

Einführung in den Gegenstandsbereich der transkulturellen Pflege¹

Michael Schilder & Hermann Brandenburg

Transkulturelle Pflege begründet sich zunächst aus der Kulturvielfalt innerhalb der deutschen Gesellschaft, die aus der zunehmenden ethnischen, kulturellen und sozialen Vielfalt oder Diversität der Bevölkerung resultiert (Pfabisan 2009; Zielke-Nadkarni 2016a, b). Im Jahre 2017 hatte knapp jede vierte Person in Deutschland einen Migrationshintergrund. In Westdeutschland ist das gut jede vierte, in Ostdeutschland jede fünfzehnte Person (2017: 26,5 bzw. 6,8 %). Von allen Menschen mit Migrationshintergrund sind rund zwei Drittel selbst eingewandert, und ein Drittel ist in Deutschland geboren (68,4 bzw. 31,6 %). Etwas mehr als die Hälfte der Migrierten sind Deutsche (51,1 %). Werden die Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (unter anderem Russland, Kasachstan, Ukraine) zusammengefasst, stellen sie mit rund 3,5 Millionen Personen die größte Gruppe innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Meist handelt es sich um Aussiedler oder Spätaussiedler und deren Nachkommen. Viele Menschen mit Migrationshintergrund sind zudem ehemalige Gastarbeiter oder stammen von ihnen ab. Unter den einzelnen Herkunftsländern kommt ein türkischer Migrationshintergrund am häufigsten vor, gefolgt von Polen. Die Menschen mit einem Migrationshintergrund sind im

Durchschnitt 35 Jahre alt, ohne Migrationshintergrund haben sie ein durchschnittliches Alter von 47 Jahren. Sie sind häufiger ledig, leben in größeren Haushalten, haben öfter keinen schulischen oder beruflichen Bildungsabschluss und wohnen vor allem in größeren Städten. Mittelfristig wird sich der Anteil der genannten Gruppe weiter erhöhen: 2017 hatten 39,1 % aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (alle Zahlenangaben in: Statistisches Bundesamt 2018).

An dieser Stelle kann und soll nicht in weitere Details eingestiegen werden. Deutlich werden sollte, dass – unabhängig von einer Realzuwanderung von ca. einer Million Flüchtlingen im Jahre 2015, in deren Folge »Deutschland im europäischen Vergleich Zielland Nummer eins« (BAMF 2016, S.10) wurde – das Thema Migration ein Phänomen ist, welches bereits seit Jahrzehnten die gesellschaftliche Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland prägt. Dabei waren es zunächst nach dem Zweiten Weltkrieg die Spätaussiedler (vor allem aus der damaligen Sowjetunion und Polen), die nach Deutschland zugewandert sind. In den 1960er Jahren kamen die sog. Gastarbeiter (vor allem aus der Türkei, Spanien, Griechenland, Italien und dem früheren Jugoslawien), die als Arbeitskräfte in

¹ Texte sollten lesbar und verständlich sein, dazu muss auch die Sprache beitragen. Allerdings bildet sie auch Aspekte der Wirklichkeit ab bzw. schafft neue »Wirklichkeiten«. In dem hier zu verhandelnden Bereich der Pflege arbeiten überwiegend Frauen. Es wäre also falsch, allein aus stilistischen Gründen, ausschließlich das generische Maskulinum zu nutzen. Wir werden daher möglichst eine neutrale Form wählen. Falls dies nicht möglich ist, werden wir (überwiegend) die weibliche Form benutzen. Sie schließt – sofern nicht anders genannt – alle weiteren Geschlechtsformen mit ein.

der deutschen Industrie (aber auch später im Pflegesektor und/oder dem Dienstleistungsbereich) gesucht wurden. Gewonnen wurden vor allem junge und alleinstehende Männer (und Frauen), die häufig aus wenig entwickelten ländlichen Gebieten stammten. Sowohl die Spätaussiedler wie auch die Migranten der ersten Generation sind mittlerweile im Rentenalter – und daher mit allen Fragen der medizinisch-pflegerischen Versorgung konfrontiert, wie auch die gleichaltrigen Deutschen. Nicht zuletzt sind es die Folgen des Fachkräftemangels im Pflegeberuf, die vermehrt in jüngster Zeit dazu führen, internationales Pflegefachpersonal anzuwerben. Dies geschieht in der Hoffnung, damit einen Beitrag zur Abmilderung des bereits bestehenden Fachkräftemangels zu leisten (Schilder et al. 2017; Pütz et al. 2019, siehe auch Rand et al. in diesem Band).

