

Jens Friebe, Michaela Zalucki (Hrsg.)

Interkulturelle Bildung in der Pflege

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Online im Internet:

URL: http://www.die-bonn.de/espid/dokumente/doc-2003/friebe03_01.pdf

Dokument aus dem Internetservice [texte.online](http://www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/index.asp) des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung

<http://www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/index.asp>

Abstract

Jens Friebe, Michaela Zalucki (Hrsg.) (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege

Fragen der Interkulturalität bestimmen zunehmend das Berufsfeld Pflege und Gesundheit: Migrant/inn/en verbleiben auch im Alter in Deutschland und nehmen vermehrt Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in Anspruch. Zudem ist die Zahl der im Berufsfeld tätigen Pflegekräfte beständig gestiegen. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich ein neuer Bildungsbedarf, der sowohl in der Erstausbildung als auch in Fortbildungen für das Pflegepersonal künftig stärker zu berücksichtigen ist. Hierzu liefern die in diesem Band zusammengestellten Beiträge wertvolle Anregungen. Neben theoretisch-konzeptionellen Überlegungen werden Ansätze für interkulturelle Qualifizierungskonzepte im Pflegebereich geliefert.

Herausgeber

Jens Friebe ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des DIE im Programm „Lehre in der Weiterbildung“
Michaela Zalucki war wissenschaftliche Mitarbeiterin des DIE im Projekt [iku:]

Jens Friebe/Michaela Zalucki (Hrsg.)

Interkulturelle Bildung in der Pflege



Herausgebende Institution

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) ist eine Einrichtung der Leibniz-Gemeinschaft und wird von Bund und Ländern gemeinsam gefördert. Als wissenschaftliches Institut erbringt es Dienstleistungen für Forschung und Praxis der Weiterbildung. Das Institut wird getragen von 18 Einrichtungen und Organisationen aus Wissenschaft und Praxis der Erwachsenenbildung, die Mitglieder im eingetragenen Verein „DIE“ sind.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Die dieser Publikation zugrundeliegenden Vorhaben wurden mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen W 1181.00 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Verlag:

W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG

Postfach 10 06 33

33506 Bielefeld

Telefon: (0521) 9 11 01-11

Telefax: (0521) 9 11 01-19

E-Mail: service@wbv.de

Internet: www.wbv.de

Bestell-Nr.: 81/0095

© 2003 W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Bielefeld

Satz: Grafisches Büro Horst Engels, Bad Vilbel

Herstellung: W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld

ISBN 3-7639-1886-8

Inhalt

Vorbemerkungen	5
Einleitung	7
I. Grundlagen und Konzepte in der interkulturellen Pflegebildung	
<i>Waldemar Schmidt</i>	
Alter – Migration – Qualifizierung (Neue) Anforderungen an die Zuwanderungsgesellschaft	13
<i>Charlotte Uzarewicz</i>	
Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege	29
<i>Ingrid Kollak</i>	
Pflegepädagogik und Kultur: Anforderung und Wirklichkeit	47
<i>Jutta Dornheim</i>	
Konzepte zu „Kultur“ und „kultureller Identität“ für die Pflegebildung Synopsis – Kritik – Perspektiven	61
II. Interkulturalität und Pflege im internationalen Diskurs	
<i>Irena Papadopoulos</i>	
Das Lehren transkultureller Pflege an einer britischen Universität	85
<i>Jan Booij/Carla von den Bergen</i>	
Erneuerung der Altenpflege in den Niederlanden und Europa Interkulturalisation als Chance	100

Christine Binder-Fritz
Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen
für den Pflegebereich am Beispiel Österreich 116

III. Perspektiven für die interkulturelle Bildung in der Altenpflege

Jens Friebe
Interkulturelle Bildung für Pflegende
Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland 145

Michaela Zalucki
Interkulturelle Fortbildung in der Altenpflege
Überlegungen zur künftigen Konzeptentwicklung 159

Autorinnen und Autoren 170

Vorbemerkungen

Wenn in der Weiterbildung von „interkulturellem Lernen“ die Rede ist, dann treten nicht selten Assoziationen zutage, die dem Thema nur eingeschränkt gerecht werden. Gedacht wird häufig an Lernarrangements, in denen Ausländer und Deutsche „irgendwie gemeinsam lernen“. Interkulturelles Lernen wird in erster Linie verbunden mit Sonderveranstaltungen und Projekten – verortet in dementsprechenden Angebotsbereichen der kulturellen und politischen Weiterbildung. Dort wird dem Ansatz überwiegend eine hohe soziale Bedeutung für das friedliche Miteinander in einer multikulturellen Gesellschaft zugeschrieben. Ähnlich verortet werden interkulturelle Projekte auch in der Weiterbildungspolitik: Wird ein Projektprogramm aufgelegt, so wird die interkulturelle Bildung oft als ein potenziell zu fördernder innovativer Ansatz anerkannt. Veränderte Regelförderungsbedingungen für Programme interkulturellen Lernens sind allerdings noch nicht in ausreichendem Maß geschaffen. Dabei handelt es sich bei der interkulturellen Bildungsarbeit um ein integratives didaktisches Prinzip für die gesamte Weiterbildung. Letztlich findet das Lernen Erwachsener ja immer an der Differenz Erfahrung statt. Dennoch scheinen die Bildungspotenziale des interkulturellen Lernens immer noch keine ausreichende Anerkennung in dem Gesamtbereich der Weiterbildung erhalten zu haben.

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung beschäftigt sich mit den konzeptionellen, didaktischen und methodischen Fragen des interkulturellen Lernens zwar kontinuierlich. Selbstkritisch gesehen, steht sein Engagement jedoch vorwiegend in den jeweils zeitlich befristeten Projekten im Vordergrund. Ende der siebziger Jahre führte das Institut ein großes Projekt zur didaktischen Ausgestaltung von Lehrgängen zum nachträglichen Erwerb des Hochschulabschlusses durch. Leider gehört der Zweite Bildungsweg aktuell, trotz der PISA-Folgedebatten, zu dem Weiterbildungsbereich, der am meisten beschnitten wird. Im Sinne der Förderung des lebenslangen Lernens wäre es ungenutzbar, solche Konzepte und Erfahrungen mit Vertretern der schulischen Erstausbildung zu kommunizieren. Aktuell bearbeitet das DIE zusammen mit unterschiedlichen Ländern, Trägern, Einrichtungen und europäischen Partnern ein Projekt zur „Förderung des zivilen Dialogs“. Ansatzpunkt ist die Verbesserung der Kommunikation zwischen der öffentlichen Verwaltung und der ausländischen Bevölkerung. Denn schließlich war das Ziel der Verwaltungsreform bei den öffentlichen Dienstleistungen nicht allein die Einsparung von Finanzmitteln, sondern ebenfalls eine verbesserte Kunden- respektive Bürgerorientierung.

Das Projekt „Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege“ [iku:], aus dem das vorliegende Buch entstanden ist, beschäftigte sich in mehrfacher Hinsicht mit bedeutsamen perspektivischen gesellschaftlichen und damit auch weiterbildungspolitischen Anforderungen: die multikulturelle Gesellschaft, die alternde Gesellschaft, die zunehmende Bedeutung des Pflegebereichs. Das DIE hat hier also ein in mehrfacher Hinsicht zukunftsbedeutsames Arbeitsfeld der Weiterbildung aufgeschlossen. Älter werdende Ausländer sind genau so wie die Deutschen von den Modernisierungs- und Individualisierungstendenzen unserer Gesellschaft betroffen. Auch sie werden im Alter häufiger in Pflegeeinrichtungen betreut werden müssen. Das stellt Anforderungen an die professionelle Pflege, die in der Erstausbildung wie in der berufsbegleitenden Fortbildung zu berücksichtigen sind. Dass das Projekt dabei Konzepte und Erfahrungen aus „fortgeschritteneren“ europäischen Partnerländern berücksichtigen konnte, kann als Beleg gelten, dass die Projektarbeit selbst zum Ort des interkulturellen Lernens wurde. Die enge Kooperation mit ausgewählten Fachhochschulen, Fortbildungsakademien der Wohlfahrtsverbände und Weiterbildungseinrichtung bei der praktischen Umsetzung und die konstruktive Zusammenarbeit mit Vertretern aus Universitäten, außeruniversitären Forschungseinrichtungen und der Politik, für die sich das DIE an dieser Stelle bei allen Akteuren aufrichtig bedankt, gibt zu Hoffnungen Anlass, dass Nachhaltigkeit nicht nur eine Anspruchssprechblase bleibt. Wir hoffen sehr, dass auf dieser Grundlage notwendige Weiterentwicklungen stattfinden können und aufgebaute Netzwerkstrukturen und anerkanntes Know-how in Zukunft produktiv wirken können.

*Klaus Meisel
Deutsches Institut für Erwachsenenbildung*

Einleitung

Innerhalb der vergangenen zehn Jahre lässt sich in der Pflege in Deutschland ein Wandel beobachten. Deutschland wird als Einwanderungsland begriffen, was sich unmittelbar in der Pflege widerspiegelt. So treten Zugewanderte zum einen als Klient/innen, zum anderen als Mitarbeiter/innen in der Alten- und Krankenpflege ins Blickfeld. Die theoretisch-konzeptionelle Entwicklung der Pflege im Kontext von Migration wurde durch Madeleine Leiningers Theorie der transkulturellen Pflege angeregt. Schon bald zeigte sich jedoch, dass die in den USA entstandene Theorie nicht auf deutsche Verhältnisse übertragen werden konnte. Auch die kulturtheoretischen Implikationen Leiningers standen zur Diskussion. Ein entscheidender Impuls für die Entstehung eines lebhaft geführten Diskurses um Kultur, Migration und Pflege ging von der Publikation von Charlotte Uzarewicz und Gudrun Piechotta aus dem Jahr 1997 aus. In dem Sammelband „Transkulturelle Pflege“, damals noch als Sonderband der ethnomedizinischen Zeitschrift *Curare* erschienen, wurden erstmals umfassendere theoretische Positionen sowie Reflexionen der Pflegepraxis in Bezug auf Interkulturalität/Transkulturalität angestellt. Inzwischen gibt es zahlreiche Publikationen, denen die Triade Pflege, Kultur und Migration gemeinsam ist, auch wenn keine Einheitlichkeit in den verwendeten Begrifflichkeiten besteht. Interkulturell, transkulturell, multikulturell, kultursensibel und kultursensitiv sind einige der Adjektive aus den veröffentlichten Titeln der jüngsten Vergangenheit. Diese begriffliche Vielfalt spiegelt sich auch in dem vorliegenden Band wider, der im Rahmen des Projektes „Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege“ [iku:] am Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE) entstanden ist. Der Band gliedert sich in drei Teile:

Teil I gibt einen Einblick in Grundlagen und Konzepte der interkulturellen Bildung in der Pflege. Waldemar Schmidt leitet in seinem Beitrag den Bildungsbedarf aus der demografischen Entwicklung in Deutschland ab. Er macht deutlich, dass ältere Menschen nicht-deutscher Herkunft zur Zeit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe darstellen. Die Alterung unserer Gesellschaft führt zu einer steigenden Nachfrage an Gesundheits-, Altenhilfe- und Pflegeleistungen. Schmidt verdeutlicht anhand einer Untersuchung im Kreis Lünen, dass die Inanspruchnahme derartiger Unterstützungsleistungen von Migrantinnen und Migranten durch zahlreiche Zugangsbarrieren und Informationsdefizite erschwert wird. Die interkulturelle Bildung kann hier einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsangebote leisten. Anschließend führt Charlotte Uzarewicz den Begriff der Transkulturalität ein und erläutert ein Konzept zur Kompetenzförderung in der Altenpflege. In einer individualisierten modernen Gesellschaft kann nicht das „Wissen um kollektives Fremdes“ den Ausgangspunkt für die Pflegeinteraktion

sein, sondern die konkrete Lebenssituation, individuelle Biografie und persönliche Strategien zur Bewältigung des Alltags der Einzelnen müssen im professionellen Kontext handlungsleitend werden. Migration und Altern werden im Konzept von Transkulturalität als Grenzerfahrungen aufgefasst. Die Altenpflege ist gefordert, diese Grenzen zu erkennen und ihrer Bedeutung für das Individuum zu erfassen. Ingrid Kollak reflektiert in ihrem Beitrag die Anforderungen und Wirklichkeit aus Sicht der Pflegepädagogik. Sie zeigt die Entwicklung von der Ausländerpädagogik zur interkulturellen Pädagogik im Kontext der politischen Veränderungen auf und thematisiert den Widerspruch zwischen dem Anspruch nach Kultursensibilität und gesellschaftlicher Normativität. Die Pflege älterer Migrant/innen steht sowohl in der Gefahr unreflektierter Typisierungen, wie auch der Individualisierung gesellschaftspolitischer Probleme. Biografische Ansätze sind dabei noch am besten geeignet, in der Altenpflege erfolgreiche Versorgungsplanung zu gewährleisten und zu realisieren. Jutta Dornheim erläutert anhand eines Fallbeispiels, welche Kulturkonzepte als „Alltagstheorien“ in den Köpfen sowohl der Pflegenden als auch der Klientel vorhanden sind und wie diese in die Entwicklung der Kulturtheorie einzuordnen sind. Sie zeigt verschiedene Strömungen der aktuellen Kulturdebatte auf und überprüft sie auf ihre Anschlussfähigkeit an die Pflegewissenschaft. Die Konturen eines fachdidaktischen Kulturkonzeptes sind dabei noch zu entwickeln und mit Kompetenzkonzepten zu verbinden.

Teil II gewährt einen Einblick in die Umsetzung von Interkulturalität in der Pflegebildung und -praxis anhand von ausgewählten internationalen Beispielen. Irena Papadopoulou stellt das Modell zur transkulturellen Pflegebildung der Middlesex University in London vor. Der von ihr eingeführte Begriff der kulturellen Kompetenz wird über mehrere Stufen erreicht, die ein Kontinuum von der kulturallgemeinen zur kulturspezifischen Kompetenz darstellen. Papadopoulou erläutert in ihrem Beitrag die Einflussfaktoren auf die Kompetenzentwicklung und gibt Auskunft über erste Evaluationsergebnisse. Jan Booijs und Carla van den Bergen beschreiben in ihrem Beitrag den interkulturellen Öffnungsprozess einer Pflegeeinrichtung in Den Haag. Die Vielfalt der Klient/innen und Mitarbeiter/innen fördert gemeinsame Lernprozesse, die eine angemessene Erfüllung des Pflegebedarfs ermöglichen und in der Einrichtung eine eigene Kultur entstehen lassen. Organisationen und Politik haben sich an den veränderten Bedürfnissen älterer Menschen, mit und ohne Migrationshintergrund – allochthoner und autochthoner Herkunft – auszurichten und eine menschliche und fachliche Pflege zu bieten. Christine Binder-Fritz berichtet zunächst von ihren Fortbildungserfahrungen für Pflegenden in Österreich. Sie hebt zentrale Bestandteile der Fortbildungsprogramme, die aus der Genderforschung und medizinischen Anthropologie stammen, hervor. Auf dieser Grundlage lässt sich das Thema „alt werden in der Fremde“ in seinen sozioökonomi-

schen, kulturellen und biografischen Aspekten erfassen. Besondere Aufmerksamkeit wird der Herausforderung Demenz und Migration gewidmet und schließlich werden die Chancen interkultureller Bildung in der Pflege aufgezeigt.

Teil III widmet sich den Perspektiven der interkulturellen Bildungen in der Altenpflege, wie sie im Kontext des Projekts [iku:] entwickelt wurden. Die Konzepte befinden sich mit weiteren fortbildungsrelevanten Materialien im Anhang auf einer CD-ROM und stehen somit der Allgemeinheit zur Verfügung. Jens Friebe ergänzt die europäischen Entwicklungen in der Pflegebildung um eine Betrachtung der aktuellen Situation in Deutschland. Migration und Globalisierung werden als Lernanlass in der Pflege betrachtet, der in Aus- Fort- und Weiterbildungen genutzt werden soll. Anhand erster Fortbildungserfahrungen am Deutschen Institut für Erwachsenenbildung im Feld der Altenpflege stellt er die Bedeutung interkulturellen Orientierungswissens heraus und zeigt Möglichkeiten zur didaktischen Umsetzung auf. Michaela Zalucki gibt anschließend einen Einblick in die Struktur und Inhalte der Module. Neben einem Exkurs in das Gebiet der interkulturellen Kompetenz zeigt sie aufgrund der Projekterfahrungen künftige Forschungsbedarfe auf.

Alle Beiträge nähern sich dem Thema interkulturelle Bildung aus verschiedenen Perspektiven und erzeugen so einen Spannungsbogen, bei dem sich Widersprüche und Ergänzungen zeigen. Doch alle Autorinnen und Autoren sind von der Notwendigkeit interkultureller Bildung in der Pflege überzeugt und betonen darüber hinaus die Bereicherung, die dieses Thema der Profession bringt. Für die Mitarbeit an diesem gemeinsamen Projekt danken die Herausgeberin und der Herausgeber allen Beteiligten, insbesondere Birgit Hauk und Evelyn Schoppa für die redaktionelle und administrative Unterstützung.

Das Projekt [iku:] des DIE wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung finanziert, dem an dieser Stelle besonders zu danken ist.

*Jens Friebe
Michaela Zalucki*

I. Grundlagen und Konzepte in der interkulturellen Pflegebildung

Alter – Migration – Qualifizierung

(Neue) Anforderungen an die Zuwanderungsgesellschaft

1. „Auch Migranten werden alt“

So lautete das Thema einer Tagung, die im Sommer 2003 im Rahmen eines Modellvorhabens stattgefunden hat, von dem noch die Rede sein wird. So banal die zitierte Feststellung ist, kommt sie gleichwohl überraschend für eine Gesellschaft, die sich seit der Anwerbung der ersten „Gastarbeiter“ Mitte der fünfziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts weisgemacht hat bzw. der von ihren politischen Eliten – zunehmend wider besseres Wissen, zumindest Wissenkönnen – weisgemacht worden ist, *keine* Zuwanderungsgesellschaft zu sein. Mittlerweile hat der politische Wind gedreht; u. a. war der Schock des demografischen Wandels heilsam in dieser Beziehung, und auch wenn die zu erwartende Schrumpfung der Bevölkerung (Bundesministerium des Inneren – BMI 2000) durch höhere Zuwanderung nicht zu kompensieren sein wird, schien zeitweilig kaum mehr umstritten, dass Deutschland Zuwanderer braucht. Dass dieser unvermittelte Wechsel der Perspektive, die Anerkennung von Zuwanderung als nicht nur nicht vorübergehendes, sondern sogar wünschenswertes Phänomen mit großer Wahrscheinlichkeit neue Probleme in Gestalt xenophober Reaktionen aufwerfen wird, lässt die in manchen Medien regelmäßig wiederkehrende bange Frage vermuten, ob die Deutschen aussterben. Brisanz steckt vor allem darin, dass sich der Sinn weiterer Zuwanderung oberflächlicher Betrachtung, wie sie dem „gesunden Volksempfinden“ eigen ist, angesichts hoher und absehbar weiter steigender Arbeitslosenquoten nicht spontan erschließt. Desto gebotener im Interesse des sozialen Friedens ist darum die öffentliche Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Fragen, die sich aus der Existenz – der Begriff Zusammenleben ist auch nach bald fünfzigjähriger Migrationsgeschichte nur mit Zurückhaltung zu verwenden – von Deutschen und Personen nicht-deutscher Herkunft innerhalb der Grenzen dieser Republik ergeben.

Hierzu zählt das Altern von Migrant/innen, das in seinen Bedingungen und Ausprägungen im Kontext der Alterung der Bevölkerung im Allgemeinen Unterschiede zu dem der „geborenen“ Deutschen aufweist, die im Bedarfsfall modifizierte, womöglich auch gänzlich neue Konzepte für Politik, Verwaltungshandeln und die Angebots- und Versorgungsinfrastruktur für ältere Menschen erfordern. Die Bedeutung, die den konkreten Gegebenheiten im engeren Le-

bensumfeld für das Älterwerden zufällt, ist in der sozialgerontologischen Diskussion immer hervorgehoben worden, und so ist bemerkenswert, dass das Interesse kommunaler Altenpolitik und Altenplanung an den örtlichen Migrantenspopulationen zögerlich zwar, doch unverkennbar wächst. Damit erreicht eine Debatte allmählich den kommunalen Alltag, die in der Fachwissenschaft schon seit Ende der achtziger Jahre im Zusammenhang mit dem Strukturwandel des Alter(n)s geführt wird und politischen Niederschlag beispielsweise im 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales – MAGS 1991) gefunden hat. Zwar werden ältere Ausländer auf Grund ihres – noch – geringen Bevölkerungsanteils im 2. Landesaltenplan nicht als separate Zielgruppe der Politik für ältere Menschen aufgefasst, doch wird „eine der Zukunftsaufgaben altenpolitischer Planung“ darin gesehen, in dieser Beziehung „die konkrete Entwicklung zu beobachten“ (MAGS 1991, S. 46). Eine Reihe von Publikationen zum Thema ist seither erschienen, von denen hier exemplarisch nur Rückert (1992), Olbermann (1994) und Naegele/Olbermann/Dietzel-Papakyriakou (1997) genannt sein sollen. Auch ist eine Vielzahl von Projekten ins Leben gerufen worden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ 2000); auf eines, das seit Anfang 2001 im Kreis Unna durchgeführt wird und sich mit den Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen *türkischer* Herkunft befasst, wird – ohne einer abschließenden Bewertung vorzugreifen zu wollen – in diesem Beitrag Bezug genommen, weil hier Konzepte und Methoden der Erwachsenenbildung, bedingt durch die Konstellation der Projektträger, im Zentrum der Beschäftigung mit den Bedarfslagen älterer Menschen aus der Türkei stehen, die durch eine repräsentative Befragung in den Modellkommunen erhoben worden sind (Näheres zum Projekt siehe Kap. 3). Zuvor aber wird der Blick auf einige Details der *Zuwanderung* sowie der *Alterung* des nicht-deutschen Bevölkerungsanteils gerichtet, um zu begründen, warum

- ältere Menschen nicht-deutscher Herkunft als *spezifische Zielgruppe* von Angeboten, Dienstleistungen, Maßnahmen etc., welche die Lebenssituation im Alter betreffen, angesehen werden müssen, und
- die Fokussierung älter werdender türkischer Migrant/innen in dem genannten Modellvorhaben sinnvoll ist.

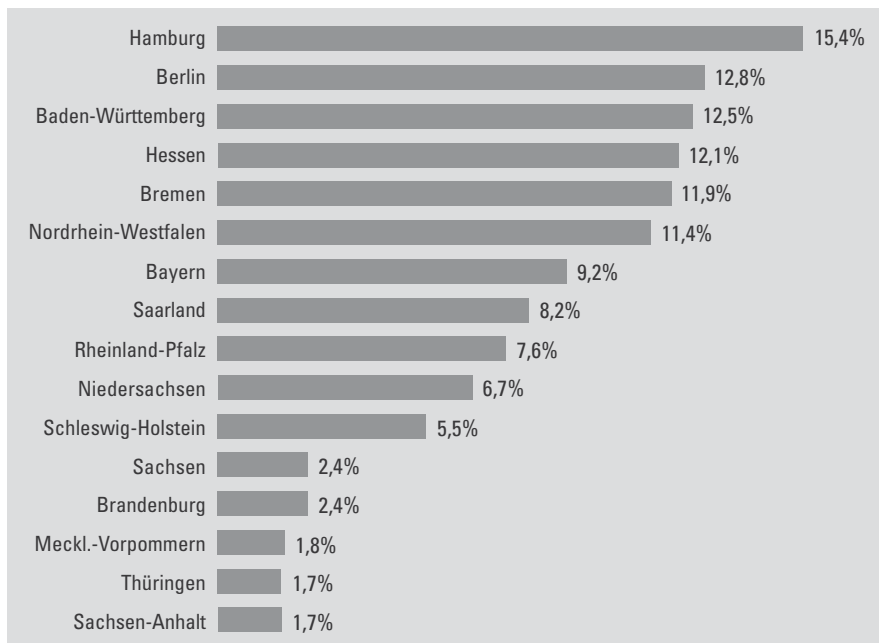
2. Zuwanderungsland Deutschland

Zur Entwicklung der Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland und zur Struktur des ausländischen Bevölkerungsanteils liegt umfangreiches Datenmaterial vor, dessen Qualität, was sowohl den Bestand nicht-deutscher Personen wie kurzfristige Wanderungsbewegungen betrifft, von der Kommission „Zuwanderung“ (2001, S. 287 ff.) allerdings in mancherlei Hinsicht bemängelt wird. Auf diese Kritik im Einzelnen einzugehen, führt hier zu weit; die folgende

Beschreibung der Ausländerpopulation sollte wegen bestehender Defizite der statistischen Erhebung aber *cum grano salis* genommen werden, wenngleich nicht davon auszugehen ist, dass die getroffenen Aussagen in ihrer Tendenz fraglich sind. Hinzu kommt im Übrigen, dass bei der Analyse von Lebens- und Bedarfslagen älter werdender Migrant/innen auch diejenigen berücksichtigt werden müssen, die von der Ausländerstatistik nicht mehr erfasst werden, weil sie die deutsche Staatsbürgerschaft erworben haben, wodurch sich ihre materielle Situation nicht zwangsläufig substantiell verändert. Als Datenquellen werden an dieser Stelle primär der Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (hier zitiert als Bericht 2002) sowie eine im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA 2002) durchgeführte Repräsentativstudie zur Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen herangezogen.

Die Zahl der im Bundesgebiet lebenden Ausländer ist von weniger als 700.000 im Jahr 1960 bis 2001 auf deutlich mehr als sieben Millionen gestiegen, hat sich also im Zeitraum von rund vierzig Jahren mehr als verzehnfacht (Bericht 2002, Tabelle 11, S. 423). Die ungleich hohen Ausländeranteile in den

Abbildung 1: Ausländeranteil in den Bundesländern am 31.12.1999



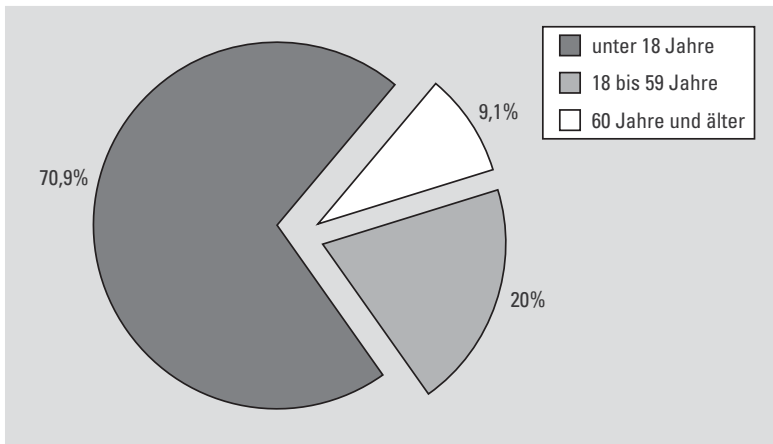
(Quelle: Statistisches Bundesamt)

einzelnen Bundesländern, die Abbildung 1 wiedergibt, erklären sich aus dem wichtigsten Zuwanderungsanlass, der Aufnahme einer Beschäftigung in den industriellen Ballungszentren Deutschlands, die später auch den Zuzug von Familienangehörigen bedingt hat. Nordrhein-Westfalen, das bevölkerungsreichste Bundesland, weist zwar nicht den höchsten Anteil, aber mit über zwei Millionen die größte Zahl nicht-deutscher Einwohner/innen auf, gefolgt von Baden-Württemberg (1,3 Millionen) und Bayern (1,1 Millionen). Der Anteil *älterer* Menschen ist unter den Ausländer/innen (Abbildung 2) wesentlich geringer als im Bundesdurchschnitt: Ende 2001 waren 9,1 % von ihnen 60 Jahre oder älter, 5,1 % 65 Jahre oder älter (Bericht 2002, Tabelle 14, S. 426), wogegen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 17 % der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt waren.

Sehr unterschiedlich sind auch die Anteile der verschiedenen Nationalitäten an der Ausländerpopulation in der Bundesrepublik (Bericht 2002, Tabelle 13, S. 425): Es dominieren diejenigen Länder, in denen während der Jahre des deutschen Wirtschaftswunders Arbeitskräfte rekrutiert wurden, d. h. die Länder des südlichen und südöstlichen Europa, also – in absteigender Reihenfolge ihrer Anteile – das ehemalige Jugoslawien, Italien, Griechenland, Portugal und Spanien, aber mit dem *größten nationalen Anteil* (fast zwei Millionen Personen bzw. 26,6 %) die *Türkei*. Die türkischen Migrant/innen verteilen sich im Wesentlichen analog der ausländischen Bevölkerung insgesamt auf die Bundesländer; wie vom Statistischen Bundesamt und dem Zentrum für Türkeistudien ausgewiesen, leben die meisten türkischen Staatsangehörigen (rd. 750.00 am 31.12.1997) in Nordrhein-Westfalen, nur etwa halb so groß ist ihre Zahl in Baden-Württemberg und noch merklich geringer in Bayern. Die *Altersstruktur* der in Deutschland lebenden Türkinnen und Türken weicht vom Durchschnitt der ausländischen Bevölkerung europäischer Herkunft ab (Bericht 2002, Tabelle 15, S. 427): Während unter den EU-Ausländern der Anteil 60-jähriger und Älterer etwa 12 % beträgt, liegt er unter den Angehörigen der anderen europäischen Länder knapp unter 8 % und unter den Türkinnen und Türken noch niedriger (7,3 %). Bezieht sich die Darstellung daher nur auf den *Anteil* der Altenbevölkerung an den Migrant/innen aus der Türkei, wird übersehen, dass deren *Anzahl* sie mit mehr als 140.000 als *größte nationale Gruppe* unter den älteren Ausländern exponiert.

Besonderheiten des Älterwerdens in einem fremden nationalen bzw. kulturellen Kontext können, wie bereits erwähnt, dem Grundsatz nach nicht nur bei Personen auftreten, die *nicht* die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, sondern auch bei eingebürgerten. Die Zahl der Einbürgerungen hat sich von 1994 bis 2001 mit gewissen Schwankungen fast verdreifacht, von ca. 61.700 auf 178.100, und ist insbesondere nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des

Abbildung 2: Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung am 31.12.1999



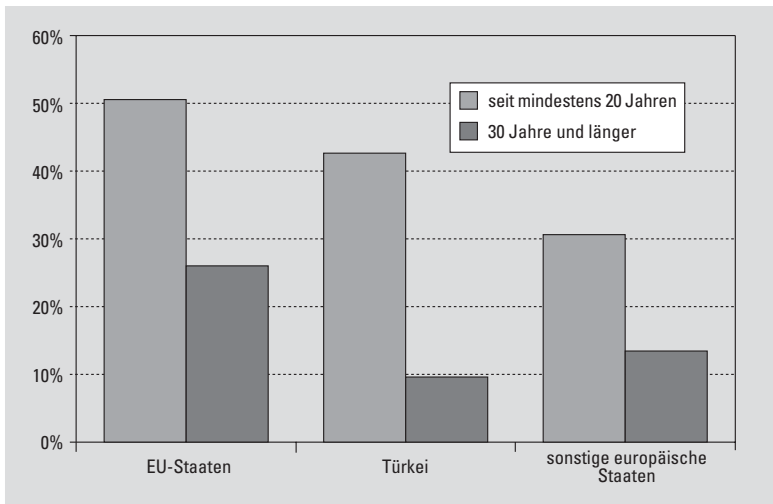
(Quelle: Bericht 2002)

Staatsangehörigkeitsrechts am 1. Januar 2000 kräftig gestiegen (Bericht 2002, Tabelle 1, S. 413). Für das Jahr 2000 gibt der Bericht der Ausländerbeauftragten eine nach Nationalitäten differenzierende Darstellung der Einbürgerungen, nach der allein rd. 44 % auf bis dahin türkische Staatsangehörige entfällt (Bericht 2002, Tabelle 2, S. 414). Zu den meisten Einbürgerungen ist es von 1999 bis 2001 jeweils in Nordrhein-Westfalen, sodann – mit klarem Abstand – in Baden-Württemberg und Bayern gekommen (Bericht 2002, Tabelle 3, S. 415). Angenommen, dass der Anteil ehemals türkischer Staatsangehöriger an allen 917.802 von 1994 bis 2001 eingebürgerten Ausländer/innen 44 % und der Altenanteil an dieser Gruppe ebenfalls 7,3 % beträgt, errechnet sich für diese Zeitspanne die Zahl von ungefähr 29.500 60-jährigen und Älteren türkischer Herkunft mit deutscher Staatsangehörigkeit. Ob diese Zahl die Realität zuverlässig abbildet, steht dahin, doch dürfte sie verdeutlichen, dass Einbürgerungen von älteren Menschen aus der Türkei in nicht zu vernachlässigender Größenordnung vorkommen.

Die hierzulande lange gehegte und gepflegte Vorstellung, dass Migrant/innen irgendwann, spätestens aber mit Beendigung ihres Erwerbslebens in ihre Herkunftsländer zurückkehren, wird von der Dauer ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland – zunehmend, wie sich zeigt – ad absurdum geführt: Ausländer, die hier jahrzehntelang gemeinsam mit ihren Familien gelebt haben, verfügen über wenige soziale Bindungen an ihre Herkunftsländer und haben überdies die dortigen Entwicklungen nicht bzw. nur rudimentär miterlebt, sodass eine *dauerhafte* Rückkehr für sie zumeist keine realistische Option

ist. Ende des Jahres 2000 (Abbildung 3) lebten 50 % der Ausländer aus Staaten der Europäischen Union schon seit mindestens zwanzig Jahren in Deutschland, mehr als ein Viertel sogar schon seit dreißig oder länger; so hoch sind die entsprechenden Anteile unter den aus der Türkei stammenden Personen nicht, machen aber immerhin auch über 40 % im Hinblick auf einen wenigstens zwanzigjährigen und annähernd 10 % bezogen auf einen dreißigjährigen oder längeren Aufenthalt in Deutschland aus (Bericht 2002, Tabelle 20, S. 432).

Abbildung 3: Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 2000



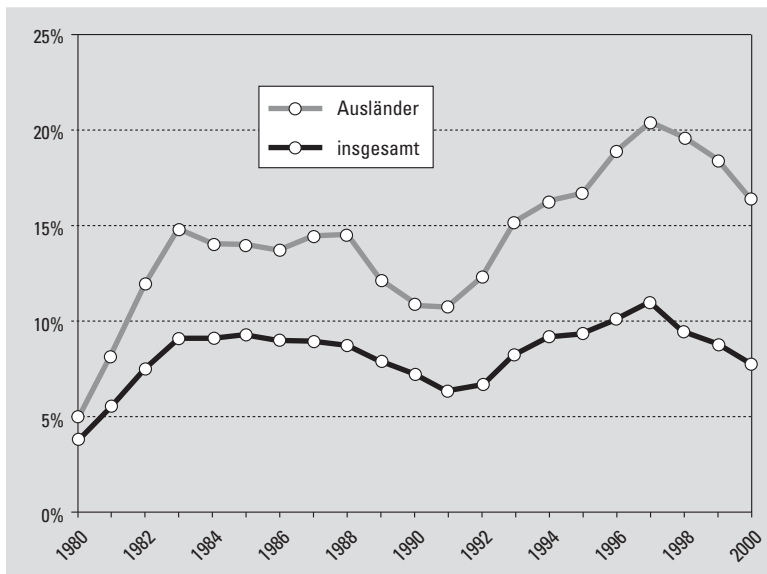
(Quelle: Bericht 2002)

Lebens- und Bedarfslagen im Alter stehen mit dem sozialen Status in engem Zusammenhang, der wiederum mit der Situation im Erwerbsleben korreliert. Dabei geht es nicht nur um Einkommensunterschiede; aus der Armutsforschung ist vielmehr das Phänomen der *Kumulation von Benachteiligungen* bekannt, d. h. geringes Einkommen, schlechte Arbeitsbedingungen, Unterversorgung in den Bereichen des Wohnens, der Bildung und der Gesundheit treten häufig gemeinsam auf. Insofern ist es unerlässlich, hier zumindest einige Indikatoren der Sozialstruktur des ausländischen Bevölkerungsanteils zu betrachten. Drei Millionen Ausländer waren 2000 in Deutschland erwerbstätig, wobei der hohe Arbeiteranteil von 60 % gegenüber 30 % Angestellten und nicht ganz 9 % Selbstständigen auffällt (Bericht 2002, Tabelle 24, S. 436), doch lässt sich im Zeitverlauf der gleiche Trend beobachten wie unter den Erwerbstätigen insgesamt: Der Anteil der Arbeiter sinkt langfristig zugunsten der Angestellten und Selbst-

ständigen. Differenziert nach Nationalitäten (Bericht 2002, Tabelle 25, S. 437) ergibt sich, dass der Anteil der *türkischen* Migrant/innen in den westlichen Bundesländern einmal mehr die *größte nationale Gesamtheit* ausmacht und zwischen 1996 und 2000 bei geringfügigem Anstieg knapp unter 30 % liegt; er unterschreitet damit den Anteil *aller* erwerbstätigen EU-Ausländer zusammen genommen lediglich um etwa fünf Prozentpunkte. Wöchentliche Arbeitszeiten von mehr als 40 Stunden sind bei Ausländern keine Seltenheit (BMA 2002, Tabelle 3.15, S. 33), vielmehr trifft dies auf 58,4 % der Männer aus den Ländern des früheren Jugoslawien, 53,3 % der türkischen, 52 % der griechischen und 51,7 % der italienischen Männer zu; bei den Arbeitszeiten von mehr als 50 Stunden wöchentlich dominieren die männlichen Arbeitnehmer aus Griechenland. Eine besondere Belastung im Erwerbsleben stellt Schichtarbeit dar, und der Anteil der Arbeitnehmer/innen, die im Schichtwechsel arbeiten, ist unter den Türken am höchsten und beträgt ungefähr ein Drittel (BMA 2002, Tabelle 3.16, S. 34); am größten ist er bei den türkischen Männern (37,8 %). Insgesamt entwickelt sich der Anteil erwerbstätiger Ausländer, die im Schichtwechsel arbeiten, aber rückläufig, wenngleich bei den Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Griechenland seit 1995 wieder eine Steigerung stattgefunden hat. Die Chancen, sich in der Bundesrepublik Deutschland eine bessere gesellschaftliche Stellung erarbeiten zu können, werden je nach nationaler Herkunft und Geschlecht unterschiedlich eingeschätzt (BMA 2002, Tabelle 3.22, S. 41): Unter italienischen und griechischen Männern sowie unter italienischen Frauen dominiert der Anteil derjenigen, die einen gesellschaftlichen Aufstieg für möglich halten; Frauen aus dem früheren Jugoslawien und aus Griechenland sehen überwiegend keine derartigen Chancen. Auch Männer aus der Türkei bewerten ihre Aufstiegschancen in Deutschland überwiegend negativ, anders hingegen die türkischen Frauen, unter denen 2001 erstmals eine Mehrheit zu finden ist, die meint, Aussichten auf eine bessere Stellung zu haben.

Überdurchschnittlich sind Ausländer in der Bundesrepublik von Arbeitslosigkeit betroffen (Abbildung 4): Seit 1980 ist die Arbeitslosenquote unter Ausländern nicht nur *überdurchschnittlich hoch*, sie ist langfristig auch *überdurchschnittlich stark gestiegen*, bei Höchststand 1997 um das Vierfache im Vergleich zu 1980, im Durchschnitt aber nicht einmal um das Dreifache (Bericht 2002, Tabelle 29, S. 441). Die mit Abstand größte nationale Gruppe unter den arbeitslosen Ausländern bilden Personen aus der Türkei, was naheliegend ist, weil überhaupt die meisten Ausländer in Deutschland aus der Türkei stammen; sie sind aber auch stärker als andere Nationalitäten von Arbeitslosigkeit betroffen, d. h. der Anteil der Arbeitslosen ist in dieser Bevölkerungsgruppe teilweise erheblich höher als bei Ausländern anderer Nationalität (Bericht 2002, Tabelle 33, S. 445).

Abbildung 4: Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland

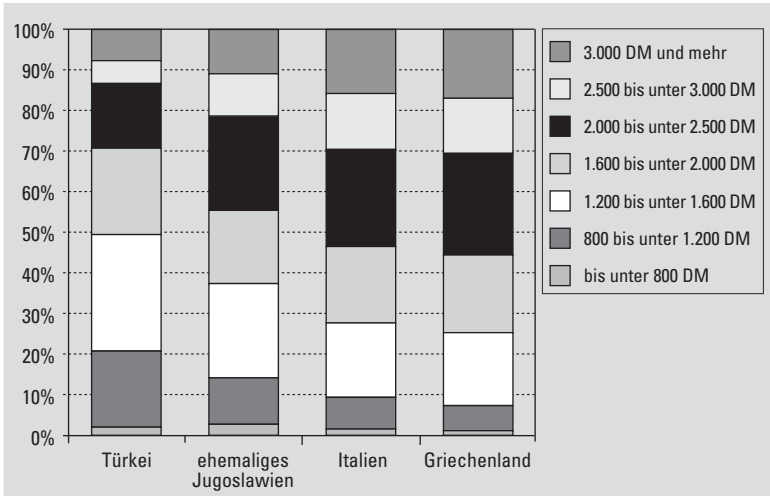


(Quelle: Bericht 2002)

Die Einkommenssituation von Ausländern in Deutschland weist große Unterschiede nach der nationalen Herkunft auf (Abbildung 5); die Darstellung legt nicht das persönliche Monatseinkommen der Erwerbstätigen und auch nicht das Haushaltsnettoeinkommen zu Grunde, sondern das *Äquivalenzeinkommen*, bei dem Haushaltseinkommen und Haushaltsgröße in Beziehung gesetzt werden (BMA 2002, Tabelle 4.6, S. 51). Äquivalenzeinkommen von mindestens 2.000 DM sind demnach in den Haushalten von Angehörigen der türkischen Nationalität wesentlich seltener festzustellen als unter denen von Griechen, Italienern sowie Personen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien; insbesondere geringe Äquivalenzeinkommen bis 1.200 DM kommen unter Türken am häufigsten vor. Die finanzielle Situation von Ausländern ist im Ganzen gesehen schlechter als die der (West-)Deutschen: Der Anteil der Haushalte, die 2001 über ein monatliches Nettoeinkommen von weniger als 2.500 DM verfügen, liegt bei Westdeutschen *unter*, bei Ausländern z. T. erheblich *über* 20 % (BMA 2002, Tabelle 4.4, S. 51), mit 29,2 % am höchsten bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

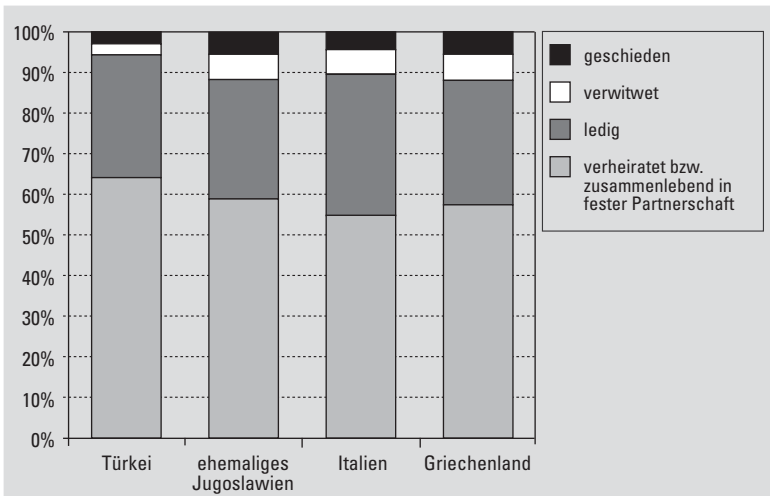
Nationale Unterschiede sind auch mit Blick auf den Familienstand von Ausländern zu erkennen (Abbildung 6): Bei einem im Vergleich zu Deutschen insgesamt sehr hohem Anteil verheirateter bzw. in einer festen Partnerschaft le-

Abbildung 5: Einkommen (Äquivalenzeinkommen)



(Quelle: BMA 2002)

Abbildung 6: Familienstand



(Quelle: BMA 2002)

bender, dagegen sehr geringem Anteil geschiedener Personen fällt dieser Unterschied besonders deutlich aus, wenn die Migrant/innen aus der Türkei betrachtet werden (BMA 2002, Tabelle 5.1, S. 60). Wenn der Anteil verwitweter Frauen

als Indikator für die in alternden Industriegesellschaften typische *Feminisierung* des Alters genommen wird, lässt sich der entsprechende Trend auch bei Personen aus dem früheren Jugoslawien, in geringerer Ausprägung bei Italienern, am stärksten bei Griechen, aber kaum bei Türken ausmachen.

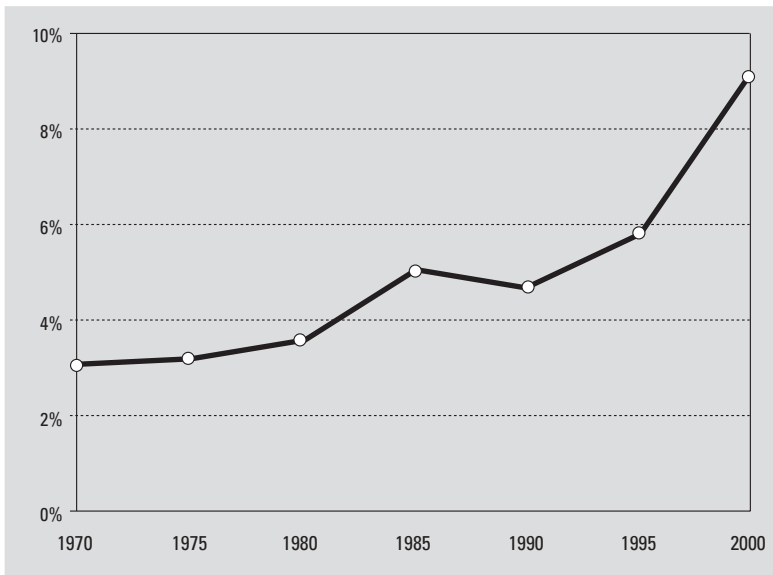
Die vorliegenden Datensammlungen enthalten noch reichhaltiges Material für weitergehende Analysen, doch mögen die vorgestellten Ergebnisse genügen, um einige wesentliche Aspekte der Zuwanderung in ihrer Relevanz für die Lebenssituation von älter werdenden Migrant/innen in der Bundesrepublik Deutschland zu beleuchten:

- Menschen nicht-deutscher Herkunft stellen mit zurzeit knapp 10 % einen dauerhaft hohen Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der sich regional unterschiedlich verteilt;
- die nationale Zusammensetzung der Ausländerpopulation ist hoch differenziert, der bei weitem größte Anteil (2001: 57,5 %; Quelle: Bericht 2002) entfällt jedoch auf *Arbeitsmigranten* und deren Angehörige aus den klassischen Herkunftsländern, unter denen die *Türkei* mit Abstand an erster Stelle steht;
- nach langem, oft zwei oder drei Jahrzehnte währendem Aufenthalt in Deutschland haben die Herkunftsländer – häufig uneingestandenermaßen – an Attraktivität verloren, sodass eine dauerhafte Rückkehr nach Beendigung des Erwerbslebens für die Mehrzahl der Migrant/innen nicht in Frage kommt: Ausländer sind in ihren Arbeits- und Lebensbedingungen gegenüber der deutschen Bevölkerung benachteiligt, was – zumindest in einigen Bereichen – für Menschen aus der Türkei in besonderem Maße gilt, und solche Benachteiligungen wirken sich *lebenslang*, also auch im *Alter* aus;
- sind daher bei Migrant/innen im Alter spezifische Bedarfslagen zu erwarten, stellt sich – in Anbetracht der kulturellen Distanz insbesondere mit Blick auf die älteren Menschen türkischer Herkunft – die Frage, wie die bestehenden Angebots- und Versorgungsstrukturen modifiziert bzw. erweitert werden müssen.

Was immer als Argument *gegen* eine gesonderte Berücksichtigung der Bedarfssituation älter werdender Migrant/innen angeführt wird, ist der erheblich geringere Anteil Älterer unter den Personen nicht-deutscher Herkunft. Doch zeigt zwar einerseits, dass der Anteil 60-jähriger und Älterer unter den Migrant/innen 2001 mit rd. 9 % gegenüber der Gesamtbevölkerung weit unterdurchschnittlich ist, andererseits aber seit 1990 stark gestiegen ist (Abbildung 7). Entscheidend ist daher, wie sich der Altenanteil in der Bevölkerungsgruppe nicht-deutscher Herkunft längerfristig entwickeln wird, und diesbezüglich liefern die Modellrech-

nungen des BMI (2000), die auf den gleichen Annahmen im Hinblick auf die Geburtenentwicklung, die Sterblichkeitsentwicklung und die Wanderungsbewegungen beruhen wie die zeitgleich erschienene neunte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, eine neue Datenbasis.

Abbildung 7: Alterung der ausländischen Bevölkerung seit 1970

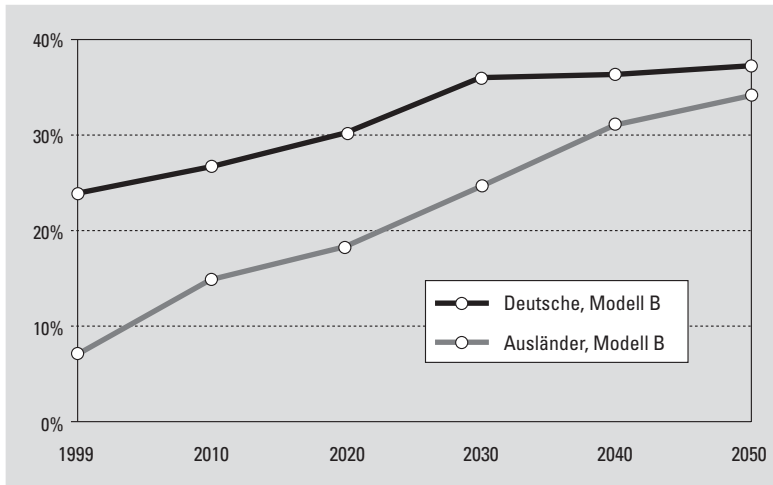


(Quelle: Statistisches Bundesamt)

In Bezug auf die Wanderungen geht das BMI (2000, S. 8) von drei Varianten aus, nämlich einem Wanderungsüberschuss von 100.000 Personen jährlich ab dem Jahr 2003 (Modell A), von 200.000 Personen jährlich ab dem Jahr 2008 (Modell B) sowie von 300.000 Personen jährlich ab dem Jahr 2013 (Modell C). Auch hinsichtlich der Zahl der Einbürgerungen bis 2050 werden drei unterschiedliche Annahmen zu Grunde gelegt: 5,4 Millionen Ausländer (Modell A), 6,7 Millionen (Modell B) bzw. 7,2 Millionen (Modell C). folgt jeweils Modell B; demnach würden sich die Anteile 60-jähriger und Älterer unter Deutschen und Nicht-Deutschen langfristig annähern, wobei die Unterschiede erst ab etwa 2040 merklich geringer werden. Bis zum Jahr 2010 werden sich Anzahl und Anteil 60-jähriger und Älterer an der ausländischen Bevölkerung im Vergleich zu 1999 aber bereits verdoppeln (Abbildung 8), und mehr als 1,1 Millionen Menschen werden dann dieser Gruppe angehören. Sie

im Kontext der Planungen für eine alternde Gesellschaft als spezifische Gruppe zu ignorieren, ist mit dem Hinweis auf ihre geringe Zahl immer weniger zu begründen, zumal ihr Anteil genau wie der Altenanteil in der Gesamtbevölkerung kleinräumig sehr stark variieren kann.

Abbildung 8: Prognose der Alterung, Modell B



(Quelle: BMI 2000)

3. Von Türken und Deutschen – Erfahrungen aus einem Modellprojekt

Dass aus der anhaltenden Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland neue Fragen sozial- und gesellschaftspolitischer Art – wie vorstehend skizziert – gerade auch vor dem Hintergrund der Alterung der Bevölkerung und in besonderer Weise auf kommunaler Ebene resultieren, wurde zum Anlass für ein Projekt. Das Modellprojekt „Integration älterer Migrantinnen und Migranten – Schaffung neuer integrationsfördernder Strukturen zur Verbesserung der Lebenssituation“, wurde im Kreis Unna in Kooperation mit dem Multikulturellen Forum Lünen e. V. (wissenschaftliche Begleitung und Projektevaluation: Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund) durchgeführt. Es wurde vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (ehem. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit) des Landes Nordrhein-Westfalen für eine Laufzeit von drei Jahren (2001-2003) gefördert. Der Kreis Unna liegt am Ostrand des Ruhrgebiets zwischen den Großstädten Dortmund und Hamm und erstreckt sich nördlich bis in das Münsterland, südöstlich bis in die Soester Bör-

de und südlich bis an das Sauerland. Sind die kreisangehörigen Kommunen in den nördlichen und südlichen Randgebieten eher ländlich geprägt, weisen die auf der Achse Dortmund-Hamm gelegenen ruhrgebietstypische industrielle, vor allem vom Bergbau bestimmte Strukturen auf und unterscheiden sich insofern kaum von manchen Stadtteilen der Ruhrgebietsmetropolen: So lebt hier nicht zuletzt ein hoher, obschon landesweit betrachtet unterdurchschnittlicher Bevölkerungsanteil nicht-deutscher Herkunft, worin die einzelnen Kommunen aber teilweise deutlich voneinander abweichen, d. h. fast die Hälfte der Migrant/innen insgesamt verteilt sich etwa im Verhältnis 2:1 auf die beiden Städte Lünen und Bergkamen, bezogen auf die Personen türkischer Herkunft – auch im Kreis Unna die größte nationale Gruppe – sind es sogar über 60 %. Das Projekt in diesen beiden Städten durchzuführen und dabei die aus der Türkei stammende Bevölkerungsgruppe in den Blick zu nehmen, schien daher im Sinne einer effizienten Verwendung der Projektmittel. Die von Naegele/Olbermann/Dietzel-Papakyriakou (1997, S. 85) geforderte konzeptionelle Verknüpfung von kommunaler Altenarbeit und Migrationsarbeit wurde dadurch erreicht, dass auf Seiten der Kreisverwaltung die Koordinierungsstelle Altenarbeit und die Regionale Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien in die Projektarbeit involviert sind; mit dem Multikulturellen Forum Lünen e. V. ist außerdem eine Migrantenselbstorganisation maßgeblich beteiligt. Die Ausarbeitung der Projektkonzeption im Detail sollte auf der Grundlage einer an den konkreten Ausgangsbedingungen in den beteiligten Modellkommunen orientierten *Bedarfsanalyse* erfolgen, wozu eine repräsentative Befragung von hundert Frauen und Männern türkischer Herkunft ab 50 Jahren stattgefunden hat. Die Interviews wurden in türkischer Sprache geführt, wobei zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Größe der betreffenden Populationen im Verhältnis 60:40 Personen aus Lünen und Bergkamen befragt wurden, und zwar je zur Hälfte Frauen und Männer. Die so gewonnenen allgemeinen Informationen zur Lebenssituation von Migrant/innen in diesen Städten (Schmidt/Maly 2001) stimmen in den Grundzügen mit dem überein, was dazu in vorliegendem Text im Blick auf die Bundesrepublik Deutschland bereits ausgeführt worden ist. Bestätigt hat sich die vielzitierte *Familienorientierung im Alltag*, die aber nicht gleichbedeutend ist mit einem *grundsätzlichen* Rückzug auf die eigene Ethnie.

Unter dem Gesichtspunkt des Älterwerdens in Deutschland und der im Alter mit einiger Wahrscheinlichkeit eintretenden gesundheitlichen Einschränkungen ist an den Untersuchungsergebnissen das hohe *Informationsdefizit* besonders auffällig, das unter Migrant/innen aus der Türkei in Bezug auf die bestehenden Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten offensichtlich existiert: Was vom deutschen Altenhilfesystem bekannt ist, sind in erster Linie Pflegeheime, denen indessen Ausländer so wenig wie Deutsche Präferenz für das

eigene Alter geben möchten; dass daneben vielfältige Hilfen angeboten werden, damit pflegebedürftige Menschen (möglichst lange) in ihren Familien bleiben können, ist hingegen kaum bekannt, stößt aber bei entsprechender Erläuterung auf Interesse. Dass häufig der Zugang zu den entsprechenden Informationen fehlt, lässt sich zum einen darauf zurückführen, dass herkömmlicherweise die Familien, d. h. die Frauen in den Familien für die Versorgung älterer, hilfe- bzw. pflegebedürftiger Angehöriger zuständig sind, die Frage nach professioneller Unterstützung jedoch diesem Verständnis zuwider läuft und daher nicht leicht aufkommt; zum anderen liegt die Ursache in der Bevorzugung türkischer (Print-)Medien, in denen wegen ihrer überregionalen Verbreitung Informationen mit notwendigerweise lokalem Bezug keinen Platz finden.

