



Schulungs- programm

Diversitätssensible Pflege:
Kompetenzen stärken, um
ältere Menschen mit
Migrationshintergrund und
deren Angehörige zu
unterstützen

Die Unterstützung der Europäischen Kommission bei der Erstellung dieser Broschüre stellt keine Zustimmung zu deren Inhalt dar, der ausschließlich die Ansichten der Autor:innen widerspiegelt. Die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

Die deutsche Übersetzung der englischen Originalversion wurde von Daria Jaric erstellt.

EINLEITUNG.....04

KAPITEL 1.....09

Personenzentrierte Pflege im Kontext von Diversität

Was ist personenzentrierte Pflege.....9
 Kultur und kulturelle Vielfalt.....12
 Leben in einer superdiversen Gesellschaft.....16
 Kulturelle Kompetenz in einer superdiversen Gesellschaft.....18

KAPITEL 2.....22

Zugangsbarrieren zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen

Migrationsbewegungen.....22
 Intersektionalität.....28

Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen für ältere Migrant:innen und ihre Familien.....33

Erlebte Barrieren beim Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen.....35

KAPITEL 3.....46

Stereotype und Vorurteile

Stereotype: Was sind sie und wozu dienen sie?.....46
 Wie entstehen Stereotype?.....50
 Vorurteile.....51
 Stereotype und Vorurteile: Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....52
 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund: Stereotype und Vorurteile in der Pflege.....57
 Welche Auswirkungen haben Stereotype?.....60

KAPITEL 4.....64

Diversitätssensible Kommunikation

Inklusive Kommunikation.....64
 Es begegnen sich Menschen, nicht Kulturen: das TOPOI-Modell.....67
 Sprachbarrieren überwinden.....71
 Kulturelles Wissen.....79

LITERATURVERZEICHNIS.....86

EINLEITUNG

„Ich fühle mich unsicher, wie ich älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine qualitativ hochwertige Pflege bieten kann.“

Student

„Profis verstehen nicht, was mir wichtig ist.“

Ältere Person mit
Migrationshintergrund

„Es ist zu schwierig, Zugang zu Dienstleistungen zu erhalten.“

Pflegende Angehörige einer älteren
Person mit Migrationshintergrund



Diese aus verschiedenen Perspektiven geäußerten Bedenken waren der Anlass für die Entwicklung des europäischen DI.S.C.O.P.M.B.-Projekts (2022-2025) und des vorliegenden Schulungsprogramms. In unserer zunehmend „superdiversen“ Gesellschaft haben Menschen völlig unterschiedliche Hintergründe, Erfahrungen und Bedürfnisse – auch in Bezug auf Gesundheit und Pflege.

Der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich steigen. Diese Gruppe hat häufig nur eingeschränkten Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen. Bei der Arbeit mit Angehörigen nationaler Minderheiten können ähnliche Herausforderungen auftreten. Um eine qualitativ hochwertige und zugängliche Pflege für alle zu gewährleisten, ist es wichtig, dass Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich diversitätssensible Dienstleistungen anbieten.

Das Pflegesystem muss demografische Veränderungen berücksichtigen. Laut der ImmiDem-Studie (Canevelli et al., 2020) prägen zwei Schlüsseltrends die europäischen Gesellschaften maßgeblich: Bevölkerungsalterung und Migration. Diese Phänomene werden für die Europäische Union immer wichtiger, da sie erhebliche Auswirkungen auf die Sozialsysteme ihrer Mitgliedsländer haben (Canevelli et al., 2020). Sowohl ältere Menschen als auch Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund ihrer spezifischen Bedürfnisse häufig Stereotypen ausgesetzt. Obwohl diese Gruppen normalerweise getrennt betrachtet werden, sind sie eng miteinander verbunden. Mit der Alterung der migrantischen Bevölkerung verändern sich ihre Gesundheitsbedürfnisse, und altersbedingte Erkrankungen treten häufiger auf. In Zukunft werden ältere Menschen mit Migrationshintergrund einen größeren Teil der gesamten älteren Bevölkerung ausmachen. Das bedeutet, dass diese Gruppe und ihre Bedürfnisse in Diskussionen über das Altern und damit verbundene Dienstleistungen stärker berücksichtigt werden müssen. Diversitätssensibilität fördert die Idee, dass Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich

„sich der verschiedenen Formen kultureller Vielfalt bewusst sein sollten – sei es in Bezug auf Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, sozioökonomischen Status, Religion, sexuelle Orientierung oder andere soziale Merkmale; dass Unterschiede bei der Bereitstellung einer wirksamen und gerechten Gesundheitsversorgung für Patient:innen berücksichtigt werden sollten; und dass Vielfalt, unabhängig von ihrem Ursprung, selbst einen positiven sozialen Beitrag leisten kann“ (WHO, 2020, S. 9).

Das Schulungsprogramm richtet sich an Studierende an Fachhochschulen und Universitäten sowie an Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegebereich. Es unterstützt den Erwerb von Kompetenzen für eine diversitätssensible Pflege. Bei der Erstellung der Schulungsunterlagen wurden verschiedene Informationen und Formen von Wissen integriert: wissenschaftliche Literatur, Erfahrungswissen von Gesundheits- und Pflegeorganisationen, Storytelling-Interviews und Good-Practice-Beispiele. Da diversitätssensible Kompetenzen ein breites Spektrum abdecken, konzentrieren sich die vorliegenden Unterlagen auf eine Auswahl grundlegender Konzepte und interaktiver Übungen zur Entwicklung von Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten.

In einer aktuellen Studie von Lauwers et al. (2024) werden die Hauptkomponenten diversitätssensibler Pflege aus der Sicht pflegebedürftiger Personen zusammengefasst. Diversitätssensible Pflege baut auf personenbezogener Pflege auf und erfordert komplexere und gezieltere Kompetenzen, die speziell für eine diversitätssensible Pflege relevant sind. Die Autor:innen der Studie kommen zu dem Schluss, dass sich Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich die folgenden Kompetenzen aneignen sollten: Wissen (d. h. kulturelles, religiöses und spirituelles Wissen), Einstellungen (d. h. Zeigen von Respekt, Interesse, Selbstreflexion, Partnerschaften mit Communities, Unterstützung als Verbündete) und Fähigkeiten (d. h. Kommunikation, individualisierte Pflege, gemeinsame Entscheidungsfindung, Anpassung der Pflege an persönliche Bedürfnisse, Bereitstellung kulturell zugeschnittener Informationen) (Lauwers et al., 2024).

Die Schulungsunterlagen besteht aus vier Kapiteln, die mit diesen Komponenten verknüpft sind.



1

Personenzentrierte Pflege im Kontext von Diversität (Wissen und Fähigkeiten)

Zugangsbarrieren zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen (Wissen und Fähigkeiten)

2



3

Stereotype und Vorurteile (Einstellungen)

Diversitätssensible Kommunikation (Kompetenzen)

4





1. Personenzentrierte Pflege im Kontext von Diversität (Wissen und Fähigkeiten)

Dieses Kapitel bietet den Teilnehmer:innen Einblicke in die Konzepte personenzentrierte Pflege, Kultur und kulturelle Vielfalt sowie Superdiversität.



2. Zugangsbarrieren zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen (Wissen und Fähigkeiten)

Durch dieses Kapitel erhalten die Teilnehmer:innen ein besseres Verständnis für die Barrieren beim Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen, mit denen ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegende An- und Zugehörige konfrontiert sind, und wie diese Barrieren überwunden werden können.



3. Stereotype und Vorurteile (Einstellungen)

Die Teilnehmer:innen lernen Stereotype und Vorurteile im Pflegebereich kennen und erfahren, wie sie sich dieser bewusst werden und Respekt und Selbstreflexion entwickeln können.



4. Diversitätssensible Kommunikation (Kompetenzen)

Dieses Kapitel vermittelt den Teilnehmer:innen Strategien für die Kommunikation mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund und deren Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen und gibt Einblicke in das TOPOI-Modell zur Förderung inklusiver Kommunikation.

Jedes Kapitel besteht aus Lesematerial und verschiedenen Lernaktivitäten. PowerPoint-Präsentationen des Lesematerials für jedes Kapitel können hier abgerufen werden. Die Lernaktivitäten sind vielfältig und umfassen z. B. Reflexionsübungen, erzählte Geschichten, Rollenspiele usw.

Die Lernaktivitäten sind mit spezifischen Lerninhalten verknüpft und beinhalten Lernziele in Bezug auf Wissen, Einstellungen und Kompetenzen in Bezug auf diversitätssensible Pflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und deren Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen. Das Schulungsprogramm kann an die Bedürfnisse und Lernziele der Teilnehmer:innen angepasst werden. Lehrende und Teilnehmer:innen können wählen, ob sie das gesamte Schulungsprogramm oder einzelne Kapitel durcharbeiten oder bestimmte Inhalte innerhalb der Kapitel auswählen.

Das Schulungsprogramm wurde in den Partnerländern des D.I.S.-C.O.P.M.B.-Projekts getestet und evaluiert. Insgesamt nahmen 276 Personen teil, darunter Student:innen und Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Pflegebereich. Das Feedback wurde genutzt, um den Inhalt neu zu gestalten, zusätzliche Aktivitäten einzubauen und die theoretischen Teile zu verbessern. Da Diversität ein weites und komplexes Thema ist, hoffen wir, dass sowohl die Teilnehmer:innen als auch die Lehrenden Inspiration und praktische Informationen finden, um ihre Diversitätskompetenz zu stärken.

D.I.S.C.O.P.M.B.-Projektteam

KAPITEL 1: PERSONENZENTRIERTE PFLEGE IM KONTEXT VON DIVERSITÄT

1. Was ist personenzentrierte Pflege?

Das Konzept der personenzentrierten Pflege bietet einen wichtigen Rahmen für den Umgang mit Diversität im Gesundheits- und Pflegebereich, da es Menschen als einzigartige Wesen mit eigenen Werten, Erfahrungen und Bedürfnissen respektiert und anerkennt. Personenzentrierte Pflege und diversitätssensible Pflege sind untrennbar miteinander verbunden, da beide Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten von Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich erfordern, die individuelle Unterschiede respektieren und eine inklusive Pflege fördern (Lauwers et al., 2024).

Im Kern betrachtet die personenzentrierte Pflege den Menschen als Ganzes und berücksichtigt nicht nur körperliche Probleme, sondern auch spirituelle, psychologische, soziale und existenzielle Aspekte. Dieser ganzheitliche Ansatz erkennt die Krankheitserfahrung der einzelnen Person an und versucht, das Wohlbefinden aus ihrer oder seiner eigenen Perspektive zu verbessern, indem ihre oder seine individuellen Werte, Überzeugungen und Vorlieben einbezogen werden (Claeys et al., 2021). Auf diese Weise geht die personenzentrierte Pflege über das traditionelle krankheitsfokussierte Modell hinaus und betont, dass Menschen nicht durch ihre Krankheiten definiert werden, sondern als Menschen, die mit Krankheiten leben. Dieser Wandel trägt dazu bei, die Identität der Person zu wahren und der Tendenz entgegenzuwirken, die Person auf eine Diagnose zu reduzieren (Swedish Nurses' Association, 2019).

Im Gegensatz zu traditionellen medizinischen Modellen, die sich hauptsächlich auf die Behandlung konzentrieren, betont die personenzentrierte Pflege die Zusammenarbeit zwischen der pflegebedürftigen Person und den pflegenden Personen (sowohl informell als auch formell) und fördert die gemeinsame Entscheidungsfindung (Coulter & Oldham, 2016). Tatsächlich geht die personenzentrierte Pflege über das Individuum hinaus und umfasst auch ihren oder seinen sozialen Kontext, einschließlich der Familie und/oder pflegender An- und Zugehöriger [1]. Sie erkennt die pflegebedürftige Person sowie deren oder dessen Familien als gleichberechtigte Partner im Pflegeprozess an und schätzt daher ihre Stimmen ebenso wie die der Pflegeberufe. Dieser Wandel ermöglicht persönliche Handlungsfähigkeit, da pflegebedürftige Personen ermutigt werden, eine aktive Rolle in ihrem eigenen Gesundheitsmanagement zu übernehmen, was dazu beiträgt, ihre Fähigkeiten und ihr Potenzial zur Selbstsorge zu fördern, anstatt sie als passive Empfänger:innen von Pflege zu betrachten.

Darüber hinaus erfordert eine personenzentrierte Pflege, dass Pflegekräfte Fähigkeiten entwickeln, die über klinisches Fachwissen hinausgehen. Sie erfordert ein tiefes ethisches Verständnis und die Fähigkeit, Pflegepraktiken an unterschiedliche Gesundheitskonzepte, Werte und Präferenzen anzupassen.

Dadurch wird sichergestellt, dass die Pflege diversitätssensibel ist, dass individuelle Unterschiede respektiert werden und dass das Gesundheits- und Pflegepersonal unterschiedliche Symptome frühzeitig erkennt und Erwartungen hinsichtlich der Pflege und Behandlungspräferenzen der Patient:innen anerkannt werden (Currie & Currie, 2024).



[1] Pflege wird häufig von pflegenden An- und Zugehörigen in Kombination mit Unterstützung von Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Pflegebereich geleistet, die in sogenannten „Pflegetriaden“ organisiert sind, einem Pflegenetzwerk bestehend aus der pflegebedürftigen Person, pflegenden An- und Zugehörigen und formalen Pflegekräften (Hengelaar et al., 2018; van Muijden et al., 2024).

LERNAKTIVITÄT:

Geschichten über
personenzentrierte und
diversitätssensible Pflege

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen können Konzepte diversitätssensibler Pflegeinterventionen, die sich an ältere Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen richten, analysieren.
Methoden	Storytelling-Interviews, kritisches Denken, Gruppendiskussion
Zugewiesene Zeit	ca. eine Stunde selbstständiges Lernen
Erforderliche Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> · Geschichte von Patrizio, einer älteren Person hier · Geschichte von Giovanna, im Gesundheitswesen tätig hier
Verweise	/
Anweisungen	<p>Die Lernmethode besteht aus praktischen Inhalten und beinhaltet das Ansehen der Storytelling-Interviews mit einer älteren Person und einer Pflegerin sowie die Anregung zur Reflexion.</p> <p>Die Teilnehmer:innen sehen sich die Storytelling-Interviews an (siehe Links zu den erforderlichen Ressourcen) und nehmen an einer Gruppendiskussion (zwei bis vier Personen) teil, indem sie die folgenden Fragen beantworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sind die wichtigsten Bedenken und Hindernisse, die in den Videos zum Ausdruck kommen, um eine personalisierte und diversitätssensible Pflege für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu gewährleisten? • Was sind für Patrizio und Giovanni die wichtigsten Erfolgsfaktoren für eine personenzentrierte Pflege? Was ist für sie positiv? <p>Die Teilnehmer:innen dokumentieren ihre Überlegungen auf einer A4-Seite (Arial 11, Zeilenabstand 1,5) und geben ihre Antworten nach der Gruppendiskussion an die Lehrende oder den Lehrenden ab.</p>

2. Kultur und kulturelle Vielfalt

In seinem Essay *A Scientific Theory of Culture and Other Essays* definiert Malinowski (1944), eine Schlüsselfigur der modernen Ethnographie, Kultur als „integrales Ganzes“, das aus materiellen, sozialen und spirituellen Komponenten besteht, die Menschen helfen, mit ihrer Umgebung und ihren Herausforderungen zurechtzukommen. Er argumentiert, dass Kultur Werkzeuge und Technologien, Glauben, Bräuche und soziale Institutionen umfasst und dass sich jede Kultur sowohl durch interne Entwicklung als auch durch externe Einflüsse entwickelt. Diese Perspektive bildet die Grundlage des Kulturrelativismus, der vorschlägt, dass jede Kultur in ihrem eigenen symbolischen und sozialen Kontext verstanden werden sollte. Der Kulturrelativismus erkennt die Vielfalt menschlicher Gesellschaften an und widersetzt sich der Idee, dass eine Kultur einer anderen überlegen sei (Dietz, 2007). Malinowskis Ideen heben hervor, wie Kultur einen Rahmen für das Verständnis bietet, wie sich Gesellschaften organisieren und Systeme entwickeln, um ihre spezifischen historischen und sozialen Umstände zu berücksichtigen.



Kultur ist die Gesamtheit an Wissen, Glauben, Traditionen und Bräuchen, die von Menschen als Mitgliedern einer Gesellschaft geschaffen, erworben und weitergegeben werden. Kultur ist nicht statisch; sie entwickelt sich ständig weiter und reagiert auf äußere und innere Zwänge und prägt die Art und Weise, wie Menschen leben und miteinander umgehen (Helman, 2007).

Unsere Kultur beeinflusst die Muster, nach denen wir Rollen und Verantwortungen innerhalb der Familie, unter Freund:innen und am Arbeitsplatz übernehmen. Im Pflegekontext ist das Verständnis des kulturellen Hintergrunds von Personen von entscheidender Bedeutung für die Bereitstellung einer inklusiven, diversitätssensiblen Pflege. Dies erfordert sowohl ein tiefes Verständnis spezifischer Kulturen als auch ein breiteres Bewusstsein für die in der Gesellschaft vorhandene Vielfalt (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).

Kulturelle Vielfalt bedeutet mehr als nur die Akzeptanz von Unterschieden; sie erfordert auch die Anerkennung und Achtung dieser Unterschiede als wesentlich für das menschliche Zusammenleben. Keine Kultur ist einer anderen grundsätzlich überlegen (Dietz, 2007). Das UNESCO-Übereinkommen zum Schutz und zur Förderung der Vielfalt kultureller Ausdrucksformen betont, dass kulturelle Vielfalt ein

„gemeinsames Erbe der Menschheit“

ist, das zum Wohle heutiger und künftiger Generationen geschützt und gefördert werden soll.

Kultureller Pluralismus, der die Förderung des interkulturellen Dialogs und Austauschs beinhaltet, ist der Schlüssel zur Förderung von Respekt, Solidarität und Frieden zwischen den Menschen (Dietz, 2007).



Im Gesundheits- und Pflegebereich spielt kulturelle Vielfalt eine entscheidende Rolle, da sich der eigene kulturelle Hintergrund des Pflegepersonals, die kulturelle Identität der pflegebedürftigen Personen und ihrer Familie und die institutionelle Kultur des Arbeitsumfelds überschneiden. Diese sich überschneidenden kulturellen Einflüsse prägen Interaktionen und die Bereitstellung von Pflege. Um sicherzustellen, dass Pflege diversitätssensibel ist, müssen sich Pflegekräfte kultureller Rechte und der Bedeutung von Respekt für kulturelle Vielfalt in ihren ethischen Verhaltenskodizes bewusst sein (Gilman, 2005). Viele europäische Berufskodizes, wie etwa die für Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Allgemeinmediziner:innen, gehen jedoch nicht explizit auf kulturelle Vielfalt ein, sondern konzentrieren sich stattdessen auf die Menschenwürde im weiteren Sinne (CEOM, 2010). Es besteht ein wachsender Bedarf an ethischen Regeln, die kulturelle Diskriminierung ausdrücklich verbieten und den Respekt für kulturelle, religiöse und brauchtümliche Unterschiede im Pflegekontext sicherstellen.

