

Anke Helmer

Hausarbeit zum Thema:

**Transkulturalität im Krankenhaus, Herausforderung an eine
Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege**

Veranstalter: Institut Freund & Overlander

Kurs: Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege

Hannover, den 04.04. 2005

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Kultur

- 2.1 Definition von Kultur
- 2.2 Kultur im historischen Wandel
- 2.3 Unterschiede der Begriffe „multikulturell“, „interkulturell“, „transkulturell“

3. Migration

- 3.1 Definition von Migration
- 3.2 Arten von Migration
- 3.3 Phasen der Migration
- 3.4 Geschichte der Migration

4. Zahlen, Daten und Fakten

- 4.1 Überblick über das Migrationsgeschehen in Deutschland
- 4.2 Herkunfts- und Zielländer
- 4.3 Zu- und Fortzüge nach Staatsangehörigkeit
- 4.4 Zu- und Fortzüge nach Bundesländern
- 4.5 Geschlechts- und Altersstruktur
- 4.6 Formen der Zuwanderung nach Deutschland

5. Migration und Gesundheit

- 5.1 Krankheitsauslösende Faktoren
- 5.2 Belastungen während der Migration
- 5.3 Gesundheits- und Krankheitskonzepte

6. Transkulturelle Pflege

- 6.1 Definition: Transkulturelle Pflege
- 6.2 Transkulturelle Pflegemodelle
 - 6.2.1 Modell von Madeleine Leininger
 - 6.2.2 Theorie von Modesta Soberano Orque

7. Etablierung transkultureller Pflege in der Praxis

- 7.1 Voraussetzung zur transkulturellen Organisationsentwicklung
- 7.2 Transkulturelle Bildung
- 7.3 Transkulturelle Kompetenzen
- 7.4 Beispiele transkultureller Pflege aus der Praxis
 - 7.4.1 Pflegeanamnese
 - 7.4.2 Kommunikation
 - 7.4.3 Essen und Trinken

8. Die Rolle der Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege (FLP)

- 8.1 Umsetzungsmöglichkeiten im Pflegeteam

9. Fazit

10. Quellennachweis

1. Einleitung

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Krankenschwester und Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege habe ich festgestellt, dass die Vielfalt an Nationalitäten bei den Patienten und Arbeitnehmern im Krankenhaus in den letzten Jahren zugenommen hat.

Dabei ist mir aufgefallen, dass das Aufeinandertreffen verschiedener Kulturen viele Konfliktpunkte und gegenseitiges Unverständnis in sich birgt, da häufig unterschiedliche Wertvorstellungen und Lebensgewohnheiten aufeinander treffen.

Diese Probleme, die ich noch genauer beleuchten werde, treten in einer Institution wie einem Krankenhaus besonders hervor, da sich Menschen dort häufig in Grenzsituationen befinden, in denen es um essentielle Probleme geht. Gerade an der aktuellen politischen Debatte über Integration von Migranten, dem meiner Meinung nach fragwürdigen Begriff der „Leitkultur“ oder auch dem „Kopftuchurteil“ des Bundesverfassungsgerichtes ist abzulesen, wie schwierig es ist, ein für alle beteiligten Personen befriedigendes Miteinander zu finden.

Zu Beginn dieser Hausarbeit möchte ich theoretische Grundlagen von Kultur und Migration erläutern, danach folgen unterschiedliche Theorien und die Entwicklung der transkulturellen Pflege. Als Abschluss werde ich Möglichkeiten erläutern, wie ich als Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege die Integration von fremdländischen Patienten und Arbeitnehmern fördern und die transkulturellen Kompetenzen der Mitarbeiter im Arbeitsalltag stärken kann.

An dieser Stelle verweise ich darauf, dass ich gleichberechtigt männliche und weibliche Personen in meinen Ausführungen meine.

2. Kultur

Um mit dem Begriff „Transkulturalität“ umgehen zu können ist es wichtig den Begriff „Kultur“ zu definieren. Dieses werde ich an folgenden Beispielen tun:

2.1. Definitionen von Kultur

Der Duden definiert Kultur als „[...]Gesamtheit der geistigen u. künstlerischen Lebensäußerungen einer Gemeinschaft, eines Volkes; [...]“ (Duden 2003, S.776)

Der Psychologe CA. Thomas nennt Kultur „[...] ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem. Dieses Orientierungssystem wird aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft usw. tradiert. Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Kultur als Orientierungssystem strukturiert ein für die sich der Gesellschaft zugehörig fühlenden Individuen spezifisches Handlungsfeld und schafft damit die Voraussetzung zur Entwicklung eigenständiger Formen der Umweltbewältigung.“

(http://www.kulturimpuls.net/kids_kultur.html, zitiert am 21.03.05 um 15:24h)

Beim Betrachten der unterschiedlichen Definitionen von „Kultur“ fällt auf, dass es keine allgemeingültige Definition gibt. Jeder gibt diesem Begriff seine eigene Bedeutung, je nachdem, welcher Profession die jeweilige Person angehört.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass der Begriff der Kultur bei vielen Menschen die Gedanken an etwas „Eigenes und Fremdes“ auslöst, wobei aber anzumerken ist, dass der Begriff des Fremden in dieser Situation falsch ist, da wir etwas „Fremdes“ nur in Bezug auf etwas „Eigenes“ wahrnehmen können. Den Begriff des „Fremden“ konstruieren wir also selbst. Denn einer Person mögen Werte und Normen aus einem anderen Kulturkreis wohl fremd und seltsam erscheinen, doch nur aus der eigenen Perspektive. Wenn er in die Haut einer anderen Person schlüpfen könnte, dem diese Werte und Normen geläufig sind, könnte er daran nichts „Fremdes“ entdecken, da sie dann von ihm als etwas „Eigenes“ und „Normales“ empfunden werden. Es ist wichtig sich zu verdeutlichen, das alles was einem selbst als normal und richtig erscheint, für andere Menschen als völlig unvorstellbar gelten kann.

2.2. „Kultur“ im historischen Wandel

Schon in der Antike war der Begriff der „Kultur“ bekannt. Griechen und Römer haben erkannt, dass unterschiedliche Völker unterschiedliche Lebensgewohnheiten haben. Sie ließen aber nur ihren Lebensalltag als „Kultur“ gelten, alles andere nannten sie Barbarei. Dieses geschah zum Zweck der Ausgrenzung alles Fremden und Anderen.

Im Mittelalter geschah dieses auf ähnliche Art und Weise, doch dort trennte man nicht zwischen Völkern, sondern zwischen sozialen Schichten. Der Adel galt als Hüter der Kultur, das „einfache“ Volk galt als kulturlos.

Die Ethnologen des 18. und 19. Jahrhunderts, allen voran Herder(1744- 1803) begriffen „Kulturen“ als in sich geschlossene Gebiete, die ohne Kontakt nebeneinander existieren.

Diese Auffassung wurde auch als Grundlage für die angelsächsischen Anthropologen, allen voran Tylor, genutzt. „Sie bezeichnet Kultur oder Zivilisation als „komplexes Ganzes“, welches „das Wissen, den Glauben, die Kunst, die Moralauffassung, die Gesetze, die Sitten und alle anderen Fähigkeiten und Gewohnheiten umfasst, die sich der Mensch als Mitglied der Gesellschaft aneignet.“ (Dornheim nach Tylor(1871) in Domening (Hrsg.) 2001, S.29). Dieser Begriff entstand in der Zeit der Kolonialisierung, in der westeuropäische Nationen begannen über fremde Völker zu herrschen und sie als „primitive Gesellschaften“ bezeichneten.

