

Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext

Eine Studie zu türkeistämmigen muslimischen
Schlaganfallpatienten

Universitätsverlag Osnabrück



unipress

Pflegewissenschaft und Pflegebildung

Band 15

Herausgegeben von
Prof. Dr. Hartmut Remmers

Havva Mazı

Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext

Eine Studie zu türkeistämmigen muslimischen
Schlaganfallpatienten

V&R unipress

Universitätsverlag Osnabrück



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Veröffentlichungen des Universitätsverlags Osnabrück
erscheinen im Verlag V&R unipress GmbH.**

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2019 vom Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück mit dem Titel »Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext am Beispiel von türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten« als Dissertation angenommen. Sie wurde für die Veröffentlichung geringfügig überarbeitet.

© 2020, V&R unipress GmbH, Robert-Bosch-Breite 6, D-37079 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Birkstraße 10, D-25917 Leck
Printed in the EU.

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2198-6193
ISBN 978-3-8470-1042-5

für
Raci, Safa und Yunus

Inhalt

Vorwort	13
Danksagung	19
1 Einleitung	21
1.1 Strukturelle Ausgangslage	21
1.2 Barrieren bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	26
1.3 Defizite des deutschen Gesundheits- und Versorgungssystems im Hinblick auf die Versorgung chronisch Erkrankter	28
1.4 Besonderheiten der Bewältigungserfordernisse chronischer Krankheiten	29
1.5 Der Schlaganfall als chronische Krankheit	31
1.6 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	33

I Theoretischer Teil

2 Forschungsstand zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	41
3 Theorien der transkulturellen Pflege	53
3.1 Zum Kulturbegriff	53
3.2 Theoretische Grundlagen der transkulturellen Pflege	55
3.3 Theorien der transkulturellen Pflege	57
3.3.1 Das Sunrise-Modell von Leininger	58
3.3.2 Das Transkulturelle Assessment-Modell von Giger und Davidhizar	60
3.3.3 Das Purnell-Modell	61
3.3.4 Das Modell von Campinha-Bacote	62
3.3.5 3D Puzzle-Modell	64

3.3.6	Das Konzept der transkulturellen Kompetenz	66
3.3.7	Das Konzept der leiblichen Kommunikation im transkulturellen Kontext	68
3.3.8	Das Modell der systemischen Individualpflege	70
3.4	Zusammenfassende Betrachtung der theoretischen Ansätze . . .	72
4	Theorien der Bewältigung	79
4.1	Zum Begriff der Bewältigung	79
4.2	Ziele und Fragestellungen der Bewältigungsforschung	80
4.3	Historische Entwicklungslinien der Bewältigungsforschung	82
4.4	Theorien der Bewältigung	83
4.4.1	Coping Konzept von Lazarus und Folkman	84
4.4.2	Salutogenese	87
4.4.3	Posttraumatisches Wachstum	88
4.4.4	Resilienz	89
4.5	Theoretische Konzepte und Modelle zur Untersuchung der Bewältigung chronischer Krankheiten in der Familie	91
4.5.1	Familienstresstheorie	92
4.5.2	Das Modell der familialen Resilienz	93
4.5.3	Das Trajektkonzept	97
4.5.4	Das Rahmenkonzept: »Themen einer resilienzorientierten Theorie der »Bewältigung« chronischer Krankheiten«	98

II Empirischer Teil

5	Methodische Vorgehensweise	103
5.1	Fragestellungen	103
5.2	Forschungsdesign: Fallrekonstruktive Familienforschung	104
5.3	Datenerhebung und Auswahl der Fälle	106
5.4	Aufbereitung und Auswertung des Datenmaterials	113
6	Globalanalyse und Typenbildung	119
6.1	Typ I: Religiös-konservative Einstellung und geschlossene Familiengrenzen	121
6.1.1	Familie Aydemir	121
6.1.2	Familie Erol	124
6.1.3	Familie Kaya	128
6.1.4	Zusammenfassung der Merkmale	131
6.2	Typ II: Religiös-konservative Einstellung und offene Familiengrenzen	133
6.2.1	Familie Tuna	133

