



CarEMi

Care for Elderly Migrants

Yaşlı göçmenler için bakım

**Eine Handreichung zur medizinischen
und pflegerischen Versorgung von
älteren Migrant_innen**

Ältere türkische/ türkischstämmige
Migrant_innen der ersten Gastarbeiter-
generation im Gesundheitswesen

Unser Dank gilt all unseren Interviewpartner_innen, unserem Projektbeirat, unserem Kooperationspartner, dem Leiter des Geriatriischen Zentrums Prof. Dr. Gerhard Eschweiler, unserem früheren Vorgesetzten, dem Leiter des LB Allgemeinmedizin Dr. med. Manfred Eissler, unserem jetzigen Vorgesetzten dem Institutsdirektor der Soziologie Prof. Dr. Martin Groß, dem Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät Prof. Dr. Josef Schmid sowie unserem Geldgeber, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Danke für die Unterstützung und das Vertrauen - das CarEMi-Team

Ahmet Anılmiş, Marie-Christin Baur, Scheherezade Böhringer, Tuğba Çelik, Heike Dessecker-Maier, Funda Eryurt, Hanna Hiltner (stellv. Projektleiterin), Dorothee Müller, Eylem Öğ, Valérie Sarholz, Adelheid Schmidt, Hatun-Dilek Tiraki, Irina Winkler, Ebru Kocatürk, Dr. Andrea Kronenthaler (Projektleiterin), A. Yüusra Yılmaz

Bei Fragen, auch zu interkulturellen Trainings und Vorträgen, erreichen Sie uns bis Ende 2016 unter:
andrea.kronenthaler@uni-tuebingen.de, später dann unter: kontakt@magnuna.de

www.caremi.de

Graphik/ Layout: Robin Bileckyj, erreichbar unter: robin_b@gmx.de

Karikaturen: Maciej Staszkiwicz, erreichbar unter: mr-emark@gmx.de

Homepage: Ben Baumann, Redaktionsbüro Webtext, erreichbar unter: info@redaktionsbuero-webtext.de

„Unsere Wachsamkeit, wenn es um Diskriminierung und Rassismus geht darf nie nachlassen. Wir müssen mit gutem Beispiel vorangehen und auf die Worte achten, die wir benutzen, denn Worte können gefährlich sein. Es gibt Verhaltensweisen und Worte, die verletzen und demütigen, die Misstrauen und Hass säen. Und es gibt Worte, deren Sinn entstellt wird und die dazu missbraucht werden, Menschen zu beherrschen und zu diskriminieren. Glücklicherweise gibt es auch Worte und Taten, die einfach schön sind. Wir müssen festgefahrene Ideen, Klischees, Vorurteile, Sprichwörter und Weisheiten, die zu falschen Verallgemeinerungen führen und damit dem Rassismus einen Nährboden bieten vermeiden. Dafür brauchen wir einen festen Willen, Hartnäckigkeit und Phantasie.“

nach Tahar Ben Jelloun (1)

Wir wünschen Ihnen und uns jederzeit viel Phantasie.
Viel Spaß beim Lesen.

Das CarEMi-Team

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitende Hinweise	06
1. Interkulturelle Handlungskompetenz und kultursensible Pflege	08
2. Kultursensible Pflege für ältere türkische/ türkischstämmige Migrant_innen	10
3. Fallbeispiele aus der Praxis	12
Fallbeispiel 1 Ärzt_in: Krankheitsverständnis/ Verständigungsbarrieren	14
Fallbeispiel 2 Ärzt_in: Compliance	17
Fallbeispiel 3 Ärzt_in: Forderndes Verhalten	21
Fallbeispiel 4 Ärzt_in: Geschlechterfrage	24
Fallbeispiel 5 Ärzt_in: Kulturelle und religiöse Verhaltensregeln	27
Fallbeispiel 6 Ärzt_in: Akzeptanz und Einbindung externer Hilfen	30
Fallbeispiel 7 Ärzt_in: Häusliche Pflege mit ambulantem Pflegedienst	35

Fallbeispiel 8 Ärzt_in und Medizinische_r Fachangestellte_r (MFA): Sprachliche Umgangsformen in der Arzt-Patienten-Kommunikation	38
Fallbeispiel 9 Ärzt_in und Medizinische_r Fachangestellte_r (MFA): Medizinische Fachangestellte als Dolmetscher_innen	41
Fallbeispiel 10 Pflege: Familienangehörige in der pflegerischen Versorgung.....	44
Fallbeispiel 11 Pflege: Überforderung der Familien	48
Fallbeispiel 12 Pflege: Körperpflege und Reinheitsvorstellungen	50
Fallbeispiel 13 Pflege: Sterbebegleitung	53
4. FAQ – wo es sich lohnt nachzufragen	56
5. Kontaktadressen	64
6. Literaturverzeichnis	66

EINLEITENDE HINWEISE

Für wen ist diese Handreichung gedacht?

Die Handreichung richtet sich an Ärzt_innen, aber auch an Pflegekräfte, die längerfristig in die medizinische/ pflegerische Begleitung von älteren türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen eingebunden sind. Generell soll sie jedoch allen Personen nützlich sein, die mit dieser Patientengruppe zu tun haben, wie beispielsweise Medizinische Fachangestellte, Ehrenamtliche, also für alle, die in der Versorgung von Migrant_innen, aber auch Geflüchteten tätig sind und/ oder sich für das Thema interessieren.

Wie nutze ich diese Handreichung?

Es ist uns wichtig, dass die Handreichung keine „Anleitung“ darstellt. Dies ist weder umsetzbar noch das Ziel, da für soziale Interaktionen, die durch individuelle Personen und die spezifische Situation ihres Aufeinandertreffens geprägt sind, universale Lösungsvorschläge nicht möglich sind. Vielmehr wollen wir sensibilisieren und Selbstvertrauen im Umgang mit unterschiedlichen Patientengruppen erreichen. Nur so kann eine Individualisierte Medizin/ Pflege umgesetzt werden (Die Begriffe sind angelehnt u.a. an das „Modell des Lebens“ von Roper et al., welches vorsieht den Mensch individuell und ganzheitlich, zunehmend an Ressourcen und Bedürfnissen, zu betrachten) (2).

Was soll mit dieser Handreichung erreicht werden?

Die Handreichung soll vor allem als Erleichterung im Praxis- und Klinikalltag bei der Versorgung von älteren türkischen/ türkischstämmigen Personen dienen, indem anhand von Fallbeispielen typische Situationen vorgestellt werden, bei denen die Versorgungssituationen nicht zufriedenstellend verliefen. Besonders Situationen, die fremd wirken für den/ die Behandler_in und wo gewohnte Handlungsabläufe und Verhaltensweise nicht greifen oder unpassend erscheinen, schaffen bei den Beteiligten ein Gefühl von unzureichender bzw. schlechter Versorgung. Wenn dann noch gleichzeitig Zeitdruck und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten hinzukommen, kann man von kritischen Situationen sprechen, die für Unzufriedenheit und mangelnde Compliance prädestiniert sind. Es sind Momente in der Interaktion zwischen zwei Menschen, die von Verunsicherung geprägt sind, weil die andere Person nicht so reagiert, wie von ihr erwartet wird und sie somit eine Irritation auslöst. Laut Bohnsack können aus diesen Situationen Handlungskonzepte und Typisierungen entstehen, die handlungsleitend für nächste ähnliche Situationen werden (3, 4). Sie machen gemeinsames Lernen im Arzt-Patienten-Kontakt nahezu unmöglich und führen zur Bildung und Verfestigung von Stereotypen.

Auch soll die Handreichung eine Lernhilfe für entsprechende zukünftige Situationen sein, um Verunsicherung und Überforderung zu vermeiden bzw. damit besser umgehen zu können. Die dargestellten Handlungsmöglichkeiten im Anschluss an die Fallbeispiele aus der Praxis, sollen Ideen geben, wie entsprechende Situationen zu einem zufriedenstellenden Verhältnis zwischen Ärzt_in und Patient_in und einem guten Ergebnis der Behandlung führen könnten.

Wie ist die Handreichung aufgebaut?

Neben einer kleineren theoretischen Einführungen zu unserem Verständnis von interkultureller Handlungskompetenz und kultursensibler Pflege werden verschiedene Fallbeispiele vorgestellt, die das subjektive innere Erleben von Behandler_innen in herausfordernden Behandlungssituationen nachvollziehbar machen. Anhand der Handlungsmöglichkeiten werden mögliche Verhaltensweisen dargestellt, die auch aus Interviewaussagen abgeleitet sind. Diese wurden z.T. durch persönliche Erfahrungsberichte von Projektextpert_innen und Literatur ergänzt. Die Interviews fanden im Rahmen eines BMBF-Forschungsprojektes zu Pflegevorstellungen von älteren türkischen/ türkischstämmigen Migrant_innen (www.caremi.de) statt.

Bei den Fallbeispielen geht es darum, ein breiteres Handlungsspektrum im Umgang mit Vielfalt und Komplexität aufzuzeigen. Durch „reflexive Fallbesprechungen“ aus verschiedenen Perspektiven sollen Lernprozesse angeregt werden, die letztlich eine ethische Haltung bei der_dem Behandler_in schaffen, die durch Offenheit, Neugier und

Selbstbewusstsein geprägt ist. Der „Angst“ vor Fehlern kann so der Boden entzogen werden.

Im zweiten Teil haben wir Fragen von Mediziner_innen, die in den Interviews und Gesprächen, die wir im Rahmen des Forschungsprojektes führten, wiederholt auftauchten, in einigen FAQ („Frequently asked Questions“ – wo es sich lohnt nachzufragen) gesammelt. Es folgen Informationen über das Pflegesystem, die beispielsweise über verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten und deren Beantragung Auskunft geben. Diese Informationen ergänzen wir durch einige weiterführende hilfreiche Adressen.

1

Interkulturelle Handlungskompetenz und kultursensible Pflege

Interkulturelle/ transkulturelle Handlungskompetenz

An dem Begriff „interkulturell“ wird heute, nach vielen Jahren der Diskussion, vielfach kritisiert, dass ein „containerartiges“, also starres, Kulturverständnis vermittelt wird. Bei unreflektierter Verwendung des Begriffs „Interkulturalität“ ist impliziert, dass sich Kulturen voneinander abgrenzen und Menschen sich in gewisser Weise eindeutig einer Kultur zuordnen lassen. Kritiker_innen zufolge wird das der Vielschichtigkeit von kulturellen Merkmalen, Eigenheiten und Werten, von denen Menschen geprägt sind, nicht gerecht. Transkulturell hingegen bezieht sich auf ein fließendes, ineinander übergehendes Kulturverständnis. Menschen können von unterschiedlichen Kulturen geprägt sein und Kultur ist nur ein Aspekt, der menschliches Handeln beeinflusst (5).

Transkulturell kompetent zu sein heißt, konsequent zu beachten, dass soziokulturell geprägte Werte und Normen stets relativ sind und entsprechend auch eigene Werte und Normen keine Allgemeingültigkeit besitzen (6). Das bedeutet, die eigene Wahrnehmungs- und Werteprägung kennen- und (kritisch) reflektieren zu lernen. Dadurch kann auch die Fähigkeit (weiter-)entwickelt werden, mit Menschen umzugehen, die von unterschiedlichen sozialen, religiösen, ökonomischen, kulturellen etc. Einflüssen

geprägt sind. Haltung ist also wichtiger als Wissen über eine bestimmte Kultur (7). Diese sollte von Offenheit und Furchtlosigkeit vor Fehlern geprägt sein. Idealerweise werden erlebte kritische Situationen im Team besprochen und reflektiert.

Die Anwendung von kritischer Selbstreflexion bedeutet, das eigene Verhalten, die eigenen Werte und Bilder sowie dessen Wirkung auf andere Mitmenschen sich so bewusst zu machen, dass daraus Lernprozesse in Gang gesetzt werden können. Vorgefertigte Denkmuster sollen überwunden werden, indem sie neu gedacht werden und bestehende Meinungen und das eigene Handeln verändert werden. Der Anti-Bias-Ansatz spricht hier von „wieder verlernen“ von sozial erlernten stereotypisierenden, benachteiligenden Wahrnehmungen und Haltungen (8). Das heißt auch, sich kritisch mit eigenen Privilegien und Vorurteilen auseinanderzusetzen. Vorurteile und Diskriminierungen sind gesellschaftlich als Meinungen und Ideologien institutionalisiert. Sie sind erlernt und werden vielfach nicht mehr als individuelle Handlungen wahrgenommen (9). Entsprechend kann z.B. eine Überbetonung von kulturellen und ethnischen Unterschieden soziale Problemstellungen verdecken und auch individuelle Handlungen unmöglich machen.

Daher ist Offenheit, eine fragende Haltung und Wissen notwendig, um unterschiedliche Dimensionen des kulturellen Hintergrundes und der Verortung in unterschiedlichen sozialen Lebenslagen sowie die individuellen Bedürfnissen des_der Patient_in einordnen zu können (9, 10).

Mehr zu Transkultureller Pflege findet man unter:
<http://kom-zen.de/index.php/2011-05-02-12-33-12>

Im Pflegekontext

Bedürfnisse – entsprechend individualisierte Pflegekonzepte – sind nicht standardisierbar, da sie immer an eine individuelle Person und Situation gebunden sind. Eine Gleichbehandlung kann nicht realisiert werden, da Wertneutralität aufgrund der eigenen kulturgebundenen Werte nie möglich ist. Die Werte werden erst durch Reaktion des Gegenübers deutlich. Der_die Pflegende bzw. Behandler_in ist in solchen Kontexten auch mit der eigenen Diversität konfrontiert. In einem transkulturellen Pflegemodell wird nicht das Aufeinandertreffen von Kulturen ins Zentrum der Kompetenzen gestellt, sondern die Interaktion zwischen Pflegenden und Migrant_innen mit jeweils individuellen Lebenswelten und –erfahrungen. Solch eine soziale Interaktion benötigt zum Gelingen Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie (11). Für eine gleichberechtigte medizinische Behandlung und Pflege sind Offenheit, Neugier und eine individuumszentrierte, biographische Orientierung notwendig.

Hintergrundwissen

Bei Verunsicherung, die z.B. durch unterschiedliche Wertesysteme zweier aufeinandertreffender Personen entstehen kann, wünschen sich viele Personen in der medizinischen/pflegerischen Versorgung möglichst konkreten Handlungsanweisungen, um mit der Unsicherheit umgehen zu können. Aufgrund der sozialen, kulturellen, religiösen Heterogenität innerhalb der Gruppe der Deutschen, der Türken, der Muslime etc. gibt es keine derart konkreten, allgemeingültigen Handlungsanweisungen. Ein schematisierendes Kulturen- und Religionswissen kann nur eine Einstiegssicherheit bieten, denn behandelt, gepflegt, begleitet und betreuet werden nicht Kulturen oder Religionen, sondern Menschen. Deren Lebensweisen sind immer individuell gefärbt (7).

„Auswendig gelernte“ Handlungsleitlinien können die Vielfalt und Vielschichtigkeiten der zu behandelnden Personen nicht abbilden. Möglicherweise betonen sie mehr die (vermeintliche) Andersartigkeit der zu behandelnden Zielgruppe, verfestigen Stereotypen und blockieren – in dem wohlgemeinten Versuch, alles richtig zu machen – das Einlassen auf das Gegenüber mit seinen individuellen Bedürfnissen. Dennoch ist soziokulturelles Wissen über verschiedene Kulturen und Migrationserfahrungen einer von verschiedenen hilfreichen Aspekten in der kultursensiblen Pflege und Medizin (11). Bei Unsicherheit sollte nach der Devise ‘Nachfragen ist besser als Wissen’ agiert werden (6).

2.

Kultursensible Pflege für ältere türkische/ türkischstämmige Migrant_innen

Sieht man sich die Gruppe älterer türkischer/ türkischstämmiger Migrant_innen in Deutschland grundsätzlich an, stellt man fest, dass sie durchschnittlich früher und häufiger als Deutsche gleichen Alters, an Alterskrankheiten, Multimorbidität und chronischen Erkrankungen leiden. Durch strenge Auswahlkriterien bei der Gastarbeiteranwerbung kamen sie jedoch ursprünglich als sehr gesunde Menschen, gesünder als Deutsche gleichen Alters nach Deutschland. Ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich also im Laufe der Zeit überproportional, vielfach durch schlechtere Arbeitsbedingungen (12). Ab einer Aufenthaltsdauer von mehr als 30 Jahren ist der Gesundheitszustand schlechter als der von gleichaltrigen Türken_innen in der Türkei und gleichaltrigen Deutschen (13). Türkische/ türkischstämmige ältere Menschen in Deutschland sind häufiger als Deutsche auch von Altersarmut betroffen; viele verzichten auch auf zusätzliche Grundsicherung nach SGB XII aufgrund von Befürchtungen um ihre Aufenthaltsberechtigung. Das Einkommen und die Rente älterer Migrant_innen liegen durchschnittlich unter dem der entsprechenden deutschen Altersgruppe. Dies hängt mit einer niedrigeren Bezahlung in un-/ angelernten Arbeitsverhältnissen, häufigeren Frühverrentungen aufgrund

schlechter, (körperlich) belastender Arbeitsbedingungen und kürzerer Gesamtarbeitszeit zusammen. Die Wohnverhältnisse älterer Migrant_innen sind in der Regel schlechter. Sie sind kleiner, verfügen über eine schlechtere Ausstattung und sind häufiger Mehrpersonenhaushalte. Familiäre und nachbarschaftliche Netzwerke sind oft stark ausgeprägt und tragfähig. Allerdings kann bei einer Pflegebedürftigkeit, v.a. bei einer intensiven, nicht selbstverständlich von Versorgung durch Angehörige ausgegangen werden (12).

Migrant_innen aus der Türkei sind auch als eine sehr heterogene Personengruppen wahrzunehmen: Dazu zählen Menschen, die sich selbst als z.B. türkisch, kurdisch oder armenisch bezeichnen. Sie können unterschiedliche Religionszugehörigkeiten haben (muslimisch, alevitisch, christlich etc.), in großen Städten oder kleinen Dörfern aufgewachsen sein und sehr verschiedene Bildungshintergründe haben. Entsprechend kann ihre sozioökonomische Situation stark differieren. Diese Vielfalt muss berücksichtigt werden, wenn man sich mit der medizinischen Behandlung und Pflege von türkischen/ türkischstämmigen Migrant_innen befasst.

Eine Subsumierung von Individuen unter eine kulturelle Gruppe läuft Gefahr eher Vorurteile zu fördern und die Person nicht in ihrer individuellen Vielfalt wahrzunehmen. Die Qualität der Versorgung wird im Migrationskontext durch den Grad des migrationsspezifischen Wissens der Pflegenden und Behandelnden sowie von ihrer Haltung gegenüber der Zielgruppe bestimmt (14). Von den Interviewpartner_innen des Forschungsprojektes wird vielfach die Haltung als wichtigstes Kriterium des_der Ärzt_in/ der Pflegekraft herausgestellt: Freundlichkeit, Offenheit, Fragen statt Wissen, aber auch fachliche Kompetenz sind hier die Schlüsselqualifikationen.

Muslimische Patient_innen

Viele türkische/ türkischstämmige Migrant_innen sind muslimisch sozialisiert bzw. dem Islam zugehörig. Zum soziokulturellen Fachwissen über den Islam zählt Wissen über Essgewohnheiten (kein Schweinefleisch, Alkohol, keine Gelatine); dass in der Wohnung keine Straßenschuhe getragen werden sollten; besondere Kleidungs- und Hygienevorschriften; Vorschriften bezüglich der Gebete (5 Gebete täglich, Freitagsgebet, zuvor sind rituelle Waschungen zu vollziehen) und Fasten (eine Säule des Islam, um sich wieder auf Gott zu besinnen; Verzicht zu üben; keine Flüssigkeit/ Essen darf von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang in den Körper eindringen); Krankenbesuche (religiöse Pflicht, viele Besucher_innen sind normal, erwartet und erwünscht); Sterben und Tod (Sterbende_r darf nicht alleine gelassen werden, Koranrezitation, Ganzkörperwaschung mit fließendem Wasser). Wir wollen hier kein weiteres Werk über islamisch/ muslimisch korrektes

Verhalten und Handeln vorlegen. Stattdessen verweisen wir auf hilfreiche Zusammenstellungen islamischer Perspektiven auf zentrale Aspekte der Pflege und medizinischen Versorgung, wie sie sich in dem Buch „Ethische und interreligiöse Kompetenzen in der Pflege“ (15) finden lassen. Eher auf psychische und psychologische Themenfelder gehen die Bücher „Umgang mit muslimischen Patienten“ und „Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen“ ein (16, 17).



3.

