

Erarbeitung von Umsetzungsstrategien für die gesundheitlich-pflegerische Versorgung jüdischer Flüchtlinge aus Osteuropa

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Zeitraum:

März 2002 bis April 2003

Theoriepartner:

Frau Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni, Fachhochschule Münster,
Fachbereich Pflege

Praxispartner:

Frau Bärbel Warda, Herr Wieck (Landesstelle für Aussiedler, Zuwanderer und
ausländische Flüchtlinge des Landes Nordrhein-Westfalen, Unna-Massen)

Jüdische Kultusgemeinden Dortmund, Münster, Hagen, Düsseldorf, Kassel

Projektverantwortliche und Berichterstattung:

Frau Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni

Unter Mitarbeit von
Johanna Gremlowski
Lisa R. Heinemann
Christine Deittert

Weitere Gesprächspartnerin:

Prof. Dr. Lipson, University of California, San Francisco, USA, School of Nursing

1. Einführung/Problemstellung

Im Rahmen meines persönlichen Forschungsinteresses und –schwerpunkts, der Verbesserung der pflegerischen Betreuung von MigrantInnen und soziokulturellen Minderheiten, kooperierte ich bereits vor rd. drei Jahren mit der Landesstelle Unna-Massen und erarbeitete mit Studentinnen der FH Münster einen „Führer durch das deutsche Gesundheitssystem für russische Aussiedler“, welche die Mehrzahl der in der Landesstelle aufgenommenen Personen darstellen. In diesem Zusammenhang berichteten uns bereits damals die Mitarbeiter der Landesstelle von einer Minderheit jüdischer Kontingentflüchtlinge aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS), deren soziokultureller Hintergrund von dem der russischen Aussiedler deutlich verschieden sei. Dies weckte meine Interesse, und da eine Literaturrecherche wenig konkrete Informationen ergab, entstand die Idee zu diesem Projekt. Sie wird auch durch den steilen Anstieg der Zuwandererzahlen unterstützt: Bundesweit hat sich die Anzahl jüdischer Flüchtlinge aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen UdSSR in den Jahren von 1993 (ca. 25.000 Personen) bis 2000 auf rd. 137.000 Menschen nahezu verfünffacht (Migrationsbericht 2001, 34). Da bis 1989 nur rd. 30.000 Juden in Deutschland lebten, sind folglich in den letzten 13 Jahren rd. 100.000 Menschen zugewandert.

Wissenschaftstheoretisch handelt es sich bei dem vorliegenden Unterfangen um ein interdisziplinäres Pilotprojekt mit pflegewissenschaftlichen und migrationssoziologischen Bezügen. Aus migrationssoziologischer Sicht stehen die individuellen und familialen Auswirkungen der Wanderung und des Lebens in zwei sehr unterschiedlichen Gesellschaften im Blickpunkt des Interesses; aus ethnographischer Perspektive ist es der über das Verstehen gesuchte Zugang zu den Deutungsperspektiven der Zielgruppe und deren Erwartungen an die Aufnahmegesellschaft. Aus pflegerischer Perspektive dominiert der Bedarf nach Hinweisen, die die Beziehung von Personen unterschiedlicher kultureller Zugehörigkeit im Rahmen einer Pflegesituation individuell und soziokulturell angemessenen fördern und damit eine Effektivitätssteigerung der Pflege herbeiführen können. – Das Projekt intendiert eine Synthese dieser drei Arbeitsaspekte im Hinblick auf eine der Zielgruppe angemessene Pflegepraxis.

2. Abstract

Auf der Basis einer Literaturanalyse und der Befragungsergebnisse der qualitativen Studie wurden Strategien für eine adäquate pflegerisch-gesundheitliche Versorgung der Zielgruppe entwickelt. Einbezogen wurden: jüdischen Familien (ExpertInnen ihrer Situation), die Landesstelle Unna-Massen (primäre Versorgungsinstanz), sowie Sozialarbeiterinnen verschiedener Jüdischer Kultusgemeinden.

Untersucht wurden Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis, die familiäre und soziale Situation, Wanderungsmotivation, Religiosität, Familienstrukturen sowie der Umgang mit Pflegebedürftigkeit in der Familie.

Ergebnisse:

Zahlreiche negative Erfahrungen als marginalisierte Gruppe führten zu besonders engen familiären Banden und Abschottung. Von professionell Pflegenden wünschen sich die Befragten daher **familienähnliche Pflegebeziehungen**.

Im Umgang mit Pflegebedürftigen wünschen sie intensive **Kommunikationsmöglichkeiten in russischer Sprache**, individuelle Berücksichtigung des Tagesrhythmus und persönlicher Bedürfnisse z.B. hinsichtlich der Ernährung. Bezugspflege ist daher die notwendige Organisationsform.

Pflege an eine offizielle Institution abzugeben, ist wegen der negativen Erfahrungen mit offiziellen Stellen schwer, auch weil Informationen über Pflegeheime hier fehlen und russische Altenheime praktisch Sterbekliniken mit größten Hygiene- und Versorgungsproblemen sind. Die Einbindung **religiöser Vorschriften in den Alltag** umfasst überwiegend den Gang zur Synagoge am Sabbat, die Zelebrierung von Festtagen in der Familie/Gemeinde und eine **individuelle (koschere) Ernährung**. Der jeweilige Bedarf muss im Rahmen der Pflegeprozessplanung erfragt werden.

3. Ziele / Absichten

Die gesundheitliche Lage von soziokulturellen Minderheiten ist im deutschen Sprachraum generell nur sehr unzureichend dokumentiert bzw. weitgehend Forschungsbrachland (Schnepf 1995) und die Berücksichtigung der spezifischen Versorgungsbedürfnisse soziokultureller Minoritäten innerhalb des Gesundheitssektors bislang keine Selbstverständlichkeit.

Das Erkenntnisinteresse des Projektvorhabens ist auf das Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis sowie die Pflegepraktiken **jüdischer EmigrantInnen aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten** gerichtet, da diese Minorität ebenfalls bislang in pflegetheoretischen Abhandlungen und in der hiesigen Pflegepraxis kaum Berücksichtigung gefunden hat.

Ziel ist die Entwicklung von adäquaten Versorgungsstrategien für die pflegerische und gesundheitliche Betreuung dieser MigrantInnen und die Entwicklung von Vorschlägen zur Implementation dieser Versorgungsstrategien.

Die Teilziele des Pilotprojektes sind somit

- die Erhebung erster aussagekräftiger Daten zur Lage der jüdischen MigrantInnen zu erheben
- einen exemplarischen Beitrag zur Beschreibung und Umsetzung einer angemessenen Pflege und Betreuung von jüdischen Flüchtlingen zu leisten, der sich an der individuellen und soziokulturellen Situation orientiert, um damit der Landesstelle Unna- Massen und den Jüdischen Kultusgemeinden im Besonderen, aber auch professionell Pflegenden generell, Hinweise für eine adäquate Versorgung dieser Zielgruppe zu offerieren;
- die Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Hochschule zu fördern, die Patienten aus anderen Ursprungsländern sozial und pflegerisch betreuen,
- sowie weitere Fragestellungen für Anschlussprojekte zu eruieren.

