



DIVERSITÄTSSENSIBLE

ALTENHILFE

Eine Orientierungshilfe für die ambulante pflegerische
Versorgung einer vielfältigen Gesellschaft

Impressum

Herausgeber

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Hauptstraße 28, 70563 Stuttgart
Telefon 0711 2155-0, Telefax 0711 2155-250
info@paritaet-bw.de, www.paritaet-bw.de

Autorinnen

Feray Şahin
Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Redaktionelle Mitarbeit

Meral Sağdıç

Satz & Gestaltung

Kreativ plus GmbH, Stuttgart
www.kreativplus.com

Druck

Druckerei Raisch GmbH + Co. KG
Reutlingen



© Juni 2020 Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Alle Rechte vorbehalten. All rights reserved.

ISBN: 978-3-947358-06-9



Vorwort

Unsere Gesellschaft ist geprägt durch eine wachsende Vielfalt, die wir als Wohlfahrtsverband erkennen und mit unseren Angeboten entsprechend darauf reagieren müssen. Dabei darf keine Zielgruppe benachteiligt oder gar vergessen werden. Unter Vielfalt verstehen wir im PARITÄTISCHEN nicht nur die ethnisch-kulturelle Bereicherung unseres Landes durch Menschen mit Migrationshintergrund. Persönliche Bedürfnisse und Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Weltanschauung, sexuelle Orientierung, geschlechtliche Identität etc. müssen in den jeweiligen Disziplinen der Sozialen Arbeit berücksichtigt werden, um der zunehmenden Vielfalt in unserer Gesellschaft gerecht zu werden und um passgenaue Angebote sicherstellen zu können.

Nicht nur der wachsende Anteil der älteren Migrant*innenbevölkerung geht mit der Anforderung einher, die Altenpflege migrations- bzw. diversitätssensibel auszugestalten. Auch die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in unserer Gesellschaft verlangt nach offenen Konzepten, neuen Qualitätsstandards sowie sensibilisiertem Fachpersonal. Diversität muss im pflegerischen Alltag methodisch, theoretisch und alltagspraktisch gelebt werden.

Die vorliegende Arbeitshilfe möchte in erster Linie auf die Notwendigkeit der pflegerischen Versorgung einer sehr vielfältigen Gesellschaft aufmerksam machen und Möglichkeiten aufzeigen, wie mit einer personenzentrierten Haltung unterschiedliche Diversitätsmerkmale eines Menschen wahrgenommen und in die pflegerische Versorgung einbezogen werden können.

Gefördert aus Mitteln der Glücksspirale wurde diese Arbeitshilfe vom Referat Migration des Paritätischen Landesverbandes Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin von der Alice Salomon Hochschule Berlin entwickelt. Anknüpfend an das Berliner Bündnis für Altenpflege unterstreichen wir, dass die Branche der ambulanten und (teil-)stationären Altenpflege sich zukünftig verstärkt auf eine Vielfalt von Lebensentwürfen einstellen muss. Nur durch eine differenzierte Betrachtung und sensible Wahrnehmung der sozialen, ethno-kulturellen und persönlichen Lebenswirklichkeiten können wir eine Pflege ohne Ausgrenzung, Diskriminierung und Isolation gewährleisten.

Ihre
Ursel Wolfgramm
Vorstandsvorsitzende des PARITÄTISCHEN
Baden-Württemberg



Inhalt

Vorwort	3
Diversitätssensible Pflege	5
Rahmenbedingungen diversitätssensibler Pflege an drei ausgewählten Merkmalen	8
Migration	8
Sexuelle Orientierung/Identität	15
Kriegstraumatisierung	18
Ansätze einer diversitätssensiblen Öffnung von Einrichtungen	21
Der Zugang zu potenziell vulnerablen älteren Menschen als Herausforderung	23
Migration	24
Sexuelle Orientierung/Identität	25
Kriegstraumatisierung	27
Diversitätssensible Fallbeispiele aus der Praxis	29
Fazit und Handlungsempfehlungen	41
Weiterführende Informationen & Links	43
Fußnoten	45

Diversitätssensible Pflege

In der Pflege sind die Begriffe „kultursensible Pflege“, „transkulturelle Pflege“ oder „interkulturelle Pflege“ geläufiger als das Konzept der „diversitätssensiblen Pflege“. Der Diversitäts-Ansatz betrachtet das Individuum als Ensemble von Vielfalt. Beer et al. haben bereits 2008 in einem Leitfaden Diversitätsmerkmale für die Integration von Diversity in die Altenpflege benannt: Alter, Geschlecht, Ethnie, Gesundheit und Krankheit, Wissen und Fähigkeiten, Religion, Kultur und Sitte, gesellschaftlicher und staatsbürgerlicher Status, Hierarchie und Einkommen sowie Hobby und Interessen, sexuelle Orientierung und Bindungen wie Familien, Freunde, Vereine.¹

Die meisten Konzepte der kultursensiblen Pflege oder der interkulturellen Öffnung von Einrichtungen konzentrieren sich auf die Religionszugehörigkeit von Menschen oder die vermeintlich einheitliche und spezifische Kultur von Personen aus bestimmten Herkunftsländern. Dass die individuelle kulturelle Prägung eines Menschen sich auch von sehr unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen speist, von denen die Religion und der Migrationshintergrund zweifelsohne sehr wichtige, aber nur zwei von vielen weiteren Merkmalen sind, wird selten beachtet.

INFOBOX

Diversitätssensible Pflege
ist zu verstehen als eine personenzentrierte pflegerische Versorgung von Menschen unter Einbezug ihrer unterschiedlichen Diversitätsmerkmale, ihrer Biografie und ihrer individuellen Bedürfnisse.

INFOBOX

Pflegerisches Handeln

Der Diversität-Ansatz bedeutet immer eine Gratwanderung: An manchen Stellen der Pflegepraxis ist es notwendig, migrations- und diversitätsspezifische Aspekte in Betracht zu ziehen und entsprechend zu handeln. An anderen Stellen gilt es die Bedarfe aller Pflegebedürftigen und die allgemeinen professionellen Standards in den Vordergrund zu stellen.

Für die Pflegebeziehung ist es von Bedeutung, Diversität doppelt wirksam zu machen:

- a) Einerseits ist es wichtig, Pflegebedürftige „als Vielfalt erkennen, respektieren und als Ressource wertschätzen“ zu lernen – diese Aufgabe betrifft insbesondere Pflegeeinrichtungen und die dort tätigen Mitarbeiter*innen.
- b) Andererseits ist es auch bedeutend, dass die Pflegenden in ihrer Vielfalt wahrgenommen und als Ressource anerkannt werden – dies ist vor allem Aufgabe der Pflegeeinrichtungen und ihren leitenden Mitarbeiter*innen.²

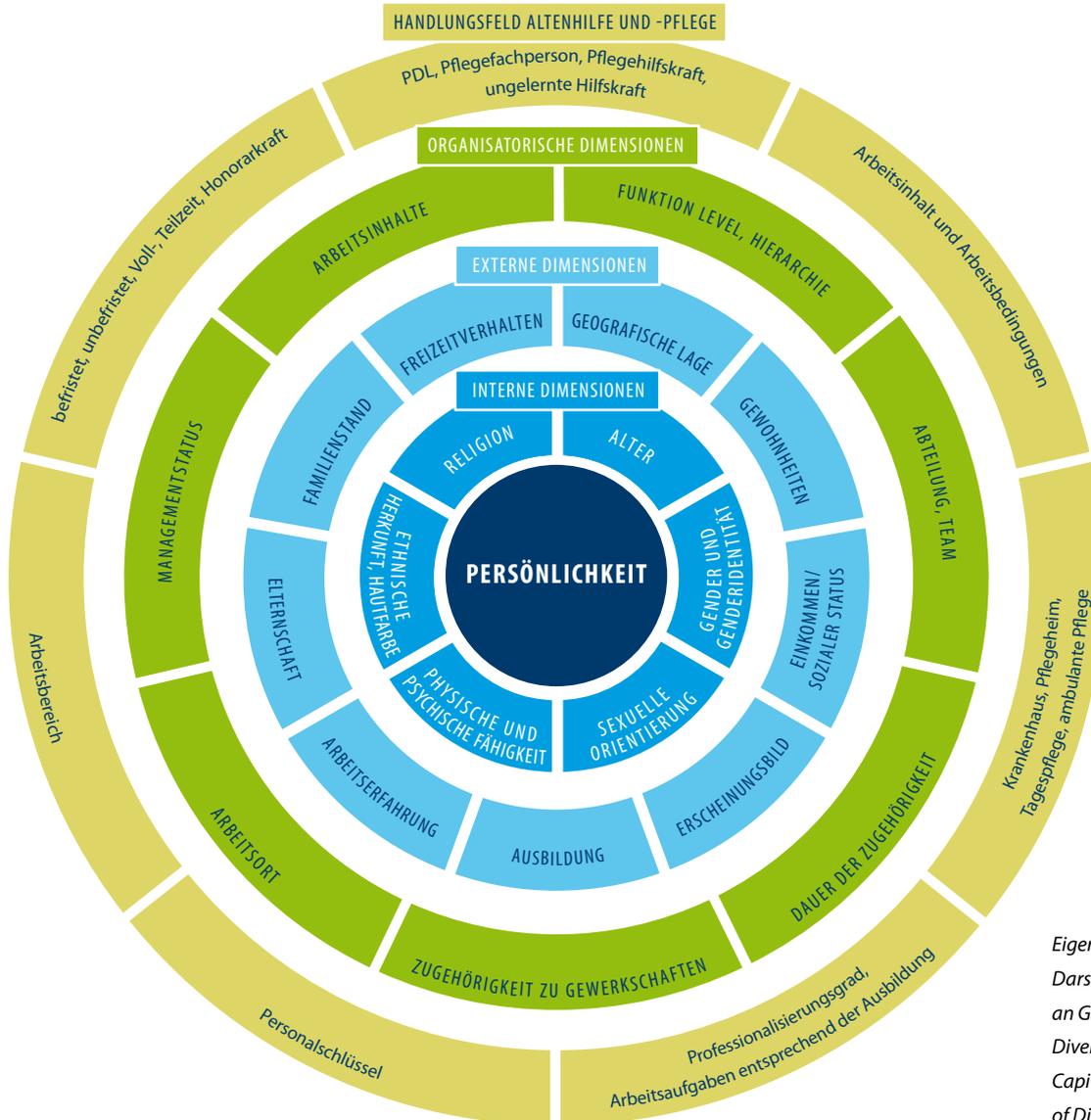
Die Abbildung 1 verdeutlicht, welche Dimensionen bei der diversitätssensiblen Pflege von Bedeutung sind:

Die Kerndimension dieses Modells ist die Persönlichkeit, eine einmalige Kombination persönlicher Charakteristika, die unsere Interaktion mit anderen gestaltet und uns alle voneinander unterscheidet. Diese einzigartige Individualität wird von einer Reihe anderer Dimensionen erweitert, die Unterschiede oder Ähnlichkeiten zwischen den Menschen beschreiben. Die internen Dimensionen sind die Kategorien, die gegeben sind und die wir weitgehend nicht beeinflussen können. Dazu gehören die Dimensionen Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Hautfarbe, physische Fähigkeiten und ethnische Zugehörigkeit.³

Die externen Dimensionen stellen die äußeren Faktoren dar, die von jeder bzw. jedem Einzelnen mehr oder weniger beeinflussbar sind und die Persönlichkeit in ihrer Individualität prägen (Religionszugehörigkeit, Ausbildung, Familienstand). Die organisationalen Dimensionen (Funktion/Einstufung, Arbeitsinhalte/Tätigkeitsfeld oder Arbeitsort) beeinflussen neben den persönlichen und sozialen Einflüssen in Verbindung mit dem Handlungsfeld Altenhilfe und -pflege den Arbeitsalltag.⁴

Abbildung 1

Diversitätskreis in Anlehnung an Gardenswartz und Rowe (2003)



Eigene modifizierte Darstellung in Anlehnung an Gardenswartz L./ Rowe, A.: *Diverse Teams at work, Capitalizing on the Power of Diversity*, 2003, S.33

Rahmenbedingungen diversitätssensibler Pflege an drei ausgewählten Merkmalen: Migration, sexuelle Orientierung/Identität, Kriegstraumatisierung

INFOBOX

Laut Report Altersdaten des DZA von 2017 lebten im Jahr 2016 von insgesamt 82,4 Millionen Menschen 18,6 Millionen mit Migrationshintergrund in Deutschland. 7,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund waren 40 Jahre oder älter. 65 Jahre oder älter waren 1,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. ⁶

INFOBOX

Die gleiche Nationalität zu besitzen, bedeutet nicht zwingend, die gleiche Sprache zu sprechen und auch nicht die gleichen Gewohnheiten zu haben.

