

Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe



**Fachtagung für
Führungskräfte
in der Altenpflege**
29. April 2005

Dokumentation

Impressum

Herausgegeben von:



Arbeitskreis
„Alt werden in der Fremde“
(unter Federführung der
Inneren Mission München)
Ansprechpartnerin: Milica Klose
Integrationsdienst für
ältere Mitgrantinnen und Migranten
Schleißheimer Straße 271
80809 München
Tel. (0 89) 35 65 25 09
Fax (0 89) 35 06 18 43



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat
Stelle für
interkulturelle Arbeit

in Zusammenarbeit mit der
Stelle für interkulturelle Arbeit
der Landeshauptstadt München
Sozialreferat
Uschi Sorg
S-III-M/IK
Franziskanerstraße 8
81669 München
Tel. (0 89) 2 33-4 06 30
Fax (0 89) 2 33-4 06 99
uschi.sorg@muenchen.de
www.muenchen.de/interkult

Gestaltung, Satz
Anja Rohde, Hamburg

Druck
Landeshauptstadt München
Direktorium, Stadtkanzlei

November 2005

ISBN 3-937170-12-X

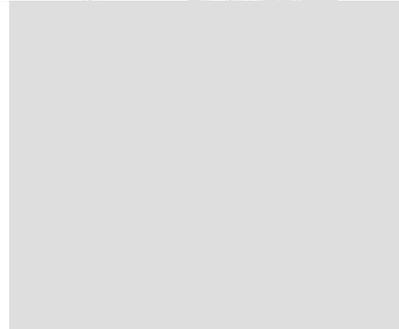
Inhalt

Klaus Feist	Einführungsworte	2
Uschi Sorg	Vorwort	3
Gertraud Burkert	Begrüßung	4
Klaus Feist	Begrüßung	6
Charlotte Uzarewicz	Warum kultursensible Pflege?	7
Angelika Ertl	Interkulturelle Teamentwicklung und Integration zugewanderter pflegebedürftiger Menschen	18
Bengi Azcan	Einblick in die Praxis der interkulturellen Pflege	26
	Programm	32



Einführungsworte

Kultursensible Altenhilfe ist ein Thema, dessen sich die freie Wohlfahrtspflege München in guter Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt München bereits seit langem angenommen hat. Insofern wurde das Aufgreifen dieses Themas im Rahmen der bundesweiten Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe von der ARGE freie von Anfang an sehr begrüßt. Wir danken deshalb dem Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“, in dem Vertreterinnen und Vertreter der freien Wohlfahrtspflege wie der Landeshauptstadt München sich engagieren, für den gelungenen Fachtag, den wir als Ermutigung verstehen, sich dieses immer dringender werdenden Themas verstärkt anzunehmen.



Vorwort

Die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten wird in den nächsten Jahren deutlich steigen. Nach Bevölkerungsprognosen des Planungsreferates wird ihr Anteil voraussichtlich um ein Drittel zunehmen. Ältere Migrantinnen und Migranten sind deswegen in Zukunft eine wichtige Zielgruppe der Altenhilfe.

Ihre gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an der Versorgungsstruktur in München kann verwirklicht werden, wenn die Angebote und Maßnahmen der Altenhilfe ihre individuellen Bedürfnisse und Bedarfe berücksichtigen. Dafür tritt das „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ ein, das 2005 von der Landeshauptstadt München und der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege München unterzeichnet wurde. Die Wohlfahrtsverbände und das Sozialreferat haben in diesem Bereich bereits ein breites Angebot entwickelt und werden auch in Zukunft die Angebote der Altenhilfe weiter interkulturell öffnen. Schon jetzt wurde die interkulturelle Orientierung und Öffnung in der neuen Konzeption der Alten- und Service-Zentren verankert.

Mit dieser Fachtagung beteiligte sich der Münchner Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“ mit der Stelle für interkulturelle Arbeit an der Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe. Führungskräfte sollten für die Idee der kultursensiblen Altenhilfe sensibilisiert, das Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe bekannt gemacht und Führungskräfte zur Umsetzung des Memorandums angeregt werden. Da der Anteil von Migrantinnen und Migranten bei den Pflegekräften jetzt schon sehr hoch ist, wollte die Fachtagung auch einen fachlichen Input zum Thema „Arbeit in interkulturellen Teams“ geben.

Prof. Charlotte Uzarewicz von der Katholischen Stiftungsfachhochschule München ging auf die Situation von Migrantinnen und Migranten ein. Dabei stellte sie die These auf, dass kultursensible Pflege allen Menschen zugute kommt, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, und

erläuterte Zugänge zur transkulturellen Kompetenz. Angelika Ertl vom Elisabethenstift Darmstadt behandelte die Themen interkulturelle Teamentwicklung und die Rolle von Führungskräften bei interkulturellen Teams. Bengi Azcan vom multikulturellen Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ in Duisberg gab einen Einblick in die Praxis interkultureller Pflege. Deutlich wurde im Laufe der Fachtagung, dass die oberste Leitungsebene und die jeweiligen Träger den interkulturellen Öffnungsprozess aktiv unterstützen müssen.

Für das Gelingen der Fachtagung danke ich Milica Klose und Petra Feucht von der Inneren Mission sowie Annette Unterer von Donna Mobile für die gute Zusammenarbeit bei der Konzeption dieser Fachtagung.

Die Veranstaltung zeigte, dass es Bedarf an einem praxisbezogenem Austausch von Erfahrungen gibt. Deshalb möchte der Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“ das Gespräch mit Workshops zum Thema kultursensible Altenpflege am 24.11.2005 fortsetzen.



Begrüßung

Vor 49 Jahren kamen die ersten Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter nach Deutschland. Von offizieller Seite ging man davon aus, dass die Beschäftigung nur vorübergehender Natur sein sollte. Die jungen und gesunden so genannten Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter sollten einige Jahre in Deutschland arbeiten und dann in ihr Heimatland zurückkehren. Doch viele dieser so genannten Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter sind geblieben und Deutschland ist ihre Heimat oder zweite Heimat geworden. Die in den 60er- und 70er-Jahren in die Bundesrepublik eingewanderten Arbeitsmigrantinnen und -migranten sind heute meist im Rentenalter. Viele von ihnen sind krank, obwohl es die Gesündesten und Fittesten ihrer Generation waren, die nach Deutschland kamen, da in den Anlaufstellen der Anwerbeländer nur kerngesunde, junge Menschen ausgewählt wurden.

In München haben wir insgesamt einen Ausländeranteil von 23%. Der demographische Wandel zeigt: Bei den 80- bis 84-Jährigen liegt der Anteil zwar nur bei 3,8%, aber bei den 50- bis 54-Jährigen liegt er mit 23,5% schon deutlich höher. Die materielle Situation von älteren Migrantinnen und Migranten stellt sich in der Regel deutlich schlechter dar als die der deutschen Bevölkerung. Sie verfügen über geringere durchschnittliche Einkommen bzw. Renten. Dies ist vor allem auf einen tendenziell späteren Eintritt in rentenrelevante Erwerbstätigkeit, ein niedrigeres Arbeitseinkommen und ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko zurückzuführen. Insbesondere bei Frauen ist die Altersarmut hoch. Ältere Migrantinnen und Migranten verfügen über sehr geringe finanzielle Eigenmittel für die pflegerische und soziale Versorgung.

Bisher ist der Anteil von Migrantinnen und Migranten in den Alten- und Pflegeheimen noch sehr gering. Er liegt nach einer Umfrage des Sozialreferates bei unter 2%. Derzeit sind Migrantinnen und Migranten noch kaum das Klientel der Pflegeheime, doch durch die demographischen

Entwicklungen wird sich dies in Zukunft gravierend verändern.

Diese zukünftigen Entwicklungen hat sich der Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“ zum Thema gewählt. In diesem Arbeitskreis arbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Migrationssozialdienste und der Alten- und Service-Zentren gemeinsam mit der Stelle für interkulturelle Arbeit u. a. an der interkulturellen Öffnung der Alten- und Service-Zentren. Dies ist ein Arbeitsbereich, in dem sich die Zusammenarbeit der Migrationssozialdienste und der Alten- und Service-Zentren sehr bewährt hat.

Der Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“ hat sich entschlossen, sich u. a. mit dieser Veranstaltung an der Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe zu beteiligen. Die effektive, fruchtbare Zusammenarbeit der Vorbereitungsgruppe – bestehend aus dem Integrationsdienst für ältere Migrantinnen und Migranten, der Fachschule für Altenpflege der Inneren Mission München, Donna Mobile und der Stelle für interkulturelle Arbeit – hat diese Veranstaltung konzipiert und möglich gemacht. Die Veranstaltung richtet sich ganz besonders an Führungskräfte in der Altenpflege, da diese entscheidend sind für die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in diesem Bereich. Ihnen als Führungskräfte kommt auch eine wichtige Rolle bei der interkulturellen Teamentwicklung zu. Auch wenn bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Altenheime der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund bis jetzt noch nicht hoch ist, ist er bei den Pflegekräften deutlich höher. Nach einer Umfrage der Inneren Mission München in ihren Pflegeheimen liegt der Anteil von Migrantinnen und Migranten bei 11% bei den examinierten Pflegekräften und bei 30% bei den Pflegehilfskräften.

Der Landeshauptstadt München ist die interkulturelle Orientierung und Öffnung ihrer Angebote ein großes Anliegen. Ziel ist, die verschiedenen Bedürfnisse und Bedarfe wahrzunehmen und zu



berücksichtigen und damit eine gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen. Dies gilt auch für die Angebote der Altenhilfe. Die Abteilung „Hilfe im Alter, bei Pflege und Betreuung“ des Sozialreferates hat in diesem Bereich ein breites Angebot entwickelt.

Ebenso haben die Wohlfahrtsverbände und andere freie Träger eine sehr breite Palette im Bereich der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe geschaffen. Wichtig sind auch die ehrenamtlichen Gremien, die sich für die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe einsetzen und wie der Seniorenbeirat und das Internationale Seniorenforum dieses Anliegen unterstützen.

Umsetzen lassen sich diese Ziele jedoch nur mit der politischen Unterstützung von Stadträtinnen und Stadträten, welche die interkulturelle Orientierung und Öffnung der Altenhilfe immer wieder einfordern, wie Stadträtin Özakin und Stadtrat Gavras.

Die Kampagne ist wichtig, um sich bundesweit zu dieser Frage zu vernetzen und von den Erfahrungen in anderen Städten zu profitieren. Die Landeshauptstadt München beabsichtigt, sich am Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe zu beteiligen. Ein entsprechender Antrag wird dem Stadtrat im Sozialausschuss vorgelegt werden. Mit dem Unterzeichnen des Memorandums würde sich die Stadt München verpflichten, „alle institutionellen und fachlichen Möglichkeiten zu nutzen, damit ältere Menschen unterschiedlicher Herkunft und Kultur Zugang zu den Institutionen der Altenhilfe erhalten und die Unterstützung bekommen, die sie für ein würdevolles Leben brauchen.“

Ich wünsche Ihnen allen eine interessante und gewinnbringende Veranstaltung.



Begrüßung

Ich begrüße Sie im Namen der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände in München zu dem heutigen Fachtag im Rahmen der bundesweiten Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe.

Die Einrichtungen der freien Wohlfahrt in München beschäftigen sich ja seit langem mit dem Thema Migration und Alter. Vor fast 15 Jahren wurde in einer Kooperationsgemeinschaft von Innerer Mission und Landeshauptstadt München ein Fachtag abgehalten zum Thema „Alt werden in der Fremde“. Seither gab es weitere Fachtage zu diesem Thema, veranstaltet auch von anderen Verbänden wie der Caritas oder der Arbeiterwohlfahrt. Diese Fachtage waren nicht folgenlos.

Aus ihnen entstanden:

- Modellprojekte wie der Integrationsdienst für ältere Migrantinnen und Migranten der Inneren Mission München, deren Leiterin und Mitveranstalterin des heutigen Fachtages, Frau Klose, heute unter uns weilt
- Arbeitskreise wie der AK „Alt werden in der Fremde“, Träger der heutigen Veranstaltung
- die Umstrukturierung von Regeldiensten, wie dies im gemeinsam von Stadt und Verbänden getragenen Reformprojekt Alten- und Service-Zentren geschehen ist, auch unter interkulturellen Gesichtspunkten
- EU-weite Projekte, wie das Projekt EQUAL-Pflege, das zum Ziel die Ausbildung von Migrantinnen und Migranten zu Fach- und Hilfskräften in der Altenpflege hat.

Es ist also bereits einiges geschehen in dieser Stadt, aber noch nicht genug. Interkulturelle Altenhilfe muss in Zukunft hinaustreten aus dem Sonderstatus und aus Modellprojekten und integraler Bestandteil der Altenhilfe in Deutschland werden. Diesem Ziel dient der Fachtag heute, dem ich hierzu viel Erfolg wünsche.

Ich möchte aber auch nicht versäumen, mich besonders zu bedanken beim Organisator des Fachtags, dem Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“, und hier stellvertretend bei Frau Milica

Klose und Frau Petra Feucht von der Inneren Mission, Frau Annette Unterer von Donna Mobile sowie bei Frau Uschi Sorg von der Stelle für interkulturelle Arbeit. Bei der Landeshauptstadt selbst möchte ich mich bedanken für die Überlassung der herrlichen Räume hier im Rathaus.

Abschließend möchte ich Ihnen, Frau Ertl von der Kampagne für kultursensible Altenpflege, das von der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege München unterstützte und unterschriebene Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe überreichen.