LERNAKTIVITÄT: Der Eisberg der Kultur

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen können kulturelle Aspekte mithilfe des Eisbergmodells identifizieren und kategorisieren und dabei zwischen sichtbaren und nicht sichtbaren Elementen der Kultur unterscheiden. · Die Teilnehmer:innen sind sich ihrer persönlichen kulturellen Assoziationen bewusst und verbessern dadurch ihr Verständnis des eigenen kulturellen Hintergrunds. · Die Teilnehmer:innen können das Eisbergmodell anwenden, um kulturelle Merkmale zu erkennen und zu ordnen. · Die Teilnehmer:innen verstehen die sichtbaren und verborgenen Dimensionen von Kultur und Diversität im Allgemeinen.
Methoden	<p>Einzelarbeit, Gruppendiskussion</p> <p>Die Aktivität kann in Person oder online durchgeführt werden, wobei als Unterstützung ein Jamboard (oder Ähnliches) verwendet wird.</p>
Zugewiesene Zeit	30 Minuten
Erforderliche Ressourcen	<p>Stift, Marker, Post-it und Flipchart mit einer Zeichnung eines Eisbergs. Wenn eine Sitzung online durchgeführt wird, wird eine Meeting-Plattform (z. B. Zoom) und eine Online-Software für die Gruppenarbeit (z. B. Jamboard, Ideaboard oder Mural) benötigt.</p>
Verweise	<p>BICAS – Building Intercultural Competencies for Ambulance Services (2016)</p>
Anweisungen	<p>Die oder der Lehrende erläutert kurz das Eisbergmodell:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Kultur kann anhand des Modells eines Eisbergs visualisiert werden. · Was sehen Sie, wenn Sie einen Eisberg betrachten? · Wir wissen, dass nur ein kleiner Teil des Eisbergs an der Oberfläche sichtbar ist. Der restliche Teil befindet sich unter Wasser und ist auf den ersten Blick nicht sichtbar. Man muss sich das Eisbergmodell als eine Möglichkeit vorstellen, sichtbare und unsichtbare Aspekte der Kultur darzustellen.

LERNAKTIVITÄT:

Der Eisberg der Kultur

Anweisungen

Die oder der Lehrende gibt den Teilnehmer:innen zehn Minuten Zeit, um über die Aspekte und Komponenten nachzudenken, die sie mit dem Wort Kultur verbinden. Die Teilnehmer:innen werden dann gebeten, die Wörter, die ihnen einfallen, auf Post-its zu schreiben (die Anzahl der Wörter ist nicht begrenzt) und diese Post-its an den sichtbaren oder unsichtbaren Teil des Eisbergs zu kleben [2]. Am Ende werden die Ergebnisse vorgelesen und in der Gruppe diskutiert. Dabei soll betont werden, dass bei genauer Betrachtung und Analyse mehr zum Vorschein kommt, als man sehen kann, wenn man nur an der Oberfläche bleibt.

Folgende Leitfragen können als Einstieg in die Diskussion verwendet werden:

- ***Konzentrieren Sie sich bei der Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturen eher auf die sichtbaren oder auf die verborgenen Aspekte?***
- ***Was hindert Sie daran, die verborgenen Aspekte der Kultur eines Menschen zu verstehen? Was ermöglicht es Ihnen, sie zu verstehen?***
- ***Wie können Sie den Eisberg mit anderen (nicht-kulturellen) Aspekten der Vielfalt in Verbindung bringen?***
- ***Wie könnte es für Ihre Arbeit nützlich sein, die tieferen, unsichtbaren Aspekte von Kultur und Vielfalt im Allgemeinen zu erkennen?***

[2] Einige Aspekte, die sich für den sichtbaren Teil ergeben oder die vorgeschlagen werden können, sind Sprache, geschlechterspezifisches Verhalten und Auftreten, altersspezifisches Verhalten und Auftreten, Kleidungsstil, Ethnizität, Essgewohnheiten, Symbole, Rituale. Einige Aspekte, die sich für den unsichtbaren Teil ergeben und die vorgeschlagen werden können, sind Normen, Werte, Einstellungen, Rollen- und Autoritätsverständnis, Emotionen, Sozialisation und Erziehung, Sozialverhalten, Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Religion.

3. Leben in einer superdiversen Gesellschaft

Die europäischen Gesellschaften werden aufgrund einer Kombination globaler Veränderungen, darunter arbeits-, bildungs- und familienbedingte Migration sowie Krisen wie Klimawandel, Pandemien, wirtschaftliche Instabilität und Konflikte, immer vielfältiger. Historisch gesehen war Europa schon immer vielfältig, auch wenn dies erst seit Kurzem allgemein anerkannt wird.



Als Reaktion auf diese Veränderungen entstand das Konzept der Superdiversität, das von Vertovec (2007, 2022) eingeführt wurde, um die Überbetonung auf Kultur und Ethnizität als primäre Kategorien im Umgang mit Diversität in Frage zu stellen. Superdiversität betont die Komplexität moderner Migration und sozialer Differenzierung und berücksichtigt eine Vielzahl von Faktoren, die über ethnische und kulturelle Identitäten hinausgehen.

Superdiversität konzentriert sich auf die Geschwindigkeit, die Verbreitung und das Ausmaß der Veränderungen, die in Gesellschaften stattfinden (Vertovec, 2007). Das Konzept kritisiert den traditionellen Multikulturalismus, der dazu neigt, die Welt in feste, homogene Gruppen aufzuteilen.

Im Gegensatz dazu erkennt Superdiversität an, dass Menschen gleichzeitig mehreren sozialen Gruppen angehören und dass ihre Identitäten dynamisch sind und sich im Laufe der Zeit und je nach Kontext verändern (Martikainen et al., 2023).

Migration ist nur ein Ereignis im Leben einer Person, das sich mit anderen Faktoren wie rechtlichem Status, Bildung, sozialen Hierarchien und individuellen Lebenserfahrungen überschneidet. Durch die Betonung der Intersektionalität von Identitäten (siehe auch Kapitel 2) fördert das Konzept der Superdiversität ein differenzierteres Verständnis von Menschen. Anstatt Menschen ausschließlich nach ethnischer oder kultureller Zugehörigkeit zu kategorisieren, fordert es uns auf, die vielen sich überschneidenden sozialen Realitäten zu berücksichtigen, die das Leben eines Menschen prägen (Vertovec, 2022). Beispielsweise wird die Erfahrung einer älteren Migrantin nicht nur von ihrem kulturellen Hintergrund beeinflusst, sondern auch von ihrem Migrationsstatus, ihren sozioökonomischen Bedingungen und ihrer persönlichen Geschichte. Diese Sichtweise lehnt statische, eindimensionale Interpretationen von Identität ab. Superdiversität stellt die Systeme, insbesondere im Gesundheits- und Pflegebereich, vor die Herausforderung, sich an die komplexen Bedürfnisse einer vielfältigen Bevölkerung anzupassen.

Traditionelle Integrationsmodelle, die von Menschen mit Migrationshintergrund häufig erwarten, dass sie sich an die vorherrschenden Normen des Aufnahmelandes anpassen, werden als unzureichend angesehen. Stattdessen erfordert Superdiversität einen flexibleren und inklusiveren Ansatz, der die unterschiedlichen und sich konstant weiterentwickelnden Identitäten von Individuen und Gemeinschaften anerkennt (Vertovec, 2007).

Dieser Rahmen fördert eine stärker personalisierte und kontextbezogene Unterstützung, sei es bei der Politikgestaltung, professionellen Pflegeleistungen oder alltäglichen Interaktionen. Superdiversität erweitert die Perspektive, aus der Vielfalt betrachtet wird. Sie geht über ethnische Zugehörigkeit hinaus und berücksichtigt das gesamte Spektrum sozialer, wirtschaftlicher und politischer Faktoren, die Menschen definieren. Sie stellt Gesellschaften sowohl vor Herausforderungen als auch vor Chancen und erfordert reaktionsfähigere und integrativere Systeme, die die Komplexität menschlicher Identität und Erfahrung anerkennen.



4. Kulturelle Kompetenz in einer superdiversen Gesellschaft

Die kulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Pflegebereich hat sich erheblich weiterentwickelt, weg von verallgemeinernden Annahmen, hin zu einem umfassenderen, personenzentrierten Pflegeansatz. Dieser Wandel betont Empathie und ein echtes Interesse daran, die individuellen Bedürfnisse, Werte und Vorlieben von pflegebedürftigen Personen zu verstehen. Durch die Integration qualitativ hochwertiger Gesundheits- und Pflegeleistungen mit einem Verständnis für Vielfalt kann die personenzentrierte Pflege effektiv auf die spezifischen Bedürfnisse jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten eingehen, anstatt sie oder ihn nur als Vertreter:in eines kulturellen Stereotyps zu behandeln (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).

Indem sie sich auf das Individuum und seinen sozialen Kontext konzentrieren, anstatt sich auf vorgefasste Meinungen oder Stereotype zu verlassen, können Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich die einzigartigen Erfahrungen und Unsicherheiten, mit denen jede pflegebedürftige Person konfrontiert sein kann, besser verstehen. Kulturelle Kompetenz wird in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung und stattet Pflegekräfte mit dem notwendigen Bewusstsein, dem Wissen, den Fähigkeiten und der Sensibilität aus, um Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund wirksam zu betreuen und zu pflegen. Diese Kompetenz beinhaltet eine multikulturelle Wissensbasis, die Pflegekräfte anwenden können, um diversitätssensible und angemessene Pflege zu leisten (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).



Es ist von entscheidender Bedeutung, dass professionelle Gesundheits- und Pflegeleistungen an die Bedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegende An- und Zugehörige angepasst werden. Anstatt von von älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu erwarten, dass sie sich an ein einheitliches System anpassen, sollte das Pflegesystem seine Dienstleistungen an ihr Verständnis und ihre Werte anpassen. Dies gewährleistet nicht nur eine bessere Kommunikation und Pflege, sondern führt auch zu besseren Gesundheitsergebnissen. Da pflegebedürftige Personen besser informiert sind und ihre Werte respektiert werden, ist es wahrscheinlicher, dass die professionelle Gesundheits- und Pflegemaßnahmen erfolgreich sind, was wiederum zu wirtschaftlichen Vorteilen führen kann, da der Bedarf an wiederholten oder ineffektiven Behandlungen verringert wird.



LERNAKTIVITÄT:

Personenzentrierte und diversitätssensible Pfleßmaßnahmen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen können Barrieren bei der diversitätssensible Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen identifizieren. · Die Teilnehmer:innen können Aspekte für wirksame diversitätssensible Pflegemaßnahmen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen ableiten.
Methoden	Selbstständiges Lernen, kritisches Denken, Gruppendiskussion
Zugewiesene Zeit	Drei Stunden
Erforderliche Ressourcen	Internet und Zugang zu Zeitschriftendatenbanken
Verweise	<p>Sagbakken, M., Ingebretsen, R., & Spilker, R.S. (2020). How to adapt caring services to migration-driven diversity? A qualitative study exploring challenges and possible adjustments in the care of people living with dementia. PLoS One, 15(12), e0243803. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243803</p>



LERNAKTIVITÄT:

Personenzentrierte und diversitätssensible Pfleßmaßnahmen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien

Anweisungen

Die Teilnehmer:innen lesen die Studie von Sagbakken et al. (2020) und nehmen an der Reflexion in einer Gruppendiskussion (zwei bis vier Personen) teil, indem sie die folgenden Reflexionsfragen beantworten:

- ***Welche Herausforderungen sehen Sie für eine diversitätssensible Pflege? Welche Herausforderungen werden in der Studie von pflegebedürftigen Personen, welche von pflegenden An- und Zugehörigen und welche von professionellen Pflegekräften genannt? Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sehen Sie zwischen den verschiedenen Akteur:innen?***
- ***Wie können diese Herausforderungen bewältigt werden, um eine diversitätssensible Pflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen zu ermöglichen?***

Die Teilnehmer:innen dokumentieren ihre Überlegungen auf einer A4-Seite (Arial 11, Zwischenzeile 1,5) und reichen ihre Antworten beim der oder dem Lehrenden ein.

KAPITEL 2: ZUGANGSBARRIEREN ZU PROFESSIONELLEN GESUNDHEITS- UND PFLEGELEISTUNGEN

1. Migrationsbewegungen

Migrationsmuster haben sich deutlich vervielfältigt, was zu einem wachsenden Verständnis davon geführt hat, dass europäische Nationen heterogen sind. Historische Narrative, die Europa einst als weitgehend homogen darstellten, werden neu bewertet, um die tief verwurzelte Vielfalt widerzuspiegeln, die seit Jahrhunderten besteht. Diese Vielfalt wurde durch Jahrhunderte menschlicher Migration geprägt, da Menschen Grenzen überquerten, um Armut und politischer Unterdrückung zu entkommen und neue wirtschaftliche Möglichkeiten zu verfolgen, Handel zu treiben und die Welt zu erkunden. Es ist wichtig, grundlegende Kenntnisse über die Vielfalt von Migrationsbewegungen zu haben, da sie Auswirkungen auf die Erfahrungen und Barrieren haben, denen ältere Menschen mit Migrationshintergrund begegnen.

Migration ist seit jeher ein grundlegender Aspekt der menschlichen Existenz. Im Laufe der Geschichte wurden Menschen und Gemeinschaften durch eine Vielzahl von Faktoren, darunter Krieg, Umweltveränderungen, wirtschaftliche Not und kultureller Austausch, zur Migration gezwungen. Infolgedessen sind die europäischen Gesellschaften, wie viele andere auf der Welt, zu einem Geflecht sich überlappender ethnischer Gruppen, Sprachen und kultureller Traditionen geworden. Die heutigen Migrationsmuster spiegeln ein breites Spektrum an Erfahrungen und Hintergründen wider, stellen traditionelle Identitätskonzepte in Frage und regen Gesellschaften dazu an, ihre inhärente Pluralität zu akzeptieren. Van Mol und de Valk (2016) unterscheiden drei historische Migrationsperioden, die nach dem Zweiten Weltkrieg begannen.



Periode 1 (1950er – 1974): Gastarbeiterprogramme und Entkolonialisierung

Nach dem Zweiten Weltkrieg erlebte Teile Europas (insbesondere Länder im Westen und Norden) einen wirtschaftlichen Aufschwung. Die einheimische Bevölkerung dieser Region wurde immer gebildeter und hatte immer mehr Möglichkeiten, um sozial aufzusteigen. Sie war oft nicht mehr bereit, anstrengende, ungesunde und schlecht bezahlte Arbeit anzunehmen (z. B. in der Landwirtschaft, im Reinigungsgewerbe, im Baugewerbe, im Bergbau). Diese Länder begannen daher, Arbeitskräfte aus anderen Ländern anzuwerben. Von den angeworbenen ausländischen Arbeitskräften wurde erwartet, dass sie nach Beendigung ihrer Arbeit in ihre Heimatländer zurückkehrten, weshalb ihnen nur wenige Rechte und wenig oder gar kein Zugang zu Sozialleistungen gewährt wurden. Die meisten Migrant:innen kamen aus Algerien, Griechenland, Italien, dem ehemaligen Jugoslawien, Marokko, Portugal, Spanien, Tunesien und der Türkei. Die wichtigsten Zielländer waren Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Schweden und die Schweiz. Internationale Migration wurde aufgrund ihrer wirtschaftlichen Vorteile sowohl aus der Sicht der Herkunfts- als auch der Aufnahmeländer im Allgemeinen positiv gesehen.

Gleichzeitig führte der Prozess der Entkolonialisierung zu erheblichen Migrationsbewegungen in Richtung der ehemaligen Kolonialmächte Europas. Eine beträchtliche Zahl von Menschen aus den ehemaligen Kolonien kam nach Belgien, Frankreich, in die Niederlande, nach Großbritannien und Portugal. Viele dieser (Rückkehr-)Migrant:innen galten rechtlich als Staatsbürger:innen. Während sich die europäischen Rückkehrer:innen aus den Kolonien oft schnell integrieren konnten, war dies bei den nicht-europäischen Migrant:innen, die wirtschaftlich und sozial benachteiligt und häufig auch diskriminiert wurden, weniger der Fall.



Periode 2 (1974 – 1980er Jahre): Ölkrise und Migrationskontrolle

Die Ölkrise von 1973 bis 1974 hatte erhebliche Auswirkungen auf die europäische Wirtschaft und verringerte den Bedarf an Arbeitskräften drastisch. Die Länder im Norden und Westen Europas verhängten Einwanderungsstopps. Doch die Politik der Migrationskontrolle und -begrenzung veränderte die Migration, anstatt sie zu stoppen.

Immer mehr Migrant:innen aus nichteuropäischen Ländern, die im Rahmen von Anwerbungsprogrammen ins Land gekommen waren, ließen sich dauerhaft nieder, da sie bei einer Rückkehr in ihr Heimatland Gefahr liefen, ihren Aufenthaltstitel für längere Zeit zu verlieren. Viele Migrant:innen begannen auch ihre Familien nach Europa zu holen (Die Familienzusammenführung von Arbeitsmigrant:innen wurde als Grundrecht angesehen und in Artikel 19 der Europäischen Sozialcharta von 1961 verankert). Auch die Zusammensetzung der ansässigen migrantischen Bevölkerung veränderte sich in diesem Zeitraum. Während in der ersten Phase die Zahl der europäischen Migrant:innen am höchsten war, stieg in der zweiten Phase der Anteil der nicht-europäischen migrantischen Bevölkerung, insbesondere von Menschen aus der Türkei und Nordafrika, deutlich an. Nach dem Migrationsstopp kontrollierten die Länder im Norden und Westen Europas zunehmend die Einreise von Ausländer:innen, und Migration wurde zu einem wichtigen Thema in den nationalen, politischen und öffentlichen Debatten. Steigende Arbeitslosigkeit infolge der wirtschaftlichen Rezession schürten Feindseligkeit, Rassismus und Fremdenfeindlichkeit gegenüber Migrant:innen. Gleichzeitig wuchs das Bewusstsein, dass die zugewanderte Bevölkerung bleiben würde. Infolgedessen wurde die Notwendigkeit einer angemessenen Integrationspolitik deutlich und begann sich zu entwickeln. Gleichzeitig begann die Zahl der Asylanträge in Europa zu steigen.

