

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Nr. 3/2013

ISSN 2194-2730

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dieser Ausgabe der Ludwigshafener Ethischen Rundschau greifen wir den Schwerpunkt »Transkulturelle Pflege« auf. Die sogenannten Gastarbeiter-Familien (50er und 70er Jahre) und die nachfolgenden Generationen haben das Bild von Deutschland mitgeprägt. Welche Auswirkungen hat das auf den Pflegebereich heute und in der Zukunft?

Wir eröffnen die letzte Ausgabe dieses Jahres mit einem Beitrag zur Interkulturalität und dem Fürsorgeprinzip. Es folgen ein Bericht von einem Treffen mit einer Pflegefachkraft mit Migrationshintergrund, die Vorstellung des Leitfadens »Kultursensible Pflege« und ein Artikel zur Klärung zentraler Begrifflichkeiten. Das Schwerpunktthema wird durch einen Beitrag zur Retraumatisierung durch Pflegende mit Migrationshintergrund und eine Rezension über das Buch »Doppelt verlassen?« vertieft. Wie gewohnt gibt es auch einen spirituellen Impulstext.

Wenn es uns mit dieser Ausgabe gelingt, Ihnen zunächst das Feld vorzustellen und Sie durch einige Anregungen zum Nachdenken über Interkulturalität und Pflege zu bewegen, wäre unser Ziel erreicht.

Auch über kritische Rückfragen und Stellungnahmen freuen wir uns.

Bleiben Sie mit uns ethisch am Ball.

Ihr Jonas Pavelka

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer
Pflegeverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- | | |
|----|---|
| 2 | Interkulturalität und das Fürsorgeprinzip
Frank Kressing |
| 6 | Kultursensibel pflegen
Interview mit Birsen Terzi |
| 9 | Transkulturalität und transkulturelle Kompetenz
Charlotte Uzarewicz |
| 13 | Der Transkulturelle Reflexionsbogen des Interreg-Projekts als Grundlage für Personal- und Organisationsentwicklung
Edith Schuster |
| 17 | Retraumatisierung bei Kriegskindern in Pflege- oder Altenhilfeeinrichtungen
Nicole Gand |
| 21 | Lieben, was anders und fremd ist?
R. Gabriel M. Maiwald |
| 27 | Rezension: Piechotta-Henze / Matter »Doppelt verlassen«
Jonas Pavelka |

Das Zitat >>

Ist die Betonung des vermeintlich oder tatsächlich so „fremden“ kulturellen Hintergrunds von Patienten ausländischer Herkunft nicht manchmal auch eine Entschuldigungs- und Entlastungsstrategie von Ärzten und Pflegepersonal? *Frank Kressing, Seite 4*

Interkulturalität und das Fürsorgeprinzip

Ergebnisse der medizinischen Versorgungsforschung deuten auf ausgeprägte Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland hin. Dies erfordert eine besondere Fürsorgepflicht gegenüber Patienten ausländischer Herkunft, welche durch eine kultursensible Behandlung und Pflege gewährleistet werden soll. Allerdings sieht der Autor in Bezug auf die wünschenswerte und notwendige interkulturelle Sensibilisierung der Medizin auch Gefahrenpotenziale: die Verfestigung interkultureller Stereotypisierungen, ein statisches Kulturverständnis und die Verlagerung ethischer Konflikte auf eine kulturelle Ebene.

Seit geraumer Zeit lässt sich in der Bundesrepublik Deutschland in den Heil- und Pflegeberufen eine zunehmende Sensibilisierung für interkulturelle Probleme verzeichnen. Dabei wird beim Begriff »Interkulturalität« meist an die Bevölkerung mit Migrationshintergrund gedacht und »fremde Sprache«, »nicht-deutsche geographische Herkunft« und »fremde Religion« gleich mitgedacht. Unterschiedlichen Angaben zufolge verfügen in Deutschland 12 bis 20 % der Bevölkerung (= 9 bis 16 Mio. Menschen) über einen Migrationshintergrund. Die medizinische Versorgungsforschung kann belegen, dass diese Bevölkerungsgruppe verschiedenen Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung ausgesetzt ist,¹ welche insbesondere Unterschiede im Versicherungsstatus (z.B. bei Asylsuchenden und Migranten ohne Aufenthaltsstatus) und Kommunikationsprobleme (inklusive Sprachprobleme und Informationslücken) umfassen. Hinzu kommen kulturell bedingte Krankheitskonzepte (so genannte kulturgebundene Syndrome), welche von den gängigen mitteleuropäischen Vorstellungen von Gesundsein und Kranksein abweichen.

¹Vgl. Razum, Oliver / Zeeb, Hajo / Meesmann, Uta et al., Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Migration und Gesundheit, Berlin 2008.



Dr. Frank Kressing,
Institut für Geschichte, Theorie
und Ethik der Medizin, Ulm

Nach wie vor bestehen in Deutschland große Defizite bei der Bereitstellung von Dolmetscherdiensten sowie von Sprach- und Kulturmittlern, deren Aufgaben über eine reine Übersetzertätigkeit weit hinausgehen. Zwar leben schon seit Jahrzehnten ausländische Ärzte und Pflegekräfte in Deutschland. Jedoch stammen diese meist nicht aus den Herkunftsländern der Migranten, und die Herkunft aus derselben geographischen Region führt nicht notwendigerweise zu einem besseren Verständnis von Arzt und Patient. Nach manchen vermeintlichen Informationsgesprächen mit Migranten kommt es daher häufig sogar zu einem Aufklärungsverlust statt Aufklärungsgewinn. Heute spricht man vom sogenannten »Einverständnis im Missverständnis«². Ganz allgemein fehlt es an einem kultursensiblen *Diversity Management*, also dem Umgang mit Unterschieden. Das betrifft den Umgang mit Patientengruppen mit unterschiedlichen kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen. Ebenso auch die unterschiedlichen Verständnisse von Krankheit und die Erwartungen an das Gesundheitswesen.³

Die Herkunft aus derselben geographischen Region führt nicht notwendigerweise zu einem besseren Verständnis von Arzt und Patient.

² Razum, Oliver/ Ingrid Geiger / Hajo Zeeb / Ulrich Ronellenfitsch, Gesundheitsversorgung von Migranten, Deutsches Ärzteblatt 101/43 (2004) A 2885.

³ Coors, Michael/ Grützmann, Tatjana / Peters, Tim, Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in der Medizin, Göttingen 2013.

Fürsorge und Autonomie – Ein Spannungsfeld

Patientinnen und Patienten mit nicht-deutschem Hintergrund brauchen besondere Fürsorge. Den Trägern und Akteuren der Gesundheitsversorgung kommt dabei eine besondere Verantwortung zu. Allerdings stößt das Bemühen um eine kulturangepasste Krankenversorgung häufig auch an seine Grenzen und ist mit der gelebten Patientenautonomie oft schwer vereinbar – z.B. dann, wenn Patienten »nicht-deutscher« Herkunft als sinnvoll erachtete Therapien aus nicht nachvollziehbaren Gründen ablehnen, trotz infauster Prognosen eine palliative Versorgung unter Ausnutzung aller zur Verfügung stehenden Mittel fordern oder mit großen Verwandtschaftsgruppen die Krankenzimmer »belagern«. Ärzte und Pflegepersonal fühlen sich dadurch oft überfordert und machen häufig den »fremdkulturellen« Hintergrund dieser »schwierigen« Patienten für die auftretenden Probleme verantwortlich.

Ist es tatsächlich »die »Kultur«, die »stört«?

Aber andererseits: Ist die Betonung des vermeintlich oder tatsächlich so »fremden« kulturellen Hintergrunds von Patienten ausländischer Herkunft nicht manchmal auch eine Entschuldigungs- und Entlastungsstrategie von Ärzten und Pflegepersonal? Etwa, um sich nicht näher mit Wünschen und Ansprüchen auseinandersetzen zu müssen, die vielleicht gar nicht in dem Maße fremdkulturell bedingt sind wie angenommen wird? Vielleicht werden ja Kategorien wie »interkultureller« oder »fremdkultureller Konflikt« – bewusst oder unbewusst – häufig ins Feld geführt, um ethische Konflikte in der Krankenbehandlung auf eine kulturelle Ebene zu verlagern? Vor diesem Hintergrund birgt die Betonung der »Interkulturalität« im Bemühen um eine kultursensible Patientenversorgung auch ein gewisses Gefahrenpotenzial in sich.

