



Kultursensible Pflege in Rheinland-Pfalz

Fachtagung
Interkulturelle Kompetenz
in der Pflege

Dokumentation

*Kultursensible Pflege in
Rheinland-Pfalz*

Fachtagung
Interkulturelle Kompetenz
in der Pflege

Dokumentation
der Veranstaltung am
16. September 2004
im Erbacher Hof, Mainz



Sie bleiben und sie brauchen Hilfe. In den nächsten Jahren ist verstärkt mit rat- und hilfesuchenden, zunehmend auch pflegebedürftigen älteren Migrantinnen und Migranten zu rechnen. Sie gehören zu der am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Forschung und Praxis zeigen, dass insbesondere ältere Migrantinnen und Migranten auf Grund ungünstiger Lebens- und Arbeitsbedingungen häufiger Gesundheitsprobleme haben als Seniorinnen und Senioren ohne Migrationshintergrund.

Beratungs- und Hilfemaßnahmen können auf Grund eines kulturell unterschiedlichen Verständnisses von Krankheit und Pflege und den damit verbundenen Erwartungen ihr Ziel verfehlen. Einerseits erleben Migrantinnen und Migranten die Schwierigkeit, sich in einem fremden kulturellen und sozialen Gesundheitssystem

zu orientieren. Andererseits sind die bestehenden medizinischen und pflegerischen Angebote der Altenhilfe vielfach noch nicht ausreichend auf den spezifischen Bedarf älterer und pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten ausgerichtet. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in medizinischen und sozialen Einrichtungen sind im Umgang mit Menschen aus einem anderen Kulturkreis häufig unsicher.

Mit dieser Fachtagung laden wir Sie ein, bewährte und auch neue praxisorientierte Konzepte im Umgang mit Migrantinnen und Migranten kennen zu lernen.

Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz

Inhaltsverzeichnis

Eröffnungsrede Ministerin Malu Dreyer „Kultursensible Pflege in Rheinland- Pfalz“	Seite 8
Grußwort Maria Weber	Seite 12
Grußwort Rainer Hinterberger	Seite 13
Referat Christiane Böhm „Sie bleiben und sie brauchen Pflege“ Eingewanderte Seniorinnen und Senioren in Deutschland	Seite 15
Referat Karim Elkawaga „Entwicklung interkulturell arbeitender Pflegedienste“	Seite 21
Referat Dr. Nargess Eskandari-Grünberg „Beratung von pflegebedürftigen Angehörigen ethnischer Minderheiten“	Seite 27
Nachlese Dagmar Jung	Seite 33
Impressum	Seite 34

Eröffnung und Einführung

Sehr geehrte Herren und Damen,

ich begrüße Sie sehr herzlich und freue mich sehr über das große Interesse am Thema der heutigen Fachveranstaltung.

Im kommenden Jahr jährt sich zum 50. Mal das Anwerbeabkommen für italienische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Inzwischen leben in Rheinland-Pfalz allein rund 25.000 ausländische Bürgerinnen und Bürger, die 60 Jahre sind und älter. Viele haben einen Migrationshintergrund und sind z. T. schon vor Jahrzehnten zum Arbeiten hierher gekommen mit der Perspektive, das Alter wieder in der alten Heimat zu erleben.

Doch es ist bekannt, dass sich dieser Wunsch nur für die wenigsten realisieren lässt. Vielmehr leben viele von ihnen, die meisten, weiterhin hier, weil es die familiären Bezüge und Kontakte zur ursprünglichen Heimat nicht mehr gibt oder weil diese nicht mehr tragfähig sind. Für viele Migrantinnen und Migranten wird Rheinland-Pfalz – eher unfreiwillig – auch zur Heimat für das Alter.

Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung, die Landesbeauftragte für Ausländerfragen und mein Ministerium haben heute eingeladen, um die spezifische Lebenssituation älterer und pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten zu beleuchten und um gemeinsam mit allen Beteiligten zu erörtern, ob die bestehenden Hilfestrukturen ausreichen und wie sie gegebenenfalls weiterentwickelt werden müssen. Die Fragestellung berührt vordergründig die Einrichtungen

und Dienste der Pflege und Altenarbeit; aber auch die Migrationsdienste oder die kommunalen Sozialplanungen sind hier gefragt. Ich gehe davon aus, dass mit Ihrer Unterstützung die Workshops am Nachmittag viele Impulse und Anregungen aus der Praxis geben werden.

Es gibt vielfältige Expertisen, die Folgendes belegen:

- Migrantinnen und Migranten sind in der Regel zu einem früheren Zeitpunkt mit altersbedingten Beeinträchtigungen belastet als deutsche Seniorinnen und Senioren, die keine vergleichbare Wanderungs- oder Arbeitsbiographie aufweisen.
- Die Prognose, dass pflegerische Hilfen innerhalb der Migranten-Familien geleistet und abgesichert werden, ist tatsächlich oft so nicht richtig, weil dies von der jüngeren Generation aufgrund von deren beruflicher Mobilität und Wünschen nach persönlicher und beruflicher Entfaltung nicht dauerhaft geleistet werden kann.
- Es sind vielfältige Barrieren, die Migrantinnen und Migranten daran hindern, die Angebote der Regeldienste und Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Neben den sprachlichen Hindernissen bestehen vielfach unterschiedliche soziale und kulturelle Wertvorstellungen oder Lebensstile.

Anfang dieses Jahres, im Rahmen meiner Reise mit Journalisten zu modellhaften Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz, wurde mir beim ambulanten Pflegedienst von Herrn Elkawaga in Mainz sehr nachvollziehbar ein Beispiel aus der Praxis geschildert: Herr S. ist 78 Jahre alt, stammt aus Russland und wendet sich mit Pflegebedarf an diesen Dienst, der auch russischsprachige Mitarbeiter beschäftigt. Anfänglich gibt es Probleme, als Herr S. die Morgentoilette ablehnt. Mit Geduld und Einfühlungsvermögen

wächst der Kontakt zu der männlichen Pflegekraft, die erfährt, dass viele Männer in Russland erst am Abend, nach dem Arbeitstag, ihre Körperpflege vornehmen. Nun bekommt Herr S. eine große Abendtoilette und ist zufrieden.

Kultursensible Pflege ist nicht beschränkt auf Menschen mit Migrationshintergrund. Jede und jeder von uns wünscht sich, dass sich Pflege und Beratungsangebote an den ganz persönlichen Bedürfnissen und Wertvorstellungen orientieren. Doch derzeit müssen wir auch in Rheinland-Pfalz noch davon ausgehen, dass interkulturelle Kompetenz in der Pflege und sozialen Beratung noch nicht flächendeckend realisiert wird.

Deshalb startete bereits im Jahr 2000 das Modellprojekt BACI – türkisch: Die Schwester – das gemeinsam von der Landesbeauftragten für Ausländerfragen, der LZG, der Koordinierungsstelle für Psychiatrie im Landkreis Alzey-Worms und dem Deutschen Roten Kreuz durchgeführt wurde. Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes, das bis 2002 lief, übernahm das Institut für sozialpädagogische Forschung (ISM) Mainz.

Der Bericht zu dem Projekt wurde zwischenzeitlich von der Landesbeauftragten für Ausländerfragen veröffentlicht. U. a. wurde festgestellt, dass das Leben der Migrantinnen und Migranten mit seinen kulturellen und ethnischen Bezügen ein wichtiger Hintergrund für die Zugangsbarrieren zu Einrichtungen der sozialen Regelversorgung ist. Zugleich bestünden seitens der Regeldienste Fragen und Unsicherheiten hinsichtlich der Beratung und Hilfen für Migrantinnen und Migranten. Die Sprachbarriere sei die am offenkundigste.

Im Rahmen des Projektes konnte eine muttersprachliche Sozialpädagogin

beschäftigt werden. Interessant ist, dass diese erst im zweiten Projektjahr zu persönlichen Fragen der Gesundheit und Pflege angesprochen wurde. Im Vordergrund standen zunächst Fragen bezüglich der Rente, Wohnsituation oder der Umgang mit Behörden. Zur Klärung der gesundheitsbezogenen Problemstellungen initiierte die Projektfachkraft Fallkonferenzen mit den beteiligten Diensten und Beratungsstellen. Es gab die Erfahrung, dass zum Beispiel die Beratungs- und Koordinierungsstellen zuvor von den älteren Migrantinnen und Migranten nicht angesprochen worden waren.

Die Weiterentwicklung von Pflegequalität ist ein sehr komplexes Thema mit vielfältigen Facetten, das uns auch in den kommenden Jahren weiter beschäftigen wird. Deshalb habe ich bereits vor einigen Wochen entschieden, dass die Initiative „Menschen pflegen“ aktiv fortgeführt wird.

Auch gegenüber den Partnerinnen und Partnern meiner Initiative werde ich mich dafür einsetzen, dass wir interkulturelle Kompetenzen in allen Institutionen der sozialen und pflegerischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten ausbauen. Neben den traditionellen Migrationsdiensten, die sich mehr und mehr auch auf die Beratung von Menschen in der nachberuflichen Lebensphase ausrichten, sind hier die Einrichtungen der Pflege, die Beratungs- und Koordinierungsstellen und nicht zuletzt die Angebote der offenen Altenhilfe gefragt.

Diesen Aspekt möchte ich heute ausdrücklich betonen: kultursensible Pflege und Beratung umfasst auch die Institutionen der Altenarbeit und die Initiativen und Selbstorganisationen von Migrantinnen und Migranten. Diese haben eine hohe Akzeptanz und vermitteln wertvolle Informationen im Vorfeld

von Pflege. Schon seit einigen Jahren unterstützen wir zum Beispiel den Solidaritätsverein für türkische Seniorinnen und Senioren, der hier in Mainz bereits viele Informations- und Beratungsveranstaltungen durchgeführt hat.

Ebenfalls aus der Seniorenarbeit entstanden ist die Initiative für italienische und türkische Seniorinnen und Senioren in Ludwigshafen. Auch hier werden Informationen und Zugänge zu Hilfeangeboten so vermittelt, dass sie von der Zielgruppe verstanden werden.

