



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Handbuch

für eine kultursensible
Altenpflegeausbildung.

Modul II: Kultursensible Altenpflege

Das Forschungsprojekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert. Das Handbuch ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Projektbearbeitung:

Evangelische Fachhochschule Hannover
Blumhardtstraße 2
30625 Hannover
Internet: www.efh-hannover.de

Projektleitung:

Prof. Dr. Barbara Hellige

Projektmitarbeit:

Dorothee Michaelis (Dipl.-Päd.)

Gestaltung:

Evangelische Fachhochschule Hannover

Evaluation:

Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH
an der Universität Hannover
Lister Straße 15
30163 Hannover
Internet: www.ies.uni-hannover.de

Projektbearbeitung:

Beate Seusing (Magister Artium)

Stand:

Dezember 2005



Hinweise zum Aufbau des Handbuches

Zur Arbeitserleichterung ist das Handbuch in vier PDF-Dateien und zwei MP3-Dateien erstellt worden.

PDF 1	Einführung in das Handbuch
PDF 2	Modul I
PDF 3	Modul II
PDF 4	Modul III
MP3 1	Hörspiel 1 (13,6 Mbyte)
MP3 2	Hörspiel 2 (10,5 Mbyte)

Diese können einzeln herunter geladen werden. Zum Anhören der Hörspiele benötigen Sie ein entsprechendes Audioprogramm. **Hörspiel 1** ist für **Modul II, Lernsequenz 6** vorgesehen, **Hörspiel 2** für **Modul III, Lernsequenz 5**.

In der PDF 1 „Einführung in das Handbuch“ finden Sie

- Benutzerhinweise für das Handbuch
- eine Beschreibung des Modellprojektes
- Ausführungen zu den Ausbildungsrahmenbedingungen
- eine Annäherung an den Begriff „Kultursensible Altenpflege“
- Hinweise zum methodisch-didaktischen Aufbau
- eine Skizzierung des Projektverlaufs
- und die Ergebnisse der Evaluation

Zum besseren Verständnis und zum effektiven Arbeiten empfiehlt es sich, diese Hintergrundinformationen zu lesen.

Modul II

Kultursensible Altenpflege

Kompaktübersicht Modul II

Übersicht: Modul II Kultursensible Altenpflege.....	I
Didaktischer Kommentar und Zielsetzung.....	1
Legende für die Piktogramme.....	4
Modul II.LE 1 Einführung in das Thema Kultursensible Altenpflege.....	6
II.LE 1.LS 1 Zum Begriff „Kultursensible Altenpflege“	6
II.LE 1.LS 2 Zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland	11
II.LE 1.LS 3 Zum Verhältnis von Migrationsprozess, Biografie, dem Alterserleben und Pflegebedürftigkeit.....	44
II.LE 1.LS 4 Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege	50
II.LE 1.LS 5 Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege.....	79
Modul II.LE 2 Erste Ansätze für einen kultursensiblen Pflegeprozess	93
II.LE 2.LS 6 Umgang mit Verlust — Sensibilisierung für das Assessment: Erfassung von Pflegephänomenen — Bildliches Biografisches Arbeiten (Schule).....	93
II.LE 2.LS 7 Bildliches Biografisches Arbeiten.....	181
Modul II.LE 3 Ressourcen erkennen, Spielräume nutzen	188
II.LE 3.LS 8 – 10 Leitfaden.....	188
II.LE 3.LS 8 Datenerhebung und -auswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen sowie Entwicklung von Zukunftsvisionen.....	190
II.LE 3.LS 9 Datenauswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen	200
II.LE 3.LS 10 Handlungsspielräume für eine kultursensible Altenpflege.....	207

Übersicht: Modul II Kultursensible Altenpflege

(Gesamtzeit: 41 - 48 Std.) Für Vertiefungen muss zusätzlich Zeit eingeplant werden

Zielsetzung: Nach einem Überblick über die Situation älterer Migranten und Migrantinnen und russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland sollen sich die Auszubildenden exemplarisch an einer Handlungssituation mit dem Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen bzw. kulturellen Prägungen und dem individuellen Umgang im Hinblick auf Altenpflege befassen, dies kritisch reflektieren und die Bedeutung für eine kultursensible Altenpflege herausarbeiten. Auf der Basis eines Pflegekonzeptes, das kultursensible bzw. individuelle Aspekte berücksichtigt, sollen sie dieses Wissen handlungsrelevant für die ersten Schritte des Pflegeprozesses bzw. für den gesamten Pflegeprozess anwenden und reflektieren. Zum Abschluss sollen die Auszubildenden ihre interkulturellen Kompetenzen reflektieren und Überlegungen erarbeiten, wie diese gezielt zur Gestaltung einer kultursensiblen Altenpflegepraxis eingesetzt werden können.

LE 1 Einführung in das Thema Kultursensible Altenpflege

Zielsetzung	Methode	Sozialform	Medium	Zeit
LS 1 Zum Begriff „Kultursensible Altenpflege“				
Kennen lernen einer Begriffsbestimmung von kultursensibler Altenpflege. Vorwissen kritisch reflektieren und erweitern.	Annahmen zur kultursensiblen Pflege clustern; Filmclip	Gesamtgruppe	Leitfaden Material 1 Medien 1	90 Min.
LS 2 Zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland				
Kennen lernen relevanter Basisinformationen über die Situation von älteren Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen	Kurzvortrag zur Einführung in das Thema	Gesamtgruppe	Leitfaden Material 1	45 Min.
	Filmanalyse mit Leitfragen		Material 2 Material 3 Folien 5 - 8 Medien 1	45 Min.
LS 3 Zum Verhältnis von Migrationsprozess, Biografie, dem Alterserleben und Pflegebedürftigkeit				
Auseinandersetzen mit zwei Fallgeschichten, Nachvollziehen der Bedeutung von Heimat, familialer Sorge, zentraler Werte. Diskussion der Auswirkung von Lebensbedingungen im Herkunftsland auf das Erleben von Alter und Krankheit.	Filmanalyse	Gesamtgruppe	Leitfaden Material 1 Medien 1	45 Min.
LS 4 Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege				
Die Auszubildenden sollen die Belastungen von pflegenden Angehörigen wahrnehmen, ihre Rolle als Altenpflegefachkraft reflektieren, den Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher bzw. kultureller Prägung und individuellem Umgang mit der Pflege von Angehörigen sowie deren Bedeutung für eine kultursensible Altenpflege erkennen	Fallarbeit + Praxisauftrag	Einzelarbeit Gruppenarbeit Gesamtgruppe	Leitfaden Material 1 TU 1 - 3 Arbeitsblatt 1 - 3 Medien 1 + 2	ca. 315 Min.

Zielsetzung	Methode	Sozialform	Medium	Zeit
LS 5 Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege Mögliche Vertiefung I Migrationsbedingte Identitätskonflikte im Alter Mögliche Vertiefung II Die Bedeutung des Erstkontaktes bei der Realisierung einer kultursensiblen Altenpflege				
Diskussion der Aussagen aus dem Interview vor dem Hintergrund von Leitfragen und eigenen Erfahrungen. Erkennen von kulturspezifischen pflegerelevanten Besonderheiten	Filmanalyse mit Leitfragen	Gesamtgruppe	Leitfaden Material 1 Arbeitsblatt 1	90 Min
Kennen lernen einer gelungenen kultursensiblen Pflegesituation Auf Basis der vorhergehenden Arbeitsergebnisse und Filmaussagen selbstständig kulturspezifische Besonderheiten erarbeiten Leitlinien für eine kultursensible Pflege zusammenstellen	Filmclip	Gesamtgruppe Kleingruppe	Materialien 1+2 Arbeitsblatt 2 Arbeitsblatt 3 Medien 1	90 Min.
Vertiefung 1: Erkennen, dass kulturspezifische Werte/Vorstellungen vom Alter in der Migration zu Identitätskonflikten führen können	Leitfadengestützte Diskussion Aussagen von Frau Yilmaz aus Filmclip als Anknüpfungspunkt	Gesamtgruppe	Material 3	45 Min.
Vertiefung II: Erprobung und Reflexion der Gestaltung eines Erstkontaktes	Rollenspiel Aussagen von Frau Yilmaz aus Filmclip als Anknüpfungspunkt	Kleingruppe und Gesamtgruppe	Material 4	45 Min.
				720 mit Vertiefung: 810 Min.

LE 2 Erste Ansätze für einen kultursensiblen Pflegeprozess

Zielsetzung	Methode	Sozialform	Medium	Zeit
LS 6 Umgang mit Verlust — Sensibilisierung für das Assessment: Erfassung von Pflegephänomenen — Bildliches Biografisches Arbeiten (Schule)				
Reflektieren der Bedeutung von Verlusterfahrungen. Nachvollziehen von Verlusterfahrungen älterer Menschen durch Migration, Krankheit oder Alterungsprozesse auf der Basis der eigenen Erfahrungen, Nachvollziehen der Bedeutung von biografischer Arbeit für eine kultursensible Altenpflege	Briefumschlagspiel	Gesamtgruppe	Deckblatt Leitfaden Material 1	45 Min.
Förderung des aktiven Zuhörens und des Fallverstehens, Erkennen der Bedeutung biografischer Erfahrungen für das subjektive Krankheitserleben. Erfassen der Auswirkungen von Fähigkeitsverlusten auf die Biografie, den Alltag und das Leben der Angehörigen Strukturiertes Erfassen von Ressourcen und Pflegeproblemen Vertiefung: Pflegeprozess durchführen mit einem kultursensiblen Pflegemodell (Theorie und Praxis) Zeitungfang ca. Fördern der biografischen Haltung, Erkennen des erzählstimulierenden Reizes visualisierter Biografien	Hörspiel oder Vorlesen mit verteilten Rollen	Gesamtgruppe	Material 2 Hörspiel	135 Min.
	Bearbeitung von Leitfragen (arbeitsteilig) Fallarbeit mit Leitfragen	Kleingruppe	TU 1 Arbeitsblatt 1-2 Material 3	90 Min.
	Mündl. Austauschen der Ergebnisse (schriftlich festhalten)	Gesamtgruppe		
	Lehrgespräch und Arbeit in der Praxis	Gesamtgruppe Einzelarbeit	Material 3 + 3a Folien 1 – 16 TU 2 - 3 Material 4	90 Min.
	Lebenspanorama Reflexion der Methode, Vorbereitung der Praxiserprobung	Kleingruppe Gesamtgruppe	Medien 1	
LS 7 Bildliches Biografisches Arbeiten				
Erprobung der biografischen Methode in der Praxis, Stimulieren des aktiven Zuhörens, Erkennen der Bedeutung des Erzähl- und Zuhörparadigmas und Stärkung der Aufmerksamkeit für kulturelle Gesichtspunkte	Lebenspanorama Arbeitsauftrag für die Praxis	Einzelarbeit	Leitfaden Arbeitsblatt 1 Praxisanleiter-Info 1 Lernerfolgsüberprüfung	nach Bedarf
				360 Min.

LE 3 Ressourcen erkennen, Spielräume nutzen**Leitfaden LS 8 – LS 10**

Zielsetzung	Methode	Sozialform	Medium	Zeit
LS 8 Datenerhebung und -auswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen sowie Entwicklung von Zukunftsvisionen				
- Sensibilisieren der Auszubildenden für Aspekte der kultursensiblen Altenpflege in ihren Praxiseinrichtungen. - Erfassen der strukturellen und personellen Voraussetzungen innerhalb ihrer Praxiseinrichtung - Erkennen fördernder und hemmender Faktoren	Datenerhebung	Einzelarbeit	Material 1 Praxisanleiter-Info 1 Arbeitsblatt 1	Nach Bedarf
LS 9 Datenauswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen				
Daten sammeln, systematisieren und analysieren	Auszählen + Clustern	Gesamtgruppe Kleingruppe	Material 1 Arbeitsblätter 1 - 4	135 Min.
LS 10 Handlungsspielräume für eine kultursensible Altenpflege				
- Mögliche Probleme bei der Realisierung einer kultursensiblen Altenpflege erkennen - Zukunftsvisionen entwickeln, Handlungsspielräume zur Umsetzung kultursensibler Pflege in der Praxis erschließen - mögliche Ressourcen hinsichtlich interkultureller Kompetenz erkennen und nutzen	Zukunftswerkstatt	Kleingruppe Gesamtgruppe	Deckblatt Material 1 Medien 1	2 - 3 Tage
				765 - 1080 Min.

Didaktischer Kommentar und Zielsetzung

Übergreifende Zielsetzung dieses Moduls ist, dass die Auszubildenden ihre bisher erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten im Kontext der spezifischen pflegerischen Anforderungen vertiefen und erweitern, die für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen aus unterschiedlichen Kulturen zu beachten sind.

Das Modul enthält drei aufeinander aufbauende Lerneinheiten. Die erste Lerneinheit dient der Einführung in die kultursensible Altenpflege. Die Auszubildenden erhalten einen Überblick über die Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie und Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland. Vertiefend setzen sie sich mit pflegerelevanten Aspekten auseinander. In der zweiten Lerneinheit sollen die Auszubildenden die erworbenen Kenntnisse auf der Folie eines kultursensiblen Pflegemodells mit dem Pflegeprozess verknüpfen und in der Praxis erproben. In der dritten Lerneinheit sollen die Auszubildenden ihre interkulturelle Kompetenz als Ressource schätzen lernen und gezielt Handlungsspielräume einer kultursensiblen Altenpflegepraxis entwickeln.

In der ersten Lerneinheit setzen sich die Auszubildenden zur Erweiterung ihrer kultursensiblen Fachkompetenz mit dem Begriff und dem Selbstverständnis einer kultursensiblen Pflege auseinander. Darüber hinaus wird in einer allgemeinen Einführung Basiswissen zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland vermittelt, damit die Auszubildenden differenzierte Vorstellungen von den Lebensbedingungen dieser Personengruppen (soziodemografische Daten, Gesundheitszustand, Wohn- und finanzielle Situation im Alter, Nutzung und Erleben professioneller Pflege) entwickeln können.

Im nächsten Schritt werden die Schüler und Schülerinnen anhand eines kurzen Fallbeispiels für den Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher bzw. kultureller Prägung und individuellem Umgang mit der Pflege von Angehörigen sensibilisiert. Sie sollen erkennen, dass einerseits kulturspezifische Besonderheiten existieren, diese sich im Enkulturationsprozess verändern können und andererseits pflegebedürftige Migranten und Migrantinnen bzw. Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen und deren Angehörige heterogene Gruppen sind und deshalb ein individuelles Fallverstehen Grundlage für eine kultursensible Altenpflege ist.

In einer abschließenden Filmanalyse und Reflexion sollen die Auszubildenden weitere kulturspezifische pflegerelevante Besonderheiten erkennen und sich selbstständig daraus resultierende Leitlinien für eine kultursensible Altenpflege erschließen.

Ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Gesprächsführung können erweitert werden, indem die Auszubildenden einen Erstkontakt mit

Klienten/Klientinnen in einem Rollenspiel simulieren. Ihre Frustrationstoleranz und Empathiefähigkeit sowie das Ausbalancieren von Nähe und Distanz wird gefordert, indem sie spielerisch in Aushandlung mit Pflegebedürftigen und Angehörigen eine kulturkongruente Beziehungsaufnahme gestalten.

Die zweite Lerneinheit zielt zunächst auf die Förderung jener methodischen Kompetenzen, die die Auszubildenden zur Systematisierung und Koordination eines kultursensiblen Pflegehandelns benötigen. Im Mittelpunkt dieser Lerneinheit steht das Entwickeln eines individuellen Fallverständnisses.

Auf der Folie des Modells der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve nach Strauss/Corbin und dem für eine kultursensible Pflege modifizierten Pflegemodell nach Strauss/Corbin und Zielke-Nadkarni soll im ersten oder zweiten Ausbildungsjahr in das pflegeprozessorientierte Denken und Handeln eingeführt werden. Zunächst geht es um die Förderung des aktiven Zuhörens, indem die Auszubildenden ein Interview einer pflegebedürftigen türkischen Migrantin anhand von Leitfragen auswerten. Sie sollen nachvollziehen können, dass Krankheit ein Prozess mit unterschiedlichen Phasen ist und in jeder Phase andere Anpassungsleistungen der Betroffenen und auch der Professionellen erforderlich sind. Sie sollen erkennen, dass sich Fähigkeitsverluste sowohl auf die Alltagsnormalität als auch auf die Biografie der Betroffenen auswirken. Sie sollen des Weiteren ihr professionelles Verständnis von Altenpflegerischer Arbeit erweitern, indem sie sich mit den Sorgeleistungen und Belastungen der pflegenden Angehörigen auseinandersetzen. Sie sollen reflektieren, inwieweit Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen durch die familiäre Sozialisation und durch Prägungen der Herkunftsländer beeinflusst sind und erkennen, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen im Krankheitsverlauf individuelle Strategien entwickeln, Wohlbefinden trotz Krankheit zu erreichen.

Wird die Lernsequenz im dritten Ausbildungsjahr durchgeführt, können zunächst die theoretischen Grundlagen des Modells im Unterricht vorgestellt und aufbauend darauf das individuelle biografisch orientierte Fallverstehen anhand eines Falles geübt werden. Im Anschluss daran können die Auszubildenden ihre Kenntnisse der Pflegeprozessgestaltung in der Praxis umsetzen und somit ihre methodischen Kompetenzen vertiefen.

Das Visualisieren von Lebensverläufen fördert die methodische Kompetenz zum biografischen Arbeiten, sensibilisiert die sinnliche Wahrnehmung, fördert die Kreativität sowie die Fähigkeit, in Alternativen zu denken und regt das Erzähl- und Zuhörparadigma an. Aus diesem Grund sollen die Auszubildenden im nächsten Schritt anhand des bearbeiteten Fallbeispiels die Lebensgeschichte visualisieren. Im nächsten Schritt sollen sie mit Unterstützung der Praxisanleiter und Praxisanleiterinnen im Rahmen des Theorie-Praxis-Transfers gemeinsam mit einem Klienten/einer Klientin ein Le-

benspanorama erarbeiten. Sie erwerben die Fähigkeit, gezielt und systematisch zu beobachten. Sie lernen, ihre kognitive Empathie einzusetzen und Gespräche mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen zu initiieren, durchzuführen und zu beenden. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Auszubildenden, Informationen zu sammeln, zu ordnen, zu interpretieren und zu dokumentieren werden gefördert. Durch die Auseinandersetzung mit der individuellen Biografie, mit Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen beleuchten sie existentielle und ethische Fragen und lernen, dass diese nicht immer mit ihren eigenen Wertvorstellungen übereinstimmen und auch nicht immer mit den institutionellen Rahmenbedingungen vereinbar sind.

Zur Ergebnissicherung werden die Arbeitsergebnisse schriftlich festgehalten. In der Schule findet abschließend ein Reflexionsgespräch statt, um den Lernerfolg durch eine Selbst- und Fremdeinschätzung zu überprüfen.

In der dritten Lerneinheit ist das übergreifende Lernziel, dass die Auszubildenden ihre interkulturellen Kompetenzen reflektieren und Überlegungen erarbeiten, wie diese gezielt zur Gestaltung einer kultursensiblen Altenpflegepraxis eingesetzt werden können. In einem ersten Schritt erkunden sie mit Unterstützung der Praxisanleiter und Praxisanleiterinnen den Bedarf an interkultureller Kompetenz in ihrer jeweiligen Praxiseinrichtung. Auf der Folie ihrer erworbenen fachlichen, methodischen, sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen sollen sie anschließend einschätzen, ob und wie die Einrichtungen Handlungsspielräume zur Umsetzung einer kultursensiblen Altenpflege nutzen. Abschließend sollen sie im Rahmen einer Zukunftswerkstatt ihre Reflexionsfähigkeit erweitern, indem sie auf der Basis ihrer interkulturellen Kompetenzen Handlungsspielräume zur Realisierung einer kultursensiblen Altenpflegepraxis erarbeiten. Sie sollen von Einzelfallanalysen abstrahieren lernen, verallgemeinerbare Zielsetzungen formulieren und hierdurch ihre Problemlösekompetenz erweitern.

Legende für die Piktogramme



Lehrvortrag



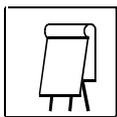
Folie



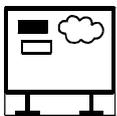
Lehrgespräch und Plenum



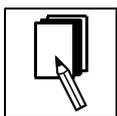
Film und Video



Flipchart



Pinwand



TN-Unterlagen, Arbeitsblätter, Malblätter



Einzelarbeit



Gruppenarbeit und Gruppenkreis



Partnerarbeit

Quelle: HVBG und BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund



Hörspiel



Geschichten, Erzählungen



Zeitungsumfang: $\frac{1}{4}$ Stunde



Zeitungsumfang: $\frac{1}{2}$ Stunde



Zeitungsumfang: $\frac{3}{4}$ Stunde

Leitfaden

Orientierung für die Lehrkraft (gesamte Lernsequenz)

Lernerfolgsüberprüfung

Vorschläge für eine Lernerfolgsüberprüfung

Material

Orientierung für die Lehrkraft (einzelne Lernsequenzen)
sowie Hintergrundinformationen

Folie

Hilfsmaterial für Kurzvorträge der Lehrkraft

Teilnehmerunterlage

Hintergrundinformationen für Arbeitsaufträge
(Auszubildende)

Arbeitsblatt

Arbeitsaufträge für die Auszubildenden

Praxisanleiterinfo

Orientierung für die Praxisanleitung

Medien

Zitierte und weiterführende Literatur

Modul II.LE 1 Einführung in das Thema Kultursensible Altenpflege

II.LE 1.LS 1 Zum Begriff „Kultursensible Altenpflege“

 Leitfaden

 Material 1

 Medien 1

II.LE 1.LS 1 Leitfaden

Thema:

Zum Begriff „Kultursensible
Altenpflege“

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

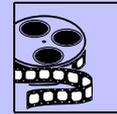
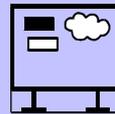
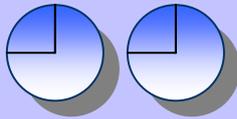
➤ 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke
beim altpflegerischen Handeln berücksich-
tigen (interkulturelle Aspekte)

Cluster + Filmanalyse

Sozialform

Medien

Zeit



Zielsetzung:

In dieser Lernsequenz sollen die Auszubildenden als Einstimmung auf das Gesamtmodul eine Begriffsbestimmung von kultursensibler Altenpflege kennen lernen. Ihre Vorstellungen sollen ergänzt werden durch eine Expertinnen-Sichtweise. Ziel ist es, das Vorwissen kritisch zu reflektieren und zu erweitern.

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Zunächst sollen die Auszubildenden ansetzend an ihren Vorerfahrungen benennen, was für sie eine „kultursensible Altenpflege“ ausmacht. Dies wird an der Metaplanwand geclustert. (II.LE 1.LS 1 Material 1).

Schritt 2:

Der Filmclip „Über Kultur, Eigenes und Fremdes“, Expertinneninterviews mit Charlotte Ucarwicz (II.LE 1. LS 1. Medien 1), wird angesehen. Anschließende Filmanalyse (II.LE 1.LS 1 Material 1). Der Cluster wird ggf. ergänzt.

Schritt 3:

Zum Abschluss werden exemplarische Situationen aus der Altenpflege erörtert, in denen kultursensible Pflege eine Rolle spielt.

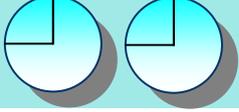
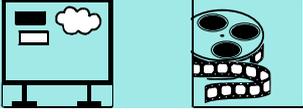
II.LE 1.LS 1 Material 1

Thema:

Filmclip „Über Kultur, Eigenes und Fremdes“

Zielsetzung:

In dieser Lernsequenz sollen die Auszubildenden als Einstimmung auf das Gesamtmodul eine Begriffsbestimmung von kultursensibler Altenpflege kennen lernen. Ihre Vorstellungen sollen ergänzt werden durch eine Expertinnen-Sichtweise. Ziel ist es, das Vorwissen kritisch zu reflektieren und zu erweitern.

Cluster und Filmanalyse	Sozialform	Medien
Zeit		
		

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Metaplan für Cluster mit folgender Frage vorbereiten:

- Was verstehen Sie unter kultursensibler Altenpflege?

Jede/jeder Auszubildende soll einen zentralen Aspekt benennen und auf einer Meta-Plan-Karte notieren. Nacheinander gehen die Auszubildenden zur Meta-Plan-Wand, erläutern ihre Karte und heften sie fest. Doppelnennungen bzw. zusammen gehörende Stichworte werden anschließend geclustert.

Schritt 2:

Filmclip ansehen, diskutieren und Cluster ggf. ergänzen. Mögliche offene Fragen klären.

Im Filmclip werden unten stehende Fragen an die Expertin gestellt. Zur Orientierung wurden die Antworten der Expertin von den Autorinnen stichwortartig zusammen gefasst.

1. Welche Probleme sind mit dem Kulturbegriff verbunden?

Gefahr der Stereotypisierung, Menschen werden durch die Brille Kultur gesehen.

2. Was verstehen Sie unter einem transkulturellen Konzept von Pflege?

Es sind Prozesse biografischer, soziografischer, ökologischer Art.

Interaktion ist wichtig, um Deutungsmuster herauszufinden, um Verständnis zu entwickeln und daraufhin Handlungskonzepte zu erarbeiten.

3. Ist kultursensible Pflege eine zusätzliche Aufgabe?

Im Prinzip löst es sich auf. Es geht um individuelle Pflege.

4. Kann es Rezepte für eine kultursensible Pflege geben?

Nein, Rezepte gibt es nicht. Es geht um situatives Handeln in der Pflege, um Aushandlungsprozesse. Dies ist erlernbar.

5. Welche Empfehlungen würden Sie geben für eine transkulturelle Haltung?

Es ist wie eine Entdeckungsreise in einen anderen Kontinent, offen sein, neugierig sein, sich vorsichtig vortasten, viel lesen, reisen, nachdenken über das, was man erlebt.

Hintergrundinformation zu Charlotte Ucarewicz

geb. 1956, Krankenschwester, Ethnologin, M.A.. Bisherige Arbeitsschwerpunkte: Wissenschaftsgeschichte, Rassismusforschung, Kultur- und Identitätstheorien. Medizinsoziologische Studie über berufliche Rehabilitation bei Multiple-Sklerose-Erkrankten. Seit 1995 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ in Bremen; hier: Lehrtätigkeit zu den Themen Pflege und Kultur, Körperkonzepte.

Schritt 3:

Zum Abschluss kann mit den Auszubildenden folgende Frage erörtert werden.

- Können Sie exemplarische Situationen aus der Altenpflege schildern, in denen kultursensible Pflege eine Rolle spielt?

II.LE 1.LS 1 Medien 1

Thema:

Zum Begriff „Kultursensible Altenpflege“

Verwendete Medien:

Über Kultur, Eigenes und Fremdes (2003) - Expertinneninterview mit Prof. Dr.Charlotte Uzarewicz (6:08 min.). In: Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Hintergrundmedien:

AWO Bezirk Westliches Westfalen e.V. (2003): Pflege ist Pflege – oder vielleicht doch nicht? Lehr- und Lernmaterialien für die Kranken- und Altenpflege zum Thema älterwerdende Migrantinnen und Migranten, Dortmund

Domenig, D. (Hrsg.) (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Dornheim, J. (1997): Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege – ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft. In: Uzarewicz, Ch.; Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin, S. 11 – 32

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) (2003): Wenn ich einmal alt bin Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten,

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.) (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

II.LE 1.LS 2 Zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland

- Leitfaden
- Material 1
- Folie 1
- Folie 2
- Folie 3
- Folie 4
- Material 2
- Folie 5
- Folie 6
- Folie 7
- Folie 8
- Medien 1

II.LE 1.LS 2 Leitfaden

Thema:

Zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie russland-deutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

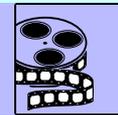
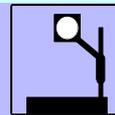
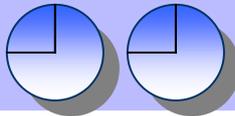
➤ 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altpflegerischen Handeln berücksichtigen

Kurzvortrag + Filmanalyse

Sozialform

Medien

Zeit



Zielsetzung:

In dieser Lernsequenz erhalten die Auszubildenden Basisinformationen zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland. Die Auszubildenden sollen für Themen sensibilisiert werden, die im Zusammenhang mit einer kultursensiblen Altenpflege ggf. berücksichtigt werden müssen.

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Zu den Themen soziodemografische Daten, Wohnen und Altern, Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit und Nutzen von Pflegeeinrichtungen werden den Auszubildenden in einem Kurzvortrag Basisinformationen vermittelt (II.LE 1.LS 2 Material 1 und II.LE 1.LS 2 Folie 1, 2, 3 & 4). Zur Vertiefung finden Sie Literaturhinweise in II.LE 1.LS 2 Medien 1.

Schritt 2:

Ein Filmclip wird gezeigt, der über eine Einrichtung berichtet, die sich auf kultursensible Altenpflege spezialisiert hat. Anschließend werden Fragen zum Film bearbeitet. (II.LE 1.LS 2 Material 2).

Schritt 3:

Die Aussagen im Filmclip sowie die Aussagen der Auszubildenden werden ggf. ergänzt bzw. vertieft (II.LE 1.LS 2 Material 2 und II.LE 1.LS 2 Folie 5, 6, 7 & 8)



Ggf. sind einige der Themen bereits in der Projektwoche (**Modul I**) behandelt worden. In diesem Fall wird nur noch einmal kurz darauf hingewiesen.

Wir empfehlen, die Daten immer wieder zu erneuern, da sie schnell veralten.

II.LE 1.LS 2 Material 1

Thema:

Zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie von Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen in Deutschland

Zielsetzung:

In dieser Lernsequenz erhalten die Auszubildenden Basisinformationen zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen in Deutschland. Die Auszubildenden sollen für Themen sensibilisiert werden, die im Zusammenhang mit einer kultursensiblen Altenpflege ggf. berücksichtigt werden müssen.

Kurzreferat	Sozialform	Medien
Zeit		

Methodisches Vorgehen:

Kurzvortrag mit Hilfe von [II.LE2.LS2 Folien 1, 2, 3 & 4](#)

Hintergrundtext:



Soziodemografische Daten

Seit 1950 kamen ungefähr 12 Millionen Menschen aus anderen Ländern nach Deutschland, sie machen derzeit ca. 15 % der Gesamtbevölkerung aus.

Das Auslandszentralregister weist Ende 2004 rund 6,7 Mill. ausländische Personen in Deutschland nach. 2003 wurden noch 7,3 Mill. ausländische Personen registriert. Die Abnahme um 8,5 %

ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes auf eine Bereinigung im Ausländerzentralregister zurückzuführen. 21 % dieser Ausländerinnen und Ausländer wurden in Deutschland geboren. Der Anteil der in Deutschland geborenen Türkinnen und Türken ist dabei mit 35 % (0,61 Mill.) am höchsten. Die größte Gruppe der ausländischen Bevölkerung stellen die Türkinnen und Türken mit 26 % oder 1,8 Mill. (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 1).

Ende 2004 lebten laut Statistischem Bundesamt Deutschland 797.500 über 60-jährige Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland.

Die **Aussiedler und Aussiedlerinnen** sind mit 4,8 Millionen die größte Gruppe der Immigranten und Immigrantinnen. Allein in den 90er Jahren kamen aus den Ländern Osteuropas 2 Millionen Aussiedler und Aussiedlerinnen. Seit der Änderung des Bundesvertriebenengesetzes werden diese Menschen als Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen bezeichnet und haben im Gegensatz zu Migranten und Migrantinnen einen sicheren Aufenthaltsstatus



Wohnen und Alter

Eine Studie des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von 1997 untersuchte die Wohnbedingungen älterer Migranten und Migrantinnen in Hamburg. Diese Untersuchung ergab, dass Wohnungen der alten Migranten und Migrantinnen schlechter ausgestattet waren als die der Deutschen. Zum Teil verfügten diese Bewohner und Bewohnerinnen nicht über Bad, WC und Zentralheizung in der Wohnung.

Eine Studie des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung von 2001 (DIW) zeigt, dass es nach wie vor große Niveauunterschiede in der Wohnungsversorgung von deutschen und ausländischen Haushalten gibt. Gleichzeitig ergab die Studie, dass sich die materielle Wohnsituation der Ausländer in Deutschland objektiv verbessert hat. Nahezu alle von Ausländern und Ausländerinnen belegten Wohnungen verfügen über ein Bad, 84 % haben eine Zentralheizung. Es ist ein Trend zu beobachten, dass viele Ausländer und Ausländerinnen in große, meist am Stadtrand gelegene Wohnblocks ziehen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Eigentümerquote erhöht.

Laut Drittem Altenbericht vom BMFSFJ (2001) lebten 44,2 % der über 60-jährigen Ausländer und Ausländerinnen im 1-Generationen-Haushalt und 29,7 % im Mehrgenerationenhaushalt (zum Vergleich: Deutsche: 51,6 % im 1-Generationen-Haushalt, 13,5 % im Mehrgenerationenhaushalt).

Im Alter versuchen einige Migranten und Migrantinnen, in ihrem Heimatland wieder Fuß zu fassen. Viele haben allerdings den Wunsch, auch im Alter in Deutschland zu bleiben. Die Gründe hierfür sind:

- familiäre Bindungen (Kinder und Enkelkinder in Deutschland)
- der Bedarf an qualifizierter medizinischer Betreuung, die in Deutschland eher gewährleistet zu sein scheint
- finanzielle Gründe, wie der Verlust sozialrechtlicher Leistungsansprüche bei Rückkehr (z.B. Leistungen der Rehabilitation und der Pflegeversicherung)
- zunehmende Entfremdung vom Heimatland
- im Vergleich zu Deutschland un stabile wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen in den Herkunftsländern

Soweit es ihre finanziellen Verhältnisse erlauben und solange sie mobil sind pendeln viele Migranten und Migrantinnen im Alter zwischen Herkunftsland und Aufnahmeland hin und her. Sie sind nicht glücklich über ihre Entscheidung, in Deutschland zu bleiben und schwanken immer wieder, wo sie gerne leben wollen.

Die Wohnsituation der Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen wird im allgemeinen besser als bei den Migranten und Migrantinnen eingeschätzt. Die Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen halten eng in ihrem Familienverband zusammen. Häuser werden oft gemeinsam gebaut, die Familien helfen sich dabei untereinander. Sie erhalten dabei keine zusätzliche staatliche Unterstützung, sondern nur die Hilfen, die auch Einheimischen zustehen.



Quellen:

AWO Bezirk Westliches Westfalen e.V.(2003): Pflege ist Pflege – oder vielleicht doch nicht? Lehr- und Lernmaterialien für die Kranken- und Altenpflege zum Thema älter werdende Migrantinnen und Migranten. Dortmund

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Hansestadt Hamburg (1997): Zur Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Bürger in Hamburg. Eine sozial-empirische Studie. Hamburg

BMFSFJ (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin

Dietzel-Papakyriakou, M.; Obermann, E. (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Dortmund

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2003): Auch Migranten werden alt! Lebenslagen und Perspektiven in Europa. In: Dokumentation der Fachtagung vom 30.06. bis 01.07.2003. Lünen

Kohler, S. (2003): Alter(n) in der Migration und Erwartungen an die Pflege. In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ). Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten, S. 52 - 67

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637

E-mail: ulrike.kraemer@wiso.erlangen.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1995): Alte Migranten in Deutschland. Bonn

Ramberger, I.; Krämer, U. (2003): Deutsche Fremde – fremde Deutsche. Die AussiedlerInnen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ). Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten, S. 27-42

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637

E-mail: ulrike.kraemer@wiso.erlangen.de

Raven, U. et al. (2000): Situation of migrants with dementia and their family careers in selected EU states: Germany. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen. In: Huisman, A.; Raven, U.; Geiger, A. (Hrsg.): Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. International public health Bd. 3. Lage, S. 110-139

Statistisches Bundesamt (2005): Pressemitteilung vom 2. Mai 2005.

<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p2050025.htm>

13.06.2005

Statistisches Bundesamt (2005): Ausländische Bevölkerung nach Altersgruppen <http://www.destatis.de> 13.09.2005

Wittig, U.; Merbach, M.; Siefen, R. G.; Brähler, E. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. In: Gesundheitswesen, 66, S.85-92

www.schader-stiftung.de/wohn_wandel/529.php 03.01.2005: Älterwerden in der Fremde. In: Alternde Zuwanderer (2005)

www.isoplan.de/aid/2003-2/schwerpunkt.htm 03.01.2005: Von der Baracke zum Eigenheim. Zur Veränderung der Wohnsituation von Ausländern in Deutschland. In: Schwerpunkt: Wohnsituation von Migranten (2005)



Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen sowie Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen im Alter

Im drittem Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland vom BMFSFJ wird darauf hingewiesen, dass die Datenlage zur Gesundheits- bzw. Krankheitssituation der älteren Migranten und Migrantinnen in Deutschland sehr dürftig ist. Dennoch wird der Gesundheitszustand der heute ins Rentenalter kommenden Arbeitsmigranten und Arbeitsmigrantinnen bzw. der älteren ausländischen Bevölkerung allgemein als schlecht eingeschätzt. Und das, obwohl sie im jüngeren Alter im Vergleich zur gleichaltrigen deutschen Bevölkerung eindeutig gesünder waren, was im Anwerbeverfahren begründet war. Es wurden nur Bewerber und Bewerberinnen mit guter Gesundheit als Arbeitsmigranten und Arbeitsmigrantinnen angeworben. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist auf den Healthy Migrant Effect zurück zu führen. Dieser besagt, dass die erste Generation der Migranten und Migrantinnen i.d.R. über eine bessere Gesundheit verfügen als der Durchschnitt der einheimischen Bevölkerung. Mit zunehmendem Aufenthalt im Aufnahmeland nimmt dieser Vorsprung des Gesundheitszustandes jedoch dramatisch ab. Dies ist auf verschiedene Faktoren im Zusammenhang mit der Migration zurück zu führen.



Gesundheitliche Belastungsfaktoren

Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Migranten und Migrantinnen mit einem geringeren Einkommen als deutsche Ältere leben müssen. Sie haben somit ein weitaus höheres Armutsrisiko. Außerdem pflegen Einkommensschwache, unabhängig von kulturspezifischen Aspekten, oft Verhaltensmuster, die zu Gesundheitsbelastungen führen.

Zudem kommt es bei den heute älteren Arbeitsmigranten und -migrantinnen zu einer Kumulation gesundheitlicher Belastungsfaktoren. Viele von ihnen waren in Akkord- und Schichtarbeit beschäftigt. Sie verrichteten meist körperlich schwere Arbeit, häufig verbunden mit chemischen Giften sowie starker Lärm- und Hitzebelastung. Darüber hinaus nahmen die Arbeitsmigranten und -migrantinnen oft viele Überstunden über einen längeren Zeitraum in Kauf, da sie schnell Geld in Deutschland verdienen wollten, um anschließend in ihr Heimatland zurückkehren zu können. Hinzu kamen ungesunde Ernährung aufgrund der Einkommenssituation sowie schlechte Wohnbedingungen (feuchte Wohnungen).

Zusätzliche Stressfaktoren

Weiterhin kann sich der durch die Migration ausgelöste Stress gesundheitsbelastend auswirken (Heimweh, die Trennung von Familienangehörigen, eine fremde Umwelt, in der sie nicht immer willkommen sind, schlechte Wohnverhältnisse). Die Stressforschung macht darauf aufmerksam, dass sich einschneidende Lebensereignisse sowie chronischer Stress im Zusammenhang mit alltäglichen Belastungen (daily hassles) im Alter in Krankheiten manifestieren können.

Auf der zweiten Fachtagung „Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft“ berichtete Dr. Jürgen Collatz, dass Migration durchschnittlich mit einer über zehnfachen Steigerung von Risiken verknüpft ist. Migration ist ein (oft fünf) Generationen übergreifender Prozess, der lange Zeit einschneidende und subtile Anpassungsprozesse verlangt. Die Erkrankungsrisiken für Migranten und Migrantinnen führen zu früherem Altern und früherem Auftreten von multiplen chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus weist Collatz darauf hin, dass die Familie und ethnische Bezugsgruppe eine entscheidende Rolle für die Erhaltung der Gesundheit von Migranten und Migrantinnen spielen (vgl. Collatz 1999)

Obige Ausführungen treffen nicht auf sämtliche Migranten und Migrantinnen zu, da auch ältere Migranten und Migrantinnen eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Man kann aber sagen, dass ihre Lebenslage im Alter im Vergleich zur durchschnittlichen deutschen Bevölkerung wesentlich prekärer ist.

Gesundheitliche Belastungsfaktoren bei Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen

Daten zu Beschwerden und Erkrankungen bei älteren Spätaussiedlern und -aussiedlerinnen sind kaum vorhanden. Ursache ist, dass sie als deutsche Staatsbürger und Staatsbürgerinnen nicht getrennt in den staatlichen Statistiken erscheinen. Wittig et al. (2004) hat in einer Studie festgestellt, dass Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen ihren subjektiven Gesundheitszustand signifikant schlechter beurteilten als die deutsche Vergleichsgruppe und auch mehr körperliche Beschwerden wahrnahmen.

Die Informanten und Informantinnen aus einer Studie von Schnepf (2002) benennen Mobilitätsprobleme, Schwerhörigkeit, Sehbehinderung aber auch Funktionsstörungen, die sie in Zusammenhang mit den harten Arbeitsbedingungen und den Schadstoffbelastungen bei der Arbeit in Zusammenhang bringen, als Krankheiten. Die häufig schwere körperliche Arbeit zieht Erkrankungen des Skelettsystems nach sich. Die Essgewohnheiten der Spätaussiedler und

Spätaussiedlerinnen (fettes Essen, kalorienhaltiges Essen) führen im Alter häufig zu Krankheiten wie einem hohen Blutdruck, daraus resultiert nicht selten ein Schlaganfall.

Laut Wittig et al. scheint das Klagen über Erschöpfungssymptome typisch für Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen zu sein, jedoch zeigen andere Migrantengruppen ähnliche Beschwerdeäußerungen.



Fazit

Bislang wird bei den älteren Migranten und Migrantinnen festgestellt, dass Multimorbidität und Chronifizierung das Krankheitsbild bestimmen, zum einen durch die arbeitsbedingten hohen körperlichen Belastungen, zum anderen durch die besonderen Belastungen aufgrund der Migration. Rolf Zoll hat in seiner Untersuchung zur sozialen Lage älterer Migranten und Migrantinnen in Deutschland aus dem Jahr 1997 festgestellt, dass sich 31 % der Befragten gesundheitlich schlecht bis sehr schlecht, 42 % mittelmäßig und nur 26 % gut bis sehr gut fühlen. 41 % der Migranten und Migrantinnen besitzen einen Schwerbehindertenausweis, 14 % haben eine Erwerbsminderung von unter 50 % und über 70 % gaben an, unter Schmerzen zu leiden.

Zur Zeit überwiegen noch die „jungen Alten“ bei den Migranten und Migrantinnen in Deutschland; die Anwerbeverträge für ausländische Arbeitskräfte wurden in der Zeit von 1955 bis 1973 abgeschlossen. Wenn der Anteil der älteren, insbesondere der in das so genannte 4. Lebensalter eintretenden Migranten und Migrantinnen anwächst, ist damit zu rechnen, dass zunehmende gesundheitliche Probleme in dieser Gruppe auftreten werden (vgl. BMFSFJ 2000)



Quellen:

BMFSFJ (2000): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 14/5130. Berlin

Collatz, J. (1999): 2. Fachtagung „Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft.“ Referat: Lebensbedingungen und Gesundheit von Migranten

Holz, G. (1994): Fremdsein, Altwerden und was dann? Ältere Migranten und die Altenhilfe Frankfurt am Main

Koch-Straube, U. (2001): MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig: Professionelle Transkulturelle Pflege Bern, S. 386-396

Schnepf, W. (2002): Familiäre Sorge in der Gruppe der russland-deutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Statistisches Bundesamt (2005): Pressemitteilung vom 2. Mai 2005.

<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p2050025.htm>
13.06.2005

Wittig, U.; Merbach, M; Siefen, R.G.; Brähler, E. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. In: Gesundheitswesen, 66, S.85-92

Zoll, R. (1997): Zur sozialen Lage älterer MigrantInnen in Deutschland. Münster



Pflegebedürftigkeit von Migranten und Migrantinnen sowie Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen und Nutzung von Pflegeeinrichtungen

Zur Zeit leben rund 6,7 Millionen Personen ausländischer Herkunft in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 1). Ende 2004 lebten 797.500 über 60-jährige Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland.. Wingenfeld (2003) macht in seiner Studie zur Nutzerperspektive in der Pflege darauf aufmerksam, dass z. Zt. pflegerische Angebote von Migranten und Migrantinnen wenig genutzt werden, durch die Erosion familiärer Hilfpotentiale aber von einem wachsenden Bedarf ausgegangen werden kann und die Altenpflegedienste sich hierauf einstellen sollten.

Erwartungen an die Familie

Die meisten älteren Migranten und Migrantinnen gehen davon aus, dass sie von ihren Kindern gepflegt werden. Das Thema Altenheim wird verdrängt. Hierin unterscheiden sie sich nicht allzu sehr von einheimischen älteren Menschen. Auch sie möchten, solange es geht, in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung bleiben. Entgegen der verbreiteten Vorstellung, dass deutsche Alte vorschnell ins Altersheim „abgeschoben“ werden, wird tatsächlich der größte Teil der pflegebedürftigen Personen von Angehörigen zu Hause gepflegt. Laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2001 werden fast 1,5 Millionen, d.h. 72 % aller Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt, 500.000 (28 %) leben in Altenheimen, wobei hier der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) besonders hoch ist. Bei Eintritt von Schwerstpflegebedürftigkeit tritt eine Überforderung der pflegenden Angehörigen

gen ein. Dies wird im Ernstfall auch auf pflegende Angehörige von Migranten und Migrantinnen zutreffen.

