

MODERNE INTERKULTURELLE BILDUNG

**FÜR STUDIERENDE DER
GESUNDHEITSBERUFE**



Herausgeberin:
Małgorzata Szkup

Erasmus+ KA220 Projekt

MultiCultiMed



Co-funded by
the European Union





MODERNE INTERKULTURELLE BILDUNG FÜR STUDIERENDE DER GESUNDHEITSBERUFE

Herausgeberin: Małgorzata Szkup

Erasmus+ KA220 Projekt
MultiCultiMed



Co-funded by
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Autoren

Małgorzata Szkup, Małgorzata Zimny, Magdalena Stankiewicz, Magdalena Kuczyńska, Karmen Erjavec, Sabina Krsnik, Maria A. Marchwacka, Emilia Burbela, Olha Fedortsiv, Volodymyr Dzhyvak, Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou, Marzena Mikła, Paloma Moral de Calatrava

Wissenschaftliche Rezension

Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Dr Irena Papadopoulos

Übersetzung: Dr. Dorota Pilch

Titel

Moderne interkulturelle Bildung für Studierende der Gesundheitsberufe

Veröffentlichungslayout: Eliza Rząd

Technische Redaktion und grafische Gestaltung: Sabina Krsnik

Fotos und Grafiken: Canva Pro, Verwendung unter Lizenz.

ISBN: 978-83-64906-86-2

Herausgeber: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin

www.pum.edu.pl/uczelnia/wydawnictwo

e-mail: wydawnictwo@pum.edu.pl

Co-funded by the European Union

This publication has been funded with support from the European Commission under the Erasmus+ Programme, Key Action 2 – Cooperation Partnerships in Higher Education.

Project title: MultiCultiMed – Modern Multicultural Education for Medical and Health Science Students

Project number: 2024-1-PL01-KA220-HED-000251323

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.



This publication has been released under the Creative Commons Attribution-ShareAlike license CC BY-SA (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
MultiCultiMed-Projekt	11

1

KAPITEL 1 — DAS EMPOWER-MODELL

Małgorzata Szkup (Polen)

1.1 Einleitung	15
1.2. Das EMPOWER-Modell – Zentrale Komponenten	19
1.3. Kulturelle Bescheidenheit in der Ausbildung von Studierenden der Medizin und Gesundheitswissenschaften	21
1.4. Berufliches Wohlbefinden als Grundlage für die Wirksamkeit der interkulturellen Ausbildung im Gesundheitsbereich	26
1.5. Entwicklung von reflektierten interkulturellen Kompetenzen im gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeld	29
1.6 Bildungsressourcen	32
1.7. Unterstützende Instrumente	37

2

KAPITEL 2 — VIELFALT UND INTEGRATION IM GESUNDHEITSWESEN

Małgorzata Zimny (Polen)

2.1. Einleitung	43
2.2. Vorteile von Vielfalt und Integration im Gesundheitswesen	44
2.3. Überwindung von Barrieren	49
2.4. Inklusives Führungsverhalten	52
2.5. Berufliches Verhalten im Kontext kultureller Vielfalt	55
Abschließende Reflexion: Relevanz für kulturelle Kompetenz und das EMPOWER-Modell	66

3

KAPITEL 3 — GLOBALISIERUNG UND MULTIKULTURALITÄT IN DER MEDIZINISCHEN AUSBILDUNG UND THERAPEUTISCHEN TEAMS

Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvyak (Ukraine)

3.1. Einleitung	69
3.2. Ergebnisse der Forschung	71
3.3. Multikulturalität und Vielfalt in therapeutischen Teams	76
Abschließende Reflexion: Relevanz für kulturelle Kompetenz und das EMPOWER-Modell	82

4

KAPITEL 4 — KULTURELLE IDENTITÄT UND GESUNDHEIT

Magdalena Stankiewicz (Polen)

4.1. Einleitung	85
4.2. Der Patient als Subjekt im Gesundheitssystem	89
4.3. Kulturelle Identität und Gesundheit	90
4.4. Kulturelle Determinanten von Gesundheit und Krankheit	92
4.5. Herausforderungen in der medizinischen Praxis	94
4.6. Psychologische Mechanismen in multikulturellen medizinischen Beziehungen	97
4.7. Rassismus und strukturelle Gewalt als Faktoren der psychischen Gesundheit – Die Rolle der medizinischen Fachkräfte	100
Abschließende Reflexion: Relevanz von kultureller Identität, Gesundheit und dem EMPOWER-Modell	105

5

KAPITEL 5 — INTERKULTURELLE KOMPETENZ: PERSPEKTIVENWECHSEL UND REFLEXIONSKOMPETENZ

Maria Anna Marchwacka (Deutschland)

5.1. Einleitung	109
5.2. Kultur – Kulturelle Bezugssysteme und Intersektionalität	110
5.3. Kulturelle Vielfalt: Beispiel Deutschland	114
5.4. Interkulturelle Bildung als Interaktionsprozess	117
5.5. Zur Entwicklung von Reflexionskompetenz	120
5.6. Lasst uns unsere Perspektive ändern und uns vom Essentialismus lösen ...	123
5.7. Schlussfolgerung	125
Abschließende Reflexion: Relevanz für kulturelle Kompetenz und das EMPOWER-Modell	129

6

KAPITEL 6 — FLÜCHTLINGE, MIGRATION UND GESUNDHEIT

Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Zypern)

6.1. Einleitung	133
6.2. Auswirkungen von Migration auf die Gesundheit	134
6.3. Gesundheitliche Barrieren für Migranten und Flüchtlinge	135
6.4. Globale Gesundheit, Migration, Flüchtlinge und transkulturelle Bedürfnisse	137
Abschließende Reflexion: Verbindung von Migration und Gesundheit mit dem EMPOWER-Modell	139

7

KAPITEL 7 — DIE AUSWIRKUNGEN DES KLIMAWANDELS UND DER PANDEMIE AUF DIE GLOBALE GESUNDHEIT

Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Zypern)

7.1. Einleitung	143
7.2. Pandemien und ihre globalen Auswirkungen	145
7.3. Klimawandel als Bedrohung der globalen Gesundheit	146

7.4. Fazit	148
Abschließende Reflexion: Globale Gesundheitskrisen im Kontext des EMPOWER-Modells	150

8

KAPITEL 8 — ALTERNDE BEVÖLKERUNG

Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Zypern)

8.1. Einleitung	153
8.2. Bevölkerungsalterung als globale Herausforderung	156
8.3. Einstellungen von Gesundheitsfachkräften gegenüber älteren Patient:innen	161
8.4. Einfluss kultureller Faktoren auf die Wahrnehmung des Alterns	162
8.5. Herausforderungen älterer Migrant:innen im Aufnahmeland	162
8.6. Europäische Verträge und Konventionen zum Thema	163
Abschließende Reflexion: Alterung der Bevölkerung und das EMPOWER-Modell	170

9

KAPITEL 9 — EFFEKTIVE INTERKULTURELLE KOMMUNIKATION UND ZUSAMMENARBEIT: STRATEGIEN FÜR INKLUSION UND DIALOG

Karmen Erjavec, Sabina Krsnik (Slowenien)

9.1. Einleitung	173
9.2. Interkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen	176
9.3. Strategien für effektive interkulturelle Kommunikation	179
9.4. Engagement für Dialog und Zusammenarbeit in der interkulturellen Kommunikation im Rahmen Gesundheitswesens	196
Abschließende Reflexion: Multikulturelle Kommunikation und Zusammenarbeit im Lichte des EMPOWER-Modells	206

10

KAPITEL 10 — DER EINFLUSS KULTURELLER FAKTOREN AUF EINSTELLUNGEN ZU GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukraine)

10.1. Einleitung	209
10.2. Gesundheits- und Krankheitskonzepte in verschiedenen Kulturen	210
10.3. Körperwahrnehmung	212
10.4. Einfluss kultureller Faktoren auf Einstellungen zur psychischen Gesundheit	215
Abschließende Reflexion: Kulturelle Determinanten von Gesundheit und das EMPOWER-Modell	223

11

KAPITEL 11 — PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN EINER MULTIKULTURELLEN GESELLSCHAFT

Paloma Moral de Calatrava (Spain)

11.1. Einleitung	227
------------------------	-----

11.2. Akkulturationsmodelle	229
11.3. Akkulturationsstress und psychische Gesundheit	230
11.4. Das Ulysses-Syndrom	233
Abschließende Reflexion: Psychische Gesundheit in der multikulturellen Gesellschaft und das EMPOWER-Modell	242

12

KAPITEL 12 — RELIGIÖSE, SPIRITUELLE UND KULTURELLE PRAKTIKEN IN BEZUG AUF GESUNDHEIT

Marzena Mikła (Spanien)

12.1. Einleitung	245
12.2. Kurzer Leitfaden zu spirituellen und religiösen Praktiken in Bezug auf Gesundheit	248
Abschließende Reflexion: Religiöse und kulturelle Praktiken und das EMPOWER-Modell	268

13

KAPITEL 13 — MULTIKULTURALITÄT IN DER MEDIZIN: ETHISCHE FRAGESTELLUNGEN

Magdalena Kuczyńska (Poland)

13.1. Einleitung	271
13.2. Die Menschenwürde als oberster Wert in multikulturellen Beziehungen in der Medizin	278
13.3. Toleranz und Multikulturalität in der Medizin	280
13.4. Drei Elemente einer moralischen Haltung im Umgang mit Multikulturalität in der Medizin	282
13.5. Fazit	283
Abschließende Reflexion: Ethik der Multikulturalität in der Medizin und das EMPOWER-Modell	285

14

KAPITEL 14 — MENSCHENRECHTE

Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukraine)

14.1. Einleitung	289
14.2. Forschungsergebnisse	292
Abschließende Reflexion: Menschenrechte im Kontext des EMPOWER-Modells	296
Autor: innenverzeichnis	299



Vorwort

Das moderne Gesundheitswesen bewegt sich an der Schnittstelle dynamischer sozialer, kultureller und demografischer Veränderungen. In einer Ära der Globalisierung, der Massenmigration, der alternden Bevölkerung sowie der wachsenden Bedeutung von Menschenrechten und Gleichberechtigung kann sich die medizinische Ausbildung nicht mehr auf die reine Vermittlung von klinischem Wissen beschränken. Es ist unerlässlich, zukünftige Fachkräfte im Gesundheitswesen so auszubilden, dass sie in zunehmend kulturell diversen Berufsumfeldern effektiv, empathisch und gerecht handeln können.

Dieses Handbuch entstand als direkte Antwort auf diese Herausforderungen. Es ist das Ergebnis einer einzigartigen Zusammenarbeit eines internationalen Expertenteams und vereint aktuelle Ansätze der interkulturellen Bildung, wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen. Im Zentrum steht das originelle **EMPOWER-Modell** – ein konzeptioneller und didaktischer Rahmen, der Wirksamkeit, Multikulturalität, Professionalität, berufliches Wohlbefinden und Zugang zu unterstützenden Bildungsressourcen fördert. Das Modell unterstützt die Entwicklung reflektierter interkultureller Kompetenzen und fördert eine partnerschaftliche Haltung gegenüber Patient:innen im therapeutischen Prozess.

Dieses Buch ist nicht nur eine Quelle wissenschaftlicher Erkenntnisse – es ist zugleich eine Einladung zum Dialog, zur Reflexion und zum Wandel. Es eröffnet den Leser:innen einen Raum, sich mit kultureller Bescheidenheit, Selbstreflexion und geteilter Verantwortung bei der Gestaltung eines gesundheitsbezogenen Systems auseinanderzusetzen, das für Vielfalt offen ist. Darüber hinaus bildet es ein theoretisches Fundament für ein breiteres Bildungskonzept, ergänzt durch praktische Werkzeuge und interaktive Übungen auf der MultiCultiMed-Plattform.

Ich lade Sie herzlich ein, sich dieser Publikation sowohl als Lernende, als zukünftige Fachkraft als auch als Mensch persönlich und engagiert zu nähern.

Mit freundlichen Grüßen
Małgorzata Szkup

Über das MultiCultiMed-Projekt



Dieses Handbuch wurde im Rahmen des Projekts MultiCultiMed – Modern Multicultural Education for Medical and Health Science Students (Projekt nr. 2024-1-PL01-KA220-HED-000251323) entwickelt.

Es handelt sich um ein internationales Projekt, die von sechs Universitäten aus Polen, Spanien, Slowenien, Zypern, der Ukraine und Deutschland durchgeführt wird.

Das Projekt wurde als Antwort auf den wachsenden Bedarf an kulturell kompetenten Fachkräften im Gesundheitswesen sowie auf die Notwendigkeit der Modernisierung der europäischen Bildungssysteme ins Leben gerufen. *MultiCultiMed* widmet sich zentralen globalen Herausforderungen – Migration, demografischem Wandel und gesundheitlichen Ungleichheiten – durch einen innovativen und integrierten Ansatz der interkulturellen Bildung. Es vermittelt Studierenden nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch praxisorientierte Ansätze, um Empathie zu fördern, Diversität zu verstehen und effektiv in multikulturellen Teams zu arbeiten.

Die wichtigsten Ergebnisse des Projekts umfassen:

- ein mehrsprachiges Handbuch,
- eine interaktive Lernplattform mit Übungen, die auf die Inhalte des Handbuchs abgestimmt sind,
- einen methodischen Leitfaden für Lehrende und Mentor:innen sowie
- die *Human Library* – eine Sammlung von realen Lebensgeschichten von Personen aus marginalisierten oder kulturell diversen Gruppen.

Diese Komponenten bilden gemeinsam ein flexibles, multidimensionales Bildungssystem, das die Entwicklung von interkultureller Sensibilität und professioneller Kompetenz bei Studierenden der Medizin, Pflegewissenschaften, Psychologie, Diätetik, Physiotherapie und weiterer Gesundheitswissenschaften unterstützt.

Wir laden Sie herzlich ein, dieses Material zu nutzen und sich unserem gemeinsamen Engagement für eine inklusivere, gerechtere Zukunft im Gesundheitswesen – in Europa und darüber hinaus – anzuschließen.

Das MultiCultiMed-Team



Kapitel 1

Das EMPOWER-Modell

– ein innovativer Rahmen
für die interkulturelle
Bildung von Studierenden
der Medizin und
Gesundheitswissenschaften

MAŁGORZATA SZKUP

Pommersche Medizinische Universität Stettin (Polen)

“

Eine Bildung, die lehrt, die Welt, ihre Menschen und ihre vielfältigen Perspektiven zu verstehen, ist das stärkste Instrument zur Förderung von Frieden, Empathie und Zusammenarbeit.

— Kofi Annan

1.1. Einführung

Die moderne interkulturelle Bildung für Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften ist ein didaktischer Ansatz, der die Prinzipien kultureller Vielfalt, Chancengleichheit und Inklusion in die medizinische Ausbildung integriert. Sie wird zunehmend als ein wesentliches Element in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften anerkannt, da sie die Möglichkeit bietet, Kompetenzen zu entwickeln, die sowohl kultursensibel als auch diskriminierungsbewusst sind und somit eine effektive Arbeit mit diversen Patientengruppen ermöglichen.

Mit der zunehmenden Multikulturalität der Gesellschaften verlagert sich der Schwerpunkt der medizinischen Ausbildung auf Curricula, die interkulturelle Kompetenz fördern, um zukünftigen Fachkräften im Gesundheitswesen das Verständnis und den Umgang mit unterschiedlichen, durch kulturelle Hintergründe geprägten Gesundheitsbedürfnissen zu ermöglichen (Liu et al., 2022; Verbree et al., 2023; Papadopoulos, 2024). Die zunehmende Bedeutung interkultureller Bildung in medizinischen Lehrplänen ergibt sich aus der Erkenntnis erheblicher Unterschiede in den gesundheitlichen Ergebnissen zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen. Forschungsergebnisse zeigen, dass kultursensible Versorgung nicht nur die Zufriedenheit der Patient:innen erhöht, sondern auch die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert, da sie den spezifischen Herausforderungen von Minderheitengruppen gerecht wird (Majda et al., 2021).

Im Zentrum des EMPOWER-Modells stehen:

- *die Stärkung der Studierenden im Bereich der interkulturellen Bildung,*
- *die Förderung der Patientenautonomie.*

Aus diesem Grund überarbeiten medizinische Hochschulen ihre Ausbildungsstrategien und integrieren interkulturelle Kompetenz zunehmend als eines der Ausbildungsziele (Liu et al., 2022; Zanetti et al., 2014). Trotz dieser positiven Entwicklungen bleibt die Umsetzung der interkulturellen Bildung nicht ohne Herausforderungen. Kritiker:innen weisen auf Defizite wie unzureichende institutionelle Unterstützung, fortbestehende Stereotype sowie auf die Notwendigkeit hin, effektivere Methoden zur Vermittlung und Überprüfung kultureller Kompetenzen einzuführen (Srinivasan et al., 2024). Dieser Prozess erfordert kontinuierliche Beobachtung, Bewertung und Anpassung.

Die Diskussion über diese Herausforderungen unterstreicht die Bedeutung fortlaufender Bemühungen, die Ausbildungspraktiken weiterzuentwickeln und ein inklusives Umfeld zu schaffen, das kulturelle Bescheidenheit und Sensibilität in der medizinischen Ausbildung in den Vordergrund stellt. Die Transformation der medizinischen Bildung, die diese Elemente integriert, ist entscheidend, um eine Generation von Gesundheitsfachkräften auszubilden, die in der Lage ist, sich in einer zunehmend vernetzten und komplexen Welt souverän zu bewegen. Künftige Fachkräfte des Gesundheitswesens mit den nötigen Kenntnissen, Fähigkeiten und einer offenen Haltung gegenüber vielfältigen Gemeinschaften auszustatten,

kann wesentlich zur Förderung von Chancengleichheit und zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung beitragen (Verbree et al., 2023; Majda et al., 2021).

Das **EMPOWER-Modell** stellt einen innovativen, eigens entwickelten Ansatz für die interkulturelle Ausbildung von Studierenden der Medizin und Gesundheitswissenschaften dar. Ziel dieses Modells ist es, die reflexiven interkulturellen Kompetenzen sowie die kulturelle Bescheidenheit zukünftiger Gesundheitsfachkräfte gezielt zu fördern.

Das **EMPOWER-Modell** zielt darauf ab, die Wirksamkeit der interkulturellen Bildung zu steigern und sie an die realen Herausforderungen des beruflichen Alltags anzupassen. Im Mittelpunkt steht die Stärkung der Rollen von Studierenden, Lehrenden, qualifiziertem Gesundheitspersonal sowie Patient:innen. Dadurch soll ein offeneres und unterstützenderes Umfeld für den Erwerb von Kompetenzen mitgestaltet werden.

Die **Stärkung der Studierenden** betont selbstgesteuertes Lernen und aktive Beteiligung. Ziel ist es, ihnen die notwendigen Fähigkeiten zu vermitteln, um in vielfältigen klinischen Kontexten effektiv handeln zu können.

Stärkung der Patientenautonomie fördert das Selbstmanagement der eigenen Gesundheit sowie die Beteiligung an medizinischen Entscheidungsprozessen und ermöglicht somit eine aktive Mitwirkung am Gesundheitswesen. Durch die Integration dieser Elemente verfolgt das **EMPOWER-Modell** das Ziel, Haltungen wie persönliches Engagement, Bescheidenheit, Reflexionsfähigkeit, Verantwortung und Offenheit zu fördern. Die Umsetzung seiner Prinzipien in die interkulturelle Bildung soll die Lücke zwischen theoretischem Wissen und dessen praktischer Anwendung schließen.

Als neues Konzept in der medizinischen Ausbildung zielt das **EMPOWER-Modell** nicht nur auf die Verbesserung der Effizienz der Ausbildung zukünftiger Fachkräfte im Gesundheitswesen ab, sondern adressiert auch die dringende Notwendigkeit, **Chancengleichheit und bessere gesundheitliche Ergebnisse für Patient:innen, insbesondere aus marginalisierten Gruppen, zu gewährleisten**. Durch seinen Fokus auf tiefgreifende, engagierte Bildungserfahrungen besitzt das Modell das Potenzial, ein wertvolles Instrument für die Gestaltung eines inklusiveren Gesundheitssystems zu werden, das den vielfältigen Bedürfnissen von Patient:innen und Gemeinschaften gerecht wird.

Angesichts der dynamischen Entwicklung der interkulturellen Bildung und ihres breiten Anwendungsbereichs bedarf es einer kontinuierlichen **kritischen Evaluation und Anpassung** des Modells an verschiedene Bildungskontexte.

Ziele

Durch dieses Kapitel sollen die Studierenden ihre Haltungen, Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen weiterentwickeln:

- **Verständnis der grundlegenden Prinzipien interkultureller Bildung** im Kontext der Medizin und der Gesundheitswissenschaften,

- **Erkenntnis der Bedeutung reflektierter interkultureller Kompetenzen, kultureller Bescheidenheit, beruflichen Wohlbefindens sowie von Bildungsressourcen und unterstützenden Werkzeugen** für eine inklusive Ausbildung im Gesundheitswesen,
- **Vertrautwerden mit dem EMPOWER-Modell** als innovativem Ansatz der interkulturellen Bildung, der sowohl die Rolle der Studierenden als auch die patientenzentrierte Versorgung stärkt,
- **Stärkung der Rolle der Patient:innen** im Hinblick auf bessere gesundheitliche Ergebnisse und Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitswesen,
- **Selbstreflexion über persönliche Vorurteile und Stereotype** zur Förderung von kultureller Bescheidenheit und Sensibilität in der medizinischen Praxis.

Jeder Mensch hat das Recht, dass seine kulturellen und spirituellen Bedürfnisse verstanden werden – ebenso wie erwartet wird, dass seine physischen und psychischen Bedürfnisse erfüllt werden.

– Madeleine Leininger

Lernziele

Nach Abschluss dieses Kapitels sind die Leser:innen in der Lage:

- **die Grundprinzipien der interkulturellen Bildung im Kontext von Medizin und Gesundheitswissenschaften zu erläutern** und deren Bedeutung für die Gestaltung eines vielfältigen und inklusiven Gesundheitssystems zu erklären,
- **das Konzept der kulturellen Bescheidenheit zu beschreiben** sowie dessen Relevanz für die medizinische Praxis zu verdeutlichen, insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient:innen und Gesundheitsfachkräften sowie auf bessere Behandlungsergebnisse,
- **Bildungsressourcen und Instrumente zu nutzen**, die Inklusion fördern und zur Entwicklung der eigenen reflektierten interkulturellen Kompetenzen beitragen, sowie das Phänomen der Vielfalt im Gesundheitswesen besser zu verstehen,

E – Effective (Effektiv) – Das Modell betont die Bedeutung von Effizienz in der Ausbildung, mit dem Fokus auf die Optimierung von Lehr- und Lernprozessen. Effektivität in der Bildung bedeutet nicht nur Wissensvermittlung, sondern auch die Befähigung der Studierenden, dieses Wissen in unterschiedlichen klinischen Kontexten anzuwenden – eine Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung.

M – Multicultural (Multikulturell) – Dieses Element unterstreicht die Relevanz der Integration kultureller Vielfalt in Bildungsprogramme. In Zeiten der Globalisierung ist die Fähigkeit, unterschiedliche Kulturen zu verstehen und zu respektieren, unerlässlich für die Arbeit mit Patient:innen aus diversen Lebenswelten. Die Aufnahme des Multikulturalismus in das Curriculum bereitet Studierende der Gesundheitswissenschaften darauf vor, effektiv mit Patient:innen zu arbeiten, die verschiedene Werte, Überzeugungen, Krankheitskonzepte, Erwartungen und Gesundheitsbedürfnisse mitbringen.

P-

Professional (Professionell) – Dies bezieht sich auf ein hohes Maß an menschlicher Sensibilität, fachlicher Kompetenz, Erfahrung sowie ethischem Verhalten. Die Ausbildung von Studierenden in Medizin und Gesundheitswissenschaften umfasst nicht nur das Erlernen technischer Fertigkeiten, sondern auch die Entwicklung von Haltungen, die auf Empathie, ethischem Handeln und einem Engagement für das Wohlergehen der Patient:innen beruhen. Diese Werte bilden das Fundament einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und stärken das Vertrauen zwischen Patient:innen und Gesundheitsfachkräften.

W-

Wellness (Wohlbefinden) – Hier steht die Förderung der Entwicklung von Fachkräften in einem gesundheitsförderlichen Umfeld im Vordergrund. Wohlbefinden in der medizinischen Ausbildung bedeutet, Räume zu schaffen, in denen Studierende nicht nur lernen, wie sie sich um andere kümmern, sondern auch, wie sie sich selbst physisch und psychisch schützen und stärken können. Dieser Aspekt gewinnt zunehmend an Bedeutung angesichts der wachsenden gesundheitlichen Belastungen, mit denen das Gesundheitspersonal konfrontiert ist.

ER-

Education Resource (Bildungsressourcen) – Dieses Element konzentriert sich auf die Bereitstellung geeigneter Lehrmaterialien, die die Entwicklung kultureller und fachlicher Kompetenzen der Studierenden unterstützen. Geeignete Ressourcen – wie Fachliteratur, digitale Werkzeuge oder praxisorientierte Übungen – sind unerlässlich, um Studierende darauf vorzubereiten, ihre Fachkenntnisse unter Berücksichtigung sozialer und kultureller Vielfalt weiterzuentwickeln.

- **das EMPOWER-Modell im Kontext der interkulturellen Bildung zu analysieren und anzuwenden** und dessen Einfluss auf die Verbesserung von Ausbildungs- und Versorgungsprozessen anhand der Stärkung der Rollen von Patient:innen und Studierenden zu erkennen,
- **die Grundsätze zur Stärkung der Rolle der Patient:innen zu verstehen** und deren Auswirkungen auf bessere gesundheitliche Ergebnisse, Entscheidungsfähigkeit und Chancengleichheit für unterschiedliche Patientengruppen zu erklären,
- **eigene Vorurteile und Stereotype kritisch zu reflektieren** und das Prinzip der kulturellen Bescheidenheit in der medizinischen Praxis anzuwenden, indem sie die Auswirkungen dieser Voreingenommenheiten auf klinische Entscheidungen, Patientenversorgung und Kommunikation nachvollziehen,

E – Effective (Effektiv) – betont Effizienz.

M – Multicultural (Multikulturell) – betont Multikulturalität.

P – Professional (Professionell) – hohes Maß an Bescheidenheit, Fachwissen, Kompetenz und ethischem Verhalten.

W – Wellness (Wohlbefinden) – Entwicklung von Fachkräften in einem gesundheits- und wohlbefindensfördernden Umfeld.

ER – Education Resource (Bildungsressourcen) – geeignete und angemessene Bildungsressourcen.

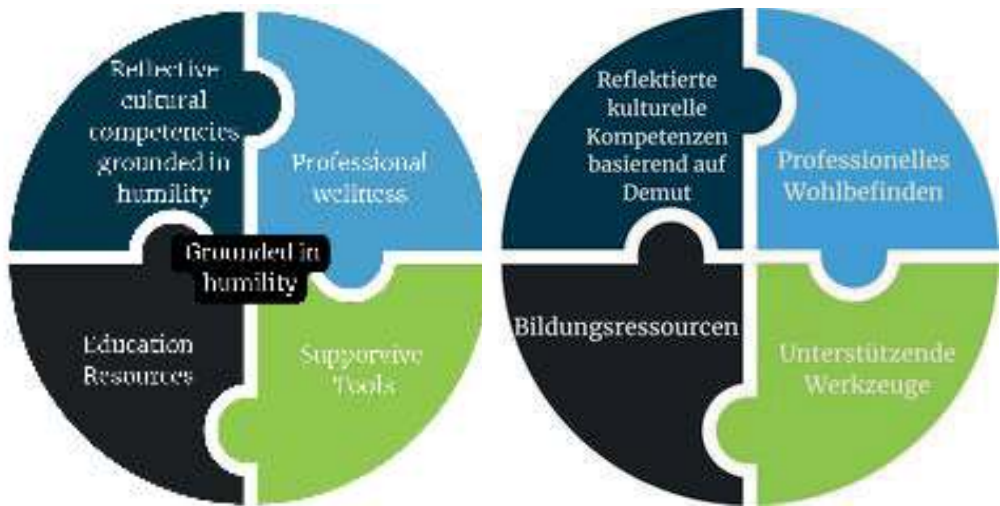


Abb. 1. Zentrale Elemente des EMPOWER-Modells

- **die Fähigkeit zu demonstrieren, ein inklusives und kultursensibles Umfeld im Gesundheitswesen zu schaffen**, das zentrale Elemente der interkulturellen Bildung integriert und die Rolle der Patient:innen in der klinischen Praxis sowie im täglichen Umgang stärkt.

1.2. Das EMPOWER-Modell – Zentrale Komponenten

Als Antwort auf den wachsenden Bedarf, die medizinische Ausbildung an vielfältige Gesellschaften anzupassen, wird ein neuer Ansatz der interkulturellen Bildung vorgeschlagen, der auf dem **EMPOWER-Modell** basiert. Dieses Modell verfolgt das Ziel, die Kompetenzen von Studierenden der Medizin und Gesundheitswissenschaften gezielt zu stärken. Es umfasst **fünf zentrale Merkmale**, die zusammen einen umfassenden Bildungsrahmen beschreiben und die Entwicklung zukünftiger Fachkräfte im Gesundheitswesen in einem multikulturellen Kontext unterstützen.

Das **EMPOWER-Modell** stellt somit einen innovativen Ansatz dar, der es Studierenden der Medizin und Gesundheitswissenschaften nicht nur ermöglicht, sich in einem kulturellen Kontext weiterzuentwickeln, sondern sie auch auf ihre zu-

Tabelle 1. Vergleich kultureller Kompetenz und kultureller Demut

	Kulturelle Kompetenz	Kulturelle Bescheidenheit
Ziele	Ein tieferes Verständnis für Minderheitskulturen (Zielgruppen) entwickeln, um Dienstleistungen effektiver und bedarfsgerechter anbieten zu können.	Die Selbstreflexion und persönliche Weiterentwicklung im Hinblick auf kulturelle Aspekte fördern, um das Bewusstsein von Dienstleistenden zu stärken.

	Kulturelle Kompetenz	Kulturelle Bescheidenheit
Grundprinzipien	Wissen Schulung / Training	Selbstreflexion Gemeinsames Lernen (oder Kooperatives Lernen)
Einschränkungen	Verstärkt die Vorstellung, dass man in einer fremden Kultur „kompetent“ sein kann. Trägt zur Aufrechterhaltung des Mythos bei, dass Kulturen einheitlich sind. Stützt sich auf theoretisches Wissen statt auf gelebte Erfahrung und geht davon aus, dass Fachkräfte in kulturellem Verständnis „zertifiziert“ werden können.	Für Fachkräfte ist es oft schwierig, das Konzept des gemeinsamen Lernens mit und von Patient:innen vollständig zu verstehen. Es fehlt ein klar definiertes Ergebnis, was insbesondere für Personen aus dem akademischen und medizinischen Bereich eine Herausforderung darstellen kann.
Vorteile	Ermöglicht es Einzelpersonen, auf ein Ziel hinzuarbeiten. Fördert die Entwicklung von Kompetenzen.	Fördert kontinuierliches Lernen ohne festgelegten Endpunkt und legt den Fokus auf den Wert des Prozesses von Wachstum und Verständnis. Unterstützt den Aufbau positiver Beziehungen zwischen Fachkräften und Patient:innen mit dem Ziel, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern.

künftige Tätigkeit in einer zunehmend diversen Gesellschaft vorbereitet. Durch die Integration dieser fünf Schlüsselemente – **Effektivität, Multikulturalität, Professionalität, Wohlbefinden und geeignete Bildungsressourcen** – stärkt dieses Modell die Kompetenzen der Studierenden und bereitet sie darauf vor, künftig eine führende Rolle im Gesundheitswesen einzunehmen sowie sich weltweit für mehr Chancengerechtigkeit im Gesundheitsbereich einzusetzen.

Das beigefügte Modell präsentiert einen Ansatz, der auf **Bescheidenheit** als zentrales Element basiert, welches vier zentrale Säulen für ein effektives Handeln im beruflichen und im Bildungsbereich unterstützt. Diese Säulen umfassen:

- **Reflektierte interkulturelle Kompetenzen,**
- **Berufliches Wohlbefinden,**
- **Bildungsressourcen,**
- **Unterstützende Instrumente.**

Dieses Modell betont, dass **Bescheidenheit** das Fundament für die Entwicklung all dieser Bereiche bildet und so ein bewussteres, sensibleres und ausgeglicheneres Arbeits- und Lernumfeld fördert (siehe Abb. 1).



Abb. 2. Die Eisberg-Metapher in Bezug auf die Komplexität von Kultur

Kulturelle Kompetenz + Kulturelle Bescheidenheit = Reflektierte interkulturelle Kompetenz

1.3. Kulturelle Bescheidenheit in der interkulturellen Ausbildung von Studierenden der Medizin und Gesundheitswissenschaften

Das Konzept der **kulturellen Bescheidenheit** entstand Ende der 1990er Jahre. Es wurde definiert als ein **dynamischer und lebenslanger Prozess**, der **Selbstreflexion** und **kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Vorurteilen und Grenzen** in den Mittelpunkt stellt. Es anerkennt, dass kulturelle Identitäten komplex und fortlaufend im Wandel begriffen sind und betont die Bedeutung einer **stetigen Neugier**, anstatt das Erreichen eines abschließenden Wissensstandes über Kulturen anzustreben (Pawlak-Sobczak, 2019).

Im Gegensatz zum Konzept der **kulturellen Kompetenz**, das suggerieren könnte, dass es einen Punkt gibt, an dem das Lernen über andere Kulturen abgeschlossen ist (im Sinne einer erreichten Kompetenz), fördert die kulturelle Bescheidenheit das Verständnis, dass **Lernen ein nie endender Prozess** ist. Es erfordert von den Individuen eine dauerhafte Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen und Perspektiven (Lekas et al., 2020) (siehe **Tab. 1**).



Abb. 3. Unterscheidung zwischen kultureller Bescheidenheit und kultureller Kompetenz

Die Wurzeln des Konzepts der **kulturellen Bescheidenheit** sind eng mit den Bemühungen verknüpft, die Interaktionen im Gesundheitswesen mit unterschiedlichen sozialen Gruppen zu verbessern. Die Einführung der kulturellen Bescheidenheit wurde teilweise durch das Bewusstsein für systemische Ungleichheiten, von denen marginalisierte Gruppen betroffen sind, inspiriert.

Obwohl der Ansatz der **kulturellen Bescheidenheit** zunehmend an Bedeutung gewinnt, betonen die Autor:innen, dass das eine Konzept nicht **auf Kosten des anderen** gewählt werden sollte. Stattdessen schlagen sie ein „**Sowohl-als-auch**“-Modell vor, das die Stärken beider Ansätze miteinander verbindet. Sie argumentieren:

- **Kulturelle Kompetenz und kulturelle Bescheidenheit ergänzen sich gegenseitig.**
- **Zusammen fördern sie eine wirksamere und gerechtere Praxis im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere angesichts zunehmender Vielfalt und gesellschaftlicher Herausforderungen** (Greene-Moton & Minkler, 2019).

Das **Eisbergmodell** dient als grundlegende Metapher in Diskussionen über kulturelles Bewusstsein. Es verdeutlicht, dass Kultur nicht nur aus sichtbaren Verhaltensweisen besteht, sondern auch tiefere Ebenen wie Werte und Überzeugungen umfasst (So et al., 2023) (siehe **Abb. 2**)

Dieses Modell – ebenso wie andere – unterstreicht die **Komplexität kultureller Interaktionen** und betont damit erneut die Notwendigkeit der **kulturellen Bescheidenheit** als ergänzenden Ansatz zur kulturellen Kompetenz. Es bereichert rein theoretisches Wissen durch eine reflexive Komponente.

Mit der zunehmenden Verbreitung des Konzepts der kulturellen Bescheidenheit wurde dieses als **wesentlich für den Aufbau von vertrauensvollen und partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Gesundheitsfachkräften und Gemeinschaften anerkannt**, in denen Machtverhältnisse sowie historische Kontexte erkannt und berücksichtigt werden.

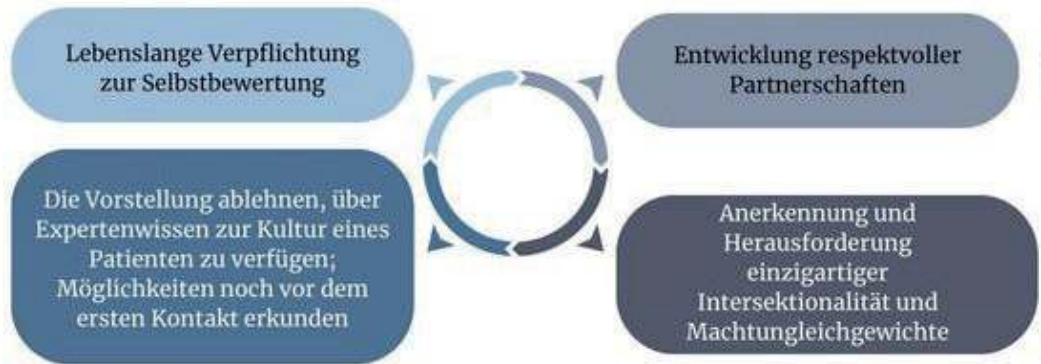


Abb. 4. Zentrale Prinzipien der kulturellen Bescheidenheit

Dieser Wandel hin zu einer **inklusiveren und reflektierteren Praxis** steht im Einklang mit den aktuellen Entwicklungen in der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung, die zunehmend darauf abzielt, Fachkräfte auszubilden, die nicht nur über Wissen verfügen, sondern auch **empathisch und verantwortungsbewusst im Umgang mit Patient:innen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten** handeln (Solchanyk et al., 2021; Tervalon & Murray-García, 1998).

Kulturelles Verständnis im Kontext des Gesundheitswesens beruht nicht auf dem Beherrschen von Stereotypen, sondern auf einem kontinuierlichen Prozess des Lernens und der Anpassung der Versorgung an die Bedürfnisse der Patient:innen. Dies ist entscheidend, um Chancengleichheit im Gesundheitswesen zu erreichen (Betancourt et al., 2003).

Die Entwicklung **kultureller Kompetenz** sowie das Einüben **kultureller Bescheidenheit** sind fortlaufende Prozesse, die sich durch neue Situationen, Erfahrungen und Beziehungen kontinuierlich weiterentwickeln. Kulturelle Kompetenz bildet dabei eine wesentliche Grundlage für die Praxis kultureller Bescheidenheit. Um ein **höheres Versorgungsniveau für Patient:innen aus verschiedenen kulturellen Kontexten** zu erreichen, ist es entscheidend, Reflexions- und Selbstreflexionsprozesse zu integrieren, die von der kulturellen Kompetenz zur kulturellen Bescheidenheit führen:

1. **Entwicklung des eigenen kulturellen Bewusstseins:** Was definiert meine Kultur und wie prägt sie meine Wahrnehmung und meinen Umgang mit anderen Menschen?
2. **Erwerb von Wissen über andere Kulturen:** Welche Merkmale zeichnen andere Kulturen aus, welche besonderen Stärken bringen sie mit? Was könnte für Personen, die sich mit diesen Kulturen identifizieren, von besonderer Bedeutung sein?

3. **Erkennen und Ansprechen von Machtungleichgewichten:** Wie kann ich mein Verständnis von meiner eigenen sowie von anderen Kulturen nutzen, um Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen zu erkennen und aktiv an deren Beseitigung mitzuwirken?
4. **Gestaltung einer Gesundheitsversorgung, die auf Bescheidenheit basiert:** Welche konkreten Schritte kann ich unternehmen, um sicherzustellen, dass die von mir geleistete Versorgung stärker auf Inklusion und Chancengleichheit ausgerichtet ist? (siehe **Abb. 3**)

Die **kulturelle Bescheidenheit** basiert auf mehreren zentralen Prinzipien, die Fachkräfte in ihrem Umgang mit vielfältigen Bevölkerungsgruppen leiten. Diese Prinzipien betonen insbesondere:

- **Selbstreflexion,**
- die **Anerkennung von Machtverhältnissen,**
- sowie den **Aufbau respektvoller Partnerschaften** (Yeager & Bauer-Wu, 2013).

Ablehnung der Vorstellung, über Expertenwissen zur Kultur von Patient:innen zu verfügen.

Im Kontext der **interkulturellen Bildung für Studierende der Medizin, Pflege und anderer Gesundheitswissenschaften** ist ein wesentlicher Aspekt die **Abkehr von der Vorstellung, bereits vor dem ersten Kontakt über ein „Expertenwissen“ hinsichtlich der Kultur von Patient:innen zu verfügen.** Zeitgemäße Ansätze zur kulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen betonen, dass **jeder Patient und**



jede Patientin einzigartig ist und individuelle sowie sich wandelnde kulturelle Erfahrungen mitbringt.

Die Annahme, es gebe ein universelles „Expertenwissen“ über die Kultur einer bestimmten Gruppe, kann zu **Vereinfachungen und Stereotypisierungen führen**, die sich negativ auf die Qualität der Gesundheitsversorgung auswirken. Ein **flexibler und offener Umgang mit der Vielfalt individueller Patient:innenidentitäten** erweist sich als deutlich wirksamer, als sich auf vorgefertigte kulturelle Kenntnisse zu verlassen.

Stattdessen sollten Gesundheitsfachkräfte folgende Kompetenzen entwickeln: Fragen stellen, aktiv zuhören und Patient:innen in den Diagnose- und Behandlungsprozess einbeziehen, um deren individuelle kulturelle Bedürfnisse und Erfahrungen berücksichtigen zu können. Die Integration entsprechender Strategien in die medizinische Ausbildung, die auf den Ausbau von Kompetenzen im Verstehen von Patient:innen und im Erkunden von Möglichkeiten der Interaktion bereits vor dem ersten Kontakt abzielen, kann dabei helfen, Verallgemeinerungen und Stereotypisierungen zu vermeiden.

Darüber hinaus sollte die Fähigkeit zum **aktiven Zuhören und zur Offenheit gegenüber kultureller Vielfalt** ein grundlegendes Element der medizinischen Ausbildung darstellen, um eine wirksame und respektvolle Interaktion mit Patient:innen aus unterschiedlichen sozialen und kulturellen Kontexten zu gewährleisten (Zghal et al., 2021).

Anerkennung und kritisches Hinterfragen von Intersektionalität und Machtverhältnissen

Das Konzept der **Intersektionalität** untersucht, wie verschiedene soziale Identitäten – wie Ethnizität, Geschlecht, sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung und viele weitere Faktoren – sich überschneiden und die Erfahrungen sowie den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen prägen. Die Anerkennung dieser sich überlagernden Identitäten ermöglicht es Gesundheitsfachkräften, die Komplexität kultureller Hintergründe ihrer Patient:innen besser zu verstehen, was zu einer **personalisierten und wirksameren Versorgung** führt. Durch das Verständnis und die Akzeptanz von Intersektionalität kann sich die medizinische Ausbildung von traditionellen Modellen kultureller Kompetenz weiterentwickeln und zu einem tieferen Verständnis der **vielfältigen Dimensionen von Identität** beitragen. Dieser Ansatz bereichert nicht nur die Lernerfahrungen der Studierenden, sondern leistet auch einen wichtigen Beitrag zur **Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten** durch die Förderung einer inklusiveren und empathischeren Versorgungspraxis (Rehman et al., 2023; Paniagua, 2024).

Kulturelle Bescheidenheit umfasst zudem ein hohes Maß an Bewusstsein für die **bestehenden Machtungleichgewichte** in der Beziehung zwischen Behandelnden und Patient:innen. Gesundheitsfachkräfte müssen erkennen, dass ihre Rolle mit Autorität verbunden ist und sowohl den Zugang zu als auch den Ausschluss von wesentlichen Gesundheitsleistungen beeinflussen kann (So et al., 2023). Durch

die Anerkennung dieser Dynamiken können Fachkräfte aktiv daran arbeiten, ein **gerechteres Umfeld** zu schaffen, das von Zusammenarbeit und Respekt geprägt ist. Dieses Prinzip hebt hervor, wie wichtig es ist, **Partnerschaften zu entwickeln, die Patient:innen und Gemeinschaften stärken**, anstatt hierarchische Strukturen weiterzuführen (Solchanyk et al., 2021; Shah et al., 2024).

Entwicklung respektvoller Partnerschaften

Der dritte Grundpfeiler der **kulturellen Bescheidenheit** betrifft die Notwendigkeit, **wechselseitig bereichernde Partnerschaften** mit Einzelpersonen und Gemeinschaften aufzubauen. Dieses Prinzip fordert dazu auf, Patient:innen aus verschiedenen kulturellen Gruppen in respektvoller Weise zu begegnen und auf **gemeinsames Lernen sowie partizipative Entscheidungsfindung** zu setzen (Paniagua, 2024; Gonzales-Walters et al., 2024). Durch die Wertschätzung der Beiträge und Perspektiven anderer können Fachkräfte ihr **Verständnis für verschiedene Kulturen erweitern** und inklusivere Versorgungskonzepte entwickeln, die den Bedürfnissen der Patient:innen besser gerecht werden (So et al., 2023).

Lebenslange Verpflichtung zur Selbstreflexion

Eines der Grundprinzipien der **kulturellen Bescheidenheit** ist das **lebenslange Streben nach Selbstreflexion und Selbstkritik**. Dieses Prinzip erkennt an, dass das Verständnis der eigenen kulturellen Prägung und Voreingenommenheiten ein **fortlaufender, dynamischer Prozess** ist. Ein zentrales Element der Arbeit im Gesundheitswesen ist die kritische Selbstreflexion darüber, wie die eigenen Erfahrungen und Werte die Gestaltung von Interaktionen mit anderen beeinflussen. Diese kontinuierliche Selbstüberprüfung hilft, sich der eigenen Annahmen bewusster zu werden und **Voreingenommenheiten im professionellen Handeln aktiv entgegenzuwirken**.

Diese Prinzipien bilden zusammen die Grundlage für die Umsetzung kultureller Bescheidenheit im Gesundheitswesen und tragen letztlich zu **besseren Ergebnissen für Patient:innen sowie zu einer inklusiveren und sensibleren Versorgung** in der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Praxis bei.

1.4. Berufliches Wohlbefinden als Grundlage für die Wirksamkeit interkultureller Bildung für Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften

Berufliches Wohlbefinden umfasst einen **ganzheitlichen Ansatz für Gesundheit und Wohlbefinden**, der verschiedene Dimensionen wie physische, emotionale, berufliche, soziale, spirituelle und intellektuelle Aspekte integriert (Belthur et al., 2024). Es wird definiert als das **aktive und erfolgreiche Streben nach Aktivitäten, Entscheidungen, Lebensstilen, Traditionen und Ritualen**, die zu einem Zustand umfassender Gesundheit beitragen (Chatterjee et al., 2022). Diese weite Definition

steht im Gegensatz zu der weit verbreiteten Auffassung, Wohlbefinden beschränke sich auf körperliche Gesundheit und Fitness, und fordert zu einem umfassenderen Blick auf alle Faktoren auf, die individuelles und kollektives Wohlbefinden im beruflichen Kontext beeinflussen.

Das EMPOWER-Modell konzentriert sich auf die Förderung der beruflichen Entwicklung von Fachkräften in einem gesundheits- und wohlbefindensfördernden Umfeld.

Berufliches Wohlbefinden ist ein wesentlicher Faktor für die Wirksamkeit interkultureller Bildung, insbesondere in den Bereichen Medizin und Gesundheitswissenschaften. Angesichts der **rasch wachsenden Vielfalt der Gesellschaften in Europa** ist die Integration

interkultureller Kompetenzen in das berufliche Wohlbefinden unabdingbar, um den vielfältigen Bedürfnissen von Patient:innen gerecht zu werden, gesundheitliche Ergebnisse zu verbessern und gleichzeitig eine hohe Zufriedenheit beim medizinischen Personal zu gewährleisten.



Abb. 5. Das EMPOWER-Modell – Entwicklung von Fachkräften in einem gesundheits- und wohlbefindensfördernden Umfeld

Du kannst nicht alles über andere Kulturen wissen! Das ist eine Tatsache. Es reicht, wenn du offen für den Dialog und die Perspektiven anderer bist.

Die Auswirkungen zunehmender Anforderungen auf das Wohlbefinden von Gesundheitsfachkräften: Burnout und kulturelle Kompetenz im Umgang mit vielfältigen Patientengruppen

In den letzten Jahren stehen Gesundheitssysteme weltweit unter zunehmendem Druck, den Anforderungen **vielfältiger Patient:innengruppen** gerecht zu werden. Demografische Veränderungen prägen die Gesellschaften und stellen Gesundheitsfachkräfte vor die Aufgabe, eine Versorgung zu gewährleisten, die kulturelle Unterschiede, ethnische Vielfalt sowie soziale Determinanten von Gesundheit berücksichtigen.

sichtigt. Auch wenn **kulturelle Kompetenz** eine zentrale Rolle in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften spielt, wird zunehmend anerkannt, dass die damit verbundenen Erwartungen unbeabsichtigt zur **emotionalen Belastung** beitragen können. Elbanna et al. (2023) weisen darauf hin, dass der übermäßige Druck, in jeder kulturellen Situation „kompetent“ handeln zu müssen, zu Unsicherheiten und Überforderung führen kann – insbesondere im Umgang mit einer immer diverseren Patientenschaft.

Die zunehmende kulturelle Vielfalt in den Patient:innengruppen erfordert von Gesundheitsfachkräften einen breiten Kompetenzrahmen, der **interkulturelle Fähigkeiten** einschließt, um komplexe Interaktionen zu bewältigen und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Gleichzeitig wird von ihnen erwartet, kulturelle Nuancen, die Gesundheitsüberzeugungen, Kommunikationsstile und Behandlungspräferenzen prägen, zu verstehen. Diese wachsenden Anforderungen an kulturelle Kompetenz stellen eine zusätzliche Belastung für medizinisches Personal dar, das bereits mit Herausforderungen wie **langen Arbeitszeiten, hohem Stress und der emotionalen Belastung der Versorgung** konfrontiert ist (Fan et al., 2024).

Studien zeigen, dass Gesundheitsfachkräfte, die in mehreren Kompetenzbereichen, einschließlich kultureller Kompetenz, konstant Höchstleistungen erbringen müssen, **stärker von Stress, Angstzuständen und Burnout betroffen sind**. Die emotionale Arbeit, die mit der Betreuung von Patient:innen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten einhergeht, kann zu Erschöpfung, Frustration und innerer Distanzierung führen (Shepherd et al., 2019). Dieses Risiko ist besonders hoch, wenn kulturelle Kompetenz durch **defizitorientierte Bewertungsmethoden** erhoben wird.

Die psychologischen Auswirkungen defizitorientierter Evaluationsmethoden

Ein zentrales Problem aktueller Methoden zur **Erhebung kultureller Kompetenz** liegt darin, dass sie häufig ein Umfeld der **Selbstkritik und des Schamgefühls** fördern. Werden Fachkräfte mit Bewertungsinstrumenten konfrontiert, die ihre Defizite aufzeigen, internalisieren sie oftmals **Gefühle des Versagens**, was Stress verstärken und zu Burnout führen kann. Dieser Ansatz motiviert nicht zur Weiterentwicklung, sondern führt oft zu **Rückzug, Vermeidung und Frustration**. Eine wachsende Zahl von Studien zeigt, dass diese **negativen psychologischen Effekte** einen Teufelskreis des Burnouts befeuern können, in dem sich Gesundheitsfachkräfte zunehmend unfähig fühlen, den Bedürfnissen einer diversen Patient:innenschaft gerecht zu werden (Tajfel & Turner, 1986).

Eine Untersuchung zeigte, dass Ärzt:innen und Pflegekräfte, die regelmäßig Bewertungen ausgesetzt waren, die ihre Defizite in der kulturellen Kompetenz hervorhoben, stärker zu **Stress und Ängsten** neigten. Werden diese emotionalen Reaktionen nicht adressiert, kann dies die Qualität der Versorgung beeinträchtigen und zu **geringerer Arbeitszufriedenheit** bei Gesundheitsfachkräften führen. Da-

rüber hinaus trägt der emotionale Druck interkultureller Trainings, wenn diese nicht angemessen gestaltet sind, nachweislich zur Zunahme von **Burnout bei medizinischem Personal** bei (Tanios et al., 2021).

1.5. Das EMPOWER-Modell – Entwicklung reflektierter interkultureller Kompetenzen von Gesundheitsfachkräften in einem gesundheits- und wohlbefindensfördernden Umfeld

Das **EMPOWER-Modell** schlägt vor, nicht nur die Bedürfnisse von Patient:innen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu berücksichtigen, sondern ebenso die **Bedürfnisse von Studierenden und Gesundheitsfachkräften** anzuerkennen und wertzuschätzen. Dies geschieht im Rahmen eines **ganzheitlichen Ansatzes zur Entwicklung kultureller Kompetenz und kultureller Bescheidenheit** (Elbanna et al., 2023).

Das Modell betont die Notwendigkeit, ein **Lernumfeld zu schaffen, das die Gesundheit und das Wohlbefinden der Studierenden unterstützt**. Gleichzeitig liegt der Fokus darauf, **Sicherheit im Prozess der Entwicklung reflektierter interkultureller Kompetenzen zu gewährleisten, intrinsische Motivation zu fördern, sozialen Rückhalt zu bieten und die Wirksamkeit von Bildungsmaßnahmen zu steigern** (siehe Abb. 5).

Einer der **zentralen Aspekte des EMPOWER-Modells** ist die **Schaffung eines Umfelds**, in dem sich die Teilnehmenden **sicher fühlen, neue Kompetenzen zu erwerben** – insbesondere solche, die mit sensiblen Themen wie **Stereotypen und Vielfalt** verbunden sind. Ein geschützter Bildungsraum ermutigt dazu, **Fragen und Unsicherheiten offen zu äußern**, ohne Angst vor Bewertung haben zu müssen, und fördert somit ein tieferes Engagement im Lernprozess. Die **Anerkennung und Akzeptanz der Tatsache**, dass es unmöglich ist, vollständiges Wissen über alle Kulturen zu erlangen, unterstützt die Entwicklung einer Haltung, die von **Bewusstsein für die eigenen Grenzen und Offenheit für Dialog geprägt ist**. Ein solches sicheres Lernumfeld fördert die Bereitschaft zu kontinuierlichem Lernen und die Offenheit für vielfältige Perspektiven.

Das Ziel ist es, Gesundheitsfachkräfte mit der nötigen Offenheit auszustatten, um ihr kulturelles Bewusstsein zu stärken, während gleichzeitig die Entwicklung von kultureller Bescheidenheit gefördert wird – also das Anerkennen der eigenen Grenzen im Verständnis anderer Kulturen sowie die Offenheit, von anderen zu lernen.

Ein geschützter Bildungsraum ermutigt dazu, **Fragen und Unsicherheiten offen zu äußern**, ohne Angst vor Bewertung haben zu müssen, und fördert somit ein tieferes Engagement im Lernprozess. Die **Anerkennung und Akzeptanz der Tatsache**, dass es unmöglich ist, vollständiges Wissen über alle Kulturen zu erlangen, unterstützt die Entwicklung einer Haltung, die von **Bewusstsein für die eigenen Grenzen und Offenheit für Dialog geprägt ist**. Ein solches sicheres Lernumfeld fördert die Bereitschaft zu kontinuierlichem Lernen und die Offenheit für vielfältige Perspektiven.

Intrinsische Motivation spielt eine zentrale Rolle für die **Wirksamkeit interkultureller Schulungen**, insbesondere im Hinblick auf das **Wohlbefinden der Lernenden**. Wenn die Teilnehmenden intrinsisch motiviert sind, ist ihr Engagement im Lernprozess **authentischer und nachhaltiger**. Intrinsische Motivation, verstanden als das Lernen aus eigenem Interesse, aufgrund des Werts, den man der Bildung beimisst, und aus dem Wunsch nach persönlicher Weiterentwicklung, fördert ein **tieferes Verständnis und die nachhaltige Auseinandersetzung mit**

Themen kultureller Vielfalt. Diese Form der Motivation führt zu einem **reflektierteren Umgang mit Inhalten**, unterstützt die Entwicklung einer offenen Haltung gegenüber unterschiedlichen Perspektiven und erhöht die **Sensibilität für die Bedürfnisse und Erfahrungen anderer**. Darüber hinaus stärkt das Bewusstsein, **einen echten Einfluss auf den eigenen Lernprozess zu haben**, das psychische und emotionale Wohlbefinden. Die Wirksamkeit interkultureller Schulungen zeigt sich somit nicht nur im Wissenszuwachs, sondern auch in der **Förderung persönlicher Entwicklung, Offenheit und Wohlbefinden** der Teilnehmenden.

1. *Einleitung einer wirkungsvollen interkulturellen Bildung
(Festlegung klarer und zielgerichteter Lernziele)*
2. *Effektives Lern-Design
(Schaffung eines ganzheitlichen und inklusiven Lernprozesses)*
3. *Praxisnahe Anwendung
(Sicherstellung der Relevanz für die berufliche Praxis)*
4. *Transformation und Stärkung des Wissenstransfers
(Anwendung von Wissen in vielfältigen Kontexten)*
5. *Festigung und Unterstützung des Lernfortschritts
(Kontinuierliche Verstärkung durch Evaluation und Feedback-Mechanismen)*
6. *Handeln und Wirkung dokumentieren
(Sicherung nachhaltiger Verbesserungen)*

Soziale Unterstützung ist ein integraler Bestandteil erfolgreichen Lernens und nimmt innerhalb des **EMPOWER-Modells** eine zentrale Rolle bei der Entwicklung **reflektierter interkultureller Kompetenzen** ein. Die Unterstützung durch **Lehrende, Mentor:innen und Peer-Gruppen** fördert ein Klima der Zusammenarbeit und des gegenseitigen Vertrauens – eine wesentliche Voraussetzung für die berufliche Entwicklung im Gesundheitswesen. Die Lehrperson fungiert dabei nicht nur als Wissensvermittelnde, sondern auch als **Wegbegleiter:in, die zur Reflexion eigener Vorurteile, Stereotype und Haltungen anregt**. Die Lerngruppe wiederum bildet eine Gemeinschaft, in der **Erfahrungen, Erfolge und Herausforderungen** im Zusammenhang mit der Entwicklung interkultureller Kompetenzen geteilt werden können. Durch diesen Austausch fühlen sich die Lernenden weniger isoliert, können **stärkere Beziehungen zu anderen aufbauen** und werden in ihrer Motivation zur **persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung** gestärkt. Ein weiterer wichtiger Aspekt des EMPOWER-Modells ist die **Förderung eines Erlebens von Wirksamkeit und Effizienz** bei den Lernenden. Forschungsergebnisse zeigen, dass Menschen, die an ihre eigene Fähigkeit glauben, ihre Ziele zu erreichen, **stärker motiviert und engagiert** im Lernprozess sind. Daher legt dieses Modell großen Wert auf die **regelmäßige Rückmeldung** an die Teilnehmenden, wobei der Fokus auf **Fortschritten** liegt und nicht ausschließlich auf Defiziten. Die Erfolgsmessung im EMPOWER-Modell basiert auf **positiver Verstärkung**. Ein wesentlicher Bestandteil ist außerdem die Möglichkeit für die Teilnehmenden, **ihren eigenen Lernfortschritt nachzuvollziehen**, was ihr Gefühl von Kontrolle über den Lernprozess und die eigene Wirksamkeit stärkt.

Ein **zentrales Merkmal** des EMPOWER-Modells ist die Bereitstellung eines **individualisierten Lernweges**, der **hochgradig motivierende Instrumente integriert**, um sowohl **kulturelle Kompetenz als auch kulturelle Bescheidenheit** bei Studierenden und Gesundheitsfachkräften zu fördern.

Der **individualisierte Lernweg** ermöglicht es jeder Person, **im eigenen Tempo und entsprechend der individuellen Voraussetzungen, des Lernstils und der spezifischen Bedürfnisse** zu lernen. Dieser Ansatz ist entscheidend, um **tiefes und nachhaltiges Lernen** im Kontext interkultureller Kompetenz zu fördern, denn es gibt kein universelles Lernmodell. Gesundheitsfachkräfte und Studierende kommen aus **unterschiedlichen Bildungshintergründen** und bringen vielfältige Erfahrungen mit, und ihre Bereitschaft, sich mit Multikulturalität auseinanderzusetzen, kann stark variieren. Durch dieses Lernmodell wird sichergestellt, dass jede Person die Möglichkeit hat, **individuell den passenden Schwierigkeitsgrad und die notwendige Unterstützung zu wählen**, wodurch das Lernerlebnis relevanter und wirksamer wird. Der individualisierte Lernweg im EMPOWER-Modell umfasst eine **Vielzahl flexibler Module für selbstgesteuertes Lernen** sowie Aufgaben, die den Fokus auf die **praktische Anwendung kulturellen Wissens** legen.

Dieser Lernweg ist so konzipiert, dass er **anpassungsfähig** ist und den Teilnehmenden ermöglicht, schwierige Themen erneut aufzugreifen und im Verlauf ihres Lernprozesses anspruchsvollere Aufgaben zu bearbeiten, wobei während des gesamten Prozesses **soziale Unterstützung** durch Lehrpersonen oder Peer-Gruppen gewährleistet wird.

Zur Unterstützung des **individualisierten Lernweges** integriert das **EMPOWER-Modell** eine Vielzahl von **interaktiven und motivierenden Lerninstrumenten**, die darauf abzielen, **kulturelle Kompetenz zu fördern und kulturelle Bescheidenheit zu stärken**. Diese Werkzeuge sind so gestaltet, dass sie die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden fesseln und sie aktiv in den Lernprozess einbinden. Die in diesem Leitfaden vorgeschlagenen Übungen sind mit einer digitalen Plattform verbunden, wodurch der Einsatz moderner Technologien den Lernprozess zusätzlich unterstützt. Die vorgeschlagenen Aufgaben und Übungen erfüllen unterschiedliche Funktionen, tragen jedoch alle zum übergeordneten Ziel bei, **Studierenden und Gesundheitsfachkräften ein vertieftes, praxisnahes Verständnis von kultureller Vielfalt zu ermöglichen**.

Das EMPOWER-Modell versteht **kulturelle Kompetenz und kulturelle Bescheidenheit nicht als abschließende Ziele**, sondern als **fortlaufende Prozesse persönlicher und beruflicher Entwicklung**. Der individualisierte Lernweg sowie die integrierten, aktivierenden Lerninstrumente fördern kontinuierliches Wachstum, indem sie den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, Lerninhalte erneut zu durchdenken, Erfahrungen zu reflektieren und neue Bildungsziele zu setzen. Dieser Ansatz motiviert zu lebenslangem Lernen und befähigt die Teilnehmenden, den sich stetig wandelnden Anforderungen diverser Patient:innengruppen mit **Empathie, Respekt und kultureller Sensibilität** zu begegnen.

Das übergeordnete Ziel des **EMPOWER-Modells** ist es, ein Umfeld zu schaffen, in dem sich Gesundheitsfachkräfte **unterstützt, kompetent und sicher** im Umgang mit kulturell vielfältigen Patient:innen fühlen. Durch ein **personalisiertes und aktivierendes Bildungsangebot**, das den Fokus auf **kulturelle Kompetenz und Bescheidenheit** legt, gewährleistet das Modell, dass Gesundheitsfachkräfte nicht nur gut vorbereitet sind, den Herausforderungen einer multikulturellen Welt zu begegnen, sondern auch über die Werkzeuge verfügen, um darin erfolgreich zu handeln. Dieser Prozess fördert sowohl das **Wohlbefinden der Einzelnen** als auch ihre **berufliche Effektivität** und bringt letztlich **Vorteile für die Teilnehmenden selbst, für ihre Patient:innen und für die Gemeinschaften, in denen sie tätig sind.**

Das **EMPOWER-Modell** präsentiert einen **innovativen Ansatz für die Ausbildung im Gesundheitswesen**, der den Schwerpunkt darauf legt, die **Gesundheit und das Wohlbefinden von Fachkräften während der Entwicklung interkultureller Kompetenzen zu unterstützen.** Durch das Schaffen von **Sicherheit, Förderung intrinsischer Motivation, soziale Unterstützung, Aufbau von Wirksamkeitserleben sowie den Einsatz aktivierender Lernmittel** trägt das EMPOWER-Modell zur **ganzheitlichen beruflichen Entwicklung** bei. Infolgedessen werden Gesundheitsfachkräfte kompetenter und selbstsicherer im Umgang mit Patient:innen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten, was zu einer **höheren Qualität der Versorgung und besseren Beziehungen zu den Patient:innen** führt.

1.6. EMPOWER-MODELL – Bildungsressourcen



Das **EMPOWER-Modell** bietet einen **transformierenden Ansatz für interkulturelle Bildung**, der sich darauf konzentriert, sowohl **kulturelle Kompetenz als auch kulturelle Bescheidenheit** bei Gesundheitsfachkräften zu fördern. Dieses Modell betont die Bedeutung der Entwicklung von **Bildungsressourcen**, die nicht nur Wissen vermitteln, sondern auch einen **nachhaltigen und wirkungsvollen Lernprozess** ermöglichen.

Das EMPOWER-Modell basiert auf einem **klaren, zielgerichteten Rahmen**, der darauf ausgerichtet ist, den **sich wandelnden Bedürfnissen** sowohl der Lernenden als auch der **vielfältigen Patient:innen, die sie betreuen, gerecht zu werden.**

1. Einleitung einer effektiven interkulturellen Bildung: Festlegung klarer und zielgerichteter Lernziele

Der erste Schritt zur Einleitung effektiver interkultureller Bildung im Rahmen des **EMPOWER-Modells** besteht darin, **klare, zielgerichtete Lernziele** zu definieren, die den Lehrprozess steuern. Diese Ziele gehen über rein akademische Anforderungen hinaus und betonen ein tiefgreifendes Verständnis der kulturellen Dynamiken, die das Gesundheitswesen beeinflussen. Die Lernziele sollen dazu anregen, zu reflektieren, wie kulturelle Faktoren die Kommunikation mit Patient:innen, die Versorgung sowie berufliche Interaktionen im globalen Kontext beeinflussen. Durch diese klaren Bildungsziele schafft das EMPOWER-Modell einen Rahmen, der Gesundheitsfachkräfte auf die Komplexität multikultureller Arbeitsumgebungen vorbereitet und eine empathische, kultursensible Versorgung fördert.

Ein zentraler Bestandteil dieser Bildungsgrundlage ist die Integration von **Reflexion und kritischem Bewusstsein**. Die Teilnehmenden setzen sich aktiv mit eigenen kulturellen Vorurteilen und Annahmen auseinander. Diese Selbstreflexion ist entscheidend, um zu erkennen, wie persönliche Überzeugungen und unbewusste Vorurteile das berufliche Handeln beeinflussen können, insbesondere im Umgang mit diversen Patient:innengruppen. Durch strukturierte Aktivitäten zur Selbstreflexion werden die Teilnehmenden ermutigt, sich mit ihren kulturellen Filtermechanismen auseinanderzusetzen. Diese Praxis fördert eine Haltung der Offenheit und Anpassungsfähigkeit und ist grundlegend für die Entwicklung kultureller Bescheidenheit.

2. Effektives Lern-Design: Schaffung eines ganzheitlichen und inklusiven Lernprozesses

Das Design eines effektiven Lernprozesses betont die **Schaffung eines inklusiven, ganzheitlichen Lernumfelds** für Gesundheitsfachkräfte. Vielfalt wird dabei nicht nur als externer Faktor verstanden, sondern als wesentlicher Bestandteil des Lernprozesses selbst. Das EMPOWER-Modell hebt die Bedeutung von Curricula hervor, die Fallstudien, Forschung und Praxiserfahrungen aus verschiedenen kulturellen Perspektiven integrieren. So werden die Lernenden mit den komplexen Herausforderungen der globalen Gesundheitsversorgung vertraut gemacht und besser darauf vorbereitet, diversen Patient:innengruppen mit Sensibilität und Kompetenz zu begegnen.

Das Modell basiert auf den Prinzipien des **transformativen Lernens**, das die Perspektiven der Teilnehmenden hinterfragen und verändern soll. Drei zentrale Elemente stehen dabei im Fokus:

- **Disorienting Dilemma (Verunsicherndes Dilemma)**
- **Critical Reflection (Kritische Reflexion)**
- **Dialogue and Action (Dialog und Handlung)**

Verunsichernde Dilemmata fordern bestehende Überzeugungen heraus und regen dazu an, Vorurteile zu hinterfragen. Die kritische Reflexion ermöglicht es, eigene Werte und Überzeugungen im Zusammenhang mit kulturellen Dynamiken im

Gesundheitswesen zu analysieren. Dialog und Handlung betonen den Austausch mit Menschen aus verschiedenen kulturellen Kontexten, um Perspektiven zu verändern und neues Wissen in der Praxis anzuwenden. Diese Komponenten fördern ein tiefgreifendes, persönliches und berufliches Wachstum (Mezirow, 1991).

Ergänzend setzt das EMPOWER-Modell auf **Erfahrungsbasiertes Lernen zur Förderung von Empathie**. Aktivitäten wie Community-Projekte, Simulationen und kulturelle Austauschprogramme ermöglichen es, direkte Erfahrungen mit kultureller Vielfalt zu sammeln und Empathie zu stärken. Die Kombination aus theoretischem Wissen und praktischen Erfahrungen, beispielsweise durch das „Human Library“-Konzept der MultiCultiMed-Plattform, unterstützt die Entwicklung von Sensibilität und interkulturellen Kompetenzen.

Aktive Teilnahme am Lernprozess wird ausdrücklich gefördert. Der Austausch mit Peers aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten fördert gegenseitigen Respekt, kritisches Denken, Problemlösungsfähigkeiten und Teamarbeit – essenzielle Kompetenzen für die Berufspraxis im interkulturellen Umfeld.

3. Praxisnahe Anwendung: Sicherstellung der Relevanz für die berufliche Praxis

Das EMPOWER-Modell legt großen Wert auf die **praktische Anwendung** der erworbenen kulturellen Kompetenzen im Berufsalltag. Ziel ist es, die Lücke zwischen Theorie und Praxis zu schließen. Übungen wie Rollenspiele, interkulturelle Kommunikationsaufgaben und Problemlösungssimulationen bereiten die Teilnehmenden auf Herausforderungen in multikulturellen Gesundheitskontexten vor. Durch praxisnahe Szenarien erwerben die Lernenden Fähigkeiten, Wissen dynamisch und situationsgerecht anzuwenden, was das kritische Denken sowie die Problemlösungskompetenz stärkt.