Für ein Projekt, in dem ein wichtiger Kooperationspartner – das Multikulturelle Forum Lünen e. V. – Träger einer Weiterbildungseinrichtung ist, liegt auf der Hand, die eklatanten Informationslücken zum zentralen Ansatzpunkt für die Projektkonzeption zu nehmen. Demgemäß wurde eine Veranstaltungsreihe für Migrant/innen aufgelegt, in der neben einer überblicksartigen Erörterung von Fragen des Älterwerdens in Deutschland bislang folgende Themen behandelt worden sind:

- Pflege, Pflegeversicherung,
- gesundheitliche Vorsorge im Bereich frauenspezifischer Krankheiten,
- allgemeine Beratungsfunktion der Verbraucherzentrale,
- Pflegeberatung der Verbraucherzentrale.

Außerdem ist ein Besuch bei der Gesellschaft für Gerontotechnik unternommen worden, die technische Hilfsmittel zur Erleichterung des Alltags bei gesundheitlichen Einschränkungen im Alter entwickelt. Das Multikulturelle Forum selbst kam hierbei als Veranstaltungsort nicht in Frage, weil die Zielgruppe nicht gewohnt ist, an Bildungs- oder Informationsveranstaltungen teilzunehmen und zu diesem Zweck besondere Einrichtungen aufzusuchen. Statt dessen sind die Veranstaltungen an Orten (und zu Zeiten) durchgeführt worden, die ältere Migrant/innen türkischer Herkunft ohnedies in größerer Zahl zusammenführen: Moscheen und Räumlichkeiten alevitischer Kulturvereine; hier konnten im Durchschnitt um die 50 Teilnehmer/innen erreicht werden. Positiv aufgenommen wurde im Besonderen die Möglichkeit, sich über Alltagsprobleme auszusprechen, wenn diese zuweilen auch in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Veranstaltungsthematik standen. Ob sich das Nutzungsverhalten von Migrant/innen aus der Türkei gegenüber Beratungs- und Unterstützungsleistungen infolge dieser – im Übrigen noch nicht abgeschlossenen – Veranstaltungsreihe ändern wird, dürfte kurzfristig kaum feststellbar sein und wird vielmehr einer Verstärkung entsprechender Informationsangebote bedürfen.

Sollten älter werdende Migrant/innen aber verstärkt die auf das Alter bezogene örtliche Angebots- und Versorgungsinfrastruktur in Anspruch nehmen wollen, bliebe die Frage, ob und inwieweit die relevanten Einrichtungen, Organisationen u. dgl. darauf vorbereitet sind. Eine nicht auf Repräsentativität zielende telefonische Umfrage bei Pflegediensten und -einrichtungen, Kranken- und Pflegekassen sowie Organen der kommunalen Politik und Verwaltung im Rahmen des Projekts hat diesbezüglich ergeben, dass ältere Menschen nicht-deutscher Herkunft durchaus als Zielgruppe bzw. Kunden der Zukunft wahrgenommen werden, eine eingehende Beschäftigung mit deren spezifischen Problemen und Bedarfslagen aber nicht opportun erscheint, solange es sich bei dieser Bevölkerungsgruppe noch um geringe Größenordnungen handelt. Was dennoch generell als wichtig angesehen wird, ist Hintergrundwissen über kulturelle bzw. religiöse Besonderheiten, das manche für deutsches (und auch nicht-deutsches, aber kulturfremdes), den Umgang mit Deutschen gewohntes Personal erst einmal unverständliche Verhaltensweisen verständlicher machen und daraus resultierende Konfliktsituationen vermeiden helfen kann.

Dieses Informationsinteresse führte zur Konzeption einer zweiten Veranstaltungsreihe, die sich an Personal unterschiedlicher Arbeitsbereiche mit Kontakt zu älter werdenden Migrant/innen wendet. Ihre Zielsetzung ist nicht die Vermittlung berufsfachlicher Spezialkenntnisse, sondern hat in dieser Beziehung eher propädeutische Funktion, d. h. durch die Auseinandersetzung mit den Themen der bisherigen Veranstaltungen,

- Lebenssituation und Zukunft älterer Migranten in Deutschland,
- kulturspezifische Bilder vom Altern,
- kulturelle Einstellungen zu Körper, Krankheit und Pflege,
- Zugangsbarrieren zur Regelversorgung,
- kulturell geprägte Gesundheitskonzepte sowie
- Exkursionen zum Multikulturellen Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ in Duisburg.

Hier erwerben die Teilnehmenden Basiswissen, das ggf. Voraussetzung für eine möglicherweise erforderliche *fachspezifische* Weiterbildung zu Fragestellungen des Alterns von Migrant/innen ist. Durchschnittlich haben an diesen Qualifizierungsveranstaltungen jeweils 25 Personen teilgenommen, deren Arbeitsfelder beispielsweise auf dem Gebiet der ambulanten Pflege, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der kommunalen Verwaltung liegen. Auch ihre Resonanz auf das Qualifizierungsangebot ist fast ausnahmslos positiv, obwohl einzelne Veranstaltungen aufgrund ihres theoretischen Niveaus hohe Anforderungen an die Teilnehmenden stellten; eine Fortsetzung der Veranstaltungsreihe wird von daher befürwortet. Dass sich noch während der Laufzeit des Modell-

vorhabens Auswirkungen auf das berufliche Handeln der Teilnehmenden nachweisen lassen, ist aber wahrscheinlich nicht zu erwarten.

Als knappes *Zwischenresümee* ist ein halbes Jahr vor Auslaufen des Projekts jedenfalls festzuhalten, dass Information und Qualifizierung nach den bis jetzt gesammelten Erfahrungen dazu beitragen, dass sich einerseits das Angebots- und Versorgungssystem für ältere Menschen dem Bedarf älter werdender Migrant/innen öffnet und diese andererseits ihre Ansprüche auf Unterstützung ebenso wie die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten kennen lernen. Letzteres ist nur als Vorbedingung dafür zu verstehen, im Bedarfsfall Unterstützungsangebote nutzen zu *können*, während ihre faktische Nutzung weiterhin im eigenen, von der Kultur des Herkunftslandes wie von den Einflüssen der Migration geprägten Ermessen stehen muss.

Literatur

Bericht (2002): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, Bonn

BMA (Hrsg.) (2002): Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik. Repräsentativuntersuchung 2001, Teil A: Türkische, ehemalige jugoslawische, italienische sowie griechische Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen in den alten Bundesländern und im ehemaligen West-Berlin, Tabellenband. Offenbach, München

BMFSFJ (Hrsg.) (2000): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Datenbank Migration: Projekte und Kontaktadressen. Stuttgart

BMI (Hrsg.) (2000): Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2050. Berlin

Kommission „Zuwanderung“ (Hrsg.) (2001): Zuwanderung gestalten – Integration fördern. Bericht der Unabhängigen Kommission „Zuwanderung“.

MAGS (Hrsg.) (1991): Politik für ältere Menschen. 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Naegele, G./Olbermann, E./Dietzel-Papakyriakou, M. (1997): Älter werden in der Migration. Eine neue Herausforderung für die kommunale Sozialpolitik. In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, H. 4, S. 81-86

Olbermann, E. (1994): Ältere Ausländer in Nordrhein-Westfalen. Beitrag für den 2. Landesaltenplan Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Rückert, W. (1992): Bevölkerungsentwicklung und Altenhilfe. Folgen der Bevölkerungsentwicklung für die Altenhilfe – von der Kaiserzeit über das Jahr 2000 hinaus. Köln

Schmidt, W./Maly, N. (2001): Lebens- und Bedarfslagen älter werdender Migrantinnen und Migranten. Exemplarische Untersuchung der Lebenssituation älterer Menschen türkischer Herkunft im Kreis Unna, Dortmund. Forschungsbericht des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund

Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege

1. Einleitung

Was ist Transkulturalität und wozu braucht man noch ein Konzept, um in der Altenpflege handlungsfähig zu sein? Pflegewissenschaft, die den Anspruch hat, eine angewandte Wissenschaft zu sein, muss den vielbeschriebenen Theorie-Praxis-Transfer beleben. Einerseits hat sie die Aufgabe, Diskurse aus den Bezugsdisziplinen auf ihre Tauglichkeit für die Pflege kritisch zu prüfen, andererseits soll sie genauso kritisch die Praxis betrachten, um durch ihre Analysen Innovationspotenziale zu erschließen. Und letztlich geht es nicht nur darum, eine theoriegeleitete Praxis zu initiieren, sondern ebenso darum, die Theorien auf ihre Praxistauglichkeit hin zu überprüfen. In diesem Sinne werden im vorliegenden Text zunächst die theoretischen Grundlagen der Transkulturalität und der transkulturellen Kompetenz vorgestellt; im Anschluss daran die Spezifika der hier fokussierten Zielgruppe der älteren Migrant/innen beleuchtet. Da Migration immer im Kontext vielfältiger Grenzüberschreitungen steht, wird anschließend darauf Bezug genommen. Die Phänomene der Grenzerfahrungen in all ihren Ambivalenzen können für ein transkulturell kompetentes Handeln in der Altenpflege richtungsweisend und handlungsleitend sein. Im Ergebnis wird sichtbar werden, dass das Konzept der Transkulturalität – wenn man es ernst nimmt – ein temporäres Konzept ist. Wenn die Praxis transkulturell funktioniert, dann hat sich das Konzept selbst aufgelöst. Dabei können andere bereits entwickelte Handlungskonzepte hilfreich sein.

2. Transkulturalität

Das gesellschaftliche Leben ist gekennzeichnet durch permanente Austausch- und Übergangsprozesse. Will man handlungsfähig bleiben, so müssen die theoretischen Grundlagen der Handlungskonzepte diesem prozesshaften und subjektorientierten Geschehen Rechnung tragen können. Genau das versucht das theoretische Konzept der Transkulturalität, welches in Deutschland in der Philosophie – und unabhängig von der Entwicklung der US-amerikanischen Pflgetheorien – fortgeführt worden ist. Daher ist ihr pragmatischer Ausgangspunkt die konkrete Interaktion. Diese soll nicht vom Wissen um kollekti-

ves Fremdes oder Anderes geleitet sein, denn derartige Kategorien behindern eine sensible Annäherung an das jeweilige individuelle Gegenüber. „Soziale Praktiken von Migrant/innen sind ... nicht Ausdruck spezifischer ‚fremder Kulturen‘, sondern Aktionen von Individuen, welche in bestimmten sozialen Feldern ... agieren, welche gleichzeitig sowohl von der Herkunftsgesellschaft, als auch von der Aufnahmegesellschaft geprägt werden. So sind nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ‚Kultur‘, sondern der Kontext, die konkrete Situation, die Interaktion, die individuelle Biographie, aber auch persönliche Interessen und Strategien für den Einzelnen handlungsleitend“ (Domenig 2001, S. 29). Und schließlich sind kulturelle Unterschiede zwar bedeutsame, aber eben doch bloße „Stilisierungen nach verschiedenen Richtungen“ (Schmitz 2002, S. 23). In jeder Interaktion können Anknüpfungspunkte, Übergänge, Unterschiede und Gemeinsamkeiten gefunden werden. Diese bieten die Grundlage für neue Verbindungen und Integration (vgl. Welsch 1998, S. 58). Eine so verstandene Transkulturalität stellt konsequent das Subjekt als nicht determinierte Größe in den Mittelpunkt, welches verschiedene kulturelle Ströme in einem gegebenen Zeitabschnitt und für eine spezifische Situation in sich bündelt, um sie sodann für andere Zeiten und Orte wieder aufzulösen und neu zu bündeln. Dieser aus der Philosophie kommende Ansatz deckt sich mit den jüngeren Pflgetheorien (vgl. Rizzo-Parse 1993).

Transkulturalität meint hier vor allem Transkategorialität. Transkulturalität ist ein verstehendes Konzept und „geht letztlich über das bloß Kulturelle hinaus, ohne es zu verabschieden. Ihr Untersuchungsgegenstand sind Individuen als soziokulturelle und historische Knotenpunkte. Transkulturalität beschreibt kulturelle Prozesse als flexibles individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökologischen Faktoren, welches in Situationen immer neu verhandelt wird“ (Uzarewicz/Uzarewicz 2001, S. 170). Sie hält sich von vor-schnellen Subsumierungen unter Kategorien ebenso fern wie von multikulturellen Illusionen einerseits als auch von differenzialistischen Theorien, die den „Kampf der Kulturen“ beschwören, andererseits. Das Konzept der Transkulturalität zielt also auf das Verstehen (in) einer gegebenen Situation, um sie zu bestehen. Dies setzt voraus, dass man sich auf die Situation und auf die Akteur/innen einlassen will. Mit anderen Worten geht es um die Erfassung verschiedener Wissens- und Sinnordnungen, sowie der persönlichen und leiblichen Disposition und „der allen Menschen gemeinsamen Lebenserfahrung“ (Schmitz 2002, S. 23), die in einem Interaktionsprozess vorhanden sind. Zu beachten ist dabei, dass sich ein Individuum immer unendlich vieler (kognitiver, ästhetischer, normativer und leiblicher) Wissens- und Sinnordnungen gleichzeitig bedient, teils bewusst, vielmehr jedoch unbewusst. Letztlich ist uns immer nur ein Bruchteil der eigenen und erst recht anderer Ordnungen zugänglich. Auch hier ist vor allzu eiligen

Urteilen über Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu warnen. So manche Übereinstimmung auf den ersten Blick löst sich im zweiten oder dritten in völliges beiderseitiges Unverständnis auf, weil man systematisch aneinander vorbeigeredet oder gelebt hat, wovon z. B. viele (ehemalige) Ehepartner Zeugnis ablegen können. Andererseits können sich zunächst vermeintlich unüberbrückbare Gegensätze und Verschiedenheiten als harmlos und bedeutungslos erweisen. Für die Bewältigung von Situationen gibt es keine Rezepte, da sie so verschieden sind wie die Individuen; zudem wiederholen sie sich nicht. „Beim Umgang mit dieser Problematik schwanken die meisten zwischen dem einen Extrem, diese Menschen seien uns so fremd, dass wir sie nie verstehen werden, und dem anderen, sie seien doch auch Menschen wie wir. Beides ist zu oberflächlich, und zu kurz greift auch der Appell an Spezialisten, die Unterricht in mehr oder weniger äußerlicher Anpassung an fremdkulturelle Lebensart geben können. Vielmehr kommt es darauf an, begreifend zu der allen Menschen gemeinsamen Lebenserfahrung durchzustößen, um die kulturspezifischen Denkformen als Abschöpfungen aus einer gemeinsamen Quelle, die sich nur durch Stilisierung nach verschiedenen Richtungen unterscheiden, in verstehbaren Zusammenhang zu bringen“ (Schmitz 2002, S. 23). Das Erfahren und Erkennen der verschiedenen Wissens- und Sinnordnungen, deren Amalgamierungen die Einmaligkeit der Individuen nicht unerheblich ausmacht, geschieht zunächst über den Prozess der Wahrnehmung (des Eigenen und des Anderen). Was nehme ich wie wahr? Das Wahrnehmen und Denken funktioniert in differenzierenden Strukturen, wobei immer ein unhinterfragter und unbewusster Maßstab zugrunde liegt. Wenn ich z. B. einen Menschen kennen lerne, klassifiziere ich in Sekundenschnelle, sozusagen mit einem Blick, mein Gegenüber als bestimmten Anderen. Das macht sich an ganz allgemeinen Parametern fest, die jedoch keineswegs nacheinander und vollständig abgefragt werden können, sondern sich ad hoc und schlagartig einstellen:

- älter oder jünger,
- gleiches oder anderes Geschlecht,
- hellhäutig oder dunkelhäutig,
- blond oder braunhaarig,
- groß oder klein,
- eigene oder fremde Sprache (mit Akzent oder ohne),
- sympathisch oder unsympathisch,
- dick oder dünn usw.

Dabei machen die Anderen auf uns „viel sagende Eindrücke. Das sind Situationen, die mitsamt ihrer binnendiffusen, nicht oder nur unvollkommen expliziten Bedeutsamkeit in einem Augenblick ganz zum Vorschein kommen. Bei dem, was wir wahrnehmen, handelt es sich um Eindrücke, die dadurch viel

sagend sind, dass sie uns mehr an Bedeutsamkeit mitteilen, als wir sagend aus ihnen herausholen können“ (Schmitz 2002, S. 23). Auch unsere Wissens- und Sinnordnungen sind Situationen, allerdings keine, die „in einem Augenblick ganz zum Vorschein kommen“. Sie grundieren unsere vielsagenden Eindrücke. Wissens- und Sinnordnungen, leibliche Disposition, Persönlichkeit, Wahrnehmungen und Lebenserfahrungen sind die Basis dieser Eindrücke. „Alle diese Situationen bestimmen mit darüber, was der Mensch glaubt und bei seinen Urteilen voraussetzt. Ihre Bedeutsamkeit ist aber binnendiffus, und diese Diffusion wird durch ihre Überlagerung und Durchkreuzung nur noch vermehrt. Daher weiß niemand genau, was er glaubt“ (Schmitz 2002, S. 20).

Im ersten viel sagenden Eindruck der unmittelbaren, „einheitlichen“ Wahrnehmung erhält mein Gegenüber bereits seinen ersten „Stempel“ als Anderer oder Fremder. Ist er eher „einer wie ich“ oder doch ganz verschieden von mir? Versucht man diese differenzierende Wahrnehmung, die für uns nur allzu selbstverständlich ist, bei Seite zu stellen, um nach Gemeinsamkeiten Ausschau zu halten, wird man sehr schnell stumm. Wie soll man Gemeinsamkeiten mit einer „fremden Person“ feststellen können? Genau hier setzt transkulturelle Kompetenz an; sie verlangt interaktives Verhalten, die den Anderen als individuellen – antagonistischen oder kooperativen – Partner respektiert, und basiert auf einem kritischen selbstreflexiven Prozess, um auch die „zäh prägende Schicht vermeintlicher Selbstverständlichkeiten“ (Schmitz 2002, S. 23) zu hinterfragen und zu überprüfen.

3. Transkulturelle Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz wird als erweiterte soziale Kompetenz gefasst und ist Teil des professionellen Handelns. Sie ist erlernbar. Ein sensibilisierendes reflexives Lernen stellt den Menschen als leibhaftiges Subjekt in den Mittelpunkt und macht ihn zum Ausgangspunkt aller Betrachtungen. Und nicht umgekehrt bilden vage Vorstellungen, die auf abstrakten Kategorien beruhen die Grundlage bzw. den Maßstab, mit dem Menschen gemessen und beurteilt werden, auch wenn wir ohne Kategorien natürlich nicht auskommen können. Schon das Rekurrenieren auf menschliche Subjekte unterstellt immerhin die Kategorie Mensch, die ja nur Sinn macht, wenn es auch andere, z. B. Tiere und Pflanzen oder Götter, Geister, Engel und Dämonen gibt. Für unser wahrnehmendes Denken, welches der europäische Rationalismus fälschlich in voneinander unterschiedenes Denken *und* Wahrnehmen spaltet, kann es keine vollständige „Flucht aus der Kategorie“ (Gamm 1994) geben. Entscheidend ist die Frage nach der Art der Kategorisierung, die Vorsicht vor falschen oder zu abstrakten Kategorien sowie der sparsame Umgang mit Kategorien. Der letzte Prüfstein sind die tatsäch-

lichen (subjektiven) Lebenserfahrungen; hier sind *kulturelle Kategorien*, Unterschiede und Gemeinsamkeiten bedeutsam; *kategoriale „Kulturen“* sind in ihnen jedoch nicht verankert und haben hier keinen Platz (vgl. hierzu anschaulich das Projekt von Hielen 1998).

Das Erlernen von transkultureller Kompetenz sowie die Art und Weise des Lernens beziehen sich darauf, Strukturen von Wissens- und Sinnordnungen, leiblichen Dispositionen und Lebenserfahrungen in ihrer Pluralität und Widersprüchlichkeit zu erkennen, sich darauf einlassen zu können, um spezifische Synergieeffekte aus den Ordnungen zu fördern. Transkulturelle Kompetenz kann als eine spezifische Sensibilität für Situationen bezeichnet werden, in denen dieses Lernen stattfindet und umfasst folgende Aspekte:

- „Reflexion der eigenen persönlichen (gewöhnlich nicht-bewussten) und der biomedizinischen Wissens- und Sinnordnungen;
- Erschließen der je subjektiven Wissens- und Sinnordnungen der Klient/innen;
- Versuch einer Transformationsleistung im Sinne einer Ineinanderschränkung der Wissens- und Sinnordnungen; die eigenen Deutungsmuster dürfen nicht als ausschließliche normative Grundlage dienen;
- Herausfiltern von Ähnlichkeiten/Gemeinsamkeiten, sowie von Widersprüchen und Unterschieden, um Ansatzpunkte für eine gemeinsame Handlungsstrategie zu entwickeln“ (Uzarewicz/Uzarewicz 2001, S. 171);
- Abtragen zentristischer Selbstverständlichkeiten und hinderlicher Kategorien, sowie unzureichender Typisierungen, denn nur allzu schnell gerinnt der heuristische Idealtyp zum pseudorealistischen Stereotyp.

Dabei wird die transkulturelle Interaktionssituation von den drei Säulen der Selbstreflexion, des Hintergrundwissens und der Erfahrung sowie der Empathie im Umgang mit Anderem und Anderen getragen (vgl. Domenig 2001 b, S. 148). Wie man sieht, kann sich die Theorie der Transkulturalität, mit ihrem Anspruch sensiblen, also feinfühligem Einlassens auf Situationen, nicht allein auf kognitives Wissen verlassen, sondern muss auf universales, leibliches, d. h. allen Menschen mehr oder weniger gemeinsames Wissen zurückgreifen.

Selbstreflexion bezieht sich auf einen Prozess, in dem das Selbstverständliche, insbesondere der von Schmitz sogenannten europäischen „Intellektualkultur des Behauptens“ (Schmitz 2002, S. 65), in Frage gestellt wird. Die Befassung mit dem/den Anderen führt immer zuerst zum Eigenen. Transkulturell kompetent Pflegende müssen in der Lage sein, ihre eigene Lebenswelt, das was für sie gemeinhin selbstverständlich und wirklich ist, zu erkennen und in Frage

zu stellen. Nur dadurch wird es möglich, den je eigenen Maßstab zu erkennen, der dem Handeln und Verhalten, den alltäglichen Be- und Verurteilungen zugrunde gelegt ist. Es geht um die Erforschung des eigenen Weltbildes, wie überhaupt des Zugangs zur Welt; damit geht es im eigentlichen Sinne auch nicht bloß um „Bilder“, als handle es sich lediglich um Festgestelltes, das man wie ein Wandgemälde von der Wand nehmen könnte, sondern vielmehr um Situationen, in die man eingewachsen ist und die den Boden für alle kulturellen Prozesse, Lebenserfahrungen und Ordnungen bilden.

Hintergrundwissen und Erfahrung: Es wäre eine Überforderung, zu verlangen, Pflegende sollten sich in Geografie, Ethnologie und Sprachen ebenso gut auskennen wie in Pflege und Medizin. Hintergrundwissen bezieht sich auf eine konzeptuelle Ebene, die es gestattet, die verschiedenen Wissens- und Sinnordnungen, Lebenserfahrungen und neuen Situationen kennen zu lernen und zu entschlüsseln. So gibt es z. B. verschiedene Klassifikationssysteme von Gesundheit und Krankheit in den diversen Medizinsystemen. Auch im Gesundheitssystem findet man verschiedene Ebenen, denen spezifisches Wissen zugeordnet wird (Laiensektor, Folk-Sektor, professioneller Sektor). Krankheiten selbst haben hier unterschiedliche Orte (Körper, Psyche, soziale Gruppe, soziokulturelle Struktur). Auch „das Wissen über migrationsspezifische Lebensbedingungen und -realitäten, den Zusammenhang von Migration und Gesundheit, migrationsspezifische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung“ gehören zu diesem Hintergrundwissen (Domenig 2001 b, S. 149-150). Durch dieses Wissen sollen die Pflegenden zum einen „befähigt werden, die richtigen Fragen zu stellen“; zum anderen geht es um die richtige kontext- und situationsbezogene Interpretation der Antworten (vgl. Domenig 2001 b, S. 150).

Empathie und Verstehen: Als dritte Säule der transkulturellen Kompetenz bedeutet Empathie „Neugier und Aufgeschlossenheit für ‚Andersartiges, ... das für uns nicht sofort verständlich und einfühlbar ist‘“. Geduld, Interesse und Engagement sind nötig, wenn man den Anderen verstehen und begreifen will. Dazu gehört es auch, zu akzeptieren, dass Andere anders sind und sich einzustellen, dass man nicht alles versteht. „Es bleibt eine Spannung zwischen mir und dem anderen“ (Leyer 1994, zit. in Domenig 2001 b, S. 151).

Damit liegen sowohl auf theoretischer Ebene, als auch auf handlungspraktischer Ebene Konzepte vor, die es erlauben, Altenpflege zu gestalten; und zwar nicht nur für Migrant/innen, sondern für alle Menschen (vgl. Kap. 6). Befragt man die so genannten Einheimischen, woher sie kommen, wird sehr schnell deutlich, dass die wenigsten vor Ort geboren wurden, aufgewachsen, geblieben und alt geworden sind (vgl. Ertl u. a. 1998). Die meisten Menschen

haben Erfahrungen mit Wanderbewegungen gemacht – sei es nun zwischen zwei oder mehreren Staaten, oder innerhalb eines Staates – und diese Grenzüberschreitungen haben Grenzerfahrungen ermöglicht.

Nimmt man Transkulturalität als Transkategorialität ernst, so wird es möglich, sich über Kategorien wie Migrant, Deutscher, Arbeiter, Bildungsbürger etc. hinweg zu setzen, und einen subjektivistischen Zugang zu den Menschen zu finden. Gleichwohl ist es natürlich von großer Bedeutsamkeit, als was sich die Subjekte selbst verstehen. Das Konzept der Transkulturalität zeigt dabei den Weg der Grenzüberschreitungen auf: vom Anderen zum Eigenen, von abstrakten Kollektivkategorien zu Individuen mit ihren wandelbaren und unterschiedlichen Wissens- und Sinnordnungen, Lebenserfahrungen und -perspektiven, Dispositionen usw. Transkulturalität impliziert damit einen mehrfachen, letztlich unendlichen Perspektivenwechsel. Er dient dabei einem doppelten hermeneutischen Zweck: über das Selbstverständnis des Anderen lernen wir etwas über seine persönliche Situation, mit ihren Sachverhalten, Problemen, Motiven usw.; und weiterhin lernen wir über den „Umweg“ unserer Missverständnisse bezüglich (insbesondere der Klassifikation) des Anderen etwas über unser eigenes Selbstverständnis.

4. Migration und Alter(n)

Migration ist ein sozialer Prozess, der in mehreren Phasen abläuft (vom Entscheidungs- bis zum Ankunftsprozess). Zunächst gilt es zu bedenken, dass für den Schritt zur Migration, im Besonderen wenn es sich um einen langfristigen Aufenthalt handelt, in der Regel eine außerordentliche Situation in der heimatlichen Umgebung entstanden sein muss, die die Menschen dazu bewegt, die vertraute und gewohnte Existenz aufzugeben und in der Fremde ein neues Leben zu wagen. Die Bedingungen der Reise selbst – z. B. allein oder in einer Gruppe – spielen ebenso eine maßgebliche Rolle in der Migration wie der Empfang im Aufnahmeland. Die dritte Phase kann man als die eigentliche Eingliederung in die Ankunfts-gesellschaft bezeichnen. Der gesamte Migrationsprozess kann soziale, ökonomische, statusrechtliche, psychische und physische Probleme mit sich bringen (vgl. Loncarevic 2001, S. 70). Migration stellt also eine besondere Situation dar, die von Unsicherheiten, Desinformation, Orientierungs- und Hilflosigkeit begleitet sein kann, und die die Individuen ganz unterschiedlich bewerten und meistern.

Für eine Analyse derartiger Situationen und die Erarbeitung von institutionellen und interdisziplinären Pflege- und Versorgungsstrukturen für Migrant/innen ist eine Differenzierung in soziale Problemlagen und kulturelle Spezifika

notwendig (vgl. Collatz 1998). Das Zusammenwerfen dieser beiden Aspekte führt sonst zu einer Ethnisierung sozialer Probleme und damit zu falschen Lösungsstrategien. Vorweg muss deutlich gemacht werden, dass es sich bei dem Thema im Kontext der Altenpflege nicht um Migration allgemein handelt, sondern um einen ganz bestimmten Typ, nämlich überwiegend den der Arbeitsmigration (andere Migrationsformen, wie z. B. Migration auf Grund von Krieg, Flucht, Lebensbedrohung etc. bleiben hier unberücksichtigt). Über die „Hälfte der über 60-jährigen Ausländer ... (51,9 %) stammen aus ehemaligen Anwerbeländern (Raven/Huisman 2000, S. 188). Diese Menschen, die in die Bundesrepublik kamen, mussten als eine Einwanderungsvoraussetzung eine überdurchschnittliche Gesundheit – von deutschen Ärzten bescheinigt – mitbringen. Die Arbeits- und Lebensbedingungen haben dann zur Umkehrung des so genannten „healthy-migrant-effects“ geführt (vgl. BMSFSJ 2001, S. 75 f.). Die rapide Verschlechterung dieses Gesundheitsstatus bei zunehmendem Alter hat vor allem *soziale und ökonomische Ursachen*, die im Folgenden kurz aufgelistet werden:

- finanzielle Notlagen, niedrige Rente, Verdienstaufschlag des pflegenden Familienangehörigen;
- allgemein schlechtere Wohnverhältnisse als die vergleichbare deutsche Bevölkerungsgruppe;
- häufigere Zeiten von Arbeitslosigkeit während der Lebensarbeitszeit;
- aufgrund der Arbeitsbedingungen allgemein schlechterer gesundheitlicher Status als die vergleichbare deutsche Bevölkerungsgruppe (z. B. eine Anhäufung gesundheitlicher Belastungsfaktoren während der Arbeit: Akkord- und Schichtarbeit, körperlich schwere Arbeit, Kontakt mit chemischen Noxen, Lärm- und Hitzebelastung, Zuweisung von extrem belasteten Arbeitsplätzen in der Industrie);
- niedrigeres formales Bildungsniveau und damit verbunden mangelnde Sprachkenntnisse;
- keine Integration in die hiesige Gesellschaft (auch nach 20 Jahren nicht) und dadurch bedingt eine starke Konzentrierung auf nationalitätenspezifische Gruppen, besonders nach der Berentung;
- Ängste, die sich aus dem Status „Ausländer“ ergeben (Aufenthaltsstatus, Arbeitsgenehmigung, aktuelles politisches Geschehen) (vgl. Wicker 2001, S. 75-76; Raven/Huisman 2000).

Die *kulturellen Spezifika* mischen sich teilweise mit der Spezifik der Migrationssituation, sind aber dennoch getrennt zu analysieren, um Konsequenzen für das Handeln in den sozialen und pflegerischen Einrichtungen zu erarbeiten. Zu diesen gehören

- traditionelle Familienvorstellungen, in denen Pflege in die Familie gehört und nicht an externe Dienste delegiert werden kann;

- kulturspezifische Versorgungsvarianten;
- religiöse Prägung kann eine Erkrankung als gottgewolltes Schicksal erscheinen lassen, dem man sich zu beugen hat;
- traditionelle Frauenrolle, die religiös geprägt sein kann und in der die Möglichkeit, Wünsche und Forderungen zu stellen, als unbekanntes oder unschickliches Verhaltensmuster gedeutet wird;
- Scham, wenn man externe Dienste in Anspruch nehmen soll und sich damit die Blöße gibt, den gestellten Anforderungen nicht gerecht werden zu können;
- Unkenntnis über das Krankheitsbild und den Krankheitsverlauf aufgrund anderer Vorstellungen von Kranksein und Gesundsein;
- vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnis des Menschen abweichende Körper-Seele-Geist-Konzeptionen (vgl. Raven/Huisman 2000, S. 194 ff.; Zielke-Nadkarni 2001, S. 128 ff.).

5. Grenzgänge

Die Analyse der sozialen und kulturellen Dimensionen (in) der Migration verweist auf eine Vielzahl von Grenzüberschreitungen und -erfahrungen im Sinne der Konfrontation mit „dem Anderen“. Dabei kann von einem doppelten Phänomen der Andersheit ausgegangen werden: zum einen *die Anderen*, als generell fremde Menschen aus anderen Ländern, die Migrant/innen; zum anderen als alte Menschen. Hinter beiden Bildern der Andersheit steht als Ausgangspunkt die je eigene Perspektive: der Blick der Jüngeren (Pflegerinnen) auf die Älteren (zu Pflegerinnen) und der Blick der Inländer auf die Ausländer. In diesem Kontext spielt das Phänomen der Grenze in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle. Im Folgenden werden die beiden Phänomene der Andersheit exemplarisch als Grenzerfahrungen mit ihren möglichen Ambiguitäten beschrieben.

5.1 Migration als Grenzerfahrung

Die möglichen Grenzerfahrungen und -überschreitungen im Kontext von Migration sind vielfältig. Die offensichtlichste ist die Überschreitung nationalstaatlicher Grenzen. Damit verbunden ist das Überschreiten von sozialen, biografischen, ökologischen, rechtlichen, politischen und kulturellen Grenzen. Zum Beispiel:

- das Auseinanderbrechen von Familienstrukturen;
- die Notwendigkeit der Mehrsprachigkeit;
- die Erfahrbarkeit von verschiedenen Lebenswelten;
- Leben in einem anderen Klima und in anderen Landschaften;
- das Infragestellen des eigenen bislang Gewohnten und für richtig Befundenen;

- die alltäglichen Fremdheitserfahrungen (z. B. in Konfrontation mit der hiesigen Bürokratie und einem anderen Rechtssystem, Desinformation, latente und virulente Xenophobie und die Konfrontation mit stereotypen Denkmustern, Generationenkonflikte, unterschiedliche Frauenbilder etc.);
- die Neuorientierung – dazu gehört, zu akzeptieren, eine Minderheit zu sein, ein neues Leben zu beginnen, sich anzupassen und zu integrieren, neue Freunde zu finden, neue Werte anzunehmen, und Zukunftsperspektiven zu entwickeln (vgl. Loncarevic 2001, S. 71).

Diese exemplarisch hier aufgelisteten Punkte verdeutlichen, auf welchen Ebenen Grenzerfahrungen und Grenzüberschreitungen stattfinden, ohne dass wir sie immer als solche benennen. Ob die Erfahrung mit verschiedenen Lebensweisen und -erfahrungen zum Problem wird, an dem man erkrankt, oder ob dies eine Chance des Lebens schlechthin darstellt, hängt davon ab, *wie* diese Grenzen erfahren und überschritten werden.

5.2 Alter als Grenzerfahrung

Eine wesentliche Grenzerfahrung des Alters ist in den westlichen und einigen südostasiatischen Industriegesellschaften die des so genannten Leistungs- und Funktionsverlustes. In einer Gesellschaft, die auf Leistung und Funktionsfähigkeit ausgerichtet ist, wird das Alter, welches immer noch mit der Berentungssituation assoziiert wird, als Leistungs- und Funktionsverlust bzw. -einschränkung betrachtet. Das kann Probleme zur Folge haben, die sehr unterschiedlich verarbeitet werden. Dies hängt ganz elementar mit der jeweiligen Biografie, *der persönlichen Situation* und den gemachten Lebenserfahrungen zusammen. Unter Rekurs auf verschiedene Altersstudien, die allerdings regelmäßig und ausschließlich defizitorientiert sind, konnten für das Altwerden und Altsein u. a. folgende Grenzerfahrungen heraus gearbeitet werden:

- *Die Erfahrung der Wohnsituation:* Mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wird man gewöhnlich verstärkt auf die eigenen vier Wände zurück geworfen. Der Wohnraum als Lebensraum erfährt eine andere Bedeutung. Dies geht oft einher mit folgenden Fragen: Kann die bislang bestehende Wohnsituation aufrechterhalten werden, oder muss ein Wohnortwechsel vorgenommen werden? Z. B. eine kleinere Wohnung, weil die Kinder nun aus dem Haus sind, und/oder weil man das alles nicht mehr alleine bewältigen kann; in die Nähe der Kinder ziehen, weil diese aus beruflichen Gründen weiter weg wohnen und man im Bedarfsfall auf familiäre Hilfe zurückgreifen möchte; oder steht ein Umzug in ein Altenheim an, weil man pflegebedürftig geworden ist und diese Bedürftigkeit zu Hause nicht mehr kompensiert werden kann.

Andererseits kann das Zurückgeworfensein auf die eigenen vier Wände auch eine Befreiung und ein Neuanfang sein im Sinne des selbstbestimmten Wohnens. Der Raum, der vorher mit vier bis fünf Personen geteilt werden musste, steht jetzt einer oder zwei Personen zur Verfügung, was eine neue Entfaltungsperspektive bietet: er kann ganz anders gestaltet werden, man kann sich sein Leben nun „anders einrichten“. Aber auch die größere Entfernung der Kinder kann für die Eltern von Vorteil sein. Man kann die Elternrolle ablegen, ist nur von Zeit zu Zeit in der Großelternrolle und daher auch der Kontrolle durch die eignen Kinder entzogen. Dies kann eine Chance sein, Neues auszuprobieren, neue Rollen zu finden, unabhängig der normativen Kontrolle seitens der eigenen Nachkommen. Oft hört man auch die Überraschungen der Kinder, wenn sie merken, dass die „alten Eltern“ Dinge tun, die man ihnen nie zugetraut hätte.

- *Die Erfahrung von sozialen Beziehungen:* Der Verlust der Kontakte am Arbeitsplatz führt dazu, dass sich die Menschen nach ihrer Berentung ein neues soziales Umfeld aufbauen müssen. Meist ist das verbunden mit einer Phase von Isolation, die temporär, aber auch dauerhaft sein kann. Im Falle von Migration wird oft ein Rückzug in das soziale Umfeld aus dem eigenen Herkunftsland fest gestellt. Dies kann zur Folge haben, dass die deutschen Sprachkenntnisse, wenn sie nicht mehr trainiert werden, abnehmen. Umgekehrt kann die Berentung aber auch eine Chance sein, sich endlich die Menschen aussuchen zu können, mit denen man zusammen sein möchte; und auch die Zeiten zu bestimmen, wann man soziale Kontakte wünscht. Im Arbeitsleben ist das meist nicht der Fall.
- *Die Erfahrung von Körperlichkeit und Krankheit:* Krankheit bedeutet immer eine Grenzerfahrung, manchmal auch eine existentielle Bedrohung – unabhängig vom Alter. Durch die mittlerweile sehr hohe Lebenserwartung treten im Alter jedoch vermehrt Krankheiten auf. Die Vorstellung von Multimorbidität und höhere Krankheitsanfälligkeit gipfelt in der Idee, das Alter selbst eine Krankheit wäre. Andererseits sind nicht alle älteren Menschen krank. Im Laufe seines Lebens lernt man sich und seine Eigenheiten besser kennen. So wird es möglich, trotz oder wegen der vielen kleinen „Zipperlein“ eine neue Sensibilität für den eigenen Körper auszubilden, was durchaus auch neue sportliche Aktivitäten beinhalten kann.
- *Die Erfahrung eines neuen Lebensabschnittes:* Meist kann man im Alter auf einen reichen Fundus an Lebenserfahrungen zurückblicken und sich auf die eigenen Leistungen und Kompetenzen besinnen. Gerade in beruflicher Hinsicht wird dieses Potenzial von Wirtschaftsunterneh-

men wie von karitativen Einrichtungen neu entdeckt im Sinne von „Alte Menschen für alte Menschen“, aber auch „Alte Menschen für junge Menschen“, z. B. in Ausbildung, Kinderbetreuung, Beratung etc.

- *Die Erfahrung der Konfrontation mit dem Tod:* Alte Menschen sehen sich, mehr als jüngere, mit ihrem eigenen Lebensende konfrontiert, zum einen durch das Alter selbst, zum anderen aber auch durch die Erfahrung des Sterbens von Bekannten und Verwandten.

Was bedeutet es nun, wenn die hier angeführten Phänomene im Kontext von Grenzen thematisiert werden? Was sind Grenzen und inwiefern kann hierauf ein Handlungskonzept gegründet werden? Um diese Fragen zu beantworten ist es notwendig, Grenzen zunächst allgemein zu betrachten. Es gibt keine festen, natürlichen Grenzen; alle werden gezogen. Das ganze Leben besteht aus Grenzüberschreitungen, ist ein Übergangsprozess und hat somit eine liminale Struktur. Fragwürdig ist hier durchaus schon die Kategorie „Alter“, die nur Sinn macht, wenn man sie gegen andere Kategorien abgrenzt. Es gibt keine alle so genannte „Alte“ betreffenden Probleme, Situationen, Sachverhalte. Weder sind alle krank oder gesund, arm oder reich, isoliert oder sozial integriert. Sie haben keine Erfahrungen, die auch alle anderen Alten hätten. Wo fängt das Alter an? Was zeichnet es aus? Alle Menschen, die nicht „vorzeitig“ sterben, machen Erfahrungen mit dem Älterwerden, aber sie lassen sich so wenig verallgemeinern, wie die Erfahrungen von Kindern, Fremden oder Migrant/innen.

Die oben beschriebenen Phänomene sind Grenzerfahrungen in die eine oder andere Richtung. Das heißt, man stößt an die Grenze der jeweils zu Grunde gelegten Kategorie (an das bislang für selbstverständlich hingegenommene). „Die Grenze ist nicht eine räumliche Tatsache mit soziologischen Wirkungen, sondern eine soziologische Tatsache, die sich räumlich formt“ (Simmel 1992, S. 697). Grenzen haben eine Doppelfunktion: Einerseits dienen sie der Ab- und Einschließung, andererseits der Überschreitung. Grenzen werden dabei als gegliederte Grenzzonen mit einer spezifischen Struktur begriffen (vgl. Bergmann 1981, S. 108). Sowohl die Dimension des *Raumes*, als auch die der *Zeit* spielen bei der Grenzziehung und -überschreitung eine wichtige Rolle (vgl. Turner 1992, S. 137). Bezogen auf Menschen(gruppen) sind die Fremden die Grenzgänger, die, die „dazwischen“ oder von „ganz woanders“ her sind; jedenfalls weder hier noch dort und sowohl hier, als auch dort. Das Sich-Bewegen in derartigen Grenzzonen, die Turner (vgl. Turner 1992, 1995) als Liminalität oder limitische Struktur bezeichnet hat, ist hochgradig ambivalent. Ethnolog/innen haben diesen Phänomenbereich bezeichnenderweise im Zusammenhang von Ritualen erforscht. Rituale haben nämlich genau die Funktion, diese Grenzüberschreitungen so zu begleiten, dass weder die Individuen noch das Sozialgefüge beschädigt werden.

Grenzüberschreitungen sind entscheidend für den Prozess der Erneuerung. „Die limitische Struktur bildet keine starre Scheide, sondern eine Übergangs- und Wechselwirkungszone. Sie ist ein Zwischenphänomen. Grenzen sind demnach ‚bewegliche Austauschzone‘“ (Mühlmann 1985, S. 23). Die Errichtung und Stabilisierung von Grenzen gegenüber einer Umwelt/einem Umfeld dient nicht der Verhinderung von Überschreitungen, sondern ihrer Markierung und Regulierung. Grenzzonen lassen sich also begreifen als Orte der Vermittlung mit dem Anderen, dem Fremden, Unbekannten in all seinen Ausprägungen. Dieses Verständnis von Grenzen als Aushandlungszone und Austauschzone ist entscheidend im Kontext der Transkulturalität. Es verändert die Sicht auf das Kulturelle des Menschen. Es kann zur Anerkennung des Anderen als Anderen (unabhängig von seiner nationalstaatlichen Herkunft) und muss nicht zur Verkennung als Fremden führen. Transkulturalität ist Liminalität, denn folgende Aspekte sind in beiden Konzepten zu finden:

- *Beschreibung des Prozesses des Dazwischen-Seins*: z. B. der Übergang in den Ruhestand, der Wohnortwechsel oder das Pendeln zwischen Heimat- und Gastland;
- *Erfahrung der Befreiung von Zwängen*: z. B. sich nicht mehr den stereotypen Erwartungshaltungen anderer unterzuordnen, sei es die Rolle als Arbeitnehmer oder die der Großeltern; oder die Möglichkeit, sich von traditionellen Vorstellungen zu befreien und nach anderen Werten und Normen leben zu können;
- *Gestaltung des Freiraumes zum Aushandeln mit offenem Ende*: z. B. Selbstbestimmung in Bezug auf die Lebensgestaltung; dies geht einher mit der oben erwähnten Befreiung von Zwängen;
- *Erkennen der Spuren des Vergangenen*: z. B. die Überlegungen, was früher für die Person wichtig war, was sie immer schon mal machen wollte – wie sahen die Jugendträume aus? All dies hat Einfluss auf die Gegenwart und die Gedanken der zukünftigen Lebensgestaltung;
- *Erkennen der Spuren des Zukünftigen als Potenzial*: was kann die Person z. B. davon noch verwirklichen? Welche Kompetenzen und Ressourcen sind vorhanden, welche Möglichkeiten bieten sich? Diese Überlegung kann neue Handlungsspielräume eröffnen;
- *Entdecken von kreativen und innovativen Reaktionen*: z. B. etwas Neues versuchen, zu dem man bislang keine Zeit hatte oder sich nie getraut hat (vgl. Turner 1992).

6. Diesseits und Jenseits der Migration: transkulturell kompetentes Handeln in der Altenpflege

Wie deutlich geworden ist, liegen der Altenpflege und erst recht der Pflege von älteren Migrant/innen eine Vielzahl unterschiedlichster Grenzüberschreitungen und Grenzerfahrungen zu Grunde, die im pflegerischen Handeln eine Rolle spielen. Handeln hat zur Voraussetzung das Verstehen als Versuch der größtmöglichen Annäherung an die gelebten Wirklichkeiten. Gelassenheit, Souveränität, zuhören und beobachten können sind einige Dimensionen, die in der Literatur in diesem Kontext beschrieben werden (vgl. Gröning 2001, S. 89 ff.). Der Entwicklung der Phänomenologie ist es zu verdanken, dass sie „den Zusammenhang von Leben, Ausdruck und Verstehen herauspräpariert hat ...“ (Schnell 2001, S. 77). Das Erfassen und Verstehen einer fremden Welt gelingt oft erst über eine kritische Distanz zur eigenen Welt. Diese Einsicht öffnet den Weg zu einer transkulturellen Perspektive, denn nur die Neue Phänomenologie hat das notwendige Rüstzeug und sensible Verständnis, „um zu einer Lebenserfahrung durchzudringen, in der sich die Völker über alle Kulturschwellen hinweg einig sind, sodass ein gemeinsamer Nenner für die verschiedenen Denkformen und Abstraktionsbasen gefunden werden kann“ (Schmitz 2002, S. 32). In Abgrenzung zu der älteren, auf Husserl zurückgehenden Phänomenologie, die als kognitivistische Bewusstseinsphilosophie zum Verstehen leiblicher Dispositionen, leiblicher Kommunikation, unwillkürlicher Lebenserfahrungen nichts Wesentliches beigetragen hat, und vielmehr den Leib nur dem Namen nach und mehr oder weniger als Synonym von Körper zur Kenntnis genommen, wird hier bewusst auf die von Hermann Schmitz erneuerte und revidierte Phänomenologie Bezug genommen. Dementsprechend zielt transkulturell kompetentes Handeln auf

- eine spezifische Sensibilität für die jeweiligen Situationen mit ihren Ambivalenzen;
- die Fähigkeit, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu überschreiten;
- die Fähigkeit, aus der Phase der Liminalität wieder herauszukommen, um auf anderer Ebene handlungsfähig zu sein.

Pflegerisches Handeln ist selbst schon immer ein grenzgängiges Phänomen, da hier die Grenzen zwischen mehreren Handlungslogiken überschritten und situationsgerecht amalgamiert werden müssen (vgl. Uzarewicz/Dibelius 2001, S. 197 ff.). Sowohl das Konzept der Transkulturalität, welches ja einen radikalen Subjektivismus propagiert, als auch der Diskurs um Grenzphänomene verweisen auf das Konzept des situativen Handelns, welches aus dem Bereich der Altenpflege stammt, und dessen Parameter eine große Ähnlichkeit mit den Säulen der transkulturellen Kompetenz aufweisen:

- interaktiv-dialogisches Vorgehen;
- sinnliche Wahrnehmung als Grundlage der Arbeitsorientierung;
- Erfahrungswissen, assoziatives Denken, Gespräch;
- empathische Beziehung zu den Pflegebedürftigen (vgl. Böhle u. a. 1997).

Um diese Ansätze verbinden und in der Altenpflege etablieren zu können, sind Entwicklungsschritte auf drei Ebenen notwendig:

1. Zunächst ist es erforderlich eine gründliche *Analyse der Entwicklungspotenziale* vorzunehmen: Wo sind Defizite im Bereich Altenpflege vorhanden, wo bereits erste Ansätze, die weitergeführt und unterstützt werden können? Die aufgezeigten Faktoren verdeutlichen die Komplexität der Lebenswelten von Migrant/innen. Im Falle einer Erkrankung kommen neue Anforderungen hinzu: die Entschlüsselung der hiesigen Institutionen der Gesundheitsversorgung. Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt keine verlässlichen Daten über die Inanspruchnahme der sozialen und gesundheitlichen Dienste seitens der Migrant/innen. Dass es jedoch einige Zugangsbarrieren gibt, ist in der Literatur inzwischen beschrieben (vgl. Salman 2001, S. 91 ff.). Viele gesundheitliche Dienste bieten „selten geeignete und nachvollziehbare Information über Umfang, Sinn und Zweck vorhandener Angebote an“ (Salman 2001, S. 91). Hier könnte das Konzept der Grenze hilfreich sein: Wo gibt es überall Grenzen in der eigenen Einrichtung, bei den jeweilig einzelnen Mitarbeiter/innen, in den Strukturen, bei den Trägern etc. Erst wenn man diese herauspräpariert hat, kann man in einem nächsten Schritt überlegen, wie diese Grenzen zu überschreiten sind, inwiefern sie für wen eine Austausch- und Aushandlungszone darstellen und welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um diese Grenzen zu überschreiten.
2. Nach der Analyse können Entwicklungsschritte auf der *strukturellen Ebene* unternommen werden. Um eine transkulturelle Organisationsentwicklung in Gang zu setzen und erfolgreich durchzuführen, sind folgende Aspekte bedeutsam, die Domenig (2001) herausgearbeitet hat: Meist ist ein *externer Impuls* notwendig, der den Anstoß gibt (hier z. B. die künftig zu erwartenden älteren Migrant/innen, die vermehrt in die Altenheime kommen werden). In der Initialphase ist der *Top-down-Ansatz* entscheidend. Nur wenn alle Leitungsebenen von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer derartigen Entwicklung überzeugt sind, werden sie die notwendigen Ressourcen auf der operativen Ebene zur Verfügung stellen und das Projekt auch entsprechend nach außen hin vertreten können. Zwischen den Hierarchieebenen muss *Dialogfähigkeit* vorhanden sein und gefördert werden, damit Missverständnisse möglichst gering gehalten werden und die Transparenz der Entschei-

ungsstrukturen gewährleistet ist. In diesem Kontext spielt die *Bottom-up-Strategie* eine entscheidende Rolle, da nur so der tatsächliche Handlungsbedarf ermittelt werden kann, der für die Steuerung der Entwicklung entscheidend ist. Die *Verbindung von Praxis – Wissenschaft und Forschung* stellt eine weitere wesentliche Säule im transkulturellen Wandlungsprozess dar, um zu verhindern, dass neue Forschungsergebnisse übersehen werden und veraltete Modelle zur Handlungsgrundlage ausgewählt werden. Zuletzt sollte der Prozess der transkulturellen Organisationsentwicklung eine klare *Projektstruktur* aufweisen. Dies dient für alle Beteiligten der Orientierung, an welcher Stelle der Entwicklung man sich gerade befindet, für die Legitimation der einzelnen Maßnahmen und der Verortung der Einzelnen im Gesamtgeschehen (vgl. Domenig 2001, S. 175 ff.).

3. Die transkulturelle Organisationsentwicklung beinhaltet natürlich auch entsprechende Entwicklungsschritte auf *individueller Ebene*. Um transkulturelle Kompetenz zu erwerben und diese in einer transkulturellen Organisation zum Einsatz bringen zu können, müssen Mitarbeiter/innen mit und ohne Migrationshintergrund geschult werden. Hier bieten sich gezielte Weiterbildungsmaßnahmen an, wie sie Domenig (2001) entwickelt hat. Orientiert am Konzept der Lernenden Organisation (vgl. Senge 1998) gilt es, die Angebote interdisziplinär auszurichten, eine Kontinuität zu gewährleisten und sowohl team- als auch situationsspezifische Inhalte anzubieten. Die Inhalte wiederum beziehen sich auf drei verschiedene Ebenen: zum einen das *theoretische Grundlagenwissen*, was als notwendige Voraussetzung gesehen wird, um den selbstreflexiven Prozess in Gang zu setzen. Zum zweiten kann durch *alltagsrelevante Fallbeispiele* die Verankerung des Themas in der Praxis gewährleistet werden und zur Erweiterung des Hintergrundwissens sowie der Reflexion der bisher gemachten Erfahrungen dienen. Zum dritten sind *konkrete Instrumente* und Empfehlungen hilfreich, um die gewohnten Bahnen der Alltagspraxis verlassen zu können und transkulturelles Handeln zu trainieren (vgl. z. B. transkulturelle Pflegeanamnese nach Domenig/Staufer 2001 c, S. 227 ff.). Ebenso sind im Rahmen des Projekts [iku:] (Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege), welches am Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE) von 2000 – 2003 durchgeführt worden ist, Fortbildungen für spezifische Zielgruppen in der Altenpflege entwickelt und getestet worden: für die Praktiker/innen, für die Manager/innen und für die Lehrenden. Unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens zielen die verschiedenen Module darauf, die kognitiven Inhalte (theoretisches Grundlagenwissen) mit der jeweils personengebundenen Lernerfahrung zu verknüpf-

fen, um Prozesse der Selbstreflexion in Gang zu setzen und Empathiefähigkeit zu fördern. Der Fallarbeit wird dabei große Bedeutung beigemessen, fördert sie doch durch die Anschaulichkeit die Motivation, sich mit dem Thema zu befassen und reduziert die Angst, sich den theoretischen Grundlagen zu nähern. Selbst-, Sozial- und Sachkompetenz werden gleichermaßen gefördert. Mit der Erweiterung der Kompetenzen sinkt das Problem der Überforderung in Migrationssettings und -situationen (vgl. Salman 2001, S. 92). „Als transkulturell kann ein Gesundheitswesen bezeichnet werden, wenn *regelmäßig* in den Angeboten sprachliche, soziokulturelle und migrationspezifische Aspekte Berücksichtigung finden“ (Salman 2001, S. 95) und darüber hinaus insbesondere auf die allen Menschen gemeinsame leibliche Basis anknüpft wird.

Literatur

- Bergmann, W. (1981): Die Zeitstrukturen sozialer Systeme. Eine systemtheoretische Analyse. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ) (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation (2001). Berlin
- Böhle, F. u. a. (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, H. 10, S. 18-22
- Collatz, J. (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, M./Borde, Th./Kentenich, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsperspektiven. Frankfurt/M., S. 33-58
- Domenig, D. (Hrsg.) (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern
- Domenig, D. (Hrsg.) (2001 a): Professionelle transkulturelle Pflege. Bern
- Domenig, D. (2001 b): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: dies. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern u. a., S. 139-158
- Domenig, D./Y. Stauffer (2001 c): Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, S. 227-236
- Gamm, G. (1994): Flucht aus der Kategorie. Die Positivierung des Unbestimmten als Ausgang aus der Moderne. Frankfurt/M.
- Gröning, K. (2001): Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Dementen. In: Tackenberg, P./Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt/M., S. 83-100
- Ertl, A./Geiger, I./Hinz-Rommel, W. (1998): Ein Interkulturelles Altenpflegezentrum entsteht. In: Angeworben, Hiergeblieben, Altgeworden. Praxisfeld Interkultureller Altenpflege, Afw NOW-Projekt. Darmstadt, S. 85-90
- Hielen, M. (1998): Altenhilfe für Einwanderer. Anforderungen an eine ethnisch-orientierte Altenhilfe. Abschlussbericht des DRK-Pilotprojektes Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe (ESA). Duisburg
- Loncarevic, M. (2001): Migration und Gesundheit. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, S. 65-85

- Mühlmann, W. (1985): Studien zur Ethnogenese. Opladen
- Raven, U./Huisman, A. (2000): Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, H. 3, S. 187-196
- Rizzo-Parse, R. (1993): Theory of Health as Human Becoming. London
- Salman, R. (2001): Zur Gesundheitsversorgung von Migrant/innen. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, S. 87-100
- Schmitz, H. u. a. (2002): Begriffene Erfahrung. Beiträge zur antireduktionistischen Phänomenologie. Rostock
- Schnell, M. W. (2001): Fremdheit der Demenz – Grenze der Geisteswissenschaft. In: Tackenberg, P./Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt/M., S. 77-82
- Senge, P. (1998): Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. Stuttgart
- Simmel, G. (1992): Exkurs über den Fremden. In: ders. (Hrsg.): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Frankfurt/M., S. 764-771
- Turner, V. (1992): Prozess, System, Symbol: Eine neue anthropologische Synthese. In: Habermas, R./Minkmar, N. (Hrsg.): Das Schwein des Häuptlings. Beiträge zur historischen Anthropologie. Berlin, S. 130-146
- Turner, V. (1995): Vom Ritual zum Theater. Der Ernst des menschlichen Spiels. Frankfurt/M.
- Uzarewicz, Ch./Uzarewicz, M. (1998): Kollektive Identität und Tod. Zur Bedeutung ethnischer und nationaler Konstruktionen. Frankfurt
- Uzarewicz, Ch./Uzarewicz, M. (2001): Transkulturalität und Leiblichkeit in der Pflege. In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie. H. 4, S. 168-175
- Uzarewicz, Ch./Dibelius, O. (2001): Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse versus Pflegemanagement? In: Kerres, A. u. a. (Hrsg.): Lehrbuch Pflegemanagement, Bd. 2., Bern, S. 197-234
- Welsch, W. (1998): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainz: Universität Mainz. Studium Generale 1999, S. 45-72
- Wicker, H. R. (2001): Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, S. 47-64
- Zielke-Nadkarni, A. (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, S. 123-135

Pflegepädagogik und Kultur: Anforderung und Wirklichkeit

1. Einleitung

Seit Georg Simmel in seinem „Exkurs über den Fremden“ diesen als nah und fern sowie als innerhalb und außerhalb einer Gesellschaft stehend zugleich charakterisiert hat, wissen wir, dass Grenzen zwischen uns und den Anderen auch mitten durch Gesellschaften verlaufen können. Ausgrenzung und Anerkennung, gesellschaftliche Diskriminierung und demokratischer Anspruch existieren parallel in Gesellschaften, die sich wie die deutsche als zunehmend europäisch und global verstehen. Unter dem Titel des globalen Lernens steht darum auch das aktuelle Programm der bundesdeutschen Schulpädagogik. Es bildet das vorerst letzte einer langen Reihe von Programmen, mit denen die Ausländer- bzw. Migrationspolitik bisher pädagogisch flankiert wurde.

