Deutsches Institut
für Erwachsenenbildung

MigA

Jens Friebe

Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege

BESTANDSAUFNAHME PERSONALGEWINNUNG UND QUALIFIZIERUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
German Institute for Adult Education

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege

BESTANDSAUFNAHME, PERSONALGEWINNUNG UND QUALIFIZIERUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege

Autor:
Jens Friebe,
Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Mitarbeit:
Heidi Stier, Hans Küpper

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
German Institute for Adult Education

Gefördert vom
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) ist eine Einrichtung der Leibniz-Gemeinschaft und wird von Bund und Ländern gemeinsam gefördert.
Das DIE vermittelt zwischen Wissenschaft und Praxis der Erwachsenenbildung und unterstützt sie durch Serviceleistungen.

Das dieser Publikation zugrunde liegende Entwicklungsprojekt wurden mit Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und Mitteln des DIE gefördert.

Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege
Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in Nordrhein-Westfalen
Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege
Dr. Jens Friebe (DIE)
Bonn 2006

© 2006 Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
Satz, Grafiken, Umschlag:
Grafisches Büro Horst Engels, Bad Vilbel
Druck: LokayDruck, Reinheim

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5

Teil 1: Demografischer Wandel und Qualifikationsstrukturen der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund in Altenpflegeeinrichtungen

1.1. Potentiale entwickeln 7
1.2. Ausgangslage: Alternde Gesellschaft in Deutschland 8
1.3. Demografischer Wandel und Zuwanderung in Nordrhein-Westfalen 9
1.4. Pflegende mit Migrationshintergrund 10
1.5. Qualifizierungsbedarf der Beschäftigten mit Migrationshintergrund 11
1.6. Zielsetzungen der Qualifizierungsangebote 12
1.7. Herkunftsgruppen und Zielgruppen 13
1.8. Pflegebedürftigkeit und Personalbedarf 14

Teil 2: Ressourcen und Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund

2.1. Von der Defizitorientierung zur differenzierten Haltung 17
2.2. Sprache in der Pflegepraxis 18
2.3. Deutschkenntnisse der Pflegenden mit Migrationshintergrund 18

Teil 3: Qualifizierungen für Pflegende mit Migrationshintergrund

3.1. Pflegewissen und Fachsprache 23
3.2. Handreichung für Trainerinnen/Trainer und Lehrerinnen/Lehrer 24
3.3. Fortbildungsmodul 1 25
3.4. Fortbildungsmodul 2 (Hans Küpper) 29
3.5. Fortbildungsmodul 3 (Heidi Stier) 34
3.6. Fortbildungsmodul 4 38
3.7. Aufbauende Fortbildungsmodule 44

Teil 4: Konzepte für Personalgewinnung und Organisationsentwicklung

4.1. Personalbedarf und Personalgewinnung 51
4.2. Interkulturelle Kompetenz von Pflegekräften mit Migrationshintergrund 51
4.3. Interkulturelle Öffnung und Personalförderung 54
4.4. Bausteine eines betrieblichen Qualifizierungskonzepts 55

Literatur 57

Vorwort

Die deutsche Gesellschaft ist stark von Zuwanderung geprägt, was durch die Diskussion um Integrationskonzepte in den letzten Jahren stärker in das öffentliche Bewusstsein geraten ist. Zuwanderer aus vielen Länder der Welt und Ihre Nachkommen – in der Wissenschaft zumeist als Menschen mit Migrationshintergrund bezeichnet – bringen ihre Erfahrungen in den Beruf und in unseren Lebensalltag ein. Als Adressaten für die Weiterbildung sind Beschäftigte mit Migrationshintergrund bisher wenig in Erscheinung getreten. Nach Angaben des Berichtssystems Weiterbildung der Bundesregierung (Kuwan/ Thebis 2005, S. 42) nehmen deutsche Mitarbeiter die Weiterbildung etwa doppelt so oft in Anspruch wie Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Da aber insgesamt die Weiterbildungsbeteiligung von Arbeitnehmer/innen in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gering ist, stimmen diese Daten nachdenklich.

Migrantinnen und Migranten arbeiten inzwischen an vielen Arbeitsplätzen mit hohen Professionalitätsansprüchen. Die Altenpflege gehört zu einem Berufsfeld, dass durch hohe Beziehungsanteile zum Klienten und durch personenbezogene Dienstleistungen charakterisiert ist. Ein komplexes Anforderungsprofil schafft hier einen Bedarf an differenzierten Qualifizierungsangeboten. Die Beschäftigten mit Migrationshintergrund stellen nach der Bestandsaufnahme des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung im Projekt „Migrant/innen in der Altenpflege“ fast ein Drittel der Mitarbeiter/innen in stationären Altenhilfeeinrichtungen. Für diese Gruppe der Pflegemitarbeiter ergibt sich ein spezieller Qualifizierungsbedarf, der sich sowohl auf sprachliche, als auch auf pflegefachliche Bildung bezieht.

Der vorliegende Text ist als Handreichung für die Träger der Altenhilfeeinrichtungen, den Weiterbildungsstätten und Seminarleitungen konzipiert. Er vermittelt Hintergründe zu den Qualifizierungsanforderungen und präsentiert neue Fortbildungskonzepte. Diese sollen einen Beitrag zur verbesserten beruflichen Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund, zur Weiterentwicklung der interkulturellen Arbeit und damit zur Professionalität in der Pflege leisten.

Susanne Kraft
Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Danksagung

Die vorliegende Handreichung zur Situation und Qualifizierung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der Altenhilfe NRWs basiert auf den Ergebnissen des Forschungs- und Entwicklungsprojekts „Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege“ (MigA) des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE). Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen hat im Jahre 2003 die Initiative zu diesem Projekt ergriffen und anschließend den größten Finanzierungsanteil geleistet. Damit hat die Landesregierung NRW als erste die Situationen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund untersuchen und Qualifizierungsmaßnahmen entwickeln lassen. Dafür ist ihr in besondere Weise zu danken.

Im Laufe der Bestandsaufnahme zur Situation von Migrant/innen in der Altenpflege haben 96 stationäre Einrichtungen und 16 ambulante Pflegedienste Daten für die vorgelegte Studie geliefert. Es haben Einrichtungen aus der freien Wohlfahrtspflege, aus den Kommunen sowie private Träger mitgewirkt. Die Befragungen waren für die Einrichtungen mit Aufwand verbunden und daher gilt auch Ihnen unser besonderer Dank.

Die anschließenden Erprobungen könnten an fünf Standorten in NRW durchgeführt werden. Wir bedanken uns bei der Diakonie in Düsseldorf, beim Caritasverband Rhein-Sieg, bei den Städtischen Seniorenheimen Dortmund, beim Diakoniewerk Ruhr Bochum/Witten und bei der Sozialholding in Mönchengladbach für die gute Zusammenarbeit.

Während der gesamten Laufzeit des Projektes standen die Mitglieder des Projektbeirates beratend zur Seite. Es waren dies: D. Baric-Büdel (AWO Bundesverband, Bonn), H. Buchholz (AWO Bezirksverband Niederrhein, Essen), R. Krause (DRK Landesverband Nordrhein, Duisburg), M. Luig (Städtische Seniorenheime gGmbH, Dortmund), B. Neuhöfer und M. Wiggermann (Caritasverband des Erzbistums Köln e.V.), R. Öztürker (DAAG e.V., Bonn), Dr. N. Ralic (Diakonie Düsseldorf), Dr. W. Rückert (Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln), Dr. W. Schmidt (Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund), Prof. Dr. W. Schnepp (Universität Witten/Herdecke).

Schließlich gilt unser Dank den Dozentinnen und Dozenten, die Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt haben sowie unseren studentischen Mitarbeiter/innen und unseren Kolleg/innen, die an der Realisierung mitgewirkt haben.

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung,
November 2006

Teil 1: Demografischer Wandel und Qualifikationsstrukturen der Mitarbeiter/innen in Altenpflegeeinrichtungen

1.1. Potentiale entwickeln

In der deutschen Altenpflege arbeiten zahlreiche Menschen mit Migrationshintergrund, die zunächst nur ein gemeinsames Merkmal aufweisen: Sie selbst oder ihre Eltern haben nicht ihr ganzes Leben in Deutschland verbracht und sie haben außer Deutsch noch eine weitere Sprache praktiziert. Man könnte positiv formulieren, sie haben Erfahrungen, die den meisten deutschen Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern fehlen und die mit dem Begriff „Migration" verbunden sind. Der Duden erklärt die Migration als biologischen oder soziologischen Begriff für „Wanderung". Die Wanderung in andere Kulturen und Länder galt lange als bereichernde Erfahrung, sei es für den Dichter oder Philosophen, den wandernden Handwerksgesellen oder für junge Leute, die einen Schul-, Studien- oder Arbeitsaufenthalt im Ausland absolvierten. Allerdings fehlt bei zahlreichen Einwanderern in unsere deutsche Gesellschaft diese spontane positive Zuschreibung und sie wird durch eine eher ambivalente Haltung ersetzt. Einerseits wird die Leistung der Einwanderer für die Wirtschaft in Produktion und Dienstleistung anerkannt, doch andererseits bleiben sie die „Fremden", deren Lebensstile verunsichern und die am Wohlstand der deutschen Gesellschaft teilhaben wollen.

Nicht anders in der Altenpflege: Wir wissen, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund – und zu 90% sind es Frauen - in der Altenpflege körperlich und zwischenmenschlich harte Arbeit leisten, ohne die unser Versorgungssystem nicht existieren könnte. Doch die gesellschaftliche Anerkennung dieser Arbeit ist nicht sehr hoch und das Bild einer „Pflegekraft mit Migrationshintergrund" wird schnell mit negativen Zuschreibungen und Vorurteilen verbunden. Im Vergleich der Fähigkeiten oder Kompetenzen deutscher und nichtdeutscher Pflegekräfte sind die Defizite letzterer schnell markiert: Sie sprechen schlecht Deutsch und wissen zu wenig über unsere Kultur bzw. über das deutsche Pflegesystem. Und in der Tat existiert in diesen Bereichen Fortbildungsbedarf, den wir aber teilweise auch bei deutschen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern finden. Es ist daher wenig hilfreich, die Fähigkeiten und Arbeitsleistungen deutscher und nichtdeutscher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hierarchisch zu bewerten – wer macht es besser? – sondern wir sollten voneinander lernen und gemeinsam nach neuen Lösungen in einem schwierigen Arbeitsfeld suchen.

Definition:
„Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in andere Gesellschaften bzw. andere Regionen von einzelnen oder mehreren Menschen" (Treibel 1999, S. 21). Dieser Definitionsansatz integriert ein breites Spektrum von Einwander/innen, deren Motive zur Migration in der Familienzusammenführung, der Arbeitssuche, der politischen oder persönlichen Situation liegen mögen. Mit der Migration werden u.a. Sprachen, Sozialisationserfahrungen, Religionen und kulturelle Faktoren transportiert, die soziales und berufliches Handeln beeinflussen können.

In diesem Kontext ist das Projekt „Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege" (MigA) entstanden, das zunächst in einer Bestandsaufnahme Daten zur Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund zusammengestellt und ausgewertet hat, um dann auf dieser Grundlage Qualifizierungskonzepte zu entwickeln, die in der Lage sind, Strategien der Personalförderung und –gewinnung zu unterstützen. Dieser Text wird zunächst Informationen zur Situation von Pflegekräften in der Altenpflege liefern und anschließend die Qualifizierungskonzepte vorstellen.

Vor der Konzeptentwicklung von geeigneten Qualifizierungsangeboten lag die Prüfung der zugrunde liegenden „Haltung". Betrachten wir Migration prinzipiell als Quelle besonderer Erfahrungen, sehen wir die Ressourcen der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters, die aus einem anderen Land zu uns gekommen sind und wollen wir in einen interkulturellen Dialog treten, der von gegenseitiger Anerkennung, Offenheit und Orientierung an den Interessen unserer Klientinnen und Klienten geprägt ist?

Diese Fragen lassen sich nicht einfach bejahen, denn sie enthalten viel mehr Schwierigkeiten als wir denken (vgl. Friebe/Zalucki 2003, S. 146). Wir sollten daher die aufgeführten Punkte eher als Prüfkriterien

für unser Handeln im Gedächtnis behalten, die zur regelmäßigen Kontrolle unserer Ziele und Maßnahmen geeignet sind. Dieser Text plädiert für eine differenzierte Wahrnehmung der Potentiale von Migrantinnen und Migranten, um vorhandene Chancen zu erkennen und notwendige Hilfen zur Verfügung zu stellen (vgl. BMFSFJ 2005, S. 391). In diesem Sinne wird der folgende Text Beispiele für die Potentiale und Kompetenzen von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund in der Altenpflege benennen und gleichzeitig den speziellen Bildungsbedarf aufzeigen. Damit sollen Voraussetzungen für die Förderung der beruflichen Integration und für das qualitativ verbesserte Handeln in Beruf und Alltag geschaffen werden.

1.2. Ausgangslage: Alternde Gesellschaft in Deutschland

Die Altenpflege bekommt in Deutschland aufgrund demografischer Entwicklungen eine immer stärkere Bedeutung. Sowohl die familiäre oder ehrenamtliche Unterstützung, als auch die professionellen Dienstleistungen werden in der Zukunft immer mehr expandieren. Arbeitnehmer/innen mit Migrationshintergrund haben schon heute einen erheblichen Anteil an der Versorgung der immer zahlreicher werdenden älteren Menschen und werden auch in der Zukunft gebraucht.

Die demografische Alterung in Deutschland schreitet fort und dieser Trend wird in den nächsten zwei Jahrzehnten an Dynamik gewinnen (vgl. BiB, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2004). Immer mehr Menschen erreichen durch verbesserte Lebensbedingungen ein hohes Alter. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt heute bei 80,4 Jahren für Frauen und bei 73,5 Jahren für Männer (BiB 2004 S. 42). Die durchschnittliche Kinderzahl pro Familie stagniert seit Jahren auf niedrigem Niveau (Geburtenrate 1,4 - BiB 2004, S. 61). Prognosen lassen erwarten, dass 2050 bei zurückgehender Einwohnerzahl in Deutschland mehr als ein Drittel der Menschen über 60 Jahre alt sein wird. Es wird dann voraussichtlich mehr als 9 Millionen Menschen über 80 Jahre bei uns geben. Die demografischen Entwicklungen werden häufig auf die Kurzformel gebracht, „wir werden weniger, älter und bunter“.

Für die Altenhilfe sind Verschiebungen im Aufbau der deutschen Gesellschaft von großer Bedeutung, die durch die unterschiedliche Stärke der Altersgruppen entstehen. Die gesellschaftliche Alterung wird sich in den nächsten Jahren[1] beschleunigen, da ab 2015 geburtenstarke Jahrgänge der 1950er und 60er Jahre das Rentenalter erreichen, gefolgt von Altersgruppen mit Geburtenrückgang der Jahre 1965 bis 1975. Für die mittlere Generation im Alter von 20 bis 64 Jahren, die hohe Potentiale für die Erwerbstätigkeit hat, ergeben sich folgende Auswirkungen: Auf 100 Personen der mittleren Generation kamen 1950 noch 50,8 jüngere Menschen im Alter unter 20, im Jahr 2000 noch 34 und 2050 voraussichtlich nur noch 30 Personen (Jugendquotient, BiB 2004, S. 58). Dagegen steigt der Anteil der 65-Jährigen und Älteren im Verhältnis zur mittleren Generation. 1950 kamen noch 16,2 Personen, im Jahr 2000 26,8 Personen und 2050 voraussichtlich schon 54,4 Personen auf je 100 Menschen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren (Altenquotient, ebenda, S. 58).

Alten- und Unterstützungsquotienten in der Bundesrepublik Deutschland 1950-2050

Jahr	Alten-quotient	Potenzieller Unterstützungs-koeffizient	Intergenerationaler Unterstützungs-koeffizient
1950	16,2	6,2	5,7
2000	26,8	3,7	19,8
2050	54,4	1,8	60,3

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Berechnungen BiB 2004, S. 59

Deutlicher zeigen sich die Veränderungen noch bei der Analyse des „potentiellen und intergenerationalen Unterstützungskoeffizienten“ (BIB 2004, S. 59). Im Jahr 2000 kamen auf eine Person über 65 Jahre noch 3,7 Personen zwischen 20 und 64 Jahren, voraussichtlich werden es 2050 nur noch 1,8 Personen sein. Intergenerational wird die Altersgruppe der 50 bis 64-Jährigen mit der Gruppe der über 80-Jährigen verglichen. Auf 100 Personen der ersten Altersgruppe kamen 2000 noch 19,8 Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr. 2050 werden den 100 „jüngeren Alten“ ca. 60 Hochbetagte gegenüber stehen. Diese Relation hat große Auswirkungen auf Unterstützungs- und Pflegeleistungen zwischen den Generationen. Die sozialen Sicherungssysteme werden diesen Entwicklungen angepasst werden müssen, da für Unterstützung und Pflege zukünftig immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter zur Verfügung stehen werden.

1 Die angegebenen Trends beruhen auf der „10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung“ des Statistischen Bundesamtes (BiB 2004, S. 61). Die Prognosen zeigen zukünftige Entwicklungen unter Berücksichtigung aktueller Annahmen zur Geburtenentwicklung, Mortalität, Migration.

Im demografischen Wandel spielt auch die Zuwanderung eine wichtige Rolle, weil sie den Bevölkerungsrückgang und die Alterung in Deutschland zwar nicht verhindern, möglicherweise aber etwas abmildern kann. Das statistische Bundesamt hat im Jahr 2005 erstmalig den Bevölkerungsanteil der Einwohner Deutschlands mit Migrationshintergrund berechnet. Fast ein Fünftel der Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund, so lautete das Ergebnis der Datenauswertung (Statistisches Bundesamt 2006 a), und damit ist Deutschland weit stärker durch Zuwanderung geprägt, als dies die Zahlen über Ausländeranteile wiedergaben.

Berechnungen für die Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund nach Mikrozensus 2005 (Statistisches Bundesamt 2006a, S. 73 ff): Deutsche ohne Migrationshintergrund sind diejenigen, die nie eine andere Staatsangehörigkeit besessen haben und deren Eltern auch keinen Migrationshintergrund haben. Das statistische Bundesamt rechnet zu den Personen mit Migrationshintergrund alle Ausländer/innen, Deutsche, die als Spätaussiedler/innen zugewandert sind, eingebürgerte Ausländer/innen und deren Nachkommen. Danach gibt es in Deutschland 67,1 Millionen Menschen (81%) ohne Migrationshintergrund und 15,3 Millionen Menschen (19%) mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2006a, S. 73).

Betrachtet man die Altersverteilung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, so zeigen sich weitere interessante Aspekte. So stellen bei der deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund die 40-Jährigen das am stärksten besetzte Geburtsjahr, während es bei denjenigen mit Migrationshintergrund eine nahezu konstante Verteilung bis zum 40. Lebensjahr gibt. „Der Rückgang der Bevölkerung vollzieht sich ausschließlich bei den Deutschen ohne Migrationshintergrund“ (Statistisches Bundesamt 2006a, S. 79).

1.3. Demografischer Wandel und Zuwanderung in Nordrhein-Westfalen

In NRW lebten 2004 gut 18 Millionen Menschen (LDS NRW 2004 S. 20). Etwa 3,5 Millionen Menschen waren über 65 Jahre alt (ebenda S.23). Heute liegt der Anteil der über 60-Jährigen in NRW bei 24 Prozent, wird aber in den nächsten drei Jahrzehnten auf 33 Prozent anwachsen (Interministerielle Arbeitsgruppe 2005, S. 5).

Von den Einwohner/innen NRWs waren im gleichen Jahr 1.926.600 Ausländerinnen und Ausländer; damit jede/r neunte Einwohner/in (10,7 Prozent) nicht im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit. Die größte Nationalitätengruppe bildeten mit 627.000 Türkinnen und Türken; weitere 483.200 Einwohner stammten aus einem der EU-Staaten (ebenda S. 22). 1976 lag der Ausländeranteil noch bei 6,9 Prozent, 2015 wird er voraussichtlich auf 13 Prozent steigen (MGSFF 2002).

Deutsche und nichtdeutsche Bevölkerung in NRW (www.lds.nrw.de, 2006-08-10)

Jahr	2000	2002	2004
Insgesamt	18.009.865	18.076.355	18.075.352
Deutsche	16.011.711	16.096.568	16.130.796
Nicht-deutsche	1.998.154	1.979.787	1.944.556
Nicht-deutsche in Prozent	11,1 %	10,9 %	10,8 %

Diese Daten berücksichtigen nur den „nichtdeutschen“ Teil der Bevölkerung NRWs und geben damit keinen Überblick über Spätaussiedler/innen oder eingebürgerte Personen. Das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik hat den Mikrozensus 2005 unter der Frage des Bevölkerungsanteils mit Migrationshintergrund neu ausgewertet. Danach leben in NRW im Einzelnen (www.lds.nrw.de, 2006):

- 1,96 Millionen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
- 2,46 Millionen Menschen, die seit 1950 von außerhalb der Bundesrepublik zugewandert sind (Aussiedler/innen, Eingebürgerte)
- 2,26 Millionen Menschen mit mindestens einem aus dem Ausland zugewanderten Elternteil

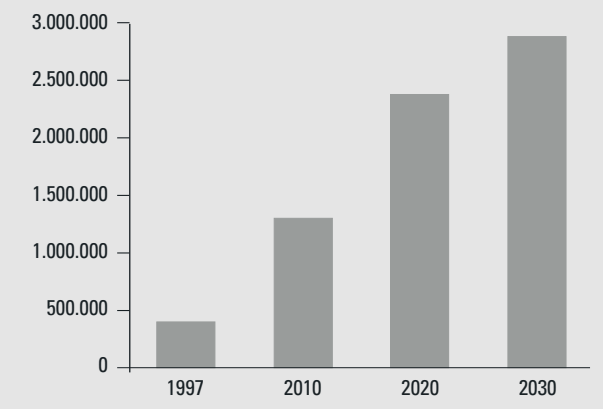
Insgesamt errechnet sich so für die Einwohnerinnen und Einwohner NRWs mit Migrationshintergrund ein Bevölkerungsanteil von 22,9%.[2]

Bei der ausländischen Bevölkerung waren Anfang 2002 in NRW etwa 9,3 Prozent über 60 Jahre alt (LDS, Statistischer Jahresbericht 2002). Im Bundes-

2 Die Stadt Köln hat in ihrer Statistik erstmalig die Kategorie „Einwohner mit Migrationshintergrund bzw. ausländischer Herkunft“ eingeführt. Wurde 2003 die ausländische Bevölkerung mit 17,8% angegeben, so ergab die neue Zählweise einen Anteil von 25,2% Bevölkerung mit Migrationshintergrund. (MGSFF 2004, S. 28).

gebiet ist die Zahl älterer Ausländer und Ausländerinnen über 64 Jahre in den Jahren 1997 bis 2002 von etwa 275.000 auf ca. 420.000 Menschen angewachsen (BMFSFJ 2005). Unterstellt man, dass ältere Zuwanderinnen und Zuwanderer, wie auch bei der deutschen Bevölkerung, zukünftig einen Anteil von mehr als 20 Prozent erreichen, so wird klar, welche Bedeutung der Migrationsfaktor in der Altenhilfe erhält.

Personen ausländischer Herkunft über 60 Jahre



(Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002, S. 278).

„Für NRW wird eine Steigerung von derzeit 80.000 ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern im Alter von über 60 Jahren auf 250.000 im Jahre 2010 erwartet“ (Landtag NRW 2005, S.94).

Welche Bedeutung hat die zunehmende Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund für die Altenpflege?

Die Pflege von älteren Migrantinnen und Migranten orientiert sich zwar im Wesentlichen an den Qualitätsansprüchen, die für deutsche Pflegebedürftige gelten, doch bestehen zwei wesentliche „Fallen“ oder „Stolpersteine“ für eine individuelle Pflege: die *Kulturfalle* und die *Gleichbehandlungsfalle* (vgl. Ertl, 2003).

- ***Kulturfalle*** meint, dass wir pflegefachliche Probleme – z.B. Schwierigkeiten beim Verständnis der Symptomsprache eines ausländischen Patienten: *„mein Fuß schmerzt ... zwei Hunde in meine Ferse beißen ...“* oder institutionelle Probleme bei der Sicherstellung individueller Pflege: *„die religiösen Sitten ... das Schamgefühl meiner muslimischen Frau erlaubt es nicht, von einem männlichen Pfleger versorgt zu werden“*, oder
  Konflikte in der Pflegebeziehung: *„das lasse ich mir von diesem Mann nicht mehr gefallen, der mag seine Frau so bevormunden, mich aber ...“*
  – als kulturelle Probleme deuten und zum Problem der Migrantinnen und Migranten machen.
- ***Gleichbehandlungsfalle*** meint, dass wir kulturelle und migrationsbedingte Differenzierungen im Pflegeprozess ignorieren aus der Haltung heraus *„gleiche Behandlung für alle*“ oder „bei uns gibt es keine Extrawurst“ oder aus dem Interesse heraus, niemanden bevorzugen oder diskriminieren zu wollen.

Die Sicherstellung der Versorgung älterer Mgrant/innen steht in einem engen Zusammenhang mit den Ressourcen der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Auf diesen Aspekt wird in diesem Text noch vertieft eingegangen. Doch zunächst sollen einige Daten zur Situation von Migrant/innen in der Altenpflege NRWs präsentiert werden.