Im Juni 2002 wurde auf Bundesebene das Memorandum für eine kultursensible Pflege unterzeichnet. Der 3. Leitsatz lautet: „Der Prozess der Interkulturellen Öffnung ist kein Zusatzangebot, sondern betrifft die ganze Organisation und erfordert einen transparenten langfristigen Entwicklungsprozess.“

Wie kann es weitergehen?

Wie ich eingangs sagte, ist es mir sehr wichtig, Ihre Ideen und Vorschläge für die Umsetzung eines Prozesses der interkulturellen Öffnung zu erfahren.

Was kann mein Ministerium dazu beitragen?

- Es ist beabsichtigt, in der nächsten Sitzung des Landespflgeausschusses einen ersten grundsätzlichen Austausch darüber herbeizuführen, wie Pflegedienste- und -kassen, Berufsverbände und Kommunen interkulturelle Kompetenz in der Pflege fördern können.
- Bereits 2002 hat sich erstmals die jährliche Fachtagung für die BeKo-Stellen mit dem Thema im Rahmen einer Infobörse auseinandergesetzt. Wir werden in Kürze gemeinsam mit den Trägern erörtern und vereinbaren, wel-

che Aufgabe und Rolle den BeKos im Prozess der Vernetzung und Weiterentwicklung der Hilfestrukturen zukommen kann.

- Auch die regionalen Pflegekonferenzen, die wir in diesem Jahr an vier Standorten durchgeführt haben, sollen fortgesetzt werden. Ich werde mich dafür einsetzen, dass kultursensible Pflege in die dortigen Arbeitsprogramme aufgenommen wird. Dies gilt auch für die kommunalen Arbeitsgemeinschaften nach dem Landespflgehilfengesetz.
- Die LZG hat ein Rahmenkonzept für Qualifizierungsveranstaltungen erstellen lassen. Soweit es die Haushaltslage 2005 zulässt, werden wir diese Veranstaltungen fördern und auch damit für eine weitere Sensibilisierung für unser gemeinsames Anliegen beitragen.
- In diesem Sinne haben wir bereits 1999 die Landesarbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte in den Landesfachbeirat für Seniorenpolitik aufgenommen. Es ist uns ein Anliegen, nicht über Migrantinnen und Migranten zu reden, sondern sie bei der politischen Gestaltung zu beteiligen.
- Im Rahmen der aktuellen Novellierung der Altenpflegeausbildung ist auch das Modul „kultursensible Pflege“ aufgenommen worden, so dass alle Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler hierzu eine Qualifizierung erfahren.
- Am 1. Oktober 2004 startet in Berlin die Kampagne „kultursensible Altenhilfe“. Wir wollen uns auch in Rheinland-Pfalz an dieser breit angelegten internationalen Kampagne beteiligen und treffen hierzu zur Zeit die Vorbereitungen. An dieser Stelle meinen Dank an die Aktiven, Herrn Gerlach und Herrn Elkawaga, die Rheinland-Pfalz in dieser Kampagne vertreten.

Abschließend möchte ich Ihnen noch einmal versichern, dass die kultursensible Pflege und Altenhilfe für mich einen hohen politischen Stellenwert hat. Bei der Umsetzung der kultursensiblen Pflege wird es ganz besonders auf die Beteiligung und das Engagement von Verbänden und Trägern, Diensten und Einrichtungen ankommen, die sich den verschiedenen Kulturen öffnen wollen.

Daher geht mein ganz besonderer Dank heute an die LZG, die die heutige Veranstaltung realisiert und im Vorfeld bereits viele Anstöße gegeben hat. Außerdem geht mein Dank auch an Frau Weber und ihre Stabsstelle, die die Entwicklung mit großem Engagement unterstützen. Sie alle lade ich ein, sich an der Realisierung kultursensibler Pflege zu beteiligen.

Malu Dreyer

Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz

Grußwort I



Ich begrüße es sehr und freue mich, dass es gelungen ist, diese Fachtagung vorzubereiten und durchzuführen. Ich danke den Mitveranstaltern, nämlich dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, für das Aufgreifen des Themas. Ein Thema, dem sich die Landesbeauftragte für Ausländerfragen schon seit langem widmet.

Ich darf an dieser Stelle nur erinnern an die Untersuchung über ältere Ausländerinnen und Ausländer in Rheinland-Pfalz, die bereits vor 12 Jahren veröffentlicht wurde unter dem Titel „Migration und Alter“. Die Ergebnisse sind auch heute noch gültig. Das Thema wurde seither von uns begleitet und mündete bereits 1999 in eine Kooperation zwischen dem MASFG und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung sowie dem Landkreis Alzey-Worms. Auf dieser Grundlage wurde das Pilotprojekt BACI

geschaffen und durchgeführt. Seine Ergebnisse liegen als Dokumentation vor. Es freut mich sehr, dass Sie, Frau Ministerin Dreyer, diese Thematik heute wieder aufnehmen und ihm neue Bedeutung beimessen.

Bei dem Thema „Kultursensible Pflege“ muss zunächst eine Verständigung über die Bedeutung der Begriffe erfolgen. Die Impulsreferate im Rahmen der heutigen Tagung werden uns hierzu den aktuellen Stand der Diskussion vermitteln.

Wenngleich der gesamte Gesundheitsbereich ein sehr bedeutender ist, so wollen wir den Fokus heute doch auf einen Teilbereich, nämlich den der „Altenpflege“, richten. Wir wissen, dass die älteren Migrantinnen und Migranten die am stärksten wachsende Gruppe in unserer Gesellschaft sind. Es sind Menschen, die zum größten Teil auf Dauer hier bleiben, alt werden und manch einer von ihnen auch pflegebedürftig sein wird. Die Gesundheitssituation dieser Migrantinnen und Migranten ist im Durchschnitt deutlich schlechter als bei Deutschen vergleichbaren Alters, die Hilfsbedürftigkeit größer. Doch die Altenhilfe ist auf diese Situation bislang nicht entsprechend vorbereitet.

Ich bin überzeugt davon, dass die heutige Zusammenkunft eine gute Gelegenheit bietet, sich gemeinsam auf die Suche nach Antworten auf viele Fragen zu machen.

Ich möchte einige dieser Fragen exemplarisch benennen:

Was gibt es an Angeboten im Pflegebereich für Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund?

Was müssen wir unternehmen, damit Begriffe „Interkulturelle Kommunikation,

Interkulturelle Kompetenz und Interkulturelle Öffnung“ nicht nur Worthülsen bleiben, sondern ihre Umsetzung erfahren?

Wie können wir Zugangsbarrieren abbauen?

Wie können wir uns besser vernetzen, um Synergieeffekte zu erreichen?

Bereits heute haben wir im Gesundheits- und Pflegebereich einen großen Handlungsbedarf, der in Zukunft weiter anwachsen wird. Dabei geht es darum, sowohl die Fachkräfte im Gesundheitsbereich allgemein, dann aber auch speziell in der Altenhilfe und in der Altenpflege für ihre Aufgaben zu stärken, damit sie den Anforderungen der Zukunft gewachsen sind und ihre Aufgaben sowohl zu ihrer eigenen Zufriedenheit bewältigen können, aber auch und nicht zuletzt zur Zufriedenheit der Betroffenen.

Ich wünsche mir, dass die Ergebnisse der heutigen Tagung weiter getragen und in gute Konzepte umgesetzt werden.

Maria Weber

Landesbeauftragte für Ausländerfragen in Rheinland-Pfalz

Grußwort II



Auch ich möchte Sie ganz herzlich zu der heutigen Fachtagung begrüßen und freue mich ebenso wie Frau Ministerin Dreyer und Frau Weber über ihr Interesse an diesem wichtigen Thema der kultursensiblen Pflege in Rheinland-Pfalz.

Beide haben in eindrucksvoller Weise die vielfältigen Ansätze und Projekte in Rheinland-Pfalz beschrieben.

Dies sind (im Vergleich zu bundespolitischen Pflegekonzepten) innovative und engagierte Ansätze und Konzepte, die unterschiedliche Lebensbilder und Erwartungshorizonte von insbesondere älteren und pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen.

Auch für die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz sind Gesundheit und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen für ältere Seniorinnen und Senioren insbesondere mit einem Migrations-Hintergrund ein zentrales Thema.

Ein aktueller Ansatz zur interkulturellen Gesundheitsförderung ist ein Modellprojekt, das in enger Kooperation des Landesverbandes der Volkshochschulen, der Landesbeauftragten für Ausländerfragen und der LZG durchgeführt wird. In diesem Modellprojekt bieten die teilnehmenden örtlichen Volkshochschulen in Abstimmung mit den jeweiligen regionalen Vereinen und Einrichtungen ausländischer Zuwanderer in Vortragsveranstaltungen und ersten Kursen Themen der Gesundheit, der Prävention und Hilfsmöglichkeiten in der jeweiligen Muttersprache an. Gerade in diesem Modell zeigt sich sehr deutlich, dass sich alle Prozessbeteiligten für die jeweils unterschiedlichen Voraussetzungen und Erwartungen der Partner öffnen müssen. Nur unter diesen Voraussetzungen können die Informationen die Zielgruppe auch wirklich erreichen und die gewünschten Inhalte verständlich transferiert werden.

Diese Tagung wurde konzipiert von drei Partnern, die sich für das Thema Migration und Gesundheit und insbesondere für eine kultursensible Pflege für alle Menschen in Rheinland-Pfalz stark machen und um ihr Engagement zu würdigen, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, der Landesbeauftragten für Ausländerfragen in Rheinland-Pfalz und der LZG.

Frau Ministerin Dreyer hat bereits angekündigt, das die LZG ein Rahmenkonzept für Qualifizierungsveranstaltungen erstellt hat, das im Verlauf des nächsten Jahres an verschiedenen regionalen Standorten angeboten werden soll.

Heute lade ich Sie herzlich ein, Ihre Vorstellungen und Erwartungen an kultursensible Pflegekonzepte in den Workshops des Nachmittags praxisorientiert zu diskutieren.

