

A group of four people, two women and two men, are shown in profile, looking towards the right. They appear to be in a professional setting, possibly a meeting or a classroom. The image is overlaid with a semi-transparent blue filter.

von Bose  
Terpstra



# Muslimische Patienten pflegen

Praxisbuch für  
Betreuung und  
Kommunikation

 Springer

# Muslimische Patienten pflegen

Alexandra von Bose  
Jeannette Terpstra

# Muslimische Patienten pflegen

Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation

Mit 10 Abbildungen

 Springer

**Alexandra von Bose**  
Dannenfels

**Jeannette Terpstra**  
Kaiserslautern

ISBN-13 978-3-642-24924-2      ISBN 978-3-642-24925-9 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-642-24925-9

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

### **SpringerMedizin**

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Susanne Moritz, Berlin  
Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg  
Lektorat: Ute Villwock, Heidelberg  
Projektkoordination: Heidemarie Wolter, Heidelberg  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Fotonachweis Umschlag: © Sonja Werner, Köln  
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

### Widmung

Für Marie, Marc und Knut – ohne deren liebevolle Begleitung das Verfassen dieses Buch nicht möglich gewesen wäre  
und

für meinen Vater Dr.med Hans-Jürgen von Bose († 2005), der mir die Liebe zu anderen Kulturen in die Wiege gelegt hat

– Du lebst in unseren Herzen weiter.

## Vorwort – Motivation des Buches

---

Mit diesem kultursensiblen Leitfaden für Pflegende hoffen wir, sowohl aus theoretischer als auch aus praktischer Sicht, Ihnen einen ausführlichen und praktikablen Leitfaden für Ihre tägliche Arbeit an die Hand zu geben. Wir möchten Verständnis und gegenseitige Empathie zwischen Ihnen und Ihren Patienten wecken, denn jeder, der einmal in der Fremde war, kann nachvollziehen, wie schwierig es ist, fernab von der gewohnten Umgebung krank zu werden. Wir hoffen auch, dass dieser kleine Wegweiser mit Tipps aus der Praxis eine echte Hilfe für Sie im Berufsalltag sein kann.

Uns ist es während des Schreibprozesses immer wichtiger geworden, ein Gespür für die menschlichen Bedürfnisse zu wecken in einer Zeit, die wenig Raum für eine gefühlvolle menschliche Begegnung in stationären Einrichtungen lässt. Die eingehende Beschäftigung mit der Religion des Islams und mit muslimischen Patienten hat auch uns noch einmal nachhaltig Herz und Augen geöffnet für kulturelle und religiöse Hintergründe auf beiden Seiten, also auf der Seite der Pflegenden und auf der Seite der Patienten. Wir möchten versuchen, unnötige Trennungen zu überwinden und wir sind überzeugt davon, dass der intensive Blick auf muslimische Patienten und auf deren Lebensalltag nicht nur hilfreich ist, sondern auch zu einem Gesamtverständnis im Sinne der Kultursensibilität führen wird – zumindest ist dies unser Wunsch!

Wichtig ist es uns vor allem, dass die Begegnung für beide Seiten bereichernd wird. Das kann aber nur erfolgreich sein, wenn es gelingt, mit Gefühl, Empathie, Interesse, Wissen und vor allem auf Augenhöhe miteinander umzugehen. Das heißt in diesem Falle, dass sich sowohl der Pflegende gegenüber dem Patienten wertschätzend verhält, als auch der Patient gegenüber dem Pflegenden. So wie Kommunikation allgemein, so ist interkulturelle Kommunikation im Besonderen abhängig von der Einsicht, dass eine erfolgreiche Kommunikation immer beide Seiten hört und berücksichtigt. Die Grundvoraussetzung für ein solches Verhalten ist ein echtes Interesse dem anderen Menschen gegenüber, ein Interesse für den anderen kulturellen Hintergrund und seine individuelle Lebenswelt, ein Gespür für die Gemeinsamkeiten, an die angeknüpft werden kann und ein Hören der interkulturellen Zwischentöne...

Und wenn Sie nicht weiterwissen, hören Sie doch einfach auf Ihren Patienten oder Ihre Patientin...!

