz- und mittelfristig helfen, diese Zugangshürden zu überwinden. Auch die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen vor Ort ist ein probates Mittel, um die Betroffenen zu erreichen. Mittel- und langfristig trägt zum Abbau sprachlicher und kultureller Zugangsbarrieren vor allem eine verbesserte allgemeine Integration bei (vgl. Kohls 2012) und darüber hinaus Maßnahmen zum Abbau von Diskriminierung, wie nicht zuletzt die Ergebnisse des SVR-Integrationsbarometers zeigen.

3.2 Interkulturelle Öffnung der Pflege: Personal- und Organisationsentwicklung

Die interkulturelle Öffnung²¹ der Pflege kann auf zwei Wegen erreicht werden, die sich gegenseitig ergänzen: Zum einen sollten alle bestehenden Einrichtungen sich auf eine vielfältigere Klientel vorbereiten; zum anderen können Spezialeinrichtungen für bestimmte Bedürfnisgruppen die allgemeinen Angebote sinnvoll ergänzen. Dabei erschöpft sich interkulturelle Öffnung – als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe – nicht darin, den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Organisation zu erhöhen, vielmehr geht es darum, die gesamte Institution zu verändern.

Es wäre einer immer vielfältiger werdenden Gesellschaft langfristig nicht angemessen, nur Spezial- bzw. Zusatzangebote für Pflegebedürftige bestimmter Herkunftsgruppen anzubieten. Grundsätzlich sollte ein kultursensibler Ansatz allgemein etabliert werden. Zusätzlich könnten aber spezielle Angebote für muslimische Pflegebedürftige sinnvoll sein, denn wie die Ergebnisse des SVR-Integrationsbarometers zeigen, verlaufen unterschiedliche Pflegeerwartungen häufig entlang der Grenzen religiöser Zugehörigkeit. So stufen vergleichsweise viele muslimische Befragte den religiösen bzw. kulturellen Hintergrund der Pflegekraft als wichtig ein. Einrichtungen, die speziell auf die Bedürfnisse von muslimischen Pflegebedürftigen eingehen, wären demnach ein sinnvolles Angebot.

21 „Interkulturelle Öffnung kann zusammenfassend verstanden werden als ein bewusst gestalteter Prozess, der (selbst-)reflexive Lern- und Veränderungsprozesse von und zwischen unterschiedlichen Menschen, Lebensweisen und Organisationsformen ermöglicht, wodurch Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen in den zu öffnenden Organisationen abgebaut werden und Anerkennung ermöglicht wird“ (Schröer 2007: 3).

3.2.1 Investition in Personal: Anwerbung und Aus- und Weiterbildung

Zu einer interkulturellen Öffnung der bestehenden Einrichtungen gehört unter anderem, Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund zu gewinnen. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund unter den Angestellten ist nicht der einzige, aber ein wichtiger Indikator für interkulturelle Öffnung. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass das Beherrschen einer bestimmten Sprache oder Erfahrung mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund noch kein Garant für kultursensibles Handeln ist.

Einen weiteren Baustein für die interkulturelle Öffnung der Pflege bildet entsprechend eine Qualifizierung *aller* Mitarbeiter. Dies beginnt schon bei der Ausbildung: Die Curricula der Pflegefachberufe beinhalten zwar zumeist Aspekte kultursensibler Pflege, sind aber von Bundesland zu Bundesland verschieden.²² Auch über die Ausbildung hinaus sollten Weiterbildungen angeboten und den Fachkräften die Teilnahme daran auch ermöglicht werden, denn kultursensible Pflege sollte nicht nur als freiwillige Qualifizierung verstanden werden, sondern als ein unabdingbares Merkmal guter professioneller Arbeit. Hier spielen Führungskräfte eine wichtige Rolle: Sie sollten eine offene und reflexive Haltung im individuellen Umgang mit Pflegebedürftigen verschiedener Herkunft etablieren und bei ihren Mitarbeitern fördern (vgl. Juchems 2014).

