

# **Bachelorarbeit**

## **Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund -**

**Kultursensible Altenpflege von Migrantinnen und  
Migranten in der Langzeitpflege**

eingereicht von

Tamara Elisa Kohl

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von  
Frau Dr.<sup>in</sup> Großschädl Franziska, BSc, MSc

Graz, 13.03.2018

## **Eidesstattliche Erklärung**

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

13.03.2018

Kohl Tamara Elisa eh.

# Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung .....	I
Inhaltsverzeichnis .....	II
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Zusammenfassung.....	VI
Abstract.....	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Kulturelle Unterschiede .....	2
Kulturdimension nach Hall .....	3
Kulturdimensionen nach Hofstede.....	4
1.3 Bevölkerung mit Migrationshintergrund .....	5
1.4 Kultursensible Pflege.....	7
<b>Sunrise Modell der transkulturellen Pflege nach Madeleine Leininger</b> .....	8
1.5 Transkulturalität.....	10
<b>Transkulturelle Pflegeanamnese nach Dagmar Domenig</b> .....	10
1.6 Forschungslücke.....	12
1.7 Forschungsfrage und Forschungsziel .....	13
2 Material und Methoden .....	14
2.1 Design.....	14
2.2 Suchstrategien in den Datenbanken.....	14
Pubmed.....	14
Cinahl .....	15
Google Scholar .....	15
2.3 Qualität der Studien.....	16

2.4	Studiencharakteristika .....	18
3	Ergebnisse .....	21
3.1	Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflegepraxis .....	21
	Pflegevorstellungen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund .....	21
	Sprachbarrieren als Defizit in der professionellen Pflege .....	22
3.2	Defizite in der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund .....	23
	Probleme des Pflegepersonals in der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund .....	23
	Der Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsversorgung und Betreuungseinrichtungen .....	25
	Die Erwartungen von Migrantinnen und Migranten an eine Langzeiteinrichtung .....	26
	Die Vorstellung von kulturellem Unterschied in der Pflege .....	28
	Die Vermittlung der transkulturellen Pflege .....	29
4	Diskussion .....	30
4.1	Stärken und Schwächen .....	33
4.2	Empfehlungen für die Praxis .....	33
4.3	Empfehlungen für weitere Forschung.....	34
5	Schlussfolgerung .....	36
6	Literaturverzeichnis.....	37
7	Anhang/ Bewertungsbögen.....	VIII

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 die Entwicklung des Ausländeranteils in Österreich in den Jahren 1961 bis 2016 (Statistik Austria 2017).....	7
Abbildung 2 Modell der transkulturellen Pflege (v. Bose, 2012) .....	9
Abbildung 3 Pflegeanamnese nach Dagmar Domenig (2007).....	12
Abbildung 4 Flowchart Datensammlung (eigene Darstellung).....	17

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Charakteristika der inkludierten Studien (eigene Darstellung) .....	18
--	----

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Heute ist der Bedarf von Migrantinnen und Migranten professionelle Unterstützung und Pflege im Alter zu bekommen noch sehr gering. In den kommenden Jahren wird es aufgrund der Zunahme an älteren Menschen mehr Pflegebedürftige geben. Bei gegebener demografischer Entwicklung sind dann vermutlich auch vermehrt Migrantinnen und Migranten von Pflegebedürftigkeit im Alter betroffen. Die Wunschvorstellung der meisten Menschen ist es, so lange wie möglich selbstständig in der gewohnten Umgebung zu leben. Tritt Pflegebedürftigkeit ein sind einige kulturspezifische Besonderheiten zu beachten, um den Menschen eine bedürfnisentsprechende Versorgung bieten zu können.

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche speziellen Bedürfnisse ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben und wie sich daraus die Pflege von Migrantinnen und Migranten in der institutionellen Pflege gestaltet.

**Methode:** Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde eine Literaturrecherche im Zeitraum von Oktober 2017 bis Dezember 2017, in den Datenbanken PubMed und Cinahl, durchgeführt. Für die Handsuche wurde die Suchmaschine Google Scholar herangezogen. Eingeschlossen wurden alle Studien, nicht älter als 10 Jahre, in den Sprachen Deutsch und Englisch. Nach Titel-, Abstractscreening und kritischer Bewertung mit einem wissenschaftlichen Bewertungsbogen wurden sechs aktuelle Studien in den Ergebnisteil inkludiert und zusammengefasst.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigten, dass informationsbedingte, kulturelle und sprachliche Barrieren zu Problemen in der Betreuung von Migrantinnen und Migranten führen und Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit Migrantinnen und Migranten beim Pflegepersonal auslösen. Durch den Miteinbezug der Familien von Bewohnerinnen und Bewohnern und einem muttersprachlichen Pflegeangebot können solche Barrieren gemildert werden. Die Vorstellungen, wie ein Pflegeheim gestaltet sein soll, richten sich in erster Linie auf das Gefühl der Geborgenheit und der Wahrung der Intimität. Dazu zählen die Berücksichtigung der Essgewohnheiten und die Unterstützung in der Körperpflege durch eine Pflegefachperson des gleichen Geschlechts.

**Schlussfolgerung:** Es hat sich gezeigt, dass es im Bereich der Pflege bedeutsam ist, den Blick für kulturelle Hintergründe zu schärfen und gleichzeitig die Akzeptanz und die Empathie für das unbekannte Verhalten zu erhöhen. Es gibt viele Aspekte,

die bei der kulturspezifischen Pflege zu berücksichtigen sind. Der Einsatz von Dolmetschern, und der Einbezug von Angehörigen in der Praxis sind mögliche Lösungen um sprachliche Barrieren zu mildern. Diese Arbeit stellt eine Basis für weitere Forschung dar.

**Schlüsselwörter:** Migrantinnen und Migranten, kultursensible Altenpflege, Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

## **Abstract**

**Background:** The need of migrants for professional support and care in old age is still very low but this will change in the next coming years. People of all cultures have in common that they want a beautiful and dignified old age. The wish of most of the people in old age is to live independently for as long as possible in their accustomed environment. However, if there is a need for nursing care, there are some special factors that need to be considered. These particularities, which are shaped by the cultural background, must be respected to provide people with care that meets their needs.

**Aims:** The aim of this work is to find out the special needs of the elderly with a migration background and to show how this can lead to the care of migrants in institutional care that is tailored to their specific requirements.

**Methods:** To answer the research issue, a literature research was carried out in PubMed and Cinahl in the period from October 2017 to December 2017. In addition, a hand search was performed in Google Scholar. A total of six current studies (none of these older than 10 years) were included in the study that focused on the special needs of migrants.

**Results:** The results show that information-related, cultural and linguistic barriers lead to problems regarding the care of migrants and trigger fears and uncertainties in dealing with migrants among nursing staff. Such barriers can be mitigated by involving the families of residents and a range of native-speaking care services. The ideas as how a nursing home should be designed are primarily aimed at the feeling of security and the preservation of intimacy. This includes the consideration of eating habits and support in personal hygiene by a nurse of the same sex.

**Conclusion:** It has been shown that in the field of nursing care it is important to sharpen the focus on cultural backgrounds and at the same time to increase acceptance and empathy for unknown behavior. Many aspects need to be considered when it comes to culture-specific care. The use of interpreters and the involvement of relatives in practice are possible solutions to alleviate language barriers. This work represents a basis for further research.

**Keywords:** migrants, cultural sensitive elderly care, migrant care

# 1 Einleitung

Zu Beginn der Einleitung werden die Hintergründe von Migration und migrationsspezifischer Pflege beleuchtet. Danach werden kulturelle Unterschiede anhand der Kulturdimensionen nach Edward T. Hall und Geert Hofstede beschrieben. Daran angeknüpft werden die Begriffe „Migrantin und Migrant“ erläutert und ein Einblick in die statistische Entwicklung der Migration in Österreich gegeben. Im Zusammenhang mit der Migration werden verschiedene Modelle beschrieben, die den Pflegealltag mit Migrantinnen und Migranten erleichtern sollen.

## 1.1 Hintergrund

Unsere Gesellschaft befindet sich im ständigen Wandel. Es gibt immer mehr pflegebedürftige Menschen aus anderen Ländern und Kulturen. Dieser Wandel findet ebenfalls im Pflegealltag und anderen stationären Pflegeeinrichtungen statt. Pflegende kennen oftmals die kulturellen Hintergründe ihrer Patientinnen und Patienten und die daraus resultierenden Unterschiede zur eigenen Kultur zu wenig. Dies führt in der Praxis oft zu Schwierigkeiten und Unsicherheiten in der Betreuung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Bereiche wie Körperkontakt, Intimsphäre, Geburt, Ernährung und Sterben sorgen für Unsicherheiten von beiden Seiten, da es große und gravierende interkulturelle Informationsdefizite gibt. Folglich kommt es oft unbewusst zu falschen Handlungen. Wenn diese sich häufen kommt es zu Spannungen zwischen Pflegepersonen auf der einen Seite und den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen auf der anderen Seite. Um mit den Konflikten, Spannungen, Ungereimtheiten und dem manchmal bedrohlich erscheinenden Fremdverhalten von Patientinnen und Patienten aus anderen Herkunftskulturen umzugehen, bedarf es einer fortwährenden Reflexion, die weit über das bislang erworbene und vorhandene Hintergrundwissen der Pflegenden hinausgeht. Die Konfrontation mit Patientinnen und Patienten aus anderen, fremden Kulturen, bedeutet auf jeden Fall eine Bereicherung, aber auch eine ganz neue Auseinandersetzung mit den eigenen gesellschaftlichen und kulturellen Prägungen. Was daraus folgt, ist die Erkenntnis, dass die vorherrschende Kultur in der sich wandelnden Kultur nur relativ gültig ist (Neuffer, 2014). Die Frage nach dem richtigen und falschen Verhalten wird im

Umgang mit fremdkulturellen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen neu gestellt. Auch die Frage nach der Allgemeingültigkeit unserer kulturell und individuell geformten Vorstellung von Gesundheit, Krankheit, Geburt und Tod stellt sich neu und muss im Pflegealltag neu beantwortet werden. Jede Kultur verändert sich ständig, sie wächst, lässt Neues entstehen und überholte Maßstäbe werden von neuen Einflüssen verdrängt. Dadurch wird eine Anpassung der Kompetenz der kulturellen Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund unumgänglich sein. Um diesen Anforderungen gegenüber den Angehörigen der Pflegeberufe und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nachzukommen, muss die interkulturelle Kompetenz bei den Pflegepersonen und bei den Patientinnen und Patienten erhöht werden und die interkulturelle Kommunikation im Berufsalltag der Pflege geschult und gefördert werden. Informationsbedingte, kulturelle und sprachliche Barrieren führen zu den seit Langem bekannten Problemen in der Betreuung von Migrantinnen und Migranten. Doch oft kann im häufig unterbesetzten und von strikten Zeitplänen bestimmten Berufsalltag der einzelne Patient nicht mehr wahrgenommen werden. Er wird vielmals ohne es zu wollen nach einem vorgefertigten Schema betreut. Im Bereich der Pflege ist es bedeutsam, den Blick für kulturelle Hintergründe zu schärfen und gleichzeitig die Akzeptanz und die Empathie für das unbekannte Verhalten zu erhöhen (Bose, 2012).

## **1.2 Kulturelle Unterschiede**

Ein Schwerpunkt der interkulturellen Forschung ist die Suche nach kulturellen Dimensionen. Kulturelle Dimensionen helfen bei der Vereinfachung zur Klassifizierung der unterschiedlichen Kulturen. Dadurch werden die Analyse und die Auswirkungen von kulturellen Unterschieden erleichtert. Das bildet einen Wegweiser von verschiedenen Methoden zur systematischen Analyse von differenten interkulturellen Situationen sowie eine abstrakte und theoretische Grundlage für die weitere Forschung. Zum Beispiel haben Ethnologen wie Edward T. Hall und Sozialwissenschaftler wie Geert Hofstede Kulturdimensionen entwickelt. Durch diese Kulturdimensionen können signifikante Bereiche kultureller Unterschiede deutlich gemacht werden.

### Kulturdimension nach Hall

Der US-amerikanische Kulturanthropologe Edward T. Hall beschäftigte sich vor allem mit der interkulturellen Kommunikation. Er fand heraus, dass vor allem Verhaltensunterschiede zwischen den Kulturen Konflikte in der interkulturellen Kommunikation auslösen können (Lenthe, 2016). Die Sprache ist laut ihm mehr als nur ein Medium, um Gedanken auszudrücken. Sie ist ein Hauptelement in der Gedankenbildung. Die Wahrnehmung eines Menschen wird durch seine Sprache programmiert, dies kann mit einem Computer verglichen werden. Der menschliche Verstand wird wie der Computer die äußere Realität nur in Übereinstimmung mit dem Programm registrieren und strukturieren. Da zwei unterschiedliche Sprachen ein gleiches Ereignis oft ganz anders interpretieren können, sollte kein Glaube ohne Sprache betrachtet werden (Hall, 1990).

Er verfolgt bei seinen Arbeiten einen anthropologischen Ansatz und identifizierte dabei Kulturdimensionen, die sich vorwiegend auf die unterschiedlichen Kommunikationsaspekte der Kulturen beziehen. Nach Hall sind das die Dimensionen Kontextorientierung, Raumorientierung, Zeitorientierung und Informationsgeschwindigkeit.

Bei der Kontextorientierung weist Hall darauf hin, dass in Kommunikationssituationen eine bestimmte Menge an Information übermittelt werden muss, damit der Empfänger die Botschaft des Absenders versteht. Unterschieden werden hier low-context-Kulturen und high-context-Kulturen. Die Begriffe low und high stehen im Zusammenhang mit dem Ausmaß der nonverbalen Kommunikation in der Gesprächssituation. So werden in low-context Kulturen möglichst alle relevanten Informationen sprachlich ausgedrückt, dem Zuhörer bleibt hier kaum Interpretationsspielraum. Der Sprecher nennt die Dinge beim Namen. In dieser Situation spielt die direkt ausgesprochene Botschaft eine wesentlich wichtigere Rolle als ein Beziehungsaufbau der Sprechenden miteinander. Zu diesen Kulturen mit direktem Gesprächsstil zählt unter anderem auch der deutsche Sprachraum. Hingegen bei high-context-Kulturen wird der Kontext des Gesprächs als wesentlicher Bestandteil der Kommunikation wahrgenommen. Hierbei ist der Anteil an Informationen, der in einem Satz codiert enthalten ist größer, als der, der sprachlich direkt gesagt wird. Es ist weniger üblich, die Dinge beim Namen zu nennen. Die Aussage ist voll von vieldeutigen, bildhaften Vergleichen, deren

Bedeutung sich nur unter der Berücksichtigung des gesamten Gesprächskontextes erschließen lässt.

