Melanie Jana

Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
Juni 2004

Online im Internet:
URL: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2004/jana04_01.pdf
Dokument aus dem Internetservice texte.online des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung
http://www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/index.asp

Abstract

Melanie Jana (2004): Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege

In Europa, vor allem in den Großstädten, leben Menschen aus über 100 Nationen auf engem Raum zusammen. Doch ein multikulturelles Nebeneinander impliziert nicht automatisch ein interkulturelles Miteinander, da jeder seine Vorstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen auf Basis der eigenen kulturellen Wissensbestände konstruiert. In den nächsten Jahren wird die Anzahl der älteren Migrant/inn/en deutlich steigen. Auch Pflegekonzepte sind kulturell gebunden, so dass das Thema „Interkulturalität in der Altenpflege“ in Deutschland derzeit aktueller ist als jemals zuvor. Multikulturalität existiert dabei nicht nur unter den Klienten, sondern auch in den Pflegeteams.

Die Diplomarbeit zeigt den gegenwärtigen Stand der interkulturellen Altenpflege in Deutschland anhand ausgewählter Stationen auf. Dabei wird deutlich, dass die Pflege noch einen weiten Weg bis zum Ziel der interkulturellen Öffnung ihrer Einrichtungen und zur gleichberechtigten Behandlung aller hier lebenden Menschen vor sich hat. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Multikulturalität in Pflegeteams. Auch hier besteht ein dringender Bedarf zum interkulturellen Austausch. Es wird deutlich, dass die interkulturelle Altenpflege noch großen Entwicklungsbedarf hat. Die Autorin demonstriert in Form von Interventionsmöglichkeiten und anhand von Projekten aber auch, dass der richtige Weg eingeschlagen wurde und einige wichtige Zwischenziele bereits erreicht sind.

Autor/in

Melanie Jana hat an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Erziehungswissenschaften studiert und war als Praktikantin des Projekts „[iku:] Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege“ für das DIE tätig.

Diplomarbeit

Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege

von

Melanie Jana

vorgelegt bei

Univ.-Prof. Dr. Christine Schwarzer

Abteilung für Erwachsenenbildung und

Pädagogische Beratung

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

9. Juni 2004

Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und Zitate kenntlich gemacht wurden."

Düsseldorf, 9. Juni 2004

Vorwort

„Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege“

Diese Diplomarbeit soll den gegenwärtigen Stand der interkulturellen Altenpflege in Deutschland darstellen und zeigen, dass Interkulturalität in diesem Berufsfeld eine wesentliche Rolle spielt.

Sie ist an all diejenigen gerichtet, die Interesse an dem zukunftsträchtigen Thema „Pflege und Kultur“ hegen, wobei insbesondere Personen aus dem Bereich der Altenpflege angesprochen werden sollen, da sie zu den wesentlichen Akteuren in dieser Arbeit gehören und zunehmend mit Interkulturalität an ihrem Arbeitsplatz in Berührung kommen.

Dabei möchte ich es keinesfalls versäumen, mich bei denjenigen Menschen zu bedanken, die Wegbereiter dieser Arbeit waren und mich während des Schreibens auf vielfältige Art und Weise unterstützt haben. Ein herzliches Dankeschön möchte ich Prof. Dr. Christine Schwarzer für die Vergabe des Themas und für die gelungene Wahl des Titels der Arbeit aussprechen. Dr. Joachim Koblitz danke ich besonders für seine scheinbar grenzenlose Geduld hinsichtlich meiner überaus detaillierten Fragen zum empirischen Teil der Arbeit.

Des Weiteren möchte ich mich beim Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE) für die kooperative Zusammenarbeit bedanken. Hierbei gilt mein besonderer Dank Dr. Susanne Kraft. Abschließend vielen lieben Dank an Michaela Zalucki und Dr. Jens Friebe als eigentliche Initiatoren für mein Interesse an der interkulturellen Altenpflege und für die unvergessliche Zeit während meines Praktikums im Projekt [iku:].

Düsseldorf, 9. Juni 2004

Inhalt

Verzeichnis der Abkürzungen VIII
Verzeichnis der Abbildungen X
Verzeichnis der Tabellen XI

1 Einleitung 1

2 Grundlagen der interkulturellen Altenpflege 4

2.1 Interkulturalität 4
2.1.1 Verwandte Begriffe von Interkulturalität 5
2.1.2 Kulturverständnis 6

2.2 Altenpflege 8
2.2.1 Entwicklung der Altenpflege 9
2.2.2 Berufsbild der Altenpflege 11
2.2.3 Tätigkeitsfelder der Altenpflege 14

2.3 Zusammenfassung der Grundlagen 17

3 Interkulturelle Altenpflege 18

3.1 Ältere Migranten in Deutschland 18
3.1.1 Migration 18
3.1.2 Historische Entwicklung 20
3.1.3 Demographische Aspekte 23

3.1.4	Lebenssituation als Kumulation von materiellen und immateriellen Faktoren der Benachteiligung	25
3.1.4.1	Schlechte Wohnbedingungen	27
3.1.4.2	Schlechte ökonomische Situation	27
3.1.4.3	Hohe gesundheitliche Belastung	28
3.1.4.4	Probleme mit der deutschen Sprache	29
3.1.4.5	Rückbesinnung auf Ethnie und Religion	30
3.1.4.6	Auflösung von Familienverbänden	31
3.1.4.7	Bewahrung der Rückkehrillusion	32
3.1.4.8	Weitere Faktoren der Benachteiligung	33
3.2.	**Stand und Entwicklung**	**34**
3.2.1	Zugangsbarrieren zwischen Migranten und Altenpflege	34
3.2.1.1	Barrieren seitens älterer Migranten	34
3.2.1.2	Barrieren seitens der Altenpflege	36
3.2.1.3	Möglichkeiten zur Überwindung der Barrieren	39
3.2.1.3.1	Zugehende Beratung	39
3.2.1.3.2	Projektreihe „Älterwerden in Deutschland“	40
3.2.2	Theorie der transkulturellen Pflege nach Leininger	43
3.2.2.1	Entstehung der Theorie	43
3.2.2.2	Theorie der transkulturellen Pflege	44
3.2.2.3	Sunrise-Modell	46
3.2.2.4	Kritische Betrachtung der Theorie	48
3.2.3	Interkulturelle Kompetenz und Pflegekompetenz	51
3.2.3.1	Interkulturelle Kompetenz	51
3.2.3.2	Interkulturelle Pflegekompetenz	52
3.2.3.3	Zusammenfassung	58
3.2.4	Vom multikulturellen zum interkulturell kompetenten Team	60
3.2.4.1	Multikulturalität im Pflegeteam	60
3.2.4.2	Interkulturelle Teamentwicklung	63
3.2.4.3	Modellprojekt „Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege“	69

3.2.5 Interkulturelle Fortbildungen 70
3.2.5.1 Interkulturelle Bildung 70
3.2.5.2 Projekt [iku:] 72
3.2.5.2.1 Entwicklung der Module 73
3.2.5.2.2 Durchführung der Module 74

3.3 Zusammenfassung der interkulturellen Altenpflege..... 76

4 Projekt [iku:] - Evaluative Ansätze 78

4.1 Evaluation 78
4.1.1 Aufgaben von Evaluation 78
4.1.2 Evaluation im Kontext der Arbeit 79

4.2 Teilnehmerbefragung 80
4.2.1 Fragebogen 80
4.2.1.1 Vorgehen 80
4.2.1.2 Aufbau 81
4.2.1.3 Kritische Betrachtung 84
4.2.2 Die Teilnehmer 85
4.2.2.1 Alter 86
4.2.2.2 Geschlecht 87
4.2.2.3 Bildung 88
4.2.2.3.1 Berufsausbildung 88
4.2.2.3.2 Studienabschluss 89
4.2.2.3.3 Weiterbildungsabschluss 90
4.2.2.3.4 Derzeitige/s Weiterbildung oder Studium 91
4.2.3 Ergebnisse der Teilnehmerbefragung 92
4.2.3.1 Dauer der Tätigkeit im oder außerhalb des Gesundheitswesens 92
4.2.3.2 Tätigkeit und Arbeitsumfeld in der Pflege 95
4.2.3.3 Funktion an der Arbeitsstelle oder Abteilung/Station 98

4.2.3.4 Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen 99
4.2.3.5 Motive der Teilnahme 100
4.2.3.6 Wünsche und Erwartungen der Teilnehmer 101

4.3 Experteninterview 102
4.3.1 Auswahl der Experten 102
4.3.2 Methodenauswahl 103
4.3.3 Leitfadenkonstruktion 105
4.3.4 Ergebnisse des Experteninterviews 109
4.3.4.1 Veranstaltungsorte und Inhalte 109
4.3.4.2 Teilnehmererwartungen 110
4.3.4.3 Unterschiede zwischen den Seminaren 110
4.3.4.4 Migrantenanteil der Teilnehmer 111
4.3.4.5 Seminarnachfrage 112
4.3.4.6 Verbreitung interkultureller Fortbildungen 113
4.3.4.7 Der optimale Dozent 115

4.4 Analyse der Ergebnisse 116
4.4.1 Geschlechtsspezifische Merkmale 116
4.4.2 Migrantenanteil 117
4.4.3 Interkulturelle Fortbildungen 119

5 Schlussbetrachtung 122

Literatur 125

Anhang: Stichwortartige Mitschrift des Experteninterviews 141

Verzeichnis der Abkürzungen

AP	Altenpflege
AuslG	Ausländergesetz
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAGS	Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Hansestadt Hamburg
BASE	Berliner Altersstudie
BBM	Berufliche Bildung für Migrant/innen (Projekt)
BFW	Berufsförderungswerk
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
DESTATIS	Deutsches Statistisches Bundesamt
DIE	Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
Fach-KP	Weiterbildungsabschluss in der Fachkrankenpflege
FFG	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.
Geriatrie	Gerontopsychiatrie/Geriatrie
Heim	Alten- und Pflegeheim
Helfer	Alten- und Krankenpflegehelfer
IKF	Interkulturelle Kommunikationsfähigkeit
[iku:]	Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege (Projekt)
KP	Krankenpflege
Lehrer	Weiterbildung als Lehrer für Pflegeberufe
Leitung	Weiterbildungsabschluss für die Leitungsebene der Pflege
PDL	Pflegedienstleitung
Pflege	Abschluss in einem Pflegestudiengang (nur in Abb. 7 / Kapitel 4.2.1.3.2)
Pflegepäd	Studium der Pflegepädagogik
Pflegeman	Studium des Pflegemanagements
Pflegewis	Studium der Pflegewissenschaft
Rettung	Weiterbildung als Rettungsassistent

SOK	Selektive Optimierung mit Kompensation (Modell)
Soz	Sozialarbeit/-pädagogik
Sozial	Soziologie/Sozialwissenschaft
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1	Das Sunrise-Modell	47
Abb. 2	Transkulturelle Kompetenz nach Domenig	54
Abb. 3	Das kulturallgemeine und kulturspezifische Modell kultureller Kompetenz von Papadopoulos und Lees	56
Abb. 4	Teilnehmerfragebogen zu Beginn der Fortbildung	83
Abb. 5	Alter der Teilnehmer (in Jahren)	87
Abb. 6	Geschlecht der Teilnehmer	88
Abb. 7	Berufsausbildung der Teilnehmer	89
Abb. 8	Studienabschluss der Teilnehmer	90
Abb. 9	Weiterbildungsabschluss der Teilnehmer	91
Abb. 10	Derzeitige/s Weiterbildung oder Studium	92
Abb. 11	Dauer der Tätigkeit im Gesundheitswesen (in Jahren)	93
Abb. 12	Dauer der Tätigkeit außerhalb des Gesundheitswesens (in Jahren)	94
Abb. 13	Tätigkeit in der Pflege	95
Abb. 14	Einrichtung	96
Abb. 15	Vorwiegende Klienten	96
Abb. 16	Migrantenanteil in den Einrichtungen	97
Abb. 17	Funktion an der Arbeitsstelle oder Abteilung/Station	98
Abb. 18	Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen	99
Abb. 19	Art der Erfahrung mit interkulturellen Fortbildungen	100
Abb. 20	Motiv der Teilnahme	101
Abb. 21	Wünsche und Erwartungen	102

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1 Bevölkerungsentwicklung der älteren Ausländer in Deutschland 23

Tab. 2 Vergleich der türkischen Nationalität mit der ausländischen Bevölkerung insgesamt zum 31.12.2000 24

1 Einleitung

„Wir leben in einer kulturell heterogenen Gesellschaft!“ So wohnen in einer europäischen Großstadt wie Düsseldorf mehrere hunderttausend Menschen aus über 100 Nationen auf nur wenigen Quadratkilometern zusammen (vgl. Visser/de Jong 2002, 110). Doch ein multikulturelles Nebeneinander impliziert nicht automatisch ein interkulturelles Miteinander, da jeder seine Vorstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen auf Basis der eigenen kulturellen Wissensbestände konstruiert.

Auch Pflegekonzepte sind kulturell gebunden. Während ein Deutscher beim Umgang mit Krankheit, Gesundheit und Pflege wahrscheinlich mehr der naturwissenschaftlichen Medizin verbunden ist, sucht eine religiöse Türkin vielleicht eher Hilfe bei einem Hoca, einem islamischen Geistlichen oder Heiler (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, 135). In Deutschland ist das Thema „Interkulturalität in der Altenpflege“ derzeit aktueller als jemals zuvor, da in den nächsten Jahren die Anzahl der älteren Migranten deutlich steigen wird. Ralf Krause, Leiter des ersten multikulturellen Pflegeheims in Deutschland, sieht einen Mindestbedarf von 80 Heimen, die bis zum Jahr 2011 allein zur Versorgung des türkischen Klientel in Deutschland benötigt werden (vgl. Stuppe 2001, 54). Des weiteren rechnen auch große Sozialorganisationen wie die Arbeiterwohlfahrt (AWO) mit einem steigenden Bedarf an Unterstützungs-, Pflege- und Beratungsdienstleistungen bei älteren Ausländern (vgl. Frewer 2001, 5). Multikulturalität existiert jedoch nicht nur unter den Klienten, sondern auch in den Pflegeteams. Aufgrund der zunehmenden Internationalität der Unternehmensverbindungen entwickelt sich auch der Pflegesektor zum „Global Player“. All diese Entwicklungen lassen erkennen, dass die Internationalisierung der Altenpflege unumgänglich ist (vgl. Habermann 2003a, 11).

Eine professionelle interkulturelle Pflegepraxis fordert interkulturell kompetente Pflegekräfte, die adäquat auf die Veränderungen in der Altenpflege eingehen können und in der Lage sind, die individuellen kulturellen Wünsche und Neigungen der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Im Pflegealltag reagieren jedoch viele Pflegende ängstlich auf Konfrontationen mit fremdkulturellen Wertvorstellungen, Handlungskonzepten und sozialen Wirklichkeiten (vgl. Domenig 2001, 140). Die adäquate Versorgung älterer Arbeitsmigranten kann nur mit Hilfe flächendeckender Schulungen für das Personal in der Altenpflege gesichert werden, damit die Pflegenden lernen, anhand von interkul-

turellen Grundlagenwissen mit ihren Unsicherheiten umzugehen (vgl. Papadopoulos 2003, 85; Frewer 2001, 5). Darüber hinaus bedarf es zur interkulturellen Öffnung deutscher Alteneinrichtungen dringend sozialpolitischer Unterstützung. Die interkulturelle Öffnung von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe ist vordergründig eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von allen mitgetragen und verantwortungsvoll gestaltetet werden muss, und zwar unter Einbezug des Bundes, der Länder, der Kommunen, der Kranken- und Pflegekassen sowie der Verbände und Träger. Derzeit fehlt es allerdings bei der Umsetzung dieses übergeordneten Ziels noch an konkreten Ansätzen und Konzepten (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 103 f.)

In dieser Arbeit werden zu Beginn die grundlegenden Begriffe der Interkulturalität und Altenpflege erläutert. Darauf aufbauend wird die gegenwärtige Situation der interkulturellen Altenpflege in Deutschland dargestellt. Da ein großes Informationsdefizit von Seiten der Einrichtungen hinsichtlich älterer Migranten herrscht, erfolgt eine umfassende Darstellung der zukünftigen Zielgruppe der Altenpflege. Dabei besitzt nicht nur die Altenhilfe wenig Wissen über ausländische Senioren, sondern umgekehrt kennen sich auch die Einwanderer der ersten Generation bisher kaum mit deutschen Alteneinrichtungen, Dienstleistungen und entsprechenden Programmen aus. Dieser beidseitige Informationsmangel ist eine von vielen Barrieren, welche die Zusammenarbeit zwischen Institutionen der Altenhilfe und älteren Migranten behindern. Auch die Pflegeforschung vernachlässigte das Thema „Interkulturalität“. Bisher liegen nur wenige kulturrelevante Pflegetheorien vor, wobei die transkulturelle Pflegetheorie von Madeleine Leininger eine gesonderte Rolle einnimmt, da sie sowohl die weitaus bekannteste und am häufigsten zitierte als auch die umstrittenste Theorie ist. Da dieser sehr komplexe Ansatz in vielen Veröffentlichungen überwiegend kritisch beurteilt wird, soll er im Rahmen dieser Arbeit in seinen Grundzügen dargestellt und entsprechend unter Kritik gestellt werden. Des Weiteren wird der Begriff der interkulturellen Kompetenz diskutiert, wobei sich das Pflegepersonal nicht nur gegenüber den Pflegebedürftigen interkulturell kompetent verhalten sollte sondern auch im multikulturellen Team. Interkulturelle Kompetenz basiert sowohl auf Persönlichkeitsmerkmalen als auch auf kulturrelevantem Wissen, das in Form von interkulturellen Schulungen dem Pflegepersonal zu vermitteln ist. Im abschließenden Teil des dritten Kapitels wird explizit auf das Projekt [iku:] eingegangen. Im Rahmen dieses Projekts wurden interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege entwickelt und durchführt. Bei der Erprobung der Module wurden mit Hilfe

von Eingangsfragebögen Teilnehmerdaten ermittelt, die neben zusätzlich erhobenen Expertenaussagen im vierten Kapitel dieser Arbeit deskriptiv dargestellt und ausgewertet werden.

Der Lesbarkeit halber werden in diesem Werk nahezu alle Begriffe in ihrer maskulinen Darstellungsweise verwendet, wobei die weibliche Form stets inbegriffen ist. Wird die feminine Bezeichnung verwendet, so ist dies ausdrücklich gewollt. Diese Vorgehensweise wird auch im empirischen Teil beibehalten, obwohl bei beiden Erhebungen ein deutlicher Frauenüberschuss gegeben war.

2 Grundlagen der interkulturellen Altenpflege

2.1 Interkulturalität

Aufgrund der wachsenden Anzahl älterer Menschen, die nach dem zweiten Weltkrieg als Arbeitsmigranten nach Deutschland einreisten und nun wider Erwarten größtenteils ihren Ruhenstand hier verbringen, muss sich die Altenpflege auf ein multikulturelles Klientel einstellen und daher die Begegnungen zwischen den verschiedenen Kulturen fördern. Interkulturalität ist nicht nur für die Pflege, sondern auch gesamtgesellschaftlich ein Thema von immenser Wichtigkeit.

Leenen und Grosch definieren den Begriff „interkulturell" als „(...) Austauschprozesse ***zwischen*** Kulturen, genauer gesagt: ***zwischen*** Personen oder Gruppen mit unterschiedlichem Kulturhintergrund" (Hervorhebung durch die Autorin) (Leenen/Grosch 2000, 358). Auernheimer ergänzt, dass durch die Bezeichnung „interkulturell" bereits sichergestellt wird, dass Kulturen vorhanden und somit Realitäten sind. Dabei betont er besonders Austausch- und Begegnungsprozesse zwischen Kulturen, wobei eine Zwischenebene entsteht, die sogar im Sinne einer kulturellen Neuerschöpfung interpretiert werden kann (vgl. Auernheimer 2003, 25). Nach Hinz-Rommel gibt der Terminus „interkulturell" einen Prozess wieder, der auf das Vorhandensein von Interaktionen und Interdependenzen hinweist (vgl. Hinz-Rommel 1994, 32). In ihrer Verwendungsgeschichte tritt die Bezeichnung „Interkulturalität" zunehmend für Internationalität ein (vgl. Zalucki/Friebe/Grünhage-Monetti 2003, 3). Kollak verbindet den Begriff „interkulturell" zutreffend mit dem Alltag, wo der Leser den Terminus vielleicht zunächst mit einem fernen Auslandsurlaub verbindet. Nach weitschweifenden Erinnerungen an das ferne Land mit seiner eigenartigen Vegetation und an die Begegnung mit Menschen anderen kulturellen Hintergrunds, holt Kollak den Leser unmittelbar wieder zurück, indem sie Interkulturalität als eine tägliche Begebenheit beschreibt, wozu interkulturelle Begegnungen vor Ort, z.B. in unseren Firmen, Schulen, Mietshäusern und auf der Straße gehören. Interkulturalität ist daher kein abgehobener intellektueller Begriff, sondern spiegelt vielmehr das Vorgehen in unserer Gesellschaft wieder, zu der mehr als sieben Millionen Migranten gehören (vgl. Kollak 2002, 8).

2.1.1 Verwandte Begriffe von Interkulturalität

Von dem Terminus der Interkulturalität muss der Begriff der Multikulturalität abgegrenzt werden. Multikulturell sind nach Leenen und Grosch Situationen, an denen Personen mit einem unterschiedlichem kulturellen Hintergrund beteiligt sind (vgl. Leenen/ Grosch 2000, 361). Im Gegensatz zur Interkulturalität, die ihren Schwerpunkt auf Prozess, Dynamik und Austausch legt, bedeutet multikulturell lediglich, dass sich Vertreter mehrerer Kulturen einen Lebensraum teilen. Multikulturalität gilt als politisches Programm, das für kulturelle Vielfalt steht und zunächst in den klassischen Einwanderungsländern Australien und Kanada entstand (vgl. Sprung 2002, 64 f.).

Deutschland ist ein multikulturelles Land. Migranten und Deutsche leben in einer multikulturellen Gesellschaft zusammen (vgl. Barth 2000, 11). So wohnen wir Tür an Tür mit dem ungarischen Austauschstudent, wir grüßen täglich die muslimische Frau an der Bushaltestelle und treffen uns einmal wöchentlich beim Griechen um die Ecke. Allerdings wird im Konzept der Multikulturalität von einem statischen Kulturbegriff ausgegangen, der wenig Realitätsgehalt besitzt (vgl. Zalucki et al. 2003, 2).

Neben Interkulturalität beschreibt der Begriff „Transkulturalität“ das Zusammentreffen mit Angehörigen anderer Kulturen. Im Unterschied zur Interkulturalität, die bereits voraussetzt, dass es Differenzen zwischen mindestens zwei Kulturen gibt (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 76), steht Transkulturalität *(lat. trans = jenseits, darüber hinaus)* im Sinne des Philosophen Wolfgang Welsch für ein Überschreiten oder Durchdringen traditioneller Kulturgrenzen (vgl. Welsch 1998, 51). Auch Domenig orientiert sich an Welsch und versteht unter Transkulturalität eine Art der Begegnung, die über das Kulturelle hinausgeht, indem sie das Verbindende und Gemeinsame betont (vgl. Domenig 2001, 146). Transkulturalität erkennt beim Aufeinandertreffen mehrere Kulturen in erster Linie die Individualität der Beteiligten. Soziologisch gesehen, setzt Interkulturalität dagegen ihren Ausgangspunkt beim Rolleninhaber oder Mitglied sozialer Gruppen. Dieser Kulturbegriff eignet sich zur Festlegung von Grenzen innerhalb der Gesellschaft und zwischen Individuen im Bereich der Mikroebene zur Bewahrung und Bestimmung der eigenen Identität (vgl. Zalucki et al. 2003, 2). Das Konzept der Transkulturalität erscheint zunächst sehr wirklichkeitsnah. Zweifel ergeben sich jedoch aus der Tatsache, dass dieses radikal Subjektivität fordernde Kon-

zept von einem autonom handelnden Individuum ausgeht, das so nicht vorhanden zu sein scheint (vgl. Zalucki et al. 2003, 4).

2.1.2 Kulturverständnis

In Kapitel 2.1.1 wurden die Unterschiede zwischen den Begriffen Inter-, Multi- und Transkulturalität beschrieben. Trotz der genannten Differenzen sind jedoch alle Begriffe in dem Sinne miteinander verwandt, dass sie entweder das Neben- oder das Miteinander mehrerer Kulturen ausdrücken. Die Gemeinsamkeit liegt beim Begriff „Kultur".

Bereits in der Antike entfachten lebhafte Diskussionen bezüglich dieses Termini. „Kultur" *(lat. cultura = Landbau)* stand als Synonym für all das, was durch menschliche Aktivität erschaffen wurde. Demgegenüber erfasste der Begriff „Natur" alles Unbearbeitete (vgl. Dornheim 2001, 30). Es gibt unzählbare Definitionen von Kultur, von denen sich jedoch keine allgemeingültige durchsetzen konnte. Dies liegt vor allem daran, dass jegliche Begriffsbestimmung von Kultur bereits selbst kulturabhängig wäre. Sämtliche Kulturdefinitionen basieren auf Wissensvorräten, denen eigenkulturelle Deutungs-, Wert- und Ausdrucksmuster zugrunde liegen (vgl. Dornheim 1997, 12). Konsens besteht allerdings darüber, dass Kulturen sowohl etwas mit Gruppen, wie Rassen oder Organisationen, als auch mit Überlieferungen von gruppeninternen Regeln zusammenhängen. Einigkeit besteht weiterhin darüber, dass Kulturen nicht genetisch manifestiert sind, sondern erlernt werden müssen (vgl. Visser/de Jong 2002, 25). Kultur schließt sowohl physische Dinge, wie z.B. Werkzeuge, als auch geistige Hervorbringungen, wie z.B. Schrift, Kunst oder soziale Organisationsformen, mit ein (vgl. Net-Lexikon 2004). Goodenough betont in seiner Definition vor allem den Aspekt des Lernens und des Immateriellen: „Culture (…) must consist of the end product of learning: knowledge, in a most general, if relative, sense of the term. (…) culture is not a material phenomenon, it does not consist of things, people (…). It is the form of things people have in mind (...)" (Goodenough 1964, 36).

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an einem Kulturverständnis, das sowohl materielle als auch immaterielle Ausdrucksweisen von Kultur berücksichtigt und sich deren Wandel bewusst ist. Ein solches Kulturverständnis führt die Pflegewissenschaftlerin

Papadopoulos in ihrer Definition aus: „ Alle Menschen sind kulturelle Wesen. Kultur ist die einer Gruppe von Menschen gemeinsame Lebensweise, die Glaubensvorstellungen, Werte, Ideen, Sprache, Kommunikation, Normen und sichtbar gemachte Kulturformen wie Bräuche, Kunst, Kleidung und Benehmen. Kultur beeinflusst die Lebensstile der Individuen, ihre persönliche Identität und ihre Beziehung zu anderen, ob innerhalb oder außerhalb ihrer Kultur. Kulturen sind dynamisch und einem ständigen Wandel unterworfen (...)“ (Papadopoulos 2003, 88 f.).

In dieser Arbeit wird grundlegend mit dem Begriff der Interkulturalität gearbeitet, d.h. interkulturell wird transkulturell und multikulturell vorgezogen, da sich der Terminus der Interkulturalität zur Beschreibung kultureller Begegnungen in der Pädagogik gegenüber dem Begriff der Transkulturalität durchgesetzt hat und sich somit die meisten Publikationen dieses Begriffs bedienen (vgl. Zalucki et al. 2003, 4). Interkulturalität ist in pädagogischen Handlungsfeldern, wie z.B. in der interkulturellen Beratung, längst eingebürgert und steht für pädagogische Arbeit mit und für Migranten (vgl. Gemende 2003, 13). Außerdem akzentuiert Interkulturalität den interaktiven Aspekt, dem gerade in der Pflege als interaktiver Vorgang eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, 109).

Allerdings soll diese Festlegung keine Ablehnung der verwandten Konzepte bedeuten, die ebenso Gegenstand dieser Arbeit sind und teilweise neben Interkulturalität verwendet werden. Das Modell der transkulturellen Pflegekompetenz von Domenig oder der kultursensible Ansatz, der vom Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege vertreten wird, stellen neben anderen unverzichtbare Impulse auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege dar. Trotz vieler vor allem theoretischer Differenzen sind sich die pflegetheoretischen Ansätze im Bereich der transkulturellen oder interkulturellen Pflege zum Teil sehr ähnlich (vgl. Hielen 2000, 34 f.), denn beide Denkrichtungen stehen im Kern für eine Qualitätssicherung in der Pflegebeziehung (vgl. Friebe 2002, 3). Schließlich fordern alle Ansätze ein respektvolles und akzeptierendes Pflegeverhältnis und zwar unabhängig von der jeweiligen Kulturzugehörigkeit des Pflegebedürftigen.

2.2 Altenpflege

Die Pflege alter Menschen stellt in einer Gesellschaft, in der immer mehr Menschen immer älter werden, eine unverzichtbare Humandienstleistung dar. Schulze-Rostek bezeichnet Pflege als Profession, da neben erlernbaren Elementen, vor allem ein professioneller Umgang mit der Individualität eines jeden Menschen zum Pflegen befähigt: „Pflege kann wie viele andere soziale Prozesse nicht isoliert als rein kognitiv erlernbar gesehen werden. Die Individualität jedes einzelnen Menschen zu sehen und sich zu bemühen, dieser gerecht zu werden, ist eine Voraussetzung für Professionalität“ (Schulze-Rostek 2002, 151). Die zentrale Aufgabe der Pflege liegt nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Unterstützung von kranken, aber auch gesunden Menschen. Sie sollte Gesundheit bewahren und Krankheit vorbeugen. Darüber hinaus kennzeichnet Pflegende, dass sie helfend bei der Bewältigung einer Lebenssituation, die von Krankheit und Sterben geprägt ist, zur Seite stehen. Bei all diesen Maßnahmen sollten sie darauf bedacht sein, dem Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Autonomie zu gewährleisten (vgl. WHO 1995, 14).

Bei der Pflege alter Menschen gilt der Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“. Altenpflege darf nicht als einseitige Vereinnahmung eines alten hilfebedürftigen Menschen gesehen werden, sondern als interaktiver Prozess zwischen einem pflegebedürftigen und einem pflegenden Menschen im Kontext einer Institution der Altenhilfe (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 17). Weiterführend ist Altenpflege die „(...) Begegnung zwischen Generationen, Respekt vor Alter, Toleranz gegenüber unterschiedlichen Lebensformen, Bedürfnissen und Erwartungen für veränderte gesellschaftliche Bedingungen“ (Köther/Gnamm 1993, 51). In keinem anderen Beruf existiert schon nach kurzer Zeit eine derart nahe Beziehung zu bisher wildfremden Menschen wie in der Pflege. Diese Tätigkeit macht nicht nur räumliche und körperliche Nähe aus, sondern vor allem emotionale Verbundenheit. Pflegende gehen täglich durch ein Wechselbad der Gefühle, indem sie Ängste, Schwächen, Hilflosigkeit, aber auch Sehnsucht und Aggressionen bei sich und den Pflegebedürftigen erleben (vgl. von den Driesch 2000, 60).

Diese anspruchsvolle zwischenmenschliche Leistung wird im Lexikon der Altenpflege zutreffend veranschaulicht, wobei Altenpflege als aufmerksames Beobachten und Einfühlen in den anderen bei gleichzeitigem Wahrnehmen und Überprüfen eigener Empfindungen bezeichnet wird. Im Detail bedeutet die Pflege alter Menschen den Aufbau einer pflegerischen Beziehung, betroffen sein, Hilfe leisten, den anderen so anzunehmen, wie er ist, aber auch Loslassen vom Vertrauten, Unterstützung bei Anpassungsprozessen, Begleitung Sterbender und Hilfeleistung für die Angehörigen (vgl. Lexikon der Altenpflege 2004).

2.2.1 Entwicklung der Altenpflege

Das Berufsbild des Altenpflegers ist verhältnismäßig jung, da es erst seit den 70er Jahren Bestand hat. Es ist als Reaktion auf das Dilemma zwischen gesellschaftlicher Entwicklung und fortwährenden Spezialisierung der Krankenpflege zu verstehen.

Die wesentliche gesellschaftliche Veränderung bestand darin, dass seit den 50er Jahren immer weniger alte Menschen in den Familien gepflegt und betreut wurden. Die steigende Berufstätigkeit der Frau spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle, da vorwiegend Frauen für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Familienangehöriger zuständig sind. Daher sind Frauen in weitaus größerem Maß als Männer der Doppelbelastung von Pflege und Berufstätigkeit ausgesetzt. Viele können und wollen diese Bürde nicht länger tragen (vgl. Lehr 2000, 122; Dallinger 2001, 127). Durch die steigende Lebenserwartung der Menschen und die damit verbundene Zunahme der Pflegebedürftigen wächst stetig der Bedarf an fachlich qualifizierten Mitarbeitern zur Versorgung der älteren Generation (vgl. Köther/Gnamm 1993, 52).

Die demographische Alterung ist eine gegenwärtige Entwicklung in unserer Gesellschaft, die sich in der Zukunft noch massiver in Altenversorgungssystemen bemerkbar machen wird. Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) berufene Sachverständigenkommission sagt eine deutliche Zunahme des Anteils hochalter Menschen voraus. Zukünftig wird ein Alter von über 80 Jahren eher Regel als Ausnahme sein. Im Jahr 2000 waren in Deutschland ca. 3 Millionen Menschen 80 Jahre und älter. Dies entsprach einem Bevölkerungsanteil von 3,6 %.

Prognosen zufolge wird sich der Anteil dieser Altersgruppe bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln, da er auf ca. 8 Millionen ansteigen wird. Dies entspräche dann einem Bevölkerungsanteil von 11,3 % (vgl. BMFSFJ 2002, 18 f. u. 55).

Des Weiteren trug die Spezialisierung der Krankenpflege als ärztlicher Hilfeberuf zur Entstehung der Altenpflege bei, wobei der Anlass in der fortschreitenden medizinischen Technisierung im Krankenhausbereich lag. In den Ausbildungsinhalten der Krankenpflege existieren daher wesentliche Gemeinsamkeiten zu denen des Medizinstudiums, da der Fokus eindeutig auf somatisch ausgerichteten Inhalten beruht. Im Gegensatz zur Krankenpflege, die sich der Beseitigung von Krankheiten verschrieben hat, sollte die Altenpflege im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung das Versorgungsdefizit im Bereich der Altenhilfe schließen. Dieser separate Berufszweig wurde damit beauftragt, neben der körperlichen Pflege ebenso die Versorgung emotionaler und sozialer Bedürfnisse alter Menschen zu gewährleisten. Altenpflege steht demnach für die Vereinigung von medizinischer Pflege und sozialpflegerischer Betreuung (vgl. Dühring 2000, 11-13).

In der verhältnismäßig jungen Geschichte des Berufszweigs sind leider auch einige Fehlentwicklungen zu vermerken, die teilweise zum Ansehensverlust der Altenpflege geführt haben. Lange Zeit gingen Professionalisierungsbemühungen im Pflegesektor an der Altenpflege gänzlich vorbei. Erst seit dem Jahr 2003 wird in Deutschland nach einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die professionelle Pflege alter Menschen ausgebildet. Am 24. Oktober 2002 ebnete das Bundesverfassungsgericht den Weg zu diesem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz, welches am 1. August 2003 in Kraft getreten ist (vgl. Sowinski/Behr 2002, 5 f.). Weitere Deprofessionalisierungsgefahren sind nach Habermann im Zuge fehlgeschlagener arbeitspolitischer Bemühungen aufgetreten. Der Eintritt in die Altenpflege galt viele Jahre lang als Rettungsanker aus der bestehenden oder drohenden Arbeitslosigkeit und wurde arbeitsmarktpolitisch gefördert. Zudem wurden ab den 60er Jahren verstärkt ausländische Pflegekräfte als Reaktion auf den herrschenden Personalmangel angeworben, wobei weitreichende Integrationsmaßnahmen gänzlich ausblieben (vgl. Habermann 2003b, 84 f.). Aufgrund des schlechten Bilds in der Öffentlichkeit, das auch durch die Kritik der Medien zum Thema „Gewalt in Altenheimen“ verstärkt wurde, befürchtet die Altenpflege auch in Zukunft Nachwuchsprobleme (vgl. Menke 2003, 44).

Trotz der angesprochenen Problematik ist die Altenpflege vor allem ein wichtiger und unverzichtbarer Berufszweig, der für die zukünftige Betreuung alter und kranker Menschen im Angesicht der demographischen Alterung von enormer Bedeutung sein wird.

2.2.2 Berufsbild der Altenpflege

Bei der Erläuterung des Altenpflegeberufs nehmen Köther und Gnamm Bezug auf die Segregation von Kranken- und Altenpflege, wobei sie vor allem die Wichtigkeit und Eigenständigkeit des Berufs betonen. Für beide ist „(...) Altenpflegerin nicht nur ein Hilfsberuf der Krankenschwester (...), sondern ein moderner sozialpflegerischer Beruf“ (Köther/Gnamm 1993, 57) im Bereich des Gesundheitswesens. Seit der staatlichen Anerkennung des Berufsbilds, zuerst in Nordrhein-Westfalen 1969, und der tariflichen Gleichstellung mit der Krankenpflege in 1988/89 ist die Altenpflege ein eigengesetzlich qualifizierter Berufszweig (vgl. Dühring 2000, 12 f.).

Im Jahr 1999 arbeiteten 109.161 Altenpflegekräfte im ambulanten und stationären Sektor der bundesdeutschen Altenpflege (vgl. Menke 2003, 38). In Nordrhein-Westfalen waren neben 21.758 Krankenschwestern und Krankenpflegern 28.810 Altenpfleger in der Pflege beschäftigt (vgl. FFG 2003, Tabelle 3, A II 2.2.1). Im Vergleich dazu gab es Ende 1998 in Deutschland 1.809.094 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, wobei 535.601 in Heimen (stationär) und 1.273.493 zu Hause (ambulant) lebten. Setzt man die Gesamtzahl der Pflegekräfte in Beziehung zur Anzahl der Pflegebedürftigen, die in Heimen untergebracht sind, so kommen auf eine Pflegekraft allein fünf Bewohner. Diese Rechnung kann einerseits keine wirkliche Aussagekraft für sich in Anspruch nehmen, da verschiedene Einflussgrößen unberücksichtigt blieben, wie z.B. die Tatsache, dass die aufgeführten Pflegenden zusätzlich zu den in Heimen lebenden alten Menschen auch noch einen beachtlichen Teil der Pflegebedürftigen ambulant versorgen. Weiterhin ist bei der Rechnung unbeachtet geblieben, dass unter den Pflegekräften auch Personen in Leitungsfunktionen sind, die sich in erster Linie administratorischen Aufgaben widmen und weniger beim unmittelbaren Pflegen tätig sind. Diese Rechnung vermag aber andererseits einen Eindruck vom Alltag in Altenpflegeeinrichtungen vermitteln. Sowinski und Behr beschreiben zutreffend, dass die Altenpflege im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich meist nur unter großem Handlungs- und

Zeitdruck vollzogen wird. Das Altenpflegepersonal trifft täglich auf diffuse und hochkomplexe Situationen, in denen es in wenigen Sekunden fachlich richtige Entscheidungen treffen muss (vgl. Sowinski/Behr 2002, 10).

Wer in diesem Berufsfeld arbeitet, muss sowohl Zeitdruck und hoher Verantwortlichkeit gewachsen als auch qualifiziert aus- und weitergebildet sein, um vielseitige Aufgaben angemessen erfüllen zu können. Zur Förderung der Gesundheit gehört die Aktivierung geistiger, sozialer, körperlicher und seelischer Fähigkeiten entsprechend der Möglichkeiten des Pflegebedürftigen. Des Weiteren spielt jegliche Art von Hilfestellung bei der optimalen Anpassung des zu Pflegenden an seine Umwelt, z.B. beim Umzug in ein Altenwohn- oder Pflegeheim, eine bedeutende Rolle. Unter Hilfestellung ist es eher gewährleistet, dass sich der Pflegebedürftige in der neuen Umgebung schneller einleben und wohl fühlen kann. Zudem sollte der Kontakt des Gepflegten zu Sozialpartnern außerhalb des Heims sowie die Kontaktaufnahme zu anderen Bewohnern durch den Altenpfleger angeregt, aktiviert und erhalten werden. In der Regel tritt der Pflegende als Träger unterschiedlicher Rollen auf. Meist ist er gleichermaßen Vertrauensperson, Ansprechpartner und Berater in persönlichen Belangen. Der persönlichen Beratung kommt z.B. nach dem Tod des Ehepartners besondere Bedeutung zu. Das oberste Ziel pflegerischer Unternehmungen sollte die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten sein.

Eine weitere wichtige Fähigkeit, die professionelle Altenpfleger auszeichnet, ist die Verhütung von Krankheiten. Um prophylaktisch Krankheiten zu vermeiden und Multimorbidität im Alter vorzubeugen, sind fundierte Kenntnisse über Präventionsverhalten unbedingt notwendig. Somit können z.B. im Bereich der Selbstpflege Infektionen oder bei der Wohnraumanpassung Unfällen vorgebeugt werden.

Darüber hinaus stellt die Wiederherstellung der Gesundheit eine zentrale Aufgabe bei der Pflege alter Menschen dar. Der Altenpfleger sollte den Pflegebedürftigen bei der Bewältigung seiner Krankheit in jeglicher Form unterstützen, z.B. durch Förderung der Rehabilitation oder Vermittlung von Kontaktadressen für Selbsthilfegruppen. Zudem muss ein staatlich anerkannter Altenpfleger über grundlegendes Wissen der medizinischen Versorgung zur Behandlung von Krankheitsbildern, wie z.B. Schlaganfall oder Rheuma, verfügen. Bei der Therapie von Krankheiten ist eine Zusammenarbeit mit

Medizinern unerlässlich, wobei der Altenpfleger ärztliche Verordnungen gewissenhaft ausführen sollte. Schließlich ist im Rahmen der Versorgung alter Menschen Leiden entgegenzuwirken. Wichtig ist dabei die Beherrschung sowie der adäquate Einsatz geeigneter Pflegehilfsmittel und Pflegemaßnahmen zur Linderung von Schmerzen und Leiden, wie z.B. die besondere Lagerung bei Dekubitus oder Venenentzündungen. Leiden lindern heißt auch auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des kranken Menschen einzugehen und ihn und seine Angehörigen beim und nach dem Sterben umfassend zu betreuen (vgl. Mötzing/Wurlitzer 2000, 2 f.; AWO Fachseminar für Altenpflege 2004).

Ein professionell tätiger Altenpfleger muss über umfangreiche Fachkenntnisse der Grund- und Behandlungspflege verfügen. Grundpflege beinhaltet Hilfestellung bei grundlegenden menschlichen Bedürfnissen wie z.B. Essen oder Trinken. Behandlungspflege bedeutet Hilfeleistung bei der Therapie von Krankheiten, z.B. bei Diabetes mellitus Insulin verabreichen (vgl. Dühring 2000, 14). Darüber hinaus sollte dieses Wissen stetigen Aktualisierungsprozessen unterliegen, damit sich der Pflegende innovativ an neue Rahmenbedingungen der Altenhilfe anpassen kann (vgl. Mötzing/ Wurlitzer 2000, 3).

Der Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen fordert ein hohes Maß an Empathie und Ausdauer. Das Angewiesensein der Pflegebedürftigen auf fremde Hilfe und die Abhängigkeit von anderen Menschen in existentiellen und intimen Bedürfnissen des Lebens birgt ein Machtungleichgewicht, dem mit besonderer Verantwortung und Sensibilität begegnet werden muss. Ein professioneller Altenpfleger sollte allgemeine Pflegestandards beherrschen und ferner über ein Repertoire von Kompetenzen wie Selbstreflexivität und Perspektivenübernahme zum Aufbau einer individuellen Beziehungspflege verfügen (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 18). Das oberste Ziel der Pflege alter Menschen ist die optimale Gestaltung des letzten Lebensabschnitts und nicht primär das Behandeln von Krankheiten. Auch aus diesem Grund sollte der Altenpfleger über eine hohe soziale und kommunikative Kompetenz verfügen (vgl. Friebe/Zalucki 2002, 36).

Diesem Berufszweig wird in Anbetracht der demographischen Alterung zukünftig eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zukommen. Mötzing und Wurlitzer bezeichnen die Altenpflege sogar als „krisensicheren Arbeitsplatz“ (Mötzing/Wurlitzer 2000, 3). Jedoch müssen neben einer steigenden Konjunktur in der Altenpflege, die hohen pflegerischen Leistungen der betreuenden Personen in der Pflegepraxis bei gleichzeitig knapper werdenden finanziellen Ressourcen honoriert werden. Pflegekräfte müssen dem täglichen Leidensdruck, der durch die überproportionale Konfrontation mit Krankheit und Tod verursacht wird, auf den Pflegestationen standhalten, ohne dabei selbst aus der Bahn geworfen zu werden (vgl. Dühring 2000, 14). Diese Professionalität ist uneingeschränkt in allen Tätigkeitsbereichen der Altenpflege gefragt.

2.2.3 Tätigkeitsfelder der Altenpflege

Zu den Tätigkeitsfeldern der Altenpflege gehören die ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen, wobei der Grad der Regulierung und Institutionalisierung von der Vor-Ort-Versorgung bis zur Unterbringung in Pflegeheimen steigend ist. Das in Altenhilfe enthaltene Wortteil „-hilfe“ proklamiert auf den ersten Blick eine defizitäre und unterstützungsbedürftige Lage alter Menschen. Dieses negative Bild vom alternden Menschen lässt sich auch in früheren psychologischen und soziologischen Ansätzen zum Altern wie z.B. in dem Defizitmodell des Alterns von Wechsler (1944) oder in dem Disengagement-Ansatz von Cumming und Henry (1961) wiederfinden. In diesen Theorien wird der Alternde als abbauendes Mängelwesen sowie als passiv und auf den Tod wartend dargestellt (vgl. Lehr 2000, 46-52 u. 58-63). Längst haben neuere gerontologische Erkenntnisse des Alterns wie z.B. das universale Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) von Baltes und Baltes in der Altenarbeit an Bedeutung gewonnen. Nach dieser Theorie erfolgreichen Alterns ist der alternde Mensch mit Hilfe des Prinzips der Optimierung durch Selektion und Kompensation in der Lage, körperliche Einbuße auszugleichen und sein Leben auch im fortgeschrittenen Lebensabschnitt weiterhin aktiv zu gestalten (vgl. Baltes/Baltes 1989, 85-105). Die alternde Person ist in diesem Sinne kein entmündigtes Objekt, sondern ein Subjekt mit dem Recht auf individuelle Entwicklung und Selbstverwirklichung. Alte Menschen sind vollwertige Mitglieder der Gesellschaft. Altenhilfe hat die Aufgabe, den Alternden in seiner Autonomie und sozialen Integration zu stärken, um ihm trotz altersbedingten Einbußen die Teil-

nahme an der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern. Nach § 75 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) soll Altenhilfe „(...) dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (BSHG 2002).