Über diese Fachtagung hinaus können Sie mit allen Beteiligten das Anliegen einer Pflege befördern, die neben den kulturellen und religiösen Werten pflegebedürftiger Menschen auch deren persönliche Bindungen und individuellen Biografien berücksichtigt. Eine in diesem Sinne kultursensible Pflege ist eine würdige Pflege für alle, die am Pflegeprozess beteiligt sind.

Sanitätsrat Rainer Hinterberger
Stellvertretender Vorsitzender der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.

„Sie blieben und sie brauchen Pflege“

Christiane Böhm



Der Schweizer Schriftsteller Max Frisch sagte 1967: Wir haben Arbeitskräfte gerufen, es kommen Menschen.

Nächstes Jahr sind es fünfzig Jahre her, seitdem das erste Anwerbeabkommen am 22.12.1955 in Rom mit Italien geschlossen wurde. Damit begann die dritte Phase der Einwanderung nach Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg. Zuerst kamen Vertriebene aus den Ostgebieten, die die Kluft zwischen einer hohen Produktionskapazität und einem erheblich verringerten Arbeitskräftepotential ausgleichen konnten. Zunehmend kamen Flüchtlinge aus der DDR, die qualifizierte Arbeitskräfte zumeist mit höherer Bildung darstellten. Bis 1960 steigerte sich der Anteil dieser beiden Gruppen an der Bevölkerung auf 23,9% (Herbert: 194).

Die ersten Arbeitskräfte aus Italien wur-

den vorwiegend in der Landwirtschaft eingesetzt, da hier aufgrund der Landflucht der Arbeitskräftebedarf am höchsten war. In den Jahren von 1959 bis 1962 kehrte sich das Verhältnis zwischen offenen Stellen und Arbeitslosen um. Der Bau der Mauer 1961 führte zu einem Stopp der Anwerbung aus der DDR. Wöchentliche und Lebensarbeitszeit wurden kontinuierlich verkürzt.

Von Regierung und Wirtschaft wurde die Anwerbung von Arbeitskräften aus dem Ausland als alternativlos und durchgängig vorteilhaft angesehen. Der Staatsminister im Auswärtigen Amt erläuterte diese Vorteile 1966 wie folgt: „So tragen die ausländischen Arbeitnehmer, von denen 90% in bestem Schaffensalter zwischen 18 und 45 Jahren stehen, einerseits erheblich zur Gütervermehrung bei, ohne andererseits die Konsumgüternachfrage in der Bundesrepublik in gleichem Umfang zu erhöhen ...Hinzu kommt, dass die ausländischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge nach denselben Regeln wie inländische Arbeitnehmer zahlen. Bei dem Lebensalter der ausländischen Arbeitnehmer wirkt sich das z. Zt. vor allem für die deutsche Rentenversicherung sehr günstig aus, weil sie weit höhere Beiträge von den ausländischen Arbeitnehmern einnimmt, als sie gegenwärtig an Rentenleistungen für diesen Personenkreis aufzubringen hat“ (Herbert: 210).

Für die deutschen Arbeitskräfte bestand ein Vorteil darin, dass die Gastarbeiter die schweren, schmutzigen, gefährlichen oder allgemein unbeliebten Arbeiten erledigen mussten, jene dagegen aber die Möglichkeiten zum Aufstieg hatten. In den sechziger Jahren stiegen 2,3 Millionen vom Arbeiter zum Angestellten auf. Eine wichtige Voraussetzung hierfür war die Beschäftigung von Gastarbeitern (Herbert: 213).

In den ersten Jahren der Anwerbung war es gesellschaftlicher Konsens, dass die Anwerbung von Gastarbeitern ein vorübergehendes Phänomen sein sollte. Etwaigen Folgewirkungen und Perspektiven einer Beschäftigung von Ausländern galt nahezu keine Aufmerksamkeit. Dies schlug sich auch im Ausländergesetz nieder. Die Gastarbeiter erhielten zumeist eine Aufenthaltserlaubnis für ein Jahr, die an die Beschäftigung bei einem Arbeitgeber gebunden war.

Das Interesse der italienischen, griechischen, spanischen, türkischen, portugiesischen und jugoslawischen Menschen war es ebenfalls, eine Zeitspanne von ein bis fünf Jahren in Deutschland zu arbeiten, Geld zu verdienen und sich zu qualifizieren. Für manche gab es auch politische Gründe, das Land vorübergehend zu verlassen (insbesondere Spanien, Portugal, Griechenland, Türkei).

Und so wurden sie ausgewählt:

Das Verfahren zur Anwerbung von Arbeitskräften sah vor, dass die deutschen Betriebe ihren Bedarf an Arbeitskräften an das Arbeitsamt meldeten. Das Arbeitsamt hatte beispielsweise für die Türkei in Istanbul eine deutsche Verbindungsstelle, die dem türkischen Arbeitsamt die Anforderung weiterleitete. Die Bewerber/innen wiederum ließen sich beim örtlichen Arbeitsamt registrieren. Wenn eine Anforderung aus Deutschland eintraf, wurde die drei- bis fünffache Zahl an Bewerber/innen eingeladen. Diese mussten eine Reihe von Unterlagen vorlegen und nach Istanbul oder Ankara fahren. Zu diesem Zeitpunkt mussten bereits sämtliche Reisevorbereitungen getroffen werden. Bei der Verbindungsstelle schließlich durchliefen sie 15 Stufen, bis sie erfuhren, ob sie tatsächlich genommen worden waren. Lese- und Schreib-

fähigkeiten sowie fachliche Qualifikationen wurden überprüft, schließlich fand die Gesundheitsprüfung statt. Diese empfanden viele als Scham verletzend. Sie mussten sich in großen Gruppen vor deutschen und türkischen Ärzten sowie der Arzthelferin ausziehen.

Zitat: Alaattin, I. 1965 nach Deutschland gekommen: „Dort hat uns ein deutscher Arzt einen nach dem anderen splitter-nackt ausgezogen und untersucht ...zu je fünf holte man uns rein ...Man hat sogar unseren Hintern untersucht.“ Auf die Frage, ob es schwer für ihn war, antwortete er: „Wir waren jung, starkes Verlangen nach Deutschland, es war nicht mal eine Not, aber trotzdem waren diese Untersuchungen sehr schwer. Du verstehst ja nicht mal, was er (der Arzt) sagt ...Unser Wunsch war, hier ein bisschen Geld zu machen und dann wieder wegzugehen. Und auch noch Europa zu bereisen und zu sehen“.

Sie kehren nicht mehr zurück...

Warum ist das Konzept der kurzfristigen Beschäftigung nicht aufgegangen? 1962 äußerte der Bundesverband der deutschen Arbeitgeberverbände den Wunsch, die Rotation zu beenden und die Aufenthaltserlaubnis auch auf mehr als zwei Jahre verlängern zu können. „Die Türken habe sich überraschend schnell in die deutschen Betriebe und die deutschen Verhältnisse eingewöhnt ...Die „Hereinnahme und die Einarbeitung ausländischer Arbeitskräfte“ war „für die Betriebe mit erheblichen Unkosten verbunden“, außerdem wurde „durch die laufende Neuhereinnahme ausländischer Arbeitskräfte die Einordnung der Ausländerkontingente in die Betriebe ebenso wie in die Bevölkerung erschwert.“ 1964 erfolgt die Änderung der Vereinbarung. Die Zahl der ausländischen Arbeitskräfte stieg bis

1973 auf 2,5 Millionen. Zu Beginn der siebziger Jahre entwickelte sich eine intensive Diskussion über die Gastarbeiterbeschäftigung, die sich zur Einwanderung entwickelt hatte. Es wurde wie zuvor mit dem ökonomischen Nutzen argumentiert. Das Handelsblatt schrieb 1971: „Der nicht integrierte, auf sehr niedrigem Lebensstandard vegetierende Gastarbeiter verursacht relativ geringe Kosten von vielleicht 30.000 DM. Bei Vollintegration muss jedoch eine Inanspruchnahme der Infrastruktur von 150.000 bis 200.000 DM je Arbeitnehmer angesetzt werden.“ (Herbert: 227) Weitere Argumente gegen eine weitere Anwerbung von Arbeitskräften waren die Abnahme der regionalen Mobilität durch den Nachzug von Familienangehörigen und der modernisierungshemmende Effekt. Am 23.11.1973 wurde schließlich der Anwerbestopp erlassen (Herbert: 223).

Die Hoffnungen von Politik und Wirtschaft, dass danach kontinuierlich der Anteil der ausländischen Bevölkerung zurückgehen werde, wurde allerdings nicht erfüllt. Im Gegenteil immer mehr wollten in Deutschland wohnen bleiben, holten ihre Familien nach, zogen aus den Wohnheimen in Mietwohnungen, der Konsumanteil wurde höher, die Verbindungen zur Heimat lockerer. Dies kam allerdings nicht überraschend, denn die Beobachtung von Einwanderungsprozessen zeigt, dass ab etwa zehn Jahren aus dem vorübergehenden Arbeitsaufenthalt ein Dauerzustand wird, somit objektiv ein Einwanderungsprozess stattgefunden hat (Herbert: 232).

So leben sie heute hier...

Heute, fast fünfzig Jahre später, kommen die Altenpflege und Altenhilfe in die Situation, die Folgen dieser ungewollten und doch faktisch vollzogenen Ein-

wanderung bewältigen zu müssen. Die eingewanderte ausländische Bevölkerung stellt sich heute wie folgt dar:

Die ausländische Bevölkerung ist vergleichsweise jünger als die deutsche. Insgesamt lebten am 31.12.2001 in Rheinland-Pfalz 297.262 Menschen ohne deutschen Pass. Dies entspricht 7,3% der Bevölkerung.

2001 hatten in Rheinland-Pfalz 8% der ausländischen Bevölkerung das sechzigste Lebensjahr vollendet. Der Anteil dieser Altersgruppe an der rheinland-pfälzischen Wohnbevölkerung insgesamt betrug indes 24,6%

Die ältere ausländische Bevölkerung wächst überproportional.

In sechs Jahren werden nach Hochrechnungen ca. 28.000 Ausländer/innen ab 60 Jahren in Rheinland-Pfalz leben (vgl. Deutsches Jugendinstitut 2000: 117).