Als Raumorientierung bezeichnet Hall die räumliche Distanz und die körperliche Ausrichtung zwischen den Interaktionspartnern. Er unterscheidet hier zwischen intimer, persönlicher, sozialer und öffentlicher Distanz. Zur intimen Distanz gehören Sexualität sowie enge Berührungen. Auch in der persönlichen Distanz sind Körperkontakte noch möglich, allerdings ohne intime Beziehungen. In der sozialen Distanz fallen alle sozialen Interaktionen mit Bekannten und Fremden. Die öffentliche Distanz zeigt sich beispielsweise in Begegnungen mit bedeutenden Persönlichkeiten. Je nach Kultur haben diese Zonen unterschiedliche Ausmaße. Während es in einigen Ländern üblich ist, einander so nah wie möglich zu kommen und dabei Berührungen nicht zu scheuen, kann dies von Interaktionspartnern aus anderen Kulturen als unangenehm empfunden werden.

Im Zusammenhang mit der Zeitorientierung unterscheidet Hall Menschen mit monochroner und polychroner Zeitauffassung. In Kulturen mit monochroner Zeitauffassung wird das Leben organisiert und Pünktlichkeit erwartet. Die polychrone Zeiteinteilung zeigt, dass zeitlichen Verpflichtungen keine große Rolle beigemessen wird. Die Dimension der Informationsgeschwindigkeit zeigt, wie sich Kulturen in Bezug auf die Geschwindigkeit der Nachrichtenübermittlung unterscheiden. Hier gibt es schnelle und langsame Botschaften. Zu den schnellen Nachrichten zählen beispielsweise Zeitungen oder Mode. Zu langsamen Nachrichten gehören beispielsweise wahre Freundschaften (Lenthe, 2016).

### Kulturdimensionen nach Hofstede

Der Sozialpsychologe Geert Hofstede hat vier grundlegende Dimensionen entwickelt, anhand deren die Nationalkulturen verglichen werden können. Er nannte die Dimensionen Machtdistanz, Individualismus und Kollektivismus, Maskulinität und Feminität und Unsicherheitsvermeidung (Lenthe, 2016). Die Machtdistanz zeigt die Ungleichheit beziehungsweise den Respekt gegenüber Autoritäten. Die Wurzeln der Machtdistanz liegen laut Hofstede in der Familie. Bei einer großen Machtdistanz wird Respekt als Anerkennung gesehen. Wenn Eltern alt und gebrechlich sind, erwarten sie, dass die Kinder sie in allen Lebenslagen unterstützen. In Kulturen mit geringer Machtdistanz bestehen keine Abhängigkeiten zwischen Eltern und erwachsenen Kindern. Die Eltern treffen ihre Vorkehrungen für Alter und Krankheit

selbst. Bei der individualistisch ausgeprägten Gesellschaft stehen die Selbstverwirklichung und das Individuum im Vordergrund. Im Gegensatz dazu hat in kollektivistisch geprägten Kulturen die gegenseitige Abhängigkeit einen hohen Stellenwert. Personen bleiben hier ein Leben lang Teil ihrer Familie, mit Kritik muss in diesen Kulturen vorsichtig umgegangen werden. Fehlverhalten und negative Kritik führen zu Schamgefühl und Gesichtsverlust (Hofstede, 2012). Maskulinität und Feminität beschreiben kulturell und sozial vorherbestimmte Rollen, die nicht auf biologische Unterschiede hindeuten. Nach Hofstede ist eine Kultur maskulin, wenn die Rollen der Geschlechter klar abgegrenzt sind. Männer sollen materiell orientiert sein. Die Frauen müssen bescheidener und sensibler sein und Wert auf Lebensqualität legen. Als feminin bezeichnet man eine Gesellschaft, wenn sich beide Geschlechterrollen überschneiden. Kulturen mit starker Unsicherheitsvermeidung haben das Bedürfnis nach Vorhersehbarkeit. Im Gegensatz dazu wirken Menschen mit schwacher Unsicherheitsvermeidung ruhig und gelassen, da sie im Handeln auf den gesunden Menschenverstand vertrauen. Darum legen Kulturen mit schwacher Unsicherheitsvermeidung viel Wert auf Reinheit, Sauberkeit und geben mehr Geld für Ärztinnen, Ärzte und Medikamente aus. Die Dimension Langzeitorientierung versus Kurzzeitorientierung beschreibt die Besonderheiten einer langfristigen gegenüber einer kurzfristigen Lebensorientierung. Kennzeichnend für eine starke Langzeitorientierung ist unter anderem die Sparsamkeit im Umgang mit Ressourcen. Wesentliche Werte sind Ehrlichkeit, Verantwortlichkeit, Anpassungsfähigkeit und Selbstdisziplin. In Kulturen mit Kurzzeitorientierung stellen Leistung, Freiheit und Rechte wesentliche Werte dar. Hier werden Erfolg und Misserfolg auf glückliche Umstände zurückgeführt, wobei das Alter als eine traurige Zeit angesehen wird (Lenthe, 2016).

### **1.3 Bevölkerung mit Migrationshintergrund**

Der Begriff „Migrantin“ beziehungsweise „Migrant“ stammt vom lateinischen Wort „migrare bzw. migratio“ und bedeutet wandern, wegziehen, Wanderung. In den letzten Jahren wird er in Bezug zum weltweit verwendeten englischen Wort „migration“ gesetzt, welches übersetzt wandern heißt (William, 2016). Als Migrantinnen und Migranten werden Menschen bezeichnet, die ihre Heimat verlassen um in ein anderes Land zu gehen. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird

der Begriff oft verstanden als jemand, der freiwillig sein Heimatland verlässt. Das kann unterschiedliche Gründe haben, wie beispielsweise bessere Arbeitsstellen oder eine bessere medizinische Versorgung. Dazu zählen auch Menschen, die aufgrund von Krieg aus ihrer Heimat fliehen müssen (Liebig, 2016). Internationalen Definitionen zufolge umfasst die „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ alle Personen, deren Eltern im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit. Im Jahr 2016 lebten rund 1,898 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung in Privathaushalten entsprach dies einem Anteil von 22 Prozent. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund kann nach dem eigenen Geburtsland in zwei Gruppen unterteilt werden: Etwa 1,415 Millionen Migrantinnen und Migranten in Österreich gehören der sogenannten ersten Generation an, da sie selbst im Ausland geboren wurden und nach Österreich zugezogen sind. Die verbleibenden rund 483.000 Personen mit Migrationshintergrund sind in Österreich geborene Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort. Sie werden daher als zweite Zuwanderergeneration bezeichnet. Eine dritte Generation wird in den statistischen Erhebungen nicht separat erfasst, da deren Angehörige bereits in Österreich geborene Eltern haben und somit nicht mehr zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen. Rund 63 Prozent der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind ausländische Staatsangehörige, während 37 Prozent im Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft sind. Unter den Migrantinnen und Migranten der ersten Generation sind jedoch nur 28 Prozent eingebürgert, während knapp 64 Prozent der Angehörigen der zweiten Generation österreichische Staatsangehörige sind (Statistik Austria, 2017). Die folgende Grafik veranschaulicht die Entwicklung des Ausländeranteils in Österreich in den Jahren 1961 bis 2016.

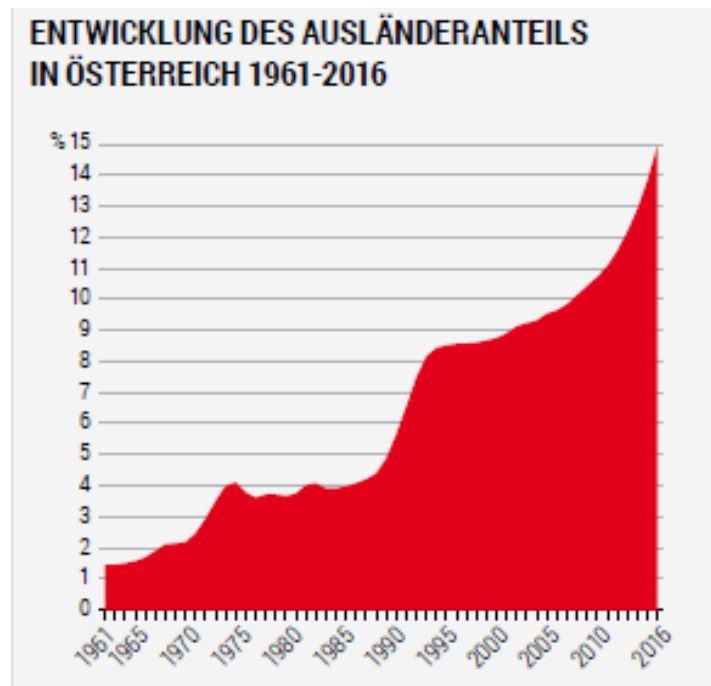


Abbildung 1 die Entwicklung des Ausländeranteils in Österreich in den Jahren 1961 bis 2016 (Statistik Austria, 2017)

## 1.4 Kultursensible Pflege

Die Anthropologin und Krankenschwester Madeleine Leininger gilt als Pionierin auf dem Gebiet der transkulturellen Pflege, da sie sich seit Mitte der 50er Jahre mit diesem Thema beschäftigte. Sie konzentrierte sich auf das Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Pflege verschiedener Kulturen und entwickelte eine Handlungsempfehlung für die kultursensible, patientenorientierte Pflege (Lenthe, 2016). Kultur gibt in einer Gesellschaft Modelle vor, aus denen heraus sich Gedanken und Handlungen erst entwickelt werden müssen. Kultur bezieht sich auch im Rahmen der transkulturellen Pflege laut Leininger (1998) auf erlernte Verhaltensmuster und Werte, die von einer bestimmten Gruppe geteilt werden und im Laufe der Zeit an andere Menschen weitergegeben und tradiert werden. Transkulturalität zeigt, dass Kultur einen großen Einfluss auf alle Entscheidungen des Einzelnen hat und weit in das menschliche Verhalten eingreift. Auch die Vorstellungen von Pflege und Gesunderhaltung werden in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich geprägt und gebildet.

Der Begriff der kultursensiblen Pflege bedeutet, dass alle Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe versuchen, sich bestmöglich auf die kulturspezifischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit

Migrationshintergrund einlassen zu können. Dieser Prozess erfordert Wissen über andere Kulturen, die Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse dieser Gruppe und die Befreiung von Stereotypen und Vorurteilen. Vor allem aber erfordert dieser Prozess die Bereitschaft zu klären, inwieweit die allgemeinen Regeln gelten. Das bedeutet eine Haltung, die kulturelle und ethnische Besonderheiten zulässt. Der zu Pflegende soll individuell mit all seinen Bedürfnissen wahrgenommen werden (Bose A. v., 2012).

### **Sunrise Modell der transkulturellen Pflege nach Madeleine Leininger**

Das folgend beschriebene Sunrise Modell der kultursensiblen Pflege wurde von Madeleine Leininger in den 70er Jahren entwickelt. Das Sunrise Modell ermöglicht einen Gesamtüberblick über die verschiedenen, dennoch eng zusammenhängenden Dimensionen der Pflege. Das Modell ist nicht statisch, es soll stetig verändert werden und durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Forschung ergänzt und weiterentwickelt werden. Es dient als Instrument, um kulturspezifische Unterschiede herauszufinden und Zusammenhänge zu verstehen, die auf Genesung, Heilung oder den Verlauf des Sterbens Einfluss nehmen. Diese modellhafte Aufstellung versucht alle denkbaren unterschiedlichen Faktoren zu berücksichtigen, welche die Lebenswelt eines Menschen in Bezug auf das Sorgemuster, auf Krankheit und Pflege beeinflussen können. Das Sunrise Modell zeigt, dass alles, was Pflege und Fürsorge betrifft, eng mit Kultur verknüpft ist. Diese verschiedenen kulturellen Faktoren beeinflussen sowohl Pflegende als auch Patientinnen und Patienten. Das Modell gibt einen Überblick über wichtige pflegerische Aspekte einer Kultur. Es fungiert als Handlungsleitfaden, der individuell in Handlungen einfließen und angewendet werden kann. Er soll den Pflegenden helfen, ein möglichst vollständiges und genaues Wissen über kulturspezifische Vorstellungen der Patientinnen und Patienten zu bekommen. Das Modell dient als Grundlage eines kultursensiblen Verständnisses, orientiert sich aber immer am einzelnen Pflegebedürftigen und am individuell Pflegenden. Es ist für alle einsetzbar. Das heißt, es kann zur Beobachtung von einzelnen Personen, aber auch von Gruppen, Familien oder sogar von ganzen Kulturen eingesetzt werden (Alexandra von Bose, 2012). Folgend wird das oben beschriebene Modell der transkulturellen Pflege nach Leininger grafisch dargestellt. Es zeigt durch welche

multiplen Faktoren die soziale Struktur oder Weltanschauung geprägt ist und dass dies einen großen Einfluss auf kulturelle Pflegemuster und Pflegepraktiken hat.