3.2.2 Organisationsentwicklung: Räume für die Ausübung des Glaubens und neue Verpflegungsangebote

Nach der Studienlage – die wie schon erwähnt zurzeit insgesamt unbefriedigend ist – zeigt die Umsetzung kultursensibler Konzepte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in der Breite noch deutliche Defizite. Es ist eben nicht nur wichtig, die Fachkräfte entsprechend auszubilden, die institutionellen Rahmenbedingungen müssen es auch erlauben, interkulturell kompetent zu pflegen. Das erfordert neben Fähigkeiten und Hintergrundwissen auch Ressourcen und angepasste Instrumente – z. B. übersetztes Informationsmaterial und die Möglichkeit, Dolmetscher

hinzuzuziehen (Akademie am Johannes-Hospiz Münster/DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e. V. 2013). Die Auswertung des SVR-Integrationsbarometers hat gezeigt, wie wichtig es besonders den Zuwanderern der ersten Generation ist, mit der Pflegekraft in ihrer Muttersprache kommunizieren zu können. Natürlich wird es sich nicht immer einrichten lassen, dass die Pflegekraft tatsächlich die Muttersprache des Pflegebedürftigen beherrscht. Derzeit werden aber sehr häufig Angehörige eingesetzt, um zwischen Fachpersonal und Patient zu übersetzen. Dies kann nicht nur für den Pflegebedürftigen und die Angehörigen psychisch belastend sein, dabei können auch schwere Kommunikationsprobleme auftreten (Juchems 2014). Deshalb müssen ausgebildete Dolmetscher eingesetzt werden.

Zwei weitere markante Aspekte von Kultursensibilität sind die Einrichtung von Gebetsräumen und die Einführung und systematische Kennzeichnung verschiedener Ernährungsangebote. Pflegebedürftige haben häufig ein besonderes Bedürfnis nach Spiritualität und Religion; darauf sollte so weit wie möglich Rücksicht genommen werden. Wo es nicht möglich ist, für verschiedene Religionen und Konfessionen jeweils geeignete Gebetsräume zur Verfügung zu stellen, kann ein neutraler Gebetsraum eingerichtet werden. Kulturell (und religiös) angepasste Ernährung wird in Krankenhäusern bisher kaum angeboten (Blum/Steffen 2014); inwieweit dies auch für Pflegeeinrichtungen gilt, ist nicht bekannt. Nicht nur, aber gerade in der Palliativpflege ist es für eine qualitativ gute Betreuung jedoch von großer Bedeutung, individuelle Essgewohnheiten zu berücksichtigen, da die Einhaltung religiös-kultureller Ernährungsvorschriften für Sterbende extrem wichtig sein kann (Zielke-Nadkarni 2013).

Nach den Erfahrungen der Autoren eines Praxisratgebers²³ macht sich eine interkulturelle Öffnung für gesundheitliche Einrichtungen bezahlt: „Die positive Resonanz der [...] Patienten mit Migrationshintergrund stärkt nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern ebenso die der [...] Mitarbeiter, sie vereinfacht Prozesse, verbessert die gezielte Behandlung [...], spart häufig aufwändige zusätzliche Untersuchungsmaßnahmen ein und vermindert Missverständnisse und Frustration“ (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015: 11).

22 In der seit 2003 geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf des Altenpflegers wird beispielsweise explizit gefordert, beim altenpflegerischen Handeln auch „[e]thnischspezifische und interkulturelle Aspekte“ zu berücksichtigen (BMFSFJ 2005: 1).

23 Der Praxisratgeber gibt Empfehlungen, wie Einrichtungen den Prozess einer interkulturellen Öffnung angehen können. Als eine zentrale Maßnahme schlägt er z. B. vor, in Krankenhäusern einen Integrationsbeauftragten als zentrale Koordinierungsstelle einzusetzen (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015: 23).