Der Anteil von Männern an der ausländischen älteren Bevölkerung ist höher als bei der deutschen.

Über die Anwerbung in den 50er und 60er Jahren kamen vermehrt Männer nach Deutschland. Deshalb ist der Männeranteil an der ausländischen Bevölkerung über 60 Jahre höher als bei der deutschen. Bei den über 65-jährigen verringert sich die Differenz zwischen den Geschlechtern (Beauftragte der Bundesregierung 2002: 278). Der Verlauf der Anwerbung kann an den Anteilen der älteren Menschen an den verschiedenen Nationalitäten beobachtet werden.

Die meisten Seniorinnen und Senioren sind bei den - abnehmend in der Reihenfolge - spanischen, griechischen, italienischen, kroatischen, jugoslawischen,

polnischen, portugiesischen, türkischen und bosnischen Staatsangehörigen über 65 Jahre zu finden. Absolut kommt mehr als ein Drittel aus den EU-Staaten. Ca. 22% sind aus der Türkei, ca. 10% aus Italien, 9% aus der Bundesrepublik Jugoslawien und fast 8% aus Griechenland. (Beauftragte der Bundesregierung 2002: 393).

Die ausländische Bevölkerung lebt häufiger in Mehrfamilienhaushalten. Beispielsweise leben doppelt so viele ältere Ausländer/innen wie ältere Deutsche in Zweigenerationenhaushalten (Beauftragte der Bundesregierung 2002: 280). Dies bedeutet, dass es mehr Möglichkeiten für die häusliche Pflege durch Angehörige gibt.

Es kommen andere Einwanderer/innen dazu ...Aussiedler/innen:

Sie sind keine Ausländer/innen und somit auch nicht in den Statistiken zu finden. Allerdings sind sie für die kultursensible Pflege eine nicht zu vernachlässigende Gruppe, da auch hier Fremdheiten aufkommen, andere kulturelle Hintergründe eine Rolle spielen und sich die eigene Geschichte von der der Ansässigen unterscheidet. Zusätzlich kommen viele als ältere Menschen und kennen sich u.a. mit der sozialen Infrastruktur in Deutschland nicht aus. Zwischen 1983 und 2002 kamen über 150.000 nach Deutschland zugewanderte Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler entsprechend einem festgelegten Verteilungsschlüssel (von zuletzt 4,7%) nach Rheinland-Pfalz. Im Jahr 2002 umfasste diese Gruppe etwa 4.300 Personen. Wie die rheinland-pfälzische Landesbeauftragte in ihrem Bericht 2002 schreibt, ist die Größenordnung der Zuwanderung in den letzten Jahren mit dem Wanderungssaldo der nichtdeutschen Zuwanderer vergleichbar. Die Zahl

der tatsächlich Zugezogenen ist nach Einschätzung des Ministeriums des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz z.T. weitaus höher. (Landesbeauftragte: 25).

Displaced Persons

Diese wurden während des Zweiten Weltkrieges aus Polen und anderen osteuropäischen Ländern nach Deutschland deportiert, um als Zwangsarbeiter/innen die Kriegswirtschaft in Gang zu halten. Nach der Befreiung kehrten die meisten wieder in ihre Herkunftsländer zurück. Diejenigen, die nicht zurückkehrten konnten, bekamen den Status der Heimatlosen Ausländer. Mitte der fünfziger Jahre waren dies in Rheinland-Pfalz rund 7700 Personen und somit 30% der ausländischen Bevölkerung. Darüber hinaus haben wir es in der Altenpflege und Altenhilfe mit kleineren Gruppen von Flüchtlingen oder Menschen, die aus anderen Gründen - wie etwa zur Eheschließung - nach Deutschland kamen, zu tun.

Die Gesundheit wird besonders belastet

Arbeitsmigrantinnen und -migranten waren, als sie nach Deutschland kamen, gesünder als ihre gleichaltrigen deutschen Kolleginnen und Kollegen. Bis in die 70er Jahre liegen die Krankenstände deutlich unter dem Durchschnitt, in den 70er Jahren steigen sie rapide an (Healthy-migrant-Effekt).

Die Gesundheit wird besonders belastet durch...

1. körperlich belastende Arbeitsbedingungen wie Schichtarbeit, Band-, Akkordarbeit, Arbeit in gesundheitsgefährdenden Abteilungen und Branchen, durch ungelernete/angelernete

Tätigkeiten, körperlich schwere Arbeit, etc.: Beispiele aus dem Mikrozensus 1998: In den Spinnereien sind ein Drittel der Mitarbeiter/innen Nichtdeutsche, in den Gießereien sind es 27,6%, bei den Hilfsarbeitern mit 26,4% nur etwas weniger, bei den Bergleuten 25,3%, bei den Köchen 24,9%, in allen Berufsgruppen 7,9% (vgl. Uske/Heveling-Fischell/Methejczyk: 16ff.).

2. hohe Arbeitslosigkeit: Während in Rheinland-Pfalz die Arbeitslosenquote bei Deutschen bei 7% liegt, sind es 17% der ausländischen abhängigen Erwerbspersonen, die arbeitslos gemeldet sind (Bundesagentur für Arbeit).
3. Diskriminierung am Arbeitsplatz und im öffentlichen wie privaten Leben. Der Zugang zum Arbeitsplatz ist für Nichtdeutsche erschwert, dies haben u.a. Tests belegt. Im Betrieb gibt es geringere Aufstiegs- und Karriere-möglichkeiten. Weiterhin ist ein Alltagsrassismus zu beobachten. Es gibt (sprachliche) Schwierigkeiten, den steigenden Anforderungen am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft gerecht zu werden. Diskriminierungsbeispiele gibt es weiterhin aus dem Versicherungswesen, bezüglich des Einlasses in Gaststätten, etc. (vgl. Uske/Heveling-Fischell/Methejczyk: 25 ff.).
4. schlechtere Wohnsituation: Die Einwanderer/innen haben lange in Baracken und Wohnheimen gelebt. Der Zugang zum Wohnungsmarkt ist u.a. auch aufgrund eines geringeren Einkommens erschwert, Migrantinnen und Migranten leben häufig in vernachlässigten Wohngebieten und Wohnhäusern. Die unklare Lebensperspektive hinderte sie lange Zeit daran, in eine Wohnung oder ein Eigenheim zu investieren. Inzwischen

wächst allerdings die Eigenheimquote (Zwick: 3).

5. Kommunikationsprobleme im Gesundheitswesen: Migrantinnen und Migranten nutzen insbesondere die Einrichtungen der Prävention in geringerem Maße, in Kriseninterventions-einrichtungen sind sie überrepräsentiert. Die meisten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens haben sich noch nicht interkulturell geöffnet. (Interkulturelles Büro: 11ff.). Es gibt Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung; dies führt beispielsweise zu höheren Medikamentengaben und zu einem schwierigen Umgang mit psychischen Belastungen (David/Borde/Kentenich: 59ff.).
6. Unklare Lebensperspektiven: Wenn sich auch der Aufenthalt verfestigt hat und in vielen Fällen eine Rückkehr nicht mehr realisiert werden wird, sitzen doch viele ältere Migrantinnen und Migranten in ihrer Vorstellung auf gepackten Koffern. Die Alternative „Rückkehr“ spielt immer wieder eine Rolle.

Die Folgen

1. höhere Unfallraten: in den 60er und 70er Jahren war das Arbeitsunfallrisiko besonders hoch bei Migranten; diese Risikorate hat sich inzwischen stärker angeglichen. Sie ist immer noch durchschnittlich höher (Deutsche 4,6 AU-Fälle je 100 Mitglieder, Nichtdeutsche 7,2 AU-Fälle je 100 Mitglieder, Auswertung BKK 1997) (Uske/Heveling-Fischell/Methejczyk: 52 ff.).
2. höhere Arbeitsunfähigkeitsraten: Migrantinnen und Migranten sind häufiger und länger krank als

Deutsche (Uske/Heveling-Fischell/Methejczyk: 42 ff.).

3. besonders häufige Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (fast doppelt so viel wie die deutschen Arbeitskollegen), überdurchschnittlich häufig sind Krankheiten der Atmungs-, Verdauungsorgane, des Kreislaufsystems und psychische Erkrankungen (Deutsches Jugendinstitut 2000: 195).
4. frühe Erwerbsunfähigkeit: Bei älteren ausländischen Beschäftigten ist das Risiko, auf eine Erwerbsunfähigkeits- oder eine Berufsunfähigkeitsrente angewiesen zu sein, doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen deutschen (Uske/Heveling-Fischell/Methejczyk: 95 ff.).

Sie brauchen Pflege und Hilfe.

Aber auch Aussiedler und Aussiedlerinnen sowie andere Einwanderergruppen sind stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, so dass bei den Eingewanderten durchschnittlich von früherer und stärkerer Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden kann.

Christiane Böhm

Centrum für Migration und Bildung e.V.
Kaiser-Wilhelm-Ring 42
55118 Mainz

Telefon: 06131 600 72 59
Telefax: 06131 80 66 87
E-Mail: kontakt@cmb-mainz.de
Internet: www.cmb-mainz.de

Entwicklung interkulturell arbeitender Pflegedienste

Karim Elkawaga



Eine der Grundlagen für eine gute Pflegeversorgung ist die Qualität der Pflegebeziehung zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und seiner Pflegekraft. Damit die Pflegebeziehung gelingt, tragen beide Akteure die Verantwortung der Verständigung und Reflexion. Von den professionellen Kräften kann erwartet werden, dass sie ein höheres Maß an Reflexion leisten müssen, da ihnen im Abhängigkeitsfeld der Pflegesituation eine mächtigere Position zufällt. Eine oft vernachlässigte Selbstreflexion der Pflegenden führt zur Problemzuschreibung gegenüber der Migrantinnen. Zudem müssten die Pflegenden anhand einer ausführlichen Pflegeanamnese sich mit den individuellen Lebenswelten auseinandersetzen. Wird dies überall in der Praxis durchgeführt?