Ausgangspunkt zur Ableitung einer solchen Pflege/Betreuung und damit einen Teilgegenstand des Projektes bilden die subjektiven Konzepte ausgewählter jüdischer InformantInnen aus Osteuropa bzgl. Pflege, Krankheit und Gesundheit in ihrer individuellen Gestalt und soziokulturellen Gebundenheit.

Nicht zuletzt wegen immer wieder aufflackernder rechtsradikaler Aktivitäten ist die Gesamtgruppe der jüdischen Mitbürger ein tendenziell gefährdeter Personenkreis, der auch aufgrund seiner Historie in Deutschland einer speziellen Betreuung und eines besonderen Verständnisses bedarf.

Bei der Zielgruppe handelt es sich um **jüdische EmigrantInnen osteuropäischer Herkunft mit Flüchtlingsstatus**. Über die Landesstelle Unna-Massen konnten wir Kontakt zur Jüdischen Gemeinde Dortmund aufnehmen und über diese wieder zu den Gemeinden in Münster, Düsseldorf, Kassel und Hagen, wo wir unsere InformantInnen für die Befragung fanden. - Unsere InformantInnen leben zwischen 1,5 und 11 Jahren in Deutschland. Von ihnen waren zum Zeitpunkt der Befragung 11 Personen zwischen 63 und 86 Jahren alt, 2 Personen waren 37 bzw. 57 Jahr alt. Sechs Frauen kamen mit ihren Ehemännern sowie Herr L. mit seiner Frau nach Deutschland. Sechs weitere Frauen sind verwitwet, eine ist geschieden. Der Ehemann einer Frau lebt vorläufig noch in der Ukraine. Bis auf eine haben alle Befragten eigene Kinder (und z.T. Enkelkinder). Sie sind entweder selbst pflegebedürftig oder pflegen einen Angehörigen.

4. Methoden / Instrumente

Da erhebliche theoretische wie pflegepraktische Wissensdefizite auch für diese Minorität in Deutschland bestehen, wurde eine Erhebung des Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnisses sowie der Pflegepraktiken unter den jüdischen Frauen und Männern in den verschiedenen Kultusgemeinden mittels ethnographischer Interviews nach der Developmental-Research-Sequence-Methode (DRS-Methode, Spradley 1979) durchgeführt.

Bei den Interviews nach der DRS-Methode handelt es sich um ein offenes, semistrukturiertes Erhebungsinstrument, das mit einem Leitfaden arbeitet, um eine Themenorientierung zu fördern. Auf der Basis einer Literaturstudie wurde der untenstehende, vorläufige Interviewleitfaden erstellt, dem die folgenden Untersuchungsaspekte zugrunde liegen:

- die subjektiven Konzepte der jüdischen InformantInnen zu Gesundheit, Krankheit und Pflege
- die verwendeten kulturellen Deutungen zur Organisation und Interpretation ihrer Erfahrungen und ihres Gesundheits-/Krankheits- und Pflegeverhaltens
- ein möglicher Einfluss der Geschlechtsrolle auf die mit den Gesundheits-/Krankheits- und Pflegekonzepten verbundenen Bedeutungsgehalte sowie auf die vorgefundenen Pflegepraktiken.

5. Durchführung des Projektes

Vorbereitungsphase: Komplettierung der Literaturanalyse; Kontaktaufnahme mit der jüdischen Kultusgemeinde Dortmund; Schulung der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen;

Planungsphase: Auf Grund der Erkenntnis, dass die Flüchtlinge in der Landesstelle Unna-Massen nicht offen für Interviews sind, da sie mit der Verarbeitung ihrer Ankunft und den Unsicherheiten der Zukunft beschäftigt sind, veränderten sich die nachfolgenden Phasen gegenüber den ursprünglich geplanten: Kontakte zu weiteren jüdischen Kultusgemeinden wurden aufgenommen, da die Anzahl der InterviewpartnerInnen in Dortmund zu klein war. Der Kreis der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen wurde ausgedehnt. Die neue Mitarbeiterin wurde mit dem Projekt und der Forschungsmethode vertraut gemacht.

Erhebungsphase: Die ethnographischen Interviews wurden durchgeführt und ausgewertet. Wichtigste Einzelergebnisse: Angst vor offiziellen Stellen begleitet aufgrund biographischer Erfahrungen mit Verfolgung und Diskriminierung jeden Kontakt mit den Flüchtlingen; Aufklärung über das deutsche Gesundheitssystem und die Arbeit mit Dolmetschern sind zwingend; der Wunsch nach einem religiösen Alltagsleben variiert individuell; die jüdischen Gemeinden sind entscheidende Kooperationspartner für eine angemessene Gesundheitsversorgung.

Evaluationsphase: Sie wurde prozess- und ergebnisorientiert durchgeführt.

Schwerpunkte der Evaluation mit den InterviewpartnerInnen bildeten die Fragen, inwieweit die vorgeschlagenen Versorgungsformen den soziokulturellen, geschlechtsspezifischen und generationsspezifischen Bedürfnissen gerecht werden können.

Die Evaluation mit der Landesstelle Unna-Massen bezog sich auf die Realisierungsmöglichkeiten der erarbeiteten Versorgungsstrategien in dieser Institution. Jedoch ist die Versorgung hier bereits sehr umfassend und zielgruppenspezifisch. Zudem beinhaltet die Verlagerung der Interviews mit den jüdischen MigrantInnen in die Gemeinden eine Verschiebung des Betreuungszeitraums. Die Landesstelle ist dennoch sehr an den Befragungsergebnissen interessiert, ergeben sich doch neue Informationen über den soziokulturellen Hintergrund und die familiäre Situation dieser von ihr versorgten Minderheit.

Die Evaluation in den jüdischen Kultusgemeinden befasste sich mit den Möglichkeiten, die erarbeiteten Versorgungsstrategien in die Gemeindegarbeit zu integrieren und der Frage, welche Bedeutung solche Veränderungen auf längere Sicht für die Betreuungskapazitäten der Gemeinden haben.

Dokumentationsphase: Erstellung des Projekt- und Abschlussberichts sowie des Finanzierungsnachweises.

6. Ergebnisse

6.1 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Das vorliegende Theorie-Praxis-Projekt präsentiert Ergebnisse zu der Frage nach dem Gesundheits-/ Krankheits- und Pflegeverständnis jüdischer Frauen und Männer, die in den vergangenen rd. zehn Jahren aus den Staaten der ehemaligen UdSSR nach Deutschland emigrierten, und deren Konsequenzen für die Pflege-/Versorgungspraxis der Zielgruppe.

Neben einer Darstellung der familiären und sozialen Situation der Befragten wurden die Schwerpunkte Wandermotivation, Religiosität, Familienstrukturen, Gesundheitskonzepte, Krankheitskonzepte, Pflegekonzepte und der Umgang mit Pflegebedürftigkeit in der Familie untersucht.

