

Einleitung

Nur wenige Jahre sollte jeder Arbeitsmigrant¹ in Deutschland bleiben, der in Zeiten des „Wirtschaftswunders“ ab 1955 aus Italien, Spanien, Griechenland (1960), der Türkei (1961) und aus anderen Ländern bis 1968 zur Deckung des Arbeitskräftebedarfs also-gekannter Gastarbeiter rekrutiert wurde. (vgl. Rudolph 1996, S. 170)

Mit dieser kurzen Aufenthaltsdauer waren allerdings sowohl für die Arbeitsmigranten als auch für die Arbeitgeber Nachteile verknüpft. So konnten etwa viele Arbeitsmigranten ihr gesetztes Sparziel nicht erreichen. Für die westdeutschen Arbeitgeber bedeutete das sogenannte Rotationsprinzip² ständig neue Mitarbeiter in die Betriebe einzuarbeiten.

Schließlich reagierte 1971 die bundesdeutsche Regierung auf die beschriebene Problematik, daß sie die Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigungen erleichterte. Diese Maßnahme hatte wiederum zur Folge, daß viele Familien aus den Herkunftsländern nachgeholt wurden. Somit begann für zahlreiche Familien ein gemeinsames Leben in Deutschland für eine unbestimmte Zeit. (vgl. Münz 1999, S. 48)

In Deutschland lebten 1997 499.500 Migranten im Alter von über 60 Jahren. Gegenüber 1996 hat diese Altersgruppe um 7 % zugenommen. Es wird geschätzt, daß im Jahre 2010 1.307.800 Migranten im Alter von über 60 Jahren in Deutschland leben werden. (vgl. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000, S. 195)

Obwohl bei den Migranten selbst die Rückkehr immer ein aktuelles Thema ist, sind die Entfremdung zum Herkunftsland und der Wunsch bei den im Aufnahmeland geborenen Kindern zu bleiben nur zwei Gründe für den weiteren Verbleib in Deutschland. (vgl. Naegele 1998, S. 21)

Die ehemals angeworbenen Arbeitsmigranten werden als die Migranten der ersten Generation bezeichnet.

Diese Gruppe ist in den vergangenen Jahren zu einem neuen Klientel im Bereich der ambulanten, teilstationären und stationären Altenarbeit/ Altenpflege geworden. Daraus ergibt sich die Aufgabe, den damit verbundenen Handlungsbedarf zu ermitteln und neue Versorgungskonzepte etc. für ältere Migranten zu entwickeln und umzusetzen.

¹ Begriffserläuterungs. Abschnitt 1.2.2. Zur besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit die „männliche Form“ verwendet.

² Das Rotationsprinzip bedeutet, daß nach einem Arbeitsaufenthalt von zwei Jahren der Arbeitsmigrant wieder in sein Herkunftsland zurückkehren mußte. (vgl. Münz 1999, S. 47)

Anders sieht es bei den Gesundheitsdiensten aus. Dort gehören die Migranten schon seit jeher zum Arbeitsalltag der Mitarbeiter, z.B. eines Krankenhauses. Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen Tätigkeitsfelder, die Pflegende als Problembereiche bezeichnen, in denen sie sich mit den Anforderungen von Migranten konfrontiert sehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, spezifische Interaktions- und Verhaltensmuster in Bezug auf diese Anforderungen zu entwickeln.

Das Forschungsinteresse dieser empirischen Untersuchung steht in engem Zusammenhang mit meinem praktischen Studiensemester im Sommer 2000, das ich im Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung (afw) NOW - Projekt³ Darmstadt absolvierte. Die Mitarbeiter des NOW - Projektes gehen davon aus, daß die Altenarbeit/ Altenpflege nicht das erste Arbeitsfeld ist, in dem sich Professionelle mit Menschen fremder Lebenswelten auseinandersetzen und in ihrer Arbeit zu berücksichtigen haben. Deswegen suchten sie eine Berufsgruppe, um von deren Erfahrungswerten im Umgang mit Migranten zu lernen. Sie stießen auf die Berufsgruppe der Hebammen und ermittelten in der ersten Projektphase ihre entwickelten Umgangsformen in Bezug auf die spezifischen Anforderungen der Migranten. (vgl. afw NOW-Projekt 1998, S. 9) In diesem Kontext ist als weitere Berufsgruppe die der Krankenpflegekräfte und Kinderkrankenpflegekräfte im Krankenhaus zu nennen. Demzufolge hat die vorliegende Arbeit zum Ziel, spezifische Interaktions- und Verhaltensmuster durch Pflegende im Umgang mit türkischen Migranten im Krankenhaus zu ermitteln und zu benennen.