Migration

Im Wesentlichen wird die gesundheitliche Situation im Alter von Bedingungen beeinflusst, die sich einerseits auf den Lebenslauf und andererseits auf die aktuelle Lebenssituation beziehen. Dazu gehören bei Migrant*innen neben den Bedingungen im Zielland (wie z. B. soziale Lage oder gesundheitliche Versorgung) auch die Bedingungen im Herkunftsland vor der Migration und der Migrationsprozess selbst.⁵

Um die Lebenssituation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland darzustellen, werden nachstehende Merkmale erläutert:

- Heterogenität von (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund
- Altersstruktur
- Religiöse Vielfalt
- Haushaltsstrukturen
- Materielle Lage
- Gesundheit und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund im Alter
- Wohnen und Transnationalität

Abbildung 2

Heterogenität von Senior*innen mit Migrationshintergrund

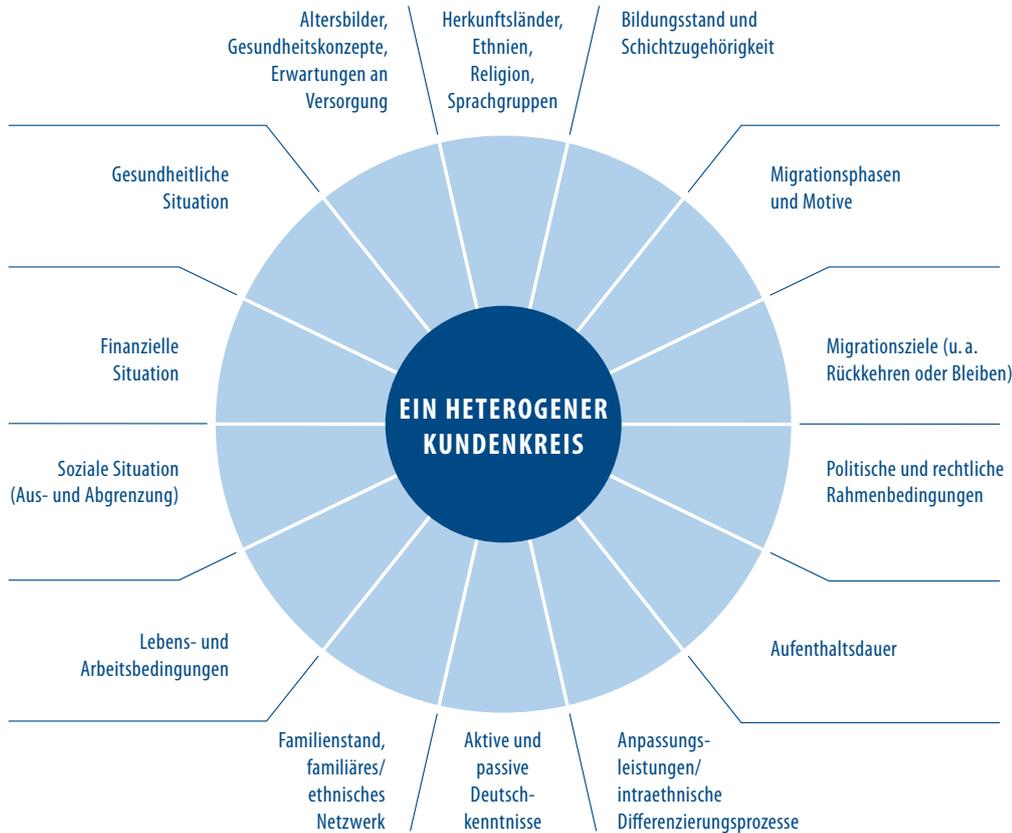


Abbildung in Anlehnung an:
 Memorandum für eine kultursensible
 Altenpflege – Eine Handreichung.
 Arbeitskreis Charta für eine
 kultursensible Altenpflege /
 Kuratorium Deutsche Altershilfe
 Köln, Juni 2002, S. 49. Online unter:
[http://www.bagso.de/
 fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/
 handreichung.pdf](http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/handreichung.pdf) [17.07.2019]

Heterogenität von (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund

Die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist heterogen. Sie unterscheiden sich unter anderem in Bezug auf ihre Herkunftsländer, Sprachen, Migrationsgeschichten sowie soziale Lebenslagen.⁷ Das bedeutet auch, dass nicht von typisch „türkischen Bedürfnissen“ oder „russischen Pflegebedürftigen“ ausgegangen werden kann, denen spezielle Bedürfnisse zugeschrieben werden.

Altersstruktur

Im Jahre 2016 betrug das Durchschnittsalter der Menschen mit Migrationshintergrund 35,4 Jahre. Somit waren sie jünger als Menschen ohne Migrationshintergrund mit einem Durchschnittsalter von 46,9 Jahren. Während Migrant*innen der ersten Generation ein Alter von 44,2 Jahren aufwiesen, betrug dieser bei der zweiten Generation 16,2 Jahre. Hingegen war bei (Spät-) Aussiedler*innen der ersten Generation ein Durchschnittsalter von 50,2 Jahren und bei der Gruppe der Arbeitsmigrant*innen von 62,6 Jahren zu verzeichnen. Damit liegen diese beiden Gruppen über dem Altersdurchschnitt von Menschen ohne Migrationshintergrund.⁸

Religiöse Vielfalt

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in Hinblick auf Religiosität ebenso heterogen wie die Gesamtbevölkerung. Auch hier finden sich Atheist*innen und Menschen mit unterschiedlichen Glaubensvorstellungen, die in sich stark ausdifferenziert sein können.⁹

Haushaltsstrukturen

Im Vergleich zur autochthonen¹⁰ Bevölkerung leben ältere Migrant*innen der ersten Generation in größeren Haushalten und weniger häufig in einem Einpersonenhaushalt. Häufigeres Zusammenleben mit anderen Familienmitgliedern ist vermutlich die Hauptursache für größere Haushalte. Denn laut Alterssurvey¹¹ wohnt die Gruppe der älteren

Migrant*innen deutlich häufiger in Haushalten mit drei und mehr Personen (47 Prozent) als die Gruppe der älteren Menschen ohne Migrationshintergrund (32 Prozent).¹²

Materielle Lage

Im Alter sind die Einkommen der ehemaligen Arbeitsmigrant*innen wegen „prekärer Erwerbsverläufe mit niedrigen Löhnen und Beiträgen zur Rentenversicherung, kürzeren Beitragszeiten und dem häufigen Bezug von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten“ überdurchschnittlich gering.¹³ Diese spezifischen Erwerbsbiografien wirken sich also auf die erworbenen Rentenansprüche aus und resultieren im Ruhestand in deutlichen Ungleichheiten bei den Einkommensniveaus verschiedener Migrant*innengruppen.¹⁴



INFOBOX

Vergleicht man Menschen mit und ohne Migrationshintergrund aus derselben sozialen Schicht, zeigt sich: Es gibt kaum Unterschiede bei ihrer Gesundheit. Ob jemand gesund ist, hängt weniger vom Migrationshintergrund als vom sozioökonomischen Status ab.¹⁷

INFOBOX

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund werden durchschnittlich mit 62,1 Jahren pflegebedürftig; im Vergleich dazu erfolgt der Übergang in die Pflegebedürftigkeit in der autochthonen (siehe Fußnote 10) Bevölkerung mit durchschnittlich 72,7 Jahren.¹⁹

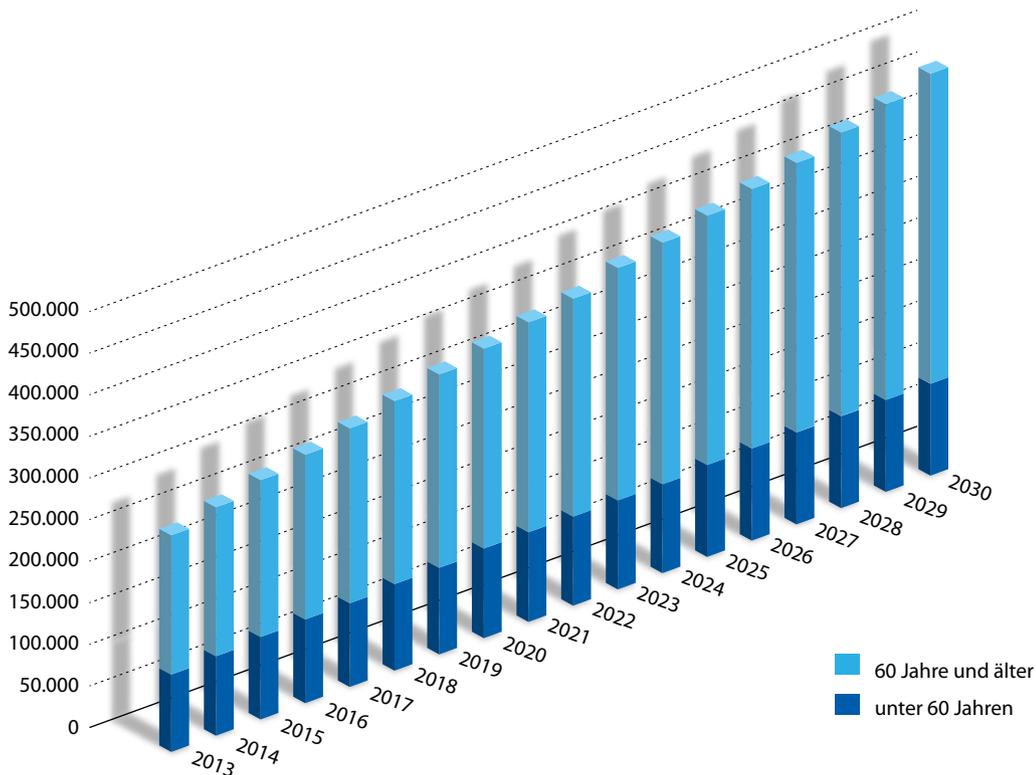
Gesundheit und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund im Alter

- Migrant*innen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes von der Personengruppe ohne Migrationshintergrund: Der subjektive Gesundheitszustand wird häufiger schlecht eingeschätzt und auch der Anteil der Menschen mit fünf oder mehr Erkrankungen ist bei Migrant*innen der ersten Generation höher. Besonders betrifft das die Gruppe der Arbeitsmigrant*innen.¹⁵ Beachtlich hoch ist bei ihnen auch die Frühverrentungsrate aufgrund von Erwerbsunfähigkeit.¹⁶
- Die größte Zahl an pflegebedürftigen Personen lassen sich in den Bevölkerungsgruppen der ehemaligen Arbeitsmigrant*innen und Aussiedler*innen und Spätaussiedler*innen finden. Studien zeigen, dass vor allem ehemalige Arbeitsmigrant*innen vergleichsweise früh pflegebedürftig werden. Ein Grund: Sie haben häufig unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen gearbeitet.¹⁸
- Es ist zu erwarten, dass die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund im Zuge des demografischen Wandels ansteigt. So wird für die Gruppe der 65-Jährigen und älter ein deutlicher Zuwachs von 1,4 Mio. Menschen im Jahr 2007 auf 3,6 Mio. Menschen im Jahr 2032 prognostiziert.²⁰

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

Abbildung 4

Anteil älterer und Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland steigt.


