

Vorwort

Niemals zuvor wurde so viel über Demenz und auch über Migration gesprochen wie in unseren Tagen. Politik und Gesellschaft erkennen die große Herausforderung im Gesundheitswesen der kommenden Jahrzehnte. Deutschlandweit werden Projekte ins Leben gerufen, Kongresse besucht, Fachartikel verfasst, Bevölkerungszahlen hochgerechnet. Die demografische Entwicklung der Bundesrepublik zeigt, dass viele Migranten und Migrantinnen der ersten Generation bereits das siebzigste Lebensjahr erreicht haben. Aufgrund dieser Entwicklung und aufgrund der Kenntnis, dass die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, mit zunehmendem Alter wächst, ist in den kommenden Jahren mit einem starken Anstieg demenzerkrankter Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu rechnen. Auf diese Situation sind wir jedoch in den Institutionen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens nicht genügend vorbereitet.

Rein theoretisch könnten wir Expertenstandards abwarten und diese als fundierte Hilfestellungen nutzen – eines Tages. Und bis dahin? Sind wir nicht verpflichtet, alle unsere PatientInnen individuell und ihrem persönlichen, gesundheitlichen, aber auch ihrem kulturellen und religiösen Hintergrund entsprechend bestmöglich zu versorgen? Gibt es, außer den Darstellungen des Handlungsbedarfs, auch Lösungsvarianten?

Ich habe sehr lange darüber nachgedacht und intensive Recherchen betrieben, nachdem mich zwei Schlüsselerlebnisse in meinem Berufsalltag nicht mehr losgelassen haben:

Frau A., Anfang achtzig, zog zur Verhinderungspflege (nach SGB XI § 39) nach einer Schenkelhalsfraktur direkt aus der Klinik in unsere Seniorenresidenz. Ein beinahe alltägliches Geschehen, welches die Routine einer Heimaufnahme im Pflegealltag nicht sonderlich tangiert. Alles ging seinen, im internen Qualitätsmanagement streng vordefinierten und erfolgserprobten Weg. Dass sich kein Biografiebogen bei den Unterlagen befand, die jeweils zur Weiterleitung an den Sozial-Kulturellen-Dienst unserer Einrichtung bestimmt sind, war auch nicht außergewöhnlich. Nur sehr wenige neue BewohnerInnen bringen diesen beim Umzug ins Heim mit. Schließ-

lich gehört eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, ob sie sich nun „Altenheim“ oder „Residenz“ nennt, nicht zu den bevorzugten Wohnformen, die wir für unsere Zukunft und als Altersruhesitz planen; und so sind wir natürlich nicht darauf vorbereitet. Allenfalls verfügen wir über Nachtwäsche, die dem allgemein gängigen Standard entspricht (– in einem Fach ganz oben im Kleiderschrank, da wir die hübschen, fein gebügelten Baumwollnachtshemden schon aus wäschepflegerischen Gründen in unseren eigenen vier Wänden niemals tragen würden).

Seit Jahren nehme ich mir vor, meinen persönlichen Biografiebogen zu erstellen. Wer kann mehr über unsere Vergangenheit bis zur frühen Jugend, über das Verhältnis zu Eltern und Geschwistern, über unsere Vorlieben und Abneigungen, über unsere Wünsche „für den Ernstfall“ etc. berichten als wir selbst? Unsere Kinder wissen in der Regel nicht einmal, welche Kaffeesorte wir bevorzugen, ebenso wenig, dass wir seit fünfzehn Jahren unser „Lieblingsparfum“ nicht einmal mehr als Mottenschutz einsetzen – und das spiegelt sich in den alljährlichen freundlichen Gaben zum Muttertag wider.

Also machte ich mich auf den Weg, um Frau A., die am Morgen ein sehr freundliches und helles Doppelzimmer mit Ausblick auf den Weiher bezogen hatte, zu begrüßen und näher kennenzulernen; aber auch, um die Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen für die nächsten vier Wochen zu planen. Die ersten Informationen erhielt ich aus der Pflegeplanung im Stationszimmer: den Vor- und Familiennamen, Anatolien als „Heimatort“ und die Auskunft, dass Frau A. sich, laut ärztlicher Diagnosen, nicht verbal äußern kann. Angehörige: Keine. Punkt. Kurzes Innehalten, tiefes Ausatmen und auf in ein ganz neues Abenteuer, eine Herausforderung, die mich seitdem fasziniert und beschäftigt.