All diese demografischen Entwicklungen lassen Deutschland »bunter, vielfältiger und komplexer« werden. Gleichzeitig fordern sie auch die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf damit verbundene Bedarfe aufseiten der Bevölkerung und der Einrichtungen (Robert-Koch-Institut 2008; Domenig 2013; Petersen-Ewert et al. 2018). Vor allem, weil sich diese Diversität in der Zunahme pflegebedürftiger Personen und von Pflegepersonal mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen widerspiegelt (Habermann 2016; Tezcan-Güntekin & Strumpfen 2017; Stagge 2019). Im Rahmen der aktuellen Zuwanderungstendenzen werden Flüchtlinge mit besonderem gesundheitlichen und pflegerischen Unterstützungsbedarf als Zielgruppe fachlicher Pflege und Gesundheitsförderung immer bedeutsamer werden (Zielke-Nadkarni 2016b; Agbih 2017; Hax-Schoppenhorst & Jünger 2019). Aber auch abgesehen von den jüngsten Zuwanderungen werden demografische Veränderungen bei den bereits länger in Deutschland lebenden Gruppierungen mit Migrationshintergrund zu einer Zunahme Älterer mit beson-

deren mit der Migration verbundenen gesundheitlichen Bedarfen als Zielgruppe fachlicher Pflege führen (Kohls 2012; Dibelius et al. 2015; zu den praktischen medizinischen Herausforderungen der Erstversorgung Geflüchteter vgl. z. B. Latatsch 2018, zu medizinethischen Aspekten siehe Lange et al. 2018). Dies nicht zuletzt deswegen, weil sich bei älteren Migranten trotz bestehender Orientierung an familiärer Pflege ein abnehmendes familiäres Pflegepotenzial andeutet, weswegen von einem Anstieg der Nachfrage nach fachlicher Pflege sowohl im ambulanten wie stationären Sektor auszugehen ist (Zielke-Nadkarni 2016b; Kronenthaler et al. 2016).

Kurz und gut – wir leben in einer gesellschaftlichen Situation, in der wir nicht nur mit »Biodutschen«, sondern mit verschiedenen Kulturen, religiösen Vorstellungen und z. T. sehr verschiedenen Lebensentwürfen konfrontiert werden – auch in der Pflege in all ihren Versorgungssettings. Die aktuelle Flüchtlingsfrage hat diese Situation nicht verursacht, in gewisser Weise aber durch einen medialen Hype verschärft und uns noch einmal deutlicher vor Augen geführt. Wie kann in der pflegerischen Praxis angemessen auf diese Heterogenität reagiert werden? Vor welchen Herausforderungen steht die Pflegefachperson konkret – im Krankenhaus, Pflegeheim oder bei der häuslichen Versorgung? Wie gelingt am Ende eine fachlich und ethisch begründete Pflege, welche die Person ins Zentrum ihrer Bemühungen rückt? Wegen der uns wichtigen Personenzentrierung (vgl. Brandenburg & Baranzke 2017; Schilder & Philipp-Metzen 2018) sprechen wir auch nicht von »interkultureller Pflege«, sondern bewusst von »transkultureller Pflege«. Wir tun dies vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass Kultur nur *einen* Einflussfaktor auf Habitus und Lebensführung darstellt – soziale Lage, biografische Erfahrung, Persönlichkeit, kognitive Entwicklung, Bildungskarriere etc. müssen ebenfalls Beachtung finden. Aber

häufig tappen wir – vielfach aus Unkenntnis – in Fallen, bei denen uns ein personenzentrierter Umgang (der durchaus auch die Kultur reflektiert) erschwert wird. Um uns den damit verbundenen wissenschaftlichen und praktischen Herausforderungen zu stellen, haben wir uns in diesem Band für den Begriff »Transkulturelle Pflege« entschieden. Damit folgen wir dem in der Pflegewissenschaft noch nicht zum Abschluss gekommenen Diskurs über einen Kulturbegriff, der zur Erfassung der damit verbundenen Einflüsse auf die Akteure in der Gestaltung des Pflegeprozesses geeignet ist, und nicht etwa in die Irre einer unterkomplexen Vereinfachung mit negativen Konsequenzen für die Pflegeergebnisse führt. Stefan Heuser verweist in seinem Beitrag zu Recht auch auf die hyperkulturelle Gebundenheit des Begriffs Transkulturalität (siehe Abschnitt 1). Doch ist mit der Wortbedeutung des Lateinischen »trans« gemeint, eine über Kulturalität hinausgreifende Personorientierung in der Pflege erreichen zu wollen (Heuser in diesem Band). Personenzentrierte Pflege reflektiert somit nicht nur eine Differenzkategorie, sondern neben der Kultur u. a. auch die des Geschlechts, des Alters, der Bildung, der Religion – der sozioökonomischen Lebenslage insgesamt. Insofern werden vereinfachende Festlegungen auf einzelne Kategorien vermieden und der realen Komplexität, Mehrperspektivität und Lebensweltlichkeit der Menschen eher Rechnung getragen.