Peer-Learning und Feedback nehmen eine zentrale Rolle ein. Durch gegenseitige Rückmeldungen wird der Austausch von Perspektiven gefördert, was die Reflexionsfähigkeit und das Verständnis für interkulturelle Herausforderungen vertieft. Dieses kollaborative Lernen schafft ein Umfeld des kontinuierlichen Austauschs und fördert die Entwicklung einer konstruktiven Feedbackkultur.

4. Transformation und Stärkung des Wissenstransfers: Anwendung von Wissen in vielfältigen Kontexten

Der Bereich der Transformation und des Wissenstransfers im EMPOWER-Modell konzentriert sich auf Aufgaben, die sicherstellen, dass theoretisches Wissen in unterschiedlichen realen Settings angewendet werden kann. Lehrende als Mentor:innen und die Lernendengruppe spielen eine entscheidende Rolle, indem sie Praxiserfahrungen teilen und Best Practices vermitteln. Das Zusammenspiel aus individueller Betreuung und Peer-Support schafft ein kooperatives Lernumfeld, das zur Weiterentwicklung der Fähigkeiten beiträgt.

5. Wachstum fördern: Die Rolle der Lehrenden in Feedback- und Evaluationsmechanismen

Das EMPOWER-Modell legt großen Wert auf kontinuierliche **Rückmeldung und Unterstützung** während des Lernprozesses. Evaluation dient hier nicht

der Fehlerbewertung, sondern der Förderung individueller Entwicklung. Rückmeldeschleifen und unterstützende Evaluationsinstrumente helfen, Fortschritte sichtbar zu machen und gezielte Unterstützung zu ermöglichen. Lehrende erhalten über die MultiCultiMed-Plattform Zugang zu Ressourcen und Werkzeugen, die sie in der Gestaltung und Durchführung von Lehrveranstaltungen sowie der Auswertung von Lernfortschritten unterstützen. Die Plattform bietet didaktische Materialien, Diskussionsanregungen und praktische Übungen zur Förderung interkultureller Kompetenzen.

6. Langfristige Verbesserungen sichern

Das EMPOWER-Modell setzt auf **aktivierende Übungen** und **tiefe Auseinandersetzung** mit interkulturellen Fragestellungen, um nachhaltige Veränderungen im Umgang mit kultureller Vielfalt zu erreichen. Durch kontinuierliche Anwendung reflektierter kultureller Kompetenzen werden Fähigkeiten nicht nur vermittelt, sondern langfristig verinnerlicht. Ein wesentlicher Bestandteil ist das **Long-Term Impact Assessment**, um die Wirksamkeit der Bildungsmaßnahmen kontinuierlich zu überprüfen.

Die Inhalte des EMPOWER-Modells sind **global anpassbar** und lassen sich in unterschiedlichste Gesundheitssysteme integrieren. Die Flexibilität der Strukturen ermöglicht eine bedarfsgerechte Anwendung in verschiedenen Regionen. Die Stärke des Modells liegt in der Verbindung von **tiefgreifenden Bildungsstrategien** und der Fähigkeit, auf verschiedene kulturelle und berufliche Kontexte einzugehen. Damit trägt es zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei.



Zusammenfassung der Grundprinzipien der EMPOWER-Bildungsressourcen

Das EMPOWER-Modell für interkulturelle Bildung im Gesundheitswesen basiert auf Grundprinzipien, die auf die **umfassende und nachhaltige Entwicklung kultureller Kompetenzen** ausgerichtet sind. Diese Prinzipien berücksichtigen die Komplexität von Gesundheitsumgebungen und befähigen Lernende, Patient:innen aus diversen kulturellen Hintergründen effektiv, empathisch und kompetent zu versorgen.

Die Intersektionalität ist ein zentrales Konzept, das dem Modell zugrunde liegt und die miteinander verbundenen und einzigartigen Identitäten von Studierenden sowie Patientinnen und Patienten anerkennt. Indem hervorgehoben wird, wie sich überlappende Identitäten – beispielsweise hinsichtlich ethnischer Herkunft, Geschlecht, sozio-ökonomischem Status oder kulturellem Hintergrund – auf gesundheitliche Ergebnisse auswirken, fördert das Modell ein tieferes Verständnis für die vielfältigen Bedürfnisse innerhalb von Patientengruppen. Studierende werden ermutigt, zu reflektieren, wie diese sich überschneidenden Identitäten ihre Herangehensweise an die Patientenversorgung beeinflussen, und ganzheitliche, differenzierte Strategien zu entwickeln, die individuellen Bedürfnissen in einem multikulturellen Kontext gerecht werden.

Kritische Reflexion bildet ein weiteres zentrales Prinzip des EMPOWER-Modells und fordert Studierende dazu auf, ihre eigenen Vorurteile, kulturellen Wahrnehmungen und professionellen Verhaltensweisen zu untersuchen. Durch strukturierte Reflexion sollen Studierende erkennen, wie diese persönlichen Faktoren ihre Interaktionen mit Patientinnen und Patienten sowie ihre gesamte Herangehensweise an die Versorgung beeinflussen. Dieser Prozess hilft Studierenden, sich ihrer Annahmen und blinden Flecken bewusster zu werden, und fördert eine kontinuierliche Selbstbewertung und Verbesserung der medizinischen Praxis. Durch kritische Reflexion können Studierende ihre Vorannahmen hinterfragen und ihre interkulturelle Kompetenz weiterentwickeln, um eine empathische und inklusive Patientenversorgung sicherzustellen.

Handlungsorientiertes Wissen ist ein Ansatz, der darauf abzielt, Studierende mit praktischen Fähigkeiten, Methoden und Werkzeugen auszustatten, die unmittelbar in der medizinischen Praxis angewendet werden können. Dieses Prinzip stellt sicher, dass Studierende nicht nur theoretisches Wissen erwerben, sondern auch praktische Kenntnisse entwickeln, die notwendig sind, um die täglichen Herausforderungen im multikulturellen Gesundheitswesen zu bewältigen. Indem Studierende handlungsorientierte, evidenzbasierte Strategien erhalten, unterstützt das Modell eine kulturell kompetente Versorgung, verbessert gesundheitliche Ergebnisse und stärkt die interkulturelle Kommunikation.

Kernprinzipien des EMPOWER-Modells Bildungsressourcen:

- *Intersektionalität*
- *Kritische Reflexion*
- *Handlungsorientiertes Wissen*
- *Kontinuierliches Wachstum und Wohlbefinden*

Kontinuierliches Wachstum und Wohlbefinden bildet das Fundament für den langfristigen Erfolg und die Resilienz von Gesundheitsfachkräften. Das Modell erkennt an, dass Herausforderungen im multikulturellen Gesundheitswesen mental und emotional belastend sein können, und unterstützt Studierende darin, die notwendige Resilienz und mentale Gesundheit für den beruflichen Erfolg zu entwickeln. Diese Betonung auf persönlicher Entwicklung geht über kulturelle Kompetenzen hinaus und sorgt dafür, dass sich Studierende der immensen Bedeutung eines effektiven Stressmanagements, des Erhalts der psychologischen Balance und einer nachhaltigen beruflichen Laufbahn bewusst sind.

1.7. EMPOWER-Modell – Unterstützende Werkzeuge

Werkzeuge zur Förderung der kulturellen Kompetenz und kulturellen Demut sind konstruktiv und reflektierend gestaltet und fokussieren auf persönliches Wachstum, statt auf Defizite oder Kritik hinzuweisen. Ziel ist die Schaffung einer sicheren, empathischen Lernumgebung, die auf kontinuierliche Weiterentwicklung ausgerichtet ist. Die MultiCultiMed-Bildungsplattform bietet hierfür einen Raum für reflektierendes Journaling. Der Zweck eines solchen Journals liegt darin, Studierende regelmäßig zur Reflexion über ihre Erfahrungen, Herausforderungen und Fortschritte im Umgang mit Kultur und Diversität anzuregen. Journale können flexibel genutzt werden, z.B. zur Dokumentation von Gedanken über Patientenkontakte verschiedener Kulturen, Gefühlen beim Erlernen interkultureller Kompetenz sowie zur Identifikation von Entwicklungsbereichen. Wichtig ist zudem die Dokumentation von Erfolgen und positiven Erfahrungen als Indikatoren für Fortschritt. Die MultiCultiMed-Plattform erleichtert das Festhalten von Gedanken und stellt vorgefertigte Reflexionsfragen zur Verfügung, welche die Studierenden dabei unterstützen, ihre Erfahrungen tiefergehend zu betrachten (z.B.: „Welchen Herausforderungen begegnete ich in dieser Situation?“, „Was könnte ich beim nächsten Mal verbessern?“, „Was habe ich gut gemacht?“, etc.).

Die Plattform beinhaltet zudem reflektierende Aufgaben mit 360°-Feedback, so dass Studierende Rückmeldungen von verschiedenen Personen (z.B. Peers, Lehrenden, Patientinnen und Patienten, Beobachtenden) erhalten und ihre Entwicklung im Kontext kultureller Vielfalt besser einschätzen können. Diese Werkzeuge fördern eine ehrliche und aufrichtige Reflexion der persönlichen Entwicklung, ohne Fehler zu stigmatisieren. Sie zielen darauf ab, den Lernprozess zu unterstützen, Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen und Erfolge zu feiern, um die Selbstverbesserung zu motivieren. Wesentlich ist die Schaffung eines sicheren Raums, in dem Studierende ihre Einstellungen und Überzeugungen erkunden und in Bezug auf kulturelle Kompetenz und persönliche Demut kontinuierlich wachsen können.

References

- Belthur, M. V., Federico-Martinez, G., Drane, D., & Hartmark-Hill, J. (2024). Physician leadership behaviors and strategies: Insights to integrate and prioritize faculty well-being. *Physician Leadership Journal*, 11(5), 12–19. <https://doi.org/10.55834/plj.1067073980>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. 2nd. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
- Chatterjee, K., Edmonds, V. S., Girardo, M. E., Vickers, K. S., Hathaway, J. C., & Stonnington, C. M. (2022). Medical students describe their wellness and how to preserve it. *BMC Medical Education*, 22(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03552-y>
- Elbanna, M. F., Thomas, M. R., Patel, P. R., & McHenry, M. S. (2023). Cultivating cultural humility to address the healthcare burnout epidemic—Why it matters. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*, 212, 27536130231162350. <https://doi.org/10.1177/27536130231162350>
- Fan, J., Chang, Y., Li, L., Jiang, N., Qu, Z., Zhang, J., Li, M., Liang, B., & Qu, D. (2024). The relationship between medical staff burnout and subjective wellbeing: The chain mediating role of psychological capital and perceived social support. *Frontiers in Public Health*, 12, 1408006. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1408006>
- Fisher-Borne, M., Cain, J. M., & Martin, S. L. (2015). From mastery to accountability: Cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education*, 34(2), 165–181. <https://doi.org/10.1080/02615479.2014.977244>
- Foronda, C., Baptiste, D., Reinholdt, M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Gonzales-Walters, F., Weldon, S., & Essex, R. (2024). Cultivating cultural humility through healthcare simulation-based education: A scoping review protocol. *International Journal of Healthcare Simulation*, 1, 1–7. <https://doi.org/10.54531/rafh4191>
- Greene-Moton, E., & Minkler, M. (2019). Cultural competence or cultural humility? Moving beyond the debate. *Health Promotion Practice*, 20(1), 142–145. <https://doi.org/10.1177/1524839919884912>
- Karatuna, I., Owen, M., Westerlund, H., & Berthelsen, H. (2022). The role of staff-assessed care quality in the relationship between job demands and stress in human service work: The example of dentistry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12795. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912795>
- Lekas, H. M., Pahl, K., & Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13, 1178632920970580. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>
- Lin, C. J., Lee, C. K., & Huang, M. C. (2017). Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Nursing Research*, 25(3), 174–186. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000153>
- Liu, J., Miles, K., & Li, S. (2022). Cultural competence education for undergraduate medical students: An ethnographic study. *Frontiers in Education*, Second Language, Culture and Diversity, 7. <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.980633>

- Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Bodys-Cupak, I., Kurowska, A., & Barzykowski, K. (2021). Evaluating the effectiveness of cultural education training: Cultural competence and cultural intelligence development among nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4002. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084002>
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.
- Paniagua, F. A. (2024). *Teaching cultural competence and cultural humility in medical education: A practical guide* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003529057>
- Pawlak-Sobczak, K. (2019). Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny-pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery (The systemic-partner model in the medical personnel-foreign patient relationship: Opportunities vs. barriers). *Władza Sądzenia*, 16, 67-95. <https://doi.org/10.18778/2300-1690.16.05>
- Rehman, M., Santhanam, D., & Sukhera, J. (2023). Intersectionality in medical education: A meta-narrative review. *Perspectives on Medical Education*, 12(1), 517-528. <https://doi.org/10.5334/pme.1161>
- Shah, D., Behravan, N., Al-Jabouri, N., & Sibbald, M. (2024). Incorporating equity, diversity and inclusion (EDI) into the education and assessment of professionalism for healthcare professionals and trainees: A scoping review. *BMC Medical Education*, 24, 991. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05981-3>
- Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19, 135. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
- So, N., Price, K., O'Mara, P., & Rodrigues, M. A. (2024). The importance of cultural humility and cultural safety in health care. *The Medical Journal of Australia*, 220(1), 12-13. <https://doi.org/10.5694/mja2.52182>
- Solchanyk, D., Ekeh, O., Saffran, L., Burnett-Zeigler, I. E., & Doobay-Persaud, A. (2021). Integrating cultural humility into the medical education curriculum: Strategies for educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 33(5), 554-560. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1877711>
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Verbree, A. R., Isik, U., Janssen, J., & Dilaver, G. (2023). Inclusion and diversity within medical education: A focus group study of students' experiences. *BMC Medical Education*, 23, 61. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04036-3>
- Yeager, K. A., & Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Applied Nursing Research*, 26(4), 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.008>
- Zanetti, M. L., Dinh, A., Hunter, L., Godkin, M. A., & Ferguson, W. (2014). A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. *International Journal of Medical Education*, 5, 37-44. <https://doi.org/10.5116/ijme.52ec.d075>
- Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S., & Pfaff, K. (2020). Exploring the impact of health care provider cultural competence on new immigrant health-related quality of life: A cross-sectional study of Canadian newcomers. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 508-517. <https://doi.org/10.1177/1043659620967441>





Kapitel 2

Diversität und Integration im Gesundheitswesen

Małgorzata Zimny

Pommersche Medizinische Universität in Stettin (Polen)

“

Diversität und Inklusion im Gesundheitswesen sind nicht nur Leitprinzipien, sondern grundlegende Pfeiler, die gewährleisten, dass sich jede Patientin und jeder Patient wahrgenommen, gehört und respektiert fühlt – denn wahre Gesundheit beginnt mit Gerechtigkeit.

2.1. Einleitung

Diversität und Inklusion sind seit Langem etablierte Begriffe in unterschiedlichen Kontexten, doch erst in den letzten Jahren sind sie zu einem integralen Bestandteil der Diskussionen im Gesundheitswesen geworden.

Eine große Vielfalt, die das Mosaik der Gesellschaft in Bezug auf Ethnie, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Migrationsstatus, körperliche Beeinträchtigung und sozioökonomischen Hintergrund widerspiegelt, kann sowohl für Gesundheitsdienstleistende als auch für Patientinnen und Patienten Herausforderungen mit sich bringen. Gleichzeitig eröffnet sie aber auch Chancen für positive Veränderungen. Damit solche Veränderungen erfolgreich umgesetzt werden können, muss der Fokus nicht allein auf **Diversität**, sondern auch auf **Gerechtigkeit** und **Inklusion** liegen. Es wächst das Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen dem Arbeitsumfeld von Gesundheitsfachkräften, den Patientenergebnissen und der allgemeinen Leistungsfähigkeit von Organisationen (Gill, 2018).

Diversität und Inklusion im Gesundheitswesen bedeuten, unterschiedliche Perspektiven, Kulturen, Erfahrungen und Identitäten in den medizinischen Alltag zu integrieren. Dieser Ansatz erfordert die Akzeptanz und Wertschätzung von ethnischer, kultureller, geschlechtlicher, alters- sowie religiöser Vielfalt sowie das Verständnis für die besonderen Herausforderungen von Menschen mit Behinderungen oder marginalisierten sozialen Gruppen. Ziel ist es, Chancengleichheit, Zugang und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen – unabhängig von Herkunft oder Lebensumständen (Stanford, 2020).

Lernziele

In diesem Kapitel erwerben die Studierenden Kenntnisse und Kompetenzen in folgenden Bereichen:

- Verständnis der Vorteile von Diversität und Inklusion im Gesundheitswesen
- Identifikation von Strategien zur Überwindung von Barrieren in einem kulturell diversen Arbeitsumfeld
- Erkennen wesentlicher Elemente professionellen Verhaltens im Kontext kultureller Vielfalt
- Verständnis der Schlüsselqualifikationen, die erforderlich sind, um in einem kulturell diversen Umfeld effektiv zu arbeiten

Lernergebnisse

Nach Abschluss dieses Kapitels sind die Leserinnen und Leser in der Lage:

- Die Vorteile kultureller Vielfalt im Gesundheitswesen zu erkennen und wertzuschätzen
- Methoden zur Überwindung von Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung zu identifizieren

-
- Die medizinische Versorgung individuell auf Patientinnen und Patienten anzupassen, indem sie zentrale Aspekte professionellen Verhaltens im Kontext kultureller Vielfalt umsetzen
 - In einem kulturell diversen medizinischen Umfeld effektiv zusammenzuarbeiten und die dafür erforderlichen Kompetenzen gezielt weiterzuentwickeln

2.2. Vorteile von Vielfalt und Integration im Gesundheitswesen

Das moderne Gesundheitswesen agiert in einer zunehmend diversen Gesellschaft, in der Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichsten kulturellen, sozialen und sprachlichen Kontexten stammen. Die Anerkennung und Förderung dieser Vielfalt steigert nicht nur die Qualität der erbrachten Leistungen, sondern stärkt auch das Vertrauen zwischen Patientenschaft und medizinischem Personal. Ein inklusiver Ansatz ermöglicht eine individuellere Diagnostik und Behandlung, baut Zugangsbarrieren ab und verbessert letztlich die Behandlungsergebnisse.

2.2.1. Verbesserte Gesundheitsergebnisse

Das Verständnis kultureller Unterschiede hilft, die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten besser zu erkennen und die medizinische Versorgung gezielter an deren Erwartungen und Lebensumstände anzupassen. Dies ermöglicht Ärztinnen, Ärzten und Fachpersonal nicht nur eine präzisere Diagnostik und effektivere Behandlung, sondern auch den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen, was den Therapieerfolg und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten nachhaltig fördert.

Eine bessere Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten hat direkten Einfluss auf den Behandlungserfolg. Der Einsatz von Dolmetschenden oder die Bereitstellung von Informationsmaterialien in der Sprache und im kulturellen Kontext der Patientinnen und Patienten erleichtert deren Verständnis medizinischer Anweisungen. Dadurch können Therapiepläne besser eingehalten, Behandlungserfolge verbessert und Gesundheitsergebnisse optimiert werden (Borowczyk, 2023). Das Bewusstsein für die Bedeutung effektiver Kommunikation im Gesundheitswesen wächst kontinuierlich. Kommunikationskurse müssen auf die jeweilige kulturelle, sprachliche und gesellschaftliche Spezifik angepasst werden. Daher haben viele Länder und Gemeinschaften mit einer gemeinsamen Sprache Empfehlungen für Kommunikationscurricula in der medizinischen Ausbildung erarbeitet. Infolge des wachsenden Bewusstseins für die Relevanz medizinischer Kommunikation wurde deren Vermittlung fest im Medizinstudium verankert. Bereits Ende des 20. Jahrhunderts führten viele medizinische Fakultäten entsprechende Programme ein. Erste Erfahrungen wurden 1984 an der University of Lagos gesammelt (Ersek, 2020). Zeitgemäße Beispiele sind u.a. die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig mit ihrem COMSKIL-Training (Gebhardt, 2021), das Longitudinale Kommunikationscurriculum (Zimmermann, 2021), die Charité – Universitätsmedizin Berlin, die Universität Gent (Kienle, 2021) sowie die Harvard Medical School (Rider, 2006).

Eine Strategie, die in vielen Organisationen bereits umgesetzt wird, ist der Einsatz von Übersetzungsdiensten, die für Patientinnen und Patienten mit einge-

schränkten Sprachkenntnissen sowie für die Entwicklung schriftlicher Informationsmaterialien von großer Bedeutung sind (Karliner, 2007). Eine weitere Maßnahme zur Förderung kultureller Kompetenz besteht in der Einbindung von Patientenlotsinnen und -lotsen, Fachpersonal oder Patientenvertretungen. Die wirksamste Lösung ist, wenn möglich, die Anstellung von medizinischem Personal, das kulturell bestmöglich mit der Mehrzahl der betreuten Patientinnen und Patienten übereinstimmt (Nair, 2019).

Der Respekt vor kultureller Vielfalt und der Aufbau von Vertrauen im Gesundheitswesen stärken nicht nur die Beziehung zwischen Patientin oder Patient und medizinischem Fachpersonal, sondern verbessern auch die Behandlungsergebnisse und die Gesamtqualität der Versorgung.

Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten

In der einschlägigen Fachliteratur wird der Aspekt der Gerechtigkeit häufig hervorgehoben, verstanden als das Gewährleisten gleicher Rechte für Menschen mit vergleichbaren gesundheitlichen Bedürfnissen („Equal access for equal needs“) (Culyer, 1995). Diversität im Gesundheitswesen er-

möglicht eine bessere Identifikation und den Abbau von Zugangsbarrieren zu medizinischen Leistungen, beispielsweise sprachlicher, finanzieller oder sozialer Art. Dazu kann auch die Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen, Migranten- und Flüchtlingsinitiativen sowie weiteren sozialen Akteuren wie Nichtregierungsorganisationen, Stiftungen, Vereinen, Religionsgemeinschaften oder sozialen Treffpunkten gehören.

Vermeidung medizinischer Fehler

Das Verständnis des kulturellen Hintergrunds von Patientinnen und Patienten kann helfen, Missverständnisse zu vermeiden, die mitunter zu Fehl- oder Unterversorgung führen (Puch, 2020).

2.2.2. Größeres Vertrauen der Patientinnen und Patienten in das Gesundheitssystem

Aufbau vertrauensbasierter Beziehungen: Vertrauen ist die Grundlage einer wirksamen Gesundheitsversorgung. Patientinnen und Patienten, die das Gefühl haben, dass ihre Kultur, ihre Werte und ihre Traditionen respektiert werden, zeigen sich eher offen und kooperationsbereit gegenüber dem medizinischen Personal. Wenn Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachkräfte Verständnis für die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten zeigen und dabei deren kulturellen und sozialen Hintergrund berücksichtigen, fühlen sich diese eher angenommen und mit Respekt behandelt. Dieser Ansatz trägt dazu bei, eine stärkere Bindung zwischen Patientenschaft und medizinischem Personal aufzubauen, was wiederum zu besserer Kommunikation und wirksameren Behandlungen führt.

Ein Beispiel: Wenn Patientinnen oder Patienten aus bestimmten Kulturen Bedenken gegenüber medizinischen Behandlungen oder Eingriffen haben, die im

Widerspruch zu ihren Traditionen stehen, kann medizinisches Personal, das Verständnis zeigt und entsprechende Aufklärung leistet, helfen, diese Bedenken zu verringern. Indem sie diese Ängste anerkennen, wertschätzen und sowohl emotionale als auch informative Unterstützung bieten, fördern sie das Vertrauen. Der Respekt gegenüber der Kultur der Patientinnen und Patienten stärkt zudem deren Sicherheitsgefühl und kann dazu beitragen, Widerstände gegenüber medizinischen Konsultationen abzubauen. Personen, die sich mit ihrer Identität angenommen fühlen, sind eher bereit, sich langfristig in die Versorgung einzubringen, medizinischen Empfehlungen zu folgen und aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Wenn sich Patientinnen und Patienten verstanden und unterstützt fühlen, verringert dies Stress und Angst, fördert die Kooperation und trägt so zu besseren Behandlungsergebnissen sowie zu einer schnelleren Genesung bei.

Darüber hinaus trägt dieser Ansatz dazu bei, sprachliche und kulturelle Barrieren abzubauen, die eine effektive Kommunikation behindern und eine Distanz zwischen Patientinnen und Patienten und medizinischem Personal schaffen können. Der Aufbau von Beziehungen, die auf Vertrauen und kultureller Vielfalt basieren, steigert daher nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern verbessert auch die Wirksamkeit der Behandlung, senkt das Risiko medizinischer Fehler und trägt zur generellen Verbesserung der Versorgungsqualität bei.

Reduktion von Angst und Stress: Wenn sich Patientinnen und Patienten verstanden, respektiert und wertgeschätzt fühlen, verbessert sich ihre emotionale Reaktion auf medizinische Situationen erheblich. Angst und Stress sind häufige Reaktionen auf medizinische Eingriffe, insbesondere dann, wenn Patientinnen und Patienten das Gefühl haben, aufgrund von Unterschieden in der Kommunikationsweise, im kulturellen Hintergrund oder aufgrund mangelnder Empathie nicht verstanden zu werden (Rozlog, 1999).

Wenn medizinisches Personal sich jedoch die Zeit nimmt, die individuellen Bedürfnisse, Sorgen und den kulturellen Kontext der Patientinnen und Patienten zu verstehen, entsteht ein Umfeld, in dem sich diese gehört und sicher fühlen. Dieses Gefühl des Verstandenwerdens fördert eine positive therapeutische Beziehung und führt zu größerer Offenheit und Kooperationsbereitschaft gegenüber dem Behandlungsteam.

Je wohler sich Patientinnen und Patienten fühlen, desto eher sind sie bereit, ihre Symptome, Behandlungsvorlieben und Bedenken offen zu besprechen, was es den Gesundheitsfachkräften ermöglicht, eine individuellere Versorgung anzubieten. Dies wiederum verbessert die Gesamterfahrung der Patientinnen und Patienten während der Behandlung.

Zudem hat die Reduktion von Angst und Stress einen direkten Einfluss auf die Gesundheitsergebnisse. Ein hoher Stresspegel kann den Heilungsprozess behindern, da er das Immunsystem negativ beeinflusst und bestimmte Erkrankungen verschärfen kann. Fühlen sich Patientinnen und Patienten weniger gestresst, sind sie eher bereit, medizinischen Empfehlungen zu folgen, Therapiepläne ein-

zuhalten und sich aktiv mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen, was zu einer schnelleren Genesung beiträgt.

Im Kern bedeutet das: Ein Umfeld, das auf Verständnis basiert, schafft nicht nur eine positivere und kooperativere Atmosphäre, sondern beschleunigt auch durch die Entlastung emotionaler und mentaler Belastungen den Heilungsprozess (Sirois, 2018).

2.2.3. Steigerung der Effektivität des medizinischen Teams

Kulturell diverse Teams sind kreativer: Kulturelle Vielfalt innerhalb von Teams vereint Menschen mit unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Problemlösungsansätzen. Diese Vielfalt an Sichtweisen fördert Innovation, da Teammitglieder Herausforderungen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und dadurch kreativere und wirksamere Lösungen entwickeln können. Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen bringen ein breiteres Spektrum an Wissen, Traditionen und Strategien ein, was häufig zu einzigartigem und unkonventionellem Denken führt (Schmidt, 2023).

Im Gesundheitswesen können kulturell diverse Teams beispielsweise vielfältigere und umfassendere Ansätze für die Patientenversorgung entwickeln, indem sie neben medizinischen Faktoren auch kulturelle Präferenzen, soziale Dynamiken und unterschiedliche Bewältigungsstrategien bei Krankheit berücksichtigen. Diese Vielfalt hilft, potenzielle Versorgungslücken zu erkennen und fördert die Entwicklung neuer Techniken oder Instrumente, die zur Verbesserung der Patientenergebnisse beitragen können.

Kulturelle Vielfalt in medizinischen Teams fördert Kreativität, stärkt die Zusammenarbeit und treibt Innovationen voran – und führt letztlich zu einer effizienteren und wirkungsvolleren Patientenversorgung.

Darüber hinaus sind Teams mit kultureller Vielfalt eher bereit, den Status quo sowie traditionelle Methoden zu hinterfragen, wodurch ein Umfeld entsteht, das Kreativität gezielt fördert. Solche Teams zeigen sich häufig flexibler und offener für neue Ideen – eine Eigenschaft, die besonders im dynamischen Bereich des Gesundheitswesens von großer Bedeutung ist, wo Innovation ein wesentlicher Faktor für die Verbesserung von Patientenversorgung und Behandlung darstellt (Teixeira, 2024).

Indem Organisationen ein inklusives Umfeld schaffen, in dem unterschiedliche Perspektiven willkommen sind und wertgeschätzt werden, können sie das volle Potenzial ihrer Teams ausschöpfen. Dies führt zu höherer Effektivität, besseren Problemlösungsfähigkeiten und insgesamt größerer Kreativität.

Reduzierung des Konfliktrisikos: Das Verständnis und die Akzeptanz von Vielfalt innerhalb von Teams spielen eine entscheidende Rolle bei der Verringerung von Spannungen und der Förderung von Zusammenarbeit. Wenn Teammitglieder kulturelle Unterschiede, Hintergründe und Perspektiven anerkennen und respektieren, entsteht ein harmonischeres Arbeitsumfeld. Dieses Verständnis hilft, Missverständnisse zu vermeiden, die durch Fehlkommunikation, Stereotype oder Annahmen über das Verhalten und die Werte anderer entstehen können.

In kulturell diversen Teams wird häufig ein besonderer Wert auf offene Kommunikation, aktives Zuhören und Empathie gelegt. Diese Praktiken unterstützen die Teammitglieder dabei, potenzielle kulturelle Unterschiede zu überbrücken und gemeinsame Lösungen zu finden, sodass Konflikte gar nicht erst entstehen oder rechtzeitig entschärft werden können. Zu erkennen, dass ein bestimmtes Verhalten eher kulturellen Normen als persönlichen Problemen entspringt, kann Frustration oder Ärger verhindern, die andernfalls entstehen könnten.

Darüber hinaus fördern Teams, die aktiv Inklusion leben, ein Arbeitsklima, in dem sich alle ohne Angst vor Verurteilung äußern können, was dazu beiträgt, Probleme frühzeitig zu klären, bevor sie zu Konfliktquellen werden. Wenn sich jedes Teammitglied respektiert und wertgeschätzt fühlt, sinkt das Risiko von negativen Konkurrenzsituationen oder inneren Spannungen. Dadurch verbessert sich die Zusammenarbeit, und das Team kann sich auf das Erreichen gemeinsamer Ziele konzentrieren, ohne von internen Auseinandersetzungen abgelenkt zu werden.

Das Verständnis und die Akzeptanz von Vielfalt innerhalb von Teams verringern nicht nur Konflikte, sondern stärken auch die Zusammenarbeit und schaffen ein harmonischeres sowie produktiveres Arbeitsumfeld.

Indem Organisationen ein Umfeld schaffen, in dem Vielfalt nicht nur akzeptiert, sondern aktiv wertgeschätzt wird, fördern sie eine positivere und produktivere Atmosphäre. Dies trägt zum Aufbau stärkerer Teams bei, reduziert Stress und führt zu effizienteren Arbeitsabläufen – was letztlich gerade in anspruchsvollen Bereichen wie dem Gesundheitswesen zu besseren Ergebnissen führt.

Entwicklung sozialer Kompetenzen: Die Arbeit in einem multikulturellen Umfeld bietet eine einzigartige Gelegenheit, zentrale soziale Kompetenzen wie Empathie, Flexibilität und effektive Kommunikation – insbesondere in schwierigen und komplexen Situationen – weiterzuentwickeln. Der Austausch mit Menschen unterschiedlicher Herkunft, Wertevorstellungen und Glaubensrichtungen fordert Teammitglieder heraus, ihre Komfortzone zu verlassen und andere Perspektiven besser zu verstehen.

Empathie im multikulturellen Kontext bedeutet, sich in die Lage anderer hineinversetzen zu können, ihre Bedürfnisse, Emotionen und Reaktionen im kulturellen Zusammenhang nachzuvollziehen. In einem solchen Umfeld lernen Teammitglieder, wie sie effektiv kommunizieren können, indem sie sprachliche, kulturelle und soziale Unterschiede berücksichtigen. Dies trägt dazu bei, das gegenseitige Verständnis zu fördern und Spannungen zu reduzieren.

Die Arbeit in einem multikulturellen Umfeld stärkt Empathie, Flexibilität und Kommunikationsfähigkeiten und trägt so zur Bildung starker und kohäsiver Teams bei, die den Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens gewachsen sind.

Flexibilität, ein wesentlicher Aspekt der Arbeit in einem multikulturellen Umfeld, beschreibt die Fähigkeit, sich auf neue und ungewohnte Situationen einzustellen sowie das eigene Verhalten und Vorgehen an veränderte Bedingungen und die Bedürfnisse anderer anzupassen. Diese Flexibilität ermöglicht eine wirksame

Die Überwindung von Barrieren im Gesundheitswesen ist entscheidend, um allen Patientinnen und Patienten – unabhängig von ihren kulturellen, sprachlichen oder persönlichen Lebensumständen – einen gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger Versorgung zu gewährleisten.

Konfliktlösung, das Finden von Gemeinsamkeiten bei unterschiedlichen Arbeitsstilen sowie ein effizientes Management der vielfältigen Anforderungen von Patientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen.

Darüber hinaus verbessert die Arbeit in multikulturellen Teams die Fähigkeit, auch in herausfordernden Situationen, in denen kulturelle Unterschiede leicht zu Missverständnissen führen können, effektiv zu kommunizieren. Die Fähigkeit, eigene Absichten klar zu formulieren, zu verhandeln und im Gespräch gemeinsame Lösungen zu finden, ist im Teamumfeld – insbesondere im Gesundheitswesen, wo jede Interaktion das Behandlungsergebnis beeinflussen kann – von unschätzbarem Wert.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Arbeit in einem diversen Umfeld bereichert nicht nur die sozialen Kompetenzen, sondern trägt auch zum Aufbau kohäsiver, effektiver und empathischer Teams bei, die besser auf die Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens vorbereitet sind.

2.3. Überwindung von Barrieren

2.3.1. Interkulturelle Bildung

Interkulturelle Schulungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen sind von grundlegender Bedeutung für eine wirksame Gesundheitsversorgung in diversen Gemeinschaften. Wenn das Personal gut darauf vorbereitet ist, in einem multikulturellen Umfeld zu arbeiten, erwirbt es die notwendigen Kompetenzen, um die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kulturen besser zu verstehen und das eigene Handeln entsprechend anzupassen. Diese Art der Weiterbildung vermittelt nicht nur Kenntnisse über Bräuche, Überzeugungen und Werte, sondern hilft auch dabei zu verstehen, wie diese kulturellen Aspekte das Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu Behandlung und Gesundheit beeinflussen. In einigen Kulturen beispielsweise haben familiäre Bindungen einen besonders hohen Stellenwert, sodass medizinische Entscheidungen oft erst nach Rücksprache mit der Familie getroffen werden. In anderen Kulturen wiederum können traditionelle Heilmethoden bevorzugt werden, was die Offenheit der Patientinnen und Patienten gegenüber konventionellen Therapien beeinflussen kann (Jongens, 2018).

Solche Schulungen thematisieren auch Unterschiede in der verbalen und non-verbalen Kommunikation, die für die effektive Vermittlung medizinischer Informationen von großer Bedeutung sind. Gesten, Tonfall und sogar Körperhaltung können in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Bedeutungen haben. Das Missverstehen dieser Signale kann leicht zu Verwirrung führen. Durch interkul-

turelle Bildung lernen Beschäftigte im Gesundheitswesen, wie sie solche Missverständnisse vermeiden und dadurch qualitativ bessere Interaktionen mit Patientinnen und Patienten gestalten können (Brach & Fraserirector, 2000).

Darüber hinaus hilft interkulturelles Training dem Gesundheitspersonal, ein größeres Bewusstsein für unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln. Das Wissen darüber, wie Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Kulturen den Behandlungsprozess wahrnehmen, kann beeinflussen, wie medizinische Fachkräfte therapeutische Entscheidungen treffen, Behandlungen vorschlagen oder medizinische Verfahren erläutern. Das Verständnis dafür, dass Patientinnen und Patienten unterschiedliche Erwartungen an Behandlungsmethoden haben können, ermöglicht einen stärker individualisierten Ansatz und erhöht die Chancen auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Patient und Fachpersonal.



Gesundheitssysteme, die Schulungen zur kulturellen Vielfalt durchführen und inklusive Arbeitsprozesse fördern, leisten einen entscheidenden Beitrag dazu, die Lücke zwischen medizinischen Teams zu überbrücken und gerechte Behandlungsergebnisse für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Durch interkulturelle Bildung wird das Gesundheitspersonal sich seiner Rolle nicht nur als Fachexpertinnen und -experten, sondern auch als Vertrauenspersonen bewusster, die dazu beitragen, dass sich Patientinnen und Patienten verstanden und respektiert fühlen. Diese Art der Qualifizierung führt zu einer höheren Versorgungsqualität, einer Reduktion von Behandlungsfehlern und einer größeren Patientenzufriedenheit, weil sich Patientinnen und Patienten im Kontakt mit kulturkompetentem Personal sicherer fühlen.

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern, sollten Gesundheitseinrichtungen ihren Beschäftigten Schulungen zur Förderung kultureller Kompetenz anbieten. Diese Trainings sollten Themen wie kulturelle Demut,

kulturelle Sensibilität, kulturelles Bewusstsein, Kommunikationsfähigkeiten sowie Strategien zur Überwindung kultureller Barrieren abdecken (Saha, 2008).

2.3.2. Abbau von Vorurteilen

Das Bewusstsein für eigene Vorurteile und deren Einfluss auf medizinische Entscheidungen ist ein entscheidender Faktor beim Aufbau eines gerechten und gleichberechtigten Gesundheitssystems. Jeder Mensch – unabhängig von Ausbildung oder beruflicher Erfahrung – trägt unbewusste Präferenzen und Vorannahmen in sich, die Entscheidungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten beeinflussen können. Im medizinischen Umfeld können solche Vorurteile zu einer ungleichen Behandlung von Patientinnen und Patienten führen, was sich letztlich negativ auf die Versorgungsqualität, Diagnosen und Behandlungsergebnisse auswirken kann (Thompson, 2023).

Der Abbau von Vorurteilen im Gesundheitswesen stellt sicher, dass alle Patientinnen und Patienten fair, mit Respekt und unabhängig von ihrem Hintergrund behandelt werden und die bestmögliche Versorgung erhalten.

2.3.2. Abbau von Vorurteilen

Das Erkennen eigener Vorurteile ist der erste Schritt zu deren Überwindung. Wenn Beschäftigte im Gesundheitswesen verstehen, dass bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen oder Vorurteile aus unbewussten Überzeugungen resultieren können, sind sie eher bereit, ihr eigenes Handeln und ihre Entscheidungen kritisch

Der Abbau von Vorurteilen im Gesundheitswesen gewährleistet, dass jede Patientin und jeder Patient fair, mit Respekt und unabhängig von ihrem oder seinem Hintergrund behandelt wird und die bestmögliche Versorgung erhält.

zu hinterfragen. Ein Beispiel: Eine Ärztin oder ein Arzt könnte unbewusst annehmen, dass eine Patientin oder ein Patient aus einer bestimmten sozialen Gruppe ärztlichen Empfehlungen

ohnehin nicht folgen wird. Dies kann zu einer unvollständigen Kommunikation oder weniger wirksamen Behandlungsmethoden führen. Durch Schulungen zu Vorurteilen lernen medizinische Fachkräfte, solche unbewussten Denkmuster zu erkennen und objektiver zu handeln, indem sie sich an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren, statt auf stereotype Annahmen zurückzugreifen (Balakrishnan, 2019).

Ein wesentlicher Aspekt beim Abbau von Vorurteilen im Gesundheitswesen ist die kontinuierliche Weiterbildung und Teilnahme an Trainings zu Gleichberechtigung, Gerechtigkeit und Inklusion. Diese Schulungen helfen Beschäftigten, die Mechanismen zu erkennen und zu verstehen, die zu Vorurteilen führen, und vermitteln zugleich Techniken und Strategien, mit denen sich deren negative Auswirkungen mindern lassen. Ein Beispiel hierfür ist das Erlernen effektiver Kommunikation mit Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kulturen, um das Risiko unfairer Annahmen oder Fehltritte zu minimieren.

Der Abbau von Vorurteilen verbessert nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern stärkt auch das Vertrauen zwischen Patientinnen, Patienten

und dem Gesundheitssystem. Menschen, die das Gefühl haben, unabhängig von Herkunft, sozialem Status, Hautfarbe oder Religion fair behandelt zu werden, sind eher bereit, mit medizinischem Personal zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus führt ein wachsendes Bewusstsein für eigene Vorurteile im Gesundheitspersonal zu ausgewogeneren und gerechteren medizinischen Entscheidungen, was wiederum bessere Behandlungsergebnisse und eine höhere Patientenzufriedenheit fördern kann (Thirsk, 2022).

Zusammengefasst ist der Abbau von Vorurteilen im Gesundheitswesen nicht nur eine ethische, sondern auch eine praktische Notwendigkeit. Er trägt zu einem gerechteren, wirksameren und chancengleichen Gesundheitssystem bei, in dem alle Patientinnen und Patienten die gleichen Möglichkeiten haben, die bestmögliche Versorgung zu erhalten (Horst, 2019).

Sprachliche Zugänglichkeit ist die Brücke, die Patientinnen und Patienten mit einer wirkungsvollen und professionellen Versorgung verbindet.

2.3.3. Sprachliche Zugänglichkeit

Sprachliche Zugänglichkeit im Gesundheitswesen ist ein entscheidender Faktor für den gleichberechtigten Zugang zu medizinischen Leistungen für Patientinnen und Patienten, die die Landessprache nicht oder nur eingeschränkt beherrschen. Moderne Gesellschaften werden sprachlich zunehmend vielfältiger, und Sprachbarrieren können die Qualität der Gesundheitsversorgung erheblich beeinträchtigen. Wenn Patientinnen oder Patienten medizinische Informationen, Anweisungen oder Verfahren nicht vollständig verstehen, kann dies zu schwerwiegenden Behandlungsfehlern, Missverständnissen bei therapeutischen Empfehlungen sowie zu einem verminderten Gefühl von Sicherheit und Vertrauen führen (weitere Informationen zur sprachlichen Zugänglichkeit finden Sie in Kapitel 09).

Sprachliche Zugänglichkeit ist die Brücke, die Patientinnen und Patienten mit einer wirksamen und einfühlsamen Versorgung verbindet.

Ein gut etabliertes Konzept der sprachlichen Zugänglichkeit trägt dazu bei, ein inklusiveres Gesundheitsumfeld zu schaffen, in dem alle Patientinnen und Patienten unabhängig von Sprachbarrieren die gleichen Chancen haben, medizinische Leistungen zu verstehen und von ihnen zu profitieren. Ein solcher Ansatz verbessert nicht nur die Kommunikation, sondern stärkt auch das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in das Gesundheitssystem und fördert deren aktive Beteiligung am Behandlungsprozess.

2.4. Inklusives Leadership

2.4.1. Förderung von Vielfalt

Vielfalt zu fördern und Teams aufzubauen, die die Diversität der Gesellschaft widerspiegeln, ist ein zentraler Schritt, um eine wirksame und empathische Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Teams, die sich aus Menschen mit unterschiedlichen ethnischen, kulturellen und sprachlichen Hintergründen sowie

aus Personen mit vielfältigen Lebens- und Berufserfahrungen zusammensetzen, sind besser in der Lage, die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen sozialen Kontexten zu verstehen. Diese Repräsentation trägt dazu bei, Kommunikationsbarrieren abzubauen, Vertrauen aufzubauen und die Versorgung an die spezifischen Bedürfnisse unterschiedlicher sozialer Gruppen anzupassen.

Vielfalt in medizinischen Teams fördert zudem Innovationen in der Problemlösung. Unterschiedliche Perspektiven und Herangehensweisen führen zu kreativeren und effektiveren Entscheidungen – ein wesentlicher Faktor in einem sich rasch wandelnden Gesundheitswesen. Darüber hinaus sind vielfältige Teams besser auf die Herausforderungen der Globalisierung vorbereitet, insbesondere auf Gesundheitsfragen, die interkulturelles Wissen und Kenntnisse über unterschiedliche Gesundheitssysteme erfordern.

Zusammenarbeit gedeiht dort, wo jede Stimme zählt.

Die Integration von Vielfalt in Rekrutierungs- und Weiterbildungsprozesse bietet nicht nur Einzelpersonen die Möglichkeit, ihre einzigartigen Perspektiven einzubringen, sondern macht Organisationen insgesamt flexibler und effizienter. Dieser Ansatz spiegelt das Engagement wider, eine gerechte Gesellschaft aufzubauen, in der jede Person – unabhängig von Herkunft oder Hintergrund – Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung erhält.

Vielfalt zu fördern ist nicht nur eine ethische Verpflichtung, sondern auch eine praxisnahe Strategie, die zur Teamentwicklung beiträgt, die Patientenerfahrungen verbessert und den Standard der Gesundheitsversorgung hebt – hin zu mehr Zugänglichkeit und Wirksamkeit für alle.



Abb. 6: Der Prozess der kulturellen und adaptiven Entwicklung

2.4.2. Beteiligung: Aktive Einbindung von Mitarbeitenden und Patientinnen/ Patienten in Entscheidungsprozesse

Beteiligung ist ein zentrales Element beim Aufbau wirksamer und inklusiver Gesundheitssysteme. Die aktive Einbeziehung sowohl der medizinischen Fachkräfte als auch der Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozesse ermöglicht ein besseres Verständnis ihrer Bedürfnisse, Prioritäten und Anliegen. Wenn Mitarbeitende spüren, dass ihre Meinungen gehört und berücksichtigt werden, steigt ihre Motivation, Arbeitszufriedenheit und ihr Zugehörigkeitsgefühl. Ebenso empfinden Patientinnen und Patienten, die aktiv an ihrer Versorgung beteiligt werden, ein größeres Maß an Kontrolle über ihre Gesundheit, was ihr Engagement für die Behandlung und ihre Therapietreue stärkt.

Die Beteiligung der Mitarbeitenden umfasst regelmäßige Konsultationen, Feedbackprozesse sowie die Schaffung von Räumen für einen offenen Austausch von Ideen – unabhängig von Hierarchie oder Berufserfahrung. Dieser Ansatz hilft Organisationen, die Herausforderungen ihrer Teams zu erkennen und gemeinsam Lösungen zu entwickeln, die Effizienz und Versorgungsqualität verbessern.

Die Einbindung von Patientinnen und Patienten bedeutet, Umgebungen zu schaffen, in denen ihre Meinungen und Präferenzen tatsächlich Einfluss auf medizinische Entscheidungen haben. Dies erfordert von den Gesundheitsfachkräften nicht nur Empathie und Offenheit, sondern auch die Fähigkeit, komplexe medizinische Inhalte verständlich zu vermitteln. Die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in Gespräche über Behandlungspläne, Gesundheitsziele und Therapieoptionen stärkt Vertrauen und das Gefühl einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

In der Praxis kann Beteiligung durch regelmäßige Teambesprechungen, Patientenbeiräte, Umfragen zur Versorgungsqualität oder digitale Tools gefördert werden, die es Patientinnen und Patienten ermöglichen, in Echtzeit Rückmeldungen zu geben. Die aktive Mitwirkung aller Beteiligten an Entscheidungsprozessen trägt dazu bei, ausgewogenere und effektivere Systeme zu schaffen, die besser auf die vielfältigen Bedürfnisse der Gemeinschaften reagieren.

Beteiligung ist nicht nur ein Instrument zur Verbesserung von Organisations- und Teamprozessen, sondern auch ein Wert, der Vertrauen stärkt, Beziehungen aufbaut und eine Kultur des gegenseitigen Respekts und der Zusammenarbeit fördert.



2.4.3. Vorbildfunktion: Haltung als Führungsaufgabe

Führungskräfte spielen eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung der Organisationskultur, weshalb ihre Haltung zu Vielfalt und Inklusion von großer Bedeutung ist. Sie sollten Offenheit gegenüber unterschiedlichen Perspektiven, Respekt gegenüber anderen Meinungen sowie die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Menschen verschiedenster Hintergründe aktiv vorleben.

Vorbildliches Verhalten bedeutet, dass Führungskräfte Werte wie Gleichberechtigung und Akzeptanz nicht nur verbal betonen, sondern diese auch im Alltag durch ihr Handeln unter Beweis stellen. Beispielsweise kann eine Führungskraft aktiv zuhören, den Austausch mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Hintergründe suchen oder Entscheidungen treffen, die deren Bedürfnisse und Vorschläge berücksichtigen.

Führungskräfte sollten außerdem Transparenz und offene Kommunikation fördern und ein Umfeld schaffen, in dem sich alle wohl dabei fühlen, ihre Meinungen und Anliegen zu äußern. Dieser Ansatz stärkt nicht nur das Vertrauen, sondern motiviert das gesamte Team, diese Werte auch im Arbeitsalltag vorzuleben.

Darüber hinaus können Führungskräfte an Schulungen zu Diversität und Inklusion teilnehmen, um ihr Engagement für persönliche Weiterentwicklung und Lernbereitschaft zu zeigen. Durch ihr eigenes Handeln können sie andere dazu inspirieren, Veränderungen anzunehmen und ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das von Respekt, Empathie und Zusammenarbeit geprägt ist.

So werden die Haltungen von Führungskräften zur treibenden Kraft der gesamten Organisation und prägen eine Atmosphäre, in der Vielfalt als Stärke und Inklusion als Selbstverständlichkeit verstanden werden.

2.5. Professionelles Verhalten im Kontext kultureller Vielfalt

Professionelles Verhalten im Kontext kultureller Vielfalt beschreibt, wie sich Menschen am Arbeitsplatz und in anderen beruflichen Umgebungen verhalten sollten, um kulturelle Unterschiede und Vielfalt zu respektieren und wertzuschätzen. Moderne Organisationen und Gesellschaften werden zunehmend kulturell vielfältiger, was sowohl für Mitarbeitende als auch für Führungskräfte Herausforderungen im Hinblick auf Zusammenarbeit, Kommunikation und das Management diverser Teams mit sich bringt (Araque & Weiss, 2024).

Zentrale Elemente professionellen Verhaltens im Zusammenhang mit kultureller Vielfalt beruhen auf **Selbstreflexion, Flexibilität, Empathie und dem Schutz der Patientenrechte**.

2.5.1. Selbstreflexion

Selbstreflexion im Kontext der Zusammenarbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturen ist ein Prozess, bei dem die eigenen Überzeugungen, Werte und Einstellungen kritisch hinterfragt werden, um besser zu verstehen, wie diese inneren Aspekte das eigene Verhalten gegenüber anderen prägen – insbesondere im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen.

Selbstreflexion ist besonders im Gesundheitswesen, in medizinischen Berufen und in allen Bereichen von Bedeutung, in denen der direkte Kontakt mit Patientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen ein hohes Maß an Sensibilität für Vielfalt erfordert. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Prozesse kultureller und adaptiver Entwicklung. Jede Stufe steht in Verbindung mit den nachfolgenden Schritten und verdeutlicht deren wechselseitige Abhängigkeit (Alkhamees, 2023).

Bewusstsein für eigene Überzeugungen und Werte

Selbstreflexion beginnt mit dem Bewusstwerden der eigenen Überzeugungen, die aus Erziehung, Religion, kulturellen Traditionen, Bildung oder persönlichen Erfahrungen stammen können. Beispielsweise kann eine Person aus einer Kultur, in der familiäre Bindungen eine zentrale Rolle spielen, ein anderes Verständnis für die Prioritäten im Leben einer Patientin oder eines Patienten haben, die oder der andere Werte vertritt. Zu erkennen, wie diese eigenen Überzeugungen die Wahrnehmung anderer beeinflussen, ist wesentlich für professionelles Verhalten im Umgang mit Patientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Kulturen.

Erkennen von Vorurteilen und Stereotypen

Jede Person trägt bestimmte Vorurteile in sich, die häufig unbewusst durch gesellschaftlich etablierte kulturelle Stereotype übernommen wurden. Selbstreflexion hilft, diese Vorurteile zu identifizieren und sie in der Interaktion mit anderen abzubauen oder zu minimieren. Beispielsweise kann eine Ärztin oder ein Arzt erkennen, dass sie oder er bisher (möglicherweise fälschlicherweise) davon ausgegangen ist, dass Patientinnen und Patienten bestimmter Kulturen bevorzugt bestimmte Behandlungs- oder Kommunikationsmethoden wählen. Das Bewusstsein für solche Denkmuster ermöglicht eine offeneren Haltung gegenüber Menschen aus unterschiedlichen Kulturen.

Verstehen des Einflusses der eigenen Haltung auf Interaktionen

Unsere Einstellungen gegenüber anderen haben erheblichen Einfluss auf die Qualität der Interaktionen, insbesondere im Kontext kultureller Unterschiede. Selbstreflexion hilft, zu verstehen, wie unsere Emotionen, Reaktionen und Verhaltensweisen unsere Beziehungen zu Patientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen prägen. Eine negative Haltung gegenüber Menschen aus bestimmten kulturellen Gruppen kann beispielsweise die Kommunikation erschweren und den Vertrauensaufbau behindern. Durch regelmäßige Selbstüberprüfung der eigenen Haltung lassen sich diese Interaktionen verbessern – eine zentrale Voraussetzung in Berufen, die Empathie und Verständnis erfordern.

Reflexion über den Einfluss von Kultur auf Verhalten und Erwartungen

Selbstreflexion umfasst auch die Analyse, wie kulturelle Unterschiede die Erwartungen und das Verhalten von Patientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen prägen. Das Wissen, dass Kultur beeinflusst, wie Emotionen gezeigt, Autoritäten wahrgenommen oder Zeit verstanden wird, bildet eine Grundlage für angemessene Kommunikationsstrategien. Beispielsweise kann in manchen

Kulturen direkte Konfrontation als unhöflich gelten, während sie in anderen als Zeichen von Ehrlichkeit geschätzt wird. Solche Unterschiede bewusst zu berücksichtigen, hilft, Missverständnisse und Konflikte zu vermeiden.

Entwicklung adaptiver Fähigkeiten

Selbstreflexion fördert die Fähigkeit, sich an unterschiedliche Situationen und Menschen anzupassen. Wer seine eigenen Reaktionen auf verschiedene Verhaltensstile versteht, die kulturell geprägt sein können, kann sein eigenes Verhalten besser auf die Erwartungen und Bedürfnisse anderer abstimmen. Beispielsweise kann bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten aus einer anderen Kultur die Anpassung der Kommunikation helfen, deren Überzeugungen zu respektieren und gleichzeitig eine wirksame Versorgung zu gewährleisten.

Lernen durch Erfahrung

Selbstreflexion bedeutet auch, aus Erfahrungen zu lernen. Nach jeder Interaktion mit Patientinnen, Patienten oder Kolleginnen und Kollegen lohnt es sich, darüber nachzudenken, was gut funktioniert hat und was verbessert werden könnte. Wurde Vertrauen aufgebaut? War die Kommunikation klar? Gab es Spannungen aufgrund kultureller Unterschiede? Diese Art der Analyse ermöglicht eine kontinuierliche Verbesserung der sozialen Kompetenzen und eine bessere Vorbereitung auf zukünftige Situationen.

Emotionsregulation und Stressbewältigung

Kulturelle Unterschiede können Emotionen auslösen, die nicht immer leicht zu kontrollieren sind. Selbstreflexion hilft zu verstehen, welche Emotionen in bestimmten interkulturellen Situationen ausgelöst werden. Dieses Bewusstsein unterstützt dabei, die eigenen Emotionen besser zu regulieren – eine zentrale Fähigkeit im Umgang mit Patientinnen und Patienten, die möglicherweise unter Stress oder Angst stehen, insbesondere wenn kulturelle Barrieren im Gesundheitssystem eine Rolle spielen.

Kultur als Ressource erkennen

Selbstreflexion hilft außerdem dabei, kulturelle Vielfalt als wertvolle Ressource zu begreifen, die das eigene berufliche Handeln bereichert. Das Verständnis, dass jede Kultur einzigartige Werte, Überzeugungen und Perspektiven mitbringt, fördert einen empathischen Umgang mit Patientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen. So lassen sich nicht nur die Beziehungsqualität verbessern, sondern auch Probleme kreativer und flexibler lösen.

2.5.2. Flexibilität

Flexibilität im Umgang mit Patientinnen und Patienten beschreibt die Fähigkeit, das eigene Verhalten, den Kommunikationsstil und den therapeutischen Ansatz so an-

Führung verändert am wirksamsten, wenn sie von Respekt, Offenheit und konsequentem Handeln getragen wird.

zupassen, dass die individuellen Bedürfnisse, Erwartungen und kulturellen Bedingungen der Patientin oder des Patienten bestmöglich berücksichtigt werden. Diese Fähigkeit ist besonders im Kontext der Vielfalt im Gesundheitswesen unerlässlich.

Erkennen individueller Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten

Jede Patientin und jeder Patient ist einzigartig – physisch, emotional, kulturell, religiös oder in den persönlichen Überzeugungen. Flexibilität bedeutet, diese Unterschiede zu erkennen und individuell darauf einzugehen. So kann es sein, dass eine Patientin oder ein Patient aus einer bestimmten Kultur traditionelle Methoden der modernen Medizin vorzieht. Ebenso kann eine Person mit traumatischen Erfahrungen einen besonders einfühlsamen und geduldigen Umgang benötigen (Schouten et al., 2023).

Anpassung des Kommunikationsstils

Flexibilität zeigt sich auch in der Anpassung des eigenen Kommunikationsstils an das Gegenüber. Abhängig von Alter, Bildungsstand, Muttersprache oder kulturellem Hintergrund kann es erforderlich sein, Informationen unterschiedlich zu vermitteln. Eine ältere Patientin mit Hörproblemen braucht möglicherweise eine langsamere und deutlichere Sprache, während ein jüngerer Patient, der digitale Medien nutzt, einen prägnanteren und dynamischeren Austausch bevorzugt. Zudem können kulturelle Unterschiede in der verbalen und nonverbalen Kommunikation entscheidend für den Erfolg der Interaktion sein. In manchen Kulturen gilt es als unhöflich, direkte Fragen zu stellen, in anderen ist es selbstverständlich.

Anpassung des therapeutischen Ansatzes

Flexibilität beinhaltet auch, den therapeutischen Ansatz an die individuellen Präferenzen der Patientinnen und Patienten anzupassen. Eine gläubige Patientin könnte etwa eine Therapie bevorzugen, die spirituelle Praktiken wie Gebete oder Meditation integriert. Eine andere Person mit medizinischem Hintergrund erwartet möglicherweise eine besonders detaillierte Aufklärung über den Ablauf der Behandlung. Ein flexibler Ansatz kann hier bedeuten, traditionelle mit modernen Methoden zu kombinieren – stets mit Respekt vor den Überzeugungen der Patientin oder des Patienten und mit dem Ziel einer effektiven Versorgung.

Empathie und aktives Zuhören

Flexibilität in der Kommunikation ist eng mit Empathie und der Fähigkeit zum aktiven Zuhören verbunden. Wenn Patientinnen und Patienten sich verstanden und respektiert fühlen, sind sie eher bereit, offen über ihren Gesundheitszustand, ihre Sorgen und Bedürfnisse zu sprechen. Flexibilität bedeutet, auf Emotionen und das individuelle Komfortlevel einzugehen. Zeigt eine Patientin Angst vor einer Behandlung, so erfordert Flexibilität eine Anpassung von Tonfall, Körpersprache und Erklärungen, um Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln.

Verstehen des Einflusses von Kultur auf Erwartungen

Flexibilität bedeutet auch, zu erkennen, dass kulturelle Unterschiede Erwartungen an Behandlung, Kommunikation und das Verhältnis zu medizinischem Personal

prägen. In manchen Kulturen wird eine hierarchische Beziehung bevorzugt, Patientinnen und Patienten erwarten, dass Ärztinnen und Ärzte alle Entscheidungen allein treffen. In anderen Kulturen ist ein partnerschaftlicher Ansatz gewünscht, bei dem Patientinnen und Patienten aktiv eingebunden werden.

Flexibilität im Umgang mit Veränderungen im Gesundheitszustand

Flexibilität bedeutet nicht nur, sich auf eine Ausgangssituation einzustellen, sondern auch, auf Veränderungen im Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten angemessen zu reagieren. Änderungen in der Gesundheit, im Therapieverlauf oder in emotionalen Bedürfnissen erfordern schnelles Anpassen. Flexibilität heißt hier, Behandlungspläne individuell weiterzuentwickeln.

Wahrung von Professionalität trotz veränderter Umstände

Bei aller Anpassungsfähigkeit ist es wichtig, Professionalität und eigene Grenzen zu wahren. Flexibilität bedeutet nicht, ethische oder berufliche Standards zu vernachlässigen, sondern einen Ansatz zu wählen, der mit den beruflichen Anforderungen und dem Wohl der Patientinnen und Patienten im Einklang steht. Werden beispielsweise unethische Handlungen gefordert, ist es wichtig, professionell und bestimmt die eigenen Grenzen zu verteidigen.

Kreatives Problemlösen

Die Arbeit mit Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kulturen oder mit besonderen Bedürfnissen erfordert oft kreatives Denken. Manchmal lassen sich Wünsche nicht mit standardisierten Verfahren erfüllen. In solchen Fällen ermöglicht Flexibilität, neue, angemessene Lösungen zu finden, die wirksam sind und zugleich die individuellen Bedürfnisse respektieren.

2.5.3. Empathie

Empathie ist eine zentrale Fähigkeit im Umgang mit Patientinnen und Patienten, insbesondere im Kontext kultureller Vielfalt. Sie beschreibt die Fähigkeit, die Gefühle einer Patientin oder eines Patienten unabhängig von deren kulturellem, religiösem, sozialem oder emotionalem Hintergrund zu verstehen und nachzuempfinden. Im Gesundheitswesen erleichtert Empathie eine effektivere Kommunikation, stärkt das Vertrauen und ermöglicht eine individuell angepasste Versorgung (Gonzalez-Tapia, 2023).

Verstehen der Emotionen der Patientinnen und Patienten

Empathie beginnt mit der Fähigkeit, die Emotionen der Patientinnen und Patienten zu erkennen und zu verstehen – auch dann, wenn diese auf eine Weise ausgedrückt werden, die von der eigenen kulturellen Prägung abweicht. Die Patientin oder der Patient kann Angst, Unsicherheit, Schmerz oder Frustration empfinden. Das Verständnis für diese Gefühle ist eine Grundvoraussetzung für eine angemessene Versorgung. Unabhängig vom kulturellen Hintergrund verdienen die Emotionen der Patientinnen und Patienten Respekt und Verständnis. Empathie ermöglicht es, die Kommunikation so anzupassen, dass sich die Patientin oder der Patient gehört und verstanden fühlt.

Aktives Zuhören

Aktives Zuhören bildet das Fundament von Empathie. Es bedeutet, sich voll und

Empathie in der Versorgung bedeutet Verstehen über Unterschiede hinaus.

ganz auf die Patientin oder den Patienten zu konzentrieren, ihre oder seine Worte zu verstehen und auch nonverbale Signale wie Gesichtsausdruck, Körperhaltung oder Tonfall wahrzunehmen. Aktives Zuhören ermöglicht ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten – besonders wichtig im Kontext kultureller Unterschiede. Häufig spiegelt das, was gesagt wird, nicht vollständig die tatsächlichen Gefühle wider. Deshalb ist es notwendig, „zwischen den Zeilen“ zu hören und auch das Unausgesprochene wahrzunehmen.

Verstehen unterschiedlicher kultureller Perspektiven

Empathie bedeutet nicht nur, die Gefühle der Patientinnen und Patienten nachzuvollziehen, sondern auch zu verstehen, dass sie aufgrund ihrer Kultur, Religion oder Traditionen die Welt möglicherweise anders sehen. In einigen Kulturen wird der Ärztin oder dem Arzt großer Respekt entgegengebracht, sodass Patientinnen und Patienten Hemmungen haben könnten, ihre Bedenken oder Zweifel zu äußern. In anderen Kulturen ist es hingegen üblich, offen über Gesundheitsfragen zu sprechen. Empathie erfordert das Bewusstsein für diese Unterschiede und eine entsprechende Anpassung der Kommunikation, damit sich Patientinnen und Patienten sicher fühlen und ihre Bedürfnisse offen äußern können.

Mitgefühl ohne Wertung

Empathie schließt die Fähigkeit ein, auf Wertungen zu verzichten. Unabhängig davon, wie Patientinnen und Patienten ihre Situation sehen oder welche Entscheidungen sie bezüglich ihrer Gesundheit treffen, ist es wichtig, Verständnis und Mitgefühl zu zeigen. Auch wenn Entscheidungen im Widerspruch zu medizinischen Empfehlungen stehen, hilft es, diese nicht vorschnell zu bewerten. Vielmehr sollte man verstehen, dass solche Entscheidungen aus Ängsten, Überzeugungen, Lebenserfahrungen oder dem kulturellen Hintergrund resultieren können. Dies schafft ein Umfeld, in dem sich die Patientinnen und Patienten unterstützt und nicht verurteilt fühlen.

Anpassung an individuelle Bedürfnisse

Empathie bedeutet, den eigenen Umgang an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen – unter Berücksichtigung nicht nur der gesundheitlichen, sondern auch der emotionalen und kulturellen Aspekte ihres Lebens. Für manche ist eine ausführliche Erklärung des Behandlungsprozesses hilfreich, während anderen vor allem wichtig ist, dass ihre spirituellen oder kulturellen Überzeugungen respektiert werden. Empathie hilft, diese feinen Unterschiede wahrzunehmen und die Versorgung entsprechend anzupassen.

Vertrauensaufbau und Beziehungspflege

Empathie ist die Grundlage für den Aufbau von Vertrauen zwischen Patientinnen, Patienten und medizinischem Personal. Wer sich verstanden und respektiert fühlt, ist eher bereit, zu kooperieren – ein entscheidender Faktor für den Be-

handlungserfolg. Vertrauen wiederum verbessert die Kommunikation, führt zu einem besseren Verständnis der Bedürfnisse, zu effektiveren Behandlungen und zu einer höheren Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung.

Professionalität bedeutet Sensibilität, das Erkennen von Unterschieden und die Bereitstellung einer Versorgung, die auf die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Menschen abgestimmt ist.

Umgang mit schwierigen Situationen

Empathie ist besonders wertvoll im Umgang mit emotional belastenden Situationen. Bei Patientinnen und Patienten in palliativen Phasen, mit schwerwiegenden Erkrankungen oder in Krisensituationen hilft Empathie, Unterstützung, Sicherheit und Trost zu vermitteln. Das Verstehen der Emotionen dieser Menschen in solch schwierigen Momenten ist unerlässlich, um ihnen nicht nur körperliche, sondern auch seelische Unterstützung zu bieten.

Stärkung des Würdeempfindens der Patientinnen und Patienten

Empathie hilft dabei, die Würde der Patientinnen und Patienten zu wahren – besonders in Situationen, die für sie unangenehm oder entwürdigend sein könnten, etwa bei Untersuchungen oder Eingriffen. Durch Verständnis und Mitgefühl wird das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten gestärkt, was sich unmittelbar auf ihre Wahrnehmung der Qualität der Versorgung auswirkt.

Empathie in der Patientenversorgung bedeutet, sich in die Lage der Patientinnen und Patienten hineinzusetzen und ihre Perspektive zu verstehen – unabhängig von kulturellen Unterschieden. Dazu gehören aktives Zuhören, der Verzicht auf Bewertungen, das Verstehen der Gefühle und des kulturellen Hintergrunds sowie die Anpassung des eigenen Handelns an individuelle Bedürfnisse. Durch Empathie fühlen sich Patientinnen und Patienten respektiert, verstanden und unterstützt, was die Versorgungsqualität nachhaltig verbessert und die Beziehung zwischen Patientenschaft und medizinischem Personal stärkt (Riess, 2014).

2.5.4. Eintreten für Patientenrechte

Das Eintreten für Patientenrechte im Gesundheitswesen bedeutet, sich aktiv für Gleichberechtigung und Gerechtigkeit beim Zugang zu medizinischer Versorgung einzusetzen – insbesondere durch den Abbau von Ungleichheiten und die Unterstützung marginalisierter Gruppen. Advocacy beschränkt sich dabei nicht nur auf das Eintreten für individuelle Patientenrechte, sondern schließt auch Bestrebungen ein, Systeme zu reformieren, die einem fairen und gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung im Wege stehen. Die Maßnahmen reichen von individuellen Unterstützungsleistungen bis hin zu systemischen Veränderungen (Sundler, 2020).

Förderung des gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung

Patientenrechts-Advocacy vertritt die Überzeugung, dass jede Person – unabhängig von Herkunft, sozialem Status oder wirtschaftlicher Lage – ein Anrecht

auf gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung hat. Viele Menschen, insbesondere jene aus marginalisierten Gruppen (z. B. Menschen mit geringem Einkommen, ethnische Minderheiten, Menschen mit Behinderungen), stoßen auf Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dazu zählen fehlender Versicherungsschutz, Kommunikationsschwierigkeiten mit medizinischem Personal oder eingeschränkter Zugang zu spezialisierten Diensten. Patienten-Advocacy setzt sich dafür ein, diese Hindernisse zu beseitigen und sicherzustellen, dass jede Patientin und jeder Patient eine Versorgung erhält, die den individuellen Bedürfnissen entspricht.