Die Pflegenden entscheiden letztendlich, inwieweit die Gewohnheiten der Pflegebedürftigen in der Zeit für die Pflege berücksichtigt werden.

Das pflegerische Handeln, unsere Pflegekultur, ist teils unbewusst geprägt durch Unwissenheit, Unverständnis und Vorurteile über die Lebenswelten der uns anvertrauten Menschen. Dies passiert insbesondere bei Menschen, deren Bedürfnisse, Gewohnheiten, Gegebenheiten und deren Geschichte als ‚fremd‘ erscheinen. Es ist uns zunächst das am Fremdesten, was wir nicht kennen und uns selbst nicht zu eigen ist. Unsere Verhaltensregeln schützen den Menschen vor uneinschätzbaren Situationen anderen und fremden Menschen gegenüber. Diese Regeln geben als Normen, Gesetze, Konventionen, Rituale und Traditionen den Menschen Orientierung und vermeintliche Sicherheit. Wie schnell kann jedoch durch unreflektiertes Denken und Verhalten eine nicht ethische Pflege folgen! Beispiel eines Vorurteils: Alle älteren türkischen Frauen tragen Kopftücher. Die Folge im Handeln: Deswegen wurde einer dementierenden Türkin in der Pflegesituation immer eines umgebunden. Oder: Alle Südländer haben das Mediteran-Syndrom; sie jammern schon beim kleinsten Schmerz lauthals los. Folge im Handeln: Deswegen wird üblicherweise von Pflegenden nicht sofort reagiert, wenn Hilfe verlangt wird.

Ein Misstrauen in der Pflegebeziehung – vielleicht durch die Migrationserfahrung erworben – kann durch ein solches ‚Schubladen-Denken und Handeln‘ der Pflegenden den Rahmen der Selbstbestimmung für die Pflegebedürftigen einschränken und zum inneren Rückzug führen. Manche Pflegebedürftige lassen dann nur das Notwendigste über sich ergehen und lehnen weitergehende Pflegeleistungen ab. Eine solche Pflege

und Betreuung kann grundlegend nicht als individuell oder biographieorientiert bezeichnet werden.

Im Zusammenhang mit Pflege und Kultur ist der Blick fast ausschließlich auf Migrantinnen gerichtet. Wobei die Gruppe der Migrantinnen eine heterogene ist und bei gleicher Ethnie durchaus unterschiedliche Subkulturen existieren. Die Herkunft der Migrantinnen aus einem anderen, fremden Kulturkreis veranlasst Pflegende dazu nach Handlungsanweisungen – nach ‚Rezepten‘ – für den Umgang mit dieser Klientinnengruppe zu verlangen. Sprachprobleme, wenige Kenntnisse im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem und einhergehende Non-Compliance erschweren die Verständigung. So besteht mancherorts die Ansicht, dass die Interaktionsschwierigkeiten zwischen Migrantinnen und dem deutschen Pflegepersonal nur durch den Einsatz von Migrantinnen in der professionellen Pflege gelöst werden könnten. Hierbei besteht die Gefahr, daß ‚Probleme‘ mit Migrantinnen an die Mitarbeiterinnen der gleichen ethnischen Gruppe weiterdelegiert werden, ohne daran zu partizipieren.

‚Migrantinnen der zweiten Generation‘ haben zwar den sprachlichen Vorteil, jedoch kennen sie nicht unbedingt die Herkunftskultur der Pflegebedürftigen. Ohne spezifische Förderung eines interkulturellen Austausches im Pflgeteam bleibt dieser Ansatz auf einem reinen Dolmetscherniveau reduziert.

Die bisherige Altenhilfe und Pflegepraxis hat im Laufe der letzten Jahre entweder auf bestimmte Migrantinnengruppen spezialisierte oder im Rahmen der interkulturellen Öffnung vorbildhafte Modelleinrichtungen geschaffen. Leider sind flächendeckend die Migrationsdienste und die Angebote der Altenhilfe – oft sogar

bei dem denselben Träger – in ihrer Arbeit voneinander getrennt. Im Allgemeinen stelle ich fest, dass die Migrantinnen noch immer nicht als Expertinnen ihres gesundheitlichen Befindens anerkannt werden. Das führt dazu, dass ihnen wenig Gestaltungsraum und Stellenwert in ihren gesundheitlichen und sozialen Belangen beigemessen wird.

Welche Vorstellungen der Pflegewissenschaft bestehen zu einer kultursensiblen Altenpflege?

Nun sind in der Pflegeliteratur eine Vielfalt von Begrifflichkeiten zu finden, die den Komplex der Kultur, der Pflege und der Migration beschreiben. (Folie?) Manche dieser Begriffe werden synonym verwendet. Wir sprechen von transkulturell, multikulturell, interkulturell, intrakulturell, kultursensibel und kultursensitiv. Multikulturell meint ‚viele Kulturen‘. Trans- und interkulturell werden gemeinsam für den Austausch zwischen den Kulturen gebraucht. Intrakulturell bezieht sich auf Phänomene, die sich innerhalb einer Kultur abspielen. Kultursensibilität steht für eine aufmerksame „...Haltung, die auf Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht“ (KDA, 2002). Sie fokussiert die kulturelle Dimension der Biographie und versucht insbesondere die Migration mit ihren psychodynamischen Prozessen zu erfassen. Kulturelle Sensitivität ist das Bewusstsein von Identitätsmerkmalen wie Ethnie, Geschlecht oder sexueller Orientierung und die Anwendung über das Wissen von diesen Merkmalen beim Erklären und Verstehen einer Situation und dem Verhalten der Klientinnen (Meleis, 1992 in Visser et al. 2002).

Das pragmatische und einfache Handeln im Sinne des Schubladen-Denkens, wie zuvor geschildert, ist unter anderem in

Zusammenhang mit der Theorie und den Konzepten von Madeleine Leininger zur ‚transkulturellen Krankenpflege‘ Anfang der 70er Jahre in den USA zu sehen. Anhand ihres ‚Sunrise Modells‘ wollte Leininger einen handhabbaren Leitfaden für den Zusammenhang zwischen Pflege und Kultur schaffen. Sie verglich hierzu die verschiedenen Kulturen und ihr jeweiliges Gesundheits- und Krankheitsverständnis. Leiningers Pflegeverständnis ist stark an der kulturellen Herkunft des Pflegebedürftigen gebunden. Diese enge Verbundenheit der Ursprungskultur des ‚Anderen‘ als alleiniges Erklärungsmuster für Verhalten von Pflegebedürftigen und ein daran ausgerichtetes pflegerisches Handeln fördert eine ethnische Stereotypisierung. Die europäischen Kritikerinnen der letzten 10 Jahre, wie beispielsweise Habermann (1997) und Orr et al. (1995), werfen Leiningers Theorie vor, die kulturellen Unterschiede im Sinne von das ‚wir und ihr‘ nur zu benennen. Die gegenseitige Beeinflussung des Fremden auf das Eigene und umgekehrt bleibe bei Leininger ebenso unberücksichtigt, wie die Schwierigkeit kulturelle Faktoren systematisch in die Pflegebeziehung zu integrieren. Habermann (1997) fordert vielmehr, daß Migrantinnen nicht Probleme zugewiesen werden, die erst durch problemfördernde institutionelle, gesellschaftliche oder pflegespezifische Bedingungen erzeugt werden. Forderungen von Uzarewicz (2003) gehen dahin, dass es innerhalb der transkulturellen Pflege „...zu lernen [ist], zwischen der Eigen- und Fremdbeobachtung und -wahrnehmung zu differenzieren“. Sie zeigt drei Säulen der ‚transkulturellen Kompetenz‘ auf, die eine Begegnung mit Migrantinnen im Pflegealltag ermöglichen sollen. Dabei sieht sie in der ‚transkulturellen Kompetenz‘ eine Erweiterung der sozialen Kompetenz, die zum professionellem Handeln vorhanden sein muß. Selbstreflexion, Hintergrundwissen und

Erfahrung sowie Empathie benennt Uzarewicz als diese drei Säulen.

Der Einfluß durch eine kultursensible Altenpflege könnte die gesamte Pflege qualitativ und professionell vorantreiben, wenn dieser Prozess von den Beteiligten bewusst wahrgenommen wird. Der Gedanke Scheiblers (1998), dass die Betreuung von Menschen mit Migrationserfahrungen „...nur eine Vergrößerung der Probleme darstelle, die auch in der Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden des gleichen Kulturkreises auftreten“ gehört zu den neueren Ansätzen.

Wenig ist aufgrund von Studien darüber bekannt, was Migrantinnen sich von einer angemessenen Pflege erwünschen. Hier existiert ein großer Forschungsbedarf.

Auf wissenschaftlicher Ebene ist bereits klar, dass Pflege eine kulturelle Haltung im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen braucht, egal ob für Migrantinnen oder für Einheimische.

Theorie-Praxis-Transfer: Beispiel für eine interkulturelle Öffnung in der häuslichen Pflege

Nun möchte ich auf die eigenen Erfahrungen bei der Umsetzung einer interkulturellen Öffnung und Anwendung einer kultursensiblen Pflege eingehen:

Man kann bei älteren Migrantinnen der Expertenlage zufolge davon ausgehen, dass ein erhöhter Pflegebedarf besteht. Als Ursache hierfür sind z.T. die Bedingungen der Migration, des anschließenden Arbeitsprozesses in meist körperlich anstrengenden Bereichen, die ungewohnte Ernährung und ein evtl. anderes Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Prophylaxe und Behandlung zu benennen.

In der häuslichen Situation lässt sich beobachten, dass entgegen einer landläufigen Meinung, Migrantinnen zunehmend in ihren Familien analog unserer Gesellschaftsstruktur die Pflege und Betreuung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen nicht gewährleisten können. Entweder mussten die Kinder und Verwandten zwecks Erwerbstätigkeit die Stadt wechseln oder sind selbst überlastet und benötigen professionelle Hilfe. Hierdurch kann es in den Familien zu großen Konflikten kommen, da eine Erwartungshaltung der älteren durch die Rahmenbedingungen der jüngeren nicht befriedigt werden kann. In solchen Situationen fällt dem beteiligten Pflegedienst oft eine Vermittlungsrolle zu.