Grundsätzlich wird in der Kulturanthropologie zwischen kulturelrelativistischen und universalrelativistischen Ansichten unterschieden. Die kulturelrelativistische Fraktion betrachtet alle Kulturen gleichwertig und es existiert keine übergeordnete Instanz, die Werte und Normen beurteilt und nennt diese auch nicht vergleichbar.

Für die Vertreter der universalrealistischen Ansicht stehen bestimmte Werte im Vordergrund, so etwa die Menschenrechte und Menschenwürde etc., unabhängig von Volk oder Religion oder eventuellen Kulturbegriffen. (Vgl. Dornheim in Domening (Hrsg.) 2001)

3. Migration

In den letzten Jahrzehnten hat das Phänomen der Migration stark an Bedeutung zugenommen, aus diesem Grund befassen sich verstärkt Wissenschaft, Politik und auch die Öffentlichkeit mit diesem Thema.

Kaum ein Thema wird in der Öffentlichkeit mit so gegensätzlichen Meinungen diskutiert wie dieses.

3.1. Definition Migration

Der Duden nennt Migration: „[...]Wanderung, Bewegung von Individuen od. Gruppen im geographischen od. sozialen Raum, die mit einem Wechsel des Wohnsitzes verbunden ist (Soziol.)[...]“. (Duden, 2003, S.874)

3.2. Arten von Migration

Menschen migrieren aus sehr unterschiedlichen Gründen in andere Länder. Ich möchte an diese Stelle nur einige Arten nennen:

- Arbeitsmigration (z.B. Polen als Erntehelfer auf deutschen Feldern)
- Remigration (Rückkehr von Arbeitsmigranten in ihr Heimatland)
- Brain Drain (Einstellung hochqualifizierter Fachkräfte aus dem Ausland)
- Heiratsmigration (Verlassen des Heimatlandes eines Ehepartners bei binationalen Ehen)
- Illegaler Aufenthalt
- Asylmigration (Schutz im Aufnahmeland vor Verfolgung und Repressalien)

(Vgl. Wicker in Domening (Hrsg.), 2001)

So unterschiedlich die Migrationsarten auch sind, einige Dinge haben sie gemeinsam: Häufig geht der transnationalen Migration eine Flucht von dem Land in die Stadt voraus und die Wahl des Migrationsortes erfolgt nach dem Vernetzungsprinzip. Die Migration erfolgt an einen Ort, an dem schon Landsleute bzw. Verwandte leben. „ Auf diese Weise entstanden etwa in der zweiten Hälfte des 19.Jahrhunderts in den USA, in Brasilien und in Argentinien deutsche und schweizerische Enklaven.“ (Messmer, 1992 in Domening (Hrsg.) 2001, S. 50)

3.3 Phasen der Migration

Die Migration eines Zuwanderers verläuft in verschiedenen Phasen, die erste Phase nennt sich **Akkomodation**. Zu diesem Zeitpunkt erlernt der Migrant essentielle Dinge, die er für das Zurechtkommen in dem Zielland benötigt, wie z.B. Sprache, Arbeitsplatz, Behördengänge etc.

Wenn diese erste Phase abgeschlossen ist, kommt der Migrierende in die Phase der **Akkulturation**. In dieser Phase durchläuft er einen Prozess der

Angleichung an die Gesellschaft des Ziellandes. Verhaltensweisen, die der Migrant im Alltag und Berufsleben in der Phase der Akkomodation erlernt hat, werde in das Verhaltensrepertoire übernommen, wie z.B. sprachliche Gewohnheiten, Formen der Kleidung oder der Musik und Art der politischen Auseinandersetzung.

In dieser Phase kristallisiert sich heraus, in welche Richtung sich der Migrant entwickelt, entweder er geht in die Phase der **Segregation**, der **Integration** oder der **Assimilation** über.

Von Segregation spricht man, wenn die migrierende Person sich von der Aufnahmegesellschaft abschottet. Seine Herkunftskultur wird weitergelebt und ausgebaut, ohne dass ein Austausch zwischen Mehrheits- und Minderheitenkultur stattfindet.

Integration meint „[...] die Eingliederung von Individuen in eine Gruppe durch Anpassung an Wertvorstellungen und Verhaltensnormen im Sinne einer Zusammenführung verschiedener Gesellschaften zu einer größeren Einheit.“

(M. David, T. Borde, 2001 in Seminarunterlagen Freund & Overlander, 2004)

Es ist wichtig zu verstehen, dass Integration etwas anderes meint als Assimilation.

Denn Assimilation liegt nur vor, wenn der Migrant vollständig in der Ziellandgesellschaft aufgeht. „Kulturelle, ethische und religiöse Eigenarten werden bewusst abgelegt und machen eine Unterscheidbarkeit von der übrigen Bevölkerung nicht mehr möglich.“ (M. David, T. Borde, 2001 in Seminarunterlagen Freund & Overlander, 2004)

Assimilation erfolgt meist langsam und birgt häufig Generationskonflikte in der Gesellschaft der Migrierenden, da unterschiedliche Generationen unterschiedliche Ansichten vom Leben in der Fremde haben.

4. Migration und Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als „[...] ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“ (WHO, 1986 in Domening (Hrsg.), 2001, S.80)

Demzufolge sind: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“ (WHO, 1986 in Domening (Hrsg.), 2001, S.80)

Da bei vielen Migranten diese Grundvoraussetzungen nicht gegeben sind, besteht für sie eine größere Gefahr zu erkranken, als es bei der einheimischen Bevölkerung der Fall ist. (Vgl. Loncarevic in Domening(Hrsg.), 2001)

4.1 Krankheitsauslösende Faktoren

- Psychischer Stress durch Unsicherheit, Desinformation und die Abhängigkeit von der Willkür anderer Menschen
- Ungenügende Ernährung, gemessen an der körperlichen Belastung im Arbeitsalltag
- Schädliche Umwelteinflüsse am Arbeitsplatz durch z.B. hohen Schadstoffgehalt, große Temperaturwechsel und Heben von schweren Lasten
- Unhygienische Unterkünfte durch provisorische Wohnverhältnisse

(Vgl. Loncarevic in Domening(Hrsg.), 2001)

4.2 Belastungen während der Migration

Unabhängig davon, ob Migration freiwillig oder unfreiwillig geschieht, ist es in jedem Fall ein Prozess der Entwurzelung, ein Prozess, der Menschen zwingt sich von der Familie und Freunden zu trennen, ein neues Leben aufbauen zu müssen. Migranten nehmen es in Kauf in einer Minderheit zu leben. Es ist nötig, neue Sprachkenntnisse und Werte anzunehmen.

Migration ist, unabhängig aus welchem Grund sie geschieht, immer mit Stress und Unsicherheit verbunden. Dieses birgt Gefahren für die Gesundheit der Migranten. (Vgl. Domening (Hrsg.), 2001)

Migration kann aber auch eine Neuorientierung sein, die zur Nutzung von neuen sozialen und ökonomischen Ressourcen führt. „Unter günstigen Rahmenbedingungen – und diese sollten zur Regel werden – kann Migration auch zu einer wesentlichen Erweiterung und Bereicherung der Persönlichkeit und Gesundheit führen.“ (Collatz, 1998 in Domening (Hrsg.), 2001, S.78)

4.3 Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Menschen unterschiedlicher Herkunft haben unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte. Diese Konzepte sind subjektiv, jeder Mensch entwickelt eine individuelle Verhaltensweise, wie er mit Gesundheit und Krankheit umgeht bzw. wie er sie bewältigt. Diese Konzepte werden im Rahmen seiner Sozialisation gebildet, z.B. abhängig davon aus, welchem sozialen Umfeld und welcher Religion dieser Mensch stammt.