Vielleicht werden Kategorien wie »interkultureller« oder »fremdkultureller Konflikt« häufig ins Feld geführt, um ethische Konflikte in der Krankenbehandlung auf eine kulturelle Ebene zu verlagern.

Gefahren der »Kulturalisierung« der Gesundheitsfürsorge

Mit der festen Zuschreibung einer fremdkulturellen Identität (»die Albanerin«, »der Russe«) im klinischen Alltag wird die Individualität des Patienten auf das Kriterium seiner Herkunft reduziert, obwohl doch die Migrationsgeschichte eines Patienten »nur einen Aspekt der persönlichen Gesundheitssituation« darstellt.⁴ Die pauschale Zuschreibung von fremdkulturellen Krankheitsherleitungen bei Patienten nicht-deutscher Herkunft führte in der Vergangenheit teilweise zu völlig abwegigen Krankheitskonstruktionen, so etwa dem *Morbus bosporus* oder dem *Mama mia*-Syndrom.⁵ Deshalb dürfen Forderungen nach stärkerer kultureller Sensibilität im Gesundheitswesen keinesfalls auf die Erstellung einer »kulturellen Checkliste« hinauslaufen, in der z.B. festgehalten wird, wie mit »dem muslimischen Patienten« umzugehen ist. Im Zentrum der Behandlung muss stattdessen immer der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen, Ängsten und seinem individuellen Krankheitsverständnis stehen.

⁴ Kostka, Ulrike, Ethisch entscheiden im Team. Leitfaden für soziale Einrichtungen. Freiburg, Basel 2009.

⁵ Vgl. Greifeld, Katarina, Was ist »krank«? Wohlbefinden und Missbefinden im interkulturellen Vergleich. Frankfurt 1995/96, 22–26. Petersen, A., Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie und transkulturelle Psychiatrie 18 (1995), 531–540.; Bunge, Christiane, Zum Mythos des »Mittelmeer-Syndroms« – zur Bedeutung von Kultur und Migration auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten. Berlin 2004.

Fazit

In Erweiterung des Begriffs »Interkulturalität« sollte dieser auch auf verschiedene alters-, geschlechts- und schichtspezifische Kulturen innerhalb der »deutschen« Bevölkerung angewandt werden – und nicht zuletzt auf unterschiedliche berufs- und fachspezifische Kulturen im Krankenhausalltag. So mancher als kulturbedingter wahrgenommene oder deklarierte Behandlungskonflikt mag tatsächlich vielleicht eher auf interne medizinische Kulturkonflikte zurückzuführen sein – haben Ärzte und Pflegepersonal doch oft ganz verschiedene, voneinander abweichende Sichtweisen. Gerade diese Differenzen mögen sich im Einzelfall sehr viel stärker als »kulturelle« Unterschiede auswirken.

Insgesamt ist deshalb zu fragen, ob »Kultur« tatsächlich als eine valide Kategorie gelten kann, wenn es darum geht, wem innerhalb des Gesundheitssystems wie viel Aufmerksamkeit zu Teil wird⁶. Der Umgang mit fremdkulturellen Patienten stellt letztendlich einen Prüfstein dafür dar, in wieweit Grundlagen einer sensiblen Krankenpflege überhaupt für *alle Patienten* Berücksichtigung finden.

Der Begriff »Interkulturalität« sollte auch auf verschiedene alters-, geschlechts- und schichtspezifische Kulturen innerhalb der »deutschen« Bevölkerung angewandt werden.

⁶ Schaffler, Yvonne, Is it Wise to use Culture as Category in the Sector of Health Care? Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie 36/3 (2013), 172–179.

»Um kultursensibel pflegen zu können, muss man die Kulturen kennen ...«

Ein Gespräch mit Birsen Terzi

»In der Türkei spielt die Familie eine riesige Rolle. Egal, welche Entscheidung im Krankenhaus oder in der Behandlung getroffen werden soll, die Familie entscheidet mit. Das kostet Zeit, und die müssen wir dem Patienten geben.« Birsen Terzi ist Krankenschwester und Diabetesberaterin im St. Theresienkrankenhaus in Mannheim. Obwohl sie seit ihrem zwölften Lebensjahr in Deutschland lebt, sind ihr einige religiöse und kulturelle Besonderheiten von türkischen Patienten sehr vertraut. Sie versteht, dass Patienten aus einem anderen Kulturkreis in manchen Angelegenheiten anders behandelt werden müssen als deutsche Patienten.

»Gute Pflege« ist für sie gleichbedeutend mit: »Dem Patienten das geben, was er braucht – nicht mehr, und nicht weniger«. Gute Pflege ist damit auch »kultursensible Pflege«, so ihr Plädoyer: Wenn religiöse oder kulturelle Befindlichkeiten für oder gegen eine bestimmte Behandlung sprechen, dann muss das aus ihrer Sicht akzeptiert werden.

Ein Beispiel, das aus ihrer Sicht typisch ist für Patientinnen und Patienten aus der Türkei: »Wenn bei uns ein Mensch im Krankenhaus ist, dann hat er immer Besuch: Es kommen viele Besucher, sie bleiben lange, sie bringen Essen mit und sie sind laut. Für uns ist das normal, aber für die Mitpatienten ist das unangenehm, und den Ablauf auf der Station bringt es durcheinander«, berichtet Birsen Terzi. Kolleginnen und Kollegen in der Pflege sprechen sie auf dieses Dilemma an. Dann zitiert sie den Propheten Mohammed, der sagt: »Der beste



Birsen Terzi,
Krankenschwester und
Diabetesberaterin im
St. Theresienkrankenhaus
in Mannheim

Die Fragen stellte **Brigitte Deiters,**
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Heinrich Pesch Haus

Besuch ist der kürzeste Besuch«. Wenn sie die Besucher an dieses Zitat erinnert, zeigt sie damit, dass sie ihre Kultur kennt und ernst nimmt: Sie versteht, dass der Patient für sie im Mittelpunkt steht. Sie gibt ihren Bemühungen für den Patienten Raum, berücksichtigt die Religion – und unterstützt gleichzeitig die anderen Patienten und Kollegen.

Um »kultursensibel« pflegen zu können, muss man die Kulturen kennen, ist die Krankenschwester überzeugt. Mindestens ebenso wichtig ist aus ihrer Sicht die Sprache, denn die ist meist ein noch größeres Problem als kulturelle oder religiöse Unterschiede. Vor allem ältere Patienten der »ersten Gastarbeiter-Generation« haben deutsch nicht richtig gelernt und verstehen nicht, was Ärzte und Pflegende ihnen erklären und mitteilen wollen. Dann fungiert Birsen Terzi als Dolmetscherin. »Manchmal«, erzählt sie, »sprechen wir zwar die gleiche Sprache, aber verstehen uns trotzdem nicht.« Das passiert, wenn die (zumeist älteren) Patienten von der ganzen Situation überfordert sind und nicht wissen, wie sie auf Diagnosen oder Behandlungsoptionen reagieren sollen.

Manchmal sprechen wir zwar die gleiche Sprache, aber verstehen uns trotzdem nicht.

Ein weiteres Thema ist die Ernährung – in anderen Ländern wird nicht nur anders gegessen, sondern auch zu anderen Zeiten und in anderen Mengen. Da ist sie als Diabetesberaterin besonders gefragt. Jedoch weiß sie auch: »Ich kann erklären und vorschlagen, aber ich ändere einen Menschen und seine Gewohnheiten nicht von heute auf morgen.«

Und schließlich gibt es Vorbehalte, die für sie nur allzu menschlich sind: »Für einen älteren männlichen türkischen Patienten ist es undenkbar, dass er von einer Krankenschwester gewaschen wird.« Wenn es möglich ist, sollte ihrer Meinung nach ein männlicher Patient auch von einem Mann gewaschen werden oder einen Katheder gelegt bekommen – und umgekehrt eine türkische Patientin von einer Frau.

Für einen älteren männlichen türkischen Patienten ist es undenkbar, dass er von einer Krankenschwester gewaschen wird.

Im Theresienkrankenhaus gab es eine Arbeitsgruppe »Kultursensible Pflege«. Darin tauschten sich die Mitglieder darüber aus, worauf bei Patienten aus verschiedenen Ländern und Kulturkreisen zu achten ist. Schwarz-weiß-Malerei sollte dabei ver-

mieden werden, ist Terzi überzeugt und nennt als Beispiel: »Nicht alle Türken sind religiös, so dass man beim Essen darauf achten muss.« Trotzdem, denkt sie, wäre eine Art »Checkliste« hilfreich, damit sich die Patienten wohlfühlen und die Behandlung, wenn möglich, auf sie abgestimmt werden kann.

