



University of Applied Sciences

**APOLLON** Hochschule  
der Gesundheitswirtschaft

# Von kultur- zu diversitätssensibler Altenhilfe

MIGRM03



---

**Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.**

---

Hürrem Tezcan-Güntekin

**Von kultur- zu  
diversitätssensibler  
Altenhilfe**

MIGRM03



**Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin**

(geb. 1977) studierte an der TU Berlin Erziehungswissenschaft und Soziologie und promovierte 2011 zum Dr. phil. im Bereich Medizinsoziologie. Darauf folgten Forschungstätigkeiten am Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin an der Universität Tübingen, am Institut für Neurowissenschaften am Forschungszentrum Jülich und am Institut für Gerontologie, Dortmund.

Während ihrer Tätigkeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld absolvierte sie ihr zweites Promotionsstudium und schloss im Jahr 2018 mit ihrer Dissertation zum Thema „Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger türkeistämmiger Menschen mit Demenz“ mit dem Dr. PH ab. Seit September 2017 bekleidet sie die

Professur für „Interprofessionelle Handlungsansätze mit Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden in Public Health“ an der Alice Salomon Hochschule, die an der Berlin School of Public Health an der Charité Berlin angesiedelt ist. Seit 2018 ist sie Lehrbeauftragte und Autorin an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

---

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies ausdrücklich alle anderen Geschlechtsidentitäten ein.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

---

# Von kultur- zu diversitätssensibler Altenhilfe

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	1
<b>1 Interkulturalität, Transkulturalität und Kultursensibilität</b> .....	3
1.1 Kulturbegriffe .....	3
1.1.1 Versuch einer Eingrenzung des Kulturbegriffs .....	3
1.1.2 „Kulturalisierung“ in der Medizin und Pflege .....	5
1.1.3 Das Othing oder die Konstruktion des „Anderen“ .....	7
1.2 Interkulturalität, Transkulturalität und Kultursensibilität .....	9
1.2.1 Interkulturalität .....	9
1.2.2 Transkulturalität .....	11
1.2.3 Das Konzept der kultursensiblen Pflege .....	12
Zusammenfassung .....	17
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	17
<b>2 Stand der Forschung zu diversitätssensibler Pflege in Deutschland</b> .....	18
2.1 Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund .....	18
2.2 Pflege von lesbischen, schwulen, bi-, trans,-* und intersexuellen (LGBT*I)-Menschen .....	26
2.3 Pflege kriegstraumatisierter Menschen .....	30
Zusammenfassung .....	33
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	34
<b>3 Diversitätssensibilität in Theorie und Praxis</b> .....	35
3.1 Bedeutung der theoretischen Konzepte im Kontext der pflegerischen Versorgung einer diversen Gesellschaft .....	35
3.2 Von einer kultursensiblen zu einer diversitätssensiblen Pflege .....	35
3.3 Rolle der Reflexion bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung einer diversitätssensiblen Haltung .....	41
3.4 Entwicklung von Handlungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen	42
3.4.1 Fallbeispiel 1: Bedürfnisorientierte Pflege für alle PatientInnen gleichermaßen? .....	42
3.4.2 Fallbeispiel 2: Demenz und Kriegstraumatisierung .....	43
3.4.3 Fallbeispiel 3: Medikamenteneinnahme .....	44
3.4.4 Fallbeispiel 4: Sterbebegleitung .....	45
3.4.5 Fallbeispiel 5: Umgang mit pflegenden Angehörigen .....	46
Zusammenfassung .....	47
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	47

---

<b>Schlussbetrachtung</b> .....	49
---------------------------------	----

**Anhang**

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen .....	50
B.	Lösungen zu den Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	51
C.	Abkürzungsverzeichnis .....	56
D.	Literaturverzeichnis .....	57
E.	Abbildungsverzeichnis .....	65
F.	Tabellenverzeichnis .....	66
G.	Sachwortverzeichnis .....	67
H.	Einsendeaufgabe .....	69

---

## Einleitung

Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den kommenden Jahren ansteigen (vgl. BMFSFJ, 2000). Dies wird mit veränderten Herausforderungen für die Altenpflege einhergehen. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund werden zumeist in der Häuslichkeit gepflegt (vgl. Okken et al., 2008). Durch die geringe Inanspruchnahme unterstützender Pflegeleistungen kommt es zu Belastungen der pflegenden Angehörigen (vgl. Tezcan-Güntekin, 2018). Deshalb gilt es, dass Pflegeleistungen und -angebote künftig so gestaltet werden, dass Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen – von denen der Migrationshintergrund nur ein Merkmal darstellt – Zugang zu den Angeboten finden und diese nutzen können (vgl. Tezcan-Güntekin; Razum, 2017). Um pflegerische Versorgungsstrukturen diversitätsgerecht gestalten zu können, bedarf es einer kritischen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Theorien zur inter- und transkulturellen sowie zur kultur- und diversitätssensiblen Pflege. Ziel ist es, den vielfältigen Bedürfnissen einer heterogenen Gesellschaft mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen wie Alter, heterogenen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten oder Bildungshintergründe u. a. gerecht zu werden und dieses Ziel in bereits bestehende Strukturen in der pflegerischen Versorgung einzugliedern.

Welchen Wissenszuwachs können Sie von diesem Studienheft erwarten? Ziel des vorliegenden Heftes ist es demnach, Ihnen die theoretischen und praktischen Grundlagen einer kultursensiblen Seniorenarbeit zu vermitteln. Das vorliegende Studienheft geht der Frage nach, welche theoretischen und praktischen Grundlagen für eine kultur- und diversitätssensible Seniorenarbeit wichtig sind.

Im ersten Kapitel erfolgt die Auseinandersetzung mit der Definition der Begriffe Kultur, Interkulturalität und Transkulturalität. Außerdem lernen Sie die Bedeutung von Kulturalisierung und das damit gegebenenfalls verbundene *Otherring* kennen und deren Wichtigkeit für den Pflegeberuf. Darüber hinaus werden die Voraussetzungen für eine kultur-, bzw. diversitätssensible Pflege dargelegt.

Das zweite Kapitel zeigt Ihnen Besonderheiten von Pflegebedürftigen exemplarisch an drei besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen auf: Menschen mit heterogenen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten (LSBT\*I-Menschen), Menschen mit Traumatisierungen und Menschen mit Migrationshintergrund. In dem Abschnitt zu Menschen mit Migrationshintergrund wird auf die Inanspruchnahme von pflegerischer Unterstützung und Barrieren eingegangen, die die Inanspruchnahme erschweren und es wird die besondere Situation demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund beleuchtet. Darüber hinaus werden die derzeitige Pflegesituation und die Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Pflege für LSBT\*I-Menschen dargelegt. Außerdem werden Ihnen die besonderen Aspekte in der pflegerischen Versorgung von kriegstraumatisierten Menschen vorgestellt.

Im dritten Kapitel erfahren Sie, weshalb die Ergänzung der kultursensiblen Pflege um verschiedene Diversitätsmerkmale für die professionelle Pflege in einer heterogenen und diversen Gesellschaft wichtig ist. Dies wird anhand des Diversitätskreises von Gardenswatz und Rowe anschaulich dargestellt. Sie erhalten außerdem einen Überblick über die diversitätssensible Öffnung von Pflegeeinrichtungen. Im Anschluss daran wird die Reflexion der diversitätssensiblen Haltung im Kontext von pflegerischem Handeln thematisiert. Fallbeispiele aus verschiedenen Settings sollen abschließend für die heterogenen Konfliktmöglichkeiten im pflegerischen Handlungsalltag sensibilisieren.