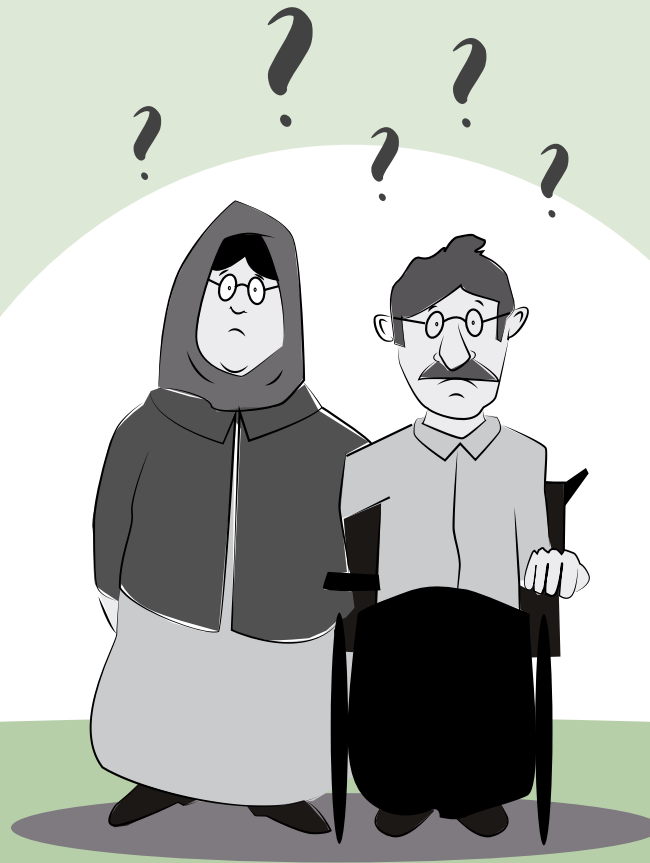
Fallbeispiele aus der Praxis

Aufbau der Fallbeispiele

Die Fallbeispiele sind folgendermaßen aufgebaut: Zunächst wird in einer Geschichte eine Behandlungssituation, subjektiv in Ich-Form aus der Sicht einer_s Behandler_in, dargestellt. Die Geschichten setzen sich zusammen aus Berichten persönlicher Erlebnisse von Projektextpert_innen und Zitate aus den Interviews, die im Rahmen des Forschungsprojektes CarEMi, das sowohl am Institut für Allgemeinmedizin, als auch später am Institut für Soziologie, angesiedelt war, geführt wurden.

Anschließend wird unter „*Kritische Ereignisse*“ jeweils die Perspektive des_der Behandler_in und des_der Patient_in/ Angehörigen aufgezeigt. So sollen mögliche irritierende, ggf. misslungene Aspekte der Behandlungssituation dargestellt werden.

Die Punkte der „*Kritischen Ereignisse*“ werden in den dann folgenden „*Handlungsmöglichkeiten*“ aufgegriffen. Kontextuell erläutert soll so verdeutlicht werden, welches Hintergrundwissen oder welche andere Haltung dazu beitragen könnten, dass die Behandlungssituation für beide gelingen hätte können bzw. in einer nächsten ähnlichen Situation gelingen könnte, sofern bestimmte Irritationen oder Missverständnisse geklärt sind. Dazu werden in den Handlungsmöglichkeiten Interviewzitate mit Wissen über die Kultur verbunden.



Krankheitsverständnis/ Verständigungsbarrieren

Ich war sowohl organisatorisch als auch pflegerisch stark in die Versorgung eines schwer krebserkrankten älteren türkischen Patienten eingebunden. Ich empfand die Kinder, die gut Deutsch sprechen, als wichtige Hilfe für meine medizinische Begleitung des Mannes. Aufgrund seiner unzureichenden Deutschkenntnisse konnte ich ihm selbst nur bedingt Informationen über seine Krankheit und den damit verknüpften Veränderungen erklären. Daneben war mir aber die Basis seines Gesundheits-/ Krankheitsverständnisses generell unklar, weshalb ich Krankheitsverlauf, Prognose, psychische Veränderungen beim Erkrankten schwer vermitteln konnte, auch über die Sprachbarriere hinaus. Beispielsweise spreche ich gern mit meinen Patient_innen über die Prognose der Erkrankung, über den „Plan B“, wenn die Therapie nicht greift.

Aufgrund der Sprachbarriere versuchte ich dies zuerst mit der Familie. Diese ging jedoch ganz klar davon aus, dass die jeweils nächste Chemotherapie zur Heilung führen würde, weshalb wir den Aspekt, wenn dies nicht der Fall sein sollte, nicht besprechen konnten. Als der Patient nach der zweiten Chemotherapie so geschwächt war, dass er die Wohnung nicht mehr verlassen konnte, wurde die Stimmung sehr schlecht innerhalb der Familie. Er verhielt sich teilweise auch verbal aggressiv der Familie gegenüber. Auf die Anrufe der Familie hin, versuchte ich als Palliativmedizinerin vergeblich Verständnis zu wecken für dieses Verhalten, welches an die Phase der Wut und Verzweiflung („Sterbephase“) von Kübler-Ross erinnert. Einige Zeit später verstarb der Patient.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER_ÄRZT_IN

- Wunsch, den Krankheitsverlauf und die Heilungschancen zu erklären. Die Ärztin möchte, ihrem Verständnis von guter Behandlung entsprechend, ihre betroffenen Patient_innen und deren Angehörigen so gut wie möglich aufklären und gemeinsam über weiteres Vorgehen im Behandlungsprozess beraten. Besonders auch, um Erleichterung für Patient_innen sowie Angehörige in schwierigen Krankheitsphasen zu schaffen.
- Gesundheits-/ Krankheitsverständnis dieses Kultur- und Religionskreises sind für die Ärztin unklar, daher ist sie verunsichert, wie das Wissen über die Krankheit vermittelt werden könnte. Die Verunsicherung wird durch die Sprachbarriere der betroffenen Person selbst noch stärker.

AUS SICHT DES_DER_PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Sprechen über einen eventuellen Fehlschlag der Behandlung oder den Tod ist ein unangepasstes Verhalten. In der Regel wird nicht mitgeteilt, dass es schlecht aussieht mit einer Genesung, um solange wie möglich von Heilung ausgehen zu können.
- Aus islamischer Perspektive kann Krankheit auch als „Test von Gott“ verstanden werden und man weiß nicht, ob es nur ein Test ist oder tatsächlich das Lebensende sein wird. Nur Gott entscheidet, ob eine Krankheit „schlecht“ ausgeht (Sure Bakara Vers 144)
- Gemeinsames Beraten über weiteres Vorgehen kann von Patient_innen als Inkompetenz des_der_Ärzt_in verstanden werden.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Zunächst ist ein offenes und interessantes Nachfragen, wie das Verständnis der Familie von dem ist, was bei dieser Krankheit passiert, passieren wird und warum, ggf. was in der Türkei in dieser Situation gemacht würde, hilfreich:

„[...] hilfreich, wenn sie sagen bei uns läuft das so, mehr Wissen nötig.“ (CHAR03;65-67)

So kann eine Beziehungsebene zu Betroffenen und Angehörigen hergestellt werden. Diese ist nötig, um gleichberechtigt miteinander ins Gespräch zu kommen und zu verstehen, welcher Umgang mit der Situation aus welcher Perspektive sinnvoll sein kann. Insbesondere im Fallbeispiel ist eine gute Beziehung zu den Angehörigen aufgrund der Sprachbarriere förderlich. Danach kann die eigene, ärztliche Sichtweise dargelegt und gemeinsam überlegt werden, was zusammenpasst und welche Schritte auf dieser Basis (von wem) getätigt werden. Für eine_n Ärzt_in stellt in der Regel das grundsätzliche Sprechen über Krankheit, Sterben und Tod etwas anderes dar als für die betroffene Person und deren Angehörige. Dies gilt besonders, wenn die Patient_innen in einem anderen Milieu sozialisiert sind.



So ist es in der türkischen Kultur in der Regel nicht gewünscht, über negative Krankheitsverläufe und den (möglichen) Tod zu reden, v.a. mit der betroffenen Person. Möglicherweise ist der Umgang mit der Krankheit innerhalb der Familie, dem_der Kranken Hoffnung zu geben, indem nicht über unerwünschte Verläufe gesprochen wird, sondern von der

bestmöglichen Wendung (Heilung) ausgegangen wird. Das Sprechen darüber seitens der Ärzt_in wird dann nicht (wie von der Ärztin intendiert) als hilfreiche Unterstützung empfunden, sondern nimmt die Hoffnung auf Genesung und wirkt für eine religiöse Person auch anmaßend, da dies allein in der Hand Gottes liegt. Daher muss auch versucht

werden zu klären, inwiefern für beide Seiten Informationen über die Krankheit gewünscht werden. Aus einer patientenorientierten Sicht kann sich diese_r möglicherweise wertgeschätzt und ernst genommen fühlen, wenn das „Nicht-Informieren“ respektiert wird. Dieses Verhalten steht insbesondere einem (westlichen) Verständnis von transparenter Arzt-Patient-Beziehung und Palliativmedizin entgegen.

Auch wenn nicht auf die gleiche Art oder im gleichen Maß über die Krankheit gesprochen wird, ist das Bedürfnis nach Aufklärung da:

„Er (Arzt, Anmerk. d. Verfs.) hat das so schön erläutert, so dass ich wieder etwas gelernt habe.“ (ATM17;58)

Durch das Wissen, ob und inwiefern der Wunsch nach Aufklärung seitens des_der Betroffenen besteht, kann für den_die Ärzt_in Entlastung geschaffen werden und die Möglichkeit zur geeigneten Vermittlung entstehen. Die Vermittlung gelingt, wenn sie an das individuelle Informationsbedürfnis des_der Patient_in angepasst und möglichst mit den Angehörigen abgestimmt ist. Hier sollten auch die eigenen gespürten Verpflichtungen als Ärzt_in (Hippokratischer Eid/ Aufklärungspflicht des_der Ärzt_in) offen genannt werden.

Es kann sein, dass es einer „fremden Person“ nicht möglich ist das Thema zu besprechen. In solchen Fällen ist eine andere Herangehensweise gefragt, z.B. durch Kontaktaufnahme mit einer Moschee oder einem Seelsorgeverein aus dem Kulturkreis des_der Patient_in.

Eventuell hat die betroffene Person ein ähnliches Gefühl wie ein_e Interviewpartner_in äußerte:

„Hier leider Schulmedizin. Ärzt_innen machen nur das, was sie in den Büchern gelesen haben. In der Türkei ist dies nicht so.“ (ATM17;48)

D.h. die Person hat das Gefühl, dass sich der_die Ärzt_in, anstatt sich an ihr als individuelle Person mit eigenen Bedürfnissen zu orientieren, nur an Symptomen und der schulmedizinisch dahinterstehenden Krankheit beschäftigt (Sachebene). In solchen Fällen sind auch die persönliche Beziehung (Beziehungsebene) und der sensible Umgang mit den Patient_innen (emotionale Ebene) entscheidend dafür, inwiefern der_die betroffene Patient_in die Empfehlung und Hilfe des_der Ärzt_in annehmen kann.

Compliance

„In meiner Betreuung älterer türkischer Patient_innen fallen mir immer wieder spezielle Schwierigkeiten bei der Annahme der von mir vorgeschlagenen Therapien und präventiven Maßnahmen auf. Neben „Kleinigkeiten“, wie z.B. nicht oder unregelmäßigem Befolgen der Tabletten-einnahme, ist eine Neueinstellung der Behandlung nach einem Türkeiaufenthalt meistens notwendig. Ich sehe zwar oft, dass es den Patient_innen durch den Türkeiurlaub psychisch besser geht, aber z.B. gerade bei den Diabetespatient_innen sind die Werte dann meist wieder problematisch. Ähnlich ist das mit religiösen Praktiken, z.B. verschlechtert das Fasten während Ramadan den gesundheitlichen Zustand vieler meiner Patient_innen. Dabei müssen laut Koran kranke Menschen nicht fasten, was ich meinen Patient_innen auch immer wieder sage. Es ärgert mich, dass ich immer wieder von vorne beginnen und erklären muss. Man hat die doppelte Mühe zu erklären, warum sie dies und jenes einnehmen müssen und sollen und das ist ganz, ganz schwierig. Das kostet mich Zeit und Energie. Und die Qualität der Mitarbeit bei der Behandlung ist nicht so besonders gut. Eigentlich denke ich, dass die Patient_innen auch, so gut wie möglich selbst auf ihre Gesundheit achten müssen und nicht dann Forderungen an mich stellen, wenn es Ihnen schlecht geht. Der_die Patient_in muss auch selbst präventive Maßnahmen vornehmen.“

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER ÄRZT_IN

- Unbefriedigende Arzt-Patienten-Beziehung, diese widerspricht eigenem „nicht paternalistischem“ Anspruch, wegen mangelnden Sprachkenntnissen und der Forderung nach Tabletten und Spritzen statt Eigeninitiative des_der Patient_in zur Gesunderhaltung. Das ist kein Verhalten, was Ärzt_in unterstützen möchte, da so der „Lerneffekt“ fehlt und die Patientengesundheit geschädigt wird.
- Verärgerung über mangelnde Compliance (besonders, wenn Patient_in selbst wenig aktiv ist).
- Es entsteht das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, in den Bemühungen um das Wohl des_der Patient_in und unnötig Zeit zu investieren.
- Gefühl, dass Patient_innen mangelndes Verständnis für die medizinisch-biologische Erklärungen haben, die gegeben werden.
- Schicksalhafte Annahme verhindert mangelnde Eigenverantwortung des_der Patient_in und Selbstfürsorge, so dass der Therapieerfolg ausbleibt.
- Koranvorgaben werden als „schädlich“ vom_ von der Ärzt_in empfunden, Ärzt_in hat auch das Gefühl, dass viele die religiösen Vorgaben nicht richtig verstehen.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Versteht Gründe von Ärzt_in, haben aber eigene Gründe, warum danach nicht gehandelt wird.
- Einhaltung religiöser Verpflichtungen sind zentral und daher entscheidender als Angaben vom_von der Ärzt_in. Gefühl, dass diese_r das nicht ernst nimmt und akzeptiert.
- Essen ist (religiöse) Gesundheitspflicht. Übergewicht z.B. kann damit assoziiert werden, einen guten Ehemann zu haben, glücklich und gesund zu sein. Dahinter kann auch ein anderes Schönheitsbild stehen und bedeuten, dass man gut versorgt ist und es an nichts mangelt.
- Ablehnung von (süßen) Speisen kann von Gastgeber_in missverstanden werden und als Gast wird oft aus Höflichkeit, die wichtiger ist als Gesundheit, nicht „Nein“ gesagt.
- Wenn man selbst nicht fasten würde, wäre das ganze Zugehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl gestört. Dies gilt besonders im Ramadan (Fasten bedeutet im Islam tagsüber nichts zu sich zu nehmen und nachts oft übermäßig zu essen, was für Diabetes-Patient_innen besonders schwierig sein kann).

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Das Nicht-Einhalten ärztlicher Therapievorschläge ist als begründet zu verstehen. Vermutlich lassen persönliche Gründe oder eine schwierige sozioökonomische und/ oder psychosoziale Situation eine Befolgung des ärztlichen Rates nicht zu. Die Aussage einer älteren türkischen/ türkischstämmigen Interviewpartnerin zeigt beispielhaft, dass sie versteht, was ihr Arzt ihr empfiehlt, aber sie aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation keine Möglichkeit sieht, etwas zu ändern:

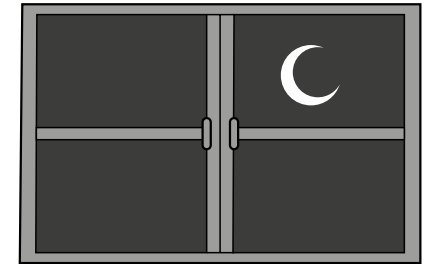
„Der Arzt sagt nämlich Zigaretten. Es kann sein. Mmmm (verärgert, Gesicht verziehend) machte er, wieder, er sagte, „du hast wieder angefangen zu rauchen“. „Du hattest aufgehört“, sagte er. „Nein“, sagte ich, „leider ich hab angefangen.“ Hmmm (verärgert, Gesicht verziehend) hat er gemacht. Ich habe gesagt: „Wenn die Packung fertig ist“, habe ich gesagt, „höre ich auf“. Diese leere Versprechung, aber ich muss halt aufhören. Das ist meine Gesundheit. Ich muss aufhören. Andererseits habe ich einen verrückten Mann. Das ist meine Beruhigungspille.“ (ATM17;60)

Das verdeutlicht, dass es nicht mangelndes Verständnis der ärztlichen Ratschläge sein muss, sondern persönliche Hintergründe aus Sicht dieser Patientin, die ein Befolgen des ärztlichen Ratschlages nicht möglich machen. Dies ist auch kein „türkisches“ oder „migrantisches“ Problem alleine.

Gleichzeitig ist das Nicht-Einhalten von ärztlichen Ratschlägen nicht als grundsätzlich mangelnde Eigeninitiative für die persönliche Gesundheitssituation zu werten.

Religiöse Verpflichtungen und ein anderes Krankheitsverständnis können stärker wiegende Beweggründe als die Therapieempfehlungen eines_r Ärzt_in sein. Wird also, wie im muslimischen Glauben, Krankheit als Prüfung Gottes interpretiert, kann eine medizinische Behandlung u.U. kein angemessenes Verhalten sein. Während der Fastenzeit Ramadan sollte auf die Terminvergabe geachtet werden (am besten keine Termine vergeben oder erst nach Sonnenuntergang), da invasive Maßnahmen

aufgrund der Flüssigkeitszufuhr in den Körper nicht tagsüber stattfinden können. Ähnlichem kann man z.B. bei psychischen Erkrankungen begegnen, die negativ („geisteskrank“) aufgenommen werden können und dazu führen, dass Menschen durch ihr Umfeld abgelehnt werden. Psychisch Erkrankte können von ihrer eigenen Umgebung stigmatisiert werden, was



es für Betroffene/ Angehörige unvorstellbar macht, eine_n Psychiater_in aufzusuchen oder selbst ein psychosoziales Beratungsangebot anzunehmen.

Oft hilft das bessere Kennenlernen des Lebensumfeldes des_der Patient_in, um Gründe zu kennen und auch die Passgenauigkeit eigener ärztlicher oder pflegerischer Vorschläge abschätzen zu können. Hier ist wieder das offene, interessierte Nachfragen zentraler Türöffner, um eine Beziehung herzustellen, auf deren Basis Empfehlungen angenommen werden können. Auch kann so vom_von der Ärzt_in verstanden werden, warum bestimmte medizinische Therapievorschläge nicht befolgt werden. So lässt sich auch aufzeigen, wo die Grenzen der Unterstützung liegen. Dazu meinte eine interviewte Hausärztin:

„Also, einfach, dass man so das Surrounding weiß. [...] Also, dass sie ihre Gebetszeiten einhält, das war ihr ganz wichtig und das Problem war, das medizinische Problem, dass sie einen schweren Diabetes hatte, aber ungefähr so breit wie hoch war. Also einfach unglaublich dick und immer noch zugenommen hat und alle Versuche, da irgendwas zu ändern war einfach nicht möglich. Sie sagte immer, ich muss so viel für meine Kinder tun, ich brauche das einfach.“ (CHAT05;10)

Der Wunsch vieler rzt_innen ist es, eine paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung (rzt_in gibt Patient_innen alles „von oben herab“ vor, ohne Wünsche dieser abzufragen und zu berücksichtigen) zu überwinden. Eine gleichberechtigte Kommunikation ist wichtig und gut, damit der_die Patient_in sich verstanden fühlt und sich in die Verbesserung der eigenen Gesundheitssituation einbringen kann. Aus unterschiedlichsten Gründen kann es jedoch auch sinnvoll sein, sich nicht aktiv in die Beziehung einzubringen. Dahinter kann z.B. auch die Erfahrung stehen, nicht gehört oder nicht verstanden zu werden, welche sich u.U. nur langsam, durch geduldiges, einfühlsames Nachfragen, wieder auflösen lässt. Langfristig verspricht dies aber einen groeren Behandlungserfolg, weil Patient_innen medizinische Verordnungen und Handlungsvorschläge besser annehmen und im Alltag umsetzen können, wenn diese auf ihre Lebensrealität zugeschnitten sind. Manchmal kann auch ein autoritäres Auftreten und Anweisen durch den_die rzt_in zu einer besseren Compliance führen. Klare Anweisungen werden auch als fachliche Kompetenz interpretiert.

Will man als rzt_in die Compliance ausbauen, ist ein spielerischer Umgang mit diesen beiden Handlungsweisen ein Versuch wert (Empathie - Dominanz).

Forderndes Verhalten

Problematisch finde ich bei der Behandlung von älteren türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen, dass ich das Gefühl habe, viele bemühen sich nicht eigenständig um ihre Gesundheit und im Extremfall nutzen sie unser Sozialsystem aus. Das heißt: Sie wissen, was sie bekommen können und fordern das ein, auch wenn es z.B. aus therapeutischer Sicht nicht sinnvoll ist. Dazu gehört z.B. auch, wenn eine Frühberentung gefordert wird oder der_die Patient_in nicht einsehen will, dass ich keine Krankschreibung erstelle, weil der_die Patient_in aus meiner Sicht nicht arbeitsunfähig ist (auch wenn er_sie das aus Sicht z.B. der Kinder ist). Bei der Medikamentenverschreibung habe ich es mittlerweile aufgegeben ihnen zu versuchen zu erklären, dass Generika die gleiche therapeutische Wirkung erzielen – sie bestehen letztendlich doch immer auf die Medikamente mit dem richtigen Handelsnamen, die natürlich wesentlich teurer sind.