Fangen wir mit einem ganz einfachen Beispiel an (Attia 2009, S. 21):

Die Kulturalismusfalle

»Eine Erzieherin beispielsweise fordert die Kinder auf, für ein interkulturelles Frühstück etwas Typisches aus der Heimat mitzubringen. Das Frühstück verläuft gut, die Erzieherin ist mit der Einheit zufrieden. Eine anschließende Befragung ergibt: Einige Kinder erzählen,

dass weder sie selbst, noch die Eltern, noch die im Herkunftsland der Familie lebende Oma überhaupt frühstücken würden. Andere frühstücken Cornflakes oder Nutella. Sie haben aber Schafskäse und Oliven mitgebracht, um die nette Erzieherin nicht zu enttäuschen. Sie hatten also bereits gelernt, was von ihnen erwartet wird. Um nicht zu enttäuschen und nicht aufzufallen, erfüllen sie die von ihnen erwartete Demonstration ihrer Differenz. Aber es gibt natürlich auch Kinder und Eltern, die froh darüber sind, endlich wahrgenommen zu werden, und sei es auf diese Weise. Nur, sie sind nicht »typisch« und die anderen »verwestlicht« oder »eingedeutscht« oder »traditionslos«, sondern haben unterschiedliche Vorlieben, gehen unterschiedlich mit den vorgefundenen Angeboten um, treten unterschiedlich mit ihrer Umwelt in Verbindung usw. Dabei kann so etwas wie die Herkunftskultur (des einen Großelternteils) eine Rolle spielen, und diese Rolle kann durch die Markierung als anders in einigen Situationen an Bedeutung gewinnen, aber sie ist weder die einzige Bezugsgröße noch gibt sie Auskunft darüber, wie »in der Heimat« oder »zu Hause« gefrühstückt wird. Allerdings sind durch eine derartige Einheit Differenzierungen zwischen »uns« und »den Anderen« aktiv reproduziert worden.«

Das Frühstück ist nicht das Problem!

Was ist daran problematisch? Das Frühstück ist nicht das Problem. Das Problem sind die gegenseitigen Differenzenerwartungen. Und zwar einmal seitens der Pädagogin, die bestimmte Erwartungen an die Kinder (offen und nicht offen) formuliert, etwa dahingehend, welche Ernährungsformen bei türkischen Familien vorherrschend sind bzw. waren. Dabei mag sie sich durchaus darüber im Klaren sein, dass dies Kli-

schees sind und nicht immer der Wirklichkeit entsprechen. Aber sich davon zu lösen, setzt jetzt in der Regel eine kritische Reflexion eigener Vorstellungen voraus. Und auf der anderen Seite – bei den Kindern – werden ebenfalls Erwartungen wahrgenommen. Diese Kinder sind in dem Dilemma, eigentlich nicht selbst bestimmen zu können. Entweder müssen sie sich den Erwartungen anpassen oder gegen sie opponieren. Hinzukommt, dass es bei diesem Beispiel eher um die »gemütliche Seite der Differenz« (EL-Maafalani 2018, 151) geht, andere problematische Folgen aber ausgeklammert werden. Denn diese lassen sich weniger institutionalisiert (hier durch ein Frühstückarrangement) zur Sprache bringen, sind aber ähnlich prägend und bedeutsam. Die unscheinbare Frage: »Wo kommst du (eigentlich) her?« meint: »Du bist ein anderer!«, kann entweder wohlwollend und nachfragend, aber auch negativ konnotiert und ausgrenzend sein. Letzteres mündet dann nicht selten in diffusen Anpassungsaufforderungen. Wir merken schon an diesem kleinen Alltagsbeispiel, dass die Dinge nicht so einfach liegen und wir schnell in Widersprüche, Irritationen und am Ende in Konflikte geraten können – in unserem Fall in die Kulturalismusfalle. Das hat auch jüngst eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung für den Pflegebereich dokumentiert, in der 50 Interviews mit Pflegenden und Experten in Krankenhäusern durchgeführt wurden (Pütz et al. 2019; vgl. auch Heier & Fischer 2019). Es bilden sich häufig zwei verschiedene Lager, einerseits die Alteingesessenen und andererseits die Neankömmlinge – so die Forschergruppe des Instituts für Sozialforschung (IFS) und des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt a. M. In den meisten Ländern außerhalb von Deutschland ist Pflege in der Regel ein universitärer Abschluss und mit hohen Kompetenzen in der medizinischen Versorgung verbunden. Stattdessen werden

Migranten, Asylbewerber und ausländische Pflegekräfte häufig, jedenfalls solange sie keine ausreichenden Deutschkenntnisse besitzen, in der Grundpflege, beim Bettenmachen, etc. eingesetzt. Die dann entstehenden Missverständnisse und Konflikte werden von beiden Seiten auf kulturelle Differenzen zurückgeführt, sind aber – so die Studienergebnisse – tatsächlich durch fachliche Unterschiede und Kompetenzhierarchien verursacht. Die »Lösung« besteht dann nicht in der Essentialisierung von Kulturunterschieden (»die einen sind so, die anderen so«), sondern in der Akzeptanz von akademisch qualifizierten Fachkräften, ihrer fachlich angemessenen Einbindung in die Arbeitsabläufe sowie der Nutzung ihrer Kompetenzen für Innovationen im konkreten Setting. Im Grunde wirft diese Kontroverse einen Blick auf die subalterne Rolle, welche der deutschen Pflege zugeordnet ist.