Im 6. Familienbericht über den Lebensalltag von Familien ausländischer Herkunft in Deutschland ist zu lesen, dass der Pflege ein hoher Stellenwert als familiale Funktion zugeschrieben wird. Gleichzeitig wird statistisch nachgewiesen, dass die „...*Grundlage familialer Betreuung im Entfallen begriffen ist durch Prozesse der Alterung, der Trennung der Generationen mit der Lösung familialer ‚Verpflichtungen‘ und der Singularisierung von Lebensformen, die auch in der nichtdeutschen Bevölkerung durch eine Auflösung von Familien und den Tod von Angehörigen im betrachteten Zeitraum nachweisbar ist*“.

Barrieren für die Nutzung von Pflegeeinrichtungen

Pflegeeinrichtungen werden z. Zt. von Migrantenfamilien der 1. Generation wenig genutzt, da das Ideal und die damit verbundene Erwartung der familialen Versorgung sehr stark ausgeprägt ist. Dies führt z. T. zu starken Überlastungen und damit verbundenen Risiken der pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus gibt es spezifische Barrieren wie Sprachschwierigkeiten auf Seiten der Pflegenden und auf Seiten der pflegebedürftigen Migranten und Migrantinnen, fehlende Informationen über Pflegeeinrichtungen, Schwierigkeiten bei den Begutachtungsverfahren etc., Unsicherheiten über ihre Rechte aufgrund schwer verständlicher ausländerrechtlicher Bestimmungen, Misstrauen gegenüber Behörden.

Die Zeitschrift der AG „Migrantinnen und Flüchtlinge“ in Niedersachsen berichtet über folgende Zugangsbarrieren:

Alte Migranten und Migrantinnen:

- Rückkehrorientierung
- Fehlende staatliche Integrationsmaßnahmen
- Geringe Deutschkenntnisse
- Informationsdefizite
- Altersbilder/Pioniere
- Das Altern der eigenen Eltern nicht miterlebt. Keine „Vorbilder“, die das „Altwerden“ vorgelebt haben
- Kontakte, falls vorhanden, ausschließlich zu Einrichtungen der eigenen Nationalität
- Kontakte zu öffentlichen Einrichtungen waren meist von negativen Erfahrungen geprägt (Ausländerstelle etc.)
- Die Kinder oder die Migrationsdienste waren und sind als Mittler tätig
- Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen

Dienste der Altenhilfe

- Allgemeine Rat- und Hilfslosigkeit
- Wenig Erfahrungen bei der Entwicklung von Angeboten
- Fehlende Vernetzungsstrukturen
- Arbeitsüberlastung im Tagesgeschäft
- Komm-Struktur
- Erleben keine Nachfrage
- Ignorieren die Hintergründe der mangelnden Inanspruchnahme
- Kaum Kontakt zu Migranten und Migrantinnen im Umfeld der Einrichtung
- Wenig Wissen über sozialpolitische und sozialgeschichtliche Hintergründe, Entwicklung der Migration, kulturelle, soziale und ethnische Heterogenität der älteren Migranten und Migrantinnen
- Fehlen von Wissen und Sensibilität für verschiedene Lebensstile und Lebensweisen
- Die Angebote sind monokulturell ausgerichtet

Zur Zeit beträgt der Anteil älterer Migranten und Migrantinnen in stationären Einrichtungen der Altenpflege bundesweit schätzungsweise 1,5 – 1,7 %.

Insbesondere stationären Einrichtungen gegenüber bestehen viele Vorbehalte aufgrund der Diskrepanz zwischen Leistungsangebot und Bedürfnissen oder Lebensgewohnheiten von Migranten und Migrantinnen wie Essgewohnheiten, Religionsausübung sowie andere Vorstellungen über Formen der Geselligkeit und Beschäftigung. Darüber hinaus können die Vorstellungen über das Milieu von Pflegeeinrichtungen frühere Erfahrungen aktivieren (Verfolgungserfahrungen, zwangsweise Unterbringung in lagerähnlichen Sammelunterkünften sowie ärmliche kollektive Unterkünfte der ersten Generation von Arbeitsmigranten und –migrantinnen).

Fazit

Letztlich entscheiden trotz vorhandener Idealvorstellungen nüchterne Überlegungen hinsichtlich der Rahmenbedingungen zur Versorgung im Alter darüber, ob eine Unterbringung im Heim infrage kommt. Andere Autoren weisen darauf hin, dass selbst traditionsgebundene Migranten und Migrantinnen in der Auseinandersetzung mit diesem Thema zu der Einsicht gelangen, dass ihre Kinder aufgrund ihrer Einbindung in der Aufnahmegesellschaft nicht unbedingt in der Lage sind, ihrem Wunsch nach familialer Pflege zu entsprechen.

Es ist zu vermuten, dass solche Überlegungen in Zukunft zunehmen werden. Zur Zeit wird die familiäre Versorgung Pflegebedürftiger bei Migranten und Migrantinnen überwiegend durch nicht berufstätige Ehefrauen geleistet. Die Bereitschaft und Möglichkeit

zur Unterstützung scheint bei den Kindern und Enkelkindern trotz enger familialer Bindung abzunehmen, und zwar aufgrund veränderter Wertorientierungen, Lebensentwürfe und sozialer Lebensbedingungen.

Bei der deutschen Bevölkerung sind überwiegend Frauen in den höheren Altersjahrgängen zu verzeichnen, bei den Migranten und Migrantinnen ist dies umgekehrt, hier gibt es einen deutlichen Männerüberhang, vermutlich aufgrund der Anwerbeverträge. Längerfristig ist allerdings zu erwarten, dass in der Bevölkerungsgruppe der Migranten und Migrantinnen Frauen zunehmend Unterstützungsbedarf von der Altenhilfe benötigen.

Es ist davon auszugehen, dass zunehmender Bedarf an ambulanter und stationärer Versorgung für Migranten und Migrantinnen sowie Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen besteht. Ob dieser Bedarf auch zur entsprechenden Leistungsnachfrage führt, wird nicht zuletzt davon abhängen, ob die angesprochenen Zugangsbarrieren zu den Altenpflegeeinrichtungen abgebaut werden können.



Quellen:

AWO Kreisverband Bielefeld e.V. (Hrsg.) (1995): „Ich suchte um jeden Preis nach Wegen, um meine Kinder studieren lassen zu können“. Interviews mit türkischen Seniorinnen und Senioren in Bielefeld. Bielefeld

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 135-177

Blüher, S. (2003): Alt werden in Deutschland: kein Verlass auf die Familie? In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ): Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Nürnberg, S. 118-126

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail:
ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2003): Auch Migranten werden alt! Lebenslagen und Perspektiven in Europa. In: Dokumentation der Fachtagung vom 30.06. bis 01.07.2003. Lünen

Koch-Straube, U. (2001): MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 386-396

Kohler, S. (2003): Altern in der Migration und Erwartungen an die Pflege. In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Nürnberg, S. 52-67

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail:

ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1995): Alte Migranten in Deutschland. Bonn

Schneider, N: (2003): Das multikulturelle Seniorenzentrum Haus am Sandberg/Duisburg – ein Beispiel für die stationäre Pflege von MigrantInnen. In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Nürnberg, S. 110 - 117

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail:

ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

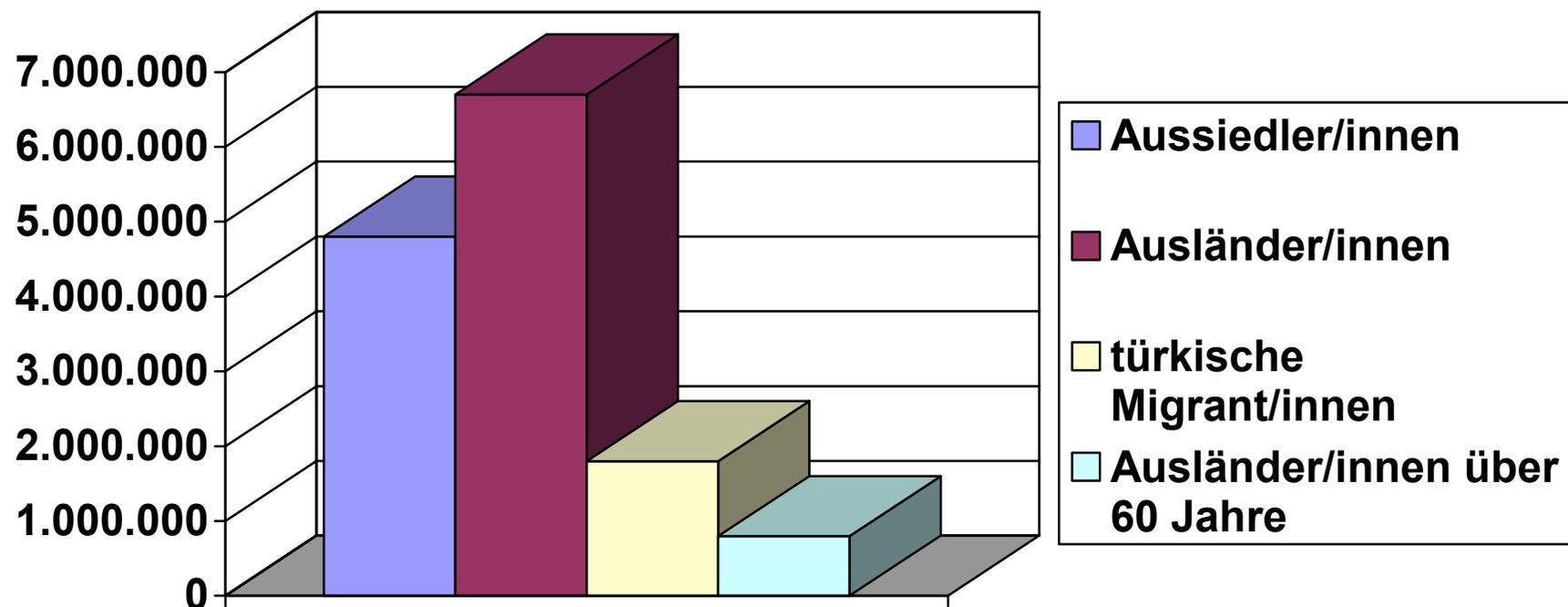
Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht Pflegestatistik 1999. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (Hrsg.) (2000): Materialien zum 6. Familienbericht, Band II: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Lebensalltag

Wingenfeld, K. (2003) : Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P 03-124. Bielefeld

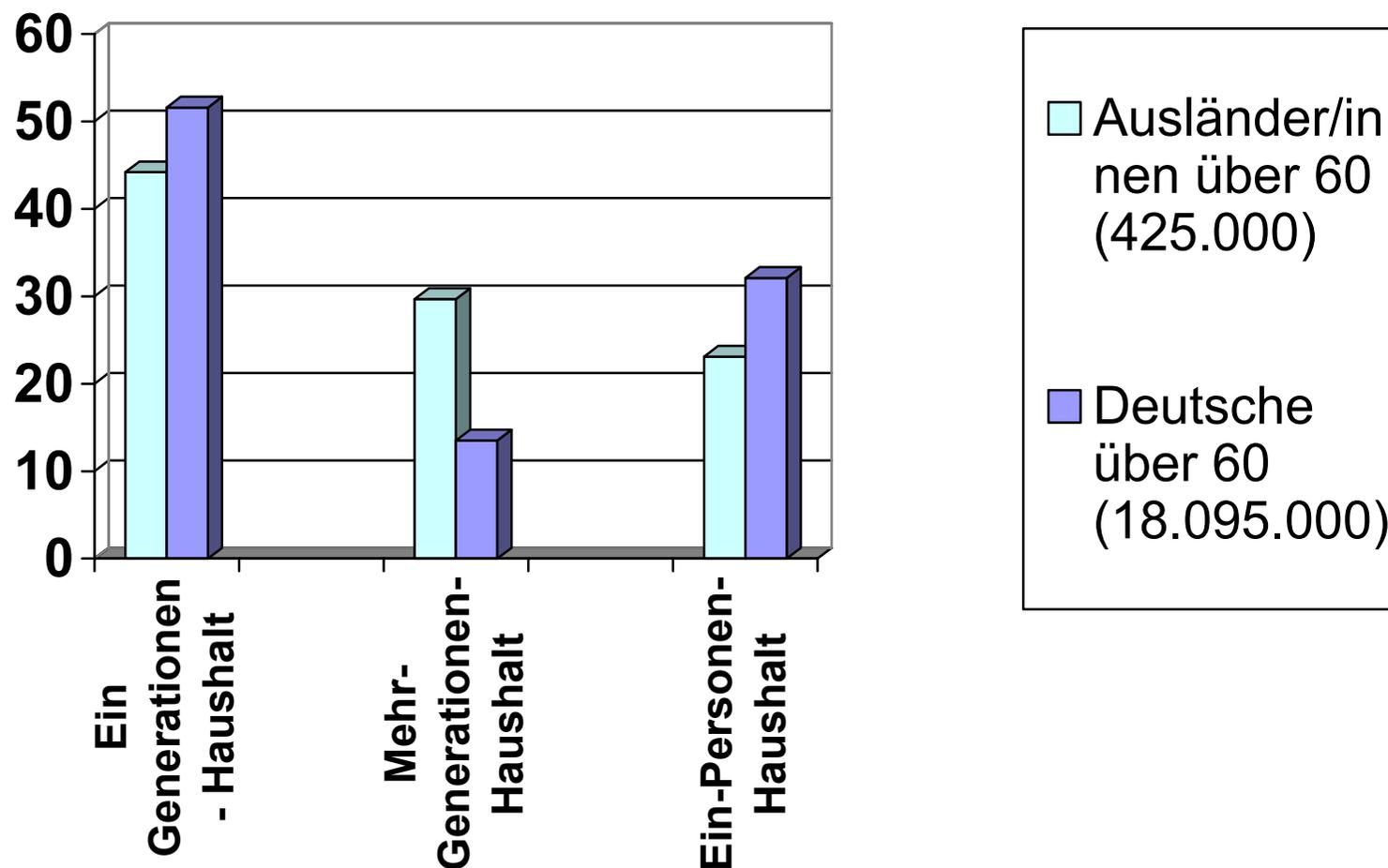
II.LE 1.LS 2 Folie 1

In Deutschland lebten im Jahr 2004



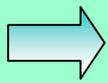
II.LE 1.LS 2 Folie 2

Prozentuale Verteilung älterer Menschen (60 Jahre und älter) nach Haushaltsformen (Stand: April 1998)



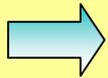
II.LE 1.LS 2 Folie 3

Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen im Alter



Allgemein schlechter Gesundheitszustand durch

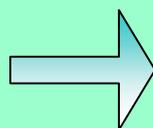
schlechte Wohn- und Ernährungsbedingungen



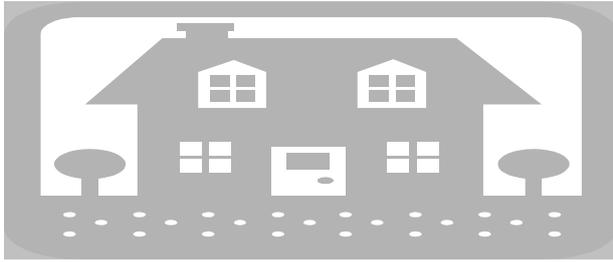
Objektive Gesundheitsrisiken durch Belastungsfaktoren wie:

-  Arbeitsbedingungen
-  schlechte Versorgung im Gesundheitssystem durch Sprachschwierigkeiten
-  Heimweh

Dies führt oft zu



Multimorbidität

II.LE 1.LS 2 Folie 4

Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen

➔ Thema „Altenheim“ wird verdrängt –



Ideal der familialen Pflege

➔ Ideal löst sich bei jüngerer Generation zunehmend auf

➔ **dennoch bisher**
Migranten/ Migrantinnen,
Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen
nutzen pflegerische Angebote kaum

Gründe:

- ✚ Sprachschwierigkeiten
- ✚ fehlende Informationen
- ✚ Vorbehalte
- ✚ Befürchtung, dass kulturelle Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden

II.LE 1.LS 2 Material 2

Thema:

Zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie von Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen in Deutschland

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen beispielhafte multikulturelle Einrichtungen sowie das Gefühl der Fremdheit von Migranten und Migrantinnen in Institutionen kennen lernen.

Filmanalyse und Kurzreferat

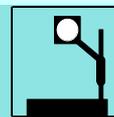
Zeit



Sozialform



Medien



Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Filmclip „Neue Wege. Das multikulturelle Seniorenzentrum Haus am Sandberg/Duisburg“ (Reportage 8:53 min).

Filmclip ansehen und im Anschluss daran folgende Fragen klären:

1. Welche kultursensiblen Rahmenbedingungen werden berücksichtigt?
2. Welche Kulturen sind in diesem Pflegeheim vertreten?
3. Wie wird das Altenheim von Migranten und Migrantinnen angenommen?
4. Welche Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass das Altenheim von Migranten und Migrantinnen angenommen wird?
5. Haben Sie weitere Ideen für kulturspezifische Angebote? (z.B. muttersprachliche Zeitschriften, Filme, DVD's, Fernsehprogramme, Mobiliar und Symbole, Alltagsgegenstände aus den Herkunftsländern, für gläubige Muslime: Ausrichten des Bettes nach Mekka)

Anmerkungen zum Film

Anmerkung 1:

Die TDG weist als Migrant*innenorganisation darauf hin, dass es im Islam den Begriff „Seelsorger“ nicht gibt. Der „IMAM“ ist für die Gläubigen zuständig. Er wird bei Bedarf gerufen.

Anmerkung 2:

Die TDG weist als Migrant*innenorganisation darauf hin, dass in dem Filmclip teilweise die Übersetzungen nicht vollständig bzw. falsch sind. Dies könnte türkischen Auszubildenden auffallen, deshalb sollte ggf. darauf verwiesen werden.

Darüber hinaus weist die TDG darauf hin, dass zu Beginn des Films in einer Szene ein Konflikt nicht wieder gegeben wird:

Deutsche Bewohnerin: „Das ist mein Stuhl!“

Türkische Bewohnerin: „Gehen Sie und holen Sie sich einen neuen.“

An einer anderen Stelle wird eine türkische Bewohnerin gefragt, seit wann sie im Heim lebe. Sie antwortet:

„Irgend jemand hat mich hergebracht und hier gelassen. Ich hätte erzählt, dass ich fünf Jungen und fünf Mädchen habe. Aus Spaß habe ich das erzählt. Ich weiß nicht, wovon ich rede. Ich hätte auch drei Männer gehabt.“

Frage: „Haben Sie in Deutschland gearbeitet?“

Antwort: „Nein, ich habe in Deutschland nicht gearbeitet.“

Anmerkung 3:

Zur Verwendung des Wortes „Mufti“: In der Türkei ist ein Mufti ein Theologe, der nach dem Studium als Amtsleiter für religiöse Angelegenheiten tätig ist. Die TDG weist darauf hin, dass hier der Begriff „Imam“ korrekter wäre.

Schritt 2:

Vertiefung mit weiteren Beispielen von multikulturellen Einrichtungen sowie Kurzvortrag „Fremdheit von Migrant*innen und Migrant*innen in Institutionen“ (II.LE 1.LS 2 Folie 5, 6, 7 & 8)

Hintergrundtext:



Pflegeeinrichtungen mit dem Ansatz transkulturelle Pflege

Es gibt zunehmend Altenpflegeeinrichtungen, die sich auf transkulturelle Pflege spezialisieren. Einige werden hier beispielhaft vorgestellt.

Haus am Sandberg im Duisburger Stadtteil Homberg-Hochheide

Das Haus am Sandberg wurde 1997 eröffnet. Ursprünglich sollte es eine deutsch-türkische Einrichtung werden, da 60 % der ausländischen Bevölkerung Duisburgs aus der Türkei stammen. Die Erfahrung zeigte jedoch, dass es sinnvoll ist, sich auch für andere Migranten und Migrantinnen zu öffnen. Somit ist dieses Haus nun ein multikulturelles Seniorenzentrum. Neben einheimischen Bewohnern und Bewohnerinnen leben dort z. Zt. Senioren und Seniorinnen, die aus der Türkei und Spanien stammen.

Im Ansatz der transkulturellen Pflege dieses Hauses geht es nicht darum, die jeweiligen Bewohner und Bewohnerinnen in stereotype kulturelle und religiöse Kategorien zu pressen; es wird das Konzept der individuellen Pflege verfolgt, mit dem individuelle biografische Erfahrungen ergründet werden, um den jeweiligen Bedürfnissen gerecht werden zu können.

Auftretende sprachliche Verständigungsschwierigkeiten werden mit zweisprachigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, dem Einsatz von Wörterbüchern und Piktogrammen sowie dem Erlernen einzelner, für den Pflegealltag wichtiger Wörter gelöst. Auf diese Weise erweitern Pflegenden ihren fremdsprachlichen und die Bewohner und Bewohnerinnen ihren deutschen Wortschatz. Darüber hinaus helfen der bewusste Einsatz von Mimik und Gestik sowie das Zeigen auf Gegenstände. Der Einsatz von zweisprachigem Personal hilft bei der Bewältigung von Kommunikationsschwierigkeiten mit Bewohnern und Bewohnerinnen sowie Angehörigen.

Interkulturelles Altenhilfezentrum Frankfurt-Hochst

Im Frankfurter Raum wurde dieses Altenhilfezentrum im Oktober 2004 eröffnet. Dieses Bauvorhaben wurde vom BMFSFJ gefördert. Die Konzeption wurde gemeinsam mit Migrations- und Stadtteilver-

einen entwickelt. Diese arbeiten in einem Projektbeirat mit und begleiten das Vorhaben.

Das Nutzungs- und Pflegekonzept berücksichtigt die kulturellen Traditionen und die Religion älterer – meist muslimischer – Migranten und Migrantinnen. Zweisprachige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und Sprachmittler und Sprachmittlerinnen sollen beschäftigt werden. Das Pflege- und Hauswirtschaftspersonal wird für den Bereich der kultursensiblen Pflege besonders qualifiziert. Von 10 Wohngruppen steht eine Wohngruppe mit 11 Plätzen ausschließlich für Migranten und Migrantinnen zur Verfügung. Bei entsprechender Nachfrage sollen weitere Wohngruppen für Migranten und Migrantinnen geschaffen werden.

Ein Offener Seniorendienst und das Zentrum für ambulante Dienste sind im Altenhilfezentrum angesiedelt. Auch hier hat die interkulturelle Arbeit einen besonderen Stellenwert. Es wurden vielfältige Kontakte zu Migrantenvereinen und verschiedenen Moscheen in Frankfurt hergestellt.

Pflegeheim Bockenheim in Frankfurt am Main

Dieses Heim bietet Kurzzeitpflegeplätze für Menschen aus anderen Herkunftsländern an. Mit dem Projekt „Probewohnen“ soll das Pflegeheim ausländischen Bewohnern und Bewohnerinnen bekannt gemacht und Zugangsbarrieren abgebaut werden.

Mit dem Angebot der Kurzzeitpflege erhalten alte pflegebedürftige Menschen die Möglichkeit, auf Probe ins Heim zu ziehen, bevor sie sich für einen Heimplatz entscheiden.

Das Angebot soll dann gemeinsam Schritt für Schritt den Bedürfnissen von Migranten und Migrantinnen angepasst werden. Hierzu sollen die im Haus gemachten Erfahrungen mit Bewohnern und Bewohnerinnen mit Migrationshintergrund herangezogen werden. Gleichzeitig sollen die Angehörigen mit einbezogen werden, um nach Lösungen zu suchen, wie die Bedürfnisse und Wünsche der Migranten und Migrantinnen berücksichtigt werden können und was zu tun ist, wenn diese nicht erfüllt werden können.



Fremdheit von Migranten und Migrantinnen sowie Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen in Institutionen

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Migranten und Migrantinnen, da es keine diesbezüglichen Studien über die Gruppe der Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen gibt. Es kann jedoch vermutet werden, dass die Fremdheitserfahrungen für diese Bevölkerungsgruppe ähnlich sind, weil das Konzept der intergenerativen Sorge noch trägt und ein Einzug ins Heim als letzter Ausweg betrachtet wird.

Anpassungsleistung beim Übersiedeln in ein Pflegeheim

Das Übersiedeln in ein Pflegeheim erfordert von jedem Menschen eine sehr hohe Anpassungsleistung an unbekannte Orte, veränderte Zeitrhythmen und fremde Menschen. Die Schamgefühle der Bewohner und Bewohnerinnen werden in der täglichen Pflege aufgrund wechselnden Personals permanent verletzt. All dies führt zum „Verschwimmen“ der Persönlichkeit. Häufig zeigen sich neben den Einbrüchen in ihrer Gesundheit schwere Erschütterungen des Selbstwertgefühls bei den Bewohnern und Bewohnerinnen und es kommt immer wieder vor, dass sie sich dagegen wehren, sei es durch aggressives Verhalten oder durch physischen und psychischen Rückzug mit regressiven Zügen. (vgl. Koch-Straube 2001, S. 391 - 392). Migranten und Migrantinnen, die in ein deutsches Pflegeheim übersiedeln, erleben dies Fremdsein in verschärfter Form, und es ist für sie möglicherweise noch schwieriger zu bewältigen als für einheimische Bewohner und Bewohnerinnen. Das Personal in den Heimen sollte daher gerade am Anfang darauf hin arbeiten, das Gefühl der Fremdheit durch Zeichen von Akzeptanz und Toleranz zu vermindern. Das Aufbrechen eines gefestigten Rückzugs ist ungleich schwieriger. Das Gefühl der Fremdheit besteht bei Migrantinnen und Migrantinnen oft schon vor dem Übergang ins Heim und hat in ihren Lebenserfahrungen u. U. dazu geführt, dass sie sich von der Mehrheit nicht akzeptiert und toleriert fühlten. Diese Verunsicherung kann das Einleben zusätzlich erschweren. Andererseits bringen Migranten und Migrantinnen aufgrund ihrer Einwanderungserfahrungen transkulturelle Fähigkeiten mit, die ihnen beim Zurechtfinden in der neuen Lebenswelt Altenheim nutzen können.

Individuelle Pflege und Alltagsrealität

Wenn man bedenkt, dass mit dem Einzug in ein Altenpflegeheim allen Bewohnern und Bewohnerinnen ein lebensweltlicher Wechsel von großem Ausmaß zugemutet wird und man darüber hinaus berücksichtigt, dass es innerhalb einer ethnischen Gruppe (z.B. der

Deutschen) soziokulturelle Unterschiede gibt, so wird deutlich, dass kultursensible Pflege keine grundsätzlich neue Herausforderung ist. Der Blick auf die besonderen Belange von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Migrationshintergrund zeigt, *„dass viele Probleme pflegerischer Betrachtung ausländischer Patienten nur eine Vergrößerung der Probleme darstellen, die auch in der Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden des gleiches Kulturkreises auftreten“* (Scheibler, 1998, S. 22)

Kultursensible Pflege ist somit kein neues Konzept. Es geht um **individuelle** Pflege für alle Bewohner und Bewohnerinnen, unabhängig von ihrer Nationalität, wobei die besonderen Belange der Migranten und Migrantinnen zusätzliche Berücksichtigung finden sollen. Eine interkulturelle Öffnung von Pflegeeinrichtungen ist zum Nutzen für alle pflegebedürftigen Menschen. Die Bedürfnisse und Lebensform jeder Bewohnerin und jeden Bewohners sind in den Fokus zu nehmen. Der Ansatz der kultursensiblen Pflege kommt aus diesem Grund Deutschen und Migranten und Migrantinnen zugute.

Pflege als körpernahe Leistung, verbunden mit zahlreichen Gefühlen, erfordert eine ganzheitliche Wahrnehmung des Menschen mit seinen jeweiligen Wünschen und Bedürfnissen. Eine funktionale Pflege mit zunehmendem Ökonomisierungsdruck negiert bzw. ignoriert diese mit Pflegeleistungen verbundenen Gefühle, was dazu führt, dass Pflegenden zum einen strukturelle Widersprüche auffangen müssen und zum anderen in ihrer Ausbildung bisher nicht professionell auf diese Situation vorbereitet wurden. Somit entscheiden oft Sympathien, ob eine zu pflegende Person in ihren Wünschen und Bedürfnissen wahrgenommen wird. Kerkow-Weil (2000) beschreibt die schwierigen Verhältnisse der Pflege im Krankenhaus. Diese finden sich z. T. auch in den Altenpflegeeinrichtungen wieder. Die Regelwerke von Pflegeversicherung und Funktionspflege begünstigen eine eingeeengte berufliche Sichtweise und führen oft dazu, dass Pflegepersonen die Bedürfnisse der Patienten nur soweit berücksichtigen können, wie dies die funktionalen Abläufe der Organisation erlauben. Mitmenschliche Kontakte werden dadurch erschwert. Bei Migranten und Migrantinnen verschärft sich die Situation durch sprachliche Schwierigkeiten sowie den Pflegenden unbekanntes Verhaltensweisen der Migranten und Migrantinnen im Umgang mit ihrem Körper und mit Krankheiten. Das Wissen darum erleichtert das Verständnis und das Zulassen dieser unbekanntes Verhaltensweisen.



Quellen:

Ertl, A. (2001): Altwerden in der Fremde. In: Hegemann, Th./Salman, R.: Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn, S. 277-288

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2003): Auch Migranten werden alt! Lebenslagen und Perspektiven in Europa. In: Dokumentation der Fachtagung vom 30.06. bis 01.07.2003. Lünen

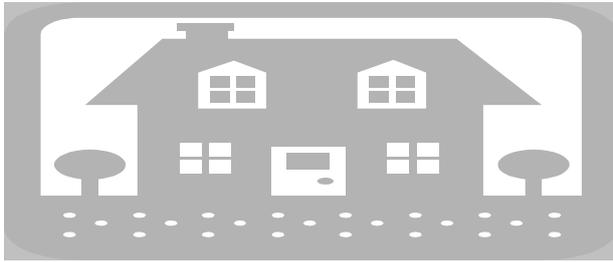
Kerkow-Weil, R. (2000): Fremdheit als Vergrößerungsglas. In: Wege zum Menschen 6, S. 314-321

Koch-Straube, U. (2001): MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig, D. (Hersg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 386-396

Proß-Klappoth, B. (1998): Kontinuität und Desintegration im Lebenszyklus. Transkulturelle Aspekte des Umgangs mit dem Alter. Weiden und Regensburg

Scheibler, P. (1998): Interkulturelle Kommunikation und Interaktion in der Krankenpflege als Thema psychologischer Gesundheitsförderung. In: Pflege und Gesellschaft 3, S. 22-24

II.LE 1.LS 2 Folie 5



Pflegeeinrichtungen mit dem Ansatz transkultureller Pflege (Beispiele)



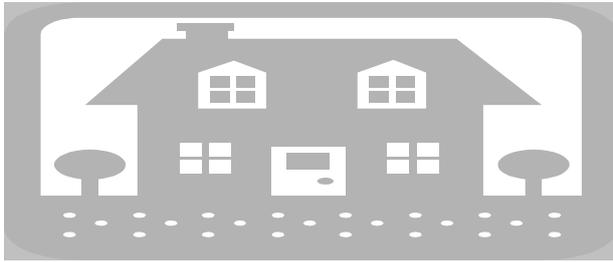
Haus am Sandberg, Duisburg
multikulturelles Seniorenzentrum
seit 1997



Interkulturelles Altenhilfezentrum
Frankfurt- Hoechst
seit Oktober 2004



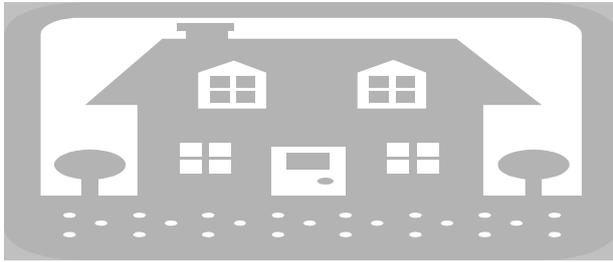
Pflegeheim Bockenheim
in Frankfurt am Main
bietet Kurzzeitpflegeplätze

II.LE 1.LS 2 Folie 6

Besonderheiten in interkulturellen Pflegeeinrichtungen

- 😊 Konzept der individuellen bzw. kultursensiblen Pflege
- 😊 „Probewohnen“
- 😊 Berücksichtigung kultureller und religiöser Besonderheiten
- 😊 Einsatz zweisprachiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- 😊 Erlernen pflegerelevanter Wörter in anderen Sprachen
- 😊 Kontakte zu Migrantenvereinen (z.B. Moscheevereinen)

II.LE 1.LS 2 Folie 7



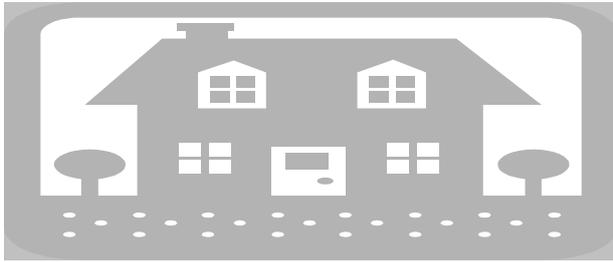
Übersiedeln in ein Pflegeheim erfordert hohe Anpassungsleistungen

Zwei Positionen dazu:

➤ Für Migranten und Migrantinnen bzw. Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen ist dies schwieriger

➤ Aufgrund erworbener transkultureller Fähigkeiten durch die Migration finden sie sich besser zurecht

II.LE 1.LS 2 Folie 8



Fremdheit in Institutionen

durch:

- sprachliche Schwierigkeiten
- Nichtbeachtung kultureller und religiöser Besonderheiten
- Verhaltensweisen, die „fremd“ erscheinen
- fehlende Zeichen von Akzeptanz und Toleranz
- Gefühl der Fremdbestimmung

II.LE 1.LS 2 Medien 1

Thema:

Zur Situation älterer Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen



Literatur:

AWO Bezirk Westliches Westfalen e.V. (2003): Pflege ist Pflege – oder vielleicht doch nicht? Lehr- und Lernmaterialien für die Kranken- und Altenpflege zum Thema älterwerdende Migrantinnen und Migranten. Dortmund

AWO Kreisverband Bielefeld e.V. (Hrsg.) (1995): „Ich suchte um jeden Preis nach Wegen, um meine Kinder studieren lassen zu können“. Interviews mit türkischen Seniorinnen und Senioren in Bielefeld. Bielefeld

BMFSFJ (2000): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 14/5130. Berlin

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 135-177

Collatz, J. (1999): Lebensbedingungen und Gesundheit von Migranten und Migrantinnen. Referat auf der 2. Fachtagung „Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft“

Dietzel-Papakyriakou, M.; Obermann, E. (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Dortmund

Ertl, A. (2001): Altwerden in der Fremde. In: Hegemann, Th./Salman, R.: Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn, S. 277 – 288

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2003): Auch Migranten werden alt! Lebenslagen und Perspektiven in Europa. In: Dokumentation der Fachtagung vom 30.06. bis 01.07.2003. Lünen

Holz, G. (1994): „Fremdsein, Altwerden und was dann? Ältere Migranten und die Altenhilfe. Frankfurt am Main

<http://www.alter-migration.ch/projekte/p25.html> 27.07.2004

http://www.weeberpartner.de/Baumodelle/Baumodelle/18_Frankfurt/18_Frankfurt_S3...
27.07.2004

Kerkow-Weil, R. (2000): Fremdheit als Vergrößerungsglas. In: Wege zum Menschen 6, S. 314-321

Koch-Straube, U. (2001): MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 386-396

Kohler, S. (2003): Alter(n) in der Migration und Erwartungen an die Pflege in: DVD Wenn ich einmal alt binUnterrichtsmedien für eine kultursensible Altenpflege. Nürnberg, S. 52-67

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1995): Alte Migranten in Deutschland. Bonn

Proß-Klappoth, B. (1998): Kontinuität und Desintegration im Lebenszyklus. Transkulturelle Aspekte des Umgangs mit dem Alter. Weiden und Regensburg

Ramberger, I. / Krämer, U. (2003): Deutsche Fremde – fremde Deutsche. Die AussiedlerInnen in der Bundesrepublik Deutschland. In: DVD Wenn ich einmal alt bin ... Unterrichtsmedien für eine kultursensible Altenpflege. Nürnberg, S. 27-42

Raven, U. et al. (2000): Situation of migrants with dementia and their family careers in selected EU states: Germany. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen. In: Huisman, A. / Raven, U. / Geiger, A. (Hrsg.): Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. International public health Bd. 3. Lage, S. 110-139

Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (Hg.) (2000): Materialien zum 6. Familienbericht, Band II: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Lebensalltag

Scheibler, P. (1998): Interkulturelle Kommunikation und Interaktion in der Krankenpflege als Thema psychologischer Gesundheitsförderung. In: Pflege und Gesellschaft 3, S. 22-24

Schneider, N. (2003): Das multikulturelle Seniorenzentrum Haus am Sandberg/Duisburg – ein Beispiel für die stationäre Pflege von MigrantInnen. In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Nürnberg, S. 110 - 117

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)

der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Schnepf, W. (2002): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht Pflegestatistik 1999. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Wingefeld, K. (2003) : Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P 03-124 Bielefeld

Wittig, U. / Merbach, M / Siefen, R.G. / Brähler, E. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. In: Gesundheitswesen.. 66, S.85-92

Zoll, R. (Hrsg.) (1997): Zur sozialen Lage älterer MigrantInnen in Deutschland. Münster

Zielke-Nadkarni, A.; Gremlowski, J.; Heinemann, L.; Deittert, Chr. (2004): Ethnografische Studie zu den Pflegeanforderungen jüdischer MigrantInnen in Deutschland. In: Pflege, 17, S. 329 – 338

II.LE 1.LS 3 Zum Verhältnis von Migrationsprozess, Biografie, dem Alterserleben und Pflegebedürftigkeit

 Leitfaden

 Material 1

 Medien 1

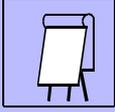
II.LE 1.LS 3 Leitfaden

Thema:

Zum Verhältnis von Migrationsprozess, Biografie, dem Alterserleben und Pflegebedürftigkeit

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

➤ 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altpflegerischen Handeln berücksichtigen

Filmanalyse	Sozialform	Medien
Zeit		
		 

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen am Beispiel von zwei Fallgeschichten die Bedeutung von Heimat, familialer Sorge und zentralen Werten kennen lernen und im Anschluss daran die Auswirkung von Lebensbedingungen im Herkunftsland auf das Erleben von Alter und Krankheit diskutieren.

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Ein Filmclip wird gezeigt.

Einführungsfilm: „Die Wolken, sie ziehen dahin ... aus dem Leben eines wolgadeutschen und eines türkischen Rentnerpaares“ (20:45 min.) (II.LE 1.LS 3 Medien 1).

Schritt 2:

Auf Flipchart oder Tafel werden Fragen geschrieben (II.LE 1.LS 3 Material 1). Diese Fragen sollen mit den Auszubildenden erörtert werden.

II.LE 1.LS 3 Material 1

Thema:

Zum Verhältnis von Migrationsprozess, Biografie, Alterserleben und Pflegebedürftigkeit

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen die Bedeutung von Heimat, familialer Sorge und zentralen Werten kennen sowie die Auswirkung von Lebensbedingungen im Herkunftsland auf das Erleben von Alter und Krankheit.

Filmanalyse	Sozialform	Medien	
Zeit			

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Filmclip ansehen. Einführungsfilm: „Die Wolken, sie ziehen dahin ... aus dem Leben eines wolgadeutschen und eines türkischen Rentnerpaares“ (20:45 min.) (II.LE 1.LS 3 Medien 1).

Schritt 2:

Auf Flipchart vorbereitete Fragen gemeinsam bearbeiten.

Fragen zum Film:

1. Was ist Ihnen bei der Geschichte der Ehepaare aufgefallen?
2. Welche Bedeutung hat Heimat für die Ehepaare?
3. Was sind Kennzeichen für das familiäre Sorgeverständnis?

4. Welche zentralen Werte werden deutlich?
5. Welche Auswirkungen haben die Lebensbedingungen im Herkunftsland auf das Erleben von Alter und Krankheit?
6. Welche Probleme resultieren aus mangelndem Wissen um kulturelle, biografische Hintergründe bei den Professionellen (MDK)?

II.LE 1.LS 3 Medien 1

Thema:

Zum Verhältnis von Migrationsprozess, Biografie, dem Alterserleben und Pflegebedürftigkeit



Verwendete Medien:

Die Wolken, sie ziehen dahin ... (2003) Aus dem Leben eines wolgadeutschen und eines türkischen Rentnerpaares. Einführungsfilm (20:45 min.). In: Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten . Nürnberg

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)

der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Hintergrundliteratur:

AWO Bezirk Westliches Westfalen e.V. (2003): Pflege ist Pflege – oder vielleicht doch nicht? Lehr- und Lernmaterialien für die Kranken- und Altenpflege zum Thema älter werdende Migrantinnen und Migranten. Dortmund

Baumgartner Bicer, J. (2001): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, D.: Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 269-286

Beck-Gernsheim, E. (2004): Wir und die anderen. Frankfurt am Main

Beyer, U. (2003): Altersbilder und das Verständnis von Gesundheit im Alter aus der Sicht älterer russlanddeutscher Spätaussiedler. In: Zielke-Nadkarni, A. / Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 61-72

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 135-177

Ilkilic, I. (2005): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für Gesundheitsberufe, 4. Aufl. Bochum

Khoshrouy-Sefat, H. (1984): Islam – Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Bedürfnisse des gläubigen Moslems im Krankenhaus. In: Krankenpflege 48, Nr. 12, S. 359 - 362

Schnepp, W. (2002a): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Schnepp, W. (2002b): Bedeutungen und Praktiken der Pflege in russlanddeutschen Familien. In: ders. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 178-195

Schnepp, W.; Duijnste, M.; Grypdonck, M (2003): Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni, A. / Schnepp, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 73-100

Tuna, S. (2001): Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumzentriertheit im Migrationsprozess. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 213-226

Tüsün, S. (2002): Wenn türkische Frauen pflegen. In: Schnepp, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 90-111

Zielke-Nadkarni, A. (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

II.LE 1.LS 4 Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege

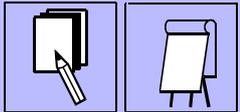
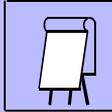
- Leitfaden
- Material 1
- Teilnehmerunterlage 1
- Teilnehmerunterlage 2
- Teilnehmerunterlage 3
- Arbeitsblatt 1
- Arbeitsblatt 2
- Arbeitsblatt 3
- Medien 1
- Medien 2

II.LE 1.LS 4 Leitfaden

Thema:
Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

- 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen
- 4.1 Berufliches Selbstverständnis entwickeln

Fallarbeit	Sozialform	Medien
Zeit		
Teil I:		
		
Teil II:		

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen die Belastungen von pflegenden Angehörigen wahrnehmen, ihre Rolle als Altenpflegefachkraft reflektieren, den Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher bzw. kultureller Prägung und individuellem Umgang mit der Pflege von Angehörigen sowie deren Bedeutung für eine kultursensible Altenpflege erkennen.

Methodisches Vorgehen:

Die Auszubildenden sollen anhand einer Handlungssituation verschiedene Arbeitsaufträge bearbeiten.

Zunächst soll im Plenum die Aussage der Anleiterin im Fallbeispiel diskutiert werden (II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 1). Anschließend reflektieren die Auszubildenden im Plenum ihre Aufgabe als Pflegefachkraft in dieser Situation.

In einem nächsten Schritt informieren sich die Auszubildenden über Besonderheiten der familialen Sorge und der Erwartung an die professionelle Altenpflege von russlanddeutschen Spätaussiedlern und -aussiedlerinnen (II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 2 und 3) und arbeiten in Gruppen heraus, welche Faktoren die Einstellung und Erwartung von Frau Grimm geprägt haben könnten (II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 1). Dies wird anschließend im Plenum zusammen getragen. Darüber hinaus wird besprochen, was in diesem Fall in den nächsten Gesprächen mit der Familie geklärt werden sollte. Dies wird am Flipchart festgehalten.

In Gruppen tauschen sich die Auszubildenden anschließend vor dem Hintergrund eigener familiärer Erfahrungen über familiäre Sorge und Erwartungen an professionelle Altenpflege aus. Wenn Migranten und Migrantinnen aus verschiedenen Kulturen in der Klasse sind, so sollten diese entsprechend auf die Gruppen verteilt werden, damit sie ihre Erfahrungen in die jeweilige Gruppe einbringen können. Sollten keine oder kaum Migranten und Migrantinnen in der Klasse sein, so sollten die Auszubildenden eine Literaturrecherche hinsichtlich anderer Kulturen zu diesem Thema durchführen (II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 2).

Auftrag für die Praxis:

Die Auszubildenden sollen einheimische pflegende Angehörige über ihre Vorstellungen zu familialer Sorge befragen (II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 3). Dies könnte für Auszubildende in der stationären Altenpflege im Rahmen von Praktika stattfinden. Falls dies zeitlich schlecht zu koordinieren ist, könnte man sich hier auch auf die Beiträge der Auszubildenden beschränken, die im ambulanten Bereich ausgebildet werden.

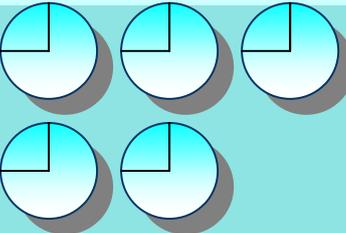
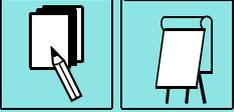
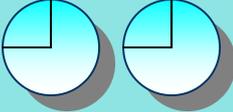
Die gesammelten Beiträge werden in der Schule reflektiert. Anschließend soll eine Diskussion von familialer Sorge im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und sozialen Anforderungen erfolgen und nach der Bedeutung der diskutierten Ergebnisse für eine kultursensible Altenpflege gefragt werden. Die Ergebnisse werden an der Tafel bzw. am Flipchart festgehalten.

II.LE 1.LS 4 Material 1

Thema:
 Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen die Belastungen von pflegenden Angehörigen wahrnehmen, ihre Rolle als Altenpflegefachkraft reflektieren, den Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher bzw. kultureller Prägung und individuellem Umgang mit der Pflege von Angehörigen sowie deren Bedeutung für eine kultursensible Altenpflege erkennen.