Mein Anspruch ist es alle Patient_innen gleich zu behandeln, in dem wie ich mich ihnen gegenüber verhalte, aber auch in dem was ich von Ihnen erwarte. Das macht es schwierig, wenn ich mich von ihnen nur als Dienstleister wahrgenommen und behandelt fühle.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER ÄRZT_IN

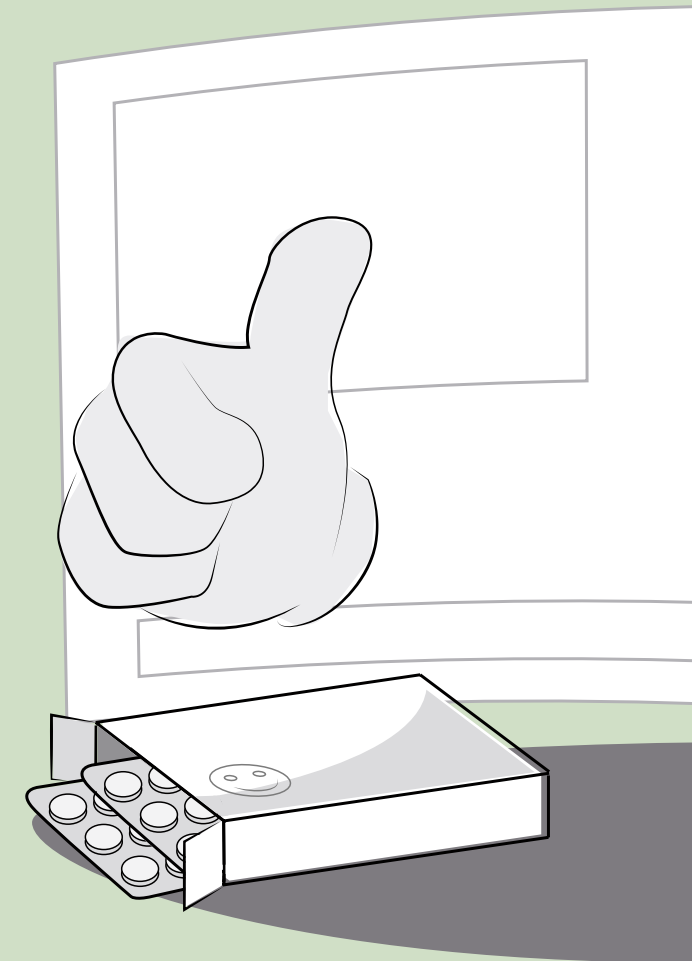
- Eigenes Wohlwollen und eigene Anstrengungen (um eigenständig - präventives Gesundheitsverhalten von Patient_innen) werden nicht er- und anerkannt von Patient_innen.
- Bild des_der Ärzt_in über türkische/ türkischstämmige Patient_innen ist, dass sie das System ausnutzen und nur fordern, statt sich gleichberechtigt in Arzt-Patienten-Beziehung einzubringen.
- Ausnutzen von Gesundheits- und Sozialsystem wird als unkorrekt empfunden.
- Verantwortungsabgabe von den Patient_innen an Ärzt_innen.
- Hilflosigkeit, Resignation in Bezug auf das Verständnis für die (gemachten) Therapievorschlüsse.
- Höherer Zeitaufwand wegen längeren und häufigeren Erklärungen.

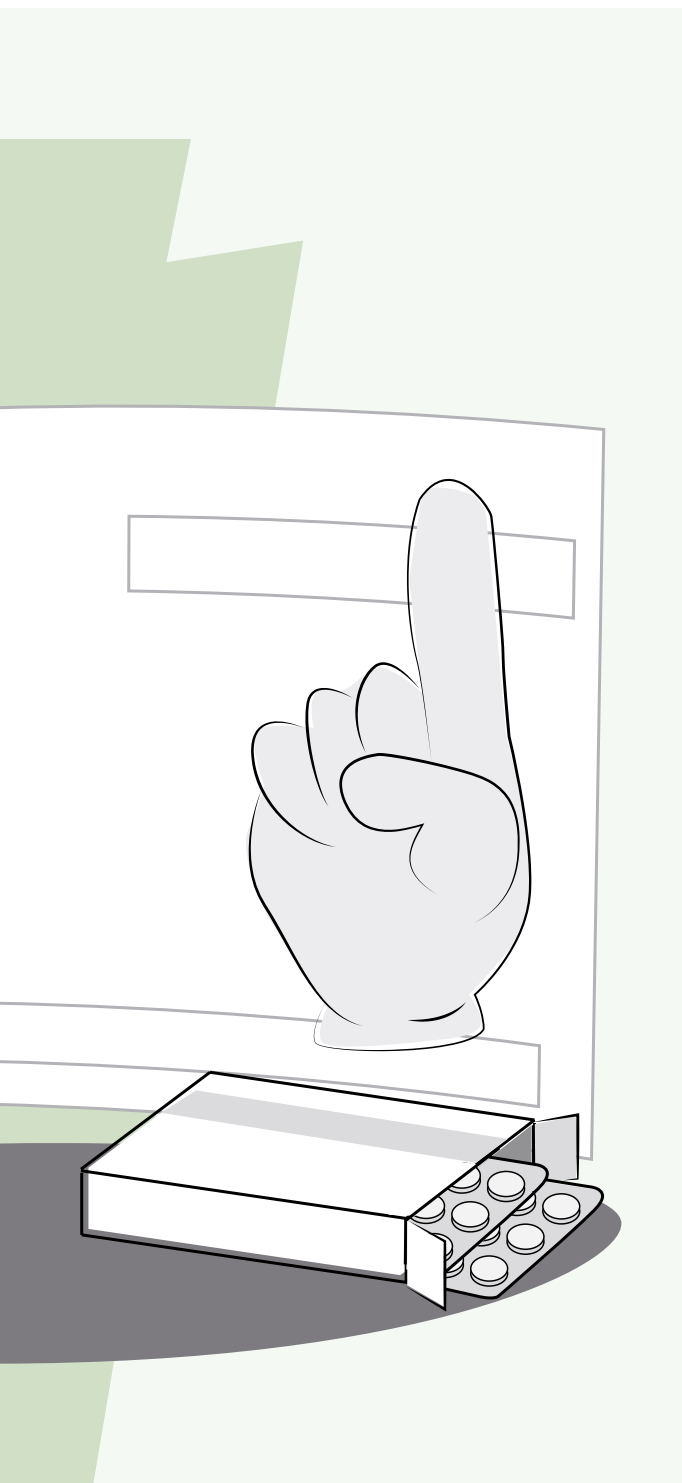
AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Forderungen wegen Gefühl von Vorenthaltung, Benachteiligung, Diskriminierung durch den _die Ärzt_in.
- Arzt-Patienten-Kommunikation, wer hat die Deutungsmacht darüber, was gut/ gesund ist. Wunsch, dass eigenes Gesundheitsempfinden anerkannt wird.
- Gefühl vom_n Ärzt_in nicht ernst genommen zu werden, weil diese_r denkt, dass man nichts versteht oder verstehen will (Gleichbehandlungsanspruch).
- Erwartung des_der Ärzt_in wird anders wahrgenommen: Ärzt_in hat die Aufgabe zu heilen und das zu tun, was Patient_in/ Kund_in möchte, weil er_sie weiß, was gut für sich ist.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Wie im vorangegangenen Fallbeispiel sind genaue, offene Nachfragen, wie das Verhalten der Patient_innen und ggf. ihrer Angehörigen begründet wird, nötig. Das kann das Gefühl, dass die Patient_innen kein eigenes Engagement zum Erhalt ihrer Gesundheit zeigen u.U. aufheben, weil für den_die Behandler_in verständlich wird, warum die Therapievor schläge nicht angenommen werden. Dann müsste das Verhalten nicht als persönliche Ablehnung gewertet werden und auch nicht in verallgemeinernde Verärgerung gegenüber einer vermeintlich homogenen Gruppe umgewandelt werden. Dazu gehört auch die Akzeptanz, dass der_die Patient_in Gründe für sein_ihr Verhalten hat. Das gilt sowohl für eine Nicht-Befolgung der therapeutischen Anweisungen als auch für den unbedingten Wunsch nach Originalpräparaten. In letzterem Fall kann aus medizinischer Sicht die gleiche Wirkungsweise dahinter stehen. Für den_die Patient_in ist es aber an dieser Stelle wichtig, exakt zu wissen, was er_sie erhält. Gründe dafür können zum Beispiel allgemeine Erfahrungen der Diskriminierung oder Erfahrungen einer anderen Behandlung bei der medizinischen Versorgung sein. Überhaupt sollte ihnen





zugestanden werden – gerade aus einem nicht paternalistischen Arzt-Patienten-Verständnis heraus – dass sie selbstverständlich wissen, was für sie gut ist und was sie möchten. Dennoch kann ein Gefühl von Fremdheit für das andere Krankheitsverständnis bleiben.

Zeitempfinden und damit verknüpfte Planungen (hier: in Bezug auf präventives Gesundheitsverhalten) gestalten sich in Kulturen unterschiedlich. Die türkische Kultur ist vielfach von einem flexibleren Umgang mit Zeit, größerer Spontaneität und kurzfristigeren Planungen verbunden. Auch vor diesem Hintergrund ist der Umgang mit medizinischen Empfehlungen zu verstehen. Langfristiges Planen, was bei der Prävention erforderlich ist, ist nicht in der eigenen Gestaltungsmacht, sondern unterliegt aus religiöser Sicht Allahs Gesetzen. Diese Sozialisation kann sich dann in dem beschriebenen Verhalten zeigen. Zudem gibt es durchaus Gründe, wieso Generika abgelehnt werden. Wichtig für muslimische Patient_innen ist bei der Medikamentenvergabe, Medikamente ohne Gelatine zu verschreiben oder gelatinefreie Alternativmedikamente vorzuschlagen. Auch Medikamente müssen halal, also ohne Schwein, sein.

Auch eine Selbstreflexion darüber, warum genau dieses Verhalten des_der Patient_in als anmaßend empfunden wird, in welchen Situa-

tionen und bei welchen Patient_innen das so ist, kann helfen, die Neugier gegenüber den Patient_innen zu bewahren.

„Du musst wissen wie man redet, du musst dein Problem erklären können, wenn du dein Problem nicht erklären kannst, glaubt der_die Ärzt_in dir dann auch nicht.“ (ATM3;115)

Zusätzlich ist auch Geduld ein wichtiger Aspekt: Geduld, die eigene Perspektive darzulegen und offen bleiben für die Reaktionen und Perspektiven der Patient_innen. Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten ist das eine besondere Herausforderung. Dennoch ist dies langfristig lohnenswert, für die Behandlungssituation und für Patient_innen, da Vertrauen aufgebaut werden kann und eine leichtere „Zusammenarbeit“ möglich ist.

„[...] Ich möchte, dass er_sie mir gut zuhört, also, dass er_sie [Ärzt_in, Anm. d. Verf.] gut diagnostiziert. Also ich möchte, dass er meinem dings gut zuhört, wenn er_sie etwas nicht verstanden hat, dann soll er nachfragen, vielleicht kann ich etwas falsch erzählen.“ (ATM18;56)

Geschlechterfrage

Im Rahmen eines medizinischen Sachverständigengutachtens musste ich eine ältere türkische Frau begutachten (Alter ca. 76 Jahre), die aufgrund eines Schlaganfalles halbseitig gelähmt war. Da eine verbale Kommunikation mit der Frau zwar nur eingeschränkt möglich war, fungierte die Tochter immer wieder als Dolmetscherin, so dass auch psychometrische Testverfahren durchgeführt werden konnten. Dies verlief problemlos, dann waren auch körperliche Untersuchungen vorgesehen. Die Tochter ging aus dem Raum und ich wollte die Betroffene ärztlich untersuchen. Als ich erklärte, dass noch eine körperliche Untersuchung notwendig sei, wurde dem nicht widersprochen. Ich begann die Betroffene zu untersuchen, merkte allerdings recht schnell den Widerwillen der Frau. Mir war nicht klar, weshalb eine körperliche Untersuchung nicht erwünscht war, zumal die Betroffene dies nicht artikuliert hatte. Daraufhin brach ich die körperliche Untersuchung ab. Erst später wurde im Gespräch mit der Tochter deutlich, dass sich die Mutter nicht von Männern untersuchen lassen wollte. Weder die Betroffene noch ihre Tochter hatten mich aber auf den Umstand hingewiesen.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER_ÄRZT_IN

- Hat das Gefühl, dass keine klare Bedürfnisformulierung stattfindet – warum formuliert Patientin bzw. Angehörige nicht, dass sie nicht (von einem Mann) untersucht werden will. Sie müsste sagen, was los ist und was ihre Bedürfnisse sind, Arzt muss nicht fragen.
- Geht davon aus, dass die aus eigener Perspektive „normale“ Untersuchungsweise für Patientin passt, sofern sie nicht vorher verständliche Hinweise gibt.
- Bemerkt Widerwillen der Patientin, kann ihn aber anfangs nicht zuordnen.
- Grundsätzliche Schwierigkeit, als Mann muslimische Frauen zu untersuchen oder in manchen Fällen, als Ärztin von männlichen muslimischen Patienten ernst genommen zu werden.

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Körperlicher Untersuchung wurde durch Gestik signalisiert. Unbehagen darüber, dass männlicher Arzt dies nicht versteht.
- Wunsch vom Arzt respektvoll behandelt zu werden.
- Unwohlfühlen mit Vorgehensweise, Zwiespalt dem Arzt sein nicht gewünschtes Verhalten zu signalisieren, denn Ärzt_innen sind dafür verantwortlich vorher das medizinische Vorgehen genau zu erläutern und sich zu versichern, dass es verstanden wurde.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN



Generell, aber vor allem bei Patient_innen, bei denen ggf. aufgrund eines anderen kulturellen Hintergrundes ein anderes Krankheitsverständnis, ein anderer Umgang miteinander

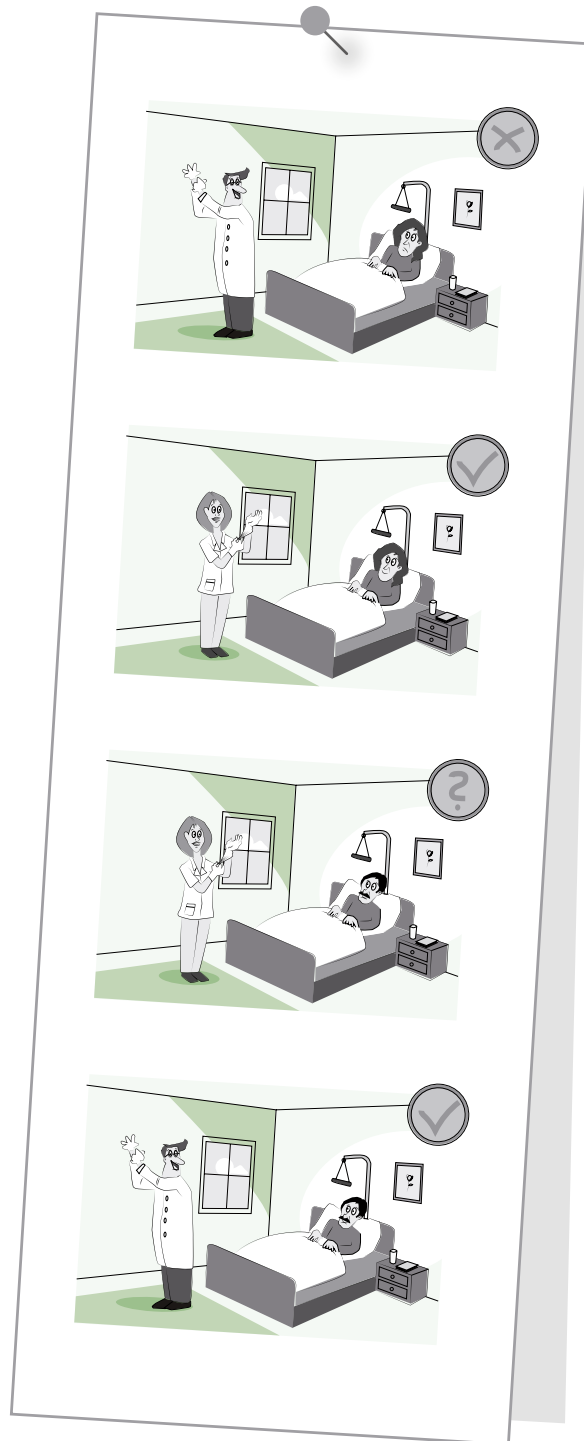
(zwischen den Geschlechtern) und sprachliche Schwierigkeiten bestehen, sollte vor der Untersuchung versucht werden den Ablauf der Untersuchung zu erklären und was warum

gemacht wird. Abschließend ist nachzufragen, ob alles verstanden wurde und so für den_die Patient_in in Ordnung ist.

Auf diese Weise kann das Einverständnis für alle Untersuchungsschritte geholt werden. In dem Fallbeispiel wäre das in der Zeit, während die Tochter anwesend ist, besonders empfehlenswert gewesen, da so Unstimmigkeiten schneller geklärt werden könnten. Wenn Widerspruch geäußert oder Widerwillen spürbar wird, ist es wichtig, sensibel darauf zu reagieren und nicht darüber hinwegzugehen – im Sinne einer gelungenen („normalen“) Arzt-Patienten-Kommunikation.

„Weil er_sie sowohl grob war, als auch also desinteressiert. Deshalb hat er seinem_r Patient_in nicht herzig zugehört. Er hat sich nicht um ihn_sie gekümmert.“ (ATM14;114)

Treten während der Behandlung Unsicherheiten auf, oder das Gefühl, dass der_die Patient_in unzufrieden ist, sind Nachfragen ganz wichtig (im Fallbeispiel dazu ggf. auch die Tochter zurückholen, wenn diese als



Dolmetscherin gerade den Raum verlassen hat; grundsätzlich wäre eine geregelte Dolmetscherstruktur für eine gute Behandlung wichtig).

Bei einer medizinischen Untersuchung kann es einem_einer Patient_in unangenehm sein, wenn dies durch eine_n gegengeschlechtliche_n Ärzt_in geschieht. Bei der Begrüßung ist Händeschütteln vielfach nicht üblich, da respektvolle Distanz gewahrt werden soll. Speziell im muslimischen Kontext, da der Koran gebietet, besonders fremden und andersgeschlechtlichen Personen möglichst wenig Haut zu zeigen. Kleidung bietet seelischen und körperlichen Schutz. Weiterhin sind übermäßiger Körper- und Blickkontakt zwischen Männern und Frauen zu vermeiden. So lassen sich u.U. Missverständnisse noch klären und die Behandlung erfolgreich abschließen, ohne dass sich jemand schlecht, missverstanden oder nicht respektiert fühlen muss. Wenn möglich, sollten daher in einem solchen Fall Körperkontakt und Entkleidung auf das Notwendigste beschränkt bleiben, selbst wenn die Behandlung durch eine gleichgeschlechtliche Person durchgeführt wird. Die Hemmung, über Intimes zu reden, kann bedeuten, dass mehr Zeit für die Patient_innen benötigt wird, auch um ihnen zu zeigen, dass sie mit ihrer Hemmung ernst genommen werden.