Sie beschäftigen sich mit den theoretischen Konzepten der Inter- und Transkulturalität sowie dem Konzept der kultur- bzw. diversitätssensiblen Pflege und wenden diese auf die Handlungsräume der Altenpflege an.

Darüber hinaus lernen Sie, wie Sie die Grundlagen und Maßnahmen der kultursensiblen Altenhilfe beschreiben können, wie eine kultursensible Haltung entwickelt und inwiefern sich eine diversitätssensible Pflege von einer kultursensiblen unterscheidet. Sie kennen die Möglichkeiten und Grenzen, die in der Praxis vorzufinden sind, und können diese anhand von Fallbeispielen diskutieren.



## 1 Interkulturalität, Transkulturalität und Kultursensibilität

*In diesem einführenden Kapitel lernen Sie ausgehend von der Beschreibung des Kulturbegriffs zwischen Interkulturalität und Transkulturalität zu unterscheiden und die Vielschichtigkeit des Kulturbegriffs zu verstehen und zu beschreiben.*

*Dies befähigt Sie, die Schwierigkeit einer eindeutigen Definition des Kulturbegriffs zu begründen.*

*Zudem lernen Sie, interkulturelles Handeln von transkulturellem Handeln abzugrenzen.*

*Nach Ende der Lektüre dieses Kapitels sind Sie demnach in der Lage zu diskutieren, inwiefern in Situationen im pflegerischen Alltag „kulturalisiert“ und inwiefern „Othering“ betrieben wird.*

### 1.1 Kulturbegriffe

Der Kulturbegriff wird in unterschiedlichen Disziplinen auf unterschiedlichen Ebenen definiert und ist ein häufig gebrauchter Alltagsbegriff. Im Folgenden wird versucht, den vieldeutigen Begriff „Kultur“ einzugrenzen.

#### Übung 1.1:

Wenn Sie spontan an den Begriff „Kultur“ denken, welche eigene Definition fällt Ihnen ein? Bitte halten Sie diese in einigen Stichworten fest, bevor Sie mit der Lektüre des Studienheftes fortfahren.



#### 1.1.1 Versuch einer Eingrenzung des Kulturbegriffs

Nünning (2009, S. 4) definiert „Kultur“ aus der Perspektive der Kulturwissenschaften als „die vom Menschen durch die Bearbeitung der Natur mithilfe von planmäßigen Techniken selbst geschaffene Welt der geistigen Güter, materiellen Kunstprodukte und sozialen Einrichtungen“. Kultur umfasse die vom Menschen konstituierten und im Zuge der Sozialisation erworbenen „Voraussetzungen sozialen Handelns, d.h. die typischen Arbeits- und Lebensformen, Denk- und Handlungsweisen, Wertvorstellungen und geistigen Lebensäußerungen einer Gemeinschaft“ (Nünning, 2009, S. 4). Hier werden unterschiedliche Ebenen wie die interpersonale und die gesellschaftliche Ebene, aber auch Deutungsmuster von Individuen einbezogen, die das Handeln leiten. Interessant bei dieser Herangehensweise von Nünning ist, dass Kultur einerseits individuell und kollektiv identitätsbildend wirkt, andererseits dieses identitätsbildende Charakteristikum mit der Abgrenzung von anderen einhergehen kann. Sie definiert sich erst durch die Abgrenzung zu anderen und erlangt für die Zugehörigen dieser „Kultur“ dadurch eine besondere Bedeutung (vgl. Nünning, 2009, S. 6).

Eine andere Perspektive bietet der Soziologe und Erziehungswissenschaftler Max Fuchs (2012) an, der „Kultur“ nicht bezogen auf Individuen versteht, sondern als „Kategorie des Sozialen“ bzw. als einen „Totalitätsbegriff“ beschreibt (vgl. Fuchs, 2012, S. 64). Gemeinsam haben die Ansätze von Fuchs und Nünning, dass die Kultur im Zusammen-

hang mit der Andersartigkeit steht. Fuchs spitzt dies dahingehend zu, indem er konstatiert: „Wer von ‚Kultur‘ spricht, spricht sofort von Andersartigkeit“ (Fuchs, 2012, S. 64). Diese Aussage ist abstrakt. Konkreter grenzt er „Kultur“ ein als „alltägliche Lebensweise und aber auch [als Mittel,] um die Künste, Werte, Wissenschaften, Religionen“ (Fuchs, 2012, S. 64) zu beschreiben, und hinterfragt, was die Aussagekraft von Kultur sein kann, wenn sie so vielfältige Aspekte umfasst.

Auch Uzarewicz (vgl. 2002) versteht Kultur primär als Abgrenzungsbegriff, der dazu dient, die Andersartigkeit anderer Bevölkerungsgruppen zu beschreiben. Der Kulturbegriff wird demnach zu einem Kollektivbegriff. Er wird zur Bestimmung herangezogen, wer zur eigenen Kultur dazugehört und wer einer anderen Kultur zugehörig ist. Uzarewicz (2002, S. 4) kritisiert, dass nicht konkretisiert wird, worin diese Unterschiede bestehen. Es existieren demzufolge keine bzw. nur unscharfe Kriterien zur Definition einer bestimmten Kultur. Sprache ist ein Merkmal, über das die Zugehörigkeit zu einer Kultur bestimmt werden kann. Oftmals führt aber das Sprechen der gleichen Sprache auch zu Missverständnissen, weil sich die kommunizierenden Menschen nicht verstehen. Insbesondere im pflegerischen Kontext und im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit können diese Missverständnisse folgenreich sein. Ein Beispiel hierfür ist, wenn eine kranke Person sagt: „Meine Lunge brennt“ oder „Ich habe den Kopf gegessen“ (vgl. Machleidt, 2013). Hier handelt es sich um direkte wörtliche Übersetzungen von Umschreibungen in anderen Sprachen, die das Befinden in einer bestimmten Metaphorik ausdrücken. Diese metaphorisch ausgedrückten Wahrnehmungen des eigenen (kranken) Körpers können zu Missverständnissen führen, wenn etwa das medizinische oder pflegerische Personal hinter der Aussage „Ich habe den Kopf gegessen“ eine Psychose vermutet. Diese Formulierung wird in der türkischen Sprache jedoch genutzt, um zu sagen, dass die Person absolut verzweifelt ist. An diesem Beispiel wird deutlich, dass das Sprechen der gleichen Sprache nicht bedeuten muss, dass das Verständnis für das Gegenüber und die geäußerten Belange vorhanden sind. Neben diesem als sprachliches Missverständnis zu kategorisierenden Aspekt spielen auch Vorannahmen und Vorurteile eine zentrale Rolle bei der Versorgung. So kann der von einer erkrankten Person geäußerte Satz „Mein ganzer Körper schmerzt“ (vgl. Uzarewicz, 2002, S. 2) schnell dazu führen, dass die versorgenden Professionellen vom „Morbus Bosphorus“ ausgehen, einem „Ganzkörperschmerz“, der insbesondere Menschen zugeschrieben wird, die aus südeuropäischen Ländern stammen. Dies kann dazu führen, dass diese Wahrnehmung als psychosomatisch eingestuft wird und weitere Untersuchungen möglicherweise somatischer Beschwerden unterlassen werden.



Anhand der unterschiedlichen Beschreibungen des Kulturbegriffs wird deutlich, dass eine eindeutige Definition des Begriffs „Kultur“ nicht möglich ist und Eingrenzungen und Annäherungen aus unterschiedlichen Perspektiven im wissenschaftlichen Diskurs erfolgen.