Die Beschränkungen für die Einreise von Ausländer:innen in den Westen und Norden Europas hatte noch einen weiteren Effekt: Die Migrationsbewegungen verlagerten sich zunehmend nach Südeuropa (z. B. Griechenland, Italien, Portugal, Spanien). Da diese Länder seit langem Auswanderungsländer waren, verfügten sie nicht über gut entwickelte Einwanderungsgesetze und Einreisekontrollsysteme. Darüber hinaus verzeichneten diese Länder ein Wirtschaftswachstum und sinkende Geburtenraten, was zu einem Mangel an Arbeitskräften führte. Südeuropa wurde nicht nur zu einem attraktiven Ziel für nicht-europäische Migranten, sondern die günstigen wirtschaftlichen Bedingungen führten auch zur Rückwanderung derjenigen, die nach Nord- und Westeuropa gezogen waren.



Periode 3 (1990er bis heute): Aktuelle Trends der Migration nach Europa und innerhalb Europas

Dieser Zeitraum ist durch erhebliche Veränderungen und eine weitere Diversifizierung der Migrationsmuster gekennzeichnet. Europa, inklusive Osteuropa, erlebte aufgrund verschiedener Ereignisse (z. B. Konflikte in Afghanistan und im Irak, Aufstände im Zuge des „Arabischen Frühlings“) neue Asylwerberbewegungen. Die Mobilität innerhalb der EU wurde erheblich erleichtert, während die Einreise in die EU durch die Vereinheitlichung des europäischen Marktes, die strenge Grenzkontrollen und Visabestimmungen mit sich brachte, zunehmend eingeschränkt wurde. Die Herkunftsländer der Migrant:innen sowie ihre Migrationsmotive wurden immer vielfältiger (Van Mol & de Valk, 2016).

Die letzten Jahre waren geprägt von Flüchtlingen, Asylsuchenden und Wirtschaftsmigrant:innen, die ihre Herkunftsländer aufgrund von Kriegen und Bürgerkriegen, Menschenrechtsverletzungen, Umwelt- und Klimaveränderungen sowie wirtschaftlicher Not verließen. In den Jahren 2015 und 2016 erlebte Europa eine beispiellose Zunahme von Flüchtlingen und Migrant:innen (Europäische Union, 2017).

Mehr als eine Million Menschen kamen in die Europäische Union, die meisten von ihnen flohen vor Krieg und Terror in Syrien und anderen Ländern. Am 24. Februar 2022 startete Russland eine militärische Aggression gegen die Ukraine. Im Januar 2023 erhielten vier Millionen ukrainische Flüchtlinge vorübergehenden Schutz in der Europäischen Union (Europäischer Rat, 2023).

Nach der Eskalation des israelisch-palästinensischen Konflikts im Oktober 2023 stellten Palästinenser:innen im Jahr 2023 eine Rekordzahl an Asylanträgen. 11.561 Palästinenser:innen beantragten Schutz in der EU, vor allem in Griechenland und Belgien (EUAA, 2024).

LERNAKTIVITÄT: Vielfalt der Migrationshintergründe

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmer:innen lernen das demografische Profil der Bevölkerung in ihrem Land bzw. die regionalen Unterschiede kennen.
Methoden	Selbstständiges Lernen, Online-Recherche
Zugewiesene Zeit	Zwei Stunden
Erforderliche Ressourcen	Internetverbindung, Weltkarte
Verweise	Datenbanken und Websites nationaler/regionaler Regierungen und Statistikämter. Den Teilnehmer:innen muss erklärt werden, woher sie die Daten und Ressourcen erhalten.
Anweisungen	<p>Die Teilnehmer:innen werden gebeten, Daten über das demografische Profil der Bevölkerung in ihrem Land/ihrer Region zu sammeln. Anhand zuverlässiger Quellen sollen die Teilnehmer:innen Informationen zu den folgenden Aspekten sammeln und ihre Ergebnisse diskutieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht die Alterspyramide und die Geschlechterverteilung in Ihrem Land/Ihrer Region aus? • Wie hoch ist der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in den verschiedenen Altersgruppen? • Vielfalt der Hintergründe/Herkunftsländer: Aus welchen Ländern kommen Menschen mit Migrationshintergrund? Wie hoch sind die Zahlen für die einzelnen Gruppen? • Welche Herkunftsländer können Sie für die ältere Bevölkerung identifizieren? Markiere Sie diese auf einer Weltkarte. • Aus welchen Herkunftsländern kommen in Ihrem Land/Ihrer Region besonders viele Menschen mit Migrationshintergrund? Markiere Sie diese auf einer Weltkarte. • Wie lassen sich die Zahlen für Ihr Land/Ihre Region in den verschiedenen Migrationszeiträumen in Europa in Beziehung setzen? • Welche Gruppen lassen sich anhand der nationalen/regionalen Datenbanken nicht leicht identifizieren? <p>Die Teilnehmer:innen präsentieren ihre Ergebnisse auf maximal drei Seiten (Arial 11, Zeilenabstand 1,5) und geben ihre Antworten der oder dem Lehrenden ab.</p>

2. Intersektionalität

In Kapitel 1 wurde das Konzept der Superdiversität erwähnt, das sich auf die zunehmende Heterogenität innerhalb der Bevölkerung bezieht, die auf Unterschiede hinsichtlich Herkunftsländer, Migrationsmotive, rechtlichem Status usw. zurückzuführen ist (Ciobanu, 2023). Das Konzept der Intersektionalität ist teilweise verwandt, unterscheidet sich jedoch insofern, als es darauf abzielt, die Quellen der Ungleichheit zu verstehen, die an der Schnittstelle mehrerer Faktoren entstehen, von denen die wichtigsten Geschlecht, Klasse und ethnische Zugehörigkeit sind (Ciobanu, 2023). Intersektionalität, ein von Kimberlé Crenshaw eingeführtes Konzept, betont, dass sich verschiedene Kategorien überschneiden und interagieren, was zu Ungleichheiten in verschiedenen Kontexten führt. Es legt nahe, dass verschiedene Faktoren wie Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund die Behandlung von Menschen in der Gesundheitsversorgung und Pflege sowie in anderen Lebensbereichen beeinflussen. Diese Perspektive betont, dass Ungleichheiten nicht nur aus individuellen Merkmalen resultieren, sondern auch aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren in bestimmten Kontexten (Dilworth-Anderson et al., 2020).

Das Konzept der Intersektionalität hilft uns zu erkennen, wie verschiedene Faktoren zusammenwirken und Ungleichheiten schaffen, und zeigt die Komplexität der Machtdynamiken und Chancen auf, die verschiedenen Gruppen zur Verfügung stehen. Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich, die nur einen Faktor, wie z. B. Geschlecht, berücksichtigen, laufen Gefahr, andere wichtige Elemente zu übersehen (Dahlborg & Tengelin, 2022).



Darüber hinaus geht es bei Intersektionalität nicht nur um die Anhäufung von Faktoren, sondern auch um das Verständnis, wie diese Faktoren, wenn sie zusammentreffen, Ungleichheiten verstärken können. Wenn beispielsweise der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Frauen eingeschränkt ist, kann diese Barriere für eine im Ausland geborene Frau mit Behinderung noch größer sein. Die Bedeutung der einzelnen Faktoren variiert je nach Kontext und ihren Wechselwirkungen. Ein vereinfachter additiver Ansatz kann die Komplexität dieser Probleme verschleiern (Dahlborg & Tengelin, 2022).

In Diskussionen über Intersektionalität ist es wichtig, sich nicht nur auf die „verletzliche Seite“ zu konzentrieren, wie z. B. die Erfahrungen von im Ausland geborenen älteren Frauen, sondern auch die „privilegierte Seite“ zu berücksichtigen, wie z. B. die von weißen Männern mittleren Alters, die oft mehr Macht haben. Diese Dynamiken zu erkennen ist entscheidend für ein umfassendes Verständnis von Intersektionalität (Dahlborg & Tengelin, 2022).

Ahmad et al. (2022) betonen die Bedeutung eines intersektionalen Ansatzes bei der Untersuchung von Pflegebeziehungen. Ihre Studie zeigt, wie verschiedene soziale Kategorien, insbesondere Migrationsgeschichte und soziale Klasse, beeinflussen, wie Pflege zwischen älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen aufgeteilt wird. Diese sich überschneidenden Faktoren (d. h. Migrationshintergrund und soziale Klasse) können Bildungschancen fördern oder behindern und damit die Dynamik der Aufteilung von Pflege und die Effektivität der Kommunikation zwischen pflegenden und pflegebedürftigen Personen beeinflussen. In ihrer Studie stellten die Autor:innen fest, dass Personen, die in einer Familie der Unterschicht oder Arbeiterklasse aufwuchsen und später im Leben aus einem Umfeld mit eingeschränkten Bildungsmöglichkeiten migrierten, mit geringerer Wahrscheinlichkeit über Fähigkeiten verfügten, um Pflegeaufgaben zu organisieren und aufzuteilen. Im Gegensatz dazu teilten Personen, die in einer Familie der Mittelschicht aufwuchsen, in jungen Jahren migrierten und in einem Umfeld mit Bildungschancen aufwuchsen, die Pflege eher mit der Familie und mit professionellen Pflegekräften. Darüber hinaus beeinflussten Migrationsgeschichte und soziale Klasse die Wahrnehmung von „guter Pflege“ und damit die Bereitschaft, die Pflege mit professionellen Pflegekräften zu teilen.

LERNAKTIVITÄT: Das Rad der Privilegien

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen entwickeln ein Verständnis für Intersektionalität, Machtverhältnisse, Privilegien und Marginalisierung in der Gesellschaft.
Methoden	Selbststudium, Gruppendiskussion
Zugewiesene Zeit	30 Minuten
Erforderliche Ressourcen	Das Rad der Privilegien wird für alle Teilnehmer:innen ausgedruckt.
Verweise	<p>Das Rad der Privilegien basiert auf der Forschung von Gayle Rubin (1989) und Kimberlé Crenshaw (1989).</p> <ul style="list-style-type: none"> · Gayle, R. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. In C. Vance (Ed.), Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina. Revolución. · Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholars/hip/3007 <p>Die Theorie wurde vom CCR Canadian Council for Refugees (https://ccrweb.ca/en/anti-oppression) in ein Rad der Privilegien umgesetzt und von S. Duckworth weiterentwickelt (https://www.researchgate.net/figure/Wheel-of-Power-Privilege-and-Marginalization-by-Sylvia-Duckworth-Used-by-permission_fig1_364109273).</p>

LERNAKTIVITÄT: Das Rad der Privilegien

In dieser Übung lernen die Teilnehmer:innen das Rad der Privilegien kennen. Sie arbeiten selbstständig, danach wird die Übung gemeinsam mit der gesamten Gruppe besprochen. Für die Reflexionsdiskussion kann die oder der Lehrende folgende Fragen verwenden:

- **Wie haben Sie sich bei der Übung gefühlt und welche Gedanken sind Ihnen dabei gekommen?**
- **Was zeigt diese Übung Ihrer Meinung im Bezug auf Intersektionalität und die unterschiedlichen sozialen Positionen von Menschen in der Gesellschaft?**
- **Inwiefern würde sich das Ergebnis der Übung ändern, wenn Sie sie in einem anderen Kontext, z. B. in einem anderen Land, durchgeführt hätten?**

Die oder der Lehrende gibt den Teilnehmer:innen Anweisungen. Bevor das Handout verteilt wird, erklärt die/ der Lehrende den Teilnehmer:innen, dass das Rad der Privilegien nicht versucht, jeden Aspekt menschlichen Lebens und menschlicher Identitäten zu erklären. Es ist kein allgemeingültiges Modell. Es ist ein Ausgangspunkt, um Intersektionalität, Machtverhältnisse, Privilegien und Marginalisierung in der Gesellschaft zu verstehen. Das Rad der Privilegien wird als pädagogisches Hilfsmittel verwendet, um miteinander verbundene Ungleichheiten zu verstehen.

Zunächst machen sich die Teilnehmer:innen mit dem Rad der Privilegien vertraut. Dann werden sie aufgefordert, über sich selbst und ihre eigene Identität im Kontext der gegenwärtigen Gesellschaft und des Landes, in dem sie leben, nachzudenken. Dann zeichnen sie mit einem Bleistift ein kleines Kreuz oder einen Punkt in jeden Sektor des Rades, dort, wo sie sich in der Gesellschaft sehen. Am Ende bilden die Punkte eine Figur, die innerhalb des Rades entweder kleiner oder größer ist.

Je näher die Figur am Mittelpunkt des Rads der Privilegien liegt (also je kleiner sie ist), desto privilegiierter ist die Person in der Gesellschaft, in der sie lebt. Je weiter sie vom Mittelpunkt des Rades entfernt ist (d. h. je größer die Figur ist), desto weniger privilegiert ist die Situation der Person. Die Gruppe diskutiert dann mithilfe der/des Lehrenden über die Übung und ihre Erkenntnisse über Intersektionalität und Privilegien, Machtverhältnisse und Marginalisierung in der Gesellschaft. Die Teilnehmer:innen sind nicht verpflichtet, ihre eigene Arbeit den anderen vorzustellen, wenn sie dies nicht möchten. Die Diskussion findet auf einer allgemeineren Ebene statt. Die Gruppe kann sich dann zwei Beispiele von Figuren ansehen, die für ältere Migrantinnen geschaffen wurden (siehe Abbildung 2).

Anweisungen

LERNAKTIVITÄT:

Das Rad der Privilegien

Bild 1. Das Rad der Privilegien

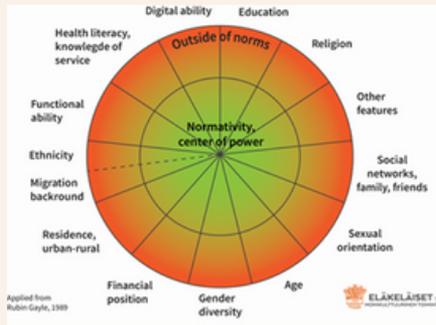
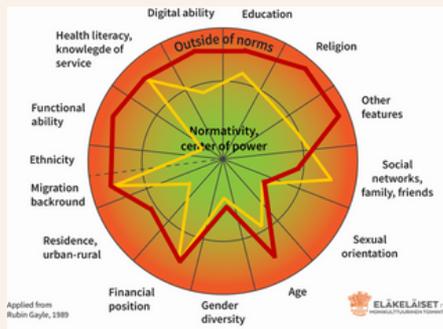


Bild 2. Das Rad der Privilegien als Beispiel mit zwei Figuren älterer Migrantinnen.



Anweisungen

3. Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen für ältere Migrant:innen und ihre Familien

Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund nutzen professionelle Pflegeleistungen tendenziell seltener als die einheimische Bevölkerung, obwohl sie ähnlich häufig primäre Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen (Sarria-Santamera et al., 2016). Ein Grund dafür ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund oft ein besseres Verständnis von medizinischer Versorgung haben, als von anderen Gesundheits- und Pflegeleistungen. Viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehen davon aus, dass sie sich bei der Pflege auf das traditionelle familiäre Sicherheitsnetz verlassen können und verlassen sich auf pflegende An- und Zugehörige (Ahaddour et al., 2016; Ahmad et al., 2022). Wenn der Pflegebedarf jedoch intensiver wird, können pflegende An- und Zugehörige einem erheblichen Druck ausgesetzt sein, was dazu führen kann, dass sie möglicherweise nicht allen Pflegeaufgaben nachkommen können.

Da die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund zunimmt, wird mit einer steigenden Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen gerechnet. Ein Hauptgrund für die geringere Nutzung professioneller Gesundheits- und Pflegeleistungen durch diese Gruppe dürfte derzeit das Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage beim Zugang zu Pflege sein. Viele Pflegekräfte gehen davon aus, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund mit den verfügbaren Leistungen vertraut sind, was jedoch häufig nicht der Fall ist. Diese falsche Einschätzung hat dazu geführt, dass es nur begrenzt maßgeschneiderte Dienste gibt, die den spezifischen kulturellen und persönlichen Bedürfnissen von älteren Migrant:innen gerecht werden.

Insbesondere angesichts der zunehmenden Multikulturalität in der Gesellschaft, die den Pflegebedarf verändert, ist eine deutliche Veränderung der Pflegeversorgung erforderlich. Die Pflege muss über standardisierte Modelle hinausgehen und auf die spezifischen Bedürfnisse der Menschen in einer diversitätssensiblen Weise eingehen. Eine Pflegeversorgung, die zu allgemein ist und die einzigartigen Profile und Bedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund nicht berücksichtigt, kann in Unzufriedenheit und unangemessener Pflege resultieren. Dies kann auf gegenseitige Missverständnisse zwischen Pflegekräften und pflegebedürftigen Personen zurückzuführen sein, die nur durch effektive Kommunikation und kulturelles Verständnis vermieden werden können. Barrieren beim Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund können Stereotype und Vorurteile fördern, die sich negativ auf die Beziehung zwischen Pflegekräften und pflegebedürftige Personen auswirken. Um diese Interaktionen zu verbessern, ist es von entscheidender Bedeutung, dass sich sowohl aktuelle als auch zukünftige Pflegekräfte der kulturellen, sozialen und kommunikativen Barrieren bewusst sind, die bei der Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund auftreten können. Die Beseitigung dieser Barrieren ist der Schlüssel zur Förderung besserer Beziehungen und zur Bereitstellung einer personenzentrierten, diversitätssensiblen Pflege.



4. Erlebte Barrieren beim Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen

Gesundheitskompetenz

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen verfügen manchmal über mangelndes Wissen über bestimmte körperliche und psychische Erkrankungen wie Demenz und betrachten diese häufig als einen normalen Teil des Alterns und nicht als eine medizinische Erkrankung, die einer Behandlung bedarf (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kıraç et al., 2022). Diese Wahrnehmung kann zu Verzögerungen bei der Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen und geeigneter Pflegemaßnahmen führen. Das mangelnde Bewusstsein kann auch eine frühzeitige Diagnose und Behandlung verhindern, die für die Bewältigung von Erkrankungen wie Demenz von entscheidender Bedeutung ist.

Unter Migrant:innen besteht die Tendenz, die Symptome altersbedingter Erkrankungen zu unterschätzen oder falsch zu verstehen, was teilweise auf kulturelle Faktoren oder einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsbildung zurückzuführen ist (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kıraç et al., 2022).



Diese Wissenslücke kann dazu führen, dass Pflege durch An- und Zugehörige die wichtigste Unterstützungsquelle darstellt, während professionelle Pflegedienste zu wenig genutzt werden. Dies kann sowohl den Gesundheitszustand pflegender An- und Zugehöriger verschlechtern als auch den Druck auf diese erhöhen.

Sprach- und Kommunikationsbarrieren

Sprachbarrieren können für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen eine große Herausforderung im Kontakt mit Gesundheits- und Pflegepersonal darstellen. Eine Studie von Priebe et al. (2011) zeigt, dass Sprachprobleme zu den am häufigsten genannten Barrieren gehören und zu einer Kommunikationslücke führen, die den Austausch wichtiger Gesundheitsinformationen, einschließlich der Beschreibung von Symptomen, Diagnosen und verordneten Behandlungen, erschwert. Diese Kommunikationslücke kann sich nicht nur negativ auf die Beziehung zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen auswirken, sondern auch administrative Prozesse und den Zugang zu professionellen Pflegeleistungen erschweren. Laut der Studie führen Sprachbarrieren häufig zu Frustration und schränken die Effektivität der Kommunikation ein, was die Offenheit und das Vertrauen zwischen beiden Parteien verringern kann.