Dieser Grundsatz liegt jeglichen Maßnahmen in ambulanten, teilstationären und stationären Institutionen der Altenpflege zu Grunde. Zur ambulanten Altenpflege gehören in erster Linie mobile soziale Hilfsdienste, sozialpflegerische Dienste, Freizeit- und Erholungsangebote, Fahr- und Begleitdienste, Essen auf Rädern sowie organisierte Nachbarschaftshilfe (vgl. Klingenberger 1996, 14). Ambulante Pflege wird von privaten, gemeinnützigen und konfessionellen Trägern als Dienstleistung angeboten, wobei konfessionelle und gemeinnützige Dienste häufig an eine Sozialstation gebunden sind. Die meisten Stationen bieten sowohl die Versorgung durch Behandlungs- und Grundpflege als auch Hilfe bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder Beratung, z.B. bei der Beantragung der Pflegestufe. Viele alte Menschen wählen die ambulante Versorgung, da sie möglichst lange und selbstständig in ihrer gewohnten Umgebung leben möchten.

Im Gegensatz zur häuslichen Versorgung vollzieht sich die teilstationäre Betreuung in Tageskliniken, Tagespflegeheimen und Tagesheimen. Teilstationäre Betreuung älterer Menschen ist Tagesbetreuung. Die Senioren nehmen meist am Tag das entsprechende Angebot vor Ort wahr und verbringen die Nacht zu Hause. Gerade für viele berufstätige Angehörige kann die Tagesversorgung von pflegebedürftigen oder verwirrten alten Menschen eine große Entlastung im Alltag sein, ohne den geliebten Eltern ihr Zuhause nehmen zu müssen. Auch für alleinstehende Ältere kann der Besuch einer Tageseinrichtung eine Chance zum Kontakt mit Gleichgesinnten sein. Als besondere Wohnform gehört das betreute Wohnen zu den teilstationären Angeboten. Dabei kann der Hilfsbedürftige alle Vorteile des eigenständigen Wohnens nutzen und sich gleichzeitig sicher sein, dass ihm im Notfall unkompliziert und schnell professionelle Hilfe zur Verfügung steht (vgl. Dühring 2000, 14 f.).

Anders als bei der ambulanten oder teilstationären Betreuung befindet sich der Lebensmittelpunkt des zu Pflegenden bei der stationären Altenpflege in einem Heim. Die stationäre Versorgung ist das Hauptarbeitsfeld ausgebildeter Altenpflegekräfte, die

meist in Altenheimen, Altenpflegeheimen, Altenwohnheimen und Rehabilitationskliniken beschäftigt sind. Alte Menschen, die nicht mehr in der Lage sind selbstständig eine Wohnung zu führen, können im Altenheim Pflege, Betreuung und Wohnraum finden. Mit zunehmendem Alter entscheiden sich viele Menschen für das Leben in einem Altenwohnheim. Die Bewohner beziehen dort kleine Apartments in direkter Nachbarschaft zu anderen älteren Personen. Von der Einrichtung angebotene Veranstaltungen (z.B. Konzertabende) und Kurse (z.B. Gymnastik) können gemeinsam besucht werden. Dabei ist ein Austausch und Kennen lernen untereinander unbedingt erwünscht. Sollte ein Bewohner auf Hilfe angewiesen werden, hat er meist die Möglichkeit direkt im Altenwohnheim versorgt zu werden. Im Altenpflegeheim werden vorwiegend chronisch kranke alte Menschen gepflegt und betreut. Einige Altenheime verfügen sowohl über eine Pflege- als auch eine Wohnstation. Im Wohnbereich leben überwiegend ältere Menschen, die teilweise auf Hilfe, z.B. bei der Morgentoilette, angewiesen sind. Mit der Verschlechterung des Gesundheitszustands können aus Hilfsbedürftigen, die bei komplexeren Tätigkeiten, z.B. Anziehen von Kompressionsstrümpfen, Unterstützung benötigen, Pflegebedürftige werden, die nunmehr bei existentiellen Anforderungen des Alltags wie z.B. bei der Aufnahme von Nahrung auf pflegerische Versorgung angewiesen sind. Altenheime sind strukturierte Organisationen, die ihre eigenen Rahmenbedingungen haben. Allerdings können diese festen Regelungen bei den Bewohnern für Konflikte sorgen, da diese ihren Tagesablauf dem vorgegebenen Zeitplan anpassen müssen. Die Aufsteh- und Zubetthilfe durch die Pflegekräfte orientiert sich nicht an den individuellen Vorlieben der zu Pflegenden, sondern richtet sich nach Dienstbeginn und –ende des Personals.

Pflege sollten sich maßgeblich am alten Menschen selbst orientieren. Dies würde eine Überversorgung des Körpers und eine Unterversorgung der sozialen und emotionalen Bedürfnissen, welche oft auf die stationäre Altenpflege bezogen wird, ausschließen (vgl. Dühring 2000, 16 f.). Im 21. Jahrhundert wird Pflege immer stärker mit Professionalisierung und ganzheitlichem Denken assoziiert. Dabei liegt die Betonung auf physiologischen, psychologischen und sozialen Aspekten, die stets vor ihrem jeweiligen kulturellen Hintergrund zu sehen sind (vgl. Krippner/Müller-Röpke/Sobotta 1997, 36).

2.3 Zusammenfassung der Grundlagen

In dieser Arbeit wird vordergründig mit dem Begriff der Interkulturalität operiert. Interkulturalität beschreibt in erster Linie Austauschprozesse zwischen Personen, die unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds sind. Interkulturalität begegnet uns in vielen alltäglichen Interaktionssituationen und besitzt weniger einen exotischen als einen normalen Status. „Multikulturalität“ ist im Gegensatz zur „Interkulturalität“ ein reiner Gegenstandsbegriff, der die Situation in einer Gesellschaft wie unserer beschreibt, in der Vertreter mehrerer Kulturen zusammenleben. Ebenso wie Interkulturalität steht Transkulturalität für Begegnungsprozesse zwischen Personen aus verschiedenen Kulturen, wobei im Gegensatz zur Interkulturalität kulturelle Determinanten zweitrangig sind und bei der Begegnung in erster Linie die Individualität der Interaktionspartner von Interesse ist. Alle drei Begriffe nehmen Bezug auf Kulturen, wobei bislang keine allgemeingültige Definition von Kultur vorliegt. Einigkeit herrscht allein darüber, dass Kultur nicht genetisch determiniert ist, sondern kulturelle Ausprägungen Ergebnisse eines Lernprozesses sind. Interkulturalität bekommt angesichts des starken Wachstums der Gruppe der älteren Migranten einen immer wichtigeren Stellenwert in der Altenpflege. Die wachsende Anzahl ausländischer Senioren stellt die Institutionen der Altenhilfe vor besondere Herausforderungen (vgl. Beck 2001, 95).

Die Altenpflege ist ein relativ junges Berufsfeld, das erst seit den 70er Jahren besteht und der Versorgung alter und hilfsbedürftiger Menschen dient. Der Beruf des Altenpflegers ist von hohem Arbeitsdruck bei gleichzeitigen Personal- und Zeitengpässen gekennzeichnet. Ausgebildete Altenpfleger arbeiten in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen und müssen bei der Pflege vielseitige Aufgaben wie die Förderung, Wiederherstellung und Bewahrung der Gesundheit, erfüllen (vgl. Mötzing/ Wurlitzer 2000, 2 f.). Allerdings sollten Altenpfleger den alten Mensch nicht bemuttern, sondern ihm nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ ein weitgehend autonomes Leben ermöglichen.

3 Interkulturelle Altenpflege

3.1 Ältere Migranten in Deutschland

Aus einer ursprünglich homogenen Gruppe junger ausländischer Arbeiter ist über die Jahre ein sozial heterogenes Kollektiv älterer Einwanderer gewachsen. Individuell differente Migrationsbiographien werden mit gesellschaftlichen Bedingungen konfrontiert, die auch ihrerseits unterschiedlich sind (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 101).

Die Einwanderer der ersten Generation, die sogenannten Gastarbeiter, leben mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten in Deutschland, wobei jedoch nicht nur im Bereich der Altenpflege, sondern auch gesamtgesellschaftlich ein deutliches Informationsdefizit bezüglich der Lebenssituation dieser Personengruppe besteht. Um in der Pflege angemessen auf ältere Migranten eingehen zu können, bedarf es neben Empathie auch dem Wissen sowohl über den geschichtlichen Hintergrund als auch über das gegenwärtiges Leben älterer Einwanderer in der Aufnahmegesellschaft. Im Folgenden tritt der Terminus „Migrant“ *(lat. migrare = wandern)* allgegenwärtig auf und bedarf daher einer näheren Bestimmung.

3.1.1 Migration

Der Begriff „Migrant“ bezieht sich unmissverständlich auf Migration, die im Brockhaus-Lexikon als „(...) Wanderung Einzelner oder von Gruppen im geographischen Raum, z.B. Gastarbeiter (...)“ (Brockhaus-Lexikon, 2004) erklärt wird. Leenen und Grosch wählen eine engere Definition, die außer dem Aspekt der Wanderung eine zeitliche Komponente beinhaltet. Die beiden Autoren bestimmen Migration als „(...) der in der Soziologie übliche Begriff für die räumliche Bewegung (Mobilität) von Individuen oder Gruppen. Es geht im engeren Sinne um den relativ dauerhaften Wechsel des Wohn- und Lebensortes“ (Leenen/Grosch 2000, 361).

Für den Begriff „Migration“ existiert in Fachkreisen jedoch keine einheitliche Meinung. So kritisiert Wickert, dass die Eingrenzung von Migration auf transnationale Bewegungen unzureichend ist, da keinerlei Angaben über den Migrationshintergrund erkennbar sind und es sich daher sowohl um eine Arbeits- und Fluchtmigration als auch um Auslandsaufenthalte von Studierenden oder Managern handeln könnte (vgl. Wickert 2001, 62). Zudem klagt Auernheimer, dass diese häufig verwendete Bezeichnung auch als Unentschiedenheit der Politik zu interpretiern ist, da diese es bisher versäumt hat, die Einwanderung als gesellschaftlichen Fakt zu akzeptieren und realitätsentsprechende Grundlagen zu schaffen (vgl. Auernheimer 2003, 23). Die bisher aufgeführten Migrationsdefinitionen beschreiben im eigentlichen Sinne die Lebenssituation der ehemaligen Gastarbeiter nicht adäquat, da die meisten ihren Lebensabend in Deutschland verbringen werden und sich folglich nicht mehr auf Wanderschaft befinden.

Die Integrationsbeauftragte der Bundesregierung definiert Migration im deutsch-historischen Kontext, wobei sie direkten Bezug auf die Entwicklung der Gastarbeiter nimmt, die vor über 40 Jahren als ausländische Arbeitnehmer in die Bundesrepublik Deutschland kamen. Damals nahmen sowohl Deutsche als auch Ausländer an, dass die Gastarbeiter nach einer gewissen Zeit wieder in ihre Heimatländer zurückkehren würden. Jedoch erwies sich diese Annahme für beide Seiten bald als Illusion. Spätestens seit dem Familiennachzug der ausländischen Arbeitnehmer stand fest, dass dies ein dauerhafter Aufenthalt sein würde, denn „(...) inzwischen lebt in Deutschland eine zweite und dritte Ausländergeneration“ (Integrationsbeauftragte der Bundesregierung 2004). Diese Definition bildet die Grundlage der vorliegenden Arbeit. Dementsprechend beziehen sich die verwendeten Termini „Migrant“ und „Migration“, aber auch „Gastarbeiter“, „Arbeitsmigrant“, „Einwanderer“ etc. auf die Gruppe jener Menschen, die nach dem Krieg im Rahmen des Anwerbeabkommens nach Deutschland gekommen und mittlerweile zu einem festen Bestandteil der deutschen Gesellschaft geworden sind.

3.1.2 Historische Entwicklung

Aus der ehemaligen homogenen Gruppe der überwiegend jungen Männer aus den Mittelmeerländern ist längst eine heterogene geworden. Bereits seit Jahrzehnten liegt der Lebensmittelpunkt vieler ehemaliger Gastarbeiter in Deutschland, wo auch ihre Kinder und Enkelkinder zu Hause sind. Während sich die zweite und dritte Generation der hiesigen Kultur anpasst oder eine Mischkultur bildet, ist die erste Generation noch stark an die Kultur ihres Heimatlands gebunden (vgl. Seeberger 1998, 23).

In der jüngeren Geschichte der deutsch-türkischen Beziehung gab es bereits vor dem ersten Weltkrieg wirtschaftliche und militärische Kooperationen. Im Krieg profitierten sowohl Deutsche als auch Türken von der deutsch-osmanischen Waffenbrüderschaft. Neben der militärischen Koalition wurde auch in wirtschaftlicher Hinsicht zusammengearbeitet. Im Jahr 1917 stellten einige Berliner Unternehmen 750 junge türkische Arbeiter ein. Des Weiteren flüchteten zur Zeit des Nationalsozialismus etliche deutsche Oppositionelle in die Türkei. Der zahlenmäßig größte Austausch der beiden Länder fand jedoch im Rahmen des Anwerbeabkommens von 1961 statt. Von 1955 bis 1968 schloss die deutsche Regierung mit vielen südeuropäischen Staaten Anwerbeabkommen ab. Die 50er und 60er Jahre waren in West-Deutschland nicht nur durch Arbeitskräftemangel und Kriegszerstörung gekennzeichnet, sondern auch durch Wiederaufbau und wirtschaftliches Wachstum. In den Jahren des Wirtschaftswunders entstand trotz vieler emigrierter Menschen aus der DDR und der großen Anzahl von Vertriebenen ein dringender Bedarf an männlichen Arbeitskräften. Um diesem enormen Entwicklungsdrang nachzukommen, entschied sich die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1955 zunächst zur Anwerbung italienischer Arbeitskräfte. In den folgenden Jahren folgten weitere Verträge u.a. mit Spanien, Griechenland, Jugoslawien und 1961 mit der Türkei. Die Vertreter der Mittelmeerstaaten gingen meist bereitwillig auf das Abkommen ein, da bedingt durch strukturelle Wirtschaftsprobleme, Wirtschaftskrisen und einem starken Bevölkerungswachstum in vielen Ländern ein Überangebot an Arbeitskräften herrschte (vgl. Königseder 2001, 17). Die meisten Gastarbeiter, die der drohenden Arbeitslosigkeit entfliehen wollten, kamen aus industriell unterentwickelten Ländern, wo sie oftmals in ländlichen Regionen wie z.B. Anatolien, Sizilien oder Nordgriechenland lebten. Im Zuge der Anwerbung brachen zum Teil ganze Dorf- und Familienstrukturen zusammen,

da sämtliche jungen Männer zwischen 20 und 30 Jahren auswanderten (vgl. Baric-Büdel 2001, 25).

Die Außenstellen der Bundesanstalt für Arbeit ermittelten den einwandfreien Gesundheitszustand der Einwanderer anhand strenger gesundheitlicher Auswahlverfahren, da die absolute Gesundheit unbedingte Voraussetzung zur Visavergabe war (vgl. Kollak 2002, 9). Die Bundesrepublik plante ein Vorgehen nach dem Rotationsprinzip. So wurde eine maximale Aufenthaltsdauer von zwei Jahren vertraglich festgehalten. Nach diesem Aufenthalt sollten die verbrauchten Arbeitskräfte in ihre Heimat zurückkehren und durch neue Arbeiter ersetzt werden. Arbeitsmigranten wurden vorerst kurzfristig benötigt und sollten im wirtschaftlichen Krisenfall das Land schnell und unbürokratisch verlassen. Allerdings lehnten führende Vertreter der Wirtschaft in den 60er Jahren dieses Prinzip ab, da sie nicht bereit waren, Geld und Zeit in den Anlernprozess „frischer“ Gastarbeiter zu investieren (vgl. Königseder 2001, 17).

Die jungen Einwanderer arbeiteten oft unter unwürdigen Bedingungen in Bereichen, die unter deutschen Arbeitnehmern als unzumutbar galten. Der überwiegende Teil der Gastarbeiter war in Steinkohlewerken, bei der Müllabfuhr, im Baugewerbe oder in der Schwerindustrie beschäftigt. Die Gastarbeiter zielten primär auf eine Status- und Lebensverbesserung im Heimatland. Viele träumten vom Eigentumserwerb und einer eigenen Existenz. Da jegliche Anstrengungen auf dieses Ziel gerichtet waren, lebten sie unter provisorischen Bedingungen im Gastland. Sie wohnten meistens in baufälligen Wohnungen oder Massenunterkünften in der Nähe des Arbeitsplatzes, um nicht unnötig Geld für eine Unterkunft auszugeben. Nur wenige verneinten Schicht- und Akkorddienste und gingen erhebliche Gesundheitsrisiken in einem Arbeitsumfeld ein, das durch schmutzige, laute, kräftezerrende und gefährliche Tätigkeiten geprägt war. Weiterhin sind viele Einwanderer der ersten Generation innerhalb Deutschlands im Falle besserer Arbeitsoptionen oder drohender Arbeitslosigkeit mehrmals migriert und konnten somit keine festen Wurzeln schlagen. Später wanderten auch weibliche Arbeitskräfte ein, die überwiegend als Reinigungskräfte oder in der Textil- und Elektroindustrie eingestellt wurden (vgl. Königseder 2001, 18). In der Phase der wirtschaftlichen Rezession verhängte die Bundesregierung im Oktober 1973 einen Anwerbestopp. Während ca. 14,7 Millionen Gastarbeiter in den Jahren von 1960 bis 1986 nach Deutschland gekommen sind, wanderten ca. 11,3 Millionen wieder ab. Somit verblieben etwa ein

Viertel der Migranten in Deutschland. In diesem Sinne ist der Plan vom rotationsartigen Wanderungsprinzip sicherlich als Erfolg zu werten (vgl. Frewer 2001, 19). Im Zuge der Anwerbeeinstellung und der Rezessionsphase kehrten ausländische Arbeitslose jedoch weitaus seltener in ihre Heimat zurück, da sie daraufhin nicht mehr mit einer Rückkehrerlaubnis rechnen konnten. Die Zusammensetzung der hier verweilenden Migrantengruppen veränderte sich zunehmend, vor allem da die männlichen Arbeitskräfte im Rahmen der Familienzusammenführung vermehrt ihre Angehörigen nachholten (vgl. Königseder 2001, 18).

Damals entschlossen sich die jungen Gastarbeiter für ein Erwerbsleben in Deutschland. Heute, nach der Erwerbstätigkeit, planen viele ihr Rentnerdasein hier zu verbringen, obwohl Deutsche als auch Arbeitsmigranten sicherlich nicht von einer langfristigen Verbindung mit Deutschland ausgegangen sind (vgl. Grieger 2001, 10). Inzwischen leben die damals jungen Arbeitskräfte schon viele Jahre in ihrem ehemaligen Gastland. Im Rahmen der Hamburger Studie der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) konnte ermittelt werden, dass Hamburger Migranten durchschnittlich seit 24 Jahren in Deutschland leben (vgl. BAGS 1998, 57). Viele Gastarbeiter versprechen sich vom Leben in Deutschland ein hohes Maß an sozialer und gesundheitlicher Sicherung. Da jegliche soziale Sicherung sowie die Aufenthaltserlaubnis nach einem mehr als sechsmonatigen Aufenthalt in einem Land außerhalb der Europäischen Union wegfallen, befürchten vor allem Türken eine Einreisesperre. Darüber hinaus erhoffen sich viele eine Versorgung durch ihre Kinder, wovon die meisten in Deutschland fest integriert sind und keinerlei Ambitionen hinsichtlich einer Auswanderung in die Heimat ihrer Eltern hegen (vgl. Baric-Büdel 2001, 25). Insgesamt haben die Gastarbeiter ihren Platz in der Aufnahmegesellschaft gefunden, wobei es allerdings verschiedene Grade der Integration gibt (vgl. Kollak 2002, 9; Koch-Straube 2001, 387).

3.1.3 Demographische Aspekte

Die Diskussion um Interkulturalität in der Altenpflege, insbesondere hinsichtlich interkultureller Fortbildungen, bezieht sich in Deutschland überwiegend auf die Zunahme älterer Migranten (vgl. Friebe 2003, 145). Die Integrationsbeauftragte der Bundesregierung stellte grundlegend fest, dass „ausländische Senioren (...) die prozentual am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland“ (Beck 2001, 95) sind.

Während im Jahr 1990 304.000 Zuwanderer 60 Jahre und älter waren, prognostizierte das Statische Bundesamt für das Jahr 2000 bereits eine Verdopplung der Anzahl älterer ausländischen Senioren auf ca. 660.000. Im Jahr 2010 soll sich die Anzahl im Vergleich zu 1990 bereits auf ca. 1.130.000 verdreifacht haben. Für das Jahr 2030 wird vorausgesagt, dass dann etwa 2.160.000 ältere Menschen ausländischer Herkunft in Deutschland leben. Im Vergleich zur Ausgangszahl von 1990 bedeutet dies eine Versiebenfachung der Zahl ausländischer Senioren (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Bevölkerungsentwicklung der älteren Ausländer in Deutschland (aus Statistisches Bundesamt, 1996)

Alter	**1990**	**2000**	**2010**	**2020**	**2030**
60 Jahre und älter	304.000	663.000	1.132.000	1.775.000	2.164.000

Am 31.12.2000 lebten 7.296.817 Ausländer in Deutschland. Davon waren 282.866 zwischen 60 und 64 Jahren alt, 341.188 gehörten der Gruppe der 65jährigen und älteren an. Damit waren 8,6 % der ausländischen Bevölkerung 60 Jahre und älter (vgl. Tabelle 2). Im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung von über 82 Millionen nimmt die Gruppe der ausländischen Senioren einen relativ geringen Anteil von 0,8 % ein. Im Vergleich dazu waren im Jahr 2000 nahezu 2 Millionen Deutsche 60 Jahre und älter. Ihr Anteil an der deutschen Bevölkerung betrug 26,6 % und an der Gesamtbevölkerung 23,4 % (vgl. BMFSFJ 2002, 55, Tabelle 1-1). Bundesweit betrachtet wird der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung auf 29 % im Jahr 2050 steigen (vgl. Engstler/ Menning 2003, 95).

Tab. 2: Vergleich der türkischen Nationalität mit der ausländischen Bevölkerung insgesamt zum 31.12.2000 (aus Statistisches Bundesamt, in: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002, 26)

Ausländer/ Staatsangehörigkeit	**Anzahl** (insgesamt)	**Alter**	
		60 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
Türkei	1.998.534	83.367	59.351
Insgesamt	7.296.817	282.866	341.188

Bisher nimmt die Gruppe der älteren Zuwanderer einen vergleichsweise geringen Anteil an der in Deutschland lebenden Bevölkerung ein. Zudem sind ältere Migranten durchschnittlich jünger als ältere Deutsche. Bei älteren Ausländern ist im Vergleich zu deutschen Rentnern eine verstärkte Maskulinisierung des Alters zu beobachten, da sich in der Gruppe der älteren Ausländer auffällig viele alleinstehende Männer befinden. Zum einen liegt die Situation darin begründet, dass früher deutlich mehr Männer als Frauen aus den Mittelmeerländern angeworben wurden und zum anderen sind vergleichsweise viele dieser Männer bis heute ledig geblieben. Baric-Büdel nimmt jedoch an, dass sich die Struktur dieser Bevölkerungsgruppe mehr und mehr verändern wird, da eine Zunahme des Frauenanteils insbesondere bei hochalten Migranten bereits absehbar ist (vgl. Baric-Büdel 2001, 13 f.).

Etwa 45 % der älteren Migranten sind jugoslawischer, spanischer, italienischer, griechischer oder türkischer Nationalität und im Zuge der Anwerbung in den 50er und 60er eingewandert (vgl. Kollak 2002, 9). Dabei nehmen die Türken eine Sonderstellung ein, da sie die mit Abstand am häufigsten vertretene Nation unter den Ausländern in Deutschland sind (vgl. Frewer 2001, 19). Sie leben mehrheitlich in den industriellen Ballungszentren Baden-Württembergs und Nordrhein-Westfalens sowie in den Großstädten Berlin, Frankfurt, München und Köln (vgl. Königseder 2001, 19). Insgesamt lebten Ende 2000 nahezu zwei Millionen Menschen türkischer Herkunft in Deutschland, wovon 142.718 60 Jahre und älter waren (vgl. Tabelle 2).

Gegenwärtig ist der Anteil der älteren Migranten in Deutschland vergleichsweise gering. Neben einem erwarteten zahlenmäßigen Anstieg der älteren ausländischen Senioren ist zudem davon auszugehen, dass sie, bedingt durch den häufig migrations- und arbeitsbedingten schlechten Gesundheitszustand, schneller altern als Deutsche und damit früher und massiver unterstützungs- und pflegebedürftig werden (vgl. FFG 2001, 5; Grieger 2001, 16).

3.1.4 Lebenssituation als Kumulation von materiellen und immateriellen Faktoren der Benachteiligung

Bei der Betrachtung der Lebenssituation älter Migranten wird deutlich, dass diese Gruppe sowohl von alters- als auch migrationsbedingten Benachteiligungen betroffen ist. Generell herrscht in westlichen individuumszentrierten Gesellschaften eine überwiegend negative Einstellung gegenüber Alter und Altwerden vor. Ursula Lehr beschreibt diese defizitorientierte Sichtweise zutreffend: „Das Bild des älteren Menschen in unserer Gesellschaft ist auch heute noch durch Feststellungen von Isolation und Vereinsamung, von Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit wie auch von Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten charakterisiert“ (Lehr 2000, 196). Stereotypen und unzulässige Verallgemeinerungen sind präsent. Öffentliche, von den Medien teilweise negativ inszenierte Diskussionen um Pflegeversicherungen und Generationsverträge erhitzen zusätzlich die Gemüter. Es besteht die Sorge, dass die gesellschaftlichen Aufwendungen angesichts der steigenden Anzahl an Hochaltrigen nicht mehr tragbar sind (vgl. Lehr 2000, 197; BMFSFJ 2002, 351). Koch-Straube spricht sogar von einer gesellschaftlichen Ausgrenzung pflegebedürftiger älterer Menschen (vgl. Koch-Straube 2001, 387). Leider sind solche Annahmen wie „Altern bedeutet ein Abbau seelisch-geistiger Fähigkeiten“ nach wie vor weit verbreitet. Trotz neuer, anders lautender Forschungsergebnisse dominiert ein abwertendes Altersbild. So belegte die Berliner Altersstudie (BASE) deutlich, dass bei ausreichender Hilfestellung Lern- und Merkfähigkeit bis ins höchste Alter erhalten bleiben können. Selbst im weit fortgeschritten Lebensalter wurden große intra- und interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit festgestellt (vgl. Reischies/Lindenberger 1999, 351 u. 374 f.).

Unabhängig ob Migration gezwungenermaßen oder freiwillig erfolgte, steht sie meist in Zusammenhang mit einer Fülle von Verlusterfahrungen und Trennungen. Migration bedeutet Abschied von vertrauten Menschen, internalisierter und automatisierter Kultur sowie Religion und Sprache. Migration wirkt wie ein Objektverlust, der mit dem schmerzhaften Abnabelungsprozess von der Mutter in früher Kindheit vergleichbar ist (vgl. Rohr 2003, 10). Dem Verlust der Heimat folgte bei vielen Migranten eine Ablehnung im Gastland, da ihnen Angehörige der Mehrheitskultur oftmals mit Ausgrenzung, Diskriminierung und Willkür begegneten.

Zur Lebenssituation älterer Arbeitsmigranten in Deutschland liegt generell wenig Datenmaterial vor. Ausnahmen bilden jedoch zwei empirische Untersuchungen. Die sozial-empirische Studie „Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger“ wurde von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) der Hansestadt Hamburg im Jahr 1998 als bundesweit größte Befragung zur Lebenssituation älterer Gastarbeiter herausgegeben. Im Rahmen der Untersuchung wurden 1037 ältere Einwanderer insbesondere zu Wohnsituation, Gesundheitszustand und Freizeitaktivitäten befragt (vgl. BAGS, 1998). Auch die zweite Studie, die von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FFG) in Dortmund durchgeführt wurde, erfasste Aspekte der Lebenssituation älterer Migranten. Hier fand eine repräsentative Befragung von hundert Frauen und Männern türkischer Herkunft im Kreis Unna statt (vgl. FFG, 2001). Nachfolgend wird auf die Ergebnisse der Studien zur Verdeutlichung der Lebenssituation älterer Gastarbeiter exemplarisch verwiesen.

Auf die Lebenslage älterer Einwanderer wirken sich Faktoren aus, die sowohl dem Alter zugeschrieben werden können als auch migrationsspezifischer Art sind. Daraus folgt eine große Heterogenität der Lebenssituationen und Migrationsbiographien. Dennoch lassen sich einige materielle und immaterielle Lebenslagenmerkmale aufzählen, die auf viele der ehemaligen Gastarbeiter zutreffen und daher in der Planung der Altenhilfe unbedingt berücksichtigt werden sollten (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 128).

3.1.4.1 Schlechte Wohnbedingungen

Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung bemängelt Grieger den niedrigeren Standard der Wohnsituation bei Migranten. Viele Wohnungen sind schlecht ausgestattet, befinden sich in einem renovierungsbedürftigen Zustand und verfügen im Fall der Pflegebedürftigkeit über keine pflegegerechte Ausstattung (vgl. Grieger 2001, 14 f.). Auch in der FFG-Studie konnten deutliche Mängel bei der Wohnungsausstattung festgestellt werden, da zwischen 3 % und 7 % der Befragten große wohnliche Beeinträchtigungen angaben. So fehlten in einigen Wohnungen grundlegende Ausstattungsmerkmale wie Zentralheizung, Bad oder WC (vgl. FFG 2001, 20 f.). Bei der Hamburger Studie konnten ebenso entsprechende Einschränkungen ermittelt werden, da die Wohnungen von 135 Personen (13 %) über kein fließendes warmes Wasser verfügten. Zudem hatten 59 Befragte (6 %) kein WC in ihren Räumlichkeiten und weitere 6 % heizten noch mit Kohle- oder Ölöfen (vgl. BAGS 1998, 135-138).

Des Weiteren leben viele ausländische Senioren auf sehr beengtem Raum. Viele teilen sich die Wohnung mit mehreren Familienmitgliedern. Ferner liegen die Wohnungen oftmals in stigmatisierten Vierteln, die über keine seniorenfreundliche Infrastuktur wie z.B. Parkanlagen oder behindertengerechte Wohnungen verfügen. Durch ihr ghettoähnliches Zusammenleben in städtischen Ballungsgebieten (z.B. Berlin-Kreuzberg oder Köln-Mülheim) tragen sie zur zweifachen Segregation bei, da sie sich auf ihre ethnischen Enklaven festlegen und durch dieses Zurückziehen zur lebenslagen- und altersbedingten Wiederbelebung der Ethnizität beitragen. Eine weitere Ungleichheit besteht darin, dass Ausländer oftmals für schlechter ausgestattete Wohnungen deutlich mehr Miete als Deutsche zahlen (vgl. Grieger 2001, 15; Müller-Wille 2001, 21).

3.1.4.2 Schlechte ökonomische Situation

Die Einkommenssituation ist bei ausländischen Senioren im Vergleich zu älteren Deutschen bedenklich. Gründe dafür sind niedrigere Löhne, vermehrte Arbeitslosigkeit sowie kürzere oder gänzlich fehlende Rentenbeitragszeiten (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 128). Der Dortmunder Studie zufolge lag das Haushaltsnettoeinkommen von 42 % der Befragten unter 818 Euro (vgl. FFG 2001, 26

u. 74, Tabelle 46). Die Hamburger Studie wertete die Aussagen von 236 älteren Migranten zu ihrer Altersrente aus. Dabei lag die durchschnittliche Rente bei ca. 570 Euro und fiel somit noch geringer aus. Das Altersgeld der Befragten türkischer Herkunft lag mit ca. 535 Euro noch unter dem Durchschnitt (vgl. BAGS 1998, 84 f.).

Ältere Migranten beziehen in der Regel zehnmal häufiger Sozialhilfe als deutsche Senioren. Dieses Defizit liegt in den geringeren Sozialversicherungszeiten, dem oft gesundheitlich bedingten frühzeitigem Ausscheiden aus dem Berufsleben und in der geringer entlohnten Erwerbsarbeit begründet (vgl. Grieger 2001, 17). Darüber hinaus nehmen viele ältere Migranten, deren Altersruhegelder deutlich unter dem allgemeinen Durchschnitt liegen, aus Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen keinen Kontakt zu Sozialstellen auf (vgl. Müller-Wille 2001, 21). Demzufolge muss von einer großen Dunkelziffer bei ältern Migranten, die am Existenzminimum leben, ausgegangen werden. Die Probleme älterer Arbeitsmigranten ähneln zwar denen älterer Deutscher aus unteren sozialen Schichten, erfahren aber durch ihren Ausländerstatus eine deutliche Verschärfung (vgl. Koch-Straube 2001, 388).

3.1.4.3 Hohe gesundheitliche Belastung

Eine weitere Benachteiligung im Vergleich zu deutschen Senioren liegt in der meist schlechteren gesundheitlichen Verfassung älterer Migranten. Zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland stand der sogenannte „Healthy-Migrant-Effect“ für den überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand der zugewanderten Arbeiter. Infolge strenger gesundheitlicher Selektion reisten nahezu ausnahmslos junge gesunde Arbeitskräfte ein. Krankheitsfälle traten im Vergleich zu Deutschen sehr viel seltener auf. Im Verlauf ihres Arbeitslebens und den damit verbundenen Belastungen stiegen die Krankheitsfälle unter den ausländischen Arbeitnehmer jedoch kontinuierlich an, so dass ihre Krankheitsquote in den 80er Jahren deutlich über der von deutschen Arbeitern lag. Heute spricht man daher von einer Umkehrung des genannten Effekts (vgl. Baric-Büdel 2001, 28). Während in der FFG-Studie ein Viertel der älteren Migranten ihren seelischen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilten, schätzte etwa die Hälfte ihre körperliche Gesundheit negativ ein (vgl. FFG 2001, 28). Auch im Rahmen der Hamburger Studie beurteilte über die Hälfte der befragten Personen ihren Gesundheits-

zustand als eher schlecht oder sehr schlecht. Besonders negativ schätzten Türken ihre Gesundheitssituation ein, da sich 70 % in die Kategorien „eher schlechte“ und „sehr schlechte gesundheitlicher Verfassung“ einordneten (vgl. BAGS 1998, 96).

Heute verfügen bereits 50jährige Migranten über Krankheitsbilder, die ansonsten bei wesentlich älteren Deutschen diagnostiziert werden. Neben der negativen Wohnsituation sind einige weitere Faktoren für den vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand verantwortlich. An ihrem Arbeitsplatz mussten Migranten häufiger als deutsche Kollegen hohen gesundheitlichen Belastungen standhalten und waren meist einem erhöhten Unfallrisiko ausgesetzt. Einwanderer arbeiteten überwiegend im Schicht- und Akkorddienst um in möglichst kurzer Zeit möglichst viel Geld für die ersehnte wirtschaftliche Grundlage im Heimatland zu verdienen. Kräftezerrende schwere Arbeit, häufiger Kontakt mit chemischen Giftstoffen, Lärm und Hitze bestimmten ihren Arbeitsalltag im Bergbau, in der Schwerindustrie oder bei der Müllverarbeitung. Dementsprechend leiden Migranten häufiger an Beeinträchtigungen der Atmungs- und Verdauungsorgane sowie des Skelett- und Muskelsystems. Etliche Gastarbeiter sind zu Beginn ihres Deutschlandaufenthaltes aus Unkenntnis und ihnen vorenthaltener Informationen Gesundheitsrisiken eingegangen oder ihnen wurden solche Arbeiten vorbehaltlos übertragen. Zudem ist die Migration auch an der Seele vieler ausländischer Arbeitskräften nicht spurlos vorübergegangen. Die Psyche litt unter zahlreichen negativen Migrationserfahrungen wie z.B. der permanenten Trennung von der Familie. Entsprechende Verluste sowie einschneidende und unmittelbar auftretende negative Lebensereignisse können dauerhaft zu negativem Stress führen, der psychische und psychosomatische Krankheiten hervorruft (vgl. Grieger 2001, 16; BAGS 1998, 15).

3.1.4.4 Probleme mit der deutschen Sprache

Personen aus den früheren Anwerbestaaten sprechen trotz langjährigem Aufenthalt vergleichsweise schlecht deutsch. Dabei fällt vielen das Verstehen und Sprechen leichter als das Lesen und Schreiben. Begründet liegt dieses Sprachdefizit vor allem darin, dass Migranten Deutsch überwiegend an ihrem Arbeitsplatz gelernt haben. Beim Arbeiten wurde in der Regel nur funktionales, einfaches Deutsch gesprochen. Das Arbeitsplatz-Deutsch wird auch als „Tarzanisch“ oder rudimentäres, oft grammatisch falsches

Deutsch, bezeichnet. Zu Beginn ihres Aufenthaltes konnten die Deutschkurse, die von den Kommunen und dem deutschen Sprachverband für ausländische Arbeitnehmer organisiert wurden, der großen Nachfrage kaum standhalten. Da die Rückkehr in das Heimatland stets vor Augen lag und das Leben in ethnischer Isolation stattfand, sahen ebenso viele Migranten keinen Grund unbedingt Deutsch zu lernen. Besonders ausgeprägte Probleme mit der deutschen Sprache haben ältere Migrantinnen, da nur wenige erwerbstätig waren und sich hauptsächlich dem Haushalt und der Erziehung der Kinder widmeten. Bedingt durch das Wohnen in ethnischen Enklaven traten sie nur selten in Kontakt zu Deutschen (vgl. BAGS 1998, 15 f.).

3.1.4.5 Rückbesinnung auf Ethnie und Religion

Nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verloren sich oftmals die wenigen sozialen Kontakte der ausländischen Senioren zu deutschen Kollegen. Gerade im Alter bei aufkommender Gebrechlichkeit vollzog sich eine Konzentration auf die eigene ethnische Gruppe und insbesondere auf familiäre Beziehungen. Dieses Phänomen, dass Menschen sich mit zunehmendem Alter stärker auf ihre primären Sozialisationsgradienten besinnen, ist kulturunabhängig (vgl. BAGS 1998, 12). Ältere Migranten pflegen eigenkulturelle Sozialkontakte, da sie sich nur innerhalb der vertrauten Gemeinschaft geborgen und verstanden fühlen. Diskriminierende Erfahrungen mit Angehörigen der Mehrheitskultur unterstützten diesen Rückzug. Menschen mit Migrationserfahrungen haben oft zur Stabilisierung ihres Selbstwerts ein positives Wir-Gefühl entwickelt. Diese stark emotional besetzte Erscheinung wird oftmals mit Tradition gleichgesetzt und steht in krassem Gegensatz zur kalt empfundenen deutschen Gesellschaft.

Weiterhin wird mit zunehmenden Alter und den damit oft verbundenen Einschränkungen wie schweren und chronischen Erkrankungen vermehrt die Sinnfrage gestellt, wobei eine Rückbesinnung auf bekannte religiöse Muster Kraft und Zuversicht vermittelt. Etwa zwei Drittel der im Kreis Unna befragten älteren Migranten besuchten in unterschiedlicher Regelmäßigkeit religiöse Einrichtungen (vgl. FFG 2001, 45 f.). Zudem teilen viele die Religionszugehörigkeit und –ausübung mit vertrauten Menschen. In dieser Beziehung ist kultur- und religionsspezifisches Fürsorgeverhalten meist selbstverständlich. Für die muslimische Kultur bedeutet dies z.B. Respekt gegenüber

geschlechtsspezifischen Rollenunterschieden, Wissen über kulturelle Tabus und Werte (z.B. Verbot von Rauchen, Trinken und Schweinefleisch) sowie Unterstützung zur „Wahrung des Gesichts“ (vgl. Müller-Wille 2001, 21 u. 24-26). Die Wiederbelebung der Ethnie und die Rückbesinnung auf ethnischen Enklaven lässt auf die hohe Bedeutung der innerethnischen sozialen Netzwerke als Möglichkeit zur Bewahrung der Identität sowie zur Kompensation von Verlusten im Alter schließen (vgl. Baric-Büdel 2001, 35).

3.1.4.6 Auflösung von Familienverbänden

Trotz bleibender Verhaftung in den soziokulturellen Nischen der Heimatländer haben sich auch bei Migranten grundlegende Normen, Werte und Traditionen gewandelt. Die meisten Einwanderer aus dem Mittelmeerraum entstammen familienzentrierten Gesellschaften, die sich durch eine kollektivistisch, eng aufeinander bezogene Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie auszeichnen. Zentrale Werte sind Ehrlichkeit, Ehre und Ansehen sowie Geduld und Respekt gegenüber Älteren, wobei der Autorität des Vaters eine gesonderte Bedeutung zukommt. Bei vielen familienzentrierten Gruppen wird in der Migration und mit steigendem Alter allerdings beobachtet, dass die ursprüngliche Einteilung in Eigen- und Fremdgruppe auf eine Trennung zwischen Herkunftsgesellschaft und Aufnahmegesellschaft übertragen wird. Dieser Mechanismus kann neben anderen Faktoren, z.B. Diskriminierungserfahrungen, dazu führen, dass sich viele ältere Einwanderer zu Mitgliedern der eigenen ethnischen Gruppe hingezogen fühlen, während angesichts der Aufenthaltsdauer die Kontakte zur deutschen Gesellschaft eher gering geblieben sind (vgl. Tuna 2001, 218-223).

Dennoch haben sich im Laufe der Zeit viele Migrantenfamilien gewandelt. Sie passten sich auf verschiedenen Ebenen deutschen Werten und Gebräuchen an. Trotz ihrer innerethischen und familiären Ausrichtung öffnen sich die sozialen Netzwerke in zunehmendem Maß und weisen vielerorts bereits Lücken auf, so dass insbesondere die Versorgung im Falle schwerer Pflege- und Hilfsbedürftigkeit nicht mehr familiär tragbar ist (vgl. Koch-Straube 2001, 388). Somit wird in der Zukunft eine Unterstützung durch professionelle Pflegedienste zunehmend erforderlich sein, da diese eine Versorgung der Pflegebedürftigen ausreichend sichern können (vgl. Baric-Büdel 2001, 35).

3.1.4.7 Bewahrung der Rückkehrillusion

Ein spezifisches Lebenslagenmerkmal der Gastarbeiter ist ihre Rückkehrorientierung. Die meisten Arbeitsmigranten planen seit Beginn der Migration ihre spätere Rückkehr, um das hier verdiente Geld in einen Alterswohnsitz im Heimatland zu investieren. Tatsächlich aber pendelt ein Großteil der älteren Migranten zwischen Heimat- und Aufnahmeland. Dieses Verhalten resultiert aus dem Dilemma, sich entweder für einen dauerhaften Rückzug in die Heimat oder zugunsten eines Lebensabends in Deutschland zu entscheiden. Argumente für eine Rückkehr sind vor allem die emotionalen Bindungen, Erinnerungen an die Kindheit und Jugend, das wärmere Klima oder die Vorstellung, in der Heimat zu sterben und dort beerdigt zu werden. Über 80 % der in der Hamburger Untersuchung Interviewten äußerten den Wunsch nach ihrem Tod in ihrer Heimat bestattet zu werden (vgl. BAGS 1998, 65).

Aspekte für ein Altwerden in Deutschland sind vor allem die hier lebenden Kinder und Enkelkinder, eine bessere medizinische Versorgung, Angst vor einer erneuten Migration oder dem Verlust neu geknüpfter Kontakte. Hinzu kommen wachsende Zweifel, da sich die Situation in den Heimatländern inzwischen verändert hat und etliche Heimatorte nicht mehr in ihrer gewohnten Form existieren. Viele Zuwanderer sind in ihrer Heimat zu Fremden geworden, Zurückgekehrte werden z.B. in der Türkei als „Almanyali“, also Deutschländer, abgestempelt (vgl. BAGS 1998, 18). Insgesamt ist davon auszugehen, dass ein Großteil der hier lebenden älteren Migranten ihren Lebensabend in Deutschland verbringen wird. Auf die Frage nach ihrer Bleibeabsicht antworteten lediglich 17 % der Befragten der Hamburger Studie, dass sie in ihre Heimat zurückkehren möchten (vgl. BAGS 1998, 59). Um eine gegenwärtig konkrete Entscheidung zu vermeiden, bewahren sich viele ältere Migranten eine Option auf Rückkehr, die sogenannte „Rückkehrillusion“. Ein klarer Entschluss für Deutschland und gegen die Heimat würde die gesamte bisherige Lebensplanung, für die keine Mühen gescheut und zum Teil auch Diskriminierungen ertragen wurden, anzweifeln. Bei den zunehmend älter werdenden Gastarbeitern scheint jedoch eine eindeutige Entscheidung angesichts der gesundheitlichen Einschränkungen unumgänglich. Die meisten werden oder haben sich für ein Leben in Deutschland entschieden, aber die Gedanken an die Heimat bleiben bestehen (vgl. Baric-Büdel 2001, 30 f.; Müller-Wille 2001, 23 f.; Delkos 2002, 132).

3.1.4.8 Weitere Faktoren der Benachteiligung

Eine weitere Benachteiligung gegenüber Deutschen gleichen Alters zeigt sich in der Schulbildung. Die meisten älteren Ausländer verfügen über keinen Schulabschluss, wobei viele sogar Analphabeten sind (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, in: Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 101). Dieses Bildungsdefizit bestätigt auch die Hamburger Studie. Demnach haben fast ein Viertel der Befragten nie eine Schule besucht und fast die Hälfte war nur maximal fünf Jahre eingeschult (vgl. BAGS 1998, 66).

Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bedeutet Gesundheit weitaus mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Die WHO versteht unter Gesundheit ein positives Konzept, das neben körperlichen Fähigkeiten ebenso soziale und individuelle Ressourcen beinhaltet. Zu den gesundheitsfördernden und -bewahrenden Faktoren gehören vor allem angemessene Wohnbedingungen, Frieden, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit (vgl. WHO 1986, 1). Der Gesundheitszustand einer Person ist demnach abhängig von den oben genannten Aspekten. In Anbetracht der Lebensbedingungen älterer Migranten kann ohne weiteres von einem Mangel an Grundvoraussetzungen für ein gesundes Leben gesprochen werden.

Die Bewältigung der Lebenssituation im Alter, aber auch das Maß der Integration, ist sowohl von der Persönlichkeit der Person und der psychischen und physischen Belastbarkeit abhängig, als auch von der Möglichkeit, Einfluss auf die neue Lebenswelt nehmen zu können. Gerade bei Integrationsprozessen ist die Art und Dauerhaftigkeit der Unterstützung und Begleitung ausschlaggebend (vgl. Koch-Straube 2001, 387).

Auch in der Beziehung zwischen älteren Migranten und deutscher Altenhilfe zeigen sich Benachteiligungen, da beide Gruppen nur wenige Informationen über den jeweils anderen besitzen. Einerseits finden ehemalige Gastarbeiter bisher nur wenig Beachtung in der Altenpflege und andererseits werden die Dienstleistungen und Programme der Altenhilfe kaum von ausländischen Senioren wahrgenommen.

3.2 Stand und Entwicklung

3.2.1 Zugangsbarrieren zwischen Migranten und Altenpflege

Gegenwärtig existieren sowohl auf der Seite der alt gewordenen Migranten als auch seitens der Institutionen der Altenhilfe Zugangsbarrieren. Ausländisches Klientel ist in deutschen Alteneinrichtungen bisher eher selten vertreten. Dies ist eigentlich nicht verwunderlich, da beiderseits Vorurteile, falsche Annahmen und vor allem wenige Kenntnisse über den jeweils anderen bestehen. Diese Barrieren sind Stolpersteine auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege. Sie bedürfen daher einer ausführlichen Erfassung, Diskussion und Intervention.

3.2.1.1 Barrieren seitens älterer Migranten

Ältere Migranten scheuen sich oftmals vor der Inanspruchnahme von Einrichtungen der deutschen Altenhilfe, da sie in der Regel nur wenige Informationen zu den bestehenden Angeboten besitzen oder orientierungslos der Vielfalt von Diensten, Einrichtungen und Möglichkeiten im Altenbereich gegenüberstehen. Durch Verständnis- und Sprachprobleme treten bei vielen älteren Migranten Verunsicherungen und Hemmungen im Umgang mit deutschen Altenhilfeprogrammen auf. Die Kontakte zu den Institutionen beschränken sich daher meist auf Einrichtungen der eigenen Nationalität. Viele Migranten stammen aus ländlichen Regionen, die damals wie auch heute nur über eine mangelhafte soziale und gesundheitliche Infrastruktur verfügen (vgl. Backhaus-Maul/ Vogel 1992, 170). Der Hamburger Studie nach sind kaum einem Drittel der befragten älteren Migranten teilstationäre Einrichtungen oder Altenwohnungen bekannt. Nur 19 % der älteren Türken wissen von der Existenz ambulanter Dienste (BAGS 1998, 122). Dieses Informationsdefizit konnte auch im Rahmen der FFG-Studie bestätigt werden (vgl. Schmidt 2003, 25).

Eine weitere Barriere auf Seiten der Migranten basiert auf deren Rückkehrorientierung. Nach wie vor beschäftigt sich ein Großteil der älteren Zuwanderer mit einem Rentnerdasein in ihrer Heimat. Aus diesem Grund vermeiden viele Einwanderer Verbindlichkeiten gegenüber der deutschen Altenhilfe. Den Gedanken an eine Versorgung im deut-

schen Pflegeheim verdrängen sie mit Hilfe ihrer Rückkehrillusion, da diese ihnen die Option des Zurückkehrens offen hält und somit psychologisch stabilisierend wirkt. Weiterhin vertrauen viele ehemaligen Gastarbeiter auf die spätere Pflege durch ihre Kinder. Die nachfolgenden Generationen haben sich jedoch dem deutschen Wertesystem dahingehend angepasst, dass Frauen ebenfalls eine Ausbildung absolvieren, einen Beruf ergreifen und somit als potentielle Pflegenden mehr und mehr ausscheiden.

Darüber hinaus ist die zunehmende Hochaltrigkeit unserer Gesellschaft ein absolut neues Phänomen. Insbesondere beim nicht professionellen Umgang mit speziellen Krankheitsbildern im Alter, wie z.B. Demenz, stoßen auch Migrantenfamilien früher oder später an ihre Grenzen (vgl. Bauer/Gröning 2003, 8). Zudem haben aufgrund der räumlichen Trennung nur wenige ältere Migranten ihre Eltern altern sehen. Daher verfügen sie über kein direkt erlebtes Bild vom Altwerden der eigenen Ethnie. Das Bild von den alternden Großeltern, die fürsorglich von ihren Kindern betreut werden, wird konserviert. Hinzu kommt, dass einige ältere Arbeitsmigranten eine falsche Vorstellung vom Leben alter Deutscher verinnerlicht haben. Sie nehmen an, dass ältere Einheimische von ihren Kindern allein gelassen werden und ihren letzten Lebensabschnitt in einem Altenheim verbringen müssen (vgl. Müller-Wille 2001, 25). Einsamkeit wirkt abschreckend auf einen familienzentrierten Menschen, der seinen Ruhestand inmitten der vertauten Menschen, die ihm seine kulturellen Gewohnheiten sichern, verbringen möchte. Ein weiteres Hindernis ist die oftmals schlechte Erfahrung mit deutschen Behörden. Geringe Deutschkenntnisse und die nicht ganz unbegründete Furcht vor einer Abschiebung bei Inanspruchnahme von Hilfeleistungen verstärken dieses Problem (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 11 u. 101 f.; Müller-Wille 2001, 24 f.).

Die unbefristete Aufenthaltserlaubnis wird in § 24 des Ausländergesetztes (AuslG) geregelt. Nach § 24 Absatz 1 ist die Aufenthaltserlaubnis unbefristet zu verlängern, wenn der Ausländer die Aufenthaltserlaubnis seit fünf Jahren besitzt (vgl. AuslG 2003). Falls die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, erhalten Ausländer, die schon länger in Deutschland leben, eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung. Die unbefristete Aufenthaltserlaubnis sichert den Daueraufenthalt in der Bundesrepublik. Allerdings kann auch der Aufenthaltsstatus von Ausländern, die schon Jahrzehnte in Deutschland leben, aus unterschiedlichen Gründen unsicher werden (vgl.

Frewer 2001, 13). Wenn gemäß § 24 Absatz 2 der Ausländer nicht erwerbstätig ist, wird die Aufenthaltserlaubnis des Absatzes 1 nur dann verlängert, wenn der Lebensunterhalt des Ausländers aus eigenem Vermögen, aus sonstigen eigenen Mitteln oder noch für sechs Monate durch einen Anspruch auf Arbeitslosengeld gesichert ist (vgl. AuslG 2003, § 24). Der Status eines Ausländers wird demnach unsicher, wenn er keiner Erwerbstätigkeit nachgeht und sein Lebensunterhalt nicht ausdrücklich gesichert ist. Da viele ältere Migranten geringe Renten erhalten, befinden sie sich in einer schlechten finanziellen Lage. Faktisch führt ein Großteil der Einwanderer der ersten Generation ein Leben unter der Sozialhilfegrenze. Aus Angst vor Ausweisung und Benachteiligung wenden sie sich jedoch nicht an deutsche Behörden (vgl. Frewer 2001, 13).

3.2.1.2 Barrieren seitens der Altenpflege

Auch auf Seiten der Altenhilfe gibt es eine Vielzahl von Barrieren gegenüber älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Altenpflege, die zum Teil noch die übliche „Warten-auf-Nachfrage-Struktur“ vertritt, kann der Lebenssituation von Migranten nicht gerecht werden. Die meisten Einrichtungen sowie Angebote und Strukturen sind monokulturell geprägt und vertreten nur wenig Sprachvielfalt. Hinweisschilder und Speisepläne sind ausschließlich in deutscher Sprache verfasst. Auch Gottesdienste und Feiertage werden überwiegend in christlicher Tradition gefeiert. Weiterhin haben sich bisher wenige Einrichtungen gezielt um den Kontakt zur älteren Migranten bemüht. Grundsätzlich kann von einem Interesse der Altenhilfe an interkultureller Pflege ausgegangen werden, wobei es jedoch bisher an professionellen Fortbildungsmöglichkeiten fehlt. Viele Einrichtungen beklagen im Tagesgeschäft eine starke Arbeitsüberlastung bei chronischem Personalmangel, der ihnen kaum Spielraum für eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema „Alter und Migration“ lässt. Die meisten Institutionen sind unsicher im Umgang mit Einwanderern, da sie nur wenig über deren Lebenslage, Bedürfnisse und kulturellen Hintergrund wissen.

Zudem nehmen deutsche Institutionen derzeit keine aktive Nachfrage seitens älterer Migranten wahr. Infolge dessen verschieben sie die Lösung der Problematik auf die Zukunft, obwohl gerade jetzt dringender Handlungsbedarf in Richtung einer interkulturellen Altenpflege besteht. Zwar sind die ehemaligen Gastarbeiter durchschnittlich jün-

ger als deutsche Senioren, aber ihr Gesundheitszustand ist aufgrund besonderer physischer und psychischer Belastung durch starke Arbeitsbelastungen und Migrationserfahrungen erheblicher schlechter (vgl. Müller-Wille 2001, 21-28; Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2001, 102 f.).

Die Pflege argumentiert, dass die meisten ehemaligen Gastarbeiter noch nicht im pflegebedürftigen Alter sind, denn die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit wächst in der Regel erst ab dem 80. Lebensjahr signifikant an. Aufgrund der hohen gesundheitlichen Belastung ist bei der Gruppe der älteren Zuwanderer aber von einer früheren Pflegebedürftigkeit bzw. einem erhöhten Pflegerisiko auszugehen (vgl. FFG 2001, 5). Dabei verkennt die Altenhilfe den dringenden Bedarf an migrantengerechten Angeboten, die eine langfristige Investition für diese Zielgruppe bedeuten würden (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2001, 103). Zudem besteht die Gefahr der Fehldiagnostik im Gesundheits- und Pflegebereich. Häufig werden Pfleger und Ärzte mit Aussagen wie „mein Gehirn ist haltlos“ oder „es hat mein Herz durchstochen“ konfrontiert. Ohne interkulturelle Qualifizierung und den Einsatz von professionellen Dolmetschern ließe sich wahrscheinlich im ersten Fall laienhaft auf Kopfschmerzen und im zweiten auf Herzbeschwerden schließen. Tatsächlich verbirgt sich hinter der ersten Aussage der Verlust jeglicher Kontrolle über das Leben, während beim zweiten Fall die Illustration eines Verlusterlebnisses geschildert wird. Viele Mediziner und Pfleger haben daher bereits abenteuerliche Bezeichnungen wie z.B. „Morbus Bosperus“ oder „Türkenbauch“ für nicht identifizierbare Erkrankungen kreiert (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, 133; Leyer 1991, 80). Auch im Psychiatriebereich fehlen bisher vielen deutschen Ärzten entsprechende interkulturelle Kenntnisse. Infolge dessen ordnen sie Behandlungen von somatischen Erkrankungen an, obwohl psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich wären. Solche falschen Befunde führen zum Misserfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen und letztendlich zu hohen Folgekosten für die Krankenkassen (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, 101; Grieger 2001, 17).

Da viele ältere Migranten ebenso wie ältere Deutsche jahrelang in Sozialversicherungskassen einbezahlt haben, erwirken sie selbstverständlich das Recht auf Gleichbehandlung im Pflegefall. Vielmehr sollte jedem kranken und pflegebedürftigen Menschen ein Anspruch auf Unterstützung allein aus der heilkundlichen Tradition heraus zugestanden werden, da Hilfe in der Not grundsätzlich unabhängig von Bildung, Status, Einkommen,

Geschlecht, Religion und bürokratisch verhafteten Aufenthaltsrechten zugeteilt und verwirklicht werden sollte (vgl. Kollak 2002, 10). Gegenwärtig verfügt die Altenhilfe nur über wenig Erfahrung im Umgang mit dem Personenkreis der ehemaligen Gastarbeiter. Somit sollte sie diesem Wissens- und Erfahrungsdefizit schnellstens entgegenwirken, denn ältere Migranten sind die zur Zeit am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland und werden dies voraussichtlich auf lange Zeit hin bleiben (vgl. Grieger 2001, 10).

Neben den Barrieren innerhalb der Einrichtungen, kursieren auch in der Öffentlichkeit abwegige Annahmen vom Leben in Migrantenfamilien, die weniger auf Wissen als vielmehr auf Vorurteilen beruhen. Viele Deutsche nehmen an, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund ausschließlich in Großfamilien versorgt werden. Kollak stellt hingegen dar, dass ein beträchtlicher Teil der Migranten alleinstehend ist, d.h. verwitwet, geschieden oder ledig geblieben. Zuwanderer ab 55 Jahren leben überwiegend in Einzelhaushalten oder Kleinfamilien (74 %) und nur ein wesentlich geringerer Anteil (26 %) ist in Mehrgenerationen-Haushalten zu Hause. Migranten, die inzwischen in der zweiten und dritten Generation hier leben, haben zudem ihr Verständnis von familiären Verpflichtungen geändert. Der Großteil der in Deutschland lebenden älteren Menschen mit Migrationserfahrungen wird entgegen gängiger Meinungen wahrscheinlich nicht familiär versorgt. Diese Aufgabe fällt professionellen Pflegediensten zu (vgl. Kollak 2002, 9).

Zur Annäherung von Altenhilfe und ehemaligen Gastarbeitern verweist der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege auf die Zugehende Beratung, die als Zeichen von Offenheit die Bedürfnisse der älteren Migranten bewusst berücksichtigt und mit Hilfe konkreter Lösungsvorschläge und symbolisch geäußerten Respekt vor der kulturellen Identität der Gastarbeiter vorgeht (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 97). Ältere Migranten werden diesem Ansatz zufolge dort kontaktiert, wo sie leben und sich aufhalten, z.B. in Moscheen, internationalen Zentren oder Teehäusern, da sich die Kontakte von älteren Zuwanderern zu Einrichtungen im Freizeitbereich überwiegend auf Einrichtungen der eigenen Nationalität konzentrieren (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 101 f.).

3.2.1.3 Möglichkeiten zur Überwindung der Barrieren

3.2.1.3.1 Zugehende Beratung

Die Zugehende Beratung ist einer der Ansätze, die zur Überwindung der Grenzen zwischen Altenhilfe und älteren Migranten entwickelt worden sind und im Rahmen dieser Arbeit als Interventionsmöglichkeit benannt werden sollen. Mit Hilfe eines sensiblen Vorgehens möchten die beteiligten Institutionen bei diesem Beratungsansatz eine Vertrauensbasis schaffen und gleichzeitig versuchen, dem tiefsitzenden Misstrauen gegenüber deutschen Behörden entgegenzuwirken. Im Rahmen dieses Annäherungsversuchs sind auch präventive Maßnahmen vorgesehen. Präventiv kann z.B. eine Beratung am Arbeitsplatz stattfinden, wo baldige Rentner in Kooperation mit den Arbeitgebern über die verschiedenen Einrichtungen der Altenarbeit aufgeklärt werden.

Unbedingte Voraussetzung für die Zugehende Beratung ist der Einsatz muttersprachlicher Mitarbeiter, da diese perfekt die jeweilige Fremdsprache beherrschen. Beste Voraussetzung zum Erstkontakt mit der Zielgruppe ist dabei die durch eigene Migrationserfahrungen entwickelte Sensibilität. Des Weiteren können Multiplikatoren, z.B. Ärzte oder Sozialarbeiter ausländischer Herkunft, Wegbereiter zur ersten Kontaktaufnahme mit der zukünftigen Zielgruppe sein. Als Voraussetzung für eine vertrauensaufbauende Konversation ist die Aneignung von speziellen Informationen hinsichtlich der Migrationsgeschichte, der jeweiligen Kultur und der darin üblichen Kommunikationsstile unumgänglich. Vor allem müssen die Vertreter der Einrichtungen glaubhaft vermitteln, dass sie ernsthaftes Interesse an der Gruppe der älteren Migranten hegen und bewusst den interkulturellen Austausch suchen.

Eine weitere entscheidende Maßnahme bei der Zugehenden Beratung ist die Kooperation mit Migrationsdiensten und Migrationsorganisationen. Beide Institutionen verfügen bereits seit langem über wichtige Erfahrungen mit älteren Migranten, da sie ältere Gastarbeiter teilweise seit ihrer Einreise in Deutschland begleitet haben. Durch die Zusammenarbeit von Altenpflege, Migrationsdiensten und Migrantenorganisationen kann ein effizientes Wirkungsfeld zur Begegnung der Kulturen im Kontext der Pflege geschaffen werden (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 154).

Die Zugehende Beratung als kultursensibler Ansatz der Öffentlichkeitsarbeit kann allerdings nur dann funktionieren, wenn eine strukturelle Verankerung seitens der Einrichtungen und der Sozialpolitik durch die Investition von finanziellen Mitteln sowie personellen und zeitlichen Ressourcen gewährleistet ist. Darüber hinaus sollten die bei der Beratung erhobenen Daten über Lebenslagen und Bedürfnisse der Migranten sorgfältig gesichert und systematisiert werden, da sie unverzichtbare Informations- und Bezugspunkte beim Prozess der interkulturellen Öffnung darstellen und bei der Planung entsprechender Angebote miteinbezogen werden sollten (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 152 f.).

Hürden zwischen Arbeitsmigranten und Altenhilfe können nur durch den Einsatz von partizipierenden Ansätzen überwunden werden. Innovative und kultursensible Öffentlichkeitsarbeit kann in Zusammenarbeit mit Migrationsdiensten, Migrantenorganisationen, Kommunen sowie Kranken- und Pflegekassen bei der Begegnung mit ehemaligen Gastarbeitern ein Türöffner sein. Ältere Migranten sollten jedoch nicht als neue Kunden der Altenhilfe angeworben werden, um dann alle älteren Menschen gleich zu behandeln. Dabei würden bestehende Differenzen zwischen deutschen und nichtdeutschen Älteren, die sich schon allein aus den verschiedenen Lebensläufen ergeben, achtlos vernachlässigt. Ein weiterer folgenschwerer Fehler wäre eine Gleichschaltung oder Reduzierung auf homogene Herkunftskulturen, denn interkulturelle Pflege sollte dem alten Menschen ein Leben mit seinen individuellen kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnissen ermöglichen und ihm nicht achtlos den Status des „Deutschen“ oder des „Türken“ aufzwängen. Diese stereotype Zuweisung von Eigenschaften kann sich nur kontraproduktiv auf die Pflegebeziehung auswirken (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 11 f.).

3.2.1.3.2 Projektreihe „Älterwerden in Deutschland“

Ein weiterer Ansatz zur Überwindung der bestehenden Barrieren zwischen deutscher Altenhilfe und älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist das Projekt „Älterwerden in Deutschland“. Dieser konkrete Ansatz ähnelt dem vorherigen Konzept in einigen grundlegenden Aspekten wie der Kooperation von Altenhilfe und Migrationsdiensten. Diese Informationsreihe für ältere Migranten türkischer Herkunft wurde im Jahr 1997

im Rahmen einer interdisziplinären Fachtagung zum Thema „Alter, Migration und Betreuung älterer Gastarbeiter“ vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) vorgestellt. Die Vortragsreihe wurde nach niederländischem Vorbild entwickelt, wo in der Begegnung von Altenhilfe und älteren Türken bereits große Erfolge erzielt werden konnten. Zur interdisziplinären und trägerübergreifenden Projektgruppe gehören u.a. die Integrationsbeauftragte der Bundesregierung, das DRK-Generalsekretariat, das Referat für Multikulturelles der Stadt Bonn und die Bonner Altenhilfe. Das Modul soll einen wichtigen Beitrag zur systematischen Vernetzung von Migrationsarbeit (interkulturelle Kompetenz) und Altenhilfe (altenspezifische Kompetenz) leisten (vgl. Fach 2001, 33-40).

Im Projekt wird besonderen Wert auf die Kooperation mit Migrationsdiensten gelegt, da sie sowohl über migrationsspezifisches als auch allgemeiner über interkulturelles Wissen verfügen. Im Gegensatz zur Altenpflege stehen Migrationsdienste bereits in langjähriger Beziehung zur Zielgruppe. Über einen langen Zeitraum hinweg sind sie die einzigste Anlaufstelle gewesen und genießen somit großes Vertrauen bei den ehemaligen Gastarbeitern (vgl. Al-Barghouti 2001a**,** 46). Die Projektgruppe erhofft sich, dass beide Parteien von dem interkulturellen Fachaustausch profitieren. Das Programm erfolgt im wesentlichen in drei aufeinanderfolgenden Schritten, wobei zunächst die emotionale Seite erörtert wird. Dabei werden die älteren Migranten bezüglich ihren Ängsten und Sorgen befragt, die ihnen den Kontakt zu deutschen Alteneinrichtungen versperren. Im zweiten Teil des Programms werden die türkischen Teilnehmer ausführlich über Angebote der Altenhilfe informiert und schließlich findet eine Ermittlung der Wünsche und Erwartungen der älteren Migranten zu den Dienstleistungen der deutschen Alteneinrichtungen statt.

Während ältere Türken bei diesen Treffen wichtige Informationen über Angebote zur Freizeitgestaltung und zu Pflegeheimen erfahren, können deutsche Institutionen anhand der Ergebnisse spezifischer und effizienter auf den Bedarf der älteren Migranten eingehen. Mit Hilfe eines ausgereiften methodisch-didaktischen Konzepts soll die Vermittlung der Informationen auch den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Zielgruppe gerecht werden. Die Träger achten dabei besonders auf den Einsatz vieler Medien wie Videofilme, Poster oder Overhead-Folien, damit auch Analphabeten den Informationen folgen können. Die Altenhilfe wirbt in Zusammenarbeit mit Migrationsdiensten vor Ort, d.h. die älteren Türken werden in ihrer vertrauten Umgebung, z.B. in Moscheen, aufge-

sucht, wo sie zweisprachige Informationsblätter zu den Veranstaltungen erhalten. Die grundsätzlich zweisprachige Konzeption und der Einsatz von Dolmetschern wirken Sprachbarrieren entgegen (vgl. Fach 2001, 40 f.). Institutionen der Altenhilfe können die gesammelten Projektmedien und -materialien in Form eines Informationskoffers beziehen. Naheliegendes Ziel ist es möglichst viele ältere Migranten zu erreichen und aussagekräftige Informationen über Wünsche, Unsicherheiten und Ängste der Ausländer zu erhalten. Langfristig wäre eine flächendeckende Implementierung des Informationskoffers im Sinne einer interkulturellen Öffnung der Altenhilfe wünschenswert. Die Informationsreihe wurde u.a. beim DRK in Berlin und bei der AWO in Bremen 1998 erfolgreich eingesetzt (vgl. Al-Barghouti 2001b, 66 f.).

Einen weiteren wichtiger Impuls hinsichtlich der allgemeinen Meinung über ältere Migranten liefert Müller-Wille. Sie verdeutlicht, dass die Vorstellung von alten Menschen, und insbesondere von alten Migranten, ein Produkt unseres Geistes ist, da wir dazu tendieren, das Leben in der Migration im Vergleich zum eigenen als defizitär abzuwerten. Wir stellen uns ein Dasein vor, das von Erfahrungen des immer währenden Fremdseins, der inneren Rastlosigkeit und dem zeitlich begrenzten Kompromiss des Pendelns geprägt ist. Diese Bilder bestimmen das Handeln und vermögen es jegliche objektive Perspektive zu verwehren. Wir neigen unaufhörlich dazu, Migranten in eine Objekt- oder Opferrolle zu drängen, ihnen „Kultur als Schicksal“ überzustülpen. Jedoch wird es höchste Zeit, dass wir, als Vertreter der Mehrheitskultur, aber auch Migranten selbst, diese Annahme korrigieren. Einwanderer der ersten Generation sind Pioniere, da sie trotz vieler schmerzhafter Verlust- und Diskriminierungserfahrungen gelernt haben, ihre eigene kulturelle Identität zu bewahren und auf Veränderungen flexibel zu reagieren (vgl. Müller-Wille 2001, 30-32). Trotz großer Distanz haben sie Beziehungen zur Heimat aufrecht erhalten. Sie bewiesen Lern- und Durchhaltevermögen, indem sie sich eine andere Sprache oder sogar eine andere Schrift angeeignet haben. Dies sind nicht die Taten von unmündigen Opfern, sondern von lernfähigen, kreativen Akteuren ihres eigenen Lebens und ihrer eigenen Geschichte (vgl. Kiesel/Volz 2002, 60).

Deutsche Alteneinrichtungen sollten statt einer „Komm-Struktur“ eine „Geh-Struktur“ nach außen geltend machen. Ausgehend von der Erkenntnis, dass ältere Migranten ihren Bedarf nur selten einfordern, ist der erste Begegnungsschritt von den deutschen Alteneinrichtungen zu setzen (vgl. Fach 2001, 41). Auch im Hinblick auf die theoretische

Auseinandersetzung mit dem Thema „Pflege und Kultur“ sind die ersten Ansätze von Vertretern der Mehrheitskultur entwickelt worden.

3.2.2 Theorie der transkulturellen Pflege nach Leininger

Im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung zum Thema „Kulturrelevante Pflege“ wird vorwiegend Bezug auf Ansätze aus der anglo-amerikanischen Forschung genommen. Dabei nimmt die Theorie der transkulturellen Pflege nach Madeleine Leininger eine besondere Stellung ein, da dieser Anfang der 70er Jahre entwickelte Ansatz in der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion um den Zusammenhang von Pflege und Kultur der weitaus bekannteste und am häufigsten zitierte ist (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, 100). In Deutschland begann die Diskussion um kulturelle Sensibilität in der Pflege(forschung) erst mit großer zeitlicher Verzögerung, da bis zu Beginn der 90er Jahre keine entsprechenden akademischen Strukturen innerhalb der Pflege existierten (vgl. Kollak 2002, 7). Der Theorie Leiningers ist es insbesondere zu verdanken, dass der Zusammenhang von Pflege und Kultur auch in deutschen Pflegeseminaren zunehmend thematisiert wird.

3.2.2.1 Entstehung der Theorie

In den 50er Jahren arbeitete die US-Amerikanerin Madeleine Leininger als Krankenschwester in einer Kinderpsychiatrie. Bei ihrer Tätigkeit fiel ihr ein interessanter Sachverhalt auf: Kinder mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund stellten auch verschiedenartige Erwartungen an die Pflegekräfte und zeigten divergente Reaktionen auf deren Verhalten. Leininger bemerkte, dass kulturspezifische Pflegeerwartungen und kulturell bedingte Pflegehandlungen oft in unterschiedlichen Deutungszusammenhängen standen. Daher musste es eine enge Verbindung zwischen Kultur und Pflege geben. Zu diesem Zeitpunkt ist die Kulturbedingtheit von Pflege weder in der Praxis noch in der Theorie öffentlich diskutiert worden. Die meist weißen, christlichen und aus dem amerikanischen Mittelstand stammenden Krankenschwestern, welche die absolute Mehrheit unter den US-amerikanischen Pflegekräften der 50er und 60er Jahre bildeten, schenkten kulturellen Unterschieden nur wenig Aufmerksamkeit (vgl. Habermann 1997,

54). Auch in der Ausbildung des Pflegepersonals war kulturbedachtes Pflegen zu dieser Zeit noch kein Thema (vgl. Leininger 1988, 7 f.).

Leininger entschied sich für ein Studium der Ethnologie, um sich wissenschaftlich fundierte Kenntnisse über andere Kulturen anzueignen (vgl. Leininger 1998, 35 f.). Sie promovierte über die Pflegepraktiken der Gadsup, ein Volk Neu Guineas, mit dem sie Anfang der 60er Jahre ein Jahr lang zusammen lebte und dessen Pflegepraktiken erforschte. Daraufhin begründete Madeleine Leininger die Transkulturelle Pflege (Transcultural Nursing) als neues Gebiet der Pflegewissenschaft. Nachdem im Jahr 1970 ihr erstes Werk „Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend“ erschienen war, veröffentlichte sie im Jahr 1978 ihr Grundlagenwerk „Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices” (vgl. Domenig 2001, 141). Danach folgten noch viele weitere Veröffentlichungen, wobei die Ethnologin stets auf die Zusammenführung von Anthropologie und Pflege als unzertrennliche Bestandteile einer professionellen transkulturellen Pflege bedacht war (vgl. Evers 1997, 172). Ihre grundlegenden Beweggründe sind seither die kulturvergleichende Erforschung der Pflege als universales Phänomen aller Gesellschaften, wobei sie sich ethnologischen Theorien und Modellen bedient. Leininger vertritt die Annahme, dass eine kulturkompetente Pflege nur durch einen multikulturellen Austausch ermöglicht werden kann (vgl. Habermann 1997, 55).

Nach langjähriger Tätigkeit als Professorin für Nursing and Anthropology and Human Research an der Wayne State Universität in Detroit ist Leininger nun emeritiert und arbeitet weltweit als Beraterin und Dozentin für transkulturelle Pflege (vgl. Evers 1997, 172).

3.2.2.2 Theorie der transkulturellen Pflege

Madeleine Leininger bezeichnet die menschliche Fürsorge (Care) als „ (...) den Kern der professionellen Pflege (...)“ und weiterhin als „(...) ihr zentraler, dominierender und regulierender Mittelpunkt“ (Leininger 1998, 60). Jegliche Form der Heilung ist auf menschliche Sorge angewiesen. Care ist daher essentiell für Wohlsein, Gesundheit, Wachstum, Überleben und unverzichtbar im Umgang mit Behinderung und Tod. „(...) Fürsorge bedeutet heilen, die Fürsorge ist gewissermaßen das Medium der Pflegenden,

um bei Menschen zu sein und ihnen zu helfen (...)“ (Leininger 1998, 66). Care ist ein universales Phänomen (Cultural Care Universality), das in jeder Gesellschaft anzufinden ist. Universell stimmt z.B. das auf der ganzen Welt übliche Trösten durch in den Arm nehmen, Streicheln, Schaukeln, Summen oder Singen überein. Fürsorgeverhalten oder -vorstellungen als Ausprägungen von Care können dagegen sowohl universeller als auch kulturspezifischer Art sein (Cultural Care Diversity) (vgl. Leininger 1991, 47).

Leiningers Annahme, dass Kultur und Pflege als universelle Phänomene der Menschheit unzertrennlich sind, lässt sich auch in ihrem Kulturkonzept erkennen. Unter Kultur versteht die Pflegewissenschaftlerin „(...) erlernte, geteilte und übermittelte Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, die das Denken, Entscheiden und Handeln in bestimmten Mustern leiten“ (Leininger 1991, 46). Aus der Definition kann entnommen werden, dass Kultur das menschliche Handeln und somit auch die Pflegehandlung bestimmt.

Für die Praxis schlägt Leininger drei Pflegemöglichkeiten vor, die bei der Versorgung von Menschen anderer kultureller Herkunft als Orientierung dienen (vgl. Schnepp 1997, 5 f.). Bei der kulturellen Bewahrungs- und/oder Erhaltungspflege werden gewohnte Tätigkeiten des Pflegebedürftigen beibehalten. Diese Vorgehensweise wird z.B. realisiert, indem eine Krankenschwester ihren Pflegeplan den rituellen Waschungen eines jüdischen Patienten anpasst. Im Falle kultureller Anpassungs- und/oder Verständigungspflege findet Pflege auf Verhandlungsbasis statt. Schulze-Rostek nennt in diesem Kontext das Beispiel eines strenggläubigen Moslems, dessen rechte Hand durch eine Krankheit funktionsuntüchtig ist und der zum Essen mit der „unreinen“ linken die Erlaubnis eines Geistlichen einholt (vgl. Schulze-Rostek 2002, 156). Bei der Veränderungspflege werden neue Pflegehandlungen gewählt, da die bisher angewendeten kulturellen Pflegemaßnahmen im Alltag der Pflegeeinrichtung schlecht realisierbar sind. Eine türkische Familie bringt als Beispiel ihrer kranken Mutter zur Aufheiterung täglich süßen Nachtisch mit. Die Frau leidet jedoch an Diabetes mellitus und sollte daher stark zuckerhaltige Speisen meiden. Bei der Veränderungspflege könnten die Pflegekräfte mit der Familie vereinbaren, der Mutter ihre Sorge zu zeigen, indem sie ihr statt Süßigkeiten Obst reichen.

Leiningers Ziel ist sowohl die Erforschung des universalen Phänomens Human Care als auch die Bestandsaufnahme der kulturspezifischen unverwechselbaren Charakteristika des Fürsorgeverhaltens in einer Kultur. Madeleine Leininger untersuchte nahezu 60 Kulturen auf deren pflegespezifische Handlungsweisen und Wertevorstellungen hin, wobei sie in erster Linie Migrantengruppen in den USA erforschte. Die Befunde wurden in Tabellen schematisch aufgelistet. Bei ihren Untersuchungen erfasste Leininger kategorisch kulturspezifische Handlungsweisen und Normvorstellungen der verschiedenen Gesellschaften (vgl. Domenig 2001, 142). Zu den grundsätzlichen Werten der anglo-amerikanischen Gesellschaft zählen Individualität, Unabhängigkeit, Materialismus, Jugend und Schönheit. Im krassen Gegensatz dazu steht das Volk der Gadsup, das als wichtigste Wertvorstellung „zu Überleben“ verinnerlicht hat (vgl. Schulze-Rostek 2002, 156).

3.2.2.3 Sunrise-Modell

In den 80er Jahren stellte Leininger anhand des Sunrise-Modells die Transkulturelle Pflege in ihren Zusammenhängen dar. Dieses Modell ist als Mindmap gedacht und beinhaltet sämtliche pflegerelevanten Faktoren die z.B. politischer, ökonomischer, technologischer und sozialer Art sein können. Wie im Schaubild dargestellt, beeinflussen sich die aufgelisteten soziokulturellen Faktoren stets gegenseitig und können daher nicht unabhängig voneinander betrachtet werden (vgl. Abb. 1). Diese Komponenten stehen sowohl untereinander als auch in Bezug auf Culture Care in Wechselwirkung. Familie, Religion, gesellschaftliche Gruppen und verschiedene Pflegesysteme (Folk or Generic System und Professional System) bilden den umfassenden Hintergrund, vor dem transkulturelle Pflege stattfindet. In diesem Sinne gilt Care als Spiegelbild der in einer Kultur vorherrschenden soziostrukturellen Faktoren. Der Pflegende entscheidet sich nach Ermittlung der auf die Pflegebeziehung einflussnehmenden Umwelt (Anamnese) für die optimale Pflegemaßnahme. Dabei wählt er eine Pflegeaktion aus, die vordergründig eine Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion, Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion oder Änderungs- und/oder Umstrukturierungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge verfolgt (vgl. Leininger 1998, 67-70 u. 1991, 42 f.). Das Modell und die darin aufgereihten Faktoren dienen dem Pflegenden in erster Linie als Orientierungsgrundlage zur Erfassung des Weltbilds des Pflegebedürftigen. Dieses Weltbild kann als Schlüssel

zum kulturellen Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis des jeweiligen Patienten betrachtet werden (vgl. Schulze-Rostek 2002, 156).

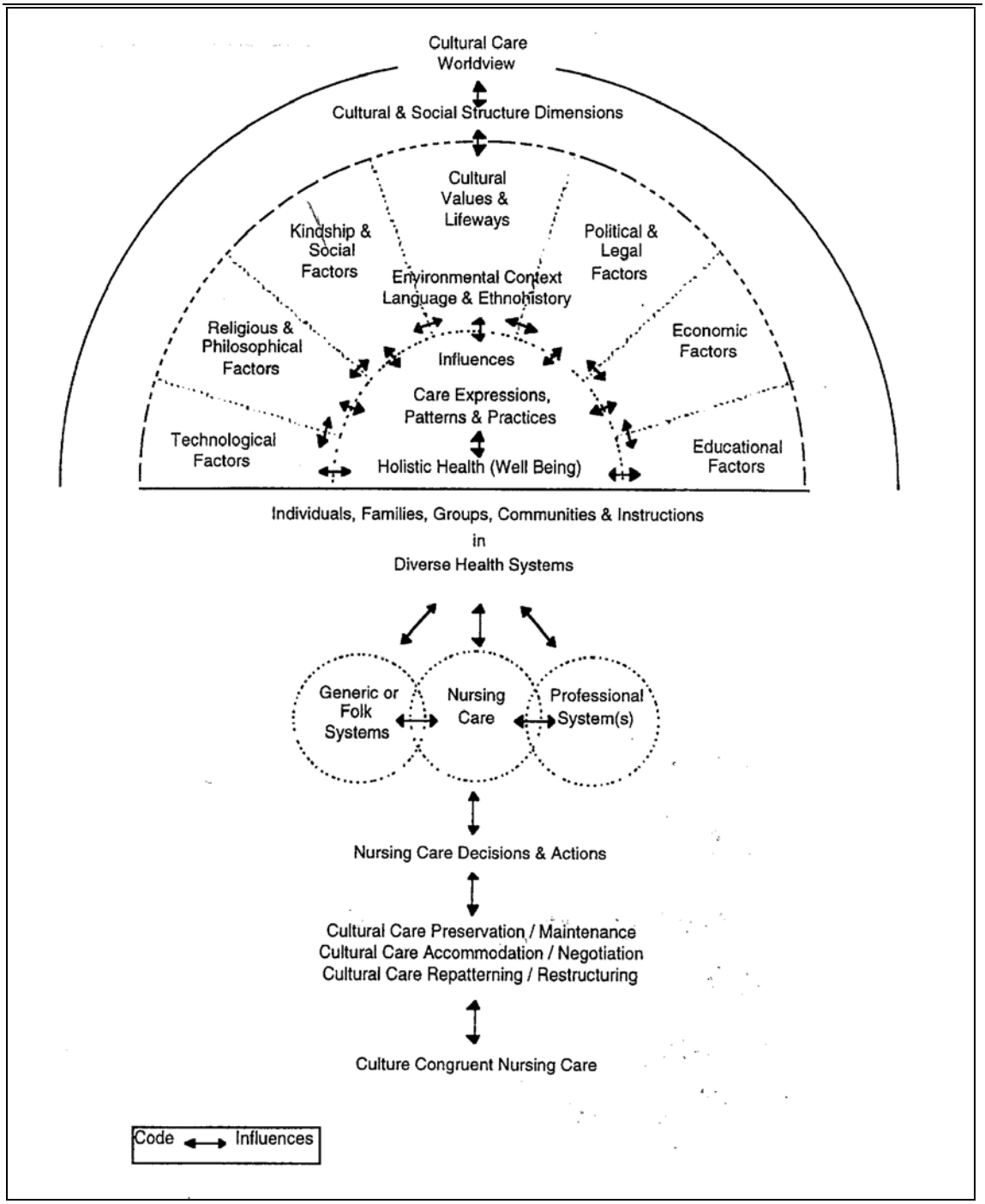


Abb. 1: Das Sunrise-Modell (aus Zielke-Nadkarni 1997, 110)

3.2.2.4 Kritische Betrachtung der Theorie

Leiningers Theorie der transkulturellen Pflege gilt einerseits als die bekannteste und andererseits als die umstrittenste kulturrelevante Pflegetheorie. So rät Schnepp in seiner Ausarbeitung zum Zusammenhang von Kultur und pflegekundiger Ausbildung generell zu einer eher kritischen Haltung gegenüber dieser normativen Theorie. Er kritisiert insbesondere die fehlende Deutlichkeit der Theorie (vgl. Schnepp 1997, 6 f.).

Die Ethnologin Habermann bemängelt an der Konzeption Leiningers, dass grundlegend von einem Anderssein oder einer Außenansicht im Hinblick auf kulturelle Orientierung ausgegangen wird, dem folglich ein Selbstsein oder eine Innenansicht gegenüberstehen muss. Diese kulturelle Differenz sollte nicht unkritisch zum Ausgangspunkt menschlichen Handelns erklärt werden, da eine Fixierung auf Fremdheit zum Ausschluss des anderen führen kann. Transkulturelle Pflege muss mehr leisten als die Aufdeckung kultureller Unterschiede zwischen Pflegepersonal und Klienten. Stattdessen sollte sie auf die grundsätzliche Schwierigkeit der Integration kultureller Faktoren in die Pflegebeziehung hinweisen (vgl. Haberman 1997, 56).

Dornheim ergänzt kritisch, dass in der Theorie das Fremde nur in anderen Kulturen gesucht wird. Dabei legt Leininger ihre eigene Kultur als übergeordneten Maßstab an und verleugnet jegliche soziokulturellen und subkulturellen Unterschiede, die längst Grundlagen etablierter wissenschaftlicher Disziplinen, wie z.B. der Soziologie oder empirischen Kulturwissenschaft, sind (vgl. Dornheim 1997, 27). Weiterhin beanstandet die Sozialwissenschaftlerin, dass in der Theorie nicht auf die Bearbeitung von Konflikten eingegangen wird, die allgegenwärtig beim Aufeinandertreffen verschiedener Erwartungen und Handlungsmuster auftreten. Dornheim erkennt in kulturellen Differenzen ein nicht zu verachtendes Potential und bedauert, dass Leininger diesen wichtigen Aspekt im Rahmen ihrer theoretischen Überlegungen gänzlich ignoriert. Mit Interaktionsstörungen verbindet Dornheim in erster Linie Innovation und die Chance zu einer aufrichtigen kulturrelevanten Kommunikation (vgl. Dornheim 1997, 28).

Weitere Kritikpunkte hinsichtlich der Pflegepraxis liefert Domenig. Sie bemängelt, dass sich die Theorie Leiningers zunehmend in ein „Legitimitätsmodell für eine transkulturelle Pflege“ (Domenig 2001, 145) verwandelt. Domenig befürchtet, dass der Ansatz in der Praxis mehrheitlich als Rechtfertigungsgrundlage für den Geldgeber zur Bewilligung migrationsspezifischer Projekte dient. Die Gefahr liegt in der Simplifizierung des hohen Anspruchs und der weitreichenden Komplexität der transkulurellen Pflegetheorie. Nach Domenig geht mit jeder nicht fachkundlichen Vereinfachung der Theorie ein Verlust grundlegender Inhalte einher. Grundsätzlich fordert sie die Entwicklung neuer Konzeptionen für Praxis und Bildung (vgl. Domenig 2001, 145). Darüber hinaus kritisiert Domenig, dass die von Leininger aufgelisteten Merkmale einer Kultur vom Pflegepersonal wie ein Rezept oder eine Gebrauchsanleitung für den Umgang mit Migranten aufgenommen werden könnten. Zu vermuten ist, dass die durch Zeitnot und Probleme bei der Versorgung von Ausländern gestressten Pflegekräfte für diese konkreten Handlungsgrundlagen offen sind. Auch wenn Leininger beiläufig erwähnt, dass die Tabellen nicht stereotyp zu verstehen sind, besteht generell die Gefahr der Aus- und Abgrenzung kultureller Minoritäten (vgl. Domenig 2001, 143 f.).

Auch die Pflegewissenschaftlerin Kollak warnt vor einer inhumanen Versorgung der ausländischen Patienten anhand normierter Checklisten (vgl. Kollak 2002, 8). Es geht in einer kulturrelevanten Begegnung nicht primär darum, möglichst viele konkrete Informationen über den Pflegebedürftigen zu horten. Stattdessen sollte der Pflegende stets individuell handeln und im Pflegeprozess das Ziel verfolgen sowohl sich selbst als auch den Gegenüber besser kennen zu lernen (vgl. Friebe 2003, 154). Im Mittelpunkt jeglicher pflegerischer Handlung steht das Aufeinandertreffen eines „eigenen Selbst“ auf ein „anderes Selbst“ und nicht das Berufen auf vorgefertigte Listen, die eine Entpersönlichung der Pflegebeziehung zufolge hat (vgl. Kollak 2002, 8).

Zielke-Nadkarni verbindet mit dem Ansatz Leinigers eher ein Modellvorhaben als eine ausgereifte Theorie. Dabei kritisiert sie, dass Leininger in ihrem Sunrise-Modell zwar wesentliche Einflussfaktoren sowie verschiedene Gesundheitssysteme benennt, aber deren direkter Einfluss auf Pflege weitestgehend unklar bleibt (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, 112).

Im Rahmen der kritischen Betrachtung der Theorie Leiningers sollen jedoch auch positive Aspekte aufgezeigt werden. So würdigt Domenig, dass die Theorie der transkulturellen Pflege in den 90er Jahren vielen migrationsspezifischen Projekten als Grundlage diente sowie für die Aus- und Weiterbildung von zentraler Bedeutung war. Weiterhin honoriert Domenig Leiningers Verdienst in den 60er Jahren von der damals vorherrschenden Meinung abzuweichen. Statt in ihrem Ansatz die Subkulturen dem US-amerikanischen Mainstream anzupassen, lehnte Madeleine Leininger Assimilation grundsätzlich ab und betonte vielmehr die Wichtigkeit der Synthese von Pflege und Kultur. Da die Theorie aus heutiger Sicht jedoch zentrale Schwachstellen aufweist, warnt Domenig vor einer unkritischen Übernahme in die Curricula der Pflegeausbildung. Leiningers Ansatz hat sicherlich Beachtung im Rahmen der kulturrelevanten Pflege verdient, sollte aber stets in seinem theoriegeschichtlichen Zusammenhang gesehen werden (vgl. Domenig 2001, 144 f.). Angesichts der steigenden Zahl älterer Migranten in unserer Gesellschaft und infolge dessen auch in den Altenhilfeeinrichtungen müssen dringend adäquate pflegetheoretische Ansätze und Konzepte entwickelt werden (vgl. Hielen 2000, 34 f.). Die Beschäftigung mit kulturrelevanten Modellen allein befähigt die Pflegenden jedoch noch nicht zum interkulturell kompetenten Pflegen. So fordert Habermann, dass Mitarbeiter auf allen hierachischen Ebenen in der Zusammenarbeit untereinander und gegenüber den Klienten zunehmend über interkulturelle Kompetenz verfügen müssen (vgl. Habermann 2003a, 11).

