

AUSGABE 5 | 2022

Hans-Georg Nehen

Im Alter Heimat finden

Seite 3

Martin Kellner

Suizid als Topos islamischer
Rechtswissenschaft – Normative
Diskussionen und aktuelle
Entwicklungen*Seite 9*

Gabiella Zanier

Monika Wagner

Wie umgehen mit Verschiedenheit in
der Pflege? Ein kultursensibler Zugang*Seite 18*

Anna Storms

Die Sprachlosigkeit beenden –
Suizidalität begegnen*Seite 60*

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Katholische Akademie Die Wolfsburg
Falkenweg 6
45478 Mülheim an der Ruhr
Telefon 0208/999 19 – 0
die-wolfsburg.de
die.wolfsburg@bistum-essen.de

REDAKTIONSLEITUNG

Florian Jeserich, Ressort Kulturentwicklung Bistum Essen
Martin Kellner, Institut für Islamische Theologie der Universität Osnabrück
Detlef Schneider-Stengel, Arbeitskreis Interreligiöser Dialog im Bistum Essen
Anna Storms, Katholische Akademie Die Wolfsburg

Erscheinungsweise: 1 x jährlich | Ausgabe 5 (2022)
interkulturelle-ethik.de

Gestaltung: Anna Storms

Titelbild: ozgurdonmaz / Istock / gettyimages



EDITORIAL

Im Alter Heimat finden – Suizidalität begegnen

Die letzten Jahre haben nicht zuletzt durch Corona viele Veränderungen mit sich gebracht, die auch am Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen bzw. dem Projekt „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ nicht spurlos vorbeigegangen sind. So hat Florian Jeserich sich beruflich verändert und das IREG-Team verlassen und Anna Storms hat 2022 seine Nachfolge angetreten. Wir wünschen Florian Jeserich für seine berufliche und private Zukunft alles Gute und danken ganz herzlich für die konstruktive und vielschichtige Zusammenarbeit und seine fachliche Expertise und Engagement.

Bedingt auch durch diese personellen Veränderungen stellt diese Ausgabe des Jahrbuchs eine Zusammenfügung von Beiträgen aus den letzten beiden Jahren da. 2021 war das Jahresthema „Im Alter Heimat finden“ und sowohl in einem digitalen Fachtag als auch einem praxisnahen Workshop wurden Menschen in den Fokus genommen, die in den kommenden Jahren zu Bewohner:innen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe werden: Migrant:innen, Kriegskinder, Geflüchtete. Es wurde dabei Fragen nachgegangen, wie sich Altenhilfe auf diese Menschen einstellen und auch zeitgeschichtliche, kulturelle und religiöse Aspekte in Pflege und Betreuung miteinbeziehen kann. Durch die Corona-Pandemie und die mit ihr einhergehenden Veränderungen und Herausforderungen für im Sozial- und Gesundheitswesen Tätige, die Referent:innen der Veranstaltungen waren, gelang es allerdings nicht wie gewohnt im Anschluss an die Veranstaltungen das Jahrbuch zusammenzustellen.

Im Jahr 2022 war das Jahresthema dann „Suizid als kulturelles Phänomen“, zu dem ebenfalls ein digitaler Fachtag und ein praxisnaher Workshop geplant waren, von denen jedoch nur Letzterer stattfinden konnte. Diese Ausgabe des Jahrbuchs beinhaltet daher Beiträge, die entweder zum Jahresthema von 2021 oder zum Thema von 2022 gehören, so dass sich dieses Jahrbuchs für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen (Ausgabe 5 – 2022) wie folgt zusammensetzt:

Hans-Georg Nehen geht in seinem Beitrag „Im Alter Heimat finden“ der Frage nach, was Heimat eigentlich ist. Sie scheint auf den ersten Blick zwar einfach, auf den zweiten jedoch gar nicht so trivial. Dieser Beitrag beleuchtet daher aus verschiedenen Perspektiven genau diese Frage, um dabei mögliche Kriterien für eine Bestimmung zu gewinnen. Zudem widmet er sich der Frage, was passiert, wenn jemand seine Heimat verliert und wie sie möglicherweise wieder (neu) gefunden werden kann, was gerade im Alter eine wichtige Rolle mit Blick auf das Wohlbefinden spielt.

In „Suizid als Topos islamischer Rechtsliteratur – Normative Diskussionen und aktuelle Entwicklungen“ widmet sich Martin Kellner Fragen verfügbaren statistischen Trends, aber auch religiös-normative Narrative zum Thema Suizid im Islam. Die häufigste mediale Verknüpfung zwischen den Begriffen Suizid und Islam zeigt sich dabei reduziert in der

Darstellung von Selbstmordattentaten im Zusammenhang religiös konnotierter Extremisten. In der muslimischen Binnenperspektive hingegen finden sich zahlreiche normative Texte zu einem grundsätzlichen, religiös begründeten Suizidverbot im islamischen Recht, welches auch in Zusammenhang mit Sterbehilfe-Diskussionen immer wieder betont wird. Nichtsdestotrotz sind zunehmende Suizidraten auch in islamisch geprägten Staaten zu verzeichnen. Dieses Phänomen – wenn auch vergleichsweise statistisch gering ausgeprägt – ist auch Aufgabengebiet muslimischer Seelsorge-einrichtungen, welche ihrerseits durch die geplante Etablierung islamischer Wohlfahrtsverbände in Deutschland künftig an Bedeutung gewinnen werden. Deshalb ist eine systematische Auseinandersetzung mit Suizidprävention unter Muslimen wünschenswert.

Gabriella Zanier und Monika Wagner beschäftigen sich mit der ethnokulturellen Heterogenität und individuellen Diversität, die heute Realität im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen sind und neue Herausforderungen an eine professionelle Gestaltung der Pflegebeziehung stellen. Dieser Beitrag bietet die Möglichkeit, sich einen Einblick in den Ansatz der Kultur- und Diversitätssensibilität zu verschaffen und nützliche Anregungen für die kultursensible Gestaltung einer interkulturellen Pflegebeziehung und Kommunikation zu erfahren. Er liefert keine fertigen Rezepte oder Standards für die jeweiligen ethnonationalen Gruppen, denn Standards stehen den Grundprinzipien der Kultursensibilität entgegen. Vielmehr will der Artikel Hintergründe liefern und zum Überdenken der eigenen Haltung ermutigen, um das professionelle Handeln zu erweitern. Dieser Ansatz trägt zu einer qualitativ besseren Versorgung nicht nur von Zugewanderten, sondern auch von einheimischen Patient:innen bei. Denn aufgrund sich zunehmend differenzierender Lebensentwürfe, sozialen Milieus und Subkulturen haben sich auch die Bedürfnisse der autochthonen Bevölkerung verändert und diversifiziert. Kultursensibilität, interkulturelle Kompetenz erleichtern den professionell Pflegenden den Umgang mit Unterschieden, mit Konflikten sowie mit der steigenden Komplexität von Bedürfnissen und unterstützt die Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten. Zugleich profitieren Einrichtungen von der konzeptionellen und strukturellen Weiterentwicklung der Interkulturellen Öffnung. Durch die darin implizierte Vernetzung und Kooperation mit Migrantenorganisationen können sie ihre Leistungen und Angebote auf die Bedürfnisse differenziert und flexibel anpassen. Somit stellen Kultursensibilität und Interkulturelle Öffnung einen Mehrwert für alle Beteiligten dar.

Abschließend berichtet Anna Storms in „Die Sprachlosigkeit beenden – Suizidalität begegnen“ von eben jenem Workshop 2022. Suizid und Suizidalität sind dabei in unserer Gesellschaft oft noch Tabuthemen, die häufig Sprachlosigkeit und Verunsicherung auslösen. Suizidalität erfordert jedoch vor dem Hintergrund der hohen Zahlen an Suiziden zu jeder Zeit eine intensive Auseinandersetzung im professionellen und gesellschaftlichen Kontext. Mit der Systemikerin Martina Nassenstein beschäftigten sich daher haupt- und ehrenamtlich im Sozial- und Gesundheitswesen Tätige mit diesem komplexen menschlichen Phänomen, um letztlich einen Beitrag zur Suizidprävention beizutragen und die Sprachlosigkeit ein Stück weit zu beenden.

Wir wünschen Ihnen viel Freude und bereichernde Erkenntnisse bei der Lektüre,

im Namen des IREG-Teams

Anna Storms

**VORTRAG¹****Im Alter Heimat finden***Hans-Georg Nehen***Zusammenfassung**

Die Frage danach, was Heimat eigentlich ist, scheint auf den ersten Blick zwar einfach, auf den zweiten jedoch gar nicht so trivial. Dieser Beitrag geht daher aus verschiedenen Perspektiven genau dieser Frage nach, um dabei mögliche Kriterien für eine Bestimmung zu gewinnen. Zudem widmet er sich der Frage, was passiert, wenn jemand seine Heimat verliert und wie sie möglicherweise wieder (neu) gefunden werden kann, was gerade im Alter eine wichtige Rolle mit Blick auf das Wohlbefinden spielt.

Schlüsselwörter: Heimat, Heimatverlust, zweite Heimat, Psychotrauma

Abstract

The question of what home actually is seems simple at first glance, but not all that trivial at second glance. This article therefore pursues this question from different perspectives in order to gain possible criteria for a determination. It also addresses the question of what happens when someone loses their home and how it can possibly be (re-)discovered, which plays an important role in old age in terms of well-being.

Key Words: home, loss of home, second home, psychotrauma

Was ist Heimat?

Auf die Frage „Was ist Zeit?“ hat der heilige Augustinus geantwortet: „Wenn mich keiner danach fragt, weiß ich es – wenn ich es definieren soll, dann kann ich es nicht.“ Ähnlich geht es uns mit dem Begriff „Heimat“. Wenn wir den Begriff Heimat hören, haben wir alle eigene Vorstellungen und Assoziationen. Das kann von dem Gefühl einer Geborgenheit bis hin zu mehr oder weniger rührseligen Heimatliedern führen.

Einer der ersten literarischen Darstellungen der Heimat findet sich in der Odyssee von Homer. Der Kriegsheld Odysseus bricht nach der Zerstörung Trojas auf, um in seine Heimat zurückzukehren. Während seiner langen Irrfahrt wandelt er sich vom heldenhaften Krieger zu einem Bettler, der seine Heimat neu entdecken muss. Als er zuhause ankommt, erlebt er, wie fremde Männer sein Hab und Gut verprassen. Er tötet die Eindringlinge; aber damit endet die Erzählung nicht. Erst als es gelingt, sich mit deren Familien wieder zu versöhnen und das friedliche Zusammenleben auf eine von den Göttern gestiftete Basis zu stellen, ist Odysseus wirklich in der Heimat angekommen. „Heimat“ zu erreichen ist

¹ Manuskript zum Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Im Alter Heimat finden“ am 12. Mai 2021 in der Katholischen Akademie Die Wolfsburg in Mühlheim an der Ruhr.

nach Homer ein langwieriger und auch schwieriger Prozess. – Die Römer dachten da pragmatischer. Cicero definiert: ubi bene – ibi patria. Das bedeutet: Heimat ist dort, wo es einem gut geht.

Nach unserer Erfahrung ist Heimat gebunden an einen Ort, an eine Geographie. Die geographischen Gegebenheiten, dort wo wir geboren werden und aufwachsen, prägen unser Bild von Heimat. Es macht sicher einen großen Unterschied, ob wir in einer Gebirgslandschaft, umgeben von der Natur, aufwachsen oder am Meer mit der Erfahrung eines weiten Blicks bis zum Horizont, an dem Himmel und Meer verschwimmen, oder in einer Groß-

stadt mit beengten Wohnverhältnissen, Lärm und Hektik oder vielleicht sogar als Nomaden in einer „mitwandernden Heimat“.

Sozialisation und Geographie spielen für das Erleben von Heimat ebenso eine wichtige Rolle wie das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit.

Neben der Geographie spielt für das Erleben von Heimat die Sozialisation eine große Rolle. Es ist der Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt (Hurrelmann

2002). Von Geburt an erlebt der Mensch die kulturellen Überlieferungen der Gesellschaft in die er hineingeboren wird. Dabei wird vieles unbewusst erlernt durch die tägliche Interaktion und Kommunikation mit den wichtigen Beziehungspersonen. Dies kann in einem Dorf im Hochgebirge anders ablaufen als am Meer oder in einer Großstadt. Neben dem Erleben der Natur bzw. dem Nichtvorhandensein von Natur in der Großstadt spielt eine entscheidende Rolle das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit. Der Kinderpsychologe Erik H. Erikson führte 1950 in seinem Buch „Childhood and Society“ das Konzept des *Basic Trust* ein. In der deutschen Erstausgabe von „Kindheit und Gesellschaft“ im Jahr 1957 wurde dieser Begriff mit „Urvertrauen“ übersetzt. Er verstand darunter das Vertrauen auf sich selbst und die eigene Liebesfähigkeit („Ich bin es Wert geliebt zu werden; Ich fühle mich geborgen.“). Daneben steht das Vertrauen in Andere, in Partnerschaft, in Gemeinschaft („Ich vertraue dir, ich weiß mich verstanden und angenommen.“). Letztendlich bedeutet es auch, dass Vertrauen in das Ganze, in die Welt („Es lohnt sich zu leben.“). Dieses Urvertrauen wird in der Regel durch die Eltern vermittelt.

Ein weiterer Aspekt in der Sozialisation ist die Vermittlung von Religion. Im Christentum ist die eigentliche Heimat des Menschen der Himmel. Im Diesseits ist der Mensch nur ein „Gast“. In einem bekannten Kirchenlied wird dieser Glaube konkret ausgedrückt: „Wir sind nur Gast auf Erden und wandern ohne Ruh mit mancherlei Beschwerden der ewigen Heimatsuche.“ In der islamischen Welt findet sich ein ähnlicher Gedanke, wo es heißt: „Sei in dieser Welt wie ein Fremder oder einer, der auf der Durchreise ist.“ In den Aussprüchen des Propheten Mohammed und dem islamischen Recht finden sich Hinweise, ab wann man einen Ort als „Heimat“ bezeichnen kann: „Wer sich 40 Tage lang bei einem Volk aufhält, gehört zu ihnen“ und „Die Liebe zur Heimat gehört zum Glauben.“

Die Vorstellung von Heimat wird auch geprägt durch den geschichtlichen Kontext: War das erste Erleben in der geographischen Heimat das friedliche Zusammenleben der Menschen miteinander, ausreichende Ernährung, ausreichende Bildungsmöglichkeiten oder herrschten Krieg, Not und Angst?

In seinem Vortrag „Der Bildungswert der Heimat“ gibt E. Spranger 1923 folgende Definition: „Zur Heimat wird die gegebene Geburtsstätte dann, wenn man sich in sie hineingelebt hat. (...) Wenn Innenwelt und Außenwelt miteinander verschmelzen.“ Das Erleben von Heimat ist kein einmaliger punktueller Vorgang, sondern ein lebenslanger Prozess.

Verlust der Heimat

In der Literatur finden wir zahlreiche Hinweise über den Verlust von Heimat. Friedrich Schiller schreibt im Wilhelm-Tell (2. Aufzug, 2. Szene): „Hört, was die alten Hirten sich erzählen. Es war ein großes Volk, hinten im Lande nach Mitternacht, das litt von schwerer Teurung. In dieser Not beschloss die Landsgemeinde, dass jeder zehnte Bürger nach dem

Los der Väter Land verlasse - das geschah! Und zogen aus, wehklagend, Männer und Weiber, ein großer Heerzug, nach der Mittagsonne“. Hier wird beschrieben, dass Menschen aufgrund einer entstandenen Notlage die Heimat verlassen müssen. Die Ursache wird nur angedeutet: „schwere Teurung“. Offensichtlich kann die Heimat alle Menschen nicht mehr ausreichend ernähren. Sei es durch Naturkatastrophen und Missernten oder durch Kriege.

Heimat ist ein lebenslanger Prozess.

Eine andere Möglichkeit ist die Vertreibung aus der Heimat, die Verbannung. Theodor Fontane hat dies in seiner Ballade Archibald Douglas eindrücklich dargestellt. Die Ballade schildert die unauslöschliche, zu jedem Opfer bereite Liebe des verbannten Titelhelden zu seiner schottischen Heimat. Zu Beginn der Ballade klagt Archibald Douglas: „Ich hab es getragen sieben Jahr und ich kann es nicht tragen mehr. Wo immer die Welt am schönsten war, da war sie öd und leer (...).“ Wegen eines Aufstandes seiner Sippe gegen den König wird er verbannt. In der Verbannung überwältigt ihn das Heimweh. Er will zurückkehren in die Heimat, selbst wenn er mit dem Tode bestraft wird.

Der Schweizer Psychiater Th. Knecht (2011) beschreibt in einer Untersuchung den „Heimweh-Tod“ an Schweizer Söldnern in fremden Kriegsdiensten. Die Söldner fanden sich in einer subjektiven Sackgassen-Situation mit hochgradigem Gefühl von Hoffnungslosigkeit. Es gab keine Chance in die Heimat zurückzukehren; gleichzeitig war der Kriegsdienst als Söldner unerträglich. Die Heimat war verloren. In dieser Situation kam es ohne fremde Einwirkung zu Todesfällen. In ähnlicher Weise kann der Voodoo-Tod verstanden werden. Ein Krieger, der ein Tabu des Stammes übertreten hat, erfährt als Strafe für seine Handlung die Verbannung. Er muss das heimatliche Dorf verlassen. Beschrieben wurde, dass ein gesunder Mann, der auch seine Waffen mitnehmen darf, in wenigen Tagen verstirbt. Der Verlust der Bindung an die heimatliche Gemeinschaft und die absolute soziale Isolation machen dem Leben ein Ende.

In Deutschland wurden viele Menschen aufgenommen, die aus unterschiedlichen Gründen ihre Heimat verloren hatten. Nach 1945 waren es die „Heimatvertriebenen“, die nach dem Ende des 2. Weltkrieges aus Schlesien und anderen Regionen in die Bundesrepublik kamen. Ab 1950 kamen die damals sogenannten „Gastarbeiter“, die ihre Heimat verlassen hatten, um Arbeit in der Bundesrepublik zu finden, um damit ihre Familien, die in ihrer

Heimat zurückgeblieben waren, ernähren zu können. Bis zum Bau der Mauer 1961 kamen die DDR-Flüchtlinge. Später kamen die „Spätaussiedler“ aus der ehemaligen Sowjetunion. Dann kamen die „Boat-People“ nach dem Vietnamkrieg und später die Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien. Heute erleben wir die Flüchtlinge aus Afrika und dem vorderen Orient.

Bei den „Gastarbeitern“ herrschte anfangs noch die Hoffnung, nach einem erfolgreichen Arbeitsleben in die alte Heimat zurückzugehen. Nur wenige haben dieses Ziel erreicht. Meistens zogen die Familien nach. Während die ältere Generation meist nur die nötigsten Sprachkenntnisse erwarb, um auf der Arbeitsstelle zurechtzukommen und sich der Kontakt zu Deutschen hauptsächlich auf die Arbeit beschränkte, waren die Voraussetzungen für die Kinder, eine neue Heimat zu finden, besser. Sie wurden hier eingeschult und hatten mit gleichaltrigen Kindern Kontakt und erlernten die Sprache. Doch noch immer herrscht in der inzwischen 3. und 4. Generation eine gewisse innere Zerrissenheit, wenn es um den Heimatbegriff geht (Butterwegge 2010).

Der Verlust von Heimat kann zu einem Psychotrauma führen.

Der Verlust der Heimat, der fast immer durch äußere Umstände erzwungen ist, kann bei einem Teil der Menschen zu einem Psychotrauma führen. Hierunter versteht man ein Diskrepanzerleben zwischen einer bedrohlichen Situation und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Das geht einher mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und häufig auch Hoffnungslosigkeit. Die Menschen können keine Hilfe von außen erwarten und haben keine Hoffnung, dass sich ihre Situation wieder grundlegend ändern wird. Ein Psychotrauma in der frühen Kindheit ereignet sich in einer Phase, in der das Kind mit der Lösung altersgemäßer Entwicklungsaufgaben beschäftigt ist. Die Lösung dieser Aufgaben wird verhindert oder erschwert. Im Alter zeigt sich dann, dass die Fakten der Psychotraumatisierung vergessen oder verdrängt sind, aber es bleibt immer ein Grundgefühl der Bedrohung. Verdrängte Angst bedroht das Ich-Bewusstsein. Je älter die Menschen werden, umso weniger Kraft steht ihnen zur Verfügung, Unangenehmes zu verdrängen. Die unangenehmen Erlebnisse aus der Vergangenheit drängen wieder ins Bewusstsein. Es müssen nicht immer dramatische Einzelerlebnisse sein, die zu einer Psychotraumatisierung führen, es können auch unterschwellige Belastungen zu einer kumulativen Traumatisierung führen. Manchmal reicht es schon, wenn die Kinder erleben, dass die Eltern ständig zerrissen sind zwischen der verlorenen eigenen Heimat und der Unsicherheit in der neuen Heimat (Fischer, Riedesser 2009).

Nach dem Verlust der Heimat infolge von Krieg, Vertreibung und Armut kann es in der neuen Heimat durchaus zu einem erfolgreichen Leben kommen. Mit zunehmenden Alter besteht aber die Gefahr der Traumareaktivierung. Der Verlust haltgebender Strukturen und Objekte wie z. B. der Tod eines Partners, ein Wohnungswechsel oder auch bedrohlich erlebte Alterskrankheiten einschließlich einer beginnenden Demenz können zur Traumareaktivierung führen. Dies spiegelt sich wider in verschiedenen Persönlichkeitsverände-

rungen: Misstrauen oder feindselige Haltung gegenüber der Umwelt und sozialer Rückzug, Gefühl der Leere und der Hoffnungslosigkeit, Nervosität als ein Gefühl ständigen Bedrohtseins können Hinweise sein auf eine Reaktivierung der traumatischen Ängste.

Heimat (wieder-)finden

Der Philosoph Hartmut Sommer (2018) formuliert: „Die erste Heimat, in die man geboren wird und wo man aufgewachsen ist, erhält man geschenkt. Die zweite Heimat muss man sich aktiv aneignen.“

Die neue Beheimatung ist ein Prozess, der die Eigenaktivität des neu Hinzugekommenen erfordert. Zentral dabei ist der Erwerb der Sprache des Aufnahmelandes. Um im Alter eine Heimat wiederzufinden, ist zudem eine gelungene tertiäre Sozialisation wichtig. In der primären Sozialisation, dem Verhältnis zwischen Mutter und Kind wird das Urvertrauen gelegt. In der sekundären Sozialisation geht es um Aktivität und Passivität, um schulische und berufliche Ausbildung und die Gestaltung der eigenen Familie. Bei der tertiären Sozialisation geht es um die Konfrontation mit Grenzen und um die Auseinandersetzung mit praktischen Lebenssituationen: Was kann ich noch erreichen und was muss ich endgültig aufgeben? Es geht auch um die differenzierte Wahrnehmung und Bewertung von Lebensprozessen. Ich habe die Heimat verloren, dem kann ich resigniert nachtrauern. Ich kann aber auch erleben, dass ich eine neue Heimat gefunden habe und mein Leben erfolgreich gestaltet habe, trotz vielfältiger Verluste und Bedrohungen.

Eine angstfreie, ungestörte Selbstbeziehung sind Voraussetzung für die Akzeptanz der neuen Heimat.

Bei Menschen, die ihre Heimat verloren haben und die im Alter hilfsbedürftig werden, kann es zu verschiedenen Problemen in der Pflegesituation kommen. Viele dieser Menschen haben Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen. Sie sind misstrauisch und haben Angst vor Abhängigkeit. Der sehr oft gehörte Satz „Mir kommt kein Fremder ins Haus“

hat hier seine Wurzeln.