Ich habe Frau A. als eine sehr positive, lebensbejahende, aufgeschlossene Dame kennengelernt. Jeden Morgen holte ich sie nach dem Frühstück im Speiseraum mit dem Rollstuhl ab. Schon am dritten Tag schien sie auf mich zu warten, strahlte mich an und drückte meine Hände sehr herzlich. „Frau A. nimmt an allen Aktivitäten des Hauses teil, bevorzugt Sitzgymnastik und die Singrunde, genießt offensichtlich die Rundgänge im Park und reagiert sehr positiv auf unsere Haustiere“, stand nach vier Wochen in der Betreuungsdokumentation. Weitere Einträge: „Mit ihren Mitbewohnern verständigt sie sich mit Händen und Füßen“, „mit Frau X., die über türkische Sprachkenntnisse aus früheren Urlaubsreisen verfügt, verbringt sie bevorzugt ihre Zeit“. Aus einigen Einträgen der Nachtschwester konnte ich ersehen, dass Frau A. manchmal nachts weinte.

Auch über mein zweites Schlüsselerlebnis möchte ich kurz erzählen: über Frau B., deutsche Staatsbürgerin spanischer Herkunft, Ende siebzig. Geplant war ebenfalls nur ein kurzer Aufenthalt nach SGB XI § 42 (Kurzzeitpflege). Frau B. (mit der ärztlichen Diagnose „Demenz“) bewohnte auf Wunsch ihrer Kinder ein Einzelzimmer. Sie sollte, nach Rücksprache mit den

sonst pflegenden Angehörigen, nicht am täglichen „Kurzaktivierungsprogramm für bettlägerige Bewohner“ teilnehmen, sie sei immer eine „Einzeltägerin“ gewesen. Trotzdem sei zu erwarten, dass die Patientin regelmäßig Besuch aus dem Familienkreis bekomme, die Kinder hätten die „Urlaubsvertretung“ besprochen. Frau B. könne sich sehr gut in deutscher Sprache unterhalten und bevorzuge „normale Kost“. Einen Biografiebogen müsse man für diese kurze Zeit nicht ausfüllen, erklärte ihre mit einer Vorsorgevollmacht ausgestattete Tochter; sie entschwand, nachdem sie eine Telefonnummer hinterließ, für drei Wochen in den Urlaub.

Frau B. aber rief, weinte und schrie auf Spanisch so lange, bis man ihre Zimmertüre so weit öffnete, dass sie Tag und Nacht am Geschehen der Wohngruppe teilhaben konnte. An den ersten beiden Tagen bekam sie keinen Besuch und verweigerte die Mahlzeiten bis auf ein Minimum. Später kam einer ihrer Söhne alle zwei Tage für fünfzehn Minuten und brachte ihr Süßigkeiten und Cremespeisen mit. Die stellte er, für seine Mutter unerreichbar, auf den Nachttisch ab. Die einzige Zeit der sichtbaren Entspannung erfuhr Frau B., meines Erachtens, bei der Grundpflege einschließlich basaler Stimulation und in den Zeiten, als ich an ihrem Bett saß, ihre Hand hielt und sang.

Meine KollegInnen halten es nicht für möglich, dass man sich entspannt, wenn ich singe, aber das sei einmal dahingestellt. Schönheit liegt im Auge des Betrachters und Wohlklang im Ohr des Zuhörers; mag sein, dass es auch einfach nur an der Gesellschaft und an der Zuwendung lag, die sie von mir bekam. In den Pausen sah sie mich an und sagte: „Danke“, das einzige deutsche Wort in drei Wochen.

Wollen wir, anhand dieser beiden Erlebnisse, bei all unseren Vorurteilen beginnen? Oder wollen wir uns bewusst machen, wie wenig wir als pflegerische, soziale, pädagogische oder auch hauswirtschaftliche MitarbeiterInnen über unsere beruflichen Anforderungen der Zukunft nachdenken? Haben wir nicht schon einige Male in der Presse, in sozialen Netzwerken, bei Fortbildungen etc. von „kultursensibler Altenhilfe“ gehört oder gelesen und es weit von uns geschoben? Vertreten nicht viele von uns immer noch das Vorurteil, dass so genannte „Ausländer“ nicht ins Altenheim kommen, sie wohnen in Großfamilien und sind dort integriert, werden dort gepflegt und betreut? Ist es uns aufgefallen, dass man, wenn man vom weltweiten Globalisierungsprozess und der zunehmenden Verflechtung in den Bereichen Umwelt, Wirtschaft, Kultur, Politik, Kommunikation etc. spricht, die Altenpflege selten erwähnt? Betrifft uns diese Verflechtung in unserem Berufsstand nicht? Haben Sie bemerkt, dass bei sämtlichen Bemühungen rund um den Integrationsprozess die alten Menschen oft vergessen werden?