Quelle:

Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt 2015 und Friedrich-Ebert-Stiftung 2015; G+G Wissenschaft 2017

Wohnen und Transnationalität

- Auch Wohneigentum kann vor Altersarmut schützen. Doch Menschen mit niedrigem Einkommen besitzen nur selten Wohneigentum. Ergebnissen des Deutschen Alterssurveys (DEAS 2008) zufolge ist unter Migrant*innen über 50 Jahre der Anteil von Personen, die ihr Wohneigentum selbst nutzen, vergleichsweise gering. Denn bei der gleichaltrigen, nicht migrierten Bevölkerung verfügen 66 Prozent über Wohneigentum. Unter Arbeitsmigrant*innen ist der Eigentümeranteil dagegen nur bei 20 Prozent und bei (Spät-) Aussiedler*innen bei 33 Prozent.²¹

INFOBOX

Das Pendeln wird als Ausdruck von Autonomie und Mobilität wahrgenommen. Ob aus gesundheitlichen, finanziellen oder anderen Gründen – Einschränkungen der Pendelmigration werden als großer Autonomieverlust im Alter erlebt.²⁸

INFOBOX

*Die Leistungen des deutschen Altenhilfesystems sind auf sesshafte Ältere ausgelegt – dies wird beim Blick auf Pendelmigrant*innen deutlich.²⁹*

- Transnationalität bedeutet, dass Menschen einen Lebensstil wählen, bei dem sie mehrere Monate im Jahr in mehr als einem Land wohnen. Viele türkeistämmige Menschen im Ruhestands- bzw. Vorruhestandsalter verbringen die Sommermonate in der Türkei und den Winter in Deutschland.²² Bisher gibt es nur wenige Studien zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Pendelmigrant*innen. In einer bereits durchgeführten qualitativen Studie zeigte sich, dass die Sorge von einschränkenden Auswirkungen für das Pendeln die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen bei moderatem Pflegebedarf beeinträchtigt.²³ In das EU-Ausland sind mit der Molenaar Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs seit 1998 monetäre Leistungen aus der deutschen Pflegeversicherung möglich – das gilt nicht für die Türkei.²⁴ Pflegegeld wird trotz Beitragspflicht höchstens für den Zeitraum von sechs Wochen pro Kalenderjahr bewilligt. Dabei werden Wünsche der Pflegebedürftigen nach längeren Aufenthalten im Herkunftsland nicht berücksichtigt.²⁵



Studien zeigen, dass sich einige Pendelmigrant*innen im Herkunftsland besser fühlen und in der Folge ohne Rücksprache mit den behandelnden Ärzt*innen vom Medikationsplan abweichen. Dies birgt gesundheitliche Risiken.²⁶

Pendelmigrant*innen nutzen eine Mischung von Leistungen aus Deutschland und dem Herkunftsland und entwickeln damit also einen eigenen spezifischen Wohlfahrtsmix.²⁷ Vor diesem Hintergrund bedarf es zunehmend auch transnational ausgerichteter pflegerischer Versorgungskonzepte. Diesen Wohlfahrtsmix zu organisieren und institutionell einzubetten kann mit besonderen Herausforderungen einhergehen.

Sexuelle Orientierung/Identität

(LSBT*I = lesbische, schwule, bi-, trans-,* und intersexuelle Menschen)*

- Sexuelle Vielfalt ist sowohl bei jüngeren als auch älteren Menschen gegeben. Einer Schätzung des niedersächsischen Sozialministeriums zufolge leben 1,8 Millionen homosexuelle ältere Menschen im Alter über 60 Jahren in Deutschland. Ältere LSBT*I-Menschen (der Stern steht für die Vielfalt geschlechtlicher und sexueller Identitäten) sind im gesellschaftlichen Leben kaum sichtbar.³¹ Auch innerhalb der Gruppe gibt es eine große Vielfalt. Die bislang im deutschsprachigen Raum durchgeführte Forschung bezieht sich zumeist auf homosexuelle Männer, seltener sind homosexuelle Frauen mitinbegriffen. Es gibt eine unsichtbare Hierarchie innerhalb der LSBT*I-Gruppe dahingehend, dass Schwule eher akzeptiert sind als Trans*-Menschen.³²
- Viele von ihnen verschweigen ihre sexuelle Orientierung, da sie in ihrer Biografie diesbezüglich Diskriminierungserfahrungen gemacht haben.³³ Diskriminierungen, die vor Jahrzehnten aufgrund der eigenen sexuellen Orientierung erlebt worden sind, können auch im Alter nachwirken. Die Personen scheuen sich, darüber zu reden und fürchten sogar in einem geschützten Raum wie einem Mehrgenerationenwohnhaus für gleichgeschlechtliche Lebensweisen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert zu werden.

INFOBOX

Die transnationale Perspektive bietet für die Alterspolitik die Chance, nationale und internationale Regelungen der sozialen Sicherung zu überprüfen und möglicherweise an Lebensweisen einer diversen Gesellschaft anzupassen.³⁰

INFOBOX

Durch das Pendeln über nationalstaatliche Grenzen hinweg verschaffen sich alte Menschen die Möglichkeit, soziale, materielle und identifikatorische Ressourcen an beiden Orten zu nutzen.

** Dieses Kapitel wurde bereits in ähnlicher Form veröffentlicht in: Tezcan-Güntekin, H. (2019): Studienheft „Von kultur- zu diversitätssensibler Altenpflege“ der Apollon Hochschule Bremen.*

- Es liegen nur wenige Erkenntnisse zur Lebenssituation älterer LSBT*I-Menschen vor, da diese insgesamt kaum erforscht sind. Vereinzelte Studien zeigen auf, dass LSBT*I-Menschen häufig kinderlos und alleinlebend sind und reguläre Versorgungsangebote der Altenhilfe aus Angst vor Diskriminierung selten angenommen werden.³⁴ Um eine bedürfnisorientierte pflegerische Versorgung entwickeln zu können, sind mehr Erkenntnisse zu den unterschiedlichen Lebenswelten von LSBT*I-Menschen notwendig.³⁵
- Die Inanspruchnahme von pflegerischen Angeboten ist bei LSBT*I-Menschen ähnlich der nicht-LSBT*I-Bevölkerung: Es wird ambulante Pflege bevorzugt, da der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit als zentral erachtet wird. Wenn die ambulante Pflege die Pflegeerfordernisse nicht bewältigen kann, werden Pflege-Wohngemeinschaften herkömmlichen Pflegeheimen vorgezogen.³⁶
- Bedürfnisse und Erwartungen von LSBT*I-Menschen an die Pflege bilden sich in dem Wunsch ab, homosexuelle Lebensweisen weiterhin ausleben zu können und der Wunsch nach rivalitätsarmen Räumen.³⁷ Der Wunsch nach Zugehörigkeit, die Angst des Verlustes der eigenen Autonomie und das Gefühl der Akzeptanz als Mensch mit schwulen, lesbischen, bisexuellen oder queeren Lebensstilen sind bei der Wahl einer LSBT*I-sensiblen Pflegeeinrichtung maßgebend. Die Bewohner präferieren LSBT*I-spezifische Pflegeangebote, weil sie sich davon versprechen, erlebte Diskriminierungen austauschen zu können, in einem sensiblen Umfeld verstanden zu werden und erneute Diskriminierung möglichst zu vermeiden.³⁸
- Stationäre Einrichtungen der Regelversorgung werden aus Angst vor Diskriminierung gemieden. Der Grund ist Angst vor dem Zusammenleben mit Menschen, die wie sie selbst in einer Zeit geprägt wurden, zu der sexuelle Orientierungen abweichend von der Heterosexualität kriminalisiert wurden. Noch bis zum Jahr 1992 wurde in Deutschland Homosexualität für eine Krankheit gehalten und mit einem ICD-10-Code³⁹ versehen. Das bedeutet, Homosexualität stellte eine Diagnose dar und war bis 1994 unter § 175 im Strafgesetzbuch zu finden.⁴⁰ Diese Auffassung vertreten viele der älteren Menschen möglicherweise heute noch, was bei LSBT*I-Menschen zu Angst vor Diskriminierung, Rückzug und Isolation führt.⁴¹

- Eine weitere Barriere bei der Inanspruchnahme von Altenpflege stellt dar, dass Mitarbeiter*innen von Einrichtungen der Altenpflege häufig nicht in Betracht ziehen, dass zu ihrer Klientel auch LSBT*I-Menschen zählen. Zumeist wird LSBT*I-Menschen Heterosexualität zugeschrieben. Das bedingt, dass sich LSBT*I-Menschen dort vielfach nicht willkommen fühlen. Darüber hinaus können sie auch nicht vor Diskriminierung geschützt werden, wenn die Einrichtung nicht für besondere Lebenssituationen oder Bedürfnisse von LSBT*I-Menschen ausgerichtet ist.⁴²