Nachstehend wird differenziert und kritisch hinterfragt, wonach bestimmte Bezugsrahmen für kulturelle Zugehörigkeiten hergestellt werden. Ist es das Herkunftsdorf oder die Herkunftsstadt, die als Heimat verstanden wird oder die Region bzw. großräumiger das gesamte Land oder der Kontinent? Was ist die Bedingung dafür, dass Menschen derselben Kultur angehören? Kann davon ausgegangen werden, dass die meisten Menschen der gleichen Religion angehören, wenn sie aus dem gleichen Herkunftsland kommen?

Oder kann die Ausgestaltung der Religiosität in der gleichen Region mit sehr unterschiedlichen Bräuchen einhergehen, sodass Religion nicht automatisch als ein verbindender oder abgrenzender Aspekt verstanden werden kann?

## Welche Rolle spielt „Kultur“ für die Altenpflege?

Einen kritischen Blick auf Kultur und die Bedeutung der Kultur für die Krankheit und das Sterben bietet Knipper (2014) an. Er fokussiert die alltägliche Kommunikation über Kultur im Kontext von „kultureller Kompetenz“, „Interkulturalität“ oder „kultursensible Pflege“ und bemerkt, dass sie von Unsicherheit, Vorbehalten und Widersprüchen geprägt ist. Zudem hinterfragt Knipper, ob eine Kommunikation über Kulturen möglich ist, die kulturelle Stereotypisierungen von bestimmten Bevölkerungsgruppen vermeidet (vgl. Knipper, 2014, S. 52). Demnach seien Denk- und Wahrnehmungsmuster Teil der Kultur und trügen zur Identitätsbildung eines Individuums bei. Kultur wird Knipper zufolge erst durch die Interaktion mit anderen Menschen wahrgenommen, die anders handeln als vom Individuum erwartet. Denk- und Wahrnehmungsmuster, die das Individuum als „normal“ betrachtet hat, bleiben aus und werden von anderen Verhaltensweisen ersetzt, die als unpassend empfunden werden (vgl. Knipper, 2014, S. 54). Sowohl im Hinblick auf die identitätsstiftende Funktion der Kultur als auch die damit einhergehende Abgrenzung von anderen zeigen die Ansätze von Knipper und Nünning Parallelen auf.

Aus einer medizinethischen Perspektive argumentiert Peters (2014) ebenfalls, dass der essentialistische Kulturbegriff mit der Vorstellung verbunden ist, dass von einer „inneren Homogenität und klare[n] Abgrenzbarkeit solcher Gruppen nach außen (gegenüber anderen ‚Kulturen‘)“ ausgegangen wird (vgl. Peters, 2014, S. 67). Er kritisiert, dass Kultur „als statische, unveränderliche Größe missverstanden“ wird, ohne weitere Differenzierungen innerhalb der vermeintlich einheitlichen Gruppe zu vollziehen, und rät von einer Gleichsetzung von Kultur mit Gruppenzugehörigkeit, Herkunft, Nationalität oder Sprache ab (vgl. Peters, 2014, S. 67). Ein konstruktivistisches Kulturverständnis, das stärker auf die Gemeinsamkeiten als auf die Unterschiede fokussiert, könne gewährleisten, dass individuelle Lebenswelten, Biografien und Perspektiven berücksichtigt werden, was insbesondere im Kontext von Pflege und Sterben von zentraler Bedeutung sei.

### 1.1.2 „Kulturalisierung“ in der Medizin und Pflege

#### Definition 1.1: Kulturalisierung

Kulturalisierung bedeutet, dass der Ursprung von Problemen in der Praxis auf die Zugehörigkeit zu einer „fremden Kultur“ zurückgeführt wird. Es wird hierbei eine kulturell geprägte Perspektive konstruiert, die andere Einflussfaktoren und soziokulturelle Dynamiken ausblendet (vgl. Knipper, 2014, S. 65). Insbesondere werden dabei strukturelle, soziale, ökonomische oder andere Ungleichheiten nicht identifiziert und wahrgenommene Probleme ausschließlich auf die zugeschriebene kulturelle Zugehörigkeit zurückgeführt. Dies führt zur Verfestigung und kontinuierlichen Reproduktion dieser Ungleichheiten (vgl. Messerschmidt, 2008, S 13).

Rommelspacher (vgl. 2005, S. 182) zufolge gilt es in multikulturellen Pflegesituationen, die Balance zwischen der Wahrnehmung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu finden, ohne einerseits zu verallgemeinern und andererseits zu kulturalisieren. Mit

Knippers Worten ausgedrückt: „Auf dem schmalen Grat zwischen kulturellem Verstehen und Stigmatisierung ist neben der abstrakten Definition eine geeignete Verwendung des Kulturbegriffs entscheidend.“ (Knipper, 2014, S. 97)

## Folgen der Kulturalisierung für die pflegerische Versorgung

Kulturalisierung kann für die pflegerische Versorgung zu Konsequenzen auf unterschiedlichen Ebenen führen:

- Auf der **Mikroebene**, d. h. der Ebene des Individuums und der Interaktion, kann Kulturalisierung in der Pflege bedingen, dass Menschen aufgrund ihres Aussehens, ihrer zugeschriebenen Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsgruppe oder ihrer Religion bestimmte Bedürfnisse unterstellt werden. Diese Bedürfnisse werden nicht von den Personen selber geäußert, sondern es sind durch andere Menschen zugeschriebene Bedürfnisse. Es handelt sich also um Erwartungserwartungen: Die Pflegefachperson nimmt an, dass diese Patientin bestimmte Bedürfnisse oder jene Erwartungen haben wird. Dies kann – insbesondere, wenn keine Kommunikation über Bedürfnisse erfolgt – zu Missverständnissen führen. Ein Beispiel hierfür ist, dass bei der Pflege einer Frau mit Migrationshintergrund mit der Aufnahme auf der Station damit gerechnet wird, dass sie Sonderwünsche wie gleichgeschlechtliche Pflege, besondere Zeiten für den Empfang von Besuch oder das Einnehmen von mitgebrachten Speisen haben wird, ohne dass die Frau diese Wünsche geäußert hätte. Die zugeschriebenen „Probleme“, die mit der Pflegebedürftigen auf die Station kommen, können dazu führen, dass die Pflegefachperson mit einer voreingenommenen Haltung der Frau gegenüber in die Pflegebeziehung geht, ohne dass dies der Realität entspricht. Hier werden „Probleme“ kulturalisiert, also auf die zugeschriebene kulturelle Zugehörigkeit zurückgeführt – sogar, wenn sie real noch gar nicht vorhanden sind.
- Auf der **organisationalen Mesoebene** kann Kulturalisierung in der Pflege dazu führen, dass pflegerische Einrichtungen Bereiche oder Stationen aufbauen, die speziell auf die (vermeintlichen) Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind. Diese Angebote passen nur selten zu den tatsächlichen Belangen der Pflegebedürftigen. Denn die Bedürfnisse von Menschen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen, z. B. von türkeistämmigen Menschen, können sehr heterogen sein (vgl. Tezcan-Güntekin; Razum, 2018). Dies kann zur Folge haben, dass sich diese speziellen Angebotsstrukturen nicht etablieren und gegebenenfalls schließen müssen. Wahrgenommen wird dabei von der Pflegeeinrichtung oder auch von kommunalpolitischen Instanzen, dass bei türkeistämmigen Menschen kein Bedarf für stationäre Pflege vorhanden ist. Der tatsächliche Bedarf bezüglich bedürfnisorientierter Pflege, die nicht auf gruppenspezifische zugeschriebene Bedürfnisse ausgerichtet ist, sondern individuelle Bedürfnisse wahrnimmt und nach Möglichkeit beantwortet, wird dabei in der Regel nicht erkannt. Hier sind weitere Forschungen notwendig, um Aufschluss darüber zu erhalten, wie bedürfnisorientierte Pflege ausgestattet sein müsste.
- Auf der **gesundheitpolitischen Makroebene** kann Kulturalisierung zur Folge haben, dass im Sinne einer positiven Kulturalisierung die familiäre Pflege als Ressource verstanden und darauf vertraut wird, dass in Familien mit Migrationshintergrund automatisch die Familienmitglieder die Pflege übernehmen. Es wird also nicht als notwendig erachtet, weitere Maßnahmen zu treffen, damit Familien mit Migrationshintergrund mehr professionelle Pflege annehmen – was zu höheren Kosten für das

Gesundheits- und Pflegesystem führen würde. Dies geht auch mit medizinethischen Fragen zur Gerechtigkeit bei der Versorgung einher (vgl. Beauchamp; Childress, 2009).