Im Zuge der vermehrten Migration treffen vermehrt unterschiedliche Kulturkreise aufeinander. Dieses ist auch im Krankenhaus der Fall. Dieses aufeinander treffen beinhaltet auch das aufeinander treffen unterschiedlicher Gesundheits- und Krankheitskonzepte.

In der professionellen Pflege muss davon ausgegangen werden, dass die Konzepte von Patienten und Pflegenden nicht immer übereinstimmen.

Ich werde an dem Beispiel von türkischen Frauen ein Krankheits- bzw. Gesundheitskonzept erläutern.

Das Beispiel basiert auf einer Befragung, die Spradley 1979 mittels ethnographischer Interviews führte. Befragt wurden zehn türkische Frauen unterschiedlicher Migrationsgenerationen, sowie zehn deutschen Frauen ähnlicher Sozialisation als Vergleichsgruppe.

Gesundheitskonzept

Für die befragten Frauen ist Gesundheit auf der einen Seite das körperliche Wohlbefinden, aber auch Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Zur Gesunderhaltung sind empathische Fähigkeiten, wie Liebe und Zuneigung, nötig. Dinge wie Hygiene, Nahrung, Medikamente und Gebete werden erst an zweiter Stelle genannt. Auch der Kontakt zum so genannten Hoca (islamische Geistlicher bzw. Heiler), wurde von den Frauen als wichtig zur Gesunderhaltung erachtet.

Krankheitskonzept

Das Krankheitskonzept der Befragten lässt sich in sechs Kausalitätstheorien trennen:

➤ **Magisch-religiöse Theorie**

Religion ist für die gläubigen Menschen ein fester Bestandteil des Alltagsleben, der Koran hält für alle Ereignisse des Lebens ein Gebet bereit z.B. für eine große Reise oder bei Streitigkeiten.

Krankheit wird als Strafe Allahs bei religiösen Verfehlungen gesehen. Im Volksislam bestehen auch die Vorstellung von Verwünschungen oder dem bösen Blick.

➤ **Naturgebundene Theorie**

Bei dieser Theorie werden als Krankheitsursache Naturphänomene wie z.B. das Wetter genannt. Eine depressive Frau berichtete, das ihr die Sonne im Herzen fehle.

➤ **Organmedizinische Theorie**

Krankheit wird in dieser Theorie mit Organerkrankungen in Verbindung gebracht. Diese Ansicht ist bei den Frauen der ersten Generation selten zu finden.

➤ **Verhältnisbezogene Theorie**

Als krankheitsauslösende Faktoren werden hier, Umweltbelastungen und Belastungen am Arbeitsplatz gesehen.

➤ **Emotive Theorie**

Bei dieser Theorie verbinden die Frauen Gefühlszustände mit ihrer Krankheit. Große Trauer oder Kummer werden als Grund für Krankheit gesehen.

➤ **Somatische Theorie**

Hier werden Krankheiten zur Beschreibung seelischer Zustände benutzt, z.B. „Mein Herz ist stehen geblieben.“

Die Pflege eines anderen Menschen setzt Empathievermögen voraus, da jeder Mensch ein anderes Krankheitskonzept hat, welches mit dem eigenen nicht in Einklang stehen muss. Es ist wichtig den anderen Menschen verstehen zu

wollen und ihn wertzuschätzen. Aus diesem Grund ist es wichtig mit Patienten eine umfangreiche Pflegeanamnese und eine Biographie zu erstellen um die lebensgeschichtlichen Einflüsse im Gesundheits- bzw. Krankheitskonzept ermitteln zu können. (Vgl. Nadkarni in Domening (Hrsg.) 2001)

5. Transkulturelle Pflege

Transkulturelle Pflege wird seit den sechziger Jahren untersucht und beschrieben. Als Vorreiterin ist an dieser Stelle Madeleine Leininger zu nennen. „Während ihrer Arbeit mit Kindern in einem psychiatrischen Krankenhaus erlebte sie es als einen Kulturschock, dass sie beinahe nicht in der Lage war, diesen Kindern, die sich auf so unterschiedliche Weise in ihrem Spiel-, Ess- und Schlafverhalten äußerten, zu helfen. Sie verstand deren Verhalten nicht. Erst später lernte sie, dass diese Unterschiede in den verschiedenen Kulturen der Kinder begründet lagen.“ (Emmrich, 2002, S. 86/87)

In den sechziger Jahren begründete Leininger die transkulturelle Pflege als neues Gebiet der Pflegewissenschaft. In dieser steht, anders als es zu dieser Zeit üblich, nicht das Individuum, sondern die Familien bzw. Gruppen im Mittelpunkt.

5.1. Definition Transkulturelle Pflege

Madeleine Leininger definiert transkulturelle Pflege als „[...] ein humanistisches und wissenschaftliches Gebiet der Pflege in Theorie und Praxis, dessen Gegenstand die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Pflege-, Gesundheits- und Krankheitsmustern sind, die auf kulturellen Normen, Werten und Praktiken unterschiedlicher Kulturen der Welt basieren, sowie die Anwendung dieses Wissens für eine kulturspezifische und /oder universelle Pflege von Menschen.“ (Leininger in Uzarewicz, Piechotta 1997, S. 108)

5.2. Transkulturelle Pflegemodelle

Folgen werden an dieser Stelle zwei Beispiele für transkulturelle Pflegemodelle:

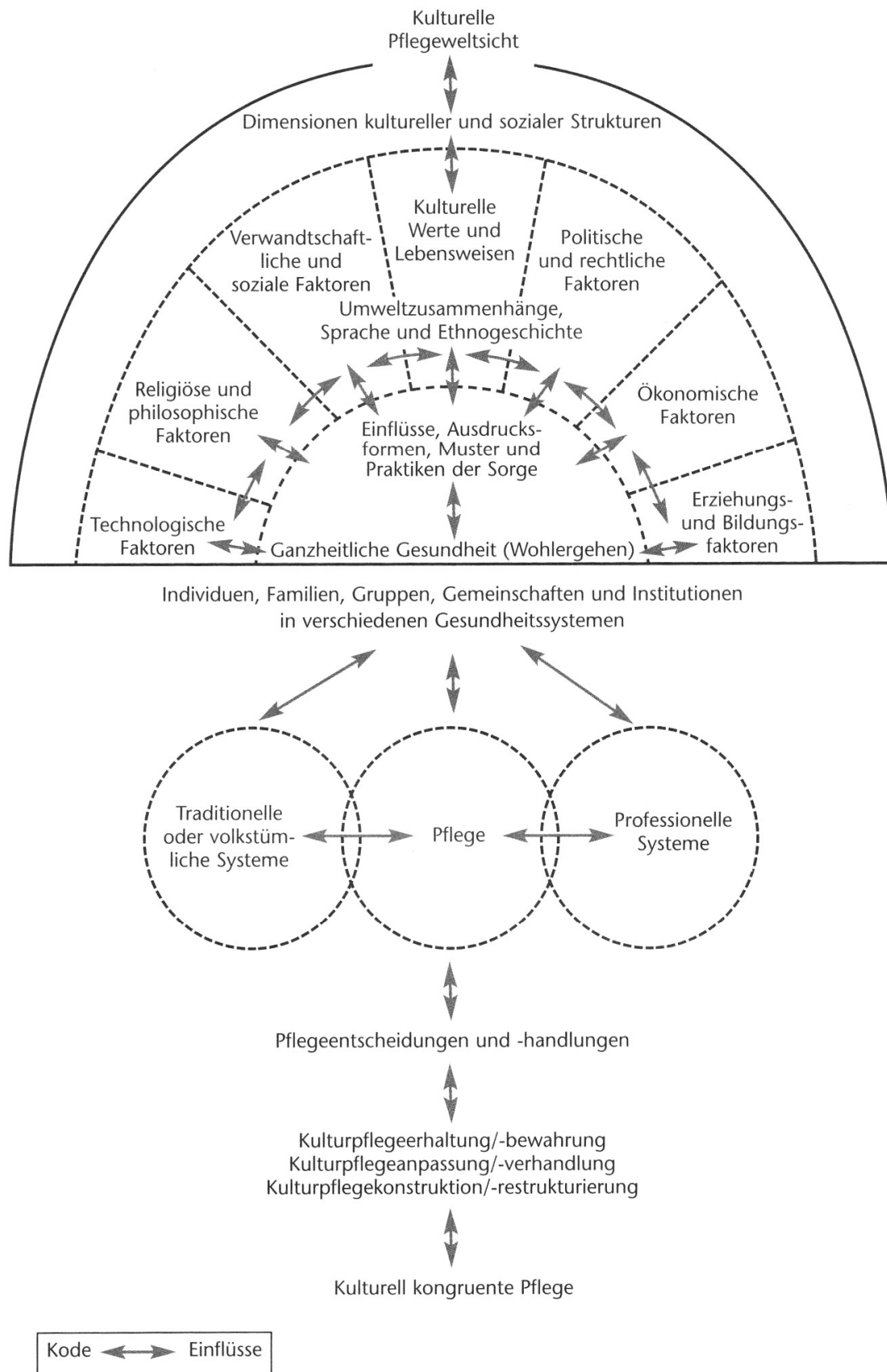
5.2.1 Modell von Madeleine Leininger

Grundsätzlich hat Leininger den Anspruch an Pflege-theorien, dass Pflegende neue Ansätze entdecken, die sie zur Verbesserung ihrer Pflegepraxis nutzen können.

Dieses ist auch das Ziel der transkulturellen Pflege nach Leininger. Pflegende sollen befähigt werden „[...] eine pflegerische Sorge anzubieten zu können, die zu den Menschen passt, denen geholfen werden soll.“(Emmrich (Hrsg.), 2002, S. 89).

Das Hauptaugenmerk dieser Theorie liegt also auf human care (menschliche Fürsorge). Leininger bemerkte, dass human care in jeder Kultur vorhanden ist, zu unterscheiden ist lediglich die Art und Weise wie diese ausgeführt wird. Pflegende sollen in der Lage sein Unterschiede (diversity), aber auch Gemeinsamkeiten (universality) in der human care unterschiedlicher Kulturen zu erkennen. Transkulturelle Pflege setzt voraus, jeden Menschen nach dessen kulturellen Bedürfnissen zu unterstützen und die Lebensqualität zu verbessern. Um transkulturelle Pflege professionell umsetzen zu können, benötigen Pflegende Instrumente und Fertigkeiten wie: Zuhören, Beobachten, Hinweisen, Kommunizieren und Offen-Sein. M. Leininger versteht unter Kultur alle gemeinschaftlichen Werte und Normen einer Gruppe, auf deren Grundlage Entscheidungen getroffen, Lebensstile entwickelt und Pflege gestaltet wird, all dieses ist in jeder Kultur unterschiedlich. Leininger bezieht sich in der Definition von Kulturen auf den klassischen Kulturbegriff der Ethnologen, welche wie schon erwähnt Kultur als geschlossenes Ganzes sehen. In der Literatur, die Leininger bis zum heutigen Tage veröffentlicht hat, spricht sie von über sechzig verschiedenen Kulturen, die sie untersucht hat. Zur Orientierung hat sie alle Faktoren, die transkulturelle Pflege beeinflussen, in dem so genannten Sunrise Modell zusammengefasst. Dieses Modell ist im Laufe der Zeit mehrfach überarbeitet und neuen Forschungsergebnissen angepasst worden. Es ist auf alle Kulturen anwendbar. Ich betrachte diesen Ansatz kritisch, da ich denke, dass sich Kulturen gerade in der heutigen Zeit sich nicht mehr so genau trennen lassen; wahrscheinlich war dieses zu keiner Zeit möglich.

Sunrise- Modell nach Madeleine Leininger



Sunrise- Modell (Leininger, 1991), in Emmrich(Hrsg.), 2002

5.2.2 Theorie von Modesta Soberano Orque

In dem Modell von M.S. Orque, welches in der Literatur auch als interkulturelles Kommunikationsmodell bezeichnet wird, geht es an erster Stelle auch um menschliche Fürsorge. Sie richtet ihren Focus aber nicht auf die von Leininger beschriebenen, unterschiedlichen Kulturen, sondern auf Menschen, die in einer Gesellschaft leben, in der sie eine ethnische Minderheit darstellen. In dieser Gesellschaft gehören sie meist zu den schwächsten Schichten, die selten Zugang zur Gesundheitsversorgung finden und in ungesunden Lebensumständen leben müssen. Den Grund für diesen Misstand sieht Orque darin, dass in der oben genannten Gesellschaft Menschen über die Vergabe von Geldern und Belohnungssystemen entscheiden, die der ethnischen Majorität in der Gesellschaft angehören. Orque spricht in ihrem Beispiel von den USA, in denen die Weißen die Majorität bilden, und führt als Minderheit z.B. Mexikaner an.

Als weitere Ursache für den schlechten Gesundheitszustand der Migranten, sieht sie die Tatsache, dass den meisten Pflegenden im Gesundheitssystem das Wissen oder das Verständnis über Menschen aus anderen kulturellen Lebenswelten fehlt.

Sie möchte mit ihrer Theorie den Pflegenden ein Hilfsmittel zur Verfügung stellen, mit dem sie adäquat ermitteln kann, was für die Sorge bzw. Pflege für Menschen aus anderen Kulturkreisen vonnöten ist.