Durch Erfahrung in zwei Kulturkreisen kennt sie auch Dinge, die »typisch deutsch« oder »typisch türkisch« sind. Aus beiden sucht sie sich das Beste aus: »Es gefällt mir, dass Deutsche pünktlich und zuverlässig sind. Das ist bei vielen türkischen Patienten nicht so«, räumt sie ein. Andererseits: Im (Krankenhaus-)Alltag sind die Regeln oft starr. »Wir Türken machen viel mehr Ausnahmen, da spielen Gefühle bei Entscheidungen eine große Rolle, es gibt viel Mitleid.« Spielräume, die sich innerhalb der Regeln auf tun, versucht sie dann »zum Wohle der Patienten« auszunutzen.

Wir Türken machen viel mehr Ausnahmen, da spielen Gefühle bei Entscheidungen eine große Rolle, es gibt viel Mitleid.

Transkulturalität und transkulturelle Kompetenz

Bis heute gibt es in den Sozial- und Kulturwissenschaften Unklarheiten oder unterschwellige Grabenkämpfe zwischen den Ansätzen der Interkulturalität und der Transkulturalität. Ersterer Begriff hat sich zeitlich früher in den Disziplinen etabliert und ist inzwischen auch im allgemeinen gesellschaftlichen Sprachgebrauch salonfähig geworden. »Transkulturell« existiert als Begriff seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, die theoretischen Grundlagen hierzu werden jedoch kaum besprochen. Dabei sind sie, wenn man sich nur an der Begrifflichkeit orientiert, doch recht einfach und klar: »Inter« heißt »zwischen« und zielt letztlich auf die Erhaltung der Grenzen, die in Kontaktsituationen überschreitbar sind; z.B. als Kultur-Kontakt oder Kultur-Konflikt. Das findet man auch in anderen Zusammenhängen: Inter-Nationalität ist ein Konzept zwischen zwei getrennten Nationen, z.B. zwischen Frankreich und der Bundesrepublik. »Trans« heißt »über, darüber hinaus«. In Verbindung mit Nation sprechen wir von transnationalen Gebilden z.B. die EU und die NATO. Diese stellen etwas völlig Neues dar. Sie lassen die klassischen Nationen hinter sich, nehmen aber deren »Substanzen« synthetisierend in sich auf.

Das Konzept der Transkulturalität betont das prozesshafte Geschehen und die Dynamik in einer Welt, in der Anpassungsprozesse, Verschmelzungen und Wanderbewegungen zur Normalität gehören. Die Menschen haben so viele Gemeinsamkeiten wie Unterschiede, und zwar über lokale, regionale oder nationale Grenzen hinweg. Die Unterschiede resultieren unter anderem aus ökologischen und klimatischen Bedingungen, geographischen Ressourcen, demographischen Faktoren, Bildungsstand, Alter, Einkommen, sozialen Beziehungen, Geschlecht, Religion bzw. Weltanschauung etc. Alle diese Faktoren bilden zusammen einzigartige kulturelle »Verknötungen«. Das ist die Grundlage unseres Daseins.



Charlotte Uzarewicz,
Professorin für
Pflegerwissenschaft
an der KFH, München;
stellvertretende Direktorin
des Instituts für Fort- und
Weiterbildung, Forschung und
Entwicklung (IF) der KSFH,
München; Honorarprofessorin
für Kultur und Ästhetik in der
Pfleger an der PTH, Vallendar

Gemeinsamkeiten betonen, ohne Unterschiede zu leugnen

Das heißt aber gerade nicht, dass die Einzelfaktoren, auch wenn sie jeweils von vielen geteilt werden, in einem gemeinschaftlichen *Kultur*konzept aufgehen. Sie haben jede für sich ihre eigene Bedeutung und wirken mehr oder weniger unterschwellig handlungsleitend. »Soziale Praktiken von MigrantInnen sind (...) nicht Ausdruck spezifischer ›fremder Kulturen‹, sondern Aktionen von Individuen, welche in bestimmten sozialen Feldern (...) agieren, welche gleichzeitig sowohl von der Herkunftsgesellschaft, als auch von der Aufnahmegesellschaft geprägt werden. So sind nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur, sondern der Kontext, die konkrete Situation, die Interaktion, die individuelle Biographie, aber auch persönliche Interessen und Strategien für den Einzelnen handlungsleitend.«¹ (Domenig 2001: 29) Der pragmatische Ausgangspunkt der Theorie der Transkulturalität ist die *konkrete Interaktion*, in der unterschiedliche Faktoren unterschiedlich stark wirken². »Transkulturalität beschreibt kulturelle Prozesse als flexibles individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökologischen Faktoren, welches in Situationen immer neu verhandelt wird.« (Uzarewicz/Uzarewicz 2001: 170).

Die Grenzen zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen, zwischen den Menschen und den Nationen sind fließend. Der Ethnologe Victor Turner spricht von »liminalen« Strukturen und meint damit, dass Grenzen Übergangszonen sind und keine starren Scheidelinien. Da, wo Menschen an scheinbar Unverständliches, Unverstehbares, ganz Anderes oder Fremdes stoßen, liegt in der Regel so eine Übergangszone vor. Im Alltag sind wir es gewohnt, damit umzugehen: Wir grenzen ein, ab und aus und bestimmen somit unseren eigenen Standpunkt bzw. unseren Platz in der Welt. Wenn wir diesen gefunden haben, können wir mit dem oder den Anderen umgehen. Transkulturalität hilft dabei, einen der jeweiligen Situation angemessenen Umgang zu erlernen. Das setzt aber voraus, dass man sich auf die Situation und auf die Interaktionspartner/-innen einlassen will und kann.

Transkulturalität betont an solchen Übergangszonen die Gemeinsamkeiten, ohne die Unterschiede zu leugnen. Das Erfahren und Erkennen der verschiedenen Wissens- und Sinnordnungen, deren Verschmelzung die Einmaligkeit der Individuen ausmacht, geschieht in Interaktionssituationen zunächst über den Prozess der Wahrnehmung (des Eigenen und des Anderen). Das Wahrnehmen

¹ Domenig, Dagmar (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern u.a. Hans Huber. S. 29.

² Diese Faktoren können gegliedert werden in: *individuelle Faktoren* (z.B. Alter, Geschlecht, Größe), *überindividuelle Faktoren* (z.B. die geografische Region in der man lebt, das Klima, der wirtschaftlicher Status eines Landes), *unterschiedliche Wissens- und Sinnordnungen* (z.B. die Art und Weise, wie man mit den Normen- und Wertesystemen einer Gesellschaft umgeht: Arbeitszeit, Freizeit, Familie, Freunden etc.), *aktuelle Situation* (z.B. in welcher Stimmung man ist, welche Probleme vorliegen, welche Ziele in der jetzigen Situation erreicht werden wollen), *subjektives Handeln* (bezieht sich auf die mehr oder weniger verborgenen Intentionen, Ziele einer Person, die das Handeln leiten bzw. motivieren).

*Grenzen sind
Übergangszonen
keine starren
Scheidelinien.*

und Denken funktioniert auf der Grundlage eines häufig unhinterfragten und unbewussten Maßstabs. Wenn wir einen Menschen kennen lernen, findet augenblicklich eine solche Klassifizierung statt. Mit dem ersten Eindruck der unmittelbaren, einheitlichen Wahrnehmung erhält das Gegenüber bereits seinen/ihren ersten Stempel als Andere/r oder Fremde/r. Ist er/sie eher »eine/r wie ich« oder doch ganz verschieden von mir? Zu welcher Gattung, zu welcher Kategorie Mensch gehört er/sie? Ist er/sie sympathisch oder unsympathisch? Versucht man diese differenzierende Wahrnehmung beiseite zu stellen, um nach Gemeinsamkeiten Ausschau zu halten, wird man sehr schnell stumm.