Kulturelle und religiöse Verhaltensregeln

Einer meiner ersten Hausbesuche als Weiterbildungsassistent in einer allgemeinmedizinischen Praxis führte mich in eine türkische Familie. Es handelte sich um einen Notfallbesuch. Die Ehefrau des Patienten hatte in gebrochenem Deutsch in der Praxis angerufen und mitgeteilt, dass es ihrem Mann nicht gut gehen würde, er allerdings auch keinen Arzt verlangen würde. Von dem Patienten waren multiple Erkrankungen bekannt (Diabetes mellitus Typ II, Asthma bronchiale, Zustand nach Herzinfarkt und Schlaganfall mit Halbseitenlähmung). Beim Klingeln an der Haustüre machte die Ehefrau erst nach einer Latenzzeit auf. Als ich schnellen Schrittes in die Wohnung wollte, wurde ich nicht hereingelassen. Mir wurde bedeutet, dass irgendetwas nicht stimmt. Allerdings war für mich nicht ersichtlich, warum ich zunächst keinen Einlass fand. Vor mir stand die Ehefrau und im Hintergrund war der Ehemann im Rollstuhl zu sehen, der wild gestikulierend seiner Ehefrau etwas mitteilen wollte, was ich aber nicht verstand. Trotz mehrfacher Bitte wurde mir der Weg versperrt. Ich bahnte mir freundlich den Weg und daraufhin zeigte die Ehefrau auf meine Schuhe. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich mich mit den türkisch islamischen Gepflogenheiten zu wenig auseinandergesetzt. Mir war die Sache sehr peinlich und ich spürte auch eine Reserviertheit des Patienten mir gegenüber. Zwar konnte ich

ihm medizinisch schnell helfen. Dennoch hatte ich den Eindruck, dass ich misstrauisch beäugt wurde. Hinzu kam der Eindruck, dass der Patient eigentlich gar keine_n Ärzt_in gewünscht hatte und seine Ehefrau wohl ohne sein Wissen eine_n Ärzt_in gerufen hatte. Im weiteren Verlauf meiner ärztlichen Tätigkeit wurde ich noch öfters zu dem Patienten gerufen. Die Aufnahme war immer freundlich und dennoch hatte ich den Eindruck, dass mein erster Besuch bei der Familie einen gewissen Nachgeschmack hinterlassen hat. Dieses Beispiel macht mir deutlich, wie wichtig es ist, dass gerade auch junge Ärzt_innen über die kulturellen Gepflogenheiten Bescheid wissen.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER_ÄRZT_IN

- Ärzt_in will schnell medizinische Untersuchung machen und helfen, wird aber nicht gelassen. Er_Sie fühlt sich daher mit seiner_ihrer guten Intention zurückgewiesen.
- Reflektiert, dass eigene Auseinandersetzung mit spezifischen Bedürfnissen von Migrant_innen bisher zu wenig stattfand.
- Sieht nur das medizinische Problem und nicht die kulturellen Unterschiede.
- Verunsicherung durch das Gefühl, sich nicht verständigen zu können.
- Eigene Unsicherheit gegen Scham und Unwissenheit wird projiziert.
- Kann nicht „vergessen“ und sich und der Familie vergeben.
- Hat das Gefühl, dass kein Beziehungsaufbau möglich ist.
- Ärzt_in hat keine Verantwortung oder Kompetenz bei innerkonfliktiver Stimmung zwischen Ehemann/-frau zu vermitteln.

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Familie im Zwiespalt, weil sie sich durch das unhöfliche Verhalten des_der Ärzt_in vor den Kopf gestoßen fühlen (Dreckfink wer mit Schuhen eine Wohnung betritt!), welches sich auch in der Hektik des_der Ärzt_in zeigt (Wer in Eile ist, ist mit dem Teufel).
- Keine Erziehung, Sensibilität bei dem_der Ärzt_in erkennbar bzgl. Verhaltensregeln.
- Angehörige wollen dringend die ärztliche Hilfe für den Betroffenen bekommen, erwarten aber auch respektvoll behandelt zu werden.
- Unangenehm, dass innerhalb der Familie Konflikt über die ärztliche Behandlung besteht, weil die Frau die Behandlung will, der Mann aber nicht. Zusätzlich ist Uneinigkeit darüber, ob der_die Ärzt_in mit Schuhen in die Wohnung gelassen werden soll.
- Ggf. wird innerfamiliärer Konflikt um die ärztliche Untersuchung auf den_die Ärzt_in übertragen.
- Ehefrau wünscht sich Unterstützung bei dem Wunsch, den Ehemann ärztlich zu behandeln.



HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Wie im vorangegangenen Fallbeispiel ist auch hier im Umgang mit den türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen ein zentraler Aspekt, sensibel, offen und neugierig zu agieren, v.a. wenn offensichtlich ist, dass eine Irritation vorliegt.

Auch wenn die medizinische Behandlung der Grund für den Hausbesuch im Fallbeispiel ist und dem_der Ärzt_in dringend erschien, ist die zwischenmenschliche Beziehung nicht zu

vernachlässigen, da diese sonst der medizinischen Behandlung an sich im Weg stehen kann. Für die Familie, die einerseits den_die Ärzt_in respektiert und gleichzeitig sich von ihm_ihr nicht respektiert fühlt, da einfachste Höflichkeitsregeln nicht beachtet werden, entsteht so ein Zwiespalt.

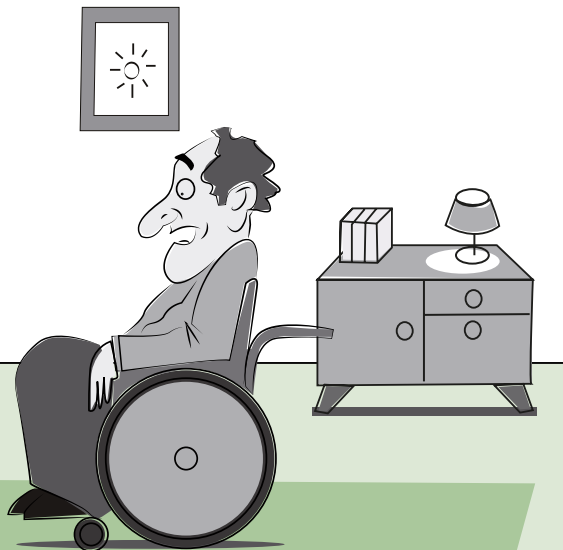
Hintergrundwissen über kulturelle Eigenheiten sind notwendig, um bestimmte Vorstellungen und Verhaltensweise zuordnen zu können und auch sich selbst und das eigene Verhalten demgegenüber besser reflektieren zu können. Gleichwohl ist Vorsicht geboten „zu kulturalisieren“: Kultur ist nie allein bestimmender Faktor für das Verhalten einer Person, insofern „schützt“ Hintergrundwissen über unterschiedliche Kulturen nicht vor „Fehlern“ – möglich ist immer, dass genau diese betroffene Person sich nicht „gemäß dieses Hintergrundwissens“ verhält oder andere, den eigenen ähnlichere, Vorstellungen hat. Im Fallbeispiel wäre bspw. das Hintergrundwissen, dass in vielen Haushalten türkischer/ türkischstämmiger Migrant_innen die Schuhe ausgezogen werden müssen, da v.a. die Teppiche auf denen gebetet wird, nicht beschmutzt werden sollten, hilfreich. Dennoch muss man aufpassen, dies als „türkisch-kulturelle“ Gepflogenheit wahrzunehmen, da Straßenschuhe

auch in vielen nicht-türkischen Haushalten nicht getragen werden.

Das Gefühl, dass der_die Patient_in die Untersuchung nicht möchte, seine Angehörigen, bzw. hier seine Frau, hingegen schon, steht einer zufriedenstellenden Behandlung im Weg – sowohl für den_die Betroffene_n als auch für den_die Ärzt_in. Trotz sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten sollte dies wie bei anderen Patient_innen vor der Behandlung versucht werden zu klären, damit kein „ungutes Gefühl“ entsteht.

Es kann hilfreich sein, sich nicht auf die kulturelle „Andersartigkeit“ zu fokussieren, stattdessen z.B. ausprobieren, wie es mit einer Entschuldigung wie „aus der eigenen Kultur“ klappt – vielleicht ist die „Andersartigkeit“ ja letztlich kleiner als gedacht. Eine offene und selbstreflexive Haltung ermöglicht durch das Eingestehen und sich entschuldigen von Fehlern, auch aus Fehlern zu lernen. Dann „muss“ der missverständliche Vorfall u.U. nicht nachgetragen werden. So äußert sich ein_e Interviewpartner_in:

„Ich hatte ein Problem mit einer Krankenschwester. Ich habe mich entschuldigt, sie hat sich entschuldigt, und es hat sich geklärt.“ (ATM5,92)



Akzeptanz und Einbindung externer Hilfen

In meiner Begleitung einer sehr kranken Patientin war ich immer wieder sehr stark eingebunden; gleichzeitig hatte ich das Gefühl, wenig Einfluss nehmen zu können bezüglich therapeutischer Maßnahmen. Die Patientin kam regelmäßig zu Laborkontrollen, Besprechungsterminen, die häufig mehr Zeit benötigten als eigentlich vorgesehen, und ich musste mindestens wöchentlich Hausbesuche durchführen, da die Patientin nicht mehr das Haus verlassen konnte. Vielfach ging es darum, zu besprechen, welche Medikamente wann und wie eingenommen werden müssen. Mein dringendes Anraten, einen Pflegedienst einzuschalten um z.B. komplizierte Wunden zu verhindern und die Familie zu entlasten, wurde zunächst mit der klaren Aussage, dass sie aufgrund der Religion nur von der Familie gepflegt werden dürfe, abgelehnt. Die Praxis übernahm später die Organisation eines Pflegedienstes sowie der Hilfsmittel (Krankenbett, Sauerstoffgerät) und vor allem die Einstufung in eine Pflegestufe. So konnte sichergestellt werden, dass die Weiterversorgung gewährleistet und der bürokratische Dschungel bewältigt werden konnte.

Ein einziges Mal wurde ich von der Familie und der Patientin bezüglich einer Einschätzung der Situation gefragt, ob es trotz der Krankheit möglich wäre in die Türkei zu fahren. Der Patientin war der Aufenthalt in der Türkei sehr wichtig, aufgrund ihrer Schwäche war die Reise innerhalb der Familie umstritten.

Bei dem Versuch, einen neuen Hausbesuchstermin zu vereinbaren, erfuhren meine Helferinnen, dass die Patientin verstorben und auch schon in der Türkei beerdigt worden sei. Dies hat mich getroffen, denn ich hätte mich gerne von ihr verabschiedet. Vor allem vor dem Hintergrund der Anstrengungen und des höheren Zeitaufwandes für die Begleitung hätte ich mir eine Rückmeldung der Familie gewünscht.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_ DER_ÄRZT_IN

- Höherer Zeitaufwand wegen Verständigung, aber wenig Gefühl, nachhaltig Einfluss nehmen zu können auf den Gesundheitszustand.
- Ablehnung von Pflegedienst wegen religiösen Vorschriften kann nur bedingt verstanden werden.
- Ärzt_in will Angehörige vor Überlastung schützen und gepflegte Person vor gesundheitlicher Verschlechterung bewahren. Sie_er drängt Familie ihre_seine Sichtweise auf.
- Balance zwischen ärztlicher Fürsorgepflicht und Einmischen in familiäre Angelegenheit.
- Rat geben wird gedeutet als persönlicher (Ein-)Bezug (starke Verbindung). Man fühlt sich als Familienmitglied.
- Wunsch der Ärzt_in Abschied zu nehmen v.a. nach dem getätigten Aufwand.
- Man sollte informiert sein/ werden, wenn Patient_in stirbt – unabhängig ob man sich eingesetzt hat, oder nicht. Dies gehört zum 'guten Ton'.

AUS SICHT DES_ DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Anspruch, Pflege innerhalb der Familie leisten zu können aufgrund religiöser Pflichten (Sure Luqman Vers 14) und der Verpflichtungen durch den Generationenvertrag, was auch heißt Ältere zu ehren und respektvoll behandeln (Ubada b Samit, Tirmizi, Birr 73, Ahmad b. Hanbal 5/ 323)
- Volksglaube wird zur Ausnutzung und Unterdrückung der pflegenden Person benutzt.
- Überforderung mit vielen Medikamenten und später mit der Organisation des Pflegedienstes.
- Personen fühlen sich nicht bedürfnisgerecht aufgeklärt und dadurch überfordert.
- Schutz vor Schmerz über das Leiden eines_r Angehörigen wird nicht beachtet.
- Rat fragen wegen Türkei-besuch, während innerhalb der Familie diesbezüglich Uneinigkeit besteht, aus Hoffnung auf Unterstützung von Ärzt_in, weil Patientin wusste, dass sie bald stirbt.
- Spätes Nachfragen für den neuen Hausbesuch wird als Desinteresse gewertet, deshalb keine Information über Beerdigung.
- Überforderung nach dem Tod durch Trauer.
- Bei Beerdigungen *muss* man ohne Einladung auftauchen.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Wie auch Strumpfen in ihrer Studie „Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen“ feststellt, wird von den älteren türkischen/ türkischstämmigen Interviewpartner_innen vielfach zwischen Krankheit und Alter als Ursache von körperlicher Abhängigkeit differenziert.

Im Krankheitsfall ist eine starke Einbindung von professioneller Hilfe in alles rund um körperliche Symptome und die Krankheit normal und aktiv gewünscht. Diesbezügliche Erwartungen an medizinische Expert_innen können hoch sein.

Im Gegenzug ist mit „guter Versorgung im Alter“ das Ideal einer familiären Versorgung und Pflege (auch Sterben) gemeint. Relevant ist also für die Akzeptanz von Pflegedienstleistungen auch, ob die körperliche Abhängigkeit in Folge von Krankheit oder Alter interpretiert wird (18). Der ärztliche Wunsch, durch Einbindung eines Pflegedienstes für Betroffene und v.a. Angehörige Erleichterung zu verschaffen, ist ein wichtiger Ansatzpunkt.

Eine Ablehnung von externen Pflegeleistungen ist jedoch zunächst als begründetes Verhalten zu akzeptieren, dann ist offenes und neugieriges Nachfragen nötig, um dahinterstehende

Gründe zu verstehen. In der Regel ist auch bei älteren türkischen/ türkischstämmigen Migrant_innen der Wunsch verbreitet, im Alter zuhause bei der Familie zu leben. Nur wenn es nicht oder unter zu großen Belastungen der Familie nicht möglich ist zu pflegen, werden andere Wege in Betracht gezogen. Verschiedene Gründe der Angehörigen sollten zunächst angehört und verstanden werden. Hierzu zählen beispielsweise: (tradierte) Verpflichtungen gegenüber Ehepartner_in bzw. Eltern, religiöse Vorstellungen, Schamgefühl, weil eigenes Unvermögen gesellschaftlich geächtet wird, Angst, die finanziellen Möglichkeiten für externe Pflegeleistungen nicht zu haben etc.

„Also, wie ich bereits sagte, wenn mein Geld ausreicht, stelle ich jemanden zu Hause ein. Wie viel Prozent davon der Staat letztendlich zahlt, ob er zahlt, ob er nicht zahlt, das weiß ich nicht. Wenn nicht zu Hause werde ich wohl zur Tagespflege oder längerfristig ins Altersheim gehen. [...] Also, wie ich bereits sagte, ich dings meinen Kindern... ich möchte nicht bei ihnen bleiben. Mit meinen eigenen Mitteln, so denke ich. Weil jeder sein eigenes Leben hat, und ihr Leben soll nicht auch dings werden.“ (ATM18;107-112)





Im Gespräch über diese Gründe können dann ggf. Zweifel des_der Patient_in und der Angehörigen offengelegt und ausgeräumt werden, z.B. wenn finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegedienstleistungen erläutert werden. Dadurch könnte dann auch ein passendes Angebot unter Einbezug der Angehörigen gesucht werden, was einer (zu) intensiven Einbindung der Arztpraxis, einer gesundheitlichen Verschlechterung sowie einer Überlastung der Familie entgegenwirken kann. Im speziellen Fall einer evtl. bestehenden Pendelmigration muss beachtet werden, dass man Behandlungen, die über einen längeren Zeitraum gehen, nicht machen kann oder diese vorzeitig abgebrochen werden müssen. Hier wäre eine Kooperation zwischen dem_der Ärzt_in in Deutschland und der Türkei wünschenswert bzw. anzuregen.

Bei der ambulanten und stationären Pflegeversorgung können Bedenken auftreten oder es gibt innerfamiliäre Gründe, diese abzulehnen. Dazu gehört z.B. die Vermutung, dass Essenswünsche, religiöse Praktiken und Feste, unterschiedliche Hygienevorstellungen, Verständigungsschwierigkeiten, die Wahrung der Privatsphäre keine Berücksichtigung finden, wenn sie nicht der „deutschen Mehrheitsgesellschaft“ entsprechen. Weitere Bedenken beziehen sich auf das Vorhandensein von türkischsprachigem Fernsehen und Zeitungen, auch abends warmes Essen zu

bekommen, die Möglichkeit fünfmal am Tag ungestört beten zu können, unter fließendem Wasser gewaschen zu werden, eine freundliche und offene Atmosphäre etc. Häufig stehen dahinter diesbezüglich negative Erfahrungen in anderen Kontexten medizinischer Versorgung. Auch wenn noch nicht flächendeckend vorhanden, gibt es vielerorts Ansätze von kultursensibler Pflege, die versuchen, vielfältige Bedürfnisse zu integrieren. Betroffene Personen wissen allerdings oft wenig davon. Diese Möglichkeiten sollten ggf. von (Haus-)Ärzt_in und Betroffenen gemeinsam in Erfahrung gebracht werden, da Allgemeinmediziner_innen durch ihre langjährige Begleitung vielfach eine besondere Beziehung zu den älteren Patient_innen und Lotsenfunktion gerade für diese Zielgruppe innehaben.

Der höhere Zeitaufwand aufgrund sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten lässt sich durch (möglichst professionelle) Dolmetscher_innen nur reduzieren, aber nicht vermeiden. Im Rahmen der Pflege wären besonders muttersprachliche Fachkräfte eine Erleichterung für alle Beteiligten.

Trauer ist sehr persönlich und wird auf private Art vollzogen, daher ist hier der_die Ärzt_in nicht eingebunden. Dies spiegelt nicht Undankbarkeit für das geleistete Engagement des_der Ärzt_in wieder, sondern die Trennung zwischen „Privatem“ und „Äußerem“, wobei das Gesundheitssystem samt Personal zu Letzterem gehört.

Die Familie im Fallbeispiel wollte vielleicht auch den_die Ärzt_in vor dem Schmerz über den Tod schützen und informierte sie deshalb nicht. Bei öffentlicher Trauer und Beerdigungen hingegen ist es verwerflich, zeigt Desinteresse und nur bei sehr gutem Grund wird ein Nicht-Erscheinen akzeptiert (auch wenn keine Einladung erfolgt). Der Grund sollte aus islamisch/ türkischer Perspektive auch telefonisch den Angehörigen mitgeteilt werden. Beileidsbezeugungen haben dann in jedem Fall zu einem späteren Zeitpunkt persönlich zu erfolgen.

Bei übermäßig starker Involvierung in die Behandlung eines_einer Patient_in kann eine Selbstreflektion darüber, warum wieviel Engagement geleistet wird und was sich davon (unbewusst) erwartet wird, hilfreich sein. Auf diese Weise kann auch überprüft werden, ob dies im Interesse des_der Betroffenen ist und tatsächlich das gleiche Ziel verfolgt wird – u.U. ist das nicht selbstverständlich so. Intensive Bemühungen und Einbringung sind legitim und von Betroffenen oft gewünscht. Um aber innerlich nicht in ein stereotypes „die fordern, aber beteiligen sich nicht“ zu geraten, wenn eigene unbewusste Erwartungshaltungen nicht erfüllt werden, sollten eigenen Beweggründe bewusst reflektiert werden.

Häusliche Pflege mit ambulantem Pflegedienst

Ich bzw. meine Praxis war stark in die Organisation eines Pflegedienstes für einen schwerkranken Patienten involviert. Zunächst war die Familie sehr froh über diese Hilfe und Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung und Pflege mit hauswirtschaftlicher Versorgung in den eigenen vier Wänden.

Die generell hohe Belastung durch diese Krankheit für alle Beteiligten wurde jedoch bald dadurch verkompliziert, dass sich die (überwiegend deutschen) Pflegekräfte immer wieder durch häufige Patientenbesuche gestört fühlten. Weiterhin kam es durch die Hilfsbereitschaft der Familie zu Konflikten (gegenseitige Anschuldigungen und Vorwürfe in Bezug auf pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten). Dies verursachte Frustration und emotionalen Abschottung des Pflegepersonals gegenüber der Familie und letztlich auch des Patienten, dessen Sinneswahrnehmungen, Bewusstsein und Denkvermögen noch vollkommen intakt waren.

Dadurch fand eine Art Parallelversorgung von Familie und Pflegedienst statt, es fehlen verbindliche Regeln für die Kooperation und wir als Allgemeinmedizinpraxis stehen dazwischen. Für uns ist es schwierig mitanzusehen, dass die Einweisung des Patienten ins Krankenhaus für die Familie daher immer eine Erleichterung und eine Phase der Entspannung ist. Bei uns gehen auch die Klagen des Pflegepersonals ein, die sagen die Schwierigkeit ist die mangelnde Einhaltung professioneller Distanz. Sie sagen auch selber, dass ihnen Sprach- und Kulturkenntnisse fehlen.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER_ÄRZT_IN/ DES PFLEGEPERSONALS

Hausarzt_in:

- Undankbarkeit für die Bemühungen seitens der Familie.
- Vereinbarungen werden nicht eingehalten.
- In der Praxis gehen Beschwerden ein, dass der Pflegedienst nicht auf die Bedürfnisse des Patienten eingeht.
- Pflegedienste sind auch wegen der Informationsweitergabe über den Gesundheitszustand und die Versorgung zuhause wichtig.