3.2.3 Interkulturelle Kompetenz und Pflegekompetenz

3.2.3.1 Interkulturelle Kompetenz

Im Wörterbuch Psychologie wird Kompetenz als „allgemeine Bezeichnung für die sachliche Zuständigkeit eines Menschen bei der Lösung von Problemen, für bestimmte umschriebene Leistungen oder – als **soziale Kompetenz** – für den Umgang mit Mitmenschen (...)“ definiert (Hervorhebung durch die Autorin) (Wörterbuch Psychologie 2000, 262).

Den Aspekt der sozialen Kompetenz greifen auch Grosch und Leenen auf, da die interkulturelle Kompetenz nach Meinung der beiden Autoren in erster Linie eine um die kulturelle Komponente erweiterte soziale Kompetenz ist. Diese Kompetenz beinhaltet eine Reihe von Elementen wie eine realistische Selbsteinschätzung und differenzierte Selbstwahrnehmung sowie emotionale Stabilität und Ambiguitätstoleranz (vgl. Grosch/ Leenen 2000, 39). Interkulturelle Kompetenz ist als Ergebnis eines interkulturellen Lernprozesses zu verstehen, wobei interkulturelles Lernen als gemeinsame Suchstrategie zu betrachten ist, die kein fest definiertes Ergebnis hervorbringt, sondern sich stattdessen in besserer und erfolgreicher Kommunikation äußert (vgl. Leenen/Groß/ Grosch 2002, 86 f.). Nach Thomas wird interkulturelle Handlungskompetenz nicht einfach als gegeben angesehen, da sie eben das Produkt eines intensiven interkulturellen Lern- und Erfahrungsprozesses ist (vgl. Thomas 2003, 7).

Bei der Zusammensetzung interkultureller Kompetenz unterscheidet Hinz-Rommel zwischen Fähigkeiten (skills), die der Aneignung bedürfen und Einstellungen (attitudes), die zu den Persönlichkeitsbestandteilen gehören. Während zu den Wissensanteilen vor allem Sprachkenntnisse oder Kulturkunde zählen, lassen sich interkulturell relevante Fertigkeiten z.B. an Interaktionsfähigkeit und Stresstoleranz festmachen (vgl. Hinz-Rommel 1994, 69). Nach Maria do Mar Castro Varela ist interkulturelle Kompetenz „(...) eine Kompetenz-Erweiterung, die dazu befähigen soll, adäquater, eventuell auch effizienter, in als interkulturell wahrgenommenen Situationen zu agieren“ (Do Mar Castro Varela 2002, 35). Das Konzept der „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ nach Mecheril übt gerade Kritik an „effizienten“ interkulturellen Trainings, die gänzlich auf die kulturelle Mehrheit, welcher interkulturelle „Fitness“ prophezeit wird, ausgerichtet

sind. Der Autor kritisiert, dass kulturelle Minderheiten bei der Entwicklung von interkulturellen Programmen nicht berücksichtigt werden, da fälschlicherweise davon ausgegangen wird, dass Personen mit Migrationshintergrund auch automatisch eine solche Kompetenz besitzen. Interkulturelle Kompetenz kann und darf kein Instrument zur Erzeugung, Bewahrung und Veränderung sozialer Macht- und Ungleichheitsverhältnisse sein. Nach Mecheril ist derjenige interkulturell kompetent, der sich den Grenzen seines Wissens bewusst ist und sich trotz der Begrenztheit seines Wissenshorizonts offen auf interkulturelle Begegnungen einlässt (vgl. Mecheril 2002, 28 f.).

3.2.3.2 Interkulturelle Pflegekompetenz

Interkulturelle Kompetenz ist längst nicht mehr nur in der Wirtschaft gefragt, da auch in der Pflege die Mitarbeiter in steigendem Maß Kollegen und Klienten begegnen, die aus unterschiedlichen sprachlichen und ethnisch-sozialen Herkunftskulturen stammen (vgl. Habermann 2003a, 11).

Nachfolgend werden einige Ansätze zur inter-, transkulturellen und kulturellen Kompetenz aus der Pflegewissenschaft dargestellt, die größtenteils unterschiedliche Schwerpunkte setzten. Mit der Intention, diese Kompetenz von unterschiedlichen theoretischen Denkrichtungen her umfassend zu beleuchten, werden die Konzepte nebeneinander aufgeführt anstatt sie gegenseitig zu ergänzen. Die Pflegeprofessorin Papadopoulos versteht unter kulturell kompetenten Handeln im Gesundheitsbereich einen „(...) Prozess, den man unternimmt, um kontinuierlich seine Fähigkeiten in der effektiven Gesundheitsvorsorge zu entwickeln und auszudifferenzieren, indem man die kulturellen Glaubensvorstellungen, Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Menschen berücksichtigt“ (Papadopoulos 2003, 89). Uzarewicz betrachtet wie auch Leenen und Grosch in Kapitel 3.2.3.1 transkulturelle Kompetenz als eine erweiterte Form der sozialen Kompetenz. Transkulturelle Kompetenz ist erlernbar und versteht sich als eine besondere Sensibilität in kulturell differenten Situationen. Sie umfasst neben der Reflexion der eigenen Sinn- und Wissenszuordnungen, die Erkennbarkeit der subjektiven Sinn- und Wissenszuordnungen des Gegenübers und schließlich den Versuch des Zusammenschlusses der eigenen und der anderen Sinn- und Wissenszuordnungen, ohne die eigenen normativ einzubringen. Weiterhin beinhaltet transkulturelle Kompetenz nach

Uzarewicz die Entwicklung einer gemeinsamen Vorgehensweise durch die Betonung von Ähnlichkeiten, aber auch Unterschieden sowie die Verabschiedung von selbstverständlichem Kategoriedenken (vgl. Uzarewicz 2003, 33).

Diese Inhalte der transkulturellen Pflege sind auch in den drei Säulen der transkulturellen Interaktionssituation präsent, die im Ansatz von Domenig als die drei Grundkomponenten der transkulturellen Pflege dargestellt werden. Für sie ist transkulturelle Kompetenz Bestandteil jeglicher professionellen Pflege. Professionalität bedeutet daher ebenso Transkulturalität. Die Basis transkultureller Kompetenz bildet eine transkulturell kompetente Interaktionsfähigkeit in kulturellen Überschneidungssituationen. Wie im Modell erkennbar, entsteht transkulturelle Kompetenz aus der Interaktion von Selbstreflexivität, Hintergrundwissen und kulturellen Erfahrungen sowie Empathie (vgl. Abb. 2). Im Rahmen der Selbstreflexivität hinterfragt der Pflegende sowohl seine eigene Kulturabhängigkeit als auch die der pflegebedürftigen Migranten. Die kultureigenen Kenntnisse sind alltäglich im Gebrauch, erscheinen daher als selbstverständlich und werden intuitiv angewendet. In der Altenpflege handelt eine Pflegkraft selbstreflexiv, wenn sie auch die Lebenswelt des Gegenübers akzeptiert und versucht sich dieser möglichst sensibel zu nähern. Schließlich eröffnet Selbstreflexivität neue Sichtweisen und schützt vor Vorurteilen und falschen Einschätzungen.

Weitere Komponenten, die zur transkulturellen Kompetenz führen, sind Hintergrundwissen und kulturelle Erfahrungen, die sowohl im Allgemeinen auf Kultur bezogen sind als auch kulturspezifischer Art sein können. Charakteristisch für kulturübergreifende Inhalte im Pflegebereich ist das Wissen über kulturelle Unterschiede bei Schmerzempfindungen und –äußerungen oder Kenntnisse über medizinethnologische Modelle. Pflegende, die Ernährungsgewohnheiten oder Gebetszeiten von Muslimen kennen, verfügen bereits über spezielleres Wissen. Dabei sollte allerdings beachtet werden, dass sich spezielles kulturelles Know-how stetig wandelt und auf keinen Fall einer bestimmten Personengruppe oder Einzelperson fest zugeordnet werden darf. Grundsätzlich ersetzt kulturelles Wissen noch keine individuelle transkulturelle Pflegeanamnese, in der die persönlichen kulturellen Ausprägungen des Klienten erfasst werden.

Gerade im kulturellen Kontext ist es zudem überaus wichtig, sich dem Gegenüber aufgeschlossen und interessiert zuzuwenden. Empathie und Verstehen vermögen die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden persönlicher und ehrlicher zu gestalten. Einfühlungsvermögen ist eine ganz elementare Voraussetzung in einer Pflegebeziehung, da das Pflegepersonal in vielen verschiedenen Situationen mit der Intimsphäre des Pflegebedürftigen konfrontiert wird. Pflegekräfte passieren tagtäglich beim Waschen, Füttern und Trösten die Privatsphäre anderer. Empathie und Verstehen sowie ein verantwortungsvoller Umgang mit Intimität sind grundlegende Bausteine einer professionellen transkulturellen Pflege (vgl. Domenig 2001, 146-151).

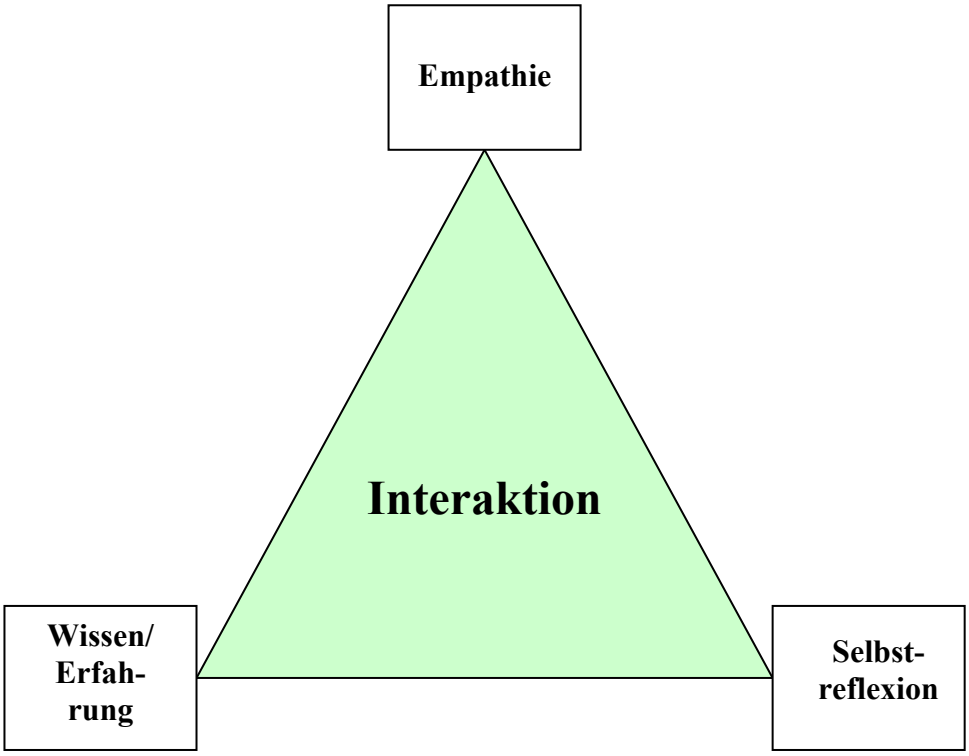


Abb. 2: Transkulturelle Kompetenz nach Domenig (aus Domenig 2001, 148)

Papadopoulos und Lees haben ihrerseits ein Modell zur Entwicklung kultureller Kompetenz entworfen. Wie aus dem Modell entnommen werden kann, vollzieht sich der Prozess zur Aneignung kultureller Kompetenz in vier aufeinander folgenden Phasen (vgl. Abb. 3). Die erste Phase dient der Entwicklung des kulturellen Bewusstseins. In diesem grundlegenden Stadium beginnt der Pflegende seine persönlichen Leitmotive und Wertvorstellungen zu durchleuchten. Er erkennt, dass seine gesundheitsbezogenen

Sicht- und Verhaltensweisen kulturell gebunden sind. In der zweiten Phase eignen sich Pflegekräfte kulturelles Wissen aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen wie der Soziologie, Pädagogik oder Anthropologie an. So können z.B. soziologische Studien Aufschlüsse über kulturspezifisches Gruppenverhalten geben. Kulturelle Sensibilität als dritte Phase ist entscheidend für die Entwicklung einer angemessenen interpersonalen Beziehung. Der Pflegende sollte sich zu diesem Zeitpunkt um einen partnerschaftlichen Umgang mit dem Pflegebedürftigen bemühen. Pflegebeziehungen, die auf einer gleichwertigen Ebene geführt werden, zeichnen sich sowohl durch eine respektvolle und anerkennende als auch durch eine helfende Handhabung aus. In der Entwicklung der kulturellen Kompetenz wird als letztes das praktische Stadium durchlaufen, das der Anwendung der bisher erfahrenen und gelernten kulturellen Fähig- und Fertigkeiten dient. In dieser Phase werden die gewonnene Sensibilität und das kulturelle Fachwissen mit vorhandenen Fähigkeiten in Verbindung gebracht und miteinander verschmolzen. In dieser Phase ist es überaus wichtig, dass der Pflegende sich eine sensible Umgangsweise mit Rassismen, Diskriminierungen und andere Formen repressiven Verhaltens aneignet.

Das Besondere an dem Modell ist, dass Papadopoulos über kulturellgemeine Kompetenz hinausgeht (vgl. Zalucki 2003, 163). Auf Basis der kulturellgemeinen Kompetenz kann sich der Pflegende auch eine kulturspezifische Kompetenz aneignen. Der Entwicklungsschritt von allgemeiner zur speziellen kulturellen Kompetenz verläuft nicht geradlinig, da sich eine Person, bevor sie spezifisch kulturell kompetent ist, parallel zur Entwicklung der kulturallgemeinen Kompetenz zunächst ein spezifisches kulturelles Bewusstsein schaffen muss. Daraufhin sollte sie spezifisches kulturelles Wissen erwerben und sich auch in kulturellen Überschneidungssituationen spezifisch kulturell sensibel verhalten können, bevor sie in dem Stadium der spezifischen kulturellen Kompetenz angelangt ist. In dem Modell von Papadopoulos ist zudem erkennbar, dass sich kulturellgemeine Kompetenz und kulturspezifische Kompetenz stets gegenseitig beeinflussen (vgl. Abb. 3).

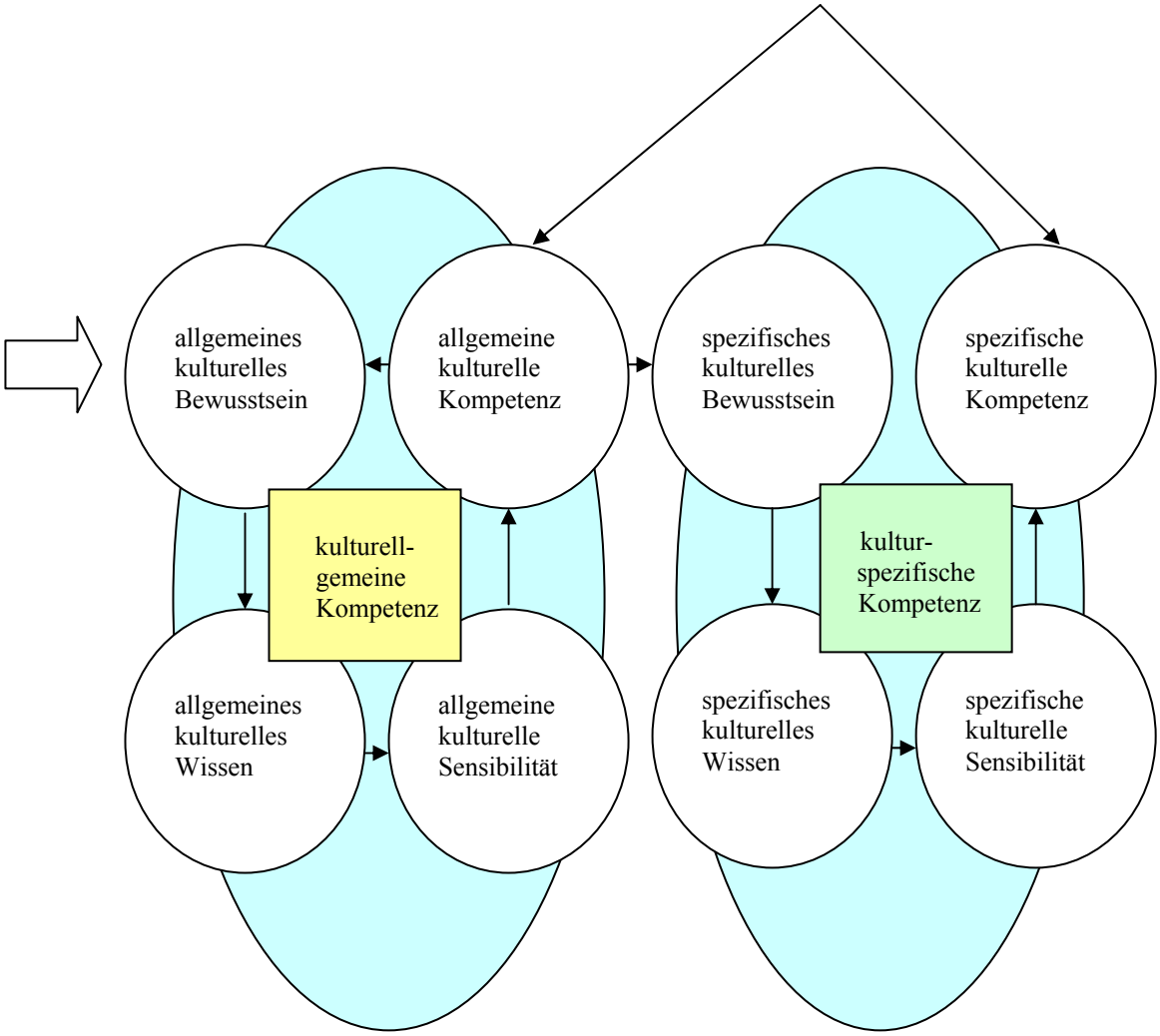


Abb. 3: Das kulturallgemeine und kulturspezifische Modell kultureller Kompetenz von Papadopoulos und Lees (aus Friebe/Zalucki 2003, 91)

Weiterhin äußert sich Papadopoulos zum Einfluss des Wissens bei der Kompetenzentwicklung, wobei kulturübergreifendes Wissen, wie etwa über die kulturell bedingten und somit unterschiedlichen Sichtweisen von Krankheit, bei der Entwicklung kulturspezifischer Kompetenzen hilft. Von geringerer Wichtigkeit ist es dagegen, dass der Pflegende spezifische Kenntnisse über sämtliche kulturellen Gruppen besitzt. Sinnvoller ist hingegen die Aneignung von speziellem Kulturwissen anhand kulturallgemeiner Konzepte (vgl. Papadopoulos 2003, 89-91).

Für Zielke-Nadkarni ist eine offene Einstellung gegenüber anderen Pflegepraktiken, -erwartungen und -konzepten, die Realisation der Abhängigkeit von eigenkulturellen Wert- und Normhaltungen sowie das Bewusstwerden der Beeinflussung des Pflegeverhaltens durch eigenkulturelle Gesetzesmäßigkeiten grundlegend beim Erwerb interkultureller Kompetenz im Bereich der Pflege. Darüber hinaus sollte der Pflegende sein Verhalten gegenüber ausländischen Klienten und Kollegen stets kritisch reflektieren. Die Basis einer interkulturell kompetenten Pflege ist das Bewusstsein über die kulturelle Abhängigkeit von Verhaltensweisen. Kulturabhängiges Verhalten sollte allerdings nicht nur passiv zugelassen, sondern auch aktiv ermöglicht und als selbstverständlich betrachtet werden. Ein Einblick in spezielle kulturelle Handlungen kann nach Zielke-Nadkarni als Erweiterung des Horizonts begriffen werden (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, 102).

Interkulturelle Kompetenz beinhaltet für Kollak vor allem die Fähigkeit zu einer angemessen Kommunikation, da hier pflegerelevante Kompetenzen wie Empathie, Konfliktfähigkeit und Problemanalytik entscheidend sind. Der Erfolg einer interkulturellen Interaktion orientiert sich maßgeblich an der beidseitigen Zufriedenheit in und mit der Begegnung. Interkulturelle Kompetenz kann sich nur dann entwickeln, wenn alltägliche und somit weitgehend internalisierte Einstellungen, Handlungsmuster und Werte ehrlich reflektiert werden (vgl. Kollak 2002, 11). Bei ihren Überlegungen zu einer interkulturellen Kompetenz in der Pflegepädagogik bezieht sich Kollak auf den Psychologen Wolfgang Pfeiffer. Sie weißt auf den Trugschluss hin, dass viele Pflegende in kulturrelevanten Situationen dazu neigen den Pflegebedürftigen ganz und gar zu vereinnahmen und das Fremde im Anderen am liebsten ausschalten. Pfeiffer ergänzt, dass nur eine Beziehung, die weder nach Ausgrenzung noch Vereinnahmung des anderen strebt, in der Lage ist, den Gegenüber in seinem Fremdsein zu akzeptieren. Erst wenn beide Interaktionspartner ihre gesonderte Identität bewahren, kann im Dialog etwas Innovatives entstehen (vgl. Pfeiffer, in: Kollak 2002, 10 f.).

3.2.3.3 Zusammenfassung

Interkulturelle Kompetenz ist ein Konstrukt, das sich durch eine Bandbreite von Fähigkeiten, Erfahrungen, Einstellungen und Charaktereigenschaften auszeichnet. Viele Konzepte haben die Annahme gemeinsam, dass sich interkulturelle Kompetenz in Form von sozialen und Persönlichkeitskompetenzen, z.B. Ambiguitätstoleranz, äußert, die ihrerseits in Bezug zu einem gewissen Kulturverständnis zu betrachten sind (vgl. Kinast 1998, 5). Interkulturelle Kompetenz unterliegt einem interkulturellen Lern- und Erfahrungsprozess und entwickelt sich dementsprechend stetig weiter, wobei manche Elemente wie Sprache und Deutungswissen erlernbar sind und andere Fähigkeiten wie Freundlichkeit und Unsicherheitstoleranz in erster Linie der Persönlichkeit zugeschrieben werden. Grundsätzlich muss eine gewisse Offenheit bei den Interaktionsbeteiligten vorausgesetzt werden, damit sie sich möglichst unbefangen dem Fremden nähern können.

Insgesamt werden vier Merkmalsgruppen, die interkulturell kompetentes Handeln bestimmen, aufgelistet. Die erste Gruppe bilden interkulturell relevante Persönlichkeitsmerkmale. Hierbei handelt es sich zumeist um personennahe Kompetenzen. Zu diesen Eigenschaften zählen vor allem Belastbarkeit, Toleranz und emotionale Stabilität. Interkulturell relevante soziale Kompetenzen bilden die zweite Merkmalsansammlung. Neben einer differenzierten Selbstwahrnehmung wirken sich ebenso partner- und interaktionsbezogene Kompetenzen positiv auf die Entwicklung von interkulturellen Beziehungen aus. Des Weiteren gehört auch kulturspezifisches Wissen wie Sprachkenntnisse, Deutungswissen oder bestimmte Rituale und Tabus zu den Bausteinen der interkulturellen Kompetenz. Neben dem Wissen über andere Kulturen sollten die eigenkulturellen Wissensbestände reflektiert werden. Schließlich basiert interkulturelle Kompetenz auch auf kulturübergreifendem Wissen wie Kenntnisse über die eigene Kulturabhängigkeit des Denkens und Handelns oder allgemein über Kommunikationsmechanismen. Leenen et. al betonen, dass alle Bereiche der interkulturellen Kompetenz nur rein theoretisch voneinander getrennt werden können, während sich in der Praxis interkulturell kompetentes Handeln stets durch ein Zusammenspiel der einzelnen Faktoren auszeichnet (vgl. Leenen et. al 2002, 90-93).

Was interkulturelle Kompetenz im Einzelnen ist, obliegt wohl eher der individuellen Ansicht des Betrachters, denn objektive Messverfahren gibt es bisher nur sehr wenige. Kinast ergänzt, dass valide Instrumente zur Erfassung der interkulturellen Kompetenz bisher kaum etabliert sind (vgl. Kinast 1998, 54). Weiterhin hebt Habermann hervor, dass sich das Konstrukt durch eine Variablenvielfalt auszeichnet, deren Kontrolle bisher noch nicht ausreichend gelungen ist (vgl. Habermann 2003b, 80).

Auernheimer bringt jedoch eine gewisse Reihenfolge in die Unübersichtlichkeit der Variablenkomplexität. Er sieht in der Bewusstwerdung der Kulturgebundenheit des eigenen Denkens, Handelns und Wahrnehmens als Ergebnis eines Selbstreflexionsprozesses die bedeutendste Komponente in der Diskussion um die interkulturelle Kompetenz. Selbstreflexion ist daher der erste und bedeutsamste Schritt beim Vorgang des interkulturellen Lernens. Insbesondere in pädagogischen Handlungsfeldern nimmt spezielles Wissen über andere Kulturen einen eher geringen Stellenwert ein (vgl. Auernheimer 2002, 201).

Für interkulturelle Kompetenz gibt es kein Patentrezept. Dieses Bündel von Fähig- und Fertigkeiten konstituiert sich beim Aufeinandertreffen mit anderen Menschen immer wieder neu. In Abhängigkeit zur jeweiligen Situation und Person, drückt sich interkulturelle Kompetenz in immer anderer Qualität aus (vgl. Friebe 2002, 2).

Habermann sieht die Diskussion um interkulturelle Kompetenz als eine verspätete Entwicklung in einer Gesellschaft an, die sich schon seit langem durch plurale Lebensformen auszeichnet (vgl. Habermann 2003a, 14). Diese Pluralität lässt sich auch in der Pflege finden, in der schon seit über 30 Jahren Menschen aus verschiedenen Kulturen zusammenarbeiten (vgl. Sander 2003c, 56).

3.2.4 Vom multikulturellen zum interkulturell kompetenten Team

3.2.4.1 Multikulturalität im Pflegeteam

In Kapitel 3.1 wurde ausführlich auf die Situation der älteren Migranten als zukünftige Zielgruppe der Altenpflege in Deutschland eingegangen. Multikulturalität besteht jedoch nicht nur im Klientel, sondern auch unter den Pflegekräften. Im Team arbeiten Personen, die sich auf unterschiedliche Kompetenzen, Lebenserfahrungen, Religionen und Kulturen berufen (vgl. Ertl 2003, 61).

Pflege und Pflegewissenschaft beschäftigen sich erst seit etwa zehn Jahren mit interkultureller Pflege, wobei die Pflege in deutschen Einrichtungen schon mehrere Jahrzehnte multikulturell ausgeführt wird (vgl. Sander 2003c, 56). Die Situation in den Altenheimen ist seit den 60er Jahren durch chronischen Personalmangel gekennzeichnet. Dem drohenden Pflegenotstand wurde seither durch die Anwerbung ausländischer Hilfs- und Pflegefachkräften entgegengewirkt. Vor allem asiatische Krankenschwestern und Pflegepersonal aus dem Mittelmeerraum wurde in den 60er und 70er Jahren angeworben. Seit den 90er Jahren unterstützt die Bundesanstalt für Arbeit die Einstellung von Aussiedlerinnen mit qualifizierter Pflegeausbildung durch geförderte Anpassungsfortbildungen, Vorqualifizierungs- und Umschulungskurse (vgl. Bauer/Gröning 2003, 8). Gegenwärtig arbeiten viele osteuropäische Lehrerinnen, Juristinnen und Ärztinnen, deren Zulassung in Deutschland nicht anerkannt wird, in der ambulanten Pflege oder in Pflegeheimen. Zugewanderte Krankenschwestern, deren Qualifikation hier keine oder nur eingeschränkte Gültigkeit besitzt, sind als un- oder angelernte Pflegekräfte tätig (vgl. Ertl 2003, 62).

Zu Beginn der 70er Jahre war etwa ein Viertel aller Pflegekräfte ausländischer Herkunft (vgl. Yoo 1975, 28). Derzeit liegen keine genauen Angaben über den Anteil ausländischer Fachkräfte im bundesdeutschen Gesundheitswesen vor (vgl. Thomas 2001, 66). Eine Erklärung für dieses Informationsdefizit besteht darin, dass viele Aussiedlerinnen wie die sogenannten „Wolga-Deutschen“ ihrem Pass und Eigenverständnis nach deutsch sind und bei Befragungen ihren Migrantenstatus nicht angeben. Im Zuge der gegenwärtigen Europäisierung, mit Fokus auf die Osterweiterung der Europäischen Union, ist von einem beträchtlichen Zustrom osteuropäischer Pflegekräfte auszugehen

(vgl. Sander 2003a, 21; Habermann 2003b, 77). Insgesamt ist das Pflegepersonal in Deutschland sehr heterogen. Diese Heterogenität drückt sich durch Unterschiede im ausländerrechtlichen Status, in der bisherigen Aufenthaltsdauer, in den divergierenden Ausbildungen und in der jeweiligen Zukunftsperspektive bezüglich Rückkehr- und Bleibeoptionen aus (vgl. Sander 2003a, 22).

Multikulturalität ist seit langem soziale Realität in unserem Land und spiegelt sich dementsprechend auch in der Pflege wieder. Vom professionellen Selbstverständnis der Pflege ausgehend, dürfte der Umgang mit Multikulturalität zunächst kein Problem aufwerfen, da individuelle bewohner- oder patientenorientierte Pflege grundsätzlicher Bestandteil professioneller Altenpflege ist. Vom Pflegeteam wird ein Höchstmaß an Differenzierungsvermögen und Akzeptanz individueller Ausprägungen erwartet. Bei einer adäquaten Betreuung sollten Pflegekräfte zunächst mit Hilfe einer ausführlichen Anamnese die Lebensgeschichte des einzelnen erfassen, um den individuellen Prägungen und Bedürfnisse des Klienten hinreichend Beachtung schenken zu können. Die gängige Praxis wirkt sich hingegen meist kontraproduktiv auf klientenzentrierte Pflegegrundsätze aus. Aufgrund des hektischen Tagesablaufs in Pflegeinstitutionen sind die Pflegenden gezwungen, sich der herrschenden Organisationskultur unterzuordnen und sich an Standardisierungen zu orientieren, die ein Mindestmaß an Pflegequalität sichern. Dementsprechend bleiben nicht nur die Wünsche der Pflegebedürftigen, sondern auch der teaminterne interkulturelle Austausch unerfüllt (vgl. Ertl 2003, 63).

Aufgrund dieser Defizite treten oftmals vielfältige Schwierigkeiten in einem multikulturellen Pflegealltag auf. Pflegende mit Migrationshintergrund kämpfen dabei häufig gegen Abwertungen durch Vorgesetzte und Kollegen sowie Patienten und deren Angehörigen (vgl. Sander 2003d, 64). Infolge dessen klagen viele Migranten über Diskriminierungen und Benachteiligungen am Arbeitsplatz. Im Hinblick auf Proletarisierungs- und Professionalisierungsprozesse von Migrantinnen in geringer qualifizierten Berufen wurde im Projekt „Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege“ das Phänomen des „Double-bind“ diskutiert. Dieser Begriff steht für eine Beziehungsfalle. Ein Entkommen aus dieser Falle ist nicht möglich, da es ähnlich einem gordischen Knoten keine wirkliche Lösung der Problematik gibt. Im Kontext der Pflege nutzen einerseits Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Pflege- und Beziehungseinsatz von Migrantinnen aus und andererseits berufen sie sich bei Unzufriedenheit auf den niedrigen Berufsstatus und bringen sie damit bewusst

gegenüber Kollegen und Vorgesetzten in Schwierigkeiten (vgl. Sander 2003b, 89). In diesem Zusammenhang kann durchaus von einem Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses gesprochen werden.

Viele Ausländer arbeiten und werden entlohnt als un- oder angelernte Pflegekräfte, da ihre Ausbildungen in Deutschland nicht oder nur teilweise auf Anerkennung stoßen. Ein Großteil der immigrierten Pflegekräfte kann aufgrund der meist unterentwickelten medizinischen Technik in ihrem Heimatland schlecht mit modernen Geräten in deutschen Einrichtungen umgehen. Neben neuen Pflege- und Diagnostikmaßnahmen muss dies zunächst gelernt und in ein abgewandeltes Pflegeverständnis übertragen werden. Wenige zugewanderte Kollegen beherrschen zudem die deutsche Fachsprache, die z.B. beim Abfassen der Pflegedokumentationen notwendig ist. Ein weiterer Nachteil gegenüber deutschen Kollegen ist der geringe Migrantenanteil in Führungspositionen. Die Anzahl der Migrantinnen, die in der Pflegeausbildung, Pflegeleitung oder Pflegeforschung beschäftigt sind und in Konkurrenz zu deutschen Kolleginnen und Kollegen stehen, ist schwindend gering (vgl. Kollak 2002, 9). Des Weiteren werden etliche ausländische Arbeitskräfte, insbesondere Reinigungs- oder Küchenpersonal, flexibel für Dolmetscherdienste rekrutiert.

Diese offenkundigen Ungerechtigkeiten werden nur selten im Pflegeteam angesprochen. Stattdessen herrschen die von der Mehrheitskultur geprägten Arbeitsweisen vor. Die zugrunde liegende Norm, an der sich selbstverständlich auch Migranten orientieren, suggeriert nach außen eine Gleichheit, die in Wirklichkeit eine Ungleichheit ist. Da unterschiedliche Interessen, Ansichten und Kenntnisse in dem von der Mehrheitskultur geschaffenen hierarchischen System untergehen, bestimmen unbewusstes Nebeneinander, Ignoranz gegenüber dem Fremden, Anpassungsdruck und allgemeine Sprachlosigkeit den Pflegealltag in vielen Einrichtungen. Statt Diskriminierungen im Team offen anzusprechen, wird eine Bewältigungsstrategie durch Verleugnung und Personalisierung von Konflikten praktiziert (vgl. Sander 2003b, 91). Ertl mahnt daher zur Aufgabe des Gleichheitsmythos zugunsten einer Gleichberechtigung. Gleichschaltung im Pflegeteam bedeutet ein immenser Verlust an wichtigen Ressourcen, da persönliche Kompetenzen, Handlungs- und Sichtweisen, aber auch Machtasymmetrien verloren gehen oder verleugnet werden (vgl. Ertl 2003, 66 f.). Das Verhindern eines offenen interkulturellen Austauschs führt zu einem schlechten Betriebsklima und schließlich zur

Qualitätsminderung der Altenpflege (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 59 f.).

3.2.4.2 Interkulturelle Teamentwicklung

Ein multikulturell zusammengesetztes Pflegeteam ist nicht unbedingt auch interkulturell kompetent. Eine interkulturelle Teamentwicklung, die das Potential des Teams zur Entfaltung bringt und kontinuierlich entwickelt, sollte daher sowohl für Angehörige der Mehrheits- als auch der Minderheitskultur oberste Priorität sein. Interkulturelle Teamentfaltung gehört in den Aufgabenbereich der Organisations- und Personalentwicklung.
Die Pflegeteams sind keine aus freien Stücken zusammengefundene Gemeinschaften, da ihre Zusammensetzung institutionell gewählt ist. Heutzutage sind Pflegeeinrichtungen mehr denn je auf optimal besetzte und effizient arbeitende Teams angewiesen, da Zeitdruck, penible Pflegedokumentationen und flexible Einsatzbereiche das Arbeitsumfeld bestimmen. Auch aus dieser Perspektive sollte die Integration von Pflegenden mit Migrationshintergrund keine freiwillige Zusatzanstrengung sein, sondern zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Personalentwicklung werden. Pflegeleitung und -management sollten gegebene Differenzen anerkennen und für den Pflegeprozess nutzen. Weiterhin muss seitens der Leitungsebene sichergestellt werden, dass alle Teammitglieder einen gleichberechtigten Zugang zu Informationen erhalten. In jeglichen Konfliktsituationen sollte die Bearbeitung von Problemen Vorrang gegenüber der Regulierung besitzen (vgl. Ertl 2003, 71-73). Letztendlich wirkt sich die Verständigung auf eine gemeinsame fachliche Haltung positiv auf die Arbeit im Team und somit auch auf das Klientel aus. Implementierung und Begleitung interkultureller Teamentwicklung in der Altenpflege sollte daher als selbstverständlicher Teil von Professionalität betrachtet werden (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 59 f.; Ertl 2003, 66-75).

Multikulturelle Pflegeteams dürfen nicht als Mehraufwand abgewertet werden, denn in ihrer kulturellen Vielseitigkeit liegt gegenüber monokulturellen Arbeitsgemeinschaften ihr wichtigster Vorteil, der sich in unterschiedlichen Lebenserfahrungen, Sprachen, Sichtweisen und Bedeutungszuschreibungen ausdrückt. Zudem äußern sich viele Pflegebedürftige positiv hinsichtlich des würdevollen Umgangs mit alten Menschen,

den Pflegekräfte mit Migrationshintergrund anhand einfacher Sprache und ausdrucksstarker Mimik und Gestik praktizieren (vgl. Sander 2003b, 90). Weiterhin können zugewanderte Pflegekräfte mit alten Menschen, die infolge des zweiten Weltkrieges geflohen sind, Migrationserfahrungen austauschen und über diesen Zugang eine Vertrauensbasis als Grundlage ihrer Pflegebeziehung schaffen (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 62). Multikulturalität ist eine Bereicherung für alle Teammitglieder, da sie einen Perspektivenwechsel und neue Formen des Umgangs mit alten Menschen aufzeigt (vgl. Friebe/Zalucki 2002, 37).

Im Rahmen einer interkulturellen Teamarbeit sind folgende Prozesse einzuleiten, in denen entsprechende Schlüsselqualifikationen erworben und eingesetzt werden. Jedes Teammitglied zeichnet sich durch seine einzigartige Persönlichkeit aus und darf nicht einfach auf soziale, berufliche oder gesellschaftliche Rollen reduziert werden. Um das Prinzip der Gleichberechtigung zu ermöglichen, bedarf es der Reflexionsfähigkeit als weitere unabdingbare Kompetenz im Prozess der interkulturellen Teamentwicklung. Das Nachdenken über sich und andere, insbesondere hinsichtlich Möglichkeiten, Bedingungen und Hindernisse des Selbsteinflusses, sollte als Chance zur persönlichen Entwicklung genutzt werden. Wer Selbstreflexivität ausübt, kann Teammitglieder und Pflegebedürftige vor falschen Projektionen und Zuschreibungen bewahren (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 62-65).

Eine besondere Bedeutung kommt der Kommunikation in multikulturellen Gruppen zu, da nach der herrschenden Meinung Kommunikationsprobleme im Hinblick auf die Gewichtung von multikulturellem Konfliktpotential an erster Stelle stehen. Kommunikation kann einerseits interkulturelle Konflikte verursachen, aber andererseits auch lösen und nimmt daher zurecht einen großen Stellenwert in multikulturellen Pflegeteams ein (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, 108; Sander 2003a, 25). Nach Petzold ist Kommunikation die Vermittlung von Informationen zwischen Personen und findet in den jeweils gegebenen Lebenszusammenhängen unter Berücksichtigung der individuellen Erfahrungen (Vergangenheitsbezug) und individuellen Erwartungen (Zukunftsbezug) statt (vgl. Petzold 1998, 435). Weiterhin führt er aus, dass die übermittelten Informationen nur dann verstanden werden können, „(...) wenn es einen gemeinsamen Zeichenvorrat und ein gemeinsames Regelwissen bei den an den Kommunikationsprozessen Beteiligten gibt“ (Petzold 1998, 435).

Da vor allem in interkulturellen Überschneidungssituationen verschiedene Entwürfe der Wirklichkeit, unterschiedliche Wert- und Normsysteme oder einfach nicht kompatible kulturelle Regeln aufeinandertreffen (vgl. Leenen/Grosch 2000, 359), kann interkulturelle Kommunikation Missverständnisse auslösen. Kommunikationsstörungen entstehen durch differente, meist unzureichend überlappende Erwartungshaltungen, die ihrerseits aus verschiedenen lebenspraktischen Bezugsebenen resultieren. Interkulturelle Kommunikation wird oftmals problembelasteter als intrakulturelle Kommunikation wahrgenommen, wobei viele Probleme unreflektiert der Einflussgröße „Kultur" zugeschoben werden. In diesem Zusammenhang wird von Kulturalisierung zwischenmenschlicher Probleme gesprochen. Kulturelle Ursachen für Interaktionsprobleme sind nicht immer eindeutig von anderen zu trennen. Meist unbeabsichtigt kommt es beim Artikulieren in Lernersprache zu wenig präzisen Äußerungen bezüglich Nähe, Distanz oder Höflichkeit, die vom Kommunikationspartner als Unhöflichkeit interpretiert werden und somit zu Verständigungsproblemen führen können (vgl. Knapp 2002, 67-73; Auernheimer 2002, 184). Auernheimer nimmt Bezug auf das psychologische Modell zwischenmenschlicher Kommunikation von Schulz von Thun (siehe zum Modell Schulz von Thun 1999, 30 u. 44 ff.) und bezeichnet die „Beziehungsseite" als Hauptstörungsquelle interkultureller Kommunikation. Mit dieser Seite der Nachricht drückt der Sender aus, welches Bild er vom Empfänger hat und was für eine Beziehung er zum Kommunikationspartner führt. Die Kommunikationsproblematik tritt meistens dann auf, wenn der Empfänger die Nachricht auch auf dem „Beziehungsohr" wahrnimmt. Dabei neigt der Empfänger dazu jegliche Botschaft in direkten Bezug zu seiner eigenen Person zu setzten (vgl. Schulz von Thun 1999, 30 u. 44 ff.). Gerade der Einsatz nonverbaler Beziehungsbotschaften durch Mimik, Gestik und sprachliche Intonation kann fälschlich aufgenommen werden und Tabus verletzen. Auernheimer beschreibt vier Störungsquellen interkultureller Kommunikation. Dabei ist die durch Machtasymmetrien entstehende Machtungleichheit Bestandteil der meisten interkulturellen Beziehungen und zeigt sich u.a. in Status- oder Rechtsungleichheit der Interaktionsbeteiligten. Der Tatsache, dass interkultureller Austausch stets mit Machtungleichheit zusammenhängt, sollten sich insbesondere die Teammitglieder in der Altenpflege bewusst sein, die der Mehrheitskultur angehören. Macht zu besitzen heißt nicht, sie gegen andere zum Erreichung egoistischer Ziele einzusetzen.

Weiterhin bestimmen Kollektiverfahrungen die gegenseitige Wahrnehmung der Kommunikationsbeteiligten. Im Pflegealltag können Migranten scheinbar ohne Grund internalisierte Diskriminierungserfahrungen mit Aussagen oder Verhaltensweisen von Mitarbeitern in Verbindung bringen und sich bei Teamsitzungen unvermittelt zurückhalten oder plötzlich abwertende Bemerkungen über die Mehrheitskultur äußern. Ebenso wie Kollektiverfahrungen bestimmen Fremdbilder, Vorurteile und Stereotypen die menschliche Wahrnehmung. Fremdbilder suggerieren eine Fremdheit, die wirkliche Unterschiede meist maßlos überbewertet. Oft schon vor der ersten Kontaktaufnahme erzeugt kulturelle Voreingenommenheit Misstrauen und Ängstlichkeit. Interkulturelle Kommunikation wird zusätzlich durch Deutungsmuster, die sogenannten „Drehbücher des Alltags“ oder das „kulturelle Werkzeug“, maßgeblich beeinflusst. Diese Bedeutungszuschreibungen werden meist unbewusst getroffen und suggerieren der Person eine Sicherheit in ihren Handlungsabläufen. Unsicherheiten entstehen beim interkulturellen Austausch erst dann, wenn die Erwartungen beim Aufeinandertreffen verschiedener kultureller Scripts unerfüllt bleiben, die sogenannte „Differenz der Codes“ (vgl. Auernheimer 2003, 107-113 u. 2002, 184-193). Eine interkulturell kompetente Person sollte sich den genannten Kommunikationsbarrieren bewusst sein, sie erkennen und entsprechend intervenieren.

In der Begegnung mit Menschen eines anderen kulturellen Hintergrunds sollten die Interaktionspartner auf sensible Art und Weise miteinander kommunizieren. So bezeichnet Knapp interkulturelle Kommunikationsfähigkeit einerseits als Fähigkeit, an einer bestimmten Kultur teilzuhaben (IKF 1), und andererseits als Fähigkeit, sich mit Mitgliedern anderer Kulturen in befriedigender Weise zu verständigen (IKF 2) (vgl. Knapp 2002, 73). Für die interkulturelle Teamentwicklung im Bereich der Altenpflege ist IKF 2 von höherer Bedeutung, da in der Praxis ein täglicher Austausch mit Angehörigen verschiedener Kulturen stattfindet. Die beiden Arten interkultureller Kommunikationsfähigkeit setzen vor allem die Bereitschaft zur Kommunikation mit Angehörigen anderer Kulturen voraus. Dies impliziert, dass sich die Kommunikationspartner offen und aus freien Stücken mit fremdkulturellen Standards, Normen und Werte auseinandersetzen. Die Aneignung von kulturspezifischem Wissen über Kommunikationsformen und Landesgeschichte ist insbesondere im Hinblick auf IKF 2 von Vorteil. Kulturspezifisches Wissen kann bei der Vermeidung von Kommunikationsproblemen helfen, darf jedoch nie als non plus ultra angesehen werden, da Kulturen

keine statischen Gebilde sind, sondern dynamischen Entwicklungs- und Mischungsprozessen unterliegen. Besondere Vorsicht ist bei der Verwendung von „Surface Culture“ geboten, denn gerade angesagte Begrüßungsrituale und Kleidungsvorschriften können sich relativ kurzfristig wandeln. Zudem ist für die interkulturelle Kommunikation in einem multikulturellen Pflegeteam der Aspekt der interkulturellen Kommunikationsbewusstheit zur Erlangung von kulturübergreifendem kommunikationsrelevantem Wissen von zentraler Bedeutung. Dazu gehören Kenntnisse über Probleme der Linguafranca-Kommunikation sowie die Bewusstheit über Abhängigkeit des Handelns, Denkens und Deutens von kulturspezifischen Schemata. Interkulturelle Kommunikationsfähigkeit beinhaltet auch eine ethische Dimension, da bei Machtungleichheit der Interaktionspartner die latente Gefahr eines Missbrauchs von Wissen besteht. So kann z.B. ein Kommunikationspartner den Verhandlungspartner bewusst hintergehen, indem er ihm Miss- oder Nichtverstehen vorspielt oder ihm kommunikationsrelevante Informationen vorenthält. Stattdessen sollten die Beteiligten ihr Wissen nutzen, um interkulturelle Verständigung zu erlangen sowie Beziehungen aufzubauen und dauerhaft zu erhalten (vgl. Knapp 2002, 73-78).