In Systematiken ist verschiedentlich versucht worden, diese Programme im Hinblick auf ihre Situationsanalysen, Adressaten und Ziele zu unterscheiden. An dieser Stelle sei auf die Texte von Nieke (1986), Auernheimer (1995) sowie Diehm/Radtke (1999) verwiesen. Den Versuchen der Phasierung wurde – teilweise von den Autoren selbst – immer auch kritisch begegnet: Sie lassen das „Bild einer unilinearen Entwicklung“ (Auernheimer 1995, S. 153) entstehen, sie suggerieren eine Entwicklung in Richtung auf eine fortlaufende Verbesserung und stilisieren eine Gegensätzlichkeit untereinander (Diehm/Radtke 1999, S. 127 ff.). Wenn im Folgenden trotzdem eine Darstellung der Entwicklung zunächst für die Pädagogik allgemein und daran anschließend für die Pflegepädagogik im Besonderen versucht wird, so geschieht dies, weil diese Programme sehr wohl Auskunft über das gesellschafts- wie fachpolitische Verständnis von und den Umgang mit Migration geben. Dabei ist es sicherlich klug, die Grenzen zwischen den seit den 1960er Jahren entwickelten Bildungsprogrammen für den Unterricht von Migrantenkinder als eher fließend zu begreifen und manche verbalen Abgrenzungen förderungspolitischen Notwendigkeiten zuzuschreiben.

2. Die Pädagogik: Von der Ausländerpädagogik zum globalen Lernen

In den 1960er Jahren war die Erziehungswissenschaft von einer durch die Bildungsreform hervorgerufenen Aufbruchsstimmung erfasst, die jedoch die Migrantenkinder nicht mit einschloss. Die erstmals 1968 massiv geforderte Reform der Ausbildung zielte vor allem auf die Kinder jener Schichten der westdeutschen Bevölkerung ab, die von dem bisherigen Bildungsangebot den geringsten Nutzen hatten: Kinder von Arbeitern und kleinen Angestellten. Diesen sollte durch Gesamtschulen, durch reformierte Oberstufen und Gesamthochschulen der Zugang zur höheren Bildung und zu besseren Bildungsabschlüssen erleichtert werden. Im weltweiten Vergleich machte sich das Fehlen gut ausgebildeter Arbeits- und Führungskräfte deutlich. Gesellschaftliche Reserven, wie sie die Kinder dieser Schichten darstellten, sollten mobilisiert werden. Die Debatten jener Zeit thematisierten im Wesentlichen die Möglichkeit eines sozialen Ausgleichs, der aber die Migrantenkinder und deren Familien ausschloss. Die Einbeziehung erschien als nicht notwendig, da die zu dieser Zeit in Westdeutschland lebenden ersten Arbeitsmigrant/innen ihre Familien zumeist in den Heimatländern zurückgelassen hatten. Die erste Migrantengeneration bestand bekanntlich aus vorwiegend jungen und ledigen Männern. Die wenigen aus Migrantenfamilien stammenden Kinder fielen statistisch nicht ins Gewicht und veranlassten weder zu erziehungswissenschaftlichen Überlegungen und Programmen noch zu Maßnahmen der Schulbehörden.

Schon Mitte der 1970er Jahre war die beschriebene Aufbruchsstimmung spätestens dahin. Kennzeichnend für diese Zeit sind vielmehr eine innen- und außenpolitische Verhärtung, für die Begriffe wie der „deutsche Herbst“ und die „Raketenstationierung“ stehen mögen. Der Krieg in Vietnam nahm beständig an Brutalität zu, im Nahen Osten reagierten die arabischen Öl fördernden Länder auf den Angriffskrieg Israels mit einer Reduzierung des Ölexports um 25 %. Das Bild jener Zeit in den Medien ist das der leeren Autobahnen, auf denen am Sonntag Fahrverbot herrschte. In diese Zeit, nämlich in das Jahr 1973, fällt eine „... augenfällige Umstellung der Semantik in der Bundesrepublik Deutschland von der staatsrechtlichen Kategorie des ‚Ausländers‘ auf den ethnologischen Begriff des ‚Fremden‘ ...“ (Radtke 1995, S. 9). Diese Umstellung sollte die unterschiedliche Behandlung zwischen EG-Ausländern, die das Recht auf Freizügigkeit, Niederlassung und freie Berufswahl besaßen und den Ausländern rund ums Mittelmeer legitimieren helfen. Der 1973 beschlossene Anwerbestopp betraf vor allem türkische Arbeiter, die bis dahin zwischen ihren Familien in der Türkei und ihrem Arbeitsplatz in der Bundesrepublik pendelten. Sie sollten entweder ihre Familien nachholen oder mit finanzieller Förderung in ihre Heimatländer

zurückkehren. Die Zahl der ausländischen Bevölkerung in Westdeutschland wuchs rasch, da die türkischen Arbeiter und deren Familien aufgrund des herrschenden *ius sanguinis* Ausländer blieben, auch wenn mittlerweile die gesamte Familie in der Bundesrepublik wohnte und die Kinder die türkische Heimat ihrer Eltern nur von Urlaubsbesuchen kannte.

Die Erziehungswissenschaft reagiert erstmalig auf die Migrationspolitik der Bundesregierung. Nieke (1986) charakterisiert die Pädagogik der 1970er Jahre als „Ausländerpädagogik“ und als „kompensatorische Erziehung und Assimilationspädagogik“. In einer ersten wissenschaftlichen Problemformulierung werden Defizite auf der Seite der Migrantenkinder gesehen; allem voran werden die offensichtlichen Sprachschwierigkeiten in den Vordergrund gerückt. Diese Konzentration auf das Sprachproblem war so verkürzt wie die Aufforderung des Deutsch Lernens, die sich wenig um die Schaffung der notwendigen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Spracherwerb scherte. Nieke bezeichnet die in dieser Zeit vorherrschende Strategie als „Doppelstrategie“, die auf die Integrations- und Rückkehrfähigkeit der Migrantenkinder zugleich setzte. Einerseits sollte normaler Unterricht gehalten werden, andererseits sollten Migrantenkinder in Förderkursen und Vorbereitungsklassen fit gemacht werden. Letztgenannte entwickelten sich zu Regeleinrichtungen für Migrantenkinder, von denen weniger als die Hälfte überhaupt nur einen Abschluss erhielten. Diehm/Radtke machen darauf aufmerksam, dass diese Kurse und Klassen „Dauereinrichtungen geworden waren, die erst Anfang der achtziger Jahre – nach einer Direktive der EG – durch Erlass der Kultusminister verboten werden mussten“ (1999, S. 136 f.).

Nachdem die Bildungsprogramme zunächst die Ausländerkinder als defizitär beschrieben, weitet sich diese Wertung auf die gesamte so genannte lebenszeitlich prägende Herkunftskultur aus. Diese Sichtweise bediente nicht nur den alten Binarismus vom Orient als dem grundlegend Anderem zum Okzident (Said 1981), sondern sie ersparte auch, nach dem Grund für das Scheitern jener Ausländerprogramme zu fragen. So hätten z. B. die existierenden Sprachprogramme evaluiert und Lehrende nach ihrer Eignung gefragt werden müssen. Gelder für die Evaluation, Lehrerfortbildung und Verbesserung der angebotenen Programme wären nötig geworden, um aus Fehlern lernen zu können und so der Gefahr zu entgehen, mit den nächsten Programmen alten Wein in neuen Schläuchen zu liefern.

In den 1980er Jahren machten sich die Konsequenzen der bis heute anhaltenden Einwanderungspolitik noch weiter deutlich. Sie kann vor allem durch Realitätsverweigerung, Bevorzugung deutschstämmiger Einwanderer und Ausrichtung auf die Nachfrage des Arbeitsmarkts charakterisiert werden. In der sich

zu dieser Zeit verschärfenden ökonomischen Situation entließ vor allem die durch die Rezession am härtesten getroffene Kohlen- und Stahlindustrie in großem Umfang ausländische Arbeitskräfte und machte die Benachteiligung der Migranten und ihrer Familien sichtbar. Der Titel „Über die Unmöglichkeit, Politik durch Pädagogik zu ersetzen“ (Hamburger u. a. 1981) spiegelt die Kritik und Selbstkritik der Erziehungswissenschaft dieser Zeit wider. Die Tatsache, dass Deutschland zu einem Einwanderungsland geworden war, wurde zum Ende der 1970er und Beginn der 1980er Jahre erstmalig von wissenschaftlichen Arbeiten reflektiert und fand in dem Begriff „interkulturell“ ihren Ausdruck. Zu dieser Zeit erscheint eine von Weidacher (1981) erstellte Bibliografie, in der er die ersten 21 unter dem Titel der „interkulturellen Erziehung“ erschienenen Texte ausweist.

Die fehlgeschlagene Ausländerpädagogik wurde berechtigt von Erziehungswissenschaftlern und Pädagogen angegriffen. Sowohl der dauerhafte Unterricht einer großen Anzahl von Migrantenkindern in so genannten Vorbereitungsklassen, die nie zu einem Abschluss führten als auch die Orientierung auf die Defizite von Migrantenkindern, die die skandalösen Defizite des Ausbildungssystems verschwiegen, wurden als Marginalisierung und Ausgrenzung kritisiert.

Wie sollte aber eine längst überfällige Reform der Erziehung und Ausbildung von Migrantenkindern erfolgreich werden, wenn deren Grundlage, die gesellschaftliche und politische Ungleichheit von Migrant/innen unangetastet blieb? Die notwendige gesellschaftliche Auseinandersetzung über die Rechte von Migrant/innen und über das zukünftige Zusammenleben blieb aus. Das nun folgende pädagogische Programm musste Gefahr laufen, ein altes Angebot unter neuem Namen darzustellen. Wurde im alten Programm von Defiziten der Migrantenkinder gesprochen, so hieß es im neuen nun kulturelle Differenz unter allen Schülern. Setzten die Ausländerprogramme auf Kompensation, Rückkehr und Assimilation, so setzten die neuen interkulturellen Erziehungsprogramme auf Kulturrelativismus und Erhalt kultureller Identität. Anstelle einer Kultur der Debatte fand eine Debatte über Kultur statt, die zu Recht als Ethnisierung politischer Konflikte kritisiert wurde und wird (siehe Radtke 1995). Die fehlende streitbare Kultur wurde auch bei dem zentralen Ereignis der 1990er Jahre für Deutschland, der Wiedervereinigung, deutlich. Nicht die Auseinandersetzung über die Möglichkeiten und Grenzen der beiden Gesellschaftssysteme und deren Bildungsprogramme stand im Mittelpunkt der Debatte, sondern die Überfremdung der deutschen Kultur.

Manfred Kaschel hat eine Vielzahl von Bild- und Textbeispielen aus deutschen Zeitschriften für den Politikunterricht zusammengestellt. Er zeigt Ka-

rikaturen aus gängigen Tageszeitungen, die die so genannte Asyldebatte mit Bildern von überfüllten Booten, sinkenden Schiffen und reißenden Flutwellen begleiten. Die Symbolik ist eindeutig: Es wird eine Konnotation von Ausländern (Asylanten) mit Unordnung, Chaos, Vernichtung, Katastrophe usw. hergestellt. In einem solchen politischen Klima gedeihen Programme interkultureller Erziehung so wenig wie Debatten über die Form der Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens nach der Wiedervereinigung (Karikaturen und Texte zum Thema Wiedervereinigung Deutschlands finden sich ebenfalls in Kaschel 1993).

Die weder in der DDR noch in der BRD offen ausgetragenen politischen Konflikte brachen in den 1990er Jahren auf und manifestierten sich in gewalttätigen Angriffen rechtsradikaler Jugendlicher, die von einer Debatte über das Asylrecht begleitet wurden. Die 1990er Jahre finden in den Bildern brandstiftender Jugendlicher Ausdruck, die vor den Augen untätiger Polizisten und begeisterter Bürger Ausländerheime anzünden. Tödliche Hetzjagden auf Einzelne und Angriffe auf Einrichtungen jüdischer Gemeinden sind an der Tagesordnung wie auch Berichte und Artikel über die Überfremdung. Ein Programm, das Kultur statt Politik vorsieht, ist so wenig erfolgreich wie sein Vorläuferprogramm, das auf Pädagogik statt Politik setzte. Als Ergebnis fehlender politischer Reformen in der Bildung sowie im Recht auf Asyl, Einwanderung und Migration finden sich heute in einer Stadt wie Berlin zunehmend Schulen ohne Sprache neben zweisprachigen Eliteschulen. Offensichtlich ist die Zweisprachigkeit kein Problem, sondern die Größe und Ausstattung der Klassen, die Fortbildung und Motivation der Lehrer, die gesellschaftliche Wertschätzung von Bildung und Migration. Curriculare Festlegungen zur interkulturellen Erziehung oder zu globalem Lernen machen sich im Rahmen schlecht ausgestatteter Schulen und überforderter Lehrer wie folkloristische Einsprengsel in einer Dominanzkultur (Romelspacher 1995) aus oder wie längst durch internationale Kapital- und Menschenströme überholte Forderungen. Denn nicht erst die PISA-Studie brachte an den Tag, dass die Bildung in der Bundesrepublik mehr denn je von den Einkünften der Eltern abhängig ist. Von dieser Entwicklung sind vor allem Kinder der Unterschicht und Migrantenkinder betroffen.

3. Die Pflegepädagogik: Zwischen kultursensibler Begegnung und Normativität

In Anlehnung an die in der Pädagogik getroffenen Unterscheidungen der fachwissenschaftlichen Debatten und schulpolitischen Programme muss festgestellt werden, dass die Pflegepädagogik sich in ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema – von Ausnahmen abgesehen – auf dem Stand kompensatorischer

Konzepte befindet. Sowohl in der Pflegefachliteratur als auch in der Pflegepraxis werden noch mehrheitlich Defizite und Probleme der ausländischen Patienten beschrieben: Sprachdefizite, mangelnde Compliance, wenig Kenntnis im Umgang mit dem Gesundheits- und Versicherungssystem usw. Darin drückt sich eine in der Pflege insgesamt noch vorherrschende Haltung aus, die den Patienten als Experten in eigener Sache wenig Stellenwert beimisst und ihnen viel zu geringen Gestaltungsspielraum lässt.

Seit Beginn der Anwerbung von sogenannten Gastarbeitern in den späten 1950er und frühen 1960er Jahren hat die praktische Pflege wichtige Aufgaben bei deren Betreuung im Krankheitsfall übernommen. Die Krankheitsfälle erstreckten sich zunächst im Wesentlichen auf akute Erkrankungen und Arbeitsunfälle. Denn die erste Gruppe von Migrant/innen kann als überdurchschnittlich gesund betrachtet werden. Schwache und chronisch kranke Menschen erhielten gar keine Arbeiterlaubnis und wurden durch Voruntersuchungen ausgeschlossen, die die Bundesanstalt für Arbeit bereits in den Herkunftsländern durchführen ließ. Durch den Anwerbestopp 1973 vergrößerte sich die Gruppe der potenziell Pflegebedürftigen um Frauen und Kinder. Hebammen und Kinderkrankenschwestern wurden zunehmend zu entscheidenden Kontaktpersonen mit dem Gesundheitswesen. Interviews mit Hebammen und Kinderkrankenschwestern des Neuköllner Krankenhauses veranschaulichen diese ersten Kontakte (Kollak/Küpper 1997, S. 115-131). Die Geburt und Erstversorgung von Migrantenkindern im Krankenhaus stellte häufig den ersten Zugang zur Gesundheitsversorgung dar. Wenn überhaupt Angebote der Prävention von z. B. türkischen Familien wahrgenommen werden, so am ehesten im Bereich der vor- und nachgeburtlichen Versorgung. Alle über Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte hinausgehenden Angebote werden wenig von Migrant/innen wahrgenommen. Das gilt auch für die verschiedenen Angebote der Altenpflege. Heute bildet die erste Generation der in den 1960er Jahren eingewanderten „Gastarbeiter“ die am schnellsten wachsende Gruppe potenziell Pflegebedürftiger. Bei den ursprünglich außerordentlich gesunden Männern und Frauen lassen sich nach deren harten Lebens- und Arbeitsbedingungen (Akkord- und Schichtarbeit, Überstunden, körperlich anspruchsvolle und gefahrenbelastete Tätigkeiten) heute überdurchschnittlich hohe Verschleißerscheinungen feststellen. Diese betreffen insbesondere den Bewegungs- und Stützapparat, chronische Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane sowie des Herz-Kreislauf-Systems; hinzu kommen bei vielen Menschen psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen als Folge der Migration. Eine sozial-empirische Studie im Auftrag der Hamburger Gesundheitsbehörde macht den im Vergleich zu bundesdeutschen Senioren überdurchschnittlichen Pflegebedarf deutlich (Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1998, S. 95-131).

Angesichts dieser Tatsachen ist mit einem erheblichen Pflegebedarf zu rechnen. Die bundesdeutsche Gesundheitsversorgung hat darauf mit großer Verspätung und sehr unentschlossen reagiert. Weil die Migrant/innen in der Altenpflege bisher nicht in Erscheinung getreten sind, schien lange die Vorstellung von der familiären Versorgung in Mehrgenerationenhaushalten vorherrschend. Tatsächlich aber leben überdurchschnittlich viele Migranten als Singles. Deren Entschluss, ihr Herkunftsland für eine bestimmte Zeit der Arbeit im Ausland zu verlassen, musste mehr oder weniger freiwillig mehrfach revidiert werden, so dass sie über die Jahre ihre Wurzeln im Herkunftsland verloren, gleichzeitig aber keinen Anschluss in ihren neuen Aufenthaltsländern fanden. Darum leben heute mehr als 20 % der über 55-jährigen Migrant/innen allein, d. h. sie sind entweder ledig geblieben, geschieden oder verwitwet. Im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung ist der Anteil der Einpersonenhaushalte bei Migrant/innen deutlich höher: In der Altersgruppe der 60-jährigen beträgt er 22 % (Deutsche 17 %), in der Gruppe der 65- bis 70-jährigen bereits 36 % (Deutsche 27 %) und bei den über 75-jährigen 43 % (Cubillos 2001, S. 247). Hinzu kommt, dass sich auch in den Migrantenfamilien Veränderungen im Verständnis familiärer Bindungen zeigen. Entgegen traditionellen Überzeugungen würde also ein Großteil der heute in Deutschland lebenden Migrant/innen im Fall der Pflegebedürftigkeit professionelle Dienste in Anspruch nehmen müssen.

Es wurde darum höchste Zeit, auf dem Gebiet der Altenpflege Anstrengungen zu unternehmen, damit die Lebenssituation älterer Migrant/innen berücksichtigt werden. Multikulturelle Seniorenzentren, Fort- und Weiterbildungen in der kultursensiblen Pflege, Ausbildungen für Migrant/innen in der Altenpflege sowie die Einrichtung von Dolmetscherdiensten seien hier als Beispiele genannt. Ein Memorandum mit Handreichung für eine kultursensible Altenpflege haben das KDA und der Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (Kuratorium Deutsche Altenhilfe 2002) herausgegeben. Es stellt einen wichtigen Beitrag zur interkulturellen Öffnung in der Altenpflege dar. Diese Initiative ist sehr zu begrüßen. Gleichzeitig muss gesehen werden, dass es weiterhin keinen festen Platz für eine kultursensible Pflege in der Ausbildung noch Zeit und Anerkennung für diese in der Praxis gibt. Dies wird begründet mit einem gleichen Anspruch auf medizinische und pflegerische Versorgung aller – doch dieses Recht muss erst einmal durchgesetzt werden. Es ist vielmehr noch pflegerische Praxis, ältere Ausländer als „Problemgruppe“ zu definieren und die Forderung nach einer kulturellen Sensibilität als weitere Anforderung im Kanon unerfüllbarer Erwartungen zu betrachten: Die Pflege soll ganzheitlich, empathisch, patientenorientiert, evidenzbasiert und kultursensibel sein. Der als defizitär verstandene, ausländische Patient (neben den Pflegeproblemen auch noch die Sprachprobleme) wird als zusätzliche Belastung ver-

standen und oft noch weniger als sein deutscher Leidensgenosse als Individuum betrachtet.

Eine Reflexion der pflegerischen Praxis und Ausbildung in Bezug auf eine kulturelle Sensibilität gibt es in der fachwissenschaftlichen Literatur international seit Beginn der 1970er Jahre, als Madeleine Leininger erstmalig ihre Vorstellungen über „Transcultural nursing“ (Towards Conceptionalization of Transcultural Health Care Systems, 1973) vorlegte. Mit einer großen zeitlichen Verzögerung begann diese Diskussion zu Beginn der 1990er Jahre auch in der westdeutschen Pflege. Diese zeitliche Verzögerung ergibt sich aus der einfachen Tatsache, dass es vorher keine akademischen Strukturen innerhalb der Pflege gab. Übersetzungen von zumeist nordamerikanischen Pflegetheorien – unter ihnen auch Leiningers „Transkulturelle Pflege“ – stießen die Diskussion über Kultur und Pflege hierzulande an. Sie gaben ihr damit allerdings auch eine Richtung, die der Entschlüsselung von Kulturen und der Typisierung von Menschen, die diesen Kulturen zugerechnet werden, den größten Platz einräumt. Gleichzeitig führte die Akademisierung der Pflege zu Berufungen von Pflegeprofessorinnen, die zumeist in Nachbarschaftsdisziplinen wie z. B. der Pädagogik, Soziologie und Ethnologie ihre Abschlüsse erhalten hatten. Von dort brachten sie auch die Themen Migration, Kultur und Pflege, Kranksein in der Fremde etc. mit. So können wir maximal von einer zehnjährigen Tradition der Diskussion über Pflege und Kultur innerhalb der Pflegewissenschaft sprechen. In welche Richtung diese Diskussion weitergehen soll und wie ein Transfer zwischen Theorie und Praxis aussehen könnte, steht im Mittelpunkt der nächsten Überlegungen.

4. Wohin soll sich die Pflegepädagogik entwickeln?

Der Alltag der Pflege ist mehrheitlich durch Entgrenzungen gekennzeichnet. Situationen, in denen viele Menschen sich ekeln, ängstigen oder schlicht überfordert fühlen, werden von Pflegekräften Tag für Tag gemeistert, so z. B. bei der Pflege von Schwerstkranken, Verwirrten oder Sterbenden. Die Antwort auf den Umgang mit diesen Menschen und Grenzsituationen wird das je spezifische Potenzial der Kommunikationsfähigkeit, des Wissens und der Selbstreflexion einer Pflegekraft zum Ausdruck bringen. Gemeinsam wird ihnen aber sein, dass Pflegekräfte auf eine für sie je spezifische Normalität rekurrieren: „An Not-situationen habe ich mich mit der Zeit gewöhnt.“ Oder: „Das ist ganz normal. Das erlebe ich fast täglich.“

Diese nicht zu überschätzende Ressource der Pflege, flexibel mit Grenzsituationen umzugehen, sollte sich im Umgang mit Migrant/innen erhalten. Damit dies möglich ist und bleibt, muss gefragt werden, was unter dem Begriff

„normal“ verstanden wird. Dazu einige Beispiele: Eine Pflegefachperson bemüht sich um Normalität in einer Notfallambulanz, in der mehrere verletzte Menschen gleichzeitig aufgenommen wurden. Eine Altenpflegerin organisiert eine Regelversorgung für eine verwahrloste, alte Frau, die bei einem Erstbesuch in einer seit Wochen ungeputzten Wohnung vorgefunden wurde. Offensichtlich gibt es ein breites Bemühen, mit Hilfe des Begriffs der Normalität die aus den Bahnen geworfene Lebens- und Arbeitsprozesse zu beschreiben. Mit diesem Begriff erscheint es möglich, allen erdenklichen Zuständen die Qualität des Messbaren oder zumindest des Kalkulierbaren zu geben: Eine verwahrloste, alte Frau, die ihr erstes Bad erhält, ist danach näher an einer normalen Lebenssituation als zuvor, ein Unfallpatient mit einem geschienten Knochenbruch ist auf dem Weg zur Besserung und ein Blutdruckwert von 165/95 ist näher an einem Normalwert als einer von 200/110.

Die Kategorie „normal“ erlaubt offensichtlich eine flexible Einordnung von Zuständen im Rahmen eines Über-, Unter- oder Normalmaßes. Gleichzeitig speist die Kategorie der „Normalität“ auch die Vorstellung, dass eine kontinuierliche, Stück für Stück voranschreitende Angleichung von Unterschieden möglich sei. Es lässt sich von einer „Prozess-Kategorie Normalisierung“ (Balke 1999, S. 94) sprechen, die für die verschiedenen Bereiche der gesellschaftlichen Praxis geeignet ist. Link untersucht in seinem Buch *Versuch über den Normalismus*, welchen Platz der Normalismus in modernen Kulturen einnimmt und fragt, wie auf die Angst einer jederzeit möglichen, unbemerkten individuellen oder kollektiven Abweichung von der Normalität reagiert werden kann. Er kennzeichnet zwei unterschiedliche Strategien der Normalisierung, die protonormalistische und die flexibel-normalistische. Die protonormalistische Strategie zielt auf eine maximale Verengung, Fixierung und Stabilisierung der Normalitäts-Zone, die flexibel-normalistische Strategie setzt auf die maximale Ausdehnung und Dynamisierung der Normalitäts-Zone (Link 1997, S. 75 ff.).

Eine protonormalistische Strategie zielt auf „harte“ semantische und symbolische Markierung der Grenze. Ein Beispiel dafür wäre ein Buchtitel wie ‚Ist das Leben mit Alzheimer noch lebenswert?‘ Eine flexibel-normalistische Strategie setzt auf ‚weiche und lockere‘ semantische und symbolische Markierung der Grenze. Ein Beispiel dafür wäre eine Zeitungsüberschrift wie „Irren ist menschlich“ (Link 1997, S. 79). An diesen Beispielen wird deutlich, dass Zustände der Verwirrtheit sowohl aus dem Leben ausgegrenzt als auch einbezogen werden können. Der Umgang mit verwirrten Menschen hängt damit von der gesellschaftlichen Akzeptanz oder Ausgrenzung ihrer Erkrankung ab. Auf der persönlichen Ebene wird hingegen deutlich, wie auf die Angst einer bei jedem Menschen möglichen Verwirrtheit reagiert wird.

Im Zusammenhang der beiden Praxisfelder Kultur und Pflege stellt sich eine harte Grenzziehung als eine Gegenüberstellung von z. B. „dem eigenen und den anderen Kulturkreis“. Hier verweist Link (1985, S. 7) zu Recht darauf „... dass es keine monokulturell-geschlossenen Kulturkreise gibt, am wenigsten in Deutschland, dass durch die Reformation in fundamentaler Weise religiös und damit auch kulturell pluralisiert wurde.“ Eine solche protonormalistische Normalisierungsstrategie geht einher mit einem biologisch-rassistischen Kulturbegriff und versteht „Kultur“ als prägendes Erbe – jenseits jeglicher geschichtlicher Entwicklungen und sozialer Gegensätze einer Gesellschaft. Dagegen bietet Radtke einen Begriff von Kultur, der eine andere Vorstellung nährt: „... ein ständiger Wandlung unterliegendes Instrument der Bewältigung von wechselnden Lebenslagen“ (Radtke 1995, S. 13). In dieser Definition klingt ein Begriff von Kultur an, der für die Pflege von Interesse ist. Ein Begriff, der Kultur als Fähigkeit und Umgangsweise zur Lösung von Aufgaben und Problemen beschreibt, ist in der Lage, zwei wesentliche Eigenschaften der Pflege auszudrücken: ihre Handlungsorientierung und ihre lange Tradition. Eine Pflege, die z. B. die Schmerzkultur reflektiert, stellt auf der individuellen Ebene eine konkrete Hilfe bei der Bewältigung von Schmerzen eines bestimmten Patienten dar sowie die Erfüllung eines sozialen Auftrags zum pflegenden Umgang mit Mensch und Umwelt.

Ohne „Ausländer“ als eine spezielle Problemgruppe zu identifizieren, für die es Konzepte zu entwickeln gilt, geht es darum, durch die Einnahme einer interkulturellen Perspektive zu einem erweiterten Pflegeverständnis für alle Patienten zu gelangen. Die Fähigkeit der Selbstreflexion wie die reflektierende Auseinandersetzung über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Werte- und Glaubenssysteme, Familien- und Geschlechterrollen sollten ihren festen Platz in der Ausbildung der Pflege wie auch in der Fort- und Weiterbildung erhalten. Denn gerade in der interkulturellen Auseinandersetzung liegt die Chance, Selbstverständlichkeiten in Frage zu stellen. In dieser Auseinandersetzung wird es vor allem darauf ankommen, die Typisierung (Pflege der Türken) zu verlassen und nicht der Gefahr zu unterliegen, gesellschaftspolitische Probleme zu individualisieren. Koch-Straube (1991, S. 104) kritisiert die Missachtung der Lebensleistungen durch die Homogenisierung älterer Migrant/innen, „die ihr Älterwerden – trotz Krisen – selbstständig und selbstbewusst leben, die sich gegen Diskriminierung als Alte und Ausländer individuell und kollektiv zu wehren suchen“ und „auf einem Weg zwischen Neuorientierung und Wahrnehmung eigener Traditionen“ gehen.

Um den älteren Migrant/innen gerecht zu werden und zu einer ressourcenorientierten Pflege zu gelangen, ist eine den Patienten zugewandte, akzeptierende Haltung notwendig. Wie aber kann eine solche Haltung gefördert und professionalisiert werden, damit sie nicht durch tägliche praktische Belas-

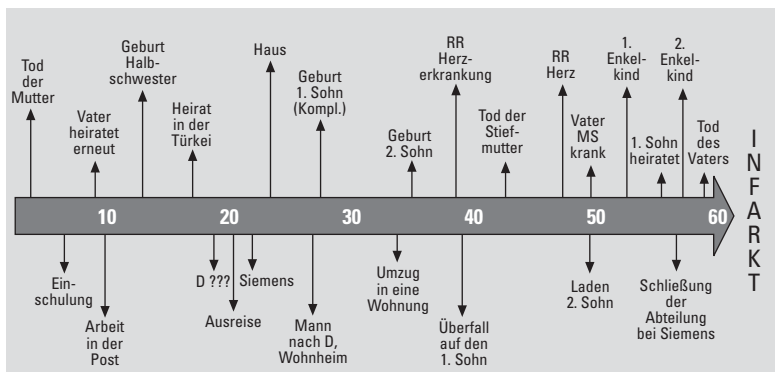
tungen und Routinen in eine Verhärtung gegen Patienten (Gefühlskälte) oder gegen sich selbst (Burn-out) umschlägt? Biografische Ansätze gelten als gut geeignet, individuelle und erfolgreiche Versorgungsplanungen zu erzielen und zu realisieren. Hierzu ein Beispiel, das für ein pflegedidaktisches Buch entwickelt wurde (Kollak/Besendorfer 1996, S. 23). Die hier vorgestellte Methode der *Lebensereignisskala* setzt einen biografischen Zugang zum Patienten in die Praxis um. Eine solche Skala kann Teil einer Versorgungsplanung sein.

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 (Kellenbenz 1999):

Frau C. 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.

Abbildung 1: Lebensereignisskala in Anlehnung an das Interview mit Frau C.



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.

Diese Fallgeschichte kann mit Hilfe einer Lebensereignisskala grafisch veranschaulicht werden (Abbildung 1) 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.

Die am Beispiel der biografischen Arbeit deutlich werdenden notwendigen Kompetenzen sind solche, die die Kommunikation allgemein und die Kommunikation in der interkulturellen Begegnung speziell zu erleichtern helfen. Diese Fähigkeiten kann sich eine Pflegekraft dann aneignen, wenn sie bereit ist, bisher weniger erfolgreiche Strategien des Umgangs zu ersetzen. Es geht also nicht um die kurze Thematisierung der „Pflege von Migranten“, sondern um die Reflexion eigener Einstellungen, Werte und Handlungsmuster, die den Arbeitsalltag bestimmen. Legt man einen (aus der Antike bekannten) Kulturbegriff zugrunde, wonach sich Kultur immer auf die Pflege von etwas – Pflege des Körpers, der Äcker, der menschlichen Gemeinschaft bezog (vgl. Baecker 1998), so unterliegt eine solche pflegewissenschaftliche Ausrichtung „weniger der Gefahr der Negierung kultureller Unterschiede bzw. Unterordnung von Minderheitenkulturen unter eine Hegemonialkultur (Universalismus) einerseits oder einer Überinterpretation aller individuellen Unterschiede als kulturelle (Kulturalismus) andererseits“ (Kollak/Küpper 1997, S. 129). Eine bewusstere Haltung den eigenen Einstellungen und Handlungen gegenüber ist dringender denn je erforderlich, wenn in einem politischen Klima zunehmend ethnische Zugehörigkeit, Religion und Geschlecht für Ausgrenzungen bemüht werden. Die Pflegepädagogik wird sich insgesamt nur entwickeln können, wenn sie sich mit diesen Konfliktfeldern beschäftigt und für Lösungen empfindsam bleibt, die – wie Italo Calvino (1991) schrieb – nur zu finden sind, wenn Problemen mit Leichtigkeit begegnet wird und wenn diese aus den Augenwinkeln betrachtet werden. Dirk Baecker fasst dies wie folgt zusammen:

„Leichtigkeit heißt, Probleme, wenn sie auftauchen, lieber aus den Augenwinkeln zu beobachten, denn direkt anzugehen, weil man dann für Problemlösungen empfänglich bleibt, die ja nur jenseits des Problems liegen können. Leichtigkeit heißt ferner, mit Unterscheidungen nach Möglichkeit so umzu-

gehen, dass man die Seite wechseln und die Dinge aus einem anderen Blickpunkt betrachten kann. Leichtigkeit ist das Gegenteil von Schwere. Und Schwere bedeutet, sich nicht vorstellen zu können, hier und gleichzeitig woanders sein zu können“ (Baecker 1994, S. 123)

Literatur

Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (KDA) (Hrsg.) (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln

Auernheimer, G. (Hrsg.) (2001): Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Opladen

Auernheimer, G. (1995): Interkulturelle Erziehung – eine bisher unterschätzte Herausforderung für die Erziehungswissenschaft. In: Willmann, B. (Hrsg.): Bildungsreform und vergleichende Erziehungswissenschaft. Münster, S. 148-172

Baecker, D. (1994): Postheroisches Management. Ein Vademecum. Berlin

Baecker, D. (1998): Arbeit an der Kultur. In: Binczek, N./Zimmermann, P. (Hrsg.): Eigentlich könnte alles auch anders sein. Köln, S. 241-261

Balke, F. (1999): Normalität. In: Kollak, I./Kim, H. S. (Hrsg.): Pflege-theoretische Grundbegriffe. Bern, S. 87-112

Balke, F. u. a. (Hrsg.) (1993): Schwierige Fremdheit. Über Integration und Ausgrenzung in Einwanderungsländern. Frankfurt/M.

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.) (2000): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Bonn, Berlin

Canguilhem, G. (1974): Das Normale und das Pathologische. München

Cubillos, F. A. (2001): Kultursensible Pflege – ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten. In: Kollak, I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Frankfurt/M., S. 243-259

Diehm, I./Radtke, F. O. (1999): Erziehung und Migration. Eine Einführung. Stuttgart

Foucault, M. (1981): Überwachen und Strafen. Die Geburt der Gefängnisse. Frankfurt/M.

Frey, T./Haller, D./Weber, A. (1998): Begegnen – Verstehen – Handeln. Handbuch für interkulturelles Kommunikationstraining. Frankfurt/M.

Hamburger, F. u. a. (1981): Über die Unmöglichkeit, Politik durch Pädagogik zu ersetzen. In: Unterrichtswissenschaft, H. 9, S. 158-167. (Zitiert nach Auernheimer 1995, S. 148-172): Interkulturelle Erziehung – eine bisher unterschätzte Herausforderung für die Erziehungswissenschaft. Münster

Kaschel, M. (1993): Sprache – Bilder – Politik. Darmstadt

Kellenbenz, W. (1999): Bewegungen. Altern und „Ethnizität“ türkischer Migrant/innen. Erfahrungen mit einem niederländischen Informationsmodell in Berlin. Berlin (unveröff. Diplomarbeit)

Koch-Straube, U. (1991): Zwischen den Stühlen. Zur Situation älterer Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, H. 4, S. 102-105

Kollak, I./Besendorfer, A. (1996): Pflege des Menschen mit Herzinfarkt. Stuttgart

Kollak, I./Küpper, H. (1997): Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhauses in Berlin. In: Uzarewicz, C./Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin

Leininger, M. (1991): Culture Care Diversity and Universality. New York

- Link, J. (1997): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Opladen
- Link, J. (1985): Multikulturen: Auf verlorenem Posten gegen den Neonationalismus? In: Kulturrevolution. Zeitschrift für angewandte Diskurstheorie, H. 10, S. 6-13
- Nieke, W. (1986): Multikulturelle Gesellschaft und interkulturelle Erziehung. Zur Theorie in der Ausländerpädagogik (zitiert nach Auernheimer). In: Die Deutsche Schule, S. 462-471
- Radtke, F. O. (1995): Fremde und Allzufremde – Prozesse der Ethnisierung gesellschaftlicher Konflikte. In: Gesprächskreis Arbeit und Soziales (Hrsg.): Ethnisierung gesellschaftlicher Konflikte. Erlangen (Tagungsbericht)
- Rommelspacher, B. (1995): Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin
- Rommelspacher, B. (2002): Anerkennung und Ausgrenzung. Deutschland als multikulturelle Gesellschaft. Frankfurt/M.
- Said, E. (1981): Orientalismus. Frankfurt/M.
- Simmel, G. (1908): Exkurs über den Fremden. In: Loycke, A. (Hrsg.) (1992): Der Gast, der bleibt. Dimensionen von Georg Simmels Analyse des Fremdseins. Frankfurt/M., S. 9-17
- Weidacher, A. (1981): Ausländische Arbeiterfamilien, Kinder und Jugendliche. Situationsanalysen und Maßnahmen (zitiert nach Auernheimer). Dokumentation. München

Konzepte zu „Kultur“ und „kultureller Identität“ für die Pflegebildung

Synopse – Kritik – Perspektiven¹

1. Begriffliche und inhaltliche Annäherung

Vorstellungen, die Patient/innen in Pflegesituationen begleiten, enthalten auch „Kulturkonzepte“. Diese sind Teil der Gesamtheit gesundheits- und krankheitsbezogener Vorstellungen, die einstellungsbestimmend und handlungsleitend wirken. Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von „Laien“ werden in der medizinsoziologischen und -psychologischen, in der ethnologischen und pflegewissenschaftlichen Literatur unterschiedlich bezeichnet. Dies reicht von „Alltagstheorien“, „Alltagskonzepten“, „Laientheorien“, „Laienvorstellungen“, „Wissensvorräten“, „Deutungsmustern“ bis hin zu „Patientenkonzepten“, „subjektiven Sinnstrukturen“ und „subjektiven Krankheitstheorien“. Am weitesten entwickelt im Hinblick auf definitorisch erzeugte Eindeutigkeit dürfte der Begriff „subjektive Krankheitstheorie“ sein, der schon früh in der medizinsoziologischen Literatur verwendet wurde. Er lehnt sich an das Bedeutungspostulat für „Subjektive Theorien“ an, das in der Psychologie am Beispiel subjektiver Theorien von Lehrern formuliert wurde: „Unter ‚subjektiver Theorie‘ ist zu verstehen: ein Aggregat (aktualisierbarer) Kognitionen der Selbst- und Weltsicht mit zumindest impliziter Argumentationsstruktur, die eine (zumindest partielle) Explikation bzw. Rekonstruktion dieses Aggregats in Parallelität zur Struktur wissenschaftlicher Theorien erlaubt“ (Groeben/Scheele 1983, S. 16). Wesentliche Aspekte dieser Bestimmung sind, dass „subjektive Theorien“ eine, wenn auch implizite, Argumentationsstruktur besitzen, dass der Begriff aber keine Entitäten, sondern ein wissenschaftliches Konstrukt bezeichnet.

Anstelle von „subjektiven Theorien“, wähle ich hier die Bezeichnung „Alltagstheorien“, da der Begriff „Alltagstheorien“ stärker als „Subjektive Theorien“ den *sozialen* Aspekt dieser Konstruktion hervorhebt. Sie leiten nicht nur das Kulturverständnis von Patient/innen, sondern häufig auch das Handeln von beruflich Pflegenden. Dies ist die eine Seite. Die andere ist, dass „Kultur“ den Gegenstand einiger Wissenschaften darstellte bzw. darstellt – dies sind die sogenannten Kulturwissenschaften – und, dass auch einige andere Wissenschaften

Kulturkonzepte entwickelt haben und gebrauchen, wie dies z. B. für die Pflegewissenschaft zutrifft. Und schließlich ist festzustellen, dass auch alle curricularen Einheiten zur Pflege in Migrationskontexten Kulturkonzepte beinhalten, seien diese nun explizit thematisiert oder implizit vorhanden. Die Art dieser Konzepte ist für die Bildungshaltigkeit aller Lehr- und Lernarrangements von größter Bedeutung. Dies vor allem deshalb, weil in den Konzepten immer auch bildungstheoretisch wirksame Elemente stecken.

Dieser komplexe Sachverhalt ist zu berücksichtigen, wenn über „Kulturkonzepte in der Pflegebildung“ nachgedacht wird. Zu beachten ist aber auch der methodologische Aspekt, dass sich die immer häufiger geforderte Integration von Kulturkompetenz und Pflegekompetenz (vgl. Dornheim 2002, S. 10; Habermann 2003, S. 14) nur realisieren lässt, wenn Kulturkonzepte und Kompetenzkonzepte füreinander anschlussfähig sind. Dies könnte vielleicht der Begriff „Deutungsmuster“ leisten, wenn Deutungsmuster als Bestandteil von Alltagstheorien und somit als Teil einer argumentativen Struktur von Handelnden betrachtet werden. Ich gebrauche diesen Begriff zu einer ersten empirischen Annäherung an verdeckte und offene alltagstheoretische Kulturkonzepte. Dahinter stehen zwei Annahmen. Zum einen die, dass sich Kulturkonzepte jeweils aus einem Komplex charakteristischer Deutungsmuster konstituieren. Zum anderen, dass die jeweils besondere Kombination von Deutungsmustern und die spezifische Art ihres Zusammenwirkens in Situationen die (situativ veränderbare) kulturelle Identität einer Person in einer bestimmten Gesellschaft ausmachen. Doch wichtig ist, zu beachten, dass auch Deutungsmuster, ebenso wie Alltagstheorien, „nicht per se, sondern nur durch ihre Anwendung“ existieren (Lamnek 1993, S. 24; vgl. auch Schüßler 2000, S. 64).

In den folgenden Ausführungen gehe ich von einer „Lehr- und Lernsituation“ (vgl. Janich 1995) aus, um alltagstheoretische Kulturkonzepte einer Patientin und einer Pflegenden aufzuzeigen. Diese Konzepte werden anschließend mit Hilfe einiger wissenschaftlicher Kulturkonzepte intensiver betrachtet, z. B. wird gefragt, wie die wissenschaftlichen Konzepte zu ihnen „passen“. Die Differenzierung zwischen alltagstheoretischen und wissenschaftlichen Konzepten ist primär eine analytische, d. h., sie erfolgt zu heuristischen Zwecken. Gleichwohl werden auch die wissenschaftlichen Konzepte einer Analyse unterzogen. Darüber hinaus gibt es natürlich weitere Kulturkonzepte in wissenschaftlichen Kontexten. Einige davon werden hier behandelt, ohne dass wir uns um empirische Belege bemühen. Dies hat vor allem wissenschaftstheoretische Gründe. Denn in Anbetracht der gebotenen Darstellungskürze besteht die Gefahr der Reifizierung kultureller Konstrukte. Wenn wir nun einige Konzepte hier ohne belegendes empirisches Material behandeln, so geschieht dies doch *nicht ohne Bezug*

auf entsprechende Alltagstheorien. Am Ende der Kapitel 3 und 4 erfolgt eine kritische Einschätzung der behandelten Kultur- und Identitätskonzepte. Kapitel 5 entwirft die Konturen eines fachdidaktisch auszuarbeitenden Kulturkonzeptes für Arrangements in der Pflegebildung. Vor dem Hintergrund des kurz skizzierten internationalen, postkolonialistischen Diskurses zu Hybridisierungsprozessen und Entwürfen von „kultureller Identität“ erfolgen einige Hinweise zur Verwendung der Begriffe „transkulturelle“ und „interkulturelle“ Kompetenz und zum Problem der wechselseitigen Anschlussfähigkeit von Kultur- und Kompetenzkonzepten.

2. Ausgangspunkt: Eine Lehr- und Lernsituation aus der pflegerischen Alltagspraxis

Die folgende Situation entstammt einem Interview, das im Rahmen des Forschungsprojektes „Entwicklung eines Interventionsmodells zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden und Gepflegten“ durchgeführt wurde. Das Projekt wurde von der Carl Gustav Carus Stiftung für psychosomatische Forschung, Zürich, und der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, gefördert. Die Interviewerin war G. Silberzahn-Jandt. Interviewt wurde eine 28-jährige, examinierte Pflegende. Die berichtete Situation spielt auf einer gynäkologischen Station.

Schwester (Sr) Katja²: Wir haben neulich auch so eine Situation gehabt, da hat eine schwarze Frau auf unserer Station gelegen, die hat dann ihre ganze Familie, echt acht, zehn, zwölf, vierzehn Leute im Zimmer gehabt. Da habe ich gesagt, sie soll doch vielleicht weniger Besucher haben. Da hat sie praktisch mir gesagt, ich wäre rassistisch. Da habe ich gesagt: Nein, habe ich gesagt, das ist mir egal. Schwarze, Grüne, Gelbe, die können gerne in diesem Zimmer stehen, aber vierzehn Leute, das ist einfach zuviel in so einem Dreibettzimmer, wo einfach kranke Leute sind.

Interviewerin (I): Mmh.

Sr Katja: Da ist dann die Luft schlecht, das ist wirklich bedrängend.

I.: Mmh.

Sr Katja: Ja? Da muss man einfach sehen, wo Ausweichmöglichkeiten sind oder man muss den Besuch dosieren.

I.: Mmh.

Sr Katja: Da reagiere ich dann auch allergisch drauf, wenn mir jemand so etwas in die Schuhe schiebt. Und das mag ich dann auch nicht, dass sich jemand dann lieber auf seiner Hautfarbe ausruht.

I.: Mmh, mmh.

Sr Katja: Das sind so Sachen, denke ich, da muss man dann schon ganz klar sich abgrenzen und sagen: Nein, so geht es nicht.

I.: Mmh. Und wie ist dann die Situation ausgegangen?

Sr. Katja: Die Frau?

I.: Ja?

Sr. Katja: Die hat sich danach entschuldigt und hat gesagt: Ja, das stimmt. Das war nicht gerecht gewesen.

I.: Mmh.

Sr. Katja: Und – das hat dann auch geklappt. Also da waren dann maximal drei bis vier Leute drin.

I.: Mmh.

Sr. Katja: Das war dann okay.

I.: Mmh. – Also hat die Direktheit eher auch zu einer Offenheit dann geführt, gegenseitig?

Sr. Katja: Ja, das sicher auch. Ich meine sicher –, ich finde es auch besser direkt.

3. Kritische Reflexion: Erster Horizont

3.1 „Kultur“ als geschlossene, territorialisierte Ganzheit

Wir haben hier die geradezu klassische so genannte schwierige Pflegesituation im Migrationskontext vor uns. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass von den Beteiligten zwei jeweils in sich einheitliche Kollektive von Handelnden unterstellt werden: auf der einen Seite diejenigen Patientinnen und Patienten, die ein Bedürfnis nach häufigen, zahlreichen und intensiven Besuchskontakten haben und auch auszuleben suchen; auf der anderen Seite Pflegendе, die professionelle Gründe dagegen vorzubringen haben sowie diejenigen, die sich einfach gestört fühlen. Positionen dazwischen gibt es in dieser Sicht nicht, auch wenn es sie in der Realität geben mag. Und die beiden in dieser Sicht gegeneinander agierenden Kollektive werden meistens auch in einem bestimmten Territorium verortet: Auf der einen Seite versammeln sich die Einheimischen mit ihrer historisch gewachsenen Pflege- und Patientenkultur, die vor allem Ruhe und Ordnung vorschreibt – auf der anderen Seite Menschen aus der übrigen Welt. Die Situation wird bipolar wahrgenommen und auch im Text so aufgebaut: Mittlerpositionen gibt es weder auf der einen noch auf der anderen Seite. Das Kollektiv der einheimischen Professionellen, vertreten durch Schwester Katja, und das Kollektiv der Schwarzen, hier vertreten durch die Familienangehörigen, stehen sich direkt gegenüber. Die Rahmenbedingungen in deutschen Krankenhäusern, die den Konflikt zuallererst bedingen, werden nicht angesprochen. Auch Schwester Katjas Perspektive ist von einem Konzept kollektiver kultureller Identität dichter Geschlossenheit gekennzeichnet. Es kommt zwar zur Konfliktlösung; diese basiert aber ausschließlich auf der Durchsetzung von Normen, wie sie hierzulande von der professionellen Pflege vertreten werden.

Ziehen wir nun eines der sogenannten wissenschaftlichen Kulturkonzepte heran: Die Vorstellung von Kultur als einem geschlossenen Ganzen, seien dessen Träger nun Ethnien, Nationalstaaten oder bestimmte Bevölkerungskollektive, wurde im 18. Jahrhundert von Johann Gottfried Herder entwickelt und im 19. Jahrhundert von Edward B. Tylor (1871) erneut und zusammenfassend formuliert. Veranschaulicht wurde dieses Konzept schon durch Herder mit Hilfe von Kugeln, die einander aufgrund ihrer Geschlossenheit und Form „nur abstoßen“ könnten. Das Bild ist als „Kugelparadigma“ in die Literatur eingegangen. Neuerdings wird dafür auch das Bild nebeneinander stehender Container, das so genannte Containerparadigma, gewählt (vgl. Drechsel u. a. 2000, S. 6-15). Die Vorstellung von Kultur als einer Art Container weist diesem auch geografische und/oder nationalstaatliche Räume zu, verortet die „Container“ also in bestimmten Territorien. Zum Beispiel wird dann von „der arabischen Kultur“, „der russischen“ oder „der deutschen Kultur“ gesprochen – und zwar alltagstheoretisch wie auch in wissenschaftlichen Zusammenhängen. Für das Auftreten in wissenschaftlichen Zusammenhängen ist die Theorie von Madeleine M. Leininger beispielhaft. Leininger selbst hält es offenbar für relevant, mitzuteilen, dass sie zusammen mit anderen „ungefähr 45 Kulturen“ untersucht habe (Marriner-Tomey 1992, S. 236).

3.2 De-Territorialisierung von Kultur-Konzepten

Es gibt auch eine moderne Version des Kugel- bzw. Container-Paradigmas. Diese basiert auf der Einsicht, dass Menschen der heutigen Zeit meist nicht mehr in bestimmten Territorien sesshaft sind, sondern dass viele sich ständig oder vorübergehend auf „Wanderungen“ befinden, was als Konstituente globalisierender Prozesse betrachtet wird. So besteht die moderne Version des „Containerparadigmas“ in der Vorstellung, dass Vorkommen und Wirken kultureller Phänomene nicht mehr an Territorien, sondern an Bevölkerungskollektive gebunden ist, die theoretisch nicht nur überall auf der Welt auftreten, sondern auch überall hinwandern können. In der Sicht einiger Kulturwissenschaftler, die sich derzeit in internationalen Diskursen um einen neuen Kulturbegriff bemühen, sind Bevölkerungskollektive durch eigene Alltagstheorien, Deutungsmuster, alltägliche Handlungspraxen und Artefakte eindeutig von anderen Kollektiven unterscheidbar, und sie nehmen sich dadurch auch selbst als deutlich unterschieden wahr. Andere Wissenschaftler/innen meinen hingegen, dass „akzellerierende Mobilisierungsprozesse“ jeden Versuch, „Kulturen als statische Objekte zu betrachten, völlig zunichte“ machen (unter Bezug auf Hannerz und Appadurai: Welz 1998, S. 177 f). Konsens ist allerdings, dass die „De-Territorialisierung“ von Kulturkonzepten realitätsangemessen sei (vgl. Moosmüller 2000 b, S. 170). De-territorisierte Kulturkonzepte laufen jedoch Gefahr, Vorstellungen von „Kultur“ mit Entwürfen von „kollektiver Identität“ zu verknüpfen, wenn trotz

De-Territorialisierung Ideen von Ganzheit und Gegenständlichkeit nicht aufgegeben werden.

3.3 „Kultur“ als „selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe“

Unser Interviewausschnitt weist weitere Merkmale auf: Schwester Katja kleidet ihre Vorstellungen von Kollektiven „andersfarbiger“ Patient/innen in Bilder: „Schwarze, Grüne, Gelbe“ dürften ruhig im Zimmer stehen. Wenn; wie hier, der Ausdruck „Schwarze“ für schwarzhäutige Menschen, der Ausdruck „Gelbe“ für Menschen asiatischer Herkunft steht, wenn also jeweils ein Teil das Ganze repräsentiert, handelt es sich um eine bestimmte, „Synekdoche“ genannte, Redefigur. Da es keine grünhäutigen Menschen gibt, wohl aber „Grüne“ die abkürzende Bezeichnung für Mitglieder einer deutschen Partei ist sowie umgangssprachlich auch die Bezeichnung für unreife Menschen darstellt, liegt hier eine fast kunstvolle Verfremdung in satirischer Absicht vor. Um das zu erreichen, muss man Bedeutungen autonom handhaben können, man muss mit ihnen spielen, sie gewissermaßen „anspielen“ können – das aber können die meisten Menschen nur in ihrer Muttersprache. Dass Schwester Katja gut im Umgang mit Bedeutungen ist, zeigt auch ihr häufiger Gebrauch von Metaphern, wie z. B. „allergisch reagieren“, „jemandem etwas in die Schuhe schieben“, „sich auf seiner Hautfarbe ausruhen“. Schwester Katja versteht den Vorteil, dass sie hier zu Hause ist und sich in ihrer Muttersprache ausdrücken darf, zu nutzen.

Es gibt ein wissenschaftliches Konzept, das „Kultur“ ähnlich betrachtet, wie es uns hier von Schwester Katja vorgeführt wird, nämlich, als Zusammenhang von Bedeutungen. So sagt der Kulturanthropologe Clifford Geertz: „Der Kulturbegriff, den ich vertrete ..., ist wesentlich ein semiotischer. Ich meine ..., dass der Mensch ein Wesen ist, das in selbstgesponnene Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei ich Kultur als dieses Gewebe ansehe. Ihre Untersuchung ist daher keine experimentelle Wissenschaft, die nach Gesetzen sucht, sondern eine interpretierende, die nach Bedeutungen sucht. Mir geht es um Erläuterungen, um das Deuten gesellschaftlicher Ausdrucksformen, die zunächst rätselhaft scheinen“ (Geertz 1983, S. 9). Geertz ist zuzustimmen, dass die Untersuchung von Bedeutungen nur interpretativ erfolgen kann und nicht mit Verfahren, die den Naturwissenschaften angemessen sind. Und doch gibt es auch dagegen Einwände: In der Geertzschen Definition ist die „materielle Seite der Kultur“ einschließlich der politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen nicht „explizit angesprochen“, sondern „eher nur implizit mitgedacht“ (Kaschuba 1999, S. 123). Diesem Nachteil des Konzeptes steht ein Vorteil gegenüber: „Kultur“ ist nicht als etwas Gegenständliches konzipiert, sondern als Konstrukt (auch wenn Geertz von „Gewebe“ spricht, so gebraucht er doch diese Bezeichnung lediglich zur Veranschaulichung seines Gedankens; der Metaphernstatus dieser Formu-

lierung ist unbezweifelbar). Das einem Konstrukt gegensätzliche Konzept, das „Kultur“ als einen in seinen Umrissen und seiner Struktur festgelegten, greifbaren Gegenstand unterstellt, wäre ein essenzialistisches Kulturkonzept; es gilt heute in den Kulturwissenschaften als überholt.

