



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe

**GESTALTUNG DES PFLEGEPROZESSES VON
MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND
– eine quantitative Forschung mittels Fallstudie**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt von: Denise Werner

Betreuer: *Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops*

Zweitbetreuer: *Prof*in Dr*in. Júlia Wéber*

Tag der Einreichung: 31.12.2020

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2020-0384-2

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
1.1 Begründung der Themenwahl	3
1.2 Material und Methodik	4
1.3 Migration	5
1.3.1 MIGRATION UND GESUNDHEIT	5
1.3.2 TRANSKULTURELLE PFLEGE	5
2 Das Phänomen/Die Beobachtung	6
2.1 Die Aufnahme	6
2.2 Das Kennenlernen des Sohnes	6
2.3 Die Extubation	7
2.4 Die Operation	8
2.5 Erkenntnisse	10
2.6 Verschluss der Wunde	11
2.7 Die Entlassung	12
3 Analyse der Fallstudie	13
3.1 Kommunikation	13
3.1.1 GRUNDSÄTZE DER KOMMUNIKATION IN DER PFLEGE NACH WATZLAWICK	13
3.1.2 DIE TRANSAKTIONSANALYSE VON BERNE	15
3.1.3 ANWENDUNG	16
3.1.4 FAZIT DER KATEGORIE KOMMUNIKATION	19
3.2 Kultursensible Pflege	20
3.2.1 DIMENSIONEN NACH GEERT HOFSTEDÉ	20
3.2.2 SUNRISE MODELL VON MADELEINE LEININGER	21
3.2.3 ANWENDUNG	23
3.2.4 ZUSAMMENFASSUNG KATEGORIE KULTURSENSIBLE PFLEGE	24
3.3 Angehörige	24
3.3.1 STUDIE VON P. JAMERSON ET. AL	25

3.3.2	STUDIE K. OBRINGER ET. AL	25
3.3.3	STUDIE B. KUHLMANN	26
3.3.4	ANWENDUNG DER STUDIEN AUF DIE FALLBEOBACHTUNGEN	27
4	Forschungsfrage	28
4.1	Empfehlungen	28
4.2	Ausblick	29
4.3	Reflektion der Arbeit	30
5	Quellenverzeichnis	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Asylbewerber Erstaufnahmeeinrichtung M-V (LifV Jahresbericht 2018) _	2
Abbildung 2 Altersaufbau der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommern (LifV 2019) __	2
Abbildung 3 Zeitstrahl _____	6
Abbildung 4 Eigene Darstellung _____	16
Abbildung 5 Sunrise Modell (Vgl. a. Helmer 2005, S. 11) _____	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Migration in Deutschland nach Bundesländern	1
Tabelle 2 Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation (Intensivpflege, 2002)	26

1 Einleitung

Deutschland ist ein multikulturelles Land, das vor allem seit 2015 zunehmend durch Migrationsbewegungen von Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft gekennzeichnet ist. Aus den vielfältigsten Gründen, wie beispielsweise Krieg, Hungersnöte, Familienzusammenschließungen, bessere gesundheitliche Versorgung, ersuchen die Menschen in Deutschland eine neue Heimat. Durch das Mitbringen kultur- und religionspezifischer Überzeugungen, wird unter anderem das Gesundheitswesen vor Herausforderungen gestellt, da gewisse Regeln und Lebensstile mit den Arbeitsprozessen in Deutschland nicht übereinstimmen.

7.12.2020

Statistisches Bundesamt - Ausländische Bevölkerung nach Bundesländern

Migration und Integration Ausländische Bevölkerung nach Bundesländern

Ausländische Bevölkerung am 31.12.2019

Bundesländer	Bevölkerung nach Fortschreibung ¹	Ausländische Bevölkerung nach AZR ²	Anteil in % ³
Baden-Württemberg	11 100 394	1 821 815	16,4
Bayern	13 124 737	1 921 955	14,6
Berlin	3 669 491	812 705	22,1
Brandenburg	2 521 893	132 405	5,3
Bremen	681 202	135 600	19,9
Hamburg	1 847 253	317 560	17,2
Hessen	6 288 080	1 121 230	17,8
Mecklenburg-Vorpommern	1 608 138	79 640	5,0
Niedersachsen	7 993 608	841 165	10,5
Nordrhein-Westfalen	17 947 221	2 710 795	15,1
Rheinland-Pfalz	4 093 903	496 890	12,1
Saarland	986 887	126 095	12,8
Sachsen	4 071 971	215 715	5,3
Sachsen-Anhalt	2 194 782	116 730	5,3
Schleswig-Holstein	2 903 773	263 360	9,1
Thüringen	2 133 378	114 625	5,4
Deutschland	83 166 711	11 228 300	13,5

1: Daten der Bevölkerungsfortschreibung mit Stand zum 31.12.2019.
2: Daten des Ausländerzentralregisters mit Stand zum 31.12.2019.
3: Der Anteil der "Ausländischen Bevölkerung in Prozent" weicht von der offiziellen Ausländerquote ab, da bei der offiziellen Ausländerquote die Zahl der ausländischen Bevölkerung nicht aus dem Ausländerzentralregister, sondern aus der Bevölkerungsfortschreibung verwendet wird.
Quelle: Bevölkerungsfortschreibung, Ausländerzentralregister.

Stand 9. Juli 2020

Tabelle 1 Migration in Deutschland nach Bundesländern

In Betrachtung des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern, ist deutlich zu erkennen, dass der Migrationsanteil bis 2015 stark angestiegen ist. Danach fallen die Zahlen der Erstaufnahmen kontinuierlich bis 2018.

Aufnahmen EAE

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Personen	1.031	407	369	381	425	569	863	950

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personen	1.198	2.287	4.484	23.080	5.960	3.323	2.883

Zum Ende des Jahres 2018 war das Land M-V für die Aufnahme von Asylbewerbern aus 35 Herkunftsländern zuständig. Die Hauptherkunftsländer waren im Jahr 2018:

- Syrien (23,52 %)
- Afghanistan (13,18 %)
- Iran (8,15 %)
- Irak (8,15 %)
- Ukraine (6,45 %)
- Eritrea (4,68 %)

Abbildung 1 Asylbewerber Erstaufnahmeeinrichtung M-V (LifV Jahresbericht 2018)

Daraus lässt sich im Allgemeinen eine Zunahme von Personen mit Migrationshintergrund in diesem Land schließen. Die Altersverteilung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern weist einen hohen Anteil an Menschen mit höherem Alter auf. Dies ist anhand der untenstehenden Abbildung, der Altersverteilung in Mecklenburg-Vorpommern, gut zu erkennen.

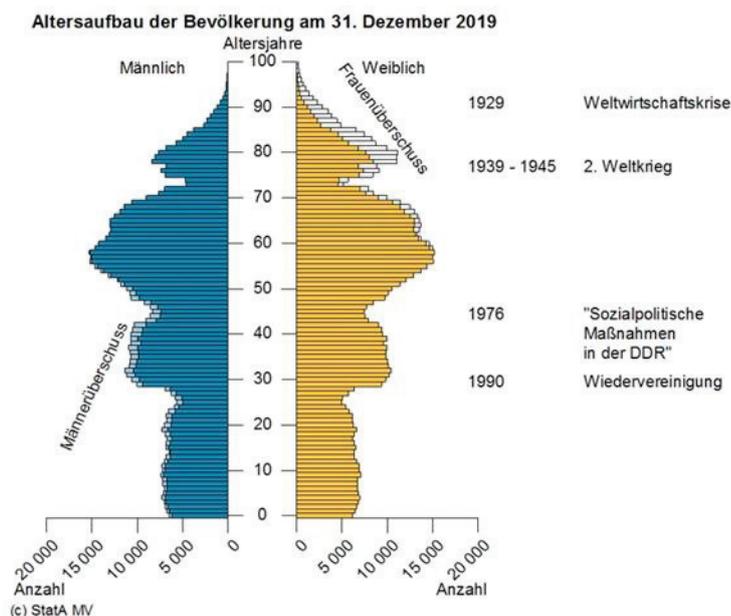


Abbildung 2 Altersaufbau der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommern (LifV 2019)

Da Krankheiten meist im zunehmenden Alter auftreten, kann eine steigende Pflegebedürftigkeit auftreten.

Da es der Anspruch der Pflege sein sollte jede Person, unabhängig ihrer Herkunft, eine qualitativ gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten, reichen einige Arbeitsstrukturen, wie zum Beispiel das Übersetzen von fremden Sprachen mittels Dolmetscher nicht aus, um dieses Ziel zu erreichen. Trotz des Anspruches kommt es leider häufiger als notwendig zu Pflegeproblemen von Personen mit Migrationshintergrund. Aus den verschiedensten Gründen wie zum Beispiel religiöse Ansichten, Umgang mit Erkrankten innerhalb der Familie, Sprachbarrieren, kommt es in der Kurz- und Langzeitpflege zu Konflikten. Diese Konflikte können verbal oder auch körperlicher Art dargestellt werden. So kann es zu Handgreiflichkeiten oder zu Beschimpfungen kommen.

Im Februar 2013 wurde das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ durch das BGBl. I 2013, S. 277 veröffentlicht. Dies besagt, dass Patient*innen ein Mitbestimmungsrecht über die eigene Behandlung haben. Es beinhaltet zudem eine umfangreiche und korrekte Aufklärung über Behandlungsmethoden. Aus eigenen Erfahrungen geht hervor dass einige Personen mit Migrationshintergrund der deutschen Sprache nicht mächtig sind und diese keine adäquate Aufklärung erhalten.

1.1 Begründung der Themenwahl

Wie bereits in der Einleitung angesprochen wurde, steigt der Pflegebedarf auch bei den Personen mit Migrationshintergrund. Auch in meiner eigenen praktischen Tätigkeit auf einer Intensivstation lassen sich derartige Tendenzen erkennen. Immer wieder auftretende Probleme mit der Kommunikation von fremdsprachigen Patient*innen. Dies begründet sich in der Vielfalt der Migrationshintergründe und ebenso bei den nicht ausreichenden sprachlichen Kenntnissen des Gesundheitspersonals.