Pflegepersonal:

- Keine Anerkennung der eigenen Pflegekompetenz, Mithilfe der Angehörigen eher störend, weil diese nicht professionell pflegen.
- Häufige Störungen durch Angehörige und Besuche ermöglichen keine gute Pflege.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- „Fremde“ in die Wohnung zu lassen ist nicht einfach und eher unerwünscht.
- Besuch bei Krankheit ist erwünscht und Pflicht laut Koran, daher Konflikt mit Pflegepersonal, weil von diesem nicht anerkannt.
- Die Pfleger_innen halten sich nicht an Regeln.
- Besserwisserei und Bevormundung der Familie.
- Nichteinhalten der sozialen Hierarchieregeln „Wer-hat-wem-was-zu sagen!“
- Erwartungen, die an starke Organisationstätigkeiten geknüpft sind.
- Gefühl, dass eigene Wünsche nicht respektiert werden.
- Informationsweitergabe ist problematisch (wird gleichgesetzt mit Vertrauensbruch, Unehrllichkeit, Verrat. Wer zu Familie gehören will tut sowas nicht! Oder er wird verstoßen).
- Unwohlsein des Patienten über die eigene Hilflosigkeit in der Situation.
- Unsicherheit, ob Pflegepersonal religiöse und kulturelle ‘Dos and Don’ts’ kennt.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Viele (der Interviewpartner_innen) können sich grundsätzlich einen ambulanten Pflegedienst besser vorstellen als eine stationäre Versorgung, da sie so in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können:

„Aber wir fühlen uns hier wohl in unserem Heim, egal ob es nur ein Zimmer ist. Der_die, der_die sich um uns kümmert, so hätte ich das gerne, soll zu mir her kommen und mich in meinem Heim pflegen. Wenn er mich zu sich holt, kann ich dort nicht schlafen, ich kann nicht schlafen, ich fühle mich dort nicht wohl, ich tu dort was essen und gleich danach flüchte ich zurück [...]“ (ATM3;29).

Das bedeutet auch, dass sie in ihrem Zuhause ihre Gewohnheiten soweit es geht weiterführen wollen, z.B. Essensgewohnheiten, Besuche, religiöse Praktiken. Im Koran ist vorgesehen, Kranken beizustehen. Für muslimische türkische/ türkischstämmige Patient_innen ist deshalb viel Besuch wichtig und normal. Auch aus muslimischer Sicht wird

so dem_der Kranken gegenüber Anerkennung, Achtung und Gruppenzugehörigkeit zum Ausdruck gebracht, Anteil am Leid genommen, Genesungswünsche und ein Stück Geborgenheit übermittelt. In der türkischen Kultur ist zudem das Eingebunden sein in soziale Bezüge sehr wichtig, ein ständiges Umgebensein von Familie und Freund_innen und eine kollektive Lebensorientierung ist üblicher als in Deutschland. Krankenbesuchszeiten sind aufgrund eines flexibleren Zeitverständnisses für den Besuch nicht nachvollziehbar. Meist ist den Angehörigen und Patient_innen auch nicht bewusst, unter welchem Zeitdruck die Pflegekräfte in ihren pflegerischen Tätigkeiten stehen.

In einem Fall, wie dem oben angeführten Beispiel, ist die besondere Herausforderung, die unterschiedlichen Beteiligten gut zu koordinieren, so dass die pflegerische Versorgung gut und kultursensibel

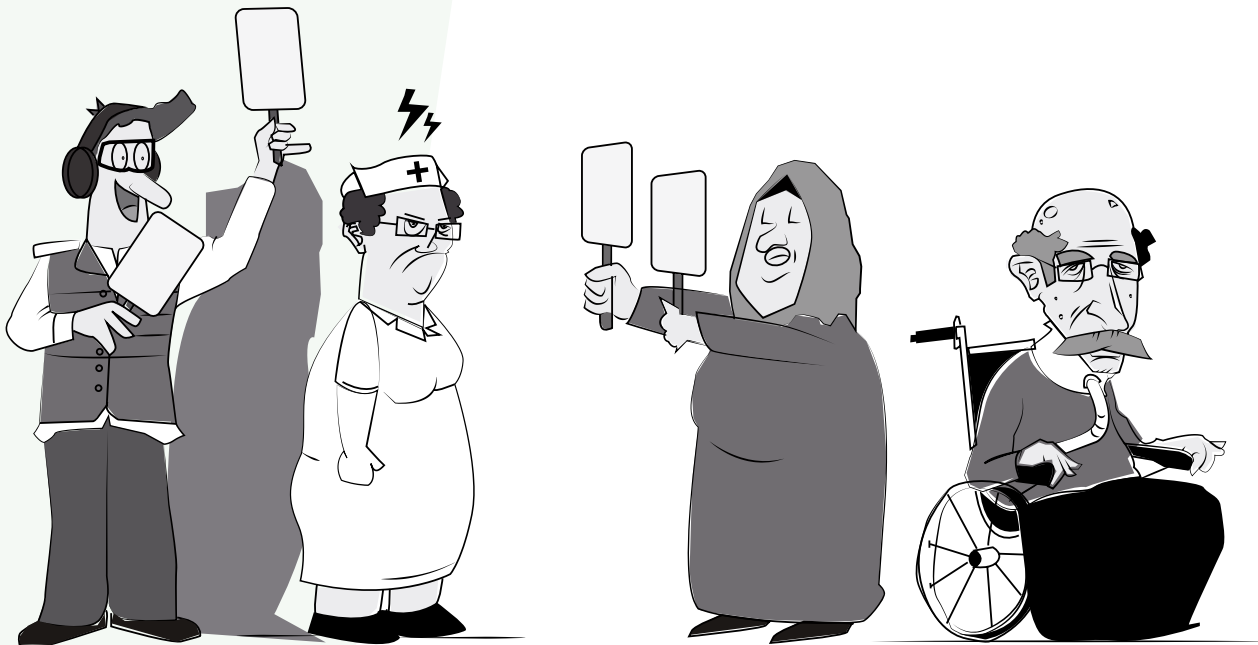
gelingen kann. Dazu kann es – trotz des zuerst zusätzlichen Zeitaufwandes – langfristig besser sein, alle Beteiligten an einen Tisch zu holen, um Verantwortlichkeiten, Unklarheiten und Wünsche zu klären. Werden „kulturspezifische“ Aspekte so weit im Voraus absehbar angesprochen, hilft dies später Missverständnisse und Unstimmigkeiten zu vermeiden. So kann auch Vertrauen zueinander aufgebaut werden.

Auch wenn es primär um die Bedürfnisse der zu pflegenden Person geht sollten möglichst

alle Beteiligten in die Organisation der Pflegesituation eingebunden werden z.B. was braucht die Pflegekraft, um in Ruhe ihre pflegerischen Tätigkeiten zu leisten? Welche Rollen möchten die Angehörigen spielen? Anhand einer Art Pflegeplan mit klaren Zeiten und Aufgaben ist für die Angehörigen nachvollziehbar und planbar, wann welche pflegerische Leistung erfolgt. Darüber sollte seitens des_der Hausärzt_in und des Pflegedienstes von Beginn an kommuniziert werden, am

besten mit einer Person der Familie, damit auch alle Wünsche der Familie berücksichtigt werden können und diese andere Familienmitglieder anleiten kann. Da auch in verschiedenen Kulturen mit der Weitergabe von Informationen unterschiedlich umgegangen wird, sollte gerade der Austausch zwischen Pflegedienst und Hausärzt_in transparent gemacht werden.

Bei Anwesenheit von einem_einer Hausärzt_in entscheidet dieser qua medizinischer „Autorität“, das heißt tendenziell nicht ein_e Pfleger_in. Fachliche Kompetenz ist im Familiensetting jedoch meist zweitrangig. Im Vordergrund steht oft die Familienhierarchie, welche zu berücksichtigen ist. Das kann auch heißen, dass bei Kleinigkeiten das 'Familienoberhaupt' gefragt werden muss. Wer das ist, kann, je nach dem wer krank ist, unterschiedlich sein! Aus diesem Hierarchiegefüge ergibt sich für ärztliches und pflegerisches Handeln ein besonderes Spannungsverhältnis. Einerseits muss gezeigt werden, dass man professionell ist und sehr wohl weiß, was jetzt gerade richtig ist zu tun. Andererseits darf dabei dem 'Familienoberhaupt' seine 'Position' nicht aberkannt werden. Ratsam ist hier – wenn klar wurde, wer diese Rolle innehat – (wichtige) Entscheidungen mit dieser Person abzustimmen, bzw. sogar durch sie diese kommunizieren lassen.



Sprachliche Umgangsformen in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Ich arbeite seit über 20 Jahren in dieser Praxis. Ich bin selbst Tochter einer türkischen Gastarbeiterfamilie. Wir sind eine Praxis mit um die 50 Patient_innen am Tag. Unser Chef ist beliebt bei meinen Landsleuten und deswegen ist gut ein Drittel unserer Patient_innen türkisch.

Also mit unseren türkischen Leuten wird es nie langweilig in der Praxis. Zum Beispiel letzten Mittwoch war wieder einmal so ein Tag.

Da kam ein türkisches Ehepaar Anfang 50, der Mann beschwert sich, dass er etwas am Herz hat und sagt zum Arzt: „Guck nach meinem Herz“. So befehlerisch war das. Unsere älteren türkischen Mitbürger_innen duzen unseren Arzt oft, im Türkischen duzt man sich aber nicht. Warum dann hier? Ich hab das Gefühl die deutschen Patient_innen sind mehr an ihrer Gesundheit interessiert. Sie lassen sich auch mal Krankengymnastikverschreiben. Man merkt, dass Sie präventiv an ihrer Gesundheit arbeiten. Unter meinen Landsleuten wird so nach dem Motto gehandelt: „Jetzt geh ich mal zum Arzt damit ich mal da war“. Erst wenn etwas passiert, geht man

zum_r Ärzt_in und wenn man für etwas zahlen muss, wird das sowieso nicht gemacht.

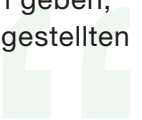
Dann gibt es noch das Problem mit dem Deutsch, es kommen Patient_innen, die über 30 Jahre in Deutschland leben und kein Wort Deutsch sprechen. Wir hatten an dem Tag auch ein anderes türkisches Ehepaar, dem Mann hab ich alles gedolmetscht, die Frau saß dabei und war sehr gelangweilt. Ich hab mir da echt gedacht, ich bin hier um deinem Mann etwas zu übersetzen und es interessiert dich nicht. Ich selber spreche in der Praxis nicht gleich Türkisch mit den Patient_innen, nur wenn ich merke, dass sie nicht zurechtkommen. Manche wollen sich auch gar nicht auf Türkisch unterhalten. Die älteren türkischen Patient_innen sind schon froh wenn ich ihnen Dinge erkläre; vielleicht haben sie die Wörter „gesund“ und „wird schon“ verstanden und denken es ist nichts Schlimmes. Aber eigentlich hat der Arzt gesagt: „Sie sind nicht mehr gesundheitlich in Topform, sie müssen aufpassen was sie essen, dann wird es schon mit der Gesundheit.“

Es fällt mir bei unseren türkischen Patient_innen immer auf, manche wollen, dass man

sich extra um sie kümmert. Die freuen sich dann wenn unser Arzt sie mit „Merhaba“ (guten Tag) begrüßt. Der fragt mich immer wieder nach Wörtern, ja er lernt mit seinen 60 noch Vokabeln.

Mir fällt auch auf, dass die deutschen Patient_innen im Wartezimmer immer etwas lesen, aber bei unseren türkischen Patient_innen ist das fast gar nicht der Fall. Die unterhalten sich eher. Wir haben auch seit einer Weile türkische Flyer, ich hab auch unseren Fragebogen für neue Patient_innen übersetzt. Das Qualitätsmanagement wollte das so haben. Ich kann mir das aber nicht vorstellen, dass die sich jetzt Flyer nehmen und lesen. Aber es wäre schon sehr hilfreich, wenn wir informiert werden würden, über aktuelle medizinische Probleme, Neuerungen, Hinweise. So können wir die Informationen zu einem wichtigen Thema auch den türkischen Patient_innen erklären, wir könnten sie dann besser aufklären.

Zum Glück ist mein Chef ein offener Mensch. Es soll ja auch Ärzt_innen geben, die das Türkischsprechen ihrer Angestellten nicht wollen.



KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER MFA

- Die Patient_innen gehen verschieden mit Ihrer Gesundheit um.
- Sie denken nicht selber an ihre Gesundheit.
- Manche türkische/ türkischstämmige Patient_innen haben einen befehlerischen Umgangston.
- Manche sprechen gar kein Deutsch, da muss der_die MFA dann aushelfen.
- Ob man sich mit jemandem gut versteht hat nichts mit dessen Herkunft zu tun.
- Die älteren Patient_innen sind froh, wenn man ihnen die Behandlung auf Türkisch erklärt.
- Die Extraleistungen des_der MFA, für türkischsprachige Patient_innen, werden in der Praxis nicht anerkannt.
- Die türkischsprachigen Patient_innen in der Praxis duzen häufig den_die Ärzt_in.
- Die türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen wollen extra Fürsorge.
- Die türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen lesen selten etwas, sie haben keine Interesse am Lesen oder haben es nie gelernt.
- Die türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen wissen kaum etwas, die MFA muss ihnen immer alles erklären.

AUS SICHT DES_DER PATIENTEN_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Man beschäftigt sich erst mit Problemen, wenn sie als solche da sind.
- Wenn man nicht gut Deutsch sprechen kann, beherrscht man auch die Höflichkeitsform einfach nicht, was einem selbst nicht auffällt. Viele türkischsprachige Menschen hatten nicht die Gelegenheiten Deutsch zu lernen.
- Fachsprache der Ärzt_innen ist unverständlich.
- Wenn in der Praxis ein_e türkischsprachige_r MFA ist, hilft sie auch bestimmt selbstverständlich türkischen/ türkischstämmigen Menschen.
- Türkische/ Türkischstämmige Leute lesen in der Regel kaum etwas, Prospekte auch nicht, weil das Lesen schwer fällt.
- Informationen kriegt man von Freund_innen und Familie oder über das Fernsehen.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN



Türkischsprachige Informationsvermittlung ist am Besten in Form von Hausbesuchen oder z.B. Fernsehspots, da viel Fernsehen geschaut wird. Für die türkischsprachigen Patient_innen ist dies geeigneter als Informationen in Form von Text (verbale Kultur).

Kommunikationsstützen, welche professionell übersetzen (Bsp.: Professionelle Dolmetscher_innendienste), sind in den Praxisalltag einzubauen. Die Kinder und Angehörigen können oder wollen teilweise nicht alles übersetzen und sind aufgrund ihrer Verbundenheit mit

dem_der Patient_in nicht in der Lage neutral, oder gar 'schlechte Nachrichten', zu übersetzen.

Informationen und Aufklärung führen zu Selbstständigkeit und die älteren Patient_innen zeigen dann mehr Selbstinitiative (Bsp.: „Der Arzt hat mir nichts gesagt, mache ich halt nichts“ oder „Der Arzt hat es nur erwähnt, aber kontrolliert die Ernährungsweise nicht“). Durch Aufklärung über Diabetes kann man bewusst frühzeitig für den falschen Ernährungsstil sensibilisieren.

Fehlendes sprachliches Wissen bei den türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen führt teilweise dazu, dass sie auch fremde Personen duzen, was als unhöflich empfunden werden kann.

Das Engagement des_der MFA sollte klar geregelt werden. In Absprache mit dem_der Praxischef_in, kann ein_e türkischsprachige_r MFA türkischsprachige Patient_innen unterstützen, ohne Extraaufwand zu haben oder in Bedrängnis zu kommen. Das fördert die Harmonie in der Praxis und die Patient_innen müssen sich im besten Fall nicht genieren.

Medizinische Fachangestellte als Dolmetscher_innen

Ich liebe meine Arbeit als Medizinische Fachangestellte. Vor allem weil ich türkische Wurzeln habe und die türkische Sprache beherrsche, kann ich den türkischsprachigen Patient_innen in der Praxis, in der ich arbeite, behilflich sein.

Schon allein wenn ältere türkischsprachige Patient_innen meinen Nachnamen hören, fragen sie mich, ob ich Türkisch kann. Und schon bei ihrem nächsten Besuch kommen sie ohne ihre Kinder oder ihre Enkel. Ich werde als Bezugsperson wahrgenommen. Sie erwarten von mir, dass ich ihnen beim Übersetzen helfe, damit sie sich besser mit dem Arzt verständigen können. Ich versuche auch alles richtig zu übersetzen, aber bei den ganzen Fachbegriffen fehlen mir meistens die türkischen Vokabeln. Daher verwende ich manchmal sogar den Google-Übersetzer. Sowohl mein Chef, als auch die Patient_innen erwarten von mir eine richtige Übersetzung, deshalb habe ich manchmal etwas viel Druck. Da ich aber den Google-Übersetzer mit verwenden darf denke ich, dass ich das gut meistere.

Ältere Menschen möchten mehr Zuwendung und Hilfe. Wenn ich ihnen das zeige, z.B. wenn ich ihnen helfe ihre Jacken auszuziehen, bauen sie ganz schnell eine Art Vertrauensbeziehung zu mir auf, das gefällt mir. Bei jüngeren Patient_innen ist das nicht der Fall, die kommen und gehen. Zu den älteren Patient_innen allgemein und zu den türkischen älteren im speziellen habe ich eine engere Beziehung.

Ich habe nicht mal eine Mittagspause, weil ich in den Pausen Hausbesuche mache, um den älteren deutschen und türkischen Patient_innen eine Spritze zu geben, oder Medikamente vorbei bringe, die sie vom Arzt verschrieben bekommen haben, natürlich nur durch die Anweisung von meinem Chef. Ich helfe gerne, auch wenn die Hälfte meiner Pausen dann im Bus und den Hausbesuchen vergehen. In der Hinsicht habe ich wirklich einen sehr guten Chef. Es liegt vielleicht daran, dass ich schon länger mit ihm zusammen arbeite. Er hat es mir erlaubt, Hausbesuche zu machen, was ich auch liebend gerne mache. Bei meinen Hausbesuchen reden wir vor allem bei den türkischen älteren Patient_innen natürlich auch über privatere Angelegenheiten, dadurch baue ich eine engere Beziehung zu den Patient_innen auf. Etwas Bewegung und die frische Luft tun mir natürlich auch gut, da ich normaler Weise den ganzen Tag in der Praxis bin.

Ich mag es mit den Patient_innen zu reden, auch auf Türkisch. Ein paar Sätze austauschen, nach ihrer Gesundheit Fragen oder nach den Kindern und schon sind sie glücklich und zufrieden. Ältere Menschen und speziell die aus meinem „Mutterland“, glücklich zu sehen, macht mich auch glücklich. Das ganze macht die Arbeitsatmosphäre lockerer und die Arbeit macht mir viel mehr Spaß.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER MFA

- Ältere türkische/ türkischstämmige Patient_innen nehmen alles persönlich und sind empfindlich.
- Sie sind sehr schnell beeinflussbar. Wenn man nett zu ihnen ist, bauen sie schnell Vertrauen auf.
- Mit dem Übersetzen ist der_die MFA teilweise oft überfordert.
- Hilfsbereitschaft, z.B. wenn in Pausen Hausbesuche gemacht werden, findet von dem_der MFA ohne Erwartung einer Gegenleistung statt. Einige MFA sind glücklich, wenn Patient_innen geholfen werden kann.
- MFA können es auch lästig finden, ständig die Patient_innen bei allem möglichen zu begleiten.

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Wenn eine türkischsprachige_r MFA in einer Hausarztpraxis arbeitet, erwartet man von ihm_ihr, dass er_sie für türkische/ türkischstämmige Patient_innen übersetzt und diesen hilft.
- Eine Vertrauensbasis zum_zur MFA und zum_r Ärzt_in ist schneller aufgebaut, aufgrund der Hilfsbereitschaft und dem türkischen Migrationshintergrund von türkischstämmigen MFAs.
- Hausbesuche sind türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen oft lieber, wenn sie sich in einer deutschsprachigen Praxis unwohl fühlen und auch nicht mehr sehr mobil sind.
- Die türkischsprachigen MFA sind höflicher und eher an Türk_innen interessiert.
- Es besteht die Erwartung an die jungen MFAs, dass sie Respekt bezeugen, wie man das den Älteren gegenüber tut.

Wenn es sprachliche Verständigungsschwierigkeiten bei der Behandlung gibt, ist es für eine gute Versorgung wichtig, dass die Situation für alle Beteiligten gut gelöst wird. MFAs, die nicht gerne Türkisch in der Praxis reden möchten oder denen es durch ihre_n Ärzt_in untersagt ist, sollten die Patient_innen darum bitten, beim nächsten Arztbesuch mit einem_r Familienangehörige_n oder Bekannte_n zu kommen, der_die die Deutsche Sprache beherrscht. Sollte dies nicht möglich sein, kann abgesprochen werden, dass ein_e Familienangehörige_r nach dem Arztbesuch in der Praxis anruft und erfragt, was diagnostiziert bzw. besprochen wurde. Eine andere Möglichkeit wäre, dass der_die Chef_in auf Wunsch der Patient_innen die Familienangehörigen kontaktiert. Die Zustimmung beider Seiten spielt dabei eine große Rolle. Falls der_die MFA nicht übersetzen kann oder darf, wäre eine weitere Möglichkeit, dass der_die Ärzt_in eine_n Übersetzer_in mit fachspezifischen Sprachkenntnissen einstellt (fest oder auf Honorarbasis). Diese_r könnte zu den Terminen von Patient_innen kommen, die nicht über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Dafür muss der_die Patient_in natürlich sein_ihr Einverständnis

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

geben. So kann jede_r seine Arbeit „richtig“ praktizieren, ohne dass Unklarheiten und Missverständnisse auftreten.