**Alexandra von Bose**  
**Jeannette Terpstra**

# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Einleitung</b> .....	1
1.1	Arbeit ist sichtbar gemachte Liebe .....	2
1.2	Wer wir sind .....	2
1.3	Warum wir dieses Buch geschrieben haben .....	2
1.4	Kultursensible Pflege .....	3
1.5	Veränderungen der Gesellschaft – Veränderungen des Gesundheitswesens .....	4
1.6	Eigene Kultur – fremde Kultur? .....	4
1.7	Ziele des ICN Kodex und des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V. ....	6
1.8	Zusammenfassung .....	8
1.9	Hilfreiche Begriffsklärungen .....	8
	Literatur .....	10
2	<b>Modelle der transkulturellen und kultursensiblen Pflege</b> .....	11
2.1	Madeleine Leininger und das Sunrise Modell zur transkulturellen Pflege .....	12
2.2	Transkulturelles Kompetenzprofil nach Ewald Kiel .....	16
	Literatur .....	19
3	<b>Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit in islamischen Kulturen</b> .....	21
3.1	Krankheitsverständnis .....	22
3.2	Muslimische Patienten kultursensibel pflegen .....	23
3.3	Operationen und medizinische Maßnahmen .....	25
3.4	Nahrungsmittel- und Mahlzeitenvorschriften .....	25
3.5	Feiertage .....	26
3.6	Fasten und Auswirkungen auf den Klinik- und Pflegealltag .....	28
3.7	Intimsphäre, Schamgefühl und Kleidungsvorschriften .....	29
3.8	Hygienevorschriften im Islam .....	31
3.9	Besuchsverhalten .....	33
3.10	Tod und Sterben .....	34
3.11	Maßnahmen nach dem Tod .....	35
3.12	Familienplanung .....	36
3.13	Die muslimische Patientin – Besonderheiten der Pflege von Frauen .....	38
3.14	Scham, Ehre und die Folgen für eine medizinische Untersuchung .....	41
	Literatur .....	42
4	<b>»Warum können <i>die</i> sich nicht endlich anpassen?« - Kulturelle Prägungen</b> .....	43
4.1	Modelle aus den Kulturwissenschaften .....	44
4.2	Selektive Wahrnehmung und Stereotype .....	48
	Literatur .....	50
5	<b>Die »Culture Codes«</b> .....	51
5.1	Was bestimmt die Gefühle und Überzeugungen des Menschen? .....	52
5.2	Wie man den Code knackt .....	54
5.3	Zusammenfassung .....	54
	Literatur .....	55

6	<b>Kulturstandards</b> .....	57
6.1	Kulturelle Standards in Deutschland und der Türkei .....	59
6.2	Erwartungen türkischer und deutscher Patienten an das Gesundheitssystem .....	65
6.3	Zusammenfassung .....	67
	Literatur .....	68
7	<b>Ich- und Wir-Kultur</b> .....	69
7.1	Kulturelle Unterschiede am Beispiel der kulturellen Dimensionen in der Türkei und Deutschland .....	70
7.2	Akzeptanz von Hierarchien, Respekt vor Älteren, Statusdenken .....	70
7.3	Ich-Gesellschaft und Wir-Gesellschaft .....	70
7.4	Maskuline und feminine Gesellschaftswerte .....	73
7.5	Angst vor Risiken, Angst vor Fremdem, Unsicherheitsvermeidung .....	74
7.6	Zusammenfassung .....	75
	Literatur .....	77
8	<b>Kommunikation – oder »Wie sage ich es meinem Patienten?«</b> .....	79
8.1	Sprache und Verstehen .....	80
8.2	Was tun, wenn »die Leber brennt«? .....	80
8.3	Gesprächsverhalten und Tabubereiche in der Kommunikation von Pflegenden und Patienten .....	81
8.4	Unterschiede in interkulturellen Kommunikationsstrukturen .....	83
8.5	Nichtverbale Kommunikation und Körpersprache .....	85
8.6	Wahrnehmung in der Kommunikation – kulturell geprägte Unterschiede in Denkmustern .....	86
8.7	Gesichtsverlust – Scham und Ehre in der Kommunikation .....	88
8.8	Kommunikation in der Patienten-Pflege-Beziehung – Respekt, Anerkennung, Selbstsicherheit und Vertrauen .....	88
8.9	Erfolgreiche Kommunikation in der Pflege .....	91
8.10	Einsatz von Dolmetschern .....	92
8.11	Strategien .....	93
8.12	»Nein-Management« .....	93
	Literatur .....	95
9	<b>Religion und Spiritualität</b> .....	97
9.1	Der Islam als religiöses und kulturelles Glaubenssystem .....	98
9.2	Die fünf Säulen des Islam .....	100
9.3	Islamisches Recht – Scharia .....	101
9.4	Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen .....	101
9.5	»Knochenbrecher« oder »Knochenheiler« .....	103
9.6	Weise Frauen und traditionelle Hebammen .....	103
9.7	Magische Vorstellungen: Spirituelle Kräfte und übermenschliche Wesen .....	105
9.8	Böser Blick .....	105
9.9	Besessenheitskulte (Zar-Kult, Bori-Kult) in Ostafrika .....	106
	Literatur .....	107
10	<b>Geschlechterrollen im Islam</b> .....	109
10.1	Lebensraum der Frau in der islamischen Gesellschaft .....	110
10.2	Der legale Status der Frau .....	111