Kriegstraumatisierung*

- Traumatisierungen betreffen eine Vielzahl an Menschen in der Gesellschaft. Etwa 40 bis 50 Prozent der Älteren in Deutschland berichten von mindestens einem traumatischen Erlebnis, wobei kriegstraumatische Erlebnisse eine zentrale Rolle spielen.⁴³
- Besonders Menschen, die zwischen 1927 und 1945 geboren sind, weisen Kriegstraumatisierungen auf. Erfahrungen aus dem Zweiten Weltkrieg, wie Flucht und Vertreibung aus der Heimat, Bombardierung und Beschuss sowie Verlust naher Angehöriger durch Trennung oder Tod, können Traumatisierungen auslösen. Auch die Konfrontation mit Schwerverletzten oder Sterbenden kann traumatisierend wirken. Weiterhin verursachen Hungersnot, Vergewaltigungen, der Verlust eines Elternteils und auch die damals übliche Kinderlandverschickung unter Umständen schwere Traumata.⁴⁴
- Kriegstraumatisierungen weisen einige Besonderheiten auf: Beispielsweise wirken sie sequenziell über Monate bzw. Jahre hinweg oder treten kumulativ auf. Das bedeutet, es werden einige Erlebnisse gleichzeitig oder nacheinander erlebt. Außerdem können sowohl Menschen, die den Krieg als Kinder oder als Erwachsene erlebt haben, oder die Nachkommen von Menschen sind, die Kriegserlebnissen ausgesetzt waren, von einem Trauma betroffen sein.⁴⁵
- Für die pflegerische Versorgung ist es wichtig zu erkennen, ob es sich bei den Erinnerungen um Symptome einer Demenzerkrankung oder um Retraumatisierungen handelt. Traumatische Erlebnisse können durch den Zustand der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden Ohnmacht bzw. dem Kontrollverlust oder durch bestimmte Pflegepraktiken ausgelöst werden. Verdrängte Kriegserlebnisse werden wieder erinnert, was sich in Angstzuständen, Panikattacken, Alpträumen und depressiven Symptomen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausdrücken kann. Die betroffenen Personen können sehr erregt sein oder mit Erinnerungsblitzen, den sogenannten Flashbacks, konfrontiert sein und ein Vermeidungsverhalten aufzeigen. Auffälliges Verhalten kann fälschlicherweise einer Demenzerkrankung

** Dieses Kapitel wurde bereits in ähnlicher Form veröffentlicht in: Tezcan-Güntekin, H. (2019): Studienheft „Von kultur- zu diversitätssensibler Altenpflege“ der Apollon Hochschule Bremen.*



zugeordnet werden bzw. die Retraumatisierung kann auch mit einer Demenzerkrankung einhergehen.⁴⁶

- Damit Symptome wie Panik, Weglaufen und Unruhe nicht falsch gedeutet werden, ist eine Informierung und Sensibilisierung von medizinischem und pflegerischem Personal notwendig.⁴⁷
- Biografiearbeit mit den Betroffenen hilft bei der Vermeidung von Retraumatisierungen. Traumatisierungen werden bei Erstkontakten häufig nicht benannt, möglicherweise ist es den Betroffenen auch nicht möglich, je darüber zu sprechen. Pflegefachpersonen können anhand von körperlichen Reaktionen wie Abwehr oder Apathie bei der Intimpflege eine Retraumatisierung vermuten.⁴⁸

- Für Pflegende ist im Umgang mit Traumatisierten wichtig, das „Traumagedächtnis“ ernst zu nehmen und das Erlebte nicht zu verharmlosen. Bekannte Trigger sollten nach Möglichkeit vermieden werden und Bewältigungsstrategien erprobt bzw. erkannt werden. Traumatisierten Pflegebedürftigen sollte Halt und Stabilität vermittelt werden, indem auf die Ängste eingegangen und Trost gespendet wird.⁴⁹
- Sexualisierte Gewalt als Trauma besitzt aufgrund der Körperlichkeit von Pflege eine besondere Relevanz. Bislang wird das Thema sexualisierte Gewalt und Pflege verstärkt in Bezug auf Frauen kommuniziert, wie die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse aufzeigen. Für die pflegerische Versorgung ist von Bedeutung, dass das Thema alle Bevölkerungsgruppen betrifft.
- Untersuchungen zu älteren Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen zeigen auf, dass die Betroffenen nicht immer über diese Erfahrungen sprechen. Angebote der Aufarbeitung oder Selbsthilfe, die von jüngeren Frauen oder Frauen im mittleren Alter genutzt werden, erreichen ältere Frauen nicht, da deren Sozialisation nicht von einem offenen Umgang mit sexualisierter Gewalt geprägt war. In der Arbeit mit älteren Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen ist von Bedeutung, dass die Betroffenen zumeist über ein besonders intensives Schamgefühl verfügen. Sie haben häufig Übergriffe durch Personen erfahren, die ihnen nahestehen und sind mit der Überzeugung sozialisiert worden, dass über innerfamiliäre Probleme nicht mit Außenstehenden kommuniziert wird und dass Sexualität ein Thema ist, worüber grundsätzlich nicht gesprochen wird.⁵⁰
- Die Beachtung dieser Aspekte und die Abwägung, ob die pflegerische Tätigkeit oder die Vermeidung der Retraumatisierung in dem entsprechenden Moment wichtiger ist, stellen eine Vorgehensweise dar, konstruktiv mit der Herausforderung umzugehen und den Pflegebedürftigen nicht zu schaden. Auch könnte den Pflegebedürftigen dabei geholfen werden, die Pflege anstelle einer Pflegeperson selbst zu vollziehen, sofern das möglich ist.⁵¹

INFOBOX

Zentral bei der Pflege von Menschen mit sexualisierten Gewalterfahrungen ist, dass eine besondere Wahrnehmung gegenüber möglicher Retraumatisierung bei den Pflegenden vorhanden ist und kontinuierlich versucht wird, in Kontakt mit der Person zu bleiben und ihre Grenzen nicht zu überschreiten.

Ansätze einer diversitätssensiblen Öffnung von Einrichtungen

Um den Bedürfnissen einer heterogenen Bevölkerung mit sehr unterschiedlichen Bedarfen und Bedürfnissen gerecht werden zu können, bedarf es einer Anpassung bzw. Umgestaltung bereits bestehender Pflegeangebote im Sinne einer diversitätssensiblen Öffnung. Häufig wird dieser Prozess mit der Überschrift „Diversity Management“ belegt, womit die Organisationsentwicklung adressiert wird. Die Gesundheits- und Pflegeorganisationen haben die Aufgabe neue und flexible Wege zur Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen zu schaffen. Diversity Management richtet sich auf die Wahrnehmung und Berücksichtigung menschlicher Vielfalt und Heterogenität in der Organisation, die als Potenzial gesehen werden, um diverse Probleme zu lösen und neue Herausforderungen zu meistern.⁵²

Gerade in der Pflege gilt es aber, den gewinnorientierten Blick des Diversity Managements aus der Betriebswirtschaft zu hinterfragen. Zu entwickelnde Konzepte einer diversitätssensiblen Öffnung von Pflegeangeboten sollten vor allem im Sinne einer qualitätsorientierten Pflegebeziehung erfolgen, die eine patientenorientierte und kontextbezogene Beziehungspflege zum Ziel hat. Hilfreich ist dabei, wenn Pflegenden und Pflegebedürftigen in einer „positiven Wahrnehmung ihrer Diversität“ durch die Einrichtungen unterstützt werden. Für Pflegenden ist die Gestaltung der Arbeitsorganisation mit Arbeitszeit und Aufgabenbereich elementar. Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und pflegerrelevante Entscheidungsprozesse sollten durch Mitarbeiter*innenorientierung und Partizipation geprägt sein.⁵³ Ziel ist es, einen Prozess der Organisationsentwicklung, der sowohl die Mitarbeitenden als auch die zu Versorgenden in den Blick nimmt, in

INFOBOX

Im Hinblick auf die Öffnung von Einrichtungen und Angeboten der Altenhilfe für eine vielfältige Gesellschaft ist es notwendig, bereits vorhandene Konzepte der interkulturellen Öffnung dahingehend umzugestalten, dass sie eine Sensibilisierung und Öffnung für Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen erreichen.

Gang zu setzen. Zu diesem Öffnungsprozess bedarf es der Formulierung eines eigenen Diversitätsverständnisses und die entsprechende Anpassung/Überprüfung des Leitbildes der Organisation. Die davon abgeleiteten diversitätsorientierten Maßnahmen und Veränderungen können dann in beteiligungsorientierten Prozessen unter Einbezug aller Akteur*innen auf unterschiedlichen Ebenen durchgeführt und deren Umsetzung durch festgelegte Instanzen geprüft werden.

Damit die diversitätssensible Öffnung auch an der Schnittstelle der Einrichtung zu anderen Versorgungsstrukturen gelingen kann, ist die Stärkung der interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit nötig.⁵⁴ Gemeint ist die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und relevanten Arbeitszweigen in der pflegerischen Versorgung. Interprofessionelle und intersektorale Versorgungsstrukturen und Versorgungsübergänge bergen insbesondere für Menschen, die aufgrund unterschiedlicher Diversitätsmerkmale potenziell vulnerabel, d.h. verletzlich sind, die Gefahr der Fehl- und Unterversorgung. Diversitätssensible Öffnung und diversitätssensibles Handeln benötigt Raum und Zeit.⁵⁵ Diese Räume müssen institutionell geschaffen werden, etwa in Form von Organisation interprofessioneller Fallanalysen, die während der Arbeitszeit durchgeführt werden. Ziel dabei ist die kontinuierliche Reflexion der Erfahrungen, um Diversitätssensibilität als fortwährenden Prozess zu fördern und zu begleiten. Es sollte im Blick behalten werden, mit welchen Zielen der Öffnungsprozess begonnen hat, was erreicht wurde und ob sich Ziele gegebenenfalls verändert haben. Dementsprechend sollten das Leitbild oder die entsprechenden Umsetzungen angepasst werden.

4

Der Zugang zu potenziell vulnerablen älteren Menschen als Herausforderung

Untersuchungen zeigen, dass ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und/oder Bildungsstatus über eine geringere Gesundheitskompetenz verfügen als in der Gesamtbevölkerung zu verzeichnen ist.⁵⁶ Obwohl formell gleiche Zugangsrechte gelten, ist die Regelversorgung für Menschen mit bestimmten Diversitätsmerkmalen schwerer zugänglich und erreichbar als für andere.⁵⁷

Nehmen wir in diesem Kontext nachfolgend die drei ausgewählten Diversitätsmerkmale Migration, sexuelle Orientierung/Identität und (Kriegs-)Traumatisierung in Betracht, werden hier im Hinblick auf die zentralen Aspekte der Informationsvermittlung über Versorgungsangebote, Vertrauensaufbau und Lebensweltorientierung wichtige Bereiche aufgezeigt, die bei der Herstellung von Zugang zu gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen von Bedeutung sind.

INFOBOX

MSO werden allgemein als Initiativen, Vereine und Verbände verstanden, die von Menschen mit Migrationshintergrund gegründet wurden, um spezifische Interessen durchzusetzen, Selbsthilfepotenziale zu bündeln und zwischen Zugewanderten und der Aufnahmegesellschaft zu vermitteln.

Migration

Migrantenselbstorganisationen (MSO) sind eine Option, um für Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu professionellen Pflegeangeboten zu verbessern.⁵⁸ Reinprecht (2011) zufolge sind Aktivitäten, die Migrant*innen in der Nachbarschaft, in Vereinen und religiösen Einrichtungen pflegen, für die Mehrheitsgesellschaft zumeist unsichtbar. Die Inanspruchnahme der migrantischen und ethnischen Strukturen älterer Migrant*innen wird häufig als Rückzug in Gegenwelten („Parallelgesellschaften“) interpretiert. Für die Nutzer*innen dieser Angebote kann sie eine Voraussetzung für soziale Integration und soziale sowie gesellschaftliche Teilhabe bedeuten und eine verstärkte Aktivierung der Personen zur Folge haben.⁵⁹

Neben den Migrantenselbstorganisationen stellen Kirchen(gemeinden), Synagogen, Moscheen, Cem-Häuser und andere milieuspezifische Orte (z. B. Kaffeehäuser) Möglichkeiten dar, älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu begegnen, um sie über Möglichkeiten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsangebote zu informieren.