6.2.2	Familie Toprak	135
6.2.3	Familie Bulut	140
6.2.4	Zusammenfassung der Merkmale	147
6.3	Typ III: Liberale Einstellung und offene Familiengrenzen	148
6.3.1	Familie Polat	148
6.3.2	Familie Erdem	151
6.3.3	Familie Tekin	155
6.3.4	Zusammenfassung der Merkmale	159
6.4	Typ IV: Kollektiv-liberale Einstellung und offene Familiengrenzen	160
6.4.1	Familie Engin	160
6.4.2	Zusammenfassung der Merkmale	164
7	Fallrekonstruktionen	167
7.1	Typ I – Religiös-konservative Einstellung und geschlossene Familiengrenzen: Familie Aydemir	167
7.1.1	Interviewsituation	167
7.1.2	Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gespräches	170
7.1.3	Familienbiografie	176
7.1.4	Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie	190
7.1.5	Entwicklung der Fallstrukturhypothese	206
7.1.5.1	Familiengrenzen	206
7.1.5.2	Organisation der Familie	210
7.1.5.3	Kommunikationsprozesse	211
7.1.5.4	Überzeugungen der Familie	212
7.1.5.5	Fallstrukturhypothese	214
7.1.6	Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	214
7.1.6.1	Krankheitsverständnis	214
7.1.6.2	Krankheitserleben der Familienangehörigen	217
7.1.6.3	Versorgungsgestaltung	219
7.1.6.4	Umgang mit dem Versorgungswesen	226
7.1.6.5	Umgang des Erkrankten mit der Krankheit	229
7.2	Typ II – Religiös-konservative Einstellung und offene Familiengrenzen: Familie Tuna	232
7.2.1	Interviewsituation	232
7.2.2	Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gespräches	233
7.2.3	Familienbiografie	244
7.2.4	Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie	253
7.2.5	Entwicklung der Fallstrukturhypothese	255

7.2.5.1 Familiengrenzen	255
7.2.5.2 Organisation der Familie	257
7.2.5.3 Kommunikationsprozesse	259
7.2.5.4 Überzeugungen der Familie	261
7.2.5.5 Fallstrukturhypothese	263
7.2.6 Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	264
7.2.6.1 Krankheitsverständnis	264
7.2.6.2 Krankheitserleben der Familienangehörigen	268
7.2.6.3 Versorgungsgestaltung	269
7.2.6.4 Umgang mit dem Versorgungswesen	275
7.2.6.5 Umgang der Erkrankten mit der Krankheit	278
7.3 Typ III – Liberale Einstellung und offene Familiengrenzen:	
Familie Polat	279
7.3.1 Interviewsituation	279
7.3.2 Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gesprächs	280
7.3.3 Familienbiografie	294
7.3.4 Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie	308
7.3.5 Entwicklung der Fallstrukturhypothese	317
7.3.5.1 Familiengrenzen	317
7.3.5.2 Organisation der Familie	321
7.3.5.3 Kommunikationsprozesse	322
7.3.5.4 Überzeugungen der Familie	323
7.3.5.5 Fallstrukturhypothese	329
7.3.6 Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	330
7.3.6.1 Krankheitsverständnis	330
7.3.6.2 Krankheitserleben der Familienangehörigen	332
7.3.6.3 Versorgungsgestaltung	333
7.3.6.4 Umgang mit dem Versorgungswesen	338
7.3.6.5 Umgang des Erkrankten mit der Krankheit	341
7.4 Typ IV – Kollektiv-liberale Einstellung und offene Familiengrenzen: Familie Engin	343
7.4.1 Interviewsituation	344
7.4.2 Analyse der Anfangssequenz des familiengeschichtlichen Gesprächs	346
7.4.3 Familienbiografie	354
7.4.4 Stellung der einzelnen Familienmitglieder in der Familie	363
7.4.5 Entwicklung der Fallstrukturhypothese	372
7.4.5.1 Familiengrenzen	372
7.4.5.2 Organisation der Familie	375
7.4.5.3 Kommunikationsprozesse	378

7.4.5.4 Überzeugungen der Familie	380
7.4.5.5 Fallstrukturhypothese	382
7.4.6 Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie	383
7.4.6.1 Krankheitsverständnis	383
7.4.6.2 Krankheitserleben der Familienangehörigen	385
7.4.6.3 Versorgungsgestaltung	390
7.4.6.4 Umgang mit dem Versorgungswesen	399
7.4.6.5 Umgang des Erkrankten mit der Krankheit	401
8 Kontrastierung der Typologien	403
8.1 Zusammenfassende Darstellung der rekonstruierten Fälle	404
8.2 Kontrastierung der Typologien anhand der rekonstruierten Fälle	413
8.2.1 Schlaganfallereignis als Krise und Reaktionen der Familien	413
8.2.2 Krankheitserleben in den Familien	419
8.2.3 Versorgungsgestaltung und Nutzung des Versorgungswesens	422
9 Darstellung der Ergebnisse	427
9.1 Bedeutung einer chronischen Krankheit für Erkrankte und ihr Umgang mit der Krankheit	427
9.2 Auswirkungen chronischer Krankheit auf das Familienleben	431
9.3 Herausforderungen für die Angehörigen bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit	434
9.4 Ressourcen der Familien bei der Bewältigung chronischer Krankheiten	439
10 Diskussion der Ergebnisse	453
11 Schlussfolgerungen	467
12 Reflexion des Forschungsprozesses und Limitationen der Arbeit	477
13 Literatur	483

Vorwort

Mit diesem von Frau Havva Mazı vorgelegten neuen Band der Schriftenreihe weitet sich der wissenschaftliche Blick auf eine uns immer noch wenig vertraute soziale Welt. Es sind türkeistämmige Familien, die ihren an den Folgen eines Schlaganfalls leidenden Angehörigen in unterschiedlicher Weise Unterstützung und Hilfe leisten. Es handelt sich um familiäre Pflege im Migrationskontext, der in der einen oder anderen Weise Fremdheitsphänomene birgt. Was aber hat es mit Phänomenen der Fremdheit überhaupt auf sich?