10.3	Die Bedeutung der Familie .....	111
10.4	Die Frau im Zentrum der Familie – Rechte und Pflichten .....	112
10.5	Der Anstand – arabisch <i>ird</i> – türkisch <i>namus</i> .....	113
10.6	Die Würde – arabisch <i>karama</i> – türkisch <i>onur</i> .....	114
10.7	Die Familien-Ehre – arabisch <i>sharaf</i> – türkisch <i>seref</i> .....	115
10.8	Der häusliche Innenbereich als Lebenssphäre der Frau .....	115
10.9	Die Ehe .....	116
10.10	Die Frau nach der Menopause – Mittlerin zwischen privater und öffentlicher Sphäre .....	117
	Literatur .....	118
11	<b>Pflegealltag kultursensibel gestalten</b> .....	119
11.1	Best Practice und Lösungsansätze für eine kultursensible Pflege – Fallbeispiele .....	120
12	<b>Kulturschock und seine psychosozialen Auswirkungen bei Patienten mit Migrationshintergrund</b> .....	127
12.1	Die Gefühls-Phasen des Kulturschocks .....	128
12.2	Migrationsspezifische Stressoren und psychosomatische Auswirkungen bei Patientinnen mit Migrationshintergrund .....	129
12.3	Psychosomatische Folgen des Kulturschocks bei Patienten in stationären Einrichtungen .....	132
	Literatur .....	133
13	<b>Konflikte als Lernfeld der interkulturellen Begegnung</b> .....	135
13.1	Interkulturelle Konflikte erkennen und lösen .....	136
13.2	Konfliktpotenzial im Pflegealltag .....	136
13.3	Sozialkollektiver Gemeinschaftsbegriff oder individualistischer Gemeinschaftsbegriff – Das Erkennen der eigenen Rolle im Konflikt .....	139
	Literatur .....	142
14	<b>Die biografisch orientierte Pflegeplanung mit Migrantenpatienten – Ein neuer Weg zu mehr interkulturellem Verständnis</b> .....	143
14.1	Best-Practice Modelle .....	144
14.2	Die Aufnahme fremdkultureller Patienten .....	147
14.3	Beispiel eines Standardpflegeplans für muslimische Patienten .....	150
14.4	Beispiele für eine kultursensible Pflege aus verschiedenen stationären Einrichtungen .....	150
14.5	Zusammenfassung .....	150
	Literatur .....	153
15	<b>Nachwort</b> .....	155
	<b>Anhänge</b> .....	157
	<b>Glossar und weiterführende Literatur</b> .....	173
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	179

# Einleitung

- 1.1 Arbeit ist sichtbar gemachte Liebe – 2
- 1.2 Wer wir sind – 2
- 1.3 Warum wir dieses Buch geschrieben haben – 2
- 1.4 Kultursensible Pflege – 3
- 1.5 Veränderungen der Gesellschaft – Veränderungen des Gesundheitswesens – 4
- 1.6 Eigene Kultur – fremde Kultur? – 4
- 1.7 Ziele des ICN Kodex und des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V. – 6
- 1.8 Zusammenfassung – 8
- 1.9 Hilfreiche Begriffsklärungen – 8
- Literatur – 10

## 1.1 Arbeit ist sichtbar gemachte Liebe

---

» Und wenn ihr nicht mit Liebe arbeiten könnt, sondern nur mit Widerwillen, dann ist es besser, wenn ihr eure Arbeit aufgibt und euch an das Tempeltor setzt und von denen Almosen annehmt, die mit Freuden arbeiten (Khalil Gibran) «