Lebensweltorientierung ist insbesondere bei der Beratung und Betreuung zentral. Diese muss bei pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund vor allem auch in der Häuslichkeit erfolgen, da oftmals die Mobilität, sich an öffentlichen Orten aufzuhalten, nicht gegeben und eine Geh-Struktur nicht üblich ist.⁶⁰ Neben muttersprachlichen Multiplikator*innen aus den jeweiligen Communities fungieren nicht zuletzt Hausärzt*innen als Türöffner, da sie meist einen regelmäßigen Kontakt zu den Familien mit einer pflegebedürftigen Person haben und die Menschen zu ihnen bereits Vertrauen entwickelt haben.

Der Einbezug von muttersprachlichen Medien wie TV, Printmedien und Hörfunk gehören auch zu den Möglichkeiten, ältere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu erreichen.

Abbildung 6

Multifunktionalität von Migrantenselbstorganisationen (MSO)

**Quelle***Eigene Darstellung*

Insgesamt sollte bei dem Bestreben, ältere Menschen mit Migrationshintergrund für pflegerische Angebote zu erreichen, im Blick behalten werden, dass diese Bevölkerungsgruppe in sich sehr heterogen ist. Allein die Tatsache, ob jemand selber migriert oder Nachfahre einer migrierten Generation ist, kann weitere Diversitätsmerkmale beeinflussen, die für die Inanspruchnahme oder Ablehnung pflegerischer Unterstützung relevant sein kann. Jede Person für sich bedarf einer individuellen Betrachtung, um die zu ihr und ihren Lebensgewohnheiten passende Möglichkeit der Versorgung angeboten zu bekommen.

Sexuelle Orientierung/Identität

Die Sorge vor Diskriminierung aufgrund sexueller Identität und/oder sexueller Orientierung begleitet ältere LSBT*¹ gerade auch bei Überlegungen zur Inanspruchnahme von Einrichtungen der Altenpflege.⁶¹

- Um ältere LSBT**I* für Pflegeangebote zu erreichen, sind die Orientierung an und die Kenntnisse über die Lebenswelt von LSBT**I*-Menschen von besonderer Bedeutung. Beim Aufbau von Vertrauen sind LSBT**I*-Beschäftigte in den Pflegeeinrichtungen eine wichtige Ressource.⁶²
- Mit einer neuen Qualifizierungsoffensive für Pflegeeinrichtungen soll deren Öffnung für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt vorangebracht werden. Im Zentrum der Offensive ist das Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird. Das Siegel wird seit 2018 vergeben.⁶³



- Mithilfe des Diversity Checks, der einen Fragenkatalog von 100 Fragen beinhaltet, können Pflegeeinrichtungen überprüfen, inwiefern sie die Lebensumstände älterer LSBT*I angemessen berücksichtigen.⁶⁴ Dies stellt die Lebensweltorientierung beim Prozess, die Einrichtung mit dem Gütesiegel auszeichnen zu lassen, sicher. Mit dem Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ werden bereits ausgezeichnete Einrichtungen für die Zielgruppe sichtbar gemacht.
- Der Prozess bis zur Auszeichnung mit dem Qualitätssiegel beinhaltet die Schritte Diversity Check, Beratung/Qualifizierung, Begutachtung/Auszeichnung und Folgebegutachtung.⁶⁵
- Die kostenlose Beratung der Pflegeeinrichtungen wird von Mitarbeiter*innen der Schwulenberatung Berlin durchgeführt.⁶⁶
- Die Kriterien für das Gütesiegel beziehen sich auf die Bereiche Unternehmenspolitik und Kommunikation, Personalmanagement, Transparenz und Sicherheit, Pflege und Gesundheit, Wohn- und Lebenswelten.⁶⁷ In diesen fünf Bereichen einer Organisation werden die Weichen für eine diversitätssensible Pflege für LSBT*I-Menschen gestellt.⁶⁸ Weitere Informationen zum Gütesiegel „Lebensort Vielfalt“ sind in der Broschüre der Schwulenberatung Berlin online verfügbar unter: https://schwulenberatungberlin.de/wp_uploads/Broschuere_Pflege_und_LSBTI.pdf

Kriegstraumatisierung

Der Zugang zu Menschen, die aufgrund eines Traumas abgeneigt sind, professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen, gestaltet sich als sehr schwierig, da das Erlebte oftmals tabuisiert wird und möglicherweise auch in keiner Patient*innenakte auftaucht. Da es im Vordergrund steht, dass Menschen, die Gewalt erlebt haben, nicht dazu gedrängt werden, darüber sprechen zu müssen, könnten hier die Vorgaben der WHO-Leitlinie zur Versorgung von Menschen, die sexualisierte Gewalt und Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, als Orientierungshilfe dienen. Die WHO-Leitlinie soll Gesundheitsfachkräften

evidenzbasierte Richtlinien für angemessenes Handeln bei Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt insbesondere gegen Frauen bieten (wobei diese auf alle Menschen übertragbar sind), einschließlich klinischer Interventionen und emotionaler Unterstützung. Sie richtet sich primär an die medizinische Versorgung, ist in Teilen jedoch auch für die pflegerische Versorgung anwendbar. Empfohlen wird, den Betroffenen einen geschützten Raum zu bieten, in dem es möglich ist, mit einer Person, die kontinuierlich in die Betreuung involviert sein sollte, über das Erlebte zu sprechen.

Äußert sich ein Mensch über die erlebte Gewalt, soll eine „wertfreie, unterstützende und bestätigende Haltung zu dem, was die Frau berichtet“ gewährleistet werden.⁶⁹ Es geht in erster Linie darum, Unterstützung anzubieten und auf die Sorgen der betroffenen Person einzugehen, ohne dabei aufdringlich zu sein und die Entscheidungen der betroffenen Personen im Hinblick auf ihre Lebenswelt (auch Partnerschaften) zu kritisieren. Hierbei sollen sich Professionelle möglichst behutsam über die Gewaltgeschichte informieren, ohne sie zum Sprechen zu drängen.

Die betroffene Person soll bei der Information unterstützt und begleitet werden, im akuten Fall beispielsweise erfolgen Telefonate in Gewaltschutzambulanzen gemeinsam. Liegt das Erlebte noch nicht lange zurück, bietet die Leitlinie auch konkrete Hinweise dafür, wie lange eine engmaschige Beobachtung der von Gewalt betroffenen Person erfolgen sollte. Zu beachten ist, dass Betroffenen der Raum zum Sprechen über das Erlebte gegeben werden sollte, die Person aber nie dazu gedrängt wird, über das Erlebte zu sprechen. Daher gilt es bei der Bewältigung von Zugangsbarrieren immer die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen als erste Präferenz zu verstehen. Auch wenn Betroffene das Erlebte nicht explizit thematisieren möchten oder können, müssen Pflegefachkräfte sehr sensibel und besonders behutsam bei der Pflege sein, wenn sie Traumatisierungen vermuten, um Retraumatisierungen zu vermeiden.

Diversitätssensible Fallbeispiele aus der Praxis

In der Pflege von Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen können bei professionell Pflegenden Irritationen auftreten, die auf etwas Neues hinweisen, das mit den bisher vertrauten, beruflichen Erklärungsmustern nicht begreifbar ist. Diese Irritationen können die betreffende Pflegekraft verunsichern und sie mit den Grenzen der eigenen Fachlichkeit und den Grenzen der Einrichtung konfrontieren. In der diversitätssensiblen Altenpflege sollten die Pflegenden diese Verunsicherung, sich (ähnlich wie bei der kultursensiblen Altenpflege) auf unbekanntem Terrain zu bewegen als Chance nutzen, um neue Handlungsformen zu erkunden und auszuprobieren. So entsteht die Möglichkeit, mehr Kreativität und Flexibilität und somit auch gesteigerte diversitätssensible Fachkompetenz im Pflegeprozess zu gestalten.

Anhand von Fallbeispielen zu unterschiedlichen Pflege- und Versorgungssituationen werden im Folgenden Problemhintergründe erörtert und mögliche Handlungsoptionen diskutiert. Diese Praxisbeispiele sind nicht als „Rezeptwissen“ zu verstehen, sondern als das Aufzeigen einiger weniger Handlungsmöglichkeiten unter vielen anderen. Diese können als wertvolle Impulse für Fallbesprechungen in Pflegeteams genommen und für die eigenen Bedarfe weiterentwickelt werden. Ziel ist es, Möglichkeiten anzubieten, die eigene Haltung und Wahrnehmung zu reflektieren und individuelle Handlungsstrategien zu entwickeln.

INFOBOX

*Irritationen in Pflegesituationen helfen Mitarbeiter*innen, Fragen zu stellen, Verständnis zu entwickeln und ungewohnte Vorgehensweisen auszuprobieren. So kann für den jeweiligen Pflegeprozess Diversitätssensibilität entwickelt und neue Handlungssicherheit gewonnen werden.*

Fallbeispiel 1

Bedürfnisorientierte Pflege

In einem Krankenhaus mit kultursensibel gestalteten Räumen (z. B. Begrüßung in verschiedenen Sprachen an den Wänden, das Vorhandensein von Gebetsräumen u. ä.) äußert eine deutsche Patientin, dass sie es bevorzugen würde, ausschließlich von einer Frau gepflegt zu werden. Die Pflegeleitung lehnt diesen Wunsch ab, mit dem Argument, dass dies aufgrund von Personalengpässen organisatorisch nicht möglich sei. Die Patientin ist außer sich und beklagt, dass in dem Krankenhaus alles dafür getan wird, den Bedürfnissen von Migrant*innen zu entsprechen, ihre Bedürfnisse jedoch nicht berücksichtigt werden.

Situation aus Sicht des Pflegepersonals

- Versteht nicht, warum die Patientin nicht einsichtig ist, obwohl die sprachliche Verständigung perfekt verläuft.
- Geht davon aus, dass die aus eigener Perspektive „normalen“ Untersuchungshinweise für die Patientin passen.

*Situation aus Patient*innen-Sicht und/oder aus der Sicht der Angehörigen*

- Die Patientin empfindet die Entscheidung der Pflegeleitung, ihr ganz persönliches Bedürfnis nach gleichgeschlechtlicher Pflege nicht zu berücksichtigen, als eine Benachteiligung. Sie vermutet, dass aufgrund der kultursensiblen Ausrichtung der Klinik, die persönlichen Bedürfnisse der „Anderen“, sprich die der Migrant*innen, mehr Berücksichtigung finden.

Handlungsmöglichkeiten

Grundsätzlich sollte die Patientin mit ihrem Gefühl der Benachteiligung ernst genommen werden, um zu verhindern, dass ein organisational-strukturelles Problem der Pflegeeinrichtung nicht als persönliche Benachteiligung wahrgenommen wird.

So sollte mit der Patientin auf jeden Fall kommuniziert werden, dass ihre Bedürfnisse ebenso wichtig sind wie die anderer Patient*innen. Auch sollte gegenüber der Patientin erklärt werden, dass eine andere Patientin bei einem vergleichbaren Fall dieselbe Antwort erhalten würde.