1.4. Pflegende mit Migrationshintergrund

Migration ist sowohl auf der Seite der Klienten der Altenpflege, als auch auf Seiten des Personals ein bedeutender Einflussfaktor. Exakte Zahlenangaben zum aktuellen Stand des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund liegen in der Berufsstatistik bisher nicht vor. Die Daten sind unzureichend, denn sie dokumentieren einerseits nur die Bevölkerungsgruppen mit rechtlichem Ausländerstatus und erfassen andererseits nur Berufe und nicht deren Einsatzfelder[3]. Es ist sinnvoll, bei der Bestandsaufnahme des Altenpflegepersonals die Kategorie „mit Migrationshintergrund“ zu gebrauchen, denn damit werden Merkmale, wie erlernte Erstsprache, Geburtsort (der Eltern) oder kulturelle Faktoren, berücksichtigt. Die Kategorie umfasst Spätaussiedler/innen, Einwander/innen der ersten und der nachfolgenden Generationen, ebenso wie Flüchtlinge oder sonstige Zuwandergruppen.

Die Analyse des Mikrozensus des Statistischen Bundesamts (2006a) unterscheidet außerdem Menschen

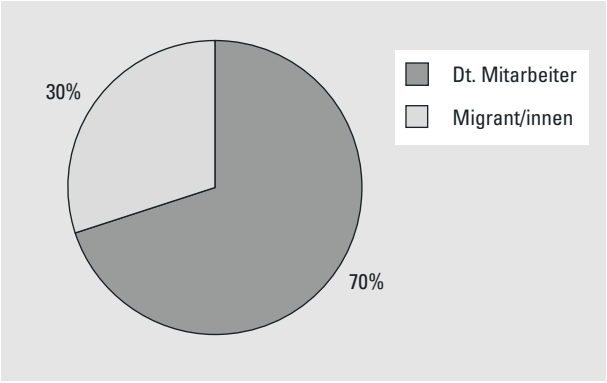
3 Vergleichszahlen des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (2004) bezogen sich bisher ausschließlich auf die ausländische Bevölkerung. Zudem stimmen die Berufsklassifizierungen mit dem Berufsfeld Altenpflege nicht überein. Im Berufsbereich „übrige Gesundheitsberufe“ werden Krankenpflegekräfte, Heilpraktiker, medizinische Assistenzberufe u. a. zusammengefasst. Dort arbeiten ca. 3,3% erwerbstätige Ausländer/innen (Statistisches Bundesamt 2004). Im Berufsbereich Sozial- und Erziehungsberufe finden sich die Altenpfleger/innen, gemeinsam mit sozialpädagogischen, wissenschaftlichen Berufen und Lehrern, ca. 1,7% ausländische Erwerbstätige werden aufgeführt (ebenda).

nach „persönlicher Migrationserfahrung“. Zurzeit haben etwa 2/3 der Menschen mit Migrationshintergrund die Zuwanderung persönlich erfahren und sind nicht in Deutschland geboren. Diese Differenzierung ist unter anderem für die Debatte um demografische Perspektiven und notwendige Integrationsprogramme für Migrantinnen und Migranten bedeutsam.

In der Bestandsaufnahme des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung wurden im ersten Halbjahr 2005 Fragebögen aus 97 stationären Altenhilfeeinrichtungen und 16 ambulanten Pflegediensten ausgewertet. In den befragten Einrichtungen waren 5.495 Pflegekräfte beschäftigt. Davon hatten 1.647 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Anteil von 29,97 Prozent.[4] (Friebe 2005, http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/friebe05_01.pdf) Nur vier Einrichtungen gaben an, keine Migrantinnen und/oder Migranten zu beschäftigen.

Hochgerechnet auf die 75.000 Pflegenden in den Heimen NRWs (Statisches Bundesamt 2003) bedeutet ein Migrantenanteil von knapp 30% mehr als 20.000 Beschäftigte. Geht man davon aus, dass rund 23 Prozent der Einwohner/innen NRWs einen Migrationshintergrund haben, so sind beim Personal in der Altenpflege Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund überrepräsentiert.

Migrant/innen in der Altenpflege



1.5. Qualifizierungsbedarf der Beschäftigten mit Migrationhintergrund

Migrantinnen und Migranten sind als Adressaten für die Weiterbildung in der Altenpflege bisher wenig wahrgenommen worden, obwohl sich ihre Voraussetzungen in einigen Punkten von anderen Bildungsteilnehmern unterscheiden. Sie haben vielfältige Sozialisationen und Sprachbiografien, die auch ihr berufliches Handeln beeinflussen können. Da die Altenpflege eine kommunikative und beziehungsorientierte Tätigkeit ist, müssen Pflegende sensibel mit kulturellen Unterschieden umgehen und auf das gegenseitige Verstehen fokussieren. Allein schon diese allgemeine Überlegung markiert einen Bildungsbedarf für die interkulturelle Begegnung zwischen Klient/innen und Pflegekräften mit Migrationshintergrund.

Welcher Bildungsbedarf zeigte sich bei der Adressatengruppe?

Die Weiterbildungswünsche der Einrichtungsleitungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund bestehen laut Bestandsaufnahme des DIE zunächst in den Bereichen deutsche Sprache, Fachsprache und schriftliche Dokumentation. Sodann wird die Kommunikation benannt, die sich nicht nur auf sprachliche Aspekte bezieht, sondern auch weitere Elemente der Interaktion einschließt. Mit einigem Abstand werden die Weiterbildungsthemen Kultur-/ Pflegeverständnis und Betreuung alter Menschen aufgeführt.

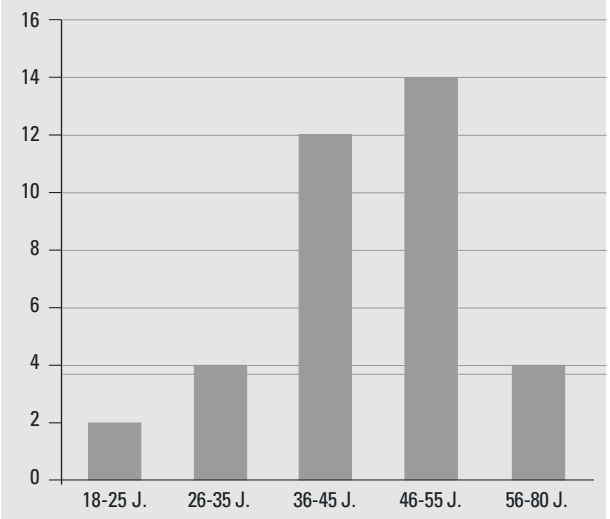
Weiterbildungsbedarf	(73) Nennungen
Sprache (mündlich + schriftlich)	33
Pflegedokumentation	8
Fachsprache	5
Kommunikation	4
Kulturverständnis	4
Pflegeplanung	3
Verhalten zu Heimbewohnern	3
Pflegeverständnis in Deutschland	3
Betreuung	2
Rhetorik	1
Gesundheitssystem	1
berufliche Verordnungen	1
Arbeitsorganisation	1
EDV	1
christliche Werte	1
Gerontopsychiatrische Betreuung	1
Deutsche Geschichte	1

Ergebnisse aus der Erprobung der Qualifizierungsangebote:

4 Die Studie bildet die Situation der Beschäftigten mit Migrationshintergrund in NRW ab, da bei der Auswahl der befragten Einrichtungen typische Merkmale des Landes berücksichtigt worden sind.

Nachdem im Projekt „Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege“ die Bestandsaufnahme in stationären Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt war, wurden Qualifizierungskonzepte entwickelt und in fünf Orten in NRW erprobt. Insgesamt nahmen 90 Pflegekräfte teil, deren Angaben in die Analyse des Qualifizierungsbedarfs eingingen.

Alter der Fortbildungsteilnehmer/innen



Herkunft der 77 Fortbildungsteilnehmer/innen:

Polen	Kasachstan	Russland	Iran
42%	17%	17%	7 %
Nigeria	Philippinen	Sonstige	
7%	5%	5%	

Der subjektiv von Pflegenden mit Migrationshintergrund eingeschätzte Bildungsbedarf wurde durch Einzelinterviews und durch Befragungen der Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer ermittelt. Dabei steht gleichfalls die deutsche Sprache ganz oben an. Der größte Bedarf besteht aus der Sicht der Teilnehmenden bei der deutschen Rechtschreibung und generell beim schriftlichen Ausdruck. Qualifikationen im Bereich der mündlichen „Fachsprache“ werden hingegen seltener und im Bereich der Pflegearbeit selten gewünscht. Weiterbildungsbedarf sehen Pflegende mit Migrationshintergrund auch zu rechtlichen Themen.

Diese Selbsteinschätzung der Teilnehmenden weicht von der (Fremd-) Wahrnehmung der Dozentinnen und Dozenten der Qualifizierungsmaßnahmen ab, die gerade in der präzisen sprachlichen Bezeichnung von Beobachtungen und Informationssammlungen ein starkes Defizit sahen.

Insgesamt kann von einem Bedarf an „adressatenspezifischen“ Fortbildungen gesprochen werden, die die berufliche Integration der Pflegenden mit Migrationshintergrund verbessern sollen. Da aber Integration stets ein wechselseitiger Prozess „gleichberechtigter Teilhabe“ (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2003) sein muss, sollte dieses Fortbildungsangebot in ein umfassenderes Konzept der interkulturellen Organisations- und Personalentwicklung einmünden. Von den befragten Einrichtungsleitungen in der Bestandsaufnahme des DIE haben 66,7 Prozent Fortbildungsveranstaltungen gewünscht, die allerdings eintägig und hausintern durchgeführt werden sollen. Dieser enge Zeitrahmen ist für angemessene Maßnahmen der interkulturellen Sprachförderung sicher nicht möglich.

Der Bedarf an adressatenspezifischen Bildungsangeboten ergibt sich schließlich aus der generell niedrigen Beteiligung von Migrantinnen und Migranten an beruflicher Weiterbildung (vgl. BMFSFJ 2005, S. 421). Es liegen zwar keine Daten über die Bildungsbeteiligung von Migranten in Pflegeweiterbildungen vor, doch kann vermutet werden, dass Bildungsbarrieren die anderenorts wirksam sind, auch in der Pflege Einfluss haben.

1.6. Zielsetzungen der Qualifizierungsangebote

Die hier vorgestellten Qualifizierungskonzepte sollen allgemein die Integration in den Altenpflegeberuf und am Arbeitsplatz verbessern. Kriterien gelungener Integration wären daher gerechte Chancen für Migrant/innen beim Zugang zum Beruf, gute Möglichkeiten des Berufsverbleibens, zur Arbeitszufriedenheit und zur qualitativ hochwertigen Arbeit durch Wissen und Kompetenz. Diese Zielsetzungen erweisen sich noch als ergänzungsbedürftig, doch zeigen sie erste Schwerpunkte der Maßnahmen auf. Das hier vorgestellte DIE-Projekt „MigA“ gab sich folgende Ziele:

- die Beschäftigungssituation und den Bildungsbedarf von Pflegenden mit Migrationshintergrund in NRW ermitteln
- durch Qualifizierung die Altenhilfe und -pflege sichern und verbessern, mögliche Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten ausgleichen
- die Vernetzung interkultureller Maßnahmen in der Altenhilfe fördern.

Zielgruppe der Qualifizierungsangebote waren alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, die in der Definition des Pflegeversiche-

rungsgesetzes (Pflege VG §80) als Pflegepersonen arbeiten oder dies beabsichtigen. Allerdings ist diese Zielgruppe wenig homogen und bringt in Bezug auf die sprachlichen und kulturellen Hintergründe höchst unterschiedliche Voraussetzungen mit. Ist daher ein zielgruppenorientiertes Fortbildungskonzept überhaupt sinnvoll?

Das Projekt MigA bekannte sich zur Orientierung an der Ziel- oder Adressatengruppe „Pflegende mit Migrationshintergrund“, da ein gemeinsamer Qualifizierungsbedarf in Bezug auf bestimmte Themen festgestellt worden ist. Die Zielgruppe wurde zunächst über den Bildungsbedarf zur Sprache, zu kulturellem Wissen und zum Pflegeverständnis beschrieben. Dies wurde ergänzt durch didaktische Überlegungen zur Lehr-/ Lernsituation, den Lernvoraussetzungen, dem Erfahrungsaustausch und der Initiierung von Verstehensprozessen in der Lerngruppe.

Allerdings sollten zielgruppenspezifische Bildungsangebote keine auf Dauer angelegten Veranstaltungen werden, da sie ansonsten in der Gefahr stehen, erneut zu stigmatisieren. Sie dienen in erster Linie dazu, eigene Situationen der Teilnehmenden zu reflektieren, den subjektiven Lernbedarf einzuschätzen und Lernprozesse anzustoßen. Danach sollten die Themen in interkulturellen Lerngruppen weiter behandelt werden, denn nur im Dialog lässt sich die Integration als gegenseitiger Prozess des Aufeinanderzugehens fördern und Benachteiligung durch Personal- und Organisationsentwicklung abbauen.

Gegen die speziellen Angebote für Migrantinnen und Migranten gab es im Projektverlauf Widerstände sowohl aus der Gruppe der Migrant/innen selbst, als auch von den deutschen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund kritisierten häufiger zu Beginn der Veranstaltungen, dass sie die Qualifizierungsangebote als eine Form der „verordneten Nachhilfe“ empfanden, für die es nach vielen Jahren der Betriebszugehörigkeit keine Rechtfertigung gab. Immer dann, wenn diese Bedenken in der Gruppe frühzeitig thematisiert werden konnten, stellten sie sich als nicht tragfähig heraus, sodass die Teilnehmenden das Angebot gut annehmen konnten.

Einige Teilnehmer berichteten, dass ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen mit Unverständnis auf das spezielle Angebot reagierten, da sie eine bevorzugte Behandlung vermuteten. Dabei bleibt zu bedenken, dass zwar alle Mitarbeiter grundsätzlich gleiche Bildungschancen haben sollten, doch dieses Argument gerade die gesellschaftliche Verpflichtung zur Beseitigung herkunftsabhängiger Benachteiligungen einschließen muss.

Theoretisch lassen sich die Ziele des integrativen Angebots aus Pflegewissen und Fachsprache aus den Konzepten „Kultureller Bewusstheit“ (cultural awareness, Papadopoulos 2003) und „Sprachbewussheit“ (Language awareness, Europarat 2001) herleiten.

Kulturelle Bewusstheit: In der Pflegewissenschaft gibt es unterschiedliche Modelle die inter- oder transkulturelle Kompetenz als Element der Pflegekompetenz zu beschreiben. Papadopoulos, Tilki und Taylor (ebenda, S. 87ff) haben an der Middlesex University in London ein Phasenmodell entwickelt, bei dem Lernende über die kulturelle Bewusstheit, kulturelles Wissen und kulturelle Sensibilität zur kulturellen Kompetenz gelangen können. Die vorgestellten Qualifizierungen orientieren sich an der ersten Phase der kulturellen Bewusstheit, insofern die Selbstreflexion im Kontext von Pflege und Kultur, die eigene kulturelle Identität und die Kulturalität des Gegenübers thematisiert und gefördert werden sollen.

Sprachbewusstheit: Die Konzepte des Europarates (2001) zur Förderung der „funktionalen Mehrsprachigkeit“ und der „Gemeinsame Europäische Referenzrahmen für Sprachen“ haben neue Prioritäten für den Sprachenerwerb gesetzt. Im Mittelpunkt stehen diejenigen Kompetenzen, die für die sprachliche Handlungsfähigkeit des Lernenden konstitutiv sind. Die Sprachbewusstheit umfasst sprachliches Können in unterschiedlichen beruflichen, öffentlichen und privaten Situationen. Die Sensibilität für Sprache(n) und ihre Formen, Strukturen, Funktionen sowie ihr Gebrauch stehen mehr im Fokus als Grammatik- und Wortschatzkenntnisse**.**

Es ergibt sich folgendes Qualifizierungsziel: Sprachliches und interkulturelles Lernen in der Pflege werden im vorliegenden Konzept funktionell verbunden und auch Teilkompetenzen erfahren Wertschätzung. Damit sollen Voraussetzungen für die Förderung der Sprachreflexionsfähigkeit geschaffen und Impulse für kontinuierliche pflegefachliche Lernprozesse in der Altenhilfe gesetzt werden.

1.7. Herkunftsgruppen und Zielgruppen

Die Beschäftigten mit Migrationshintergrund in der Altenpflege stellen in der Bestandsaufnahme des DIE keine homogene Gruppe dar:

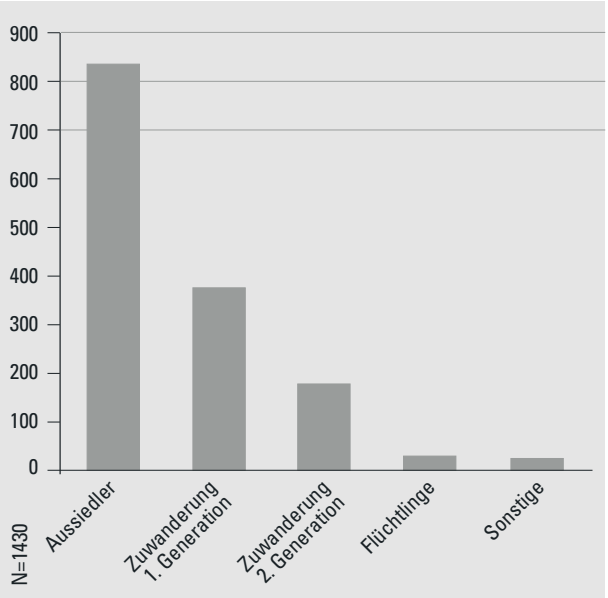
- Mehr als die Hälfte (58 Prozent) der Pflegenden mit Migrationshintergrund werden als Spätaussiedler/innen bezeichnet. Sie sind „deutschstämmig“ oder haben deutsche Angehörige, lebten aber seit Generationen im Ausland5.

- Mit ca. 19 Prozent folgen Menschen der ersten Zuwanderergeneration aus dem Ausland. Schon seit der Einwanderungswelle der 70er Jahre kamen Pflegekräfte aus Herkunftsländern wie Italien, Spanien oder Portugal in die Bundesrepublik. Eine zweite Gruppe Pflegender wurde seinerzeit in Asien, besonders in Korea, auf den Philippinen oder in Thailand für die Krankenhäuser angeworben. Sie sind noch heute in Altenpflegeeinrichtungen auffindbar.

- Rund 10,3 Prozent der Pflegenden mit Migrationshintergrund gehören der zweiten Zuwanderergeneration an, das heißt sie sind in Deutschland geboren oder als Kleinkinder zu uns gekommen, haben aber deutsch nicht als Muttersprache.

- Flüchtlinge mit Arbeitserlaubnis finden sich selten in der Altenpflege (1,3 Prozent). Bei der Gruppe der „Sonstigen“ (1,8 Prozent) gibt es zeitbefristete Beschäftigungen, z. B. auch für „Ordensschwestern“

Zuwanderergruppen



5 Die Beschreibungs- und Erfassungskategorie „Spätaussiedler/innen“ liefert bisher keine hinreichenden Kriterien, um den Zuwanderungshintergrund der Betroffenen und die sich daraus für die Lebenslage ergebenen Konsequenzen zu ermitteln (vgl. MASQT 2000, S. 8).

Es findet weiter kontinuierlich Einwanderung nach Deutschland statt, insbesondere in Form des Nachzugs von Familienangehörigen und durch internationale Migrationbewegungen. So finden sich in den Altenpflegeberufen nicht nur Menschen aus ganz Europa, sondern auch aus Südamerika und Afrika. Die Pflegemitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund der befragten Einrichtungen kommen aus mehr als 30 verschiedenen Nationen. Die häufigsten Herkunftsländer sind Polen und die Nachfolgestaaten der UdSSR. Die Staaten des ehemaligen Jugoslawiens und die Türkei stehen an dritter und vierter Stelle der Herkunft.

Die meisten Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund verfügen noch über persönliche Migrationserfahrungen. Sie haben erlebt, was es bedeutet, in einem Land fremd zu sein und möglicherweise die Sprache nur unzureichend zu beherrschen. Sie haben Wege gefunden, sich mit der Situation zu arrangieren und ihre Aufgaben in der Altenpflege zu erledigen. Die Altenpflege steht aber vor neuen Herausforderungen, die sich einerseits durch gestiegene Anforderungen an die Qualität der Leistung und andererseits durch immer stärkere Einschränkungen der Klientinnen und Klienten ergeben. Bei der Bewältigung dieser Aufgaben haben Mitarbeiter/innen mit und ohne Migrationshintergrund nicht immer gleiche Voraussetzungen und gleichen Qualifizierungsbedarf. Dabei ist zu beachten, dass die Anforderungen in der Altenpflege sich kontinuierlich verändern. Der Bildungsbedarf ergibt sich gleichzeitig aus berufsbiografischen Situationen der Beschäftigten und aus veränderten gesellschaftlichen Situationen.

1.8. Zukünftige Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit und des Personalbedarfs

Die demografischen Entwicklungen in Deutschland und Nordrhein-Westfalen wurden unter dem Stichwort „Alterung der Bevölkerung“ bereits skizziert. Insbesondere die gestiegene Lebenserwartung bringt vermehrte Pflegebedürftigkeit, die einen erhöhten Bedarf an Pflegekräften nach sich zieht.

Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in NRW:

Die Lebenserwartung hat sich im Verlauf der letzten Jahre in Deutschland kontinuierlich erhöht, was insbesondere zur Zunahme der Gruppe sehr alter Menschen führte. Im höheren Alter steigt das Risiko für Pflegebedürftigkeit. „Bis 2040 wird

die Zahl der Pflegebedürftigen [in NRW] um ca. 55 Prozent (Frauen: + 45 Prozent, Männer: + 75 Prozent) oder eine Viertelmillion auf über 700 000 Menschen anwachsen, wobei knapp drei Viertel dieser Entwicklungen bereits 2020 erreicht sein werden“. (LDS NRW 2004, S. 12) Damit erhöht sich in den nächsten drei Jahrzehnten der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in NRW von heute 2,5 Prozent auf mehr als 4 Prozent (ebenda). Dabei erreichen auch Männer zunehmend Altersgruppen, in denen die Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit steigt.

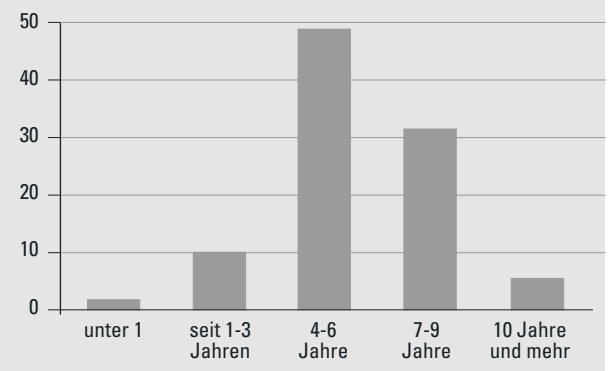
Die ehemaligen Arbeitseinwanderer und ihre Familien werden gleichfalls in Deutschland alt. Dieser Personenkreis wird potentiell zu Klienten des Gesundheits- bzw. Pflegesystems und der Altenhilfe. In den kommenden Jahrzehnten wird bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit höherer Inanspruchnahme professioneller Dienste und mit einem Rückgang der Übernahme der Pflege durch Angehörige gerechnet (vgl. Landtag NRW 2005). Der Wandel der Strukturen in Zuwandererfamilien, die oft beengten Wohnverhältnisse und der verstärkte Pflegebedarf (z.B. bei Demenz) werden die familiären Unterstützungspotentiale überfordern und trotz bestehender Zugangsbarrieren zu mehr Nachfrage des Pflegeangebotes durch Migrantinnen und Migranten führen. Die pflegerische Infrastruktur wird diesem Bedarf bisher nicht gerecht (vgl. Landtag NRW 2005, S. 94). Sie muss unter Berücksichtigung der Finanzierungsgrundlagen und des steigenden Bedarfs verbessert werden und neue Versorgungsangebote entwickeln.

Die beschriebenen Veränderungen sind bedeutsam für die Quantität und Qualität des Pflegepersonals. Im Jahr 2001 gab die Pflegestatistik für NRW bei ca. 120.000 Pflegeheimplätzen 75.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich Pflege und Betreuung an (Statistisches Bundesamt 2003, S. 10). Sie verteilten sich auf 1.850 stationäre Altenpflegeeinrichtungen, von denen zwei Drittel in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege waren. 70 Prozent der Pflegebedürftigen wurden 2001 in NRW zu Hause gepflegt[6], unterstützt durch rund 2000 ambulante Dienste. In ambulanten (Alten-) Pflegediensten arbeiteten 2001 etwa 90.000 Beschäftigte, davon ca. 40.000 in Pflege und Betreuung (Statistisches Bundesamt 2003, S. 6).

6 dabei hat die Zahl der Einpersonenhaushalte zugenommen (LDS-NRW 2004)

Die demografischen Entwicklungen lassen eine weiter steigende Nachfrage nach qualifiziertem Personal in der Altenhilfe und Pflege erwarten. Aber es existieren im Bereich der Berufswahl und des Berufsverbleibs Defizite, die längerfristig zu einem Mangel an Fachkräften in der Pflege führen können. Die Altenpflege gilt vielfach als wenig attraktives Arbeitsfeld mit hohen Belastungen und schlechten Vergütungen. So treten bei steigender Arbeitskräftenachfrage immer wieder Personalengpässe in der Altenpflege auf (Pflegenotstand). Außerdem ist zu erwarten, dass die Zahl der für den Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen statistisch stark zurückgeht. Steigende Nachfrage nach Pflegekräften durch mehr Pflegebedürftigkeit und demografische Verringerung des Erwerbspersonenpotentials sind gegenläufige Entwicklungen, die in den nächsten zwei Jahrzehnten erhebliche Engpässe beim Pflegepersonal erwarten lassen. Betrachtet man die Betriebszugehörigkeit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, so wird deutlich, dass die Mehrzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits langjährig im Betrieb ist, während die Neueinstellungen zurückgehen.