Mit diesen Worten des islamischen Mystikers Khalil Gibran möchten wir auf den Inhalt des Buches einstimmen. Inhaltlich geht es in diesem Leitfaden um einen kultursensiblen Umgang mit muslimischen Patientinnen und Patienten. Dabei sollen sowohl den Pflegebedürfnissen der Patienten als auch den Bedürfnissen der Pflegekräfte Rechnung getragen werden – und dies möglichst ohne in eine Richtung zu stereotypisieren. Dass dies zuweilen schwierig ist, wird bei der Beschäftigung mit dem Thema klar, denn wir können nicht Regeln formulieren, ohne auch die zugrunde liegenden kulturellen Standards, die für viele – aber nicht alle Menschen gelten – zu berücksichtigen. Wir möchten aber dennoch durch das ganze Buch den Leitgedanken führen, dass eine emotionale Offenheit gegenüber fremdkulturellen Eigenheiten nicht nur das Arbeitsleben erleichtert, sondern es auch den Patientinnen und Patienten ermöglicht, ohne Angst in Pflegeeinrichtungen zu gehen. Und damit schließt sich der Bogen wieder zu den Worten Khalil Gibrans: »Arbeit ist sichtbar gemachte Liebe«.

## 1.2 Wer wir sind

---

Wir haben uns als Autorinnen zusammengefunden, da wir schon seit Jahren Seite an Seite im Bereich der kultursensiblen Pflege arbeiten. Alexandra von Bose M.A. (1963) arbeitet als freiberufliche Referentin und Dozentin für interkulturelle Kommunikation an diversen Kliniken und anderen stationären Einrichtungen. Die gebürtige Frankfurterin lebte und arbeitete im Verlaufe ihres Lebens immer wieder für ein paar Jahre in diversen Ländern (Libanon, Türkei, Sudan, Kamerun) und kennt die Probleme um die interkulturelle Kommunikation seit ihrer frühen Kindheit auch von der ganz praktischen Seite. Sie ist Kulturanthropologin

M.A. und Islamwissenschaftlerin und arbeitet auch an diversen Hochschulen als Dozentin.

Jeannette C. Terpstra (1953) hat in ihrer beruflichen Praxis als Krankenschwester, Pflegepädagogin und Kinaesthetic-Trainerin in den Niederlanden und Deutschland zahlreiche Erfahrungen im Dialog mit Menschen aus anderen Kulturkreisen gesammelt. Daneben führte sie EU-geförderte Projekte zur Verbesserung der Qualität der klinischen und häuslichen Pflege unter anderem nach Moldawien und Rumänien. Privat engagiert sie sich für die Verbesserung der Versorgung behinderter Kinder in Sri Lanka.

## 1.3 Warum wir dieses Buch geschrieben haben

---

In Deutschland leben derzeit etwa 3,8 bis 4,3 Millionen Muslime, das sind zwischen 4,6% und 5,2% der Gesamtbevölkerung. Damit bildet der Islam in Deutschland die zahlenmäßig größte Konfession hinter den zwei großen christlichen Glaubensgemeinschaften der Protestanten und Katholiken. Die Gruppe der Muslime ist jedoch sehr vielfältig, da der Islam – ebenso wie das Christentum – eine Reihe von religiösen Gruppierungen, die sich sehr unterscheiden können, in sich vereint.

Die Muslime in Deutschland stammen ursprünglich aus rund 50 Ländern, die sowohl politisch als auch kulturell sehr unterschiedlich gelagert sind. Von den in Deutschland lebenden Muslimen mit Migrationshintergrund verfügen 45% oder 1,7 bis 2,0 Millionen Personen über die deutsche Staatsbürgerschaft. Die übrigen 55% sind ausländische Staatsangehörige. Die Mehrzahl der zwischen 2,1 und 3,2 Millionen in Deutschland lebenden ausländischen Muslime haben die türkische Staatsangehörigkeit. Daher wird in diesem Buch auch immer wieder der Hauptbezug zu dieser Gruppe der Migranten hergestellt. Muslime aus südosteuropäischen Ländern bilden mit etwa 355.000 Personen die zweitgrößte Gruppe der Migranten in Deutschland. Die verbleibenden rund 353.000 Muslime mit ausländischer Staatsangehörigkeit stammen aus dem Iran und Ländern Südasiens, Südostasiens, Zentralasiens/der GUS, dem Nahen Osten, Nord-

afrikas oder des restlichen Afrikas (BAMF Integrationsportal).