Neben Sprachbarrieren können ältere Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund altersbedingter Faktoren wie sensorischer oder kognitiver Beeinträchtigungen mit zusätzlichen Kommunikationsproblemen konfrontiert sein. Diese Beeinträchtigungen können es ihnen erschweren, Gesprächen zu folgen, insbesondere wenn die Sprache sehr informationsreich ist oder in einem unangemessenen Tonfall vorgetragen wird. Auch körperliche Probleme wie Hörverlust können eine effektive Kommunikation behindern.

Darüber hinaus können psychologische Faktoren, darunter emotionale Veränderungen wie Depressionen, Angstzustände oder Verlegenheit, die Kommunikation zusätzlich erschweren. Auch die Selbstwahrnehmung spielt eine Rolle: Ältere Menschen haben möglicherweise Angst, verurteilt oder diskriminiert zu werden, während sie Gesundheits- und Pflegepersonal möglicherweise als zu formell oder distanziert wahrnehmen. Diese Faktoren schaffen Kommunikationsbarrieren, die Missverständnisse zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegekräften verschlimmern können. Darüber hinaus können Stereotype über ältere Menschen, wie etwa die Annahme, sie seien „taub“, „verschlossen“ oder „misstrauisch“, die Interaktionen beeinflussen und die Qualität der Pflege mindern.

Um diese Herausforderungen zu bewältigen, müssen Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich sowohl auf die physischen als auch auf die psychischen Bedürfnisse älterer Menschen eingehen und ihren Kommunikationsstil entsprechend anpassen.



Niedriges Bildungsniveau

Bildung entscheidet nicht nur über den Gesundheitszustand, sondern auch über den Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen. Eine hohe Analphabetenrate unter älteren Menschen mit Migrationshintergrund erschwert die Informationsbeschaffung und administrative Abläufe, insbesondere das Ausfüllen von Formularen (Ahhadour et al., 2016).



Finanzielle Hürden

Die schlechte finanzielle Situation und der niedrige sozioökonomische Status vieler älterer Menschen mit Migrationshintergrund und ihrer Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen stellen ein wesentliches Hindernis für den Zugang zu und die Nutzung von professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen dar (Ahhadour et al., 2016; Jacobsen et al., 2023). Ein niedriger sozioökonomischer Status scheint einen schlechteren Gesundheitszustand zu erklären, da Menschen mit unzureichendem Einkommen bei der Gesundheitsversorgung sparen. Darüber hinaus sind die hohen Kosten einiger professioneller Gesundheits- und Pflegeleistungen für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status unerschwinglich.



Mangelndes Wissen über professionelle Gesundheits- und Pflegeleistungen

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen sind sich der verfügbaren professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen oft nicht bewusst, da sie mit den Pflegestrukturen im Aufnahmeland nicht vertraut sind (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kıraç et al., 2022). Diese Unkenntnis ist darauf zurückzuführen, dass sie in ihrer Kultur oder ihrem Heimatland möglicherweise kein vergleichbaren professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen haben.

Dies kann dazu führen, dass diese ältere Menschen mit Migrationshintergrund eine negative Einstellung zur professionellen Pflege haben. Darüber hinaus tragen unzureichendes Wissen und fehlende Informationen über verfügbare Ressourcen wie übersetzte Informationsmaterialien und sprach- und diversitätssensible Tools weiter zur Lücke bei der Nutzung und Bekanntheit professioneller Gesundheits- und Pflegeleistungen bei.

Kulturelle und religiöse Barrieren

Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich fehlt oft das Wissen über die kulturellen und religiösen Überzeugungen und Praktiken älterer Menschen mit Migrationshintergrund und ihrer Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen (Ahaddour et al., 2016). Dies kann dazu führen, dass wichtige Faktoren wie die Einstellung der pflegebedürftigen Personen zu Themen wie Gesundheit, Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten vernachlässigt werden. In traditionellen Kollektivgesellschaften wird die Inanspruchnahme von professioneller Pflege manchmal als Versagen der Kinder bei der Erfüllung ihrer Pflegeverantwortung angesehen, was zu einem Gesichtsverlust innerhalb der Gemeinschaft führen kann.



Kulturelle Unterschiede können auch zu Bedenken hinsichtlich der Teilnahme an körperlichen Untersuchungen und nicht-medikamentösen Therapien beitragen. Es können auch praktische Probleme auftreten, wie Terminversäumnisse, Verspätungen oder die Suche nach informeller Beratung außerhalb des Gesundheitssystems. Dies kann zu Frustration bei den Pflegekräften führen, die oft unter Zeit- und Ressourcenmangel leiden, und zu gegenseitigen Missverständnissen und Stereotypisierungen. Diese kulturellen Unterschiede können als Barrieren wirken und ein Gefühl der Distanz oder sogar des Nichtübereinkommens zwischen Pflegekräften und pflegebedürftigen Personen fördern. Diese Kluft kann unüberwindbar erscheinen, da sie häufig als symbolische und kulturelle Kluft wahrgenommen wird (Priebe et al., 2011; Martin, 2015).



Unterschiedliche Auffassungen von Krankheit und Behandlung

Die medizinische Anthropologie betont, dass die Wahrnehmung und Einstellung einer Person gegenüber Krankheit und Gesundheit stark von ihren persönlichen Erfahrungen und ihrem soziokulturellen Umfeld geprägt ist. Ein dänischer Gesundheits- und Krankenpfleger berichtete von einem Fall, in dem eine somalische Frau glaubte, dass ihre Rückenschmerzen durch Luftbewegungen in ihrem Körper verursacht würden. Sie bat den Pfleger, ihre Schulter zu perforieren, um die Luft abzulassen. Der Pfleger hatte Schwierigkeiten, der Patientin zu erklären, dass ihre Rückenschmerzen auf Muskelprobleme und nicht auf Luft zurückzuführen waren, und musste schließlich ein Anatomiebuch zu Hilfe nehmen, um der Patientin zu helfen, es zu verstehen. Obwohl die Frau die verschriebenen Tabletten einnahm und Erleichterung verspürte, unterstrich ihre anfängliche Zurückhaltung die enormen Unterschiede in der kulturellen Wahrnehmung des Körpers und dem Verständnis von Krankheit.

Diese unterschiedlichen Vorstellungen vom menschlichen Körper und von Behandlungsmöglichkeiten können das Vertrauen der pflegebedürftigen Person in das Pflegepersonal und die Einhaltung der verordneten Therapien erheblich beeinflussen. Missverständnisse oder unterschiedliche Interpretationen können dazu führen, dass das Pflegepersonal pflegebedürftige Personen als misstrauisch, arrogant oder ignorant wahrnimmt, was wiederum eine verurteilende Haltung fördern kann. Dies kann dazu führen, dass Pflegekräfte entweder resignieren oder konfrontativ werden (Pribe et al., 2011).



Rückkehr und Betreuungsdilemmata

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund erleben häufig ein tiefes Gefühl der Desorientierung und Entfremdung, wenn sie mit den Komplexitäten des Alterns in einem fremden Land zurechtkommen müssen.

Viele möchten in ihrem Heimatland alt werden, getrieben von Nostalgie und dem Wunsch, mit ihren kulturellen Wurzeln verbunden zu bleiben. Praktische und emotionale Faktoren wie die Anwesenheit von Enkelkindern, soziale Netzwerke und finanzielle Sicherheit können sie jedoch dazu bewegen, in ihrem neuen Land zu bleiben (Ahhadour et al., 2016).



Ferner gibt es einen deutlichen Wandel in den traditionellen Erwartungen bezüglich familiärer Pflege. Ältere Muslimas und Muslime verlassen sich beispielsweise oft auf die Unterstützung ihrer Kinder, da dies als religiöse Pflicht gilt, die im Koran verankert ist. Obwohl ihre Kinder diese Verpflichtung anerkennen, sind sie aufgrund veränderter gesellschaftlicher Normen häufig nicht in der Lage, diese Erwartungen zu erfüllen. Unter dem Einfluss von Globalisierung und Individualisierung hat sich die traditionelle Großfamilienstruktur zu einem stärker westlich geprägten Modell der Kleinfamilie gewandelt. Dieser Wandel kann bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die an eine andere, auf kollektiven familiären Pflichten beruhende Versorgungsdynamik gewöhnt sind, Gefühle der Enttäuschung und Unsicherheit auslösen.



Vertrauen und Erwartungen

In der Beziehung zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegekraft kann Misstrauen entstehen, das dazu führt, dass pflegebedürftige Menschen wichtige Informationen weggelassen und sich nicht auf die Pflegekraft einlassen. Dieses Misstrauen kann sich auch auf Dolmetscher:innen oder Mediator:innen erstrecken, die am Pflegeprozess beteiligt sind. Eine solche Feindseligkeit kann für alle Beteiligten unangenehm sein und auf negativen Erfahrungen mit professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen beruhen.

Priebe et al. (2011) stellen fest, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufig Misstrauen gegenüber Pflegekräften und Dolmetscher:innen aus Ländern äußern, in denen sie zuvor politische oder religiöse Konflikte erlebt haben. In einigen Fällen verlangen diese älteren Personen ausdrücklich, von anderen Pflegekräften behandelt zu werden, oder verweigern aufgrund dieser Bedenken Informationen.

Auch Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich sind sich dieser Herausforderung bewusst. Eine Gesundheitsfachkraft aus den Niederlanden beobachtete, dass viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem Diskriminierung und Ablehnung erfahren, etwa in dem sie unfreundlich behandelt werden oder sich aufgrund von Sprachbarrieren minderwertig fühlen. Diese negativen Erfahrungen tragen zu einem allgegenwärtigen Misstrauen bei, das die Beziehung zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Personen beeinflusst.



Der Aufbau von Vertrauen in professionelles Pflege ist besonders für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegende An- und Zugehörige von entscheidender Bedeutung. Der Mangel an Diversitätssensibilität seitens der Gesundheits- und Pflegekräfte kann Misstrauensgefühle verstärken. Stereotype Vorstellungen unter Pflegekräften können die Kontinuität der Pflege behindern und zu Missverständnissen beitragen. Dieser Vertrauensmangel kann dazu führen, dass sich ältere Personen mit Migrationshintergrund angegriffen fühlen und in die Defensive gehen, was manchmal zur Verfestigung von Wahrnehmungen führt, dass älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen verschlossen oder arrogant seien. Dabei werden häufig die tiefer liegenden Probleme, die zu diesem Verhalten führen, übersehen.

LERNAKTIVITÄT: Geschichten älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen sind sich der wahrgenommenen Zugangsbarrieren zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen bewusst, die ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen erleben. · Die Teilnehmer:innen können über ihre Rolle als Pflegekräfte nachdenken, wenn es darum geht, Barrieren abzubauen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen zu unterstützen.
Methoden	Storytelling-Interview, Diskussion
Zugewiesene Zeit	40 Minuten
Erforderliche Ressourcen	Kurdische Geschichten (Video): <u>Internetverbindung; Weltkarte</u>
Verweise	/
Anweisungen	<p>Die Teilnehmer:innen sehen sich das Video an und diskutieren die Geschichten in kleinen oder großen Gruppen. Es ist wichtig, Diskussionen anzuregen, um das kritische Denken über die Themen dieses Videos zu verbessern. Die Teilnehmer:innen können die Informationen aus dem Video mithilfe der folgenden Fragen diskutieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Hauptpunkte oder Bedenken wurden in dem Video angesprochen? • Haben Sie Erfahrungen mit den Themen, die im Video angesprochen werden? Hat das Video neue Perspektiven auf diese Erfahrungen eröffnet? • Welche Lösungen können vorgeschlagen werden, um die im Video angesprochenen Barrieren zu überwinden? Konzentrieren Sie sich auf die Barrieren Sprache und soziale Isolation.



LERNAKTIVITÄT:

Empathiekarte: Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen können sich in die Lebenserfahrungen älterer Menschen mit Migrationshintergrund, die die Inanspruchnahme informeller Pflege und professioneller Gesundheits- und Pflegeleistungen beeinflussen, hineinendenken.
Methoden	Empathiekarte, Storytelling-Interviews, kritisches Denken, Reflexion, Gruppendiskussion
Zugewiesene Zeit	Eine Stunde
Erforderliche Ressourcen	Vorlage für eine Empathiekarte (siehe https://online.visual-paradigm.com/diagrams/templates/empathy-map/empathy-mapping-template/)
Verweise	/
Anweisungen	<p>Eine Empathiekarte hilft dabei Facetten von Erfahrungen, Bedürfnisse und „Schmerzpunkte“ von Personen zu beschreiben, um ihre oder seine Handlungen und Denkweise zu verstehen. Es handelt sich um eine einfache visuelle Darstellung, die Wissen über das Verhalten und die Einstellungen von Personen erfasst. Weitere Informationen finden Sie im folgenden Video: https://www.youtube.com/watch?v=skGUy2iq_dw. Die Teilnehmer:innen sehen sich das YouTube-Video über Empathiekarten an. Anschließend erstellen sie eine Empathiekarte über sich selbst: Wie fühlen Sie sich, wenn Sie krank sind oder sich unwohl fühlen und Betreuung und Pflege benötigen? Füllen Sie die Vorlage aus.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Was sagen Sie? · Was denken Sie? · Was machen Sie? · Was können andere Menschen sehen, was Sie tun? · Was fühlen Sie?



LERNAKTIVITÄT:

Empathiekarte: Zugang zu professionellen Gesundheits- und Pflegeleistungen

Anweisungen

Anschließend führen die Teilnehmer:innen mit Hilfe der oder des Lehrenden eine Gruppendiskussion und denken über die Fragen nach.

Nach dieser Übung wählen die Teilnehmer:innen einen Fall aus, der auf ihren Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund (während eines Praktikums oder als professionelle Pflegekraft) basiert. Füllen Sie die Vorlage ein zweites Mal aus.

- **Was sagt die Person über ihre Bedürfnisse und die erhaltene professionelle und/oder informelle Pflege?**
- **Was denkt die Person über ihre Bedürfnisse und die erhaltene professionelle und/oder informelle Pflege?**
- **Was unternimmt die Person hinsichtlich ihres Pflegebedarfs und welche Form professioneller und/oder informeller Pflege erhält sie?**
- **Wie empfindet die Person ihren Pflegebedarf und die erhaltene professionelle und/oder informelle Pflege?**

Können Sie anhand der Empathiekarten Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Erfahrungen zwischen Ihnen und dem besprochenen Fall erkennen?

Die Teilnehmer:innen führen mit Hilfe der oder des Lehrenden erneut eine Gruppendiskussion und denken über die Fragen nach.

KAPITEL 3: STEREOTYPE UND VORURTEILE

1. Stereotype: Was sind das und wozu dienen sie?

Das Erkennen und Ansprechen von Stereotypen ist nicht nur für die Förderung von Gleichheit und Respekt zwischen verschiedenen sozialen Gruppen von entscheidender Bedeutung, sondern auch für die Förderung eines tieferen Verständnisses und einer empathischeren Kommunikation zwischen Personen. Stereotype erfüllen verschiedene kognitive und soziale Funktionen, einschließlich der Vereinfachung von Informationsverarbeitung in unsicheren Situationen. Sie können schnelle Urteile erleichtern, aber auch Vorurteile und Diskriminierung fördern und damit zu Ausgrenzung und sozialer Ungerechtigkeit beitragen. Die Selbstverteidigungsfunktion von Stereotypen ist besonders wichtig zu berücksichtigen. Durch die Abwertung von Mitgliedern anderer Gruppen können Personen aus Gruppen mit hohem Status vorübergehend ihr Selbstwertgefühl stärken. Diese Dynamik schafft jedoch ein Umfeld des Wettbewerbs zwischen Gruppen, das Konflikte und Spaltungen verschärfen kann. Stereotype wirken wie „Klebstoff“ innerhalb einer sozialen Gruppe und schaffen durch gemeinsame Überzeugungen und Normen ein Gefühl der Zugehörigkeit. Dies kann sowohl den sozialen Zusammenhalt fördern als auch Formen der Ausgrenzung gegenüber denen begünstigen, die diese Werte nicht teilen.

Die Definition von Hamilton und Troiler (1986) von Stereotypen betont ihre Rolle als kognitive Struktur:

Stereotype vereinfachen und kategorisieren die Wirklichkeit und schaffen verzerrte Bilder, die zwar möglicherweise einen wahren Kern enthalten, jedoch die Komplexität der Personen innerhalb einer Gruppe nicht widerspiegeln.

Ihre Kategorisierungsfunktion ist nützlich, um Informationen schnell zu verarbeiten, kann aber auch problematisch sein, da sie zu Verallgemeinerungen und Vorurteilen führt. Stereotype, egal ob kategorisch positiv oder negativ, schränken die Fähigkeit ein, Individualität und Vielfalt innerhalb einer Gruppe zu sehen und anzuerkennen. Die automatische Aktivierung von Stereotypen kann unbewusst erfolgen und Wahrnehmungen und Verhaltensweisen beeinflussen, selbst wenn keine offensichtlichen Vorurteile vorliegen. Diese unbewussten Vorurteile können soziale Ungleichheiten verstärken und diskriminierende Einstellungen auf subtile und heimtückische Weise aufrechterhalten. Obwohl Stereotype scheinbar kollektive Merkmale repräsentieren, konzentrieren sie sich oft auf Durchschnittlichkeit und Verallgemeinerungen, was zu ungenauen Repräsentationen führt, die die unterschiedlichen Erfahrungen und Eigenschaften einzelner Person außer Acht lassen .

Die Rechtfertigung sozialer Ungleichheiten durch Stereotype ist ein wichtiger Aspekt. Stereotype können bestehende Machtstrukturen verschleiern und legitimieren und Menschen daran hindern, ihren eigenen Status und die sie umgebenden Ungleichheiten kritisch zu hinterfragen. Daher ist es wichtig, Stereotype herauszufordern und abzubauen, um mehr Gleichheit und soziale Gerechtigkeit zu fördern und ein Umfeld zu schaffen, in dem Vielfalt und Individualität anerkannt und geschätzt werden.