»Island of meaning«

Machen wir uns noch einen weiteren und sehr wichtigen Punkt klar. Es geht um die Frage, wie wir uns – angesichts der Vielfalt, Unübersichtlichkeit und zunehmenden Komplexität der Welt – die Dinge zurechtlegen und uns orientieren. Zunächst einmal ist es völlig normal und nichts Schlechtes, wenn wir Personen benennen, Dinge kategorisieren oder Verhältnisse beurteilen. Wir können gar nicht anders, als die Welt »vor-urteilhaft« wahrzunehmen und auf diese Weise die Komplexität der sozialen Wirklichkeit zu reduzieren, das haben die Psychologen – vor allem die Stereotypenforschung – immer wieder bestätigt. Und wir tun dies, damit eine für uns zunächst unübersehbare Vielfalt überhaupt bewältigbar erscheint. Dies geschieht auch in Einordnungsschemata des zum Eigenen gehörenden und des sich außerhalb befindenden Fremden. Der Sozialpsychologe Eviatar Zerubavel (1996) bezeichnet dieses Phänomen als »island of meaning«. In diesen fin-

det eine Systematisierung nach Gemeinsamkeiten und Trennendem statt, nach »lumping« und »splitting«. Unser Gehirn schafft also unterschiedliche »Inseln« der Zugehörigkeit (und der Differenz). Es handelt sich hier um mentale Konstrukte, die ein schnelles Abgleichen und Vergleichen erlauben, eine Positionierung ermöglichen, Umgangssicherheit herstellen. Unser eigenes Selbstverständnis ist durch das Fremde herausgefordert, was eine Reaktion, ein Umdenken, eine Verteidigung provoziert und aus dem Fremden – im Gegensatz zum Eigenen – den Anderen schaffen kann. Und genau über diesen Prozess sollten wir uns – zumindest ab und zu – Rechenschaft ablegen. Denn eins ist klar: Bei diesem Vorgang ist die Einsicht in Fakten nur schwer vermittelbar. So erweist es sich als aussichtslos, die Angst vor einer Islamisierung in Deutschland empirisch zu entkräften, in dem man beispielsweise darauf verweist, dass Muslime nur 5 % der Bevölkerung ausmachen oder ihr Anteil in Sachsen bei 0,1 % liegt. Und zwar, weil »sich die Funktion der Islamisierungsdebatte vornehmlich in der Stärkung der eigenen Gruppenidentität begründet« (Foroutan 2018, S. 56). Wir können diesen Effekt auf unsere eigene Arbeitswirklichkeit übertragen. Jeder, der »auf Station« gearbeitet hat, kennt diesen Mechanismus. Auf den anderen Stationen – so die internen Gespräche – war dies und jenes kritikwürdig, dort gab es Mängel, gravierende Fehler etc. Nur die eigene Station und das zugehörige Team waren in der Regel ohne Fehl und Tadel und aufopferungsvoll um die Pflege der Patienten bemüht. Es geht also bei der ganzen Geschichte am Ende um uns selbst. Und zwar nicht nur um unsere eigenen Vorurteile, sondern um unser konkretes Verhalten, um die Praxis.

Heterogenität

Ein dritter Aspekt soll noch kurz Erwähnung finden – die sehr große Verschiedenheit der Migranten, Fremden, der Anderen. Nehmen wir nur einmal das Beispiel der Muslime. Insgesamt beträgt ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wenige Prozent und umfasst etwa 4,5 Millionen Menschen. Dabei werden alle Angehörigen dieser Glaubensgemeinschaft erfasst, und zwar auch jene, die sich längst vom Glauben abgewandt haben. Zudem werden alle Konfessionen zusammengefasst, also Sunniten, Schiiten, Aleviten. Wer nur die Nachrichten verfolgt, dem wird sofort klar sein, dass hiermit sehr unterschiedliche Strömungen bezeichnet sind, die sich z. T. in erbitterter Feindschaft gegenüberstehen. Hinzu kommt, dass die Muslime selbst im Hinblick auf ihre nationale Herkunft sehr vielfältig sind. Sie stammen aus Südosteuropa, dem Nahen und Mittleren Osten, Nordafrika, aus dem zentral- und südostasiatischen Raum. Darunter sind Deutsche und Ausländer, Migrierte und in Deutschland Geborene, Praktizierende und Nicht-Praktizierende, solche aus Familien mit islamischer Tradition und Konvertierte. Bekannt ist, dass der größte Teil der Muslime, d. h. 80 %, nicht in einem der offiziell als Gesprächspartner akzeptierten (konservativen) muslimischen Verbände organisiert ist. Und bekannt ist auch, dass viele Moscheen in Deutschland von reaktionären Kräften aus dem Ausland finanziert werden, deren Position keinesfalls mit der Mehrheit der in Deutschland lebenden Muslime einfach gleichgesetzt werden kann (Die ZEIT 2019, S. 50). Das führt u. a. dazu, dass sich Religionskritiker und liberale Muslime nicht ausreichend bei den offiziellen Begegnungen repräsentiert fühlen – zu Recht! Man kann nichts anderes ableiten, als dass es sich hier »um eine Minderheit handelt, die deutlich diverser ist als die Mehrheit der Christen« (Mafaalani 2018, S. 147).