Verweildauer im Betrieb



Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt bereits ca. 6,5 Jahre in den Betrieben beschäftigt. Die Betriebszugehörigkeit ist generell in den Pflegeberufen in den letzten Jahren angestiegen. Arbeiteten in den 1990er Jahren Pflegekräfte im Durchschnitt noch ca. 5 Jahre in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, so hatte sich 2004 die Betriebszugehörigkeit auf durchschnittlich 10 Jahre verlängert (MAGS 2006, S. 65). Ein Grund dafür ist allerdings die gestiegene Arbeitslosigkeit bei Pflegenden, die zwar nur halb so hoch wie bei der sonstigen Erwerbsbevölkerung in NRW ist, dennoch zurzeit die berufliche Mobilität bremst.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bereits seit

Jahren ein wichtiges Beschäftigungspotential in der Altenpflege stellen. Allerdings sind die besonderen Fähigkeiten und Bedürfnisse dieser Beschäftigtengruppe in Theorie und Praxis bisher wenig wahrgenommen worden.

Teil 2: Ressourcen und Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund

2.1. Von der Defizitorientierung zur differenzierten Haltung

Die Pflege ist eine personenbezogene Dienstleistung und realisiert sich in der Begegnung von Pflegenden und Klient/innen. Ein modernes Pflegeverständnis stellt daher die Interaktion in den Mittelpunkt des professionellen Handelns. Der Klient erhält nicht nur eine „Verrichtung“, sondern die Pflegehandlungen werden unter Berücksichtigung der Selbstpflegeanteile kommuniziert und vereinbart. In der Praxis mögen zahlreiche Zwischenformen von verrichtungs- bzw. funktionsorientierter Pflege und Handlungen, die auf Kommunikation und Verständigung ausgerichtet sind, vorkommen. Doch müssen sich die Ziele der Pflege stets an der Partizipation, Aktivität und Autonomie des Klienten messen lassen und im Pflegeprozess weiter entwickelt werden.

Pflegenden mit Migrationshintergrund wird häufig neben den fehlenden Sprachkenntnissen ein unzureichendes Pflegeverständnis zugeschrieben. Besondere Fähigkeiten, die sie aufgrund ihrer Erfahrungen und ihrer Mehrsprachigkeit in die Altenpflege einbringen, treten hinter der Betonung der Probleme und Defizite zurück.

In der Bestandsaufnahme des DIE wurden die Einrichtungsleitungen gefragt, ob Pflegende mit Migrationshintergrund im Vergleich zum deutschen Personal besondere Stärken oder Ressourcen mitbringen. 18 Prozent der Antworten sahen keine besonderen Stärken. Die meisten Antworten bezogen sich auf Eigenschaften wie Zuverlässigkeit, Freundlichkeit und hohen Arbeitseinsatz. Nur 5% der Befragten gaben an, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Mitarbeiter/innen keinerlei Defizite aufweisen. Defizite werden bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Pflegenden hauptsächlich im Bereich der Deutschkenntnisse, der Teamfähigkeit und dem Pflegeverständnis gesehen. Welche weitergehenden Probleme sich hinter den sprachlichen Defiziten verbergen, ist damit noch nicht bestimmt.

Stärken und Defizite der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Ihren Kollegen ohne Migrationshintergrund aus Sicht der Einrichtungsleitungen stationärer Altenpflegeeinrichtungen:

Besondere Stärken (Mehrfachnennungen mögl.)	In %	**Besondere Defizite**	In %
Keine Stärken	18	Deutsche Sprache (allgemein)	32
hohe Einsatzbereitschaft	8	Sprache (schriftlicher Ausdruck)	20
Zuverlässigkeit	7	Dokumentation	15
sehr engagiert	7	Kommunikation (mündlicher Ausdruck)	8
sehr freundlich	6	Keine Defizite	5
sehr zugewandt	6	Teamfähigkeit/ -integration	4
mehr Fleiß	5	Kulturverständnis	4
Belastbarkeit	5	Rechtschreibung	2
Flexibilität	4	berufliches Selbstverständnis	2
Ausdauer	4	geschlechtliche Rollenprobleme	1
größeres Pflichtbewusstsein	4	Konflikt-/Problemlöseverhalten	1
Einfühlungsvermögen	4	Einfühlungsvermögen	1

Das vorliegende Qualifizierungskonzept will an den Stärken oder Ressourcen der Migrant/innen ansetzen, die ja auch durch die Erfahrungen aus unterschiedlichen Ländern gewonnen werden können und in der beruflichen Pflegearbeit nützlich sind. Die Analyse des Statistischen Bundesamtes (2006a) liefert Zahlen über die „persönliche Migrationserfahrung“ der Bevölkerung. Zurzeit haben etwa 2/3 der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund die Zuwanderung persönlich erfahren und sind nicht in Deutschland geboren.

Ressourcen bringen Pflegemitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund oft auch durch ihre Vorbildung in den Herkunftsländern mit. In der Bestandaufnahme des DIE geben leider nur die Hälfte der Einrichtungsleitungen Auskunft über die Vorbildung ihrer Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund, doch zeigte sich in der Tendenz, dass über 50% eine be-

rufliche Ausbildung und ca. 12% eine akademische Ausbildung aus ihrer Heimat mit nach Deutschland brachten. Die Schulabschlüsse der Teilnehmer der Fortbildungserprobungen weisen in die gleiche Richtung:

Schulabschlüsse der 77 Teilnehmenden der Fortbildungserprobungen:

Realschule[7]	Abitur	Hauptschule	Hochschule
40%	20%	15%	14%
11% der Teilnehmenden machten keine Angabe			

2.2. Sprache in der Pflegepraxis

Die Hinweise auf sprachliche Defizite der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund müssen ernst genommen werden, da es sich bei der Pflege um eine „personenbezogene Dienstleistungs- und Unterstützungsbeziehung“ handelt. Die Pflegewissenschaft betont die Bedeutung der Kommunikation und damit des sprachlichen Kontaktes in der Beziehung zum Klienten (vgl. Bartholomeyczik 2005). Durch die Sprache werden u.a. Handlungen vermittelt, Prioritäten festgelegt, Gemeinsamkeiten gestiftet und wird die Pflege gegenüber anderen dargestellt (vgl. Zegelin-Abt 1997, S. 3). Es kommen mehrere Sprachebenen vor:

- Alltagssprache – Pflegende unterhalten sich mit dem Klienten, in der Regel in dessen Zimmer oder Wohnung

- Sprache im Kontext der Kommunikation mit Klienten, Angehörigen und im Team – Pflegende erfragen die Lebenssituation und Befindlichkeiten etc.

- Die Fachsprache im Pflegeprozess und in der Dokumentation – Pflegende erstellen Anamnesen, Ziele, Planungen und Beurteilungen, sie kommunizieren mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ärzten)

Welche sprachlichen Anforderungen stellt die Altenpflege?

Die Interaktion im professionellen Kontakt zwischen Pflegenden und Klienten sollte, unabhängig von dem zugrunde liegenden Professionalitätsverständnis, bestimmte Kriterien oder Standards erfüllen, die ihre Qualität ausmachen. Dies verlangt von den Fachkräften bestimmte berufliche Kompetenzen, die häufig eng mit kommunikativen und sprachlichen Fähigkeiten verbunden sind: z.B. müssen schriftliche Zielformulierungen und Pflegestandards gelesen und verstanden werden, Beobachtungen nachgefragt und mitgeteilt werden, Situationen beschrieben und reflektiert werden, Intentionen und Handlungen formuliert und erläutert werden. Pflege wird durch Sprache „sichtbar gemacht“ (Zegelin-Abt 1997, S. 15).

Pflegende müssen sich sprachlich den jeweiligen Situationen anpassen, um gemeinsame Handlungen mit den jeweiligen Akteuren zu vereinbaren und durchzuführen. Dabei wirken zahlreiche Einflussfaktoren, die gegenseitige Verstehensprozesse erschweren und Missverständnisse entstehen lassen können. Sprechen Pflegende und Klient/innen unterschiedliche Muttersprachen, so können Verstehensprobleme, die in jeder Kommunikation entstehen, kumulieren. In der heutigen Bundesrepublik werden neben dem Deutschen weit mehr als 100 verschiedene Sprachen gesprochen (Maas 2005, S. 108). Psychologische Untersuchungen haben vielfach Einflüsse im gegenseitigen Verstehen durch verbale und nonverbale Faktoren nachgewiesen (vgl. Hornung/Lächler 2006, S. 204 ff).

Die Ergebnisse der Wahrnehmungs- und Kommunikationspsychologie bieten wichtige Inhalte und Hilfen für die Gestaltung des interkulturellen Dialoges. Sprache und ihre Symbole sind eng an kulturelle Vorstellungen gebunden, die sich aufgrund Herkunft erheblich unterscheiden können. Kulturelle Differenzen gibt es in den Bereichen Normen und Werte, Alter und Familienvorstellungen, Religion etc. (vgl. Friebe/Zalucki 2003, S. 153). Die Wahrnehmung dieser Unterschiede und das gegenseitige Verständnis für Gesundheit und Krankheit bilden die Grundlage für die Gestaltung des Pflegeprozesses.

2.3. Deutschkenntnisse der Pflegenden mit Migrationshintergrund

In der Altenpflege begegnen sich Menschen unterschiedlicher Herkunft sowohl als Pflegebedürftige, als auch als Pflegekräfte. Die Herkunft und die erlernte Muttersprache wirken in die Pflegebeziehung ein. Die Erst- oder Muttersprache vermittelt die in der primären Sozialisation notwendigen Symbole in Verbindung mit den kognitiven und emotionalen Systemen. „In unserer Muttersprache lernen wir nicht nur Ich, sondern auch Wir zu sagen“ (Krumm in Gogolin

7 Allerdings sind die Schulabschlüsse im Ausland und in Deutschland nicht immer vergleichbar

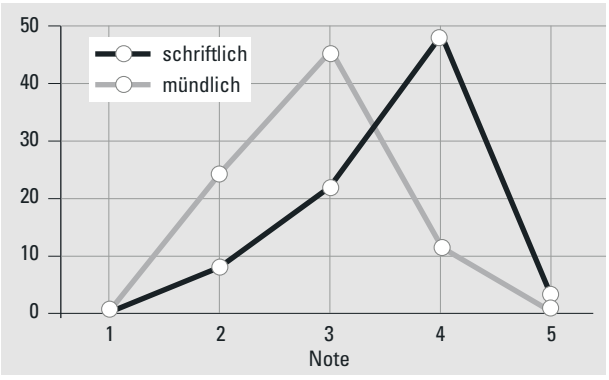
2005, S. 131). Die Muttersprache ist nicht zwangsläufig mit einer Schriftsprache gekoppelt. Im Lebenslauf entwickelt sich das Sprachwissen und weitere Sprachkenntnisse können hinzukommen. Eine Zweitsprache wird aber nicht in gleicher Weise erlernt und praktiziert wie die Muttersprache. So können z.B. die Lexika von Erst- und Zweitsprache Unterschiede aufweisen, können die Laut- und Buchstabenzuordnungen, Syntax und die Grammatik aus einer in eine andere Sprache übertragen oder Ausdrucksweisen ungleichen Verhaltensformen zugeordnet werden.

Probleme mit der deutschen Sprache entstehen für Aussiedlerinnen und Aussiedlern oft dadurch, dass sie Deutsch nur in den Familien gesprochen haben und die deutsche Sprache in der Öffentlichkeit (z.B. in der Sowjetunion) unerwünscht war.

Wie wird die Pflegeinteraktion beeinflusst, wenn die Deutschkenntnisse nicht ausreichend sind?

In der Bestandsaufnahme des Projekts „MigA“ zeigen sich aus Sicht der Leitungen der stationären Altenpflegeeinrichtungen drängende Probleme auf, die sich auf die Qualität der Pflege auswirken können. Da stehen an erster Stelle die fehlenden Deutschkenntnisse der Pflegenden mit Migrationshintergrund[8]. Fähigkeiten im schriftlichen Ausdruck werden gerade einmal mit der Note ausreichend bewertet, was eine gute Dokumentation einschränkt. Mündlich werden die Kenntnisse mit befriedigend eingeschätzt, was aber nicht viel ist, wenn man die zentrale Bedeutung der Kommunikation in der Altenpflege bedenkt. Die Ergebnisse gelten gleichermaßen für Spätaussiedler/innen und für Ausländer/innen[9].

Deutschkenntnisse



Fehlende Deutschkenntnisse können eine Quelle für Missverständnisse sein. Situationen werden im Kontext der Erfahrungen gedeutet und müssen daher sowohl sprachlich wie kulturell übersetzt werden. Dabei werden möglicherweise Einschätzungen in Frage gestellt, die für den Gesprächspartner selbstverständlich sind. Der Spielraum für eine metakommunikative Vermittlung entstehender Konflikte ist bei fehlenden Sprachfähigkeiten häufig gering.

Es lassen sich bei den Pflegekräften mit Migrationshintergrund mindestens drei Formen unterschiedlicher Sprachbiografien mit unzureichenden Deutschkenntnissen feststellen:

- Einwanderer erster Generation, bei denen Deutsch nicht die Muttersprache ist und die häufig Deutsch erst vor Ort erlernt haben
- Einwanderer zweiter Generation mit niedrigem Bildungsabschluss, die ihre formale Sprachkenntnis im deutschen Bildungssystem erworben haben, aber noch eine Familiensprache beherrschen
- Aussiedler/innen und ihre Angehörige, die Deutsch in den Familien, nicht aber in der Öffentlichkeit gesprochen haben

Für Migrantinnen und Migranten in Pflegeberufen kann die kurz skizzierte Sprachenentwicklung besondere Schwierigkeiten in der Altenpflege bringen, denn die Pflegesituation wird durch die Lebenssituation, die individuellen Bedürfnisse der Klient/innen und die institutionellen Anforderungen hoch komplex. Bedeutsam sind auch die Situationen, in denen Sprache praktiziert wird, denn der Intimbereich der Familie, die informelle Öffentlichkeit der Straße oder des Marktes und die formelle Öffentlichkeit in (staatlichen) Institutionen bilden verschiedene Sprachregister (Maas 2005, S. 102 ff.). In der Kommunikation der Pflegeteams werden sowohl formelle wie auch Alltagsbegriffe verwandt, deren Übersetzung vielfach nur im Kontext sinnvoll ist. Einige Begriffe sind in der Altenpflege und im Umgang mit älteren Menschen tabu[10].

Das Wissen über konkrete Pflegeinteraktionen zwischen Pflegenden und Klient/innen mit und ohne Migrationshintergrund ist bisher eher gering, da wenig Fall- oder Feldstudien vorliegen (vgl. Switalla 2005, S. 55). Einige Beispiele deuten darauf hin, dass Pflegekräfte im Kontakt zu Altenheimbewohnerinnen

8 Vergleichzahlen für die sprachlichen Fähigkeiten deutscher Mitarbeiter/innen liegen nicht vor.

9 „Im Laufe des letzten Jahrzehnts ist die Zahl derjenigen unter den Spätausgesiedelten drastisch angestiegen, die über nur geringe Deutschkenntnisse verfügen“ (MASQT 2000, S. 8)

10 Menschen werden nicht gefüttert, ein älterer Mensch nicht mit Oma/Opa bezeichnet. Einige Begriffe müssen erlernt werden – was ist der Galgen, die Ente oder Egon? (MIA 2005)

oder -bewohnern häufig eine „vereinfachende“ Sprache (Sachweh in: Zegelin-Abt 1997, S. 95ff) verwenden. Ebenso kann die Sprache nur aus kurzen auffordernden Sätzen bestehen, die für die Ausführungen der Pflegeverrichtungen notwendig sind. Pflegekräfte ausländischer Herkunft benutzen dann bevorzugt eine „medizinische“ Sprache (Weinhold in: Zegelin-Abt 1997, S. 59ff) und orientieren sich stärker an Krankheiten.

Die sprachlichen Fähigkeiten der Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit Migrationshintergrund wurden bisher nicht systematisch getestet und eingestuft. Interpretiert man die Aussagen der Leitungen der Altenpflegeeinrichtungen in NRW in der Untersuchung des DIE, ist davon auszugehen, dass viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenpflege Sprachprobleme haben und Deutsch nur auf dem Niveau „elementare und selbständige Sprachverwendung“ praktizieren (Niveaustufen A und B nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen Sprache) und die kompetente Sprachverwendung nicht erreichen.

Immer wieder werden Probleme zahlreicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der schriftlichen Dokumentation des Pflegeprozesses genannt. Diese beziehen sich auf die standardisierte Pflegedokumentation und auf den Pflegebericht. Im Pflegebericht soll das Besondere der Pflegesituation möglichst

Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen Sprache

Übersicht (http://www.kmk-fremdsprachenzertifikat.lernnetz.de/handr/rr.htm#drei)

Kompetente Sprachverwendung	C 2	Kann praktisch alles, was er/sie liest oder hört, mühelos verstehen. Kann Informationen aus verschiedenen schriftlichen und mündlichen Quellen. zusammenfassen und dabei Begründungen und Erklärungen in einer zusammenhängenden Darstellung wiedergeben. Kann sich spontan, sehr flüssig und genau ausdrücken und auch bei komplexeren Sachverhalten feinere Bedeutungsnuancen deutlich machen.
	C 1	Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. Kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben oder in Ausbildung und Studium wirksam und flexibel gebrauchen. Kann sich klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten äußern und dabei verschiedene Mittel zur Textverknüpfung angemessen verwenden.
Selbstständige Sprachverwendung	B 2	Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.
	B 1	Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge aus Arbeit, Schule, Freizeit usw. geht. Kann die meisten Situationen bewältigen, denen man auf Reisen im Sprachgebiet begegnet. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen und persönliche Interessengebiete äußern. Kann über Erfahrungen und Ereignisse berichten, Träume, Hoffnungen und Ziele beschreiben und zu Plänen und Ansichten kurze Begründungen oder Erklärungen geben.
Elementare Sprachverwendung	A 2	Kann Sätze und häufig gebrauchte Ausdrücke verstehen, die mit Bereichen von ganz unmittelbarer Bedeutung zusammenhängen (z. B. Informationen zur Person und zur Familie, Einkaufen, Arbeit, nähere Umgebung). Kann sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um einen einfachen und direkten Austausch von Informationen über vertraute und geläufige Dinge geht. Kann mit einfachen Mitteln die eigene Herkunft und Ausbildung, die direkte Umgebung und Dinge im Zusammenhang mit unmittelbaren Bedürfnissen beschreiben.
	A 1	Kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden, die auf die Befriedigung konkreter Bedürfnisse zielen. Kann sich und andere vorstellen und anderen Leuten Fragen zu ihrer Person stellen - z. B. wo sie wohnen, was für Leute sie kennen oder was für Dinge sie haben - und kann auf Fragen dieser Art Antwort geben. Kann sich auf einfache Art verständigen, wenn die Gesprächspartnerinnen oder Gesprächspartner langsam und deutlich sprechen und bereit sind zu helfen.

präzise ohne eigene Wertungen festgehalten werden. Die Pflegedokumentationen werden immer bedeutsamer, da sie den Rahmen für Finanzierung und Legitimation der Pflegemaßnahmen in jedem Einzelfall bilden. Dafür reicht der Gebrauch von vorgefertigten Dokumentationssystemen und Standardformulierungen nicht aus, auf die gerade bei Sprachproblemen oft zurückgegriffen wird (Spahn 2005, S. 85).

Die fehlenden Deutschkenntnisse der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund werden zumeist als individuelle Defizite betrachtet, die durch fehlende Anstrengung und wenig Integrationswillen der Betroffenen entstehen. Die Monolingualität sei schließlich Normalität in der Altenhilfe und daher könne auch von zugewanderten Mitarbeiter/innen Anpassung erwartet werden. Die Mehrsprachigkeit Pflegender mit Migrationshintergrund wird daher wenig als individuelle und allgemeine Ressource anerkannt. Dies entspricht der weit verbreiteten Auffassung in der deutschen Gesellschaft, dass Mehrsprachigkeit zwar für bestimmte soziale Schichten nützlich sei, die „breite Masse“ aber eher überfordere und eine Last darstelle (vgl. Gogolin 2005, S. 5). Nicht das Bild des polyglotten Weltbürgers, sondern das des Analphabeten in zwei Sprachen wird häufig bemüht. Sprachen werden auch unterschiedlich bewertet – Deutsch und Englisch gelten heute als wichtig für jeden Beruf, hingegen haben osteuropäische Sprachen, Türkisch oder Arabisch eher geringen Status.

Es gibt zahlreiche Gründe, die Mehrsprachigkeit als wichtige Ressource in der Altenhilfe anzuerkennen und zu fördern: Auf die Rolle von Sprache und Kommunikation in personenbezogenen Dienstleistungen wurde bereits hingewiesen. Die Migration hat die deutsche Gesellschaft kulturell und sprachlich vielfältiger werden lassen. Auch bei der deutschen Bevölkerung gibt es aber sprachliche Eigenarten und Dialekte, die gerade für Menschen im höheren Lebensalter wieder bedeutsamer sind. Sprachprobleme entstehen in der Altenpflege zudem in Zusammenhang mit Krankheiten, z.B. bei Aphasien, psychischer Störung oder Demenz. Ein bewusster Umgang mit Sprache kann die Kommunikation mit dem älteren Menschen unterstützen und verbessern.

Wie können Diskurse im interkulturellen Dialog gefördert werden?

In Gesprächen ist zu beachten, dass Worte nicht nur Gegenstände und Sachverhalte benennen, sondern ihnen auch eine bestimmte Bedeutung im Kontext der Umgebung geben. Worte werden zudem betont, mit Gestik und Sprachmelodie verbunden. Sprache ist mehr als Worte und Grammatik, denn sie ist stets auf die Bewältigung kommunikativer Aufgaben in der Gesellschaft gerichtet.

In den Programmen „Deutsch am Arbeitsplatz“ für Erwachsene wird die Sprache häufig an authentischen Situationen gelernt. Bestimmte „Szenarien“ von Gesprächssituationen (vgl. Grünhage-Monetti 2005) werden mit Hilfe der benutzen Wörter, der Sprachintentionen und Notionen analysiert: Sprachintentionen sind Teilelemente der Sprachhandlungen. Sie haben in der Altenpflege bestimmte Funktionen, z.B. Aufnahme und Pflege von Kontakten, Gefühle mitteilen, Austausch von Meinungen, Austausch von Informationen oder jemanden zu einer Handlung bewegen. Notionen sind Allgemeinbegriffe wie Raum, Zeit, Besitz oder Zugehörigkeit, die dem Diskurs eine bestimmte Ausrichtung geben.

Die Methode der Diskursanalyse erweitert unsere Wahrnehmung von Gesprächssituationen um soziokulturelle Aspekte und hilft die arbeitsplatz- und berufsbezogene Kommunikation zu verstehen und zu optimieren (Grünhage-Monetti 2006). Die sprachliche Förderung wird so in den Kontext der berufsfachlichen Förderung gestellt und die „künstliche“ Trennung von Sprachlernen und fachlicher Qualifikation tendenziell aufgehoben. Auf dieser Grundlage sind auch die folgenden Qualifizierungsangebote konzipiert.

Teil 3: Qualifizierungen für Pflegende mit Migrationshintergrund

Qualifizierungsbedarf

Die Bestandsaufnahme der Situation der Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege NRWs hat einen Qualifizierungs- bzw. Fortbildungsbedarf in den Bereichen deutsche Fachsprache in Verbindung mit Pflegeinhalten ergeben. Der Qualifizierungsbedarf leitet sich einerseits aus den Anforderungsprofilen ab, die sich mit gewandelten Aufgaben der Altenpflege in Deutschland ergeben, und andererseits aus den persönlichen Voraussetzungen und Kompetenzen, die der einzelne Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in die berufliche Situation einbringt.

3.1. Pflegewissen und Fachsprache

Im Folgenden wird ein integriertes Konzept aus fachsprachlichen und pflegefachlichen Elementen vorgestellt und mit Bildungsmaterialien ergänzt. Dieses Konzept spricht von der Altenpflege als „menschliche Begegnung“ (vgl. Robert Bosch Stiftung 2001, S. 26). Dennoch liegt kein spezielles Pflegemodell zugrunde, denn mit dem Begriff Begegnung (Interaktion) wird allgemein „aufeinander bezogenes Handeln zweier oder mehrerer Personen“ verstanden (Wied 1999, S. 130). So genannte interaktionistische Ansätze der amerikanischen Pflegetheoretikerinnen sind begrifflich nicht einheitlich und beziehen nicht nur Personen und Gruppen, sondern auch Systeme und ihre Umwelt ein.

Die Orientierung an der Pflegesituation als Begegnung fokussiert zwei wichtige Aspekte:

- Pflege ist eingebettet in ein professionelles Verständnis von beruflichem Handeln. Im gemeinsamen Prozess werden zwischen Klientinnen/Klienten und Pflegenden die Schritte der Pflegeplanung begründet, vereinbart und durchgeführt.

- Pflegende bauen so eine Beziehung zur Klientin/zum Klienten auf, die reflektiert und bewusst gestaltet werden soll. Sprache und Kommunikation sind zentrale Elemente der Interaktion im System Pflege.

Das Pflege- und Sprachhandeln verfolgt daher das Ziel, die beruflichen Leistungen unter „Sicherung der personalen Integrität des Hilfebedürftigen“ (Höhmann 2006, S. 25) zu erbringen.

Das vorliegende Qualifizierungskonzept wird pflegefachliche Inhalte mit sprachlich-kommunikativer Förderung verbinden. Die Pflegeinhalte orientieren sich am aktuellen pflegewissenschaftlichen/gerontologischen Diskurs, an den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes und den Qualitätsstandards der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung. Hinzu kommt die sprachlich-kommunikative Förderung, basierend auf den Programmen „Deutsch am Arbeitsplatz“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (Grünhage-Monetti 2006).