3.4 „Kultur“ als interaktiv prozessierte Erscheinungsform sozialer Konstrukte

Ein weiteres Merkmal des Interviewausschnittes ist, dass in ihm Emotionen ausgedrückt, thematisiert und reflektiert werden. Bei genauerer Betrachtung wird sogar ein dynamisches Fortschreiten vom bloßen Ausdruck von Emotionen über deren Thematisierung hin zur Reflexion der Thematisierungseffekte deutlich (vgl. Fiehler 1990, S. 76). So wird in der Äußerung: „Schwarze, Grüne, Gelbe, die können gerne in diesem Zimmer stehen, aber vierzehn Leute, das ist einfach zuviel in so einem Dreibettzimmer, wo einfach kranke Leute sind“, ein Unbehagen *nur indirekt ausgedrückt*, d. h., nicht benannt. *Direkt thematisiert* hingegen werden Emotionen in den Äußerungen: „Da reagiere ich dann auch allergisch drauf, wenn mir jemand so etwas in die Schuhe schiebt. Und das mag ich dann auch nicht, dass sich jemand dann lieber auf seiner Hautfarbe ausruht.“ Allgemeiner formuliert: „Ich reagiere darauf allergisch“ und „Ich mag das nicht“ sind direkte Thematisierungen von Emotionen. Und schließlich: Eine Reflexion über die Thematisierung von Emotionen finden wir in der Äußerung: „Ich finde es auch besser direkt“ (etwas zu sagen, J. D.).

3.5 „Kultur“ als Systeme mit einer Vielzahl von Merkmalen

An unserem Interviewausschnitt sehen wir also Deutungsvorgänge in Bewegung. Theoretische Ansätze, die dies berücksichtigen, basieren meistens auf dem Systembegriff. So meint Friedhelm Neidhardt unter Rückgriff auf Walter L. Bühl, „dass kulturelle Systeme dahin tendieren, lose gekoppelte, heterarchisch organisierte, sowohl nach ihrem Inhalt wie nach ihren Grenzen in aller Regel vage und undeutlich verschwommene, überdies auch sehr flüssige ‚Mehrebenen-Systeme‘ darzustellen“ (Neidhardt 1986, S. 12). Heterarchisch in diesem Zusammenhang bedeutet, dass „Kulturen“ aus mehreren voneinander mehr oder weniger unabhängigen Entscheidungs- oder Deutungsträgern bestehen, „die zum Teil miteinander konkurrieren, zum Teil ohne Kenntnis voneinander oder Verständnis füreinander nebeneinander tätig sind ... ‚heterarchisch‘ ist in einer bestimmten Hinsicht das Gegenteil von ‚hierarchisch‘“ (Bühl 1986, S. 126). Bühl und Neidhardt sehen „Kultur“ als Mehrebenen-Systeme, die neben den soeben zitierten Merkmalen auch das der heterarchischen, also der nicht hierarchischen, Organisation aufweisen. In diese Definition sind auch „Deutungsträger“ eingeschlossen, das heißt, Bevölkerungskollektive, welche die Deutungen „tragen“. Zu beachten ist, dass die „Deutungsträger“ miteinander konkurrieren und ohne

Verständnis für einander agieren können – wie in unserem Beispiel Schwester Katja und die schwarze Patientin. Theoretisch können Deutungsträger sogar agieren, ohne Kenntnis voneinander zu haben.

3.6 „Kulturwissen“ als „Erfahrungsreflexionswissen“

Alois Moosmüller, Vertreter des Faches Interkulturelle Kommunikation, empfiehlt, bei der Betrachtung kultureller Phänomene zwei Handlungskontexte zu unterscheiden: Zum einen findet interkulturelle Kommunikation auf der Ebene von Organisationen, vor allem im Rahmen multinationaler Unternehmen statt; dies bezeichnet er als „internationalen Kontext“. Zum anderen gebe es für interkulturelle Kommunikation den „multikulturellen Kontext“ (nämlich im Rahmen von Nationalstaaten). Für die beiden Kontexte postuliert Moosmüller unterschiedliche Kulturbegriffe, die jeweils mit spezifischen „Wissensformen“ verbunden sind: Im internationalen Kontext, in dem vor allem Mitarbeiter/innen von Organisationen wie Diplomat/innen, Forscher/innen, Firmenangehörige handeln, sei es notwendig, „Kultur als personales System, als im Individuum abgelagertes ‚Material‘ zu konzeptualisieren, das sich auf das Handeln einer Person auch dann auswirkt, wenn diese sich außerhalb ihrer Herkunftskultur befindet“ (Moosmüller 2000 a, S. 26). Moosmüller macht dies am Beispiel einer zunächst misslingenden Verhandlung deutlich, die hochrangige Manager eines deutschen Unternehmens mit obersten Führungskräften der japanischen Tochterfirma dieses Unternehmens in Japan führen (Moosmüller 2000 b, S. 176-179). Die Verhandlungen scheitern zunächst an den auf beiden Seiten unerkannt bleibenden, kulturell bedingten Unterschieden im Umgang mit Entscheidungsprozessen, die in japanischen Firmen gemeinsam mit möglichst vielen Mitarbeitern lange vorbereitet werden müssen. Ein Szenario wie das geschilderte ist nach Moosmüller nur verständlich, wenn man die Eindrücke und Interpretationen untersucht, welche die Teilnehmer von der Verhandlung gewonnen haben. Es führe also gerade nicht der immer wieder zitierte Königsweg der interkulturellen empirischen Forschung, nämlich direkte Beobachtung von Interaktionsabläufen (vgl. Vester 1999, S. 443) zu Erkenntnissen, sondern Untersuchungen darüber, wie an interkultureller Kommunikation Beteiligte diesen Prozess *erleben* und *erinnern*. Gefordert wird die Untersuchung sedierte(n) (abgelagerten) Wissens, das Moosmüller „Erfahrungsreflexionswissen“ nennt. Theoretisch gewendet stellt er fest: „Wenn Kultur als eine prozesshafte Größe ... in den Forschungsprozess einbezogen wird, kann nicht mit Daten gearbeitet werden, die aus der tatsächlich stattfindenden Interaktion resultieren ..., sondern mit Daten, die aus dem ‚Erfahrungsreflexionswissen‘ der Handelnden stammen. Kultur ... lässt sich eben nicht aus dem tatsächlichen Interaktionsgeschehen, sondern *nur aus den Interpretationen der in dieser Kultur Handelnden ... rekonstruieren* ... Kurz: Kulturanalyse arbeitet mit sekundären Daten“ (Moosmüller 2000 b, S. 175. Hervorheb. J. D.).

Diese Argumentation geht auf Erving Goffman zurück, der „Bestände des lebenspraktischen Orientierungswissens“ für seine Untersuchungen bevorzugte; er schätzte am Orientierungswissen gerade dessen „reflexiv-rekonstruktive Inauthentizität“ (Willems 1996, zitiert nach Moosmüller 2000 b, S. 175). Dieses Wissen in „gefrorenem Zustand“ betont kulturelle Differenzen; es ist, so Moosmüller, kennzeichnend für interkulturelle Kommunikation im „internationalen Kontext“. Mit „interkultureller Kommunikation im Kontext der multikulturellen Gesellschaft“ verbindet Moosmüller eine Empfehlung: Es sollte gerade nicht – wie im internationalen Kontext – auf kulturelle Unterschiede besonders geachtet werden, sondern auf deren Einebnung. Denn: „Im Rahmen der multikulturellen Gesellschaft wird interkulturelle Kommunikation weniger durch Differenz-Betonung als vielmehr durch Differenzminimierung gefördert“ (Moosmüller 2000 b, S. 173).

3.7 „Kulturwissen“ und „Deutungsmuster“

Der von Moosmüller bevorzugte Begriff des „Erfahrungsreflexionswissens“, der, wie wir sahen, Wissen um kulturelle Differenzen in gleichsam „gefrorenem Zustand“ meint (Moosmüller 2000 a, S. 27), bezeichnet in meiner Sicht ein Phänomen, das häufig auch durch den Begriff „Deutungsmuster“ benannt wird. Zum Begriff „Deutungsmuster“ wurden in den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen ganz unterschiedliche Theorietraditionen entwickelt, innerhalb derer das Moment des Deutens mit jeweils anderen Begriffen beschrieben wird (vgl. Schüßler 2000, S. 64). Die hier von mir verwendete Bezeichnung „Deutungsmuster“ geht auf den Begriff „Deutungsschemata“ im Werk des Soziologen Alfred Schütz zurück. Dieser hat sich zunächst auch zum Deutungsbegriff geäußert: „Deutung ist ... nichts anderes als Rückführung von Unbekanntem auf Bekanntes, von in Zuwendungen Erfasstem auf Schemata der Erfahrung“ (Schütz 1974, S. 18). „Schemata der Erfahrung“ heißt, dass die Erfahrungen deutend typisiert, also ihrer im Hier und Jetzt wurzelnden Besonderheiten entkleidet und statt dessen im Hinblick auf ihre charakteristischen Eigenschaften betrachtet werden. Damit einher geht eine Idealisierung, das heißt, die „Gegenstände“ werden nicht mehr als existierende Objekte, sondern in Begriffen ihrer Möglichkeiten gesehen (vgl. Psathas 1979, S. 183). Im Gebrauch der Bezeichnung (Deutungs-)Muster zeigt sich der Versuch, diesem Vorgang begrifflich zu entsprechen. Obgleich gelegentlich auch individuelle Deutungsmuster zur Anwendung gelangen, impliziert der Begriff, dass diese „Muster“ kollektiv verfügbar sind – auch wenn ihre Realisation an das Individuum gebunden ist. Wie kommen nun aber Deutungsmuster zustande und welche Rolle spielen sie im Wissensvorrat der Person? Der Deutungsprozess ist laut Schütz mit Bewertungsprozessen verbunden, aufgrund dessen sich Relevanzstrukturen bilden. Da diese eine Beziehung zwischen dem jeweiligen Wissensvorrat einerseits und aktuellen Erfahrungen

und Handlungen andererseits herstellen, gründen in ihnen alle Erfahrungen und Handlungen (Schütz/Luckmann 1979, S. 224 f.). „Relevanzstrukturen bestimmen die Ablagerung von Erfahrungen „an einem entsprechenden ‚Ort‘ in der Struktur des Wissensvorrates ...: das heißt in einem Typus, Deutungsschema, Verhaltensrezept ...“ (ebd.). Auslegungsvorgänge bestehen dann u. a. „aus dem ‚Abtasten‘ mehr oder minder relevanter Wissens-elemente (Typisierungen, Deutungsschemata)“ (ebd.).

Auch Sr. Katja erinnerte und reflektierte im Interview ihre Erfahrungen, die sie als Pflegende mit einer schwarzen Patientin gemacht hatte. Ihre Deutungen aktivieren sediertes Wissen; die Formulierung „Schwarze“, „Grüne“, „Gelbe“ spiegelt Deutungsprozesse in einer multikulturellen Gesellschaft wider. Analog dazu reflektiert und deutet die Patientin ihre Erfahrungen. Ihr sediertes Wissen lässt sie implizit und typisierend formulieren: „Ausländische Patienten werden in deutschen Krankenhäusern benachteiligt.“ Und allgemeiner: „In Deutschland muss man mit rassistischen Einstellungen rechnen.“ So konträr beide Personen sich zueinander verhalten, so einhellig folgen sie in der Konstruktion von Deutungsmustern einer polarisierenden Strategie. Das auf diese Weise entstandene Muster lautet in typisierter Form: „Hier stehen wir – dort die, die ganz anders sind.“

Auch Emotionen und ihre spezifischen Ausdrucksformen sollten als Anzeichen und Wirkungen von „Deutungsmustern“ gesehen werden. So könnte Schwester Katjas im Zusammenhang der Prozessierung von Emotionen bereits zitierte Äußerung „Da reagiere ich dann auch allergisch drauf, wenn mir jemand so etwas in die Schuhe schiebt“ auch als Deutungsmuster formuliert werden. Dieses lautet dann in kollektiv verfügbarer Form: „Ich lasse mir nichts in die Schuhe schieben.“ Im Gegensatz dazu dürfte Schwester Katjas Äußerung „Und das mag ich dann auch nicht, dass sich jemand dann lieber auf seiner Hautfarbe ausruht“ ein individuelles Deutungsmuster anzeigen.

Deutungsmuster können sich ständig ändern, und sie sind häufig auch nicht realitätsgerecht (sondern Vorurteile); vor allem sind sie Konstruktionen. Ich spreche von Deutungsmustern, ohne sie mit kollektiven Identitäten in Verbindung zu bringen, denn Deutungsmuster werden, auch wenn sie oft für ganz bestimmte Kollektive kennzeichnend sind, vom Individuum je nach situativen Bedingungen unterschiedlich ausgewählt, realisiert und verändert. So, wie sie nicht an sich, sondern nur in Anwendung existieren, so schaffen sie auch nicht per se kollektive Identität.

3.8 Zusammenfassende Kritik: Erster Horizont

Vorab sei angemerkt, dass die folgenden Ausführungen sowohl für „Kulturkonzepte“ in alltagstheoretischen wie auch wissenschaftlichen Kontexten gelten.

„Kultur“ als geschlossene, territorialisierte Ganzheit zu betrachten, ist ein der heutigen Verfasstheit von Gesellschaften nicht mehr angemessenes Konzept. Darüber hinaus scheint große Vorsicht geboten zu sein gegenüber Konzepten, die auf der Basis von Vorstellungen einer „kollektiven kulturellen Identität“ argumentieren. Die Gefahr besteht hier darin, dass allein schon durch den Versuch der Identifizierung bestimmter „kollektiver Identitäten“ andere tatsächliche oder vermeintliche Kollektive abgewertet werden. Die Konzepte von Kultur als einem Gewebe von Bedeutungen und als Erscheinungsform sozialer Konstrukte haben den Vorteil, dass sie sich von allen Entwürfen abkehren, die Kulturen als statische, (wenn auch nur für einen Moment) stillstellbare Gegenstände betrachten. „Kultur“ sollte vielmehr als dynamisches Bedeutungs- und Deutungsgefüge verstanden werden, das in interaktiven Prozessen gemeinsam und immer wieder neu produziert wird. Damit werden essenzialistische Kulturkonzepte abgewählt und als zeitgemäß nur Konzepte akzeptiert, die das, was gemeinhin als „Kultur“ bezeichnet wird, als soziale Konstruktionen auffassen. Demzufolge sollte man nicht von „der Kultur“, aber auch nicht von „den Kulturen“ sprechen. Die konstruktivistischen Konzepte lassen ihrerseits häufig den Bezug auf die materielle Seite kultureller Phänomene, die es durchaus gibt, vermissen. In unserem Zusammenhang gehört dazu vor allem der Bezug auf die politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen von Pflege in Migrationskontexten.

Die Übereinstimmung des Begriffs „Erfahrungsreflexionswissen“ mit Phänomenen, die in den Sozialwissenschaften mit dem Begriff „Deutungsmuster“ bezeichnet werden, liegt vor allem im Konstruktions-Charakter beider Phänomene. Doch während Moosmüller die Aktivierung des Erfahrungsreflexionswissens auf internationale Kontexte beschränkt sieht, lässt sich die Manifestation und Anwendung von Deutungsmustern sowohl auf der Ebene der direkten (Face-to-face-)Kommunikation wie auch auf institutioneller Ebene beobachten.

4. Kritische Reflexion: Zweiter Horizont

4.1 Konzepte zu „Hybridisierung“, „Kreolisierung“, „Transkulturalisierung“ – die de-differenzialistische Perspektive

Die Kulturkonzepte, die wir als unzeitgemäß und unangemessen kritisiert haben, weil sie Abgeschlossenheit, Territorialisierung und Gegenständlichkeit von „Kultur“ postulieren, basieren auf einer *differenzierenden* Perspektive. Das heißt, in dieser Sicht werden vor allem „kulturelle Unterschiede“ gesucht,

gefunden und pointiert. Wir wollen uns jetzt einer Perspektive zuwenden, die im Gegensatz dazu *Ähnlichkeiten*, wechselseitige *Durchdringungen* und *Vermischungen* von kulturellen Phänomenen fokussiert.

Das Konzept „hybrider Identitäten und Kulturen“ wurde von postkolonialen Theoretiker/innen eingeführt, so vor allem von dem in England lebenden und lehrenden, schwarzen Kulturwissenschaftler Stuart Hall und dem aus Indien stammenden, in die USA migrierten, an vielen Universitäten lehrenden Literatur- und Kulturwissenschaftler Homi K. Bhabha (Hall 1994; Bhabha 2000). Man kann diese Ansätze nicht wirklich verstehen, wenn man sie nicht im schon lange währenden, vor allem von postkolonialistischen Schriftsteller/innen (wie z. B. Salman Rushdie, Frantz Fanon, Meiling Jin) getragenen Diskurs verortet. Dies kann hier nur höchst unzulänglich geschehen. Ansätze zum Postkolonialismus fragen aus der Perspektive des Ausgeschlossenseins, der Diaspora, der Entwurzelung, der hegemonial Besetzten, des postmodernen, de-zentrierten Subjekts nach Möglichkeiten und Grenzen kultureller Repräsentationen. Hall und Bhabha bezeichnen mit „hybriden Identitäten und Kulturen“ kulturelle Praxisformen und Identitätsstrategien von Migrantinnen und Migranten, die sich in unterschiedlichen kulturellen Kontexten verorten. Dabei wird die Strategie der Hybridisierung als Ausweg für Migrant/innen gegenüber den Angeboten der Aufnahmegesellschaft gesehen, die sich zwischen multikultureller Nische, Ausschluss und Assimilation bewegen. „Hybride Identitäten werden als ... Resultat kultureller Verbindungen und komplexer Kreuzungen, als ‚In-mitten‘, im permanenten Übergang zwischen verschiedenen Positionen“ verstanden (Hess 2000, S. 211). Für alle Autor/innen ist der Nicht-Besitz oder Verlust „der Sprache“ Anzeichen und Folge von Kolonialisierung, Entfremdung und Unterdrückung. Eine der wesentlichen Botschaften lautet, dass West-Europa beim Schreiben seiner „großen Geschichten“ der Geschichte der Kolonisation anderer Länder und Kontinente durch die Westeuropäer zu wenig Beachtung geschenkt hat. Schon allein aus diesem Grunde ist es nicht möglich, dass es für andere Länder und Kontinente spricht. Auch die von den westeuropäischen Wissenschaften hervorgebrachten Subjekt-, Gesellschafts- und Kulturtheorien können nichts anderes sein als eurozentristische Konstrukte, denen jegliche Legitimation für einen universellen Geltungsanspruch fehlt.

Den Begriff der „Kreolisierung“ hat der schwedische Sozialanthropologe Ulf Hannerz eingeführt. Mit „Kreolenkultur“ wird ein aufgrund historischer Besonderheiten entstandenes Gemenge von sprachlichen und anderen kulturellen Elementen im afro-karibischen Raum bezeichnet. Als Kulturkonzept besagt Kreolisierung, „dass Kultur als komplexes Ganzes in Form fassbarer Strukturen oder Bedeutungswelten nicht existiert, sondern allein in ihren Variationen und

Übergängen. Kultur ist demnach per se das Ergebnis von vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Kreolisierungsprozessen“ (Wicker 1996, S. 383; Dornheim 2001, S. 38). Eine weitere bemerkenswerte Feststellung Hannerz' ist, dass auch kulturelle Artefakte wie Waren, Medienprodukte, Bilder, Ideen, Bedeutungen selbst dort „auf Wanderschaft gehen“, wo die Menschen an ihren angestammten Orten bleiben (Hannerz 1995, S. 68).

Die Idee der Transkulturalität veranschaulicht Wolfgang Welsch, indem er deren Genese beschreibt. Er meint, dass die unterschiedlichen Individuen und Kollektive, die zu transkulturellen Mustern übergangen, zu diesem Zweck auf ganz unterschiedliche kulturelle Ressourcen zurückgriffen. Daher seien die so entstehenden transkulturellen Netze zum einen in ihrem „Inventar“ unterschiedlich, zum anderen aber auch in ihrer Struktur. „Die transkulturellen Netze sind also ... aus unterschiedlichen Fäden zusammengesetzt und auf unterschiedliche Weise gewebt“ (Welsch 1998, S. 59). Die Hybridisierung sei so intensiv, dass er zu der Aussage gelangt: „Die Trennschärfe zwischen Eigenkultur und Fremdkultur ist dahin“ (ebd.). Die Idee der Transkulturalität ist auch im Diskurs der postkolonialen Literat/innen und Wissenschaftler/innen immer präsent, selbst wenn der Begriff „Hybridität“ vorherrscht. So fragt Bhabha: „Wo soll man die Grenzen ziehen zwischen Sprachen? Zwischen Kulturen? Zwischen Disziplinen? Zwischen Völkern?“ (Bhabha 2000, S. 87).

4.2 Über rassistische und machtaffirmative Potenziale der differenzialistischen Perspektive

Das Hybriditätskonzept beruht auf neuem Nachdenken über die uns bisher geläufigen Topoi „Kultur“ und „Differenz“. Es weist darauf hin, dass der immer nur nach Differenzen suchende Blick in plurikulturellen Gesellschaften einem „differenzialistischen Rassismus“ und seinen Identifikationsangeboten Vorschub leistet. So wies Etienne Balibar schon 1992 in seinem Aufsatz mit dem Titel: „Gibt es einen ‚Neo-Rassismus‘?“ auf die Verschiebung von einem biologistischen zu einem kulturalistischen Rassismus hin. Der frühere Diskurs über biologische Vererbung sei abgelöst worden von der Rede über die „Unaufhebbarkeit kultureller Differenzen“. So postuliere die neue Rechte ein ethnopluralistisches „Recht auf Differenz“ (Hess 2000, S. 212; S. 220), dies jedoch in einer hierarchisch strukturierten Gesellschaft, in der jeder Gruppe ihr Platz zugewiesen werde, auf dem sie zu bleiben habe. Auch andere Kulturwissenschaftler/innen betonen, dass die multikulturalistische Strategie – weil sie die Bewahrung der kulturellen Identität betont – die Differenz zwischen der „eigenen“ und der „fremden Kultur“ immer neu reproduziere und sie so zementiere (Hess 2000, S. 212). Christine Fox holt die Dimension „Macht“ in den Diskurs der Disziplin Interkulturelle Kommunikation herein, wenn sie darauf besteht, „dass interkultu-

relle Kommunikationsprobleme weniger durch kulturelle Unterschiede oder unterschiedliche Diskursnormen (verursacht seien) als vielmehr durch Machtunterschiede“ (Fox 1997, zit. n. Moosmüller 2000 b, S. 174). Das Thema Anpassung an die Gastkultur könne deshalb nicht auf der Ebene eines interkulturellen Dialogs zwischen gleichberechtigten Individuen behandelt werden, sondern müsse als „kolonialer Diskurs“ konzeptualisiert werden. Dahinter steht wiederum der mahrende Hinweis, dass die europäischen Kolonialmächte kulturelle Differenz zur Legitimierung von ungleichen Machtverhältnissen benutzten.

4.3 „Kollektive“, „individuelle“ und „kulturelle“ Identität“

„Identität“ ist ein Begriff, der im postkolonialistischen Diskurs eine große Rolle spielt. Dabei werden alle subjekt-orientierten Identitätskonzepte verworfen, so vor allem das des Subjekts der Aufklärung, das mit Bewusstsein, Vernunft und Handlungsfähigkeit ausgestattet, vollkommen zentriert und einheitlich war. Entworfen wird stattdessen das postmoderne Subjekt, „das ohne eine gesicherte, wesentliche oder anhaltende Identität konzipiert ist. Identität wird ein ‚bewegliches Fest‘. Sie wird im Verhältnis zu den verschiedenen Arten, in denen wir in den kulturellen Systemen, die uns umgeben, repräsentiert oder angerufen werden, kontinuierlich gebildet und verändert“ (Hall 1994, S. 182 f.). Somit wird nicht nur die De-Territorialisierung von Kultur-Konzepten betrieben, sondern auch die Ent-Ortung des postmodernen Subjekts. Und diese kulturelle, ent-ortete Identität ist nicht nur ein wissenschaftliches Konstrukt, sondern wird gelebt; darauf insistierend, beziehen die Konstrukteure postkolonialer Identitäts- und Kulturkonzepte immer wieder postkoloniale literarische Produkte in ihre Schriften ein, wie sie auch sich selbst als *politische* Schriftsteller verstehen. In den Zitaten wird die enge Verbindung de-zentrierter Identitätswürfe mit dem Kampf gegen Rassismus und Kolonialismus deutlich. So zitiert Bhabha die schwarze, von Sklaven abstammende Lyrikerin Meiling Jin, die über ihr Leben in der Diaspora schreibt:

„Eines Tages lernte ich
eine geheime Kunst,
Unsichtbarkeit nannte man sie.
Ich denke, sie hatte Erfolg,
denn sogar jetzt schaust du
und siehst mich nie ...
Nur meine Augen werden bleiben, dir folgen, dich verfolgen
verwandeln deine Träume
in Chaos“

(Meiling Jin, zit. n. Bhabha 2000, S. 68).

Das Subjekt spricht von einem Ort aus, an dem es nicht ist und deshalb nicht gesehen wird. Und „die Migrantin kann die perverse Befriedigung des ras-

sistischen, maskulinen Blicks umkehren, der ihre Präsenz negierte, indem sie ihm mit Absenz begegnet ...“ (Bhabha 2000, S. 69; vgl. auch Terkessidis 2002, S. 10-15).

Vor dem jetzt skizzierten Hintergrund dürfte einleuchten, dass im postkolonialen Diskurs die Begriffe „individuelle Identität“ und „kollektive Identität“ weitgehend fehlen. In den Kulturwissenschaften, aber auch in der Pflegewissenschaft, wird dem Begriff der kollektiven Identität durch Theorien über sogenannte kollektivistische und sogenannte individualistische Gesellschaften Vorschub geleistet. Dabei wird den Mitgliedern „kollektivistischer“ Gesellschaften meistens auch eine kollektive Identität zugeschrieben. So stellt Geert Hofstede, für den die Ausprägungen „Kollektivismus“ und „Individualismus“ eine Dimension „Nationaler Kulturen“ repräsentieren, als charakteristische Merkmale kollektivistischer Gesellschaften fest: „Die Identität ist im sozialen Netzwerk begründet, dem man angehört“ (Hofstede 2001, S. 92). Gegen den Boom des Begriffs „Kollektive Identität“ in den Kultur- und Sozialwissenschaften seit Anfang der 1980er Jahre wendet sich der Historiker Lutz Niethammer. Er plädiert dafür, den Begriff Identität nur noch in Bezug auf Individuen zu gebrauchen, also höchstens von „individueller Identität“ zu sprechen, weil „die Suche nach *kollektiver* Identität mit der Abwertung ganzer anderer Kollektive dialektisch verbunden (ist), indem sie diese zugleich forciert und sich aus ihr nährt“ (Niethammer 2000, S. 11, Hervorheb. im Orig.). Weitergehend noch: Kollektiver Identität wohne immer die Tendenz zum Fundamentalismus und zur Gewalt inne (ebd.). Die Berechtigung seiner Warnung belegt er u. a. mit aktuellen Quellen: Zwar habe die Weltkulturorganisation UNESCO 1983 „kulturelle Identität“ als Grundrecht der Nationen proklamiert, doch der jetzige UNO-Generalsekretär Kofi Annan habe bereits 1997 in seinem ersten Jahresbericht vor den negativen Folgen der Identitätspolitik gewarnt: „Eine negative Politik der Identität führt zur Verteufelung der Anderen, egal ob ethnischer Gruppen, Religionen oder Nationalitäten“ (Agence France Press v. 8. 9. 1997, deutschsprachiger Dienst, zit. n. Niethammer 2000, S. 11).

Die Unterstellung kollektiver Identitäten bestimmter Gruppen ist an unserem kurzen Interviewausschnitt nicht ohne weiteres zu belegen, wohl aber, dass Schwester Katja ganz spezifische Bevölkerungskollektive konstruiert. Ihrem Bericht zufolge begegnet sie dem Rassismus-Vorwurf der Patientin mit dem Hinweis auf die Kollektive der „Schwarzen“, „Grünen“ und „Gelben“. Dass sie sich damit – trotz des Ausdrucks „Grüne“ – primär auf Gruppen von Menschen bezieht, die sich durch ihre Hautfarbe voneinander unterscheiden, wird kurz darauf im Gespräch durch die Sequenz deutlich: „Und das mag ich dann auch nicht, dass sich jemand dann lieber auf seiner Hautfarbe ausruht.“ Damit ist nicht die unendliche Vielzahl individueller Hautfarben gemeint, sondern die

Aussage bezieht sich auf Kollektive: Schwarze, Grüne, Gelbe. Und von diesen „Sachen“, nämlich dem Ausruhen auf seiner (kollektivistisch gemeinten) Hautfarbe „muss“ sich Schwester Katja „ganz klar ... abgrenzen“. „Abgrenzung“ gerät zu einer der Hauptkomponenten ihrer Argumentation: Zumindest die konstruierten Kollektive der „Schwarzen“ und „Gelben“ sind unverwechselbar voneinander abgegrenzt, und von einigen ihrer Strategien („Sachen“) muss sich dann Schwester Katja abgrenzen, die selbst zu einer ganz anderen Gruppe gehört.

4.4 „Kulturelle Identität“ und Hybridisierung

Das Konzept der „Kulturellen Identität“ bezieht sich häufig auf Hybridisierungsprozesse und steht aufgrund der geo-kulturellen Ent-Ortung der Identitätsträger und der De-Zentrierung des Subjekts dem Hybridisierungskonzept sehr nahe. In diesem Zusammenhang wird häufig Salman Rushdie mit einer Kommentierung seiner Satanischen Verse zitiert, die Hall eine „überwältigende Verteidigung der Hybridität“ nennt: „Die satanischen Verse feiern die Hybridität, Unreinheit und Vermischung und Veränderung, die durch neue und unerwartete Verbindungen zwischen Menschen, Kulturen, Ideen, Politiken, Filmen, Songs entstehen. Sie freuen sich an der Bastardisierung und fürchten den Absolutismus der Reinheit. Als Melange, als Mischmasch, ein bißchen von dem, ein bißchen von jenem, so betreten Neuheiten die Welt. Dies ist die großartige Möglichkeit, die die Massenmigration der Welt gibt ... Die Satanischen Verse sind für Veränderung durch Mischung, für Veränderung durch Vereinigung. Sie sind ein Liebeslied für Bastarde wie uns“ (Rushdie 1991, zit. n. Hall 1994, S. 219). Aber es gibt auch mächtige Versuche, in Anbetracht von Hybridisierungsprozessen „reine Identitäten“ wiederzuerchaffen. Als Beispiele dafür nennt Hall den Nationalismus in Osteuropa und das Erstarken des Fundamentalismus (vgl. Hall 1994, S. 219).

4.5 Zusammenfassende Kritik: Zweiter Horizont

Die differenzialistische Perspektive, die mit der Konstruktion „kollektiver Identitäten“ negativen Diskriminierungen und Ausgrenzungen Vorschub leistet, birgt Gefahren bis hin zum Bündnis mit Gewalt. Nicht zuletzt deshalb spielt die de-differenzialistische Perspektive im Kampf gegen Rassismus und die Folgen des Kolonialismus die herausragende Rolle. In ihr werden Vermischungs- und andere globalisierende Prozesse fokussiert, und aus ihr heraus wurden die Konzepte der „kulturellen Identität“, „Hybridisierung“ und „Kreolisierung“ entworfen. Während mit dem Begriff „Kreolisierung“ vor allem ein Plädoyer für einen de-territorialisierten, de-essenzialisierten Kulturbegriff abgegeben wird, ist der Begriff „Hybridisierung“ programmatischer zu verstehen: Hybridisierungsprozesse werden häufig als Grundlage und Voraussetzung der Entstehung von

etwas Neuem postuliert. Im postkolonialen Diskurs fungiert als dieses Neue eine kulturelle Identität, deren Konzeption eines zentrierten, einheitlichen Subjektes entsagt.

5. Konturen eines fachdidaktisch zu entwickelnden Kulturkonzepts

5.1 Hinweise zur Differenz zwischen Kulturkonzepten

Ein zeitgemäßes Kulturkonzept mit emanzipativen Potenzialen unterstellt Kultur nicht als ein gegenständliches, abgeschlossenes, statisches und territorial verankertes, schon gar nicht in nationalen und/oder ethnischen Grenzen verankertes Phänomen, sondern als dynamisches, kollektiv verfügbares System von Orientierungswissen, das aufgrund von reflektierten Erfahrungen und millionenfachen Realisationen sich ständig verändert, weiter entwickelt und immer neu entsteht. Somit sind Kulturkonzepte, die Kultur als einheitliches, abgeschlossenes Ganzes in einem bestimmten Territorium konzipieren und differenzialistischen Einstellungen entspringen, historisch und systematisch nicht zu rechtfertigen. Darüber hinaus sollten wir unsere kulturellen Konzepte auch nicht als immer, überall und allgemein gültige betrachten, sondern bedenken, dass sie nur einem historisch spezifisch geprägten, ethnozentrischen Standpunkt entspringen können. Dies ist Thema des laufenden De-Kolonialisierungs-Diskurses.

5.2 Hinweise zu den Begriffen „transkulturell“ und „interkulturell“

Bei Hinwendung zu transzendierenden Konzepten, die einer weitgehend de-differenzialistischen Einstellung entstammen, steht die Pflegewissenschaft vor folgendem Problem: Wenn sie

- den faktischen Hybridisierungsprozessen in Verbindung mit Massenmigration globalen Ausmaßes Rechnung tragen will,
- den international geführten Anti-Rassismus-Kampf (und andere Kämpfe, die ebenfalls in polarisierenden Zuschreibungen ihre Ursache haben) unterstützen will,
- den Anschluss an die international geführten postkolonialen Kultur-, Identitäts- und Gender-Diskurse wie auch an die neuen sozialen Bewegungen, die sie tragen, herstellen will,

so müsste sie in der Pflegebildung „transkulturelle Kompetenz“ – statt „interkultureller Kompetenz“ – zu vermitteln suchen. Denn Begriffe wie Postmoderne, Postkolonialität, auch Postfeminismus, die alle „nachdrücklich auf das ‚Darüber hinaus‘ verweisen, verkörpern dessen rastlose und revisionäre Energie nur, wenn sie die Gegenwart in einen erweiterten und ex-zentrischen Ort der Erfahrung und Machtaneignung verwandeln“ (Bhabha 2000, S. 6).

In Bezug auf Identitätskonzepte bin ich allerdings der Auffassung, dass die Pflegewissenschaft (vorläufig) bei den subjektzentrierten Konzepten bleiben sollte, dass sie also sowohl von individueller wie auch von kultureller Identität sprechen darf (aber vorsichtig sein sollte beim Gebrauch des Begriffes „kollektive Identität“). Die Begründung dafür ist, dass es die Pflegepraxis mit Personen in Face-to-face-Interaktionen zu tun hat. Aufgrund dieser Tatsache, so ließe sich nun einwenden, sei es gerechtfertigt, von „interkultureller Kompetenz“ zu sprechen. Ich möchte dies nicht völlig von der Hand weisen; allerdings: Der Grad der historischen Angemessenheit und der emanzipatorische Gehalt von „transkulturellen“ Konzepten sind nachweislich sehr hoch.

5.3 Überlegungen zur Verbindung von Kultur- und Kompetenzkonzepten

Wir hatten gesehen, dass der Begriff „Deutungsmuster“ einen empirischen Zugang zu impliziten Kulturkonzepten darstellen kann. Dieser könnte auch für Lehr-Lernsituationen in der Pflegebildung genutzt werden. Dabei wäre auf das, was Helga Krüger anhand der Geschlechtstypik von Aktivitätsräumen aufzeigt, besonders zu achten, nämlich auf das „Wechselspiel zwischen individuell-subjektiver Interpretation und Kontexten ihrer gesellschaftlichen Vermittlung ...“ (Krüger 2002, S. 36). Für unseren Gegenstand „Deutungsmuster als Indikatoren von Kulturkonzepten“ bedeutet das, der Art und Ebene der gesellschaftlichen Vermittlung ihrer Manifestation und Anwendung besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei ließe sich an die in der Soziologie übliche Differenzierung von Zugängen zu komplexen Gesellschaften über eine Mikro-, Meso- und Makro-Ebene anschließen. Somit wäre darauf zu achten, ob die Deutungsmuster in direkten Interaktionen angewendet werden, also der gesellschaftlichen Mikro-Ebene zuzurechnen sind, ob sie sich in Institutionen, also auf der Meso-Ebene manifestieren oder in sozialstrukturellen Ordnungen, also auf der Makro-Ebene. Im Rahmen der Geschlechterforschung hält Krüger geschlechtstypische Aktivitäts-Territorien (z. B. Fußballfeld – Ballettraum; Heimwerkstatt – Küche) für eine produktive Forschungseinheit auf der Meso-Ebene. Jeder Untersuchungsebene ordnet Krüger bestimmte Basistheorien zu, so der Meso-Ebene, also dem empirischen Zugang über (Aktivitäts-)Territorien, u. a. auch Kompetenz- und Identitätstheorien (Krüger 2002, S. 34 ff.). Auch bei Untersuchungen von Migrations-thematiken dürfen wir davon ausgehen, dass Deutungsmuster in „Territorien“ erscheinen, denken wir nur an die alltäglich zu machende Beobachtung, dass in Großstadt-Bussen die „Inländer“ meistens im vorderen Wagenteil, die „Ausländer“ meistens im hinteren Busteil sitzen. Auch in Pflegekontexten scheint es „kulturtypische“ Territorien zu geben – zumindest werden sie vorübergehend geschaffen, wenn „einheimische“ und „ausländische“ Patient/innen planmäßig in gesonderten Zimmern untergebracht werden. Von noch größerer Bedeutung

für die Pflege ist aber wahrscheinlich die Manifestation und Anwendung von Deutungsmustern in der direkten Interaktion, auf der Mikro-Ebene also. Doch auch die Manifestation und Wirkung von Deutungsmustern in sozialstrukturellen Ordnungssystemen – wie etwa im „Ausländerrecht“ – wären fruchtbare empirische Zugänge.

Der erste Schritt im Rahmen von Untersuchungen zum Gegenstand „Deutungsmuster und Kultur“ bestünde in der Entscheidung, über welche gesellschaftliche Vermittlungsebene der Zugang primär gesucht werden soll. Da dies, wie wir sahen, über alle drei Ebenen möglich ist, müsste wohl als weiteres Kriterium der Abstraktionsgrad von Kompetenz- und Professionalisierungstheorien bzw. -konzepten herangezogen werden. Wenn wir nämlich Kulturkompetenz als Bestandteil „pflegeberuflicher Handlungskompetenz“ (zu diesem Begriff vgl. Wittneben 1999) verstehen, dann müssen die zu bearbeitenden Kulturkonzepte und die anzuwendenden Kompetenztheorien bzw. -konzepte füreinander anschlussfähig sein. So weit ich sehe, sind eine Reihe von Konzepten zur Pflegekompetenz vor allem auf der Mikro-Ebene ausgearbeitet (vgl. z. B. Napiwotzky 1998; Olbrich 1999; Wittneben 1998, 1999).

Bemerkenswert ist, dass auch Moosmüller für die Untersuchung interkultureller Kommunikation zwei Perspektiven reklamiert: Seiner dualen Kulturtheorie zufolge sollten sich Untersuchungen der Kommunikation im Kontext internationaler Organisationen auf die mittlere Ebene richten, Untersuchungen von Kommunikation im Kontext der multikulturellen Gesellschaft hingegen auf die Ebene der direkten Interaktionen (vgl. Moosmüller 2000 a). Für letztere empfiehlt der Autor, daran sei erinnert, ausdrücklich eine de-differenzialistische Perspektive. Auch daraus folgt, dass es Konzepte sein sollten, die es erlauben, die in Migrationskontexten wahrnehmbaren Differenzen eher zu minimieren als zu maximieren. Unser Ausgangsbeispiel müsste demnach so aufbereitet werden, dass auch nach Gemeinsamkeiten der beiden Kontrahentinnen gesucht wird. In dieser de-differenzialistischen Perspektive lässt sich dann feststellen, dass beide Personen in Interaktionen verstrickt sind (zu erfassen durch Analyse auf der Mikro-Ebene), deren bedingender Kontext (Rahmenbedingungen) außerhalb der aktuellen Handlungsmöglichkeiten der beiden Personen liegt (Untersuchungen auf der Makro- und Meso-Ebene sind angezeigt).

Festzustellen wäre weiterhin, dass beide, Pflegenden wie Patientin, an einer Verständigung interessiert sind. Die Suche nach Gemeinsamkeiten darf allerdings Machtverhältnisse nicht zum Verschwinden bringen. Deshalb ist festzuhalten: Die erzielte Einigung stellt ein Ergebnis ungleich verteilter Machtverhältnisse dar. Damit würden wir von der Mikro- auf die Meso- und Makro-Ebene

der Untersuchung gelangen. Und tatsächlich ist der Rassismus-Vorwurf der schwarzen Patientin im gegebenen Kontext nur zu verstehen, wenn wir uns der vielfach tradierten Erfahrungen erinnern, die andere Völker mit dem europäischen Kolonialismus machen mussten. Erfahrungen, die die kulturelle Identität vieler Menschen, die aus diesen Ländern stammen, bis heute prägen (erinnert sei an das Gedicht von Meiling Jin). Wenn postkolonialistische Kulturtheoretiker/innen darauf verweisen, dass die westeuropäische Geschichtsschreibung diesen Teil ihrer eigenen Geschichte bis heute unterbewertet habe, so dürften sie unter anderem durch die aktuelle Situation in deutschen Krankenhäusern Bestätigung erfahren. Dies alles könnte über die Analyse kultureller Deutungsmuster auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene, didaktisch umgesetzt, im Rahmen der Pflegebildung vermittelt werden.

Anmerkungen

- 1 Dieser Beitrag ist die überarbeitete und erweiterte Druckfassung eines Vortrags, der am 05.11. 2002 im Rahmen des Internationalen Workshops „Interkulturelle Bildung in der Altenpflege“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung, Bonn, gehalten wurde.
- 2 Der Name „Katja“ ist nicht identisch mit dem Namen der Befragten.

Literatur

Alzheimer, R (Hrsg.) (2000): Lokale Kulturen in einer globalisierten Welt. Münchner Beiträge zur Interkulturellen Kommunikation, Bd. 9, München

Balibar, E. (1992): Gibt es einen „Neo-Rassismus“? In: Balibar, E./Wallerstein, I. (Hrsg.): Rasse, Klasse, Nation. Ambivalente Identitäten. Hamburg, S. 23-38

Bhabha, H. K. (2000): Die Verortung der Kultur. Tübingen

Bühl, W. L. (1986): Kultur als System. In: Kultur und Gesellschaft. 27. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen, S. 188-143

Dornheim, J. (2001): Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern, S. 27-45

Dornheim, J. (2002): Kulturkonzepte in der Pflegebildung. In: DIE (Hrsg.): Dokumentation des Internationalen Workshops „Interkulturelle Bildung in der Altenpflege“, 5. bis 6. November 2002 in Bonn, S. 2-11

Drechsel, P. u. a. (2000): Kultur im Zeitalter der Globalisierung: von Identität zu Differenzen. Frankfurt/M.

Fiehler, R. (1987): Zur Thematisierung von Erleben und Emotionen in der Interaktion. In: Zeitschrift für Germanistik. H. 8, S. 559-572

Geertz, C. (1983): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt/M.

Groeben, N./Scheele, B. (1983): Einige Sprachregelungsvorschläge für die Erforschung subjektiver Theorien. In: Dann, H.-D./Humpert, W. u. a. (Hrsg.): Analyse und Modifikation Subjektiver Theorien von Lehrern. 2. Aufl. Konstanz, S. 13-39

Habermann, M. (2003): „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? In: Pflege & Gesellschaft, H. 1, S. 11-16

- Hall, S. (1994): Rassismus und kulturelle Identität. *Ausgewählte Schriften 2*. Hamburg
- Hannerz, U. (1995): „Kultur“ in einer vernetzten Welt. Zur Revision eines ethnologischen Begriffes. In: Kaschuba, W. (Hrsg.): *Kulturen – Identitäten – Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie*. Berlin, S. 64-84
- Hess, S. (2000): Transkulturelle Kontakte im Rahmen einer neuen sozialen Bewegung zwischen ethnizierenden Blicken und der Entwicklung hybrider Identitäten. In: Alsheimer, R. u. a. (Hrsg.): *Lokale Kulturen in einer globalisierenden Welt*. Münster, S. 209-221
- Hofstede, G. (2001): *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. 2. Aufl. München
- Janich, P. (1995): Konstitution, Konstruktion, Reflexion. Zum Begriff der „methodischen Rekonstruktion“ in der Wissenschaftstheorie. In: Demmerling, Ch. U. a. (Hrsg.): *Vernunft und Lebenspraxis. Philosophische Studien zu den Bedingungen einer rationalen Kultur; für Friedrich Kambartel*. 1. Aufl. Frankfurt/M., S. 32-51
- Kaschuba, W. (1999): *Einführung in die Europäische Ethnologie*. München
- Krüger, H. (2002): Territorien – Zur Konzeptualisierung eines Bindeglieds zwischen Sozialisation und Sozialstruktur. In: Breitenbach, E. u. a. (Hrsg.): *Geschlechterforschung als Kritik. Zum 60. Geburtstag von Carol Hagemann-White*. Bielefeld, S. 29-47
- Lamnek, S. (1993): *Qualitative Sozialforschung*. Bd. 1: *Methodologie*. 2., überarbeitete Aufl., Weinheim
- Marriner-Tomey, A. (1992): *Pflege-theoretikerinnen und ihr Werk*. Basel
- Moosmüller, A. (2000 a): Die Schwierigkeit mit dem Kulturbegriff in der Interkulturellen Kommunikation. In: Alsheimer, R. u. a. (Hrsg.): *Lokale Kulturen in einer globalisierenden Welt*. Münster, S. 15-31
- Moosmüller, A. (2000 b): Perspektiven des Fachs Interkulturelle Kommunikation aus kulturwissenschaftlicher Sicht. In: *Zeitschrift für Volkskunde*, H. 2, S. 169-185
- Napiwotzky, A.-D. (1998): *Selbstbewusst verantwortlich Pflegen. Ein Weg zur Professionalisierung mütterlicher Kompetenzen*. Bern
- Neidhardt, F. (1986): „Kultur und Gesellschaft“. Einige Anmerkungen zum Sonderheft. In: *Kultur und Gesellschaft*. 27. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen, S. 10-18
- Niethammer, L. (2000): *Kollektive Identität. Heimliche Quellen einer unheimlichen Konjunktur*. Reinbek bei Hamburg
- Olbrich, Ch. (1999): *Pflegekompetenz*. Bern
- Psathas, G. (1979): Die Analyse von Alltagsstrukturen und das ethnomethodologische Paradigma. In: Sprondel, W. M./Grathoff, R. (Hrsg.): *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften*. Stuttgart, S. 178-195
- Schüßler, I. (2000): *Deutungslernen. Erwachsenenbildung im Modus der Deutung – eine explorative Studie zum Deutungslernen in der Erwachsenenbildung*. Hohengehren
- Schütz, A. (1974): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Frankfurt/M.
- Schütz, A./Luckmann, Th. (1979): *Strukturen der Lebenswelt*. Bd. 1, Frankfurt/M.
- Terkessidis, M. (2002): *Globale Kultur in Deutschland. Oder: Wie unterdrückte Frauen und Kriminelle die Hybridität retten*. <http://parapluie.de/archiv/generation/hybrid>. S. 1-15
- Tylor, E. B. (1871): *Primitive Culture*. London
- Uzarewicz, Ch. (1998): Zur Problematik des Kulturbegriffs und das Phänomen des Fremden. Überlegungen zu theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der transkulturellen Pflege als Gegenstand der Lehre. In: *Pflege*, H. 3, S. 156-160

- Uzarewicz, Ch. (1999): Transkulturalität. In: Kollak, I./Kim, S. H. (Hrsg.): Pflge theoretische Grundbegriffe. Bern, S. 113-128
- Vester, H.-G. (1999): Mentalitätsforschung in Deutschland – ein mentales Problem. In: Hahn, H. (Hrsg.): Kulturunterschiede. Interdisziplinäre Konzepte zu kollektiven Identitäten und Mentalitäten. Frankfurt/M., S. 435-450
- Visser, M./de Jong, A. (2002): Kultursensitiv pflegen. Wege zu einer interkulturellen Pflegepraxis. München
- Welsch, W. (1998): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainzer Universitätsgespräche Sommersemester 1998. Mainz, S. 45-72
- Welz, G. (1998): Moving Targets. Feldforschung unter Mobilitätsdruck. In: Zeitschrift für Volkskunde, H. 2/S. 177-194
- Wicker, H.- R. (1996): Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker, H.- R. u. a. (Hrsg.): Das Fremde in der Gesellschaft. Zürich, S. 373-392
- Wittneben, K. (1998): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Lehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. 4. überarbeitete Aufl. Frankfurt/M.
- Wittneben, K. (1999): Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. In: Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Bern, S. 1-13

II. Interkulturalität und Pflege im internationalen Diskurs

Das Lehren von transkultureller Pflege an einer britischen Universität

1. Einleitung

Noch nie konnten sich Menschen so ungehindert über Länder und Kontinente hinweg bewegen. Gleichzeitig sind weltweit Millionen von ihnen aufgrund ethnischer Konflikte, Kriege, repressiver politischer Regime und Naturkatastrophen weiterhin Armut und Krankheit ausgesetzt. Solche verhängnisvollen Katastrophen sind die häufigste Ursache für eine grassierende Massenmigration, die sich auf fast jede Region der Welt auswirkt, darunter auch Europa. Anfang des Jahres 2002 lag die Anzahl der Menschen, die auf den Schutz und die Unterstützung des UN-Flüchtlingskommissariats angewiesen waren, bei fast 20 Millionen (UNHCR 2003). Die Schaffung der Europäischen Union (EU) ermöglicht es den Bürgern der 15 Mitgliedsstaaten, sich ohne Einschränkungen innerhalb der EU zu bewegen. Die jüngst erfolgte Aufnahme von zehn weiteren, vorwiegend osteuropäischen Ländern in die EU hat sowohl innerhalb der EU als auch innerhalb eines jeden Mitgliedslandes eine größere kulturelle Vielfalt hervorgebracht.

Während der letzten 25 Jahre hat sich ein wachsendes Bewusstsein herausgebildet, dass unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit nicht nur hinsichtlich biologischer, sondern auch unter sozialen und kulturellen Faktoren betrachtet werden müssen. Wenn wir berücksichtigen, dass die meisten von uns in kulturell heterogenen Gesellschaften leben, und dass unser kultureller Hintergrund eine wichtige Rolle bei der Konstruktion unserer Vorstellungen und unseres Umgangs mit Gesundheit spielt, dann müssen Pflegekräfte in ihrer Ausbildung befähigt werden, eine gleichermaßen effiziente als auch kulturell angemessene Pflege zu praktizieren. Als Reaktion auf eine multikulturelle Umwelt bezieht die Krankenpflege in vielen Ländern einen transkulturellen Rahmen mit ein, sei es bei der Grundausbildung oder der Weiterbildung. Die Aneignung transkultureller Fähigkeiten und transkulturellen Wissens sollte dazu führen, dass Patienten mit kulturell kompetenter Pflege versorgt werden.

2. Die Definition transkultureller Pflege und kultureller Kompetenz

In Amerika hat Madeline Leininger transkulturelle Pflege folgendermaßen definiert: „Ein ausgewiesener Bereich des Studiums und der Praxis, der sich auf eine vergleichende, ganzheitliche Sicht der Kultur-, Pflege-, Gesundheits- und Krankheitsmuster von Menschen konzentriert; der Unterschiede und Ähnlichkeiten in ihren kulturellen Wertvorstellungen, Glaubenssätzen und Praktiken berücksichtigt; der das Ziel hat, Menschen verschiedensten kulturellen Hintergrunds kulturell kongruente, sensible und kompetente Krankenpflege angedeihen zu lassen“ (Leininger 1995, S. 4).

In Großbritannien arbeiten meine Kolleg/innen und ich seit den späten achtziger Jahren an dem Forschungsgebiet „Transkulturelle Gesundheits- und Pflegeforschung“. Wir haben es als das Studium und die Erforschung *kultureller* Unterschiede und Ähnlichkeiten im Bezug auf Gesundheit und Krankheit, sowie im Bezug auf deren zugrunde liegende gesellschaftliche und organisationale *Strukturen* definiert. Unser Ziel ist es, die aktuell praktizierte Pflege zu verstehen und auf eine Art zu ihrer künftigen Weiterentwicklung beizutragen, die kulturelle Faktoren mit einbezieht. Des Weiteren glauben wir, dass transkulturelle Pflege auf *engagierte* Weise eine anti-repressive, anti-diskriminatorische Praxis fördern muss. Transkulturelle Gesundheitsfürsorge und Pflege legen einen Schwerpunkt darauf, Klienten zu befähigen, an Entscheidungen bezüglich ihrer gesundheitlichen Versorgung mitzuwirken. Folglich ist es zwingend erforderlich, dass Pflegekräfte verstehen, wie die Gesellschaft soziale Nachteile konstruiert und verfestigt. Unserer Ansicht nach existiert keine andere Pflegeauffassung, die auf solch explizite Weise ihren Schwerpunkt zugunsten der Förderung von Gleichheit und Individualität setzt, wie unsere (Papadopoulos/Alleyne 1995; Papadopoulos u. a. 1998; Papadopoulos/Lees 2002). Diese Werte und Prinzipien sind inzwischen zu einer ausdrücklichen Qualitätsanforderung innerhalb der Pflegeausbildung in Großbritannien erklärt worden (NMC 2002; QAA 2001).

In Abschnitt 2 des Berufskodex für Pflegekräfte, Hebammen und Beschäftigte in der (ambulanten) Gesundheitsfürsorge heißt es:

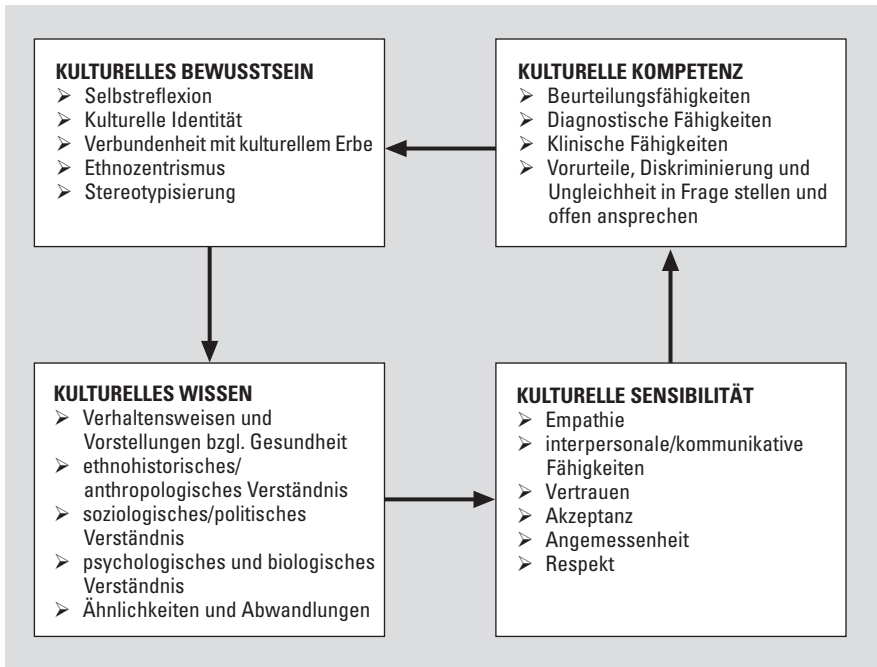
- 2.1 Sie müssen die Rolle und den aktiven Beitrag von Patient/innen und Klienten als Partner in ihrer Pflege anerkennen und respektieren. Dies bedeutet, ihre Pflegepräferenzen zu erkennen und diese innerhalb der Grenzen zu respektieren, die durch eine professionelle Pflege, die Gesetzeslage, die verfügbaren Ressourcen und die Ziele der therapeutischen Beziehung gesetzt werden.
- 2.2 Sie sind persönlich dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass Sie die Interessen und die Würde der Patient/innen wahren und schützen, ungeachtet ihres Geschlechts, Alters, Rassenzugehörigkeit, allgemeinen Fähigkeiten, Sexualität, ökonomischen Status, Lebensstil, Kultur, sowie ihrer religiösen und politischen Glaubensvorstellungen (NMC 2002, Abschnitt 2).