### 1.1.3 Das *Othering* oder die Konstruktion des „Anderen“

Das Konzept *Othering* beschäftigt sich mit der wechselseitigen Konstruktion des Selbst und des Anderen innerhalb sozialer Beziehungen (vgl. Coors; Neitzke, 2018, S. 193), Familien, Gemeinschaften und der Gesellschaft (vgl. Canales, 2000). Es ist zum einen ein Prozess sozialer Exklusion, bei dem Menschen aufgrund von Differenzmerkmalen wie Sprache, Religionszugehörigkeit, Herkunftsregion etc. als anders als die betrachtende Person kategorisiert werden (vgl. Inthorn, 2018, S. 185). Zum anderen kann *Othering* auch einen Inklusionscharakter haben, etwa wenn Menschen aufgrund bestimmter Merkmale bei bestimmten Entscheidungen bevorzugt behandelt werden, ähnlich wie das bei positiver Diskriminierung – z. B. bei der Einstellung von Frauen in technischen Berufen, um eine bestimmte Quote zu erreichen – der Fall ist (vgl. Canales, 2000). Grundsätzlich lastet auf dem *Othering* immer ein negativer, entwertender Charakter, den es zu vermeiden gilt, da er Ungleichheit produziert. Die Konstruktion von Gruppenzugehörigkeiten und Stereotypisierungen wird zum Teil jedoch auch als unvermeidlicher Aspekt des Zusammenlebens und der Orientierung in der Alltagswelt verstanden, wobei bewusst reflektiert werden müsste, dass kulturelle Differenzen keine festen Strukturen sind, sondern in Interaktionen konstruiert und reproduziert werden (vgl. Coors; Neitzke, 2018, S. 203).

### Bedeutung von *Othering* für die Altenpflege

*Othering* bzw. die Konstruktion des Anderen kann in der Altenpflege durch die verstärkte Wahrnehmung von Differenzen anstelle von Gemeinsamkeiten Distanz schaffen. Pflegebedürftige werden dann ausschließlich im Kontext des Differenzmerkmals wahrgenommen und für sie selbst zentrale Charakteristika ihrer Person treten in den Hintergrund und werden nicht zur Kenntnis genommen. Der Fokus liegt vielmehr auf dem Merkmal, das als anders wahrgenommen wird (vgl. Inthorn, 2018, S. 85).

#### Beispiel 1.1:

Aus der Stationsküche eines Krankenhauses ist folgendes Gespräch zu vernehmen:

„Hier ist das Essen für Station 11E, in den ersten drei Etagen steht das normale Essen für alle und ganz unten das für die Extra-Würste bzw. eben ohne Wurst.“ Gemeint ist damit, dass die untere Ebene des Essenswagens das Essen ohne Schweinefleisch beinhaltet, das für „die Muslime“ extra hergestellt wurde.

Gerade in der Altenpflege sind Kommunikation und Teilhabe von großer Bedeutung, damit bestehende Kompetenzen weiterhin gepflegt und gestärkt werden. Wenn die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Pflegebedürftigen von Distanz geprägt ist, kann das unmittelbare Auswirkungen auf die gemeinsam verbrachte Zeit oder die Zuwendung haben, die der pflegebedürftigen Person entgegengebracht wird. Dies muss nicht mit dem Migrationshintergrund eines Menschen zusammenhängen, sondern kann alle Pflegebedürftigen betreffen, bei denen über die verstärkte Fokussierung auf Differenz Distanz entsteht.



## Wie kann Othering verringert oder vermieden werden?

Die Vermeidung von *Othering* kann auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen:

- Auf der **interpersonalen Ebene** kann durch kontinuierliche Reflexion der eigenen Kulturgebundenheit gelebtes *Othering* identifiziert und hinterfragt werden. Es geht hierbei um eine Bewusstwerdung von Prozessen der Selbst- und Fremdkonstruktion, die dazu verhelfen, kontrollierter mit Stereotypisierungen umzugehen und sie nach Bedarf zu vermeiden.
- Auf der **Ebene des Teams** können *Othering*-Prozesse durch gemeinsame Fallanalysen im Pflorgeteam sowie durch gemeinsames Sehen und Wahrnehmen der Gemeinsamkeiten und der Unterschiede der Pflegebedürftigen, Teammitglieder und der betrachtenden Personen bewusster erlebt werden. Dadurch können eine Sensibilisierung und daraus resultierende Haltungsänderungen erreicht werden. Die Sensibilisierung des pflegerischen Personals beinhaltet unter anderem das Erlernen von Perspektivübernahmen.
- Eine Vermeidung von *Othering* auf **organisationaler Ebene** kann durch eine diversitätssensible Öffnung (siehe Kapitel 3.2.2) der pflegerischen Einrichtungen gelingen. Dies könnte gewährleisten, dass Themen wie *Othering* oder „Diskriminierung“ zu Querschnittsthemen in den Einrichtungen und auf unterschiedlichen Ebenen aufgegriffen werden.

## Inwiefern reproduzieren die vorliegenden Daten zu Alter und Pflege das Othering?

Statistiken beziehen sich auf vorher festgelegte Kategorien, anhand derer Daten erhoben und ausgewertet werden. Durch die Erstellung dieses Kategorienkatalogs erfolgt bereits eine Konstruktion von Wirklichkeitsräumen (vgl. Berger; Luckmann, 2009), da dadurch auf bestimmte Aspekte des Alterns oder der Pflege geschaut wird und andere Aspekte nicht gesehen werden. Zumeist werden die in den Studien „unsichtbaren“ Aspekte nur unzureichend benannt bzw. in ihrer Vielfältigkeit nicht einbezogen. Die meisten Surveys der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung im deutschsprachigen Raum sind beispielsweise nicht migrationssensitiv. Das bedeutet, sie erheben den Migrationshintergrund nicht (vgl. Habermann et al., 2009). Dies kann einerseits als *Othering* vermindernd gedeutet werden, da dadurch nicht der Fokus auf bestimmte Differenzmerkmale gelegt wird – andererseits fehlen dadurch Erkenntnisse zu vielfältigen Pflegesituationen, die auch durch unterschiedliche (gegebenenfalls diskriminierende) Merkmale beeinflusst sind. An dieser Stelle werden die Unterschiede nicht erfasst, was zur Folge haben kann, dass spezifische Bedarfe nicht festgestellt und durch entsprechende Angebote beantwortet werden können.

Es wird deutlich, dass es sich hier um ein Dilemma zwischen der Explizierung von Unterschieden handelt – und damit möglicherweise einhergehendem *Othering* – und dem Verzicht auf die Explizierung oder Erhebung von Unterschieden und damit einhergehender fehlender Wahrnehmung für Vielfalt und vielfältige Bedürfnisse. Ein möglicher Weg, um damit umzugehen, ist die theoretische Herangehensweise aus einer **intersektionalen Perspektive** (vgl. Collins, 2015; Winker; Degele, 2011). Diese stellt Unterschiede fest und betrachtet sie unter den Gesichtspunkten struktureller Macht und Verstärkung von Diskriminierung kritisch.