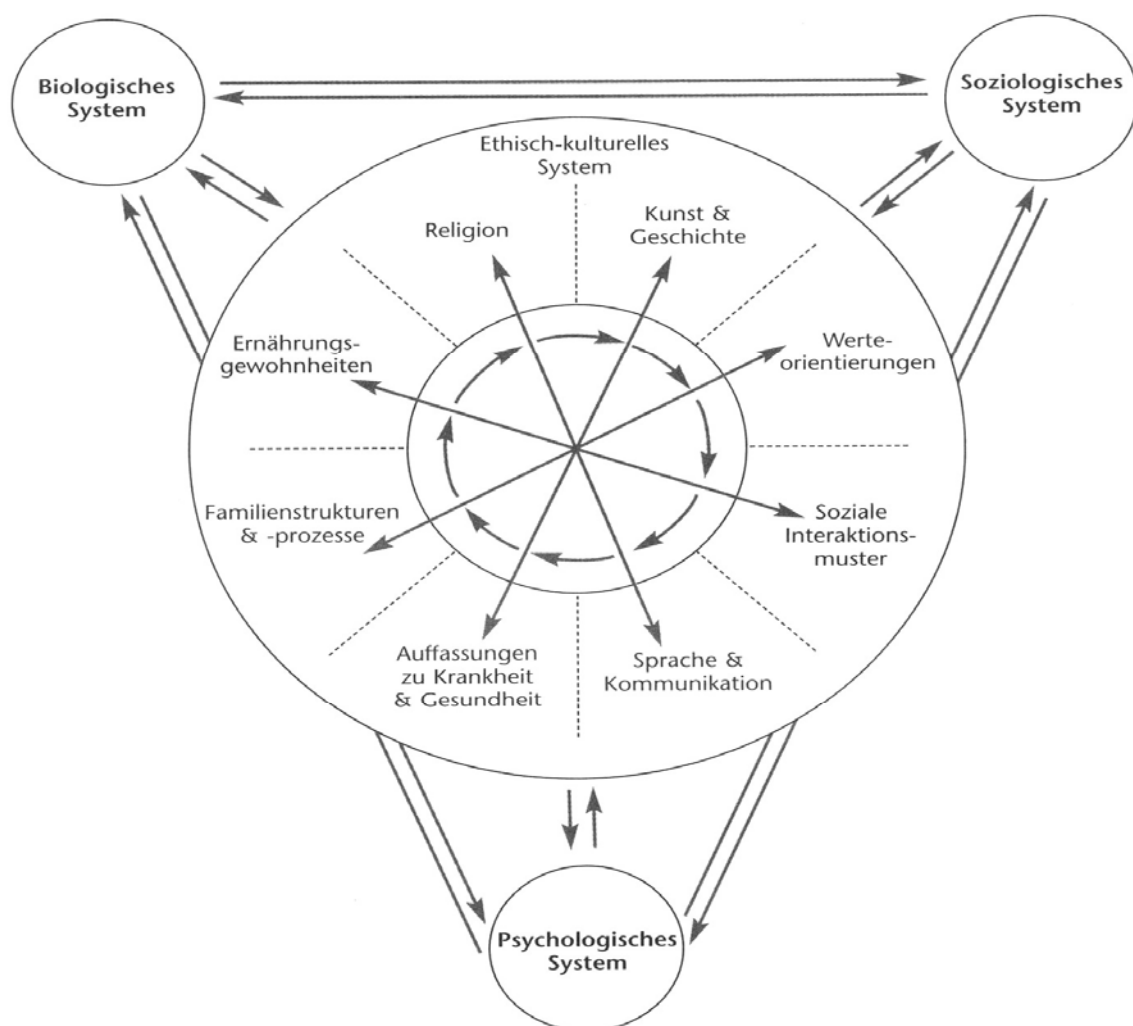
In dem Verständnis von Orque reicht es nicht aus zu sehen, aus welcher Kultur der Mensch stammt, sondern genauer zu schauen, welche individuellen Variablen passen zu der Person. In diese Betrachtung müssen solche Punkte wie Lebensalter, Religion, Geschlecht, sozialer Hintergrund, geographische Lokalisation im Herkunftsland, aber auch im Aufenthaltsland und die einzelne Geschichte der Person mit einfließen. Erst dann kann ein individuelles Kulturprofil erstellt werden.

Der Aufbau der Theorie orientiert sich an Maslows Bedürfnispyramide. Diese Bedürfnisse stehen im Zentrum der Betrachtung. Orque meint, dass ungeachtet der Herkunft, Religion etc. die fundamentalen Bedürfnisse bei allen Menschen gelten. Sie nennt dieses Zentrum das ethnisch- kulturelle System. Eingebettet sind diese Grundbedürfnisse, die sich untereinander nicht klar trennen lassen und ständigen Veränderungen unterworfen sind, von drei weiteren Systemen.

Zum einen spricht sie von dem biologischen (physiologische Lebensprozesse), dem soziologischen (verhaltensbezogene Prozesse) und dem soziologischen System (Zugehörigkeit zu sozialen Institutionen).

Alle vier Systeme stehen in ständiger Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig. Sie betont, dass eine adäquate Versorgung von Patienten nur möglich ist, wenn eine gute interkulturelle Kommunikation und Verständnis der Pflegenden vorhanden ist. Den besonderen Schwerpunkt legt sie auf eine genaue Datensammlung, in der auch Punkte wie Werteorientierung, Krankheits- und Gesundheitsverständnis zum Tragen kommen. Ist dieses mit dem Patienten selber, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich, müssen laut M.S. Orque die Angehörigen und Freunde in diese Datensammlung mit einbezogen werden.

Interkulturelles- Kommunikationsmodell nach M.S. Orque



Der Aufbau von Orques- Theorie (mod. n.: Plasquy 1989), in Emmrich(Hrsg.), 2002

Die vorgestellten Pflege-theorien sind nur als Beispiele gedacht und bieten kein vollständiges Bild der transkulturellen Pflegeforschung.

Theoretikerinnen wie Leininger und Orque sind in den letzten Jahren häufig kritisiert worden, da sie versuchen Kultur als den alles bestimmenden Faktor, wie ein Mensch lebt und handelt, zu definieren. Kritiker meinen aber, dass dazu viel mehr gehört, wie z.B. Rasse, Geschlecht und soziale Schicht. Diese Faktoren müssen gleichwertig nebeneinander stehen und dürfen nicht der Kultur untergeordnet werden. Auch wird Kultur, vor allem bei Leininger, als statischer Begriff gesehen, hier besteht die Gefahr, dass Menschen stereotypisiert werden und keine individuelle Unterscheidung stattfindet. So muss ein Türke kein Moslem sein. Dieser würde sich sehr wundern, wenn er ohne befragt zu werden kein Schweinefleisch zu essen bekommen würde, oder er ist zwar Moslem, aber nicht gläubig.

Madeleine Leininger erstellt für jede Kultur ein Einheitskonzept ohne auf individuelle Besonderheiten Rücksicht zu nehmen. Modesta Soberano Orque hingegen nimmt zwar auch Kultur als alles bestimmenden Faktor wahr, doch lässt sie Dinge wie Geschlecht und soziale Schicht gelten, wenn auch nur untergeordnet. Damit versucht sie den Begriff Kultur aufzuweichen und für jeden Menschen ein individuelles Modell zu schaffen.

Ich kann mich persönlich, aus den eben genannten Gründen, eher mit der Theorie von M.S. Orque identifizieren.

6. Etablierung transkultureller Pflege in der Praxis

6.1 Voraussetzungen zur transkulturellen Organisationsentwicklung

Wie an den vorausgegangenen Kapiteln abzulesen ist, besteht die Notwendigkeit, transkulturelle Pflege in der Praxis zu etablieren. Sollte sich eine Organisation zu diesem Schritt entschließen, müssen verschiedene Voraussetzungen gegeben sein:

- Schaffung eines Verantwortungsbereiches für „Migration“ auf Leitungsebene
- Aufbau eines professionellen Dolmetscherdienstes

- Migrationsspezifische Anpassung von Leitbild, Pflegestandards und anderen Dokumenten
- Strukturelle und organisatorische Abläufe anpassen
- Bereitstellung von finanziellen, personellen und fachspezifischen Ressourcen
- Zusammenarbeit und Vernetzung innerhalb der Institution und mit externen Einrichtungen
- Fallbesprechungen
- Abteilungsübergreifende Fachgruppen
- Weiterbildung

(Vgl. Domening in Domening (Hrsg.), 2001)

Diese strukturellen Änderungen können aber nur dann wirksam werden, wenn die Pflegefachkräfte auf den Stationen im Rahmen der Personalentwicklung, für dieses Thema sensibilisiert werden und die Notwendigkeiten dieser Maßnahmen begreifen. Auch muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, ihre transkulturelle Kompetenz zu erhöhen. In meiner Recherche, musste ich leider feststellen, dass grundlegende Voraussetzungen, in meiner Einrichtung nicht gegeben sind. An dieser Stelle ist es schwierig meinen Mitarbeitern Handlungsansätze transparent zu machen, da z. B. ein Pflegeleitbild fehlt, in dem genannt wird, an welchem Pflegemodell und Menschenbild, sich die Pflege orientiert. Auch ist ein Personalentwicklungskonzept nicht existent. Meine Idee ist es, die Pflegeanamnese migrationsspezifisch anpassen zu lassen, dieses könnte durch die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ gewährleistet werden. Eine Unterstützung dieser Gruppe, können Mitarbeiter aus anderen Kulturkreisen sein.