Wenn man Hilfe anbieten will, ist es entscheidend, dass man wesentliche Daten aus der Lebensgeschichte der Menschen versteht. Nur dann kann man eine Antwort finden auf die Frage: „Was steht hinter dem äußeren Verhalten dieses Patienten?“ Eine schroffe Ablehnung eines Hilfsangebotes kann für den Helfenden sehr kränkend sein. Vielleicht steht aber dahinter die große Angst des Patienten vor weiterer Abhängigkeit. Hilfreich sind zudem Kenntnisse über Alterskrankheiten, besonders über Altersdepression und beginnende Demenz.

Eine angstfreie, ungestörte Selbstbeziehung ist Voraussetzung für die Akzeptanz der neuen Heimat und auch für die Akzeptanz von Hilfe. Der Philosoph Axel Honneth (1994) sieht hier als Voraussetzung drei Formen der Anerkennung, nämlich das Erfahren von Liebe, die Gleichheit vor dem Recht und die Wertschätzung der Persönlichkeit und ihrer Leistung. Ich werde geliebt von den Menschen meiner Umgebung, ich kann darauf ver-

trauen, dass ich gleiche Rechte habe wie alle anderen Menschen und ich erlebe Wertschätzung für meine Arbeit und mein Handeln. Die Missachtung dieser Grundformen der Anerkennung führt unweigerlich zu sozialen Konflikten.

Bei der Hilfe, Heimat wiederzufinden, geht es immer um das Verständnis für die Lebensgeschichte und für die aktuellen Probleme. Die Suche nach Geborgenheit ist ein fundamentaler Wunsch des Menschen. Bei gleichzeitig bestehender Angst vor dem Fremden und Angst vor weiterer Abhängigkeit kann die Hilfestellung sehr schwer werden. Diese innere Zerrissenheit kann zahlreiche Krankheitsprozesse verlagern. Der Philosoph H. G. Gadamer schreibt (1993): „Wenn man Gesundheit in Wahrheit nicht messen kann so deswegen, weil sie ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst ist. (...) Das Geheimnis der Gesundheit bedeutet Geborgenheit. So ist es auch mit dem Erleben von Heimat. Letztlich bedeutet Heimat Geborgenheit.“

Literaturverzeichnis

Butterwegge, C.: Von der "Gastarbeiter"-Anwerbung zum Zuwanderungsgesetz, Bundeszentrale für politische Bildung 2010.

Erikson, E. H.: Kindheit und Gesellschaft, Klett-Cotta 1957.

Fischer, G., Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB (Stuttgart) 2009.

Gadamer, H.-G.: Über die Verborgenheit der Gesundheit, Suhrkamp 1993.

Honneth, A.: Kampf um Anerkennung, Suhrkamp 1994.

Hurrelmann, K.: Einführung in die Sozialisationstheorie, Beltz 2002.

Knecht, T.: Schweizerische Ärztezeitung 2011/92, S. 18.

Sommer, H.: Philosophie der Heimat. Universitas 2018/73(865), S. 75-99.

Spranger, E.: Der Bildungswert der Heimatkunde, Reclam 1952.

Zitationsvorschlag

Nehen, Hans-Georg: Im Alter Heimat finden. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 5 / 2022.



FACHARTIKEL

Suizid als Topos islamischer Rechtsliteratur – Normative Diskussionen und aktuelle Entwicklungen¹

Martin Kellner

Zusammenfassung

Die häufigste mediale Verknüpfung zwischen den Begriffen *Suizid* und *Islam* zeigt sich in der Darstellung von Selbstmordattentaten im Zusammenhang religiös konnotierter Extremismen. In der muslimischen Binnenperspektive hingegen finden sich zahlreiche normative Texte zu einem grundsätzlichen, religiös begründeten Suizidverbot im islamischen Recht, welches auch in Zusammenhang mit Sterbehilfe-Diskussionen immer wieder betont wird. Nichtsdestotrotz sind zunehmende Suizidraten auch in islamisch geprägten Staaten zu verzeichnen. Dieses Phänomen – wenn auch vergleichsweise statistisch gering ausgeprägt – ist auch Aufgabengebiet muslimischer Seelsorgeeinrichtungen, welche ihrerseits durch die geplante Etablierung islamischer Wohlfahrtsverbände in Deutschland künftig an Bedeutung gewinnen werden. Deshalb ist eine systematische Auseinandersetzung mit Suizidprävention unter Muslimen wünschenswert.

Schlüsselwörter: Islam, Suizidalität, Epidemiologie, muslimische Seelsorge, Suizidverbot

Abstract

Suicide and Islam are commonly perceived in the context of religious extremist suicide attacks. In contrast, however an analysis of the intra-Muslim discourse relates to religious texts fundamentally prohibiting suicide in Islamic Law. This fundamental prohibition features prominently in the discourse of the ethics of euthanasia. Increasing suicidal rates are nevertheless observed in Muslim majority countries. This phenomenon, albeit statistically modest, is yet relevant for Muslim pastoral care and chaplaincy. Anticipating the state funded establishment of Muslim social welfare associations in Germany the subject of suicide amongst Muslims remains topical. The article's prime focus centers on the discussion of available statistical trends, religiously motivated suicide narratives and the modern phenomenon of suicide attacks.

Key Words: Islam, suicide, epidemiological, Muslim chaplaincy, suicide prohibition

¹ Dieser Beitrag ist eine erweiterte Fassung des in der Zeitschrift für Suizidprophylaxe erschienenen Artikels „Suizidalität im Islam zwischen normativ-religiösen Quellen und aktuellen Entwicklungen“. In: H. Wedler et al. (Hg.): Zeitschrift für Suizidprophylaxe. Würzburg 2017/ Jg. 44, Bd. 4.

Einleitung

Im Dezember 2010 kam es in der Stadt Sidi Bouzid im wirtschaftlich schwachen Westen Tunesiens zu einem folgenschweren Zwischenfall: Der 19-jährige Mohammed Bouazizi verbrannte sich auf einem öffentlichen Platz vor einem Regierungsgebäude, um nach gängigen Interpretationen auf die Missstände im Land hinzuweisen. Daraufhin kam es zu einem drastischen Anstieg ähnlicher suizidaler Handlungen, die als Nachahmungstaten zu interpretieren sind (vgl. Khelil et al. 2016, S. 995 ff.). Die mediale Inszenierung des *Märtyrers der Revolution* kann als wichtiger Katalysator in der Mobilisierung von Menschen im Kontext des *arabischen Frühlings* gesehen werden (vgl. Asseburg 2011, S. 3 ff.).

Auch in anderen islamisch geprägten Ländern ist Suizid längst kein Tabu mehr: Sowohl Medienberichte als auch systematische Untersuchungen zeigen einen deutlichen Anstieg des Phänomens in islamisch geprägten Ländern, dennoch scheint Suizidalität unter Muslimen noch immer signifikant niedrig zu sein. In diesem Zusammenhang sind sowohl die verfügbaren statistischen Trends darzustellen, aber auch religiös-normative Narrative zum Thema Suizid – auch, aber nicht nur in Hinblick auf das Phänomen von Selbstmordattentaten- zu behandeln und zudem sollen einige religiös motivierte bzw. konnotierte Strategien der Suizidprävention dargestellt werden.

1. Suizidalität unter Muslimen: Epidemiologische Tendenzen

Die Istanbulen Bosphorus-Brücken werden immer wieder zu medial inszenierten Suizidschauplätzen (vgl. Şumnu and Özakin 2009), in saudischen Tageszeitungen und online-Medien wird eine signifikante Zunahme von Suiziden in Saudi-Arabien angesprochen², ähnliches ist in der Berichterstattung über Marokko, Sudan, Pakistan und andere muslimisch geprägte Staaten zu finden³.

Statistiken sprechen für tatsächlich zunehmende Suizidraten in islamisch geprägten Staaten⁴, wobei der Faktor medialer Enttabuisierung des Phänomens sicher mit zu beachten ist.

Trotz dieser Entwicklungen wird in der Literatur auf insgesamt relativ niedrige Suizidraten unter Muslimen hingewiesen: Bertolote und Fleischmann (2002, S. 6 ff. und

² <http://www.skynewsarabia.com/web/article/49672/نز-ايد-حالات-الانتحار-بالسعودية-بسبب-الفقر> (Zugriff 24.3.2017); <http://www.okaz.com.sa/article/369299/>; <http://www.mbc.net/ar/programs/mbc-news/articles/76---حالات-من-حالات-.html> (Zugriff 17.7.2017) - in diesem Artikel wird betont, dass es hauptsächlich materielle und psychologische Gründe sind, die für die Suizidalität in Saudi-Arabien verantwortlich sind, im darüber zitierten Artikel werden sozialpsychologische und religiöse Gründe angeführt. Die jeweiligen Deutungsmuster für Suizidalität in einzelnen arabischen Ländern haben ganz besonders nach dem Beginn des arabischen Frühlings besondere politische Brisanz und wären Gegenstand weiterer Untersuchungen.

³ <http://themoroccantimes.com/2014/09/9725/world-health-organization-every-day-least-4-moroccans-com-mit-suicide> (Zugriff 17.3.2017); <https://arabic.rt.com/news/791572-2014-السودان-الأعلى-انتحار-العالم-العربي-4> (Zugriff 17.3.2017); <http://www.newspakistan.pk/2012/01/02/Reasons-behind-increasing-number-of-suicides-in-Pakistan/> (Zugriff 12.3.2017).

⁴ Dafür sprechen die Ergebnisse von Untersuchungen von Khan (1998) und Rezaeian (2010).

2005, S. 8 ff.) weisen auf entsprechende Statistiken der WHO⁵, Wei und Chua (2008, S. 436) dokumentieren am Beispiel von Malaysia, dass unter den dort lebenden Muslimen die niedrigste Suizidrate verzeichnet wird, was zunächst einmal den potentiell verzerrenden Faktor der staatlichen Tabuisierung von Suiziden außer Kraft setzt.

Wenn auch vermeintlich signifikant niedrig, ist Suizid auch in islamisch geprägten Ländern kein Tabuthema mehr.

Eine Studie über Suizidalität unter ursprünglich vom indischen Subkontinent stammenden Minoritäten in Großbritannien bestätigt ebenfalls niedrige Suizidalität unter muslimischen Bevölkerungsgruppen selbst in einer

heterogenen Gesellschaft wie der britischen (vgl. Ineichen 1998 und 2008). Statistiken aus Israel zeigen im längerfristigen Durchschnitt eine relativ geringe Suizidrate innerhalb der arabischstämmigen Bevölkerungsgruppe, die aber in den letzten Jahren drastisch zunimmt (vgl. Gvion et. al. 2014, S. 141 ff.).⁶

In einer ausführlicheren Untersuchung über die Zusammenhänge zwischen islamischer Religion und Suizid stellt auch Lester (2006, S. 77) fest, dass es – trotz des begründeten Zweifels an der Zuverlässigkeit des Datenmaterials – tatsächlich eine niedrigere Suizidrate unter muslimischen Bevölkerungsgruppen zu geben scheint:

„Much of the research on suicidal behavior in Muslim countries has been simple descriptive studies of samples of completed and attempted suicides. Despite this, and despite the possible under-reporting of suicidal behavior in countries where such behavior is illegal, suicide rates do appear to be lower in Muslims than in those of other religions, even in countries which have populations belonging to several religious groups“.

2. Religiöse Narrative zum Suizidverbot

Aus geistesgeschichtlicher Sicht lässt sich zunächst feststellen, dass spätestens seit dem achten Jahrhundert, wahrscheinlich aber schon früher, Suizid von Muslimen als schwere Sünde verstanden wurde. Das Datum ergibt sich aus den kanonisierten Hadithsammlungen⁷, in denen derartige Narrative schriftlich niedergelegt wurden (vgl. Rosenthal 1946, S. 243). Die Bezugnahme auf prophetische Überlieferungen ergibt sich aus der Tatsache, dass die Ableitung eines eindeutigen Suizidverbots aus dem Koran (4:29) selbst umstritten ist. Folgende Stelle aus dem Koran könnte zunächst einmal auf eine Sanktionierung von Suizid hinweisen: „Und tötet euch nicht selbst (gegenseitig). Allah ist gewiss barmherzig gegen euch.“ Der Grund für die zweideutige Übersetzung ist,

⁵ Generalisierungen sind aber auch im internationalen Vergleich zu vermeiden, Brunstein-Klomek et al. (2016:869) führen in einer Untersuchung über Suizidalität unter arabischen Israelis Statistiken an, die auf signifikante Unterschiede zwischen den Suizidraten in islamisch geprägten Staaten hinweisen.

⁶ Hier ist anzumerken, dass bei derartigen Studien ein ethischer und nicht religiöser Untersuchungsparameter angewendet wird; vgl. dazu auch Katz-Sheiban and Eshet (2008, S.282).

⁷ Unter einem Hadith versteht man eine Überlieferung, die dem Propheten zugeschrieben wird.

dass die arabische Wendung „lā taqtulū ’anfusakum“ sowohl im reflexiven als auch im reziproken Sinn verstanden werden kann und daher unterschiedlich beurteilt wird, ob aus dem Koran tatsächlich ein Suizidverbot abgeleitet werden kann.⁸ Die in der Hadithliteratur überlieferten außerkoranischen Aussagen gelten in den meisten Rechtsgutachten aber als ausreichender Hinweis auf ein religiöses Verbot von Suizid (vgl. Rosenthal 1946, S. 243; Schulz 2009, S. 41 ff.).

Geistesgeschichtlich ist Suizid von Muslimen eine schwere Sünde und verboten.

Ein interessanter Diskussionspunkt unter Rechts- und Hadithgelehrten war die Frage, ob Suizid als Vergehen dem Homizid gleichzusetzen sei, leichtere oder aber gar schwerwiegendere jenseitige Folgen hätte als das Töten eines anderen Menschen: „At times, it was pronounced a more distressing act than murder“ (Rosenthal 1946, S. 245).

Eine interessante Unterkategorie der Fatwaliteratur zum diesem Thema beschäftigt sich mit Fragen wie der Beerdigung eines an Suizid verstorbenen Muslims und den Umgang mit dessen Angehörigen: Selbst äußerst rigide Autoren wie der saudische Gelehrte Bin Bāz stellen ausdrücklich fest, dass Kondolenzbesuche in derartigen Fällen angebracht sind und die Familien nicht stigmatisiert werden dürfen (vgl. Schulz 2009, S. 65; Cook 2004, S. 131).

Eine besonders bedeutende Form des Suizids, durch Wellen terroristischer Aktivitäten weltweit von trauriger Aktualität, ist das Phänomen politisch bzw. religiös motivierter Selbstmordattentate. Seit den 1980er Jahren nimmt diese Form von Gewalt globale Ausmaße an (vgl. Graitl 2012, S. 81 ff) und wird – auch aufgrund der Häufung derartiger Gewaltakte mit muslimisch-religiös konnotierten Ideologien – häufig aus einer kulturalistischen Perspektive als genuin islamisches Handlungsmuster⁹ gesehen. Betrachtet man die islamische Literatur dazu, finden sich einige unterstützende Stimmen, die im Falle äußerster „Notwendigkeit“ dieses Mittel von Gewalt legitimieren oder gar propagieren.

Die Argumentationsmuster derartiger Bewegungen sind Gegenstand zahlreicher Untersuchungen und sind hier nicht weiter auszuführen. In aller Kürze lässt sich folgendes sagen: Aus rechtssystematischer Sicht wird dabei meist mit dem Prinzip einer höheren Notwendigkeit argumentiert, welche das prinzipiell geltende Suizidverbot außer Kraft setze (vgl. Schulz 2009, S. 61). Trotz dieser Stimmen und einer schweigenden Haltung mancher islamischer Gelehrter (vgl. Schneider 2014) zeichnet sich heute aber ein sehr deutlicher Trend sowohl unter muslimischen Gelehrten als auch unter islamischen

⁸ Dies korrespondiert auch mit dem arabischen Begriff für Suizid „qatl an-nafs“, wörtlich das „Töten der Seele“, aber auch das „Töten des Selbst“; heute wird für Suizid eher der Begriff „intiḥār“ verwendet, während im Kontext von Selbstmordanschlägen im Sinne jihadistischer Propaganda der Begriff „istiḥād“ weite Verbreitung gefunden hat. Vgl. dazu auch Schulz (2009, S. 77).

⁹ Horsch (2014) analysiert die höchst komplexe Genese der Ideologie „islamischer“ Selbstmordattentate und zeigt auf, wie areligiöse Gewaltstrategien durch religiöse Narrative gerechtfertigt werden.

Organisationen ab, der dahin geht, dass Selbstmordattentate grundsätzlich als Handlungen bezeichnet werden, die dem Geist und dem Gesetz der Religion diametral entgegengesetzt sind. Sehr ausführlich legt der zeitgenössische pakistanische Gelehrte Tahir al-Qadri die religiösen Argumente gegen Terrorismus und Selbstmordattentate dar – seine Schrift mit theologischen Einwänden gegen derartige Gewaltakte umfasst knapp 500 Seiten und gilt als eines von vielen Dokumenten gegen die religiöse Legitimierung von Selbstmordanschlägen (vgl. al-Qadri 2010).

3. Seelsorgerische Perspektiven

Es ist nicht eindeutig zu beurteilen, inwiefern dem Faktor Religion tatsächlich protektiver Charakter bei Suizidgefährdung zugeschrieben werden kann (vgl. Nelson 2012: 59 ff.; für diese Korrelation spricht die Untersuchung von Bonelli 2016) und ob es religiöse Bezüge gibt, auf die man die relativ niedrigen (wenn auch, wie vorher gezeigt, steigenden) Suizidraten unter Menschen muslimischen Glaubens zurückführen kann. Zu

Es ist nicht eindeutig, inwiefern der Faktor Religion protektiven Charakter bei Suizidalität hat.

berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang eine Korrelation zwischen individueller Religiosität und sinkender Suizidalität (vgl. Gearing und Lizardi 2009, S. 332; Kralovec et al. 2009, S. 18), aber auch das Verbot suizidaler Handlungen als möglicher überindividueller, religiös geprägter Präventivfaktor.

Manche Autoren benennen konkrete orthopraktische Handlungsmuster muslimischer Prägung, die innere Stabilität in Krisensituationen geben könnten (vgl. Rezaeian 2010, S. 79). Wei und Chua (2008, S. 436) führen die von ihnen beschriebene niedrige Suizidalität unter Muslimen in Malaysia auf mehrere Faktoren zurück:

„This can largeley be explained by the strong sanctions against suicide posed by the Islamic religion, which views it as a form of homicide, as well as ist prohibition against alcohol, the use of which is a known risk factor for suicide. In addition, Muslims are commonly taught a problem-solving method by reciting certain Quranic verses in times of acute stress, thereby reducing impulsive suicidal acts.”

Im Sinne Durkheims hingegen interpretieren Schah und Chandia (2010, S. 96) die soziale Verfasstheit religiöser Muslime als einen wesentlichen suizidpräventiven Faktor: „Religious commitment in Islam and adherence to the normative structures of collectivism including collective goals, non-egoistic behavior, familial society, and cohesive communities may be important in this context” (vgl. dazu auch Schulz 2009, S. 24).

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass es sowohl in einigen islamischen Kernländern, als auch im Westen immer mehr Einrichtungen religiös motivierter Seelsorge gibt. Seelsorge-Hotlines sind schon in vielen muslimischen Staaten eine

Selbstverständlichkeit¹⁰, und auch in Deutschland gibt es seit einiger Zeit eine speziell für Muslime eingerichtete Telefonseelsorge. Ein Zeitungsbericht über diese Institution steht interessanterweise unter dem Titel „Religion steht nicht im Mittelpunkt“ – der Geschäftsführer dieser Einrichtung erklärt dies folgendermaßen: „Wir machen ja keine Beratung in religiösen Fragen (...); wichtig sei für die Anrufer aber der religiöse Bezugsrahmen, der häufig Alltagsstrukturen und soziale Beziehungen prägt.“¹¹

In Deutschland und vielen anderen Ländern gibt es zunehmend Angebote religiös motivierter Seelsorge, wie Angebote der Telefonseelsorge.

Allgemein lässt sich also sagen, dass die spezifische Ausgestaltung des religiös-spirituellen Lebens ein Faktor ist, der im Krisenmanagement von muslimischen Patienten einen positiven Katalysator darstellen kann, aber nicht muss. Konkret erfordert dies ein

Ineinandergreifen von therapeutischer, interkultureller und in manchen Fällen theologischer Kompetenz.

„Eine Berücksichtigung von Religiosität als Ressource von Patienten in der psychiatrischen Praxis, in der Einschätzung von Suizidalität und im therapeutischen Vorgehen, ist daher sinnvoll und wünschenswert, wobei natürlich die eigenen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kompetenzen nicht überschritten werden dürfen“ (Kralovec u.a. 2009, S. 20).

4. Medizinisch assistierter Suizid

Im Zusammenhang mit der zunehmenden Präsenz muslimischer Patient:innen in der palliativmedizinischen Versorgung stellt sich die Frage, wie die Frage der ethisch-religiösen Zulässigkeit von medizinisch-assistiertem Suizid bei infausten Prognosen und starkem Leidensdruck (beispielsweise bei nicht zu lindernden Schmerzerleben) aus islamischer Sicht beurteilt wird. Allgemein wird in den diesbezüglichen Publikationen zunächst – wie aus dem bisher Gesagten durchaus zu erwarten – jede direkte aktive Sterbehilfe generell als unerlaubt betrachtet. Die Linderung von starken Schmerzen und quälenden Symptomen wird durch eine Optimierung medizinischer Versorgung gefordert, die bewusste und direkte Beendigung des Lebens sei aber unter keinen Umständen religiös zu rechtfertigen. Als erlaubt betrachtet wird aber die Reduktion medizinischer Interventionen, selbst wenn diese lebensverkürzende Wirkung hat – die theologische Diskussion zu dieser Thematik gründet in der Frage, inwiefern medizinische Behandlungen gemäß den normativen Grundkategorien des islamischen Rechts zu beurteilen sind: Es sei keine Pflicht, eine medizinische Handlung zu setzen oder in Anspruch zu nehmen, deren Nutzen für die betreffende Person nicht gesichert oder mit größter Wahrscheinlichkeit zu erwarten sei (vgl. Kellner 2019, S. 43 ff.).

¹⁰ Ein internationaler Überblick über entsprechende Telefonberatungen findet sich unter http://www.suicidestop.com/call_a_hotline.html (Zugriff 3.8.2017).

¹¹ „Religion steht nicht im Mittelpunkt“ <http://www.taz.de/!5162554/> (Aufgerufen am 17.3.2017).

5. Zusammenfassung

Statistisch zeigt sich in mehreren Studien eine niedrigere Suizidrate unter muslimischen Bevölkerungsgruppen, wobei Faktoren wie Tabuisierung, aber auch der in manchen Staaten verbreiteten Kriminalisierung von Suizidversuchen in der Auswertung des statistischen Materials Rechnung getragen werden muss. Die Rolle von Religion in der Suizidprophylaxe ist umstritten, deshalb ist auf monokausale Erklärungen dieses Phänomens zu verzichten, dennoch ist eine theologische Analyse in diesem Kontext notwendig. Aus religiös-normativer Sicht wird Suizid in den muslimischen Mainstream-Diskursen dem Homizid gleichgesetzt, obgleich die konkreten textuellen Rechtsbeweise dafür theologisch umstritten sind. Innerislamisch ist zudem eine breite religionsideologische Bewegung zu verzeichnen, die sich gegen die Legitimation von Selbstmordattentaten wendet. Im Bereich der palliativen Versorgung muslimischer Patient:innen wird die Reduktion medizinischer Behandlung als erlaubt angesehen, medizinisch assistierter Suizid hingegen auch bei Vorliegen sehr starker Schmerzen als religiös verboten betrachtet. In Bezug auf die Muslime in Deutschland – und hier besonders im Bereich der Seelsorge – wäre der Frage weiter nachzugehen, inwiefern genuin islamische spirituelle und seelsorgerische Elemente im Bereich der Suizidprävention sinnvoll einzusetzen wären.