**Übung 1.2:**

In welchen Feldern der Gesundheitsversorgung und Pflege erfolgt *Othering* in welcher Weise? Notieren Sie sich drei Situationen, in denen *Othering* erfolgen könnte, und erläutern Sie, welche Auswirkungen das für die Pflege- oder Versorgungssituation haben könnte.



## 1.2 Interkulturalität, Transkulturalität und Kultursensibilität

Ein tiefergehendes Verständnis von Inter- und Transkulturalität sowie von Kultursensibilität ist im Bereich der kultursensiblen Altenhilfe unerlässlich. Daher werden diese Begriffe im Folgenden genauer beleuchtet.

### 1.2.1 Interkulturalität

Die Debatte um **Interkulturalität** wird im deutschsprachigen Diskurs über unterschiedliche Disziplinen hinausgehend kontrovers diskutiert.

**Definition 1.2:** Interkulturalität

Corinna Albrecht definierte bereits vor einigen Jahrzehnten Interkulturalität als Bewusstseins- oder Erkenntnisprozess, der aus der selbstreflexiven Wahrnehmung und Erfahrung kultureller Pluralität erwächst (vgl. Albrecht, 1997; S. 119). Lüsebrink hingegen definiert Interkulturalität als „alle Phänomene, die aus dem Kontakt zwischen unterschiedlichen Kulturen entstehen, aber nicht notwendigerweise eine kommunikative Dimension (im engeren interaktionalen Sinn) aufweisen“ (Lüsebrink, 2016, S. 17).

Werden medizinische oder pflegerische Kontexte einbezogen, bleibt die Betrachtung von Interkulturalität nicht auf einer beschreibenden Ebene, sondern wird zwangsläufig im Zusammenhang von Interaktionen erörtert. Das Präfix „Inter“ steht Peters et al. (vgl. 2014) zufolge dafür, dass sozial asymmetrische Begebenheiten mit einer tendenziell symmetrischen Betrachtungsweise auf eine Ebene gebracht werden. Diese Symmetrisierung beinhaltet die Auseinandersetzung und Reflexion der vorliegenden Umstände und der eigenen Position. Peters et al. ergänzen die Interkulturalität jedoch um die Notwendigkeit, eine **transkulturelle Perspektive** einzunehmen, die sich jenseits „kulturwissenschaftlicher Domänen“ befindet und soziale, ökonomische, institutionelle und kommunikatorische Aspekte einbezieht. Darüber hinaus gelte es, die Asymmetrie zwischen PatientInnen und Professionellen der Gesundheitsberufe im Blick zu behalten (vgl. Peters et al., 2014, S. 66 f.). Gerade im Hinblick auf die Vermeidung von Ungleichheit in der Versorgung seien im Umgang mit Interkulturalität in medizinischen Kontexten die Beachtung der Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und das Verbot von Diskriminierung zentral (vgl. Peters et al., 2014, S. 69).

Interkulturalität wird häufig im Zusammenhang mit „interkultureller Kompetenz“ oder „interkultureller Öffnung“ verwendet. Diese Begriffe werden im Folgenden erläutert.

## Interkulturelle Kompetenz

**Interkulturelle Kompetenz** im medizinischen und pflegerischen Kontext steht für die Kenntnis über die Bedeutung sozialer Einflüsse auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie die Reflexion verschiedener Instanzen des Gesundheitssystems, die einen Einfluss auf die Ausgestaltung sozialer, religiöser oder kultureller Grundhaltungen haben. Darüber hinaus setzt interkulturelle Kompetenz voraus, dass die Pflegefachperson bzw. die professionell handelnde Person sich von den eigenen sozialen, kulturellen und religiösen Werten distanziert und dadurch eine objektive Perspektive einnehmen kann. Ebenso ist eine Voraussetzung für interkulturelle Kompetenz, dass andere Wert- und Grundhaltungen respektiert werden und reflexiv mit Barrieren und Widerständen gegenüber der Auseinandersetzung mit Fremdheit umgegangen wird (vgl. Bein, 2015, S. 566 f.).

Mit interkultureller Kompetenz ist zudem die Wahrnehmung und Berücksichtigung von Unterschieden in Bezug auf kulturelle Aspekte gemeint, aber auch die Fähigkeit, Menschen nicht auf diese Unterschiede zu reduzieren. Unterschiede sollten erkannt und berücksichtigt werden, ohne kulturelle oder ethnische Differenz zu überbetonen, was zu Stigmatisierung und zur fehlenden Wahrnehmung der Lebenswelt führen kann. Interkulturelle Kompetenz erfordert Offenheit gegenüber unbekanntem und fremdartigen Verhaltensweisen und die Bereitschaft zur Reflexion der fremden aber auch der eigenen Kultur (vgl. Kurt; Tezcan-Güntekin, 2017).

## Interkulturelle Öffnung

Es entstehen seit einigen Jahrzehnten konzeptionelle Ansätze für Organisationen zum Umgang mit migrations-, kultur- oder religionsbedingter Vielfalt (vgl. Tezcan-Güntekin; Strumpfen, 2017; Kurt; Tezcan-Güntekin, 2017). Der Ansatz der **interkulturellen Öffnung** bezieht sich also im Unterschied zur kultursensiblen Pflege in erster Linie nicht auf die Veränderung der Pflegebeziehung zwischen der hilfsbedürftigen Person und dem professionell Pflegenden und damit allein auf die individuelle Ebene, sondern zielt auf eine strukturelle Veränderung der Einrichtung/Organisation ab (vgl. Zanier; 2015a).

Während interkulturelle Öffnung zunächst ein Schlagwort für die Forderung war, „Sonderdienste“ im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen zu überwinden und bestehende Regeldienste für Migranten zu öffnen, wird darunter mittlerweile ein systematisch verfolgter **Organisationsentwicklungsprozess** verstanden, der Maßnahmen in den Bereichen des Organisations-, Personal- und Qualitätsmanagements umfasst (vgl. Handschuck; Schroer, 2012). Demnach wird die interkulturelle Öffnung verstanden als ein „bewusst gestalteter Prozess, der (selbst-)reflexive Lern- und Veränderungsprozesse von und zwischen unterschiedlichen Menschen, Lebensweisen und Organisationsformen ermöglicht, wodurch Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen in den öffnenden Organisationen abgebaut werden und die Anerkennung ermöglicht wird“ (Schroer, 2007, S. 2). Es geht also um die Etablierung eines „gleichwertigen und gleichberechtigten Zugangs zum Sozial- und Gesundheitswesen“ und um eine „sensible Diagnostik und Therapie“ (Penka et al., 2012, S. 1171). Penka et al. gehen damit konkret auf unterschiedliche Bereiche der Versorgung ein und verdeutlichen, dass interkulturelle Öffnung nicht bedeutet, dass unterschiedlichen Herkunftsländern entsprechendes Pflegepersonal vorgehalten wird, sondern alle Pflegenden in interkultureller Kompetenz geschult werden, ohne die Kompetenzen von Professionellen mit Migrationshintergrund auf „ethnische Kompetenzen“ zu reduzieren (vgl. Penka et al., 2012, S. 1171). Gleich-



wohl wird unterstrichen, dass interkulturell aufgestellte Teams einen zentralen Beitrag zur „Auseinandersetzung mit kulturspezifischen Themen und zur Förderung einer interkulturellen Kompetenz des Personals leisten“ können (Penka et al., 2012, S. 1171).