Mein Ziel ist es, durch die Präsentation dieser Hausarbeit, im Rahmen einer stationsinternen Fortbildung, die Mitarbeiter für dieses Thema zu sensibilisieren.

6.2 Transkulturelle Bildung

In den Lehrplänen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege fällt auf, dass dort selten oder nie migrationsspezifische Themen besprochen werden, obwohl die Kultusministerkonferenz im Jahre 1996, Ziele für die Vermittlung und den Erwerb interkultureller Kompetenzen für alle Bildungsbereiche formulierte.

Damit sollte auf die zunehmende Globalisierung und die daraus resultierende Veränderung in der Gesellschaft reagiert werden. Die Kultusministerkonferenz fordert dort die Vermittlung folgender Fähigkeiten: Bewusstheit, Empathie, Kommunikation, Respekt, Reflexion und Kooperation.

Beim Betrachten dieser Fähigkeiten fällt auf, dass sie in enger Verbindung mit den Schlüsselqualifikationen stehen bzw. sich diesen zuordnen lassen.

Schlüsselqualifikationen sind: „Alle fachlichen, körperlichen, physischen und sozialen Qualifikationen, die den Berufstätigen befähigen, heute und in Zukunft auf veränderte Anforderungen flexibel reagieren zu können.“

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Schlüsselqualifikation> zitiert am 10.04.05 um 17:50h)

Dabei handelt es sich um die:

- Selbstkompetenz (Selbstvertrauen, Reflexionsfähigkeit etc.)
- Sozialkompetenz (Kritikfähigkeit, Empathie, Konfliktfähigkeit etc.)
- Fachkompetenz (Aufgaben fachlich und methodisch lösen können)
- Methodenkompetenz (Planungsfähigkeit, Lernfähigkeit etc.)

Eine veränderte Anforderung an die Mitarbeiter im Krankenhaus ist in diesem Falle die entsprechende transkulturelle Versorgung von Migranten.

Diese Fähigkeiten sind also nötig um Patienten ganzheitlich, d.h. in diesem Fall also migrationsspezifisch betreuen zu können.

Es ist eine wichtige Aufgabe der Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege, die Mitarbeiter und Auszubildenden in der Bildung und Stärkung der Schlüsselqualifikationen zu unterstützen.

6.3 Transkulturelle Kompetenzen

Transkulturelle Kompetenz ist laut D. Doméning : „[...]die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.“ (<http://www.miges.ch/285.html> zitiert am 03.04.2005 um 18:45h)

Transkulturelle Kompetenz stellt also nicht die Kultur in das Zentrum der Betrachtung, sondern die Interaktion zwischen Migrant und Pflegefachkraft.

Dieses beinhaltet natürlich auch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Ansichten und Vorstellungen.

Die transkulturelle Kompetenz basiert auf den Eckpfeilern:

- Selbstreflexivität
- Hintergrundwissen und Erfahrungen
- Empathie im Umgang mit Migranten

Die Pflegefachkraft muss also nicht nur in der Lage sein, die eigene Lebenswelt zu hinterfragen und bewusst zu machen, sondern auch die Lebenswelt der Migranten zu erfassen und sie aus deren Perspektive zu beleuchten.

Ebenso benötigt sie Hintergrundwissen über unterschiedliche Gesundheits- und Medizinsysteme sowie migrationsspezifische Lebensbedingungen. Sie muss die Pflege von Migranten als Chance sehen, um transkulturelles Wissen aufbauen zu können. Des Weiteren, ist für die Versorgung in der transkulturellen Pflege Empathie von großer Bedeutung. Empathie bedeutet in diesem Falle Neugier und Aufgeschlossenheit gegenüber etwas „Fremdem und anderem“, welches uns nicht auf den ersten Blick verständlich ist.

(Vgl. Domening in Domening,2001)

An dieser Stelle halte ich es für erforderlich, Berufsgruppen übergreifend zu kooperieren. Es ist unumgänglich, dass die in der Pflegeanamnese erhobenen migrationsspezifischen Informationen, an andere Berufsgruppen weitergegeben werden wie z.B. Ärzte, Krankengymnastik, Küche, Funktionsbereiche.

6.4 Beispiele transkultureller Pflege aus der Praxis

In diesem Teil meiner Hausarbeit möchte ich die vorausgegangenen theoretischen Grundlagen durch praktische Beispiele erläutern.

6.4.1 Pflegeanamnese

In der professionellen Krankenpflege hat sich der Pflegeprozess als wichtiger Bestandteil etabliert. Ein grundlegender Bestandteil dieses Prozesses ist die Informationssammlung. Diese setzt sich aus Beobachtungen der Pflegenden und einer Pflegeanamnese zusammen.

Diese Pflegeanamnese ist vor allen Dingen in der transkulturellen Pflege von Bedeutung, da dort im Erstkontakt mit den Patienten aus einem anderen Kulturkreis dessen Wünsche, Vorlieben und Befindlichkeiten besprochen

werden. Nur durch die Erstellung einer Biographie und Pflegeanamnese ist die Pflegekraft in der Lage den Patienten professionell, umfassend und zu dessen Zufriedenheit zu versorgen. Auch werden Probleme besser erkennbar und können migrationsspezifisch gelöst werden, was einen positiven Einfluss auf die Erreichung der Pflegeziele und den Genesungsprozess des Patienten hat. Bevor die Pflegekraft mit der Befragung des Patienten beginnt, ist es unumgänglich, dass sie sich selber zu einigen Punkten Gedanken macht.