Literatur

- Al-Qadri T (2010) Fatwa on Terrorism and Suicide Bombings. London.
- Asseburg M (2011) Zur Anatomie der arabischen Proteste und Aufstände. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ), 61 (Nr. 39):3-9.
- Bertolote JM, Fleischmann A (2002) A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi* 7.2:6-8.
- Bertolote JM, Fleischmann A (2005) Suicidal Behavior Prevention: WHO Perspectives on Research. *Am J Med Genetics. Part C: Seminars in Medical Genetics* 133C(1):8–12.
- Bonelli RM (2016) Religiosität und psychische Gesundheit – was ist wissenschaftlich belegt? *Deutsche medizinische Wochenschrift* 141(25): 1863-1867.
- Brunstein KA, Nakash O, Goldberger N et al. (2016): Completed Suicide and Suicide Attempts in the Arab Population in Israel. *Soc Psychiat Psychiat Epidemiol* 51(6):869–76.
- Cook D (2004) The Implications of “Martyrdom Operations” for Contemporary Islam. *J Relig Ethics* 32(1):129-51.
- Gearing RE, Lizardi D (2009) Religion and Suicide. *J Religion Health* 48(3):332–41.
- Graitl L (2012) Politisch motivierter Suizid - Erklärungsmodelle der Forschung. In: Graitl, L. (Hg.): *Sterben als Spektakel. Zur kommunikativen Funktion des politisch motivierten Suizids*. Veröffentlichungen der Sektion Religionssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. S. 98-119.
- Gvion Y, Levi-Belz Y, Apter A (2014) Suicide in Israel - an Update. *Crisis* 35(3):141–44.

- Horsch S (2014) Zu konzeptuellem Gehalt und medialen Dimensionen des dschihadistischen Märtyrerkults des 20. und 21. Jahrhunderts: Das Erbe ‘Abdullāh ‘Azzāms. In: Caylan R, Jokisch B (Hg.): Salafismus in Deutschland. Entstehung, Radikalisierung und Prävention. Frankfurt / Main.
- Ineichen B (1998) The Influence of Religion on the Suicide Rate: Islam and Hinduism Compared. *Mental Health, Religion & Culture* 1(1):31–36.
- Ineichen B (2008) Suicide and Attempted Suicide among South Asians in England: Who Is at Risk? *Mental Health in Family Med* 5(3):135–38.
- Katz-Sheiban B, Eshet Y (2008) Facts and Myths about Suicide: A Study of Jewish and Arab Students in Israel. *Omega* 57(3):279–98.
- Kellner M (2019): Sterbehilfe im Koran? Ein Kommentar zur Handreichung „Sterbebegleitung und Palliative Care“ des Zentralrats der Muslime in Deutschland. In: *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* Jg. 3 / 2019, S. 34-48.
- Khan MM (1998) Suicide and Attempted Suicide in Pakistan. *Crisis* 19(4):172–76.
- Khelil M Ben, Gharbaoui M, Farhani F et al. (2016): Impact of the Tunisian Revolution on Homicide and Suicide Rates in Tunisia. *Internat J Public Health* 61(9):995–1002.
- Kralovec K, Plöderl M, Yazdi K et al. (2009) Die Rolle von Religion und Religiosität in der Suizidologie. *Psychiat Psychother* 5:17-20. <http://dx.doi.org/10.1007/s11326-009-0039-3>.
- Lester D (2006) Suicide and Islam. *Arch Suic Research* 10(1):77–97.
- Nelson G, Hanna R, Alaa H et al. (2012): Protective functions of religious traditions for suicide risk. *Suicidology online* 3 (2012): 59-71. <http://demoiselle2femme.org/wp-content/uploads/Protective-Functions-of-Religious-Traditions-for-Suicide-Risk.pdf> (Zugriff 13. 3. 2017).
- Rezaeian M (2010) Suicide among Young Middle Eastern Muslim Females. *Crisis* 31(1):36–42.
- Rosenthal F (1946) On Suicide in Islam. *J Am Oriental Soc* 66 (3):239–59.
- Schneiders TG (2014) *Selbstmordanschläge und Islam: Muslime zwischen Distanzierung und Ignoranz*. Wiesbaden: Springer.
- Schulz D (2009) *Dürfen Muslime sich selbst töten? Das Suizid-Verbot in der islamischen Theologie und dem islamischen Recht*. Marburg: Tectum.
- Shah A, Chandia M (2010) The Relationship between Suicide and Islam: A Cross-National Study. *J Injury Violence Res* 2(2):93–97.
- Şumnu U, Özakın EÖ (2009) Just a Tic in the Face: Suicides at the Bosphorus Bridge. *Theory & Event* 11(4). <https://muse.jhu.edu/article/257583>.
- Wei KC, Chua HC (2008) Suicide in Asia. *Intern Rev Psychiat* 20 (5):434-40.

Autorenkontakt

Dr. Martin Kellner

Institut für Islamische Theologie

Kamp 46/47, Gebäude 51, Raum 204

D 49074 Osnabrück

E-Mail: martin.kellner@uni-osnabrueck.de

Zitationsvorschlag

Kellner, Martin: Suizid als Topos islamischer Rechtsliteratur – Normative Diskussionen und aktuelle Entwicklungen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 5 / 2022.

**LERNMATERIAL**

Wie umgehen mit Verschiedenheit in der Pflege?

Ein kultursensibler Zugang

Gabriella Zanier

Monika Wagner

Kapitel 1, 2, 4 und 5 mit freundlicher Genehmigung der Lernplattform CNE (Certified Nursing Education) abgedruckt. © Georg Thieme Verlag KG 2017. Der Beitrag wurde als Lernmaterial für Pflegekräfte erstellt. Überarbeitete Version Zanier 2022.

Zusammenfassung

Ethnokulturelle Heterogenität und individuelle Diversität sind heute Realität im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen und stellen neue Herausforderungen an eine professionelle Gestaltung der Pflegebeziehung. Dieser Beitrag bietet die Möglichkeit, sich einen Einblick in den Ansatz der Kultur- und Diversitätssensibilität zu verschaffen und nützliche Anregungen für die kultursensible Gestaltung einer interkulturellen Pflegebeziehung und Kommunikation zu erfahren. Er liefert keine fertigen Rezepte oder Standards für die jeweiligen ethnonationalen Gruppen, denn Standards stehen den Grundprinzipien der Kultursensibilität entgegen. Vielmehr will der Artikel Hintergründe liefern und zum Überdenken der eigenen Haltung ermutigen, um das professionelle Handeln zu erweitern. Dieser Ansatz trägt zu einer qualitativ besseren Versorgung nicht nur von Zugewanderten, sondern auch von einheimischen Patient:innen bei. Denn aufgrund sich zunehmend differenzierender Lebensentwürfe, sozialen Milieus und Subkulturen haben sich auch die Bedürfnisse der autochthonen Bevölkerung verändert und diversifiziert. Kultursensibilität, interkulturelle Kompetenz erleichtern den professionell Pflegenden den Umgang mit Unterschieden, mit Konflikten sowie mit der steigenden Komplexität von Bedürfnissen und unterstützt die Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten. Zugleich profitieren Einrichtungen von der konzeptionellen und strukturellen Weiterentwicklung der Interkulturellen Öffnung. Durch die darin implizierte Vernetzung und Kooperation mit Migrantenorganisationen können sie ihre Leistungen und Angebote auf die Bedürfnisse differenziert und flexibel anpassen. Somit stellen Kultursensibilität und Interkulturelle Öffnung einen Mehrwert für alle Beteiligten dar.

Schlüsselwörter: Interkulturalität, Kultursensible Pflege, interkulturelle Kompetenz, Kultur, Migration, Gesundheit

Abstract

Ethnocultural heterogeneity and individual diversity are a reality in hospitals and care facilities today and pose new challenges to the professional design of care relationships. This article offers the opportunity to gain an insight into the approach of cultural and diversity sensitivity and to learn useful suggestions for the culture-sensitive design of an intercultural care relationship and communication. It does not provide ready-made recipes or standards for the respective ethnonational groups, because standards are contrary to the basic principles of cultural sensitivity. Rather, the article wants to provide

background information and encourage people to reconsider their own attitude in order to expand professional action. This approach contributes to better quality of care not only for immigrants, but also for local patients. Because due to increasingly different lifestyles, social milieus and subcultures, the needs of the autochthonous population have also changed and diversified. Cultural sensitivity and intercultural competence make it easier for professional caregivers to deal with differences, conflicts and the increasing complexity of needs, and supports the further development of their competences and options for action. At the same time, institutions benefit from the conceptual and structural further development of intercultural opening. Through the networking and cooperation with migrant organizations implied in this, they can adapt their services and offers to the needs in a differentiated and flexible manner. Thus, cultural sensitivity and intercultural openness represent added value for everyone involved.

Key Words: interculturality, culture-sensitive care, intercultural competence, culture, migration, health

1. Einführung

Migration ist ein gesellschaftliches Phänomen, das es immer gegeben hat. Mit zunehmender Globalisierung, Freizügigkeit des Arbeitsmarkts, Ungleichheit der Wohlstandsverteilung und der Lebensperspektiven verstärken sich Wanderbewegungen (vgl. Human Development Index). Dies führt zu demografischen, sozialen und kulturellen Veränderungen, die auch das Gesundheits- und Pflegesystem betreffen. Die zunehmende Differenzierung von Lebenswelten, Lebensstilen, Bedarfen und Bedürfnissen stellt das Gesundheitswesen vor die Frage: Wie kann unter den veränderten Bedingungen eine bedarfsgerechte und wirksame Gesundheitsversorgung für *jeden* Patienten, damit auch für Menschen mit Migrationshintergrund, gewährleistet werden?

1.2 Wer sind die Migrant:innen?

2021 leben in Deutschland über 22,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (MMH), d.h. 27,2 % der Gesamtbevölkerung.¹ Sie haben ihre ethnischen und nationalen Wurzeln in 190 Staaten: Davon sind etwa 1,9 Millionen 65 Jahre und älter (ca. 11% der älteren MMH).² Unter den über 65-jährigen Menschen mit Migrationsgeschichte bilden russischsprachige Aussiedler und sogenannte Spätaussiedler die größte Gruppe, gefolgt von älteren Türkischstämmigen und mit etwas Abstand von Menschen aus Ex-Jugoslawien, Italien und Polen. Bis 2032 wird die Zahl auf ca. 3,6 Millionen anwachsen. Damit sind sie eine derzeit am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe.

Migration ist ein gesellschaftliches Phänomen, das nicht neu ist.

¹ https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_162_125.html

² destatis 2021 Bevölkerung mit Migrationshintergrund – und <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/gesellschaft-und-demenz/demenz-und-migration.html>

In den letzten Jahren haben die neue Arbeitsmigration aus den EU-Ländern sowie die Fluchtmigration von Asylsuchenden aus den Kriegsgebieten und aus von Klimakatastrophen betroffenen Ländern neue Wanderbewegungen ausgelöst. Die Betroffenen bringen zu ihren individuellen und kulturell, sozial, religiös und ökonomisch geprägten Bedingungen auch spezifische Probleme der Fluchtsituation mit, die die Gesundheitseinrichtungen vor weitere Herausforderungen stellen.

1.3 Ausgangslage

Aufgrund der Ausgangsbedingungen im Herkunftsland und der spezifischen Migrationsbedingungen sind die Lebenslage von Zugewanderten oft von „sozialer Ungleichheit“ (Obermann 2013), niedrige formale Bildung, gesundheitsbelastende Berufe oder Arbeitslosigkeit, geringes Einkommen oder Armut, und von „komplexer Unsicherheit“ (Reinprecht 2006) geprägt: Trennung-, Diskriminierungs- und Traumatisierungserfahrungen, unsichere Rechtslage, eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten, unsichere gesellschaftliche Akzeptanz, psychische und psychosomatische Erkrankungen, etc..

Migrationserfahrungen bringen spezifische Herausforderungen aber auch Ressourcen mit sich.

Ein solcher Zustand der Unsicherheit gepaart mit den strukturellen Barrieren des Versorgungssystems erklären – neben den soziokulturellen und religiösen Einflüssen – die geringere Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen seitens der Migrant:innen. Die Folge davon sind die Fehl- und Unterversorgung und die Kumulation und Chronifizierung von Erkrankungen, damit die Verschlechterung des Gesundheitszustands mit geringeren Therapieerfolgen und höheren Kosten.

An dieser Stelle dürfen jedoch die spezifischen Ressourcen und Potenziale, die die Zugewanderten mitbringen, nicht unerwähnt bleiben: z.B. Mut, sich auf ein fremdes Land und neue Lebensbedingungen einzustellen („Pioniergeist“), physische und psychische Anpassungsleistungen, die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und wieder neu anzufangen („Resilienz“), Unterstützung der Familien in den Herkunftsländern, familiäre und informelle Unterstützung der Kinder in Deutschland („intergenerative Solidarität“). Zudem leisten sie eine Vermittlungsfunktion zwischen den Kulturen von Herkunft- und Zielland (u.a. durch Vereinsgründungen) und tragen durch andere Konzepte z.B. von zwischenmenschlicher Beziehung, andere Verständnisse von Körper, Geist und Seele, andere Formen von Kunst, Musik, Essen und Alltagskultur zur Entwicklung kultureller Vielfalt in Deutschland bei.

1.4 Ethnische Heterogenität und individuelle Diversität

Menschen mit Migrationshintergrund (MMH) unterscheiden sich nicht nur aufgrund der ethnonationalen Herkunft, Sozialisation, Schicht- und Generationszugehörigkeit, religiöser und weltanschaulicher Orientierung und regionaler Identifikation, sondern auch hinsichtlich ihrer individuellen Motivation, ihres Lebensalters zum Zeitpunkt der Auswanderung, ihrer spezifischen Erfahrungen in der Migration, ihrer Lebenslage in Deutschland und nicht zuletzt hinsichtlich der Gestaltung ihrer Anpassungs- und Integrationsprozesse. Die genannten herkunfts- und migrationsbedingten Differenzen verschmelzen in den Biographien der Zugewanderten mit den individuellen Diversitätsdimensionen: Geschlecht,

sexuelle Orientierung, Alter, Hautfarbe, psychische Fähigkeiten, Gesundheitszustand, Familienkonstellation, Bildung, Beruf, Schichtzugehörigkeit, Persönlichkeit und Bewältigungsstrategien, etc.. Durch ihre Wechselwirkungen erzeugen sie neue Unterschiede und damit eine weit höhere Komplexität (s. Abb. 1). Diese bildet sich wiederum in der Heterogenität der gesundheitlichen Lagen und Bedürfnissen von Migrant:innen ab und beeinflusst Zugang, Nutzung und Wirksamkeit der medizinisch-pflegerischen Versorgung.

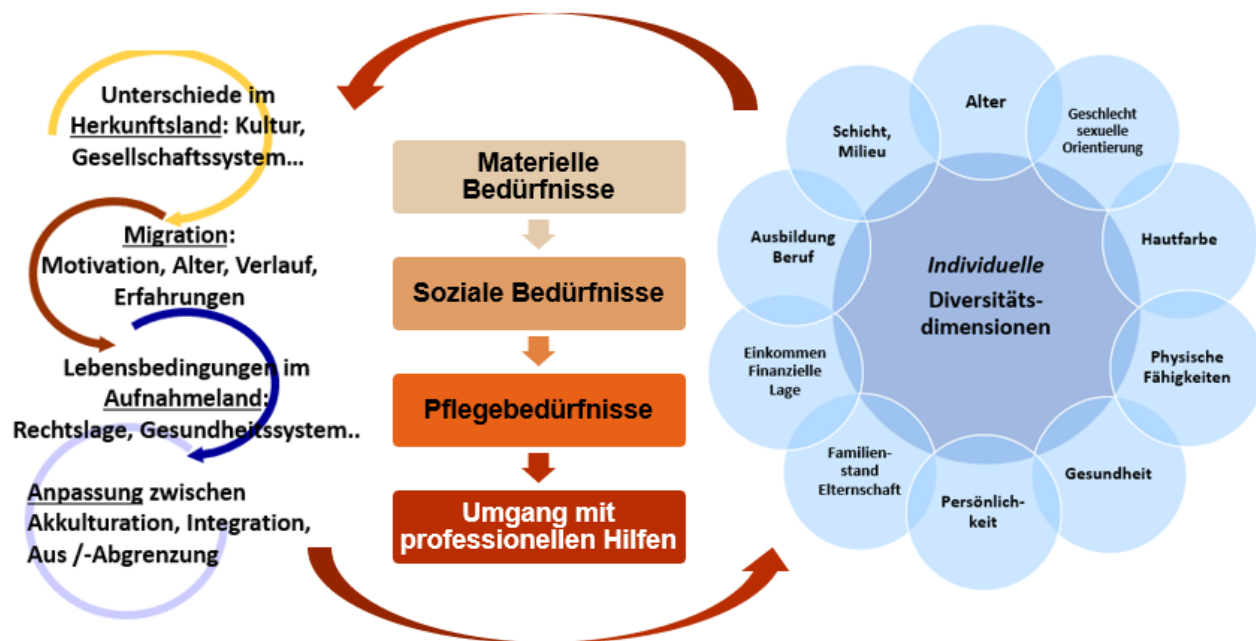


Abb. 1: Kulturelle Heterogenität und individuelle Diversität bei Menschen mit Migrationshintergrund (eigene Darstellung).

Die hier dargestellte Ausgangslage von Migrant:innen verdeutlicht die Notwendigkeit einer nicht nur biographischen, sondern zugleich auch kulturellen, religiösen und migrationspezifischen Sensibilität in Pflege und Gesundheitswesen, damit eine bedarfsgerechte, gleichberechtigte und gleichwertige Versorgung ermöglicht werden kann. Darüber hinaus ist diese Forderung auch in der zunehmenden Diversifizierung der einheimischen Bevölkerung begründet. In Zusammenhang mit den höheren Lebenserwartungen, Lebensstandard, den verbesserten Versorgungsbedingungen, den veränderten sozialen Bedingungen, der erleichterten Mobilität und wachsenden Globalisierung sind auch deren Lebensläufe und -stile vielfältiger geworden. Dadurch haben sich *auch ihre* Bedürfnisse und Erwartungen an Gesundheitswesen und Altenhilfe verändert.

Auch aufgrund des relevanten Anteiles von Mitarbeiter:innen mit Migrationshintergrund in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen findet die Pflegebeziehung inzwischen vorwiegend in einem interkulturellen Kontext statt. Das Aufeinandertreffen der *kulturellen Heterogenität* und *individuellen Diversität* von Patient:innen und professionell Pflegenden erweitert die Komplexität um eine weitere Dimension. Die Forderung nach Kultursensibilität und Interkulturalität ist somit auch in der Multikulturalität der professionell Pflegenden begründet. Die Unterstützung ihrer Integration in das Arbeitsumfeld, ihrer gleichberechtigten beruflichen Weiterentwicklung, sowie die Einbeziehung ihrer Potenziale, der Abbau von Diskriminierung und die Förderung des gegenseitigen Lernens in den Arbeits-

teams sind außerdem weitere wichtige Aufgaben von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

1.5 Relevanz der Heterogenität von Lebenslagen und Bedürfnissen für die Gesundheitsversorgung

Die wachsende Heterogenität der Patient:innen bedeutet für Gesundheitswesen und Altenhilfe die Auseinandersetzung mit sehr unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, z.B. andere Vorstellungen von Körper, Gesundheit, Krankheit und Heilung, verschiedene Formen des Schmerzausdrucks und andere Schamgrenzen, andere Verständnisse von Respekt und Würde, Umgang mit Tod und Sterben, etc.. Diese sind von Kultur, religiöser, weltanschaulicher Orientierung, Schicht-, Geschlechts- und Generationszugehörigkeit bedeutend geprägt und beeinflussen sowohl die Behandlungsperspektiven (Compliance/Adhärenz), als auch das Verhalten und die Erwartungen der Patient:in an die Arzt-/Pflegekraft-Beziehung. Zudem sind die Bedürfnisse und Erwartungen für das Pflegepersonal – nicht nur aufgrund sprachlicher Hindernisse – häufig schwer erschließbar.

Für die Berücksichtigung kulturspezifischer, religiöser und geschlechtsspezifischer Bedürfnisse besteht ein gesetzlicher Auftrag (Grundgesetz § 3, soziale Pflegeversicherung § 1(4a) und § 2 (1, 2) SGB XI).

Andererseits sind die institutionalisierten Hilfsangebote und Verfahren für zugewanderte Patient:innen nicht leicht einzuordnen. Denn sie werden in ihrer Sinnhaftigkeit und Wirkung im Verhältnis zu den informellen (z.B. familiäre Versorgung) und traditionellen (z.B. Volksmedizin) „Konzepten“ im Herkunftsland verglichen und bewertet. Dies beeinflusst wiederum deren Inanspruchnahme und Nutzungsverhalten.

1.6 Stand der Gesundheitsversorgung von Migrant:innen

„Die gesundheitliche Versorgung dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe ist teilweise durch Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Spezifische Herausforderungen im Versorgungssystem sind der oftmals erschwerte Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und der eingeschränkte Leistungsumfang bei einigen Gruppen. Kulturelle Unterschiede sowie Sprachbarrieren können im Versorgungsalltag zu Kommunikationsproblemen führen, die in manifesten Entscheidungs- und Versorgungsproblemen münden. Migrationsspezifische Gesundheitsprobleme bedürfen spezifischer Versorgungsangebote sowie zielgruppenspezifischer Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung“ (Universitätsklinikum Heidelberg 2017; 2022).

Demzufolge brauchen die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen wie auch das Versorgungssystem in ihren Angeboten, Strukturen und Verfahren eine höhere Flexibilität und eine entsprechende Neugestaltung für die Versorgung einer sich stets differenzierenden Klientel.

1.7 Warum kultur- und diversitätssensibel pflegen? Vorteile für professionell Pflegende

Die Forderung nach einer kultursensiblen Pflege ist nicht nur in dem rechtlichen und ethischen Anspruch auf Gleichheit und auf eine gleichwertige Behandlung für *alle* Patient:innen begründet, sondern auch in den Vorteilen für die Pflegekräfte. Die konsequente Anwendung der kultursensiblen Pflege gibt Orientierung bei Unsicherheiten im Umgang mit unterschiedlichen Wertvorstellungen und komplexen Bedarfslagen, erleichtert die Kommunikation, ermöglicht die Umsetzung einer bedürfnisgerechten, patientenorientierten, pflegerischen und menschlichen Versorgung und sie mindert die Gefahr von Missverständnissen und Konflikten. Damit schafft sie nicht zuletzt die Voraussetzungen für mehr Arbeitszufriedenheit.

2. Kultursensibilität in der Pflegebeziehung

Kultursensible Pflege setzt soziale Fähigkeiten, Kompetenzen, Hintergrundwissen, sowie kulturspezifische Werkzeuge voraus (vgl. Abb. 2; dort als *Bausteine* bezeichnet), und entfaltet sich durch einen vielschichtigen Lern- und Entwicklungsprozess (vgl. Abb. 2; *Prozessschritte*) sowohl der Fachkräfte als auch der Einrichtung selbst.