Die zahlreichen negativen persönlichen und generationsübergreifenden Erfahrungen der InformantInnen als marginalisierte Gruppe haben zu besonders engen familiären Banden und zu einer Abschottung nach außen beigetragen, die sich in Misstrauen und großer Vorsicht gegenüber Unbekannten äußert, wodurch die Integration in die deutsche Umgebung, besonders bei den Älteren, erheblich erschwert wird. Ist jedoch das Vertrauen einmal hergestellt, wünschen sich die Befragten familienähnliche Beziehungen zu den professionell Pflegenden. Damit gehen sie einen Schritt weiter als die meisten professionell Pflegenden. Da die

meisten der Befragten in der Polarität „Familie/Vertrauen/Offenheit“ versus „Öffentlichkeit/Misstrauen/Verbergen“ sozialisiert und zeitlebens erfahren sind, ist die emotionale Einbeziehung professionell Pflegender „in die Familie“ in gewissem Rahmen die Voraussetzung für den Abbau von Ängsten ihnen gegenüber. Die genannte Polarität zeigt sich z.B. auch, wenn auf Patientenseite die kommunikativen Bedürfnisse über den jüdischen Pflegedienst abgedeckt werden, während die behandlungspflegerischen Anteile der Versorgung von einem deutschen Pflegedienst übernommen werden, der einerseits in diesem besonderen Fall ein größeres fachliches Know-how zur Verfügung stellen kann, andererseits aber als außenstehende Organisation erlebt und behandelt wird.

Auf sozialer Ebene ist auf die geschlechtsspezifische Zuständigkeit in den Familien zu verweisen, wobei primär die Frauen Aufgaben wie Pflege und Erziehung der Kinder, Haushaltsführung und auch die pflegerische Versorgung kranker und alter Familienangehöriger übernehmen. Sie werden damit zu den wichtigsten Ansprechpartnerinnen für professionell Pflegende. Ihre spezifischen Vorstellungen vom Umgang mit Pflegebedürftigen sind geprägt durch den Wunsch nach intensiven Kommunikationsmöglichkeiten, nach individueller Berücksichtigung des Tagesrhythmus und persönlicher Wünsche z.B. hinsichtlich der Ernährung zu nennen. Dies kann mit den zeitlichen Möglichkeiten eines ambulanten Pflegedienstes kollidieren.

Es konnte gezeigt werden, dass die Wissensbestände und Einstellungen der jüdischen Migrantinnen zu den Themen "Pflege", "Gesundheit" und "Krankheit" in den lebensgeschichtlichen Erfahrungen begründet sind. Auch in diesem Zusammenhang nimmt die Familie eine Schlüsselrolle ein, die von einer familienorientierten Pflege zu berücksichtigen ist. Der vertraute Umgang, die gewohnte Sprache und der gegenseitige Zusammenhalt machen die Familie zur wichtigsten Ressource im Aufnahmeland. Zu nahen Angehörigen wird enger Kontakt gepflegt, der besonders in regelmäßigen Besuchen und Telefonaten zum Ausdruck kommt. Die Familie wird als Einheit begriffen, die - in einer potenziell feindseligen Umgebung - sowohl emotionale als auch soziale Stabilität gewährt und sichert. Das gegenseitige Vertrauen und die so bedeutende gegenseitige Unterstützung im alltäglichen Leben wie z.B. Hilfe bei der Haushaltsführung oder das Erledigen von Amtsgeschäften wie auch der Krankenpflege sind für die Familien der jüdischen Migrantinnen selbstverständlich.

Dort, wo in den Familien Pflegebedarf besteht, ist die hauptsächlich pflegende Person (meist die Ehefrau oder Tochter) starken psychischen und physischen Belastungen unterworfen, die zum einen mit den Anforderungen durch die Pflege zusammenhängen, zum anderen aber mit der Konfrontation mit einem neuen Land, dessen Anforderungen stark von den bisherigen Erfahrungen abweichen und die nun neben der Angehörigenpflege bewältigt werden müssen, während zugleich das gewohnte soziale Netz im Alltag geschrumpft ist oder ganz

entfällt. Pflege an eine offizielle Institution abzugeben, z.B. weil man selbst überfordert ist, würde aber in gewisser Weise bedeuten, ein Familienmitglied auszuliefern, auszuliefern an Menschen, die es nicht in gleicher Weise lieben, seine Sprache nicht verstehen, seine Wünsche nicht kennen und unter Umständen nicht selbstverständlich erfüllen. Auf Grund der negativen Erfahrung mit offiziellen Stellen werden Angehörige daher die Arbeit professionell Pfleger immer aus ihrem familiären Pflegeverständnis heraus betrachten und sie genau beobachten. Hinzu kommt, dass diejenigen, die erst seit kurzem in Deutschland sind, ihre Erfahrungen mit den desolaten Zuständen in russischen Altenheimen bei der Entscheidung für oder gegen ein deutsches zugrunde legen. Da russische Altenheime praktisch Sterbekliniken mit größten Hygiene- und Versorgungsproblemen sind, ist eine Ablehnung verständlich und Aufklärung notwendig.

Fünf Merkmale lassen sich als die für die Zielgruppe verbindenden Elemente kultureller Zugehörigkeit beschreiben: die **Sprache** (Russisch; Ukrainisch; in einem Fall Jiddisch), die soziale und religiöse **Identität als Jüdin/Jude**, die **Werte und Normen** (z.B. Respekt und Achtung innerhalb der Familie sowie Gehorsam, Disziplin und Höflichkeit gegenüber Älteren ganz allgemein), die **gemeinsame Erfahrung von Diskriminierung und Verfolgung** sowie die **geteilten Erfahrungen eines Lebens in einem kommunistischen System**.

Diese Merkmale wirken sich auf die Vorstellungen der jüdischen InformantInnen von einer "guten Pflege" aus, mit der eine persönliche und liebevolle Versorgung der zu pflegenden Person, ein höflicher und respektvoller Umgang und die Berücksichtigung ihrer persönlichen Wünsche verbunden werden.

Die Einbindung religiöser Vorschriften in den Alltag beschränkt sich im Allgemeinen auf den Gang zur Synagoge am Sabbat, die Zelebrierung von Festtagen in der Familie und/oder in der Gemeinde und - in manchen Fällen – eine koschere Ernährung. In der übrigen Alltagsgestaltung nimmt die Religion nur für bestimmte Personen einen bedeutsamen Platz ein, d.h. dass die konkreten Wünsche jedes Patienten bzgl. der Religionsausübung im Alltag im Rahmen des Assessment in der Pflegeprozessplanung erfragt werden müssen.

Für das Gelingen professioneller Pflege tritt insbesondere die Kommunikation in den Vordergrund. Um Situationen einschätzen zu können und die Kontrolle über anfallende Entscheidungen zu haben, ist eine gemeinsame Sprache von Pflegeempfängern und professionellen Helfern unumgänglich. In zahlreichen Kommunikationssituationen sind die jüdischen MigrantInnen auf Hilfe seitens weiterer Familienangehöriger/Freunde angewiesen und/oder bedürfen besonderer Unterstützung durch russischsprachiges Pflegepersonal bzw. professionelle Dolmetscher. Auch muss an dieser Stelle die Bedeutung einer ungestörten

Kommunikation hervorgehoben werden, was zum einen das gegenseitige Verstehen beinhaltet und zum anderen ausreichend Zeit beansprucht. Mangels eigener deutscher Sprachkompetenzen erachten die jüdischen InformantInnen diesen Aspekt als sehr bedeutend, wenn es darum geht, professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen.