	Fallarbeit	Sozialform	Medien
Zeit			
Teil I:			
Teil II:			

Methodisches Vorgehen:

Teil I:

Schritt 1:

Die Auszubildenden sollen das Fallbeispiel lesen und im Plenum die Aussage der Anleiterin im Fallbeispiel diskutieren. (II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 1)

Schritt 2:

Die Auszubildenden reflektieren im Plenum ihre Aufgabe als Pflegefachkraft in dieser Situation.

Schritt 3:

Die Auszubildenden informieren sich über Besonderheiten der familialen Sorge und der Erwartung an die professionelle Altenpflege von russlanddeutschen Spätaussiedlern und – aussiedlerinnen (II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 2 und 3) und arbeiten in Gruppen heraus, welche Faktoren die Einstellung und Erwartung von Frau Bein geprägt haben könnten (II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 1). Dies wird anschließend im Plenum zusammengetragen.



Die Texte können auch arbeitsteilig auf jeweils zwei Gruppen aufgeteilt werden, falls beide Texte die Auszubildenden überfordern sollten.

Schritt 4:

Im Plenum wird besprochen und am Flipchart festgehalten, was in diesem Fall in den nächsten Gesprächen geklärt werden sollte.

Schritt 5:

In Gruppen tauschen sich die Auszubildenden vor dem Hintergrund eigener familiärer Erfahrungen über familiale Sorge und Erwartung an professionelle Altenpflege aus. Wenn Migranten und Migrantinnen aus verschiedenen Kulturen in der Klasse sind, so sollten diese entsprechend auf die Gruppen verteilt werden, damit sie ihre Erfahrungen in die jeweilige Gruppe einbringen können (II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 2). Sollten keine oder kaum Migranten und Migrantinnen in der Klasse sein, so sollten die Auszubildenden eine Literaturrecherche hinsichtlich anderer Kulturen zu diesem Thema machen.

Teil II:

Schritt 1

Auftrag für die Praxis:

Die Auszubildenden sollen einheimische pflegende Angehörige über ihre Vorstellungen familialer Sorge befragen (II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 3). Dies könnte für Auszubildende in der stationären Altenpflege im Rahmen von Praktika stattfinden. Falls dies zeitlich schlecht zu koordinieren ist, könnte man sich hier auch auf die Beiträge der Auszubildenden beschränken, die im ambulanten Bereich ausgebildet werden.



Bereiten Sie die Auszubildenden darauf vor, dass sie bei dem Interview mit viel Fingerspitzengefühl vorgehen sollten. Wenn pflegende Angehörige das Ausmaß Ihrer Pflegearbeit reflektieren, kann dies u. U. schmerzhaftes Emotionen auslösen. Besprechen Sie den Fragebogen mit den Auszubildenden im Vorfeld.

Schritt 2

Die gesammelten Beiträge werden reflektiert. Anschließend soll eine Diskussion von familiärer Sorge im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und sozialen Anforderungen erfolgen und nach der Bedeutung der diskutierten Ergebnisse für eine kultursensible Altenpflege gefragt werden. Diese werden an der Tafel bzw. dem Flipchart festgehalten.

II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 1

Thema:

Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege



Ist Frau Grimm überfordert?



Sabrina und Miriam, beide Auszubildende in der ambulanten Pflege, unterhalten sich.

Sabrina :

„Neulich war ich mit meiner Ausbilderin zum Erstbesuch einer Familie. Herr Grimm ist 79 Jahre und Frau Grimm 75 Jahre alt. Sie sind russlanddeutsche Spätaussiedler, vor 8 Jahren kamen sie aus Kasachstan hier her. Der Auftrag an unsere Pflegeeinrichtung war, dass wir die Stomaversorgung für Herrn Grimm übernehmen sollen. Als wir die Wohnung verlassen hatten, sagte meine Ausbilderin zu mir: *„Die Frau ist doch mit der Pflege völlig überfordert. Sie ist ja selbst nicht ganz gesund. Da müssten wir eigentlich noch viel mehr an Pflegeleistungen übernehmen.“*

Miriam:

„Wir haben bei uns mehrere russlanddeutsche Spätaussiedler in Pflege. Und wir haben festgestellt, dass in diesen Familien nie nur eine Person allein die Pflege macht, sondern dass die Familienmitglieder alle helfen.“

II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 2



Familiale Sorgekonzepte bei russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen

Russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen nutzen auffallend wenig professionelle Pflegeangebote. Der Kontakt besteht am häufigsten aus zwei Gründen. Erstens, wenn es um Beratung zur Pflegeversicherung geht; zweitens, wenn Unsicherheiten bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen bestehen. Die Kontakte zu Pflegediensten werden oft als herzlich beschrieben. Trotzdem bemühen sich die Familien, die Pflege schnellstmöglich wieder selbst zu übernehmen. Es stellt sich somit die Frage, warum professionelle Hilfe nur zögerlich angenommen wird.



Traditionelle Prägung

Die familiäre Sorge ist bei russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen Teil ihres kollektivistisch orientierten Familienkonzeptes. Das heißt, die Pflege eines pflegebedürftigen Familienmitglieds ist nicht Aufgabe nur einer Person. Sie wird als Aufgabe der ganzen Familie verstanden.

Dieses kollektivistisch orientierte Familienkonzept wird mit der Kategorie „alles tun“ benannt. „*Wir sagen alles tun, denn wir tun alles, wie sollte man nicht alles tun*“.

Dieses „alles tun müssen“ wird mit dem „es selber tun müssen“ verbunden. Das Sorgeverhalten basiert auf Dankbarkeit, da die Eltern für die Kinder gut gesorgt haben. Es basiert auf einer engen emotionalen Bindung, dem Gefühl, die Eltern waren früher auch immer für einen da. Nicht zuletzt basiert es auf Liebe. Liebe als Grundlage, dass alle Familienmitglieder füreinander da sind.



Die Bedeutung der Familie

Die Familie ist für russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen der zentrale Bezugspunkt für Identität. Es ist normal und selbstverständlich für die Familienmitglieder zu sorgen. Die gesetzlichen Einreisebestimmungen sind für russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen anders als für andere Migranten und Migrantinnen. Dadurch wird ihnen oftmals ermöglicht, ihre Familienstruktur zu erhalten. Kennzeichnend sind große Familien. Familie wird mit Reichtum gleichgesetzt. Für ältere russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen ist eine große Familie das Ideal. Der Familienbegriff ist weit gefasst. Das drückt sich auch in der Sprache aus: Cousins werden als Halbbrüder, Cousinen als Halbschwester oder Schwestertochter betitelt.



Welchen Einfluss haben die Lebenserfahrungen?

Dieses Familienkonzept ergibt sich aus den Lebenserfahrungen in Russland. Deportation und Zwangsarbeit werden als Erfahrungen der ganzen Familie verstanden. Dies gilt auch für die jüngeren Familienmitglieder, die diese Erfahrungen nicht selbst gemacht haben. Deswegen sprechen die Kinder von „wir“, wenn sie über Erlebnisse ihrer Eltern erzählen. Weitere kollektive Traumatisierungen sind Hungersnöte, der Verlust des Eigentums und der Heimat durch den Krieg. Hinzu kommen die Diskriminierungserfahrungen, in Russland als Deutsche und in Deutschland als Russen wahrgenommen zu werden. Dies führt dazu, dass russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen sich als eine eigene Ethnie erleben und sich miteinander verbunden fühlen. Die eigene Kultur wird mit Sauberkeit, Arbeit und Wohlstand in Verbindung gebracht. Das Fremde wird dann ggf. abgewertet, indem es mit Dreck, Faulheit und Alkoholkonsum in Verbindung gebracht wird. Abgewertet werden dann die Gruppen, von denen sich die russlanddeutschen Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen diskriminiert fühlen. Volkszugehörigkeit und Zusammenhalt in der Familie fallen so zusammen und bilden das „Wir-Gefühl“.

Der Zusammenhalt in der Familie war in Russland von großer Bedeutung. Fast alle Eltern mussten berufstätig sein, um das Überleben zu sichern. Oft gab es über Monate dennoch kein Gehalt. Die Renten waren so gering, dass sie nicht den Lebensunterhalt decken konnten. Zu den Aufgaben der Großeltern gehörte es, auf die Kinder aufzupassen, sich um den Garten und Tiere zu kümmern. Dies galt auch für gesundheitsbezogenen Leistungen, die nicht immer

ausreichen. Der Wohnraum stand nicht im ausreichendem Maß zur Verfügung oder konnte nicht finanziert werden. Deswegen war es normal, dass die Kinder auch nach der Eheschließung zu Hause wohnten. Es bestand auch eine moralische Verpflichtung, dass ein Kind zu Hause bleiben musste. Dies war in der Regel entweder der älteste oder der jüngste Sohn.



Wie wird das Familienkonzept in Deutschland gelebt?

Die russlanddeutschen Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen orientieren sich an einem Familiensystem, in dem alle Familienmitglieder sich gegenseitig unterstützen und füreinander sorgen. Zumindest für die älteren russlanddeutschen Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen ist dieses Familiensystem in Deutschland noch von großer Bedeutung. Dieses Familiensystem wirkt sich auf ihr Erleben von Gesundheit und Wohlbefinden aus. Viele russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen sind ausgewandert, um ihre Volkszugehörigkeit zu schützen. Sie haben in Russland erlebt, dass die Diskriminierung weiter besteht und sich teilweise sogar verschärft hat. Aber auch die schlechten Lebensbedingungen haben sie zu dieser Entscheidung gezwungen. Es ist jedoch nicht immer möglich, dass alle Familienmitglieder gleichzeitig emigrieren. In diesem Fall fühlen sich die Emigrierten verpflichtet, die Familie wieder zusammen zu führen. Obwohl die zurückgebliebenen Familienmitglieder vielleicht gar nicht nach Deutschland kommen wollen oder sich noch unsicher sind.

In Russland stand die Familie im Mittelpunkt. Es bestand eine klare Trennung zwischen Eigen- und Fremdgruppe. In solchen Familiensystemen werden Veränderungen der Umwelt nur begrenzt wahrgenommen. In Russland war die professionelle pflegerische Sorge für Pflegebedürftige unbekannt. In Deutschland ist sie im Verhältnis dazu stark ausgeprägt. Trotzdem wird die professionelle pflegerische Sorge von russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen nur im äußersten Notfall beansprucht. Die Sicherheit im Familiensystem wird eher bevorzugt als das Unbekannte. Die alten Regeln werden mit Sicherheit verbunden. Aber in einer neuen Kultur – wie die der Deutschen – sind diese Regeln nur bedingt tragfähig. Die russlanddeutschen Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen versuchen einerseits, sich den Normen und Werten der deutschen Gesellschaft anzupassen, andererseits versuchen sie, die traditionellen Werte aus dem Herkunftsland zu bewahren.



Quellen:

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 135-177

Schnepf, W. (2002a): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Schnepf, W. (2002b): Bedeutungen und Praktiken der Pflege in russlanddeutschen Familien. In: ders. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 178-195

Schnepf, W.; Duijnste, M.; Grypdonck, M (2003): Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 73-100

Tuna, S. (2001): Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumzentriertheit im Migrationsprozess. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege, Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 213-226

II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 3

Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen



Einstellung zur Versorgung im Alter

Zur Zeit werden Pflegeeinrichtungen von russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen in geringerem Umfang als von hier geborenen Deutschen genutzt. Die Übernahme von Pflege wird von russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen oft als selbstverständlich angesehen. Das beinhaltet auch, dass die Pflege eines pflegebedürftigen Familienmitglieds nicht als Aufgabe nur einer Person verstanden wird sondern als Aufgabe der ganzen Familie.

Deshalb wird „Weggeben“ in ein Heim derzeit oft nur aus zwei Gründen akzeptiert. Erstens, wenn ein Familienmitglied als gefährlich eingestuft wird (z. B. bei psychischen Erkrankungen), da die Sicherheit anderer Familienmitglieder dann im Vordergrund steht. Zweitens, wenn überhaupt keine Familie, das heißt, auch keine Neffen und Nichten vorhanden sind.

In deutschen Familien werden „Behinderung, alt sein, Langzeitpflegebedarf“ dagegen eher als Gründe für das Einschalten beruflich organisierter Pflege akzeptiert.

Die ältere Generation hält noch an ihrem Familienverständnis und Pflegeverhalten aus dem Herkunftsland fest. Bei der jüngeren, berufstätigen Generation ist mittlerweile ein Wandel zu beobachten. Gerade ältere Männer bestehen noch auf ihrer Versorgung durch die Familie. Auch dann, wenn ihr aggressives Verhalten für die Familie sehr belastend ist.

➤ Eine Ehefrau sagt dazu: *„Er vertritt die Meinung: Du hast mich geheiratet, du bist bis ans Lebensende für mich verantwortlich“*.



Wie ist die Einstellung zur professionellen Altenpflege?

Wird professionelle Hilfe beansprucht, so wird sie eher als unter Druck verordnete Pflege empfunden. Meistens entspricht sie nicht den Vorstellungen der Familien. Wollen die Betroffenen die Leistungen nach der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, müssen sie sich im Falle von Geldleistungen Qualitätskontrollen unterziehen. Die Geldleistungen werden jedoch vorgezogen. Zum einen, weil durch die zunehmende Arbeitslosigkeit in der Familie die Möglichkeit besteht, die Pflege selbst zu übernehmen. Zum anderen, weil das Pflegegeld dann – wie auch bei den hier geborenen Deutschen – als Zusatzeinkommen angesehen wird. Die Kontrollen werden aber auch als Hilfe wahrgenommen, wenn die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflegedienste den Familien z. B. hilfreiche Informationen geben oder bei Materialbeschaffungen usw. zur Seite stehen.

Die russlanddeutschen Familien wehren sich gegen Entscheidungen, in denen sie sich ungerecht behandelt fühlen. Dies bezieht sich auf z. B. von ihnen unberechtigt erlebte Einstufungen bei der Pflegeversicherung, aber auch auf Situationen, in denen die Professionellen bezweifeln, dass die Familienmitglieder in der Lage sind, die Pflege zu übernehmen. Die Professionellen verfügen zudem oft über unzureichende Kenntnisse bezüglich der Sorgekonzepte in Familien russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen. Daraus ergeben sich Fehleinschätzungen. Dies wird anhand eines Beispiels deutlich: Die Professionellen bescheinigten einer pflegenden Frau, dass sie selbst zu krank ist, um die Pflege ihres Mannes zu übernehmen. Dabei wurde übersehen, dass in Familien russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen alle Familienmitglieder füreinander sorgen. Somit wird die familiäre Sorge als Aufgabe der gesamten Familie verstanden und die Arbeit zwischen allen Familienmitgliedern verteilt.

Entscheidungen professioneller Helfer werden dann angenommen, wenn Familien über geringe Kenntnisse über die Regeln und die Praxis im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen verfügen. Dies ist oft der Fall, da viele Versorgungsmöglichkeiten im Herkunftsland unbekannt waren. Deshalb wissen sie nicht, dass sie sich dieser beruflich organisierten Hilfe entziehen können.

Ein weiteres Problem ist, dass z. B. die Hilfeleistung der ambulanten Pflegedienste oft gar nicht als Hilfe von den Familien angesehen wird. Denn die Prioritäten der Familien werden anders gesetzt als die der Professionellen. Die Professionellen planen und führen die Pflege oft durch, ohne die Lebenswelt der Familien zu berücksichtigen.

Die sogenannte Hilfe wird sogar als Mehrbelastung erlebt, wenn an die Familienmitglieder bestimmte Erwartungen gestellt werden, wie z. B. die Zusammenstellung aller Utensilien für eine Körperwaschung oder die Durchführung der Pflege vom Pflegedienst zu einer vorgegebenen Tageszeit. Sachleistungen, wie die Grundpflege, werden auch dann als Belastung empfunden, wenn hierdurch der finanzielle Spielraum der Familie eingeschränkt wird. Vor allem dann, wenn kein Geld für die als wichtig angesehene Behandlungspflege (z. B. Lymphdrainage) vorhanden ist. Das weist darauf hin, dass Konzepte, wie man mit einer Krankheit umgeht und wie sie behandelt wird, aus dem Herkunftsland übernommen werden. Die grundpflegerischen Leistungen, z. B. eine Ganzkörperwaschung, versteht die Familie als ihre Aufgabe.

Mischen sich die Professionellen in die familiäre Angelegenheiten ein, wird das oft negativ erlebt. Dies kann sich auf wohlgemeinte Ratschläge beziehen, wie z. B. auf eine gesunde Ernährung oder Diät. Das pflegerische Interesse kann als eine Grenzüberschreitung, die Nachfrage nach der finanziellen Situation als Kontrolle erlebt werden. Nicht akzeptiert wird auch, dass Angehörige bei den Pflegehandlungen aus dem Zimmer geschickt werden. Dieses Verhalten widerspricht allerdings auch generell einem professionellem Verständnis von Pflege, da Pflegenden Anleitungsfunktionen übernehmen sollten.



Wann wird professionelle Altenpflege als Hilfe empfunden?

Positiv erlebte professionelle Pflege wird mit dem Gefühl verbunden, dass die pflegerischen Fähigkeiten der Familie erweitert werden. Dies betrifft vor allem den Umgang mit den technischen Hilfsmitteln, wie Sauerstoffgabe, Trachialkanülenpflege usw. Gerade jüngere Familienmitglieder sind bereit, diese Techniken zu erlernen, z. B. um ihr Kind zu Hause weiter pflegen zu können. Älteren Familienmitgliedern fällt es schwer, sich auf solche schwierige Pflegesituationen einzustellen. Erstens, weil sie ihnen aus dem Herkunftsland unbekannt sind. Zweitens, weil dadurch das Familienkonzept „alles tun“, in dem alle Familienmitglieder füreinander sorgen, gefährdet wird.

Positiv wird Pflege auch erlebt, wenn die familialen Beziehungen von den Professionellen nicht als etwas Fremdes bewertet werden. Wie die „Familie zu sein ohne zur Familie zu werden“ kann zur einer positiven Einschätzung professioneller Pflege führen. Familienpflege hängt mit „Wärme“ zusammen. Von den Professionellen wird der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung erwartet. Dabei spielen Respekt und Achtung eine große Rolle.

In Familien russlanddeutscher Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen sind Integrationsprozesse festzustellen. Das heißt, man passt sich immer mehr der sogenannten „deutschen“ Kultur und Gesellschaft an. Es ist davon auszugehen, dass sich auch die Einstellung zur professionellen Pflege ändern wird. Während im Herkunftsland über „Weggeben“ nie gesprochen wurde, wird es in Deutschland langsam zum Thema. Man wäre also bereit, die älteren Pflegebedürftigen teilweise oder ganz von Professionellen versorgen zu lassen.



Wie wird das deutsche Wertesystem eingeschätzt?

Eine Anpassung an das deutsche Wertesystem zeigt sich, wenn eine Befragte sagt:

➤ *„Und wenn zum Beispiel die, die Großeltern, wenn sie in ein Altenheim gehen, dorthin, wenn sie dort lieber wohnen, wenn kein Streit ist und sie möchten es selbst, das kann ich verstehen. Die Kinder, die Großeltern, wenn sie selber entscheiden. Aber wenn die Kinder entscheiden, wann sie ins Altersheim gehen, kann ich nicht verstehen“ .*

Gleichzeitig ist auch eine Tendenz gegen die Anpassung an das deutsche Wertesystem festzustellen. Viele russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen fühlen sich gegenüber hier geborenen Deutschen diskriminiert. Man versucht sich abzugrenzen, indem vertraute Werte aus dem Herkunftsland als besonderer Wert verstanden werden. Man hofft auf eine stabile Zusammengehörigkeit, indem man sich von den anderen unterscheidet. Man erlebt sich als deutsch, wenn man an seinen eigenen Werten für „Deutsch-Sein“ festhält. In diesem Fall kann die Angehörigenpflege ein Faktor sein, der diese Zusammengehörigkeit stärkt.



Quellen:

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 135-177

Schnepf, W. (2002a): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Schnepf, W. (2002b): Bedeutungen und Praktiken der Pflege in russlanddeutschen Familien. In: ders. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 178-195

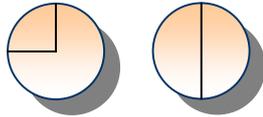
Schnepf, W.; Duijnste, M.; Grypdonck, M. (2003): Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 73-100

II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 1

Thema:

Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege

Zeit:



Arbeitsauftrag:

Bitte lesen Sie den Text (II.LE 1.LS 4 Teilnehmerunterlage 2 und 3) und arbeiten Sie heraus, welche dort genannten Aspekte die Einstellung und Erwartung von Frau Grimm an die ambulante Pflege geprägt haben könnten.

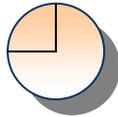
Die von Ihnen herausgearbeiteten Aspekte sollen anschließend im Plenum zusammengetragen werden, und es wird besprochen, was in diesem Fall in den nächsten Gesprächen mit Frau Grimm geklärt werden sollte.

II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 2

Thema:

Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege

Zeit:



Arbeitsauftrag:

Bitte tauschen Sie sich zu folgenden Fragen aus:

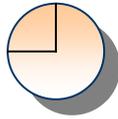
1. Wie sind meine eigenen familiären Erfahrungen hinsichtlich familialer Sorge?
- 1.2 Welche Erwartungen an professionelle Dienste der Altenpflege kenne ich aus meiner Familie?

II.LE 1.LS 4 Arbeitsblatt 3

Thema:

Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege

Zeit:



Arbeitsauftrag für die Praxis:

Bitte klären Sie folgende Fragen mit der/dem pflegenden Angehörigen während eines Ihrer nächsten Besuche bei einer Kundin/einem Kunden. Fragen Sie die betreffende Person im Vorfeld, ob Sie zu diesem Kurzinterview bereit ist. Rechnen Sie damit, dass Ihre Fragen u. U. schmerzhaft emotionale Reaktionen bei den pflegenden Angehörigen auslösen können.

1. Wie kommt es, dass Sie einen wichtigen Anteil in der Versorgung übernommen haben?

- 1.1 Wie kommen Sie damit zurecht?

- 1.2 Haben Sie Probleme mit einzelnen Verrichtungen, bei denen Sie helfen? Wenn ja, welche?

- 1.3 Wir haben jetzt ein Bild von der Hilfe, die Sie anbieten und was das für sie bedeutet. Würden Sie daran etwas ändern wollen, z. B. etwas mehr oder etwas weniger tun?

- 1.4 Wenn Sie Unterstützung bieten, sind das dann Beschäftigungen, die für Sie auf irgendeine Art belastend sind?

- 1.5 Was bedeutet das für Sie?

- 1.6 Um ein Bild von der Hilfe zu bekommen, die Sie bei der Versorgung bekommen, möchte ich das nächste fragen: Bekommen Sie bei der Versorgung Hilfe von Familienmitgliedern oder Freunden?

Ja Nein

- 1.7 Falls ja, von wem?

- 1.8 Was beinhaltet diese Hilfe?

1.9 Was bedeutet diese Hilfe für Sie?

1.10 Würden Sie etwas ändern wollen an der Hilfe, die Ihnen geboten wird?
Wenn ja, was?

1.11 Gelingt es Ihnen, andere bei der Versorgung einzuschalten, wenn es nötig ist?

Ja Nein

1.12 Haben Sie oder hat Ihr(e) ... schon mal Hilfe von Familie, Freunden oder Hilfestellung gebenden abgelehnt?

Ja Nein

1.13 Können Sie benennen, womit dieses zusammenhängt?

1.14 Haben Sie das Bedürfnis nach mehr Unterstützung, als Sie jetzt bekommen?

Ja Nein

1.15 Was vermissen Sie und von wem würden Sie das bekommen wollen?

Angelehnt an: Blom, M.; Duijnste, M.; Schnepf, W. (1999): *Zorgkompass*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

II.LE 1.LS 4 Medien 1

Thema:

Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege
Migranten und Migrantinnen



Literatur:

Afw NOW-Projekt (1998): Angeworben – Hiergeblieben – Altgeworden. Praxisfeld Interkulturelle Altenpflege. Interkulturelles Arbeiten in der Altenpflege. Bezug: Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung NOW-Büro, Stiftstraße 14, 64287 Darmstadt

Atabay, I. (1998): Zwischen Tradition und Assimilation. Die zweite Generation türkischer Migranten in der Bundesrepublik. Freiburg im Breisgau

AWO Bezirk Westliches Westfalen e.V. (2003): Pflege ist Pflege – oder vielleicht doch nicht? Lehr- und Lernmaterialien für die Kranken- und Altenpflege zum Thema älterwerdende Migrantinnen und Migranten. Dortmund

AWO Kreisverband Bielefeld e.V. (Hg.) (1995): „Ich suchte um jeden Preis nach Wegen, um meine Kinder studieren lassen zu können“. Interviews mit türkischen Seniorinnen und Senioren in Bielefeld. Bielefeld

Baumgartner Bicer, J. (2001): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken in: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 269-286

Becker, S. A.; Wunderer, E.; Schultz-Gambard, J. (1998): Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. Zuckschwerdt

Beck-Gernsheim, E. (2004): Wir und die anderen. Frankfurt am Main

Borde, T.; David, M. (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main

Caldenhoven, M. (2003): Sterbe- und Trauerrituale als interkultureller Bestandteil der Kranken- und Altenpflegeausbildung. Bachelor-Arbeit. Offenbach

David, M.; Borde, T.; Kentnich, H. (2000): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main

David, M.; Borde, T. (2001): Kranksein in der Fremde. Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt/Main

Domenig, D. (Hrsg.) (2001): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Flühler, M. (2002): Fremde Religionen in der Pflege. 2. Aufl.. Basel

Habermann, M. (1992): »Viel Schmerz« oder das »Mama Mia Syndrom«. In: Pflege, Bd. 5, Hft. 1., S. 34-40

Hedtke-Becker, A. (2000): Deutschlands größter Pflegedienst: pflegende Angehörige. In: Arnold, K / Hedtke-Becker, A.: Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Eine Arbeitsmappe. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.. Frankfurt am Main, S. 12-18

Ilklic, I. (2002): Der muslimische Patient. Medizinische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Münster; Hamburg; London

Ilklic, I. (2003): Das muslimische Krankheitsverständnis und seine Bedeutung für medizinische Ethik. In: Zsr. Medizinische Ethik Nr. 49, S. 263-276

Ilklic, I. (2005): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe, 4. überarbeitete Auflage. Bochum

Khoshrouy-Sefat, H (1984): Islam – Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Bedürfnisse des gläubigen Moslems im Krankenhaus. In: Krankenpflege 48, Nr. 12, S. 359 - 362

Krüger, D. (1995): Pflege im Alter: Pflegeerwartungen und Pflegeerfahrungen älterer türkischer Migrantinnen – Ergebnisse einer Pilotstudie. In: Zeitschrift für Frauenforschung. Hft. 3, S. 71-86

Koch-Straube, U. (2001): MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 386-396

Marburger, H. (1999): Sexualität und Migration am Beispiel türkischer MigrantInnen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, Hft.: Interkulturell. Köln

Meyer, E.; Strauß, A.; Ulrich, R. (1998): Moslemische Patienten im Krankenhaus, 2. Teil. In: Heilberufe 60, Nr. 2, S. 38-39

Pourgholam-Ernst, A. (2001): Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Frauen und Gesundheit. Eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht. Münster: (zugl. Diss., Univ. Dortmund)

Schilder, M. (1998): Türkische Patienten pflegen. Erfahrungen Pflegender mit Pflegebedürftigen und ihren Familien im ambulanten Bereich. Stuttgart

Seeberger, B. (2004): Ältere türkische Gastarbeiter/-innen in Deutschland. In: Seeberger, B. / Braun, A. (Hrsg.): Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft. Frankfurt/Main, S. 231-260

Sen, F.; Tufan, I. (2001): Die soziale Lage der älteren türkischen Migranten und Migrantinnen in Berlin. Aachen

Schiffauer, U. (1987): Die Bauern von Subay. Das Leben in einem türkischen Dorf. Stuttgart

Schmeling-Kludas, C.; Boll-Klatt, A.; Fröschlin, R. (2003): Psychosoziale Belastungen und Krankheitserleben bei psychosomatisch erkrankten Migranten aus der Türkei. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 63, S. 315-321

Schneider, Norbert (2003): Das multikulturelle Seniorenzentrum Haus am Sandberg/Duisburg – ein Beispiel für die stationäre Pflege von MigrantInnen. In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Nürnberg, S. 110 - 117

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Schnepf, W. (1998): So ist das Leben – Erfahrungen eines türkischen pflegenden Mannes. In: Pflege Aktuell, Hft. 52, S. 354 - 357

Schulz, S. (2003): Wohlbefinden bei Immigranten? In: Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 37 – 60

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) (2003): Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Tan, D. (1998): Das fremde Sterben. Sterben, Tod und Trauer unter Migrationsbedingungen. Frankfurt am Main

Tüsün, S. (2002): Wenn türkische Frauen pflegen. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 90-111

Weiss, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich

Wiezoreck, M.; Diesfeld, H.J. (1998): Kulturelle Einflüsse auf Erkrankungen bei Immigrantinnen. In: Burchard, G.-D. (Hrsg): Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung. Stuttgart; Lübeck; Jena; Ulm

Wingefeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P 03-124. Bielefeld

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. In: Deutsches Ärzteblatt, 100, Heft. 18 vom 02.05.2003, S. A-1179

Zeman, P. (2003): Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. Regensburg

Zielke-Nadkarni, A. (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W (Hrsg.) (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Zimmermann, E. (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Fachaufsätze:

Baric-Büdel, D. (2003): Zwischen Zukunft und Tradition. In: *Altenpflege*, Vol. 28, Hft. 2, S. 32-34.

Ellerbrock, B. (2003): Die Lebenssituation älterer türkischer Frauen in Deutschland. „Das Fehlen des dörflichen Brunnens“ In: *Pro Alter*, , Hft. 4, S. 11-13.

Gerling, V. (2002): Zugewanderte Senioren/innen in Deutschland und Großbritannien. Soziodemographische Strukturdaten, Lebenslagen und soziale Dienste der Altenhilfe im Vergleich. In: *Sozialer Fortschritt*, Vol. 51, Hft. 6, S. 149-158.

Leser, M. (2001): Lebensbedingungen älterer Migrantinnen: Herausforderungen für die Altenhilfe. In: *Nova*, Vol. 32, Hft. 2, S. 11-13.

Kegreiß, M. (2001): Religiöse Bedürfnisse müssen berücksichtigt werden. Pflege von Schwerstkranken und Sterbenden. In: *Pflegezeitschrift*, Vol. 54, Hft. 4, S. 240-244.

Krumme, H. (2003): „Halbe hier, halbe da“ – Pendelmigration türkischer Arbeitsmigranten im Ruhestand. In: *Informationsdienst Altersfragen*, Vol. 30, Hft. 1, S. 6-8.

Küster, F. (2001): In the Ghetto. Zur Integration alter Migranten ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Altenhilfe und Migrantenarbeit notwendig. In: *Heim und Pflege*, Vol. 32, Hft. 11, S. 382-384.

Kutschke, T. (2001): „Aber eben sind wir verschieden“. Untersuchung von Pflegeerfahrungen bei Migranten vor dem Hintergrund eines dynamischen Kulturbegriffs. In: *Pflege*, Vol. 14, Hft. 2, S. 92-97.

Nungeßer, K (2002): Endstation Fremde. Pflege und Betreuung von MigrantInnen. In: *FrauenRat*, Hft. 6, S. 28-29.

Schmacke, N. (2002): Migration und Gesundheit. Ist Ausgrenzung unvermeidbar? In: *Das Gesundheitswesen*, Vol. 64, Hft. 10, S. 554-559.

Seeberger, B. (2001): Grenzen der Altenhilfe? Anmerkungen zum Altern von Türkinnen und Türken in Deutschland. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, Vol. 47, Hft. 5, S. 550-562.

Ullrich, B. (2002): Kultursensible Pflege. Ältere Migranten in der Einwanderungsgesellschaft. Ein Beitrag zur Qualitätsdiskussion in Pflegeeinrichtungen. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, Vol. 149, Hft. 5, S. 189-192.

Zeman, P. (2003): Soziale Gerontologie und Altenpolitik: Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. In: *Informationsdienst Altersfragen*, Vol. 30, Hft. 1, S. 2-5.

II.LE 1.LS 4 Medien 2

Thema:

Relevante Aspekte für eine kultursensible Altenpflege
Russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen



Literatur:

Aussiedlerseelsorge in der EKD (Hrsg.) (2004): Texte zur Aussiedlerarbeit, Band 1 und 2. Hannover

Bastians, F. (2004): Die Bedeutung sozialer Netzwerke für die Integration russlanddeutscher Spätaussiedler in der Bundesrepublik Deutschland. Bissendorf

Bauer, I.; Giesche, D. (2004): Ältere Spätaussiedlerinnen – Deutsche mit besonderen Bedürfnissen. In: IkoM-Newsletter 7/04, E-mail: IkoM@aktioncourage.org

Baur, R.S.; Chlosta, Ch.; Krekeler, Ch.; Wenderott, C. (1999): Die unbekanntenen Deutschen. Hohengehren

Beyer, U. (2003): Altersbilder und das Verständnis von Gesundheit im Alter aus der Sicht älterer russlanddeutscher Spätaussiedler. In: Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 61-72

Born, E.L. et al. (2004): Texte zur Aussiedlerarbeit, Band II: Gemeindefarbeit mit Aussiedlern und Kultur. Herausgegeben von der Aussiedlerseelsorge in der EKD. Hannover

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 135-177

Bundeszentrale für politische Bildung (2000): Informationen zur politischen Bildung. Aussiedler, 276, 2. Quartal 2000.

Bestellungen nur schriftlich an: Frazis`print & media, Postfach 150740 München per Postkarte Fax: 089/5117-292 (Berufsangabe erforderlich)

Collatz, J.; Heise, T. (2002): Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern. Hannover

Deutsches Kulturforum Östliches Europa (2003): Russlanddeutsche heute. Identität und Integration, Potsdamer Forum

Dietz, B. (1995): Zwischen Anpassung und Autonomie. Veröffentlichungen des Osteuropa-Institutes München, Reihe Wirtschaft und Gesellschaft, Hft. 22. Berlin

Dietz, B.; Roll, H. (1998): Jugendliche Aussiedler – Porträt einer Zuwanderergeneration. Frankfurt am Main

Ingenhorst, H. (1997): Die Russlanddeutschen. Frankfurt am Main

Kagel, W.; Morgenstern, W. (Hrsg.) (2002): Schicksalswege. Erinnerungen von Russlanddeutschen. *Bezug:* DIE LINDE e.V. Marktgrafendamm 24, 10245 Berlin, Tel. 030/9669239, E-mail: DIE.LINDE@t-online.de. Internet: www.dielinde-ev.de

Kathe, H.-J.; Morgenstern, W. (o. J.): Lindenblätter, Deutsche Auswanderungen. Die Deutschen in Russland – der leidvolle Schicksalsweg einer ethnischen Minderheit.

Teil 1: Die Auswanderungen von Deutschen nach Russland 1763-1871

Teil 2: Die Herausbildung der Russlanddeutschen als nationale Minderheit (1871-1917)

Teil 3: Der Einfluss der Sowjetherrschaft und des Deutschen Reiches auf die Russlanddeutschen

Teil 4: Zwischen Sondersiedlung, Assimilation und Rückwanderung (1945-1998)

Bezug: DIE LINDE e.V. Marktgrafendamm 24, 10245 Berlin, Tel. 030/9669239, E-mail: DIE.LINDE@t-online.de. Internet: www.dielinde-ev.de

Kathe, H.-J.; Morgenstern, W. (Hrsg.) (2003): Lexikon zur Geschichte und Kultur der Russlanddeutschen. Teil I: Zur Geschichte und Kultur. Berlin

Bezug: DIE LINDE e.V. Marktgrafendamm 24, 10245 Berlin, Tel. 030/9669239, E-mail: DIE.LINDE@t-online.de. Internet: www.dielinde-ev.de

Lingnau, S. (2000): Erziehungseinstellungen von Aussiedlerinnen aus Russland. Ergebnisse einer regionalen empirischen Studie, Bibliotheks- und Informationssystem der Univ. Oldenburg. Oldenburg

Müller-Wille, C. (2002): Das Ankommen ... mit sprachlosem Heimweh neue Wurzeln fassen. Osnabrück

Müller-Wille, C. (2004): „Im Alter eingewandert“. Zur Lebenssituation von Senioren und Seniorinnen aus der Gruppe der Spätaussiedler In: IkoM-Newsletter 7/04, E-mail: IkoM@aktioncourage.org

Pankratyeva, J. (2004): „Mit meiner alten Kultur in meiner neuen Heimat“. Vortrag vom 28.10.2004 In: IkoM-Newsletter 7/04, E-mail: IkoM@aktioncourage.org

Schnepf, W. (Hrsg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Schnepf, W. (2002a): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Schnepf, W. (2002b): Bedeutungen und Praktiken der Pflege in russlanddeutschen Familien. In: ders. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 178-195

Schnepf, W.; Duijnste, M.; Grypdonck, M (2003): Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 73-100

Silbereisen, R.K.; Lantermann, E.-D.; Schmitt-Rodermund, E. (1999): Aussiedler in Deutschland. Opladen

Strobl, R.; Kühnel, W. (2000): Dazugehörig und ausgegrenzt. Weinheim und München

Tröster, I. (2003): Wer sind die Russlanddeutschen? Vortrag im Rahmen der Fachtagung der DVJJ-Regionalgruppe Saarland 10.11.2003. Saarbrücken

Tröster, I. (2003): Wann ist man integriert? Eine empirische Analyse zum Integrationsverständnis Russlanddeutscher. Europäische Hochschulschriften, Reihe XXII Soziologie, Band 385. Frankfurt am Main

Tuna, S. (2001): Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumzentriertheit im Migrationsprozess. In: Domenig, D. (Hrsg.) (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 213-226

Westphal, M. (1997): Aussiedlerinnen. Institut Frau und Gesellschaft, Band 26, Bielefeld

Wittig, U. et al. (2003): Der Einfluss der Familie auf die Krankheitsverarbeitung bei Spätaussiedler/innen. In: Borde, T. et al. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, S. 191-202

Wittig, U. et al. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. In: Gesundheitswesen, 66, S. 85-92

Weitere Kurztexte zur Aussiedlerarbeit:

Faltblätter zum Thema z.B.

- Die Deutschen aus Russland. Ein kurzer Rückblick in die Geschichte
- Spätaussiedler. Zur religiösen Prägung von Russlanddeutschen
- Spätaussiedler: Gesetzliche Grundlagen
- Kann man auf sie neidisch sein?(auch per E-Mail-Anhang)

Bezug: Diakonisches Werk in Kurhessen-Waleck e.V., Aussiedlerreferat, Kölnische Straße 136, 34119 Kassel, Tel. 0561/1095-116 und -117

Internetadressen:

www.russlanddeutshegeschichte.de: Bildungsverein für Volkskunde in Deutschland Die LINDE e.V.

www.russlanddeutsche.de: Museumsverein für russlanddeutsche Kultur und Volkskunde

www.aussiedlerbeauftragter.de: Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen

www.kasach.de: Informationen über Kasachstan

www.hfdr.de : Historischer Forschungsverein der Deutschen aus Russland E.V.

www.djr-hochtaunus.de: Deutsche Jugendliche aus Russland

www.jugendliche-aussiedler.de: von Jugendlichen gestaltete Seite mit interessanten Links

www.deutscheausrussland.de: Landsmannschaft der Deutschen aus Russland hier kann die Zeitschrift „Volk auf dem Weg“ heruntergeladen werden

www.aussiedlerseelsorge.de

<http://www.russlanddeutsche.de/russlanddeutsche/integrat.htm>

<http://www.exil-club.de/dyn/55755.asp?Aid=19&Avalidate=443401515&cache=53293>

Bundeszentrale für politische Bildung (bpB) (2000): Informationen zur politischen Bildung
Aussiedler, 267, 2. Quartal 2000

Internet-Adresse: <http://www.bpb.de>

II.LE 1.LS 5 Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege

- Leitfaden
- Material 1
- Arbeitsblatt 1
- Material 2
- Arbeitsblatt 2
- Medien 1
- Material 3
- Material 4

II.LE 1.LS 5 Leitfaden

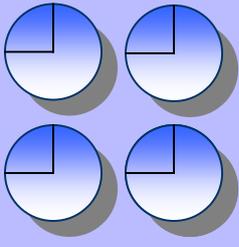
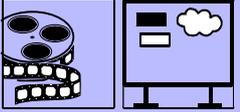
Thema:
Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

- 1.2 Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren
- 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen

Vertiefung 2:

- 1.4 Anleiten, Beraten und Gespräche führen

Filmanalyse und Gruppenarbeit	Sozialform	Medien
<p>Zeit</p> 		
<p>Zwei mögliche Vertiefungen:</p> <p>je </p>		

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen kulturspezifische pflegerelevante Besonderheiten erkennen und sich und daraus resultierende Leitlinien erschließen.

Vertiefend kann der Filmclip für zwei weitere Lernziele genutzt werden.

Vertiefung 1:

Die Auszubildenden sollen kultur- bzw. generationsspezifische Vorstellungen vom Alter, mögliche Werteverluste im Alter und dem Altwerden in der Migration und damit einhergehende mögliche Identitätskonflikte kennen.

Vertiefung 2:

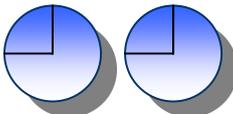
Die Auszubildenden sollen ihre Reaktion auf ihnen fremde Gewohnheiten erleben und reflektieren.

Methodisches Vorgehen:

In dieser Lernsequenz sollen zunächst Aussagen einer türkischen Mitarbeiterin des DRK (Filmclip) ausgewertet und mit eigenen Vorstellungen bzw. Vorkenntnissen kontrastiert werden. Frau Yilmaz äußert sich in diesem Filmclip zu verschiedenen Aspekten der Lebenswelt, zu Bedürfnissen älterer türkischer Migranten und Migrantinnen und den sich daraus ergebenden Anforderungen an eine kultursensible Altenpflegepraxis. Exemplarisch wird anschließend eine gelungene Pflegesituation gezeigt. Zum Schluss sollen – aufbauend auf den erworbenen Kenntnissen – Leitlinien für eine kultursensible Altenpflege zusammen gestellt werden.

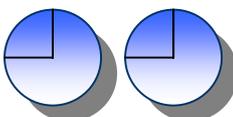
Schritt 1:

Filmanalyse mit Leitfragen (II.LE 1.LS 5 Material 1; II. LE 1.LS 5 Arbeitsblatt 1)
Abschließender Filmclip (II. LE 1.LS 5 Material 1), der eine gelungene kultursensible Pflegesituation zeigt.

Zeit: 

Schritt 2:

In Gruppenarbeit kulturspezifische Besonderheiten herausarbeiten (II. LE 1.LS 5 Material 2, II.LE 1.LS 5 Arbeitsblatt 2), im Plenum Leitlinien für eine kultursensible Altenpflege entwickeln (II.LE 1.LS 5 Material 1).

Zeit: 

Mögliche Vertiefung

Für eine Vertiefung stehen weitere Materialien zur Verfügung

II.LE 1. LS 5. Material 3

II.LE 1. LS 5. Material 4

II.LE 1.LS 5 Material 1

Thema:
Leitlinien für eine kultursensible
Altenpflege

Zielsetzung:

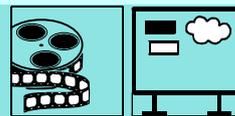
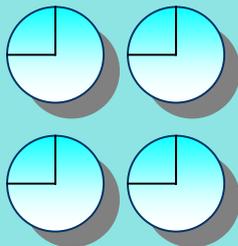
Die Auszubildenden sollen sich pflege-relevante Aspekte im Umgang mit Migranten und Migrantinnen sowie russlanddeutschen Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen selbstständig erschließen.

**Filmanalyse +
Gruppenarbeit**

Sozialform

Medien

Zeit



Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

- Einführen in den Filmclip und in die Arbeitsaufgabe. Da die Auszubildenden arbeitsteilig Leitfragen (**II.LE 1.LS 5 Arbeitsblatt 1**) in 6 Gruppen bearbeiten sollen, müssen die Gruppen mit den jeweils zu bearbeitenden Leitfragen im Vorfeld festgelegt werden. So können sie sich während des Films entsprechend Aufzeichnungen machen. Wenn türkische Migranten/Migrantinnen in der Klasse sind, wäre es sinnvoll, diese auf die einzelnen Gruppen zu verteilen, so dass diese ihre Kenntnisse und Erfahrungen entsprechend in den Gruppen einbringen können.
- Filmclip 1 „**Jeder Mensch hat seine eigene Kultur und Biografie**“ zeigen.
- Die Gruppen sollen die gefundenen Antworten von Frau Yilmaz zu ihrer Fragestellung abgleichen und vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen und Vorkenntnisse reflektieren. Die Ergebnisse der Gruppenreflexion werden visualisiert.

- Die Gruppen stellen ihre Arbeitsergebnisse vor.
- Abschließend ein Beispiel gelungener kultursensibler Pflegepraxis zeigen, das als Übergang zum nächsten Lernschritt geeignet ist (**Filmclip 2 „Kultursensible Pflege – ein Beispiel aus der Pflegepraxis“**).

Schritt 2:

Leitlinien für eine kultursensible Altenpflegepraxis entwickeln

- Arbeitsgruppen bilden. (Wenn es Migrantinnen und Migranten verschiedener Nationen in der Klasse gibt, sollten diese entsprechend auf die Gruppen verteilt werden, so dass sie ihre Kenntnisse und Erfahrungen in die Gruppen einbringen können).

Die Arbeitsgruppen sollen Schlussfolgerungen auf der Basis ihres Vorwissens entwickeln. Für die Dozenten und Dozentinnen wurden Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflegepraxis als Hintergrundinformation aus der pflegewissenschaftlichen Literatur als Orientierung und ggf. als Ergänzung der Arbeitsergebnisse der Auszubildenden zusammengefasst (**II.LE 1. LS 5 Material 2**). Diese können ggf. für die Auszubildenden als Teilnehmerunterlagen kopiert werden.

- Arbeitsauftrag austeilen (**II.LE 1.LS 5 Arbeitsblatt 2**).
- Visualisieren und Erläutern der Ergebnisse im Plenum.