Die Mehrzahl der in Deutschland lebenden Muslime ist gläubig. Aus der Studie »Muslimisches Leben in Deutschland« geht hervor, dass sich 36% selbst als stark gläubig einschätzen, weitere 50% der Muslime bezeichnen sich als »eher gläubig«. Das Bekenntnis zu Religiosität ist in den verschiedenen Herkunftsgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während vor allem türkischstämmige Muslime und Muslime aus afrikanischen Ländern angeben, »sehr gläubig« zu sein, bezeichnen sich etwa ein Drittel der iranisch-stämmigen Muslime – überwiegend Schiiten – als »gar nicht gläubig«. In allen Herkunftsgruppen zeigt sich, dass Frauen sich tendenziell als gläubiger bezeichnen als Männer. Insgesamt sind etwa 20% der Muslime Mitglieder in religiösen Vereinen oder Gemeinden (DIK-Redaktion, 09.06.2010). Die Zahlen stammen aus der Studie »Muslimisches Leben in Deutschland«, die die Deutsche Islam Konferenz in Auftrag gegeben hat und vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge durchgeführt worden ist (Haug et al.).

Wir haben dieses Buch unter der etwas provokanten Fragestellung verfasst: »Brauchen Migranten eine *andere Pflege*?« Durch unsere Recherchen und Erfahrungswerte in unseren unterschiedlichen Berufsfeldern, die beide mit dem Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen in stationären Einrichtungen zu tun haben, verneinen wir diese Frage gleich hier an dieser Stelle. Patienten mit Migrationshintergrund, die in irgendeiner Weise pflegebedürftig geworden sind, sei es durch Krankheit, Unfall oder auch durch Alter, brauchen keine »andere Pflege«, sondern Pflegenden, die sie als einzigartige Menschen empathisch wahrnehmen und **kultursensibel** pflegen und behandeln.

## 1.4 Kultursensible Pflege

Was bedeutet dieser Anspruch der kultursensiblen Pflege konkret? Der Begriff der kultursensiblen Pflege, der sich im Sprachgebrauch zunehmend festsetzt, bedeutet, dass alle Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe versuchen, sich bestmöglich auf andere und zunächst fremde Bedürfnisse ihrer Patienten mit Migrationshintergrund

einlassen zu können. Dieser Prozess erfordert Hintergrundwissen über andere Kulturen, Rücksichtnahme auf die individuellen Bedürfnisse dieser speziellen Gruppe von Patienten, die konsequente Befreiung von latent schlummernden Stereotypen und Vorurteilen, vor allem aber erfordert dieser Prozess die Bereitschaft, bei jedem Patienten und jeder Patientin individuell zu klären, inwieweit die allgemeinen Regeln für ihn oder sie gelten. Entscheidend für die erfolgreiche Anwendung des kulturspezifischen Wissens ist eine Haltung, die kulturelle und ethnische Besonderheiten zulässt, doch den Patienten konsequent individuell und bedürfnisorientiert wahrnimmt. Pflegenden, die in stationären Einrichtungen arbeiten, kennen jedoch oftmals die kulturellen Hintergründe ihrer Patienten und die daraus resultierenden Unterschiede zu der eigenen und bekannten Kultur – in diesem Fall der deutschen Kultur – zu wenig. Deshalb gibt es in der Praxis auch oft Schwierigkeiten und Unsicherheiten in der Betreuung der Patienten und deren Angehörigen.

Die Bereiche Körperkontakt, Intimsphäre, Geburt, Ernährung und Sterben sorgen für viele Unsicherheiten von beiden Seiten, da es große und gravierende interkulturelle Informationsdefizite gibt. Folglich werden oft unbewusst »Fehler« gemacht und es kommt, wenn sich diese häufen, zu Spannungen zwischen Pflegenden und Ärzten auf der einen Seite und den Patienten und ihren Angehörigen auf der anderen Seite. Um mit den Konflikten, Spannungen, Ungereimtheiten und dem manchmal bedrohlich erscheinenden Fremdverhalten von Patienten aus anderen Herkunftskulturen täglich konstruktiv umzugehen, bedarf es einer fortwährenden Reflexion, die weit über das bislang erworbene und vorhandene Hintergrundwissen der Pflegenden hinausgeht.

Die Konfrontation mit Patienten aus anderen, uns fremden Kulturen, bedeutet auf jeden Fall eine Bereicherung, aber auch eine ganz neue Auseinandersetzung mit den eigenen gesellschaftlichen und kulturellen Prägungen. Was daraus folgt ist die Erkenntnis über die nur relative Gültigkeit unserer vorherrschenden Kultur, die in der gesamten, sich wandelnden Gesellschaft vorgenommen werden muss. Grundsätzlich wird die Frage: »Wie verhalte ich mich richtig und wie falsch?«, neu gestellt

im Umgang mit fremdkulturellen Patienten und ihren Angehörigen. Auch die Fragen nach der All-gemeingültigkeit unserer kulturell und individuell geformten Vorstellung von Gesundheit, Krankheit, Geburt und Tod stellen sich und müssen im Pflege-alltag neu beantwortet werden.