Ein anderes Organ, das sich mit dem Benchmarking in verschiedenen Bereichen weiterführender Bildung befasst, die „Quality Assurance Agency“ (QAA), hat Qualitätsstandards für die Gesundheitswissenschaften, die Pflege und das Hebammenwesen festgelegt. Ihnen allen ist eine Reihe von Prinzipien gemeinsam, die die Lehrpläne für den Gesundheitssektor fördern sollten. Beispielsweise sollten Pflegekräfte „sich anti-diskriminatorisch und anti-repressiv verhalten; sie sollten in ihren Beziehungen zu Patient/innen, Klient/innen und Fürsorge tragenden Personen kulturell sensibel sein und deren Rechte und besondere Bedürfnisse respektieren; sie sollten die Beurteilungsmethoden verwenden, die der Situation angemessen sind und vorab relevante Determinanten von Gesundheit und körperlicher, psychologischer, sozialer und kultureller Bedürfnisse oder Probleme erkennen; sie sollten dazu beitragen, dass die Patienten sozial mit einbezogen sind“, und so weiter (QAA 2001, S. 2-3).

3. Das Modell für transkulturelle Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge

Um die Aufnahme kultureller Fragestellungen in die Krankenpflegelehrpläne voran zu bringen und unseren Student/innen bei der Entwicklung kultureller Kompetenz zu helfen, habe ich erstmals 1998 gemeinsam mit zwei Kolleginnen, Mary Tilki und Gina Taylor, ein Modell kultureller Kompetenz veröffentlicht. Dies hatten wir 1994 als Resultat einer Forschungsarbeit über die transkulturelle Pflegeausbildung entwickelt (Papadopoulos/Alleyne/Tilki 1995). Wir definierten *kulturelle Kompetenz* als die Fähigkeit, effektive Pflege auszuüben und zugleich die kulturellen Glaubensvorstellungen, Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Menschen zu berücksichtigen. Wir vertraten die Ansicht, dass kulturelle Kompetenz zugleich einen Prozess und einen Output darstellt und aus der Synthese des Wissens und der Fähigkeiten resultiert, die wir uns während unserer privaten und beruflichen Biografie aneignen, und die kontinuierlich anwächst. Um dieses Wissen und diese Fähigkeiten zu strukturieren und erlernbar zu machen, schlugen wir folgende Phasen vor (Abbildung 1):

Abbildung 1: Das Modell für die Entwicklung kultureller Kompetenz von Papadopoulos, Tilki und Taylor



Die dem Modell zugrunde liegenden Maßstäbe sind jüngst weiter ausdifferenziert worden (vgl. Papadopoulos/Lees 2003):

Das Individuum

Alle Individuen haben für sich genommen einen eigenen Wert, und teilen außerdem fundamentale menschliche Wertvorstellungen wie Liebe, Freiheit, Gerechtigkeit, Entwicklung, Leben, Gesundheit und Sicherheit.

Kultur

Alle Menschen sind kulturelle Wesen. Kultur ist die einer Gruppe von Menschen gemeinsame Lebensweise, die Glaubensvorstellungen, Werte, Ideen, Sprache, Kommunikation, Normen und sichtbar gemachte Kulturformen wie Bräuche, Kunst, Musik, Kleidung und Benehmen. Kultur beeinflusst die Lebensstile der Individuen, ihre persönliche Identität und ihre Beziehung zu anderen, ob innerhalb oder außerhalb ihrer Kultur. Kulturen sind dynamisch und einem ständigen Wandel unter-

worfen. Individuen und Kultur beeinflussen sich gegenseitig in unterschiedlichem Grad.

Struktur

Gesellschaften, Institutionen und Familien sind Machtstrukturen, die ein Individuum fördern oder hemmen können.

Gesundheit und Krankheit

Gesundheit meint einen Zustand des Wohlbefindens, der kulturell definiert, wertgeschätzt und praktiziert wird, und der die Fähigkeit von Individuen (oder Gruppen) widerspiegelt, ihre Rolle und täglichen Aktivitäten in einer kulturell verfassten, förderlichen und strukturierten Lebensweise auszuüben (Leininger 1991).

Krankheit

Krankheit meint einen nicht erwünschten Zustand, der kulturell definiert ist und auf den kulturell reagiert wird.

Fürsorge (Caring)

Fürsorge ist eine Aktivität, die mittels therapeutischer Kommunikation und auf eine kulturell sensible und mitfühlende Weise auf die Einzigartigkeit von Individuen reagiert.

Pflege

Krankenpflege ist eine gelernte Aktivität, die zum Ziel hat, Individuen auf eine kulturell kompetente Art Fürsorge zukommen zu lassen.

Kulturelle Kompetenz

Kulturelle Kompetenz ist ein Prozess, den man unternimmt, um kontinuierlich seine Fähigkeiten in der effektiven Gesundheitsversorgung zu entwickeln und auszudifferenzieren, indem man die kulturellen Glaubensvorstellungen, Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Menschen berücksichtigt.

4. Kulturallgemeine und kulturspezifische Kompetenz

Das Kompetenzmodell von Papadopoulos/Lees (2003) umfasst vier Phasen, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Die *erste Phase* des Modells, das *kulturelle Bewusstsein*, beginnt mit einer Untersuchung unserer persönlichen Grundsätze und Wertvorstellungen.

Die Konstruiertheit kultureller Identität sowie ihr Einfluss auf die Vorstellungen und Verhaltensweisen, die Menschen bezüglich ihrer Gesundheit haben, werden als notwendige Bestandteile unserer Lernumgebung angesehen.

Kulturelles Wissen (die zweite Phase des Modells) entstammt mehreren Disziplinen wie Anthropologie, Soziologie, Psychologie, Biologie, Pflege, Medizin und den Geisteswissenschaften und kann auf verschiedenen Wegen erreicht werden. Der tiefere Kontakt mit Menschen verschiedener ethnischer Herkunft kann das Wissen über ihre Vorstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Gesundheit vertiefen sowie das Verständnis für die Probleme steigern, mit denen sie konfrontiert sind. Durch soziologische Studien können die Studierenden beispielsweise motiviert werden, sich mit unterschiedlichen Formen der Macht auseinander zu setzen (wie z. B. berufliche Macht und Kontrolle), oder Parallelen zwischen ihrer persönlichen Stellung und strukturellen Ungleichheiten zu ziehen.

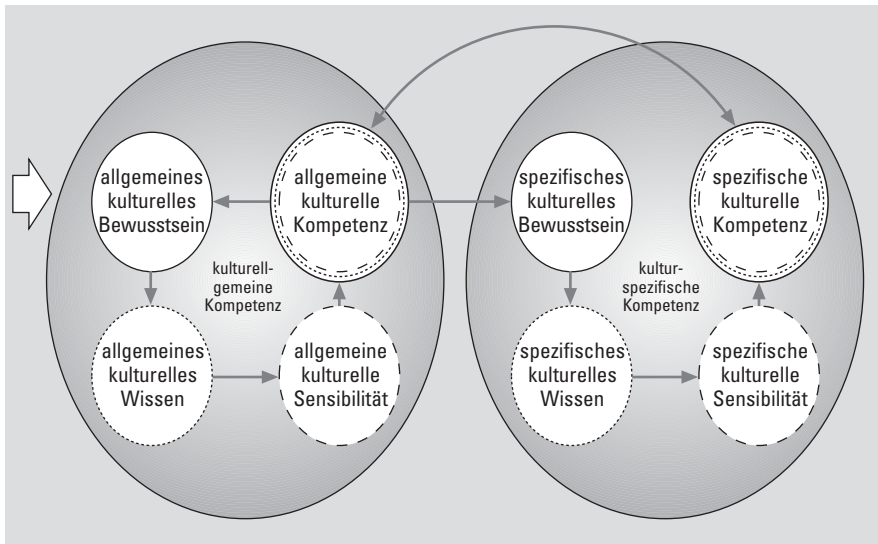
Kulturelle Sensibilität (die dritte Phase des Modells) ist sehr entscheidend und beinhaltet die Entwicklung von angemessenen interpersonalen Beziehungen mit unseren Klient/innen. Ein wesentlicher Schritt, den Pflegende bei der Aneignung kultureller Sensibilität machen müssen, betrifft die Sicht auf den zu pflegenden Menschen. Wenn die Klient/innen nicht als echte Partner/innen angesehen werden, wird kulturelle Sensibilität nicht erreicht und wir (als Pflegende und andere im Gesundheitswesen Tätige) riskieren, unsere Macht auf eine repressive Weise auszuüben. Gleichwertige Beziehungen beinhalten Vertrauen, Akzeptanz und Respekt sowie Hilfestellung und Verhandlung.

Das Erreichen der vierten Modellphase (*Kulturelle Kompetenz*) erfordert das Zusammenführen und die Anwendung des vorher erreichten Bewusstseins, des Wissens und der Sensibilität. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf praktischen Fähigkeiten, wie der Feststellung von Bedürfnissen, der klinischen Diagnose und anderer Fürsorgefähigkeiten. Eine besonders wichtige Komponente dieser Entwicklungsphase ist die Fähigkeit, Rassismus und andere Formen von Diskriminierung und repressiver Praxis zu erkennen und zu hinterfragen.

Es ist wichtig hervorzuheben, dass wir während unserer gesamten beruflichen Laufbahn eine Reihe kulturallgemeiner Kompetenzen entwickeln und einsetzen, die über kulturelle Gruppen hinweg anwendbar sind (Gerrish/Papadopoulos 1999). Diese kulturallgemeinen Kompetenzen wie etwa die Wertschätzung dessen, wie Vorstellungen über Gesundheit durch kulturelle Identität vermittelt werden, oder in dem tieferen Verständnis der zugrunde liegenden gesellschaftlichen und organisationalen Strukturen, die kulturell kompetente Pflege

befördern oder hemmen. Sie helfen uns, kulturspezifische Kompetenzen anzueignen, die speziellen kulturellen Gruppen eigen sind. Es ist offensichtlich unmöglich für Pflegekräfte oder Beschäftigte im Gesundheitssektor, alles über die zahlreichen kulturellen Gruppen zu wissen, die in einem Ort oder Land leben. Dennoch erlauben uns unsere kulturallgemeinen Kompetenzen, die relevanten kulturspezifischen Informationen zusammenzutragen, die für die Pflege eines Patienten/Klienten notwendig sind. Abbildung 2 beschreibt die dynamische Beziehung zwischen kulturübergreifenden und kulturspezifischen Kompetenzen.

Abbildung 2: Das kulturallgemeine und kulturspezifische Modell kultureller Kompetenz von Papadopoulos & Lees



5. Das Pflegecurriculum der Middlesex University

Die Middlesex University ist einer der bedeutendsten Anbieter von Aus- und Weiterbildung für Pflegekräfte im Südosten Englands. Jährlich bildet sie fast 500 neue Pflegekräfte aus und bietet darüber hinaus Studientage, kurze klinische Fortbildungen und andere weiterführende Kurse an, die an die Grundausbildung und die Graduiertenausbildung anschließen. An diesem Angebot nehmen jährlich mehrere hundert qualifizierte Pflegekräfte teil. Die Universität liegt im multikulturellen Norden Londons. Sowohl das Personal als auch die Studierenden sind bezüglich ihrer Kultur, Ethnizität, Religion, Muttersprache und Aufenthaltsdauer in England sehr heterogen. Das gleiche gilt für die Klient/innen und Patient/innen, die von den Studierenden in verschiedenen klinischen Ein-

richtungen versorgt werden. Dass die Universität ihre Heterogenität als eine Stärke betrachtet, reicht allein nicht aus, um die Ausbildung kulturell kompetenter Pflegekräfte zu gewährleisten. Die entsprechenden Wertvorstellungen, Lehrinhalte, Lernmethoden und -erfahrungen müssen abgestimmt, entwickelt und strukturiert werden, um die Einstellungen, das Wissen und die Fähigkeiten zu nähren, die für die Ausbildung einer kulturell kompetenten Pflegekraft notwendig sind. Aus diesem Grund ist ein transkulturelles Pflegemodell für die Lehrplanentwicklung sehr nützlich.

5.1 „Kultur und Struktur“ als Perspektive des Curriculums

Das mit den Pflegecurricula betraute Personal der Middlesex Universität sieht die kulturellen Voraussetzungen von Gesundheit als zentrale Perspektive an, die in allen Modulen behandelt werden müssen.

Zu Beginn der Pflegegrundausbildung werden die Studierenden ermutigt, über ihre persönlichen Wertvorstellungen, ihr kulturelles Erbe und ihre kulturelle Identität nachzudenken. Dabei sollen sie ihre persönlichen Wertvorstellungen untersuchen, sie in Frage stellen und auch verstehen, wie diese Werte gesellschaftlich konstruiert werden. Dies hilft ihnen, eine kritische Herangehensweise gegenüber den traditionellen Vorstellungen in Gesellschaft und Gesundheitssystem zu entwickeln, und leitet sie an, die Gültigkeit abweichender Sichtweisen zu erforschen. Indem sie sich über ihren kulturellen Hintergrund und ihre Gesundheitsvorstellungen austauschen, beginnen sie, voneinander zu lernen. Während ihrer Ausbildung untersuchen die Studierenden den Bezug kultureller Fragestellungen zu den jeweiligen Lehrmodulen. Obwohl dieser Vorgang nicht nach den Phasen unseres transkulturellen Pflegemodells strukturiert ist, hat er einen kumulativen Effekt. So können beispielsweise Studierende innerhalb eines jeden theoretischen Moduls kulturelles Bewusstsein, kulturelles Wissen und Sensibilität erlangen. Die Menge an Zeit und Engagement, die den kulturellen Aspekten der Module zuteil wird, hängt in überladenen Lehrplänen unweigerlich von der Befähigung und dem Interesse der Lehrenden ab, kulturelle Fragestellungen zu dem Inhalt des Moduls in Beziehung zu setzen. Während der klinischen Übungslabore (skills lab) lernen die Studierenden, sich kulturell sensibel und sicher zu verhalten. Aber die Anwendung ihres gesamten Wissens hängt von ihren klinischen Praktika ab.

5.2 „Kultur und Struktur“ – ein Modulschwerpunkt

Kulturelles Wissen wird in den verschiedenen Modulen erlangt, die sich grundsätzlich mit der Psychosozialogie von Gesundheit und Krankheit sowie mit menschlicher Biologie und Pathologie befassen. Obwohl die Grundausbildung durch nationale Vorschriften und EU-Vorschriften streng geregelt ist, haben

die Studierenden gewisse Auswahlmöglichkeiten. Das Vorlesungsverzeichnis beinhaltet zahlreiche Module, die sich speziell mit Themen beschäftigen, die für die transkulturelle Pflege zentral sind. Darunter ist beispielsweise ein Modul über die Gesundheitsbedürfnisse von Migranten, Flüchtlingen und Asylsuchenden. Module, deren Schwerpunkt auf zwischenmenschlichen und kommunikativen Fähigkeiten liegt, werden für jede Pflegekraft als sehr wichtig erachtet. Durch ihre Betonung der Partnerschaft zwischen Pflegekraft und Klienten und durch die Entwicklung von kulturalgemeinen Fähigkeiten wie Hilfestellung, Fürsprache, Verhandlung sowie Vertrauen, Respekt für Diversität und empathisches Verständnis unterstützen sie die Herausbildung kultureller Sensibilität. Besondere Aufmerksamkeit genießen sowohl die kulturelle als auch die sprachliche Kommunikation zwischen Pflegekraft und Klient/innen. Der Einsatz von Dolmetschern liegt nahe, wenn Klient/innen und Pflegekraft nicht die gleiche Sprache sprechen. Die Probleme und Fallstricke, die entstehen können, wenn eine ungeeignete Person als Dolmetscher/in eingesetzt wird, mögen dagegen für Erstsemester in der Krankenpflege nicht so offensichtlich sein. Außerdem müssen kulturelle und individuelle Unterschiede während der Grundausbildung betont werden. Ein angelsächsischer Pfleger mag beispielsweise nicht die ideale Person sein, um einer muslimischen Klientin Informationen über die Funktion (oder Dysfunktion) ihres Körpers zu vermitteln, selbst wenn beide die gleiche Sprache sprechen.

5.3 Von Kolleg/innen und Klient/innen lernen

Studierende werden ermutigt, voneinander und von ihren Klient/innen zu lernen. Die Middlesex Universität vertritt einen Ansatz, der sich „Der Lernende managt das Lernen“ nennt. Das heißt, dass der Lehrplan in hohem Maße interaktiv ist und die Studierenden ermutigt und dabei unterstützt, die Verantwortung für ihr Lernen zu übernehmen. Um dies zu erreichen, werden studienrelevante Fähigkeiten zu Anfang jedes Studiengangs stark betont, inklusive Fähigkeiten, Bibliothek und Computer zu nutzen. Die Universität bietet den Studierenden eine gute Computerinfrastruktur, sowie erschwingliche Finanzierungsmodelle für eigene Computer. Des Weiteren müssen alle Unterrichtseinheiten studentenzentrierte Aktivitäten beinhalten. Die meisten Studierendengruppen sind multikulturell, und unweigerlich arbeiten und lernen die Studierenden zusammen.

Studentenzentrierte Aktivitäten fördern das vergleichende Lernen durch die Erforschung der Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Auffassungen und Praktiken, die die Studenten selber im Bezug auf Gesundheit haben. Wenn Studierende voneinander lernen, trägt dies zweifellos dazu bei, dass sie ethnozentristische Urteile vermeiden. Außerdem betont der Lehrplan für die Grundaus-

bildung die Entwicklung kulturallgemeiner Fähigkeiten, da er die Unmöglichkeit für Studierende anerkennt, sich kulturelles Bewusstsein und kulturelles Wissen über all jene Gruppen anzueignen, die ihnen während ihrer Ausbildung begegnen können. Aus diesem Grund ist die Entwicklung kulturallgemeiner Sensibilität so zentral, dass sie die Studenten mit den kulturallgemeinen zwischenmenschlichen Fähigkeiten und Kommunikationsfähigkeiten ausstattet, die sie benötigen, um ihre Klienten über ihre kulturspezifischen Bedürfnisse befragen zu können. Sie tun dies unter Supervision.

5.4 Transkulturelle Pflege in der Praxis lernen

Die Studierenden beginnen ihre Grundausbildung mit Lernübungen, die an der Gemeinde orientiert sind. Zu ihren ersten Aufgaben gehört es, eine Reihe von aktuellen Gesundheits- und Kulturfragen in der Gemeinde zu ermitteln. Während ihrer Ausbildung haben sie mehrere klinische Einsätze, während derer sie durch erfahrene Pflegekräfte und durch die Lehrenden unterstützt und beaufsichtigt werden. Sie werden ermutigt, ein Berichtsheft zu führen, in dem sie bedeutsame Lernerfahrungen oder kritische Vorfälle dokumentieren und reflektieren können. Diese können sie mit ihren Mentoren in der Klinik diskutieren oder auch in die Universitätsseminare einbringen. Meiner Erfahrung nach reagieren die Studierenden sehr kritisch, wenn sie während ihrer Praktika kulturell unsensible oder inkompetente Pflege erleben. Einer der typischen Vorfälle, die sie mir erzählen, ist, wenn nicht englischsprachige Klient/innen nicht in die Planung ihrer Pflege mit einbezogen werden oder wenn ihnen die Art ihrer Behandlung nicht erklärt wird. Die Studierenden verstehen, dass dies in manchen Situationen nicht möglich ist, aber oft scheint es (nach Ansicht der Studenten) so, als ob manche qualifizierten Pflegekräfte sich nicht die Mühe machten, mit den Klient/innen zu kommunizieren. Eine solche Gelegenheit kann durch kulturell kompetente Dozenten didaktisch genutzt werden. Die Studierenden können über die Gründe dieses Verhaltens diskutieren, verwandte kulturelle, moralische und juristische Fragen analysieren und Lösungen vorschlagen.

Außerdem beinhaltet die praktische Prüfung der Studierenden Elemente transkultureller Pflege. Ihre Fähigkeiten im Pflegeassessment, in der Planung, Implementierung und Evaluation werden bewertet. Die Prüfung der Student/innen erfordert, dass diese die kulturellen Bedürfnisse ihrer Klient/innen in allen Phasen des Pflegeprozesses berücksichtigen. Da die Bewertung der Studierenden auf dem Pflegekompetenzkontinuum von der Novizin zur Expertin (Benner 1984) basiert, entspricht dies in etwa den Phasen kultureller Kompetenz, die ich nachstehend beschreibe.

5.5 Europäische transkulturelle Initiativen

Eine der Folgen der kulturellen Mobilität, die durch die EU hervorgerufen wurden, besteht in den veränderten Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Diese müssen unbedingt in den Pflegecurricula Eingang finden. Während der letzten fünf Jahre habe ich einer Initiative vorgestanden, die zum Ziel hatte, Pflegelehrkräfte aus einer Reihe europäischer Länder zusammenzubringen. Diese Expert/innen der transkulturellen Pflege sollten einen Intensivstudiengang in transkultureller Pflege und einen Masterstudiengang in Europäischer Pflege konzipieren und durchführen. Während der letzten drei Jahre hat der Intensivstudiengang jährlich rund 45 Teilnehmende von neun europäischen Universitäten zusammengebracht. Der Lehrgang basierte auf dem PTTL-Modell und wurde von der Middlesex University anerkannt. Er war als Wahlmodul sowohl den Studierenden der Grundausbildung als auch den Fortgeschrittenen zugänglich, die hierfür zehn ECTS Credits (European Credit Transfer Scheme) erhielten. Die Teilnehmenden fanden es sowohl sehr lehrreich als auch außerordentlich nützlich, insbesondere weil sie die Gelegenheit hatten, mit Studierenden anderer Kulturen und anderer Gesundheitssysteme zusammenzutreffen. Von großem Wert war ihr unmittelbares Erleben einer Situation, in der sie in einer fremden Umgebung eine Beziehung zu „Fremden“ aufzubauen versuchten, wobei die meisten unter ihnen nicht sehr fließend Englisch sprachen (die Unterrichtssprache). Abbildung 3 stellt einige der Kommentare dar, die die Teilnehmenden bei der Kursbewertung abgaben.

Abbildung 3: Teilnehmerkommentare zu dem Intensivlehrgang in transkultureller Krankenpflege (IPTN)

Hat der Lehrgang Ihnen geholfen, kulturelles Bewusstsein zu entwickeln?

- Ja, definitiv. Das wichtigste, was ich an mir bemerkt habe, ist, dass ich nicht mehr so ethnozentristisch bin. Mir ist nun klar geworden, dass ich es vorher war. Ich gebe mir jetzt große Mühe, das abzustellen, und ich denke, es klappt gut (Studentin, Schweden, Teilnehmergruppe 2000).
- Ich bin mir meiner eigenen Kultur nun mehr bewusst (Student, Spanien, Teilnehmergruppe 2001).

Auf welche Weise hat der Lehrgang Ihnen geholfen, kulturelles Wissen aufzubauen?

- Ich habe etwas über Rassismus, Flucht, Migration, Globalisierung, Kommunikation usw. gelernt (Studentin, Großbritannien, Teilnehmergruppe 2002).
- Mir ist klar geworden, dass es unmöglich ist, alles über jede Kultur zu lernen, aber ich weiß, wie ich in einer entsprechenden Situation die wichtigen Elemente herausfinden kann (Studentin, Deutschland, Teilnehmergruppe 2000).

Konnten Sie durch den Lehrgang kulturelle Sensibilität entwickeln?

- Ich bin mir nun stärker bewusst, wie wichtig Kommunikation ist und verstehe, wie es sich für einen Klienten anfühlen muss, der nicht anhand von Sprache kommunizieren kann. Sensible Pflege beginnt mit der Kommunikation und deswegen muss auch eine Infrastruktur existieren, die die Kommunikation zwischen Patient/innen und Pflegekräften unterstützt (Studentin, Finnland, Teilnehmergruppe 2001).

- Indem man kulturell bewusster und sensibler mit den unterschiedlichen Wertvorstellungen der Kollegen umgeht, kann man dazu beitragen, den Stress am Arbeitsplatz zu vermindern (Studentin, Großbritannien, Teilnehmergruppe 2000).

Welche Eigenschaften hat eine kulturell kompetente Pflegekraft?

- Die Humanität, allen Menschen ungeachtet ihrer Herkunft eine optimale gesundheitliche Versorgung zukommen zu lassen (Teilnehmerin, Griechenland, Teilnehmergruppe 2001).
- Um Patient/innen unterschiedlicher kultureller Herkunft effektiv zu versorgen, müssen Pflegekräfte einen angemessenen Pflegeansatz haben. Eine kulturell kompetente Pflegekraft ist jemand, der jeden Patienten respektiert und individualisierte Pflege bietet. Wir müssen uns in Erinnerung rufen, dass jede Person ein Individuum ist und nicht stereotyp als Vertreter seiner kulturellen Gruppe betrachtet werden darf (Spanischer Student, Teilnehmergruppe 2002)

Hat das IPTN noch weitere Vorteile?

- Das gemeinsame Lernen mit Studierenden aus so vielen unterschiedlichen Ländern und so unterschiedlicher kultureller Herkunft. Das war eine sehr positive Erfahrung. Sie hat mir geholfen, den Beitrag zu würdigen, den Menschen unterschiedlicher Kulturen leisten (Deutsche Studentin, Teilnehmergruppe 2000)
- Vielleicht wäre die transkulturelle Pflege in einer idealen Welt nicht nötig und andere in der Gesundheitsversorgung Beschäftigte würden bewusst und sensibel mit dem kulturellen Hintergrund ihrer Patient/innen/Klient/innen umgehen. Doch müssen wir uns eingestehen, dass die Realität anders aussieht. Aufgrund des Ethnozentrismus in der Gesundheitsversorgung und ihrer dominanten Kultur sind Pflegekräfte oft blind gegenüber den Bedürfnissen von Menschen, die einem anderen kulturellen Hintergrund entstammen als sie selbst (Studentin, Großbritannien, Teilnehmergruppe 2001).

5.6 Die Grade kultureller Kompetenz

In einer aktuellen Forschungsarbeit (Lees/Papadopoulos/Tilki 2002), die zum Ziel hatte, kulturelle Kompetenz unter Beschäftigten im psychiatrischen Bereich zu fördern (Krankenpflegekräfte, Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter und ungelerntes Personal), entwickelten wir eine Fortbildung und führten sie mit den Beschäftigten durch. Sie bestand aus mehreren Lerneinheiten und basierte auf unserem Modell. Die Fortbildung setzte sich aus zwei Sitzungen für jede der vier Modellphasen kulturelles Bewusstsein, kulturelles Wissen, kulturelle Sensibilität, und kulturelle Kompetenz zusammen. Vor Durchführung der Lerneinheiten entwarfen und prüften wir ein selbstanwendbares Tool, das den kulturellen Kompetenzgrad einer Person misst. Dieses war ebenfalls entlang der vier Modellphasen strukturiert. Da wir betonen, dass kulturelle Kompetenz sich kontinuierlich entwickelt, bedeutet dies, dass Pflegekräfte auf verschiedenen Ebenen kultureller Kompetenz operieren. Unser Tool berücksichtigt ebenfalls die Wichtigkeit kulturellen Bewusstseins in der ersten Phase dieses Prozesses, sowie die Wichtigkeit kulturübergreifender Kompetenzen, die die Vorbedingung für die Entwicklung kulturspezifischer Kompetenzen darstellen.

Wir arbeiteten vier Grade der kulturell kompetenten, angewandten Pflege heraus: 1. kulturell inkompetente Pflege, 2. kulturell bewusste Pflege, 3. kul-

turell sichere Pflege, 4. kulturell kompetente Pflege. Wir setzten diese Unterscheidungen ein, um den kulturellen Kompetenzgrad der Teilnehmenden vor und nach der Maßnahme zu messen. Wir stellten fest, dass keine von ihnen vor der Maßnahme kulturell inkompetent war. Die meisten von ihnen handelten auf einer kulturell bewussten Ebene, während einige kulturell sichere Pflege ausübten. Nur eine Person erreichte vor der Maßnahme den Grad kultureller Kompetenz. Die meisten Teilnehmenden verblieben auf dem gleichen Grad oder verbesserten ihren Grad an kultureller Kompetenz nach der Maßnahme.

Obwohl die Teilnehmerzahl in dieser Studie klein und die Maßnahme wahrscheinlich zu kurz war, hebt sie trotzdem die Vorteile eines angemessenen Fortbildungsinputs hervor, der auf einem soliden theoretischen Ansatz beruht. Diese Studie verdeutlicht ebenfalls, dass kulturelle Kompetenz keinen Endpunkt darstellt. Sie ist ein kontinuierlicher Lernprozess. Je mehr kulturallgemeine Kompetenzen wir haben, desto leichter wird es uns fallen, kulturspezifische Kompetenzen zu erlangen, die sich in neuen kulturellen und pflegerischen Kontexten ständig weiterentwickeln.

5.7 Der Lehrplan für Postgraduierte

Wie bereits erwähnt, ist unser Fortbildungsangebot für Postgraduierte umfangreich. Eine Reihe von Gesundheitseinrichtungen, die Weiterbildungsmaßnahmen von der Middlesex Universität einkaufen, benötigen kurze transkulturelle Trainings für die vorhandene Belegschaft und für Neuzugänge. Obwohl transkulturelle Trainings, die die kulturelle Kompetenz von Pflegekräften (und allen anderen Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung) zum Ziel haben, unserer Ansicht nach Teil eines lebenslangen Lernprozesses sein sollten, räumen wir ein, dass dies aktuell noch nicht der Fall ist. Wir bieten daher ein- und mehrtägige Studienworkshops an, die auf unserem Modell basieren und hoffen, dass die Teilnehmenden hier motiviert werden, an umfangreicheren Fortbildungen teilzunehmen. Unsere Masterstudiengänge verfolgen ähnliche Ansätze in der transkulturellen Pflege wie die oben beschriebenen. Da die Teilnehmendengruppen kleiner sind, können wir die Fortbildungen individualisieren – was auch deswegen von Bedeutung ist, weil wir nicht annehmen können, dass qualifizierte Pflegekräfte auch kulturell kompetent sind.

Eine der besten Methoden, die kulturelle Kompetenz von Postgraduiereten zu fördern, ist die Durchführung eigener Forschungsprojekte. Einige wenige setzen ihren Projektschwerpunkt auf transkulturelle Themen, während andere Studierende kulturelle Aspekte des Hauptuntersuchungsgebiets mit einbeziehen. Durch diese Forschungsprojekte generieren wir neues transkulturelles Wissen. Wir hoffen, dass durch den zur Zeit in Entwicklung befindlichen Masterstudien-

gang in Europäischer Pflege vergleichendes transkulturelles Forschungswissen sowohl von den Studierenden als auch von den beteiligten Lehrenden hervorgebracht wird.

5.8 Die Vorbereitung der Lehrenden in der transkulturellen Pflege

Was ich oben beschrieben habe, wäre nicht möglich, wenn die Universität kulturelle Heterogenität nicht als Wert anerkannt hätte und wenn das Lehrpersonal nicht fähig wäre, transkulturelle Pflege zu unterrichten. Die meisten britischen Experten für transkulturelle Pflege sind nicht der Auffassung, dass die Lehrausbildung sich auf angemessene Weise mit transkulturellen Themen beschäftigt. Deswegen ist es wichtig, neue Lehrkräfte zu begleiten und alle Lehrkräfte systematisch in ihren Bemühungen zu unterstützen, kulturell kompetent zu werden. Wir haben das Glück, über eine Reihe von gestandenen Lehrkräften zu verfügen, die Experten auf diesem Gebiet sind. Des Weiteren dient unser Forschungszentrum für Transkulturelle Gesundheitswissenschaften als ein Fokus innerhalb unserer Universität. Das Zentrum organisiert Seminare, bezieht Lehrkräfte in Forschungsprojekte mit ein und versorgt sie mit Informationen und Orientierungshilfen. Trotzdem ist eine systematischere Herangehensweise an die Begleitung von Lehrkräften vorteilhaft. Obwohl sich die Universität bereits dafür interessiert hat, ein solches System nicht nur für Pflegelehrkräfte, sondern für alle ihre Lehrkräfte zu entwickeln, steht dies noch aus.

6. Schlussfolgerung

Kulturell kompetente Pflege wird eine der großen Notwendigkeiten des einundzwanzigsten Jahrhunderts für all diejenigen werden, die für die Gesundheitsdienstleistungen in multikulturellen Gesellschaften verantwortlich sind. Wenn wir alle im neuen Millennium auf eine kulturell kompetente Art behandelt werden wollen, ist dies eine vertretbare Erwartungshaltung. Es ist nicht mehr haltbar, alle auf die gleiche Weise zu behandeln, oder die Pflege, die wir Individuen zukommen lassen, an den Normen der Mehrheitskultur auszurichten. Kulturell kompetente Pflege ist sowohl eine juristische als auch eine moralische Anforderung an Pflegekräfte (NMC 2002). Wenn wir in der Gesundheitsversorgung kulturelle Heterogenität wertschätzen, fördert dies die Durchführung und die Effektivität der Versorgung für alle Menschen, ob sie einer Minderheit angehören oder Mitglieder der Mehrheitskultur sind. Es ist offensichtlich, dass kulturelle und strukturelle Faktoren die Qualität der Gesundheitsversorgung und der Pflege beeinflussen. Wenn die Pflege diese Faktoren nicht in Betracht zieht, dann praktiziert sie keine individualisierte Pflege gegenüber all ihren Klient/innen.

Trotz der Fortschritte, die wir in den vergangenen zehn Jahren gemacht haben, bleibt noch viel zu tun. Wir müssen bessere Pflegeassessment-Tools entwickeln, die eine kulturelle Bestandsaufnahme mit einschließen. Wir müssen effizientere Wissensinstrumentarien entwickeln, die nicht stereotypisieren, sondern zügig die Informationen für die Bewältigung von dringenden Situationen bereitstellen. Wir benötigen effizientere Wege für kulturelle Kommunikation. Außerdem müssen wir insbesondere in der Praxis leistungsfähigere Methoden entwickeln, um die kulturelle Kompetenz der Studierenden einzuschätzen. Und trotz der allgemeinen Aussagen, die die britischen Regulierungsbehörden machen, benötigen wir besseres, detaillierteres Benchmarking für kulturelle Kompetenz. Wir sind der Ansicht, dass unser Modell eine Struktur vorgibt, die bei ihrer Anwendung die Pflegeausbildung und letztendlich die Qualität seiner Versorgung verbesserte – unabhängig davon, welche Art der gesundheitlichen Versorgung wir möglicherweise benötigen.

Literatur

- Benner, P. (1984): *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice.* Menlo Park, Kalifornien
- Gerrish, K./Papadopoulos, I. (1999): Transcultural competence: the challenge for nurse education. In: *British Journal of Nursing*, S. 1453-1457
- Lees, S./Papadopoulos, I./Tilki, M. (2002): *Cultural Competence in Action. Report on the pilot study of selected mental health services in the London Boroughs of Enfield, and Camden and Islington.* Middlesex University. London
- Leininger, M. (Hrsg.) (1991): *Culture Care, Diversity and Universality: A Theory of Nursing.* New York
- Leininger, M. (1995): *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices.* New York
- NMC (Hrsg.) (2002): *Professional conduct for nurses, midwives and health visitors.* London
- Papadopoulos, I./Alleyne, J. (1995): The need for nursing and midwifery programmes of education to address the health care needs of minority ethnic groups. In: *Nurse Education Today*. S. 140-144
- Papadopoulos, I./Alleyne, J./Tilki, M. (1995): *Teaching Transcultural Care. A report to the General Nursing Council.* Middlesex University. London
- Papadopoulos, I./Tilki, M./Taylor, G. (1998): *Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals.* Wilts
- Papadopoulos, I./Lees, S. (2002): Developing Culturally Competent Researchers. In: *Journal of Advanced Nursing*, H. 3, S. 258-264
- Papadopoulos, I./Lees, S. (2003): *The underpinning values and principles of the PTTL model.* Unpublished work. Middlesex University. London
- Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA) (Hrsg.) (2001): *Benchmark statement: Health care programmes – Nursing.* Gloucester
- UNHCR (Hrsg.) (2003): *The basic facts.* <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/basics>

Erneuerung der Altenpflege in den Niederlanden und Europa

Interkulturalisation als Chance¹

1. Einleitung

In den Staaten der Europäischen Union bilden sich derzeit verschiedene multikulturelle Gesellschaften, in denen die Vertreter der älteren Generation in einigen Jahren mit ganz anderen Fragen und Bedürfnissen auch an die Pflegeinstitutionen herantreten werden, als es zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Fall ist. Die heutige Situation ist in etwa mit der vor fünfzehn Jahren zu vergleichen, als das niederländische Alten- und Pflegeheim „De Schildershoek“ eröffnet wurde. Aufgrund des Zuzugs von Menschen aus den unterschiedlichsten Ländern innerhalb kürzester Zeit in eines der ältesten Den Haager Stadtviertel, veränderte sich auch die Zusammensetzung der Bewohner/innen des Alten- und Pflegeheimes. Menschen mit sehr unterschiedlichen kulturellen Hintergründen hatten auf einmal ganz andere Fragen und Bedürfnisse, mit denen die Mitarbeiter/innen bis dahin nicht vertraut waren. Diese Vielfalt der Klient/innen mit ihren unterschiedlichen Wünschen und Bedürfnissen als gegeben anzuerkennen, war für die Institution De Schildershoek der Ausgangspunkt des Prozesses sowie des Projektes *Interkulturalisation* (der Begriff „interculturalisatie“ bezeichnet im Niederländischen den Prozess der Anpassung der Institutionen innerhalb des Gesundheitssystems an die unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Klient/innen [Anm. d. Übers.]). Innerhalb von 15 Jahren wurde ein Konzept entwickelt, in dem eine empfindungsorientierte Pflege die Grundlage für die Interkulturalisation bildete. Dabei ist nicht die jeweilige Kultur der Klient/innen entscheidend, sondern die Anerkennung eines jeden Einzelnen in seiner Individualität. Soweit es der finanzielle Rahmen und sonstige Reglementierungen zulassen, basiert dieses Konzept auf der gemeinsamen Entwicklung des Pflegebedarfs zwischen Klient/innen und Mitarbeiter/innen.

Dieser Prozess einer interkulturellen Pflege kostet Geld und erfordert darüber hinaus von der Organisation ein hohes Maß an Flexibilität, um auf die Klient/innen einzugehen, damit künftig andere Wege eingeschlagen werden als die bisher bekannten. Um für die folgenden 20 Jahre gut vorbereitet zu sein, vor allem für die Nachfrage an Pflege, die die neue Altengeneration stellen wird, ist

die folgende Voraussetzung unverzichtbar: Selbstbewusste, mündige Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern und mit eigenen Lebensstilen. Noch mehr als heute soll eine aktive Beteiligung der Älteren zur Bedingung gemacht werden, um auch in Zukunft eine aktive Pflege bieten zu können. Trotz des rasanten technischen Fortschritts, der in entscheidendem Maße die Unabhängigkeit der Älteren unterstützt, bleibt der Mensch der entscheidende Bezugspunkt. Allein die Interkulturalisation schafft die Voraussetzung, um vertrauensvoll in die Zukunft blicken zu können. In De Schildershoek ist man sich dessen wohl bewusst.

Die Innenstadt von Den Haag, einer Stadt mit internationalem Charakter, entwickelte sich in den letzten Jahren zu einem multikulturellen Stadtzentrum. In das Viertel De Schilderswijk, ein in den Niederlanden besonders bekanntes Stadtviertel, zogen zu den ortsansässigen Bewohner/innen immer mehr Menschen aus verschiedenen europäischen, arabischen, südamerikanischen, asiatischen und afrikanischen Ländern. Was die Pflege dieser älteren Menschen betrifft, so lag diese in den vergangenen Jahren weitgehend brach. Auch gab es keine Pflegeeinrichtungen, weder für körperlich Behinderte noch für an Demenz leidende Patient/innen. Ein passender Ort für die zu errichtende Institution wurde schließlich auch gefunden und 1988 konnte De Schildershoek seine Türen öffnen, doch das Wissen über die Bewohner und mögliche Kund/innen aus dem Viertel fehlte völlig. Dass die zukünftigen Klient/innen von De Schildershoek andere Fragen, andere Bedürfnisse und Wünsche haben würden, als die bereits bekannten, war zu erwarten. Ein Projekt mit dem Namen „Pflege für Migranten“ (1989) unterstrich diese Erkenntnis: Es ist notwendig, sich auf die Fürsorge der neuen Bewohner/innen vorzubereiten – so unbekannt diese auch sein werden.

2. Kurswechsel in der Pflege durch die Vielfalt der Lebensstile

Es ist nichts Neues, dass die Kulturen und Lebensstile der Menschen verschiedenartig und divergent sind. Dieser Umstand wird auch bei einem Vergleich der Einwohner/innen aus verschiedenen Teilen eines Landes oder sogar aus verschiedenen Vierteln einer Stadt deutlich. Bei meinen früheren Besuchen in Deutschland wurde mir recht umständlich der Kulturunterschied allein zwischen einem Deutschen aus Bayern und einem Deutschen aus dem Norden erklärt. In De Schildershoek wurden wir mit Menschen aus verschiedenen Teilen Europas und anderen Kontinenten konfrontiert. Mit ihrem Kommen wurden noch andere Einflüsse wirksam, und die Kulturunterschiede schienen prägnanter zu werden. Die Unterschiede hatten nichts Wesentliches oder Besonderes, aber deren Wahrnehmung und der Wunsch, andere Lebensweisen kennen zu lernen, bedeutete auch einen anderen Umgang mit diesen Menschen. Die Verschiedenheit der Klient/innen wurde schließlich als etwas Gegebenes wahrgenommen.

nommen. Um miteinander arbeiten und leben zu können, war das Vertrautwerden mit jedermanns Ritualen und Gebräuchen ein notwendiges Muss. Dies konnte jedoch nur durch die Einsicht geschehen, dass das Lebens- und Arbeitsklima sowohl der Bewohner/innen als auch der Kolleg/innen, die oft unterschiedliche Einstellungen gegenüber Werten und Normen haben, Offenheit verlangt. Darüber hinaus sollte es möglich sein, kreativ mit den auftretenden Unterschieden umzugehen. Tatsächlich wurden die Mitarbeiter/innen mit der neuen Situation allmählich vertraut: Vorurteile und Unterstellungen wurden durch Akzeptanz und Wertschätzung ersetzt. Man wurde neugierig und es wurde sogar möglich, Witze über die unterschiedlichen Gewohnheiten zu machen. Gebräuche, die anderen vielleicht seltsam erscheinen mögen, waren in De Schildershoek normal. Es entstand ein Klima, in dem jeder der sein konnte, der er war – mit seiner eigenen Geschichte. Niemand war fremd. Und was die Kultur betrifft: In De Schildershoek entstand eine eigenständige Kultur.

Die Herangehensweise, den Mensch in den Mittelpunkt zu stellen, war eigentlich nicht neu und entsprach darüber hinaus der modernen politischen Auffassung von Pflege, die der niederländische Staat seit Anfang der 1990er Jahre propagierte. Der Klient erhielt nunmehr deutlicher seinen eigenen Platz. Seine Rechtsposition wurde gestärkt und seine persönliche, individuelle Sichtweise wurde immer selbstverständlicher. Damit war auch der wichtigste Ausgangspunkt für eine qualitativ gute Pflege fixiert: Im Mittelpunkt steht der Klient selbst, seine Geschichte, seine Familie, seine Gebräuche und seine Lebensgeschichte. Es sind die Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen des Klienten, die den Ausgangspunkt für eine individuelle Pflegebegleitung bilden müssen. Die wichtigsten Experten sollten dabei aber nicht die Spezialisten sein, sondern der Klient selbst.

Mittlerweile zeigt sich diese Entwicklung in vielen niederländischen Pflege- und Altenheimen. In den Niederlanden finden rasante Veränderungen im Bereich der Pflege älterer Menschen statt. Die Motivation, die hinter vielen dieser Veränderungen steht, liegt darin, der Autonomie, den Wahlmöglichkeiten und der Eigenart der Menschen Ausdruck zu verleihen. Diese Veränderungen ergeben sich nicht von ungefähr, sondern sie beruhen auf dem Umstand, dass in den Pflegeeinrichtungen, in denen Langzeitpflege angeboten wird, seit jeher der Schwerpunkt auf den Gebieten lag, die die Lebensqualität, z. B. das Wohnen (healing environments), beeinflussten. Es geht also nicht nur um die Therapie eines Leidens, sondern zunehmend auch um Lebensqualität und Lebensglück.

Eine *individuelle Pflegeplanung*, die an die Fragen, Wünsche und Bedürfnisse der Klient/innen gekoppelt ist, wird jedoch erst dadurch möglich, wenn

der Pflegebedarf bekannt ist. Zunächst bedeutet das, sich die Lebensgeschichte der Klient/innen (und deren Familien) anzuhören. Derjenige, der sich mit der Lebensgeschichte auseinandersetzt, wird feststellen, dass darin nicht nur die Nachfrage nach Pflege, sondern auch die dazu gehörende Antwort enthalten ist. Diese, an die jeweilige Person gebundene Information, gibt durch ihren Inhalt sowie durch die jeweilige Weltanschauung und den persönlichen Stil oftmals eine eindeutige Richtschnur für die auszuübende Pflege. Gerade dieser Aspekt schien sich im Laufe der Jahre als der Kern und das Geheimnis der interkulturellen Altenpflege heraus zu kristallisieren: den Klient/innen und deren Familie zuzuhören, sie in all ihren Ansichten kennen zu lernen, die gewünschten Informationen zu erfassen, entsprechend ihrer Wichtigkeit einzuordnen und ihnen die Bedeutung beizumessen, die ihnen der Klient selbst gibt. Vor allem die Tatsache, dass De Schildershoek versuchte, gemeinsam auf die unterschiedlichsten Fragen Antworten zu finden, schuf Vertrauen und schien die größte Werbung für Klient/innen auch und gerade aus anderen Kulturen zu sein, um nach De Schildershoek zu kommen. Dabei fühlten sich die neuen Klient/innen nicht aufgrund der verschiedenen Angebote und Dienstleistungen des Alten- und Pflegeheimes oder durch Suchen nach Antworten auf ihre diversen Fragen angezogen. Sie kamen, weil ihnen zugehört wurde und weil damit auch das Suchen nach Alternativen, nach Antworten und manchmal auch nach Lösungen verbunden war.

Die Möglichkeiten eines Pflegeheimes sind in der Regel sehr beschränkt. So haben muslimische Mitarbeiter bis vor kurzem noch im Materiallager gebetet. Der Sitzungsraum ist jetzt Gebetsraum für alle Religionen. So wie in einem Theater können hier verschiedene religiöse Abbildungen entsprechend des jeweils stattfindenden Gottesdienstes angeboten werden. Platzmangel und andere Einschränkungen führten zu dieser etwas unorthodoxen Lösung. Aber vielleicht ist gerade ein Raum, den alle Religionen für ihre Gottesdienste nutzen können, nicht die schlechteste Lösung, insbesondere im Rahmen einer Kultur, die geprägt ist von mehr Toleranz und Miteinander.

Den Klient/innen wird zugehört. Wünsche und Bedürfnisse werden gleichsam inventarisiert und in den Fällen, wo sie in die gleiche Richtung weisen, besteht die Möglichkeit, verschiedene Anfragen mehr oder weniger stark zu bündeln. Die Entwicklung eines interkulturellen Essensplans ist eine weitere Antwort auf die Nachfrage der Klient/innen. Dies wurde vor allem durch den persönlichen Einsatz der Mitarbeiter, der Bewohner und ihrer Familien ermöglicht. Auf diese Weise werden bestimmte Fleischsorten von Mitgliedern verschiedener Kulturen und Religionen (unter Berücksichtigung ritueller Schlachtungsgebote) akzeptiert und mit neuem Gemüse aus Surinam und Südeuropa in ver-

schiedenen Zusammenstellungen ausprobiert. Diese Auswahlmöglichkeit musste darüber hinaus auch den Bestimmungen des HACCP², den niederländischen Ernährungsgewohnheiten, sowie verschiedenen Diäten und Zubereitungsformen – passierte oder flüssige Kost, natriumarm oder andere Anforderungen – entsprechen. Mit Hilfe eines entsprechenden Softwareprogramms konnten diese verschiedenen Ernährungsbedingungen so miteinander kombiniert werden, dass ein reichhaltiges Menüprogramm zustande kam. Nicht zuletzt wurde dies auch durch die Mithilfe der Eltern der Mitarbeiter und Familien der Bewohner ermöglicht, die bei der Verfeinerung der Rezepte mithalfen, bestimmte Zutaten hinzufügten oder auch mit anderen kombinierten, um einem Gericht die entsprechende Note, „the final touch“, zu verleihen. Durch die Vielfalt der Pfannen auf dem Herd konnten auch mehr Menüvariationen ermöglicht, das Sortiment erweitert und die Auswahl im Personalrestaurant vergrößert werden.

Darüber hinaus hatte diese Entwicklung auch einen Einfluss auf die Durchführung interkultureller Feste. Neben den uns bekannten Festen wie Sinta Klaas, Weihnachten, Ostern und der Geburtstag der Königin werden in De Schildershoek auch andere kulturelle Festtage wie Holi Phagwa (hinduistisches Neujahrsfest), das Chinesische Neujahrsfest, Devali (in den Niederlanden bes. von aus Surinam stammenden Hindus gefeiert), das Islamische Zuckerfest und Keti Koti (Feiertag zur Abschaffung der Sklaverei in Surinam am 1. Juli) gefeiert. Ebenso werden die unterschiedlichen Weltanschauungen der Bewohner von De Schildershoek respektiert. Es finden zwei Hindi-Gottesdienste (Arya Samaj und Sanathan Dharm), zwei islamische Gottesdienste, eine Koranrezitation, ein protestantischer, ein katholischer und ein ökumenischer Gottesdienst statt.

3. Ermittlung des Pflegebedarfs und angemessener Angebote

De Schildershoek hat mit anderen Worten ein Konzept entwickelt, in dem die empfindungsorientierte Pflege die Grundlage der Interkulturalisation bildet. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Einzigartigkeit des Individuums und seine ganz persönliche Biografie. Demzufolge stellt auch nicht die jeweilige Kultur der Klient/innen den Ausgangspunkt für die Pflege dar, sondern im Mittelpunkt steht das Gegenüber (der Bewohner, Kollege, Besucher). Um zu erfahren, was jemanden bewegt und um ein Gefühl für die Lebenswelt der Klient/innen zu bekommen, ist das Wissen um andere Kulturen wichtig. Wichtig ist dieses Wissen aber auch, um zur richtigen Zeit die richtigen Fragen stellen zu können.

Hierin besteht eine wichtige Aufgabe für die Mitarbeiter, die versuchen, die Wünsche der Klient/innen zu verstehen und umzusetzen – auch wenn die

Menschen aus verschiedenen Ländern kommen und in ihrer Landessprache nicht einfach zu verstehen sind. Die Mitarbeiter werden hier eingesetzt, um den für die Pflege des Klient/innen erforderlichen Aufgabenkatalog (= Pflegebedarf) aufzustellen und in ein entsprechendes Programm umzuwandeln. Im Lauf der Zeit werden sie immer häufiger mit neuen, anderen Klient/innen – wiederum aus anderen Kulturen kommend – konfrontiert, die mit Sicherheit andere „Nachfragen“ auf dem Markt der Pflege haben werden. Bislang bewährte Handlungsweisen führen auf einmal nicht mehr zum Ziel, sodass nur durch eine enge Zusammenarbeit mit den Klient/innen neue Lösungsansätze gefunden werden können. In diesem Interkulturalisationsprozess fällt den Klient/innen, ihren Familien und Freunden eine wichtige Rolle zu. David Ingleby (2001) beschreibt in seinem Artikel, dass ein erfolgreicher Interkulturalisationsprozess sowohl „bottom up“, als auch „top down“ ausgerichtet sein muss, wobei die (potenziellen) Klient/innen selbst einen ganz entscheidenden Einfluss auf ihre persönliche „Gesundheitspolitik“ haben.

Kunden als Mitentdecker in der Pflege anzusprechen und Mitarbeiter einzusetzen, um die Bedarfe zu ermitteln, erscheint als „ultimative“ Nachfragesteuerung. Aber der kritische Blick bleibt geboten. Handelt es sich tatsächlich um den Wunsch eines anderen, oder ist es vielleicht doch die eigene Interpretation? Auch wenn der für die Pflege erforderliche Aufgabenkatalog analysiert ist und die Bedürfnisse der Klient/innen bekannt sind, bleibt doch noch die Frage offen, ob nicht eher das Programm angeboten wird, das die Institution vorgibt, als eines, das wirklich für die Klient/innen gut ist. Hier ist sicher eine intensive Untersuchung notwendig, um ein optimales Ergebnis in der Pflege zu erreichen, das letztendlich tatsächlich den Bedürfnissen der Klient/innen entspricht. In einer chinesischen Gemeinschaft übernehmen z. B. neben den Ärzten auch die Söhne die häusliche Pflege. Bei der Entwicklung einer entsprechenden Gesundheitspolitik ist zu erwarten, dass pflegebedürftige Eltern so lange wie möglich zu Hause bleiben können, weil die Pflege durch die Angehörigen übernommen wird. Soll aber beispielsweise der Sohn eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes von der schweren Belastung der familiären Pflege entbunden werden, wäre die Unterbringung in einer entsprechenden Pflegeinstitution doch eine erwägenswerte Lösung. Um schließlich vorzubeugen, dass jahrelang einer verkehrten Politik Rechnung getragen wird, ist eine kontinuierliche Zusammenarbeit und eine ständige Neudefinition der erforderlichen Pflegemaßnahmen mit den Klient/innen von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit. Hier handelt es sich um eine dynamische, niemals still stehende Entwicklung, in deren Verlauf die Organisation und ihre Mitarbeiter das notwendige Wissen und die Fähigkeit erwerben müssen, um mit jeder einzelnen Frage, die die Pflege betrifft, umgehen zu können.

4. Entwicklung eines interkulturellen Managements

Im niederländischen Sprachgebrauch wird zwischen der allochthonen und autochthonen Bevölkerung unterschieden. Allochthon bezieht sich dabei auf das Geburtsland. Ist man selbst oder sind beide oder ein Elternteil im Ausland geboren, so gehört man zur allochthonen Bevölkerungsgruppe. Autochthon bezieht sich dann auf die Niederlande als Geburtsland. Als sich zeigte, dass die Anzahl der allochthonen Klient/innen unverhältnismäßig schnell zunahm, schien es zunächst unumgänglich, gewisse Entscheidungen zu treffen. Dieser Prozess verlief weitgehend problemlos, da alle Betreuer über eine gute Ausbildung verfügten. Gearbeitet wurde vornehmlich auf den Gebieten Kommunikation, Religion, Freizeitgestaltung und Aufbau von persönlichen Beziehungen. Dabei erwies sich die Kommunikation als das größte Problem. Sprachschwierigkeiten, Kommunikation mit oder ohne Dolmetscher, bestimmte familiäre Bindungen waren Hindernisse, die bewältigt werden mussten. So wurde unter Zuhilfenahme phonetischer Wörterlisten versucht, diese Kluft zu überbrücken. Wörter mit den entsprechenden Äquivalenten in Hindi, Mandarin, Hakka (einer der ältesten chinesischen Dialekte) und Kantonesisch (Muttersprache sowohl der Menschen in Guangdong als auch der Hongkong-Chinesen) schufen bei den Betroffenen ein gewisses Maß an Annäherung und Interesse. Auf diese Art und Weise konnte erstes Vertrauen entstehen und wachsen.

Dieses Wissen hat sich im Laufe der Zeit kontinuierlich mit den Bedürfnissen einer multikulturellen Organisation weiterentwickelt. Veränderungen jedoch waren ohne ständiges Experimentieren und ohne eine regelmäßig durchgeführte Evaluierung nicht möglich. Das führte ständig zu Spannungen innerhalb der Organisation. Aber gerade diese Spannungen waren notwendig, um den Prozess der Interkulturalisation in allen Bereichen durchsetzen zu können. Dadurch wurde jeder Einzelne aufgerufen, über die tatsächlichen Schwerpunkte in der Pflege, über Normen und Werte eines Pflegeprozesses sowie über die Auswirkungen auf die eigene Kultur und die des anderen nachzudenken. Das interkulturelle Denken wurde somit komplexer und erhielt eine fundierte Grundlage.

Um die Politik in der Institution De Schildershoek weiterentwickeln zu können, wurde eine Bedingung schnell deutlich. Die Entwicklung eines interkulturellen Pflegeheimes konnte nämlich nur dann vonstatten gehen, wenn es von einem interkulturellem Management getragen wurde. Die Zusammensetzung (und das Herkunftsland) der Mitarbeiter in allen Funktionen erwies sich gleichsam als ein Spiegelbild der Kulturpalette aller Klient/innen. Zu einer Interkulturalisation wird es jedoch dann und nur dann kommen, wenn

sowohl Klient/innen als auch Mitarbeiter/innen nicht nur aus verschiedenen, sondern auch aus uns verwandten Kulturen kommen. Auf beiden Seiten findet somit ein Prozess des Wiedererkennens statt, der ebenfalls einen Beitrag an die neue Kultur innerhalb der Organisation De Schildershoek leistet, die einerseits von den Klient/innen, andererseits aber auch von allen Mitarbeiter/innen getragen wird. Es hat sich gezeigt, dass bei zunehmender Vielfältigkeit eine Integration der verschiedenen Kulturen letztendlich wesentlich vereinfacht werden kann.