Bei manchen Klientinnen, bspw. aus osteuropäischen Raum, stelle ich fest, dass ihr eigenes Krankheitsempfinden zunimmt, je weniger soziale Eingebundenheit besteht. Körperliche Einschränkungen werden gegenüber den sozialen Einschränkungen unterbewertet. Auch in dieser Situation kann die Erwartungshaltung nach überwiegend sozialpflegerischen Handeln, beispielsweise in Form von Gesprächen und psycho-sozialer Betreuung durch den primär medizinisch-pflegerischen Fokus unseres Pflegesystems der letzten Jahre nicht in einer notwendigen Form befriedigt werden. Diese beispielhaften Situationen stellen Herausforderungen und Anforderungen an die (professionell) Pflegenden und die Pflegebedürftigen, um aufeinander zuzugehen und einzugehen.

Dies gelingt umso besser, je mehr und bewusster sich die Pflege darauf vorbereitet. In den näheren Fokus für die Umsetzung einer kultursensiblen Pflege fallen: die interkulturelle Kompetenz der Pflegenden in der Pflegebeziehung und im Pflegeteam und die Rahmenbedingungen. Seit 1999, also seit Beginn

unseres Pflegedienstes Ambulanter Dienst Gesundheitspflege in Mainz, pflegen und betreuen wir Menschen mit Migrationshintergrund. Sie stellen ca. 10% unserer Klientinnen dar.

Seit Beginn unseres Ambulanten Dienstes Gesundheitspflege arbeiten in allen Organisationsebenen zur Hälfte Deutsche, Migranten, Migrantinnen beider Geschlechter. Die Zusammensetzung des Pflegeteams ist nicht dem Zufall überlassen, sondern sollte aktiv gestaltet werden. Wir orientieren uns hierbei an dem Konzept des Diversitymanagements. Ähnlicher Erfahrungshintergrund, Solidarität und Vertrauen schaffen eine Betriebsatmosphäre, bei der das Selbstwertgefühl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen steigt.

Wir versuchen das Interesse für das vermeintlich Fremde zu wecken und die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Kulturen und Subkulturen innerhalb des Betriebes zu fördern. Probleme und Konflikte, die im Zusammenhang mit unterschiedlicher Wertevorstellungen oder Pflegeverständnis stehen, werden im Team nicht unterdrückt, sondern offen angesprochen. Einzelgespräche und Supervision helfen, die unterschiedlichen Standpunkte auszutauschen und das gute Betriebsklima zu erhalten. Informationen und Hintergrundwissen in Form von internen Fortbildungen fördern mehr Verständnis, machen neugierig und helfen Vorurteile abzubauen.

Gegenseitige Toleranz und Akzeptanz ist die Grundvoraussetzung hierfür. Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen – unabhängig vom Herkunftsland, Religion, Geschlecht, sexueller Identität usw. – haben den gleichberechtigten Zugang zu den vorhandenen Ressourcen. Unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kommen aus 16 verschiedenen Ländern, z.B. Marokko, Iran, Russland, Eritrea. Sie

haben durch ihren kulturellen Hintergrund eine zusätzliche ‚Qualifikation‘ auf zwei Ebenen: Sprache und kulturelle Erfahrungs- und Lebenswelt.

Das ist eine wertvolle Ressource für die entstehenden Pflegebeziehungen. In unserer alltäglichen pflegerischen Arbeit achten wir aufmerksam auf die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Klientinnen. Durch Selbstreflexion über das eigene Handeln, Empathie und Hintergrundwissen über kulturelle Gegebenheiten seitens der Pflegenden wird Raum für eine vertrauensvolle Begegnung und persönliche Entfaltung gegeben. Die Vorbereitung auf ein Aufnahmegespräch beinhaltet die Überlegung, ob es wichtige evtl. spezifische Themenbereich im Vorfeld anzusprechen sind und welche Informationen es vorzubereiten gibt. Eine intensive Pflegeanamnese und Biographiearbeit beispielsweise das Hinterfragen von Vorstellungen über Selbstbestimmung und Pflegeverständnis, Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen oder die Migrationsgeschichte ermöglichen den Pflegenden eine weitestgehend individuelle Gestaltung des Pflegeprozesses und der Einsatzplanung. Bei Konflikten vermittelt die Führungsebene.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass wir in der Pflege Vertrauen vor Ort gewinnen und zu wichtigen Schlüsselpersonen für den sozialen Umkreis in den spezifischen Fragen werden. Wie die heutige Veranstaltung öffentliches Interesse weckt, so gilt es auch für eine Pflegeeinrichtung geeignete Rahmenbedingungen für ihre Klientel zu schaffen. Zu verschiedenen Themen der Pflege gehen wir in Migrationsgruppen und informieren und beraten hierzu in der Muttersprache. Eine enge Zusammenarbeit mit Behörden, Krankenkassen und Ärzten und Ärztinnen ist im Sinne einer

schnelleren und besseren Hilfestellung notwendig.

Wir werden den von uns eingeschlagenen Weg der Vernetzung mit den deutsch-iranischen, dem türkischen und italienischen Verein, mit dem Mainzer Netzwerk ‚StepOn – Lernende Regionen‘ und der ‚Bundeskampagne für eine kultursensible Altenhilfe‘ weiter fortsetzen.

Ausblick:

Das Bewusstsein um die Kultur aller Pflegebedürftigen muss stets berücksichtigen, dass die Bedürfnisse der Migrantinnen teilweise andere sind, als die der deutschen Pflegebedürftigen. Um adäquat pflegen zu können, benötigen wir einen guten Theorie-Praxis-Transfer. Hierzu ist ein allgemeiner Forschungsbedarf zu konstatieren.

Es ist nicht nur unsere Überzeugung für unsere pflegebedürftigen Klientinnen eine bedürfnis- und biographieorientierte Pflege anzubieten; es ist unsere gesellschaftliche Verantwortung und gesetzliche Pflicht.

Eine interkulturelle Perspektive erweitert das Pflegeverständnis für alle Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen unabhängig ihrer Herkunft, Alters, Geschlechts, sexuellen Identität und sozialen Status. Meines Erachtens muss es einerseits differenzierte Angebote für spezielle Bedürfnisse von Migrantinnen oder anderen Gruppen wie bspw. ältere Lesben und Schwule geben. Andererseits müssen sich die Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen interkulturell öffnen, wenn sie eine humane und qualitätsorientierte Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleisten wollen. Aus diesem Grund sollte eine kultursensible Pflege – ebenso als Lerninhalt

in den rheinland-pfälzischen Rahmenlehrplänen für die Altenpflege und für die Gesundheits- und Krankenpflege verankert werden!

In den Fort- und Weiterbildungen sollte es nicht nur um die Vermittlung von kulturellem Hintergrundwissen über einzelne ethnische Gruppen und Subkulturen gehen, sondern vielmehr um die Vermittlung der Anwendung des Wissens und die Reflexion des Verhaltens von Pflegebedürftigen und Pflegenden.

Ich appelliere an die Anwesenden sich aktiv an den bundesweiten Aktionen der Bundeskampagne für eine kultursensible Altenhilfe zu beteiligen. Am 1. Oktober finden die Auftaktveranstaltungen zur Kampagne in Berlin und in Zürich statt. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Kuratoriums Deutscher Altershilfe (KDA) und gerne können Sie auch auf mich zu kommen.

Karim Elkawaga

Ambulanter Dienst Gesundheitspflege
Dijonstraße 16-18
55122 Mainz

Telefon: 06131 47 5615

Telefax: 06131 47 5688

E-Mail: gesundheitspflege@t-online.de

Internet: www.pflege-in-mainz.de

Beratung von pflegebedürftigen Angehörigen ethnischer Minderheiten

Dr. Nargess Eskandari-Grünberg



Die Entwicklung einer Gesellschaft wird durch die darin lebenden Bevölkerungsgruppen und Ethnien mit unterschiedlichen Kulturen und religiösen Orientierung beeinflusst.

Die stetige Entwicklung einer multikulturellen Gesellschaft bedarf einer kontinuierlichen Anpassung der vorhandenen sozialpolitischen Konzepte und Theorien. Das Berufsfeld „Pflege und Gesundheit“ wird in den letzten 15 Jahren immer wieder mit der Frage der Kultursensibilität konfrontiert.

Während unsere Nachbarländer (z.B.

Niederlande) rechtzeitig auf die demographische Entwicklung der älteren Migranten reagiert haben, ist man in Deutschland immer noch auf der Suche nach einem Erfolgsrezept für die Bewältigung der momentanen Lage. In der Vergangenheit wurde der Handlungsbedarf von den Experten nicht rechtzeitig erkannt. Heute sind sich die Experten darüber einig, dass eine Veränderung nun unumgänglich sei. Es wurden in diesem Bereich verschiedene Projekte und Institutionen entwickelt und gegründet. Häufig scheiterten jedoch auch Ideen und Vorschläge an finanziellen Rahmenbedingungen und knappen Ressourcen.

In der europäischen Union bilden sich derzeit verschiedene multikulturelle Gesellschaften, in denen unterschiedliche Vertreter der älteren Generation in der Zukunft vermehrt mit ganz anderen Bedürfnissen und Wünschen auseinandersetzen müssen. Es ist vorhersehbar, dass die Betroffenen in der Zukunft sich häufiger an die Pflegeinstitutionen wenden werden, als es zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Fall ist. Menschen mit sehr unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, Religion und Herkunft haben auf einmal ganz andere Fragen und Bedürfnisse, mit denen sich die Altenhilfe und die Sozialpolitik auseinandersetzen müssen.

In der Pflege werden wir häufig mit „fremden“ Lebenswelten im Hinblick auf Familien- und Geschlechterbeziehungen konfrontiert. Der Umgang mit dieser Herausforderung bedarf sowohl einer Neuordnung des bisherigen Altershilfesystems, als auch das Erlernen der interkulturellen Kompetenz jedes einzelnen Mitarbeiters.