LERNAKTIVITÄT: Zitronen sind alle gleich

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen erkennen die Vielfalt innerhalb von Gruppen und verstehen, dass der erste Eindruck erhebliche Unterschiede verbergen kann. · Die Teilnehmer:innen sind aufgeschlossen und inklusiv und können in interkulturellen Interaktionen über oberflächliche Urteile hinausgehen.
Methoden	<p style="text-align: center;">Gruppenübung</p> <p>Die Aktivität kann nur im Präsenzunterricht durchgeführt werden.</p>
Zugewiesene Zeit	<p style="text-align: center;">30 Minuten</p>
Erforderliche Ressourcen	<p>Mindestens eine Zitrone für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer, weiße Laken Es können auch andere Früchte gewählt werden (z. B. Nüsse, Orangen, Äpfel usw.).</p>
Verweise	<p style="text-align: center;">BICAS – Building Intercultural Competencies for Ambulance Services (2016)</p>
Anweisungen	<p>Die oder der Lehrende legt die Zitronen in einer Reihe auf einen Tisch. Alle Teilnehmer:innen wählen eine aus und betrachten sie eine Minute lang (man kann sie auch angreifen und sich Notizen über die eigenen Beobachtungen machen). Alle Teilnehmer:innen sollte sich die Eigenschaften der Zitrone merken.</p> <p>Nun werden alle Zitronen wieder gemischt (z. B. in einer Schüssel) und jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer nehmen sich die Zitrone, die sie zuvor ausgewählt haben.</p> <p>Anschließend stellt die oder der Lehrende den Teilnehmer:innen folgende Fragen: Haben sie die richtige Zitrone genommen? Wie haben Sie sie erkannt? Welche besonderen Merkmale hat sie? War es leicht oder schwer, sie zu erkennen? Warum?</p>

LERNAKTIVITÄT: Zitronen sind alle gleich

Anweisungen

Am Ende der Übung wird darüber nachgedacht, dass alle Zitronen gleich aussehen. Bei näherer Betrachtung sind sie jedoch alle unterschiedlich und haben spezifische Merkmale. Allgemeine Assoziationen zu Zitronen stellen nicht das Aussehen oder die detaillierten Merkmale der jeweiligen Frucht dar. Im Alltag kategorisieren wir Menschen und Situationen. Wir verallgemeinern und denken in Stereotypen. Wir können jedoch nicht davon ausgehen, dass dies etwas über ein Individuum in einer Gruppe aussagt. Es ist wichtig, die eigenen Kategorien zu reflektieren und sie nur als erste Orientierung zu nutzen. Darüber hinaus sollten wir offen bleiben für individuelle Details. Auch wenn Menschen einer Kultur angehören, haben sie ihre eigene Identität und unterschiedliche Zugehörigkeiten, die ihre Einstellungen und Meinungen prägen.

2. Wie entstehen Stereotype?

Die psychologischen und sozialen Prozesse, die zur Bildung und Aufrechterhaltung von Stereotypen führen, werden stark von verschiedenen kognitiven, affektiven und sozialen Mechanismen beeinflusst. Im Folgenden fassen wir die wichtigsten Punkte zusammen.

◆ **Kognitive Verzerrung**

Stereotype und Vorurteile werden durch kognitive Verzerrungen beeinflusst. Diese fungieren als Informationsfilter, indem sie nur die für die eigenen Ziele relevanten Informationen auswählen und andere Elemente ignorieren.

◆ **Soziale Kategorisierung**

Menschen neigen dazu, Personen nach gemeinsamen Merkmalen wie Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit oder sozialer Klasse zu kategorisieren, was zu einer vereinfachten Sicht auf andere als Mitglieder einer Gruppe und nicht als individuelle Personen führt.

◆ **Prinzip der gruppeninternen Assimilation**

Ähnlichkeiten zwischen Menschen innerhalb einer Gruppe werden überschätzt, während Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen unterschätzt werden.

◆ **Zuordnungsfehler**

Zuordnungsfehler und täuschende Korrelationen können unsere Wahrnehmung des Verhaltens von Personen, die verschiedenen Gruppen angehören, verzerren und führen häufig zu falschen Schlussfolgerungen über Persönlichkeitsmerkmale, die auf einigen wenigen beobachteten Verhaltensweisen beruhen. So berichtete beispielsweise eine muslimische Teilnehmerin, dass ihr Arzt davon ausging, dass ihr Hijab ein Ausdruck passiver religiöser Konformität sei, die ihr von ihren Eltern auferlegt wurde, und dass sie deshalb rückständig, dumm und unintelligent sei (Martin, 2015).

◆ *Affektive Mechanismen*

Durch den Mangel an direktem Kontakt können sich negative Emotionen und Ängste gegenüber externen Gruppen verstärken, was dazu führt, dass diese Emotionen mit der Gruppe assoziiert werden und Stereotype verstärkt werden.

◆ *Soziales Lernen*

Stereotype können auch das Ergebnis sozialen Lernens sein, wenn Vorstellungen über soziale Gruppen nicht durch direkte Erfahrung, sondern kulturell durch die Familie, Freunde, die Schule und die Medien vermittelt werden.

Die Bildung von Stereotypen ist ein komplexes und vielschichtiges Phänomen, das von zahlreichen psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird. Um Stereotypen entgegenzuwirken, ist es wichtig, positive und sinnvolle Interaktionen zwischen verschiedenen Gruppen sowie eine aktive und bewusste Kritik an sozialen und kulturellen Repräsentationen zu fördern.

3. Vorurteile

Der Begriff Vorurteil deutet darauf hin, dass Vorurteile die Bildung einer Bewertung oder eines Urteils beinhalten, bevor alle notwendigen Informationen für eine fundierte Entscheidung vorliegen.



In der Sozialpsychologie versteht man unter Vorurteilen im Allgemeinen eine negative Einstellung gegenüber einer Gruppe oder gegenüber Personen, die dieser Gruppe zugerechnet werden. Diese Einstellung beruht häufig eher auf Stereotypen als auf individuellen Merkmalen von Personen, die der jeweiligen Gruppe angehören.

Vorurteile können sich auf verschiedenen Bewusstseinssebenen manifestieren und werden von sozialen Normen und kulturellen Werten beeinflusst. Crandalls und Eshlemans „justification-repression model“ (in etwa Rechtfertigung-Unterdrückungs-Modell) geht davon aus, dass Menschen sowohl vorurteilsbehaftete Gedanken haben als auch gesellschaftlichen Zwängen ausgesetzt sind, die verhindern, dass sie diese Gedanken äußern. Dadurch entsteht ein komplexes Zusammenspiel zwischen persönlichen Vorurteilen und gesellschaftlichen Erwartungen.

Besonders bedeutsam ist die Unterscheidung zwischen „Vorurteilen alten Stils“ und „Vorurteilen modernen Stils“. Vorurteile alten Stils sind durch explizite, offene Einstellungen und diskriminierendes Verhalten gekennzeichnet, während moderne Vorurteile oft subtiler und differenzierter sind.



Häufig sind damit innere Konflikte verbunden, die zu sogenanntem aversiven Rassismus führen können. Bei dieser Form von Vorurteilen können Menschen unbewusst diskriminierende Ansichten vertreten, während sie nach außen hin für Gleichheit und Gerechtigkeit eintreten, was zu inkonsequentem Verhalten führt. Um die Dynamik von Vorurteilen zu verstehen und wirksam zu bekämpfen, müssen mehrere Faktoren berücksichtigt werden, darunter kulturelle Einflüsse, psychologische Mechanismen und soziale Interaktionen. Die Herausforderung besteht darin, Bewusstsein und Verständnis zu fördern, um Vorurteile in all ihren Formen abzubauen und gerechtere und fairere soziale Interaktionen zu fördern.

4. Stereotype und Vorurteile: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Vorurteile und Stereotypen entstehen durch den Prozess der sozialen Kategorisierung, der es Personen ermöglicht, zwischen der Eigengruppe (der Gruppe, zu der sie gehören) und Fremdgruppen (anderen sozialen Gruppen) zu unterscheiden.

Obwohl die Begriffe Stereotype und Vorurteile oft als Synonyme verwendet werden, weisen sie unterschiedliche Merkmale auf, die eine Differenzierung rechtfertigen (Marx & Ko, 2019).

Stereotype sind kognitive Repräsentationen, die Wahrnehmung von Gruppen vereinfachen und kategorisieren und als Grundlage für allgemeine Überzeugungen über deren Eigenschaften dienen. Sie können als Vorstufe von Vorurteilen betrachtet werden.

Vorurteile hingegen sind eine umfassendere Haltung, die sich aus drei Komponenten zusammensetzt:

- ◆ **Kognitive Komponente**
Dazu gehören Stereotype, die Überzeugungen über eine Fremdgruppe darstellen
- ◆ **Affektive Komponente**
Dazu zählen die von der Fremdgruppe hervorgerufenen Emotionen wie Angst, Sorge oder Wut.
- ◆ **Verhaltenskomponente**
Damit sind die Absichten oder Handlungen gegenüber der Fremdgruppe gemeint, die sich als Diskriminierung äußern können.

Diskriminierung ist der Ausdruck von Vorurteilen auf der Verhaltensebene und besteht aus negativen Handlungen gegenüber Personen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit dar. Vorurteile führen jedoch nicht immer zu Diskriminierung, da es möglich ist, dass Personen sich bewusst dafür entscheiden ihre voreingenommenen Überzeugungen zu überwinden.

Beispiel:

Stereotyp: „Nordafrikaner:innen sind laut.“

Vorurteil: „Wenn ich könnte, würde ich nie ein Haus an eine Nordafrikanerin oder einen Nordafrikaner vermieten.“ Dies spiegelt eine kognitive Überzeugung über Nordafrikaner:innen (Lärm) zusammen mit einer emotionalen Reaktion der Angst vor der Situation (affektive Komponente) wider.

Diskriminierung: „Vermieten Sie nicht an Nordafrikaner:innen“, das ist das tatsächliche Verhalten, das auf der Grundlage dieses Vorurteils ausgeübt wird.

FALLSTUDIE IM BILDUNGSKONTEXT

Stellen Sie sich eine Gruppe von Studierenden mit unterschiedlichen ethnischen Hintergründen vor, die an einem Projekt arbeiten. Eine Schülerin aus einer ethnischen Minderheitengruppe kann mit Stereotypen konfrontiert werden, die suggerieren, dass Menschen mit ihrem Hintergrund weniger fähig oder weniger intelligent sind. Diese Stereotype stellen die kognitive Komponente von Vorurteilen dar. Das Vorhandensein dieser Stereotype führt jedoch nicht automatisch zu diskriminierendem Verhalten. Während die Gruppe zusammenarbeitet, fühlen sich die anderen Schüler:innen vielleicht zunächst von ihren Vorurteilen beeinflusst, entwickeln dann aber Empathie für ihre Mitschülerin, die einer Minderheit angehört. Diese Veränderung stellt die affektive Komponente dar, die zu einer positiven Einstellung gegenüber Inklusion führt.

In diesem Szenario kann die gemeinsame Absicht der Gruppe, ein integratives Umfeld zu schaffen, diskriminierendes Verhalten trotz der anfänglichen Aktivierung negativer Stereotype abschwächen. Dies verdeutlicht den Unterschied zwischen stereotypen Überzeugungen und tatsächlichem Handeln und zeigt, wie Bewusstsein, Empathie und soziale Dynamiken eine entscheidende Rolle bei der Überwindung von Vorurteilen spielen können. Insgesamt unterstreicht dieses Beispiel, dass Stereotype zwar Wahrnehmungen und Gedanken beeinflussen können, aber nicht unbedingt das Verhalten bestimmen. Gezielte Bemühungen um eine positive Interaktion können eine integrativere und gerechtere Atmosphäre schaffen und zeigen, dass Menschen in der Lage sind, anfängliche Vorurteile zu überwinden.



Vorurteile und Diskriminierung: Crashkurs Psychologie

In diesem Video werden die Konzepte Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung eingehend beleuchtet und verschiedene Vorschläge gemacht, wie man sich seiner eigenen Stereotype besser bewusst werden kann.

LERNAKTIVITÄT: Mit Stereotypen arbeiten

Ziele	· Die Teilnehmer:innen sind sich verschiedener Stereotype bewusst.
Methoden	Gruppendiskussion Die Aktivität kann in Person oder online durchgeführt werden, wobei ein Jamboard (oder Ähnliches) als Unterstützung verwendet werden kann.
Zugewiesene Zeit	Eine Stunde
Erforderliche Ressourcen	Post-its, Stifte Wenn die Sitzung online durchgeführt wird, wird eine Meeting-Plattform (z. B. Zoom) und eine Online-Software für die Gruppenarbeit (z. B. Ideaboard oder Mural) benötigt.
Verweise	/
Anweisungen	<ul style="list-style-type: none"> · Die oder der Lehrende fordert die Teilnehmer:innen auf, über ein Stereotyp oder eine mit einem Stereotyp verbundene Diskriminierungssituation und die dadurch hervorgerufenen Emotionen nachzudenken. Das Stereotyp und die damit verbundene Diskriminierungssituation müssen sich nicht unbedingt auf die Teilnehmer:innen beziehen, sondern können sich auf allgemeinere Situationen beziehen, die den Teilnehmer:innen bekannt sind. · Die oder der Lehrende bittet die Teilnehmer:innen das Stereotyp bzw. die damit verbundene Diskriminierungssituation und die damit verbundenen Emotionen auf zwei verschiedene Post-its zu schreiben. Wenn dies online geschieht, können die Teilnehmer:innen auf digitalen Post-its schreiben, z. B. auf einem Jamboard oder Ähnlichem. · Die Teilnehmer:innen werden in Paare eingeteilt und die Post-its werden ausgetauscht. Die oder der Lehrende regt eine Diskussion zwischen den Paaren an, unterstützt durch die folgenden Fragen: Sind Sie sich des Stereotyps bewusst, das die andere Person aufgeschrieben hat? Haben Sie Erfahrungen gemacht, die dieses Stereotyp bestätigen oder widerlegen? Wenn die Diskussion online durchgeführt wird, wird sie in der Gruppe durchgeführt, oder es können separate „Räume“ (break-out rooms) für jedes Paar erstellt werden.

LERNAKTIVITÄT: Mit Stereotypen arbeiten

Anweisungen

Die oder der Lehrende bittet die Teilnehmer:innen, alle Post-its mit den Stereotypen/Diskriminierungssituationen auf der linken Seite und die damit verbundenen Gefühle auf der rechten Seite an die Wand zu kleben. Wenn dies online geschieht, sortiert die oder der Lehrende die Post-its, um eine Gruppendiskussion anzuregen. Die oder der Lehrende leitet eine Diskussion über die Vielfalt und Verschiedenartigkeit von Stereotypen ein, indem sie oder er die folgenden Fragen stellt:

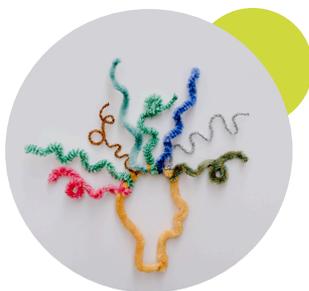
- ***Sind Sie sich all dieser Stereotype bewusst? Haben Sie schon einmal über sie nachgedacht?***
- ***Welche Auswirkungen haben diese Stereotype Ihrer Meinung nach?***
- ***Glauben Sie, dass diese Stereotype Sie in Ihrem täglichen Leben bereits einmal beeinflusst haben und wenn ja, wie?***
- ***Warum lösen diese Stereotype/Diskriminierungssituationen bei Ihnen solche Gefühle aus?***
- ***Wählen Sie drei Stereotype aus und überlegen Sie in der Gruppe, welche Auswirkungen sie haben und welche gegenteiligen Erfahrungen Sie gemacht haben: Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es zwischen diesen drei Stereotypen?***

5. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund: Stereotype und Vorurteile im Pflegekontext

Wer gleichzeitig älter und Migrant:in ist, kann Risiken wie Marginalisierung und sozialen Ausgrenzung sowie Behinderung, existenzieller Einsamkeit und Armut im weitesten Sinne des Wortes doppelt ausgesetzt sein. Die Kombination aus Alter und Migration wirkt somit als unsichtbarer Einflussfaktor, der ältere Menschen mit Migrationshintergrund in gesellschaftlichen Kontexten und in Pflegesettings leichter Stereotypen und Vorurteilen aussetzen kann, die ihnen den Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen erschweren.

Beispielsweise kann eine Person, die aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit diskriminiert wird, auch aufgrund ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Alters, einer Behinderung usw. diskriminiert werden.

Eine solche Mehrfachdiskriminierung führt zu einer kumulativen Benachteiligung, die sich im Fall älterer Menschen mit Migrationshintergrund in wirtschaftlicher Not, schlechterem Gesundheitszustand, eingeschränkten Rechten auf soziale Sicherheit und Gesundheitsversorgung, begrenztem Zugang zu Dienstleistungen und unzureichenden politischen Maßnahmen niederschlagen kann (Dolberg et al., 2018).



Ethnische Ungleichheiten im Gesundheits- und Pflegesektor sind ein großes Problem. Studien wie jene von Nazroo (2006) zeigen, dass diese Ungleichheiten mit dem Alter tendenziell zunehmen, was vor allem auf sozioökonomische Faktoren zurückzuführen ist. Darüber hinaus betont Nazroo (2006), wie wichtig es ist, strukturellen Rassismus zu verstehen, um ethnische Ungleichheiten im Gesundheits- und Pflegesektor richtig analysieren zu können. Die Diskriminierung älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird durch Stereotype und Vorurteile genährt, die sie als andersartig oder minderwertig darstellen, wie Chaoui et al. (2021) zeigen.

So wird beispielsweise die Präferenz älterer Frauen mit Migrationshintergrund für weibliches Pflegepersonal oft fälschlicherweise ethnischen und nicht kulturellen Gründen zugeschrieben, während ähnliche Präferenzen bei einheimischen älteren Frauen unbemerkt bleiben.

Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegebereich ist besonders bei religiösen und ethnischen Minderheiten wie Muslimas und Muslimen evident, wie Martin (2015) gezeigt hat. Muslimas und Muslime berichten häufig von Ignoranz, Ausgrenzung und beleidigendem Verhalten von Gesundheits- und Pflegepersonal, insbesondere im Zusammenhang mit religiösen Praktiken wie dem Gebet. Diese Erfahrungen zeigen, dass es unter Gesundheits- und Pflegepersonal teilweise an Sensibilität im Umgang mit diesen Themen mangelt.



Diese Studien regen zu einem Umdenken im Umgang mit unterschiedlichen Ethnien im Gesundheits- und Pflegesektor an und legen nahe, dass Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen für das Personal erforderlich sind, um Stereotype und Vorurteile zu adressieren und eine gerechte Pflege zu gewährleisten, die unterschiedliche Kulturen respektiert. Das Verständnis und die Berücksichtigung kultureller Unterschiede können zu einer verbesserten Pflegeerfahrung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund sowie für andere ethnische Minderheiten beitragen.

Diskriminierungserfahrungen erstrecken sich auch auf Krankenhäuser, wo ältere Menschen mit Migrationshintergrund von Verzögerungen bei der Behandlung aufgrund religiöser Praktiken, begrenzter Ernährungsoptionen wie Halal-Lebensmittel, ungeschickter Reaktionen auf Gebete und falsche Annahmen über ihre Sprachkenntnisse berichten. Diese Beispiele spiegeln soziale Kategorisierungen über „uns“ (Personal und einheimische pflegebedürftige Personen) und „sie“ (ältere pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund) wider, die zu Ungleichbehandlung und Ausgrenzung führen.