Der gleichberechtigte Austausch im Pflegealltag bedarf der Ausbildung einer gemeinsamen Sprachkultur. Das Einbringen verschiedener Muttersprachen und Dialekte ist bei der interkulturellen Korrespondenz erwünscht, da die Teammitglieder sich gegenseitig und unabhängig von ihren sprachlichen Voraussetzungen als fachlich kompetent verstehen. Die gemeinsame Sprache sollte kontinuierlich weiterentwickelt und in Form von Reden und Zuhören in mündlicher und schriftlicher Kommunikation praktiziert werden (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 65-75).

Ein weiterer wichtiger Baustein auf dem Weg zu einem interkulturell partnerschaftlichen Pflegeteam ist der Aufbau von Problem- und Konfliktlösungskompetenzen, da im Alltag jeder Pflegeeinrichtung Probleme mit Stationsleitung, Kollegen und Bewohnern auftreten können. Teams, die über eine gleichberechtigte Kommunikationskultur verfügen, sind eher in der Lage, aufkommenden Problemlagen vorzubeugen oder effizienter damit umzugehen. Pflegende können sich einer Vorgehensweise bedienen, die auf gegenseitigem Verstehen und Verständigen basiert, denn beim Umgang mit Auseinandersetzungen besitzt die Entwicklung einer gemeinsamen Handlungsstrategie oberste Priorität. Diese Strategie funktioniert durch Konfliktbearbeitung anstatt durch Konflikt-

regulierung. Voraussetzung bei der Strategieerarbeitung ist eine aktive Beteiligung aller Mitarbeiter einschließlich der Leitungsebene.

Interkulturelle Kommunikation findet zwischen Individuen und nicht zwischen Kulturen statt (vgl. Grosch/Leenen 2000, 33). Bei der Entwicklung vom multikulturellen Nebeneinander zum interkulturellen Miteinander sollten interkulturelle Problemlagen durch die Implementierung regelmäßiger Supervisionen, Teambesprechungen und Möglichkeiten zu interkulturellen Fort- und Weiterbildungen bearbeitet werden. Solche Maßnahmen dienen sowohl der Prävention als auch der Bearbeitung von Konflikten.

Weiterhin haben die Migranten unter den Pflegekräften ein Recht auf fachliche und sprachliche Integration (vgl. Friebe/Zalucki 2002, 36). Zugewanderten Mitarbeitern kann der Einstieg in die deutsche Pflege mit Hilfe von zeitlich befristeten Mentorenprogrammen und Partnerschaftsmodellen erleichtert werden (vgl. Sander 2003b, 92). Alle Schritte zur Verbesserung vorhandener Strukturen und zur leichteren Integration von Migranten sollten vom Management gewollt, initiiert und dauerhaft unterstützt werden. Eine dringende Voraussetzung ist dabei, dass sich das leitende Personal über die Bedeutung von Kultur und Migration in der Pflege informiert (vgl. Friebe/Zalucki 2002, 37). Die Einführung eines interkulturellen Pflegeprofils kann nur dann gelingen, wenn alle Beteiligten, vom Heimleiter bis zur Praktikantin, im Sinne einer „Top-down- und Bottom-up-Strategie“ gemeinschaftlich entsprechende Ziele vereinbaren. Im Sinne aller Beteiligten zu handeln stärkt den Teamgeist und motiviert auch eher zurückhaltende Mitglieder zur aktiven Teilnahme am Lösungsprozess (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, 75-79 u. 138-140; Menke 2003, 47 f.).

Die Altenpflege in Deutschland kann gegenwärtig nur durch ausländische Fach- und Hilfskräfte getragen werden, die zwar nicht dem klassischen bundesdeutschen Berufsbild „Altenpfleger/in“ entsprechen, jedoch unverzichtbar bei der Pflege alter Menschen sind. Insbesondere osteuropäische Pflegende übernehmen überwiegend die 24-Stunden-Betreuungen von Pflegebedürftigen. Die meisten professionellen Pflegedienste können aufgrund ihrer Struktur und der fehlenden Finanzierung durch die Pflegeversicherung eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ nicht anbieten. Zudem ist diese aufwändige pflegerische Versorgung innerhalb vieler Familienverbände aus zeitlichen Gründen nicht

mehr tragbar, da Frauen und Töchter meist berufstätig sind und viele Familien räumlich voneinander getrennt leben (vgl. Friebe/ Zalucki 2002, 35).

Darüber hinaus sollten Mitarbeiter ausländischer Herkunft in der Pflege ausdrücklich erwünscht sein, da sie im eigentlichen Sinne „der Motor" des interkulturellen Teambildungsprozesses sind. Migrationserfahrungen und Mehrsprachigkeit sind Ressourcen, die in der Pflege bisher kaum gewürdigt wurden. Bei der Entwicklung zu einem interkulturell kompetenten Team fällt dem Pflegemanagement die wichtige Aufgabe zu, berufsbegleitende Fortbildungen zu organisieren und somit Kenntnisse über Migration und Kultur an das Personal weiterzuleiten. Schließlich ist die Basis einer professionellen interkulturellen Altenpflege die Qualitätssicherung in der Pflegebeziehung (vgl. Friebe 2002, 2). Friebe und Zalucki, die im Rahmen des Projekts [iku:] ein Fortbildungsmodul für das Pflegemanagement entwickelt und erprobt haben, erhoffen sich durch einen Perspektivenwechsel in der Altenpflege neue Lösungswege, wobei die Zuwanderung als willkommener Lernanlass aufgefasst werden sollte (vgl. Friebe/Zalucki 2002, 36 f.).

Multikulturalität erhält die Altenpflege und leistet einen wichtigen Beitrag zu ihrer Qualitätssicherung. Daher bedarf die Pflege dringend einer multiethnischen Zusammensetzung in den Teams. Jedoch kann die Anwerbung unqualifizierter ausländischer Pflegekräfte zur kurzfristigen Personalaufstockung ohne gleichzeitige Implementierung interkultureller Teamprozesse keine effiziente Lösung sein (vgl. Menke 2003, 45 u. 52-54).

3.2.4.3 Modellprojekt „Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege"

Das Projekt „Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege" erklärt die in Kapitel 3.2.4.1 diskutierten Probleme in multiethnischen Teams zu seinem Ausgangspunkt. Das Modellprojekt wurde von der Heimvolkshochschule Haus Neuland unter wissenschaftlicher Leitung der Universität Bielefeld und in weiterer Kooperation mit dem Arbeiterwohlfahrtbezirksverband Ostwestfalen-Lippe durchgeführt. Dieses Vorhaben wurde unmittelbar von der Praxis angeregt, da seit den 60er Jahren multikulturell besetzte Teams fester Bestandteil deutscher Alteneinrichtungen

sind. Allerdings beklagen viele Pflegende den unzureichenden interkulturellen Austausch innerhalb der multikulturellen Mitarbeiterschaft. Das Arbeitsumfeld ist geprägt von Unsicherheiten unter den Mitarbeitern, denen mit Rückzugs- und Ausweichreaktionen begegnet wird. Das Modellvorhaben trat unter der Fragestellung, inwiefern eine multikulturelle Qualitäts- und Personalentwicklung ausbau- und entwicklungsfähig ist, an die problembeladene Kommunikation in den Institutionen heran, wobei der Fokus nicht nur auf herrschenden kommunikativen Defiziten, sondern insbesondere auf den Ressourcen und Potentialen eines multikulturell besetzten Teams lag.

Insgesamt wurden fünf Fachtagungen zu Themengebieten wie „Fremde Pflegende“ oder „Interkulturelle Verständigung“ im Kontext der Qualitätsentwicklung durchgeführt. Ferner fanden sechs Praxisworkshops statt. Dabei waren Fach- und Führungskräfte sowohl der Pflege als auch der Aus- und Fortbildung angesprochen, die im Rahmen der Workshops innovative Projekte entwickelten, diskutierten und schließlich auch vor Ort umsetzen sollten. Die Hauptintention des Projekts bestand darin, Entwicklungsperspektiven multiethnischer Pflegeteams im Spannungsfeld zwischen Akzeptanz und Integration zu erkennen und im Hinblick auf eine interkulturelle Öffnung zu mobilisieren (vgl. Hansel 2003, 2-4).

3.2.5 Interkulturelle Fortbildungen

3.2.5.1 Interkulturelle Bildung

Der Anteil der Personen, deren Alltagskultur und Lebenssituation beträchtlich von der Mehrheitsgesellschaft abweicht, ist sowohl unter den Pflegenden als auch auf Seiten der Pflegebedürftigen gestiegen. Es ist daher an der Zeit, vorhandene Ausbildungskonzepte in der Pflege und Medizin der gegebenen Situation anzupassen (vgl. Binder-Fritz 2003, 116).

Allerdings wurde die interkulturelle Altenpflege in der Forschung lange Zeit vernachlässigt. Auch die Praxis interessierte sich vielerorts ebenso wenig an dem Thema. Dementsprechend konnte von Seiten der Alten- und Krankenpflege von keinem akuten Bildungsbedarf gesprochen werden (vgl. Friebe 2003, 145). Deutschland kann erst auf

eine zehnjährige Tradition in der Diskussion über Pflege und Kultur zurückblicken, wobei sich die Pflegewissenschaft im direkten Vergleich mit der Erziehungswissenschaft etwa auf dem Stand kompensatorischer ausländerpädagogischer Konzepte der 70er Jahre befindet (vgl. Kollak 2002, 8; Sander 2003c, 56).

Es sind allerdings auch einige positive Entwicklungen zu vermerken, die sich insbesondere auf den Bereich der interkulturellen Bildung in der Altenpflege konzentrieren. Interkulturelle Themen sind seit mehreren Jahren feste Bestandteile in den Stundenplänen an einiger Hochschulen und Fachhochschulen. So wird z.B. an der Katholischen Stiftungsfachhochschule in München, an der Alice Salomon Fachhochschule in Berlin und an der Hochschule Bremen das Thema „Kultur und Migration im Kontext der Pflege“ unterrichtet (vgl. Friebe 2003, 149). Ein weiterer vor kurzem erfolgter wichtiger Schritt war die Implementierung ethniespezifischer und interkultureller Aspekte im Lernfeld „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“ im Rahmen der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung. Innerhalb dieser Verordnung sollen wichtige Inhalte zum Thema „Migration und Pflege“, wie z.B. interkulturelle und ethniespezifische Pflege, Familienbeziehungen in anderen Kulturen und Gesundheit von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland, im Pflegeunterricht erörtert werden. Interkulturelle Lerninhalte sind somit seit August 2003 bundesweit in der Altenpflegeausbildung gesetzlich verankert (vgl. Sowinski/Behr 2002, 143-152). Erfreulicherweise stoßen interkulturelle Fort- und Weiterbildungsangebote nicht nur in der Ausbildung, sondern auch in der Fort- und Weiterbildung zunehmend auf große Nachfrage (vgl. Kollak 2002, 8).

Im Kontext interkultureller Fortbildungen im Bereich der Altenpflege soll nun explizit auf das Projekt „Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege“ [iku:] eingegangen werden. Im Jahr 1998 endete am Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE) das Projekt „Berufliche Bildung für Migrant/innen“ (BBM). Da während des Programms ein großes Interesse der Teilnehmenden am Altenpflegeberuf vernommen werden konnte, wurde auf einen entsprechenden Bedarf an interkulturellen Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege geschlossen, welcher schließlich zur Konzeption von [iku:] führte (vgl. Zalucki 2003, 159).

3.2.5.2 Projekt [iku:]

Das Projekt [iku:] wurde von Dezember 2000 bis Oktober 2003 am Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE) durchgeführt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) reagierte durch die Förderung dieses Vorhabens auf die geänderten Anforderungen im Berufsfeld der Altenpflege. Ältere Migranten benötigen eine interkulturelle medizinische und pflegerische Versorgung, die ihnen gegenwärtig vorenthalten wird (vgl. Friebe 2003, 145). Während multikulturelle Pflegeteams schon seit Jahrzehnten zum Alltag deutscher Einrichtungen zählen, steigt die Anzahl älterer Gastarbeiter als potentielle Kunden der Altenpflege zunehmend an (vgl. DIE 2002). Die veränderten strukturellen Gegebenheiten veranlassen eine Überarbeitung vorhandener Seminarinhalte.

Des Weiteren entstehen in der Pflege neue Bildungsbedarfe durch allgemeine gesellschaftliche Migrations- und Internalisierungstendenzen. Globalisierungsabsichten sind nicht nur in Wirtschaft und Politik zu verzeichnen, da auch die Pflege als Humandienstleistung in zunehmendem Maße mit der Öffnung der Weltmärkte konfrontiert wird. Schon seit Jahren verbringen viele ältere Deutsche ihr Rentnerdasein auf balearischen und kanarischen Inseln und werden von dort ansässigen Pflegeunternehmen betreut. Im Gegenzug sehen ausländische Investoren auch in deutschen Krankenhäusern und Alteneinrichtungen gewinnbringende Kapitalanlagen (vgl. Friebe 2003, 147 f.).

In diesem Sinne wollte das Projekt [iku:] einen Impuls zur interkulturellen Öffnung der Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Altenpflege setzen. Um eine möglichst breite Masse zu erreichen, konzentrierte sich [iku:] auf die Fortbildung von Multiplikatoren aus den Bereichen der Pflegepraxis, der Pflegepädagogik und des Pflegemanagements. In Kooperation mit universitären Einrichtungen und Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung wurden Fortbildungsmodule entwickelt und erprobt. Dabei waren die Förderung der interkulturellen Kompetenz, der Beitrag zum Aufbau und zur Entwicklung des interkulturellen Diskurses in der Pflegewissenschaft sowie die Förderung der Handlungskompetenz von Personal in leitenden und unterrichteten Positionen als vorrangige Ziele richtungsweisend (vgl. DIE 2002).

3.2.5.2.1 Entwicklung der Module

In interdisziplinären Arbeitskreisen, die sich sowohl aus Vertretern der Pflegebildung als auch der interkulturellen Bildung zusammensetzten, wurden drei Module zu je 16 Unterrichtsstunden entwickelt. Das Modul I „Kultur und Migration in der Altenpflege“ ist als Einführung gedacht, das sich primär an Altenpflegefachkräfte richtet. Ziel des Fortbildungsmoduls ist die Sensibilisierung des angesprochenen Personenkreises für die Bedeutung von Kultur und Migration. Bevor die Grundlagen der interkulturellen Pflege behandelt werden, bedürfen die Begriffe Migration und Kultur einer inhaltlichen Klärung. Weiterhin ist die interkulturelle Kommunikation ein zentraler Bestandteil des Moduls. Hierbei finden Interaktionsverläufe im non-verbalen Bereich besondere Berücksichtigung. Basierend auf den Teilnehmererfahrungen werden abwechselnd Impulsreferate, problemlösendes Lernen anhand von Fallbeispielen oder moderierte Gruppenarbeit eingesetzt.

Im Modul II „Interkulturelle Pflegepädagogik“, das für den lehrenden Sektor der Altenpflege vorgesehen ist und sich in erster Linie an Lehrer für Pflegeberufe, Pflegepädagogen, Dozenten an Altenpflegeschulen und Pflegepädagogikstudenten richtet, wird das Thema der interkulturellen Kompetenz besonders intensiv behandelt. Aufgrund des Anstiegs älterer Migranten, der Implementierung interkultureller Inhalte in die Curricula der Altenpflegeausbildung und der Zunahme multiethnischer Klassen ist die Förderung interkultureller pädagogischer Kompetenzen in der Pflege besonders aktuell. Kultur, Fremdheit, interkulturelle Pädagogik und interkulturelles Lernen stellen dabei zentrale Begrifflichkeiten dar, die im Seminar geklärt werden. Anhand von Impulsreferaten, interkulturellen Trainings und Diskussionen über die Unterrichtsplanung werden interkulturelle Auseinandersetzungen sowohl in der Pflegepraxis als auch im Unterricht bearbeitet. Dabei sollen die Teilnehmenden eigene Erfahrungen hinsichtlich interkultureller Überschneidungssituationen einbringen und in der Gruppe diskutieren.

Die Fortbildungsmodul III „Interkulturelles Pflegemanagement“ richtet sich in erster Linie an Personen in Leitungsfunktionen der ambulanten und stationären Pflege, wozu u.a. Wohnbereichsleiter, Heimleiter oder Pflegemanager gehören. Im Hinblick auf eine interkulturelle Öffnung der Altenpflegeeinrichtungen ist im besonderem Maß die interkulturelle Kompetenz leitender Mitarbeiter gefragt. Ihnen obliegt es, auf veränderte

Praxisanforderungen adäquat zu reagieren sowie interkulturelle Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse zu initiieren und zu begleiten. Zu den Inhalten von Modul III gehören die Durchführung einer Arbeitsfeldanalyse, die Konzepterklärung interkulturellen Managements sowie Maßnahmen der Organisations- und Qualitätsentwicklung.

Das Ziel aller drei Fortbildungsmodule ist die Anbahnung einer interkulturellen Kompetenz, wobei sich [iku:] bewusst vom Erwerb interkultureller Kompetenz distanziert, da dieses Bildungsziel in Anbetracht des zeitlichen Limits der Seminare von 16 Stunden zu weit gefasst wäre (vgl. Zalucki 2003, 162). Im Rahmen der Publikation „Interkulturelle Bildung in der Pflege“ haben Zalucki und Friebe vielfältige Materialien, wie Texte und Fallbeispiele auf einer CD-Rom veröffentlicht, die sowohl zur Einführung als auch zur Intensivierung gedacht sind und bei der Gestaltung von interkulturellen Fortbildungen im Bereich der Altenpflege als Orientierung dienen können (vgl. Zalucki 2003, 161). Längerfristig fordert das Projekt eine flächendeckende Behandlung von Themen wie kulturelle Vielfalt, Migration und unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit, Pflege und Alter. Der interkulturellen Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen und Bildungsinstituten muss eine offene Haltung gegenüber anderen Menschen und ihren Lebensvorstellungen vorausgehen. Interkulturell kompetentes Pflegepersonal sollte individuell auf Pflegebedürftige eingehen und ihnen ein Leben mit ihren eigenen Vorstellungen und Glaubensgrundsätzen ermöglichen. Somit trägt interkulturelle Altenpflege ganz entscheidend zur Qualitätssicherung in der Pflegebeziehung bei (vgl. Friebe 2002, 1-3).

3.2.5.2.2 Durchführung der Module

Die im Projekt entwickelten Module wurden deutschlandweit in Kooperation mit Weiterbildungseinrichtungen und Fachhochschulen teilweise als Inhouse-Schulung oder als in den Studienplan integriertes Seminar durchgeführt. Die meisten Veranstaltungen fanden in Form von zweitägigen Blockveranstaltungen statt. Da die Fortbildungen vom BMBF gefördert wurden, entfielen für die Teilnehmenden jegliche Seminargebühren. Zum größten Teil dozierte das Projektteam in Kooperation mit interkulturell qualifizierten Dozenten aus dem Bereich der Pflege. Da großen Wert auf teilnehmerorientiertes Vorgehen gelegt wurde, fand regelmäßig zu Beginn der Veranstaltungen

eine allgemeine Erwartungsabfragung bei den Seminarteilnehmern mit Hilfe der Metaplantechnik statt. Dabei notierten die Teilnehmenden ihre Wünsche und Erwartungen auf Karten, die dann an der Wand für alle sichtbar befestigt wurden. Am Ende des Seminars fand eine Abschlussreflexion anhand konkreter Fragestellungen statt, wobei einerseits die Ausgangserwartungen reflektiert wurden und andererseits von den Dozenten ein Feedback bezüglich des Seminarverlaufs und der Seminarinhalte gewünscht war.

Von Dezember 2001 bis Mai 2003 fanden insgesamt 13 Veranstaltungen in den Modulen I-III statt, wobei 198 Personen aus den Bereichen Altenpflegepraxis, Altenpflegeschule und Management teilnahmen. Modul I zu dem Bereich „Kultur und Migration“ konnte an vier Standorten mit insgesamt 64 Teilnehmer durchgeführt werden. Das Modul II „Interkulturelle Pflegepädagogik“ fand dreimal mit 64 Seminarteilnehmenden statt. Am Modul III „Interkulturelles Pflegemanagement“ nahmen in sechs verschiedenen Seminarorten 89 Personen teil.

Bei den Fortbildungen wurden mittels Eingangsfragebögen Teilnehmerdaten erhoben. Diese Daten wurden zuerst in MS Excel übertragen und darauf folgend zur umfassenderen Berechnung in SPSS 11.5 transformiert. In Kapitel 4 sollen diese Daten dargestellt und analysiert werden. Aufgrund der wenigen Informationen, die über Fortbildungsteilnehmer in der interkulturellen Altenpflege vorliegen, war zunächst nur eine Vorstellung der Teilnehmenden anhand der quantitativen Daten geplant. Bei der Bearbeitung der Daten ergaben sich jedoch einige Fragen bezüglich der Seminarteilnehmer und es fiel auf, dass im Fragebogen einige grundlegende Informationen wie der Migrantenanteil unter den Teilnehmern nicht erfasst wurden. Um diese Datenlücke zu schließen, wurde ein Experteninterview durchgeführt. Dabei konnten einerseits die Fragebogendaten mittels Dozentenaussagen ergänzt und andererseits weiterführende Informationen zu interkulturellen Fortbildungen in der Pflege gewonnen werden. Der Einsatz der Expertenbefragung hatte zudem den Vorteil, dass der Blick auf die [iku:]-Fortbildungen um die Perspektive der beteiligten Dozenten erweitert werden konnte.

3.3. Zusammenfassung der interkulturellen Altenpflege

In Kapitel 3.1 wurden die ehemaligen Gastarbeiter näher vorgestellt, die im Zuge der Anwerbeabkommen mit südeuropäischen Ländern in den 50er und 60er Jahren als Arbeitskräfte nach Deutschland emigrierten. Weder Arbeitsmigranten noch Deutsche gingen damals davon aus, dass dieser Aufenthalt von Dauer sein würde. Doch inzwischen leben viele ältere Migranten schon seit mehreren Jahrzehnten in Deutschland und führen oftmals ein Leben, das sowohl von alters- als auch migrationsbedingten Benachteiligungen geprägt ist.

Aufgrund der besonders belastenden Lebensbedingungen werden ausländische Senioren eher pflegebedürftig als deutsche Rentner. Die Versorgung der Pflegebedürftigen kann längst nicht mehr von den Migrantenfamilien allein getragen werden. Diese Aufgabe fällt vermehrt deutschen Pflegeeinrichtungen zu. Doch das Verhältnis zwischen älteren Migranten und Altenhilfeinstitutionen ist durch eine Vielzahl von Zugangsbarrieren gestört, die bisher einer gegenseitigen Annäherung im Wege standen.

Bei der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema „Kultur und Pflege“ nimmt die Theorie der transkulturellen Pflege von Madeleine Leininger eine Sonderstellung ein, da sie einerseits über den größten Bekanntheitsgrad verfügt und andererseits als die umstrittenste kulturrelevante Pflegetheorie gilt. Leininger geht davon aus, dass die menschliche Fürsorge (Care) in jeder Kultur vorzufinden ist und sich sowohl in Form kulturallgemeiner (Cultural Care University) als auch kulturspezifischer Fürsorgetechniken (Cultural Care Diversity) beobachten lässt.

In Kapitel 3.2.3 wird der Begriff der interkulturellen Kompetenz, der von Grosch und Leenen als eine um die kulturelle Komponente erweiterte soziale Kompetenz bezeichnet wird (vgl. Grosch/Leenen 2000, 39), näher erläutert. Auch die Pflegewissenschaft beschäftigt sich seit einiger Zeit mit dem Repertoire an kulturrelevanten Fähig- und Fertigkeiten, wobei vor allem die Wichtigkeit der transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Kontext der Pflege betont (vgl. Abb. 2) und auf das Zusammenwirken von kulturellgemeinen und kulturspezifischen Kompetenzen eingegangen wird (vgl. Abb. 3).

Neben der Multikulturalität unter den Klienten existiert bereits seit einigen Jahrzehnten auch eine multikulturelle Zusammensetzung in den Pflegeteams. Dementsprechend zeichnet sich die Pflege durch einen großen Reichtum an unterschiedlichen Kompetenzen, Sichtweisen und Kulturen aus. Jedoch werden diese Ressourcen zu wenig genutzt. Statt interkultureller Zusammenarbeit herrschen Diskriminierungen von Minderheiten und Kommunikationsprobleme vor.

Der letzte Teil des dritten Kapitels beschäftigt sich mit der interkulturellen Bildung in der Altenpflege, wobei [iku:] als eine der wenigen Fortbildungsveranstaltungen in Deutschland umfassend vorgestellt wird. Im Rahmen des DIE-Projekts wurden interkulturelle Fortbildungsmodule für die Pflegepraxis, die Pflegeschule und das Pflegemanagement entwickelt und erprobt.

4 Projekt [iku:] - Evaluative Ansätze

Im empirischen Teil der Arbeit soll das Vorgehen bei der Erhebung mittels Fragebogen und Experteninterview erläutert werden. Des Weiteren findet eine deskriptive Darstellung der Teilnehmer- und Expertendaten statt, wobei besonders prägnante Ergebnisse im Rahmen einer Analyse separat erläutert werden.

4.1 Evaluation

4.1.1 Aufgaben von Evaluation

Evaluation bedeutet Auswertung oder Bewertung und beschäftigt sich daher vor allem mit der Bewertung von Programmen, Projekten oder Veranstaltungen. Bortz und Döhring verstehen unter Evaluation eine zielgerichtete und systematische Sammlung, Analyse und Bewertung von Daten zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle (vgl. Bortz/Döhring 2002, 676). Döhn und Klöckner beschreiben Evaluation kurz als Wertbestimmung (vgl. Döhn/Klöckner 1979, 48).

In der wissenschaftlichen Diskussion um Evaluation existiert bis heute keine allgemeingültige Definition (vgl. Wesseler 1994, 672). Bevor Evaluation einsetzt, ist der zu untersuchende Gegenstand klar zu formulieren. Evaluation orientiert sich an der Planung und Entwicklung von Weiterbildung, die sich in Bedarfserhebung, Planung, Durchführung und Auswertung unterteilt. Die Aufgaben von Bewertungen sind meist sehr unterschiedlicher Art. So können Evaluationsmaßnahmen z.B. der Verbesserung von Weiterbildungsseminaren, der Legitimation von Bildungssubventionen oder der Vergewisserung von Lernprozessen dienen (vgl. Meisel 1999, 2 f.). Wesseler nennt in Anlehnung an Stufflebeam und Windham fünf Gegenstände, die er als Kontext, Input, Prozess, Output und Outcome bzw. Impact bezeichnet und die Einfluss auf den Evaluationsprozess nehmen. Evaluation vollzieht sich stets im Kontext von sozialen, kulturellen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen. Alle beteiligten Institutionen oder Personen sind bei der Auswertung in ihrem ganzheitlichen Zusammenhang zu betrachten. Als weiteren wichtigen Gegenstand führt Wesseler den Input ein. Dazu gehören neben materiellen und finanziellen Ressourcen auch persönliche oder soziale Kompetenzen.

Somit können bei der Evaluation sowohl didaktische Medienausstattung und Seminargelder als auch Vorerfahrungen der Seminarteilnehmenden relevant sein. Zum Prozess gehören insbesondere Methoden und Arbeitsformen, aber auch Kommunikations- und Informationsstrukturen zwischen den Beteiligten oder mögliche externe Interventionen. Alle kurzfristigen beobachtbaren Ergebnisse werden unter dem Begriff Output zusammengefasst. Dabei ist es zunächst bedeutungslos, ob diese Resultate erwünscht sind oder nicht. Denkbar wäre als Outputresultat von Planungsprozessen ein neues Programmheft oder aber Teilnehmer, die mit dem Programmablauf unzufrieden sind. Outcome oder Impact bildet den letzten Gegenstand von Evaluation im Bildungsbereich. Darunter fallen vor allem längerfristige Folgen. Anhand von späteren Teilnehmerrückmeldungen nach Beendigung des Seminars können z.B. Auswirkungen auf das Arbeitsumfeld, Karriereentwicklungen oder politische Folgen ermittelt werden. Diese Gegenstände können nicht einfach nebeneinander betrachtet werden. Vielmehr muss ihr Einfluss auf-, mit- und untereinander im Hinblick auf Effizienz und Effektivität geprüft werden (vgl. Wesseler 1994, 674 f.). Bei einer Evaluation wird im Endeffekt ermittelt, welche Weiterbildungselemente auch in Zukunft tragbar sind oder welche verändert, optimiert oder abgeschafft werden sollten (vgl. Bechmann 1999, 9). Nach Meisel besitzt Evaluation daher eine didaktische Reflexions- und Steuerungsfunktion (vgl. Meisel 1999, 2).

4.1.2 Evaluation im Kontext der Arbeit

Diese Arbeit beinhaltet sowohl eine quantitative Darstellung und Analyse von Teilnehmerdaten als auch eine qualitative Darstellung und Auswertung von Dozentenaussagen. In die Bewertung fließen einerseits Inputmaterial in Form der Fragebogendaten ein, die zu Beginn der Seminare erhoben wurden, und andererseits Output- bzw. Outcomedaten, die im Rahmen der Experteninterviews ermittelt werden konnten. Diese summative Auswertung wird nach Beendigung des Programms durchgeführt und dient der abschließenden Bewertung der Intervention. Die Evaluationsmaßnahmen wurden extern durchgeführt, da die Evaluatorin nur für eine begrenzte Zeit im Projekt [iku:] als Praktikantin tätig war und bei keiner der Veranstaltungen direkt mitgewirkt hat (vgl. Wesseler 1994, 675). Nach Holz auf der Heide liegt eine explizite evaluative Bearbeitung vor, wenn gezielt und systematisch Daten analysiert werden (vgl. Holz auf der

Heide 1993, 49). Die vorliegende Arbeit stellt die erhobenen Daten zunächst allgemein dar und analysiert nachfolgend besonders prägnante Ergebnisse, wobei darauf geachtet wird, dass die Komponenten in produktiver Relation bearbeitet werden (vgl. Tietgens 1990, 1). Im Prozess der Evaluation steht für Pädagogen die Qualitätssicherung der Lehr- und Lernaktivitäten im Vordergrund (vgl. Meisel 1999, 3). Hierbei soll dem DIE, das als Kooperationspartner dieser Diplomarbeit gilt, anhand der evaluierten Daten aus dem bereits abgeschlossenen Projekt [iku:] eine Rückmeldung hinsichtlich der Teilnehmer aus der Altenpflege gegeben werden. Einige ermittelte Information können z.B. bei der Planung zukünftiger Angebote des DIE für diese Zielgruppe genutzt werden. Darüber hinaus könnten die Daten der Pflege als Anhaltspunkt oder Orientierungsgrundlage bei der Planung und Entwicklung von interkulturellen Fortbildungsveranstaltungen dienen, damit nicht nur möglichst oft, sondern auch möglichst optimal Seminare stattfinden. In diesem Sinne ist Evaluation die unbedingte Voraussetzung zur Qualitätsentwicklung (vgl. Meisel 1999, 17).

4.2 Teilnehmerbefragung

Im empirischen Teil der Arbeit wird nun zunächst das Verfahren, mit dem die Teilnehmerdaten gewonnen wurden vorgestellt, um anschließend die Ergebnisse der Erhebung aufzuführen.

4.2.1 Fragebogen

4.2.1.1 Vorgehen

Der vorliegende Fragebogen wurde vom Projektteam [iku:] zur Erfassung von Teilnehmerdaten entwickelt und eingesetzt. In erster Linie sollte mit Hilfe des Instruments ein Teilnehmerprofil anhand der erhobenen Daten erstellt werden. Dabei waren vordergründig demographische Daten und Informationen in Bezug auf den Arbeitsplatz von großem Interesse. Weiterhin wollte das Projektteam mit Hilfe des Fragebogens interkulturelle Vorerfahrungen und Teilnehmerwünsche anonym erfassen. Um die Teilnehmererwartungen bereits in die Seminarplanung einbeziehen zu können, wurden die

Bögen den Fortbildungsteilnehmenden zunächst im Vorfeld der Veranstaltung zugesandt. Dieses Vorgehen war jedoch wenig erfolgreich, so dass infolge dessen die Fragebögen jeweils zu Beginn der Seminare verteilt wurden, damit sich die Teilnehmenden vor Veranstaltungsbeginn ihre Motive und Erwartungen notieren konnten. Der Abänderung beim methodischen Vorgehen ist es wohl zu verdanken, dass die Rücklaufquote mit ca. 90 % sehr erfreulich ausgefallen ist. Der Fragebogen wurde entwickelt, bevor die Seminarreihe startete. Zum Design des Instruments führten vor allem die Annahmen, dass die meisten Teilnehmenden entsprechend der Geschlechterverteilung innerhalb des Berufes weiblich sind und dass Altenpflegekräfte in ihrer Berufsbiographie gewöhnlich mehrere Ausbildungen aufweisen oder Quereinsteiger sind.

4.2.1.2 Aufbau

Im Fragebogen kommen sowohl offene Fragen, bei denen die Antwort freigestellt wird, als auch geschlossene Fragen, bei denen Antwortkategorien zum Ankreuzen vorgegeben sind, vor. Der Fragebogen lässt sich in vier Segmente unterteilen. Im ersten Teil soll der Befragte Angaben zu Fortbildung, Veranstaltungsort und Datum eintragen. Informationen, die in diesem Eingangsteil erfasst werden, erleichtern die Dokumentation und Einordnung der Teilnehmerdaten.

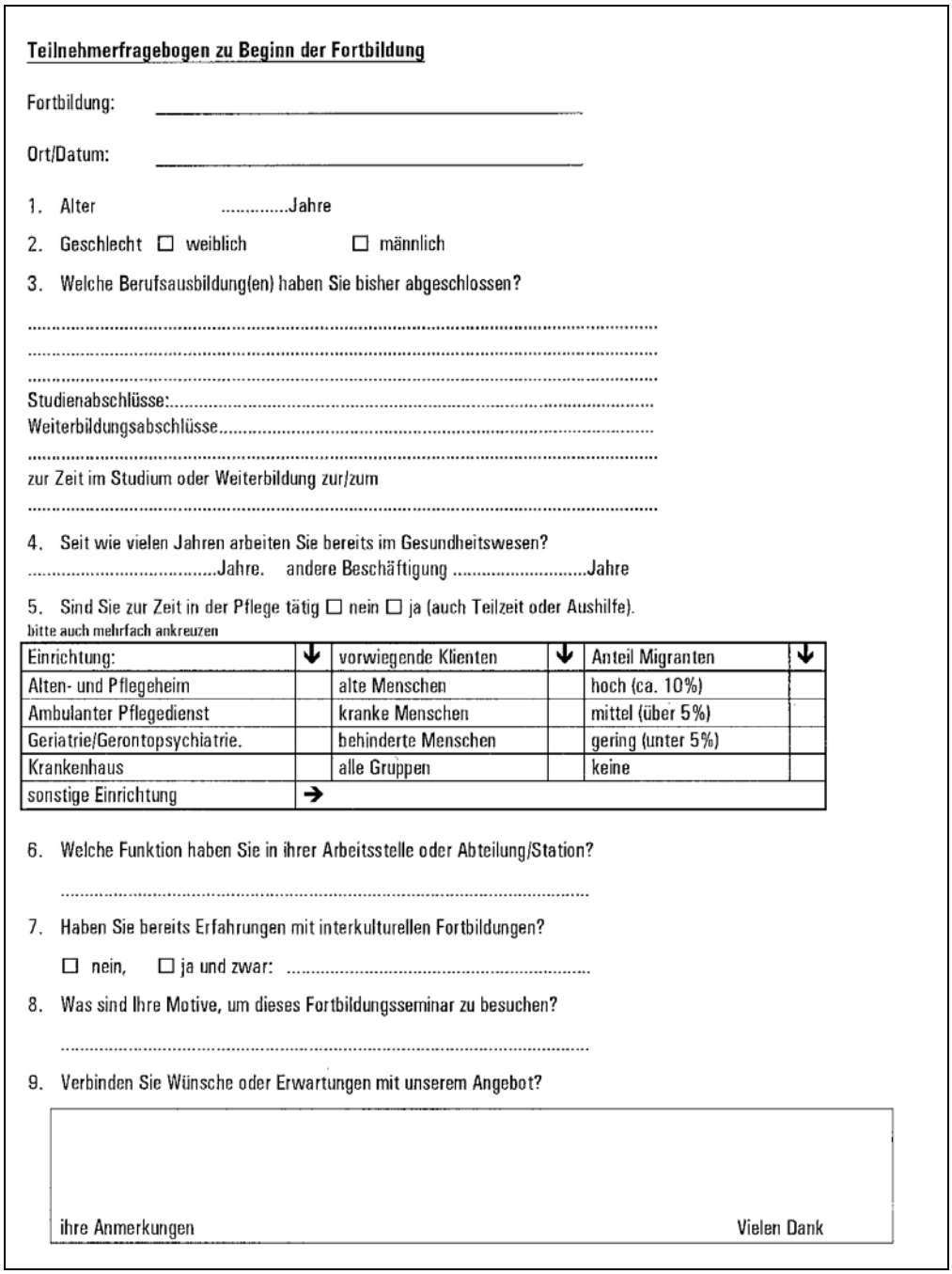
Im zweiten Teil werden ausschließlich demographische Aspekte erfragt, wobei der Seminarteilnehmende bei Frage 1 sein Alter einträgt, bei Frage 2 sein Geschlecht ankreuzt und im Rahmen von Frage 3 ausführlich zum Werdegang seiner Berufsbildung befragt wird. Falls vorhanden, soll der Kursteilnehmende bei Frage 3 seine Berufsausbildung, sein abgeschlossenes Studium und den erlangten Weiterbildungsabschluss eintragen. Neben bereits erlangten Bildungsabschlüssen ist auch das derzeitige Studium bzw. die zum Erhebungszeitpunkt besuchte Weiterbildung von Interesse und sollte ebenfalls notiert werden.

Das dritte Segment erstreckt sich von Frage 4 bis 6. In diesem Teil soll der Fortbildungsteilnehmer Angaben zu seiner Tätigkeit im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege, eintragen. Bei Frage 4 wird der Teilnehmende nach der Anzahl der Jahre, die er bereits im Gesundheitswesen arbeitet, gefragt. Sollte die Person im Gesundheits-

wesen tätig sein, dann kann sie die Anzahl der Jahre in die offene Antwortrubrik eintragen. Arbeitet der Kursteilnehmer hingegen nicht im Gesundheitsbereich, wird er nach der Dauer seiner Tätigkeit außerhalb des Gesundheitswesens gefragt. Mit Hilfe der Frage 5 geht der Fragebogen nun konkreter auf die Tätigkeit in der Pflege ein. Dabei wird die Person grundlegend danach befragt, ob sie derzeit in der Pflege einer Tätigkeit nachgeht oder nicht. Die Person kann entweder ja oder nein ankreuzen, wobei auch Aushilfskräfte und Teilzeitarbeitende als in der Pflege tätig gelten. Fragebögen, die im Rahmen von Fortbildungen zu Modul II ausgeteilt wurden, ermitteln an dieser Stelle, ob der Befragte in der Pflegeausbildung beschäftigt ist. Zudem wird im Rahmen der Frage 5 der Arbeitsplatz näher erfasst, wobei dies mittels der Aspekte Einrichtung, vorwiegende Klienten und Migrantenanteil geschieht. Zu den Bereichen Einrichtung und vorwiegende Klienten können auch Mehrfachantworten abgegeben werden. Die Aspekte sind tabellarisch aufgeführt, wobei der Befragte zunächst die Einrichtung, in der er arbeitet, einordnen soll. Dabei kann er unter vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entscheiden. Sollte der Teilnehmer weder in einem Alten- und Pflegeheim, einem ambulanten Pflegdienst, einer Geriatrie bzw. Gerontopsychiatrie oder einem Krankenhaus beschäftigt sein, dann hat er die Möglichkeit die Institution, in der er tätig ist, unter „sonstige Einrichtung“ einzutragen. Des Weiteren sollte der Befragte Auskunft zu seinen vorwiegenden Klienten geben, die entweder aus alten, kranken, behinderten Menschen oder allen aufgeführten Gruppen bestehen. Unter Frage 5 wird der Kursteilnehmer zuletzt nach dem Migrantenanteil in seiner Einrichtung befragt. Dabei kann der Befragte ankreuzen, ob der Anteil der Migranten hoch (über 10 %), mittel (über 5 %) oder gering (unter 5 %) ist oder ob sich gar keine Migranten in der jeweiligen Institution befinden. Frage 6 gilt als letzte Frage im dritten Segment des Fragebogens. Hier liegt eine offene Frage vor, wobei der Teilnehmer seine Funktion oder Stellung am Arbeitsplatz angeben soll.

Im letzten Teil des Instruments wird auf interkulturelle Fortbildung Bezug genommen. Mit Hilfe der Frage 7 sollen gegebenenfalls Vorerfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen ermittelt werden, da diese beim Projektteam großes Interesse hervorgerufen haben und sich erhofft wurde, eventuell im Rahmen des Seminars Zusammenhänge herstellen zu können. Bei Frage 7 kann der Befragte entweder Vorerfahrungen verneinen oder bejahen, wobei er seine interkulturelle Erfahrung näher benennen sollte.

Die Fragen 8 und 9 sind offene Fragen, bei denen der Teilnehmende sowohl nach seinen Motiven, die ihm zum Seminarbesuch bewegten, befragt wird als auch nach seinen Wünschen und Erwartungen, die er mit dem Angebot verbindet (siehe Abb. 4).



Teilnehmerfragebogen zu Beginn der Fortbildung

Fortbildung: _____

Ort/Datum: _____

1. Alter .....Jahre
2. Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich
3. Welche Berufsausbildung(en) haben Sie bisher abgeschlossen?

.....
.....
.....
Studienabschlüsse:.....
Weiterbildungsabschlüsse.....
.....
zur Zeit im Studium oder Weiterbildung zur/zum
.....

4. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits im Gesundheitswesen?
.....Jahre. andere Beschäftigung .....Jahre
5. Sind Sie zur Zeit in der Pflege tätig ☐ nein ☐ ja (auch Teilzeit oder Aushilfe).
bitte auch mehrfach ankreuzen

Einrichtung:	↓	vorwiegende Klienten	↓	Anteil Migranten	↓
Alten- und Pflegeheim		alte Menschen		hoch (ca. 10%)	
Ambulanter Pflegedienst		kranke Menschen		mittel (über 5%)	
Geriatrie/Gerontopsychiatrie.		behinderte Menschen		gering (unter 5%)	
Krankenhaus		alle Gruppen		keine	
sonstige Einrichtung	→				

6. Welche Funktion haben Sie in ihrer Arbeitsstelle oder Abteilung/Station?
.....
7. Haben Sie bereits Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen?
☐ nein, ☐ ja und zwar: .....
8. Was sind Ihre Motive, um dieses Fortbildungsseminar zu besuchen?
.....
9. Verbinden Sie Wünsche oder Erwartungen mit unserem Angebot?

ihre Anmerkungen Vielen Dank

Abb. 4: Teilnehmerfragebogen zu Beginn der Fortbildung

4.2.1.3 Kritische Betrachtung

Der verwendete Fragebogen ist in einigen Bereichen nicht optimal. Die Schwachstellen sollen exemplarisch herausgestellt und mögliche Verbesserungen beschrieben werden. Ziel dieser Kritik ist ein Beitrag zur Optimierung des Instruments zu leisten, der künftigen interkulturellen Fortbildungen in der Altenpflege als Orientierung dienen kann.

Die Auswertung der Teilnehmerdaten erfolgt auf einer deskriptiven Ebene, da aufgrund des Designs der Items eine inferenzstatistische Auswertung wenig sinnvoll erscheint. Des Weiteren handelt es sich um eine einmalige Teilnehmerbefragung. Die Struktur des vom Projektteam entworfenen Fragebogens weist einige Unklarheiten auf. So ist bei Frage 5 nicht eindeutig geklärt, ob sich der Migrantenanteil nur auf die Klienten oder sowohl auf die Klienten als auch auf die Kollegen bzw. Pflegeschüler bezieht. Da zuvor nach den Pflegebedürftigen gefragt wurde, ist zumindest für Personen aus der Pflegepraxis der Migrantenanteil unter den Klienten naheliegender. Diesen Unsicherheiten hätte entgegengewirkt werden können, wenn sowohl nach dem Anteil der Migranten unter den Pflegebedürftigen als auch nach der Anzahl der Migranten unter den Mitarbeitern und Schülern getrennt gefragt worden wäre. Zudem könnte Frage 9 in Verbindung mit dem darunter liegenden Kasten für Missverständnisse sorgen. Eigentlich sollte dieser Kasten zum Eintrag der Teilnehmerwünsche und -erwartungen Platz bieten, jedoch könnte der Leser die Aufforderung „ihre Anmerkungen“, die links unten in dem Kasten notiert ist, auch dahingehend deuten, allgemeine Anmerkungen zum Fragebogen oder sogar zu seminarexternen Themen einzutragen. Diese Unsicherheit wäre wahrscheinlich nicht aufgetreten, wenn bei Frage 9 dieselben Antwortvorrichtung wie bei den meisten vorherigen Fragen beibehalten worden wäre und der Kasten stattdessen erkennbar für allgemeine Zusatzinformationen zur Verfügung gestanden hätte. Darüber hinaus konnte eine zu enge inhaltliche Verbindung von Frage 8 und Frage 9 ermittelt werden. Während sich der Fortbildungsteilnehmer bei Frage 8 zu seinen Motiven, die ihn zur Teilnahme an der Fortbildung bewegten, äußern soll, wird bei Frage 9 nach den Wünschen oder Erwartungen der Teilnehmenden gefragt. Bei der Auswertung dieser offenen Fragen konnten auffällig viele Übereinstimmungen ermittelt werden, so dass auch ähnliche Auswertungskategorien (Wissenszuwachs, Interesse/Anregungen und Praxisbezug) gebildet wurden. Denn bei vielen Teilnehmern deckten sich die Motive

zum Besuch der Veranstaltung mit den Wünschen oder Erwartungen, die sie zu Beginn der Fortbildung an das Seminar stellten. Da der Fragebogen nur begrenzt Informationen zu interkulturellen Fortbildungen erfasst, hätte man an dieser Stelle besser weitere Informationen in Erfahrung gebracht. Die Teilnehmenden hätten z.B. danach befragt werden können, wie sie auf diese interkulturelle Fortbildung aufmerksam geworden sind. Weitere Defizite weist der Inhalt des Fragebogens auf, da das Instrument an einigen Stellen nur unzureichend Informationen erfasst. So wäre z.B. bei der Erstellung des Teilnehmerprofils eine Erhebung des Migrantenanteils unter den Seminarteilnehmenden sinnvoll gewesen.