Die Suche nach alternativen Lösungen, um dem Bedürfnis der Patientin gerecht zu werden (z. B. Intimpflege nur zu den Schichten, zu denen Pflegerinnen eingesetzt werden) sollte im Vordergrund stehen. Gegebenenfalls kann die Personalsituation transparent gemacht und ihr die fehlende Möglichkeit gleichgeschlechtlicher Pflege zu jeder Zeit erläutert werden.



Fallbeispiel 2

Körperpflege und Reinheitsvorstellungen

In der pflegerischen Versorgung von älteren Migrant*innen treten immer wieder Konflikte und Missverständnisse auf, deren Hintergründe auch in den unterschiedlichen Reinheits- und Hygienevorstellungen liegen. Herr A, ein älterer türkischer Mann, wird seit kurzem von einem ambulanten Pflegedienst versorgt. Die Pflegemitarbeiterin kommt in die Häuslichkeit von Herrn A, um die Grundpflege (Intim- und Körperpflege) durchzuführen und stößt auf eine starke Abwehr durch Herrn A, die sie sich nicht erklären kann.

Situation aus Sicht des Pflegepersonals

- Unverständnis hinsichtlich des „merkwürdigen“ Verhaltens von Herrn A.
- Sicht auf Körperpflege als bloße hygienische Maßnahme und für Wohlbefinden
- Die zeitintensive Berücksichtigung sprachlicher, kultureller und/oder religiöser Besonderheiten in der Pflege wird vom Gesetzgeber nicht gesondert vergütet. Dadurch besteht kein Anreiz für diversitätssensibles Handeln.

*Situation aus Patient*innen-Sicht und/oder aus der Sicht der Angehörigen*

- Körperpflege ist eng an religiöse Kriterien geknüpft (z. B. spirituelle Reinheit) und Intimhygiene, die von Personen außerhalb der eigenen Intimzone⁷⁰ vorgenommen wird, ist oft mit Schamgefühl besetzt.
- Die Grundpflege wird meist ungern dem Pflegepersonal überlassen.
- Die eigene Wohnung ist gleichzeitig wie ein geweihter Raum: Straßenschmutz, schmutzige Wäsche oder das Abspülen von Geschirr, das nicht den eigenen „kulturellen“ Erfahrungen und Lebensgewohnheiten entspricht, gelten als unrein. Der möglicherweise unwissentlich unsensible Umgang des Pflegepersonals mit den unausgesprochenen jedoch als selbstverständlich vorausgesetzten Erwartungen der Patient*innen und Angehörigen kann zu beidseitigen Missverständnissen und Verärgerungen führen.



Handlungsmöglichkeiten

In dem o. g. Beispiel überschreitet die Pflegemitarbeiter*in unwissentlich, jedoch offensichtlich die Schamgrenzen des Pflegebedürftigen. Insbesondere wenn die gegenseitigen Vorstellungen von Reinheit und Hygiene nicht übereinstimmen kann das bei ausgeprägter Religiosität auch die Überschreitung spiritueller Grenzen bedeuten.

Ein konstruktiver Umgang damit wäre, den Pflegebedürftigen direkt zu fragen, auf welche Art und Weise er gepflegt werden möchte. So entsteht die Möglichkeit, miteinander ins Gespräch zu kommen und Alternativen zu besprechen, inwiefern die Wünsche umgesetzt werden können oder weshalb es nicht möglich ist.

INFOBOX

Es gibt nicht die richtige Körperpflege. Das Richtige ist das, was jeder Mensch für sich individuell als passend empfindet.

Fallbeispiel 3

Medikamenteneinnahme

In einer spanischen Familie nimmt der chronisch kranke ältere Vater regelmäßig am Abend beruhigende Medikamente ein. Seine Ehefrau achtet auf eine pünktliche Einnahme der Medikamente, die sie nach Angaben der Ärzt*in – morgens, mittags und abends nach den Mahlzeiten verabreicht. Da auch nach längerer Einnahme die nächtliche beruhigende Wirkung des Medikaments ausbleibt und er erst in den Morgenstunden in den Schlaf kommt, konsultiert die Familie mit diesem Anliegen die Ärzt*in. Auf die Nachfrage, ob der Mann das Medikament pünktlich nach dem Frühstück, Mittagessen und Abendessen einnimmt, wird dies von ihm bestätigt. Daraufhin ordnet die Ärzt*in an, die Medikamente weiterhin wie bisher einzunehmen. Der Mann setzt die Medikation nach einer Weile eigenständig ab, da er der Auffassung ist, dass sie nicht wirkt.

Situation aus Sicht des Pflegepersonals

- Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis
- Ratlosigkeit in Bezug auf die Ursachen bei gleichzeitiger Vermutung der mangelnden Compliance (Therapietreue)

*Situation aus Patient*in-Sicht und/oder aus der Sicht der Angehörigen*

- Ebenfalls Unzufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf
- Kompetenz des ärztlich-pflegerischen Fachpersonals wird in Frage gestellt (Ärztelocking).

Handlungsmöglichkeiten

Ärztliches/Pflegerisches Personal sollte dafür sensibilisiert werden, dass Lebenswelten und damit auch Gewohnheiten der Nahrungsaufnahme sich stark unterscheiden können. Die Essenszeiten der Familie entsprechen nicht den Annahmen der Ärzt*in darüber, wann die Mahlzeiten eingenommen werden. Das bedeutet, dass die Ärzt*in, wenn sie die Einnahme nach dem Frühstück meint, möglicherweise an etwa 7:00 Uhr denkt, unter „mittags“ sie vielleicht etwa 12:30 Uhr versteht und die Einnahme der Abendmahlzeit in ihrer Lebenswelt gegen 18:00 Uhr erfolgt.

Die Gewohnheiten der spanischen Familie weichen davon ab: Gefrühstückt wird hier um 10:00 Uhr, zu Mittag wird um 16:00 Uhr gegessen und die Abendmahlzeit wird am Abend etwa gegen 21:00 Uhr eingenommen, wodurch sich die Zeiten der Einnahme der Medikation und des Wirkzeitraumes verschieben. Beide Seiten – die Familie und die Ärzt*in – orientiert die Medikamenteneinnahme nach „morgens“, „mittags“ und „abends“ jeweils nach den Mahlzeiten. In keiner Weise kommt es zur Sprache, um welche genauen Zeiträume es sich handelt, weil beide Seiten annehmen, das gleiche darunter zu verstehen.

An dieser Stelle könnte die Ärzt*in den Patienten bzw. die Angehörigen bitten, ein Medikationstagebuch zu führen. Auf dieser Grundlage kann dann ein gemeinsames Gespräch stattfinden, in dem Missverständnisse aufgeklärt und künftig vermieden werden können.

INFOBOX

Missverständnisse bei Medikationen könnten dadurch vermieden werden, in dem die Lebensgewohnheiten abgefragt und mit denen der gewohnten Standards verglichen werden. Nur so kann das passende Medikament seine Wirkung erzielen (z. B. „Spritze statt Zäpfchen“).

Fallbeispiel 4

Umgang mit pflegenden Angehörigen

Regelmäßig besuchen in einem stationären Pflegeheim die Familienangehörigen einer bosnisch-muslimischen Familie ihren hochaltrigen Vater und versuchen so viel Zeit wie möglich mit ihm gemeinsam zu verbringen. Der gleichzeitige Besuch einer Vielzahl von Verwandten verursacht einen höheren Lärmpegel als es sonst auf der Station üblich ist. Das Pflegepersonal fühlt sich gestört und teilt dies den Angehörigen mehrfach mit, was die Familienangehörigen als eine Kränkung empfinden. Die Beziehung zwischen den Angehörigen und dem Pflegepersonal wird zunehmend schlechter. Dies wiederum wirkt sich auch auf das Wohlbefinden des Patienten aus.

Situation aus der Sicht des Pflegepersonals sowie der Patient*innen und deren Angehörigen

- Das Gefühl, etwas falsch zu machen
- Die Annahme, dass die ablehnende Haltung auf den eigenen Migrationshintergrund zurückzuführen ist
- Das Gefühl der Angehörigen, im Pflegeheim unerwünscht zu sein

Handlungsmöglichkeiten

Aus den Reihen des Pflegepersonals könnte der Versuch unternommen werden, eine vermittelnde Person in die Kommunikation mit der Familie einzubeziehen. Diese Person könnte mit der Familie aushandeln, wie das Zusammensein der Familie in dem Pflegeheim gestaltet werden könnte. Beispielsweise wäre es eine Möglichkeit, einen der Aufenthaltsräume für das gemeinsame Essen zu nutzen (partizipative Besuchsplanung). Für die Argumentation des Pflegepersonals könnte es auch hilfreich sein, die Ruhebedürfnisse des Bettnachbarn in den Mittelpunkt des Gespräches zu rücken.

Fallbeispiel 5

Demenz und Kriegstraumatisierung

Eine hochaltrige deutsche Dame wird in ihrer Wohnung von professionellen, ambulanten Pflegepersonen gepflegt. Bei einigen Pflegepersonen, die einen bestimmten Dialekt sprechen, reagiert die Pflegebedürftige aggressiv und verweigert die Pflege. Nach mehrfachen Vorkommnissen ist die Pflegefachperson ratlos und verlässt schließlich die Wohnung der Dame unverrichteter Dinge.

Situation aus Sicht des Pflegepersonals

- Ratlosigkeit und Verunsicherung bei der pflegenden Fachkraft, woran es liegen könnte, dass die pflegebedürftige Person solche extremen Reaktionen zeigt.
- Überforderung der Fachkraft, weil sie sich der fachlich-pflegerischen Anforderung des Pflegefalls nicht mehr gewachsen fühlt.

*Situation aus Patient*in-Sicht und/oder aus der Sicht der Angehörigen*

- Die Patientin zeigt Reaktionen der Bedrohung und fühlt sich an ihre traumatischen Gewalterfahrungen erinnert.
- Die Angehörigen sind ratlos und können sich das gezeigte Verhaltensmuster der Pflegebedürftigen nicht erklären.

Handlungsmöglichkeiten

Wenn keine aktuellen Gründe für die Auslösung von Angstzuständen vorliegen, können Reaktionen von hochbetagten und demenziell erkrankten Patient*innen einen vergangenheitsbezogenen traumatischen Hintergrund haben. Auch hier ist es ratsam, die Angehörigen in die Problemlösung einzubeziehen und sie im erweiterten Angehörigenkreis nach möglichen Ursachen der Angstreaktionen recherchieren zu lassen.



INFOBOX

Der Pflegedienst versucht durch Gespräche mit den Angehörigen mehr über die Biografie der demenziell erkrankten pflegebedürftigen Person zu erfahren. Dabei muss beachtet werden, dass möglicherweise auch Familienangehörige über die Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg nicht Bescheid wissen, da eine Reflexion und Aufarbeitung der Taten oft nicht stattgefunden hat.