Abbau sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten

Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten wirken sich direkt auf die Qualität und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung aus. Ziel der Advocacy-Arbeit ist es, diese Ungleichheiten zu identifizieren und abzubauen, da sie Gesundheitsentscheidungen beeinflussen oder den Zugang zu geeigneter Behandlung einschränken können. Menschen, die in Armut leben, ältere Menschen, ethnische Minderheiten oder LGBTQ+-Personen erfahren im Gesundheitswesen häufig Diskriminierung, was zu schlechteren Gesundheitsoutcomes führt. Maßnahmen wie das Eintreten für gesundheitspolitische Veränderungen, die diese Ungleichheiten adressieren, sollen ein gerechteres Gesundheitssystem schaffen, das die Bedürfnisse aller Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

Unterstützung marginalisierter Gruppen

Advocacy ist besonders wichtig für soziale Gruppen, die in klassischen Entscheidungsprozessen oft keine Stimme haben. Gruppen wie ethnische Minderheiten, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, LGBTQ+-Personen oder Menschen mit HIV/AIDS sehen sich häufig zusätzlichen Herausforderungen beim Zugang zu medizinischen Leistungen gegenüber. Interessenvertretende setzen sich für diese Menschen ein, um sicherzustellen, dass sie Zugang zu angemessenen medizinischen Leistungen erhalten, und machen auf deren spezifische gesundheitliche Bedürfnisse aufmerksam. Die Unterstützung marginalisierter Gruppen umfasst auch die Aufklärung der Gesellschaft und des medizinischen Personals über diese Herausforderungen sowie die Förderung von Gleichberechtigung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung.

Bildung und gesellschaftliche Aufklärung

Das Eintreten für Patientenrechte beschränkt sich nicht nur auf das Gesundheitssystem selbst, sondern schließt auch die Aufklärung der Gesellschaft und von Institutionen über Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung ein. Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen, öffentliche Kampagnen, das Erstellen von Berichten und Studien zu Ungleichheiten sowie die Förderung von politischen Maßnahmen, die den Zugang und die Qualität der Gesundheitsleistungen für marginalisierte Gruppen verbessern, gehören zu diesen Aktivitäten. Gesellschaftliches Bewusstsein für Ungleichheiten im Gesundheitswesen zu schaffen, ist unerlässlich, um Veränderungen auf lokaler, nationaler und globaler Ebene zu bewirken.

Zusammenarbeit mit Gesetzgebern und Mitgestaltung von Gesundheitspolitik

Advocacy im Gesundheitswesen beinhaltet auch das Engagement für politische Maßnahmen, die Gleichberechtigung und Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung fördern. Dies umfasst sowohl lokale Initiativen als auch die Einflussnahme auf Gesetzgeber und politische Entscheidungsträger, um Veränderungen in der Gesundheitsgesetzgebung zu bewirken, die gerechter und chancengleich sind. Dazu zählen z. B. das Eintreten für Änderungen bei Krankenversicherungsregelungen, den Zugang zu Medikamenten sowie Reformen in Gesundheitssystemen, die bestehende soziale oder wirtschaftliche Ungleichheiten abbauen sollen.

Die Förderung von Gleichberechtigung im Gesundheitssystem spielt eine entscheidende Rolle, denn jede Person verdient es, gehört zu werden, und jeder Mensch hat ein Recht auf gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung.

Maßnahmen auf individueller Ebene

Advocacy beschränkt sich nicht auf systemische oder politische Maßnahmen, sondern umfasst auch Unterstützung auf individueller Ebene. Im Kontext der Gesundheitsversorgung bedeutet dies, Patientinnen und Patienten dabei zu helfen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, ihre Interessen gegenüber Ärztinnen, Ärzten oder Einrichtungen zu vertreten und sie im gesamten Behandlungsprozess zu begleiten. Besonders Menschen aus marginalisierten Gruppen wissen oft nicht, wie sie das System effektiv nutzen können. Die Aufgabe von Advocacy-Personen ist es daher, zu informieren, emotional zu unterstützen und bei der Lösung potenzieller Probleme zu helfen.

Herausforderungen beim Eintreten für Patientenrechte

Advocacy kann auf zahlreiche Hindernisse stoßen, darunter Widerstände von Institutionen, die an Strukturen festhalten, in denen Gleichberechtigung und Gerechtigkeit keine Priorität haben. Zudem erfordern Veränderungen im Gesundheitssystem Zeit, Ressourcen und die Zusammenarbeit verschiedener Akteure. Trotz dieser Herausforderungen sind Advocacy-Bemühungen essenziell, um ein gerechteres, gleichberechtigtes und zugängliches Gesundheitssystem zu schaffen.

Patientenrechts-Advocacy im Gesundheitswesen bedeutet das aktive Eintreten für Gleichheit, Gerechtigkeit und den Abbau von Ungleichheiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung. Dazu gehören systemische wie individuelle Maßnahmen zur Unterstützung marginalisierter Gruppen, zur Aufklärung der Gesellschaft, zur Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern und zur Mitgestaltung von Gesundheitspolitik. Ziel ist ein faires Gesundheitssystem, das allen Patientinnen und Patienten – unabhängig von sozialem oder kulturellem Hintergrund – Zugang zu angemessenen medizinischen Leistungen ermöglicht.

References

- Alkhamees, M., & Alasqah, I. (2023). Patient-physician communication in intercultural settings: An integrative review. *Heliyon*, 9(12), e22667. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22667>
- Araque, J. C., & Weiss, E. L. (n.d.). Cultural proficiency and diversity considerations in the workplace. *W Leadership with Impact* (pp. 63–286).
- Balakrishnan, K., & Arjmand, E. M. (2019). The impact of cognitive and implicit bias on patient safety and quality. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(1), 35–46.
- Borowczyk, M., Stalmach-Przygoda, A., Doroszevska, A., Libura, M., Chojnacka-Kuraś, M., Małecki, Ł., Kowalski, Z., & Jankowska, A. K. (2023). Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – The review and recommendations. *BMC Medical Education*, 23(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04533-5>
- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57(Suppl 1), 181–217.
- Culyer, T. (1995). Need: The idea won't do – but we still need it. *Social Science & Medicine*, 40(6), 727–730.
- Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., Carpenter, J. G., Feder, S. L., Shreve, S. T., et al. (2020). End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62, 213–222.
- Fatima Cody Stanford. (2020). The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249.
- Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H., & Götze, H. (2021). COMSKIL: A communication skills training program for medical students. *GMS Journal of Medical Education*, 38, Doc83.
- Gill, G. K., McNally, M. J., & Berman, V. (2018). Effective diversity, equity, and inclusion practices. *Healthcare Management Forum*, 31(5), 196–199. <https://doi.org/10.1177/0840470418773785>
- Gonzalez-Tapia, G., & Lazzaro-Salazar. (2023). Medical empathy in the physician-patient relationship: A review from a cultural perspective. *Revista Médica de Chile*, 151(9), 1233–1240. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000901233>.
- Horst, A., Schwartz, B. D., Fisher, J. A., Michels, N., & Van Winkle, L. J. (2019). Selecting and performing service-learning in a team-based learning format fosters dissonance, reflective capacity, self-examination, bias mitigation, and compassionate behavior in prospective medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3926.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, Article 232.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42, 727–754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
- Kienle, R., Freytag, J., Lück, S., Eberz, P., Langenbeck, S., Sehy, V., et al. (2021). Communication skills training in undergraduate medical education at Charité – Universitätsmedizin Berlin. *GMS Journal of Medical Education*, 38, Doc56.

- Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in health-care. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 7, e2219. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000002219>
- Puch, E. A., Nowak-Jaroszyk, M., & Swora-Cwynar, E. (2020). Medical error in theory and practice – A review of the most important issues. *Medycyna Pracy*, 71(5), 613–630.
- Rider, E. A., Hinrichs, M. M., & Lown, B. A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 28, e127–e134.
- Riess, H., & Kraft-Todd. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108–1112. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000000287>
- Rozlog, L. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Sheridan, J. F., & Glaser, R. (1999). Stress and immunity: Implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology*, 70(7), 786–792. <https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.7.786>
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285.
- Schmidt, M., Steigenberger, N., Berndtson, M., & Uman, T. (2023). Cultural diversity in health care teams: A systematic integrative review and research agenda. *Health Care Management Review*, 48(4).
- Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients.
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2018). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46–54. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0945-9>
- Sundler, A. J., Darcy, L., Raberus, A., & Holmström, I. K. (2020). Unmet health-care needs and human rights – A qualitative analysis of patients’ complaints in light of the right to health and health care. *Health Expectations*, 23(3), 614–621.

Abschließende Reflexion: Bedeutung für kulturelle Kompetenz und das EMPOWER-Modell

von Małgorzata Szkup

Das Kapitel „Diversität und Inklusion im Gesundheitswesen“ steht in direktem Einklang mit den Grundannahmen des EMPOWER-Modells und stellt eine praktische wie konzeptionelle Erweiterung desselben dar. Die behandelten Themen – wie die Bedeutung kultureller Vielfalt, die Notwendigkeit inklusiver Führung, die Entwicklung interpersoneller Kompetenzen sowie der Abbau von Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung – spiegeln die zentralen Säulen des Modells wider: Effectiveness (Wirksamkeit), Multiculturalism (Multikulturalität), Professionalism (Professionalität), Wellness (Wohlbefinden) und Education Resources (Bildungsressourcen).

Die Inhalte dieses Kapitels unterstützen insbesondere die Entwicklung reflektierter kultureller Kompetenzen, die das Fundament des EMPOWER-Modells bilden. Der Schwerpunkt auf Selbstwahrnehmung, Empathie, Flexibilität und Selbstreflexion innerhalb von Gesundheitsteams spiegelt das Konzept der cultural humility (kulturellen Demut) wider, die einen zentralen Bestandteil des EMPOWER-Modells darstellt. Das Kapitel betont, dass ein echtes Verständnis für Patientinnen und Patienten nicht nur Wissen, sondern auch die Bereitschaft zum Lernen von diesen Menschen voraussetzt – ein Leitprinzip des Modells.

Darüber hinaus fördert das Kapitel die Stärkung der Rolle der Patientinnen und Patienten, insbesondere im Kontext des Aufbaus von vertrauensvollen und kultursensiblen Beziehungen. Das Prinzip der aktiven Patientenbeteiligung, das im EMPOWER-Modell stark hervorgehoben wird, findet sich deutlich in den beschriebenen Strategien zur Anpassung der Versorgung an die kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens wieder.

Auch die Bedeutung des Wohlbefindens von Fachkräften im Gesundheitswesen wird thematisiert. Es wird verdeutlicht, dass die Arbeit in einem kulturell diversen Umfeld emotionale, edukative und organisationale Unterstützung erfordert. Der Fokus auf die Entwicklung von Soft Skills, wie etwa der Emotionsregulation und dem Umgang mit Stress, korrespondiert mit der Wellness-Komponente des EMPOWER-Modells, das sich für ein gesundes Lern- und Arbeitsumfeld einsetzt.

Zusammenfassend bietet dieses Kapitel eine fundierte theoretische und praktische Grundlage für die Umsetzung des EMPOWER-Modells in der Gesundheitsausbildung und -praxis. Es verdeutlicht, dass eine wirksame Gesundheitsversorgung in einer kulturell vielfältigen Gesellschaft nicht nur Wissen über Unterschiede erfordert, sondern vor allem eine Haltung der Offenheit, Demut und kontinuierlichen Weiterentwicklung – alles Werte, die das EMPOWER-Modell aktiv fördert.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu

Kapitel 3

Globalisierung und ultikulturalität

in der medizinischen Ausbildung und in therapeutischen Teams

**OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA,
VOLODYMYR DZHYVAK**

*Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University
of the Ministry of Health of Ukraine (Ukraine)*

“

Der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitswesen – sowohl innerhalb von Ländern als auch über deren Grenzen hinweg – ist ein grundlegendes Prinzip medizinischer Professionalität.

„Medical Professionalism in the New Millennium: A Medical Charter“ –
The American Board of Internal Medicine, the American College of Physicians,
the American Society of Internal Medicine, the European Federation of Internal
Medicine and the Canadian Medical Association, 2002.

Einleitung

Globalisierung verändert Gesundheit und Gesundheitswesen. Die zunehmende weltweite Migration und die erzwungene Vertreibung durch Kriege, Konflikte, Krisen oder Naturkatastrophen erhöhen das Risiko der Verbreitung von Krankheiten und machen die globalen Zusammenhänge im Bereich Gesundheit und Medizin deutlich (Drain et al., 2007).

Im Bildungsbereich führt Globalisierung zu einer stärkeren **akademischen Mobilität**, zur Vereinheitlichung von Curricula und Lehrmethoden, zur rasanten Entwicklung des **Fernstudiums** sowie zum Einsatz neuer Lernformen, was die Integration der medizinischen Wissenschaft in den internationalen Wissensraum fördert (Dvornik et al., 2022).

Wie Knight (2020) feststellt, hat sich die **Landschaft der Internationalisierung** im Bildungswesen in den letzten Jahren erheblich gewandelt – mit sowohl positiven als auch negativen Auswirkungen auf Hochschulen weltweit. Diese Entwicklung ist Teil eines umfassenderen Globalisierungstrends, in dem Universitäten zunehmend darauf abzielen, Studierende auf eine **vernetzte Welt** vorzubereiten.

In den letzten Jahren ist der Bedarf an **Schulungen zu Global Health und Multikulturalität** für Medizinstudierende deutlich gestiegen. Die Veränderungen in den Gesundheitsberufen erfordern eine stärkere Integration globaler Gesundheitskompetenzen in der Ausbildung, um die **beruflichen und gesellschaftlichen Aufgaben** künftiger Fachkräfte besser erfüllen zu können (Izadnegahdar et al., 2008).

Internationalisierung bedeutet für Universitäten, eine **offene Haltung einzunehmen**, mehr Möglichkeiten für internationale Studierende und Lehrkräfte zu schaffen, **Partnerschaften, Austauschprogramme und Sprach- sowie Kulturangebote zu fördern** sowie Vielfalt und Inklusion im Hochschulalltag aktiv zu leben.

Kulturelle Vielfalt bezeichnet das Nebeneinander verschiedener kultureller oder ethnischer Gruppen innerhalb einer Gesellschaft. Am Arbeitsplatz umfasst Vielfalt Merkmale wie Ethnie, Nationalität, Alter, Sprache, sozioökonomischen Status, Geschlecht, Religion, sexuelle Orientierung oder Behinderung. Gerade in einem Bereich wie dem Gesundheitswesen, dessen Ziel der Schutz von Leben und Gesundheit ist, ist ein Verständnis kultureller Vielfalt von großer Bedeutung.



Kultur prägt das Verhalten, die Überzeugungen und die Identität eines Menschen. Kulturelle Vielfalt in Teams bedeutet die Integration von Mitarbeitenden unterschiedlicher Herkunft, Geschlechter, sexueller Orientierung oder politischer Ansichten. Der Begriff fördert eine inklusive Umgebung, in der Menschen aus verschiedenen Kulturen gemeinsam als Team arbeiten.

Ziele des Kapitels

In diesem Kapitel erwerben Studierende Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- **Globalisierung verstehen:** Analyse der Auswirkungen von Globalisierung auf Gesundheitspraktiken und -politiken in unterschiedlichen kulturellen Kontexten, insbesondere im Hinblick auf Begriffe wie Ethnozentrismus, Akkulturation, Assimilation und Integration.
- **Begriffe klären:** Definition zentraler Begriffe wie Globalisierung, Ethnozentrismus, Akkulturation, Assimilation, Integration.
- **Multikulturalität erkennen:** Bedeutung von Multikulturalität für inklusive medizinische Ausbildung und wirksame therapeutische Teams verstehen.
- **Vielfalt betonen:** Bedeutung vielfältiger Perspektiven für bessere Patientenversorgung und bessere Behandlungsergebnisse hervorheben.

Lernergebnisse

Nach Abschluss dieses Kapitels sind die Lernenden in der Lage:

- zu beschreiben, wie Globalisierung Gesundheitssysteme und -praktiken in verschiedenen kulturellen Kontexten beeinflusst,
- zentrale Begriffe wie Multikulturalität, Globalisierung, Kosmopolitismus, Ethnozentrismus, Akkulturation sowie Multikulturalitätspolitik im Gesundheitswesen zu definieren,
- zu erkennen, wie das Bewusstsein für kulturelle Vielfalt Teamarbeit und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessert,
- zu veranschaulichen, wie unterschiedliche Perspektiven die Patientenversorgung und -ergebnisse in der Praxis verbessern,
- den Nutzen von kultureller Kompetenz und Global-Health-Ausbildung für das zukünftige Verhalten und die Kompetenz von Gesundheitsfachkräften zu diskutieren.

Zentrale Begriffe und Definitionen

- **Globalisierung:** Globalisierung im Gesundheitswesen bezeichnet die zunehmende Vernetzung von Gesundheitssystemen, Praktiken und Politiken weltweit. Dazu gehören der Austausch von medizinischem Wissen, Technologien und Ressourcen sowie die Mobilität von Fachkräften und Patientinnen/Patienten über Landesgrenzen hinweg (Beaglehole & Bonita, 2010).

- **Kosmopolitismus:** In der Medizin bedeutet Kosmopolitismus, allen Patientinnen und Patienten mit Respekt und Würde zu begegnen und deren kulturelle Identitäten anzuerkennen. Ein kosmopolitischer Ansatz erfordert Offenheit gegenüber unterschiedlichen Gesundheitsvorstellungen und Praktiken (Hagger & Orbell, 2003).
- **Ethnozentrismus:** Ethnozentrismus beschreibt die Bewertung anderer Kulturen anhand der eigenen kulturellen Maßstäbe, was zu Vorurteilen in der medizinischen Versorgung führen kann. Es unterstreicht die Notwendigkeit kultureller Demut im Gesundheitswesen (Henrickson, 2006).
- **Akkulturation:** Akkulturation beschreibt, wie sich Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturen an neue Gesundheitssysteme anpassen. Dieses Wissen hilft Gesundheitsfachkräften, individuellere und wirksamere Versorgung anzubieten (Rojas & Smith, 2009).
- **Multikulturalitätspolitik im Gesundheitswesen:** Multikulturalitätspolitik umfasst Maßnahmen, die eine inklusive Arbeitsumgebung im Gesundheitswesen fördern, kulturelle Vielfalt wertschätzen und gesundheitliche Ungleichheiten abbauen (Kuehn, 2017).
- **Multikulturalität:** Multikulturalität im Gesundheitswesen erkennt die Vielfalt kultureller Gruppen unter Patientinnen und Patienten an. Für Fachkräfte bedeutet das, sich der kulturellen Unterschiede in Gesundheitsvorstellungen und -praktiken bewusst zu sein und eine an individuelle Bedürfnisse angepasste Versorgung sicherzustellen (Bhui & Dinos, 2015).

3.2. Was sagt die Forschung?

Globalisierung

Der Begriff **Global Literacy** umfasst kritisches Denken zu globalen Fragestellungen, kulturelle Sensibilität, kooperatives Verhalten und interkulturellen Respekt (Bulut & Öksüzöglü, 2021).

Vier Hauptdimensionen von Global Literacy:

- Bewusstsein für kulturelle Vielfalt
- Annahme einer globalen Bürgerschaft
- Anerkennung der wechselseitigen Verflechtung von Nationen
- Vertrauen in den Umgang mit neuen Kompetenzen für die vernetzte „globale Welt“ (Zhang, Hsu & Wang, 2010)

Zwei zentrale Grundlagen für die Definition einer globalen Bürgerschaft:

- Kosmopolitismus – als Ausdruck von Akzeptanz und Verständnis für andere Kulturen
- Ethnozentrismus – als Grundlage für die Bewahrung der eigenen ethnischen und kulturellen Identität

Kosmopolitismus beschreibt die Weltanschauung, dass alle Menschen – unabhängig von ihrer nationalen, ethnischen oder kulturellen Zugehörigkeit – Teil ei-

Das globale Dorf ist ein soziologischer und philosophischer Begriff, der beschreibt, dass die moderne Menschheit dank technologischer Fortschritte in enger Interaktion miteinander lebt. Diese Technologien verringern geografische und kulturelle Barrieren. Das Konzept betont, wie Globalisierung und Kommunikationstechnologien ein Gefühl von Gemeinschaft zwischen Menschen aus verschiedenen Teilen der Welt schaffen.

ner einzigen, globalen Gemeinschaft sind. Kosmopolitisches Denken geht davon aus, dass Individuen moralische Verpflichtungen gegenüber anderen Menschen haben, die über lokale oder nationale Bindungen hinausgehen. Im Zentrum stehen dabei universelle Werte und der gegenseitige Respekt zwischen unterschiedlichen Kulturen.

Internationale Organisationen wie die Vereinten Nationen fördern in ihren offiziellen Dokumenten häufig Prinzipien, die mit dem Kosmopolitismus übereinstimmen – insbesondere im Hinblick auf Menschenrechte, globale Zusammenarbeit und nachhaltige Entwicklung. In Dokumenten zur Bildung für globale Bürgerschaft wird Kosmopolitismus häufig als Förderung eines Zugehörigkeitsgefühls zur großen menschlichen Gemeinschaft verstanden und als Stärkung des Bewusstseins für die weltweite Verbundenheit der Menschen dargestellt (Pogge, 2006).

Moderne Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften stehen vor der Herausforderung, die Komplexität und Einzigartigkeit individueller Erfahrungen zu erkennen und wertzuschätzen. Dies bildet den Kern des Konzepts des Kosmopolitismus, das gemeinsam mit Humanismus, Fürsorge für andere, interkultureller Wertschätzung und Sensibilität zentrale Merkmale jener Berufe darstellen sollte, die unmittelbar mit der Betreuung und Behandlung von Menschen verbunden sind.

Das globale Dorf: Globalisierung, Kosmopolitismus und ihre Bedeutung für die medizinische Ausbildung

Der Begriff „Globales Dorf“ ist ein soziologischer und philosophischer Begriff, der darauf hinweist, dass die heutige Menschheit dank technologischer Fortschritte in enger Interaktion lebt, wobei geografische und kulturelle Barrieren zunehmend überwunden werden. Dieses Konzept betont, wie Globalisierung und moderne Kommunikationstechnologien ein Gemeinschaftsgefühl zwischen Menschen aus unterschiedlichen Teilen der Welt fördern.

Zwei zentrale Grundlagen für das Verständnis globaler Bürgerschaft:

- Kosmopolitismus – als Ausdruck der Akzeptanz und des Verständnisses anderer Kulturen
- Ethnozentrismus – als Grundlage für den Erhalt der eigenen ethnischen und kulturellen Identität

Kosmopolitismus beschreibt eine Weltanschauung, nach der alle Menschen – unabhängig von ihrer nationalen, ethnischen oder kulturellen Zugehörigkeit – Teil einer

einzigsten, globalen Gemeinschaft sind. Er betont die moralische Verpflichtung des Einzelnen gegenüber anderen Menschen über lokale oder nationale Grenzen hinaus und unterstreicht universelle Werte sowie gegenseitigen Respekt zwischen Kulturen. Internationale Organisationen wie die Vereinten Nationen fördern in ihren offiziellen Dokumenten häufig Prinzipien des Kosmopolitismus, insbesondere im Bereich der Menschenrechte, der globalen Zusammenarbeit und der nachhaltigen

Um die Kommunikation zwischen Studierenden sowie Lehrenden und Fachkräften im Gesundheitswesen zu fördern, gibt es zahlreiche Plattformen, Chats und Gruppen, in denen interessante klinische Fälle, Aufgaben oder Tests diskutiert werden, ebenso wie Besonderheiten der Versorgung je nach Situation, Möglichkeiten für internationale Praktika oder die Teilnahme an Förderprogrammen.

gen Entwicklung. In Dokumenten zur global citizenship education wird Kosmopolitismus oft als Förderung eines Zugehörigkeitsgefühls zur „größeren menschlichen Familie“ dargestellt und als Stärkung des Bewusstseins für die weltweite Verbundenheit der Menschen (Pogge, 2006).

Moderne Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften stehen vor der Herausforderung, die Komplexität und Einzigartigkeit individueller Erfahrungen zu verstehen und anzuerkennen. Dies bildet die Grundlage des Konzepts des Kosmopolitismus. Gemeinsam mit Humanismus, Fürsorge, interkultureller Wertschätzung und Sensibilität sollten diese Haltungen integraler Bestandteil jener Berufe sein, die unmittelbar mit der Betreuung und Behandlung von Menschen verbunden sind.

3.2.2. Globalisierung in der medizinischen Ausbildung

Die Globalisierung im Bildungswesen führt zu einer zunehmenden akademischen Mobilität, zur Vereinheitlichung von Curricula und Lehrmethoden sowie zur rasanten Entwicklung von Fernunterricht. Das Bewusstsein für die Notwendigkeit neuer Bildungsformen wächst kontinuierlich. Internationale Austauschprogramme für Studierende sind inzwischen weithin etabliert, z. B.: Erasmus (EU),

Ethnozentrismus (griech.: ethnos – Volk, Stamm, Gruppe; lat.: centrum – Mittelpunkt, Zentrum) bezeichnet die Neigung von Individuen, sozialen Gruppen oder Gemeinschaften (als Träger ethnischer Identität), Lebensphänomene durch die Brille der eigenen Traditionen und Werte zu betrachten und zu bewerten. Die eigene ethnische Gemeinschaft dient dabei als allgemeiner Maßstab oder Referenzrahmen, an dem andere Kulturen oder Lebensweisen gemessen werden.

DAAD (Deutschland), Global UGRAD (USA). Jedes Jahr wächst die Zahl der Studierenden, die diese Möglichkeiten nutzen möchten. Dazu tragen Faktoren bei wie: gegenseitige Anerkennung von Abschlüssen, die Bildung eines europäischen Hochschulnetzwerks, die Möglichkeit, einen zweiten Hochschulabschluss zu erwerben, die Schaffung von Zentren zur Förderung der Bildung in Europa, der weitgehende Abbau nationaler Grenzen im Hochschulwesen.

Der moderne Bildungsprozess ist zunehmend geprägt durch Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Modularität, Wirtschaftlichkeit, Konsumentenorientierung sowie den Einsatz fortschrittlicher Informations- und Kommunikationstechnologien. Dadurch entstehen Rahmenbedingungen für die Entwicklung eines globalen Bildungsraums, für Akkulturation, für Export und Import von Bildung sowie für die Vereinheitlichung des weltweiten intellektuellen, kreativen, informationellen, wissenschaftlichen und pädagogischen Potenzials.

“

„Krieg treibt Veränderungen und Anpassungen voran, und umgekehrt wirken sich gesellschaftliche Veränderungen auf den Krieg aus“, „Krieg ist eine Art Elixier für die Gesellschaft, das sie stärkt und ihre edlen Seiten zum Vorschein bringt.“

(MacMillan, M. (2020). War: How Conflict Shaped Us. [Erste US-Ausgabe]. New York: Random House.

Obwohl die Medizin untrennbar mit dem Phänomen der Globalisierung verbunden ist, verfügen nur wenige Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften über ausreichende Erfahrungen im Bereich Global Health oder Kenntnisse in Kulturwissenschaften. Dies ist häufig bedingt durch: hohe Kosten, mangelnde Motivation und fehlendes Interesse bei Lehrenden, Curricula, in denen diese Themen entweder nicht vorgesehen sind oder den Studierenden eigenverantwortlich überlassen werden.



Es lohnt sich, diesen Netzwerken beizutreten und sie aktiv zu nutzen.

Die moderne Welt im Wandel: Globalisierung und interkulturelle Kommunikation

Die moderne Welt befindet sich in einem intensiven Globalisierungsprozess, und die **Vertiefung der interkulturellen Kommunikation** trägt zur Transformation von Weltanschauungen bei und inspiriert **innovative Entwicklungen in den einzelnen Kulturen**. Der Austausch zwischen Kulturen führt zu einem zunehmenden Bedarf, die Bedeutung interkultureller Kontakte sowie die eigene **kulturelle Identität neu zu reflektieren**. Grundlage hierfür sind **interkulturelle Toleranz** und die Fähigkeit, **kulturelle Unterschiede angemessen wahrzunehmen**, denn diese Fähigkeiten sind in einer globalisierten Welt unverzichtbare Voraussetzungen für ein effektives Zusammenwirken von Kulturen und für ein besseres gegenseitiges Verständnis (Kobtyh & Harmash, 2020).

“Of all forms of inequality, health injustice is the most shocking and inhumane”

– Dr Martin Luther King

3.2.3. Ethnozentrismus

Nach **Dutton et al. (2016)** lassen sich zwei Arten von Ethnozentrismus unterscheiden:

- **Positiver Ethnozentrismus** äußert sich in Stolz auf die eigene ethnische Zugehörigkeit oder Nation sowie in der Bereitschaft, sich für diese einzusetzen.
- **Negativer Ethnozentrismus** hingegen zeigt sich in unbegründeten Vorurteilen und feindseligen Haltungen gegenüber anderen ethnischen Gruppen.

Der Begriff **Ethnozentrismus** (griech. *ethnos* = Volk, Stamm; lat. *centrum* = Mittelpunkt) beschreibt die Neigung von Individuen, sozialen Gruppen oder Gemeinschaften (als Träger ethnischer Identität), Lebensphänomene **durch die Brille der eigenen Traditionen und Werte** zu betrachten und zu bewerten. Die eigene ethnische Gemeinschaft dient dabei als **allgemeiner Maßstab oder Ideal**.

Während ein gewisses Maß an Ethnozentrismus in nahezu allen Kulturen verbreitet ist, kann dessen Ausprägung **zwischen ethnischen Gruppen variieren**. Auch die **Intensität** oder sogar die **Richtung (positiv/negativ)** von Ethnozentrismus kann sich in Abhängigkeit von äußeren Umständen, dem sozialen Umfeld oder anderen Faktoren verändern.

Ein aktuelles Beispiel hierfür liefert eine Studie türkischer Forschender (**Karadaş et al., 2023; Köse, İpek & Çopur, 2024**), die das **Maß an Ethnozentrismus und Fremdenfeindlichkeit bei Pflegekräften** untersuchten, die mit Geflüchteten arbeiten – eine Berufsgruppe, die in der Türkei aufgrund der gestiegenen Flüchtlingszahlen besonders betroffen ist. Die Ergebnisse zeigten, dass der **Ethnozentrismus unterdurchschnittlich, die Fremdenfeindlichkeit jedoch überdurchschnittlich ausge-**

Multikulturalismus am Arbeitsplatz bietet zahlreiche Vorteile, wie beispielsweise gesteigerte Kreativität, bessere Teamarbeit und höhere Produktivität.

prägt war. Zudem bestand eine **direkte proportionale Beziehung**: Mit steigendem Ethnozentrismus nahm auch die Fremdenfeindlichkeit zu.

Diese Studie verdeutlicht aktuelle Trends und Herausforderungen bei der **gesundheitlichen Versorgung in bestimmten Gesellschaften** und macht deutlich, wie wichtig es ist, Ethnozentrismus und seine Folgen im Gesundheitswesen zu reflektieren und anzugehen.

Eine **Studie japanischer Forscher** zeigte, dass Menschen mit einem höheren Maß an **Ethnozentrismus** nicht zwangsläufig andere Kulturen ablehnen, über eine geringe globale Bildung verfügen oder kein Interesse daran haben, globale Bürgerinnen und Bürger zu sein. Im Gegenteil: **Stolz auf und Identifikation mit der japanischen Kultur und ihren Werten stehen in positivem Zusammenhang mit globaler Kompetenz**. Nach der **Theorie der sozialen Identität** wird Ethnozentrismus in den meisten Fällen vor allem als **positive Wahrnehmung der eigenen Gruppe**, unabhängig von der Bewertung anderer Gruppen, verstanden (Zhang & Takahashi, 2024). Daraus folgt, dass **ethnische Identität nicht einfach als Ablehnung anderer Kulturen oder Gruppen interpretiert werden darf**.

In Zeiten von **Konflikten** wird ethnische Identität besonders sichtbar. **Daten aus sechsunddreißig afrikanischen Ländern** (Bizumic, Monaghan & Priest, 2021) zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen **ethnischen Konflikten und verschiedenen Indikatoren für sozialen Zusammenhalt**. Dieses Ergebnis wird als Folge der durch Konflikte ausgelösten **ethnozentrischen Dynamiken** verstanden: **Krieg verstärkt ethnische Identifikation und prosoziales Verhalten**.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch **ukrainische Historikerinnen und Historiker** bei der Analyse der Kriege auf dem Gebiet der Ukraine. **Krieg beschleunigt qualitativ die Prozesse nationaler Selbstfindung**. Er zwingt zu einer klaren Entscheidung zwischen „Freund oder Feind“ und führt zu einer **Vertiefung nationaler Selbstreflexion**. Der Krieg wird somit zu einem Mittel der **Neubewertung, des Suchens und Konstruierens der eigenen Identität** (Borchuk & Kostyuchok, 2024).

Obwohl **Ethnozentrismus häufig als Hindernis für interethnische und interkulturelle Interaktion** betrachtet wird, erfüllt er auch eine wichtige Funktion: Er dient der **Wahrung und Erhaltung ethnischer Selbstidentität, Integrität und kultureller Besonderheit** (Ustymenko, 2018).

3.3. Multikulturalität und Vielfalt in therapeutischen Teams

Kulturelle Vielfalt spielt eine zentrale Rolle in Teams, da sie **Gleichberechtigung fördert und eine Vielzahl unterschiedlicher Perspektiven** einbringt. Zahlreiche Studien aus hochentwickelten Ländern belegen den **positiven Einfluss kultureller Vielfalt** sowie die Bedeutung von **Inklusion für den wirtschaftlichen und unternehmerischen Erfolg** (Jaganya, Janani & Durgalakshmi, 2024).

Formen von Vielfalt am Arbeitsplatz:

- **Geschlecht:** Der Anteil von Frauen in der Arbeitswelt ist heute höher als je zuvor.

- **Ethnie und Herkunft:** Die Entwicklung einer eigenen ethnischen Identität fördert kulturelle Vielfalt.
- **Transgender-Community:** Diese umfasst eine Vielzahl von Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen, Erfahrungen und Herausforderungen und bedarf besonderer Berücksichtigung in der Unternehmensstrategie.
- **Alter:** Sowohl jüngere als auch ältere Mitarbeitende können Diskriminierung erfahren. Altersübergreifende Schulungen und Mentoring-Programme tragen zu einem inklusiven und diversen Arbeitsumfeld bei.
- **Menschen mit Behinderungen:** Behinderungen können viele Formen annehmen. Negative Wahrnehmungen gegenüber Menschen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen müssen aktiv abgebaut werden.
- **Psychische Gesundheit:** Ein Fokus auf mentale Gesundheit sowie Angebote zur Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz tragen zur Bewältigung psychischer Belastungen bei.
- **Neurodiversität:** Das Erkennen und Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen für Menschen mit neurologischen Besonderheiten fördert das Verständnis für unterschiedliche Arbeitsweisen und Präferenzen.
- **Denkstil:** Jeder Mensch denkt unterschiedlich. Wenn Denkstile und Rollen gut zusammenpassen, steigert dies Kreativität. Ein falsches Matching hingegen kann Stress verursachen.

Merkmale multikultureller Teams

Ein **multikulturelles Team** setzt sich aus Mitgliedern unterschiedlicher **Herkunftsländer, Ethnien, Kulturen und Sprachen** zusammen. Jedes Teammitglied sollte **kulturelle Sensibilität zeigen**. Ebenso ist **Respekt gegenüber Vielfalt** sowie die Berücksichtigung kultureller Gepflogenheiten und Anforderungen essenziell.

Kulturelle Vielfalt am Arbeitsplatz ermöglicht Teams, verschiedene **Perspektiven und Talente zu vereinen**, was **Innovationskraft steigert** und zu **höherer Effizienz und Produktivität** beiträgt. Studien zeigen: Unternehmen, deren Führungskräfte zu den **Top 25 % in Bezug auf ethnische und kulturelle Vielfalt** gehören, haben eine **33 % höhere Wahrscheinlichkeit, ihre Wettbewerber in puncto Profitabilität zu übertreffen** (Hunt et al., 2018).

Beispiele für Unternehmen mit erfolgreicher Multikulturalitätspolitik:

- **Google:** Unterstützt aktiv kulturelle Vielfalt durch **Schulungen und Entwicklungsprogramme**, die darauf abzielen, Mitarbeitende aus unterschiedlichen Kulturen zu gewinnen.
- **Microsoft:** Bietet Schulungen zu **interkultureller Kompetenz** an und fördert ein **inklusives Arbeitsumfeld**, in dem verschiedene kulturelle Werte respektiert werden.

Der Mehrwert diverser Teams

Ein diverses Team bedeutet **mehr Innovation, fundiertere Entscheidungen und bessere Ergebnisse** – dies schafft Mehrwert für alle Beteiligten.

Eine **inklusive Unternehmenskultur** bedeutet, **alle Mitarbeitenden anzuhören und ihre Arbeit zu respektieren**. Sie trägt zudem maßgeblich dazu bei, ein **zufriedenstellendes Arbeitsumfeld zu schaffen**, das sowohl persönlichen als auch beruflichen Erfolg fördert (Afridah & Lubis, 2024).

Ein multikulturelles Arbeitsumfeld: Anforderungen, Chancen und Verantwortung

Ein **multikulturelles Arbeitsumfeld** sollte darauf ausgerichtet sein, **kulturell unterschiedliche Bedürfnisse** zu berücksichtigen, die sowohl direkt mit der Arbeit als auch mit allgemeinen Gewohnheiten und Lebensgewohnheiten zusammenhängen. Dazu gehört beispielsweise, auf die **Ernährungsgewohnheiten und die Qualität des Speisenangebots in Kantinen** für Mitarbeitende verschiedener Kulturen zu achten oder die **Bereitstellung von Räumen für Gebet oder Meditation**, die den kulturellen Bedürfnissen entsprechen.

Kulturelle Vielfalt trägt zur Entwicklung und Entfaltung von Kompetenzen und Talenten bei (Thomas, 2024). Die Vielfalt von Ideen und Erfahrungen bietet die Möglichkeit, von Kolleginnen und Kollegen aus anderen Kulturen zu lernen, die **Fähigkeit zur Problemlösung zu stärken und die Produktivität zu steigern**. In einer Umgebung, in der alle Stimmen gehört werden, fördern Innovation und die Ermutigung zur aktiven Beteiligung den Erfolg am Arbeitsplatz. **Kulturelle Vielfalt steigert die Kreativität der Belegschaft**. Indem Unternehmen oder Teams die Meinungen und Denkweisen aller Mitarbeitenden berücksichtigen, entstehen vielfältige Lösungsansätze. In einem Umfeld, das Vielfalt aktiv fördert, werden mehr Perspektiven eingebracht, mehr Lösungen diskutiert – dies motiviert Menschen, ihr volles Potenzial zu entfalten.

Schulungen zu kultureller Kompetenz und Demut

Schulungen zur Förderung von **kultureller Kompetenz und Demut** sind ein wesentliches Instrument, um kulturelle Missverständnisse im Team zu vermeiden. Sie bieten die Möglichkeit, Teammitglieder miteinander bekannt zu machen und **Wissen über unterschiedliche kulturelle Werte und Praktiken** zu vermitteln.

Inhalte solcher Schulungen sollten sein:

- Wie man **kulturelle Barrieren minimiert**
- Wie man **Stereotypen und Vorurteile vermeidet**
- Wie man die **eigene sowie fremde Kulturen wertschätzt**
- Wie man seine **sozialen Kompetenzen verbessert**
- Wie man ein **besserer Zuhörer wird**
- Wie man den **Fokus auf Gemeinsamkeiten statt Unterschiede legt**

Diese Schulungen sollten stets an den **Bedürfnissen des Teams ausgerichtet** sein und dazu beitragen, **Verhalten und Reaktionen von Menschen im Arbeitsumfeld besser zu verstehen** – insbesondere bei klar erkennbaren kulturellen Unterschieden.

Multikulturalitätspolitik am Arbeitsplatz

Eine **Diversity-, Equality-, Inclusion- und Belonging-Policy (DEIB)** sollte sorgfältig entwickelt werden und das Ziel verfolgen, eine **inklusive Unternehmenskultur** zu fördern. Sie sollte Teil eines **Verhaltenskodex** sein, der ethische Standards und Erwartungen für alle Mitarbeitenden, Lehrenden, Studierenden etc. festlegt, um Integrität und Rechtskonformität zu gewährleisten.

Eine **Multikulturalitätspolitik** zielt darauf ab, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem alle Teammitglieder ein starkes **Gefühl der Zugehörigkeit** erfahren – unabhängig von **Herkunft, Weltanschauung, Hautfarbe, Religion, Geschlecht, Alter, Abstammung, Familienstand, Nationalität, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, ethnischer Zugehörigkeit, genetischer Veranlagung, Behinderung, Beeinträchtigung, Veteranenstatus oder anderen gesetzlich geschützten Merkmalen**. Dabei gelten einheitliche Standards für faire Behandlung in allen Belangen wie **Einstellung, Weiterbildung, Vergütung** usw. (Karatekin et al., 2019).

Diese Politik schafft ein **Arbeitsumfeld, in dem alle Menschen mit Würde behandelt werden**. Es herrscht eine Atmosphäre frei von Gewalt, Belästigung, Einschüchterung, einschließlich verbaler oder körperlicher Bedrohungen, und jeglicher Form von Aggression. Ziel ist es, einen **sicheren, hygienischen und gesunden Arbeitsplatz** zu gewährleisten, der die Sicherheit und Gesundheit aller Mitarbeitenden schützt.

Jede Person, auf die diese Richtlinie Anwendung findet, trägt Verantwortung für deren Einhaltung.

References

- ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, & European Federation of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243–246. <https://www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243>
- Afridah, & Lubis, M. (2024). The role of communication and employee engagement in promoting inclusion in the workplace: A case study in the creative industry. *Feedback International Journal of Communication*, 1, 1–15. <https://doi.org/10.62569/fijc.v1i1.8>
- Anisman, H., Doubad, D., Asokumar, A., & Matheson, K. (2024). Psychosocial and neurobiological aspects of the worldwide refugee crisis: From vulnerability to resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 165, 105859. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105859>
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). Global public health: A new era. *The Lancet*, 375(9717), 1560–1561.
- Bhui, K., & Dinos, S. (2015). Cultural competence in mental health: A global perspective. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 60–69.
- Bizumic, B., Monaghan, C., & Priest, P. (2021). The return of ethnocentrism. *Political Psychology*, 42, 29–73.
- Borchuk, S., & Kostyuchok, P. (2024). Catalysts of the national identity of Ukrainians in the Carpathian region during the First World War. *Eminak*, 3(47), 147–165.
- Bulut, B., & Öksüzöğlü, M. K. (2021). Global literacy in education. In E. Koçoğlu (Ed.), *Literacy skills in education-III* (pp. 321–337). Pegem Academy. <https://doi.org/10.14527/9786257582018>.
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M., & Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Dutton, E., Madison, G., & Lynn, R. (2016). Demographic, economic, and genetic factors related to national differences in ethnocentric attitudes. *Personality and Individual Differences*, 101, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.049>
- Drain, P. K., Primack, A., Hunt, D., Fawzi, W., Holmes, K., & Gardner, P. (2007). Global health in medical education: A call for more training and opportunities. *Academic Medicine*, 82(3), 226–230.
- Dvornik, V. M., Kuz, H. M., Yeris, L. B., Teslenko, O. I., & Kuz, V. S. (2022). Trends in modern medical education. Poltava State Medical University.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A psychological model of health behavior. *Social Science & Medicine*, 57(1), 123–132.
- Henrickson, M. (2006). The ethnocentric bias: Implications for global health. In K. C. R. Schenck (Ed.), *Cultural competence in health care: A practical guide to improving patient satisfaction and quality of care* (pp. 139–152).
- Hunt, V., Prince, S., Dixon-Fyle, S., & Yee, L. (2018). *Delivering through diversity*. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/delivering-through-diversity>
- Izadnegahdar, R., Correia, S., Ohata, B., Kittler, A., Kuile, S., Vaillancourt, S., Saba, N., & Brewer, T. (2008). Global health in Canadian medical education: Current practices and opportunities. *Academic Medicine*, 83(2), 192–198.

- Joshua, J. H. (2024). Embracing global health in medical education: A necessity for modern doctors. *JACC: Case Reports*, 29(17).
- Karadas, M., Bilgin, A., Sahan, F., & Ozdemir, L. (2023). Determining the predictors of nursing students' xenophobic tendency towards refugees. *Nurse Education Today*, 122, 105722. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105722>
- Karatekin, K., Akcaoglu, M. Ö., & Taban, M. (2019). A comparative study on multicultural attitude of university students: Austria, Hungary and Turkey sample. *Journal of History Culture and Art Research*, 8, 36. <https://doi.org/10.7596/taksad.v8i4.2238>
- Köse Tosunöz, İ., & Çopur, E. (2024). The relationship between ethnocentrism and xenophobia level and predictors: A descriptive and correlational study of nurses working in two cities where refugees live intensively in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 26. <https://doi.org/10.1111/nhs.13107>
- Kuehn, L. (2017). Creating a diverse workplace: The importance of multiculturalism in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 62(4), 265–267.
- Zhang L., & Takahashi, Y. (2024). Both cosmopolitanism and ethnocentrism are positively associated with individual differences in global literacy. *Personality and Individual Differences*, 222, 112585. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112585>
- Pogge, T. (2006). *Cosmopolitanism*. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2006 Edition). Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/cosmopolitanism/>
- Rojas, C., & Smith, L. (2009). The role of acculturation in health outcomes: A review of the literature. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(2), 24–30.
- Sestito, M. (2025). Identity conflict, ethnocentrism and social cohesion. *Journal of Development Economics*, 174, 103426. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2024.103426>
- Thomas, N. (2024). Diversity in the workforce: A catalyst for innovation, success and future expansion. Vol. 15.
- Ustymenko, T. (2018). The status of ethnocentrism in intercultural interaction, its types and functions. *International Relations: Theoretical and Practical Aspects*, 223–234.
- Zhang, R., Hsu, H., & Wang, S. (2010). Global literacy: Comparing Chinese and US high school students. *Multicultural Education & Technology Journal*, 4(2), 76–98. <https://doi.org/10.1108/17504971011052304>

Abschließende Reflexion: Bedeutung für kulturelle Kompetenz und das EMPOWER-Modell

von Małgorzata Szkup

Das Kapitel „Globalisierung und Multikulturalität in der medizinischen Ausbildung und in therapeutischen Teams“ bietet eine umfassende Auseinandersetzung damit, wie globale Entwicklungen kulturelle Vielfalt, die Gesundheitsversorgung und die berufliche Zusammenarbeit beeinflussen – und steht damit in direktem Einklang mit der Philosophie und den Zielen des EMPOWER-Modells. Durch die Behandlung zentraler Themen wie Akkulturation, Ethnozentrismus, Global Literacy und inklusive Teamarbeit werden die Kernelemente von EMPOWER – Effectiveness (Wirksamkeit), Multiculturalism (Multikulturalität), Professionalism (Professionalität), Wellness (Wohlbefinden) und Education Resources (Bildungsressourcen) – nachhaltig gestärkt.

Die Diskussion zu Globalisierung und akademischer Mobilität unterstreicht, wie internationale Erfahrungen die Entwicklung reflektierter kultureller Kompetenzen fördern – eines der Hauptziele des EMPOWER-Modells. Künftige Gesundheitsfachkräfte werden dazu angeregt, sich aktiv mit interkulturellen Kontexten auseinanderzusetzen und ihre klinische Praxis entsprechend anzupassen. Dies unterstützt den EMPOWER-Ansatz von selbstgesteuertem Lernen sowie der Förderung von Demut und Bewusstsein durch transformative Bildungserfahrungen.

Darüber hinaus wird in diesem Kapitel das Konzept des Kosmopolitismus stark hervorgehoben, das eng mit EMPOWERs Kernwert kultureller Demut verknüpft ist – das Anerkennen der Komplexität kultureller Identitäten und der Notwendigkeit ständiger Reflexion und des gegenseitigen Lernens zwischen Gesundheitsfachkräften und diversen Patientengruppen.

Der Abschnitt zur Vielfalt in therapeutischen Teams knüpft unmittelbar an EMPOWERs Fokus auf Wohlbefinden und kollaborative Arbeitsumfelder an. Er zeigt, wie multikulturelle Teams Innovation, Inklusion und Wirksamkeit fördern – in Übereinstimmung mit der Überzeugung von EMPOWER, dass das Wohlbefinden des Einzelnen und des Kollektivs die Grundlage für hochwertige Gesundheitsausbildung und -praxis bildet.

Nicht zuletzt fordert das Kapitel gezielte Schulungen zu kultureller Kompetenz und Demut, gibt praxisnahe Empfehlungen zum Abbau von Vorurteilen, zur Wertschätzung kultureller Unterschiede und zur Förderung inklusiver Kommunikation – alles zentrale Prinzipien der EMPOWER-Bildungsstrategie. Dies spiegelt das Engagement des Modells wider, Lernende mit den nötigen Ressourcen und der entsprechenden Unterstützung auszustatten, um theoretisches Wissen in wirksame, empathische und gerechte Praxis zu überführen.

Zusammenfassend verkörpert dieses Kapitel das EMPOWER-Modell in der Praxis: es verbindet globale Herausforderungen mit lokaler Umsetzung, fördert reflektierte Fachkräfte und setzt sich für eine kultursensible Gesundheitsausbildung ein.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Kapitel 4

Kulturelle Identität und Gesundheit- sversorgung

MAGDALENA STANKIEWICZ

Pommersche Medizinische Universität Stettin (Polen)

“

**In jeder Situation haben wir einen guten Grund,
den Weg zu wählen, der nach vernünftiger Voraussicht
das größte Gute bewirken wird.**

— Włodzimierz Galewicz, „Güte und Gerechtigkeit
im Gesundheitswesen“ (2018)

4.1 Einleitung

Gleichberechtigter Zugang zu Behandlung und Beschäftigung im Gesundheitswesen setzt eine offene Haltung voraus, die sowohl die vielfältigen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten als auch die Herausforderungen der medizinischen Fachkräfte berücksichtigt. Ein zentraler Aspekt ist die Sicherstellung der **Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsberufen** (z. B. Pflege, Notfallmedizin, Medizin) sowie die **Gewährleistung einer patientenorientierten Versorgung**, die die Individualität der Patientinnen und Patienten achtet. Die Grundlage wirksamer und ethischer Gesundheitsversorgung liegt darin, den Menschen als **Subjekt der Fürsorge und nicht als Objekt** zu betrachten und ihn in seiner Autonomie und Würde voll zu respektieren. Ärztinnen, Ärzte und andere Fachkräfte sollten stereotype Vorstellungen und Machtgefälle vermeiden, keine Objektivierung betreiben und eine Haltung der **Offenheit, Empathie und kulturellen Achtsamkeit** einnehmen.

Gerade im Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten ist es wichtig, sich an deren **Bedürfnissen und Erwartungen zu orientieren**. Fragen wie: „Wie kann ich am effektivsten helfen?“ oder „Was braucht diese Person konkret?“ sollten Ausgangspunkt jedes professionellen Handelns sein.

Interkulturelle Kompetenz und die Fähigkeit, individuelle Merkmale von Menschen zu erkennen, sind unerlässlich, um **formale und kommunikative Barrieren beim Zugang zur Behandlung** zu überwinden. Nur so kann eine Gesundheitsversorgung gewährleistet werden, die **Vielfalt respektiert und therapeutische Maßnahmen wirksam** unterstützt, basierend auf **Partnerschaft statt Hierarchie** in der Beziehung zwischen Patientenschaft und Fachpersonal.

Medizinisches Personal sollte sich der eigenen **kommunikativen Barrieren und Vorurteile** bewusst sein. Die Reflexion eigener Begrenzungen und die Bereitschaft, diese zu überwinden, sind integrale Bestandteile wirksamer Versorgung. Besonders wichtig ist auch die **Offenheit gegenüber der kulturellen Identität anderer**. Unterschiede in Bräuchen, Weltanschauungen, Körperwahrnehmung oder Religion sollten **nicht als Hindernis**, sondern als **Quelle von gegenseitigem Respekt und Inspiration** für eine tiefere therapeutische Beziehung verstanden werden. Ein solcher Blick, der jede Person als einzigartig begreift, unterstützt nicht nur den **Heilungsprozess**, sondern bereichert auch das berufliche Selbstverständnis von Gesundheitsfachkräften, macht es bewusster und wertvoller.

Ziele des Kapitels

In diesem Kapitel sollen die Studierenden ihre **Haltung, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten** in folgenden Bereichen weiterentwickeln:

- Die Bedeutung **gleicher Chancen beim Zugang zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsberufen** erkennen, unabhängig von Herkunft, sozialem Status, Kultur, Religion oder Geschlechtsidentität.

- Ein patientenzentriertes Vorgehen stärken, das den Menschen als **Subjekt der Versorgung** respektiert und seine **Autonomie und Würde** wahrt.
- Die **Bedeutung interkultureller Kompetenz** zum Abbau von formalen und kommunikativen Barrieren im Gesundheitswesen verstehen.
- Das Bewusstsein für **eigene Vorurteile und deren Einfluss** auf den Umgang mit Patientinnen und Patienten fördern.
- Die Bedeutung von **Offenheit und Respekt gegenüber unterschiedlichen Bräuchen, Überzeugungen und Werten** hervorheben.
- Die **Rolle von Geschlechtsidentität** und deren Bedeutung für das individuelle Selbstverständnis verstehen.
- **Attributionsfehler** wie den **fundamentalen Attributionsfehler** und den **Fal-se Consensus Effect** sowie deren Auswirkungen auf die Beurteilung von Patientinnen, Patienten und Kolleginnen, Kollegen analysieren.
- Die Folgen unbewusster Annahmen zu **Geschlechtsidentität und psychosexueller Orientierung** in der Berufspraxis erkennen.
- Die Auswirkungen von **Rassismus und struktureller Gewalt auf die psychische Gesundheit** von Individuen und Gemeinschaften verstehen und die Verantwortung von Gesundheitsfachkräften erkennen, diesen Herausforderungen durch gerechte, kultursensible und ethisch reflektierte Praxis zu begegnen.

Lernergebnisse

Nach Abschluss dieses Kapitels sind die Lernenden in der Lage:

- Zentrale Begriffe zu **Chancengleichheit im Gesundheitswesen und interkultureller Kompetenz** zu definieren.
- Den Einfluss **eigener Vorurteile und kognitiver Verzerrungen** auf die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten sowie auf medizinische Entscheidungen zu verstehen.
- Die Unterschiede zwischen **trans- und cisgeschlechtlicher Identität** zu erkennen und die grundlegenden **Gesundheitsbedürfnisse transidenter Personen** zu beschreiben.
- **Attributionsfehler** und deren Folgen im Patientinnen- und Patientenverhältnis sowie in der interkulturellen Kommunikation zu analysieren.
- Zu erläutern, wie **Rassismus und strukturelle Gewalt die psychische Gesundheit** beeinträchtigen, und die Rolle der Fachkräfte im Gesundheitswesen zu beschreiben, diesen Herausforderungen durch **kultursensible und ethisch fundierte Praxis** zu begegnen.

Grundprinzipien und Werte

Im Kontext von **Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsberufen** bilden zentrale ethische und soziale Werte die Grundlage für ein gerechtes Gesundheitssystem. Jeder Mensch – unabhängig von **sozialem Status, Herkunft, kultureller Identität oder anderen Unterschieden** – hat das Recht auf **hochwertige medizinische Versorgung**. Gleichzeitig muss das System faire

Arbeitsbedingungen für Fachkräfte bieten und deren berufliche Entfaltung ermöglichen, frei von Vorurteilen und Diskriminierung (Prawo.pl, 2024).

Werte wie **Gleichheit, Gerechtigkeit, Respekt vor Autonomie, Empathie und Professionalität** prägen ethisches Handeln und tragen zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie zum **Vertrauen in das Gesundheitssystem** bei.

Kernprinzipien:

- **Gleichheit und Gerechtigkeit.** Jeder Patient, jede Patientin – unabhängig von Herkunft, Status, Religion oder Geschlechtsidentität – hat Anspruch auf gleiche Gesundheitsversorgung. Gerechtigkeit bedeutet hier, Leistungen **individuell** anzupassen und nicht pauschal anzubieten.
- **Respekt vor Autonomie.** Patientinnen und Patienten haben das Recht, **eigenständig über ihre Gesundheit zu entscheiden**. Fachkräfte informieren, unterstützen und schaffen Raum für informierte Entscheidungen.
- **Empathie und kulturelle Sensibilität.** Wirksame Versorgung erfordert das Verstehen und Respektieren kultureller Vielfalt. Offenheit gegenüber verschiedenen Bedürfnissen baut Vorurteile ab und verbessert die therapeutische Beziehung.
- **Professionalität und medizinische Ethik.** Fachkräfte handeln nach ethischen Grundsätzen: Fürsorge, Vertraulichkeit, Ehrlichkeit, Verantwortlichkeit. Gleichheit bedeutet auch, Barrieren für Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund im Zugang zu Gesundheitsberufen abzubauen.
- **Frei von Vorurteilen – Diskriminierung verhindern.** Bewusstsein für eigene Vorurteile und der Wille, diese zu überwinden, sind Grundpfeiler eines gerechten Systems. Diskriminierung muss aktiv durch Regelwerke und Praxis verhindert werden.
- **Partnerschaft im Verhältnis Fachkraft–Patient.** Gesundheitsversorgung sollte auf **Zusammenarbeit statt Hierarchie** beruhen. Gemeinsame Entscheidungen verbessern Therapieerfolg und psychisches Wohlbefinden.



-
- **Zugang und Inklusion.** Jede Person soll Zugang zu Versorgung haben – unabhängig von Bildung, Sprachkenntnissen oder Einschränkungen. Sprachbarrieren, unzureichendes Wissen über soziale Unterschiede müssen überwunden werden.
 - **Selbstentwicklung und Bildung.** Fachkräfte sollen ihre **medizinischen, kommunikativen und interkulturellen Kompetenzen kontinuierlich ausbauen.** Schulungen zu Diversität, Gleichbehandlung und Ethik sind elementarer Bestandteil der beruflichen Weiterentwicklung (Bugaj, 2015).

Zentrale Begriffe und Definitionen

Chancengleichheit im Gesundheitswesen

Das Prinzip, dass jede Person **fairen Zugang zu medizinischer Versorgung** haben soll – unabhängig von sozioökonomischem Status, kulturellem Hintergrund, Geschlechtsidentität etc. Ziel ist es, Benachteiligungen zu vermeiden. Dennoch bestehen weiterhin Unterschiede, insbesondere bei Minderheiten, einkommensschwachen Gruppen oder Menschen mit Behinderungen. Gründe sind systemische Hürden, finanzielle Barrieren, unterschiedliche Gesundheitskompetenz (Cianciara, 2015).

Kulturelle Kompetenz

Die Fähigkeit von Gesundheitsfachkräften, Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kulturen zu verstehen, zu respektieren und wirksam zu behandeln. Sie umfasst das **Akzeptieren verschiedener Überzeugungen, Werte und Gesundheitspraktiken.** Studien zeigen: Kulturell kompetente Fachkräfte erreichen bessere Behandlungserfolge und höhere Patientenzufriedenheit (Cianciara, 2015).

Implizite Voreingenommenheit (Implicit Bias)

Unbewusste Einstellungen oder Stereotype, die Entscheidungen und Interaktionen im Gesundheitswesen beeinflussen können. Sie wirken sich auf das Verhalten von Fachkräften und die Qualität der Versorgung aus, z. B. in der **Schmerzbehandlung oder Diagnostik.** Untersuchungen zeigen, dass Schwarze Patientinnen und Patienten oft unzureichende Schmerzmittel erhalten – basierend auf falschen Annahmen über ihre Schmerzempfindlichkeit (Strzemięczna, 2020).

Patientenzentrierte Versorgung

Ein Modell, das die **individuellen Bedürfnisse, Präferenzen und Werte der Patientinnen und Patienten** in den Mittelpunkt stellt und deren aktive Beteiligung an Entscheidungen fördert.

Soziale Determinanten von Gesundheit

Nicht-medizinische Faktoren wie **Einkommen, Bildung, Lebensverhältnisse, kultureller Hintergrund,** die erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Zugang zur Versorgung haben.

Gesundheitsungleichheiten

Unterschiede in **Gesundheitsstatus und Zugang zur Versorgung** zwischen Bevölkerungsgruppen, häufig bedingt durch sozioökonomische Ungleichheiten, Diskriminierung oder geographische Barrieren.

4.2. Die Patientin / der Patient als Subjekt im Gesundheitssystem

Damit Gesundheitsversorgung wirksam und gerecht sein kann, muss sie die unterschiedlichen Bedürfnisse berücksichtigen, die sich aus den Traditionen, Überzeugungen, Werten und kulturellen Praktiken der Patientinnen und Patienten ergeben. Im Kontext von Globalisierung und Migration begegnen medizinische Fachkräfte zunehmend Menschen aus verschiedenen Kulturen. Dies erfordert nicht nur hohe fachliche Kompetenz, sondern auch interkulturelle Fähigkeiten. Das Verständnis und der Respekt für diese Unterschiede sind entscheidend für eine effektive Kommunikation, den Aufbau von Vertrauen und die Anpassung von Behandlungsmethoden an die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Daher ist die Analyse des Zusammenhangs zwischen kultureller Identität und Gesundheitsversorgung ein wesentliches Element zur Verbesserung der Gesundheitssysteme und fördert einen ganzheitlichen und individualisierten Ansatz für jede Patientin und jeden Patienten (Tabaszewski, 2016).

„Ärzte, die sich um Kranke kümmern, müssen verstehen, was der Mensch ist, was das Leben ist und was Gesundheit ist – und wie das Gleichgewicht und die Harmonie dieser Elemente sie erhalten.“

– Leonardo da Vinci

Die Achtung der Menschenrechte, insbesondere im Gesundheitskontext, ist ein grundlegendes Element der modernen Systeme zum Schutz der Menschenrechte. Obwohl viele internationale Gesundheitsorganisationen und Rechtsakte diese Rechte umfassend fördern, bestehen erhebliche Herausforderungen in ihrer tatsächlichen Umsetzung. Theorien zur Toleranz gegenüber Vielfalt werden zwar oft betont, finden jedoch nicht immer praktische Anwendung (Tabaszewski, 2016). Auch die vollständige Integration von Gesundheit mit den Menschenrechten ist problematisch, da der Katalog dieser Rechte in diesem Bereich keine klaren Grundsätze festlegt. Trotz zunehmender Migration, internationaler Austauschprogramme und der Beschäftigung von Mitarbeitenden aus verschiedenen Ländern bleibt das Konzept von Gleichheit und Vielfalt in Gesundheitseinrichtungen eine Herausforderung (Tabaszewski, 2016).

Menschenrechte, insbesondere das Recht auf Gesundheitsschutz, bilden ein unveräußerliches Fundament der Zugehörigkeit des Individuums zur menschlichen Spezies. Diese Rechte, die sich durch Universalität, Unantastbarkeit und Gleichheit auszeichnen, sind tief in der Menschenwürde verwurzelt. Die Verwirklichung von Gleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie der vollständige Respekt für die Einzigartigkeit und Würde jedes Menschen stellen eine der zentralen Herausforderungen der zeitgenössischen Medizin und Rechtswissenschaft dar (Tabaszewski, 2016).

Die Achtung der Menschenrechte, insbesondere im Bereich Gesundheit, ist ein viel diskutiertes Thema in zahlreichen Rechtsdokumenten und bei weltweit tätigen Organisationen im Gesundheitswesen. Während internationale Dokumente wie die Charta der Vereinten Nationen, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

und die Erklärung von Alma-Ata das Recht jedes Menschen auf Gesundheit, menschenwürdige Lebensbedingungen und umfassende Versorgung betonen, weicht die Realität oft von diesen Idealen ab. Menschen auf der ganzen Welt verlieren sich weiterhin in bürokratischen Hürden und werden Opfer systemischer Vernachlässigung. Besonders deutlich zeigt sich dieses Problem im Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit, das eines der am schwersten praktisch umsetzbaren und zugleich am unklarsten definierten Rechte bleibt (Murphy, 2013).

Sind rechtliche Vorschriften ausreichend, um dies zu ändern? Diese Dokumente setzen Standards, aber die Verwirklichung dieser Rechte hängt von unserer Empathie, unserem Engagement und der Bereitschaft ab, tatsächlich Hilfe zu leisten. Jede und jeder von uns kann als Bürgerin und Bürger sowie als Mitglied der Gesellschaft dazu beitragen, dass Menschenrechte nicht nur auf dem Papier bestehen. Veränderung beginnt mit Taten, mit kleinen Schritten hin zu einem System, in dem sich alle gesehen, gehört und unterstützt fühlen. Die Umsetzung umfassender Maßnahmen, die auf Respekt, Empathie und Wirksamkeit beruhen, ist der einzige Weg, um internationale Regelungen Wirklichkeit werden zu lassen und nicht nur ein Versprechen in juristischen Texten.

Der Schutz der Gesundheit, insbesondere im internationalen Kontext, steht in Zusammenhang mit der Verantwortung der Staaten, Systeme zu schaffen, die sowohl für Staatsangehörige als auch für Ausländerinnen und Ausländer den Gesundheitsschutz gewährleisten. Dazu gehören verschiedene Maßnahmen zur Verwirklichung der Menschenrechte im Bereich Gesundheit. Die Staaten sollten wirksame Mechanismen umsetzen, die den Gesundheitsstatus des Einzelnen aufrechterhalten (Banaszak, 2003). Doch Migrantinnen und Migranten sehen sich häufig mit Hindernissen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert. Die größten Schwierigkeiten ergeben sich aus sprachlichen, kulturellen und systemischen Barrieren, die sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für medizinisches Personal erhebliche Herausforderungen darstellen (Strzemięczna, 2020). Viele Gesundheitsfachkräfte kämpfen mit Sprachbarrieren, was die effektive Erbringung von Gesundheitsleistungen erheblich erschwert. Untersuchungen in dieser Gruppe zeigen, dass Sprache das wichtigste Hindernis bei der angemessenen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit fremdsprachlichem Hintergrund ist (Zgliczyński & Cianciara, 2020).

4.3. Kulturelle Identität und Gesundheitsversorgung

Das Verständnis kultureller Identität ist von entscheidender Bedeutung für eine wirksame Gesundheitsversorgung. **Kulturelle Identität** bezeichnet die Werte, Überzeugungen, Bräuche und Praktiken, die den Lebensstil einer Person prägen. Sie beeinflusst, wie Menschen Gesundheit, Krankheit und medizinische Versorgung wahrnehmen.

Das Studium der kulturellen Identität im Gesundheitswesen umfasst vier zentrale Schritte, die helfen, Patientinnen und Patienten im Kontext ihres kulturellen

Hintergrunds besser zu verstehen. Der Prozess beginnt mit der Selbstreflexion, die erfordert, eigene Vorurteile zu erkennen und zu verstehen, wie unser kultureller Hintergrund unsere Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten beeinflusst. Nach jeder Begegnung mit einer Patientin oder einem Patienten ist es wichtig zu reflektieren, inwiefern Kultur das Gespräch beeinflusst haben könnte. Um die Patientin oder den Patienten besser zu verstehen, sollten offene Fragen gestellt werden, die ermutigen, Überzeugungen und Perspektiven zu teilen, etwa zu familiären Umgangsweisen mit Krankheit oder spezifischen spirituellen Praktiken. Ebenso wichtig ist das Lernen und Beobachten, sowohl in Bezug auf nonverbale Kommunikation als auch auf das Wissen über die Kultur der betreuten Gemeinschaft. Schließlich muss die Gesundheitsversorgung an die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten angepasst werden, indem deren kulturelle Praktiken in den Behandlungsplan integriert und ein flexibler Ansatz beibehalten wird, der ihre Überzeugungen und Werte respektiert (Strzemięczna, 2020).

Warum ist dies im Gesundheitswesen wichtig?

- *Sie trägt zum Aufbau von Vertrauen und guten Beziehungen zu Patientinnen und Patienten bei.*
- *Sie verbessert die Kommunikation und reduziert das Risiko von Missverständnissen.*
- *Sie erhöht die Patientenzufriedenheit und verbessert die Behandlungsergebnisse.*

Beim Aufbau von Beziehungen kann eine einfache Formulierung wie „Wie kann ich helfen?“ äußerst hilfreich sein. Sie trägt eine starke emotionale Bedeutung, ist jedoch nicht auf eine bestimmte kulturelle, soziale oder individuelle Bedingung beschränkt. Sie wurde so formuliert, dass sie von jedem Menschen verstanden und angewendet werden kann, unabhängig von dessen kulturellem oder sozialem Hintergrund. Diese Frage zielt darauf ab, offen Unterstützung und Hilfe anzubieten, ungeachtet etwaiger Unterschiede. Sie drückt Respekt für die Bedürfnisse eines anderen Menschen aus, unabhängig von dessen Kontext. Anstatt davon auszugehen, dass jemand auf eine bestimmte Weise Hilfe benötigt, schafft sie Raum für die Patientin oder den Patienten, selbst ihre oder seine Quelle des Leidens zu benennen. Dies ist Ausdruck universeller Bereitschaft, unterschiedliche Perspektiven und Situationen zu verstehen und sich daran anzupassen.

Eine solche Formulierung unterstützt den Gedanken von Gleichheit und Respekt gegenüber Vielfalt. Sie hilft, Barrieren abzubauen und Brücken zwischen verschiedenen Kulturen und Gemeinschaften zu bauen, da sie eine Frage ist, die nicht diskriminiert, sondern die individuellen Bedürfnisse jeder Person berücksichtigt. Sie ist eine universelle Einladung zum Dialog und Ausdruck der Bereitschaft zur Zusammenarbeit und zum gegenseitigen Verständnis, unabhängig vom Hintergrund der jeweiligen Person.

Madeleine Leininger, Krankenschwester und Anthropologin, war eine der Pionierinnen in der Erforschung des Einflusses des kulturellen Hintergrunds auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Sie entwickelte die Theorie der trans-



Madeleine Leininger

Quelle: The South Swedish Medical History Society (SMHS)

kulturellen Pflege, die die Bedeutung der Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds von Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess betonte. Ihre Forschung in den 1950er Jahren zeigte, wie entscheidend es ist, kulturelle Aspekte im Kontext der Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern, zu verstehen (Leininger, 1981).