Eine „transkulturelle Pflege“, bei der die Biografie des einzelnen im Vordergrund

steht, würde den bestehenden Bedürfnisse gerecht werden und demnach den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen entsprechen. Es ist zu betonen, dass eine Berücksichtigung der jeweiligen Biografie und Lebenssituation der Patienten nicht außer Acht gelassen werden sollte.

Professionelle Pflege ist individuell geplante Pflege

Parallel dazu ist die allgemeine Beziehungsarbeit mit den zu Pflegenden und deren Angehörigen von großer Bedeutung.

In der Beratungsarbeit werden wir immer wieder mit unterschiedlichen Vorstellungen der älteren Migrantinnen und ihren Angehörigen konfrontiert. In der Beratung mit älteren Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen müssen wir deshalb auf verschiedene Merkmale und Fakten der Lebenssituation der älteren Migranten achten. Die Angehörigen fühlen sich dazu verpflichtet, dass nur sie allein für die Pflege ihrer Eltern aufkommen müssen. Die Option, ihre Eltern von Institutionen und Einrichtungen der Altenhilfe pflegen zu lassen, wird häufig als Versagen angesehen. Manche fürchten gar ein Gesichtsverlust vor ihren Verwandten.

Fakt ist, dass es heute auf Grund der veränderten Familienstrukturen nicht möglich ist, dass ein Familienmitglied zu Hause bleibt und die Pflege der Eltern gänzlich übernimmt. Viele ältere Migrantinnen erwarten, dass sie im Alter von ihren Kindern gepflegt werden. Einige wissen auch, dass im Falle der Pflegebedürftigkeit die Angehörigen nicht für ihre Pflege aufkommen können. Sie haben aber auch keine genaue Vorstellung darüber, welche Hilfen sie im Alter in Anspruch nehmen können.

Derzeit beobachten wir in Gesprächen, dass die Ungewissheit und die Ängste über die Zukunft bei den Migranten zu einer Tabuisierung der wichtigen Altersfragen in den Familien geführt haben. Einerseits setzen wir uns dafür ein, dass ältere Migrantinnen einen Überblick darüber erhalten, welche Angebote und Dienste sie bei Bedarf in Anspruch nehmen können, andererseits versuchen wir durch den Kontakt zu den Angehörigen, ihre Ängste zu nehmen und Vorurteile abzubauen.

Häufig sind die Beratungsgespräche, die wir gemeinsam mit den älteren Migrantinnen und ihre Angehörigen führen, die erste Gelegenheit, bei der die Beteiligten über ihre Ängste, Vorbehalte und Erwartungen offen miteinander sprechen.

Wir sind überzeugt, dass die Einbeziehung der Angehörigen der älteren Migrantinnen bei der bevorstehenden Entscheidungen der Pflege von großer Bedeutung ist. Dieser Aspekt ist bei der „kultursensiblen Pflege“ unverzichtbar.

Immaterielle Merkmale der Lebenslage älterer Migranten

Immaterielle Merkmale der Lebenslage älterer Migranten sind stark durch kulturelle und migrationsspezifische Aspekte der Lebenslage gekennzeichnet, die als Merkmale der Lebenslage der älteren deutschen Bevölkerung in dieser Form nicht auftreten. Dazu zählen insbesondere die Rückkehrorientierung, der Rückzug in die Ethnie und die innerethnisch und familiär geprägten sozialen Netzwerke älterer Migranten.

Rückkehrorientierung und Verbleib

Ein spezifisches Merkmal der Migrationsbiografie und ein wichtiger Aspekt der Lebenslage der älteren Migranten stellt das Pendeln zwischen dem Herkunftsland und dem Aufnahmeland vor allem bei den jungen Alten dar.

Dieses Verhalten resultiert aus dem Dilemma des Rückkehrwunsches bzw. der so genannten Rückkehrillusion und der tatsächlichen Entscheidung zur Rückkehr oder zum Verbleib und stellt ein Aufschieben dieser Entscheidung zur Rückkehr oder zum Verbleib dar.

In der Hamburger Studie gaben 22,6% der Befragten an, auf Dauer in Deutschland bleiben zu wollen, 32,1% der Befragten wollen zwischen ihrer Heimat und Deutschland pendeln, 16,9% wollen in ihre Heimat zurückkehren, und 20,1% konnten dazu keine konkrete Aussage treffen. Insgesamt betrachtet gaben 62,9% an, ganz oder teilweise in Deutschland bleiben zu wollen (BAGS Hamburg; 1998).

Die am häufigsten genannten Gründe für den Verbleib in der Bundesrepublik sind:

- Die bessere gesundheitliche Versorgung (71,6%)
- Familiäre Gründe – die Kinder leben auf Dauer in Deutschland (54,4%)
- Eingewöhnung und Vertrautheit mit den sozialen Verhältnissen (53,3%)
- Finanzielle Gründe (45%)
- Deutschland ist zur zweiten Heimat geworden (40,6%)
- Sich hier wohlfühlen (39,2%)

Weitere Gründe, die Einfluss auf den Verbleib haben können, sind die Entfremdung zum Herkunftsland, die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse im Herkunftsland, nicht erfüllte Zu-

kunftspläne, Verlust bestimmter sozialrechtlicher Leistungen, aufenthaltsrechtliche Konsequenzen und deutschstämmige (Ehe-)Partner und Partnerinnen (BAGS Hamburg, 1998; Deutscher Bundestag, 1998).

Überwiegend besteht der Wunsch zur Rückkehr nach wie vor, es haben sich aber bei vielen älteren Migranten die Einstellungen und Denkweisen durch die Migration und insbesondere die Lebensbedingungen verändert, so dass eine Rückkehr für die meisten nicht wirklich in Frage kommt.

Das gegenwärtige Migrationsverhalten der altgewordenen Arbeitsmigranten kann man als temporäre (Pendeln) und permanente (Rückwanderung) Wanderung bezeichnen, wobei die letztere in der Öffentlichkeit kaum Beachtung findet. Diese Migrationserfahrungen weisen einen hohen Grad an Mobilitätspotenzialen und -kompetenzen der älteren Migranten auf, die auf das Vorhandensein von Handlungspotenzialen hindeuten. Die noch zu erwartende Zunahme der Mobilität der älteren Migranten stellt einen Aspekt der Lebenslage dar, der für die Planung und Organisation im Bereich der Versorgung und der Hilfeangebote für ältere Migranten eine nicht unerhebliche Einflussgröße darstellt. Diese Situation ist bei den Angehörigen ebenfalls bekannt.

Der ethnische Rückzug und die Wiederbelebung der Ethnizität

Wie bereits festgestellt, leben ältere Migranten räumlich konzentriert in städtischen Ballungsgebieten und tragen in zweifacher Hinsicht zur Verstärkung der Segregation bei – einerseits durch ihren Verbleib in den ethnischen Enklaven – andererseits durch die alters- und lebens-

lage bedingte Wiederbelebung der Ethnizität.

Die Zunahme der Bedeutung der Ethnizität im Alter kann gerontologisch gesehen sowohl mit der Theorie des Disengagements (Rückzug aus sozialen Rollen nach der Erwerbsphase) als auch mit der Aktivitätstheorie (Kompensation des Verlustes sozialer Rollen durch Übernahme neuer Rollen) erklärt werden. Dabei nimmt die Bedeutung der Ethnizität eher quantitativ zu, d.h. sie rückt mehr in den Lebensmittelpunkt.

Der ethnische Rückzug älterer Migranten wird nach der Berufsaufgabe verstärkt und geht einher mit dem Verlust der Kontakte zu einheimischen Bezugspersonen und infolgedessen mit dem Verlust der deutschen Sprache. Verschiedene Forschungsergebnisse bestätigen erhebliche Sprachdefizite und Sprachbarrieren bei älteren Migranten der ersten Migrantengeneration, die besonders stark bei Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei ausgeprägt sind.

In der BMA-Studie (1995) beurteilten 54,5% der befragten älteren Migranten aus der Türkei und 41,7% der Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien ihre Deutschkenntnisse als schlecht oder sehr schlecht.

Die Orientierung im Alltag und im Lebensstil findet dann ausschließlich in ethnischen Enklaven statt, mit einer eigenen Infrastruktur (eigenen Geschäften, Gaststätten oder Teestuben, Reisebüros, Moscheen), die als Quelle bestimmter Ressourcen und Unterstützungspotenziale, des Wohlbefindens und der Stärkung der Identität betrachtet werden muß.

Soziale Netzwerke älterer Migranten

Die Netzwerkforschung analysiert soziale Bezüge zwischen Personen oder Personengruppen, insbesondere hinsichtlich der sozialen Integration und der Unterstützungspotenziale in den Bereichen der emotionalen, instrumentellen und informativen Unterstützung. Neuere Ergebnisse zu sozialen Netzwerken älterer Migranten stellen überwiegend innerethnisch und familiär geprägte Netzwerke bei älteren Migranten fest.

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit älterer Migranten

Es gibt vermehrt Hinweise auf den Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Migranten. Zum Teil werden geriatrische Krankheitsbilder bei älteren Ausländern früher festgestellt als bei älteren Deutschen.

Die Pflege pflegebedürftiger Migranten wird überwiegend von Familienangehörigen durchgeführt, die Geldleistungen erhalten. Allerdings stellen Pflegedienste vermehrt fest, dass eine fachgerechte Pflege in den Familien selten gewährleistet ist, besonders bei schwerer Pflegebedürftigkeit. Es ist bereits absehbar, dass auf Grund migrationsbedingter struktureller Veränderungen der ausländischen Familien die Pflege in Migrantenfamilien nicht ausreichend gesichert ist.

Besonders problematisch ist die Situation älterer ausländischer Frauen, die von Pflege im besonderen Maße betroffen sind und zwar als Pflegenden und als Pflegebedürftige. Schon 1999 wurde eine Untersuchung des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. / Frankfurt am Main (ISS) zur Nutzung von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe durch ältere Migranten durchge-

führt. Die Ergebnisse zeigen, dass damals schon zwei Prozent der pflegebedürftigen Personen, die von den befragten ambulanten Pflegediensten in Frankfurt betreut wurden, ältere Migranten waren. Bei diesen Nutzern der ambulanten Pflegedienste wurde eine erhebliche Pflegebedürftigkeit festgestellt. Zudem konnten die Familienangehörigen die Pflege nicht mehr sicherstellen. Bei einem Teil der pflegebedürftigen Migranten fehlten jegliche familiäre Beziehungen.