In der Diskussion um »unsere« und »andere« Kulturen wird schnell klar, dass wir ein offenes Verständnis von Kultur brauchen, da es die Kultur so nicht gibt und auch nie gab. Kulturen sind und waren von jeher keine statischen Gebilde, sondern unterliegen alle dynamischen Wandlungsprozessen. Jede Kultur verändert sich ständig, sie wächst, sie lässt Neues entstehen und überholte Maßstäbe werden von neuen Einflüssen verdrängt. Oft zeigt sich im kulturellen Wandel einer bestimmten Kultur eine rapide Dynamik, der das Verständnis oder die Betrachtung von außen noch Jahre oder Jahrzehnte hinterherhinkt. Dies betrifft die deutsche Kultur ebenso wie jede andere.

## 1.5 Veränderungen der Gesellschaft – Veränderungen des Gesundheitswesens

---

Unsere Gesellschaft wandelt sich ständig und unterliegt immer schnelleren Anpassungsprozessen an die verschiedenen Aspekte der Globalisierung. Dieser Wandel macht auch vor dem Pflegealltag in Kliniken und anderen stationären Einrichtungen, wo Pflege ausgeübt wird, nicht halt. Wie können Pflegenden aber kulturkompetent auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund eingehen, ohne sich selber zu verlieren? Im Vordergrund des Pflegeverständnisses muss heute mehr denn je das Selbstbestimmungsbedürfnis des Patienten, die Akzeptanz seiner Andersartigkeit und die Ausrichtung an seinen individuellen Bedürfnissen statt an seiner Bedürftigkeit stehen. Damit sollen die Pflegeleistungen für den Patienten als selbstverständlich erlebt und ein Gefühl von Abhängigkeit vermieden werden. Die Umsetzung dieser Forderungen hängt bedauerlicherweise auch von den nicht immer ausreichenden finanziellen Mitteln ab, über die die jeweiligen Einrichtungen verfügen.

Um diesen neuen Anforderungen gegenüber den Angehörigen der Pflegeberufe und den Bedürfnissen der Patienten Rechnung zu tragen, muss die interkulturelle Kompetenz bei den Pflegenden und bei den Patienten erhöht werden und die interkulturelle Kommunikation im Berufsalltag der Pflege geschult und gefördert werden. In Deutschland leben, wie bekannt, derzeit mehr als 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Nur zum Vergleich: Der Anteil der Ausländer und Menschen mit Migrationshintergrund hat sich von 1,2% 1961 bis heute auf nahezu 19% der Bevölkerung der Bundesrepublik gesteigert.

Wie schon im Report des Bundesweiten Arbeitskreises für Migration und Gesundheit beklagt, wird diese Gruppe »häufig durch das Gesundheitswesen unseres Landes nicht ausreichend und angemessen versorgt. Informationsbedingte, kulturelle und kommunikative Barrieren führen zu den seit langem bekannten Problemen von Unter-, Über- und Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten mit dadurch erhöhten Kosten für die stationäre Therapie und Pflege« (► Internetadresse Literaturverzeichnis).

Die Forderung nach mehr interkultureller Öffnung und Kompetenz im Gesundheitsbereich zeigt deutlich, dass ein ganz enormer Bedarf an situationsgerechter interkultureller Kommunikations- und Kompetenzerweiterung in Kliniken besteht. Oft kann im häufig unterbesetzten und von strikten Zeitplänen bestimmten Berufsalltag in allen Bereichen der Pflege der einzelne Patient nicht mehr wahrgenommen werden, sondern er wird – oft unbeabsichtigt – in vorgefertigte »Kopf-Schubladen« gesteckt.