4. Fazit und Ausblick

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund altert, und das stellt alle Bereiche der Pflege vor eine Herausforderung. Diese Entwicklung war vorauszusehen; angesichts dessen ist die Forschungslage dazu ebenso wie die Evaluation und Umsetzung bestehender Konzepte zur interkulturellen Öffnung auf einem überraschend niedrigen Stand. Die bisherigen Erkenntnisse zu den Bedürfnislagen sind in vielen Bereichen dünn und bruchstückhaft, dadurch ist das Ausmaß des Handlungsdrucks schwer einzuschätzen. Die Daten, die diesem Policy Brief zugrunde liegen, schließen einen kleinen Teil der Forschungslücke und weisen auf einige wichtige Punkte hin. **So unterscheiden sich die Bedürfnislagen je nach Herkunftsgruppe und auch nach Religionszugehörigkeit. Die unterschiedlichen Präferenzen in Bezug auf die (potenzielle) Pflegekraft deuten darauf hin, dass Konzepte der inter-**

kulturellen Öffnung, die sich an alle Herkunftsgruppen gleichzeitig wenden, erweitert werden sollten: Eventuell müssen im Standardkatalog kultursensibler Angebote die besonderen Wünsche von Muslimen stärker berücksichtigt werden, oder es sind entsprechende Spezialangebote vorzusehen. Dies scheint auch vor dem Hintergrund dringend geboten, dass nach den Daten des SVR-Integrationsbarometers die Präferenz für eine Pflegekraft mit der eigenen Religion und Kultur mit Diskriminierungserfahrungen zusammenhängt. Das Thema Pflege und Migration ist ohne Zweifel ein Zukunftsthema; aufgrund seiner Komplexität und der vielen offenen Fragen bedarf es unbedingt weiterer Forschung. Pflegeeinrichtungen sind dringend gefordert zu prüfen, inwieweit sie der Realität des Einwanderungslands gerecht werden, und sich ggf. stärker interkulturell zu öffnen.

Literatur

- Afentakis, Anja/Maier, Tobias* 2013: Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können?, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, 1072–1080.
- Akademie am Johannes-Hospiz Münster/DRK Landesverband Westfalen-Lippe e. V.* 2013: Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund – eine Handreichung, Münster.
- Blum, Karl/Lehmann, Ekkehart* 2014: Trends in der Krankenhausküche, in: das Krankenhaus, 4/2014, 328–331.
- Blum, Karl/Steffen, Petra* 2012: Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Forschungsgutachten initiiert von der BKK vor Ort und vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* 2005: Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung, Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit* 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Berlin.
- BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Energie* 2014: Ausbildung junger Menschen aus Drittstaaten – Chancen zur Gewinnung künftiger Fachkräfte für die Pflegewirtschaft, Berlin.
- Bonin, Holger/Braeseke, Grit/Ganserer, Angelika* 2015: Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche – Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen, Gütersloh.
- Braeseke, Grit/Merda, Meiko/Bauer, Thomas K./Otten, Sebastian/Stroka, Magdalena A./Talmann, Anna E.* 2013: Migration: Chancen für die Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, 1119–1126.
- Bundesagentur für Arbeit* 2015: Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg.
- Bundeszentrale für politische Bildung* (Hrsg.) 2012: Geburten, Bonn.
- Carnein, Marie/Baykara-Krumme, Helen* 2013: Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen, in: Zeitschrift für Familienforschung, 25: 1.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* 2015: Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Praxisratgeber, Berlin.
- Dittmann, Jörg* 2008: Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege: Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa, in: Informationsdienst Soziale Indikatoren, 2008: 40, 1–6.
- Eurostat* 2015: Gesamtfruchtbarkeitsrate (Datenbank). (<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=de&pcode=tsd220>, 26.10.2015)
- Friedrich-Ebert-Stiftung* 2015: Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft. Dokumentation der Konferenz am 21. April 2015, Berlin.
- Giese, Arnd/Uyar, Müberra/Henning, Bernhard/Us-lucan, Haci-Halil/Westhoff, Timm/Pagonas, Nikolaos* 2015: Wie schätzen stationäre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Kultursensibilität in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung ein?, in: DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140: 02, e14–e20.
- Gladis, Saskia/Kowoll, Magdalena/Schröder, Johannes* 2014: Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP). Eine Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung, Heidelberg.
- Hanewinkel, Vera* 2015: Ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten. Ein Interview mit Prof. Dr. Helma Lutz, in: Kurzdossier Migration und Pflege, 13–18.
- Haug, Sonja/Müssig, Stephanie/Stichs, Anja* 2009: Muslimisches Leben in Deutschland. Im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Forschungsbericht 62009, Nürnberg.
- Juchems, Stefan* 2014: Kompetenzen für kulturelle Beziehungsarbeit in der Pflege, in: Berger, Faize (Hrsg.): Kultursensibilität im Krankenhaus, Düsseldorf, 33–44.
- Kniejska, Patrycja* 2015: All-inclusive-Pflege aus Polen in der Schattenzone: Ergebnisse von Interviews mit