Abschließend werden gemeinsam allgemeine Leitlinien für eine kultursensible Altenpflege formuliert und festgehalten. Es empfiehlt sich, die Leitlinien mit einem Laptop/Beamer festzuhalten, da die Ergebnisse für alle sichtbar werden und später ausgedruckt werden können.



Wenn es darum geht, die Erfahrungen der Migrantinnen und Migranten in der Klasse einzubinden, so sollte dies mit Sensibilität angesprochen werden. Es kann sein, dass diese Schülerinnen und Schüler dies nicht möchten, da es ihnen unangenehm ist, eine derartige Sonderstellung in der Klasse einzunehmen.

II.LE 1.LS 5 Arbeitsblatt 1

Thema:

Filmclip: „Jeder Mensch hat seine eigene Kultur und Biografie“

Zeit: 20 Minuten



Arbeitsauftrag:

Notieren Sie die Aussagen von Frau Yilmaz zu Ihrer jeweiligen Frage und vergleichen Sie diese anschließend in Ihrer Arbeitsgruppe. Ergänzen Sie die Aussagen von Frau Yilmaz um weitere Aspekte, die Ihnen bekannt sind.

1. Frau Yilmaz geht davon aus, dass die Lebenssituation von türkischen Migranten und Migrantinnen in Deutschland sich in einigen Aspekten von der Lebenssituation der Einheimischen unterscheidet. Welche Besonderheiten benennt sie?
Fallen Ihnen weitere Besonderheiten ein?
2. Was für Vorstellungen vom Alter bestehen nach Frau Yilmaz in der Türkei? Welche Probleme benennt Frau Yilmaz für ältere Migranten und Migrantinnen in Deutschland?
Fallen Ihnen weitere Probleme ein, die für ältere Migranten und Migrantinnen entstehen, wenn Altersvorstellungen nicht gelebt werden können?
3. Existieren nach Frau Yilmaz Besonderheiten bei türkischen Migranten und Migrantinnen bei der Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen?
Fallen Ihnen weitere Besonderheiten zum Inanspruchnahmeverhalten ein?
4. Was sagt Frau Yilmaz zur Einstellung älterer türkischer Migranten und Migrantinnen gegenüber Altenpflegeeinrichtungen?
Kennen Sie weitere Vorstellungen, die türkische Migranten und Migrantinnen mit dem Umzug in ein Altenheim verbinden?
5. Welche Aspekte benennt Frau Yilmaz, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflege beim Erstkontakt mit türkischen Migranten und Migrantinnen berücksichtigen sollten? Fallen Ihnen weitere Aspekte ein, die bei einem Erstkontakt mit türkischen Migranten und Migrantinnen beachtet werden sollten?
6. Welche religiösen Besonderheiten nennt Frau Yilmaz, die bei der Pflege von muslimischen türkischen Migranten und Migrantinnen berücksichtigt werden sollten?
Fallen Ihnen weitere religiöse Besonderheiten ein?

II.LE 1.LS 5 Material 2

Thema:

Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege



Welche allgemeinen Gesichtspunkte sollten beachtet werden?

- Sich ein Bild machen über das Familienkonzept (individualistisch, intergenerativ) und nicht eigene Vorstellungen von pflegerischer Unterstützung auf die Familie übertragen.
- Beachten, dass die Familien auf alltägliche Wissensbestände zurückgreifen, die aus den Herkunftsländern stammen.
- Hilfe wird als solche erlebt, wenn sie mit dem Einbeziehen der Familie und ihren Erfahrungen, mit alltagsrelevanten Informationen und hilfreich erlebten pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen verbunden ist.
- Hilfe muss an die Alltagsroutinen und die Zeitrhythmen der Familie angepasst werden.
- Berücksichtigen, dass professionelle pflegerische Unterstützung im traditionellen Familienkonzept ein Fremdkörper sein kann.
- Sorge ist geteilte Sorge – es ist deshalb wichtig die Unterstützung auszuhandeln.
- Es ist wichtig, sich die individuelle Situation, das subjektive Erleben der einzelnen Familienmitglieder im Prozess der Immigration sensibel bewusst zu machen.
- Die Beziehung zu Professionellen ist zunächst oft durch Distanz und Misstrauen auf Seiten der Familien gekennzeichnet. Pflegende sollten deshalb der Anfangsphase der Beziehung besondere Aufmerksamkeit schenken, indem sie eine von Respekt, Achtung, Wertschätzung und Interesse gekennzeichnete Haltung einnehmen, Sicherheit vermitteln, Kontinuität gewährleisten, um Vertrauen aufzubauen.

- Falls körperbezogene Pflegeleistungen zu erbringen sind, sollte man aufgrund des Schamgefühls und der Fremdheit im Familienkonzept gegenüber professioneller Pflege sensibel und sukzessive vorgehen, den Betroffenen Zeit lassen, sich langsam darauf einzustellen
- Eine sorgende, kümmernde Haltung verknüpft mit Fachkompetenz, die sich in individuellem Fallverstehen und alltagsrelevanten Hilfen darstellt, fördert die Beziehung.
- Eine lebensweltlich ausgerichtete Information, Deutung, Klärung und Anleitung wird als sehr hilfreich erlebt.
- Bei Verordnung häuslicher Pflege nach einem Klinikaufenthalt sollte der Pflegedienst möglichst schon im Krankenhaus den Kontakt aufbauen.
- Ein guter Kontakt zwischen Hausärzten und Hausärztinnen und den Pflegediensten ist anzustreben, da die Familien i.d.R. die Hausärzte und Hausärztinnen als Autoritäten akzeptieren und diese so bei der Gefahr einer nicht mehr ausreichenden Versorgung innerhalb der Familie intervenieren können.
- Zu Beginn des Pflegeinsatzes sollten die vorhandenen finanziellen Mittel transparent und in Absprache mit der Familie auf die notwendigen Pflegeleistungen verteilt werden, um zusätzliche finanzielle Belastungen zu vermeiden.



Literatur:

Baumgartner Bicer, J. (Hrsg.) (2001): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, D.: Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 269-286

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 135-177

Caldenhoven, M. (2003): Sterbe- und Trauerrituale als interkultureller Bestandteil der Kranken- und Altenpflegeausbildung. Bachelor-Arbeit, Offenbach,

Ilkilic, I. (2005): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Bochum

Khoshrouy-Sefat, H. (1994): Islam – Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Bedürfnisse des gläubigen Moslems im Krankenhaus. In: Krankenpflege 48, Nr. 12, S. 359 - 362

Meyer, E.; Strauß, A.; Ulrich, R. (1998): Moslemische Patienten im Krankenhaus, 2. Teil. In: Heilberufe 60, Nr. 2, S. 38-39

Schnepf, W. (2002a): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Schnepf, W. (2002b): Bedeutungen und Praktiken der Pflege in russlanddeutschen Familien. In: ders. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 178-195

Schnepf, W. / Duijnste, M. / Grypdonck, M (2003): Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni, A. / Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 73-100

Tan, D. (1998): Das fremde Sterben. Sterben, Tod und Trauer unter Migrationsbedingungen. Frankfurt am Main

Wingefeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P 03-124. Bielefeld

II.LE 1.LS 5 Arbeitsblatt 2

Zeit: 20 Minuten



Arbeitsauftrag:

1. Tragen Sie kulturspezifische Besonderheiten von Migranten und Migrantinnen zusammen, die für die Altenpflege bedeutsam sind.
2. Notieren Sie diese stichwortartig auf Metaplankarten.

Nutzen Sie hierzu Ihre bisherigen Kenntnisse sowie Ihre eigenen Erfahrungen.

II.LE 1.LS 5 Medien 1

Thema:

Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege



Literatur:

Baumgartner Bicer, J. (Hrsg.) (2001): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, D.: Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 269-286

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R. (2002): Alles tun, weil man Familie ist. In Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 135-177

Caldenhoven, M. (2003): Sterbe- und Trauerrituale als interkultureller Bestandteil der Kranken- und Altenpflegeausbildung. Bachelor-Arbeit, Offenbach,

Ilkilic, I. (2005): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Bochum

Khoshrouy-Sefat, H. (1994): Islam – Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Bedürfnisse des gläubigen Moslems im Krankenhaus. In: Krankenpflege 48, Nr. 12, S. 359 - 362

Meyer, E.; Strauß, A.; Ulrich, R. (1998): Moslemische Patienten im Krankenhaus, 2. Teil. In: Heilberufe 60, Nr. 2, S. 38-39

Schnepf, W. (2002a): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Schnepf, W. (2002b): Bedeutungen und Praktiken der Pflege in russlanddeutschen Familien. In: ders. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, S. 178-195

Schnepf, W. / Duijnste, M. / Grypdonck, M (2003): Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni, A. / Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, S. 73-100

Tan, D. (1998): Das fremde Sterben. Sterben, Tod und Trauer unter Migrationsbedingungen. Frankfurt am Main

Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P 03-124. Bielefeld



Verwendete Medien:

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) (2003): Jeder Mensch hat seine eigene Kultur und Biographie. Expertinneninterview mit Frau Türkan Yilmaz (8:03 min.). In: Wenn ich einmal alt bin ... Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Erlangen-Nürnberg

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) (2003): Kultursensible Pflege – ein Beispiel aus der Altenpflegepraxis – Gespräch mit Frau Türkan Yilmaz (Interview 4:12 min.) In: Wenn ich einmal alt bin Multi-Media DVD für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege von Migrantinnen und Migranten. Erlangen-Nürnberg

Kontakt:

Ulla Krämer M.A.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ)
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 0911/5302-648 / Fax: 0911/5302-637 E-mail: ulrike.kraemer@wiso.uni-erlangen.de

II.LE 1.LS 5 Material 3

Thema:

Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen ihre eigenen Vorstellungen vom Alter reflektieren und erkennen, dass es sehr unterschiedliche Altersvorstellungen und Altersbilder gibt.

Bildassoziation	Sozialform	Medien
Zeit		
		

Methodisches Vorgehen:

Die Dozenten/Dozentinnen sammeln im Vorfeld unterschiedlichste Abbildungen von Menschen in verschiedenen Lebensaltern. Es empfiehlt sich, Bilder, Fotos, Postkarten etc. auszuwählen von:

- Menschen mittlerer und älterer Jahrgänge
- Menschen aus unterschiedlichen Kulturen
- Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen
- Menschen älterer Jahrgänge, die für unterschiedliche Altersbilder stehen (aktive Senioren und Seniorinnen, Bilder, die Passivität und Gebrechlichkeit spiegeln etc.).

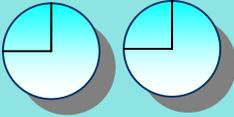
Die Abbildungen werden ausgelegt. Die Auszubildenden haben Gelegenheit, diese in Ruhe zu betrachten und sich eine auszuwählen. Anschließend stellen sie nacheinander ihre ausgewählten Abbildungen vor und begründen, weshalb sie diese zum Thema „Alter“ ausgewählt haben und welche Assoziationen sie mit dem Bild verbinden. In diesem gegenseitigen Austausch kann das Thema „Altersvorstellungen“ bzw. „Altersbilder“ vertieft werden. Sowohl kulturspezifische als auch innerhalb einer Kultur unterschiedliche Vorstellungen vom Alter können zum Thema gemacht werden. Darüber hinaus können die Auszubildenden vertiefend reflektieren, wie sich ihre eigene Einstellung zum Alter auf die Wahrnehmung und auf die Beziehungsgestaltung in der Altenpflege auswirken kann.

II.LE 1.LS 5 Material 4

Thema: Schlussfolgerungen für eine kultursensible Altenpflege

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen ihre Reaktion auf ihnen fremde Gewohnheiten erleben und reflektieren.

Rollenspiel	Sozialform	Medien
		
Zeit		
bei drei Simulationen		

Methodisches Vorgehen:

In dem Filmclip mit Frau Yilmaz ([II.LE 1. LS 5 Material 1](#)) wurde ein Erstkontakt hervorgehoben. Mit dieser Lernsequenz soll die Möglichkeit aufgegriffen werden, einen Erstkontakt zu simulieren.

Es werden vier bis sechs Gruppen gebildet (je nach Klassengröße).

Zwei bzw. drei Gruppen übernehmen die Rolle der Altenpflegerin/des Altenpflegers, zwei bzw. drei Gruppen die Rolle der pflegebedürftigen Person und ggf. der Angehörigen mit türkischem Hintergrund. So gibt es zwei bzw. drei verschiedene Situationen, die simuliert werden können. Bei Bedarf kann auch die gleiche Situation mit unterschiedlicher Rollenbesetzung 2-mal gespielt werden.

Die Gruppen bereiten sich unabhängig voneinander auf einen Erstkontakt vor und verteilen die Rollen. Die Aussagen von Frau Yilmaz in dem Filmclip sollen als Grundlage für diesen Erstkontakt dienen.

Wenn in dem Kurs türkische Auszubildende sind, so sollten diese die Rollen der türkischen pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen übernehmen.

Abschließende Auswertung:

1. Wie haben Sie sich als Kunden/Kundinnen in diesem Rollenspiel gefühlt?
2. Wie erging es der Pflegekraft im Rollenspiel? Wie erlebten sie es, z. B. am Frühstück einer türkischen Familie teil zu nehmen etc.?
3. Was ist den Zuschauern und Zuschauerrinnen aufgefallen? Wie beurteilen Sie die Gestaltung des Erstkontaktes?

Wichtige Punkte, die sich aus dem Gespräch herausgeschält haben, am Flipchart festhalten.

Modul II.LE 2 Erste Ansätze für einen kultursensiblen Pflegeprozess

II.LE 2.LS 6 Umgang mit Verlust — Sensibilisierung für das Assessment: Erfassung von Pflegephänomenen — Bildliches Biografisches Arbeiten (Schule)

- Leitfaden
- Material 1
- Material 2
- Teilnehmerunterlage 1
- Arbeitsblatt 1
- Arbeitsblatt 2
- Material 3
- Folie 1
- Folie 2
- Folie 3
- Folie 4
- Folie 5
- Folie 6
- Folie 7
- Folie 8
- Folie 9
- Folie 10
- Folie 11
- Folie 12
- Folie 13
- Folie 14
- Folie 15
- Folie 16
- Material 4
- Medien 1

II.LE 2.LS 6 Leitfaden

Thema:
Sensibilisierung für das
Assessment

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

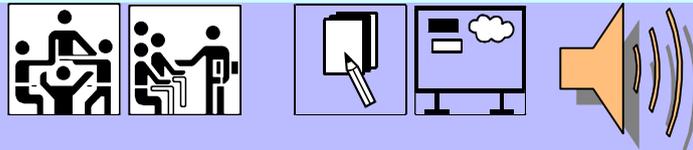
- 1.2 Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren
- 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen

**Fallarbeit,
Collage**

Zeit: 1 Tag

Sozialform

Medien



Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen an das Pflegeprozessdenken herangeführt werden und eine biografische Haltung entwickeln. Zunächst soll das aktive Zuhören und das individuelle Fallverstehen gefördert werden. Die Auszubildenden sollen erkennen, dass das Zulassen von Narrativen für ein individuelles Fallverstehen unabdingbar ist. Sie sollen den Umgang mit Verlust erfahren, die Bedeutung biografischer Erfahrungen für das subjektive Krankheitserleben erkennen und die Auswirkungen von Fähigkeitsverlusten auf die Biografie, den Alltag und den Stellenwert des sozialen Netzwerkes erfassen. Sie sollen erkennen, dass intensive Gespräche Grundlage für individuelles Fallverstehen und kultursensible Altenpflege sind und die AEDL's aus den narrativen Informationen herausgefiltert werden können.

Methodisches Vorgehen:



Hinweis zur Umsetzung nach den Rahmenlehrplänen der Länder:

Die Lernsequenz kann sowohl im ersten Ausbildungsjahr als auch in den folgenden Ausbildungsjahren eingesetzt werden. Wird sie aufbauend auf Modul I **im ersten Ausbildungsjahr** durchgeführt, empfiehlt es sich, das der Lernsequenz zugrunde liegende Pflegemodell Corbin/Strauss, das um Assessmentfragen der systemischen Individualpflege nach Zielke-Nadkarni modifiziert wurde ([II.LE.2.LS 6 Material 3](#)), als Denkmodell zu nutzen. Die theore-

tischen Grundlagen dieses Modells können dann zu einem späteren Zeitpunkt (*Verortung in der Stundentafel: 1.1 Theoretische Grundlagen in das Altenpflegerische Handeln einbeziehen und 1.3 Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen*) vermittelt werden. Die Leitfragen zu einer Fallbearbeitung für die Auszubildenden sind so aufgebaut, dass eine Bearbeitung ohne Kenntnis des Modells und ohne Vorwissen zur Pflege von Menschen mit chronischen Krankheiten möglich ist (*Verortung in der Stundentafel: 1.3 Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen*). Die Materialien sind dann als Hintergrundinformation für die Lehrkräfte gedacht.

Wird die Lernsequenz in einem **späteren Ausbildungsjahr** durchgeführt, können zunächst die theoretischen Grundlagen des Modells im Unterricht vorgestellt (II.LE 2.LS 6 Material 3, II.LE 2.LS 6 Material 3a und II.LE 2.LS 6 Folie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 & 13) und aufbauend darauf das individuelle biografisch orientierte Fallverstehen anhand eines Falles geübt werden. Anschließend können die nächsten Schritte des Pflegeprozesses (Zielsetzung, Planung, Evaluation) in der Schule anhand des Fallbeispiels und in der Praxis durchgeführt werden. Es müssen dann entsprechend mehr Stunden eingeplant werden. Die Assessmentfragen sind als Teilnehmerunterlagen verfügbar (II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 2 und 3). Die weiteren Prozessschritte werden in II.LE 2.LS 6 Material 3a und II.LE 2.LS 6 Folie 14, 15 & 16 skizziert und müssten im Falle der Umsetzung des gesamten Pflegeprozesses in der Praxis entsprechend fallbezogen erarbeitet werden.

Die hier vorgestellte Lernsequenz umfasst eine spielerische Übung als Einstieg, eine durch Leitfragen gestützte Fallbearbeitung, das anschließende Visualisieren der biografischen Informationen in einem Lebenspanorama und die Vorbereitung einer Praxiserprobung. Es empfiehlt sich, die Lernsequenz geschlossen durchzuführen.

Schritt 1:

Briefumschlagspiel

Die Auszubildenden sollen in der Übung (II.LE 2.LS 6 Material 1) die Bedeutung von Verlustserfahrungen am „eigenen Leib“ reflektieren und anschließend auf die Situation von älteren pflegebedürftigen Menschen übertragen, die Lebenswünsche, Träume aufgeben mussten, z.B. durch einen Schicksalsschlag, eine Krankheit, Alterungsprozesse oder durch Migration.

Zeit:



Schritt 2:

Sensibilisieren für das Assessment

Die Sensibilisierung für ein kultursensibles Assessment soll auf der Grundlage einer Fallbearbeitung erfolgen (II.LE 2.LS 6 Material 2). Hierzu wurde ein Interview mit einer pflegebedürftigen türkischen Migrantin durchgeführt und anschließend in einem **Hörspiel** und einer **Textvorlage** (**Hörspiel 1** und II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 1) zusammengefasst.

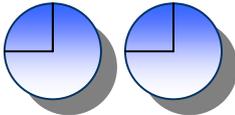
Auf der Folie des Strauss & Corbin-Pflegemodells, das um Fragen der systemischen Individualpflege von Zielke-Nadkarni (II.LE 2.LS 6 Material 3 und II.LE 2.LS 6 Folie 1, 2, 3, 4, 5, 6,

7, 8, 9, 10, 11, 12 & 13) erweitert wurde, sollen die Auszubildenden arbeitsteilig in einem ersten Schritt pflegerelevante biografische Informationen aus dem Interview herausarbeiten (II.LE 2.LS 6 Arbeitsblatt 1). Die Fragen sind so aufgebaut, dass die Auszubildenden gezielt herausfiltern können, wie sich biografische Erfahrungen auf das Krankheitserleben auswirken und wie sich Fähigkeitsverluste wiederum auf die Biografie, das Selbstwertgefühl und den Alltag/die Lebenswelt der Betroffenen auswirken. Darüber hinaus soll den Auszubildenden der Stellenwert des sozialen Netzwerkes verdeutlicht werden.

Zeit: 

Schritt 3:

Nachdem die Auszubildenden die Bedeutung des individuellen Fallverstehens für eine kultursensible Altenpflege herausgearbeitet haben, geht es im nächsten Schritt um eine vertiefende Erarbeitung eines kultursensiblen Assessments. Das systematische Erfassen und Benennen von Ressourcen und Pflegephänomenen soll anhand des Falles arbeitsteilig erprobt werden (II.LE 2.LS 6 Arbeitsblatt 2). Grundlage ist eine Orientierung an den AEDL's, die den Auszubildenden aus der Praxis vertraut sind.

Zeit: 



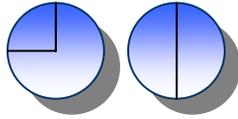
Zur Zeit ist weder in der ambulanten noch in der stationären Pflege damit zu rechnen, dass jede Einrichtung über Migranten bzw. Migrantinnen verfügt. Der hier vorgestellte theoriegeleitete Pflegeprozess kann selbstverständlich auch mit deutschen Bewohnern/Bewohnerinnen bzw. Patienten und Patientinnen gestaltet werden.

Wenn die Auszubildenden einen Pflegeprozess nach dem obigen Modell in der Praxis durchführen sollen, so müssen die Praxisanleiter und –anleiterinnen entsprechend informiert und motiviert werden, den Prozess zu begleiten. Aus ethischen Erwägungen scheint es uns fragwürdig, „nur“ ein kultursensibles Assessment durchzuführen. Es müsste dann gewährleistet sein, dass die Auszubildenden auch eine kultursensible Pflege realisieren können.

Schritt 4:

Bildliches Biografisches Arbeiten (Schule)

Die Auszubildenden sollen in Gruppenarbeit ein Lebenspanorama erstellen (II.LE 2 LS 6. Material 4). Grundlage hierfür sind die biografischen Informationen aus dem Fallbeispiel von Frau Kara. Die Gruppen erstellen jeweils eine Collage und stellen sich diese anschließend gegenseitig vor.

Zeit:

Schritt 5:

Vorbereitung der Schüler und Schülerinnen für die Erstellung eines Lebenspanoramas in der Praxis (**siehe nächste Lernsequenz II.LE 2. LS 7 Arbeitsblatt 1**). Hinweis, dass die schriftliche Dokumentation dieses Arbeitsauftrages nach bestimmten Kriterien beurteilt wird (**II.LE 2.LS 7 Lernerfolgsüberprüfung 1**). Diese Kriterien sollen den Auszubildenden bekannt gemacht werden.



Das Interview (**Hörspiel 1 und II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 1**) basiert auf den modifizierten Assessmentfragen nach Zielke-Nadkarni (2003) und wurde durchgeführt von: Ömer Aydin und Suna Bozkurt, Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V., Giessen).

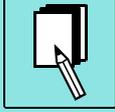
II.LE 2.LS 6 Material 1

Thema :

Umgang mit Verlust
„Mein Leben – ein Briefumschlag?“

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen die Bedeutung von Verlust erfahren und reflektieren.

Briefumschlagspiel	Sozialform	Medien
Zeit		
		

Methodisches Vorgehen:

Diese Übung ist als Einstieg in die Lerneinheit 2 von Modul II gedacht, in der es um die Entwicklung einer kultursensiblen Pflegeprozessgestaltung/Perspektive im Umgang mit alten, pflegebedürftigen Menschen geht. Es eignet sich jedoch auch zum Einstieg in die Themen Leben mit chronischer Krankheit, Leben mit Behinderung sowie Leben in der Fremde.

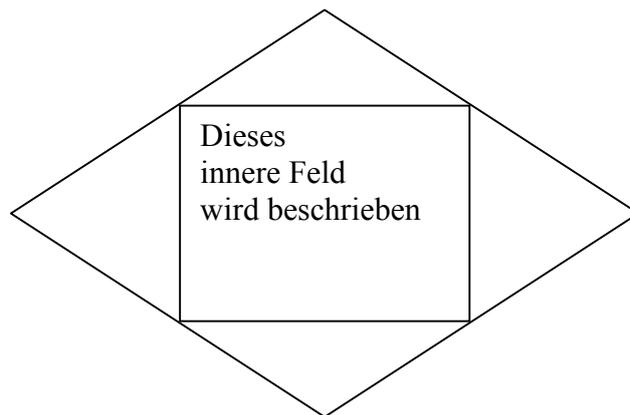
- Alle Schritte der Übung sind gleichzeitig von den Auszubildenden zu bearbeiten, d.h. der-/diejenige, der/die am längsten für einen Schritt benötigt, ist der Taktgeber/die Taktgeberin.
- Bis zur Auswertung sollte größtmögliche Stille herrschen.

Schritt 1:

Bitten Sie die Auszubildenden – **ohne dass das Thema der Übung bekannt gegeben wird** – sich auf ein Experiment einzulassen. Dafür sollen sie alle Dinge von ihrem Arbeitsplatz entfernen, bis auf einen Stift.

Schritt 2:

Jede/r Auszubildende/r erhält einen Briefumschlag (DIN A 6), einfache Ausführung mit geringer Klebewirkung. Die Verklebungen werden mit der Hand oder einer Schere gelöst, dabei soll der Umschlag möglichst nicht beschädigt werden. Der Briefumschlag wird ganz entfaltet und auf den Tisch gelegt.



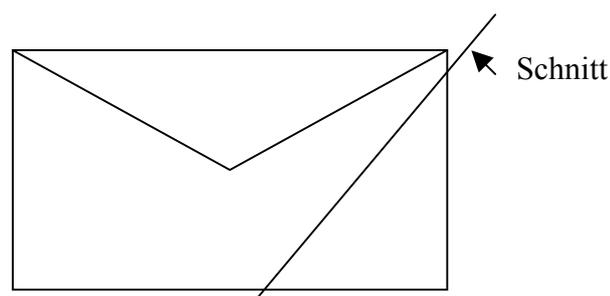
Schritt 3:

Die Auszubildenden werden gebeten, in das innere Feld (rechteckiges Feld) ihre Wünsche, Träume, Hoffnungen für ihr Leben zu schreiben: all das, was ganz wichtig für ihr Leben ist, was unbedingt dazu gehört. Dabei sollte das innere Feld möglichst ganz ausgefüllt werden.

Für diesen Schritt sollten Sie genügend Zeit einplanen. Die Erfahrung zeigt, dass die benötigte Zeit sehr differieren kann. Ggf. kann Meditationsmusik eine sinnliche Atmosphäre fördern. Wichtig ist es, dass die Auszubildenden darauf hingewiesen werden, dass das Geschriebene nicht eingesammelt wird und nur für sie selbst zur eigenen Vergewisserung dient. Die Auszubildenden sollten während dieser Zeit auch nicht miteinander sprechen.

Schritt 4:

Der Briefumschlag wird in seinen Ursprungszustand zurück gefaltet. Anschließend wird ca. ein Viertel des Briefumschlages durch den Dozenten, die Dozentin abgeschnitten, ausgehend von einer Ecke in Richtung auf die gegenüber liegende Ecke.



Schritt 5:

Das abgeschnittene Stück wird zur Seite gelegt. Der Briefumschlag wird wieder entfaltet. Die Auszubildenden sollen feststellen, welche Teile ihres Lebens, ihrer Wünsche ihnen abgeschnitten worden sind. Wenn sie wollen, können sie sich Notizen über ihre Gefühle machen, die wiederum nur für sie bestimmt sind.

Schritt 6:

Im nächsten Schritt sollen die Auszubildenden den Restbriefumschlag (ohne den abgeschnittenen Teil) wieder so falten, dass wieder ein brauchbarer, wenn auch kleinerer Briefumschlag entsteht, d.h. es sollten eine Briefftasche und eine Lasche erkennbar sein.

Falls ein/e Auszubildende/r hierbei Schwierigkeiten hat, kann er/sie sich von anderen Auszubildenden dabei helfen lassen.

Auswertung

Nun sollen die Gedanken und Empfindungen ausgetauscht werden, die die Auszubildenden während der Übung gehabt haben.

Nach diesen ersten Assoziationen erfolgt ein Tafelanschrieb:

Mein Leben – ein Briefumschlag?

An dieser Stelle sollen assoziative Äußerungen zugelassen werden, anschließend werden die zentralen Schritte der Übung mit Phasen und Ereignissen des Lebens verglichen:

Briefumschlag entfalten und beschreiben →	Lebensplanung
Schnitt →	Schicksalsschlag (Krankheit, Tod des Partners, Migration, Flucht, Alterungsprozess, Umzug in ein Altenheim)
Neufalten des Briefumschlages →	Das Leben neu gestalten durch neue Orientierungen

Mögliche Ansätze für ein vertiefendes Gespräch

- Welche Lebenswünsche sind abgeschnitten worden? Reicht das Verbliebene?
- Gab es Ideen zur Neuorientierung im Leben?
- Macht es einen Unterschied, ob man viele Wünsche, Interessen hat oder nur wenige, von denen dann etwas abgeschnitten wird?
- Wie waren die Erfahrungen beim Zusammenfalten eines neuen, kleineren Umschlages? (Erfahrung mehrerer Versuche, die ggf. scheitern, Erfahrung sich helfen zu lassen, Erfahrung wieder „ganz“ zu sein, wenn auch anders).
- Was wird Menschen ggf. von ihrem Leben abgeschnitten, wenn sie in ein Heim einziehen?
- Was könnte Migranten und Migrantinnen sowie Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen „abgeschnitten“ werden, wenn Sie nach Deutschland kommen?
- Was könnte alten Menschen, alten Migranten und Migrantinnen oder alten Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen „abgeschnitten“ werden, wenn Sie in ein Altenpflegeheim umziehen?
- Wie können Altenpflegekräfte den alten, pflegebedürftigen Menschen unterstützen, wieder „ganz“ zu werden?

Material:

1 Briefumschlag je Auszubildendem/r

Stifte

Schere

Tafel oder Flip-Chart



Die Teilnahme an diesem Spiel soll freiwillig sein. Bei Auszubildenden aus anderen Ländern könnte es sein, dass das Abschneiden mit der Schere u. U. Angst vor einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung auslöst.



Quelle:

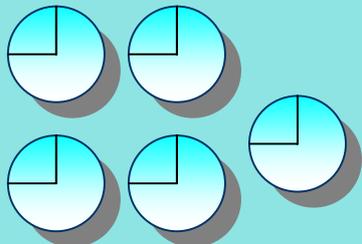
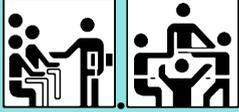
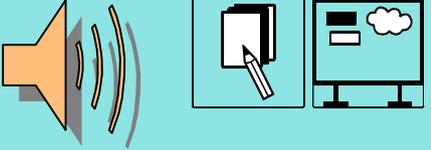
Hermann, J. (o.J.): Mein Leben- ein Briefumschlag? Eine Unterrichtsskizze zum Thema Leben mit Behinderungen. Sahnestück 2.1. In: VRK Niedersachsen (Hrsg.) Sahnestücke. Das Beste aus 10 Jahren Religionsunterricht in Niedersachsen

II.LE 2.LS 6 Material 2

Thema: Sensibilisierung für das Assessment

Zielsetzung:

Dieser Schritt innerhalb der Lernsequenz 6 soll die Auszubildenden an das Pflegeprozessdenken heranführen. Zunächst soll das aktive Zuhören und das individuelle Fallverstehen gefördert werden. Die Auszubildenden sollen erkennen, dass das Zulassen von Narrativen für ein individuelles Fallverstehen unabdingbar ist. Sie sollen die Bedeutung biografischer Erfahrungen für das subjektive Krankheitserleben erkennen und die Auswirkungen von Fähigkeitsverlusten auf die Biografie, den Alltag und den Stellenwert des sozialen Netzwerkes erfassen. Anschließend soll der gleiche Fall ergänzend nach dem standardisierten Assessment (AEDL) untersucht werden. In einer abschließenden Reflexion sollen die Auszubildenden erkennen, dass intensive Gespräche Grundlage für individuelles Fallverstehen und kultursensible Altenpflege sind und die AEDL's aus den narrativen Informationen herausgefiltert werden können.

Fallarbeit	Sozialform	Medien
Zeit		
		

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Da die Schüler und Schülerinnen im ersten Ausbildungsjahr noch keinen detaillierten kultursensiblen Pflegeprozess selbstständig gestalten können, sollen sie zunächst üben, mit dem modifizierten Pflegemodell von Strauss & Corbin/Zielke-Nadkarni zu denken. Für die Dozenten und Dozentinnen wurden Hintergrundinformationen zum Modell erarbeitet (II.LE 2.LS 6 Material 3). Für die Lernsequenz wurde ein Interview mit einer pflegebedürftigen türkischen Migrantin zu einem **Hörspiel** aufgearbeitet (Zeitungsumfang: 45 Min.). Die Fragen im Arbeitsblatt (II.LE 2.LS 6 Arbeitsblatt 1) führen die Auszubildenden an die Grundbegriffe des Modells heran. Sie sollen Pflegephänomene herausarbeiten, die die Arbeitslinien Alltagsarbeit, Biografiearbeit und Krankheitsarbeit gleichermaßen berücksichtigen.

Die Auszubildenden sollten nachvollziehen können,

- dass Krankheit ein Prozess ist (Krankheitsverlaufskurve).
- dass es unterschiedliche Phasen im Krankheitsverlauf gibt. In jeder Phase sind andere Anpassungsleistungen erforderlich.
- dass sich Fähigkeitsverluste auf den Alltag auswirken (Veränderung von Rollen, Neuorientierung bei der Berufs- und Familienarbeit im Freizeitbereich, Veränderung der sozialen Netzwerke).
- dass sich Fähigkeitsverluste auf die Biografie der Betroffenen auswirken. (Zeit: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft werden ggf. neu interpretiert; es müssen neue Gegenwarts- und Zukunftspläne entwickelt werden. Körper: das Körperselbstbild muss angepasst werden. Selbst: es muss Identitätsarbeit geleistet werden.)
- dass die Angehörigen oftmals genauso von den Auswirkungen der Krankheit betroffen sind und ihren Alltag, ihre Biografie neu entwerfen müssen.
- dass Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen durch die familiäre Sozialisation und durch Prägungen der Herkunftsländer beeinflusst sind.
- dass die Betroffenen und ihre Angehörigen im Krankheitsverlauf Strategien entwickeln, Wohlbefinden trotz Krankheit zu erreichen.
- dass das soziale Netzwerk eine zentrale Rolle zum Erhalten von Wohlbefinden spielt.
- dass die Familien Kompetenzen im Umgang mit Fähigkeitsverlusten einsetzen und weiter entwickeln.
- dass migrationspezifische Probleme existieren.

Die Dozenten und Dozentinnen sollten in den Diskussionen mit den Auszubildenden auf eine Auseinandersetzung mit diesen Aspekten hinwirken, indem sie die Auszubildenden durch Fragen und Erläuterungen anregen, die komplexe Arbeit an der Krankheitsverlaufskurve zu verstehen. Es soll ihnen bewusst werden, dass professionelles Handeln in der Pflege mehr ist als körperbezogene, auf technische Fertigkeiten reduzierte Arbeit. Sie sollen erkennen, dass die Basis kultursensibler Altenpflege individuelles Fallverstehen ist und hierzu die Auseinandersetzung mit der Lebenswelt und der Lebensgeschichte (Biografiearbeit) zentral ist. Daher ist es zunächst unabdingbar, eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, Respekt, Wertschätzung und Empathie zu zeigen und aktiv zuzuhören. Die Erfahrungen, die hilfreich erlebten Alltagsstrategien und Ressourcen der Betroffenen, sind Ausgangspunkt kultursensibler Altenpflege, um Wohlbefinden bei relativer Gesundheit zu fördern.

Die Auszubildenden haben in der einleitenden Übung: Umgang mit Verlust „Mein Leben – ein Briefumschlag“ reflektiert, dass Verluste dazu zwingen, das Leben neu zu ordnen, neue Pläne für den Alltag zu erarbeiten und die Biografie neu zu entwerfen. Sie sollen nun anhand einer Fallbearbeitung mit Leitfragen ihr Fallverständnis vertiefen.

Schritt 1:

1. Bilden Sie fünf Gruppen.
2. Alle Auszubildenden erhalten die Textversion des Hörspiels (II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlagen 1) und Fragen zum Hörspiel (II.LE 2.LS 6 Arbeitsblatt 1).
3. In den Gruppen sollen arbeitsteilig die Fragen des **Arbeitsblattes 1** wie folgt bearbeitet werden:

Gruppe 1	Frage 1
Gruppe 2	Fragen 2,3
Gruppe 3	Fragen 4,5
Gruppe 4	Frage 6
Gruppe 5	Frage 7
4. Die Auszubildenden werden gebeten, das Hörspiel mit gleichschwebender Aufmerksamkeit anzuhören und sich Aussagen zu den entsprechenden Fragen der Gruppe zu notieren.
5. Anhören des **Hörspiels 1**
6. Die Gruppen sollen sich zusammensetzen, ihre Fragen beantworten und diskutieren, zusammenfassen und schriftlich festhalten (Meta-Plan).
7. Die Gruppen stellen im Plenum ihre Ergebnisse dar.

Schritt 2:

1. Bilden Sie sechs Gruppen oder verteilen Sie die 12 Fragen auf die bestehenden fünf Gruppen.
2. Verteilen Sie das **Arbeitsblatt 2** (II.LE.2 LS 6 Arbeitsblatt 2). Jede Gruppe soll auf der Basis des Arbeitsblattes systematisch Pflegephänomene herausarbeiten.

In den Gruppen sollen arbeitsteilig die entsprechenden Fragen diskutiert bzw. beantwortet werden:

Gruppe 1	Fragen 1,2
Gruppe 2	Fragen 3,4
Gruppe 3	Fragen 5,6
Gruppe 4	Fragen 7,8
Gruppe 5	Fragen 9,10
Gruppe 6	Fragen 11,12

3. Anschließend stellen die Gruppen ihre Arbeitsergebnisse vor. Hierzu sollte die Lehrkraft ein bis zwei Metaplanwände vorbereiten mit den Überschriften:

Gesundheitszustand	Essgewohnheiten	Körperpflege	Ruhe/Schlafen	Mobilität	Religion	Angehörige	Hilfen
--------------------	-----------------	--------------	---------------	-----------	----------	------------	--------

Die Auszubildenden können ihre Karten dann entsprechend zuordnen.

Schritt 3:

Abschließende Reflexion



Literatur:

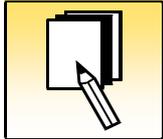
Corbin, J. M.; Strauss, A. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Zielke-Nadkarni, A. (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 1

Thema:

Erfassung von Pflegephänomenen von Frau Ayse Kara



Interview mit Frau Ayse Kara

Frau Ayse ist 51 Jahre alt. Sie ist verheiratet, ihr Mann arbeitet im Schichtdienst. Mit Hilfe ihres Bruders kam Frau Ayse im Alter von 20 Jahren 1973 mit ihrem Mann von Edirne in der Türkei nach Deutschland. Zwei ihrer Geschwister, weitere Verwandte und Freunde lebten schon hier. Zwei Kinder (Söhne), die in der Türkei geboren wurden, starben in der Türkei. Ein Sohn starb im Alter von drei Monaten an einer Bronchitis, ein weiterer Sohn, den sie in der Türkei zunächst zurück ließ, ertrank im Alter von sieben Jahren. In Deutschland gebar sie drei weitere Kinder, zwei Söhne und eine Tochter, die mittlerweile erwachsen sind.

Sie war bis zu ihrer Krankheit immer berufstätig. Dies war ihr sehr wichtig, da sie dadurch finanzielle Unabhängigkeit erreichte und soziale Kontakte knüpfen konnte, die ihr sehr wichtig sind. Der älteste Sohn ist verheiratet, hat drei Kinder und lebt mit seiner Familie in einem Haus in der gleichen Siedlung, ca. 100 m von seinen Eltern entfernt.

Der jüngste Sohn ist 19 Jahre alt und arbeitslos. Die Tochter ist verheiratet, arbeitet in einem Gesundheitsberuf und lebt in der gleichen Stadt, ca. 8 km von der Mutter entfernt. Die Wohnung liegt im zweiten Stock. Das Bad ist weitgehend behindertengerecht ausgestattet.

Frau Ayse leidet nach eigener Aussage an Diabetes mellitus und hatte vier Schlaganfälle, den ersten vor ca. 10 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt wurde auch Diabetes festgestellt. Sie hat Gleichgewichtsstörungen, kann sehr schlecht sehen, teilweise auch schlecht hören, sie hat Knieprobleme und äußert, dass sie vergesslich sei.

Bei der Körperpflege (duschen, waschen) wird sie von der Schwiegertochter unterstützt. Diese erledigt auch die Arbeiten im Haushalt, bereitet das Essen zu und kauft ein. Die Schwiegertochter wohnt in der gleichen Siedlung, ca. 100 m entfernt. Sie hat drei Kinder im Alter von 11, 7 und 5 Jahren. Die Tochter spricht gut deutsch und erledigt alle Behördenangelegenheiten. Nachts betreut

sie der Ehemann. Wenn dieser in der Nachtschicht arbeitet, schläft die 11-jährige Enkelin bei ihr. Eine Einstufung in die Pflegeversicherung wurde abgelehnt. Derzeit läuft ein Widerspruch. Ein ambulanter Pflegedienst kommt seit drei Jahren und übernimmt das Messen der Vitalwerte, Injektionen und die weitere medikamentöse Versorgung.



Familie Kara

Frau Ayse, wann sind sie nach Deutschland gekommen?

Im Jahre 1973 sind wir gekommen. Mein älterer Bruder war bereits in Deutschland. Er kam in die Türkei zum Urlaub. Er sagte meinem Mann: „Ihr seid vier Geschwister. Es gibt dort Möglichkeiten. Erlaube meiner Schwester, dass sie nach Deutschland kommen darf.“ Mein Bruder hatte einen Bekannten beim Konsulat, er war aus unserem Dorf. Mein Bruder ging und redete mit ihm und inzwischen hatte mein Mann es auch erlaubt. Elf Tage später kamen die Einreisepapiere nach Deutschland. Als wir nach Deutschland gekommen waren, hat mein Bruder eine Einladung in die Türkei geschickt. Das Kind sollte auch nach Deutschland kommen. Mein älterer Bruder und meine Schwester waren bereits in Deutschland.

Und was geschah dann?

Zuerst war ich im Hotel. Angekommen in einem Bahnhof. Dort gab es Leute wie Sie (Sozialarbeiter). Wir wurden aussortiert. Wir (vier Frauen), kamen zum gleichen Ort. Wieder wurden wir in den Zug gebeten. Uns hat eine Frau (angebl. Frau vom Chef), am Bahnhof empfangen und hat uns irgendwohin gebracht. Sie hat gesagt: „Ihr bleibt jetzt hier“. Ich habe gesagt: „Ich bleibe nicht hier.“ Habe angefangen zu weinen.

Wie ging es dann weiter?

Nach drei Monaten kam Ahmet (Ehemann) zu mir. Wir wollten nach Kassel. Chefs haben zu uns gesagt: „Wir sind sehr mit euch zufrieden. Bleiben sie hier. Die obere Etage können Sie haben. Auch eure Kinder könnt ihr holen. Sucht nicht nach anderer Arbeit. Arbeitet beide bei uns.“ Ich aber hatte es mir in den Kopf gesetzt, zu meinem Bruder zu ziehen. Ich habe gesagt: „Ich unterschreibe keinen Vertrag. Ich fahre nach Kassel.“

Bin in Kassel angekommen. Mein Bruder, Schwester, Bekannte, Verwandte waren hier. Ich war sehr fleißig. Wegen Arbeit hatte ich nie Schwierigkeiten. Ich wohnte bei meiner älteren Schwester. Ihre Wohnung war sehr groß. Ein Schlafzimmer für uns und ein Schlafzimmer für sie. Wir haben gemeinsam gegessen. Wir haben zusammen eingekauft, und unsere Kasse wurde auch gemeinsam geführt. Am Monatsanfang haben wir die Kosten/Ausgaben geteilt. Sie hatten auch keine Kinder. Ich habe dort gewohnt, weil sie die Räumlichkeiten hatte. Meine ältere Schwester und mein Bruder wohnten im gleichen Gebäude. Mein Bruder hatte Kinder. Sie haben mich sofort angemeldet (Arbeit). Ich habe keine Schwierigkeiten erlebt.

Fühlten Sie sich nicht einsam?

Alle unsere Bekannten aus dem Dorf in der Türkei waren hier. Alle haben mir geholfen. Auch hatte ich keine Schwierigkeiten, Freunde zu finden. Bin zufrieden.

Und wie war das mit der Arbeit?

Bei der Jobsuche hatte ich nie Schwierigkeiten. Mein Mann hat fünfzehn Jahre bei einer Gärtnerei gearbeitet. Keiner hat uns Ratschläge gegeben. Fünfzehn Jahre hat er in der Gärtnerei gearbeitet, auch samstags und sonntags, ohne Arbeitserlaubnis. Das heißt, er hat keine Ansprüche auf die Rente. Später hat ein Freund uns gesagt: „Warum arbeitest du so? Du musst dich beim Arbeitsamt melden.“ Wir wussten nicht, dass wir uns beim Arbeitsamt melden mussten. Er hatte Angst, dass sie ihn in die Türkei abschieben.

Dann arbeitete ich bei zwei Ärzten. Daneben hatte ich noch alte Omas, bei denen ich arbeitete. Also, ich belastete meinen Mann finanziell gar nicht. Ich hatte eigenes Geld und konnte dies so ausgeben, wie ich es wollte. Ich konnte sogar damit auch meine Kinder unterstützen. Wegen meiner Krankheit habe ich kein Einkommen, darüber bin ich natürlich auch sehr traurig. Jetzt ist nur Ahmet für den Haushalt zuständig. Für mich gibt es jetzt keine Selbständigkeit mehr. Früher arbeitete ich und hatte eigenes Geld; ich konnte in die Ladengeschäfte hingehen, also konnte tun, was ich wollte.