4.4. Kulturelle Determinanten von Gesundheit und Krankheit

Kultur spielt eine bedeutende Rolle bei der Gestaltung der menschlichen Gesundheit und beeinflusst sie in vielfältiger Weise. Es lohnt sich, ihren Einfluss aus drei Perspektiven zu betrachten. Kultur kann wirken als:

- **Pathogener Faktor** – sie kann das Risiko bestimmter Krankheiten erhöhen, beispielsweise durch spezifische Ernährungsgewohnheiten, Rauchen oder Alkoholkonsum.
- **Therapeutischer Faktor** – sie kann gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen, etwa durch Förderung von Gemeinschaft, sozialem Rückhalt oder gesunder Ernährung.
- **Pathoplastischer Faktor** – sie kann die Wahrnehmung und den Ausdruck von Symptomen erheblich beeinflussen, insbesondere im Kontext psychischer Erkrankungen. Beispielsweise äußern sich Symptome einer Depression in Lateinamerika häufiger als Kopfschmerzen, im Nahen Osten als Herzbeschwerden und in Asien als Schwächegefühl (Grzymała-Moszczyńska, 2007).

Kultur kann sowohl die Häufigkeit als auch die Art und Weise, wie psychische Erkrankungen sich manifestieren, auf verschiedene Weise beeinflussen:

- **Pathogenität:** Kulturell verbreitete Überzeugungen oder Ideen können direkt Stress erzeugen und so zur Entwicklung psychischer Erkrankungen beitragen.
- **Pathoselektivität:** In Stresssituationen können Individuen kulturell akzeptierte Bewältigungsstrategien übernehmen.
- **Pathoplastizität:** Kulturelle Überzeugungen formen, wie Symptome psychischer Erkrankungen ausgedrückt und wahrgenommen werden.
- **Pathoelaborierende Effekte:** Kultur kann bestimmte pathologische Verhaltensweisen verstärken und sie ausgeprägter und anhaltender machen.

- **Pathofazilitierende Effekte:** Kulturelle Faktoren können beeinflussen, wie häufig eine Störung auftritt oder in welcher Form sie erscheint.
- **Pathoreaktivität:** Kultur beeinflusst, wie Gesellschaften auf psychische Erkrankungen reagieren – das betrifft sowohl die Etikettierung von Störungen als auch das Erleben und Kommunizieren von Leidenszuständen (Bhugra & Bhui, 2018).

Beispiele kultureller Gesundheitsdeterminanten:

- **Ernährungsgewohnheiten:** Im Hinduismus besteht der Glaube an die Heiligkeit allen Lebens, was viele Anhänger zu einer vegetarischen Ernährung veranlasst. Der Verzicht auf Fleisch, insbesondere Rindfleisch, ergibt sich aus dem Respekt vor dem Leben und religiösen Überzeugungen. In Indien werden Kühe besonders verehrt, ihr Fleisch wird aus religiösen Gründen nicht verzehrt (Śmidowicz, 2016).
- **Alkoholkonsum:** In muslimischen Ländern, wo Alkoholkonsum verboten ist, ist das Risiko alkoholbedingter Krankheiten deutlich geringer. In Ländern hingegen, in denen Alkoholkonsum gesellschaftlich akzeptiert ist, wie in Frankreich, ist das Risiko für Leberzirrhose höher (Krajewska-Kułać, 2010).
- **Sexualverhalten:** Kulturelle Normen, die Einstellungen zu sexueller Orientierung, Heiratsalter oder Verhütung prägen, haben einen erheblichen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit. In der Roma-Kultur sind frühe Eheschließungen junger Mädchen verbreitet, was spezifische gesundheitliche Folgen haben kann (Krajewska-Kułać, 2010).
- **Körpermodifikationen:** Die männliche Beschneidung, die in manchen Kulturen religiöse Bedeutung hat (Judentum, Islam und einige afrikanische Stämme), wird in anderen Regionen aus nicht-religiösen Gründen durchgeführt, wie beispielsweise in den Vereinigten Staaten (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Kultureller Einfluss auf psychische Gesundheit:** Bei paranoider Schizophrenie spiegelt der Inhalt von Wahnvorstellungen häufig den kulturellen Kontext wider – Menschen, die dem Christentum oder dem Islam angehören, erleben häufiger religiöse Wahnideen; Menschen aus Asien haben häufiger Wahnvorstellungen von Untreue, während Personen aus Afrika oft mit wahnhaften Vorstellungen in Bezug auf ihre lokale Gemeinschaft kämpfen (Krajewska-Kułać, 2010). Zudem ist zu beachten, dass bestimmte Störungen nur in spezifischen Kulturen vorkommen, wie koro – eine Angststörung, die hauptsächlich in Südostasien beobachtet wird und durch die Überzeugung gekennzeichnet ist, dass die Genitalien schrumpfen (Krajewska-Kułać, 2010).
- **Alternative Medizin und kulturelle Überzeugungen:** In vielen Gemeinschaften besteht ein starker Glaube an traditionelle Medizin, die sowohl Hausmittel als auch formalisierte Medizinsysteme wie die chinesische Medizin oder Ayurveda umfasst. Die Wirksamkeit dieser Methoden hängt oft von sozialen Normen und den persönlichen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten ab (Klaus, 2007).

4.5. Herausforderungen in der medizinischen Praxis

Die Komplexität des Kultureinflusses auf Gesundheit stellt medizinische Fachkräfte vor eine Reihe von Herausforderungen, die eine Berücksichtigung des kulturellen Kontextes in Diagnose und Therapie erforderlich machen:

- **Berührung und Entblößung des Körpers:** In vielen Kulturen gilt körperlicher Kontakt mit bestimmten Körperregionen, insbesondere des anderen Geschlechts, als unzulässig. Diese kulturelle Wahrnehmung kann zur Ablehnung medizinischer Untersuchungen oder Eingriffe führen (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Einwilligung zu medizinischen Eingriffen:** Die Frage der Zustimmung zu medizinischen Eingriffen, wie Organtransplantationen, ist häufig komplex. In manchen Gemeinschaften, in denen solche Maßnahmen als widersprüchlich zu ihren religiösen Überzeugungen gesehen werden, hat dieses Thema besondere Bedeutung. Dies kann für bestimmte ethnische Gruppen wie die Roma sowie für Anhängerinnen und Anhänger des Buddhismus oder Shintoismus relevant sein (Krajewska-Kuřak, 2010).
- **Geschlechtsidentität:** Bis in die 1960er Jahre konzentrierte sich die Diskussion über Geschlecht hauptsächlich auf Männlichkeit und Weiblichkeit, die als entgegengesetzte Pole eines einzigen Kontinuums betrachtet wurden. Man glaubte, dass eine Person entweder feminin oder maskulin sein könne, unabhängig davon, ob es sich um einen homosexuellen Mann oder eine homosexuelle Frau handelte – der entscheidende Faktor war das subjektive Empfinden der eigenen Geschlechtsidentität (Bem, 2010). Sandra Bem stellte diese traditionelle Sichtweise jedoch infrage. Sie schlug vor, Männlichkeit und Weiblichkeit als zwei voneinander unabhängige Dimensionen der Persönlichkeit zu betrachten. Aus dieser Perspektive entstand das Konzept androgynen Verhaltens, wonach Individuen sowohl maskuline als auch feminine Eigenschaften gleichzeitig besitzen können. Bems Konzept konzentriert sich auf zwei zentrale Annahmen im Hinblick auf die Entwicklung der individuellen Geschlechtsidentität (Bem, 2010).

Bei der Betrachtung von Begriffen wie Transsexualität, Nichtbinarität und Androgynität ist es wichtig, den sozialen, klinischen und rechtlichen Kontext des jeweiligen Landes zu berücksichtigen. Forschungen von auf Transitionsthemen spezialisierten Zentren liefern wertvolle Einblicke in zeitgenössische Entwicklungen bei Jugendlichen sowie in die medizinischen Konsequenzen, die mit Fragen der Geschlechtsidentität verbunden sind.

Transsexualität bezeichnet Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Diese Personen entscheiden sich häufig für geschlechtsangleichende Operationen, Hormontherapien oder andere Maßnahmen, um ihr äußeres Erscheinungsbild besser an ihre Geschlechtsidentität anzupassen. Transsexuelle Menschen können sich unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht als Mann oder Frau identifizieren.

Nichtbinäre Menschen hingegen identifizieren sich nicht ausschließlich als Mann oder Frau, sondern existieren außerhalb der traditionellen binären Geschlechterkategorien. Nichtbinarität wird oft als Kontinuum betrachtet, und nichtbinäre Personen verwenden möglicherweise verschiedene Pronomen wie „they“, „them“ oder „it“. Androgyne Personen wiederum vereinen sowohl maskuline als auch feminine Merkmale in unterschiedlichem Maße und können Eigenschaften beider Geschlechter zeigen sowie mit verschiedenen Kleidungsstilen und Verhaltensweisen experimentieren. Diese Menschen vermeiden starre Geschlechtszuweisungen und erlauben sich dadurch eine freiere Erkundung ihrer Geschlechtsidentität (Titelbaum, 2020).



Es ist wichtig zu betonen, dass diese drei Begriffe sich nicht gegenseitig ausschließen und sich überschneiden können. Eine transsexuelle Person kann sich zugleich als nichtbinär oder androgyn identifizieren, ebenso wie eine nichtbinäre Person androgyn oder transsexuell sein kann. Nach der gängigsten und am weitesten akzeptierten Auffassung fungiert Nichtbinarität als Oberbegriff für alle Geschlechtsidentitäten, die außerhalb der binären Geschlechterordnung liegen. Nichtbinäre Personen sind weder Männer noch Frauen. Sie identifizieren sich häufig als agender, geschlechtsneutral oder genderfluid. Dieser Begriff schließt auch Personen ein, die sich mehreren Geschlechtern zugehörig fühlen. Innerhalb der LGBTQ+-Community repräsentieren nichtbinäre Personen sowohl das „T“ (Transgender) als auch das „Q“ (Genderqueer) (Haak, 2020).

Nichtbinäre Personen sind definitionsgemäß transgender. Sie erleben eine Diskrepanz zwischen ihrem biologischen Geschlecht und ihrer Geschlechtsidentität. Manche von ihnen leiden zudem unter Genderdysphorie. 2019 wurde das Wort „non-binary“ in das Collins Dictionary aufgenommen (Haak, 2020). Das bedeutet nicht, dass der Begriff neu ist, sondern spiegelt vielmehr das wachsende gesellschaftliche Bewusstsein für die Vielfalt der Geschlechtsidentitäten und -ausdrücke wider. Der Begriff „genderqueer“ wurde Mitte der 1990er Jahre populär. Riki Anne Wilchins ist eng mit diesem Konzept verbunden, insbesondere durch ihren bedeutenden Beitrag zur Veröffentlichung *Genderqueer: Voices Beyond the Sexual Binary* (2002). Bereits 1995 veröffentlichte Wilchins das Pamphlet *In Your Face*,

in dem sie den Begriff genderqueer erstmals verwendete. Damals bezeichnete der Begriff Personen mit komplexen oder undefinierten Geschlechtsausdrücken, was sich von den heutigen Definitionen unterscheidet (Wilchins, 1995).

In Westeuropa gewinnt das Konzept des nichtbinären Geschlechts, oft auch als „drittes Geschlecht“ bezeichnet, in der entstehenden Geschlechterkultur des letzten Jahrzehnts zunehmend an Bedeutung. Historisch gesehen war es in Zentralafrika, Amerika, Asien und Ozeanien weit verbreitet und dokumentiert. In Indien, Bangladesch und Pakistan gibt es eine soziale Gruppe, die als Hijras bekannt ist. Diese Menschen werden bei der Geburt dem männlichen Geschlecht zugewiesen (AMAB), bewegen sich jedoch außerhalb der männlichen Geschlechtsidentität. Die meisten Hijras identifizieren sich als nichtbinär, obwohl ihr Erscheinungsbild stereotyp weiblich ist (Haak, 2020). Indische Hijras stellen ein einfaches, weithin anerkanntes und umfassend dokumentiertes Beispiel für ein „drittes Geschlecht“ dar, das vollständig in die Gesellschaft integriert ist.

Die Beschäftigung mit den Amazonen, Frauen, die mutig in Kriegen kämpften, vermittelt ein anschauliches Bild davon, dass Geschlecht nicht über soziale Rollen entscheidet. In Benin, Afrika, wurden Menschen, die bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen wurden (AFAB), aber kulturell männliche Eigenschaften zeigten, „Mino“ genannt und kämpften an der Seite von Männern im Krieg, ohne Kinder zu bekommen oder Beziehungen zu Männern einzugehen (was damals von Frauen erwartet wurde). Heute sind in Benin Frauen für Aufgaben verantwortlich, die Kraft und Präzision erfordern, wie etwa das Tragen von Wasser, was Männern verboten ist (Krzemińska, 2023).

In Nordamerika erfahren indigene amerikanische Personen, die sich als „Two-Spirit“ identifizieren, zunehmend Sichtbarkeit (Haak, 2020). Der Begriff „Two-Spirit“ wurde 1990 von Myra Laramie eingeführt. Er leitet sich vom Anishinaabe-Wort *niizh manidoowag* ab, das Personen beschreibt, die sowohl maskuline als auch feminine Merkmale in sich vereinen. Eine der am häufigsten zitierten Bedeutungen bezieht sich auf eine Person, die sowohl eine männliche als auch eine weibliche Seele besitzt (Jacobs et al., 2021). Einige Stämme erkennen bis zu vier Geschlechter an, andere haben eigene geschlechtsspezifische Begriffe. Die Auseinandersetzung mit der kulturellen Bedeutung von Geschlecht, einschließlich seiner Benennung und seines Verständnisses, offenbart faszinierende Beispiele wie die vorkoloniale hawaiianische Gesellschaft, die eine multi-gender Gesellschaft war (Titelbaum, 2020).

Im Englischen verwenden nichtbinäre Personen das Singular „they“ anstelle des geschlechtsspezifischen „he“ oder „she“. Dieser Ansatz wurde von der American Psychiatric Association gestärkt, die ebenfalls empfiehlt, „they“ im Singular zu verwenden, wenn die Geschlechtsidentität einer Person unbekannt ist (Haak, 2020).

Diese Unterschiede zu verstehen, ist von entscheidender Bedeutung für eine wirksame Gesundheitsversorgung. Medizinisches Fachpersonal und andere im Gesundheitswesen Tätige sollten sich stets bewusst machen, dass eine Patientin oder ein Patient nicht nur ein Körper ist, der geheilt werden soll, sondern ein Ge-

füge aus Werten, Normen und Überzeugungen, das während des gesamten Behandlungsprozesses respektiert werden muss. Nur so kann eine Gesundheitsversorgung effektiv und individuell auf die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten zugeschnitten sein. Das Anerkennen kultureller Unterschiede verbessert nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern bereichert auch den medizinischen Beruf, indem es die Bedeutung von Empathie und Respekt im Heilungsprozess hervorhebt.

4.6. Psychologische Mechanismen, die die Bildung multikultureller Beziehungen im medizinischen Umfeld beeinflussen

Bewusstsein für eigene Vorurteile: Die Einteilung in „wir“ und „sie“ ist ein Phänomen, das in jeder sozialen Gruppe vorkommt, unabhängig von Herkunft, Hierarchie oder den vertretenen Werten. Die Kategorisierung als „wir“ und die Abgrenzung anderer als „sie“ gehört zu den grundlegenden Mechanismen, die Menschen dabei helfen, sich in ihrer Umwelt zu orientieren. Der Ursprung dieses Phänomens liegt vermutlich im Bedürfnis, Gruppen, die potenziell eine Bedrohung darstellten oder zumindest fremd waren, klar zu identifizieren, was Vorsicht und entsprechende Schutzmaßnahmen erforderlich machte. Das Bewusstsein, Teil der „eigenen“ Gruppe zu sein, schafft ein starkes Gefühl von Zugehörigkeit und Sicherheit. Als soziale Wesen äußern Menschen dies besonders in ihren Beziehungen zu anderen, oft unbewusst, indem sie ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gemeinschaft betonen (Citlak, 2018).

Projektionsverzerrungen: beziehen sich auf das Phänomen, dass eine Person annimmt, andere würden genauso denken und fühlen wie sie selbst. In der Psychologie wird dieser Mechanismus als „Projektion“ bezeichnet und zählt zu den Abwehrmechanismen. Projektion bedeutet, eigene Gedanken, Gefühle oder Eigenschaften anderen Menschen zuzuschreiben – oft basierend auf der Annahme, dass andere ähnliche Überzeugungen oder Gefühle teilen. So überträgt eine Person ihre inneren Erfahrungen auf äußere Personen oder Situationen und nimmt an, deren Wahrnehmung und Verständnis der Welt entsprächen den eigenen. In Wirklichkeit ist jedoch jeder Mensch einzigartig mit eigenen Denk- und Wahrnehmungsprozessen, was bedeutet, dass die Wahrnehmung der Realität und die Gefühle anderer von unseren eigenen abweichen können. Das Anerkennen des Rechts jedes Menschen auf eine eigene Perspektive und Interpretation der Welt ist ein wesentlicher Aspekt seiner Autonomie und Würde (Claney, 2024).

Ein weiterer Begriff, der mit diesem Phänomen zusammenhängen kann, ist der sogenannte „**False Consensus**“-Effekt. Dabei handelt es sich um eine kognitive Verzerrung, bei der angenommen wird, dass die Mehrheit der Menschen genauso denkt, fühlt und handelt wie man selbst, insbesondere in Situationen, in denen die eigenen Überzeugungen oder Verhaltensweisen nicht weit verbreitet sind (Chodkowski, 2017). Beide Mechanismen können zu Missverständnissen führen, da sie

individuelle Unterschiede im Denken, Fühlen und Wahrnehmen der Realität nicht berücksichtigen.

Ein empathischer Ansatz in einer Situation, insbesondere im Verständnis des Kontextes der Lebensrealität einer anderen Person – vor allem einer Patientin oder eines Patienten – hilft dabei, deren Sichtweise und Perspektive besser zu verstehen. Menschen machen häufig **Attributionsfehler**, wenn sie versuchen, das Verhalten anderer zu verstehen, da sie die Bedeutung situativer Faktoren nicht ausreichend berücksichtigen. Stattdessen konzentrieren sie sich auf innere Eigenschaften oder Dispositionen der betreffenden Personen, obwohl äußere Faktoren das beobachtete Verhalten vollständig erklären könnten. Dieser Fehler ist als **Korrespondenzfehler** oder **fundamentaler Attributionsfehler** bekannt. Er tritt häufiger in westlichen Kulturen, wie Europa oder den Vereinigten Staaten, auf als in Ländern des Fernen Ostens, was mit Unterschieden in Sozialisationsprozessen und der Wahrnehmung sozialer Situationen zusammenhängt (Chodkowski, 2017).

Ein weiteres interessantes Phänomen im Zusammenhang mit Attributionsfehlern ist der **attributionale Egotismus**. Dieser äußert sich darin, eigene Erfolge inneren Eigenschaften zuzuschreiben, während Misserfolge äußeren Faktoren angelastet werden. Diese Denkweise stärkt das Verantwortungsgefühl für eigene Erfolge, minimiert aber zugleich die Verantwortung für Misserfolge, fungiert somit als Schutzmechanismus für das eigene Selbst und steigert das Selbstwertgefühl (Chodkowski, 2017).

Das vergangene Jahrhundert hat zahlreiche Belege geliefert, die die Thesen der



Philip Zimbardo

Quelle: Courtesy of Ferne Millen Photography. Accessed June 6, 2025, from <https://philipzimbardo.com/>

Sozialpsychologie über den tiefgreifenden, wenn nicht gar totalen Einfluss von Situationen auf menschliches Handeln stützen. Der Zweite Weltkrieg mit seinen grausamen Konsequenzen in Form von Konzentrationslagern und Massenvernichtung hat unser bisheriges Verständnis von der menschlichen Natur erschüttert. Der andauernde Krieg in der Ukraine, mit seinen schrecklichen Folgen und zahllosen Fällen von Brutalität und Grausamkeit, ist zu einem zentralen Bezugspunkt in Studien darüber geworden, wie Situationen individuelles Verhalten prägen. In diesem Zusammenhang lohnt es sich, an das bekannte, wenn auch kontroverse Experiment zu erinnern, das wesentlich zu unserem Verständnis der menschlichen Natur beigetragen hat – das **Stanford-Prison-Experiment** von **Philip Zimbardo**.

Zimbardos Forschung war ein Versuch, das Phänomen des „neuen Bösen“ zu erklären

(Zimbardo, 2017). Die aus dem Experiment gezogenen Schlussfolgerungen deuteten eindeutig darauf hin, dass die durch das herrschende System geschaffenen Situationen die Quelle des Bösen und der Verwandlung guter Menschen in verdorbene und grausame Wesen sind. Das Stanford-Prison-Experiment hatte zum Ziel, zu verstehen, wie schnell gewöhnliche Menschen durch spezifische soziale Bedingungen in Personen verwandelt werden können, die Macht ausüben oder ihr zum Opfer fallen. Die Teilnehmenden waren Studierende, die sich Persönlichkeitstests und Intelligenztests unterzogen hatten, um Faktoren auszuschließen, die die Ergebnisse des Experiments verzerren könnten. Die Auswahlkriterien konzentrierten sich auf Merkmale wie ähnliches Bildungsniveau, Alter, sozialen Status sowie das Fehlen einer kriminellen Vergangenheit oder psychischer Erkrankungen. Vierundzwanzig Studierende wurden zufällig für die Teilnahme am Experiment ausgewählt, wobei sie in zwei Gruppen eingeteilt wurden: Gefangene und Aufseher. Sie erhielten spezielle Kleidung, um die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu betonen: Die Gefangenen trugen identische Hemden mit aufgestickten Nummern, während die Aufseher Uniformen ähnlich militärischer Kleidung trugen, ausgestattet mit Utensilien wie Schlagstöcken und Brillen. Denjenigen, die die Rolle der Aufseher übernahmen, wurde die Natur ihrer Aufgabe erläutert. Ihre Aufgabe bestand darin, die Gefangenen möglichst effektiv zu überwachen und dabei angemessene Mittel einzusetzen. Die einzige Bedingung war das absolute Verbot physischer Gewalt. Das Experiment war auf zwei Wochen angelegt, wurde jedoch aufgrund des dramatischen Verlaufs und der raschen sowie intensiven Herausbildung der erwarteten Effekte sowie aus Sorge um die psychische und physische Gesundheit der Studierenden nach einer Woche abgebrochen. Der erste gefangene Student wurde bereits nach 36 Stunden aufgrund eindeutiger Anzeichen eines psychischen Zusammenbruchs entlassen.

Zimbardo kam zu dem Schluss, dass die beobachteten Veränderungen und pathologischen Verhaltensweisen nicht das Ergebnis der Persönlichkeiten der Studierenden waren, sondern situativen Faktoren geschuldet waren, die vom System – verstanden als die zu Beginn des Experiments festgelegten Bedingungen und Einschränkungen – gestützt wurden. Er argumentierte, dass das System, in dem Individuen funktionieren, ihre Einstellungen und ihr Verhalten prägt und dass Menschen lediglich Akteure seien, die vorgegebene Rollen spielen. Ihr Verhalten – sogenannte Verhaltensskripte – wird streng von den jeweiligen Situationen und somit vom System vorgegeben. Wie Zimbardo formulierte: „Das System besteht aus Akteuren und Institutionen, deren Ideologien, Werte und Machtverhältnisse Situationen erschaffen und Rollen sowie Erwartungen für das genehmigte Verhalten von Akteuren innerhalb seines Einflussbereichs festlegen“ (Zimbardo, 2017). Zimbardos Theorie legt nahe, dass Individuen, die innerhalb eines bestimmten Systems bestimmte Rollen einnehmen, nicht im traditionellen Sinne für ihr Handeln verantwortlich sind. Vielmehr passen sie sich der ihnen auferlegten Rolle an, und ihr Verhalten ist das Ergebnis der Situation, in der sie sich befinden, sowie der Erwartungen, die das System – das Umfeld, in das sie mit bestimmten Rollen eingebettet wurden – an sie stellt (Zimbardo, 2017).

Die Rolle der Gesundheitsfachkraft, die im Bereich der Gesundheit interveniert und medizinische Hilfe leistet, verschafft einen besonderen situativen Vorteil, der in Begriffen von Autorität verstanden wird. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige vertrauen nicht nur ihre Gesundheit, sondern oft ihr Leben den Fachkräften an. Diese Beziehung beruht auf außergewöhnlichem Vertrauen, das die Verantwortung für Entscheidungen über das Wertvollste trägt: das menschliche Leben. In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, sich stets vor Augen zu führen, dass der Patient nicht ein Objekt der Behandlung ist, sondern ein Subjekt – ein Mensch mit einem einzigartigen Hintergrund, einer bestimmten Kultur, Religion, einem Geschlecht und anderen identitätsstiftenden Merkmalen. Daher ist es von grundlegender Bedeutung, jegliche Barrieren beim Zugang zur Behandlung zu überwinden – von formellen Hürden bis hin zu Kommunikationsbarrieren. Effektive Versorgung erfordert ein Bewusstsein für und Offenheit gegenüber der Vielfalt der Patientinnen und Patienten, was eine unverzichtbare Voraussetzung für die genaue Erfassung ihrer Bedürfnisse und die Umsetzung angemessener therapeutischer Maßnahmen ist. Ohne ein Verständnis der individuellen Umstände der Patientinnen und Patienten lässt sich schwerlich von einem ganzheitlichen und wirksamen Behandlungsansatz sprechen. Darüber hinaus gibt es unbestreitbare Belege für den Einfluss der mentalen Haltung der Patientinnen und Patienten auf den Behandlungs- und Genesungsprozess. Eine positive Einstellung kann therapeutische Bemühungen erheblich unterstützen; deren Förderung erfordert Empathie, Verständnis und die Berücksichtigung des einzigartigen Kontextes jeder Patientin und jedes Patienten. Nur durch einen bewussten und offenen Ansatz können optimale Ergebnisse im Gesundheitswesen erzielt werden.

4.7 Rassismus und strukturelle Gewalt als Determinanten der psychischen Gesundheit – Die Rolle der medizinischen Fachkräfte

Das Konzept der „Rasse“ entstand in Europa im 18. Jahrhundert im Zusammenhang mit dem Kolonialismus und der Entwicklung der Naturwissenschaften. Ursprünglich wurde es zur Klassifizierung von Tieren und später von Menschen verwendet. Es handelt sich um eines der umstrittensten sozialen und wissenschaftlichen Konstrukte der modernen Geschichte (Smedley, 2005).

Laut Oxford Dictionary (2018) ist „Rasse“ ein System zur Einteilung von Menschen in große, unterschiedliche Populationen oder Gruppen, basierend auf erblichen äußeren Merkmalen (Phänotyp), geografischer Herkunft, Kultur, Geschichte, Sprache, Ethnizität und sozialem Status. Im frühen 20. Jahrhundert wurde der Begriff häufig in einem taxonomischen Sinn verwendet, um die genetische Vielfalt menschlicher Populationen anhand des Phänotyps hervorzuheben.

Die rassische Einteilung begann mit Carl von Linné (1758), der die Menschheit in vier Gruppen unterteilte: Europäer, Afrikaner, Asiaten und Amerikaner. Johann F. Blumenbach (1795) führte eine andere Klassifizierung ein: Kaukasier, Mongolen,

Malaaien, Äthiopier und Amerikaner. Überraschenderweise findet sich diese Klassifizierung noch heute. Fortschritte in der Humangenetik haben jedoch gezeigt, dass diese Kategorien willkürlich sind (Yudell, 2011).

Die UNESCO spielte eine wichtige Rolle bei der Beseitigung dieses wissenschaftlichen und sozialen Konstrukts. In ihrer Erklärung von 1950 stellte sie fest, dass es biologisch keine „Rassen“ gibt, sondern dass es sich um soziale Konstrukte ohne genetische Grundlage handelt. In späteren Erklärungen wies sie die wissenschaftliche Grundlage von Rassismus zurück und bekräftigte 1978 erneut die Nichtexistenz biologischer „Rassen“. Sie weitete den Fokus auf soziohistorische Faktoren aus: „Unterschiede in den Leistungen von Völkern sind durch geografische, historische, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Bedingungen zu erklären, nicht durch biologische Determinanten.“ Die UNESCO-Dokumente, die in 87 Sprachen übersetzt wurden, inspirierten rechtliche Instrumente wie das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (1965).

Schließlich widerlegte das Human Genome Project im Jahr 2003 die biologische Grundlage des Rassismus: 99,9 % der DNA sind bei allen Menschen identisch (Yudell, 2011).

Der weltweite Kampf gegen Rassismus, insbesondere in den USA und Afrika, zeigt die genetische Betonung von Unterschieden. Sklaverei und deren Verteidigung im amerikanischen Bürgerkrieg, das Apartheid-System, Befreiungskämpfe sowie Organisationen zur Aufrechterhaltung des Status quo auf der Grundlage ethnisch-zentrierter sozialer, kultureller und politischer Argumente führten immer wieder zu Fragen der genetischen Kodierung und Veranlagung in Bezug auf Hautpigmentierung (Parra, Kittles & Shiver, 2004; Yudell, 2011).

Die Anthropologie schlägt vor, den Begriff „Rasse“ durch „Population“ oder „Ethnie“ zu ersetzen. Ziel ist es, die menschliche Vielfalt von pseudobiologischen Hierarchien zu entkoppeln. Die Erklärungen der UNESCO stellten einen Meilenstein in diesem Dekonstruktionsprozess dar. Die Überwindung von Rassismus erfordert nicht nur wissenschaftliche Beweise, sondern auch politischen Willen.

Rassismus ist ein anerkannter Risikofaktor sowohl für psychische als auch für physische Gesundheit. Er betrifft nicht nur Einzelpersonen, sondern ganze Gemeinschaften, indem er sich auf Mikro- (persönliche), Meso- (institutionelle) und Makro- (strukturelle) Ebenen auswirkt. Das Verständnis dieser Mechanismen und ihrer Folgen ist für angehende medizinische Fachkräfte von entscheidender Bedeutung, die zu einer gerechten und kulturell kompetenten Versorgung verpflichtet sind.

Wie Schouler-Ocak und Moran (2023) zeigen, tritt Rassismus in vielfältigen Formen auf – von zwischenmenschlichen Vorurteilen und Mikroaggressionen bis hin zu systemischen Ungleichheiten beim Zugang zu Arbeit, Bildung und Gesundheitsversorgung. Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung sind dokumentiert mit einem erhöhten Risiko für Depressionen, Angststörungen, PTSD, psychotische Störungen und Substanzmissbrauch verbunden. Die Autorinnen betonen zudem die neurobiologischen Folgen chronischen, mit Diskriminierung verbundenen Stresses, darunter eine Reduktion des Volumens von weißer und grauer Hirnsubstanz sowie eine Hyperaktivität der Amygdala.

Schouler-Ocak et al. (2021) unterstreichen die Notwendigkeit, das Thema Rassismus in die berufliche Ausbildung und klinische Praxis der Psychiatrie zu integrieren. Ihr Bericht enthält Empfehlungen für Klinikerinnen, Kliniker und Entscheidungsträger, um die Auswirkungen von Rassismus auf die psychische Gesundheit auf allen Ebenen – von der Ausbildung über die Forschung bis zur klinischen Versorgung – anzugehen.

Ein zentraler Aspekt ist die Anerkennung und Verhinderung sowohl internalisierten als auch institutionellen Rassismus sowie die Notwendigkeit kritischer Reflexion über soziale und kulturelle Privilegien. Jarvis et al. (2023) schlagen konkrete antirassistische Strategien auf drei Ebenen vor:

1. **Mikroebene:** Selbstreflexion, Erkennen eigener Vorurteile, Entwicklung kultureller Kompetenz und Bereitschaft, mit Patientinnen und Patienten über Rassismus zu sprechen.
2. **Mesoebene:** Reform von Ausbildungsprogrammen, Einstellung von Diversity- und Gleichstellungsbeauftragten sowie Umstrukturierung von Institutionen.
3. **Makroebene:** Interessenvertretung, Reform der öffentlichen Politik und Bekämpfung von Umwelt- und struktureller Gewalt.

Die Integration dieser Perspektiven in die medizinische Ausbildung fördert eine Haltung aktiver Professionalität im Sinne des EMPOWER-Modells, das Reflexion, Gerechtigkeit und einen ganzheitlichen Ansatz in der Patientenversorgung betont.



Literaturverzeichnis / References

- Banaszak, B., et al. (2003). System ochrony praw człowieka. Kraków.
- Bem, S. (2000). Męskość i kobiecość. O różnicach wynikających z płci. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (Eds.). (2018). Textbook of cultural psychiatry. Cambridge University Press.
- Blumenbach, J. F. (1795). De generis humani varietate nativa (Originally published as dissertation, 1775). Gottingae: Vandenhoeck et Ruprecht. <https://archive.org/details/degenerishumaniv00blum>
- Bugaj, J. (2015). Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/280877511>
- Chodkowski, Z. (2017). Zarys charakterystyki komunikacji interpersonalnej, możliwe zakłócenia i bariery. Kultura – Przemiany – Edukacja.
- Cianciara, D. (2015). Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. Hygeia Public Health, 50(4), 435–441.
- Citlak, A. (2018). Psychologiczne i językowe uprzedmiotowienie obcych (stereotypizacja i dehumanizacja wrogów). Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem, 40(4). <https://doi.org/10.19195/2300-7249.40.4.1>
- Claney, C. (2024). *Projection as a defense mechanism: Understanding the psychology behind it*. Relational Psych. <https://www.relationalpsych.group/articles/projection-as-a-defense-mechanism-understanding-the-psychology-behind-it>
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2007). Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. W: K. Klaus (Red.), Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa.
- Haak, D. (2020, 9 kwietnia). Niebinarność oraz język neutralny płciowo. PPM. <https://ppm.umb.edu.pl/info/article/UMBc43009d2b07945598720ee82c58107dc>
- Jacobs, S. E., Thomas, W., & Lang, S. (1997). Two-Spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality. University of Illinois Press. https://transreads.org/wp-content/uploads/2021/07/2021-07-22_60f978648ad9b_3175882.pdf
- Jarvis, G. E., Andermann, L., Ayonrinde, O. A., Beder, M., Cénat, J. M., Ben-Cheikh, I., Fung, K., Gajaria, A., Gómez-Carrillo, A., Guzder, J., Hanafi, S., Kassam, A., Kronick, R., Lashley, M., Lewis-Fernández, R., McMahon, A., Measham, T., Nadeau, L., Rousseau, C., Sadek, J., Schouler-Ocak, M., Wieman, C., & Kirmayer, L. J. (2023). Taking action on racism and structural violence in psychiatric training and clinical practice. The Canadian Journal of Psychiatry, 68(10), 780–808. <https://doi.org/10.1177/07067437231166985>
- Klaus, K. (2007). Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa.
- Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., & Kędziora-Kornatowska, K. (2010). Problemy wielokulturowości w medycynie. PZWL.
- Krzemińska, A. (2023). Kobięce ramię zbrojne, czyli co wiemy o wojowniczkach z Dahomeju. Projekt Pulsar. <https://www.projektpulsar.pl/czlowiek/2202236,1,kobiece-ramie-zbrojne-czyli-co-wiemy-o-wojowniczkach-z-dahomeju.read>
- Leininger, M. (1981). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice. McGraw-Hill.

-
- Murphy, J. (2013). *Health and Human Rights*. Oxford–Ortland–Oregon.
- Linnaeus, C. (1758). *Systema naturae* (Vol. 1, 10th ed.). Holmiae: Impensis Direct. Laurentii Salvii. <https://www.biodiversitylibrary.org/item/10277>
- Schouler-Ocak, M., Bhugra, D., Kastrup, M. C., Dom, G., Heinz, A., Küey, L., & Gorwood, P. (2021). Racism and mental health and the role of mental health professionals. *European Psychiatry*, 64(1), e42. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2216>.
- Schouler-Ocak, M., & Moran, J. K. (2023). Racial discrimination and its impact on mental health. *International Review of Psychiatry*, 35(3–4), 268–276. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2155033>.
- Oxford English Dictionary. (2018). Race. In *Oxford English Dictionary* (3rd ed.). Retrieved from https://www.oed.com/dictionary/race_n1
- Parra, E. J., Kittles, R. A., & Shriver, M. D. (2004). Implications of correlations between skin color and genetic ancestry for biomedical research. *Nature Genetics*, 36(11 Suppl), S54–S60. <https://doi.org/10.1038/ng1440>
- Prawo.pl. (2024). Dyskryminacja w środowisku medycznym jest poważnym problemem. Prawo.pl. <https://www.prawo.pl/zdrowie/dyskryminacja-w-srodowisku-medycznym,530399.html>
- Smedley, A., & Smedley, B. D. (2005). Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: Anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *American Psychologist*, 60(1), 16–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.1.16>
- Strzemiężna, A. (2020). Publiczny system opieki zdrowotnej wobec cudzoziemców: Badania na terenie województwa mazowieckiego. Warszawa.
- Sztejnberg, A. (2001). *Podstawy komunikacji społecznej w edukacji*. Astrum.
- Śmidowicz. (2016). Kulturowe uwarunkowania zachowań żywieniowych. DocPlayer. <https://docplayer.pl/158531363-Kulturowe-uwarunkowania-zachowan-zywnieniowych.html>
- Tabaszewski, R. (2016). *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*. Wydawnictwo KUL.
- Titelbaum, J. (2020). *The Evolution of Gender and Gender Identity in Contemporary Society. Lectures on the Psychology of Women*. McGraw-Hill Education.
- United Nations. (1965). *International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*. Retrieved from <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
- Wilchins, R. A. (1995). In your face. Political Activism against gender oppression. Digital Transgender Archive. <https://www.digitaltransgenderarchive.net/downloads/1831ck00f>
- Yudell, M. (2011). 1. A Short History of the Race Concept. In S. Krinsky & K. Sloan (Ed.), *Race and the Genetic Revolution: Science, Myth, and Culture* (pp. 13–30). New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/krim15696-002>
- Zgliczyński, W., & Cianciara, D. (2020). *Badania nad barierami komunikacyjnymi w opiece nad cudzoziemcami*.
- Zimbardo, P. (2017). *Efekt Lucyfera* (A. Cybulko, J. Kowalczevska, J. Radzicki, & M. Zieliński, tłum.). PWN

Abschließende Reflexion: Bedeutung für kulturelle Identität, Gesundheitsversorgung und das EMPOWER-Modell

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel verdeutlicht, dass kulturelle Identität kein Randthema der Medizin ist, sondern ein grundlegendes Element für die Erbringung einer ethischen, wirksamen und patientenzentrierten Versorgung darstellt. Indem die Rolle kultureller Werte, Überzeugungen und Traditionen für das Erleben und die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit anerkannt wird, steht dieses Kapitel in engem Einklang mit den Grundsätzen des EMPOWER-Modells – insbesondere den Säulen Multikulturalismus, Wohlbefinden, Professionalität und Bildungsressourcen.

Die Betonung, Patientinnen und Patienten als Subjekte und nicht als Objekte der Versorgung zu betrachten, unterstreicht den Aufruf des EMPOWER-Modells zu Würde, Autonomie und Partnerschaft in der Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten. Studierende und Fachkräfte werden daran erinnert, dass der Erfolg therapeutischer Interventionen nicht nur von der fachlichen Kompetenz abhängt, sondern ebenso von kultureller Sensibilität, gegenseitigem Respekt und offener Kommunikation. Dies entspricht dem Engagement des EMPOWER-Modells für Empathie, Gerechtigkeit und Menschenrechte als unverzichtbare Bestandteile der Gesundheitsversorgung.

Die Ausführungen zu impliziten Vorurteilen, Attributionsfehlern und Projektionsmechanismen liefern Einblicke in psychologische Prozesse, die im klinischen Alltag oft unbeachtet bleiben. Werden diese Mechanismen nicht hinterfragt, können sie zu Fehlkommunikation, Fehldiagnosen und einer verminderten Versorgungsqualität führen. Das EMPOWER-Modell ermutigt Fachkräfte, Selbstreflexion und Bewusstsein zu entwickeln, um derartige Verzerrungen zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Dadurch werden präzisere, respektvollere und inklusivere Interaktionen gefördert.

Darüber hinaus erweitert das Kapitel die Betrachtung auf die Folgen von systemischem Rassismus und struktureller Gewalt und bekräftigt so die Sichtweise des EMPOWER-Modells, dass gerechte Gesundheitsversorgung nicht nur zwischenmenschliches Bewusstsein, sondern auch institutionelle Veränderungen erfordert. Indem Rassismus als ein Determinant psychischer Gesundheit anerkannt wird, fordert der Text zu Maßnahmen auf Mikro- (individuelle Ebene), Meso- (organisationale Ebene) und Makroebene (politische Ebene) auf – genau jene mehrschichtige Herangehensweise, die das EMPOWER-Modell propagiert.

Schließlich zeigt das Kapitel durch die Integration von Erkenntnissen der transkulturellen Pflege, globaler Menschenrechtsrahmen und der Sozialpsychologie, dass eine auf kultureller Kompetenz basierende Gesundheitsversorgung sowohl moralisch geboten als auch praktisch notwendig ist. Dieser Ansatz bereitet Studierende nicht nur darauf vor, vielfältige Bevölkerungsgruppen zu betreuen, sondern auch darauf, als Veränderungsagenten für Gerechtigkeit, Inklusion und Integrität in Gesundheitssystemen einzutreten.

So bietet dieses Kapitel nicht nur ein konzeptionelles Fundament, sondern auch einen direkten Weg zur praktischen Anwendung des EMPOWER-Modells in der klinischen Ausbildung und Praxis – im Sinne einer ganzheitlichen, gerechten und menschenzentrierten Versorgung.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Kapitel 5

Interkulturelle Kompetenz:

Perspektivenwechsel & reflexive Kompetenz

MARIA ANNA MARCHWACKA

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften (Deutschland)

“

Es geht um Perspektivenwechsel und
Reflexionskompetenz!

5.1. Einleitung

In der Gesundheitsversorgung manifestiert sich der kulturelle Kontext als eine Realität, die sich potenziell als Herausforderung erweisen kann. Es ist evident, dass jede Interaktion, sei sie nun mit Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen oder Pflegefachpersonen, von unterschiedlichen sozio-kulturellen Hintergründen, Werten und Kommunikationsstilen geprägt ist. Diese Diversität trägt zur Bereicherung des Gesundheitssystems bei, erfordert jedoch auch ein gesteigertes Bewusstsein dafür, inwiefern kulturelle Faktoren die Gesundheitsversorgung beeinflussen. Missverständnisse – sei es sprachlicher oder kultureller Art – können Pflege- und Gesundheitsversorgung behindern und in einigen Fällen sogar die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährden.

Der Terminus „interkulturelle (reflexive) Kompetenz im Gesundheitswesen“ bezeichnet ein Konzept, das nicht auf starren Regeln oder dem Lernen von „Kulturen“ basiert. Stattdessen zielt es auf die Entwicklung einer selbstreflexiven und anpassungsfähigen Denkweise ab, die eine integrative Versorgung von Patientinnen und Patienten fördert.

Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

Auf welche Art und Weise ist es Fachpersonal im Gesundheitswesen möglich, kultursensibel zu agieren? Auf welche Art und Weise kann die Fähigkeit gefördert werden, Perspektiven zu wechseln und sowohl die eigenen Fremd- als auch Selbstbilder (Stereotypen) zu reflektieren?

In diesem Kapitel werden die Konzepte Migration, Kultur und interkulturelle Reflexionskompetenz aus pädagogischer Perspektive erörtert. Es hebt die Bedeutung von Reflexivität, Sensibilität und Perspektivübernahme als wesentliche Komponenten interkultureller (reflexiver) Kompetenz hervor. Im Rahmen der vorgestellten didaktischen Herangehensweise werden Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen dazu befähigt, ihre individuelle kulturelle Sozialisation zu identifizieren, Selbst- und Fremdbilder zu reflektieren und zu hinterfragen.

Interkulturelle Kompetenz manifestiert sich nicht in der Befolgung vordefinierter Regeln, sondern in der Entwicklung einer offenen und selbstreflexiven Denkweise. Diese ermöglicht die Adaption in einer zunehmend vernetzten Welt, das Lernen und die persönliche Weiterentwicklung in einer von Diversität geprägten Umgebung. Die Akzeptanz dieses Prozesses ist daher von entscheidender Bedeutung, um eine Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, die nicht nur professionell und effizient ist, sondern auch Inklusion und Personenzentrierung gewährleistet. Der vorliegende Beitrag lädt dazu ein, sich auf eine Reise der Reflexion und des Lernens zu begeben und eine „future oriented“ Gestaltung der Zukunft vorzuschlagen, deren Fundament in der Erkenntnis liegt, dass Vielfalt nicht als Herausforderung, sondern als Stärke zu begreifen ist.

Ziele

In diesem Kapitel werden die Lernenden ihre Einstellungen und Kenntnisse in folgenden Bereichen reflektieren:

- kultureller Sensibilität im Kontext der Interaktion mit Patientinnen und Patienten,
- interkulturelle Teamarbeit in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens,
- effektive und kultursensible Kommunikation im Kontext der interkulturellen Versorgung von Patientinnen und Patienten,
- Diversität in Gesundheitsorganisationen.



Lernergebnisse

Am Ende dieses Kapitels werden die Leserinnen und Leser in der Lage sein:

- über ihre persönliche Perspektive zu reflektieren,
- Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme zu entwickeln,
- Synergien zwischen Perspektiven zu erkennen,
- Perspektiven zu wechseln und mehrere Standpunkte einzunehmen.

5.2. Kultur – kulturelle Bezugssysteme & Intersektionalität

Der Kulturbegriff war Gegenstand vieler unterschiedlicher wissenschaftlicher Diskurse. Die Forschungsansätze gehen auf den Kulturanthropologen und Pionier der ethnografischen Feldforschung Bronisław Malinowski (1932) zurück. Die Kulturanthropologen Kroeber und Kluckhohn (1952) geben einen umfassenden Überblick über die Vielzahl von Definitionen und verweisen gleichzeitig auf das dynamische Konzept von Kultur. Denn Kultur setzt Entwicklung und Wandel voraus. Je nach Disziplin werden im Kontext der Kulturforschung unterschiedliche Perspektiven fokussiert, die von den wissenschaftlichen Paradigmen abhängen (Hansen, 2000; Bolten, 2007; Moosmüller, 2007; Straub, 2004).



Abb. 7. Kulturelle Aspekte und Reflexionsebenen (Marchwacka, 2021, 2022)

Die Kultur einer bestimmten Gruppe basiert auf einem System kollektiven Wissens, das der Gruppe Sinn und Identität verleiht. Gleichzeitig ist sie reich an Symbolen, Zeichen und Konventionen, deren Aneignung im Laufe des Sozialisationsprozesses erfolgt. Diese Symbole, Zeichen und Konventionen sind jedoch nicht festgeschrieben, sondern können von Individuen flexibel interpretiert und gelebt werden (Marchwacka, 2021). Folglich ist Kultur weder statisch noch homogen. Vielmehr ist sie durch Widersprüche und Überschneidungen in verschiedenen Dimensionen (Alter, Sprache, Bildungsstand, ethnische Zugehörigkeit, Beruf usw.) gekennzeichnet. Die interkulturelle Überschneidung zwischen dem Selbst und dem Anderen, oder anders ausgedrückt das „Anderssein“, wie es von Bennett (1993) und Bennett & Benett (2004) konzeptualisiert wurde, manifestiert sich in nahezu sämtlichen Aspekten der Gesundheits- und Sozialfürsorge innerhalb einer multikulturellen Gesellschaft.

Während die sichtbaren Aspekte wie Sprachkenntnisse und Essgewohnheiten vor allem im Alltag wahrgenommen werden, bleiben die zugrunde liegenden Werte, Normen und Begründungen meist verborgen. Im Rahmen der kulturellen Sensibilisierung findet eine explizite Auseinandersetzung mit den Werten und Normen der anderen Person und ihrer Perspektive statt. Die unsichtbaren Aspekte sind die größte Herausforderung für eine angemessene Kommunikation und den Aufbau von Beziehungen, die wiederum die Grundlage für die Arbeit im Gesundheitswesen bilden (Abb. 7).

Interaktionen in Gesundheits- und Pflegeversorgung können zu Missverständnissen und gelegentlich auch zu Frustration aufgrund unerwarteter Reaktionen, Überzeugungen und Wertesysteme führen. Menschen reagieren bei unterschiedlichen kulturellen Orientierungen mit Unverständnis und Unsicherheit, sobald diese von ihren eigenen abweichen.

Die Verflechtung von Selbst und Anderen (Andersartigkeit) sowie die Vielfalt der kulturellen Bezüge des Einzelnen legen nahe, dass je nach Interaktionspartner eine unterschiedliche Differenzierung vorgenommen wird und dass keine homogene und eindeutige Grenze gezogen werden kann. Geschlecht, Ressourcen, Alter und Subkulturen zeigen die Überschneidungen innerhalb einer ethnischen Gruppe oder Sprachkultur auf. Um diesen Punkt zu veranschaulichen, betrachten wir eine hypothetische Onkologiestation.

Auf dieser Station könnte eine ältere Patientin behandelt werden, deren Muttersprache Türkisch ist und die häufig Besuch von ihrer Familie erhält, sowie eine alleinstehende russischsprachige Geschäftsfrau, die trotz ihrer soziokulturellen Ressourcen möglicherweise keine Unterstützung durch Familienmitglieder erhält, da diese im Ausland leben. Ein weiterer hypothetischer Patient könnte ein junger Mann aus Afghanistan sein, der nur über Grundkenntnisse der Landessprache verfügt. Die Lebenserfahrungen der Patienten lassen auf unterschiedliche Sozialisierungsprozesse und Ressourcen schließen, trotz ihrer Migrationserfahrungen und ihrer Zugehörigkeit zu der willkürlich konstruierten Gruppe der „Migrantinnen/Migranten“. Darüber hinaus erleben die Individuen unterschiedliche Teilhabemöglichkeiten und in einigen Fällen auch Mechanismen der Unterscheidung. Insbesondere Sprachbarrieren aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse können die Kommunikation behindern, was zu einem Gefühl der Sprachlosigkeit und in der Folge zu psychischen Belastungen führen kann (Kürsat-Ahlers, 2000).

Dieses Phänomen besteht auch bei Personen mit höherem Bildungsniveau fort und unterstreicht die Herausforderungen, die sprachliche Unterschiede in der Kommunikation mit sich bringen. Diese Situation führt oft zu Unzufriedenheit und einem Gefühl der Ohnmacht angesichts der Unfähigkeit, sich zu artikulieren

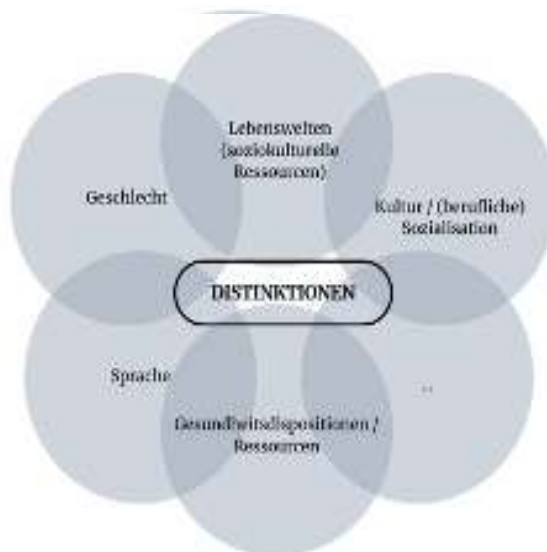


Abb. 8. Diversität und Wechselbeziehungen (eigene Darstellung in Anlehnung an Mecheril & Seukwa, 2006; Bourdieu, 1982)

und die sprachlichen Erwartungen zu erfüllen. Es ist bemerkenswert, dass Fachpersonen aus dem Ausland diesem Phänomen häufig begegnen. Die Ursache ist in den vergleichsweise (mit nativsprachigen Deutschen) schlechteren Deutschkenntnissen zu finden. Dies kann dazu führen, dass das Fachwissen der betreffenden Person – insbesondere in Bereichen wie Anamnese und Beratung – nicht effektiv zum Ausdruck gebracht wird. Dies können dazu führen, dass ihre Kompetenzen in bestimmten Bereichen nicht in vollem Umfang gewürdigt werden, was wiederum als fehlende Wertschätzung interpretiert werden kann.

Der zentrale Aspekt, der einer detaillierten Erläuterung bedarf, ist die Erkenntnis, dass das Konzept der kulturellen Vielfalt im Gesundheitswesen nicht als statisch zu betrachten ist. Stattdessen wird es maßgeblich durch eine Vielzahl dynamischer und sich überschneidender Faktoren wie Sprache und Sozialisation geprägt. Es sei darauf hingewiesen, dass eine effektive interkulturelle Kommunikation das Bewusstsein für sichtbare und unsichtbare kulturelle Elemente erfordert, da dies eine patientenorientierte Versorgung fördert. Unterschiede innerhalb der Intersektionalität – wie sozioökonomischer Status, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit – beeinflussen die Machtverhältnisse und die Möglichkeiten zur Teilhabe am Gesundheitswesen. Die Implementierung interkultureller Bildung und Diversity-Managements in die Bereiche der beruflichen Ausbildung und Weiterbildung ist daher essenziell, um die Patientensicherheit zu erhöhen und die Anpassungsfähigkeit der Einrichtungen zu optimieren.

Die als „Achsen der Differenz“ bezeichneten Kategorien lassen sich entweder als „deutsch/nicht-deutsch“ oder als „heterosexuell/homosexuell“ kategorisieren (Knapp, 2008). Diese Achsen können durch Verschiebungen und Verzerrungen dritte Effekte erzeugen, was zur Entstehung von „Zwischenräumen“ führt (Dietze 2008). Zur Veranschaulichung sei an dieser Stelle das Beispiel eines türkischen Arztes angeführt, der sowohl im sozialen Bereich als auch in seinem Berufsleben (aufgrund von Sprache und Kultur) Diskriminierung ausgesetzt ist. Gleichzeitig genießt er Privilegien aufgrund von sozioökonomischem Status (Arzt), Geschlecht (Mann) und Bildungsstatus (Akademiker) innerhalb seines eigenen sozialen und wirtschaftlichen Umfelds.

Umgekehrt hat die Übernahme einer intersektionalen Perspektive als „integrales“ Denken (Walgenbach, 2007) das Potenzial, eine produktive Selbstkritik der Hegemonie zu erleichtern (Dietze, 2008) und die Betrachtung von Individuen als zusammengesetzte Einheiten zu ermöglichen, die verschiedene Bereiche machtbasierter oder marginalisierender Unterschiede umfassen (Grewal & Kaplan, 1994). Es ist von entscheidender Bedeutung, zu erkennen, dass intersektionale Kategorien nicht als eine dem Phänomen inhärente Essenz verstanden werden sollten, sondern als kontextabhängige Kategorien, die über zeitliche und geografische Grenzen hinweg variieren können (Dietze 2008).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Begegnungen im Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Zugehörigkeiten und kultureller Vielfalt zu betrachten sind. Interaktionen im beruflichen Umfeld manifestieren sich in unterschiedlichen Rollen (beispielsweise Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Pflegefachperson, Patientin/

Patient) und sind in soziale Strukturen eingebettet (beispielsweise Kliniken, Rehabilitationszentren). Diese Interaktionen sind durch Machtstrukturen, Hierarchien und wirtschaftliche Zwänge begrenzt. Die Aushandlung dieser verschiedenen Faktoren kann und sollte Gegenstand der Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Fachpersonal im Gesundheits- und Sozialwesen sein.

Interkulturelle Bildung stellt einen essenziellen Bestandteil der beruflichen Ausbildung dar, insbesondere in Bezug auf Patientenorientierung und Patientensicherheit. In diesem Zusammenhang können Begegnungen, die ein intersektionales Verständnis fördern, als bahnbrechend angesehen werden, da sie Kommunikationsprobleme aufzeigen, die zur Selbstreflexion hinsichtlich der eigenen Identität und Rolle sowie zur Fähigkeit der Einrichtung beitragen können, sich als lernende Organisation weiterzuentwickeln. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist es von entscheidender Bedeutung, neben dem Diversity-Management auf struktureller Ebene auch die interkulturelle Kompetenz auf individueller Ebene zu fördern. Dadurch kann die monokulturelle Ausrichtung ersetzt werden, die traditionell für Gesundheitseinrichtungen charakteristisch ist.

5.3. Kulturelle Vielfalt: Beispiel Deutschland

Die kulturelle Vielfalt der Bevölkerung ist geprägt durch das Nebeneinander einer Vielzahl von Sprachen, Religionen und Weltanschauungen. Ein Beispiel für ein Einwanderungsland, in dem dieser multikulturelle Charakter besonders stark ausgeprägt ist, ist Deutschland. Die Gründe für die Einwanderung sind vielfältig und umfassen wirtschaftliche, politische und familiäre Motive sowie unterschiedliche Ressourcen. In der Migrationsforschung wird das Konzept der „Push- und Pull-Faktoren“ häufig erörtert (Bade & Oltmer, 2004). Zu den Push-Faktoren zählen dabei unter anderem kriegserische Auseinandersetzungen, Armut, Hunger und unzureichende Gesundheitssysteme. Demgegenüber stehen Pull-Faktoren, die mit der Aussicht auf eine bessere Zukunft, Aufstiegsmöglichkeiten und Zugang zu Bildung assoziiert werden.

Ein bedeutender Forschungsbereich innerhalb der Bildungswissenschaften sind biografische Bildungswege und die Chancengleichheit innerhalb der Strukturen des Bildungssystems. Der Fokus dieses Bereichs liegt auf den Disparitäten in Bezug auf Bildungschancen, Machtstrukturen und institutionelle Diskriminierung. Es wird darauf hingewiesen, dass diese kritischen Themen aufgedeckt werden müssen (Gogolin, 2019; Toprak & Weitzel, 2017). Die Analyse der Sachlage ergibt, dass sich der resultierende Aspekt der Forderung nach Gerechtigkeit in der Bildung, Diversity Management sowie interkultureller Kompetenz, definiert als kulturelles Verständnis sowie Anpassungsfähigkeit, nicht allein auf Bildungssysteme beschränkt. Vielmehr erstreckt sich besagter Aspekt auf alle Strukturen einer Migrationsgesellschaft, welche Vielfalt anerkennen und Inklusion wertschätzen. Gemäß dem Mikrozensus besitzen 70 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen keinen Migrationshintergrund, während 30 Prozent einen Migrationshintergrund aufweisen, wobei 10 Prozent der Personen als ausländische Mig-

rantinnen und Mitbürger ohne deutsche Staatsbürgerschaft zählen (Statistisches Bundesamt, 2023). Ein signifikanter Anstieg ist bei Kindern unter fünf Jahren zu verzeichnen, deren Anteil gegenwärtig bei etwa 40 % liegt. Der Gesundheitssektor in Deutschland verzeichnet einen kontinuierlichen Zustrom ausländischer Fachkräfte. Der Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen wird auf 15 % geschätzt. Der größte Anteil dieser Fachkräfte ist mit 30 % im Bereich der Altenpflege zu finden (Sachverständigenrat für Integration und Migration, 2022).

Migration ist ein heterogenes Phänomen und ein dynamischer Prozess, der von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird, darunter sprachliche, soziokulturelle und wirtschaftliche Aspekte. Diese Faktoren prägen die individuellen Erfahrungen und die berufliche Integration.

In Gesundheitsstatistiken wird die Gruppe „Migrantinnen/Migranten“ entweder als homogene Gruppe verstanden oder nach den beiden Kategorien „Nichtdeutsche“ und „Personen mit Migrationshintergrund“ (RKI) differenziert. Diese Kategorisierung ist zwar von Relevanz, sollte jedoch mit Sensibilität und Kritik betrachtet werden, da sie die Gefahr einer Dichotomisierung (binäres Denken) „wir“ (Deutsche) versus „die anderen“ („Migranten“) birgt. Die Konstruktion einer ethnischen Gruppe und ihrer wahrgenommenen Besonderheiten wird oft durch statistische Erkenntnisse untermauert und verstärkt. Gesundheitsrisikofaktoren wie Suchtverhalten (z. B. Alkoholkonsum) oder Adipositas werden nach ethnischer Zugehörigkeit (z. B. „russische“ oder „türkische“ Jugendliche) erfasst. Allerdings werden die Daten selten nach Faktoren wie Migrationsdauer, sozioökonomischen Ressourcen oder anderen Variablen (z. B. Sprache und Geschlecht) differenziert (Marchwacka, 2013). In der Konsequenz kann diese Form der Berichterstattung zur Konstruktion homogener Gruppen von Migrantinnen und Migranten führen und die Dichotomisierung verstärken.

Das bestehende Gesundheits- und Bildungssystem, das vielfach als defizitär wahrgenommen wird, transformiert sich von einer Integrationsperspektive hin zu einem inklusionsorientierten Ansatz. Dieser Ansatz gewährleistet eine gleichberechtigte Teilhabe und Wertschätzung von Vielfalt in all ihren Formen.

Folglich lässt sich festhalten, dass die soziale Konstruktion von „Menschen mit Migrationshintergrund“ kein homogenes Phänomen widerspiegelt, da kein einheitliches Bild ihres Lebens zu erwarten ist. Stattdessen sollte Migration als ein dynamischer Prozess verstanden werden, der trotz gewisser biografischer Ähnlichkeiten variiert. Zu diesen Ähnlichkeiten zählen:

- Die Erfahrung, in ethnischen Gemeinschaften (ethnische Homogenität) aufzuwachsen, in denen Einzelpersonen ein Gefühl der Sicherheit aus der Einheit der Gruppe beziehen.
- Die Erfahrung, in zwei Sprachkulturen aufzuwachsen: der Muttersprache der Eltern und dem deutschen Umfeld. Die Muttersprache der Eltern unterstreicht das Zugehörigkeitsgefühl, das eine wichtige Rolle bei der (hybriden) Identitätsbildung spielt (Marchwacka 2022).

Der Verlauf von Migrationsprozessen kann durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst werden, darunter sprachliche, soziokulturelle und wirtschaftliche Ressourcen. Die Beherrschung der englischen Sprache als Muttersprache kann in diesem Zusammenhang als Ressource betrachtet werden, die Migrationsprozesse erleichtert. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass der vor der Migration nach Deutschland erreichte Bildungsstand oder der der Eltern die individuelle Entwicklung sowie die soziale Teilhabe von beeinflussen kann (Marchwacka, 2013). Umgekehrt können Fachkräfte, die über ein differenziertes Verständnis der deutschen Sprache und gute Bildungsabschlüsse verfügen, aber keine familiären, schulischen oder studienbezogenen Netzwerke haben, bei ihrer sozialen Integration auf Einschränkungen stoßen. Dies kann zu Gefühlen der Isolation führen. Darüber hinaus werden ausländische Fachkräfte mit Hindernissen bei der angemessenen Anerkennung ihrer Qualifikationen konfrontiert (Döring, 2019; Best et al., 2019), was zu Einschränkungen bei der beruflichen Integration führt. Im Kontext der Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen in Deutschland ergeben sich neue Herausforderungen, insbesondere in Bezug auf Pflege- und Dokumentationssysteme sowie Zuständigkeitsbereiche, Kompetenzen und Arbeitsmethoden. Es konnte nachgewiesen werden, dass dies zu Verwirrung und Unzufriedenheit unter den Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen und im Team führt (Schilgen et al., 2019).

Folglich sind „Migrantinnen/Migranten“ als heterogene Gruppe zu betrachten und dabei ist das individuelle Entwicklungspotenzial, die Ressourcen und die Migrationsprozesse zu berücksichtigen, die die Sozialisation, einschließlich der beruflichen Sozialisation, beeinflussen. Angesichts der zunehmend vielfältigen Migrationsprozesse und der steigenden Zahl von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Bewohnerinnen/Bewohnern mit Migrationshintergrund stehen Gesundheits- und Pflegeanbieter vor der Herausforderung, der Vielfalt unter Auszubildenden, Fachpersonen, Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten gerecht zu werden (Schilgen et al., 2019).

Dieser Herausforderung stellt sich unsere Gesundheitsversorgung im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, die Partizipation und Patientenorientierung beherzigt. Der Diskurs sollte sich von der Integration, die oft als Defizit wahrgenommen



wird, hin zur Inklusion verlagern, die die gleichberechtigte Teilhabe und Einbeziehung aller Menschen unabhängig von ihren Möglichkeiten und Einschränkungen, Geschlechterrollen, sprachlich-kulturellen und ethnischen Hintergründen, sozialen Milieus, sexuellen Orientierungen oder politisch-religiösen Überzeugungen betont (Hinz, 2015).

5.4. Interkulturelle Bildung als Interaktionsprozess

Interkulturalität wird definiert als ein Prozess der Interaktion, der durch kulturellen Kontakt entsteht, wobei der Prozesscharakter der Interaktionssituation als „Interkultur“ (Prozess „dazwischen“) definiert wird (Bolten, 2007). Im Bereich der Gesundheits- und Pflegeausbildung kann „Interkultur“ als ein facettenreicher Lernprozess verstanden werden, der den Erwerb von Fähigkeiten und die Entwicklung einer Bereitschaft umfasst, andere zu verstehen und von anderen verstanden zu werden, Beziehungen zu pflegen, die von gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung geprägt sind, patientenorientiert und kommunikativ zu interagieren und Konflikte durch argumentative Mittel zu bewältigen. Das Verständnis interkultureller Dynamiken sollte als Grundprinzip kommunikativen Verhaltens dienen.

Zu diesen Aspekten gehören:

- die Absicht einer Person zu erkennen,
- die Bedeutung zu erfassen,
- eine Bedeutung innerhalb eines Kontexts zu erfassen,
- eine Fremdsprache zu verstehen,
- Ursachen zu identifizieren und das Phänomen zu erkennen sowie
- ein Verständnis für Menschen und ihre Situation zu entwickeln (Heringer, 2004).

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen und in ihrer besonderen Rolle als Patientinnen/Patienten erfordert Verständnis im hermeneutischen Sinne (die Kunst der Interpretation nach Gadamer 1972). In diesem Kontext nimmt die Sprache als Kommunikationsmittel eine zen-



Abb. 9. „Ich-/Wir- vs. Andere“-Konstruktion und soziale Wahrnehmung

trale Stellung ein. Interkulturelles Lernen bezeichnet die Aneignung von Kenntnissen über kulturelle Vielfalt und die Entwicklung von Kompetenzen, die für den Umgang mit dieser Vielfalt erforderlich sind. Interkulturelles Lernen umfasst sowohl sprachliches Verständnis (verbale Kommunikation) als auch nonverbale und paraverbale Elemente. Letztere können insbesondere im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen Herausforderungen darstellen. Die Art und Weise, wie ein Gespräch initiiert wird, die Aussprache von Namen oder die Verwendung von Dialekten können den Aufbau einer positiven Beziehung erheblich beeinflussen oder zu Irritationen führen. Darüber hinaus wird die Art der Interaktion von verschiedenen Faktoren beeinflusst, darunter unter anderem das Alter des Patienten oder Klienten, seine Sprachkenntnisse, die spezifischen Umstände der Pflege oder Behandlung und der Kontext der Interaktion (z. B. Krankenhaus oder Rehabilitationszentrum). Diese Faktoren sind von entscheidender Relevanz für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Kommunikation und Beziehungen, die in interkulturellen Kontexten im Gesundheitswesen von größter Bedeutung sind.

Im Gesundheitswesen umfasst interkulturelles Lernen mehr als das bloße Verstehen unterschiedlicher kultureller Rahmenbedingungen – es geht um echte Begegnungen, effektive Kommunikation und den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu Patientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen. Durch die Auseinandersetzung mit Machtdynamiken, kulturellen Perspektiven und kommunikativen Herausforderungen können Einzelne wesentliche Kompetenzen entwickeln, um eine patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten und effektiv in vielfältigen Teams zusammenzuarbeiten.

Auernheimer (2003, 2008) identifiziert vier Schlüsselfaktoren, die die interkulturelle Kommunikation beeinflussen:

- Machtasymmetrie,
- kollektive Erfahrungen,
- Selbst- und Außenwahrnehmung sowie
- kulturelle Muster.

Diese Faktoren sind für unsere Gesundheitsversorgung von Bedeutung und werden im Folgenden erläutert:

Machtasymmetrie: Im Kontext von Machtasymmetrien sehen sich Patientinnen und Patienten mit spezifischen Rollen konfrontiert, die ihnen in der Kommunikationshandlung (d. h. während der Behandlung, Intervention oder Pflege) zugewiesen werden. Dies hat eine Einschränkung ihrer Autonomie zur Folge und verdeutlicht gleichzeitig das bestehende Machtungleichgewicht. Das evidente Machtungleichgewicht konstituiert eine Behinderung des Engagements, welche durch das mangelnde Verständnis des Gesundheitssystems oder der Sprache noch verstärkt wird.

Kollektive Erfahrungen: Die Einstellungen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Pflege, Ärztinnen und Ärzte sowie andere Angehörige der Gesundheitsberufe werden durch persönliche Erfahrungen sowie die Erfahrungen der Familienangehörigen und Freunde der Patientinnen und Patienten beeinflusst.

Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung durch andere: Die selektive Wahrnehmung anderer unter bestimmten Umständen kann zu kulturellem Essentialismus und Verallgemeinerungen führen. In klinischen Kontexten werden die Wahrnehmungen des Pflegepersonals und der Ärztinnen und Ärzte durch Ängste, Sorgen und Resignation beeinflusst. Dies führt zu einer Verallgemeinerung individueller Erfahrungen, wie beispielsweise die Wahrnehmung einer eingeschränkten Kommunikation oder gehetzter Interaktionen. Die Partizipation und die damit assoziierten Emotionen können sich auch auf die Beziehung zwischen Patient und Gesundheitsfachkraft sowie auf die Teambildung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen auswirken.