Altersdiskriminierung [3], insbesondere in Kombination mit dem Status als Migrant:in, stellt eine weitere Benachteiligung dar, die zu Abwertung und Ausgrenzung führt. Altersdiskriminierung im Gesundheits- und Pflegebereich äußert sich sowohl in negativen als auch scheinbar wohlwollenden Verhaltensweisen und wirkt sich nachteilig auf die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und älteren Menschen aus.



Studien wie die von Caris-Verhallen et al. (1999) zeigen, dass altersdiskriminierende Einstellungen bei Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich zu kürzeren, oberflächlichen Interaktionen und einer aufgabenorientierten Kommunikation führen, die eine aktive Beteiligung älterer pflegebedürftiger Personen an Entscheidungsprozessen verhindern. Die Literatur zeichnet ein komplexes Bild der Einstellungen Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich: Einige Studien zeigen eine deutlich negative Einstellung gegenüber älteren Menschen, während andere auf neutraleren oder sogar positive Einstellungen verweisen.

Beunruhigend ist jedoch, dass sich Altersdiskriminierung auch in der klinischen Praxis und bei der Auswahl von Behandlungen manifestiert und zu einer Ungleichbehandlung verschiedener Altersgruppen führt (Wyman et al., 2018). Ambady (2002) weist beispielsweise darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte dazu neigen, ältere Menschen eher vom Entscheidungsprozess über ihre Behandlung auszuschließen.

[3] Altersdiskriminierung ist eine spezifische Form der Diskriminierung älterer Menschen. Sie ist im Falle von Migrant:innen noch verschärft, da diese mit einer Vielzahl sozialer und wirtschaftlicher Nachteile konfrontiert sein können (WHO, 2021).

Eine herablassende Art und Weise mit älteren Menschen zu sprechen („Elderspeak“) verschärft dieses Problem und trägt zur Bevormundung älterer Menschen bei (Shaw & Gordon, 2021). Die Auswirkungen dieser diskriminierenden Haltung wirken sich negativ auf verschiedene Aspekte des Lebens älterer Menschen aus, einschließlich kognitiver, verhaltensbezogener und gesundheitlicher Prozesse; dies ist auch dann der Fall, wenn Altersdiskriminierung von den Betroffenen nicht bewusst wahrgenommen wird (Wyman et al., 2018).

Sowohl ältere Menschen als auch Pflegekräfte berichten von zahlreichen Hindernissen, die die Beteiligung älterer Menschen an gemeinsamen Entscheidungsprozessen erschweren (Belcher et al., 2006; Wetzels et al., 2004). Diese Faktoren verdeutlichen die Komplexität der Situation, die erhebliche Anstrengungen bei der Ausbildung von Pflegekräften und der Unterstützung älterer Menschen und ihren Familien bzw. pflegenden An- und Zugehörigen erfordert. Um die Qualität der Pflege zu verbessern und eine stärkere Beteiligung älterer Menschen an der Pflege zu fördern, ist es unerlässlich, Altersdiskriminierung zu erkennen und zu adressieren.

6. Welche Auswirkungen haben Stereotype?

Das Thema Stereotype und ihre Auswirkungen ist in der Sozialpsychologie von großer Bedeutung, insbesondere wenn es darum geht zu verstehen, wie sie die Dynamik zwischen Gruppen und die persönliche Identität beeinflussen. Steeles und Aronsons Forschungen zur Stereotypen zeigen, dass allein das Bewusstsein über negative Stereotype die Leistung eines Menschen beeinträchtigen kann. Dies kann zu einem Teufelskreis führen, in dem Leistungsangst genau jene Stereotype verstärkt, die die Angst verursacht haben.

Die Theorie besagt, dass Menschen aus stigmatisierten Gruppen, die sich der negativen Stereotype über ihre Gruppe bewusst sind, dazu neigen, sich bedroht zu fühlen und sich in einer Art und Weise zu verhalten, die diese Stereotype bestätigt, sogar in Bereichen, die nicht direkt mit dem Inhalt der sozialen Identität zusammenhängen. Dieses Phänomen kann erhebliche Auswirkungen auf ihre Selbstwahrnehmung und ihr psychisches Wohlbefinden haben.

Stereotype über ältere Menschen beispielsweise beeinflussen nicht nur die Erwartungen, die andere an sie stellen, sondern beeinträchtigen auch das Selbstvertrauen älterer Menschen und ihr Gefühl der Wirksamkeit (National Research Council Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology; Carstensen & Hartel, 2006).



Diese Überzeugungen können dazu führen, dass ältere Menschen ihre Fähigkeiten unterschätzen, was ihre Lebensqualität direkt beeinträchtigen kann. Dies zeigt, wie Stereotype, wenn sie einmal verinnerlicht sind, sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf persönlicher Ebene Ausgrenzung und Diskriminierung aufrechterhalten können.

Das Problem der Diskriminierung älterer Menschen mit Migrationsgeschichte im Gesundheits- und Pflegebereich ist von großer Bedeutung und verdient besondere Aufmerksamkeit. Stereotype, die sich sowohl auf das Alter als auch auf die Zugehörigkeit zu sozialen Minderheitengruppen beziehen, stellen erhebliche Hindernisse für den Zugang zu einer angemessenen und adäquaten Versorgung dar. Unwissenheit und mangelndes Bewusstsein für diese Dynamiken können nicht nur zu einer Fehleinschätzung von Symptomen führen, sondern auch zu einer generellen Ablehnung von Pflege durch ältere Menschen selbst.

Ein entscheidender erster Schritt zur Lösung dieser Probleme ist die Verbreitung eines kritischen Bewusstseins für Stereotype und ihre negativen Folgen. Dies erfordert Schulungen und Trainings für medizinisches und pflegersiches Personal, um Vorurteile zu erkennen und zu überwinden. Interkulturelle Schulungen und die Förderung positiver Rollenmodelle können Pflegekräften gute Möglichkeiten bieten, mehr Empathie und Verständnis zu entwickeln. Ferner ist es wichtig, ein einladendes und inklusives Krankenhaus- und Pflegeumfeld zu schaffen, das den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen mit Migrationshintergrund gerecht wird.



Dies umfasst beispielsweise die Umsetzung diversitätssensibler Pflegeprogramme, die wirksame Übersetzung von Gesundheitsinformationen und die Förderung eines offenen Dialogs zwischen pflegebedürftigen Personen und Pflegekräften.

Auch die Förderung von Kommunikation und der aktiven Beteiligung älterer Menschen mit Migrationshintergrund an Entscheidungsprozessen, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden betreffen, kann dazu beitragen, ihre Erfahrungen zu verbessern und das Gefühl der Ausgrenzung zu verringern.

Wenn ältere Menschen das Gefühl haben, dass ihnen zugehört wird und sie eingebunden sind, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie die empfohlene Pflege akzeptieren und Empfehlungen umsetzen.



Voreingenommenheit im Gesundheitswesen

Dieses YouTube-Video zeigt, dass es bei der Pflege zu impliziten Vorurteilen kommen kann. Auch wenn das Ziel von Gesundheits- und Pflegepersonal ist, angemessene und gerechte Pflege zu bieten, können kulturelle Einflüsse die Qualität der Pflege manchmal beeinträchtigen.

KAPITEL 4: DIVERSITÄTSENSIBLE KOMMUNIKATION

1. Inklusive Kommunikation

Inklusive Kommunikation fördert einen Fokus auf die Begegnung zwischen einzigartigen Menschen, die, an einer Schnittstelle von Identitäten (siehe Kapitel 1 und 2), mit anderen verbunden sind. Sie geht über einen kulturalistischen Ansatz hinaus, der sich auf spezifische Kulturen und kulturelle Merkmale konzentriert (Hoffman, 2024). Sich der Kommunikationsbarrieren bewusst zu sein und sich für ihre Überwindung einzusetzen ist der erste Schritt, um älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien zu helfen, sich in den Interaktionen mit Pflegekräften und im Pflegeprozess wohlfühlen. Diese Kommunikationsbarrieren manifestieren sich nicht nur in der verbalen Sprache, sondern auch in der nonverbalen und paraverbalen Kommunikation und in der Art und Weise, wie wir Konflikte und Missverständnisse interpretieren.

Inklusive Kommunikation basiert auf den Prinzipien der anerkannten Gleichheit und der anerkannten Vielfalt (Hoffman, 2024). Anerkannte Gleichheit bezieht sich auf die Idee, dass Kommunikation zwischen Menschen unabhängig von ihrem Hintergrund immer Kommunikation zwischen Menschen ist. Anerkannte Vielfalt bedeutet, dass wir einzigartige Individuen sind, die mit anderen verbunden sind, mit unterschiedlichen Identitäten, eigenen Lebensgeschichten und eingebettet in unterschiedliche soziokulturelle Kontexte. Kommunikation ist daher eine Interaktion zwischen Menschen mit ihrer einzigartigen Persönlichkeit, körperlichen und geistigen Voraussetzungen, Biografie, kulturellen Gewohnheiten etc. UND dem spezifischen situativen Kontext, in dem die Kommunikation, die Interaktion stattfindet.

Hofman (2024) erläutert an einem Beispiel, wie der Kontext den inklusiven Umgang mit Menschen bestimmt: Je nach Kontext sind Menschen in erster Linie z. B. Mitarbeiter:innen, Klienten:innen, Lernende, Eltern, Bürger:innen usw. (anerkannte Gleichwertigkeit) mit jeweils spezifischen persönlichen Eigenschaften, Kompetenzen, Motiven, Bedürfnissen, Emotionen und Werten (anerkannte Vielfalt).

Hoffman (2024, S. 24) erklärt:



Eine Arbeitgeberin wurde von einem Arbeitnehmer gefragt, ob er den Freitag freibekommen könne, um in die Moschee zu gehen. Die Arbeitgeberin antwortete: „Das geht nicht. Hier gehen wir sonntags in die Kirche!“ Einem inklusiven Ansatz zufolge sollte die Arbeitgeberin den Mann als Arbeitnehmer betrachten (anerkannte Gleichheit) und nicht als Muslim mit einem Sonderwunsch (anerkannte Vielfalt). Denn jede Arbeitnehmerin und jeder Arbeitnehmer könnten einen solchen Wunsch haben; andere Arbeitnehmer:innen möchten vielleicht den Freitag frei haben, um ein verlängertes Wochenende zu genießen.

Ein weiteres Beispiel: Mit zunehmendem Alter können bestimmte körperliche Probleme auftreten oder sich verschlimmern. Ein häufiges Problem ist die Beeinträchtigung des Gehörs. In diesem Zusammenhang besteht die Gefahr, dem Stereotyp zu verfallen, dass alle älteren Menschen Hörprobleme haben und sie in einem unangemessenen Tonfall oder in „Elderspeak“ anzusprechen. Kemper et al. (1998) beschreiben Elderspeak eine bestimmte Art und Weise mit alten Menschen zu sprechen. Diese kennzeichnet sich durch ein vereinfachtes Sprachregister mit übertriebener Tonhöhe und Betonung, vereinfachte Grammatik, begrenztem Wortschatz und langsamer Sprechgeschwindigkeit. Diese Art zu sprechen wird teilweise von jüngeren Menschen in der Kommunikation mit älteren Erwachsenen in verschiedenen sozialen und medizinischen Kontexten verwendet und basiert auf dem Stereotyp, das ältere Personen als weniger kompetente Kommunikator:innen darstellt (Williams, 2011).

Die Merkmale entsprechen einem Kommunikationsstil, der typischerweise beim Sprechen mit kleinen Kindern verwendet wird. Daher wird die Elderspeech auch als sekundäre Babysprache bezeichnet. Das Ergebnis ist eine unbefriedigende Kommunikation sowohl für die Sprecherin oder den Sprecher als auch für die Empfängerin oder den Empfänger. Aus einer inklusiven Perspektive sollte jede ältere Person so behandelt werden, dass sie oder er die Informationen, die ihr/ihm gegeben werden, verstehen kann und sich akzeptiert fühlt (anerkannte Gleichheit). Manche Menschen benötigen Hilfe beim Verstehen auditiver oder schriftlicher Informationen, andere ziehen es vor, förmlich oder mit dem Vornamen angesprochen zu werden, etc.

Um inklusiv zu kommunizieren, muss sich das Pflegepersonal der verbalen, nonverbalen und paraverbalen Aspekte von Kommunikation sowie des Kontextes, in dem die Interaktion stattfindet, bewusst sein. Das Pflegepersonal sollte nicht an der Oberfläche, bei stereotypen Bildern über die pflegebedürftige Person, bleiben: Stellen Sie Fragen, bitten Sie um Erklärungen, stellen Sie sicher, dass die betroffene Person in der Lage ist, Sie zu verstehen und sich effektiv auszudrücken.



Boxen & Alles was wir teilen [TV 2 | Alles was wir teilen - YouTube](#)

Schauen Sie sich dieses Video an. Was sagt es über Unterschiede und Gemeinsamkeiten aus?



Pflege durch An- und Zugehörige in einem superdiversen Kontext

Sehen Sie sich dieses Lernobjekt an, um mehr über informelle Pflege zu erfahren und wie Sie pflegende An- und Zugehörige in den Pflegeprozess einbeziehen und gleichzeitig Superdiversität berücksichtigen können.

2. Es begegnen sich Menschen, nicht Kulturen: das TOPOI-Modell

Das von Edwin Hoffman entwickelte TOPOI-Modell wird zur Analyse von Kommunikation verwendet. Es ist ein hilfreicher analytischer Rahmen, um mögliche Missverständnisse und Konflikte während und nach dem Gespräch zu erkennen und zu analysieren. Es basiert auf der Annahme, dass Kommunikation universell ist und der Schwerpunkt auf Interaktion und nicht auf Kultur liegt. Dem Modell zufolge gibt es fünf Bereiche in der Kommunikation, in denen es zu Unterschieden kommen kann.

- ◆ ***Sprache: die verbale und nonverbale Kommunikation eines jeden Menschen***
z. B. Kommunikationsstil, Höflichkeit, Feedback, Konnotationen, Interaktionsregeln, Körpersprache, Blickkontakt, sozial akzeptiertes Verhalten, Kleidung, ...
- ◆ ***Ordnung: die Ansicht und Logik jedes Einzelnen***
z. B. unterschiedliche Ansichten über das Leben/die Welt/..., unterschiedliche Denkweisen (holistisch, analytisch, deduktiv, induktiv, ...)
- ◆ ***Personen: die Identitäten, Rollen der beteiligten Personen und die Beziehung zwischen ihnen***
z. B. Bilder, Gesichter, Männlichkeit/Weiblichkeit, Gleichberechtigung der Geschlechter, Vertrauensbildung, ...
- ◆ ***Organisation: der organisatorische und gesellschaftliche Kontext der Interaktion***
z. B. Gesetzgebung, politischer Kontext, sozioökonomischer Kontext, Verfahren, Funktionen, Führungsstile, ...
- ◆ ***Absichten: Motive, Emotionen, Bedürfnisse, Werte, Spiritualität der beteiligten Personen***

Das Modell sensibilisiert für den Einfluss der verschiedenen Bereiche und für die Unterschiede, die auftreten können. Es hilft, sich auf die konkrete zwischenmenschliche Interaktion einzulassen, über mögliche Unterschiede und Missverständnisse nachzudenken, Vermutungen zu formulieren und diese anzusprechen.



LERNAKTIVITÄT: TOPOI-Modell

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen können das TOPOI-Modell anwenden, um Kommunikation und Missverständnisse zu analysieren.
Methoden	<p>Die Aktivität kann alleine oder in der Gruppe durchgeführt werden. In Gruppen kann dies in Person oder online erfolgen, wobei ein Jamboard (oder Ähnliches) als Unterstützung verwendet wird.</p>
Zugewiesene Zeit	Zwei Stunden
Erforderliche Ressourcen	<p>Wenn die Sitzung online durchgeführt wird, wird eine Meeting-Plattform (z. B. Zoom) und eine Online-Software für die Gruppenarbeit (z. B. Ideaboard oder Mural) benötigt.</p>
Verweise	<p>https://www.digi-pass.eu/ST-Culture-How-to-Hoffman, E. (2024). Inclusive communication and the TOPOI-model. Beyond intercultural communication and competence: 'Cultures don't meet, people do.' doi: 10.13140/RG.2.2.32123.32802/1 https://www.researchgate.net/publication/379815719_Inclusive_communication_Edwin_Hoffman</p>
Anweisungen	<p>Schritt 1. Die Teilnehmer:innen machen sich mit dem TOPOI-Modell und den Fragen zur Analyse der Kommunikation unter Verwendung der oben genannten Quellen (individuell) vertraut.</p>

LERNAKTIVITÄT: TOPOI-Modell

Anweisungen

Schritt 2: Die Lesen lesen diesen Fall

Fatima ist eine 88-jährige Frau marokkanischer Herkunft. Im Alter von 42 Jahren ist sie mit ihrem Mann und ihren Kindern nach Belgien ausgewandert. Ihr Mann starb vor drei Jahren und Fatima blieb in ihrem Haus zurück, während ihre Tochter Zeynep in der Nähe wohnte. Mithilfe ihrer Tochter kam sie lange Zeit gut zurecht, aber jetzt braucht sie mehr Hilfe und Pflege. Nach einigen sehr schwierigen Monaten zu Hause organisiert ihre Tochter Zeynep den Zugang zu einer örtlichen Pflegeeinrichtung. Nach einiger Zeit bittet Zeynep um ein Gespräch mit der Oberschwester. Sie ist besorgt über die Pflege ihrer Mutter und darüber, dass ihre Mutter nicht glücklich zu sein scheint. Ihre Mutter hat ihr erzählt, dass sie das Essen nicht mag und nicht zu den Aktivitäten eingeladen wird. Während des Gesprächs erzählt die Krankenschwester von einer Situation, in der Fatima nicht an einer Gruppenaktivität teilnahm, weil sie in ihrem Zimmer bleiben wollte, um zu beten (was sie mehrmals am Tag tut). Einige Mitarbeiter:innen sind darüber verärgert, weil sie denken, dass sie nicht auf Fatima warten sollten, und einige laden sie nicht einmal mehr zu Aktivitäten ein. „Warum kann sich Fatima nicht mit dem Zeitplan arrangieren wie die anderen?“ Es entsteht eine Diskussion zwischen Zeynep und der Krankenschwester.

Schritt 3: Die Teilnehmer:innen analysieren den Fall anhand des TOPOI-Modells.

Wo sehen Sie Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den fünf TOPOI-Bereichen zwischen Fatima, Zeynep und der Krankenschwester?

In welchen Bereichen kann es zu Missverständnissen kommen?

Was kann man als Beschäftigte:r im Gesundheits- und Pflegebereich tun, um Missverständnisse zu vermeiden?