Wie soll man Gemeinsamkeiten mit einer »fremden Person« feststellen können? Genau hier setzt das Konzept der Transkulturalität an. Es versteht das Leben als permanenten Wandlungs- und Lernprozess und verlangt von Anfang an *interaktives Verhalten*, das den Anderen als individuellen Partner respektiert. Es basiert auf einem kritischen selbstreflexiven Prozess, um auch die vermeintlichen Selbstverständlichkeiten zu hinterfragen und zu überprüfen. Je näher wir einen fremden Menschen kennen lernen, desto individueller wird er für uns, immer mehr zu einem einzigartigen, unverwechselbaren Individuum.

*Wie soll man
Gemeinsamkeiten mit
einer »fremden Person«
feststellen können?*

Der Mensch im Mittelpunkt

Transkulturelle Kompetenz wird als *erweiterte soziale Kompetenz* gefasst und ist Teil des professionellen Handelns. Sie ist erlernbar. Ein sensibilisierendes reflexives Lernen stellt den Menschen als leibhaftiges Subjekt in den Mittelpunkt und macht ihn zum Ausgangspunkt aller Betrachtungen. Und nicht umgekehrt bilden vage Vorstellungen, die auf abstrakten Kulturkategorien beruhen, die Grundlage bzw. den Maßstab, mit dem Menschen gemessen und beurteilt werden. Ziel transkulturellen Handelns ist die Verknüpfung von (individuellen) Verhaltensweisen, Interpretationen und (kollektiven) Wissens- und Sinnordnungen, um kulturelle Erfahrungsräume herausfiltern zu können. Transkulturelle Kompetenz, verstanden als Fähigkeit und Fertigkeit, ist gekennzeichnet durch:

1. die Reflexion der eigenen persönlichen (gewöhnlich nicht-bewussten) sowie der beruflichen (z.B. der biomedizinischen, der pflegerischen) Wissens- und Sinnordnungen;
2. das Erschließen der je subjektiven Wissens- und Sinnordnungen meines Gegenübers;
3. der Versuch, die verschiedenen Wissens- und Sinnordnungen ineinander zu verschränken, um so eine gemeinsame Basis, trotz aller Unterschiede zu finden; die eigenen Deutungsmuster dürfen nicht als ausschließliche normative Grundlage dienen;
4. das Herausfiltern von Ähnlichkeiten/Gemeinsamkeiten sowie von Widersprüchen und Unterschieden, um Ansatzpunkte für eine gemeinsame Handlungsstrategie zu entwickeln.

Wir lernen etwas über das Selbstverständnis des anderen Menschen und über den Umweg unserer Irritationen und Missverständnisse bezüglich des/der Anderen etwas über unser eigenes Selbstverständnis.

Fazit

Transkulturelle Kompetenz regt also einen mehrfachen Perspektivenwechsel an und erzielt damit einen doppelten Gewinn: Wir lernen etwas über das Selbstverständnis des anderen Menschen und über seine persönliche Situation, mit ihren Sachverhalten, Problemen, Motiven usw. Darüber hinaus lernen wir über den Umweg unserer Irritationen und Missverständnisse bezüglich des/der Anderen etwas über unser eigenes Selbstverständnis.

Mit einer solchen Vorgehensweise wird es möglich, die Unterschiede zwischen den Menschen nicht zu leugnen und die Gemeinsamkeiten in den Blick zu nehmen. Transkulturelle Kompetenz ist eine *spezifische Sensibilität für Situationen*. Um diese zu erlernen, sind folgende Fähigkeiten zu schulen, die Domenig³ als die drei Säulen der transkulturellen Kompetenz beschrieben hat: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie Empathie im Umgang mit Anderem und Anderen. Geduld, Interesse und Engagement sind nötig, wenn man den Anderen verstehen und begreifen will. Dazu gehört es auch zu akzeptieren, dass Andere anders sind, und sich einzugestehen, dass man nicht alles versteht und auch nicht alle Probleme lösbar sind. Wenn man sich transkulturell schult, erhöht sich zwangsläufig die Empathie – anderen und sich selbst gegenüber.

³ Domenig, Dagmar (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: dies. (Hg.) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern u.a. Hans Huber, S. 148.

Angaben zu vertiefender Literatur erhalten Sie auf Nachfrage bei der Autorin.

Der Transkulturelle Reflexionsbogen des Interreg-Projekts als Grundlage für Personal- und Organisationsentwicklung

Themen wie Fremdheit und Grenzerfahrungen sind in der Pflege alltäglich. Pflegende müssen sich nicht nur mit Menschen und ihren unterschiedlichen Erkrankungen vertraut machen, sie müssen sich auch mit verschiedenen Ein- und Vorstellungen auseinandersetzen. Der Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund gehört zum Alltag. Transkulturelle Kompetenz als erweiterte Sozialkompetenz sollte über die persönliche Ebene hinaus auch zu den Qualitätsstandards einer jeden Einrichtung gehören.

Von 2011-2013 wurde in der Region Oberbayern-Oberösterreich ein Interreg-Projekt zum Thema »PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der ZUKUNFT«¹ durchgeführt (www.zukunft-pflegen.info). Im Rahmen des Teilprojekts »Transkulturelle Kompetenzentwicklung« wurde ein dreitägiges Schulungskonzept für Pflegende entwickelt, erprobt und evaluiert. Im Schulungskonzept kamen kreative Methoden zum Einsatz und Instrumente transkulturellen Arbeitens wurden vorgestellt. Das Thema Migration wurde allgemein und mittels Ergebnissen neuerer Forschung dargestellt. Fallbeispiele und Übungen ergänzten die theoretischen Grundlagen und stellten einen direkt nachvollziehbaren Bezug zu pflegetypischen Situationen her.

¹ Die Lead-Partnerin ist die Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich/Linz (AKOÖ). Weitere Projektpartner sind: Regionalmanagement OÖ GmbH, FH OÖ Fakultät für Gesundheit und Soziales, Katholischer Pflegeverband e.V., Katholische Stiftungsfachhochschule, Christophorus Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege & Hospizarbeit im Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin (IZP)



Edith Schuster,
Als Pflegepädagogin und wiss. Tutorin der Kath. Stiftungsfachhochschule in München widmet sie sich gemeinsam mit Frau Prof. Uzarewicz dem besseren Verständnis fremder Menschen.

Der Transkulturelle Reflexionsbogen und Möglichkeiten der Organisationsentwicklung

Transkulturelle Arbeit kann nicht auf die Ebene der praktisch Pflegenden beschränkt bleiben. Deutlich wurde im Rahmen des Projektes auch die Bedeutung der Einstellung der Führungskräfte/Leitungen einer Einrichtung gegenüber diesem Thema. So wurden in einem Folgeschritt international verbreitete Instrumente zur kultursensiblen Organisationsentwicklung analysiert, die Ergebnisse mit denen aus den Schulungsevaluationen kombiniert und daraus ein transkultureller Reflexionsbogen für Leitung und Personal in Einrichtungen der Altenpflege sowie für Krankenhäuser und Reha-Kliniken entwickelt. Dieser ermöglicht allen Interessierten, sich weiter mit den Themen der Fremdheit, Grenzüberschreitungen, Migration und Kultur kritisch auseinanderzusetzen. Der transkulturelle Reflexionsbogen dient in erster Linie als anregende Diskussionsgrundlage und kann sowohl von Leitungen, von Mitarbeitern/-innen, wie auch von Klinikleitungen und Trägern als Hilfsmittel zur Einschätzung des jeweiligen Status quo benutzt werden. Die Fragen können alleine oder im Team bearbeitet werden.

Der transkulturelle Reflexionsbogen dient in erster Linie als anregende Diskussionsgrundlage und kann sowohl von Leitungen, von Mitarbeitern/-innen, wie auch von Klinikleitungen und Trägern als Hilfsmittel zur Einschätzung des jeweiligen Status quo benutzt werden.

Der Reflexionsbogen ist thematisch gegliedert:

1. Allgemeine Fragen zur persönlichen Haltung,
2. Fragen zu Zielen und Leitbild der Einrichtung,
3. Fragen zur Öffentlichkeitsarbeit,
4. Fragen zur Organisation,
5. Fragen zur Pflege,
6. Fragen zu Bewohnern/-innen (bzw. Patienten/-innen) und Angehörigen.