Und – um nun endlich auf die Agenda dieses Buches zu sprechen zu kommen – das beziehen die Autorinnen und Autoren auf Pflegesituationen im Gesundheitswesen. Als Pflegenden haben wir mit Personen aus verschiedenen kulturellen und sozialen Kontexten in unserem Alltag ständig zu tun. Im Hinblick auf Fragen einer transkulturellen Pflege denken wir zunächst an Begegnungen mit Flüchtlingen, älteren Arbeitsmigranten oder zugewanderten Personen aus den früheren GUS-Staaten. Wie gehen wir mit diesen Personen um? Was bedeutet eigentlich »Fremdheit« in diesem Zusammenhang? Und hat die Angst davor nicht auch etwas mit uns selbst zu tun? Wie gelingt es uns, die eigene Fachlichkeit nicht zu verleugnen und dennoch »kultursensibel« auf die Bedarfe und Bedürfnisse der uns Anvertrauten zu reagieren? Dabei brauchen wir uns nicht zu verbiegen oder unsere eigene Identität grundlegend zu problematisieren. Auch Angriffe auf unsere eigenen »Kultur« brauchen wir nicht einfach hinzunehmen. Aber es gehört zum professionellen Auftrag und zum Ethos der Pflege, fachlich und menschlich adäquat auf die Herausforderungen einzugehen. Wie kann uns dies gelingen?

Das sind die Fragen, die uns in dem Buch beschäftigen, und darauf geben die Autorinnen und Autoren Antworten, und zwar aus ihrer jeweiligen Perspektive. Dabei wird unter anderem Bezug genommen auf ein zentrales Fallbeispiel, anhand dessen die einzelnen Beiträge aus ihren jeweiligen unterschiedlichen Perspektiven Reflexionsansätze herausgreifen und damit die disziplinäre Position mit pflegepraktischer Implikation verbinden. Einzelne Beiträge werden im Rahmen eines Theorie-Praxis-Transfers auf Aspekte des nachfolgenden Fallbeispiels zugreifen.

Das zentrale Fallbeispiel: Die Geschichte von Frau Arslan²

Hintergrund

Frau Arslan kam Anfang der 1970er Jahre aus der Türkei nach Deutschland. Sie folgte ihrem Mann, der bereits in den 1960er Jahren gekommen war, um in Deutschland zu arbeiten. Frau Arslan, die praktizierende Muslima sunnitischen Glaubens ist, blieb mit ihren beiden Kindern in ihrem Heimatdorf in Anatolien. Sie und ihr Mann hatten geplant, dass er im Ausland arbeiten solle, bis die Familie genug gespart hätte, um ein eigenes Geschäft in ihrem Heimatdorf aufzumachen. Nach mehreren Jahren der Trennung und unregelmäßiger Besuche von Herrn Arslan in den Sommerferien beschlossen sie, dass Frau Arslan mit den vier Kindern nach Deutschland nachziehen solle. Sie wollten als Familie zusammen leben. Herr und Frau Arslan planten, nach der Berentung von Herrn Arslan in die Türkei zurückzukehren und im Heimatort ihren Lebensabend zu verbringen.

In Deutschland angekommen, kümmernte sich Frau Arslan um den Haushalt und die Familie, die Kinder gingen zur Schule, machten eine Ausbildung und arbeiteten in ihren Berufen. Während sich Herr Arslan auch auf Deutsch verständigen konnte, sprach Frau Arslan ausschließlich Türkisch. Bei Amtsgängen, beim Arzt und anderen wichtigen Gesprächen übersetzten die Kinder für ihre Mutter.

Nach und nach gründeten die Kinder eigene Familien. Um das Jahr 2000 wurden die Arslans Großeltern und unterstützten die jungen Familien, insbesonde-

2 Herr Nils Fischer, M. A., wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt »Interkulturalität und Interreligiosität im Gesundheitswesen« (TONGUE) an der PTHV, hat zur Konzipierung des Fallbeispiels beige-tragen.

re als Herr Arslan wenige Jahre später berentet wurde. Diese neue Aufgabe in der Familie ließ sie ihre Rückkehrpläne zurückstellen, um bei ihren Kindern und Enkeln zu sein. Später entschlossen sie sich deshalb, in Deutschland zu bleiben.

Als Herr Arslan vor ein paar Jahren starb, blieb Frau Arslan von ihren Kindern und Enkeln unterstützt weiter in der gemeinsamen Wohnung. Die Trennung von ihrem Mann und die veränderten Lebensumstände machten ihr dennoch sehr zu schaffen und mit der Zeit klagte sie immer häufiger über Unwohlsein und Schmerzen.

Notaufnahme im Krankenhaus

Als Frau Arslan an einem Freitagnachmittag wieder über sehr schwere Schmerzen klagte, fuhr ihr Sohn mit ihr in die Notaufnahme des nächstgelegenen Krankenhauses. Dort übersetzte er für sie und das Behandlungsteam. Frau Arslan reagierte sehr empfindlich auf Berührungen und gab an, überall Schmerzen zu haben; sie stöhnte und klagte laut. Nach eingehender Diagnostik stellte sich heraus, dass sie eine schwere Herzerkrankung hatte und stationär aufgenommen werden müsse.