4.2.2 Die Teilnehmer

Als Teilnehmende werden diejenigen Personen bezeichnet, die im Vorfeld der Veranstaltung oder zu Beginn des Seminars einen Eingangsfragebogen ausgefüllt haben. Die Seminarteilnehmer machten einmalig, freiwillig und anonym Angaben bei entsprechenden Seminarbesuchen im Zeitraum von Ende 2001 bis Mitte 2003. Im Rahmen der Fortbildungen war ursprünglich eine Vollerhebung bei den insgesamt 198 teilnehmenden Personen aus der Altenpflege geplant, wobei letztendlich 179 Fragebögen in die Bewertung eingingen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 90 %. Bei Modul I wurden die Daten von 64 Personen ausgewertet. Davon füllten 35 Seminarteilnehmer, überwiegend Pflegemanagementstudenten, im Rahmen eines Seminars an der Katholischen Stiftungsfachhochschule in München den Fragebogen aus. Weitere 17 Teilnehmende machten Angaben bei der Pilotveranstaltung in Königswinter. Darüber hinaus füllten acht Teilnehmer aus der Pflegepraxis, die an der Fortbildung am Institut für Aus, Fort- und Weiterbildung Nord in Neustadt an der Ostsee teilnahmen und vier Pflegekräfte, die an einer Veranstaltung des Berufsförderungswerks (BFW) in Frankfurt teilnahmen, Fragebögen aus. Von Modul II lagen 38 Bögen zur Auswertung vor. Dabei machten überwiegend Personen aus dem Bereich der Altenpflegeschule oder Personen in der Weiterbildung zum Lehrer für Pflegeberufe entsprechende Angaben, wobei 18 Fragebögen am Berufsförderungswerk (BFW) in Bochum, zwölf Formulare an der Katholischen Stiftungsfachhochschule in München und acht Bögen im Rahmen einer Fortbildung an der Weiterbildungseinrichtung für Pflege Kaiserswerther Seminare in Düsseldorf ausgefüllt wurden. Insgesamt existierten von Modul III die meisten Frage-

bögen. Dabei machten 77 Personen aus dem Bereich des Pflegemanagements Angaben. Davon stammten 18 Exemplare von einem Seminar an der Hochschule Bremen sowie jeweils 16 Bögen von einer Veranstaltung am Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung in Neustadt an der Ostsee und einem Seminar der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen. Weitere zehn Fragebögen füllten sowohl Teilnehmende an einer Fortbildung an der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin als auch an einem Seminar an der Uniklinik Mainz aus. Sieben Fragebögen lagen von einem Seminar an der Katholischen Stiftungsfachhochschule in München vor. Des Weiteren werden die Befragten anhand ihres Alters, Geschlechts und Bildungsstands näher vorgestellt.

4.2.2.1 Alter

Zu ihrem Alter äußerten sich 175 Teilnehmer. Dabei lag eine relativ große Spannbreite hinsichtlich des Alters vor, wobei die jüngste Person zum Erhebungszeitpunkt 24 Jahre und die älteste 62 Jahre alt war. Dies bedeutet, dass sowohl Teilnehmende, die vermutlich erst kurz im Berufsleben stehen, als auch Personen, die sich kurz vor dem Renteneintritt befinden, an den Fortbildungen teilgenommen haben. Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 37,7 Jahre alt und befanden sich somit mitten im Erwerbsleben. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden an Modul I betrug etwa 37 Jahre, während bei Modul III die Teilnehmer im Mittel 38 Jahre alt und bei Modul II mit durchschnittlich 40 Jahren etwas älter waren.

Die Altersangaben wurden zunächst kategorisiert. Wie aus der Abbildung 5 ersichtlich ist, waren die meisten Personen zwischen 30 und 35 Jahren alt (27 %). 40 Kursteilnehmende (23 %) gehörten zur Gruppe der 36 bis 41jährigen. Demnach waren die Hälfte der Personen (50 %) zwischen 30 und 41 Jahren alt, während ein deutlich geringerer Teil (18 %) der jüngeren Gruppe der 24 bis 29 jährigen zugeordnet werden konnte. Weiterhin befand sich ein wesentlich geringerer Anteil der Befragten (6 %) im Alter von 54 Jahren bis 65 Jahren, wobei dieser kleinere Anteil auf die hohe Fluktuation in der Altenpflege hinweisen könnte. Viele Pflegekräfte verlassen aufgrund psychischer und physischer Überbeanspruchung vor Renteneintritt ihren Arbeitsplatz (vgl. Hölzer 2003, 36-45). Der ebenfalls geringere Anteil an der jüngsten Gruppe könnte als Indiz für die relativ geringe Attraktivität des Berufes gedeutet werden. Schließlich befürchtet

die Altenpflege schon seit langem Nachwuchsmangel (vgl. Menke 2003, 44). Bemerkenswert war zudem, dass von den insgesamt 80 Personen, die zwischen 24 und 35 Jahren alt waren, 38 Personen an Fortbildungen des Moduls III teilgenommen haben. Dies bedeutet, dass ein großer Teil der jüngeren Teilnehmer dem Bereich des Pflegemanagements zugeordnet werden kann, wovon sich sich zum Erhebungszeitpunkt allerdings die meisten der Befragten von Modul III noch im Studium der Pflegewissenschaft oder des Pflegemanagements befanden.

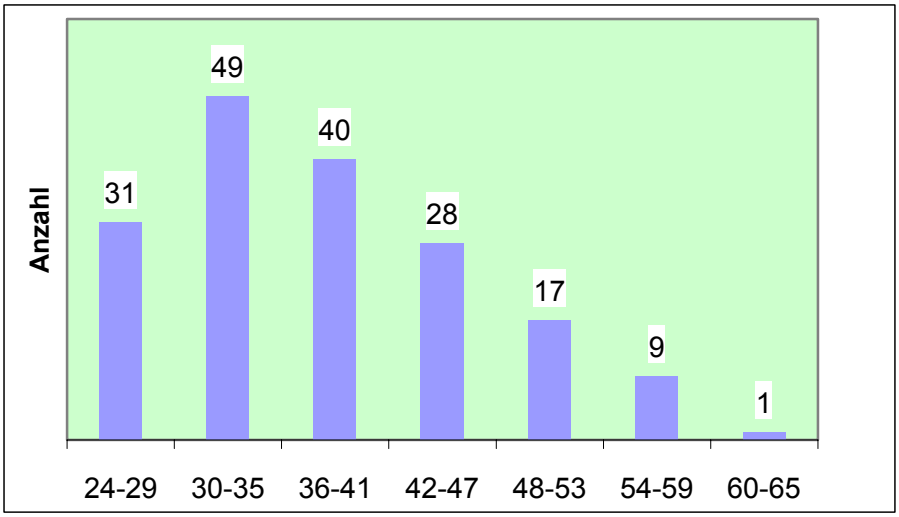


Abb. 5: Alter der Teilnehmer (in Jahren)

4.2.2.2 Geschlecht

Zum Geschlecht liegen Angaben aller Befragten (N=179) vor. Hierbei handelt es sich eindeutig um eine geschlechtsbedingt schiefe Verteilung, da 153 Befragte (85 %) weiblich und nur 26 Teilnehmende (15 %) männlich waren (vgl. Abb. 6). Insgesamt spiegelt dieses Ergebnis die Situation in der Pflege wieder, da Altenpflege in erster Linie ein Frauenberuf ist. Von den Männern nahmen über die Hälfte (15 Personen) an Fortbildungen für den Leitungsbereich der Pflege teil. Dieses Ergebnis spricht für die Tatsache, dass auch in diesem Berufszweig Männer überproportional Führungspositionen besetzten.

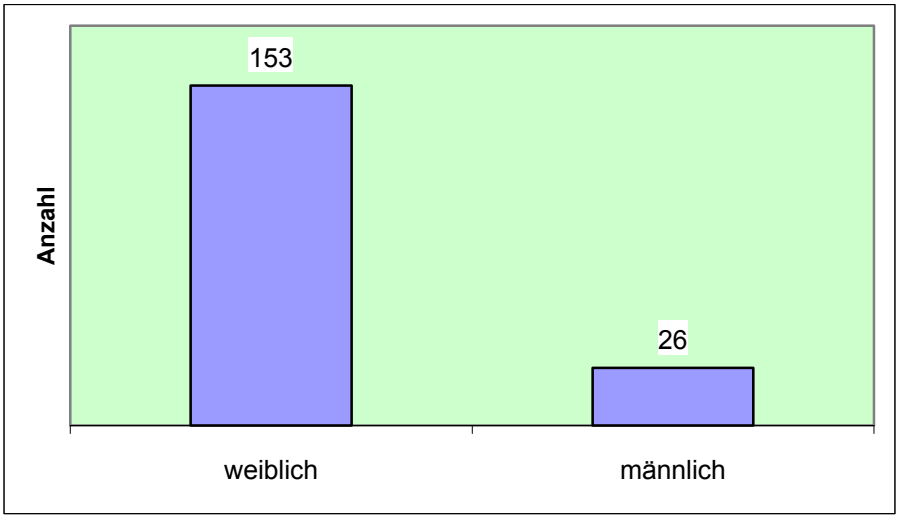


Abb. 6: Geschlecht der Teilnehmer

4.2.2.3 Bildung

Im Rahmen des Fragebogens wurde die berufliche Bildung der Teilnehmer ausführlich erfasst. Diese umfangreichen Angaben zur Ausbildung, Studium, Weiterbildung und derzeitiger Weiterbildung oder Studium werden im Folgenden zur Vorstellung der Fortbildungsteilnehmer aufgeführt.

4.2.2.3.1 Berufsausbildung

Zur Berufsausbildung liegen 198 Teilnehmerangaben vor, wobei Mehrfachantworten vorkamen bzw. einige Teilnehmende zwei Erstausbildungen benannten. Auffällig war, dass über 60 % der Ausbildungen im Krankenpflegebereich (KP) absolviert wurden. Dabei konnten 117 Angaben mehrheitlich zur Ausbildung in der Krankenpflege und einige wenige zur Ausbildung in der Kinderkrankenpflege vermerkt werden (vgl. Abb. 7). Insgesamt haben sowohl bei Modul I (48 %) als auch bei Modul II (56 %) und III (50 %) etwa die Hälfte der Teilnehmen eine Krankenpflegeausbildung absolviert. Verwunderlich war dagegen, dass nur 40 Angaben zur Ausbildung in der Altenpflege (AP) gemacht wurden. Demnach verfügt nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Teilnehmer über eine professionelle Ausbildung und somit fundierte Kenntnisse in der Pflege alter Menschen. Fast genauso viele Angaben lagen zur sonstigen Ausbildungen

vor, die alle unter die Rubrik „Sonstiges“ gefasst wurden, da es nicht sinnvoll erschien, diese diffusen pflegeexternen Berufsangaben (Erzieherin, Kaufmann, Werkzeugmechaniker, Zahnarzthelferin usw.) getrennt zu gruppieren. Dieses Ergebnis entspricht der im Vorfeld vom Projektteam getroffenen Annahme, dass im Pflegebereich viele Quereinsteiger tätig sind.

Weiterhin fällt auf, dass nur vier Teilnehmer dem Berufsfeld des Altenpflege- oder Krankenpflegehelfers (Helfer) zugeteilt werden konnten, obwohl sie im Pflegebereich anteilsmäßig stark vertreten sind. Laut dem Deutschen Statistischen Bundesamt (DESTATIS) waren im Jahr 2002 32 % der Personen, die in der Pflege arbeiteten, als Helfer beschäftigt (vgl. DESTATIS 2004). Die geringe Teilnahme an beruflicher Weiterbildung könnte mit dem schulischen Bildungsniveau vieler Pflegehelfer zusammenhängen, da Personen mit einer geringer qualifizierten Schulbildung seltener an Weiterbildungsveranstaltungen teilnehmen (vgl. Barz/Tippelt 2003, S.333).

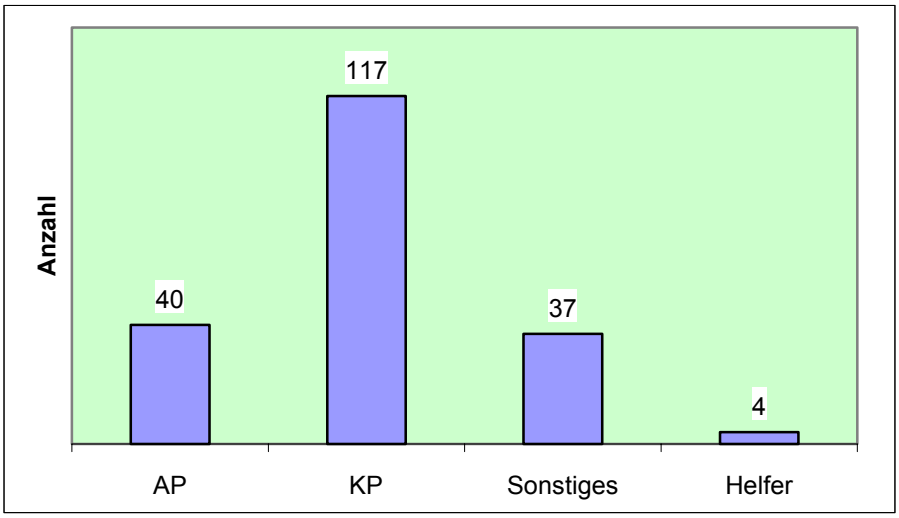


Abb. 7: Berufsausbildung der Teilnehmer

4.2.2.3.2 Studienabschluss

Wie aus Abbildung 8 entnommen werden kann, liegen insgesamt 33 Teilnehmerangaben zu einem abgeschlossenen Studium vor. Auch hier kamen Mehrfachantworten vor. Vier Teilnehmer gaben an, dass sie zwei Studien abgeschlossen haben. Somit machten insgesamt 25 Kursteilnehmende Angaben zu ihren Studienabschlüssen. Elf Seminarteilnehmer verfügten über ein abgeschlossenes Studium in einem Pflegestudiengang (Pfle-

ge), wovon die meisten Pflegemanagement oder -pädagogik studierten. Ebenfalls elf Befragte haben ein Studium in sonstigen Bereichen wie Psychologie oder Theologie absolviert. Da es sich um sehr unterschiedliche Studienrichtungen handelt, wurden keine differenzierten Kategorien gewählt. Zudem besaßen sechs Befragte ein abgeschlossenes Studium der Soziologie oder Sozialwissenschaften (Sozial). Weitere fünf Seminarteilnehmer gaben an, Pädagogik, Sozialarbeit oder -pädagogik (Soz) studiert zu haben. Wie erwartet, nahmen die meisten Akademiker an Fortbildungen für den Leitungsbereich der Altenpflege teil. Insgesamt verfügten nur ca. 14 % der Stichprobe über ein abgeschlossenes Studium. Weiterhin ist beachtenswert, dass von den 25 Teilnehmenden, die über ein abgeschlossenes Studium verfügten, 19 vorher eine Berufsausbildung absolviert hatten.



Abb. 8: Studienabschluss der Teilnehmer

4.2.2.3.3 Weiterbildungsabschluss

Insgesamt machten 67 Personen Angaben zu einer abgeschlossenen Weiterbildung. Da zwei Personen über zwei Weiterbildungsabschlüsse verfügten, lagen insgesamt 69 Teilnehmerangaben vor. Nahezu alle Personen, die sich weitergebildet haben, absolvierten im Vorfeld eine Ausbildung in der Kranken- oder Altenpflege. Die meisten Angaben wurden zu Weiterbildungsabschlüssen im Bereich der Leitungsebene (Leitung) getroffen. 22 Befragte haben eine Weiterbildung u.a. als Stations-, Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung abgeschlossen. Fast ebenso viele Teilnehmerdaten konnten Weiterbildungsabschlüssen für Fachkrankenpflege (Fach-KP) zugeordnet werden, wobei sich

ausschließlich Frauen als Fachkrankenschwester für Anästhesie, Chirurgie oder Psychiatrie weiterbildeten. Zudem haben 15 Personen eine Weiterbildung im Bereich der Pflegeschule zumeist als Lehrer für Pflegeberufe absolviert. Die restlichen 18 % haben sich als Rettungsassistent (Rettung) und in sonstigen Bereichen wie z.B. als Heilpraktiker oder Psychotherapeut schulen lassen (vgl. Abb. 9).

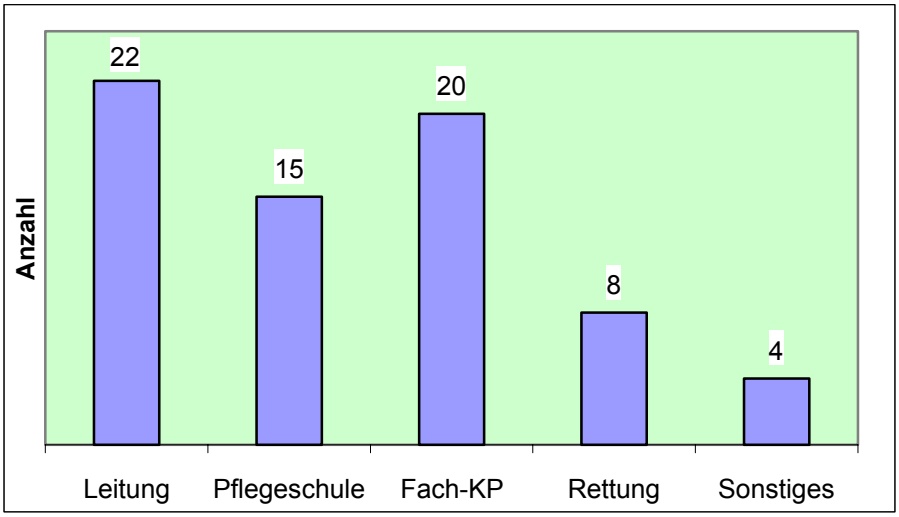


Abb. 9: Weiterbildungsabschluss der Teilnehmer

4.2.2.3.4 Derzeitige/s Weiterbildung oder Studium

Zum Erhebungszeitpunkt befanden sich insgesamt 111 Teilnehmende in einer Weiterbildung oder einem Studium. Diese 62 % der Stichprobe haben nahezu ausnahmslos im Vorfeld eine Ausbildung in der Pflege absolviert, wobei die meisten in der Krankenpflege geschult wurden. Die meisten Befragten gaben an, derzeit dem Studium des Pflegemanagements (Pflegeman) nachzugehen. 20 Teilnehmende bildeten sich als Lehrer für Pflegeberufe (Lehrer) weiter und 19 Kursteilnehmer besuchten zum Erhebungszeitpunkt eine Weiterbildung als Pflegedienstleitung (PDL). Ein kleinerer Anteil der Befragten studierte Pflegewissenschaft (Pflegewis), Pflegepädagogik (Pflegepäd) oder sonstige Fachrichtungen wie Betriebswirtschaftslehre (vgl. Abb. 10). Auffällig war, dass sich in Modul I, das in erster Linie an die Pflegepraxis gerichtet war, über die Hälfte der Teilnehmenden (67 %) in einer Weiterbildung bzw. einem Studium befanden. Dies führt zu der Annahme, dass nur 33 % derjenigen, die an einer Fortbildung für Pflegende teilgenommen haben, mit ihrer damaligen Stellung als Alten- oder Kranken-

pfleger zufrieden waren. Schließlich konnten von den 54 Personen, die sich im Studium zum Pflegemanager befanden, 35 Modul I zugeteilt werden.

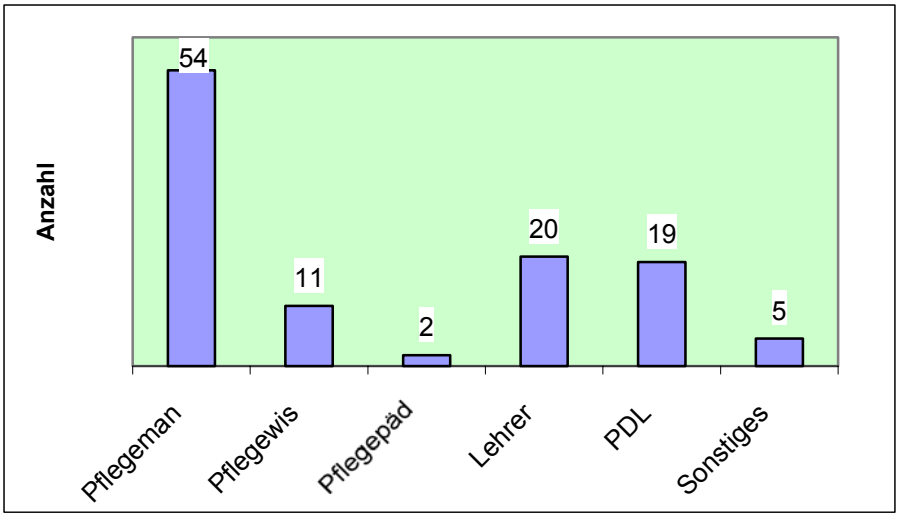


Abb. 10: Derzeitige/s Weiterbildung oder Studium

4.2.3 Ergebnisse der Teilnehmerbefragung

Bei der Darstellung der Fragebogendaten wird ab Frage 4 begonnen, da die Ergebnisse von Frage 1 bis 3 bereits bei der Beschreibung der Teilnehmer in 4.2.2 vorgestellt wurden.

4.2.3.1 Dauer der Tätigkeit im oder außerhalb des Gesundheitswesens

Bei Frage 4 wurden die Teilnehmenden nach der Anzahl der Jahre befragt, die sie bereits im Gesundheitswesen oder in einem anderen Bereich tätig sind. Insgesamt gaben 173 Befragte an, im Gesundheitswesen zu arbeiten (vgl. Abb. 11). Zum Erhebungszeitpunkt arbeitete eine Person erst 1,5 Jahre im Gesundheitsbereich, während ein anderer Teilnehmer schon 35 Jahre in diesem Berufsfeld tätig war. Dadurch ergab sich eine relativ große zeitliche Spannbreite hinsichtlich der Dauer der Tätigkeit im Gesundheitswesen. Im Mittel waren die Teilnehmenden 15,5 Jahre im Gesundheitswesen beschäftigt. Nach der Kategorisierung der Teilnehmerangaben fiel auf, dass über 50 % (90 Personen) derjenigen, die im Gesundheitsbereich einer Tätigkeit nachgehen, zwischen 10 und 19 Jahren dort arbeiten. Für den Bereich der Pflege würde die relativ große

Anzahl derjenigen, die zwischen 20 und 35 Jahren dort arbeiten (49 Personen) und somit schon relativ lange in diesem Berufssektor verweilen, gegen die Annahme sprechen, dass dort eine hohe Fluktuation unter den Mitarbeitern vorherrschend ist. Weiterhin waren nur 20 % der Teilnehmenden erst zwischen 1,5 und 9 Jahren in diesem Bereich tätig (vgl. Abb. 11). Die relativ geringe Anzahl derer, die noch nicht lange im Gesundheitsbereich arbeiten, könnte mit dem schlechten Image der Altenpflege in der Öffentlichkeit zusammenhängen, da wahrscheinlich vor allem Berufsanfängern andere Berufe attraktiver erscheinen. Modulbezogen war auffällig, dass die Hälfte der Befragten, die an Modul II teilgenommen haben, bereits 20 Jahre und länger im Gesundheitswesen tätig waren. Innerhalb dieses relativ langen Zeitraums absolvierten die meisten dieser Gruppe zunächst eine Ausbildung in der Pflege und arbeiteten einige Jahre in ihrem Beruf, bevor sie sich im Bereich der Pflegepädagogik weiterbildeten. Weiterhin konnte unter den Teilnehmern die Tendenz zur Auf- und Abrundung der Arbeitsjahre festgestellt werden, da über 20 % der befragten Personen die Dauer ihrer Tätigkeit in 5- oder 10-Jahresschritten einordneten, wobei 16 Teilnehmer 10 Jahre, 14 Teilnehmende 15 Jahre und 17 Personen 20 Jahre angaben.

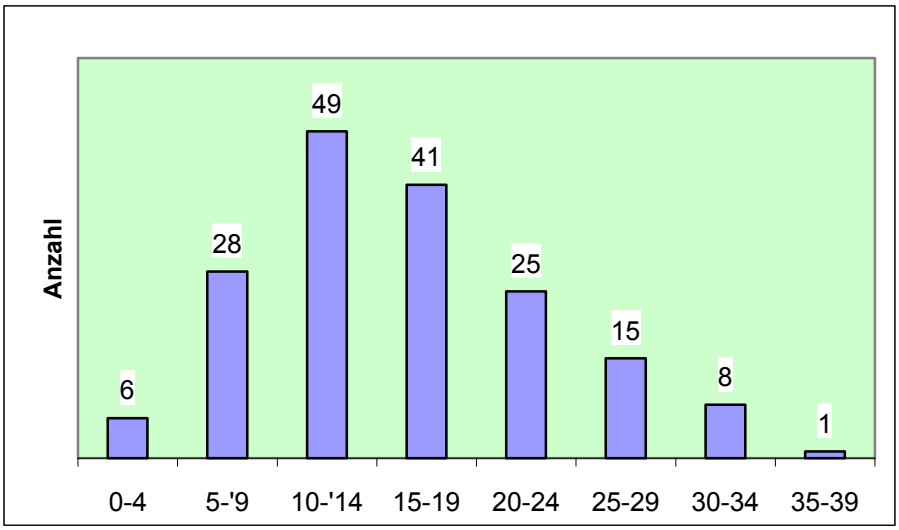


Abb. 11: Dauer der Tätigkeit im Gesundheitswesen (in Jahren)

Des Weiteren wurde im Rahmen des Eingangsfragebogens nach der Dauer der Tätigkeit außerhalb des Gesundheitswesens gefragt. Um einen direkten Vergleich der beiden Aussagen zu gewährleisten, wurden dieselben Alterskategorien gewählt, anhand derer auch die Dauer der Tätigkeit im Gesundheitswesen dargestellt wurde. Insgesamt gaben 41 Personen oder 23 % der insgesamt Befragten an, zwischen 0,5 und 38 Jahren nicht im Gesundheitsbereich gearbeitet zu haben. Somit ergab sich sowohl für die Dauer der

Tätigkeit außerhalb als auch innerhalb des Gesundheitswesens eine relativ weite Spannbreite. Durchschnittlich waren die befragten Personen 8,2 Jahre in einem anderen Bereich tätig und somit wesentlich kürzer als diejenigen, die im Mittel 15,5 Jahre im Gesundheitswesen beschäftigt waren. Auch aus der Abbildung 12 kann entnommen werden, dass 71 % der Teilnehmenden zwischen 0 und 9 Arbeitsjahren und daher zum Erhebungszeitpunkt noch nicht sehr lange in Berufen außerhalb des Gesundheitsbereichs tätig waren. Am häufigsten wurden dabei von jeweils sechs Teilnehmenden als Dauer der Tätigkeit 2 und 6 Jahre angegeben. Bei Modul II gehen sogar alle zehn Befragte, die an Fortbildungen zur Pflegepädagogik teilgenommen und Angaben zu einer Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld als dem Gesundheitsbereich gemacht haben, seit relativer kurzer Zeit, zwischen einem und zehn Jahren, ihrer Arbeit außerhalb des Gesundheitssektors nach. Da die meisten Pflegepädagogen vor ihrer Weiterbildung zum Lehrer für Pflegeberufe eine relativ lange Zeit ausschließlich im Gesundheitsbereich tätig waren und nach der Weiterbildungsmaßnahme auch Tätigkeiten außerhalb des Gesundheitswesens ergriffen haben, erscheint dieser Sachverhalt plausibel. Des Weiteren arbeiteten über 90 % der Befragten sowohl außerhalb als auch innerhalb des Gesundheitsbereichs und nur drei Personen waren ausschließlich in einem anderen Berufsfeld als das der Gesundheitsberufe beschäftigt.

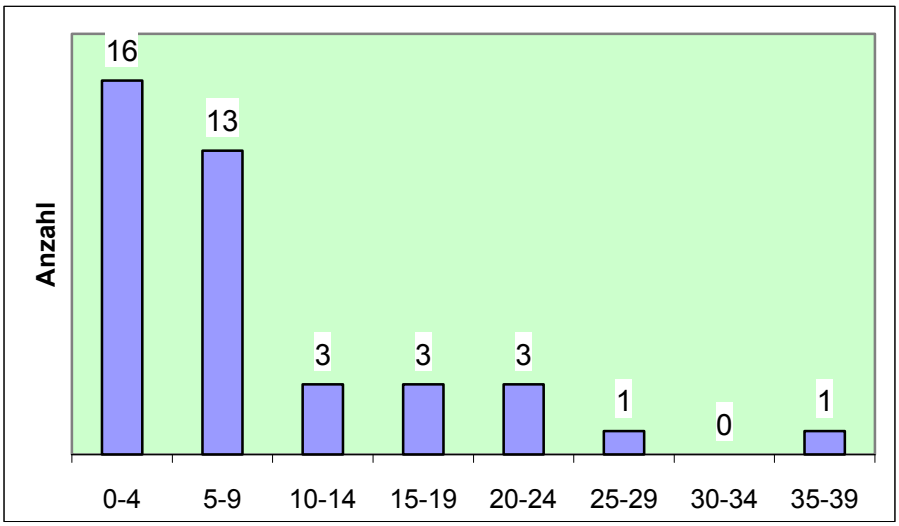


Abb. 12: Tätigkeitsdauer außerhalb des Gesundheitswesens (in Jahren)

4.2.3.2 Tätigkeit und Arbeitsumfeld in der Pflege

Bei Frage 5 wurden die Seminarteilnehmer danach befragt, ob sie in der Pflege, auch als Teilzeitbeschäftigter oder Aushilfe, tätig sind. Von den 160 Personen, die zu dieser Frage Stellung nahmen, arbeiteten 71 % (114 Personen) zum Zeitpunkt der Befragung in der Pflege, während 29 % (46 Personen) der Teilnehmenden in einem Beruf außerhalb des Pflegebereichs tätig waren (siehe Abb. 13). Wie erwartet zeigt dieses Ergebnis, dass diejenigen, die an einer Fortbildung zur Interkulturalität in der Altenpflege teilgenommen haben, auch überwiegend in der Pflege arbeiten. Nicht zu vernachlässigen ist allerdings, dass immerhin 46 Personen, die sich zur Frage 5 geäußert haben, außerhalb der Pflege einer Beschäftigung nachgehen.

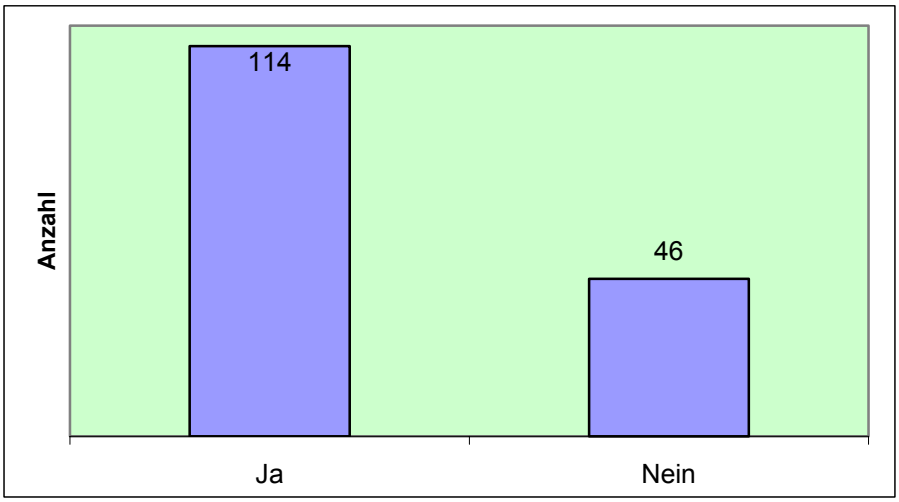


Abb. 13: Tätigkeit in der Pflege

Im Rahmen der Frage 5 wurde weiterhin die Einrichtung, in der die Kursteilnehmer beschäftigt waren, ermittelt. Insgesamt lagen 169 Teilnehmerantworten vor, wobei sechs Befragte aus Modul III und jeweils neun Teilnehmer aus den Modulen I und II zwei bis drei Institutionen benannten. Die meisten Befragten arbeiteten in Alten- und Pflegeheimen (Heim) oder in Krankenhäusern, wobei jeweils 52 Personen diesen Einrichtungen zugeteilt werden konnten. Nur 14 Personen gaben an, in einer Geriatrie oder einer Gerontopsychiatrie (Geriatrie) beschäftigt zu sein. Dieser relativ geringe Anteil ist nicht verwunderlich, da diejenigen, die im gerontopsychiatrischen Bereich arbeiten, zuvor eine Spezialisierung durchlaufen haben. Weitere 24 Teilnehmerangaben fielen unter die Kategorie „Sonstiges“, wobei Einrichtungen wie Gesundheitsamt, Hospiz, Rettungsdienst oder Pflegeschule genannt wurden (vgl. Abb. 14).

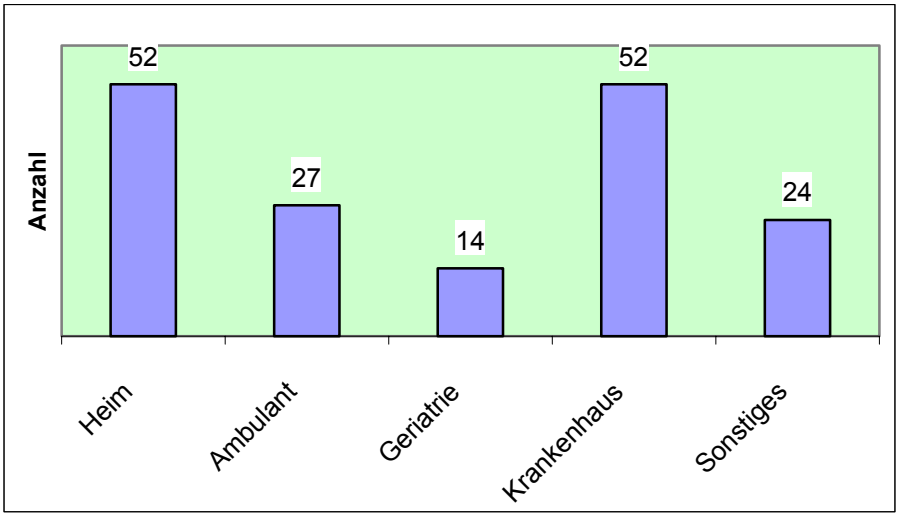


Abb. 14: Einrichtung

Darüber hinaus machten die Seminarteilnehmenden Angaben zu den Klienten, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit vorwiegend betreuten. Ebenso wie bei den Einrichtungen wurden auch hier Mehrfachantworten abgegeben. Bei Modul I arbeiteten 10 Personen, bei Modul II 12 Teilnehmende und bei Modul III 20 Kursteilnehmer mit mindestens zwei der aufgezeigten Klientengruppen zusammen. Insgesamt konnten 176 Teilnehmerangaben verzeichnet werden, wobei 74 Befragte und somit der größte Teil angab, sich um alte Menschen, und 53 Teilnehmer vordergründig um kranke Menschen zu kümmern (siehe Abb. 15).

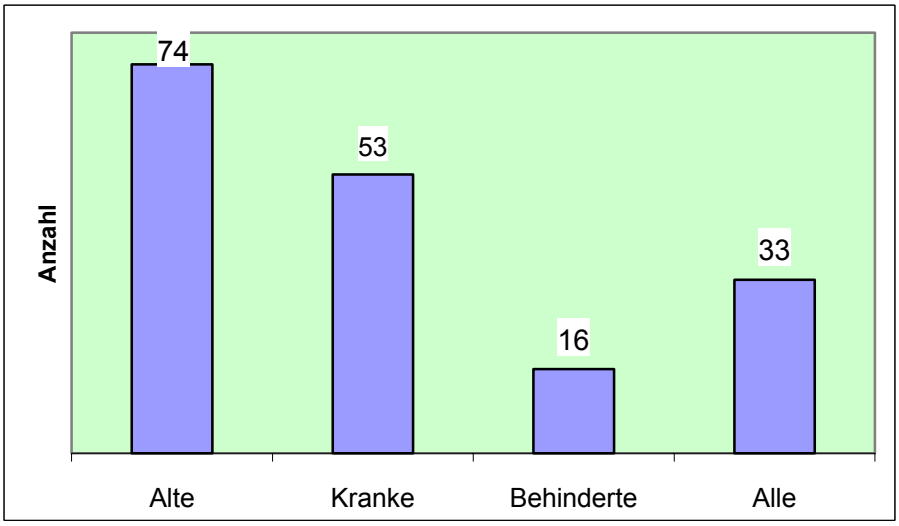


Abb. 15: Vorwiegende Klienten

Auffallend war, dass in 13 Fällen die Befragten statt der Kategorie „alle Gruppen“ die ganzen restlichen Kategorien ankreuzten. Daher ist davon auszugehen, dass dieses Teilnehmerverhalten fälschlicherweise zur Überbewertung der einzelnen Klientenkategorien führte.

Unter Frage 5 sollten die befragten Personen schließlich Angaben zum Anteil der Migranten in ihrem Arbeitsumfeld machen. Zum Migrantenanteil äußerte sich 67 % der Stichprobe (120 Personen). Das wesentliche Ergebnis lag darin, dass 58 Teilnehmer und somit nahezu die Hälfte mit weniger als 5 % Migranten am Arbeitsplatz konfrontiert wurden (vgl. Abb. 16). Diese Tendenz wurde bereits im Vorfeld vermutet, da insbesondere in der Altenpflege der Migrantenanteil noch sehr gering ist. Weiterhin bestätigt das Ergebnis, dass ein Großteil der Teilnehmenden die Fragestellung in der vom Projektteam beabsichtigten Art interpretieren. Wenn die meisten Teilnehmer im Rahmen der Frage sowohl Kollegen als auch Klienten unter den Migrantenanteil gefasst hätten, dann wäre wahrscheinlich angesichts der hohen Anzahl ausländischer Kollegen in den Pflegeteams vordergründig ein mittlerer (über 5 %) oder hoher (ca. 10 %) Migrantenanteil gewählt worden. In einem weiteren Teilergebnis gaben nur 11 Befragte an, mit keinen Migranten am Arbeitsplatz in Kontakt zu treten. Dies könnte ein Indiz für den langsam steigenden Anteil von Migranten in deutschen Pflegeeinrichtungen oder sogar für die Multikulturalität unserer Gesellschaft sein, da diese sich letztendlich auch in ihren Versorgungssystemen wiederspiegelt.

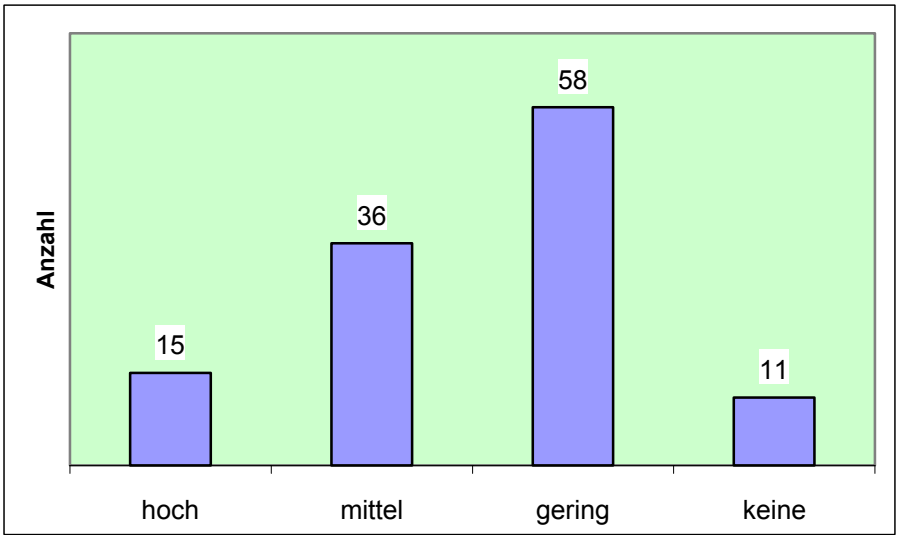


Abb. 16: Migrantenanteil in den Einrichtungen

4.2.3.3 Funktion an der Arbeitsstelle oder Abteilung/Station

Bei Frage 6 wurde der Teilnehmende nach der Funktion an seiner Arbeitsstelle, in seiner Abteilung oder auf der Station gefragt. Insgesamt machten 79 % der befragten Teilnehmer (142 Personen) Angaben zu ihrer Arbeitsposition, wobei die meisten Teilnehmenden (44 %) in leitenden Positionen, u.a. als Heim-, Bereichs oder Pflegedienstleiter, tätig waren. Mit 40 % waren etwas weniger Teilnehmer (57 Personen) zum Erhebungszeitpunkt in der Pflegepraxis beschäftigt (vgl. Abb. 17). Des Weiteren wurde bestätigt, dass der überwiegende Teil der Befragten, die an Modul I teilgenommen haben, aus der Pflegepraxis stammt, und dass die meisten Befragten aus Modul II an Pflegeschulen tätig waren. Darüber hinaus zeigte sich, dass der größte Teil derjenigen, die Modul III zugeordnet wurden, aus dem Bereich der Pflegeleitung stammte. Die Angaben von weiteren sieben Personen wurden der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet, da sie z.B. als Studentische Hilfskraft, Beschäftigungstherapeutin oder als Sachbearbeiterin tätig waren. Bei detaillierter Betrachtung der einzelnen Module fiel auf, dass 30 % derjenigen, die an einer Fortbildung für den Leitungsbereich in der Pflege teilnahmen, zum Erhebungszeitpunkt dem Arbeitsbereich der Pflegepraxis zugeordnet werden konnten. Allerdings ist davon auszugehen, dass viele Pflegewissenschaftsstudenten, die an Modul III teilgenommen haben, neben ihrem Studium in der Praxis arbeiten.

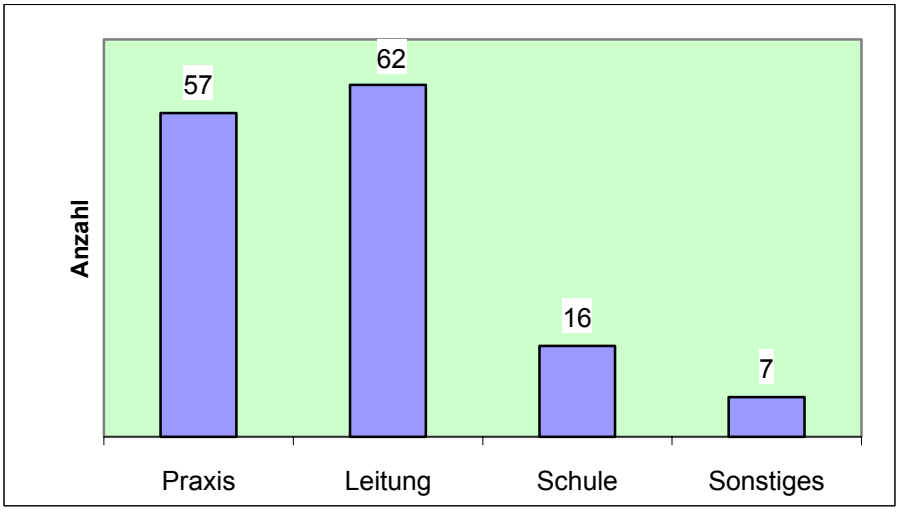


Abb. 17: Funktion an der Arbeitsstelle oder Abteilung/Station

4.2.3.4 Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen

Im Rahmen von Frage 7 wurden die Kursteilnehmer nach ihren Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen gefragt. Diese Frage beantworteten 174 Teilnehmende, wobei nur 28 Befragte (16 %) an interkulturellen Fortbildungen teilgenommen haben. Da bisher nur sehr wenige interkulturelle Seminare in der Altenpflege angeboten werden, war die Zahl derjenigen, die über keine entsprechenden Erfahrungen verfügten, mit 146 (84 %) deutlich höher (siehe Abb. 18).

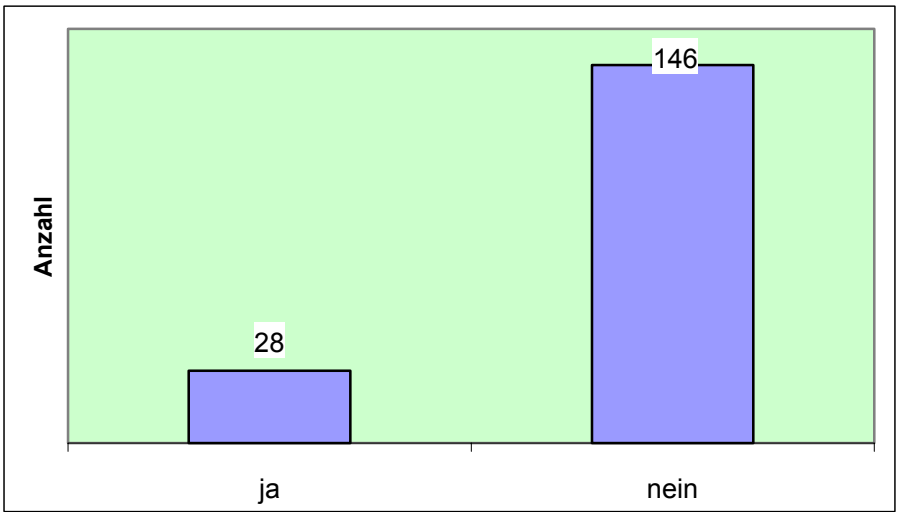


Abb. 18: Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen

Darüber hinaus wurden die Aussagen der 28 Personen, die bereits Teilnehmer bei interkulturellen Fortbildungen waren, kategorisch ausgewertet (siehe Abb. 19). 57 % (16 Personen) führten aus, an einem Seminar zur Interkulturalität im Rahmen des Studiums, der Ausbildung oder des Berufs teilgenommen zu haben. 18 % (5 Personen) gaben an, ein Seminar zur Thematik selbst durchgeführt zu haben. Die restlichen 25 % (7 Personen) zählten interkulturelle Erfahrungen unterschiedlicher Art auf, wie z.B. die Teilnahme an einem Türkischkurs oder ein langjähriger Auslandsaufenthalt.