In meiner Ausbildung haben wir Englischunterricht für wenige Stunden abgeleistet. Dies sicherte eine kleine Grundlage für englische Vokabeln bezogen auf fachliche Ausdrücke. Ich kann jedoch nicht behaupten, dass das ausreichen

würde, um einen adäquaten Austausch mit Patient*innen, die keine Deutschkenntnisse haben, zu gewährleisten. Denn sind es doch die wenigsten Patient*innen die Englisch sprechen. Diese Situation gab mir das Gefühl, den Patient*innen die benötigte Pflege nicht zukommen lassen zu können. Somit entschied ich mich das Thema, Gestaltung des Pflegeprozesses von Menschen mit Migrationshintergrund in Hinblick der Kommunikation, zu erarbeiten.

Ziel meiner Bachelorarbeit soll es sein, Lösungswege für eine Region, die sich am Anfang des Wandels im Bereich der Pflege mit Migration befindet, zu entwerfen.

1.2 Material und Methodik

Diese Arbeit basiert auf der Methode der Fallstudie oder auch unter dem englischen Begriff ‚Case Study‘ bekannt. Dies ist eine quantitative Forschungsmethode, um ein Phänomen aus verschiedenen Sichtweisen zu betrachten und zu analysieren. Die Fallstudie auf eigene Beobachtungen (Feldforschungstagebuch) zu stützen, die sich auf pflegerische Aspekte beziehen, war eine leichte Entscheidung. Dadurch wurde die Verbindung von Literatuarbeit und quantitativer Forschung möglich. Hierbei wird das Unternehmen/Einrichtung/Klinikum keinen Bezug zur Thematik finden. Beobachtungskriterien der Fallstudie waren Kommunikation, Angehörige, pflegerisches Handeln, kulturelle Unterschiede.

Bei der Analyse nach Yin (Vgl. V. Doege, S. Martini 2008, S 151ff) wird die Fallstudie in bestimmte Kategorien eingeteilt und relevante Daten zu diesem Thema gesammelt und ausgewertet. Die Kategoriebildung erfolgte nach den relevanten Forschungsfragen. Nachdem die Fallbeobachtung nach 64 Tagen abgeschlossen wurde, begann die Arbeit an der Literaturrecherche. Hierzu verwendet wurden die Suchmaschinen Google, Google Scholar und PubMed. Suchbegriffe waren unter anderem, Pflege von Migranten, Migration, Leitfadene Pflegeprozess, Bevölkerungszahlen, Migrationsanteil.

Die Pflegesituation von einem Patienten auf der Intensivstation, welche sich über mehrere Wochen erstreckte, ist eine atypische Situation, denn es traten bis dahin keine weiteren Ereignisse dieser Art auf. Wichtig ist das Thema dieser Arbeit, als

Chance zur Veränderung der Pflegegestaltung zu sehen. Um einen genauen Bezug zu erlangen werden folgend einige Begriffe erläutert und dann die Fallstudie dargestellt.

1.3 Migration

Der Begriff Migrant*in stammt vom lateinischen Wort „migrare bzw. migratio“ ab und heißt so viel wie wandern, wegziehen, Wanderung. "Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht". (BAMF 2006)

1.3.1 Migration und Gesundheit

Migranten*innen kommen mit den unterschiedlichsten Gesundheitszuständen nach Deutschland. Hierbei spielen die sozioökonomischen Determinanten des Herkunftslandes eine große Rolle. Das heißt, sie bringen differente Voraussetzungen, nicht nur in ihrer Kultur und Muttersprache, mit sich. Zum Beispiel können die Lebensumstände durch Krieg, Hungersnöte, keine Trinkwasserversorgung oder Luftverschmutzung erschwert worden sein. (Razum/Saß 2015, Bundesgesundheitsblatt, S. 513)

1.3.2 Transkulturelle Pflege

Transkulturell bedeutete die Fähigkeit zu haben, die Eigenarten anderer Kulturen zu erkennen und diese in den eigenen Handlungen zu integrieren.

„Pflege ist vor allem dann und von sich aus transkulturell, wenn sie sich an den existentiellen Bedürfnissen des Menschen orientiert. Denn diese Bedürfnisse sind für alle Menschen aller Zeiten und aller Kulturen dieselben. Bloß ihre Reihung, Gewichtung und Bedeutung wird aufgrund kulturbedingter Auffassungen oft unterschiedlich sein“. (Lenthe,2017)

2 Das Phänomen/Die Beobachtung

Da sich das Phänomen über mehrere Wochen erstreckte, soll dieser eigens erstellte Zeitstrahl die wichtigsten Vorkommnisse besser einordnen.

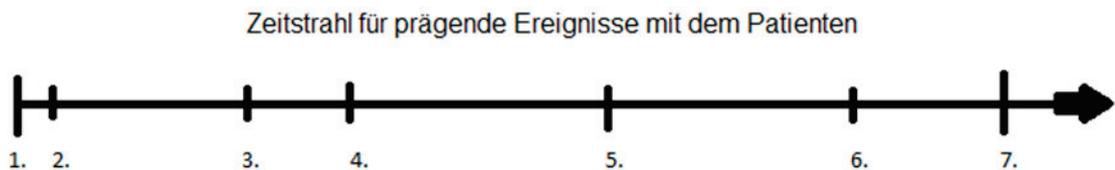


Abbildung 3 Zeitstrahl

Teilüberschrift kennzeichnet ein Ereignis, welches mit den Patienten in Zusammenhang steht. Diese Erfahrungen tragen zur Erläuterung des Phänomens bei.

2.1 Die Aufnahme

Während der Arbeit auf einer operativen Interdisziplinären Intensivstation, wurde ein Patient von einer anderen Station aufgenommen. Er kam mit dem Verdacht einer Sepsis, aufgrund verschiedenster Symptome. Unter anderem hatte er Fieber, keine Eigendiurese und wurde somnolent. Bei der Aufnahme wurde der Patient körperlich untersucht, bei der eine Katheterinfektion am linken Unterarm festgestellt. Angesichts der Somnolenz war eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten nicht möglich. Das war auch die Indikation diese Person zu intubieren und an eine Beatmungsmaschine zu schließen. Er bekam die entsprechenden Medikamente für die Sedierung und für den Erhalt des normotonen Kreislaufes. Laut den Blutgasanalysen stieg der Kaliumwert, so dass der Anschluss an eine Dialyse unumgänglich war. Ungefähr nach einer Stunde Aufenthalt, auf der Station, kam der aufgeregte Sohn und wollte sich nach seinem Vater erkundigen.

2.2 Das Kennenlernen des Sohnes

Der Sohn ging sofort zu seinem Vater und machte nicht den Anschein, als würde ihn irgendetwas davon abhalten können. Eine Kollegin war zu diesem Zeitpunkt gerade beschäftigt, den Vater nach der ganzen Aufnahmesituation pflegerisch zu

versorgen. Beim Aufschneiden des Verbandes am linken Unterarm, um die Wunde zu säubern, tat der Sohn seinen Unmut lautstark kund. Er schrie in gebrochenem Deutsch, was wir mit seinem Vater machen und warum der linke Arm so aussah. Der Versuch zu erklären, dass dort ein Katheter lag und der sich entzündet und infiziert hat, wurde des Öfteren durch den Sohn unterbrochen. Es machte den Anschein, als würde es ihn nicht interessieren. Aufgrund dessen haben wir uns entschieden den zuständigen Oberarzt zu informieren, so dass der Sohn ärztlicherseits aufgeklärt wird.

Der Oberarzt kam und sofort änderte sich die Einstellung des Sohnes. Er war freundlich und hörte dem Arzt aufmerksam zu. Nachdem er ausreichend Informationen ärztlicherseits hatte, durfte der Verband am linken Unterarm, nach der Wundreinigung, erneuert werden. Nach der Wundversorgung erfolgte die Lagerung des Patienten, die Sortierung der Geräte, Kabel und Infusionsleitungen, um dann Ruhe einkehren zu lassen. Der Sohn hatte nun Zeit sich an die Seite des Vaters zusetzen.

Angesichts der angespannten Situation mit dem Sohn wurde die Station angerufen, die den Patienten vorher betreute. Es konnten einige Informationen zur Herkunft des Patienten eingeholt werden. Der Patient stammt aus Bosnien Herzegowina und er weist nur sehr wenig Deutschkenntnisse auf. Sein Sohn hatte ihn in der Vergangenheit jeden Tag besucht und die Ehefrau des Patienten kam ein bis zweimal die Woche. Die Ehefrau spricht deutlich besser Deutsch als die beiden Männer. Als Ansprechpartner*in wurde die Ehefrau im Verlauf bevorzugt.

2.3 Die Extubation

Es vergingen neun Tage, bis sich der Patient durch die bestehende Therapie stabilisierte und die Blutwerte sich normalisierten. Dies war der Zeitpunkt den Patienten aus dem künstlichen Koma aufwachen zu lassen und von der Beatmungsmaschine zu befreien. Der Extubationsprozess verlief ohne Komplikationen. Zu je einer Seite des Bettes standen Pflegekräfte und versuchten den Patienten so schonend wie möglich aufwachen zu lassen. Eine Hand wurde auf seinen Brustkorb gelegt, um ihm zu signalisieren das er ruhiger

atmen sollte. Plötzlich schlug er die Hand weg und wurde der Pflegekraft sehr aggressiv gegenüber. Er drückte die Pflegekraft weg und der Kollege kam zur Hilfe und hielt die Arme des Patienten fest. Als der Kollege mit ihm kommunizierte, wurde der Patient etwas ruhiger. Andere Kollegen*innen hörten das aggressive Schreien und kamen, um zu helfen. Die Situation konnte dank des Kollegen entschärft werden, so dass die anderen Kollegen*innen wieder gehen konnten. Da offensichtlich war, dass der Patient keinen Kontakt aufbauen wollte, ging die Pflegekraft aus dem Zimmer. Der Kollege blieb und übernahm die pflegerischen Tätigkeiten für den Moment.