Je breiter das Spektrum an unterschiedlichen Kulturen aber ist, um so höher sind die Anforderungen an alle Mitarbeiter/innen bezüglich eines fundierten Basiswissens auf verschiedenen Gebieten. Daher fanden neben zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der interkulturellen Kommunikation eine gezielte Einführung in den Begriff Kultur und in das Managen der Verschiedenartigkeit sowie Sprachkurse in Hindi und Niederländisch statt. Diese sich entwickelnde neue Kultur verbreitete sich durch gemeinsame Teambesprechungen, durch gegenseitige Kontakte mit allochthonen Klient/innen und Familien. De Schildershoek lernte, voneinander zu lernen. Man lernte von den Klient/innen, die sich gleichzeitig auch als Wegbereiter dieser Entwicklung erwiesen. Man lernte von den Familienmitgliedern, aber auch von Panditen (indische Geistliche) und Imamen. Aber diese lernten auch von uns. Sie lernten den Aufbau einer Pflegeeinrichtung kennen, aber auch die Art und Weise, wie ältere Niederländer lebten. Imame, Panditen und Priester begegneten einander in Besprechungen, aber auch Pfarrer und Ethiker. Durch die Weiterentwicklung des klient/innenorientierten und gemeinsamen Arbeitens wurde das bisherige Stufenmodell des hierarchischen Organigramms schließlich in Frage gestellt. Eine Institution kann nicht einerseits klient/innenorientiert arbeiten, wenn sie nicht andererseits ihre eigenen Mitarbeiter mit dem gleichen Respekt behandelt. Konsistentes Denken auf allen Ebenen innerhalb der Organisation ist wichtig.

In De Schildershoek führte das zu der Überzeugung, dass Pflege nur gemeinsam geboten werden kann: mit den Klient/innen, ihren verschiedenen persönlichen Beziehungen und den Mitarbeiter/innen. Durch die Verschiedenartigkeit der Mitarbeiter und Bewohner entwickelte sich ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl: Den Haager, Iraker, Chinesen aus Hong Kong und der Volksrepublik, Taiwanesen, Indonesier, Surinamer, Hindus, Kreolen, Antillianer, Italiener, Portugiesen, Marokkaner, Berber, Dominikaner, Inder, Tunesier, Iraner, Türken, Deutsche. Dieses Zusammengehörigkeitsgefühl wurde auch durch die Vermischung der kulturgebundenen Eigenschaften mit den klient/innenorientierten Prinzipien nach Carl Rogers (1978) beeinflusst. Interkulturalisation kann daher als ein Ergebnis dieser Entwicklung angesehen werden.

So wie die geschichtliche Entwicklung von De Schildershoek in den vergangenen 15 Jahren verlaufen ist, wird sie sich auch in anderen europäischen Ländern zutragen. In den umliegenden europäischen Städten entstehen immer unterschiedlichere multikulturelle Gesellschaften, in denen die Älteren die Pflegeeinrichtungen mit anderen Bedürfnissen und Fragen in Anspruch nehmen werden, als wir sie bis heute kennen. Daher müssen ihre Fragen in all ihren unterschiedlichen Dimensionen zum Ausgangspunkt jeder neuen Politik, die den Pflegeinstitutionen gewidmet ist, gemacht werden.

5. Neue Kunden: Generation der Senior/innen im Wandel

Selbst heute müssen wir uns mit der Frage auseinander setzen, wer die Senioren von morgen sein werden – die Alten von 2015 und später. Es ist natürlich schwierig, eine Vorhersage für die Zukunft zu treffen. Dennoch gibt es einige Erfahrungswerte und Anknüpfungspunkte, die eine durchaus brauchbare Grundlage bilden. Menschen werden, gemäß der bisherigen Entwicklung, zu einem späteren Zeitpunkt „alt“ sein, als es früher der Fall war. Vor 20 Jahren wurden die Menschen durchschnittlich 55 Jahre alt, heute, eine Generation später im Durchschnitt 75.

Die Senioren von morgen sind die Fünfzigjährigen von heute – die Babyboomgeneration – aufgewachsen in den 1960er Jahren, die geprägt war von individuellem Bewusstsein und individueller Freiheit. Sie wuchsen auf mit Flower Power, Andy Warhol, Motown Music und Jefferson Airplane oder mit James Last und Rudi Carell. Es sind selbstbewusste und mündige Senioren, die die Zügel selbst in der Hand behalten wollen, so wie sie es in ihrem gesamten aktiven Leben gewöhnt waren. Sie werden auch über mehr Geld verfügen als die Senioren von heute. Da die Renten sowohl in den Niederlanden als auch in Deutschland höher sind als in den meisten anderen Industrienationen, sind die Senioren von morgen auch an mehr Luxus gewöhnt. Sie haben eigene Autos und verfügen über die neuesten technischen Einrichtungen, z. B. auf dem Gebiet der Kommunikation. Vermutlich werden sie auch über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, um in Gegenden mit einem gemäßigeren Klima auszuwandern. Es ist zu erwarten, dass sich gerade dieser Markt in eine nicht voraus zu sehende Richtung weiterentwickeln wird. Man könnte diese Generation tatsächlich mit „tachtig en machtig“ („achtzig und mächtig“) umschreiben.

Die vitalen Achtzigjährigen der Zukunft sind Menschen mit eigenem Geschmack und eigener Verfügungsgewalt. Sie werden die Regie über ihr Leben nicht aus der Hand geben. Aber es wird auch viele demente ältere Menschen geben. Da die Anzahl der alten Menschen sowohl in den Niederlanden als auch

in Deutschland zunehmen wird, kann man davon ausgehen, dass diese Entwicklung auch für die Gruppe der Menschen gilt, die an Demenz erkrankt sind. Geht man vom heutigen Wissensstand aus, wonach sich die Anzahl der an einer Demenz leidenden 65-jährigen auf 1 % beläuft – verglichen mit den 40 % der Menschen, die 90 Jahre und älter sind – so wird die Anzahl der dementen Senioren von derzeit 175.000 auf rund 207.000 in 2010 und 412.000 in 2050 ansteigen. Oder: Wenn – nach einer ersten Abschätzung im Jahr 2000 einer von 93 Menschen in den Niederlanden dement war –, wird es in 2010 einer von 81 und in 2050 einer von 44 Menschen sein (vgl. Gezondheidsraad 2002).

Demzufolge ist Demenz eine Krankheit, die vor allem (sehr) alte Menschen trifft, und gegen die bis heute noch keine Therapie den gewünschten Effekt erzielt hat. Auf dem Gebiet der Fürsorge wird dies eine der wichtigsten Fragestellungen der neuen, zukünftigen Klient/innen sein. Menschen mit einer Demenz verlieren nicht zwangsweise ihre Fähigkeit, rational zu denken, zu abstrahieren und zu reflektieren. Sie sind nicht – wie man erwarten möchte – unwillig, aber sie haben deutlich Mühe, ihre Nöte und Fragen explizit zu formulieren. Die engsten Verwandten, die sie pflegen, spielen hierbei eine wichtige Rolle, da sie an Stelle der eigentlichen Klient/innen deren Position einnehmen und höchstwahrscheinlich auch andere Bedingungen stellen. Die Pflegeinstitution muss sich dann (noch) mehr auf eine individuelle Pflege und Pflegeplanung einstellen.

Dabei wird – um das Wohlbefinden von Patienten und pflegenden Angehörigen auf gleichem Niveau zu halten – eine gute (Grund-)Pflege noch wichtiger. Diese beinhaltet eine regelmäßige Beurteilung der Pflege, der medizinischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse von Patient und pflegenden Angehörigen und, wenn nötig, eine Ausweitung der professionellen Pflege. Da zwischen Patient/innen und Versorgenden zwangsläufig ein enger Kontakt besteht, können mögliche Probleme wie beispielsweise eine Überbelastung aller Pflegenden frühzeitig gesehen und gelöst werden.

In den kommenden Jahren werden mit zunehmender Vielfalt mehr selbstbewusste Senioren und augenscheinlich ähnlich viele Menschen, die an einer Demenz leiden, die Angebote einer Pflegeinstitution in Anspruch nehmen. Diese müssen sich sowohl auf schwache, als auch auf starke Gruppen Älterer einstellen, wobei die Senioren von heute andere sind, als es die Senioren von morgen sein werden. Wer immer noch glaubt, dass Senioren sich nur für klassische Musik und alte Gemälde begeistern, wird bereits heute eines Besseren belehrt. Es sind Westeuropäer, die den Beginn der Revolte der 60er mitmachten, die Jazz, Hip Hop und Mondrian mögen. Sie interessieren sich für die Architek-

tur von Rem Koolhaas und Daniel Liebeskind und so mancher von ihnen will auch noch später seinen Joint in den Niederlanden rauchen.

Die Vielfalt ist also weitaus größer als bisher angenommen. Dies bezieht sich nicht nur auf die unterschiedlichen Vorlieben der Menschen, sondern in zunehmendem Maße auch auf den kulturellen Hintergrund. Die Senioren, die in 20 Jahren in den großen europäischen Städten wohnen werden, kommen aus unterschiedlichen Ländern und haben ihren persönlichen Lebensstil und ihre eigene kulturelle Identität. Sie kommen aber auch aus unverfälschten alten Kulturen, wie z. B. dem Atlasgebirge in Marokko und dem Osten der Türkei. Oder es sind traditionsbewusste ältere Menschen, die ihr Leben in Deutschland und den Niederlanden verbracht und sich dabei in Milieus aufgehalten haben, die nicht ständigen Neuerungen unterworfen waren. Dies gilt natürlich auch für einen großen Teil der autochthonen Senioren. Es ist eine Generation, die länger am Arbeitsprozess teilnimmt (teilnehmen muss), als das zum heutigen Zeitpunkt der Fall ist. Das ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass sie länger aktiv sind, sondern auch auf die Diskrepanz zwischen denen, die die Rente bezahlen und denen, die sie in Anspruch nehmen. Die Renten werden erst dann gesichert sein, wenn die Menschen länger arbeiten.

In der kommenden Zeit werden sich auch die Bedürfnisse der heutigen Generationen verändern. Der sich verändernde Lebensstil, die Interessen, das Wohlstandsniveau haben im Prozess des Älterwerdens einen nicht unerheblichen Einfluss auf die von ihnen formulierten Fragen und Bedürfnisse. Die Pflegeinstitutionen werden mit Menschen konfrontiert, die in der Zeit von Individualisierung und Demokratisierung aufgewachsen sind. Sie werden, wie bereits erwähnt, aktiv im Entscheidungsprozess bezüglich ihres Älterwerdens teilnehmen bzw. diese Mitentscheidung weiter ausbauen wollen. Das kann letztendlich so weit gehen, dass sie, entsprechend der Ideologie eines autonomen, gesunden und schönen Menschen, erwarten (wenn nicht gar fordern), auch mit gesundem Leib und Gliedern zu sterben (Paul Schnabel).

In gewisser Hinsicht sorgt aber auch dieser Prozess der Interkulturalisation für differenzierte Fragestellungen der zukünftigen Kunden an die Pflegeinstitutionen, die zum heutigen Zeitpunkt allerdings noch nicht bekannt sind. Auf diese Fragestellungen werden neue Antworten erwartet. Dabei kommt den Begriffen „Pflege entsprechend der Anforderung“ und „nachfrageorientiert“ eine besondere Bedeutung zu, da die Senioren in zunehmendem Maße selbständig ihr Angebot an Pflege und Fürsorge bestimmen wollen. Nachfrageorientiert bedeutet in erster Linie, dass die Pflegebedarfe, das Pflegeproblem der anderen erkannt und beschrieben wird. Dabei muss den immer wiederkehrenden Ein-

schränkungen Rechnung getragen werden. Oder wie es das niederländische Ministerium für Gesundheit und Pflege formulierte: „Nachfrageorientierte Pflege ist das gemeinsame Bemühen von Klient und Pflegenden, das darin mündet, dass der Patient die Pflege erhält, die mit seinen Wünschen und Erwartungen übereinstimmt und darüber hinaus den professionellen Standards entspricht. Meiner Ansicht nach ist in diesem Prozess die Anerkennung eines alten, gebrechlichen und kranken Menschen als vollwertigem Menschen eines der wichtigsten Ziele sowie eine unverzichtbare Voraussetzung. Daher kann Pflege/Fürsorge auch nicht in einzelne, von einander unabhängige Teilprodukte aufgeteilt werden. „Not to deliver services, but to serve.“ Die Organisation der Pflege muss mit der integrativen Sichtweise vom Menschen durchwoben sein. „Where is the juice, where is the music. There is no music, just a bunch of notes, strung together“ (Harvey Rosenberg).

6. Moderne Pflege zwischen technischem Fortschritt und Individualität

Das, was die Pflegeeinrichtungen ihren Patienten werden anbieten können, wird auch durch den technischen Fortschritt geprägt sein. Aufgrund der vielen neuen technischen Möglichkeiten – häusliche Pflegetechnologie (die „smart houses“ mit domotica) unterstützt von modernen Kommunikationsmitteln – werden Menschen z. B. viel länger in ihrer eigenen Umgebung wohnen bleiben können. Das Internet, so wie wir es kennen, wird dann bereits überholt sein. Informationen, die überall zugänglich sein werden, lassen sich mit Hilfe von Stimmen aktivieren. Telefone werden dann von der Bildfläche verschwunden sein, Mikrofone sind unsichtbar installiert, dreidimensionale Bildschirme lassen sich mit Hilfe einfacher Fernbedienungen aufrufen. Das bedeutet, dass beispielsweise die Tochter aus Neuseeland auf einem Flachbildschirm zu Besuch sein kann. Auch können alte Erinnerungen, eine Wanderung durch das schottische Hochland oder durch den Schwarzwald wieder lebendig werden.

Unter Zuhilfenahme von Massagegeräten oder durch entsprechende Gymnastik werden die Senioren auch zu Hause ihr Übriges tun können, um länger fit zu bleiben. Die Kombination von Mensch und Roboter wird sich weiter entwickeln: Chips zur Messung des Blutzuckerspiegels, des Blutdrucks und anderer physiologischer Werte ermöglichen eine frühzeitige Intervention. Menschen werden nur noch selten ihren persönlichen Arzt aufsuchen müssen, sondern mit ihm nur noch über moderne Endgeräte kommunizieren. Dank GPS und medizinischer Kontrollen via Satellit wird es bald Wirklichkeit, dass der Krankenwagen bereits zur Stelle ist, bevor der Patient vermutet, dass er in einigen Minuten einen Herzanfall erleidet.

Sowohl NANO- als auch DNA-Technologien werden einen gewaltigen Aufschwung erfahren. Auf diese Weise werden sich manche Krankheiten und Schmerzen auf revolutionäre Weise bekämpfen lassen. Der Mensch wird formbarer. Dies wird auch für den kosmetischen Markt nicht von unbedeutendem Interesse sein. Aufgrund einer großzügig angelegten Erschließung der Umgebung – auch und gerade unter Einsatz öffentlicher Verkehrsmittel: vereinfachte Zugänge, funktionsgerechtere Rollstühle, stufenlose Siedlungen und Laufbänder, wie sie vom Flughafen bekannt sind –, können die Menschen sogar über größere Entfernungen mobil bleiben. Entsprechend den heutigen Erwartungen werden die technischen Entwicklungen viele Dinge des Alltags beachtenswert vereinfachen. Ob die Menschen davon glücklicher werden, ist eine andere Frage. Die Technik wird in den kommenden Jahren sicher eine Hauptrolle spielen, um die Unabhängigkeit der Senioren in den kommenden Jahren zu vergrößern. Andererseits wird dies auch zu einer neuen Einsamkeit und zu Depressionen führen. Genau darin liegt eine der Aufgaben der Pflegeeinrichtungen und ihrer Mitarbeiter/innen. Sie müssen die Randbedingungen für die Klient/innen so gestalten, dass sie die Möglichkeit haben, die Qualität des eigenen Lebens zu fördern, Mensch zu bleiben und für das eigene Wohlbefinden und Wohlsein zu sorgen. Es kostet Zeit und Zuwendung, um Mensch sein zu können, um einander zu begegnen, sich zu berühren.

Diese Art der Pflege wird sich auch in Zukunft nicht allein durch Technik ersetzen lassen. Nach wie vor wird ein Mindestmaß an Betreuung nötig sein, die nur durch einen Menschen geleistet werden kann. Auch hier bleibt der Mensch selbst „das Maß aller Dinge“ (Ausspruch von Protagoras von Abdera 480–410 v. Chr.). Daher muss auch der Umfang der Pflege darauf abgestimmt sein, nämlich auf das Individuum selbst sowie auf seine ureigene Erfahrungswelt. Allerdings wird dieses „Maß aller Dinge“ gerade für die Älteren schon in naher Zukunft ein anderes sein, als das von heute.

7. Herausforderungen und Perspektiven

7.1 Pflege muss wieder ein Fachgebiet werden

Die wichtigste Frage, die sich den Klient/innen heute stellt, wird – auch in Zukunft – die sein, ob sie als vollwertige Menschen anerkannt werden. Um ein entsprechendes Fürsorgeangebot bieten zu können, das auch Antworten auf diese Fragen zum Inhalt hat, muss in erster Linie das Fachgebiet der Pflege – das eine gewisse Spezialisierung auf breiter Ebene darstellt – stark aufgewertet werden. Pflegenden und Versorgenden muss die Möglichkeit gegeben werden, eine integrative Pflege zu bieten, die nicht in separate Produkte unterteilt ist. Die Organisation muss dergestalt sein, dass die Klient/innen nur von einigen weni-

gen versorgt werden. Pflege ist ein sehr unterbewertetes Fach, das noch lange nicht jeder ohne weiteres ausüben kann. Da aber das Anbieten von integrativer Fürsorge – die sich auf alle Elemente des menschlichen Lebens bezieht – immer wichtiger wird, müssen die Kernbestandteile dieses Faches stets aufs Neue definiert und der Zukunft angepasst werden. Wird jedoch die Professionalität der Pflege nicht anerkannt und entsprechend bewertet, werden in Zukunft keine Pflegenden mehr zur Verfügung stehen.

Die hier geäußerten Bemerkungen geraten in unserer westlichen Welt mit ihren vielfältigen Spezialisierungen mit dem Ziel einer besseren und auch noch bezahlbaren Gesundheitsversorgung immer mehr unter Druck. Die Politik investiert vor allem in die Bereiche des Gesundheitssystems, die sich mit Forschung, Diagnostik und Therapie beschäftigen. Dieses Geld fehlt letztendlich in der Grundversorgung, die durch den direkten Kontakt mit den Klient/innen einen besseren Ausgangspunkt für Folgeleistungen bieten kann. Jede Pflege, die durch dafür ausgebildetes Personal oder auch von den Angehörigen, die in die Pflege eingebunden worden sind, geleistet wird, muss als ein wesentlicher Bestandteil menschlichen Lebens angesehen werden, die nicht nur in einigen kritischen Perioden, sondern in allen Lebensphasen existent ist.

7.2 Aufgaben für die Politik

Entsprechend den jeweiligen Antworten auf diese sicher sehr unterschiedlichen Fragen und Bedürfnisse der neuen Klient/innen muss auch das Angebot in gleicher Weise divers sein. Es darf nicht nur auf den Durchschnittsmenschen („the middle of the road“) abgestimmt sein, sondern muss auch und gerade auf die schwachen und die weniger starken Menschen Rücksicht nehmen.

Verletzliche Gruppen benötigen eine besondere Unterstützung einer jeden Regierung. Die Aufgabe der Regierung muss es sein, dafür Sorge zu tragen, dass das Fürsorgeangebot in Zukunft durch einen regulierten Marktmechanismus gesteuert wird und dass – auch im Rahmen der EU – vornehmlich den Verletzlicheren geholfen wird, denen, die nicht so intelligent und reich sind. Jede Regierung sollte daher eine Einkommensunter- und eine Obergrenze festsetzen und für eine entsprechende Grundversorgung an notwendiger Pflege Rechnung tragen, die für jeden zugänglich, erreichbar und verfügbar ist. Hier ergibt für das kommende Jahrzehnt die Notwendigkeit einer neuen europäischen Sozialgesetzgebung: Altenversorgung verbunden mit den Begriffen Solidarität, Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Qualität als Kernwerte.

7.3 Anforderungen an die Organisation

Für die Organisationen, die diese Pflege anbieten, müssen sich die Älteren aus allen Kulturen emanzipieren und mehr denn je aktiv in das Angebot einbezogen werden. Die Pflegeinstitutionen müssen ihre regulären Dienstleistungen allen Interessierten zugänglich machen und darüber hinaus ihre Leistungen auch an ihre Klient/innen anpassen. So gesehen ist die Interkulturalisation ein dynamischer Prozess und nichts anderes als das Geben von Antworten auf ständig neue Fragen. Aber Interkulturalisation beinhaltet darüber hinaus noch weitere Elemente: das kritische Hinterfragen aller betrieblichen Prozesse, das Entwickeln von neuen Produkten, das Finden neuer Formen der Beschlussfindung, das Zur-Diskussion-Stellen von Normen und Werten, das Finden einer neuen Betriebskultur. Jede Organisation, die „interkulturalisieren“ will, muss den gesamten Lernprozess durchlaufen, der ungefähr zehn Jahre dauert. Es ist keine einfache Aufgabe, es wird viele Unsicherheiten geben, aber auch viele Inspirationen.

Die Organisation, die sich tatsächlich mit den Klient/innen verändert, die Antworten auf Fragen gibt, wird sich zu einer flexibleren Pflege- und Wohlfahrtsinstitution umformen. Durch ein umfassendes und integriertes Paket von Pflege und Gemeinwohl für Senioren in den Städten und auf dem Land werden sich diese Institutionen nachdrücklicher auf die gesamte Umgebung und Infrastruktur der zukünftigen (verletzlichen) Senioren richten. Diese werden dann länger in ihrer eigenen vertrauten Lebensumgebung, die auf ihre größere Verletzlichkeit Rücksicht nimmt, wohnen bleiben können.

Dabei ist es jetzt, aber auch in Zukunft wichtig, die Pflegeorganisation historisch und geografisch aus der Sicht des Kunden und der Mitarbeiter zu verstehen. Die Institution soll kein Abstraktum sein, sondern ein eigenes Gesicht bekommen. Dazu liefert die Geschichte der individuellen Menschen ihren Beitrag, der durch die Geschichte des Stadtviertels als Teil der Stadt angereichert wird. Die heutigen Bewohner in De Schilderhoek kommen ursprünglich aus Surinam, Marokko, China, der Türkei oder einfach aus der näheren Umgebung. Alle bringen ihre ureigene Geschichte von früher mit, von hier und aus ihrem eigenen Land. Aber sie alle sind auch in der Einrichtung angekommen und haben nun eine gemeinsame Geschichte. Mitarbeiter von De Schildershoek mit einer allochthonen Herkunft und seit jeher in der Nähe wohnende, teilen ihre Geschichten mit den Bewohnern und den Kollegen. Auf diese Weise entstanden viele neue Erzählungen über das Haus, die Mitarbeiter, die Klient/innen und das Viertel. Geschichten, die immer wieder aufs Neue erzählt, miteinander geteilt und verstanden werden. Ganz konkrete Geschichten mit einer besonderen Historie.

8. Zurück in die Gegenwart

In De Schildershoek gehen die Entwicklungen unterdessen weiter. Das Pflegeheim bildet zusammen mit den beiden Wohneinrichtungen Om & Bij und Rivierenbuurt und den 400 Seniorenwohnungen eine Pflegekontinuität, in der ungefähr 800 Klient/innen, die auch außerhalb der Institutionen wohnen, Pflege geboten wird. Sie gehören aller der GDVV-Gruppe, 's Gravenhaagse Dienst Verpleging en Verzorging (Dienst für Pflege und Versorgung in Den Haag/NL, siehe www.gdvv.nl), an. Ein reichhaltiges Angebot besteht und wird weiterentwickelt: ein Altenheim im Stadtviertel, ambulante Pflege und Ergotherapie, verschiedene Sorten der Tagesbehandlung und -versorgung, zeitweise Pflege. Dadurch wird auch die Organisation anders definiert. Es entsteht eine neue Perspektive. Interkulturalisation bekommt eine noch festere und umfassendere Form.

Anmerkungen

- 1 Aus dem Niederländischen übersetzt von Andrea Kuckert
- 2 Hazard Analysis and Critical Control Point: das sog. HACCP-Konzept ist heute international als lebensmittelspezifisches System der Prävention anerkannt bezgl. Lebensmittel-, Produkt- und Produktionshygiene

Literatur

Gezondheidsraad (2002): Dementie.

Ingleby, D. (2001): Naar een dynamisch model van interculturalisatie voor cliënten en personeel. Amstelveen: Boon. Niets te vragen, niets te wensen? Programmatisch aanbod Zorg en Welzijn voor Oudere Chinezen. Den Haag

Rogers, C. (1978): Mens worden. Bijleveld, Utrecht

Schnabel, P. (1999): Over Geneeskunst in de 21e eeuw. Lezing KNMG congres 'Zorgen na morgen', 13 November 1999

Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich

1. Einleitung

Migration ist zu einem zentralen Thema unserer Zeit geworden und nun sehen sich auch die Gesundheitssysteme im deutschsprachigen Raum zunehmend vor die Aufgabe gestellt, der ethnischen, kulturellen und sozialen Diversität in der Bevölkerung Rechnung zu tragen. In Zukunft gilt es nicht nur Qualitätsdefizite in der Pflege und medizinischen Versorgung zu vermeiden, sondern darüber hinaus geht es um die Wahrung der Patient/innenrechte und um grundsätzliche Fragen medizinischer Ethik. Es ist daher an der Zeit, bisherige Ausbildungskonzepte in der Pflege und Medizin neu zu überdenken. Das Einbringen neuer Themen in die Aus- und Weiterbildung für Pflegepersonal zur Erlangung der viel zitierten interkulturellen Kompetenz ist jedenfalls unumgänglich geworden. Sowohl auf Patient/innenseite als auch in den multi-ethnischen Arbeitsteams der Krankenhäuser ist der Anteil an Personen gestiegen, deren Alltagskultur und Lebenssituation sich mitunter beträchtlich von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden kann.

In diesem Beitrag wird vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen und Erkenntnisse aus mehrjähriger Fortbildungstätigkeit für Pflegepersonal sowie aus universitärer Lehre und Forschung ein Überblick über relevante Themen gegeben, die unabdingbare Bestandteile von Aus- und Weiterbildungsprogrammen in der Pflege darstellen. Vom Österreichischen Fonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung (FWF) wurden dankenswerterweise mehrere Forschungsprojekte zur Gesundheitsversorgung ethnischer Minderheiten (in Neuseeland und Österreich), zuletzt mit dem Hertha-Firnberg-Stipendium (1999-2002) ermöglicht. Besonderes Augenmerk wird auf die Triade von Geschlecht, Körper und Kultur gelegt und hier wird insbesondere auf die Beiträge der ethnologischen Frauenforschung und der Ethnomedizin (Medical Anthropology) für die transkulturelle Pflege verwiesen. Da Geschlecht und Alter elementare soziale Unterscheidungskriterien darstellen, wird die aktuelle Thematik des Alterns in der Migration aus einer anthropologischen Perspektive hinsichtlich der soziokulturellen Konstruktion des Alters beleuchtet und die Frage aufgeworfen, welche

Faktoren – zumindest in nicht-westlichen Gesellschaften – zu einem „good old age“ beitragen können. Insgesamt wird deutlich, dass unsere Gesundheitseinrichtungen den aktuellen Forderungen nach einer bedarfsgerechten und patient/innenorientierten Versorgung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen nur im Zusammenspiel mit den multidisziplinären Feldern der Sozial- und Kulturwissenschaften wird nachkommen können. Die Fachdisziplinen Ethnologie und Medical Anthropology stellen hierzu einen umfassenden Pool an Theorien, Erfahrungen und Wissen bereit.

2. Interkulturelle Fortbildungen in Österreich

Seit Oktober 1995 bin ich als Erwachsenenbildnerin zum Thema „Transkulturelle Pflege“ tätig. Entscheidend für diese damals neue Thematik in Österreich war ein Symposium des Wiener Krankenanstaltenverbands, welches gemeinsam mit der Arbeitsgruppe und Initiative „Der Mensch zuerst – Spitalspersonal gegen Ausländerfeindlichkeit“ im Jahr 1994 veranstaltet wurde. In diesem Rahmen hatte ich eine Diskussionsrunde und einen Workshop abgehalten, um die Notwendigkeit interkultureller Fortbildungen mit dem zahlreich anwesenden Pflegepersonal zu debattieren. Aus der daraus konzipierten, vierstündigen Fortbildung entwickelte ich aufgrund der regen Nachfrage in den nachfolgenden Jahren ein aus Modulen aufgebautes Konzept, wobei nunmehr je dreitägige Seminare, entweder als allgemeines Einführungsseminar oder zu den Schwerpunkten „Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie“, zur „Psychiatrie und Geriatrie“, sowie zu den Themen „Sterben, Tod und Trauer“ im Rahmen der beruflichen Weiterbildung an der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen am Wiener Allgemeinen Krankenhaus angeboten werden. Seit dem Jahr 2000 werden die Seminare gelegentlich auch in anderen Bundesländern abgehalten. Die Kurse sind zielgruppenorientiert und werden auf die jeweiligen beruflichen Tätigkeitsprofile der Teilnehmer/innen abgestimmt, die sowohl aus der Praxis als auch aus dem lehrenden Bereich kommen. Generell ist in den Kursen von Seiten der Teilnehmer/innen eine hohe Motivation und große Bereitschaft, sich mit neuen Themen auseinander zu setzen, festzustellen. Erfreulicherweise zeigt sich seit einiger Zeit bereits die Multiplikatorfunktion dieser Kurse, denn mittlerweile wird die Thematik der transkulturellen Pflege von ehemaligen Kursteilnehmer/innen in den Pflegealltag, in klinikinterne Fortbildungsnachmittage und auch in die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege eingebracht. Zunehmend widmen sich Student/innen der Pflegewissenschaften im Rahmen einer Diplomarbeit ebenfalls diesem Thema.

Die inhaltliche Gestaltung der Seminare ist erstens von den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Ethnologie und der Medizinanthropologie ge-

prägt. Zweitens sind die Erfahrungen meiner ethnomedizinischen Feldforschungen (1989-2001) bei den autochthonen Maori in Neuseeland sehr nützlich, wenn es um die Vermittlung nicht-westlicher Medizinsysteme sowie die Darstellung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten geht, die vom biologistischen Medizinmodell abweichen (Binder-Fritz 1996; 1998). Drittens fließen meine beruflichen Erfahrungen in diese Fortbildungen ein, denn zwischen 1977-1994 war ich als diplomierte Medizinisch-Technische Analytikerin an der Universitäts-Frauenklinik in Wien tätig, wobei Migrant/innen aus den unterschiedlichsten Ländern zu den Patient/innen und Klient/innen unserer Abteilung zählten. Diese praktischen Erfahrungen sind ein wichtiges Grundgerüst für die theoretischen Ausführungen, die anhand geeigneter Fallbeispiele aus dem Klinikalltag erläutert werden können.

Die Unterrichtsmethoden umfassen Vorträge, Fokusgruppen-Diskussionen, themenzentrierte Kleingruppenarbeit und Rollenspiele, wobei unterschiedliche Medien zum Einsatz kommen. Ein Schwerpunkt liegt in der Darstellung jener Situationen aus dem Berufsalltag, die von den Teilnehmer/innen als konfliktträchtig erlebt wurden, zu Missverständnissen geführt haben, oder der sie hilflos gegenüber standen. In der Besprechung und Analyse dieser und anderer Fallbeispiele wird unter anderem Augenmerk auf soziale Interaktionssituationen und auf Beziehungsnetzwerke gelenkt. Anschließend werden Faktoren, die zum Gelingen einer interkulturellen Kommunikation beitragen können, besprochen. Ein wichtiges Thema in den Kursen stellt die Reflexion über die *eigene* Kultur und Geschichte im Hinblick auf den Umgang mit Krankheit, Lebenskrisen, Alter, Sterben, Tod und Trauer dar, wobei sowohl Differenzen als auch Gemeinsamkeiten deutlich werden. Die Bearbeitung von Fallbeispielen aus der Berufspraxis zielt darauf ab, mehrere Handlungsoptionen aufzuzeigen und Lösungsansätze für den Klinikalltag zu erarbeiten, wobei die Teilnehmer/innen immer wieder auf Diversitäten innerhalb der verschiedenen ethnischen oder religiösen Gruppen hingewiesen werden. Nicht bloße Wissenserweiterung, sondern vor allem Sensibilisierung für unterschiedliche, jeweils individuelle Bedürfnisse der Menschen je nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Lebensstil – unabhängig von starren Bezugsrahmen wie „Kultur“ oder „Migrant/innen“ sind letztlich das Ziel der Fortbildungen.

Die Themen sind breit gefächert und von den Sozial- und Kulturwissenschaften (v. a. Ethnologie) sowie der Medical Anthropology geprägt, die im deutschsprachigen Raum entweder als Ethnomedizin (Deutschland und Österreich) oder als Medizinethnologie (Schweiz) etabliert ist. Ausgehend von der Diskussion um die Relevanz der Faktoren „Kultur“ und „Fremdheit“ in der Pflege, stehen einerseits die Grundlagen einer interkulturellen Kommunikation und

andererseits kritische Reflexionen zur Eigen- und Fremdwahrnehmung, zur Stereotypenbildung hinsichtlich „der/des Fremden“ im Zentrum der Aufmerksamkeit. Der aktuelle Diskurs über den Kulturbegriff in der Pflege sowie Überlegungen zu einer kultursensiblen und patient/innen-orientierten Pflege dürfen ebenfalls nicht fehlen. Im Hinblick auf Gesundheits- und Krankheitskonzepte, die vom westlich-naturwissenschaftlichen Modell abweichen, oder in Bezug auf verschiedene Formen von Schmerzäußerung werden medizinanthropologische Perspektiven auf „gesund sein“ und „krank sein“ dargestellt. In diesem Zusammenhang werden Kleinman's Konzept des „Medizinsystems“ (Kleinman 1980), oder das Konzept „Krankheitsverhalten“, bzw. „illness behaviour“ (Helman 2000), welches als subjektive Antwort im Kontext mit der jeweiligen gesellschaftlichen Konstruktion und Interpretation von „Krankheit“ und „krank sein“ definiert wird, besprochen. Darüber hinaus wird ein Einblick in nicht-westliche Medizintraditionen aus dem asiatischen, afrikanischen oder pazifischen Raum (z. B. Ayurvedamedizin in Indien, traditionelle Therapien in afrikanischen und anderen Gesellschaften, symbolisches Heilen usw.) geboten.

Im Kontext mit der transkulturellen Pflege findet im deutschsprachigen Raum in jüngster Zeit eine intensive Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff statt (vgl. Dornheim in diesem Band). Insbesondere werden die Arbeiten der US-Amerikanerin Madeleine Leininger, einer Krankenschwester und Anthropologin, die bereits in den 1970er und 1980er Jahren den Begriff der transkulturellen Pflege (transcultural nursing care) prägte, bearbeitet. Ihre Werke (Leininger 1998), die als Grundlage für das transkulturelle Pflegemodell gelten, werden heute jedoch kritisch beleuchtet. Einerseits können Pflegemodelle aus den USA nur begrenzt im deutschsprachigen Raum angewendet werden (vgl. u. a. Zielke-Nadkarni 1997), andererseits wird in der Anthropologie seit den 1990er Jahren eine heftige Debatte um den Kulturbegriff geführt. Diese Diskussion hat mittlerweile auch in der Pflegewissenschaft zur Erkenntnis geführt, dass im Kontext mit der Betreuung von Migrant/innen in modernen Gesundheitseinrichtungen nach brauchbaren Pflegemodellen zu suchen ist, die kein „starres Kulturkonzept“ verwenden, sondern unter den Prämissen Patient/innenorientiertheit eine „bedarfsgerechte Pflege“ unter Wahrung der Patient/innenrechte in den Vordergrund stellen.

Eine Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex von „Kultur und Ethnizität“ in der Pflege ist daher unumgänglich. In besonderem Maße ist darauf zu verweisen, dass verschiedene Faktoren Einfluss auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie den Umgang mit Sexualität und Reproduktion haben können. Neben Ethnizität, Kultur, Nationalität und Religion spielen Gender, soziale Klasse, Alter, Bildungsstand und Lebensstil, sowie die biologische Prädisposition eine genauso wichtige Rolle. Da ein Großteil der im Westen lebenden Arbeits-

migrant/innen aus sozial schwachen Einkommensschichten stammt, müssen alle im Bereich der transkulturellen Pflege tätigen Berufsgruppen in besonderem Maße auf die Gefahr der „Ethnisierung des Sozialen“, bzw. die „Kulturalisierung“ der Klient/innen hingewiesen werden. Um der sozialen und kulturellen Diversität in den Migrant-Communities gerecht zu werden wird besonders betont, dass Vielfalt und nicht Einheitlichkeit innerhalb einer „Kultur“ oder „Gruppe“ herrscht. Ein wichtiges Element des „interkulturellen Lernens“ im Medizinbereich stellt daher der Diskurs über den Begriff „Kultur“ dar. Hierbei wird besonders darauf verwiesen, dass mit dem Begriff Kultur keineswegs ein starrer Rahmen für bestimmte Verhaltensweisen gemeint ist, sondern ein dynamisches Konstrukt, das sich den permanenten Alltagsanforderungen entsprechend immer wieder neu gestaltet. Identitäten können über Nationalität, ethnische Gruppe, Beruf, Religionsgemeinschaft oder einem anderen Kriterium bestimmt werden. Da der Spitalsalltag häufig von Stereotypen geprägt ist, wird beispielsweise erläutert, dass es in der Türkei große regionale Unterschiede und mehrere ethnische und religiöse Gruppen gibt. Daher kann – obwohl dies im Klinikalltag noch häufig der Fall ist – keineswegs generalisierend von „den türkischen Patient/innen“ gesprochen werden, denn Schichtzugehörigkeit (David u. a. 2000), Bildungsstand, regionale Herkunft und ethnische Zugehörigkeit spielen eine wichtige Rolle. Nicht zuletzt gibt es Unterschiede in der Auslegung religiöser Gebote zwischen Sunniten, Aleviten oder Schiiten.

Erfahrungen aus meinen Kursen zeigen, dass von einem Großteil der Kursteilnehmer/innen zu Beginn des Seminars als „Konfliktfeld“ im Bereich der Pflege nicht nur die stereotype Verallgemeinerung „die fremde Kultur sei schwierig“, sondern immer wieder „das geschlechtsspezifische Rollenverhalten“ angeführt wird. Insbesondere im Kontext mit dem Islam und „muslimischen Lebenswelten“ existieren sowohl im medizinischen Bereich als auch in der Pflege eine Reihe von Vorurteilen und Stereotypen. Hinsichtlich der Rolle des Geschlechts können Schwierigkeiten einerseits im Zusammenhang mit Körpertabus und Schamverhalten auftreten, etwa wenn Personen unterschiedlichen Geschlechts in der Pflege aufeinander treffen. Andererseits kommt es in Interaktionssituationen mit männlichen Patienten oder männlichen Angehörigen immer wieder zu „Irritationen“ beim Pflegepersonal, wenn die jeweils gesellschaftlich herrschenden Geschlechterverhältnisse hier nun im Verhalten zum Pflegepersonal ihren sichtbaren Ausdruck finden. Diesen „befremdlichen“ Verhaltensweisen im Umgang zwischen den Geschlechtern wird mitunter mit Unverständnis, manchmal auch mit Gefühlen von Aggression begegnet. Nicht nur deshalb halte ich es für unumgänglich, den Themenkomplex „Geschlecht, Kultur und Körper“ in die berufliche Aus- und Weiterbildung einzubringen. Grundsätzlich muss der Pflegeausbildung sowie den Pflegemodellen und -konzepten

ein geschlechtssensibler Ansatz zugrunde gelegt werden, der auf genderspezifische Faktoren eingeht.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass es nicht nur der sorgfältigen Ausarbeitung von Unterrichtskonzepten sowie methodologischen und didaktischen Überlegungen bedarf, um größtmögliche Professionalität in diesem sensiblen Fortbildungsbereich zu gewährleisten. Die Beschäftigung mit aktuellen Trends im Public-Health-Bereich, mit Pflgetheorien und Pflegemodellen sowie eine Kooperation zwischen Ethnologie und Pflegewissenschaften ist dafür ebenso unerlässlich. Da bei den Fortbildungen unweigerlich auch eine Auseinandersetzung mit aktuellen gesellschaftlichen Phänomenen notwendig ist, sei hier auf die besondere politische und gesellschaftliche Verantwortung hingewiesen, die den Lehrenden und Erwachsenenbildner/innen in diesem sensiblen Fortbildungsbereich zukommt. Meiner Ansicht nach müssen interkulturelle Fortbildungen deshalb auch Strategien beinhalten, die auf eine „anti-racism-education“ im Gesundheitsbereich abzielen. Dies nicht zuletzt, da die sozialwissenschaftlichen Konstrukte „Kultur“ und „Ethnizität“ als Quelle kollektiver Identität diskutiert, in missbräuchlicher Verwendung und versteckt im „Schafspelz“ des Rassismus und einer Rhetorik der Ausgrenzung gegen Ende des 20. Jahrhunderts wieder verstärkt Einzug in die „Neue Rechte“ gefunden haben.

3. Die Beiträge der Frauen- und Genderforschung für die Pflege

In den letzten Jahren wurde verstärkt der Ruf nach wissenschaftlichen Arbeiten über die Rolle des Geschlechts (sowohl „sex“ als auch „gender“) im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen laut (vgl. Groth 1997; Schücking 1996). Bislang wurden Forschungsergebnisse zur Frauengesundheit von Wissenschaftlerinnen verschiedener Disziplinen wie der Medizin, Psychologie, Geschichte, den Sozial- und Kulturwissenschaften sowie der Medizinanthropologie vorgelegt, wobei Feministinnen aller Disziplinen einen enormen Beitrag sowohl zu Theorie als auch Praxis der Frauengesundheit geleistet haben. Pionierinnen der Geschlechterforschung haben sich mit der Rolle und Kontrolle des weiblichen Körpers in unterschiedlichen Gesellschaften, mit der Medikalisierung reproduktiver Prozesse sowie mit der Geschlechterhierarchie in der Medizin befasst (u. a. Butler 1995; Duden 1991; Martin 1987; Scheper-Hughes/Lock 1987).

Obwohl in den letzten Jahren vermehrt die Forderung nach geschlechtssensiblen Ansätzen in der Medizin und insbesondere im Kontext der Migration aufgestellt wurde (Binder-Fritz 1997, 2003 b; Maschewsky-Schneider/Fuchs 2000), hat der Diskurs um die Thematik von „Gender“ in der Pflege bislang noch kaum Niederschlag gefunden. Da der Rolle des Geschlechts in der Pflege

große Bedeutung zukommt, soll an dieser Stelle auf die Notwendigkeit verwiesen werden, dieses Thema in die Pflege-Curricula sowie in Pflegemodelle zu integrieren. Insbesondere besteht für den gynäkologischen, geburtshilflichen, pädiatrischen und psychiatrischen Bereich spezifischer Fortbildungsbedarf (Follmer/Schuler 1998).

Die Debatte um den „Kulturbegriff“ in der transkulturellen Pflege muss den aktuellen Stand der Erkenntnisse um das Zusammenwirken von Geschlecht mit anderen Kategorien im Hinblick auf die Gesundheit von Frauen („Gender and Health“) mit einbeziehen und sollte sich hierbei auf die Beiträge der ethnologischen Gender- und Frauenforschung berufen. Übrigens existiert nicht nur im Zusammenhang mit dem Kulturkonzept, sondern auch hinsichtlich der Wahrnehmung „fremder Patientinnen“ und „fremder Frauen“ das Phänomen des Eurozentrismus. Im Folgenden soll daher das Spannungsfeld von „Frau“ und „fremd“ sowie die Interdependenz zwischen Geschlecht, Körper und Kultur im Kontext der Betreuung von Migrantinnen im Krankenhaus umrissen werden.

Dem Aspekt „Geschlecht“ kommt in der Medizin und der Pflege aus mehreren Gründen besondere Bedeutung zu:

- wegen des Spannungsfeldes von „Frau und fremd“;
- im Hinblick auf geschlechtsspezifische, durch Sozialisation erworbene Normen, Werte und Verhaltensweisen;
- im Hinblick auf weibliche Geschlechtsrollenidentität;
- im Hinblick auf gesellschaftsspezifische Konzepte und Vorstellungen bezüglich sexueller Reproduktion (Familienplanung, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Menopause);
- im Zusammenhang mit Gewalterfahrung;
- wegen der Möglichkeit der Benachteiligung und Gefahr von Sexismus und Rassismus (auch in Form von vielfach toleriertem „Alltagsrassismus“).

4. Das Spannungsfeld von „Frau“ und „fremd“

Etliche Migrantinnen sind aufgrund der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheitengruppe und aufgrund ihres Geschlechts in der Mehrheitsgesellschaft mitunter doppelt benachteiligt. Dem Spannungsfeld von „Frau“ und „fremd“ kommt in seinen aktuellen Bezügen auch im Gesundheitswesen hohe Aktualität zu. Im Zusammenhang mit der Integration von Migrantinnen in unsere westlichen Gesundheitseinrichtungen war bislang von der „fremden Kultur“ die Rede. Hierbei wird meist außer Acht gelassen, dass mit der Betonung auf „Kultur“ und auf „das Fremde“ Mechanismen der Ausgrenzung in Gang gesetzt

werden. Eine Diskussion über notwendige Maßnahmen im Gesundheitssystem auf der Basis der „kulturellen Differenz“ birgt die Gefahr, Stereotypen und Vorurteile zu nähren, die zu einer Gettoisierung ganzer Subpopulationen im Gesundheitsbereich führen könnte. Basierend auf der Rhetorik der Ausgrenzung „fremder Frauen“ hat sich in unseren Frauenkliniken jedenfalls noch viel zu selten die Erkenntnis breit gemacht, dass ethnische oder religiöse Gruppen keine homogenen Einheiten, sondern vielmehr differenzierte Produkte vielschichtiger und durch unterschiedliche soziokulturelle Prozesse und Ideologien geprägten Geschichte sind. Dem Prozess der Migration und individuellen Lebenserfahrungen einer Frau kommt hier mitunter eine größere Bedeutung zu als etwa dem „Herkunftsland Türkei“.

Die massive Kritik am anthropologischen Konzept „Kultur“ und an der Konstruktion von „kulturellen Differenzen“ hat jedenfalls zu einem notwendigen und lebendig geführten Diskurs über Nutzen und Missbrauch des Kulturkonzeptes geführt (Abu-Lughod 1991; Said 1978). Seit den 1990er Jahren findet in den Sozial- und Kulturwissenschaften des deutschsprachigen Raums nun jedenfalls eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Fachgebiet und insbesondere dem „Forschungsgegenstand Frau“ statt.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich in den Sozial- und Kulturwissenschaften die Erkenntnis breit gemacht, dass Geschlecht und Kultur keine konstanten Größen homogener Gesellschaften sind, sondern immer mit ihren Variationen in Zeit und Raum zu erfassen sind. Der aktuelle Diskurs um „Geschlecht, Kultur und Gesundheit“ kreist zudem um die Fragen des Zusammenwirkens von biologischem (sex) und sozialem (gender) Geschlecht in der Konstituierung von Subjekten. Das Augenmerk liegt nunmehr zusätzlich auf „multiplen Identitäten“ und diskutiert aus aktuellem gesellschaftlichem Anlass verstärkt die Rolle des Rassismus, Sexismus und Ethnozentrismus. Den Aspekten Sexismus und Rassismus kann im Hinblick auf die medizinische und pflegerische Versorgung von Migrantinnen durchaus Bedeutung zukommen (z. B. in Form von Alltagsrassismen, oder Benachteiligungen mancher Patientinnen aufgrund ihrer Hautfarbe), und daher sollte diese sensible aber wichtige Thematik sowohl in der Pflegeausbildung, als auch in der beruflichen Weiterbildung zur Sprache gebracht werden.

5. Geschlecht, Körper und Kultur

Jede Kultur, jede Gesellschaft verfügt über bestimmte Schemata in Bezug auf weibliche und männliche Geschlechterrollen, die im Zuge der Sozialisation quasi „verinnerlicht“ werden. Obwohl diese Verhaltensmuster einem steten Wandel unterworfen sind, wobei soziale und politische Faktoren eine erheb-

liche Rolle spielen, lassen sich (mit einigen Einschränkungen) zumindest für eine Generation gewisse „kulturelle Schemata“ hinsichtlich der Geschlechterbeziehung erkennen. Natürlich stellt die Geschlechteridentität aber nur eine von vielen Variablen – wenngleich auch eine sehr bedeutende – dar, mit denen die Individuen eines Kollektivs die Erfahrung von Zugehörigkeit machen, welche ihr eigenes Selbst maßgeblich bestimmen. Daher muss „Frausein“ immer als Ergebnis spezifischer sozialer, ökonomischer und historischer Kontexte betrachtet werden.

Ich möchte in diesem Zusammenhang nachfolgend nun einige für die Pflege bedeutsame Aspekte aufzeigen. Zunächst einmal soll auf den weiblichen Lebenszyklus Bezug genommen werden, denn die den weiblichen Lebenszyklus prägenden biologischen Phänomene sind von großer soziokultureller und individueller Bedeutung, da sie das Leben einer Frau, das ihres Partners sowie anderer Familienangehöriger entscheidend beeinflussen. Die mit der menschlichen Reproduktion verknüpften Vorstellungen und Verhaltensweisen, sowie die mit jedem Abschnitt im weiblichen Lebenszyklus verbundenen Rollenerwartungen an die Frau, sind zudem ein integraler Bestandteil der jeweiligen Sozialorganisation, des ideologischen und medizinischen Weltbildes sowie der Geschlechterverhältnisse. Die moderne Gynäkologie und Geburtshilfe lässt jedoch vielfach außer Acht, dass Menstruation, Schwangerschaft und Geburt sowie Wechseljahre und Menopause weit mehr als physiologische Vorgänge im Körper einer Frau darstellen. Diese hormonell gesteuerten körperlichen Vorgänge in Verbindung mit Sexualität und Reproduktion sollten keineswegs nur aus dem Blickwinkel der naturwissenschaftlichen Medizin betrachtet werden (Binder-Fritz 2003 b).

Ich möchte dazu im Folgenden kurz drei Beispiele anführen. Erstens soll der Umgang mit der Menstruation und ihren Tabus, zweitens sollen Geburt und Mutterschaft und drittens die Wechseljahre und die Menopause aus einer kulturanthropologischen Perspektive beleuchtet werden. In allen Gesellschaften wird die Regelblutung der Frauen von ihrem sozialen Umfeld als ein besonderes Ereignis registriert, welches in der Folge spezifische Verhaltensmechanismen mit jeweils unterschiedlichem Bedeutungsgehalt in Gang setzt. Das Menstruationsblut ist hierbei von Ambivalenz und kulturspezifischer Symbolik umgeben. In den meisten Gesellschaften wurde bzw. wird das Blut der Frauen einerseits als „unrein“ andererseits als ein „außergewöhnliches“ Körperausscheidungsprodukt betrachtet, da es in Verbindung mit der Genitalregion, Sexualität und Fortpflanzung steht und hierbei sozio-religiöse Tabus wirksam werden. Dem sozio-religiösen Konzept der temporären „Unreinheit der Frauen“ mit den jeweils gesellschaftsspezifischen Meidungsgeboten während der Menstruation, der Geburt und im Wochenbett, sowie dem Gebot der rituellen Reinigung kommt im Kontext

mit der Frauengesundheit besondere Bedeutung zu. Sowohl in der jüdischen, islamischen und – heute allerdings nur mehr bedingt – in der christlichen Religion als auch im Hinduismus determiniert das Konzept von „rein und unrein“ bis in die Gegenwart den Umgang der Frauen mit ihrem Körper und regelt das soziale Verhalten zwischen den Geschlechtern. Ein Aspekt, dem in der Pflege im Kontext mit der Gesundheitsversorgung von muslimischen, jüdischen und hinduistischen Migrantinnen durchaus Bedeutung zukommen kann.

Wie von Brigitte Jordan (1978), einer Pionierin auf dem Gebiet der medizinanthropologischen Geburtsforschung, deutlich gemacht wurde, ist das Phänomen Geburt immer als ein bio-soziales Ereignis zu verstehen, denn Schwangerschaft und Geburt sind weit mehr als nur physiologische Vorgänge. Die biologischen Vorgänge im Kontext der Mutterschaft sind dabei auf komplexe und vielfältige Weise in jene komplexen Systeme eingebettet, die die reale Lebenswelt der Frauen konstituieren. Schwangerenbetreuung und Geburtsbeistand, geburtshilfliche Techniken und Methoden zur Angst- und Schmerzreduktion sowie peri- und postpartale Riten und Verhaltensweisen für die Mutter und ihr Neugeborenes im Wochenbett zeigen sich dementsprechend vielgestaltig (Artswager-Kay 1982; Binder-Fritz 1996; Kuntner 1995; Schiefenhövel 1995). Gerade bei der ersten Mutterschaft spielen die gesellschaftsspezifischen Bewältigungsstrategien rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine wichtige Rolle. Im Rahmen ethnomedizinischer Forschungsarbeiten werden Geburt und Childbearing daher als kulturelles System betrachtet und analog zu Kleinman's Konzept des „Medizinsystems“ (1980), wird von einem „Geburtssystem“ gesprochen.

Zur aktuellen Thematik von „Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext“ veröffentlichte Liselotte Kuntner (2001) ihre Studie über tamilische Frauen in der Schweiz. Die Datenerhebung für diese Migrantinnengruppe ergab eine weitaus höhere Rate an medizinischen Interventionen aufgrund von Geburtskomplikationen. Unter 30 Geburten gab es 17 Spontangeburt, 13 operative Entbindungen, davon drei Sectiones und zehn vaginal-operative (neun Forceps, eine Vakuumextraktion), was einer 40 %-Rate an geburtshilflichen Komplikationen entspricht. Diese Ergebnisse (Kuntner 2001 S. 377), die einen wichtigen Beitrag zur transkulturellen Geburtshilfe und Migrationsforschung leisten, weisen darauf hin, dass der Verlust des familiären psychosozialen Netzwerkes rund um Schwangerschaft und Geburt, welches in der Herkunftsgesellschaft ein wesentlicher Teil des Geburtssystems ist, sich (neben möglichen weiteren, migrationsbedingten Faktoren) offensichtlich nachteilig auf das Gebärverhalten und das Geburtserleben auswirkt. Eigene Forschungsarbeiten in der Maori-Gesellschaft Neuseelands brachten übrigens ähnliche Erkenntnisse (Binder-Fritz 1996,

S. 242). Diese Ausführungen zur Geburt sollen verdeutlichen, dass der Beziehungsqualität zwischen dem Personal auf geburtshilflichen Stationen und der werdenden Mutter oder Wöchnerin ein besonderer Stellenwert hinsichtlich der Gesundheit von Mutter und Kind zukommt.

Das dritte Beispiel hinsichtlich der Bedeutung des weiblichen Lebenszyklus betrifft die Menopause. Von der Pubertät an bis zur Menopause sind Frauen überall auf der Welt besonderen gesellschaftlichen Normen unterworfen, da es überall ein Idealbild der Frau gibt. Die Erkenntnisse der ethnologischen Frauenforschung machten deutlich, dass die mit jedem Lebensabschnitt verbundenen Rollenerwartungen an die Frau ein integraler Bestandteil der jeweiligen Sozialorganisation, der ökonomischen und politischen Verhältnisse sind. Hierbei stehen sowohl das ideologische Weltbild als auch das jeweilige Geschlechterverhältnis in enger Beziehung zum Körper und zu den verschiedenen Interpretationsebenen des Körpers. Außerhalb der modernen, westlichen Welt waren oder sind Frauen nach dem Ende der reproduktiven Phase von vielen gesellschaftlichen Restriktionen befreit und erfahren im dritten Lebensabschnitt, der für den Großteil der Frauen häufig mit dem Status der Großmutter zusammenfällt, in einigen Gesellschaften Statuserhöhung und Zuwachs an gesellschaftlichem Einfluss und Autorität. Den wenigen zu dieser Thematik vorliegenden ethnologischen Untersuchungen zufolge können die älteren Frauen nun mitunter wichtige gesellschaftliche Funktionen übernehmen, die ihnen vorher nicht so leicht zugänglich waren, wie dies zum Beispiel Maya Nadig in ihrer Arbeit über „Die verborgene Kultur der Frau“ (Nadig 1986) anhand von Gesprächen mit Bäuerinnen aus Mexiko oder Godula Kosack bei den Mafa-Frauen in Nordkamerun sowie Ulrike Krasberg bei Frauen in einem griechischen Dorf gezeigt haben (Kosack und Krasberg 2002).

Im Rahmen eigener ethnografischer Forschung zum subjektiven Erleben der Menopause und des Älterwerdens in der neuseeländischen Maori-Gesellschaft im Jahr 2001 wurde jedenfalls deutlich, dass sich für einen Großteil der Frauen in Verbindung mit bestimmten weiblichen Altersstufen auch in der Gegenwart neue Aufgabenbereiche eröffnen. Postmenopausale Frauen können ihre vielfältigen Erfahrungen aus den familiären und sozialen Tätigkeitsfeldern nun verstärkt ins öffentliche Leben (z. B. Erziehungs- und Bildungssektor, Arbeitslosenpolitik, Gesundheitswesen, politische Belange der Maori-Communities) einbringen (Binder-Fritz 2002).