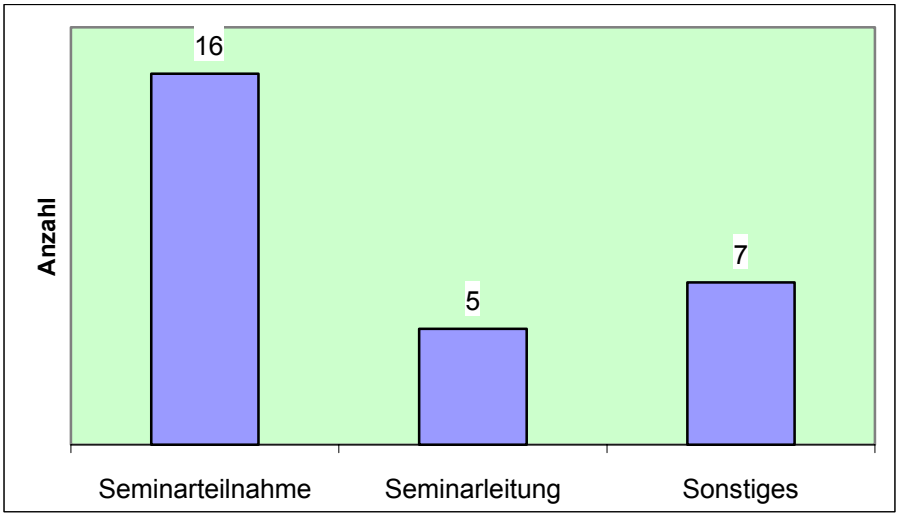


Abb. 19: Art der Erfahrung mit interkulturellen Fortbildungen

4.2.3.5 Motive der Teilnahme

Zu ihren Motiven, die sie zum Seminarbesuch veranlasst haben, äußerten sich 148 Teilnehmende. Dabei versprachen sich 41 % (60 Personen) von der Teilnahme an der Veranstaltung eine Erweiterung ihres Wissens, auch hinsichtlich ihrer studentischen oder beruflichen Laufbahn. Weitere 17 % (25 Personen) nannten als vordergründiges Motiv zur Teilnahme das Interesse an dem Thema „Interkulturalität“. 16 % (24 Personen) wollten das Seminar besuchen, um interkulturelle Probleme aus der Praxis zu diskutieren. Für 11 % (17 Befragte) war das Seminar eine Pflichtveranstaltung, wobei sich unter diesen 17 Befragten hauptsächlich Studenten befanden, die an Modul I teilgenommen haben. Viele Befragte (34 Personen) gaben sonstige Aussagen hinsichtlich ihrer Motive ab, die alle sehr unterschiedlich waren und den aufgestellten Kategorien nicht zugeordnet werden konnten, wie z.B. die Angabe, dass der Ehemann ein Migrant sei oder „ausgefüllt im Semester“ (vgl. Abb. 20). Modulbezogen haben von den 56 Personen aus Modul I, die zu ihren Motiven Angaben machten, 39 Befragte in erster Linie ihr Wissen erweitern wollen.

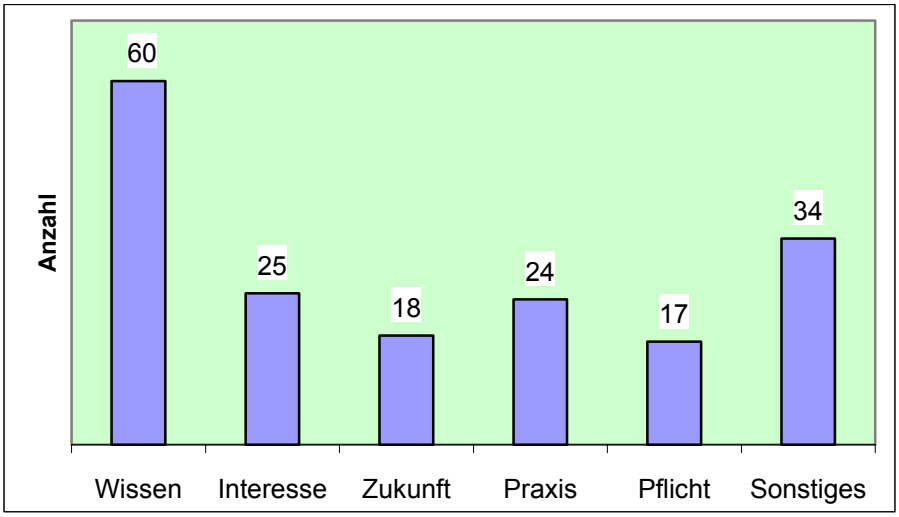


Abb. 20: Motiv der Teilnahme

4.2.3.6 Wünsche und Erwartungen der Teilnehmer

Hinsichtlich der Wünsche und Erwartungen der Teilnehmenden äußerten sich 78 Befragte, wobei einige Seminarteilnehmer mehrere Äußerungen tätigten und somit insgesamt 83 Teilnehmeraussagen in die Auswertung eingingen. Die meisten Kursteilnehmer wünschten sich einen engen Praxisbezug gegenüber den Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen. Diese 28 befragten Personen wollten daher überwiegend Probleme aus der Praxis aufgreifen und in der Gruppe diskutieren. Zudem wünschten sich 24 Teilnehmer konkrete Anregungen im Umgang mit interkulturellen Problemen und zum Transfer der interkulturellen Kenntnisse in die Praxis (vgl. Abb. 21). Im Gegensatz zu den Aussagen, die zu den Teilnahmemotiven getroffen wurden, lag der Schwerpunkt bei den Wünschen und Erwartungen nicht auf der Wissenserweiterung, sondern auf praktischen Inhalten wie Anregungen für den Umgang mit interkulturellen Inhalten und der Lösung kulturbedingter Probleme. Insgesamt wurde festgestellt, dass deutlich weniger Teilnehmer die Frage nach ihren Wünschen und Erwartungen beantwortet haben als die Frage nach ihren Motiven. Während sich zur Frage 8 148 Personen äußerten, antworteten auf Frage 9 nur 78 Personen. Da nur wenige Teilnehmer über Erfahrungen mit interkulturellen Veranstaltungen verfügten (28 Personen), liegt es nahe, dass viele Teilnehmer zu Beginn des Seminars aufgrund mangelnder Vorkenntnisse keine konkreten Erwartungen hegten und der Fortbildung eher offen gegenüberstanden.

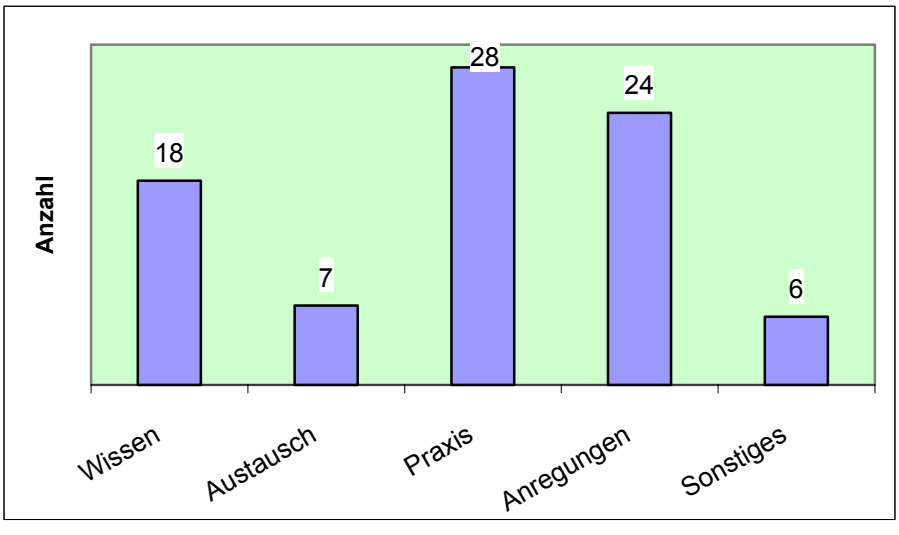


Abb. 21: Wünsche und Erwartungen

Mit Hilfe des Experteninterviews wurden zusätzlich qualitative Daten gewonnen. Im nachfolgenden Teil der Arbeit sollen dieses zweite Erhebungsverfahren und die damit erhaltenen Informationen näher erläutert werden.

4.3 Experteninterview

4.3.1 Auswahl der Experten

Die Intention des Experteninterviews ist eine qualitative Ergänzung der Fragebogendaten, da weiterführend Unklarheiten hinterfragt und die Auswertung um die Perspektive der Dozenten erweitert werden sollen. Darüber hinaus konnten sowohl auf [iku:] bezogene Informationen, bei denen vor allem der Umgang mit Teilnehmerwünschen geschildert wird, als auch allgemeine Aussagen über interkulturelle Fortbildungen in der Altenpflege gewonnen werden.

Zur Vertiefung des Fragebogenmaterials wurden Interviews mit Experten geplant. Dazu wurden zunächst jegliche Dozenten ermittelt, die [iku:]-Fortbildungen durchgeführt haben. Danach fand eine exemplarische Auswahl der Experten statt, wobei Kriterien wie Erreichbarkeit und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen projektinternen und -externen Dozenten richtungsweisend waren. Daraufhin wurde per Telefon zu vier Dozenten

Kontakt aufgenommen. Beim Telefonat wurde das Vorhaben genau erläutert sowie die Übersendung der vorläufigen Leitfadenkonstruktion per E-Mail und die Anonymität der Aussagen zugesichert. Da die Interviewpartner den Leitfaden einige Zeit im voraus erhalten haben, konnten sie sich bereits mit den Fragestellungen auseinandersetzen. Die Telefoninterviews dauerten jeweils zwischen 20 und 40 Minuten. Sie wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten im Februar 2004 durchgeführt und dabei mit einem Aufnahmegerät festgehalten. Nach einer stichwortartigen Mitschrift (vgl. Anhang) fand eine systematische Auswertung des Datenmaterials statt.

Für die Auswahl der Experten war bestimmend, dass alle Befragten im Bereich der Pflege über umfangreiche Praxiserfahrungen verfügten. Des Weiteren zeichneten die Interviewten reichhaltige Kenntnisse im Umgang mit Interkulturalität aus, wobei die meisten Experten längere Auslandsaufenthalte nachweisen konnten. Zwei Befragte studierten Ethnologie und eine Person stammt direkt aus einer Migratenfamilie. Ferner waren alle Befragten sowohl bei der Entwicklung der Module im Rahmen von [iku:] als auch an der Durchführung beteiligt. Schließlich wurde ebenfalls beabsichtigt, gleichermaßen projektinterne und -externe Dozenten zu befragen, um der Gefahr der einseitigen Darstellung zu entgehen. Ferner waren unter den Experten drei Frauen und ein Mann. Zudem waren alle Interviewte Akademiker, die den Studienrichtungen Ethnologie, Soziologie und Pädagogik zugeteilt werden konnten. Diese Merkmale waren allerdings mehr zufälliger Art und übten keinen gesonderten Einfluss bei der Expertenauswahl aus.

4.3.2 Methodenauswahl

Um über die Fragebogendaten hinaus weitere Informationen zu erlangen, wurden die Experten mittels eines Leitfadeninterviews telefonisch befragt. Ein wesentlicher Vorteil des Telefoninterviews war die direkte Befragung der Experten trotz der weiten Entfernung. Somit wurde das Interview einem Fragebogen vorgezogen, da der Interviewer mit Hilfe dieser Methode situationsspezifisch auf den Interviewpartner eingehen und flexibel fragen konnte. Darüber hinaus hatte der Interviewer die Möglichkeit, Inhalte zu vertiefen oder bei Verständnisschwierigkeiten unmittelbar nachzufragen. Auch Scholl zählt die Möglichkeit zur mündlichen Befragung zu den bedeutendsten Vorteilen dieser Befragungsmethode. Des Weiteren steigert die Tatsache, dass Dritte bei dieser Art des

Vorgehens in der Regel außen vor bleiben und dass das Versuchsleiterverhalten auf eine auditive Dimension beschränkt wird, die Qualität des wissenschaftlichen Arbeitens (vgl. Scholl 2003, 44).

Zudem diente bei der Befragung ein eigens konstruierter Leitfaden als Orientierungsgrundlage. Diese Methode zählt zu den am häufigsten verwendeten Erhebungstechniken in der qualitativen Sozialforschung. Das Leitfadeninterview befindet sich als halbstrukturierte Befragungsform in einer Mittelposition zwischen narrativem und standardisiertem Interview. Allerdings bietet das leitfadengestützte Interview gegenüber der narrativen Befragung mehr Struktur und Orientierung durch vorgegebene Fragen. Gegenüber der standardisierten Befragung kann beim Leitfadeninterview die bestehende Flexibilität genutzt werden um gegebenenfalls detaillierteres Wissen abzufragen. Für den Befragten hat diese Vorgehensweise den Vorteil, dass er an keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gebunden ist und sich stattdessen frei äußern kann. Der Leitfaden dient dem Interviewer als Gedächtnisstütze, die ihm sowohl eine Strukturierung des Gesprächs ermöglicht als auch die Vergleichbarkeit der Antworten erleichtert (vgl. Scholl 2003, 66). Vor diesem Hintergrund sieht Carsten das leitfadengestützte Interview als Folge und versuchte Lösung, dem Spannungsverhältnis zwischen Strukturierungsnotwendigkeit und Interesse mit möglichst viel Offenheit beizukommen (vgl. Carsten 1999, 12 f.).

Weiterführend kann das hier eingesetzte Experteninterview als eine spezielle Form des Leitfadeninterviews bezeichnet werden, da bei dieser Art der Befragung ausschließlich Experten, die zuvor sorgfältig ausgewählt wurden, die Zielgruppe bilden. Die Intention des Interviews sind Antworten zu speziellen Themengebieten, wobei in diesem Fall die Dozenten ausschließlich über interkulturelle Fortbildungen interviewt wurden (vgl. Scholl 2003, 68). Lamneck bezeichnet das Experteninterview als informatorische Befragung, bei welcher der Interviewpartner Fachmann auf dem diskutierten Gebiet ist. Das informatorische Interview dient der deskriptiven Erfassung von Tatsachen aus den Wissensbeständen des Befragten (vgl. Lamneck 1995, 38).

4.3.3 Leitfadenkonstruktion

Der vorliegende Leitfaden wurde zur Befragung von Dozenten, die interkulturelle Seminare in der Altenpflege, insbesondere im Rahmen von [iku:] durchgeführt haben, entwickelt. Da ein Großteil der Fortbildungen schon einige Zeit zurückliegt, haben alle Interviewpartner diesen Leitfaden im Vorfeld der Telefonbefragung erhalten, um genügend Zeit zur Reflexion der Seminare zu gewährleisten. Dieser methodische Aspekt wirkte sich äußerst positiv auf den Umfang und die Qualität der erhobenen Daten aus. Im Leitfaden werden acht unterschiedliche Aspekte interkultureller Fortbildungen in der Altenpflege angesprochen. Jede der aufgeführten Fragen verfolgt eine spezielle Intention und soll daher detailliert betrachtet werden.

Experteninterview 1 Leitfaden

1) Bei welcher/n Fortbildung/en waren Sie als Dozent/in bzw. Veranstalter/in tätig? 1 Modul, Ort, Einrichtung bzw. Träger

Frage 1 war eine neutrale Eingangsfrage und diente zur Einordnung des Dozenten. Dem Befragten hingegen sollten die Angaben bei der Zuordnung der durchgeführten Seminare hilfreich sein.

2) Bitte stellen Sie stichwortartig den Aufbau bzw. die wichtigsten Inhalte dar.

Bei Frage 2 sollte die Struktur der Fortbildungen zunächst erfasst und daraufhin mit den Aussagen der anderen Dozenten auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede verglichen werden. Im Vorfeld wurde vermutet, dass über die festgehaltenen Modulinhalte hinaus individuelle Arbeitsweisen oder inhaltliche Schwerpunkte erkennbar würden, die sich allerdings erst in der Praxis ergeben haben. Hierbei könnte sich die Chance zur Ermittlung positiver und praxiserprobter Seminarinhalte ergeben, die eventuell für zukünftige Seminarplanungen relevant sind.

3) Zur Durchführung: Inwiefern haben Sie bei der Seminarplanung bzw. – durchführung Raum für Wünsche und Interessen der Teilnehmern gelassen?
Fällt Ihnen vielleicht ein konkretes Beispiel ein?

Die Intention von Frage 3 war die generelle Nachfrage, inwiefern teilnehmerorientiert bei den Seminaren vorgegangen wurde und ob die Dozenten flexibel mit Wünschen und Erwartungen der Teilnehmenden umgegangen sind. Aufgrund des gescheiterten Versuchs, die Fragebögen im Vorfeld des Seminars den Teilnehmern zuzusenden, konnten anders als geplant die in den Bögen erfragten Teilnehmerwünsche und -erwartungen nicht vor Veranstaltungsbeginn ausgewertet werden. Gerade in der Erwachsenenbildung nehmen die Wünsche der Teilnehmer eine ganz zentrale Rolle ein. Mit Hilfe der Frage 3 sollte daher weiterhin erfragt werden, ob Krisenmanagement betrieben wurde und ob Teilnehmererwartungen im Seminar trotzdem aufgegriffen worden sind. Darüber hinaus leitete sich die Fragestellung ab, ob das Seminar den Erwartungen und Wünschen der Teilnehmenden überhaupt gerecht werden konnte. In diesem Zusammenhang sollte ein Vergleich der ermittelten Teilnehmerwünschen und Teilnehmererwartungen mit den Dozentenaussagen stattfinden. Mit der Frage nach einem konkreten Beispiel war die Intention verbunden, dass der Interviewpartner das Seminargeschehen detaillierter beschreiben würde.

4) Haben Sie in allen Modulen Seminare durchgeführt?
Falls ja, inwiefern unterschied sich das Unterrichtskonzept?
Haben Sie prägnante Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der verschiedenen Module (z.B. unterschiedliche Interessen, Rückfragen) bemerkt?

Frage 4 zielte in erster Linie auf die Erfassung von Unterschieden zwischen den drei Modulen. Da alle Module für unterschiedliche Zielgruppen der Altenpflege entwickelt wurden, lag der Verdacht nahe, dass sich in der Praxis neben konzeptionellen Unterschieden auch Differenzen bei den Interessen und Schwerpunkten der Teilnehmer bemerkbar machen würden.

5) Wie hoch würden Sie den Anteil der teilnehmenden MigrantInnen einschätzen?

Im Eingangsfragebogen wurde der Teilnehmende nach dem Anteil der Migranten in seiner Einrichtung gefragt, jedoch an keiner Stelle hinsichtlich des eigenen Migrationshintergrunds. In einigen Fortbildungsseminaren wurde zu Beginn nach Migartionserfahrungen unter den Teilnehmenden gefragt, wobei diese Informationen leider nirgendwo als Datengrundlage vorliegen. Vermutlich nahmen relativ wenige Migranten an den Seminaren teil, obwohl nahezu jedes Altenheim über multikulturelle Teams verfügt. Diese Annahme sollte in Bezug auf die [iku]-Fortbildungen durch die Dozentenschätzungen bestätigt oder verworfen werden.

Wenn im theoretischen Teil von Migranten die Rede war, dann bezog sich der Begriff „Migrant“ in erster Linie auf ehemalige Gastarbeiter, die in den 50er und 60er Jahren im Zuge des Anwerbeabkommens nach Deutschland eingereist sind. Bei Frage 5 wird der Rahmen insbesondere auf Aussiedler oder Personen aus Osteuropa erweitert, die zum Teil aktiv für die deutsche Altenpflege angeworben werden (vgl. Sander, 2003a, 21).

6) Wissen Sie, wie hoch die Nachfrage bezüglich ihrer Veranstaltung war?
Sind Ihnen hierbei Unterschiede zu den verschiedenen Modulen aufgefallen?

Zunächst wurden die Dozenten bezüglich der Nachfrage ihres Seminars befragt. Vermutet wurde, dass den Experten Unterschiede zu den Seminaren eventuell in Abhängigkeit von Ort oder Modul aufgefallen sind. Diese nachfragebestimmenden Faktoren könnten bei der Planung zukünftiger interkultureller Fortbildungen in der Altenpflege berücksichtigt werden.

7) Woran liegt es ihrer Meinung nach, dass interkulturelle Fortbildungen bisher selten in der Pflegepraxis angeboten werden?

   Halten Sie eine flächendeckende Implementierung der erprobten Module derzeit für machbar?

Die Intention der ersten Frage war die allgemeine Erfassung von Informationen zu interkulturellen Fortbildungen in der Altenpflege. Interkulturalität ist aufgrund der steigenden Anzahl älterer Migranten in der Pflege ein sehr wichtiges Thema, wobei die Zahl der interkulturellen Fortbildungsmaßnahmen in den Einrichtungen jedoch verhältnismäßig gering ist. Mit dieser Frage erhoffte sich die Autorin ein Meinungsbild der Experten zur geringen Verbreitung interkultureller Schulungen zu erhalten. Weiterhin wurde nach den Möglichkeiten für eine flächendeckenden Implementierung der Module gefragt. Da die Fortbildungskonzepte für den Einsatz in der Praxis entwickelt wurden, sollte die Experten deren Praxistauglichkeit bewerten.

8) Wie sieht ihrer Meinung nach ein/e optimale/r Dozent/in für interkulturelle Altenpflege aus?

   Wenn Sie eine Hitliste entwerfen sollten, welche Eigenschaften, Wissen und Fähigkeiten würde sie/ihn auszeichnen?

Seit dem Jahr 2003 sind interkulturelle Themen auch Gegenstand des bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildungsgesetztes. Da die Implementierung interkultureller Inhalte in den Unterricht an Altenpflegeschulen zu gewährleisten ist, wird die Nachfrage seitens der Altenpflege nach interkulturell geschulten Dozenten wahrscheinlich steigen. Daher könnte z.B. auch die Entwicklung von Dozentenschulungen für die Erwachsenenbildung interessant sein. Da alle Experten über reichhaltige Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen verfügen, wurde ein großes Repertoire an favorisierten Dozenteneigenschaften, -fähigkeiten und -wissen erwartet.

4.3.4 Ergebnisse des Experteninterviews

Im folgenden Teil sollen die Ergebnisse, die im Rahmen des Experteninterviews gewonnen wurden (vgl. Anhang), ausführlich dargestellt werden. Die Vorgehensweise bei der Darstellung der Dozentenaussagen ist identisch mit der Reihenfolge der Fragen, die im Leitfaden aufgeführt sind (vgl. Kap. 4.3.3).

4.3.4.1 Veranstaltungsorte und Inhalte

Im Rahmen von Frage 1 wurde ermittelt, dass alle Experten an der Kursleitung von Modul I beteiligt waren. Zwei Dozenten trafen darüber hinaus auch Aussagen zu Veranstaltungen der Module II und III. Insgesamt lagen Angaben zu allen Seminaren vor, die im Rahmen von [iku:] durchgeführt wurden.

Weiterhin sollten die Experten bei Frage 2 Angaben zum Aufbau und den wichtigsten Inhalten ihrer Veranstaltungen machen. Hierbei wurden sowohl die Struktur des Vorgehens als auch inhaltliche Schwerpunkte der Dozenten erhoben. Zunächst wurde festgestellt, dass alle Module über einen sehr ähnlichen inhaltlichen Grundaufbau verfügen, wobei die Themen Migration, interkulturelle Kompetenz, interkulturelle Öffnung der Altenpflege und der Praxistransfer interkultureller Inhalte die zentralen Bestandteile der Seminare bildeten. Aufgrund dessen, dass die Experten verschiedene Schwerpunkte im Rahmen der entwickelten Modulstrukturen angaben, wird davon ausgegangen, dass die Inhalte innerhalb einer Modulform nicht identisch waren. Zur Pilotveranstaltung in Königswinter, bei der Modul I durchgeführt wurde, erwähnte eine Dozentin, dass dort insbesondere die Geschichte der Migration und Fallbeispiele aus der Praxis behandelt wurden. Eine weitere Dozentin äußerte sich ebenso zu Veranstaltungen von Modul I, die in einem Weiterbildungszentrum in Neustadt an der Ostsee und im Berufsförderungswerk (BFW) in Frankfurt stattfanden, wobei sie im Wesentlichen die Begriffsanalyse von Kultur und Migration, die Behandlung von Migrationskontexten und im praktischen Teil des Seminars interkulturelle Kommunikation, die anhand von Fallbeispielen und Rollenspielen behandelt wurde, erwähnte. In den an der Katholischen Stiftungsfachhochschule in München durchgeführten Kursen, wurde bei Modul I sowohl der Begriff der Migration allgemein erörtert als auch Migration im Kontext von Alter und

transkultureller Pflege sowie Transfermöglichkeiten der transkulturellen Inhalte thematisiert. Des Weiteren fanden in München auch Veranstaltungen zu den Modulen II und III statt, wobei im Rahmen von Modul II inhaltlich vor allem auf Fremdheit, verschiedene Kulturbegriffe, das Problem der Ethnisierung sozialer Probleme und interkulturelle Kompetenz und bei Modul III hingegen auf transkulturelle Pflege sowie transkulturelle Personal- und Organisationsentwicklung eingegangen wurde. Neben den genannten Unterschieden behandelten alle Dozenten bei Modul I den Begriff der Migration.

4.3.4.2 Teilnehmererwartungen

Mit Hilfe von Frage 3 sollte in Erfahrung gebracht werden, ob und inwiefern Teilnehmerwünsche und Teilnehmererwartungen im Seminar berücksichtigt wurden. Der Seminarentwurf war bei allen Dozenten dahingehend flexibel ausgerichtet, dass bereits im Vorfeld der Veranstaltung genügend Zeit für Teilnehmerwünsche und zwischenzeitliche Fragen eingeplant wurde. Die Experten gaben an, zuzüglich zur Erwartungsabfrage im Rahmen des Fragebogens unterschiedliche Methoden der Erwartungserhebung zu Beginn des Seminars eingesetzt zu haben. Infolge dessen haben die Dozenten Krisenmanagement betrieben. Da sie zu Seminarbeginn keine ausgewerteten Teilnehmerwünsche vorliegen hatten, fragten sie die Erwartungen entweder in Form einer offenen Runde oder anhand von Teilnehmerkarten ab, die während des Seminars für alle Beteiligten gut sichtbar waren. Bei den zweitägigen Veranstaltungen hatten die Teilnehmer sowohl am Ende des ersten Seminartages als auch am Ende der Fortbildung bei einer Abschlussreflexion die Möglichkeit zur Abgabe eines Feedbacks.

4.3.4.3 Unterschiede zwischen den Seminaren

Bei Frage 4 wurden die Dozenten zu modulbedingten Unterschieden bei den Fortbildungen befragt, wobei im Vorfeld vermutet wurde, dass sich die unterschiedliche Teilnehmerbesetzung in den Modulen insbesondere durch verschiedene Interessenslagen bemerkbar machen würde. Bei der Beantwortung der Frage erwähnten die Experten viele verschiedene Aspekte, die zu Unterschieden bei den Modulen führten. Wesentliche Differenzen zwischen den Modulen ergaben sich aufgrund ihrer konzeptionellen

Anlage. Während bei Modul I die Sensibilisierung der Teilnehmer für kulturelle Probleme in der Pflege im Vordergrund stand, wurde bei den Modulen II und III vordergründig der Transfer von thematischen Schwerpunkten in die Praxis behandelt, da die Sensibilisierung bei Pflegemanagern und -pädagogen bereits vorausgesetzt worden war. Die Dozenten bemerkten zudem beim Verhalten der Kursteilnehmer, ob diese zur Teilnahme am Seminar verpflichtet waren oder ob sie allein aus freier Entscheidung die Veranstaltung besuchten, da bei den verpflichteten Teilnehmern deutlich weniger Elan und eine geringere Beteiligung am Seminar beobachtet wurde. Darüber hinaus ergaben sich nicht nur Unterschiede zwischen den Modulen, sondern auch innerhalb der verschiedenen Seminarformen. Qualifikationsbedingte Differenzen traten bei Modul I auf, da neben der primären Zielgruppe von Pflegepraktikern auch viele Pflegemanagementstudenten teilnahmen. Ferner fanden Seminare zum selben Modul in unterschiedlichen Formen statt, z.B. als hausinterne Schulung oder als Seminar an der Fachhochschule.

Die Unterschiede waren jedoch nicht nur konzeptioneller Art, sondern auch teilnehmerabhängig, da sich Differenzen zwischen den teilnehmenden Personen aus den unterschiedlichen Interessenslagen, Berufssituationen und Bildungsniveaus ergaben. Während sich Pflegepraktiker eher allgemein für das Thema interessierten, waren Pflegepädagogen primär am gegenseitigen Austausch über interkulturelle Konflikte an den Pflegeschulen interessiert. Unabhängig von den genannten Unterschieden konnten auch wichtige Gemeinsamkeiten festgestellt werden. Eine Expertin berichtet von einem Schlüsselerlebnis, dass sie bei den meisten Teilnehmern bemerkte, nachdem sich diese einige Zeit mit dem Thema auseinandergesetzt hatten. Dieses „Aha-Erlebnis“ liegt in der Selbstreflexion der Teilnehmenden und wirkte sich vorteilhaft auf den Abbau von Widerständen gegenüber anderen Kulturen aus.

4.3.4.4 Migrantenanteil der Teilnehmer

Mit Hilfe der Frage 5 sollte der Anteil der Migranten unter den Teilnehmenden ermittelt werden. Im Voraus war vermutet worden, dass relativ wenige Personen mit Migrationserfahrungen an den Kursen teilnehmen würden, obwohl sehr viele Migranten in der Pflegepraxis tätig sind. Alle Experten konnten diese Annahme bestätigen, wobei der

Migrantenanteil an den Fortbildungen zwischen 5 und 10 % geschätzt wurde. Nach den Erfahrungen eines Dozenten divergiert der Migrantenanteil unter den Teilnehmenden in Abhängigkeit vom Seminarort, wobei in Großstädten mit relativ hohem Ausländeranteil die Kurse multikultureller zusammengesetzt sind. Des Weiteren sprachen die Befragten die schwierige Begriffsabgrenzung von „Migration“ an, wobei sie mehrere Möglichkeiten diskutierten. Zur Debatte stand, inwiefern der Terminus „Migration“ eingegrenzt werden könnte. Ist jemand erst dann ein Migrant, wenn er in ein anderes Land mit einer anderen Sprache und Kultur abwandert oder besitzt ein Mensch, der innerhalb eines Landes migriert, ebenso den Status eines Migranten? Zudem wurde in einigen Seminaren nach emigrierten Vorfahren bei den Teilnehmenden geforscht, wobei ein großer Teil über Migrationsverläufe bei Eltern oder Großeltern berichten konnte. Wenn die Binnenmigration oder auch Migrationshintergründe bei Vorfahren einen Migranten ausmachen würden, dann wären die meisten Teilnehmenden Migranten gewesen.

4.3.4.5 Seminarnachfrage

Bei Frage 6 konnten die Experten die Annahme bestätigen, dass hinsichtlich der Nachfrage bei den Veranstaltungen einige Unterschiede bemerkt wurden. Insgesamt kann eine Vielzahl von nachfragebestimmenden Faktoren benannt werden, die zur Orientierung bei der Planung zukünftiger Veranstaltungen dienen können. Zunächst wurden regionale Unterschiede erwähnt, wobei als Beispiel ein zunächst geplantes Seminar in Berlin genannt wurde, das trotz umfassenden Werbemaßnahmen aufgrund fehlender Nachfrage ausfiel. Die befragten Experten vermuteten, dass der Markt an interkulturellen Angeboten in Städten mit hohem Ausländeranteil bereits weitgehend gesättigt ist. Weiterhin berichteten die Befragten von terminabhängigen Unterschieden bei den Veranstaltungen, da Wochenendkurse auf größeres Interesse stießen als Seminare innerhalb der Woche. Außerdem berichteten insbesondere die projektinternen Experten über personenabhängige Unterschiede. Die Nachfrage bei Angeboten, die von einem Dozenten mit einer sehr guten Reputation und einem hohen Bekanntheitsgrad in seinem Fachgebiet geleitet wurden, war eindeutig höher.

Weiterhin zählten die Experten Diskrepanzen hinsichtlich der Seminarform auf, wobei hausinterne Veranstaltungen bei den Teilnehmern beliebter sind als hausexterne. Dieses Ergebnis deckte sich mit vorherigen Erfahrungen, die bei der Durchführung interkultureller Seminare in Pflegeeinrichtungen gewonnen werden konnten. Gründe für die höhere Akzeptanz von Inhouse-Schulungen liegen vor allem in der Integration aller Mitarbeiter in den Fortbildungsprozess, während die Pflegenden, die an hausexternen Veranstaltungen teilnehmen, aufgrund des vorherrschenden Personalmangels und Arbeitsdrucks ihre Abwesenheit oft nicht hinreichend rechtfertigen können. Während z.B. ein Fachhochschulkurs wegen zu kleiner Teilnehmerzahl abgesagt wurde, da sich zu wenige Studenten freiwillig zum Seminarbesuch angemeldet hatten, fanden hingegen alle Veranstaltungen statt, die für die Teilnehmenden Pflichtseminare waren.

Insgesamt konnte anhand der Expertenaussagen die Vermutung, dass es Unterschiede zwischen den Seminaren aufgrund des Veranstaltungsortes gab, bestätigt werden. Zu modulbedingten Unterschieden lagen jedoch keine Experteninformationen vor. Allerdings sollte festgehalten werden, dass Modul III am häufigsten durchgeführt wurde und auch über die größte Teilnehmerzahl verfügte. Daher liegt die Vermutung nahe, dass beim Leitungspersonal die Nachfrage nach interkulturellen Fortbildungen größer war als bei den Pflegepädagogen oder Pflegepraktikern. Zwar besuchten mit 64 Teilnehmern nicht viel weniger Personen Pflegepraxisseminare als Pflegemanagementkurse, an denen insgesamt 77 Personen teilnahmen, jedoch befanden sich unter den Teilnehmenden von Modul I 35 Studenten des Pflegemanagements, die zwar zum Erhebungszeitpunkt größtenteils neben ihres Studiums in der Praxis tätig waren, aber aufgrund ihres baldigen Studienabschlusses eigentlich zur Gruppe der Pflegeleitung gehörten und somit auch eher Kandidaten für Modul III gewesen wären.

4.3.4.6 Verbreitung interkultureller Fortbildungen

Bei Frage 7 sollten sich die Experten einerseits dazu äußern, warum interkulturelle Fortbildungen in der Pflege bisher relativ selten angeboten werden, und andererseits eine Prognose zur Implementierung der Module im Berufsfeld der Pflege geben, wo die Meinung der Experten zu interkulturellen Fortbildungen in der Pflege im Allgemeinen gefragt war. Die Projektmitarbeiter waren sich einig, dass eine flächendeckende Ver-

breitung der entwickelten und erprobten Module in den Pflegeeinrichtungen zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer realisierbar ist. Theoretisch wäre die Transformation der Module in die Praxis kein Problem, da diese bereits für praxistauglich bewertet worden sind und darüber hinaus entsprechende Projektmaterialien veröffentlicht wurden. Praktisch fehlen jedoch die Voraussetzungen zur Verbreitung der Module, da sich der Pflegebereich derzeit in einer Umbruchphase befindet, in der neue Prüfkriterien eingeführt und neue Pflegegesetze erlassen werden. Bei vielen Einrichtungen besteht grundsätzlich Interesse an der Beschäftigung mit diesem Thema. Aufgrund der unsicheren Situation, in der sie sich zur Zeit befinden, verschieben sie die entsprechenden Planungen jedoch in die Zukunft.

Des Weiteren herrscht im Pflegealltag eine sehr angespannte Situation vor, die von Personalmangel und Zeitdruck geprägt ist. Fortbildungen werden daher nur in geringem Maße wahrgenommen. Wenn allerdings Fortbildungen stattfinden, dann eher zu naheliegenden praktischen Themen wie Dekubitusprophylaxe. Eine Expertin nannte beim Interview bewusst einige Stimmen aus der Pflegepraxis, die den gegenwärtigen Stand interkultureller Seminare in der Pflege wiederspiegeln. Im Gespräch mit Pflegenden konnte sie feststellen, dass die Beschäftigung mit kulturbedingten Probleme angesichts der Fülle anderer Problemlagen eher unwichtig erscheint. Zudem argumentierten die Pflegekräfte, dass eine Beschäftigung mit pflegebedürftigen Ausländern auf der Ebene der Wissenschaft nicht automatisch zur Behandlung in der Praxis führen müsse. Eine andere Expertin verweist auf Unterschiede zwischen Pflegeeinrichtungen bezüglich ihrer Annäherung an die interkulturelle Thematik. Dabei gehören Ausländer schon seit Jahrzehnten zum Klientel der Krankenhäuser, während ältere Migranten in Alteneinrichtungen noch relativ selten vertreten sind und erst langsam die Einsicht kommt, dass ausländische Senioren in Zukunft wichtige Klienten sein werden.

Zudem besitzt der Pflegebereich im Gegensatz zur Wirtschaft bisher kaum finanziellen Spielraum, um qualifizierte Dozenten zu beschäftigen. Ein weiterer Grund, warum interkulturell wenig geschult wird, liegt nach Meinung einer Befragten daran, dass insbesondere Pflegepädagogen die Notwendigkeit interkultureller Fortbildungen nicht erkennen und davon überzeugt sind, dass ihre Wirkung als Multiplikatoren interkultureller Inhalte zur Öffnung der Einrichtungen ausreichend ist. Weitergehend kritisiert die Expertin, dass bei Pflegepädagogen die Meinung weit verbreitet ist, dass die Pflegekräfte

nach dem Prinzip „Learning-by-doing“ interkulturelle Kompetenz erwerben. Bisher wurden einige Anhaltspunkte genannt, die nach Meinung der befragten Dozenten nur zu einer geringen Verbreitung interkultureller Fortbildungen in der Altenpflege beitragen.

Nach Meinung eines Befragten liegt die grundlegende Problematik allerdings darin begründet, dass interkulturelle Arbeit bisher kein fester Bestandteil der Qualitätsentwicklung in der Pflege ist. In der Pflege besteht bisher kein direkter Zusammenhang von Fortbildungen im Qualitätsentwicklungsbereich und interkulturellen Fortbildungen. Der Experte war sich sicher, dass eine weite Verbreitung interkultureller Schulungen erst dann realistisch ist, wenn die Altenpflege erkennt, dass interkulturelle Arbeit keine zusätzliche Bemühung bedeutet, sondern ein unverzichtbarer Gegenstand im Qualitätsentwicklungsprozess ist.

4.3.4.7 Der optimale Dozent

Bei Frage 8 konnte eine Vielzahl von bevorzugten Merkmalen für einen Dozenten im Bereich der interkulturellen Pflege ermittelt werden. Ein „optimaler“ Dozent sollte sich durch eine gestärkte Persönlichkeit auszeichnen, die einer selbstkritischen Betrachtung gewachsen ist. Im Zuge der Selbstreflexion sollte die Person in der Lage sein, kulturelle Gewohnheiten zu hinterfragen. Des Weiteren sollte der Dozent für verdeckte Rassismen sensibilisiert sein, die sowohl unter den Pflegenden als auch in der Beziehung zu den Pflegebedürftigen ein zentrales Thema darstellen. Als weitere ideale Dozentenmerkmale wurde die eigene Erfahrung mit Migration oder ein längerer Auslandsaufenthalt genannt, wobei sich die Einbringung eigener Praxiserfahrungen oder Anekdoten aus dem Alltag einer anderen Kultur sicherlich positiv auf die Seminarstimmung auswirken würden. Jedoch warnten die Dozenten vor dem Trugschluss, dass jemand, der über einen eigenen Migrationshintergrund oder langjährige Auslandserfahrungen verfügt, unbedingt interkulturell kompetent sein muss.

Zu den Qualifikationen, die ein Dozent im Bereich der interkulturellen Pflegefortbildung besitzen sollte, gehören einerseits Erfahrungen im Gesundheitswesen, vor allem in der Pflege, und andererseits fundierte Fachkenntnisse im Bereich der Interkulturalität, wobei beide Kompetenzen auch bei der Auswahl der Expertenstichprobe richtungs-

weisend waren. Hinsichtlich des interkulturellen Wissens fordern die Experten, dass ein Dozent sich stets auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion befinden sollte und vorzugsweise eine kulturanthropologische Bildung absolviert hat. Darüber hinaus ist es besonders wichtig, dass der Dozent den Teilnehmern die interkulturelle Kenntnisse auch ansprechend vermittelt, wozu er didaktisch kompetent sein und über Kenntnisse der fachgerechten Mediennutzung verfügen sollte. Eine Expertin verwies auf die Schwierigkeit, Personen aus der Pflegepraxis, die meist seit ihrer Ausbildung keinen direkten Bezug mehr zum institutionellen Lernen besitzen, während eines zweitägigen Seminars zu motivieren.

Zudem äußerte sich das Projektteam besonders positiv zur didaktischen Vorgehensweise des „Teamteachings“, wobei das Seminar von mindestens zwei Dozenten abwechselnd geleitet wird. Während der Veranstaltung vollzieht sich zwischen den Dozenten ein stetiger Rollenwechsel vom Seminarleiter in die Rolle des Beobachters oder Teilnehmers und wieder zurück. Diese Methode gestaltet sowohl für die Dozenten als auch für die Teilnehmer die Veranstaltung abwechslungsreicher.

4.4 Analyse der Ergebnisse

Im Rahmen der Analyse sollen besonders prägnante Ergebnisse, die bei der Auswertung der Fragebögen und des Experteninterviews gewonnen wurden, näher erläutert werden. Dabei könnten einige Ergebnisse für die Planung zukünftiger Fortbildungen im Bereich der interkulturellen Altenpflege von Bedeutung sein.

4.4.1. Geschlechtsspezifische Merkmale

Bei der Auswertung der Fragebogenergebnisse fiel unmittelbar der sehr geringe Männeranteil unter den Seminarteilnehmenden auf. Infolgedessen ergab sich eine eindeutige geschlechtsbedingt schiefe Verteilung, da von den 179 Befragten (N=179) 153 Frauen (85 %) und nur 26 Männer (15 %) waren. Dieses Ergebnis spiegelt eindeutig die Situation in der Pflege wieder. Die sozialen Berufe sind überwiegend Frauenberufe, wobei ein Frauenanteil von 85 % in deutschen Einrichtungen keine Seltenheit ist (vgl.

Naegele, 2004). Den hohen Frauenanteil von 85 % in Pflegeheimen bestätigte auch das Deutsche Statistische Bundesamt in der Pflegestatistik für das Jahr 2001 (vgl. DESTATIS 2003, 6). Selbst in den Gesundheitsberufen im Allgemeinen bilden Frauen mit 72 % die eindeutige Mehrheit (vgl. DESTATIS 2004). Die Pflege ist nicht nur in den Einrichtungen, sondern auch bei der ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen in erster Linie Frauensache. Auch hier sind die Geschlechterrollen eindeutig verteilt, da der Frauenanteil über 80 % liegt. Somit ist die oft mühsame Vereinbarung von Pflege und Beruf vor allem ein Frauenproblem (vgl. Dallinger 2001, 127).

Des Weiteren konnte aus den Fragebogenergebnissen erschlossen werden, dass sich von den relativ wenigen männlichen Teilnehmenden tendenziell viele in Führungspositionen befanden bzw. an Fortbildungen für das Pflegemanagementmodul teilnahmen. Von den 20 Männern, die Angaben zu ihrer Funktion an ihrer Arbeitsstelle machten, waren 70 % (14 Personen) im Leitungsbereich der Pflege tätig. In der Pflegepraxis arbeiteten dagegen nur 25 % (5 Personen). Zu ihrer Funktion am Arbeitsplatz äußerten sich 122 Frauen, wovon 48 (39 %) eine Führungsposition einnahmen und 52 (43 %) im Bereich der Pflegepraxis einer Tätigkeit nachgingen. Auch modulbezogen konnte tendenziell ein höherer Männeranteil im Modul III vermerkt werden, wobei 62 % (26 Personen) der männlichen Teilnehmer an einer Fortbildung für den Managementbereich teilnahmen, während bei den Frauen nur 41 % (63 Personen) Seminare für Pflegende in Leitungsfunktionen besuchten. Dieses Ergebnis wird auch in der Pflegepraxis bestätigt, da der Männeranteil in Leitungstätigkeiten deutlich über dem der Frauen liegt. Naegele spricht in diesem Zusammenhang von „Frauenberufe unter Männerregie“ (Naegele 2004).

4.4.2 Migrantenanteil

Die im Vorfeld geäußerte Vermutung, dass der Migrantenanteil unter den Seminarteilnehmenden eher gering ist, wurde auch durch das Experteninterview bestätigt. Die Dozenten schätzten den Anteil der teilnehmenden Personen mit Migrationshintergrund auf etwa 5 bis 10 %. Eine geringe Teilnahme von Ausländern an beruflicher Weiterbildung wird auch durch die Integrationsbeauftragte der Bundesregierung bestätigt. Im Jahr 2000 haben in Deutschland insgesamt 551.534 Personen an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen, wovon sich jedoch nur 50.247 Ausländer weiterbildeten.

Von den 279.664 Männern, die sich beruflich fortbildeten, waren 31.887 Ausländer. Dies entsprach einem Ausländeranteil von ca. 11 %. Des Weiteren bildeten sich 271.870 Frauen beruflich weiter, worunter sich 18.360 Ausländerinnen befanden. Der Anteil der ausländischen Frauen an der Weiterbildung betrug 6,8 % und fiel somit noch erheblich geringer als der Anteil der männlichen Ausländer an der Weiterbildung aus (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002, 58, Tabelle 34). Auch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) stellt gegenüber Deutschen bei Ausländern eine Benachteiligung bei der Teilnahme an beruflicher Weiterbildung fest, wobei insbesondere ausländische Frauen nur sehr selten an Weiterbildungsangeboten teilnehmen (vgl. BIBB 2004).