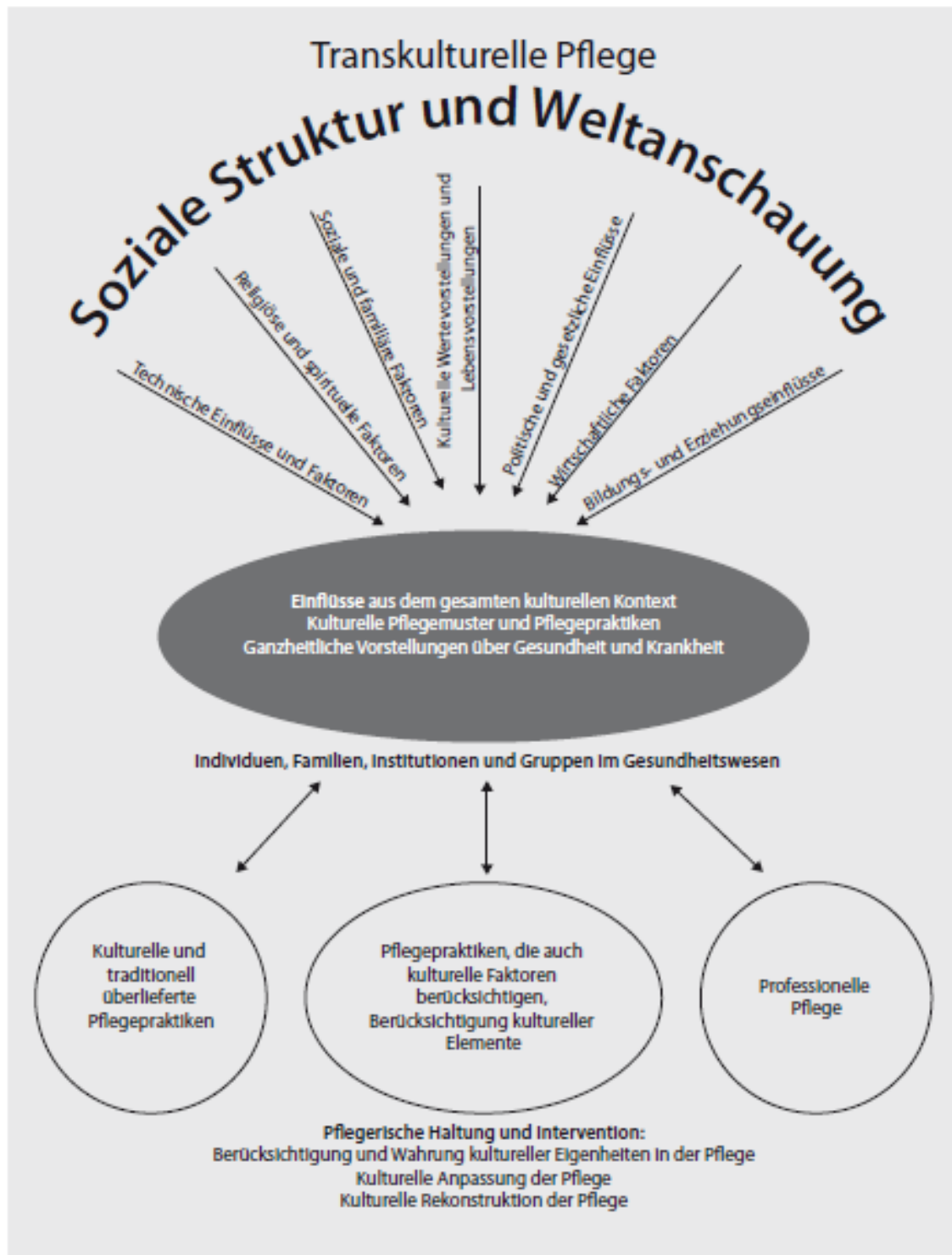


Abbildung 2 Modell der transkulturellen Pflege (v. Bose, 2012)

## **1.5 Transkulturalität**

Die Transkulturalität beschreibt ein Konzept der Gesellschaft, bei dem kulturelle Grenzen und die Vorstellung homogener Nationalkulturen aufgehoben werden, indem einzelne Kulturen innerhalb einer Gemeinschaft verschmelzen. Kulturen existieren demnach nicht als voneinander abgrenzbare Einheiten, sondern greifen ineinander und integrieren Fremdes und Eigenes (Welsch, 1997). Demnach ist transkulturelle Pflege kulturübergreifend und meint die Pflege über die Grenzen von kulturellen Unterschieden hinweg. Transkulturelle Pflege kann daher als ein allgemeingültiges ideelles Prinzip verstanden werden (Lenthe, 2016).

### **Transkulturelle Pflegeanamnese nach Dagmar Domenig**

Das wichtigste im Pflegeanamnesegespräch mit Migrantinnen und Migranten ist es, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen um Informationen für die weitergehende Pflege zu sammeln. Viele Patientinnen und Patienten haben Schwierigkeiten damit, sich völlig fremden Personen anzuvertrauen. Ihnen fällt es schwer sich zu öffnen, bevor sie mit den Pflegenden eine vertraute Beziehung hergestellt haben. Darum ist es wichtig, dass Pflegenden den Migrantinnen und Migranten Interesse und Empathie zeigen und ihre persönlichen Ängste und Vorurteile ablegen. Um schneller eine Vertrauensbasis herzustellen, können Pflegenden vor dem Anamnesegespräch mit Small Talk Fragen in das Gespräch einsteigen. Somit wird eine familiäre Ebene zugelassen. Fragen zum Herkunftsland und über eigene Erfahrungen können helfen Vertrauen zu gewinnen und die Reaktion mit Rückzug und Distanz zu minimieren. Das Ziel der transkulturellen Pflegeanamnese ist es, die Sichtweise der zu Pflegenden, unter Berücksichtigung der individuellen Zuschreibungen von migrationsspezifischen Hintergründen zu erfassen. Dabei wird einer kulturorientierten Herangehensweise ein kontext- und situationsbezogenes sowie ein biografiezentriertes Vorgehen entgegengesetzt. Hierbei wird letztendlich die Migrationsgeschichte berücksichtigt. Durch die Anamnese kann verstanden werden, was für die einzelne Migrantin, dem einzelnen Migranten und deren Familienangehörigen im Moment eine zentrale Bedeutung hat und inwiefern sich das auf den Zeitraum der pflegerischen Betreuung auswirkt. Denn Männer und Frauen mit Migrationshintergrund sollen als aktive Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und eigenen Interessen wahrgenommen

werden. Schlussendlich soll es dazu führen, vermehrt transkulturelle Dimensionen einfließen zu lassen. Die Sicht der Migrantinnen und Migranten auf das Krankheitsgeschehen und ihrer Lebenswelt soll vermehrt in die Pflege integriert werden. Wie die folgende Darstellung zeigt, dient sie als Überblick für migrationsspezifische Themenschwerpunkte und listet entsprechende Fragen auf. Dabei stellen die Fragen keine abschließende Auflistung dar, sondern sollen lediglich Anhaltspunkte liefern, in welche Richtung die Informationssammlung gehen soll. Die Fragen beinhalten Themenschwerpunkte, die in der Praxis oft vergessen oder ungenügend berücksichtigt werden (Domenig, 2007). In der angeführten Abbildung finden sich Beispiele für kulturspezifische Kategorien und spezielle Fragestellungen in der Pflegeanamnese für Menschen mit Migrationshintergrund.

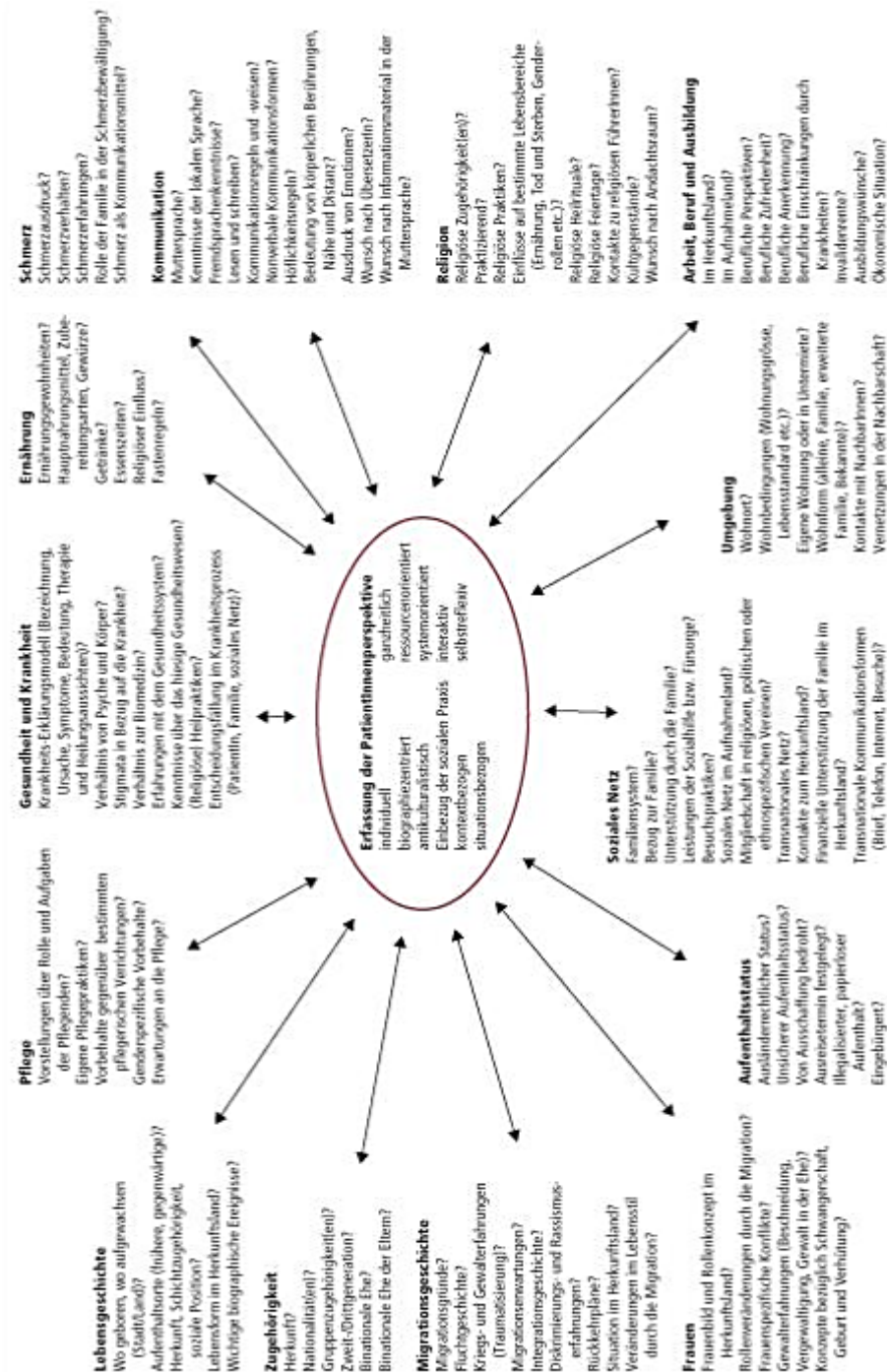


Abbildung 3 Pflegeanamnese nach Dagmar Domenig (2007)

## 1.6 Forschungslücke

Heute ist der Bedarf von Migrantinnen und Migranten an professioneller Unterstützung und Pflege im Alter noch sehr gering. Doch dies wird sich in den kommenden Jahren vermutlich ändern. Die kulturelle Zugehörigkeit ist unter anderem dafür verantwortlich, welche Einstellungen ein Mensch im Laufe seines

Lebens zum Altwerden entwickelt. Menschen aller Kulturen haben jedenfalls gemeinsam, dass sie sich einen schönen und würdevollen Lebensabend wünschen. Die meisten verdrängen dabei die Vorstellung, krank und pflegebedürftig zu werden. Die Wunschvorstellung der meisten Menschen ist es, im Alter so lange wie möglich selbstständig zu leben und im Pflegefall in der gewohnten Umgebung versorgt zu werden. Tritt Pflegebedürftigkeit ein sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten. Diese, durch den kulturellen Hintergrund geprägten Besonderheiten sind wichtig, um den Menschen eine bedürfnisentsprechende Versorgung bieten zu können (Geck, 2017).

## **1.7 Forschungsfrage und Forschungsziel**

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche speziellen Bedürfnisse ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben und wie sich daraus die Pflege von Migrantinnen und Migranten in der institutionellen Pflege gestaltet.

### **Daraus leitet sich folgende Forschungsfrage ab:**

Welche speziellen Bedürfnisse haben ältere Menschen mit Migrationshintergrund und inwieweit werden diese in der Langzeitpflege berücksichtigt?

## 2 Material und Methoden

Folgend werden die für die Literaturrecherche verwendeten Methoden dargestellt. Dabei werden das Forschungsdesign, die Suchstrategien in den herangezogenen Datenbanken sowie die Auswahl und die Qualität der Studien beschrieben.

### 2.1 Design

Als Forschungsdesign wurde ein Literaturreview ausgewählt. Ein Literaturreview ist eine *"comprehensive study and interpretation of literature that addresses a specific topic"* (Aveyard, 2014, S.14).

Bei diesem Design wird ein bestimmtes Thema bearbeitet, indem die passende Literatur mittels Datenbanken gesammelt wird. Die gesamte gefundene Literatur wird anschließend evaluiert und danach miteinander verknüpft. Am Ende stellt ein Literaturreview einen momentanen Status der Forschung zu einem bestimmten Thema dar (Polit & Beck, 2008).

### 2.2 Suchstrategien in den Datenbanken

Die Literatursuche war im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2017, wobei zu Beginn das Einlesen in die Thematik mittels Internet und Fachliteratur stattfand. Daraufhin begann die Recherche in den wissenschaftlichen Datenbanken Cinahl und Pubmed. Um genügend Literatur zu sammeln wurde zusätzlich eine Handsuche in der Suchmaschine Google Scholar durchgeführt. Die verwendeten Schlüsselwörter der Suche in den Datenbanken Cinahl, Pubmed und der Suchmaschine Google Scholar waren: migrants, older migrants, muslim patients, transcultural care, cultural diversity, care needs und nursing home. Je nach Datenbank wurden diese Schlüsselwörter kombiniert und mit den Booleschen Operatoren: AND, OR und NOT in Verbindung gebracht.

#### Pubmed

Im Pubmed wurden die Schlüsselwörter und MeSh (Medical Subject Headings) Terms folgendermaßen verbunden, um passende Ergebnisse zu erhalten: (((older migrants[Title/Abstract]) OR migrants[Title/Abstract]) AND care needs[Title/Abstract]) OR transcultural care) AND nursing home NOT hospital ,

muslim patients OR migrants AND transcultural AND long term care OR MeSh Term nursing home NOT hospital.

### Cinahl

In der zweiten Datenbank waren es folgende Suchstrategien, welche die bestmöglichen Ergebnisse lieferten und die Treffer auch weitgehend einschränkten: MeSh Term Transcultural nursing AND migrants, MeSh Term cultural diversity OR AB transcultural care AND caring AND AB migrants AND long-term care facilities NOT TX hospital.

### Google Scholar

Im Google Scholar wurden die Suchbegriffe Transkulturelle Pflege, transcultural care, sowie Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund und migrant care verwendet. Bei den gesamten Treffern wurden die ersten zwei Seiten der Literaturliste herangezogen.

Aufgrund des kurzen Recherchezeitraumes und um möglichst aktuelle Literatur zu erhalten wurden ausschließlich deutsche und englische Studien zur Behandlung der Thematik herangezogen. Die eingeschlossenen Studien waren nicht älter als zehn Jahre. Bei der inkludierten Personengruppe handelte es sich um ältere Männer und Frauen (65 Jahre und älter). Ausgeschlossen wurden Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, weil diese zur Beantwortung der Forschungsfrage nicht von Bedeutung waren. In die nähere Auswahl kamen alle qualitativen, quantitativen und mixed-method Studien, die sich mit den speziellen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund befassten.