Unterschiede in kulturellen Mustern: Die Prägung kultureller Muster erfolgt in erster Linie durch gemeinsame Erfahrungen anstelle des nationalen Hintergrunds. Darüber hinaus sind sie einem Einfluss von Lebenseinstellungen, sozio-kulturellen Kontexten und der verwendeten Sprache ausgesetzt. Folglich werden kulturelle Muster als sozial konstruiert betrachtet und durch die persönlichen

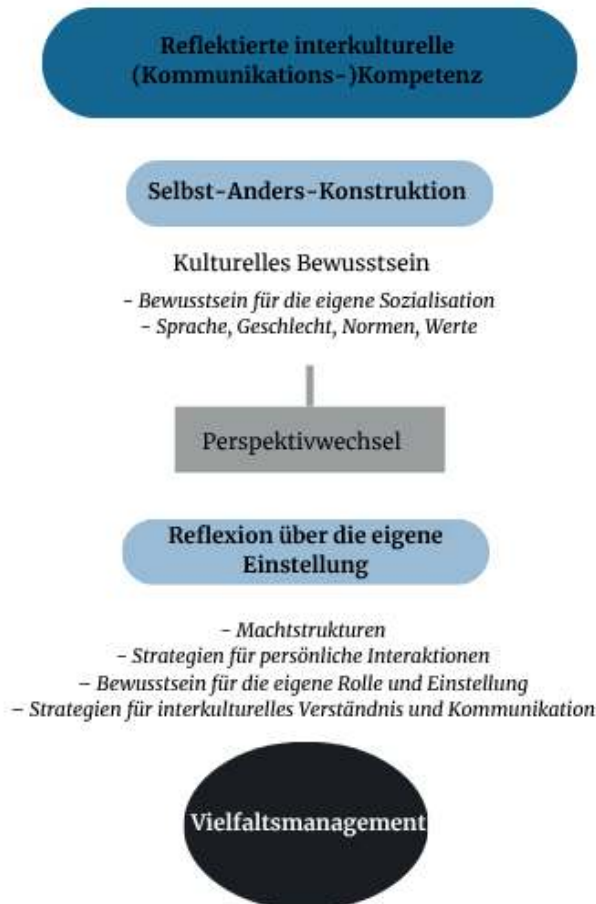


Abb. 10. Interkulturelle Reflexionskompetenz (Marchwacka 2017, 2022)

Erfahrungen des Einzelnen im Alltag und am Arbeitsplatz geprägt. Gemäß Nohl (2013) lassen sich diese Muster in verschiedene Milieus einteilen. Die Zugehörigkeit zu einem Milieu kann dabei zu Erfahrungen von Fremdheit oder Unterschiedlichkeit führen. Der Prozess der Schaffung von „Andersartigkeit“ (vgl. Bennett & Bennett, 2004) lässt sich wie folgt beschreiben: „Sie sind ...“, „Das ist typisch für ...“. Dieser Terminus beschreibt eine Form der (konstruierten) kulturellen Spezifität, die potenziell zu Kommunikationsschwierigkeiten führen kann.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass zu den entscheidenden Elementen für Kommunikationsprozesse oder Kommunikationsstörungen (Abb. 9) der Sprachgebrauch, Kommunikationsformen, biografische Erfahrungen und die kulturelle Zugehörigkeit gehören. Diese Elemente sind für interkulturelle Situationen von zentraler Bedeutung.

Im Rahmen beruflicher Interaktionen führt eine gestörte Kommunikation zwischen Fachpersonen im Gesundheitswesen und Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten sowie zwischen den Gesundheitsberufen untereinander zu Irritationen und Missverständnissen. Werden diese bewusst wahrgenommen, können sie als Katalysatoren für einen Lernprozess im beruflichen Umfeld dienen. In diesem Prozess können subjektive Wahrnehmungen und Erfahrungen von Unterschieden, gegenseitige Erwartungen sowie die Auswirkungen der eigenen Sprache reflektiert werden. Dies kann durch feedbackorientierte Szenarien erreicht werden, die die Perspektive der Patientinnen und Patienten berücksichtigen und in einem interprofessionellen Umfeld stattfinden. Lernszenarien können in verschiedenen Settings, wie Aus-, Fort- und Weiterbildung an Schulen und am Arbeitsplatz, umgesetzt werden. Diese Szenarien tragen zur beruflichen Weiterentwicklung mit dem Ziel der Patientensicherheit und Patientenorientierung bei. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist umfassendes (Peer-)Feedback und Selbstreflexion, die letztlich zur interkulturellen Kompetenz beitragen.

5.5. Zur Entwicklung von Reflexionskompetenz

Unter Bezugnahme auf das Kompetenzkonzept von Erpenbeck und Sauter (2000) sowie Wagner und Sauter (2017) kann interkulturelle Kompetenz (kulturelles Verständnis und Anpassungsfähigkeit) als eine Disposition angesehen werden, Fähigkeiten und Fertigkeiten (in Verbindung mit Motivation und Willen) in interkulturellen Situationen angemessen einzusetzen. Laut Allemann Ghionda (2009) sollte interkulturelle Kompetenz es dem Einzelnen ermöglichen, in Situationen kulturellen Kontakts oder Konflikts nicht mit Unverständnis, Irritation und Fehlverhalten zu reagieren. Effektive Kommunikation ist gekennzeichnet durch Anerkennung, Toleranz gegenüber Mehrdeutigkeiten und den Willen, verständlich zu kommunizieren und Verständnis entgegenzubringen. Im Wesentlichen erfordert effektive Kommunikation einen bewussten und reflektierenden Lernprozess, der zur persönlichen Entwicklung beiträgt (Forster 2014; Geier 2016).

Reflexive Kompetenz ist für die Förderung des interkulturellen Verständnisses im Gesundheitswesen unerlässlich. Sie geht über technische Fähigkeiten hinaus, in-

dem sie den Einzelnen dazu ermutigt, seine Handlungen, Überzeugungen und Interaktionen innerhalb eines kulturellen Kontexts kritisch zu bewerten (Moosmüller, 2020). Von zentraler Bedeutung ist es beispielsweise, den eigenen kulturellen Hintergrund (Sozialisation – auch berufsbedingt) und dessen Wirkung sowie die Gesundheitsstrukturen zu reflektieren. Schließlich ist Reflexionskompetenz unerlässlich, um Vertrauen aufzubauen, eine gerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und sich durch komplexe kulturelle Dynamiken in klinischen und pädagogischen Einrichtungen zu bewegen.

Im Gesundheitswesen umfasst interkulturelles Lernen mehr als nur das Verständnis unterschiedlicher kultureller Rahmenbedingungen. Es beinhaltet auch echte Interaktionen, effektive Kommunikation und den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu Patientinnen/Patienten und Kolleginnen/Kollegen. Die Identifikation von Machtverhältnissen, kulturellen Perspektiven und Kommunikationsherausforderungen ist ein wesentlicher Aspekt, um für eine patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten und eine effiziente Zusammenarbeit in diversen Teams zu ermöglichen.

In Anlehnung an die Modelle interkultureller Kompetenz von Campinha-Bacote (2002) und Moosmüller (2020) lassen sich folgende Elemente zur Charakterisierung interkultureller Situationen unterscheiden (Abb. 10):

- **Kulturelle Prägung:** Bewusstsein für die eigene Erfahrungswelt und kulturelle Prägung im Laufe der Erziehung und Sozialisation und das daraus resultierende Verhalten, Routinen/Gewohnheiten.
- **Ich-Andersheitskonstruktion** (Perspektivenwechsel): Wahrnehmung des Anderen und der Wirkung der eigenen Sprache, Kommunikation und des eigenen Verhaltens auf Interaktionspartner; dabei sollten sowohl Empathie als auch Ambivalenz der Emotionen bewusst wahrgenommen werden.
- **Handlungsstrategien auf persönlicher Ebene:** mögliche Handlungsoptionen im Kontext des Verhandlungsprozesses und Reflexion über die eigene Rolle und Haltung.
- **Handlungsstrategien in einem intersektionalen Verständnis:** mögliche Vorgehensweisen im Kontext von Verhandlungsprozessen mit Fokus auf bestehenden Machtstrukturen und deren Analyse.

Interkulturelle Kompetenz ist demnach als ein **kontinuierlicher Reflexionsprozess** zu betrachten, der in untrennbarem Zusammenhang mit der Fremd- und Selbstwahrnehmung steht. Die Fähigkeit, die eigenen Erfahrungen, unterschiedliche Interpretationen von Situationen und Begegnungen mit Machtverhältnissen zu erkennen, ist ein wesentlicher Aspekt der Untersuchung. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Fähigkeit Zeit und Raum erfordert, um angemessen aufgearbeitet zu werden. Der Fokus des Lernprozesses liegt in erster Linie auf zwei spezifischen Outcomes. Zunächst ist die Entwicklung eines reflektierten Bewusstseins für die eigene kulturelle und sprachliche Sozialisation von Relevanz, die sich auf das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft bezieht.

Des Weiteren wird die Erforschung und Analyse der eigenen Wirkung auf andere durch einen Perspektivwechsel thematisiert. Um diese Ziele zu erreichen, ist es von entscheidender Bedeutung, sich der Empathie und der Ambivalenz von Emotionen bewusst zu werden. Das übergeordnete Ziel ist in zwei Teilziele unterteilt: Zunächst ist eine introspektive Untersuchung der eigenen Rolle und der vorherrschenden Strukturen im Kontext interkultureller Szenarien erforderlich. Des Weiteren ist eine methodische Analyse potenzieller Handlungen, die von Emotionen und Ambivalenz beeinflusst sind, notwendig.

Der Erwerb interkultureller Kompetenz, der kulturelles Verständnis und Anpassungsfähigkeit umfasst, sollte als lebenslanger Lernprozess verstanden werden, der auch Zeit und Raum für die Reflexion der eigenen Erfahrungen, unterschiedliche Interpretationen von Situationen und die Auseinandersetzung mit Machtverhältnissen erfordert. Der Lernprozess konzentriert sich auf zwei wesentliche Aspekte: erstens die introspektive Analyse/Reflexion der eigenen kulturellen und sprachlichen Sozialisation, einschließlich kollektiver Zugehörigkeiten, und zweitens die Analyse der eigenen Wirkung auf andere durch einen Perspektivwechsel. Empathie und die Ambivalenz von Emotionen müssen bewusst wahrgenommen werden. Das Ziel ist zweigeteilt: erstens die introspektive Untersuchung der eigenen Rolle und der vorherrschenden Strukturen im Kontext interkultureller Szenarien und zweitens die methodische Analyse des Handlungspotenzials unter Berücksichtigung der emotionalen Nuancen und Ambivalenzen, die diesen Situationen innewohnen. Interkulturelles Lernen wird als eine Form des sozialen Lernens konzipiert, wobei die Prinzipien des Dialogs und die Autonomie des Einzelnen innerhalb sozialer Strukturen im Vordergrund stehen. Dieser Ansatz stellt die Subjekte in den Mittelpunkt und erkennt ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit an. In dieser Hinsicht sind Lern- und Bildungsprozesse dynamisch und finden im Kontext von Kommunikation und Interaktionen statt, die in das soziale Umfeld eingebettet sind.

Der Lernprozess konzentriert sich auf den Umgang mit Machtstrukturen sowie auf Verhandlungsprozesse, wobei der Schwerpunkt auf dem Erwerb von Schlüsselkompetenzen für effektives Handeln liegt. Die Verhandlungsprozesse erfordern von den Interaktionspartnern Frustrationstoleranz und Ambiguitätstoleranz, um

Interkulturelle Kompetenz wird definiert als eine umfassende Reihe von Fähigkeiten und Eigenschaften, die es einer Person ermöglichen, sich in unterschiedlichen kulturellen Kontexten effektiv zu bewegen und zu kommunizieren. Interkulturelle Kompetenz umfasst als nur Wissen. Es handelt sich vielmehr um einen kontinuierlichen, lebenslangen Lernprozess, der Reflexion, Empathie und Anpassungsfähigkeit erfordert. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit divergierenden kulturellen Perspektiven erweist es sich als essentiell, sich Zeit für Selbstreflexion zu nehmen, die eigenen Erfahrungen zu reflektieren und die Auswirkungen des eigenen Handelns auf die Interaktion mit anderen zu betrachten. Die Entwicklung interkultureller Kompetenz gründet sich auf den Prinzipien des Dialogs, der Selbstwahrnehmung und der Bereitschaft, sich mit einem aufgeschlossenen Geist in komplexen Situationen zu bewegen.

Unterschiede zu ertragen und sich in der Argumentation an das Prinzip des Dialogs zu halten. Sie erfordern auch die Fähigkeit, mit Konflikten und Kooperation umzugehen, da Entscheidungsfindung innerhalb von Machtstrukturen Konflikte mit sich bringt. Die möglichen Strategien werden in gemeinsamen Diskursen und durch (Selbst-)Reflexion und Einsicht entwickelt. Der Schwerpunkt liegt auf dem Erwerb von Fähigkeiten in offenen und komplexen Situationen im Sinne von Selbstorganisationsfähigkeiten nach Erpenbeck und Sauer (2000). Authentische (interkulturell geprägte) berufliche Situationen bilden den Ausgangspunkt für wissensorientierte Lernprozesse.

5.6. Lasst uns unsere Perspektive ändern und uns vom Essentialismus lösen

In einer von kultureller Vielfalt geprägten Welt kann der Umgang mit Unterschieden sowohl eine Herausforderung als auch eine Chance darstellen. Sprachbarrieren, kulturelle Missverständnisse und latente institutionelle Vorurteile können anfänglich demotivierend wirken. Es ist jedoch festzuhalten, dass diese Momente ebenfalls als signifikant für Wachstum und Lernen zu betrachten sind. Stellen Sie sich vor, Sie begegnen einer Patientin/einem Patienten, deren/dessen kultureller Hintergrund oder Weltanschauung sich erheblich von ihrem/seinem eigenen unterscheidet – wie würden Sie diese Kluft überbrücken? Es stellt sich die Frage, auf welche Art und Weise eine Gewährleistung der Tatsache erreicht werden kann, dass sich jedes Individuum gesehen, respektiert und wertgeschätzt fühlt. Für die Bewältigung solcher Situationen ist neben fachlichem Know-how auch die Fähigkeit zur Reflexion, Empathie sowie der Mut zur Hinterfragung der eigenen Annahmen erforderlich. Die Bewältigung dieser Herausforderungen ist nicht nur mit der Überwindung von Barrieren verbunden, sondern auch mit der aktiven Gestaltung einer inklusiven und gerechteren Zukunft. Die Entwicklung von Reflexionskompetenz ermöglicht die Transformation von Missverständnissen in sinnvolle Verbindungen, den Aufbau von Vertrauen und die Generierung von Lösungen, von denen alle Beteiligten profitieren. Es lässt sich feststellen, dass jede Art von Hindernis eine Chance für persönliches und berufliches Wachstum birgt.

Critical Incident (CI)

Die Technik der Critical Incident (Flangan, Erstveröffentlichung 1954 Überarbeitung 1963) fußt auf kritischen beruflichen Situationen, die durch Momente der

Die Anwendung der Critical Incident Analysis in beruflichen Kontexten motiviert Fachkräfte dazu, sich auf Perspektiven einzulassen, anstatt sich auf essentialistische Sichtweisen von Kultur zu verlassen. Dieser Prozess der Selbstreflexion kann zur Förderung des Selbstbewusstseins sowie der interkulturellen Kompetenz beitragen, indem er das Verständnis für unterschiedliche Standpunkte fördert. Die Analyse herausfordernder Szenarien ermöglicht es den Individuen, Strategien zu entwickeln, um berufliche Interaktionen mit erhöhter Anpassungsfähigkeit und Offenheit zu bewältigen.

Anspannung und Irritation gekennzeichnet sind. Die Analyse und Verarbeitung dieser Situationen in zielgerichteter Weise trägt nachweislich zur Entwicklung der Reflexionskompetenz bei. Dieser Ansatz findet in diversen beruflichen Kontexten Anwendung und wird als qualitative Forschungsmethode (Fehlermanagement) sowie in der Hochschuldidaktik eingesetzt (Marchwacka et al., 2021).

Entwicklung reflexiver Kompetenz:

- *Critical Incident und Fallanalyse (Auswahl eines CI-Falls – Informationsrecherche)*
- *Perspektivenwechsel (Rollen tauschen & alternative Handlungsoptionen ausloten)*
- *Reflexion (Emotionen diskutieren, Feedback geben, Portfolio schreiben)*

Die Methode kann als eine Form der direkten Beobachtung des Verhaltens einer Person in einer spezifischen kritischen Situation interpretiert werden. Diese Situation ist durch ein Ereignis gekennzeichnet, das auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen ist und während des gesamten Lernprozesses analysiert wird. Ziel dieser Analyse ist es, das Verständnis für derartige kritische Situationen zu fördern. Zu den verschiedenen Faktoren, die zu solchen Missverständnissen beitragen, gehören „Rich Points“ (Agar, 1994), auch bekannt als Stolpersteine, die sich aus kulturellen Eigenheiten in der Kommunikation ergeben. Diese Elemente können eine effektive sprachliche Analyse beeinträchtigen. Es sei darauf hingewiesen, dass Missverständnisse beispielsweise durch unterschiedliche Ansätze bei der Verwendung formeller und informeller Anredeformen, der Lautstärke in der Kommunikation oder der Verwendung von Titeln entstehen können.

Lernprozesse, die auf kritischen Ereignissen basieren, die durch kulturbezogenes Verhalten und Kommunikation beeinflusst werden (Marchwacka et al., 2021, 2022) und die interkulturelle Interaktionen unter Berücksichtigung affektiver Ebenen analysieren, haben die Fähigkeit, die Perspektive vom Selbst auf den Anderen zu verlagern. Diese Verschiebung der Perspektive kann mit einem Prozess der Selbstreflexion einhergehen, der durch das Hinterfragen persönlicher Überzeugungen und gewohnheitsmäßiger Reaktionen gekennzeichnet ist. Es besteht die Möglichkeit, dass sie zu negativen Emotionen wie Frustration und Ambivalenz führt. Die aus Frustration und Ambivalenz resultierenden Emotionen können als Katalysator für den Beginn des Lernprozesses fungieren, welcher durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen sowie denen anderer vorangetrieben wird. Eine multiperspektivische Sichtweise auf die Situation ermöglicht nachweislich eine Distanzierung von der eigenen Rolle sowie von der Rolle des

Reflexion nimmt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen ein, da sie Fachkräften in diesem Bereich die Fähigkeit verleiht, sich souverän und flexibel in unterschiedlichen kulturellen Kontexten zu bewegen. Die kritische Reflexion von Gesundheitsberufen kann zu einer Verbesserung der patientenzentrierten Versorgung und einer Förderung der effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit führen.

Patienten. Dies wiederum ermöglicht eine reflektierende Haltung (anstelle von Essentialismus) gegenüber verschiedenen kulturellen und sprachlichen Zugehörigkeiten. Einerseits trägt dies zur Verbesserung der Patientensicherheit und andererseits zur Erhöhung der Teilhabemöglichkeiten im Gesundheitssystem bei.

Die Analyse kritischer Situationen (CI) fungiert als praktisches Instrument zur Entwicklung reflexiver Kompetenz. Die Analyse spezifischer Situationen, in denen kulturelle Missverständnisse auftreten, ermöglicht es Fachleuten, zugrunde liegende Annahmen, Vorurteile und Bereiche mit Wachstumspotenzial zu identifizieren. Dieser Reflexionsprozess transformiert herausfordernde Begegnungen in wertvolle Lernmöglichkeiten.

In Situationen, in denen kritische Vorfälle auftreten, besteht die Möglichkeit, kulturelle Bindungen bewusst zu erleben und sich auf der Metaebene mit der eigenen Rolle sowie deren Auswirkungen auseinanderzusetzen. Gleichzeitig erlangen Einzelpersonen durch die Aneignung anderer Perspektiven eine kritische Distanz zu sich selbst und ihrer jeweiligen kulturellen Zugehörigkeit. Dieser Lernprozess fördert die Interpretation und Überarbeitung der eigenen Perspektive. Diese kritischen Interaktionssituationen bieten Gelegenheit zur Analyse kultureller Zugehörigkeiten und zur Entwicklung interpretativer und diskursiver Handlungsstrategien. Der Fokus liegt darauf, berufliche Situationen selbstbestimmt und kompetent zu gestalten.

5.7. Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Kultur und Nation/Gesellschaft nicht deckungsgleich sind. Innerhalb einer Gesellschaft koexistieren verschiedene Kulturen und sind miteinander verflochten, sodass Menschen in der Regel nicht nur einer Kultur, sondern mehreren Kulturen angehören können. Dies befähigt sie dazu, Handlungsfähigkeit auszuüben, indem sie „wechseln“ und den Normen anderer Kulturen (z. B. sprachlicher und beruflicher Art) folgen können, um in einer bestimmten Situation angemessen zu handeln. Diese Fähigkeit kann als Resultat von Lernprozessen interpretiert werden. Folglich sollte die Überschneidung und Intersektionalität von Kulturen als Norm betrachtet werden, da jede kulturelle Zuschreibung Wechselbeziehungen aufweist. In Abhängigkeit von der jeweiligen Differenzierungsdimension werden kulturelle Bilder von „Frauen“, „Hebammen“, „Personen mit Migrationserfahrung“, „Deutschen“ und „Süchtigen“ konstruiert. In Abhängigkeit des Kontextes sowie der Interaktionspartner werden Sprache und Kommunikationsformen angepasst. Dies kann beispielsweise die Verwendung von Fachsprache durch einen Rettungssanitäter bei der Zusammenarbeit mit einer Kollegin, die Verwendung von Fachsprache in einem akademischen Kontext während einer Konferenz in den Therapiewissenschaften, die Verwendung von Patientensprache bei weiblichen Patienten/Klientinnen oder die Verwendung von interprofessioneller Teamsprache umfassen (Marchwacka 2019, Skintey & Marchwacka 2022). Dieses Phänomen lässt sich demnach durch die Linse der Identitätsbildung interpretieren, die maßgeblich von Faktoren wie

Beruf, Gesellschaft, Ethnizität und Zugehörigkeitsprozessen beeinflusst wird. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass diese Interaktionen auch zur Bildung von Grenzen führen können, da bei Missverständnissen Abgrenzungen deutlich werden. Im Gesundheitswesen bedingen diese Missverständnisse Maßnahmen, um eine angemessene Behandlung sicherzustellen, was die hohe Bedeutung der Reflexionskompetenz in beruflichen Interaktionen unterstreicht.

Um den Herausforderungen einer vielfältigen Gesellschaft, insbesondere im Gesundheitswesen, zu begegnen, sind Reflexionskompetenz und kulturelles Bewusstsein unerlässlich. Die vorstehend aufgeführten Kompetenzen bergen das Potential, die Herangehensweise an professionelle Exzellenz zu modifizieren. Durch eine kritische Reflexion der eigenen Perspektiven sowie das Verständnis kultureller Unterschiede ist es möglich, Barrieren zu überwinden und zu integrieren sowie gerechteren Praktiken beizutragen.

Die Integration reflexiver interkultureller Kompetenz – definiert als kulturelles Verständnis und Anpassungsfähigkeit – ist für die Gewährleistung der Patientensicherheit und einer effektiven Patientenorientierung von essentieller Bedeutung. Es ist von entscheidender Bedeutung, diesen Prozess als einen lebenslangen Lernprozess anzuerkennen, der über berufliche Grenzen hinausgeht und dessen Einbindung in den Bildungsrahmen der Gesundheitsberufe sowie der interprofessionellen Ausbildung erforderlich ist. In diesem Kontext besteht die Notwendigkeit, Lehr- und Lernkonzepte zu entwickeln und zu evaluieren, die auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Situation abgestimmt sind. Ein besonders wirksamer Ansatz zur Stärkung der reflexiven interkulturellen Kompetenz ist dabei die Nutzung kritischer Vorfälle. Diese strukturierten, realistischen Szenarien ermöglichen es Studierenden im Gesundheitswesen, sich in einer unterstützenden Lernumgebung mit interkulturellen Herausforderungen auseinanderzusetzen. Die Analyse und Reflexion dieser Szenarien fördert die Entwicklung wesentlicher Kompetenzen in der professionellen, kulturell kompetenten Patientenversorgung und verbessert die klinischen Entscheidungsfähigkeiten der Studierenden. Zudem wird ihre Fähigkeit, sich sensibel und selbstbewusst in verschiedenen Gesundheitsumgebungen zurechtzufinden, gestärkt.

References

- Agar, M. (1994). *Language shock: Understanding the culture of conversation*. William Morrow & Co.
- Auernheimer, G. (2003). *Einführung in die interkulturelle Pädagogik* (3. Aufl.). Darmstadt.
- Auernheimer, G. (Hrsg.). (2008). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Springer.
- Bade, K. J., & Oltmer, J. (2004). *Normalfall Migration*. Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bennett, J. (1993). Cultural marginality: Identity issues in intercultural training. In R. M. Paige (Ed.), *Education for the intercultural experience* (pp. 109-135). Intercultural Press.
- Bennett, J. M., & Bennett, M. J. (2004). Developing intercultural sensitivity: An integrative approach to global and domestic diversity. In D. Landis, J. M. Bennett, & M. J. Bennett (Eds.), *Handbook of intercultural training* (pp. 147-165). Sage.
- Best, U., Erbe, J., Schmitz, N., Arnold, S., Koch, R., Mundt, S., & Rausch-Berhie, F. (2019). Berufliche Anerkennung im Einwanderungsprozess – Stand und Herausforderungen bei der Antragstellung aus dem Ausland. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings. BIBB.
- Bolten, J. (2007). Was heißt „Interkulturelle Kompetenz?“ Perspektiven für die internationale Personalentwicklung. In V. Künzer & J. Berninghausen (Hrsg.), *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung* (pp. 21-42). Frankfurt/M.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede*. Suhrkamp.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of health-care services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Dietze, G. (2008). Intersektionalität und Hegemonie(selbst)kritik. In W. Gippert, P. Götte, & E. Kleinau (Hrsg.), *Transkulturalität - Gender- und bildungshistorische Perspektiven* (pp. 27-43). Transcript.
- Döring, O. (2019). Erkennung und Anerkennung informell und non-formal erworbener Kompetenzen: Einstieg in eine breite Nutzung fragmentierter Beschäftigungsfähigkeit. In J. Seifried, B.-J. Ertelt, A. Frey, & K. Beck (Hrsg.), *Beruf, Beruflichkeit, Employability* (pp. 137-159). Wbv.
- Erpenbeck, J., & Sauer, J. (2000). Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm „Lernkultur Kompetenzentwicklung.“ In *Arbeitsgemeinschaft-Qualifikations- und Entwicklungsmanagement* (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen* (pp. 289-335). Waxmann.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327-358.
- Flanagan, J. C., Gosnell, D., & Fivars, G. (1963). Evaluating student performance. *The American Journal of Nursing*, 63(11), 96-99.
- Forster, E. (2014). Reflexivität. In C. Wulf & J. Zirfas (Hrsg.), *Handbuch Pädagogische Anthropologie* (pp. 589-597). Springer.
- Gadamer, H.-G. (1972). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Mohr.
- Geier, T. (2016). Reflexivität und Fallarbeit. In A. Doğmuş, Y. Karakaşoğlu, & P. Mecheril (Hrsg.), *Pädagogisches Können in der Migrationsgesellschaft*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-07296-4_10

-
- Gogolin, I. (2019). Lernende mit Migrationshintergrund im deutschen Schulsystem und ihre Förderung. *Journal for Educational Research Online*, 11(1), 74–91. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-16788>
- Grewal, I., & Kaplan, C. (Eds.). (1994). *Scattered hegemonies: Postmodernity and transnational feminist practices*. University of Minnesota Press.
- Hansen, K. (2000). *Kultur und Kulturwissenschaft*. Francke.
- Heringer, H. J. (2004). *Interkulturelle Kommunikation*. UTB.
- Hinz, A. (2015). Inklusion – mehr als nur ein neues Wort?! In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), *Inklusion* (pp. 286–291). Campus.
- Knapp, G. A. (2008). Achsen der Differenz — Aspekte und Perspektiven feministischer Grundlagenkritik. In S. M. Wilz (Hrsg.), *Geschlechterdifferenzen — Geschlechterdifferenzierungen* (pp. 291–322). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90831-1_10
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Boni & Liveright.
- Kürsat-Ahlers, E. (2000). Migration-Frauen-Gesundheit. In M. David, Th. Borde, & H. Kenenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit* (pp. 45–56). Mabuse.
- Malinowski, B. (1932). *Argonauts of the Western Pacific*. <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/argonauts-of-the-western-pacific.pdf>
- Marchwacka, M. A. (2013). Zu Risiko- und Schutzfaktoren in den Lebenswelten von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (pp. 301–326). Springer.
- Marchwacka, M. A. (2021). Interkulturelles Lernen als inhärenter Teil der Gesundheits- und Pflegebildung. In F. Darmann Fink & K. H. Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_23-1
- Moosmüller, A. (Hrsg.) (2020). *Interkulturelle Kompetenz. Kritische Perspektiven*. Waxmann.
- Sachverständigenrat für Integration und Migration. (2022). *Systemrelevant: Der Beitrag von Zugewanderten im Gesundheitswesen*.
- Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A, Mösko M. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Appl Nurs Res*. 2019 Apr;46:57–66. doi: 10.1016/j.apnr.2019.02.008. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30853077.
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Migration und Integration: Bevölkerung mit Migrationshintergrund*.
- Toprak, A., & Weitzel, G. (2017). *Deutschland das Einwanderungsland*. Springer
- Walter, A., Dütthorn, N., Brühe, R., Marchwacka, M. A., & von Gahlen Hoops, W. (2022). Ein digitales hochschulübergreifendes Projekt zur Fallarbeit. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Handbuch Pflege* (S. 236–244). Hogrefe.
- Wagner, M. H., & Sauter, W. (2017). Interkulturelle Kompetenzentwicklung im Prozess der Arbeit und im Netz. In J. Erpenbeck & W. Sauter (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz – Bausteine einer neuen Lernwelt* (S. 507–522). Schäffer-Poeschel.

Abschließende Reflexion: Reflexive Kompetenz als Verwirklichung des EMPOWER-Modells

von Małgorzata Szkup

Das von Maria Anna Marchwacka verfasste Kapitel stellt eine kohärente und tiefgehende Grundlage für das EMPOWER-Modell dar – eines innovativen Ansatzes zur multikulturellen Bildung in den Medizin- und Gesundheitswissenschaften. Das EMPOWER-Modell betont die Entwicklung reflexiver kultureller Kompetenzen, kultureller Demut, beruflichen Wohlbefindens sowie den Einsatz von Bildungsressourcen, die kulturelle Sensibilität fördern. All diese Elemente sind in diesem Kapitel präsent und werden konsequent weiterentwickelt.

Zunächst hebt das Kapitel die Bedeutung reflexiver Kompetenz hervor, die direkt mit dem Kern meines EMPOWER-Modells übereinstimmt – der Förderung kultureller Demut durch Selbstreflexion, Perspektivwechsel und die Analyse eigener Vorurteile. Die Autorin präsentiert interkulturelle Kompetenz nicht als Ansammlung von Fakten über andere Kulturen, sondern als dynamischen, multidimensionalen Reflexionsprozess, der unmittelbar dem EMPOWER-Grundpfeiler des Wachstums durch reflexive Bildungsinstrumente und intrinsische Motivation entspricht.

Das EMPOWER-Modell fördert außerdem Professionalität und Wohlbefinden als wesentliche Bestandteile einer wirksamen interkulturellen Bildung. Im Kapitel wird die Notwendigkeit betont, emotionale Regulationsfähigkeiten, Empathie und Ambiguitätstoleranz zu entwickeln – alles Kompetenzen, die sowohl das berufliche Wohlbefinden als auch die Fähigkeit unterstützen, authentische Beziehungen zu Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten aufzubauen. Dies entspricht der Vision von EMPOWER, Fachkräfte auszubilden, die in einer komplexen, multikulturellen Welt handlungsfähig sind und zugleich auf ihre eigenen psychischen und physischen Ressourcen achten.

Darüber hinaus spiegelt der im Kapitel ausgeführte Ansatz zur Intersektionalität und zu Machtverhältnissen effektiv die Dimension der kulturellen Demut wider, wie sie vom EMPOWER-Modell gefördert wird. Sowohl die Autorin des Kapitels als auch die Entwicklerinnen und Entwickler des Modells lehnen kulturellen Essentialismus ab und setzen stattdessen auf Kontext, Fluidität und die gemeinsame Sinnstiftung in menschlichen Beziehungen.

Schließlich führt das Kapitel konkrete Lehrmethoden ein (z. B. die Technik der kritischen Ereignisse), die sich hervorragend mit der praktischen Wissensanwendung und den personalisierten Lernwegen verbinden, die im Zentrum des EMPOWER-Modells stehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Kapitel „Interkulturelle Kompetenz: Perspektivwechsel & Reflexive Kompetenz“ nicht nur die Annahmen des EMPOWER-Modells erfüllt, sondern deren praktische Erweiterung darstellt. Es zeigt, dass eine wirksame multikulturelle Bildung ein fortlaufender Prozess von Lernen, Selbstreflexion und Handeln in einem Umfeld ist, das Wohlbefinden, Verantwortung und Dialog unterstützt – genau so, wie es das EMPOWER-Rahmenmodell vorsieht.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Kapitel 6

Flüchtlinge, Migration und Gesundheit

**ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA,
PARASKEVI CHARITOU**

Technische Universität Zypern (Zypern)



Flüchtlinge und Migrant:innen stehen vor einzigartigen gesundheitlichen Herausforderungen, die häufig durch Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, finanzielle Einschränkungen und psychische Belastungen verschärft werden.

Diese Bevölkerungsgruppen sind einem erhöhten Risiko für physische und psychische Gesundheitsprobleme ausgesetzt. Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert kultursensible Gesundheitsdienste, politische Reformen und gezielte psychische Gesundheitsunterstützung, um sicherzustellen, dass Flüchtlinge und Migrant:innen die notwendige Versorgung für ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden erhalten.

6.1. Einleitung

Migration – ob freiwillig oder erzwungen – ist ein bedeutendes globales Phänomen. Die Bewegung von Menschen über Grenzen hinweg betrifft nicht nur die betroffenen Personen selbst, sondern auch die Herkunfts- und Aufnahmeländer. Migration bringt spezifische Herausforderungen mit sich, insbesondere im Bereich der Gesundheit. Flüchtlinge, Asylsuchende und Migrant:innen sind häufig besonderen Gesundheitsrisiken sowie Hindernissen beim Zugang zu Gesundheitsversorgung ausgesetzt, was ihr allgemeines Wohlbefinden beeinträchtigen kann. Das Verständnis dieser Bedürfnisse sowie deren angemessene Berücksichtigung sind entscheidend für die Verwirklichung globaler Gesundheitsgerechtigkeit und die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse dieser Bevölkerungsgruppen. Dieses Kapitel untersucht den Zusammenhang von Migration, Flüchtlingsgesundheit und den Bedürfnissen transkultureller Gemeinschaften, wobei der Fokus auf den Herausforderungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie auf kultursensiblen Strategien zur Verbesserung der Gesundheitschancen liegt (Jarvis & Kirmayer, 2023).

Ziele

In diesem Kapitel erweitern Studierende ihre Haltung, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- **Migration und Gesundheit verstehen:** Analyse der Auswirkungen von Migration auf die physische und psychische Gesundheit von Individuen und Bevölkerungen.
- **Zentrale Begriffe definieren:** Klärung der Begriffe Migration, Flüchtlinge, transkulturelle Gesundheit und globale Gesundheit.
- **Gesundheitliche Herausforderungen erkennen:** Hervorhebung der besonderen Risiken und Barrieren, denen Migrant:innen und Flüchtlinge beim Zugang zur Gesundheitsversorgung ausgesetzt sind.
- **Kulturelle Kompetenz betonen:** Einsatz für kultursensible Gesundheitsversorgung zur Berücksichtigung vielfältiger Bedürfnisse.
- **Gerechtigkeit und Inklusion fördern:** Unterstützung von politischen Maßnahmen und globalen Gesundheitsinitiativen zur Reduzierung von Ungleichheiten und Verbesserung der Gesundheitschancen für alle.

Lernergebnisse

Nach Abschluss dieses Kapitels sind die Leser:innen in der Lage:

- **Dynamiken von Migration und Gesundheit zu verstehen:** Beschreibung der gesundheitlichen Auswirkungen von Migration und der Herausforderungen, denen Migrant:innen und Flüchtlinge begegnen.
- **Zentrale Begriffe zu definieren:** Präzise Definition der Begriffe Migration, Flüchtlinge, transkulturelle Gesundheit und globale Gesundheit.
- **Barrieren zu identifizieren:** Erkennen systemischer und individueller Hürden im Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migrant:innen und Flüchtlinge.

-
- **Kulturelle Kompetenz anzuwenden:** Erläuterung der Bedeutung kultursensibler Versorgung zur Verbesserung der Gesundheitschancen transkultureller Gemeinschaften.
 - **Für Gerechtigkeit einzutreten:** Diskussion von Strategien zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten durch inklusive Politik und globale Gesundheitsinitiativen.

Relevante Definitionen und Begriffe

Laut der WHO (2021) befasst sich **globale Gesundheit** mit der Gesundheit von Bevölkerungen über Landesgrenzen hinweg und betont die Verflechtungen von Gesundheit über Grenzen hinaus. Sie setzt sich für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten ein und strebt weltweit verbesserte Gesundheitsergebnisse an.

Migration bezeichnet die Bewegung von Menschen von einem Ort zum anderen, typischerweise über politische oder geografische Grenzen hinweg, mit der Absicht, sich vorübergehend oder dauerhaft an einem neuen Ort niederzulassen. Sie kann freiwillig oder erzwungen sein und Einzelpersonen oder Gruppen betreffen, die nach besseren Lebensbedingungen, Sicherheit oder Schutz vor widrigen Umständen wie Konflikten, wirtschaftlicher Not oder Umweltkatastrophen suchen (International Organization for Migration, 2023).

Ein **Flüchtling** ist laut dem Hohen Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR, 2023) eine Person, die gezwungen wurde, ihr Herkunftsland aufgrund begründeter Furcht vor Verfolgung etwa wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder ihrer politischen Überzeugung zu verlassen. Flüchtlinge können nicht in ihr Heimatland zurückkehren, da ihnen dort Gefahr für Leib und Leben droht, und sie erhalten häufig internationalen Schutz im Aufnahmeland.

Transkulturelle Gesundheit bezeichnet die gesundheitlichen Bedürfnisse und Herausforderungen von Personen und Gemeinschaften aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen. Sie betont die Bedeutung des Verständnisses kultureller Unterschiede in Gesundheitspraktiken, -überzeugungen und -bedürfnissen bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen (Spector, 2016).

Transkulturelle Gemeinschaften bestehen aus Menschen verschiedener kultureller Hintergründe, die gemeinsame Erfahrungen wie Migration oder das Leben in multikulturellen Umgebungen teilen. Die Gesundheitsbedürfnisse dieser Gemeinschaften werden von ihren spezifischen kulturellen Kontexten geprägt, die ihr Gesundheitsverhalten und den Zugang zu Versorgung beeinflussen (Spector, 2016).

6.2. Die Auswirkungen von Migration auf die Gesundheit

Migration beeinflusst die Gesundheit von Individuen auf verschiedene Weise. Migrantinnen und Migranten können während ihrer Reise unmittelbaren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sein, darunter die Gefahr von Infektionskrankheiten, kör-

perlichen Verletzungen und Traumata. Besonders Flüchtlinge sind häufig extrem verletzlichen Bedingungen ausgesetzt, wie etwa überfüllten Flüchtlingslagern, mangelhafter Sanitärversorgung und eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung. Diese Faktoren haben erhebliche Auswirkungen auf ihre körperliche und psychische Gesundheit (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2021).

Flüchtlinge und Migrant:innen haben oft besondere Gesundheitsbedürfnisse, die sich von denen der Aufnahmebevölkerung unterscheiden und eine Versorgung erfordern, die sowohl effektiv als auch kultursensibel ist. Diese Versorgung muss die physischen und psychischen Gesundheitsprobleme berücksichtigen, die durch die Migrationserfahrung geprägt sind. Darüber hinaus stoßen Flüchtlinge und Migrant:innen häufig auf erhebliche Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem, darunter sprachliche und kulturelle Unterschiede, eingeschränkte Gesundheitskompetenz, Erfahrungen von Diskriminierung sowie ein eingeschränkter Zugang zu regulären Gesundheitsdiensten. Diese Herausforderungen beeinflussen ihre Interaktionen mit dem Gesundheitssystem und dem Gesundheitspersonal des Aufnahmelandes und verdeutlichen den Bedarf an angepassten und inklusiven Versorgungsansätzen (World Health Organization [WHO], 2021).

Nach ihrer Ankunft in den Aufnahmелändern können Flüchtlinge und Migrant:innen mit einer Vielzahl gesundheitlicher Herausforderungen konfrontiert sein, darunter unbehandelte chronische Erkrankungen, Infektionskrankheiten sowie psychische Gesundheitsprobleme wie Angststörungen, Depressionen und post-traumatische Belastungsstörungen (PTBS). Diese Gesundheitsprobleme werden durch zusätzliche Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem verschärft, wie sprachliche und kulturelle Unterschiede, begrenzte finanzielle Ressourcen und fehlende Kenntnisse über das Gesundheitssystem (Kirmayer et al., 2011).

6.3. Gesundheitliche Barrieren für Migrant:innen und Flüchtlinge

Sprache

Eine der größten Herausforderungen, denen Flüchtlinge und Migrant:innen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gegenüberstehen, ist die Sprache. Eine begrenzte Sprachkompetenz in der Sprache des Aufnahmelandes erschwert es ihnen, ihre Gesundheitsprobleme zu schildern, medizinische Anweisungen zu verstehen und sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dies kann zu Fehldiagnosen, unzureichender Behandlung und schlechten gesundheitlichen Ergebnissen führen (González, 2022).

Gesundheitskompetenz

Darüber hinaus verfügen viele Migrant:innen und Flüchtlinge über eine geringe Gesundheitskompetenz, was den Zugang zum Gesundheitssystem zusätzlich erschwert. Gesundheitskompetenz umfasst die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen, medizinischen Anweisungen zu folgen und informierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu treffen. Eine geringe Gesundheitskompetenz kann durch einen begrenzten Bildungsgrad, mangelnde Erfahrung mit

Gesundheitssystemen oder kulturelle Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Krankheit bedingt sein (Nutbeam, 2008).

Kulturelle Unterschiede

Kulturelle Unterschiede spielen eine entscheidende Rolle beim Zugang zu Gesundheitsleistungen und deren Gestaltung. Viele Flüchtlinge und Migrant:innen stammen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten mit eigenen Überzeugungen, Praktiken und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit. Gesundheitsdienstleister:innen, die diese Unterschiede nicht kennen oder nicht berücksichtigen, können unbeabsichtigt Unbehagen, Misstrauen oder gar die Ablehnung von Behandlungsangeboten hervorrufen (Vissandjée et al., 2017).

Diskriminierung

Zudem erleben Migrant:innen und Flüchtlinge innerhalb des Gesundheitssystems häufig Diskriminierung aufgrund ihrer ethnischen Herkunft, ihres Aufenthaltsstatus oder ihrer sozioökonomischen Lage. Diskriminierung kann psychische Gesundheitsprobleme verstärken, Menschen davon abhalten, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, und zu einem allgemeinen Gefühl der Entfremdung und des Misstrauens gegenüber medizinischem Personal beitragen (Jarvis & Kirmayer, 2023).

In vielen Aufnahmeländern haben Flüchtlinge und Migrant:innen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus nur eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Selbst wenn Gesundheitsdienste zur Verfügung stehen, können finanzielle Hürden, wie

Es wird erwartet, dass die globale Migration weiter zunehmen wird, da Klimawandel, Konflikte und wirtschaftliche Ungleichheiten das Leben der Menschen weiterhin beeinträchtigen.

(Jarvis & Kirmayer, 2023)

die fehlende Möglichkeit, eine Versicherung abzuschließen oder Eigenanteile zu zahlen, sie daran hindern, rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Barrieren führen häufig dazu, dass gesundheitliche Probleme unbehandelt bleiben und sich im Laufe der Zeit verschlimmern (WHO, 2021).

Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist ein entscheidendes, jedoch häufig vernachlässigtes Thema bei Flüchtlings- und Migrant:innenpopulationen. Die traumatischen Erfahrungen, die mit der Flucht vor Krieg, Verfolgung oder wirtschaftlicher Not verbunden sind, sowie der Stress der Neuansiedlung in einem fremden Land, können erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Flüchtlinge sind besonders anfällig für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angststörungen, die sowohl durch die erlebten Traumata während der Vertreibung als auch durch die Herausforderungen der Anpassung an eine neue Umgebung begünstigt werden (Kirmayer et al., 2011).

Weltweit übersteigt die Zahl der Flüchtlinge, sowohl der Binnenvertriebenen als auch derjenigen, die gezwungen sind, ihr Heimatland zu verlassen, inzwischen 100 Millionen (UNHCR, 2022).

6.4. Verknüpfung von Globaler Gesundheit, Migration, Flüchtlingsgesundheit und transkulturellen Bedürfnissen

Die Themen globale Gesundheit, Migration, Flüchtlingsgesundheit und transkulturelle Gemeinschaften sind eng miteinander verknüpft. Migrant:innen und Flüchtlinge tragen häufig eine besondere Last gesundheitlicher Ungleichheiten, die durch systemische Probleme wie unzureichende Gesundheitsinfrastrukturen und gesellschaftliche Diskriminierung weiter verstärkt werden. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist ein ganzheitlicher Ansatz erforderlich, der das Zusammenspiel zwischen individuellen Gesundheitssoutcomes und übergeordneten sozialpolitischen sowie wirtschaftlichen Faktoren berücksichtigt (WHO, 2021).

Diese Integration umfasst die Stärkung von Gesundheitssystemen, um die Inklusion vielfältiger Bevölkerungsgruppen sicherzustellen, die Förderung von Politiken, die die Rechte von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen schützen, sowie die Förderung kultureller Kompetenz im Gesundheitswesen. Internationale Zusammenarbeit und Investitionen in globale Gesundheitsinitiativen sind entscheidend für den Aufbau widerstandsfähiger Gesundheitssysteme, die in der Lage sind, den Bedürfnissen aller Menschen gerecht zu werden – unabhängig von ihrer Herkunft oder ihrem Status. Durch die Umsetzung dieser Prinzipien kann die globale Gesundheitsgemeinschaft dem Ziel der Gesundheit für alle und der Verwirklichung von Chancengleichheit einen entscheidenden Schritt näherkommen (IOM, 2023; Spector, 2016).

Die gesundheitlichen Herausforderungen, mit denen Migrantinnen, Migranten, Flüchtlinge und transkulturelle Gemeinschaften konfrontiert sind, bilden ein Mikrokosmos der umfassenderen globalen Gesundheitsprobleme und spiegeln Ungleichheiten wider, die sofortige Aufmerksamkeit und nachhaltiges Handeln erfordern. Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert inklusive politische Maßnahmen, kultursensible Versorgung und internationale Zusammenarbeit. Indem Chancengleichheit priorisiert und die Stärken vielfältiger Bevölkerungsgruppen genutzt werden, kann die globale Gemeinschaft auf eine gesündere und inklusivere Welt hinarbeiten.

References

- González, A. (2022). Language barriers in healthcare settings: Addressing the needs of migrant communities. *Journal of Global Health*, 9(2), 214–221.
- International Organization for Migration (IOM). (2023). Migration. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/migration>
- Jarvis, G. E., & Kirmayer, L. J. (2023). Global migration: Moral, political and mental health challenges. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 5–12. <https://doi.org/10.1177/13634615231162282>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., & Pottie, K. (2011). Mental health care for immigrants and refugees: A cultural perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(3), 147–157. <https://doi.org/10.1177/0020764010390715>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Spector, R. E. (2016). *Cultural diversity in health and illness* (9th ed.). Pearson Education.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2023). Refugees. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/refugees>
- Vissandjée, B., Simich, L., & Allotey, P. (2017). Cultural competence in health care: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17(1), 530. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2483-6>
- World Health Organization. (2021). Global health. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/global-health>
- World Health Organization. (2021). Refugee and migrant health: Global competency standards for health workers. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346743>

Abschließende Reflexion: Migration und Gesundheit im Kontext des EMPOWER-Modells

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel verdeutlicht, wie die komplexen Realitäten von Geflüchteten und Migrantinnen und Migranten direkt mit den Zielen des EMPOWER-Modells verknüpft sind – insbesondere in Bezug auf Multikulturalität, Effektivität und Wohlbefinden. Es unterstreicht die Bedeutung einer kultursensiblen und traumasensiblen Versorgung und steht damit im Einklang mit dem EMPOWER-Ansatz, der Praktiken fordert, die Diversität respektieren und Patientinnen und Patienten als aktive Teilnehmende an ihrem eigenen Gesundheitsprozess stärken.

Durch die Auseinandersetzung mit systemischen Barrieren wie Sprache, Gesundheitskompetenz und Diskriminierung unterstützt das Kapitel den Fokus des EMPOWER-Modells auf den Abbau von Ungleichheiten und die Förderung einer inklusiven, patientenzentrierten Versorgung. Die Betonung von psychischer Gesundheit und strukturellen Herausforderungen spiegelt zudem das Engagement des Modells für das Wohlbefinden wider, indem es für eine Versorgung eintritt, die sowohl physische als auch psychische Bedürfnisse berücksichtigt.

Darüber hinaus steht das Kapitel mit seinem Plädoyer für inklusive Politik und internationale Zusammenarbeit im Einklang mit der Vision des EMPOWER-Modells von globaler professioneller Verantwortung und dem ethischen Anspruch, alle Patientinnen und Patienten unabhängig von Herkunft, Status oder Identität mit Würde und Kompetenz zu behandeln.

Zusammenfassend bekräftigt dieses Kapitel die Mission des EMPOWER-Modells, indem es zeigt, dass transkulturelle Versorgung kein optionaler Bestandteil ist – sie ist essenziell für eine ethische, wirksame und mitfühlende Gesundheitsversorgung in einer globalisierten Welt.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Kapitel 7

Die Auswirkungen des Klimawandels und der Pandemie auf die globale Gesundheit

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA,
PARASKEVI CHARITOU

Cyprus University of Technology (Cyprus)

“

Pandemien und Klimawandel sind miteinander verbundene Krisen, die die globale Entwicklung bedrohen. Die COVID-19-Pandemie hat die Schwachstellen im Gesundheitswesen und in den Volkswirtschaften offengelegt, während der Klimawandel Probleme wie Ernährungsunsicherheit, Vertreibung und gesundheitliche Ungleichheiten verschärft. Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert integrierte, nachhaltige Lösungen, um Resilienz, Gerechtigkeit und langfristigen Fortschritt zu gewährleisten.

7.1. Einleitung

Globale Gesundheit ist eine vielschichtige Disziplin, die sich mit der Gesundheit von Bevölkerungen über nationale Grenzen hinweg befasst und dabei Gerechtigkeit, Zusammenarbeit und die Wechselwirkungen von Gesundheitsdeterminanten in den Mittelpunkt stellt. Die Herausforderungen durch den Klimawandel und Pandemien haben die globale Gesundheitskrise verschärft und betreffen insbesondere verletzbare Bevölkerungsgruppen, einschließlich transkultureller Gemeinschaften. Diese, oft durch Migration und kulturelle Vielfalt geprägten Gemeinschaften, haben spezifische gesundheitliche Bedürfnisse, die maßgeschneiderte und kultursensible Antworten erfordern. Dieses Kapitel beleuchtet die Schnittstellen zwischen globaler Gesundheit, Klimawandel, Pandemien und den Bedürfnissen transkultureller Gemeinschaften, mit einem Fokus auf Strategien zum Aufbau gerechter und resilienter Gesundheitssysteme.



Ziele

Die Lernenden sollen durch dieses Kapitel ihre Einstellungen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in folgenden Bereichen erweitern:

- **Untersuchung globaler Krisen:** Analyse der Auswirkungen von Pandemien und Klimawandel auf die globale Gesundheit mit besonderem Fokus auf verletzbare Bevölkerungsgruppen.
- **Analyse von Verwundbarkeiten:** Identifizierung von Gesundheitsrisiken und systemischen Barrieren, denen transkulturelle Gemeinschaften, Migrantinnen und Migranten sowie Geflüchtete während globaler Gesundheitskrisen ausgesetzt sind.
- **Hervorhebung von Zusammenhängen:** Verständnis der Wechselwirkungen zwischen globaler Gesundheit, Klimawandel und Pandemien bei der Gestaltung von Gesundheitsergebnissen.

- **Förderung resilienter Gesundheitssysteme:** Einsatz für politische Maßnahmen und Strategien, die Gesundheitssysteme inklusiv, kultursensibel und widerstandsfähig gegenüber künftigen Herausforderungen machen.
- **Stärkung globaler Zusammenarbeit:** Betonung der Rolle internationaler Kooperation bei der Bekämpfung von Gesundheitsungleichheiten und der Minderung der Auswirkungen von Klimawandel und Pandemien.

Lernziele

Am Ende dieses Kapitels sind die Lernenden in der Lage:

- **Schlüsselbegriffe zu verstehen:** Pandemien, Klimawandel und deren Relevanz für die globale Gesundheit zu definieren und zu erklären.
- **Gesundheitsherausforderungen zu erkennen:** Die besonderen gesundheitlichen Herausforderungen transkultureller Gemeinschaften in globalen Krisen zu identifizieren.
- **Systeme zu analysieren:** Verwundbarkeiten von Gesundheitssystemen, die durch Pandemien und Klimawandel offengelegt wurden, zu bewerten.
- **Strategien anzuwenden:** Kultursensible und inklusive Ansätze zur Minderung gesundheitlicher Ungleichheiten und zur Förderung von Resilienz zu empfehlen.
- **Für Veränderungen einzutreten:** Die Bedeutung globaler Zusammenarbeit und auf Gerechtigkeit ausgerichteter Politiken für eine wirksame Bewältigung von Klima- und Gesundheitskrisen zu diskutieren.

Während der COVID-19-Pandemie waren einige ethnische Gruppen verstärkt von Xenophobie und Gewalt betroffen.

Relevante Begriffe und Definitionen

Pandemie: Ein Ausbruch einer Infektionskrankheit, der global auftritt, internationale Grenzen überschreitet und eine große Anzahl von Menschen betrifft. Im Gegensatz zu lokal begrenzten Epidemien sind Pandemien durch eine weitreichende Verbreitung gekennzeichnet, die häufig erhebliche soziale, wirtschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderungen mit sich bringt (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

Klimawandel: Langfristige Veränderungen von Temperaturen und Wetterbedingungen, die in erster Linie durch menschliche Aktivitäten wie das Verbrennen fossiler Brennstoffe und Entwaldung verursacht werden. Diese Veränderungen haben erhebliche Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit, da sie bestehende Gesundheitsprobleme verschärfen und neue Herausforderungen schaffen. Beispielsweise erhöht der Klimawandel die Häufigkeit extremer Wetterereignisse, verschlechtert die Luftqualität, fördert die Ausbreitung von Infektionskrankheiten und beeinträchtigt die Versorgung mit Nahrungsmitteln und Wasser – mit überproportionalen Auswirkungen auf verletzbare Bevölkerungsgruppen (World Health Organization [WHO], 2021a).

7.2. Pandemien und ihre globalen Auswirkungen

Die COVID-19-Pandemie hat die Anfälligkeit globaler Gesundheitssysteme deutlich gemacht und die entscheidende Bedeutung von Vorbereitung, gerechter Reaktion und Resilienz im Umgang mit Pandemien hervorgehoben. Sie zeigte auf, wie fragil Gesundheitsinfrastrukturen sein können, insbesondere in marginalisierten Gemeinschaften wie Migrantinnen und Migranten, Geflüchteten und transkulturellen Bevölkerungsgruppen, die häufig keinen ausreichenden Zugang zu Gesundheits- und Sozialsystemen haben (International Organization for Migration [IOM], 2023). Diese Gruppen sind aufgrund von Sprachbarrieren, kulturellen Unterschieden und teils diskriminierenden Praktiken im Gesundheitswesen besonders vulnerabel. Folglich stehen sie in Gesundheitskrisen vor erheblichen Herausforderungen beim Zugang zu Präventions- und Behandlungsmaßnahmen. Die Lehren aus COVID-19 sowie aus früheren Pandemien wie SARS, Ebola und der Influenza-Pandemie von 1918 verdeutlichen den Bedarf an einer robusten öffentlichen Gesundheitsinfrastruktur, rechtzeitiger Kommunikation und gerechter Verteilung von Impfstoffen (World Health Organization [WHO], 2021b). Effektive Reaktionsstrategien müssen diese verletzbaren Bevölkerungsgruppen priorisieren, indem kultursensible Informationsprogramme und inklusive Gesundheitspolitiken implementiert werden, die sicherstellen, dass alle Gemeinschaften während einer Pandemie unterstützt werden.

Historisch gesehen haben Pandemien wertvolle Erkenntnisse geliefert, die heutige globale Gesundheitsstrategien prägen. Die Influenza-Pandemie von 1918 zeigte die Bedeutung nicht-pharmazeutischer Maßnahmen wie soziale Distanzierung, das Tragen von Masken und Quarantäne auf – Maßnahmen, die auch heute noch bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten relevant sind (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022). Die HIV/AIDS-Pandemie unterstrich die Notwendigkeit einer nachhaltigen globalen Finanzierung und der Entstigmatisierung betroffener Bevölkerungsgruppen und verdeutlichte den Bedarf langfristiger, multisektoraler Anstrengungen zur Bewältigung sowohl der medizinischen als auch der sozialen Aspekte von Gesundheitskrisen (World Health Organization [WHO], 2021b). Die Ausbrüche von SARS und Ebola stärkten das Bewusstsein für die Bedeutung einer raschen Krankheitsdetektion, wirksamer Eindämmungsstrategien und internationaler Zusammenarbeit, um die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. Diese Lehren prägen weiterhin moderne Ansätze im Bereich der öffentlichen Gesundheit und betonen die Notwendigkeit von Vorbereitung auf allen Ebenen.

Pandemien bedrohen nicht nur die menschliche Gesundheit, sondern führen auch zu massiven wirtschaftlichen Verwerfungen. Lockdowns, Reisebeschränkungen und Quarantänemaßnahmen sind zwar essenziell für die Eindämmung der Krankheitsverbreitung, bringen jedoch schwerwiegende wirtschaftliche Folgen mit sich. Besonders stark betroffen sind Branchen wie Tourismus, Transport und Gastgewerbe, was weitreichende Arbeitslosigkeit und Unternehmensschließungen zur Folge hat. Länder mit niedrigem Einkommen und vulnerable Arbeitskräf-

te, denen finanzielle Sicherheitsnetze oder staatliche Unterstützungsmaßnahmen fehlen, sind von diesen wirtschaftlichen Verwerfungen besonders betroffen (IOM, 2023). Die COVID-19-Pandemie hat bestehende Ungleichheiten verschärft, da ärmere Gemeinschaften und Länder mit schwerwiegenden gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen konfrontiert sind als wohlhabendere.



Neben den wirtschaftlichen Auswirkungen führte die COVID-19-Pandemie auch zu einem Anstieg von Xenophobie, Rassismus und Gewalt, insbesondere gegenüber ethnischen und migrantischen Gruppen. Bestimmte Gemeinschaften, die bereits vor der Pandemie marginalisiert waren, waren von einem erhöhten Maß an Diskriminierung betroffen, da sich Fehlinformationen und Ängste im Zusammenhang mit dem Virus verbreiteten. Diese soziale Spaltung stellte ein Hindernis für wirksame Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar, da das Vertrauen dieser Gemeinschaften in Regierung und Gesundheitssysteme weiter erodierte (World Health Organization [WHO], 2021b). Daher ist es von entscheidender Bedeutung, im Rahmen der Pandemievorsorge und -bewältigung auch die sozialen Determinanten von Gesundheit, einschließlich Rassismus und Xenophobie, gezielt zu adressieren.

Um künftige Pandemien wirksam zu bekämpfen und ihre Auswirkungen auf die globale Gesundheit zu mildern, ist ein Ansatz erforderlich, der eine robuste Gesundheitsinfrastruktur, globale Zusammenarbeit und soziale Gerechtigkeit miteinander verbindet. Durch das Lernen aus vergangenen Pandemien und die gezielte Auseinandersetzung mit systemischen Schwachstellen können wir inklusivere und widerstandsfähigere globale Gesundheitssysteme schaffen, die besser auf zukünftige Gesundheitskrisen vorbereitet sind (IOM, 2023).

7.3. Der Klimawandel als globale Gesundheitsbedrohung

Der Klimawandel wird zunehmend als eine der größten Bedrohungen für die globale Gesundheit anerkannt. Steigende Temperaturen, extreme Wetterereignisse und Umweltzerstörung haben direkte und indirekte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit. Klimainduzierte Katastrophen wie Hurrikane, Über-

schwemmungen und Dürren verschärfen Mangelernährung, durch Vektoren übertragene Krankheiten sowie psychische Gesundheitsprobleme (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022).

Besonders verletzbare Bevölkerungsgruppen, darunter transkulturelle Gemeinschaften und Migrant:innen, sind von diesen Auswirkungen häufig am stärksten betroffen. So zwingt beispielsweise klimabedingte Migration Millionen von Menschen zur Umsiedlung, oft in Gebiete mit unzureichender Gesundheitsinfrastruktur. Maßnahmen zur Minderung dieser Auswirkungen umfassen den Ausbau klimaresilienter Gesundheitssysteme, die Implementierung von Frühwarnsystemen für klimabezogene Gesundheitsrisiken sowie die Förderung nachhaltiger Entwicklungspolitiken (World Health Organization [WHO], 2021a).

Die Wechselwirkungen zwischen Klimawandel und globaler Gesundheit erstrecken sich auch auf die zunehmende Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten (NCDs). Steigende Temperaturen und sich verschlechternde Luftqualität tragen zu Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei (World Health Organization [WHO], 2021a). Eine langanhaltende Hitzeexposition kann zudem chronische Erkrankungen wie Diabetes und Nierenleiden verschärfen. Darüber hinaus steht der durch klimabedingte Vertreibung und Umweltzerstörung verursachte Stress im Zusammenhang mit einem Anstieg von Angststörungen, Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022). Diese Herausforderungen erfordern einen ganzheitlichen Ansatz, der Klimaanpassung und -minderung in öffentliche Gesundheitsstrategien integriert.

Ein weiterer entscheidender Aspekt ist die Auswirkung des Klimawandels auf Ernährung- und Wassersicherheit. Unberechenbare Wetterbedingungen und anhaltende Dürren beeinträchtigen die landwirtschaftliche Produktivität, was zu Nahrungsmittelknappheit und Mangelernährung insbesondere in einkommensschwachen Regionen führt. Zudem verunreinigen Überschwemmungen und steigende Meeresspiegel Süßwasservorräte, was die Verbreitung von wasserbasierten Krankheiten wie Cholera und Typhus erhöht. Die Bewältigung dieser Probleme erfordert eine globale Zusammenarbeit, um einen gerechten Zugang zu nährstoffreichen Lebensmitteln und sauberem Wasser sicherzustellen und gleichzeitig nachhaltige landwirtschaftliche Praktiken zu fördern (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021).

Wirksames Handeln gegen den Klimawandel und seine gesundheitlichen Auswirkungen erfordert eine robuste globale Governance. Regierungen, internationale Organisationen und nichtstaatliche Akteure müssen zusammenarbeiten, um

The intersections of global health, climate change, pandemics, and health of culturally diverse population needs demand an integrated and holistic approach. Strengthening health systems involves investing in infrastructure, improving access to care, and fostering international cooperation.

Politiken umzusetzen, die gesundheitliche Chancengleichheit und ökologische Nachhaltigkeit in den Mittelpunkt stellen (World Health Organization [WHO], 2021a). Investitionen in erneuerbare Energien, grüne Infrastrukturen und Aufklärungskampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für den Zusammenhang zwischen Klima und Gesundheit sind dabei unerlässlich. Darüber hinaus wird die Förderung sektorübergreifender Partnerschaften zwischen dem Gesundheits-, Umwelt- und Wirtschaftssektor sicherstellen, dass die entwickelten Lösungen sowohl nachhaltig als auch inklusiv sind (UNEP, 2022).

Schließlich spielt die Einbindung der Gemeinschaft eine entscheidende Rolle im Kampf gegen die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels. Die Stärkung lokaler Gemeinschaften durch Bildung, Ressourcen und partizipative Entscheidungsprozesse gewährleistet, dass Interventionen kulturell angemessen und wirksam sind (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). Basisinitiativen in Kombination mit Top-down-Maßnahmen schaffen einen umfassenden Ansatz zur Bewältigung der vielschichtigen Herausforderungen des Klimawandels.

Durch die Anerkennung der Wechselwirkungen zwischen Klimawandel und globaler Gesundheit kann die internationale Gemeinschaft proaktive Schritte zur Minderung dieser Auswirkungen unternehmen. Die Stärkung der Gesundheitssysteme, die Förderung nachhaltiger Entwicklung und die Erhöhung der Resilienz werden entscheidend sein, um die menschliche Gesundheit in einer Zeit beispielloser Umweltveränderungen zu schützen (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022).

7.4. Fazit

Die Verflechtung von globaler Gesundheit, Klimawandel und Pandemien stellt komplexe Herausforderungen dar, die dringendes und koordiniertes Handeln erfordern. Besonders vulnerable Gemeinschaften, darunter Migrantinnen und Migranten, Geflüchtete sowie internationale Bevölkerungsgruppen, sind von diesen Krisen überproportional betroffen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit inklusiver und kultursensibler Gesundheitssysteme. Durch die Umsetzung von Politiken, die diese Herausforderungen sowohl auf globaler als auch lokaler Ebene adressieren, kann die globale Gesundheitsgemeinschaft dazu beitragen, widerstandsfähigere und gerechtere Gesundheitssysteme aufzubauen, um sicherzustellen, dass alle Menschen Zugang zu der Versorgung und den Ressourcen erhalten, die sie für ihr Wohlergehen benötigen (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022).

Die Schnittmengen von globaler Gesundheit, Klimawandel, Pandemien und den gesundheitlichen Bedürfnissen kulturell vielfältiger Bevölkerungen erfordern einen integrierten und ganzheitlichen Ansatz. Die Stärkung der Gesundheitssysteme umfasst Investitionen in Infrastruktur, die Verbesserung des Zugangs zur Versorgung und die Förderung internationaler Zusammenarbeit.

Literaturverzeichnis

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Climate effects on health. <https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Pandemics: Preparedness and response. Retrieved from <https://www.cdc.gov>

International Organization for Migration (IOM). (2023). Migration. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/migration>

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2022). Climate change and health. Retrieved from <https://www.ipcc.ch>

United Nations Environment Programme (UNEP). (2022). Global environment outlook 2022: A roadmap for climate action. United Nations Environment Programme. <https://doi.org/10.18356/9789280734519>

UNHCR. (2022). Refugee data finder. UNHCR: The UN Refugee Agency. Retrieved January 5, 2023, from <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

World Health Organization (WHO). (2021a). Climate change and health. Retrieved from <https://www.who.int>

World Health Organization (WHO). (2021b). Global health. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/global-health>

Abschließende Reflexion: Die Verbindung globaler Gesundheitskrisen mit dem EMPOWER-Modell

by Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel zeigt auf, wie der Klimawandel und die COVID-19-Pandemie bestehende gesundheitliche Ungleichheiten offengelegt und verschärft haben, wobei transkulturelle Gemeinschaften, Migrantinnen und Migranten sowie Geflüchtete überproportional betroffen sind. Damit unterstützt der Inhalt direkt die Grundwerte des EMPOWER-Modells, insbesondere in den Bereichen Effektivität, Multikulturalität, Wohlbefinden und Bildungsressourcen.

Durch die Hervorhebung der Notwendigkeit widerstandsfähiger Gesundheitssysteme, gerechter Gesundheitspolitik und kultursensibler Reaktionsstrategien betont das Kapitel die Bedeutung kultureller Kompetenz im Umgang mit globalen Bedrohungen. Die Berücksichtigung psychologischer, sprachlicher und sozialer Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in Krisenzeiten veranschaulicht eine personenzentrierte Versorgung, die ein zentrales Prinzip von EMPOWER darstellt.

Das Kapitel unterstreicht zudem den Aufruf von EMPOWER zu internationaler Zusammenarbeit und Gesundheitsbildung und macht deutlich, dass systemische, inklusive Strategien im Angesicht von Pandemien und klimabedingten Gesundheitsrisiken unabdingbar sind.

Zusammengefasst zeigt das Kapitel, dass Resilienz und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen nur durch die Integration kultureller Vielfalt erreicht werden können – ein Gedanke, der im Herzen des EMPOWER-Modells verankert ist.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu

Kapitel 8

Alterung der Bevölkerung

**ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA,
PARASKEVI CHARITOU**

Cyprus University of Technology (Cyprus)

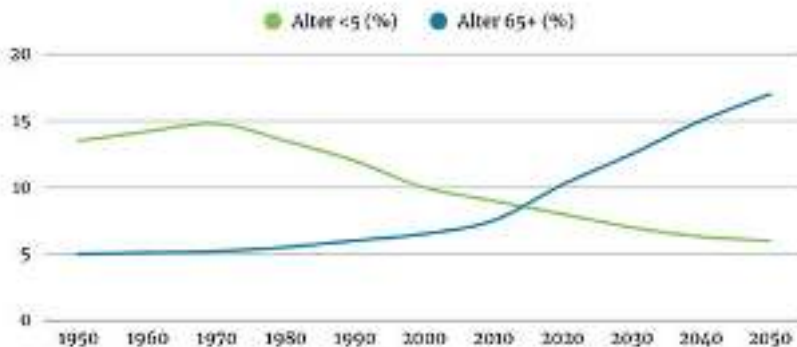
“

**Gesundheitsfachkräfte müssen den globalen Kontext des Gesundheitswesens verstehen, um personenzentrierte, kultursensible und ethisch fundierte Versorgung leisten zu können.
(Malhotra, 2023; Leininger & McFarland, 2002)**

**Bis 2050 wird erwartet, dass sich die weltweite Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter auf 1,5 Milliarden verdoppelt, was 16 % der Gesamtbevölkerung entspricht. Während Fortschritte im Gesundheitswesen und in den Lebensbedingungen die gesunde Lebenserwartung erhöht und das Wachstum der sogenannten „Silver Economy“ gefördert haben, bestehen weiterhin Herausforderungen wie zunehmende Gebrechlichkeit, chronische Erkrankungen und gesundheitliche Ungleichheiten unter älteren Menschen, was bedeutende Fragen der gesundheitlichen Gerechtigkeit aufwirft.
(Padeiro et al., 2023)**

8.1. Einführung

Die Alterung der Bevölkerung ist ein globaler Trend, der durch sinkende Geburtenraten und eine gestiegene Lebenserwartung bedingt ist. Seit 1950 ist die Lebenserwartung um 25 Jahre gestiegen, wobei Personen, die das 65. Lebensjahr erreichen, mit einer weiteren Lebenserwartung von durchschnittlich 16,8 Jahren rechnen können. Bis 2030 wird die Zahl älterer Menschen die der Jugendlichen übersteigen und doppelt so hoch sein wie die Zahl der Kinder unter fünf Jahren, wobei das schnellste Wachstum in Entwicklungsländern zu verzeichnen ist. Dieser demografische Wandel hat erhebliche Auswirkungen auf die Pflegebedarfe, da die Nachfrage nach formeller und informeller Pflege zunimmt. Der wachsende Bedarf an Gesundheits-, Pflege- und Sozialdienstleistungen erfordert eine erweiterte Ausbildung in Geriatrie und Gerontologie für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen. (Vereinte Nationen, Internationaler Tag der älteren Menschen [UNIDOP], 2024)



Anteil junger Kinder und älterer Menschen an der Weltbevölkerung, 1950–2050
(Vereinte Nationen, Weltbevölkerungsprognosen: Revision 210)

Ziele

Durch dieses Kapitel werden die Studierenden ihre Einstellungen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in folgenden Bereichen erweitern:

- Verbesserung des Verständnisses für globale Alterungstrends und deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen.
- Förderung kultureller Kompetenz im Umgang mit den besonderen Bedürfnissen kulturell vielfältiger älterer Bevölkerungsgruppen.
- Vermittlung von Strategien zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse und zur Förderung von Chancengleichheit in diversen älteren Gemeinschaften.