Ich wünsche ein gutes Gelingen!



Warum kultursensible Pflege?

„Migration ist eine kreative Situation. Und eine schmerzhaft. Wer die Heimat verlässt (aus Zwang oder aus freier Wahl, und beides ist schwer zu unterscheiden), leidet. Denn tausend Fäden verbinden ihn mit der Heimat, und wenn diese durchschnitten sind, ist es, als hätte ein chirurgischer Eingriff stattgefunden.“
(Flusser, 1994, S. 10)

1. Einleitung

„Eigentlich haben wir in der Pflege schon genug Probleme zu bewältigen mit all den Umstrukturierungsprozessen und Gesundheitsreformen! Da hat uns das Thema kultursensible Pflege gerade noch gefehlt. Jetzt sollen wir auch noch spezifische Konzepte für Migranten und Migrantinnen entwickeln und umsetzen, wo wir doch zusehen müssen, dass wir über die Runden kommen!“
Das ist das, was ich – etwas überspitzt formuliert – immer wieder in Seminaren oder auf Tagungen zu hören bekomme. Im Folgenden möchte ich aufzeigen,

1. dass die Migrationssituation einige Spezifika aufweist, die bei Nichtberücksichtigung schwierige Pflege oder sogar Pflegefehler produzieren können – abgesehen von den Zusatzkosten, die dadurch entstehen;
2. dass die Auseinandersetzung mit den anderen – eben den Migrantinnen und Migranten – zwangsläufig dazu führt, die eigenen Selbstverständlichkeiten kritisch auf den Prüfstand zu stellen. Daher – so meine These – ist „kultursensible Pflege“ kein gesondertes Konzept für eine spezielle Bevölkerungsgruppe, sondern kommt allen Menschen zugute, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind.
3. In einem dritten und letzten Schritt werden Zugänge zur transkulturellen Kompetenz erläutert.

2. Spezifika der Migrationssituation

Nach statistischen Angaben leben 7,3 Millionen Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland, was einen ca. 9%igen Anteil an der Gesamtbevölkerung bedeutet. Die Herkunftsländer sind in der Reihenfolge der Häufigkeit: Türkei, BR Jugoslawien, Italien, Griechenland, Polen, Kroatien, Bosnien-Herzegowina und andere. Die Migrantinnen und Migranten leben überwiegend in den Ballungszentren der alten Bundesländer. Ein knappes Drittel der Migranten und Migrantinnen leben seit über 20 Jahren und ungefähr die Hälfte seit über zehn Jahren in Deutschland (vgl. Settlemeyer 2000: 17–22). Auch die Altersstruktur der Arbeitsmigrantinnen und -migranten hat sich inzwischen der deutschen Bevölkerung angenähert. Für den Bereich der Altenpflege ist ein ganz bestimmter Typ von Migration, nämlich die Arbeitsmigration relevant. Denn über die „Hälfte der über 60-jährigen Ausländer (...) (51,9%) stammen aus ehemaligen Anwerbeländern.“ (Raven/Huisman 2000: 188) Andere Formen der Migration, wie z. B. zirkuläre Migration, Brain Drain, illegaler Aufenthalt, Asylmigration, Tourismus, Rentnermigration, Prostituiertenmigration, Remigration bleiben unberücksichtigt (vgl. Wicker 2001: 49). Die ersten Einwanderergenerationen seit dem zweiten Weltkrieg kommen nun in das Rentenalter. Bei dieser Gruppe gilt es, die Umkehrung des so genannten „Healthy Migrant Effects“ im Laufe des Arbeitslebens besonders zu beachten. Die Einwanderungsvoraussetzungen waren seinerzeit u. a. eine überdurchschnittliche Gesundheit der Migrantinnen und Migranten, die durch deutsche Ärzte in den Anwerbeländern geprüft und bescheinigt worden ist. Vergleichsstudien belegen, dass der Gesundheitsstatus der Migrantinnen und Migranten zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland besser war als der in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung (vgl. BMFSFJ 2001: 75–76). Die rapide Verschlechterung dieses Gesundheitsstatus bei zunehmen-



dem Alter hat vor allem *soziale und ökonomische Ursachen*:

- allgemein schlechtere Wohnverhältnisse als die vergleichbare deutsche Bevölkerungsgruppe
- häufigere Zeiten von Arbeitslosigkeit während der Lebensarbeitszeit und die damit verbundenen Probleme
- aufgrund der Arbeitsbedingungen allgemein schlechterer gesundheitlicher Status als die vergleichbare deutsche Bevölkerungsgruppe (z. B. eine Anhäufung gesundheitlicher Belastungsfaktoren während der Arbeit: Akkord- und Schichtarbeit, körperlich schwere Arbeit, Kontakt mit chemischen Noxen, Lärm- und Hitzebelastung, Zuweisung von extrem belasteten Arbeitsplätzen in der Industrie)
- niedrigeres formales Bildungsniveau und damit verbunden mangelnde Sprachkenntnisse
- keine Integration in die hiesige Gesellschaft (auch nach 20 Jahren nicht) und dadurch bedingt eine starke Konzentrierung auf nationalitätenspezifische Gruppen, besonders nach der Berentung
- finanzielle Notlagen, niedrige Rente, evtl. Verdienstaustausch des pflegenden Familienangehörigen
- Ängste, die sich aus dem Status „Ausländer“ ergeben (Aufenthaltsstatus, Arbeitsgenehmigung, aktuelles politisches Geschehen)

(vgl. Wicker 2001: 47–64; BMFSFJ 2001: 75–76; Raven/Huisman 2000; Uzarewicz 2003: 35–36; Zielke-Nadkarni 2001: 128–136).

Aufgrund dieser Faktoren sowie „(...) der zu erwartenden Altersstrukturverschiebung in der europäischen Gesellschaft muss mit steigendem Bedarf medizinischer und rehabilitativer Maßnahmen sowie mit verstärktem Sozialberatungsbedarf besonders bei älteren Migranten gerechnet werden.“ (Salman 2001: 89) Für eine Analyse der Situation und der Erarbeitung von institutionellen und interdisziplinären Pflege- und Versorgungsstrukturen für Migrantinnen und Migranten ist eine Differenzierung in soziale Problemlagen und kulturelle Spezifika notwen-

dig. Die *kulturellen Spezifika* mischen sich teilweise mit der Spezifik der Migrationssituation, sind aber dennoch getrennt zu analysieren: Das Zusammenwerfen dieser beiden Aspekte führt sonst zu einer Ethnisierung sozialer Probleme bzw. in die Kulturfalle und damit zu falschen Lösungsstrategien, die auch zu falsch verstandener Pflege führen können.

Kulturelle Spezifika

- traditionelle Familienvorstellungen, in denen Pflege in die Familie gehört und nicht an externe Dienste delegiert werden kann
 - kulturspezifische Versorgungsvarianten
 - religiöse Prägung kann eine Erkrankung als gottgewolltes Schicksal erscheinen lassen, dem man sich zu beugen hat
 - traditionelle Frauenrolle, die religiös geprägt sein kann und in der die Möglichkeit, Wünsche und Forderungen zu stellen als unbekanntes oder unschickliches Verhaltensmuster gedeutet wird
 - Scham, wenn man externe Dienste in Anspruch nehmen soll und sich damit die Blöße gibt, den gestellten Anforderungen nicht gerecht werden zu können
 - Unkenntnis über das Krankheitsbild und den Krankheitsverlauf aufgrund anderer Vorstellungen von Kranksein und Gesundsein
 - vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnis des Menschen abweichende Körper- Seele-Geist-Konzeptionen
- (vgl. Wicker 2001, BMFSFJ 2001: 75–76; Raven/Huisman 2000; Uzarewicz 2003: 35–36; Zielke-Nadkarni 2001: 128–136).

3. Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung

Das hiesige Gesundheitssystem ist nur unzureichend auf das Klientel der Migranten und Migrantinnen vorbereitet. Die entstandenen Versorgungslücken haben mehrere Ursachen. Zum einen die *Rückkehrillusion*: Lange ist man davon ausgegangen, dass die hier lebenden Ausländer und Ausländerinnen, die seit den Fünfzigerjahren

als Arbeitskräfte auf Zeit angeworben worden waren, die Bundesrepublik wieder verlassen, um ihren Lebensabend in ihrer Heimat zu verbringen. Aus verschiedenen Gründen ist das nicht bzw. nur zum Teil geschehen. Nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit von 1995 wollen ca. 60% der Befragten nach ihrem Arbeitsleben in Deutschland bleiben (vgl. Raven/Huismann, 2000, S. 189). Zum anderen die *Illusion der familiären Versorgungsstrukturen*: Lange Zeit sind sowohl die Migrantinnen und Migranten als auch die hiesigen politischen Entscheidungsträger davon ausgegangen, dass die hier lebenden und verbleibenden älteren Einwanderer aufgrund des traditionalistischen Werte- und Normen-Settings von ihren Familien (kulturelle Spezifika) versorgt werden würden. Die Veränderungen in der weiblichen Biografie, die auch für die Migrantinnen zutrifft, stehen dem jedoch entgegen und beinhalten eine Menge Konfliktpotenzial. Auch durch die Ausblendung der Tatsache (insbesondere bei politischen Entscheidungsträgern), dass Deutschland seit Jahrzehnten faktisch ein *Einwanderungsland* ist, als auch durch die *institutionelle Trennung von Migrationsarbeit und Altenhilfe*, ist es bisher versäumt worden, in der Bundesrepublik ein bedürfnisorientiertes Angebot für ältere Einwanderer zu entwickeln. Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt keine verlässlichen Daten über die Inanspruchnahme der Dienste seitens der Migrantinnen und Migranten, dennoch können unterschiedliche Zugangsbarrieren zu den Versorgungssystemen und Gesundheitsdiensten benannt werden.

Primäre Zugangsbarrieren:

- mangelnde Informationen über die Existenz bestehender Angebote sowie deren Nutzungsmöglichkeiten
- wenig migrationsspezifische Angebote
- keine oder wenig Fachkräfte mit Migrationshintergrund und transkultureller Kompetenz in der Versorgung und Beratung
- Schwellenängste beim Kontakt mit deutschen Institutionen
- fehlende bzw. mangelnde Qualifizierung der

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit und ohne Migrationshintergrund

- fehlende transkulturelle Öffnung der Regeldienste
- mangelhafte transkulturelle Organisationsstrukturen
- Sprachprobleme, Sprachbarrieren, fehlende Dolmetscherdienste.

Sekundäre Zugangsbarrieren:

Diese resultieren aus der unmittelbaren Interaktionssituation in der Altenpflege, wenn es hier zu Missverständnissen kommt, so dass sich die Hilfesuchenden und Pflegebedürftigen nicht verstanden oder sogar diskriminiert fühlen:

- unterschiedliche Erklärungsmodelle zwischen Praktikerinnen und Praktikern und Betroffenen in Bezug auf Krankheit und Kranksein und/oder Pflege
- Beziehungsgestaltung: Unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der sozialen Struktur: Familieneinbezug versus Individualität, Autonomie, Erwartungen an Beratung, Pflege und/oder Therapie
- Kommunikationsbarrieren
- mangelnde Transparenz in der Interaktionssituation, besonders beim ersten Kontakt (vgl. Raven/Huismann 2000: 192; Salman 2001: 91–92; Domenig 2001a: 180–182).

Wie kann man diesen Problemen bzw. Phänomenen begegnen? Und: Was ist das Kulturelle an einer sensiblen Pflege?

4. Kultursensible Pflege nicht nur für Migrantinnen und Migranten

Pflegerisches Handeln ist auf Individuen bezogen. Wie gehen wir mit dem einzelnen Menschen um? Woher wissen wir, welche Bedürfnisse er hat, welche Vorlieben, Abneigungen, Eigenarten? In einer gegebenen Interaktionssituation geht es immer auch um Wahrnehmung (des eigenen und des anderen); *was* aber nehme ich *wie* wahr? Unser Denken funktioniert in differenzierenden

Strukturen. Dabei liegt ein unhinterfragter und unbewusster Maßstab zugrunde. Wenn ich z. B. neue Menschen kennen lerne, klassifiziere ich in Sekundenschnelle, sozusagen mit einem Blick, mein Gegenüber als bestimmten Anderen. Das macht sich an ganz allgemeinen Parametern fest:

- älter oder jünger
- gleiches oder anderes Geschlecht
- hellhäutig oder dunkelhäutig
- blond oder braunhaarig
- groß oder klein
- Sprache mit Akzent oder ohne etc.

In dieser vergleichenden, unmittelbaren, „ganzheitlichen“ Wahrnehmung erhält mein Gegenüber bereits seinen ersten Stempel: z. B. als „Migrant“ oder als „einer von uns“. Dabei haben wir alle bestimmte Bilder, Vorurteile im Kopf, wie z. B. die türkische, deutsche, italienische Kultur. In der heutigen Welt sind die gesellschaftlichen Verhältnisse jedoch so komplex und kompliziert, dass derartige Vorstellungen ins Leere laufen; damit kann man niemanden mehr charakterisieren bzw. einteilen oder zuordnen: Was ist die deutsche Kultur und wer von Ihnen ist schon typisch deutsch? Mit den hier innewohnenden Kulturkonzepten werden Unterschiede zwischen Menschen und Menschengruppen betont und somit einer Stereotypisierung Vorschub geleistet, die auf der Handlungsebene im pflegerischen Kontakt zu gravierenden Missverständnissen führen kann und somit die Gestaltung von pflegerischen Beziehungen geradezu unterbindet. Es nützt also nichts mehr, wenn wir uns auf irgendwelche abstrakten kollektiven Vorstellungen berufen, denn letztlich ist jeder einzelne Mensch von jedem anderen verschieden. Und hier weitet sich das Kulturthema auf alle Menschen aus, nicht nur auf die „Zugereisten“!