Großer Wert wurde daraufgelegt, dass diese Thematik im Zusammenhang mit der professionellen Pflege behandelt wurde. Wie die Auswahl der Studien erfolgte, wird in Abbildung 4 in einem Flussdiagramm dargestellt. Von allen zutreffenden Artikeln wurde zuerst ein Titelscreening durchgeführt. Hierbei wurde anhand der Schlüsselwörter im Titel festgestellt, ob die Literatur relevant für das Literaturreview war. Infolgedessen wurden unpassende Artikel ausgegrenzt.

Wie in Abbildung 4 ersichtlich ist, ergab die Datensuche im Cinahl 360 Treffer, die nach der Titeldurchsicht auf 32 verbliebene Artikel reduziert wurden. Diese 32

Studien wurden bei einem Abstractscreening auf bedeutende Punkte untersucht. Anschließend wurden zehn Volltexte in die Auswahl miteinbezogen.

In der Datenbank Pubmed wurden zu Beginn 269 Treffer erzielt, wobei nach Titel- und Abstractscreening ebenfalls zehn Volltext Studien zur Auswahl kamen.

Somit waren insgesamt 609 Studien aufgrund des Inhalts ungeeignet und für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevant.

Bei der Handsuche im Google Scholar waren es zehn relevante Treffer und zwei Treffer aus den Literaturlisten von zwei ausgewählten Volltexten.

Darüber hinaus mussten von den 32 Artikeln 18 exkludiert werden, weil es sich bei zehn Arbeiten um keine wissenschaftlichen Artikel handelte. Zudem wurden acht weitere Studien, die nicht den Ein- und Ausschlusskriterien der zugrundeliegenden Arbeit entsprachen, ausgeschlossen. Bei einer weiteren Durchsicht stellte sich heraus, dass sich fünf Duplikate in der Auswahl befanden. Die verbleibenden neun Studien wurden mithilfe eines wissenschaftlichen Beurteilungsbogens auf ihre Qualität geprüft. Dabei wurden drei Texte aufgrund von schlechter Qualität ausgeschlossen. Schlussendlich wurden sechs relevante Studien in den Ergebnisteil der Arbeit eingearbeitet.

### **2.3 Qualität der Studien**

Die Qualität der Studien wurde mit einem wissenschaftlichen Bewertungsbogen gemessen. Hierfür wurde der wissenschaftliche Bewertungsbogen nach Hawker, et. al. (2002) verwendet. Der Bewertungsbogen teilt sich in neun Kategorien, beginnend von Abstract und Titel über Einleitung und Ziele bis hin zur Anwendbarkeit in der Praxis und Nutzung für weitere Forschung. Für jede Kategorie können Punkte von eins bis maximal vier vergeben werden. Wobei vier für gute Qualität steht, drei für passend, zwei für schlecht. Die Punkteanzahl von eins weist auf eine sehr schlechte Qualität hin.

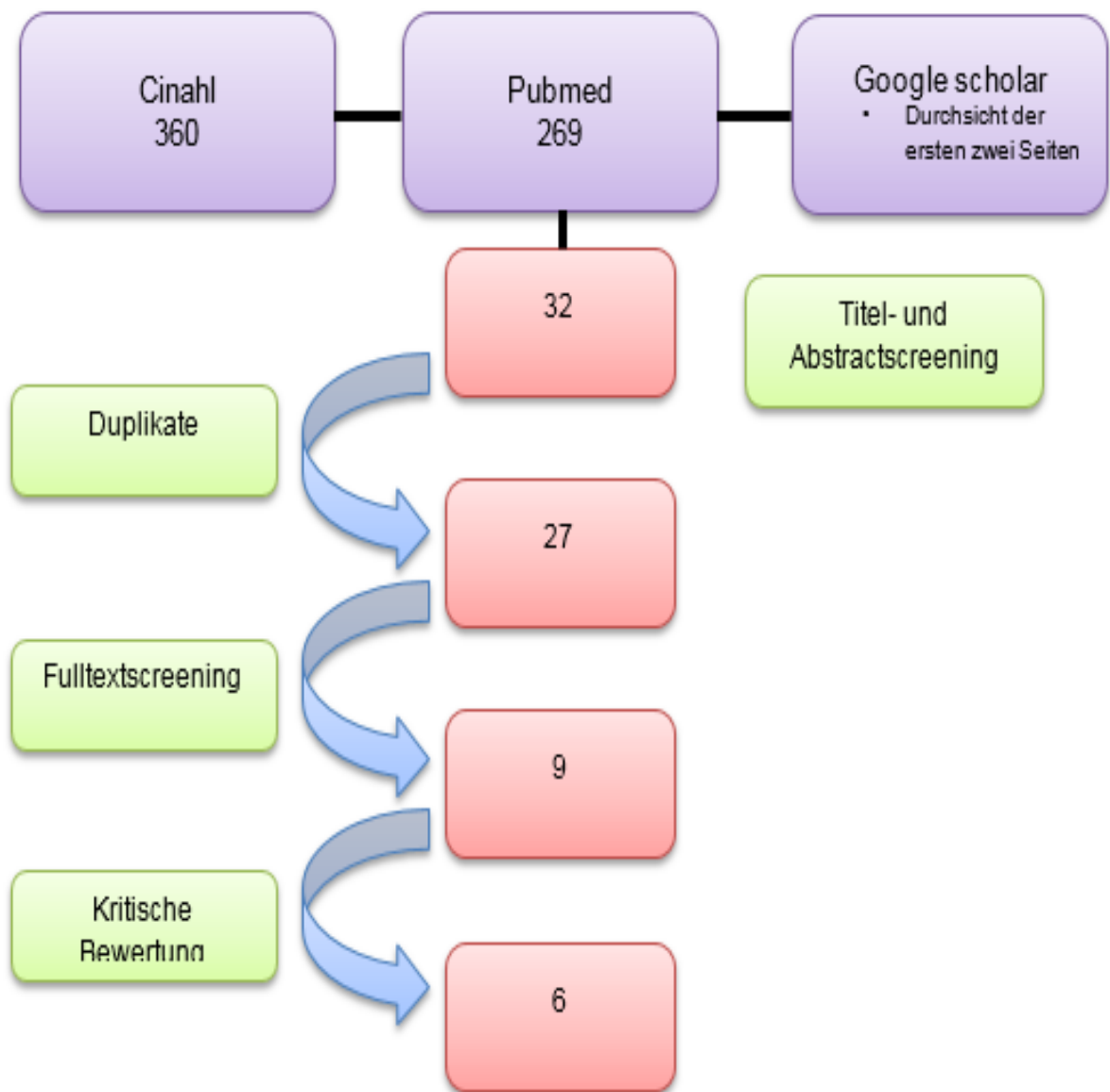


Abbildung 4 Flowchart Datensammlung (eigene Darstellung)

## 2.4 Studiencharakteristika

In der folgenden Tabelle werden wesentliche Merkmale der für den Ergebnisteil herangezogenen Studien beschrieben.

Tabelle 1: Charakteristika der inkludierten Studien (eigene Darstellung)

Autor/Land/Jahr	Ziele	Design	Methode	Ergebnisse
Kronenthaler et al. Deutschland 2016	Aufschluss über subjektive Pflegevorstellungen von Pflege der eigenen Person im Alter, Einflüsse auf die Nichtinanspruchnahme des Gesundheitssystems darstellen und eine verbesserte Orientierung an den Bedürfnissen der Migrantinnen ermöglichen.	Qualitatives Studiendesign mit problemzentrierten Interviews	Dreizehn türkischstämmige Migrantinnen wurden mittels problemzentrierten Interviews befragt.	Der generelle Wunsch zu Hause gepflegt zu werden, ohne den Angehörigen zur Last zu fallen. Ambulante Pflegedienste werden dem Pflegeheim vorgezogen. Eine Gesundheits- und Pflegeversorgung, die auf spezifische Bedürfnisse eingeht.
Krobisch et al. Deutschland 2016	Untersucht wurde, ob und inwiefern für ältere Türkeistämmige ein gemeinsamer soziokultureller Hintergrund mit den Pflegepersonen relevant ist.	Mixed-method-study, Es wurden narrative Interviews im qualitativen Teil und eine Querschnittstudie im quantitativen Teil durchgeführt.	Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Studie zu Pflegeerwartungen Älterer Türkeistämmiger wurden zusammengeführt. Die Datengrundlage bildeten leitfadengestützte	Eine Berücksichtigung kulturell- und migrationsbedingter Aspekte in der Pflege ist für die Mehrheit der Befragten bedeutsam. Mehr als drei Viertel erachten Türkischkenntnisse der Pflegefachpersonen als ein Merkmal guter Pflege. Dabei kommt es auf die Möglichkeit zur sachlichen, aber auch zur kulturell geprägten intuitiven Kommunikation in der Muttersprache an.

			narrative Interviews und eine Querschnittstudie mittels Fragebogen-Interviews. Die Auswertung erfolgte mittels dokumentarischer Methode nach Bohnsack sowie deskriptiver und multivariater Analysen.	
Sadarangani et al. United States 2014	Aging Out of Place zu definieren und veranschaulichen warum dieses Konzept existiert.	Literaturreview	Datensammlung in 7 Datenbanken, 18 ausgewählte Artikel	Theorien der Migration älterer treffen nicht immer auf diese Bevölkerung zu. Eine Herausforderung für das Pflegepersonal ist die Einbeziehung der Familie, weil dadurch Konflikte entstehen können. Ältere Migrantinnen und Migranten suchen Umgebungen und Erfahrungen, die ihnen vertraut sind.
Thyl et al. 2007 Norwegen	Das Ziel der Studie ist es die Ansichten vom Pflegepersonal über die Betreuung älterer Menschen aus nicht-westlichen Herkunftsländern und die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflege für diese Gruppe von Patienten zu untersuchen.	Qualitatives Studiendesign, exploratory study	Fragebögen mit strukturierten und offenen Daten.	Die Ergebnisse zeigten einen Mangel an systematischen kulturellen Pflegemaßnahmen. Pflege von alten nicht-westlichen Migrantinnen und Migranten, Patientinnen und Patienten wurden als Defizient beschrieben und als fordernde Belastung.
Tezcan-Güntekin, H., & Breckenkamp, J.,	Die Studie beschäftigt sich mit den	Literaturreview	Vergleich von Studien	Durch die geringe Inanspruchnahme unterstützender Pflegeleistungen

<p>Deutschland 2017</p>	<p>Belastungen pflegender Angehöriger von Migrantinnen und Migranten, welche aufgrund des hohen Anteils an häuslich gepflegten Menschen von Bedeutung sind.</p>			<p>kommt es zu Belastungen bei pflegenden Angehörigen. Pflegeleistungen sollen so gestaltet werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund Zugang zu den Angeboten finden und diese nutzen können.</p>
<p>Xiao et al. Australien 2017</p>	<p>Die Interpretation von Bewohnerinnen und Bewohnern und Familienmitgliedern in der Wahrnehmung der kulturellen Vielfalt des Pflegepersonals und ihre Anpassung an Altenheime.</p>	<p>Ein qualitatives interpretatives Design mit einer thematischen Analyse</p>	<p>Face to Face und semi- structured Interviews</p>	<p>Vielfalt als Attraktion, Anpassung an eine interkulturelle Kommunikation, Kommunikation mit den Mitarbeitern erleichtern, Anpassung der Ernährung in Pflegeheimen.</p>

### **3 Ergebnisse**

Im Kapitel Ergebnisse werden die wichtigsten Ergebnisse von den sechs ausgewählten Studien herausgefiltert und miteinander verglichen.

#### **3.1 Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflegepraxis**

Pflegevorstellungen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Das Literaturreview von Sadarangani (2014) beschäftigte sich mit dem Konzept des Alterns in einer fremden Umgebung. Es kam zum Ergebnis, dass Migrantinnen und Migranten mittleren Alters und ältere Menschen Umgebungen und Erfahrungen suchen, die ihnen vertraut sind. Sie konzentrieren sich demnach auf den Erhalt von Strukturen und wollen diese nicht verändern. Wichtige Aspekte hierbei sind die Schaffung eines Heimatgefühls, die Bewahrung der Identität und des Selbstwertgefühls und die Entwicklung positiver Beziehungen zum Pflegepersonal (Xiao, 2017).

Die Studie von Krobisch et al. (2016) befasste sich mit der Befragung älterer Türkeistämmiger hinsichtlich gleichkultureller Pflegebetreuung. Es wurden 48 Migrantinnen und Migranten zweier Altersgruppen (60 Jahre und älter sowie zwischen 45 und 55 Jahren) mittels narrativen leitfadengestützten Interviews befragt. Weiters wurden mittels einer quantitativen Querschnittstudie zwischen Juni und Oktober 2013 194 Migrantinnen und Migranten im Alter von 59 Jahren und älter mittels persönlicher standardisierter Interviews befragt. Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Studie zu den Pflegeerwartungen wurden danach zusammengefasst. Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

Alt und gebrechlich zu sein bedeutet für viele Menschen mit Migrationshintergrund der völlige Verlust von Selbstständigkeit und wird damit verbunden zur Gänze abhängig und auf Hilfe angewiesen zu sein. Dieser Zustand wird laut Ihnen mit dem Begriff „Lähmung“ symbolisiert. Der Bezug zur Abhängigkeit und auf Hilfe angewiesen zu sein wirkten unangenehm und war bei den Menschen mit Migrationshintergrund mit generellen Ängsten verbunden. Die Vorstellung, so lange wie möglich zu Hause leben zu können und sich selbstständig zu versorgen, ist wie bei allen Menschen der größte Wunsch von Migrantinnen und Migranten im Alter. Doch, wenn dies aufgrund der Gegebenheiten nicht mehr möglich ist, möchten sie

zu allererst in ihrem gewohnten Umfeld gepflegt werden. Für mehr als die Hälfte der Befragten stößt man mit der Option in ein Pflegeheim zu ziehen auf Ablehnung. Demgegenüber würden die Migrantinnen und Migranten die Pflege durch fremde Personen von mobilen Diensten im eigenen Haushalt einwilligen. Laut Angaben der befragten Migrantinnen und Migranten möchten sie aber wiederum, dass ihre Kinder beziehungsweise die Familienangehörigen sich im Fall der Pflegebedürftigkeit um sie kümmern. Die Migrantinnen und Migranten sehen im Betreuungsfall vor allem weibliche Familienmitglieder, entweder die Ehefrau oder die Töchter in der Pflicht für pflegerische Unterstützung zu sorgen. In der Studie von Thyl et al. (2007) wurde die informelle Familienpflege als normal empfunden und als kulturell bedingt beschrieben. Die jüngere Generation der Frauen wurde als gezwungen angesehen zu Hause bleiben, um auf pflegebedürftige Familienmitglieder aufzupassen. Es wurde auch erwähnt, dass die Familienpflege ältere Menschen daran hindern könnte, von Gesundheitsdienstleistungen und professioneller Pflege Gebrauch zu machen.