Lernergebnisse

Am Ende dieses Kapitels werden die Leserinnen und Leser in der Lage sein:

- Globale Alterungstrends und deren Auswirkungen auf Gesundheitssysteme zu erläutern.

- Häufige Herausforderungen zu identifizieren, mit denen transkulturell alternde Bevölkerungsgruppen konfrontiert sind.
- Prinzipien der kulturellen Kompetenz in klinischen Szenarien mit älteren Menschen anzuwenden.
- Relevante Gesetze und Abkommen zu erkennen, die eine gerechte Versorgung älterer Menschen unterstützen.
- Über Strategien zur Balance zwischen beruflicher Verantwortung und persönlichem Wohlbefinden bei der transkulturellen Versorgung zu reflektieren.

Relevante Definitionen und Begriffe

Altern: Fortschreitende physiologische Veränderungen in einem Organismus, die zu Seneszenz führen, d. h. zu einem Rückgang der biologischen Funktionen und der Fähigkeit des Organismus, sich an metabolischen Stress anzupassen. Altern beginnt mit dem Erreichen des Erwachsenenalters und ist ebenso ein Teil des menschlichen Lebens wie Kindheit, Jugend und Adoleszenz. Der physiologische Abbau betrifft alle Körpersysteme und verringert die Fähigkeit des Körpers, unter Belastung das Gleichgewicht (Homöostase) aufrechtzuerhalten. Dieser Rückgang erschwert es häufig, pathologische Zustände vom normalen Alterungsprozess zu unterscheiden. Der multisystemische Funktionsverlust reduziert die Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen, was zu Dekompensation und Gebrechlichkeit führen kann, die sich beispielsweise durch Verwirrtheit oder eingeschränkte Mobilität äußern. Symptome wie Atemnot oder Stürze haben oft mehrere zugrundeliegende Ursachen. (Preston & Biddell, 2021)

Altersdiskriminierung (Ageism):

Der **Global Report on Ageism** der WHO, entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Menschenrechte, dem Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen sowie dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, definiert Altersdiskriminierung als „unfaire Behandlung von Menschen, die alt werden oder alt sind, die Stereotype (wie wir denken), Vorurteile (wie wir fühlen) und Diskriminierung (wie wir handeln) gegenüber anderen oder



„Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen hat erhebliche Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung älterer Menschen. Stereotype, wie etwa die Annahme, dass alle älteren Patientinnen und Patienten gebrechlich oder technisch unbegabt seien, können zu unzureichender oder abwertender Behandlung führen. Systemische Barrieren wie das Fehlen altersfreundlicher Einrichtungen und eine unzureichende Ausbildung in der Geriatrie verschärfen diese Problematik.“ (Ayalon, Tesch-Römer, et al., 2018)

uns selbst auf der Grundlage des Alters. Altersdiskriminierung kann institutionell, zwischenmenschlich oder selbstbezogen sein. Sie beginnt bereits in der Kindheit, ist sozial konstruiert und betrifft Menschen aller Altersgruppen. Altersdiskriminierung hat schwerwiegende Folgen, darunter eine verringerte soziale Teilhabe, geringere Lebensqualität, schlechtere psychische und physische Gesundheit sowie ein erhöhtes Risiko eines vorzeitigen Todes“ (WHO, 2021).

Kulturelles Altern (Cultural Aging):

Kulturelles Altern bezeichnet den Prozess des Alterns im Kontext mehrerer oder sich überschneidender kultureller Hintergründe. Dabei wird betont, wie verschiedene kulturelle Faktoren die Wahrnehmung, Erfahrung und Erwartung des Alterns beeinflussen. Dieses Konzept erkennt an, dass Altern keine einheitliche Erfahrung ist, sondern maßgeblich von kulturellen Normen, Werten und Praktiken geprägt wird (Fernandes, 2023).

Transkulturelle Pflege (Transcultural Care):

Die Bereitstellung transkultureller Pflege ist eine berufliche Verantwortung und moralische Verpflichtung für Gesundheitsfachkräfte, wie sie von globalen Gesundheitsorganisationen hervorgehoben wird. Kultursensible Pflege verbessert das Wohlbefinden, die Zufriedenheit und die gesundheitlichen Ergebnisse von Patientinnen und Patienten. Die Umsetzung solcher Pflege ist jedoch komplex und erfordert von Pflegenden ein Verständnis für unterschiedliche Kulturen, eine kritische Reflexion der eigenen kulturellen Vorurteile sowie die Anwendung respektvoller, kultursensibler Interventionen. Diese Komplexität wird zusätzlich durch zwischenmenschliche, organisatorische und systemische Faktoren beeinflusst, wodurch es für Gesundheitsfachkräfte und Auszubildende herausfordernd ist, sich innerhalb der Strukturen des Gesundheitssystems zurechtzufinden und gleichzeitig wirksame transkulturelle Pflege zu gewährleisten (Shahzad, et al., 2021).

Prinzipien und Werte

Das Verständnis von globaler Gesundheit und Alter(n) ist für Studierende der Medizin- und Gesundheitswissenschaften von entscheidender Bedeutung, da die Vielfalt in den Patientengruppen ebenso wie die Zahl älterer Menschen weltweit stetig zunimmt. Die Integration von Prinzipien der transkulturellen Pflege gewährleistet Gleichberechtigung, Respekt gegenüber kultureller Vielfalt und verbessert die Behandlungsergebnisse der Patientinnen und Patienten. Die Prinzi-

prien und Werte der Altersmedizin und kultursensiblen Gesundheitsversorgung betonen Respekt, Inklusivität und die Reaktionsfähigkeit auf die vielfältigen Bedürfnisse älterer Menschen. Ziel dieser Prinzipien ist es sicherzustellen, dass Gesundheitsdienste zugänglich, gerecht und wirksam auf die besonderen Herausforderungen alternder Bevölkerungen eingehen, insbesondere bei Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen (Hanefeld et al., 2021; WHO, 2015).

Zentrale Prinzipien und Werte

Würde und Respekt: Jeder Mensch, unabhängig vom Alter, verdient es, mit Würde, Respekt und Fairness behandelt zu werden. Dazu gehört der Respekt vor der Autonomie und den Rechten älterer Menschen, Entscheidungen über ihre eigene Versorgung und ihr Leben selbst zu treffen.

Unabhängigkeit und Autonomie: Ältere Menschen sollen darin unterstützt werden, ihre Unabhängigkeit, ihre Entscheidungsfähigkeit sowie die Möglichkeit zu bewahren, ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen und Werten zu gestalten.

Soziale Teilhabe: Ältere Menschen sollten die Möglichkeit haben, in vollem Umfang am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, einschließlich Familie, Gemeinschaft und Arbeitswelt, um Isolation entgegenzuwirken und Inklusion zu fördern.

Gerechtigkeit und Zugang: Das Ziel besteht darin, gesundheitliche Ungleichheiten zu beseitigen und sicherzustellen, dass alle kulturellen Gruppen, einschließlich älterer Menschen aus marginalisierten oder Minderheitenmilieus, gleichen Zugang zu hochwertiger Versorgung erhalten.

Respekt vor kulturellen Unterschieden: Es wird anerkannt, dass kulturelle Hintergründe beeinflussen, wie Menschen Gesundheit und Krankheit wahrnehmen und erleben. Diese Unterschiede sollen in der Versorgung respektiert werden (WHO, 2015).

8.2. Das Altern der Bevölkerung als globale Herausforderung

8.2.1. Demografischer Wandel

Das Phänomen der Alterung der Bevölkerung, oft als „Silver Tsunami“ bezeichnet, markiert einen bedeutenden Wandel in der demografischen Geschichte. Gesellschaften waren traditionell von einer jungen Altersstruktur geprägt, in der Kinder einen großen Teil der Bevölkerung ausmachten, während ältere Menschen nur eine kleine Minderheit stellten. Dieses Muster war über verschiedene Zivilisationen sowie religiöse oder ideologische Systeme hinweg konstant. Doch im Jahr 2020 vollzog sich ein demografischer Wandel: Die Zahl der älteren Menschen begann, die der jungen zu übersteigen. Dieser weltweite Alterungstrend nahm seinen Anfang in industrialisierten Ländern und prägt inzwischen den Großteil der Welt (Jakovljevic et al., 2020). Eine realistische Prognose einer Zukunft mit 95 Millionen älteren Menschen muss ein Gleichgewicht finden, das sowohl die Herausforderungen der Pflege als auch die wertvollen Beiträge dieser Bevölkerungsgruppe berücksichtigt (Greenlee, 2020; Longev, 2021).

8.2.2. Altern und Gesundheit

Die COVID-19-Pandemie hat die Verwundbarkeit der geriatrischen Versorgung verdeutlicht und eine beunruhigende Wahrheit offengelegt: Die globalen Gesundheitssysteme sind unzureichend vorbereitet, um den Bedürfnissen einer alternenden Bevölkerung gerecht zu werden (Longev, 2021).

Die WHO veröffentlichte den **Baseline Report for the Decade of Healthy Ageing**, der einen Überblick darüber bietet, wo wir im Jahr 2020 stehen und welche Ziele bis 2030 erreicht werden sollen. Der Bericht vereint verfügbare Daten zur Messung von gesundem Altern, zeigt Erfahrungen von Ländern, die bereits erfolgreich Initiativen für gesundes Altern gestartet haben, und erläutert, was erforderlich ist, um Zusammenarbeit zu fördern und Fortschritte im Bereich des gesunden Alterns besser zu messen.

In folgendem Video finden Sie eine Einführung in den WHO-Baseline-Report: <https://youtu.be/ShmemfpkVLQ?si=GI4n1jzB8RopeHYx>

Die Förderung eines gesunden Alterns erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, der das physische, psychische und soziale Wohlbefinden umfasst. Frühzeitige Interventionen und Lebensstilentscheidungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Abschwächung der Auswirkungen altersbedingter Erkrankungen und der Verbesserung der Lebensqualität im höheren Alter (CDC, 2024). Zu den häufigsten altersbedingten Erkrankungen gehören neurodegenerative Erkrankungen, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselstörungen.

8.2.3. Demenz und Alzheimer-Krankheit

Altern ist der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung neurodegenerativer Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit und damit verbundenen Demenzen (ADRD). Die Alzheimer-Krankheit (AD), die weltweit häufigste neurodegenerative Erkrankung, nimmt mit zunehmendem Alter an Häufigkeit zu und stellt eine Herausforderung für Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften dar (Li et al., 2021). Im Jahr 2010 trugen Demenzerkrankungen zu zehn Millionen verlorenen Lebensjahren durch Behinderung (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) bei älteren Menschen bei, wobei 44 % der Krankheitslast in Regionen mit niedrigem und mittlerem Einkommen lag. Demenz geht mit fortschreitenden kognitiven Beeinträchtigungen einher, deren Verhaltens- und psychische Symptome die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen, die Belastung von pflegenden Angehörigen erhöhen und häufig zur Unterbringung in Pflegeeinrichtungen führen. Die Inzidenz von Demenz verdoppelt sich etwa alle 5,9 Jahre, von 3 Fällen pro 1000 Personenjahren im Alter von 60–64 Jahren auf 175 Fälle pro 1000 Personenjahren ab 95 Jahren. Eine frühzeitige Diagnose ist entscheidend, da sie es den Betroffenen ermöglicht, noch in der Lage zu sein, über zukünftige Pflege zu entscheiden (Jakovljevic et al., 2020). Trotz eines verbesserten Zugangs zu Gesundheitsdiensten bestehen weiterhin Lücken in der Gerechtigkeit und Effizienz der Demenzversorgung und des Managements.

Förderung des Demenzbewusstseins

Die Förderung des Bewusstseins für Demenz ist entscheidend, um die Ergebnisse zu verbessern, Stigmatisierung zu verringern und inklusive, unterstützende Umgebungen für Menschen mit Demenz zu schaffen. Demenzbewusstsein umfasst das Verständnis der Erkrankung sowie das Erkennen von Anzeichen, Symptomen und Risikofaktoren (Alzheimer's Association, 2021). Eine frühzeitige Diagnose kann das Management und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessern (World Health Organization, 2020). Darüber hinaus sind demenzfreundliche Umgebungen und der Abbau von Stigmatisierung wesentliche Bestandteile der Aufklärungsarbeit, da sie Inklusion und Unterstützung für Betroffene gewährleisten (Alzheimer's Disease International, 2021).

Vorteile von Demenzbewusstsein:

- Erhöhte Früherkennung und Behandlung, was zu einem besseren Symptommanagement führt.

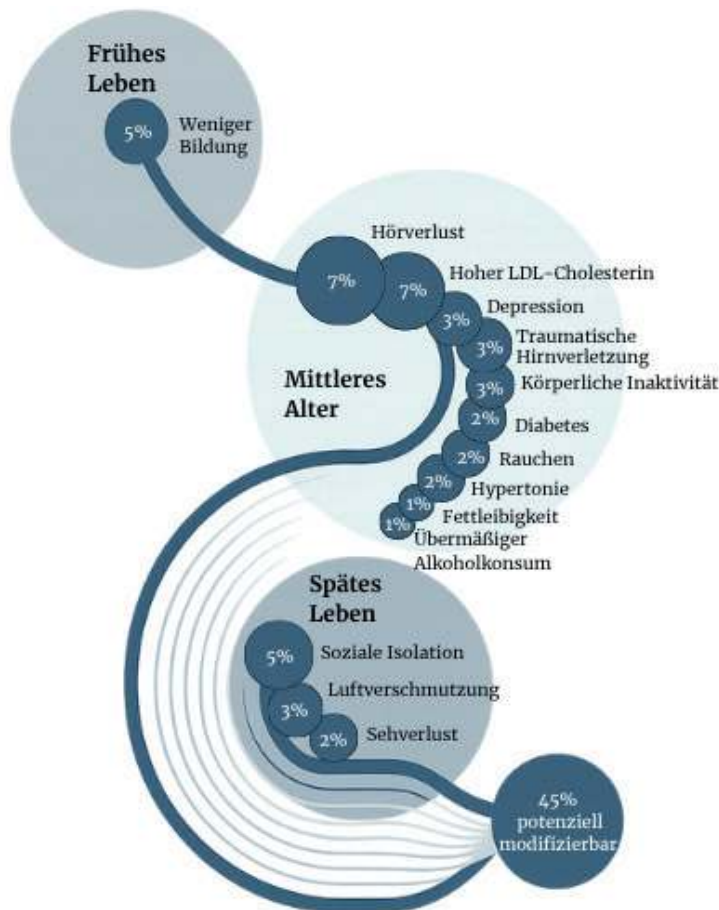


Abb. 11. Lebensverlaufsmodell des Beitrags veränderbarer Risikofaktoren zur Demenz (Livingston et al., 2024)

- Bessere Unterstützung für pflegende Angehörige und Familien, Verringerung von Stress und Belastung sowie Verbesserung der Lebensqualität.
- Mehr demenzfreundliche Gemeinschaften, die Inklusion, Verständnis und Teilhabe fördern.
- Stärkung von Menschen mit Demenz, damit sie aktiv und engagiert am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.

Demenzprävention

Mit der steigenden Lebenserwartung wächst auch die Zahl der Menschen, die mit Demenz leben. Dies unterstreicht die Dringlichkeit, Präventionsstrategien zu identifizieren und umzusetzen. Die Aufklärung der Öffentlichkeit über beeinflussbare Risikofaktoren wie Bildung, Hörverlust, Bluthochdruck, Rauchen, Fettleibigkeit, Depression, körperliche Inaktivität, Diabetes, Alkoholkonsum, Schädel-Hirn-Trauma, Luftverschmutzung, soziale Isolation, unbehandelte Sehbeeinträchtigungen und hohe LDL-Cholesterinwerte kann ebenfalls zur Prävention beitragen und das Demenzrisiko erheblich senken (Livingston et al., 2020). Der Bericht der Fachzeitschrift *The Lancet* legt nahe, dass durch die Beeinflussung dieser 14 Risikofaktoren nahezu die Hälfte der Demenzfälle verhindert oder verzögert werden könnte. Dies erfordert ambitionierte Präventionsbemühungen, einschließlich politischer Maßnahmen auf Bevölkerungsebene sowie individueller Interventionen. Die Prävention sollte auf Chancengleichheit abzielen und sich auf Risikogruppen konzentrieren, wobei Interventionen frühzeitig beginnen und über die gesamte Lebensspanne fortgesetzt werden sollten. Der Bericht betont, dass das Risiko unabhängig von genetischer Prädisposition (APOE-Genstatus) veränderbar ist und dass mehrkomponentige Interventionen sowohl Personen mit hohem als auch niedrigem genetischen Risiko zugutekommen können (Livingston et al., 2024).

Konkret empfohlene Maßnahmen umfassen:

Bildung: Zugang zu qualitativ hochwertiger Bildung sicherstellen und kognitive Anreize im mittleren Lebensalter fördern.

Hörverlust: Zugang zu Hörgeräten ermöglichen und schädliche Lärmbelastung verringern.

Depression: Depressionen effektiv behandeln.

Kopfschutz: Tragen von Helmen beim Kontaktsport und Radfahren fördern.

Körperliche Aktivität: Bewegung fördern, um das Demenzrisiko zu senken.

Rauchen: Aufklärung und Regulierung des Rauchens sowie Unterstützung bei der Entwöhnung anbieten.

Hypertonie: Den systolischen Blutdruck ab dem 40. Lebensjahr auf 130 mm Hg oder weniger halten.

Cholesterin: Hohe LDL-Cholesterinwerte frühzeitig erkennen und behandeln.

Gewichtsmanagement: Fettleibigkeit frühzeitig vorbeugen und behandeln, um das Diabetesrisiko zu senken.

Diabetes: Diabetes vorbeugen und kontrollieren.

Alkoholkonsum: Übermäßigen Alkoholkonsum durch Preisregulierung und Aufklärung reduzieren.

Soziale Teilhabe: Soziale Isolation durch altersgerechte Umgebungen und Gemeinschaftsprojekte verringern.

Sehverlust: Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen von Sehverlust gewährleisten.

Luftverschmutzung: Exposition gegenüber schädlichen Schadstoffen verringern. (Livingston et al., 2024)

Kulturelle Kompetenz in der Demenzpflege

Kulturelle Kompetenz in der Demenzpflege ist essenziell, um eine wirksame und respektvolle Betreuung von Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen sicherzustellen. Sie beinhaltet das Verständnis und die Integration der kulturellen Überzeugungen, Werte und Praktiken der Patientinnen und Patienten in die Pflegeplanung. Dieser Ansatz verbessert die Beteiligung der Betroffenen, ihre Zufriedenheit und die Qualität der Versorgung insgesamt.

Wesentliche Aspekte kultureller Kompetenz in der Demenzpflege:

Kulturelle Perspektiven verstehen: Kulturelle Überzeugungen beeinflussen maßgeblich, wie Demenz wahrgenommen, diagnostiziert und behandelt wird. In manchen Kulturen wird Demenz als natürlicher Bestandteil des Alterns gesehen, was zu einer verzögerten medizinischen Abklärung führen kann (Lark et al., 2018).

Kommunikation: Sprachbarrieren überwinden und kulturspezifische Kommunikationsstile berücksichtigen. Der effektive Einsatz von Dolmetschern und kul-



turell angepassten Informationsmaterialien verbessert die Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und Fachkräften (Alzheimer's Society).

Rollen der Familie: In vielen Kulturen sind Familienangehörige die Hauptpflegepersonen älterer Menschen mit Demenz. Diese Familiendynamiken anzuerkennen und zu respektieren, ist entscheidend für die Entwicklung wirksamer Pflegepläne (Shishira, 2024).

Angepasste Interventionen: Pflegepläne entwickeln, die kulturelle Essgewohnheiten, Pflegepraktiken und Gesundheitsüberzeugungen respektieren und gleichzeitig evidenzbasierte Methoden fördern.

Vertrauen aufbauen: Vertrauen durch kultursensible Interaktionen stärken, auch durch nonverbale Kommunikation und Zusammenarbeit mit kulturellen Gemeinschaftsressourcen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu fördern (Dementia UK, 2021).

8.3. Haltung von Gesundheitsfachkräften gegenüber älteren Patientinnen und Patienten

Forschungsergebnisse zeigen, dass die Haltung von Gesundheitsfachkräften gegenüber älteren Menschen die Qualität der Versorgung und der Kommunikation maßgeblich beeinflusst. Studien heben folgende zentrale Erkenntnisse hervor:

Negative Einstellungen beeinträchtigen die Kommunikation: Pflegekräfte mit negativen Einstellungen zum Alter führen mit älteren Patientinnen und Patienten kürzere, oberflächlichere und auf Aufgaben fokussierte Gespräche. Diese Interaktionen sind oft von einem herablassenden Ton geprägt und schließen die Betroffenen von Konsultationen oder Entscheidungen aus (Caris-Verhallen et al., 1999).

Geringe Erwartungen und distanzierte Pflege: Pflegekräfte mit ablehnender Haltung gegenüber älteren Menschen haben geringere Erwartungen an deren Rehabilitation und verhalten sich distanzierter. Sie verwenden seltener Humor oder merken sich die Namen älterer Patientinnen und Patienten im Vergleich zu jüngeren (McLafferty & Morrison, 2004).

Ausschluss aus medizinischen Gesprächen: Fachkräfte verschiedener Disziplinen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeit) schließen ältere Patientinnen und Patienten häufig von Gesprächen über ihre eigene Versorgung aus. Stattdessen wird lieber mit jüngeren Angehörigen kommuniziert oder Entscheidungen ohne nennenswerte Einbeziehung der älteren Person getroffen. Gründe hierfür sind ein Mangel an Selbstreflexion, die Annahme, Gespräche mit jüngeren Angehörigen seien einfacher, und das Versäumnis, die ältere Person als eigenständige Persönlichkeit wahrzunehmen (Ben-Harush et al., 2016).

Diese Muster verdeutlichen, wie Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen patientenzentrierte Versorgung untergraben und die Würde älterer Menschen beeinträchtigen kann.

8.4. Wie Kultur die Wahrnehmung des Alterns beeinflusst

In der heutigen Welt tragen Urbanisierung, steigende Lebenshaltungskosten und kulturelle Veränderungen durch globale Vernetzung dazu bei, dass traditionelle Mehrgenerationenhaushalte, in denen ältere Menschen im familiären Umfeld betreut werden, zunehmend durch institutionelle Betreuung ersetzt werden. In vielen östlichen Kulturen gilt es als Pflicht der jüngeren Generation, sich um ältere Familienmitglieder zu kümmern. Daher erhalten ältere Menschen häufig häusliche Pflege und leben mit Kindern oder anderen Verwandten zusammen. Im Gegensatz dazu ist es in Ländern wie den USA üblich, dass ältere Menschen in „Seniorenwohnanlagen“ leben, wo sie in einer Gemeinschaft selbstbestimmt wohnen (Fernandes, 2023).

Die Wahrnehmung des Alterns variiert zwischen Kulturen und beeinflusst, wie ältere Menschen angesehen und behandelt werden. In einigen Kulturen werden ältere Menschen für ihre Weisheit respektiert, in anderen hingegen wird das Altern negativ wahrgenommen, was sich auf Selbstwertgefühl und Wohlbefinden auswirken kann. Westliche Gesellschaften legen häufig Wert auf Jugend und äußere Schönheit, was zu einer negativen Sicht auf das Altern führt. In vielen östlichen und afrikanischen Kulturen hingegen werden ältere Menschen wegen ihrer Erfahrungen und ihres Wissens geschätzt, und es bestehen starke familiäre und gemeinschaftliche Unterstützungssysteme.

Das Verständnis dieser kulturellen Unterschiede durch Fachkräfte im Gesundheitswesen ist entscheidend für eine personalisierte Versorgung, bessere Kommunikation, die Einbindung von Familien in Entscheidungsprozesse und die Förderung von Gemeinschaftsbeteiligung. Schulungen zum Thema kulturelles Bewusstsein verbessern die Fähigkeit von Fachkräften, ältere Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen kompetent zu betreuen (Mansor & Hui, 2020).

8.5. Herausforderungen älterer Migrantinnen und Migranten beim Altern im Aufnahmeland

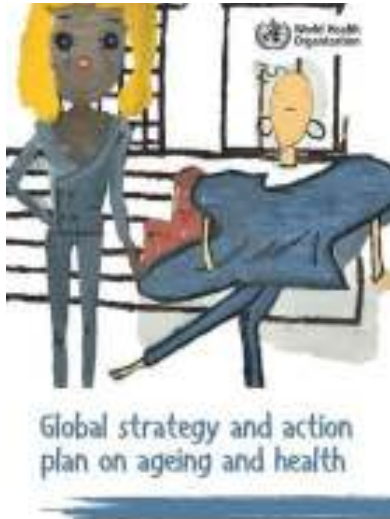
Wirtschaftliche Schwierigkeiten:

Ältere Migrantinnen und Migranten sind häufig überdurchschnittlich von Armut betroffen und gehören zu den besonders verletzlichen und benachteiligten Gruppen. Sie arbeiten oftmals in schlecht bezahlten Berufen mit geringer Arbeitsplatz-



Siehe hierzu das Video „Protecting the rights of older persons“:
<https://youtu.be/GB7Vr8tlOuE?si=aXOimGVI6xk8EAIC>.

sicherheit und erhalten nur minimale Rentenansprüche. Im Ruhestand sind sie deshalb häufig auf staatliche Renten angewiesen. Auch wenn sie über betriebliche Renten verfügen, fallen diese aufgrund von Phasen der Arbeitslosigkeit oder eines frühen Ruhestands meist gering aus. Ältere Migrantinnen und Migranten aus Nicht-EU-Staaten sind dabei besonders benachteiligt, da sie – anders als europäische Arbeitskräfte – ihre Rentenansprüche in der Regel nicht transferieren können (Ayalon, Tesch-Römer et al., 2018).



Eingeschränkter Zugang zu Dienstleistungen: Ältere Migrantinnen und Migranten haben häufig einen eingeschränkten Zugang zu staatlichen Dienstleistungen aufgrund von Sprachbarrieren, fehlender Bildung, mangelndem kulturellem Kapital und unzureichender Information. Sie haben oft Schwierigkeiten, sich im bürokratischen System zurechtzufinden, und sind daher auf die Unterstützung von Familie oder Gemeinschaft angewiesen. Fachkräfte machen die geringe Inanspruchnahme von Angeboten meist den Betroffenen selbst zum Vorwurf, anstatt strukturelle Probleme zu erkennen. Tatsächlich

tragen fehlende inklusive Politiken, mangelnde Aufmerksamkeit durch staatliche Institutionen und unzureichende interkulturelle Schulungen für Fachkräfte erheblich zu diesen Zugangsproblemen bei (Ayalon, Tesch-Römer et al., 2018).

Soziale Isolation (Einsamkeit): Soziale Isolation ist ein weltweites, anhaltendes Problem, das viele ältere Menschen betrifft, insbesondere ältere Migrantinnen und Migranten sowie geflüchtete Seniorinnen und Senioren. Häufige Ursachen sind Rassismus, Diskriminierung, Sprachbarrieren, schwache soziale Netzwerke sowie die Trennung von Freundinnen, Freunden und Familie. Die Identifikation sozial isolierter älterer Menschen bleibt eine große Herausforderung. Ein umfassenderes Verständnis von sozialer Isolation ist unerlässlich, um politische Maßnahmen, Programme und Forschung zum Wohle diverser älterer Menschen zu entwickeln (Johnson et al., 2021).

8.6. Was sagen europäische Verträge und Konventionen dazu?

Obwohl die spezifischen Gesetze von Land zu Land variieren, sind gemeinsame Grundprinzipien: Diskriminierungsverbot, sozialer Schutz, Zugang zur Gesundheitsversorgung und Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben. EU-Verträge und Rechtsvorschriften bieten umfassenden Schutz vor Altersdiskriminierung. Ziel ist es, die Rechte älterer Menschen zu schützen, ihr Wohlergehen zu fördern und ihre gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten.

Artikel 19 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) ermächtigt die EU zur Gesetzgebung gegen Altersdiskriminierung (Europäische Union, 2007).

Artikel 21 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verbietet ausdrücklich Altersdiskriminierung, während **Artikel 25** das Recht älterer Menschen auf Würde, Unabhängigkeit und soziale Teilhabe anerkennt (Europäische Union, 2000). Die **Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)** spricht Altersdiskriminierung zwar nicht ausdrücklich an, aber deren Diskriminierungsverbot wird inzwischen auch auf das Alter angewendet (Europarat, 1950).

Der **Europäische Gerichtshof (EuGH)** hat das Verbot der Altersdiskriminierung als allgemeinen Grundsatz des EU-Rechts etabliert. Dies wurde im **Mangold-Urteil (Mangold gegen Helm, 2005)** bestätigt. In diesem Fall hatte Herr Mangold, ein 56-jähriger Arbeitnehmer in Deutschland, eine befristete Anstellung nach deutschem Recht, das solche Verträge für ältere Menschen ohne besondere Begründung erlaubte. Er klagte mit der Begründung, dies diskriminiere ihn altersbedingt. Der EuGH urteilte, dass das deutsche Gesetz der **Beschäftigungsrahmenrichtlinie (2000/78/EG)** widerspreche, auch wenn deren Umsetzung erst für Ende 2006 vorgesehen war. Nationale Gerichte müssen demnach nationale Regelungen, die mit den EU-Grundprinzipien unvereinbar sind, außer Acht lassen.

Europäische Sozialcharta des Europarates: Die **Europäische Sozialcharta** ist ein Menschenrechtsabkommen des Europarates und schützt seit über 60 Jahren soziale und wirtschaftliche Rechte in Europa. Sie wurde am 18. Oktober 1961 in Turin unterzeichnet und kontinuierlich weiterentwickelt, um den Herausforderungen moderner Gesellschaften gerecht zu werden. Trotz dieser Weiterentwicklungen bleibt sie ein zentraler Bestandteil der Grundwerte des Europarates: Menschenrechte, Rechtsstaatlichkeit und Demokratie. **Artikel 23** war die erste menschenrechtliche Bestimmung zum Schutz älterer Menschen und fordert die Mitgliedstaaten auf, ein angemessenes Einkommen, Zugang zur Gesundheitsversorgung und soziale sowie kulturelle Teilhabe für ältere Menschen sicherzustellen. Ziel ist es, älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Außerdem verlangt der Artikel ein rechtliches Instrumentarium zur Bekämpfung altersbedingter Diskriminierung und für Verfahren der **unterstützten Entscheidungsfindung** (Europarat, 1961).

Beschäftigungsrahmenrichtlinie (2000/78/EG): Diese Richtlinie verbietet Altersdiskriminierung in Beschäftigung und beruflicher Bildung innerhalb der EU. Ihr Ziel ist es, Chancengleichheit im Berufsleben unabhängig vom Alter zu gewährleisten (Europäische Kommission. Gesetzgebung: Beschäftigungsrahmenrichtlinie 2000/78/EG).

WHO, Globale Strategie und Aktionsplan zu Altern und Gesundheit (2016–2020): Im Jahr 2016 verabschiedete die **Weltgesundheitsversammlung** mit 194 Mit-



gliedstaaten die globale Strategie und den Aktionsplan zu Altern und Gesundheit (2016–2030). Die Strategie formulierte Visionen und Ziele für 14 Jahre (2016–2030) sowie einen Aktionsplan für den Zeitraum 2016–2020 zur Stärkung der Grundlagen und Partnerschaften für das **Jahrzehnt des gesunden Alterns (2021–2030)**. Ziel der Strategie war es, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern, gesundes Altern zu fördern und den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen. Der Aktionsplan fokussierte darauf, älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen sowie den Zugang zu Dienstleistungen und Unterstützung zu gewährleisten. Gleichzeitig sollte eine Gesellschaft gefördert werden, die den Beitrag älterer Menschen wertschätzt.

“

„Wenn wir gemeinsam handeln, können wir Qualität dem Leben hinzufügen und allen Menschen die Chance geben, ein erfülltes Leben zu führen – unabhängig vom Alter. Gemeinsam können wir jedes Jahr zählen lassen – nicht durch Zahlen, sondern durch das, was wir zwischen den Jahren erleben und wachsen.“

(UN Decade of Healthy Ageing, 2022)

Die Strategie (2016–2020) verfolgte zwei Hauptziele:

1. Fünf Jahre evidenzbasierter Maßnahmen zur Förderung funktionaler Fähigkeiten für alle.
2. Bis 2020 die Grundlagen und Partnerschaften schaffen, die das Jahrzehnt des gesunden Alterns (2021–2030) ermöglichen.

Die WHO leistete wesentliche Beiträge zum Erreichen dieser Ziele. Für Ziel 1 stärkte die WHO die wissenschaftliche Evidenz zu gesundem Altern, entwickelte Richtlinien und setzte sich für entsprechende politische Maßnahmen ein. Der **World Report on Ageing and Health (WRAH)** und andere Studien bildeten eine wichtige Grundlage für nationale Strategien. Für Ziel 2 mobilisierte die WHO Mitgliedsstaaten, UN-Organisationen, Zivilgesellschaft und Forschung, um die Voraussetzungen für das Jahrzehnt des gesunden Alterns zu schaffen. Der Entwurf für das Jahrzehnt benennt vier zentrale Handlungsfelder: Bekämpfung von Altersdiskriminierung, Schaffung altersfreundlicher Umgebungen, Verbesserung integrierter Versorgung und Ausbau der Langzeitpflege. Die WHO initiierte zudem Programme wie **Healthy Ageing for Impact in the 21st Century**, ein Online-Training für politische Entscheidungsträger.

Herausforderungen bestehen weiterhin, darunter der Bedarf an stärkerer Führungsverantwortung, klareren Rollen der Partner und einer gerechteren Beteiligung der Länder an der Umsetzung (WHO: Evaluationsbericht, 2020).

Der UN-Dekade des gesunden Alterns (2021–2030): eine weltweite Initiative unter der Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Fortsetzung der **Globalen Strategie zu Altern und Gesundheit (2016–2020)**. Ziel ist es, das Wohl-

ergehen, die Rechte und die Würde älterer Menschen zu fördern. Die Initiative steht im Einklang mit den **Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen (SDGs)** und konzentriert sich darauf, die Lebensqualität älterer Bevölkerungsgruppen weltweit zu verbessern. Sie erkennt den demografischen Wandel einer alternden Weltbevölkerung an und strebt an, gesundes Altern inklusiv und nachhaltig zu fördern. Die UN-Dekade des gesunden Alterns will die Herausforderungen und Chancen des Alterns angehen, indem sie Umgebungen und Systeme schafft, die Gesundheit, Autonomie und Teilhabe älterer Menschen fördern. Dabei wird die sektorübergreifende Zusammenarbeit sowie innovative Ansätze für altersfreundliche Gesellschaften betont.

Zentrale Ziele der Dekade:

A) Altersdiskriminierung bekämpfen:

Abbau von Stereotypen und Diskriminierung gegenüber älteren Menschen sowie Förderung eines positiven Altersbildes und der Anerkennung ihrer Beiträge.

Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung:

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch Bildungskampagnen über den Wert und das Potenzial älterer Menschen.
- Entwicklung von politischen Maßnahmen und Gesetzen zum Schutz vor altersbedingter Diskriminierung im Arbeitsleben, Gesundheitswesen und anderen Bereichen.
- Förderung generationenübergreifender Programme, um gegenseitiges Verständnis zu fördern und Vorurteile zwischen Jung und Alt abzubauen.

B) Altersfreundliche Lebenswelten schaffen:

Gestaltung barrierefreier öffentlicher Räume und Förderung von Gemeinschaften, die aktives und gesundes Altern unterstützen.

Altersfreundliche Gemeinschaften:

- Gewährleistung barrierefreier öffentlicher Räume, Verkehrsmittel und Wohnmöglichkeiten, die den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen.
- Förderung von Teilhabechancen in Form von Ehrenamt, sozialem, kulturellem und freizeitleichem Engagement.
- Verbesserung des Zugangs zu Dienstleistungen wie Gesundheitsversorgung, Einkaufsmöglichkeiten und Freizeitangeboten durch physische und digitale Infrastrukturen.

C) Integrierte Versorgung gewährleisten:

Bereitstellung personenzentrierter, umfassender Gesundheitsdienstleistungen, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind.

Modelle integrierter Versorgung:

- Stärkere Koordination zwischen Hausärztinnen und -ärzten, Fachärztinnen und -ärzten sowie gemeindenahen Diensten, um die komplexen Gesundheitsbedürfnisse älterer Menschen abzudecken.

- Schwerpunkt auf Prävention, frühzeitiger Diagnose und dem Management chronischer Erkrankungen zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse und der Lebensqualität.
- Nutzung von Technologien wie Telemedizin zur Verbesserung des Zugangs zu Versorgung, insbesondere in abgelegenen oder unterversorgten Regionen.

D) Langzeitpflege unterstützen:

Verbesserung von Langzeitpflegesystemen, die die Rechte, Würde und Wünsche älterer Menschen mit schwindender Autonomie respektieren.

Verbesserung der Langzeitpflege:

- Entwicklung gemeindenaher Pflegeangebote, die es älteren Menschen ermöglichen, möglichst lange in der eigenen Umgebung zu leben, statt in Institutionen.
- Bereitstellung von ausreichender Schulung und Unterstützung für pflegende Angehörige sowie professionelles Pflegepersonal.
- Sicherstellung, dass Langzeitpflegepolitik Themen wie Missbrauch, Vernachlässigung und Ausbeutung angemessen berücksichtigt.

Insgesamt versteht sich die Initiative als **Handlungsauftrag** an Regierungen, Zivilgesellschaft und Interessengruppen, das Leben älterer Menschen zu verbessern, ihnen ein längeres, gesünderes und erfüllteres Leben zu ermöglichen (Decade of Healthy Ageing, 2022).

References

- Alzheimer's Association. (2021). *Alzheimer's disease facts and figures*. Alzheimer's Association. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.alz.org/facts>
- Alzheimer's Disease International. (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.alz.co.uk/research/world-report>
- Alzheimer's Society. (n.d.). *Cultural sensitivity and awareness*. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.alzheimers.org.uk/dementia-professionals/dementia-experience-tool-kit/how-recruit-people-dementia/cultural-sensitivity-and-awareness>
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., et al. (2016). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. *The Gerontologist*, 57(4), 707-718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw076>
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). The role of communication in nursing care for older people: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 915-933. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00966.x>
- CDC. (2024). *Healthy aging at any age*. <https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/index.html>
- Council of Europe. (1950). *European Convention on Human Rights*. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.echr.coe.int>
- Council of Europe. (1961). *European Social Charter*. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter>
- Dementia UK. (2021). *Cultural and religious awareness within dementia care*. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.dementiauk.org/news/cultural-and-religious-awareness-within-dementia-care/>
- European Commission. (n.d.). *Legislation: Employment Equality Directive (2000/78/EC)*. Employment, Social Affairs & Inclusion. Retrieved January 21, 2025, from https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/rights-work/tackling-discrimination-work/legislation-employment-equality-directive-200078ec_en
- European Union. (2000). *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Official Journal of the European Communities, C 364/1. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.europarl.europa.eu>
- European Union. (2007). *Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU)*. Official Journal of the European Union, C 326/47. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.europa.eu>
- Fernandes, D. (2023). *Aging across borders: How we age around the world*. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/non-weird-science/202310/aging-across-borders-how-we-age-around-the-world>
- Greenlee, K. (2020). *Overcoming the Silver Tsunami*. American Society on Ageing. <https://generations.asaging.org/silver-tsunami-older-adults-demographics-aging>
- Hanefeld, J., & Fischer, H. T. (2021). Global health: Definition, principles, and drivers. *Handbook of global health*, 3-27. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-05325-3_4-1
- Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2021). Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic. *Healthcare Management Forum*, 34(5), 266-271.

- Lark, J. L., Phoenix, S., Bilbrey, A. C., et al. (2018). Cultural competency in dementia care: An African American case study. *Clin Gerontol*, 41(3), 255-260. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1420725>
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. Open Journal of Nursing, 3(1).
- Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., et al. (2021). Aging and age-related diseases: From mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*, 22(2), 165-187. <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing commission. *The Lancet*, 404(10452), 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Longev, L. H. (2021). Care for ageing populations globally. *Lancet Healthy Longevity*, 2(4), e180.
- Malhotra, S. (2023). *Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare*.
- Mangold v. Helm, Case C-144/04, European Court of Justice (2005). Retrieved January 15, 2025, from <https://curia.europa.eu>
- Mansor, S., & Hui, M. K. (2020). Cultural attitudes towards older adults: A comparative study. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4), 413-430. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1802422>
- McLafferty, E., & Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 446-453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03124.x>
- Padeiro, M., Santana, P., & Grant, M. (2023). Global aging and health determinants in a changing world. In *Aging* (pp. 3-30). Academic Press.
- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Shahzad, S., Ali, N., Younas, A., & Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to trans-cultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing*, 37(6), 1119-1131. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>
- Shishira, S. (2024). *How race and culture can affect Alzheimer's care*. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.webmd.com/alzheimers/race-culture-alzheimers-care>
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042/>
- World Health Organization. (2020). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550579>
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Abschließende Reflexion: Alternde Bevölkerung und das EMPOWER-Modell

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel unterstreicht, dass die globale Alterung der Bevölkerung erhebliche Herausforderungen für Gesundheitssysteme im Hinblick auf **Gerechtigkeit, Empathie und kulturelle Anpassung** mit sich bringt – Herausforderungen, die eng mit den Kernsäulen des **EMPOWER-Modells**, insbesondere **Multikulturalismus, Professionalität, Wohlbefinden und Bildungsressourcen**, verknüpft sind.

Die Autorinnen heben hervor, wie wichtig **kultursensible geriatrische Versorgung**, der **Kampf gegen Altersdiskriminierung** und die **Entwicklung altersfreundlicher Umgebungen** sind – Aspekte, die die EMPOWER-Werte **WELLNESS** und **EFFECTIVENESS** direkt unterstützen. Der Fokus auf **individualisierte Versorgung älterer Menschen** sowie auf die Anerkennung ihrer **kulturellen Identität und Werte** spiegelt den EMPOWER-Ansatz wider, der respektvolle, reflektierte und kulturell bewusste Gesundheitsversorgung fordert.

Darüber hinaus betont das Kapitel die Bedeutung der **Prävention von Demenz** und der **altersbezogenen Bildung**, wodurch die **Bildungsressourcen-Komponente** des Modells gestärkt und die kontinuierliche Entwicklung von Gesundheitsfachkräften gefördert wird.

Zusammengefasst untermauert dieses Kapitel die zentrale Botschaft des EMPOWER-Modells: **Die Versorgung älterer Menschen muss kulturell fundiert, ethisch verankert und auf Würde sowie Wohlbefinden ausgerichtet sein – unabhängig von Alter oder Herkunft.**



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Kapitel 9

Effektive multikulturelle Kommunikation und kooperative Praxis:

Strategien für Inklusivität und Dialog

KARMEN ERJAVEC, SABINA KRSNIK

Universität Novo Mesto (Slowenien)



Effektive multikulturelle Kommunikation und Zusammenarbeit basieren auf Empathie, aktivem Zuhören und gegenseitigem Respekt. Sie verwandeln Vielfalt in ein kraftvolles Instrument für Inklusivität und bedeutungsvollen Dialog.

9.1. Einleitung

Effektive multikulturelle Kommunikation ist für Gesundheitsfachkräfte, die in zunehmend diversen Umgebungen arbeiten, von wesentlicher Bedeutung. Respekt gegenüber Vielfalt ist ein grundlegendes Prinzip, da Patient:innen und Kolleg:innen unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Überzeugungen und Werte in den Gesundheitskontext einbringen. Diese Vielfalt zu schätzen, fördert nicht nur Vertrauen, sondern verbessert auch die Behandlungsergebnisse sowie die Teamdynamik. Empathie und Verständnis sind ebenso unerlässlich; Gesundheitsfachkräfte müssen aktiv versuchen, die Perspektiven von Patient:innen und Kolleg:innen zu verstehen, insbesondere im Hinblick auf kulturelle Normen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Behandlung. Dies erfordert kulturelle Demut – eine fortwährende Bereitschaft, über kulturelle Unterschiede zu lernen und sich diesen ohne Vorurteile anzupassen. Klare und transparente Kommunikation ist entscheidend, um sicherzustellen, dass medizinische Informationen respektvoll und im kulturellen Kontext der Patient:innen vermittelt werden und Mehrdeutigkeiten vermieden werden. Aktives Zuhören unterstützt diese Bemühungen zusätzlich, indem es den Fachkräften ermöglicht, Anliegen effektiv zu adressieren und gleichzeitig Vertrauen aufzubauen. Konfliktsensibilität als weiteres Schlüsselprinzip befähigt Teams im Gesundheitswesen, Unterschiede konstruktiv zu managen und den Fokus auf gemeinsame Ziele wie das Wohl der Patient:innen statt auf kulturelle Missverständnisse zu legen (Samovar et al., 2017).

Neben diesen Prinzipien sollten Gesundheitsfachkräfte Werte verinnerlichen, die Inklusivität und Zusammenarbeit fördern. Gegenseitiger Respekt ist grundlegend, da er die Würde jedes Menschen unabhängig von kulturellem oder sprachlichem Hintergrund anerkennt. Inklusivität stellt sicher, dass sich Patient:innen und Kolleg:innen wertgeschätzt fühlen und ihre Perspektiven einbringen können – ein wesentlicher Aspekt für gemeinsame Entscheidungsfindung. Integrität und Ehrlichkeit in der Kommunikation schaffen Vertrauen, insbesondere bei sensiblen Themen rund um Gesundheit und Versorgung. Zusammenarbeit steigert die Effektivität von Teams, indem verschiedene Perspektiven genutzt werden, um innovative Lösungen zu entwickeln. Ebenso wichtig ist Empowerment – das Ermutigen marginalisierter Gruppen wie nicht-muttersprachlicher Personen oder unterversorgter Gemeinschaften, aktiv an ihrer Versorgung oder im beruflichen Umfeld teilzuhaben. Durch die Anwendung dieser Prinzipien und Werte schaffen Gesundheitsfachkräfte ein gerechteres und wirksameres Versorgungssystem, das kulturelle Unterschiede nicht nur respektiert, sondern als Stärke nutzt, um die Patientenversorgung sowie das berufliche Wachstum im multikulturellen Gesundheitskontext zu fördern (Samovar et al., 2017).

Ziele

Durch dieses Kapitel entwickeln die Studierenden ihre Haltung, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- Entwicklung effektiver Kommunikationsfähigkeiten, einschließlich aktiven Zuhörens und Empathie. Durch praktische Übungen und Fallbeispiele verbessern die Studierenden ihre Fähigkeit, aktiv und einfühlsam zuzuhören – grundlegende Fertigkeiten, um die Bedürfnisse von Patient:innen zu verstehen, tragfähige therapeutische Beziehungen aufzubauen und eine kooperative Atmosphäre in Teams zu fördern.
- Definition zentraler Begriffe im Zusammenhang mit multikultureller Kommunikation wie kulturelle Kompetenz, sprachliche Vielfalt, implizite Vorurteile und Stereotype. Das Verständnis dieser Begriffe unterstützt die Studierenden dabei, interkulturelle Interaktionen mit Vertrauen und Respekt zu gestalten.
- Erkennen und Überwinden von Barrieren in der multikulturellen Kommunikation, einschließlich sprachlicher Unterschiede, kultureller Missverständnisse und unbewusster Vorurteile. Die Studierenden erarbeiten Strategien, um respektvolle und effektive Interaktionen mit Patient:innen und Kolleg:innen aus diversen Hintergründen sicherzustellen.
- Verbesserung der Konfliktlösungskompetenzen in multikulturellen Kontexten durch Techniken, um Konflikte, die aus kulturellen Differenzen entstehen, zu managen und zu lösen. Durch den Fokus auf gemeinsame Ziele wie das Wohl der Patient:innen entwickeln die Studierenden Strategien, um Konflikte in Chancen für Wachstum und Zusammenarbeit zu verwandeln.

Lernziele

Am Ende dieses Kapitels sind die Studierenden in der Lage:

- effektiv zu kommunizieren, einschließlich der Bedeutung von aktivem Zuhören, Empathie und Klarheit in der Interaktion mit Patient:innen und Kolleg:innen.
- die Relevanz von kulturell angemessenen verbalen und nonverbalen Kommunikationstechniken zu verstehen, die für den Aufbau von Vertrauen und Verständnis in diversen Settings essenziell sind.
- Barrieren in der multikulturellen Kommunikation zu erkennen und zu überwinden. Die Studierenden identifizieren häufige Herausforderungen wie sprachliche Unterschiede, kulturelle Missverständnisse, implizite Vorurteile und Stereotype und erarbeiten Strategien zu deren Überwindung, um respektvolle und wirksame Interaktionen sicherzustellen.
- die Stärken kultureller Vielfalt zu nutzen, um Innovation und Problemlösungen in Gesundheitsteams zu fördern.

Multikulturelle Kommunikation bezeichnet den Austausch von Informationen und Ideen zwischen Personen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen auf eine Weise, die kulturelle Unterschiede respektiert und überbrückt. Nach Gudykunst (2003) betont sie das Verständnis der Nuancen von verbaler und nonverbaler Kommunikation zwischen Kulturen, um gegenseitiges Verständnis zu erreichen. Im Gesundheitswesen umfasst multikulturelle Kommunikation nicht nur Sprachkompetenz, sondern auch das Erkennen kultureller Werte, Überzeugungen und Praktiken, die das Verhalten von Patient:innen sowie Behandlungsergebnisse beeinflussen.

- Konflikte in multikulturellen Kontexten zu lösen. Die Studierenden lernen Techniken, um Konflikte, die aus kulturellen Missverständnissen entstehen, zu managen und zu lösen. Durch den Fokus auf gemeinsame Ziele wie das Wohl der Patient:innen entwickeln sie Strategien, um Konflikte in Chancen für Wachstum und Zusammenarbeit zu verwandeln.

Relevante Definitionen und Begriffe

Das Verständnis zentraler Definitionen und Begriffe bietet Medizinstudierenden und Studierenden der Gesundheitswissenschaften ein grundlegendes Rahmenwerk, um sich in einem zunehmend von Vielfalt geprägten Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Effektive kulturelle Kommunikation bezieht sich auf die Fähigkeit von Einzelpersonen oder Gruppen, Informationen effektiv auszutauschen und Bedeutungen im Kontext kultureller Vielfalt zu verstehen. Dies umfasst verbale, nonverbale und symbolische Kommunikation (Gudykunst, 2005). Effektive Kommunikation kann durch Strategien wie aktives Zuhören, das Vermeiden von Annahmen und Stereotypen sowie die Verwendung inklusiver Sprache und Verhaltensweisen erreicht werden. Aktives Zuhören bedeutet, dem Gesprächspartner mit dem Ziel zuzuhören, zu verstehen und Empathie zu zeigen, unter Berücksichtigung des kulturellen Kontexts (Brownell, 2012). Das Vermeiden von Annahmen und Stereotypen bedeutet, auf Verallgemeinerungen oder vorurteilsbehaftete Urteile aufgrund kultureller Unterschiede zu verzichten und sich stattdessen auf individuelle Erfahrungen zu konzentrieren (Hofstede, et al., 2010). Inklusive Sprache und Verhaltensweisen gewährleisten, dass sich alle Menschen respektiert fühlen, unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund (Neuliep, 2020).

Sprachliche Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit von Gesundheitssystemen und -personal, effektiv mit Patient:innen in deren bevorzugter Sprache zu kommunizieren, einschließlich der Bereitstellung von Dolmetscher- und Übersetzungsdiensten. Dieser Begriff betont den Abbau von Sprachbarrieren in der Versorgung (Office of Minority Health, 2001).

Verbale Kommunikation im Gesundheitswesen bezieht sich auf die Verwendung gesprochener oder geschriebener Sprache zum Informationsaustausch zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient:innen. Dies umfasst klare, präzise und kultursensible Erklärungen zu Diagnosen, Behandlungen und Verfahren (Silverman, et al., 2013).

Nonverbale Kommunikation umfasst Gesichtsausdrücke, Körpersprache, Blickkontakt, Berührungen, Proxemik (persönlicher Raum), Tonfall, Schweigen und andere nonverbale Signale, die maßgeblich beeinflussen, wie Botschaften empfangen und interpretiert werden (Hall, 1976). Im multikulturellen Kontext ist das Verständnis kultureller Unterschiede in der nonverbalen Kommunikation entscheidend, um Missverständnisse zu vermeiden und Vertrauen bei Patient:innen mit unterschiedlichem Hintergrund aufzubauen.

Teamkommunikation in multikulturellen Gesundheitsteams bezieht sich auf den Austausch von Informationen, Ideen und Feedback zwischen Fachkräften

mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen. Effektive Teamkommunikation beruht auf kulturellem Bewusstsein, aktivem Zuhören und Konfliktlösungsstrategien. Laut Reeves, et al. (2010) zeichnen sich leistungsstarke multikulturelle Teams durch Anpassungsfähigkeit, gegenseitigen Respekt und gemeinsame Ziele aus – wesentliche Faktoren für Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität.

Barrieren für effektive Kommunikation umfassen Sprachunterschiede, kulturelle Missverständnisse und Fehlinterpretationen nonverbaler Signale (Samovar, et al., 2017).

Engagement für Dialog und Zusammenarbeit beinhaltet die Bereitschaft von Einzelpersonen und Gruppen, sich auf offenen, gegenseitigen Dialog einzulassen und gemeinsam nach Lösungen zu streben, die auf Respekt vor kultureller Vielfalt und Vertrauen beruhen. Es betont die Bedeutung des Aufbaus von Beziehungen durch gegenseitiges Verständnis und Kooperation (Buber, 1970; Isaacs, 1999). Vertrauensaufbau in multikulturellen Umfeldern erfordert Ehrlichkeit, Respekt und Konsistenz im Handeln und in der Kommunikation (Ting-Toomey & Chung, 2012).

Dialogische Ansätze sind unerlässlich, um unterschiedliche Perspektiven zu verstehen. Zwei-Wege-Kommunikation, die aktives Zuhören und Offenheit gegenüber anderen Sichtweisen einschließt, stärkt den Dialog und fördert ein gemeinsames Verständnis (Bakhtin, 1981).

Kollaborative Praktiken unterstützen dieses Engagement, indem sie Interessengruppen in Entscheidungsprozesse einbinden und gemeinsam Lösungen entwickeln, die vielfältige kulturelle Perspektiven berücksichtigen. Die Einbindung von Interessengruppen sichert ihre aktive Teilhabe und berücksichtigt ihre kulturellen Werte (Freeman, 2010), während die gemeinsame Entwicklung von Lösungen die Integration vielfältiger Sichtweisen fördert, um gemeinsame Herausforderungen zu bewältigen (Gray, 1989).

Konfliktlösung in multikulturellen Kontexten ist ein wesentlicher Bestandteil der Zusammenarbeit. Effektive Strategien umfassen Mediation auf der Grundlage von gegenseitigem Respekt und Zusammenarbeit mit dem Ziel, gemeinsame Werte zu identifizieren und Konflikte konstruktiv zu lösen (Deutsch, et al., 2011).

9.2. Interkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen

9.2.1. Theoretische Modelle interkultureller Kommunikation

Theoretische Modelle der multikulturellen Kommunikation werden zunehmend im Gesundheitswesen eingesetzt, um Ungleichheiten in den Behandlungsergebnissen zu adressieren, die durch kulturelle Unterschiede entstehen. Diese Diskrepanzen ergeben sich häufig aus unterschiedlichen Erwartungen von Patient:innen und Gesundheitsfachkräften, Sprachbarrieren und abweichenden kulturellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Forschungen zeigen, dass kultursensible Kommunikation diese Lücken schließen kann, indem sie das Verständnis und die Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und Patient:innen fördert. Dieser Ansatz stärkt das Vertrauen, das eine Grundlage für wirksame therapeutische Beziehungen bildet, verbessert die Therapietreue, da die Versorgung den

kulturellen Werten der Patient:innen entspricht, und erhöht die Patient:innen-zufriedenheit durch eine inklusivere und respektvollere Versorgung. Modelle wie das „Cultural Competence Continuum“ betonen, dass kulturelle Kompetenz kein statisches Ziel, sondern ein dynamischer, fortlaufender Prozess ist. Das Kontinuum umfasst mehrere Stufen: kulturelle Destruktivität, kulturelle Inkompetenz, kulturelle Blindheit, kulturelle Vorkompetenz, kulturelle Kompetenz und kulturelle Exzellenz. Gesundheitsfachkräfte werden ermutigt, über ein grundlegendes Bewusstsein für kulturelle Unterschiede hinauszugehen und kulturelle Exzellenz anzustreben. Auf dieser Stufe integrieren sie aktiv kulturelles Wissen und Verständnis in ihre Kommunikation und Praxis, um sicherzustellen, dass die Versorgung dynamisch an den individuellen kulturellen Hintergrund der Patient:innen angepasst wird (Campinha-Bacote, 2002).

Forschende sind sich einig, dass kultursensible Kommunikation nicht nur auf den direkten Austausch zwischen Behandelnden und Patient:innen beschränkt ist, sondern sich auch auf organisatorische Praktiken innerhalb von Gesundheitssystemen erstreckt. Institutionen werden ermutigt, Richtlinien und Rahmenbedingungen zu schaffen, die kulturelle Kompetenz auf allen Ebenen unterstützen. Dazu gehören die Einstellung von Personal mit vielfältigen kulturellen Hintergründen, regelmäßige Schulungen zur interkulturellen Kommunikation sowie der Zugang zu professionellen Dolmetschern und kultursensiblen Informationsmaterialien. Dieser systemische Ansatz ergänzt die individuellen Bemühungen der Gesundheitsfachkräfte und schafft ein Umfeld, in dem kultursensible Versorgung zur Norm wird. In der Praxis schafft kultursensible Kommunikation Möglichkeiten für partizipative Entscheidungsfindung, in der Patient:innen ermutigt werden, ihre Präferenzen und Bedenken zu äußern. Dieser partizipative Ansatz verbessert nicht nur die Behandlungsergebnisse, sondern verringert auch das Risiko von Missverständnissen und Konflikten. Studien zeigen beispielsweise, dass Patient:innen eher bereit sind, verordnete Therapien einzuhalten, wenn Gesundheitsfachkräfte sich die Zeit nehmen, kulturelle Vorstellungen über traditionelle Heilmethoden zu verstehen und diese in die Behandlung einzubeziehen. Dieser ganzheitliche Ansatz demonstriert Respekt vor der kulturellen Identität der Patient:innen und fördert Vertrauen und Kooperation im Behandlungsprozess (Campinha-Bacote, 2002).

9.2.2. Herausforderungen durch sprachliche und kulturelle Barrieren

Sprachliche Unterschiede bleiben eine wesentliche Barriere in der Gesundheitskommunikation. Patient:innen mit begrenzten Sprachkenntnissen in der Landessprache erfahren oft eine geringere Versorgungsqualität aufgrund von Missverständnissen oder unzureichenden Erklärungen ihrer medizinischen Bedingungen und Behandlungsoptionen. Dies kann zu geringerer Patient:innenzufriedenheit, reduzierter Therapietreue und schlechteren Gesundheitsergebnissen führen. Studien zeigen, dass Sprachbarrieren mit höheren Wiedereinweisungsraten, Medikationsfehlern und Verzögerungen bei der Versorgung verbunden sind (Flores, 2006). Patient:innen mit begrenzten Englischkenntnissen (LEP) haben oft Schwierigkeiten beim Zugang zu Gesundheitsdiensten, erhalten eine geringe-

re Versorgungsqualität und erleben schlechtere gesundheitliche Ergebnisse. LEP ist ein unabhängiger Faktor, der zu gesundheitlichen Ungleichheiten beiträgt und die negativen Auswirkungen anderer sozialer Determinanten verstärken kann (Schwei, et al., 2016; American Medical Association, 2021). Darüber hinaus verstärken Stress und Angst aufgrund mangelnder Kommunikationsmöglichkeiten mit dem medizinischen Personal häufig den Gesundheitszustand der Patient:innen, insbesondere in Notfallsituationen (Ulrey & Amason, 2001; Paternotte, et al., 2015).

Professionelle medizinische Dolmetscher verbessern die Kommunikation, indem sie medizinische Fachterminologie und kulturelle Nuancen korrekt übermitteln, Fehler reduzieren und Vertrauen bei Patient:innen fördern. Der Zugang bleibt jedoch aufgrund finanzieller, personeller und logistischer Herausforderungen inkonsistent; Einrichtungen in kleineren Städten greifen oft auf weniger persönliche, ferngesteuerte Dolmetschdienste zurück (Pöchhacker, 2015).

Kulturelle Barrieren beeinflussen die Kommunikation im Gesundheitswesen erheblich, indem sie Überzeugungen, Entscheidungsprozesse und Wahrnehmungen von Behandlungen prägen. Kollektivistische Kulturen, wie sie in Ostasien oder Lateinamerika verbreitet sind, betonen die Einbeziehung der Familie in Gesundheitsentscheidungen, was die Versorgung verzögern kann, wenn ein Konsens fehlt. Im Gegensatz dazu priorisieren individualistische Kulturen, wie Nordamerika und Westeuropa, Autonomie und betrachten familiäre Einmischung oft als störend (Hofstede, et al., 2010). Kulturelle Überzeugungen über Krankheit, etwa spirituelle oder ganzheitliche Ansichten, beeinflussen die Bereitschaft der Patient:innen, medizinischen Rat zu befolgen, wobei einige Gebete oder traditionelle Heilmittel gegenüber konventionellen Therapien bevorzugen. Eine Fehlinterpretation dieser Normen kann zu unangemessenen Behandlungen oder unzureichendem Schmerzmanagement führen und das Vertrauen der Patient:innen sowie die Versorgungsqualität beeinträchtigen (Samovar, et al., 2017). Kulturelle Unterschiede in Bezug auf den Umgang mit Schmerz und emotionalen Ausdruck stellen erhebliche Herausforderungen dar. Während einige Kulturen Wert auf Stoizismus legen, fördern andere das Ausdrücken von Schmerzen, um sicherzustellen, dass sie erkannt werden. Missverständnisse dieser Normen können dazu führen, dass der Zustand der Patient:innen entweder unter- oder überschätzt wird, was zu suboptimaler Behandlung führt. Beispielsweise kann mangelndes Bewusstsein für kulturelle Tendenzen zur Unterberichterstattung von Schmerzen dazu führen, dass Beschwerden nicht ausreichend behandelt werden, was die Versorgung verschlechtert (Samovar, et al., 2017).

9.2.3. Patientenorientierte Kommunikation in multikulturellen Kontexten

Studien zeigen, dass das Angehen sprachlicher und kultureller Barrieren durch kulturelle Kompetenz die Behandlungsergebnisse im Gesundheitswesen erheblich verbessert. Dazu gehört der Einsatz professioneller Dolmetscher, die Verwendung kulturell angepasster Materialien sowie kontinuierliche Schulungen, um verschiedene Normen zu respektieren (Flores, 2006; Samovar, et al., 2017).

Forschungen unterstreichen zudem die Wirksamkeit patientenzentrierter Kommunikationsmodelle wie des LEARN-Frameworks, das Gesundheitspersonal anleitet, den Patient:innen zuzuhören (Listen), ihre Perspektiven zu erklären (Explain), kulturelle Unterschiede anzuerkennen (Acknowledge), eine geeignete Behandlung zu empfehlen (Recommend) und gemeinsam einen akzeptablen Behandlungsplan auszuhandeln (Negotiate). Dieser strukturierte Ansatz fördert einen sinnvollen Dialog, würdigt die Perspektiven der Patient:innen und stimmt Behandlungspläne auf kulturelle Werte ab, was letztlich eine inklusivere und unterstützendere Gesundheitsumgebung schafft (Samovar, et al., 2017).

Nonverbale Kommunikation im interkulturellen Gesundheitswesen

Nonverbale Kommunikation spielt eine entscheidende Rolle in der Interaktion im Gesundheitswesen, insbesondere wenn Sprachbarrieren bestehen. Blickkontakt, Gesten, Berührungen und Präferenzen für räumliche Distanz variieren stark zwischen Kulturen und können das Wahrnehmen der Versorgung durch Patient:innen beeinflussen. Studien zeigen, dass Schulungen, die medizinisches Personal darin befähigen, kulturelle Unterschiede in der nonverbalen Kommunikation zu erkennen und sich entsprechend anzupassen, das Patient:innenerlebnis verbessern und Vertrauen fördern (Samovar, et al., 2017; Ting-Toomey & Chung, 2012).

Die Rolle von Technologie in der interkulturellen Gesundheitskommunikation

Digitale Werkzeuge wie Telemedizin und mobile Gesundheits-Apps bieten vielversprechende Lösungen für den Abbau kultureller und sprachlicher Barrieren im Gesundheitswesen, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Ihre Wirksamkeit hängt jedoch von einer kultursensiblen Gestaltung ab, wobei Benutzeroberflächen und Inhalte an den Bildungsgrad, den Umgang mit Technologie und kulturelle Normen angepasst werden müssen (Aceto, et al., 2018). Studien zeigen, dass Herausforderungen wie die digitale Kluft bestehen, da einkommensschwache und digital unterversorgte Regionen häufig keinen Zugang zur notwendigen Infrastruktur haben. Zudem bestehen Datenschutzbedenken, die je nach Kultur unterschiedlich ausgeprägt sind und das Vertrauen in diese Technologien beeinflussen können. Um diese Probleme anzugehen, sind Investitionen in eine gerechte Infrastruktur und kultursensible gesundheitspolitische Maßnahmen erforderlich (Lyththreatis, et al., 2021).

9.3. Strategien für eine effektive kulturelle Kommunikation

Eine effektive Kommunikation ist grundlegend für die Bereitstellung hochwertiger Gesundheitsversorgung, insbesondere in kulturell vielfältigen Umgebungen. Sie gewährleistet, dass Gesundheitsfachkräfte Vertrauen aufbauen, die Bedürfnisse der Patient:innen verstehen und eine angemessene Versorgung leisten können. Gesundheitsfachkräfte können verschiedene Strategien anwenden, um die Kommunikation mit Patient:innen und Kolleg:innen zu verbessern.

Strategien für eine effektive Kommunikation im Gesundheitswesen:

Strategien für eine effektive Kommunikation im Gesundheitswesen

- 1. Aktives Zuhören*
- 2. Verwendung klarer und einfacher Sprache*
- 3. Kultursensibilität*
- 4. Nonverbale Kommunikation*
- 5. Vertrauen und Beziehung aufbauen*
- 6. Einsatz von Technologien zur Unterstützung der Kommunikation*
- 7. Förderung gemeinsamer Entscheidungsfindung*
- 8. Überwindung von Sprachbarrieren*
- 9. Empathie und emotionale Unterstützung bieten*

1. Aktives Zuhören

Aktives Zuhören ist die Grundlage effektiver Kommunikation. Es bedeutet, sich vollständig auf das Gesagte zu konzentrieren, die Botschaft zu verstehen und überlegt zu antworten.

2. Verwendung klarer und einfacher Sprache

Medizinische Fachbegriffe können für Patient:innen verwirrend oder einschüchternd sein, insbesondere für Personen mit begrenztem Gesundheitswissen. Eine vereinfachte Sprache und der Verzicht auf Fachjargon gewährleisten, dass Patient:innen ihre Diagnose, Behandlungsoptionen und Pflegeanweisungen verstehen.

3. Kultursensibilität

Kultursensibilität bedeutet, die kulturellen Überzeugungen, Werte und Praktiken von Patient:innen zu erkennen und zu respektieren. In diversen Gesundheitseinrichtungen hilft Kultursensibilität, Missverständnisse zu vermeiden und eine Versorgung zu leisten, die den kulturellen Kontext der Patient:innen berücksichtigt.

4. Nonverbale Kommunikation

Nonverbale Kommunikation, wie Gesichtsausdruck, Gestik und Körpersprache, spielt eine bedeutende Rolle in der Interaktion im Gesundheitswesen. Fachkräfte sollten auf ihre nonverbalen Signale achten und lernen, jene von Patient:innen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu deuten.

5. Vertrauen und Beziehung aufbauen

Vertrauen ist entscheidend für die Beziehung zwischen Patient:in und Behandler:in. Wenn Patient:innen ihren Behandelnden vertrauen, teilen sie eher wichtige Informationen, halten sich an Behandlungspläne und sind mit der Versorgung zufriedener.

6. Einsatz von Technologien zur Unterstützung der Kommunikation

Digitale Werkzeuge wie elektronische Patientenakten (EPA), Telemedizin-Plattformen und Patientenportale können die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient:innen verbessern. Diese Technologien erleichtern den Informationsaustausch, verbessern den Zugang zur Versorgung und fördern das Engagement der Patient:innen.

7. Förderung gemeinsamer Entscheidungsfindung

Gemeinsame Entscheidungsfindung bedeutet, dass Patient:innen und Behandelnde gemeinsam Entscheidungen treffen, die den Präferenzen und Werten der

Patient:innen entsprechen. Dieser kooperative Ansatz führt zu höherer Patientenzufriedenheit und besseren Gesundheitsergebnissen.