Für diese schier unbegrenzte Diversität benötigen wir ein Handlungskonzept: Das Konzept der Transkulturalität nimmt gleichermaßen Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Blick, um die Lebenswelten und Wirklichkeiten beschreiben und sich diesen annähern zu können. Das

Gemeinsame von sich fremden Menschen ist unsere anthropologische Ausgangsposition: Als Menschen sind wir in eine Welt geworfen (Heidegger), die wir uns aneignen, die wir umformen müssen, um in ihr leben und überleben zu können. Wir müssen unseren Lebensraum immer erst schaffen (und das unterscheidet die Menschen von den Tieren). Wie wir dies jedoch tun, ist kulturell variant und von den verschiedensten Dimensionen abhängig. Die Unterschiede resultieren unter anderem aus folgenden Faktoren:

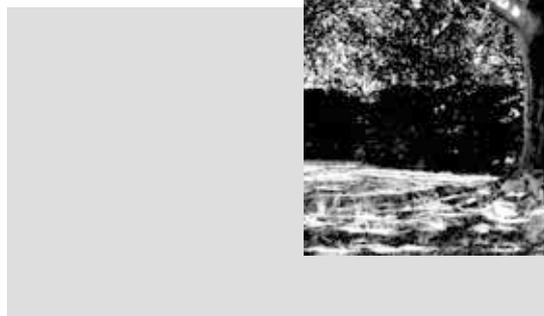
- soziale, geografische Ressourcen
- ökologische Bedingungen, Klima
- demographische Bedingungen (dicht bzw. dünn besiedelte Regionen)
- Bildungsstand
- Alter
- Einkommen
- Geschlecht
- Religion bzw. Weltanschauungen etc.
- Persönlichkeit.

Diese Aufzählung enthält *individuelle* und *überindividuelle* Faktoren. Alle zusammen genommen bilden das *Kulturelle* als Basis oder Folie unseres Daseins. Das heißt aber gerade nicht, dass die Einzelfaktoren in einem Kulturkonzept aufgehen. Sie haben jeder für sich ihre eigene Relevanz und wirken mehr oder weniger unterschiedlich handlungsleitend, weil Menschen mit den unterschiedlichen Wissens- und Sinnordnungen sehr verschieden umgehen: Je nachdem, in welcher Situation wir uns gerade befinden, ist der Aspekt der Bildung, der Herkunft, des Alters oder der religiösen Zugehörigkeit bzw. des religiösen Bekenntnisses von größerer Bedeutung als die anderen. Eine professionelle transkulturelle Pflege soll in ihren Handlungsdimensionen genau diese Differenzen erfassen können, um patientinnen- und patientenorientiert und der Situation angemessen reagieren zu können und zwar in einer Welt, in der Fremdes und Eigenes ununterscheidbar geworden ist (vgl. Welsch 1998: 66 Fußnote 28). „Transkulturalität beschreibt kulturelle Prozesse als flexibles, individuelles

Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökologischen Faktoren, welches in Situationen immer neu verhandelt wird“ (Uzarewicz/ Uzarewicz 2001: 170).

„Trans“ heißt „über, darüber hinaus“. Im Konzept der Transkulturalität bedeutet das über das Kulturelle Hinausgehende und letztlich zu den einzelnen Individuen Gelangende; es ist also ein radikal subjektiver Ansatz. In Abgrenzung dazu hat das inzwischen „eingebürgerte“ Konzept der Interkulturalität im Laufe seiner Geschichte einige Umdeutungen erfahren, so dass der Terminus nicht mehr seinen Inhalten entspricht. „Inter“ heißt „zwischen“ und rekurriert als Interkulturalität auf Aktionen zwischen zwei oder mehreren Kulturen. Hier liegt nach wie vor ein essentialistisches Kulturkonzept zu Grunde, welches letztlich auf Herder zurückzuführen ist, der sich Kultur als Kugel oder Insel vorstellte und durch drei Merkmale charakterisierte: soziale Homogenisierung, ethnische Fundierung und interkulturelle Abgrenzung (vgl. Welsch 1998: 46). Genau diese Vorstellung will Transkulturalität auflösen, da sie nicht mehr den Realitäten entspricht.

Pragmatischer Ausgangspunkt der *Transkulturalität* ist die *Interaktion*. Sie soll nicht vom Wissen um (kollektiv) Fremdes oder Anderes geleitet sein, denn derartige Kategorien behindern eine sensible Annäherung an das jeweilige (individuelle) Gegenüber. In jeder Interaktion „bestehen zumindest einige Verflechtungen, Überschneidungen und Übergänge“ (Welsch 1998: 58) und diese bieten die Grundlage für neue Verbindungen und beinhalten integrative Dimensionen. Interaktion wird hier in sehr engen Zusammenhang gebracht mit Integration. Der transkulturelle Untersuchungsgegenstand sind Individuen als soziokulturelle und historische Knotenpunkte. Transkulturalität zielt auf das Verstehen (in) einer gegebenen Situation. Dies setzt voraus, dass man sich einlassen kann: auf die Situation



und auf die Akteurinnen und Akteure, um die verschiedenen Dimensionen in ihrer Wirkungsweise und Bedeutung erfahrbar werden zu lassen.

„Soziale Praktiken von MigrantInnen sind demnach nicht Ausdruck spezifischer ‚fremder Kulturen‘, sondern Aktionen von Individuen, welche in bestimmten sozialen Feldern (...) agieren, welche gleichzeitig sowohl von der Herkunftsgesellschaft, als auch von der Aufnahmegesellschaft geprägt werden. So sind nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ‚Kultur‘, sondern der Kontext, die konkrete Situation, die Interaktion, die individuelle Biographie, aber auch persönliche Interessen und Strategien für den Einzelnen handlungsleitend.“ (Domenig 2001: 18) *Transkulturelle Kompetenz* verlangt interaktives Verhalten und basiert auf einem kritischen selbstreflexiven Prozess. Transkulturelle Kompetenz wird als erweiterte soziale Kompetenz aufgefasst und ist Teil des professionellen Handelns. Sie ist erlernbar. Ein sensibilisierendes reflexives Lernen stellt den Menschen als leibhaftiges Subjekt in den Mittelpunkt und macht ihn zum Ausgangspunkt aller Betrachtungen. Und nicht umgekehrt bilden vage Vorstellungen, die auf abstrakten Kategorien beruhen, die Grundlage bzw. den Maßstab, mit dem Menschen gemessen und beurteilt werden. Es gilt vielmehr

Wir weisen als Stelle für interkulturelle Arbeit der Landeshauptstadt München darauf hin, dass wir einen weiten Kulturbegriff verwenden, der sich auf Alltagskultur bezieht und auch kulturelle Unterschiede von Geschlecht, Generation, Subkulturen und sozialen Milieus beinhaltet.



in einer transkulturellen Perspektive diese Kategorien am gelebten Leben zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Diese Art von Lernen bezieht sich auf die Entwicklung einer Kompetenz, Strukturen von Wissens- und Sinnordnungen in ihrer Pluralität und Widersprüchlichkeit zu erkennen, sich darauf einlassen zu können, um spezifische Synergieeffekte aus den verschiedenen *Wissens- und Sinnordnungen* zu fördern. Transkulturelle Kompetenz kann als eine spezifische Sensibilität für Situationen bezeichnet werden, in denen dieses Lernen stattfindet.

„Transkulturelle Kompetenz umfasst also folgende Punkte:

1. Reflexion der eigenen persönlichen (gewöhnlich nicht-bewussten) und der biomedizinischen Wissens- und Sinnordnungen.
2. Erschließen der je subjektiven Wissens- und Sinnordnungen der Klientinnen und Klienten.
3. Versuch einer Transformationsleistung im Sinne einer Ineinanderverschränkung der Wissens- und Sinnordnungen; die eigenen Deutungsmuster dürfen nicht als ausschließliche normative Grundlage dienen.
4. Herausfiltern von Ähnlichkeiten/Gemeinsamkeiten, sowie von Widersprüchen und Unterschieden, um Ansatzpunkte für eine gemeinsame Handlungsstrategie zu entwickeln.“ (Uzarewicz/Uzarewicz 2001: 171).

Die transkulturelle Pflegekompetenz beinhaltet eine wohlwollende Neugier für das Erkennen des Eigenen, das Verstehen des Anderen/Fremden und die Bereitschaft zur Um- und Neuorientierung von pflegerischen Handlungen und Verhaltensmustern.

5. Erwerb von transkultureller Kompetenz

Das Innen-außen-Schema, mit dem andere Lebensweisen auf Distanz gehalten werden konnten, funktioniert nicht mehr, so dass Fremdheit allgegenwärtig wird (vgl. Auernheimer 2003: 15). Die transkulturelle Pädagogik befasst sich mit der Frage, wie das gegenseitige aufeinander

Zugehen in dieser heterogenen Welt vermittelt werden kann. Folgende Fähigkeiten müssen geschult werden:

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen und Erfahrung
- Empathie im Umgang mit Fremdem und Fremden (vgl. Domenig 2001: 148).

Selbstreflexion bezieht sich auf einen Prozess, in dem das Selbstverständliche in Frage gestellt wird. Die Befassung mit dem/den Fremden führt immer zuerst zum Eigenen. Transkulturell kompetent Pflegende müssen in der Lage sein, ihre eigene Lebenswelt, das, was für sie gemeinhin selbstverständlich und wirklich ist, zu transzendieren. Nur dadurch wird es möglich, den je eigenen Maßstab zu erkennen, der dem Handeln, Verhalten, den alltäglichen Be- und Verurteilungen zugrunde gelegt ist. Es geht zunächst um die Erforschung des eigenen Weltbildes.

Hintergrundwissen und Erfahrung: Es wäre eine Überforderung zu verlangen, Pflegende sollten sich in Geografie, Ethnologie und Sprachen ebenso gut auskennen wie in Pflege und Medizin. Hintergrundwissen bezieht sich auf eine konzeptuelle Ebene, die es gestattet, die verschiedenen Wissens- und Sinnordnungen kennen zu lernen und zu entschlüsseln. So gibt es z. B. verschiedene Klassifikationssysteme von Gesundheit und Krankheit in den diversen Medizinsystemen. Auch im Gesundheitssystem findet man verschiedene Ebenen, denen spezifisches Wissen zugeordnet werden kann (Laiensektor, Folk-Sektor, professioneller Sektor). Krankheiten selbst haben unterschiedliche Plätze (Körper, Psyche, soziale Gruppe, soziokulturelle Struktur). Auch „das Wissen über migrationspezifische Lebensbedingungen und -realitäten, den Zusammenhang von Migration und Gesundheit, migrationspezifische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung“ gehören zu diesem Hintergrundwissen (Domenig 2001a: 149f.). Durch dieses Wissen sollen die Pflegenden zum einen „befähigt werden, die richtigen Fragen zu stellen“; zum anderen geht es um die richtige kon-

text- und situationsbezogene Interpretation der Antworten (vgl. Domenig 2001: 150). Wissen bedeutet aber nicht nur explizites Wissen, Rationalität und Kognition. In Verbindung mit Erfahrungen (und nicht nur beruflicher Erfahrung, sondern dem Ingesamt der Lebenserfahrung) entsteht so etwas wie ein implizites Wissen, eine Könnerschaft, die sich aus der gelungenen Synthese von beiden Wissensformen ergibt (vgl. Friesacher 2001).

Empathie und Verstehen bedeutet „Neugier und Aufgeschlossenheit für ‚Andersartiges, Fremdes, das für uns nicht sofort verständlich und einfühlbar ist‘: ‚Es braucht Interesse, Geduld und Bemühen, den Fremden zu verstehen. Man muss bis zu einem gewissen Grad bereit sein, das Fremde auch fremd sein zu lassen und sich einzugestehen, dass man auch nicht alles versteht. Es bleibt eine Spannung zwischen mir und dem anderen.““ (Leyer [1994], zit. in Domenig 2001: 151).

Die transkulturelle Kompetenz hilft uns im Arbeitsalltag, mit der Fremdheit besser umzugehen. Es geht darum, trotz oder wegen der Fremdheiten, die nicht wegdefiniert werden sollen, eine gemeinsame Situation zu schaffen, in der Inter-Aktion tatsächlich stattfinden kann – sofern der Zustand der Person das überhaupt erlaubt. Ausgangspunkt dieser gemeinsamen Situation ist die Akzeptanz und das Anerkennen der gegenseitigen Fremdheit mit all den Begleiterscheinungen (Unsicherheit, Angst, etc.). Gleichzeitig haben die Interaktionspartner ein gemeinsames Interesse: das Gesundwerden. Wie das Ziel erreicht werden kann, welcher Weg zu beschreiten ist, darüber bestehen Unsicherheiten: Was ist für wen das Richtige?! Wenn in der gemeinsamen Situation eine Inter-Aktionssituation hergestellt werden kann (keine Aktion-Reaktionssituation), ist die Basis für einen gemeinsamen Aushandlungsprozess gelegt: verbale und nonverbale Kommunikation mit Patienten bzw. Angehörigen sowie die Leiblichkeit der Menschen sind die Eckpfeiler, von denen aus der Weg besritten werden kann.