2.1 Was ist hier mit Kultur gemeint? Kulturverständnis

In jeder Gesellschaft existieren zugleich mehrere Kulturen.

„In manche Kulturen werden wir hineingeboren, anderen ordnen wir uns freiwillig zu. Wir können kulturelle Prägungen nicht einfach abschütteln, aber bewusst mit ihnen umgehen. Kultur ist von Menschen geschaffen, verändert sich immer wieder und ist nicht an Staatsgrenzen gebunden“ (Arbeitskreis Interkulturelles Lernen 2001, S. 26).

Kultursensible Pflege ist kein fertiges Rezept zur schnellen Anwendung, sondern ein offener Lernprozess, der Selbstreflexion, interkulturelle Kompetenz, Beteiligungsmöglichkeiten sowie die interkulturelle Öffnung der Einrichtung braucht.

Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Verwendungsweisen und der Vielfalt konkurrierender wissenschaftlicher Definitionen (www.kubi-online.de) von „Kultur“ ist es angemessener, von *mehreren* Kulturbegriffen zu sprechen (www.bpb.de). Deshalb wird hier auf die Festlegung auf eine Definition verzichtet, denn „jede Begriffsbestimmung wäre an sich schon kulturabhängig“ (Arbeitskreis kultursensible Altenhilfe 2002, S. 18).

Kulturen sind Bedeutungs-, Symbol- und Orientierungssysteme (www.kubi-online.de) sowie Lebensweisen, die die Mitglieder:innen einer Gruppe in einem epochalen und geografischen Raum teilen. Sie leiten das Verhalten der Mitglieder:innen oft unbewusst. Kunst, Religion, Sprache, Wissenschaft sind dabei ebenso Teile eines Kultursystems, das als solches den kulturellen, epochalen und regionalen Einflüssen ausgesetzt ist.

Kultur konkretisiert sich in der Interpretation und Lebensweise der einzelnen Mitglieder:innen. Sie definiert deren Zugehörigkeit zu einer Gruppe in der Gesellschaft.

Sie beeinflusst deren Wahrnehmung, Denken, Urteilen und Handeln. Sie prägt die Bedürfnisse, Kommunikationsregeln, Lebensstile, Rollen sowie Geschlechter-, Generations- und Machtverhältnisse in der Gruppe.

Das Wesentliche der Kulturen ist nicht sichtbar, sondern wirkt im Unterbewusstsein. Es ist in Werten und Sinnzusammenhängen tief verankert, die im Handeln impliziert sind und weitergegeben werden. Besonders in den unsichtbaren Ebenen der Kultur liegt die Quelle für die Erzeugung der Vielfalt menschlicher Bedürfnisse.

Merkmale von Kulturen

Kulturen sind den Einflüssen der Migrations- und kulturellen Anpassungsprozessen ausgesetzt und zeichnen sich durch verschiedene Merkmale aus:

- *Kultur ist heterogen* – In der Gesellschaft haben sich regionale (z. B. in Bayern, Schleswig-Holstein) und „nationale“ Unterschiede („Leitkulturen“) entwickelt. Jede Gesellschaft hat in ihrer Geschichte Migrations- und Wanderbewegungen erfahren, die sie mit anderen Kultursystemen in Berührung gebracht haben. Durch gegenseitige Beeinflussung haben sich letztlich alle beteiligten Kulturen im Zeitverlauf verändert und eine ethnische und kulturelle Vielfalt innerhalb desselben Kultursystems hervorgebracht.

Ein Bewusstsein über die kulturelle Prägung, der eigenen wie der des Gegenübers, ist eine zentrale Voraussetzung, um kultursensibel pflegen zu können.

- *Kultur ist dynamisch, epochal beeinflusst* – Die Kultur eines Gesellschaftssystems ist den jeweils zeitlichen Einflüssen der Weltgeschichte ausgesetzt, zu denen auch Migrationsbewegungen zählen. Somit unterliegt sie einem kontinuierlichen Veränderungsprozess.
- *Kultur ist ein offener Prozess* – Es gibt kein Endergebnis, keine definitive Festlegung von Kultur.
- *Kultur ist generations- und geschlechtsspezifisch* – Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht und einer bestimmten Generation bedingt die individuelle aber zugleich auch die kollektive Auslegung der Kultur. Sie definiert gesellschaftliche und familiäre Aufgaben und Verantwortungen.
- *Kultur ist schichtspezifisch* – In jeder Gesellschaft haben sich aufgrund von bildungs-, ökonomischen und sozialen Bedingungen unterschiedliche Bevölkerungsschichten, verschiedene Milieus, Lebenswelten, „Subkulturen“ entwickelt.
- *Kultur ist individuell/biographisch geprägt* – Kultur wird von den einzelnen Mitgliedern unterschiedlich interpretiert und gelebt. Die individuelle Kulturprägung (kulturelle Identität) erfährt im biografischen Verlauf ständige Veränderungen. Sie wird von den Lebensereignissen des Einzelnen beeinflusst und passt sich den verändernden Lebens- und Umweltbedingungen stets an. Die Migrationserfahrung hat einen bedeutenden Einfluss auf die kulturelle Prägung der einzelnen Migrant:innen. Sie leben mit der Herausforderung, einen kontinuierlichen Aushandlungsprozess auszuhalten zwischen der ursprünglichen (Zeitpunkt der Auswanderung) und der heute veränderten

Herkunftskultur (in der Beziehung zur jüngeren Generation und zum Heimatland) einerseits und der sich in Laufe der Migrationszeit verändernden Kultur der Aufnahmegesellschaft (Deutschland) andererseits. In diesem Spannungsverhältnis werden sie stets mit Widersprüchlichkeiten, Loyalitätsverletzungen, Wertekonflikten, und mit Anpassungs- und Legitimationsanforderungen konfrontiert. Dies erfordert eine kontinuierliche Modifikation ihrer Identifikation, Haltung und ihres Verhaltens. Im Zuge dieses Prozesses werden neue Kulturelemente im individuellen Kulturgut aufgenommen, einige hergebrachte relativiert oder abgelegt, andere nur kontextbezogen angewandt.

Kulturstandards

Nach Thomas (2003c) sind spezifische Kulturstandards in jeder Kultur vorhanden und wirksam. Sie liefern Orientierung für das eigene Verhalten und ermöglichen zu entscheiden, welches Verhalten als normal, typisch, noch akzeptabel oder abzulehnen ist. Unreflektiert können sie jedoch zu Ausgrenzung und Konflikten führen.

Kulturelle Ausrichtung von Gesellschaftssystemen

Gesellschaftssysteme unterscheiden sich im Hinblick auf ihre kulturelle Prägung z. B. bzgl. der Frage,

- ob das Individuum oder die Gemeinschaft im Mittelpunkt steht (individuell bzw. kollektiv orientierte Systeme),
- wie ausgeprägt das Machtgefälle zwischen Individuum und Staat ist (stark ausgeprägt in totalitären Systemen oder gering ausgeprägt in demokratischen Systemen),
- welchen Stellenwert das Sicherheitsbedürfnis hat,
- inwieweit Rollen und Aufgaben durch Geschlechtszugehörigkeit definiert und abgegrenzt sind (Femininität vs. Maskulinität, vgl. Hofstede 2001).

Kultur hat eine zentrale soziale und normative Funktion.

Ein solches Hintergrundwissen kann den professionell Pflegenden helfen, Verhaltensweisen der Patient:innen, die fremd und den eigenen Prinzipien entgegengesetzt erscheinen, einzuordnen und zu verstehen.

Zentrale Funktionen von Kultur

Kultur erfüllt eine zentrale soziale und normative Funktion: Sie gibt Orientierung in Bezug auf Wahrnehmung, Deutung, Handlung und ethnische Verankerung (Kulturstandards), ist sinn- und identitätsstiftend, definiert Gruppenzugehörigkeit und bildet Strategien zur Bewältigung von Alltagsproblemen und Lebensaufgaben aus.

2.2 Kultursensible Pflege: Definition – Ziele

Definition

„Kultursensible Pflege trägt dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse (trotz den Einschränkungen der Bedürftigkeit) leben kann“ (Arbeitskreis kultursensible Altenhilfe 2002, S. 5).

„Kultursensibilität als Paradigma der Altenpflege beschreibt 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 Rechnung, dass Migration einen erheblichen biographischen Einschnitt im Leben von Menschen darstellt. Somit ist kultursensible Altenpflege auch immer migrationssensibel. Somit ist Wissen über die psychodynamischen Folgen der Migration unerlässlich“ (Arbeitskreis kultursensible Altenhilfe 2002, S. 19).

Kultursensibilität macht die spezifische Lage und Bedürfnisse von Minderheiten sichtbar. Sie ermöglicht der pflegebedürftigen Person die Wahrung ihrer individuellen, sozialen, kulturellen und religiösen Identität und ihres Lebensstils. Kultursensibilität trägt dazu bei, soziale Ungleichheiten auszugleichen.

„Es reicht nicht aus, Migranten (...) als Kunden gleich zu behandeln. Eine Gleichbehandlung blendet bestehende Unterschiede aus. Eine gleichwertige Behandlung hingegen erfordert eine bedürfnis- und biographieorientierte Pflegebeziehung. Migranten dürfen dabei nicht auf eine vorgeblich homogene Herkunftskultur reduziert werden“ (Arbeitskreis kultursensible Altenhilfe 2002, S. 12).

Ziele

Kultursensible Pflege zielt darauf ab,

- spezifische Lagen und Bedürfnisse von Minderheiten sichtbar und erlebbar zu machen,
- Patient:innen MMH am Behandlungs- und Pflegeprozess – trotz sprachlichen und soziokulturellen Hürden – zu beteiligen und ihre Lebenswelten einzubinden,
- allen Patient:innen den ethisch und gesetzlich verankerten gleichberechtigten Zugang zur Versorgung sowie eine gleichwertige Behandlung und Pflege zu sichern,
- die Pflege für die professionell Pflegenden im Umgang mit der zunehmenden Differenziertheit der Patient:innen zu erleichtern,

Kultursensibilität ermöglicht Wahrung von Identität und Lebensstil.

- ihre Kompetenzen und Handlungsfähigkeiten zu erweitern (interkulturelle Kompetenz),
- die Zusammenarbeit in den Teams zu verbessern und das gegenseitige Lernen im Hinblick auf ihrer Multikulturalität zu fördern (interkulturelle Teamentwicklung).

2.3 Was macht eine Kultursensible Pflege aus? Bausteine und Umsetzungsschritte

Kultursensible Pflege setzt am biographischen Ansatz an und erweitert ihn um die soziokulturellen und religiösen Dimensionen. Es reicht jedoch nicht aus, die individuelle Biographie zu erfassen. Um die Mitteilungen der Patient:innen zu deuten und deren individuellen Stellenwert einzuschätzen, ist deren Einbettung in ihrem – mehrere Lebenswelten umfassenden – Kontext notwendig (Herkunftsgesellschaft, Bezugsgruppen, Familiensystem, Kultur, Religion, Weltanschauung). Erst dann können sie in der Pflegebeziehung angemessen und wirksam eingesetzt werden.

Kultursensible Pflege ist ein interkultureller Lernprozess.

Kultursensible Pflege bietet keine festen Standards oder fertigen Lösungen an, die für die jeweilige ethnische oder soziale Gruppe schnell angewendet werden können. Sondern sie ist ein interkultureller Lernprozess der professionell Pflegenden, der Hilfsbedürftigen und deren Angehörigen sowie der Einrichtung und deren Umfeld. Interkulturelles Lernen ist ein Prozess, in den alle Beteiligten eingebunden werden.

Die Kultursensible Pflege baut auf folgenden *Bausteinen* auf:

- Haltung
- Soziale Fähigkeiten: kognitive, soziale und emotionale
- Spezifische Kompetenzen: interkulturelle Kompetenz, Beteiligung, Mediation
- Kulturspezifische „Werkzeuge“: differenzierte Kommunikationsmittel und kulturspezifisches Wissen

Sie manifestiert sich in folgendem *Prozess* und entfaltet sich in folgenden Schritten:

- I. Bewusstsein für die eigene und die „fremde“ Kultur entwickeln
- II. Vertrauensbasis und Beziehung aufbauen
- III. Verständigung sicherstellen und stets überprüfen
- IV. Lebenswelt des Patient:innen erkunden und einbinden
- V. Beteiligung ermöglichen, ohne zu überfordern
- VI. Gestaltung der pflegerischen Versorgung nach dem individuellen Bedarf aushandeln (Vereinbarung)
- VII. Gegenseitige Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen kontinuierlich über-

prüfen und anpassen (Feinabstimmung)

VIII. individuelle und strukturelle Veränderungen einleiten

IX. Weiterentwicklung der Kultur- und Diversitätssensibilität der Einrichtung verstetigen

Die Prozessschritte verlaufen zum Teil parallel auf verschiedenen Ebenen und interagieren untereinander. Die Bausteine und Prozessschritte der Kultursensiblen Pflege werden durch die Grafik (s. Abb. 2) veranschaulicht und in den folgenden Abschnitten erläutert.

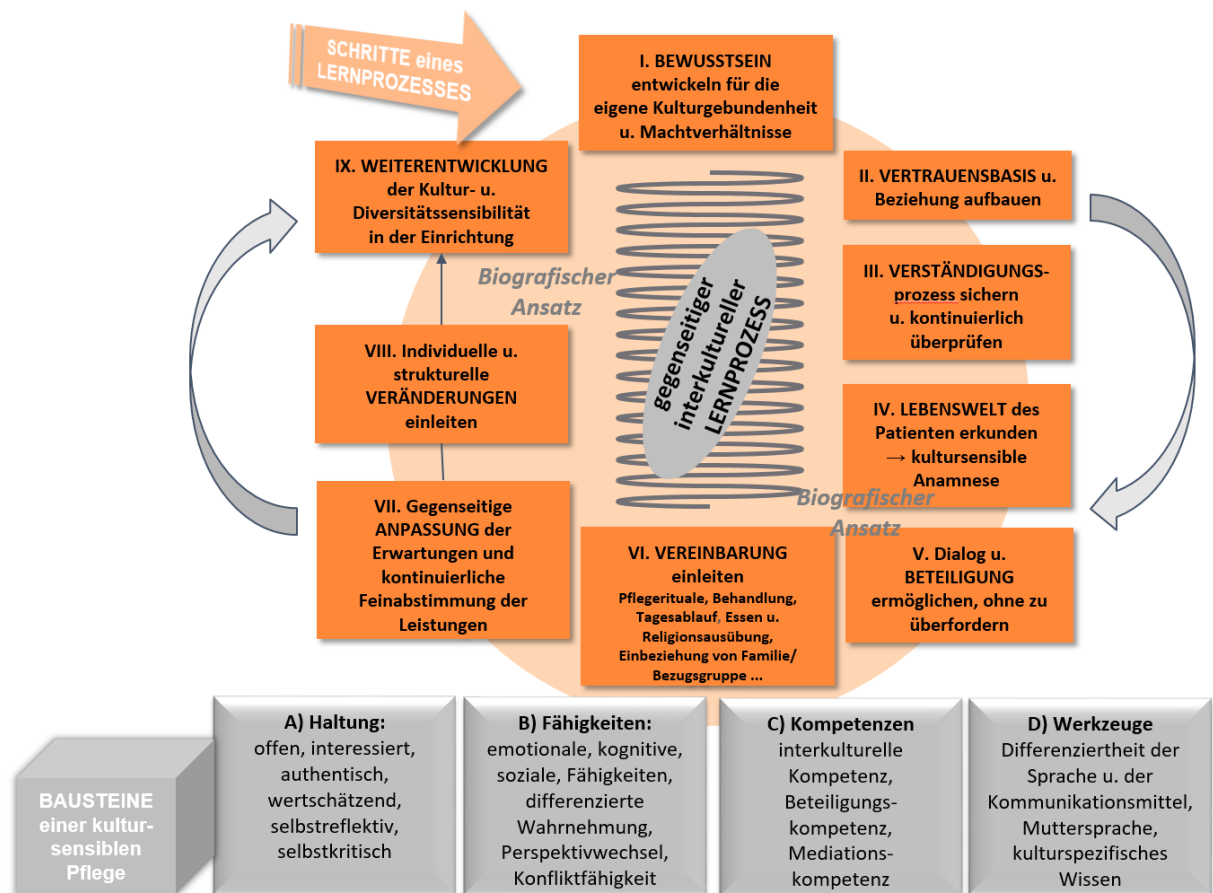


Abb. 2 Bausteine und Prozessschritte einer Kultursensiblen Pflege (Zanier 2017, S. 7).

2.3.1 Kultursensible Pflege: Bausteine

A) Haltung

- *Offen, interessiert, authentisch und wertschätzend*

Eine Kultursensible Pflege erfordert von den professionell Pflegenden eine offene Haltung gegenüber Neuem und Fremdem, einen respektvollen Umgang, ein authentisches Interesse am Gegenüber und an seiner Andersartigkeit. Ohne Offenheit gegenüber sich selbst und dem Anderen ist keine Begegnung, keine Verständigung, möglich. Das erfordert eine aktive und kontinuierliche Lernbereitschaft.

- *Differenzierte Wahrnehmung von Unterschieden, Gemeinsamkeiten, Grenzen*

Eine differenzierte Wahrnehmung ermöglicht das Erkennen, Respektieren und Würdigen von Unterschieden und Gemeinsamkeiten in gleichem Maß. Zugleich impliziert sie auch das Erkennen der Vielschichtigkeit und Komplexität der verschiedenen transnationalen Identitäten und Zugehörigkeitskategorien, die in der Person interagieren (Intersektionale Zugehörigkeiten, vgl. Domenig 2021) sowie deren Auswirkung auf das Verhalten. Eine differenzierte Wahrnehmung setzt schließlich die Fähigkeit voraus, zwischen persönlichkeitsbedingten, schicht-, kulturell- und institutionellbedingten Einflussfaktoren zu unterscheiden.

B) Soziale Fähigkeiten

Im Kontext einer interkulturellen Pflegebeziehung sind bestimmte soziale Fähigkeiten von zentraler Bedeutung:

- Emotionale Fähigkeiten wie Empathie, Authentizität, Wertschätzung,
 - Soziale Fähigkeiten wie Beziehungsfähigkeit, dialogische Kommunikationskompetenz, Perspektivwechsel,
 - Kognitive Fähigkeiten wie Unterscheidungsvermögen.
- *Perspektivwechsel und systemische Sichtweise*

Perspektivwechsel bedeutet in einer interkulturellen Pflegebeziehung, sich kognitiv und emotional in die sozio-kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Wertvorstellungen der Patient:innen hineinzusetzen. Eine andere Sicht kann neue Bewertungen und Handlungsmöglichkeiten für die Situation erschließen. Die ganzheitliche Betrachtung des Gegenübers in seinen verschiedenen Systemen, von denen er ein Teil ist, und das Einbinden seiner Ressourcen und seiner sozialen Netzwerke können das Verstehen seines Verhaltens, den Zugang zu seinen Bedürfnissen erleichtern, und den Weg zu bedarfs- und situationsgerechten Lösungen öffnen.

- *Flexibilität und differenziertes Handeln*

Angesichts der Komplexität der Pflegebeziehung zwischen Patient:in mit MHH und dem multikulturell zusammengesetzten Personal müssen pflegerisches Assessment, Beziehungsgestaltung und Einrichtungsbedingungen auf die jeweils aktuelle Situation stets angepasst werden.

Sozio-kulturelle Bedingungen addieren sich zur ohnehin schon vorhandenen Vielschichtigkeit des Stationsalltags.

Die jeweils aktuelle Situation stets angepasst werden. Dies erfordert hohe Flexibilität. Hier kann z. B. helfen, routinierte Handlungen im Hinblick auf die Angemessenheit und Wirksamkeit für die Patient:innen bereits in der Planung zu hinterfragen, Alternativen bereitzuhalten, ungewohnte Handlungsmöglichkeiten auszuprobieren und die Erfahrungen kontinuierlich im

Team zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Voraussetzung für ein bedarfe- und kontextdifferenziertes Handeln der Pflegenden ist die Flexibilisierung von Personal-Organisation, Abläufen und Strukturen wie auch die Erweiterung deren Kompetenzen und Handlungsspielräumen.

C) Spezifische Kompetenzen

Schlüsselkompetenzen einer Kultursensiblen Pflege sind:

- Selbstreflexive Haltung und fachliches Handeln im Umgang mit verschiedenen Kulturen (*Interkulturelle Kompetenz*),
- methodisches Vorgehen zur Förderung der Beteiligung von Patient:innen, Angehörigen und Ehrenamtlichen (*Beteiligungskompetenz*),
- differenzierte Kommunikationsmethoden, um zwischen der Welt der Patient:innen und der Welt der Einrichtung vermitteln zu können (*Mediationskompetenz*).

EXKURS: Interkulturelle Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz ist das zentrale Element der kultursensiblen Pflege. Sie beinhaltet nach Domenig drei Elemente: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie (Domenig 2007, S. 176).

Selbstreflexion – sich der eigenen Kultur und Lebenswelt bewusst werden und sie in ihren Selbstverständlichkeiten zu hinterfragen; die Lebenswelt der Patient:in möglichst wertneutral erfassen, um dann deren Perspektive einzunehmen. Ohne eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem „Eigenen“ und mit dem „Fremden“ können die eigenen Stereotype und Vorurteile nicht erfahrbar und überwindbar werden.

Narrative Empathie – Zuwendung, Zuhören, Engagement und Nähe für die Entstehung einer Vertrauens- und Beziehungsbasis. Die eigene Professionalität tritt in den Hintergrund, im Mittelpunkt stehen das Erzählen der Patient:innen und das einfühlsame Anteilnehmen am Erzählten.

Kulturspezifisches Hintergrundwissen – Wissen über die Herkunftsländer, über die migrationspezifischen Lebensbedingungen und Belastungen, wie auch über die Zugangsbarrieren zum Hilfesystem und zur gesellschaftlichen Teilhabe. Ein solches Wissen ermöglicht die Entschlüsselung von Sinnordnungen der Patient:innen und das Verstehen der Zusammenhänge zwischen individuellen Herkunfts- und Lebensbedingungen in der Migration und Verhalten. Dieses Wissen befähigt die Pflegenden, die richtigen Fragen zu stellen und die Reaktionen der Patient:innen – je nach Situation und Kontext – richtig zu interpretieren.

Domenig spricht inzwischen auch von der „Transkategorialen Kompetenz“. Diese „stellt nicht *Kulturen* ins Zentrum, sondern die *Interaktion* zwischen Fachpersonen und komplexen Identitäten, deren Lebenswelten und Biografien unterschiedliche Aspekte aufweisen,

von denen der Ursprung nur ein Aspekt unter vielen ist. Im Kern besteht die transkategoriale Kompetenz aus einer Interaktionskompetenz in den unterschiedlichsten Kontexten einer pluralisierten Gesellschaft“ (Domenig 2021)³.

Weitere Aspekte der interkulturellen Kompetenz sind *Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz* im Umgang mit Unsicherheit, *Konfliktfähigkeit* insbesondere im Umgang mit kulturellen Unterschieden. Denn eine kultursensible Haltung setzt eine offene Auseinandersetzung mit Konflikten voraus. Sie werden bewusst wahrgenommen, als Lernerfahrung erlebt und als Bestandteil des Pflegehandelns integriert.

Interkulturelle Kompetenz ist das zentrale Element Kultursensibler Pflege und Versorgung.