Stationärer Krankenhausaufenthalt

Auf Station blieb sie auf ihrem Zimmer in ihrem Bett und lehnte pflegerische Hilfe bei der Körperpflege ab. Sie erhielt regen Besuch ihrer Familie, die ihr Essen mitbrachten und sie versorgten.

Durch Gespräche mit Frau Arslan und den übersetzenden Kindern kam im Laufe des stationären Aufenthalts heraus, dass sie ihre Herzmedikamente nicht eingenommen hatte und seit langem nicht mehr beim Arzt zur Kontrolle

gewesen war, wodurch sich ihr Gesundheitszustand erheblich verschlechtert hatte.

Zudem war ihr zu Krankheitsbeginn deren Bedeutung nicht klar und sie konnte die mit ihr verbundenen Symptome nicht einschätzen und sie demzufolge nicht kontrollieren.

Häusliche Situation

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ging es Frau Arslan zunächst gut, sie gliederte sich wieder in ihren Alltag ein. Nach ein paar Monaten verschlechterte sich jedoch ihr Gesundheitszustand, weshalb sie erneut ins Krankenhaus musste.

Schwierigkeiten ergaben sich für Frau Arslan in der Krankheitsbewältigung, in denen sie die mit der chronischen Herzinsuffizienz verbundenen Verhaltensanforderungen unzureichend in ihren Alltag integrierte.

Stationäre Pflege

Nach mehreren Monaten sahen der Sohn und seine Familie sich nicht mehr in der Lage, Frau Arslan bei sich in der Wohnung zu versorgen und ganztägig zu betreuen. Grund hierfür war, dass eine Alzheimer-Krankheit bei Frau Arslan diagnostiziert wurde.

Deshalb beschloss er mit seinen Geschwistern, für Frau Arslan einen Platz in einem Pflegeheim in seiner Nähe zu organisieren, da Frau Arslan durch ihre zunehmende Demenzerkrankung ganztägig betreut werden muss.

Als sie nach einigen Monaten Wartens einen Platz erhielt und der Umzug vollzogen war, erhielt Frau Arslan zwar häufigen Besuch von ihrer Familie, aber sie fühlte sich in der Pflegeeinrichtung dennoch nicht wohl, blieb auf ihrem

Zimmer und fragte häufig danach, wann sie nach Hause komme.

Abschließend nun ein kurzer Blick auf die Beiträge, die in diesem Band abgedruckt werden: Den Beginn macht *Stefan Heuser*, Professor für Systematische Theologie mit dem Schwerpunkt Ethik an der Technischen Universität Braunschweig, der aus *ethischer Perspektive* einen Problemaufriss vorstellt. Nach einigen grundlegenden Hinweisen zum Kulturbegriff wird darauf hingewiesen, dass in der transkulturellen Pflege eine personenzentrierte Pflege in den Vordergrund gestellt wird. Auch die ethischen Implikationen des Fallbeispiels – der Geschichte von Frau Arslan – werden aufgezeigt. Stefan Heuser betont die Notwendigkeit der Berücksichtigung sozialer Determinanten im Fallbeispiel von Frau Arslan, die ihre Bedürfnisse nach familialer, muttersprachlicher und religionssensibler Pflege unterstreichen. Das Fallbeispiel zeigt nach Heuser insofern ein Ungerechtigkeitszenario, weil die Frau Arslan abverlangten Anpassungsleistungen und Ungleichverhältnisse von ihr selbst nicht mehr bewältigt bzw. kompensiert werden können. Hierin liegen auch die Wurzeln der ethischen Dimension, und hieraus leitet sich ein Mandat fachlicher Pflege ab, entsprechende alternative Pflegekonzepte für Frau Arslan zu erschließen und mit an den sozialen und auch politischen Verhältnissen zur Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen vor allem auch benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu arbeiten (► Kap. 1).

Den zweiten Beitrag hat *Michael Schilder*, Professor für Pflegewissenschaft an der EH Darmstadt, verfasst, der sich aus *pflegewissenschaftlicher Perspektive* der Frage der Transkulturalität nähert. In Anschluss an u. a. die Positionen von Domenig, Uzarewicz und Rommelpacher, wird ein zwischen Aus- und Überblendung von Differenz vermittelndes differenz- und wertebewusstes Konzept vertreten, was sich auf ei-

ner Matrix mit den Dimensionen Eigenes und Fremdes auf der horizontalen Achse und geringe und hohe Wertschätzung (ethnische Hierarchie) auf der vertikalen Achse abbildet. Auf dieser Grundlage ist auf der verhaltensbezogenen Ebene der direkten Pflege eine transkulturelle Kompetenz aufseiten Pflegenden zu fordern, die – in Einklang mit den Ausführungen Heusers nach sozialpolitischer Intervention – in die Verhältnisebene der gesundheitlichen Versorgungsgestaltung einzubetten ist, die überhaupt erst die Grundbedingungen (z. B. ökonomische Ressourcen, Bildungsprogramme, Forschung etc.) für deren nachhaltige Ausgestaltung herstellt. Mit Bezug auf das Fallbeispiel von Frau Arslan werden weitergehende Komponenten einer situativ orientierten transkulturellen Pflege herausgestellt, die erstmalig auch die hermeneutische Kompetenz der Pflegenden und die Befähigung zur Partizipativen Entscheidungsfindung mit Bezugnahme auf die »health literacy« der Menschen mit Migrationshintergrund in den Vordergrund rückt. Somit wird das bislang vorherrschende Verständnis von Transkulturalität um weitergehende Elemente erweitert (► Kap. 2).