Bei der Behandlung in einer Arztpraxis können sich die türkischen/ türkischstämmigen Mitbürger_innen wegen ihres Migrationshintergrundes diskriminiert, weil anders behandelt, fühlen (Bsp.: Privat Versicherte, was für sie nicht ersichtlich ist, kommen früher an die Reihe in Praxen, als gesetzlich Versicherte, dies führt zu Missverständnissen). Diese Aussage über Diskriminierungsgefühle, die in solchen Situationen entstehen können, soll jedoch nicht relativieren, dass Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund vielfach in der medizinischen Versorgung Diskriminierungserfahrungen machen.

Zwischen Ärzt_in und MFA sollte eine gute Verständigung bezüglich der Verhaltensweisen gegenüber den Patient_innen erfolgen. Es sollte gut abgeklärt werden, inwiefern der_die MFA in der Praxis übersetzt und wie der_die Ärzt_in zu Hausbesuchen seinerseits_ihrerseits steht. Nur so lässt sich vermeiden, dass Missverständnisse entstehen (z.B. die Patient_innen denken, der_die MFA hätte nur

keine Lust sie zu unterstützen) oder für den_die MFA viel Mehrarbeit, u.U. auch rechtliche Grauzonen, entstehen. Der_die behandelnde Ärzt_in muss auf jeden Fall Bescheid wissen und es genehmigen, wenn sein_e_ihr_e MFA Hausbesuche macht, bzw. von den Patient_innen darum gebeten wird.



Familienangehörige in der pflegerischen Versorgung

Die Angehörigen von türkischen Patient_innen haben gewisse Vorstellungen und entscheiden eigentlich, was passieren soll. Manche Dinge, also schwerwiegende Erkrankungen werden einfach verschwiegen. Ein Vater erzählt zum Beispiel der Tochter nichts, wenn er ein Prostata-Karzinom hat oder die Mutter erzählt dem Sohn oder dem Ehemann nichts von Unterleibsschmerzen. Also da gibt es einfach Dinge, die in der Familie nicht angesprochen werden, die dann natürlich auch in der Situationsbeschreibung ein Stück weit fehlen. Es ist dann sehr schwierig die Pflege oder die medikamentöse Behandlung richtig durchzuführen. Ich habe auch die Erfahrung gemacht, dass türkische/ türkischstämmige Angehörige viel öfter zu Besuch sind. Sie stellen viele Fragen und beobachten genau die Pflegehandlung. Sie mischen sich stark in die Pflegehandlungen ein. Da bringt jede Angehörige noch ihren Extrawunsch mit. Die denken wir sind erst fertig, wenn wir fertig sind. Wenn alles gemacht ist. Nur nicht hektisch und immer langsam. Dass wir unter Zeitdruck stehen, verstehen sie nicht. Und das ist dann wieder so, ja, das Problem, dass man denen das klar macht. Dann heißt es, ja, ja, ihr macht immer nur alle schnell, schnell, schnell und wollt weg. Das hat damit aber nichts zu tun. In einem Fall war es eben so, dass die Ehefrau sehr schlecht sprechen konnte. Die Angehörigen haben natürlich ein hohes Bedürfnis alles zu wissen, wie bei jeder Erkrankung,

sie möchten ja wissen, gerade am Lebensende wo wir stehen, was ist zu erwarten und wie wird das weitergehen und wie lange geht das noch. Das sind ja immer so viele Fragen. Gerade da wäre es natürlich sehr, sehr wichtig, wir wären der Sprache gerade bei so sensiblen Sachen mächtig und hätten mehr Zeit. Zwar kann man sich in gebrochenem Deutsch miteinander unterhalten. Aber ich denke manche Ängste, die die Menschen haben, gerade im Alter, wie wird es weitergehen, was bedeutet das für mich, diese Ängste können sie einfach nicht auf Deutsch formulieren. Ich habe immer den Eindruck wir können die Bedürfnisse nicht richtig befriedigen. Also ich habe immer ein schlechtes Gewissen. Das führt dann oft zu einer Überforderung des Pflegepersonals.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES PFLEGEPERSONALS

- Über die Schwere der Erkrankung wird nicht offen gesprochen – Schwierigkeit eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können.
- Unverständnis von Angehörigen über Zeitdruck des Pflegepersonals.
- Kommunikationsschwierigkeiten führen zu Überforderung und Unwohlsein für das Pflegepersonal.
- Es gibt 'Tabu-Krankheiten', über die in der Familie oder mit dem_der Partner_in nicht gesprochen werden.
- Die Pflegekraft wird in ihrer Fachkompetenz nicht respektiert – ein_e Ärzt_in hingegen immer, obwohl er_sie weniger 'Pflegefachmann' ist.
- Es gibt unterschiedliche Gründe, warum manche Diagnosen nicht übersetzt werden, z.B. Respekt der anderen/ älteren Person gegenüber; weil Gott über Leben und Tod entscheidet.
- Türkische/ Türkischstämmige Patient_innen erhalten viel öfter Besuch und das ist sehr anstrengend.
- Angehörige denken oft, dass sie es besser wissen und machen (bei Pflegehandlungen).

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Unsicherheit über die Versorgung durch das Pflegepersonal seitens der Angehörigen – möchten genau informiert werden – vielleicht auch wegen unzureichender Sprachkenntnisse der älteren türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen – können ihre Ängste und Bedürfnisse nicht selbst ausdrücken.
- Die Angehörigen eines_einer Kranken fühlen sich stark verantwortlich für eine gute Versorgung von der pflegebedürftigen Angehörigen – mischen sich daher verstärkt in die pflegerische Handlung ein.
- Wunsch nach bestmöglicher Versorgung – Angehörige können nicht mit dem Zeitdruck des Pflegepersonals umgehen.
- Kranke_r Patient_in kann evtl. Angst vor dem Sterben nicht ausdrücken, weil niemand Türkisch versteht.
- Patient_in fühlt sich sehr isoliert.
- Die Angehörigen haben ein schlechtes Gewissen und mischen sich deshalb in die Pflege ein.
- Die Angehörigen sind dem Pflegepersonal gegenüber unhöflich und der_die Patient_in muss das hinterher ausbaden.
- Patient_in kann das unhöfliche Verhalten seiner_ihrer Familie nicht ansprechen, sie kommen sonst nicht mehr.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN



Gerade in der Pflege ist eine große Sensibilität gegenüber den Patient_innen und den Angehörigen wichtig. Als Voraussetzung für eine gute pflegerische Versorgung ist es ausschlaggebend, eine gute Beziehung zu den Pflegebedürftigen wie auch zu den Angehörigen aufzubauen. Sich auch Zeit für Zusatzleistungen nehmen kann für den Beziehungsaufbau hilfreich sein. Dieser Mehraufwand kann eventuell an anderer Stelle wieder ausgeglichen werden.

„Und dann hat man aber diese Doppelrolle, dass man natürlich nicht mehr wie so ein Profidienstleister auftreten kann[...], dass man einerseits akzeptiert wird als Sohn oder Tochter sozusagen, das wünschen die sich irgendwie gerne; dass einfach da jemand diese Zeit auch hat, auch Zeit hat für Sachen, die eigentlich überhaupt nicht in diesen Dienstleistungen vorgesehen sind.“ (PFo2E; 8)

Gerade bei Verständigungsschwierigkeiten ist wahrscheinlich mehr Zeit für eine pflegerische Versorgung notwendig. Vielleicht können einige Wörter in der Sprache der

pflegebedürftigen Person angeeignet werden. Dadurch können Brücken gebaut und Vertrauen hergestellt werden. Ebenso kann mit Bildern gearbeitet werden, die eine Pflegehandlung darstellen, umso dem_der Patient_in zu erklären was auf ihn_sie zukommt.

„Die Kommunikation ist natürlich sehr schwierig bei muslimischen Patienten der ersten Generation. Die sprechen eh fast alle sehr schlecht Deutsch. [...] Dass man auf die individuellen Wünsche dann halt Rücksicht nimmt, so wie bei allen anderen. Weil wenn man viel spricht, verstehen die nicht. Und das macht die schon wieder wütend. Sie sprechen halt viel mit Mimik und Gestik dann, was sie bedrückt. Das muss man halt verstehen können. Es ist immer wichtig, dass in jedem Pflegedienst auch so eine türkischsprechende Mitarbeiterin da ist, wo wirklich für diese Patienten, diese reingehen und wenn es nur einmal am Tag ist.“ (PF10E; 4-6)

Türkischsprachiges Pflegepersonal kann für die pflegebedürftigen älteren türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen ein Vorteil sein, sie sind jedoch in wenigen Einrichtungen bisher verfügbar. Hintergrundwissen über das Krankheits- und Gesundheitsverständnis oder wie die ältere türkische/ türkischstämmige Person gepflegt werden möchte, könnte zuvor mit den Angehörigen und möglichst der

pflegebedürftigen Person besprochen werden, damit die Pflegekraft den Bedürfnissen entsprechend die Pflege durchführen kann. Dass über eine schwere Erkrankung innerhalb der Familie nicht gesprochen wird, sollte von der Pflegekraft akzeptiert werden. Diese schwierige Situation macht eine gute Zusammenarbeit mit dem_der Ärzt_in und auch einen guten Austausch mit den Angehörigen notwendig.

Dass Angehörige viele Fragen stellen und bei den Pflegehandlungen sehr genau beobachten, kann die Pflegekraft natürlich verunsichern. Die eigene Profession wird hier in Frage gestellt, das hat natürlich keine Berufsgruppe gern. Gerade in solchen Situationen kann ein Perspektivwechsel sehr hilfreich sein. Sich in die Patient_innen oder die Angehörigen hineinzuversetzen ist zwar einerseits schwierig, aber andererseits auch essentiell um sich bewusst machen zu können, was die Patient_innen oder die Angehörigen gerade jetzt im Moment brauchen.

„Also ich denke so das ist wichtig, also nicht da wieder durch diese Fachbrille zu gucken, sondern die Menschen genauso wie wir es bei allen machen fragen, was möchten sie? Was brauchen sie? Egal jetzt mal welcher Herkunft.“ (PF06E; 60)

Überforderung der Familien

Also die Grundpflege bei den türkischen/ türkischstämmigen Patient_innen stellt sich ab und zu etwas schwierig dar. In der Regel lehnen sie die Grundpflege ab. Nur in Härtefällen lassen sie es zu. Dafür sind die Angehörigen; die Schwiegertöchter, die eigenen Töchter zuhause zuständig. Wenn das nicht gemacht wird heißt das dann, die Kinder wollen nicht, wollen sie abstoßen. Also bei Pflegestufe 1 lassen sie definitiv keine professionelle Pflege zu. Ab 2, wenn die Angehörigen wirklich überfordert und selbst berufstätig sind, ziehen sie zum Teil doch einen Pflegedienst hinzu. Wie sie gepflegt werden möchten ist sehr individuell. Die Vorstellungen der Generationen gehen hierbei auseinander. Ich hatte einmal ein_e Patient_in, der_die hat irgendwann gemeint, dass der Pflegedienst nicht mehr kommen braucht. Die Tochter sei jetzt arbeitslos, sie hat sie zu spritzen. Ohne die Tochter gefragt zu haben, ohne irgendwelche Vorstellungen, ob die Tochter denn das kann oder nicht kann, möchte oder nicht möchte. Ich war mit dieser Situation etwas überfordert, schließlich kann ich dieser Frau ja nicht vorschreiben, was sie zu tun oder zu lassen hat. Trotzdem fand ich es grob fahrlässig, einfach den Pflegedienst aus der Versorgung zu nehmen. Bei einer anderen Familie, die wollten ihren Vater unbedingt nachhause holen. Also die wollten ihn dann quasi in der Großfamilie zuhause pflegen, es ist aber schon an baulichen Gegebenheiten der Wohnung gescheitert. Sie hatten keinerlei pflegerische Erfahrung und der Vater war schwerst pflegebedürftig. Ich hatte da schon häufiger den Eindruck, dass die Pflege innerhalb der Familien teilweise schon an ihre Grenzen stößt. Letztendlich kam der Vater in ein Pflegeheim. Die Situation war dann jedoch für alle nicht zufriedenstellend, da der Vater sich im Pflegeheim nicht wohl gefühlt hat.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES PFLEGEPERSONALS

- Pflegekraft sieht die Versorgungsschwierigkeiten der Patient_innen. Möchte für die Patient_innen die bestmögliche Versorgung – Patient_innen entscheiden eigenmächtig über Behandlungsverlauf, bzw. die Beendigung.
- Individuelle Pflege erkannt von Pflegekraft. Kann diese nicht umsetzen, da die Pflege des_der schwerst pflegebedürftigen Patient_in nach eigener Ansicht so nicht gewährleistet werden kann – stößt an die Grenzen.

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Patient_innen sind selbstbestimmend, wollen von der Familie versorgt werden – Pflegedienst soll nicht mehr kommen.
- Sie sehen Pflegesituation anders, Pflege kann auch durch die Familie veranlasst werden.
- Selbstverständnis von Patient_innen und Angehörigen, dass Familie die Pflege übernimmt, egal ob Angehörige dies auch wollen.
- Pflegeheime für türkische/ türkischstämmige Migrant_innen nicht angepasst.
- Als (Schwieger-)Tochter ist es Pflicht, alles selbst zu tun und das an die (Schwieger-)Eltern zurückzugeben, was sie für uns getan haben (als wir ein Kind waren). Als Angehörige_r wird einfach von den (Schwieger-)Eltern über mich verfügt. Meine (Schwieger-)Eltern interessieren sich nicht, ob ich alles unter einen Hut bekomme: Pflege-meine Arbeitsstelle-meine Kinder-meine_n Partner_in/ Ehemann_frau – meine eigenen (Schwieger-)Eltern.
- Ich bin völlig überlastet, kann mit niemandem darüber sprechen und weiß nicht, wo ich Hilfe erhalten könnte. Es ist ein Tabu zu sagen, man kann/ will als (Schwieger-)Tochter nicht pflegen.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN



Der Wunsch vieler Patient_innen ist es, so lange wie möglich zu Hause versorgt zu werden. Am besten noch von der Familie. Dass eine fremde Person für die Pflege nach Hause kommt, ist erstmal eine neue Situation an die sich der_die Pflegebedürftige, aber auch die Angehörigen gewöhnen müssen. Auch die Pflegekraft muss sich auf die neuen Patient_innen und Angehörige einstellen. Haben diese dann auch noch einen anderen kulturellen Hintergrund, kann dies eine weitere Herausforderung darstellen.

„Also eine gute Atmosphäre. Sie sollen unsere alltäglichen Bedürfnisse erledigen ohne zu schimpfen, mit einem lächelnden Gesicht. Das reicht mir. [...] Er_sie soll nicht spüren lassen, dass man Fremde_r ist, also du bist Fremde_r

dich so, den anderen behandeln. Es ist ausreichend, wenn er_sie das nicht spüren lässt für mich. Dein Gegenüber soll nur Mensch sein, das reicht, für mich.“ (ATM18;24,32)

Die Familie in die Pflege miteinzubeziehen kann eine Erleichterung darstellen, setzt aber eine Offenheit der Pflegekraft und natürlich auch der Angehörigen voraus. Vorhandenes Vertrauen der Patient_innen gegenüber den Angehörigen ermöglicht einen besseren Zugang zu dem_der Patient_in, gerade im Hinblick von Verständigungsschwierigkeiten. Das Vertrauen kann so an die Pflegeperson weitergegeben werden. In einem guten Austausch mit den Angehörigen zu stehen ist von besonderer Bedeutung.

„Das war eigentlich eine, waren schöne Situationen, weil immer jemand, eine der Töchter dann auch, die hatten das so eingeteilt, dass da bei der Morgenpflege jemand dabei war. War auch der Mutter angenehm. Und dann war es immer eine Fachkraft von uns und jemand von den Töchtern, die der Patientin ja sehr vertraut waren. Es waren also schöne Pflegesituationen. Konnten sich so auch unsere Krankenschwestern sehr gut auf dieses Gemeinsam-Tun einlassen.“ (PF09E; 12)

Kleine Willkommenskulturen sind auch in einem Pflegeheim oder Krankenhaus möglich. So könnte zum Beispiel das Kreuz über der Zimmertür bei einer türkischen/ türkischstämmigen muslimischen älteren Person einfach abgehängt werden. Auch auf entsprechende Essgewohnheiten oder Gebetszeiten kann nach einer ausführlichen biografischen Anamnese gut eingegangen werden. Einmal im Monat könnte es einen türkischen, italienischen oder russischen Tag geben. An diesem Tag gibt es dann entsprechende Speisen und eine besondere Nachmittagsgestaltung bei der auch die Angehörigen miteinbezogen werden.



Körperpflege und Reinheitsvorstellungen

Da ich selbst einen türkischen Migrationshintergrund habe, weiß ich, dass bei uns die Gebetswaschung unter fließendem Wasser durchgeführt wird. Also Waschschüsseln, damit kommen die türkischen Patient_innen nicht zurecht. Bei einer Pflegestufe 3, bei Bettlägerigkeit, ist es anders natürlich nicht möglich. Aber dann müssen zwei Schüsseln her. Eine Schüssel, wo nur für den Intimbereich da ist, die andere Schüssel nur für den Oberkörper. Genauso werden separate Waschlappen benötigt. Das Gesicht wird ganz separat gewaschen. Bei Pflegestufe 2 ist es so, dass die älteren türkischen Migrant_innen die Gebetswaschung unter fließendem Wasser durchführen möchten. Sie wollen an das Waschbecken gefahren werden, wo sie ihr Gesicht waschen und die Intimpflege durchführen können. Das ist natürlich alles viel aufwendiger und für uns in der Pflege grade auch zu Hause bei so engen Wohnverhältnissen. Manchmal ist das ganz schön schwierig. Da hat man auch immer Angst, der_die Patient_in kollabiert mal. Ganz wichtig ist es bei der Grundpflege, wenn Besuch da ist, diesen aus dem Zimmer zu schicken. Das Schamgefühl ist sehr groß. Der Respekt der Angehörigen, dass eine ältere Person sich vor ihnen nicht ausziehen möchte oder sie nicht zuschauen lässt, wie sie gepflegt wird, ist irgendwo ein Stück weit auch geben. Der Verlust der Selbstständigkeit, kann für die pflegebedürftige Person sehr erniedrigend sein.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES PFLEGEPERSONALS

- Sicht auf Körperpflege als hygienische Maßnahme und für Wohlbefinden.
- Versorgung nach verbindlich vorgegebenen Pflegestandards, zeitliche und strukturelle Beschränkungen des Personals, das unter Zeitdruck steht.
- Geschlechtsbezogene Waschung schlechter umsetzbar, umständliche Vorgehensweise.
- Zeitaufwändigeres Duschen belastet den_die Pflegebedürftige_n wie auch die Pflegeperson durch die Mobilisation stärker; es besteht die Gefahr, dass die Person stürzt. Die Verantwortung belastet das Personal.
- Unklares missbilligendes und abweisendes Verhalten von Angehörigen führt zu Verunsicherung und Kommunikationsblockaden.
- Pflegekraft musste diese ganzen Vorgänge bei der Gebetswaschung auch erst lernen. Woher soll ein_e nicht-muslimische Kolleg_in das wissen?
- Der Gesetzgeber nimmt keine Rücksicht, ob es Sprachprobleme, Sonderanforderungen, wie bspw. Gebetswaschungen gibt. Das ist alles durchgetaktet.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Körperpflege muss auch Kriterien der spirituellen Reinheit erfüllen, sowie der ausgeprägten Scham gegenüber dem anderen Geschlecht, Älteren und Fremden.
- Beschränkungen der Pflegeinstitution werden nicht verstanden.
- Die Grundpflege wird ungern dem Pflegepersonal überlassen.
- Nur fließendes Wasser kann wirklich reinigen, es werden dafür auch Unannehmlichkeiten oder körperliche Anstrengungen in Kauf genommen.
- Wohnung ist gleichzeitig wie ein geweihter Raum: Straßenschmutz, schmutzige Wäsche und Ausscheidungen gelten als unrein, der manchmal gedankenlose Umgang des Pflegepersonals damit verärgert Patient_innen und die Angehörigen.
- Die Pflegekräfte wissen nicht, dass viele türkische/ türkischstämmige Personen selbst alleine im Badezimmer beim Baden oder Duschen den Slip, die Unterhose nicht ausziehen, auch wenn sie noch gesund sind.



HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Bei der Körperpflege überschreitet die Pflegeperson Schamgrenzen und bei ausgeprägter Religiosität auch spirituelle Grenzen, insbesondere, wenn die gegenseitigen Vorstellungen von Reinheit und Hygiene nicht übereinstimmen. Ein grundlegendes Vertrauen und eine gute Kommunikation mit den Angehörigen über die Bedürfnisse und Gewohnheiten gerade in diesem Bereich sind notwendig; ein sensibler und respektvoller Umgang mit den älteren Personen ist unabdingbar. Bei der Pflege sollte auf die individuellen Bedürfnisse der zu Pflegenden geachtet werden. Diese müssen erspürt bzw. erfragt werden, da nicht einfach eine Annahme aufgrund der Herkunft einer Person bzgl. der Bedürfnisse möglich ist. Es ist wichtig, die unterschiedlichen kulturellen oder religiösen Verständnisse von z.B. Körperpflege oder Krankheitsvorstellungen zu erfassen. Auch hier ist ein Mehraufwand und eine gewisse Sensibilität der Pflegekraft notwendig.

„Also es gibt nicht die richtige Körperpflege, sondern die richtige ist das, was jeder Mensch für sich individuell als passend empfindet. Und ich, das ist etwas, das fehlt uns Pflegenden. Das fehlt uns. Also wir müssen denke ich mir in der Ausbildung das Thema transkulturelle Kompetenz bedeutungsvoller und mit mehr Stunden und mit mehr Selbsterfahrung einlegen.“ (PF05E; 28)

Türkische/ Türkischstämmige Pflegekräfte wüssten wahrscheinlich eher über die Bedürfnisse der_des älteren türkischen/ türkischstämmigen Pflegebedürftigen Bescheid.

„Optimal wäre natürlich, wenn man Pflegekräfte hätte oder mit einbeziehen könnte, die einfach einen türkischen Hintergrund hat. Die die ganzen Fragestellungen kennt, die auch nicht mehr, nicht mehr bei jedem Handgriff nachfragen muss. Oder, nachfragen; die einfach weiß wo sind Unterschiede. Und dass man natürlich die Pflegekräfte oder alle, die in der Versorgung mit eingebunden sind, einfach verstärkt über Fortbildungsmaßnahmen da informiert und anleitet.“ (PF03E; 42)

Aber nicht alle türkischen/ türkischstämmigen Pflegekräfte haben den gleichen kulturellen und religiösen Hintergrund. Auch hier kann es zu Missverständnissen und Schwierigkeiten in der Pflegehandlung kommen. Alle Pflegekräfte sollten eine Offenheit und Sensibilität gegenüber den Patient_innen mitbringen, unabhängig der Herkunft.

Sterbebegleitung

Wir Krankenschwestern im Hospiz haben ja ein Sterbebegleitungskonzept. Wenn jemand im Sterben liegt, machen wir klassische Musik an und legen je nach dem ein Kreuz oder einen Engel auf das Nachtkästchen. Wir hatten einen älteren türkischen Patienten. Er war ja sehr dement, wirklich dement. Die muslimische Gemeinde hat jemanden geschickt, also ein Ehepaar, die ihn regelmäßig besuchten. Sie sind dann gekommen und haben sich mit ihm unterhalten. Wir waren sehr verunsichert in der Versorgung und wussten nicht, wie wir das jetzt machen sollen. Bisher hatten wir keinerlei Erfahrung in der Sterbebegleitung von muslimischen Patient_innen. Für Muslim_innen ist das mit dem Kreuz und mit Engel natürlich nicht korrekt. Wir haben auch gemerkt; selbst wenn jemand gut Deutsch gesprochen hat, ist am Lebensende die Muttersprache immer das Wichtigste. Gerade für die Angehörigen bringt es viel Vertrauen, wenn jemand aus dem Kulturkreis selber die Kommunikation übernimmt.

KRITISCHE EREIGNISSE

AUS SICHT DES PFLEGEPERSONALS

- Überforderung durch Demenz bei Patient_in, weil Wünsche und Bedürfnisse nicht geklärt werden können.
- Es besteht eine große Verunsicherung über unbekannte Sterberituale, gewohnte christliche Konzepte sind unpassend.
- Muttersprachliche Unterstützung für die letzte Lebensphase ist in der Pflegeinstitution nicht vorhanden, eine Verständigung ist nicht möglich.

AUS SICHT DES_DER PATIENT_IN UND DEN ANGEHÖRIGEN

- Wünsche und Bedürfnisse des_der Sterbenden können nicht (mehr) geäußert werden.
- Für Patient_in und Angehörige existiert keine Vorbereitung auf den Tod nach islamischen Vorschriften, die essentiell sind für einen Übertritt in das Paradies.
- Überforderung, sich in der Krisensituation als Angehörige für eine adäquate Versorgung innerhalb der Pflegeinstitution zu organisieren, Hemmungen etwas einzufordern.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Pflegeexpert_innen berichten von einem_r Muslim_in im Sterbeprozess, wo die Einrichtung Unterstützung und Anleitung durch die muslimische Gemeinde bekam. Aus Sicht einer interviewten Person haben Einrichtungen die Aufgabe, einen individuellen Ablauf im Sterbefall zu ermöglichen. Die Familien kümmern sich in der Regel um alles Organisatorische. Es findet eine gute Absprache zum Beispiel über den Besuch des Imams (islamischer Priester) oder über den Ablauf nach dem Tod zwischen den Familien und der Einrichtung statt.



„Ja, die Besonderheit ist schon so, wobei das immer sehr gut in den Familien selber geklappt hat, dass sie sich dann drum kümmern, dass ein Imam kommt und also auch schon so in den Tagen vor dem Sterben, dass wir dann auch mit der Familie absprechen, wie der Ablauf nach dem Tod sein soll. Und das ist auch unsere Aufgabe, das dann, da einen Ablauf zu ermöglichen, der denen dann entspricht. Das Organisatorische, also jetzt zum Beispiel mit den Waschungen und so, übernimmt die Familie bzw. wir dann in Absprache mit dem, mit jemand von der islamischen Gemeinde.“ (PF09E; 20-22)

Es ist sinnvoll, dass zumindest Menschen von den großen Migrant_innen-Gruppen aufgrund von unterschiedlichen sozialen Kompetenzen und vor allem auch wegen der Sprachbarriere in den Einrichtungen vertreten sind und der Kontakt zur türkischen bzw. muslimischen Gemeinde besteht. Bei einem_r muslimischen Patient_in sollte sich an eine Person oder Stelle gewendet werden, wie ein Imam oder die muslimische Gemeinde, die Auskunft darüber geben können, wie Hilfe geleistet werden kann und keine Fehler gemacht werden. Darüber hinaus wird die Familie nach ihren Bedürfnissen und Wünschen gefragt.

„Man müsste natürlich immer auch diese türkische Gemeinde ein Stückweit mit einbeziehen, aber das ist was, was natürlich ein Pflegedienst so nicht leisten kann. [...] Also optimal würde das bedeuten, dass sozusagen man da auch gemeinschaftlich was aufbaut und damit so doch relativ großen Anzahl von muslimischen Mitbürgern.“ (PFo2E; 36)

In der letzten Lebensphase und nach dem Tod von Muslim_innen sollte auf einige wichtige Aspekte geachtet werden:

Krankenbesuche bzw. Besuche für Personen, die im Sterben liegen sind im Islam wichtig.

Suren aus dem Koran könne bei den Besuchen rezitiert werden. Besonders wird die Sura 26 (Yasin), für die im Sterbebett liegende Person rezitiert. Die Rezitation muss nicht unbedingt von einem Imam sein.

Neben dem im Sterben Liegenden sollte nur Gutes geredet werden.

Die letzten Worte eines_r Muslims_in sollten das Glaubensbekenntnis (Schahada) sein. Das heißt bezeugen, dass es keine Gottheit außer dem einzigen Gott (Allah) gibt und dass Mohammed der Gesandte Gottes ist (Hadith, Ibn Abbas – Hakim). Wenn die Person jedoch nicht mehr in der Lage ist, das Glaubensbekenntnis zu sagen, sollte es ihm langsam und deutlich

vorgesagt werden. Aus islamischer Perspektive ist das Glaubensbekenntnis zwar der Schlüssel zum Paradies, aber „jeder Schlüssel hat Zähne. Und ein Schlüssel ohne passende Zähne wird das Schloss nicht öffnen“ (Aussage eines Gelehrten). Damit der Schlüssel die richtigen Zähne hat ist es wichtig nach dem Islam zu leben und nicht nur im Angesicht des Todes die Schahada zu sprechen. Die Schahada wird dem Neugeborenen Kind ins Ohr geflüstert und der Wunsch ist es für eine kranke oder alte Person, dass die Schahada die letzten Worte vor dem Sterben sind.

Wenn gesehen wird, dass eine Person in seinen letzten Atemzügen ist, sollte der im Sterben liegende, auf die rechte Seite gelegt werden, so dass das Gesicht in Richtung Mekka schaut.

Sobald der Tod eingetreten ist, sollte als erstes der Körper bedeckt werden und Fachpersonal, mit Wissen bezüglich einer Totenwaschung nach dem Islam, dazu geholt werden.

Nach dem Tod wird zunächst die Waschung des Toten durchgeführt. Wichtig ist dabei, dass die Waschung bei Frauen von Frauen und bei Männern von Männern durchgeführt wird. Zu bevorzugen ist es, wenn die Waschung die nächsten Familienangehörigen durchführen, in Begleitung von einer in diesem Bereich erfahrenen Person.

Nach der körperlichen Waschung wird die Gebetswaschung beim_ bei der Verstorbenen durchgeführt. Auch wird Sämtliches was nicht zum Körper gehört wie zum Beispiel Gebiss oder Goldzähne aus dem Körper des Toten entfernt. Das Kinn des_ der Verstorbenen wird hochgebunden.

Der Tote wird nur in ein weißes Tuch gewickelt. Vor der Beerdigung wird ein Totengebet vom Imam in einer Moschee mit allen Muslim_innen, die dazukommen möchten, gesprochen.

Nach dem Tod ist es im Islam sehr wichtig, dass der Tote so schnell wie möglich begraben werden sollte, wenn möglich wie in den islamischen Vorschriften innerhalb von 24 Stunden. Dies hängt mit dem unterschiedlichen Konzept der Seelenwanderung zusammen. Im christlichen Verständnis, soll der Tote drei Tage aufgebahrt werden; da die Seelenwanderung nicht wie im Islam unmittelbar mit Herz- und Atemstillstand stattfindet.

Ein muslimischer Friedhof wird bei der Beerdigung von Muslim_innen bevorzugt, da alle Gräber Richtung Mekka zeigen, dort Grabsteine nicht erwünscht sind und Gräber nicht aufgelöst werden müssen.

Wo es sich lohnt nachzufragen

Die Unterstützung in organisatorischen Dingen durch meine Praxis war sehr groß. Dies können wir im Grunde nicht leisten. Wer hätte helfen können?

Die Beantwortung dieser Frage lässt sich bei den unten stehenden thematischen Ausführungen finden.



Wer kümmert sich um Angehörige, wenn eine Kommunikation aufgrund der Sprachbarriere nicht möglich ist? (Grundsatz in Palliative Care: Kranke_r und Angehörige sind eine „Unit of Care“)

Im Landkreis und vor allem in der Stadt Tübingen gibt es einige Angebote, auf die bei Sprachproblemen zurückgegriffen werden kann. Bei der Caritas Tübingen gibt es einen Dolmetscher_innenpool, der für medizinische Angelegenheiten angefragt werden kann (Telefon: (07071) 79 6230, riedinger-mayer@caritas-schwarzwald-gaeu.de). Am Uniklinikum Tübingen gibt es einen Pool an geschulten Medizin-

student_innen, die unterschiedliche Sprachen dolmetschen. Darüber hinaus werden von der Stadt Ehrenamtliche ohne medizinischen Hintergrund geschult, um als Übersetzer_innen eingesetzt werden zu können (Telefon: (07071) 29 86320, sabine.eulerich@med.uni-tuebingen.de).

Obwohl der Kontakt zur Familie, v.a. zu den gut Deutsch sprechenden Kindern gut ist, können aufgrund der Sprachbarriere Sachverhalte, Krankheitsverarbeitung, psychische Veränderungen nur beschränkt vermittelt werden. Wer hätte diesbezüglich unterstützen können?

Siehe vorherige Antwort.

Welches „kulturelles Hintergrundwissen“ benötige ich für (ältere) türkische/ türkischstämmige Patient_innen?

Bezüglich dieses Themas kann es hilfreich sein, sich Wissen durch Fachliteratur oder auch Handreichungen wie dieser anzueignen. Das Bewusstsein über unterschiedliche

Wertesysteme (in Kulturen) muss bestehen, jedoch darf keine Kulturalisierung oder Verallgemeinerung von Unterschieden erfolgen. Vor allem sollte offen auf die Menschen zugegangen, nachgefragt und eigene Unsicherheit thematisiert werden. Die eigene Haltung und das Bewusstsein über (die eigenen) Stereotype spielen hier eine wichtige Rolle.

Zum Thema Pflege und Islam kann z.B. fürs erste die Broschüre „Pflege und Religion - Schwerpunkt ISLAM“ des Diakonischen Instituts interessant sein (19).

Geschlechterfrage: Kann ich z.B. einen ambulanten Pflegedienst mit weiblichen Pflegerinnen für einen türkischen/ türkischstämmigen Mann empfehlen?

Zuerst sollte bei dem türkischen Mann nachgefragt werden, ob er es sich vorstellen kann, von einer weiblichen Pflegekraft versorgt zu werden. Eine gleichgeschlechtliche Versorgung wird bevorzugt, das wäre richtig, aber ist nicht immer zwingend.

01 Die Pflegestützpunkte

Eine Person ist laut Gesetz pflegebedürftig, wenn sie dauerhaft mindestens 90 Minuten am Tag Hilfe bei der Pflege braucht (Körperpflege, z.B. Duschen, und Haushalt, z.B. Kochen oder Putzen.)

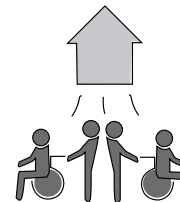
Wer zahlt für die Unterstützung bei der Pflege?

Wenn die betroffene Person in Deutschland in den vergangenen zwei Jahren selbst oder über ihre Familie krankenversichert war, hat sie Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Von der Krankenkasse bekommt sie dann verschiedene Hilfsmittel, wie einen Duschhocker oder einen Rollator. Hilfsmittel wie Pflegecremes und einen Rollstuhl kann man von der Krankenkasse ohne Beurteilung einer Pflegebedürftigkeit bekommen. Hilfe bei der Körperpflege und beim Haushalt bezahlt die Pflegekasse, die zur Krankenkasse gehört.

Woher bekommt man die Informationen?

Die Mitarbeiter_innen der Pflegestützpunkte informieren über alle Hilfsangebote und Entlastungsmöglichkeiten in der Umgebung. Sie empfehlen Hilfsmittel sowie Pflegedienste und Pflegeheime. Die Pflegestützpunkte klären über die Kosten für solche Hilfen auf und erklären, wie man sie beantragen muss.

Die Mitarbeiter_innen machen auch Hausbesuche, um alle wichtigen Punkte im Kreis der Familie zu besprechen. Diese Beratung vom Landkreis ist kostenlos und neutral. Die Beratung bei der Krankenkasse ist ebenfalls kostenlos, wie auch meist die erste Beratung durch einen ambulanten Pflegedienst zu Hause.



02 Pflegestufen

Familien, in denen pflegebedürftige Menschen leben, haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen beurteilt die Schwere der Pflegebedürftigkeit und legt die Pflegestufen fest, nach denen Leistungen aus der Pflegeversicherung gewährt werden.

Wie bekommt man Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Nach der Antragstellung bei der Krankenkasse, erstellt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) innerhalb von fünf Wochen ein gesetzlich vorgegebenes Gutachten. Die Sachverständigen kommen zu der Person, für die der Antrag gestellt wurde, nach Hause und stellen die Schwere der Hilfsbedürftigkeit fest. Der tägliche Hilfebedarf wird ausgerechnet und eine von derzeit vier Pflegestufen festgelegt. Um Medikamente, eine Gehhilfe oder auch Krankengymnastik und die häusliche Krankenpflege zur medizinischen Versorgung, wie für Verbandswechsel

FAQ

oder Spritzen, durch einen ambulanten Pflegedienst zu bekommen, ist keine Pflegestufe erforderlich. Diese werden von den Hausärzt_innen verordnet. Merke: Binden und Spritzen bezahlt die Krankenkasse; die Durchführung von Körperpflege die Pflegekasse nach der Pflegeeinstufung - ohne Pflegestufe muss die Durchführung von Körperpflege selbst bezahlt werden.

Was kann mit den Leistungen der Pflegeversicherung bezahlt werden?

Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, z.B. die Körperpflege, werden von der Pflegekasse direkt mit den Dienstleister_innen, z.B. ambulanten Pflegediensten, abgerechnet. Auch Hauswirtschaft, eine Tagespflege, ambulante Pflege oder eine stationäre Heimunterbringung werden teilfinanziert. Die Kombinationsmöglichkeiten der Leistungen sind vielfältig, auch Kurse zur Pflege, Pflegegeld bei der Pflege durch Angehörige oder Zuschüsse zum Wohnungsumbau werden bezahlt. Hier ist die kostenlose Beratung bei der Krankenkasse oder bei einem Pflegestützpunkt hilfreich, da sich die Bedingungen immer wieder ändern.

Welche Rechte haben die Versicherten?

Bei der Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Heimeinrichtung werden Verträge abgeschlossen. Sie müssen verbindlich über das Leistungsangebot, Kosten und Erstattung durch die Pflegeversicherung aufklären. ‚Hilfe zur Pflege‘ kann von der Kommune bei geringem Einkommen auf Antrag zur Finanzierung der Pflege gewährt werden.

03 Versorgungsmöglichkeiten ambulant und stationär

Familien, in denen pflegebedürftige Menschen leben, können sich bei der Pflege unterstützen lassen. Es gibt Hilfen bei der Pflege zu Hause oder auch die Möglichkeit, sich an einem anderen Ort pflegen zu lassen.

Welche Hilfen für zu Hause gibt es?

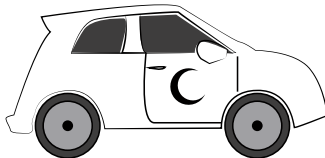
Wenn der Hilfebedarf nur stundenweise ist, kann ein ambulanter Pflegedienst nach Hause kommen und z.B. beim Duschen oder Baden helfen oder die medizinischen Verordnungen durchführen. Ambulante Hilfen umfassen aber auch hauswirtschaftliche Unterstützung, Begleitung und Betreuung oder ersetzen die bisherige Pflegeperson einige Zeit lang, wenn diese nicht pflegen kann (Verhinderungspflege). Wenn der Pflege- und Betreuungsbedarf höher ausfällt, kann eine Tagespflegeeinrichtung besucht werden. In einem Pflegeheim kann zur Überbrückung eine Kurzzeitpflege für einige Wochen in Anspruch genommen werden, falls die Pflege, z.B. nach einem Klinikaufenthalt, schwerer geworden ist.



Wo kann eine Pflege sonst noch stattfinden?

Ist eine Pflege zu Hause nicht mehr möglich, kann zunächst das Betreute Wohnen in Betracht kommen. Die Wohnungen, in denen dieses angeboten wird, sind barrierefrei und an eine Pflegeeinrichtung angebunden. Hier gibt es Gesellschaft und Beschäftigungsangebote. Mahlzeiten oder Pflegeleistungen können, müssen aber nicht von dort in Anspruch genommen werden. Auch hier können ambulante Dienste bei der Pflege helfen. Falls die Pflege zu schwer oder zu aufwendig wird, kann auch eine dauerhafte Heimunterbringung eine gute Lösung sein.

In jedem Fall ist eine Einzelfallberatung wichtig, um die verschiedenen Möglichkeiten für die Familie durchzugehen und eine möglichst passende Lösung zu finden.



04 Hilfe Zuhause

Familien, in denen pflegebedürftige Menschen leben, können sich bei der Pflege oder der Versorgung unterstützen lassen. Es gibt viele Möglichkeiten, wenn man in der eigenen Wohnung bleiben möchte.

Wie kann man zu Hause unterstützt werden?

Auch wenn man noch nicht pflegebedürftig, vieles aber schon beschwerlich ist, kann man sich z.B. im Haushalt, beim Kochen oder Einkaufen helfen lassen. Ambulante Dienste oder auch die Nachbarschaftshilfen in der Umgebung haben hier verschiedene Serviceangebote. Dazu zählt auch ein Menüdienst. Dieser kann täglich kommen, oder aber auch nur einige Male im Monat Speisen anliefern (ca. 5-6€ pro Menü). Mit Diätkostangeboten, kann dieser auch auf spezielle Ernährungsweisen eingehen. Das Sozialamt kann hier bei geringen eigenen Mitteln Zuschüsse auch ohne Pflegestufe gewähren. Ein Hausnotruf kann installiert werden, der im Notfall rund

um die Uhr Fachpersonal schickt und z.B. nach einem Sturz Hilfe leistet und die Angehörigen benachrichtigt. Beim Vorliegen einer Pflegestufe werden beim Hausnotruf auch monatliche Betriebskosten (ca. 20 €) von der Pflegeversicherung übernommen.