8. Überwindung von Sprachbarrieren

Sprachbarrieren können eine effektive Kommunikation behindern, was zu Fehldiagnosen, Medikationsfehlern und geringerer Patientenzufriedenheit führt. Die Überwindung dieser Barrieren ist entscheidend für eine gerechte Gesundheitsversorgung.

9. Empathie und emotionale Unterstützung bieten

Empathie ist die Fähigkeit, die Gefühle anderer Menschen zu verstehen und nachzuempfinden. Im Gesundheitswesen fördert das Zeigen von Empathie eine starke Beziehung zwischen Patient:in und Behandelndem und hilft Patient:innen, sich in belastenden Situationen unterstützt zu fühlen.

9.3.1. Aktives Zuhören im multikulturellen Kontext für Gesundheitsfachkräfte

Aktives Zuhören ist eine grundlegende Kommunikationskompetenz für Gesundheitsfachkräfte, insbesondere in multikulturellen Kontexten. In diversen Gesundheitseinrichtungen geht effektives Zuhören über das bloße Hören von Worten hinaus; es erfordert das Verstehen kultureller Nuancen, das Wahrnehmen von Emotionen und das Respektieren der Perspektive der Patient:innen.

Aktives Zuhören in multikulturellen Kontexten umfasst mehrere zentrale Elemente:

Aufmerksamkeit

- Halten Sie Augenkontakt (wo kulturell angemessen) und konzentrieren Sie sich ohne Ablenkungen auf die Patient:innen.
- Verwenden Sie Körpersprache, wie Nicken oder leichtes Vorlehnen, um Ihr Interesse zu zeigen.
- Vermeiden Sie es, die Aussagen der Patient:innen zu unterbrechen oder ihre Sätze zu beenden.

Klarstellungen

- Stellen Sie offene Fragen, um Patient:innen zu ermutigen, ihre Anliegen näher zu erläutern (z. B. „Können Sie mir mehr darüber erzählen, was Sie erleben?“).
- Bitten Sie um Klärung, wenn nötig, um sicherzugehen, dass Sie alles richtig verstehen (z. B. „Was genau meinen Sie, wenn Sie sagen, Sie fühlen sich ‚schwer‘?“).

Reflexion

- Wiederholen Sie die Aussagen der Patient:innen in eigenen Worten, um das Verständnis zu bestätigen (z. B. „Also sagen Sie, dass die Schmerzen abends schlimmer sind?“).

-
- Spiegeln Sie Emotionen der Patient:innen wider, um Empathie zu zeigen (z. B. „Es klingt so, als wäre diese Situation sehr frustrierend für Sie.“).

Empathie

- Zeigen Sie Verständnis für die Gefühle und die kulturelle Perspektive der Patient:innen.
- Bestätigen Sie die Gefühle der Patient:innen (z. B. „Ich kann verstehen, dass Sie sich in dieser Situation ängstlich fühlen.“).

Zusammenfassung

- Fassen Sie die wichtigsten Punkte des Gesprächs zusammen, um sicherzustellen, dass beide Seiten auf dem gleichen Stand sind.
- Bestätigen Sie die nächsten Schritte und eventuelle Folgemaßnahmen.

Kulturelle Unterschiede können beeinflussen, wie Patient:innen ihre Bedürfnisse kommunizieren und auf Gesundheitsfachkräfte reagieren. Diese Unterschiede zu kennen, ist essenziell für effektives aktives Zuhören.

Beispiele kultureller Einflüsse auf Kommunikation:

- **High-Context vs. Low-Context Kulturen:** In High-Context-Kulturen (z. B. Japan, China) basiert Kommunikation häufig auf impliziten Botschaften und nonverbalen Signalen. In Low-Context-Kulturen (z. B. USA, Deutschland) ist die Kommunikation direkter und expliziter.
- **Einstellungen zu Autoritäten:** In manchen Kulturen zögern Patient:innen, Gesundheitsfachkräften Fragen zu stellen oder zu widersprechen, da sie diese als Autoritätspersonen ansehen. Aktives Zuhören kann einen sicheren Raum schaffen, in dem Patient:innen ihre Anliegen äußern.
- **Ausdruck von Schmerz und Emotionen:** Kulturelle Normen beeinflussen, wie Symptome oder Gefühle beschrieben werden. Manche Kulturen vermeiden es, Schmerz offen zu zeigen, andere hingegen fördern eine bildhafte Beschreibung.

Strategien für kultursensibles aktives Zuhören:

- Achten Sie auf nonverbale Signale wie Mimik, Gestik und Tonfall, die sich kulturell unterscheiden können.
- Passen Sie Ihren Kommunikationsstil dem kulturellen Kontext der Patient:innen an (z. B. eher förmlich oder informell).
- Vermeiden Sie Annahmen aufgrund von Stereotypen; behandeln Sie jede:n Patient:in individuell.

Mögliche Herausforderungen für Gesundheitsfachkräfte beim aktiven Zuhören:

- **Zeitmangel:** Begrenzte Zeit während der Konsultationen erschwert aktives Zuhören.

- **Implizite Vorurteile:** Unbewusste Vorurteile können beeinflussen, wie Gesundheitsfachkräfte Patient:innen wahrnehmen und auf sie reagieren.
- **Sprachbarrieren:** Selbst mit Dolmetscher:innen können subtile Nuancen verloren gehen.
- **Emotionale Belastung:** Die emotionale Beanspruchung durch das Zuhören kann überfordern.

Diese Herausforderungen überwinden:

- Priorisieren Sie aktives Zuhören bei komplexen oder sensiblen Fällen, selbst wenn wenig Zeit bleibt.
- Reflektieren Sie eigene Vorurteile und nutzen Sie Schulungen zu interkultureller Kompetenz.
- Verwenden Sie Checklisten oder Kommunikationsmodelle wie LEARN (Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate).
- Pflegen Sie Selbstfürsorge, um Belastung zu bewältigen und Resilienz zu stärken.

9.3.2. Klare und einfache Sprache im multikulturellen Kontext des Gesundheitswesens

Um effektiv zu kommunizieren, sollten Gesundheitsfachkräfte folgende Prinzipien anwenden:

- **Vermeiden Sie medizinisches Fachvokabular:** Nutzen Sie Alltagssprache statt technischer Begriffe. Zum Beispiel „Bluthochdruck“ statt „Hypertonie“.

Praxisbeispiel



Szenario: Eine Patientin oder ein Patient mit einem anderen kulturellen Hintergrund kommt mit Symptomen von Diabetes, hat aber Schwierigkeiten, medizinische Begriffe zu verstehen.

- Klare Sprache verwenden: Anstatt zu sagen: „Ihre Glukosewerte deuten auf eine Hyperglykämie hin“, sagen Sie: „Ihr Blutzucker ist zu hoch.“
- Visuelle Hilfsmittel einsetzen: Zeigen Sie ein Diagramm mit normalen und erhöhten Blutzuckerwerten.
- Rückmeldung einholen: Fragen Sie: „Können Sie mir sagen, was Sie über Ihren Blutzucker verstanden haben?“
- Kulturelle Sensibilität zeigen: Wenn die Ernährung der Patientin oder des Patienten kulturell geprägt ist, besprechen Sie Lebensmittel, die zur Tradition passen, aber gleichzeitig die Gesundheit unterstützen.

- **Seien Sie direkt und konkret:** Vermeiden Sie vage Aussagen. Statt „Sie könnten das einnehmen“ sagen Sie „Nehmen Sie dieses Medikament einmal täglich nach dem Essen ein.“
- **Nutzen Sie kurze Sätze:** Zerlegen Sie komplexe Inhalte in kleinere, verständliche Teile. Zum Beispiel: „Dieses Medikament reduziert Schwellungen und Schmerzen.“
- **Verwenden Sie visuelle Hilfsmittel:** Nutzen Sie Diagramme, Schaubilder oder Bilder, um Verfahren oder Erkrankungen zu erklären.
- **Bitten Sie um Rückmeldung:** Vergewissern Sie sich, dass die Patient:innen das Gesagte verstanden haben, indem Sie sie bitten, es mit eigenen Worten zu wiederholen.
- **Sprechen Sie in angenehmem Tempo:** Sprechen Sie langsam und deutlich, besonders wenn Deutsch nicht die Muttersprache der Patient:innen ist.

Strategien für die interkulturelle Kommunikation:

- **Lernen Sie wichtige Begriffe:** Grundwörter in der Sprache der Patient:innen wie „Schmerz“, „Medikament“ oder „Hilfe“ können einen Unterschied machen.
- **Achten Sie auf kulturelle Normen:** Kulturelle Hintergründe prägen, wie Patient:innen das Gesundheitswesen sehen, Symptome äußern und mit Fachkräften interagieren.
- **Nutzen Sie professionelle Dolmetscher:innen:** Bei größeren Sprachbarrieren sind geschulte Dolmetscher:innen Familienangehörigen vorzuziehen, da diese medizinisches Wissen oder Neutralität fehlen könnten.
- **Seien Sie geduldig und offen:** Geben Sie Patient:innen Zeit, Informationen zu verarbeiten und Fragen zu stellen. Vermeiden Sie Annahmen über deren Verständnis oder Präferenzen.
- **Beachten Sie nonverbale Signale:** Körpersprache, Gesichtsausdruck und Tonfall geben wertvolle Hinweise darauf, ob Patient:innen etwas verstehen oder sich wohlfühlen.

9.3.3. Kulturelle Sensibilität im multikulturellen Gesundheitswesen

Kulturelle Sensibilität bedeutet, kulturelle Unterschiede zu erkennen, zu respektieren und wertzuschätzen. Sie geht über bloßes Bewusstsein hinaus und erfordert, Kommunikation, Verhalten und Pflegepläne aktiv an die kulturellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen. Gesundheitsfachkräfte müssen verstehen, dass Kultur beeinflusst, wie Menschen Symptome interpretieren, Hilfe suchen, Behandlungen einhalten und Gesundheitssysteme wahrnehmen.

Grundprinzipien der kulturellen Sensibilität

Selbstreflexion: Reflektieren Sie Ihre eigenen kulturellen Vorurteile, Werte und Annahmen. Das Erkennen eigener Vorannahmen hilft, diese nicht auf Patientinnen und Patienten zu projizieren.

Kulturelles Wissen: Informieren Sie sich über kulturelle Überzeugungen und Praktiken, die für Ihre Patientengruppen relevant sind. Allgemeine Kenntnisse können Orientierung bieten, aber jede Person ist individuell.

Empathie und Respekt: Begegnen Sie jeder Patientin und jedem Patienten mit Empathie und dem Wunsch, deren Perspektive zu verstehen, und zeigen Sie Respekt für deren Werte und Präferenzen.

Effektive Kommunikation: Verwenden Sie klare, verständliche Sprache ohne Fachjargon. Ziehen Sie, wenn nötig, Dolmetschende hinzu, um ein korrektes Verständnis zu gewährleisten.

Anpassungsfähigkeit: Seien Sie flexibel und bereit, Ihr Vorgehen an den kulturellen Kontext der Patientinnen und Patienten anzupassen.

Praktische Strategien für kultursensible Pflege

1. Vertrauen aufbauen

- Stellen Sie sich vor und erklären Sie Ihre Rolle.
- Zeigen Sie echtes Interesse am Hintergrund und an den Präferenzen der Patientin/des Patienten.
- Nutzen Sie aktives Zuhören, z. B. durch Blickkontakt (kulturell angemessen) und zustimmendes Nicken.

2. Kulturelle Gesundheitsvorstellungen verstehen

- Stellen Sie offene Fragen, um kulturelle Vorstellungen über Krankheit und Behandlung zu erkennen.
- Respektieren Sie traditionelle Heilmethoden und integrieren Sie diese, wo möglich, mit medizinischen Behandlungen.

3. Sprachbarrieren überwinden

- Nutzen Sie professionelle Dolmetschende statt Angehörige, um Genauigkeit und Vertraulichkeit zu wahren.
- Stellen Sie Informationsmaterialien in der bevorzugten Sprache zur Verfügung.
- Lernen Sie grundlegende Begriffe in den Sprachen Ihrer Patientinnen und Patienten.

4. Kulturelle Unterschiede berücksichtigen

- Achten Sie auf kulturelle Normen in Bezug auf Geschlechterrollen, Schamgefühl und körperliche Nähe.
- Verstehen Sie kulturelle Unterschiede im Umgang mit Schmerz, Trauer und Emotionen.
- Vermeiden Sie stereotype Annahmen und fragen Sie stattdessen nach individuellen Präferenzen.

5. Partizipation der Patientinnen und Patienten fördern

- Binden Sie Patientinnen und Patienten sowie Familien in Entscheidungsprozesse ein.
- Erklären Sie Behandlungsoptionen klar, sodass die Betroffenen sich informiert und gestärkt fühlen.

Herausforderungen und Lösungen

Zeitmangel: Priorisieren Sie den Vertrauensaufbau frühzeitig, um spätere Kontakte zu erleichtern.

Mangel an kulturellem Wissen: Bleiben Sie durch Schulungen und Fortbildungen informiert.

Unbewusste Vorurteile: Nutzen Sie Instrumente wie den Implicit Association Test, um eigene Vorurteile zu erkennen und abzubauen.

Kulturelle Sensibilität ist zentral für qualitativ hochwertige Versorgung in multikulturellen Kontexten. Sie erfordert kontinuierliche Selbstreflexion, Lernbereitschaft und Anpassungsfähigkeit. Wer die kulturellen Hintergründe von Patientinnen und Patienten respektiert, stärkt Vertrauen, verbessert die Behandlungsergebnisse und sorgt dafür, dass sich alle Menschen respektiert und gut versorgt fühlen.

9.3.4. Nonverbale Kommunikation

Nonverbale Kommunikation macht einen großen Teil menschlicher Interaktion aus und ergänzt oder ersetzt oft verbale Kommunikation. Im Gesundheitswesen ist sie besonders wichtig, wenn Sprachbarrieren bestehen. Ein Lächeln oder Nicken kann beruhigen, selbst wenn Worte nicht verstanden werden. Ebenso kann die Körpersprache Hinweise auf nicht ausgesprochene Beschwerden geben.

Anwendungsbereiche nonverbaler Kommunikation im Gesundheitswesen:

Mimik

Bedeutung: Gesichtsausdrücke vermitteln Emotionen wie Empathie, Besorgnis und Verständnis.

In der Praxis:

- *Ein warmes Lächeln schafft Vertrauen.*
- *Vermeiden Sie negative Mimik wie Frustration oder Ablehnung.*
- *Sanfte und ermutigende Mimik hilft bei sensiblen Themen.*

Augenkontakt

Bedeutung: Augenkontakt zeugt von Aufmerksamkeit und Respekt und geben den Patienten das sich gehört und wertgeschätzt fühlen.

In der Praxis:

- *Zeigt Aufmerksamkeit und Respekt.*
- *Vermeiden Sie starrendes Anstarren, das einschüchternd wirken kann.*
- *In manchen Kulturen gilt direkter Blickkontakt als unhöflich.*

Körperhaltung

Bedeutung: Körperhaltung, Gesten und Bewegungen spiegeln Engagement und Offenheit wider.

In der Praxis:

- *Aufrechte, zugewandte Haltung signalisiert Interesse.*
- *Verschränkte Arme wirken ablehnend.*
- *Offene Gesten unterstützen gesprochene Inhalte.*

Berührung

Bedeutung: Die Achtung des persönlichen Raums ist entscheidend dafür, dass sich Patienten wohlfühlen.

In der Praxis:

- *Kann Trost, Unterstützung und Empathie vermitteln.*
- *Vorsicht bei kulturellen Grenzen oder persönlichen Präferenzen.*
- *Vermeiden Sie unnötige Berührungen.*

Abstand (Proxemik)

Bedeutung: Berührungen können Empathie, Unterstützung und Beruhigung vermitteln, insbesondere in emotionalen oder kritischen Situationen.

In der Praxis:

- *Achten Sie auf den kulturell angemessenen Abstand.*
- *Einige Kulturen bevorzugen Nähe, andere mehr Distanz.*

Intonation (Paralinguistik)

Bedeutung: Der Tonfall, die Tonhöhe und das Sprechtempo der Sprache können beeinflussen, wie Botschaften aufgenommen werden.

In der Praxis:

- *Ruhiger, gleichmäßiger Ton vermittelt Sicherheit.*
- *Vermeiden Sie gehetzten oder genervten Klang.*
- *Sprechen Sie langsam bei komplexen Themen.*

Gesten

Bedeutung: Handbewegungen und Gesten können die verbale Kommunikation verdeutlichen oder unterstreichen.

In der Praxis:

- *Einfache, klare Gesten unterstützen Erklärungen.*
- *Vermeiden Sie Gesten mit unterschiedlicher Bedeutung in anderen Kulturen.*

Stille

Bedeutung: Stille kann den Patienten Raum bieten, Patienten, Informationen zu verarbeiten und sich wohl dabei, ihre Gedanken mitzuteilen.

In der Praxis:

- *Gibt Raum zum Nachdenken und Reden.*
- *In schwierigen Gesprächen bewusst einsetzen.*

Auftreten und Professionalität

Bedeutung: Das vermittelt Kompetenz und Glaubwürdigkeit aus.

In der Praxis:

- *Gepflegtes, professionelles Auftreten schafft Vertrauen.*
- *Namensschild sichtbar tragen.*

Kulturelle Sensibilität in der nonverbalen Kommunikation

Bedeutung: Kulturelle Unterschiede können die Interpretation nonverbaler Signale.

In der Praxis:

- *Kulturelle Normen zu Blickkontakt, Berührung und Distanz beachten.*
- *Bei Unsicherheit Patientenverhalten beobachten und sich anpassen.*

Integration in die Praxis

- Eigene Körpersprache regelmäßig reflektieren.
- Patientinnen und Patienten aufmerksam beobachten.
- Nonverbale und verbale Kommunikation sollten übereinstimmen.

Kulturelle Unterschiede

Nonverbale Signale haben je nach Kultur unterschiedliche Bedeutungen. Beispiele:

- Blickkontakt: In westlichen Kulturen Zeichen von Ehrlichkeit, in asiatischen oder arabischen Kulturen kann er als unhöflich gelten.
- Berührung: In manchen Kulturen zwischen den Geschlechtern tabu.
- Gesten: Thumbs-up positiv im Westen, in anderen Kulturen anstößig.
- Distanz: Nordamerikaner bevorzugen mehr Abstand, Südeuropäer oder Lateinamerikaner weniger.

Beobachtung und Interpretation

- Gesichtsausdruck verrät Schmerz, Verwirrung oder Angst.
- Körperhaltung zeigt Erschöpfung oder Unsicherheit.
- Stimmlage liefert emotionale Hinweise.

Anpassung an multikulturelle Kontexte

- Schulungen zur kulturellen Sensibilität.
- Patientenorientierung: Verhalten der Patientinnen und Patienten spiegeln.
- Visuelle Hilfsmittel nutzen, um Sprachbarrieren zu überbrücken.

9.3.5. Aufbau von Vertrauen und Beziehung in der multikulturellen Gesundheitskommunikation

Vertrauen ist die Grundlage jeder Patienten-Anbieter-Beziehung. Es entsteht, wenn Patientinnen und Patienten das Gefühl haben, dass ihre Gesundheitsfachkräfte kompetent, empathisch und respektvoll auf ihre Bedürfnisse eingehen. Beziehung wiederum bedeutet, eine positive Verbindung durch gegenseitiges Verständnis und effektive Kommunikation aufzubauen. Zusammen helfen Vertrauen und Beziehung, Ängste zu reduzieren, die Patientenzufriedenheit zu steigern und eine aktive Beteiligung an Gesundheitsentscheidungen zu fördern.

Herausforderungen in multikulturellen Kontexten

Der Aufbau von Vertrauen in multikulturellen Kontexten bringt besondere Herausforderungen mit sich:

- **Sprachbarrieren:** Eine begrenzte Beherrschung der Landessprache kann die Kommunikation erschweren und zu Missverständnissen führen.
- **Kulturelle Unterschiede:** Unterschiedliche Werte, Überzeugungen und Praktiken beeinflussen die Wahrnehmung von Krankheit, Behandlung und Gesundheitsfachkräften.

- **Vergangene Erfahrungen:** Patientinnen und Patienten aus marginalisierten oder Minderheitengruppen bringen möglicherweise Erfahrungen von Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem aufgrund von Diskriminierung oder ungleicher Behandlung mit.

Diese Herausforderungen erfordern von Gesundheitsfachkräften den Einsatz kultursensibler Kommunikationsstrategien.

Strategien zum Aufbau von Vertrauen und Beziehung

Der Aufbau von Vertrauen und Beziehung in multikulturellen Gesundheitseinrichtungen erfordert kulturelle Kompetenz, Empathie, aktives Zuhören und klare Kommunikation. Die Überwindung von Barrieren wie Sprache und kulturellen Unterschieden ist entscheidend, um eine positive Patientenerfahrung zu ermöglichen. Durch die Entwicklung dieser Fähigkeiten und den Einsatz wirksamer Kommunikationsstrategien können Gesundheitsfachkräfte eine gerechte und mitfühlende Versorgung für alle gewährleisten, unabhängig von deren Hintergrund.

9.3.6. Einsatz von Technologie zur Unterstützung der Kommunikation im multikulturellen Gesundheitswesen

Technologie hat die Gesundheitskommunikation revolutioniert und ermöglicht den Austausch mit Patientinnen und Patienten unterschiedlicher sprachlicher und kultureller Hintergründe. Tools wie Apps, Videokonferenzen und elektronische Patientenakten (EHR) verbessern nicht nur die Kommunikation, sondern helfen auch, kultursensible Versorgung zu gewährleisten. In multikulturellen Kontexten kann Technologie:

- Echtzeit-Übersetzung ermöglichen.
- Visuelle Hilfsmittel zur Erklärung medizinischer Sachverhalte bereitstellen.
- Patientenschulungen durch zugängliche und kulturell relevante Materialien fördern.



Zentrale Technologien zur Unterstützung der multikulturellen Kommunikation

- **Übersetzungs- und Dolmetsch-Apps:** Apps wie Google Translate, MediBabble oder Care to Translate unterstützen Gesundheitsfachkräfte bei der Übersetzung medizinischer Begriffe. Die Richtigkeit der Übersetzungen, insbesondere bei komplexen Themen, sollte jedoch stets geprüft werden.
- **Telemedizin-Plattformen:** Telemedizin bietet häufig integrierte Dolmetschdienste, wodurch Live-Übersetzungen oder Untertitel möglich sind. Videoberatungen mit kulturell passenden Dolmetschenden erhöhen das Vertrauen.
- **Elektronische Patientenakten (EHR):** EHRs speichern Vorlieben von Patientinnen und Patienten, wie Sprache, kulturelle Aspekte oder religiöse Überzeugungen, und helfen, die Versorgung anzupassen.
- **Patientenedukationstools:** Multimedia-Plattformen wie Videos, Infografiken oder interaktive Software erklären Verfahren, Diagnosen und Behandlungen in der Muttersprache und im kulturell passenden Kontext.
- **Wearables und Gesundheits-Apps:** Geräte zur Gesundheitsüberwachung und mehrsprachige Apps unterstützen chronisch Kranke und fördern durch kultursensible Inhalte das Selbstmanagement.

Vorteile des Technikeinsatzes

- **Verbessertes Verständnis:** Informationen in der Muttersprache fördern das Verständnis von Diagnosen und Behandlungsplänen.
- **Höhere Effizienz:** Technik reduziert Missverständnisse und verbessert Arbeitsabläufe.

Best Practices for Using Technology in Multicultural Communication

To maximize the benefits of technology, healthcare professionals should follow these best practices:

- **Combine Technology with Human Interaction:** Use translation apps and telehealth services as supplements to professional interpreters and culturally trained staff.
- **Test and Validate Tools:** Regularly evaluate the accuracy and reliability of technology to ensure it meets medical communication standards.
- **Provide Training:** Train healthcare providers and patients in using communication technologies effectively.
- **Focus on Accessibility:** Choose tools that are user-friendly, compatible with multiple languages, and accessible to patients with varying levels of digital literacy.
- **Maintain Cultural Competence:** Ensure that technology supports, rather than replaces, the need for culturally aware and empathetic communication.

- **Stärkere Beteiligung:** Kultur- und sprachspezifische Tools motivieren Patientinnen und Patienten, aktiv an der Versorgung mitzuwirken.
- **Gerechter Zugang:** Technologie ermöglicht auch benachteiligten Gruppen den Zugang zur Versorgung, besonders in ländlichen Regionen.

Herausforderungen und Grenzen

- **Genauigkeit von Übersetzungs-Apps:** Automatische Übersetzungen sind nicht immer korrekt, besonders bei medizinischen Fachbegriffen.
- **Digitale Kluft:** Nicht alle Patientinnen und Patienten verfügen über Internetzugang oder digitale Kompetenzen.
- **Datenschutz:** Technische Lösungen müssen den Datenschutzvorgaben entsprechen.
- **Kulturelle Sensibilität:** Selbst mit Technik bleiben kulturspezifische Nuancen eine menschliche Aufgabe.

Best Practices

- **Technik mit menschlicher Interaktion kombinieren:** Übersetzungs-Apps ergänzen, aber nicht ersetzen Dolmetschende oder kultursensibles Personal.
- **Tools prüfen:** Regelmäßige Überprüfung auf Genauigkeit und Zuverlässigkeit.
- **Schulungen anbieten:** Mitarbeitende und Patientinnen/Patienten im Umgang mit Technologien schulen.
- **Barrierefreiheit beachten:** Benutzerfreundliche, mehrsprachige Tools wählen, die auch für Personen mit geringer Digitalkompetenz geeignet sind.
- **Kulturelle Kompetenz wahren:** Technik darf kultursensible Kommunikation nicht ersetzen, sondern unterstützen.

9.3.7. Förderung partizipativer Entscheidungsfindung im multikulturellen Gesundheitswesen

Partizipative Entscheidungsfindung umfasst drei wesentliche Elemente:

- Patientinnen und Patienten erhalten umfassende Informationen zu ihrer Erkrankung und den Behandlungsoptionen.
- Es erfolgt eine offene Diskussion über Risiken und Nutzen der Optionen.
- Die Präferenzen der Patientinnen und Patienten werden in die finale Entscheidung integriert.

Dieser kooperative Ansatz respektiert die Autonomie der Patientinnen und Patienten und stellt gleichzeitig sicher, dass sie bei Entscheidungen unterstützt werden, die mit ihren Werten und kulturellen Überzeugungen im Einklang stehen.

Hindernisse für partizipative Entscheidungsfindung in multikulturellen Kontexten

Bei der Förderung der partizipativen Entscheidungsfindung (SDM) in einem multikulturellen Umfeld können mehrere Herausforderungen auftreten:



Abb.12. Komponenten der geteilten Entscheidungsfindung

Sprachbarrieren: Eingeschränkte Kenntnisse der Landessprache können eine effektive Kommunikation behindern. Patientinnen und Patienten könnten Schwierigkeiten haben, medizinische Begriffe zu verstehen oder ihre Anliegen zu äußern, was zu Missverständnissen führen kann.

Gesundheitskompetenz (Health Literacy): Unterschiede im Gesundheitsverständnis zwischen kulturellen Gruppen können die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, komplexe medizinische Informationen zu verstehen, beeinträchtigen und die partizipative Entscheidungsfindung erschweren.

Kulturelle Missverständnisse: Unterschiede in Kommunikationsstilen, nonverbalen Signalen und im Umgang mit Autorität können zu Missverständnissen oder Unbehagen während der Interaktion führen.

Unbewusste Vorurteile: Unbewusste Voreingenommenheiten von Gesundheitsfachkräften können beeinflussen, wie Informationen präsentiert oder wie Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen einbezogen werden.

Strategien zur Förderung der partizipativen Entscheidungsfindung

Um diese Herausforderungen zu bewältigen und SDM zu fördern, können Gesundheitsfachkräfte folgende Strategien anwenden:

- **Kulturelle Kompetenz fördern:** Kulturelles Bewusstsein und Verständnis helfen Fachkräften, die Werte und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten zu erkennen und zu respektieren. Dies kann durch Schulungen zur kulturellen Kompetenz und kontinuierliches Lernen erreicht werden.
- **Einsatz von Dolmetschern und visuellen Hilfsmitteln:** Professionelle Dolmetschende und kulturell angemessene visuelle Hilfsmittel können Sprachbarrieren überwinden und sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten ihre Optionen vollständig verstehen.
- **Vereinfachung medizinischer Informationen:** Informationen sollten in einfacher Sprache vermittelt, Fachjargon vermieden und Metaphern oder Ver-

gleiche genutzt werden, die dem kulturellen Hintergrund der Patientinnen und Patienten entsprechen, um das Verständnis zu erleichtern.

- **Aktives Zuhören anwenden:** Durch Empathie, offene Fragen und die Möglichkeit, Gedanken ohne Unterbrechung zu äußern, wird Vertrauen aufgebaut und Partizipation gefördert.
- **Einbindung von Familienmitgliedern:** In Kulturen, in denen Familie eine zentrale Rolle bei Entscheidungen spielt, kann die Einbindung wichtiger Familienangehöriger Diskussionen erleichtern und kulturelle Normen respektieren.
- **Fragen und Rückmeldungen fördern:** Patientinnen und Patienten aktiv dazu einzuladen, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern, schafft einen sicheren Raum für Dialog und hilft, Unklarheiten zu klären.
- **Entscheidungsprozesse anpassen:** Flexibilität in der Anpassung von Entscheidungsprozessen an die kulturellen Erwartungen der Patientinnen und Patienten kann zu besseren Ergebnissen führen.

9.3.8. Sprachbarrieren in der multikulturellen Gesundheitskommunikation überwinden

Sprachbarrieren können zu Missverständnissen zwischen Patientinnen und Patienten und Gesundheitsfachkräften führen, was zu Fehldiagnosen, unangemessenen Behandlungen oder einer geringeren Therapietreue führen kann. Zum Beispiel könnte ein Patient, der die Anweisungen des Arztes nicht vollständig versteht, seine Medikation versehentlich falsch einnehmen. Zudem kann mangelnde Kommunikationsfähigkeit dazu führen, dass sich Patientinnen und Patienten ausgeschlossen oder vernachlässigt fühlen, was das Vertrauen in das Gesundheitssystem untergräbt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit von Strategien, um Kommunikationslücken zu schließen.

Strategien zur Überwindung von Sprachbarrieren

1. Einsatz professioneller medizinischer Dolmetscher

Professionelle Dolmetscher spielen eine zentrale Rolle, um eine präzise Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften und Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Sprachen zu ermöglichen. Im Gegensatz zu Familienmitgliedern oder Freunden sind Dolmetscher geschult, Vertraulichkeit zu wahren, persönliche Vorurteile zu vermeiden und medizinische Fachbegriffe korrekt zu übersetzen. Ihr Einsatz gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten präzise Informationen über ihren Gesundheitszustand und die Behandlung erhalten.

Wichtig ist jedoch, die Verfügbarkeit von Dolmetschern für verschiedene Sprachen und in Echtzeit sicherzustellen, da Verzögerungen kritische Entscheidungen beeinträchtigen können.

2. Übersetzung schriftlicher Materialien

Die Bereitstellung von Übersetzungen für Einverständniserklärungen, Patienteninformationen und Medikamentenanweisungen kann das Verständnis der Patientinnen und Patienten für ihre Behandlung erheblich verbessern. Diese Materia-

lien sollten in einfacher Sprache verfasst und kulturell angepasst sein, um Klarheit und Relevanz zu gewährleisten. Der Einsatz visueller Hilfsmittel wie Diagrammen und Illustrationen kann das Verständnis bei Patientinnen und Patienten mit begrenzter Lesekompetenz in ihrer Muttersprache zusätzlich unterstützen.

3. Schulung von Gesundheitsfachkräften

Gesundheitspersonal sollte in interkultureller Kommunikation sowie in grundlegenden Sprachkenntnissen geschult werden, die für die betreute Patientengruppe relevant sind. Auch wenn Mehrsprachigkeit nicht immer möglich ist, kann das Erlernen wichtiger Begriffe oder medizinischer Vokabeln in häufig gesprochenen Sprachen das Vertrauensverhältnis zu Patientinnen und Patienten stärken. Schulungsprogramme sollten zudem aktives Zuhören und nonverbale Kommunikationstechniken betonen, wie Blickkontakt oder unterstützende Gesten.

4. Nutzung von Technologien

Technologische Fortschritte bieten innovative Lösungen zur Überwindung von Sprachbarrieren. Übersetzungs-Apps und -geräte ermöglichen Echtzeitübersetzungen und unterstützen Gesundheitsfachkräfte bei der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Allerdings sollten diese Hilfsmittel mit Vorsicht verwendet werden, da automatische Übersetzungen häufig den Kontext nicht korrekt wiedergeben. Virtuelle Dolmetschdienste, die per Videoanruf zugänglich sind, bieten eine weitere effektive Möglichkeit, sprachliche Hürden im Gesundheitswesen zu überwinden.

5. Förderung des Community-Engagements

Partnerschaften mit lokalen Gemeinschaften können Gesundheitseinrichtungen dabei helfen, die sprachlichen und kulturellen Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten besser zu verstehen. Die Zusammenarbeit mit Gemeindevertretern und Organisationen kann die Entwicklung kulturell angepasster Gesundheitsförderungsprogramme erleichtern und Einblicke in die Überwindung spezifischer sprachbezogener Herausforderungen bieten.

9.3.9. Empathie und emotionale Unterstützung in der multikulturellen Gesundheitskommunikation

Empathie bedeutet, die Gefühle einer anderen Person zu erkennen, zu verstehen und mit ihnen mitzufühlen. In einem multikulturellen Kontext erfordert dies von Gesundheitsfachkräften, über ihre eigenen kulturellen Denkmuster hinauszugehen und die Perspektiven und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen wertzuschätzen. Dazu gehört auch, die kulturellen Faktoren zu berücksichtigen, die die Emotionen der Patientinnen und Patienten beeinflussen, wie etwa ihre Vorstellungen von Gesundheit, familiäre Dynamiken oder der Umgang mit Belastungen. So betrachten manche Kulturen Krankheit eher als ein gemeinschaftliches statt individuelles Problem, weshalb Gesundheitsfachkräfte auch Familienangehörige in den Versorgungsprozess einbeziehen sollten. Ebenso kann es sein, dass in bestimmten Kulturen emotionale Belastungen nonverbal ausgedrückt oder Symptome heruntergespielt werden,

um niemanden zur Last zu fallen. Das Erkennen solcher kulturellen Feinheiten ist entscheidend für eine empathische und wirksame Versorgung.

Strategien zur Förderung von Empathie und emotionaler Unterstützung

1. **Aktives Zuhören** (siehe Kapitel: Aktives Zuhören im multikulturellen Kontext für Gesundheitsberufe)
2. **Nonverbale Kommunikation** (siehe Kapitel: Nonverbale Kommunikation in der multikulturellen Gesundheitskommunikation)

Engagement für Dialog und Zusammenarbeit

- *Dialogische Ansätze: Die Rolle offener, wechselseitiger Kommunikation beim Verstehen unterschiedlicher Perspektiven.*
- *Kollaborative Praktiken:*
 - *Einbindung von Interessengruppen in Entscheidungsprozesse*
 - *Gemeinsame Erarbeitung von Lösungen, die kulturelle Werte respektieren und integrieren*
- *Konfliktlösung: Strategien zum Umgang mit kulturellen Konflikten durch Mediation und gegenseitigen Respekt*

3. **Kulturelle Sensibilität bei emotionalen Reaktionen**

Kulturelle Normen prägen, wie Menschen Gefühle ausdrücken und interpretieren, was sich auf die Interaktion zwischen Patientinnen, Patienten und Gesundheitsfachkräften auswirkt. Kulturell sensibel mit diesen Unterschieden umzugehen, hilft dabei, dass sich Patientinnen und Patienten verstanden und respektiert fühlen. In manchen Kulturen wird ein offener Gefühlsausdruck gefördert, in anderen hingegen gilt er als unangemessen oder als Zeichen von Schwäche. Das Bewusstsein für diese Unterschiede ermöglicht es, die eigene Reaktion entsprechend anzupassen.

Beispielsweise kann statt stilles Verhalten als Gleichgültigkeit zu interpretieren, eine Formulierung wie „Ich möchte sicherstellen, dass ich Ihre Gefühle richtig verstehe“ oder „Sie dürfen so viel oder so wenig erzählen, wie es Ihnen angenehm ist“ Empathie ausdrücken und gleichzeitig kulturelle Normen respektieren.

4. **Emotionen validieren**

Patientinnen und Patienten fühlen sich möglicherweise verletztlich oder ängstlich, insbesondere wenn sie sich in einem unbekannten Gesundheitssystem zu rechtfinden oder mit ernsten Erkrankungen konfrontiert sind. Ihre Gefühle zu validieren – also ihre Ängste, Frustrationen oder Traurigkeit anzuerkennen, ohne zu urteilen – kann dazu beitragen, ihren Stress zu mindern.

Sätze wie „Es ist verständlich, dass Sie sich so fühlen“ oder „Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie das belastet“ zeigen Empathie und vermitteln, dass ihre Emotionen normal und berechtigt sind.

5. **Kulturell angemessene emotionale Unterstützung bieten**

Emotionale Unterstützung sollte den kulturellen Werten und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten entsprechen. In kollektivistisch geprägten Kulturen kann es beispielsweise erheblichen Trost spenden, Familienmitglieder in Gespräche über die Versorgung einzubeziehen. In Kulturen, in denen Privatsphäre einen hohen Stellenwert hat, kann hingegen ein Einzelgespräch in geschützter Atmosphäre angemessener sein.



9.4. Engagement für Dialog und Zusammenarbeit in der interkulturellen Kommunikation in Rahmen Gesundheits

Dialogische Kommunikation betont offene, wechselseitige Interaktionen, bei denen alle Beteiligten aktiv zuhören, Perspektiven austauschen und ein gegenseitiges Verständnis anstreben. In der Gesundheitsversorgung geht dieser Ansatz über einseitige Kommunikation hinaus und stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten sich gehört und respektiert fühlen.

Grundprinzipien der dialogischen Kommunikation:

- Aktives Zuhören
- Kulturelles Bewusstsein
- Klärung und Reflexion

Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erfordert die aktive Einbeziehung aller Beteiligten – Patientinnen und Patienten, Familien, Pflegepersonen und Gesundheitsfachkräfte – in den Entscheidungsprozess. Bei der Arbeit mit vielfältigen Bevölkerungsgruppen muss Zusammenarbeit kulturelle Werte berücksichtigen und individuelle Präferenzen respektieren.

Einbindung von Interessengruppen in Entscheidungsprozesse erfordert inklusive Teilhabe, Transparenz und Flexibilität.

Kollaborative Gesundheitsversorgung verlangt die gemeinsame Entwicklung von Lösungen, die medizinische Best Practices mit kulturellen Werten in Einklang bringen. Dieser Ansatz fördert gemeinsame Verantwortung und stellt sicher, dass Behandlungspläne sowohl praktisch als auch kulturell akzeptabel sind.

Kulturelle Konflikte im Gesundheitswesen entstehen, wenn unterschiedliche Werte, Überzeugungen oder Praktiken zu Missverständnissen oder Meinungsverschiedenheiten führen. Effektive Strategien zur Konfliktlösung beinhalten Mediation, Empathie und gegenseitigen Respekt.

Strategien zur Konfliktlösung:

- Ursachen verstehen

- **Mediation**
- **Fokus auf gemeinsame Ziele**
- **Empathie und Respekt zeigen**

9.4.1. Dialogische Ansätze: Die Rolle offener, wechselseitiger Kommunikation in der interkulturellen Gesundheitsversorgung

Dialogische Kommunikation ist eine zentrale Kompetenz in der multikulturellen Gesundheitsversorgung, die offene, wechselseitige Interaktionen fördert, bei denen Verständnis, Empathie und Zusammenarbeit im Mittelpunkt stehen. Im Gegensatz zu einseitigen Gesprächen, bei denen der Gesundheitsdienstleister dominiert, ermutigen dialogische Ansätze beide Seiten zur aktiven Beteiligung. Dies stärkt das Vertrauen und stellt sicher, dass die Werte, Überzeugungen und Bedürfnisse der Patient:innen verstanden und respektiert werden.

In multikulturellen Kontexten, in denen kulturelle, sprachliche und soziale Unterschiede Barrieren schaffen können, ist dialogische Kommunikation besonders wertvoll. Sie hilft, Lücken zu überbrücken, Missverständnisse zu verringern und patientenzentrierte Versorgung durch einen bedeutungsvollen Dialog zu fördern.

Prinzipien der dialogischen Kommunikation

1. Aktives Zuhören

Aktives Zuhören ist das Fundament dialogischer Kommunikation und erfordert vom Gesundheitsdienstleister, sich vollständig auf die Worte, Emotionen und nonverbalen Signale der Patient:innen zu konzentrieren.

Was es bedeutet: Zuhören ohne zu unterbrechen, gegebenenfalls Blickkontakt halten (kulturell angemessen) und die Perspektive der Patient:innen anerkennen.

Nutzen: Diese Herangehensweise lässt Patient:innen sich verstanden und wertgeschätzt fühlen und ermutigt sie, ihre Anliegen offen zu teilen.

Beispiel: Eine Patientin beschreibt ein Symptom in kulturell geprägten Begriffen oder Metaphern. Aktives Zuhören hilft, das dahinterliegende Anliegen zu erkennen und durch Rückfragen zu klären.

2. Kulturelles Bewusstsein

Kulturelles Bewusstsein sorgt dafür, dass dialogische Kommunikation sensibel für die kulturellen Werte, Überzeugungen und Kommunikationsnormen der Patient:innen ist.

Was es bedeutet: Zu verstehen, dass verschiedene Kulturen unterschiedliche Ausdrucksweisen, Fragestellungen oder Diskussionsformen in Bezug auf Gesundheitsthemen haben. Gesundheitsfachkräfte müssen ihren Kommunikationsstil an den kulturellen Kontext der Patient:innen anpassen.

Nutzen: Kulturelles Bewusstsein minimiert Missverständnisse und hilft, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, besonders in Situationen, in denen kulturelle Normen das Entscheidungsverhalten oder die Offenheit der Patient:innen beeinflussen können.

Beispiel: In einigen Kulturen vermeiden Patient:innen es, medizinischem Personal direkt zu widersprechen. Ein Gesundheitsdienstleister kann stattdessen offene Fragen stellen, wie: „Was denken Sie über diesen Behandlungsplan?“, anstatt Zustimmung einzufordern.

3. Klärung und Reflexion

Klärung und Reflexion beinhalten das Zusammenfassen und Paraphrasieren der Aussagen der Patient:innen, um gegenseitiges Verständnis sicherzustellen.

Was es bedeutet: Klärende Fragen stellen und Aussagen der Patient:innen spiegeln, um die Richtigkeit des Verstandenen zu überprüfen, z. B.: „Wenn ich Sie richtig verstehe, sagen Sie, dass die Schmerzen nach den Mahlzeiten schlimmer werden. Ist das korrekt?“

Nutzen: Dieser Prozess verhindert Missverständnisse, insbesondere wenn Sprachbarrieren oder kulturelle Unterschiede die Bedeutung verfälschen könnten. Zudem zeigt er den Patient:innen, dass ihre Anliegen ernst genommen werden.

Beispiel: Patient:innen mit anderem sprachlichen Hintergrund verwenden möglicherweise Ausdrücke oder Redewendungen, die der Fachkraft unbekannt sind. Durch Rückfragen und Reflexion wird ein gemeinsames Verständnis geschaffen.

Strategien zur Umsetzung dialogischer Kommunikation

Patient:innen zur Beteiligung ermutigen

Offene Fragen stellen, die dazu einladen, Erfahrungen und Sorgen zu teilen.

Beispiel: „Können Sie mir mehr darüber erzählen, wie sich diese Erkrankung auf Ihren Alltag auswirkt?“

Kommunikationsstil anpassen

Tonfall, Sprechtempo und Wortwahl an die sprachlichen Fähigkeiten und kulturellen Normen der Patient:innen anpassen. Vermeidung von Fachjargon und Einsatz visueller Hilfsmittel oder Dolmetscherdienste.

Vertrauen und Beziehung aufbauen

Echtes Interesse an der Perspektive der Patient:innen zeigen. Emotionen anerkennen und auf Zusammenarbeit im Entscheidungsprozess setzen.

Familienmitglieder einbeziehen, wenn angemessen

In vielen Kulturen werden Gesundheitsentscheidungen im Familienverbund getroffen. Die Einbindung der Familie kann das Verständnis fördern und das Wohlbefinden der Patient:innen stärken.

Kontinuierliches Feedback geben

Patient:innen deutlich machen, dass ihr Beitrag geschätzt wird. Bestätigende Worte und Gesten nutzen, um ihre Offenheit zu würdigen.

Herausforderungen und Lösungen im multikulturellen Kontext

Sprachbarrieren: Professionelle Dolmetscher oder Übersetzungstools nutzen, um klare Kommunikation sicherzustellen.

Kulturelle Missverständnisse: Kontinuierliche Weiterbildung über kulturelle Praktiken und Normen, um Stereotypen und Vorurteile zu vermeiden.

Zurückhaltung der Patient:innen: Ein sicheres Umfeld schaffen, in dem Patient:innen sich frei äußern können, ohne Angst vor Bewertung oder Missverständnissen.

9.4.2. Kollaborative Praktiken in der multikulturellen Gesundheitsversorgung

Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist entscheidend für die Bereitstellung patientenzentrierter Versorgung, insbesondere in multikulturellen Kontexten. Sie umfasst die aktive Beteiligung aller Beteiligten – Patient:innen, Familien, Pflegepersonen und Gesundheitsfachkräfte – an Entscheidungen über Behandlung und Pflege. Damit diese Zusammenarbeit in vielfältigen Populationen erfolgreich ist, müssen Gesundheitsfachkräfte kulturelle Werte einbeziehen, individuelle Präferenzen respektieren und auf besondere Bedürfnisse sensibel reagieren. Durch die Förderung eines partnerschaftlichen Ansatzes können bessere Ergebnisse, mehr Vertrauen und eine höhere Patientenzufriedenheit erzielt werden.

Einbindung der Beteiligten in Entscheidungsprozesse

Wirksame Zusammenarbeit in der multikulturellen Gesundheitsversorgung beginnt mit der aktiven Einbindung aller Beteiligten in den Entscheidungsprozess. Dies stellt sicher, dass Behandlungspläne sowohl medizinisch wirksam als auch kulturell angemessen sind.

1. Inklusive Beteiligung

Inklusive Beteiligung bedeutet, alle relevanten Parteien in Gespräche über die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Patient:innen und deren Familien sollen sich ermächtigt fühlen, ihre Präferenzen, kulturellen Überzeugungen und Bedenken zu äußern. In manchen Kulturen spielt die Familie eine bedeutende Rolle bei Entscheidungen – ihr Ausschluss kann Misstrauen oder die Ablehnung von Behandlungsplänen zur Folge haben. Der offene Dialog und das aktive Zuhören aller Perspektiven helfen, kulturelle Barrieren zu überwinden und ein Gefühl gemeinsamer Verantwortung zu fördern.

2. Transparenz

Transparenz ist ein Grundpfeiler erfolgreicher Zusammenarbeit. Gesundheitsfachkräfte müssen offen und klar kommunizieren, damit Patient:innen ihre Diagnosen, Behandlungsoptionen sowie Risiken und Nutzen verstehen. In multikulturellen Kontexten ist es wichtig, Sprachunterschiede und Bildungsniveaus zu berücksichtigen. Der Einsatz von Dolmetschern, visuellen Hilfsmitteln und einfacher Sprache kann das Verständnis verbessern und das Vertrauen der Patient:innen in ihre Entscheidungen stärken.

3. Flexibilität

Flexibilität ist im Umgang mit vielfältigen Populationen unerlässlich. Kulturelle Normen und Werte können die Gesundheitsentscheidungen stark beeinflussen. Manche Patient:innen bevorzugen möglicherweise alternative oder ganzheitliche Ansätze gegenüber der konventionellen Medizin. Anstatt diese Präferenzen abzulehnen, sollten Gesundheitsfachkräfte einen flexiblen Ansatz wählen, der solche Methoden – sofern sicher und vertretbar – integriert. Diese Anpassungsfähig-

keit respektiert nicht nur den kulturellen Hintergrund der Patient:innen, sondern stärkt auch die therapeutische Beziehung.

Gemeinsame Lösungsfindung

Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung bedeutet, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, die klinische Best Practices mit kulturellen Werten in Einklang bringen. Dieser Ansatz fördert geteilte Verantwortung und stellt sicher, dass Behandlungspläne praktikabel, akzeptabel und kultursensibel sind.

1. Verknüpfung von klinischen Praktiken mit kulturellen Werten

Gemeinsame Lösungsfindung bedeutet, einen Mittelweg zwischen evidenzbasierter Medizin und den kulturellen Überzeugungen der Patient:innen zu finden. Ein Patient, der pflanzliche Heilmittel bevorzugt, könnte sich wohler fühlen, wenn diese neben der verschriebenen Medikation einbezogen werden. Gesundheitsfachkräfte können über mögliche Wechselwirkungen oder Risiken aufklären und gleichzeitig die Präferenzen respektieren.

2. Nutzung interdisziplinärer Teams

Ein interdisziplinärer Ansatz kann die Zusammenarbeit und die Ergebnisse in der multikulturellen Gesundheitsversorgung verbessern. Teams, die Ärzt:innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen, Kulturmittler:innen und Dolmetscher:innen umfassen, können die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patient:innen effektiver berücksichtigen. Ein:e Kulturmittler:in kann z. B. Einblicke in den kulturellen Hintergrund geben und das Team dabei unterstützen, einen an den Werten der Patient:innen orientierten Behandlungsplan zu entwickeln.

3. Aufbau von Vertrauen und gegenseitigem Respekt

Vertrauen ist das Fundament jeder erfolgreichen Zusammenarbeit. Gesundheitsfachkräfte können Vertrauen aufbauen, indem sie Empathie zeigen, nicht wertend agieren und die Sorgen der Patient:innen ernst nehmen. Gegenseitiger Respekt vermittelt den Patient:innen Wertschätzung und Verständnis, was zu besserer Therapietreue und einer stabileren therapeutischen Beziehung führt.

9.4.3. Konfliktlösung: Umgang mit kulturellen Konflikten im Gesundheitswesen

Kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen ist sowohl eine Stärke als auch eine Herausforderung. Sie bereichert das Umfeld durch unterschiedliche Perspektiven und Praktiken, kann jedoch auch zu Missverständnissen, Spannungen oder offenen Konflikten führen. Kulturelle Konflikte entstehen oft, wenn Patient:innen, Familien oder Gesundheitsfachkräfte unterschiedliche Werte, Überzeugungen oder Praktiken vertreten. Für Gesundheitsfachkräfte ist der konstruktive Umgang mit solchen Konflikten entscheidend, um qualitativ hochwertige Versorgung, Vertrauen und ein inklusives Umfeld zu gewährleisten.

Ursachen kultureller Konflikte verstehen

Der erste Schritt zur Lösung von Konflikten ist, deren Ursache zu erkennen. Kulturelle Konflikte im Gesundheitswesen entstehen häufig durch unterschiedliche

Kommunikationsstile, Erwartungen an das Gesundheitssystem, religiöse Überzeugungen oder traditionelle Praktiken. Ein Patient, der ganzheitliche Medizin bevorzugt, könnte zögern, eine rein biomedizinische Behandlung anzunehmen. Ebenso könnte eine Fachkraft das Schweigen oder nonverbale Verhalten eines Patienten fälschlicherweise als Desinteresse interpretieren, obwohl es kulturelle Normen widerspiegelt.

Schritte zum Verstehen der Ursachen:

- **Aktives Zuhören:** Allen Beteiligten ermöglichen, ihre Perspektive ohne Unterbrechung darzulegen. Aktives Zuhören hilft, zugrunde liegende Probleme zu erkennen und zeigt Respekt gegenüber unterschiedlichen Sichtweisen.
- **Kulturelles Bewusstsein:** Kenntnisse über die kulturellen Hintergründe der betreuten Gemeinschaften erwerben. Das Verständnis verbreiteter Überzeugungen oder Praktiken hilft, Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.
- **Offene Fragen:** Fragen stellen, die Patient:innen oder Kolleg:innen ermutigen, ihre Gedanken und Gefühle zu teilen. Statt „Warum nehmen Sie das Medikament nicht?“ lieber „Können Sie mir von Ihren Bedenken zu dieser Behandlung erzählen?“.

Durch das Verstehen der Ursachen vermeiden Gesundheitsfachkräfte Annahmen und begegnen Konflikten mit mehr Klarheit und kultureller Sensibilität.

Mediation: Differenzen durch neutrale Vermittlung überbrücken

Mediation ist ein kollaborativer Ansatz zur Konfliktlösung, bei dem eine neutrale Drittperson den Dialog zwischen den Parteien fördert. Im Gesundheitswesen kann dies ein:e Kulturmittler:in, Dolmetscher:in oder eine vertrauenswürdige Fachkraft mit Erfahrung in Konfliktlösung sein.

Schritte für erfolgreiche Mediation:

- **Sichere Umgebung schaffen:** Dafür sorgen, dass alle Beteiligten sich gehört und respektiert fühlen. Ein neutraler, privater Raum fördert die Offenheit.
- **Missverständnisse klären:** Beide Seiten ermutigen, ihre Sichtweisen darzulegen, Missverständnisse erkennen und falsche Annahmen aufdecken. Beispielsweise kann ein:e Vermittler:in erklären, welche spirituelle Bedeutung bestimmte Rituale für eine Familie haben.
- **Kompromisse finden:** Die Vermittlung zielt darauf ab, gemeinsam akzeptable Lösungen zu entwickeln – etwa durch Anpassung der Behandlung an kulturelle Praktiken oder Aufklärung über medizinische Abläufe.

Mediation überbrückt kulturelle Differenzen durch gegenseitiges Verständnis und Zusammenarbeit, reduziert Spannungen und schafft eine gemeinsame Verantwortung für die Lösung des Konflikts.

Fokus auf gemeinsame Ziele

Im Gesundheitswesen steht das Wohl der Patient:innen im Mittelpunkt. Konflikte eskalieren oft, weil die Beteiligten sich auf ihre Unterschiede statt auf ihre ge-

meinsamen Ziele konzentrieren. Das Zurückführen des Gesprächs auf gemeinsame Ziele kann Spannungen entschärfen und Kooperation fördern.

Schritte zum Fokus auf gemeinsame Ziele:

- **Gemeinsame Ziele definieren:** Alle daran erinnern, dass das wichtigste Ziel die Gesundheit und Sicherheit der Patient:innen ist. Betonen, dass Zusammenarbeit zu besseren Ergebnissen führt.
- **Teamarbeit hervorheben:** Die Situation als gemeinschaftliche Aufgabe darstellen, bei der jeder Beitrag zählt. Den Fokus von „wir gegen sie“ auf „wir zusammen“ verschieben.
- **Klare Erwartungen formulieren:** Konkrete, erreichbare Schritte zur Lösung des Konflikts vereinbaren. Wenn ein Patient eine Behandlung aus kulturellen Gründen ablehnt, Alternativen besprechen, die seine Werte berücksichtigen und dennoch medizinische Anforderungen erfüllen.

Durch Konzentration auf gemeinsame Ziele können Gesundheitsfachkräfte Energien vom Konflikt zur konstruktiven Lösung lenken.

Empathie und Respekt zeigen

Empathie und Respekt sind Grundpfeiler der Konfliktlösung. Sie fördern Vertrauen und schaffen ein Umfeld, in dem sich Menschen – unabhängig von kulturellen Unterschieden – wertgeschätzt fühlen. Empathie bedeutet, die Gefühle anderer zu verstehen und anzuerkennen; Respekt bedeutet, ihre Würde und ihren Wert anzuerkennen.

Wie man Empathie und Respekt zeigt:

Emotionen anerkennen:

Erkennen und bestätigen Sie die Emotionen der beteiligten Personen. Zum Beispiel: „Ich verstehe, dass diese Situation für Sie sehr wichtig ist, und ich möchte gemeinsam mit Ihnen eine Lösung finden.“

Kommunikationsstil anpassen:

Achten Sie auf verbale und nonverbale Signale, die kulturelle Normen widerspiegeln. Einige Kulturen bevorzugen indirekte Kommunikation, während andere Direktheit schätzen.

Kulturelle Praktiken respektieren:

Auch wenn Sie eine kulturelle Praxis nicht vollständig berücksichtigen können, zeigt bereits Ihre Bereitschaft, sie zu verstehen und so weit wie möglich zu integrieren, Respekt. Beispielsweise können Familienmitglieder bei bestimmten Ritualen anwesend sein, um Patient:innen ein Gefühl von Unterstützung zu vermitteln.

Urteilsfreiheit wahren:

Gehen Sie Konflikte mit Neugier und Offenheit an, nicht mit Verurteilung. Ersetzen Sie Fragen wie „Warum machen Sie das?“ durch „Können Sie mir Ihre Sichtweise näher erläutern?“

Empathie und Respekt tragen dazu bei, Konflikte zu entschärfen, indem sie ein Gefühl von Verbindung und gegenseitigem Verständnis fördern.

Wichtige Erkenntnisse für Gesundheitsfachkräfte:

- *Kulturelle Kompetenz ist unerlässlich: Informieren Sie sich über die kulturellen Hintergründe Ihrer Patient:innen, um mögliche Konflikte frühzeitig zu erkennen.*
- *Kommunikation ist der Schlüssel: Effektive Kommunikation basiert auf aktivem Zuhören, offenen Fragen und kulturellem Bewusstsein.*
- *Zusammenarbeit führt zum Ziel: Beziehen Sie Patient:innen, Familien und Kolleg:innen als Partner:innen in die Versorgung ein, betonen Sie gemeinsame Ziele und gegenseitigen Respekt.*
- *Empathie und Respekt schaffen Vertrauen: Aufrichtiges Mitgefühl und Verständnis bilden die Grundlage für eine konstruktive Konfliktlösung.*
- *Anpassungsfähigkeit ist entscheidend: Seien Sie flexibel in Ihrem Vorgehen und suchen Sie kreative Lösungen, um sowohl medizinische als auch kulturelle Bedürfnisse zu berücksichtigen.*



Praktische Beispiele für die Lösung kultureller Konflikte im Gesundheitswesen:

Fall 1: Religiöse Überzeugungen und medizinische Behandlung

Ein Patient lehnt eine Bluttransfusion aus religiösen Gründen ab. Die behandelnde Person hält die Transfusion für lebensnotwendig.

Lösung: Ein:e Vermittler:in wird hinzugezogen, um den Dialog zu erleichtern. Gemeinsam werden alternative Behandlungsmöglichkeiten wie blutsparende Verfahren oder Blutersatzstoffe geprüft, um die medizinische Versorgung mit den Überzeugungen des Patienten in Einklang zu bringen.

Fall 2: Einbindung der Familie in Entscheidungsprozesse

Eine medizinische Fachkraft möchte direkt mit dem Patienten über seine Erkrankung sprechen, doch in der Kultur des Patienten ist die Beteiligung der Familie bei medizinischen Entscheidungen zentral.

Lösung: Die Fachkraft passt ihren Ansatz an, bezieht die Familie in Gespräche ein und achtet gleichzeitig darauf, die Autonomie des Patienten zu respektieren. Gemeinsame Ziele werden betont, um kulturelle Präferenzen mit ethischen medizinischen Standards in Einklang zu bringen

Fall 3: Traditionelle Heilpraktiken

Ein Patient verwendet traditionelle Heilmittel, die aus medizinischer Sicht möglicherweise mit den verordneten Medikamenten interagieren.

Lösung: Die behandelnde Person spricht offen über die eingesetzten Mittel und klärt über mögliche Wechselwirkungen auf. Gemeinsam wird ein Kompromiss gesucht, der sichere Bestandteile traditioneller Praktiken berücksichtigt und mit der medizinischen Behandlung vereinbar ist.

References

- Aceto, G., Persico, V., & Pescapè, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: Taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*, 107, 125–154.
- American Medical Association. (2021). How should clinicians respond to language barriers that exacerbate health inequity? *AMA Journal of Ethics*, 23(2), E117–E124.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogic imagination*. University of Texas Press.
- Brownell, J. (2012). *Listening: Attitudes, principles, and skills*. Pearson.
- Buber, M. (1970). *I and Thou*. Scribner.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of health-care services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184.
- Deutsch, M., Coleman, P. T., & Marcus, E. C. (2011). *The handbook of conflict resolution: Theory and practice*. Jossey-Bass.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355(3), 229–231.
- Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. Jossey-Bass.
- Gudykunst, W. B. (2003). *Cross-cultural and intercultural communication*. Sage Publications.
- Gudykunst, W. B. (2005). Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: Current status. In W. B. Gudykunst (Ed.), *Theorizing about intercultural communication* (pp. 281–322). Sage.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond Culture*. Anchor Books.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind*. McGraw-Hill.
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together*. Doubleday.
- Neuliep, J. W. (2020). *Intercultural communication: A contextual approach*. Sage.
- Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J. J. A., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 420–445.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Wiley-Blackwell.
- Samovar, L. A., Porter, R. E., & McDaniel, E. R. (2017). *Communication between cultures*. Cengage Learning.
- Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W., & Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 36–44.
- Ting-Toomey, S., & Chung, L. C. (2012). *Understanding intercultural communication*. Oxford University Press.
- Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Communication*, 13(4), 449–463.

Abschließende Reflexion: Multikulturelle Kommunikation und Zusammenarbeit im Lichte des EMPOWER-Modells

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel zeigt, dass effektive Kommunikation und Zusammenarbeit in multikulturellen Teams nicht nur praktische Fähigkeiten, sondern auch wesentliche Bestandteile kultureller Kompetenz sind und somit vollständig mit dem EMPOWER-Modell übereinstimmen. Dessen zentrale Werte – Multikulturalität, Professionalität, Effektivität, Wohlbefinden und Bildungsressourcen – spiegeln sich durchgängig wider.

Konzepte wie aktives Zuhören, Empathie, dialogische Kommunikation, Konfliktlösung und die Einbeziehung vielfältiger Perspektiven von Patient:innen und Kolleg:innen stehen im Einklang mit EMPOWERs Fokus auf gegenseitigem Respekt, Engagement und Inklusivität. Das Kapitel bietet praktische Strategien zur Überwindung von Sprachbarrieren, Stereotypen und nonverbaler Fehlkommunikation – Aspekte, die für eine sichere und effektive Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung sind.

Darüber hinaus wird die Rolle von Technologie und Bildung zur Förderung von Dialog und Patientenbeteiligung hervorgehoben, was den Bildungsressourcen des Modells entspricht. Ebenso wird eine empathische und kulturell sensible professionelle Haltung gefördert, was EMPOWERs Schwerpunkt auf reflektierter Professionalität unterstreicht.

Das Kapitel unterstützt somit nachdrücklich die praktische Umsetzung des EMPOWER-Modells und zeigt auf, dass multikulturelle Kommunikation die Grundlage für eine effektive, ethische und gerechte Gesundheitsversorgung bildet.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu

Kapitel 10

Der Einfluss kultureller Faktoren auf Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

**OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA,
VOLODYMYR DZHYVAK**

*Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University
des Gesundheitsministeriums der Ukraine (Ukraine)*

“

**Health is so superior to all other goods that
a healthy beggar is happier than a sick king.**

— Arthur Schopenhauer

10.1. Einleitung

Gesundheit ist das erste und wichtigste menschliche Bedürfnis, das die Arbeitsfähigkeit eines Menschen bestimmt und die harmonische Entwicklung der Persönlichkeit sichert. Sie ist die wichtigste Voraussetzung für das Erkennen der Welt, für Selbstverwirklichung und Glück.

Das Konzept von Gesundheit als Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt, als Einheit von Körper und Seele sowie die natürliche Entstehung von Krankheiten war die Grundlage der Gesundheitsauffassung im antiken Griechenland. Ähnliche Konzepte existierten auch in der antiken indischen und chinesischen Medizin (Svalastog et al., 2017).

Hippokrates stellte Gesundheit in Zusammenhang mit Umweltfaktoren und Lebensstil. Er entwickelte das Konzept der „positiven Gesundheit“, die von der ursprünglichen Konstitution des Menschen (heute Genetik), der Ernährung und Bewegung abhängt. Er war überzeugt, dass eine richtige Ernährung und körperliche Aktivität für die Gesundheit unerlässlich sind. Hippokrates vertrat die Auffassung, dass jahreszeitliche Veränderungen einen erheblichen Einfluss auf Geist und Körper haben, indem sie beispielsweise im Winter Atemwegserkrankungen und im Sommer Verdauungskrankheiten verursachen (Donev, 2019).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit wie folgt: „Gesundheit ist nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen, sondern ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Das höchste erreichbare Gesundheitsniveau zu genießen, ist ein grundlegendes Menschenrecht, unabhängig von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, wirtschaftlichem oder sozialem Status“ (Pyrko et al., 2022). Eine weitere Definition von Gesundheit lautet: Gesundheit ist die harmonische Einheit biologischer, psychologischer und sozialer Eigenschaften, die sowohl durch angeborene als auch durch erworbene biologische und soziale Einflüsse bedingt sind. Die relative Stabilität der Bio-Ökosysteme und die Nachhaltigkeit der Ressourcen werden als wichtige Prädiktoren für Gesundheit angesehen, deren Vorhandensein es jeder Person ermöglicht, ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen (Determinants of health, 2024).

Ziele

Durch dieses Kapitel sollen die Studierenden ihre Haltung, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in folgenden Bereichen erweitern:

- **Kulturelle Perspektiven verstehen:** Analyse, wie kulturelle Überzeugungen, Praktiken und Werte Einstellungen gegenüber Gesundheit, Krankheit und gesundheitsbezogenen Entscheidungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen beeinflussen.
- **Begriffsbestimmungen klären:** Definition relevanter Begriffe wie „kulturelle Kompetenz“, „Health Belief Model“ und „kultureller Relativismus“, um ein Grundlagenverständnis für das Thema zu schaffen.

- **Kulturelle Barrieren identifizieren:** Erkennen kultureller Barrieren, die Patienten-Kontakte sowie Gesundheitsverläufe beeinträchtigen können, z. B. Sprachunterschiede, traditionelle Heilmethoden oder Stigmatisierung bestimmter Erkrankungen.
- **Kultursensibilität betonen:** Die Bedeutung von kultursensibler Haltung und Bewusstsein für eine effektive Gesundheitsversorgung, Vertrauen und bessere Therapietreue hervorheben.

Lernziele

Am Ende dieses Kapitels können die Leser:

- **Kulturelle Einflüsse verstehen:** Beschreiben, wie kulturelle Faktoren die Wahrnehmung, Überzeugungen und Einstellungen gegenüber Gesundheit und Krankheit prägen und wie diese in verschiedenen Bevölkerungsgruppen variieren.
- **Begriffe definieren:** Relevante Begriffe wie „kulturelle Kompetenz“, „Gesundheitsdisparitäten“, „Health Belief Model“, „Gesundheitsfaktoren“, „Gesundheitsstufen“, „Körperwahrnehmung“, „Körperkultur“, „psychische Gesundheit“ und „Krankheitswahrnehmung“ korrekt definieren.
- **Kulturelle Barrieren erkennen:** Konkrete kulturelle Barrieren identifizieren, die den Zugang zum Gesundheitssystem, den Umgang mit Fachpersonal und die gesundheitlichen Ergebnisse beeinflussen können.
- **Kulturelle Erkenntnisse anwenden:** Erklären, wie gewonnene Erkenntnisse über kulturelle Faktoren genutzt werden können, um kultursensible Praktiken zu entwickeln, die die Bedürfnisse von Patient:innen respektieren und berücksichtigen.

10.2. Das Konzept von Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen

Faktoren, von denen Gesundheit abhängt:

- **Biologische und physische Faktoren:** Genetische und biochemische Merkmale, körperliche und motorische Fähigkeiten, anatomisch-funktionelle Besonderheiten jedes Organs und Systems sowie des gesamten Organismus, Fähigkeit zur biologischen und sozialen Funktionsfähigkeit. Für die physische Gesundheit sind insbesondere ein gesunder Lebensstil, Schlafhygiene und eine ausgewogene Ernährung entscheidend.
- **Psychologische Faktoren:** Gefühle, Emotionen, Persönlichkeitsmerkmale, Energie- und Vitalitätsniveau, Temperament, Selbstwertgefühl, Resilienz und Motivation. Psychische Gesundheit bedeutet die Fähigkeit, mit Stress umzugehen, angemessene Selbstwahrnehmung, emotionale Selbstregulation, gutes Immunsystem und Verantwortungsbewusstsein. Psychologische Selbstfürsorge stärkt das Gleichgewicht und die Belastbarkeit.
- **Soziale und wirtschaftliche Faktoren:** Bildung, Arbeitsumfeld, finanzieller Status, Eigenständigkeit sowie Freizeitgestaltung. Die Interaktion mit Um-

welt und Gesellschaft sowie soziale Beziehungen beeinflussen das Wohlbefinden wesentlich.

- **Spirituelle Faktoren:** Spirituelle Gesundheit geht über Religion hinaus und umfasst das Empfinden, Teil eines größeren Ganzen zu sein. Dies kann sich durch Naturverbundenheit, Religion oder kulturelle Traditionen ausdrücken. Bewusstsein, Mentalität, Lebenssinn, Einschätzung der eigenen Möglichkeiten im Kontext der persönlichen Ideale und Weltanschauung bestimmen den Zustand der spirituellen Gesundheit (Preeti Rao, 2024).

Das Zusammenspiel dieser Komponenten bildet den Gesamtzustand der Gesundheit. Ein ausgewogenes Verhältnis stärkt die Resilienz gegenüber negativen Einflüssen.

Wohlbefinden umfasst verschiedene Dimensionen:

- **Physisches Wohlbefinden:** Gute körperliche Gesundheit, Energie, Belastbarkeit.
- **Psychologisches Wohlbefinden:** Emotionale, intellektuelle, spirituelle Ausgeglichenheit, Lernbereitschaft, Entscheidungsfähigkeit.
- **Emotionales Wohlbefinden:** Verständnis eigener und fremder Gefühle, Stressbewältigung.
- **Spirituelle Wohlbefinden:** Lebenssinn, Wertebewusstsein, Verbundenheit mit kulturellem Erbe.
- **Soziales Wohlbefinden:** Zufriedenheit mit sozialem Status, Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen, Kommunikationsfähigkeit; abhängig von wirtschaftlichen Bedingungen und gesellschaftlicher Einbindung.