Der dritte Text enthält die Befunde einer *sozialwissenschaftlich orientierten Migrationsstudie*, welche an die Thesen und Aussagen der vorherigen Beiträge anschlussfähig ist. *Sigrid Rand, Christa Larsen und Oliver Lauxen*, eine Forschergruppe des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt a. M., haben sich mit der betrieblichen Integration von Pflegekräften aus dem Ausland beschäftigt. In diesem Zusammenhang ist es von entscheidender Bedeutung, dass die »Kulturalismusfalle«, auf die oben bereits hingewiesen wurde, vermieden wird. Es wird die Notwendigkeit beruflicher Identitätsarbeit herausgestellt, und zwar im Sinne einer interprofessionellen Teamentwicklung. Die Schaffung der entsprechenden Voraussetzungen, das ist Aufgabe der Klini-

ken bzw. ihres Managements. Ziel muss es sein, die neu migrierten wie auch die etablierten Pflegefachpersonen ins Boot zu holen, um die jeweiligen Potenziale gewinnbringend in einer noch zu entwickelnden Strategie der Praxisentwicklung und der nachhaltigen Sättigung des Fachkräftebedarfs einzubringen. Integration wird derzeit unzureichend und vereinfacht als Anpassungsleistung der Hinzugekommenen verstanden. Auch angesichts der sich weiter vollziehenden Akademisierung des Pflegeberufs in Deutschland ist damit eine notwendige Agenda moderner Personalpolitik bezeichnet, soll das Innovationspotenzial der neu auf den Arbeitsmarkt eintretenden hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen nicht auch in ähnlicher Weise in einer rückwärtsgerichteten Verharrungspolitik verpuffen. Aufseiten der Betriebe ist daher ein Umdenken gefordert, hin zu einer systematischen Identitätsarbeit mit möglichst geteilten beruflichen Selbstverständnissen. Dies fordert aufseiten der Etablierten eine Re-Orientierung ihrer eigenen Berufsidentitäten, um das Innovationspotenzial der neu migrierten und auch der zukünftig hochschulisch qualifizierten Pflegenden für die eigene Praxisentwicklung erkennen und nutzen zu können (► Kap. 3).

Die nun folgenden drei Arbeiten konzentrieren sich auf *pädagogische Fragen* im Kontext der transkulturellen Pflege. Den Beginn macht *Anja Walter*, Professorin für Pflegedidaktik an der BTU Cottbus-Senftenberg. Zunächst geht es um kultursensible Aspekte der Pflege als Kompetenzanforderung in der neuen Pflegeausbildung, in der Weiterbildung und im Pflegestudium. Hier wird bereits festgestellt, dass die erforderlichen Kompetenzen in den Anlagen der PflAPrV in unterschiedlicher Art und Weise repräsentiert sind, jedoch grundsätzlich die Möglichkeit zur Integration in die entsprechenden Curricula bieten. Dabei ist der Hinweis wichtig, dass der Kulturbegriff als Reflexionskategorie zu verankern ist –

ohne jedoch auf Nationalkulturen abzuheben. Im weiteren Fortgang wird ein pflegedidaktisches Modell vorgestellt, welches sich an der Neueren Leibphänomenologie von Schmitz orientiert. Im Modell der Handlungssituationsbearbeitung geht es sowohl um kognitive wie auch um emotionale Reflexionsimpulse. Dieser Ansatz zielt darauf ab, vor allem eigene Haltungen und den leiblich-emotionalen Zugang in Lehr-Lern-Kontexten zu analysieren. Vor dem Hintergrund eines eigenen Fallbeispiels in einer Pflegesituation – »das Böse nicht herbeireden« – werden die grundlegenden Ideen übertragen und die Aufträge an die Pflegedidaktik im Rahmen einer transkulturellen Pflege konkretisiert (► Kap. 4).