Das bedeutet in Konfliktsituationen: Unsicherheiten und Spannungen aufgrund von Missverständnissen, ambivalentem Verhalten oder Intoleranz aufzuspüren und zu benennen, die Sicht der Patient:innen einzunehmen, die Bedeutung seiner Wertvorstellungen wahrzunehmen und anzuerkennen. Das erfordert Zeit für Klärung, die Fähigkeit, zwischen verschiedenen kausalen

Faktoren (Patient:in: Persönlichkeit, Herkunft oder Pflegeeinrichtung: Regeln, Abläufe, Strukturen, Qualitätsstandards) zu unterscheiden, die Konfliktsituation im Team zu besprechen und Erkenntnisse sowie geeignete Vermittler einzuschalten (Schlüsselpersonen, Autoritäten der Community).

Nach Thomas (2006, S. 122) gehören zur interkulturellen Kompetenz (s. Abb.3):

Handlungssicherheit – Fähigkeit, Transparenz bzgl. Ziel und Vorgehensweise herzustellen, kulturelle Ressourcen zu erkennen und einzubinden und Defizite auszugleichen.

Handlungsflexibilität – Fähigkeit, Ziel, Interpretationen und Strategien offenzuhalten, damit sie situativ und entsprechend den jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen von Patient:innen und Einrichtung gestaltet werden können.

Handlungskreativität – Fähigkeit, neue alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln und zu erproben, um interkulturelle Synergien zu erzeugen.

Handlungstransfer – Fähigkeit, erfolgreich praktizierte Formen interkulturellen Handelns auf neue Situationen zu übertragen und anzupassen.

³ <https://pflege-professionell.at/von-der-transkulturellen-zur-transkategorialen-kompetenz>

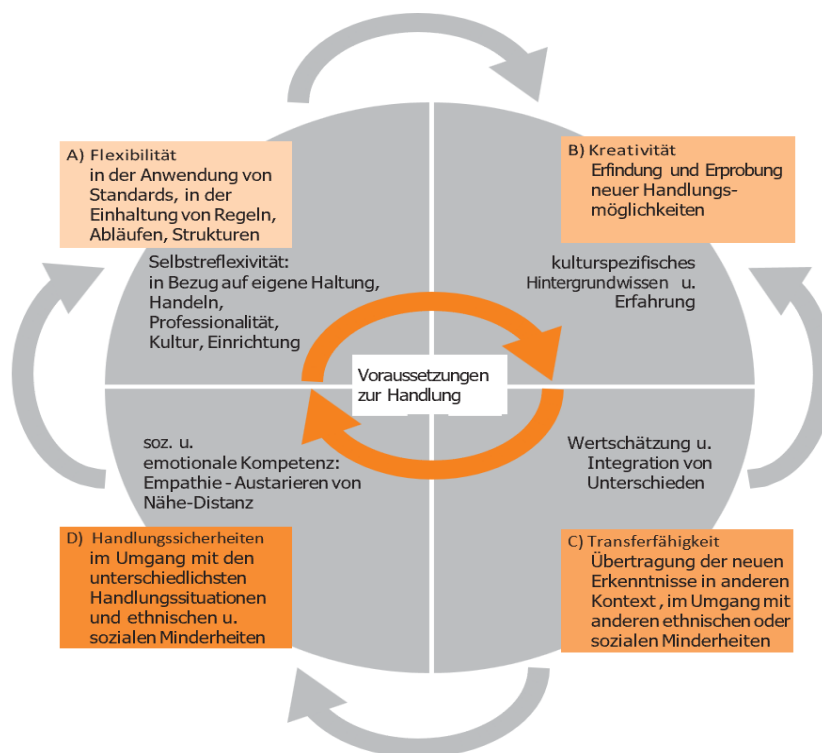


Abb. 3 Kompetenzen zur Handlung im Rahmen interkultureller Kompetenz (Zanier 2017, S. 8).

D) Spezifische Werkzeuge

Differenziertheit der Sprache

Für die Verständigung in der interkulturellen Pflegebeziehung ist die Differenziertheit der Sprachmittel gefragt.

Verbal: einfache, kurze, deutliche, konkrete Sprache (abstrakte und Fachsprache vermeiden); Schlüsselwörter in der Muttersprache der Patient:innen (Begrüßung, Emotionen, Körperteile → Stationswörterbuch als Nachschlagewerk entwickeln); Muttersprache (insbesondere bei emotional wichtigen und behandlungsrelevanten Themen).

Nonverbal: Körpersprache, Mimik, Gestik, Zeichensprache, Blickkontakt, Körperhaltung, Intonation, Lautstärke.

Differenziertheit der Kommunikationsmittel und Übersetzungshilfen

Bei der Wahl des Kommunikationsmittels sind Inhalt, Kontext und Ausgangsbedingungen der Patient:innen zu berücksichtigen (Bildungsniveau, soziale, kulturelle Herkunft, Kommunikationsregeln, Selbstmitteilungsfähigkeit). Zudem ist für die Erschließung der Bedürfnisse der Patient:innen wichtig, ein Gespür für die „Botschaft“ hinter den Bildern der Sprache und der Erzählungen zu entwickeln.

Hilfsmittel: Symbole, Piktogramme, Bildtafel, (z. B. TOP DOC-Anamnese), Videoclips, mut-

tersprachliches Material zu Gesundheit bzw. zum Krankheitsbild⁴, elektronische Übersetzungsprogramme, z.B. Smartphone, Apps oder Online-Übersetzungshilfen, dolmetschende Person.

Kultur- und migrationsspezifisches Hintergrundwissen

Hierzu zählen u. a. Informationen über die Ausrichtung des Gesellschaftssystems des Herkunftslands der Patient:in, religiöse Orientierung, Weltanschauung, Kommunikationsregeln, Integration, Menschenrechte, Gesundheits- und Krankheitskonzepte, Rassismus und Diskriminierung oder psychische Erkrankungen als Traumafolgen. Die individuelle Ausprägung und Relevanz dieser Aspekte kann im Dialog mit den Patient:innen und den Angehörigen durch sensibles Nachfragen erkundet und überprüft werden. Kulturspezifisches Wissen wird durch die praktische Erfahrung mit Patient:innen mit MH und durch den Austausch mit Kolleg:innen mit MH stets erweitert.

2.3.2 Kultursensible Pflege: Umsetzungsschritte – ein wechselseitiger Lernprozess

Kultursensible Pflege ist ein wechselseitiger Lernprozess. Er beinhaltet das gegenseitige Aufeinander Zugehen zwischen den Patient:innen aus ihrer Lebenswelt und der Pflegeperson aus ihrer Einrichtungskultur. Er entwickelt sich auf verschiedenen Ebenen, die miteinander interagieren: Er erfordert mehrere Schritte und beginnt auf der individuellen Ebene (Pflegekraft und Patient:in/Angehörige), wird im Pflegeteam reflektiert und operationalisiert und schließlich in der Veränderung der Einrichtung verankert. Er ist dauerhaft angelegt und trägt zur kontinuierlichen Entwicklung des Personals in ihrer interkulturellen Kompetenz und ihrem kultursensiblen Handeln bei und fördert zugleich die Zukunftsfähigkeit der Organisation (vgl. Zanier 2016).

Schritte des interkulturellen Lernprozesses

1. *Bewusstsein über die eigene Kulturgebundenheit entwickeln*

Der erste Schritt des interkulturellen Lernprozesses bedarf der Entwicklung eines Bewusstseins für die eigene kulturelle Prägung. Ein solches Bewusstsein ist für die Gestaltung einer kultursensiblen Pflege unentbehrliche Voraussetzung. Er beinhaltet drei Dimensionen: Selbstreflexion der eigenen Identität, das Erkennen der eigenen "kulturellen Befangenheit" und die Relativierung des eigenen Wertesystems.

Im Einzelnen heißt es: Kultursensible Pflege erfordert eine kontinuierliche Selbstreflexion der eigenen Identität, der eigenen Kulturgebundenheit in der Art und Weise des Sich-In-Beziehung-Setzens zu anderen Kulturen. Das bedeutet: den Einfluss der eigenen kulturellen Prägung auf die Wahrnehmung, Haltung, Denk-, Bewertungs- und Handlungsmuster identifizieren und selbstkritisch reflektieren, sich mit den eigenen Ängsten, Unsicher-

⁴ TOP DOC ist erhältlich etwa beim Ethnomedizinischen Zentrum, Dolmetscher und Infodienst, Gesundheitsamt BaWü: „Leitfaden Gesundheit“ in mehreren Sprachen oder BMG oder Krankenkassen „Koffer muttersprachige Materialien“ vom Forum für eine kultursensible Altenhilfe (2015).

heiten auseinandersetzen und deren Auswirkung auf die Beziehung zu Patient:innen anderer Herkunft prüfen. Dies impliziert das Gewähr Werden der Relativität des eignen Wertesystems. Zu einem solchen Bewusstseinsprozess gehört auch die Reflexion des Ordnungs- und Wertesystems der Einrichtung. Das erfordert wiederum das kritische Hinterfragen der Angemessenheit von professionellen Maßstäben (z.B. Qualitätsstandards, Abläufe), insbesondere in der Anwendung bei Patient:innen MMH.

1.1 Bewusstsein über die eigenen „Bilder“ und Vorurteile

Die Kultursensibel Pflegende macht sich bewusst über die eigenen Vorurteile und Vorstellungen über Angehörige anderer Kulturen, damit auch über die Gefahren von Stereotypisierung, Kulturalisierung und Gleichbehandlung. Das heißt: Sie achtet darauf, Patient:innen nicht auf die Merkmale der zugehörigen Minderheit zu reduzieren, sondern nimmt sie/ihn auch in seiner einmaligen Individualität wahr. Sie erklärt Unterschiede und Konflikte nicht nur durch kulturelle Differenzen, sondern unterscheidet zwischen persönlichen, ethnischen, religiösen Einflussfaktoren einerseits und institutionelle Rahmenbedingungen, Barrieren und Unzulänglichkeiten andererseits.

1.2 Bewusstsein über die Abhängigkeits- und Machtverhältnisse

Die Kultursensibel Pflegende setzt sich mit den ungleichen Machtverhältnissen in der Pflegebeziehung sowie im institutionellen Kontext auseinander. Sie macht sich der Ungleichheit in der interkulturellen Pflegebeziehung und der spezifischen *Abhängigkeiten* des Pflegebedürftigen MMH bewusst. Denn die Erfüllung seiner Grundbedürfnisse, die Aufrechterhaltung seiner Lebensgewohnheiten und die Wahrung seiner Integrität und Schamgrenzen werden maßgeblich von den professionell Pflegenden und von der Einrichtung bestimmt. Dies gilt besonders bei Patient:innen mit geringeren Deutschkenntnissen, unsicherem Rechtsstatus und fehlenden Familienangehörigen.

In der Arzt-/Fachkraft- und Patient:innen-Beziehung haben professionell Pflegende und Einrichtung die Gestaltungsmacht über die Definition der Krankheit, über die Verfügbarkeit von Hilfe-Maßnahmen, über die Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten und letztlich über die Beziehungsgestaltung. Eine solche Definitionsmacht ist im Verhältnis zwischen der Gesundheitseinrichtung – als Teil der Mehrheitsgesellschaft – und den Patient:innen mit MMH – als Teil der Minderheit – verankert und verstärkt die ohnehin vorhandene Asymmetrie in der Hilfebeziehung. Das ist der Boden aus dem – bewusst oder unbewusst – strukturelle Benachteiligung und Diskriminierung oft entstehen können. Deshalb achtet eine kultursensibel handelnde Person darauf, ihre Machtposition nicht zu missbrauchen und bemüht sich, die Ungleichheit zu reduzieren, indem sie z. B. ihre Professionalität in den Hintergrund stellt und Nähe emphatisch zulässt, die Erfüllung der Patient:innenbedürfnisse unterstützt und sie gegenüber der Einrichtung vertritt.

2. Vertrauen und Beziehung aufbauen

Um eine Vertrauensbasis aufzubauen nähert sich eine kultursensibel Pflegende den Patient:innen zuerst als Mensch an. Sie hat sich im Vorfeld über den Kommunikationsstil erkundigt (z. B. Begrüßungsrituale, Körpersprache, Schlüsselwörter in der Muttersprache). Sie zeigt authentisches Interesse für seine Kultur, Religion und Weltanschauung, an seiner kulturellen Identität und ganz individuellen Persönlichkeit, hört aufmerksam zu, nimmt

Anteil an seiner Lebensgeschichte und seinen Gefühlen und vermittelt authentisch Wertschätzung. Sie kennt die Gefahr des „inneren Rückzugs“ besonders bei Patient:innen, die sich aufgrund sprachlicher, sozio-kultureller oder institutioneller Barrieren nur eingeschränkt mitteilen können. Sie vermittelt ihnen Sicherheit durch die Verlässlichkeit ihrer Beziehung und setzt sich gegenüber der Einrichtung für die Patient:innen anwaltschaftlich ein, damit ihre Individualität, kulturelle und religiöse Identität gewahrt und ihre Bedürfnisse angemessen berücksichtigt werden.

Ziel ist, das Misstrauen und die Angst der Patient:innen gegenüber der „fremden Hilfe“ und der Institution zu reduzieren, und die Scham, Bedürfnisse zu äußern, einfühlsam aufzufangen. Wichtig dabei ist auch eine Haltung als Lernende einzunehmen (z.B. andere Pflegeritualen) und die verschiedenen Grenzen der Intimsphäre zu wahren. Besonders aufgrund der spezifischen Erfahrungen der Migration, (Trennungen, Verlust der Heimat, Enttäuschung über die nicht erreichte materielle Sicherheit und sozialen Aufstieg, unklare Lebensperspektive im Alter, Ungeschütztsein gegenüber Ausgrenzung und Diskriminierung, Traumata) sind die Vermittlung von Sicherheit, Schutz, Zugehörigkeiten und Wertschätzung der individuellen und kulturellen Identität – im Rahmen einer verlässlichen Beziehung – für den Vertrauensaufbau maßgeblich.

3. Verständigungsprozess sichern

Kultursensible Pflege weiß, dass die interkulturelle Kommunikation aus einer Gradwanderung zwischen „Verstehen und Nicht-Verstehen“ besteht.

Besonders in der Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung von Patient:innen mit geringeren Deutschkenntnissen ist eine kontinuierliche Überprüfung der Verständigung für den Behandlungsprozess entscheidend. Dies kann zum Beispiel durch einfühlsames Nachfragen und illustrierende Beispiele unterstützt werden. Eine kultursensibel handelnde Pflegekraft macht sich bewusst, dass Patient:innen mit Migrationsgeschichte oft aus Scham und Verlegenheit nicht offenbaren, dass sie etwas nicht verstanden haben. Die Pflegekraft vermittelt ihnen das Gefühl, angenommen zu werden und wiederholt mit anderen Worten, Gesten, Bildern, Piktogrammen den zu vermittelnden Inhalt. Sie achtet darauf, wann der Grad der Verständigung in der Institutionssprache nicht mehr ausreicht und die Fortsetzung des Gesprächs in der Muttersprache erforderlich ist. Hier ist die Anbindung geeigneter Dolmetscher:innen gefragt.

Zum interkulturellen Kommunikationsprozess gehören jedoch nicht nur die sprachliche Verständigung, sondern auch die emotionale Einstimmung und die Berücksichtigung der nonverbalen Ausdrucksformen. Zu diesem Ziel empfiehlt sich der Einsatz differenzierter Kommunikationsinstrumente (vgl. hier Kap. 5).

Vor allem kommt es auf die kulturelle Verständigung an. Diese kann unterstützt werden z.B. durch die Beachtung der Kommunikationsnormen der Patient:innen (was ist, in welcher Kommunikationssituation, bei wem angebracht oder nicht, z.B. Blickkontakt, Berührung, Handgeben). Die Ver-

Verständigung ist mehr als sprachliche Übersetzung.

ständigung in der Muttersprache und nach den kulturell-religiös geprägten Kommunikationsnormen ermöglichen den Patient:innen, ihre Bedürfnisse authentisch mitzuteilen. Sie gibt ihnen Sicherheit und vermittelt die Anerkennung und den Respekt ihrer kulturellen Identitäten. Für die Sicherstellung der muttersprachlichen Verständigung ist es wichtig zu erkennen und zu differenzieren, für welche Gesprächsinhalte und in welchen Situationen, wer der geeignete und von Patient:innen als vertrauenswürdig akzeptierte Sprachmittler sein kann. Nicht für jede Kommunikationssituation sind z. B. Angehörige oder Bekannte die richtige Wahl. Denn aufgrund ihrer emotionalen und/oder normativen Befangenheit (bestimmte Themen dürfen nicht offen angesprochen werden) oder aufgrund auch eigener Interessen besteht die Gefahr relevanter Verzerrungen oder Unterlassungen des zu übersetzten Gesprächsinhalts.

4. Lebenswelt der Patient:innen erkunden

Für die Erfassung der Lebenswelt von Patient:innen mit Einwanderungsgeschichte ist die „kultursensible Anamnese“ ein geeignetes Instrument. Dank der vielschichtigen und mehrperspektivischen Herangehensweise ermöglicht sie, die Lebensgeschichte von Patient:innen besser zu verstehen, und die Zusammenhänge zwischen Verhalten und Handlungshintergründen (Werte, Familienhierarchie, Geschlechterrollen, Generationsbeziehungen, Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Ausdruck von Schmerz, individuell und sozio-kulturell geprägte Bewältigungsstrategie) zu erkennen, um sie dann in das pflegerische Handeln einzubinden und eine bedürfnisgerechte Versorgung zu erreichen.

5. Dialog und Beteiligung ermöglichen

Ein weiterer Schritt des interkulturellen Lernprozesses ist die Gestaltung einer dialogischen Kommunikation und die sensibel austarierte Einbeziehung der Patient:innen und seines sozialen Umfelds bei Berücksichtigung seiner gesellschaftlichen Herkunft und individuellen Lebensgeschichte.

„Der Pflegeprozess ist im Dialog mit den Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebenserfahrung, Selbstdefinition und des Erlebens der Pflegesituation sicherzustellen“ (Arbeitskreis kultursensible Altenpflege 2002).

Eine kultursensibel handelnde Pflegeperson bemüht sich demnach um die Beteiligung der Patient:innen im Pflegeprozess wie auch in der Alltagsgestaltung. Sie ermutigt und unterstützt sie, sich mitzuteilen, ermöglicht ihnen und den Angehörigen das Mitwirken und reduziert dadurch das Gefühl von Abhängigkeit, Fremdbestimmung und Scham. Sie ermöglicht weitgehend die Fortsetzung der Lebensgewohnheiten und der Familien- und Pflegerituale, fördert die Aufrechterhaltung der Bindungen zum sozialen Umfeld. Auch ist sie sich bewusst, dass – aufgrund der unterschiedlichen Verständnisse und der Barrieren auf beiden Seiten – eine gelungene Beteiligung einen längeren „Weg“ braucht. Die Gestaltung eines interkulturellen Dialogs und einer aktiven Beteiligung erfordern die Berücksichtigung der ungleichen sozialen Voraussetzungen und des kulturellen Hintergrunds der Zielgruppe und muss stets daran angepasst werden. Denn Beteiligung kann z. B. als eine Überforderung wahrgenommen oder aber als geringere Autorität und Fachlichkeit der Pflegeperson gedeutet werden. Beteiligung setzt zum einen die fachliche Kompetenz, zum anderen die Bereitschaft der Fachperson und der Einrichtung ihre Definitions- und Bestimmungsmacht zu teilen, voraus.

Beteiligungsprozesse in Hilfebeziehungen vollziehen sich stets in einem Spannungsfeld zwischen Förderung der Selbstbestimmung und Schutz vor Überforderung. Dies gilt insbesondere für die Hilfe, Pflege und Betreuung vulnerabler Patient:innengruppen wie älterer Menschen mit Migrationsgeschichte.

Beteiligungsprozesse stehen im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz sowie Patient:in und Familiensystem.

Beteiligung steht zudem – besonders in einem interkulturellen Pflegekontext – auch stets im Spannungsfeld zwischen der Wahrung der individuellen Selbstbestimmung der einzelnen Patient:in und der Einbeziehung des Familiensystems mit seinen spezifischen Normen, Wertvorstellungen, Hierarchieverhältnisse (Alter, Geschlechterrollen, Verwandtschaftsverhältnis, religiösen Vorgaben, etc.). Demnach erweisen sich Entscheidungsprozesse und die Gestaltung der Versorgung oft als eine herausfordernde Gradwanderung.

6. Vereinbarung über Grundversorgung einleiten und kontinuierlich abstimmen

Wenn eine Vertrauensbasis und die Voraussetzungen für die Verständigung geschaffen sind, kann – auf der Basis der *kultursensiblen* Anamnese – der gemeinsame Abstimmungsprozess über die Gestaltung von Pflege, Tagesablauf, Essensgewohnheiten, sozialen Aktivitäten, etc. beginnen. Dabei werden sowohl Bedarfe, Bedürfnisse, genderspezifische Vorbehalte (z.B. Wunsch nach geschlechtsspezifischer Pflege), Umgang mit der Intimsphäre, etc., als auch die jeweilige Rolle der Pflegekraft und der Familien erfasst und geklärt. Die Anpassung einer solchen Vereinbarung ist eine kontinuierliche Aufgabe. Ziel ist eine bessere Kooperation zwischen Patient:innen, deren Angehörigen *und* der professionell Pflegenden zum einen und zum anderen eine höhere Selbstwirksamkeit der Patient:innen zu erreichen, um eine für ihn/sie und die Familie effektive und wirksame Hilfestellung zu leisten.

7. Erwartungen und Möglichkeiten gegenseitig anpassen und Konzepte weiterentwickeln

Im Laufe der Umsetzung der Vereinbarungen können Erwartung und Grenzen zu Tage treten, die einen neuen Aushandlungsprozess zwischen der Patient:innen MH und der Pflegeperson bedürfen. Gerade hier können aber neue Handlungsmuster für den Umgang mit spezifischen Bedürfnissen und Versorgungssituationen entwickelt und erprobt werden (Ebene der Pflegebeziehung). Durch die Reflexion dieser Erfahrungen werden wichtige Erkenntnisse gewonnen, Pflege- und Betreuungskonzepte, Abläufe und Strukturen auf ihre Tauglichkeit für den Umgang mit der Kulturspezifität und individueller Diversität überprüft und angepasst. Damit wird auch auf der Ebene der Einrichtung eine kontinuierliche Entwicklung angestoßen.

8. Fachliche und strukturelle Veränderung

Zu diesem Prozessschritt gehört zum einen die Überprüfung und Ausweitung der Kompetenzen von Fachpersonal und Führungskräften. Dabei sind Kultur- und Diversitätssensibilität sowie interkulturelle und partizipative Fähigkeiten die zu fördernden Schlüsselkompetenzen. Zum anderen sind die Kommunikations-, Entscheidungs- und operativen

Strukturen neu zu überdenken und anzupassen, um den Veränderungsprozess zu verstetigen.

9. *Kontinuierliche Weiterentwicklung der Kultursensibilität: Einrichtung als lernende Organisation*

Kultursensible Pflege bedeutet einen kontinuierlichen Entwicklungsprozess von interkulturellen Kompetenzen und Ressourcen auch auf der Ebene der Einrichtung.

Für das Gelingen einer Kultursensiblen Pflege sind somit *fünf* Elemente unabdingbar: Interkulturelle Kompetenz, partizipative Strukturen, eine Kreativität fördernde Fehlerkultur, Lernbereitschaft und die interkulturelle Öffnung der Einrichtung und zwar: konzeptionell, personell, strukturell, organisatorisch und strategisch.