Der Transfer in die Altenpflege wird im Rahmen dieser Untersuchung nicht geleistet. Diese Ergebnisse können zur Entwicklung von Interaktions- und Verhaltensmustern in der Altenarbeit/ Altenpflege genutzt werden.

Das erste Kapitel dieser Diplomarbeit beschreibt zunächst die Situation der Arbeitsmigranten. Darunter fallen sowohl Begriffsklärungen, demographische Merkmale als auch die Erläuterung sozialer Hintergründe. Die Konsequenzen, die sich aus der dargestellten Situation für den Bereich der Altenarbeit/ Altenpflege ergeben, werden anschließend kurz zusammengefaßt.

Ein kurzer historischer Überblick der Transkulturellen Pflege von Leininger veranschaulicht die langjährige Tradition dieses Themas in der Krankenpflege. Anhand ausgewählter Fachliteratur werden diejenigen Tätigkeitsbereiche erläutert, in denen sich Pflegende mit spezifischen Anforderungen von Migranten konfrontiert sehen.

³ nähere Ausführungen s. Benfer, A. (2000): Praktikumsbericht

Diese Problembereiche oder -felder konnten als Kategoriensystem zusammengestellt werden, das ein Bestandteil des Interview- bzw. Beobachtungsleitfadens war. Da es in dieser Untersuchung um die Ermittlung von Interaktions- und Verhaltensmustern geht, ist die Auseinandersetzung mit den Begriffen Interaktion und Verhalten unverzichtbar. In diesem Zusammenhang bilden Bausteine der „Theorie des kommunikativen Handelns“ von Habermas (1981) und der strukturell-funktionalen Theorie von Parsons (Jensen 1976) die Grundlage für die Diskussion der Ergebnisse.

Das zweite Kapitel beschreibt die empirische Untersuchung. Drei verschiedene Akutkrankenhäuser nahmen an der Untersuchung teil. In Krankenhaus A erfolgte die Stichprobe auf einer internistischen Station. Zur Stichprobe zählte die Durchführung eines Interviews mit einer Pflegekraft der Station und die teilnehmende Beobachtung während eines Frühdienstes. In den Krankenhäusern B (eine chirurgische Station) und C (eine geburtshilfliche und eine gynäkologisch/chirurgische Station) wurde die Datenerhebung mit Hilfe von halbstrukturierten Interviews und teilnehmender Beobachtung durchgeführt. Die teilnehmende Beobachtung fand während des Nachtdienstes, Spät- und Frühdienstes jeweils auf den Stationen statt. Es wurden Situationen beobachtet, in den Pflegenden türkische Patienten⁴ versorgten. Die Gruppe der Interviewpartner stellte sich aus den Pflegedienstleitungen, aus den Stationsleitungen und aus jeweils zwei Pflegenden⁵ der Stationen in den Krankenhäusern B und C zusammen. Die Interviewten wurden zum einen allgemein nach Situationen gefragt, in denen sie mit spezifischen Anforderungen türkischer⁶ Patienten konfrontiert worden sind. Zum andern bezog sich die Befragung auf die genannten Problembereiche. Die Situationsbeschreibungen oder Beobachtungen erfolgten allerdings nicht willkürlich, sondern in Anlehnung an den zuvor entwickelten Interview- und Beobachtungsleitfaden, dem der „Situationsorientierte Ansatz“ von Krenz (1994) zugrunde lag.

Die Datenauswertung erfolgte in Anwendung der Qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2000). Im Rahmen der strukturierenden Inhaltsanalyse wurde das an anderer Stelle beschriebene Kategoriensystem (Problembereiche) verwendet. Auf diese Weise konnten die in den Interviews beschriebenen Interaktions- und Verhaltensmuster den einzelnen Kategorien zugeordnet werden (erstes Ergebnis). Durch die zusammen-

⁴ In dieser Untersuchung werden im Kontext „Krankenhaus“ die Begriffe „Patient“ und „Migrant“ synonym und in der maskulinen Form verwendet. Es sei denn, es handelt sich um eine Patientin einer gynäkologischen Station.