Jedes Medizin- bzw. Gesundheitssystem ist kulturell heterogen, das gilt es in Pflege und Therapie zu berücksichtigen, um erfolgreich handeln zu können. Es gibt verschiedene Ansätze und Instrumente aus der Medizinethnologie (vgl. Kleinman 1980, Lux 1999), die für den jeweiligen pflegerischen Kontext modifiziert angewendet werden können. Aber auch in der Pflege- und Erziehungswissenschaft sind Konzepte entstanden, die mittlerweile auch erfolgreich umgesetzt werden.

- Domenig u. a. (2004) haben ein Instrument für die *transkulturelle Pflegeanamnese* entwickelt, welche man sowohl für Gespräche mit Patienten als auch mit Angehörigen nutzen kann. Hier geht es darum, wie sich Pflegende auf das Anamnesegespräch selbst vorbereiten können, was in der Interaktionssituation zu beachten ist und wie ein solches Gespräch gestaltet und durchgeführt werden kann. Besonders hilfreich sind die Hinweise, wo die verborgenen Fallstricke liegen können, die eine umfassende Informationssammlung sowie den notwendigen Beziehungsaufbau behindern.
- Auch hat Domenig (2001a: 158–169) eine *teamorientierte Weiterbildung* entwickelt, die in der Schweiz erfolgreich umgesetzt wird. Diese besteht aus neun Weiterbildungsmodulen mit theoretischen Inhalten, praxisbezogenen Diskussionen und Fallgeschichten sowie konkrete Instrumente und Empfehlungen für den Arbeitsalltag. Wichtig für den Erfolg ist hierbei, dass das gesamte Team geschult wird, also auch die Interdisziplinarität berücksichtigt wird; und dass die Themen möglichst praxisnah gewählt werden.
- Ebenso sind im Rahmen des Projektes [iku:] (Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege), welches am Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE) von 2000 bis 2003 durchgeführt worden ist, *Fortbildungen für spezifische Zielgruppen in der Altenpflege* entwickelt und getestet worden: für die Praktikerinnen und Praktiker, für die Managerinnen und Manager und für die Lehrenden. Unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens zielen die



verschiedenen Module darauf, die kognitiven Inhalte (theoretisches Grundlagenwissen) mit der jeweils personengebundenen Lernerfahrung zu verknüpfen, um Prozesse der Selbstreflexion in Gang zu setzen und Empathiefähigkeit zu fördern. Der Fallarbeit wird dabei große Bedeutung beigemessen, fördert sie doch durch die Anschaulichkeit die Motivation, sich mit dem Thema zu befassen und reduziert die Angst, sich den theoretischen Grundlagen zu nähern. Selbst-, Sozial- und Sachkompetenz werden gleichermaßen gefördert (vgl. Friebe/Zalucki, 2003).

- Das Sozialwissenschaftliche Forschungszentrum der Universität Nürnberg-Erlangen hat in einem Projekt eine *DVD als Unterrichtsmaterial* für die Erstausbildung entwickelt: „Wenn ich einmal alt bin.“ Mit diesem Medium bestehen noch einmal andere Möglichkeiten, sich diesem Thema zu nähern (vgl. www.sfz.wiso.uni-erlangen.de/ms-kraemer).

Mit der Erweiterung der Kompetenzen sinkt das Problem der Überforderung in Migrationssettings und -situationen (vgl. Salman 2004, S. 92). „Als transkulturell kann ein Gesundheitswesen bezeichnet werden, wenn *regelmäßig* in den Angeboten sprachliche, soziokulturelle und migrations-spezifische Aspekte Berücksichtigung finden“ (Salman 2004, S. 95) und darüber hinaus insbe-

sondere an die allen Menschen gemeinsame leibliche Basis anknüpft. Bei all diesen Projekten im Bereich Bildung sind zwei Problemfelder bedeutungsvoll:

1. Das erste Problem ist die Frage nach der Art und Weise der Thematisierung von transkultureller Pflege, ohne einer Stigmatisierung Vorschub zu leisten. Denn wir thematisieren dies ja gerade, um Vorurteilsstrukturen abzubauen. Auch soll dabei kein Rassismus mit umgekehrten Vorzeichen entstehen. Professionalität zeichnet sich dadurch aus, dass trotz Berufsroutine das Hinterfragen des eigenen Handelns nicht eingestellt wird.
2. Zum zweiten gibt es ein gewisses Problem zwischen Verstehen und Handeln. Das kulturelle Wissen zielt auf die Erweiterung des je eigenen Verstehenshorizontes, sodann auf die Vermittlung von Faktenwissen. In der pflegerischen Praxis wird oft handlungsleitendes Rezeptwissen verlangt, welches nach dem klassisch naturwissenschaftlichen Wenn-dann-Denkschema funktioniert (Ursache-Wirkungsprinzip). Der hermeneutische Ansatz liegt quer zu dieser Denkungsart. Hier geht es in erster Linie um Begreifen, Interpretieren, Abwägen und Verstehen. In zweiter Linie folgt daraus das Handeln, welches jedoch jenseits klar definierter Anleitungspraxis liegt.



Aus diesen beiden Problemfeldern lassen sich zwei Thesen für die Vermittlung formulieren, die zur *Methode der produktiven Verunsicherung* führen:

1. Die Nähe kann über Distanzphänomene leichter hergestellt werden!
2. Eine notwendige Voraussetzung dafür sind Grenzüberschreitungen!

Grenzerfahrungen und die Konfrontation mit Fremdem sind konstituierende Merkmale auch in der Alten-Pflege: nicht nur psychischer, kognitiver Art, sondern eben auch körperlich-leiblicher Art.

Die Frage, wie gehen wir mit den anderen um, hat immer die Beantwortung der Frage zur Voraussetzung: Wie gehe ich mit mir um, der Auseinandersetzung mit den eigenen, gewohnten Stereotypen und Vorurteilen, Selbstverständlichkeiten? Transkulturelle Kompetenz bezieht sich nicht auf ein Mehr an Faktenwissen; sie ist keine Quantität. Sondern sie bezieht sich auf eine bestimmte Form, das Wissen zu betrachten, auf eine spezifische Sensibilität, mit Faktenwissen umzugehen; sie beschreibt eine Qualität. Dabei ist das Erlernen der transkulturellen Kompetenz intentional bezogen auf:

- Problemorientiertheit: spezifische Phänomene, Situationen, Kontexte
- Handlungs(an)leitend: praxisbezogen
- theoretisch fundiert: Konkrete Handlungen sind in einen Begründungszusammenhang zu stellen, um die kulturelle Sensibilität als Grundzug in Institutionen und Personen zu implementieren.

6. Schema zur praxisnahen Vermittlung

Die Beschäftigung mit sich bzw. dem Eigenen wird bei dem Thema Kultur am wenigsten erwartet und macht entweder grundsätzlich *Angst* oder es liegt eine Art von exotischer Neugier vor. Ein theoretischer Input (z. B. mit der Frage „was ist Kultur?“) zu Beginn führt fast automatisch zu dem Vorwurf/der Kritik der Theorielastigkeit.

Wenn anhand von Fallbeispielen die Missverständnisse bzw. Fehleinschätzungen dargelegt werden, die die Pflegenden selbst produzieren, ohne es zu wissen, entsteht als nächste Reaktion *Verunsicherung*. Die bisher gängigen Alltagstheorien oder Verständnisweisen vom Anderen/ Fremden werden durchkreuzt, und man merkt, wie wenig man eigentlich weiß. Dazu kann schon die banale Frage führen, was ist denn die Kultur der Deutschen, wenn alle immer von der Kultur der Türken reden und vorgeben, sie wüssten, was das ist? *Zeit* ist ein wesentlicher Lernfaktor. Die Bereitschaft, bisher Gedachtes über Bord werfen zu können, muss reifen und kann nicht erzwungen werden. Kulturfallen werden dargelegt und der Verweis darauf, dass diese zum Teil auch schon strukturell in verschiedenen theoretischen Ansätzen angelegt sind, hat eine Entlastungsfunktion für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Insofern kann von einer *Flucht in die Theorie* gesprochen werden. An dieser Stelle erwächst die Bereitschaft, *theoretische Konzepte zu kritisieren*. Das setzt voraus, dass man sich darauf einlässt. Die Kritik am Kulturbegriff führt aber unweigerlich zurück in die *eigene Sprachlosigkeit*. „Ja, wie soll ich denn zu denen dann sagen? Wie soll ich sie bezeichnen?“ Damit aber wird sehr klar, dass man sich immer auf einer normativen und normierenden Ebene bewegt. Denn es wird immer noch unterschieden zwischen ‚wir‘ (den Eigenen) und allen anderen (Fremden, Ausländern). Dieser Prozess ist entscheidend und muss immer wieder aufgegriffen und begleitet werden. Es geht darum zu begreifen, wie ich als Person wahrnehme, und wie diese Wahrnehmung (aufgrund meiner vorgefassten Meinungen, meiner Vor-Urteile) mein Handeln leitet. Letztlich geht es um die Erkenntnis, dass jeder Mensch verschieden ist (und nicht nur die Ausländerinnen und Ausländer). Nun kann ein *methodisches Spiel* beginnen: Anhand von Fallbeispielen, meist Problemen aus dem praktischen Alltag, werden verschiedene Interpretationsmöglichkeiten eines Verhaltens oder einer Handlung durchgespielt und somit die kulturelle Interpretation als eine von möglichen relativiert. Mit dieser Methode





kann die vorher provozierte Unsicherheit allmählich abgelöst werden durch die *produktive Erweiterung des eigenen Horizontes*. Aha-Erlebnisse durch die Analyse der Praxisbeispiele ermutigen dazu, die eingefahrenen Gleise, üblichen Konzepte und Vorstellungen zu verlassen und Neues zu wagen, z. B. die Überprüfung und Modifizierung von Standarddokumenten.

Nach der Schulung nagt das Thema in den Teilnehmerinnen und Teilnehmern weiter; auch wenn sie nicht gleich immer eine richtige Lösung parat haben, so sind sie doch sensibilisiert und wissen, dass es nicht immer gleich eine richtige Lösung gibt. Und schon das Innehalten in der Routine ist ein großer Erfolg (vgl. Uzarewicz, 2003a).

In unserer heutigen komplexen Welt, die sich zudem rasend schnell ändert und morgen schon das nicht mehr taugt, was heute noch allgemeingültigen Wert hatte, kommt diesem zweidimensionalen Bildungsziel eine besondere Bedeutung zu: Es richtet sich vordergründig auf die Anderen, als notwendige Voraussetzung für das Gelingen des ersten Schrittes beinhaltet es aber die Hinwendung zum Eigenen.



Literatur

- Auernheimer, G. (2003): Einführung in die Interkulturelle Pädagogik. Darmstadt
- BMFSFJ (2004): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Hg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
- Domenig, D. (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: dies. (Hg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: 139–158
- Domenig, D. (2001a): Zur Frage der transkulturellen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung. Inauguraldissertation der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern. Bern
- Flusser, W. (1994): Von der Freiheit des Migranten. Einsprüche gegen den Nationalismus. Berlin
- Friebe, J./M. Zalucki (Hg.) (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld
- Friesacher, H. (2001): Ahnung, Intuition und implizites Wissen als konstitutive Bestandteile pflegerischen Erkennens und Handelns. In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie Nr. 4: 164–167
- Kleinman, A. (1980). Patient and Healers in the Context of Culture. Berkeley
- Lux, Th. (1999): Krankheit als semantisches Netzwerk. Ein Modell zur Analyse der Kulturabhängigkeit von Krankheit. Berlin
- Raven, U./Huismann, A. (2000): Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland, in: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Heft 3, 13. Jahrgang, 187–196
- Salman, R. (2001): „Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen“, in: Domenig, D. (Hg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern, Huber, 87–100
- Settelmeyer, A. (2000): Einige Daten zur ausländischen Bevölkerung. In: Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Hg. vom Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin/Bonn: 17–22
- Uzarewicz, Ch. (2003): Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. In: Friebe, Jens/Michaela Zalucki (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bertelsmann Verlag, Bielefeld: 29–46
- Uzarewicz, Ch. (2003a): Transkulturalität und Interaktion. Theorie – Methodik – Praxis. In: Dorit Sing, Ernst Kistler (Hg.): Lernfeld Altenpflege. Praxisprojekte zur Verbesserung der Dienstleistung an und mit alten Menschen, Rainer Hampp-Verlag, Mering: 159–172
- Uzarewicz Ch./M. Uzarewicz (2004): Transkulturalität und Leiblichkeit in der Pflege. In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie. Heft 4: 168–175
- Welsch, W. (1998): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturgebegegnung. Mainzer Universitätsgespräche Sommersemester 1998. Mainz
- „Wenn ich einmal alt bin“. Eine Multimedia-DVD für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg: www.sfz.wiso.uni-erlangen.de/ms-kraemer
- Wicker, H. R. (2001): „Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel“, in: Domenig, D. (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: 47–64
- Zielke-Nadkarni, A. (2001): „Gesundheits- und Krankheitskonzepte“. In: Domenig, D. (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: 123–135

Interkulturelle Teamentwicklung und Integration zugewanderter pflegebedürftiger Menschen

Wenn Leitungskräfte auf das Thema kultursensible Altenhilfe angesprochen werden, kommt ihnen meist zuerst das Stichwort altgewordene „Gastarbeiter“ und „Aussiedler“ in den Sinn. Nach den eigenen „ausländischen“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gefragt, antworten viele: „ja, natürlich, die gehören schon lange zu unserem Alltag. Wenn ich so recht zusammenzähle, dann komme ich auf mehr als zehn Nationalitäten in unserem Hause ...“

Es gehört zum Alltag in der Altenpflege, mit unterschiedlichsten Personen zusammenzuarbeiten: examinierte Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit unterschiedlichsten Lebensalter, viele von ihnen aus anderen Berufen kommend, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Krankenpflege- und Altenpflegehelferinnen, langjährig Beschäftigte ohne Fachausbildung, Freiwilliges Soziales Jahr, Zivildienst, Aushilfskräfte.