Der Beitrag von *Dorothee Spürk*, Lehrkraft für besondere Aufgaben in den Lehramtsstudiengängen an der PTHV, beschäftigt sich in ihrem Text mit dem Portfolio als Medium der Reflexion interkultureller Erfahrungen. Dieser methodische Zugang ermöglicht eine Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, den eigenen privaten oder professionsgebundenen Erlebnissen sowie den damit verbundenen Gefühlen, Gedanken und Gewohnheiten und kann als Folie für die Analyse der eigenen Praxis genutzt werden. Nach einführenden Bemerkungen zur »Selbstreflexion als Mittel zum Kompetenzerwerb« wird die Portfolioarbeit ausführlich dargestellt und dabei die eigene Lehrpraxis in den Blick genommen. Es folgen insgesamt sieben Impulse für die Analyse und Reflexion inter- und transkultureller Aspekte in Seminar- und Lehreinheiten. Dabei geht es darum, was z. B. den eigenen Kulturbegriff charakterisiert, wie Fremd- und Selbstzuschreibungen »funktionieren« und in welcher Art und Weise eine Begegnung mit dem »Fremden« selbstreflexiv beobachtet und analysiert werden kann. Am Ende wird deutlich, dass ein Verstehen des Anderen immer auch mit einem Erkenntniszuwachs über die eigene Person verbunden ist (► Kap. 5).

Der darauf folgende Aufsatz stammt von einem Autorenteam. *Michael Bosse*, Professor für Pflegepädagogik an der TH Deggen-dorf, *Ramona Ertl*, Pflegepädagogin an der genannten Hochschule, *Elisabeth Bauermann*, Pflegepädagogin am Kompetenzzentrum Bad Kötzing und am BBZ Ingolstadt sowie *Horst Kunhardt*, Vizepräsident an der TH Deggen-dorf, bilden das Autorenteam. Gegenstand des Textes ist die Beschreibung und Analyse eines Zertifikatsangebots »Kulturbegleiter« des Kompetenzzentrums Bad Kötzing, einem Weiterbildungsangebot zur interkulturellen Zusammenarbeit in der Pflege. Dieses Angebot richtet sich ganz bewusst an eine breite Zielgruppe von Pflegenden, die vorwiegend aus Leitungs- und Lehrfunktionen oder dem Bereich der Praxisanleitung kommen. Das ist insofern bemerkenswert, weil ansonsten die Zuständigkeit für »transkulturelle« Pflege an Expertinnen und Experten oder entsprechend delegierte Personen weitergereicht wird. Wir brauchen – und dies macht der Beitrag sehr deutlich – eine Qualifizierung in der Breite, denn das Thema geht alle an. Dabei geht es nicht allein um Wissenserwerb und den Austausch kulturell bedingter Erfahrungen. Der Blick in ein ganz normales Krankenhaus oder Pflegeheim macht schon deutlich, dass wir es häufig mit einer Vielzahl verschiedener kultureller Hintergründe zu tun haben – sowohl bei der Patienten- und Bewohnerschaft wie auch beim Personal. Es macht überhaupt keinen Sinn, einzelne kulturelle Traditionen im Detail aufklären zu wollen, entscheidend ist die Reflexion der eigenen Haltung, die – wie es heißt – nachhaltig irritiert werden muss. Erst dann sind Lernerfolge zu verzeichnen, die mehr sind als die Addition von mehr oder weniger systematischen Wissensbeständen. Grundlegend geht es dann um die Einsicht in die Heterogenität von Gruppenkonstellationen und um multiperspektivische Sichtweisen. Im Ergebnis äußern sich die Teilnehmerinnen positiv nach den

sechs Präsenstagen und berichten subjektiv über ein größeres Ausmaß an Handlungssicherheit in konkreten Alltagssituationen (► Kap. 6).

Im Hinblick auf die *Sicht des Managements* haben wir sowohl das Krankenhaus wie auch die Pflegeheime sowie die ambulante Pflege im Blick. *Eckhardt Koch*, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Konzernmigrationsbeauftragter, tätig am Institut für Europäische Ethnologie/Kulturwissenschaft der Philipps-Universität Marburg und Diplom-Psychologe *Jonas Staudt*, Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung aus Kassel, beide zuständig für die interkulturelle Öffnung in einem psychiatrischen Krankenhauskonzern, berichten aus ihren Erfahrungen. Hervorgehoben wird, dass es notwendig ist – stärker noch als bisher – für Migranten passende Angebote zu schaffen. Denn in der Tat gilt, viele Einrichtungen sind offensichtlich noch viel zu wenig, jedenfalls nicht systematisch und nachhaltig, mit einer interkulturellen Öffnung befasst. Die Konzernstruktur macht es insofern einfach, quasi von oben nach unten, über Migrationsbeauftragte Ziele vorzugeben, ein konkretes Vorgehen durchzusetzen und übergreifende Evaluationsergebnisse zu generieren und auf diese Weise eine Anpassung der Arbeit an transkulturelle Pflege umzusetzen. Aber auch dieser Weg ist nicht ohne Herausforderungen, die im Text kritisch analysiert werden. Beispielsweise muss der Bekanntheitsgrad der Migrationsbeauftragten erhöht, der Austausch und die Vernetzung untereinander optimiert sowie die Erfassung migrations-spezifischer Informationen besser geregelt werden. Ein ganz wichtiger Punkt ist die Dolmetscherfrage, an dieser Stellschraube muss weiter gedreht werden. Insgesamt wird sehr deutlich, dass Krankenhäuser mit sehr vielen Anforderungen konfrontiert werden, so dass immer die Gefahr besteht, dass das Themenfeld der transkultu-