Insgesamt ist bereits ein weitreichender Diskurs zum Thema Interkulturalität, interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Öffnung vorhanden. Bislang existieren jedoch nur wenige Studien zur Perspektive der Nutzer und wenig Erkenntnisse dazu, wie nutzerorientierte Versorgung aussehen müsste. Dadurch werden die interkulturellen Öffnungsbestrebungen nur mit wenig bestehender Evidenz entwickelt.



## 1.2.2 Transkulturalität

**Transkulturalität** ist in den Pflegewissenschaften durch das **Sunrise-Modell** der Anthropologin und Pflegewissenschaftlerin Madeleine M. Leininger entstanden. In ihrer Arbeit mit Kindern mit geistigen Behinderungen aus unterschiedlichen kulturellen Milieus in den USA beobachtete sie, dass Kinder aus unterschiedlichen kulturellen Milieus unterschiedliche Erwartungen an die Pflegeperson haben (vgl. Lethe, 2011). Leininger geht von den zwei Konzepten „Kultur“ (*culture*) und „Fürsorge“ (*care*) aus und führt diese zusammen zur *Cultural Care* (vgl. Lethe, 2011, S. 144). Dabei bestand Leiningers Ziel darin, aufzuzeigen, wie Übereinstimmungen und Unterschiede der Fürsorge abhängig vom Verständnis der Welt und der Wirklichkeit sowie anderen Faktoren sind und wie sie zusammenwirken, um eine kulturkongruente Pflege anbieten zu können, mit der die Betroffenen sich wohlfühlen und ihre Gesundheit wiedererlangen können (vgl. Leininger, 1998).

Das Sunrise-Modell nach Leininger soll die Pflegenden dabei unterstützen, herauszufinden, welchen kulturellen Welten die Pflegebedürftigen angehören und welche Bedürfnisse an Fürsorge damit einhergehen. Das Konzept der Transkulturalität wurde in den folgenden Jahren von unterschiedlichen Pflegewissenschaftlern weiterentwickelt und angewandt.

Yildiz (2017) richtet einen kritischen Blick auf den essentialistischen Kulturbegriff aus postmigrantischer Sicht und konstatiert, dass die Reduzierung des Kulturverständnisses auf „einheitliche Blöcke“ und die Unterscheidung von Zugehörigen von eingewanderten Herkunftskulturen und der „heimischen“ Mehrheitskultur überholt ist. In der Migrationsforschung, beispielsweise in der interkulturellen Pädagogik – aber auch in Leiningers Sunrise-Modell –, wird dies jedoch weiterhin konstituiert. Er plädiert für einen dynamischen und offenen Kulturbegriff jenseits ethnisch-kulturalistischer Konzepte, die mit der Transkulturalität korrespondieren (vgl. Yildiz, 2017, S. 59). Grund für diesen Perspektivwechsel ist die Notwendigkeit, binäre Zuordnungen zu überwinden und „kulturelle[n] Überschneidungen und Verflechtungen, in denen unterschiedlichste globale und lokale Elemente miteinander kombiniert werden und neue, hybride Formen hervorbringen“, Raum zu bieten (vgl. Yildiz, 2017, S. 59).

Transkulturalität wird hier demnach als **Alltagspraxis** verstanden und gleichzeitig die Voraussetzung formuliert, dass es einer Fokussierung auf die alltagsgelebte Vielfalt bedarf. Gleichzeitig bedarf es „differenzbewusste[r] Einblicke jenseits herkömmlicher Polarisierung“, um die Lebenswirklichkeiten der Menschen zu erfassen und dabei auch das

bisher „Ungesagte, Unsichtbare und Marginalisierte“ wahrzunehmen (ebd.). Yildiz sieht dieses Vorgehen als Grundlage dafür, die Konstruktion von „wir“ und „die Anderen“ aufzubrechen.

### Inwiefern unterscheiden sich Interkulturalität und Transkulturalität?

Das Konzept der Transkulturalität ist ein dynamisches Konzept, das die Gemeinsamkeiten betont, ohne die Unterschiede zu ignorieren. Ausgehend von der gesellschaftlichen Konstruktion von Kulturen eröffnet die Transkulturalität einen Raum, der über festgelegte Kategorien hinaus eröffnet wird und damit „transkategorial“ ist (vgl. Uzarewicz; Uzarewicz, 2001, S. 168). Bei diesem Konzept wird aufgezeigt, dass es keine eindeutig voneinander abgrenzbaren Kulturen geben kann, da sie ineinander übergehen können. Demnach besteht lediglich die Möglichkeit, diese aus einer historischen Perspektive als wissenschaftlichem Untersuchungsgegenstand zu nutzen. Kulturelle Bereiche können in der Transkulturalität nicht unabhängig von ökonomischen, sozialen, ästhetischen oder moralischen Aspekten abgekoppelt betrachtet werden, da sie dadurch nur beschränkt wahrgenommen werden. Die Bedingungen, wie das Zusammenspiel aus unterschiedlichen Kategorien und Merkmalen erfolgt, wird in transkulturellen Betrachtungsweisen immer wieder neu verhandelt und ist damit veränderbar und flexibel (vgl. Uzarewicz; Uzarewicz, 2001, S. 170). Es wird von „pluralen kulturellen Identitäten“ ausgegangen, „die durch die hochgradige Vernetzung und Verflechtung vieler Kulturen der Gegenwart entstanden sind“ (Lüsebrink, 2016, S. 22).

Die Konstruktion einer eindeutigen Zuordnung zu Eigenheit und Fremdheit – wie im *Othering* und der Interkulturalität – wird also im transkulturellen Ansatz hinterfragt (vgl. Lüsebrink, 2016, S. 22). Auf einen interessanten Aspekt, nämlich den Begriff „Interkulturalität“ neu zu fassen, verweist Yildiz (2017). Er verweist auf Terkessidis (2010), der „Interkultur“ neu definiert als unabhängig von einer ethnischen Bedeutung und als „Kultur-im-Zwischen“ bezeichnet, die dem Begriff der Transkulturalität stärker entspricht (vgl. Terkessidis, 2010, S. 10, zitiert nach Yildiz 2017).



#### Übung 1.3:

Welche Situationen fallen Ihnen im Zusammenhang mit Altenpflege ein, die Sie als „interkulturell“ einstufen würden?

### 1.2.3 Das Konzept der kultursensiblen Pflege

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den Themen Migration, Pflegebedürftigkeit und Herausforderungen für die Institutionen der Altenpflege tauchen immer wieder die Begriffe „Kultursensibilität“, „kultursensible Pflege“, „interkulturelle Kompetenzen“ und allgemein „interkulturelle Öffnung“ auf, wie auch in den vorherigen Kapiteln erörtert wurde (vgl. Kurt; Tezcan-Güntekin, 2017).

Bereits Anfang der 1990er-Jahre gab es dazu erste Arbeitsansätze. 1999 wurde der Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenhilfe“ ins Leben gerufen und einige Zeit später ein Memorandum für kultursensible Altenhilfe veröffentlicht. In diesem Memorandum heißt es, dass **kultursensible Pflege** dazu beiträgt, dass „eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann“ (Memorandum für kultursensible Altenhilfe, 2002).

**Definition 1.3:** Kultursensibilität

Kultursensibilität geht von einer Haltung aus, die „Unterschiede differenziert wahrnimmt, sich damit auseinandersetzt und respektiert (...), Wertvorstellungen, Deutungs-, Bewertungs-, Kommunikationsmuster und Handlungsmuster anderer Kulturen, Religionen und Milieus als gleichwertig behandelt (...) und auf die kulturell, sozial und religiös, geschlechtlich, altersgeprägten Bedürfnisse des Gegenübers sensibel eingeht“ (Zarnier, 2015b, S. 42).

„*Kultursensibilität* als Paradigma der Altenpflege beschreibt also eine Haltung, die auf Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht. Die Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und für die Folgen des Pflegehandelns. Sie ist in einer besonderen Weise biographie- und subjektorientiert.

Eine kultursensible Altenpflege trägt immer auch der Tatsache der Migration als eines wichtigen biographischen Einschnitts Rechnung und ist damit auch *migrations-sensibel*. Dies setzt ein Wissen über die psychodynamischen Folgen der Migration voraus“. (Memorandum für kultursensible Altenhilfe, 2002, S. 19)

Kultursensibilität bezieht damit das Vermögen ein, sensibel bei der Wahrnehmung, im Denken, im Verhalten und bei der Kommunikation im Umgang mit Menschen aus anderen kulturellen Zusammenhängen zu sein. Sie ist gekennzeichnet durch eine Haltung, die aufmerksam gegenüber kulturellen Prägungen und Bedürfnissen anderer Menschen ist. Demnach beruht sie auf Kenntnissen und einem Verständnis anderer Kulturen und Religionen (vgl. Zanier, 2015a) und stellt darüber hinaus die Reflexion in den Vordergrund.

Das Kennenlernen und das Verständnis der eigenen kulturellen Prägung verstehen auch Lieberam und Müller (2017) als Voraussetzung für kultursensibles Handeln. Dazu gehören zudem der reflexive Umgang mit Normen, Werten, Ritualen, Zeremonien, aber auch Scham und Beschämung. Scham und Beschämung können in der Pflege beide Seiten betreffen – sowohl die Pflegepersonen als auch die Pflegebedürftigen. Der eigene Umgang mit Scham und Beschämung anderer Menschen sollte reflektiert werden. Denn dem Handeln in bestimmten Situationen gehe die Auseinandersetzung mit den eigenen kulturellen Prägungen voraus. Wichtig sei auch die Bewusstwerdung von Rollen, die Pflegepersonen einnehmen können bzw. wollen und der Grenzen, die sie selbst oder die Pflegebedürftigen haben (vgl. Lieberam; Müller, 2017).

### Welche Charakteristika der kultursensiblen Pflege oder der Kultursensibilität sind zentral für das pflegerische Handeln?

Zanier (2015a) empfiehlt in Anlehnung an die „Handreichung für eine kultursensible Altenpflege“ des Arbeitskreises Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002), Kultursensibilität als einen kontinuierlichen, wechselseitigen und partnerschaftlichen **Lernprozess** zu verstehen, in dem sich die professionell Pflegenden, die Einrichtung und die Qualität der Konzepte und Leistungen weiterentwickeln (vgl. Tezcan-Güntekin; Razum, 2015). Dieser Prozess setzt sich aus folgenden Elementen zusammen (vgl. Zanier, 2015a):

- Wahrnehmung und Erkundung von Individuen, Gruppen, Gesellschaften, Kulturen oder Religionen

- flexibles, der Situation angemessenes Erproben und Reflektieren des Umgangs mit Menschen anderer kultureller Prägungen
- konstruktiver Umgang mit Unsicherheiten und Widersprüchen
- Dialog und Beteiligung der Betroffenen bei der Gestaltung der Pflege (inkl. der Übernahme anwaltschaftlicher Verantwortung durch Pflegenden den Pflegebedürftigen gegenüber)
- Aufbau einer wertschätzenden, anerkennenden und vertrauensvollen Beziehung
- Selbstreflexion und Bewusstmachung der eigenen Kulturgebundenheit und ein ehrlicher Umgang mit Vorurteilen, Diskriminierung und Asymmetrie in der Pflegebeziehung
- Fähigkeit zu Perspektivwechsel und einer systemischen Sicht
- Aneignung von Wissen zu unterschiedlichen Kulturen und kommunikativen, sprachlichen, interkulturellen, integrativen und emotionalen Kompetenzen
- eine offene, wertschätzende und respektvolle, aber auch authentische Haltung
- eine differenzierte kulturelle, sprachliche und/nonverbale Verständigung



Die Entwicklung einer kultursensiblen Haltung ist ein langer Prozess. Damit dieser in der Einrichtung umgesetzt werden kann, muss er von der Pflegedienstleitung unterstützt werden, denn neben finanziellen Ressourcen ist es unabdingbar, dass dafür auch Zeit zur Verfügung gestellt wird, z.B. in Form von Freistellung des Pflegepersonals für Fortbildungen in kultursensibler Pflege.

Die Einstellung von mehrsprachigem Personal kann die Zusammenarbeit und die Arbeitsvollzüge in der Pflege erleichtern, Mehrsprachigkeit geht aber nicht automatisch mit kultursensiblen Handeln der Personen einher. Die multikulturelle Zusammensetzung des Personals allein bedeutet umgekehrt auch nicht die interkulturelle Kompetenz des Teams und die interkulturelle Öffnung der Einrichtung (vgl. Zanier, 2015a).

### **Bedeutung der Anwendung kultursensibler Pflege in der Altenpflege**

Kultursensible Pflege wird im deutschsprachigen Raum häufig im Kontext von Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund oder Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Religionen thematisiert. Die eingangs aufgezeigten Definitionsversuche verdeutlichen, dass es sich hierbei um einen Kulturbegriff handelt, der in der Regel einer Engführung von Religion und Herkunft oder Sprache ausgesetzt ist. Gleichwohl ist es zentral, auch mit den Deutungen dieses geläufigen Begriffs umgehen zu können. So wird unter dem Begriff „Kultursensible Pflege“ verstanden, dass professionell Pflegenden versuchen, sich auf Bedürfnisse ihrer Patienten mit Migrationshintergrund einzulassen, auch wenn diese zunächst fremd erscheinen. Voraussetzung dafür ist Bose und Terpstra (2012) zufolge Wissen über unterschiedliche Kulturen, Wahrnehmung der besonderen Bedürfnisse dieser Patienten und die „Befreiung von latent schlummernden Stereotypen und Vorurteilen“ (Bose; Terpstra, 2012, S. 3). Die Bereitschaft, bei jedem Patienten und jeder Patientin individuell zu beurteilen, inwiefern die zugeschriebenen Regeln Gültigkeit haben, ist eine weitere zentrale Voraussetzung für kultursensible Pflege. Es geht hierbei auch um die Wahrnehmung der individuellen Biografie und die Wahrnehmung von Alter, Gesundheit, Krankheit, sozialen, ökonomischen oder biologischen Begebenheiten. Da-

durch wird festgestellt, wie unterschiedlich, individuell und „besonders“ Menschen sind (vgl. BMFSFJ, 2005, S. 22). Das allerdings gilt nicht nur für Menschen, die aus unterschiedlichen Ländern kommen, sondern für die autochthone Bevölkerung ebenso. Nur durch den individuellen Blick auf unterschiedliche Aspekte einer Person ist es möglich, kultursensibel mit der pflegebedürftigen Person oder auch Angehörigen umgehen zu können.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend konstatiert, dass kultursensible Pflege gleichzeitig individuelle Pflege ist und spezielle Kenntnisse, Kompetenzen und Arbeitstechniken erfordert, die bereits in der Grundausbildung zur Pflegefachperson vermittelt werden sollten, um die berufliche Identität frühzeitig mit dieser Haltung zu prägen (vgl. BMFSFJ, 2005, S. 22). So spielt Kultursensibilität auch in den Curricula der Pflegefachberufe im Rahmen einer generalistischen Ausbildung eine zunehmend größere Rolle (vgl. Schmidt-Richter, 2012). Der Nachwuchs in den Pflegefachberufen sollte also grundsätzlich für den Umgang mit kulturell unterschiedlich geprägten Menschen im pflegerischen Alltag sensibilisiert werden. Die Ausgestaltung der Curricula der Pflegefachberufe obliegt jedoch den Ländern. Dem Thema „kultursensible Pflege“ wird in den jeweiligen Bundesländern unterschiedliche Bedeutung beigemessen (vgl. Zanier, 2015a). Die konkrete Ausgestaltung dieses Bereichs in den Curricula erfahren Sie im folgenden Exkurs anhand einiger Beispiele.

#### **Beispiele der Ausgestaltung der Curricula der Pflegeberufe in den Ländern**

In Niedersachsen enthalten die Rahmenrichtlinien für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege im Lernfeld „Pflegesituation bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten“ einen kleinen Abschnitt, der auf spezifische Lebenssituationen bezogen auf Familie, Kultur, Religion, ethnische Aspekte und Gruppenzugehörigkeit hinweist. Eine Reflexion der eigenen Kultur oder die reflexive Entwicklung einer kultursensiblen Haltung, die für kultursensibles Handeln zwingend notwendig ist, ist nicht vorgesehen.

Im Curriculum für Rheinland-Pfalz steht in diesem Rahmen die Wissensaneignung zu Themen wie Religion, Situation von MigrantInnen in Deutschland und transkulturelle Pflegeanamnese im Vordergrund, ein reflexiver Umgang mit dem Thema kultursensible Pflege ist aber nicht explizit vorgesehen. Darüber hinaus sollen Menschen aus fremden Kulturen in den Unterricht eingebunden werden. Offen bleibt dabei, ob dies einen konstruktiven Umgang mit anderen Kulturen im Sinne eines *Diversity Managements* fördert oder Unterschiede eher noch betont.

In Bayern sieht das Curriculum kein spezifisches Modul und keine Unterrichtseinheit zu Kultursensibilität in der Pflege vor.

Ganz anders in Hessen: Dort trägt das entsprechende Modul den Titel „Fremdsein in einer Gesellschaft“. Hier soll detailliertes Wissen zu Migration und Gesellschaft, aber auch zu kultursensibler Pflege und kulturspezifischer Kommunikation vermittelt werden. Darüber hinaus ist explizit eine „konstruktive Auseinandersetzung“ mit verschiedenen Formen des Fremdseins vorgesehen.

In Brandenburg hingegen sind 18 Unterrichtsstunden den Besonderheiten der Pflege bei PatientInnen/KlientInnen aus anderen Kulturkreisen gewidmet. Außerdem sollen Hintergründe und Ursachen von Migration, die soziale Situation der MigrantInnen und Besonderheiten der Weltreligionen behandelt werden. Allerdings wird der Kulturbegriff hier auf die Religionszugehörigkeit reduziert. Dass die Auszubildenden in einem Prozess der Auseinandersetzung damit lernen, ihre eigene Kultur und die des Gegenübers zu reflektieren, ist nicht vorgesehen.

Eine ähnlich große Rolle spielt kultursensible Pflege im Curriculum der Pflegefachberufe in Nordrhein-Westfalen: Hier sind 20 Stunden für die Lerneinheit „Pflegehandeln personenbezogen ausrichten: Menschen aus fremden Kulturen“ vorgesehen. Laut der Beschreibung beinhaltet das Modul die Vermittlung von Wissen sowohl zu religiösen Ritualen, Traditionen und Bräuchen anderer Kulturen als auch zur soziokulturellen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund. Im Zentrum des Moduls steht Reflexion zum Thema Kultur. Die Ausgestaltung dieses Moduls im Curriculum von NRW verspricht eine dem Thema angemessene reflexive Herangehensweise, die die PflegeschülerInnen für kultursensible Pflege sensibilisieren kann.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Umgang mit dem Thema „Kultursensibilität in der Pflege“ in den Curricula der Pflegefachberufe sehr heterogen und wenig standardisiert ist. Die Aspekte der Wissensvermittlung über Religionen und andere Länder und Gebräuche, ohne den reflexiven Umgang damit zu erlernen und einzuüben, führen zu den eingangs diskutierten Stereotypisierungen und zum *Othering*. Die Haltung, die sich daraus entwickelt, stellt folgendes Zitat eindrücklich dar:

„Pflegebedürftige und ihre Familien würden dann reduziert auf Defizite: sie haben Sprachprobleme, kennen das Gesundheitssystem nicht und verhalten sich nicht compliant und wir – die Pflegeexpertinnen und -experten – bringen sie auf den ‚richtigen‘ unserer Norm angepassten Weg.“ (BMFSFJ, 2005, S. 23)

Zu kultursensibler Pflege gehört auch – wird von einem konstruktivistischen Kulturbegriff ausgegangen –, dass alle Menschen mit ihren unterschiedlichen Merkmalen und Bedürfnissen wahrgenommen werden. Außerdem soll in der pflegerischen Versorgung versucht werden, diese unterschiedlichen Bedürfnisse zu bemerken, wertzuschätzen und sie in der Organisation der Pflege zu berücksichtigen.

## Zusammenfassung

In diesem ersten Kapitel des Studienheftes wurden Sie zunächst damit konfrontiert, die Herausforderungen bei der Definition des Begriffes Kultur, aber auch anderer Begriffe und deren Abgrenzungen zueinander zu erkennen. Sie haben gelernt, dass Kultur und Kultursensibilität sowie Inter- und Transkulturalität interdisziplinäre Betrachtungsweisen erfordern und zu unterschiedlichen Relevanzen führen können. Die Bedeutung von Kultur in einem weiteren Sinne als über Zuschreibungen von nationalstaatlicher Herkunft und Hintergründen sowie religiösen Zugehörigkeiten zu verstehen und die Pflege im Kontext von Kultur zu denken, hat Ihnen gezeigt, wie notwendig es ist, kulturelle Merkmale in die Pflege einzubeziehen. Dabei wurde auch die Gefahr der Kulturalisierung und des damit möglicherweise einhergehenden *Othering*, der sozialen Konstruktion des Anderen, erörtert. Konkrete Charakteristika kultursensibler Pflege wurden Ihnen anhand einzelner Kriterien dargelegt, zu denen unter anderem die Reflexion der eigenen Kulturgebundenheit gehört. Gerade die Reflexion der eigenen kulturellen Gebundenheit und der konstruktive Umgang mit Vorannahmen, Vorurteilen und Erfahrungen, die fortwährend in der Praxis gemacht werden, ermöglichen – neben weiteren Aspekten – die Weiterentwicklung einer kultursensiblen Haltung. Diese Haltungsarbeit ist ein lebenslanger Prozess und die Voraussetzung für eine kultursensible Pflege. Kultursensible Pflege sollte hier im Sinne einer transkulturellen Perspektive als dynamischer Prozess verstanden werden, der mit einem konstruktivistischen Kulturbegriff arbeitet, der über

Religion und Nationalität oder Herkunft hinausgeht. Nur auf diesem Wege kann eine bedürfnisorientierte und wertschätzende Pflege einer sehr heterogenen Bevölkerung gelingen.

### **Aufgaben zur Selbstüberprüfung**

- 1.1 Inwiefern lässt sich „Kultur“ als Begriff eingrenzen?
- 1.2 Welche Auswirkungen kann die Kulturalisierung für die Altenpflege haben?
- 1.3 Was charakterisiert „Interkulturalität“?
- 1.4 Was ist interkulturelle Kompetenz?
- 1.5 Wodurch unterscheiden sich „Interkulturalität“ und „Transkulturalität“?