In diesem Fall hat die hochaltrige Pflegebedürftige den Zweiten Weltkrieg in Deutschland als eine junge Frau miterlebt und während der Befreiung Deutschlands körperliche und sexuelle Gewalt durch Soldaten erfahren. Diese Erinnerungen konnte sie nie aufarbeiten. Durch ihre Demenzerkrankung erinnert sie sich oft an das damals Erlebte und erleidet Angstzustände. Vor allem, wenn sie durch eine bestimmte Pflegerin gepflegt wird und dabei besonders aggressiv und ängstlich wirkt. Der Grund hierfür ist, dass die Pflegekraft den gleichen Dialekt wie damals ihre Peiniger spricht und sie dadurch an das Erlebte erinnert wird. Da sie die damalige Situation von der aktuellen Situation nicht unterscheiden kann, führt die gehörte Sprache/der Dialekt zu einer Retraumatisierung. Mit dieser Information versucht der Pflegedienst keine Pflegepersonen mehr mit dem entsprechenden Dialekt in der Pflege einzusetzen und beobachtet, ob sich an der Situation etwas verändert.

Fallbeispiel 6

Sterbebegleitung

Auf einer Palliativstation liegt Herr A, ein älterer türkischer Mann, im Sterben. Außer seinem Nachbarn hat er keine Angehörigen, die in dieser Situation benachrichtigt werden könnten. Er kann sich selber nicht mehr verbal äußern, ist sehr ängstlich und aufgeregt und scheint etwas einzufordern, von dem die Pflegepersonen nicht wissen, was es ist. Die Stationsleitung schaltet über eine türkische Krankenschwester den Geistlichen (Imam) aus der benachbarten Moscheegemeinde ein, der regelmäßig Kranke und Pflegebedürftige aus seiner Community besucht, ihnen zuhört und dabei Verse (Suren) aus dem Koran liest. Als der Geistliche auf der Palliativstation erscheint, wirkt Herr A sehr gereizt und verweigert jeglichen Kontakt mit ihm. Sein Zustand verschlechtert sich in der Folge massiv.

Situation aus Sicht des Pflegepersonals

- Große Verunsicherung über unbekannte Sterberituale, gewohnte christliche Konzepte (z. B. Seelsorge) sind nicht ohne weiteres übertragbar.
- Muttersprachliche Unterstützung für die letzte Lebensphase ist in stationären Einrichtungen häufig nicht vorhanden, eine Verständigung daher erschwert.

*Situation aus Patient*innen-Sicht und/oder aus der Sicht der Angehörigen*

- Wünsche und Bedürfnisse können durch den Sterbenden nicht (mehr) geäußert werden.
- Überforderung des Angehörigen (hier der fürsorgliche Nachbar), in der Krisensituation eine adäquate Versorgung innerhalb der Pflegeinstitution anzufordern bzw. selbst zu organisieren.

INFOBOX

*Nachzufragen und das Gespräch zu suchen sind wichtige Aspekte, die Patient*innen anderer Religionszugehörigkeit vor Kulturalisierung und Verallgemeinerung schützen. Oftmals gut gemeinte Entscheidungen von Pflegefachpersonen können sehr paternalistisch sein und den Betroffenen entmündigen.*

Handlungsmöglichkeiten

Die gut gemeinte Hinzuziehung eines muslimisch-sunnitischen Geistlichen in die Versorgung am Lebensende erwies sich in diesem Fallbeispiel als kontraproduktiv. Die religiösen Bedürfnisse von Herrn A wurden weder während der Pflegeanamnese noch während der Palliativversorgung abgefragt. Auch wurde der Nachbar, der in diesem Fall als Angehöriger fungierte, nicht in die seelsorgerischen Planungen der Station miteinbezogen. Bei Herrn A handelte es sich um einen kurdischen Aleviten. Diese Information fehlte den Pflegepersonen für ein sicheres und auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnittenes Handeln.

Seit einigen Jahren zeichnet sich innerhalb der islamischen Community in Deutschland ein zunehmender Bedarf nach religiösem Beistand durch qualifizierte Geistliche und erfahrene Laien bei der Krankheitsbewältigung, der rituellen Totenwaschung, der Trauerverarbeitung sowie der Unterstützung bei der Vermittlung von weiterführenden Hilfen ab. Die örtlichen Moscheegemeinden und Cem-Häuser können in solchen Situationen als mögliche Anlaufstellen auch in seelsorgerisch relevanten Situationen angesprochen werden.

6

Fazit und Handlungsempfehlungen

»» Vieles im Umgang mit Pflegebedürftigkeit ist bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ähnlich. Die Ähnlichkeiten jedoch können in jeder einzelnen Lebenswelt sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Wir brauchen lebensweltorientierte und diversitätssensible Unterstützungsangebote, die sich an den jeweiligen (Familien-) Kulturen der Betroffenen orientieren.

»» Die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund sind nicht ausschließlich in der Religion oder in der zugeschriebenen kulturellen Zugehörigkeit begründet. Sie können sich aus vielen anderen und zusätzlichen Diversitätsmerkmalen speisen. Um diese Vielfalt in einer Person wahrnehmen und erkennen zu können, muss die Pflege personenzentriert ausgerichtet sein. Dadurch kann die Zuteilung und die Zuschreibung zu bestimmten Bevölkerungsgruppen mit vermeintlich einheitlichen Bedürfnissen vermieden werden. Diese Vereinheitlichung und Reduktion der Persönlichkeit auf ein Identitätsmerkmal trifft selten die individuellen Bedürfnisse der Menschen.

»» Eine diversitätssensible Pflege wird nicht nur den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund gerecht, sondern nimmt auch andere pflegebedürftige Personen mit sehr unterschiedlichen Lebensgewohnheiten und Bedarfen in den Fokus, die nicht immer sichtbar sind und deren Anliegen auf der politischen Agenda stehen.

Ungleichheiten verringern – ein Plädoyer für eine machtkritische Haltung

Diversitätssensibilität ist als eine Antidiskriminierungsstrategie zu verstehen, die Hierarchien, gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse und gruppenbezogene Ausgrenzung problematisiert. Soziale Diskriminierung wird ziemlich schnell erkennbar, wenn wir uns

folgende Fragen stellen: Wer hat die besten Chancen weiter voranzukommen? Welche sozialen Gruppen haben Zugang zu welchen gesellschaftlichen Positionen? Wessen Stimme ist hörbar und wessen Stimme verstummt?

Die Hervorhebung von Vielfalt möchte hier einen Impuls setzen, die eigene Wahrnehmung und den Umgang mit Verschiedenheit selbstkritisch zu überprüfen und einen Anspruch auf strukturelle Veränderung zu erheben. Dabei geht es insbesondere um sichtbare und unsichtbare gesellschaftliche Machtverhältnisse, die sich im persönlichen Leben, wie auch auf der strukturellen und politischen Ebene widerspiegeln.

Für die Pflege ist die Reflexion von Machtstrukturen zwischen den Pflegebedürftigen, den Patient*innen und den Pflegefachpersonen von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus spielen interprofessionelle Hierarchien ebenfalls eine Rolle, die für das pflegerische Handeln, der Zufriedenheit mit dem Pflegeergebnis sowie für die Etablierung von Handlungsspielräumen maßgeblich sind.

Interprofessionelle Pflorgeteambesprechungen können dazu genutzt werden, die oftmals latent vorhandenen Machtstrukturen zu thematisieren. So könnte der Raum dafür geöffnet werden, Machtasymmetrien in der Interaktion mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen besser zu verstehen und Änderungen vorzunehmen.

Eine bewusste Auseinandersetzung mit Diversitätssensibilität als Haltung und der machtkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle können dazu beitragen, Handlungskompetenzen im Umgang mit Vielfalt auf der persönlichen, professionellen und institutionellen Ebene zu erweitern.

Solche Reflexionsprozesse erfordern die Bereitschaft und die Möglichkeit eines personenzentrierten Zugangs zu pflegebedürftigen Personen. Dies kann durch die Pflege- und Einrichtungsleitungen ermöglicht werden. Diversitätssensible Altenhilfe ist in erster Linie auch Führungsaufgabe und Bedarf der entsprechenden Planung und der Umsetzung auf der Personal- und Organisationsebene.

Weiterführende Informationen & Links

■ **Internetportal „Migration und Gesundheit“**

Das Portal richtet sich an Migrant*innen sowie an haupt- und ehrenamtliche Helfer*innen: Zahlreiche Links zu Broschüren und Informationsmaterialien in mehreren Sprachfassungen, die über das Gesundheitswesen in Deutschland, die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung sowie das Thema Sucht und Drogen informieren.
www.migration-gesundheit.bund.de

■ **DeMigranz**

Das Vernetzungsprojekt der Robert Bosch Stiftung und des Demenz Support Stuttgart erzielt die bundesweite Verbesserung der Versorgung von Demenz betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund.
www.demenz-support.de/projekte/demigranz/#tab2

■ **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Gesundheitsinformationen in verschiedenen Sprachen
www.bzga.de

■ **Ethnomedizinisches Zentrum Hannover e.V.**

Mehrsprachige Gesundheitsinformationen und Wegweiser
www.ethno-medizinisches-zentrum.de

- **CarEMi (Care for Elderly Migrants)**

www.caremi.de

- **Interkulturelle Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege im Robert-Bosch Krankenhaus**

www.rbk.de/bildung/berufsausbildung_studium/interkulturelle-ausbildung.html

- **Handybook Germany**

Die wichtigsten Informationen und Adressen zum deutschen Gesundheitssystem in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Englisch und Dari.

www.handbookgermany.de

- **Refugee Toolbox – die Open-Access-Bibliothek für eine praxisnahe Gesundheitsarbeit**

Die frei zugängliche REFUGEE TOOLBOX unterstützt die praxisnahe Gesundheitsarbeit mit Asylsuchenden und Geflüchteten wirkungsvoll.

www.refugeetoolbox.org

Fußnoten

- 1 Beer, B.; Hammer, G.; Kuhr, G. (2008): Integration von Diversity in die Altenpflege. Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen, S. 9. Online verfügbar unter: http://www.iaw.uni-bremen.de/pflege/proAktiv_download/Leitfaden_Diversity.pdf [17.7.2019].
- 2 vgl. Beer et al. 2008, S. 9.
- 3 vgl. Gardenswartz, L.; Rowe, A. (2003): Diverse Teams at Work. Capitalizing on the Power of Diversity. Alexandria: Society of Human Resource Management, S. 30.
- 4 vgl. Gardenswartz, Rowe 2003, S. 31.
- 5 vgl. Obermann, E. (2012): Gesundheitliche Situation und soziale Netzwerke älterer MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier, S. 34. https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier_altern_in_der_migrationsgesellschaft.pdf [23.07.2019].
- 6 Nowossadeck, S.; Klaus, D.; Romeu Gordo, L.; Vogel, C. (2017): Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten 02/2017. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 5. Online verfügbar unter: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_2_2017.pdf [18.07.2019].
- 7 Hahn, K. (2013): Soziale Altenarbeit mit Migrantinnen und Migranten – Herausforderungen und Perspektiven für die Altenhilfe. Sozialer Fortschritt: Vol. 62, Herausforderungen der sozialen Altenarbeit, S. 105–109 (S. 105).
- 8 vgl. Nowossadeck et al. 2017, S. 3. Anmerkung: Bei den Zahlenangaben zu den Migrant*innen der ersten und zweiten Generation handelt es sich nur um Personen, die nicht Aussiedler/Spätaussiedler und nicht im Rahmen der Anwerbeabkommen gekommen sind.
- 9 Bertelsmann Stiftung 2016: Factsheet Religionsmonitor Einwanderungsland Deutschland. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/51_Religionsmonitor/BST_Factsheet_Einwanderungsland_Deutschland.pdf.
- 10 Autochthon bedeutet „eingeboren, einheimisch, indigen“ <https://www.duden.de/node/17135/revision/17164>.
- 11 Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden (d.h. zwischen 40 und 85 Jahren sind). Erhebungen zum Deutschen Alterssurvey erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache, was zu einer Stichprobe führen könnte, die nicht repräsentativ für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist.