Aus den gewonnenen Ergebnissen lassen sich die nachstehenden Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie für die Pflegekassen ziehen:

Allgemeine Versorgungsstrategien für die Pflegepraxis

Gewährleistung einer angstfreien Pflegepartnerschaft

Die Berücksichtigung einzigartiger Merkmale und bedeutsamer Bedarfe spezifischer soziokultureller Gruppen sichert ein gleichwertiges Angebot an Pflege / Betreuung für alle, ohne das einer zufälligen, willkürlichen Norm gemäß gehandelt würde.

Da der Wunsch nach einer familienähnlichen Beziehung zum Pflegepersonal von deutschen Pflegenden nur selten eingelöst werden können wird, wird hier im Hinblick auf die mitgebrachten Ängste der Zielgruppe der Begriff einer Pflegepartnerschaft vorgeschlagen, der alle Elemente einer personenbezogenen Pflege umschließt, aber das emotionale Moment einer persönlichen Pflegebeziehung betonen will. Diese Ängste, die in der Marginalisierung als Juden, dem Religionsverbot im kommunistischen Herkunftsland und der Allgegenwart des KGB begründet liegen, bilden ein nicht zu unterschätzendes Beziehungshemmnis, das so lange besteht, wie Patienten keinerlei Kritik äußern, anscheinend nur positive Erfahrungen machen und wenig von ihrer Biografie preisgeben. Die MigrantInnen konnten in der Vergangenheit nur untereinander Vertrauen erfahren und offen sein und reagieren daher mit Unsicherheit auf die ihnen unbekannt, aber historisch vorbelastete Lage in Deutschland. Sie brauchen Zeit, sich an das "offene" Leben hierzulande zu gewöhnen. Professionell Pflegenden können jüdischen Pflegebedürftigen helfen, diese Unsicherheiten zu überwinden, indem sie Gesprächsbereitschaft signalisieren, Beratungen anbieten ("nicht nur putzen und baden") und Interesse und Offenheit in Bezug auf jüdische Traditionen zeigen, z.B. durch eine Begleitung zur Synagoge ("Wie eine Jüdin zu einem Juden kommen", Frau O.).

Ein behutsamer zwischenmenschlicher Umgang kann die Basis für ein möglichst angstfreies und entspanntes Leben der Menschen jüdischen Glaubens nach ihrer Migration schaffen. Hilfreich sind dabei „vertrauenbildende Maßnahmen“ wie kleine, alltägliche Unterhaltungen am Rande der Arbeitsroutine. Dazu gehört auch eine für die Zielgruppe selbstverständliche Herzlichkeit im Umgang, die sich z.B. darin zeigt, dass man jemanden in den Arm nimmt und tröstet, wenn er weint. Da die jüdischen Flüchtlinge im Allgemeinen ihre Emotionalität offener

zeigen als die tendenziell zurückhaltenderen Deutschen, erwarten sie von persönlichen Kontakten auch, dass emotionale Nähe erkennbar wird. Diese drückt sich u.a. in großer Geselligkeit aus, so werden z.B. häufig Speisen gereicht, auch wenn von Seiten der deutschen Besucher nur ein kurzer Besuch geplant ist, und damit verbunden ist die Erwartung, dass man sich Zeit nimmt und länger bleibt. Insbesondere ambulante Pflegeanbieter sollten dies wissen und im Rahmen der Zeitplanung in den Familien besprechen, um Enttäuschungen seitens der Patienten und Überforderung für sich selbst vorzubeugen. – Eine besonders wichtige Rolle spielen die Personen, die hauswirtschaftliche Dienste übernehmen, da sie sich täglich 1 Stunde und mehr im Haushalt der Patienten aufhalten. Gerade hier sind Russischkenntnisse wesentlich. Für diese Aufgabe könnte Personal in den Jüdischen Gemeinden rekrutiert werden.

Gewährleistung einer personen- und familienorientierten Pflege

Die Pflege von Angehörigen auch dieser ethnischen Minderheit setzt eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis der einzelnen zu versorgenden Person und ihrer Familie voraus. Obwohl es innerhalb jeder ethnischen Gruppe gemeinsame Wertvorstellungen und Verhaltensformen gibt, sind diese nie allgemeingültig, sondern im Kontext der individuellen Lebenserfahrung und Migrationsgeschichte zu betrachten.

Um eine personen- und familienorientierte Pflege und Betreuung gewährleisten zu können, sollten ambulante und stationäre Einrichtungen das Pflegesystem der Bezugspflege einführen. Erst wenn sichergestellt ist, dass bestimmte Pflegekräfte für eine bestimmte pflegebedürftige Person zuständig sind, besteht eine reelle Chance, personen- und familienorientierte Ansätze, Biografiearbeit zur Erhebung der individuellen Einstellungen, Erwartungen und Gewohnheiten sowie umfassende Beziehungsarbeit, die sowohl den Pflegebedürftigen als auch sein soziales Umfeld umfasst, und eine partnerschaftliche Pflegeprozessplanung in die Tat umzusetzen. Bezugspflege als strukturelle Voraussetzung ist die Basis für die Berücksichtigung des individuellen Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnisses in der tagtäglichen Versorgung. Hier sei auf den soziokulturell angelegten Ansatz systemischer Individualpflege von Zielke-Nadkarni (2003) verwiesen, der ein umfassendes Instrument zur Pflegeplanung auf der Basis von Biografiearbeit darstellt.

Auf eine oder wenige Bezugspersonen ist auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Wert zu legen, da diese Personen sich im Allgemeinen länger als das Pflegepersonal im Haushalt des Patienten aufhalten.

Ist ein guter persönlicher Kontakt hergestellt, so kann es passieren, dass Pflegepersonen nach dem Motto „Gibst du was, kriegst du was“, kleine (Geld-) Geschenke zugesteckt bekommen.

Die Erfahrungen dieser Menschen in einer Diktatur sind, dass man von niemandem entschädigungslos etwas erwarten kann, dass Gesetze zum Nutzen der Regierenden gemacht werden und man sie, um Schaden für sich selbst abzuwenden, umgehen muss. Dass staatliche Einrichtungen jeder Art den Bürger schützen und unterstützen sollen, ist für sie völlig neu, und ebenso, dass die Hilfe, die Pflegedienste im Rahmen ihrer bezahlten Arbeit leisten, keiner Sondervergütungen bedarf.

Eine Familienorientierung bedeutet für die Zielgruppe, dass alle Entscheidungen pflegerischer Art mit dem verantwortlichen Familienmitglied und nicht nur mit dem betroffenen Patienten besprochen werden müssen. Dementsprechend umfasst eine gute Kooperationsbeziehung auch den Austausch mit den Angehörigen, selbst wenn diese nicht mit dem Patienten zusammenleben.

Gewährleistung einer den individuellen Bedürfnissen entsprechenden Ernährung

Die Ernährung spielt für das Wohlbefinden der befragten Personengruppe eine absolut entscheidende Rolle. Deswegen sollten stationäre sowie auch ambulante Pflegeeinrichtungen, die osteuropäische jüdische MigrantInnen versorgen, dem Bedürfnis nach individueller Ernährung besondere Beachtung schenken. Wird in diesen Einrichtungen nach einer bedürfnisorientierten Pflegetheorie (z.B. Krohwinkel 1992) oder nach der systemischen Individualpflege (Zielke-Nadkarni 2003) gearbeitet, so ist dieser Aspekt bereits in der Informationssammlung enthalten.

Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse muss bei osteuropäischen jüdischen MigrantInnen darauf geachtet werden, dass neben dem Aspekt "Probleme bei der Nahrungsaufnahme" auch die Ernährungsgewohnheiten erfragt werden, die als Ressource zu betrachten sind: Wie in dem Sprichwort „Liebe geht durch den Magen“ ausgedrückt, trägt Wunschkost als mehrmaliger täglicher sozialer Fixpunkt deutlich zur Steigerung des Wohlbefindens bei. Konkrete Informationen sollten daher nicht nur zu den Speisen selbst, sondern auch zu den gewohnten Essenszeiten, dem persönlichen Tagesrhythmus, den Zeiten der Verabreichung von Medikamenten etc. erhoben werden. Die Auswahl von Speisen und deren charakteristische Merkmale ähneln den Speisen der russischen Küche, zugleich jedoch werden Speisen genannt, die besonders im jüdischem Kulturkreis gegessen werden. Großer Wert wird auf die gewohnte Zubereitung von Speisen gelegt. Besonders wichtig ist dieser Aspekt in der Versorgung von kranken und alten Angehörigen, die einer bisher unbekanntem Ernährungsweise häufig ablehnend gegenüber stehen. Eine individuelle Ernährung ist nach Ansicht der jüdischen Migrantinnen auch Merkmal einer "guten Pflege" und daher unbedingt zu beachten.

Obwohl die Regeln der koscheren Nahrungszubereitung in den Familien der jüdischen Migrantinnen nur selten Beachtung finden, weist die Vielzahl der zubereiteten Speisen eine gewisse Ähnlichkeit damit auf. An dieser Stelle können folgende allgemein übliche Speisen genannt werden, denen große Bedeutung für die Ernährung pflegebedürftiger Personen beigemessen wird: Milchsuppen mit Haferflocken, Breis aus Buchweizengrütze (die man in russischen Geschäften erhält), Hafer und Grieß, Pfannkuchen, Teigwaren, Brot, das zu allen Mahlzeiten gegessen wird (zu Suppen, Salaten, Hauptgerichten), Fischgerichte (als Besonderheit: gefüllter Fisch), frische Suppen mit Fleisch und Gemüse (z.B. russischer Borsch). Besonders Milchsuppen und Milchbreis sowie Fischgerichte und weich gekochte Fleisch- und Gemüsespeisen erfreuen sich großer Beliebtheit. Die als notwendig erachteten und verzehrten Mengen übersteigen dabei oft das von deutschen Pflegenden als gesund betrachtete Maß.

Wird ein jüdischer Migrant, der seinen Glauben lebt, in einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung versorgt, müssen mit ihm neben den Möglichkeiten auch die Grenzen der Zubereitung der Speisen nach religiösem Ritus besprochen werden: In der koscheren Küche werden Milch- und fleischhaltige Speisen getrennt zubereitet und gegessen. Dazu verwendet man ein jeweils eigenes komplettes Set an Küchenutensilien und Geschirr. Hierfür benötigt eine Einrichtung die entsprechende Räumlichkeit und Ausstattung, die nicht immer gegeben sein wird. - Zwischen einer fleisch- und einer milchhaltigen Mahlzeit müssen mindestens 6 Stunden vergehen, mindestens ½ Stunde zwischen einer milch- und einer fleischhaltigen Mahlzeit, was eine angepasste Küchenorganisation voraussetzt. - Erlaubtes Fleisch wird geschächtet¹ und von entsprechenden Metzgern erworben, die auf rabbinische Gesetze spezialisiert sind. Diese müssen verfügbar und bezahlbar sein. Um alles Blut zu entfernen, wird das Fleisch nach dem Erwerb z.B. noch gesalzen (Heywood-Jones 1984), d.h. es sind weitergehende Verarbeitungsgänge in der Heimküche notwendig, die ebenfalls bekannt sein und eingeplant werden müssen. Nahrungsmittel, die weder Fleisch noch Milch beinhalten, gelten als „neutral“, z.B. Eier, Früchte, Nüsse, Gemüse und Fisch (Charnes & Moore 1992), der zuständige Koch muss sich also u.U. an neue Nahrungsmittelkombinationen ebenso wie an bestimmte Verbote wie z.B. Fisch ohne Schuppen und Flossen (z.B. Krabben) oder Schweinefleisch, Schellfisch und Raubvögel gewöhnen (Snyder & Sommer 1995). Der symbolische Gehalt bestimmter Speisen sollte nicht nur den Pflegenden, sondern auch dem Küchenpersonal bekannt sein, so z.B., dass an Passover (Ostern) im Gedenken an die Flucht der Israeliten aus Ägypten ungesäuertes Brot gegessen wird, da die Flucht so plötzlich notwendig wurde, dass keine Zeit blieb, den Teig gehen zu lassen. (Snyder & Sommer 1995)

Je eindeutiger sich eine Einrichtung auf diesen Personenkreis gläubiger sowie auch nicht-gläubiger jüdische Emigranten aus der GUS spezialisiert hat, desto einfacher wird es sein, diesem zentralen Bedürfnis durch die Aufnahme besonders populärer Speisen im Speiseplan bzw. durch das Einhalten religiöser Riten nachzukommen. Hierfür kann Personal aus der Zielgruppe mit Unterstützung der Jüdischen Gemeinden angeworben werden.

Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige

Die Belastungen durch Pflegebedürftigkeit in der Familie variieren zwar interfamilial, zusammenfassend kann aber Folgendes gesagt werden:

Die pflegenden Angehörigen haben insbesondere Angst, Pflegefehler zu machen; sie fühlen sich auf Grund der Pflegesituation in ihren persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten eingeschränkt und sind durch die körperlichen Pflegebelastungen an die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit gebracht. Gleichzeitig sind nicht alle bereit, fremde Hilfe anzunehmen. Ängste vor Fremden und sprachliche Inkompetenz sind die Hauptgründe.

Die hohen physischen wie auch psychischen Belastungen von pflegenden Angehörigen sind allgemein bekannt, so dass auch im SGB XI. (Pflegeversicherungsgesetz) eigens dafür Maßnahmen genannt werden. § 45 benennt Pflegekurse, die von den Pflegekassen kostenlos angeboten werden sollen, um pflegerisch bedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. § 39 besagt, dass bei Verhinderung der Pflegeperson in der häuslichen Pflege die Pflegekassen die Kosten für die Ersatzpflege für insgesamt 4 Wochen im Jahr übernehmen. § 37 (3) sieht vor, dass pflegende Angehörige in regelmäßigen Abständen von ambulanten Pflegeeinrichtungen besucht werden, um kontinuierlich Hilfestellung und Beratung zu gewährleisten.

Damit die pflegenden Angehörigen an diesen Angeboten teilnehmen können, sollten folgende Aspekte bedacht werden. Erstens müssen muttersprachliche Angebote geschaffen werden. Auf Grund des guten Kontaktes der Befragten zu den jüdischen Gemeinden wäre es zweitens sinnvoll, dort Pflegekurse und Pflegeinformationsnachmittage oder –abende in Kooperation mit Dolmetschern anzubieten. Drittens sollte muttersprachliches Informationsmaterial über Entlastungsmöglichkeiten wie z.B. Tagespflege, ambulante Pflegedienste, Kurzzeitpflege, über gesetzliche Grundlagen (SGB XI) und über russischsprachige Pflegeangebote u.a. zur Verfügung gestellt werden.