In den Abschnitten werden jeweils unterschiedliche Akteure angesprochen, so dass verschiedene Sichtweisen aufeinander treffen können. Meinungsverschiedenheiten werden hier durchaus provoziert. Die Methode der »produktiven Verunsicherung« (vgl. Uzarzewicz 2003: 168) soll letztlich zu einer reflektierten und reflektie-

Die Methode der »produktiven Verunsicherung« soll letztlich zu einer reflektierten und reflektierenden Praxis führen.

renden Praxis führen. Die möglicherweise entstehende Unsicherheit oder Irritation stellt die Basis für Diskussionen dar, in denen das spezifische Entwicklungspotential einer Einrichtung identifiziert werden kann. Gemeinsam kann an Uneindeutigkeiten gearbeitet und ein potentielles Konfliktfeld somit verkleinert werden.

Da wo ist die Möglichkeit zur Optimierung gegeben ist, kann die Organisationsentwicklung entsprechend ausgerichtet werden. Ein möglicher erster Schritt könnte das Bewusstwerden von versteckten stereotypen Denkweisen von Mitarbeitern oder der Leitung sein. Diese bilden oft den Hintergrund für »kulturelle« Missverständnisse im Alltagsgeschehen. Eine andere Möglichkeit, Personal- und Organisationsentwicklung zu beginnen, wäre die Überprüfung bzw. Neuausrichtung des innerbetrieblichen Fortbildungsangebots. Aber auch ganz praktische Alltagshilfen wie mehrsprachiges Informationsmaterial und die Beschilderung der Wege in einer Einrichtung könnten neu überdacht werden. Dabei ist nicht nur die mehrsprachige Beschilderung der Wege und Räume in einer Einrichtung gemeint. Grundsätzlich gilt es zu überdenken, dass alle Patienten/Bewohner, die erstmals in die Einrichtung kommen, Fremde sind und Orientierungsprobleme haben; auch wenn man die Beschilderung lesen kann, heißt es noch lang nicht, dass man sich automatisch zurecht findet!

Dabei ist nicht nur die mehrsprachige Beschilderung der Wege und Räume in einer Einrichtung gemeint. Grundsätzlich gilt es zu überdenken, dass alle Patienten/Bewohner, die erstmals in die Einrichtung kommen, Fremde sind und Orientierungsprobleme haben.

Exemplarisch soll nun das erste Kapitel des Reflexionsbogens vorgestellt werden, welches sich mit der persönlichen Haltung befasst.

Allgemeine Fragen zur persönlichen Haltung

Was ist für mich Fremdheit?

- Was sind für mich befremdliche Situationen? Und was ist daran für mich so fremd?
- Was sind für mich fremde Menschen? Und warum sind gerade diese mir fremd?
- Macht mir Fremdes in erster Linie Angst oder macht es mich neugierig?

Wie reagiere ich, wenn ich in Handlungs- oder Entscheidungssituationen an meine Grenzen stoße?

- Z.B. wenn ich ein fremdes Verhalten nicht nachvollziehen bzw. verstehen kann?
- Z.B. wenn ich über eine spontane Reaktion von mir erschrecke?
- Z.B. wenn mir eine Situation über den Kopf wächst (z.B. in einer akuten Notfallsituation)?

Wie gefestigt bin ich in meinen Ansichten und Überzeugungen?

- Lasse ich mich leicht irritieren?
- Bleibe ich eher fest bei meiner Meinung/ Haltung, unabhängig von entdeckten Widersprüchen oder Unstimmigkeiten meiner Argumentation?
- Machen mich Situationen, in denen ich unsicher werde/ bin, nervös oder eher wütend?
- Wann verliere ich die Fassung?

Die Fragen sind so angelegt, dass sie einzeln oder als Teil des gesamten Reflexionsbogens beantwortet werden können. Sinnvoll ist es auf jeden Fall, mit mehreren Akteuren darüber in einen Austausch zu kommen, um selbstreflexive Prozesse anzustoßen. Dies ist die Voraussetzung, um gemeinsam das Thema der Personal- als auch der Organisationsentwicklung anzugehen. Der Artikel »Einführung in transkulturelles Denken« von Uzarewicz in diesem Heft stellt ergänzend zu diesem Reflexionsbogen eine Anschlussstelle dar, um sich im transkulturellen Denken zu üben.

Die Reflexionsbögen können als Broschüre kostenlos bestellt werden unter:

charlotte.uzarewicz@ksfh.de

ein Download ist ebenfalls möglich:

<http://www.zukunft-pflegen.info/pflegezukunft/index.php?id=211>

Angaben zu vertiefenden Literaturhinweisen erhalten
Sie auf Nachfrage bei der Autorin.

Retraumatisierung bei Kriegskindern in Pflege- oder Altenhilfeeinrichtungen

Bis heute lassen sich traumatische Erfahrungen nachweisen, die Kinder und Jugendliche im Zweiten Weltkrieg durchleben mussten. Die Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg sind geprägt von andauernder Not und wiederkehrenden existenziellen Bedrohungen. Das Erleben von Vernichtung, Zerstörung, Brutalität, Töten und Sterben gehört zum Erfahrungsspektrum jenes Krieges. Diese Erfahrungen kommen gerade im Alter wieder zum Vorschein. Dabei geht es nicht um die sachlich erinnerbaren Fakten, sondern um die mit den Erfahrungen zusammenhängenden Gefühle.

Menschen erleben die Geschichte immer als individuelle Erfahrungsgeschichten, d.h. sie durchlaufen historische Ereignisse in unterschiedlichen Lebensphasen mit einem variierenden Ausmaß eigener Beteiligung und Betroffenheit. Erst wenn man um die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geburtsjahrgang weiß, können zeitgeschichtliche Erfahrungen eingeordnet werden. Die Aufarbeitung der eigenen Biografie kann dabei helfen, die möglichen Auswirkungen des Dritten Reiches, des Kriegsendes oder der unmittelbaren Nachkriegszeit aufzuzeigen. Die damals betroffenen Kinder und Jugendliche wurden von angstvollen Erfahrungen geprägt, die sie nicht verstehen bzw. verarbeiten konnten. Ihre kindlichen Betrachtungen wurden diesbezüglich sehr beeinträchtigt; auch ihre Persönlichkeit war noch nicht ausgereift und daher sehr formbar.

Gerade kleine Kinder sind auf ihnen nahestehende Bezugspersonen und auf den Aufbau einer Vertrauensbeziehung angewiesen, um ihre Erlebnisse als Teil ihrer Lebenswirklichkeit verarbeiten und um Resilienz (Stärkung der psychischen Widerstandskraft bei Veränderungen) aufbauen zu können. Doch die



»»
Nicole Gand ist gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Sie schloss 2013 ihr Studium mit ihrer Master-Thesis über Traumatisierungen im Nationalsozialismus im Bereich Palliative Care ab.

Erwachsenen der Kriegsgeneration waren so sehr mit sich selbst beschäftigt, dass es kaum Raum für die Aufarbeitung der Erlebnisse der traumatisierten Kinder gab.

Die Erwachsenen der Kriegsgeneration waren so sehr mit sich selbst beschäftigt, dass es kaum Raum für die Aufarbeitung der Erlebnisse der traumatisierten Kinder gab.

Merkmale eines Traumas

Udo Baer beschreibt drei besondere Merkmale des Traumaerlebens:

1. Traumatische Erfahrungen werden als existenzielle Bedrohung erlebt. Der traumatisierte Mensch wird zutiefst erschüttert. Bei erkennbaren Kriegshandlungen wie Bombeneinschlägen oder Schüssen ist die existenzielle Erschütterung offensichtlich. Auch eine Vergewaltigung wirkt existenziell bedrohlich, da sie die Identität eines Menschen gewaltsam verändert.
2. Der betroffene Mensch wird mit Gefühlen der Hilflosigkeit, Gefühlen von intensiver Angst oder dem Gefühl von Entsetzen überflutet. Die gewohnten Bewältigungsstrategien für traumatische Erlebnisse reichen dafür nicht aus.
3. Zum Traumaerleben gehört, dass es nachhaltig wirkt.¹

Da diese Erfahrungen und ihre Auswirkungen nicht als Krankheit im eigentlichen Sinne gelten, werden sie zum Syndrom der posttraumatischen Belastungsstörung zusammengefasst. Typische Merkmale der posttraumatischen Belastungsstörung sind:

1. Schlüsselreize, die bei traumatisierten Menschen wie ein Signal für eine Bedrohung wirken können. Diese sogenannten Flashbacks führen dazu, dass die Erinnerung unwillkürlich auftaucht und die betreffende Person die Erfahrung wieder durchlebt. Es handelt sich also um eine besonders intensive Form der Erinnerung. Manchmal wird auch der Begriff Trigger dafür verwendet.