In der Zwischenzeit informierte der behandelnde Arzt die Ehefrau über den aktuellen Zustand des Patienten. Sie war sehr dankbar im Gespräch und kündigte gleichzeitig ihren Besuch am heutigen Tag an. Im Laufe des Tages versuchte die Pflegekraft Kontakt zum Patienten aufzubauen, aber bei jedem Versuch drehte er sich weg oder zeigte nonverbal eine abweisende Geste mit der Hand. Selbst den Verbandswechsel seines linken Unterarms verweigerte er. Die Wunde des Unterarms hat sich so verschlechtert, dass erwägt wurde chirurgisch eine Wundsanierung durchzuführen. Als die Ehefrau zu Besuch kam, wurde sie befragt, wie mit dem Ehemann umgegangen werden soll, um die Situation zu verbessern. Sie war sehr schüchtern und wickelte einige Fragen aus. Doch nachdem sie etwas Vertrauen gefasst hatte, gab sie preis, dass er Frauen nicht so sehr tolerierte, wie Männer. Der Sohn wäre für den Familienvater in der Rangfolge das Wichtigste. In diesem Gespräch wurde die Frau nach den Deutschkenntnissen des Patienten befragt. Der Patient verstehe sehr gut Deutsch und könne sich ausreichend artikulieren, um verstanden zu werden. Diese Information bedeutete natürlich, dass das Schweigen und Nicht Deutsch sprechen ein Zeichen der Ablehnung ist.

2.4 Die Operation

Nachdem vor drei Tagen die chirurgische Wundsanierung des linken Unterarms erwogen wurde, entschieden sich die zuständigen Ärzte für diesen Eingriff. Die Aufklärung des Patienten erfolgte im Beisein des Sohnes und der Ehefrau. Der

Sohn übernahm die Übersetzung der Informationen, da wir zu diesem Zeitpunkt Niemanden im Krankenhaus hatten, der serbisch sprechen konnte. Die Ehefrau kämpfte sehr stark für diesen Eingriff, um eine Besserung der Situation für den Ehemann hervorzubringen. Der Sohn hingegen wollte diese Therapieform nicht. Er brachte in der gesamten Unterhaltung Argumente, um diesen Eingriff nicht stattfinden zu lassen. Dennoch entschied sich der Patient dafür. Es ließ sich vermuten, dass die Ehefrau der Grund war, diese Entscheidung so zu treffen. Aus dem Gespräch heraus konnte das nicht nachvollzogen werden.

Am selben Tag wurde der Patient für die Operation mit Medikamenten so sediert, dass er keine Beatmungsmaschine brauchte, aber den Eingriff auch nicht bewusst wahrnehmen konnte. Der Eingriff dauerte zwei Stunden und 30 Minuten, da die Wundrevision mit der darauffolgenden vacuum assisted closure (VAC) Therapie verknüpft werden musste. (mediset clinical products, o.J.) Bei dieser Therapieform wird ein Schwamm in die Wunde gelegt und mit einem Luftdichten System versehen. Durch den Unterdruck der Pumpe entsteht ein Vakuum in der Wunde und die Wundflüssigkeit wird abgesaugt, sodass es zu keinen Infektionen kommen kann. Das zeitliche Ende der Operation bedeutete, dass ich den Patienten im Frühdienst nicht mehr aus dem Operationssaal abholen würde. Meine Kollegin tat dies im Spätdienst, dort ereignete sich eine weitere prägende Situation.

Den nächsten Tag übernahm ich den Patienten wieder und las mir die Dokumentation der zwei vorherigen Dienste durch. Dort eskalierte die Situation nach der Operation mit dem Sohn auf Station. Es ist üblich das Patienten*innen nach einem operativen Eingriff eine Nahrungskarenz einhalten müssen. Das wusste auch der Sohn, der an der Aufklärung des Eingriffes mit den darauffolgenden Behandlungen teilnahm. Jedoch brachte er dem Vater eine Pizza mit und gab ihm in der Abwesenheit der Gesundheits- und Krankenpflegerin diese zu essen. Der Patient erbrach und verunreinigte das Patientenbett. Die Kollegin bemerkte die Situation und eilte zur Hilfe. Als sie sah das er Pizza gegessen hat, wurde sie emotional und erklärte dem Sohn und auch dem Patienten mit Nachdruck, dass das keine Option wäre. Der Sohn wurde aufgebracht und der Patient schlug die Gesundheits- und Krankenpflegerin. Sie

eilte aus dem Zimmer und holte sich Verstärkung vom zuständigen Oberarzt. Dieser erklärte den beiden Männern, sowie auch die Pflegekraft zuvor, dass eine Nahrungskarenz einzuhalten ist und verbot dem Sohn Nahrung mit auf die Station zu bringen. Auch hier zeigte sich wieder eine Einsicht der beiden Männer, da anscheinend Respekt dem Oberarzt gegenüber gebracht wurde.

2.5 Erkenntnisse

Nach dem letzten Ereignis am Tag der Wundrevision des linken Unterarms, versuchte das Pflegepersonal einen männlichen Kollegen in jedem Dienst dem Patienten zuzuweisen. Das Pflegeteam besteht zu 85% aus weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und 15% aus männlichen Gesundheits- und Krankenpflegern. Somit konnte dem Patienten nicht in jedem Dienst ein männlicher Kollege garantiert werden.

So kam es öfter vor, dass weibliche Kolleginnen in einigen Diensten körperlich vom Patienten angegriffen wurden. Die Intoleranz dem Patienten gegenüber stieg im Pflegeteam und kein*e Gesundheits- und Krankenpfleger*in erklärte sich freiwillig bereit mit ihm zu arbeiten. Nachdem diese Situation mit der Stationsleitung erläutert wurde, wurde dies zudem mit dem Chefarzt aufgearbeitet. Der Chefarzt verstand die Situation gut und arrangierte ein Treffen mit der Ehefrau und dem Sohn des Patienten. Den Angehörigen sollte bewusst gemacht werden, wenn sich das Verhalten des Patienten nicht verändert, würde eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus in Betracht gezogen werden. Die Ehefrau fing zu weinen an und der Sohn sagte, dass eine Verlegung nicht möglich sei. Die Aussage machte die Pflegekraft und den Arzt stutzig. Nachdem ausdrücklich um Wahrheit geboten wurde, überredete die Frau den Sohn alles zu offenbaren. Eine Verlegung war keine Option für die Familie, weil der Vater vor dem Krankenhausaufenthalt nach Bosnien Herzegowina hätte ausreisen müssen. Der Vater wurde in Deutschland geduldet und ist an Mecklenburg-Vorpommern gebunden. (§ 61 Abs. 1d AufenthG) Laut dem Gesetz können Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand nicht dem Land verwiesen werden. (§60 Abs.7 AufenthG) Dann erklärte die Frau, dass sie nicht die rechtliche Ehefrau sei, sondern diese in Bosnien Herzegowina lebe. Der Sohn

stamme aus der Ehe mit der Frau aus Bosnien Herzegowina, welches den Sohn als alleinigen Ansprechpartner für das Personal machte. Nach diesem Gespräch erklärte sich das medizinische Personal den Patienten weiter zu betreuen und die Angehörigen sprachen mit dem Familienvater.

2.6 Verschluss der Wunde

Der Patient verbesserte sein Verhalten, dem weiblichen Pflegepersonal gegenüber, nach dem Gespräch. Es gab keine körperliche Gewalt mehr, jedoch weiterhin Kommunikationsschwierigkeiten. Viele Pflegekräfte versuchten sehr einfühlsam zu sein und übersetzten mit ihrem Handy bestimmte Fragen oder Aussagen. Das funktionierte phasenweise sehr gut, konnte jedoch nicht in jeder Situation verwendet werden. An diesem Tag stand die Entfernung der VAC an. Die Vorbereitungen beinhalten die Aufklärung des Patienten über den Eingriff und einige pflegerische Maßnahmen. Die Aufklärung erfolgte mit einem Arzt aus dem Klinikum, der Serbisch spricht. Das Gespräch nahm kaum Zeit in Anspruch und führte zu einer schnellen Durchführung. Das Ergebnis war die Wundverschlussung des linken Unterarms mit einer Naht.

Als der Patient nach dem Eingriff wieder in sein Patientenzimmer gefahren wurde, war der Sohn bereits auf Station und wartete auf seinen Vater. Der Sohn hatte in der Vergangenheit darum gebeten immer bei größeren Therapieveränderungen informiert zu werden. Schließlich konnte der Sohn zu seinem Vater, nachdem der Patient von den Pflegekräften versorgt wurde. Die Pflegekraft hörte, dass der Sohn lautstark mit einer Kollegin diskutierte, also ging sie mit in das Zimmer. Es stellte sich heraus das der Vater wissen wollte wie die weitere Therapie erfolgt und wie lang er noch auf dieser Station bleiben würde. Dies konnte die Kollegin nicht beantworten, daraufhin wurde der Sohn wütend und der Patient ungehalten. Beide Männer sprachen in ihrer Sprache und schrien die Gesundheits- und Krankenpflegerin an. Die Pflegekraft unterbrach die Situation, indem der zuständige Arzt informiert und er zum Gespräch gebeten wurde. Die Pflegekräfte gingen zum Arbeitsplatz, um den beiden Männern die Möglichkeit zu geben sich zu beruhigen.

Nach einer halben Stunde ging die Pflegekraft mit dem zuständigen Arzt zu diesem Patienten. Der Sohn und der Familienvater hatten sich beruhigt und waren aufgeschlossener dem Arzt gegenüber. Das Gespräch verlief etwas holprig, denn der Arzt war sich der deutschen Sprache, genau wie die anderen beiden Männer im Raum, nicht sehr sicher.

2.7 Die Entlassung

Vier Tage nach der Wundverschließung stand die Entlassung des Patienten an. Die Naht sah gut aus, keine Entzündungszeichen zu erkennen. Die Blutwerte haben sich im Verlauf des Aufenthaltes normalisiert. Die Sepsis und das Nierenversagen konnten durch die Dialysetherapie behandelt werden, sodass eine orale medikamentöse Einstellung des Patienten die Nierenfunktion unterstützte, jedoch nicht vollständig übernahm.