Nur durch eine Beachtung der sprachlichen und institutionellen Barrieren haben die MigrantInnen eine reelle Chance an solchen Angeboten zu partizipieren.

¹ Schächten bedeutet das Schlachten von Tieren nach ritueller Vorschrift (bei Juden und Moslems). Für den Genuss des Fleisches ist dessen vollständige Entblutung Voraussetzung.

Spezielle Versorgungsstrategien von Pflegeanbietern

Einsatz von lokalen/regionalen "Gemeindedolmetschern im Gesundheitswesen"

Die MigrantInnen, die im Rahmen dieser Studie interviewt wurden, waren alle nicht bzw. nur teilweise der deutschen Sprache mächtig und benötigten in zahlreichen Gesprächssituationen Übersetzungshilfen. Einige der Befragten nannten die Sprachproblematik auch als Hauptargument gegen eine Heimeinweisung bzw. erklärten, dass dadurch Defizite in der Versorgungssituation entstehen würden.

Eine individuelle, bedürfnisorientierte Pflege kann nur dann gewährleistet werden, wenn Pflegekräfte in eine effektive Kommunikation mit den Pflegebedürftigen bzw. den pflegenden Angehörigen treten können, da dies die Voraussetzung für viele pflegerische Ansätze (Biografiearbeit, Beziehungsarbeit, partnerschaftliche Pflegeprozessplanung) darstellt. Besonders hier besteht Handlungsbedarf bei der professionellen pflegerischen Versorgung dieser Personengruppe.

Folgende Lösungsansätze sind denkbar:

Durch den punktuellen Einsatz von spezialisierten Dolmetschern könnte im Sinne der Chancengleichheit den Betroffenen eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von pflegerischen Infrastrukturen ermöglicht werden (Salman 2000, 91-105). Natürlich kann der punktuelle Einsatz von Dolmetschern die gewünschte umfassende, individuelle und familienorientierte Pflege vor allem in stationären Altenpflegeeinrichtungen nur minimal unterstützen, da dies einen kontinuierlichen Pflegeprozess voraussetzt, dessen Grundlage eine effektive Kommunikation ist. Aber für eine kurzfristige stationäre Krankenhausversorgung und die ersten Hausbesuche eines ambulanten Pflegedienstes wäre dies ein denkbarer Ansatz, vor allem, da die Übersetzertätigkeit in Krankenhäusern häufig durch unqualifiziertes Personal, das Russisch spricht, erfolgt. Mangelnde Fachkompetenz dieser Personen und eventuelle Rollenkonflikte können jedoch zu gravierenden Missverständnissen führen.

Mit Hilfe der Jüdischen Gemeinden könnte möglicherweise ein Pool an Dolmetschern aufgebaut werden, der nach Absprache und Bedarf hinzugezogen werden kann.

Um den Bedarf zu senken und eine Integration zu fördern könnten die Jüdischen Kultusgemeinden Deutschkurse anbieten, die zielgruppenspezifisch arbeiten. So können in Dortmund und Kassel beispielsweise ältere Menschen spezielle Deutschkurse für Senioren besuchen.

Spezialisierung von ambulanten Pflegeanbietern

Ambulante Pflegeeinrichtungen sollten sich auf den Bedarf in ihrer Gemeinden einstellen, das heißt z.B. ein oder mehrere ambulante Pflegeanbieter betreuen neben deutschem Klientel osteuropäische MigrantInnen und gewährleisten eine muttersprachliche Versorgung.

Auch könnten bestimmte, im Idealfall muttersprachliche Pflegepersonen eines Pflegeanbieters, gezielt zur Betreuung der zugewanderten Klientengruppe eingesetzt werden. Dies hätte den Vorteil, dass gemeinsam mit den Pflegebedürftigen eine kontinuierliche Biografiearbeit und Pflegeplanung, -durchführung und -evaluation geleistet werden können. Zugleich würde der Kontakt zwischen MigrantInnen und deutschen Institutionen gefördert und damit Ängste abgebaut und Sprachkompetenzen aufgebaut.

Ziel sollte also sein, dass sich in Gemeinden ambulante Pflegeeinrichtungen neben der regulären Klientel auf die Versorgung dieses Personenkreises spezialisieren und speziell diese Personengruppen ansprechen. Die Kontaktaufnahme kann problemlos über die Jüdischen Kultusgemeinden erfolgen, da sie eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle darstellen, sowie auch über muttersprachliches Informationsmaterial, das an entsprechenden öffentlichen Stellen ausliegt (z.B. in Pflegebüros, Krankenkassen/Pflegekassen, Sozialämtern) und über muttersprachliche Werbeanzeigen z.B. in öffentlichen Verkehrsmitteln etc.

Während einerseits eine große Personalfluktuationen in den ambulanten sowie stationären Einrichtungen besteht, lebt andererseits als Folge mittlerweile eine große Anzahl von russisch sprechenden Pflegepersonen in Deutschland, so dass speziell nach dieser Qualifikation gesucht werden könnte.

Wenn die muttersprachliche Versorgung das Hauptauswahlkriterium für die Wahl eines Pflegedienstes darstellt, kann dies nachteilig für die Betroffenen sein, so dass andere wichtige Kriterien wie z.B. die fachliche Qualität oder die Nähe zu Verwandten in den Hintergrund treten. Letztere ist vor allem vor dem soziokulturellen Hintergrund der untersuchten Personengruppe wichtig, da die Familie, wie beschrieben, eine entscheidende Rolle spielt.

Vermehrte Einrichtung von deutsch-jüdischen Seniorenpflegeheimen

1932 gab es in Deutschland 58 jüdische Altenheime, 8 allgemeine Krankenhäuser, 6 Krankenhäuser mit Altenheimen sowie 52 Sanatorien und Rekonvalenzheime (Bloch & Weitzel-Polzer 2001, 41). Derzeit gibt es 6 jüdische Altenpflegeheime (Bloch & Weitzel-Polzer 2001, 41). In diesen von den jüdischen Gemeinden aufgebauten Heimen sind die meisten Bewohner (mehr als 500), wenn auch nicht alle, Juden. Von ihnen hat eine im Vergleich zu nicht-jüdischen Heimen höhere Anzahl die Pflegestufe 0, was damit zusammenhängt, dass Einsamkeit und seelische Probleme die Menschen veranlassen, sich in ein Heim zu begeben. Auch nicht-religiöse Juden geben jüdischen Heimen den Vorzug, weil sie hier unter sich sein können und damit in vertrauter Umgebung. Hier finden sie eine an der Religion orientierte Alltagsstruktur, eine an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtete Sozialarbeit und „die Gestaltung des Lebens in einem Mikrokosmos einer weitgehend zerstörten Kultur“ (Bloch &

Weitzel-Polzer 2001, Dasberg 1987). Alltagsbräuche, Feste und Feiern werden traditionell gelebt, die verbindende Brücke ist vielfach die jiddische Sprache, da die Bewohner multi-kultureller Herkunft sind (aus der GUS, aus Polen, der Tschechei, der Slowakei, Ungarn, Bulgarien, Moldawien oder Rumänien). SozialarbeiterInnen gewähren Beistand in persönlichen Krisensituationen und bei der Bewältigung der traumatischen Vergangenheit, (Bloch & Weitzel-Polzer 2001, Dasberg 1987), womit sie Aufgaben übernehmen, die im Rahmen einer personen- und biografieorientierten Pflege eigentlich Teil der pflegerischen Betreuung sind.