„Wir sind alle gleich – wir machen keine Unterschiede“

Mit dieser Haltung kann mit den vielfältigen Unterschieden im Team umgegangen werden. Gesetzliche Regelungen führten zur Unterscheidung von Fachkräften und Beschäftigten ohne Fachausbildung und haben bei erfahrenen Pflegehelferinnen auch zu Unmut geführt: „Warum dürfen wir nun keine Medikamente mehr ausgeben“, „viele Jahre habe ich verantwortlich den Nachtdienst übernommen“.

Mit der Haltung „wir sind alle gleich, wir machen keine Unterschiede“ wurde zugleich ein Mythos geschaffen, der verhindert, „hinter die Kulissen“ der einzelnen Teams zu blicken.

Arbeitsverteilungen und Hierarchien gibt es bei näherem Hinsehen in vielerlei Hinsicht: im Hinblick auf Kompetenzen, z. B. Unterschiede in den professionellen Kompetenzen und im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen mit Demenzerkrankungen, mit chronisch depressiven oder mit sterbenden Menschen. Hierarchien entstehen

aufgrund des beruflichen Status, des Alters, des Geschlechts oder in Bezug auf Sprachkompetenz und Schriftsprachkompetenz.

Gesellschaftliche Werturteile und Haltungen gegenüber zugewanderten Bevölkerungsgruppen haben auch im Arbeitsalltag ihre Wirkung: Italienische oder spanische Kolleginnen werden als „unseresgleichen“, türkische oder marokkanische Kolleginnen hingegen werden eher als „Ausländer“ betrachtet. Ein Beispiel, wie sich nicht willentlich vollzogene gesellschaftliche Diskriminierungen auch im Berufsalltag einschleichen: Die zugewanderte Pflegehelferin aus Vietnam wurde für die „lästigen“ Arbeiten geschickt und weder Leitung noch (zugewanderte) Kolleginnen und Kollegen waren sich dieser Hierarchisierung im Team bewusst.

Als Trennlinie gilt der Faktor „Assimilation“: Je weniger Fremdheit wahrgenommen und gesehen werden kann, desto mehr kann sich das Erleben von Gleichheit einstellen. Unterschiede hingegen werden eher als Differenz und „Störung für das Team“ erlebt. Der Handlungsdruck „Wir reagieren auf ...“ und der Anspruch „Wir machen keine Unterschiede“ verhindern die Kommunikation und die Reflexion solcher Ungleichheiten. Sie werden nicht offen angesprochen und sind deshalb auch nicht verhandelbar.

Diversität als eine Ressource verstehen

Gleichwertigkeit ist eine Haltung, in der Unterschiede ihren Platz haben und Ungleichheiten und Machtverhältnisse kritisch beleuchtet werden im Hinblick auf ihre Berechtigung. In neuen Managementkonzepten wird Diversität als eine Ressource für fachliches Handeln und Qualität der fachlichen Arbeit bewertet: Die fachlichen Potenziale der Einzelnen sollen innerhalb des Teams für die gemeinsame Konzeption zum Tragen kommen. Lernprozesse im Umgang mit Differenzierungen sollen zu einer Teamentwicklung beitragen.

Wenn Führungskräfte die Aufmerksamkeit auf Verschiedenheit richten und diese anerkennen als wirksame Komponente im beruflichen Handeln der Einzelnen und in der Zusammenarbeit, werden Potenziale zugänglich, aber auch Konflikte und bewusste Entscheidungen über den Umgang mit Verschiedenheit unvermeidlich. Im Alltag entstehen dadurch viele „Forschungsfragen“, also Aufgaben der Diagnose und der Reflexion: Welche Unterschiede bestehen unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Umgang mit alten Menschen, im Umgang mit Angehörigen, in der Verständigung mit anderen Berufsgruppen, im Verständnis der einzelnen fachlichen Aufgaben und in der Art und Weise, wie man seine Arbeit verrichtet oder die Beziehungen zum hilfebedürftigen Menschen gestaltet? Kann und will man ins Gespräch kommen über damit verbundene Unterschiede von Werten, Zielen, Haltungen? Und: Darf dies eine Rolle spielen beim Aushandeln der Regeln, der Arbeitsweisen und der Konzeption der Einrichtung?

Kultur des Dialoges auf der Basis von Gleichberechtigung

Diversität einzuführen in Pflgeteams erfordert einen Kulturwechsel in der Organisation. Gleichwertigkeit rückt an die Stelle von Gleichheit; Verständigung und Aushandlungsprozesse über Werte, Ziele und Pflegeverständnis ermöglichen gemeinsame Entscheidungen im Team und ein gemeinsam vereinbartes (auch fachliches) Regelwerk. Was von der Mehrheit vorgegeben wird und zu einem Nebeneinander führen kann, wenn es nicht auf Konsens basiert, wird einem Reflexionsprozess unterzogen. Eine solche Teamentwicklung rüttelt an der Verteilung von Privilegien und kann nur durch Führung gesteuert werden: Sicherung von Rahmenbedingungen, Schutz vor Diskriminierung und Unterstützung in der Konfliktbearbeitung sind notwendige Aufgaben der Leitung.

die Einzelperson muss sich an- und einpassen

die Einzelperson gestaltet die Kommunikation mit

Berufliche Integration aus der Sicht zugewanderter Menschen

Ich möchte im Folgenden aus der Perspektive zugewanderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Chancen und Herausforderungen einer interkulturellen Teamentwicklung beleuchten. Hierzu bietet sich das Symbol des Baumes an, wie es im Titelbild zur Veranstaltung genutzt wurde. Der Baum symbolisiert die (berufliche) Identität und macht uns augenscheinlich, dass die Beschaffenheit des Baumes das Ergebnis eines langen Entwicklungsprozesses ist. Doch kann ein Baum nicht ohne Erde Halt und Existenz finden, erhält seine Identität also nur durch die Verwurzelung in der Erde.



MIGRATION

Welche Entwicklungsaufgaben bestehen bei einer Migration?

entwurzeln aus der Heimat Erde

sich verwurzeln in einer NEUEN Erde.

Im Symbol des Baumes verändert sich die Perspektive beruflicher Integration. Nicht Assimilation ist das Nadelöhr einer gelingenden beruflichen Integration, vielmehr ein Prozess, in der die berufliche Biografie und Identität der zugewanderten Mitarbeiterin und des Mitarbeiters in den Mittelpunkt rückt.



- Was macht mich aus?
- Was bringe ich mit an Aufgabenverständnis, an Werten, an Normen ... ?
- Was kann ich einbringen an beruflichen Kompetenzen und Erfahrungen?
- Auf welche Berufssozialisation blicke ich zurück? Welche Qualifikationen habe ich bisher erworben?

Die Erde symbolisiert das Umfeld in der Migration: die Aufnahmegesellschaft mit ihren Bedingungen, die konkrete Kultur am Arbeitsplatz.

- Wie kann ich Wurzeln schlagen? Wo ist der rechte Platz dafür in diesem Team?
- Wie ist die Erde beschaffen? Woraus besteht die Kultur dieser Einrichtung, wie ist die Beschaffenheit der Teamkultur? Was sind die Gesetze der Institution, die Spielregeln des Zusammenarbeitens und die Kulturtechniken? Durchschaue ich das Regelwerk?

Das „Woher komme ich?“ ist keinesfalls abgeschlossen. Mit der Entscheidung zur Migration wird auch der Prozess des sich Entwurzeln in Kauf genommen. Andere Menschen wurden entwurzelt und haben sich nicht freiwillig für die Migration entschieden (Flucht, Vertreibung, Armut, u. a.). Der Prozess der Migration bedeutet für den Einzelnen eine Krise mit all den damit verbundenen psychischen und psychosozialen Aufgaben und Chancen der Entwicklung:

- Verarbeiten von Verlusterfahrungen (Heimat, Personen, Beziehungen) oder von Traumatisierungserfahrungen
- Bewältigen von Trennung und Verlust von Selbstverständlichkeiten, Gewissheiten, Sicherheiten
- Aufträge und Bindungen an Herkunftskultur, Familie und andere Personen (Existenzsicherung, Erwartungen).

Zugleich findet in der Aufnahmegesellschaft und am neuen Arbeitsplatz ein Orientierungs- und

Aneignungsprozess statt. Es gilt sich verwurzeln zu können in NEUER Erde.

Die Einarbeitung am neuen Arbeitsplatz wird von vielen äußeren Faktoren mit beeinflusst:

- der Ausländergesetzgebung
- dem Integrationsverfahren (Asylverfahren, Einbürgerungsverfahren von Aussiedlern, Arbeitsmigration, Familienzusammenführung)
- dem Aufenthaltsstatus
- der rechtlichen Anerkennungspraxis der Berufsausbildung
- dem Umgang mit den beruflichen Erfahrungen
- dem Assimilationsdruck
- den Fremdheitsbarrieren
- dem Diskriminierungsrisiko.

Die Gesetze der Institution und des Teams, die Kulturtechniken müssen erst durchschaut und angeeignet werden. Sprachbarrieren erschweren diesen Prozess der Aneignung der neuen Arbeitswirklichkeit.

Sprache verstehen und sprechen können – *Tor* zur beruflichen Integration

Zugewanderte Pflegekräfte, die noch nicht über ausreichende Kenntnisse in der deutschen Sprache verfügen, werden häufig als fachlich weniger kompetent angesehen.

Um den Inhalt des Gesprochenen verstehen und eigene Gedanken vermitteln zu können, müssen die Worte und deren Bedeutung bekannt sein. Sich eine neue Sprache anzueignen, bedeutet Vokabeln und Grammatik zu lernen und eine Sensibilität für sprachlich-kulturelle Unterschiede zu entwickeln. Ausdruckskraft und Mehrdeutigkeit von Worten müssen im Alltag erschlossen werden. Das nicht Wissen um unterschiedliche Bedeutungsinhalte und Sinnzusammenhänge gefährdet die Teilhabe an der Teamkommunikation und führt häufig zu Missverständnissen.

Konflikte, Missverständnisse und Pflegefehler können verschiedene Ursachen haben: Sie ent-

stehen aufgrund unterschiedlichen fachlichen Verständnisses, mangelnder Fachlichkeit oder aber einem Nicht-Verstehen von Bedeutungsinhalten und Sinnzusammenhängen der gesprochenen Worte.

Die sprachlichen Anforderungen im Pflegealltag sind komplex:

Abläufe im Alltag:

Viele schriftlichen Orientierungen müssen verstanden werden können, das reicht von der Unterscheidung von Wäschesäcken bis hin zu Checklisten für die Zubereitung von Diabeteskost. Das beinhaltet auch die Routinen im Tagesablauf, die nachvollzogen und verstanden werden müssen.

Arbeitsaufträge:

Gesprochen ist noch nicht gehört, gehört ist noch nicht verstanden! Werden die rasch kommunizierten Aufträge verstanden oder entstehen Differenzen aufgrund des unterschiedlichen Umgangs mit Zeit oder mit der Beziehung zum alten Menschen?

Verständigung mit pflegebedürftigen alten Menschen:

Wird die Alltagssprache (Dialekt) verstanden? Kann sich die Pflegende verständlich machen mit ihren Pflegehandlungen? Kann durchschaut werden, wann welche Sprachkultur genutzt wird: hier Höflichkeit gegenüber Kunden, dort Fäkalien-sprache unter Kolleginnen und Kollegen?

Reden und Zuhören sind wichtige Aspekte der Kommunikation und Basis für Verständigung im Team. Das Verstehen eines Redebeitrages ist aber auch abhängig vom Redefluss. Zu schnelles oder zu langsames Reden, der Gebrauch von Dialekt oder Fremdworten, eine ungewohnte

grammatikalische Satzstellung erschweren das Zuhören. Zwei Beispiele¹:

- Eine zugewanderte Kollegin berichtet in der Übergabe, manchmal stockt ihr Redefluss, da sie nach dem passenden Wort sucht. Der Klang der Worte klingt fremd und fordert die Aufmerksamkeit. Ihre grammatikalische Satzstellung orientiert sich an ihrer Muttersprache.
- Eine deutsche Kollegin berichtet. Die zugewanderte Kollegin kann ihr nur mit Mühe folgen. Mit zunehmender Dauer erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Kollegin nur mehr auf die Schlüsselworte achtet oder nicht mehr zuhört.