Der Sohn wurde zwei Tage zuvor informiert, dass die Verlegung bevorsteht. So war er an dem Tag der Entlassung anwesend. Das gesamte medizinische Personal erwartete die Verlegung des Patienten. Der Patient wurde morgens mit Hilfestellung von einem Gesundheits- und Krankenpfleger pflegerisch versorgt. Nachdem alle Handlungen, die zu einer Verlegung führen abgeschlossen waren, konnte sich der Gesundheits- und Krankenpfleger und der zuständige Arzt bei dem Patienten verabschieden.

Nachdem der Patient verlegt wurde, nahm die Pflegekraft verschiedene Aussagen des Pflegepersonals wahr. Ausrufe wie, „endlich ist der Arsch weg“, „den wird auch niemand vermissen“ und „solches Ausländerpack brauchen wir nicht“ wurden vernommen.

Dieser Fall war zu dem Zeitpunkt die erste größere Auseinandersetzung mit einem Menschen, der einen Migrationshintergrund aufweist, auf der Station. Vielen der Personen, die unmittelbar mit dem Patienten interagierten, blieb die Behandlung dessen, noch Wochen im Kopf. Mich hat es zu meiner Forschungsfrage geführt: „Wie kann der Pflegeprozess von Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet werden, um eine qualitative Pflege zu

gewährleisten? In den weiteren Ausführungen werde ich dieses genannte Phänomen analysieren und Lösungsansätze formulieren.

3 Analyse der Fallstudie

In der Fallanalyse wurden die relevantesten Themen ausgewählt, um die Forschungsfrage bestmöglich zu beantworten. Es folgen ausgewählte Kategorien, die mit bestehender Literatur verglichen und bewertet wurden.

1. Kategorie: Kommunikation
2. Kategorie: kultursensible Pflege
3. Kategorie: Umgang Angehörige

3.1 Kommunikation

Das Wort Kommunikation stammt vom lateinischen Wort «communicatio» ab und bedeutet so viel wie Mitteilung, Unterredung und Verständigung untereinander. (Wortbedeutung [Abruf: 10.11.2020]) Es wird zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation unterschieden. Verbal meint die Verständigung mittels der Sprache und nonverbal durch Gestik und Mimik. Laut Paul Watzlawick wird die nonverbale Kommunikation bewusst und unbewusst ausgeführt. Dies bedeutet das der Mensch nicht nicht kommunizieren kann. (Vgl. E. Matolycz 2009, S. 10)

3.1.1 Grundsätze der Kommunikation in der Pflege nach Watzlawick

Den ersten Grundsatz „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Vgl. E. Matolycz 2009, S. 10) vom Kommunikationsforscher Paul Watzlawick habe ich einen Punkt zuvor genannt. Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren. Auf der verbalen Stufe wird über den Hörkanal mit Sprache, Töne und Musik berichtet. Nonverbal wird dies durch die Körpersprache vollzogen. Gestik, Mimik, Körperhaltung, Blickkontakt und das Erscheinungsbild werden in der Kindheit erlernt und im Verlaufe der Entwicklung verbessert. Somit stehen wir stets ununterbrochen in Mitteilung.

Der zweite Grundsatz gibt an, dass jede Kommunikation einen Inhalts- und Beziehungsaspekt hat. Es werden Informationen und Sachverhalte

(Inhaltsaspekt) in einem Gespräch weitergegeben und gleichzeitig die Beziehung zu dem Empfänger definiert. So können mit einem Inhalt mehrere Beziehungen dargestellt werden. Hier kommt es auf die Äußerungsart an. (Vgl. E. Matolycz 2009, S. 17ff)

Die Interpunktion der Ereignisfolge steht bei Watzlawick als dritter Grundsatz. Sie besagt, dass jede*r Kommunikationspartner*in einen selbst definierten Schwerpunkt in dem Gespräch, für sich, festlegt. Heißt das es unterschiedliche Interessen geben kann, die dann zu Konflikten führen. Das ist die Grundlage für das Missverstehen von Informationen. Sehen die Interessen ähnlich aus, ist das eine Voraussetzung für das Gelingen einer erfolgreichen Mitteilung. (Vgl. E. Matolycz 2009, S. 23ff)

Der vierte Grundsatz, Menschliche Kommunikation geschieht auf digitale oder analoge Art und Weise, definiert das Wie der Weitergabe von Informationen. Digital stellt die Weitergabe mit den aneinanderreihen von Buchstaben als Wort dar. Diese Wörter wurden mit ihrer Bedeutung von Generation zu Generation vermittelt und ist für die Inhalts- und Sachebene geeignet. Analog, zum Beispiel Zeichnungen, Gestiken und Fotos, geben auch Informationen der Inhalts- und Sachebene weiter, jedoch beschreibt es eine Beziehung zum Partner besser. Hier zeigt sich, dass zum Beispiel eine Körperhaltung, mehr über den Beziehungsstatus Preis gibt als das gesprochene Wort. (Vgl. E. Matolycz 2009, S. 29ff)

Zwischenmenschliche Kommunikation verläuft entweder symmetrisch (bei Gleichheit der Beziehungen) oder komplementär (bei Unterschiedlichkeit der Beziehungen), ist der letzte Grundsatz von Watzlawick. Die symmetrisch verlaufende Kommunikation ist zwischen zwei Gleichgestellten oder nach Gleichheit strebenden Partnern vorzufinden. Das können im Beruf zum Beispiel zwei Stationsleitungen im Krankenhaus sein. Sie stehen, beruflich gesehen, auf einer Ebene. Bei der komplementären Kommunikation stehen die Partner*innen im Umkehrschluss auf unterschiedlichen Ebenen, durch den Status oder der Rollenverteilung. Das kann dann eine Pflegekraft und eine Stationsleitung sein. (Vgl. E. Matolycz 2009, S. 34ff)

3.1.2 Die Transaktionsanalyse von Berne

Der Psychoanalytiker Eric Berne nahm den dritten Grundsatz von Paul Watzlawick auf und erweiterte diesen. Das Einbringen von Gefühlen und des Verhaltens einer Person, in die Kommunikation vertieft den Grundsatz. Die Transaktionsanalyse beschäftigt sich mit der Persönlichkeitsstruktur, Analyse der Kommunikation und des Verhaltens zwischen Menschen und der Analyse von bestimmten Transaktionstypen, die sich ständig wiederholen und zu einem bestimmten Ergebnis führen. (Vgl. Baller/Schaller 2017, S.55ff)

Die Persönlichkeitsstruktur unterteilt Berne in das Eltern-Ich, Kindheits-Ich und Erwachsenen-Ich. Bei dem Eltern-Ich liegen alle Information vor, die der Mensch als Kind von Geburt bis Schulbeginn von den Eltern erlernt. Das können Normen und Werte, Verantwortung und Fürsorge, Regeln und Ermahnungen sein. Alle erlernten Aspekte werden abgespeichert und finden zu einem späteren Zeitpunkt Anwendung. Dieses Eltern-Ich kann auch als gelerntes Lebenskonzept definiert werden. Bei dem Kindheits-Ich geht es vor allem um die Erlebnisse und Gefühle des Kindes. Hier werden Emotionen, Kreativität, Neugier und Anpassungen sichtbar gemacht. Es wird zwischen zwei Formen des Kindheits-Ich unterschieden. Einmal das freie Ich, welches für kreatives, spontanes und freudiges Handeln steht. Dort auch zu finden sind unkontrollierte und ungestüme Verhaltensmuster. Bei dem angepassten Ich, handelt das Kind nach den Erwartungen der Eltern. Das schränkt das freie Ich ein. Die letzte Persönlichkeitsstruktur ist das Erwachsenen-Ich. Dieses prüft in der Gegenwart das erlernte Lebenskonzept der Eltern und das gefühlte Lebenskonzept der Kindheit. Es versucht beide Ich-Formen in das aktuelle Lebenskonzept zu integrieren und ein starkes Erwachsenen Ich daraus zu formen. Hierbei geht es nicht darum die anderen Ich Formen auszuschließen, sondern abzuwägen welche Muster hilfreich für bestimmte Situationen des aktuellen Lebens sind.

Somit kommt es bei Berne immer auf den Transaktionstypen innerhalb der Kommunikation an. Wenn sich zwei Kommunikationspartner gegenüberstehen und Person A in dem Zustand des Erwachsenen Ichs Person B um etwas bittet und die Person B im selben Ich antwortet, wird von der komplementären

Transaktion gesprochen. Wobei auch ein Eltern-Ich mit einem Kindheits-Ich kommunizieren kann.



Abbildung 4 Eigene Darstellung

Wichtig ist, dass die Ich-Zustände nicht gewechselt werden. Wird ein Ich Zustand angesprochen, der dann mit einem anderen Ich-Zustand antwortet, wird das eine Überkreuz-Transaktion genannt. Hierbei können leicht Konflikte entstehen. Die verdeckte Transaktion bezeichnet das Verhalten einer Aussage, die zwei Ich-Zuständen zuzuordnen sind. Zum Beispiel, wenn die Aussage als Erwachsenen Ich erfolgte, aber gewissen Anteil vom Eltern-Ich mit sich bringt. „Ich werde es dir noch einmal zeigen“. Diese Aussage trägt den Charakter der Hilfsbereitschaft, welches als Erwachsen anerkannt wird. Es kann jedoch auch ein Tadel mit sich bringen, wie: „Ich habe dir dies schon einmal gezeigt, du müsstest es eigentlich können.“ Das trägt den Beigeschmack einer Mahnung aus dem Elternhaus. (Vgl. Baller/Schiller 2017, S 55ff)

3.1.3 Anwendung

Bezug zur Fallbeobachtung und verglichen mit den Grundsätzen von Watzlawick und Berne, lässt sich feststellen, dass die Kommunikation größtenteils keine gemeinsame Ebene beider Parteien hatte. Nachdem der Patient extubiert wurde, zeigte er nonverbal Zeichen für Ablehnung den Pflegekräften gegenüber. Direkt in der Situation schlug der Patient meine Hand und drehte sich von mir weg. Im Verlauf des Aufenthaltes zeigte der Patient den weiblichen Pflegekräften mit körperlicher Aggressivität, dass er nicht bereit ist mit ihnen zu kommunizieren. Ich würde anhand der Literatur darauf hindeuten, dass die Handlungen des

Eltern- und Kindheits-Ich Einfluss nahmen bei dem Patienten. Da der Patient in Bosnien Herzegowina geboren wurde, seinen größten Teil des Lebens dort verbrachte und er der islamischen Religion angehört, wird dies das Eltern-Ich darstellen.