Die Erfahrung von Fremdheit geht sehr häufig mit Verunsicherungen bisher als selbstverständlich erachteter Alltagsorientierungen, Gewissheiten und Gewohnheiten einher. Allerdings wohnt der Erfahrung von Fremdheit auch ein besonderes Anregungspotenzial der Entfaltung von Fantasie, auch von Selbstreflexion inne. So haben sich etwa Repräsentanten der europäischen Aufklärung von zahlreichen Berichten aus der Fremde inspirieren lassen in ihrer Kritik seinerzeit unhaltbarer, vielerlei menschliche Leiden verursachender Zustände. Erinnerung sei allein an Diderots berühmten *Nachtrag zu ›Bougainvilles Reise‹*, die ihm, gewiss nicht ohne Überspitzungen, als Folie einer Anklage sittlicher Verderbnis, der Qualen einer als »Maschine« erstarrten Gesellschaft galt. Fremdheitserfahrungen werden also bereits hier als Agens einer seither etablierten europäischen Tradition der Kulturkritik verarbeitet.

Wissenschaftsgeschichtlich gewendet, haben Entdeckungen des Neuen und damit befremdlich Wirkenden, also alles dessen, was mit bisherigen Selbstverständlichkeiten, Regeln, Gesetzmäßigkeiten oder auch ›Paradigmen‹ (Thomas Kuhn) einer Forschungsgemeinschaft unvereinbar schien, als Auslöser wissenschaftlicher Neugier gewirkt. Ihre kulturbildenden Effekte zeigen sich überdies in perspektivischen Erweiterungen des Blicks auf das Leben als ›Überraschungsfeld‹. Diese Einsichten zuspitzend, könnte man sogar behaupten, dass Migrationsgesellschaften ein Potenzial der Selbsterkenntnis in der Weise entbinden, dass durch (wechselseitige) Fremdheitserfahrungen ausgelöste Irritationen und Verunsicherungen zum Anlass einer (Selbst-)Distanzierung genommen werden, die es erlaubt, bislang in herkömmlichen Lebenszusammen-

hängen Verborgenes oder auch Verdecktes zu erschließen und anzueignen. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass normative Anschauungen und Definitionen dessen, was bislang als gültiger, gemeinsam eingelebter und geteilter Erwartungshorizont der gesellschaftlichen Alltagspraxis galt, in Frage gestellt werden. Wenn Erfahrungen der Fremdheit ein Selbstaufklärungspotenzial in sich bergen, so sind damit Lernprozesse gemeint, die sich einstellen, wenn Menschen sich dazu veranlasst sehen, sich selbst und ihre Umgebung mit anderen Augen zu betrachten.

So jedenfalls ist es uns auch in unseren regelmäßigen Forschungskolloquien an der Universität Osnabrück ergangen, wenn Frau Havva Mazı wiederkehrend neuere Ergebnisse ihrer Untersuchungen vorstellte. Und ich möchte nicht ausschließen, dass auch sie selbst als klinisch erfahrene türkeistämmige Gesundheitswissenschaftlerin trotz hoher Vertrautheit mit ihrem Forschungsfeld manche irritierenden Entdeckungen hat machen können. Denn die von ihr untersuchten türkeistämmigen Familien mit einem unter einer Schlaganfallerkrankung leidenden Angehörigen nach Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik stellen keine monolithische, geschweige denn homogene Gruppe dar.

Man mache sich klar: Der türkeistämmige Anteil der Bevölkerung Deutschlands betrug im Jahr 2015 etwa 2,9 Mio. Personen. Auch dieser Bevölkerungsteil altert mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, wobei jedoch die Alterung dieser Gruppe etwa 10 Jahre früher einsetzt als bei der einheimischen Bevölkerung. Hinzu kommt, dass ihre soziale Lage schlechter ist, ihre Bildungsabschlüsse niedriger sind, obgleich sich hier tendenzielle Anstiege verzeichnen lassen, und die sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten zumindest der älteren Generation eingeschränkter sind. Als bedeutsam gelten die zu einem beachtlichen Grad niedrigeren Gesundheitskompetenzen, die auch zu einer Erschwernis beim Zugang zu Gesundheitseinrichtungen führen. Besonders beachtet werden sollte, dass personelle und familiäre Ressourcen Einfluss auf die Gesundheit und das Bewältigungsverhalten erkrankter und pflegebedürftiger Personen haben. Das Unterstützungsverhalten des familialen Umfeldes spielt also eine erhebliche Rolle.