polnischen Pflegekräften, die in deutschen Privathaushalten beschäftigt sind, in: WISO direkt 2015, 1–4.

Kohls, Martin 2012: Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. BAMF-Forschungsbericht, Nürnberg.

Küçük, Filiz. 2013: Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen, in: Matter, Christa/Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.): Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz, Uckerland, 99–116.

Kuhlmey, Adelheid/Dräger, Dagmar/Winter, Maik/Beikirch, Elisabeth 2010: COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege, in: informationsdienst altersfragen, 37: 4, 4–11.

Matthäi, Ingrid 2005: Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration. Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter, Wiesbaden.

Okken, Petra-Karin/Spallek, Jacob/Razum, Oliver 2008: Pflege türkischer Migranten, in: Soziale Ungleichheit und Pflege, 396–422.

Pickel, Gert 2013: Die Situation der Religion in Deutschland – Rückkehr des Religiösen oder voranschreitende Säkularisierung?, in: Pickel, Gert/Hidalgo, Oliver (Hrsg.): Religion und Politik im vereinigten Deutschland: Was bleibt von der Rückkehr des Religiösen?, Wiesbaden, 65–101.

Schenk, Liane 2014a: Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund, Berlin.

Schenk, Liane 2014b: Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin, Berlin.

Schenk, Liane/Krobisch, Verena/Ikiz, Dilek 2014: Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Abschlussbericht für das ZQP, Berlin.

Schröer, Hubertus 2007: Interkulturelle Orientierung und Öffnung: Ein neues Paradigma für die Soziale Arbeit, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1, 80–91.

Statistisches Bundesamt 2013: Staatsangehörigkeit, Zuzüge, Fortzüge, Salden 1962–2011 und Wanderungen über die Grenzen Deutschlands 2012 nach der Staatsangehörigkeit. Tabellen vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt.

Statistisches Bundesamt 2014a: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2014b: Zensus 2011. Bevölkerung und Haushalte. Bundesrepublik Deutschland am 9. Mai 2011. Ergebnisse des Zensus 2011, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2015a: Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2015b: Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

SVR-Forschungsbereich 2014: Wie viele Muslime leben in Deutschland? Einschätzungsmuster von Personen mit und ohne Migrationshintergrund, Berlin.

SVR-Forschungsbereich 2015: Junge Flüchtlinge. Aufgaben und Potenziale für das Aufnahmeland, Berlin.

Tezcan-Güntekin, Hürrem/Breckenkamp, Jürgen/Razum, Oliver 2015: Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin.