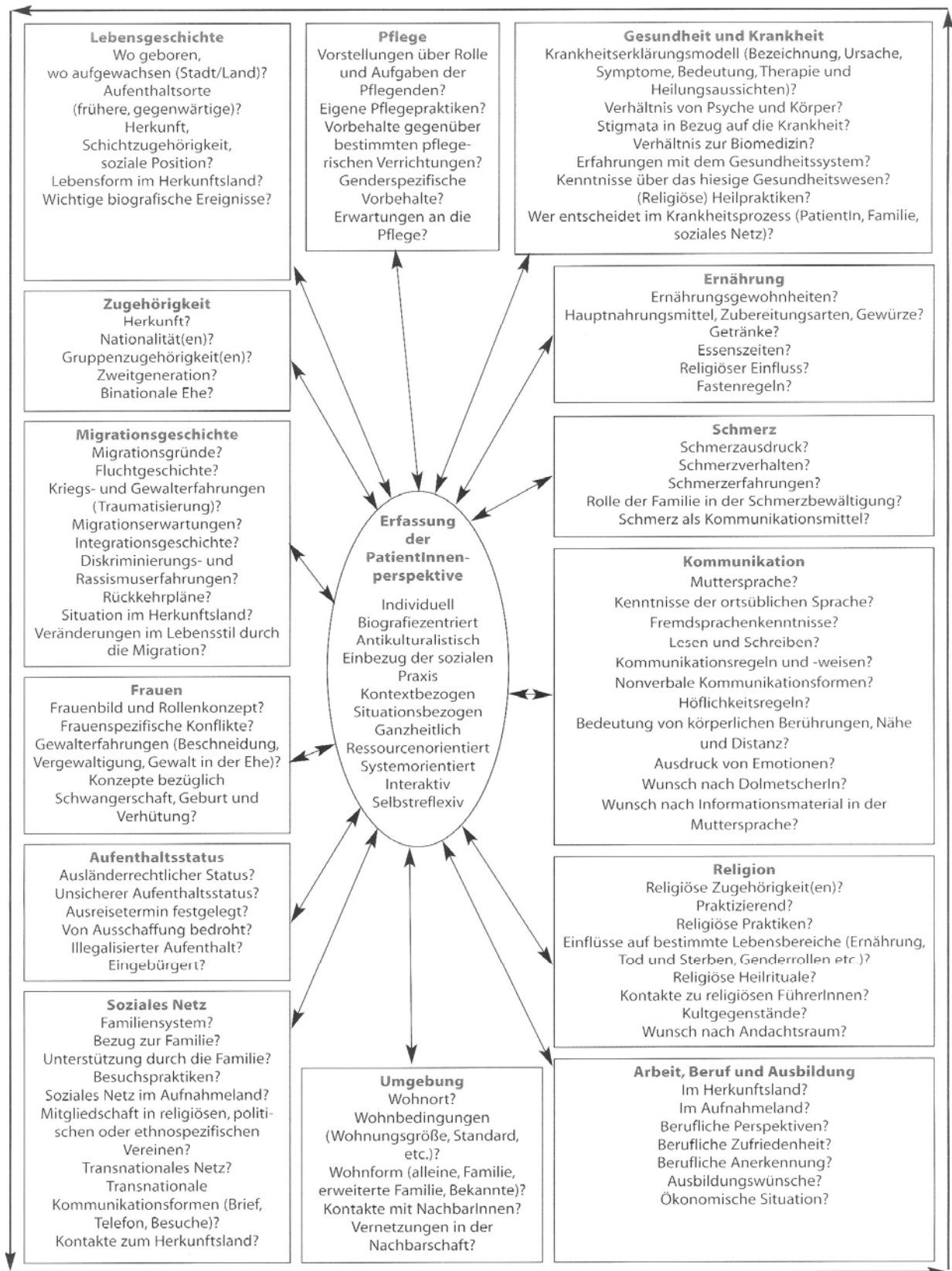
- Besitze ich ausreichend Empathiefähigkeit um mich in die Situation des Patienten zu versetzen?
- Ist der Patient sprachlich in der Lage, dem Gespräch zu folgen?
- Darf ich den Patienten zu allen Bereichen seines Lebens befragen, oder verletze ich seine Intimsphäre?
- Existieren in meiner Einrichtung Hilfsmittel, wie gebildete Dokumente etc. ?

(Vgl. Domening/Stauffer in Domening(Hrsg.), 2001)

Als Beispiel für die Inhalte einer transkulturellen Pflegeanamnese habe ich die Grafik von Dagmar Domening gewählt. In dieser Pflegeanamnese wird sehr genau die Patientenperspektive erfasst. Einige der abgefragten Dinge finde ich auch in der Pflegeanamnese wieder, die in der Einrichtung genutzt wird, in der ich arbeite. Diese ist an die „Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)“ von Liliane Juchli angelehnt. Auch dort werden Ernährungsgewohnheiten unter der ATL „Essen und Trinken“ abgefragt oder Sprach- und Sprechstörungen werden in der ATL „Kommunikation“ erfasst. Doch der überwiegende Teil der dort genannten Punkte würde nicht erfragt werden. Die Ursache dafür ist darin zu finden, dass die in meiner Pflegeeinrichtung verwendete Pflegeanamnese nicht transkulturell ausgelegt ist. Der überwiegende Teil der Menschen, die dort behandelt werden, haben keinen Migrationshintergrund oder empfinden das alltägliche Leben in Deutschland nicht als fremd.

Demzufolge kann ich mit dieser Pflegeanamnese einem Migranten nicht gerecht werden, da viele wichtige Facetten wie Aufenthaltsstatus oder Migrationsgeschichte nicht erfasst werden. Aber gerade diese Informationen sind nötig, um den Patienten verstehen und ganzheitlich versorgen zu können.

Transkulturelle Pflegeanamnese nach Dagmar Domening



6.4.2 Kommunikation

Ein häufig auftretendes Problem bei der Pflege von Migranten, ist die oft nur unzureichende Möglichkeit der Kommunikation, wegen mangelnder Sprachkenntnisse der Patienten.

Kommunikation ist aber ein grundlegendes Schlüsselement in der Pflege um eine Vertrauensbeziehung zwischen Pflegekraft und Patient zu schaffen. Dieses gilt für verbale und nonverbale Kommunikation.

Nur ein gut informierter Patient ist in den Lage, den Sinn der Behandlung zu begreifen und aktiv am Genesungsprozess mitzuwirken.

An dieser Stelle einige Lösungsmöglichkeiten bei der Verständigung mit anderssprachigen Patienten:

- Zeigen und Demonstrieren
- Piktogramme
- Wörterbücher

(Vgl. Bühlmann/Stauffer in Domening, 2001)

Diese Möglichkeiten der Kommunikation sollten aber nur als kurzfristige Lösung im Stationsalltag genutzt werden, da die Gefahr besteht, dass wichtige Informationen zwischen Patient und Pflegekraft verloren gehen. Bei Pflegeproblemen, die eine tiefer gehende Kommunikation nötig machen, besteht die Möglichkeit einen Familienangehörigen als Übersetzer oder einen professionellen Dolmetscher dazu zu bitten. Viele Einrichtungen verfügen über einen Dolmetscherservice, dort wo dieses nicht existiert, kann ein Dolmetscher extern bestellt werden. Jedoch ist zu beachten, dass der Patient mit dieser Möglichkeit einverstanden sein muss, nicht jedem ist es recht intime Details seines Krankheitsbildes einer fremden Person oder auch einem Familienangehörigen zu schildern. Auch die Form des Gespräches muss gewahrt bleiben, so soll die Pflegekraft den Patienten direkt ansprechen und das Gesprochene lediglich von dem Dolmetscher übersetzen lassen.

Für meinen Arbeitsbereich habe ich die Vorstellung, Piktogramme und Phrasenbücher anzuschaffen.

Im Rahmen, der Weltausstellung im Jahre 2000 in Hannover, sind die Fremdsprachkenntnisse der Mitarbeiter des Klinikum Hannover namentlich erfasst worden. Meine Vorstellung ist es, diese Liste bei Bedarf zu nutzen.

6.4.3 Essen und Trinken

Für jeden Menschen stellt die Nahrungsaufnahme ein zentrales Thema des täglichen Lebens dar, dieses ist auch im Krankenhaus der Fall. Unkenntnis des Pflegepersonals über die Wünsche, Vorlieben oder religiöse Bräuche der Patienten führt leicht zu Konflikten und Unverständnis. Ich möchte an dieser Stelle einige Probleme und Lösungsmöglichkeiten nennen, die sich im Krankenhaus mit muslimischen Patienten in Bezug auf Essen und Trinken ergeben können.