Ich habe mich lange Zeit mit dem Thema Integration beschäftigt, mit der Annäherung, der gegenseitigen Auseinandersetzung, dem Finden von Gemeinsamkeiten, mit dem Herausarbeiten von Unterschieden, der Übernahme gemeinschaftlicher Verantwortung und mit der Kommunikation. In vielen Sprachkursen werden Frauen gefördert, Kinder ebenfalls. Was ist mit alten Menschen? Integration beschreibt einen dynamischen, eventuell lange andauernden und sehr differenzierten Prozess des Zusammenfügens und Zusammenwachsens.

Menschen, die einzeln oder in Gruppen ihren angestammten Wohnort verlassen, um sich an einem anderen Ort für längere Zeit oder dauerhaft niederzulassen, werden als „Migranten“ bezeichnet. Wie oft stand ich der Aussage gegenüber: „Wer hier leben will, soll sich auch den Gegebenheiten anpassen.“ Integration bedeutet aber nicht das Aufgeben der eigenen kulturellen Identität.

Schon 1966 hielt Madeleine Leininger als Professorin für Krankenpflege und Anthropologie an der Universität von Colorado die erste Vorlesung über transkulturelle Krankenpflege. Sie definiert Pflege als eine humanistische Kunst und Wissenschaft, die sich auf persönliches Pflegeverhalten konzentriert. Leininger untersuchte mindestens zwölf wichtige Kulturen gründlich und führte ethnografische und ethnopflegerische Untersuchungen durch. Berichte von Doktoranden und Kollegen aus fast sechzig verschiedenen Kulturen flossen in die Entwicklung ihrer Theorie ein. Laut Leininger bezieht sich Kultur unter anderem auf erlernte, gemeinsam überlieferte Werte, Überzeugungen, Meinungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, die das Denken, Entscheidungen und Handlungen in strukturierte Wege leiten. Einen weiteren Fokus richtet sie auf die Fürsorge im Sinne helfender, unterstützender und fördernder Verhaltensweisen zugunsten anderer Menschen, die einer Verbesserung der Lebensbedingungen bedürfen. Die Fürsorge sollte den Bedürfnissen der PatientInnen entsprechen und dazu führen, gesunde Lebensbedingungen zu erhalten, schädliche Lebensweisen zu verbessern und mit Krankheit, Behinderung oder mit dem Sterben besser umzugehen – sowohl im Sinne der PatientInnen als auch für die Pflege- und Betreuungskräfte.

Diese Fürsorge bezeichnet Leininger als humanistische Fürsorge, die auch darin besteht, den Bedürfnissen der PatientInnen uneingeschränkt Aufmerksamkeit entgegenzubringen und ihre ethischen, moralischen und spirituell-religiösen Vorstellungen sowie ihre psychophysischen Bedürfnisse zu berücksichtigen.

In Amerika hat Leininger bereits 1995 transkulturelle Pflege folgendermaßen definiert:

„Ein ausgewiesener Bereich des Studiums und der Praxis, der sich auf eine vergleichende, ganzheitliche Sicht der Kultur-, Pflege-, Gesundheits- und Krankheitsmuster von Menschen konzentriert; der Unterschiede und Ähnlichkeiten in ihren kulturellen Wertvorstellungen, Glaubenssätzen und Praktiken berücksichtigt; der das Ziel hat, Menschen verschiedensten kulturellen Hintergrunds kulturell kongruente, sensible und kompetente Krankenpflege angeeignet zu lassen.“ (Leininger zit. nach Sitzmann/Wright Eichelberger 2010, 102)

Das Ziel Leiningers war es, in allen Kulturen das Kulturspezifische zu erfassen; für dessen Erforschung begründete sie die Methode der Ethnopraxis.

Nach heutigen Gesichtspunkten wird das Hauptaugenmerk kultursensibel eher auf den Patienten als Individuum gerichtet, da eine kollektive Zuordnung kultureller Hintergründe nicht vorgenommen werden kann. Leiningers Studien sind aber durchaus sehr dienlich, um sich allgemeines interkulturelles Hintergrundwissen anzueignen, welches jedoch im konkreten Fall genau nachzufragen ist. Individuell müssen unter Umständen auch Hypothesen wieder verworfen werden.

Kranksein in einem anderen Kulturkreis bedeutet oft nicht nur ein Ausgeliefertsein an fremde Bezugspersonen, sondern auch an fremde Behandlungsformen und an fremde Medizin. Diese Faktoren beeinflussen den Heilungs- und Genesungsprozess, aber auch den Sterbeprozess im positiven wie auch im negativen Sinn. Pflegende benötigen daher eine Fülle an Informationen bezüglich der die Pflege betreffenden Kulturspezifika. Jede Kultur prägt die menschliche Vorstellung von Körper und Geist, Krankheit und Gesundheit, Krankheitsdiagnose, Therapie und Krankheitsverarbeitung anders.