Pflegekräfte, die unsicher sind im Gebrauch der deutschen Schriftsprache, machen die Erfahrung, dass sie aufgrund orthographisch oder grammatikalisch fehlerhafter Pflegeberichte fachlich abgewertet werden. Um keine Pflegeberichte und Pflegeplanungen schreiben zu müssen, werden Absprachen mit anderen Teammitgliedern getroffen. Angst vor Beschämung und Abwertung kann bei zugewanderten Pflegekräften wie bei Kolleginnen und Kollegen dazu führen, dass Vermeidungsstrategien entwickelt werden. Man möchte die Arbeit zufriedenstellend ausüben und nicht am Ende an der deutschen Sprache scheitern müssen. Deutsche Kolleginnen und Kollegen übersehen grammatikalische und sprachliche Fehler „solange man versteht, worum es geht“. Das alles trägt bei zu einem Mangel an Verständigung, Nachfragen, sich Auseinandersetzen um den Pflegeprozess. Das alles verhindert eine sprachliche Entwicklung im Berufsalltag. Lernanlässe bleiben ungenutzt.

Sprachliche Förderung ist ein wichtiger Baustein der Personalförderung. Leitungskräfte nehmen dabei die sprachlichen Barrieren und Defizite

¹ siehe hierzu ausführlich:

Ayse Gülec, Utz Roos, Claudia Spahn: Konflikte und Chancen zur interkulturellen Zusammenarbeit, in: Differenzierung statt Diskriminierung, Fachtagung 1999, afw Elisabethenstift Darmstadt, zu bestellen unter Tel. (0 61 51) 66 59 92

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege: vom multikulturellen zum interkulturellen Team. In: Handreichung für eine kultursensible Altenhilfe, Kuratorium Deutsche Alershilft, KDA Köln 2002



ernst und zum Anlass für berufliche Entwicklung und Integration. Sie bestehen auf einen sorgfältig kommunizierten Pflegeprozess und sorgen für Verständigung und konkrete Maßnahmen der Unterstützung und Überprüfung beim Verstehen der notwendigen Bedeutungsinhalte und Sinnzusammenhänge.

Aus anderer Sicht: Entwertung des Eigenen – der Preis für berufliche Integration?

Menschen mit Migrationshintergrund haben ihre Sozialisation in anderen kulturellen (politischen und religiösen) Kontexten erworben. Sie sind geprägt von ihrer Herkunftskultur oder ihrer Migrationskultur (wenn sie als Kinder in zweiter, dritter Generation in Deutschland aufgewachsen sind). Sie haben ihre Berufsausbildung, ihre Berufssozialisation und ihre berufliche Identität (Was ist richtig? Was kann ich gut? Was ist mein professionelles Verständnis?) in einem anderen Land erworben.

Sie haben vielleicht als Ingenieurin und Abteilungsleiterin gearbeitet und sind jetzt in der Küche als Helferin beschäftigt, sie waren Ärztin oder Krankenschwester und arbeiten jetzt als Pflegehelferin im Ambulanten Dienst. Sie haben in der Türkei als Krankenschwestern vorwiegend behandlungspflegerische Aufgaben wahrgenommen und sind jetzt konfrontiert mit beruflichen Aufgaben der Körperpflege.

Anpassung als Falle

Wer sich nicht verständigen kann, bleibt mit seinen Kompetenzen und Erfahrungen, seinen Sichtweisen, Interessen und Bedürfnissen im Hintergrund und passt sich an. Damit gehen wichtige fachliche Ressourcen verloren und bleiben wichtige Informationen für den Pflegeprozess auf der Strecke.

Selbstbewusste Kolleginnen und Kollegen „tun, was sie für richtig halten“, auch wenn es nicht im Team besprochen werden kann. Andere versu-

chen sich in einem Prozess der Assimilation mit vielen Unbekannten zurechtzufinden.

„Wenn wir im Ausland sind, passen wir uns auch den fremden Sitten und Gebräuchen an“, erwidern manche deutsche Kolleginnen und Kollegen, wenn Fremdheiten die Routine stören oder wenn Bedürfnisse nach Differenzierungen angemeldet werden durch zugewanderte Teammitglieder. Leisten Migrantinnen und Migranten selbst diese Anpassung, werden sie das alltägliche Tun und Erleben auf dem Boden ihrer entwickelten Sozialisation und Professionalität deuten und verarbeiten, *aber* nicht einbringen in die Kommunikation und Verständigung. Die Anpassung bleibt abgeschnitten von der eigenen Person und den Fähigkeiten und führt zu äußerlicher Assimilation.

Interesse an beruflichen Kompetenzen, Sichtweisen und Wertorientierungen sind das Tor zur beruflichen Integration und der *interkulturellen Kompetenz des Teams*.

Anerkennung von Differenz und Meinungsverschiedenheit – also die Anerkennung von Konflikten im Arbeitsteam – ist das Nadelöhr von einem multikulturellen Team zu einem interkulturellen Team.

Migrantinnen und Migranten bringen Neues ins Team. Eine Chance der Teamentwicklung

Unterschiede im Team bestehen zum Beispiel

- in Werten, Einstellungen, Haltungen
- im Aufgabenverständnis
- im Arbeitsverhalten
- im Kommunikationsverhalten gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Kolleginnen oder Kunden
- im Umgang mit alten Menschen, mit desorientierten Menschen, im Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Individuelle Wahrnehmungen, Einschätzungen und Deutungen des Pflegeprozesses von zugewanderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

fließen selten in die Evaluation des Pflegeprozesses und die Pflegeplanung ein. Migrantinnen und Migranten aus der Rolle der „schweigenden Mehrheit“ herauszuführen, verstehe ich als Leitungsaufgabe. Die Einführung von Erzählritualen kann hilfreich sein, ebenso die Erlaubnis zur Muttersprache, um gemeinsam zu verstehen, was eine Kollegin oder ein Kollege beizusteuern hat. Sprache ist ein Container für Erleben und ein Medium für die Verarbeitung von Erlebnissen zu Erfahrungen und pflegerelevanten Informationen. Um Beobachtungen und damit verbundene Gefühle, Gedanken, Meinungen in der Übergabe auszudrücken, bedarf es des Wissens um die feinen Bedeutungsunterschiede in der Sprache. Diese wird in der Regel in der Muttersprache (Dialekt) erworben. Wenn wir uns also über Beobachtungen in der Pflege und deren Bedeutungen verständigen wollen, bedarf es u. U. auch des muttersprachlichen Ausdrucks. Was tun im multikulturellen Team? Wenn wir wichtige Ausdrucks- und Verständigungsmöglichkeiten in den Muttersprachen „erlauben“, werden uns wichtige Informationen und Kompetenzen für den Pflegeprozess zugänglich. Das erfordert eine Anstrengung von denen, die gewohnt sind zur Dominanzgruppe zu gehören: „Worüber reden die in ihrer Muttersprache? Reden sie über mich? Verbünden sie sich? Kann ich noch mitreden? Ich fühle mich fremd hier.“ Die Anforderung besteht also im Aushalten, dass man keine Kontrolle haben kann über die Kommunikation der anderen. Eine Erfahrung, die zu mehr Gleichberechtigung im Team führen kann. Wir sollten ein bestehendes Verbot der Verständigung in der Muttersprache aufheben und die Kommunikationsregel „Gehört ist noch nicht verstanden – verstanden ist noch nicht einverstanden“ anwenden und in wichtigen Besprechungen die Möglichkeit geben, sprachliche Unklarheiten und Missverständnisse aufzufinden und (fach-)sprachliches Lernen im Konkreten zu ermöglichen. Die Kultur der Gleichberechtigung ermöglicht einen Verständigungs- und Aushandlungsprozess über Werte, Ziele und Pflegeverständnis in vielen konkreten Situationen.

Teamentwicklung als Führungsaufgabe: Diskriminierungen erkennen und thematisieren

Die Angehörige beschwerte sich mit den Worten „meine Mutter ist ja nur noch wie eine Pollakin angezogen.“ Die Mitarbeiterin, die aus Polen stammt, hat geschwiegen. Auch ich als Leiterin bin über diese Bemerkung hinweggegangen mit einem schlechten Gefühl.

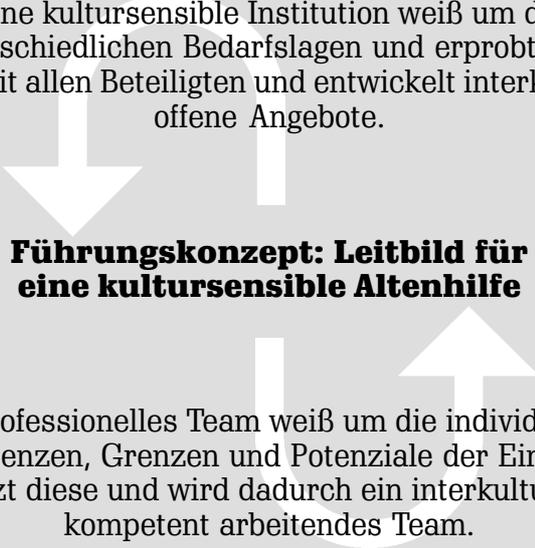
Im Heimbeirat wächst der Unmut, weil ihnen zu Ohren gekommen ist, „dass die Leitung bereit ist, weitere Ausländer hier einzuziehen zu lassen“.

Zwei Beispiele, die aufmerksam machen, dass Anerkennung und Interkulturalität ein Ergebnis eines Lernprozesses aller Beteiligten in Pflegeeinrichtungen ist und nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden kann.

Das Zusammentreffen von Menschen unterschiedlicher Herkunft und die Aufhebungen von gewohnten Trennungen zwischen Lebenswelten erfordert ein Lernen aller. Konfliktmanagement heißt hier: Position beziehen und Sensibilisierung auch bei Kunden zu initiieren und zu begleiten. Beschwerden sind wichtige Signale für solche Aufgaben. Diese sollten nicht zum sachlichen Anlass der Kommunikation eigener Vorbehalte gegenüber einer interkulturellen Öffnung gebraucht werden im Sinne von: „das Problem unserer Entwicklung liegt bei den Kunden, wir können unseren guten Ruf nicht aufs Spiel setzen“. Es geht vielmehr darum, sichtbare Zeichen zu setzen von konzeptionellen Entscheidungen. Interkulturelle Öffnung – sei es unter dem Personal oder unter den Kunden – benötigt Kommunikationsräume für Gefühle, Ängste, Vorbehalte. Interkulturelle Öffnung nach innen bedarf der Zumutungen interkultureller Begegnungen, damit sich Vorbehalte auflösen und Ressentiments lockern können.

Diskriminierungen von betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Team anzusprechen kann ein wichtiger Schritt zu mehr Anerkennung





Eine kultursensible Institution weiß um die unterschiedlichen Bedarfslagen und erprobt neue Wege mit allen Beteiligten und entwickelt interkulturell offene Angebote.

Führungskonzept: Leitbild für eine kultursensible Altenhilfe

Ein professionelles Team weiß um die individuellen Kompetenzen, Grenzen und Potenziale der Einzelnen, nutzt diese und wird dadurch ein interkulturell kompetent arbeitendes Team.

sein und zur Teamentwicklung beitragen. Die Einzelnen müssen nicht beschämt schweigen, stumme Zeugen müssen ihre Betroffenheit nicht „abtun“. Migrantinnen und Migranten im Team stellen keine homogene Gruppe dar und reagieren sehr unterschiedlich auf Diskriminierungen. Diskriminierung als Führungskraft zu thematisieren bedeutet also nicht, für eine diskriminierte Person einzustehen und Partei zu ergreifen.

Es schien selbstverständlich und ohne Widerspruch, dass die zugewanderte Pflegehelferin aus Vietnam für die lästigen Arbeiten „geschickt“ wurde – weder die Leitung noch andere (auch zugewanderte) Kolleginnen waren sich dieser Diskriminierung bewusst.

Diskriminierungen im Team zu erkennen und einen Handlungsbedarf als Leitung daraus abzuleiten, ist nicht so einfach, wie die Bearbeitung von Diskriminierungen, die durch Angehörige oder alte Menschen erfahren werden. Das Nadelöhr hierzu ist wohl eine wohlwollende Haltung sich und anderen gegenüber: Vorurteile und Ungerechtigkeiten sind unvermeidlich, doch wenn

sie thematisiert werden können, tragen sie bei zu Achtsamkeit und mehr Gleichberechtigung.

Integration im Team – eine Führungsaufgabe

Zusammenfassend möchte ich dafür plädieren, dass das Gelingen einer beruflichen Integration zugewanderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in hohem Maße von Führungsverantwortlichen abhängt. Zu den wesentlichen Aufgaben zähle ich:

- individuelles Einarbeitungskonzept mit konkretem Blick auf die beruflichen und sozialen Kompetenzen, dem individuellen Migrationskontext und damit verbundenen Assimilationsdruck, mit den Entwicklungsanforderungen in der Auseinandersetzung mit der neuen beruflichen Welt
- Verständigung sichern im Pflegeprozess und im Alltag: Hierzu bedarf es vieler kleiner Interventionen und Einfälle. Partnerschaften innerhalb des Personals können z. B. bei der sprachlichen Entwicklung unterstützen

- Schutz vor Diskriminierung sichern, Aufmerksamkeit entwickeln für Entwertungsfallen, vorteilbewusstes Handeln im Dialog, Sanktionen und Ideologien meiden, Angst vor (eigener) Ausländerfeindlichkeit mindern
- Diversität im Team fördern, eine Kultur des Dialogs entwickeln, die auf Wertschätzung des Einzelnen und auf Gleichberechtigung basiert.

Vorsicht vor der Delegationsfalle

Migrantinnen und Migranten im Team – eine Chance zur Entwicklung der Einrichtung? Migrantinnen und Migranten sollen an der interkulturellen Öffnung der Einrichtung mit ihren Kompetenzen und Erfahrungen (Migration, Umgang mit Fremdheits- und Sprachbarrieren, Kultur, Religion) beteiligt werden. Die Integration

neuer Kunden kann aber nicht von zugewanderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geleistet werden. Das würde zu einer Delegation führen, die in einer 24-Stunden-Betreuung oder mit dem Dienstplan eines ambulanten Dienstes ohnehin nicht möglich ist.