Ihnen ist es auch wichtig, dass religiöse Vorschriften bezüglich Beten oder Essen respektiert werden und das Verständnis auf der Seite des Pflegepersonals vorhanden ist.

Eine weitere Studie kam bei der Frage wie Patientinnen und Patienten im Pflegefall versorgt werden möchten ebenfalls zum Ergebnis, dass der Verbleib in der eigenen Wohnung mit einer Betreuung durch mobile Dienste bevorzugt wird. Auch der Vorschlag mit einer rund um die Uhr Betreuung durch die Familie oder Verwandte war erwünscht. In der eigenen Wohnung, von einer professionellen, zu bezahlenden Betreuung gepflegt zu werden, kann sich ungefähr ein Drittel der in dieser Studie befragten vorstellen (Reinprecht, 2016). Ferner wird betont, dass es ihnen wichtig sei, den Kindern nicht zur Last zu fallen. Infolgedessen gaben sie auch an, als letzte Option einen Einzug in ein Altersheim anzunehmen (Kronenthaler, 2016).

#### Sprachbarrieren als Defizit in der professionellen Pflege

Laut Krobisch et al. (2016) gilt die gemeinsame Sprache als Voraussetzung für eine erfolgreiche Verständigung mit dem Pflegepersonal und ist Teil der professionellen Pflege. Ein großer Wert wird auf Kommunikation und Unterhaltung gelegt. Dies soll sowohl mit dem Pflegepersonal als auch mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern möglich sein. Darum entscheiden sich viele Migrantinnen und

Migranten für ein muttersprachliches Pflegeangebot und Pflegeheime. Es stellte sich heraus, dass durch die Pflege von Landsleuten eine deutlich größere Nähe und soziale Bindung akzeptiert wird. Gründe dafür sind die gemeinsame Muttersprache, Gemeinsamkeiten in der Kultur, Geschichte und des unmittelbaren gewohnheitsmäßigen Verstehens. In der Studie von Thyl et al. (2007) betrachteten die meisten Befragten die Sprache als einer der wichtigsten Barrieren zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Sie berichteten über zeitaufwendige Pflege und Gefühle der Frustration, wenn Kommunikationsprobleme in der Pflege auftraten. Die Teilnehmer äußerten ebenfalls Unsicherheit über die Organisation von Dolmetscherdiensten. Sie betonten die Verantwortung von Pflegeleitern, den Zugang zu den Patientinnen und Patienten, die eine andere Muttersprache haben, zu ermöglichen.

Nach den Erfahrungen der Befragten wurden Kinder, Enkelkinder, und Ehepartner und Ehepartnerinnen am häufigsten als Übersetzer eingesetzt. In anderen Fällen wurden Freunde der Patientinnen und Patienten oder zweisprachiges Hilfspersonal wie zum Beispiel das Reinigungspersonal als Dolmetscher und Dolmetscherinnen verwendet. Einer der Befragten beleuchtete die Sprachbarrieren aus der Perspektive der älteren Patientinnen und Patienten auf die Risiken von Isolation, Einsamkeit und Depression.

### **3.2 Defizite in der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund**

#### Probleme des Pflegepersonals in der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund

Die meisten der Befragten empfanden die Pflegebegegnungen mit älteren Migrantinnen und Migranten und ihren Familien als komplex. Die Komplexität wurde in Form von Unterschieden beschrieben, die sich auf Punkte wie Lebensstil, kommunikatives Verhalten, Wertvorstellungen und Traditionen in Betreuungssituationen, Gesundheits- und Krankheitswahrnehmungen und Religion bezogen. Die Betreuung dieser Patienten wurde deshalb als schwere Aufgabe bezeichnet, die beim Pflegepersonal Unsicherheit auslöst. Die Mehrheit der

Befragten äußerten Besorgnis über die Genauigkeit von Patientenbeurteilungen durch die kulturellen und sprachlichen Unterschiede (Thyl 2007).

Bei der Studie Xiao et al. (2017) wurde ein interpretatives Studiendesign mit einer thematischen Analyse angewendet. Es wurden 23 Bewohnerinnen und Bewohner und sieben Familienangehörige mittels Interviews befragt. Ein zentraler Bestandteil der professionellen Pflege ist die positive Beziehung zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Bewohnerinnen und Bewohnern um eine möglichst personenzentrierte Betreuung zu erreichen. Aus diesem Grund gilt eine kulturelle und sprachliche Gleichheit als Erleichterung im Beziehungsaufbau. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit deutscher Herkunft weisen Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit Migrantinnen und Migranten auf. Als zentrale Faktoren dafür werden sprachliche Barrieren, ein höherer Versorgungsanspruch und höhere Isolationsgefahr angegeben. Daher wäre es im Praxisalltag der Pflegepersonen eine entscheidende Erleichterung, wenn es zum Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht deutscher Herkunft käme. Dadurch können sprachliche Barrieren in der Pflegebeziehung von Migrantinnen und Migranten und dem Pflegepersonal überwunden werden. Das Pflegepersonal mit Migrationshintergrund hat Wissen bezüglich des Herkunftslandes und kann somit neue Ideen in die Versorgung einbringen. Dieses Handeln kann mit den Pflegepersonen aus deutscher Herkunft reflektiert werden, führt somit zur Wissenserweiterung und kann Ängste im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund nehmen. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass es keine gravierenden Unterschiede in der Versorgung zwischen Migrantinnen und Migranten und Nichtmigrantinnen und Nichtmigranten gibt. Erforderlich ist jedoch die inter-/transkulturelle Kompetenz im Handeln. Interkulturelle Kommunikationsschwierigkeiten waren auch vorhanden, wenn die Bewohner sensorisch beeinträchtigt waren. Hier wurden Maßnahmen wie die nonverbale Kommunikation gesetzt, um den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner zu folgen. Beispielsweise wurden Strategien wie mehrmaliges Wiederholen und Nachfragen angewendet, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner schlecht hörte, um Fehler in der Kommunikation zu vermeiden. Es stellte sich heraus, dass es aufgrund von fehlendem Wissen über kulturspezifische Freizeitaktivitäten zu unerfüllten psychosozialen Betreuungsbedürfnissen der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen kam. Dazu gehört beispielsweise das Singen

von traditionellen Liedern in der Muttersprache. Der Mangel an sprachlich angemessenen psychosozialen Interaktionen kann bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit Migrationshintergrund ebenfalls Widerstand auslösen. Durch den Miteinbezug der Familien von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund können solche Barrieren gemildert werden. Ebenso kann dadurch ein Gefühl von Heimat geschaffen werden und das Selbstwertgefühl gesteigert werden.

#### Der Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsversorgung und Betreuungseinrichtungen

Bei der Studie von Kronenthaler et al. (2016) wurden dreizehn Migrantinnen und Migranten mithilfe von problemzentrierten Interviews zu ihren Pflegevorstellungen im Alter befragt. Es kamen folgende Ergebnisse zum Vorschein:

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist häufig durch sozioökonomische Benachteiligung gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund gekennzeichnet. Faktoren wie schlechte Bildung, häufigere Erwerbslosigkeit, schlechtere Wohnverhältnisse und schlechterem Gesundheitszustand spielen hier eine wesentliche Rolle. Darauf kommt das Zusammenspiel mit mangelndem Wissen über Leistungsangebote und Wertvorstellungen vom Alter zu sein. In Verbindung damit stehen der erschwerte Zugang und eine verminderte Nutzung von Pflegeleistungen. Sie fordern, dass auf individuelle Wünsche eingegangen wird, auch wenn diese von den Wünschen und Bedürfnissen von Nichtmigrantinnen und Nichtmigranten abweichen. Demnach werden nur im Falle einer krankheitsbedingten Pflegeversorgung externe Akteure eines institutionalisierten Gesundheitssystems in Anspruch genommen. Altersbedingte Beschwerden sollen innerhalb der Familie versorgt werden. Durch diese kulturellen und sprachlichen Barrieren sowie fehlenden kultur- und migrationssensiblen Pflegeangeboten kommt es zu einer geringen Inanspruchnahme professioneller Gesundheits- und Pflegeleistungen. Trotzdem stellte sich heraus, dass ältere Migrantinnen und Migranten professionell gepflegt werden sollten und zudem die Offenheit für Qualitätspflege wächst.

Reinprecht et al. (2016) untersuchte eine ausgewählte Stichprobe von Migrantinnen und Migranten in Österreich anhand Befragungen mittels Fragebögen. Die Befragung wurde so organisiert, dass typische Migrationskontexte und Lebenslagen

erfasst werden konnten. Diese informierten aber auch über Hintergründe der Lebenssituation und den Migrations- und Integrationsverlauf und machten Handlungsoptionen sichtbar. Die Ergebnisse zeigten beispielsweise, dass Pflegeleistungen wie Pflegegeld, mobile Betreuung und stationäre Einrichtungen den Befragten weniger bekannt waren. Pflegegeld wurde in dieser Befragung nur von 15 Prozent der Migrantinnen und Migranten in Anspruch genommen. Bezüglich der mobilen Betreuung und stationären Einrichtungen sank der Anteil der unter 10 Prozent. Des Weiteren haben sie Befürchtungen und Unsicherheiten in Bezug auf die Inanspruchnahme von Betreuung und Pflege. Viele sorgen sich auch, dass Kosten anfallen, oder befürchten Diskriminierung und Überforderung bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Hingegen fühlte sich etwa ein Viertel der Befragten nicht wohl, wenn es darum geht Betreuungs- und Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. Ungefähr ein Viertel gab auch Unsicherheiten in Bezug auf Defizite in der Berücksichtigung der speziellen kulturellen Bedürfnisse in den bestehenden Versorgungssystemen an.

#### Die Erwartungen von Migrantinnen und Migranten an eine Langzeiteinrichtung

Familienorientierte Werte sind in allen Kulturen verankert, jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei rund einem Viertel der Befragten dieser Studie kristallisierten sich diese in verpflichtende Pflegeerwartungen an die Kinder. Die Mehrheit der Befragten erwartet sich eine generationsübergreifende Wertekontinuität.

Ob und inwieweit traditionelle Einstellungen die Alterserwartungen beeinflussen, wird durch die Intensität des Wunsches, die Familie und Verwandten in die Betreuung und Pflege einzubinden, untersucht. In diesem Zusammenhang wurde auch die Weitergabe von Sprache und Kultur sowie die Bedeutung der Religion für die Lebensführung im Pflegefall untersucht.

Der Großteil der befragten Migrantinnen und Migranten sind der Meinung, dass Kinder auf ihre Eltern und deren Gesundheit achten sollten. Für die Attraktivität eines Pflegewohnheimes sind für die Befragten die Kriterien Wohlbefinden und Geselligkeit stärker ausschlaggebend als die Kriterien Herkunft oder Religion. Die Vorstellungen variieren nach Geschlecht, Bildung und Herkunftsland. Diskriminierungserfahrungen und Angst vor Einsamkeit sind wichtige Motive gegen die Inanspruchnahme einer Langzeiteinrichtung. Die Vorstellungen, wie ein

Pflegeheim gestaltet sein soll, richten sich in erster Linie auf das Gefühl der Geborgenheit, das es vermitteln kann, auf eine gute Nachbarschaft, auf Ruhe und Naturnähe, auf einen Ort des Rückzugs und der Intimität. Gleichzeitig soll es die Möglichkeit bieten, Gäste zu empfangen und Raum geben um Aktivitäten mit der Familie und Freunden nachzugehen. Weiters sollen Gemeinschaftsräume zur Verfügung stehen. Großen Stellenwert kommt der Freiheit zu. Auch der Ordnung und dem Gefühl, dass alles seinen Platz hat. Weitere Anliegen betreffen das vertraute Essen, die Unterhaltung und die Freizeitangebote sowie die Nähe zur Familie und zu den Kindern. Für die Hälfte der Befragten dieser Studie war es wichtig sich mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern in ihrer Sprache verständigen zu können und darüber hinaus mit Landsleuten zusammen zu sein. Die kleinsten Anteile fallen auf jene Personen, die sich eine Ausstattung mit Gebetsräumen oder ein Umfeld aus verschiedenen Kulturen, Sprachen und Religionen vorstellen.

Das Gefühl der Geborgenheit und einer guten Nachbarschaft wurden besonders von Migrantinnen und Migranten mit Herkunft Türkei gewünscht, die zudem größten Wert auf Ordnung, Ruhe und Naturnähe sowie auf ihre Freiheit legen

(Reinprecht, 2016). Der Artikel von Tezecan-Güntekin & Breckenkamp (2017) beschäftigt sich mit den Belastungen pflegender Angehöriger von Migrantinnen und Migranten, die aufgrund des hohen Anteils an häuslich gepflegten Menschen von Bedeutung sind. Insbesondere die Pflege von demenzerkrankten Angehörigen geht mit hohen Anforderungen an die Pflegenden einher. Nach qualitativen Studien sind die Angehörigen stark belastet und wünschen sich Verständnis für ihre Situation. Türkeistämmige pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz äußern zum Teil den Wunsch nach alternativen Wohnformen für ihre Angehörigen. Hierzu gehören Demenz-Wohngemeinschaften, die eine muttersprachliche Kommunikation der Bewohner gewährleisten. Auch Mehrgenerationenwohnheime würden den Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen entsprechen. Hierbei steht im Vordergrund, dass die pflegenden Angehörigen in der Nähe sind, gleichzeitig weiterhin berufstätig sein können und Raum für das eigene Leben haben. Ein weiteres häufiges Bedürfnis ist die flexiblere Gestaltung in der Nutzung von Pflegeleistungen. Durch die Begründung, dass vorhandene Pflegeleistungen nicht zu den alltäglichen Erfordernissen im kulturspezifischen Pflegesetting passen, insbesondere bei hoher Pflegebedürftigkeit.