Nun bin ich auf ihn angewiesen. Auch deshalb bin ich ein bisschen so geworden. Ich war an das Arbeiten gewöhnt. Ich arbeitete; ich hatte alte Omas; ich ging z.B. Donnerstag zu einen, freitags zu einer anderen. Bei der Post habe ich auch gearbeitet, also war ich, was die Arbeit anbetrifft, aktiv. Jetzt sind mir die Hände gebunden.

Als das mit der Krankheit anfang (erster Schlaganfall) habe ich mit meinem Sohn, mit Mehmet, der Schwiegertochter vier Jahre zusammen gewohnt; in einem alten Haus. Als es mit dem zweiten Kind soweit war, wurde ein weiteres Zimmer nötig. Drei Kinder in

einem Zimmer, das ging nicht mehr. Dann haben wir die jetzige Wohnung gemietet.

Wer kümmert sich denn jetzt um Sie?

Zur Zeit gibt es meinen Mann, meinen Sohn und die Enkelin, die ältere Tochter von Mehmet. Wenn ihr Großvater Nachtschicht hat, schläft sie bei mir. Sie lässt mich nicht allein. Mit ihr bleibe ich. Sevil (Schwiegertochter) ist auch jede Minute und jede Sekunde hier. Also, deshalb habe ich keine Probleme. Meine Nachbarn kommen manchmal auch, wenn sie Langeweile haben.

Und wie ist das mit der Familie?

Also mit der Familie habe ich keine Probleme; mit meiner Wohnung bin ich auch zufrieden. Tausend Dank an Allah, dass ich nichts Schlechtes von meinen Kindern erlebt habe. Mein ältester Sohn hat mit 17 Jahren geheiratet. Er raucht nicht. Aber jetzt hat er angefangen, Bier zu trinken. Er hat einen schlimmen Autounfall gehabt. Ein Auto hat ihn überfahren und er hatte eine sehr schlimme Kopfverletzung. Es gab keine Überlebenschancen. Ich habe mich unter sein Krankenbett gesetzt, da ich dachte, wenn er mich sieht, fängt er an zu weinen und die Infusionen wirken nicht. Eine Woche saß ich hungrig und durstig unter dem Krankenbett. Meine Diabeteserkrankung folgt aus dieser Zeit. Er konnte eine Zeit lang nicht laufen. Allah sei Dank, konnte er wieder laufen.

Da waren sie bestimmt froh!

Meine Mutter weiß nicht, dass ich in so einem Zustand bin. Ich habe zu ihr gesagt: „Mama, ich komme und pflege dich.“ Ich habe es ihr versprochen. Wir wollten am Freitag in die Türkei reisen. Wir hatten die Koffer schon gepackt. Am Mittwoch bin ich so geworden. Danach war ich auf der Intensivstation. Nach der Entlassung aus der Intensivstation habe ich gesagt: „Ich will zu meiner Mutter in die Türkei. Mama wartet auf mich.“ Sie sollten die Telefonnummer wählen. Ich wollte mit meiner Mutter sprechen. Ich habe mit meiner Mutter telefoniert. Sie hat mich gefragt: „Bist Du krank? Diese Stimme gehört nicht zu dir.“ Ich habe ihr gesagt, dass ich keine Schmerzen habe. Ich hätte drei Tage nicht geschlafen. Deshalb sei ich müde. Meine Mutter weiß nichts von meinem Zustand. Sie glaubt, dass ich Knieschmerzen habe. Sie hat zu mir gesagt: „Meine einzige Hoffnung warst du. Du wolltest mich pflegen, aber du bist eine Lügnerin geworden. Daher bin ich sehr traurig.“



Tagesablauf

Frau Ayse, wie sieht Ihr Tagesablauf aus?

Bei Gott, ich stehe jeden Morgen um 7.30 Uhr auf. Die Pflegerin vom Pflegedienst kommt um 8.00 Uhr, ich wasche mein Gesicht und meine Hände. Meine Schwiegertochter Sevil kommt, nachdem sie die Kinder zum Kindergarten gebracht hat. Vor dem Pflegedienst kann sie nicht kommen, denn in der Zeit bringt sie die Kinder. Sie und der Pflegedienst begegnen sich aber.

Sevil bereitet mein Frühstück zu: Tomaten, Gurken und Sonstiges und legt das hier hin. Sie sagt mir dann: „Setz dich hier hin und wenn die Pflegerinnen vom ambulanten Dienst kommen, erinnern sie dich daran, zu frühstücken.“ So was kommt mir nicht in den Sinn; nicht einmal, dass ich eine Spritze bekomme, kann ich mich daran erinnern. Dass ich in die Küche gehe und mir was zum Essen hole, an so was denke ich also nicht. Ich weiß es nicht, wie das gelöst werden wird! Zwischendurch esse ich etwas; im Kühlschrank habe ich Jogurt und Äpfel. Auch diese stellen sie mir auf den Tisch und von dort kann ich sie mir nehmen. Wenn Sevil die Kinder vom Kindergarten abgeholt hat und zurück ist esse ich um etwa 13.00 Uhr zu Mittag und nehme auch meine Medikamente ein. Wenn Neriman, meine Enkelin, von der Schule kommt, lässt sie mich nicht mehr allein.

Ja, und dann?

Danach lege mich auf die Couch und man macht für mich das Fernsehen an. Arzttermine habe ich um 13.00 oder 14.00 Uhr, im Moment jeden Tag. Wenn Neriman kommt, gehe ich mit ihr zum Arzt. Manchmal holt mein Mann meine Enkelin Neriman ab, wenn sie nicht kommen kann und ich gehe dann mit Sevil zusammen. Zu Aylin (Sozialarbeiterin) gehen wir fast jeden Tag, um meine Papierangelegenheiten erledigen oder ausfüllen zu lassen. Was mich derzeit traurig macht, ist, dass ich vom Arbeitsamt bis jetzt keine Arbeit bekommen habe, obwohl ich seit Monaten vom Krankenhaus entlassen bin. Damit ich einfach von zu Hause wegkomme und keine Langeweile oder Beklemmung mehr habe.

Um 17.00 Uhr steht mein Abendessen schon bereit, denn nach der Spritze dürfen nicht mal 5 Minuten vergehen, so dass mein Abendessen schon auf dem Tisch bereit stehen muss. Die Pflegerin geht nicht, bevor sie das Abendessen gesehen hat. Abends gehen wir manchmal mit den Kindern zusammen zum Park und sitzen dort oder man bringt mich zu einer Nachbarin. Ich bleibe also gar nicht

allein. Zu Besuchen gehen wir; zur Mevrit-Feier, zu Hochzeiten gehen wir. Ich bleibe zwar nicht lange, aber zu Hause bleibe ich auch nicht. Dorthin gehen wir. Ja, und Musik und Fernsehen, die gibt es immer. Das Fernsehen läuft dauernd.



Gesundheitssituation

Wie ist ihr jetziger Gesundheitszustand?

Derzeit geht es mir sehr schlecht. Mein Problem ist die Zuckerkrankheit. Wegen meiner Zuckerkrankheit bin ich so geworden. Die hat vor 10 Jahren begonnen. Ich glaube, dass es mit dem Tode der Kinder zusammenhängt, denn Gott sei Dank, weder mit meinem Mann noch mit meinen Kindern habe ich irgendwelche Probleme. Dies weiß auch jeder; auch meine Nachbarn wissen, wie meine Familie ist.

Hmhm

Es geht mir schlecht. Drinnen kann ich nicht bleiben. Mir ist unbehaglich/bedrückend. Nachts kann ich gar nicht schlafen. Ich bekomme keine Luft, so dass ich raus gehen möchte; also nicht um spazieren zu gehen, sondern ich möchte einfach nach draußen. Deshalb geht es mir sehr schlecht.

Wie ist es denn zu der Krankheit gekommen?

Wenn ich offen sprechen darf, ich bin wegen Kummer so geworden. Bevor es ein Jahr wurde, ist mein siebenjähriger Sohn gestorben. Er ist ertrunken. Noch ein weiterer Sohn von mir ist gestorben. Dies hat mich seelisch niedergedrückt, ich war verzweifelt. Keine Sekunde gehen sie mir aus dem Kopf. Ständig bleiben sie in meinem Gedächtnis. Danach bekam ich die Zuckerkrankheit. Also, aufgrund der Todesfälle meiner Kinder ist es so gekommen. Sonst, jeder weiß es, mit meinem Mann sind wir sehr zufrieden.

Ist es Ihnen möglich, etwas von Ihrer Geschichte zu erzählen?

In der Zeit, im Jahre 1973, war ich mit meinem älteren Sohn schwanger. 1975 fuhren wir dann in die Türkei. Ich fragte, wo mein Sohn ist. Sie sagten, dass er gestorben sei. Seitdem bin ich so geworden. Zwei Monate kam ich nicht nach Deutschland zurück. Es sind 32, 33 Jahre her, dass ich nach Deutschland gekommen bin und vor 31 Jahren ist mein Sohn gestorben. Immer ist mein Kind vor meinen Augen, jede Minute, jede Sekunde. Sogar in der Nacht im Traum steht er da, wie ich ihn da gelassen hatte. Ich bin in den

Zug eingestiegen. Ich nahm ihn mit in den Zug auf meinen Schoss. Als ich ihn vom Zugfenster in den Zug nahm und ihn wieder zurückgab, hatte er sich dabei seine Stirn verletzt. Er sagte mir: „Mama, Du lässt mich hier und wirst mich nicht wiedersehen, nimm lieber mein Taschentuch mit.“

So habe ich meinen Sohn am Bahnhof zurückgelassen. Der Tod meines Sohnes wurde mir im Traum vorhergesagt. Ich habe es auch „gefühl“t, dass mein Sohn sterben wird. Ich bin in die Stadt gelaufen und habe mir einen Kassettenrecorder gekauft. Habe auf eine Kassette folgenden Satz aufgesagt: „Mama, Papa, erlaubt meinem Sohn auf keinen Fall, schwimmen zu gehen“. Ich habe es meinem Ehemann erzählt: „Mein Sohn wird im Wasser ertrinken. Ich möchte meinen Sohn hierher holen.“ Wir sind gemeinsam gegangen und haben eine Einladung über die Behörden beantragt. Meine Schwiegermutter hat meinem Sohn erzählt, dass er nicht zum Schafe hüten gehen solle, sondern nach Deutschland. An diesem Tag hätte sich mein Sohn sehr gefreut. Abends um acht hat der Sohn meiner älteren Schwester ihn mit zum Schwimmen genommen in einem Fluss. Dort ist er gestorben. Wir haben nichts erfahren.

Mein Vater kam uns besuchen. Als ich meinen Vater sah, war ich erschrocken. Er sah sehr schlecht aus, hatte viel abgenommen, hatte keine Zähne mehr. Ich habe zu ihm gesagt: „Oh Papa, was ist mit dir passiert? Oder ist Cemal etwas zugestoßen?“ Er hat mir vom Tod nichts erzählt, da ich schwanger war. Ich habe entbunden. Als mein Kind sieben Monate alt war habe ich gesagt: „Ich vermisse Cemal sehr. Nun kann mich keiner mehr hier aufhalten.“ Bin in die Türkei gereist. Habe gefragt: „Wo ist mein Kind?“ Die haben geantwortet: „Er ist bei den Schafen. Er kommt gleich.“ Es wurde Abend, es war zehn Uhr, das Kind war immer noch nicht da. Alle haben in Ecken Platz genommen und haben angefangen zu weinen. Ich habe zu ihnen gesagt: „Mein Sohn ist gestorben und ihr haltet mich nur auf.“ Danach sagten sie mir, dass mein Sohn gestorben sei.

Ich habe zu mir gesagt, mein Inneres brennt, warum lebe ich noch? Ich bin zum Friedhof gegangen. Ich habe sein Grab „aufgebuddelt“ und wollte mich neben ihn legen. Seitdem ist es in meinem Kopf „stecken geblieben“, psychisch. Ich wollte ins Grab. Ich denke immer noch, wie beide dort liegen können.

Das andere Kind, mein erstes, hatte Bronchitis, bevor ich nach Deutschland kam. Der Schwiegervater hat das Kind nie zum Arzt gebracht. Mein Mann hatte nichts zu sagen. Wenn ich ihn bat, zum Arzt zu gehen, sagte er: „Sag es meinem Vater.“ So vergingen die Tage. Das Kind wurde drei Monate alt, in meinem Schoß bekam es keine Luft mehr. Mein Bruder hat zu meinem Mann gesagt: „Du kannst noch nicht mal dein Kind zum Arzt bringen. Du hast kein Rederecht. Ich werde aber meine Schwester nach Deutschland bringen. Das ist meine Ehre. Mit Deiner Ehre passiert nichts, denn

ich traue meiner Schwester. Du kannst sie „weschmeißen“, wenn deine Ehre verletzt ist, aber meine Pflicht ist sie zu „säubern“. Und nun denke ich Tag und Nacht an sie. Rede mit ihnen. Habe so viel geweint, dass ich keine Tränen mehr habe.

Erzählen Sie doch bitte von Ihrem Schlaganfall.

Zu meiner ersten Lähmung (Schlaganfall): an jenem Tag stand ich in der Nacht mit einem bedrückten Gefühl auf, so ein Druck hier (zeigt auf ihre Brust), als ob es gebrochen würde. Das Fenster machte ich auf und lehnte mich von der Fensterbank hinaus. An dem Tag wollten wir zu ihrem Onkel fahren. Meine Schwiegertochter hat mich erst gar nicht bemerkt. Sie glaubte, dass ich rausgucke. Das Wetter war kalt. Sie sagte mir: „Mama, mach bitte das Fenster zu.“ Ich gab keinen Ton von mir, obwohl ich sie hörte. Aber ich musste mich jeden Augenblick erbrechen, als liege ein Stein auf meiner Brust. Sie sagte noch einmal: „Mama, ich sage Dir, Du sollst das Fenster zumachen.“ Und dann stand sie auf und nahm mich in ihre Arme, als sie keinen Ton von mir hörte. Sie brachte mich mit dem Auto zum Notarzt. Der Notarzt sagte: „Ihre Mutter hat eine Lähmung, bringen Sie sie sofort ins Krankenhaus.“ Es ist sechs oder sieben Jahre her.

Also danach sagte der Arzt: „Ihre Mutter hat eine Lähmung.“ So blieb ich im Krankenhaus. Die Zuckerkrankheit hat man schon bei dem ersten Vorfall im Krankenhaus festgestellt. Sie haben es festgestellt, dass es wegen der Zuckerkrankheit passiert ist.

Und dann hatten Sie einen zweiten Schlaganfall?

Was die zweite Lähmung anbetrifft, so hatte ich zuerst ein mal gar nichts. Ich hatte geschlafen und bin wach geworden. Meinem Mann sagte ich dann: „Bring mich ins Krankenhaus, es geht mir sehr schlecht.“ Die Ärzte sagten wieder, dass es eine Lähmung ist. So blieb ich wieder im Krankenhaus. Seit meiner dritten Lähmung sind zwei Jahre vergangen. Die Tochter meines Neffen sollte in der Türkei verheiratet werden. An dem Tag haben wir, mein älterer Bruder, die Hochzeitsherrin und ich, miteinander gesprochen. Meinem Mann Ahmet sagte ich: „Ich sterbe, lass auf dem Boden ein Bett und eine Decke zurechtmachen. Wenn ich sterbe, möchte ich auf dem Boden sterben.“

„Wieso scherzt du? Man macht keine Scherze mit dem Sterben“, sagte er. Ich sagte: „Ich sage die Wahrheit, meine Ohren sind zu; mein Kopf ist hin und mir ist schlecht.“ Er brachte eine Decke und sagte dann aus Spaß: „Dann stirb mal, wenn du sterben kannst. Eben haben wir mit den Leuten in der Türkei gesprochen und nun sagst du, dass du stirbst.“ Ich erinnere mich weiter an nichts mehr. Sie brachten mich ins Krankenhaus. Es war wieder eine Lähmung.

Und vor zwei Monaten bekamen Sie dann noch einen Schlaganfall?

Was meine letzte Lähmung anbetrifft (vor zwei Monaten), so hatte ich wieder gar keine Beschwerden. Mein Mann hatte Nachtschicht. Wenn er Nachtschicht hat, schlafe ich erst gar nicht; ich mache den Haushalt und koche. Wenn er von der Arbeit kommt und sich zum Schlafen legt, gehe ich auch schlafen, damit er sich tagsüber nicht gestört fühlt. Meine Enkeltochter schlief an dem Tag bei mir. „Ahmet, der Wecker hat geklingelt, steh auf und mach das Frühstücksbrot für das Mädchen, ich kann nämlich nicht aufstehen“, sagte ich zu meinem Mann. „Ich bin erst gerade von der Arbeit gekommen und bin eben eingeschlafen. Steh du auf“, sagte er dann. Nun, meinen Körper konnte ich nicht bewegen, ich war zwar bei Verstand, aber der Körper bewegte sich nicht. „Nun gut, dann stehe ich auf“, sagte ich zu mir selbst und hielt an der Schlafzimmertür an. Dann war es so etwas wie ein Blitz. Es ging in meine Ohren hinein und aus war es mit meinen Augen, ich sah nichts mehr. „Ahmet, steh auf, ich sehe nichts mehr, ich bin im Dunkeln“, sagte ich. Er sprang auf, hielt mich fest und brachte mich schließlich ins Bett. Dann ging er, um das Frühstück für die Enkelin vorzubereiten. Ich sagte zu meiner Enkelin: „Neriman, komm zu mir, lass mich nicht allein, hilf mir, meine Hose anzuziehen und bring mich nach unten zu deiner Mutter. Mir geht es nicht gut, ich sehe nichts.“

Es war stockdunkel. Also, es war wie in der Nacht, wenn man das Licht ausmacht. „Gut Oma“, sagte die Enkelin und hielt mich am Arm fest, und wir sind gemeinsam nach unten gegangen. Ich stieg sofort ins Auto ein. „Mehmet, ich kriege keine Luft, bring mich zu einem Lungenarzt“, sagte ich. „Gut, Mama“, sagte er und erst brachten wir die Kinder zum Kindergarten. Im Auto war ich wie bewusstlos, ich hörte zwar die Kinder sprechen und „Tschüß, Oma“ sagen, aber ich war nicht bei Bewusstsein. Dann kamen wir zum Lungenarzt. Ein türkisches Mädchen arbeitet dort beim Lungenarzt. Sie fragte mich: „Tante, hast du einen Termin?“. Ich sagte: „Meine Tochter, ich sehe dich nicht, hier arbeitet ein türkisches Mädchen, bist du es?“. „Ja, das bin ich“, sagte sie. „Meine Tochter, sprich mit dem Arzt, er soll mich untersuchen, ich sehe nichts. Erst heute morgen ist es mir passiert; ich bekam keine Luft.“ Dann ließ sie mich herein und wollte eine Filmaufnahme (Röntgenaufnahme) machen. Von da ab erinnere ich mich an gar nichts mehr.

Im ersten Krankenhaus sagten sie, dass ich eine Lähmung hätte und sie keine geeigneten Geräte hätten. Deshalb sollten sie mich in ein anderes Krankenhaus bringen. Drei Tage sah ich gar nichts. Zehn Tage lang sah ich keinen Menschen. Ein Arzt sagte, dass nur noch ein Auge sehen würde, das andere Auge wäre ganz und gar tot. Mit der linken Seite hörte ich gar nicht. Ich flehte den Arzt an und fragte ihn, was mit meinen Augen wird. Er sagte: „Fleh lieber Gott an, es wird werden. Es hängt nicht von uns ab, es kommt von der Zu-

ckerkrankheit, wir können nichts machen.“ Zehn Tage später, an einem Morgen kamen die Krankenschwestern. Ich sah sie kommen. Ich guckte zur Seite und sah eine deutsche Frau. Also, ich konnte sehen, so wie ich jetzt auch sehen kann. Nur soviel konnte ich sehen, nicht mehr und nicht weniger. Also, wie soll ich es nun beschreiben, es ist Nacht, es ist so, als ob wir nachts Licht ausgemacht hätten und fernsehen würden. Es ist ganz neu. Zwei Monate lag ich im Krankenhaus.

Und was geschah dann?

Es war am zweiten Tag des Opferfestes. Zuletzt waren die Zuckerwerte 400-450. Gott sei Dank gab es eine Frau (Sozialarbeiterin Aylin) in einem Beratungszentrum. Man sagte, dass sie eine Türkin sei. Sie sagte mir „Ich werde Ihnen helfen, dass Sie zur Kur fahren.“

Sie sagte, dass sie sich darum kümmert. Später kam sie noch mal zu mir und sagte: „Machen Sie sich keine Sorgen; Sie sind nicht selbst versichert, deshalb klappt es mit der Kur nicht sofort. Hätten Sie eine eigene Versicherung oder wären Sie beim Arbeitsamt angemeldet oder arbeitslos, so würden Sie sofort zur Kur fahren, aber da Sie über Ihren Mann versichert sind, geht es nicht so schnell. Aber ich kümmere mich darum und werde helfen, dass Sie zur Kur fahren.“ Ich ging nach Hause und blieb vier Tage zu Hause. Dann fuhr ich zur Kur. Während der Kur hat man sich sehr um mich gekümmert. Also, ich möchte gerne noch einmal zur Kur fahren. Diese Kurmaßnahme hat mich auf die Beine gebracht. Wäre ich nicht zur Kur gefahren, wäre ich heute vielleicht gar nicht am Leben. Ich hatte keine Kraft, nicht mal zum Reden hatte ich Kraft gehabt. Ich war also sehr schwach. Während der Kur gelang es mir, meine alten Kräfte und Zustand zu erlangen. Die Kurmaßnahme ist mir gut bekommen. Eine Kur möchte ich zu jeder Zeit in Anspruch nehmen.



Pflegerische Unterstützung allgemein

Wer pflegt Sie jetzt?

Meine Schwiegertochter Sevil unterstützt mich. Wir haben sie nicht wie eine Schwiegertochter behandelt; sie hat uns auch nicht so behandelt. Sie kommt dauernd. Bügeln macht sie, Fenster putzen macht sie. Sie geht zwischendurch und holt die Kinder vom Kindergarten ab, kommt wieder zurück und kocht. Heute bügelt sie, morgen putzt sie die Fenster, an anderen Tagen wäscht sie die Gardinen usw. Es gibt keine Stunden, von Stunden hängt es nicht ab, also ist sie jede Minute hier. Sie wäscht mich z. B., zieht mich an.

Sie ist also dauernd hier. Sevil achtet auf mein Essen. „Iss wenig, Mama“, sagt sie und gibt mir das schon vorbereitete Medikament. Das Medikament alleine einzunehmen, fällt mir nicht ein. Erst wenn eine Person mir sagt, dass ich es einnehmen muss, nehme ich es ein.

Meine Tochter, die gut Deutsch kann, kommt auch. Ihre Wohnung ist nicht in der Nähe. Sie erledigt meinen Papierkram.

Unterstützt Sie außer Familienmitgliedern sonst noch jemand?

An Aylin (Sozialarbeiterin) haben wir uns auch gewöhnt. Ich bin mit ihnen zufrieden. Morgens kommen die Krankenschwestern. Deutsche Pflegerinnen kommen. Sie messen meinen Blutdruck, geben mir eine Spritze und meine Medikamente. In meine Augen tropfen sie die Augentropfen. Abends kommen sie wieder und wiederholen das Gleiche. Meine Tochter arbeitet beim Arzt. Beim ersten Schlaganfall hatte der Arzt zu meiner Tochter gesagt: „Ich schicke euch eine Krankenschwester zum Spritzengeben für deine Mutter.“ Die Pflege hat dann angefangen, mich zu besuchen. Das heißt, mit Hilfe meiner Tochter. Sonst hätten wir es nicht gewusst. Wenn meine Tochter nicht gearbeitet hätte dort, dann hätte ich auch das nicht erfahren.

Die Hilfe durch meine Schwiegertochter ist natürlich das Beste. Dritte können nie so sein wie eigene Leute. Zum Beispiel, ich rufe nachts an und sage: „Sevil, komm schnell. Ich kann nicht atmen, sterbe.“ Es verstreicht keine Minute, sie kommt. Es gibt keinen Menschen wie meine Schwiegertochter. Andere braucht man nicht zu belästigen.



Ernährung

Wie ist es mit der Ernährung? Haben Sie damit Probleme?

Ich habe gar kein Problem. Man sagte mir, dass ich alles essen darf, aber wenig z. B. ein bis zwei Löffel essen soll. Es ist also erlaubt, von allem ein bisschen zu essen. Mir hat man keine Diät angeordnet. Mir wurde gesagt, dass ich wenig essen soll, z. B. am Tag darf ich keine ganze Banane essen, sondern nur die halbe. Von Nudeln darf ich einen Löffel essen. Von Teigsachen darf ich z. B. ein bisschen essen. Soweit ich mit meinen Deutschkenntnissen ausdrücken konnte, denn ich kann nicht so gut Deutsch, habe ich der deutschen Frau (gemeint: Pflegerin, Anm. d. Ü.) gesagt, dass ich in der Türkei einen Kirschbaum habe und täglich ein bis zwei Kilo Kirschen esse, wenn ich dort im Urlaub bin. Dann hat sie dies notiert und gesagt, dass anscheinend süßsauer gut tut. Also dies ist erlaubt. Es ist tatsächlich auch so, dass ich einen Baum habe. Niemand darf ihn

anrühren. Wenn wir dorthin zum Urlaub fahren, kommen die Kinder und pflücken sie. Zwei bis drei Kilogramm; diese Kirschen esse ich tagsüber, wenn ich ein- und ausgehe.

Also in der Türkei geht es Ihnen besser?

In der Türkei spritze ich gar kein Insulin. Meine Zuckerwerte sind immer bei 90. Hier bekomme ich täglich zwei mal Insulin, morgens 20, abends 30. Fahre ich aber in die Türkei, spritze ich kein Insulin. Letzte Woche war ich beim Arzt. Er sagte: „Von einer Wassermelone darfst Du ein Viertel, von einer Honigmelone ein kleines Stück essen.“ Nun, in der Türkei schneide ich ein großes Stück von einer 10-kg Wassermelone ab und esse die Hälfte davon. Ich esse wenig Zucker und von allem ein bisschen, ein Löffel Nudeln, einen kleinen Teil von der Hähnchenkeule. Der Arzt sagte, dass Hähnchenfleisch erlaubt ist. Ich darf essen, so wie ich möchte. Gerichte mit Eiern und Gemüse und alles darf ich essen. In den letzten Tagen ging ich zu einer Mevlid-Feier (eine Art religiöser Seelenmesse bei wichtigen Anlässen, Anm. der Ü.), wo ich gefüllte Weinblätter und von allem ein bisschen gegessen habe. Anschließend kam ich nach Hause; mein Blutzucker war 140. Aber in der Türkei ist es auch bei 150, 160. Dort mache ich keine Diät.



Bewegung, Hören und Sehen, Sprechen

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen?

Nun, gesundheitlich fehlt es mir an Kraft. Ich habe gar keine Kraft; ich habe Probleme mit meinen Beinen. Wenn ich mal den Staubsauger in die Hand nehmen sollte, so halten die Beine nicht stand, sie sinken zusammen. Meine Beine sind seit sechs Monaten so. Sagt man dazu Meniskus oder so ähnliches? Zu meinen Arztterminen kann ich gar nicht alleine hingehen, die Treppen kann ich auch nicht alleine hinuntersteigen. Ins Bad kann ich gar nicht allein gehen. Ich denke immer, falls ich dort hinstürzen und meinen Kopf irgendwo stoßen würde – dies sind also jetzt meine Leiden. Wir wohnen ja auch im zweiten Stock. Es gibt da Probleme, z.B. wenn ein anderer Mensch die Treppen in fünf Minuten hinunter- und hinaufsteigt, brauche ich dafür vielleicht 15 Minuten. Jetzt traue ich es mir nicht mehr zu; es kommt mir so vor, als ob jemand mich von der Treppe herunterschubst. Zu Ärzten kann ich nicht alleine gehen.

Jetzt kann ich nicht mal zum türkischen Laden gehen, der in der Nähe uns gegenüber ist. Zum Einkaufen gehen wir mit Sevil zusammen. Ich nehme meine Krücke mit und Sevil legt sie ins Auto hinein. Sie trägt meine eingekauften Sachen nach oben und lässt sie hier. Es geht also mit ständigem Sitzen nicht!

Nicht mal in die Straßenbahn kann ich alleine einsteigen. Zum Zahnarzt hat mich das Kind begleitet. Es hat mich an meinem Arm gehalten und mich in die Straßenbahn einsteigen lassen. Ich glaubte, dass die Straßenbahn rückwärts fährt, also ich habe kein Gleichgewicht. Draußen benutze ich jetzt eine Krücke und einen Gehwagen. Wenn es zu Hause Menschen gibt, benutze ich es nicht. Aber mit der Gehhilfe fühle ich mich besser. Nur wenn Menschen zu Hause sind, benutze ich sie gar nicht, wegen der Angst, dass ich hinfallen würde.

Und sonst?

Ich habe Ohrensausen und verschlossene Ohren. Dies ist wegen der Langeweile. Das größte Problem ist für mich die Langeweile und Beklemmung. Nachts kann ich gar nicht schlafen. Ich bleibe fast die ganze Nacht auf dem Balkon. Ich gehe ans Fenster des Schlafzimmers. Heute bin ich seit 3.00 Uhr nachts auf. Mein Mann ist in der Nacht aufgestanden, um zur Arbeit zu fahren und ich blieb auf dem Balkon. Ich sagte: „Es drückt mich hier (zeigt auf ihre Brust) und ich bekomme keine Luft.“

Und mit den Augen haben Sie auch Probleme?

Mit den Augen ist es jetzt so, ich kann erkennen, dass du es bist. Es ist aber Nacht. Wenn ich mich ein bisschen zurücklehne, scheint es so, als ob es auf deinem Gesicht einen dunklen Fleck gibt. Es ist wie ein Schleier, was auf deinem Gesicht ist. Ganz gut fernsehen kann ich auch nicht, ich höre nur die Stimmen.

Wer begleitet Sie zu den Arztbesuchen?

Immer wenn ich zum Arzt musste und muss, kommen meine Tochter, Enkel, Schwiegertochter mit. Auch meine Termine bei den Ärzten vereinbaren sie. Eine Übersetzerin würde nicht reichen. Zum Beispiel versucht mein Enkel, meine Probleme zu erzählen. „Meine Großmutter hat die oder das Problem ...“ – es wäre doch schön, wenn ich das selbst erzählen könnte. Mit dem Pflegedienst kann ich mich verständigen. Wie ich bei der Firma gearbeitet habe, konnte ich gut deutsch sprechen. Nach dem Schlaganfall habe ich das „Gelernte“ vergessen.



Wach- und Schlafrhythmus

Und wie ist es mit dem Schlafen?

Tagsüber schlafe ich nicht. Ich schlafe deshalb tagsüber nicht, weil ich dann nachts überhaupt nicht schlafen könnte, vielleicht tagsüber ein kleines Nickerchen! Gehen wir z. B. nachts spät, so um 24.00 Uhr, ins Bett oder ich schlafe schon um 24.00 Uhr, so wache ich um etwa 3.00 Uhr in der Nacht auf, als wäre der Wecker eingestellt. Ich spüre auf meiner Brust einen Druck. Es ist so, als läge ein schwerer Stein darauf und ich bekomme keine Luft! Danach gibt es keinen Schlaf mehr. Wenn ich dann tagsüber schlafen würde, würde ich auch bis 3.00 Uhr in der Nacht gar nicht schlafen können. Aus diesem Grund schlafe ich tagsüber sehr sehr wenig.



Körperpflege / Ausscheidung

Können Sie sich alleine anziehen?

Beim Anziehen und Ausziehen hilft Sevil mir. Ich vergesse es. Letztens war ich aufgestanden und machte die Wohnungstür auf, ohne die Hose angezogen zu haben. Meine Enkelin fragte mich: „Großmutter, wo gehst du so hin?“ Meine Beine kann ich zum Anziehen nicht hochheben. Ich habe Strümpfe gegen Krampfadern; wenn man sie mir anzieht. Ich kann sie leider nicht selber anziehen. Der Arzt sagte, dass ich sie anziehen soll. Ich habe an den Beinen Dings, sagt man auf Deutsch dazu ‚Krampfader‘, das habe ich, deshalb die Strümpfe.

Und waschen?

Sevil kommt morgens und hilft mir beim Duschen. Sie wäscht mich, entschuldigen Sie, aber ich kann nicht mal alleine zur Toilette. Ich bekomme keine Luft. Zu Hause mache ich sowieso die Türen nicht zu. Die Tür der Toilette mache ich erst gar nicht zu. Ich kann nicht alleine, wie denn, ich kann nicht mal allein dahin gehen! Glauben Sie mir, sobald man das Wasser laufen lässt, erstickte ich schon. Im Badezimmer wurde ein Gerät installiert, damit ich bequem duschen kann. Es gibt etwas zum Festhalten, aber auch zum Sitzen. Man kann es nach oben und nach unten heben.



Haushalt

Wer kümmert sich denn um Ihren Haushalt?

Also meine Augen sehen nicht. Ich kann gar keine Hausarbeit machen, weil es mir immer schwindelig ist. Es bringt mich immer ins Schwanken, so z. B. wenn ich aufstehe. Dann muss ich mich sofort an der Wand festhalten. Es ist so, als ob jemand meine Beine vom Boden hebt. Es ist so, als ob man sich bei einer Treppenstufe irrt und einfach so ins Leere tritt, so ähnlich etwa.



Wünsche

Können Sie ein wenig von Ihren Wünschen erzählen?

Also, ich möchte, dass immer jemand zu Hause ist. Ich kann nicht alleine bleiben. Wenn ich alleine bin, gehe ich hinaus vor die Tür und schaue auf vorbeigehende Leute. Drinnen kann ich alleine nicht bleiben. Ständig habe ich Angst, dass ich hinfallen würde oder dass ich wieder eine Lähmung bekomme. Wegen der Lähmung habe ich große Angst. Dies ist meine vierte Lähmung. Deshalb möchte ich, dass immer jemand zu Hause bleibt. Ich denke darüber nach, wann kommen sie von der Arbeit nach Hause? Wann kommen sie von der Schule zurück? In welchem Zustand werden sie mich hier finden? Ständig habe ich eine Angst in mir. In mir gibt es eine Angst. Ich bekomme keine Luft. Angst und Langeweile, Beklemmung.

Und was machen Sie dann?

Um also zu Hause nicht alleine bleiben zu müssen, gehe ich zu meiner Schwiegertochter, die da unten wohnt. Da oben gibt es Nachbarn, dort bringt man mich hin, sie bringen mich dann wieder nach Hause zurück. Nach 14.00 Uhr kommt mein jüngster Sohn nach Hause. Danach kommt mein Mann von der Arbeit nach Hause. Wenn ich zu Hause alleine bin, ziehe ich die Decke über meinen Kopf hin und die Gedanken kommen über was, „wenn ich aufstehe, wenn ich hinfalle....“

Letzte Nacht war Ahmet bei der Arbeit; ich war bei meiner Schwiegertochter zu Hause. Später haben sie mich nach Hause ge-

bracht. In dem Moment dachte ich, „Ah, jetzt ist es wieder so weit.“ Meine Ohren waren zu und mein Kopf drehte sich und ich machte sofort die Tür auf und sagte zu mir: „Am besten setze ich mich auf die Treppe, damit einer mich sehen kann, falls jemand kommen sollte.“ In dieser Zeit machte mein Nachbar die Tür auf und sagte: „Komm herein.“ In dem Moment kam auch mein Mann die Treppe hoch und fragte, was passiert ist. Ich sagte: „Ich glaube, es kommt wieder. Ich habe große Angst; große Angst habe ich.“ Abends lege ich mich hin und denke darüber nach, wie ich morgens aufwachen werde.

Ich wünsche mir sowieso, dass es immer Nacht wird. Es ist nämlich so. Wenn es Tag ist, gehen die Kinder zur Schule. Wenn sie sagen, dass sie um 13.00 Uhr von der Schule zurück sind, so etwas möchte ich eigentlich nicht hören. Ich fühle mich krank.

Wenn es aber 21.00 oder 22.00 Uhr ist, denke ich: „Oh, jetzt sind alle Menschen wie ich, sie sind im Dunkeln.“ Dann fühle ich mich viel besser. Nachts fühle ich mich fröhlicher, aber tagsüber würde ich erst gar nicht aus dem Bett herauskommen, wenn es mir nicht so sehr langweilig wäre. Ich würde nur noch im Bett liegen und warten, bis es Abend wird. Jetzt möchte ich nur eins, nur so, wie der Arzt geschrieben hat: zwei Stunden von zu Hause weg sein und eine Beschäftigung/Arbeit im Sitzen. Hauptsache, dass ich aus der Wohnung hinausgehe; also so, dass ein Wagen mich abholt, zur Arbeit fährt und wieder nach Hause bringt. Dies möchte ich. Sonst möchte ich keine andere Hilfe. Meine Absicht ist, dass ich auf diese Weise hinausgehen kann. Hinausgehen und Kommen, das bedeutet also für mich eine Ablenkung.



Werte/Religion/Beschäftigung

Gibt Ihnen Ihr Glauben Halt?

Wenn ich ehrlich bin, bevor ich hierher gekommen bin, bin ich in der Türkei zur Moschee gegangen, um zu beten. Ich hatte im Koran gelesen und Kapitel vom Koran. Seit ich hier bin, gab es nur Lauferei, von der einen Arbeit zu anderen. Es blieb noch nicht mal Zeit, zu beten (Namaz). Yasin (Kapitel v. Koran) konnten wir von Abend zu Abend lesen und Freitagabends. Unsere Pflichten haben wir somit nicht erfüllt. Drei Kinder, sie müssen zur Betreuung gebracht und abgeholt werden. Lauferei zu verschiedenen Arbeitsstellen und noch Gartenarbeit. Bei der Firma habe ich acht Stunden im Schichtdienst gearbeitet. Zum Beispiel wenn ich Spätschicht hatte, dann stand ich morgens auf, ging in den Garten. Vom Garten aus

bin ich direkt mit dem Bus zur Firma gefahren. Habe gearbeitet bis Mitternacht. Um 24.00 Uhr kam ich nach Hause. Mein Mann hatte die Kinder geholt und versorgt. Ich habe dann abends noch gebügelt, gekocht (vorgekocht) und morgens wieder an die Arbeit. Nur nach 1-2 Stunden Schlaf stand ich wieder auf den Beinen. Mein Schwiegervater war hier. Er hat gesagt: „Was bist du für ein Mensch? Wann schläfst du, wann gehst du wieder an die Arbeit?“

Und jetzt?

Die Wirkung von Religion hat abgenommen. Jetzt bin ich so geworden. Ich sage: „Lieber Allah, erlaube mir wenigstens, dass ich im Koran lesen kann.“ Das vorher Gelernte kann ich noch aufsagen, aber auswendig Gelerntes habe ich vergessen. Manche sagen, dass ich auf dem Stuhl beten soll. Das möchte ich auch, merke aber, dass ich dabei vergesslich geworden bin. Merke, dass ich Selbstgespräche führe. Neulich sollte in der Moschee ein Mevlüt stattfinden. Ich war da. Alle sind zu mir gekommen, haben gute Besserung gewünscht. Aber meine Nachbarn lassen mich nie alleine.

Also die Religion ist wichtig für Sie?

Religion ist für die Familie wichtig. Ich möchte unserem jüngsten Sohn unsere Religion erzählen. Er sagt zu mir: „Mama, du brauchst nichts zu erzählen. Ich gehe sowieso im Computer (Internet) auf diese Web-Seiten. Mach dir keine Sorgen.“ Letzten Abend hat er zu mir gesagt: „Mama, als ich klein war, habe ich dir versprochen, dich zur Pilgerfahrt zu schicken. Aber ich arbeite nicht und deshalb kann ich mein Wort nicht halten. Wenn ich Geld hätte, würde ich meine Pflicht erfüllen.“

Wie war das damals mit Ihrer Beschäftigung? Und was hat sich jetzt geändert?

Vor der Krankheit hatte ich viel gearbeitet. Hatte ich ja bereits gesagt, bei der Post hatte ich gearbeitet. Morgens um 5.00 Uhr fing ich an. Danach kam ich wieder und brachte meine Enkel in den Kindergarten. Meine Enkelin lebte bei mir. Sie habe ich großgezogen. Als vier Tage altes Kind habe ich sie aufgenommen. Der Kindesmutter habe ich gesagt: „Ihr seid jung. Lebt euer Leben.“ Dann hatte ich noch eine Arbeitsstelle. Habe ältere Damen gepflegt. Drei Stunden täglich. Von dort bin ich zum Doktor Müller. Mittwochs und Freitagmittag habe ich dort gearbeitet, d. h. ich habe viel gearbeitet. Durch die Arbeit hatte ich keine Gelegenheit für die eigenen Hausarbeiten. Mit Freunden haben wir uns gegenseitig besucht. Aufgrund meines jetzigen Zustandes bin ich gezwungen, zu Hause zu bleiben. Dies hat Depressionen ausgelöst. Ich bin es gewohnt, selbst zu arbeiten. Auch wenn es mein Mann ist, ich traue mich nicht nach Geld zu fragen. So zum Beispiel, ich tue das Rezept auf den Tisch und er legt das Geld neben das Rezept.

Das Sagen hat mein Mann. Ich weiß z. B. nicht, was für Stromkosten oder Wasserkosten wir haben. Das regelt alles mein Mann. Wenn die Kinder irgendwelche Sorgen haben, kommen sie zu mir und sagen: „Erzähl du das dem Vater.“ Ich berichte dann alles meinem Mann. Zum Beispiel, wenn mein Sohn eine Hose kaufen will, sagt er es mir. Bis zu ihrem jetzigen Alter haben sie nicht einmal 10.- € von ihrem Vater haben wollen. Auch über Klassenfahrten erzähle ich meinem Mann. Ich kenne weder das Konto noch habe ich Beziehungen zur Bank. Ich habe nicht einmal den Briefkasten geöffnet. Mein Mann öffnet den Briefkasten und sagt, Wasser-/Stromkosten sind da und geht zur Bank, um zu zahlen. Aber bei Hausarbeiten bin ich Nummer eins.

Aber jetzt – ich schaue und schaue, es passiert nichts. Ich sage, lasst mich 1-2 Std. arbeiten, damit ich rauskomme, wie in früheren Zeiten. Ich sitze rum. Der Fernseher wird angemacht. Ich höre nur die Stimmen aus dem Fernseher, aber sehe nichts. Bin sehr traurig. Was war ich? Was ist aus mir geworden? Warum bin ich so geworden? Aber trotz allem bete ich Allah an, für diesen Zustand. Meine Arme und Füße waren gelähmt. Jetzt ist es besser. Ich glaube daran, dass ich bald sehen kann. Wenn einige Sachen erledigt wären, würde ich mich wohlfühlen.



Erfahrungen im Umgang mit Ämtern, Behörden, Arbeitgebern

Welche Erfahrungen im Umgang mit Ämtern, Behörden, Arbeitgebern haben Sie?

Ich habe dabei keine Schwierigkeiten gehabt. Mein Hausarzt (Türke) kam zu mir nach Hause und sagte: „Du hast Leiden an deinen Beinen, hast Rückenschmerzen; deinem Kopf geht es auch nicht gut; ich verschreib dir ein Bett.“ Dann kam mein Bett. Er sagte, dass er ein Gerät für das Badezimmer, eine Deckel für die Toilette verschreibt, weil ich meine Beine nicht beugen und nicht sitzen kann. Er hat das Nötige verschrieben, und es entstand dabei kein Problem. Als mein Blutdruckmessgerät kaputt ging, hat man mir eine neues verschrieben. Das Blutabnahmeggerät wurde ebenfalls sofort verschrieben. Also Probleme dieser Art mit Ärzten habe ich nicht gehabt.

Mit der Arbeit bin traurig; ich sage mir: „Obwohl ich sechszehn Jahre gearbeitet habe, warum kann ich keine Rente bekommen?“ Deswegen mache ich mir Sorgen. Wenn es auch ohne Versicherung ist, ich habe sechszehn Jahre gearbeitet und drei Kinder aufgezogen. Die Papiere über sechszehn Jahre sind da, es gibt da aber Lü-

cken. Der Arzt, bei dem ich gearbeitet hatte, sagt mir: „Bring mir Deine Lohnsteuerkarte, willst du die Post bevorzugen oder hier?“ Damals arbeitete ich bei der Post. Siebzehn Jahre habe ich bei dem Arzt gearbeitet. Dann sagte er: „Bring deine Lohnsteuerkarte, dann werde ich dich hier versicherungspflichtig einstellen.“ Von der Post habe ich meine Lohnsteuerkarte abgeholt und beim Arzt abgegeben.

Nur einen einzigen Monat hat er mich angemeldet, danach nicht. Ich glaubte ihm aber und dachte, dass ich bei dem Arzt versicherungspflichtig arbeiten würde. Er stellte mir immer Lohnabrechnungen aus und sagte: „Bewahre deine Papiere gut auf, du arbeitest hier offiziell als Arbeiterin.“ Nun ist es gar nicht so. Er meldete mich einen Monat lang nur als Arbeiterin an. „Dagegen kannst du nichts machen“, sagte man mir. Um jetzt eine Rente zu bekommen, müsste ich entweder als arbeitslos angemeldet sein oder aber irgendwo versicherungspflichtig beschäftigt sein. Da ich nicht Deutsch konnte, bin ich hereingefallen und betrogen worden. Er hat mich also ohne Versicherung beschäftigt, ich glaubte jedoch, dass ich immer versicherungspflichtig arbeiten würde.

Wie haben Sie über den Anspruch auf Pflegegeld erfahren? Und erzählen Sie bitte von Ihren Erfahrungen damit.

Das mit dem Pflegegeld haben wir auch zum ersten Mal von Aylin erfahren. Bis zu einem Jahr wussten wir nichts. Kein Mensch hat davon erzählt. Ich habe eine Freundin, die aus Kayseri stammt. Sie sagte mir: „Soll ich dir was erzählen? Du hast so viele Erkrankungen; komm, ich bringe dich zur Aylin. Sie wird sich um Dich kümmern.“ Aylin hat sich sehr bemüht. Gott möge mit ihr zufrieden sein. Ihr Lächeln soll niemals vergehen. Seit einem Jahr geht es mir also gut.