Nun hat die psychologische Coping-Forschung zeigen können, dass religiöse Einstellungen und Traditionen zumindest eine moderierende Funktion im individuellen sowie sozialen Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen haben. Es scheint daher bedeutsam zu sein, den kulturell geprägten Infrastrukturen unterstützender Familiensysteme als Versorgungssysteme größere Aufmerksamkeit zu schenken. Dies gilt zum einen deshalb, um ein besseres Verständnis sozial und kulturell variierender Voraussetzungen des Krankheitsbewältigungsverhaltens im türkischstämmigen Familienkontext zu gewinnen; zum anderen deshalb, weil erst unter diesen Bedingungen wissenschaftlicher Aufklärung eine gezielte professionelle Beratung und Versorgungsgestal-

tung für betroffene Personen, ihre Angehörigen und ihr weiteres soziales Umfeld möglich ist.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die Studie von Frau Mazı zwei übergeordnete Ziele: »Analyse des Krankheitserlebens und des Umgangs mit einer chronischen Krankheit seitens türkeistämmiger muslimischer Patienten und Angehöriger; Analyse der zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Unterstützungserfordernisse von türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten und ihren Angehörigen bei der Bewältigung einer chronischen Erkrankung.«

Es ist das besondere Verdienst dieser qualitativ tief bohrenden und sehr differenziert vorgehenden Untersuchung, welche methodisch an die ressourcenorientierte fallrekonstruktive Familienforschung von Hildenbrand (1999) anknüpft, dass sie sich auf theoretisch weit verzweigte Ansätze sowohl der »transkulturellen Pflege« als auch einer »resilienzorientierten ›Bewältigung‹ chronischer Krankheiten« stützt. Vor diesem Hintergrund kann Frau Mazı, jeweils fallbezogen, bestimmte soziale und kulturelle Infrastrukturen eines Familiensystems erschließen, welches nicht nur unterstützende, sondern möglicherweise auch, gemäß dem Modell familialer Resilienz, protektive Funktionen zu leisten vermag.

Die Befunde sind bemerkenswert: Unterschiedliche Bewältigungsformen sind in einem engen Zusammenhang mit strukturell variierenden familialen Kontexten sowie Grundeinstellungen zu sehen. Stärker noch überrascht, dass gewisse typologische Merkmale einer Familie, für sich betrachtet, keineswegs die Organisationsform und Stabilität familialer Unterstützung und Pflege vorhersagen lassen. Skepsis gegenüber migrationspezifischen Versorgungskonzepten in Pflege und Rehabilitation ist dann geboten, wenn religiöse oder kulturelle Voraussetzungen eines familialen Versorgungssystems überakzentuiert werden. ›Kultursensible‹ Ansprüche laufen Gefahr, die erkrankte Person ebenso wie ihre Familienangehörigen in einer bloß passiven Rolle wahrzunehmen und dabei ihre Partizipationsbedürftigkeit und -fähigkeit (als ein Agens von Krankheitsbewältigung) zu übersehen. Auf typologisierende Weise kann dagegen Frau Mazı zeigen, in welchem Maße Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung einem von Fall zu Fall variierenden *Muster* gleichen; einem *Muster*, das durch bestimmte Binnenstrukturen der Familie, durch Umorganisation ihrer Interaktions- und Versorgungsformen, durch ihr Nutzungsverhalten und gewiss auch durch sinnstiftende Orientierungssysteme geprägt wird.

Daraus ergeben sich in meinen Augen überraschende Schlussfolgerungen: Sensibilität für Migrationspezifika ist nur sehr bedingt ein Ausweis von Professionalität gesundheitsberuflichen Handelns. Jenseits der Fixierung auf kulturelle Besonderheiten scheint es darauf anzukommen, jene besagten *Muster* in Abhängigkeit von komplexen persönlichen und familialen Lebensbedingungen und Lebensformen, die eine gewisse Plastizität und biografische Historizität

aufweisen, von Fall zu Fall zu erkennen und zu berücksichtigen. Darin scheint mir ein bedeutsames transkulturelles Ergebnis der Arbeit von Frau Mazı zu bestehen. Unterstrichen wird damit ein Desiderat der Professionsforschung. So sind in den Augen Manfred Hülksen-Gieslers auf dem Wege typisierenden Verstehens von Einzelfällen gewonnene Aussagen in idealtypische Problemlösungsstrategien zu überführen und diese der pflegeberuflichen Praxis zur Verfügung zu stellen.

Dabei ist die Erfahrung von Fremdheit – um noch einmal an unsere Eingangsüberlegungen anzuschließen – keineswegs auf Migrationskontexte beruflichen Handelns zu beschränken. Auch im Kontext unserer Lebenswelt, die durch ein breites Set an soziale Integration und Sicherheit stiftenden Hintergrundüberzeugungen charakterisiert ist, fungieren intakte kommunikative Infrastrukturen gewissermaßen als Basis einer kooperativen Aushandlung von Situationsdefinitionen zwischen Personen, die sich in vielen Fällen wenig vertraut, dagegen eher fremd sein können. Lebensweltlich fundierten Verständigungsprozessen ist gewissermaßen die Vernunft eines interpretatorischen Umgangs mit Ungewohntem, Überraschendem inhärent. Nicht anders lassen sich nicht-instrumentalistische Lernprozesse im Sinne eines erweiterten Weltverständnisses begründen.