Ich habe die Gruppe der Moslems als Beispiel gewählt, da sie den größten Anteil an Migranten in meinem Arbeitsalltag ausmacht.

Dem gläubigen Moslem ist es untersagt Schweinefleisch zu sich zu nehmen, dieses schließt auch Fleischbrühe ein. Alkohol ist verboten. Der Koran gebietet jedem gläubigen Moslem einmal im Jahr, für einen Monat eine Fastenzeit einzuhalten. Diese Zeit nennt sich Ramadan und richtet sich nach dem Mondkalender, das heißt, die Fastenzeit ist an keinen festen Monat im Jahr verankert, sondern verschiebt sich jedes Jahr. In dieser Zeit ist es dem Moslem verboten zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang zu essen und zu trinken. Auch die Einnahme von Medikamenten oder bestimmten Untersuchungen wie z.B. eine Gastroskopie ist nicht gestattet. Grundsätzlich kann ein kranker Mensch bei der Fastenzeit, laut Koran, aussetzen und zu einem späteren Zeitpunkt nachholen.

Für viele Muslime ist es jedoch trotz Krankenhausaufenthalt wichtig, dem Fastengebot nachzukommen.

Um dieses den Patienten im Krankenhaus zu ermöglichen, sind folgende Maßnahmen möglich:

- Individuelle Auswahl der Speisen durch den Patienten
- Falls möglich, Medikamente als Tabletten, anstatt Tropfen verabreichen, diese enthalten keinen Alkohol
- Den Patienten kurz vor Sonnenaufgang durch die Nachtwache wecken lassen, damit er in Ruhe essen und trinken kann (z.B. im Aufenthaltsraum)
- Speisen bis zum Sonnenuntergang abdecken und kaltstellen und dann servieren
- Dem Patienten die Möglichkeit geben am Tage zu ruhen

- Endoskopische Untersuchungen, wenn medizinisch zu vertreten, elektiv zu einem passenden Termin planen

Diese Lösungsmöglichkeiten sollen nur als Beispiele gelten und müssen, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden.

(Vgl. Neuner/Schäfer, 1990)

7. Die Rolle der Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege (FLP)

In dem folgenden Abschnitt werde ich Methoden erläutern, die es der FLP ermöglichen, die Mitarbeiter im Pfllegeteam in Bezug auf transkulturelle Pflege zu sensibilisieren und ihre transkulturellen Kompetenzen zu stärken.

7.1. Umsetzungsmöglichkeiten im Pfllegeteam

Wie bereits in Kapitel 6.1 erwähnt ist es wichtig, dass einige Voraussetzungen gegeben sind, um eine transkulturelle Organisationsentwicklung zu beginnen.

Es besteht die Gefahr, dass bei fehlenden Voraussetzungen, wie z.B. der Schaffung eines Verantwortungsbereiches „Migration“ auf Leitungsebene (Pfllegedienstleitung), einzelne Maßnahmen an der Basis ergriffen werden, die unkoordiniert und planlos die Einrichtung durchdringen.

Trotzdem hat die Stationsleitung Möglichkeiten, die transkulturellen Kompetenzen der Mitarbeiter zu verbessern.

Als erstes ist es wichtig, dass die Stationsleitung als Vorbild fungiert. Nur wenn sie Fähigkeiten wie Kommunikationsermögen, Respekt gegenüber anderen und Kooperation aktiv vermittelt, werden dieses die Mitarbeiter auch für sich annehmen und umsetzen.

Im Umgang mit Mitarbeitern aus anderen Kulturkreisen ist es wichtig, deren Wünsche und Befindlichkeiten zu ermitteln. Dieses kann in einem Mitarbeiter-Vorgesetzten Gespräch stattfinden. Als Beispiel aus meinem Berufsalltag kann ich eine türkische Mitarbeiterin muslimischen Glaubens nennen. In einem Gespräch formulierte sie den Wunsch, am Fastenmonat Ramadan teilzunehmen, dazu wolle sie aber keinen Urlaub nehmen. In Absprache mit dem Pfllegeteam und der Mitarbeiterin haben wir eine für alle akzeptable Lösung gefunden. Die Mitarbeiterin wird in der Zeit des Fastenmonats

ausschließlich mit Spätdienst bzw. Nachtdienst geplant, so dass es ihr möglich ist, in der Nacht zu essen und am Tage zu fasten.

Eine weitere Möglichkeit Mitarbeiter zu fördern, ist natürlich die Fortbildung. Diese kann intern, durch z.B. Fallbeispiele im Stationsteam stattfinden oder auch extern. Der Wunsch nach Fortbildungen muss mittels Personalentwicklungsgesprächs einmal im Jahr ermittelt werden.

Konkrete Probleme bei der Pflege von Miganten können im Rahmen einer kollegialen Beratung besprochen werden, was zu einer vermehrten Selbstreflexion, Sensibilisierung und Horizonterweiterung aller beteiligten Personen führt, da Probleme von verschiedenen Personen aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden.

Auch Erfahrungsberichte von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund können hilfreich sein. Eine sachliche Diskussion zu aktuellen weltpolitischen Geschehnissen, erhöht die Chance auf gegenseitiges Verstehen.

8. Fazit

Die Auseinandersetzung mit diesem Thema, hat zu einer Wissenserweiterung und Sensibilisierung meiner Person geführt. Ich bin sicher, dass die Umsetzung eines transkulturellen Pflegekonzeptes in die Praxis unumgänglich ist, um auf die veränderte gesellschaftliche Situation adäquat zu reagieren. Dieses stellt auch eine Form der Kundenorientierung und Qualitätssicherung dar.

Mir ist bewusst, dass die Einführung eines solchen Konzeptes in meiner Einrichtung an strukturelle, finanzielle und personelle Strukturen gebunden ist.

In der momentanen wirtschaftlichen Situation, da Gelder knapp sind, ist eine sofortige Umsetzung nicht möglich. Trotz allem möchte ich mit dieser Hausarbeit erreichen, dass die Mitarbeiter auf meiner Station verständnisvoller und einfühlsamer, ohne Vorurteile und Ängste mit Migranten umgehen.

10. Quellenverzeichnis

Bücher:

Domening, Dagmar [Hrsg.]: *Professionelle Transkulturelle Pflege*,
Bern, 2001

Emmrich, Dirk [Dt. Hrsg.]: *Kultursensitiv pflegen*,
Jena, 2002

Uzarewicz, Charlotte;
Piechotta, Gudrun: *Transkulturelle Pflege*,
Berlin, 1997

Neuner, Olga;
Schäfer, Karl Friedrich: *Krankenpflege und Weltreligionen*,
Basel, 1990

Bibliographisches Institut&

F. A. Brockhaus AG [Hrsg.]: *Duden, Das große Fremdwörterbuch*,
Mannheim, 2003

Zeitschriften:

Freund & Overlander: *Seminarunterlagen: Transkulturelle
Versorgung im Krankenhaus, 2004*

Internet:

http://www.kulturimpuls.net/kids_kultur.html, zitiert am 21.03.05 um 15:24h

<http://de.wikipedia.org/wiki/Schluesselqualifikation> zitiert am 10.04.05 um 17:50h

<http://www.miges.ch/285.html> zitiert am 03.04.2005 um 18:45h