Da diese Erfahrungen und ihre Auswirkungen nicht als Krankheit im eigentlichen Sinne gelten, werden sie zum Syndrom der posttraumatischen Belastungsstörung zusammengefasst.

¹Baer, Udo (2010), Trauma – eine Wunde, die sich manchmal nicht schließt. In: Baer, Udo (Hg.), Wo geht's denn hier nach Königsberg? Wie Kriegstraumata im Alter nachwirken und was dagegen hilft. Neukirchen Vluyn: Affenkönig Verlag, S. 56–59.

2. Das Löschen der bewussten Erinnerung an die unaushaltbare Situation. Der menschliche Organismus schaltet dabei von Bewältigungsmöglichkeiten auf Überlebensstrategien um. Diese Dissoziation ist keine bewusste Entscheidung, sondern geschieht unwillkürlich und ist von den Betroffenen nicht steuerbar.

²Bode, Sabine (2013), in: dies. (Hg.), Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 205.

3. Verringerte Fähigkeit, Gefühle zu leben, zu spüren und auszudrücken.

4. Vermeidungsverhalten. Situationen, die den traumatisch erlebten ähneln, werden zu vermeiden gesucht, manchmal kann dies bis zum totalen sozialen Rückzug führen. Dazu können anhaltende Symptome wie Schlaflosigkeit, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwäche, übertriebene Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, Angst und Panikreaktionen kommen.²

Mit großer Wahrscheinlichkeit ist daher davon auszugehen, dass viele alte Menschen, die heute in Institutionen wie Pflege- und Alteneinrichtungen leben, eine belastende Erfahrungsgeschichte mitbringen.

Ein Fallbeispiel

Frau Weiß (Name geändert) lebt in einem Pflegeheim. Bei der Übergabe am Bewohnerbett stellt sich die neue Pflegefachkraft aus Sankt Petersburg bei Frau Weiß vor. Diese verharrt plötzlich unbeweglich am Tisch. Ihre Atmung ist ganz flach und sie sieht starr geradeaus. Trotz Ansprache reagiert Frau Weiß nicht. Die Haut ist von einem Schweißfilm überzogen und fühlt sich kalt an. Das Problem: Solche Reaktionen werden in der Regel weder von den Betroffenen selbst, noch von den professionell im Pflegebereich Tätigen auf lang zurückliegende Ursachen bezogen.³ Die Erklärung für ihr Verhalten gab Frau Weiß mehrere Tage später selbst. Nach einem langen Gespräch, erzählte die Bewohnerin: »Ich hatte mich bei Kriegsende, als dreizehnjährige, mit meiner Großmutter, Tante und Mutter in unserem Keller versteckt. Natürlich entdeckten uns die russischen Soldaten dort. Jeder Soldat hat sich eine von uns gegriffen. Dies

Posttraumatische Reaktionen werden in der Regel weder von den Betroffenen selbst, noch von den professionell im Pflegebereich Tätigen auf lang zurückliegende Ursachen bezogen.

³Radebold, Hartmut (2007), Zeitgeschichtliche Erfahrungen und ihre Folgen. In: Psychotherapie im Alter 2, 4. Jahrgang.

wiederholte sich zwei Mal.« Die seltsame Verhaltensweise von Frau Weiß war damit sofort für jeden verstehbar.

Angesichts des Pflegefachkräftemangels und des Ausgleichs durch Fachkräfte aus Ländern mit Kriegsbeteiligung im Zweiten Weltkrieg ist zu erwarten, dass die im Fallbeispiel aufgezeigten Reaktionen häufiger auftreten können.

Es ist daher wichtig, die zeitgeschichtlichen Erfahrungen und ihre Folgen zu kennen, wenn man ältere Menschen in Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen versorgt. Das Entscheidende ist, dass wir die Betroffenen ernst nehmen. Für uns als Begleitende gilt es deshalb den Schrecken der Betroffenen zu verstehen, sich ihm zu stellen, ohne ihn nachvollziehen zu müssen. Erst wenn wir den alten Menschen mit Verständnis und Respekt gegenüber treten, kann eine Verbindung entstehen. Auf diesem Boden sind Veränderungen möglich. Im Pflegealltag kann dies durch ausgesprochenes Verständnis ausgedrückt werden. »Damals waren Sie alleine, heute ist dies anders.«, »Ich würdige Ihren Schmerz, auch wenn ich ihn nicht sehen kann.« oder » Der Schmerz darf sein.«

Angaben zu vertiefenden Literaturhinweisen erhalten Sie auf Nachfrage bei der Autorin.

Lieben, was anders und fremd ist?

Menschen gegenüber Sympathie oder Liebe zu entwickeln, die anders als wir selbst sind, weil sie uns aufgrund ihrer Herkunft, ihres Temperaments oder ihres Charakters fremd sind, stellt uns alle vor große Herausforderungen. Und doch ist dies das Maß von Mitmenschlichkeit in allen Lebensumfeldern und Berufen, in denen es um das Wohl anderer Menschen geht. Damit es aber im Umgang mit Menschen nicht nur ›sachlich korrekt‹, sondern wahrhaft menschlich zugeht, ist die Begegnung von Person zu Person, von Herz zu Herz wichtig.

Acht Jahre lang war ich Seelsorger in einem Stadtteil, in dem Menschen aus 120 Nationen leben. Dabei bleibt es nicht aus, auf Menschen zu treffen, die durch Sprache und Lebensgestaltung verschiedenen ›Welten‹ angehören. Vielen Menschen vor Ort macht diese Situation Angst. So entstehen viele Parallelwelten mit wenig Austausch.

Nun ist es aber ein Gebot der Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe, aufeinander zuzugehen und die trennenden, unsichtbaren Schranken und Mauern zu überwinden. Nur wie?

Es gibt eine bemerkenswerte Keramik von Sr. Caritas Müller OP mit dem Titel ›Die barmherzige Dreieinigkeit‹ (siehe Abbildung), die uns vielleicht helfen kann.

Im Zentrum dieser Darstellung: ein ›dunkler‹ Mensch in großem Elend, völlig erschöpft und hilflos. Um ihn gereicht drei Gestalten: ein bärtiger Mann greift ihm von rechts liebevoll unter die Arme, ums Herz, und liebkost dessen Gesicht mit seinem Mund. Er zieht ihn in seinen Schoß. Von links tief gebeugt hält ein zweiter Mensch in seinen Händen dessen Füße, liebevoll umschlungen. Eine dritte Gestalt, die einzige, die den Elenden nicht direkt berührt, von oben, zugleich Flamme und Taube. Die Bewegung dieser Gestalt geht hin auf



Ralf Gabriel Maria Maiwald,
lic. theol., Priester der
Diözese Freiburg



»Die barmherzige Dreieinigkeit.
Kunstkeramik. Sr. Caritas Müller
OP, CH-7408 Cazis © ars liturgica
Buch & Kunstverlag, Maria Laach,
Nr. 4573

das Herz des Elenden in der Mitte dieser Drei. Drei, die eins sind in ihrem Wesen, in Liebe zugewandt demjenigen, dessen Leben ausgehaucht scheint. Dieser Elende kann Abneigung hervorrufen. Abstoßend ist dessen Erscheinen. Nicht abstoßend aber für diese drei Gestalten, die sich zuwenden.

*Drei, die eins sind in ihrem Wesen,
in Liebe zugewandt demjenigen,
dessen Leben ausgehaucht scheint.*

Warum wenden sich die drei Gestalten dem in der Mitte zu?

Inspiziert ist diese künstlerische Darstellung durch das Gleichnis Jesu vom barmherzigen Samariter (Lk 10, 25-37). Es ist die Antwort Jesu auf die Frage eines Gesetzeslehrers: »Meister, was muss ich tun, um das ewige Leben zu erlangen?« Dieser antwortet zutreffend mit einer Weisheit des Alten Testaments,

dem »Höre Israel« aus dem Buch Deuteronomium: »Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben mit deinem ganzen Herzen und mit deiner ganzen Seele und mit deiner ganzen Kraft und mit deinem ganzen Denken, und deinen Nächsten wie dich selbst.« Da der Gesprächspartner Jesu sich aber herausreden möchte bezüglich der Frage, wer denn nun sein Nächster sei, erzählt Jesus dieses Gleichnis: Ein Mann fiel unter Räuber, sie plünderten ihn aus und ließen ihn halbtot liegen. Zwei gingen vorüber und ließen ihn liegen. Ein Samariter – ein Mann aus der Gegend von Samaria – aber nahm sich seiner an. Er versorgte ihn mit dem Notwendigen und gab ihn in die Obhut einer Herberge. – Sodann fragt Jesus den Gesetzeslehrer: »Wer von diesen dreien hat sich deiner Meinung nach als der Nächste dessen erwiesen, der unter die Räuber gefallen war?« – Die Antwort ist klar: »Der, der Barmherzigkeit an ihm geübt hat.« Deshalb die Einladung Jesu: »Geh und handle genauso!« So weit dieses Gleichnis Jesu.