Um Kommunikationsbarrieren zu überwinden sind allgemeine Einstellungen und Kommunikationsfähigkeiten wichtig. Denken Sie beispielsweise an Respekt, Offenheit, Neugier, kritische Selbstreflexion, Flexibilität, aktives Zuhören, „zwischen den Zeilen lesen“ (Hoffman, 2024). Es ist wichtig, Menschen nicht zu kategorisieren und zu vermeiden, sie als „andersartig“ zu sehen. Dies wurde bereits im Kapitel über Stereotype betont.

Es kann hinzugefügt werden, dass es wichtig ist im Gespräch auf Rollen und Identitäten zu achten. Zum Beispiel: Eine Tochter kann – auch in ihrer Position als pflegenden Angehörige – verschiedene Rollen haben. Sie ist eine Expertin für die Pflege ihrer Mutter (da sie jahrelang zu Hause gepflegt hat), aber auch selbst eine Person, die Unterstützung braucht. Darüber hinaus arbeitet sie mit den Pflegekräften zusammen, ist aber auch eine Tochter, die ihrer Mutter nahe steht. In einem Gespräch können all diese Rollen, mit denen sich ein und dieselbe Person identifiziert, vorkommen (Hoffman, 2024).



Bei mangelndem Vertrauen oder einer misstrauischen Haltung kann es hilfreich sein, der Person mehr Zeit zu widmen und ihr zuzuhören, um ihr zu helfen, Barrieren abzubauen. Negative Einstellungen aufgrund von mangelndem Vertrauen können auf Missverständnissen beruhen oder darauf, dass sich die ältere Person nicht ernst genommen fühlt. In diesem Fall können Geduld und Verständnis eine gute Strategie sein. Die gute Nachricht ist, wie Hoffman (2024, S. 24) feststellt, dass es in Ordnung ist Fehler zu machen:

„Seien Sie sich selbst treu, unbekümmert und authentisch.“

3. Sprachbarrieren überwinden

Die Sprachbarriere ist eines der Haupthindernisse, die zu gegenseitigen Missverständnissen zwischen den Pflegenden und pflegebedürftigen Personen führen können. Es gibt drei Hauptstrategien für Gesundheits- und Pflegepersonal, um Sprachbarrieren zu überwinden (Van Landschoot et al., 2021): die eigene Sprache anzupassen, unterstützende Hilfsmittel zu verwenden oder Dritte einzubeziehen.

Sprache anpassen

- Verwenden Sie eine einfache deutsche Sprache und vermeiden Sie regionale Begriffe (Dialektwörter)
- Wählen Sie eine andere „Kontaktsprache“, die beide einigermaßen verstehen
- Wenn Sie diese beherrschen, verwenden Sie die Sprache der Gesprächspartner:innen

Verwendung von Hilfsmitteln

- (Mehrsprachige) visuelle Hilfsmittel
- Mehrsprachige Dokumente
- Mehrsprachige digitale Hilfsmittel (Apps und Übersetzungscomputer)

Dritte einbeziehen

- Interkulturelle Mediator:innen
- Dolmetscher:innen (Vor-Ort-Dolmetscher:innen, Online-Dolmetscher:innen oder Telefondolmetscher:innen)
- Sprachliche Unterstützung
- Kolleg:innen
- Informelle Dolmetscher:innen

Alle Strategien haben Vor- und Nachteile bzw. gehen mit bestimmten Herausforderungen einher, die man kennen sollte.

Beispielsweise könnte eine Angehörige, die keine Expertin und nicht völlig neutral ist, die Schilderungen der pflegebedürftigen Person interpretieren, Teile auslassen oder ihre eigene Sichtweise wiedergeben (Pribe et al., 2011).

Übersetzungsgeräte oder -software wiederum können Übersetzungsfehler enthalten und zu Missverständnissen zwischen den beteiligten Personen führen. Es gibt viele Hilfsmittel auf dem Markt, und Sie sollten je nach Thema, Zielen und Art (z. B. ob Sie visuelle Unterstützung wünschen oder nicht) eine Auswahl treffen (Van Landschoot et al., 2021).



Mit der Familie als Dolmetscher arbeiten

Sehen Sie sich diese beiden Videos an. Was sagen sie über die Arbeit mit Familienmitgliedern bzw. pflegenden An- und Zugehörigen als Dolmetscher:innen aus? Worauf muss geachtet werden? Wie können Sie sicherstellen, dass die Anliegen der An- und Zugehörigen berücksichtigt werden?

Video 1: Sehen Sie sich dieses Lernobjekt an, um mehr über informelle Pflege zu erfahren und wie Sie pflegende An- und Zugehörige in den Pflegeprozess einbeziehen und gleichzeitig Superdiversität berücksichtigen können.

Video 2: Sehen Sie sich dieses Lernobjekt an, um mehr über informelle Pflege zu erfahren und wie Sie pflegende An- und Zugehörige in den Pflegeprozess einbeziehen und gleichzeitig Superdiversität berücksichtigen können.

Ladha et al. (2018) heben auch einige effektive Tipps für die Arbeit mit Dolmetscher:innen hervor:

- Machen Sie sich mit den Dolmetscherdiensten in Ihrer Gegend vertraut.
- Sprechen Sie vor jedem Termin mit den Dolmetscher:innen, um die Erwartungen zu klären.
- Nutzen Sie die Dolmetscher:innen, um den nächsten Termin zu vereinbaren und die Transportvorkehrungen zu besprechen.
- Sorgen Sie für eine dreieckige Sitzordnung, damit alle Anwesenden die nonverbalen Hinweise sehen können.
- Stellen Sie alle Anwesenden vor.
- Fragen Sie, wer am besten geeignet ist, Ihre Fragen zu beantworten.
- Schauen Sie Familienmitglieder an, während Sie sprechen, und versuchen Sie, direkt mit ihnen zu sprechen.
- Sprechen Sie anschließend mit der Dolmetscherin oder dem Dolmetscher, um sicherzustellen, dass die Botschaften vollständig übersetzt wurden.

LERNAKTIVITÄT: Geschichten von Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen lernen kritisch zu denken, um ihre Fähigkeit zu verbessern, kommunikative Herausforderungen zu analysieren und zu bewerten, insbesondere im Zusammenhang mit Sprachbarrieren. · Die Teilnehmer:innen entwickeln kreative Kommunikationsstrategien, um Gedanken und Ideen effektiv auszudrücken, auch wenn sprachliche Einschränkungen bestehen. · Die Teilnehmer:innen verbessern ihre Fähigkeit, sich selbst auszudrücken, indem sie verschiedene Methoden erforschen, um Botschaften in interkulturellen Interaktionen klar und effektiv zu vermitteln. · Die Teilnehmer:innen werden sich ihrer persönlichen Kommunikationsstile und Verhaltensweisen im Umgang mit Menschen unterschiedlicher sprachlicher Herkunft bewusst. · Die Teilnehmer:innen gewinnen Verständnis für das Verhalten und den Kommunikationsstil anderer und entwickeln Empathie und Anpassungsfähigkeit im interkulturellen Austausch.
Methoden	Storytelling-Interviews, kritisches Denken, Gruppendiskussionen
Zugewiesene Zeit	40 Minuten
Erforderliche Ressourcen	Storytelling-Interview hier
Verweise	/
Anweisungen	Die Teilnehmer:innen sehen sich das Video an und diskutieren darüber in kleinen oder großen Gruppen. Es ist wichtig, Diskussionen anzuregen, um das kritische Denken über die Themen des Videos zu fördern.



LERNAKTIVITÄT: Geschichten von Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich

Anweisungen

Die Teilnehmer:innen können die Informationen aus dem Video anhand der folgenden Fragen diskutieren:

- **Welche Faktoren sollten Gesundheits- und Pflegekräfte (oder andere Vertreter:innen einer Organisation) im Umgang berücksichtigen?**
- **Wie kann die Kommunikation mit einer Vertreterin oder einem Vertreter einer Organisation verbessert werden?**
- **Welche Faktoren fördern die Verständigung im Umgang mit diesen Vertreter:innen?**
- **Welche Faktoren erschweren die Verständigung im Umgang mit diesen Vertreter:innen?**
- **Können Sie von persönlichen Erfahrungen berichten, die die im Video dargestellten Probleme illustrieren?**
- **Was war der Hauptpunkt oder das Wichtigste, das im Video angesprochen wurde?**
- **Denken Sie, dass die Informationen Ihr zukünftiges Verhalten beeinflussen werden?**
- **Konnten Sie dem Video Informationen entnehmen, die für Sie in Zukunft nützlich sein können?**
- **Wie glaubwürdig sind Ihrer Meinung nach die Informationen und Ereignisse im Video?**

LERNAKTIVITÄT: Soundscape Storytelling

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen nutzen nonverbale Kommunikation und Geräusche, um effektiv zu kommunizieren, ohne auf Sprache angewiesen zu sein. · Die Teilnehmer:innen steigern ihre Kreativität in der Kommunikation, indem sie alternative Ausdrucksformen wie Geräusche, Gesten und Körpersprache erforschen. · Die Teilnehmer:innen entwickeln die Fähigkeit, Geschichten zu erzählen, indem sie nonverbale Elemente wie Geräusche und Gesten nutzen, um Botschaften und Emotionen zu vermitteln. · Die Teilnehmer:innen entwickeln ein Verständnis dafür, wie Bedeutung auch ohne gesprochene Sprache vermittelt werden kann, und werden dadurch in ihrer Kommunikation flexibel und anpassungsfähig.
Methoden	Theaterübung
Zugewiesene Zeit	30-40 Minuten
Erforderliche Ressourcen	<p>Optional: großes Stück Papier mit den „Wörtern“ ANA, NA GRRRR, PHUT, BOOM! darauf</p> <p>Optional: Hintergrundmusik für die Aufführungen</p>
Verweise	/
Anweisungen	<p>Die oder der Lehrende teilt die Teilnehmer:innen in kleine Gruppen von drei bis vier Personen ein. Weisen Sie jeder Gruppe ein einfaches Szenario oder eine Geschichte zu in der ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien bzw. pflegenden Zu- und Angehörigen eine Rolle spielen, z. B. ein Arztbesuch oder eine soziale Interaktion in einem Gemeindezentrum.</p> <p>Die oder der Lehrende weist die Gruppen an mit ihren Stimmen und Körperbewegungen eine Klanglandschaft zu erstellen, um das Szenario darzustellen, ohne gesprochene Sprache zu verwenden. Geben Sie den Gruppen ein paar Minuten Zeit, um ihre Soundscapes zu üben und zu verfeinern. Die Soundscapes können verschiedene Arten von Lauten sein, wie „hmm“, „a“, „na“, „grrr“, „puuh“, „bam!“, Gelächter usw. Die Soundscapes sollte die Umgebung, Handlungen und Emotionen des Szenarios bzw. der Geschichte vermitteln.</p>

LERNAKTIVITÄT: Soundscape Storytelling

Anweisungen

Nachdem jede Gruppe ihre Soundscapes geübt und verfeinert hat, führt sie sie den anderen Teilnehmer:innen vor. Nach jeder Aufführung leitet die oder der Lehrende eine kurze Diskussion über die durch die nonverbale Kommunikation vermittelten Emotionen und Botschaften ein. Auf diese Weise können die Teilnehmer:innen ihre Interpretationen und Gedanken austauschen. Die oder der Lehrende regt die Teilnehmer:innen dazu an, über die Bedeutung nonverbaler Hinweise bei der Überwindung von Sprachbarrieren nachzudenken.

Die Teilnehmer:innen können mithilfe der folgenden Fragen diskutieren:

- **Wie war Ihre persönliche Erfahrung? Wie war es für Sie ohne Worte zu kommunizieren?**
- **Sind Sie auf Herausforderungen gestoßen? Welche Art von Herausforderungen?**
- **Gab es Faktoren, die die Verständigung erleichtert haben? Und Faktoren, die die Verständigung behindert haben?**
- **Welche Methoden gibt es Ihrer Meinung nach, um die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis zu erleichtern?**
- **Hat diese Übung Ihr Verständnis von nonverbaler Kommunikation beeinflusst?**

Denken Sie daran, die Übungen an die Sprachkenntnisse und den kulturellen Hintergrund der Teilnehmer:innen anzupassen. Erwägen Sie, nach jeder Übung eine Nachbesprechung anzubieten, um die Teilnehmer:innen zum Nachdenken und zum Erfahrungsaustausch anzuregen.

Beispiele für Szenarien: Denken Sie daran, dass Soundscape Storytelling auf nonverbalen Geräuschen und Gesten beruht, um die Essenz des Szenarios zu vermitteln. Diese Elemente sollten sparsam und effektiv eingesetzt werden, um die Atmosphäre und die Emotionen in jeder Situation zu verstärken.

LERNAKTIVITÄT: Soundscape Storytelling

Anweisungen

Szenario 1: Arztbesuch

Soundscape-Stimmen:

Stimme der Ärztin oder des Arztes: Mit ruhiger und sehr tiefer Stimme sprechen, Fragen stellen und medizinische Anweisungen geben.

Stimme des Pflegepersonals: Besorgnis ausdrücken, der Ärztin oder dem Arzt die Symptome und die Krankengeschichte der Patientin oder des Patienten erklären.

Stimme der Patientin oder des Patienten: Äußert bruchstückhafte Wörter oder Sätze, die Verwirrung und Schwierigkeiten beim Sprechen zeigen.

Hintergrundgeräusche: Geräusche einer regen Klinik, einschließlich der Stimmen anderer Patient:innen und des medizinischen Personals.

Geräusche medizinischer Geräte: Integrieren Sie Geräusche wie die eines Stethoskops, einer Blutdruckmanschette oder anderer verwendeter medizinischer Instrumente.

Szenario 2: Treffen im Gemeindezentrum

Soundscape-Stimmen:

Stimme der Moderatorin oder des Moderators: Begrüßt die Teilnehmer:innen, gibt Anweisungen und regt zur Interaktion an.

Stimme der Betreuungsperson: Unterstützt und ermutigt die ältere Migrantin oder den älteren Migranten zur Teilnahme und bietet behutsame Anleitung.

Stimme einer älteren Migrantin oder eines älteren Migranten: Äußert Geräusche der Verwirrung oder versucht zu kommunizieren.

Gespräche: Hintergrundstimmen, die von Gesprächen zwischen anderen Teilnehmer:innen in verschiedenen Sprachen stammen.

Gruppenaktivitäten: Geräusche von Gruppenaktivitäten wie Lachen, Klatschen oder Musikinstrumente, um Engagement und Freude auszudrücken

4. Kulturelles Wissen

Während wir uns in diesem Modul auf inklusive Kommunikation konzentrieren, ist es wichtig, auch kulturelles Wissen zu erwähnen. Kulturelle Unterschiede können zu unterschiedlichen Wahrnehmungen von Krankheit, Diagnose und Behandlung führen. Missverständnisse können durch mehr Wissen und Offenheit gegenüber Kulturen reduziert werden, solange Kultur nicht als einziger Faktor angesehen wird, der das Verhalten und die Einstellungen von Menschen bestimmt. Kulturelles Wissen kann sowohl durch den Austausch mit Patient:innen und Angehörigen als auch mit anderen Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich erweitert werden. Es kann auch hilfreich sein an Schulungen teilzunehmen, die kultursensible Ansätze für Gesundheits- und Pflegepersonal, Pädagog:innen, Kulturmediator:innen oder Mitarbeiter:innen Aufnahmezentren für Asylwerber:innen vermitteln. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, mit kultureller Vermittler:innen zusammenzuarbeiten und die Zusammenarbeit mit ihnen zu optimieren, auch um kulturelle Gewohnheiten, die die Behandlung behindern können, kennenzulernen und zu verstehen.

In der Publikation „Cross-cultural communication: Tools for working with families and children“ (Ladha et al., 2018) wird das LEARN-Modell (Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate; d. h. Zuhören, Erklären, Anerkennen, Empfehlen, Verhandeln) als nützliches Werkzeug zur Unterstützung interkultureller Kommunikation, gegenseitigen Verständnisses und der Betreuung und Pflege vorgestellt. Die Autor:innen beschreiben es wie folgt:

Zuhören:

Beurteilen Sie, inwieweit Patient:innen ihren Gesundheitszustand, die Ursachen und die Behandlungsmöglichkeiten verstehen. Erfragen Sie Erwartungen an die Betreuung und nehmen Sie eine Haltung der Neugier und Bescheidenheit ein, um Vertrauen und Verständnis zu fördern.

Erklären:

Teilen Sie Ihre eigene Wahrnehmung des Gesundheitszustands mit und bedenken Sie dabei, dass Patient:innen Gesundheit oder Krankheit je nach Kultur oder ethnischer Herkunft unterschiedlich verstehen können.

Anerkennen:

Diskutieren Sie respektvoll die Unterschiede zwischen Ihren Ansichten und den Ansichten der Patient:innen. Zeigen Sie Übereinstimmungen und Unterschiede auf und versuchen Sie herauszufinden, ob unterschiedliche Überzeugungen zu einem therapeutischen Dilemma führen können.

Empfehlen:

Erstellen und unterbreiten Sie den Patient:innen und ihrer Familien einen Behandlungsplan.

Verhandeln:

Vereinbaren Sie gemeinsam mit den Patient:innen und ihren Familien einen Behandlungsplan und beziehen Sie dabei kulturell relevante Ansätze ein, die zu den Vorstellungen der Patient:innen hinsichtlich Gesundheit und Heilung passen.