In Kapitel 3.2.4 wurde die Situation multikultureller Pflegeteams in deutschen Pflegeeinrichtungen umfassend geschildert. Obwohl Multikulturalität unter den Pflegekräften bereits seit Jahrzehnten zum Alltag der meisten Institutionen gehört und ein Großteil der Pflegeteams multikulturell arbeitet, nehmen nur wenige Migranten an Fortbildungen teil. Dies bestätigte sich auch im Rahmen der [iku:]-Fortbildungen. Die geringe Teilnahme von Ausländern an interkulturellen Trainings wird auch von Mecheril kritisiert (siehe Kapitel 3.2.3.1). Dabei bemängelt er, dass Angehörige der Minderheitskultur meist nicht zu den Zieladressaten der Angebote der Mehrheitskultur gehören. Ausländer werden bei interkulturellen Bildungsmaßnahmen fälschlicherweise ignoriert, da davon ausgegangen wird, dass Personen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer Erfahrungen in der Migration bereits interkulturelle Kompetenz aufweisen. Auch Leenen und Grosch betonen, dass interkulturelle Kompetenz nie fertig ausgebildet ist, sondern einem stetigen Lern- und Erfahrungsprozess unterliegt. Interkulturelle Kompetenz kann nicht an einem fest definierten Ziel gemessen werden, sondern äußert sich stattdessen stets in anderer, besserer und erfolgreicherer Kommunikation (siehe Kapitel 3.2.3.1).

Den Expertenaussagen zufolge haben an den [iku:]-Fortbildungen nur relativ wenige Migranten teilgenommen. Bei künftigen interkulturellen Veranstaltungen in der Altenpflege könnte es ratsam sein, bewusst Teilnehmer mit Migrationshintergrund, insbesondere Migrantinnen, anzusprechen und einzubeziehen, da sich die Teilnehmer an interkulturellen Fortbildungen nicht nur über andere Kulturen, sondern vielmehr mit anderen Kulturen austauschen sollten.

Weiterhin wurde im Experteninterview auf den geringen Migrantenanteil unter den Klienten hingewiesen, wobei der Anteil von Migranten in Krankenhäusern deutlich höher ist als in Alten- und Altenpflegeheimen (vgl. Anhang). Dementsprechend ist auch die Nachfrage nach interkulturellen Fortbildungen vor allem im Bereich der Krankenpflege gegeben, da das Personal in den Krankenhäusern schon seit einiger Zeit mit ausländischem Klientel konfrontiert wird. Pflegende, die in Krankenhäusern arbeiten, verfügen im Gegensatz zu Altenpflegekräften durch den längeren Kontakt mit ausländischen Patienten über konkretere Fragestellungen und möchten in interkulturellen Seminaren unmittelbare Probleme aus der Praxis erörtern. Nach Binder-Fritz ist transkulturelle Patientenbetreuung derzeit ein sehr aktuelles Thema in den Fortbildungen für das Krankenpflegepersonal, denn die für die westliche Kultur entwickelte medizinische Betreuung kann nicht ohne weiteres auf Personen anderen kulturellen Hintergrunds übertragen werden (vgl. Binder-Fritz 1997, 134).

Die Aussage, dass die meisten Migranten in Krankenhäusern versorgt werden, wird durch die Fragebogendaten gestützt. Von den 119 Befragten, die sich zu dem Migrantenanteil in den Einrichtungen äußerten, schätzten insgesamt 51 Personen den Anteil der Migranten als mittel (über 5 %) oder hoch (ca. 10 %) ein, wobei 24 Teilnehmer und somit die größte Anzahl dem Tätigkeitsbereich des Krankenhauses zugeordnet werden konnte.

4.4.3 Interkulturelle Fortbildungen

Wie bereits im Vorfeld vom Projektteam vermutet wurde, verfügten nur wenige Teilnehmer über Erfahrungen mit interkulturellen Fortbildungen. Insgesamt machten 174 Befragte Angaben zu Vorerfahrungen mit interkulturellen Seminaren, wovon allerdings nur 16 % (28 Personen) bereits mit Interkulturalität in Kontakt gekommen war. Dieses Ergebnis steht für die Situation in der Altenpflege, wo interkulturelle Veranstaltungen eher Ausnahmeerscheinungen darstellen. Des weiteren gehören kulturrelevante Inhalte, die im bundeseinheitlichen Curriculum der Altenpflegeausbildung implementiert sind, erst seit 2003 zum Standard der Ausbildung angehender Altenpfleger. Somit war die geringe Anzahl der Teilnehmer mit entsprechenden Erfahrungen keine Überraschung, da die meisten Befragten wahrscheinlich weder in ihrer Ausbil-

dung noch in der Pflegepraxis mit interkulturellen Seminaren in Berührung gekommen waren.

Im Fragebogen wurde die Teilnehmenden auch nach ihren Motiven hinsichtlich der Teilnahme am Seminar befragt. Von den 148 Befragten, die zu dieser Frage Angaben machten, nannten 41 % (60 Personen) und somit die weitaus größte Anzahl das Motiv „Wissenserweiterung“. Die Teilnehmer wollten in erster Linie ihre Kenntnisse über Interkulturalität erweitern, um sie vor allem im Beruf oder in der Ausbildung einzusetzen. Ein Großteil der Befragten ging anscheinend davon aus, dass ihm das Wissen über Interkulturalität bei der Bewältigung seines Alltags behilflich sein kann. Dies spricht dafür, dass die Teilnehmenden bereits im Beruf oder in der Ausbildung mit Interkulturalität in Berührung gekommen sind und sich von dem Erwerb interkultureller Kenntnisse einen besseren oder effektiveren Umgang in interkulturellen Überschneidungssituationen versprechen. Wie bereits in Kapitel 2.1 dargestellt, ist Interkulturalität kein erhabener Begriff für Intellektuelle, sondern beschreibt vielmehr das Vorgehen in unserer Gesellschaft, zu der mehr als sieben Millionen Menschen mit Migrantionshintergrund gehören.

Darüber hinaus gaben die Seminarteilnehmer ihre Wünschen und Erwartungen an, die sie hinsichtlich der [iku:]-Fortbildung hegten. Insgesamt lagen 83 Nennungen vor, wovon der größte Anteil von 34 % (28 Nennungen) der Kategorie „Praxis“ zugeteilt werden konnte. Viele Befragte wurden in der Pflegeschule oder in der Pflegepraxis mit interkulturellen Problemen konfrontiert und erhofften sich von der Teilnahme an der Fortbildung entsprechende Lösungsmöglichkeiten für diese Problemsituationen zu erhalten. Auch dieses Ergebnis spricht dafür, dass Interkulturalität ein Bestandteil des Alltags der Teilnehmer darstellt und dass unter den Befragten aufgrund interkultureller Kommunikationsprobleme ein Bedarf an Interventionsmöglichkeiten besteht. Am Arbeitsplatz kommen Pflegende zunehmend mit ausländischen Klienten in Kontakt, die anders auf Schmerz reagieren oder gewisse Speisen aus religiösen Gründen ablehnen. Lehrer für Pflegeberufe müssen lernen, interkulturelle Konflikte in den multikulturellen Klassen zu schlichen. Interkulturelle Kompetenz wird gerade in der Pflege als interaktiver Prozess zwischen pflegebedürftigen und pflegenden Menschen immer wichtiger. Wie in Kapitel 3.2.3.1 beschrieben, zeichnet sich interkulturelle Kompetenz sowohl durch Wissen und Fähigkeiten als auch durch Persönlichkeitsmerkmale aus. Interkultu-

relle Fortbildungen vermögen es wahrscheinlich nicht den Charakter eines Menschen zu ändern, aber sie können den Pflegenden kulturallgemeines Wissen und Handlungsmöglichkeiten vermitteln (vgl. Leenen et al. 2002, 90 f.).

Die Aufgabe der Altenpflege ist es die älteren und pflegebedürftigen Menschen in unserer Gesellschaft, die schon lange nicht mehr mono- sondern multikulturell ist, zu betreuen. Auch Migranten werden alt und haben Anspruch auf eine Versorgung, die ihre kulturellen Wünsche und Bedürfnissen respektiert. Es wird höchste Zeit, dass sich die Altenpflege dieser Herausforderung annimmt.

5 Schlussbetrachtung

„Interkulturelle Altenpflege bedeutet Menschen verschiedener Kulturen auf ihrem Weg zu begleiten, ihnen zu helfen und sie zu beraten, dabei aber ihre eigene Kultur und Weltanschauung zu akzeptieren und diese nicht zu verfälschen“ (Götsch 1998, 13).

Die Intention dieser Arbeit liegt darin, den gegenwärtigen Stand der interkulturellen Altenpflege in Deutschland anhand ausgewählter Stationen aufzuzeigen. Dabei wird deutlich, dass die Pflege noch einen weiten Weg bis zum Ziel der interkulturellen Öffnung ihrer Einrichtungen und zur gleichberechtigten Behandlung aller hier lebenden Menschen vor sich hat. Im Vergleich zu einigen europäischen Nachbarländern ist die Entwicklung der interkulturellen Altenpflege in Deutschland noch am Anfang (vgl. Meisel 2003, 6). So ist es z.B. in den Niederlanden eine Selbstverständlichkeit, dass alle Gesundheits- und Pflegeinstitutionen bei der Versorgung von Migranten kostenlos öffentlich finanzierte Dolmetscherdienste in Anspruch nehmen können (vgl. Ramazan 2001, 95).

In Deutschland herrscht dagegen in erster Linie ein großes Informationsdefizit hinsichtlich der Lebenslage der ehemaligen Gastarbeiter. Doch diese Gruppe stellt unsere Gesellschaft und insbesondere die Einrichtungen sowie Träger der Altenhilfe und -pflege vor besondere Herausforderungen, da sie die zur Zeit am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe darstellt und aufgrund belastender Migrationserfahrungen und körperlich anstrengender Arbeit massiver und früher pflegebedürftig wird als das deutsche Äquivalent. Zudem ist das Verhältnis von älteren Migranten und deutschen Altenhilfeeinrichtungen durch eine Vielzahl von Barrieren geprägt, die sich vor allem in beiderseitiger Unwissenheit und Missverständnissen äußern. Prekärer wird die Situation dadurch, dass einige Verhaltensweisen auf Illusionen basieren. Während ein Großteil der deutschen Einrichtungen die Beschäftigung mit der wachsenden Zielgruppe der älteren Arbeitsmigranten in die Zukunft verschiebt, lehnen viele ausländische Senioren deutsche Pflegedienste ab, da sie entsprechend ihres Lebensplans ihr Rentnerdasein in ihrer Heimat verbringen möchten. Für die deutschen Einrichtungen besteht aber dringender Handlungsbedarf, da die Gruppe der älteren Migranten stetig wächst und bisher kaum auf fundiertes Datenmaterial zur Lebenssituation zurückgegriffen werden kann. Die älteren Migranten ihrerseits halten am Traum von einer Rückkehr fest. Faktisch

werden jedoch die meisten ihren Lebensabend in Deutschland verbringen, da sie auf die moderne gesundheitliche Versorgung angewiesen sind oder eine räumliche Trennung von ihren Kindern und Enkelkindern vermeiden möchten. Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt dieser Arbeit bildet die Diskussion über Multikulturalität in den Pflegeteams. Auch hier besteht ein dringender Bedarf zum interkulturellen Austausch. Statt kulturbedingte Ressourcen wie verschiedenen Sprachen oder Pflegeverständnisse effektiv zu nutzen, wirken sich Diskriminierungen und interkulturelle Kommunikationsstörungen negativ auf die multiethnische Zusammenarbeit aus.

All diese Problematiken lassen erahnen, dass noch einige Schritte auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege zurückzulegen sind. Diese Arbeit vermittelt aber auch, dass wir uns auf dem richtigen Weg befinden und bereits einige wichtige Stationen erreicht haben, die in Form von Interventionsmöglichkeiten und Projekten im Rahmen dieser Arbeit erwähnt werden. So wird die Projektreihe „Älter werden in Deutschland“ zur Überwindung der Barrieren zwischen deutschen Alteneinrichtungen und älteren Migranten vorgestellt (siehe Kapitel 3.2.1.3.2). Weiterhin wird das Modellprojekt „Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege“ beschrieben, indem die Vorzüge multikultureller Pflegeteams herausgearbeitet wurden (siehe Kapitel 3.2.4.3), und letztendlich im empirischen Teil das Projekt [iku:] behandelt, das infolge der veränderten Anforderungen in der Altenpflege entwickelt und als berufsbegleitende Fortbildung durchgeführt wurde.

Bei der Auswertung der Teilnehmerdaten, die anhand von Fragebögen vor Seminarbeginn erhoben wurden, wird vordergründig das Motiv „Wissenserweiterung“ und zu den Wünschen und Erwartungen im Hinblick auf die Veranstaltung die Kategorie „Praxis“ genannt. Bei vielen Teilnehmern war ein Bedarf zur Erweiterung ihres Wissens gegeben. Sie benötigen interkulturelle Kenntnisse für den Alltag, indem sie oftmals mit interkulturellen Konflikten in multiethnischen Klassen oder Pflegeteams konfrontiert werden. Diese multikulturelle Bevölkerungssituation spiegelt sich in allen gesellschaftslichen Bereichen und so auch im Gesundheitswesen wieder (vgl. Borde 1998, 95).

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist Multikulturalität in unserer Gesellschaft, die von Globalisierung und innerer Pluralität gekennzeichnet ist, längst zu einer Selbstverständlichkeit geworden (vgl. Buchmann 2003, 6). Jedoch muss eine Gesellschaft, die eine

funktionierende interkulturelle Vielfalt anstrebt, Interkulturalität fördern und schätzen können (vgl. Koch 2003, 38). In diesem Sinne sollte Integration keine Einbahnstraße sein. Sowohl Einwanderer als auch ansässige Bevölkerung sollten mit Fremdheitserfahrungen entsprechend umgehen können (vgl. Henrich 2003, 5). Das Fremde stellt keine Ausnahme- oder Durchgangserscheinung in unserer Gesellschaft dar, sondern gehört zu Normalität. Daher müssen alle Mitglieder dieser Gesellschaft lernen damit zu leben (vgl. Szablewski-Cavus 2002, 20). Doch so lange sich Deutschland nicht als Einwanderungsland versteht und kein entsprechendes Einwanderungsgesetz vorliegt, existiert für Migranten keine gleiche und stabile Basis zur vollwertigen Mitgliedschaft in dieser Gesellschaft (vgl. Nell 2003, 9).

Literatur

Al-Barghouti, G. (2001a): Materialien & Medien II: Inhalte der Informationsreihe für ältere Migranten, in: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin, S. 43-65.

Al-Barghouti, G. (2001b): Erste Erfahrungen aus den Probestandorten, in: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin, S. 66-67.

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hrsg.) (2002): Eine Handreichung, Köln.

Auernheimer, G. (2002): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Element pädagogischer Professionalität?, in: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, hrsg. von Auernheimer, G., Opladen, S. 183-205.

Auernheimer, G. (2003): Einführung in die Interkulturelle Pädagogik, 3. Aufl., Darmstadt.

Ausländergesetz (AuslG) (2003): Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet (Ausländergesetz – AuslG) vom 9. Juli 1990 (BGBl. I, S. 1354), zuletzt geändert am 24. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 2954).

AWO Fachseminar für Altenpflege (2004): Berufsbild AltenpflegerIn, in: Http://www.altenpflegeausbildung-awo.de/altenpflege/apflege_beruf.html, Juni 2004.

Backhaus-Maul, H./Vogel, D. (1992): Vom ausländischen Arbeitnehmer zum Rentner – Ausgewählte Aspekte der finanziellen Absicherung und sozialen Versorgung alter Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zeitschrift für Gerontologie, Heft 3, S. 166-177.

Baltes, P. B./Baltes, M. M. (1989): Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns, in: Zeitschrift für Pädagogik, Heft 1, S. 85-105.

Baric-Büdel, D. (2001): Spezifika des Pflegebedarfs und der Versorgung älterer Migranten. Konzeptentwicklung zur interkulturellen Öffnung des Pflegeversorgungssystems am Beispiel der Stadt Dortmund, Köln.

Barth, W. (2000): Multikulturelle Gesellschaft, in: Interkulturelles Lernen. Arbeitshilfen für die politische Bildung, hrsg. von der Bundeszentrale für politische Bildung, Karlsruhe, S. 10-18.

Barz, H./Tippelt, R. (2003): Bildung und soziale Milieu: Determinanten des lebenslangen Lernens in einer Metropole, in: Zeitschrift für Pädagogik, Heft 3, S. 323-340.

Bauer, A./Gröning, K. (2003): Migration und Altenhilfe, in: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 8-21.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002): Daten und Fakten zur Ausländersituation, 20. Aufl., Berlin.

Bechmann, U. (1999): Beurteilung der Dienstleistungsqualität „Seminar“, in: Auswertung von Seminaren und Tagungen – Beiträge aus der Praxis der außerschulischen Jugend- und Erwachsenenbildung. Zusammengestellt aus Tagungen zur Qualitätssicherung in der Akademie Klausenhof, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Akademie Klausenhof, S. 7-31.

Beck, M. (2001): Pressekonferenz und Presseecho. Eröffnungsbeiträge zur Pressekonferenz, in: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin, S. 95-97.

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) (1998): Älter werden in der Fremde. „Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger". Sozial-empirische Studie, Hamburg.

Binder-Fritz, C. (1997): Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen, in: Transkulturelle Pflege, hrsg. von Uzarewicz, C./Piochetta, G., Berlin, S. 133-154.

Binder-Fritz, C. (2003): Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland, in: Interkulturelle Bildung für Pflegende, hrsg. von Friebe, J./Zalucki, M., Bielefeld, S. 116-142.

Borde, T. (1998): Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung, in: Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, hrsg. von David, M., Frankfurt am Main, S. 95-114.

Bortz, J./Döhring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, Berlin u.a.

Brockhaus- Lexikon (2004), in: Http://www.brockhaus.de, Juni 2004.

Buchmann, P. (2003): Grußwort der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V., in: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 5-8.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2004): Berufliche Bildung von Migrantinnen und Migranten – Weiterbildung von Migrantinnen und Migranten, in: Http://www.bibb.de/redaktion/arbfeld/auslaender/auslaend3.htm, Juni 2004.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin.

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) (2002): Bundessozialhilfegesetz vom 30. Juni 1961 (BGBl. I, S. 815), zuletzt geändert am 23. Dezember 2002 (BGBl. I, S. 4621).

Carsten, U. (1999): Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. Leitfadenkonstruktion, Interviewdurchführung und Typenbildung, Mannheim.

Dallinger, U. (2001): Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, in: Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Stuttgart, S. 123-166.

Delkos, P. (2002): Alt werden in der Fremde. Ältere Migranten: Eine Herausforderung für die Altenhilfe und das Gesundheitswesen, in: Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung, hrsg. von Hegemann, T./Lenk-Neumann, B., Berlin, S. 131-138.

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE) (2002): [iku:] – Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege, Bonn.

Deutsches Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Bonn.

Deutsches Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2004): Gesundheitspersonal 2002 nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, in: Http:// www.destatis.de/cgi-bin/printview.pl, Juni 2004.

Döhn, L./Klöckner, K. (1979): Medien-Lexikon, Baden-Baden.

Do Mar Castro Varela, M. (2002): Interkulturelle Kompetenz – ein Diskurs in der Krise, in: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, hrsg. von Auernheimer, G., Opladen, S. 35-62.

Domenig, D. (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern u. a., S. 137-157.

Dornheim, J. (1997): Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege – Ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft, in: Transkulturelle Pflege, hrsg. von Uzarewicz, C./Piochetta, G., Berlin, S. 11-32.

Dornheim, J. (2001): Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern u. a., S. 27-45.

Dühring, A. (2000): Pflege. Berufsbild der Altenpflege, in: Das Altenpflegelehrbuch. Medizinische und psychosoziale Grundlagen für die Pflege alter Menschen, hrsg. von Dühring, A./Habermann-Horstmeier,L., 2. Aufl., Stuttgart/New York, S. 11-17.

Engstler, H./Menning, S. (2003): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische Entwicklung in Deutschland, erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, erweiterte Neuauflage, Berlin, S. 95.

Ertl, A. (2003): Anerkenntnis von Differenz und Multikulturalität – Grundsätze und Erfahrungen der Teamentwicklung in multikulturellen Teams, in: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 61-76.

Evers, G. C. M. (1997): Theorien und Prinzipien der Pflegekunde, Wiesbaden.

Fach, C. (2001): Materialien & Medien I: Transfer, Methodik und Didaktik der Informationsreihe, in: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin, S. 33-42.

Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FFG) (2001): Lebens- und Bedarfslagen älter werdender Migrantinnen und Migranten. Exemplarische Untersuchung der Lebenssituation älterer Menschen türkischer Herkunft im Kreis Unna, Dortmund.

Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FFG) (2003): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2002. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund.

Frewer, W. (2001): Interkulturelle Kompetenz in der (Alten)pflege. Cross Cultural Care - Konzepte und Erfahrungen aus einem transnationalen Pilotprojekt, hrsg. von der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Ostwestfalen-Lippe e.V. in Zusammenarbeit mit EUFIN – Dänemark und CEFPAS – Sizilien/Bielefeld.

Friebe, J. (2002): Abschlussvortrag: „Interkulturelle Altenpflege in der Weiterbildung“, in: Http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/iku_02_04.htm, Februar 2004.

Friebe, J. (2003): Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, hrsg. von Friebe, J./ Zalucki, M., Bielefeld, S. 145-158.

Friebe, J./Zalucki, M. (2002): Zuwanderung in den Pflegesektor – aus der Not eine Tugend machen, in: DIE Zeitschrift, Heft 4, Bielefeld, S. 35-37.

Gemende, M. (2003): Zwischenwelten als Bewältigungsmuster von Migration, in: Der pädagogische Blick – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen, Heft 1, S. 5-17.

Goodenough, W. H. (1964): Explorations in cultural anthropology, New York.

Götsch, P. (1998): Interkulturelle Pflege – eine Herausforderung für die Altenpflege der Zukunft?, in: Http://www.pflegenet.com/erzine/pflegebrief/ausgaben/1998/pb8-98.html, Juni 2004.

Grieger, D. (2001): Soziodemographische Daten und Fakten zur Situation älterer Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland, in: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin, S. 9-17.

Grosch, H./Leenen, W. R. (2000): Bausteine zur Grundlegung interkulturellen Lernens, in: Interkulturelles Lernen – Arbeitshilfen für die politische Bildung, hrsg. von der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 29-46.

Habermann, M. (1997): Vom Umgang mit dem Fremden. Der Beitrag der Ethologie zur Pflege, in: Transkulturelle Pflege, hrsg. von Uzarewicz, C./Piochetta, G., Berlin, S. 53-62.

Habermann, M. (2003a): „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege?, in: Pflege und Gesellschaft, Heft 1, S. 11-15.

Habermann, M. (2003b): Interkulturelle Kompetenz – Zugänge aus der Ethnologie und der Pflege, in: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 77-88.

Hansel, M. (2003): Vorwort, in: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 2-4.

Henrich, A. (2003): Begrüßung, in: Die Zukunft der Migrationsdienste. Herausforderungen und Perspektiven. (Dokumentation der Fachtagung am 23.Mai 2003), hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft der Caritasverbände Rheinland-Pfalz, Mainz, S. 5-7.

Hielen, M. (2000): Alte Migranten. Die Zukunft hat begonnen, in: Altenpflege, Heft 4, S. 34-38.

Hinz-Rommel, W. (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit, Münster/New York.

Hölzer, R. (2003): Burnout in der Altenpflege – vorbeugen – erkennen -überwinden, Jena.

Holz auf der Heide, B. (1993): PROTOS. Methoden zur Entwicklung und Bewertung von Prototypen und Dialogsysteme, Lehrstuhl für Psychologie, Technische Universität München.

Integrationsbeauftragte der Bundesregierung (2004): Internet-Lexikon, Stichwort Migration, in: Http://www.integrationsbeauftragte.de/gra/lexikon/14.php#-mehrstaat, Juni 2004.

Kiesel, D./ Volz, F. R. (2002): „Anerkennung und Intervention“. Moral und Ethik als komplementäre Dimensionen interkultureller Kompetenz, in: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, hrsg. von Auernheimer, G., Opladen, S. 49-62.

Kinast, E.-U. (1998): Evaluation interkultureller Trainings, Lengerich u.a.

Klingenberger, H. (1996): Handbuch Altenpädagogik. Aufgaben und Handlungsfelder der ganzheitlichen Geragogik, Bad Heilbrunn.

Knapp, A. (2002): Interkulturelle Kompetenz: eine sprachwissenschaftliche Perspektive, in: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, hrsg. von Auernheimer,G., Opladen, S. 63-78.

Koch, S. (2003): Interkulturelle Kompetenz. Damit wir einander besser verstehen, in: Psychologie Heute, Heft 12, S. 38-41.

Koch-Straube, U. (2001): MigrantInnen in der Altenpflege, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern u. a., S. 385-395.

Kollak, I. (2002): Schlechte Zeiten für eine kultursensible Pflegepädagogik? Normalisierungsprozesse in Politik, Pädagogik und Pflegepädagogik, in: Http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/kollak01_02.htm, Juni 2004.

Königseder, A. (2001): Türkische Minderheit in Deutschland, in: Informationen zur politischen Bildung. Vorurteile – Stereotype – Feindbilder, hrsg. von der Bundeszentrale für politische Bildung (BpB), Bonn, S. 17-23.

Köther, I./Gnamm, E. (Hrsg.) (1993): Altenpflege in Ausbildung und Praxis. 2. Aufl., Stuttgart.

Krippner, A./Müller-Röpke, A./Sobotta, C. (1997): Veränderungen im soziokulturellen Bedeutungszusammenhang von „Pflege“. Eine begriffsgeschichtliche Untersuchung, in: Transkulturelle Pflege, hrsg. von Uzarewicz, C./Piochetta, G., Berlin, S. 33-51.

Lamneck, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken, 3. Aufl., Weinheim.

Leenen, W. R./Grosch, H. (2000): Glossar, in: Interkulturelles Lernen. Arbeitshilfen für die politische Bildung, hrsg. von der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 355-363.

Leenen, W.R./Groß, A./Grosch, H. (2002): Interkulturelle Kompetenz in der sozialen Arbeit, in: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, hrsg. von Auernheimer, G., Opladen, S. 81-102.

Lehr, U. (2000): Psychologie des Alterns, 9.Aufl., Wiebelsheim.

Leininger, M. (1970): Nursing and Anthropology. Two Worlds to Blend, New York.

Leininger, M. (1978): Transcultural Nursing. Concepts, Theories and Practices, New York.

Leininger, M. (1988): Caring. An Essential Human Need. Proceedings of the Three National Caring Conferences, Detroit.

Leininger, M. (1991): The Theory of Cultural Care Diversity and Universality, in: Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing, hrsg. von Leininger, M., New York, S. 42- 47.

Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg im Breisgau.

Lexikon der Altenpflege (2004): Suchwort Altenpflege, in: Http://www.altenpflege.de/lexikon/lexikon.php?suchwort=altenpflege, Juni 2004.

Leyer, E. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit, Opladen.

Mecheril, P. (2002): Kompetenzlosigkeitskompetenz. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen, in: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, hrsg. von Auernheimer, G., Opladen 2002, S. 15-34.

Meisel, K. (1999): Evaluation, in: Grundlagen der Weiterbildung, Praxishilfen, Heft 35, S. 1-21.

Meisel, K. (2003): Vorbemerkungen, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, hrsg. von Friebe, J./Zalucki, M., Bielefeld, S. 5-6.

Menke, M. (2003): Pflegenotstand oder Personalsituation in der Altenpflege. Multikulturalität als Lösung?, in: Fremde Pflegekräfte. Strategische Antwort auf den Pflegenotstand oder Zukunft einer humanen Pflege? (Fachtagung am 20./21. Februar 2003), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 38-55.

Mötzing, G./Wurlitzer, G. (Hrsg.) (2000): Leitfaden Altenpflege. Begleitung, Betreuung, Beratung, Pflege, Rehabilitation, 2. Aufl., München/Jena.

Müller-Wille, C. (2001): Zur Lebenssituation älterer Migranten. Lebensbiographische und familiendynamische Aspekte, in: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin, S. 18-33.

Naegele, G. (2004): Theorie und Praxis Sozialen Dienstes, in: Http://www.fb12.uni-dortmund.de/gerontologie/lehrangebot/Folien_SozialeDienste_Sose04.pdf, Juni 2004.

Nell, W. (2003): Impulsreferat – „Zukünftige Herausforderungen in der Migrationssozialarbeit“, in: Die Zukunft der Migrationsdienste. Herausforderungen und Perspektiven. (Dokumentation der Fachtagung am 23.Mai 2003), hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft der Caritasverbände Rheinland-Pfalz, Mainz, S. 8-16.

Net-Lexikon (2004): Stichwort Kultur, in: Http://www.net-lexikon.de/Kultur.html, März 2004.

Papadopoulos, I. (2003): Das Lehren von transkultureller Pflege an einer britischen Universität, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, hrsg. von Friebe, J./ Zalucki, M., Bielefeld, S. 85-99.

Petzold, H. G. (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung, Paderborn.

Ramazan, S. (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern u. a., S. 87-98.

Reischies, F. M./Lindenberger, U. (1999): Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter, in: Die Berliner Altersstudie, hrsg. von Mayer, K. U./ Baltes, P., B., Berlin, S. 351-377.

Rohr, E. (2003): Migrantinnen im Beruf. Paradoxien einer monokulturell ausgerichteten Arbeitswelt in sozialen Institutionen, in: Fremde Pflegekräfte. Strategische Antwort auf den Pflegenotstand oder Zukunft einer humanen Pflege? (Fachtagung am 20./21. Februar 2003), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 4-16.

Sander, B. (2003a): Die Altenpflege als Ort multikultureller Zusammenarbeit im Spiegel von Fachliteratur und Praxisberichten, in: Anerkennung und Integration. Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld 2003, S. 21-31.

Sander, B. (2003b): Anerkennung und Integration. Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege: Verlauf und Ergebnisse der Tagung, in: Anerkennung und Integration – Handlungsmaßstäbe für multikulturelle Teams in der Altenpflege (Fachtagung am 10./11. Oktober 2002), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 89-100.

Sander, B. (2003c): Podiumsdiskussion – Faktum Pflegenotstand. Auf der Suche nach kurzfristigen Lösungen oder Integration fremder Pflegekräfte in den Professionalisierungsprozess?, in: Fremde Pflegekräfte – strategische Antwort auf den Pflegenotstand oder Zukunft einer humanen Pflege? (Fachtagung am 20./21. Februar 2003), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 56-63.

Sander, B. (2003d): Fremde Pflegekräfte. Strategische Antwort auf den Pflegenotstand oder Zukunft einer humanen Pflege? Verlauf und Ergebnisse der Tagung, in: Fremde Pflegekräfte – strategische Antwort auf den Pflegenotstand oder Zukunft einer humanen Pflege? (Fachtagung am 20./21. Februar 2003), hrsg. von Haus Neuland – Projekt: Qualitätsentwicklung im multikulturellen Arbeitszusammenhang Altenpflege, Bielefeld, S. 64-75.

Schmidt, W. (2003): Alter - Migration – Qualifizierung. (Neue) Anforderungen an die Zuwanderergesellschaft, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, hrsg. von Friebe, J./Zalucki, M., Bielefeld, S. 13-28.

Schnepp, W. (1997): Zum Zusammenhang von Kultur und pflegekundiger Ausbildung, in: Pflege Pädagogik, Heft 5, S. 1-18.

Scholl, A. (2003): Die Befragung. Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung, Konstanz.

Schulz von Thun, F. (1999): Miteinander reden. Störungen und Klärungen, Band 1, Hamburg.

Schulze-Rostek, K., (2002): Interkulturelle Aus- und Weiterbildung- Erfahrungen aus der Pflege, in: Interkulturelle Beratung: Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung, hrsg. von Hegemann, T./Lenk-Neumann, B., Berlin, S. 151-159.

Seeberger, B. (1998): Altern in der Migration – Gastarbeiterleben ohne Rückkehr, Köln.

Sprung, Annette (2002): Interkulturalität – eine pädagogische Irritation? Pluralisierung und Differenz als Herausforderung für die Weiterbildung, Frankfurt am Main u.a.

Sowinski, C./Behr, R. (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel, Köln.

Statistisches Bundesamt (1996): Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 2: Ausländische Bevölkerung, Stuttgart.

Stuppe, A. (2001): Zerplatzte Träume, in: Der Spiegel, Heft 11, S. 54.

Szablewski-Cavus, P. (2002): Der Weg ist das Ziel. Interkulturalität als Etikett, Prozess und Auftrag der Erwachsenenbildung, in: Hessische Blätter für Volksbildung, Heft 1, S. 16-23.

Tietgens, H. (1990): Evaluation, in: Grundlagen der Weiterbildung, Praxishilfen, Heft 2, S. 1-6.

Thomas, A. (2003): Interkulturelle Kompetenz. Grundlagen, Probleme und Konzepte, in: Erwägen, Wissen, Ethik (EWE), Heft 1, S. 137-150.

Thomas, B. (2001): Aus dem Wortprotokoll der Expertenanhörung am 14. Dezember 2000 im Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, in: Interkulturelle Altenpflege. Expertenanhörung am 14.12.2000, hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen, München 2001, S. 65-67.

Tuna, S. (2001): Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumszentriertheit im Migrationskontext, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern u. a., S. 213-225.

Uzarewicz, C. (2003): Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, hrsg. von Friebe, J./ Zalucki, M., Bielefeld, S. 29-46.

Visser, M./de Jong, A. (2002): Kultursensitiv pflegen. Wege zu einer interkulturellen Pflegepraxis, München/Jena.

Von den Driesch, K. (2000): Interkulturalität in der Krankenpflege. Ansätze zu einem Handbuch für Lehrende in der Aus- und Fortbildung. Diplomarbeit der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Welsch, W. (1998): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung, in: Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainzer Universitäts-gespräche, Sommersemester 1998, S. 45-72.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1995): Pflege im Aufbruch und Wandel, München.

Wesseler, M. (1994): Evaluation und Evaluationsforschung, in: Handbuch Erwachse-nenbildung/Weiterbildung, hrsg. von Tippelt, R., Opladen, S. 671-686.

Wickert, H.-R. (2001): Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern u. a., S. 47-63.

World Health Organization (WHO) (1996): Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa.

Wörterbuch Psychologie (2000), hrsg. von Fröhlich, W. D., 23. Auflage, München.

Yoo, D.-J. (1975): Die Situation koreanischer Krankenpflegekräfte in der Bundesrepublik Deutschland und ihre sozialpädagogischen Probleme. Eine empirische Untersuchung an 687 koreanischen Krankenpflegekräften und 309 deutschen Ärzten und Krankenpflegekräften, Kiel.

Zalucki, M. (2003): Interkulturelle Fortbildung in der Altenpflege. Überlegungen zur künftigen Konzeptentwicklung, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, hrsg. von Friebe, J./ Zalucki, M., Bielefeld S. 85-99.

Zalucki, M./Friebe, J./Grünhage-Monetti, M. (2003): Der Wandel der Bedingungen des Lehrens und Lernens. Erfahrungen aus der Praxis der interkulturellen Weiterbildung, in: Grundlagen der Weiterbildung. Praxishilfen, Heft 53, S. 1-24.

Zielke-Nadkarni, A., (1997): Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege, in: Transkulturelle Pflege, hrsg. von Uzarewicz, C./Piechotta, G., Berlin, S. 99-114.

Zielke-Nadkarni, A. (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege- und Geburtshilfe, hrsg. von Domenig, D., Bern u. a., S. 123-136.

Anhang:

Stichwortartige Mitschrift

des Experteninterviews

Fragen/Personen	Experte 1	Experte 2	Experte 3	Experte 4
1) Bei welcher/n Fortbildung/en waren Sie als Dozent/in bzw. Veranstalter/in tätig? 1 **Modul, Ort, Einrichtung bzw. Träger**	Modul I: Pilotseminar Königswinter	Modul I: Ostsee/Neustadt, Berufsförderungswerk Frankfurt	Alle, außer Modul I: Neustadt, Frankfurt und München	Module I – III: Katholischen Stiftungs-fachhochschule München
2) Bitte stellen Sie stich-wortartig den Aufbau bzw. die wichtigsten Inhalte dar.	Geschichte der Migration Fallbeispiel aus Praxis und deren Reflexion	**Schwerpunkt Inhalt:** Kultur und Migration, Migrationskontext **Schwerpunkt Praxis:** Interkulturelle Kommuni-kation (u.a. Watzlawick), Fall- und Rollenbeispiele und Bearbeitung von Piktogrammen	**Modul I– III verfügen über identisches Gerüst:** Migration, interkulturelle Kompetenz, interkulturelle Öffnung und Praxistransfer der Inhalte **Modul I:** Eigenes und Fremdes, Kulturbegriffe, Grundlagen interkultureller Pflege und Interkulturelle Kommunikation **Modul II + III:** Buch Friebe, J./Zalucki, M. 2003, S. 160 (Fallarbeit, interkulturelle Kompetenz)	**Modul I:** Migration allgemein, Migrationsbegriff (Normativität), Überblick ethnologische Migrationsforschung, Migration und Alter, Migrationsformen Altersstrukturver-schiebung, Umkehrung „Healthy-Migrant-Effect“, Stress und Migration, Transkulturelle Pflege, Kulturbegriffe, Gesundheit/Krankheit, Konsequenzen für die Praxis und Transfer-möglichkeiten

				Modul II: Fremdheit, Kulturbegriffe, Kulturfalle = Etnisierung oder Kulturalisierung sozialer Probleme und transkulturelle Kompetenz **Modul III:** Transkulturelle Altenpflege, Personal- und Organisationsentwicklung und Transkulturelles Management
3) Zur Durchführung: Inwiefern haben Sie bei der Seminarplanung bzw. -durchführung Raum für Wünsche und Interessen der Teilnehmer gelassen? **Fällt Ihnen vielleicht ein konkretes Beispiel ein?**	Gerüst vorhanden, darin Platz für konkrete Fragen, Fallbeispiele (z.B. religiöse Gewohnheiten, Kopftücher, Rollenverständnis) Flexibilität, Veränderung je nach Gruppenzusammenstellung	Gerüst vorhanden (Praxisbeispiele erwünscht)	Zu Beginn Metaplantechnik zum Abfragen von Wünschen (Kärtchen während des Seminars durchgehend sichtbar, am Ende Reflexion) Methode zusätzlich zum Eingangsfragebogen	Zu Beginn „Offene Runde“, am Ende Feedback **Modul I:** Studentenstereotypes Vorgehen, aufgereihte Fragen **Modul I:** Lehrkräftedynamisches Vorgehen, innige Beschäftigung mit dem Thema

			Seminarfeedback am 1. Tag: Lehrer: Probleme mit rassistischen Schülern, Manager: Alltag in Altenheimen	**Modul III:** Pflege-dienst-, Stationsleitung u. Pflegemanagement-studenten
4) Haben Sie in allen Modulen Seminare durchgeführt? **Falls ja, inwiefern unterschied sich das Unterrichtskonzept?** **Haben Sie prägnante Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der verschiedenen Module (z.B. unterschiedliche Interessen, Rückfragen) bemerkt?**	/	/	**Viele konzeptionelle Unterschiede:** **Modul I:** Sensibilisierung für kulturelle Probleme **Modul II:** Sensibilisierung vorausgesetzt/Transfer auf pädagogische Situationen **Modul III:** Transfer auf Managementsituationen **Fallarbeit:** **Modul I:** Konstruierte Fälle **Modul II:** Kollegiale Beratung als Methode **Modul III:** Authentische Fälle	**Modul I:** Studenten gezwungen **Modul II – III:** Freiwillig Unterschiede hängen weniger von den Inhalten als von den Teilnehmern selbst ab (Interessen, Bildung) Gemeinsamkeiten: **Aha-Erlebnis** (Selbstreflexi-vität, Überwindung eigener Widerstände)

			Zusammensetzung der Teilnehmer: **Modul I:** Studenten der Katholischen Stiftungs-fachhochschule in München, ansonsten derzeitige Praktiker **Modul II:** Lehrer für Altenpflege in München, Schulleiter und studierte Pflegepädagogen in Kaiserswerth **Seminarprofile** **Modul II:** Inhouse-Schulungen in Bremen, Fachhochschulseminar in München	
5) Wie hoch würden Sie den Anteil der teil-nehmenden Migranten einschätzen?	Nur ca. 1-2 Migranten bei 17 Teilnehmern); schade, da Kultursensibi-lität auch für Ausländer wichtig ist und nicht als Voraussetzung gelten kann	Weniger als 5 %, jedoch ortsabhängig und von Seminarform abhängig Pädagogik und Manage-ment sehr wenig, spiegelt niedrigen Migrantenanteil in höheren Positionen wieder	Maximal 10% (die meisten Migranten waren in Mainz und Berlin vertreten) jedoch Schwierigkeit der Begriffsbestimmung von Migration, bei allen Semi-naren konnte der größte Teil über Migrationserfahrungen berichten (Binnenmigration, emigrierte Vorfahren...)	**Sehr wenige, jedoch: „Wie definiert man Migration?“** a) **Migration** zwischen Nationen (oft an Sprachen, Ländergrenzen orientiert)

				b) **Binnenmigration** (wurde bei Eingangsbefragung von den meisten genannt) Bei der Beschäftigung mit dem Kulturthema sind Ausländer nur die Aufhänger **Kritik an Interkulturalität:** Thema spielt für eigenen Handlungs-spielraum keine Rolle, es wird sich immer am Fremden orientiert
6) Wissen Sie, wie hoch die Nachfrage bezüglich ihrer Veranstaltung war? **Sind Ihnen hierbei Unterschiede zu den verschiedenen Module aufgefallen?**	Unterschiede nach haus-internen und hausexternen Seminaren **Intern positiv:** Organisation durch eigene Fortbildungsabteilungen, geringere Hemmschwelle; alle sind beteiligt, keine Reise notwendig	**Differenziertes Bild:** Regionale Unterschiede (wenig Nachfrage, wenn hoher Ausländeranteil, da viele Seminare zum Thema) Lobby für das Thema (in München steht Uzarewicz als bekannte Dozentin für Pflege) Termine (Wochenende gut angenommen) Freiwillig oder Pflicht	Keine Seminargebühren, Seminare subventioniert Größte Nachfrage beim Management Generalisiertes Bedürfnis nach Fortbildungen Problemlösung wegen hohen Migrantenanteil beim Personal (Arbeitsdruck) Einrichtungen attraktiver gestalten	**Modul I:** Pflicht **Modul II:** Große Nachfrage, Bayern bzw. Süddeutschland ohne Pflegepädagogik-studium **Modul III:** Schleppende Nachfrage, Managementstudium ist verbreiteter

	Extern negativ: Nur Besuch von Pflichtveranstaltungen Personalmangel und Arbeitsdruck Abwesenheit schwierig zu rechtfertigen			
7) Woran liegt es ihrer Meinung nach, dass interkulturelle Fort-bildungen bisher selten in der Pflegepraxis angeboten werden? **Halten Sie eine flächen-deckende Implementierung der erprobten Module derzeit für machbar?**	**Unterschiede zwischen Altenhilfe und Krankenhäusern:** **Krankenhaus:** Klientel besteht schon seit Jahrzehnten (konkrete Fragen, Probleme) **Altenpflege:** Klientel zukünftig, kein Druck, Umbruchsituation durch viele neue Pflegegesetze **Doch Interesse ist nicht abnehmend:** Verweis auf bundesweite Kampagne der Charta für eine kultursensible Altenpflege	**Unterschied theoretisch und praktisch:** **Theoretisch:** ideale Einsetzung in Praxis (Veröffentlichungen, CD-Rom, Literaturhinweise...) **Praktisch:** Pflegefeld ist im Umbruch (neue Prüf-kriterien) Dekubitusprohylaxe scheint wichtiger Prüfkriterien initiieren Personalabbau Personalmangel (Leitungs-angestellte pflegen mit) Lehrkräfte erkennen keine Notwendigkeit, glauben an „Learning-by-doing“ oder wenige nehmen teil und dienen als Multiplikatoren	**Flächendeckende Implementierung ist unwahrscheinlich:** **Knackpunkt:** bisher ist interkulturelle Arbeit kein Bestandteil der Qualitäts-entwicklung, kein Zusam-menhang von Fortbildung und Qualitätsentwicklung **[iku:]:** punktuell ist Verbindung erreicht worden Interkulturelle Arbeit ist kein Zusatz, sondern Bestandteil der Qualitätsentwicklung	**Stimmen aus der Praxis:** „Thema ist unwichtig, andere Probleme sind wichtiger“ „Ausländer gibt es schon immer, nur weil die Wissenschaft sich damit beschäftigt, müssen wir das noch lange nicht machen“ Gesundheitsbereich total im Umbruch Thema aufheben für bessere Zeiten Kein Geld für qualifizierte Dozenten Thema als „Mitläuferthema“

				Aber Nachfrage ist spürbar! Themen benötigen zur flächendeckenden Verbreitung Unterstützung auf politischer Ebene und auf Seiten der Träger Flächendeckende Einführung verhindert Segregation!
8) Wie sieht ihrer Meinung nach ein/e optimale/r Dozent/in für interkulturelle Altenpflege aus? **Wenn Sie eine Hitliste entwerfen sollten, welche Eigenschaften, Wissen und Fähigkeiten würde sie/ihn auszeichnen?**	Erfahrungen im Gesundheitsbereich (evtl. mit ausländischem Klientel) Fachwissen: Erkenntnisse auf dem neuesten Stand Didaktik (Methodenvielfalt, Teilnehmermotivation von Praktikern) „Krönung“: Auslands- und Migrationserfahrungen (Anekdoten, Praxiserfahrungen)	Teamteaching (bewährtes [iku:]-Konzept) Migrationshintergrund ideal, aber impliziert keine interkulturelle Kompetenz Teilnehmerorientiertes Arbeiten Kulturelles, theoretisch fundiertes Fachwissen Inhaltlich gefestigt und mediationskompetent	Fokus auf Teamteaching (abwechslungsreicher, Rollenwechsel vom Dozent zum Teilnehmer oder teilnehmenden Beobachter) Informiert Medienkompetenz Selbstreflektivität	**Persönlichkeit:** Keine Angst vor sich selbst und Teilnehmer–offenheit Selbstkritikfähigkeit Sensibilisierung für verdeckte Rassismen **Qualifikation:** Professionelle kulturanthropologische Ausbildung