## 1.6 Eigene Kultur – fremde Kultur?

---

Kultursensible Kompetenz bedeutet aber besonders im Bereich der Pflege, den Blick zu schärfen für eigen- und fremdkulturelle Hintergründe und gleichzeitig die Akzeptanz und die Empathie für das unbekannte Verhalten zu erhöhen. In diesem Buch werden fremdkulturelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit behandelt und beschrieben. Formen des Verhaltens von Patienten mit Migrationshintergrund werden durchleuchtet und vor

allem wird viel Wert auf die Vermittlung von emotionalen Befindlichkeiten der Patienten gelegt. Es wird versucht, ihre Haltung, die sie gegenüber der Erkrankung und der medizinischen Versorgung allgemein und besonders hier in Deutschland einnehmen, zu beleuchten und zu »übersetzen«. Dies impliziert leider immer auch eine gewisse Verallgemeinerungstendenz, die unreflektiert sehr problematisch ist. So wie es **den** deutschen Patienten und **das** deutsche Patientenverhalten nicht gibt, kann es auch **den** allgemeingültigen türkischen, nordafrikanischen oder chinesischen Patienten nicht geben. Migration in der Bundesrepublik Deutschland ist vielschichtig und heterogen. 15,3 Millionen Menschen in Deutschland mit Migrationshintergrund, die unterschiedliche kulturelle schicht- und bildungsspezifische Hintergründe haben, lassen sich nicht verallgemeinern.

Dennoch beschreiben viele empirische Untersuchungen der Ethnomedizin und medizinsoziologischer Studien immer wiederkehrende Konfliktbereiche in der Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten aus anderen Kulturen. Hier sind in erster Linie die Kulturen des islamischen Kulturkreises zu nennen, die in Deutschland zahlenmäßig am meisten durch die türkischen Patienten repräsentiert werden. Daher widmen wir einen großen Teil dieser Beschreibung den türkischen Patienten und ihren Befindlichkeiten im Kontrast zu Deutschland. Aus unserem Arbeitsalltag kennen wir beide die typischen Problemfelder der interkulturellen Kommunikation zwischen meist deutschen Pflegekräften und ihren Patienten und Patientinnen aus anderen Kulturen. In diesem Buch nehmen wir in erster Linie Bezug auf die Patienten aus dem islamischen Kulturkreis. Hier in Deutschland betrifft dies vor allem Menschen, die ursprünglich aus der Türkei abstammen, aber zunehmend kommen auch interkulturelle Problemstellungen mit Patienten aus Teilen Osteuropas hinzu. Als Kulturanthropologin arbeite ich auch empirisch zur Fragestellung. Ich greife die Beispiele, die mir im Rahmen einer empirischen Recherche von den Pflegekräften berichtet wurden, als Fallbeispiele auf und ergänze sie durch die Ergebnisse der empirischen Studien, die ich in diesem Zusammenhang bearbeitet habe.

Diese aus der Praxis stammenden Fallbeispiele darzulegen und Hilfestellungen auszuarbeiten, soll für Sie als Pflegefachkräfte einen praktikablen Umgang mit den realen Problemen im Pflegealltag darstellen und zu einer insgesamt kultursensibleren Haltung verhelfen, die Ihnen mehr Sicherheit gibt und die latent schlummernden Unsicherheiten im Umgang mit fremdkulturellen, sowie deren Angehörigen, nach und nach beseitigen. Wie sollen Sie sonst auf die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Lebenswelten von Migranten situations- und kontextgerecht eingehen können? Unserer Meinung nach kann erst die Praxistauglichkeit und sofortige Umsetzbarkeit des Erlernten Ihnen in Ihrem Praxisalltag eine Entlastung bringen. Wobei wir gleich zu Beginn festlegen wollen und müssen: Ein kulturspezifisches verbindliches Hintergrundwissen über **jede** in Deutschland aktuell vorhandene Kultur ist nicht zu leisten und im Sinne von *Kultursensibilität* auch gar nicht anzuraten. Vielmehr geht es um die Möglichkeit der konkreten Einschätzung von »fremdem« Verhalten, damit Sie besser auf die individuellen Bedürfnisse Ihrer Patienten eingehen können.

Die ausgewählten Fallbeispiele, die in den verschiedenen Schulungen über einen kultursensiblen Umgang mit Patienten aus fremden Kulturen geschildert und hier aufgenommen wurden und die viele Pflegenden in ähnlicher Form vom eigenen Pflegealltag her wiedererkennen dürften, zeigen unterschiedliche, aber doch immer wiederkehrende Probleme und Unsicherheiten im Umgang mit dem »fremden« Patienten. Die Hintergrunderklärungen sollen Ihnen ganz praxisnah dazu verhelfen, praktikable Lösungsmöglichkeiten zu bekommen. Es sollen von uns keine Standard-Rezepte vermittelt werden, die wieder die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten unberücksichtigt lassen, sondern vielmehr sollen unsere Praxistipps und Anregungen dazu dienen, Missverständnisse zwischen Ihnen und Ihren Patienten zu vermeiden und die gegenseitige Verständigung nachhaltig zu erleichtern. Es soll Ihnen damit auch trotz zeit- und dokumentationsintensivem Pflegealltag wieder mehr dazu verholfen werden, dass Sie sich auf die ethischen Grundsätze der Pflege zurückzubesinnen können: das Wohl eines jeden Patienten, unabhängig von dessen Nationalität, Religion und Kultur, an