## Die Vorstellung von kulturellem Unterschied in der Pflege

Eine gute Pflege geht laut Befragungen über die bloßen körper- und haushaltsbezogenen Leistungen hinaus, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund möchten sich mit den Pflegepersonen auch unterhalten können. Neben der Sprache sind kulturelle Aspekte vor allem bei Körper- und haushaltsbezogenen Tätigkeiten wichtig. Dazu zählen die Berücksichtigung der Essgewohnheiten und die Unterstützung in der Körperpflege durch eine Pflegefachperson des gleichen Geschlechts. Häufiger ist der Wunsch nach migrationssensibler Pflege bei Migrantinnen (Krobisch, 2016). Vor allem Türkei stämmige Frauen, aber auch vielen Männern ist die gleichgeschlechtliche Pflege wichtig. Etwa die Hälfte der Befragten sehen die Möglichkeit islamische Gebote, wie das Gebet einzuhalten, in der institutionellen Pflege als schwierig, obwohl ihnen der Glaube äußerst wichtig ist. Ebenfalls soll das Essen den religiösen Vorgaben entsprechen. Den Menschen mit Migrationshintergrund ist auch wichtig, dass sie mit der Pflegekraft über persönliche Sorgen sprechen können. In der inhaltlichen Zusammenfassung waren drei Schwerpunkte zu beobachten. Die Identität, dass bedeutet, dass die Person derselben Volksgruppe wie der des Pflegebedürftigen angehört. Die Pflegeperson sollte die Muttersprache sprechen und das gleiche Geschlecht haben. Wichtig für die Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ist es, sich durch die Pflegeperson verstanden zu fühlen und fordern zeitgebundene Zuwendung. Professionalität hat für männliche Befragte einen größeren Stellenwert, während Frauen mehr Wert auf Einfühlungsvermögen legen (Reinprecht, 2016). Eine gute Pflegeperson sollte ebenfalls über kulturspezifische religiöse Feiertage Bescheid wissen und diese beachten (Krobisch, 2016). Bei der kulturspezifischen Pflege soll das Einlassen auf die zu pflegende Person möglich sein, dies bedarf einer respektvollen, partnerschaftlichen Abstimmung des Behandlungsprozesses auf die individuellen Bedürfnisse. Dies soll unabhängig davon geschehen, wo die Person geboren ist, mit welcher Sprache und Kultur sie aufgewachsen ist oder wo sie gelebt hat. Wenn diese Punkte nicht eingehalten werden, besteht die Gefahr der Stereotypisierung (Kronenthaler, 2016).

## Die Vermittlung der transkulturellen Pflege

Relevant ist das Sammeln von Erfahrungen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten und die Aneignung von Hintergrundwissen, über Kultur, Migration, Grund- und Menschenrechte, Rassismus, Diskriminierung, Kommunikation etc. Empathische Nähe herzustellen, kann nicht in Lehrbüchern erlernt werden. Pflegepersonen sollten kulturspezifische Verhaltensweisen wie Gebets- und Essensregeln respektieren und Wissen darüber haben. In der stationären Pflege sollen türkischsprachiges Pflegepersonal, Gebetsräume und wählbare Menüs vorhanden sein, um Unwissenheit, Missverständnisse und Unklarheiten leichter zu beheben. Dennoch haben Interviews gezeigt, dass nicht bei allen Menschen mit Migrationshintergrund davon ausgegangen werden darf, dass sie dieselben Essensvorschriften einhalten. Auch religiöse Aspekte werden bei den Migrantinnen und Migranten nicht einheitlich eingehalten. Dies zeigt auf, dass die Bedeutung im individuellen Lebenskontext sehr unterschiedlich sein kann (Kronenthaler, 2016). Für ältere Migrantinnen und Migranten gilt eine Versorgung durch Pflegepersonen mit einem anderen soziokulturellen Hintergrund als weniger geeignet, da diese nicht mit ihren Erwartungen harmonieren. Aus diesem Grund hat die Versorgung durch Landsleute eine höhere Pflegequalität. Sie haben mehr Wissen über die kulturellen und religiösen Gewohnheiten und können mit ihnen auch in der Muttersprache kommunizieren. Damit kann eine größere emotionale Nähe und Vertrautheit geschaffen werden (Krobisch, 2016). Eine weitere Studie weist ähnliche Ergebnisse auf. Unter den Befragten dominieren Erwartungen wie Respekt, Empathie, Ausbildung und Professionalität. Der Wunsch nach kultureller Übereinstimmung ist demgegenüber nachrangig. Respekt und Verständnis sind wichtig und stehen zudem an oberster Stelle in der Qualitätspflege. Ein weiterer bedeutender Punkt betrifft die Ausbildung. 80 Prozent dieser Studie erwarten sich eine ausgebildete Pflegekraft, 75 Prozent eine Person, die ihre Arbeit möglichst professionell und effizient erledigt beziehungsweise eine Person, die sich Zeit für die Pflegebedürftigen nimmt. Das gleiche Geschlecht ist für der Befragten wichtig, eine muttersprachliche Betreuung, dass die Person der gleichen Volksgruppe angehört hat allerdings weniger Bedeutung (Reinprecht, 2016).

## 4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, welche speziellen Bedürfnisse ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben und wie sich daraus die Pflege von Migrantinnen und Migranten in der institutionellen Pflege gestaltet. Im Zuge dieses Literaturreviews wurden verschiedene Studien von speziellen Bedürfnissen von Pflegebedürftigen oder zukünftig Pflegebedürftigen verglichen. Es stellte sich heraus, dass es noch wenige wissenschaftliche Artikel zum Thema der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der institutionellen Pflege gibt. Aufgrund der starken Migrationsbewegungen in und nach Europa fordern die Patientinnen und Patienten eine entsprechende Wahrnehmung der kulturellen Unterschiede und auch die Fähigkeit des Pflegepersonals, die damit verbundenen kulturellen Veränderungen in den Berufsalltag miteinzubeziehen.

Gebrechlich und auf Hilfe angewiesen zu sein bedeutet für viele Menschen mit Migrationshintergrund der völlige Verlust von Selbstständigkeit. Das Gefühl von Abhängigkeit wird für Menschen mit Migrationshintergrund mit generellen Ängsten verbunden (Krobisch, 2016). Dies ist oft der Grund weshalb Migrantinnen und Migranten den Pflegekräften misstrauisch gegenüberstehen und dadurch mit professioneller Pflege wenig anzufangen wissen. Sie empfinden viele Pflegehandlungen als ein Eindringen in ihre Privatsphäre, weil sie die Notwendigkeit dieser Handlungen nicht nachvollziehen können. Sie haben den Wunsch so lange wie möglich zu Hause leben zu können und sich selbstständig zu versorgen. Der Grund warum sie sich oft nicht an der Wiederherstellung und Gesunderhaltung beteiligen ist, dass der Begriff Pflege für sie die vollständige Hilfsbedürftigkeit ausdrückt (Lenthe, 2016). Wenn der Fall der Pflegebedürftigkeit eintritt und ein selbstständiges Versorgen der Grundbedürfnisse nicht mehr möglich ist, möchten sie in der vertrauten Umgebung gepflegt werden. Denn das Altern in einem vertrauten Haus, einer vertrauten Umgebung oder in einer vertrauten Gemeinschaft hat für sie eine große Bedeutung und sorgt vor allem für Sicherheit (Sagranti, 2015). Aufgrund dessen wird deutlich, weshalb man bei der Frage nach einer Versorgung im Pflegeheim auf Ablehnung gestoßen ist. Im Betreuungsfall möchten sie Hilfe von den Angehörigen erhalten. Vor allem weibliche Familienmitglieder, die Ehefrau oder die Töchter sehen sie in der Pflicht, für pflegerische Unterstützung zu

sorgen. Andererseits wurde erläutert, dass sie ihren Kindern mit Pflēgetätigkeiten nicht zur Last fallen wollen. Ein weiterer wichtiger Punkt in der Betreuung von Migrantinnen und Migranten ist die gemeinsame Sprache. Sie gilt als Voraussetzung für eine erfolgreiche Verständigung mit dem Pflegepersonal und soll Teil der professionellen Pflege sein. Dadurch entscheiden sich viele Menschen mit Migrationshintergrund im Falle der Pflegebedürftigkeit für ein muttersprachliches Pflegeangebot und Pflegeheime (Krobisch, 2016). Daraufhin folgt das Zusammenspiel von mangelndem Wissen über Leistungsangebote und Wertvorstellungen vom Alt werden und Alt sein. In Verbindung damit stehen der erschwerte Zugang und eine verminderte Nutzung von Pflegeleistungen. Dies ist auf Faktoren wie schlechte Bildung, häufigere Erwerbslosigkeit, schlechtere Wohnverhältnisse und schlechterem Gesundheitszustand zurückzuführen (Reinprecht, 2016). Es werden nur im Falle einer krankheitsbedingten Pflegeversorgung externe Akteure eines institutionalisierten Gesundheitssystems bevorzugt. Altersbedingte Beschwerden sollen innerhalb der Familie versorgt werden.

Die Vorstellungen, wie ein Pflegeheim gestaltet sein soll, richtet sich in erster Linie auf das Gefühl der Geborgenheit, das es vermittelt. Weiters auf eine gute Nachbarschaft, auf Ruhe und Naturnähe, auf einen Ort des Rückzugs und der Wahrung der Intimität. Dazu zählen die Berücksichtigung der Essgewohnheiten und die Unterstützung in der Körperpflege durch eine Pflegefachperson des gleichen Geschlechts. Zutreffend ist diese migrationssensible geschlechtergleiche Pflege häufiger bei Migrantinnen als bei Migranten (Kronenthaler, 2016).

Auf Seite des Pflegepersonals empfanden die meisten Angestellten Pflegebegegnungen mit älteren Migrantinnen und Migranten und ihren Familien als komplex. Die Komplexität wurde in Form von Unterschieden beschrieben, die sich auf Punkte wie Lebensstil, kommunikatives Verhalten, Wertvorstellungen und Traditionen in Betreuungssituationen, Gesundheits- und Krankheitswahrnehmungen und Religion beziehen. Die Betreuung dieser Patientinnen und Patienten wird daher als schwere Aufgabe bezeichnet, die beim Pflegepersonal Gefühle der beruflichen Unsicherheit auslöst. Darüber hinaus löste dies auch Besorgnis über die Genauigkeit von Patientenbeurteilungen durch die kulturellen und Sprachlichen Unterschiede aus.

Das Pflegepersonal hatte eine zurückgezogene und passive Haltung zur multikulturellen Pflege und sah sie als wachsende Herausforderung (Thyl 2007). Durch den Miteinbezug der Familien von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund können solche Barrieren gemildert werden. Dadurch kann ein Gefühl von Heimat geschaffert werden und ihr Selbstwertgefühl gesteigert werden. Das Pflegepersonal sollte sich kulturspezifisches Wissen aneignen, dieses bei Pflegehandlungen beachten und auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse eingehen (Krobisch, 2016). Ebenfalls ist das Einlassen auf die zu pflegende Person wichtig. Daher bedarf es einer respektvollen, partnerschaftlichen Abstimmung des Behandlungsprozesses auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Dies soll unabhängig davon geschehen, wo die Person geboren ist, mit welcher Sprache und Kultur sie aufgewachsen ist oder wo sie gelebt hat (Kronenthaler, 2016). Das alles sind bedeutsame Punkte, da es erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Erlebens und des Lebens der kulturellen Identitäten gibt. Es ist wichtig, nicht nur die Kultur des Pflegebedürftigen zu verstehen, sondern auch jeden einzelnen als Individuum zu erkennen. Dasselbe gilt auch bei der Vermeidung von Stereotypen und Annahmen, die auf Kultur und Ethnizität basieren. Hier ist es jedoch nicht notwendig die Aspekte aller Kulturen zu kennen (Hilary, 2011). Pflegepersonen sollen demnach kulturspezifische Verhaltensweisen wie Gebets- und Essensregeln respektieren. Es ist jedoch nicht möglich durch Lehrbücher zu lernen, wie empathische Nähe hergestellt werden kann. Relevant ist das Sammeln von Erfahrungen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten und die Aneignung von Hintergrundwissen, über Kultur, Migration, Grund- und Menschenrechte, Rassismus, Diskriminierung, Kommunikation und viele weitere. Insgesamt besteht die große Herausforderung der transkulturellen Pflege darin, die Bedürfnisse der unterschiedlichen kulturellen Gruppen und Personen zu erkennen, zu verstehen und angemessen auf sie zu reagieren. Um sie in geeigneter Weise in die Pflege zu integrieren und dadurch Menschen mit anderen kulturellen, religiösen und ethnischen Hintergründen eine effiziente und effektive Pflege bereitstellen zu können. Denn jeder Mensch ist einzigartig und unverwechselbar und geprägt von seinem soziokulturellen Kontext. Dieser Vielfalt von Identitäten begegnen wir tagtäglich in unserem unmittelbaren Umfeld und noch offensichtlicher in Begegnungen mit Menschen aus fremden Kulturen (Lenthe, 2016).

## **4.1 Stärken und Schwächen**

Dieses Literaturreview weist folgende Stärken auf. Es ist zu erwähnen, dass nur mit aktueller Literatur der letzten zehn Jahre gearbeitet wurde. Zugleich wurde eine Literaturrecherche in zwei verschiedenen wissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Diese Literatursuche wurde anhand einer Recherche durch die Suchmaschine Google Scholar und durch das Screening in Literaturlisten erweitert. Somit konnten noch mehr relevante Studien gefunden werden. Eine weitere Stärke ist, dass alle identifizierten Studien mittels standardisierten wissenschaftlichen Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002) auf ihre Qualität überprüft wurden. Die inkludierten Studien erfüllten mehr als 70 Prozent der Qualitätskriterien. Als Schwächen diese Literaturreviews können erwähnt werden, dass beim Vorgehen nicht systematisch gearbeitet wurde und die kritische Bewertung nur durch den Autor erfolgte.