Diese Überlegungen sind natürlich auch im Hinblick auf Migrantinnen in Europa und deren subjektives Erleben des Alterns durchaus von Belang. In diesem Zusammenhang sei allerdings betont, dass das Leben von Frauen nach

der Menopause auch in traditionell ausgerichteten Gesellschaften nicht uniform verläuft, sodass im Kontext dieser Thematik unbedingt eine differenzierende Sichtweise notwendig ist. Wie Frauen subjektiv ihren alternden Körper betrachten und ob postmenopausale Frauen mit zunehmendem Alter eine gesellschaftliche Autorität darstellen und Statuszuwachs erfahren, also quasi die Rolle der „weisen Alten“ übernehmen oder sich mitunter im gesellschaftlichen Abseits befinden, steht in kausalem Zusammenhang unter anderem mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Gesellschaftsschichten, mit dem Bildungsniveau sowie mit dem im Lauf des Lebens erworbenen gesellschaftlichen Prestige und damit verbundene Machtbereich (Binder-Fritz 2003 a).

Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Wechseljahre und Menopause verlangt zunächst nach einer näheren Betrachtung des Umgangs mit dem Phänomen Altern in der jeweiligen Gesellschaft, da auch der biologische Alterungsprozess auf unterschiedliche Weise kulturell gestaltet wird (Sokolovsky 1997). Zweifellos hängt es von verschiedenen Faktoren ab, wie der gesamte Alterungsprozess sowohl auf psychischer als auch physischer Ebene wahrgenommen wird. Seit die Medizinanthropologin Margaret Lock vor zwanzig Jahren ihre Studie über das subjektive Erleben der Menopause von Frauen in Japan (1987) veröffentlicht hat, ist bekannt, dass neben individuellen Faktoren die unterschiedlichen soziokulturellen Einflüsse und nicht zuletzt die körperbildende Wirkung moderner Medizin bzw. die „body politics“ (Scheper-Hughes und Lock 1987) maßgeblich daran beteiligt sind, wie Frauen mit den hormonellen Veränderungen der Wechseljahre umgehen.

6. Alt werden in der Fremde

Aufgrund der demografischen Entwicklung im deutschsprachigen Raum erweist sich das Thema „Migration und Altern“ von zunehmend hoher Aktualität, denn es kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Arbeitsmigrant/innen entgegen ihrer ursprünglichen Absicht, nun im Alter im Aufnahme-land bleiben oder – wie schon bisher – zwischen der neuen Heimat und dem Herkunftsland pendeln möchten. Auch in Österreich wird daher nun zu Recht auf die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung der Altenpflege hingewiesen, da Zahl und Anteil der älteren eingewanderten Mitbürger/innen z. B. in Wien in den nächsten Jahrzehnten beträchtlich anwachsen werden.

Bevor im Folgenden die Thematik des Alterns in der Migration näher erörtert wird, möchte ich noch zwei Bemerkungen machen. Zum einen gilt auch für Arbeitsmigrant/innen, was bereits im Hinblick auf die Subpopulationen der verschiedenen Migrant/innen allgemein festgestellt wurde: auch diese stellen

keine homogene Gruppe dar. Ein differenzierender Blick auf alternde Arbeitsmigrant/innen ist daher von Nöten. Zum anderen umfasst das Thema „Altern in der Fremde“ nicht nur die Gruppe der Arbeitsmigrant/innen, denn auch andere Personengruppen, die etwa als politische Flüchtlinge, Folteropfer und Asylsuchende kamen, werden im Aufnahmeland alt. Diese stellen hinsichtlich der Gründe für die Migration oder spezifischer Problemlagen jedenfalls eine spezifische Personengruppe dar.

Im Zusammenhang mit dem Altern in der Migration wird ein Spannungsfeld deutlich, in dem dreierlei Einflussfaktoren eine Rolle spielen: Erstens sozio-ökonomische Faktoren, wobei der Korrelation zwischen niedrigen Einkommenschichten und Krankheitshäufigkeit und dem zunehmend wichtigen Thema „Armut“ in den sogenannten „mehrfach benachteiligten Gruppen“ erhebliche Bedeutung zukommt. Zweitens kommen kulturspezifische Aspekte zum Tragen, wie etwa im Rahmen der Sozialisation in der Herkunftsgesellschaft erworbene Verhaltensmuster und Gedankenkonzepte hinsichtlich geschlechtsspezifischer Rollen, da diese im Alter wieder eine größere Rolle spielen können. Hier wäre auch der Aspekt der sozio-kulturellen Konstruktion des Alters zu nennen, da der Umgang mit chronischer Krankheit sowie die Form von sozialen Unterstützungsnetzwerken im Pflege- und Betreuungsfall ebenfalls kulturell geprägt sind. Drittens wären im Hinblick auf das subjektive Erleben des Alterungsprozesses biografische Einflussfaktoren, insbesondere migrationsbedingte Aspekte, in Betracht zu ziehen.

Wie eine Studie über die Lebenssituation älterer Migrant/innen in Wien gezeigt hat (in der Studie wurden türkische und ex-jugoslawische Zuwanderer befragt), ist diese durch eine Reihe von Benachteiligungen gekennzeichnet (Reinprecht 1999). Im Hinblick auf die interkulturelle Altenpflege wären folgende Ergebnisse aus dieser Studie von Bedeutung: Erstens haben die beruflichen Belastungen, insbesondere bei den Gastarbeitern (z. B. Bauarbeitern) dazu geführt, dass 38 % eine vorzeitige Alterspension wegen verminderter Arbeitsfähigkeit beziehen (im Vergleich nur 12 % der Inländer) und auch chronische Erkrankungen häufiger auftreten. Die Altersstruktur nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit ergab für das Jahr 1998 folgende Daten im Hinblick auf die ausländische Bevölkerung (Quelle: Bevölkerungsevidenz 31.12.1998; MA 14/MA 66). Im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung mit einem Anteil an 28 % der „über 70-jährigen“ männlichen Pensionisten beträgt der Anteil in der ausländischen Bevölkerung derzeit 11 %. In der weiblichen österreichischen Bevölkerung beträgt der Anteil für „über 70-jährige“ etwa 43 % und nur 18 % in der ausländischen Bevölkerung.

Derzeit sind die informellen ethnischen Netzwerke, die bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds Unterstützung und Hilfe bieten – insbesondere innerhalb des Familienverbands türkischer Zuwanderer – noch recht tragfähig, wie eigene erste Ergebnisse von Patient/innenbefragungen auf der Grundlage der qualitativen Datenerhebung im Gesundheitszentrum Wien Nord im Jahr 2002 bestätigen. Die Studie von Reinprecht zeigte, dass bei Zuwandererfamilien die Mehrpersonenhaushalte überwiegen (Reinprecht 1999, S. 50). So leben 51 % der Migrantenfamilien mit ihren Kindern (hingegen nur 22 % in der österreichischen Bevölkerung) und immerhin noch 8 % leben mit ihren Enkelkindern im selben Haushalt (hingegen nur 1 % in der österreichischen Bevölkerung). Nach der Größe des sozialen Netzwerks befragt, gaben 65 % der türkischen Familien an, im Bedarfsfall von „fünf oder mehr Personen“ Unterstützung zu erhalten, während nur 18 % der Österreicher damit rechnen können (Reinprecht 1999, S. 68). Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich durch verschiedene Faktoren die Altenpflege zunehmend aus dem Familienverband herauslösen wird. Demografische Veränderungen mit stark steigendem Anteil der über 70-jährigen werden genauso dazu beitragen wie Veränderungen in den Beziehungen zwischen den Geschlechtern und Generationen im Zuge der Migration, sowie durch zunehmende Erwerbstätigkeit der jüngeren Frauen in den Zuwandererfamilien. Diese Aufgabe muss daher in Zukunft verstärkt von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen übernommen werden.

Obwohl in naher Zukunft ein höherer Bedarf an Unterstützung für ältere Migrant/innen aus verschiedenen Herkunftsländern nötig sein wird, sind Sozial- und Gesundheitseinrichtungen derzeit keineswegs auf diese neuen Versorgungsaufgaben in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen vorbereitet. Die Thematik um eine angemessene ambulante und stationäre Versorgung dieser betagten Menschen ist bisher kaum in die Pflegeausbildung und Praxis eingeflossen. Insbesondere für Altenpflegepersonal sowie für das Personal mobiler sozialer Hilfsdienste und Hauskrankenpflege besteht hier dringender Bedarf zur Wissensvermittlung und „interkultureller Sensibilisierung“. Zugangsbarrieren in der Altenpflege wie beengte Wohnverhältnisse oder Werte und Normen im Umgang zwischen den Generationen und Geschlechtern müssen genauso hinterfragt werden wie Gender-Aspekte, die in der ambulanten Altenpflege zum Tragen kommen können. Eine Barriere für die Inanspruchnahme von ambulanten Altenpflege stellen bereits in der Gegenwart die deutlich beengten Wohnverhältnisse, in denen die Mehrzahl der Migrantenfamilien leben, dar. So leben 40 % der Zuwandererfamilien auf einer Wohnungsgröße bis 40 m² (hingegen nur 19 % in der österreichischen Bevölkerung) und 39 % der Migrantenfamilien teilen sich eine Fläche von 42-60 m² (30 % in der österreichischen Bevölkerung (Reinprecht 1999, S. 49).

Wenn geschlechtsspezifisches Rollenverhalten oder die Einhaltung von Scham-grenzen und sozio-religiösen Tabus (z. B. bei intimer Körperpflege, oder etwa beim Setzen eines Harn-Katheters) nicht beachtet werden – insbesondere, wenn Pflegebedürftige und Betreuer/innen unterschiedliches Geschlecht haben – können daraus Konflikte erwachsen, die sich negativ auf die weitere Compliance mit dem Personal auswirken können. Des Weiteren können bestimmte religiöse Vorschriften im Islam und Judentum wie etwa das Einhalten des Freitag als Ruhe- und Gebetstag für Muslime oder der Samstag, bzw. Sabbat (Schabbes = Ruhe), der für orthodox jüdische Familien mit einer Reihe von Verhaltensweisen verbunden ist (z. B. kein Benutzen elektrischen Stroms), durchaus Einfluss auf eine ambulante Pflege haben. Erst nach dem Erwerb spezifischen, interkulturellen Wissens können Konzepte für eine angemessene Pflege unter Wahrung individueller Bedürfnisse in der transkulturellen Altenpflege erarbeitet werden.

Last but not least – besteht im Kontext mit dem „Altern in der Migration“ die Notwendigkeit, sich mit dem unterschiedlichen Umgang in den verschiedenen Zuwanderergruppen hinsichtlich „Sterben, Tod, Trauer und Bestattung“ vertraut zu machen. Hier sollten Möglichkeiten einer humanen Sterbebegleitung genauso diskutiert werden wie die Ausrichtung von religiösen Ritualen, unterschiedliche Trauerformen und die Arbeit mit den Angehörigen sowie diverse Bestattungsvorschriften oder die religiös oder weltanschaulich begründete Ablehnung von Obduktion und Organentnahme. Gerade auf diesem Gebiet ist nicht nur interkulturelle Fachkompetenz, sondern auch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Ethnologie und der Medizinanthropologie gefragt.

7. Migration, Alter und Psyche

Je nach den Umständen der Migration, nach der sozialen Stellung im Gastland und dem Grad der Akkulturation können sich Migrant/innen in äußerst unterschiedlichen Situationen befinden. Diese Differenzen gestatten uns nicht, ein Bild der „typisch alternden Migrant/innen“ zu zeichnen. Vielmehr möchte ich im Folgenden auf eine Reihe von Aspekten aufmerksam machen, die darüber entscheiden, ob der Alterungsprozess als ein „successful aging“ mit der Zukunftsperspektive eines „good old age“ erlebt wird, oder ob sich die Migration rückblickend als traumatische Erfahrung erweist.

Generell sind Migration oder Flucht von vielen belastenden Faktoren begleitet. Im Aufnahmeland werden Migrant/innen oft enorme Anpassungsleistungen abverlangt, wobei Fremdheit und Ausgrenzung häufige Erfahrungen von Migrant/innen sind. Die Trennung von Mitgliedern der Familie, materielle Schwierigkeiten, sowie begrenzte soziale Kontakte und Diskriminierung in verschiede-

nen Lebensbereichen beeinträchtigen die Lebensqualität. Der Einfluss dieser Stressfaktoren auf die psychische Gesundheit und eine damit verbundene höhere Krankheitsanfälligkeit sowie vermehrt auftretende psychosomatische Erkrankungen bei Migrant/innen wurde durch verschiedene Studien belegt (Grottian 1991; Leyer 1991). Ethnografische Studien weisen darauf hin, dass Akkulturation und rapider sozialer Wandel mit Auswirkungen auf Familien- und Verwandtschaftsstruktur, meist verbunden mit einem Wertewandel und Identitätskonflikten, häufig zu einer höheren Rate an psychischen Problemen beitragen (Binder-Fritz 1996; Pfeleiderer 1991).

Da der Prozess der Migration mitunter selbst Auslöser für Krisen und Krankheit sein kann, sollte dem Migrationshintergrund und der Biografie des einzelnen Individuums erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Gerade in der Pflege gewinnt die Biografieforschung zunehmend an Bedeutung. Elcin Kürsat-Ahlers (2000) ist der Ansicht, dass in der deutschsprachigen Migrationsforschung die psychische Dimension der Migration bislang weitgehend vernachlässigt wurde und sie plädiert dafür, Migration auch als psychischen Prozess zu begreifen. Von dieser Warte aus betrachtet, sind etliche Verhaltensweisen der Immigranten und Immigrantinnen, denen die Mehrheitsgesellschaft im Einwandererland oft verständnislos oder ablehnend gegenübersteht, wie etwa Widerstände gegen das Erlernen der neuen Sprache oder starres Festhalten an kulturellen Symbolen und gesellschaftlichen wie religiösen Werten, nicht nur im Kontext mit dem Bemühen um Aufrechterhaltung eines Identitätsgefühls und der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft zu interpretieren. Insbesondere wenn die Migration aus weniger entwickelten und gering geschätzten Gesellschaften in höher geschätzte und mächtigere Gesellschaften erfolgt, wird dieser Prozess meist von Persönlichkeits- und Selbstwertverlust der Einwanderer begleitet. Der schmerzhaft erlebte Verlust von sozialen Bindungen mit Verwandten und Freunden der alten Heimat wird noch verstärkt durch den Verlust von Kommunikations- und Handlungskompetenz im Verlauf des vielfach als psychisch belastend erlebten Prozesses der Anpassung an neue gesellschaftliche Strukturen und Lebensbedingungen. Begegnet dann die Aufnahmegesellschaft den Immigranten mit Intoleranz oder Fremdenfeindlichkeit, kann es zu verschiedenen psychischen Reaktionsformen auf die Migration kommen, die sich als affektiver Widerstand gegen neu zu erlernendes oder die Ablehnung von neuen sozialen Kontakten im Zuwandererland sowie eine Überidentifikation mit der Herkunftsgruppe äußern können. Eine andere Form der psychischen Abwehrreaktion zeigt sich nach Kürsat-Ahler hingegen hauptsächlich in Migrationsbiografien der Mittelschichtmigranten aus den verwestlichten Metropolen ihres Herkunftslandes. Sie zeigen dann eine übersteigerte Anpassung und Leistung, begleitet von Überbewertung der dominierenden Kultur mit „verinnerlichter Überlegenheit der westlichen Zivili-

sation und mit dem Glauben an die eigene kulturelle Unzulänglichkeit“ ordnen sich als „Nacheifernde“ und „Sich-Assimilierende“ diesem Selbstideal unter, dem es niemals gelingen wird, ein gleichgestelltes Ebenbild seines Vorbildes zu werden (2000, S. 51). Wenn dann die manische Abwehr nach diesem lebenslangen Marathonlauf des „Sich-Selbst-Auslöschens“ und „Sich-Selbst-Neukonstituierens“ erschöpft ist, kommt die verzögerte psychische Verarbeitungskrise, „das Symptom der übergangenen Trauer“ (Kürsat-Ahlers 2000, S. 5) zum Tragen.

8. Die soziale und kulturelle Konstruktion des Alters

We do not have elders because we have a human gift and modern capacity for keeping the weak alive; instead we are human because we have elders.

David Gutmann (zitiert in Sokolovsky 1997)

Der Prozess des Alterns ist weit mehr als ein rein biologisch-medizinischer Vorgang. Altern verläuft stets sozial und kulturell überformt ab. Das Interesse an interkulturellen Forschungsarbeiten über das Alter hat weltweit allerdings erst in den letzten drei Jahrzehnten deutlich zugenommen, wofür sicherlich die weltweiten demografischen Trends mit einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung verantwortlich waren. Mittlerweile sind etliche Arbeiten erschienen, die Altern aus einer globalen Perspektive betrachten und berichten, wie das Alter nun tatsächlich gelebt wird (Sokolovsky 1997). Im Zuge des globalen Gesellschaftswandels in den Ländern des Südens haben sich Rolle und Status von Alten allerdings rapide verändert. Im Fokus wissenschaftlicher Arbeiten steht zunehmend die Thematik von „Alter und Gesundheit“. Im Jahr 1999 wurde von den Vereinten Nationen das „Internationale Jahr älterer Personen“ mit der Hoffnung ausgerufen, die Bedürfnisse, aber auch das Potenzial der älteren Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Mittlerweile hat hinsichtlich des Alters in der öffentlichen Meinung quasi eine Interpretationsänderung stattgefunden. Diese Lebensphase wird nun nicht mehr länger primär mit dem Tod identifiziert, sondern mit dem Aspekt einer produktiven Teilhabe am Leben.

Weit weniger wissenschaftliche Veröffentlichungen existieren jedoch auf dem Gebiet der Frauenforschung darüber, wie ältere Frauen ihre Lebenssituation wahrnehmen. Nur wenige Arbeiten beschäftigen sich mit den „mittleren Lebensjahren“ und dem Alter von Frauen. Das Interesse an ethnografischen und medizinanthropologischen Arbeiten zur Menopause hingegen hat in den letzten Jahren rapide zugenommen. Seit die Menopause in der eigenen, von der biologistischen Medizin geprägten Gesellschaft (nicht nur von Gynäkologen und der Pharmaindustrie), sondern auch im WHO-Bericht 1981 als „estrogen deficiency disease“, also einem Geschehen mit dem Charakter einer potenziellen Krank-

heit, interpretiert wird (Kaufert/Kaufert 1986), stellt sich für die betroffenen Frauen und Wissenschaftlerinnen verschiedener Disziplinen daher zunehmend die Frage, ob ärztliche Behandlungen, Hormonersatztherapie und Rezepte für Psychopharmaka die einzigen Maßnahmen darstellen, um der Lebensphase des Alters auch positive Aspekte abgewinnen zu können.

Eigene Forschungsarbeiten bei den autochthonen Maori Neuseelands haben ergeben, dass Frauen, der überlieferten sozialen Etikette folgend, nach dem Ende der reproduktiven Phase neue gesellschaftliche Aufgaben übernehmen, da dieser neue Lebensabschnitt mit einer Status- und Autoritätszunahme verbunden ist. Wie in etlichen anderen nichtwestlichen Gesellschaften wurde, bzw. wird auch in der Maori-Gesellschaft die Reduzierung der biologischen Aktivitäten durch eine Erhöhung der sozialen und religiösen Aktivitäten der Frauen kompensiert. Das Engagement der älteren Frauen im sozialen, kulturellen und gesellschaftspolitischen Bereich war nicht nur beeindruckend, sondern die „Fraugeneration über 50“ leistet damit einen wichtigen Beitrag zum Gemeinwohl der Maori-Community (Binder-Fritz 2003 a).

Für die medizinische Versorgung von Migrantinnen in den mittleren Lebensjahren (also etwa ab der Menopause) wäre nun folgende Erkenntnis aus den medizin-anthropologischen Forschungen (Kossack und Krasberg 2002; Lock 1987) von Bedeutung: Wenn Frauen bis ins Alter hinein in ihrer weiblichen Rolle eine anerkannte Stellung innerhalb ihrer sozialen Gemeinschaft haben und hier entsprechend ihrer eigenen Identität und für das Wohl der Gemeinschaft als Protagonistinnen auch handeln können, dann neigen diese Frauen offensichtlich nicht dazu, sich selbst als defizitär und behandlungsbedürftig zu erleben. Insofern erleben diese Frauen den Lebensübergang, die Transition ins Alter, nicht primär aus dem Blickwinkel von behandlungsbedürftiger Krankheit und medizinischer Prävention.

Annemiek Richters betont in ihrem Beitrag über „die Menopause als bio-kulturellen und politischen Prozess“ (2002), dass wir derzeit recht viel über die westliche Konstruktion der „menopausalen Frau“ und die verschiedenen Reaktionen der Frauen auf die Medikalisierung der Wechseljahre wissen. Wir haben jedoch noch sehr wenig Kenntnisse darüber, welche Auswirkungen diese medizinische Sicht der Menopause im Zuge von Globalisierungsprozessen auf das subjektive Erleben der Frauen in anderen Gesellschaften haben wird. Angesichts des rapiden gesellschaftlichen Wandels vielerorts auf dieser Welt, kann ich mich Annemiek Richters nur anschließen, die den Bedarf an diachronischen Studien über das subjektive Erleben der Wechseljahre und des Alterns von Frauen sowohl in außereuropäischen Umbruchgesellschaften als auch in den west-

europäischen Migrant/innen-Communities aufzeigt (Richters 2002). Zurzeit jedenfalls sind Migrantinnen in den Diskurs über die Menopause und das Älterwerden noch kaum eingebunden, obwohl sich hier gerade im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess und etwaigen psychischen Belastungen möglicherweise Bedürfnisse und Informationsbedarf ergeben haben.

Eine positive Bewältigung des Alterungsprozesses ist von mehreren Faktoren abhängig. Verschiedene Faktoren werden in der Literatur als maßgeblich für die Konzipierung eines „good old age“ angeführt (Sokolovsky 1997). Nachfolgend einige Variablen, die sich im Rahmen meiner Feldforschungen in Neuseeland in Gesprächen mit Maori-Ältesten herauskristallisiert haben (Binder-Fritz 2003 a):

8.1 Determinanten für ein „good old age“:

- Weitgehend körperliche und geistige Gesundheit (Interpretation und Wahrnehmung derselben sind kulturell geprägt!);
- Möglichkeit der Weitergabe von Wissen und Lebenserfahrung auf verschiedenen Ebenen;
- ein möglichst stabiles familiäres Beziehungsnetzwerk;
- gesellschaftlicher Respekt gegenüber Alten;
- Möglichkeiten der Einflussnahme auf und Partizipation am sozialen Leben der Gemeinschaft;
- sinnvolle Aufgaben für die Community erfüllen;
- Auseinandersetzung mit religiösen/spirituellen Dimensionen von Leben und Tod;
- Möglichkeiten, Perspektiven für den letzten Lebensabschnitt entwickeln;
- eine positive Lebensbilanz ziehen.

Im Anschluss an die obigen Ausführungen über Migration und Psyche ist für unsere Fragestellung bedeutsam, wie die zugewanderten Frauen und Männer im letzten Lebensabschnitt rückblickend ihr Leben betrachten. Hat sich ein Großteil ihrer Wünsche und Erwartungen in der Migration erfüllt oder nicht?

Wir müssen uns in diesem Zusammenhang die Frage stellen, welchen gesellschaftlichen Status, welche Aufgaben, welche Rollen diese ältere Generation der Migrant/innen hierzulande haben. Wie werden etwa betagte ehemalige Gastarbeiter hier wahrgenommen? Sind diese Einwanderergruppen in unserer Gesellschaft „sichtbar“ oder leben sie eher im Verborgenen? Insbesondere ist hier zu hinterfragen ob – und unter welchen Bedingungen – die Frauen in ihren Herkunftsländern mit steigendem Lebensalter einen Statuszuwachs mit daran geknüpften gesellschaftlichen Aufgaben erfahren hätten und nun den Verlust

dieser Möglichkeiten in der Diaspora vermutlich besonders schmerzhaft empfinden.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass, falls die Gegenwart keine ausreichenden Identifikationsmöglichkeiten bietet, Identifikations- und Selbstwertgefühl nur durch eine Projektion der Wünsche in die Zukunft oder die Vergangenheit erhalten werden kann. Eine der bekanntesten Formen, der Projektion der Wünsche in die Zukunft, der „Rückkehrtraum“ der Arbeitsmigrant/innen in die alte Heimat, wurde bereits angeschnitten. Der Wunsch, im Alter wieder zurückzukehren, prägt und prägte das Alltagsleben vieler Migrant/innen. Getragen vom Glauben an einen befristeten Aufenthalt, der von den Prinzipien Arbeiten, Geld verdienen und für die Rückkehr sparen gekennzeichnet ist, erleben viele Menschen diese Ambivalenz zwischen Bleiben, kontinuierlichem Pendeln zwischen neuer und alter Heimat und der lebenslangen Illusion einer Heimkehr im Alter.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, welche Perspektiven diesen Menschen dann im Alter bleiben. In beiden Fällen, sowohl bei denjenigen Migrant/innen, die im Alter realisieren müssen, dass der Traum von der Rückkehr in die Heimat nichts als Illusion und Selbsttäuschung war, als auch bei denjenigen, die vom Wunsch getrieben, ein gleichwertiges Mitglied der Immigrationsgesellschaft zu werden, nun wenn sie alt sind erkennen müssen, dass dieses Ziel nicht zu erreichen war. Diese Diskrepanz zwischen Traum und Realität stellt sicherlich eine immense seelische Belastung dar, die Auswirkungen auf das subjektive Erleben des Alterns haben wird. Dies insbesondere dann, wenn im Alter keine Kompensation in Form von familiären oder anderen sozialen Netzwerken oder Enkelkindern, für die man die Rolle des Großvaters bzw. der Großmutter übernehmen kann, vorhanden sind und die Gesellschaft keine sonstigen Identifikationsmöglichkeiten für diese Generation bereitstellt. Es ist daher zu erwarten, dass psychische Probleme und psychosomatische Beschwerden gerade in jenen Personengruppen zunehmen werden, die keine neuen familiären oder gesellschaftlichen Aufgaben zu erwarten haben oder keine positiven Zukunftsperspektiven mehr sehen. Dies können Personen sein, die sich mitunter bereits im gesellschaftlichen Abseits befinden, wie z. B. manche kinderlos gebliebene Zuwanderer, geschiedene oder verwitwete Migrantinnen, denen es nicht gelungen ist, neue soziale Kontakte außerhalb der Familie und Migrant-Communities zu knüpfen. Je nach den sozioökonomischen Rahmenbedingungen des Lebens können dann Einsamkeit, Armut, Leidensdruck und Depression bei diesen alternden Menschen Hand in Hand gehen.

Frauen sind in besonderem Maße von der Migration betroffen. In der Migration werden viele von ihnen mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

und Vorstellungen bezüglich der Geschlechterrollen konfrontiert, die sich zumeist erheblich von denen der Herkunftsgesellschaft unterscheiden. Identitätskonflikte und Konflikte mit der Geschlechtsrolle können die Folge sein. Jene Frauen, die mit der Migration gezielt die Chancen für Veränderung und Neubeginn ergriffen haben, werden voraussichtlich später leichter mit dem Prozess des Alterns umgehen können als diejenigen Frauen, für die die Entscheidung zur Migration vom Mann gefällt wurde und die Migration wegen des Verlusts des kulturellen Kontexts und der fehlenden Präsenz der Großfamilie primär als psychische Belastung erlebt wurde. Es ist allerdings wichtig, sich bewusst zu machen, dass Migration in ein anderes Land nicht automatisch zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität im Alter führt. Unter bestimmten Umständen kann der Druck, sich neuen Gesellschaftsformen anzupassen, auch als positiver Einfluss auf das Leben gesehen und die Migration somit auch als Chance auf Selbstverwirklichung wahrgenommen, werden.

Die Pflege- und Sozialdienste werden sich in Hinkunft jedenfalls vermehrt mit jenen älteren Arbeitsmigrantinnen konfrontiert sehen, die aufgrund von Scheidung, Trennung oder auch Verwitwung allein leben. Dazu können sich noch Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, schlechte soziale Absicherung und ungünstige Wohnverhältnisse dazu gesellen. Manche Frauen können sich aufgrund von unsicherem Aufenthaltsstatus zusätzlich noch in schwieriger rechtlicher Position befinden. All dies kann psychische und psychosomatische Beschwerden nach sich ziehen. Für die Hauskrankenpflege und Altenpflege bedeutet dies insofern eine Herausforderung, als das seelische Leid, die Depression, zumeist in Form von körperlicher Schmerzäußerung ohne (medizinisch) erkennbare Ursachen ihren Ausdruck findet. Hier wäre neben einer angemessenen psychotherapeutischen Unterstützung zeitgerecht auf soziale Unterstützungsnetzwerke zu achten, wobei ich meine, dass hier viele, potenziell vorhandene „humane Ressourcen“ aus den Migranten-Communities – zumindest derzeit – noch nicht genutzt werden.

8.2 Herausforderung Demenz

Fachleute sind sich darüber einig, dass die Zunahme der Lebenserwartung in den nächsten Jahren zu einer weiteren Zunahme der Demenzerkrankungen führen wird. Im Hinblick auf die Früherkennung und Differentialdiagnose der Demenz ergibt sich folgende Situation: Die Differentialdiagnose der Demenz im hohen Lebensalter betrifft verschiedene teils heilbare Erkrankungen, die etwa neurologische aber auch endokrinologische oder metabolische (Vitamin B 12- und Folsäuremangel) Ursachen haben. Zur häufigsten Ursache der Demenz zählen jedoch neurodegenerative Prozesse, wobei die Demenz vom Alzheimer-Typ nach epidemiologischen Studien mit 50-70 % der

Fälle zunehmend in den Vordergrund wissenschaftlicher Untersuchungen rückt (Walter 2000).

Besonders der Abgrenzung demenzieller Syndrome zur gutartigen Altersvergesslichkeit und zu depressiven Syndromen (Pseudodemenz) kommt im Hinblick auf die weitere Therapie eine große Bedeutung zu. Bei der Früherkennung der Demenz spielen anamnestiche Angaben der Angehörigen eine wichtige Rolle. Hier scheint es mir angebracht, nochmals auf die anthropologische Perspektive auf das Alter und die soziokulturelle Überformung des Alterungsprozesses zu verweisen. Betagte Menschen in den Ländern des Südens oder ethnische Minderheitengruppen in postkolonialen, modernen Gesellschaften (u. a. auch Neuseeland-Maori) besitzen häufig noch eigene kulturspezifische Wahrnehmungskategorien vom Altern oder von chronischen Erkrankungen. Diese kognitiven Wahrnehmungen im Hinblick auf den Körper und seine (nachlassenden) Funktionen können von denjenigen der westlichen Sichtweise und von den Wahrnehmungen des Gesundheitspersonals abweichen. Insbesondere kulturabhängige Vorstellungen zur Interpretation verschiedener psychischer Störungen könnten meiner Ansicht nach die Früherkennung von Demenzerkrankungen erschweren. Im Hinblick auf das Körperwissen, auf Laienkonzepte über Ursachen von Krankheitsentstehung, den Umgang mit Schmerz und Schmerzäußerung und nicht zuletzt im Kontext mit der steigenden Rate an Demenz-Erkrankungen in der Bevölkerung wird eine der Herausforderungen für die Betreuer/innen in der Zukunft sein, herauszufinden, in welchen Fällen körperliches Leiden und in welchen Fällen seelisches Leiden (z. B: Depression) im Vordergrund stehen. In diesem Zusammenhang ist nicht nur interkulturelle Kompetenz, sondern auch Fachwissen aus dem Gebiet der Medizin-Anthropologie und transkulturellen Psychiatrie gefragt.

Des Weiteren kommt der diagnostisch adäquaten Zuordnung von depressiven Verstimmungen, die in der Frühphase einer Demenz oft vorhanden sind und die Differentialdiagnose erschweren, im Hinblick auf die Betreuung von Migrant/innen hier sicherlich eine besondere Rolle zu. Ein Hinzuziehen von Fachkolleg/innen aus dem Bereich der transkulturellen Psychiatrie wäre hier sinnvoll. Insbesondere bei der familiären Situation der Pflege von psychisch kranken älteren Migrant/innen werden zunehmend Belastungssituationen auftreten, die professionelle Hilfe erforderlich machen. Für die kommunale Altenhilfe bedeutet dies, dass sie in absehbarer Zeit mit einer quantitativ wachsenden neuen Klientel konfrontiert sein wird (Brandenburg 1996, S. 48). Hauptproblem der fortschreitenden Demenz sind die Verhaltensstörungen und psychiatrischen Symptome – wie zielloses Umherwandern oder aggressive Verhaltensmuster – die auch der Hauptgrund für eine Aufnahme ins Pflegeheim darstellen. Nicht-kogni-

tive Symptome (behavioral and psychological symptoms of dementia) sind zu mehr als 70 % bei den Demenzkranken vorhanden und stellen die größte Belastung für Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige dar (Walter 2000, S. 13).

Da, wie bereits erwähnt, familiäre Ressourcen durch Rückgang der Großfamilien für die Betreuung der Kranken in Zukunft weniger zur Verfügung stehen werden, müssen andere Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Formen von Selbsthilfe, Angehörigenberatung und Schaffung von adäquaten ambulanten und medizinischen Einrichtungen wie spezielle geronto-psychiatrische Zentren mit einem interkulturellen Ansatz werden zunehmend erforderlich. Für eine angemessene geriatrische Versorgung und damit auch Behandlung psychischer Störungen wie der Demenz kommt meiner Ansicht in Zukunft den Fachgebieten der Ethnomedizin und der transkulturellen Psychiatrie eine besondere Aufgabenstellung zu. Einerseits wird in naher Zukunft der interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit in geriatrischen Versorgungsstrukturen eine stärkere Bedeutung zukommen. Andererseits besteht in naher Zukunft vermehrt Bedarf an spezifischen interkulturellen Fortbildungen für im geriatrischen Bereich tätiges Personal, um den Zugang zu und die Compliance mit alten Menschen aus nichtwestlichen Gesellschaften (insbesondere den Arbeitsmigrant/innen aus dem ländlichen Mittelmeerraum) und deren Angehörigen zu verbessern. Zukünftige gesundheitsökonomische Überlegungen und Maßnahmen sollten diese Aspekte unbedingt berücksichtigen.

9. Zusammenfassung

Verschiedene Faktoren können Einfluss auf den Umgang mit Gesundheit, Krankheit, Sexualität und Reproduktion sowie den Alterungsprozess nehmen. Ethnizität, Kultur, Nationalität und Religion bzw. Weltanschauung spielen hierbei eine genauso wichtige Rolle wie Gender, soziale Klasse, Alter, Bildungsstand und Lebensstil oder biologische Faktoren. Interkulturelle Fortbildung in der Pflege muss daher einerseits darauf abzielen, spezifisches Hintergrundwissen für die Pflege im Migrationskontext zu vermitteln, wobei auch der Diversität innerhalb der verschiedenen Bevölkerungsgruppen Rechnung zu tragen ist. Insbesondere soll die Sensibilität für unterschiedliche soziale, religiöse und kulturelle Werte und Normen sowie darauf beruhende Gedankenkonzepte und Verhaltensmuster mit daraus erwachsenden Bedürfnissen der Patient/innen gefördert werden. Andererseits muss langfristig bei den Professionalist/innen ein Umdenkprozess insofern eingeleitet werden, als dass sich zukünftige transkulturelle Pflege weniger an Kategorien wie „Kultur“, „Ethnizität“ oder ein bestimmtes Herkunftsland, sondern in erster Linie an der Biografie, der jeweiligen Lebenssituation und den entsprechenden Bedürfnissen des/der Einzelnen orientiert.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf dem Gebiet von Public Health in Lehre und Forschung ist in Zukunft unumgänglich. Insbesondere sollte die Kooperation zwischen den Disziplinen Medizin, Medizinsoziologie, Sozialmedizin, Ethnologie, Ethnomedizin, bzw. Medical Anthropology und Pflegewissenschaft intensiviert werden. Gerade die Berufsgruppe der Ethnolog/innen (bzw. Sozial- und Kulturanthropolog/innen), kann aufgrund ihrer wissenschaftstheoretischen Erkenntnisse und nicht zuletzt aufgrund der fachlichen Auseinandersetzung mit dem Kulturkonzept, dem Fremden und dem Unbekannten, mit Differenzen und Gemeinsamkeiten wichtige Beiträge zur transkulturellen Pflege leisten und zur Förderung interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen beitragen. Kritische Reflexionen auf „das Eigene“ und „das Fremde“ sollten jedenfalls zu einem festen Bestandteil interkultureller Fortbildungen in der Pflege werden. Jene Wissenschaftler/innen, die ethnomedizinische Forschungsarbeiten in nicht-westlichen Gesellschaften durchgeführt haben, können prädestiniert sein, auf dem Gebiet der transkulturellen Medizin über Migration und Gesundheit im eigenen Land zu arbeiten. Die Erkenntnisse aus der Beschäftigung mit „fremden“ Medizinsystemen und der dadurch gewonnene „geschärfte“ Blick auf etwaige Unzulänglichkeiten des eigenen Medizin- und Gesundheitssystems einschließlich des Pflegebereichs, liefern wertvolle Anregungen, um Ausbildungskonzepte und angemessene Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Das Einbringen der Gender-Thematik in Medizin und Pflege ist ein Gebot der Stunde, um der Forderung nach Patient/innenorientierung sowie nach geschlechtssensiblen Ansätzen in der Medizin gerecht zu werden. Hierbei stellen die Erkenntnisse der ethnologischen Frauen- und Geschlechterforschung eine wertvolle Datenbasis für die berufliche Aus- und Weiterbildung im Medizin- und Pflegebereich dar. Wo liegen nun also die Chancen interkultureller Bildung in der Pflege? Im Zusammenhang mit der Versorgung von ethnischen Minoritäten in westlichen Gesundheitssystemen ist zu betonen, dass Informationen über Kultur und Lebensstil verschiedener Subpopulationen im Kontext von Gesundheit und Krankheit letztlich auch zu einem besseren Verständnis über Differenzen und Diversität in der Mehrheitsgesellschaft (z. B. Unterschiede der Patient/innen aufgrund sozioökonomischem Status oder regionaler Herkunft) beitragen können.

Migrant/innen konfrontieren uns mit „fremden“ Lebenswelten im Hinblick auf Familien- und Geschlechterbeziehungen. Sie konfrontieren uns mit manchmal fremd anmutenden Sichtweisen auf den menschlichen Körper und mit Gesundheits- und Krankheitskonzepten, die sich von der modernen, naturwissenschaftlichen Medizin unterscheiden. In der Auseinandersetzung mit anderen Vorstellungen, Normen und Werten im Umgang mit Lebenskrisen, Krank-

heit und Tod können wir jedoch den raschen gesellschaftlichen Wandel in der eigenen mitteleuropäischen Kultur erkennen. Im historischen Kontext betrachtet, bildeten manche dieser Schemata vor gar nicht langer Zeit auch Bestandteile der eigenen Gesellschaft und Kultur. Neben einer Sensibilisierung für den historischen Kontext, in dem wir „Kultur“, Gesellschaft und medizinische Versorgung betrachten müssen, könnte dies darüber hinaus Anregungen bieten, sich mit der Geschichte der Medizin und der Pflege auseinander zu setzen oder einen Anstoß, sich dem Fach der Pflegewissenschaft zuzuwenden.

Für die transkulturelle Pflege steht eine individuelle, dem Geschlecht, dem Alter, der Biografie und Lebenssituation angepasste Pflege im Vordergrund, wobei der allgemeinen Beziehungsarbeit sowohl mit den Patient/innen als auch mit deren Angehörigen ein herausragender Stellenwert zukommt. Etliche Themen, die im Kontext der Pflege von Migrant/innen diskutiert werden, berühren allgemeine Fragen zur Wahrung der Patient/innenrechte (z. B. das Recht auf Religionsausübung, das Recht auf umfassende Information usw.), wodurch letztlich die Sensibilität für eine bedarfs- und patientenorientierte Pflege gefördert wird.

Im Hinblick auf das aktuelle Thema Altern ist ein Blick über den eigenen Tellerrand hinaus in andere Gesellschaften und der dort gepflogene Umgang mit älteren und alten Menschen durchaus empfehlenswert, um die jeweiligen Parameter für ein „good old age“ näher zu beleuchten. Nicht zuletzt können wir vom Umgang der Migrantenfamilien mit Sterben, Tod und Trauer lernen und wichtige Anregungen für die kaum mehr vorhandene eigene „Sterbekultur“ oder etwa eine humane Sterbebegleitung und bessere Trauerverarbeitung gewinnen. Abschließend sei vermerkt, dass gerade im Rahmen einer transkulturellen Pflegephilosophie Immigrant/innen keinesfalls nur aus einer Defizitperspektive wahrgenommen werden sollten. Das heißt im Rahmen von Ausbildungsprogrammen sollte weniger von Problemen und Arbeitsbelastung im Rahmen der Betreuung von „fremden Patient/innen“ die Rede sein, sondern vielmehr deutlich gemacht werden, dass die Begegnung mit scheinbar Fremdem auch als Herausforderung und Chance betrachtet werden kann, festgefahrene Routine in der Pflege neu zu überdenken und einen Prozess der kritischen Selbstreflexion und auf die eigene „Medizin- und Pflegekultur“ in Gang zu setzen. Gerade im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung (nicht nur älterer) Migrant/innen sollten wir daher die Potenziale, Möglichkeiten, Kompetenzen und „Human Resources in der Gruppe der Zuwanderer im Blick behalten.

Literatur

- Abu-Lughod, L. (1991): Writing against Culture. In: Fox, R. (Hrsg.): Recapturing Anthropology. Working in the Present. New Mexico, S. 137-162
- Artschwager-Kay, M. (Hrsg.) (1982): Anthropology of Human Birth. Philadelphia
- Binder-Fritz, Ch. (1996): Whaka Whanau. Geburt und Mutterschaft bei den Maori in Neuseeland. Frankfurt
- Binder-Fritz, Ch. (1997): Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. In: Uzarewicz, Ch./Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin, S. 133-154
- Binder-Fritz, Ch. (1998): Soziokulturelle Aspekte der gynäkologischen Versorgung der weiblichen Maori-Bevölkerung in Neuseeland. In: Föllmer, W. u. a. (Hrsg.): Kulturell gefordert oder medizinisch indiziert? Berlin, S. 231-242
- Binder-Fritz, Ch. (2002): Wechseljahre und Altern bei Maori Frauen in Aotearoa/Neuseeland. In Kosack, G. u. a. (Hrsg.): Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Taunus, S. 131-151
- Binder-Fritz, Ch. (2003 a): Growing old in Aotearoa/New Zealand. Maori Women's Perception of Aging. In: Ferro, K. u. a. (Hrsg.): Gender and Power in the Pacific. Women's Strategies in a World of Change. Band 2. Novara, S. 127-157
- Binder-Fritz, Ch. (2003 b): Gender, Körper und Kultur: Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen In: Lux, T. (Hrsg.): Kulturelle Dimensionen in der Medizin. Grundlagen der Ethnomedizin. (in Druck, erscheint im Herbst 2003)
- Brandenburg, H. (1996): Gesundheitliche Versorgung älterer Migranten. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Alter Baum in fremdem Boden. Migranten altern in der Fremde. Tagung des Deutschen Rotes Kreuzes, Landesverband Berlin. Berlin
- Butler, J. (1995): Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Berlin
- David, M./Borde, T./Yüksel, E. u. a. (Hrsg.) (2000): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M.
- Domenig, D. (Hrsg.) (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern
- Duden, B. (1991): Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Hamburg
- Grottian, G. (1991): Gesundsein und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Frankfurt/M.
- Groth, S. (1997): Patientinnenorientiert und frauengerecht. In: Grundböck, A. u. a. (Hrsg.): Gesundheitsförderung – eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch. Projekte aus Österreich und Deutschland. Wien
- Helman, C. (2000): Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals. London
- Jordan, B. (1978): Birth in four Cultures. A cross-cultural investigation on childbirth in Yukatan, Holland, Sweden and the United States. Montreal
- Kaufert, P. A./Kaufert, G. P. (1986): Women, Menopause, and Medicalization. In: Culture, Medicine and Psychiatry, H. 10, S. 7
- Kleinman, A. M. (1980): Patients and Healers in the Context of Culture. Berkley
- Kosack, G./Krasberg, U. (Hrsg.) (2002): Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Taunus
- Kuntner, L. (1995): Geburtshilfe außerhalb des Krankenhauses in traditionellen Gesellschaften. In: Schiefenhövel, W. u. a. (Hrsg.): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Berlin, S. 127-138

- Kuntner, L. (2001): Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In: Domenig, D. (Hrsg.) (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, S. 361-384
- Kürsat-Ahlers; E. (2000): Migration als psychischer Prozess. In: David, M. u. a. (Hrsg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M.
- Leyer, E. M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen
- Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg.
- Lock, M. (1987): Productivity, Sexuality and Ideologies of Menopausal Problems in Japan. In: Norbeck, E. u. a. (Hrsg.): Health, Illness and Medical Care in Japan. Cultural and Social Dimension. Honolulu
- Martin, E. (1987): The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction. Boston. [Deutsch: (1989): Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Frankfurt/M.]
- Maschewsky-Schneider, U./Fuchs, J. (2000): Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: David, M. u. a. (Hrsg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M., S. 27-42
- Nadig, M. (1986): Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopschoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko. Frankfurt/M.
- Pfleiderer, B. (1991): The Development and Change of Health Research among Migrant Workers in West-Germany. Ideologies and Practices between 1956 and 1986. In: Pfleiderer, B. u. a. (Hrsg.): Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives. Braunschweig, S. 105-118
- Reinprecht, Ch. (1999): Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung. Senior Plus Projekt. Finanziert aus Mitteln der Stadt Wien/MA 47 und der EU/EFRE
- Richters, A. (2002): Die Wechseljahre als bio-kultureller und politischer Prozess. In: Kosack, G. u. a. (Hrsg.): Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Taunus, S. 24-35
- Said, E. W. (1978): Orientalism. London
- Scheper-Hughes, N./Lock, M. (1987): The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly, H. 1, S. 6-41
- Schiefenhövel, W./Sich, D./Gottschalk-Batschkus, Ch. E. (Hrsg.) (1995): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Berlin
- Schücking, B. (1996): Weiße Flecken in der Landschaft. Frauenforschung in der Medizin. In: Mixa, E. u. a. (Hrsg.): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck, S. 229-243
- Sokolovsky, J. (1997): The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives. Westport, Connecticut
- Uzarewicz, Ch./Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin, S. 99-114
- Walter, A. (2000): Demenz. Herausforderung für das Gesundheitssystem. In: Manage med. Forum für ein modernes Gesundheitsmanagement. Wien, S. 10-13
- Zielke-Nadkarni, A. (1997): Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In: Uzarewicz, Ch./Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin, S. 99-114

III. Perspektiven für die interkulturelle Bildung in der Altenpflege

Interkulturelle Bildung für Pflegende

Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland

1. Einleitung

In der deutschen Alten- und Krankenpflege spielt die interkulturelle Bildung bisher eine geringe Rolle und anscheinend zeigt sich hier noch kein dringender Bildungsbedarf. Erst allmählich nehmen Politik und Öffentlichkeit wahr, dass Menschen mit Migrationshintergrund das medizinische und pflegerische Angebot benötigen und dass unser Gesundheitssystem nur unzureichend auf die Bedürfnisse dieser Klienten vorbereitet ist. Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE), das Projekt [iku:] und einige andere Projekte haben auf diesen Bedarf reagiert und entwickeln Maßnahmen zur Förderung der interkulturellen Kompetenz von Mitarbeiter/innen und der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen (Näheres zum Projekt [iku:] siehe Kap. 5). Allerdings verbergen sich zurzeit hinter dem Titel „multikulturell“ oder „inter- oder transkulturell“ sehr unterschiedliche Inhalte und Methoden und der Transfer des wissenschaftlichen Diskurses in Bildungskonzepte erfolgt nur unzureichend. Der nachfolgende Artikel wird einige Kernfragen interkultureller Pflegebildung thematisieren, ohne einen vollständigen Überblick über die Initiativen und Projekte in diesem Bereich geben zu können. Vielmehr soll die Migration als Bildungs- und Lernanlass dargestellt werden, sollen Einblicke in die Fortbildungsdidaktik und die ersten Seminarerfahrungen gewährt werden, um einen Beitrag zum Diskurs über interkulturelle Kompetenz in der Pflege zu leisten.

2. Interkultureller Bildungsbedarf in der Pflege

Der Bildungsbedarf in der Pflege wird in Deutschland an der Zunahme älterer Menschen mit Migrationshintergrund festgemacht. Die Gruppe der über 60-jährigen Personen ausländischer Herkunft wächst schnell an und wird sich voraussichtlich von ca. 624.000 Menschen im Jahre 2000 auf 1,3 Millionen Menschen im Jahr 2010 mehr als verdoppeln (vgl. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002, S. 278). Dieser Personenkreis wird damit zunehmend zu Klienten des Gesundheits- bzw. Pflegesystems und der Altenhilfe, kommen doch die ehemaligen Arbeitseinwanderer und ihre Familien in ein höheres Lebensalter, dass Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher macht. Wenn auch die Situationen in Krankenhäusern, ambulanten Diens-

ten und Pflegeheimen Unterschiede aufweisen mögen, so wird hier doch von einem übergeordneten Fachbereich Pflege gesprochen, der sich theoretisch und praktisch bestimmen lässt.

Die Integration der Menschen mit Migrationshintergrund in das Pflege- und Gesundheitssystem funktioniert nicht reibungslos, denn es zeigen sich abweichend von der deutschen Bevölkerung andere Gesundheits- und Pflegebedürfnisse, andere Erwartungen in Bezug auf die Institutionen und ihrer Professionellen und andere Interpretationen von Krankheit und Therapie. Bereits 1992 stellte eine Studie Probleme heraus, die dem Pflegepersonal in einem Frankfurter Krankenhaus durch die Zunahme ausländischer Patienten begegneten (Gätschenberger 1993). Am häufigsten wurden folgende Probleme benannt:

- Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Patienten, die nicht deutsch sprechen;
- ausländische Patienten bekommen zu viele Besucher;
- Intoleranz deutscher Patienten gegenüber ausländischen Patienten.

Zur besseren Bewältigung dieser Situationen wurden Fortbildungsanstrengungen eingeklagt. Eine Forderung nach Anpassung der Ausländer/innen an deutsche Krankenhausregeln ist offensichtlich nicht problemlösend, denn Vorstellungen, Werte und Normen, die bis dahin nur im privaten Raum fortbestanden, wirken nun in den öffentlichen Bereich Gesundheitssystem hinein.

In der Altenhilfe und -pflege ergeben sich diese Entwicklungen etwas zeitverzögert, denn erst nach und nach zeigt sich der Unterstützungs- und Pflegebedarf der älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Gleichzeitig bestehen Zugangsbarrieren, die einerseits auf das hohe Informationsdefizit über Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten bei den Migrant/innen zurück zu führen sind (siehe W. Schmidt in diesem Band), andererseits Vorbehalte gegen die institutionelle Versorgung älterer Menschen offenbaren. Die Erwartungen an die Familie sind bei Pflegebedürftigen aus eher ländlichem Milieu in der Regel hoch, die Pflege in Heimen ist häufig negativ besetzt und wird als Abschiebung interpretiert. Allerdings lassen die Lebensverhältnisse nicht erwarten, dass die postulierte Familienhilfe tatsächlich die Versorgung garantieren kann, denn die Netzwerke sind ähnlich brüchig wie bei der deutschen Bevölkerung und die Wohnbedingungen nicht alten- oder behindertengerecht. Einige ambulante Dienste haben sich auf den neuen Bedarf eingestellt, zumeist organisiert von Anbietern, die selbst Migrationshintergrund haben, bieten sie transkulturelle (vgl. Cubillos 2001) oder multikulturelle Pflege an und haben damit auch Erfolg bei deutschen Kunden. Im stationären Altenpflegebereich gibt es bisher wenige multikulturelle Projekte (vgl. z. B. Deutsches Rotes Kreuz

2002), die aber inzwischen ihre Innovations- und ihre Existenzfähigkeit unter Beweis gestellt haben.

3. Migration und Globalisierung als Lernanlass in der Pflege

Die Wahrnehmung der neuen Klientengruppen führt zu erhöhter Aufmerksamkeit für Veränderungsprozesse in der Pflege. Da sind zunächst die multikulturellen Teams zu nennen, die gerade in der stationären Altenhilfe verbreitet sind, wenn auch exakte Zahlenangaben zum Pflegepersonal mit Migrationshintergrund nicht vorliegen. Bereits in den siebziger Jahren wurden Krankenschwestern aus Asien zu uns geholt, um Pflegenotstände zu beheben. (vgl. Beneker/Wichtmann 1994). Mit der Öffnung der Grenzen zu den Ländern des europäischen Ostens kam nach 1990 auch Pflegepersonal aus Polen, Russland, Rumänien und dem früheren Jugoslawien zu uns und im größeren Umfang auch in die Altenpflege. In einigen Städten, wie z. B. Frankfurt, gibt es Altenpflegeeinrichtungen mit bis zu 40 % Migrantenanteil am Personal (vgl. Ploch 2002). Diese Entwicklungen verlangen nach interkultureller Kompetenz der Leitungskräfte in der Altenpflege, ebenso wie das bereits für den Bereich der Kinder-, Jugend- und Sozialarbeit formuliert ist. Die Pflege findet heute immer mehr auf einem globalen „Markt“ statt, auf dem sich Menschen als Beschäftigte bewegen und in neuerer Zeit auch als Kunden des Gesundheits- und Pflegesystems. Nationale Grenzen verlieren im Zuge der so genannten Globalisierung an Bedeutung. Dies betrifft auch die Pflege, wie die Internationalisierung des Arbeitsmarkts zeigt. Dabei gibt sich sowohl Zuwanderung nach Deutschland wie auch Abwanderung von Pflegenden z. B. in die Schweiz, Niederlande oder Skandinavien. Dieser Arbeitsmarkt hat bestimmte Besonderheiten, da er in erster Linie Frauen betrifft, die in der Regel ohne Familie kommen, und spezielle Qualifizierungsbedingungen erfüllen müssen. Diese Aspekte können hier aber nicht vertieft werden.

Es entwickelt sich auch zunehmend ein internationaler Gesundheits- und Pflegemarkt, auf dem Patient/innen bzw. Klient/innen Angebote in Anspruch nehmen. In der Medizin werden bestimmte Leistungen (z. B. Zahnbehandlungen, aber auch Transplantationen) in anderen Ländern billiger angeboten und vor allem bei planbaren Eingriffen mit Reiseofferten verbunden. Pflegeangebote werden dort für ältere Menschen interessant, wo das Preis-Leistungsangebot und das Klima attraktiver erscheinen. Deutsche Senioren haben so die balearischen und kanarischen Inseln als Langzeiturlauber für sich entdeckt und einige Anbieter reagieren mit Unterstützungs- und Pflegeangeboten. Die schon seit längerem beobachtbare Segregation der Lebensräume für junge und alte Menschen bekommt damit eine europäische Dimension und vollzieht Entwicklungen nach, die in den USA bei der „weißen“ Mittelschicht schon länger beobachtbar sind.

Internationalisiert werden auch zunehmend die Pflegekonzepte. Mit der Akademisierung der Pflege Anfang der 1990er Jahre in Deutschland wurden die so genannten Pflege-theorien aus den anglophonen Ländern bei uns populär. Die neu entstandenen Studiengänge befassten sich mit humanistischen, interaktionistischen, systemischen und energiefeldbezogenen Ansätzen in der Pflege (vgl. Marriner-Tomey 1992). Damit wurde auch die „transkulturelle Pflege-theorie“ nach Madeleine Leininger (1998) entdeckt, die auf der anthropologischen Wissenschaft, vor allem in der Tradition von Margret Mead, aufbaute und die in der „kulturspezifischen Fürsorge“ (Leininger 1998, S. 70) das umfassende Mittel sah, die professionelle Pflege wissenschaftlich zu verstehen. Dieser Ansatz geriet ebenso wie andere pflegetheoretische Konstruktionen in die Kritik deutscher Pflege-wissenschaft, einerseits aufgrund der entlehnten oftmals überholten theoretischen Implikationen (vgl. Friebe 1999, S. 147 ff.) und andererseits wegen der fehlenden Praxistauglichkeit (Schröck 1997). Doch die Internationalisierung der Pflege setzt sich ungebrochen fort, wenn auch heute stärker Klassifikationssysteme oder Verfahren importiert werden. So sollen die Krankenhäuser nach den australischen DRGs abrechnen und die Altenpflege ihren Personalbedarf nach dem kanadischen Plaisir (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe [KDA] 2000) bestimmen. Die Diskussion um Pflegediagnosen, Assessmentverfahren, Klassifikation der Pflegeinterventionen und der Ergebnisse aus dem Ausland ist in Deutschland zurzeit voll entbrannt. Außerdem werden Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zunehmend interessant für ausländische Investorengruppen. Diese Entwicklungen werden durch die Liberalisierung des Welthandels mit Dienstleistungen weiter gefördert. Im „Allgemeinen Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen“ (GATS) werden grenzüberschreitende Lieferung von Serviceleistungen, Konsum im Ausland, internationaler Finanztransfer und Arbeitsmigration als wesentliche Elemente der Öffnung der Märkte benannt (vgl. Fritz 2003). Diese vier Arten globaler Dienstleistungen kann man bereits heute im Pflege- und Gesundheitsbereich nachweisen.