- 12 vgl. Nowossadeck et al. 2017, S. 3.
- 13 vgl. Schröer, W.; Schweppe, C. (2010a): Alter und Migration. Herausforderungen für Gesellschafts-Sozial- und Migrationspolitik. In Sozial Extra, 7/8'10.
- 14 vgl. Hoffmann, E.; Romeu Gorde, L. (2016): Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.): Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 64 – 73. (S. 71). Online unter: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Datenreport2016_Kap2.3.pdf [19.07.2019].
- 15 vgl. Nowossadeck et al. 2017, S. 4.
- 16 vgl. Hoffmann, Romeu Gorde 2016, S. 70.
- 17 vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 178. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile [24.07.2019].
- 18 vgl. Volkert, M.; Risch, R. (2017): Altenpflege für Muslime – Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegearrangements. Im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Working Paper 75 des Forschungszentrums des Bundesamtes, Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, S. 8. Online unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp75-altenpflege-muslime.pdf?__blob=publicationFile&v=10 [24.07.2019].
- 19 vgl. Schimany, P.; Rühl, S.; Kohls, M. (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten: Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, S. 107. Online unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile&v=15 [25.07.2019].
- 20 vgl. Tezcan-Güntekin, H.; Breckenkamp, J.; Razum, O. (2015): Pflege- und Pflegetherwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR): Berlin, S. 9. Online unter: <https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/72490/392732/4b9f196e32ba930064ba84c94f11e80f/gesundheits-svr-studie-data.pdf?download=1> [25.07.2019].
- 21 vgl. Hoffmann, Romeu Gordo 2016, S. 71.

- 22 vgl. Strumpfen, S. (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: Baykara-Krumme, H.; Motel-Klingebiel, A.; Schimany, P. (Hrsg.): Viele Welten des Alterns? Ältere Migrantinnen und Migranten im alternden Deutschland, S. 413. Wiesbaden: Springer VS.
- 23 vgl. Tezcan-Güntekin, H.; Razum O. (2017): Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund, S. 77. In: Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 73–81.
- 24 vgl. Askin, B. (2009): Für Alterspendler sind zeitgemäßere Ansprüche notwendig. Zur Modernisierung des Deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens. In Soziale Sicherheit 58/3, S. 85–89 (S. 87).
- 25 vgl. Askin, B. (2018): Kultursensible Altenhilfe und Pflege in der Migrationsgesellschaft, S. 686. In: Blank, B.; Gögeran, S.; Sauer, K.; Schrambowski, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer VS, S. 681–691.
- 26 vgl. Bilecen, B.; Tezcan-Güntekin, H. (2014): Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants, COMCAD Working Paper, No.127, Bielefeld: COMCAD, S. 16f. vgl. Strumpfen 2012, S. 413.
- 27 vgl. Strumpfen 2012.
- 28 vgl. Schröder, W.; Schweppe, C. (2010b): Alte Menschen mit Migrationshintergrund, S. 372. In: Aner, K.; Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Springer VS.
- 29 vgl. Strumpfen 2012, S. 431.
- 30 vgl. Strumpfen 2012, S. 430.
- 31 vgl. Lautmann, R. (2016): Die soziokulturelle Lebensqualität von Schwulen und Lesben im Alter, S. 39ff. In: Lottmann, R.; Lautmann, R.; Castro Varela, M. (Hrsg.): Homosexualität_en und Alter(n). Wiesbaden: VS Verlag; vgl. Schröder, U.B.; Scheffler, D. (2016): „Bei uns gibt es dieses Problem nicht“ – Die gesellschaftliche Wahrnehmung von lesbischen, schwulen, bi* und trans* Senior_innen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Anders Altern: sexuelle Vielfalt. Informationsdienst Altersfragen, Heft 01, 2016, 43. Jg., S. 3.
- 32 vgl. Schröder, Scheffler 2016, S. 9; Lottmann, R.; Castro Varela, M.d.M. (2016): LSBT*I (k)ein Thema für die Altersforschung – Ausgewählte Befunde eines Forschungsprojektes. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Anders Altern: sexuelle Vielfalt. Informationsdienst Altersfragen, Heft 01, 2016, 43. Jg., 12–20.

- 33 vgl. Linschoten, M.; Lottmann, R.; Lauscher, F. (2016): „The Pink Passkey®“ – ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBT*I Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen, S. 227. In: Lottmann, R.; Lautmann, R.; Castro Varela, M. (Hrsg.): Homosexualitäten und Alter(n). Wiesbaden: VS Verlag.
- 34 vgl. Linschoten et al. 2016, S. 238.
- 35 vgl. Pulver, M. (2015) Anders Altern. Zur aktuellen Lebenslage von Schwulen und Lesben im Alter, S. 313f. In: F. Schmidt, A.C. Schondelmayer, U.B. Schröder (Hrsg.). Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine. Wiesbaden: Springer VS.
- 36 vgl. Lottmann, Castro Varela 2016, S. 17f.
- 37 vgl. Lottmann, Castro Varela 2016, S. 17f.
- 38 vgl. Lottmann, Castro Varela 2016.
- 39 Der ICD-10-Code ist ein internationaler Diagnoseschlüssel und dient zur Klassifikation von Krankheiten.
- 40 vgl. Gehweiler, P. (2016): Die Initiative Regenbogenpflege. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Anders Altern: sexuelle Vielfalt. Informationsdienst Altersfragen, Heft 01, 2016, 43 Jg., 22–25; Lautmann 2016.
- 41 vgl. Lautmann 2016.
- 42 Vgl. Schröder U., Scheffler D. (2015): „Bei uns gibt es dieses Problem nicht“ – Leitlinien als Impuls für Veränderungen im gesellschaftlichen Umfeld. In: Schmidt F., Schondelmayer A.C., Schröder U. (Hrsg.) Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Wiesbaden: Springer VS.
- 43 Glaesmer, H. (2014): Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. Bedeutung für die psychische und körperliche Gesundheit auf Bevölkerungsebene. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47: 194–201.
- 44 vgl. Weidner, F.; Emme von der Ahe, H.; Lesner, A.; Baer, U. (Hrsg.) (2016): Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben. Abschlussbericht zum Projekt „Alte Menschen und Traumata – Verständnis, Erprobung und Multiplikation von Interventionen und Fortbildungsmaßnahmen. Mabuse-Verlag, Frankfurt.

- 45 vgl. Wilhelm, I.; Zank, S. (2013): Zweiter Weltkrieg und pflegerische Versorgung heute. Einfluss von Kriegstraumatisierungen auf professionelle Pflegesituationen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47, 5: 410–414 (S. 413).
- 46 Nolte, A. (2008): Die langen Schatten des Krieges. Re-Traumatisierungen in der Pflege alter Menschen. In: Heilberufe 11, 2008, S. 49.
- 47 vgl. Weidner et al. 2016, S. 44.
- 48 vgl. Nolte, 2008, S. 51.
- 49 vgl. Baer, U.; Lesner, A.; Emme von der Ahe, H.; Weidner, F. (2016): Alter und Trauma. Unerhörtem Raum geben. Dr. med. Frankfurt/Main: Mabuse, S. 37ff.
- 50 vgl. Weidner et al. 2016.
- 51 vgl. Böhmer, M. (2012): Mit traumatisierten alten Menschen umgehen. In: Geriatriische und gerontologische Pflege 01 (01): 37–42.
- 52 vgl. Herrmann, E.; Kätker, S. (2009): Aspekte der Einführung von Diversity Management als Querschnittsaufgabe in Gesundheitseinrichtungen, S. 47. In: Gransee, C. et al. (Hrsg.): Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Berlin: LIT.
- 53 vgl. Beer et al. 2008, S. 12.
- 54 vgl. Tezcan-Güntekin, Razum 2017, S. 79.
- 55 vgl. Tezcan-Güntekin, H., Strumpfen, S. (2017): Altenpflege in der Migrationsgesellschaft. In: Bechtel et al. (Hrsg.) Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe, 2. Aufl. Berlin: Springer-Verlag.
- 56 vgl. Schaeffer, D.; Berens, E.M.; Vogt, D. (2017): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. In: Gesundheitswesen 4/2017.
- 57 vgl. Askin 2018, S. 682.
- 58 vgl. Askin 2018, S. 687.
- 59 vgl. Reinprecht, C. (2011): Verwundbarkeit des Alterns in der Migration. Lebensrealitäten der türkeistämmigen älteren Bevölkerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 61. Jg., 43, S. 39.
- 60 In einem Modellprojekt der Universität Bielefeld und der AWO UB Gelsenkirchen bei türkeistämmigen demenzerkrankten Menschen erprobt.
<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/foerges.html>.

- 61 vgl. Lottmann, R.; Kollack, I. (2018): Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige -Ergebnisse des Forschungsprojektes GLESA. In: International Journal of Health Professionals 5,1, S. 53-63 (S. 57).
- 62 vgl. Lottmann, R.; Kollack, I. (2018): Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige – Ergebnisse des Forschungsprojektes GLESA. In: International Journal of Health Professionals 5,1, S. 53-63 (S. 57).
- 63 vgl. Pulver 2018, S. 57.
- 64 vgl. Pulver 2018, S. 58.
- 65 vgl. Schwulenberatung Berlin (2018): Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt. Inklusion sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, S. 11. Online unter:
https://schwulenberatungberlin.de/wp_uploads/Broschuere_Pflege_und_LSBTI.pdf.
- 66 vgl. Pulver 2018, S. 57.
- 67 vgl. Schwulenberatung Berlin 2018, S. 11.
- 68 vgl. Pulver 2018, S. 57.
- 69 SIGNAL e.V. (2013): Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. S. 3. Online:
<https://www.bmfsfj.de/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf>. [24.02.2020].
- 70 Die Definition der Intimzone gestaltet sich für jede Person sehr individuell und kann nicht allgemein beschrieben werden. Im hier genannten Fall jedoch kann erfahrungsgemäß davon ausgegangen werden, dass der Zugang in die Intimsphäre, je nach Beziehungsqualität, in erster Linie Ehepartner*innen zugestanden wird. Abhängig von der Familienkultur, den realen Möglichkeiten vor Ort sowie den beidseitigen Schamgrenzen der gepflegten und der pflegenden Personen, können auch eigene Kinder und/oder Enkelkinder, Geschwister sowie Neffen und Nichten, in der Regel aus derselben Geschlechtszugehörigkeit der gepflegten Person, zur Intimreinigung herangezogen werden.

ISBN 978-3-947358-06-9



DEUTSCHER **PARITÄTISCHER** WOHLFAHRTSVERBAND
LANDESVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG e.V.

Hauptstraße 28
70563 Stuttgart
Telefon 07 11 | 21 55-0
Telefax 07 11 | 21 55-250
info@paritaet-bw.de
www.paritaet-bw.de