## **4.2 Empfehlungen für die Praxis**

Das diplomierte Pflegepersonal soll im Rahmen der Qualitätspflege fähig sein, die komplexen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu erkennen und sie in den Behandlungsprozess individuell miteinzubeziehen. Aufgrund der derzeitigen Informationen dieser Literaturrecherche können einige pflegerische Interventionen für die tägliche Praxis zur Verhinderung von Konflikten und Missverständnissen im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund abgeleitet werden. Es ist sehr wichtig, dass das Pflegepersonal auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund eingeht, keine Scheu und Unsicherheit ausstrahlt, sondern dem Pflegebedürftigen Empathie zeigt und die individuellen Wünsche erfragt, sich Zeit nimmt und die speziellen Bedürfnisse im Pflegeprozess berücksichtigt. Da die Sprache oft als eine wesentliche Barriere genannt wurde, wäre der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern eine mögliche Lösung um diese Barriere zu mildern. Weitere Interventionen, wie die Miteinbeziehung von Angehörigen in den Pflegealltag, das Erstellen von Biografien, das Anbieten von multikulturellen Teams in Langzeiteinrichtungen wären wirksame Interventionen, die zukünftig implementiert werden könnten, um Pflegeheime für Migrantinnen und Migranten attraktiver zu gestalten. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Mitwirkung der Führungskräfte. Die Vorgesetzten sind dafür verantwortlich, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine

kultursensible Pflege zu ermöglichen und zu organisieren. Das bedeutet, dass den Mitarbeitern Fortbildungen und Supervisionen angeboten werden um das Pflegepersonal bestmöglich auf das Thema der Migration zu sensibilisieren. Wichtige Themen wären hier die Sprache, kulturspezifische, körperbezogene, religiöse Bedürfnisse und die speziellen Essgewohnheiten. Damit die Angehörigen aller Gesundheitsberufe im Berufsalltag in interkulturellen Begegnungssituationen besser agieren und kommunizieren können. Erlernte theoretische Modelle der transkulturellen Kompetenz sollen in die Praxis umgesetzt werden. Anhand der Arbeitserfahrung und der Nutzung von kultursensiblen Pflegeassessments sollen Verknüpfungen hergestellt werden, die es den Pflegekräften ermöglichen sich weiterzuentwickeln. Ein weiterer wichtiger Punkt ist es zu erlernen, wie man diese erworbenen Kenntnisse weitervermittelt. Ein fortlaufender Prozess soll gebildet werden, indem Interventionen im Pflegealltag implementiert und ständig durch Mitarbeitersitzungen evaluiert und reflektiert werden. Auch die Öffentlichkeitsarbeit sollte verbessert werden, sodass die Migrantinnen und Migranten zum einen auf bestehende Dienstleistungen, Angebote und Projekte im Gesundheits- und Pflegebereich hingewiesen werden und zum anderen eine Aufklärung und Beratung stattfindet, durch die Vorurteile abgebaut werden und beide Seiten sich besser kennenlernen.

### **4.3 Empfehlungen für weitere Forschung**

Zukünftig werden noch weitere Studien bezüglich der Bedürfnisse und der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigt, weil der interkulturelle Pflegebedarf in unserer Gesellschaft vermutlich steigen wird. Wie bereits erwähnt, gibt es wenige Studien über kulturspezifische Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten in Langzeiteinrichtungen. Aus diesem Grund sollten zukünftig vermehrt Studien in diesem Setting durchgeführt werden. Bisherige Studien zeigten unterschiedliche Ergebnissen bezüglich der Wünsche und Bedürfnisse im Pflegefall auf. Wichtig wäre es, die bisherige Versorgung und speziellen Bedürfnisse anhand quantitativer Forschung, wie beispielsweise durch die Durchführung von Fall-Kontroll-Studien genauer zu beleuchten um eine höhere Nachvollziehbarkeit zu erreichen. Durch den Einsatz von Mixed-Method Studien durch ethnografische Forschung mit Fragebögen und Querschnittstudien mittels

Interviews könnten beispielsweise nützliche und anwendbare Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund für die Praxis abgeleitet werden. Ebenso könnte durch weitere Untersuchungen und Befragungen die Pflegequalität überprüft werden.

## **5 Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund ein Thema ist, welches noch viel Potential für weitere Forschung aufweist. Es wurden Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten ermittelt, die bei der pflegerischen Versorgung eine wichtige Rolle spielen. Bei der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund sind sowohl das Interesse zu kulturellen Unterschieden, als auch das Integrieren dieser speziellen Bedürfnisse in den Pflegealltag und viel Empathie auf der Seite des Pflegepersonales gefragt. Dazu gehört die Wertschätzung der kulturellen Verschiedenheit auf der Seite des Pflegepersonals und die Akzeptanz von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft. Den Migrantinnen und Migranten soll ein besserer Zugang zu Informationen von Gesundheitsdienstleistungen gewährt werden, damit Leistungen vermehrt wahrgenommen werden. Langzeiteinrichtungen und Pflegeheime können durch ein muttersprachliches, kulturspezifisches Pflegeangebot attraktiver gestaltet werden. Sprachliche Barrieren zwischen dem Pflegepersonal und den Pflegebedürftigen können durch den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern und eines geschulten multikulturellen Teams abgebaut werden.

## 6 Literaturverzeichnis

Aveyard, H. (2014). Doing a literature review in health and social care: A practical guide, 3<sup>rd</sup> edition, England, London, p. 14.

Von Bose, A. & Terpstra, J., 2012, Muslimische Patienten pflegen - Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation, *Springer-Verlag*, Heidelberg, pp 3-4.

Domenig, D. (Hrsg.), Stauffer, Y., Georg, J., Hrsg., 2007, transkulturelle Pflegeanamnese. In: *Transkulturelle Kompetenz*. Hans Huber-Verlag, Bern pp. 302-308.

Geck, M., Hunyar, B., 2017. Migration und Pflege im Alter, das österreichische Gesundheitswesen, ÖKZ, *Schaffler Verlag* [Online]: <http://www.cgm-media.at> (20 11 2017).

Hall, E. T., 1990, The hidden Dimension, United States of America, *Anchor Books Editions*, New York, United States.

Hawker, S., Payne S., et al. (2002). Checklist from Hawker, *Qualitative Health Research*, 12 (9), 1284-1299.

Hilary, N. Weaver, DSW., 2011, Serving Multicultural Elders: Recommendations for Helping Professionals, *Care Management Journals*, *Springer Publishing Company*, Buffalo, New York, 12(2), pp. 42-9.

Hofstede G., Hofstede G.J., 2012, Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, pp. 67-73.

Krobisch, V., Sonntag, P.T., Gül, K., Aronson, P. & Schenk, L., 2016, Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements, Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger, *Hogrefe*, Berlin, 29, pp. 289-300.

Kronenthaler, A., Hiltner, H., Müller, D., Winkler, I., Eissler, M. & Groß, M., 2016, Vorstellungen von Migrantinnen über eigene Pflege im Alter, Kontext von Rückkehr oder Bleiben älterer türkischer/türkisch-stämmiger Migrantinnen in Deutschland, *Springer-Verlag*, Wien, 22 (3), pp. 5-15.

Leininger, M. M., 1998, Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Lambertus-Verlag, Freiburg.

Lenthe, U. 2016, Transkulturelle Pflege, Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren, facultas Verlag, 2. überarbeitete Auflage, Wien, Österreich.

Liebig, T., 2016, Flüchtling? Migrant? Einwanderer? Debatte mit Definitionsproblemen, <http://www.vol.at/fluechtling-migrant-einwanderer-debatte-mit-definitionsproblemen/4694401>, (25.10.2018).

Neuffer, S. 2014, Pflegebedürftigkeit – Migration – Kultursensible Pflege, Wissenschaftliche Aspekte zu den Herausforderungen des sozialen und demografischen Wandels, [https://www.statistikbw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag14\\_02\\_03.pdf](https://www.statistikbw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag14_02_03.pdf), (10.12.2017).

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2008, Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice, 8. Auflage, Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia PA.

Reinprecht, C., Rossbacher, E., Wilczewska, I., Alpagu, F., & Koyupinar, D., 2016, Einfluss der Migration auf Leistungserbringung und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien, Magistratsabteilung 24 (Hrsg.) – *Gesundheits- und Sozialplanung*, Österreich, Wien, pp. 55-94.

Sagranti, T. & Jun, J., 2015, Newly Arrived Elderly Immigrants: A Concept Analysis of "Aging Out of Place", *Journal of Transcultural Nursing*, United States, 26 (2) pp. 1-8.

Statistik Austria, 2017, Kommission für Migrations- und Integrationsforschung, <https://www.integrationsfonds.at>, (16 11 2017).

Tezcan-Güntekin, H.& Breckenkamp, J., 2017, Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund, 17 (2), pp. 15-23.

Thyl, B., Athlin & E., Hedelin, B., 2007, Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway - an exploratory study, *Department of Nursing*, Norway, 2 (1), pp. 45-51.

Xiao, L., Willis, E., Harrington, A., Gillham, D., De Bellis, A., Morey, W. & Jeffers, L., 2017, Resident and family members perceptions of cultural diversity in aged care homes, *Nursing and Health Sciences*, Australia, 9 (1), pp. 59-65.

## 7 Anhang/ Bewertungsbögen

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

### 1. Abstract and title: (3)

Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

**Fair Abstract with most of the information.**

**Die meiste Information ist im Abstract enthalten. Es könnte aber genauer beschrieben sein wie die Daten der quantitativen und qualitativen Befragung erhoben wurden. Der Titel ist in der Länge und Form passend. Abstract in Deutsch und Englisch vorhanden.**

Poor Inadequat abstract.

Very Poor No abstract.

### 2. Introduction and aims: (4)

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.**

**Die Einleitung ist kurz gehalten, jedoch sind alle wichtigen Hintergrundinformationen enthalten. Auch ersichtlich, was der**

**Anlass der Studie war. Zielsetzung und Fragestellung sind extra mit Unterüberschrift angeführt.**

Fair Some background and literature review. Research questions

outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR

Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### **3. Method and data: (4)**

Is the method appropriate and clearly explained?

**Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.**

**Die Methode ist klar beschrieben. Die qualitative und quantitative Studie sind getrennt voneinander beschrieben. Auch das zuerst die qualitative und darauf die quantitative Befragung stattfand.**

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately.

Little

description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### **4. Sampling: (3)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

**Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.**

**Beim qualitativen Teil ist zu wenig Information zur Samplingstrategie gegeben.**

**Quantitativ ist gut beschrieben wie die Partizipantinnen und Partizipanten rekrutiert wurden.**

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

### **5. Data analysis: (4)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

**Good** Clear description of how analysis was done. **Qualitative studies:**

**Description of how**

**themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies:**

**Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.**

**Es ist exakt beschrieben wie die Interviews geführt und ausgewertet wurden.**

**Fair** Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

**Poor** Minimal details about analysis.

**Very Poor** No discussion of analysis.

## 6. **Ethics and bias: (4)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered

**Good** **Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were**

**addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.**

**Fair** Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

**Poor** Brief mention of issues.

**Very Poor** No mention of issues.

## 7. **Results: (4)**

Is there a clear statement of the findings?

**Good** **Findings explicit, easy to understand, and in logical progression.**

**Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims.**

**Sufficient data are presented to support findings.**

**Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, verständlich beschrieben.**

**Fair** Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

**Poor** Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

**Very Poor** Findings not mentioned or do not relate to aims.

## 8. Transferability or generalizability: (4)

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

**Good** Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

**Fair** Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question

**Poor** Minimal description of context/setting.

**Very Poor** No description of context/setting.

## 9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (2)

**Good** Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

**Fair** Two of the above (state what is missing in comments).

**Poor** Only one of the above.

**Empfehlungen für weitere Forschung sind nicht angeführt. Auch für die Praxis nur schwammig.**

**Very Poor** None of the above.

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

### **Der muslimische Patient**

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

#### **1. Abstract and title: (4)**

Did they provide a clear description of the study? Ja, die Studie ist im Titel und Abstract gut beschrieben, sodass man gut herauslesen kann, um was es im Text geht.

#### **Good Structured abstract with full information and clear title.**

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

#### **2. Introduction and aims: (4)**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.**

Fair Some background and literature review. Research questions

outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR

Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### 3. Method and data: (4)

Is the method appropriate and clearly explained?

**Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.**

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately.

Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### 4 Sampling: (3)

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

**Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.**

**Gut beschrieben, auch das es sich bei den Partizipantinnen und Partizipanten um eine „Hard to reach Gruppe“ handelt. Jedoch wurde keine genaue Altersgrenze gesetzt und die Geschlechteraufteilung war auch nicht gleich.**

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

### 5 Data analysis: (4)

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

**Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies:**

**Description of how**

**themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies:**

**Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.**

**Es ist exakt beschrieben wie die Interviews geführt und ausgewertet wurden.**

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

## **6 Ethics and bias: (4)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

**Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.**

**Informed consent before data collection,**

**Ja, sind beschrieben, es wird auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Unabhängigkeit von weiteren medizinischen Behandlungen hingewiesen. Die Interviews fanden auch in einer geschützten Umgebung statt, wo ein möglichst störungsfreies, ungestörtes Sprechen möglich war.**

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

## **7. Results: (3)**

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

**Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.**

**Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, verständlich beschrieben, auf die einzelnen Punkte könnten aber tiefgründiger eingegangen werden. Sehr oberflächlich beschrieben.**

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

## 8 Transferability or generalizability: (3)

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

**Good** Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

**Fair** **Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question**

**4.Poor** Minimal description of context/setting.

**Very Poor** No description of context/setting.

## 9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (2)

**Good** Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

**Fair** Two of the above (state what is missing in comments).

**Poor** Only one of the above.

**Empfehlungen für weitere Forschung sind nicht angeführt.**

**Very Poor** None of the above.

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

### **Vorstellungen von Migrantinnen über eigene Pflege im Alter**

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

#### **1. Abstract and title: (4)**

Did they provide a clear description of the study? Ja, die Studie ist im Titel und Abstract gut beschrieben, sodass man gut herauslesen kann, um was es im Text geht.

**Good Structured abstract with full information and clear title.**

**Der Titel ist genau passend, es sind alle wichtigen Schlüsselwörter enthalten.**

**Abstract ist gut strukturiert und gut lesbar. Jedoch gut lesbar und alle wichtigen Informationen.**

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

#### **2. Introduction and aims: (4)**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.**

**Die Einleitung enthält wichtige Hintergrundinformationen, geht vom generellen zum spezifischen. Definitionen sind erläutert. Das Forschungsziel ist auch enthalten.**

Fair Some background and literature review. Research questions outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### **3. Method and data: (4)**

Is the method appropriate and clearly explained?

**Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.**

**Die Methode ist klar beschrieben, auch warum ein qualitatives Design gewählt wurde und das Sampling mit der Auswahl der Partizipantinnen und Partizipanten. Einschränkungen sind extra angeführt und ausreichend begründet.**

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### **4 Sampling: (3)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

**Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.**

**Gut beschrieben, auch das es sich bei den Partizipanten und Partizipantinnen um eine „Hard to reach Gruppe“ handelt. Jedoch wurde keine genaue Altersgrenze gesetzt und die Geschlechteraufteilung war auch nicht gleich.**

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

### **5 Data analysis: (4)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

**Good** Clear description of how analysis was done. **Qualitative studies:** Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. **Quantitative studies:** Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

**Es ist exakt beschrieben wie die Interviews geführt und ausgewertet wurden.**

**Fair** Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

**Poor** Minimal details about analysis.

**Very Poor** No discussion of analysis.

## **6 Ethics and bias: (4)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

**Good Ethics:** Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. **Bias:** Researcher was reflexive and/or aware of own bias. **Informed consent before data collection,**

**Ja, sind beschrieben, es wird auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Unabhängigkeit von weiteren medizinischen Behandlungen hingewiesen.**

**Die Interviews fanden auch in einer geschützten Umgebung statt, wo ein möglichst störungsfreies, ungestörtes Sprechen möglich war.**

**Fair** Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

**Poor** Brief mention of issues.

**Very Poor** No mention of issues.

## **7. Results: (3)**

Is there a clear statement of the findings?

**Good** Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

**Fair** Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

**Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, verständlich beschrieben, auf die einzelnen Punkte könnten aber tiefgründiger eingegangen werden. Sehr oberflächlich beschrieben.**

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

### **8 Transferability or generalizability: (3)**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

**Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question**

**Poor Minimal description of context/setting.**

Very Poor No description of context/setting.

### **9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (2)**

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

**Poor Only one of the above.**

**Empfehlungen für weitere Forschung sind nicht angeführt.**

Very Poor None of the above.

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

**Newly Arrived Elderly Immigrants:**

**A Concept Analysis of "Aging Out of Place"**

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

**1. Abstract and title: (4)**

Did they provide a clear description of the study? Ja, die Studie ist im Titel und Abstract gut beschrieben, sodass man gut herauslesen kann, um was es im Text geht.

**Good Structured abstract with full information and clear title.**

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

**2. Introduction and aims: (4)**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.**

Fair Some background and literature review. Research questions

outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR

Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### 3. Method and data: (4)

Is the method appropriate and clearly explained?

**Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.**

**Die Methode ist klar beschrieben, auch warum ein qualitatives Design gewählt wurde und das Sampling mit der Auswahl der Partizipantinnen und Partizipanten. Einschränkungen sind extra angeführt und ausreichend begründet.**

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### 4 Sampling: (3)

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

**Fair Sample size justified. Most information given, but some missing. Gut beschrieben, auch das es sich bei den Partizipanten und Partizipantinnen um eine „Hard to reach Gruppe“ handelt. Jedoch wurde keine genaue Altersgrenze gesetzt und die Geschlechteraufteilung war auch nicht gleich.**

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

### 5 Data analysis: (4)

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

**Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.**

**Es ist exakt beschrieben wie die Interviews geführt und ausgewertet wurden.**

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

## **6 Ethics and bias: (4)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

**Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. Informed consent before data collection,**

**Ja, sind beschrieben, es wird auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Unabhängigkeit von weiteren medizinischen Behandlungen hingewiesen.**

**Die Interviews fanden auch in einer geschützten Umgebung statt, wo ein möglichst störungsfreies, ungestörtes Sprechen möglich war.**

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

## **7. Results: (3)**

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

**Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.**

**Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, verständlich beschrieben, auf die einzelnen Punkte könnten aber tiefgründiger eingegangen werden. Sehr oberflächlich beschrieben.**

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

## **8 Transferability or generalizability: (3)**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

**Good** Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

**Fair** **Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question**

**4.Poor** Minimal description of context/setting.

**Very Poor** No description of context/setting.

## **9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (3)**

**Good** Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

**Fair** **Two of the above (state what is missing in comments).**

**Poor** Only one of the above.

**Very Poor** None of the above.

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Einfluss der Migration auf Leistungserbringung und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

### 1. Abstract and title: (4)

Did they provide a clear description of the study?

**Good Structured abstract with full information and clear title.**

**Der Titel ist von der Länge passend, er gibt Aufschluss über den Inhalt der Studie, es sind alle relevanten Keywords vorhanden. In der Zusammenfassung sind die wichtigsten Informationen enthalten.**

Fair Abstract with most of the information.

Very Poor No abstract.

### 2. Introduction and aims: (4)

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. In der Einleitung wird das Problem mit aktueller Literatur belegt. Forschungsfrage und Ziele ausreichend beschrieben.**

Fair Some background and literature review. Research questions outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### **3. Method and data: (4)**

Is the method appropriate and clearly explained?

**Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.**

**Die Methode dieser qualitativen Studie ist klar beschrieben, auch der Zeitraum der Datenerhebung ist angeführt.**

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### **4 Sampling: (4)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

**Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. Ist alles im Samplingteil zu finden. Alter, Geschlecht, Zahl der Partizipantinnen und Partizipanten angeführt.**

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

### **5 Data analysis: (2)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

**Poor** Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

## **6 Ethics and bias: (2)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Informed consent before data collection,

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

**Poor Brief mention of issues.**

Very Poor No mention of issues.

## **7. Results: (4)**

Is there a clear statement of the findings?

**Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression.**

**Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims.**

**Sufficient data are presented to support findings.**

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

## **8 Transferability or generalizability: (4)**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

**Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). Diese Studie, die als Leitfaden publiziert wurde kann auf die Allgemeinheit projeziert werden.**

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

**9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (2)**

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice. Empfehlungen für Forschung und Praxis zur Gänze und ausführlich enthalten

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

**Poor Only one of the above.**

Very Poor None of the above.

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

### 1. Abstract and title: (4)

Did they provide a clear description of the study?

**Good Structured abstract with full information and clear title.**

**Der Titel gibt Aufschluss über den Inhalt der Studie, es sind alle relevanten Keywords enthalten. In der Zusammenfassung sind die wichtigsten Informationen enthalten.**

Fair Abstract with most of the information.

Very Poor No abstract.

### 2. Introduction and aims: (4)

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. In der Einleitung wird das Problem mit aktueller Literatur belegt. Forschungsziel ist vorhanden.**

Fair Some background and literature review. Research questions

outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR

Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### **3. Method and data: (2)**

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included).

Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

**Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data. Die Methode dieser qualitativen Studie ist kaum beschrieben. Aber man kann herauslesen, dass es sich um ein Literaturreview handelt.**

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### **4 Sampling: (2)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

**Poor Sampling mentioned but few descriptive details. Die Literatursuche ist kaum beschrieben.**

Very Poor No details of sample.

### **5 Data analysis: (3)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

**Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.**

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

## 6 Ethics and bias: (1)

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Informed consent before data collection,

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

**Very Poor No mention of issues.**

## 7. Results: (4)

Is there a clear statement of the findings?

**Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression.**

**Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims.**

**Sufficient data are presented to support findings**

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

## 8 Transferability or generalizability: (4)

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

**Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). Diese Studie, kann auf die Allgemeinheit projiziert werden.**

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

**9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (3)**

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

**Fair Two of the above (state what is missing in comments). Empfehlungen für Forschung und Praxis zur Gänze und ausführlich enthalten. Eigene Unterpunkte mit Lösungsansätzen sind angeführt.**

Poor Only one of the above.

Very Poor None of the above.

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Resident and family member perceptions of cultural diversity in aged care homes

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

### **1. Abstract and title: (4)**

Did they provide a clear description of the study? Ja, die Studie ist im Titel und Abstract gut beschrieben, sodass man gut herauslesen kann, um was es im Text geht.

**Good Structured abstract with full information and clear title.**

**Abstract fließend, nicht gegliedert. Jedoch gut lesbar und alle wichtigen Informationen und Keywords enthalten.**

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

### **2. Introduction and aims: (3)**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

**Fair Some background and literature review. Research questions outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.**

**In der Einleitung wird der Background in Form eines Literaturreviews beschrieben, gut verständlich, aber sehr kurz gehalten. Das Ziel ist extra angeführt, aber keine Forschungsfrage.**

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### **3. Method and data: (4)**

Is the method appropriate and clearly explained?

**Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.**

**Die Methode ist klar beschrieben, auch das Design und das Sampling mit der Auswahl der Partizipantinnen und Partizipanten. Ein Teil verwendete Fragebogen des Interviews ist als Abbildung eingefügt.**

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### **4 Sampling: (4)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

**Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.**

**Gut beschrieben, es wurde das convenience sampling verwendet, und auch warum, da man nur Bewohner mit CALD Hintergrund auswählen wollte.**

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

### **5 Data analysis: (4)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

**Good** Clear description of how analysis was done. **Qualitative studies:** Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. **Quantitative studies:** Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

**Datenanalyse ist gut beschrieben und wie sie durchgeführt wurde.**

**Fair** Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

**Poor** Minimal details about analysis.

**Very Poor** No discussion of analysis.

## **6 Ethics and bias: (4)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

**Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were**

**addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.**

**Informed consent before data collection, Ja, sie sind mit einer eigenen Unterüberschrift angeführt, ja die Daten sind anonym, jeder Partizipant bekam einen Code, wurden in einer sicheren Umgebung der Universität aufgehoben und Zugang zu den Daten hatten nur der Projekt Manager und die Leitung der Studie.**

**Fair** Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

**Poor** Brief mention of issues.

**Very Poor** No mention of issues.

## **7. Results: (3)**

Is there a clear statement of the findings?

**Good** Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

**Fair** Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

**Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, verständlich beschrieben, die einzelnen Punkte könnten aber ausführlicher sein**

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

## **8 Transferability or generalizability:**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

**Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question**

4. Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

## **9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (3)**

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

**Fair Two of the above (state what is missing in comments).**

**Empfehlung für weitere Forschung kurz im Diskussionsteil, Empfehlung für Praxis in der Conclusion, könnte ausführlicher sein. Sind nicht extra angeführt.**

Poor Only one of the above.

Very Poor None of the above.

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

#### Perspectives on Transcultural Care

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

#### **1. Abstract and title (4)**

Did they provide a clear description of the study?

**Good Structured abstract with full information and clear title. Abstract und Keywords vorhanden.**

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

#### **2. Introduction and aims (1)**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

**Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.**

### **3. Method and data (1)**

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included).

Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately.

Little description of data.

**Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.**

**Keine Angaben zur Methode und Datensammlung, nur Auflistungen von Ergebnissen.**

### **4 Sampling: (1)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

**Very Poor No details of sample. Kein Sampling vorhanden.**

### **5 Data analysis: (1)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

**Very Poor No discussion of analysis.**

### **6 Ethics and bias: (1)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Informed consent before data collection,

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

**Very Poor No mention of issues.**

## **7. Results: (1)**

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

**Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims. Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, verständlich beschrieben, und sehr ausführlich. Es gibt jedoch keine Forschungsfrage an der sie sich orientieren.**

## **8 Transferability or generalizability: (1)**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question

Poor Minimal description of context/setting.

**Very Poor No description of context/setting.**

**9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (1)**

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above.

**Very Poor None of the above.**

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Transnational aging: toward a transnational perspective in old age research

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

### **1. Abstract and title: (2)**

Did they provide a clear description of the study?

Good      Structured abstract with full information and clear title.

Fair      Abstract with most of the information.

**Poor    Inadequate abstract. – Abstract und Einleitung vermischt, keine Keywords angeführt.**

Very Poor No abstract.

### **2. Introduction and aims (1)**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions

outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR

Aims/objectives but inadequate background.

**Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.**

### **3. Method and data (1)**

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included).

Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately.

Little description of data.

**Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.**

**Keine Angaben zur Methode und Datensammlung, nur Auflistungen von Ergebnissen.**

#### **4 Sampling (1)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

**Very Poor No details of sample. Kein Sampling vorhanden.**

#### **5 Data analysis (1)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Datenanalyse ist gut beschrieben und wie sie durchgeführt wurde.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

**Very Poor No discussion of analysis.**

#### **6 Ethics and bias: (1)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Informed consent before data collection,

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

**Very Poor No mention of issues.**

## **7. Results (1)**

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

**Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims. Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, verständlich beschrieben, und sehr ausführlich. Es gibt jedoch keine Forschungsfrage an der sie sich orientieren.**

## **8 Transferability or generalizability: (1)**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question

Poor Minimal description of context/setting.

**Very Poor No description of context/setting.**

## **9 Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (1)**

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research.

Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above.

**Very Poor None of the above.**

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway – an exploratory study

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

**1. Abstract and title: (4)**

Did they provide a clear description of the study?

**Good Structured abstract with full information and clear title.**

**Abstract fließend, nicht gegliedert. Jedoch gut lesbar und alle wichtigen Informationen, Keywords enthalten. Der Abstract gibt Aufschluss über den Inhalt der Studie.**

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

**2. Introduction and aims: (4)**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.**

**In der Einleitung wird der Hintergrund der Studie gut beschrieben, ist auch gut verständlich und nachvollziehbar.**

Fair Some background and literature review. Research questions outlined. Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### **3. Method and data: (3)**

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included).

Clear details of the data collection and recording.

**Fair Method appropriate, description could be better. Data described.**

**Die Datenerhebung mittels eines Fragebogens ist gut beschrieben, auch wie der Fragebogen aufgebaut ist. Es ist jedoch kein Auszug aus dem Fragebogen angeführt. Es wird auch beschrieben, dass die Daten nur spärliche Informationen lieferten. Es fehlte an systematischen Bewertungen der kulturellen Versorgung.**

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately.

Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

### **4. Sampling: (4)**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

**Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.**

**Gut beschrieben, wie die Teilnehmer ausgewählt wurden und welche Eigenschaften sie aufwiesen.**

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

### **5. Data analysis: (4)**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

**Good** Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies:

Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Datenanalyse ist gut beschrieben und wie und in welchem Zeitraum sie durchgeführt wurde.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

## **6. Ethics and bias: (4)**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

**Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. Informed consent before data collection, Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Ethikrichtlinie durchgeführt. sechs untersuchte Distrikte. Ein Brief wurde an die TeilnehmerInnen gesendet. Dieser lieferte Informationen über den Zweck der Studie, freiwillige Teilnahme, jederzeitige Rücktrittsrechte und Vertraulichkeit. Die Partizipation beruhte auf einer schriftlichen Einwilligung.**

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

## **7. Results: (4)**

Is there a clear statement of the findings?

**Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.**

**Die Ergebnisse sind gut gegliedert mit Unterüberschriften, ausführlich und verständlich beschrieben.**

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

**8. Transferability or generalizability: (4)**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

**Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).**

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? (3)**

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

**Empfehlung für weitere Forschung und Praxis sind kurz im Diskussionsteil angeführt.**

Poor Only one of the above.

Very Poor None of the above.