Wenn gegenwärtig Kultur, einem nicht-essentialistischen Verständnis gemäß, mehr und mehr als ein Prozess der Verflüssigung relativ starrer Codierungen begriffen wird, dann eröffnet sich damit erst eine Perspektive des Transkulturellen im Sinne einer Suche nach einem gemeinsamen Deutungsverständnis bei gleichzeitiger Anerkennung eines möglicherweise unauflösbaren Restes an Divergenz. Darüber belehrt uns zum einen eine jüngste Publikation zur Lehre Gottes im Koran im historisch-kritischen Vergleich mit der biblischen Lehre, welche dabei charakteristische Revisionen erfuhr mit dem Ergebnis einer neuen, in sich geschlossenen Verhaltensorientierung in einer unvergleichlich poetischen Sprache.¹ Freilich lassen sich Divergenzen, schon der Logik nach, einzig durch die Bezeichnung eines Identischen markieren.

Über das Transkulturelle haben des Weiteren mich persönlich jene mystischen Betrachtungen des Maulana Dschelaladdin Rumi (1207–73) belehrt, die sich als lockere Kommentare des Korans verstehen, deren Reiz zugleich aus ihrer alltagspraktischen Nähe resultiert.² Allein in den Ausführungen seiner ersten Rede zum menschlichen »Unterscheidungsvermögen«, das sich nur mehr unter Bedingungen freundschaftlicher Vertrauensverhältnisse zu bilden vermag, wird die Nähe zur großen literarischen Tradition der Maximenlehre unterhalb einer

1 Jack Milles: Gott im Koran (Orig.-Ausgabe: *God in the Qur'an*, 2018). Hanser: München 2019.

2 Maulana Dschelaladdin Rumi: Von Allem und vom Einen. Aus dem Persischen und Arabischen übersetzt von Annemarie Schimmel. 6. Aufl., Dietrichs: München 2008.

theologisch oder philosophisch artikulierten Moral erkennbar. – Frau Mazı möchte ich ausdrücklich für die Anregung zu dieser Lektüre danken, die mir zeigt, dass Wissenschaft und Forschung ein intellektuelles Unternehmen auf Gegenseitigkeit sind.

Osnabrück, im August 2019

Hartmut Remmers

Danksagung

Diese Arbeit konnte nur mit Unterstützung von einigen Personen zustande kommen, bei denen ich mich an dieser Stelle bedanken möchte.

An erster Stelle bedanke ich mich bei den Familien, die an dieser Studie teilgenommen haben. Sie haben mir ihr Vertrauen entgegengebracht, die Türen zu ihrem Zuhause geöffnet und ihre Lebensgeschichten mit mir geteilt. Einige von diesen Menschen sind leider nicht mehr unter uns. Sie mögen in Frieden ruhen.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Hartmut Remmers für seine Unterstützung und langjährige Begleitung meiner Arbeit. Seine wertvollen Hinweise und Anmerkungen habe ich immer als Bereicherung empfunden. Außerdem bedanke ich mich herzlichst für seinen Einsatz bei der Veröffentlichung meiner Arbeit und seine großzügige finanzielle Unterstützung für den Druckkostenzuschuss.

Bei Frau Prof. Dr. Katja Makowsky bedanke ich mich für die Zweitbegutachtung und ihre Ratschläge in der letzten Phase meines Promotionsstudiums. Frau Prof. Dr. Christa Büker danke ich für ihre Unterstützung mit Wort und Tat. Seit meinem Masterstudium stand sie mir immer zur Seite und ermutigte mich zu einem Promotionsstudium.

Den Neuropsychologinnen Frau Gabriele Kroll und Frau Dr. Beate Rieger danke ich für die zahlreichen Gespräche und Diskussionen.

Bei meiner Familie möchte ich mich herzlichst bedanken. Ohne sie wäre es mir gar nicht möglich gewesen, einem Promotionsstudium nachzugehen und schließlich diese Arbeit anzufertigen. Vor allem ohne meinen Mann, Atif Raci Mazı, der mich seit 30 Jahren auf meinem Weg unermüdlich begleitet. Auch bei meinen Kindern Safa und Yunus bedanke ich mich ganz herzlich. Während meines Promotionsstudiums haben sie mich nicht nur durch ihr Verständnis, sondern auch durch fachliche Diskussionen und konstruktive Kritiken unterstützt. Besonders Safa bin ich für die zahlreichen Gespräche auch auf intellektueller Ebene und seine sprachliche Unterstützung zu großem Dank verpflichtet.