Im Mittelpunkt stehen folgende Themen:

- Mit Bewohnerinnen und Bewohnern kommunizieren und Informationen sammeln
- Pflege planen und durchführen
- Dokumentieren in der Altenpflege
- Fallbesprechung im multikulturellen Pflegeteam

Diese vier Themen bilden die grundlegenden Module der Qualifizierungsangebote, die im Projekt „MigA“ entwickelt, erprobt und anschließend überarbeitet worden sind. Die nachfolgenden aufbauenden Qualifizierungsmodule sind zurzeit noch nicht erprobt. Das Angebot beinhaltet zunächst vier Fortbildungstermine mit je vier Zeitstunden (einschließlich Pausen). Zu Beginn werden die Teilnehmererwartungen ermittelt und in die Planung aufgenommen. Jedes Fortbildungsmodul enthält einen pflegefachlichen Input sowie Erarbeitungs- und Übungsanteile. Das fachliche Thema wird jeweils orientiert am Wissensstand der Teilnehmenden erarbeitet. Die grundlegenden Konzepte der Informationssammlung, der Pflegeplanung, des schriftlichen Pflegeberichts und der Teambesprechung werden aufgefrischt und weiterentwickelt. Anschließend werden mit Hilfe von Gesprächsanalysen relevante Wortlisten, Grammatikregeln und Sprachreflexionen zum Thema zusammengestellt und geübt. Damit sollen die Elemente Hörverstehen, Lesen, Sprechen und Schreiben gefördert werden.

Zwischen den Veranstaltungen bekommen die Teilnehmenden Aufgaben. Am Ende jedes Fortbildungstages und zum Schluss der Qualifizierungsreihe stehen Reflexionen und Evaluationen. Die Teilnehmenden erhalten weiterführende Hinweise zum Selbstlernen und Fortbildungsmaterialien.

In den Qualifizierungen wird an den Interessen der Teilnehmenden und an den Erfordernissen des beruflichen Alltags orientiert gelernt. Die berufliche Kompetenz in den Bereichen Beobachtung, Reflexion und Darstellung von Pflegesituationen soll so verbessert werden. Diese Betrachtungsweise wirkt sich auf die didaktischen Orientierungen aus. Pflege wird zu einem „Erfahrungsraum" (Robert-Bosch Stiftung 2001, S. 38), der im Spannungsfeld von gesellschaftlicher Organisation, individueller Lebenswelt und konkreter Situation reflektiert wird, um schließlich die Handlungsspielräume zu entdecken.

In Folgendem soll erfahrenen Trainerinnen/Trainern und Lehrerinnen/Lehrern ein schneller Überblick über das Konzept der Seminarreihe vermittelt werden. Diese „Regie-Anweisungen" enthalten die methodisch-didaktischen Hinweise zur Durchführung der Seminarreihe in Kurzform.

3.2. Handreichung für Trainerinnen/Trainer und Lehrerinnen/Lehrer

Seminarablaufplan

Fortbildungsmodul 1: *Mit Bewohner/innen kommunizieren, Informationen sammeln*		
Vorstellungsrunde	Partner-Interview oder „Fotolangage"	Flip Chart (FC) oder 3 – 5 Bilder pro TN
Seminarerwartungen	Was möchte ich hier lernen? Was möchte ich hier nicht erleben?	Kartenabfrage Pinnwand
Seminarplan	Planungen besprechen	FC
Mit Bewohner/innen kommunizieren	Begrüßungsformen Wie begrüße ich ...?	Übung
Orientierung geben	Wie kann ich mich verständlich machen?	Fallbeispiel (Szenario)
Beobachtungen	Welche Anzeichen für Befinden, Zustände etc. werden gesehen und beschrieben?	Schlüsselworte, Adjektive FC, Begriffskiste
Gesprächssituationen	Was soll erfragt werden? Fragesätze, Alltagssprache/Fachsprache Verbale/ para- / nonverbale Kommunikation	Regel für Fragen FC Wortlisten, Übungen zur Bedeutung von Worten
Biografie, Lebenslauf + Kultur	Welche Informationen werden für die Pflege benötigt?	Fallbeispiele, Geschichte(n), Übungen, Plenum (PL)
Reflexion	Was nehme ich mit?	Vokabelheft PL
Fortbildungsmodul 2: *Pflege planen und durchführen*		
Begrüßung	Praxiserfahrungen, Tagesplan	Plenum
Informationen im Pflegeprozess zusammentragen	Welche Bedeutung hat die Pflegeplanung?	Input, Beispiel für eine Planung
Systematische Informationssammlung	Welche Hilfsmittel werden genutzt?	Gruppenarbeit (GA) AEDL - Listen Begriffskiste
Ressourcen und Probleme	Pflegeleitbild Pflegeverständnis	Plenum Fachbegriffe, Standardisierte Anamnese
Assessment, Pflegediagnosen	Welche weiteren Konzepte gibt es?	Übung: Arbeit mit den Fragebögen

Pflegeziele formulieren	Pflegeplanung dokumentieren	Fachbegriffe Listen
Die Pflegeplanung	Welche Bedeutung hat sie?	Diskussion
Reflexion	Bilder, Sprichworte, Metaphern	Kreis
Fortbildungsmodul 3: *Pflegedokumentation und Pflegebericht*		
Begrüßung	Praxiserfahrungen	PL
Elemente der Dokumentation	Welche Systeme werden in der Praxis genutzt?	Beispiele, Szenario
Pflegebericht	Was müssen sie enthalten?	GA, Partnerarbeit (PA), Formulierungshilfen
Lesen und Schreiben von Texten	Verständlichkeit	Übungen
Schriftlich kommunizieren	Was ist bei Dokumenten zu beachten und zu vermeiden?	Übung: Beispiel „Jemanden zu einer Handlung bewegen“
Funktionen der Dokumentation	Für das Team, für Dritte.	Test
Berufsgruppen und Qualifikation	Wer tut was in der Einrichtung?	GA Organigramm
Aufbau- und Ablauforganisation	Wie werden die Aufgaben erledigt?	Übung, Rollenspiel
Reflexion	Gruppenprotokoll	PL
Fortbildungsmodul 4: *Fallbesprechung im multikulturellen Pflegeteam*		
Begrüßung	Praxiserfahrungen	Plenum
Besprechungen	Welche Teamsprache herrscht vor?	Einführung
Arbeiten im multikulturellen Pflegeteam	Was macht das „Leben schwer“?	Übung
Fallbesprechung im Team	Beschreibung der Pflegeprobleme und „Kollegiale Beratung“	Gruppenarbeit, Fall- und Maßnahmenanalyse, Plakate
Handlungen vereinbaren	Welche Maßnahmen können umgesetzt werden?	Kompetenzmodell
Arbeiten mit anderen Berufsgruppen	Mit wem müssen wir kooperieren?	Übung, Netzkarte
Reflexion	Seminarabschluss Was habe ich gelernt? Woran will ich weiter arbeiten?	FC, Seminarerwartungen
Evaluation		Fragebögen

3.3. Fortbildungsmodul 1

Mit Bewohnerinnen/Bewohnern kommunizieren, Informationen sammeln

Der erste Kontakt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern eines Alten- und Pflegeheims bzw. zwischen Klientinnen und Klienten eines Pflegedienstes und der Pflegemitarbeiterin / des Pflegemitarbeiters ist – wie in vielen anderen Begegnungen – sehr wichtig für den weiteren Interaktionsprozess. Aus der Psychologie kennen wir die Wirkungsweise des „ersten Eindrucks“, der sich an wenigen Merkmalen orientiert, zur Einschätzung des Gegenübers führt und häufig langlebig und wenig korrigierbar den Kontakt steuert.

Pflegende müssen daher den ersten Kontakt mit ihren Klientinnen und Klienten besonders sorgsam

gestalten und auf Formen stereotypen Verhaltens achten. Pflegende mit Migrationshintergrund stehen vor dem besonderen Problem, dass sie durch äußere Merkmale (z.B. Hautfarbe) oder ihr Sprachverhalten Objekt von Vorurteilen und vorgefassten Eindrücken sein können. Diese Inhalte werden mit den Teilnehmenden erarbeitet.

Was ist wichtig, wenn wir uns einen Eindruck von Menschen verschaffen?

Personenwahrnehmung gehört in den Bereich der sozialen Wahrnehmung (vgl.Hornung/Lächler 2006, S. 189). Unsere Wahrnehmung wird durch psychische und soziale Faktoren beeinflusst, z.B. durch Erfahrungen, eigene Bedürfnisse, Wertvorstellungen, Motive und emotionale Situationen. Wahrnehmungsfehler können durch folgende Faktoren entstehen: Einzelne Eigenschaften werden in Zusammenhang mit allgemeiner Vorstellung interpretiert, logische Fehler entstehen durch private Persönlichkeitstheorie, durch aufeinander folgende Wahrnehmungen (mehrere Klienten), durch Umfeldfaktoren oder Selektion.

Wie wird kommuniziert?

(Die Grundlagen der Kommunikationstheorie sind den Teilnehmenden zumeist aus vorhergehender Ausbildung bekannt)

Kommunikation erfolgt:

- verbal: geschriebene und gesprochene Sprache
- paraverbal (paralinguistisch): Lautstärke, Geschwindigkeit
- nonverbal: Körperhaltung, Gesten, etc.

(vgl. Hornung/Lächler 2006, S. 205)

Kommunikation transportiert Informationen nach bestimmten generellen und spezifischen (kultur-, familien- und personenabhängigen) Regeln in symbolischer, nichtsprachlicher und sprachlicher Form. Die Informationen können verstanden werden, wenn es einen gemeinsamen Zeichenvorrat und ein gemeinsames Regelwissen bei den Kommunikationspartnern gibt.

Menschliche Kommunikation ist die Vermittlung von Informationen zwischen Personen in jeweils gegebenen Lebenszusammenhängen, unter Berücksichtigung der individuellen *Erfahrungen* (Vergangenheitsbezug) und unter Berücksichtigung der individuellen *Erwartungen* (Zukunftsbezug) (vgl. Friebe/Zalucki 2003, CD Fortbildungsmaterialien, siehe „die vier Seiten einer Nachricht – ein psychologisches Modell zwischenmenschlicher Kommunikation“ nach Schulz von Thun 2002).

Kommunikationstheoretische Axiome von Watzlawick

1. Man kann nicht *nicht* kommunizieren (Watzlawick u. a. 1985, S. 53).

2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt (ebenda, S. 56).

3. Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe (ununterbrochener Austausch von Mitteilungen) seitens der Partner bedingt (ebenda, S. 61).

4. Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für eine eindeutige Kommunikation erforderliche logische Syntax (ebenda, S. 68).

5. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder auf Unterschiedlichkeit beruht (ebenda, S. 70).

Quelle: Watzlawick, P./Beavin, J .H./Jackson, D. D. (1985): Menschliche Kommunikation. 7. Aufl. Bern. In G. Brüning (2003) Förderung des zivilen Dialogs, DIE Bonn

Kommunikation in der Altenpflege



(Powell 2005, S. 37) Aufgabe: Interpretieren Sie die dargestellten Situationen!

Wie können wir den Bewohner/die Bewohnerin verstehen?

Die sprachliche Verständigung ist die Voraussetzung für das Verstehen. Dies beinhaltet die Kenntnis der Bedürfnisse des Klienten, seiner Biografie, seiner Situation und seiner emotionalen Befindlichkeit. Die Informationen werden gedeutet, interpretiert und zu einem „Fallverstehen" verdichtet.

Zahlreiche Wirkungsfaktoren können Missverständnisse produzieren. Ein wichtiger Faktor ist die verringerte Kommunikationsfähigkeit des Klienten:

Pflegediagnosen in der Altenpflege (KDA Hrsg. 2006, www.kda.de**)**
Kommunizieren Können

Wahrnehmungs-störungen	– Visuelle Wahrnehmungsstörung – Auditive Wahrnehmungsstörung – Kinästhetische Wahrnehmungsstörung – Gustatorische Wahrnehmungsstörung – Taktile Wahrnehmungsstörung – Olfaktorische Wahrnehmungsstörung
Neglect	– Fehlende Bewusstheit und Aufmerksamkeit für eine Körperseite
Beeinträchtigte Kommunikation	– Wissensdefizit – Fehlende Kooperations-bereitschaft
Therapie-management	– wirksames/unwirksames Therapiemanagement – Unwirksames familiäres Therapiemanagement

Übung zur Informationssammlung (Gruppenarbeit):

„Stellen Sie sich vor, Sie waren 2 Wochen im Urlaub und lernen nun eine Bewohnerin / einen Bewohner neu kennen, deren Pflege Sie übernehmen.
Welche Informationen benötigt die Bewohnerin / der Bewohner?
Welche Informationen benötigen Sie als Pflegende?

Die Informationssammlung speist sich aus unterschiedlichen Quellen: Pflegende beobachten die Person, unterhalten sich mit ihr und befragen sie. Möglicherweise gibt es Vorinformationen aus der standardisierten Pflegeanamnese. Häufig werden Daten zur Bewohnerin / zum Bewohner orientiert an dem Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (Krohwinkel 1993) erfasst. Diese stellen die Grundlagen der Pflegeplanung. Doch jede Planung muss auf die individuelle Situation und auf die Bedürfnisse der Bewohner/innen oder des Klienten angepasst werden. Dazu enthalten standardisierte Pflegeanamnesen und Pflegebedarfserhebungen häufig Spalten zu individuellen Besonderheiten, Bedürfnissen, Gewohnheiten etc. (vgl. Budnik 2005, S. 45 ff).

In dieser Situation kommt der Informationssammlung und der systematischen Beobachtung im Kontakt mit den Bewohner/innen eine besondere Bedeutung zu. Unsere Wahrnehmung ist im Sinne einer gezielten Verhaltens- und Situationsbeobachtung einzusetzen.

Das (erste) Gespräch mit der Bewohnerin / dem Bewohner folgt bestimmten **Intentionen** der professionellen Pflege: Es soll

– ein gutes Gesprächsklima hergestellt werden
– notwendige Informationen gesammelt werden
– Prozesse in Gang gebracht werden
– Handlungen vorbereitet und vereinbart werden.

Diskussion: *Welche Probleme können bei der Informationssammlung entstehen, wenn Pflegende Deutsch nicht als Muttersprache haben?*

Wie werden Fragen formuliert?

Die Intentionen des Gespräches werden über Fragen gesteuert. Fragen erfüllen wichtige Funktionen im Gespräch, die abhängig sind von der „Angemessenheit" der Fragestellung. Sie:

– lenken das Gespräch
– begrenzen oder erweitern die Thematik
– klären und verdeutlichen
– aktivieren und motivieren
– geben Impulse

oder sie erfüllen diese Funktionen nicht, indem sie verwirren, provozieren, verletzen und das Gesprächsklima bzw. den Pflegeprozess negativ beeinflussen. Es gibt verschiedene angemessene Frageformen, die je nach Situation die notwendigen Informationen erbringen:

– offene Fragen bieten sich an, um viele Informationen zu erhalten oder Meinungen einzuholen – sie lenken das Gespräch aber wenig

– geschlossene Fragen bieten sich an, um kurze und exakte Informationen zu erhalten – sie schränken die Antwortmöglichkeiten stark ein

– indirekte Fragen bieten die Möglichkeit, Informationen auch zu sensiblen Themen zu erhalten – sie verursachen aber leicht Missverständnisse

– direkte Fragen können Probleme klären und Informationen kontrollieren – sie können als unhöflich empfunden werden und Abwehrreaktionen hervorrufen

Fragesätze können unterschiedlich aufgebaut werden. Bestimmte Entscheidungsfragen können nur mit Ja oder Nein beantwortet werden, während Ergänzungsfragen häufig mit einem „W-Fragewort" (wann? wo? wie? warum?) eingeleitet werden und dann das „flektierte" Verb folgt (siehe deutsche Grammatik). Fragen können aber auch nur durch Betonung im Aussagesatz gebildet werden oder „rhetorisch" gar nicht auf eine Antwort abzielen.

Weitere Übungen:

(Schulung des Hörverstehens, Sprechens und der fachlichen Deutung)

Welche Bedeutung haben bestimmte Begriffe in der Altenpflege?

Beispiele: Die besondere Rolle der Aktivierung im Alter, der doppelte Sinn des Begriffs „Betreuung" (rechtliche und soziale Bedeutung), die Aktivitäten des täglichen Lebens (AEDL nach Krohwinel 1993), fördernde Prozesspflege, mit existentiellen Erfahrungen umgehen können.

Erklären Sie bitte folgende Begriffe.

Pflegerelevante Fachbegriffe: Deutsch-Deutsch erklärt (MIA 2005, S. 2-3)

Anteil nehmen	Mitgefühl haben, an den Sorgen oder Krankheiten der/des Bewohner/s interessiert sein und dies auch sagen und zeigen.
Betreuung	Menschen, die aufgrund einer Krankheit oder ihres Alters Hilfe brauchen, werden *betreut*. Es ist jemand für sie da, z.B. das Pflegepersonal in einem Pflegeheim.
Aktivierung	Das Pflegepersonal fördert die Bewohner, an Aktivitäten oder an der eigenen Pflege teilzunehmen, z.B. sich selbst zu waschen, wenn es noch möglich ist.
Tagesablauf strukturieren	Essenszeiten und Freizeitangebote *strukturieren den Tagesablauf*, sie helfen den Bewohnern zu wissen, welche Tageszeit ist.
Angehörigenarbeit	Im Heim hat man auch viel mit den *Angehörigen* (Familien) der Bewohner/innen zu tun. Man informiert sie z.B. darüber, wie es dem/r Bewohner/in geht, was im Pflegeheim passiert oder was sie zur Pflege beitragen können.

Erstellen von Wortlisten aus dem Pflegebereich

Bereich: Kommunikation

die Anordnung	anordnen, befehlen, Aufgabe erteilen/erhalten
die Beratung	beraten, aufklären, informieren, verbale Hilfestellung geben/erhalten
die Information	informieren, aufklären, Wissen weitergeben/erhalten
die Linderung	lindern, verbessern, erleichtern, trösten, Gesundung

die Orientierung	orientieren, zurechtfinden, des/orientiert sein, Orientierung erleichtern
der Tastsinn	tasten, anfassen, ertasten, erfühlen
die Taubheit	nicht hören, schwerhörig
das Zuhören	zuhören, lauschen, Gesagtes verstehen

Wortschatz „Sich bewegen“: (Peikert 2006, S. 152).

„Beugen, strecken, dehnen, drehen, recken, räkeln, anziehen, spreizen, kreisen, anspannen, entspannen, drücken, ziehen“...

Begriffe erläutern

Essen		
Mahlzeit	Nahrungsaufnahme	Speisen
Mittagessen	Darreichungsform	Speisenfolge
Kaffeetrinken	Passierte Kost	Speiseplan /-karte

Übung: Verben ändern ihre Bedeutungen auch durch die Vorsilbe.

hören	tragen	reden
zuhören	vortragen	zureden
abhören	beitragen	überreden
überhören	nachtragen	zerreden
verhören	übertragen	nachreden

Übung: Adjektive kennzeichnen die Eigenschaften eines Nomens.
Sie charakterisieren die Qualität, Häufigkeit, die emotionale Besetzung etc. (Grammatik, Wortformen)

Der Schmerz ist:	stechend, ziehend, pochend, pulsierend, drückend, ausstrahlend, brennend, dumpf, lähmend und vieles mehr!

Ausscheidung beobachten (Peikert 2006, 130 ff)

Der Husten ist	trocken, keuchend, rau, kratzig, bellend
Der Harn ist	dunkelbraun, trüb, milchig, übel riechend
Der Stuhl ist	schwarz / teerfarben, hell / lehmfarben

Ergebnis:

„If we cannot name it, we cannot control it, finance it, teach it, research it, or put it into public policy“ (Clark, in Bartholomeyczik 2005) - Wenn wir es nicht benennen, können wir es [auch] nicht beherrschen, finanzieren, lehren, erforschen oder zu einem Bestandteil politischer Entscheidungen machen.

3.4. Fortbildungsmodul 2 (Hans Küpper)

Der Pflegeprozess – Pflege planen und durchführen

Professionelle Pflege ist eine geplante, personenbezogene Dienstleistung. Der Pflegeprozess ist ihr Regelkreislauf (auch Pflegeregelkreis genannt). Der Pflegeprozess organisiert eine systematische, an den individuellen Bedürfnissen und dem Bedarf des Pflegebedürftigen orientierte Pflege. Die schriftliche Planung und Dokumentation der Pflege sind heute unverzichtbare, integrale Bestandteile des Pflegeprozesses. Hierfür benötigen Pflegekräfte insbesondere den sicheren Umgang mit der formalisierten Fachsprache und ausreichendes Sprachvermögen auf anderen Sprachebenen, um im und über den Pflegeprozess kommunizieren zu können.

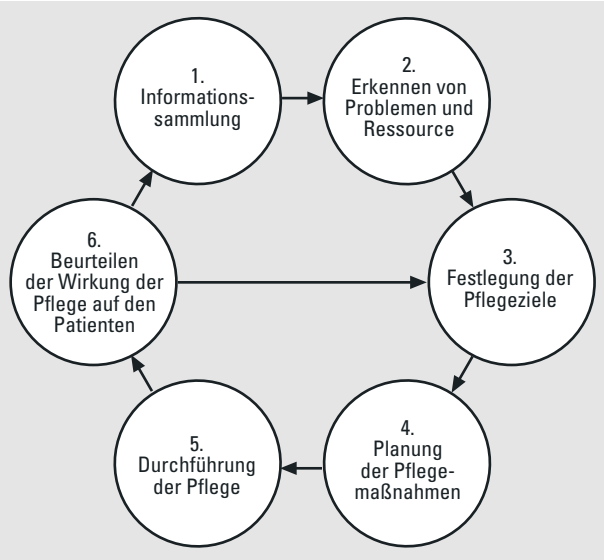
Schritte im Pflegeprozess sind:

- Informationen sammeln
- Probleme erkennen und Ressourcen erfassen
- Pflegeziele festlegen
- Pflegemaßnahmen planen
- Pflege durchführen
- Wirkung der Pflegemaßnahmen beurteilen

Neben dieser, in Deutschland weit verbreiteten, Darstellung des Pflegeprozesses in sechs klar abgrenzbaren Schritten (nach Fichter/Meier 1988) existiert eine bunte Fülle von Darstellungsformen des Pflegeprozesses. Gemeinsam ist diesen Darstellungsformen im Kern der Versuch, den Charakter eines sich wiederholenden und selbst kontrollierenden Prozesses sichtbar machen zu wollen.

Der Pflegeprozess hat zum Ziel, auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen. Er besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungs-

Pflegeprozess als Sechs-Schritt-Modell



(Fichter und Meier, 1988)

schritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten.

Das Resultat der Pflege wird am Pflegeziel gemessen. Wenn das Ziel erreicht wird, ist der Vorgang beendet. Wenn aber Abweichungen vom gesetzten Ziel vorkommen oder neue Probleme auftreten, beginnt der ganze Prozess von neuem. Es müssen zusätzliche Informationen gesammelt werden, Probleme und Ziele neu formuliert und die Maßnahmen entsprechend angepasst werden.

Der Pflegeprozess ist als Arbeitstechnik ein wesentlicher Baustein eines Pflegekonzepts in Altenpflegeeinrichtungen. Für Pflegende ist es oft schwer, ihr eigenes pflegerisches Handeln in den Zusammenhängen einer Institution zu verstehen. Ein gut formuliertes Pflegekonzept kann hierzu einen Orientierungsrahmen bieten – unabhängig davon ob eine Einrichtung ein formalisiertes Qualitätsmanagementsystem eingeführt hat oder nicht.

Ein Pflegekonzept sollte mindestens auf folgende Punkte eine Antwort geben:

- Pflegeleitbild
- Pflegemodell
- Pflegesystem
- Regeln der Ablauforganisation
- Pflegeprozess
- Standards
- Leistungsbeschreibungen
- Kooperationen mit anderen Diensten

Im Rahmen der Seminarreihe „Pflegewissen und Fachsprache“ wird die Auseinandersetzung mit dem Pflegeprozess in den Zusammenhang und Bezug zu Pflegekonzepten gestellt. Bei Inhouse-Schulungen sollte auf das in der Einrichtung praktizierte Pflegekonzept möglichst konkret Bezug genommen werden. Die einzelnen Elemente eines Pflegekonzepts sind den am Seminar teilnehmenden Pflegefachkräften meist bekannt und sollten deshalb nur exemplarisch angesprochen und nicht vertieft werden. Es geht vielmehr darum, sich über das Pflegekonzept in seiner institutionellen Eingebundenheit und Ausprägung gemeinsam zu verständigen. Als Beispiel kann die Beschäftigung mit dem Pflegeleitbild der eigenen Einrichtung dienen oder das im Folgenden dargestellte Arbeitsblatt helfen.

Arbeitsblatt „Pflegeleitbild“

Pflegeleitbild

1 Wir sehen unseren Auftrag in der angemessenen stationären Versorgung der älteren und/oder pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger der Stadt XYZ.

2 Die Bewohnerinnen und Bewohner stehen im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns.

3 Wir sehen den Menschen als eigenständige, einzigartige Persönlichkeit, dem wir ohne Wertung der Person, seiner Herkunft und seines Glaubens mit Achtung und Respekt begegnen.

4 Die Würde des Menschen wollen wir wahren und aktiv schützen.

5 Die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit, der Entscheidungsfähigkeit und der Eigenverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner sind wichtige Ziele unserer Arbeit.

6 Wir fördern und unterstützen daher die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Fähigkeiten zur Realisierung von Lebensaktivitäten und im Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens.

7 Die individuelle Pflege orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner.

8 Die persönliche Lebensgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren aktuelle Lebenssituation und Zukunftsperspektiven werden berücksichtigt.

9 Die körperlichen, seelischen und geistigen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner beachten und berücksichtigen wir gleichrangig als eine Einheit.

10 Die Bewohnerinnen und Bewohner erfahren im Rahmen der notwendigen pflegerischen Tätigkeiten angemessene Fürsorge und Zuwendung.

11 Die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Bezugspersonen werden in die Planung und Gestaltung der Pflegeprozesse, die sich an den aktuellen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft orientieren, einbezogen.