Er versorgte ihn mit dem Notwendigen und gab ihn in die Obhut einer Herberge.

Die entscheidende Beobachtung: Der sich von links dem Elenden Zuwendende trägt die Wundmale der Kreuzigung an seinen Händen. Es ist Jesus Christus, der menschengewordene Gottessohn, der am Kreuz für jeden Menschen sein Leben hingegeben hat. Es ist der auferstandene Christus, der durch Leiden und Tod hindurchgegangen ist. Es ist derjenige, der durch alles Elend dieser Welt hindurch gewandert ist und alle Not der Welt in sich aufgenommen hat. Es ist derjenige, der zu neuem Leben auferweckt wurde, in der verwandelnden Kraft des Heiligen Geistes. Derjenige, der sich von rechts dem Elenden zuwendet, ist Gott Vater. Er selbst ist es, der den Elenden mit dem Kuss der barmherzigen Liebe küsst und neues Leben einhaucht. Die Gestalt von oben ist die Person des Heiligen Geistes, die das Innerste des Elenden mit seiner Flamme erwärmt und ihn so von innen her verwandelt. Es ist die barmherzige Dreieinigkeit, Gott Vater, Gott Sohn, Gott Heiliger Geist, ein Gott in drei Personen, die diesen Elenden in ihre Mitte nimmt und zu neuem Leben erweckt.

Wie finde ich einen Zugang zum Fremden?

Wie nun gelangen wir zur ›Mystik‹ dieser Barmherzigkeit? Wie erhalten wir Anteil an diesem Geheimnis in unserem alltäglichen Wirken in der Begegnung

mit Menschen, zu denen uns der Zugang zunächst gar nicht leicht fällt? Mir scheint, der Schlüssel dazu ist die Antwort auf die Frage: Wer ist denn eigentlich dieser Elende in der Mitte der barmherzigen Dreieinigkeit? Die naheliegende Antwort: Der Mensch, der unserer Barmherzigkeit bedarf; der Andere, der unsere Hilfe braucht! Doch Vorsicht: Wie entkommen wir der Gefahr, in falscher Weise Barmherzigkeit zu üben, indem wir nämlich den Hilfsbedürftigen zum Objekt unserer Hilfsbereitschaft machen? An dieser Stelle können wir unsere eigne Haltung überdenken: Der Hilfsbedürftige in der Mitte bin zuallererst ich selbst. Ich selbst bin derjenige, der der Barmherzigkeit der Dreieinigkeit bedarf. Wenn ich mich selbst in diese Barmherzigkeit der Dreieinigkeit habe eintauchen lassen, indem ich das wunderbare Handeln des Vaters (von rechts), des Sohnes (von unten) und des Heiligen Geistes (von oben) an mir erfahre, dann bin ich fähig anderen Menschen Barmherzigkeit zu erweisen, die zu Herzen geht und verwandelt. Oder anders gesagt: Wenn ich selbst erleben durfte, dass alles Fremde und Andere in mir vom barmherzigen Vater unseres Herrn Jesus Christus überwunden wurde – in mir und im anderen, dann kann ich auch Fremdheit und Andersheit welcher Form auch immer in meiner Begegnung mit Menschen überwinden. Und dies in den vielen kleinen Schritten, die dazu nötig sind in unserem Alltag hier und jetzt.

Die Betrachtung dieser Keramik kann dazu immer wieder verhelfen.

Wer ist denn eigentlich dieser Elende in der Mitte der barmherzigen Dreieinigkeit?

Meditation

Wer ist dieser Mensch, inmitten der Drei?
Wer ist dieser Todgezeichnete, dem alle Aufmerksamkeit gilt?
Zuerst ich selbst!
Einer sagt Ja
zu meiner Geburt, zu meinem Leben,
zu meiner Schwäche, zu meinem Versagen,
zu meinem Sterben.
Gott, der Dreieine, der Barmherzige, mir zugewandt.
Gerade wenn ich schwach bin, hilfällig und arm,
ist Seine Barmherzigkeit mir nah, unsäglich.
Dann haucht Er mir neuen Lebensodem ein,
dann trägt Er mich neu in den Schoß des Vaters,
dann stärkt Er mich von innen her zu neuem Beginnen.

Wer ist dieser Mensch, inmitten der Drei?
Wer ist dieser Todgezeichnete, dem alle Aufmerksamkeit gilt?
Es ist jeder meiner geringsten Brüder und Schwestern,
denen ich mich zuwende,
besser: Denen der Dreieine sich zuwendet durch mich.
In meiner barmherzigen Zuwendung ist es
der Vater, der Sohn und der Geist.

Wer ist dieser Mensch, inmitten der Drei?
Wer ist dieser Todgezeichnete, dem alle Aufmerksamkeit gilt?
Es ist jeder meiner geringsten Brüder und Schwestern,
denen ich mich zuwende,
besser: Denen der Dreieine sich zuwendet durch mich.
In meiner barmherzigen Zuwendung ist es
der Vater, der Sohn und der Geist.
Wer ist dieser Mensch, inmitten der Drei?
Wer ist dieser Todgezeichnete, dem alle Aufmerksamkeit gilt?

Es ist der Sohn, Jesus Christus, geworden einer von uns.

Denn sagt Er doch:

Was ihr dem geringsten meiner Brüder tut,
das tut ihr Mir.

Ihn tragen wir in den Schoß des Vaters,
ihn tragen wir liebevoll in den Armen,
ihn berühren wir zuinnerst
in IHM.

Kultursensible Unterversorgung

Zum Buch »Doppelt verlassen?«,
hg. von Gudrun Piechotta-Henze
und Christa Matter

Aus der langjährigen Kooperation der Alice Salomon Hochschule in Berlin und der Alzheimer Gesellschaft e.V. haben Frau Prof. Dr. Gudrun Piechotta-Henze und Frau Christa Matter einen informativen und breit gefächerten Sammelband herausgegeben, der in der Thematik um die Versorgung älterer Migranten/-innen einen wichtigen Stein ins Rollen bringen könnte. Er basiert auf einer Vorlesungsreihe, die die spezifische Situation von Immigranten/-innen mit dementieller Veränderung beschreibt.



»Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz«
Herausgegeben von: Christa Matter
und Gudrun Piechotta-Henze
Schibri Verlag Berlin, 160 Seiten.
ISBN 978-3-86863-104-3

In Deutschland scheint es eine »kultursensible Unterversorgung« [9] zu geben, der die Autoren auf den Grund gehen wollen. Dazu wurden Literaturrecherchen, Experteninterviews und Abschlussarbeiten angefertigt und im Anschluss daran das Berliner Netzwerk »Türkischsprachig und Demenz« gegründet. Die Vorlesungsreihe ist unter dem Titel: »Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz« im Schibri Verlag erschienen.

Im ersten Abschnitt »Demenz: Ein grenzenloses, aber kulturell definiertes Phänomen« gibt Marion C. Aichberger einen auf Fakten gestützten Überblick über die verschiedenen dementiellen Erkrankungen, wie die vaskuläre



»»
Dipl.-Theol. Jonas Pavelka,
Ethik in Medizin und Pflege,
Heinrich Pesch Haus,
Ludwigshafen.

oder die Alzheimer-Demenz und die Schätzungen der Prävalenz- (Häufigkeit einer Krankheit) und Inzidenzraten verschiedener Länder (Anzahl von Neuerkrankungen in einer bestimmten Gruppe in einer bestimmten Zeit). Die erhobenen Daten zeigen jeweils interessante Korrelationen mit den Einkommens- und Bildungsniveaus der Länder [17–18]. Neben dem Bildungsstand und Analphabetismus ist vor allem das Alter ein Risiko-Prädiktor für eine Alzheimer-Demenz [19].