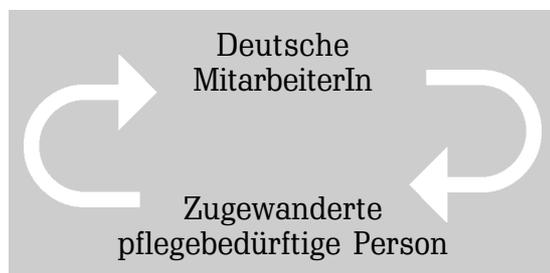
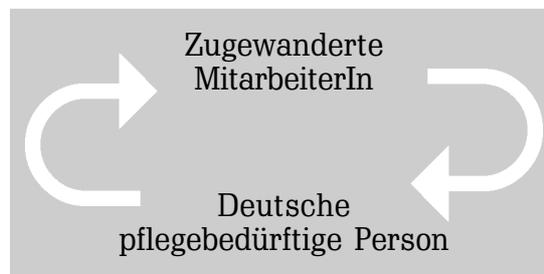
Einen alten Baum verpflanzt man nicht

Was brauchen alt gewordene Migrantinnen und Migranten, damit sie Hilfe und Pflege von und in Institutionen der Altenhilfe annehmen können?

- Aufbau von Beziehung, Verständigung und Vertrauen
- Lernen des Teams am „Einzelfall“
- Schritte der interkulturellen Öffnung der Institution.



Individuelle Pflege
Vielfältigkeit der Lebensläufe und der daraus erwachsenden Bedürfnisse aufnehmen im Pflegeprozess



Beziehungspflege
Unterstützen bei der Bewältigung vielfältiger Fremdheiten, Anerkennen von Scham und Vorbehalten gegenüber männlichen/weiblichen fremden Personen

Einblick in die Praxis der interkulturellen Pflege

Seit acht Jahren arbeite ich als Sozialarbeiterin im sozialen Dienst des multikulturellen Seniorenzentrums „Haus am Sandberg“. Meine Aufgabe besteht darin, für 97 Bewohnerinnen und Bewohner verschiedener Kulturen und Nationen das sozial-kulturelle und religiöse Umfeld zu arrangieren, Freizeitangebote zu schaffen und diese durchzuführen; Einzel- und Gruppenbetreuungen anzubieten, Feste zu feiern, ein Umfeld für kreatives Arbeiten zu schaffen, Gymnastik, Gedächtnistraining, Bingonachmittage, Singen, Kegeln, alles, was Sie von anderen Häusern auch kennen.

Bevor ich mit der Beschreibung unserer Tätigkeit im Multikulturellen Seniorenzentrum beginne, möchte ich Ihnen kurz die Entstehungsgeschichte unseres Hauses berichten.

Ursprünglich war unsere Einrichtung ein ganz „normales“ Altenheim des Deutschen Roten Kreuzes mit dem Namen „Haus Rheinkamp“ in Duisburg Baerl, das seit 1960 existierte und in einem Stadtteil von Duisburg gelegen war, von dem man fast behaupten kann, keinen Migrantinnen- und Migrantanteil zu haben.

1994 trat die damalige Referatsleiterin des DRK Landesverbandes Nordrhein e. V., Frau Witjes-Hielen, mit Herrn Hielen, Sozialwissenschaftler an der Duisburger Universität und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Rhein-Ruhr-Instituts für Sozialforschung und Politikberatung (RISP), mit einer türkisch-moslemischen Seniorengruppe in einem Pilotprojekt an das damalige Haus Rheinkamp heran, dem Pilotprojekt „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“ (ESA). Zu diesem Zeitpunkt gab es nicht einen einzigen Migrant und nicht eine einzige Migrantin weder in der Bewohner- noch in der Mitarbeiterschaft. Das neue Projekt wurde zunächst mit Skepsis betrachtet. Man habe genug Probleme, den geforderten Ansprüchen zu entsprechen, wie solle man nun auch den Ansprüchen und Bedürfnissen der Migrantinnen und Migranten nachkommen? Und lohne sich dieses Projekt überhaupt, man habe

doch noch nicht einen einzigen Migranten, keine einzige Migrantin im Haus. Nichtsdestotrotz wurde das Pilotprojekt gestartet. Mit der wissenschaftlichen Betreuung von Herrn Hielen und zwei türkischstämmigen Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, die die Einführung des Themas „Altenhilfe für Migrantinnen und Migranten“ praktisch ins Haus trugen, nahm das ESA-Projekt seinen Lauf.

Mit dem neuen Projekt bekam man vier Jahre später ein neues Haus. Die neue Einrichtung wurde in einem Stadtteil von Duisburg errichtet, der wiederum den niedrigsten Anteil an Migrantinnen und Migranten der Stadt aufwies, nur dort bekam man aber eine Baugenehmigung. Es herrschten also auch hier nicht ideale Bedingungen. Die anfänglichen Probleme waren voraussehbar. Es liefen sogar Kampagnen gegen das Haus. Die Nachbarschaft hat sich mit Unterschriftenaktionen gegen das multikulturelle Seniorenzentrum ausgesprochen. Man wolle kein Türkenhaus, geschweige denn eine Moschee (man befürchtete, es würde hier eine Moschee mit Minarett und Gebetsruf entstehen).

Jetzt steht das Haus, es hat eine wunderbare Architektur – ein Vorbild für andere Häuser. Mit Eigenmitteln des DRK und der Unterstützung der Stiftung Wohlfahrtspflege nahm die neue Einrichtung „Haus am Sandberg“ in Duisburg-Homburg im Januar 1997 seine Tätigkeit auf.

Zu diesem Zeitpunkt gab es noch keine Migrantinnen und Migranten, allerdings gab es eine türkisch-kurdische Pflegehilfe.

Ich selbst habe einen Migrationshintergrund, wie Sie an meinem Namen sehen können und habe das Glück, seit Oktober 1997 im multikulturellen Seniorenzentrum arbeiten zu können.

Das Team wurde mit mehreren Fortbildungen durch die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und die wissenschaftliche Betreuung auf die neue Aufgabe vorbereitet.

„Was mache ich, wenn der erste Migrant, die erste Migrantin kommt, was werden ihre Besonderheiten sein? Wie muss ich eine Migrantin, einen Migranten pflegen?“ waren häufig gestellte Fragen. Als dann die erste Migrantin im April 1997 in das Haus zog, stellte sich heraus, dass sie so gar nicht dem Stereotyp einer türkischen Frau entsprach. Was machte man jetzt? Zuvor hatte man gelernt, eine türkische Frau, zudem eine ältere türkische Frau, lebt streng nach islamischen Brauch, d. h. sie trägt ein Kopftuch, isst kein Schweinefleisch, betet fünf Mal am Tag. Nun war Frau Y. so gar nicht das, was man von einer türkischen älteren Frau erwartete: Sie trug kein Kopftuch, war nicht streng gläubig, war zwar in einer islamischen Kultur aufgewachsen, hatte aber schon immer in einer westlich orientierten Welt gelebt, rauchte, aß gelegentlich Schweinefleisch und trank gern morgens als erstes Kaffee statt des türkischen schwarzen Tees. Nun, was sollte man jetzt machen? Was sollte man bei ihr in der pflegerischen und sozialen Betreuung beachten? Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren sehr verunsichert, war man doch die ganze Zeit bemüht, der Dame kein Schweinefleisch anzubieten, morgens ihr den traditionellen türkischen Tee zu reichen. Gleichzeitig wurden die Medien auf das Projekt aufmerksam: „Die erste Migrantin im ersten multikulturellen Seniorenzentrum in der Bundesrepublik“. Das waren Schlagzeilen, die man mit Fotos von kopfbedeckten türkischen Frauen gut verkaufen konnte. Als man jedoch die Dame nicht so vorfand, war man regelrecht enttäuscht. Journalisten baten uns, der Dame für das schöne Foto ein Kopftuch aufzusetzen.

Ich möchte damit deutlich machen, dass „der Migrant“ nicht *ein* Typ von Mensch ist. Er ist nicht reduziert auf seine Nationalität und/oder seinen Glauben, d. h. er ist nicht „der moslemische Türke“ oder „der christliche Italiener“, ... er ist ein Mensch mit einer einzigartigen, ganz individuellen und persönlichen Biografie, den man immer unter diesem Aspekt betrachten muss. Ein Volk ist nicht homogen: die Türken

nicht, die Deutschen nicht und die Einwanderergesellschaft schon gar nicht.

Heute, nach insgesamt elf Jahren, haben wir 16 Migrantinnen und Migranten. Die meisten stammen aus der Türkei, einer aus Marokko, einer aus Weißrussland und zwei aus Holland. Durch die Medien, die wir als Chance zur Öffentlichkeitsarbeit nutzen, häufen sich die Bewerbungen von Migrantinnen und Migranten aus dem ganzen Bundesgebiet. Wenn man zusammenfassen wollte, wie viele Migrantinnen und Migranten sich für einen Aufenthalt in unserem Hause interessierten, könnte man leicht davon ausgehen, dass wir das Haus zu 50% mit Migrantinnen und Migranten belegt hätten, allerdings hätten wir dabei nicht nur altersbedingt pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten; der Bedarf an interkultureller Pflege und Betreuung geht weit darüber hinaus. Psychisch erkrankte Migrantinnen und Migranten, Suchtkranke, körperlich behinderte Jugendliche wollen oder müssen uns als einzige Alternative bundesweit in Betracht ziehen. Leider können wir nicht alle pflegebedürftig gewordenen Migrantinnen und Migranten betreuen. Bewerberinnen und Bewerber müssen oft mit langen Wartezeiten rechnen. Oft ist bei Anmeldung die Situation des Pflegebedürftigen schon sehr akut und die Zeit drängt. Viele sind in der Wartezeit verstorben oder haben wegen der akuten Lage ein anderes Haus in Anspruch nehmen müssen. Einige sind zu jung, um in unserem Hause betreut zu werden, für andere fehlt einfach die spezifische Betreuung, z. B. bei Sucht- oder psychischen Krankheiten. Zudem kommen bundesweit Bewerbungen zu uns, da wir bis 2002 das einzige multikulturelle Seniorenzentrum in der Bundesrepublik waren. Migrantinnen und Migranten, die die längste Zeit ihres Lebens z. B. in München verbracht haben, ihre Familien, ihre Angehörigen und sozialen Kontakte in München haben, die hier alt geworden und zudem pflegebedürftig sind, hören von unserer Einrichtung und freuen sich, das es ein multikulturelles Seniorenzentrum gibt. Die Angehö-



rigen denken in erster Euphorie: „Wunderbar, dort gibt es türkische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, türkisches Essen, religiös-kulturelle Angebote. Wir schicken unsere Eltern nach Duisburg, dort sind sie gut aufgehoben.“ Wenn es dann um die endgültige Entscheidung geht, überlegt man sich, ob man dieses verlockende Angebot wirklich in Anspruch nehmen soll. Es wird darüber nachgedacht, wie der Vater oder die Mutter, losgelöst von der Familie, von Freunden, von Nachbarn und gewohntem Umfeld weit weg von München im weit entfernten Duisburg leben soll. Die Betroffenen müssen sich zwangsläufig als Alternative für ein anderes herkömmliches Altenheim entscheiden.

Ich möchte damit deutlich machen, wie wichtig es ist, dass bundesweit multikulturelle Seniorenzentren existieren. Nicht nur eines in einer Stadt, sondern in allen Stadtteilen einer Stadt. Dieses Angebot darf nicht etwas Besonderes bleiben, es muss überall, in jedem Stadtteil, zu einer Selbstverständlichkeit werden. Der erste Schritt wäre, dass man die multikulturelle Gesellschaft erkennt und sich selbst zur Multikulturalität bekennt. Wir selbst bekennen uns dazu mit unserem Namen. Es gibt evangelische, katholische Häuser, und es sollten viele andere Seniorenzentren geben und jeder sollte nach seiner Gesinnung sein Haus für sich aussuchen können. In der heutigen individuellen Gesellschaft wird dies zunehmend wichtiger. Wir nennen uns „multikulturell“, weil wir sagen möchten: „Wir wollen euch kennenlernen, kommt, wenn ihr uns braucht. Wir sind bereit.“

Was ist das Besondere Ihres Angebotes für Migrantinnen und Migranten?

Das Besondere ist, wie schon gesagt, dass wir uns erstmals zu dem multikulturellen Konzept bekannt und uns als multikulturelles Haus bezeichnet haben. Dies ist ein enormer Schritt. Denn mit dem Namen allein waren wir noch lange nicht multikulturell. Doch durch ihn sind wir in diese Aufgabe gewachsen. Wenn Migrantinnen und Migranten die hiesigen Altenhilfe-

angebote nicht in Anspruch nehmen, liegt es an Informationsdefiziten und Zugangsbarrieren der Migrantinnen und Migranten. Für sie ist „ein Altenheim“ eine Institution, diese haben sie in ihrem 40-jährigen Aufenthalt in der Bundesrepublik oft mit negativ besetzten Gefühlen erlebt. Wegen mangelnden Sprachkenntnissen konnte man sich nicht verständigen, damit verbunden sind Ängste des Nicht-akzeptiert-Werdens. Bis heute herrscht vor allem in der ersten Generation der Migrantinnen und Migranten dieses Gefühl vor. Rückzug aus allen hiesigen gesellschaftlichen Bereichen resultiert daraus. Nun ist das Altenheim auch eine Institution, eine Einrichtung, mit Menschen besetzt, die sich, so denken die Migrantinnen und Migranten der ersten Generation zumindest, nicht mit ihnen befasst haben, die sie nicht kennen und die nicht ihre Sprache sprechen. Wichtig für ältere vor allem pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten ist, dass man sie versteht, dass man sie mit ihren religiös-kulturellen Hintergrund akzeptiert und respektiert. Der erste Schritt des Annäherns wird meist von dem Gegenüber, der Institution erwartet, weil man selbst der Fremde ist. Wir als Seniorenzentrum versuchen jeden Menschen mit seiner speziellen Biografie wahrzunehmen. Das ist überall möglich, so einfach es auch klingt. Wenn man nur einen kleinen Schritt auf die Menschen zugeht, wenn man ihn nach seiner eigenen Biografie fragt, kann man erfahren, was er braucht. Natürlich muss man Symbole setzen, damit es die Menschen auch optisch wahrnehmen können. Dies geschieht beispielsweise durch den Namen, durch einen im Haus integrierten islamischen Gebetsraum – eine Mescid – und dadurch, dass auf den Etagen neben den Kaffeemaschinen auch ein Teekoher steht, ein Samowar, der türkischen schwarzen Tee zubereitet.

Essgewohnheiten sind wichtig. Für Muslime ist es enorm wichtig, dass ein Muslim die Mahlzeiten vorbereitet. Wichtig ist auch bilinguales und bikulturelles Personal, was aber nicht heißt, dass Pflegerinnen und Pfleger ohne Migrationshintergrund die interkulturelle Pflege nicht

durchführen können. Wichtig ist, dass sich jeder öffnet, ob mit Migrationshintergrund oder ohne. Fatal wäre es, wenn die interkulturelle Pflege nur an den Pflegerinnen, Pflegern, Betreuerinnen und Betreuern mit Migrationshintergrund hängen bleiben würde. Das entspräche nicht dem Handlungskonzept. Alle müssen die Ängste, Vorbehalte und Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner versuchen wahrzunehmen, alle müssen quasi den Wagen zum Rollen bringen.

Bei uns leben Christen und Moslems, diese Religionsgemeinschaften haben jeweils verschiedene Ausrichtungen. Bei den Muslimen gibt es Sunniten und Aleviten, die jeweils ihren Glauben ganz unterschiedlich leben. Für sie muss man ganz spezielle Prediger organisieren, für die einen ist es der Hodscha, für die anderen der Dede.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel aus dem Leben unseres Hauses berichten:

Vor ein paar Tagen zog eine kurdische Frau in unsere Einrichtung ein. Die Dame lebte mit ihrem studierenden Sohn in einem Zehn-Quadratmeter-Studentenwohnheimzimmer in Bochum. Nach mehreren telefonischen und persönlichen Vorgesprächen kam es nun zum Einzug. Aus den Vorgesprächen wusste ich, die Mutter spricht überwiegend kurdisch, gebrochen türkisch und gar kein Deutsch. In Heimaufnahmegesprächen versuchen wir, den Menschen vorab etwas kennenzulernen. Es fand eine kleine Begrüßung auf Kurdisch statt. Der erste Kontakt ist wichtig. Der Sohn sprach gebrochen Türkisch und gut Deutsch. Beide waren unsicher. Oft ist es eine tragische Situation für die Betroffenen und für die Angehörigen. Der Sohn hatte Vorbehalte, das Seniorenzentrum für seine Mutter in Anspruch zu nehmen, sah aber für sich keine Chance, sie weiterhin in dem kleinen Studentenzimmer zu betreuen. In unserer Einrichtung hatte er aber die Befürchtungen, dass seine Mutter in eine „türkische Schublade“ gesteckt wird. Seine Mutter kam aus der Türkei, war aber eine Kurdin. Als wir sie weiter in Empfang nahmen, führten wir sie zu einer Pflegemitarbeiterin,

die gut Kurdisch spricht. Die beiden waren sehr erleichtert und waren nach einem Gespräch mit der kurdischstämmigen Pflegerin angekommen. Die Angst und Unsicherheit waren von ihnen gewichen. Lächelnd und zuversichtlich folgten sie nun der Kollegin.

Wir berücksichtigen bei der Begegnung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, was wir von ihnen wissen. Ich bin Sozialarbeiterin und in diesen Momenten ist es nicht wichtig, ob ich Türkin bin. Für die einheimischen Bewohnerinnen und Bewohner war ich eine deutsche Sozialarbeiterin. Sie wussten nicht, dass ich einen Migrationshintergrund habe. Erst als ich mit den ersten Migrantinnen und Migranten türkisch gesprochen hatte, bemerkten sie es. Ich möchte damit veranschaulichen, dass unsere Handlungskonzepte auf die Herkunft, Identität und Biografie unserer Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet sind.

Wichtig ist, dass Sie aufmerksam werden auf das Wesentliche in der Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner. Es können oft Kleinigkeiten, unscheinbare Dinge sein, die man erfährt, die aber doch so wichtig für die Betroffenen sind. Wichtig ist, dass man sich ein paar Kenntnisse der jeweiligen Sprache der Bewohnerinnen und Bewohner aneignet. Unser Heimleiter spricht kein Türkisch, hat aber drei Begrüßungssätze gelernt und wendet diese bei jedem Einzug einer türkischen Migrantin bzw. eines Migranten an. Das hilft, das Vertrauen der Migrantinnen und Migranten und deren Angehörigen zu gewinnen.

Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit ein paar Türkischkenntnissen und einem freundlichen Auftreten können vertrauensvolle Beziehungen aufbauen. Das ist das Wesentliche, darauf müssen Sie Ihr Personal als Führungskraft hinweisen.

Wie finanzieren Sie das? Diese Selbstverständlichkeiten, von denen Sie sprechen, müssen geschult werden. Diese werden in der Krankenpflege- und Altenpflegeausbildungen zu wenig behandelt. Welche finanziellen Mitteln haben sie

für solche Schulungen und wie schaffen Sie es, dass das Pflegepersonal genug Zeit hat, auf die Menschen einzugehen?

Wie anfangs gesagt, hat uns die Stiftung Wohlfahrtspflege beim Bau unserer neuen Einrichtung unterstützt, dadurch haben wir auch eine Mescid (islamischen Gebetsraum) erhalten. Unterstützt wurden wir auch von dem Rhein-Ruhr Institut für Sozialforschung und Politikberatung (RISP), das an die Universität Duisburg angegliedert ist. Manfred Hielen, Sozialwissenschaftler, hat das Pilotprojekt „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“ (ESA) von 1994 bis 1997 unterstützt. Im Haus waren zwei türkischstämmige Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter aus der Altenhilfe und Migrationsozialarbeit beschäftigt. Ab 1997 bis 2000 wurde das Projekt „Clearing- und Beratungsstelle für ältere MigrantInnen“ durch einen weiteren türkischstämmigen Sozialarbeiter besetzt, der durch das Ethno-Sozial-Medizinische-Zentrum durch Manfred Hielen wissenschaftlich betreut wurde. Dennoch kann ich behaupten, dass es keiner besonderen Mittel bedarf, um multikulturell arbeiten zu können. Alle Arbeitsbereiche in einem Seniorenzentrum können und müssen zusammen die Idee tragen und mit Organisationstalent verwirklichen. Natürlich haben die Pflegekräfte Zeitdruck und müssen sich manchmal nur um die Pflege kümmern. Es ist schon schwierig für die Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter, nebenbei Veranstaltungen zu planen und sie durchzuführen, und das ist auch bei uns im Hause so. Es ist nicht einfach, Pflegekräfte in Freizeitangebote mit einzubeziehen. Sie pflegen in erster Linie. Die Missstände, die vom Pflegepersonal allein nicht behoben werden können, übernehmen Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dafür sind sie auch da. Für uns ist das Ehrenamt elementar. Zu unseren Migrantinnen und Migranten kommen 15 bis 17 türkische Ehrenamtliche, die fast täglich im Hause sind. Um das zu erreichen, mussten wir viel Öffentlichkeitsarbeit leisten. Ohne die Ehrenamtlichen mit oder ohne Migrationshintergrund

(gesamt 30 an der Zahl) wäre unsere multikulturelle Arbeit halb so möglich.

(Ergänzung von Angelika Ertl)

Ein wichtiger Schlüssel ist das Führungskonzept des Heimleiters. Sie haben gerade die Ehrenamtlichen angesprochen: Es gibt auch viele deutsche Ehrenamtliche. Mir gefällt, dass die Ehrenamtlichen, es sind vorwiegend Frauen, kommen dürfen, wann sie wollen. Sie haben ihren eigenen Raum und überall stehen für sie Getränke. Es ist die Haltung gegenüber den Gästen und den Ehrenamtlichen, dass sie dort schalten und walten können, wie sie wollen, und nicht nur kommen, um irgendwelche Dienste zu machen. Das ist eine Kleinigkeit, die eine große Wirkung hat. Hier werden viele Ressourcen freigesetzt, die auf Anerkennung basieren. Als Führungskraft haben Sie Methoden in der Hand, mit denen Sie es schaffen können, dass es mehr Qualität in der Pflege gibt, trotz dieser schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Ist es notwendig multikulturell zu sein oder ist es im integrativen Sinne nicht besser, in jedem Haus zu schauen, dass individuelle Pflege machbar ist?

(Bengi Azcan) Die Multikulturalität entsteht, wenn Sie individuelle Pflege leisten.

(Angelika Ertl) Kultur geht alle an und nicht nur die Ausländer. Wir haben eine lange Tradition der Altenpflege nur für Deutsche. In dieser ganz langen Tradition hat kein Mensch daran gedacht, dass jeder Einzelne seine eigene Kultur lebt und auch weiterleben will. Da ist Migration die Chance, über das Andere zum Eigenen zu kommen. Wenn wir uns gemeinsam damit auseinandersetzen, finden wir das Gemeinsame und die kulturellen Faktoren, die für alle lebensnotwendig und lebenswichtig und zu berücksichtigen sind.

Ein wichtiges Stichwort sind die Zugangsbarrieren. Auch bei der Frage, wie wir aufklären und die Kundinnen und Kunden informieren können.

Frau Azcan sprach vorhin über die Skepsis älterer Migrantinnen und Migranten gegenüber Institutionen. Da wird deutlich, wie schwierig es ist, den Diensten zu vertrauen. Die Auseinandersetzung mit den Themen Alter, Hilfe, und dass man auf einen Pflegedienst oder ein Pflegeheim angewiesen ist und dass man dieser Institution und den Menschen dort wirklich vertrauen kann, das ist ein langsamer Prozess, der viel mit Vertrauen, Mund-zu-Mund-Propaganda und mit vielen kleinen Prozessen der Begegnung und Kommunikation zu tun hat. Dazu braucht man als Gegenstück auch viel Vernetzung innerhalb der Altenhilfe, und das trägt zu einer Qualitätsentwicklung der gesamten Altenhilfe bei, wenn sich so z. B. ein runder Tisch entwickelt oder andere Strukturen, wo es mehr Verbindungen zwischen offener Altenhilfe und stationärer und ambulanter Altenhilfe und Migrationssozialdiensten gibt. Es ist ein langer Prozess, und gleichzeitig wirkt dieser Prozess auch immer auf die Qualität der Altenhilfe insgesamt.

Es sollte deutlich geworden sein, dass die Interaktionsebene sehr wichtig ist, diese aber nicht funktioniert, wenn die andere Ebene nicht mitzieht. Damit meine ich die Rahmenbedingungen, die organisatorischen Strukturen, das Management, die oberste Leitungsebene und die jeweiligen Träger. Ein transkultureller Öffnungsprozess geht nur, wenn alle Beteiligten mitspielen, von der obersten Trägerebene bis zu den einzelnen Menschen in der Küche oder in der Wäscherei.



Programm

- 9.00–9.10 Uhr Begrüßung durch Bürgermeisterin Dr. Gertraud Burkert
- 9.10–9.40 Uhr Prof. Charlotte Uzarewicz, Kath. Stiftungsfachhochschule München
Demographische Entwicklung
Lebenssituation älterer MigrantInnen (Wohnen, Finanzen, Gesundheit, Familie)
Warum kultursensible Pflege?
- 9.40–10.10 Uhr Angelika Ertl, Kampagne für eine kultursensible Altenpflege, Fachreferentin für interkulturelles Arbeiten, afw Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift Darmstadt
Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe
Rolle von Führungskräften bei der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe: interkulturelle Teamentwicklung und Integration zugewanderter pflegebedürftiger Menschen
- Pause
- 10.40–11.25 Uhr Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ in Duisburg, der Film „Wenn ich einmal alt bin – Unterrichtsmaterialien für kultursensible Altenpflege“ ermöglicht einen Einblick in die Praxis der interkulturellen Pflege. Bengi Azcan wird für Rückfragen zur Verfügung stehen.
- 11.25–13.00 Uhr Rückfragen, Diskussion und Ausblick

Moderation: Uschi Sorg, Stelle für interkulturelle Arbeit der Landeshauptstadt München, Sozialreferat

Zielgruppe: Führungskräfte in der Altenhilfe, Mitglieder des Arbeitskreises „Alt werden in Fremde“ und alle Fachkräfte, die an der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe interessiert sind