12 Wir wahren und achten die Privat- und Intimsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner bei allen pflegerischen Tätigkeiten.

13 Ziel unserer pflegerischen Tätigkeit ist es, für die Bewohnerinnen und Bewohner, deren Bezugspersonen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Atmosphäre des Wohlbefindens, der Sicherheit und der persönlichen Akzeptanz zu schaffen.

14 Wir verstehen Pflege als individuelle Dienstleistung. Vereinbarte, erforderliche und erbrachte Leistungen werden dokumentiert und dadurch transparent und bewertbar gemacht.

15 Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich verpflichtet nach diesem Pflegeleitbild zu arbeiten.

Aufgabe:
Diskutieren und erarbeiten Sie mit ihrem Partner bitte folgende Fragen:

1. Unterstreichen Sie bitte alle Wörter/Begriffe, die Sie nicht auf Anhieb verstehen oder für besonders diskussionswürdig halten.
2. Worin unterscheiden sich Wünsche und Bedürfnisse?
3. Was bedeutet Respekt für Sie?
4. Wer bestimmt, was eine angemessene stationäre Versorgung ist?

Übung (Worte und ihre Bedeutungen)

Die Übung „Wo ist denn da der Unterschied?“ macht noch einmal die sprachlichen Anforderungen in der Altenpflege deutlich. Beispielsweise kann bei dem Begriff „Bedürfnisse“ die Bedürfnispyramide von Maslow als psychologischer Erklärungsansatz herangezogen werden - wohingegen bei den Begriffen „begleiten, anleiten, betreuen und unterstützen“ verschiedene Pflegeinterventionen beschrieben werden müssen.

„Wo ist denn da der Unterschied?“

Privatsphäre / Intimsphäre

vereinbart / erforderlich / erbracht

Wünsche / Bedürfnisse / Gewohnheiten

beachten / berücksichtigen

begleiten / anleiten / betreuen / unterstützen

Arbeiten mit dem Pflegeprozess

Der Satz „wir pflegen nach Monika Krohwinkel“ steht nicht nur in vielen Hausprospekten von Altenpflegeeinrichtungen, sondern wird auch von vielen Pflegenden in die Debatte geworfen, wenn es um den Pflegeprozess oder Konzepte in der Pflege geht. Das Modell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) von Monika Krohwinkel (1993) ist in der deutschen Pflegelandschaft weitgehend akzeptiert. Mit Hilfe der AEDLs kann man überprüfen, in welchen Bereichen Ressourcen und Probleme (also Pflegebedarf) einer Bewohnerin / eines Bewohners bestehen. Die Informationssammlung spielt im AEDL Modell eine entscheidende Rolle. Immer wieder müssen Pflegende dabei eine andere Sprachebene einnehmen und mit unterschiedlichen Gesprächspartnern kommunizieren. Fähigkeiten und Ressourcen müssen angemessen erfragt, Hilfebedarf abgeschätzt und Probleme beschrieben werden. Letztendlich muss das Ergebnis in formalisierter Fachsprache gefasst und im Team besprochen werden - denn Pflege ist meistens eine Teamleistung.

AEDL nach M. Krohwinkel (Liste der 13 Aktivitäten als Arbeitsblatt)

Aufgabe:

Es werden Kleingruppen gebildet (nicht mehr als vier Personen pro Gruppe).

Listen Sie auf dem Ihnen zugeteilten Arbeitsblatt (jeweils eine AEDL pro Arbeitsblatt z.B. „ruhen und schlafen können“) alle Nomen auf, die Ihnen spontan zu dieser AEDL einfallen.

Ordnen Sie die Nomen zu sinnvollen Blöcken, die beispielsweise in Pflegeberichten häufig gemeinsam Verwendung finden.

Auswertung im Plenum

Tipp: Begriffskiste

Ein besonderer Anreiz ist ein so genannter „Setzkasten“ in den man die auf kleinen Kärtchen notierten Begriffe einsortieren kann (und sie auch immer wieder umgruppieren kann). Besonders für längerfristige Lerngruppen geeignet.

Als Beispiel für eine systematische Informationssammlung (z.B. in Form von Checklisten) kann die folgende Auflistung dienen: „Welche Informationen werden beim Heimeinzug benötigt?“

Heimeinzug / Erstgespräch

Informationen sammeln

- *Biografische Daten*
- *Pflegeanamnese / Pflegediagnosen*
- *Bedarf an Körperpflege (Grundpflegebedarf)*
- *Bedarf an ärztlich angeordneter medizinischer Behandlungspflege (gemäß SGB V)*
- *Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen und sozialer Betreuung*
- *Bisherige Gewohnheiten/Wünsche und Bedürfnisse/Abneigungen*
- *Hilfsmitteleinsatz*
- *Kontakte zu und Beteiligung von Angehörigen und Bezugspersonen*

Probleme und Ressourcen (auch Fähigkeiten) frei zu formulieren ist schwierig und muss gelernt und immer wieder geübt werden. Welche Fragen kann ich mir dabei stellen, um zu einem befriedigenden Ergebnis zu gelangen.

Was kann der Bewohner noch selbständig?

Wobei braucht er Anleitung, „Beaufsichtigung“, Unterstützung oder teilweise Übernahme, vollständige Übernahme der Aktivitäten?

Welche potentiellen Risikofaktoren gibt es?

Aufgabe: Bilden Sie Kleingruppen.

Formulieren Sie bitte schriftlich jeweils drei häufig vorkommende Pflegeprobleme:

- Geäußerte
- Messbare
- Beobachtbare

Auswertung im Plenum

Sind in einer Einrichtung Assessment-Verfahren oder Pflegediagnosen bereits eingeführt, sollte darauf Bezug genommen werden und die Arbeit mit den Fragebögen bzw. Listen geübt werden. Ansonsten kann ein kleiner Überblick über unterschiedliche Verfahren und für die Altenhilfe relevante Pflegediagnosen ein sinnvoller Input sein.

Pflegeziele formulieren:

Das Pflegeziel beschreibt ein Ergebnis, das Bewohner und Pflegeteam in einem festgelegten Zeitraum erreichen wollen. Das Ziel gibt die Richtung der zu planenden Pflegemaßnahmen an und dient dazu, die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und Qualität zu überprüfen. Es sollte eher mit Nahzielen gearbeitet werden: Was können wir in einem überschaubaren Zeitraum erreichen? Was haben wir erreicht? Die Zielformulierungen müssen realistisch und überprüfbar sein – das gilt auch für die häufig in der Altenpflege verwendete Formulierung „soll erhalten werden“. Ziele werden positiv formuliert.

Übung:

Die Formulierung von Pflegezielen (Nahzielen, auch Teil-, Feinziele genannt) sollte geübt werden anhand von guten Praxisbeispielen oder freien Formulierungen zu den Bereichen:
Zustand, Fähigkeiten, Wissen, messbare Befunde, Verhalten und Entwicklungen.

Bei kleinen Lerngruppen kann im Plenum gearbeitet werden – sonst sind Kleingruppen zu bilden und die Auswertung im Plenum vorzunehmen.

Schriftlich formulierte Pflegeprobleme, -ziele und daraus individuell abgeleitete Pflegemaßnahmen sind die wesentlichen Elemente einer Pflegeplanung. Die Pflegeplanung sollte für andere an der Pflege Beteiligte nachvollziehbar und verständlich sein. Eine Diskussion über Pflegeplanung sollte das „Wehklagen über zuviel Bürokratie“ vermeiden und den konkreten Nutzen einer guten Pflegeplanung für die Bewohnerinnen und Bewohner und für die fachliche Weiterentwicklung der Pflege im Wohnbereich bzw. Altenpflegeheim betonen.

Ausklang:

Übung: „Typisch“

Es werden zwei Gruppen gebildet.

Auf einem FC – Bogen sammelt jede Gruppe Sprichwörter.

Beispielsweise: *„Scherben bringen Glück“*

Nach dieser ersten Arbeitsphase tauschen die Gruppen die Bögen aus und versuchen den in dem jeweiligen Sprichwort enthaltenen verborgenen Wert bzw. Sinn auszuloten und schlagwortartig dahinter zu schreiben.

Beispielsweise: *„Scherben bringen Glück“ – Optimismus*

Auswertung im Plenum

Wie stehen Sie zu den in den Sprichwörtern ausgedrückten Werten?

Was ist für Sie typisch Deutsch?

Eine Reflexion im Plenum steht am Ende des Fortbildungsmoduls.

3.5. Fortbildungsmodul 3 (Heidi Stier)

Pflegedokumentation und Pflegebericht

Durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz hat die Dokumentation der Pflege einen noch höheren Stellenwert erlangt. Die Pflegedokumentation ist das wichtigste Kommunikations- und Planungshilfsmittel, welches den Pflegekräften zur Verfügung steht. Durch sie wird der Pflegeaufwand einer Bewohnerin / eines Bewohners ermittelt und dokumentiert. Dadurch wird die Pflege professionalisiert, auch wenn die Handhabung nicht immer einfach ist. Gerade der Pflegebericht bereitet vielen Pflegekräften Schwierigkeiten (nicht nur denjenigen mit Migrationshintergrund). Immer wieder stellen sich die Fragen: Wie formuliere ich angemessen und verständlich Pflegeprobleme, ohne eine Wertung mit einfließen zu lassen? Was gehört eigentlich in einen Pflegebericht und wer darf dort eine Eintragung machen? Pflegekräfte mit Migrationshintergrund haben oft Hemmungen, Eintragungen vorzunehmen. Oftmals haben sie Angst etwas „Falsches“ zu schreiben und sich „lächerlich“ zu machen. Denn wie soll man kurz und knapp in einer Sprache formulieren, die nicht die Muttersprache ist?

Übersicht Fortbildungsmodul 3

Inhalt	Sozialform	Medien
Begrüßung der TN und Vorstellungsrunde	UG	
Was ist ein Pflegebericht?	UG/LV	
Anforderungen an den Pflegebericht	LV	Flip-Chart
Juristische Rahmenbedingungen	LV	
Was gehört in den Pflegebericht	UG	Folie/ Hand - Out
Wichtig beim Pflegebericht	LV	
Ungeeignete Begriffe für den Pflegebericht	UG	Folie/ Hand - Out
Formulierungsbeispiele	UG	Folie/ Hand - Out
Verbessern von Formulierungen	EA	Arbeitsblatt
Beispiel eines Pflegeberichts	UG	Arbeitsblatt
Alle Eintragungen außer den folgenden...	UG	Arbeitsblatt
Formulierungshilfen	UG	Arbeitsblatt
Pflegebericht bei demenziellen Erkrankungen	LV/UG	
Inhalte im Pflegebericht bei Menschen mit Demenz	LV/UG	Folie/ Hand - Out
Folgende Fragen sind wichtig…	LV	
Trainingsmöglichkeiten	LV/UG	
Checkliste zur Überprüfung des Pflegeberichts	UG	Arbeitsblatt
Der Pflegebericht und seine Bedeutung in der Zukunft	LV	
Reflexion	UG	

Erklärung der Abkürzungen:
UG= Unterrichtsgespräch, LV= Lehrervortrag, EA= Einzelarbeit, HZ= Handzeichen, NK= Namenskürzel, TN= Teilnehmer

Was ist ein Pflegebericht?

Der Pflegebericht dient einerseits als Rechenschaftsbericht über Vorgang, Verlauf und Wirkung der Pflege, andererseits dient er der fortlaufenden Informationssammlung und -weitergabe. Er gibt wie jeder Bericht Antwort zu den so genannten W-Fragen:

Wer? Was? Wann? Wie? Wie oft? Wo? Wozu/ warum?

In sachlicher und knapper Form gibt er Auskunft über Verlauf und Wirkung der Pflege sowie Besonderheiten:

- Allgemeines Befinden des zu Pflegenden.
- Veränderungen der körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Situation des zu Pflegenden.
- Wirkung von Pflegemaßnahmen.
- Verbale und nonverbale pflegerelevante Äußerungen des zu Pflegenden.
- Besuch und Informationen von bzw. an den Arzt, Therapeuten, Pastor, Angehörigen, etc.
- Besondere Vorkommnisse.

Die genannten Inhalte werden im Pflegebericht wertneutral, stichpunktartig oder in kurzen Sätzen festgehalten. Datum, Zeit und Handzeichen vervollständigen jede Eintragung. (vgl. Kirks, Scherer, Streit: „Deutsch/Kommunikation in der Altenpflege“, 2000, S. 87)

Anforderungen an den Pflegebericht

Formal:
- Lesbarkeit
- Übersichtlichkeit
- Datierung und Signierung

Inhaltlich:
- Verständlichkeit
- Kontinuität
- Orientierung am Pflegeprozess

Zu vermeiden sind:

– Wertungen (z.B. w*ütend, aggressiv, sauer, giftig, kindisch, ablehnend, frech, gut gelaunt, schlecht gelaunt, aufbrausend*).
– Wenig aussagefähige Begriffe und Formulierungen (Bewohnerin/Bewohner hat eine Rötung, ... ist desorientiert, ... ist verwirrt).
– Beobachtungen, die für die Pflege nicht relevant sind (keine medizinischen Daten, kein Tätigkeitsnachweis).
(vgl. Kirks, Scherer, Streit: 2000, S. 87)

Berücksichtigung juristischer Vorschriften

Der Pflegebericht ist ein Dokument, das auch bei juristischen Streitfragen oder zum Nachweis der Durchführung einer professionellen Pflege im Falle eines pflegerischen Gutachtens hinzugezogen wird. In einer solchen dokumentarischen Darstellung dürfen sich keine Eintragungen finden, die direkt oder indirekt erkennen lassen, dass gegen bestehendes Recht verstoßen wurde (z.B. „Frau... wollte sich heute Morgen nicht waschen lassen, habe sie trotzdem gewaschen“ = Verstoß gegen das Grundrecht des Menschen zur Selbstentscheidung oder „Frau... wehrt sich gegen die Intimpflege. Haben sie zu zweit durchgeführt. Sr. K hat sie festgehalten, ich habe gewaschen“).

Die Rechtsprechung zeigt auf, dass pflegerische Leistungen nur dann als „gemacht“ gelten, wenn sie auch dokumentiert sind. Folgende Manipulationen der Dokumentation gelten als **Dokumentenfälschung**:

- Tipp Ex
- Überkleben
- Schreiben mit Bleistift und Ausradieren
- unleserlich machen

(vgl.: Löser, A. P.: „Pflegeberichte endlich professionell schreiben“, 2004, S.30-31)

Was gehört in den Pflegebericht und welche Eintragungen sind wichtig?

- Das aktuelle Befinden der Bewohnerin/des Bewohners – wie geht es ihr/ihm heute?
- Die Reaktion der Bewohnerin/des Bewohners auf durchgeführte Pflegemaßnahmen – wie wirken sie bei ihr/ihm?
- Entwicklung eines bestimmten Pflegeproblems oder einer Ressource – wie hat sich der Zustand verändert?
- Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen, Zwischenfälle – trat etwas Ungewöhnliches auf?
- Modifikation der Pflegeplanung nach wiederholtem Auftreten eines Pflegeproblems?
- Ereignisse, die eine direkte Auswirkung auf den Bewohnerzustand oder dessen Versorgung ha-

ben – gab es heute solche Ereignisse?
- Modifikation der in der Pflegeplanung dargestellten Maßnahmen – wurden die Pflegemaßnahmen geändert hinsichtlich Art, Dauer, Material, Zeitpunkt? Wenn ja, warum?
- Kooperation mit Schnittstellen – gibt es Informationen, die an andere Berufsgruppen /Dienstleistungsanbieter weitergeben werden müssen oder weiter gegeben wurden?
- Darstellung von Orientierungsstörungen – traten heute Orientierungsstörungen auf, die nicht regelmäßig vorhanden sind?

(vgl. Löser 2004, S. 82)

Wichtig beim Pflegebericht: Keine Romane schreiben!!!!!!

Der Pflegebericht soll **EIKLAN** sein = Einfach, klar und anschaulich!!!!!

Dokumentieren Sie nie doppelt!

Es gilt der Grundsatz: **So viel wie nötig, so wenig wie möglich!**

Beispiel: Der Blutdruck (RR) von Herrn Schulze betrug 180/90 mmHg, er erhielt 10 mg Pidilat. Eine halbe Stunde nach der Medikamentengabe sinkt der RR von Herrn Schulze auf 150/70mmHg. Der RR Wert und Medikamentenanordnung werden im fortlaufenden Kurvenblatt vermerkt. Sie brauchen RR Werte und Maßnahmen nicht im Pflegebericht aufzuführen (keine Ansammlung von medizinischen Daten, kein Tätigkeitsnachweis).

Im Pflegebericht wird das Befinden dokumentiert, z.B

Frühdienst	7.30 Uhr	Herr Schulze äußert, dass er sich erschöpft fühlt und klagt über Kopfschmerzen.	He
	8.00 Uhr	Herr Schulze gibt an, dass er sich besser fühlt, möchte jedoch gern Hilfe bei der Körperpflege, da er Angst äußert zu kollabieren.	He

(vgl. Budnik, B. 2005: „Pflegeplanung leicht gemacht“, S. 100-101)

Ungeeignete Begriffe für den Pflegebericht

Ungeeignete Begriffe	Fragestellung
Öfter mal …	Wie oft? Was sind die Gelegenheiten? Wann, zu welchem Zeitpunkt?
Zeigt mehr oder weniger …	Was ist „mehr“? Was ist „weniger“? Auf welche Menge, Stärke Ausprägungsmerkmale bezieht sich die Aussage?
Ist mal so und mal so …	Wann ist das „mal“? Wann tritt es auf? Wie oft tritt das „mal“ auf? Was heißt „so“? was zeigt sich genau?
… kann nicht alles?	Was ist „alles“? Welche Anteile sind genau gemeint? Was kann der Betroffene? Was kann er nicht?
… ist mal wieder total …	Was heißt „mal wieder“? Was ist „total“? Wie sieht der Zustand genau aus?
… geht es schlechter?	Auf was bezieht sich „schlechter“? Was zeichnet das „schlechter Gewordene“ aus?

(vgl. Löser 2004, S. 23)

Formulierungsbeispiele

Schlecht	Besser
Herr Müller ist heute Vormittag ausgerutscht, keine Besonderheiten.	Herr Müller wollte heute unbedingt alleine duschen. Dabei ist er um 7:10 Uhr in der Duschkabine ausgerutscht und hat sich den Kopf an der Kabine angeschlagen. Nach eigenen Angaben habe er aber keine Beschwerden. Äußerlich sind keine Verletzungen erkennbar. Weiter beobachten.
Frau Bauer ist depressiv.	Frau Bauer ist depressiv. Sie weint leise vor sich hin und lässt sich nicht ansprechen.
Herr Maurer ist verwirrt.	Herr Maurer erkennt seine Tochter beim Besuch nicht wieder. Er schrie laut um Hilfe und bat mich, die fremde Frau wegzuschicken.
Frau Flemming ist aggressiv.	Frau Flemming biss mir in den Unterarm und schlug nach mir, als ich sie zu Bett bringen wollte. Sie schrie mich an und beschimpfte mich.

(vgl. Kirks, Scherer, Streit: 2000, S. 87)

Folgende Eintragungen entsprechen nicht den Intentionen eines Pflegeberichtes:

„Es könnte sein“ = *unzulässige Wertung.*
„Keine besonderen Vorkommnisse“ = *für die Pflege unrelevant, nicht aussagefähig*.
„Ist aggressiv“ = *keine konkrete Beobachtung und Beschreibung*.
„Ich glaube“ =*unzulässige Wertung und Vermutung.*
„Dr. S. war zur Visite“ = *Es fehlen Informationen über das Ergebnis der Visite.*
„Wieder einmal schlecht gelaunt“ = *unzulässige Wertung, keine konkrete Beobachtung.*
„Schlechte Gesichtsfarbe“ = das *Adjektiv „schlecht“ ist wenig aussagekräftig.*
(vgl. Kirks, Scherer, Streit: 2000, S. 8)

Formulierungshilfen bei wechselnden Situationen/Zuständen/Pflegezeiten

- Frau U. konnte die Körperpflege nicht durchführen, weil …
- Heute … Minuten für die Körperpflege bei Herrn J. benötigt, da er immer wieder zwischendurch weglaufen wollte
- Heute im Frühdienst nur 2x gelagert. Frau Ö. litt unter Übelkeit, wollte auf dem Rücken liegen bleiben, lehnte häufigere Lagerungswechsel ab.

Formulierungshilfen bei erhöhtem Pflegezeitaufwand

- Heute … Minuten für die Körperpflege benötigt. Mehraufwand erforderlich, weil Frau/Herr … (folgendes Verhalten/Problem) zeigte
- Insgesamt 30 Minuten für das Anreichen der Mahlzeit benötigt, weil Herr/Frau... beim Anreichen immer wieder weglaufen wollte

Formulierungshilfen bei langfristig gleich bleibenden Zuständen[11]

- Frau ... fühlt sich nach dem Bad nach eigenen Angaben sehr wohl. Im warmen Wasser kann sie entspannen und ihre Schmerzen lassen nach.
- Herr … hat heute nicht nur Gesicht und Hände selbst gewaschen, sondern konnte nach Anleitung auch die Oberarme pflegen
- Frau … hat heute das erste Mal an einer Gruppengymnastik teilgenommen.
  Nach anfänglichen Problemen, sich in der Gruppe einzufinden, fand sie die anderen Bewohner dort sehr nett und möchte auch nächste Woche dort hingebracht werden.

(vgl. Löser 2004, S. 119-120)

Folgende Fragen sind wichtig und im Pflegebericht zu klären:

- Wie geht es dem Bewohner heute? Welches Befinden zeigt er?
- Gibt es außergewöhnliche Reaktionen, Probleme oder Pflegebedarfe, die nicht planbar waren?
- Ist der Zeitaufwand bei der Durchführung einer Maßnahme höher als im Regelfall?
- Ist nachts ein erhöhter Pflegebedarf erkennbar?

Trainingsmöglichkeiten (Begriffsverwendungen und Schreiben)

Überprüfen des Pflegeberichtes in mündlicher Form:

Anhand eines für jede Teilnehmerin / jeden Teilnehmer kopierten Pflegeberichtbeispieles können die Teilnehmenden erkennbare Defizite und positive Bereiche überprüfen.

Diese werden kurz auf der Kopie markiert, um die entsprechenden Textstellen in der mündlichen Diskussion schneller aufzufinden. Nach einer Lese- und Reflexionszeit wird der Bericht in der Gruppe ausgewertet.

Vorteil: Die Übung benötigt nicht viel Zeit. Je nach Umfang des kopierten Pflegeberichts sind ca. 10 Min. Lesezeit ausreichend.

Nachteil: Nicht alle Teilnehmenden beteiligen sich an der Diskussion.
Die erkannten Faktoren werden evtl. von einigen Teilnehmenden nicht dokumentiert. Der Analyseprozess ist eher unstrukturiert.
Ergebnisse werden damit eher zufällig zusammengestellt, der nachhaltige Lernerfolg ist eher gering.

11 Insbesondere bei demenziellen Erkrankungen ist es schwierig, den tatsächlichen Pflegezeitwand darzustellen und eine geeignete Pflegestufe zu erhalten. Die beim jeweiligen Bewohner auftretenden Probleme sind vielgestaltig und können von Tag zu Tag variieren. Manchmal kommen hierzu noch Schwankungen im Tagesverlauf

In der Praxis kann die **„kritische Beobachtung“** durch eine Kollegin oder einen Kollegen aus einem anderen Wohnbereich übernommen werden. Dies kann günstig sein, um „Betriebsblindheit“ in Bezug auf die Zusammenhänge zu vermeiden.

Überprüfung mittels Checkliste

Es wird eine Checkliste mit Überprüfungsfragen zum Pflegebericht ausgeteilt. Teilnehmende erhalten wieder einen kopierten Pflegebericht (Hier eignet sich am besten ein Fremdbeispiel, da der Mensch dazu neigt, bei seinen eigenen Texten auch die Hintergrundinformationen mitzulesen, obwohl sie nicht im Text stehen. Bei fremden Texten sind Lücken, Defizite und Probleme eher erkennbar).

Vorteil: Die erkannten Faktoren werden schriftlich festgehalten. So kann auch nach Tagen das Ergebnis noch besprochen oder nachgearbeitet werden. Die Checkliste kann gleichzeitig als Evaluationsinstrument für die Überprüfung der überarbeiteten Maßnahmen dienen.

Der Pflegebericht und seine Bedeutung in der Zukunft

In der Zukunft wird der Pflegebericht weiter an Bedeutung gewinnen. Er wird als Instrument zum Nachweis des reflektierten und begründeten Einsatzes von Pflegeleistungen und zur Darstellung der Wirkungen benötigt. Eine unzureichende Pflegeberichterstattung wird dann möglicherweise zu Leistungskürzungen führen.

3.6. Fortbildungsmodul 4
Arbeiten mit Fallbesprechungen

Die Sprache am Arbeitsplatz erfüllt unterschiedliche Funktionen im Rahmen des Pflegeprozesses. Im sozialen Kontakt mit dem Klienten werden Informationen gesammelt und auf dem Hintergrund des Fachwissens, des Kontextes und der kulturellen Erfahrung interpretiert. Das Pflegeteam plant dann die Maßnahmen, führt sie durch und sichert die Kontrolle. Es ist eine Handlungsgemeinschaft, in der Informationen ausgetauscht, Erklärungen gegeben, Maßnahmen geplant und dokumentiert werden. Ort hierfür sind die Fall-, Gruppen- und Übergabebesprechungen in denen die „operative Dimensionen“ der Sprache dominant ist.

Die Fallbesprechung thematisiert ein Pflegeproblem und sucht Wege, die Pflegebedürfnisse der Bewohnerin/des Bewohners oder der Klientin/des Klienten bestmöglich zu erfüllen. Das professionelle Handeln wird mittels einer „Fachsprache der Altenpflege“ vereinbart und festgelegt.