3. Voraussetzung für die Kultursensible Pflege: die Interkulturelle Öffnung (IKÖ)

Die Einführung eines interkulturellen Öffnungsprozesses in der Einrichtung bzw. Organisation ist für die Umsetzung der Kultursensibilität sowie für die Nachhaltigkeit der strukturellen Veränderung unentbehrliche Voraussetzung. Ohne die Anpassung der Rahmenbedingungen sind die hier dargestellten Ansätze und Instrumente der Kultursensiblen Pflege nicht realistisch und wirksam umsetzbar. Vielmehr führen sie zu Überforderung und Frustration der professionell Handelnden. Im folgenden Kapitel werden die zentralen Aspekte der interkulturellen Öffnung kurz vorgestellt.

3.1 Definition der IKÖ

- Die Interkulturellen Öffnung (IKÖ) ist ein Veränderungsprozess, der die gesamte Organisation betrifft (Personalkonzepte, Strukturen, Abläufe, Angebotsgestaltung, Qualitätsstandards). Sie ist KEIN Zusatzangebot, sondern eine Querschnittsaufgabe, die *alle* Bereiche und Hierarchieebenen tangiert (vgl. Arbeitskreis kultursensibler Altenhilfe 2002, S. 12).
- Durch den IKÖ-Prozess werden die Potentiale der Vielfalt erkannt und integriert, äußere und innere Barrieren identifiziert und reduziert, die Beteiligung von Mitarbeit:innen und Nutzer:innen, insbesondere MMH, verbessert bzw. initiiert.
- IKÖ muss vom Management gewollt sein, mit den Mitarbeiter:innen und allen anderen Beteiligten offen diskutiert und abgestimmt werden. Sie wird dann in die Philosophie (Leitbild) und Strategie der Organisation (OE) integriert. Transparenz und Teilung von Gestaltungsmacht sind Grundvoraussetzungen für den langfristig bzw. dauerhaft angelegten IKÖ-Prozess (vgl. Schröder, Handschuck, 2002; Schröder 2007).
- IKÖ erfordert die Einplanung von adäquaten zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen für die Implementierung des Prozesses, für die Umsetzung der Kultursensiblen Pflege, für die Reflexion und Evaluation der neuen Erfahrungen, sowie für die Moderation und Steuerung der Veränderung. Die Einbeziehung einer externen Fachberatung ist besonders zu Beginn sehr zu empfehlen.

3.2 Beschreibung des IKÖ-Prozesses

Die IKÖ ist als ein Entwicklungsprozess zu verstehen, der sich auf zwei interagierenden Dimensionen entfaltet: die eine betrifft die *interkulturelle* Ausrichtung von Konzepten, Qualität und Strukturen der Organisation, die andere impliziert die Entwicklung von *sozio-kultureller und glaubensspezifischer* Sensitivität.

Die *interkulturelle Ausrichtung* beinhaltet den insgesamt übergreifenden Prozess, der die Einrichtung zum adäquaten Umgang mit Diversität überhaupt befähigt. Während durch die *kulturspezifische Ausrichtung* bereitet sich die Einrichtung auf den Umgang mit den spezifischen ethnischen, kulturellen, religiösen Bedarfslagen vor und gestaltet spezifische Ansätze und Angebote (z.B. Fokussierung auf zwei oder drei ethnischen oder religiösen Schwerpunkte). Dieser Entwicklungsprozess ist im Verhältnis zu den örtlichen Gegebenheiten und zu den Ressourcen der jeweiligen Einrichtung auszubauen und setzt die Beteiligung der jeweiligen Zielgruppen (Minderheiten) voraus.

Oft werden die *interkulturelle* und die *kulturspezifische Ausrichtung in der Fachöffentlichkeit* als Gegensätze dargestellt, jedoch das Gegenteil ist der Fall. Denn beide haben ihren Sinn und ihre Berechtigung und ergänzen sich gegenseitig (s. Abb. 4).



Abb. 4 Wechselwirkung zwischen interkultureller und spezifischer Entwicklungsebene (eigene Darstellung).

3.3 Dimensionen vom IKÖ-Prozess

Der IKÖ-Prozess entfaltet sich nach Schröder (2007, S.85) über mindestens vier Dimensionen: normative, institutionelle, sozialräumliche und instrumentelle Dimension (s. Abb. 5). Die *normative* Dimension betrifft die Grundsätze der Organisation bzw. Einrichtung (z.B. Leitbild). Die *institutionelle* Dimension betrifft die institutionellen Bedingungen und Angebote der Einrichtung, wohingegen die *sozialräumliche* Dimension die Vernetzung der Einrichtung mit ihrem Umfeld. Die *instrumentelle* Dimension beinhaltet schließlich die Strategie und Struktur für die Implementierung und Steuerung des IKÖ-Prozesses.

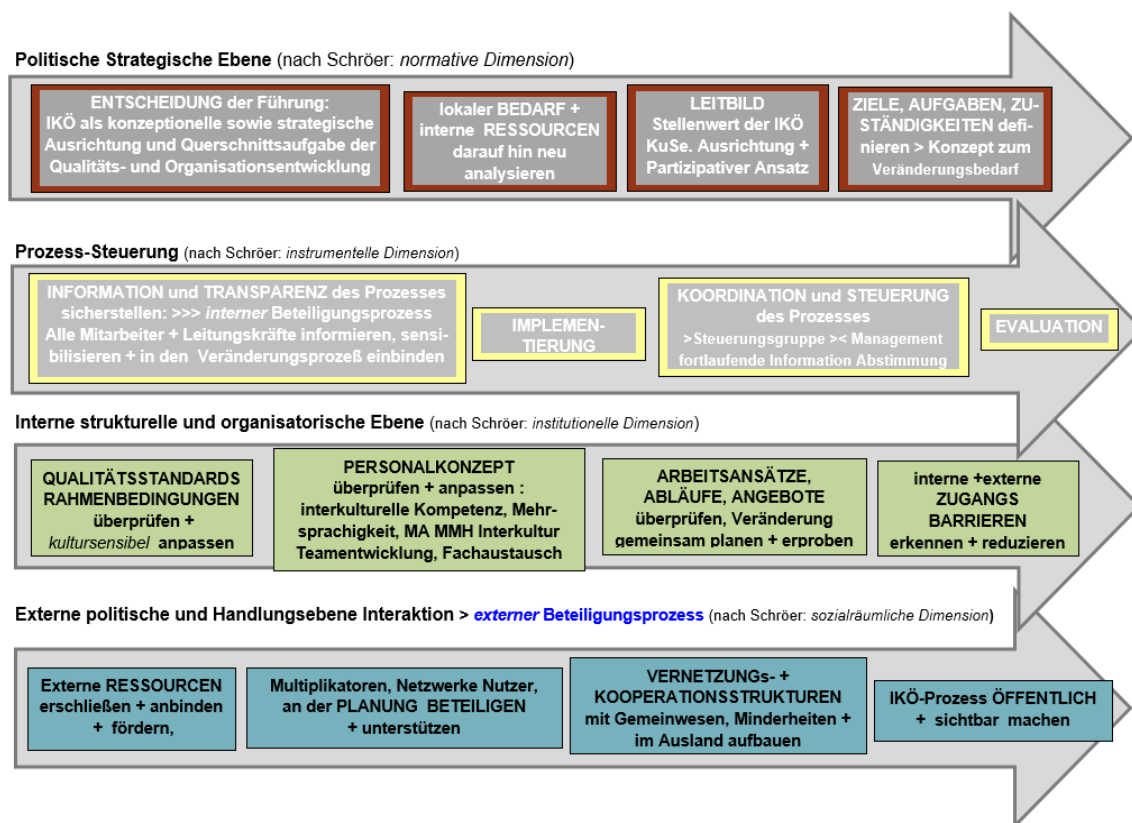


Abb. 5 Dimensionen des IKÖ-Prozesses (eigene Darstellung).

3.4 Umsetzungsschritte vom IKÖ-Prozess

Die Umsetzung des IKÖ-Prozesses erfolgt in verschiedenen Schritten (s. Abb. 6), deren Reihenfolge nicht bindend, sondern den realen Bedingungen der Einrichtung anzupassen ist. Zwischen Innen- und Außenbereichen findet eine kontinuierliche Rückkopplung statt.

Die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung setzt eine klare Entscheidung der Führungsebene und die Beteiligung der Mitarbeiter:innen voraus. Des Weiteren erfordert sie die Auseinandersetzung mit dem Profil der Einrichtung und die Analyse ihrer Stärken, Schwächen, Leistungen, Grenzen: Was kann unsere Gesundheits-Pflegeeinrichtung bieten? Für Wen? Was nicht? Welche sind unsere internen Ressourcen (Mitarbeiter:innen)? Welche Leistungen und Angebote können verbessert werden (z.B. gleichgeschlechtliche Pflege, Räume für die Ausübung religiöser Rituale, Berücksichtigung religiöser Speisevorschriften, Berücksichtigung der Mahlzeiten und des Tagesablaufs der Patient:innen, Einrichtung von Räumen für Aufenthalt und Übernachtung für Besucher:innen)? Welche neuen Angebote sollten ausgebaut werden (z.B. durch externe Kooperationen mit Religionsgemeinschaften, Migrantengemeinschaften, Freiwilligen-Projekten der Migrationsarbeit, Migrationsdiensten, interkulturellen Dolmetscher-Pools, oder durch die Anwendung technischer Mittel (Übersetzungssysteme auf Smartphon))? Wie sollten unsere Konzepte, Ansätze, Kommunikations- und Arbeitsstrukturen, Qualitätsstandards und Personalorganisation daraufhin angepasst werden?

In der folgenden Graphik werden die Umsetzungsschritte übersichtlich und zusammengefasst illustriert.



Abb. 6 Umsetzungsschritte des IKÖ-Prozesses in der Einrichtung (Zanier 2020, S. 161).

3.5 Der Mehrwert der Kultursensiblen Pflege und IKÖ

Die Ansätze der Kultursensibilität und der IKÖ bieten Einrichtungen wie schlussendlich auch *allen* Beteiligten einen Mehrwert, der in den folgenden wichtigsten Aspekten zusammengefasst werden kann:

- Zugang zu neuen Nutzergruppen durch differenzierte Angebote für die Vielfalt der Bedürfnisse
- Strukturelle und strategische Weiterentwicklung der Einrichtung und Organisation und damit Steigerung ihrer Zukunftsfähigkeit
- Bessere Integration der internen und Erweiterung der externen Ressourcen
- Ausbau der Kompetenzen von Mitarbeiter:innen und Führungskräften hinsichtlich interkultureller, partizipativer, integrativer Kompetenzen
- Flexible und effizientere Organisationsstruktur
- Weiterentwicklung von Konzepten und Qualitätsstandards
- Etablierung einer Beteiligungs- und Lernkultur und damit Steigerung der Kreativität und Wirksamkeit
- besserer Umgang mit Unsicherheiten, herausfordernden Situationen, „Störungen“, und Konflikten
- angemessene und sichere Herangehensweise mit der wachsenden kulturellen Heterogenität und individuellen Diversität und mit der daraus hervorgehenden Komplexität von Bedürfnissen, Pflege- und Versorgungssituationen
- Beitrag zu einer gleichberechtigten und gleichwertigen Pflege und Betreuung für

- aller Nutzergruppen
- Bessere Qualität von Pflege und Versorgung damit mehr Zufriedenheit für *alle* Patient:innen und deren Angehörige
- Langfristig mehr Zufriedenheit für die professionell Handelnden

4. Exkurs: Kultursensible/ transkulturelle Anamnese

Kultursensible Pflegeanamnese will möglichst nah an der Lebenswelt der Patient:innen ansetzen, um Situation und Bedürfnisse realitätsnah abzubilden. Damit steht sie prinzipiell entgegengesetzt zur Notwendigkeit von standardisierten Verfahren und Zeitökonomie, denn diese bergen die Gefahr, Schubladendenken und Kulturalisierung zu reproduzieren und zu verstärken. Sie erzeugen „eine vorkonstruierte Kommunikation, die die Spontaneität und Eigenart unterdrückt, bestimmte Fragen nicht stellt, bzw. Antworten nicht protokolliert“ (Friebe 2003, S. 17) und verhindern eher die Entstehung einer Vertrauensbasis und den Zugang zu pflege- und behandlungsrelevanten Informationen. Andererseits ist ohne Systematisierung des Vorgehens eine praxistaugliche Handhabung kaum möglich. Die Kultursensible Anamnese bedient sich einer Kombination verschiedener Methoden:

- Mehrdimensionaler Gesprächsleitfaden,
- Narratives Verfahren und
- aktive Beobachtung.

Relevanz

Die Kultursensible Anamnese hat Auswirkungen auf alle nachfolgenden Schritte des Einrichtungs- oder Klinikaufenthalts. Eine umfassende Kultursensible Pflegeanamnese ist zwar zeitaufwendig, setzt bestimmte Kompetenzen der Pflegekräfte (interkulturelle Beteiligungskompetenz), die Einbindung von Ressourcen (z. B. Dolmetscher:innen) und eine überlegte Vorbereitung voraus. Diese Investitionen sind aber lohnenswert, denn sie erleichtern das Pflegeassessment, die individuelle und migrationsspezifische Anpassung diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen und erhöhen deren Wirkungschancen.

Kultursensible Pflegeanamnese ist zwar zeitaufwendig, aber lohnenswert.

Vorteile der Kultursensiblen /Transkulturellen Anamnese

Sie ermöglicht eine bessere und ganzheitliche Erfassung der Patient:in und seiner/ihrer Lebenswelt, bildet die Grundlage für den Vertrauensaufbau, für die Klärung von Kommunikationsform und für eine biografie- und migrationssensible Behandlung. Sie ist nicht nur für die differenzierte Bedarfserfassung bei Patient:innen mit Zuwanderungsgeschichte hilfreich, sondern bei *jedem/jeder* Patient:in.

Merkmale

Zentrale Merkmale einer Transkulturellen Pflegeanamnese sind: individuell, biografiezentriert, anti-kulturalistisch, alltag- und praxisbezogen, kontext- und situationsbezogen, ganzheitlich, ressourcenorientiert, systemorientiert, interaktiv und selbstreflexiv (vgl. Domenig, Stauffer, Georg 2007).

4.1 Erkundung der Lebenswelt der Patient:innen

Inzwischen existieren mehrere Modelle der Kultursensiblen /Transkulturellen Anamnese. In diesem Beitrag wird vorwiegend auf das Modell transkulturelle Anamnese von Domenig (2007) Bezug genommen, welches auf die früheren Modelle von Andrews und Boyle (1999, S. 539 ff.) und Georg (2004) aufbaut. Im Folgenden werden die für eine Kultursensible Anamnese relevanten Themenkomplexe aus den drei o. g. Modellen zusammengeführt und ergänzt (s. Abb. 7).

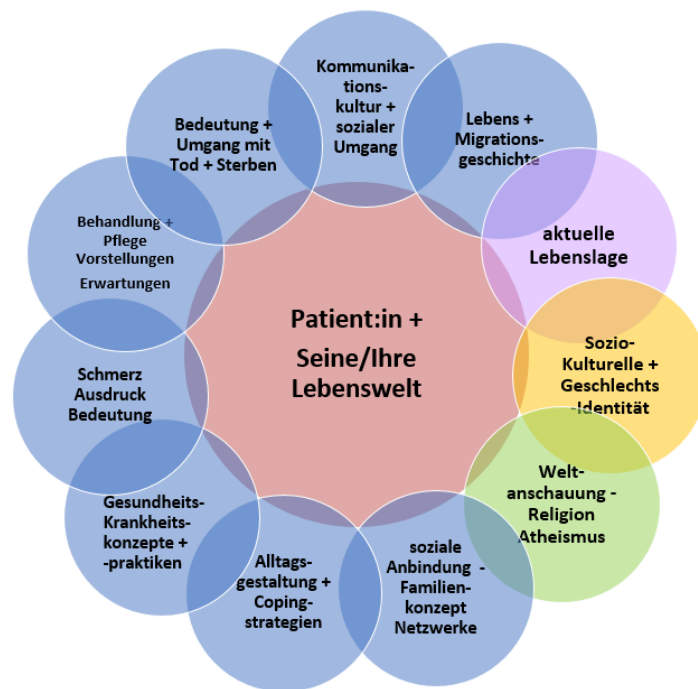


Abb. 7 Kultursensible transkulturelle Anamnese: eine Übersicht (eigene Darstellung).

Zu erkundende Lebensbereiche

Was sollten professionell Pflegende und die Einrichtung über den/die Patient:in wissen? Zur Erkundung der Lebenswelten der Patient:in ist eine systemische Perspektive unverzichtbar. Denn Familiensystem, Gesellschaftssystem des Herkunftslands und soziales Netzwerk im Migrations- und Zielland sind wesentliche Bestandteile der Biographie und Schlüssel für das Deuten und Verstehen von Bedürfnissen und Verhaltensweisen der zu Pflegenden.

Kommunikation

Zum Bereich „Kommunikation“ gehört das Erkunden der sprachlichen ebenso wie der kulturellen Verständigung.

Sprachliche Verständigung klären: Muttersprache, Deutschkenntnisse, andere Sprachen, Lesen und Schreiben, Wunsch nach Übersetzer:in, Informationsmaterial in der Muttersprache.

Kulturelle Verständigung erkunden: Kommunikationsregeln, Höflichkeitsgebote, kulturell geprägte Deutungsmuster, nonverbale Kommunikationsformen, Nähe und Distanz, Bedeutung und Grenzen der Körperberührung, Ausdruck von Emotionen.

Lebensgeschichte

Geburts- und Sozialisationsorte (Herkunftsland, Stadt/Land), Bildungshintergrund, Ausbildungswünsche, Alter bei der Einwanderung (Erste oder zweite Generation?), Schichtzugehörigkeit, soziale Position, Lebensstil im Herkunftsland, relevante bzw. kritische Lebensereignisse.

Migrationsgeschichte

Migrationsgründe, fördernde und hindernde Bedingungen im Herkunftsland (Push-Pull-Faktoren), Fluchtgeschichte, Kriegs- und Gewalterfahrungen (Traumatisierung), Erwartungen an das Migrationsvorhaben, Migrationsetappen (Erstmigration, Re-Emigration), Schichtzugehörigkeit, Erfahrungen mit Integration, Diskriminierung und Rassismus, Rückkehrpläne.

Frauen und Männer

Bilder und geschlechtsspezifische Rollenkonzepte im Herkunftsland, sozio-kulturelle Identifikation, Veränderungen der Rollenkonzepte durch die Anpassungsprozesse im Aufnahmeland, geschlechtsspezifische Konflikte, Gewalterfahrungen in der Ehe-/Partnerschaft.

Aktuelle Lebenslage

Ökonomische Lage, Arbeit, Beruf, erfahrene Anerkennung, Zufriedenheit, Veränderungen des Lebensstils durch die Migration und Lebenslage im Zielland.

Wohnsituation

Wohnort, Infrastruktur vor Ort, Wohnbedingungen, Barrierefreiheit, Comfort und Sicherheit der Unterkunft, Wohnsituation (alleine, Familienangehörige, Verwandte, Freunde).

Rechtliche Lage

Aufenthaltsstatus und -dauer: Aufenthaltstitel, befristet / unbefristet / eingebürgert? (unsicherer Aufenthaltsstatus? von Abschiebung bedroht? illegaler papierloser Aufenthalt?).

Systemkenntnisse

Kenntnisse über die Strukturen und Vertrautheit mit dem Gesundheitswesen im Zielland, Erwartungen und Vorbehalte.

Familiensystem

Familiäre Bindungen im Aufnahmeland und Herkunftsland (Art und Tragfähigkeit), Familienkonzept, Besuchspraktiken, transnationale Kommunikationsformen (Brief, Telefon, Internet, etc.), Unterstützung durch die Familie, transnationale Hilfeleistungen (z. B. finanzielle oder pflegerische Unterstützung von Angehörigen im Herkunfts- oder Zielland).

Soziale Netzwerke

Kontakt- und Bezugspersonen, Nachbarn, Kontakt zur eigenen Herkunftscommunity, Mitgliedschaft in religiösen, kulturellen Vereinen oder transnationalen Netzwerken, Wunsch nach Einbindung bzw. nach Abgrenzung.

Gesellschaftssystem, Werteorientierung

Ausrichtung des Gesellschaftssystems im Herkunftsland (Individuums- bzw. kollektivistisch orientiert), kulturell, religiös verankerte Sanktionen/Restriktionen, Tabubereiche, kulturelle Vorstellung von kindlicher Entwicklung, Altersbilder, sozio-kulturelle Praktiken und deren Auswirkungen auf Tagesstruktur.

Religiöse bzw. weltanschauliche Orientierung

Religiöse Zugehörigkeit und deren individuelle Relevanz, religiöse Praktiken, Einflüsse auf bestimmte Lebensbereiche (Ernährung, Genderrollen, Krankheit, Tod und Sterben), religiöse Rituale, Feiertage, Kultgegenstände, Wunsch nach Andachtsraum und nach Kontakt zu religiösen Führungspersonen.

Alltagsgestaltung und Bewältigungsstrategien (Coping)

Gesundheits- und Krankheitsverständnis, -konzepte, -praktiken: Krankheitserklärungsmodelle (Bezeichnung, Bedeutung, Symptommanifestation, Ursachen, Therapie und Heilungsaussichten), Verhältnis von Psyche und Körper, Stigmata in Bezug auf bestimmte Krankheitsbilder (psychische Erkrankungen, Demenz), Haltung zur Schulmedizin, Volksmedizin und Alternativer Medizin, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, religiöse Heilpraktiken, selbstbestimmte Entscheidungsmöglichkeiten bzw. Entscheidungsbefugnis insbesondere im Krankheitsprozess (Partner, Familie, soziales Netz) (vgl. hier Kap.

5.3.3).

Ernährung

Besonderheiten der Lebensmittelwahl, Hauptnahrungsmittel, Zubereitungsart, Unverträglichkeiten, Ernährungsgewohnheiten, Gewürze, Getränke, Essenszeiten und -rituale, religiöse Gebote (Fastenregeln).

Gesundheitliche Lage

Einschränkungen durch Krankheit oder Behinderung, Körperverständnis und Gesundheitskonzept, Umgang mit Medikamenten, Haltung zur Schulmedizin.

Schmerz

Ausdruck, Bedeutung und Funktion von Schmerz, Schmerzverhalten und -erfahrungen, Rolle der Familien in der Schmerzbewältigung.

Behandlung und Pflege

Vorstellungen von und Erwartungen an die medizinische Versorgung, Vorstellungen über Rolle und Aufgaben der Pflege /der Pflegenden, eigene Pflegepraktiken, Vorbehalte gegen bestimmte pflegerische und medizinische Maßnahmen, genderspezifische Wünsche, Bedeutung und Umgang mit Tod und Sterben.

4.2 Vorbereitung

Ausreichend Zeit sowie die sprachliche Unterstützung durch eine:n Fachdolmetscher:in und die Einbeziehung weiterer für den /die Patient:in vertrauenswürdigen „Mittler“ müssen eingeplant werden. Zur Vorbereitung können folgende Fragen und die nachfolgende Checkliste hilfreich sein:

- Wo soll das Anamnesegespräch stattfinden?
- Wer soll am Gespräch teilnehmen?
- In welcher Rolle?
- Wie kann die Kommunikation gefördert werden?