1 Einleitung

1.1 Strukturelle Ausgangslage

Im Jahr 2015 betrug die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund¹ in Deutschland 17,1 Millionen. Dies sind 723.000 Personen mehr als im Vorjahr und entspricht einem Anstieg des Anteils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von 20,3 % auf 21 %. Mit einem Anteil von 16,7 % stammen die meisten Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 7). Im Jahr 2015 lebten in Deutschland zwischen 4,4 und 4,7 Millionen Muslime². Bei einer Gesamtbevölkerung in Deutschland von 82,2 Millionen macht der Anteil der Muslime im Jahr 2015 zwischen 5,4 % und 5,7 % aus. Die in Deutschland lebenden Muslime kommen aus unterschiedlichen Weltregionen und stellen eine heterogene Gruppe dar. 2,3 Millionen Muslime stammen aus der Türkei und bilden mit einem Anteil von 50,6 % aller Muslime die mit Abstand größte Gruppe innerhalb der muslimischen Bevölkerung in Deutschland (vgl. Stichs 2016, S. 29). Da türkeistämmige Muslime den größten Teil innerhalb der muslimischen Migranten bilden, werden in den folgenden Ausführungen die Erkenntnisse und Forschungsergebnisse – soweit vorhanden – über diese Migrantengruppe hervorgehoben.

Die gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit von Migranten in Deutschland
Viele Migranten türkischer Herkunft sind infolge der staatlichen Anwerbungsprozesse nach Deutschland ausgewandert. Obwohl sie ihren Aufenthalt nur für einen bestimmten Zeitraum geplant hatten, ist eine Rückkehr aus unter-

1 Der Begriff »Migrationshintergrund« meint »Personen, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind sowie alle in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem Elternteil, der zugezogen ist oder der als Ausländerin bzw. Ausländer in Deutschland geboren wurde« (Statistisches Bundesamt 2013, S. 64).

2 Zur besseren Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf der Arbeit ausschließlich die männliche Form als allgemeine Bezeichnung für beide Geschlechter benutzt.

schiedlichen Gründen immer wieder verschoben worden. Durch den Familienzug haben sich viele Migranten in Deutschland niedergelassen (vgl. Tüsün 2002, S. 91). Angeworbene Arbeitsmigranten wurden vor ihrer Einreise durch medizinische Untersuchungen auf ihre Belastbarkeit im Hinblick auf die für sie vorgesehene Tätigkeit geprüft (vgl. ebd., S. 90; vgl. Reeg 1984, S. 158f.). Aufgrund dieser Selektion waren die Arbeitsmigranten anfangs sogar in einem besseren gesundheitlichen Zustand als die vergleichbare einheimische Bevölkerung im Aufnahmeland. Sie wurden häufig ungünstigen, zum Teil gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen und psychosozialen und finanziellen Belastungen ausgesetzt. Bereits in den 80er Jahren wird berichtet, dass die sogenannte erste Generation der Arbeitsmigranten vorgealtert ist (vgl. Leyer 1988, S. 102). Mitte der 2000er wurde ein früheres und häufigeres Auftreten chronischer und geriatrischer Krankheiten bei diesen Personen im Vergleich zu älteren Deutschen prognostiziert (vgl. Glodny / Razum 2008, S. 140; vgl. Dietzel-Papakyriakou / Olbermann 2005, S. 310). Parallel dazu wurde auf die Notwendigkeit von speziellen Versorgungskonzepten für Migranten hingewiesen, um der demographischen und gesundheitlichen Entwicklung in dieser Bevölkerungsgruppe zu entgegnen (vgl. Dietzel-Papakyriakou / Olbermann 2005; vgl. Görres / Hasseler 2008, S. 182; vgl. Mazı 2013).

In der Pflegestatistik wird ein Migrationshintergrund nicht als Merkmal erfasst. Daher liegen über die Zahl der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund nur Schätzungen vor. Ausgehend von dem gleichen Anteil der Pflegebedürftigen wie bei dem generellen Verhältnis zwischen den Einheimischen und der Migrantenbevölkerung schätzen Tezcan- Güntekin et al. (2015, S. 9) anhand der Daten des Mikrozensus von 2009 und der Pflegestatistik, dass es etwa 200.000 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund gibt. Dies entspricht 8,6 % aller Pflegebedürftigen in Deutschland. Weiterhin prognostizieren die Autoren, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bis zum Jahr 2030 verdoppeln wird (vgl. ebd., S. 4). Da im hohen Alter auch das Risiko einer Pflegebedürftigkeit steigt, bestätigen Schimany et al. (2012, S. 111) dies mit ihrer Prognose, dass bis in die 2030er Jahre ein Anstieg des Anteils älterer Personen mit Migrationshintergrund von 8 % auf 15 % erwartet wird. Entsprechend der oben genannten Prognose tritt die Pflegebedürftigkeit bei diesen Migranten mit 62,1 Jahren etwa zehn Jahre früher als bei Einheimischen ein (vgl. Tezcan-Güntekin et al. 2015, S. 9), was auf höhere gesundheitliche Belastungen im Alter und schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden kann (vgl. Robert Koch Institut 2015, S. 181).

Die oben genannten Schätzungen basieren auf den vergebenen Pflegestufen bei den Antragstellern. Hier stellt sich die Frage, ob die vermuteten Verteilungen verlässlich sind und die reale Pflegebedürftigkeit bei Personen aus der Migrantenbevölkerung widerspiegelt wird. So stellen Okken et al. (2008) fest,

dass Antragsteller mit türkischem Migrationshintergrund »seltener als pflegebedürftig eingestuft werden als die der nicht türkischen« (Okken et al. 2008, S. 416). Vergleichbare Ergebnisse liefert eine von Okken (2007) durchgeführte Untersuchung, die besagt, dass bei türkischen Fällen vergleichsweise niedrigere Pflegestufen vergeben werden und ihnen häufiger die niedrigste Pflegestufe (Pflegestufe I) zugewiesen wird als nicht türkischen Antragstellern (vgl. Okken et al. 2008, S. 416). Dies lässt Zweifel aufkommen, ob Begutachtungsverfahren bei türkischen und nicht türkischen Fällen auf die gleiche Weise verlaufen (vgl. ebd., S. 418).

Soziale Lage von Migranten

Die Lebensqualität und die Chancengleichheit von Bevölkerungsgruppen werden im erheblichen Maß durch ihre soziale Lage bestimmt (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016, S. 28). Die soziale Lage geht mit der Kompetenz, die Gesundheitsangebote rechtzeitig und effektiv zu nutzen, einher und ist besonders für Menschen aus randständigen Milieus von hoher Bedeutung. Informationsdefizite über Versorgungsmöglichkeiten und unzureichende Handlungskompetenzen vergrößern die gesundheitliche Ungleichheit (vgl. Bauer et al. 2005, S. 187; vgl. Mazı 2013). Einkommen und Bildung als Indikatoren für die soziale Lage haben eine große Bedeutung für die Gesundheit. Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und die Möglichkeiten zur Vorsorge und der sozialen Absicherung hängen eng mit dem Einkommen zusammen. Außerdem beeinflusst das Einkommen die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das psychosoziale Wohlbefinden, die soziokulturelle Integration und Teilhabe (vgl. Lampert et al. 2016, S. 302).

Seit langem ist die Tatsache bekannt, dass Migranten sich häufig in einer schlechteren sozialen Lage als die Mehrheit der Bevölkerung in der Aufnahmegesellschaft befinden. Ihre soziale Benachteiligung lässt sich insbesondere an den Haushaltseinkommen, den Bildungsabschlüssen und der Arbeitslosenquote erkennen (vgl. Spallek / Razum 2008, S. 274). Thum et al. (2015, S. 7) stellen deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund bezüglich ihrer Stellung auf dem Arbeitsmarkt fest. Personen mit Migrationshintergrund sind häufiger in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig und ihr Arbeitseinkommen fällt im Durchschnitt geringer aus. Außerdem sind sie in höherem Maß durch eine Arbeitslosigkeit gefährdet, was vor allem auf ihr im Durchschnitt niedrigeres Qualifikationsniveau zurückzuführen ist.

Die Daten des Mikrozensus zu den Schulabschlüssen junger Menschen im Alter zwischen 15 und unter 20 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund weisen darauf hin, dass die Anzahl der Personen mit Migrationshintergrund, die einen mittleren beziehungsweise höheren Abschluss erreicht haben, beispiels-

weise die Fachhochschulreife oder das Abitur, im Vergleich zu früheren Jahren gestiegen ist. Trotz dieser positiven Entwicklung bestehen weiterhin deutliche Unterschiede zwischen den Abschlussarten in beiden Gruppen (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016, S. 109f.). Der Anteil bei Personen mit Migrationshintergrund ohne einen allgemeinen Schulabschluss liegt bei 13,3 %, ohne berufsqualifizierenden Abschluss bei 38,3 %. Der Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund ohne einen allgemeinen Schulabschluss liegt bei 1,7 %, ohne berufsqualifizierenden Abschluss bei 14,1 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 7). Nicht nur zwischen der Einkommenssituation, den Arbeitsbedingungen und den formalen Bildungsabschlüssen bestehen Zusammenhänge. Bildung besitzt außerdem einen hohen Stellenwert in Bezug auf das Wissen und die Handlungskompetenzen, »die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen« (Lampert et al. 2016, S. 304). In diesem Zusammenhang spielt die Gesundheitskompetenz, die sogenannte Health Literacy, eine entscheidende Rolle bei der »Befähigung von Bürgern, Patienten und Nutzern dazu, sich für ihre Gesundheit zu engagieren und bei Gesundheitsbeeinträchtigungen oder Krankheit aktiv an der Wiedererlangung gesundheitlichen Wohlbefindens mitzuwirken [...]« (Schaeffer et al. 2017, S. 129). Die Ergebnisse einer repräsentativen Querschnittsstudie in Deutschland weisen darauf hin, dass 17,5 % der Menschen mit Migrationshintergrund ein inadäquates Health-Literacy-Niveau besitzen. Der Anteil mit einem problematischen Health-Literacy-Niveau liegt bei diesen Menschen mit 53 % zu 43,8 % deutlich höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Besonders die Prävention und die Gesundheitsförderung stellen für sie schwer zu bewältigende Anforderungen dar (vgl. Schaeffer et al. 2017, S. 137). Sowohl Jugendliche (24,9 % zu 12,8 %) als auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund (36,2 % zu 17,6 %) weisen eine etwa doppelt so häufig inadäquate Gesundheitskompetenz auf als die jeweils gleiche Alterskohorte ohne Migrationshintergrund (vgl. Quenzel et al. 2017, S. 159f.).