⁵ Die Begriffe „Pflegende“ und „Pflegekräfte“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Bezogen auf die Hierarchie der Pflegepersonals wird von Pflegedienstleitung (PDL), Stationsleitung (SL) und den Pflegenden der Station gesprochen.

⁶ Die Untersuchung bezieht sich auf spezifische Anforderungen und Interaktions- und Verhaltensmuster bzgl. türkischer Migranten im Krankenhaus. Sie machen den größten prozentualen Anteil der ausländischen Bevölkerung in Deutschland aus. (s. Abschnitt 1.1.3)

fassende Inhaltsanalyse ergab sich ein weiteres Tätigkeitsfeld (zweites Ergebnis). Es zeigte sich weiterhin, daß die Interaktions- und Verhaltensmuster pro Kategorie zwei Ebenen beinhalten: Eine inhaltliche und eine kommunikative Handlungsebene (drittes Ergebnis). Alle Interaktions- und Verhaltensmuster auf der inhaltlichen Handlungsebene können als eine Art Verhaltensrepertoire, ein Instrumentarium, verstanden werden, das Pflegende im Umgang mit türkischen Patienten im Krankenhaus entwickelt haben. Die kommunikative Ebene beschreibt, wie Pflegende spezifische Interaktions- und Verhaltensmuster in Bezug auf türkische Patienten herausbilden. Damit ist der Grad der Berücksichtigung beider Perspektiven im Sinne des kommunikativen Handelns gemeint. Innerhalb der ersten Option entwickeln die Pflegekräfte Umgangsformen unabhängig vom einzelnen Patienten, die als normative Handlungsmuster in Bezug auf jeden türkischen Patienten angewendet werden.

Die zweite Option besteht darin, daß gewisse Voraussetzungen gegeben sein müssen, z.B. eine gemeinsame Sprache, damit ein Interaktionsprozeß zustande kommt, der beide Perspektiven berücksichtigt.

Innerhalb der dritten Option werden grundsätzlich beide Perspektiven im Interaktionsprozeß mit eingebunden.

Die Diskussion der Ergebnisse zeigt, daß Pflegende grundsätzlich dann spezifische Interaktions- und Verhaltensmuster entwickeln, wenn die Fremdheitserfahrung so groß ist, daß routinierte Handlungsmuster nicht anwendbar sind bzw. der türkische Patient sie nicht toleriert. Inwiefern ein Interaktionsprozeß zustande kommt, in dem die Perspektive der Pflegekraft und des einzelnen türkischen Patienten berücksichtigt wird, hängt zum einen von der (fehlenden) gemeinsamen Sprache, dem (Nicht-) Vorhandensein eines einheitlichen Symbolsystems ab und von der Motivation der einzelnen Pflegekraft, die Perspektive des Patienten bei der Entwicklung spezifischer Interaktions- und Verhaltensmuster mit einzubinden. In diesem Zusammenhang können folgende Faktoren genannt werden: persönliche Erfahrung mit Fremdheit (andere Lebenswelten, fremde Biographien, andere Religionen etc.), eigene Persönlichkeitsstruktur und individuelle Sprachkompetenz in Bezug auf die türkische Sprache.

Für den Bereich Altenarbeit/ Altenpflege haben die Ergebnisse folgende Konsequenzen: In einem ersten Schritt müssen Wege gefunden werden, die zum einen zur Verbesserung einer gemeinsamen Sprache und zum andern zur Auseinandersetzung mit Fremdheit, mit fremden Zeichen-/Symbolsystemen in Bezug auf die eigenen Systeme führen. In einem zweiten Schritt kann dann das auf der inhaltlichen Handlungsebene erfaßte Verhaltenrepertoire entsprechend modifiziert werden.

Denn nur mit Hilfe einer gemeinsamen Sprache und Symbolsystemen ist professionelles Pflegehandeln möglich. Die Beziehung zwischen Pflegekraft und türkischem Patienten wird erst dann interkulturell.