Aylin hat einen Antrag gestellt. Vor einem Monat kam eine Ärztin nach Hause zur Kontrolluntersuchung. Die Ärztin sprach türkisch; sie war eine Deutsche, aber mit einem Türken verheiratet. Es kam eine Ablehnung.

Heute morgen sagte ich meiner Tochter: „Hat etwa die Ärztin uns gefragt, ob ich die Treppen alleine hinunter- und hinaufsteigen kann? Sie hat aber geschrieben, dass ich die Treppen alleine hinuntergehen kann.“ Ich kann nicht alleine die Treppen hinunter- und hinaufsteigen. Sie fragte, wer den Haushalt macht. Meine Tochter sagte: „Meine Schwägerin macht den Haushalt; sie war vorhin auch da, jetzt ist sie gegangen, um Ihre Kinder abzuholen.“ Sevil hatte an dem Tag Staub gesaugt, geputzt und gereinigt. Als Sevil weg war, kam die Ärztin. Meine Tochter sagte zu der Ärztin: „Ich komme nur, wenn meine Mutter irgendwelche Termine oder Angelegenheiten hat, bei denen man Deutsch braucht und die man telefonisch erledigen kann. Ich rufe dann da und dort an, aber ich kann nicht kommen und meiner Mutter helfen.“

Weiter erzählte meine Tochter: „Nachts hilft mein Vater, wenn er aber Nachtschicht hat, übernachtet ihre Enkelin bei ihr. Was den Haushalt anbetrifft, erledigt meine Schwägerin alles. Sie bügelt, wäscht die Wäsche, duscht meine Mutter und macht alles.“ Die Ärztin hat uns keine Frage im Zusammenhang mit der Treppe gestellt. Meine Tochter sagte, dass die Ärztin tatsächlich keine Frage darüber gestellt habe, ob ich Treppen alleine hinunter- und hinaufsteige. Die Ärztin, die zu uns kam, schrieb in ihrem Bericht, dass ich alleine duschen und die Treppen hinunter- und hinaufsteigen könne. Wir hatten noch eine Frist zum Widerspruch einlegen, so dass Aylin Widerspruch eingelegt hat. Ich habe stichfeste Papiere, ich bin im Dunkeln und werde im September operiert.

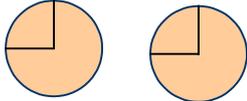
Und wie fühlen Sie sich jetzt?

Ich frage mich, bin mit 20 Jahren nach Deutschland eingereist, warum habe ich nicht nach meinen Rechten gesucht? Alle meine Rechte sind mir verloren gegangen. Über diesen Zustand bin ich sehr traurig. Alle anderen Gastarbeiterfamilien haben ihre Sachen geregelt, aber all meine Sachen sind schief gelaufen. Jetzt sage ich zu mir, was war ich und was ist aus mir geworden. Ist das die Gegenleistung für meine guten Taten? Über das bin ich sehr traurig.

II.LE 2.LS 6 Arbeitsblatt 1

Thema:
Sensibilisierung für das Assessment

Leitfragen zum Interview mit einer türkischen Migrantin zum Thema:
Erleben von Gesundheit und Krankheit

Zeit: 



Arbeitsauftrag:

Suchen Sie aus dem Interview die Kriterien für die Fragen Ihrer Gruppe heraus:

1. Welche Ursachen benennt Frau Ayse für ihre Krankheiten?
2. Welche Fähigkeitsverluste nimmt Frau Ayse wahr?
3. Welche Folgen haben diese Fähigkeitsverluste für den Alltag von Frau Ayse? Was muss sie aufgeben? Was vermisst sie? Wie wirken sich diese Verlusterfahrungen auf das Lebensgefühl von Frau Ayse aus?
4. Äußert Frau Ayse Wünsche, was für ihr Wohlbefinden wichtig ist?
5. Welche Situationen beschreibt Frau Ayse, in denen sie sich besonders wohl fühlt?
6. Welche Unterstützung erfährt Frau Ayse von Familie, Freunden und Nachbarn?
7. Welche migrationsspezifischen Schwierigkeiten benennt Frau Ayse im Umgang mit Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen?



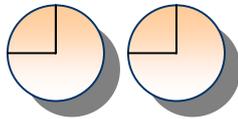
Halten Sie die gesammelten Informationen schriftlich fest.

II.LE 2.LS 6 Arbeitsblatt 2

Thema: Sensibilisierung für das Assessment

Erfassung von Pflegephänomenen von Frau Ayse Kara

Zeit:



Arbeitsauftrag:

Die folgenden Fragen beziehen sich in erster Linie auf wichtige Aktivitäten des täglichen Lebens. Diese sind ergänzend zu den bereits gestellten Fragen zum Erleben und zur Bewältigung von Gesundheit und Krankheit zu betrachten.

Beantworten Sie die ihrer Gruppe zugeteilten Fragen:

1. Wie schätzt Frau Ayse ihren eigenen Gesundheitszustand ein?
2. Welche Essgewohnheiten bestehen? (Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Rituale)? Welche Meinung zu gesunder Ernährung herrscht vor? Bestehen Probleme bei der Ernährung?
3. Bestehen Atemprobleme?
4. Gibt es Probleme mit der Ausscheidung?
5. Gibt es Äußerungen zu Körperpflege/Ankleiden? Ist Frau Ayse selbstständig oder benötigt sie Hilfen? Gibt es kulturelle, individuelle Besonderheiten?
6. Äußert sich Frau Ayse zu ihrem Ruhe-/Schlaf- und Wachrhythmus?
7. Bewegung: Ist Frau Ayses Bewegungsfähigkeit eingeschränkt oder altersgemäß? Welche Folgen haben die Einschränkungen? Benötigt sie Unterstützung? Wer hilft in welchem Ausmaß? Ist die Wohnung entsprechend angepasst? Sind hierdurch soziale Kontakte eingeschränkt? Nutzt Frau Ayse Hilfsmittel?
8. Liegen bei Frau Ayse sensorische Probleme (Sehen, Hören, Sprechen, Riechen, Fühlen) vor? Hat das Konsequenzen für die Pflege?
9. Welche Bedeutung hat die Religion in Frau Ayses Leben ?
10. Gibt es für die zu pflegende Person und die Familie bzw. die Hauptpflegeperson besondere Belastungen? Wie hat die Familie den Unterstützungsbedarf organisiert? Wer ist innerhalb der Familie für was zuständig? Wer muss in Entscheidungen mit einbezogen werden?

11. Welche hilfreichen Kontakte zur Bewältigung der Krankheit/Pflegesituation bestehen über die Familie hinaus?
12. Was leisten diese anderen Menschen/Institutionen (emotionale Unterstützung, Informationslieferanten, Grund- und Behandlungspflege, Übersetzungen etc.)



Präsentation

Schreiben Sie ihr Gruppenergebnis auf Metaplankarten und ordnen Sie diese den auf der vorbereiteten Metaplanwand genannten Themen zu.

II.LE 2.LS 6 Material 3

Thema: Sensibilisierung für das Assessment



Der folgende Text ist als Hintergrundtext zur Lernsequenz 6 gedacht. Wie schon im Leitfaden erörtert, sind die Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr nur begrenzt in der Lage, den Pflegeprozess auf der Basis eines Pflegemodells selbstständig zu gestalten. Sie sollen in dieser Lernsequenz jedoch an die Denkweise eines Pflegemodells herangeführt zu werden, das auch für die Pflege chronisch Kranker und alter Menschen aus anderen Kulturen geeignet ist. Das Modell von Corbin & Strauss wurde für diesen Zweck um Assessmentfragen des Modells der systemischen Individualpflege von Zielke-Nadkarni ergänzt, da die Ausführungen von Corbin & Strauss zum Vorgehen im Pflegeprozess – insbesondere zum Assessment – ein hohes Reflexionsvermögen voraussetzen. Zielke-Nadkarni hat sehr gut strukturierte Fragen für ein kultursensibles Assessment erarbeitet.

Beide Modelle wurden induktiv entwickelt. Sie versprechen von daher eine hohe Praxisrelevanz. Dies wird anhand eines konstruiertes Fallbeispiels für die ambulante Pflege skizziert.



Die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve und das Strauss-Corbin Pflegemodell, modifiziert nach Zielke-Nadkarni zur Realisierung einer kultursensiblen Altenpflege

1. Chronische Krankheiten – ein Problemaufriss

Folie 1

Das Modell der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve und das Pflegemodell von Strauss & Corbin wurden induktiv und speziell für die Pflege chronisch kranker Menschen entwickelt. Der Ansatz wird zunehmend in der deutschen Pflegewissenschaft und Praxis zum Einsatz gebracht. So basiert der nationale Expertenstandard zum Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus auf diesem Ansatz. Die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve und das Pflegemodell sind besonders geeignet, eine kultursensible Altenpflege zu etablieren, da sie den Alltag und die Lebenswelt der Betroffenen und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt stellen.

1.1 Was bedeutet es, chronisch krank zu sein?

Es existieren verschiedene Bestimmungen des Begriffs „Chronische¹ Krankheit“. Das Institut für Gesundheit und Altern der Universität Kalifornien stellt den Zeitaspekt in den Mittelpunkt und definiert als chronisch eine Krankheit oder Beeinträchtigung, die länger als drei Monate dauert (vgl. Corbin 1998, S. 35). Der Zeitaspekt ist also ein zentrales Merkmal chronischer Krankheiten. Abholz et al. (1990) setzen das Kriterium der Heilbarkeit als Ausgangspunkt ihrer Definition für chronische Krankheiten und verstehen darunter Krankheiten, die nicht heilbar sind, die Betroffenen also lebenslang begleiten (vgl. S. 4), womit wiederum auch der Zeitaspekt deutlich wird.

Badura (1981) definiert chronische Krankheiten als „...*Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderung somatischer und psychischer Zustände*“ (S. 7), bzw. als Krankheiten, die dauerhafte psychische, somatische Schäden oder Behinderungen nach sich ziehen.

Die Unheilbarkeit vieler chronischer Krankheiten hängt zum einen mit ihrer Entstehung zusammen. Ein Großteil der chronischen Krankheiten kann als sogenannte Zivilisationskrankheiten aufgefasst werden, deren Ursachen in den ökologischen, ökonomischen und sozialen Verhältnissen begründet sind. Das Rauchen, die Ernährung, mangelnde Bewegung, Stress am Arbeitsplatz und Umweltgifte gelten als Auslöser von chronischen Krankheiten. Zum anderen handelt es sich um Krankheiten, deren Ursache nicht ausreichend bekannt ist, wie z. B. bei MS, um sie kausal zu behandeln.

Chronische Krankheiten sind das größte Gesundheitsproblem und werden mit dem Erreichen eines immer höheren Lebensalters *das* Gesundheitsthema zumindest des nächsten Vierteljahrhunderts sein. Corbin (1998) bezieht sich auf eine internationale Studie der WHO, die prognostiziert, dass 2020 chronische Krankheiten, die aufgrund von Tabakkonsum entstehen, bei

¹ „Chronisch“ leitet sich ab von dem griechischen Gott für die Zeit Chronos.

einem von 10 Menschen zum Tode führen werden (vgl. S. 33). Auf der anderen Seite wird es zunehmend Behandlungsmöglichkeiten für Erkrankungen geben, die noch vor Jahren schnell zum Tode führten – wie z.B. Aids – und somit werden neue chronische Krankheitsverläufe entstehen.

Das Medizinsystem berücksichtigt vorwiegend nur die somatischen Aspekte chronischer Krankheiten. Die psychosozialen Implikationen, die nicht selten zu mehr Belastungen für die Betroffenen und Angehörigen führen, werden zu oft außer Acht gelassen. Psychische und soziale Folgen für die Betroffenen und ihre Angehörigen stehen derzeit noch nicht im Mittelpunkt. Corbin et al. kritisieren diese bornierte Sichtweise der Professionellen.

Das Wahrnehmen der Betroffenenperspektive ist jedoch wichtig, um pflegerische Konzepte in der Altenpflege entwickeln zu können, die sich auf die Lebenswelten der Pflegebedürftigen beziehen. Jede pflegerische Annäherung an pflegebedürftige (alte) Menschen aus der eigenen und fremden Kulturen muss deshalb die Mehrdimensionalität der resultierenden Probleme aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen als Ausgangsbasis für Beratung, Begleitung, Therapie, Schulung und Unterstützung betrachten.

Corbin (1994) hat 11 Thesen² entwickelt, um zu verdeutlichen, worin sich aus der Betroffenenperspektive heraus chronische von akuten Krankheiten unterscheiden (vgl. S. 5 ff.).

1. Chronische Krankheiten dauern langfristig, d.h. es handelt sich um einen lebensbegleitenden Krankheitsprozess mit verschiedenen Entwicklungsmöglichkeiten. Bei jedem Wechsel der Krankheitsphase sind verschiedene medizinische, psychologische und soziale Probleme zu bewältigen.
2. Chronische Krankheiten zeichnen sich oft durch Episodenhaftigkeit aus. Lange Zeiten der Remission wechseln mit einem Wiederauftreten von Beschwerden, die sich teilweise in anderen Körperregionen manifestieren. Wechsel im Krankheitsstatus erfassen die Menschen unversehens. Jede Veränderung der Phasen verlangt von den Betroffenen und den Angehörigen physische, soziale und emotionale Anpassungsleistungen. Zeitweise müssen Entscheidungen getroffen werden, wie z. B. ein Einlassen auf medizinische Behandlungsmuster, die das Leben medikamentös verlängern, aber die Lebensqualität verringern, oder aber es den Menschen erlauben, in Würde zu sterben.
3. Chronische Krankheiten erfordern oft große Bemühungen, um die Symptomauswirkungen zu lindern. Manche Krankheiten sind leicht zu kontrollieren, andere benötigen differenzierte Behandlungsmodi. Ist keine technisch oder medikamentös gestützte Adaption möglich, müssen die Kranken Wege finden, mit Schmerzen oder Einschränkungen zu leben.
4. Chronische Krankheiten ziehen oft andere Erkrankungen nach sich. Behandlungen haben Nebeneffekte. Lebensverlängerung kann mit physischen Problemen, Leiden und emotionalen Traumata einhergehen.
5. Falls die Probleme der chronischen Erkrankung medizinische, soziale oder emotionale Unterstützung erfordern, benötigt man ein weites Netz von Hilfe. Nur den Körper zu behandeln und die emotionalen und sozialen Effekte außer acht zu lassen, die von

² Corbin bezieht sich auf Gerson et al. (1975).

teilweise aggressiven medizinischen Behandlungsmethoden herrühren, ist eine Absage an moralische Verantwortung.

6. Chronische Krankheiten erfordern eine bestimmte Lebensweise (z.B. das Einhalten einer Diät), spezielle Ausstattungen der Wohnung zur Anpassung an Behinderungen. Die Betroffenen und Angehörigen müssen Pläne ausarbeiten, um diesen Implikationen begegnen zu können. Des Weiteren kann es dazu kommen, dass weder die Berufstätigkeit noch die Hausarbeit bewältigt werden können und Hilfen organisiert werden müssen.
7. Besonders schwere chronische Krankheiten können zu sozialer Isolation führen. Unser Selbstwertgefühl und die Kriterien für Lebenszufriedenheit orientieren sich an Merkmalen der Leistungsgesellschaft. Man ist Mitglied der Gesellschaft, wenn man in ihr agiert. Ein Mangel an gesellschaftlicher Bestätigung beeinträchtigt das Selbstwertgefühl.
8. Auch wenn die Krankheit behandelbar ist, kann niemand sicher sein, wie die individuelle Reaktion auf die Krankheit bzw. die Behandlung ist. Auch wenn man symptomfrei ist, steht die Frage im Raum, wann die Krankheit zurückkehrt, d.h. Angst und Unsicherheit begleiten die Menschen.
9. Die Behandlung chronischer Krankheit ist kostenintensiv, für die Kranken, die Angehörigen und die Gesellschaft.
10. Chronische Krankheiten führen zu physischem und emotionalem Leiden. Leid wird nicht nur erfahrbar für die Betroffenen, die Angehörigen, die Freunde und Freundinnen, sondern auch für die Professionellen, die sich um die Kranken kümmern. Die sehr offene und sorgende Einstellung, die eine effiziente und effektive Gesundheitsarbeit ermöglicht, kann andererseits auch verwundbar machen.
11. Chronische Krankheiten können den Erkrankten und den Angehörigen Fähigkeiten abfordern und somit Talente entwickeln, von denen man vorher nicht wusste, dass man sie besitzt. Sie können Familien zerstören oder auch den Zusammenhalt stärken, wenn diese gemeinsam am Erreichen eines Zieles arbeiten. Jedoch: Auch die kompetentesten und sich verantwortlich fühlenden Mitglieder der Familie zerbrechen an den Belastungen, wenn keine unterstützenden Hilfen vorhanden sind bzw. die Krankheit sehr lange dauert.

Diese Thesen machen zweierlei deutlich: Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind die Hauptakteure und -akteurinnen im Drama der Bewältigung einer chronischen Krankheit. Die überwiegende Arbeit an der Krankheit wird in der häuslichen Umgebung erbracht oder im Heim, wenn zu Hause keine Möglichkeit besteht. Institutionen wie das Krankenhaus werden nur in akuten Phasen frequentiert bzw. unterstützend einbezogen.

Des Weiteren verweisen die Thesen darauf, dass die körperbezogene medizinisch-pflegerische Arbeit nur einen Teil der Gesamtarbeit ausmacht. Die Betroffenen, ihre Angehörigen und Pflegekräfte müssen zeitweise wesentlich mehr Energien aufwenden, die psychischen und sozialen Folgen der Krankheit zu bewältigen. Sie müssen hierzu über vielfältige Kompetenzen verfügen bzw. Kompetenzen ausbauen. Eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsberufe müsste es deshalb sein, die Ressourcenentwicklung und -erhaltung zu fördern.

Bei chronischen Krankheiten und bei Alterungsprozessen greift die eingegengte Perspektive des bio-medizinisch und technikzentrierten Medizinkonzeptes nicht oder nur in Akutphasen der Krankheit. Durch die somatische Fixierung der Medizin wird die Vielzahl sozialer und existentieller Fragen ausgeblendet. Zunehmende Arbeitsteilung und Spezialisierung und damit zunehmende Schnittstellen vergrößern die Gefahr von Komplikationen bei der Behandlung und Pflege, gerade bei chronisch Kranken und alten multimorbiden Menschen, die wie akut Kranke behandelt werden (vgl. Badura et al. 1994, S. 211ff.; Strauss et al. 1985). Strauss et al. (1985) definieren die Begriffe `danger` und `risk`, um zwischen zwei Gefahren zu unterscheiden, von denen die/der Kranke bedroht ist. `Danger` bezeichnet Gefahren, die von der Krankheit selbst ausgehen, `risk` bezeichnet Gefahren, die erst durch die Intervention der Professionellen entstehen, wobei dieser Aspekt von den Professionellen nur wenig thematisiert wird (vgl. S. 69).

Der „*technische Imperativ der Medizin*“ (Badura et al. 1994, S. 27) ist die wichtigste Strategie zur Bekämpfung von Krankheiten. Für die Pflege bedeutet dies, dass ihre Tätigkeiten auf „Körperbewirtschaftungszeit“ (Schroeter 2002) reduziert wird, d.h. Waschzeiten, Essenzeiten, Mobilisierungszeiten, die von der Pflegeversicherung finanziert werden. Der „*zwischenmenschliche Imperativ*“ (Badura et al. 1994, S. 26) wird zugunsten des technischen Imperatives immer weiter verdrängt bzw. zu einer Randerscheinung, um die Kranken oder Pflegebedürftigen für die diagnostischen und therapeutischen, pflegerischen Handlungen vorzubereiten, da diese sich sonst ggf. verweigern könnten. D.h. Beziehungsherstellung, alltagsbezogene Gespräche, biografisches Arbeiten, die gemeinsam getrunkene Tasse Kaffee zur Herstellung von Alltagsnormalität werden minder bewertet.

Die Bewältigung physischer, sozialer und psychischer Folgen von Krankheiten und Alterungsprozessen, wird zu oft den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen überlassen. Badura et al. (1994) sprechen von einer zweifachen Depersonalisation. Bei den Betroffenen aber auch bei den Pflegekräften werden seelische Vorgänge und subjektive Erfahrungen (Körper-, Krankheitserfahrungen) negiert. Die Betroffenen werden zu passiven Objekten rationaler Krankheitsbeherrschung bzw. standardisierter Körpererhaltungsrituale der Pflegenden. Gleichzeitig wird das Erfahrungswissen der Pflegenden, das aus dem Kennenlernen der spezifischen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen erwächst, entwertet.

2. Zum Modell der Krankheitsverlaufskurve

Folie 2

Zentrale Begriffe, die im Zusammenhang mit dem Krankheitsverlaufskurven-Ansatz eine Rolle spielen, sind:

- Phasen
- Arbeitslinien
- Arbeitstypen
- Projektionen oder Krankheitsverlaufskurvenvorstellungen

2.1 Der Begriff „Arbeit an der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve“ Folie 3

Der Begriff „Arbeit an der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve“ betont erstens die aktive Rolle, die Menschen spielen, indem sie den Pflege- und Krankheitsverlauf durch Arbeit gestalten und zweitens wird die Prozesshaftigkeit einer Krankheit aufgezeigt. Drittens wird deutlich, dass erfolgreiches Handeln Interaktion bedeutet, ein Aushandeln der Verlaufskurvenvorstellungen und Pläne der Betroffenen, Angehörigen und der Professionellen in den verschiedenen Krankheitsphasen. Ziel dieses Zusammenspiels ist es, dass die Kranken/Pflegebedürftigen im Rahmen biografischer Arbeit die Krankheitsfolgen in ihr Leben integrieren, ihre Identität wiederherstellen und ihre Biografie neu entwerfen. Es existieren verschiedene Verlaufskurvenphasen und Arbeitstypen.

Menschen versuchen durch Arbeit den Pflege- und Krankheitsverlauf zu kontrollieren oder ihm Gestalt geben (vgl. u.a. Corbin et al. 1988; Strauss et al. 1985). Krankheitsbewältigung ist ein hoch arbeitsteiliger Prozess, der oft lebenslang andauert und in den Betroffene, Angehörige und berufliche Helfer und Helferinnen einbezogen sind.

Corbin & Strauss haben bis zu neun Phasen bei Krankheitsverläufen analysieren können. Sie vergleichen eine chronische Krankheit mit einer Entdeckungsreise. Am Anfang besteht eine vage Vorstellung vom Verlauf der Reise, dies gilt für die Kranken, Angehörigen und die Professionellen, aber der wirkliche Verlauf weicht ggf. stark von diesen Vorstellungen ab, d.h. es muss ein neuer Entwurf stattfinden, die Arbeit an der Krankheit, an der Biografie und die Alltagsarbeit müssen neu organisiert werden. In jeder Phase sind individuelle Anpassungsleistungen der Betroffenen und der Professionellen auszuhandeln und zu erbringen. Eine Krankheitsverlaufskurve sollte in Phasen unterteilt werden, um die jeweils aktuellen pflegerischen, medizinischen oder alltagsrelevanten Probleme zu bearbeiten und um die verschiedenen Aktivitäten erfassen zu können, die von den Akteuren und Akteurinnen ergriffen werden (vgl. Corbin & Strauss 2004, S. 59ff).

Das nachfolgend dargestellte Phasenmodell von Strauss und Corbin ist Ergebnis ihrer vielfältigen Studien über chronisch Kranke. Es handelt sich um eine up-date Version, die die Veränderungen im Gesundheitswesen (mehr Prävention, Gesundheitserziehung) im Verhalten der Betroffenen und in den Anforderungen der Beschäftigten berücksichtigt.

2.2 Krankheitsverlaufskurvenphasen Folie 4

Phase	Definition	Ziele des Managements ³
Vorstadium	Genetische Faktoren, Lebensweise, die eine Gesellschaft oder das Individuum für eine chronische Krankheit prädisponieren	Vorbeugen
Krankheitsverlaufskurvenbeginn	Erscheinen erster Symptome, Diagnostikperiode, Unsicherheit über biografische Konsequenzen, Beginn des Entdeckens und der Bewältigung der Diagnoseimplikationen	Entwickeln von angemessenen Verlaufsvorstellungen und -plänen

³ Diese Ziele werden von den Betroffenen, den Angehörigen und den Professionellen gemeinsam festgelegt, das Management wird je nach Aushandlung gestaltet.

Phase	Definition	Ziele des Managements³
Stabile Phase	Krankheitsverlauf und Symptome sind kontrollierbar. Biographie und Aktivitäten des täglichen Lebens sind zu bewältigen (orientiert an den begrenzenden Faktoren, die die Krankheit setzt). Das Krankheitsmanagement findet in der häuslichen Umgebung oder im Alten(pflege)heim statt	Erhalten und Unterstützen der Stabilität der Krankheit, Biografie und der täglichen Aktivitäten
Instabile Phase	Periode, in der Symptome nicht kontrollierbar sind. Die Biografie wird erschüttert, es bestehen Probleme, den Alltag zu organisieren, dennoch lässt sich das Management in der häuslichen Umgebung oder im Alten(pflege)heim bewältigen	Rückkehr zur stabilen Phase
Akute Phase	Komplikationen oder Zunahme der Symptomatik, die oftmals zu Bettlägerigkeit oder zu einem Krankenhausaufenthalt führen. Aktivitäten sind nur eingeschränkt oder drastisch reduziert möglich.	Kontrolle der Krankheit und Wiedererreichen einer stabilen Phase
Krise	Kritische oder lebensbedrohliche Situation	Kontrolle der Situation
Rückkehr	Rehabilitation, um einen akzeptierbaren Weg zu finden, mit Fähigkeitsverlusten zu leben	Initiiieren und Durchführen der Rehabilitation, Weiterführen der Verlaufskurvenvorstellungen und Pläne
Abwärtsphase	Rapide oder graduelle Fähigkeitsverluste, Probleme, Symptome zu kontrollieren, ständige Adaption der Biografie und der täglichen Aktivitäten	Anpassung an sukzessive Fähigkeitsverluste erreichen
Sterbephase	Tage oder Wochen vor dem Tod, rapide körperliche Fähigkeitsverluste, Biografieabschluss, Loslassen, Aufgabe oder Loslassen von den täglichen Aktivitäten und Interessen	Erreichen eines Abschlusses und friedvollen Sterbens

(vgl. Corbin 1998, S. 36)

2.3 Chronische Krankheit beinhaltet 3 Hauptarbeitslinien **Folie 5**

Arbeitslinie	Inhalte
Krankheitsarbeit	Diät einhalten, Krankengymnastik, Medikamenteneinnahme, Schmerzbekämpfung, Mobilisation, Prophylaxen
Alltagsarbeit	Hausarbeit, Kindererziehung, Berufsarbeit, Freizeitgestaltung
Biografarbeit	biografische Zeit, Vorstellungen über das Selbst, Körperkonzeption müssen neu in Einklang gebracht werden

2.3.1 Die biografische Arbeit beinhaltet drei Elemente **Folie 6**

- **Die biografische Zeit:** Erfahrungen der Vergangenheit – auch Migrationserfahrungen – wirken sich auf Gegenwart und Zukunft aus. Krankheit bzw. dauerhafte Pflegebedürftigkeit und Alterungsprozesse machen die Begrenztheit des Lebens sehr bewusst, vergangene (gesunde) Zeit und zukünftige, mit einer Krankheit bzw. mit Pflegebedürftigkeit zu verbringende Zeit. Biografarbeit ist deshalb im Altenheim und in der ambulanten Pflege unabdingbar, um die kulturspezifischen biografischen Besonderheiten in der Pflegeplanung zu berücksichtigen.
- **Die Konzeption des Selbst:** Die Selbstkonzepte, die in engem Zusammenhang mit der biografischen Zeit stehen, werden bei Krankheit, aber auch im Alterungsprozess in Frage gestellt und müssen sukzessive modifiziert werden. Gerade für eine kultursensible Altenpflege ist es unabdingbar, z. B. geschlechtsspezifische Selbstkonzepte im Prozess des Alterns, aber auch Probleme des Selbstkonzeptes, die mit der Migration einhergehen können, nachvollziehend verstehen zu können.
- **Der Körper:** Der Mensch nimmt durch seinen Körper seine Umwelt und sich selbst wahr. Kommunikation und Handeln werden über den Körper möglich. Gleichzeitig wird der eigene Körper von anderen wahrgenommen, und diese Wahrnehmung spiegelt sich wieder zurück. Bei einer chronischen Krankheit und im Alterungsprozess verändert sich der Körper in seinen Funktionen und seiner Wahrnehmung durch andere, was wiederum Rückwirkungen auf das Selbstkonzept hat. Eine kultursensible Altenpflege sollte um kulturspezifische Vorstellungen vom Körper, insbesondere im Alterungsprozess wissen (vgl. Corbin et al. 1998, S. 45 f., Corbin et al. 2004, S. 69 ff).

Diese Arbeitslinien bzw.- typen

lassen sich noch einmal differenzieren in Unterarbeitstypen, die bei chronisch Kranken und Pflegebedürftigen in den verschiedenen Phasen in unterschiedlicher Ausprägung anfallen. Eine Orientierung an Phasen und an der Krankheitsverlaufskurve mit ihren verschiedenen

Arbeitstypen ist hilfreich, um ein Verständnis für die Bedürfnisse pflegebedürftiger alter Menschen aus verschiedenen kulturellen Zusammenhängen zu entwickeln.

Im Folgenden soll ein Überblick über einige Arbeitstypen gegeben werden, die bei chronisch Kranken und Pflegebedürftigen in den verschiedenen Phasen in unterschiedlicher Ausprägung anfallen. Sie werden um Fragestellungen, die sich für eine kultursensible Altenpflege ergeben, ergänzt.

2.4 Arbeitstypen Überblick (in Anlehnung an Moers (1995) und Corbin & Strauss (1988) Folie 7

Arbeitstyp	Betroffener	Angehörige/Professionelle
Körperbezogene Arbeit	Je nach Ressourcen von selbstständig bis unselbstständig	Je nach Phase Übernahme/Unterstützung/Anleitung/Schulung bei der Körperpflege, Mobilisation, Prophylaxen, Essen, Ausscheiden
Medizinisch-technische Arbeit	Medikamenteneinnahme, Kontrolle der Vitalwerte	Je nach Phase Medikamente eingeben, Anleitung, Kontrolle, Infusionen geben, Vitalzeichen kontrollieren
Informationsarbeit/ Kooperationsarbeit	Informationsbeschaffung	Je nach Phase Informationen besorgen, geben, Kontakte zu Ärzten/Ärztinnen, Übersetzern/Übersetzerinnen, Selbsthilfegruppen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Sanitätshäusern etc. herstellen, Absprachen treffen
Aushandlungsarbeit	sich einbringen, Bedürfnisse und Bedarfe artikulieren und ggf. gegen Widerstand durchsetzen	Je nach Phase Information des Betroffenen, der Angehörigen, der Dolmetscher/Dolmetscherinnen über mögliche und aus pflegerischer Sicht notwendige Maßnahmen, Vergleich mit Betroffenen-/Angehörigenansprüchen

Arbeitstyp	Betroffener	Angehörige/Professionelle
Sicherheitsarbeit	Je nach Krankheit und Verlauf Feststellen des aktuellen Sicherheitsbedarfes und – bei Übernahme durch andere – Aushandeln der Arbeitsteilung	Beobachtung des bedingten Gesundheitszustandes, des Wohlbefindens, für sichere Umgebung sorgen; durch kulturkongruente pflegerische Sorge; technische Sicherheit von Geräten, Hilfsmitteln beachten, Sicherheitsbedürfnis der Angehörigen berücksichtigen
Wohlbefindensarbeit	Feststellen der Phänomene, die jetzt Wohlbefinden schaffen (Licht, Temperatur, Nahrung (Art/Darreichung) Lagerung, Schmerzfreiheit, spirituelle Bedürfnisse, soziale Kontakte	Eingehen auf Wünsche des Betroffenen nach Ruhe, Unterhaltung, spirituellen, geistigen, physischen Bedürfnissen, Alltagsnormalität und Alltagsritualen; Beachten der Ängste, Stimmungen, Kontaktwünsche, ggf. Einsatz muttersprachlicher Pflegekräfte
Gefühlsarbeit	<p>Trauerarbeit um Alterungsprozesse, Partnerverluste, den Verlust von Fähigkeiten, Rollenverluste, die nicht gelungene aber geplante Rückkehr in das Geburtsland, den Umzug ins Heim zu verarbeiten; Fassungsarbeit um schambesetzte als unangenehm erlebte pflegerische Interventionen zu ertragen, Krisenerfahrungen zu verarbeiten</p> <p>Freude über das Wiedererreichen, das Erhalten von Fähigkeiten, über soziale Kontakte, sinnstiftende Tätigkeiten</p>	<p>Trostarbeit d.h. Gespräche, eingehen auf Sorge, Ängste;</p> <p>Fassungsarbeit um scham- und ekel- oder angstbesetzte Pflegesituationen zu entspannen;</p> <p>Erziehungsarbeit um die Pflegebedürftigen an die Routinen des Pflegedienstes, des Heimes zu gewöhnen</p> <p>Aber auch Hoffnungsarbeit, d.h. das Teilen von Freude, Betreuung der Angehörigen, Krisen auffangen</p>
Biografiearbeit	Bilanzierung des Lebens, Wiederaufbau eines neuen Selbst, Nichtgelebtes in Lebenszeit akzeptieren	Begleitung bei dem Prozess der Bilanzierung, Zuhören, Erzählungen zulassen, ggf. neue Wege aufzeigen

Je nach den bestehenden Pflegeproblemen und der Krankheitsphase müssen hier von den Angehörigen und Professionellen im Verlauf der Begleitung Arbeitsaufgaben übernommen, neu ausgehandelt und neu verteilt werden. In einem Berufsgruppen übergreifend arbeitenden Team, das ja ansatzweise in ambulanten Diensten schon existiert, aber auch im Heim, könnten nun unter Berücksichtigung von Richtlinien und Standards, flexible, kultursensible Rahmenarbeitspläne entwickelt werden, die dann situationspezifisch auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen angepasst werden müssen.

2.5 Projektionen oder Verlaufskurvenentwürfe

Nachdem eine Krankheit/Pflegebedürftigkeit diagnostiziert worden ist, entwickeln sowohl die Ärzte und Ärztinnen als auch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen und Altenpflegekräfte Vorstellungen darüber, wie der potenzielle Verlauf sich gestalten könnte und wie und durch wen die unterstützende Arbeit zu leisten ist. Diese Vorstellungen dienen dem Ziel, die Symptome zu bewältigen und den Verlauf der Krankheit zu kontrollieren. Nicht selten haben ältere Menschen zudem mehr als eine chronische Erkrankung, so dass überlegt werden muss, wie sich die unterschiedlichen Verlaufskurven aufeinander auswirken. Die Entscheidung, ob die Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden können bzw. sollen oder ob eine Heimunterbringung notwendig wird, hängt von vielen Faktoren ab, auch vom soziokulturellen Hintergrund der jeweiligen Beteiligten.

2.5.1 Die Verlaufskurvenentwürfe der Familie hängen ab von folgenden

Kontextbedingungen: Folie 8, 9, 10 & 11

- Ihren objektiven und subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten, die von den Erfahrungen aus den Herkunftsländern stark geprägt sein können. Ist Krankheit ein Schicksal (Schicksalstheorie), eine göttliche Fügung, der man sich beugen muss? Wird Krankheit als Strafe erlebt? Wie wird die eigene Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf eingeschätzt? Wird aktivierende Pflege akzeptiert oder besteht die Erwartung, nun bis zum Tode versorgt zu werden und damit eher ein passives Verhalten erwartet?
- Dem kulturell unterschiedlich ausgeprägten familiären Sorgeverhalten: kulturell überlieferte Normen und Werte, Art des Familiensystems (z. B. intergeneratives Familiensystem, individualisiertes Familiensystem, System im Enkulturationsprozess).
- Dem Vorhandensein von Angehörigen, dem Wohnort der Angehörigen, den räumlichen, technischen Ressourcen, deren beruflichen Verpflichtungen, Karrierewünschen, ihrer finanziellen Situation, dem Alter der Familienmitglieder, den geschlechtsspezifischen Rollenanforderungen innerhalb der Familie, dem Grad der Zuneigung, dem Reziprozitätsgefühl, dem eigenen gesundheitlichen Befinden der potenziellen Hauptpflegeperson, d.h. ihrer physischen und emotionalen Kraft etc.
- Den Informationen und der Informationsverarbeitung zum potentiellen Krankheitsverlauf und den möglichen Wechselwirkungen verschiedener Verlaufskurven. Gaben Ärzte/Ärztinnen verständliche Informationen, war ggf. ein Dolmetscher bzw. eine Dolmetscherin eingeschaltet? Wurden die Angehörigen einbezogen? Ist der Wissensstand bei Betroffenen und Angehörigen gleich?

2.5.2 Die Verlaufskurvenvorstellungen der Pflegekräfte hängen ab von:

Folie 12

- Den in der Ausbildung vermittelten pflegewissenschaftlichen und biomedizinischen Gesundheits- und Krankheitskonzepten und den subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten der Pflegenden, die von den Erfahrungen aus der Herkunftsfamilie aber auch aus den Herkunftsländern stark geprägt sein können.

- Dem in der Ausbildung vermittelten Verständnis von lebensweltlich und kultursensibel ausgerichteter Altenpflege.
- Den sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen, d.h. ihrer Fähigkeit zuzuhören, ihrer Neugier, ihrer Fähigkeit, Erzählungen von Lebens- und Krankheitsgeschichten zuzulassen, ihrer Fähigkeit zu einem respektvollen, wertschätzendem Umgang mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, ihrer Empathiefähigkeit und ihren eigenen Selbstsorgekompetenzen.
- Den Pflegeleitbildern/Unternehmensleitbildern und dem Grad ihrer Umsetzung in die Praxis.
- Dem Grad der praktizierbaren kultursensiblen Pflege im Arbeitsalltag: selbstbestimmte Arbeitsplanung, flexible Ablaufgestaltung, räumliche, personelle, zeitliche, finanzielle Ressourcen.

Es wird deutlich, dass Verlaufskurvenentwürfe, die in die Pflegeplanung einfließen sollten, nicht rein zweckorientiert, objektiv und wertneutral entwickelt werden, sondern von vielen Faktoren bestimmt werden. Sie hängen auch ab von internen, subjektiven Faktoren der Altenpflegekräfte, die in der Interaktion mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mitbestimmen, was und wie etwas wahrgenommen wird. Was im Sinne von Gefühlsarbeit an den Verlaufskurvenvorstellungen der Betroffenen als fremd erlebt wird, in Gefahr gerät abgelehnt oder ausgeblendet zu werden, um die Pflegebedürftigen den Bedürfnissen der Institution anzupassen, indem ihre Individualität geleugnet wird oder Bedürfnisse abgewertet werden. Ziel sollte es sein, die unterschiedlichen Vorstellungen transparent zu machen, durch Aushandlungsarbeit ggf. zu korrigieren. Falls Wissensdefizite bei den Betroffenen oder den Pflegenden vorliegen, ist es die pflegerische Aufgabe, diese durch Informationsarbeit zu beheben und somit Wohlbefinden für die Pflegebedürftigen zu erreichen.

Angehörige können z. B. über ihre bisher erfolgreich genutzten alternativen Pflegetechniken und die Nutzung von Hausmitteln berichten, über spezielle Essensgewohnheiten des Pflegebedürftigen, die das Wohlbefinden befördern, aber im Widerspruch zu bestimmten Diätvorstellungen der Pflegenden stehen. Hierzu ist es wichtig, dass Pflegende über Gefühlsarbeit empathisch auf die Angehörigen eingehen, bewusst versuchen, sich ihrer Lebenswelt anzunähern. Eine wertschätzende Haltung der Pflegenden, die durch Respekt, Authentizität, Achtung vor der Biographie gekennzeichnet ist, gibt den Pflegebedürftigen und Angehörigen Sicherheit sich zu öffnen. Es wäre dann auszuhandeln, wie die Wohlbefindensarbeit gestaltet werden kann, um eine stabile Phase möglichst lange zu erhalten. Sind aus religiösen Gründen z. B. bestimmte Essgewohnheiten vorgegeben, z. B. die rituelle Fastenzeit, könnten wiederum die Pflegenden darüber aufklären, dass diese Nahrungskarenz nicht für kranke Menschen gilt.

2.6 **Schlußfolgerungen für ein Konzept zur Pflege chronisch kranker Menschen** Folie 13

1. Chronische Zustände sind langfristig
2. Phasen sollten in Betracht gezogen werden
3. Verlaufskurvenvorstellungen und Pläne der Betroffenen und der Angehörigen müssen verstanden werden und Grundlage der Arbeitsplanung sein
4. Arbeit ist zentral, um Krankheiten zu managen
5. Abgestimmte Arbeitsprozesse ermöglichen es, die Arbeit auszuführen
6. Interaktion ist entscheidend, um die Arbeit an der Krankheit auszuführen
7. Unvorhersehbarkeiten, die das Management beeinflussen können, müssen gesehen, verstanden und eingeplant werden
8. Konsequenzen der Krankheit und des Management benötigen vorsichtige Überlegungen

Pflegebedürftige leisten selbst viel Arbeit, um die Auswirkungen der Symptome zu kontrollieren und in Einklang mit den Alltagsanforderungen zu bringen, die unter dem derzeit vorherrschenden Arbeitsbegriff nur ungenügend erfasst wird. Diese Arbeit und die beruflich organisierte Arbeit der Professionellen gestalten zusammen einen Krankheitsverlauf und gehen Wechselwirkungen ein.

Mit dem hier genutzten Arbeitsbegriff soll verdeutlicht werden, dass gerade die beziehungsintensiven Leistungen wie Informations-, Aushandlungs-, Gefühls- und Wohlbefindensarbeit die Basisarbeitsleistungen sind, um lebensweltlich und kultursensibel zu arbeiten. Diese Arbeitstypen beinhalten Zeit, Können, Energie und Arbeitsteilung.

Übergriffe auf den Körper und die Seele der Menschen, die mit Diagnostik, Behandlung und Pflege unabdingbar einhergehen, werden durch diese Arbeit überhaupt erst möglich. Das immer noch vorherrschende Leitbild der traditionellen Medizin beschränkt den ärztlichen und oft auch pflegerischen Blick, auf das Verständnis und die Beherrschung körperlicher Prozesse, die Realität oder die Wahrheit der Krankheit wird im „Messbaren“, „Sichtbaren“ gesucht. Subjektivität und Individualität werden weitestgehend ausgeklammert.

Dies spiegelt sich auch in der finanziellen Gewichtung von Arbeitstypen wider. Technische Leistungen wie Maschinenarbeit, Sicherheitsarbeit und körperbezogene Diagnose-, Behandlungs- und Pflegeleistungen werden höher bewertet als die oft diffusen, und in ihrer Ergebnisqualität nicht quantifizierbare Gefühls- und Wohlbefindens-, Biografie- und alltagsorientierte

Arbeit. Diese Arbeitstypen werden stillschweigend vorausgesetzt und vernutzt und damit zufällig oder unbezahlte Mehrarbeit. Die physischen, psychischen und gesellschaftlichen Folgekosten, die aus dem Unterlassen dieser interaktionsintensiven Leistungen resultieren, werden ausgeblendet.



Das Modell der systemischen Individualpflege nach Zielke-Nadkarni (2003)

Das Modell basiert auf Ergebnissen einer empirischen Untersuchung (ethnografische Studie) von Zielke-Nadkarni. Zielke-Nadkarni bezieht sich zudem auf die systemtheoretischen Ansätze von Luhmann und Bateson. Sie beabsichtigt, die Leitwerte der professionellen Pflege – Patientenorientierung, umfassende Pflege und Gesundheitsförderung – auch für Menschen aus anderen Kulturen nutzbar zu machen und damit ein hohes Maß an Pflegequalität für alle Menschen – unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund – zu erreichen. Für sie beinhaltet ein individuelles Fallverstehen einerseits das Verstehen der zu pflegenden Person im hermeneutischen Sinn, indem die Lebenswelt der Betroffenen mit ihren „*Entwicklungs- und Integrationsmöglichkeiten*“ (S. 485) erfasst werden. Andererseits ist es notwendig, die intersubjektiven Anforderungen zu erfassen, was „*ein Verstehen der Situation und der in ihr wirksamen Faktoren voraussetzt*“ (S. 485).

Zielke-Nadkarni geht bei ihrem Entwurf davon aus, dass die unterschiedlichen personalen Systeme (Patient/Patientin/Bewohner/Bewohnerin, Pflegekräfte) sich durch Kommunikation verständigen können, indem Haltungen, Einstellungen ausgetauscht werden und Verhaltensweisen entsprechend angepasst werden können. Für sie ist eine individuelle Pflege nur in der Organisationsform der Bezugspflege zu realisieren, sie entspricht den Wünschen der Pflegepersonen nach Kontinuität.