Die Fachsprache „Altenpflege“ ist bisher weniger standardisiert als andere Fachsprachen (z.B. in Recht und Verwaltung). Verschiedene Wissensbereiche – insbesondere die Pflegewissenschaft und die Medizin – bilden Elemente dieser Sprache. Besprechungen werden häufig auf der Ebene der Teamsprache abgehalten. Sie sollten aber „formell“ dokumentiert werden. Informationen, die im „familiären“ Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner gewonnen worden sind, werden fachsprachlich übersetzt und fachlich dokumentiert.

Übung: *Wie unterscheiden sich die Familiensprache, die Teamsprache und die formelle Fachsprache in der Altenpflege? Nennen Sie Beispiele!*

Wer spricht denn **Kauderwelsch(?)** Das ist die abwertende Bezeichnung für eine verworrene Sprechweise, für ein unverständliches Gemisch aus mehreren Sprachen oder eine vermeintlich verworrene, fremde Sprache. Kauderwelsch (von „kaurerwelsch“, eigentlich „churromanisch“) ist ursprünglich der Name einer rätoromanischen („welschen“) Sprache im Gebiet Chur/Graubünden (Schweiz). (wikipedia.org. 2006-06-16)

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Qualifizierungen wird mit der Unterscheidung der „Sprachregister“ die Notwendigkeit des „Switchens“ zwischen verschiedenen Sprachcodes aufgezeigt.

Drei Sprachregister – Variationen der Sprache in bestimmten Situationen

- Intimbereich: (Familie, Freunde)
- Informelle Öffentlichkeit: (Straße, Markt, Team)
- Formelle Öffentlichkeit: (staatliche Institutionen etc.)

(Sprache und Sprachen in der Migration, Maas 2005)

Beispiele für eine Fallbesprechung.

Anhand eines (authentischen) Interviews mit einem älteren Migranten der ersten Einwanderergeneration, werden zentrale Altersprobleme heraus gearbeitet. Der „Fall“ wird in Hinblick auf die Aspekte der Körperpflege, Ernährung, soziale und psychische Situation untersucht. (Es kann aber auch eine Auflistung von Pflegeproblemen mit Hilfe der AEDL-Skala erfolgen, s.o.). Anschließend werden Pflegemaßnahmen in der Gruppe erörtert und im Plenum vorgestellt: Diese sollen sich auf Unterstützungs- und Selbstpflegeaspekte, auf die psychische Betreuung, auf die Förderung der sozialen Teilhabe und auf die Unterstützung bei Sprachproblemen beziehen.

Übung: (Lesen und Verstehen)
Interviews in einem ambulanten Pflegedienst
(Friebe/Zalucki 2003)

Herr B., *1923, kam 1960 als griechischer Arbeitsmigrant in die BRD. Er arbeitete bis zum Alter von 58 Jahren 14 bis 18 Stunden täglich in der Schwerindustrie. Herr B. hat keine Angehörigen in Deutschland, sein soziales Umfeld besteht aus ehemaligen Arbeitskollegen. Er spricht wenig deutsch.

Er lebte bis vor ungefähr 3 Jahren in einem betriebseigenen Männerwohnheim unter unhaltbaren hygienischen Zuständen und völlig verwohntem Mobiliar. Als das Wohnheim geschlossen wurde, fand der Pflegedienst eine Wohnung für ihn, die er jedoch nach 8 Wochen wieder verlassen musste, weil er in die Ecken spuckte und vom Balkon urinierte. Daraufhin wurde eine griechisch sprechende Sozialarbeiterin eingeschaltet, gemeinsam wurde eine betriebseigene Wohnung gefunden, die Herr B. heute noch bewohnt.
Herr B. legt großen Wert auf sein äußeres Erscheinungsbild. In den ersten Jahren seines Aufenthaltes in Deutschland lebte er sehr sparsam, in den letzten Jahren jedoch kaufte er Kleidung nur noch in Boutiquen. Auf gute Qualität der Möbel für seine neue Wohnung legte er jedoch wenig Wert. Vor 4 Jahren wurde bei Herrn B. ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus diagnostiziert und im Krankenhaus eingestellt. Der Sozialdienst des Krankenhauses vermittelte die Betreuung durch den ambulanten Pflegedienst, der seitdem die Grund- und Behandlungspflege, Ernährungsberatung sowie hauswirtschaftliche Hilfe durchführt. Vor 2 Jahren hatte Herr B. eine Herzoperation, er bekam mehrere Bypässe. Daneben besteht seit einigen Jahren eine Harninkontinenz. Der Pflegedienst stellt seit kurzem einen leichten geistigen Abbau fest.

Herr B. nimmt die Pflege und Unterstützung durch den Pflegedienst gern an und kommt mit allen Mitarbeiterinnen gut aus. Er hat Probleme, sich an die Diabetes-Diät zu halten. Es ist ihm nicht möglich, seine Ernährungsgewohnheiten zu ändern. Mahlzeiten, die ihm aus der stationären Einrichtung des Pflegedienstes gebracht wurden, lehnte er ab mit der Begründung, diese seien vergiftet. Bereitet ihm die Hauswirtschafterin ein- bis zweimal in der Woche in seiner Wohnung ein Essen zu, so isst er dies zusätzlich.
Herr B. hatte immer den Wunsch, nach Griechenland zurückzukehren. Er hat nach wie vor große Sehnsucht und bereitet (zusammen mit einem Freund) noch für dieses Jahr einen Besuch bei seiner Schwester und anderen Verwandten vor.

Welche Fragen und Maßnahmen in folgenden Bereichen sind anhand des Fallbeispiels zu entwickeln?

Sprache:	Inwiefern fördert Nichtverstehen Unsicherheit und Angst? Kontakt zu Muttersprachlern herstellen, sprachliche Unterstützung organisieren.
Pflege:	Welche Selbstpflegeanteile existieren? Unterstützung bei der Mobilität, Diabetesdiät und Harninkontinenz leisten.
Soziales:	Wie kann die soziale Teilhabe verbessert werden? Kontakte zu ehrenamtlichen Helfern und zur griechischen Gemeinde herstellen.
Betreuung:	Gibt es psychiatrische Einschränkungen? Ansprache verbessern, Orientierungshilfen geben, Beratung organisieren.

Gruppenarbeit: Modell der „Kollegialen Beratung“
(vgl. Fallner/Gräßlin 1990)

Das Modell der Kollegialen Beratung ist für die Arbeit mit authentischen Fällen entwickelt, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst erleben oder erlebt haben. Dabei begibt sich eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer in die Rolle der Falleinbringerin, während die anderen Gruppenmitglieder die Beratung übernehmen. Wichtig ist, dass ein Teilnehmender die Einhaltung der Gruppenarbeitsphasen (zeitlich und inhaltlich) überwacht. Das Verfahren benötigt ausreichend Zeit und ein gewisses Maß des Vertrauens in der Gruppe. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, ist eine Anwendung des Verfahrens auf bereits vorliegende Fallbeschreibungen möglich, allerdings bringt dies meistens geringere Lernerfolge:

Übung (Präzise formulieren)

Phase 1 Gründliche Vorstellung des Falles, (Lektüre der Fallbeschreibung)	Die Teilnehmer/innen machen sich Notizen in Bezug auf zentrale Aussagen und mögliche Interpretationen.	Zeitmanagement
Phase 2 Besprechung Fragensammlung	In der Gruppe besprechen die Teilnehmenden ihre ersten Gedanken zum Fall. Sie formulieren eine oder mehrere Frage/n zur Situation.	Protokollantin notiert die Frage/n. Gruppe berät sich über den Fall.
Phase 3 Fallanalyse der Gruppe	Welche Wahrnehmungen und Absichten haben die beteiligten Personen? Wie verlaufen die Ereignisse?	Jede/r Teilnehmer/in soll ihre/seine Sicht des Problems sagen.
Phase 4 Formulierung des Pflegeproblems und Planung von Maßnahmen	Die Ergebnisse der Beratung werden formuliert und aufgeschrieben. Vorschläge für Pflegemaßnahmen werden in Stichworten notiert.	Protokollant überträgt die Ergebnisse auf OHP Folie. Eine Teilnehmer/in erstattet im Plenum Bericht.

Interpretationshilfen für Beispiele zur Pflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Die Fallbeispiele weisen auf bestimmte soziokulturelle Faktoren hin, die im Gesundheitsbereich von großer Bedeutung sind:

- Sprache und Kommunikation sind wichtige Mittel im Pflegeprozess
- kulturelle Differenzen gibt es in den Bereichen Normen und Werte, Alter und Familienvorstellungen, Religion etc. (vgl. Leininger 1998)
- das Verständnis für Gesundheit und Krankheit sowie die Erwartungen an die Pflege können durch Kultur und Religion definiert werden
- spezielle Beeinträchtigungen, aber auch Ressourcen, müssen entdeckt werden
- Migration verändert auch kulturelle Herkunftsfaktoren, ohne eine vollständige Anpassung an die Aufnahmegesellschaft zu produzieren
- die Interaktion zwischen professionellen Helfern und dem Pflegebedürftigen und kranken Klienten ist zentral im Pflegeprozess

Die Fallbesprechung kann genutzt werden, um die Grundsätze einer „kultursensiblen Pflege“ zu erarbeiten. (Material: Arbeitskreis Charta/KDA 2002, Für eine kultur-sensible Altenpflege – eine Handreichung, Köln). Zitat aus dem Memorandum für eine Kultursensible Altenhilfe (Arbeitskreis Charta/KDA 2002, S. 10):

> *„Wir, die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner des Memorandums, fordern Politik und Gesellschaft auf, allen in Deutschland lebenden alten Menschen unabhängig von ihrer sozialen, ethnischen und kulturellen Herkunft den Zugang zu den Institutionen der Altenhilfe zu ermöglichen und dort ein kultursensibles fachliches Handeln sicherzustellen.*

Diskussion zu folgendem Zitat aus „für eine kultursensible Altenpflege – eine Handreichung“ (ebenda S. 19):

> *„Kultursensibilität als Paradigma der Altenpflege beschreibt also eine Haltung, die auf Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht. Die Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und für die Folgen des Pflegehandelns. Sie ist in besonderer Weise biografie- und subjektorientiert.“*

Weitere Fortbildungsmaterialien:

Transkulturelles Pflegeassessement
Leitfaden nach Andrews und Boyle 1999 (Friebe 2003).

Kulturelle Dimension:	Beispiele:
kulturelle Bindungen	Zu welcher(n) kulturellen Gruppe(n) fühlt sich der Klient zugehörig, wie stark ist die Identifikation, wo ist er geboren, wo hat er gelebt,
Wertorientierung	Wie sind die Ein-/Vorstellungen über Geburt, Tod, Gesundheit und Krankheit, Pflege
kulturelle Sanktionen und Restriktionen	Wie ist die Einschätzung von Gefühlen, Sexualität, welche Möglichkeiten des Gesprächs
Kommunikation	Welche Umgangssprache wird zu Hause gebraucht, Schriftsprache, Kommunikationsstile, nonverbale K., wird eine Übersetzungen benötigt?
Gesundheitsvorstellungen und -praktiken	Wie wird Krankheit erklärt, welche Gesundheitsideale, Heilungserwartungen gibt es, wie ist die Rolle psychischer Krankheit und Pflege
Ernährung	Welche Meinungen zu gesunder Kost, Zubereitung herrschen vor, gibt es kulturelle Essenvorschriften und Gewohnheiten, Diät und Fasten,
sozioökonomische Betrachtungsweisen	Welche soziale und unterstützende Netzwerke existieren, wie ist die Rolle in der Familie, die Einkommenssituation, der Lebensstil,
unterstützende kulturelle Organisationen	Welche Bedeutung haben Migranten-, Herkunfts- und Religionsvereinigungen für die Gesundheit,
Bildungshintergrund	Welcher Bildungsabschluss, Wissensstand, wie ist die Lernfähigkeit,
religiöse Bindungen	Welche Bedeutung hat die Religion für Gesundheit und Krankheit, Rituale und Personen
kulturelle Aspekte der Erkrankung	Gibt es genetische oder verhaltensspezifische Bedingungen für Krankheit in der kulturellen Gruppe
kultur-biologische Variationen	Zeigt der Klient besondere Merkmale der Haut, der Anatomie und bei physikalischen Überprüfung,
entwicklungsbezogene Gesichtspunkte	Gibt es besondere Charakteristika, Vorstellungen zur kindlichen Entwicklung, über das Altern, kulturelle Aspekte des Handeln.

(Übersetzung und Zusammenfassung durch Friebe 2003)

Andrews und Boyle bauen ihr Assessment-Instrument auf der These einer Bindung der Menschen an kulturelle Gruppen und Gemeinschaften „cultural affiliation“ auf, wobei sie betonen, dass die Gruppengrenzen fließend sind und sich Individuen auch unterschiedlichen Gruppen zugehörig fühlen können. Kulturelle Bindung und Identifikation sind dann bestimmend für die weiteren Faktoren, die jeweils noch mit Unterpunkten verbunden sind, z.B. Wertorientierung: Einfluss der Kultur auf das Körperbild, kulturelle Stigmata bezogen auf die Krankheit, Rolle von Privatheit und Berührung, kulturelle Umgangsformen zwischen den Geschlechtern, den Menschen unterschiedlichen Lebensalter und sozialer Klasse etc.. Einige Bereiche werden durch spezielle Instrumente ergänzt, wie das Schmerzassessement und der Bereich der Glaubens- und Wertvorstellungen (Andrews/Boyle 1999, S. 294 u. S. 448). Außerdem wird das Assessement auf die Gemeinde und (politische) Systeme erweitert und durch Instrumente des Selbstassessments von Individuen und Organisationen vervollständigt.

Arbeiterwohlfahrt Westliches Westfalen CD-Rom „Pflege ist Pflege – oder vielleicht doch nicht?“ (2003, S. 158):

Arbeitsblatt zur Situation älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Bedeutung ethnischer Enklaven für Ältere

- *Rückzug in ethnische Enklaven* wird im Alter aufgrund folgender Aspekte verstärkt:
  - nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bestehen *kaum* noch *Kontakte* zur deutschen Mehrheitsbevölkerung
  - *eigene ethnische Sprache* beherrscht die Kommunikation
  - altersbedingtes *Wiederaufleben von Ethnizität*
  - ethnisch-kulturelle Traditionen, Orientierungsmuster und Verhaltensweisen.

- Älter werdende und hilfsbedürftige Migrantinnen und Migranten finden innerhalb der ethnischen Enklaven *Netzwerke*, die für ihr Leben eine *zentrale Ressource* darstellen.

Arbeitkreis Charta für eine kultursensible Altenpflege / KDA (Hrsg.) (2002).

Maßnahmen zur interkulturellen Personalentwicklung

Vom multikulturellen zum interkulturellen Team

Diskriminierung abbauen ... und Kompetenzen nutzen!

„Es bedarf also bestimmter Schlüsselqualifikationen, um eine interkulturelle Teamarbeit zu entwickeln:

1. um zu lernen, sich gegenseitig als einzigartige Persönlichkeiten anzuerkennen, bedarf es einer Selbstreflexivität, die immer wieder neu gestaltet werden muss.
2. um zu einer gleichberechtigten Verständigung zu kommen, muss sowohl kontinuierlich an einer gemeinsamen Sprache als auch an Formen der mündlichen und schriftlichen Kommunikation gearbeitet werden.
3. um mit Reibungen und unterschiedlichen Interessen im Team einen nicht diskriminierenden Umgang zu entwickeln, muss eine partnerschaftliche Konfliktbearbeitung eingeübt werden.“

Diakonisches Werk Württemberg (Hg.) (2001): Trainings- und Methodenhandbuch, Arbeitskreis Interkulturelles Lernen. Stuttgart

Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung und Organisationsentwicklung



Organisationsentwicklung unterstützt Teams, Einrichtungen und Organisationen bei Veränderungen, in Selbstverständnis- und Motivationskrisen, bei strukturellen und konzeptionellen Erneuerungen. Die damit verbundenen Entwicklungsprozesse können sich beziehen auf:

- ➜ Ziele und Leitbild
- ➜ ihre Aufbau und Ablauforganisation
- ➜ Kommunikation und Verhalten im Inneren
- ➜ Arbeitsmethoden
- ➜ Mitarbeiter/innen, Kund/innen
- ➜ Zusammenarbeit und Kontakt im Umfeldfi

BMFSFJ 2005, Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung (www.bmfsfj.de)

Thema:
Kultur und Lebenswelt

Zielsetzung:
Die Auszubildenden sollen sich mit dem Begriff Kultur auseinander setzen. Die Vorstellungen einer homogenen nationalen Kultur sollen aufgebrochen werden. Die Auszubildenden sollen erkennen, dass sie alle Angehörige verschiedener Kulturen sind, und nicht nur diejenigen mit Migrationshintergrund.

Lehrgespräch	Sozialform	Medien
Zeit:		



Weiterführender Hintergrundtext zu den Begriffen Kultur, kulturelle Identität, Lebenswelt und Ethnizität



Kultur

Auernheimer[1] versteht unter „Kultur" ein Orientierungssystem, das aus einem gemeinsamen Repertorire an Symboldeutungen, Kommunikations- und Repräsentationsmitteln[2] besteht, an dem sowohl die Individuen als auch die Gesellschaft ihr Handeln ausrichten. Die gemeinsamen symbolischen Mittel wie Sprache, Rituale und Wohnstile sind dabei nicht unveränderlich, sondern werden den gesellschaftlichen Bedingungen laufend angepasst. Die Angehörigen einer Kultur verbindet dabei, dass sie die Bedeutung dieser symbolischen Mittel kennen, sich somit miteinander verständigen und ihr Handeln aufeinander abstimmen können. Aufgrund der Bedeutungsinhalte, Ideen und Wertvorstellungen unterscheiden sie sich bzw. grenzen sich gleichzeitig von anderen Kulturen ab.

[1] vgl. Auernheimer, Georg: Der sogenannte Kulturkonflikt. Orientierungsprobleme ausländischer Jugendlicher Frankfurt/Main, New York 1988; es gibt viele verschiedene Definitionen von Kultur, hier wird beispielhaft auf die von Auernheimer zurückgegriffen

[2] Symbolbedeutung: z.B. Kopfschütteln als Verneinung; Kommunikationsmittel: wie spricht man mit wem? Repräsentationsmittel: welche Kleidung trägt man zu welchem Anlass?

3.7. Aufbauende Fortbildungsmodule

Bildungsbedarf

Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund haben aufgrund ihrer besonderen Voraussetzungen einen speziellen Bildungsbedarf in zentralen Fragen der Altenpflege. In Folgendem werden aufbauende Fortbildungsmodule zu drei Themen skizziert: Biografiearbeit, Pflege demenzkranker alter Menschen und Pflege in ambulanten Bereich.

Die Biografiearbeit hat in der modernen Altenpflege einen hohen Stellenwert, da sie einen höheren Grad des Verstehens der Pflegesituation und damit Anknüpfungspunkte für die Betreuung des älteren Menschen erwarten lässt. Mitarbeiter/innen, die selbst nicht in Deutschland aufgewachsen sind, erhalten in den Fortbildungen Informationen zum Zeitgeschehen und zu prägenden Lebensereignissen ihrer Klienten. Gleichzeitig werden die besonderen Stärken des biografischen Ansatzes in der Altenpflege vermittelt.

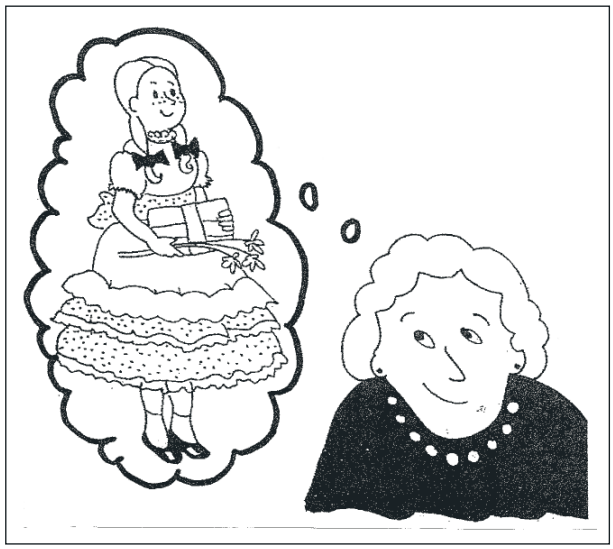
Die Pflege demenzkranker Menschen erhält ihre große Bedeutung durch die starke Zunahme von gerontopsychiatrischen Veränderung im höheren Lebensalter (vgl. BMFSFJ 2005, S. 248 ff). Statische Daten weisen darauf hin, dass etwa 2/3 der über 80-jährigen pflegebedürftigen Menschen unter dementiellen Veränderungen leiden. Pflegemitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund sollen in den Fortbildungen die Rolle des Faktors „Kultur“ für Erklärungen psychischer Prozesse reflektieren und moderne Therapie- bzw. Pflegemethoden thematisieren.

Die ambulante Pflege hat Vorrang gegenüber stationären Formen der Versorgung. Diese Dienstleistung findet in der häuslichen Umgebung des Klienten statt und ist daher stark auf die Kooperation mit den Angehörigen und anderen Helfern angewiesen. Pflegende mit Migrationshintergrund sollen in den Fortbildungen die speziellen Merkmale der ambulanten Arbeit reflektieren und Unterstützungsformen besprechen.

Für alle drei aufbauende Fortbildungsmodule gilt, dass auch deutsche Mitarbeiter/innen in diesen Bereichen Fortbildungsbedarf haben. Grundsätzlich ist es daher auch möglich, diese Angebote mit Mitarbeitergruppen deutscher und nichtdeutscherer Herkunft durchzuführen. Die Angebote sollen aber jeweils auf bestimmte Fragestellungen fokussieren, bei denen der Migrationshintergrund bedeutsam ist. Die Fragen wären z.B.:

– Welche Bedeutung hat die Migration in der Biografie der Pflegekraft und welche Ansatzpunkte ergeben sich für das Verstehen der Lebensgeschichte des Klienten?
– Welche Bedeutung haben Vorstellungen über psychische Veränderungen in der Herkunftskultur von Migrant/innen und welche Merkmale charakterisieren die gerontopsychiatrische Pflege in Deutschland?
– Welche Bedeutung hat die Pflege im familiären Umfeld in anderen Ländern und in Deutschland. Welche Verhaltensregeln gelten für die Altenpflege im „privaten Raum“ des eigenen Haushalts des Klienten?

Biografiearbeit mit alten Menschen



(Powell 2005, KDA)

Wollen wir in der Altenpflege einen höheren Grad des Verstehens der Situation des Pflegebedürftigen, seines „Gewordenseins“, seiner Stärken und Schwächen erreichen, so ist der biografische Ansatz zur Zielerreichung sehr hilfreich, denn damit:

- stellen wir das Subjekt in den Mittelpunkt unserer Pflegearbeit
- betrachten die Lebensgeschichte aus interdisziplinärer Perspektive
- fokussieren den Dialog mit dem Klienten

Die Biografiearbeit gilt heute als Merkmal „guter“ Pflege. Psychologie, Soziologie oder Pädagogik nähern sich der menschlichen Biografie aus ihrer disziplinären Perspektive, doch stets steht die Verknüpfung von individuellen und strukturellen Entwicklungen im Zentrum der Aufmerksamkeit (Friebe 2004). Aber was ist Biografie? Zusammen gesetzt aus den griechi-

schen Wörtern „Bios“ und „graphein“ würde es „Leben und Schreiben“ bedeuten und käme damit dem literarischen Begriff der Autobiografie nahe. Mit zunehmendem Alter steigt das Bewusstsein für den Lebensweg und die entstandene Persönlichkeit. Biografie und Identität werden von dem einzelnen Menschen stark verknüpft.

Welchen Stellenwert hat die Migration in der Biografie des Menschen?

Die Biografie von Menschen mit persönlicher Migrationserfahrung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ihren sozialen Lebensraum verlassen haben und dann mit neuen Anforderungen der Aufnahmegesellschaften konfrontiert waren. Dabei entstehen häufig neue kollektive interkulturelle Regeln, die aus der Herkunfts- wie aus der Aufnahmegesellschaft zusammengesetzt sind. Auch Migrant/innen werden alt und so müssen sie sich auch mit dem Thema Pflegebedürftigkeit befassen. In einem Beispiel zeigt uns Türkan Yilmaz (1997) sechs Frauen, die Bilanz über ihr Leben ziehen, das sie aus der Türkei nach Deutschland gebracht hat.

Frau C. ist als junge Witwe mit ihrem Sohn 1957 migriert. Nach ihrem Arbeitsleben wird sie nicht mehr in die Heimat zurückkehren und beschäftigt sich mit ihrem Alter:
„Ach so, wenn ich mal pflegebedürftig wäre, ja dann würde ich gerne wieder von meinem Sohn gepflegt werden. Aber es ist nur eine Hoffnung. Wenn es dafür Institutionen gibt, warum sollen sie mich nicht auch pflegen. 31 Jahre habe ich für dieses Land gearbeitet“ (Yilmaz 1997, S. 66).
„Ich werde nur in ein Altenheim gehen, wenn ich einmal pflegebedürftig bin. Dann ist es für mich sehr wichtig, dass ich unter meinen eigenen Landsleuten bin und mich türkisches Personal pflegt. Die deutschen Krankenschwestern pflegen sehr gut, sie sind auch sehr freundlich. Ich habe es im Krankenhaus oft erlebt. Aber ich weiß nicht, was mit mir bis dahin wird. Vielleicht werde ich die deutsche Sprache ganz vergessen.“ (ebenda S. 71)

Welche Informationen liefert dieser Interviewausschnitt?