Auch in diesem Zusammenhang sind Wissen und Training von entscheidender Bedeutung. Tatsächlich ist es sinnvoll, wenn Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich ihre interkulturellen Kompetenzen durch die Auseinandersetzung mit folgenden Themen verbessern:

- Interkulturelle Medizin
- Kommunikation über Gesundheitsthemen mit Patient:innen aus anderen Kulturen
- Gesundheitssysteme in anderen Ländern
- Ausbildungen für verschiedene Gesundheitsberufe
- Gesundheitliche Besonderheiten der migrantischen Bevölkerung (z. B. Prävalenz häufiger Krankheiten)

LERNAKTIVITÄT:

Mehrsprachige Improvisation

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen verbessern ihre Anpassungs- und Reaktionsfähigkeit bei der Kommunikation in mehrsprachigen Kontexten. · Die Teilnehmer:innen entwickeln kreative Kommunikationstechniken, um Sprachbarrieren zu überwinden und die Verständigung zu verbessern. · Die Teilnehmer:innen entwickeln die Fähigkeit des aktiven Zuhörens, um andere besser zu verstehen. · Die Teilnehmer:innen stärken ihre nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten. · Die Teilnehmer:innen entwickeln Improvisationsfähigkeiten, um schnell zu denken und den Kommunikationsstil in Interaktionen anzupassen.
Methoden	Theaterübung
Zugewiesene Zeit	30-40 Minuten
Erforderliche Ressourcen	<p>Auf Karten geschrieben oder ausgedruckte Szenarien oder Aufforderungen für jedes Paar.</p> <p>Optional: Requisiten oder einfache Kostüme, um die Improvisation zu verbessern</p>
Verweise	/
Anweisungen	<p>Die oder der Lehrende teilt die Teilnehmer:innen in Paare ein und weist jedem Paar eine Sprache zu, die keiner der Teilnehmer:innen fließend spricht. Geben Sie jedem Paar ein Szenario oder eine einfache Aufforderung, die eine Interaktion zwischen einer Pflegekraft und einer älteren Person mit Migrationshintergrund beschreibt. Die oder der Lehrende bittet die Paare, eine Improvisationsübung durchzuführen, bei der sie kommunizieren und das Szenario mit ihren begrenzten Kenntnissen der zugewiesenen Sprache, nonverbalen Hinweisen und Gesten nachspielen müssen. Nach einer bestimmten Zeit bittet die oder der Lehrende jedes Paar seine Improvisation den anderen Teilnehmer:innen vorzustellen. Die oder der Lehrende leitet eine Gruppendiskussion über die Herausforderungen, die verwendeten Strategien und die Bedeutung von Anpassungsfähigkeit und Kreativität bei der Überwindung von Sprachbarrieren.</p>

LERNAKTIVITÄT: Mehrsprachige Improvisation

Anweisungen

Beispiele für Fragen zur Erleichterung der Gruppendiskussion:

- **Wie war Ihre persönliche Erfahrung? Wie war es für Sie ohne Worte zu kommunizieren?**
- **Sind Sie auf Herausforderungen gestoßen? Welche Art von Herausforderungen?**
- **Gab es Faktoren, die die Verständigung erleichtert haben? Und Faktoren, die die Verständigung behindert haben?**
- **Welche Methoden gibt es Ihrer Meinung nach, um die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis zu erleichtern?**
- **Wie hat diese Übung Ihr Verständnis von Kommunikation und nonverbaler Kommunikation beeinflusst?**

Denken Sie daran diese Übungen an die Sprachkenntnisse und den kulturellen Hintergrund der Teilnehmer:innen anzupassen und zu modifizieren. Erwägen Sie nach jeder Übung Nachbesprechungen anzubieten, um die Teilnehmer:innen zum Nachdenken und zum Erfahrungsaustausch anzuregen.

Beispielszenarien: In beiden Szenarien liegt der Schwerpunkt auf effektiver Kommunikation, Empathie und der Suche nach alternativen Wegen zur Überwindung von Sprachbarrieren. Diese Szenarien ermöglichen es Studierenden und Pflegekräften, ihre Fähigkeiten in interkultureller Kommunikation, Anpassungsfähigkeit und personenbezogener Pflege für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Familien zu entwickeln.

Szenario 1: Krankenschwester und älterer Migrant

Beschreibung: Ein älterer Migrant mit eingeschränkten Kenntnissen der Landessprache wird zur medizinischen Behandlung in ein Krankenhaus eingeliefert. Das Szenario beinhaltet eine Interaktion zwischen dem älteren Migranten und einer Krankenschwester, die Pflege leisten und relevante medizinische Informationen sammeln soll.

Szenario: Die Krankenschwester betritt das Krankenzimmer und stellt sich vor, stellt aber fest, dass der ältere Migrant die Sprache nicht versteht. Die Krankenschwester muss andere Wege finden, um zu kommunizieren und eine effektive Pflege zu gewährleisten.

LERNAKTIVITÄT: Mehrsprachige Improvisation

Anweisung
en

Ziele:

- Die Krankenschwester muss die Symptome und die Krankengeschichte des Patienten beurteilen.
- Der ältere Migrant muss seine gesundheitlichen Bedenken mitteilen und die Anweisungen der Krankenschwester verstehen.

Mögliche Maßnahmen:

- Die Krankenschwester kann Übersetzungshilfen verwenden oder, falls verfügbar, eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher hinzuziehen.
- Die Krankenschwester kann visuelle Hilfsmittel, Gesten und einfache Worte verwenden, um medizinische Verfahren zu erklären und Informationen zu sammeln.
- Der ältere Migrant kann mit Gesten, Gesichtsausdrücken oder durch Zeigen auf bestimmte Körperteile reagieren, um Schmerz oder Unwohlsein auszudrücken.
- Beide Seiten können Geduld und Einfühlungsvermögen zeigen sowie aktiv zuhören, um die Sprachbarriere zu überwinden und eine effektive Kommunikation zu gewährleisten.

Szenario 2: Treffen zwischen Sozialarbeiter und pflegender Angehöriger

Beschreibung: Ein Sozialarbeiter arrangiert ein Treffen mit einer pflegenden Angehörigen, die eine ältere Migrantin betreut. Ziel des Treffens ist es, den Bedarf der pflegenden Angehörigen zu ermitteln, Unterstützung zu leisten und das Wohlergehen der älteren Migrantin sicherzustellen.

Szenario: Der Sozialarbeiter kommt zur pflegenden Angehörigen nach Hause und stellt fest, dass diese die Landessprache schlechter beherrscht als erwartet. Da dies vorher nicht bekannt war und das Treffen nun stattfindet, ist es schwierig, spontan jemanden zum Übersetzen zu finden. Der Sozialarbeiter muss einen Bericht erstellen, relevante Informationen sammeln und entsprechende Anweisungen geben.

Ziele:

- Der Sozialarbeiter muss die Herausforderungen, Sorgen und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen verstehen.
- Die pflegende Anehörige hat das Bedürfnis ihre Erfahrungen mitzuteilen, Rat einzuholen und Unterstützung zu erhalten.

Mögliche Maßnahmen:

- Der Sozialarbeiter kann visuelle Hilfsmittel, Diagramme oder übersetzte Materialien verwenden, um Informationen effektiv zu vermitteln.
- Die pflegende Angehörige kann Gesten, Mimik oder Bilder nutzen, um ihre Erfahrungen und Herausforderungen zu kommunizieren.
- Der Sozialarbeiter kann aktiv zuhören, umschreiben und Empathie zeigen, um eine unterstützende Situation zu schaffen.
- Beide Parteien können alternative Kommunikationsmethoden in Erwägung ziehen z. B. die Inanspruchnahme von Dolmetscher:innen oder die Nutzung von Übersetzungstechnologien usw.

LERNAKTIVITÄT:

Hörübung

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Die Teilnehmer:innen erkennen die Bedeutung des aktiven Zuhörens in Situationen, in denen eine effektive Kommunikation entscheidend ist. · Die Teilnehmer:innen entwickeln ein Bewusstsein für verschiedene Zuhörtechniken, einschließlich verbaler und nonverbaler Kommunikationssignale. · Die Teilnehmer:innen verstehen die Rolle der nonverbalen Kommunikation beim Zuhören und ihre Auswirkungen auf die allgemeine Effektivität der Kommunikation. · Die Teilnehmer:innen können nonverbale Signale beobachten und interpretieren, um das Verständnis während Gesprächen zu verbessern. · Die Teilnehmer:innen verbessern ihre Fähigkeit gehört zu werden, indem sie ein Bewusstsein dafür entwickeln, wie sie auf eine Art und Weise kommunizieren können, die gewährleistet, dass andere aufmerksam zuhören.
Methoden	Gruppenarbeit, Gruppendiskussion
Zugewiesene Zeit	20 Minuten
Erforderliche Ressourcen	/
Verweise	/
Anweisungen	<p>Die Gruppe wird in Paare eingeteilt. Die Teilnehmer:innen hören abwechselnd den Anweisungen der oder des Lehrenden zu und sprechen darüber. Es gibt insgesamt drei Runden, nach denen die Übung in einer Gruppendiskussion besprochen wird. Zu Beginn entscheiden die Paare, wer von ihnen Nr. 1 und wer Nr. 2 ist. Die oder der Lehrende gibt den Paaren in jeder Runde 30 Sekunden oder eine Minute Zeit zum Sprechen und läutet eine Glocke, wenn die Zeit abgelaufen ist.</p> <p>In der ersten Runde spricht nur Person Nr. 1. Sie kann über ihren Vormittag sprechen: „Heute Morgen bin ich um acht aufgewacht und habe Haferbrei zum Frühstück gegessen. Dann habe ich ...“. Person Nr. 2 wird angewiesen, zuzuhören, darf aber keinerlei Gesten oder Geräusche machen. Sie muss nur mit einem neutralen Gesichtsausdruck zuhören.</p>

LERNAKTIVITÄT: Hörübung

Anweisungen

In der zweiten Runde ist Person Nr. 2 diejenige, die spricht.

Sie wird auch anfangen, über ihren Morgen zu sprechen, ähnlich wie zuvor. Person Nr. 1 wird angewiesen, zuzuhören.

Sie kann jetzt Gesten machen (z. B. nicken) und beruhigende Geräusche machen, wenn sie möchte, aber sie darf keine Worte sagen.

In der dritten Runde ist Person Nr. 1 diejenige, die spricht.

Diesmal wird sie über ihren Lieblings- oder Traumurlaub sprechen. Person Nr. 2 wird angewiesen, zuzuhören, kann

nun aber nach Belieben reagieren und sich am Dialog beteiligen (z. B. Bemerkungen machen oder Kommentare abgeben) und nach Belieben Gesten und Geräusche machen.

Nach der letzten Runde wird die Übung gemeinsam mit der gesamten Gruppe anhand folgender Reflexionsfragen besprochen:

- **Wie haben Sie sich bei der Übung gefühlt und welche Gedanken sind Ihnen dabei gekommen?**
- **Was haben Sie aus der Übung über das Zuhören und seine Bedeutung im Dialog gelernt?**
- **Warum ist Zuhören im Gespräch mit anderen wichtig?**
- **Welche verschiedenen Arten des Zuhörens gibt es?**
- **Denken Sie über mehrsprachige Kommunikation und Zuhören nach. Warum sollte eine Gesundheits- und Pflegekraft auf nonverbale Kommunikation und Zuhören achten, wenn sie mit fremdsprachigen Personen oder Menschen mit Migrationshintergrund zu tun hat?**

LITERATURVERZEICHNIS

Ahaddour, C., van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2016). Institutional elderly care services and Moroccan and Turkish migrants in Belgium: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, 1216-1227. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0247-4>

Ahmad, M., van den Broecke, J., Saharso, S., & Tonkens, E. (2022). Dementia care-sharing and migration: An intersectional exploration of family carers' experiences. *Journal of Aging Studies*, 60, 100996. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100996>

Ambady, N. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17(3), 443.

Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., & Tinetti, M. E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 298-303. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x>

BICAS (2016). Building intercultural competencies for ambulance services. IO2 – E-Learningcourse Erasmus+. <https://www.johanniter.de/bildungseinrichtungen/johanniter-akademie/johanniter-akademie-mitteldeutschland/standorte-der-akademie-in-mitteldeutschland/campus-leipzig/angebote/forschung/building-intercultural-competencies-for-ambulance-services-bicas/>

Canevelli, M., Lacorte, E., Cova, I., Cascini, S., Bargagli, A. M., Angelici, L., Giusti, A., Pomati, S., Pantoni, L., & Vanacore, N., On behalf of the ImmiDem Study Group. (2020). Dementia among migrants and ethnic minorities in Italy: Rationale and study protocol of the ImmiDem project. *BMJ Open*, 10, e032765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032765>

Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4)n 808-918. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00965.x>

Ciobanu, R. (2023). Super-diversity and intersectionality. In S. Torres & A. Hunter (Eds.), *Handbook on Migration and Ageing* (pp. 57-66). Edward Elgar Publishing.

Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484-492. <https://doi.org/10.1177/104365962097062>

Chaouni S. B., Claeys, A., van den Broeke, J., & De Donder, L. (2021), Doing research on the intersection of ethnicity and old age: Key insights from decolonial frameworks. *Journal of Aging Studies*, 56, 100909. <https://doi.org/10.1616/j.jaging.2020.100909>

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Healthcare Journal*, 3(2), 114-116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>

Crandall, C.S., & Eshleman, A. (2003), A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice, *Psychological Bulletin*, 129(3), 414-446. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.414>

Currie, G., & Currie, J. (2024). Cultural competence in person-centred care. In S. Chau, E. Hyde, K. Knapp & C. Hayre (Eds.), *Person-centred care in radiology* (pp. 6-24). CRC Press.

Dahlborg, E., & Tengelin, E. (2022). Equal care – Norm-conscious perspectives. *Student literature*.

Dietz, G. (2007). Keyword: Cultural diversity. A guide through the debate. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10(1), 7-30.

Dilworth-Anderson, P., Moon, H., & Aranda, M. P. (2020). Dementia caregiving research: Expanding and reframing the lens of diversity, inclusivity, and intersectionality. *Gerontologist*, 60(5), 797-805. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa050>

Dolberg, P., Sigurðardóttir, S. H., & Trummer, U. (2018). Ageism and older immigrants. Contemporary perspectives on ageism. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer, C (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 177-191). Springer.

Duran-Kıraç, G., Uysal-Bozkir, Ö, Uittenbroek, R., van Hout, H., & Broese van Groenou, M. I. (2022). Accessibility of health care experienced by persons with dementia from ethnic minority groups and formal and informal caregivers: A scoping review of European literature. *Dementia*, 21(2), 677-700. <https://doi.org/10.1177/14713012211055307>

European Council. (2023). EU migration and asylum policy. <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-migration-policy/>

European Union. (2017). The EU and the migration crisis. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e9465e4f-b2e4-11e7-837e-01aa75ed71a1>

EUAA (2014). Press release: EU received over 1.1 million asylum applications in 2023. <https://euaa.europa.eu/news-events/eu-received-over-1-million-asylum-applications-2023>

Gilman, S.C. (2005). Ethics codes and codes of conduct as tools for promoting an ethical and professional public service: Comparative successes and lessons. <https://www.oecd.org/mena/governance/35521418.pdf>

Hamilton, D. L., & Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 127-163). Academic Press.

Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Butterworth & Co.

Hengelaar, A. H., van Hartingsveldt, M., Wittenberg, Y., van Etten- Jamaludin, F., Kwekkeboom, R., & Satink, T. (2018). Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective —a thematic synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), 474-485. <https://doi.org/10.1111/hsc.12503>

Hoffman, E. (2024). Inclusive communication and the TOPOI-model. Beyond intercultural communication and competence: 'Cultures don't meet, people do.' doi: 10.13140/RG.2.2.32123.32802/1 https://www.researchgate.net/publication/379815719_Inclusive_communication_Edwin_Hoffman

Jacobsen, F. F., Glasdam, S., Schopman, L. M., Sodemann, M., van den Muisenbergh, M. E. T. C., & Agnotnes, G. (2023). Migration and health: Exploring healthy ageing of immigrants in European societies. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e10. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000014>

Kemper, S., Finter-Urczyk, A., Ferrell, P., Harden, T., & Billington, C. (1998). Using elderspeak with older adults. *Discourse Processes*, 25(1), 55-73.

Ladha, T., Zubairi, M., Hunter, A., Audcent, T., & Johnstone, J. (2018). Cross-cultural communication: Tools for working with families and children. *Paediatr Child Health*, 23(1), 66-69. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx126>

Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahon, M., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 23(117). <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1>

Malinowski, B. (1944). *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. https://monoskop.org/images/f/f5/Malinowski_Bronislaw_A_Scientific_Theory_of_Culture_and_Other_Essays_1961.pdf

Martin, M.B. (2015), Perceived discrimination of muslims in health care. *Journal of Muslim Mental Health*, 9(2). <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203>

Martikainen, T., & Pöyhönen, S. (2023). Superdiversiteetti: Näkökulmia maahanmuuton monimuotoisuuteen. Hansaprint O. <https://doi.org/10.21435/skst.1489>

Marx, D., & Ko, S. J. (2019). *Oxford Research Encyclopedia of Psychology: Stereotypes and Prejudice*. Oxford University Press USA.

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

National Research Council Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology; Carstensen L. L, & Hartel, C.R (Eds.). (2006). Opportunities lost: The impact of stereotypes on self and others. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83767/>

Nazroo, J. (2006). Ethnicity and old age. In J. A. Vincent, C. Phillipson & M. Downs (Eds.), *The futures of old age* (pp. 62-72). Sage.

Priebe, S., Tandhu, S., Dias, A., Gaddini, A., Greacen, T., Loannidis, E., Kluge, E., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R.P., ..., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 187(11). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-187>

Sarria-Santamera, A., Hijas-Gomez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliu, L. A. (2016). A systematic review of the use health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(28). <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>

Shaw, C. A., & Gordon, J. K. (2021). Understanding elderspeak: An evolutionary concept analysis. *Innovation in Aging*, 5(3), igab023. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab023>

Swedish Nurses' Association, Swedish Society of Medicine and Swedish Association of Dietitian. (2019). Person-centred care – A core competence for quality and safe care. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/pers-oncentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

UNESCO. (2002). UNESCO universal declaration on cultural diversity: A vision, a conceptual platform, a pool of ideas for implementation, a new paradigm". <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127162>

Van Landschoot, L., Smet, J., Debal, B., Decock, P., Claeys, A., Tricas-Sauras, S., Delegrange, M., Dhont, Y., Rosiers, K., De Wilde, J., Kerremans, K., El Hahaoui, K., Roelandt, S., & Van Praet, E. (2021). Digitaal wijzer communiceren met anderstaligen in de zorg. Alliantiefonds en MATCHeN. <https://www.matchen.org/publicaties>

Van Mol, C., & de Valk, H. (2016). Migration and immigrants in Europe: A historical and demographic perspective. In B. Garcés-Mascreñas & R. Penninx (Eds.), *Integration processes and policies in Europe*. Springer.

van Muijden, T., Gräler, L., van Exel, J., van de Bovenkamp, H., & Petit-Steeghs, V. (2024). Different views on collaboration between older persons, informal caregivers and care professionals. *Health Expectations*, 27, e14091. <https://doi.org/10.1111/hex.14091>

Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024-1054. <https://doi.org/10.1080/01419870701599465>

Vertovec, S. (2022). *Superdiversity: Migration and social complexity*. Routledge.
Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton.

Wetzels, R., Geest, T. A., Wensing, M., Ferreira, P. L., Grol, R., & Baker R. (2004). GPs' views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 183-188. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00145-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00145-9)

Williams, K. (2011). Elderspeak in institutional care for older adults. In P. Backhaus (Ed.), *Communication in elderly care: Cross-cultural perspectives* (1-19). Bloomsbury.

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. (2004). Enhancing communication with older adults: Overcoming elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), 17-25. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-08>

World Health Organization (WHO). (2020). Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332186/9789289056632-eng.pdf?sequence=1#:~:text=This%20promotes%20the%20idea%20that,effective%20and%20equitable%20health%20care>

World Health Organization (WHO). (2021). Global report on ageism. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. (2018), Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 193-212). Springer.

This manual was made using Canva and pictures are from Canva, Pexels, Unsplash and Freepik