Thum, Marcel/Delkic, Elma/Kemnitz, Alexander/Kluge, Jan/Marquardt, Gesine/Motzek, Tom/Nagl, Wolfgang/Zwerschke, Patrick 2015: Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Studie im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Integration und Migration, Berlin.

Zanier, Gabriella 2015: Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung, in: Kurzdossier Migration und Pflege, 6–13.

ZAV – Zentrale Auslands- und Fachvermittlung 2014: Ausländische Pflegekräfte für den deutschen Arbeitsmarkt: Wie die ZAV Ihnen bei der Suche und Einstellung helfen kann. Herausgegeben von der Bundesagentur für Arbeit und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung, Bonn.

Zielke-Nadkarni, Andrea 2013: Forschungsbericht zu den „Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund“, Münster.

Anhang

Tab. 2 Überblick über Studien zu Pflegeerwartungen

Autor/ Herausgeber	Studie	Methode	Stichprobe	Kernergebnisse	Verlässlichkeit
Bundesministerium für Gesundheit 2011	Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“	quantitativ	telefonische Befragung von 1.500 deutschsprachigen Haushalten mit pflegebedürftiger Person, davon 120 (8 %) Betroffene mit Migrationshintergrund	75 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund geben an, dass sie ungern von einer fremden Person gepflegt würden. 39 Prozent der befragten Haushalte mit Migrationshintergrund verstehen das Pflegegeld als zusätzliches Einkommen.	Verzerrung durch Beschränkung auf deutschsprachige Teilnehmer
Carnein/ Baykara- Krumme 2013	Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen	quantitativ, Sekundäranalyse	Analyse von Daten des Generations and Gender Survey (2005er Welle); 3.907 türkischstämmige Personen der ersten und zweiten Migrationsgeneration und 7.705 deutschstämmige Personen	Generell lässt sich ein hoher Wunsch nach häuslicher Pflege feststellen, besonders bei älteren Türkeistämmigen. Es gibt große Unterschiede bzgl. der Pflegebereitschaft: Der Frage, ob Kinder ihre Eltern zu sich nach Hause nehmen sollten, stimmen über 80 Prozent der Türkeistämmigen zu, aber nur 40 Prozent der Befragten ohne Migrationshintergrund.	potenziell hohe Aussagekraft, aber Repräsentativität ist fraglich; übliche Limitationen einer Sekundäranalyse
Dittmann 2008	Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa	quantitativ, Sekundäranalyse	Analyse auf der Datenbasis des Eurobarometers 67.3 von 2007 (26.659 Befragte aus den 27 EU-Staaten)	In Deutschland wünschen sich 84 Prozent (West) bzw. 86 Prozent (Ost) häusliche Pflege. In der EU27 zeigen sich beachtliche Wahrnehmungs- und Präferenzunterschiede bzgl. der verschiedenen Pflegeformen.	hoch; übliche Limitationen einer Sekundäranalyse
Giese/Henning/ Uslucan/Westhoff/ Pagonas 2015	Türkische Migranten im deutschen Krankenhaus: Wie schätzen sie die Kultursensibilität ein?	qualitativ	Befragung von 121 stationären Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (97,5 % Muslime) und 121 Patienten ohne Migrationshintergrund (82,6 % Christen)	50,8 Prozent der Türkeistämmigen bewerten die Möglichkeit der Religionsausübung als schlecht bis sehr schlecht, während 90,5 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund sie als gut bewerten. 90 Prozent der Türkeistämmigen finden es besonders schwierig, religiöse Ernährungsvorschriften zu befolgen. 79 Prozent der weiblichen und 40 Prozent der männlichen Türkeistämmigen geben an, dass gleichgeschlechtliche Pflege für sie sehr wichtig ist.	Verzerrung durch festgelegte Zahl der Befragten (jeweils 121), dadurch nahmen an der Befragung 23,2 Prozent aller stationären Türkeistämmigen Patienten teil und nur 1,4 Prozent der Patienten ohne Migrationshintergrund
Küçük 2013	Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen Migrantinnen	qualitativ	7 Interviews mit Türkeistämmigen pflegenden Angehörigen (17-41 Jahre) von an Demenz erkrankten Personen in Berlin	Die Hälfte der Befragten (insbesondere Frauen) hat eine hohe Pflegebereitschaft, vor allem bezogen auf die Eltern. Professionelle Hilfe wird vor allem in Form von ambulanter Pflege angenommen. Teilweise üben die Familien psychischen Druck aus, die Pflege zu übernehmen.	sehr kleine Stichprobe; unter den Befragten sind keine Ehepartner von Pflegebedürftigen
Kuhlmei/ Dräger/Winter/ Beikirch 2010	COMPASS – Versicherungsbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege	quantitativ	repräsentative Stichprobe für Versicherungsnehmer der privaten Pflegeversicherung ab 40 Jahren; Fragebögen von 6.218 Befragten konnten ausgewertet werden	Generell sind die Befragten über Möglichkeiten der Pflege nicht ausreichend informiert. Das bevorzugte Versorgungssetting ist Pflege im eigenen Zuhause durch Angehörige und ambulante Pflegedienste. Bei starker Belastung von pflegenden Angehörigen bevorzugen 67 Prozent der Befragten stationäre Pflege.	nur für Privatpflegeversicherte aussagekräftig