Checkliste

- Information über Herkunftsland, Ausrichtung der Herkunftsgesellschaft, -kultur, Religion und individuelle Relevanz für die gegenwärtige Lebensgestaltung
- Begrüßung (Rituale, Körpersprache)
- Unterstützung der Verständigung durch:
 - Schlüsselworte in der Muttersprache
 - Einsatz nonverbaler Sprache, Bildmaterial, Piktogramme

- Dolmetscher:in bei unzureichender Verständigung (interner Dolmetscherdienst oder extern medial zugeschaltete Dolmetscher:in)
- Einbindung muttersprachlicher Ärzte
- Evtl. vorhandene Kenntnisse über die Biografie und Anamnese der Patient:in (bei früherem Aufenthalt in der Einrichtung)
- Einbeziehung von Angehörigen oder anderen relevante Bezugspersonen
- Themen für das Gespräch sortieren: Welche Informationen sollen im ersten Gespräch aufgenommen werden, welche zu einem späteren Zeitpunkt? (eher bei längerem Aufenthalt umsetzbar)
- Infomaterial anpassen bzw. in der Muttersprache bereitstellen
- Zeit einplanen für:
 - Unterstützung beim Ausfüllen der Aufklärungs- u. Datenschutzbögen (Vorlagen möglichst in der Muttersprache)
 - Verständigung über die getroffenen Vereinbarungen
 - Erstellung und Aushändigung eines „Erinnerungsblatts“ mit den getroffenen Vereinbarungen (in der Muttersprache übersetzt)

Risiken

Zur Vorbereitung eines Anamnesegesprächs gehört auch das Bewusstsein über mögliche Risiken: Unklarheiten, Missverständnisse, Kulturalisierung, unüberprüfte Annahmen, Misstrauen, Verletzung der Intimitätssphären, Reaktivierung von Traumaerlebnissen oder eine verkürzte Anamnese, die den Patient:innen keinen Raum für die *eigene* Darstellung der Situation lässt, können zu einer ablehnenden Haltung oder zum inneren Rückzug der Patient:innen führen. Damit ist die Entstehung einer Vertrauensbasis gefährdet und die Erschließung von Bedarfen und Wünschen verhindert.

4.3 Anwendung

Die Anwendung der Kultursensiblen Anamnese sollte mehrdimensional, abgestuft, assoziativ und sequenziell erfolgen.

Mehrdimensional abgestuft

Die vielschichtige Informationserfassung erfolgt abgestuft: zunächst werden die „äußeren“ Themenbereiche sondiert, z.B. Muttersprache, Heimatland, Beruf, um sich dann an die tieferen Bereiche bis hin zu den intimen Themen sensibel vorzutasten (s. Abb. 8).



Abb. 8 Zu erkundende Lebensbereiche nach Relevanzebenen (eigene Darstellung).

Assoziativ

Um relevante Informationen, deren individuelle, emotionale Relevanz und Schambesetzung zu erschließen, sind offene Fragen an Stelle von geschlossenen oder direkten Fragen vorzuziehen. Der freien assoziativen Erzählung sollte Raum gegeben werden, um zu den „tieferen“ Bereichen zu gelangen.

Sequenziell und prozesshaft

Um den zeitlichen Aufwand einzugrenzen und Überforderung auf beiden Seiten zu vermeiden, sollte die Anamnese in mehreren Gesprächen erfolgen. Deshalb ist sinnvoll, die Auswahl und Reihenfolge der abzufragenden Themenbereiche im Vorfeld vorzubereiten. Die Zusammensetzung erfolgt durch Berücksichtigung von Grund und Dringlichkeit des Einrichtungsaufenthalts wie auch der emotionalen Zumutbarkeit für die Patient:innen. Die erfassten Informationen werden fortlaufend ergänzt, im Team reflektiert und die Schlussfolgerungen in der Dokumentation festgehalten (nur bei längerer Behandlung umsetzbar).

Klärend und verhandelbar

Die Erwartungen der Patient:innen an die professionelle Hilfe sollten eruiert und gemeinsam geklärt werden, was davon umsetzbar ist. Die Gründe für Einschränkungen und Grenzen der Leistungen müssen nachvollziehbar erläutert werden, zugleich sollte Entgegenkommen stets vermittelt werden. Parallel werden die Ressourcen der Patient:innen und

seines Umfelds erfasst und eingebunden (was, wer und wie zur Erfüllung der Bedürfnissen und Erwartungen des Zupflegenden beitragen kann).

4.4 Möglichkeiten und Grenzen

Aus der Sicht der professionell Pflegenden, die unter hohem Zeitdruck im eng getakteten Praxisalltag stehen, mag die Kultursensible Anamnese – aufgrund des zeitlichen Aufwands und der erforderlichen Ressourcen – praxisfern erscheinen. Mit der Umsetzung dürfen sie deshalb nicht allein gelassen werden. Die Einführung dieses Instruments bedarf der Einplanung von Zeit- und Personalressourcen, Anpassung von Abläufen, Dienstplänen und der Dokumentation und die Anbindung von externen Ressourcen durch Netzwerkarbeit. Durch Schulungen kann das Personal auf die Anwendung des Instruments vorbereitet werden, um Überforderung zu vermeiden sowie Motivation und effektive Anwendung zu fördern.

Die Einführung einer Kultursensiblen Anamnese muss von der Führungsebene gewollt und mit entsprechenden Ressourcen und Strukturen gefördert werden.

Deshalb sollten im Vorfeld – neben der Anpassung der Arbeitsbedingungen – auch die Vorteile dieses Instruments überzeugend vermittelt werden. Dadurch können Irritationen, Missverständnisse, Konflikte vorgebeugt und zugleich Zeit und Ressourcen erspart, sowie eine höhere Qualität und Wirksamkeit der Hilfeleistungen erreicht

werden. Solche Veränderungen setzen die Implementierung der Interkulturellen Öffnung der Einrichtung voraus.

5. Kultursensible Kommunikation. Umgang mit sichtbaren Barrieren interkultureller Verständigung

Das Wissen um das Krankheitsverständnis kann die Verständigung mit Patient:innen mit Migrationshintergrund verbessern. Kommunikation ist die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegepersonen und Patient:innen. Kommt es zu Störungen, reagieren diese oft mit Verunsicherung und Angst; der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist gefährdet und schafft eine unbefriedigende Arbeitssituation. Dies wiederum beeinflusst den weiteren Verlauf der Behandlung.

Störungen können auf verschiedenen Ebenen stattfinden: verbale Verständigung, unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und Unterschiede in der Symptompräsentation, die alle durch soziale und kulturelle Herkunft beeinflusst werden.

5.1 Verbale Kommunikation

Jede:r Patient:in hat ein Recht auf adäquate Verständigung und angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige qualifizierte Behandlung. Allerdings ist für professionelle Dolmetscherdienste (außer bei Gehörlosen), grundsätzlich keine Erstattungsfähigkeit vorgesehen (vgl. Spickhoff 2010). Die Krankenhäuser müssen hier auf ihr eigenes Budget zurückgreifen.

Fallbeispiel 1. *Eine junge türkische Patientin lag auf der gynäkologischen Station wegen vorzeitiger Wehen und machte einen verängstigten Eindruck. Sie war frisch verheiratet und vor kurzem nach Deutschland gekommen. Ihre Angehörigen übersetzten zwischen ihr und dem Behandlungsteam. Als eine Übersetzerin während eines psychosomatischen Konzils eingeschaltet wurde, fasste sie Vertrauen und konnte endlich frei sprechen. Ihr Ehemann hatte sie geschlagen und sie hatte große Angst vor der Familie. Sie konnte sich aber zunächst keinem der Ärzte oder Schwestern anvertrauen, weil die Familie zur Übersetzung bei allen Gesprächen anwesend war. Es gelang aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse, die Frau in einem Frauenhaus unterzubringen und damit für ihre Sicherheit und die ihres Kindes zu sorgen* (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge u. Integration 2015, S. 39f.).

Einsatz von dolmetschenden Personen muss situationssensible beachtet werden.

Das Beispiel macht das Problem deutlich was entstehen kann, wenn zum Dolmetschen auf Angehörige zurückgegriffen wird. Zum einen besteht die Gefahr der Fälschung und Fehleinschätzung, was eine adäquate Therapie verhindert. Zum anderen kann es zu Rollenkonflikten und Überforderung der dolmetschenden Person kommen. Auch das Dolmetschen mittels eigenen Personals birgt Gefahren.

Ein Best-Practice-Modell ist der „Hausinterne Dolmetscherdienst“ (vgl. Wesselman, Lindemeyer, Lorenz 2004) des Städtischen Klinikum München. Er bietet für Patient:innen und Personal kostenlos Übersetzungen in über 35 Sprachen an. In Fortbildungen werden hierfür medizinisch und pflegerisch ausgebildete mehrsprachige Klinikmitarbeiter:innen geschult. Die Übersetzung kann tagsüber – meist für geplante Einsätze – in Anspruch genommen werden, nachts steht ein telefonischer Übersetzungsdienst zur Verfügung. „Geregelt sind in dem Modell die Struktur der Inanspruchnahme des Dienstes, die Fortbildung, der Schutz sowie die juristische Absicherung der Dolmetschenden sowie des Klinikums und die Dokumentation“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015, S. 41f.).

5.2 Anregungen zur Verständigung

- Respekt und Interesse zeigen (verbal, nonverbal), z. B. Begrüßungssätze in verschiedenen Sprachen
- Selbstreflexion: Bewusstmachen der eigenen kulturellen Prägung und evtl. auch Lust bekommen auf Entdecken kultureller Vielfalt
- Sprachbarrieren überwinden: Mut haben, die Handlungsanregungen zur Verständigung einzusetzen (s. Tab. 1)
- Wissen erwerben über kulturell geprägte Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen
- Empathie zeigen: versuchen, sich in andere Verhaltensweisen hineinzusetzen.

Kultursensible Kommunikation ist die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung.

Helfen kann auch, die eigenen Zweifel auszusprechen und um Erklärung zu bitten, aktives Zuhören und das Gehörte widerspiegeln

- **Awareness und Bewusstwerdung:** Missstimmungen wahrnehmen. Sie können auf Missverständnisse hindeuten, die ihre Ursache in kulturell unterschiedlichen Deutungsmustern haben. Solche Störungen bei sich selbst zu erkennen und sie auch dem Gegenüber verstehen zu geben, sind Voraussetzungen für eine konstruktive Bearbeitung.
- **Ambiguitätstoleranz:** auf Unsicherheiten und Widersprüche nicht ärgerlich reagieren, sondern versuchen, sie auszuhalten

Tab. 1 Handlungsanregung zur besseren Verständigung (vgl. Bühlmann, Stauffer 2001, S. 201 – 211)

Inhalte und Ziele der Kommunikation	Mittel zur Kommunikation
Allgemeine Regeln für die Kommunikation mit Patient:innen mit nicht deutscher Muttersprache	<ul style="list-style-type: none"> ▪ möglichst einfache Sprache verwenden, mit kurzen Sätzen, deutlich und langsam sprechen ▪ Fachjargon vermeiden, Begriffe mit einfachen Wörtern und Synonymen umschreiben ▪ nicht mehr als ein Thema auf einmal besprechen ▪ Mimik, Gestik einsetzen u. beachten
Einfache Handlungsanleitungen und Mitteilungen für die Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piktogramme ▪ Zeichensprache, Körpersprache
Tägliche Kommunikation mit den Patient:innen in der Pflege mit einfachem Inhalt, z. B. Informationen zum Tagesablauf, Orientierung innerhalb des Hauses, Essen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laiendolmetscher:in, z. B. zweisprachiges Pflegepersonal, Therapeut:innen, Ärzte ▪ Angehörige ▪ Broschüren in verschiedenen Sprachen
Notfallsituationen und andere unerwartete Kommunikationssituationen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laiendolmetscher:in, z. B. zweisprachiges Pflegepersonal, Therapeut:innen, Ärzte
Einzelne Fachausdrücke aus dem Pflegealltag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Sprachführer
Pflegeanamnestische Gespräche: Aufnahme- und Entlassungsgespräche, Aufklärungsgespräche zu Untersuchungen, Informationen zu Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geschultes Klinikpersonal (vgl. hausinterner Dolmetscherdienst München) ▪ professionelle externe Dolmetscher (Domenig 2001, S. 188)

5.3 Konzepte von Gesundheit und Krankheit

5.3.1 Medizinsystem der vergleichenden Medizinanthropologie

Die kulturvergleichende medizinische Anthropologie untersucht Konzepte von Krankheit und Gesundheit in verschiedenen Kulturen. Unter Kultur kann hierbei auch die dörfliche Gemeinschaft oder eine „peer-group“ verstanden werden. Ausgangspunkt ist die Auffassung, dass jede Kultur ihr eigenes Konzept der Krankheitsbewältigung besitzt, „(...) das

den Umgang mit und die Einordnung von Erkrankungen im Alltag und im Kulturprozess ermöglicht“ (Sich, Diesfeld, Deigner, Habermann 1993, S. 1).

Die kulturvergleichende medizinische Anthropologie unterscheidet verschiedene Medizinsysteme, in die die beschriebenen Gesundheits- und Krankheitskonzepte eingebettet werden können. Heute werden in der Medizinanthropologie Medizinsysteme nicht mehr unterschieden nach modernen Medizinsystemen „westlicher“ Kulturen und den „traditionellen“ Medizinsystemen anderer Kulturen, sondern sie werden pluralistisch wahrgenommen und in drei Kategorien eingeteilt – der Biomedizin, der Balancemedizin und der Punitivmedizin (vgl. Tab. 2).

Tab. 2 Das Medizinsystem aus Sicht der vergleichenden Medizinanthropologie (vgl. Wolf, Stürzer 1996)

Biomedizin	Balancemedizin	Punitivmedizin
Erscheinungsbild <ul style="list-style-type: none"> • weltweite Autorität, Monopol für Definition von Gesundheit und Therapie von Krankheit • standardisierte Ausbildung • Forschungsinstitute • multinationale Pharmazie 	Erscheinungsbild <ul style="list-style-type: none"> • große Schulen der chinesischen Medizin, Ayurvedamedizin u. a. • Homöopathie • Volksmedizin generell 	Erscheinungsbild <ul style="list-style-type: none"> • weltweiter Volksglaube • Schwerpunkt im sozialen Kontext
Modell <ul style="list-style-type: none"> • Trennung von Geist und Körper nach cartesianischem Vorbild • Konzept von Körper als funktionierendem System, Maschinenanalogie 	Modell <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung vom Gleichgewicht der Säfte bzw. oppositioneller Kräfte • Leben als homöostatisches System von Austausch zwischen Organismus und Umwelt • Konzept Körper als Mikrokosmos, der mit dem Universum als Makrokosmos korrespondiert 	Modell <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung von spirituellen Zusammenhängen (Einfluss von Ahnen und Naturgeistern) • Mensch als Teil des funktionierenden sozialen Systems
Krankheit <ul style="list-style-type: none"> • Störung der Funktion, die anatomisch lokalisiert wird 	Krankheit <ul style="list-style-type: none"> • Störung des dynamischen Gleichgewichts, Mangel an Harmonie 	Krankheit <ul style="list-style-type: none"> • Störung des sozialen oder spirituellen Gleichgewichts • Strafe, durch eigenes Fehlverhalten (Schuld) oder Missgunst anderer (Hexerei)
Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Behebung der Funktionsstörung durch chemische Mittel u. Ä. • „Reparatur“ der „Bruchstellen“ durch Operationen 	Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Herstellung von Balance durch Harmonie für den gesamten Körper, z.B. durch Diät, Akupunktur • Präventivmaßnahmen bei erwartetem Klimawechsel (Jahreszeiten) 	Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Ritual zur Herstellung des sozialen Gleichgewichts • Opfer zur Besänftigung spiritueller Kräfte • „Gegenzauber“

5.3.2 Zusammenfassung

In jeder Gesellschaft sind alle drei Kategorien dieser Vorstellungen, zum Teil auch unbewusst, vorhanden. Die spezifischen Heilmethoden werden oft parallel praktiziert, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Zudem ermöglicht diese Einteilung Raum für die Einbeziehung der Lebenswelt des Individuums und integriert somit die kulturelle Komponente, d. h. die verschiedenen kulturellen Deutungsmuster des Umgangs mit Krankheit. Zu kritisieren ist, dass in dieser Darstellung die Einbeziehung der Kategorie „Gesundheit“ fehlt (vgl. Marreel, Wagner 1998).

Betrachtet man das deutsche Medizinsystem unter diesem Gesichtspunkt, so ist die Biomedizin die dominierende Kategorie. Gleichzeitig erfährt die Balancemedizin zunehmende Anerkennung. Hervorzuheben ist, dass mittlerweile eine Verknüpfung zwischen beiden Kategorien stattfindet, z.B. qualifizieren sich viele Schulmediziner:innen in Naturheilkunde. Der Gedanke von Schuld und Sühne ist auch in Teilen der deutschen Gesellschaft vorhanden, wenn es z. B. darum geht, Ursachen eines Schicksalsschlages zu deuten

(„Warum muss diese Krankheit mich treffen? Wofür werde ich bestraft?“).

5.3.3 Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Wandel der Migration

Innerhalb der Migrant:innen variieren ebenfalls kulturelle Deutungsmuster zu Krankheit und Gesundheit und unterliegen einem Wandel. Bei Migrant:innen aus der Türkei sind sehr differenzierte Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen vorhanden, jeweils abhängig von der sozialen Schicht. Bei vielen älteren Migrant:innen der ersten Generation spielen Vorstellungen, die sich der Punitivmedizin zuordnen lassen, eine wichtige Rolle (vgl. Leyer 1991). Beispielhaft werden die Vorstellungen der Punitivmedizin in der Türkei wie folgt beschrieben (Marreel, Wagner 1998, S. 12):

„Krankheitsvorstellungen der Punitivmedizin in der Türkei sind religiös beeinflusst. Der Gesundheitszustand eines Menschen ist dem Willen Gottes und somit dem Schicksal (*kismet*) unterworfen. Erkrankt ein Mitglied einer dörflichen Gemeinschaft, wird der Grund hierfür zunächst im Nichteinhalten religiöser Gebote gesucht. Ebenso kann die Krankheit durch den „bösen Blick“ (*nazar*) verursacht werden, dem ein magisches Erklärungsmodell zugrunde liegt. Der „böse Blick“ wird meist in Zusammenhang mit Neid und Eifersucht gebracht. Schutz dagegen bietet das Tragen eines Armbands mit Glasperlen (türk.: *mavi boncuk*) sowie das Tragen von Amuletten, die Koransuren enthalten. Eine Möglichkeit der Behandlung ist außerdem die Konsultation eines „*hocas*“. Das Wort bedeutet sowohl „islamischer Geistlicher und Koranlehrer“ als auch „Magier und nicht-ärztlicher Heiler“. Die Funktion als Heiler ist dem „*hoca*“ jedoch durch den Koran und per Gesetz in der Türkei verboten. Trotzdem spielen sie eine große Rolle. Sie interpretieren eine Krankheit zunächst als etwas von außen Kommendes, woran die Erkrankten keine bzw. nur wenig Schuld haben (Ostermann 1990). Dadurch werden die Patienten entlastet und haben die Möglichkeit, auf die Behandlung einzugehen. Die Therapiemethoden der Heiler umfassen das Vorlesen von Koransuren, das Beschreiben und Tragen von Amuletten (...). Durch die Ausübung dieser Rituale verbindet der „*hoca*“ magische und religiöse Inhalte (...).“

5.3.4 Krankheitsvorstellung einbinden

Tuschinsky (2012) stellt den Zusammenhang zwischen Kenntnissen über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und *Compliance* her (Tuschinsky 2012, S. 10):

„Das Erklärungsmuster des Patienten muss den Behandelnden bekannt sein und umgekehrt, gleichgültig zu welcher medizinischen Richtung sie gehören. Wenn es keine Übereinstimmung gibt, folgen Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit der Behandlung nicht. Ohne *Compliance* kann jedoch kaum effektiv behandelt werden. Gelingt es dem Arzt nicht, den Patienten von seinem Erklärungsansatz zu überzeugen, bzw. auf seine Vorstellungen einzugehen und nach Übereinstimmungen zu suchen, so führt dies zu den bekannten Folgen der *Non-Compliance*: Behandlungen werden nicht vollständig durchgeführt oder sogar gar nicht erst begonnen; Medikamente werden nicht eingenommen, weil sie von Patienten als nicht sinnvoll angesehen

werden (...). Eventuell werden andere Behandlungswege gesucht, die als angemessener erscheinen.“

5.3.5 Symptompräsentation

Auf der Ebene der Symptompräsentation kann es zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Gesundheitspersonal und Patient:innen mit MH kommen. Auch die Darstellung der Krankheitssymptome sowie das Empfinden von Schmerzen sind kulturell geprägt (vgl. Mareel, Wagner 1998).

5.3.5.1 Ganzkörperschmerz und Schmerzäußerung

Jede Kultur beschreibt Krankheitszustände anders.

Fallbeispiel 2. *Eine Frau aus einem anatolischen Dorf, die seit dreieinhalb Jahren in Deutschland lebte und mit diffusen Beschwerden ins Krankenhaus eingeliefert wurde, berichtete bei der Aufnahme über Bauch- und Rückenschmerzen, Gelenkbeschwerden, Müdigkeit, Schwächegefühl und zeitweise auch über Kopfschmerzen. Einer türkischen Ärztin erklärte sie, sie leide unter „göbek düsmesi“. „Göbek“ bedeutet im Türkischen „Nabel“, kann aber auch, wie im Deutschen mit „Zentrum“ gleichgesetzt werden, das Verb „düsmek“ heißt „fallen“. „Göbek düsmesi“ bedeutet demnach „der gefallene Nabel“ oder weiter gefasst „aus der Mitte geraten“. Die Patientin erzählte, dass dieses Krankheitsbild in ihrem Dorf bekannt wäre als Ausdruck von großem Leid. Therapiert werden könnte die Erkrankung unter Einbeziehung der Familie und der Dorfgemeinschaft, ggf. auch eines Heilers. In Deutschland allerdings, wo ihr dieses Sozialgefüge fehlt, war eine entsprechende Therapie nicht möglich (vgl. Sich, Diesfeld, Deigner, Habermann 1993).*

Auch Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie das Schmerzempfinden sind kulturell geprägt.

Die Symptombeschreibung verdeutlicht den empfundenen körperlichen Erschöpfungszustand und den nahezu am ganzen Körper empfundenen Schmerz. Hiermit kann zum einen der Wunsch des Rückzugs in die Krankenrolle und auch die Entbindung von gesellschaftlichen Pflichten ausgedrückt werden als auch der Wunsch nach Nähe durch die Familie (vgl. Uczarewicz, Piechotta 1997; Mareel, Wagner 1998). Oft stößt eine derartige Symptombeschreibung allerdings bei den professionell Tätigen auf Unverständnis und z.T. auf Ablehnung. Bezeichnungen wie „*morbus türkikus* – da tut von der Ferse bis zur Haarwurzel alles weh“ (David, Borde, Kentenich 1998, S. 102) sind Ausdruck tiefen Unverständnisses und Hilflosigkeit aber auch von Nicht-Ernst-Nehmen und Abwertung.

Ebenso werden expressive Schmerzäußerungen von Migrant:innen durch deutsches Gesundheitspersonal oft als Übertreibung abgetan. Unverständnis herrscht v. a. dann vor, wenn keine Aussage über die Schmerzqualität und -lokalisation gemacht werden kann. Die Gefahr der Fehldiagnosen und des Schmerzmittelabusus sind vorprogrammiert.