Der Anteil der älteren ausländischen Männer lag sowohl in der ambulanten Betreuung als auch der Anteil an den Bewohnern der Frankfurter Altenwohnanlagen höher als der entsprechende Anteil der ausländischen Frauen.

Insgesamt sprechen die aufgeführten Aspekte für einen bestehenden Hilfe- und Pflegebedarf bei älteren Migranten, der nicht in ausreichendem Maße von den innerethnischen und familiären Netzwerken aufgefangen werden kann. Im Hinblick auf die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Migranten müsste dieser Bedarf regional möglichst kleinräumig ermittelt werden. Die Berücksichtigung einzelner Teilgruppen erfordert eine Bedarfsdifferenzierung nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Generation, Nationalität bzw. ethnischen Gruppen, Rückkehr- bzw. Verbleibsorientierung (BMA, 1995).

Kulturelle Besonderheiten in der Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Migranten

Die geschilderten Widerstände bei deutschen Pflegebedürftigen gegenüber ausländischen Pflegekräften basieren auf unterschiedlichen kulturellen Hintergründen der Pflegenden und der

Pflegebedürftigen und den daraus resultierenden unterschiedlichen Erwartungen. Zudem handelt es sich auch häufig um Unkenntnis der Kulturen, Berührungsängste, Unsicherheiten und Vorurteile. Dieses trifft im umgekehrten Fall in ähnlicher Weise für die Pflegebeziehung zwischen einem pflegebedürftigen Migranten und einer deutschen Pflegekraft zu.

Situation pflegender Angehöriger

Im Rahmen der Pflegebesuche nach § 37 (3) SGB XI stellen die Pflegedienste vermehrt Überforderungen und Überlastungen pflegender Angehöriger pflegebedürftiger Migranten fest. Gleichzeitig wird ein im Vergleich zu deutschen Familien stärkerer Druck des Familienverbundes auf die Pflegenden (insbesondere sind es Frauen), die Pflege als Pflicht und Aufgabe sehen, wahrgenommen. Dadurch wird die Bereitschaft, Entlastungsangebote anzunehmen und die Pflege an ambulante Pflegedienste abzugeben, negativ beeinflusst. Andererseits besteht bereits eine Tendenz, Pflegenleitungen und Hinweise, die der Überforderung und Überlastung entgegenwirken, anzunehmen, z.B. Teilnahme an Pflegekursen für pflegende Angehörige.

Ergebnisse der Hamburger Studie bestätigen diese Tendenz: Knapp die Hälfte (45%) der dort befragten älteren Migranten, die Hilfe für andere leisten, fühlen sich überfordert und wünschen sich Unterstützung. Vor allem türkische Befragte nennen Überforderung doppelt so häufig wie Angehörige anderer Nationalitäten.

Pflegebedürftige Migranten werden überwiegend von Familienangehörigen gepflegt. Lediglich sieben Prozent der hier erfassten Pflegebedürftigen werden von einem Pflegedienst gepflegt.

Pflegebedürftige ausländische Männer werden häufiger von professionellen Pflegenden gepflegt als ausländische Frauen.

Folgende Grundlagen und Kriterien sind hinsichtlich der Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Migranten von Bedeutung:

- Die bedarfsorientierte Beschäftigung und der Einsatz muttersprachlicher Fachkräfte in den Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege ist unumgänglich.
- Es bedarf eine gezielte muttersprachliche Informations- und Aufklärungsarbeit (nicht nur schriftlicher Art), um die Sprachprobleme der älteren Migranten abzubauen, um so die Zugangsbarrieren zu den Diensten und Einrichtungen der Altenpflege zu erleichtern.

- Hinsichtlich der Heterogenität der Migrant*innenpopulation und der unterschiedlichen Verteilung auf die Stadtteile sind Stadtteil- und nationalitätenspezifische Orientierungen und Ausrichtungen der Angebote und Einrichtungen erforderlich.
- Sowohl in der ethnischen Infrastruktur (ausländische Ärzte, Moscheevereine, Kulturvereine, Teestuben) als auch in interkulturell orientierten Einrichtungen zeigen sich Unterstützungsansätze für ältere und Hilfesuchende Migranten. Für die Dienste der pflegerischen Regelversorgung könnten diese Einrichtungen als Kooperationspartner in der konzeptionellen Entwicklung der Angebote für Migranten gewonnen werden.

Dr. Nargess Eskandari-Grünberg

Deutsches Rotes Kreuz
Beratungsstelle HIWA-ältere
Migrantinnen und Migranten
Gutleutstraße 17
60329 Frankfurt/M.

Telefon: 069 23 4092
Telefax: 069 24 27 92 66
E-Mail: Hiwa@frankfurt.drk.de

Nachlese

von Dagmar Jung (Moderatorin)



Kultursensibilität als Forderung an das soziale Netz berührt gerade in der Pflege und bei professionellen Beraterinnen und Beratern einen wunden Punkt. Treten sie doch mit dem Selbstverständnis an, individuelle Gegebenheiten, zum Beispiel die Biografie des Pflegebedürftigen oder Ratsuchenden in ihrem professionellen Handeln zu berücksichtigen. Gleichzeitig ist gerade in der Pflege allen bewusst, wie weit die fachlichen Anforderungen und die banale Alltagsrealität auseinanderklaffen können. Auf zusätzliche Anforderungen reagieren die Pflegeorganisationen deshalb nicht selten unwillig. Was braucht es also, um zu sensibilisieren?

Die Beiträge haben gezeigt, dass hilfe- und pflegebedürftige Migranten eine Minderheit darstellen, die zudem verschiedene ethnische und kulturelle Wurzeln hat. Deshalb muß nicht jede Pflege- und Beratungskraft einen zusätzlichen Sprach- und Kulturkurs in der

Volkshochschule buchen. Die eigene Kultursensibilität zu entdecken heißt, sie als grundsätzlich fachliche Herausforderung zu verstehen. Und der Weg ist gar nicht so weit: Erinnern wir uns der früheren Unsicherheit im Umgang mit Demenzzkranken. Ihr Beispiel macht deutlich, dass Biografieorientierung als respektvolle „kultursensible“ Haltung verstanden auch den Zugang zu Menschen anderer Ethnien/Kulturen erleichtern kann: Auch bei Demenzzkranken erschweren Sprachbarrieren und mangelndes Wissen um die individuelle Vergangenheit (sbewältigung) den Zugang zur Lebenswelt, ist Empathie und biografisches Wissen gefragt. Kultursensibilität in bezug auf altgewordene Ausländer ist meines Erachtens lediglich eine andere Facette der sozialen Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden, die immer von Respekt und Empathie getragen sein sollte. Diese Haltung zu befördern und in Aus-/Fort- und Weiterbildung zu transportieren, bei institutionellen Kooperationen zu berücksichtigen und einzuüben, ist die Botschaft dieser Tagung. Es bleibt zu wünschen, dass die lebhaft diskutierte „Drei-Partner-Kooperation“ auf Landesebene ihren Weg auf die Regionalebene findet und bei Pflegeengagierten, Beratungsstellen, bei Seniorenorganisationen, Ausländerbeauftragten, örtlichen Migrant*inneninitiativen usw. auf viele, interessierte Ohren trifft und als gemeinsames Querschnittsthema angepackt wird.

Dagmar Jung

Diakonisches Werk Hessen und Nassau
Referat Altenhilfe
Ederstraße 12
60486 Frankfurt

Telefon: 069 7947-329
Telefax: 069 7947-333
E-Mail: dagmar.jung@dwhn.de

Impressum

Herausgeberinnen:

Landeszentrale für Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V., (LZG)
Karmeliterplatz 3, 55118 Mainz
Telefon: 06131-20 69-0
Telefax: 06131-20 69 69
E-Mail: info@lzg-rlp.de
Internet: www.lzg-rlp.de

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz
Bauhofstr. 9, 55116 Mainz
Telefon: 06131 16-2027
Telefax: 06131 16-2452
E-Mail: poststelle@masfg.rlp.de
Internet: www.masfg.rlp.de

Landesbeauftragte für
Ausländerfragen in Rheinland-Pfalz
Hintere Bleiche 34-38, 55116 Mainz
Telefon: 06131 16-0
Telefax: 06131 16-4090
E-Mail: LBA@stk.rlp.de
Internet: www.auslaender.rlp.de

Projektleitung:
Ingeborg Germann, LZG
Mechthild Gerigk-Koch, LBA

V.i.S.d.P.:
Jupp Arldt, Geschäftsführer LZG



Materialien zur Gesundheitsförderung
LZG Schriftenreihe Nr. 95

Die Beiträge der Fachtagung vom 16. September 2004 in der vorliegenden Dokumentation

- geben einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung und unterschiedliche Herkunft der zugewanderten Bevölkerung, die Gründe ihres Hierseins und -bleibens sowie die gesundheitlichen und sozialen Folgen für das Alter(n),
- führen ein in die pflegewissenschaftliche Diskussion, was kultursensible Pflege ausmacht und konkretisieren dies anhand der praktischen Erfahrungen in einem ambulanten Pflegedienst,
- erklären die Zugangsbarrieren, die für altgewordene Migrantinnen und Migranten in unseren Versorgungssystemen bestehen und welche Aufgaben sich hier insbesondere für Beratungsstellen ergeben, die den Zugang zu diesen Systemen erschließen können.

Den Blick zu weiten, die Ansprüche und Rechte auf angemessene Versorgung einer zunehmend größer werdenden Gruppe alter Menschen deutlich zu machen und die Fachöffentlichkeit für diese Problematik zu sensibilisieren, das war das Ziel dieser Tagung.

Veranstalter:

Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.
(LZG)



Ministerium für
Arbeit, Soziales, Familie
und Gesundheit,
Rheinland-Pfalz



Landesbeauftragte
für Ausländerfragen
Rheinland-Pfalz