Bei allen Importen stellt sich stets die Frage der Übernahmemöglichkeit auf deutsche Verhältnisse. Schließlich handelt es sich im Pflege- und Gesundheitsbereich um so genannte Humandienstleistungen, bei denen der gesellschaftliche und kulturgebundene Hintergrund zu berücksichtigen ist. Wie stark sind daher die entwickelten Konzepte und Verfahren an den jeweiligen Entstehungskontext gebunden und führt die Übernahme nicht zur Missachtung der individuellen Bedürfnisse? Diese Frage thematisiert die Bedeutung des Faktors Kultur in der Pflegeinteraktion und damit die Universalität bzw. Spezifität bestimmter Konzepte und deren Bedeutung in der Pflegebildung. Bei ihrer Beantwortung und bei der Gestaltung von Fortbildungskonzepten wird deutlich, dass internationales bzw. globales Lernen und interkulturelles Lernen starke Gemein-

samkeiten haben und als komplementäre Prozesse zu verstehen sind (vgl. Flechsig 1999, S. 210).

4. Interkulturalität im Pflegestudium und der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Migration und Internationalisierung lassen in der Pflege neue Bildungsbedarfe entstehen. Daher müssen für die Pflege entsprechende Bildungsangebote entwickelt werden, die globales und interkulturelles Lernen enthalten. In Deutschland wird damit eine Entwicklung nachvollzogen, die in den Staaten Europas mit kolonialer Geschichte und dem Einwanderungsland USA schon einige Zeit im Gange sind. In den USA gehört die Berücksichtigung der Faktoren „Ethnicity/Culture“ (Ebersole/Hess 1990) zum Standard der gerontologischen Pflege. In Großbritannien ist „Cultural Competence“ inzwischen eine „ausdrückliche Qualitätsanforderung innerhalb der Pflegeausbildung“ (Papadopoulos in diesem Band). In den Niederlanden haben die so genannten nachfrageorientierten „Interkulturalisationsprozesse“ (Booij in diesem Band) nach der Ausbildung nun auch die Altenhilfepraxis erreicht.

Die Student/innen der Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und des Pflegemanagements wurden in Deutschland wissenschaftlich mit der Interkulturalität als Thema ihres Berufsfeldes befasst. Seminare zur transkulturellen Pflege-theorie, zu Migration und Pflege oder zu den internationalen Aspekten der Pflege bilden in einigen Hochschulen (z. B. in den Kooperationspartner des Projektes [iku:] in München, Berlin und Bremen) Schwerpunkte des Pflegestudiums. Im Weiterbildungsbereich wurden in den ersten Projekten stärker die praktischen Probleme der Pflege von Migrantinnen und Migranten zum Anlass für Programme genommen. Das Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung in Darmstadt (1998) hat für die interkulturelle Altenpflege in Deutschland wichtige Pionierarbeit geleistet.

In der Ausbildung nahm sich das neue Altenpflegegesetz des Themas an: Im Stoffverteilungsplan finden sich im Lernfeld „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“ die Punkte „ethniespezifische und interkulturelle Aspekte“ (KDA 2002, S 148). Dies ist ein erheblicher Fortschritt, denn jetzt werden erstmals interkulturelle Bildungsinhalte rechtlich festgeschrieben. Allerdings bleibt zu fragen, ob die Wahl des Begriffes „ethniespezifisch“ gelungen ist, denn im Fokus sollte die interkulturelle Begegnung und mit ihr die Reflexion des Eigenen und Fremden stehen und nicht kultur- oder ethniespezifische Pflege. Dies zeigt, dass die curricularen Orientierungen bisher unklar sind. Ist die interkulturelle Kompetenz eine weite-

re Schlüsselqualifikation oder handelt es sich eher um eine „querliegende“ Kompetenz, die lediglich den Blick auf das Wissen, die Methode und die Person des Professionellen im Gesundheitsbereich verändert? Auch in der Praxisreflexion zeigen sich abweichende Einschätzungen. In Pflegeeinrichtungen werden in der Phase der Informationssammlung Fragen nach dem kulturellen Hintergrund häufig bedeutsam eingeschätzt (vgl. Friebe 2003), während im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses mit älteren Migrant/innen die Anforderungen nicht von denen einer professionellen Pflege abzuweichen scheinen (vgl. Koch-Straube 2001). Dieser Diskurs steht aber erst in den Anfängen und er wird durch unklare Rahmenbedingungen in der Aus- und Weiterbildung im Pflegebereich erschwert.

5. Erfahrungen aus interkulturellen Fortbildungen

Im Projekt „Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege“ [iku:] des DIE wurden Angebote für leitendes und unterrichtendes Pflegepersonal entwickelt und erprobt. Dabei zeigte sich, dass die Erwartungen der Teilnehmer oft auf Hilfestellungen für den „Umgang“ mit Klienten spezieller ausländischer Herkunft bezogen sind. Auf Seiten des Personals wird die Kenntnis bestimmter (kulturspezifischer) Handlungsanweisungen, auf Seiten des Klienten Mitarbeit (Compliance) und Anpassung erwartet. Dies bedeutet aber, dass die konkreten Erwartungen der Pflegenden und der objektiv abgeleitete Bildungsbedarf nicht übereinstimmen. Ein Ansatz interkulturellen Lernens, der die Offenheit und Gegenseitigkeit im Interaktionsprozess betont, irritiert zunächst und kann nicht auf das Handeln in der Praxis bezogen werden. Das führt dazu, dass einige Fortbildungen rezeptologische Wissensvermittlung nicht überwinden und den vordergründigen Erwartungen durch Veranstaltungen z. B. mit dem Titel „Pflege eines türkischen Patienten“ entsprechen. Doch dies führt oft in Sackgassen, da Lebenssituationen vielfältig sind. Erst wenn wichtige Elemente des interkulturellen Lernens wie der Perspektivenwechsel, die Selbstreflexion oder der dynamische Kulturbegriff vermittelt sind, kann die entsprechende Kompetenz als hilfreich im Interaktionsprozess erkannt werden. Dann erleben die Teilnehmenden, dass interkulturelles Lernen „grenzüberschreitendes Lernen“ (vgl. Schäffter 1997, S. 117) ist und weniger auf kulturspezifischem Wissen über den Anderen beruht. Damit befähigt interkulturelles Lernen auch zur Überbrückung anderer Unterschiede, die sich in der Altenpflege allein schon durch das abweichende Lebensalter von Pflegenden und Klienten ergeben.

5.1 Interkulturelle Teambildung

Ein zentrales Thema interkultureller Fortbildung bildet die 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 – Management of diversity). 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.

5.2 Interkulturelles Lernen und Fallarbeit

Im Kontext des interkulturellen Lernens wird dem „hermeneutischen Fallverständnis“ (vgl. Kade 1990, S. 127 ff.) häufig eine besondere Rolle eingeräumt, denn die darin enthaltene prozessuale Sicht verhindert eine starre Einsortierung der Klientensituation und hilft damit neue, diesmal kulturorientierte, Schubladen für menschliches Verhalten zu vermeiden. Damit wird die „reflexive Auseinandersetzung“ (Müller 1998, 274) gefördert. Die Diskussion um eine angemessene Fortbildungsdidaktik fokussiert dabei Fragen der Fallkonstruktion (authentische oder vorstrukturierte Fälle), des Lern- und Lehrarrangements und der Fallinterpretation. Hier soll anhand eines Beispiels von den Erfahrungen mit

Fallarbeit berichtet werden und dazu zunächst eine Situation aus einem Pflegeheim beschrieben werden:

Eine türkische Familie hatte ihre Mutter in der stationären Einrichtung untergebracht. Die erwachsene Tochter, Frau E., wohnte mit ihrer Familie in Holland, der Sohn war Fernfahrer. Die beiden hatten große Schwierigkeiten damit, dass sie ihre Mutter in einem Heim untergebracht hatten. Frau E. äußerte nach relativ kurzer Zeit, sie wolle ihre Mutter wieder aus dem Heim herausholen und bei ihrem Bruder einquartieren, der in der Nachbarschaft der Einrichtung lebte. Ihr Engagement ging soweit, dass sie bereit war, ihre eigene Familie in Holland während der Woche allein zu lassen, um ihre Mutter in Deutschland zu pflegen.

Die Leitung gab ihrem Wunsch zunächst nach, obwohl sie starke Zweifel hegte. Denn die türkische Seniorin war demenz, wog 100 kg und war der Pflegestufe 3 zugeordnet. Die Bewohnerin zog also von der Einrichtung in die Wohnung ihres Sohnes. Frau E. pflegte sie dort während der Woche, ihr Bruder am Wochenende. Die Familie war nach Angaben der Leitung auch zu stolz, die Hilfsangebote der Einrichtung anzunehmen. Diese Lösung funktionierte allerdings schlecht, und nach drei Monaten bat Frau E. wiederum um die Aufnahme ihrer Mutter im Heim.

Ergebnis: Heute wohnt die türkische Seniorin wieder in der Einrichtung. Jedes Jahr fährt sie mit ihrer Familie für vier Wochen zusammen in die Türkei.

Interpretation der Leitung: Es war wichtig, der Familie den Selbst-Versuch einzuräumen.

Zunächst sollen einige Interpretationen aus pflegefachlicher Sicht vorgestellt werden: Das Beispiel zeigt die Beteiligten, die Angehörigen und die Pflegeeinrichtung in einem positiven Licht, denn die Angehörigen erweisen sich als sehr bemüht, ihrer pflegebedürftigen Mutter eine angemessene Versorgung zu gewährleisten und die Einrichtung zeigt sich flexibel im Umgang mit den Wünschen der Angehörigen. Dieses Beispiel entstammt Interviews in einem deutschen modellhaften Pflegeheim (Interviewerin N. Kümpel, DIE 2003) und ist somit authentisch, doch wären vielerorts auch weniger positive Verläufe denkbar.

Der erste Frage im interkulturellen Lernprozess thematisiert die Verallgemeinerbarkeit der Situation, wobei sich häufig zeigt, dass in Altenheimen bisher wenig Erfahrungen mit Migrant/innen vorliegen. Sodann lassen sich einige Inhalte aus dem Beispiel ableiten: Welche Rolle kann die Familie bei der Pflege eines älteren Menschen einnehmen? Da es sich um eine türkische Pflegebedürftige 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. Außerdem sind die geschlechtlichen Rollenverteilungen zu beachten. Die Pflege in Heimen ist häufig negativ besetzt und wird als Abschiebung interpretiert. Doch lassen die Wohn- und Lebensbedingungen von türkischen Familien in Deutschland oder Holland eine entsprechende Familienpflege oft nicht zu, einmal abgesehen von der Frage, ob

die in der Regel mit der Pflege betrauten Frauen diese Hilfe leisten können und wollen.

Der Hinweis auf die Demenz der Frau weist auf ein weiteres Problem hin: 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. 52 ff.). Das Verständnis für psychische Erkrankungen kann bei Angehörigen aus eher ländlich-traditionellen Gesellschaften mit dem der modernen Gerontopsychiatrie und ihrer Behandlungsmethoden nicht übereinstimmen. Wenn Somatisierungen und Erklärungen für Krankheit aus dem Bereich der Magie vorkommen, ist eine angemessene Pflege durch die Familie außerordentlich erschwert. Die Pflegeeinrichtung steht aber ebenso vor erheblichen Problemen: 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. Eine weitere Dimension bei der Interpretation des Beispiels ergibt sich, wenn man unterstellt, dass die Familie erst nach dem Versuch der Familienpflege die Aufnahme in das Altenheim akzeptieren konnte. Hätte das Heim der Entlassung nicht zugestimmt – oder gar rechtlich verhindert und damit Macht ausgeübt – so wäre vermutlich keine Konsensvereinbarung möglich gewesen, was das Schicksal der älteren Frau noch erschwert hätte. Die Vereinbarungen mit den Angehörigen sind aber für die Pflegeeinrichtung zentral in Bezug auf die erhaltende bzw. aktivierenden Maßnahmen oder günstige Besuchsregelungen. Die Interpretation des Beispiels weist auf bestimmte soziokulturelle Faktoren hin, die im Gesundheitsbereich von großer Bedeutung sind:

- die Interaktion zwischen professionellen Helfern und dem Pflegebedürftigen und kranken Klienten ist zentral im Hilfeprozess;
- Sprache und Kommunikation sind die wichtigsten Mittel;
- kulturelle Differenzen gibt es in den Bereichen Normen und Werte, Alter und Familienvorstellungen, Religion etc.;
- 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 Aufzählung dieser Gesichtspunkte ist nicht vollständig, zeigt aber, dass interkulturelle Fortbildungen zu bestimmten Inhalten Hintergrundinformationen vermitteln müssen und gleichzeitig neugierig auf die Interpretation machen sollen. Was bedeutet es z. B. wenn, anders als in der deutschen Auffassung, ein so zentrales Element wie das Blut bei Menschen aus der Türkei schmerzempfindlich ist? Dahinter könnte sich eine ganzheitliche Wahrnehmung des Körpers verbergen, die uns zu der Frage bringt, welche Bedeutung unser mechanisches (cartesianisches) Körperverständnis für die Erklärung von Schmerz und Krankheit hat.

5.3 Interkulturelles Lernen im Pflegeprozess

Die Interpretation des konkreten Unterstützungsbedarfs folgt sowohl subjektorientierten wie strukturellen Bedingungen. Die Begriffe Kultur, Biografie und Gesellschaft können auf der Folie der jeweiligen Bezugswissenschaft reflektiert werden. Dabei lösen sich die entdeckten Dimensionen nicht im Pflegeprozess auf, sondern spiegeln stets die interkulturelle Perspektive in der Situation. So können z. B. standardisierte kultursensible Beobachtungsinstrumente bei der Informationssammlung hilfreich sein, wenn sie nicht das individuelle Gespräch mit dem Pflegebedürftigen ersetzen (vgl. Friebe 2003). Bei der Maßnahmenplanung sind Gewohnheiten und subjektive Bedürfnisse, die sich aus der Herkunft des Klienten und seiner Familie ergeben, zu beachten. Bei der Pflegedurchführung sind möglicherweise Mitarbeiter mit Migrationserfahrung zu beteiligen und die Beurteilung des Erfolges der Pflege berücksichtigt die Zufriedenheit des Klienten sowie interkulturelle Standards. Mit diesen Überlegungen sind wir im Kern des interkulturellen Lernens im Bereich Gesundheit und Krankheit angekommen, denn wir lernen nun an den Fragen eigener und fremder Wahrnehmung, des Umgangs mit Differenzen oder Grenzen, der Suche nach Gemeinsamkeiten und der Aushandlung von Vereinbarungen im Interaktions- und Pflegeprozess. Interkulturelles Lernen ist selbst auch als Prozess zu verstehen, der durch Bildungsmaßnahmen angestoßen wird, aber nicht kurzfristig abgeschlossen werden kann. Es geht auch nicht darum, möglichst viele Informationen über andere Kulturen und ihren Pflegehandlungen zu sammeln (hier irrte die amerikanische Pflege-theoretikerin M. Leininger), sondern über die Beschäftigung mit dem Anderen, das eigene Verhalten und die Begegnung mit anderen Menschen besser zu verstehen und zu gestalten. Die Reflexion des Fallbeispiels, auf der Grundlage der gesellschaftlichen und individuellen Anteile der Situation, führt die Lerngruppe zu allgemein akzeptierten Deutungen und auf die Spur dahinter liegender Kulturkonzepte. „Für unseren Gegenstand ‚Deutungsmuster als Indikatoren von Kulturkonzepten‘ bedeutet das, der Art und Ebene der gesellschaftlichen Vermittlung, ihrer Manifestation und Anwendung besondere Aufmerksamkeit zu schenken“ (Dornheim in diesem Band). Interkulturelle Lernprozesse können dann

in Bezug auf ihre Anschlussfähigkeit zu den pflegewissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskursen (z. B. der Rassismusdebatte) überprüft, und der Rahmen für professionelles Handeln kann abgesteckt werden.

Besondere Bedeutung kommt im Pflegeprozess mit Migrantinnen und Migranten der Kommunikation zu. Die Ergebnisse der Wahrnehmungs- und Kommunikationspsychologie bieten wichtige Inhalte und Hilfen für die Gestaltung des Dialoges (vgl. Visser/de Jong 2002). Interkulturelles Lernen betont die Einflussfaktoren in der Kommunikation und analysiert die Quellen für Missverständnisse, einschließlich der Probleme bei Übersetzungen und Interpretationen.

6. Persönliche Kompetenz und institutionelle Struktur

In interkulturellen Fortbildungen wird die Beziehung von personengebundener Kompetenz und organisationsbezogener Handlungsräume thematisiert. Viele Probleme erweisen sich als sehr komplex und sind allein durch die Kompetenz der Pflegenden nicht zu lösen. So können z. B. Sprachprobleme nicht überbrückt werden, wenn entsprechende Kommunikationshilfen oder Dolmetscherdienste nicht zur Verfügung stehen. Manchmal können die unterschiedlichen Erwartungen über die Häufigkeit und Menge von Krankenbesuchen nicht vermittelt werden, abweichende Bedürfnisse in Bezug auf eine gesunde Kost lassen sich nicht vereinbaren oder religiöse Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt. Es ist offensichtlich nicht ausreichend, dass nur der Mitarbeiter interkulturell qualifiziert wird, auch die Einrichtung muss sich einem Organisationsentwicklungsprozess der interkulturellen Öffnung unterziehen. Einrichtungen agieren in Gemeinwesen, die ihrerseits viele Ressourcen verbergen und über Partnerschaften, z. B. mit Migrantenorganisationen, zur Geltung gebracht werden können. Dies trifft im Übrigen nicht nur auf die Pflege- und Gesundheitseinrichtungen zu, sondern ebenso auch auf die Aus- und Weiterbildungsinstitute.

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 Mitarbeiter/innen fortentwickelt. Die Verkoppelung von Maßnahmen der interkulturellen Organisationsentwicklung und Personalentwicklung 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.

Mit der Betonung des Kompetenzbegriffes hat sich das Leitbild in der Aus- und Weiterbildung der Pflege verändert. Lehrende entfernen sich von der Frage „welche Lerninhalte will ich vermitteln?“ und fragen nun „welche Kompetenzen sollen das Ergebnis von Lern- und Bildungsprozessen sein?“ (vgl. BLK 2002) Damit erweitern sich die Ziele der Weiterbildungsmaßnahme durch eine stärkere Orientierung an den Arbeitsprozessen. Die Curricula müssen neu strukturiert werden und wenden sich alternativen Konzepten zu, z. B. der Modularisierung und der Lernfeldorientierung. Die Frage der Einbettung der Interkulturalität in Curricula und ihre Bewertung ist damit noch nicht geklärt. Hier stehen die notwendigen kontinuierlichen Entwicklungsprozesse erst am Anfang. Die Lernfelder könnten sich auf die Migrationsentwicklungen, den Kulturbegriff und auf die interkulturelle Pflege beziehen. Mittels Fallarbeit sollte die interkulturelle Begegnung in der Lerngruppe, im Pfllegeteam und mit Klient/innen in Bezug auf ihre Konflikte und deren Lösungen untersucht werden.

Interkulturelle Fortbildungen setzen dabei stark auf die Förderung reflexiver und empathischer Kompetenz. Dies könnte den Eindruck erwecken, als würden die kognitiven pflegefachlichen Inhalte nachrangig sein. Dies trifft nicht zu, denn anhand der Arbeit mit Fallsituationen werden zentrale Aspekte der Pflege, z. B. des Pflegeprozessmodells, unter der interkulturellen Perspektive untersucht. Dabei werden die zugrunde liegenden Inhalte aufgefrischt, ergänzt und im Weiterbildungsdiskurs aktualisiert. Auf der Grundlage der interkulturellen Pädagogik werden kognitive Lehrinhalte mit Übungen, Trainings und Simulationen kombiniert, die eher „konstruktives“ Lernen ermöglichen soll. Die Teilnehmenden sind hier nicht Objekte des Lernens, sondern „sie werden als Subjekte ihrer Lernprozesse wahrgenommen“ (Giesecke 2001, S. 57).

In den letzten Jahren hat die Zahl der Weiterbildungsaktivitäten und Projekte zur Interkulturalität im Berufsfeld Pflege und Gesundheit zugenommen. Allerdings besteht noch eine gewisse Unklarheit über die Fortbildungskonzepte und Inhalte, die sich noch immer zwischen den Polen Kulturrelativismus und Universalismus bewegen. Auch finden sich immer wieder die sogenannten „Kulturstandards“ (Hofstede 1980), die vorgeben, dass es über Landesgrenzen hinweg bestimmte kulturelle Dimensionen gibt, deren Kenntnis den Umgang und die Kommunikation in der interkulturellen Begegnung erleichtern. Dieser Ansatz erscheint einseitig kognitiv und kulturalisierend. Allgemein wird heute die interkulturelle Kompetenz sowohl an Kenntnisse wie an persönliche Haltung und Selbstreflexivität gekoppelt. Der aktuelle Diskurs (wie ihn etwa G. Auernheimer 2002 beschreibt, siehe auch Zalucki in diesem Band) orientiert sich stärker an der Idee einer Kompetenz, die sich im konkreten Prozess der Interaktion konstituiert und die Fremdheitserfahrungen und strukturelle Ungleichheiten re-

flektiert. Interkulturell kompetentes Handeln stellt sich dabei als ein kontinuierlicher Lernprozess dar, der die Schlüsselkompetenzen professionellen Handelns sinnvoll ergänzt. Für die Pflege besteht hier wissenschaftlicher Forschungsbedarf, denn aktuelle Konzepte, Inhalte und Bildungsbedarfe im beschriebenen Feld müssen noch weiter untersucht werden. Für den Transfer interkultureller Bildung käme es darauf an, dem Thema den Charakter des Speziellen zu nehmen und unterschiedliche Herkunft, andere soziokulturelle Faktoren und Handlungen als „normal“ in einer globalisierten Gesellschaft zu verstehen, dies zu wollen und als Bereicherung zu empfinden. Dies wird unter anderem dann gelungen sein, wenn interkulturelles Lernen Bestandteil jedes Weiterbildungsprogramms zur Qualitätsentwicklung geworden ist und die Frage der Relevanz des Themas gegenstandslos geworden ist.

Literatur

- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Für eine Kultursensible Altenpflege. Köln
- Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung (1998): Angeworben, Hiergeblieben, Altgeworden, NOW- Projekt, Elisabethenstift Darmstadt
- Auernheimer, G. (2002): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Opladen
- Beneker, H./Wichtmann, E. (1994): Grenzüberschreitende Dienstpläne. Frankfurt
- Berg, G. (2000): Migranten. In: Schwartz, F. W. u. a. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München
- Bund-Länder-Kommission (BLK) (2002): Handreichung zur Modularisierung und Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen. Bonn
- Collatz, J. (2001): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann T./Salman R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn
- Cubillos, F. A. (2001): Kultursensible Pflege – ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten. In: Kollak, I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Frankfurt/M.
- Deutsches Rotes Kreuz (2002): Multikulturelles Seniorenheim „Haus am Sandberg“. www.drk-nordrhein.net
- Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (2003): CD – Fortbildungsmaterialien. Bonn
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002): Bericht 2002. Berlin
- Ebersole, P./Hess, P. (1990): Toward healthy Aging. St. Louis
- Flechsig, K. H. (1999): Methoden interkulturellen Trainings. In: Gemende, M./Schröer, W./Sting, S. (Hrsg.): Zwischen den Kulturen. Weinheim
- Friebe, J. (1999): System. In: Kollak, I. (Hrsg.): Pflege theoretische Grundbegriffe. Bern
- Friebe, J. (2003): Standardisierte Verfahren beim kultursensiblen Pflegeassessment? In: Pflege und Gesellschaft, H. 1
- Fritz, Th. (2003): Die letzte Grenze, GATS: Die Dienstleistungsverhandlungen in der WTO. Berlin
- Gätschenberger, G. (1993): Pflege von Patienten aus verschiedenen Kulturen. In: Deutsche Krankenpflege Zeitschrift, H. 8
- Giesecke, W. (2001): Erwachsenenpädagogische Prämissen für die Ausbildung. In: Sieger, M. (Hrsg.): Pflegepädagogik. Bern

- Haasen, C. (2000): Kultur und Psychopathologie. In: Haasen, C./Yagdiran, O. (Hrsg.): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg
- Hofstede, G. (1980): Culture's consequences: International differences in work-related values. Newbury Park
- Kade, S. (1990): Handlungshermeneutik. Bad Heilbronn
- Koch-Straube, U. (2001): MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2000): Wieviel Personal braucht die Pflege – zur Planung erforderlicher Pflege mit dem Plaisir Verfahren. In: Pro Alter, H. 3
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Köln
- Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg
- Marriner-Tomey, A. (1992): Pflegeetheoretikerinnen und ihr Werk. Basel
- Müller, K. R. (1998): Erfahrung und Reflexion, „Fallarbeit“ als Erwachsenenbildungskonzept. In: Grundlagen der Weiterbildung (GdWZ)
- Ploch, B. (2002): Beschäftigung von MigrantInnen in der Altenpflege – Frankfurt am Main als Beispiel, Expertise, CD Fortbildungsmaterialien. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn
- Schäffter, O. (1997): Das Fremde als Lernanlaß. In: Brüdel, R. (Hrsg.): Erwachsenenbildung in der Moderne. Opladen
- Schröck, R. (1997): Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflege-theorien für die Entwicklung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Dr. med. Mabuse, H. 107, S. 39-45
- Visser, M./de Jong, A. (2002): Kultursensitiv pflegen. München

Interkulturelle Fortbildung in der Altenpflege

Überlegungen zur künftigen Konzeptentwicklung

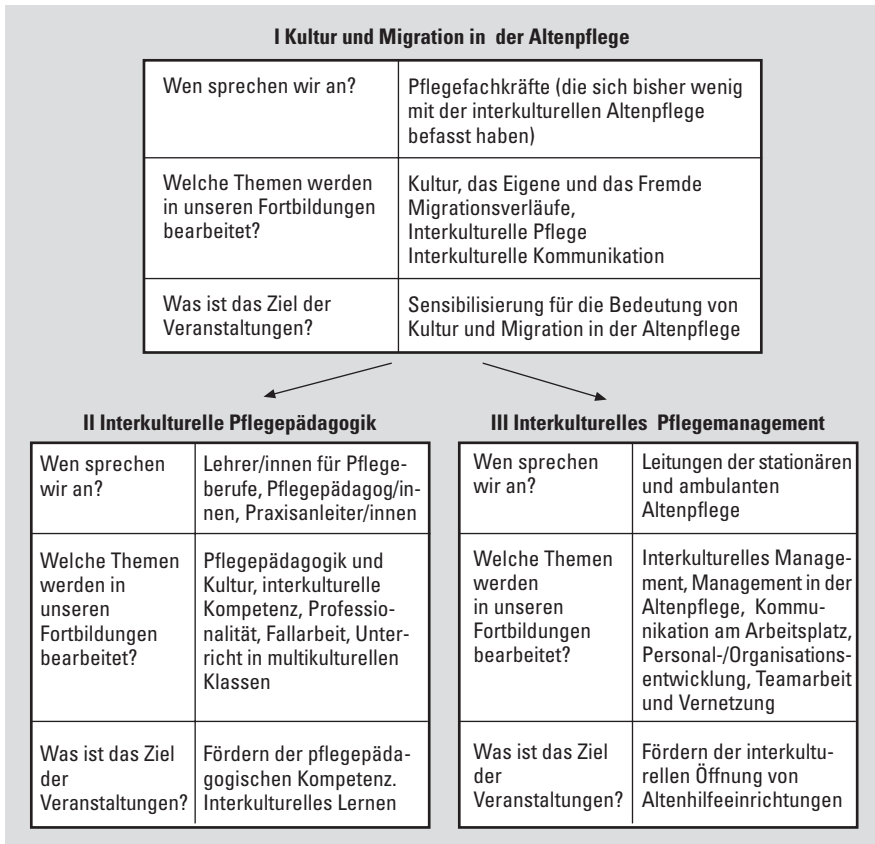
1. Einleitung

Im Jahr 1998 endete das Projekt „Berufliche Bildung für Migrant/innen“ (BBM) des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE). Die Projektergebnisse ergaben unter anderem, dass die Teilnehmenden aus den berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen verstärktes Interesse am Altenpflegeberuf zeigten. Daraus wurde ein Bedarf an interkultureller Bildung für lehrendes und disponierendes Personal in der Altenpflege abgeleitet, was zur Konzeption des Projekts Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege [iku:] führte. Im Jahr 2000 konnte das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt mit einer Laufzeit von drei Jahren an den Start gehen.

2. Einblick: Fortbildungskonzepte und -materialien

Um die Zielgruppen Lehr- und Leitungskräfte der Altenpflege zu erreichen, wurden Kooperationen mit Bildungseinrichtungen der Pflege vereinbart. Schon bei der Suche nach Partner/innen zeigte sich die gesamte Heterogenität der bundesdeutschen Pflegelandschaft: Um leitendes und lehrendes Personal zu erreichen, wurden sowohl Fachhochschulen mit den entsprechenden Pflegestudiengängen als auch „klassische“ Weiterbildungsorganisationen einbezogen. Es galt nun, Fortbildungskonzepte zu entwickeln, die sich einerseits in die Studiengänge und andererseits in Weiterbildungen integrieren lassen. Gleichzeitig sollten über die Bildungseinrichtungen und durch die Aufnahme der Module in das laufende Fortbildungsprogramm Pflegemanager/innen und -lehrer/innen in der Praxis erreicht werden. Ein weiterer Schritt der Konzeptentwicklung bestand in der Einbeziehung bereits bestehender Erfahrungen in der interkulturellen Weiterbildung von Pflegepersonal, respektive Altenpflegepersonal. Daher wurden für die Entwicklung der einzelnen Module jeweils interdisziplinäre Arbeitskreise bestehend aus Vertreterinnen der Pflegeweiterbildung und Personen mit Erfahrungen in interkultureller Bildung gebildet, die erste Entwürfe zur Erprobung verfassten. Folgende Module, die einen zeitlichen Rahmen von jeweils 16 Unterrichtsstunden umfassen, wurden entwickelt (siehe Abbildung 1):

Abbildung 1: Struktur der Fortbildungsmodule



Modul I Kultur und Migration in der Altenpflege dient für alle Zielgruppen zur Einführung in die Thematik. Es entstand vor dem Hintergrund, den Lehrenden in der Altenpflege ein Konzept an die Hand zu geben, das sich auch für den Einsatz in der Ausbildung eignet. Inzwischen bestehen konkrete Anschlussmöglichkeiten an die bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung, die im Sommer 2003 in Kraft treten wird. Darin sind im Lernfeld „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“ (insgesamt 120 Stunden) (Kuratorium Deutsche Altershilfe [KDA] 2002, S. 145 ff.) „ethniespezifische und interkulturelle Aspekte“ (ebd., S. 148) als Unterrichtsthemen vorgesehen. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass im Projekt [iku:] keine ethniespezifische oder kulturspezifische Inhalte vermittelt werden, da sie auf einen statischen Kultur- und Ethnizitätsbegriff zu-

rückzuführen sind, der nicht der Realität einer pluralen (Einwanderungs-)Gesellschaft entspricht (siehe hierzu auch Uzarewicz und Dornheim in diesem Band).

Auf der kognitiven Ebene bietet Modul I Input zu den Themen Kultur und Migration sowie Kommunikation und theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. Diese Inhalte werden anhand der beruflichen Praxis und der bestehenden Erfahrungen reflektiert. Dabei werden authentische Fälle aus der beruflichen Praxis der Teilnehmenden oder Beispiele aus der im Projekt erstellten Fallsammlungen (siehe die dem Buch beiliegende CD-ROM) in Form von Rollenspielen oder auch in Form von strukturierter Fallarbeit analysiert. Wichtig ist dabei, die Perspektive nicht nur eindimensional auf die Interaktion zwischen „deutschen“ Pflegenden und „ausländischer“ Klientel zu richten, sondern auch „multikulturelle“ Teams als einen Aspekt interkultureller Pflege wahrzunehmen.

Dieser Ansatz findet sich in *Modul II Interkulturelle Pflegepädagogik* wieder. Nicht nur das Unterrichten von relevanten Inhalten bezüglich der Pflegeinteraktion wird thematisiert, sondern auch das Unterrichten in „multikulturellen“ Settings. Der Aspekt der Selbstbezüglichkeit spielt hier, was die Inhalte, aber auch die Verwendung der Methoden betrifft, eine zentrale Rolle. Auf längere Sicht sollen die Lehrenden der Pflege dazu befähigt werden, Unterrichtskonzepte zur trans-/interkulturellen Pflege inhaltlich und methodisch anhand der eigenen Erfahrungen mit Modul II selbst zu gestalten. Allerdings sprengt diese Anforderung den Rahmen eines zweitägigen Seminars und wäre als nächster Schritt anzuvisieren. Das Modul Interkulturelle Pflegepädagogik kann hier erste Impulse setzen.

Modul III Interkulturelles Pflegemanagement richtet sich an die heterogene Gruppe der Leitungskräfte in der Altenpflege. Die Zielgruppe differenziert sich nicht nur nach ambulanten oder stationären Einrichtungen aus, sondern auch in ihrer Funktion. Beispielhaft genannt werden können hier Pflegedienst-, Heim- und Wohnbereichsleitungen, PflegemanagerInnen (FH) bzw. Teilnehmende, die sich aktuell in einer Weiterbildung bzw. im Studium befinden. In diesem Konzept sollen die Aspekte einer interkulturellen Pflege im Zusammenhang mit Organisations- und Personalentwicklungselementen anhand von bestehenden Modellprojekten betrachtet werden. Neben interkultureller Pflege steht der Begriff der interkulturellen Öffnung (IKÖ) im Zentrum der Veranstaltung, da nur in einer interkulturell geöffneten Einrichtung das Personal (und hier ist das gesamte Personal gemeint) dabei unterstützt wird, seine Kompetenzen einzusetzen und weiter zu entwickeln.

Die Fortbildungskonzepte und weitere Materialien wie eine kommentierte Literaturliste, Statistiken, Fallsammlungen u. a. befinden sich auf der CD-ROM, die dieser Publikation beigelegt ist.

3. Bildungsziel: Anbahnung interkultureller Kompetenz

Als Bildungsziel aller drei Module kann die *Anbahnung* einer interkulturellen Kompetenz bezeichnet werden. Bewusst wurde hier Abstand genommen vom Ziel des *Kompetenzerwerbs*, da dieses in Anbetracht der Kürze der Seminare (jeweils 16 Stunden) nicht erreicht werden kann. Mittels der Fortbildungen sollen die Zielgruppen für die Bedeutung von Kultur und Migration in ihrem jeweiligen Tätigkeitsfeld in der Altenpflege sensibilisiert werden. Der Vielzahl der bestehenden Definitionen und Deskriptionen interkultureller Kompetenz soll an dieser Stelle keine weitere hinzugefügt werden. Stattdessen wird im Folgenden ein kleiner, nicht den Anspruch der Vollständigkeit erhebender Exkurs in das Feld der interkulturellen Kompetenz unternommen.

3.1 Interkulturelle Kompetenz – ein Exkurs

In der Literatur der vergangenen Jahre ist eine deutliche Inflation der Definition von interkultureller Kompetenz zu verzeichnen. Die Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff (siehe hierzu auch Dornheim und Uzarewicz in diesem Band) hat die Bandbreite der Definitionen scheinbar vergrößert. Neben Beschreibungen *inter-* und *transkultureller* Kompetenz, existieren Konzepte basierend auf einer Vorstellung von *Kultursensibilität* (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/KDA 2002), aber auch Modelle *kultureller* Kompetenz (siehe Papadopoulos in diesem Band). Bei genauerer Betrachtung gleichen sich die Definitionen in der Deskription einzelner Kompetenzbestandteile. Soziale und Persönlichkeitskompetenzen wie Interaktionsfreudigkeit, Stresstoleranz, Ambiguitätstoleranz, Empathie, Selbstreflexivität etc. werden in Bezug gesetzt zu einem Verständnis von Kultur, das in so genannten „kulturellen Überschneidungssituationen“ (Breitkopf/Schweitzer 2000, S. 42; Kinast 1998, S. 5) von Bedeutung ist.

Kritiker/innen werfen dem Konzept von *Interkulturalität* vor, die Differenz der Akteur/innen in diesen Überschneidungssituationen zu betonen und so der Entwicklung von gemeinsamen Handlungsstrategien entgegenzuwirken. Der dabei zugrunde gelegte Kulturbegriff impliziert die Existenz von in sich abgeschlossenen Kulturen. Als Lösung wird der Begriff der *Transkulturalität* im Verständnis von Wolfgang Welsch eingeführt, der dazu dienen soll, kulturelle Grenzen zu überwinden indem nicht Differenzen im Vordergrund stehen, sondern Gemeinsamkeiten der Protagonist/innen gesucht werden (vgl. auch Dornheim

und Uzarewicz in diesem Band). Die Schweizerin Dagmar Domenig hat ihrem Kompetenzkonzept den Begriff der Transkulturalität zu Grunde gelegt, wie er von Welsch vertreten wird (siehe hierzu ausführlich Uzarewicz in diesem Band). Obwohl die dem Transkulturalitätsbegriff immanente Subjektzentriertheit sich in den von ihr benannten Säulen der transkulturellen Kompetenz (Empathie, Selbstreflexivität, Wissen und Erfahrung) widerspiegelt, hebt Domenig die Relevanz einer flankierenden transkulturellen Organisationsentwicklung hervor (vgl. Domenig 2001, S. 148 ff.) und geht somit über eine bloße Beschreibung von individuellen Kompetenzmerkmalen hinaus. Bei genauerer Betrachtung beläuft sich die Unterscheidung von trans- und interkultureller Kompetenz bzw. Organisations- und Personalentwicklung jedoch lediglich auf die Verwendung unterschiedlicher Kulturbegriffe.

Der Begriff *kultureller* Kompetenz, wie er in dem Konzept von Irena Papadopoulou u. a. (siehe Papadopoulou in diesem Band) Anwendung findet, steht in der Tradition Madeleine Leiningers, deren Modell von Transkultureller Pflege in Deutschland wegen seiner kulturalisierenden und stereotypisierenden Auswüchse stark kritisiert wird. Papadopoulou u. a. legen ihrem Modell im Gegensatz zu Leininger einen dynamischen Kulturbegriff zugrunde. Insgesamt betrachtet unterscheidet sich die von Papadopoulou u. a. beschriebene kulturelle Kompetenz nicht wesentlich von anderen Definitionen inter-/transkultureller Kompetenz. Ein besonderes Merkmal in diesem Modell ist jedoch, dass über den Erwerb von einer *allgemeinen* kulturellen Kompetenz hinausgegangen wird und als nächst höhere Stufe eine *spezifische* kulturelle Kompetenz erworben werden kann. Um der in Leiningers Transkultureller Pflege immanenten Stereotypisierung und Kulturalisierung pflegerischer Interaktionen vorzubeugen, werden „kulturspezifische Themen“ erst nach der Phase der Entwicklung einer allgemeinen kulturellen Kompetenz zu Bildungsinhalten. Papadopoulou verweist darauf, dass das Kompetenzmodell in Anlehnung an Patricia Benner's Stufen der Pflegekompetenz „vom Neuling zum Experten“ (vgl. Olbrich 1999, S. 119 ff.) entstanden ist. Das Modell hat eine aktuelle Erweiterung erfahren, indem Faktoren benannt werden, die sowohl die Kompetenzentwicklung als auch die Performance beeinflussen. Diese Erweiterung ist als positiv zu bewerten, denn neben dem Verweis auf hemmende bzw. fördernde Strukturen (Gesellschaft, Institutionen, Familien), wird das zugrunde gelegte Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Individuum und Kultur, Fürsorge (Care) und Pflege dargelegt.

Kritische Definitionen interkultureller Kompetenz, wie sie in Deutschland verbreitet sind, beschränken sich in der Darstellung von Einflussfaktoren auf den Verweis auf die Bedeutung der strukturellen Bedingungen (Organisation/Institution). Breitkopf und Schweitzer (2000, S. 44 ff.) etwa unterscheiden

zwischen individueller und systemischer interkultureller Kompetenz. Ähnlich ist der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/KDA 2002) vorgegangen. Zwar findet sich in der veröffentlichten Handreichung keine stringente Definition interkultureller Kompetenz, doch sind aus den einzelnen Kapiteln Kompetenzmerkmale abzulesen, die sich nicht nur auf persönliche Kompetenzen der Pflegekräfte beziehen, sondern ausdrücklich institutionelle *und* gesellschaftliche Erfordernisse für die Umsetzung einer *kultursensiblen Altenpflege* formulieren. Welche Problematiken mit Konzepten von interkultureller Kompetenz verbunden sind, zeigt der Pädagoge Georg Auernheimer (2002). So stellt er sich etwa die wichtige Frage nach der Bereichsspezifität interkultureller Kompetenz (ebd., S. 201). Ich denke, die Spezifik ergibt sich in der Weiterbildung zum einen in der Auswahl der Zielgruppe, zum anderen aus dem Design der jeweiligen Bildungskonzepte. Werden sie im Sinne einer erfahrungsbezogenen Didaktik entwickelt, können die Teilnehmenden bereits im Verlauf der Fortbildung ihre berufliche Praxis überprüfen und das spezifisch Inter-/Transkulturelle erkennen.

Obige Ausführungen haben gezeigt, was auch Monika Habermann (2003, S. 14) schon formulierte: Die derzeitige Debatte um interkulturelle Kompetenz im deutschsprachigen Raum wird fast ausschließlich um den implizierten Kulturbegriff geführt. Auf der operationalen Ebene sind wenig Fortschritte erzielt worden, wie die Ähnlichkeiten der Definitionen bzw. Deskriptionen interkultureller Kompetenz zeigen. Trotz aller Skepsis und Einwände halte ich die Herausbildung/Entwicklung von inter-/transkultureller Kompetenz in ihren jeweiligen Bezügen für bedeutsam. Sie ist als eine Form von „nachholender Entwicklung“ zu betrachten in einer Gesellschaft, die sich längst durch eine Vielfalt an Lebenspraxen auszeichnet, deren Pluralität jedoch von offizieller Seite noch nicht in ausreichendem Maße anerkannt wird. Deshalb sind kognitive Anteile zu „Kultur“ und „Migration“ in inter-/transkulturellen Bildungsmaßnahmen vonnöten, um den Blick für diese „Phänomene“ im gesellschaftlichen Miteinander und auf der beruflichen Ebene zu schärfen. Interkulturelle Bildung trägt noch häufig die Zeichen der defizitorientierten Ausländerpädagogik. Schiffauer (1997, S. 45 ff.) diagnostiziert der deutschen Gesellschaft ein Mangel an Vertrauen in die Integrationsfähigkeit von Individuen in die Allgemeinheit. Diesem Misstrauen besteht insbesondere gegenüber „Fremden“. Ihm wird mit pädagogischen Maßnahmen begegnet. In diesem Zusammenhang stellt interkulturelle Bildung eine flankierende Maßnahme zur Anpassung von Zugewanderten an die deutsche Zivilgesellschaft dar. Interkulturelle Seminare laufen so Gefahr, ausschließlich zu *monokulturellen* Veranstaltungen für die Zielgruppe der Zugewanderten zu werden. Gleichzeitig lässt sich ein weiterer Trend in die entgegengesetzte Richtung ablesen. Seit Interkulturalität besonders in der Weiterbildung im sozia-

len und pflegerischen Bereich boomt, finden Seminare häufig ausschließlich mit Teilnehmenden der deutschen Mehrheitsgesellschaft statt. In dieser Konstellation lauert die Gefahr der bloßen Vermittlung von Wissen *über* Migrantinnen und Migranten. Ein im strikten Sinne des Wortes *inter-/transkulturelles* Lernen kann nur im Dialog zwischen Vertreter/innen der Mehr- und Minderheiten stattfinden. Die Konzeption solcher „Cross-culture“-Seminare (Brüning 2003, S. 25) ist eine Herausforderung, der sich die Pflege stellen sollte. Die Lernform des „zivilen Dialogs“ (ebd., S. 19) birgt die Chance, den machtvollen Diskurs um Interkulturalität nicht auf der Ebene des „Redens über“ sondern auf die Ebene des „Verhandelns miteinander“ zu bringen.

Weiterhin ist der Diskurs um interkulturelle Kompetenz in die Professionalisierungsdebatte der Pflege, die ja auch eine Debatte um die Pflegekompetenz ist, einzubeziehen (vgl. Habermann 2003, S. 14). Anschlussmöglichkeiten bietet hier etwa das Kompetenzmodell von Christa Olbrich (1999), die sich ähnlich wie Papadopoulos an Benner orientiert. Olbrich beschreibt vier hierarchisch aufeinander aufbauende Dimensionen pflegerischen Handelns. Das aktiv-ethische Handeln stellt dabei die Form der höchsten pflegerischen Kompetenz dar und beinhaltet Kompetenzmerkmale vor allem auf der persönlichen Ebene, die auch Bestandteil von inter-/transkultureller Kompetenz sind (vgl. Olbrich 1999, S. 145). Es kann also festgehalten werden, dass professionell Pflegende über grundlegende Kompetenzen verfügen, die eine inter-/transkulturelle pflegerische Interaktion ermöglichen. Altenpflegefachkräfte, deren Ausbildung insbesondere auf eine hohe Kommunikationsfähigkeit und die Erschließung der Lebenswelten der Klientel ausgelegt ist, sind hier besonders hervorzuheben.

4. Ausblick

Abschließend zu diesem Exkurs möchte ich auf drei Aspekte verweisen, die im Zusammenhang mit interkultureller Kompetenzentwicklung und Bildungsmaßnahmen noch nicht zufriedenstellend beantwortet sind.

4.1 Evaluation interkultureller Bildung

In Bezug auf die Evaluation von Bildungsveranstaltungen ist auffallend, dass die Entwicklung entsprechender Kriterien und Instrumente von interkultureller Bildung noch nicht weit vorangeschritten ist. Die Psychologin Eva-Ulrike Kinast (1998) stellt in ihrer Dissertation zwar ein eigens erarbeitetes und erprobtes Evaluationsmodell vor, das in erster Linie für die psychologische Austauschforschung entwickelt wurde. Es lässt sich jedoch kaum in die Praxis von Weiterbildungseinrichtungen übertragen, sondern dient eher als Grundlage für eine ausführliche Begleitforschung längerfristiger interkultureller Trainings.

Andreas Zick (2002, S. 71) warnt in seinem etwas polemisierenden Aufsatz „Evaluation als Gesamtkunstwerk. Ausgewählte Thesen mit Blick auf den Prozess“ vor Evaluationsdesigns, die ohne den Rückbezug auf Ansätze interkulturellen Lernens entwickelt wurden. Nur wenn die Zielrichtung von interkulturellen Bildungsmaßnahmen bekannt ist, können entsprechende Evaluationskriterien entwickelt werden. Gleichzeitig merkt er kritisch an, dass ein erheblicher Weiterbildungsbedarf unter den Trainerinnen und Trainern interkultureller Bildungsmaßnahmen bezüglich der Anwendung von Evaluationsinstrumenten besteht (vgl. ebd., S. 72).

Im Projekt [iku:] wurde das Evaluationsdesign anhand der von Stufflebeam und Windham identifizierten Evaluationsgegenstände Input, Prozess, Output Outcome und Kontext entwickelt (vgl. Wesseler 1994, S. 674). Die Instrumente der Evaluation bestehen sowohl aus standardisierten Fragebögen als auch einer Verlaufsdokumentation zur Erfassung von Abweichungen, Störungen der Seminare zum geplanten Verlauf. Dabei spielt die subjektive Einschätzung der Dozent/innen eine wesentliche Rolle. Erfahrungen aus dem Projekt haben gezeigt, dass der Outcome-Evaluation, die nach einem gewissen zeitlichen Abstand zur Bildungsveranstaltung durchgeführt wird, eine besondere Bedeutung zukommt. Allgemein wird interkulturelles/transkulturelles Lernen als ein Prozess aufgefasst. Das heißt, die Impulse zur Kompetenzentwicklung, die mit kurzfristigen aber auch längerfristigen Seminaren gesetzt werden, können sich erst im Anschluss und über einen angemessenen Zeitraum verfestigen. In der von Kinast (1998) durchgeführten Evaluation internationaler Austauschprojekte lag beispielsweise der Abstand zwischen Rückkehr und Befragung bei etwa einem Jahr. Die Outcome-Evaluation bezieht sich auf die Frage, inwieweit auf der individuellen Ebene eine Haltungsänderung festgestellt werden kann und ob das neu Erlernte die berufliche Praxis verändert hat. Es handelt sich also um „Erfahrungsreflexionswissen“ (Moosmüller 2000, S. 175; siehe auch Dornheim in diesem Band), das zum Gegenstand der Outcome-Evaluation wird, die letztlich auf einer Selbsteinschätzung der Teilnehmenden basiert.

Aus der erforderlichen zeitlichen Verzögerung zwischen Seminarende und dem Einsetzen des abschließenden Evaluationsinstrumentes ergibt sich eine weitere Schwierigkeit. Erfahrungsgemäß ist der Rücklauf an Fragebögen nach Veranstaltungsende umso geringer, je größer der Abstand zum Seminar wird. Denkbar ist auch die Durchführung von (Gruppen-)Interviews. In beiden Fällen ist eine hohe Bereitschaft der ehemaligen Seminarteilnehmenden zur Beteiligung an der Evaluation erforderlich. Aber auch personelle sowie finanzielle und zeitliche Ressourcen sollten vorhanden sein, um die Evaluationsdesigns entsprechend einer Schwerpunktsetzung auf den Outcome zu entwickeln. Neben die-

sen formalen Aspekten bleibt die Frage bestehen, ob bekannte Methoden ausreichend sind für die Evaluation inter-/transkulturellen Lernens. Auch die systematische Entwicklung von Kriterien zur Erfassung von inter-/transkultureller Kompetenz steht noch aus.

4.2 Dokumentation inter-/transkultureller Kompetenz

Da davon auszugehen ist, dass inter-/transkulturelle Kompetenz informell erworben werden kann, gewinnt die Entwicklung von Erfassungsinstrumenten einer solchen Kompetenz im Kontext der Debatte um Bildungspässe an Bedeutung. Bildungspässe dienen allgemein zur Dokumentation von informell und non-formal erworbenen Kompetenzen, die für die berufliche Weiterentwicklung von Relevanz sein können (vgl. Bretschneider/Preißer 2003). Hier entstehen neue Herausforderungen an die Lernbegleitung und -beratung, die sich bisher noch nicht mit dem Thema Inter-/Transkulturalität auseinandergesetzt hat, der aber eine zentrale Rolle bei der Erstellung der Bildungspässe zukommt.

Im Zusammenhang zwischen informellem Lernen und interkultureller Kompetenz wurde nach meiner Kenntnis bisher nur innerhalb der psychologischen Austauschforschung ein Modell entwickelt, um „informelles Lernen im Akkulturationsprozess“ nachzeichnen zu können (z. B. zu internationalen Austauschbeziehungen von Studierenden siehe Kammhuber 2000, S. 1 ff.). Papadopoulos (in diesem Band) hat in Anlehnung an ihr Stufenmodell von kultureller Kompetenz Kriterien entwickelt, die unter Berücksichtigung der informell erworbenen kulturellen Kompetenz eine Zuordnung der Studierenden zu den Kompetenzstufen ermöglichen sollen. Die Kompetenzentwicklung verlief dementsprechend nicht zwangsläufig linear, wie es das Modell von Papadopoulos mit seinem Bezug zum Stufenmodell von Benner impliziert, sondern wäre einer gewissen Beliebigkeit ausgesetzt.

4.3 Inhalte interkultureller Bildung in der Pflege

Wie weiter oben erwähnt, haben sich in der Durchführung von interkulturellen Fortbildungen zahlreiche Anknüpfungspunkte sowohl an die Pflegeausbildung als auch -praxis gezeigt. Ein hoher Bedarf an Input fand sich jedoch im kognitiven Bereich, der bereits grob mit „Kultur“ und „Migration“ umschrieben wurde. Für die Weiterentwicklung von Bildungskonzepten zu inter-/transkultureller Pflege wird man den kognitiven Anteilen eine besondere Aufmerksamkeit schenken müssen. Hier besteht nicht nur der Bedarf einer „nachholenden Entwicklung“, da diese Inhalte im deutschen Schul- und Ausbildungssystem nicht explizit vermittelt werden. Es geht vor allen Dingen auch um eine didaktisch sinnvolle Reduktion dieser Themen, ohne durch eine zu starke Vereinfachung Stereotypisierungen und Kulturalisierungen Vorschub zu leisten. Allge-

mein wird konstatiert, dass von der Vermittlung von „Rezeptwissen“, z. B. „die Pflege von Menschen italienischer Herkunft“, abzusehen ist. Stattdessen geht es um die Vermittlung von „Orientierungswissen“. Hierunter fallen die bereits erwähnten Themen wie Kultur und Migration, aber auch etwas spezifischer Religion, Alter(n), Konzepte von Gesundheit und Krankheit usw. Dabei wird in der Regel auch auf kulturspezifische Beispiele, wenn auch im Vergleich, zurückgegriffen. Es ist nach meiner Einschätzung noch nicht hinlänglich untersucht, ob mittels dieser Konzeption von Orientierungswissen Kulturalisierungen und Stereotypisierungen tatsächlich vermieden werden oder ob ihnen etwa Vorschub geleistet wird.

Es ist an der Zeit, bestehende Konzepte von inter-/transkultureller Bildung in der Pflege systematisch zu analysieren und in diesem Zusammenhang Kriterien zu erarbeiten, die nicht nur für die Evaluation von Nutzen sind, sondern künftig auch zur Entwicklung von qualitativ hochwertigen Seminaren dienen.

Literatur

- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (KDA) (Hrsg.) (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln
- Auernheimer, G. (2002): Interkulturelle Kompetenz – ein neues Element pädagogischer Professionalität? In: ders. (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Opladen, S. 183-205
- Breitkopf, T./Schweitzer, H. (2000): Was kann interkulturelle Kompetenz in kommunaler Verwaltung und Gemeinwesenarbeit bewirken? – Das Beispiel der Stadt Essen. In Stadt Göttingen (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz in Kommunalverwaltung und Gemeinwesenarbeit. Dokumentation Kommunalen Workshop. Stadt Göttingen, 30.9. +1.10.1999, S. 25-60
- Bretschneider, M./Preißer, R. (2003): Weiterbildungspass für informell erworbene Kompetenzen. In: DIE-Zeitschrift für Erwachsenenbildung, H. 3, S. 45-47
- Brüning, G. (2003): Förderung des zivilen Dialogs. Praxisanleitung für interkulturelle Fortbildungen. Bonn
- Domenig, D. (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: dies. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, S. 139-157
- Habermann, M. (2003): „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? In: Pflege und Gesellschaft, H. 1, S. 11-16
- Kammhuber, S. (2000): Interkulturelles Lernen und Lehren. Wiesbaden
- Kinast, E.-U. (1998): Evaluation interkultureller Trainings. Lengerich
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Köln
- Moosmüller, A. (2000): Perspektiven des Fachs Interkulturelle Kommunikation aus kulturwissenschaftlicher Sicht. In: Zeitschrift für Volkskunde, 2. Halbjahresband, S. 169-185
- Olbrich, Ch. (1999): Pflegekompetenz. Bern

Schiffauer, W. (1997): *Fremde in der Stadt. Zehn Essays über Kultur und Differenz*. Frankfurt/M.

Wesseler, M. (1994): *Evaluation und Evaluationsforschung*. In: Tippelt, R. (Hrsg.): *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. Opladen, S. 671-686

Zick, A. (2002): *Evaluation als Gesamtkunstwerk. Ausgewählte Thesen mit Blick auf den Prozess*. In: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.): *Interkulturelle und antirassistische Trainings auf dem Prüfstand. Evaluationskonzepte und Ergebnisse. Dokumentation der Tagung des Landesentrums für Zuwanderung NRW am 31.01.2002 in Bonn. Solingen*, S. 68-78

Autorinnen und Autoren

Dr. Christine Binder-Fritz, Ethnologin, Medizinanthropologin, Lehre und Forschung an der Universität Wien/Österreich

Jan Booij, Direktor des Pflegeheims „De Schildershoek“ und der Altenheime „Om & Bij“ und „Rivierenbuurt“/GDVV-Gruppe Den Haag/Niederlande

Dr. Jutta Dornheim, Privatdozentin an der Universität Bremen, FB 11 institut für angewandte pflegeforschung (iap)

Dr. Jens Friebe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Institut für Erwachsenenbildung in Bonn

Dr. Ingrid Kollak, Professorin an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Studiengang Pflegemanagement

Irena Papadopoulou, Professorin an der Middlesex University, London/Großbritannien, School of Health & Social Sciences, Leiterin des Research Centre for Transcultural Studies in Health

Waldemar Schmidt, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Dortmund, Institut für Gerontologie

Dr. Charlotte Uzarewicz, Professorin an der Katholischen Stiftungshochschule München, Studiengang Pflegemanagement

Drs Carla von den Bergen, Sprachwissenschaftlerin, freiberufliche Schriftstellerin mit den Schwerpunkten Pflege, Gemeinwohl und Interkulturalisation

Michaela Zalucki, wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Deutschen Institut für Erwachsenenbildung in Bonn