5.3.5.2 Schmerz im interkulturellen Kontext

5.3.5.2.1 Biomedizinisches Schmerzverständnis

Die Internationale Vereinigung zum Studium des Schmerzes definiert Schmerzen als „(...) ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder möglicher Gewebeschädigung verbunden ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (Schmidt, Struppler 1983, S. 18). Bei diesem Verständnis herrscht ein biomedizinisches Verständnis von Krankheit vor. Schmerz wird als Ausdruck einer zugrundeliegenden Störung des menschlichen Körpers angesehen und somit auch als Zeichen einer Regelwidrigkeit. Damit ist Schmerz losgelöst vom Subjekt und die Mehrdimensionalität des Schmerzes wird auf die krankhafte, körperliche Veränderung reduziert.

5.3.5.2.2 Mehrdimensionalität des Schmerzes

Nach dem bio-psycho-sozialen Schmerzkonzept wird Schmerz als mehrdimensionales Erlebnis wahrgenommen, das stark subjektiv geprägt ist – Sinnes- und Gefühlserlebnis bilden eine Einheit (vgl. Hüper 1994, S. 96 ff).

5.3.5.2.3 Religiöse Deutungen

Die Lehre des Christentums ist geprägt von Schmerz und Leiden. Das Kreuz gilt als Zeichen für das Leiden, das Jesus ertragen hat. Davon abgeleitet herrscht im Christentum die Vorstellung vor, dass Schmerzen ertragen werden müssen (www.medizinfo.de). Im Islam wird Schmerz als Prüfung Gottes verstanden. Sie kann in Geduld und Ausdauer bestanden werden, „(...) wenn Schmerz im Vertrauen auf die göttliche Gnade als vorbestimmtes Schicksal ertragen werden kann“ (Metzler 2000, S. 256). „Für Juden ist Schmerz gottgesandt. Schmerzen sollen zum Nachdenken über das eigene Leben anregen und nach der Heilung dazu führen, einen neuen Weg einzuschlagen“ (www.rbb-online.de). „Bei Buddhisten verbessern Krankheiten und Schmerzen das Karma. Das Karma beeinflusst unser jetziges Leben, aber auch das nach der Wiedergeburt. Wer Schmerzen erduldet, verschafft sich Vorteile für das jetzige Leben und die Wiedergeburt“ (www.rbb-online.de ebd.).

In Nord- und Mitteleuropa sowie Nordamerikas ist eher eine hohe Schmerztoleranz vorzufinden. Patient:innen können mehrheitlich Auskunft geben über Schmerzort und -qualität. „Nicht nur bei den Christen im Mittelmeerraum, auch bei den Moslems ist es weit verbreitet, Schmerzen deutlich zu äußern“ (www.rbb-online.de ebd.). Traditionell geprägte türkische Patienten äußern, sie seien krank, können aber nicht benennen, welches Organ ihnen weh tut. Die Aufgabe des Arztes ist es, den Grund herauszufinden“ (www.rbb-online.de ebd.). Diese Gegenüberstellung macht deutlich, wie stark die einzelnen Schmerzkonzepte voneinander differieren.

5.4 Schlussfolgerungen

Um einen adäquaten Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie Schmerz im interkulturellen Kontext zu finden, können folgende Empfehlungen gegeben werden: Pflegende

sollten sich anhand von Tab. 2 der eigenen verinnerlichten Sichtweise auf Krankheit bewusstwerden. Die Tabelle kann auch genutzt werden bei der Einschätzung, welche Krankheitsvorstellungen die Patient:innen aufweisen. Dies kann wiederum hilfreich sein für die Vorbereitung auf das Anamnesegespräch. Weiterhin sollten sich Pflegende ihrer kulturell geprägten Umgangsform mit Schmerz bewusstwerden. Pflegende sollten Wissen über kulturell unterschiedlich geprägte Umgangsformen mit Schmerz erwerben und die Schmerzäußerungen der Patient:innen ernst nehmen. Verstärkte Schmerzäußerung darf nicht als Zeichen von übertriebener Dramatisierung gesehen werden, sondern muss als menschlicher Ausdruck mit seinen Hintergründen ernst genommen werden. Außerdem sollte über Schmerzeinschätzungen der Schmerz für die Schmerzbehandlung validiert werden (vgl. Domenig 2015, S. 547). Hierfür können Schmerzbewertungsbögen in verschiedenen Sprachen eingesetzt werden ebenso wie Piktogramme. Es kann ein Verzeichnis angelegt werden mit Adressen von Migrant:innen-Selbsthilfeorganisationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses und den wichtigsten religiösen Gemeinden.

Literaturverzeichnis

- Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken- Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Göttingen.
- Andrews, M. M., Boyle, J. S. (1999): Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenhilfe“ in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.) (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Download: www.kultursensible-altenhilfe.de.
- Arbeitskreis Interkulturelles Lernen (2001): Trainings- und Methodenhandbuch. Bausteine zur interkulturellen Öffnung. Diakonisches Werk Württemberg, Landkreis- und Kirchenbezirksdiakonie, Existenzsicherung, Migration.
- 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.
- Bademer, S., Mavis-Richter, C.: Kultursensible Gesundheitsversorgung. In: Forschung Aktuell 03 /2009.
- BAMF Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2013): Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: Das Kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Berlin.
- Baric-Büdel, D. Zanier, G., Wagner, M. (2009): IKÖ in der Altenhilfe. In: Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Expertenworkshop BM Arbeit u. Soziales (Hrsg.). Berlin. S. 97 – 122.
- Barlett G., Blais R., Tamblyn R., Cerlmont R.J., MacGibbon, B. (2008): Impact of patient communication problems on the risk of preventable events in acute care settings. CMAJ 178(12), S. 1555 - 1562.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2015): Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Praxisratgeber.
- Behrens, B. (2011): Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Schriftenreihe des Interdisziplinären Zentrums für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM).

- Binder-Fritz, C. (1997): Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenhauspersonal. In: Uczarewicz, C., Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin. S. 133 -155.
- Bolten, J. (2007): Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor. Jena. In: Kosmetische Medizin 1/2007, S. 16-22.
- Bühlmann, R., Stauffer, Y. (2001): Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. In: Domenig, D (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Verlag Hans Huber, Bern. S. 201 – 211.
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Justiz (Hrsg.) (2003): Patientenrechte in Deutschland, Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. Berlin.
- Caremi (2013): Handreichung zur medizinischen und pflegerischen Versorgung von älteren MigrantInnen. Universität Tübingen, Institut für Soziologie.
- David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Hrsg.) (1998): Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main.
- David, M., Borde, T. (2009): Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern – Lohnt sich das? In: Falge, C., Zimmermann G. (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik der Universität Bremen, Bd. 51. Nomos, Baden-Baden. S. 29-36.
- Deutscher Caritasverband e.V. (Hrsg.) (2006): Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung. Download: www.caritas.de.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg (Hrsg.) (2001): Trainings- und Methodenhandbuch. Bausteine zur interkulturellen Öffnung. Diakonie Württemberg.
- Domenig, D. (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Hans Huber, Bern.
- Domenig, D., Stauffer, Y., Georg, J. (2007); Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Hans Huber, Bern. S. 301-310.
- Domenig, D. (Hrsg.) (2015): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.
- Domenig D. (2021): Von der transkulturellen zur transkategorialen Kompetenz. In: Bildung Magazin <https://pflege-professionell.at/von-der-transkulturellen-zur-transkategorialen-kompetenz> (zugriff 10.11.22).
- Falge, C., Zimmermann G. (Hrsg.) (2009): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik der Universität Bremen, Bd. 51. Nomos, Baden-Baden.
- Flores, G., Laws, M.G., Mayo, S.J., Zuckerman, B. (2003): Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics 111/2003, S. 1495 – 1497.
- Friebe, J.: Kultursensibles Pflegeassessment. Standardisierte Verfahren in der Pflegeinteraktion? In: Pflege und Gesellschaft, 2003/8 (1), S. 17.
- Geiger, I. (2000): Interkulturelle Organisations- und Personalentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin, Bonn. S. 37-44.
- Georg, J. (2014): Transkulturelle Pflegeanamnese und Pflegediagnose und -diagnostik. Präsentation, Campus Rudolfinerhaus, Wien.

- Handschuck, S., Schröer, H. (2002): Interkulturelle Orientierung und Öffnung von Organisationen. Strategische Ansätze und Beispiele der Umsetzung. Download: www.iqm.de.
- Hofstede, G. (2011): Lokales Denken, globales Handeln. Verlag dtv, München.
- Hüper, C. (1994): Schmerz als Krankheit. Die kulturelle Deutung des chronischen Schmerzes und die politische Bedeutung seiner Behandlung. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Hüper, C., Kerkow-Weil, R. (2015): Schmerz im Migrationskontext. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Verlag Hans Huber, Bern. S. 541- 558.
- Kayser, A. (2012): Transkulturelle Kompetenz in der Palliativ care. In: Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Westfalen-Lippe e.V. Akademie am Johannes Hospiz Münster (Hrsg.): Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund – eine Handreichung. S. 8-14.
- Kilcher A, Spiess R. (2003): Die hausärztliche Betreuung von Migranten mit chronischem Schmerzsyndrom. Schweizerische Ärztezeitung 48/10, S. 452-460.
- Leyer, E. M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit: Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Mareel, I., Wagner, M. (1998): Untersuchung zur ambulanten Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte. Magisterarbeit an der TU-Berlin.
- Metzler (2000): Lexikon Religion. Springer Verlag, Stuttgart.
- Olbermann, E. (2013): Alter wird bunter. Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund und Handlungsbedarfe für Politik und Gesellschaft. In: WISO direkt, 08/2013. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/10188.pdf>.
- Reinprecht, C. (2006): Nach der Gastarbeit: prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Braunmüller Verlag, Wien.
- Schmidt, R.F., Struppler, A. (1983): Der Schmerz. Ursache, Diagnose, Therapie. Piper Verlag, München und Zürich.
- Schröer, H. (2007): Interkulturelle Orientierung und Öffnung: ein neues Paradigma für die soziale Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3, S. 80 – 91.
- Sich, D., Diesfeld, H. J., Deigner, A., Habermann, M. (Hrsg.) (1993): Medizin und Kultur: eine Propedeutik für Studierende der Medizin und Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Anthropologie (KMA). Medizin in Entwicklungsländern, Bd. 34. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Spickhoff, A. (2010): Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen. In: Dokumentation der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Berlin.
- Thomas, A. (2003a): Interkulturelle Kompetenz – Grundlage, Probleme und Konzepte. In: Erwägen, Wissen, Ethik (EWE) – Streitforum für Erwägungskultur 14,1, S. 137 – 228.
- Thomas, A. (2003b): Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. In: A. Thomas (Hrsg.): Kulturvergleichende Psychologie. 2., überarb. u. erw. Auflage. Göttingen. S. 433-485.
- Thomas, A. (2003c): Kultur und Kulturstandards. In: Thomas, A., Kinast, E.U., Schroll-Machl, S. (Hrsg.): Handbuch Interkultureller Kommunikation und Kooperation. Bd.1. Grundlagen und Praxisfelder. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 19-31.

- Thomas, A. (2006). Interkulturelle Handlungskompetenz - Schlüsselkompetenz für die moderne Arbeitswelt. *Arbeit*, 15(2), 114-125.
- Tuschinsky, C.: Warum Kultur und Gesundheit? In: *Kultur und Gesundheit - Der Mensch* 2012/44, S. 6 -14.
- Uczarewicz, C., Piechotta, G. (1997): *Transkulturelle Pflege*. Curare Sonderband 10. VWB, Berlin.
- Universitätsklinikum Heidelberg (2017;2022): <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/kliniken-institute/institute/abteilung-allgemeinmedizin-und-versorgungsforschung/forschung/schwerpunkte/projekte/migration-und-gesundheitsversorgung> [zugriff 16.01.2023].
- Wesselman, E., Lindemeyer, T., Lorenz, A.L. (2004): *Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der Klinikinterne Dolmetscherdienst*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Wolf, A., Stürzer M. (Hrsg.) (1996): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. VWB, Berlin.
- Zanier, G. (2015): Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung. In: Bundeszentrale für politische Bildung. Kurzdossier: Zuwanderung, Flucht und Asyl: Aktuelle Themen. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211007/altern-in-der-migrationsgesellschaft>.
- Zanier, G. (2016): Kultursensible Pflege ist ein wechselseitiger Prozess. In: *Neue Caritas* 2016/12, S.20-24.
- Zanier G. (2017): Ein kultursensibler Zugang. *Wie umgehen mit Verschiedenheit?* In: *CNF_Fortbildung 5/2017* cne.thieme Verlag Stuttgart. S. 8-16.
- Zanier, G.: (2020) Darstellung und Reflexion interkultureller Öffnungsprozesse in der stationären Altenhilfe. In: Schilder M., Brandenburg H. (Hrsg.) 2020: *Transkulturelle Pflege*. Kohlhammer, Stuttgart. S. 159 – 186.
- Zeuschel, U. (2011): Synergy is not for free! Prozesse und Modelle der interkulturellen Teamentwicklung. https://osb-i.com/sites/default/files/publikationen/downloads/zeuschel_prozesse_und_modelle_interkultureller_teamentwicklung_2011-12_0.pdf.
- Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.) (2003): *Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Autorenkontakt

Gabriella Zanier

E-Mail: Forumkuse.region.mittesued@t-online.de

Zitationsvorschlag

Zanier, Gabriella & Wagner, Monika: Wie umgehen mit Verschiedenheit in der Pflege? Ein kultursensibler Zugang. In: *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* Jg. 5 / 2022.



WORKSHOPBERICHT

Die Sprachlosigkeit beenden – Suizidalität begegnen

Anna Storms

Zusammenfassung

Suizid und Suizidalität sind in unserer Gesellschaft oft noch Tabuthemen, die häufig Sprachlosigkeit und Verunsicherung auslösen. Suizidalität erfordert jedoch vor dem Hintergrund der hohen Zahlen an Suiziden zu jeder Zeit eine intensive Auseinandersetzung im professionellen und gesellschaftlichen Kontext. Ein Workshop mit der Systemikerin Martina Nassenstein für haupt- und ehrenamtlich im Sozial- und Gesundheitswesen Tätige in Der Wolfsburg beschäftigt sich demnach mit diesem komplexen menschlichen Phänomen, um letztlich einen Beitrag zur Suizidprävention beizutragen und die Sprachlosigkeit ein Stück weit zu beenden.

Schlüsselwörter: Suizid, Suizidalität, Prävention, Systemische Therapie, Kommunikation, Begleitung

Abstract

In our society, suicide and suicidality are often still taboo topics that cause speechlessness and insecurity. However, given the high number of suicides at all times, suicidality requires an intensive discourse in a professional and social context. Hence, a workshop with the systemicist Martina Nassenstein for full-time and voluntary workers in the social and health care sector in Die Wolfsburg deals with this complex human phenomenon in order to contribute to suicide prevention and to end the speechlessness a bit.

Key Words: suicide, suicidality, prevention, systemic therapy, communication, supervision

Statistisch suizidieren sich jedes Jahr ca. 9000 Menschen in Deutschland, was in etwa ein Suizid pro Stunde bedeutet. Dies sind ungefähr genauso viele Menschen wie durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen, Gewalttaten und Aids zusammen und die Dunkelziffer wird noch deutlich höher geschätzt. Besonders betroffen sind dabei laut den Zahlen des Statistischen Bundesamtes Menschen zwischen 50 und 60 Jahren und ab 80 Jahren. Aber auch im (Klein-)Kinder- und Jugendalter sind Suizide und insbesondere suizidale Gedanken keine Seltenheit. Auch wenn gesellschaftlich oft noch tabuisiert, stellt das Thema angesichts der Häufigkeit jedoch kein Randthema dar, zumal ca. 80 Prozent der Menschen im Laufe ihres Lebens suizidale Gedanken entwickeln – ein Thema, das demnach alle angeht.

Suizid als Handlungsoption.

Aufgrund dieser Aktualität und Brisanz des Themas hat sich die Initiative „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ (IrEG)¹ am 14. November 2022 diesem gesellschaftlich relevanten Thema in einem eintägigen Workshop mit dem Titel „Die Sprachlosigkeit beenden. Umgang mit Suizidalität im Sozial- und Gesundheitswesen“ gewidmet. Die knapp zwanzig Teilnehmenden, die zu diesem Tag in der katholischen Akademie Die Wolfsburg zusammenkamen, bildeten dabei ein breites Spektrum von Tätigkeiten im Sozial- und Gesundheitswesen wider; vom Juristen bis zum Bewährungshelfer, von der Pflegekraft bis zum Seelsorgenden, vom sozialen Dienst bis zum Ehrenamt in verschiedenen Bereichen war alles dabei.

Durch den Tag geleitet wurden die Teilnehmenden von Frau Martina Nassenstein², systemische Therapeutin und Beraterin, Supervisorin und in mit jahrelanger Erfahrung in der Suizidprävention und Begleitung von Betroffenen und Angehörigen. Sie ist zudem Mitbegründerin des 2020 ins Leben gerufene Kölner Netzwerk für Suizidprävention ÜberLEBENSwert³. Unter Berücksichtigung von Statistik, Forschungsstrategien und Phasenmodellen sowie aktuellen Erkenntnissen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und Möglichkeiten der Krisen-Intervention gab Frau Nassenstein an diesem Tag eine Einführung in die Psychodynamik von Suizidalität. Ziel des Workshops war es dabei eine persönliche Haltung zu dem Thema zu entwickeln bzw. diese zu reflektieren und zu stärken, um Prävention durch Erkennen suizidaler Tendenzen und professionelle Begleitung bei gleichzeitigem Respekt vor der Autonomie suizidgefährdeter Menschen gewährleisten zu können und die Sprachlosigkeit ein Stück weit zu beenden.

Suizidalität ist ein komplexes menschliches Phänomen

Zu allen Zeiten gab es Suizide und Suizidalität, sodass es sich durchaus als ein menschliches Grundphänomen beschreiben lässt. Während sich Suizid definieren lässt als „ein vorsätzlicher, selbst herbeigeführter Tod aufgrund eines absichtlichen, direkten und bewussten Versuchs, das eigene Leben zu beenden“ (Edwin S. Shneidman, 1999), versteht man unter Suizidalität „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ (Manfred Wolfersdorf, 1996).

So verstanden, zeigt sich bereits auf der Ebene der Definition, dass es sich um ein komplexes menschliches Phänomen handelt, dem unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen, sodass eine monokausale Erklärung dem nicht gerecht wird. So ist es nicht nur ein einzelnes einschneidendes Ereignis, das in einer Krise zu suizidalen Gedanken oder Verhalten führt, sondern dies ist meist nur die sprichwörtliche Spitze des Eisbergs. Daher ist auch ein Grundverständnis für die Hintergründe und Motive, sowie die psychische Realität der

¹ Weitere Informationen zu der Initiative erhalten Sie hier: www.interkulturelle-ethik.de

² Informationen zu der Referentin finden Sie hier: www.martina-nassenstein.de

³ Weitere Information hierzu erhalten Sie auf der Homepage: www.ueberlebenswert.de

Betroffenen in der Arbeit und Begegnung mit Menschen in suizidalen Krisen von Bedeutung.

Suizidalität stellt für den in die Krise geratenen Menschen eine Option dar, die persönliche Krise zu beenden. Meist steht dabei nicht der Todeswunsch im Mittelpunkt, sondern der Wunsch nach einer Lebenspause, um **so** nicht weiterleben zu müssen. In diesem Sinne stellt der Suizidgedanke für die betroffene Person eine Handlungsoption neben anderen dar, die paradoxer Weise als Erfahrung und Ausdruck der eigenen Autonomie lebensverlängernde Wirkung haben kann. Die gegenwärtig erlebte Krise kann demnach sowohl Entwicklungsmöglichkeiten für die Betroffenen bereithalten, als auch die Gefahr des Scheiterns, denn Menschen in suizidalen Krisen leben in einem extremen Spannungsverhältnis

zwischen lebenserhaltenden und lebenszerstörenden Bewältigungsmechanismen.

Suizidalität als Ausdruck von Autonomieerleben im Spannungsverhältnis lebenserhaltender und lebenszerstörender Bewältigungsmechanismen.

In der Begegnung und Begleitung von Suizidenten gilt es diese Ambivalenz aufzugreifen. Zugleich kennzeichnen zwei Merkmale die Person, die sich je nach Stadium deutlicher ausprägen: Einsamkeit und Einschränkung des Blickwinkels, denn mit zunehmend fortgeschrittenem Stadium wird die eigene Handlungsfähigkeit deutlich eingeschränkt wahrgenommen und sowohl innere als auch

äußere Ressourcen sind immer weniger spürbar und wirksam. In der Begleitung sollte daher die Einschätzung der Suizidalität und des suizidalen Handlungsdrucks im Vordergrund der Einschätzung stehen, unabhängig davon ob es sich um eine emotionale Krise handelt oder eine psychische Erkrankung. Außerdem sollte die innere Not und die Wertschätzung der Krise dabei immer im Vordergrund stehen und von einem Ausreden des Suizidgedankens Abstand genommen werden, da er eben auch ein Ausdruck von erlebter Handlungsfähigkeit darstellt. Zielführender ist vielmehr eine Haltung des Daseins und der Beziehungsförderung an den Tag zu legen.

Suizidalität als Beziehungsgeschehen

Studien belegen, dass Beziehung im Rahmen der Krisenintervention bei Suizidalität eine besondere Bedeutung zukommt. Die persönliche Haltung und der sichere Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen sind somit ein entscheidender Schritt in Richtung Suizidprävention. Eine wertschätzende und empathische Grundhaltung ist demnach ein zentrales Mittel in der Arbeit mit Menschen in suizidalen Krisen. Laut Studien scheint bereits ein zugewandter, wertfreier Kontakt, der die Situation der inneren Not und des Leidensdrucks ernst nimmt, suizidpräventive Wirkung zu haben und sich auf die Compliance des Gegenübers positiv auszuwirken. Zudem gilt es beziehungsfördernde Angebote zu schaffen und die Neugier auf sich selbst (neu) zu entdecken.

In der Begleitung ist zugleich jedoch wichtig zu erkennen, dass man eben immer nur Angebote schaffen kann, die Verantwortung für eine suizidale Handlung jedoch weiterhin als Ausdruck der je eigenen Autonomie bei der betroffenen Person liegt. So ist ein Entschluss zu einem Suizid meist eine einsame Entscheidung, die der besten Intervention unzugänglich bleibt und somit nicht Ergebnis der Beratung und Therapie, sondern die Fortsetzung der suizidalen Krise ist. Ziel von Beratung und Therapie kann demnach im Sinne von Krise als psychischer Reorganisationsvorgang die Befähigung zur und Hilfestellung

Umgang von und Begegnung mit Suizidalität und Suizid als gesellschaftliche Haltungsaufgabe.

bei einer Ressourcensuche und das individuelle, zugewandte Dasein sein, mit dem Ziel, eine Verschlimmerung der Krise zu verhindern und Angebote zum Beziehungsaufbau zur Verfügung zu stellen.

Gleichzeitig ist und bleibt Suizidprävention gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die mit Mythen aufräumt und Betroffene und deren Angehörige nicht stigmatisiert, sondern hilfreich und unterstützend zur Seite steht. So ist das Thema

für viele direkt oder indirekt Betroffene oft mit Schuld, Scham und Selbstvorwürfen belastet und es bräuchte vielmehr eine Kultur, über Krisen, Sterben und Tod offen sprechen zu können und damit nicht alleine zu sein. Denn Suizid ist kein pathologisches Phänomen und die Prävention kann nicht früh genug anfangen. Dieser Workshoptag wollte einen Beitrag dazu leisten.

Autorenkontakt

Dr. Anna Storms
Katholische Akademie DIE WOLFSBURG
Falkenweg 6
45478 Mülheim an der Ruhr
Anna.storms@bistum-essen.de

Zitationsvorschlag

Storms, Anna: Die Sprachlosigkeit beenden – Suizidalität begegnen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 5 / 2022.