## ICN Kodex für Pflegende International Council of nurses

1973 wurde in Mexico-City der ICN-Kodex für Angehörige der Pflegeberufe entwickelt. Der International Council of Nurses (ICN) steht für den Weltbund der Pflegenden. Der International Council of Nurses (ICN) ist ein Verband von Pflegenden für Pflegende. Sein Ziel ist es, eine hohe Qualität an Pflege sicherzustellen. Der Verband des ICN, der 1899 gegründet wurde, besteht aus 122 nationalen Berufsverbänden der Pflege und macht sich für eine weltweit vernünftige Gesundheitspolitik stark. Er stellt die Aufgaben und ethischen Entscheidungen von

weltweit Millionen praktizierenden Pflegenden in den Mittelpunkt. Der ICN ist für die Berufsausübung der Pflege von zentraler Wichtigkeit, da er verbindliche Richtlinien sowohl für die praktische Ausübung der Pflege als auch für das mit der Pflege verbundene ethische Handeln vorgibt. Er stellt ein Rahmenwerk dar, auf dessen Grundlagen Entscheidungen gefasst werden können. Der ICN ist keine rezeptartige Ansammlung von verbindlichen Richtlinien, sondern er stellt eine Hilfestellung in besonders komplexen Pflegesituationen dar, wobei

die Einzigartigkeit jeder einzelnen Situation im Bewusstsein der Pflegenden fest verankert bleibt. Der ICN erhebt nicht den Anspruch, für jede denkbare Situation eine Richtlinie zu formulieren, sondern er kann und soll einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Berufseinstellung von Pflegenden leisten. Die jeweilig an die Situation angepasste Hinterfragung der eigenen ethischen Grundhaltung, der eigenen Werte und Normen im Berufsalltag, steht im Mittelpunkt des ICN Kodex (► Abschn. 1.8).

die erste Stelle zu setzen, wie dies im ICN Kodex für Pflegende des International Council of Nurses auch verankert ist (► Exkurs ICN Kodex).

### 1.7 Ziele des ICN Kodex und des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V.

Der Verband kann als die internationale Stimme der Pflege betrachtet werden. Das Ziel ist von Anfang an, immer Pflege von hoher Qualität für alle Beteiligten sicherzustellen und sich darüberhinaus auch international für eine vernünftige Gesundheitspolitik einzusetzen. Der in Deutschland genannte Ansprechpartner und Vertreter des ICN ist der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.

Pflegende haben vier grundlegende Verantwortungsbereiche:

1. Förderung der Gesundheit
2. Wiederherstellung von Gesundheit
3. Verhütung von Krankheit
4. Linderung von Leiden

Wenn es um das Thema »Pflege« geht, dürfen die Menschenrechte nicht außer Acht gelassen werden. Damit verbunden sind auch das Recht auf eine res-

pektvolle Behandlung, auf menschliche Würde und das Recht auf Leben. Das heißt, dass sie unabhängig von der jeweiligen Person und ihrem persönlichen Hintergrund ist (z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Kultur, Krankheiten/Behinderungen, Glauben, politischer Einstellung, Hautfarbe, Rasse, sozialem Status) und daher immer gewährleistet werden muss. Pflegende handeln immer »zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft«.

Diese vier Elemente werden auch vom ICN Ethik Kodex für Pflegende aufgegriffen, welcher sich in Pflegende und ihre Mitmenschen, Pflegende und die Berufsausübung, Pflegende und die Profession, sowie Pflegende und ihre Kolleginnen und Kollegen untergliedert.

Der erste Punkt »Pflegende und ihre Mitmenschen« bedeutet, dass die berufliche Verantwortung den pflegebedürftigen Menschen gilt. In diesem Zusammenhang müssen die Pflegenden die Menschenrechte, Werte, Konfession, Sitten und Wertvorstellungen des zu Pflegenden und seinen Angehörigen respektieren und achten. Außerdem muss der Pflegebedürftige alle relevanten Informationen erhalten und zu den damit einhergehenden Behandlungen zustimmen. Zudem müssen alle Pflegenden gewährleisten, dass jegliche ihnen anvertraute Information vertraulich behandelt wird