Autor/ Herausgeber	Studie	Methode	Stichprobe	Kernergebnisse	Verlässlichkeit
Matthäi 2005	Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration – zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter	qualitativ	Interviews mit 87 alleinstehenden Frauen ab 50 Jahren aus fünf Herkunftsländern: Türkei, Italien, Griechenland, Ex-Jugoslawien, Vietnam; für jede Herkunftssprache wurden muttersprachliche Interviewerinnen eingesetzt, wobei 12 Befragte Deutsch bevorzugten	Die meisten befragten Frauen wünschen sich familiäre Pflege im Alter – allerdings zweifeln sie daran, dass diese sich realisieren lässt. Türkeistämmige Mütter erwarten seltener, dass ihre Kinder die Pflege übernehmen. Etwa ein Viertel hat keine Pflegeerwartungen an die Kinder. Der Autorin zufolge haben die Befragten ein geringes Gesundheitsbewusstsein und sind über Pflegestrukturen unzureichend informiert.	große Stichprobe für eine qualitative Untersuchung
Okken/Spallek/ Razum 2008	Pflege türkischer Migranten	quantitativ, Sekundäranalyse	Auswertung des Datensatzes des MDK Westfalen-Lippe zu Pflegebegutachtungen mit 7.917 türkischstämmigen und 573.699 nicht türkeistämmigen Pflegebedürftigen	Nur 2 Prozent der türkeistämmigen Pflegebedürftigen sind in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht – auch bei höherer Pflegestufe der Erkrankten.	hoch, jedoch nur regionale Aussagekraft; bezieht sich nur auf türkeistämmige Menschen
Schenk 2014a	Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund	qualitativ	Interviews mit 48 Personen zwischen 45 und 85 Jahren – 19 Türkeistämmige, 24 Personen aus der ehemaligen Sowjetunion und 5 Personen deutscher Herkunft	Türkeistämmige der ersten Generation erwarten, dass (weibliche) Angehörige die Pflege übernehmen. Das Pflegeheim ist die am wenigsten akzeptierte Alternative. Muttersprachliche Betreuung im Pflegeheim wird als sehr wichtig beurteilt. Türkeistämmige der zweiten Generation sehen stationäre Pflege als eine Alternative, da sie häusliche Pflege durch die eigenen Kinder nicht für realistisch halten. Russischstämmige der ersten Generation lehnen es überwiegend ab, Pflegeeinrichtungen in Anspruch zu nehmen; in der zweiten Generation ist die Ablehnung stationärer Pflegeangebote noch stärker.	bezieht sich nur auf türkei- und russischstämmige Menschen; Fragebogen auch in der Muttersprache angeboten
Schenk 2014b	Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin	quantitativ	Befragung von 194 türkeistämmigen Personen (zwischen 59 und 88 Jahren) aus Berlin; jeweils zur Hälfte weibliche und männliche Personen, die zum großen Teil über einen geringen Bildungsstand verfügen	89 Prozent der Befragten stimmen der allgemeinen Aussage zu, dass die Versorgung älterer Menschen von professionellen Pflegekräften übernommen werden sollte. 74 Prozent der Befragten können sich vorstellen, ambulante Pflege in Anspruch zu nehmen. 58 Prozent lehnen die Inanspruchnahme stationärer Pflege ab.	eher hoch, aber Aussagekraft nur für großstädtisches Gebiet, da Erhebung in Berlin; bezieht sich nur auf türkeistämmige Menschen
Thum et al. 2015	Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland	qualitativ	Befragung von 78 älteren Personen (Altersdurchschnitt: 68 Jahre) aus der ehemaligen Sowjetunion (69 %), der Türkei (22 %) und weiteren Ländern (9 %): Griechenland, Iran, Italien, Kroatien, Marokko, Montenegro und Serbien	Alle Befragten sind über Pflegemöglichkeiten kaum informiert. Sie sehen das Altern mit Sorge, drei von vier Befragten setzen sich stark mit möglichen Pflegekonstellationen auseinander. Der Großteil wünscht sich, zu Hause gepflegt zu werden, kann sich auch sehr gut vorstellen, ambulante Pflegeangebote in Anspruch zu nehmen. Stationärer Pflege stehen insbesondere Bürger der ehem. Sowjetunion sehr negativ gegenüber.	große Stichprobe für eine qualitative Untersuchung; mögliche Verzerrung durch Ansprache von Personen in Seniorentreffs