1. Zentrale Begriffe des theoretischen Entwurfs:

Professionelle Pflege	Professionelle Pflege ist die fachkundige Versorgung eines Menschen und seiner persönlichen Bezugspersonen, deren Selbstversorgungsfähigkeiten und -möglichkeiten aufgrund aktueller Probleme im Zusammenhang mit Krankheit eingeschränkt oder nicht vorhanden sind. Pflege ist empathisch, verantwortungsbewusstes Zugehen auf den Patienten/die Patientin, der/die als autonome Persönlichkeit wahrgenommen wird und somit zu Selbstverantwortung fähig. Pflege basiert auf Grund- und Menschenrechten. Professionelle Pflege umfasst Gesundheitsförderung, erzieherische und präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen bei akut und chronisch Kranken, begleitet Menschen in Krisensituationen und im Sterbeprozess.
Laienpflege	Versorgung Kranker ohne Ausbildung durch die Familie, Freunde, Nachbarn auf Basis von Erfahrungen, Überzeugungen, dem subjektiven Verständnis von Krankheit/Gesundheit. Basiert auf persönlicher Beziehung und Reziprozität.
Volksmedizinisch-traditionelle Pflege	Überlieferte Formen der Versorgung Kranker, die innerhalb einer Gesellschaft tradiert sind, sich auf kulturelle Normen und Werthaltungen beziehen.
Mensch/Patientensystem	Der Mensch ist ein biopsychologisches, soziokulturelles, metaphysisch orientiertes Wesen, ein offenes System, verändert sich ständig. Das System Mensch steht mit anderen Systemen in Verbindung bzw. bildet mit anderen Menschen ein System (Familiensystem). Als soziales Wesen lebt der Mensch eine spezifische Lebensweise. Die Lebensweise umfasst die Alltagpraxis, die gedeutet wird vor dem Hintergrund von Normen, Werten, Milieu, Schicht, Geschlecht, Lebensphase.
Familiensystem	Umfasst einmal die Familienmitglieder aber auch Menschen, die Familienfunktionen übernehmen.
Soziales Netzwerk	Umfasst alle Menschen, durch die direkte und indirekte Hilfe und Unterstützung gewährleistet wird, gibt soziale, emotionale und praktische Unterstützung.
Pflegesituation	Die unmittelbare umgebende zeitliche und räumliche Realität, in der Betroffene, Angehörige und Pflegenden miteinander eine Beziehung eingehen, die Pflegeintervention.
Soziales System	Verbindung von einzelnen Menschen zu einem System: Familiensystem, System der Pflegenden (professionell Pflegenden/Bezugspflegesystem), Pflegemikrosystem (Patientensystem, Familiensystem, System der Pflegenden).
System des therapeutischen Teams	Im stationären Bereich alle am Pflege- und Behandlungsprozess beteiligten Professionellen, im ambulanten Bereich je nach Konstellation neu zu definieren.
Umwelt	Alles was nicht zum System Mensch gehört: das soziale Netz, die Umgebung (Haus, Wohnung, Heim, Zimmer), der Arbeitsplatz, die Freizeitumgebung, das Gesundheitssystem.
Rolle	Identifikation von Erwartungszusammenhängen, bei Kontakten von Migrantinnen und Migrantinnen, Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen mit Professionellen bestehen oft Unsicherheiten (Zeit, Inhalte von professioneller Pflege, Geschlechterrollen und -aufgaben).

Muster	Individuell und sozial entwickelte Konfigurationen von Empfindungen, Verhalten, Reaktionen, genetisch und durch Sozialisation erworben, veränderbar durch Interaktion zwischen Mensch und Umwelt. Neue Situationen werden auf der Folie der verinnerlichteten Deutungen interpretiert. Alltagswissen, lebensweltliches Wissen. Das Erkennen eigener Muster ist Voraussetzung für das Erkennen von Mustern bei anderen und für deren Akzeptanz.
Interaktion	Symbolischer Interaktionismus + Kommunikationstheorie nach Watzlawick Stimmen die verwendeten Symbole nicht überein, entstehen Irritationen, Kommunikationsstörungen. Pflege als Interaktionsbeziehung zwischen Pflegeperson (Team) und Patient/Patientin ist sehr komplex und stör anfällig sowie auf enge Verbindung zwischen Mensch und Umwelt (soziokulturell gewachsene Rollen und Muster) verwiesen.
Kommunikation	Über Sinn und Bedeutung. Dies führt zur personalen und sozialen Durchdringung. Sinnkriterien werden bewusst. Sie selektieren Erleben und Handeln, müssen somit Bestandteil pflegerischer Kommunikationsprozesse sein, wenn Pflege zum Erfolg führen soll. Einbezug nonverbaler und taktile Kommunikation.
Gesundheit/Krankheit	Soziogenetische Prozesse mit individueller Prägung, durch sie wird das Erfahrungswissen geformt. Krankheit beinhaltet die objektiven Symptome, Kranksein das subjektive Empfinden, beide unterliegen ökonomischen, sozialen, ökologischen Faktoren. Gesundheit ist die intakte Beziehung zwischen Mensch und Umwelt. Gesundheit wird bestimmt durch epidemiologische, biomedizinische Faktoren. Gesundsein ist eine subjektive Erfahrung.
Kontext	Der historisch bedeutsame, gesellschaftliche Lebensraum, in dem sich Biografie entwickelt und Gruppen bilden.
Stress	Unvermeidbare Komponente menschlicher Existenz: kann Energie freisetzen (Eustress) oder erfordern (Distress).
Selbstkonzept	Kognitiver Anteil der Selbstwahrnehmung, Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein.
Körperkonzept	Körperbild (wie man sich sieht und glaubt von anderen gesehen zu werden), Körperschema (Vorstellung vom Körper im Raum).
Autonomie	Ethische/rechtliche Unabhängigkeit des Menschen in bezug auf Wahrnehmung, Einstellungen, Entscheidungen, Verantwortung.
Solidarität	Positive, unterstützende Haltung der professionell Pflegenden gegenüber Patienten/Patientinnen, Bewohnern/Bewohnerinnen und Angehörigen.

2. Nach Zielke-Nadkarni sind Hauptfunktionen der Pflege unter systemischen Gesichtspunkten:

Beobachten:

Gezielte Aufnahme von Informationen, dies vorsichtig, fragend, in der Haltung eines Lernenden und an einem Austausch Interessierten.

Pflegerische Interventionen auf der Basis eines/r Pflegemodells/-theorie unter Einsatz des Pflegeprozesses planen, durchführen und evaluieren:

Informieren:

Um Unsicherheiten und Ängste abzubauen und Kooperations-, Entscheidungs- und Selbsthilfefähigkeiten des Patienten-/Familiensystems zu erhöhen.

Begleiten:

Respektvolle, emotionale, fachkompetente Unterstützung, kontinuierliche Kommunikation und situationsabhängig helfen.

Beraten:

Problemlösungsorientiert, aber non-direktiv, so dass die Lebenswelt und Deutungsmuster der Patienten mit einbezogen werden können. Beide Seiten können voneinander lernen.

Anleiten:

So, dass die Pflegekompetenz der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen erweitert wird, d.h. aufbauend auf den vorhandenen Kenntnissen, nicht aufpropfen.

Koordinieren:

Mit anderen Stellen, z. B. familienentlastenden Diensten, Dolmetschern und Dolmetscherinnen, Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, Ämtern, Migrantenorganisationen etc.

Das modifizierte Pflegemodell zur Umsetzung eines kultursensiblen Pflegeprozesses siehe [II.LE 2.LS 6 Material 3a](#).

II.LE 2.LS 6 Material 3a

Thema:

Umsetzung eines kultursensiblen Pflegeprozesses

Zielsetzung:

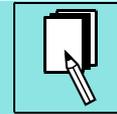
Die Auszubildenden sollen das Pflegemodell Strauss & Corbin, modifiziert nach Zielke-Nadkarni kennen und einen Pflegeprozess nach diesem Modell durchführen.

Lehrgespräch und Praxisauftrag

Sozialform

Medien

Zeit: nach Bedarf



Das modifizierte Pflegemodell zur Umsetzung eines kultursensiblen Pflegeprozesses

Im Folgenden wird der Pflegeprozess auf Basis des modifizierten Pflegemodells dargestellt und anhand eines Fallbeispiels exemplarisch vertieft.

Die Schritte des Pflegeprozesses von Strauss & Corbin und Zielke-Nadkarni sind vergleichbar, allerdings hat Zielke-Nadkarni die Assessmentfragen sehr gut ausformuliert, strukturiert und in Hinblick auf die Situation von Migranten und Migrantinnen spezifiziert. Zielke-Nadkarni (2003) hat für die einzelnen Aspekte des Assessments im ambulanten Bereich einen detaillierten Fragenkatalog entwickelt (vgl. S. 521-528) (II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 2). Ihre Assessmentfragen wurden für den stationären Bereich der Altenpflege modifiziert und stehen als II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 3 zur Verfügung. Im Falle einer ausführlichen Bearbeitung des theoriegeleiteten Pflegeprozesses in der Schule können diese Fragenkataloge eingesetzt werden. Sollten Sie die Schritte des Pflegeprozesses in der Praxis erproben, können die Teilnehmerunterlagen 2 und 3 ebenfalls für das Assessment genutzt werden.

Die Schritte des Pflegeprozesses Folie 14

1. Assessment
2. Ziele definieren
3. Gesamtplan erstellen, orientiert an sechs Kategorien
 - Direkte Pflege
 - Information
 - Beratung
 - Schulung
 - Überwachung
 - Verweisen, Steuern, Koordinieren
4. Umsetzung der geplanten Pflege
5. Evaluation

Vorbemerkung zum Assessment

Die Qualität des Assessment ist entscheidend für die Realisierung einer kultursensiblen Altenpflege. Zielke-Nadkarni hält dieses umfassende pflegebezogene Assessment für sinnvoll, da im Umgang mit Migrantenfamilien oft erst nachträglich deutlich wird, welche Bedeutung biografische Daten für den Pflegeprozess haben. Deshalb ist eine ausführliche Anamnese unerlässlich. Eine Reduktion der Informationen kann später vorgenommen werden. Durch das intensive Erstgespräch besteht die Chance, eine Vertrauensbasis herzustellen. Die Fragen sollten nicht „abgespult“ werden. Wenn möglich, sollte ein entspanntes Gespräch geführt werden.

Im ambulanten Bereich müssen deshalb nach individueller Situationseinschätzung ggf. mehrere Termine für das Assessment vereinbart werden, oder vertiefende Gespräche zu Einzelaspekten geführt werden. Viele der Fragen werden vermutlich auch erst nach einem Vertrauensaufbau in weiteren Gesprächen erörtert werden können.

Der Umzug in ein Heim ist i.d.R. für die Betroffenen, aber oftmals auch für die Angehörigen eine Krisenphase. Viele Ängste begleiten diese Phase. Ein Heimeinzug ist für die meisten Migranten und Migrantinnen keine vorstellbare Perspektive, da er der intergenerativen familiären Sorge widerspricht. Viele Migranten und Migrantinnen haben zudem problematische Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem gemacht und wünschen sich zumindest eine Pflegekraft aus ihrem Kulturkreis. Gerade für Migranten und Migrantinnen kann der Heimeinzug auch eine schambesetzte Situation sein, deshalb ist hier ein behutsames Vorgehen bei der Gesprächsführung notwendig. Zunächst geht es um einen Vertrauensaufbau, um eine Gewöhnung und Akzeptanz. Das Assessment sollte deshalb schrittweise in einer Alltagsgesprächssituation erhoben werden. Der Leitfaden dient dabei auch hier nur als Stützgerüst, nicht als Abfragekatalog. Die Erzählsituation sollte offen gestaltet werden.

Die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses werden im folgenden am Beispiel eines Falles in der ambulanten Pflege genauer dargestellt:

1. Assessment Folie 15

der Krankheitsgeschichte
der Familiengeschichte und Biographie
des Alltages und der Aktivitäten des täglichen Lebens

Der ausführliche Fragekatalog befindet sich in den [II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlagen 2 & 3](#).

2. Ziele definieren

Sowohl Strauss & Corbin als auch Zielke-Nadkarni heben das Prinzip der Normalisierung für die Zielsetzung hervor.

Prioritäre Ziele sollten gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen erarbeitet werden. Fragen, die gestellt werden können, sind z. B.:

- Was ist/sind z.Zt. das zentrale Problem, die zentralen Probleme?
- Wie wirkt sich dies auf die Krankheit/Alltag/Biografie/Angehörige aus?
- Welche Ziele resultieren daraus?

Besonders wichtig ist es nach Zielke-Nadkarni (2003), den Tages,- Wochen,- Jahresrhythmus zu berücksichtigen (vgl. S. 536 f.), aber auch die ökonomischen Standards (finanzielle, rechtliche Rahmenbedingungen), die Wohnbedingungen und das Recht auf Selbstbestimmung, was die religiösen Bedürfnisse einschließt.

Ziele müssen schriftlich dargestellt und immer aus der Perspektive der Betroffenen formuliert werden. Bei Langzeitpflegebeziehungen ist zwischen kurz- und langfristigen Zielsetzungen zu unterscheiden.

Das folgende Fallbeispiel kann im Unterricht genutzt werden, um die Pflegeplanung und –umsetzung in ihren einzelnen Aspekten zu verdeutlichen (siehe [II.LE 2.LS 6 Folie 16](#))

Fallbeispiel: Eine türkische Patientin, die durch einen Schlaganfall eine Halbseitenlähmung hat, wird nach der Rehabilitation nach Hause entlassen. In der Klinik wurde zudem ein insulinpflichtiger Diabetes festgestellt. Sie befindet sich in einer stabilen Phase, die Familie kann aber aufgrund beruflicher Anforderungen nur einen Teil der Pflege übernehmen. Sie ist in die Pflegestufe II eingeordnet. Eine Pflegekraft des Pflegedienstes hat im Assessment folgende Probleme festgestellt: die Frau benötigt täglich Unterstützung bei der Körperpflege und der Mobilisation. Im Intimbereich wünscht sie jedoch von der Tochter unterstützt zu werden. Das Essen muss zubereitet und angereicht werden. Die Familie hat keine Erfahrung im Umgang mit der Diät und mit Injektionen. Da Fastenzeit ist und sie gläubige Muslimin ist, weigert sie sich, die Diät einzuhalten. Die Pflegekraft klärt die Betroffene und ihre Familie darüber auf, dass es bei Krankheit auch im Islam erlaubt ist, die Nahrungskarenz zu unterbrechen. Die Pflegekraft und die Familie einigen sich auf eine Schulung zur Ernährung und ein Einhalten der Diät und überlegen gemeinsam, wie diese in den Tagesrhythmus zu integrieren ist. Die Tochter gibt an, dass sie sich mit der eingetretenen Situation sehr belastet fühlt und sich erst einmal mit der Pflegesituation vertraut machen will. Sie kann noch nicht abschätzen, inwieweit die Familie ihre Alltagsroutinen verändern muss. Ihr fehlen Informationen zur Mobilisation bei einem Schlaganfall und zur Ernährung bei einem Diabetes.

Sie traut sich noch nicht, die Injektionen zu geben, ist aber bereit ist, es zu lernen. Deshalb einigt man sich darauf, dass in der Anfangsphase zunächst die Pflegekraft die Injektionen übernimmt, wenn sich die Familiensituation stabilisiert hat und die Tochter sich wieder in der Lage fühlt, neue Pflorgetechniken zu lernen, wird sie die Tochter schulen.

3. Gesamtplan erstellen und

4. Umsetzung

Folie 16

Sind die Ziele formuliert, muss ein Plan erstellt werden. Ganz wichtig ist es, die „W“-Fragen zu klären:

- Was ist zu tun?
- Wer tut es?
- Wann sollte es getan werden?
- Wie sollte es getan werden?
- Wo sollte es getan werden?

(vgl. Zielke-Nadkarni 2003, S. 539).

Folgende Kategorien sind bei der Planung zu berücksichtigen:

Direkte Pflege
Information
Beratung
Schulung
Überwachung
Verweisen, Steuern , Koordinieren
Evaluation

Es ist sehr hilfreich, den Gesamtplan nach pflegerischen Handlungsfeldern zu differenzieren. Den Auszubildenden wird bei der folgenden Differenzierung, die anhand des Fallbeispiels exemplarisch vertieft wird, die Vielfalt pflegerischer Aufgaben bewusst gemacht. Die Bedeutung von Information, Beratung, Anleitung wird durch die Differenzierung hervorgehoben.

5. Evaluation

Die Evaluation kann nicht genau festgelegt werden. Sie ist ein prozesshafter Vorgang. Die Pflegekraft selbst und der/die Betroffene und die Familie bewerten implizit und explizit kontinuierlich die Wirksamkeit bzw. Nicht-Wirksamkeit von Pflegeinterventionen.

Die Pflegekraft sollte im Sinne einer Prozessevaluation kontinuierlich mit den Betroffenen evaluieren, in welcher Phase sich der/die Betroffene befindet, ob aufgrund der Pflegeergebnisse die geplante Pflege fortgeführt werden kann oder ob eine Modifikation der Ziele notwendig ist.

II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 2

Thema:

Erfassung von Pflegephänomenen

Assessmentfragen für die ambulante Pflege

Fragen zur Entwicklung der Pflegesituation und zu Faktoren, die die Pflege beeinflussen können



Krankheitssituation und Folgen für die Aktivitäten des täglichen Lebens:

- Aktueller Gesundheitszustand: durch Pflegebedürftigen selbst eingeschätzt, wie sehen das die anderen anwesenden Familienmitglieder?
- Bestehen Probleme bei der Ernährung? Welche Essgewohnheiten (Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Rituale)?
- Atemprobleme?
- Ausscheidung: gibt es besondere kulturelle Aspekte, die in der Familie bei der Unterstützung berücksichtigt werden?
- Körperpflege/Ankleiden: selbstständig, benötigen Sie Hilfen, Zeitaufwand, kulturelle, individuelle Besonderheiten?
- Ruhe/Schlaf: Schlaf/Wachrhythmus
- Bewegung: altersgemäß, eingeschränkt? Welche Folgen hat die Einschränkung? Unterstützung: wer hilft in welchem Ausmaß? Ist die Wohnung entsprechend angepasst? Sind hierdurch soziale Kontakte eingeschränkt? Benötigen Sie Hilfsmittel?
- Erleben die zu pflegende Person und die Familie bzw. die Hauptpflegeperson besondere Belastungen? Wie gehen Sie damit um, wo benötigen sie Unterstützung (ggf. Hauptpflegeperson noch mal gezielter allein darauf ansprechen) ?
- Haben Sie das Gefühl, die jetzige Situation ganz gut bewältigen zu können? Wenn ja, mit welchen Strategien? Wenn weniger bis nein, was wünschen Sie sich?
- Umgang mit Gesundheit: Was tut die Hauptpflegeperson, um sich gesund zu erhalten, was die zu Pflegenden, um ihren jetzigen Gesundheitsstatus zu erhalten?



Lebenssituation

- Wer gehört derzeit zu Ihrer Familie?
- Wer ist wann und in welchem Land geboren?
- Wer wohnt in der gemeinsamen Wohnung? Wo wohnen die anderen Familienmitglieder?
- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Wohnung?
- Ist die Wohnung auf die Bedürfnisse des zu Pflegenden hin angepasst worden? (sanitäre Einrichtungen, Möblierung, die Mobilität zulässt etc.. Weitere Eindrücke über die Wohnung anschließend notieren (Größe, Wohnkomfort).
- Wie hoch ist derzeit der Betreuungsaufwand? Wer macht was? Arbeitsteilung?
- Wie gestaltet sich der Tagesrhythmus? (Aufstehen, Essen, Gebete, Termine, Routinen, Schlafen)
- Gibt es im Wochenrhythmus besondere Aktivitäten, Anforderungen, die mit dem Unterstützungsbedarf koordiniert werden müssen (Arztbesuche, berufliche Anforderungen etc.)?
- Gibt es Faktoren, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen? (Wohnverhältnisse, familiäre Belastungen, berufliche Anforderungen?)
- Hilfsmittel: Haben/benötigen Sie Hilfsmittel? Wenn ja, welche? Wie haben Sie diese erhalten? Gab es Probleme bei der Beschaffung (Information, Beratung ausreichend? Wenn nein, was waren die Probleme)?
- Finanzielle Situation: Wie gestaltet sich Ihre finanzielle Situation? Haben Sie durch die Krankheit/Pflege besondere Belastungen? Fühlen Sie sich ausreichend informiert über finanzielle Unterstützung (PflegeVG, Sozialamt)? Wenn ja, wie haben Sie sich informiert? Was war positiv? Wenn nein, wo gab es Probleme?



Biografie

- Lebensstationen: Migration: wann, warum, welche ersten Eindrücke in Deutschland? Arbeit/Familiensituation zu Beginn, im Verlauf? Was waren die wichtigsten Veränderungen für Ihr Leben?
- Interessen/Freizeit: Was haben Sie in gesunden Zeiten für Interessen gehabt, was hat sich durch die Krankheit verändert? Haben Sie neue Interessen entwickelt?

- Welche Werte und Überzeugungen sind ganz wichtig für Sie und die Familie? Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Familie? Wie wirkt sich die Religion auf Ihr Leben im Alltag aus? (Arbeitsaufgaben, Rollenaufteilung, Essen, Pflege)
- Hat sich diese Rolle im Laufe der Jahre verändert? Hat das Leben in Deutschland Ihres Erachtens auf Ihr Verhältnis zur Religion eine Auswirkung gehabt? Erleben das alle Anwesenden ähnlich? Gibt es Unterschiede?
- Welche besonderen Umgangsformen werden in der Familie gepflegt?
- Tabubereiche? (ggf. nur an Hauptpflegeperson). Von wem wird der Patient im Intimbereich versorgt? Welche Aspekte sind hier besonders wichtig?
- Tod und Sterben? (Frage an pflegende Hauptperson): Haben Sie sich über diese Zeit Gedanken gemacht? Ängste? Was wäre Ihnen wichtig? Wer sollte Ihren Patienten betreuen? Gibt es bestimmte Aspekte, die aus religiöser Sicht im Sterbeprozess zu beachten sind, Ihnen/dem Patienten ganz wichtig sind?



Krankheitsgeschichte des Patienten (nur die Fragen, die im Eingangsgespräch nicht thematisiert worden ist)

- Wie lange sorgt die Familie schon für den Patienten?
- Gab es Krisen? Wenn ja, was hatte das für Folgen?
- Welche Hilfen haben Sie in der Vergangenheit in Anspruch genommen?
- Welche Umgangsweisen mit der Erkrankung haben sich bewährt, welche waren erfolglos?
- Wie regeneriert sich der zu Pflegenden/ wie die Hauptpflegeperson?



Krankheitsgeschichte der Familie

- Hat die Familie Erfahrungen mit anderen Krankheiten? Wie sind Sie bisher mit Krankheiten umgegangen? (kulturspezifische Laienkonzepte, Heiler, Gebete, Erklärungsmuster für Krankheit)
- Wie sind Sie früher mit Krisen bei Krankheiten umgegangen? Wie wirksam waren diese?



Erwartungen der Familie an die Pflege

- Welche Erwartungen/Ziele verbinden Sie damit, dass Sie die Pflege in der Familie übernommen haben? Benötigen oder wünschen Sie zur Umsetzung Ihrer Ziele weitere Hilfen? Wenn ja, welche?
- Welche Wünsche und Hoffnungen sind mit der Pflegeübernahme verbunden?
- Hatten Sie Probleme damit, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen? Wenn ja, welche?



Soziales Netz

- Mit welchen weiteren Personen haben Sie Kontakt, die Ihnen ganz wichtig sind?
- Welche hilfreichen Kontakte zur Bewältigung der Krankheit/Pflegesituation bestehen über die Familie hinaus?
- Was leisten diese anderen Menschen/Institutionen (emotionale Unterstützung, Informationslieferanten, Übersetzungen etc.)?
- Wann haben Sie professionelle Hilfe eingeschaltet? Sind Sie mit der professionellen Pflege zufrieden? Wenn ja, was macht Sie besonders zufrieden? Wenn nein oder bedingt, was gibt es für Probleme? Haben Sie das Gefühl, dass kulturspezifische Aspekte zu den Problemen führen? Welche weitere Informationen, Anleitung/Beratung durch die Pflege benötigen Sie/erwarten Sie?
- Wer ist innerhalb der Familie für was zuständig?
- Wer muss bei Entscheidungen mit einbezogen werden?



Kommunikation

- Benötigen Sie einen Dolmetscher? In welchen Situationen? Wer übernimmt die Funktion? Haben Sie das Gefühl, dass dies ausreichend ist?
- Liegen bei dem Erkrankten/der Erkrankten sensorische Probleme vor? Hat das Konsequenzen für die Pflege?

II.LE 2.LS 6 Teilnehmerunterlage 3

Thema:

Erfassung von Pflegephänomenen

Assessmentfragen für die stationäre Pflege

Fragen zur Entwicklung der Pflegesituation und zu Faktoren, die die Pflege beeinflussen können



Krankheitssituation und Folgen für die Aktivitäten des täglichen Lebens

- Aktueller Gesundheitszustand (durch Pflegebedürftigen selbst eingeschätzt, wie sehen das die anderen anwesenden Familienmitglieder?)
- Bestehen Probleme bei der Ernährung? Welche Essgewohnheiten (Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Rituale)?
- Atemprobleme?
- Ausscheidung? Gibt es besondere kulturelle Aspekte, die in der Familie bei der Unterstützung berücksichtigt werden?
- Körperpflege/Ankleiden: selbstständig, benötigen Sie Hilfen, Zeitaufwand, kulturelle, individuelle Besonderheiten?
- Ruhe/Schlaf: Schlaf/Wachrhythmus
- Bewegung: altersgemäß, eingeschränkt. Welche Folgen hat die Einschränkung, Unterstützung? Sind hierdurch soziale Kontakte eingeschränkt? Benötigen Sie bisher Hilfsmittel?



Lebenssituation vor Heimeinzug

- Wer gehört derzeit zu Ihrer Familie?
- Wer ist wann und in welchem Land geboren?
- Wer wohnte bisher in der gemeinsamen Wohnung? Wo wohnen die anderen Familienmitglieder?
- Wie gestaltete sich der Tagesrhythmus (Aufstehen, Essen, Gebete, Termine, Freizeitgestaltung, Routinen, Schlafen) ?
- Gibt es im Wochenrhythmus besondere Aktivitäten, Anforderungen, die mit dem Unterstützungsbedarf im Heim koordiniert werden müssen (Arztbesuche, berufliche Anforderungen der Angehörigen etc.) ?

- Gibt es Faktoren, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen (familiäre Belastungen) ?
- Hilfsmittel: Haben/benötigen Sie Hilfsmittel? Wenn ja, welche? Wie haben Sie diese erhalten?
- Finanzielle Situation: Wie gestaltet sich Ihre finanzielle Situation? Haben Sie durch die Krankheit/Pflege besondere Belastungen? Fühlen Sie sich ausreichend informiert über finanzielle Unterstützung (PflegeVG, Sozialamt)? Wenn ja, wie haben Sie sich informiert? Was war positiv? Wenn nein, wo gab es Probleme?



Biografie

- Lebensstationen: Migration: wann, warum, welche ersten Eindrücke in Deutschland? Arbeit/Familiensituation zu Beginn, im Verlauf. Was waren die wichtigsten Veränderungen für Ihr Leben?
- Interessen/Freizeit: Was haben Sie in gesunden Zeiten für Interessen gehabt, was hat sich durch die Krankheit verändert? Haben sie neue Interessen entwickelt?
- Welche Werte und Überzeugungen sind ganz wichtig für Sie und die Familie? Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Familie? Wie wirkte sich die Religion bisher auf Ihr Leben im Alltag aus (Arbeitsaufgaben, Rollenaufteilung, Essen, Pflege) ?
- Hat sich diese Rolle im Laufe der Jahre verändert? Hat das Leben in Deutschland Ihres Erachtens auf Ihr Verhältnis zur Religion eine Auswirkung gehabt?
- Welche besonderen Umgangsformen werden in der Familie gepflegt, die im Heim berücksichtigt werden sollten?
- Tabubereiche (ggf. nur an bisherige Hauptbezugsperson): Von wem wurde der Patient im Intimbereich versorgt? Welche Aspekte sind hier besonders wichtig?
- Tod und Sterben (Frage an Hauptbezugsperson): Haben Sie sich über diese Zeit Gedanken gemacht? Ängste? Was wäre Ihnen wichtig? Wer sollte Ihren Angehörigen betreuen? Gibt es bestimmte Aspekte, die aus religiöser Sicht im Sterbeprozess beachtet werden sollten, Ihnen/der neuen Bewohnerin ganz wichtig sind?



Krankheitsgeschichte des Patienten (nur die Fragen, die im Eingangsgespräch nicht thematisiert worden sind)

- Wie lange sorgte die Familie für die neue Bewohner/in?
- Gab es Krisen? Wenn ja, was hatte das für Folgen?
- Welche Hilfen haben Sie in der Vergangenheit in Anspruch genommen?
- Krankheitsgeschichte der Familie
- Hat die Familie Erfahrungen mit anderen Krankheiten? Wie sind Sie bisher mit Krankheiten umgegangen (kulturspezifische Laienkonzepte, Heiler, Gebete, Erklärungsmuster für Krankheit) ?
- Wie sind Sie früher mit Krisen bei Krankheiten umgegangen? Wie wirksam waren diese?
- Erwartungen der Familie an die Pflege?
- Welche Wünsche und Hoffnungen aber auch Ängste sind damit verbunden, dass Ihre Angehörige nun im Heim wohnt und gepflegt wird?
- Welche Umgangsweisen mit der Pflegebedürftigkeit haben sich ggf. zu Hause bewährt und sollten beibehalten werden? Welche waren erfolglos?
- Erlebten die zu pflegende Person und die Familie besondere Belastungen? Wie gingen Sie damit um? (ggf. Hauptpflegeperson noch mal gezielter allein darauf ansprechen).
- Haben Sie schon mal professionelle Pflege eingeschaltet? Waren Sie mit der professionellen Pflege zufrieden? Wenn ja, was machte Sie besonders zufrieden? Wenn nein oder bedingt, was gibt es für Probleme? Haben Sie das Gefühl, dass kulturspezifische Aspekte zu den Problemen führen?
- Welche weitere Informationen über das Heim benötigen Sie/erwarten Sie?
- Haben Sie das Gefühl, die jetzige Situation des Heimumzuges ganz gut bewältigen zu können? Wenn ja, mit welchen Strategien? Wenn weniger bis nein, was wünschen Sie sich, wie könnten wir Ihnen helfen?
- Möchten Sie weiterhin an der pflegerischen Betreuung beteiligt werden, sind hierfür besondere Zeiten zu berücksichtigen?



Soziales Netz

- Mit welchen weiteren Personen haben Sie Kontakte, die Ihnen ganz wichtig sind?
- Welche hilfreichen Kontakte zur Bewältigung der Krankheit/Pflegesituation bestehen über die Familie hinaus?
- Was leisteten diese anderen Menschen/Institutionen (emotionale Unterstützung, Informationslieferanten, Übersetzungen etc.) bisher? Haben Sie darüber gesprochen, wie dies nach dem Heimeinzug sein wird? Bestehen Ängste, dass die Kontakte sich verändern?
- Wer ist innerhalb der Familie für was zuständig gewesen?
- Wer muss bei Entscheidungen mit einbezogen werden?



Kommunikation

- Benötigen Sie einen Dolmetscher? In welchen Situationen? Wer übernimmt die Funktion? Haben Sie das Gefühl, dass dies ausreichend ist?
- Liegen bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner sensorische Probleme vor? Hat das Konsequenzen für die Pflege?

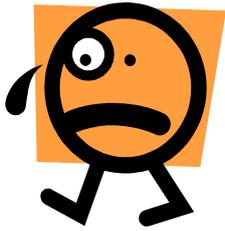


Ziele definieren

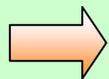
- Prioritäre Ziele gemeinsam herausfinden.
- Was sind die zentralen gesundheitlichen Probleme beim Heimeinzug?
- Wie wirkt sich der Heimeinzug auf die Krankheit/Alltag/Biografie/Angehörige aus?
- Welche Ziele resultieren daraus?

II.LE 2.LS 6 Folie 1**Pflege- und Krankheitsverlaufskurve und
Pflegemodell Strauss-Corbin
11 Thesen****Chronische Krankheiten**

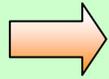
- ➔ lebensbegleitender Krankheitsprozess
- ➔ verschiedene Phasen erfordern Anpassungsleistungen
- ➔ Betroffene müssen Wege finden, mit Schmerzen oder Einschränkungen zu leben
- ➔ Weitere Erkrankungen, Nebeneffekte durch Behandlung, mögliche physische Probleme, Leiden und emotionale Traumata
- ➔ ein weites Netz von Hilfe ist nötig
- ➔ Bestimmte Lebensweisen müssen umgestellt werden (Einhalten einer Diät, spezielle Ausstattung der Wohnung)



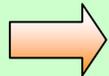
Chronische Krankheiten



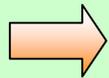
**Besonders schwere chronische Krankheiten
= mögliche soziale Isolation**



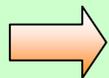
Angst und Unsicherheit bei den Betroffenen



Behandlung kostenintensiv



**führen zu physischem und emotionalem
Leiden**

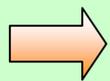


**fordern Betroffenen neue Fähigkeiten ab –
(Erkrankten und Angehörigen)
Belastung ohne unterstützende Hilfe meist
zu hoch**

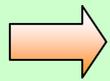
II.LE 2.LS 6 Folie 2

Modell der Krankheitsverlaufskurve

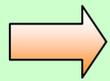
Zentrale Begriffe



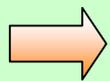
Phasen



Arbeitslinien



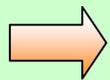
Arbeitstypen



**Projektionen oder Vorstellungen
der Pflege- und Krankheitsver
laufskurve**

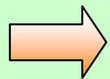
II.LE 2.LS 6 Folie 3

Die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve umfasst:



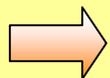
**physiologische und psychologische
Phänomene**

sowie



**zeitgleiche soziologische Phäno-
mene**

von Arbeit und Arbeitsbeziehungen



Durch Arbeit versuchen Menschen,
den Krankheitsverlauf zu kontrollieren
oder zu gestalten

II.LE 2.LS 6 Folie 4**Krankheitsphasen**

Phase	Ziele des Managements
Vorstadium	Vorbeugen
Verlaufskurvenbeginn	Entwickeln von angemessenen Verlaufsvorstellungen und -plänen
Stabile Phase	Erhalten und Unterstützen der Stabilität der Krankheit, Biografie und täglichen Aktivitäten
Instabile Phase	Rückkehr zur stabilen Phase
Akute Phase	Kontrolle der Krankheit und Wiedererreichen einer stabilen Phase
Krise	Kontrolle der Situation
Rückkehr	Intitieren und Durchführen der Rehabilitation, Weiterführen der Verlaufskurvenvorstellungen und -pläne
Abwärtsphase	Anpassung an aufeinander folgenden Fähigkeitsverlusten erreichen
Sterbephase	Erreichen eines Abschlusses und friedvollen Sterbens

II.LE 2.LS 6 Folie 5

Hauptarbeitslinien

Arbeitslinie	Inhalte
Krankheitsarbeit	Diät einhalten, Krankengymnastik, Medikamenteneinnahme, Schmerzbekämpfung, Mobilisation, Prophylaxen
Alltagsarbeit	Hausarbeit, Kindererziehung, Berufsarbeit, Freizeitgestaltung
Biografiearbeit	biografische Zeit, Vorstellungen über das Selbst, Körperkonzept müssen neu in Einklang gebracht werden

II.LE 2.LS 6 Folie 6

Biografische Arbeit

Biografische Zeit	Erfahrungen der Vergangenheit wirken sich auf Gegenwart und Zukunft aus
Konzeption des Selbst	wird bei Krankheit, auch im Alterungsprozess in Frage gestellt, muss allmählich verändert werden
Körperkonzeption	verändert sich in seinen Funktionen bei chronischer Krankheit und im Alterungsprozess

II.LE 2.LS 6 Folie 7



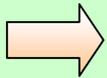
Arbeitstypen

(Betroffene, Angehörige, Professionelle)

-  **Körperbezogene Arbeit**
-  **Medizin-technische Arbeit**
-  **Informationsarbeit**
-  **Kooperationsarbeit**
-  **Aushandlungsarbeit**
-  **Sicherheitsarbeit**
-  **Wohlbefindensarbeit**
-  **Gefühlsarbeit**
-  **Biografiearbeit**

II.LE 2.LS 6 Folie 8

Projektionen der Betroffenen und Angehörigen



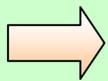
hängen ab von objektiven und subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten, kulturell geprägt

- Ist Krankheit Schicksal, eine göttliche Fügung?
- Wird Krankheit als Strafe erlebt?
- Wie wird die eigene Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf eingeschätzt?
- Wird aktivierende Pflege akzeptiert oder eher ein passives Verhalten gezeigt?

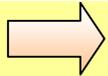
II.LE 2.LS 6 Folie 9



Projektionen der Betroffenen und Angehörigen



hängen ab von kulturell unterschiedlich ausgeprägtem Sorgeverhalten



**Kulturell überlieferte Normen und Werte
Art des Familiensystems**



Intergeneratives Familiensystem



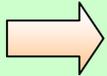
Individualisiertes Familiensystem



Familiensystem im Enkulturationsprozess

II.LE 2.LS 6 Folie 10

Projektionen der Betroffenen und Angehörigen

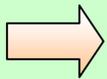


hängen ab von den familiären Ressourcen

- Gibt es Angehörige?
- Wo wohnen die Angehörigen?
- räumliche, technische Ressourcen
- finanzielle Situation
- Alter und Gesundheitszustand der Familienmitglieder
- geschlechtsspezifische Rollenerwartungen/-zwänge
- Grad der Zuneigung
- Gefühl der Wechselbeziehung

II.LE 2.LS 6 Folie 11

Projektionen der Betroffenen und Angehörigen



hängen ab von Informationen und Informationsverarbeitung

- Kenntnisse über Krankheitsursachen, Körper, Krankheitssymptome, krankheitsauslösende Faktoren
- Geben Ärzte und Ärztinnen verständliche Informationen?
- Wurde ggf. ein/e muttersprachliche Professionelle/r einbezogen?
- Wurden die Angehörigen einbezogen?
- Ist der Wissensstand der Betroffenen und der Angehörigen gleich?
- Gibt es unterschiedliche Deutungsmuster in der Familie?

II.LE 2.LS 6 Folie 12**Projektionen der Pflegekräfte**

hängen ab von:

- objektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien
- subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien
- Verständnis von Altenpflege
- sozial-kommunikativen Kompetenzen
- Pflegeleitbildern der Praxiseinrichtungen und ihrer Umsetzung in die Praxis
- Grad der praktizierbaren kultursensiblen Pflege im Alltag

II.LE 2.LS 6 Folie 13**Schlussfolgerungen für ein Pflegekonzept chronisch kranker Menschen**

- Chronische Zustände sind langfristig
- Phasen sollten berücksichtigt werden
- Projektionen und Pläne von Betroffenen und Angehörigen müssen bei der Arbeitsplanung berücksichtigt werden
- Arbeit ist zentral, um Krankheiten zu managen
- Abgestimmte Arbeitsprozesse ermöglichen die Ausführung der Arbeit
- Interaktion ist entscheidend für die Arbeit an der Krankheit
- Unvorhersehbarkeiten, die das Management beeinflussen können, müssen gesehen, verstanden und eingeplant werden
- vorsichtige Überlegungen für Konsequenzen der Krankheit und des Managements

II.LE 2.LS 6 Folie 14

Der Pflegeprozess

angelehnt an Strauss&Corbin und Zielke-Nadkarni

1. Assessment

- Krankheitgeschichte
- Familiengeschichte und Biographie
- Alltag und Aktivitäten des täglichen Lebens

2. Ziele definieren

- Prioritäre Ziele gemeinsam herausfinden.
- Was ist/sind z. Zt. das zentrale Problem, die zentralen Probleme?
- Wie wirkt sich dies auf die Krankheit/Alltag/Biografie/Angehörige aus?
- Welche Ziele resultieren daraus?

3. Gesamtplan erstellen

- Direkte Pflege, Information, Beratung, Schulung, Überwachung, Verweisen, Steuern, Arrangieren, Koordinieren des Gesamtprozesses

4. Umsetzung

5. Evaluation

II.LE 2.LS 6 Folie 15



Assessment

- **Krankheitssituation und Folgen für die Aktivitäten des täglichen Lebens**
- **Lebenssituation**
- **Biografie**
- **Krankheitsgeschichte der Patienten und Patientinnen**
- **Krankheitsgeschichte der Familie**
- **Erwartungen der Familie**
- **Soziales Netz**
- **Kommunikation**

II.LE 2.LS 6 Folie 16

Gesamtplan erstellen

Aktivität	Pflegedienst	Familie
Direkte Pflege (1)		
Körperpflege	Pflegekraft versorgt die Mutter täglich bis auf den Intimbereich	Tochter versorgt den Intimbereich
Mobilisation	Wird zunächst überwiegend vom Pflegedienst übernommen	Nach der Schulung werden Mobilisierungen selbstständig durchgeführt
Prophylaxen	Wird zunächst überwiegend vom Pflegedienst übernommen	Nach der Schulung sukzessive Übernahme durch die Familie
Ernährung	Wird zunächst ange-reicht	Die Familie kauft ein, bereitet das Essen zu, übernimmt sukzessive das Anreichen
Ausscheidung	Inkontinenzversorgung /Training	

Aktivität	Pflegedienst	Familie
Information (2)	Pflegekraft informiert die Familie über die Krankheitsfolgen, gleicht die Projektionen ab, berichtet über die Möglichkeit der Pflegeberatung/Schulung, informiert über die Diät	Familie übersetzt aufgrund von Sprachproblemen für die Mutter, gibt Informationen über die religiösen Besonderheiten, über die Krankheit, die bio-grafischen Veränderungen, das Familiensystem
Beratung (3)	Führt die Pflegeberatung durch	
Schulung (4)	Zu Injektionen, Mobilisation und Prophylaxen	
Überwachung (5)	Überwacht die Medikamentengaben, die Injektionen, das Einhalten der Diät, Vitalwerte. Beobachtet Phasenverlauf: Ziel ist Erhaltung der stabilen Phase, beobachtet die Ressourcenentwicklung bei der Betroffenen und ihrer Familie, beobachtet Belastung der Familie	durch wachsendes technisches Wissen und praktische Erfahrung übernimmt die Familie sukzessive Überwachungsaufgaben

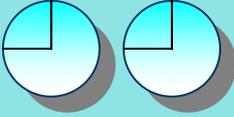
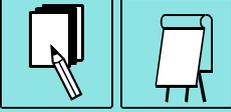
Aktivität	Pflegedienst	Familie
Verweisen, Steuern, Koord- nieren (6)	Regt den Arzt an, Ergotherapie zu verordnen, be- sorgt mutter- sprachliche Diät- beratung, organi- siert nachbar- schaftliche Unter- stützung für die Familie	

II.LE 2.LS 6 Material 4

Thema:
Bildliches biografisches
Arbeiten

Zielsetzung:

Die biografische Haltung der Auszubildenden soll gefördert werden.

Collage Zeit	Sozialform	Medien
		

Alte Menschen haben oft das Gefühl, dass ihr eigenes Leben nicht wertvoll war. Sie haben häufig zu wenig Gelegenheit, das Gelebte und Geleistete in Gesprächen mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einer Altenpflegeeinrichtung zu reflektieren. Das Niederschreiben der biografischen Daten geschieht oftmals ohne die Beteiligung der Betroffenen selbst. Auf Standardfragen werden nicht selten Standardantworten gegeben. Die gesammelten Daten verschwinden in der Akte, i.d.R. wissen die Betroffenen nicht, welche Lebensereignisse dort dokumentiert wurden. Das Bild, das sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von ihnen machen, reduziert sich nicht selten auf zufällig zusammen getragene Daten. Eine biografische Haltung erfordert jedoch Respekt vor Informationen, die der Pflegekraft im Vertrauen darauf gegeben wurden, dass sie nicht weiter getragen werden. Eine biografische Orientierung erfordert deshalb einerseits Interesse am alten Menschen, andererseits Behutsamkeit. Eine Möglichkeit, Gesprächsanreize zu schaffen, ist das gemeinsam mit der Bewohnerin, dem Bewohner, der Patientin, dem Patienten und ggf. mit der Familie erarbeitete Lebenspanorama. In die visualisierte Lebensgeschichte fließen dabei nur Informationen ein, die der/die Betroffene preisgeben möchte und über die er/sie gerne sprechen möchte. Diese Collage kann nach und nach erarbeitet und im Zimmer aufgehängt werden. Sie kann dann erzählstimulierend für alle Menschen wirken, die mit der Person zu tun haben.

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Die Auszubildenden sollen von den biografischen Informationen aus dem Fallbeispiel von Frau Ayse Kara ein Lebenspanorama erstellen. Bei dieser Form der Darstellung einer Biografie wird auf eine chronologische Reihenfolge von Lebensdaten verzichtet. Die Gruppen erstellen eine Collage der Lebensgeschichte von Frau Ayse Kara und stellen sich diese gegenseitig vor. Das gegenseitige Vorstellen kann erfolgen, indem die Gruppen herumgehen und sich die Collagen der anderen anschauen. Ein Gruppenmitglied sollte für evtl. auftretende Nachfragen an der jeweiligen Collage bereitstehen.

Schritt 2:

Anschließend wird die Methode des bildlichen biografischen Arbeitens unter folgenden Fragestellungen (Flipchart) reflektiert:

- Welchen Effekt hat das Visualisieren einer Biografie für Sie gehabt?
- Was kann man durch das Visualisieren einer Biografie für die betreffenden Personen und Kollegen und Kolleginnen erreichen?

Schritt 3:

Vorbereitung für die Praxiserprobung (siehe nächste Lernsequenz 7 (II.LE 2.LS 7 Arbeitsblatt 1)). Dabei sollten folgende Aspekte angesprochen werden:

- Auswahlkriterien für die Person, für die ein Lebenspanorama in der Praxis erstellt werden soll:
 1. Möglichst Migrationshintergrund. Wenn keine Migranten bzw. Migrantinnen, russlanddeutsche Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen durch die Praxiseinrichtung betreut werden, sollten die Auszubildenden Einheimische mit Migrationserfahrung (Flucht, Vertreibung, Umzug Stadt-Land etc.) einbeziehen.
 2. Voraussetzung ist eine gewisse Beziehungskontinuität, da die Erstellung eines Lebenspanorama eine gewisse Vertrauensbeziehung erfordert und das Erstellen Zeit erfordert.
- In einem ersten Informationsgespräch sollen die jeweiligen Personen (ggf. Angehörige) über Sinn und Vorgehen der Visualisierung von Lebensgeschichten informiert werden.
- Die Collage soll gemeinsam mit den Betroffenen ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen erstellt und in ihren Räumlichkeiten als Erzählstimulus aufgehängt/aufgestellt werden.