Der kulturellen Prägung ist ein Kind bereits ab seiner Geburt ausgesetzt. Das selbstverständliche Übernehmen von zentralen Werten der Kultur verhilft dem Menschen zur Einbindung in die Gemeinschaft und gibt ihm Zugehörigkeitsgefühl und Selbstwert. Wenn wir annehmen, dass Fürsorge eine wichtige Voraussetzung für Wohlbefinden, Gesundheit, eventuell auch für Heilung oder für die Auseinandersetzung mit dem Tod ist, stoßen wir bei unseren Recherchen auf zweierlei Arten von Fürsorge, die es zu unterscheiden gilt: professionelles Pflegewissen und volkstümliche Methoden und Überzeugungen (z. B. Heiler und Medizinmänner), die manchmal im Gegensatz zueinander stehen. Zum besseren Miteinander zwischen Pflegenden und PatientInnen, aber auch mit den Angehörigen, die oft einen nicht unwichtigen Teil im Pflegeprozess darstellen, sollten wir also kulturkongruente professionelle Pflegemaßnahmen entwickeln und einsetzen. Das bedeutet im Einzelnen auch, dass eine Pflegestruktur „nach altem Glauben und fremder

Sitte“ mit der Zeit in eine professionelle Form übergehen (und nach näherem Kennenlernen und kritischer Überprüfung) in der Praxis auf Verständnis und Respekt stoßen kann – und vielleicht in das Konzept professionell Pflegender einfließt.

Dies erinnert mich an „Miswak“, an eine Zahnbürste, über die ich aus Kairo Informationen erhielt: Miswak oder Siwak bezeichnet einen Zweig oder ein Wurzelstück des Zahnbürstenbaumes (*Salvadora persica*), welches zur Reinigung der Zähne verwendet wird. Der Miswak ist somit eine traditionelle arabische Form der Zahnbürste. Der Zahnbürstenbaum wächst in den Wüsten Arabiens, Ostafrikas und Vorderasiens und vereint die Eigenschaften von Zahnbürste und Zahnpasta. Er enthält von Natur aus zahnschützende und -reinigende Stoffe. Es wird für die Zahnreinigung mit dem Miswak kein Wasser und keine Zahnpasta benötigt. Ein Zweig wird abgeschnitten und anschließend solange gekaut, bis ein Ende so ausgefranst ist, dass es an eine Bürste erinnert. Anschließend werden damit die Zähne geputzt, wobei die abbrechenden Holzstücke ausgespuckt werden. Diese Zahnhölzer dienen zum Reinigen der Zähne, als Zungenschaber und zur Massage des Zahnfleisches. Der Miswak besitzt einen relativ hohen Fluoridgehalt und wird schon seit dem Altertum zur Zahnreinigung verwendet. Die Verwendung faserig gekauter Zweige wurde schon im altindischen Gesetzbuch von Manu (600 v. Chr.) erwähnt und in der berühmten altindischen Sammlung medizinischen Wissens Sushruta (etwa 400 n. Chr.) empfohlen.

Auch in der islamischen Welt spielt der Miswak eine große Rolle, wird doch die Benutzung durch Mohammed überliefert. Die in Deutschland erhältlichen Muster werden meist aus Pakistan importiert. Sollten Sie also ein solches „ausgefranstes Stöckchen“ im Gepäck eines neuen Patienten/einer Patientin finden, so erübrigt sich mit dieser Information der Gedanke: „Der arme Mensch hat nicht einmal eine Zahnbürste.“ Man wird sich freuen, dass Sie Miswak und den Einsatz kennen und ihn nicht sofort durch eine neue Kunststoffzahnbürste ersetzen. Nachschub bei eventuellem Bedarf erhalten Sie in verschiedenen Online-Shops zu relativ günstigen Preisen.

Kultursensible Altenhilfe ist, wenn auch noch sehr zurückhaltend, als Fachbegriff in unseren beruflichen Alltag eingeflossen; der Begriff ist seit einigen Jahren auch ein wichtiger und ernst zu nehmender Ausbildungspunkt in der Gesundheits- und Krankenpflege. Man hat erkannt, dass es nicht ausreicht, diesen Punkt nur als Lehrfach in den Stundenplan aufzunehmen und arbeitet daran, in Arbeitsgruppen und durch Eigenreflektion Handlungskompetenzen und Beziehungsfähigkeiten zu entdecken, zu entwickeln, zu schulen und ethniespezifische Unterrichtsinhalte zu integrieren. Fortbildungen und Fernlehrgänge zu interkultureller Kompetenz werden angeboten.