Im Islam ist die Rollenverteilung strikt einzuhalten. So sind die Männer die Ernährer der Familie und die Hüter der Traditionen. Die Frau ist Hausfrau und Mutter und hat sich um die Kinder zu kümmern. Laut dem Koran sind die Geschlechter nicht all zu unterschiedlich, da der Islam aber von alten Traditionen lebt und diese hinsichtlich der Frauen schwer zu ändern sind, gibt es einige muslimische Männer, die die Frau eine niedrigere Stellung zuweisen. (Vgl. A. Kiefer 2016) So könnte dies bei dem Patienten vermutet werden. Dies ist nicht mit Fakten zu belegen, aber einige Verhaltensweisen deuten darauf hin. So kommunizierte der Patient deutlich mehr mit seinem Sohn als mit der Lebensgefährtin. Sie stand immer hinter dem Sohn und niemals direkt an der Seite des Familienvaters. Auch kam sie niemals allein zu Besuch. Kann auch damit zusammenhängen das sie nicht die erste Frau des Patienten ist. Die Ehefrau wohnt weiterhin in Bosnien Herzegowina. Der Respekt dem männlichen medizinischen Personals gegenüber, hielt ihn an deutlich aufgeschlossener und kommunikativer zu sein. Das Kindheits-Ich wird mit den Vorgaben des Eltern-Ichs zufrieden gewesen sein. So werden die Kinder schon sehr früh mit ihren Rollen in der Gesellschaft erzogen. Den Jungen werden Verhaltensmuster für eine starke Person beigebracht. Das wären zum Beispiel Verantwortung seinen weiblichen Geschwistern gegenüber. Das Führen und leiten, als Oberhaupt der Familie. Die Mädchen hingegen werden früh verheiratet, um ein gutes Ansehen der Familie zu gewährleisten. Aufgrund dessen müssen die Mädchen oft zu Hause bleiben und im Haushalt helfen. Da die Frau auch als Jungfrau in die Ehe gehen soll, werden sie besonders behütet und dürfen in ländlichen Regionen oftmals keine schulische Einrichtung besuchen. (Vgl. A. Kiefer 2016)

Die Verstärkung des Kommunikationskonfliktes mit den Patienten, war die fehlende adäquate Sprache. Weder sprach der Patient gut Deutsch, noch hatten die Pflegekräfte Kenntnis über die serbische Sprache. Der Ethnologe Edward T. Hall beschäftigte sich mit der kulturellen Dimension der Kommunikation. Er fand

heraus, dass Unterschiede in dem kulturellen Verhalten, Konfliktpotenzial in der interkulturellen Kommunikation aufwarf. Laut ihm ist die Sprache nicht nur ein Ausdruck für Gedanken, sondern unmittelbar an der Gedankenbildung beteiligt. Da ein Ereignis zwei unterschiedliche Interpretationen hervorrufen können, sollte die Sprache nie ohne den Glauben betrachtet werden. (Vgl. J. Suska 2012, S. 16) Hall differenziert Kommunikationsaspekte zwischen Kontextorientierung, Raumorientierung, Zeitorientierung und die Informationsgeschwindigkeit. Bei der Kontextorientierung werden zwischen low-context-Kulturen und high-context-Kulturen unterschieden. Low und High werden in diesem Zusammenhang als Begriff der Zugehörigkeit der nonverbalen Zeichen im Gespräch gesehen. Dies bedeutet die low-context-Kultur gibt relevante Informationen sprachlich weiter. Dies lässt keinen großen Raum für Interpretationen offen. So ist in der Situation die Weitergabe der Information wichtiger, als eine Beziehung zu dem/der Kommunikationspartner*in aufzubauen. Die deutsche Sprache ist eine low-context-Kultur. Hingegen die high-context-Kultur mehr Informationen codiert und umschrieben weitergibt. Es werden bildhafte Darstellungen in dem Gespräch verwendet. So ist der Anteil der Körpersprache im Kontext der Kommunikation mehr zu beachten als das gesagte Wort. Es setzt Wissen bei dem/der beteiligten Gesprächspartner*in voraus. (Vgl. J. Suska 2012, S. 16f)

Bei der Raumorientierung geht es um die räumliche Distanz und Körperausrichtung zum/zur Gesprächspartner*in. Unterschieden wird zwischen der intimen, persönlichen, sozialen und öffentlichen Distanz. So ist der Kontakt zwischen zwei Personen bei der intimen Distanz mit engem Körperkontakt und Sexualität beschrieben. Die persönliche Distanz lässt Körperkontakt zu, aber ohne Intimität. Bei der sozialen Distanz werden alle Interaktionen mit Bekannten und Fremden gemeint. Die öffentliche Distanz beschreibt die Begegnung mit einer Persönlichkeit. Je nach Kultur ist das Ausmaß der Distanzen unterschiedlich geprägt. In der Fallstudie stehen der Patient und ich auf der Ebene der sozialen Distanz, wobei ich in seine persönliche Distanz eingreife, da ich meine Hand auf seinen Brustkorb lege. (Vgl. J. Suska 2012, S. 17)

Die Zeitorientierung wird zwischen Monochronie und Polychronie unterschieden. Ersteres werden Handlungen nacheinander abgeschlossen und in der

Polychronie werden mehrere Handlungen gleichzeitig ausgeführt. Weiterer Unterschiede bestehen in der zeitlichen Verpflichtung Termine wahrzunehmen, die Identifikation mit der Arbeit oder der Familie und zuletzt die Neigung zu kurz-/langlebigen Beziehungen. So ist die Monochronie durch kurzlebige Beziehungen, der Identifikation mit der Arbeit und ernst nehmen zeitlicher Termine, geprägt. (Vgl. J. Suska 2012, S. 18)

Bei der Informationsgeschwindigkeit wird lediglich das Tempo der Informationsweitergabe unterschieden. (Vgl. J. Suska 2012, S. 18)

3.1.4 Fazit der Kategorie Kommunikation

Die Kommunikation mit dem Patienten war geprägt von nonverbaler Sprache. Die Gesundheits- und Krankenpfleger*innen standen niemals auf der gleichen Ebene mit dem Patienten. Somit war die Überkreuz Transaktion in der Kommunikation immer vorherrschend. Hierbei gab es auch größtenteils ein Unterschied zwischen digitale und analoge Gespräche. Die Pflegekräfte versuchten auf der Sachebene Inhalt weiterzugeben und der Patient auf analoge Art und Weise. Dies ist begründet durch die fehlenden Kenntnisse der deutschen Sprache und bestätigt den Unterschied zwischen der low- und high-context-Kultur. Die einzige Gemeinsamkeit bestand in der sozialen Distanz zueinander, wobei die Pflegekräfte zweitweise in die persönliche Distanz des Patienten eindringen. Die Gespräche mit dem Sohn standen auch nicht im selben Interesse, da er eine andere Sicht auf den Vater hatte als wir. Wir wollten die gesundheitliche Situation des Vaters verbessern und haben keine persönlichen Komponenten mit einbezogen.

Der Patient wurde ängstlicher, hilfloser und aggressiver, weil er das Gefühl hatte nicht verstanden und seinen Bedürfnissen nicht gerecht zu werden. Auf der Seite der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen wuchs das Gefühl der Unzufriedenheit, weil sie nicht helfen dürften und dem Patienten nicht die qualitativ hochwertige Pflege zukommen lassen konnten.

3.2 Kultursensible Pflege

Kulturelle Unterschiede stehen seit vielen Jahren als Forschungsanlass. In der Fallstudie treffen unterschiedliche Kulturen aufeinander. Um diese Unterschiede klassifizieren und analysieren zu können, wurden unter anderem Dimensionen entwickelt. Die kulturellen Dimensionen von Ethnologen Edward T. Hall und Sozialwissenschaftler Geert Hofstede nehmen in dieser Arbeit Bezug zu dieser Kategorie. Die kulturellen Dimensionen von Hall, wurden in den oben genannten Informationen zur Kommunikation erwähnt. Im nächsten Kapitel wird auf die fünf Dimensionen von Geert Hofstede eingegangen.

3.2.1 Dimensionen nach Geert Hofstede

Die erste „Power Distance“ (PDI) meint die Bereitschaft Ungleichheiten in der Machtverteilung eines Landes hinzunehmen. Je höher die Akzeptanz ist, umso höher gibt es ungleiche Machtverhältnisse. Asiatische Länder haben eine hohe PDI und in den westlichen Ländern eine niedrigere. (U. Lenthe 2016, S. 27)

In der zweiten Dimension geht es um den „Individualism/Collectivism“ (IDV). Hier zeigt sich die Stärke der Bindung zu einer Gruppe. Der Individualismus repräsentiert die Zugehörigkeit zu sich selbst und einzelnen Personen oder der Familie. Die Bindung zu einer Gruppe oder der Gesellschaft ist eher locker. Der Kollektivismus ist geprägt durch das starke Verhältnis zu einem Bündnis. Hier kümmern sich die Menschen untereinander und haben eine hohe Loyalität. Überwiegend zählen hier die high-context- Kulturen hinzu (Asien, Afrika, Lateinamerika). Die low-context- Kulturen sind eher beim Individualismus zu finden. Dazu gehören die westlichen Länder (USA, Deutschland). (U. Lenthe 2016, S. 28f)

Die dritte Dimension „Masculinity/Femininity“ (MAS) zeigt wie stark die Geschlechterrollen voneinander abgegrenzt sind. Hofstede spricht den maskulinen Zügen eher „Behauptung“, „Konkurrenzdenken“ und „Selbstdisziplin“ zu, den feministischen „Fürsorge“, „Bescheidenheit“, „Zusammenarbeit“ und „Umgebung“. Dabei sagt die Dimension nicht nur das Ausmaß dieser Werte an, sondern auch die direkte Geschlechtertrennung. In den Kulturen einer hohen

Maskulinität, werden Frauen- und Männerarbeiten voneinander getrennt. (U. Lenthe 2016, S. 30f)

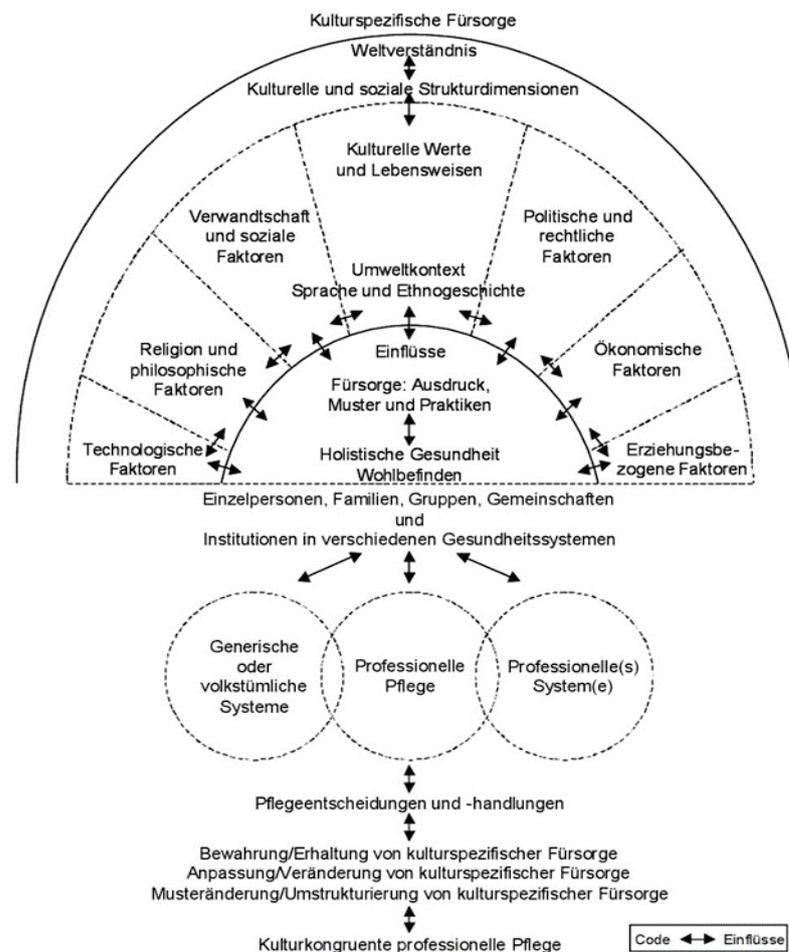
In der vierten Dimension werden Länder in der „avoidance of uncertainty“ unterschieden. Kulturen mit einer hohen Unsicherheitsvermeidung tendieren eher mehr Regeln. So wollen sie der Ungewissheit entgegentreten und geben zum Beispiel mehr Geld für medizinische Produkte, Behandlungen und gesunde Ernährung aus. Es wird sich mehr Sorgen um Geld gemacht und Kinder fühlen sich oft schuldig, wenn sie gegen die Regeln verstoßen. Länder die Unsicherheit akzeptieren machen sich weniger Gedanken um ihre Existenz und versuchen die Unsicherheit nicht mit allen Mitteln zu vermeiden. (U. Lenthe 2016, S. 31f)

Die fünfte Dimension nach Hofstede „Long Term/Short Term“ (LTO) behandelt die Verpflichtung zu Traditionen. Länder mit einer Langzeit-Orientierung tendieren zum Erhalt der vorhandenen Traditionen und weisen eine hohe Loyalität auf. Das Langzeitlebenskonzept sieht vor so schnell wie möglich zu lernen, um später die Früchte dafür zu ernten. In der Kurzzeit-Orientierung stehen Leistung, Freiheit, Rechte und selbstständiges Denken im Vordergrund. Es gibt Regeln und Definitionen, die vorgeben was Gut und Böse ist. Der Erhalt von alten Traditionen nimmt keine hohe Priorität ein. (U. Lenthe 2016, S. 32f)

3.2.2 Sunrise Modell von Madeleine Leininger

Das Sunrise Modell von der Anthropologin Madeleine Leininger befasst sich mit der Auseinandersetzung der Pflege und der direkt in Zusammenhang stehenden Kultur eines jeden Menschen. Das Wort Fürsorge steht im Mittelpunkt ihrer Theorie. „Was Menschen hauptsächlich benötigen, um sich zu entwickeln, um gesund zu bleiben, um Krankheiten zu vermeiden, um zu überleben oder um mit dem Sterben zurechtzukommen, ist human care, die menschliche Fürsorge“ (Vgl. von Bose/Terpstra 2012, S. 12). Leiningers Ziel war es durch kulturspezifische Fürsorge Voraussetzungen für den Erhalt und das Wiedererlangen der Gesundheit zu schaffen. Nachdem sie etwa 12 unterschiedliche Kulturen erforschte stellte sie einen Leitfaden für Pflegekräfte zusammen, um Menschen mit anderen Kulturen pflegerisch versorgen zu können.

Das in Abbildung fünf grafisch dargestellte Modell ist für Pflegekräfte einsetzbar und orientiert sich immer an den einzelnen Pflegebedürftigen und am individuell Pflegenden. So sind die Pflegeentscheidungen und -handlungen immer von den Einflüssen der unterschiedlichen Faktoren, wie zum Beispiel Ökonomie oder Religion/Philosophie, abhängig. Diese Faktoren nehmen Bezug auf die Lebenswelt in Hinblick auf Sorgemuster und Krankheit. Wenn die Pflegenden die drei Handlungsformen: Bewahrung/Erhaltung von kulturspezifischer Fürsorge, Anpassung/Veränderung von kulturspezifischer Fürsorge, Musteränderung/Umstrukturierung von kulturspezifischer Fürsorge, berücksichtigen und anwenden entsteht die kultursensible Pflege. Das Modell wurde so konzipiert, dass es durch Forschung stetig weiterentwickelt werden



kann.

Abbildung 5 Sunrise Modell (Vgl. a. Helmer 2005, S. 11)

3.2.3 Anwendung

Wenn beide Literaturen auf die Fallbeobachtung angewendet werden, ist zu sagen das der Patient aus einem Land stammt, in dem maskuline Ansichten vertreten sind. Dies ist begründet durch die Kriegswirtschaft im Land Bosnien Herzegowina. Seit Jahrzehnten ist das Land gespalten von verschiedenen Lagern. Bosnien, Serbien und Kroatien haben Anteile an der heutigen Regierung und sind sich in vielen Dingen uneinig, welches zu einer ungleichen Verteilung der Machtverhältnisse im Land führt. Somit ist der Kampf um die Familie bei dem Patienten stark präsent. Dies war auch der Grund, warum er mit seinem Sohn das Land verließ und nach Deutschland kam. Er wollte ein sicheres Zuhause schaffen. Die Ehefrau ist dortgeblieben, um bei der Mutter zu bleiben und später nach zu kommen. Der Patient gehört dem Islam an, was für ein kollektives Denken spricht. Der Bund zur Familie und den Angehörigen derselben Religion ist groß. Sie bewahren Traditionen mit sehr viel Engagement und geben diese von Generation zu Generation weiter. Durch die Verhältnisse im eigenen Land war die Unsicherheit sehr hoch, aufgrund dessen war der Patient bestrebt diese zu minimieren und auszuwandern.

Bevor mit dem Patienten kommuniziert werden konnte, hat sich die Pflegekraft bei der Kollegin von der anderen Station, um Informationen zum Patienten bemüht. In diesem Gespräch haben die Gesundheits- und Krankenpfleger*innen erfahren aus welchem Land der Patient stammt, wie seine Sprachkenntnisse sind und dass der Sohn jeden Tag zu Besuch kommt. Die Bindung zwischen den beiden Männern ist sehr stark und der Sohn kümmert sich um alle Belange. Es gibt eine Frau die sehr gut Deutsch sprechen kann und kommt ab und zu mal zu Besuch. Die Pflege versuchte den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden, indem eine männliche Pflegekraft pro Schicht zum Pflegen bereitgestellt wurde. Dies konnte nicht in jeder Schicht gewährleistet werden, weil der männliche Anteil an Pflegekräften zu wenig auf der Intensivstation ist. Der Versuch den Sohn als Vermittler einzubeziehen, um eine bessere Kommunikation zu gewährleisten, wurde erschwert durch die persönliche Ansicht dessen. Es wurden kaum persönliche Hintergründe mit dem Patienten selbst besprochen. Diese Informationen erhielten wir von der Lebensgefährtin. Sie

sagte uns was der Patient für Essen bevorzugt, welche Pflegeprodukte zu Hause verwendet werden und warum er den Pflegerinnen aggressiv gegenübertritt. Nachdem die Situation mit allen Beteiligten eskalierte, gab es ein Gespräch mit dem Chefarzt, dem Sohn, der Lebensgefährtin und der Gesundheits- und Krankenpflegerin, um das weitere Zusammenarbeiten zu definieren. Dort erhielten wir die Information das der Patient ein Duldungsverhältnis hier in Deutschland hat und das es eine Ehefrau in Bosnien Herzegowina gibt. Somit war rein rechtlich die Lebensgefährtin nicht Entscheidungsberechtigt bei der Behandlung des Pateinten.

3.2.4 Zusammenfassung Kategorie kultursensible Pflege

Grundlegende Informationen zum Patienten waren vorhanden und die sprachliche Barriere wurde durch Dolmetscher und das Einbinden des Sohnes versucht zu überwinden. Bedürfnisse des Patienten wurden eher körperlicher Natur gesehen und kulturelle Hintergründe kaum beachtet. Aufgrund des abschätzenden Verhaltens des Patienten und der fehlenden kultursensiblen Pflege der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, kam keine gute Basis für eine professionelle Behandlung zustande. Rein körperlich gesehen wurden die Therapieziele erreicht und der Patient konnte die Intensivstation verlassen. Dies zog sich über mehrere Wochen hinweg, welches vielleicht hätte verkürzt werden können, wenn die Zusammenarbeit besser funktioniert hätte.

3.3 Angehörige

Ein Jeder fühlt sich in den Kreisen seiner Familie am wohlsten, auch wenn es einem gesundheitlich nicht gut geht. In der heutigen akuten Medizin wird aus den verschiedensten Gründen, das Einbinden von Angehörigen im Heilungsprozess des zu Pflegenden vernachlässigt. In der Recherche konnte festgestellt werden, dass es nur sehr wenig Literatur gibt und das Thema Angehörige in die Pflege mit einzubinden in den meisten Fällen keine Priorität hat.

3.3.1 Studie von P. Jamerson et. al

Ziel ist es die Erfahrungen von Familien mit einem Angehörigen auf der Intensivstation zu erforschen. Es wurden 18 Frauen und 2 Männer mit einem Angehörigen auf einer chirurgisch Trauma Intensivstation, mittels unstrukturierter Interviews befragt. Bei der Transkription wurden vier Kategorien gebildet, wobei der Schwebestand, Suchen von Informationen, Tracking und Sammeln von Ressourcen definiert sind. In der Auswertung wurde festgehalten, dass die Angehörigen in der ersten Phase auf der Intensivstation Unsicherheit, Stress und Verwirrung empfinden. Um sich aus diesem Schwebestand zu befreien, sind die Angehörigen auf der Suche nach Informationen. Diese beinhalten den Zustand und Fortschritt des Patienten. Des Weiteren wird die Patientenversorgung, die Zufriedenheit der Familie mit den Gegebenheiten und den Betreuern des Patienten beobachtet und gewertet (Tracking). Die letzte Kategorie beschreibt was die Angehörigen und der Patient an Ressourcen benötigen. Das Ergebnis der Studie ist, dass das medizinische Personal die Unsicherheiten, den Stress und verbundene Ängste nur durchbrechen können, indem sie ehrlich Informationen weitergeben und die Bedürfnisse des Patienten und deren Angehörigen, so gut es geht, berücksichtigen. (Jamerson et. al 1996)

3.3.2 Studie K. Obringer et. al

In dieser Studie wurden die Bedürfnisse von Angehörigen der Intensivpatienten im mittleren Westen der USA untersucht. Hierbei wurden Fragebögen des Critical Care Family Needs Inventory an die betroffenen Personen verteilt. Diese, bestehend aus 45 Fragen mit der Bewertungsskala von sehr wichtig bis nicht wichtig, sollen die Bedürfnisse der Angehörigen ermitteln. Entwickelt wurde der Fragebogen von Molter, N. 1979 und Jeske, J. nahm Änderungen vor. Im Anhang wurde der Fragebogen hinzugefügt.

45 Fragebögen wurden abgegeben und in der Auswertung stellte sich heraus, dass die Sicherheit an höchster Stelle steht und die Unterstützung der Angehörigen am wenigsten Priorität aufweist. Somit können die Gesundheits-

und Krankenpfleger*innen den Bedürfnissen am ehesten gerecht werden, wenn der Patient in jeglicher Hinsicht in Sicherheit ist. (Obringer et. al 2012)

3.3.3 Studie B. Kuhlmann

Barbara Kuhlmann hat sich mit dem Thema der Angehörigen auf einer Intensivstation befasst und mehrere Studien zusammengetragen. Dies veröffentlichte sie in der Zeitschrift Intensivpflege 2002 Ausgabe 10.



Tab. 2 Ergebnistabelle der Studien, die das CCNFI verwendeten. n bedeutet die Anzahl der befragten Angehörigen ¹

	Molter 1979 n = 40	Leske 1986 n = 20	Leske 1991 n = 905	Freichels 1991 n = 41	Kleinpell 1992 n = 64	Mendonca 1998 ¹ n = 52	Bitjttebier 2001 n = 200
fühlen, dass es Hoffnung gibt [§]	1	1	4	8	8	?	13
fühlen, dass sich das Personal um den Patienten sorgt/kümmert [§]	2	8	8	5	11	4	7
den Warteraum in der Nähe des Patienten haben [○]	3	11	15	27	24	?	38
zu Hause angerufen werden, wenn sich der Zustand des Patienten ändert [○]	4	7	6	4	2	1	5
die Prognose wissen [§]	5	3	3	6	7	2	3
auf Fragen eine ehrliche Antwort bekommen [§]	6	2	1	1	1	3	1
spezielle Fakten wissen, die den Fortschritt des Patienten betreffen [§]	7	4	5	2	3	5	6
1x am Tag Informationen über den Patienten erhalten [○]	8	6	9	9	10	8	9
Erklärungen in verständlichen Worten erhalten [§]	9	5	10	7	12	?	4
den Patienten häufig sehen [○]	10	9	13	?	15	9	14
wissen, warum Dinge für den Patienten getan werden ⁺	14	10	12	?	9 oder 4	?	8
sicher sein, dass dem Patienten die bestmögliche Pflege zukommt [§]	13	12	2	3	6	10	2
wissen, wie der Patient medizinisch behandelt wird ⁺	17	14	7	?	5	6	12
genau wissen, was für den Patienten getan wird ⁺	15	13	11	10	4 oder 9	7	11
über Verlegungspläne unterrichtet werden [○]	19	23	15	entfällt	18	?	10

¹ In der Veröffentlichung sind nur die wichtigsten 10 Bedürfnisse aufgeführt

* = Bedürfnisse der Kategorie Unterstützung, + = Bedürfnisse der Kategorie Information, § = Bedürfnisse der Kategorie Zusicherung, ○ = Bedürfnisse der Kategorie Nähe

Table 2 Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation (Intensivpflege, 2002)

In diesen Studien werden Angehörige nach deren Bedürfnissen befragt. N steht für die Anzahl der befragten Personen und die Zahlen zu den Bedürfnissen gibt den Stellenwert dessen wieder. So ist: „fühlen, dass es Hoffnung gibt“ an erster Stelle bei Molters- und Leskes Befragung. In allen Studien ist: „auf Fragen eine

ehrliche Antwort bekommen“ mit einer hohen Bewertung versehen. Dies hat sich über die Jahre kaum geändert. Die Ergebnisse der Studien zeigen das Zusicherungen, Informationen und Nähe die wichtigsten Wünsche der Angehörigen darstellen. (siehe Tabelle 2, Seite 33)

Warum ist es so wichtig die Bedürfnisse der Angehörigen zu kennen? Laut den Studien kommt es zu einer besseren Behandlung für den Patienten und die Gesundheits- und Krankenpfleger*innen werden in gewisser Weise von einigen Aufgaben entlastet. So kann die Zusammenarbeit mit der Familie, die Umstände für den Patienten erleichtern, das Vertrauen zu den Pflegenden stärken, den Patienten und die Lebensverhältnisse besser beleuchten und eine bessere Heilung von der Erkrankung erreichen.

Vor allem ist die Bindung zwischen den Angehörigen und den Patienten in anderen Kulturen umso wichtiger. Wie in den oberen Abschnitten erwähnt wurde, ist im Islam die Bindung der Familie und seinen religiösen Gleichgesinnten stark. So heißt es im Koran das sich nur die Eheleute gegenseitig reinigen dürfen oder des gleichen Geschlechts. Es soll möglichst kein Kontakt zu Nicht-Muslimen aufgebaut werden. So ist es in der Tradition fest verankert die kranken Angehörigen zu pflegen und sie so oft es geht zu besuchen. Selbstgekochtes Essen mitzubringen soll den Kranken Familienmitgliedern helfen gesund zu werden. (von Bose/ Terpstra, 2012, S. 29ff)

3.3.4 Anwendung der Studien auf die Fallbeobachtungen

In der Fallstudie wurde der Sohn in den Pflegeprozess mit eingebunden, indem er als Dolmetscher für den Vater fungierte. Die Lebensgefährtin wurde nach Lieblingsspeisen, Pflegeprodukten und Verhaltensweisen befragt, um eine bessere Zusammenarbeit mit dem Patienten herzustellen. Indem männliches Personal eingesetzt wurde, versuchte das medizinische Personal den Unterschied zwischen den Geschlechterrollen in der Lebenswelt des Sohnes gerecht zu werden. Im Verlauf wurde festgestellt das der Sohn und der Patient bereit waren mit männlichen Personen zu sprechen. Es gab mehrere Angehörigengespräche seitens der Ärzte*innen, um den aktuellen

Behandlungsstatus jeweils zu klären und andere Therapieformen zu besprechen. Es wurde nicht versucht den Sohn oder die Lebensgefährtin in die pflegerischen Handlungen mit einzubeziehen. Der Sohn brachte im Verlauf Essen für den Vater mit, da es als seine Pflicht besteht ihn zu versorgen in Krankheit. Dieses wurde von der Gesundheits- und Krankenpflegerin negativ aufgenommen und es kam zum Konflikt, weil die Nahrungsaufnahme dazu führte das der Patient erbrach.

4 Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie der Pflegeprozess von Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet werden kann. Anhand der Fallbeobachtung wurde bestehende Literatur verglichen und angewendet. Ergebnis dieser Forschung ist das es viel Potenzial zur Weiterentwicklung der kultursensiblen Kompetenzen der Pflegekräfte gibt.

So ist zu sagen, dass sich diese Analyse rein auf die Intensivstation fokussiert, in der die Fallbeobachtung stattfand. Die Lösungsansätze im Bezug zum Fall werden verallgemeinert. Denn in Hinblick zu steigenden Zahlen der Zuwanderung in Mecklenburg-Vorpommern, wird dieses Phänomen häufiger zu beobachten sein.

4.1 Empfehlungen

Tritt die Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund ein, so ist dies gleichzusetzen mit dem völligen Verlust der Selbstständigkeit. Aufgrund dessen versuchen die Erkrankten so lang wie möglich in den Kreisen der Familie zu bleiben. Muss der/die Erkrankte in einem Krankenhaus pflegerisch versorgt werden, so ist das Misstrauen den Gesundheits- und Krankenpfleger*innen gegenüber groß. Ist der/die Patient*in fähig sich verbal zu äußern, so muss gleich zu Beginn darauf geachtet werden, nach den Bedürfnissen der zu pflegenden

Person zu fragen. Das Aufbauen einer vertrauensvollen Beziehung sollte das Ziel sein. Liegt eine sprachliche Barriere vor, muss ein Dolmetscher oder ein Angehöriger in das Aufklärungsgespräch miteinbezogen werden. In diesem Gespräch sollte der Leitfaden von Madeleine Leininger (1998) verwendet werden. So können wichtige kulturelle Handlungen für den/die Patient*in in die Pflegehandlungen integriert werden. Es muss den zu pflegenden Personen auch verdeutlicht werden, wenn einige Rituale oder Vorstellungen nicht realisiert werden können. Die Angehörigen sollten bei diesem Gespräch dabei sein, um Klarheit für alle Beteiligten zu schaffen. Ist der/die Patient*in nicht in der Lage zu kommunizieren, so sind alle pflegerischen Handlungen und Bedürfnisse mit den Angehörigen zu definieren, in Hinblick der Kultursensibilität. Wenn die Familienmitglieder nicht anwesend sind, kann sich auf eine bildliche Kommunikation geeinigt werden. Der Einsatz von Kommunikationskarten oder auch einen Übersetzer via Handy oder Tablett verhindern Missverständnisse und minimieren das Potenzial falsch verstanden zu werden.

Ist das erste große Gespräch erfolgt, so sollten gewisse geschlechterspezifische Handlungen versucht werden umzusetzen. Wenn der Patient die Ganzkörperpflege nicht von weiblichen Pflegekräften erhalten möchte, muss versucht werden eine männliche Pflegekraft für diese Handlung zu organisieren. Wenn das Verhältnis der Pfleger zu den Pflegerinnen geringer ist, kann den Patient*innen eine Alternative geboten werden. Eine Alternative könnte das Einbinden der Angehörigen sein. Wenn die Zeit seitens der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen vorgegeben werden, da sie einen Überblick über andere Therapieverfahren haben, können die Familienmitglieder die Körperwaschung übernehmen. Das Einbinden in die pflegerischen Handlungen erleichtert die Prozesse für den Patienten und auch für die Pflegekräfte.

4.2 Ausblick

Bestehende Strukturen zu verändern ist immer schwierig, vor allem wenn die Mitarbeiter*innen sich mit Veränderungen unwohl fühlen. So wäre eine Lösung Änderungen im Medizinstudium und der Pflegeausbildung vorzunehmen. Die

Pflegeausbildung beinhaltet nur wenig Englischunterricht und bereitet kaum auf die verschiedensten Kulturen vor. Ein Vorschlag wäre eine Curriculare Einheit zu schaffen, indem die Religionen und deren verschiedenen Kulturen in Hinblick auf das Sunrise Modell von Madeleine Leininger bearbeitet werden. So könnte im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG der CE 09 „Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen“ diese Vorgehensweise als Rollenspiel oder Projekttag integriert werden.

Die Akzeptanz verschiedenster Kulturen muss im Gesundheitswesen mehr thematisiert werden, denn die Migrationszahlen werden nicht sinken und der Pflegebedarf von Menschen mit Migrationshintergrund wird steigen. Im Rahmen dieser Arbeit wurden zwei Ärzte befragt, ob das Thema Kultursensibilität Inhalt des Medizinstudiums wäre. Unabhängig voneinander sagten beide, dass nur wenig kulturelle Hintergründe thematisiert werden. Dies ist sich im Studium selbst anzueignen. Aufgrund dessen wäre es der Wunsch mehr Inhalt zum Thema unterschiedliche Kulturen zu integrieren.

4.3 Reflektion der Arbeit

Zu dieser Arbeit ist zu sagen, dass vor allem in den ersten beiden Kategorien sehr viel Literatur zu finden ist. Aufgrund dessen dass die Arbeit einen gewissen Rahmen hat, können nicht unzählige Literaturen miteinander verglichen werden. Dies könnte dazu führen, relevante Bezüge nicht erwähnt zu haben und eine Vertiefung der Themen nicht darzustellen.

Die Begrenzung der Literatur zum Thema Angehörige gibt Anlass eventuelle Forschungen anzuregen und Konzepte, für die Einbindung der Angehörigen in den Pflegealltag, zu erstellen. Wünschenswert wäre das Integrieren von den dargestellten Literaturen im Pflegeprozess, jedoch muss dies in der Pflegeausbildung relevant und die bestehenden Strukturen in den Gesundheitseinrichtungen umgestaltet werden. Gerade an diesem Punkt besteht die Schwierigkeit, da das medizinische Personal Veränderungen nicht zu jeder Zeit offen gegenübersteht.

Den Migrant*innen soll der Zugang zu pflegerischen Leistungen, bezogen auf ihre Lebenswelt, vereinfacht werden. Somit würde die Qualität der Pflege in den Einrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund steigen und eine Zufriedenheit für die Pflegekräfte gewährleisten. Die Integration der Migrant*innen muss auch im Gesundheitswesen vorangetrieben werden.

5 Quellenverzeichnis

Statistisches Bundesamt Deutschland (2019): Migration und Integration, Ausländische Bevölkerung nach Bundesländern, abgerufen am 10.11.2020 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/auslaendische-bevoelkerung-bundeslaender.html;jsessionid=C65EF5CBE6D7C0D0C90598C05999FE99.internet8732#fussnote-2-116844>

Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten, Jahresbericht 2018, abgerufen am 10.11.2020 von <file:///C:/Users/Admin/Desktop/Studium/Bachelorarbeit/Jahresbericht+AMF+2018.pdf>

Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, Statistisches Amt (2019), abgerufen am 10.11.2020 von <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Bev%C3%B6lkerung>

Bundesärztekammer Deutschland (o.J.), Patientenrechtegesetz, abgerufen am 10.11.2020 von <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/gesetze-und-verordnungen/patientenrechtegesetz/>

Bundeszentrale für politische Bildung Deutschland (2009), Definition von Migration und von der Zielgruppe „Migranten“, abgerufen am 10.11.2020 von <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/57302/definition-von-migration>

Mediset clinical products (o.J): VAC Therapie, Vakuumtherapie in der Wundversorgung, abgerufen am 12.11.2020 von <https://mediset.de/vac-therapie/>

Jacobs, K. et. al (2017): Pflege-Report, Die Versorgung der Pflegebedürftigen, abgerufen am 14.11.2020 von https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produnkte/Buchreihen/Pflegereport/2017/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2017_kap07.pdf

Razum, O./Saß, A (2015): Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, abgerufen am 14.11.2020 von [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Razum-Sa%C3%9F2015_Article_MigrationUndGesundheitInterkul%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Razum-Sa%C3%9F2015_Article_MigrationUndGesundheitInterkul%20(2).pdf)

Lenthe, U. (2016): Transkulturelle Pflege – Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren, Facultas Verlags- und Buchhandels AG facultas Universitätsverlag Wien, Österreich

Rogall-Adam, R./ Kosuks, H./ Adam, G./ Schleinitz, G. (2018): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH und Co. KG, Hannover

Haug, S. et. al. (2009): Muslimisches Leben in Deutschland, im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz abgerufen am 16.11.2020 von https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb06-muslimisches-leben.pdf?__blob=publicationFile&v=11

von Bose, A./Terpstra, J. (2012): Muslimische Patienten pflegen, Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Jamerson, P. et. al (1996): The experiences of families with a relative in the intensive care unit, abgerufen am 02.12.2020 von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8950126/>

Fragebogen des Critical Care Family Needs Inventory URL: <https://uwm.edu/nursing/wp-content/uploads/sites/287/2015/05/Lesketool.pdf>

Obringer, K. (2012) Needs of adult family members of intensiv care unit patients.
Abgerufen am 04.12.2020 von
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x>

Kuhlmann, B. (2002): Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation
abgerufen am 29.11.2020 von
[file:///C:/Users/Admin/Desktop/Studium/Bachelorarbeit/SituationvonAngehriegen
aufIntensivstationen.pdf](file:///C:/Users/Admin/Desktop/Studium/Bachelorarbeit/SituationvonAngehriegen%20aufIntensivstationen.pdf)

Bundesgesetzblatt Teil 1 (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von
Patienten und Patientinnen, abgerufen am 08.12.2020 von
[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*%5B@attr_id=%27bgbl113s02
77.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf
%27%5D__1609328547400](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*%5B@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D__1609328547400)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucher (2014), abgerufen am
08.12.2020 von https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/__60.html

Wortbedeutung o.J. abgerufen am 09.11.2020 von
<https://www.wortbedeutung.info/Kommunikation/>

Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG 2019, Rahmenlehrpläne für
den theoretischen und praktischen Unterricht, abgerufen am 15.12.2020 von
[https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/geschst_pflgb_rahmen
plaene-der-fachkommission.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf)

Matolycz, E. (2009): Kommunikation in der Pflege, Springer-Verlag Wien,
Abgerufen am 14.11.2020 von
file:///C:/Users/Admin/Downloads/2009_Book_KommunikationInDerPflege.pdf

Baller, G./Schiller, B. (2017): Kommunikation im Krankenhaus, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Abgerufen am 16.11.2020 von file:///C:/Users/Admin/Downloads/Baller-Schaller2017_Chapter_TransaktionsanalyseTA.pdf

Kiefer, A. Planet Wissen (2016): Die Rolle der Frau im Islam, abgerufen am 17.11.2020 von <https://www.planetwissen.de/kultur/religion/islam/pwiederollederfrauimislam100.html>

Suska, J. (2012): Bachelorarbeit; Kulturelle Differenzen und ihre Bedeutung für das Management österreichischer und polnischer Unternehmen, abgerufen am 14.11.2020 von https://monami.hs-mittweida.de/frontdoor/deliver/index/docId/2471/file/BA_Joanna_Suska.pdf

Helmer, A. (2005): Hausarbeit zum Thema, Transkulturalität im Krankenhaus, Herausforderung an eine Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege, abgerufen am 24.11.2020 von file:///C:/Users/Admin/Downloads/facharbeit_transkulturalit%C3%A4t_im_krankenhaus.pdf

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 31.12.2020

D. Werner

Ort, Datum

Unterschrift Denise Werner