Es wird eine ältere Frau nach ihren Bedürfnissen und Wünschen bei Pflegebedürftigkeit und den Erwartungen an die Altenhilfe befragt, doch was wird unter dem Begriff „Pflege“ verstanden? Die Existenz kulturell unterschiedlicher Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen ist belegt. Die professionelle Sicht, die rechtliche Definition von Pflege und die Vorstellung aufgrund des kulturellen Hintergrundes und der Biografie können erheblich voneinander abweichen. Welche Rolle kann die Familie bei der Pflege eines älteren Menschen einnehmen? Da es sich um eine ältere Frau türkischer Herkunft handelt, kann unterstellt werden, – ohne die erheblichen Unterschiede von städtischer und ländlicher Herkunft zu negieren - dass die Erwartungen in Bezug auf die Pflege durch die Familie hoch sind. Doch wird tatsächlich der Sohn die Pflege übernehmen können? Diese Rollenverteilung wäre ungewöhnlich und die Wohnbedingungen von türkischen Familien in Deutschland lassen eine entsprechende Familienpflege oft nicht zu (zur Situation älterer Migranten vgl. Schmidt 2003 und Schopf/Naegele 2005). Der Hinweis der Frau auf mögliche Sprachprobleme ist bedeutsam, wenn man den „ethnischen“ Rückzug im Alter berücksichtigt, der sich bei Krankheit oft verstärkt.

Übung: Biografische Merkmale und Fragen

Vorfahren (Ahnen)	*Noch bevor Menschen geboren sind, entsteht ihre Biografie*
Ursprungsfamilie	*Willkommen in der großen Welt?*
Partnerschaft	*Das Glück der Begegnung erfahren?*
Eigene Familie	*Lust oder Lebenslast?*
Wohnen	*Wo hat das Leben einen Platz gefunden?*
Arbeit	*Mühsal oder Selbstverwirklichung und Entwicklung?*
Gesellschaft	*Anerkennung über das Private hinaus?*
Materielle Sicherheit	*Unzufrieden mit Erreichtem und Unerreichtem?*
Sinn	*Was führt über die bloße Existenz hinaus?*

(vgl. Ruhe 2003)

Biografische Arbeit in der Pflege konzentriert sich nicht nur auf das Individuum, sondern betrachtet den Menschen als Mitglied einer Generation oder Altersgruppe (vgl. Kohli 1992), als Inhaber einer sozialen Rolle in Familie und Beruf und Repräsentant der Zeitgeschichte (vgl. Peikert 2006, S. 86 ff.). Pflegende haben selbst häufig andere Familienbiografien als ihre Klientinnen und Klienten (wurden die Kriegsjahre aus deutscher, polnischer oder russischer Perspektive erlebt?). Pflegemitarbeiter/innen, die nicht

in Deutschland aufgewachsenen sind, haben oft einen anderen Zugang zur Zeitgeschichte oder verfügen über andere Informationen als ihre Kolleg/innen mit deutscher Biografie. Dies bedeutet aber auch, dass sie bei der Pflege von Klienten mit Migrationhintergrund Schnittpunkte zu ihrer eigenen Biografie herstellen können.

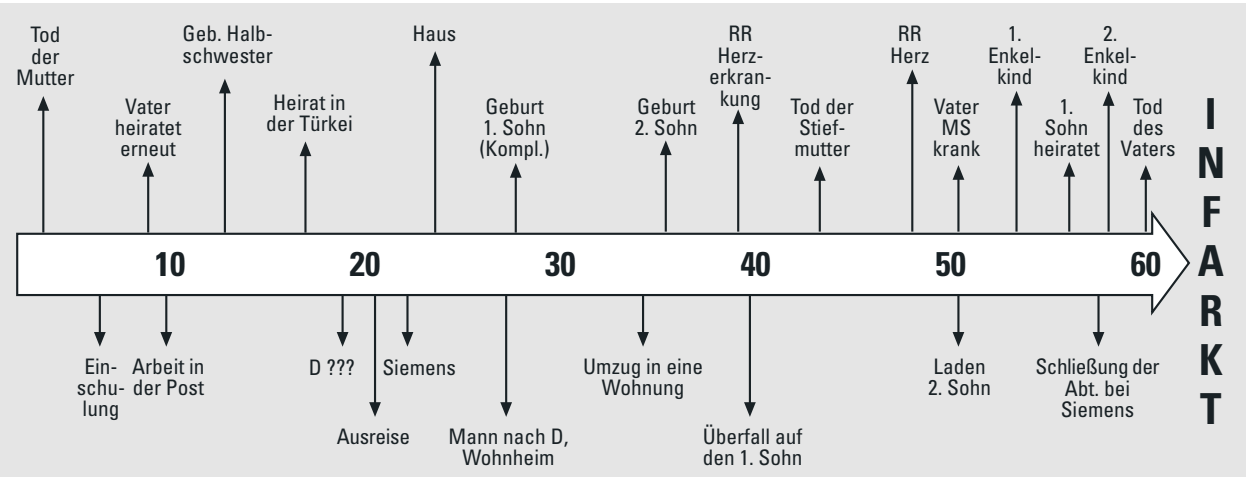
Beispiel
Mit Hilfe einer *Lebensereignisskala* kann ein biografischer Zugang zum Klienten in die Praxis umgesetzt werden. Eine solche Skala kann Teil einer Versorgungsplanung sein (vgl. Kollak 2003)

Frau C.12 ist 63 Jahre alt, verheiratet und hat zwei erwachsene Söhne. Sie kam 1960 aus der Türkei allein nach Deutschland. Sie hatte diesen Aufenthalt als temporäre Verdienstmöglichkeit gesehen. Ihr Weggang aus der Türkei war zu Hause sehr umstritten, da sie dort bereits verheiratet war und einen Arbeitsplatz bei der Post hatte. Sie ging zu Siemens in Berlin und lebte in einem Wohnheim. Sie verdiente gut und baute mit ihrem Mann ein kleines Haus in der Türkei.

Sie kann nicht mehr genau sagen, was genau den Ausschlag gab, um ihren Mann nach Deutschland nachzuholen: Das Pendeln zwischen den beiden Ländern, die Zerrissenheit zwischen Heimat und Mann und der Verdienstmöglichkeit? Ihr Mann kommt acht Jahre nach ihr nach Deutschland. Nach zwei Jahren kommt ihr erster Sohn zur Welt. Schwangerschaft und Geburt verlaufen komplikationsreich. Während der gesamten Zeit leben sie unter recht ärmlichen Bedingungen, weil sie ihr Geld für eine Rückkehr in die Türkei sparen. Erst nach weiteren Jahren erfolgt für die Familie der Umzug in die erste Mietwohnung. Mit einigen Jahren Abstand kommt ihr zweiter Sohn zur Welt. Danach werden bald bei ihr Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen festgestellt. In diese Zeit fällt ein weiteres, schwerwiegendes Ereignis, das die ganze Familie für einige Zeit lähmt. Ihr jüngster Sohn wird von jugendlichen Gewalttätern verfolgt und zusammengeschlagen. Die folgenden Jahre reist Frau C. viel in die Türkei, um bei der Pflege ihrer Stiefmutter und später bei der ihres an MS erkrankten Vaters zu helfen.

Bei ihr selbst wird eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustands deutlich, der mit der Aufregung um die Eröffnung eines eigenen Geschäfts durch den zweiten Sohn zusammenfällt. Die Geburt ihrer beiden Enkelkinder und die Eheschließung ihres älteren Sohnes folgen. Ihre Abteilung bei Siemens schließt und entlässt Frau C. als Frührentnerin. Schwierigkeiten im Geschäft ihres Sohnes sowie der Tod ihres Vaters gehen ihrem Herzinfarkt unmittelbar voraus. Zur Zeit des Interviews ist Frau C. seit zwei Monaten aus dem Krankenhaus entlassen.

Lebensereignisskala in Anlehnung an das Interview mit Frau C.



12 Die Fallgeschichte von Frau C. Sie beruht auf einem Interview, das Willi Kellenbenz beim Berliner DRK in der Abteilung Flüchtlingshilfe und Migrationsdienste im Frühjahr 1999 durchgeführt hat (Kollak 2003, S. 57,58)

Die Fallgeschichte kann mit Hilfe einer Lebensereignisskala grafisch veranschaulicht werden und ermöglicht es, wiederkehrende Muster innerhalb von Krankheitsverläufen sichtbar zu machen. Diese Muster

veranschaulichen die Reaktionen eines Menschen auf Veränderungen. Ein Gespräch über eine solche Lebensskala kann eine gute Grundlage bilden, um Bedürfnisse und Ressourcen zu erkennen und eine abgestimmte Pflege zu planen (vgl. Kollak 2003, S. 58).

Biografisches Arbeiten in der Pflegepraxis ist in erster Linie Kommunikation. Das gemeinsame Gespräch, die Erinnerung an zurückliegende Zeiten, die Betrachtung von älteren Bildern, die Aktualisierung von Sinneserfahrungen und das Zurückversetzen in die alte Zeit soll Wertschätzung und Sinngebung ausdrücken und den drohenden Identitätsverlust vermeiden (vgl. Ruhe 2003). So lassen sich verschüttete Fähigkeiten und andere Ressourcen entdecken, die auch in der Situation der Pflegebedürftigkeit nützlich für den Einzelnen und die Gemeinschaft sind und damit Defizite erträglicher machen.

Die Biografiearbeit erfordert ein hohes Maß an Information und Einfühlungsvermögen und sie stellt große Herausforderungen an Pflegende und Einrichtungen. Es ist nicht sinnvoll, diesen Anspruch ohne entsprechende Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung einzufordern. Vielfach ist die Praxis für derartige Ansprüche noch zu schlecht ausgestattet und auch die Pflegewissenschaft und -forschung muss sich der Biografiearbeit erst noch stärker annehmen. Die Biografiearbeit und der Umgang mit psychisch veränderten Menschen sind sinnvolle Themen für aufbauende Qualifizierungsmodule für Pflegende mit Migrationshintergrund.

Pflege von demenzkranken Menschen

Das Zusammentreffen von Migrationshintergrund und Demenz stellt Angehörige und Pflegeeinrichtungen vor besondere Probleme. Dabei erbringen die Migrationsbiografie und die schlechten Lebensbedingungen erhöhte Risiken für psychische Störungen und Erkrankungen (vgl. Collatz 2001, S.º52 ff.). Allerdings liegen hinsichtlich Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wenig aktuelle Daten vor (Berg 2000, S. 552, BMFSFJ 2005, S. 423 ff). Das Verständnis für psychische Erkrankungen kann bei Angehörigen aus eher ländlich-traditionellen Gesellschaften mit dem der modernen Gerontopsychiatrie und ihrer Behandlungsmethoden kollidieren.

Welche Rolle spielt der Faktor „Kultur" für psychische Veränderungen im Alter?

Wenn Somatisierungen und Erklärungen für Krankheit aus dem Bereich der Magie vorkommen, ist eine angemessene Pflege durch die Familie außerordentlich erschwert. Insbesondere bei der ersten Generation von Einwander/innen können „kulturspezifische" Krankheitsvorstellungen wirksam sein, die ein ganzheitlichen Konzept von Leib und Seele enthalten, Krankheitsursachen „von außen" suchen (z.B. Fehlverhalten, Schuld, böser Blick) oder volksmedizinische Erklärungen (z.B. fallende Organe") heranziehen (Berg 2000, S. 554). Dies trifft auch für die Altersdemenz zu.

Übung:

„Plötzlich hat mich mein Vater nicht mehr erkannt. Als ich dies meinem Onkel berichtete sagte er zu mir, dass mein Vater *Bunuma*[13] hat." (Arbeiterwohlfahrt Westliches Westfalen 2005, www.awo-ww.de).

Primäre Demenzformen:	Alzheimer Demenz Vaskuläre Demenz
Sekundäre Demenz:	Als Folge von Grunderkrankungen

Wie erkennt man eine Demenzerkrankung?
- Räumliche und zeitliche Orientierungsprobleme
- Unfähigkeit den Alltag zu bewältigen
- Eingeschränktes Urteilsvermögen
- Sprachstörungen
- Antriebsstörungen
- Persönlichkeitsveränderungen

Die Demenz stellt Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeiter/innen vor erhebliche Probleme: So ist die Altersdemenz, ebenso wie die Altersdepression, zumeist von einem „ethnischen" Rückzug des Erkrankten begleitet, bei dem er sich stark an seiner Herkunft und seinen Erfahrungen an den frühen Lebensjahren orientiert. Religion bekommt eine stärkere Bedeutung und es kann passieren, dass die in der Fremde erlernte nicht emotionsgebundene Zweitsprache nicht mehr beherrscht wird (vgl. Haasen 2000, S. 22). Die Kommunikation zwischen Personal und Klient/innen wird dadurch sehr erschwert und stellt hohe Anforderungen an die Pflege. Die Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund müssen sich zunächst über ihre eigenen Vorstellungen über Demenz und psychische Erkrankung klar werden. Die Selbstwahrnehmung kann das Verständnis für den psychisch veränderten älteren Menschen verbes-

13 Abwertendes türkisches Wort für Demenz

sern. Allerdings muss der Umgang mit psychischen Veränderungen und Demenz als Thema der interkulturellen Pflege noch ausführlicher bearbeitet werden.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW umfangreiche Informationen und Ratgeber für Pflegende und Angehörige zusammengestellt. Die Demenz ist im eigentlichen Sinne nicht heilbar, ihr Verlauf kann aber durch entsprechende Maßnahmen gemildert werden. Dazu wurden spezielle Methoden entwickelt, die häufig an der Biografiearbeit orientiert sind.

Siehe z.B.:
Böhm, Erwin (2004) Psychobiografische Pflegemodell, Wien
Feill, Naomi (2005): Validation, München

Die Altenpflege steht dabei vor der Aufgabe, dem demenzkranken Menschen ein möglichst hohes Maß des „Wohlbefindens“ zu ermöglichen. Dies beinhaltet ein Verständnis von Demenz, dass die betroffene Person stärkt, Fähigkeiten fördert und Raum für Gestaltung bietet (KDA 2005, S. 14).

Zur Feststellungen des Wohlbefindens kann auf „Profile“ (KDA 2005, S. 25) zurückgegriffen werden, die es den Pflegenden erleichtern, sich in die Situation des Demenzkranken hineinzuversetzen. Dabei wurden Indikatoren des Wohlbefindens entwickelt.

Bewohner/in
- Kommuniziert Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben
- Nimmt Kontakt zu anderen auf
- Zeigt Herzlichkeit oder Zuneigung
- Zeigt Freude oder Vergnügen
- Zeigt Wachsamkeit und Aktivitätsbereitschaft
- Nutzt verbliebene Fähigkeiten
- Findet kreative Ausdrucksmöglichkeiten
- Ist kooperativ oder hilfsbereit
- Reagiert angemessen auf Menschen / Situationen
- Drückt der Situation entsprechende Emotionen aus
- Hat entspannte Haltung und Körpersprache
- Hat Sinn für Humor
- Zeigt Handlungsfähigkeit
- Hat Selbstrespekt

Indikatoren für Unwohlsein wären danach u.a. depressive Phasen, Verzweifelung, Wut, Ängste, Unruhe, Teilnahmslosigkeit, Passivität, Körperliche Anspannung und Schmerzen.

Die Pflegequalität kann mit dem Instrument „Dementia Care Mapping“ (DCM) eingeschätzt werden. Es handelt sich dabei um ein Evaluationsinstrument, welches geeignet ist, ein Abbild der Demenzpflege der stationären Einrichtungen zu schaffen (KDA 2005, S. 17).

In den letzten Jahren sind zahlreiche Kontakt- bzw. Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen für Angehörige von Alzheimerkranken entstanden. Die Vernetzung mit diesen Initiativen und anderen Diensten ist für die gerontopsychiatrische Altenpflege von zentraler Bedeutung.

Altenpflege in ambulanten Pflegediensten

Die Arbeit in ambulanten Diensten bringt gegenüber der Situation in der stationären Pflege einige Unterschiede. Für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund kann die individuell im Haushalt des Klienten/der Klientin erbrachte Pflege eine besondere Herausforderung bedeuten. Diese sollten daher zum Thema aufbauender Qualifizierungsmodule gemacht werden.

Wie viele Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund sind in der ambulanten Altenpflege beschäftigt?

Bisher haben wir wenige Informationen über die Situation von Migrantinnen und Migranten als Mitarbeiter/innen und als Klient/innen der ambulanten Pflege. In der Bestandsaufnahme des DIE wurden 16 Pflegedienste in die Befragungen einbezogen. Sie versorgten insgesamt ca. 2500 Klientinnen und Klienten. 213 Klient/innen hatten einen Migrationshintergrund (8 Prozent), und damit war ihr Anteil höher als in der stationären Pflege.

In den 16 ambulanten Diensten waren etwa 1900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege beschäftigt (sehr viele Teilzeitkräfte). 209 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (11 Prozent) hatten einen Migrationshintergrund, deutlich weniger als im stationären Bereich.

Die Herkunftsgruppen sind in stationären und ambulanten Pflegebereichen weitestgehend gleich. Lediglich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter türkischer Herkunft haben im ambulanten Bereich ein etwas stärkeres Gewicht. Die Fachkraftquote ist mit 54 Prozent in den ambulanten Diensten höher als im stationären Bereich.

Diese Ergebnisse repräsentieren lediglich erste Trends, deren Aussagekräftigkeit durch weitere Untersuchungen geprüft werden muss.

Ambulante Pflegedienste (16 Anbieter)

Klientinnen und Klienten gesamt	2535
Klient/innen mit Migrationshintergrund	213
Mitarbeiter/innen gesamt	1948
Mitarbeiter/innen weiblich	1839
Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund	209
Mitarbeiter/innen weiblich und mit Migrationshintergrund	202
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	108

Welche Strukturen zeigt das Versorgungsangebot der ambulanten Pflege?

Insgesamt ist die Situation der ambulanten Pflege unübersichtlich. Es entstehen immer mehr private Pflegedienste, die ihr Angebot auf „ethnische" Klientengruppen ausrichten. Wenn diese auf die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen verzichten, bleibt ihre Arbeit weitgehend unkontrolliert. Besonders unklar sind die Angebotsstrukturen dort, wo im Grenzbereich von Haushaltshilfe und Pflege, Leistungen in Form von „irregulärer Pflegearbeit" (vgl. Kondratowitz 2005) durch Migrant/innen erbracht werden.

Die Versorgungsangebote in der ambulanten Pflege in Deutschland sind an den Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes orientiert. Diese finanziert Leistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft (Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI). Leistungen werden in Form des Pflegegeldes oder Sachleistungen erbracht. Die Versorgungsangebote weisen im internationalen Vergleich große Unterschiede auf (vgl. Kollak 2001). Beispiele aus anderen Ländern ermöglichen eine Analyse deutscher Strukturen und stellen die Verbindungen zum Erfahrungshintergrund der Fortbildungsteilnehmer her.

Welche neuen Versorgungsformen entstehen zurzeit in Deutschland?

Pflegemitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund stehen in der ambulanten Pflege häufig vor Beratungsaufgaben. Sie benötigen daher einen Überblick über die Versorgungsangebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten. In den letzten Jahren sind zwischen der ambulanten und stationären Pflege viele komplementäre Einrichtungen entstanden. Diese können einerseits neue Wohnformen sein, die das selbständige Leben auch bei Pflegebedürftigkeit ermöglichen, oder andererseits teilstationäre Angebote, die familiäre Pflegeleistungen unterstützen.

Ein besonderes Element innerhalb der pflegerischen Versorgung bilden Angebote, die sich auf Klienten mit Migrationshintergrund ausrichten. Dabei ist ein Diskurs zwischen Vertretern interkultureller und „ethniespezifischer" Ansätze entstanden. Pflegende mit Migrationshintergrund haben im Feld der interkulturellen Pflege besondere Expertise, die in Fortbildungsangeboten weiterentwickelt werden kann.

Beispiel:
Ambulante transkulturelle Kranken- und Altenpflege
Transkultureller Pflegedienst Hannover
(Fernando Angel Cubillos, in: Kollak 2001, S. 243-257)

Teil 4: Konzepte für Personalgewinnung und Organisationsentwicklung

4.1. Personalbedarf und Personalgewinnung

Die demografischen Entwicklungen und die Zunahme der Pflegebedürftigkeit stellen zukünftig erhöhte Anforderungen an die Professionalität des pflegenden Personals. Es werden mehr, besser ausgebildete und belastungsfähigere Mitarbeiter/innen gebraucht (vgl. FFG 2004). In Heimen und ambulanten Pflegeeinrichtungen Deutschlands waren 2001 rund 650.000 Personen beschäftigt, über 85 Prozent Frauen (Pfaff 2003, S. 13 ff.). Insgesamt stieg die Anzahl der Beschäftigten im Vergleich zu 1999 um fast 8 Prozent, bei den Altenpfleger/innen im stationären Pflegebereich sogar um 16 Prozent (Pfaff 2003, S. 14). Allein in den Jahren 2000 bis 2003 stieg die Anzahl der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Pflegekräfte um 12% (MAGS-NRW 2006). All dies macht eine Strategie längerfristiger Personalplanung und Personalgewinnung notwendig, in die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund einzubeziehen sind.

Der Personalbedarf ergibt sich einerseits durch neue erweiterte Aufgaben, die mit dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit entstehen, und andererseits durch den Ersatz von Pflegekräften, die aus dem Beruf ausscheiden. Die Bestandsaufnahme des DIE zeigte, dass viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bereits älter sind und schon längere Zeit im Beruf arbeiten. Da fast ein Drittel der Beschäftigten in der Altenpflege einen Migrationshintergrund hat, müssen auch sie nach dem Berufsaustritt ersetzt werden. Zurzeit geht aber die jährliche Zuwanderung insbesondere von Spätaussiedlern immer weiter zurück (Statistisches Bundesamt 2006b, S. 28). Daher ist nicht zu erwarten, dass ausscheidende Pflegekräfte mit Migrationshintergrund weiterhin durch Zuwanderung ersetzt werden können. Wahrscheinlich kann dieser Personalbedarf auch nicht durch deutsche Pflegekräfte gedeckt werden, denn der demografische Wandel führt zu einem Rückgang und zur Alterung des Erwerbspersonenpotentials. Heute stellen die 30- bis 44-Jährigen die größte Gruppe der Erwerbspersonen, aber schon 2010 werden dies die 45- bis 49-Jährigen sein (Harry/Pries in Weiterbildung 2005, S. 8). In den nächsten 20 Jahren werden die geburtenstarken Jahrgänge der 60er Jahre die Gruppe ältere Arbeitnehmer und Ruheständler stellen. Es wird dann mehr über 50-jährige als unter 30-jährige Beschäftigte geben (vgl. BMFSFJ 2005 S. 91).

Aus heutiger Sicht mögen diese Perspektiven noch nicht so aktuell erscheinen und viele Personalverantwortliche sehen bisher keinen Handlungsbedarf. Zurzeit setzen die Krankenhäuser viele Pflegekräfte frei, die teilweise auch in die Altenpflege wechseln. Es ist aber nicht damit zu rechnen, dass diese Entwicklungen längerfristig anhalten und insbesondere bei einer allgemeinen Verbesserung der Arbeitsmarktlage können in der Altenpflege wieder schnell Personalengpässe auftreten. Daher sollten die Einrichtungen schon heute Maßnahmen einleiten, die einerseits die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhen und andererseits die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen erhalten. Neben Maßnahmen der Gesundheitserhaltung und Arbeitsplatzgestaltung spielt die Weiterbildung eine wichtige Rolle. Einen guten Ansatzpunkt liefert die Förderung und Nutzung der Kompetenzen der Pflegenden mit Migrationshintergrund.

4.2. Interkulturelle Kompetenz von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

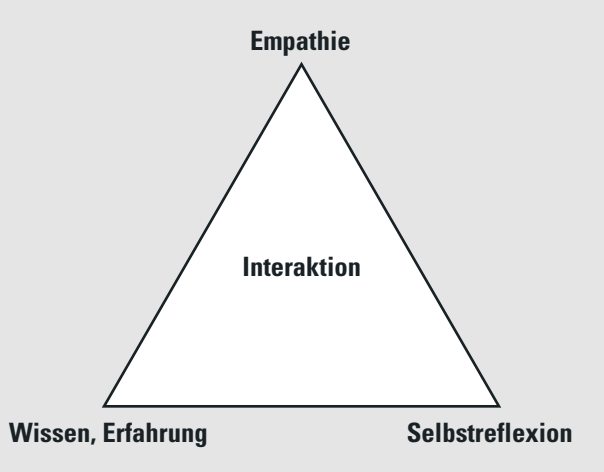
Welche Potentiale und Kompetenzen haben Pflegekräfte mit Migrationshintergrund?

Pflegende mit Migrationshintergrund haben gute Voraussetzungen zur Erlangung der inter- bzw. transkulturellen Kompetenz:[14] Sie verfügen über Wissen zu anderen „Kulturen“ und gesellschaftlichen Verhältnissen, zu anderen Wertvorstellungen, Normen, Religionen, politischen Situationen etc. Sie sind mehrsprachig und kennen Strategien, sich in einer fremden Sprache auszudrücken. Sie haben die Migrationserfahrungen und kennen Gefühle der Fremdheit und des Vertrauens. Sie mussten sich in neuen Situationen zurecht finden und vieles mehr. Doch all dies bedeutet nicht, dass Pflegende mit Migrations-

14 Begriffe werden hier synonym verwendet

hintergrund schon „automatisch“ interkulturell kompetent handelten. Der Migrationshintergrund schützt nicht vor Vorurteilen und Stereotypen, vor Überheblichkeit oder Intoleranz. Erst die Reflexion eigener Erfahrungen, Vorstellungen und Gefühle auf der Grundlage von Wissen führt zur Empathie gegenüber fremden Personen und befremdenden Verhalten. Insofern finden sich bei Pflegenden mit Migrationshintergrund wichtige Potentiale für interkulturell kompetentes Handeln, doch müssen diese gefördert und ausgebildet werden.

Transkulturelle Kompetenz



Literatur: Domenig, Dagmar (Hg.) (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe.