Diese Praxisaufgabe soll gleichzeitig zur Lernerfolgsüberprüfung in der Schule dienen. Die Auszubildenden sollen die Planung und Durchführung der Arbeitsaufgabe schriftlich dokumentieren und reflektieren (II.LE 2.LS 7 Arbeitsblatt 1 und II.LE 2.LS 7 Lernerfolgsüberprüfung 1)



In der Afw Mappe „Lieber eine Knoblauchsuppe zu Hause als ein Kaninchen im Altenheim“ finden Sie übersichtliche Zeitleisten zur spanischen (S. 59), italienischen (S. 121), türkischen (S. 141) und deutschen Geschichte (s. Geschichte des 20. Jahrhunderts) und im Anhang des Romans „Ritas Leute“ von U. Lachauer zur russlanddeutschen Geschichte (II.LE 2.LS 6 Medien 1).

Material:

Landkarten, Fotomaterial, Zeitschriften, Zeitungsausschnitte, Metaplanpapier, Stifte, Schere, Kleber etc.

II.LE 2.LS 6 Medien 1



Literatur:

zum Thema: Sensibilisierung für das Assessment und Pflegeprozess

Abholz, H.- H.; Schafstedde, F. (1990): Chronische Krankheit – eine Problemskizze. In: Chronische Krankheit – ohne Rezepte. Argument Sonderband, AS182. Hamburg, S. 4-6

Badura, B. (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main

Badura, B. (1994): Arbeit im Krankenhaus. In: Badura, B. / Feuerstein, G. (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. München; Weinheim, S. 21-82

Bundesbeauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.)(2000): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin/Bonn

Corbin, J. M.; Strauss A. L. (1988): Unending work and care. Managing chronic illness at home. San Francisco; London

Corbin, J. M. (1994): Chronicity and the trajectory framework. Publication series of the research group „Health Risks and Preventive Policy“, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 94-202. Berlin

Corbin, J. M. (1998): The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory Model: An Update. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, Vol. 12; No.1, S. 33-41

Corbin, J.M.; Strauss, A. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Hellige, B. (2002): Balanceakt Multiple Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit. Stuttgart

Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle

Moers, M. (1995): Verlaufskurven-Arbeit. Anforderungen an die Häusliche Pflege bei Schwerstpflegebedürftigen am Beispiel von Aids-Erkrankten. In: Häusliche Pflege, Hft. 9, S. 671-679

Norddeutsches Zentrum (1998): Alter und Krankheit in der Fremde Teil I und II. Dokumentation einer Fachtagung, Schriftenreihe Band 2

Schroeter, K. R. (2002): Lebenswelten ohne (soziale) Hinterbühne: Die Lebenslagen stationär versorgter, pflegebedürftiger älterer Menschen unter dem Vergrößerungsglas einer feld- und figurationssoziologischen Betrachtung. In: Dallinger, U. / Schroeter, K.R. : Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie. Opladen

Strauss A.L.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; Wiener, C. (1985): Social organisation of medical work. Chicago

Robinson, I.A.; Bevil, C.; Arangelo, V.; Rothman, N.; Smeltzer, S. (1993): Operationalising the Corbin & Strauss Trajectory Model for Elderly Clients with Chronic Illness. In: Scholary Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, Vol. 7; No. 4; S. 253-264

Visser, M.; de Jong, A. (2002): Kultursensitiv pflegen. Wege zu einer interkulturellen Pflegepraxis. Emmrich, D. (Dt. Hrsg.). München

Zielke-Nadkarni, A. (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen, Bern Göttingen; Toronto; Seattle

zum Thema: Lebenspanorama

Afw - Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift Darmstadt (Hrsg.) (1998): Angeworben, Hiergeblieben, Altgeworden. Praxis Interkulturelle Altenpflege. Interkulturelles Arbeiten in der Altenpflege. Praxisforschung, Qualifizierung, Beratung. Darmstadt

Blimlinger, E.; Ertl, A.; Koch-Straube, U.; Wappelshammer, E. (1996): Lebensgeschichten. Biographiearbeit mit alten Menschen. Hannover

Lachauer, U. (2003): Ritas Welt. Eine deutsch-russische Familiengeschichte. Reinbek b. Hamburg

Ruhe, H. G. (1998): Methoden der Biographiearbeit. Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung. Weinheim

Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (2004): Pflege und Gesellschaft, Heft 1/04

II.LE 2.LS 7 Bildliches Biografisches Arbeiten



Leitfaden



Arbeitsblatt 1



Praxisanleiterinfo 1



Lernerfolgsüberprüfung

II.LE 2.LS 7 Leitfaden

Thema:
Bildliches Biografisches
Arbeiten

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

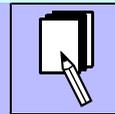
- 1.1 Theoretische Grundlagen in das Altenpflegerische Handeln einbeziehen
- 1.2 Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren
- 2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen

**Fallarbeit,
Collage**

Sozialform

Medien

Zeit: nach Bedarf



Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen das aktive Zuhören üben, ihr Wissen über die Bedeutung des Erzähl- und Zuhörparadigmas vertiefen, ihre Wahrnehmung für kulturelle Gesichtspunkte schärfen sowie Planung, Verlauf und Ergebnisse ihrer Arbeit dokumentieren und reflektieren.

Methodisches Vorgehen:

Praxisauftrag:

Die Auszubildenden erstellen das Lebenspanorama (II.LE 2.LS 7 Arbeitsblatt 1) eines Bewohners oder einer Bewohnerin bzw. eines Patienten oder einer Patientin ihrer Einrichtung, ggf. mit Unterstützung des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin (II.LE 2.LS 7 Praxisanleiterinfo 1). Sie dokumentieren und reflektieren ihre Arbeitsergebnisse in schriftlicher Form. Diese Arbeitsergebnisse werden bewertet (II.LE 2.LS 7 Lernerfolgüberprüfung 1). Die Schüler und Schülerinnen werden im Vorfeld darüber informiert, was bewertet werden soll.

Die Praxisanleiterinfo 1 sollen die Schulen den Praxisleitern und -anleiterinnen mit dem Arbeitsauftrag für die Praxis zur Verfügung stellen.



Sollten in einigen Einrichtungen der Auszubildenden keine Migrantinnen und Migranten bzw. russlanddeutsche Spätaussiedlerinnen und -spätaussiedler betreut werden, so können die Auszubildenden diese Aufgabe auch mit einheimischen Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationserfahrung (Flucht, Vertreibung, Umzug Stadt-Land etc.) durchführen.

II.LE 2.LS 7 Arbeitsblatt 1

Thema:

Bildliches Biografisches Arbeiten

Zeit: ca. 1 Tag zur Erfassung der Informationen und Collageerstellung
ca. 1 Tag zur Dokumentation

Der Zeitumfang dieses Arbeitsauftrages lässt sich nur vage einschätzen. Falls Sie die betreffende Person schon länger kennen und über Informationen verfügen, fällt die Erfassung der Informationen dementsprechend kürzer aus. Es empfiehlt sich, die Informationen **nicht** standardisiert und an einem Tag zu erfassen, sondern über mehrere Gespräche, die auch während der grundpflegerischen Versorgung stattfinden können, um eine möglichst alltagsnahe Situation zu schaffen. Auch sollte die jeweilige physische und psychische Verfassung der betreffenden Person berücksichtigt werden.



Arbeitsauftrag:

Bitte erstellen Sie das Lebenspanorama einer Bewohnerin/eines Bewohners bzw. einer Patientin/eines Patienten und dokumentieren Sie Ihre Arbeit.

Methodisches Vorgehen:

1. Kontaktaufnahme und Erstgespräch mit einer Person, die für das Erstellen des Lebenspanoramas in Frage kommt (unter Absprache mit der Praxisanleitung).
2. Biografische Informationssammlung
 - Lebensstationen (Geburtsort, Jahr, Schule, Arbeit, erste Liebe, Heirat, Kinder, Umzüge, etc.)
 - Einschneidende Lebensereignisse (Tod eines Angehörigen, Migration, Krieg, Flucht, Verschleppung etc.)
 - Was war wichtig? Was ist heute noch wichtig? (Arbeit, Freizeit, Religion, Feste, Lieblings Speisen, Reisen, Wünsche, Träume etc.)
 - Welche Personen haben eine wichtige Rolle im Leben gespielt (Familie, Freunde, Nachbarn)
3. Erarbeiten des Lebenspanoramas
4. Digitalfoto vom Lebenspanorama oder Erstellen einer Skizze
5. Dokumentieren der Arbeitsschritte (Planung und Durchführung)
6. Reflexion der Arbeit
7. Auseinandersetzung mit dem Ansatz biografischen Arbeitens

II.LE 2.LS 7 Praxisanleiterinfo 1

Thema:
Bildliches biografisches
Arbeiten

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen das aktive Zuhören üben, ihr Wissen über die Bedeutung des Erzähl- und Zuhörparadigmas vertiefen, ihre Wahrnehmung für kulturelle Gesichtspunkte schärfen sowie Planung, Verlauf und Ergebnisse ihrer Arbeit dokumentieren und reflektieren.

Fallarbeit

Collage

Sozialform

Medien

Zeit: nach Bedarf



Methodisches Vorgehen:

Im Rahmen ihres Praxiseinsatzes sollen die Auszubildenden mit Hilfe von unterschiedlichen Materialien die Lebensgeschichte eines Bewohners oder einer Bewohnerin bzw. einer Patientin oder eines Patienten visualisieren. Die Erarbeitung der Biografie soll, wenn möglich, gemeinsam mit der betreffenden Person erfolgen. Wenn nötig, sollte auch an eine Einbeziehung der Angehörigen gedacht werden (z.B. bei Verwirrtheit, Sprachproblemen). Hierzu sollen die Auszubildenden **II.LE 2.LS 7 Arbeitsblatt 1** benutzen.

Bei dieser Form der Darstellung einer Biografie wird auf eine chronologische Reihenfolge von Lebensdaten verzichtet. Die Auszubildenden sollen eine Collage o.ä. erstellen.

Die Auszubildenden erklären den Betroffenen in einem ersten Gespräch, was sie vorhaben.



Bitte weisen Sie die Auszubildenden darauf hin, dass sie die Informationen für Ihre biografische Collage während der täglichen Pflege Tätigkeit im Gespräch mit der betreffenden Person in Erfahrung bringen sollen.

Material:

Landkarten, Fotomaterial, Ansichtskarten, kleine Gegenstände (die z. B. für ein Hobby, Handwerk, Beruf etc. stehen), Zeitschriften, Zeitungsausschnitte, Papier, Stifte, Schere, Kleber.



Hintergrundinformationen

Alte Menschen haben oft das Gefühl, dass ihr eigenes Leben nicht wertvoll war. Sie haben oft zu wenig Gelegenheit, das Gelebte und Geleistete in Gesprächen mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einer Altenpflegeeinrichtung zu reflektieren. Das Niederschreiben der biografischen Daten geschieht oftmals ohne die Beteiligung der Betroffenen selbst. Auf Standardfragen werden nicht selten Standardantworten gegeben. Die gesammelten Daten verschwinden in der Akte, i.d.R. wissen die Betroffenen nicht, welche Lebensereignisse dort dokumentiert wurden. Das Bild, das sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von ihnen machen, reduziert sich nicht selten auf zufällig zusammen getragene Daten. Eine biografische Haltung erfordert jedoch Respekt vor Informationen, die der Pflegekraft im Vertrauen darauf gegeben wurden, dass sie nicht weiter getragen werden. Eine biografische Orientierung erfordert deshalb einerseits Interesse am alten Menschen, andererseits Behutsamkeit. Eine Möglichkeit, Gesprächsanreize zu schaffen, ist das gemeinsam mit dem Bewohner/der Bewohnerin, dem Patientinem, der Patientin erarbeitete Lebenspanorama. In die visualisierte Lebensgeschichte fließen dabei nur Informationen ein, die der/die Betroffene preisgeben möchte und über die er/sie gerne sprechen möchte. Diese Collage kann nach und nach erarbeitet und im Zimmer aufgehängt werden. Sie kann dann erzählstimulierend für alle Menschen wirken, die mit der Person zu tun haben.

II.LE 2.LS 7 Lernerfolgsüberprüfung

Überprüfungsbogen „Dokumentation Lebenspanorama“

Kriterium	Ausprägung		Einschätzung	
			0	10
Vollständigkeit	0:	Lückenhafte Darstellung		
	10:	Alle relevanten Informationen sind dargestellt		
Strukturierung	0:	Keine Gliederung		
	10:	Klare, übersichtliche Gliederung		
Stringenz	0:	Roter Faden nicht erkennbar (schweift vom Thema ab)		
	10:	Roter Faden klar erkennbar (bleibt beim Thema)		
Prägnanz	0:	Weitschweifige Darstellung		
	10:	Das Wesentliche ist sofort erkennbar		
Gestaltung des Berichtes	0:	Keine Unterstützung der Lesbarkeit durch Layout und Darstellungsmittel		
	10:	Ansprechende Gestaltung		
Reflexion der eigenen Vorgehensweise	0:	Keine Reflexion erkennbar		
	10:	Durchdachte Reflexion		
Auseinandersetzung mit der Methode des biografischen Ansatzes	0:	Keine Auseinandersetzung		
	10:	Durchdachte Auseinandersetzung		
Gesamteindruck	0			
	10			
Gesamt	0			
	100			

Modul II.LE 3 Ressourcen erkennen, Spielräume nutzen

II.LE 3.LS 8 – 10 Leitfaden

Thema:

Datenerhebung und -auswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen sowie Entwicklung von Zukunftsvisionen

Verortung in der AltPflAPrV, Anlage 1:

- 3.1 Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen

Datenerhebung, und -auswertung, Zukunftswerkstatt

Sozialform

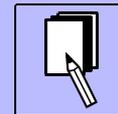
Medien

Zeit:

Datenerfassung: nach Bedarf

Datenauswertung: 3 Stunden

Zukunftswerkstatt: 2- 3 Tage



Zielsetzung:

In diesen Lernsequenzen geht es darum, die Auszubildenden für institutionelle Rahmenbedingungen im Hinblick auf kultursensible Altenpflege zu sensibilisieren. Sie sollen einrichtungsbezogene Daten erfassen und analysieren und sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren für eine kultursensible Altenpflege erkennen. Die Schüler und Schülerinnen sollen anschließend Handlungsspielräume zur Umsetzung einer kultursensiblen Altenpflege in der Praxis und eigene interkulturelle Ressourcen entdecken.

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Vorbereitung der Auszubildenden auf die Datenerhebung in den Praxiseinrichtungen (II.LE 3.LS 8 Material 1 und II.LE 3.LS 8 Praxisinfo 1) und II.LE 3.LS 8 Arbeitsblatt 1)

Schritt 2:

Auswertung der gesammelten Daten in der Schule (II.LE 3.LS 9 Material 1 und II.LE 3.LS 9 Arbeitsblatt 1, 2, 3 & 4)

Schritt 3:

Zukunftswerkstatt (II.LE 3.LS 10 Material 1) und (II.LE 3. LS 10 Medien 1)



Wir empfehlen die Datenerhebung und die anschließende Zukunftswerkstatt für das dritte Ausbildungsjahr. Die Erprobung hat gezeigt, dass die Auszubildenden in den Praxiseinrichtungen wenig bis gar keine Unterstützung für die Datenerhebung erhielten. Im dritten Ausbildungsjahr können die Auszubildenden viele Fragen aufgrund ihrer Alltagserfahrung bereits selbst beantworten bzw. können sich die nötigen Informationen selbstständig beschaffen. Zudem ist die Auswertung der Datenerfassungsbögen eine Anforderung, die u.E. erst im dritten Ausbildungsjahr geleistet werden kann.

Zur Vereinfachung wäre es ebenfalls möglich, die Datenerhebung auf den Arbeitsbereich zu beschränken, in dem die Auszubildenden tätig sind.

Für die Zukunftswerkstatt haben wir zwei bis drei Tage vorgeschlagen. Dies ist nur eine ungefähre Zeitangabe. Je nach Intensität der Bearbeitung sollte hier evtl. mehr Zeit eingeplant werden.

II.LE 3.LS 8 Datenerhebung und -auswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen sowie Entwicklung von Zukunftsvisionen

- Leitfaden (siehe II.LE 3.LS 8 – 10 Leitfaden)
- Material 1
- Praxisanleiterinfo 1
- Arbeitsblatt 1

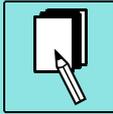
II.LE 3.LS 8 Material 1

Thema:

Datenerhebung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen ihre Einrichtung kennen lernen, sich für institutionelle Rahmenbedingungen im Hinblick auf kultursensible Altenpflege sensibilisieren und entsprechende Daten erfassen.

Datenerhebung	Sozialform	Medien
Zeit in Absprache mit dem Praxisanleiter, der Praxisanleiterin, über einen längeren Zeitraum		

Methodisches Vorgehen:

Die Auszubildenden sollen die Datenerfassung über einen längeren Zeitraum vornehmen. Es ist daher sinnvoll, ihnen die Datenerfassungsbögen (II.LE 3.LS 8 Arbeitsblatt 1) rechtzeitig vor Beginn der Lernsequenz 9 zur Verfügung zu stellen.

Schritt 1:

- Vorbereitung der Praxisanleiter und Praxisanleiterinnen auf die Datenerhebung. Die Praxisanleiter und Praxisanleiterinnen sollen die Auszubildenden bei der Erhebung unterstützen, indem sie die Heimleitung und/oder Pflegedienstleitung über die Aufgabe dieser Lernsequenz informieren, die Anonymität der Datengewinnung gewährleisten und die Heimleitung/Pflegedienstleitung bitten, die Auszubildenden ggf. bei Fragen zu unterstützen.
- Aushändigung der Praxisleiterinfo (II.LE 3.LS 8. Praxisanleiterinfo 1)

Schritt 2:

- Vorbereitung auf Lernsequenzen 8 – 10.
- Verteilen und Erläutern der Datenerfassungsbögen (II.LE 3.LS 8 Arbeitsblatt 1)
- Ggf. Klären von Fragen

Die Ist-Analyse soll sowohl die Perspektive der Bewohner und Bewohnerinnen als auch die Perspektive der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen berücksichtigen.

Perspektive der Bewohner und Bewohnerinnen

- Es soll erhoben werden, ob durch die Einrichtung überhaupt Migranten und Migrantinnen bzw. Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen betreut werden und wenn ja, sollen einige soziodemografische Daten der Bewohner und Bewohnerinnen bzw. Patienten und Patientinnen anonymisiert erfasst werden.
- Aufbauend auf ihrem Vorwissen aus der Auseinandersetzung mit allgemeinen und fallspezifischen kulturspezifischen Besonderheiten sollen die Schüler und Schülerinnen angeregt werden, kulturspezifische Besonderheiten der Bewohner und Bewohnerinnen bzw. Patienten und Patientinnen ihrer Einrichtung zu benennen und zu reflektieren, inwieweit die Einrichtungen diese Besonderheiten berücksichtigen.
- Sie sollen vorhandene Leitbilder darauf hin überprüfen, ob sie kulturspezifische Altenpflegeaspekte beinhalten.

Perspektive der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

- Die Schüler und Schülerinnen sollen ermitteln, ob in ihrer Einrichtung Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund beschäftigt sind, welchen Status sie haben und über welche Sprachkenntnisse sie verfügen.
- Sie sollen erfragen, ob die Einrichtung gezielt Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund einstellt.
- Sie sollen erkunden, ob es Fortbildungsangebote für eine kultursensible Pflege in der Einrichtung gibt bzw. ob Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Angebote anderer Einrichtungen besuchen.

II.LE 3.LS 8 Praxisanleiterinfo 1

Thema:

Datenerhebung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen

Zielsetzung:

In diesen Lernsequenzen geht es darum, die Auszubildenden für institutionelle Rahmenbedingungen im Hinblick auf kultursensible Altenpflege zu sensibilisieren. Sie sollen Daten erfassen und analysieren und sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren für eine kultursensible Altenpflege erkennen. Die Schüler und Schülerinnen sollen anschließend Handlungsspielräume zur Umsetzung einer kultursensiblen Altenpflege in der Praxis und eigene interkulturelle Ressourcen entdecken.

Datenerhebung	Sozialform	Medien
Zeit: über einen längeren Zeitraum in Absprache mit dem Praxisanleiter, der Praxisanleiterin		

Methodisches Vorgehen:

Die Datenerhebung soll über einen längeren Zeitraum geschehen.

Bitte unterstützen Sie die Auszubildenden bei der Erhebung der Daten, indem Sie die Heimleitung und/oder Pflegedienstleitung über die Aufgabe dieser Lernsequenz informieren, die Anonymität der Datengewinnung gewährleisten und die Heimleitung/Pflegedienstleitung bitten, die Auszubildenden ggf. bei Fragen zu unterstützen.

Die Ist-Analyse soll sowohl die Perspektive der Bewohner und Bewohnerinnen als auch die Perspektive der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen berücksichtigen.

Perspektive der Bewohner und Bewohnerinnen

- Es soll erhoben werden, ob durch die Einrichtung überhaupt Migranten und Migrantinnen bzw. Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen betreut werden und wenn ja, sollen einige soziodemografische Daten der Bewohner und Bewohnerinnen bzw. Patienten und Patientinnen anonymisiert erfasst werden.
- Aufbauend auf ihrem Vorwissen aus der Auseinandersetzung mit allgemeinen und fallspezifischen kulturspezifischen Besonderheiten sollen die Schüler und Schülerinnen angeregt werden, kulturspezifische Besonderheiten der Bewohner und Bewohnerinnen bzw. Patienten und Patientinnen ihrer Einrichtung zu benennen und zu reflektieren, inwieweit die Einrichtungen diese Besonderheiten berücksichtigen.
- Sie sollen vorhandene Leitbilder darauf hin überprüfen, ob sie kulturspezifische Altenpflegeaspekte beinhalten.

Perspektive der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

- Die Schüler und Schülerinnen sollen ermitteln, ob in Ihrer Einrichtung Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund beschäftigt sind, welchen Status sie haben und über welche Sprachkenntnisse sie verfügen.
- Sie sollen erfragen, ob die Einrichtung gezielt Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund einstellt.
- Sie sollen erkunden, ob es Fortbildungsangebote für eine kultursensible Pflege in der Einrichtung gibt bzw. ob Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Angebote anderer Einrichtungen besuchen.

II.LE 3.LS 8 Arbeitsblatt 1

Thema:

Datenerhebung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in der Praxiseinrichtung

Zeit: in Absprache mit dem Praxisanleiter, der Praxisanleiterin



Arbeitsauftrag:

Bitte tragen Sie folgende Informationen aus Ihrer Praxiseinrichtung zusammen:

Bewohner- bzw. patientenbezogene Daten

1. Gibt es Bewohner/Bewohnerinnen/Patienten/Patientinnen in Ihrer Einrichtung, die nach Deutschland eingewandert sind (Migranten/Migrantinnen, Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen)?

Ja

Nein

2. Wenn ja

Wie viele Personen insgesamt? _____

3. Schlüsseln Sie diese Personen nach Herkunftsland, Geschlecht, Altersgruppe, Religion, Sprachkenntnissen auf.

Person lfd. Nr.	Herkunftsland	Geschlecht weiblich = ♀ männlich = ♂	Alters- gruppe 50 – 60 61 – 70 71 – 80 über 80	Religion	Sprachkenntnisse		
					Erstsprache (Muttersprache)	Zweitsprache (Amtssprache, im Herkunfts- land offiziell gesprochene Sprache)	Deutsche Sprach- kenntnisse (keine = 0, mittel = 1, gut = 2)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

4.

Welche kulturspezifischen Besonderheiten von Bewohnern/Bewohnerinnen/ Patienten/Patientinnen erfahren Sie in Ihrer täglichen Arbeit?
 Wie werden diese kulturspezifischen Besonderheiten berücksichtigt?
 (Bei Bedarf Rückseite zusätzlich nutzen)

Kulturspezifische Besonderheiten (z.B. religiöse Riten, Essensgewohnheiten, Körperpflege, Kleidung, geschlechtsspezifische Aspekte, Feste etc.)	Berücksichtigung der Besonderheiten im Alltag

Einrichtungsbezogene Perspektive

5. Hat Ihre Einrichtung den Ansatz kultursensibler Pflege im Leitbild?

Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie dies kurz.

6. Gibt es in Ihrer Einrichtung Fortbildungen zu kultursensiblen Fragestellungen der Altenpflege bzw. nehmen Beschäftigte Ihrer Einrichtung an solchen Veranstaltungen außerhalb Ihrer Einrichtung teil?

Ja Nein

Wenn ja, können Sie einige Themen nennen?

7. Beschäftigt Ihre Einrichtung Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen aus verschiedenen Herkunftsländern?

Ja Nein

Wenn ja

Lfd. Nr.	Mitarbeiter/ Mitarbeiterin = M Auszubildende = A	Migrant/Migrantin = 1 Hier geboren, Eltern aus anderem Herkunftsland = 2 Spätaussiedler/Spätaussiedlerin = 3	Sprachkenntnisse (außer Deutsch)

8. Werden Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen (Migranten/Migrantinnen bzw. Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen) gezielt in Ihrer Einrichtung eingestellt, um kultursensibel pflegen zu können?

Ja Nein

II.LE 3.LS 9 Datenauswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen

-  Leitfaden (siehe II.LE 3.LS 8 – 10 Leitfaden)
-  Material 1
-  Arbeitsblatt 1
-  Arbeitsblatt 2
-  Arbeitsblatt 3
-  Arbeitsblatt 4

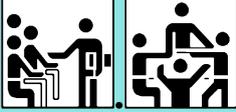
II.LE 3.LS 9 Material 1

Thema:

Datenauswertung zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in den Praxiseinrichtungen

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen die in ihren Einrichtungen gesammelten Daten zum Umsetzungsstand einer kultursensiblen Altenpflege in der Praxis systematisieren, mögliche Ressourcen/Probleme einer kultursensiblen Altenpflege erkennen, analysieren und Schlussfolgerungen daraus ziehen. Darüber hinaus sollen sie eigene Ressourcen, die sie für eine kultursensible Altenpflege mitbringen, erkennen.

Datenauswertung	Sozialform	Medien
Zeit		
		

Methodisches Vorgehen:

Schritt 1:

Differenziert nach Pflegeeinrichtungen (stationär, teilstationär, ambulant) werden die gesammelten Daten ausgewertet.

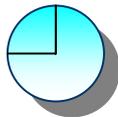
- 1 Fragen 1 und 2 im Plenum abklären und das Ergebnis für alle sichtbar festhalten.
- 2 Die restlichen Daten werden arbeitsteilig in Gruppen ausgewertet; hierzu vier Gruppen bilden und die entsprechenden Arbeitsblätter austeilen (II.LE 3.LS 9 Arbeitsblatt 1, 2, 3 & 4). Die Gruppen 1 und 4 müssen in erster Linie auszählen und das Gesamtergebnis präsentieren. Für die Gruppen 2 und 3 kann das Arbeiten mit Metaplankarten sinnvoll sein, um Mehrfachnennungen zu clustern.

Gruppe 1	Frage 3	Wandzeitung
Gruppe 2	Frage 4	Metaplan/Cluster
Gruppe 3	Fragen 5 + 6	Metaplan/Cluster
Gruppe 4	Fragen 7 – 8	Wandzeitung

3 Die Datenerfassungsbögen mit den jeweiligen Antworten werden zur Auswertung unter den Gruppen verteilt.

4 Die Gruppen werten die entsprechenden Fragen aus, visualisieren und präsentieren ihre Ergebnisse.

Zeit:

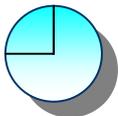


Schritt 2:

Es werden themenbezogene Gruppen gebildet, die sich tiefer gehend mit den jeweiligen Daten auseinandersetzen und Schlussfolgerungen daraus ziehen wie z. B.:

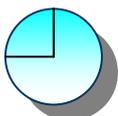
- Migranten und Migrantinnen: welche Herkunftsländer sind am häufigsten vertreten? Welche Sprachkenntnisse sind vorhanden etc.
- Kulturspezifische Besonderheiten: Welche werden berücksichtigt? Welche nicht?
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen: Werden sie als Kulturvermittler genutzt?
- Leitbild und Fortbildungen zum Thema Kultursensible Altenpflege: Was wird formuliert, was wird umgesetzt, wie wird es unterstützt?

Zeit:



Die jeweiligen Schlussfolgerungen werden anschließend mündlich im Plenum besprochen.

Zeit:



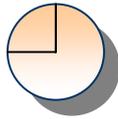
II.LE 3.LS 9 Arbeitsblatt 1

Thema:

Datenauswertung

Migranten und Migrantinnen in den Praxiseinrichtungen

Zeit:



Arbeitsauftrag Gruppe 1 (Frage 3 Datenerfassungsbogen)

Zählen Sie die Daten zu den Migranten und Migrantinnen in den Einrichtungen aus. Differenzieren Sie diese Daten nach stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen.

Visualisieren Sie Ihre Ergebnisse an der Wandzeitung (Flipchartpapier) und erläutern Sie diese anschließend.

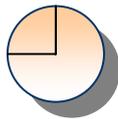
II.LE 3.LS 9 Arbeitsblatt 2

Thema:

Datenauswertung

Kulturspezifische Besonderheiten und ihre Umsetzung in den Praxis-einrichtungen

Zeit:



Arbeitsauftrag Gruppe 2 (Frage 4 Datenerfassungsbogen)

Sammeln und ordnen Sie die kulturspezifischen Besonderheiten, die in den Einrichtungen auftauchen und schreiben Sie diese stichwortartig auf Metaplankarten. Clustern Sie mehrmalige Nennungen bzw. zählen Sie sie aus (bei häufigen Nennungen).

Sammeln und ordnen Sie die Art und Weise der Berücksichtigung von kulturspezifischen Besonderheiten in den Einrichtungen und schreiben Sie diese stichwortartig auf Metaplankarten. Clustern Sie mehrmalige Nennungen bzw. zählen Sie sie aus (bei häufigen Nennungen).

Visualisieren Sie Ihre Ergebnisse an der Metaplanwand und erläutern Sie diese anschließend.

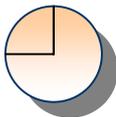
II.LE 3.LS 9 Arbeitsblatt 3

Thema:

Datenauswertung

Ansätze kultursensibler Pflege im Leitbild und Fortbildungsangebote zu kultursensiblen Fragestellungen in den Praxiseinrichtungen

Zeit:



Arbeitsauftrag Gruppe 3 (Fragen 5 + 6 Datenerfassungsbogen)

Sammeln und ordnen Sie die Ansätze kultursensibler Pflege im Leitbild und schreiben Sie diese stichwortartig auf Metaplankarten. Clustern Sie mehrmalige Nennungen bzw. zählen Sie sie aus (bei häufigen Nennungen).

Sammeln und ordnen Sie Fortbildungsangebote zu kultursensiblen Fragestellungen der Altenpflege, die in den Einrichtungen angeboten werden und schreiben Sie diese stichwortartig auf Metaplankarten. Clustern Sie mehrmalige Nennungen bzw. zählen Sie sie aus (bei häufigen Nennungen).

Visualisieren Sie Ihre Ergebnisse an der Metaplanwand und erläutern Sie diese anschließend.

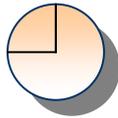
II.LE 3.LS 9 Arbeitsblatt 4

Thema:

Datenauswertung

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Migranten und Migrantinnen bzw. Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen) in den Praxiseinrichtungen

Zeit:



Arbeitsauftrag Gruppe 4 (Frage 7 + 8 Datenerfassungsbogen)

Zählen Sie, wie viele Einrichtungen gezielt Migranten/Migrantinnen bzw. Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen für eine kultursensible Altenpflege einstellen.

Zählen Sie die entsprechenden Daten zu den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen aus.

Visualisieren Sie Ihre Ergebnisse an der Wandzeitung (Flipchartpapier) und erläutern Sie diese anschließend.

II.LE 3.LS 10 Handlungsspielräume für eine kultursensible Altenpflege



Leitfaden (siehe II.LE 3.LS 8 – 10 Leitfaden)



Material 1



Medien 1

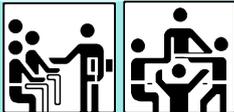
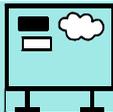
II.LE 3.LS 10 Material 1

Thema:

Handlungsspielräume für eine kultursensible Altenpflege

Zielsetzung:

Die Auszubildenden sollen mögliche Barrieren, die sie bei der Realisierung einer kultursensiblen Altenpflege in ihren Institutionen erfahren, erkennen und sich eigene Handlungsspielräume erschließen. Vertiefend sollen sie mögliche Ressourcen erkennen, die sie selbst für dieses Thema mitbringen (z.B. interkulturelle Kompetenzen).

Zukunftswerkstatt	Sozialform	Medien
Zeit: 2 – 3 Tage		

Methodisches Vorgehen:

Zukunftswerkstatt:

Verlauf/Beschreibung:

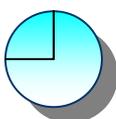
Eine Zukunftswerkstatt besteht immer aus drei Hauptphasen (Kritik-, Fantasie- und Utopiephase, Phase der Realisierung plus einer Einstiegs- und einer Ausstiegsphase). Je nach Teilnehmergruppe können die Phasen auch umbenannt werden (zum Beispiel in: Meckerphase, Wunsch- und Traumphase, Losleg-Phase).

Schritt 1: Einstiegsphase

Es sollte eine kurze Einführung in die Zukunftswerkstatt erfolgen:

- „Was ist eine Zukunftswerkstatt?“
- „Welche Regeln gibt es?“
- „Was wollen wir heute machen?“
- Klärung des Organisatorischen

Zeit:



Schritt 2: Kritikphase („Meckerphase“)

In der Kritikphase wird Dampf abgelassen. Diese Phase dient dazu, Kritik zu sammeln, nicht der detaillierten Analyse der Kritik.

Ziel ist es, den Kopf für Neues frei zu bekommen und die Grundlage für Assoziationen bei der kreativen Ideenentwicklung in der folgenden Fantasiephase zu legen. Ein angstfreies Klima ist in der Kritikphase wichtig. Alles darf gesagt, geschrieben und kritisiert werden.

Leitfrage: Was passiert, wenn nichts passiert?

„Klagemauer“: Auf großem Papier wird eine Mauer aufgemalt und an die Wand gehängt (mehrere in der ganzen Klasse verteilt).

- 1 Stichwortartig sollen alle Auszubildenden ihre Kritik auf Metaplankarten schreiben und diese mit Kreppband auf die „Klagemauer“ kleben. Anschließend erläutern sie ihre Kritik. Für diese Kritikphase soll ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, so dass jede/r Schüler und Schülerin zu Wort kommt.



- 2 Die Kritikstichworte werden nach Rubriken geordnet.
- 3 Die Auszubildenden sollen die ausgewählten Themen nun mit der „Mehr-Punkt-Abfrage“ punkten (Klebepunkte oder mit farbigen Stift Punkte aufmalen). Die Anzahl der Klebepunkte entspricht der Anzahl der Alternativen, dividiert durch zwei, wobei ggf. abgerundet wird.

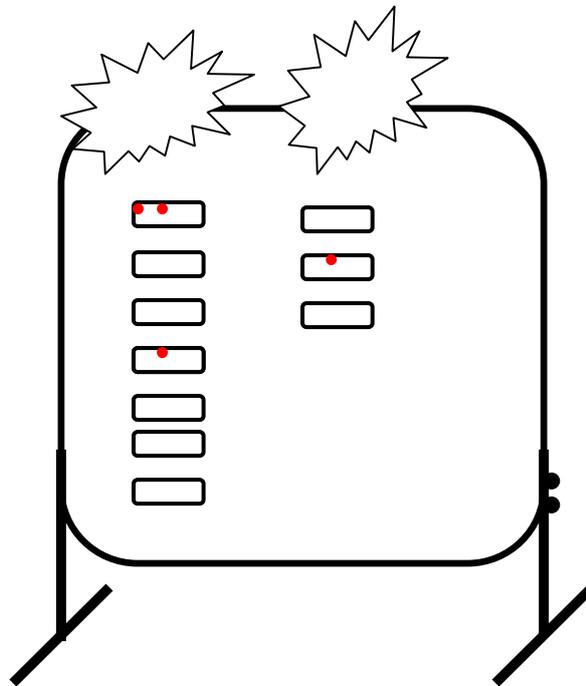
Beispiel für die Punkteverteilung:

Jeder Teilnehmer/Teilnehmerin klebt maximal zwei Punkte pro Alternative zu den Themen, für die er/sie sich entschieden hat. Bei z. B. sieben Alternativen hat jede/r Auszubildende 3 Punkte zu verteilen.

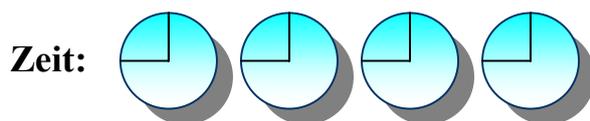
Rubrik 1 = 7 Stichpunkte, dividiert durch zwei = 3. Jede/r Auszubildende/r hat also 3 Punkte für Rubrik 1. Für Rubrik 2 gibt es 3 Stichpunkte. Jede/r Auszubildende/r hat 1 Punkt für Rubrik 2.

Eine Auszubildende verteilt diese Punkte z.B. wie folgt:

Rubrik 1		Rubrik 2	
Thema 1	= 2 Punkte	Thema 2	= 1 Punkt
Thema 4	= 1 Punkt		



Anschließend werden die Rubriken mit zugespitzten Kritiküberschriften = Kernaussagen versehen und in Utopieüberschriften umformuliert = Kernphantasien.



Schritt 3 Fantasie- und Utopiephase („Wunsch- und Traumphase“)

Hier geht es darum, die Gegenwelt zur Kritik zu schaffen, Problemlösungen und neue Ideen zu entwickeln.

Leitfrage: „Was wünschen wir uns?“

Alles kann erträumt werden, nichts ist unmöglich.

In der Fantasiephase sind Fantasielockerungen und Kreativmethoden wichtig, um den Teilnehmern und Teilnehmerinnen das häufig ungewohnte Träumen und Spinnen zu erleichtern. Die Fantasiephase muss sehr deutlich von den anderen Phasen getrennt werden!

1 Einstieg

Einstimmung in die spielerische Phase durch Körperübungen oder/und Imaginationsübungen bzw. Phantasie Reisen, z. B.:

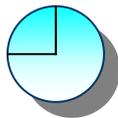
Objektweitergabe:

Die Auszubildenden werden aufgefordert, sich vorzustellen, in der Mitte des Raumes läge ein leichter, formbarer, runder Gegenstand. Der Gegenstand soll symbolisch für irgendeine Idee oder einen Einfall (der nicht besonders benannt wird) stehen. Diese Übung verläuft ohne dass gesprochen wird.

Durchführung:

Der imaginäre Gegenstand wird pantomimisch aus der Mitte des Raumes an andere Gruppenmitglieder weiter gegeben. Ein Schüler, eine Schülerin beginnt, indem er/sie den Gegenstand aufhebt, ihn verformt (falls er/sie möchte) und an ein beliebiges Mitglied weiter gibt. Alle sollen in diese Übung mit einbezogen werden. Abschließend gibt es einen kurzen Reaktionsaustausch

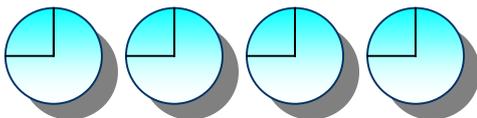
Zeit:



2 Wunschwelt entwickeln

Die Schüler und Schülerinnen werden in vier bis fünf Gruppen aufgeteilt und entwickeln zu den in der Kritikphase gefundenen Themen Szenarien für ihre Wunschwelt, die sie sich anschließend gegenseitig vorstellen (Szenisches Spiel, Poster o. ä.).

Zeit:



Schritt 4 Realisierungsphase („Losleg-Phase“)

Nach den Höhenflügen in der Fantasie- und Utopiephase findet nun eine Realitätsüberprüfung statt. In dieser Phase wird geschaut, welche Ideen, Wünsche weiter bearbeitet werden sollen, was für die Gruppe am wichtigsten und was in der Realität umsetzbar ist. Danach steht die Frage im Vordergrund, wie die Umsetzung dieser Ideen angegangen werden kann. Nach Möglichkeit sollte diese Phase mit einem Handlungsplan („Was müssen wir erledigen?“ und „Wer macht was?“) enden. Ziel ist es, die Teilnehmenden auch über die Zukunftswerkstatt hinaus zum aktiven Handeln zu motivieren.

Leitfrage: Was ist machbar, was ist umsetzbar?

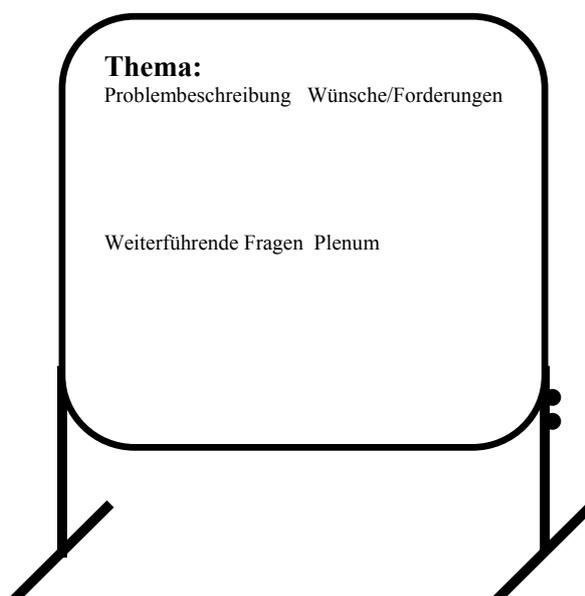
- 1 Die Auszubildenden schreiben Realisierungsansätze, die sich aus der Kritik- oder Utopiephase für sie ergeben haben, auf Karten und ordnen diese nach Themen. Bei mehr als 5 Themen werden die wichtigsten 5 ausgewählt.
- 2 Für vier bis fünf Themen werden vier bis fünf Rotationsgruppen gebildet. Jeder der fünf Kleingruppen bearbeitet zunächst eines der Themen, wechselt dann zum nächsten Thema usw., bis jede Schülerin/jeder Schüler an jedem Thema gearbeitet hat. Zum Schluss kehren die Gruppen zu ihrem Ausgangsthema zurück und entwerfen eine Realisierungsmöglichkeit, wobei die Kommentare der anderen Gruppen berücksichtigt werden.

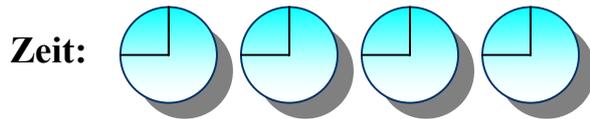
Hilfreich in dieser Phase ist das Heranziehen bereits bestehender ähnlicher Modelle und gelebter Beispiele in der Praxis. Es ist wichtig, dass sich die Gruppen ein kleines Projekt vornehmen, das mit konkreten Terminplänen und Aufgaben beginnen kann.

Folgendes Raster kann diesen Prozess unterstützen:

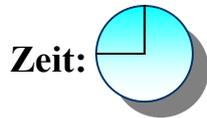
- Visionen, Entwürfe sollen nach realen Gegebenheiten geprüft und beurteilt werden. Welche eröffnen gegenwärtig eine Perspektive?
- die eigenen Kräfte und Hilfsmittel einschätzen – was lässt sich wie, mit wem verwirklichen?
- die Erprobung der Idee vornehmen – was kann wer, unter welchen Voraussetzungen mit wem erproben?

Bei der Problembearbeitung ist es hilfreich, wenn die einzelnen Gruppen eine Metaplanwand mit dem Vier-Felder-Kreuz nutzen, in dem sie noch Raum für Kommentare im Plenum lassen z. B.:

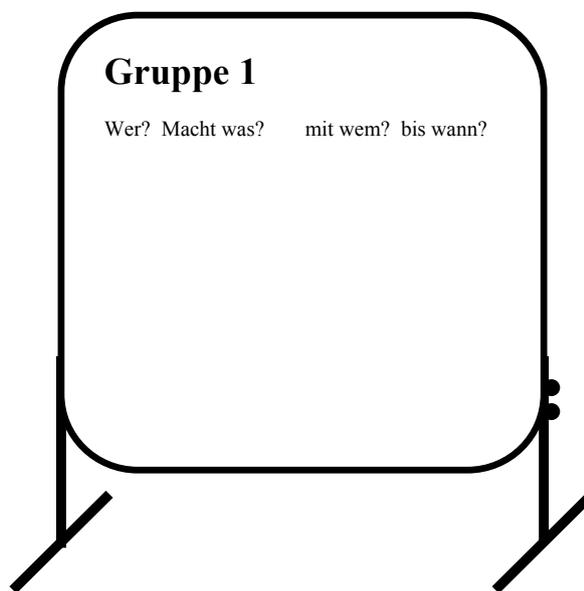




3 Die einzelnen Realisierungsmöglichkeiten werden anschließend im Plenum besprochen.



4 Alle Gruppen erstellen einen Maßnahmenplan, sichtbar für alle auf Metaplan:



5 Ein weiterer Termin wird vereinbart, an dem von den vereinbarten Maßnahmen berichtet wird und ggf. weitere Maßnahmen beschlossen werden.

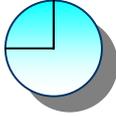
Schritt 4: Ausstiegsphase

Gesamtfeedback der Zukunftswerkstatt, mündlich oder schriftlich.



Mögliche Vertiefung:

Reflexion über eigene Ressourcen (interkulturelle Kompetenzen), die die Auszubildenden in der Klasse mitbringen, z. B. Zwei- oder Mehrsprachigkeit, besondere kulturelle Kenntnisse, Migrationserfahrungen etc.

Zeit:

II.LE 3.LS 10 Medien 1

Thema:

Zukunftswerkstatt

Burow, O. / Neumann-Schönwetter, M. (Hrsg.) (1995): Zukunftswerkstatt in Schule und Unterricht. Hamburg

Brunsemann, C / Stange, W. / Tiemann, D.: (1997): Mitreden – mitplanen – mitmachen. Berlin, S. 161 ff

Jungk, R / Müllert, N (1985): Zukunftswerkstätten. Wege zur Wiederbelebung der Demokratie. München

Stark, W. (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau, S. 206 ff