Da die Daten der vorliegenden Arbeit darauf hinweisen, dass Religiosität nur für etwa zwei Drittel des im Forschungsinteresse stehenden Personenkreises von zentraler Bedeutung ist, für ca. ein Drittel davon verstärkt, seit sie in Deutschland leben, lässt sich daraus möglicherweise schlussfolgern, dass ein individuelles Bemühen um einen im Sinne der Religion gelebten Alltag zu aufwendig (koschere Ernährung) und ungewohnt (jüdische Rituale und Feste) ist und z.T. auch an mangelndem Wissen scheitert, dass aber, wenn ein solches Angebot von institutioneller Seite besteht, deutliches Interesse an einer Aktivierung der eigenen Traditionen vorhanden ist. An dieser Stelle zeigt sich, dass die jüdischen Senioren- und Pflegeheime für eine Aufrechterhaltung des religiösen Lebens in Deutschland eine gewichtige Rolle spielen. Daher sollte in größeren Gemeinden auch die Errichtung weiterer deutsch-jüdischer Heime zur integrierten Versorgung osteuropäischer jüdischer Emigranten und deutscher Pflegebedürftiger diskutiert werden. In dieser Form sind jüdische Mitbürger zum einen weniger gefährdet, weil sie kein isoliertes und damit leichter herauszufilterndes Ziel antisemitischer Angriffe bieten, und zugleich werden die Deutschkenntnisse der Zuwanderer und die Integration beider Gruppen gefördert. Entsprechendes Personal sollte angeworben werden. Für eine soziokulturell angemessene Pflege für jüdische Pflegebedürftige sollen Vorschläge, wie sie Neustadt (1982) für die Entwicklung eines Konzepts zur Integration von jüdischen Bewohnern in ein nicht-jüdisches Pflegeheim macht, vorgestellt und ergänzt werden, auch unter dem Gesichtspunkt, dass viele von ihnen ohne größeren Aufwand im Pflegealltag umsetzbar sind:

Von zentraler Bedeutung ist die Feier des Sabbat-Rituals und hier im Besonderen

- Hilfe beim Anzünden der Sabbat-Kerzen zu leisten
- die Anwesenheit einer Jüdin aus der Familie zu ermöglichen, die die Sabbat-Kerzen segnet, und eines Mannes, der das Sabbat-Gebet spricht, sofern der/die BewohnerIn dies nicht selbst tun kann
- Wein und das spezielle Sabbat-Brot zur Verfügung zu stellen. Das Sabbat-Brot (ein Zopfbrot) könnte auch gemeinsam gebacken werden, wenn der/die BewohnerIn nicht orthodox ist und daher nur koscheres Brot nehmen würde.

- die Teilnahme am Sabbat-Fest in einer Jüdischen Gemeinde zu ermöglichen
- jemanden aus einer nahen jüdischen Gemeinde zu suchen, der Jiddisch / Hebräisch spricht, und bereit ist, Bewohner zu besuchen
- einen jüdischen Kalender bereit zu stellen, der es den Bewohnern ermöglicht, die jüdischen Festtage zu begehen
- sicherlich aufwändiger: koschere Mahlzeiten anzubieten bzw. Speisewünsche zu achten und z.B. kein Schweinefleisch zu servieren
- kulturelle Veranstaltungen anzubieten (z.B. Literaturlesungen, jüdische Musik) und die „Jüdische Zeitung“ („Jevrejskaja Gaseta“) bzw. die anspruchsvolle, deutschsprachige „Jüdische Allgemeine“ zu abonnieren.

Auswirkungen für die pflegewissenschaftliche Entwicklung

Das Projekt konnte erste Daten zur spezifischen Situation der Zielgruppe erheben und leistet damit auf der Ebene der Forschung und Theoriebildung einen Beitrag zu einer kultursensiblen Pflege und Betreuung soziokultureller Minderheiten sowie zur Sensibilisierung des Pflegepersonals.

Institutsinterne Fortbildungen und Informationen der nicht beteiligten Mitarbeiter

Im Rahmen von Seminarveranstaltungen profitieren die Studierenden der FH Münster von diesen Ergebnissen und stellen damit als künftige Pflegelehrer Multiplikatoren dar. Innerhalb des Curriculums im Studiengang Pflegepädagogik in den Lehrveranstaltungen zur Pflegewissenschaft ist die Pflege/Betreuung von MigrantInnen Bestandteil von Seminaren zur Betreuung gerontologischer PatientInnen und von Wöchnerinnen und Säuglingen sowie in verschiedenen Projekten. Für SS 2004 ist im Rahmen des Projektsemesters die Pflege/Betreuung von Holocaust-Überlebenden in Planung.

Außerdem liegt den KollegInnen der ausführliche Projektbericht vor.

Schlußfolgerung/Ausblick

Die **Praxisrelevanz der Projektergebnisse** stellt sich somit auf zwei Ebenen dar: sie betrifft zum einen die Versorgungsfunktion der Landesstelle für die Flüchtlinge (A), zum anderen entfaltet sie sich in dem Informationsgefüge, das sich für die gesundheitliche Betreuung jüdischer Flüchtlinge durch professionell Pflegende generell aus der Evaluation der Umsetzungsstrategien ergibt (B)

Konkret wurden erarbeitet:

- Informationen über das Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis sowie die Pflegepraktiken der Zielgruppe. Informationen über Gestalt und Gehalt ihrer lebensweltlichen Orientierung, die den Alltag mit den Reorientierungen, die dieser mit sich

bringt, bestimmen und im Rahmen von Versorgungsleistungen, speziell bei auftretender Pflegebedürftigkeit, Beachtung finden sollten. (A und B)

- Strategien, die auf den verschiedenen dargestellten Ebenen wesentlich zu einer verbesserten Betreuung der jüdischen Flüchtlinge beitragen. (B)
- Kenntnisse, die es deutschen ambulanten wie stationären Pflegeanbietern ermöglichen, die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge künftig zielgruppenspezifischer und zielgerichteter durchzuführen. (B)

Da es sich um ein Pilotprojekt mit einer geringen Anzahl Beteiligter unter den jüdischen Familien, speziell den Frauen, handelt, wurden darüber hinaus Fragestellungen für künftige Projektvorhaben eruiert. Der recherchierten Forschungsliteratur sind hierzu exemplarisch folgende Bereiche zu entnehmen, die weitere Problemlagen aufzeigen:

- Spezifischer Betreuungs- und Pflegebedarf schwangerer jüdischer Frauen
- Spezifischer Betreuungs- und Pflegebedarf onkologischer jüdischer PatientInnen
- Familienpflege bei jüdischen PatientInnen
- Pädiatrische Pflege bei jüdischen PatientInnen
- Spezifischer Betreuungs- und Pflegebedarf psychosomatisch erkrankter jüdischer PatientInnen
- Auswirkungen des Migrationsprozesses auf das Gesundheits-/Krankheits- und Pflegeverständnis im Generationenvergleich

Diese Bedarfslagen wurden durch das Projekt für die Zielgruppe, zum einen durch die ethnographischen Interviews bestätigt und zum anderen durch Gespräche mit den Mitarbeitern der Landesstelle Unna-Massen, den Sozialarbeiterinnen der Jüdischen Kultusgemeinden und der/den Inhaberin/Mitarbeiterinnen des jüdischen Pflegedienstes.

7. Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen

- Die ethnographische Erhebungsmethode nach Spradley (1979) ist für weitere qualitativ-explorative Untersuchungen mit soziokulturellen Minoritäten zu empfehlen.
- Voraussetzung ist, insbesondere bei vulnerablen Gruppen, eine gute Zusammenarbeit mit Personen, die den Zugang zu Zielpersonen ermöglichen können.
- Wenn mit fremdsprachigen Gruppen gearbeitet werden soll, sind Dolmetscher notwendig und verursachen entsprechende Kosten. Dies ist bei der Projektplanung unbedingt zu berücksichtigen.

8. Zusammenarbeit der Kooperationspartner

Die Landesstelle war an dieser Kooperation ausgesprochen interessiert, stellte ihr Know-how zur Situation der Flüchtlinge und Aussiedler sowie eigene Statistiken zur Verfügung war und bei der Knüpfung des Kontakts zur jüdischen Kultusgemeinde Dortmund behilflich, mit der sie ebenfalls zusammenarbeitet.

Alle Jüdischen Kultusgemeinden zeigten sich ebenfalls sehr aufgeschlossen und zur Zusammenarbeit gern bereit.

Die Kooperationspartner stimmten die Vorgehensweise im Projekt, so in der Planungsphase (z.B. zu inhaltlichen Fragen, zum Beginn des Projekts, zu den Zuständigkeiten während der Durchführung, zur Zusammenarbeit mit den Jüdischen Kultusgemeinden) miteinander ab, Entscheidungen, sofern sie die genannten Institutionen unmittelbar betrafen, wurden gemeinsam getroffen. Die Kooperation mit allen Institutionen half, migrationssoziologische Gesichtspunkte, die sich förderlich bzw. hinderlich auf das Gesundheitsverhalten der jüdischen Flüchtlinge auswirken, zu erkennen und in die Untersuchung einzubeziehen. Dadurch können nachhaltige Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe erreicht werden. Diese Form der Zusammenarbeit mit nicht-pflegerischen Institutionen dürfte selten und damit beispielhaft sein.

Für die Erhebung des Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnisses sowie der Pflegepraktiken in den jüdischen Familien erklärten sich die zuständigen Sozialarbeiterinnen bzw. die Mitarbeiterinnen des ambulanten jüdischen Pflegedienstes in den Gemeinden, die alle Jüdinnen aus den GUS-Staaten sind und gut bis sehr gut Deutsch sprechen, bereit, zum einen als „Gatekeeper“ zu wirken und uns Zugang zu den InformantInnen zu ermöglichen - was, wie die Befragung zeigte, von größter Bedeutung für die Vertrauensbildung war - und zudem als Dolmetscherinnen anwesend zu sein. Auch in dieser Funktion waren sie auf Grund des Vertrauens, das zwischen ihnen und unseren InterviewpartnerInnen herrschte, eine ausgesprochen wertvolle Hilfe für das Projekt.

Da mehrere Kultusgemeinden involviert waren, erhöhte sich der Planungs- und Reiseaufwand für die Projektleitung. Auch brauchte die Auffindung geeigneter InterviewpartnerInnen relativ viel Zeit. Des weiteren verschoben sich Interviews mehrfach durch Krankheit von Mitarbeiterinnen, InformantInnen oder Sozialarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes. Terminprobleme aller Beteiligten führten ebenfalls häufig zu Verzögerungen, die wiederum die Auswertung verschleppten, die methodisch immer im Anschluss an jedes Interview zu erfolgen hatte.

9. Probleme, Schwierigkeiten, Hindernisse bei der Durchführung

(Siehe 8.)

Entgegen der ursprünglichen Planung wurden die Interviews nicht in der Landesstelle, sondern in den genannten Jüdischen Gemeinden durchgeführt. Daher wurde mit dem Leiter der Jüdischen Kultusgemeinde Dortmund und der zuständigen Sozialarbeiterin vereinbart, die Flüchtlinge erst nach Verlassen der Landesstelle in der Gemeinde zu befragen.

Lösungen: Verlängerung der Projektlaufzeit

10. Verweise auf Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt

Durchgeführt:

4.6.02 Vortrag an der Universität Bremen: Pflegeanforderungen jüdischer Flüchtlinge in Deutschland vor dem Hintergrund soziohistorischer Bedingungen

15.10.02 Projektbericht in der School of Nursing der University of California, San Francisco, USA

23.10.02 Vorstellung der Literaturstudie im Rahmen des Münchner Pflegekongresses 2002 (Vortrag durch die Projektmitarbeiterin Frau Gremlowski)

Eingereicht: 2 Aufsätze für die wissenschaftliche Zeitschrift „Pfleger“:

Jüdische Familien aus der GUS als Pflegeempfänger vor dem Hintergrund soziohistorischer Bedingungen

Teil 1: Internationale Literaturstudie zur Pflege jüdischer PatientInnen

Teil 2: Ethnographische Studie zu den Pflegeanforderungen jüdischer Flüchtlinge in Deutschland

11. Literaturhinweise

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2001: Migrationsbericht der Ausländerbeauftragten im Auftrag der Bundesregierung. Berlin / Bonn, November.

Bloch B, Weitzel-Polzer E 2001 Bewahrer der Tradition. *Jüdische Altenhilfe*; 11, 38-41

Charnes LS; Moore PS: 1992 Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. *Holistic Nursing Practice*; Apr; 6(3): 64-72

- Dasberg H 1987 Psychological distress of Holocaust survivors and offspring in Israel, forty years later: a review. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24(4): 243-256.
- Heywood-Jones P 1984 Strictly kosher. *Nursing Times*; Jan, 25, 61-62.
- Krohwinkel M 1992 (Hg.) Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Baden-Baden
- Lange de N 2000 Geschichte des Judentums. Campus Verlag, Frankfurt/ New York
- Migrationsbericht der Ausländerbeauftragten im Auftrag der Bundesregierung 2001, hrsg. v. der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen. Berlin Bonn.
- Neustadt LE 1982 Developing a program for Jewish residents in non-Jewish nursing homes. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*; Fall; 2(1): 13-23
- Salman R 2000 Der Einsatz von (Gemeinde-)Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. *Migration und Gesundheit*, Band 17, Hrsg. Gardeman, J., Müller, W., Remmers, A., Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
- Schnepf W 1995 Meanings and practices of care in Russian-German families. Unveröff. Magisterarbeit, Cardiff University, GB
- Snyder J; Sommer B 1995 How did we do it? Special considerations for orthodox Jewish patients in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*; Dec, 21, 569-570
- Spradley JP 1979 The ethnographic interview. Fort Worth u.a.
- Zielke-Nadkarni A 2003 Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Huber: Bern u.a.

12. Kontaktadresse mit e-mail/Homepage

Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni
FachhochschuleMünster
FB Pflege
Leonardo Campus 8
48149 Münster
email: zielke-nadkarni@fh-muenster.de