Außerdem ist ein niedriges Bildungsniveau von Migranten als ein weiterer Störfaktor in der Interaktion mit Mitarbeitern des Gesundheits- und Versorgungswesens zu betrachten, die bereits durch Fremdheitsgefühle, kulturelle Unterschiede sowie Sprach- und Kommunikationsbarrieren belastet ist. Dies zeigt sich insbesondere in medizinischen Aufklärungssituationen. Solche Gespräche setzen in der Regel bestimmte Kenntnisse über Körpervorgänge voraus und es ist für sie besonders schwierig, ihrem Gesprächspartner zu folgen und vermittelte Informationen aufzunehmen (vgl. David et al. 2000, S. 79; vgl. Klanke / Mazı 2006). Es ist davon auszugehen, dass ein niedriges Bildungsniveau oder Analphabetismus – insbesondere bei türkeistämmigen älteren Migranten aus der sogenannten Gastarbeitergeneration – auf die damaligen Anwerbebe-

dingungen zurückzuführen ist, nach denen Arbeitgeber ungelernete Arbeiter verlangen. Dementsprechend stammen viele Arbeitsmigranten aus den ländlichen und infrastrukturell unterentwickelten Regionen der Türkei, in denen keine oder nur geringe Möglichkeiten für einen Schulbesuch bestanden (vgl. Koptagel-Ilal 1988, S. 168; vgl. Klanke / Mazı 2006).

Als ein wichtiger Hinweis auf die soziale Lage gilt der Indikator der relativen Armutsgefährdung. Nach den Daten vom Mikrozensus 2015 liegt die Armutsrisikoquote bei Personen mit Migrationshintergrund bei 27,7 %. Damit ist sie mehr als doppelt so hoch wie bei Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016, S. 28). Die Gefahr einer Armut ist bei den Eingewanderten unterschiedlich stark ausgeprägt: »Besonders von Armutsrisiken betroffen sind Personen, die im mittleren bis späten Erwachsenenalter nach Deutschland gekommen sind, eine geringe Aufenthaltsdauer haben, geringe deutsche Sprachkenntnisse haben, aus den ehemaligen sogenannten ›Gastarbeiterländern‹ oder Drittstaaten außerhalb der EU kommen und/oder keinen deutschen Berufsabschluss haben« (Giesecke et al. 2017, S. 41). Nach den Daten des SOEP aus dem Jahr 2013 waren türkeistämmige Migranten mit einer Quote von 36 % am stärksten durch Armut gefährdet. Diese Personen verfügten auch innerhalb der Migrantenbevölkerung über die geringsten finanziellen Ressourcen. Trotz ihres im Durchschnitt niedrigeren Einkommens mussten Personen mit Migrationshintergrund mehr Miete pro Quadratmeter Wohnfläche bezahlen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Allerdings stand Personen in Migrationshaushalten deutlich weniger Wohnfläche zu. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Migranten eher in größeren Städten leben, was ihren Zugang zu preiswerten und geeigneten Wohnungen erschwert. Dabei ist die Rolle ihrer Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt nicht auszuschließen (vgl. Tucci 2016, S. 237).

Neben diesen Indikatoren zur sozialen Lage haben auch personelle und familiäre Ressourcen Einfluss auf die Gesundheit (vgl. Schenk et al. 2008). Intensivere Beziehungen zu der ethnischen Community von Migranten, beispielsweise mit türkischem Migrationshintergrund, können als Identitätsanker dienen. Wird so die psychische Stabilisierung gefördert, kann das die Gesundheit positiv beeinflussen (vgl. Schenk 2007, S. 93). Als Beispiel kann die hohe Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfestellung innerhalb der türkischstämmigen Migranten angeführt werden (vgl. White 1997; zitiert nach Razum / Spallek 2012, S. 180). Auch die stärkere familiäre Solidarität gilt als wichtige Ressource für Menschen aus der Migrantenbevölkerung. Die Ergebnisse einer vergleichenden Studie weisen auf das stärker ausgeprägte familiäre Solidaritätspotenzial bei türkischstämmigen Migranten im Vergleich zu Deutschen hin, die unabhängig von sozialstrukturellen Merkmalen auch »in der nachfolgenden Generation und über alle Altersgruppen hinweg bestehen« (Carnein / Baykara-Krumme 2013, S. 29).