Olivia Dibelius knüpft an das Thema des vorangegangenen Beitrags an, indem sie Demenz und Migration in einen näheren Zusammenhang stellt. Die bislang vernachlässigte Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die ihren Lebensabend in Deutschland verbringen, brauchen besondere Angebote zur Bewältigung ihrer Problemlage. Sie gelten als »vulnerable« (d.h. besonders verletzbare) Gruppe [23]. Es sind bei diesen Menschen Barrieren bekannt, die einen Zugang zu den Regelleistungen des Gesundheitssystems erschweren [23]. Die Autorin weist darauf hin, dass es in der 2005 vom BMFSFJ (Bildungsministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) verfassten Pflege-Charta eine Lücke hinsichtlich der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund gibt. Es wäre hier auch an eine Übersetzung in andere Sprachen (besonders Englisch und Türkisch) zu denken [25–26].

Im Abschnitt zur Definition des Begriffes »Demenz« stellt Gabrielle Kreutzner die These auf, dass Demenz erst in den letzten Jahren aus einem ehemals als Alterserscheinung betrachteten Phänomen in den Kontext der Krankheit gerückt wurde [35]. Für sie ist Demenz ein »historisch spezifisches, mit der Moderne verknüpftes Konstrukt, das mit einer ebenso spezifischen kulturellen Logik verknüpft ist« [37].

Demenz wird damit zum Gegenspieler des Autonomen, das heißt des selbstbestimmten Selbst [vgl. auch 39]. Die Autorin weist auf die Haltung des »Angewiesenseins« hin und auf Aspekte der Sorge und des »Sich-Kümmerns« [39], die einer Kultur entgegensteht, welche vor allem Kontrolle und Selbstbestimmung des Einzelnen fordert und wertschätzt [40]. Der Blick auf andere Kulturen könnte einerseits zu einer veränderten Auffassung der Demenz in anderen Ländern und auf diese Weise auch andererseits zu Reflexion der eigenen Vorstellungen führen.

Demenz wird damit zum Gegenspieler des Autonomen, das heißt des selbstbestimmten Selbst.

Der zweite Teil, »Dementiell erkrankte Menschen mit türkischer Herkunft«, wird von Angelika Thiel eingeleitet, die von einem Projekt für türkische Menschen mit

Demenz in Nürnberg berichtet. Zu Beginn des von ihr vorgestellten Projektes wurde ein Leitfaden erstellt, der »Familie« und »Religion« als wichtige Werte von türkischen Mitbewohnern herausstellte und »Scham«, »Angst«, »Informationsmangel« und die »Komm-Struktur«¹ von Hilfsangeboten als Barrieren aufzeigte [49–51]. Dieses Projekt könnte Modell-Charakter für weitere Versuche in anderen Städten haben, da es differenziert über Schwierigkeiten und Erfolgsmöglichkeiten berichtet. Die Barrieren, die türkischen Personen beim Abrufen der Gesundheitsleistungen im Wege stehen, werden von Nazan Ulusoy und Elmar Gräßel in einem gut recherchierten Beitrag aufgezeigt. Als Grund für die mangelnde Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen [60] weisen sie auch auf die fehlende Übereinstimmung »zwischen den vorhandenen Angeboten und dem speziellen Bedarf an Unterstützung« [59] hin. Dazu zählt die Berücksichtigung kultureller, religiöser und sprachlicher Unterschiede. Die Berufsausübung im ärztlichen und pflegerischen Bereich von Menschen mit Migrationshintergrund könnte hier Erleichterung schaffen [62], wie auch der beispielreiche Beitrag von Nare Yesilyurt zeigt.

¹ Daraus ergeht der Appell, dass Hilfsangebote Menschen aufsuchen müssen. Sie können nicht warten, bis Menschen kommen.

Auf der Grundlage von Interviews, die sie mit Menschen mit Migrationshintergrund geführt hat, zeigt sie, dass in vielen ländlichen Regionen der Türkei das »Vergesslich-Werden als normaler menschlicher Wandel im Alter angesehen« [69] wird. Auffallend ist, dass 42 Prozent der von ihr Befragten glauben, dass man sich durch das Einhalten »sozialer Werte, Sitten, Normen und Religion« [71] vor Krankheiten schützen kann und dass Krankheit als Strafe/Fluch (z.B. »böser Blick«) angesehen wird.

In vielen ländlichen Regionen der Türkei wird das »Vergesslich-Werden als normaler menschlicher Wandel im Alter angesehen

Im Angehörigenkreis ist auch die Ehrerbietung gegenüber den Eltern von großer Bedeutung [73]. In manchen Fällen kam die falsche Einordnung einer Krankheit einen »Teufelskreis« der Schuld lostreten. Wenn Ohnmacht und Wut unterdrückt werden müssen, entstehen wieder Schuldgefühle [73].

Der Dritte Teil gewährt Einblicke in die Situation demenzerkrankter Migranten/-innen und ihrer Angehörigen. Die Schwierigkeiten beginnen schon damit, dass geeignete Untersuchungsverfahren zur Feststellung einer Demenz fehlen [80–83]. Derya Dietrich-Wrobel stellt ein Projekt des Sozialverbands VdK Berlin-Brandenburg vor, das mit muttersprachlichen Sprechstunden und Schulungen [85–86] gute Versorgungsmöglichkeiten für demenziell erkrankte Menschen aber auch für geis-

tig behinderte und psychisch kranke Menschen geschaffen hat. Die vier Fallbeispiele illustrieren die Bandbreite kultureller Unterschiede in Polen, Lybien und der Türkei. Sie zeigen aber auch den erheblichen Beratungsaufwand und die Aufklärungsarbeit, die noch aussteht [87–92]. Ein vielversprechender und unbedingt zu unterstützender Ansatz besteht darin, mit Moscheen oder der türkischen Tageszeitung Kontakt aufzunehmen, um Informationsveranstaltungen durchzuführen. In ihnen kann beispielsweise der religionsspezifische Umgang mit Demenz und Alzheimer aufgeklärt werden [93–94].

Die vier Fallbeispiele illustrieren die Bandbreite kultureller Unterschiede in Polen, Lybien und der Türkei.

Sehr informativ ist auch die von Filiz Küçük erarbeitete qualitative Studie zur Situation pflegender Familienangehöriger, die demenzkranke türkischen Migranten/innen in Berlin versorgen. Dabei wäre in der Auswertung noch deutlicher darauf hinzuweisen, dass Versorgungsleistungen oftmals abgelehnt werden, weil das Motiv der Wiedergutmachung im Vordergrund steht. Für den Leser bietet sich hier die Chance, sich ein besseres Bild über die Entstehung und die Entwicklung der oftmals erst spät diagnostizierten Krankheit zu machen. Die von den Ehepaaren beschriebenen Erfahrungen und Schwierigkeiten [z.B. 137–138] können helfen, sensibler mit seinem persönlichen Umfeld umzugehen und etwas von der Bescheidenheit Betroffener zu lernen [130–132].

Diese Einladung richtet sich auch an die Pflegenden und Ärzte, die einen überaus wichtigen und verantwortungsvollen Dienst leisten.

Die Herausgeberin des Sammelbandes berichtet von verschiedenen Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf in Berlin. Dort gebe es ein »Gefühl von hoher Wohnqualität und einem hohen Grad an Wohlgefühl« [154] bei allen Bewohnern/-innen. Die gelernte Krankenschwester und Professorin für Pflegewissenschaften resümiert: »Eine Wohngemeinschaft kann Privatheit und Individualität sowie soziales Miteinander und Integrität bieten [156].«

Die sehr gut aufeinander abgestimmten Beiträge ergänzen sich zu einem eindrucksvollen, abwechslungsreichen, sowie datenbezogenen Gesamtwerk, das immer an den praktischen Problemen orientiert bleibt. Den kulturspezifischen Herausforderungen der Demenz- und Alzheimererkrankung von Menschen mit Migrationshintergrund wird mit diesem Buch ein aufschlussreicher und für die Projektarbeit unverzichtbarer Einblick gewährt.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus

Katholische Akademie Rhein-Neckar

vertreten durch

P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229

67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org

Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dipl.-Theol. Jonas Pavelka

E-Mail: pavelka@hph.kirche.org

Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Dipl.-Theol. Johannes Lorenz

Dr. Klaus Klother

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand.de – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus

Katholische Akademie Rhein-Neckar

Postfach 21 06 23

67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0

Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org

Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:

