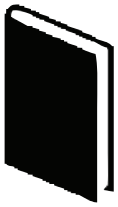
Mathias Leufgen
Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen
in der Gesundheitspflege
Ethisches Verhalten durch die Würdigung
kultureller und religiöser Gewohnheiten

Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen in der Gesundheitspflege

Ethisches Verhalten durch die Würdigung kultureller und religiöser Gewohnheiten

Matthias Leufgen



Jacobs Verlag

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Copyright 2015 by Jacobs Verlag
Hellweg 72, 32791 Lage
Druck: docupoint
Bildnachweis Umschlag: dergestalter @ photocase.com
ISBN 978-3-89918-240-8

Inhaltsverzeichnis

Seite

Prolog 13

Vorwort 15

I EINLEITUNG 17

II INTERKULTURELLE UND INTERRELIGIÖSE KOMPETENZFÖRDERUNG IN DER GESUNDHEITS-PFLEGE 23

1 Theoretische Grundlagen zur Interkulturalität und Interreligiosität 24

1.1 Interkultureller Ansatz 24

1.1.1 Kultur 24

1.1.2 Migration 32

1.2 Interkulturalität 33

1.3 Multikulturalität 39

1.4 Transkulturalität 40

1.5 Interkulturelle Ethik 45

1.5.1 Autonomie – Toleranz – Vernunft unter ethischer Perspektive 47

1.5.2 Gesundheitspflegende als Subjekt im moralischen Handeln 49

1.6 Interreligiöser Ansatz 54

1.6.1 Interreligiosität 54

1.6.2 Religionen und Kulturen 61

1.6.2.1 Buddhismus 62

1.6.2.2 Chinesische Religion 63
1.6.2.3 Christentum 65
1.6.2.4 Hinduismus 68
1.6.2.5 Islam 71
1.6.2.6 Jehovas Zeugen 74
1.6.2.7 Judentum 76
1.6.2.8 Mormonen 81
1.6.2.9 Neuapostolische Kirche 82
1.6.2.10 Quäker 82
1.6.2.11 Rastafari 84
1.6.2.12 Siebenten-Tags-Adventisten 85
1.6.2.13 Sinti und Roma 86
1.6.2.14 Atheisten und Agnostiker 87
1.7 Kurzzusammenfassung 88

2 Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen 88
2.1 Von der allgemeinen zur beruflichen Kompetenz 89
2.2 Interkulturelle Kompetenzen 91
2.3 Interreligiöse Kompetenzen 94

3 Strukturelle Gegebenheiten der gesundheitspflegerischen schulischen und praktischen Bildung im Kontext interkultureller und interreligiöser Kompetenzförderung 98
3.1 Struktur der schulischen Gesundheitspflegebildung 98
3.1.1 Strukturen der Pflegeausbildung an Fachseminaren 99
3.1.2 Strukturen der Pflegeausbildung an Kinderkranken- und Krankenpflegeschulen..... 99
3.1.3 Strukturen der Pflegeausbildung an öffentlichen Berufsbildenden Schulen 100

3.1.4 Strukturen der Pflegeausbildung an Hochschulen 101
3.1.5 Kritische Würdigung der gesundheitspflegerischen strukturellen schulischen Gegebenheiten im Kontext interkultureller und interreligiöser Kompetenzförderung 103
3.2 Strukturen der Gesundheitseinrichtungen 107
3.2.1 Stationäre Struktur der Pflege 107
3.2.2 Ambulante Struktur der Pflege 109
3.2.3 Kritische Würdigung der gesundheitspflegerischen strukturellen praktischen Gegebenheiten im Kontext interkultureller und interreligiöser Kompetenzförderung ... 110
3.3 Von einer funktionalisierten zu einer interkulturellen und interreligiösen Perspektive: Von der Pflege zur Gesundheitspflege 112
3.4 Kompetenzprofil der Gesundheitspflege 112

4 Interkulturalität und Interreligiosität unter der Perspektive einer Gesundheitspflege 115
4.1 Annäherung an die Gesundheitspflege..... 115
4.2 Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzförderung in der Gesundheitspflege 126
4.3 Kurzzusammenfassung 131

5 Überlegungen und Folgerungen zur Umsetzung einer interkulturellen und interreligiösen Gesundheitspflege 132
5.1 Ethischer Berufskodex Gesundheitspflegender 132

5.2 Verortung des ethischen Berufskodex als gültige Richtschnur zur Förderung und Umsetzung einer interkulturellen und interreligiösen Kompetenz in der Gesundheitspflege 135
5.3 Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzförderung durch einen Kompetenzorientierungsrahmen in der Gesundheitspflege 137
5.3.1 Kompetenzorientierungsrahmen interkultureller Gesundheitspflege 140
5.3.2 Kompetenzorientierungsrahmen interreligiöser Gesundheitspflege 145
5.3.3 Interdisziplinäre Kompetenzförderung in der Gesundheitspflege 149
5.4 Interkulturelle und interreligiöse Lebenswelten im gesundheitspflegerischen Handeln beachten 155
5.5 Interkulturalität und Interreligiosität in der Organisation der Gesundheitspflege im wechselseitigen Diskurs: Die „Kunst der Achtsamkeit“ und des „Gewahrseins“ als Grundsatz für eine interkulturelle und interreligiöse Kompetenzförderung in der Gesundheitspflege 162
5.6 Kurzusammenfassung 165

6 Konsequenzen für die Ausbildung einer interkulturellen und interreligiösen Kompetenzförderung in der Gesundheitspflege 167
6.1 Konsequenzen für die theoretische Ausbildung 167
6.2 Konsequenzen für die praktische Ausbildung 168

7 Ausgewählte sprachliche Übersetzungen für die gesundheitspflegerische Praxis 169
7.1 Wörterbuch und unterstützende Sätze in Bulgarisch 169
7.1.1 Wörtertafel Bulgarisch 169
7.1.2 Unterstützende Sätze auf Bulgarisch 173
7.2 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Chinesisch 175
7.2.1 Wörtertafel Chinesisch 175
7.2.2 Unterstützende Sätze auf Chinesisch 179
7.3 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Dänisch und Englisch 181
7.3.1 Wörtertafel Dänisch und Englisch 181
7.3.2 Unterstützende Sätze auf Dänisch und Englisch 185
7.4 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Finnisch und Flämisch 186
7.4.1 Wörtertafel Finnisch und Flämisch 186
7.4.2 Unterstützende Sätze auf Finnisch und Flämisch 190
7.5 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Französisch und Italienisch 192
7.5.1 Wörtertafel Französisch und Italienisch 192
7.5.2 Unterstützende Sätze auf Französisch und Italienisch 196
7.6 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Niederländisch und Norwegisch 197
7.6.1 Wörtertafel Niederländisch und Norwegisch 197
7.6.2 Unterstützende Sätze auf Niederländisch und Norwegisch .. 201
7.7 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Polnisch 203
7.7.1 Wörtertafel Polnisch 203
7.7.2 Unterstützende Sätze auf Polnisch 207
7.8 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Portugiesisch und Ungarisch 209

7.8.1 Wörtertafel Portugiesisch und Ungarisch 209
7.8.2 Unterstützende Sätze auf Portugiesisch und Ungarisch 213
7.9 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Russisch 215
7.9.1 Wörtertafel Russisch 215
7.9.2 Unterstützende Sätze auf Russisch 219
7.10 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Türkisch 220
7.10.1 Wörtertafel Türkisch 220
7.10.2 Unterstützende Sätze auf Türkisch 224
7.11 Wörtertafel und unterstützende Sätze auf Schwedisch und Spanisch 226
7.11.1 Wörtertafel Schwedisch und Spanisch 226
7.11.2 Unterstützende Sätze auf Schwedisch und Spanisch 230

III ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSFOLGERUNGEN, UND AUSBLICK 233

1 **Zusammenfassende Schlussfolgerungen einer interkulturellen und interreligiösen Gesundheitspflege** 233

2 **Ausblick** 241

Epilog 245

Verzeichnis der aufgeführten Abkürzungen 247

Literatur 249

Sachwortverzeichnis 257

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildungen **Seite**

Abb. 1	AGIL Schema von Parson	25
Abb. 2	Funktional ausdifferenzierte Dimensionen des Sozial-Systems	26
Abb. 3	Intrasoziale Milieus des Gesellschaftssystems	27
Abb. 4	Dynamik kultureller Überschneidungssituationen	35
Abb. 5	Wesentliche Komponenten der Identität	36
Abb. 6	Religion als vielfältiges Phänomen	55
Abb. 7	Zugang zur Religion	56
Abb. 8	Die Liebe als Grund von Eigenem und Fremdem	58
Abb. 9	Vier Ebenen-Modell	92
Abb. 10	Interkulturelle Kompetenzentwicklung zur Förderung der interkulturellen Handlungskompetenz	93
Abb. 11	Interreligiöse Kompetenz als Diversifikations- und Relationskompetenz	95
Abb. 12	Niveaus interreligiöser Kompetenz	97
Abb. 13	Wirkungsfelder auf die gesundheitspflegeberufliche Kompetenz	113
Abb. 14	Vereinfachte Darstellung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums	119
Abb. 15	Mehrebenen-Modell	123
Abb. 16	Zwischenverständnis von Pflege und Gesundheit	124
Abb. 17	Bildungsverständnis der Gesundheitspflege	125
Abb. 18	Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzförderung in der Gesundheitspflege	130
Abb. 19:	Interkulturalität und Interreligiosität in der ethischen Bildung der Gesundheitspflege	136
Abb. 20	Kompetenzorientierungsrahmen interkultureller Gesundheitspflege	142
Abb. 21	Kompetenzorientierungsrahmen interreligiöser Gesundheitspflege	146
Abb. 22	Interkulturelle und interreligiöse Kompetenz als umfassendes ethisches Kompetenzprofil Gesundheitspflegender	150
Abb. 23	Religionen und Kulturen im gesundheitspflegerischen Handeln beachten	156

PROLOG

Interkulturelle und interreligiöse Kompetenz wird deutlich in der Haltung, Handlung und wirklichen Umsetzung in vorhandenen Situationen.

Menschenverachtende Parolen, die sich gegenwärtig in Deutschland hinsichtlich einreisender und aufnehmener Flüchtlinge zeigen, verdeutlichen signifikant, dass ein interkulturelles und interreligiöses Verständnis benötigt wird um kultursensibel zu reagieren.

Aufgrund sich immer wieder zeigender Fremdenfeindlichkeit in Deutschland kann die skizzierte Situation eine Annäherung an interkulturelle und interreligiöse Achtsamkeit sein.

Ein tatsächlich stattgefundenes Ereignis auf einem Flug von British Airways von Johannesburg nach London (Airport Heathrow) spiegelt den Umgang mit interkulturellen und interreligiösen Kompetenzen wider, so dass die folgende Situationsschilderung zur Hinführung zum Thema genutzt wird.

„Eine weiße Frau um die fünfzig setzt sich neben einen Schwarzen.
Sichtlich verwirrt ruft sie die Flight Attendant (Flugbegleitung in der Kabine).
Flight Attendant: „Was haben Sie für ein Problem, gnädige Frau?“
Die weiße Frau: „Ja, sehen Sie das nicht? Man hat mich neben einem „Neger“ platziert. Ich halt’s nicht aus, neben einem so ekelhaften Wesen zu sitzen. Geben Sie mir bitte einen anderen Platz!!“
Die Flight Attendant: „Beruhigen Sie sich. Es sind fast alle Plätze auf der Maschine besetzt. Ich schau mal nach, ob noch etwas frei ist.“
Die Flight Attendant geht und kommt nach ein paar Minuten zurück. „Gnädige Frau, wie ich schon vermutet hatte, sind in der Economy-Klasse keine Plätze mehr frei. Ich habe mit dem Captain gesprochen und er hat mir bestätigt, dass auch in der Business-Klasse nichts mehr frei ist. Allerdings hätten wir noch einen freien Platz in der First-Class.“

Bevor die Frau auch nur die kleinste Bemerkung machen kann, spricht die Flight Attendant weiter: „Es ist bei unserer Fluggesellschaft absolut ungewöhnlich, einem Economy-Passagier zu erlauben, in der First-Class Platz zu nehmen. In Anbetracht der Umstände erachtet es der Captain aber als skandalös, jemanden zu zwingen, neben einer so ekelhaften Person zu sitzen.“
Die Flight Attendant dreht sich zum „Schwarzen“ um und sagt: „Aus diesem Grund, mein Herr, wenn Sie es wünschen, nehmen Sie bitte Ihr Handgepäck, denn es wartet ein Sitz in der First-Class auf Sie.“

Die anderen Passagiere, welche die Szene schockiert mitverfolgt hatten, erhoben sich und applaudierten.“ (British Airways, o. J.)

VORWORT

Warum der Prolog? Dass Prolog dient der eigenen Reflexion im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen und anderen Religionen und ermöglicht eine kritische innere Auseinandersetzung als Berufsständige, die zur Sensibilisierung beitragen und eine interkulturelle und interreligiöse Kompetenz Gesundheitspflegender fördern kann.

Vordergründig sind in Gesundheitseinrichtungen Menschen unterschiedlicher Kulturen und aller Altersstufen bei mehrtägigen Aufenthalten in einem Raum untergebracht. Eine Unterbringung in einem Raum von Menschen mit verschiedenen kulturellen und interreligiösen Überzeugungen muss zu keinerlei Schwierigkeiten führen, kann jedoch auch zu erheblichen Problemen beitragen. Gesundheitspflegende sollten in konfrontativen Situationen zwischen Menschen in der Lage sein, eine solche Situation angemessen zu meistern.

Aus dem Prolog sowie aus alltäglichen Situationen werden interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen für Gesundheitspflegende zunehmend wichtiger und notwendig, um Herausforderungen im Berufsalltag im Umgang mit kulturellen und religiösen Prägungen von Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern professionell zu begegnen und sich einzulassen. Das Sich-Einlassen Gesundheitspflegender auf die Bedürfnisse und Gefühle der Menschen die auf Gesundheitspflege angewiesen sind wird zunehmend bedeutsamer, da in Gesundheits- und Senioreneinrichtungen kulturelle und religiöse Hintergründe in der Begegnung zunehmend häufiger werden. Denn die pflegealltäglichen Situationen erfordern ein Wissen über interkulturelle und interreligiöse Ansätze. Durch die Erkenntnisse wird es der Leserin und dem Leser ermöglicht, die eigene Haltung und die gesundheitspflegerische interkulturell, interreligiöse Handlung zu begründen, zu evaluieren und zu reflektieren.

In der Pflege existiert eine Vielfalt von ethischer Fachliteratur, bei der ethische Fragestellungen aufgegriffen und in Themen einbezogen werden. Ein interkultureller und interreligiöser Zusammenhang findet sich in dieser Literatur selten. Deshalb bietet dieses Werk die Möglichkeit bestehende ethische Fragestellungen der Pflege mit interkulturellen und interreligiösen Dimensionen aufzugreifen und zu verknüpfen. Zudem wird eine Anknüpfung an eine Gesundheitspflege geortet. Damit versucht dieses Werk einen theoretischen Überblick über interkulturelle und interreligiöse Zugänge zu bieten, auf Fragen, die sich aus einem interkulturellen und interreligiösen Kontext in der Gesundheitspflege erschließen, nach Antworten zu suchen oder aber zu weiteren Fragestellungen anzuregen. Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen in der Gesundheitspflege können durch die Auseinandersetzung mit interkulturellen und interreligiösen Themenbereichen sensibilisiert und gefördert werden.

Durch das sich Erschließen einer sich anbahnenden interkulturellen und interreligiösen Kompetenzanreicherung in der Gesundheitspflege ergeben sich zudem

veränderte Aktionsfelder für Gesundheitspflegende, die für das Handeln in der Gesundheitspflege von besonderer Tragweite sein können, da sie zu einem sich ändernden Verständnis beiträgt, nämlich von einer medizinorientierten zu einer gesundheitszentierten Pflege bzw. Gesundheitspflege und zu einem erweiterten Aktionsraum eines professionellen gesundheitspflegerischen Handelns. Damit soll dieses Buch einen ergänzenden Beitrag zur Entwicklung einer ethischen interkulturellen und interreligiösen Bildung in der Gesundheitspflege leisten.

Köln, im Herbst 2015 Matthias Leufgen

I EINLEITUNG

In einer Zeit in der Wirtschaftlichkeit, Technisierung, Effektivität und Rationalisierung im Gesundheitswesen im Fokus stehen, der Mensch und das Menschliche damit unweigerlich in den Hintergrund rückt, wenn nicht sogar gedrängt wird, ist es eine Herausforderung, sich mit Interkulturalität und Interreligiosität in der Gesundheitspflege zu befassen und diese durch eine interkulturelle und interreligiöse Kompetenzförderung bzw. -vertiefung in der gesundheitspflegerischen Praxis wirksam einzusetzen. Dieses Sich-Befassen und Sich-Einlassen soll nicht auf Gesundheitspflegende begrenzt bleiben, sondern soll alle diejenigen, die an der Bildung Gesundheitspflegender beteiligt sind, ermutigen sich mit Interkulturalität und Interreligiosität in der Gesundheitspflege auseinanderzusetzen, weil damit eine ethische Haltung in der Gesundheitspflege gefördert wird.

Unter wirtschaftlicher Perspektive erschließt sich die Versorgung aus der finanziellen Situation des Menschen, der auf Gesundheitspflege angewiesen ist. Dies meint, ein Mensch der finanziell gut gestellt ist, wird sich eine beste Versorgung bestellen, weil er sich diese leisten und bezahlen kann. Ein Mensch, der das nötige Geld für eine angemessene Versorgung nicht aufbringen kann, wird eine Minimalversorgung erhalten, oder unter Umständen wird ihm die zwingend erforderliche pflegerische Therapie nicht ermöglicht, weil eine Übernahme der anfallenden Kosten durch die Krankenkasse nicht genehmigt wird. Pflegerische Versorgung ist quasi per Lieferschein einer ‚Ware' möglich. So kann in der ambulanten Pflege die Teilkörperpflege oder vollständige Körperpflege auf Rechnung eingekauft werden. Der Klient[1] wird tagtäglich durch ein solches Rechnungssystem als ‚Ware' deklariert. Ist dies mit einem interkulturellen, interreligiösen Denkansatz und Verständnis Gesundheitspflegender vereinbar und vertretbar?

Durch die Zunahme der Technisierung wird dem Menschen suggeriert, dass durch neuzeitliche technische Ausstattung es möglich wird, eine Rundumversorgung durch Roboter sicherzustellen, da ein Roboter 24 Stunden im Einsatz sein kann. Beim Einsatz durch Roboter wird die erforderliche empathische Kompetenz und menschliche Zuwendung, in einer vertrauten Umgebung, dezimiert (vgl. Leufgen 2012, S. 271ff.). Das Menschliche hat bereits (große) Verluste durch die Technisierung zu verzeichnen. Menschen kommunizieren heutzutage meist nicht mehr von Gesicht zu Gesicht, sondern bedienen sich der High Technik durch Austausch im Internet. In der Pflege ist in aller Munde, dass der Einsatz von Robotern die körperlichen Belastungen Gesundheitspflegender minimiert, weil der Einsatz von Robotern sich als Entlastung erweist. Da die Roboter gegenwärtig zu teuer sind, zeigen sich Einrichtungen zurückhaltend. Die Zurückhaltung begrün-

[1] Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form gebraucht. Die jeweilige Bezeichnung steht für beide Geschlechter und versteht sich als neutraler Begriff.