Quelle: Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015; eigene Ergänzung und Darstellung



Impressum

Policy Brief des SVR-Forschungsbereichs 2015-2

Herausgeber:

Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR)
Neue Promenade 6
10178 Berlin
Tel. 030/288 86 59-0
Fax: 030/288 86 59-11
info@svr-migration.de
www.svr-migration.de

Verantwortlich:

Dr. Cornelia Schu

Gestaltung:

KALUZA+SCHMID GmbH

© SVR GmbH, Berlin 2015

ISSN 2363-7358

Die Autoren

Caroline Schultz

Wissenschaftliche Mitarbeiterin des SVR-Forschungsbereichs

Alex Wittlif

Wissenschaftlicher Mitarbeiter des SVR-Forschungsbereichs

Über den Forschungsbereich beim Sachverständigenrat

Der Forschungsbereich beim Sachverständigenrat führt eigenständige, anwendungsorientierte Forschungsprojekte zu den Themenbereichen Integration und Migration durch. Die projektbasierten Studien widmen sich neu aufkommenden Entwicklungen und Fragestellungen. Ein Schwerpunkt der Forschungsvorhaben liegt auf dem Themenfeld Bildung. Der SVR-Forschungsbereich ergänzt die Arbeit des Sachverständigenrats. Die Grundfinanzierung wird von der Stiftung Mercator getragen.

Der Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration geht auf eine Initiative der Stiftung Mercator und der VolkswagenStiftung zurück. Ihn gehören weitere fünf Stiftungen an: Bertelsmann Stiftung, Freudenberg Stiftung, Robert Bosch Stiftung, Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und Vodafone Stiftung Deutschland. Der Sachverständigenrat ist ein unabhängiges und gemeinnütziges Beobachtungs-, Bewertungs- und Beratungsgremium, das zu integrations- und migrationspolitischen Themen Stellung bezieht und handlungsorientierte Politikberatung anbietet.

Weitere Informationen unter: www.svr-migration.de/Forschungsbereich