Weiterführende Fortbildungsmaterialien: Diskursanalysen

Die interkulturelle Kompetenz kann in Zusammenhang mit der Förderung der funktionalen Mehrsprachigkeit am Arbeitsplatz von der Methode der Diskursanalyse profitieren. Die Diskursanalyse erweitert unsere Wahrnehmung von Gesprächssituationen um soziokulturelle Aspekte und charakterisiert sie als Szenarien. „Szenario wird hier definiert als die erwartbare Abfolge kommunikativer Handlungen, die teils als rein sprachliche Handlungen, teils als rein nicht-sprachliche Handlungen und teils in gemischter Form ablaufen“ (Beneke in: Grünhage-Monetti 2006). Sprache ist also Handlung, die auf die Gesellschaft gerichtet ist und bestimmte Funktionen erfüllt. Damit stehen die sprachlichen Handlungen und das Zusammenspiel verschiedener sprachlicher Elemente im Vordergrund.

Die Diskursanalyse untersucht die „Szenarien“ nicht nur mit Hilfe der gebrauchten Wörter, sondern auch auf dem Hintergrund der Diskursstrategien, der Sprachintentionen und Notionen. Sprachintentionen sind Teilelemente der Sprachhandlungen. Sie haben bestimmte Funktionen für die Aufnahme und Fortführungen des Gesprächs. Notionen sind Allgemeinbegriffe wie Raum, Zeit, Besitz oder Zugehörigkeit, die dem Diskurs eine bestimmte Ausrichtung geben. Die Analyse und Bewertung der Diskurse mit Hilfe des Szenario-Ansatzes hilft die arbeitsplatz- und berufsbezogene Kommunikation zu verstehen und zu optimieren.

Übung:

Es lassen sich anhand eines Pflegegesprächs mit einer Bewohnerin im Altenheim verschiede Szenarientypen erkennen:

- ➜ Aufbau und Pflege von Kontakten: Gegenseitige Vorstellung, Alltagsgespräche
- ➜ Austausch von Meinungen: Gespräche, Diskussionen
- ➜ Austausch von Informationen: Erklärungen, Berichte
- ➜ Jemanden zu einer Handlung bewegen: Instruktion, Beratung, Vereinbarungen treffen

Beispiel aus der Altenpflege: Szenario das Pflegegespräch

Frühdienst in einem Seniorenheim.
Die Altenpflegerin tritt in das Zimmer von Frau W. um die Körperpflege durchzuführen. (Vorspielen einer authentischen Audioaufnahme).

Diskursphasen

1. Eröffnung: Begrüßung, Selbstvorstellung
2. Angebot, Bitte, Frage
3. Auskunft über die Person
4. Reaktion auf die Vorstellung, eigene Vorstellung
5. Abschluss

Gesprächsauszug Altenpflege /Szenario

Gesprächstext	Diskursstrategie	Grammatik	Notionen	Sprachintention
Pflegende: Guten Morgen Frau W. Guten Morgen.	ein Gespräch einleiten			jemanden ansprechen
Pflegende: Ich möchte Sie gern waschen und aus'm Bett holen, ja.	eine Aussage einleiten	möchten: Absicht, Planung Aussagesatz mit Fragepartikel ja?: Entscheidungsfrage	gern	um Erlaubnis bitten
Bewohnerin: Ja?	die Gesprächspartnerin auffordern weiter zu reden	Ja: Hörsignal		
Pflegende: Ich richte mir jetzt alles zurecht, lasse Ihren Urinbeutel leer laufen.	eine Aussage einleiten	Präsens: Absicht, Planung	jetzt alles	etwas benennen
Haben Sie gut geschlafen?		Informationsfrage Adjektive, Adverbien	gut	sich nach dem Befinden erkundigen

(vgl. TRIM – Training for the Integration of Migrant and Ethnic Workers into the Labour Market and Local Community, Grünhage-Monetti et al 2005).

Bei der Bewältigung kommunikativer Aufgaben wird eine Reihe von Strategien verwendet. Sie können aber sehr unterschiedliche Funktionen und Ziele haben. Trainingskonzepte zur interkulturellen Kompetenz sollten die Relativität der Kommunikationen bewusst machen und für die Wahrnehmung fremder Einstellungen und Wertorientierungen sensibilisieren. Die Diskursanalyse unterstützt so die Förderung der kulturellen und sprachlichen Bewusstheit in der Altenpflege.[15]

Mehrsprachigkeit als Ressource in der Altenpflege

Mehrsprachigkeit ist eine soziale, kommunikative und kognitive Ressource (Gogolin 2005, S. 2). Die Sprachfähigkeit gehört zu den wichtigsten Fähigkeiten, die Menschen im Alltag, in der Familie oder im Beruf benötigen. Sie benutzen dabei Formen der mündlichen und schriftlichen Sprache, die auf die Situationen in Hinblick auf die Personen und diverse Funktionen angepasst werden. Durch entsprechende Förderung kann auf dieser Grundlage Sprachbewusstheit (language awareness) als Teil einer „mehrsprachigen plurikulturellen Kompetenz" entstehen (Europarat 2001). Mehrsprachigkeit ist mehrdimensional und beinhaltet Fähigkeiten des Zuhörens, Sprechens, der Beziehungsgestaltung und des Vermittelns.

Ein wichtiges Element der Sprachbewusstheit ist die Fehleranalyse und Selbstkorrektur. Beispiele für Fehlerquellen liefern Laut-Buchstaben-Beziehung oder Sprachmelodien, die Worten ihre Bedeutungen geben, aber auch Zeit- und Raumvorstellungen, die die Gedankenführung strukturieren. Die Interaktion wird durch zahlreiche psychologische Mechanismen gesteuert, die auf die Kommunikationsprozesse wirken. Schließlich werden Informationen übersetzt, gegliedert, eingeordnet und interpretiert, was wiederum zahlreiche Verstehensfehler mit sich bringt. Sprache codiert kulturelle Vorstellungen, deren Kenntnis für das Verstehen elementar sind.

15 vgl. Kapitel 1.6.

In der Altenpflege wird die Mehrsprachigkeit eine immer wichtiger werdende Kompetenz. Immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen in Deutschland ein höheres Alter und bedürfen professioneller Unterstützung. Pflegende mit Migrationshintergrund eignen sich hier als Sprach- und Kulturmittler.

Ein Beleg der Mehrsprachigkeit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der Altenpflege findet sich bei der Gruppe der Teilnehmenden der Fortbildungserprobungen des DIE. Folgende Sprachen wurden bei 70 Teilnehmenden gut gesprochen:

Russisch	Polnisch	Englisch	Französisch
24	18	10	4
Türkisch	Arabisch	Persisch	
4	3	3	

Jenseits der unterschiedlichen Herkunft kommt es in der Altenpflege zu Begegnung zwischen Pflegenden und älteren Menschen, bei denen die Sprache, bzw. die Sprachstörung eine besondere Rolle spielt. In der Geriatrie werden Formen von Sprachstörungen (Aphasie) beschrieben. Sie können mit „Apraxie“ verbunden sein, bei der komplexe Handlungsabläufe gestört sind und oft die Fähigkeit Formen und Gegenstände zu erkennen fehlt. Krankheitsursachen für Aphasien sind der Schlaganfall (apoplektischer Insult) oder Formen extrapyramidalmotorischer Syndrome (z.B. Parkinsonsyndrom). Aphasien treten auch häufig in Zusammenhang mit hirnorganischen Prozessen auf, etwa bei dementiellen Erkrankungen. Das Konzept der Sprachbewusstheit bekommt auch im Umgang mit Aphasikern stärkere Beachtung, da eine Sprachstörung nicht automatisch mit dem Verlust der Sprachreflexion und metasprachlichen Fähigkeiten einhergehen muss. Die Sprachbewusstheit kann daher bei Diagnostik und Therapie von Aphasien eine wichtige Rolle spielen (vgl. Hinneberg 2004).

Ist die funktionelle Mehrsprachigkeit eine Ressource im Umgang mit Sprachstörungen?

Ähnlich wie der sprachgestörte ältere Mensch kennt der Mitarbeiter nichtdeutscher Herkunft Situationen, die er versteht, doch in denen er sich nicht ausdrücken kann. Häufig fehlt ihm auch der passende Begriff, sodass er die Fähigkeit erwirbt, Dinge zu umschreiben. Wichtig für die Verständigung ist auch die klare sprachliche Artikulation, die Kohärenz von Sprache, Gesten und Gefühlsäußerungen etc. Auch Hinweise zum pflegerisch korrekten Umgang mit Sprachstörungen werden demjenigen, der sich in einer Fremdsprache ausdrücken muss, vertraut vorkommen. *Spreche langsam und deutlich, halte Blickkontakt, bilde keine Schachtelsätze und gib dem Gegenüber Rückmeldungen und vieles mehr.*

These:

Die Mehrsprachigkeit ist zwar noch nicht selbst die Kompetenz im Umgang mit sprachgestörten Menschen, bildet aber eine wichtige Voraussetzung für die notwendige Empathie und Reflexion des Handelns. Möglicherweise zeigen sich die „Brücken des Verstehens“, die Menschen nutzen, wenn sie unterschiedliche Sprachen sprechen, ebenso tragfähig bei der Pflege und der Kommunikation mit sprachgestörten Menschen.

4.3. Interkulturelle Öffnung und Personalförderung

Dort, wo Programme der Personal- und der Organisationsentwicklung gleichzeitig initiiert sind, gelingt der Transfer interkulturellen Lernens besonders gut. In einigen Projekten unterziehen sich Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste einem systematischen Prozess der interkulturellen Öffnung. Dabei werden das Leitbild der Organisation, die Personalstruktur, die Abläufe und Methoden, die Vernetzung, das Wissen und die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortentwickelt. Die Verkoppelung von Maßnahmen der interkulturellen Organisationsentwicklung und Personalenwicklung verhilft den Bildungsbemühungen zu besonders nachhaltigen Ergebnissen, denn der Transfer des Erlernten liegt nicht nur in der persönlichen Verantwortung des Teilnehmers, sondern ist Bestandteil der Ziele der Organisation.

Es stellt sich die Frage, ob die Ressourcen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund bisher ausreichend gewürdigt und wie sprachliche Defizite beurteilt werden. Ressourcen sind zunächst nur Potentiale, die erst durch Maßnahmen der Personalentwicklung bestimmt und gefördert werden müssen. Defizite, auch im Sprachenbereich, können aber nicht nur auf Versäumnisse hier lebender Migrantinnen und Migranten zurückgeführt werden, denn Organisationen tragen Verantwortung für die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mangelnde interkulturelle Orientierung – von Organisationen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – führt zum Ausschluss der zugewanderten Bevölkerungsgruppen (vgl. Arbeiterwohlfahrt 2003, S. 8). In der Kon-

sequenz käme es darauf an, vorherrschende Defizitorientierung gegenüber Pflegenden mit Migrationshintergrund durch differenzierte Haltung im Sinne des „Managements of Diversity“ mit Anerkennung der Unterschiede zu ersetzen.

Welchen Beitrag leisten Qualifizierungen zur interkulturellen Teambildung?

Ein zentrales Thema interkultureller Fortbildung bildet die kulturell vielfältige Zusammensetzung der Teams in der Pflege. Die Interaktionen innerhalb der multikulturellen Pflegeteams und mit den Klient/innen sind nicht spannungsfrei. Aufgeführt werden häufig Sprach- und Kommunikationsprobleme, unterschiedliches Pflegeverständnis und abweichende Arbeitshaltungen. Zahlreiche Pflegekräfte mit Migrationshintergrund haben in ihren Herkunftsländern qualifizierte Ausbildungen durchlaufen, deren schulische Voraussetzungen nicht selten höher waren als beim deutschen Personal, die aber zumeist eher medizinische Schwerpunkte hatten. Selbst die Pflegeausbildung in vielen Ländern Afrikas und Asiens ist häufig an den ehemaligen Kolonialmächten Großbritannien, Niederlande und Frankreich orientiert und damit im Niveau (Akademisierung) und in den Inhalten der deutschen Ausbildung überlegen. Mitarbeiter ausländischer Herkunft berichten häufig über Diskriminierungserfahrungen, die ihnen offen und versteckt begegnen. Die unterschiedliche Herkunft wird zumeist als ein Problem und Defizit betrachtet, denn die Beschäftigung von „Ausländern“ in der Pflege ist eher die Notlösung, da Deutsche diese harte Arbeit nicht leisten wollten. Hier knüpft interkulturelles Lernen an das Thema Antidiskriminierung an und ergänzt Maßnahmen der Teamentwicklung (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002).

Das Pflegemanagement muss die Ressourcen im Sinne der Personalentwicklung multikultureller Teams fördern. Die Mehrsprachigkeit ist eine besondere Fähigkeit von Pflegenden mit Migrationshintergrund, die grundsätzlich bei Verstehensproblemen mit älteren Menschen nützlich sein kann. Unterschiedliches Pflege- und Krankheitsverständnis kann einen hilfreichen Perspektivenwechsel erbringen, der kreative Lösungen für Pflegeprobleme erleichtert und somit Voraussetzungen für Innovationen schafft. Doch kommen diese Ressourcen nicht von allein zum Tragen, sondern sie müssen erkannt und gefördert werden (Human Resources Management). Dem Pflegemanagement kommt hier eine wichtige Aufgabe zu, da auch zukünftig multikulturelle Pflegeteams unsere Realität bestimmen werden. Der interkulturelle Dialog muss entwickelt und interkulturelle Arbeit Bestandteil von Karriereplanung und Qualitätsentwicklung werden.

4.4. Bausteine eines betrieblichen Qualifizierungskonzepts

Das Konzept der sprachlichen und interkulturellen Förderung von Pflegenden mit Migrationshintergrund sollte mehrere Lern- und Handlungsebenen berücksichtigen. Formalisierte Lernangebote können wichtige Impulse für Lernprozesse setzen. Sie helfen Erfahrungen zu verarbeiten oder zu strukturieren. Für die Verbesserung der Sprachfähigkeit spielt aber das regelmäßige individuelle Training eine wichtige Rolle. Dies muss auch in Form des selbständigen Lernens und Übens stattfinden. Schließlich sind Formen des „arbeitsplatzintegrierten Lernens“, die durch Mentorenkonzepte, Arbeitsgruppen und andere dialogische Unterstützungsmodelle am Arbeitsplatz realisiert werden, sehr sinnvoll.

Die Erfahrungen mit dem adressatenorientierten Qualifizierungsangebot waren sehr positiv – die Gruppen waren bunt, lebhaft, interessiert – wie es einer unserer Dozenten zusammenfasste. Dennoch sollten entsprechende Konzepte nicht überall und im großen Stil eingeführt werden, sondern sie sollten eingebettet in Konzepte des interkulturellen Dialogs stattfinden.

So sinnvoll die spezielle Förderung einzelner Gruppen und die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs im geschützten Raum einer Fortbildung ist, so sehr kann ein permanentes Angebot von „Ausländerkursen“ wieder zu neuen Stigmatisierungen führen und damit die Ausgrenzung, statt die Integration fördern. Die Empfehlung der Autor/innen dieses Textes lautet daher in regelmäßigen Abständen besondere Veranstaltungen für Pflegende mit Migrationshintergrund in den Betrieben anzubieten (evtl. 1 x pro Jahr) und den Zeitrahmen ruhig bei 16 bis 30 Stunden zu belassen. Damit aber die Ziele der Verbesserung der Sprachfähigkeit erreicht werden können, müssen die Seminarangebote durch andere Lernformen ergänzt werden. Ein umfassendes Qualifizierungskonzept enthält daher mindestens drei Elemente:

- **Eigene Lernaktivitäten: Selbstlernen mit Medien, Deutsch als Fremdsprache**
- **Training on the job: Unterstützung durch Praxisanleitung, Lerntandems, Gespräche**
- **Inhouse Schulungen: Adressatenspezifische und interkulturelle Fortbildungen**

1. Sprachlernen kann nicht ohne Selbstaktivität funktionieren. In den Fortbildungserprobungen des DIE wurden den Teilnehmern deshalb sowohl während der Seminare, als auch danach Hinweise zum Selbstlernen gegeben – Wie führe ich mein persönliches Wörterbuch, wo kann ich ergänzende Kurse finden, welche Literatur gibt es, was bietet das Internet? Doch diese Angebote sind bisher unzureichend und leider haben viele Pflegende bisher keinen ausreichenden Zugang zum Internet.

2. Ein weiteres wichtiges Element ist das arbeitsplatzintegrierte Lernen: Einige Einrichtungen versuchen z.B. Lernpartnerschaften oder Lerntandems im Team zu installieren. Dadurch kann konkret beim Arbeiten mit dem Pflegeprozess die Sprache und ihr Inhalt geübt werden – und wie so häufig beim Lernen haben beide Partner etwas davon. Andere Lernformen am Arbeitsplatz lassen sich in Besprechungen, bei Übergaben, Qualitätszirkel oder Formen wie Job Rotationen einrichten.

3. Regelmäßige Veranstaltung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und zu interkulturellen Themen liefern aktuelle Informationen, helfen eigene Erfahrungen einzuordnen, bieten Möglichkeiten zur Selbstevaluation und zeigen Qualifizierungswege auf.

Diese drei Elemente –, Selbstlernen, Lernen am Arbeitsplatz und Lernangebote in Form von Seminaren – können, wenn sie systematisch geplant und kontinuierlich verfolgt werden, die zu Anfang dieses Textes geschilderten Probleme gut bewältigen helfen. Gleichzeitig werden sie nützlich für das gesamte Team und potentiell auch für die Bewohner/innen bzw. Klient/innen der Pflegeeinrichtungen sein, da eine verbesserte Kommunikation und Information so wichtig im Pflegealltag ist.

Literatur

Andrews, M.M./Boyle, J.S. (1999): Transcultural Concepts in Nursing Care, Philadelphia

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Köln

Arbeiterwohlfahrt (2003): „Pflege ist Pflege - oder vielleicht doch nicht?“ CD-Rom.
AWO Westliches Westfalen e.V. Dortmund

Arbeiterwohlfahrt (2005): Yalniz Degilsiniz! – Du bist nicht allein. Projekt Demenz und Migration. AWO Westliches Westfalen e.V. Dortmund

Bartholomeyczik, S. (2005): Nachdenken über Sprache. In: Abt-Zegelin, A./Schnell, M.W. (2005) Sprache und Pflege, Bern, S. 23.

Berg. G. (2000): Migration. In: Schwartz, F. W. (Hrsg.): Das Public Health Buch, München, S. 549-556

Besselmann, K./Sowinski, C. (Hrsg.) (1997): Qualitätshandbuch Wohnen im Heim. Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben im Heim. Ein Handbuch zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen, KDA. Köln

BiB, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2000 und 2004): Bevölkerung, Fakten – Trends – Ursachen – Erwartungen. Wiesbaden

BMFSFJ (2005): Fünfter Bericht zur Lage der Älteren Generation in Deutschland, Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin

Brüning, G. (2003): Förderung des zivilen Dialogs, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bonn

Budnik, B. (2005): Pflegeplanung leicht gemacht. München

Collatz, J. (2001): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann T./Salman R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn

Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2003): Bericht 2002. Berlin

Domenig, D. (Hrsg.) (2001): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern

Ertl, A. (2003): **Seminarkonzept „Interkulturelles Pflegemanagement.“ In: Friebe/Zalucki 2003, CD Fortbildungsmaterialien**

Europarat (2001): Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: lernen,
lehren, beurteilen. Goethe Institut / KMK / EDK / BMBWK (Hrsg.). Berlin

Fallner, H./Gräßlin, H.-M. (1990): Kollegiale Beratung, Hille

Fichtner, V./Meier, M. (1988): Pflegeplanung. Basel,

Friebe, J./Zalucki, M. (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld

Friebe, J. (2003): Standardisierte Verfahren beim kultursensiblen Pflegeassessment. In: Pflege und Gesellschaft, 1/2003. Hannover

Friebe, J. (2004): Der biographische Ansatz in der Pflege, in: Pflege und Gesellschaft 1/2004. Duisburg

FFG - Forschungsgesellschaft für Gerontologie (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Dortmund

Gogolin, I./Krüger-Potratz, M./Kuhs, K./Neumann, U./ Wittek, F. (2005): Migration und sprachliche Bildung. Münster

Grünhage-Monetti, M./Holland, C./Sablewiski-Cavus P. (Eds.) (2005): TRIM - Training for the Integration of Migrant and Ethnic Workers into the Labour Market and Local Community. Baltmannsweiler

Grünhage-Monetti, M. (Hrsg.) (2006): Interkulturelle Kompetenz in der Zuwanderungsgesellschaft. Bielefeld

Haasen, C. (2000): Kultur und Psychopathologie. In: Haasen, C./Yagdiran, O. (Hrsg.): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg

Harry, M./Pries, H. (2005): Die Zukunft der Arbeit. In: Weiterbildung 3/2005: Die Zukunft älterer Mitarbeiter. Frankfurt/M, S. 8 – 11

Hinneberg, S. (2005): Sprachbewusstheit und Aphasie. Hamburg

Höhmann, U. (2006): „Hilfehandeln" als Tätigkeit der beruflichen Pflege. In: Pflege und Gesellschaft 1/ 2006, 11.Jg., S. 17-29. Weinheim

Hornung, R./Lächler, J. (2006): Psychologische und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Weinheim

Interministerielle Arbeitsgruppe ‚Demografischer Wandel' (2005): Den demographischen Wandel in Nordrhein-Westfalen gestalten. Herausforderungen annehmen – Chancen nutzen. Düsseldorf

KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (2005): „Wie geht es Ihnen?" – Landesinitiative Demenz-Service. Köln

Kirks, A. / Scherer, B. / Streit, C. (2000): Deutsch/ Kommunikation in der Altenpflege - Lehrerbuch und Schülerbuch. Troisdorf

Kohli, M. (1992) Altern in soziologischer Perspektive. In: Baltes, P./Mittelstraß, J. Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, S. 231-259. Berlin

Kollak, I. (2001): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Frankfurt/M

Kollak, I. (2003): Pflegepädagogik und Kultur. In: Friebe/Zalucki 2003, S. 61-82

Kondratowitz, von H.-J. (2005). Die Beschäftigung von Migrant/innen in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 6/2005, S. 417-423. Darmstadt

Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlicher-rehabilitierender Prozesspflege. In: BMGS-Schriftenreihe 16. Baden-Baden

Kuwan, H./Thebis, F. (2005): Berichtssystem Weiterbildung IX 2004, BMBF. Bonn

Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW – Bericht der Enquete Kommission. Düsseldorf

LDS-NRW, Landesinstitut für Statistik (2004): Statistischer Jahresbericht 2002 und 2004. Düsseldorf

LDS-NRW, Landesinstitut für Statistik (2006): Fast ein Viertel der NRW-Einwohner mit Migrationshintergrund. www.lds.nrw.de 2006-08-10. Düsseldorf

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

Löser, A.P. (2004): „Pflegeberichte endlich professionell schreiben." Hannover

Maas, U. (2005): Sprache und Sprachen in der Migration im Einwanderungsland Deutschland. In: Maas, U. Sprache und Migration. Osnabrück

MAGS, Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes NRW (2006): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW. Düsseldorf

MASQT, Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW (2000): Zuwanderung und Integration in NRW – Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Zuwanderung" der Landesregierung. Düsseldorf

MGSFF, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (2002 u. 2004): Zuwanderungsstatistik Nordrhein-Westfalen – Zahlenspiegel. Düsseldorf

MGSFF, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (2004): Zuwanderung und Integration in Nordrhein-Westfalen - 3. Bericht der Landesregierung. Düsseldorf

MiA – Migrantinnen in die Arbeitswelt (2005): Pflegerelevante Fachbegriffe – Deutsch-Deutsch erklärt, Arbeiterwohlfahrt. Berlin

Papadopoulos; I. (2003): Das Lehren transkulturelle Pflege an einer britischen Universität. In: Friebe/ Zalucki, S. 85 - 99

Peikert, I. (2006): Deutsch für die Altenpflege, München

Pfaff, H. (2003): Personalsituation in der Pflege im Spiegel der Pflegestatistik vom 15.12.2001. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe: Dokumentation der KDA Fachtagung, S. 15. Köln

Powell, J. (2005): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Landesinitiative Demenz-Service, Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln

Robert Bosch Stiftung (2001): Pflege neu denken, Stuttgart www.bosch-stiftung.de 2006-02-16

Ruhe, H. (2003): Methoden der Biografiearbeit, Weinheim

Schmidt, W. (2003): Alter – Migration – Qualifizierung. In: Friebe/Zalucki S.13 - 28

Schopf C./Naegele G. (2005): Alter und Migration. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2005, S. 384-395. Darmstadt

Spahn, C. (2005): Schriftliche Kommunikation im multikulturellen Pflegeteam. In: Haus Neuland: Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Bielefeld

Statistisches Bundesamt (2003): Pflegestatistik 2001 und Pflegestatistik 2003,
4. Bericht. Bonn

Statistisches Bundesamt (2006a): Leben in Deutschland. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2006b): Statistisches Jahrbuch 2006. Wiesbaden

Switalla, B. (2005): Sprachliche Anforderungen in der Altenhilfe. In: Haus Neuland: Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Bielefeld

Treibel, A. (1999): Migration in modernen Gesellschaften. Weinheim

Wied, S. (1999): Interaktion. In: Kollak, I./Kim, H.S. (Hrsg.): Pflegetheoretische Grundbegriffe. Bern

Yilmaz, T. (1997): „Ich muß die Rückkehr vergessen!“ Duisburg

Zegelin-Abt, A. (1997): Sprache und Pflege, Stuttgart und Abt-Zegelin, A./Schnell, M.W. (2005): Sprache und Pflege (2. Auflage). Bern

Diese Publikation ist eine „Handreichung“ für Bildung Praxis in der Altenpflege. Sie ist im Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) entstanden und beinhaltet eine Bestandsaufnahme über die Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der Altenpflege Nordrhein-Westfalens sowie entsprechende Qualifizierungsangebote und Empfehlungen für die interkulturelle Bildungsarbeit.