Kann man nur tagsüber versorgt werden?

Tagespflegeeinrichtungen unterschiedlicher Anbieter bieten Gesellschaft und Beschäftigung unter fachkundiger Aufsicht in einem barrierefreien Umfeld. Morgens und abends wird man an den Wochentagen abgeholt, isst dort gemeinsam und wird am Abend wieder nach Hause gebracht. So können Menschen in der vertrauten Umgebung bleiben, auch wenn sie alleine leben. Zusätzlich kann ein ambulanter Dienst in Anspruch genommen werden, der nach Bedarf notwendige Pflegeleistungen selbst am Wochenende erbringt.



FAQ

05 Pflege durch Angehörige

Familien, in denen pflegebedürftige Menschen durch eine Pflegeperson aus dem Angehörigenkreis versorgt werden, können durch andere Dienste unterstützt werden und auch für ihre Aufwendungen Geld bekommen.

Was können Angehörige bei der Pflege/ Betreuung eines Familienmitglieds zu Hause beanspruchen?

Derzeit werden ab der Pflegestufe 1 Kosten für die Pflege und die Betreuung bei der Pflegekasse erstattet und an die pflegebedürftige Person ausbezahlt (Pflegegeld; laufende Reformen bedingen hier Veränderungen in den nächsten Jahren).

Beim Vorliegen von Pflegestufen/-graden werden auf Antrag gewisse Kosten für die Pflege durch eine selbstgewählte Pflegeperson bei der Pflegekasse erstattet und an die pflegebedürftige Person ausbezahlt (Pflegegeld). Die Anstellung einer geeigneten Person im Haushalt ist z.B.

über eine dafür spezialisierte Organisation für eine 24h-Betreuung möglich oder es pflegt eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis. Die Pflegeperson wird ab einer bestimmten Wochenstundenzahl rentenversichert oder kann vom_von der Arbeitgeber_in eine Zeitlang freigestellt werden (Pflegezeitgesetz).

Zusätzlich werden Gelder für Betreuungsleistungen (Vorlesen, Spaziergehen, Karten spielen etc.), insbesondere bei Demenz, durch fachlich geschulte Dienste bereitgestellt (Hilfen bei eingeschränkter Alltagskompetenz). Diese können auch für die Unterbringung in einer Tagespflegeeinrichtung oder einer Betreuungsgruppe verwendet werden.

Kann man auch noch andere Dienste beauftragen?

Ja, ambulante Dienste oder auch die Nachbarschaftshilfen in der Umgebung können zusätzlich für medizinische Dienstleistungen, Pflegemaßnahmen oder Betreuungsleistungen in Anspruch

genommen werden, z.B. Duschen (Pflegesachleistung). Wenn die Pflegeperson nach mindestens sechs Monaten Pflegezeit eine Zeitlang nicht pflegen kann, z.B. wegen Krankheit oder Urlaub, oder regelmäßig mal einen Tag entlastet werden möchte, können ambulante Pflegedienste bis zu sechs Wochen, auch aufgeteilt im Jahr, einspringen und die Pflege übernehmen (Verhinderungspflege). Beide Leistungsarten, Pflegegeld (s.o.) und Pflegesachleistung sind mit den Kassen vereinbar und werden über die Pflegekasse/ Krankenkasse abgerechnet (Kombileistung). Auch eine Tagespflege ist dabei dauerhaft möglich oder man kann durch Kurzzeitpflege bis zu vier Wochen im Jahr in einer stationären Einrichtung versorgt werden.



06 Unterstützung für pflegende Angehörige

Familien, in denen pflegebedürftige Menschen durch eine Pflegeperson aus dem Angehörigenkreis betreut und versorgt werden, können durch spezielle Dienste unterstützt und entlastet werden.

Wo bekommt man Hilfe, wenn sich ein Familienmitglied im Verhalten verändert?

Bei Erkrankungen der Seele und den Veränderungen, die durch Erkrankungen des Gehirns im Alter verursacht werden, z.B. Parkinson oder Alzheimer, braucht man bei der Pflege und Betreuung der Angehörigen besonders viel Beratung und Unterstützung. Hilfreich sind dabei der Austausch mit anderen betroffenen Angehörigen oder besondere Kurse für pflegende Angehörige, z.B. von Pflegeheimen, Krankenkassen oder Sozialforen. Anfallende Kurskosten werden von den Pflegekassen getragen.

Gibt es besondere Einrichtungen?

Bei Erkrankungen der Psyche oder des Gehirns sind Tests zur Abklärung, z.B. in einer Fachabteilung einer neurologischen oder gerontopsychiatrischen Abteilung einer Klinik in der Nähe, hilfreich. Möglicherweise ist ein Tagesklinikaufenthalt oder eine vorübergehende oder dauerhafte stationäre Heimunterbringung notwendig, um eine sichere Pflege und Betreuung rund um die Uhr durch Fachpersonal zu gewährleisten. Eine häusliche Pflege in der vertrauten Umgebung ist oft auch lange mit ambulanten Hilfen möglich.

07 Selbstbestimmung und Vollmacht bei Entscheidungsunfähigkeit etc.

Menschen, die pflegebedürftig sind, haben das Recht, selbstbestimmt den Ort ihres Aufenthaltes und die Art der pflegerischen Versorgung für eine möglichst selbständige Lebensführung zu wählen. Eine Vorausverfügung über die Wünsche mit Handlungsanweisungen und Vollmachten kann dafür entlastend sein. Alle Menschen haben das Recht, selbstbestimmt die Art der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu wählen, insbesondere auch am Lebensende oder bei einer vorübergehenden Unfähigkeit zur Einwilligung in bestimmte Maßnahmen, z.B. künstliche Ernährung. Eine sogenannte Patientenverfügung (Vorausverfügung über die Wünsche mit Handlungsanweisungen und Vollmachten) kann hier sehr hilfreich sein.



FAQ

Welche Wohnformen gibt es?

Neben der dauerhaften stationären Pflegeheimunterbringung, die eine sichere Pflege und Betreuung rund um die Uhr durch Fachpersonal gewährleistet, kann mit Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen die häusliche Pflege in der vertrauten Umgebung lange mit ambulanten Hilfen ermöglicht werden. Die Pflegekasse gibt beim Vorliegen einer Pflegestufe hierfür Zuschüsse, so dass z.B. Bäder barrierefrei umgebaut werden können. Das Betreute Wohnen bietet eine eigene seniorenge-rechte Wohneinheit und Anschluss meist an eine stationäre Pflegeeinrichtung mit der Möglichkeit an Veranstaltungen oder Mahlzeiten teilzunehmen und auch im Bedarfsfall Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. Daneben gibt es viele neue Wohnformen, vom Mehrgenerationenhaus, Genossenschaftsbau oder Wohngemeinschaften bis hin zu einer Pflege-WG. Hier leben in einer großzügigen Wohnung bis zu elf Pflegebedürftige und Nichtpflegebedürftige zusammen, die ihren Pflegedienst selbst wählen und mit Ehrenamtlichen und Angehörigen zusammen ihren Alltag selbst gestalten. Auch hierfür gibt es Zuschüsse für einen Umbau.

Und wenn man nicht mehr in der Lage ist, selbst Entscheidungen zu treffen?

Eine oder mehrere Personen können dafür Sorge tragen, dass man am Lebensende auf die Art medizinisch versorgt oder gepflegt wird, wie man es für sich selbst möchte. Bevollmächtigte Personen sollen auf der Basis des mutmaßlichen Willens des_der Betroffenen entscheiden. Dafür ist es sehr entlastend, frühzeitig, also bevor man entscheidungsunfähig ist, eine sogenannte Patientenverfügung zu formulieren, in der genau festgelegt werden kann, welche Behandlungen die Person für sich, z.B. in einer lebensbedrohenden Situation, möchte und welche abgelehnt wird. Es ist auch sinnvoll, eine Person zu benennen, die einen als Betreuer_in rechtlich vertreten soll. Diese Personen können auch dafür sorgen, dass man in einer Wohnumgebung gepflegt wird, die man sich selbst gewünscht hätte. Im Fall einer Entscheidungsunfähigkeit müssen viele Dinge organisiert und rechtsverbindliche Unterschriften, auch z.B. bei einer Bank, geleistet werden, die Vollmachten benötigen. Generalvollmachten sollten notariell

beglaubigt werden. Rechtsverbindliche Unterschriften sind bei Einwilligungs- oder Ablehnungserklärungen in medizinische Eingriffe notwendig. Hierfür müssen zuvor Vollmachten für ein_en Betreuer_in oder Bevollmächtigte_n erteilt werden. Diese Erklärungen oder Vollmachten sind bindend für alle Beteiligten. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen oder aktualisiert werden.

Wo bekommt man Informationen zu Patientenrechten?

Es wurden in den letzten Jahren Patientenrechtegesetze erlassen und unabhängige Patientenberatungen eingesetzt. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) bietet Auskünfte für alle, die Rat und Hilfe zur gesundheitlichen Versorgung und z.B. auch zur Patientenverfügung benötigen. Als neutrale und unabhängige Institution wird die UPD von den Krankenkassen gefördert. Die Beratungsleistungen sind kostenfrei. Für Ratsuchende mit Migrationshintergrund besteht ein muttersprachliches Beratungsangebot. Es sind verschiedene Formulare erhältlich, beim

Bundesamt für Justiz gibt es auch Bausteine für eine selbst formulierte Patientenverfügung.

Woher bekommt man Patientenverfügungen und Vollmachten für Patient_innen/Betroffene?

Formular für Vorsorgevollmacht auf Türkisch beim Bundesjustizministerium:

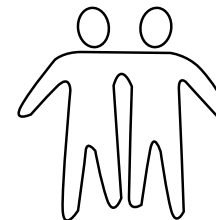
http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Anlagen/Vorsorgevollmacht_deutsch_tuerkisch.html

08 Hilfe für pflegebedürftige Menschen: Kommunikation und Teilhabe

Alle Menschen haben das Recht auch bei Pflegebedürftigkeit am gesellschaftlichen Leben nach ihren Vorstellungen teilzuhaben. Der Kontakt zu Menschen in der Umgebung, mit denselben Interessen oder aus derselben Religion und Kultur, vor allem aber auch die Verständigung in der eigenen Sprache ist für ältere Migrant_innen besonders wichtig.

Wo gibt es besondere Angebote für Ältere?

In vielen Stadtteilen gibt es mittlerweile Bürger- oder Seniorentreffs, die auch interkulturelle Veranstaltungen, z.B. Feste oder Tagescafés mit Dolmetscher_innendiensten, organisieren. Sie sind überwiegend barrierefrei und oft auch generationenübergreifend. Häufig kann auch ein Fahrdienst in Anspruch genommen werden, der meist kostenfrei ist. Hausbesuche für die zu Pflegenden oder Älteren mit Bewegungsübungen oder spezielle Besuchsdienste werden von einigen Dienstleister_innen ebenfalls kostenfrei angeboten. Besuchsdienste sind Ehrenamtliche, die für Spaziergänge oder Einkäufe, aber auch für Gespräche oder für den Besuch von Veranstaltungen, z.B. aus der eigenen Religionsgemeinschaft zu einem kommen.



Kann man auch bei einer Heimunterbringung am gesellschaftlichen Leben teilnehmen?

Im Heim kann man jederzeit Besuch empfangen, wenn dies gewünscht ist. Wenn man noch einigermaßen mobil, z.B. mit Rollator oder Rollstuhl, ist, kann man auch Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung besuchen. Heime bieten Beschäftigungsangebote und auch musikalische Veranstaltungen an. Als Heimbewohner_in hat man das Recht, auf die Lebensgestaltung des Alltags (Speiseplan, Freizeit- oder Betreuungsangebot) Einfluss zu nehmen. Besuchsdienste aus dem Stadtviertel, von Ehrenamtlichen oder Seelsorger_innen der eigenen Glaubensgemeinschaft und natürlich Angehörige und Freund_innen können die Bewohner_innen aufsuchen und mit ihnen Zeit verbringen. Einige muttersprachliche Angebote bestehen bereits und variieren je nach Region. Islamische Seelsorger_innen werden derzeit ausgebildet.

5.

Kontaktadressen

Pflegestützpunkte Stadt und Landkreis Tübingen:

Pflegestützpunkte
Tübingen, Telefon (07071) 224 98
Ammerbuch, Telefon (07073) 300 3210
Härten, Telefon (07071) 310 07
Mössingen, Telefon (07473) 4141
Rottenburg, Telefon (07472) 988 1812

www.pflegestuetspunkt-tuebingen.de
www.altenberatung-tuebingen.de
Info@altenberatung-tuebingen.de

Pflegestützpunkte Stadt und Landkreis Reutlingen:

Pflegestützpunkte
Reutlingen, Telefon (07121) 3032300,
(07121) 480 4030
Metzingen, Telefon (07123) 925 340
Pliezhausen, Telefon (07127) 980 015
Wannweil, Telefon (07121) 95850

www.kreis-reutlingen.de/pflegestuetspunkt
abteilung.aeltere@reutlingen.de

Wohnberatung Stadt und Landkreis Tübingen:

Beauftragte für Barrierefreies Bauen,
Telefon (07071) 204 2625

Wohnungsvermittlung Soziale Angebote,
Telefon (07071) 204 1558

Kreissenorenrat, Telefon (07071) 920 8867
Beratungsstelle für Ältere, Telefon (07071)
22498

Wohnberatung Stadt und Landkreis Reutlingen:

Netzwerk Wohnberatung Reutlingen,
Telefon (07121) 303 2300

Ambulante Pflegedienste:

Gelbe Seiten

Stadtseniorenrat, Telefon (07071) 493 77
www.stadtseniorenrat-tuebingen.de
www.kreissenorenrat-tuebingen.de

Kreissenorenrat Reutlingen,
Telefon (07121) 346 171
rt.seniorenwegweiser.eu

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg,
Telefon (0711) 24 84 96-63

www.alzheimer-bw.de

Yayımlayan Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Türkischsprachige Telefonberatung,
Telefon (030) 259 379 50

www.deutsche-alzheimer.de
info@deutsche-alzheimer.de

Informationen und Formulare für Patientenverfügung und Vollmacht:

Unabhängige Patientenberatung Tübingen
e.V., Telefon (07071) 254 436

Überregional: Unabhängige Patientenbera-
tung (UPD), Türkischsprachige Telefonbera-
tung, Telefon (0711) 518 90269, [www.patienten-
beratung.de](http://www.patientenberatung.de)

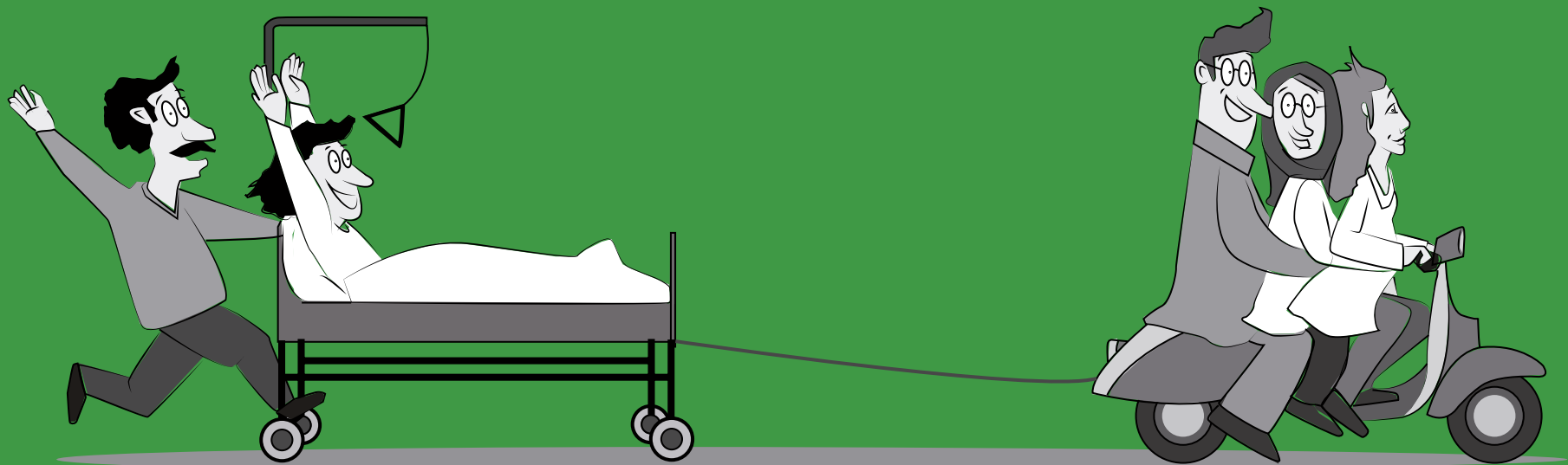
Bundesjustizministerium: [http://www.bmjv.de/
SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Anla-
gen/Vorsorgevollmacht_deutsch_tuerkisch.html](http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Anlagen/Vorsorgevollmacht_deutsch_tuerkisch.html)



6

Literaturverzeichnis

01. Jelloun, Tahar Ben. Papa, was ist ein Fremder? Gespräch mit meiner Tochter. Rowohlt, 1999.
02. Roper Nancy, Logan Winifred W, Tierney Alison J. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living. Elsevier Health Sciences, 2000.
03. Kronenthaler Andrea. Die Geschichte vom Stuhl und den Milliarden. In: Bührmann D. Andrea, Horwitz Matthias, Schlippenbach Sabine, Stein-Bergman Dorothea, Editors. Management ohne Grenzen: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit erfolgreich gestalten. Springer Fachmedien Wiesbaden, 2013. p. 43-56.
04. Bohnsack Ralf. Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Leske + Budrich, 1999. 3.
05. Jansky Maximiliane, Nauck Friedemann. Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. AktivDruck & Verlag GmbH, 2015.
06. Kayser Anke. Die transkulturelle Pfleganamnese in der Palliative Care. Zeitschrift für Palliativmedizin. 2011;12(06): I-IV.
07. Kayser Anke. Transkulturelle Kompetenz in der Palliative Care. In: Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Westfalen-Lippe e.V. Akademie am Johannes Hospiz Münster, Editor. Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund - eine Handreichung. 2013. p. 8-14.
08. Gramelt Katja. Wer arbeitet mit dem Anti-Bias-Ansatz. Der Anti-Bias-Ansatz: Zu Konzept und Praxis einer Pädagogik für den Umgang mit (kultureller) Vielfalt. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010. p. 87-100.
09. Kompetenz-Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Referat II D). Standards für kultursensible Beratungsarbeit. 2013.
10. Kompetenz-Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe AWO Friedrichshain-Kreuzberg e.V., Caritas für das Erzbistum Berlin e.V. Checkliste Zur Umsetzung kultursensibler Pflege. 2011.
11. Domenig Dagmar. Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuchbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber, 2007.
12. Altintas Meryem. Einen respektvollen Umgang mit allen Menschen wünsche ich mir!: Biographische Fakten zur Ersten Generation der Arbeitsmigranten in Deutschland. ZIEL Verlag Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen, 2012.
13. Wengler Annelene. Ungleiche Gesundheit: zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Campus Verlag, 2013.
14. Kayser Anke, Bühlmann Renate. Transkulturelle Kompetenz: Herausforderungen für die Weiterbildung und Umsetzung im Arbeitsfeld. In: (Hrsg.) Schweizerisches Rotes Kreuz, editor. Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit. Seismo Verlag, 2012. p. 41-58.
15. Merkt Heinrich, Schlipf Margrit, Schweitzer Friedrich, (Hg.) Albert Biesinger. Ethische und interreligiöse Kompetenzen in der Pflege Unterrichtsmaterialien für die Pflegeausbildung. Vandenhoeck & Ruprecht, 2014.
16. Laabdallaoui Malika, Rüschhoff Stefan Ibrahim. Umgang mit muslimischen Patienten. Psychiatrie-Verlag, 2010.
17. Laabdallaoui Malika, Rüschhoff Stefan Ibrahim. Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen. Psychiatrie-Verlag, 2005.
18. Strumpfen Sarina. Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: Baykara-Krumme Helen, Schimany Peter, Motel-Klingebiel Andreas, Editors. Viele Welten des Alterns: Ältere Migranten im alternden Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012. p. 411-33.
19. Arbeitskreis „Interkulturelle Pflege“ Friedrichshafen: Pflege und Religion - Schwerpunkt ISLAM. <http://www.diakonisches-institut.de/index.php/aktuelles/877-arbeitsgruppe-fuer-interkulturelle-pflege-entwickelt-konzepte-fuer-die-pflege-von-migranten>. Diakonisches Institut für soziale Berufe. 2015.





GEFÖRDERT VOM



ISBN 978-3-00-053853-7



www.caremi.de