Ebenen von Gesundheit: Das System Mensch–Gesundheit–Umwelt unterscheidet drei Ebenen von Gesundheit:

1. **Öffentliche Gesundheit:** Gesundheit der Bevölkerung im Gesamten als Ausdruck materieller und geistiger Verhältnisse der Gesellschaft.
2. **Gruppengesundheit:** Gesundheit spezifischer Gruppen (z. B. Arbeitsumfeld, Familie) im unmittelbaren Lebensumfeld.



-
3. **Individuelle Gesundheit:** Geprägt durch Gesellschaft, Gruppe sowie persönliche physiologische, psychische Eigenheiten und Lebensstil.

Gesundheitsstufen beim Individuum (dynamische Zustände):

- **Vollständig gesund:** Alle Organe funktionieren optimal (theoretisches Ideal).
- **Praktisch gesund:** Normale Parameter, gute Anpassungsfähigkeit an Umweltveränderungen.
- **Maladaptation:** Anpassungsstörungen an äußere Belastungen, Stressoren, reduzierte Immunabwehr.
- **Präkrankheit:** Übergangszustand mit zunehmender Schwächung, erhöhter Krankheitsanfälligkeit.
- **Krankheit:** Störung lebenswichtiger Funktionen durch schädliche äußere oder innere Faktoren, reduzierte Anpassungsfähigkeit, Mobilisierung der Abwehrmechanismen.

Indikatoren der Bevölkerungs-Gesundheit: Säuglingssterblichkeit, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Lebenserwartung.

Laut WHO beträgt der Einfluss der Medizin auf diese Indikatoren nur 10 %, Erbanlagen 20 %, Umweltfaktoren 19 %, der Lebensstil jedoch 51 % (World Health Statistics 2024). Einige dieser Faktoren sind vollständig, andere nur teilweise oder gar nicht beeinflussbar.

Zusammenhang zwischen Kultur und Gesundheit:

Die Beziehung zwischen Kultur und Gesundheit ist komplex und vielschichtig, da kulturelle Faktoren beeinflussen, wie Menschen Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden wahrnehmen. Kulturelle Überzeugungen, Praktiken und Werte prägen das Verhalten in Bezug auf Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung und machen das Verständnis kultureller Kontexte für Gesundheitsverläufe und medizinisches Handeln unverzichtbar.

Wenn du möchtest, kann ich den Rest des Kapitels ebenfalls übersetzen. Sag einfach Bescheid.

10.3. Körperwahrnehmung

Das Körperbild umfasst die Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle einer Person über ihren Körper und ihr äußeres Erscheinungsbild. Es handelt sich um ein multidimensionales Konzept, das sowohl Körperzufriedenheit oder Unzufriedenheit, als auch die Einschätzung der Körpergröße sowie emotionale Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper einschließt. Die Einschätzung bezieht sich darauf, wie zufrieden oder unzufrieden eine Person mit ihrem Körper ist; die Investition bezieht sich auf kognitive, verhaltensbezogene und emotionale Aspekte, die im Alltag für die Wahrnehmung des eigenen Körpers entscheidend sind (z. B. Selbsterhaltung). Eine negative Einschätzung des eigenen Aussehens oder eine Unzufriedenheit mit dem Körper steht im Zusammenhang mit einer Reihe von psychischen Erkrankungen, einschließlich geringem Selbstwertgefühl, De-

pressionen und Essstörungen (Monocello, 2022). Kulturelle Normen und Erwartungen haben einen erheblichen Einfluss auf die individuelle Wahrnehmung des Körperbildes und dessen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Die komplexe Beziehung zwischen kulturellen Unterschieden, Körperbild und psychischer Gesundheit geht über die individuelle Ebene hinaus und betrifft auch die Gesellschaft. Soziale Konsequenzen können emotionalen Stress, ungesunde Lebensstile sowie erhebliche wirtschaftliche Belastungen durch den Versuch, das eigene Erscheinungsbild zu verändern, umfassen (Perkins, Hayes & Talbot, 2021). Der Körper ist nicht nur ein lebender Organismus, sondern wird von gesellschaftlichen Erwartungen geformt und stellt ein soziales Konstrukt dar, das bestimmten gesellschaftlichen Normen unterliegt, welche sich auf kulturelle Determinanten des Körperbildes konzentrieren. Es wurde gezeigt, dass kulturell angepasste Interventionen wirksam sind, um das Körperbild und das psychische

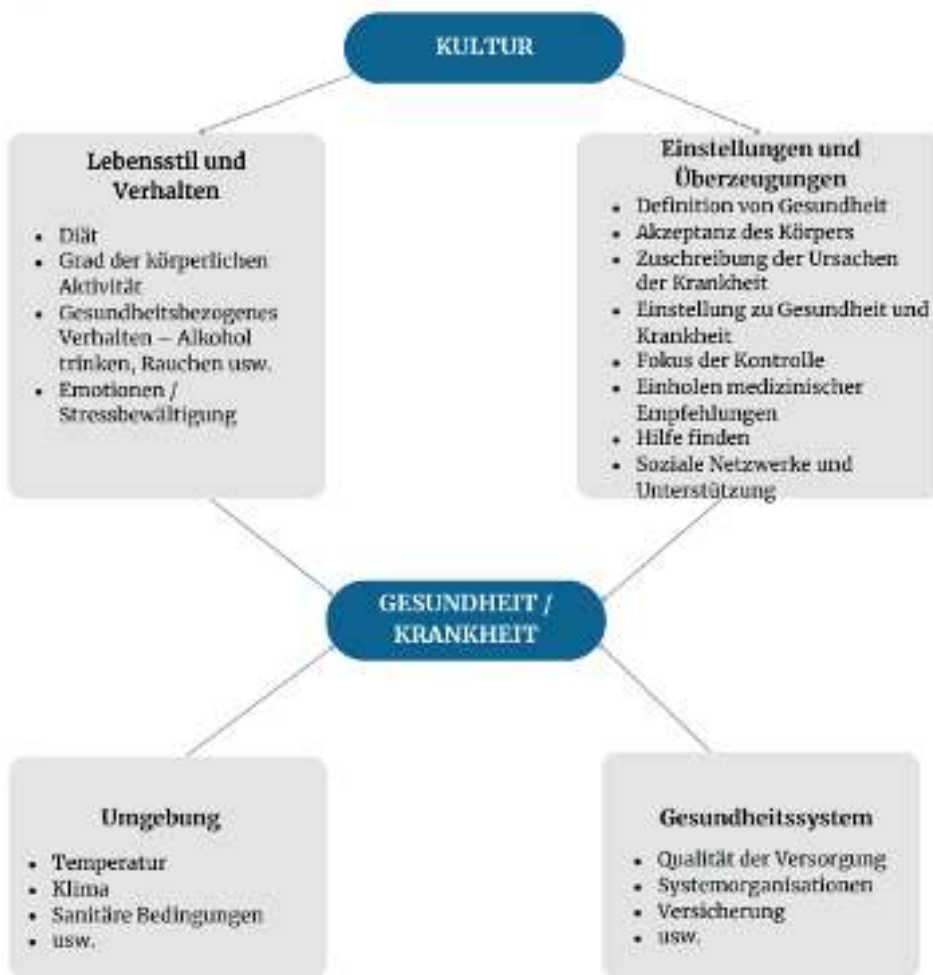


Abb. 13. Ein Diagramm der Zusammenhänge zwischen Kultur und Gesundheit

Wohlbefinden zu verbessern. Es ist von entscheidender Bedeutung, die Körperwahrnehmung durch die Linse der Kultur zu verstehen; die Unterschiede in der Wahrnehmung des Körperbildes zwischen den Kulturen zu erkennen und Kultur mit somatischen Aspekten zu verbinden, ist wesentlich für die Auseinandersetzung mit Fragen der Förderung des psychischen Wohlbefindens. Trotz des Fortschritts im Verständnis der Beziehung zwischen Kultur und Körperbild bleiben viele Aspekte noch unerforscht, insbesondere im Hinblick auf ein ganzheitliches Verständnis des kulturellen Einflusses auf das Körperbild. Durch die Untersuchung von Schönheitsidealen, kulturellen Erwartungen, Internationalisierung, den Folgen von Körperunzufriedenheit und den Anforderungen an kultursensible Interventionen wurde der Versuch unternommen, den Einfluss und die Manifestationen kultureller Determinanten wie gesellschaftlicher Normen, traditioneller Werte und Schönheitsstandards auf die Körperbildwahrnehmung zu analysieren. Eine systematische Recherche in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, Scopus und Web of Science zeigte Besonderheiten der Körperbildwahrnehmung abhängig vom Wohnsitzland. Unabhängig vom kulturellen Hintergrund gibt es einen universellen Trend unter jungen Menschen. Beispielsweise machen sich Personen im Alter von 18 bis 25 Jahren mehr Gedanken über ihr Körperbild. Auch Jugendliche zeigen eine ausgeprägte Anfälligkeit für Körperbildprobleme, die durch das kulturelle und soziale Umfeld, in dem sie leben, noch verstärkt wird. Auch das Geschlecht spielt eine bedeutende Rolle für die Anfälligkeit gegenüber Problemen mit dem Körperbild. Frauen in verschiedenen Kulturen und Ländern zeigen eine stärkere Tendenz zur Unzufriedenheit mit ihrem Körper als Männer (Schaefer, et al., 2018). Dieser Geschlechterunterschied zeigt sich besonders deutlich in Studien zu jugendlichen Mädchen. Eine Analyse der Literatur zeigt jedoch, dass Körperbildprobleme nicht nur Frauen betreffen. Studien zeigen ein wachsendes Bewusstsein für das Körperbild auch unter männlichen Jugendlichen (Perkins, Hayes & Talbot, 2021; Whitbeck & Hoyt, 1999). Körperbildakzeptanzpro-



bleme betreffen Menschen weltweit; Studien aus Japan, Finnland, Argentinien, Brasilien, den USA, Thailand sowie afrikanischen und arabischen Ländern belegen, dass kulturelle Normen und gesellschaftliche Erwartungen einen erheblichen Einfluss auf die Körperbildwahrnehmung in diesen verschiedenen Kontexten haben (Schaefer, et al., 2018). Angehörige von Minderheiten- und ethnischen Gruppen stehen vor besonderen Herausforderungen bei der Körperbildwahrnehmung. Studien zeigen, dass Jugendliche bestimmter ethnischer Gruppen, wie Indo-Trinidadianer und Afro-Trinidadianer, unterschiedliche Grade an Körperbildsorgen zeigen (Whitbeck & Hoyt, 1999). Amerikanische Jugendliche hatten negativere Stereotype über Adipositas als chinesische Jugendliche, beeinflusst durch Zuschreibungen von Verantwortung und die Idealisierung von Schlankheit (Abdoli, et al., 2024). In den Vereinigten Staaten und europäischen Ländern gibt es eine erhöhte Prävalenz von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, was häufig mit der Internalisierung von Dünnheitsidealen in Verbindung steht. Dies wurde insbesondere in Studien über amerikanische und britische Bevölkerungsgruppen deutlich (Dinesh Bhugra & Susham Gupta, 2010).

Körperkultur bezeichnet die Tradition der Körperpflege in verschiedenen Kulturen, von Stammesritualen und Hygienemaßnahmen der Antike bis hin zu modernen Entsprechungen. Dazu gehören Frisuren und Tätowierungen, die in der Antike von großer Bedeutung waren, sowie rituelle Bewegungen, die später zur Grundlage der Körpererziehung wurden. Ethno-nationale Gemeinschaften haben ihre eigenen Körperkulturen. Diese kulturellen Praktiken richten sich auf den menschlichen Körper, um die menschliche Subjektivität zu transformieren. Die Wahrnehmung des Körpers kann von Person zu Person unterschiedlich sein. Kultur und Subkulturen beeinflussen Verhalten, Werte, Überzeugungen, Denkweisen und die Wahrnehmung der Umwelt. Daher prägen kulturelle und subkulturelle Zugehörigkeiten, basierend auf Nationalität, Rasse, Geschlecht, sexueller Orientierung, sozialer Klasse, Fähigkeiten und Alter, die Wahrnehmung. Im Sozialisationsprozess erfolgt eine Internalisierung von Überzeugungen, Einstellungen und Werten, die innerhalb der dominanten Kultur und unserer Subkulturen geteilt werden. Die Schemata der Gruppenmitglieder können ähnlich oder sehr unterschiedlich sein (Monocello, 2022).

10.4. Der Einfluss der Kultur auf die Entstehung von Vorstellungen über psychische Gesundheit

Kulturelle Überzeugungen können einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit sowie auf den Zugang von Menschen zu entsprechenden Behandlungsangeboten haben. Angehörige rassistischer und ethnischer Minderheiten mit psychischen Problemen erhalten seltener eine frühzeitige Diagnose aufgrund von kulturellem Stigma und gesellschaftlichen Faktoren (Misra, et al., 2021). Kulturelle Einflüsse und Stigmatisierung können Menschen mit psychischen Erkrankungen davon abhalten, offen über ihre Schwierigkeiten zu sprechen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Gegensatz zu körperlichen Symptomen

sind Anzeichen einer psychischen Störung oft schwerer zu erkennen und werden häufig fälschlicherweise als zufällige Persönlichkeitsveränderungen interpretiert. Kulturelle Stigmata können es zusätzlich erschweren, Symptome und Probleme gegenüber Familie und Freunden zu beschreiben. Das Leben in einem Umfeld, das die Diskussion über psychische Gesundheit tabuisiert, kann zu Selbststigmatisierung sowie Gefühlen von innerer Scham oder Schuld führen. Psychische Probleme ohne ein unterstützendes Umfeld zu bewältigen, ist eine isolierende Erfahrung. Unter solchen Umständen kann eine Person ihre psychischen Probleme als persönliches Versagen ansehen, was zu geringem Selbstwertgefühl und einer Verschlechterung der Symptome führt (Ngubane & De Gama, 2023).

Das Überwinden kultureller Tabus ist ein wichtiger Schritt, um qualitativ hochwertige psychische Gesundheitsdienste anzubieten und kulturelle Normen nachhaltig zu verändern. Ein Mangel an kultureller Kompetenz kann zu ineffektiver Kommunikation, fehlerhaften Diagnosen und unzureichenden Behandlungsplänen führen (Purnell, 2018). Menschen, die psychologische Unterstützung suchen, erwarten Hilfe und Verständnis für ihre spezifischen Probleme. Gesundheitsdienstleister sollten die sozialen und kulturellen Faktoren berücksichtigen, die mit den Problemen der Menschen verbunden sind, sich auf Diversität konzentrieren und sicherstellen, dass geeignete Ressourcen für Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen bereitgestellt werden.

Kultur kann beeinflussen, wie Menschen Symptome wahrnehmen und berichten. Beispielsweise betrachten manche Kulturen Symptome psychischer Erkrankungen (wie Depressionen) als Zeichen von Schwäche oder moralischem Versagen und sind daher weniger geneigt, Hilfe zu suchen oder diese Symptome mitzuteilen. Im Gegensatz dazu legen andere Kulturen Wert auf psychische Gesundheit und sehen das Aufsuchen von Hilfe als Zeichen von Stärke. Es gibt auch Unterschiede im Verständnis davon, was Krankheit bedeutet und ob eine Krankheit „real“ oder „eingebildet“ ist (Escalante, Ganz & Minetti, 2023).

Einige Beispiele, wie verschiedene Kulturen Symptome psychischer Erkrankungen wahrnehmen und berichten können:

Krankheit und Gesundheit sind zwei Begriffe, die in jeder Kultur verankert sind. Ein tieferes Verständnis der Verbreitung und Verteilung von Gesundheit und

1. Westliche Kulturen (z. B. USA, Kanada):

- Wahrnehmung: Psychische Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen werden häufig als medizinische Zustände betrachtet, die professionelle Hilfe erfordern. Therapie oder Beratung werden als proaktive Schritte zur Genesung angesehen.
- Berichterstattung: Menschen in diesen Kulturen sprechen eher offen mit Freunden, Familie und Gesundheitsdienstleistern über psychische Probleme und wenden sich häufig ohne Scham an Fachkräfte (American Psychiatric Association, 2013).

2. Ostasiatische Kulturen (z. B. China, Japan):

- Wahrnehmung: Psychische Erkrankungen gelten möglicherweise als Schande oder Schwäche. Es gibt eine kulturelle Betonung von Harmonie und dem Bewahren des Gesichts, was Menschen davon abhalten kann, psychische Probleme einzugestehen. Berichterstattung: Menschen könnten ihre Symptome herunterspielen oder vermeiden, darüber zu sprechen, aus Angst vor sozialer Stigmatisierung, und wenden sich eher an Familie oder traditionelle Heilmethoden als an professionelle Hilfe (Kirmayer & Minas, 2000).

3. Südasien (z. B. Indien, Pakistan):

- Wahrnehmung: In einigen Gemeinschaften können psychische Erkrankungen als Ergebnis übernatürlicher Kräfte oder mangelnden Glaubens interpretiert werden. Es gibt eine kulturelle Erzählung, die psychische Probleme mit „Pech“ oder Karma in Verbindung bringt.
- Berichterstattung: Manche Personen wenden sich eher an spirituelle oder religiöse Führer, statt an psychische Fachkräfte, und betrachten psychische Probleme eher aus einer spirituellen als medizinischen Perspektive (Ataullahjan, Janzen & McKenzie, 2016).

4. Lateinamerika (z. B. Mexiko, Brasilien):

- Wahrnehmung: In vielen lateinamerikanischen Kulturen betont das Konzept des „Familismo“ die familiäre Loyalität und Unterstützung. Psychische Symptome werden möglicherweise eher als kollektives familiäres Problem denn als individuelles angesehen.
- Berichterstattung: Menschen tauschen sich über ihre Symptome eher im familiären Umfeld aus und verlassen sich auf familiäre Unterstützung, was möglicherweise zu einer geringeren Inanspruchnahme formaler psychischer Gesundheitsdienste führt (Hinton & Nichols, 2008).

5. Indigene Kulturen Nordamerikas:

- Wahrnehmung: Psychische Gesundheit wird häufig im Zusammenhang mit der Verbindung zur Gemeinschaft, zur Natur und Spiritualität gesehen. Psychische Probleme werden als Störung dieser Verbindung verstanden.
- Berichterstattung: Menschen ziehen es möglicherweise vor, sich an traditionelle Heiler oder an gemeinschaftliche Rituale zu wenden, anstatt an westliche medizinische Angebote (Whitbeck & Hoyt, 1999).

6. Großbritannien (Westeuropa):

- **Wahrnehmung:** In Großbritannien werden psychische Probleme zunehmend anerkannt, aber Stigmata bestehen weiterhin. Erkrankungen wie Depressionen können als persönliches Versagen angesehen werden, was Menschen davon abhält, Hilfe zu suchen.
- **Berichterstattung:** Viele sprechen zunächst mit Familie oder Freunden über ihre Symptome, bevor sie sich an professionelle Dienste wenden, und nutzen oft informelle Sprache zur Beschreibung ihrer Gefühle (Lewis, 2019).

7. Polen (Mitteleuropa):

- **Wahrnehmung:** In Polen gibt es traditionell weniger Bewusstsein und Akzeptanz für psychische Probleme. Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen werden manchmal als persönliches Scheitern gesehen oder in der Gemeinschaft negativ bewertet.
- **Berichterstattung:** Menschen suchen häufig erst dann Hilfe, wenn die Symptome schwerwiegend werden, und berichten beim Arzt eher über körperliche als über emotionale Beschwerden (Karam & Mneimneh, 2006).

8. Norwegen (Skandinavien):

- **Wahrnehmung:** In Norwegen wird offener über psychische Gesundheit gesprochen, doch bestehen kulturelle Erwartungen an Selbstständigkeit, was dazu führen kann, dass Betroffene ihre Probleme herunterspielen.
- **Berichterstattung:** Menschen sprechen lieber über ihre Erfahrungen im Kontext von persönlichem Wachstum oder Resilienz als in Form einer diagnostizierten Störung (Sundal & Coyle, 2019).

9. Spanien (Mittelmeerraum):

- **Wahrnehmung:** In Spanien gibt es eine Mischung aus traditionellen und modernen Vorstellungen von psychischer Gesundheit. Symptome werden möglicherweise mit familiärem Druck oder gesellschaftlichen Erwartungen in Verbindung gebracht.
- **Berichterstattung:** Menschen sprechen zunächst eher im familiären Umfeld über psychische Probleme und suchen erst danach professionelle Hilfe (Vázquez & García, 2019).

10. Italien (Mittelmeerraum):

- Wahrnehmung: Im italienischen Kontext liegt der Schwerpunkt oft auf familiärer Unterstützung, psychische Probleme werden häufig im familiären Zusammenhang gesehen. Hilfe zu suchen, kann als Beschämung der Familie angesehen werden.
- Berichterstattung: Symptome werden oft innerhalb der Familie diskutiert, wobei eher vage Begriffe verwendet werden als eine direkte Benennung psychischer Störungen.
- Generelle Erkenntnis: Die Abhängigkeit von familiärer Unterstützung kann professionelle Hilfe verzögern, da Betroffene zunächst Rat bei Verwandten suchen (McDaid & Evers, 2010).

Krankheit in einer Gesellschaft erfordert einen integrierten Ansatz, der biologisches und medizinisches Wissen mit soziologischen und anthropologischen Fragestellungen verbindet.

Aus anthropologischer Perspektive steht Gesundheit in engem Zusammenhang mit politischen und wirtschaftlichen Faktoren, die zwischenmenschliche Beziehungen prägen, soziale Verhaltensweisen steuern und kollektive Erfahrungen beeinflussen (Hyman, Levy, Myers, 2020).

Kultur bestimmt die sozial-epidemiologische Verteilung von Krankheiten auf zwei Arten:

- **Aus lokaler Perspektive** prägt Kultur das Verhalten der Menschen und macht sie anfälliger für bestimmte Krankheiten.
- **Aus globaler Perspektive** fördern politische und wirtschaftliche Kräfte sowie kulturelle Praktiken bestimmte Verhaltensweisen gegenüber der Umwelt (Dan et al., 2024).



Die täglichen Handlungen und Verhaltensweisen der Menschen werden von Kultur geprägt, was soziale Verhaltensmuster homogener macht. Menschen handeln nach einer spezifischen „Gesundheitskultur“, die auf grundlegenden Prinzipien basiert, welche ihnen helfen, sich in Gemeinschaften zu integrieren. Soziale Akzeptanz basiert auf der Einhaltung dieser Prinzipien und ihrer Weitergabe an andere (Lewis, 2019).

Literaturverzeichnis

- Abdoli, M., Rosato, M. C., Desousa, A., & Cotrufo, P. (2024). Cultural differences in body image: A systematic review. *Social Sciences*, 13(6), 305. <https://doi.org/10.3390/socsci13060305>
- Alves, H. N., Alves, R. R. N., & Barboza, R. R. D. (2024). The influence of religiosity on health. Available from https://www.researchgate.net/publication/45538941_The_influence_of_religiosity_on_health
- American Medical Association. (2022). Telehealth Resource Center: Definitions. Available from <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/telehealth-resource-center-definitions>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: Author.
- Ataullahjan, A., Janzen, J., & McKenzie, K. (2016). Understanding mental health help-seeking among South Asian women in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(5), 1134–1141. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0239-2>
- Badanta-Romero, B., de Diego-Cordero, R., & Rivilla-Garcia, E. (2018). Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1905–1917. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2>
- Burakova, M., & Filbien, M. (2020). Cultural intelligence as a predictor of job performance in expatriation: The mediation role of cross-cultural adjustment. *Pratiques Psychologiques*, 26(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.06.001>
- Burrows, W., & Scarpelli, D. G. (2024). Disease | Definition, Types, & Control. *Encyclopedia Britannica*. [Online] <https://www.britannica.com/science/disease>
- Choi, J. S., & Kim, J. S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 29, 159–162. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007>
- Chovhaniuk, O., Bashkirova, L., Meleha, K., & Yakymenko, V. (2023). Study of the state of health in the conditions of constant numerous transitional and intermediate stages. *Futurity Medicine*, 2(2), 26–34. <https://doi.org/10.57125/FEM.2023.06.30.03>
- Cody, S. F. (2020). The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014>
- Culture and its influence on diagnosis and management. Available from https://www.researchgate.net/publication/229632920_Culture_and_Its_Influence_on_Diagnosis_and_Management
- Dan, S., Cheslack-Postava, F., Abaev, B., Bagdonas, M., Jellinek, A., Najdek, T., et al. (2024). *Zotero*. Vienna: Corporation for Digital Scholarship.
- Dave, L. (2023). Genetics and human health: Understanding the influence and impact of our genes. *Annals of Clinical and Laboratory Research*, 11(1), 454. Available from <https://hal.science/hal-04107461v1/file/genetics-and-human-health-understanding-the-influence-and-impact-of-our-genes.pdf>
- Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N., & Homer, C. (2015). Evidence to inform education, training, and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*, 31(1), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.013>

- Determinants of health. (2024, October 4). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
- Donev, D. (2000). Human health – definition, concept, and content. In B. Nikodijevic (Ed.), *Contemporary diagnostics and therapy in medicine* (pp. 5–19). Skopje: Faculty of Medicine. Available from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Enaifoghe, A. (2023). The influence of culture and gender differences in communication: Society's perception. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 12(7), 460–468. <https://doi.org/10.20525/ijrbs.v12i7.2720>
- Farhud, D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), 1442–1444.
- Fiedler, B. A. (2020). Three facets of public health and paths to improvements: Behavior, culture, and environment. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2018-0-04982-8>
- Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2020). Advancing indigenous mental health research: Ethical, conceptual, and methodological challenges. *Transcultural Psychiatry*, 57(2), 235–249. <https://doi.org/10.1177/1363461520923151>
- Gowder, S. J. T. (2024). Impact of religion on food and nutrition. *Journal of Education*, 3(7), 2968–7.
- Griban, G. P., Zablotska, O. S., Yeroshenko, G. A., Nikolaieva, I. M., Sahach, O. M., Oliinyk, I. S., & Oliinyk, M. O. (2023). The nature of motivation for a healthy lifestyle in children of different ages. *Acta Balneologica*, 65(3), 165–170. <https://doi.org/10.36740/ABAL202303106>
- Habibah, S. M., Kartika, R., & Rizqi, A. I. (2023). Multiculturalism transformation in the technological age: Challenges and opportunities. *Digital Theory, Culture & Society*, 1(2), 81–87. <https://doi.org/10.61126/dtcs.v1i2.16>
- Hansen, M. (2023). Pathogenesis: Understanding the mechanisms behind disease development. *International Research Journal of Basic and Clinical Studies*, 8(4), 1–13. <https://doi.org/10.14303/irjbc.2023.54>
- Haskell, B. S., & Segal, E. S. (2014). Ethnic and ethical challenges in treatment planning: Dealing with diversity in the 21st century. *Angle Orthodontist*, 84(2), 380–382.
- Hassan, M. M., Tedong, P. A., Khir, A. M., Shari, Z., Ponrahono, Z., & Sharifudin, M. P. (2023). Exploring the influence of social environments on wellbeing in urban communities: A literature review and key indicators for future research. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 13(18). <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v13-i18/5013>
- Health and Disease: I. History of the Concepts. (n.d.). Encyclopedia.com. [Online] <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/health-and-disease-i-history-concepts#:~:text=Health%20and%20Disease%3A%20I>
- Hickey, J. V., & Giardino, E. R. (2018). The role of nurses in hospital quality improvement. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 8(1), 1–8.
- Hinton, D. E., & Nichols, C. (2008). Cultural factors in the perception and expression of anxiety among Latino populations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 133–139. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.133>
- Jaganya, B., Janani, K., & Durgalakshm, S. M. (2024). The role of cultural diversity and its impact on the workplace. *International Journal of Business Management Invention*, 13(6), 89–92.
- Karam, E. G., & Mneimneh, Z. (2006). Mental health in Eastern Europe: A challenge for research. *European Psychiatry*, 21(6), 393–396. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.03.006>

-
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of psychiatry in the global context. *Psychiatric Services*, 51(11), 1391-1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1391>
- Lavery, J. (2022). *Mental health care in diverse cultural settings*. Oxford University Press.
- Li, M., & Wang, D. (2020). The role of cultural competence in healthcare: An overview. *Journal of Healthcare Management*, 65(5), 345-354. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00013>
- Mane, A., & Wang, Y. (2023). The impact of cultural factors on healthcare delivery. *International Journal of Medical Sciences*, 12(3), 128-135. <https://doi.org/10.18092/ijms.v12i3.1101>
- Merriam-Webster. (2023). Cultural competency. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/cultural%20competency>
- Mirza, S., & Hussain, Z. (2018). Religion and health: Exploring the connection. *Journal of Religion and Health*, 57(3), 735-741. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0645-8>
- Nierman, R. W., & Stone, G. (2024). Integrating cultural awareness into health interventions. *Journal of Public Health*, 46(2), 80-92. <https://doi.org/10.1056/JPH2024.029876>
- Patel, R. S., & Khan, N. H. (2022). Healthcare disparities: Analyzing the impact of culture on patient care. *Journal of Medical Disparities*, 15(1), 10-17. <https://doi.org/10.2135/jmd.2022.0035>
- Peltzer, K., & Tushabe, L. (2015). Cultural practices and health behavior: Exploring the link. *BMC Public Health*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1432-7>
- Sartori, M., & Grimsley, K. (2020). Cross-cultural communication in medical settings. *Medical Humanities*, 46(4), 122-129. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-011601>
- Sulaiman, F., & Mohd, S. (2024). The effects of cultural practices on public health systems. *International Journal of Public Health Policy*, 39(6), 354-360. <https://doi.org/10.12695/ijphp.2024.0217>
- Sullivan, R., & Zhang, L. (2022). The influence of cultural sensitivity on patient outcomes. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(2), 201-215. <https://doi.org/10.1177/00220221221083956>
- Tavakkol, R., & Brown, A. C. (2021). Healthcare accessibility and cultural barriers: A global perspective. *Global Health Review*, 5(1), 60-74. <https://doi.org/10.1146/ghr2021.09.005>
- Thomas, S., & Taylor, S. (2019). The role of cultural diversity in mental health treatment. *Psychiatric Services*, 70(8), 809-814. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20210032>
- White, M. E., & Black, A. R. (2017). The impact of cultural competence on the mental health of minority populations. *Journal of Mental Health*, 26(3), 275-281. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1223927>
- Williams, C. J., & Miller, S. L. (2022). Barriers to health care in multicultural societies. *Journal of Multicultural Health*, 29(4), 50-57. <https://doi.org/10.1097/JMH2022.0167>
- Yung, A. R., & Zhang, L. (2024). Cultural diversity and mental health services in the 21st century: A systematic review. *Mental Health Policy and Economics*, 27(2), 124-136. <https://doi.org/10.1016/j.mhpe.2024.02.002>

Abschließende Reflexion: Kulturelle Determinanten von Gesundheit und das EMPOWER-Modell

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel veranschaulicht, wie kulturelle Faktoren die Wahrnehmung von Gesundheit, Krankheit, Körper und Wohlbefinden prägen und eng mit den Grundsätzen des EMPOWER-Modells übereinstimmen – insbesondere in den Bereichen Multikulturalismus, Wohlbefinden, Professionalität und Bildungsressourcen.

Das Kapitel betont die Bedeutung der spirituellen, psychologischen und sozialen Aspekte von Gesundheit und betrachtet Gesundheit als ein multidimensionales Konzept, das durch kulturelle Überzeugungen, soziale Normen und individuelle Wahrnehmungen beeinflusst wird. Diese ganzheitliche Sichtweise unterstützt das Ziel des EMPOWER-Modells, eine personalisierte, kulturell sensible Gesundheitsversorgung zu fördern, bei der kulturelle Kompetenz und Bescheidenheit grundlegende Werte darstellen.

Durch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen kulturellen Auffassungen von Gesundheit und Krankheit, den Ebenen von Gesundheit (individuell, gruppenbezogen, gesellschaftlich) sowie den Vorstellungen von Körper und psychischer Gesundheit stärkt das Kapitel die Säule des Multikulturalismus. Es ermutigt Fachkräfte, die Vielfalt der gesundheitsbezogenen Weltanschauungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen anzuerkennen und zu respektieren.

Darüber hinaus fördert es eine reflektierte berufliche Praxis und hebt hervor, wie wichtig es ist, kulturelles Bewusstsein in Diagnostik, Kommunikation und Behandlung zu integrieren – vollkommen im Einklang mit dem EMPOWER-Schwerpunkt auf empathischer, ethischer und kompetenter Professionalität.

Zusammenfassend bietet dieses Kapitel eine fundierte theoretische und praktische Grundlage für den Aufbau kultureller Kompetenz im Sinne des EMPOWER-Modells: Effektive und gerechte Gesundheitsversorgung erfordert ein tiefes Bewusstsein für kulturelle Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu







Kapitel 11

Psychische Gesundheit in einer multikulturellen Gesellschaft

PALOMA MORAL DE CALATRAVA

Universität Murcia (Spanien)

**Im Bereich der psychischen Gesundheit ist jede
Begegnung mit einem Patienten ein Zusammentreffen
von Biologie und Kultur.**

11.1. Einleitung

Psychische Gesundheit kann nicht ohne den Einfluss der Kultur betrachtet werden, da normale oder abweichende Erfahrungen, Emotionen und Verhaltensweisen kulturell geprägt sind. Ein Verhalten, ein Gefühl oder ein Gedanke kann für eine bestimmte Gruppe als normal gelten, während andere dieselbe Handlung, Empfindung oder Idee als abweichend bewerten (Kirmayer & Bhugra, 2008). Einige Forscher bringen Kultur und psychische Gesundheit mit Überzeugungen, Werten und Ritualen einer kulturellen Gruppe in Verbindung (Nolan et al., 2011); andere sehen den Zusammenhang mit sozialen Phänomenen – wie Klasse, Armut und Marginalität –, die verschiedene kulturelle Gruppen unterschiedlich betreffen (Inglis et al., 2025). Diese zweite Perspektive verbindet psychische Gesundheit mit sozialen Elementen, da Bedeutungen und Verhaltensweisen im Alltag erlernt und weitergegeben werden und der Anpassung und Integration von Gruppen oder Individuen dienen. Kultur umfasst dabei sowohl interne Merkmale – wie Überzeugungen, Werte und Einstellungen – als auch externe Eigenschaften – wie Rollen und Institutionen –, welche beeinflussen, wie Erfahrungen interpretiert werden (Yamada & Marsella, 2013). Daher ist jeder Kontakt zwischen Patient und Fachkraft in der psychischen Gesundheitsversorgung ein Zusammentreffen von Biologie und Kultur.

Der Immigrant wird oft in mittelmäßigen Thriller-Filmen als typische Figur dargestellt, die eine seltene, ansteckende und potenziell tödliche Krankheit mit sich bringt, die unseren gewohnten Lebensstil bedroht. Ziel solcher Filme ist es, beim Publikum Angst auszulösen. Diese Filme sprechen reale Ängste in der westlichen Welt an und prägen durch die Darstellung dieser „Anderen“ das Publikum stärker als ein wissenschaftlicher Bericht. Am Ende des Films sind manche Zuschauer misstrauischer gegenüber Menschen aus anderen Ländern. Unsere Gedanken, Emotionen und unser Verhalten lassen sich also leicht steuern (Brummett 2019, 83–86). Doch hat die Wissenschaft dies tatsächlich bewiesen? Sind die „Anderen“ eine reale Bedrohung?

Das emotionale, kognitive und psychische Wohlbefinden des Menschen wird von äußeren Faktoren – wie einem Film – beeinflusst, und besonders verletzbare Gruppen sind sozialen Stigmata, verstärkt durch soziale Medien, stärker ausgesetzt (Stuart 2025). Dieses Kapitel beschäftigt sich mit wesentlichen Fragen zum Einfluss ethnischer und kultureller Faktoren auf die psychische Gesundheit. Interaktionen zwischen zwei kulturellen Gruppen führen zu unterschiedlichen Reaktionen, die in der Forschung als „Akkulturation“ bezeichnet werden. Nach der Analyse wissenschaftlicher Modelle der Akkulturation wird deren Einfluss auf die psychische Gesundheit dargestellt. Abschließend werden Anzeichen und Symptome von Migrations-Trauerprozessen erläutert.

Ziele

Die Studierenden werden durch dieses Kapitel ihre Einstellungen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in folgenden Bereichen erweitern:

-
- Auseinandersetzung mit zentralen Herausforderungen der psychischen Gesundheit im Kontext kultureller Unterschiede.
 - Erkennen wichtiger psychologischer Strategien, die von Minderheitenkulturen in Aufnahmegesellschaften genutzt werden.
 - Entwicklung kultureller Sensibilität als Gesundheitsfachkraft oder Studierende, um besser auf unterschiedliche Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten reagieren zu können.

Lernziele

Am Ende dieses Kapitels können die Leserinnen und Leser:

- Die verschiedenen individuellen Strategien der Akkulturation beschreiben.
- Den Einfluss von Vorurteilen der Aufnahmegesellschaft auf die psychische Gesundheit von Minderheiten begründen.
- Die wichtigsten Elemente des Akkulturationsstresses benennen.
- Die psychologischen Merkmale von Migrations-Trauerprozessen, einschließlich des Ulysses-Syndroms, erläutern.

Relevante Definitionen und Begriffe

Akkulturation:

Bezeichnet den multidimensionalen Anpassungsprozess, der eintritt, wenn eine Person oder Gruppe in eine neue Kultur migriert und in kontinuierlichem direkten Kontakt mit kulturell unterschiedlichen Menschen, Gruppen und sozialen Einflüssen steht. Es beschreibt, in welchem Maße Individuen eine völlig neue Lebensweise übernehmen, indem sie Einstellungen, Werte, Bräuche, Überzeugungen und Verhaltensweisen einer anderen, meist dominanten, Kultur annehmen (Crowford und Avula 2014). Auf psychologischer Ebene beschreibt Akkulturation die affektiven, verhaltensbezogenen und kognitiven Veränderungen einer Person im Kontakt mit anderen Kulturen, auch bekannt als die ABCs der psychologischen Akkulturation (Ward 2001).



Akkulturationsstress:

Bezeichnet die Reaktion auf die Anpassung an eine Aufnahmegesellschaft. Obwohl dieser Stress nicht zwangsläufig negativ ist, wird er mit Angst, Depressionen, Körperbildstörungen, Suizidgedanken und Essstörungen in Verbindung gebracht. Es ist nachgewiesen, dass Akkulturationsstress die psychische Gesundheit negativ beeinflusst (Iwamasa et al., 2013).

Ulysses-Syndrom:

Das sogenannte chronische und multiple Immigranten-Stress-Syndrom bezeichnet eine Gruppe von depressiven, ängstlichen, somatischen und verwirrenden Symptomen, die direkt durch die hohen Anforderungen des Akkulturationsprozesses verursacht werden (Ramos-Villagrasa und García-Izquierdo 2007).

11.2. Modelle der Akkulturation

Ethnische Zugehörigkeit beeinflusst den Lebensstil einer Gruppe, aber es gibt eine große Vielfalt darin, wie sich Menschen mit einer ethnokulturellen Identität durch Migration mit bestimmten Traditionen, Glaubensvorstellungen oder Praktiken identifizieren. Manche Menschen leben bikulturell, andere lehnen ihre Herkunftskultur ab und übernehmen die Praktiken, Werte und Glaubenssätze des neuen Landes. Wieder andere halten an Bräuchen, Verhaltensweisen, Glauben und Ritualen fest, um ihrer Herkunftskultur verbunden zu bleiben. Innerhalb einer Familie identifiziert sich meist die erste Generation stärker mit ihrer Herkunftskultur als die dritte Generation. Dieser Prozess wird als «Akkulturation» bezeichnet.

Akkulturation beschreibt den Anpassungsprozess einer Minderheitskultur an eine Mehrheitskultur und wie diese Gruppen versuchen, sich zu akkulturieren. Jedes Individuum innerhalb einer Minderheit kann unterschiedliche psychologische Anpassungsstrategien verfolgen, weshalb individuelle Anpassungen beachtet werden sollten:

Assimilation beschreibt den Prozess, bei dem wenig Interesse an der Bewahrung der eigenen kulturellen Herkunft besteht und stattdessen der Wunsch überwiegt,



Abb. 14. Berrys Modell der persönlichen Akkulturation (Erten u. a. 2018)

sich mit der Mehrheitsgesellschaft zu identifizieren. Infolgedessen löscht die betroffene Person Merkmale ihrer ursprünglichen Kultur aus.

Separation liegt vor, wenn der Erhalt der eigenen Kultur gewünscht wird, während der Kontakt zur Aufnahmegesellschaft vermieden wird. Personen, die diesen Weg wählen, lehnen die dominante Kultur ab, um ihre Herkunftskultur zu bewahren. Sie leben häufig in bestimmten Vierteln, in denen kulturelle Eigenheiten und Bräuche gepflegt werden.

Marginalisierung beschreibt eine Haltung, in der weder die Pflege der eigenen Kultur noch der Kontakt zur Aufnahmegesellschaft angestrebt wird. Diese Personen lehnen sowohl ihre Herkunfts- als auch die Mehrheitskultur ab, da sie sich mit keiner identifizieren können. Sie leiden unter fehlenden sozialen Netzwerken und erfahren häufig höhere Belastungen und psychische Probleme. Marginalisierung wird üblicherweise als Prozess beschrieben, bei dem Individuen oder Gruppen an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. Marginalisierte Menschen erfahren Diskriminierung, Ausgrenzung und ungleiche Behandlung im Gesundheitswesen, im Bildungsbereich, im Arbeitsleben usw. Diese Definition steht im Gegensatz zur von Ihnen genannten.

Integration beschreibt die gleichzeitige Pflege der eigenen kulturellen Herkunft sowie die aktive Teilnahme an der Aufnahmegesellschaft. Personen übernehmen die Normen der Gastgesellschaft, während sie zugleich ihre Herkunftskultur bewahren. Integration wird häufig synonym mit Bikulturalität verwendet. (Berry, et al. 2006).

11.2. Modelle der Akkulturation

Die ethnische Zugehörigkeit beeinflusst den Lebensstil einer Gruppe, jedoch gibt es eine erhebliche Vielfalt in der Art und Weise, wie sich Menschen mit einer ethnokulturellen Identität durch Migration mit bestimmten Traditionen, Überzeugungen oder Praktiken identifizieren. Einige von ihnen können bikulturell sein, andere lehnen ihre Herkunftskultur ab und übernehmen die Praktiken, Überzeugungen und Werte des neuen Landes, und wieder andere bewahren Bräuche, Verhaltensweisen, Glauben und Riten, um ihren Wurzeln treu zu bleiben. Innerhalb einer Familie identifiziert sich die erste Generation in der Regel stärker mit ihrer Herkunftskultur als die dritte Generation. Dieser Prozess wird als „Akkulturation“ bezeichnet. Akkulturation beschreibt den Anpassungsweg einer kulturellen Minderheitengruppe an eine größere Gruppe und wie sie sich zu akkulturieren versucht. Jede Person einer Minderheitengruppe kann unterschiedliche psychologische Anpassungsstrategien nutzen, daher gibt es individuelle Anpassungen, die es zu beachten gilt:

Assimilation bezeichnet den Weg, bei dem wenig Interesse an der Bewahrung des eigenen kulturellen Erbes besteht, verbunden mit der Präferenz, sich mit der Mehrheitsgesellschaft zu identifizieren. Infolgedessen löscht die Person alle Merkmale der ursprünglichen Kultur aus.

Separation ist der Weg, bei dem die Bewahrung der eigenen Kultur angestrebt wird, während gleichzeitig der Kontakt mit der Gastgesellschaft vermieden wird. Menschen, die diesen Ansatz verfolgen, lehnen die dominante Kultur ab, um ihre Herkunftskultur zu bewahren. Diese Menschen leben häufig in bestimmten Stadtvierteln, die kulturelle Merkmale und Bräuche bewahren.

Marginalisierung liegt vor, wenn weder der Erhalt der eigenen Kultur noch der Kontakt zu anderen gewünscht wird. Diese Menschen lehnen sowohl die eigene als auch die dominante Kultur ab, da sie sich mit keiner identifizieren. Diese Personen leiden unter einem Mangel an sozialen Unterstützungssystemen und sind stärker von Stress und psychischen Problemen betroffen. Marginalisierung wird in der Regel als Prozess definiert, bei dem Einzelpersonen und Gruppen an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. Marginalisierte Menschen oder Gruppen erfahren Diskriminierung, Ausgrenzung und ungleiche Behandlung im Gesundheitswesen, in der Bildung, im Arbeitsmarkt usw.

Integration liegt vor, wenn sowohl der Erhalt der eigenen Kultur als auch der Kontakt mit der Mehrheitsgesellschaft gewünscht wird. Individuen übernehmen somit die kulturellen Normen der Gastgesellschaft, während sie ihre Herkunftskultur bewahren. Integration ist oft gleichbedeutend mit Bilingualismus oder Bilingualität (Berry et al. 2006).

Interkulturelle Kontakte führen zu persönlichen Veränderungen, aber es ist wichtig zu verstehen, dass Akkulturation mehr ist als ein bloßer passiver Prozess. Anstatt einer einseitigen Anpassung der Minderheitsgruppe an die dominante Kultur entwickelt jede Person diese psychologischen Anpassungsstrategien auf unterschiedliche Weise. Im Allgemeinen entscheiden sich Migranten dafür, ihr Herkunftsland zu verlassen und sich in einem anderen Land niederzulassen. Daher verfügen sie über wirtschaftliche, emotionale und bildungsbezogene Ressourcen wie Sprachkenntnisse, familiäre Unterstützung oder Wissen über die neue Kultur. Flüchtlinge hingegen wurden gezwungen, ihr Herkunftsland aus gewaltsamen und unvorhergesehenen Gründen wie Krieg oder Naturkatastrophen zu verlassen. Diese unfreiwilligen Migranten haben meist geringere Bildungsabschlüsse, weniger finanzielle Ressourcen, sind mit der Sprache, den Bräuchen und Werten des neuen Landes nicht vertraut und haben häufig erhebliche Traumata erlebt (Iwamasa, 2013; Ritter, 2017).

Aus Sicht der psychischen Gesundheit gilt Integration in einer multikulturellen Gesellschaft als Goldstandard, da sie mit den geringsten depressiven Symptomen assoziiert ist, während Marginalisierung mit den schlimmsten Ausprägungen von Depressionen und Ängsten verbunden ist (Choy et al. 2020). Dieses Ideal ist jedoch nicht für alle möglich. Integration ist für ältere Migranten und Flüchtlinge mit gefestigten Persönlichkeiten, Werten und Vorlieben schwieriger. Für ältere Menschen ist es schwieriger, ihre Erfahrungen zu integrieren und in einem neuen kulturellen Kontext neue adaptive Ansätze zu erlernen.

Es gibt zwei bedeutende Modelle zum Verständnis von Natur und Ausmaß der Akkulturation: Das „Racial Identity Model“ (Cross, 1991) wurde entwickelt, um die

Erfahrungen ethnischer Minderheiten zu untersuchen und zu verstehen und betont die Folgen von Unterdrückung. Bikulturalitäts- oder Multikulturalitätsmodelle entstanden im Kontext von Migration und kultureller Kompetenz. Eines der bekanntesten ist Berrys Modell aus den späten 1970er Jahren, in dem der kulturelle Konservatismus eines Individuums und dessen Interaktionsbereitschaft als zwei unterschiedliche Kräfte betrachtet werden. Wer sich stärker mit der Aufnahmekultur identifiziert und sich ihr anschließt, leidet weniger unter psychischem Stress als diejenigen, die hohe Bindungen an ihre Herkunftskultur aufrechterhalten (Kosic, 2006; Crawford & Avula, 2014).

Obwohl die Mehrheitsgesellschaft mehr Macht und mehr Möglichkeiten hat, die Anpassung der Minderheitengruppe zu beeinflussen, beinhaltet der Akkulturationsprozess wechselseitige Einflüsse beider Gruppen. Das „Concordance Model of Acculturation“ (CMA) konzentriert sich auf die Aufnahmekultur und beschreibt den Einfluss der Mehrheitsgesellschaft auf den Akkulturationsprozess. Dieses Modell untersucht auch die Erwartungen und Einstellungen der Mehrheitsgesellschaft gegenüber Minderheitengruppen (Piontkowski et al., 2002). Dieses Modell wurde Anfang der 2000er Jahre in Deutschland entwickelt und zeigte, dass deutsche Erwartungen gegenüber polnischen und italienischen Migranten unterschiedlich waren. Die Studienteilnehmer erwarteten, dass 61,2 % der Polen vollständig am deutschen Leben teilnehmen wollten, im Vergleich zu 55,6 % der Italiener. Allerdings war die allgemeine Akzeptanz der Deutschen gegenüber italienischen Migranten höher als gegenüber polnischen, da Italiener als weniger bedrohlich und bereichernder wahrgenommen wurden (Piontkowski, Rohmann & Florack, 2002). Das CMA sagt voraus, dass Unterschiede in den Akkulturations-einstellungen zu interkulturellen Konflikten führen und das psychische Wohlbefinden der Migranten beeinträchtigen können (Crawford & Avula, 2014).

Die neueste Forschung zur Akkulturation empfiehlt, sowohl Migranten als auch Nicht-Migranten nach einem dynamischen Ansatz zur Akkulturation zu untersuchen (Jäger & Paolillo, 2022). Berrys Modell wurde in den 1980er Jahren entwickelt, als Gesellschaften und Migration weniger komplexe Phänomene waren. Heute jedoch hat Migration weltweit ein beispielloses Ausmaß erreicht, und in manchen Stadtteilen übersteigen Migrantengruppen zahlenmäßig die traditionelle Mehrheitsgesellschaft. In diesen Mikrokontexten haben einheimische Gemeinschaften häufig negative Einstellungen gegenüber Migrantengruppen, übernehmen jedoch auch Gewohnheiten der Siedler, indem sie deren Musik hören, Worte oder Ausdrücke lernen oder deren Speisen essen. Der dynamische Ansatz zur Akkulturation fordert dazu auf, Interaktionen zwischen Menschen unterschiedlicher kultureller Hintergründe zu untersuchen, da Akkulturation durch wechselseitige Interaktionen geprägt ist. Außerdem stellt dieses Modell infrage, ob Integration tatsächlich die beste Strategie für Migranten ist, da Assimilation in Situationen wie der Arbeitssuche oder der Bewerbung um einen Studienplatz vorteilhafter sein kann. Die Interaktionsdynamik steht also im Mittelpunkt. Schließlich schlägt dieses Modell vor, die persönliche interkulturelle Kompetenz zu erforschen (van der Zee & van Oudenhoven, 2022).



Der Kontakt zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen ist ein historisches Phänomen. Reisen, Kolonialisierungsbewegungen oder wirtschaftliche Transaktionen veränderten die ursprünglichen Kulturen und prägten neue Gesellschaften. Die Forschung über die Auswirkungen dieser kulturellen Kontakte auf die psychische Gesundheit ist jedoch ein relativ neues Thema. Aus sozialer und politischer Sicht gibt es zwei Hauptauffassungen über multikulturelle Gesellschaften, die Berry als „Schmelztiegel“ und „kulturellen Pluralismus“ bezeichnet hat. Im „Schmelztiegel“ steht die Mehrheitsgesellschaft im Zentrum, während Minderheitengruppen am Rand stehen. Diese Minderheiten sollen in die Mehrheitsgesellschaft assimiliert werden, bis sie verschwinden. Das Modell des „kulturellen Pluralismus“ erkennt an, dass moderne Gesellschaften multikulturell sind, da verschiedene ethnokulturelle Gruppen an der Gesellschaft teilhaben und zu deren Entwicklung beitragen (Berry, 2006). Forscher haben ihren Ansatz vom „Schmelztiegel“, mit einer allgemeinen Auffassung von Migrantenakkulturation, hin zur Untersuchung verschiedener Gruppen — wie Flüchtlingen, internationalen Studierenden und Arbeitenden, indigenen oder undokumentierten Migranten — erweitert und analysieren natürlich auch den Akkulturationsprozess der Aufnahmekultur (Ritter & Graham, 2017).

11.3. Akkulturationsstress und psychisches Gesundheitsmanagement

Jeder Migrant oder Flüchtling kann unter Akkulturationsstress leiden, also unter der persönlichen Reaktion auf die Anpassung an eine andere Kultur. Aber auch der Kontext spielt eine Rolle. Ein bedeutender Faktor ist die gesellschaftliche Haltung gegenüber kultureller Vielfalt, denn eine feindselige Gemeinschaft erhöht die Wahrchein-

“Acculturative stress is more likely to occur when the host society’s ideological stance is critical of pluralism and diversity and/or when members of the host society hold negative attitudes towards the immigrant group”.
(Teodorowski, et al. 2021)

lichkeit einer belastenden Erfahrung. Studien haben gezeigt, dass ein feindliches Umfeld Ängste, Depressionen, Suizidgedanken, Körperwahrnehmungsstörungen und Essstörungen verstärkt. Gleichzeitig verringern ein höheres Bildungsniveau und kognitive Fähigkeiten den Akkulturationsstress (Cuéllar, 2000).

Akkulturativer Stress ist ein Konzept, das die Schwierigkeiten und Belastun-

gen beschreibt, die im Verlauf des Akkulturationsprozesses entstehen, wie beispielsweise Sprachbarrieren, wahrgenommene kulturelle Unvereinbarkeiten und kulturelles Bewusstsein. In der Regel konzentrieren sich Studien zum Thema Akkulturationsstress auf die Unterschiede zwischen der dominanten und der Herkunftskultur. Wissenschaftler betonen jedoch auch, dass Menschen unter Akkulturationsstress leiden können, wenn beispielsweise Familienmitglieder die Jüngeren kritisieren, weil sie die Sprache ihrer Herkunft nicht sprechen können. Akkulturationsstress hat somit viele verschiedene Ursachen (Crawford & Avula, 2014).

Sprache ist ein wichtiger Faktor beim Akkulturationsstress, da er jedes Familienmitglied betrifft. Das Beherrschen einer neuen Sprache entscheidet über die beruflichen Möglichkeiten von Migranten. Obwohl Migration an sich eine erschöpfende Erfahrung ist, ist es für einen Lateinamerikaner, der nach Spanien kommt, einfacher, eine Arbeit zu finden, wenn er Spanisch spricht, als für jemanden ohne Sprachkenntnisse. Wer die Sprache des Aufnahmelandes nicht beherrscht, steht je nach Alter vor unterschiedlichen Problemen. 25 % der Kinder sind Legastheniker

oder leiden an Dysgraphie und haben Schwierigkeiten beim Schreiben und Lesen. Ältere und ärmere Menschen sprechen häufig die Landessprache nicht und haben größere Schwierigkeiten, sie zu erlernen. Während der Arbeitszeit haben viele erwachsene Migranten kaum Kontakt zur einheimischen Bevölkerung, was es ihnen zusätzlich erschwert, ihre Sprachkenntnisse zu verbessern. Sprache zählt zu den stressreichsten Faktoren. Forschungen belegen einen klaren Zusammenhang zwischen mangelnden Sprachkenntnissen und der Unterinanspruchnahme psychiatrischer Dienste (Ohtani, 2015). Gleichzei-



Abb. 15. Psychologische Merkmale der Migrations-Trauer (Achotegui, 2019)

tig neigen Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit dazu, Fehldiagnosen zu stellen, wenn Kommunikationsbarrieren bestehen (Achotegui, 2019).

Ein weiterer Faktor, der die psychische Gesundheit beeinflusst, ist die seit der Migration verstrichene Zeit. Manche Forschende vertreten die Ansicht, dass Akkulturationsstress bei ärmeren und kürzlich eingewanderten Personen häufiger auftritt. Andere Studien kommen zu dem Schluss, dass Menschen, die seit mehr als zehn Jahren im neuen Land leben, ungesünder sind als jene, die erst weniger als ein Jahrzehnt dort wohnen (Crawford & Avula, 2014). Migranten empfinden ihr neues Leben häufig als frustrierend und verlustbehaftet und können sogar eine akute Belastungsstörung entwickeln. Menschen, die aus Ländern mit hoher Gewalt-, Kriegs- oder Bürgerkriegsrate stammen, zeigen häufiger Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Paniagua, 2013).

Migranten erleben oft einen tiefen Verlust. Sie trauern um alles, was sie zurückgelassen haben: Familie, Freunde, Sprache, Kultur, Heimat und sozialen Status, der ihnen Zugehörigkeit gab. Diese Menschen mussten gefährliche Reisen, Unfälle oder Verfolgung überstehen, was das Migrations-Trauma zusätzlich verstärkt.

“

“Kyklops, you ask me for my illustrious name and I’ll tell you. Then you can offer me what a guest deserves, as you’ve just promised. No One is my name. They call me No One, my mother and my father and all of my friends”.

– Homer, song IX, 124

Die American Psychiatric Association (APA) erkennt an, wie wichtig Kultur für das Verständnis von Krankheitsbildern, eine präzise Diagnosestellung und eine geeignete klinische Versorgung ist. Das Rahmenmodell der APA zur Informationssammlung hat sich in der klinischen Praxis bewährt und wird von Patientinnen und Patienten gut angenommen. Es umfasst fünf Hauptkategorien:

Kulturelle Identität der Person: Es wird beschrieben, wie die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen, kulturellen oder religiösen Gruppe die Beziehungen, Ressourcennutzung oder Konflikte beeinflusst. Bei Migranten und Minderheiten sollte dokumentiert werden, in welchem Ausmaß und in welcher Form sie mit Herkunfts- und Aufnahmekultur verbunden sind. Sprachkenntnisse, -präferenzen und Nutzungsmuster sind wichtig, um Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung und Integration zu erkennen. Weitere relevante Aspekte können Religionszugehörigkeit, sozioökonomischer Hintergrund, Herkunfts- und Geburtsort, Migrationsstatus oder sexuelle Orientierung sein.

Kulturelle Konzeptualisierung von Belastung: Erfahrungen, Wahrnehmung und Kommunikation von Symptomen werden durch kulturelle Konstrukte geprägt. Fachkräfte müssen daher den Schweregrad der Beschwerden gemäß der Normen der jeweiligen Kulturgruppe erfassen. Auch Bewältigungsstrategien und die In-

The Seven Migratory Mournings:

1. Family and Loved ones
2. Language
3. Culture
4. Homeland
5. Social Status
6. Belonging
7. Physical Risks

(Achotegui, 2019)

anspruchnahme von Hilfe – sei es professionell, traditionell, alternativ oder komplementär – sind zu berücksichtigen.

Psychosoziale Stressoren und kulturelle Merkmale von Vulnerabilität und Resilienz: Fachkräfte sollten wesentliche Stressoren identifizieren sowie die Rolle von Religion, Familie und sozialem Netzwerk in der emotionalen, praktischen und informativen Unterstützung erfassen.

Kulturelle Merkmale der Beziehung zwischen Patient und Behandler: Unterschiedliche Kultu-

ren, Sprachen oder sozialer Status können den therapeutischen Prozess erschweren. Diese Diskrepanzen beeinflussen die Bedeutung von Symptomen und Verhaltensweisen und erschweren es, eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Gesamtkulturelle Bewertung: Um die Intervention angemessen zu steuern, ist es wichtig, die Auswirkungen der oben genannten kulturellen Komponenten zusammenzufassen (APA, 2013).

Forscher haben sieben Formen der Migrations-Trauer identifiziert. Über die bereits erwähnte Trauer um die Sprache hinaus empfinden Migranten auch Trauer um Familie und geliebte Menschen. Dies ist die häufigste Ursache für Migrationsstress und hat auch Auswirkungen auf die Zurückgebliebenen im Herkunftsland. Oft fühlen sich die Kinder von Migranten verlassen und die Eltern verspüren Schuldgefühle. Die Trauer um die Kultur bezieht sich auf Werte, Essgewohnheiten, Kleidungsstile, Freizeitgestaltung, Weltanschauung oder Religion, die die Migranten praktizieren. Der Kulturbegriff ist somit umfassend. Es ist sehr hilfreich, den Migranten in soziale, kulturelle, künstlerische oder sportliche Gruppen einzubinden, um so die Integration zu fördern und die Migrations-Trauer zu verarbeiten.

Migranten empfinden auch Trauer um ihr Heimatland, insbesondere wenn sie aus warmen und lichtreichen Ländern kommen und in kältere und dunklere Regionen ziehen. Die Trauer um den sozialen Status hängt mit Dokumentation, Arbeit, Wohnung, Zugang zu Chancen usw. zusammen. Wenn sich innerhalb weniger Jahre nach der Auswanderung die ökonomische, soziale und rechtliche Lage nicht verbessert, stellt sich bei den Betroffenen ein Gefühl der Demoralisierung und Frustration ein. Zudem ist ein illegaler Aufenthaltsstatus häufig mit schlechteren Arbeitsbedingungen wie Ausgrenzung, Ausbeutung und Rassismus verbunden. In diesem Zusammenhang müssen ärmere Migranten oftmals gefährlichere Tätigkeiten annehmen, die mit höheren physischen Risiken verbunden sind und zu Arbeitsunfällen führen können. Aber dies ist nicht der einzige Grund für die Trauer über physische Risiken. Die meisten ärmeren Migranten haben bereits eine gefährliche Migrationsreise hinter sich, erleben mehr häusliche Unfälle aufgrund mangelnder Sicherheitsvorkehrungen in ihren Wohnungen und leben in ständiger Angst vor Abschiebung. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sie täglich physischen, beruflichen und emotionalen Risiken ausgesetzt sind (Achotegui, 2019).

Auch wenn Integration der Goldstandard für gute Gesundheit ist, bleibt unklar, wie gesundheitsförderlich kulturelle Anpassung tatsächlich ist. Forscher in den USA haben herausgefunden, dass Menschen aus Entwicklungsländern häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden und eher zu Missbrauch von psychoaktiven Substanzen neigen. Statistiken zeigen jedoch, dass ein höherer sozioökonomischer Status mit niedrigeren Raten an physischen Erkrankungen und psychischen Störungen korreliert (Iwamasa, 2013). Auch wenn die Wirtschaft nicht der einzige einflussreiche Faktor für die Gesundheit von Migranten ist, bleibt sie doch der bedeutendste.

11.4. Das Ulysses-Syndrom

Alles verändert sich für Immigranten und Geflüchtete: Ernährung, soziale und familiäre Beziehungen, Klima, Sprache, Status... Daher kann eine Umsiedlung eine tiefe Trauer auslösen. Ärmere Immigranten und Geflüchtete gehören zu den am meisten exponierten Gruppen, die ein spezifisches Symptombild entwickeln können, das einen eigenen Namen hat: Ulysses-Syndrom.

Immigranten, die extremen Situationen ausgesetzt sind, entwickeln ein spezifisches Symptommuster. Der Name dieses neuen Syndroms stammt von dem legendären griechischen König von Ithaka, beschrieben in Homers Odyssee. Ein Epos, das die zehnjährigen Bemühungen von Odysseus beschreibt, nach Hause zurückzukehren. In Erinnerung an eine gefährliche Begegnung mit einem Zyklopen antwortet Odysseus, um seine Identität zu verbergen: »Niemand ist mein Name«. Immigranten, die extremen Situationen ausgesetzt sind, leiden häufig unter dem Ulysses-Syndrom. Wie der griechische Held müssen sie unsichtbar bleiben, um zu überleben. Ohne Identität, ohne Möglichkeiten zur sozialen Integration, durchleben sie eine radikale Migrations-Trauer, in der alle Abwehrmechanismen versagen. Depressionen und Angststörungen treten auf, und dieses Syndrom entwickelt sich (Valero-Garcés, 2014).



Diese extreme Trauer hat eine spezifische Symptomatik, und die kulturelle Interpretation dieser Symptome ist von großer Bedeutung. Zu den häufigsten Anzeichen einer Depression gehören Traurigkeit und Weinen. Es kommt vor, dass Immigranten Apathie, geringes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle oder Todesgedanken zeigen. Sie leiden unter Schlaflosigkeit, wiederkehrenden und aufdringlichen Gedanken sowie Reizbarkeit und zeigen somit Symptome von Angststörungen. Selbstverständlich treten auch somatische Beschwerden wie Migräne, Müdigkeit oder Gelenkschmerzen auf, ebenso wie Anzeichen von Verwirrung, wie Desorientierung oder Depersonalisierung. Einige betroffene Immigranten äußern diese Symptome mit Aussagen wie »Ich bin wohl verflucht« oder »Ich bin Opfer von Hexerei«, und es ist wichtig, dass Gesundheitsfachkräfte verstehen, dass dies Ausdrucksweisen des Problems sind (Achotegui, 2019).

Das Syndrom kann chronisch werden, wenn die Stressoren nicht verschwinden. Diese Stressoren können mit Einsamkeit zusammenhängen, insbesondere schmerzhaft, wenn der Neuankömmling Kinder und Ehepartner zurücklassen musste, mit einem tiefen Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Versagen, wenn es nicht gelingt, im neuen Land menschenwürdige Lebensbedingungen zu finden, mit der Angst vor den physischen Gefahren der Reise, vor einer ungewissen Zukunft, mit dem alltäglichen Überlebenskampf und der Drohung der Abschiebung (Valero-Garcés, 2014; Achotegui, 2019).

In Spanien haben Studien über Migration gezeigt, dass Migranten zunehmende Stressniveaus erleben. Doch die Charakteristika spanischer Migrationen sind international. Die globale Wirtschaftskrise des 21. Jahrhunderts zusammen mit bewaffneten Konflikten, Verfolgung und Armut haben die Migrationsmuster verändert. Die meisten Migranten haben bereits ein hohes Niveau an Belastungen erfahren, vor allem durch Gewalt, Traumata und Armut in ihren Herkunftsländern. Nach der erzwungenen Trennung von Familie und Heimatland sind sie gefährlichen und oft tödlichen Migrationswegen ausgesetzt. Diejenigen, die überleben, stehen unter Stressoren, die weit über die üblichen Anpassungsmechanismen beim Zusammentreffen mit neuen Kulturen hinausgehen. Der Überlebenskampf bestimmt die Entwicklung dieser extremen Migrations-Trauer. Unter diesen Umständen entwickeln viele von ihnen häufig Symptome wie Reizbarkeit, Nervosität, Migräne, Spannungskopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Angst, Appetitlosigkeit und ein allgemeines Unwohlsein.

Wie viele Menschen an diesem Syndrom leiden, ist schwer zu beziffern, da es noch wenige epidemiologische Studien gibt. Eine schwedische Studie zeigte ein erhöhtes Risiko für nicht-affektive psychotische Störungen bei Immigranten mit häufiger Exposition gegenüber sozialer Widrigkeit vor der Migration. Diese Forschung ergab, dass Geflüchtete 1,66-mal häufiger diagnostiziert werden als Migranten, da Krieg und Verfolgung das Risiko für PTBS erhöhen. Die postmigrantisches Faktoren im Aufnahmeland, wie Diskriminierung, Rassismus und soziale Ausgrenzung, erklären ebenfalls die hohen Raten psychotischer Störungen bei

einigen Immigranten und Geflüchteten. Die Forscher schlussfolgerten, dass psychosoziale Widrigkeiten das Risiko für Psychosen erhöhen (Hollander, 2016).

In unserer Zeit verschärfen der politische und soziale Kontext psychosomatische Erkrankungen, und Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit müssen auf Begleiterkrankungen vorbereitet sein. 2015 versorgte das Migrant First Aid Centre in Genua Immigranten mit einer Vielzahl von physischen und psychischen Beschwerden. Menschen mit HIV, Hepatitis B, Gonorrhö, Syphilis, Tuberkulose und schwangere Frauen erhielten medizinische Hilfe sowie psychologische und psychiatrische Unterstützung. Nach der psychischen Intervention verbesserten sich Lebensqualität und Haltung gegenüber der neuen Umgebung (Bianucci, 2017).

Einige Krankheiten treten gleichzeitig mit psychischen Erkrankungen auf, aber Schmerz ist ein eigenständiges Symptom. Eine aktuelle Beobachtungsstudie hat den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Schmerz bei undokumentierten Migranten in Frankreich untersucht. Forscher stellten fest, dass 11,5 % unter Angstzuständen, 15 % unter Schlafstörungen, 29,5 % unter moderaten bis schweren Depressionen und 16,2 % unter PTBS litten. Es zeigten sich dennoch signifikante Geschlechterunterschiede: Depressionen betreffen häufiger Frauen, während Männer mehr Schlafstörungen haben. Diese Studie erinnert daran, dass Schmerz und psychische Erkrankungen biologische Mechanismen und Hirnregionen teilen, sodass sozioökonomisch benachteiligte Menschen eher chronische und schwere Schmerzen haben. Diese Arbeit bringt chronische Schmerzen bei undokumentierten Migranten stark mit migrationsbedingten Stressoren wie mangelnder Sicherheit, schlechten physischen Umgebungen und mangelndem Zugang zu Gesundheitsversorgung in Verbindung. Daher wird empfohlen, systematisch Fragen zur psychischen Gesundheit zu stellen, wenn ein Immigrant über Schmerzen klagt (Moussaoui, 2025).

Europäische Gesundheitsfachkräfte müssen sich bewusst sein, dass die aktuellen globalen humanitären Krisen im europäischen Nahen Osten, in Nordafrika und Zentralasien dazu führen, dass weltweit mehr Menschen vertrieben, Asyl suchend und geflüchtet sind als jemals seit dem Zweiten Weltkrieg. Die Immigranten flohen vor den sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen in ihren Herkunftsländern und wurden danach strukturellen Zwängen in den Aufnahmeländern ausgesetzt. Diese Stressoren erhöhen das Risiko für häufige psychische Störungen und PTBS. Wie für die Allgemeinbevölkerung gilt auch für Geflüchtete und ihre Familien, dass frühzeitige Interventionen und Versorgung besonders für diejenigen von Nutzen sind, die schweren psychosozialen Belastungen ausgesetzt waren.

References

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: Una aproximación psicopatológica y psicosocial. In E. Perdiguerro & J. M.^a Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 83-100). Bellaterra.
- Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: Extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome). *Psychoanalytic Dialogues*, 29(3), 252-268. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Berry, J. (2006). Context of acculturation. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 27-42). Cambridge University Press.
- Berry, J., Phinney, J.S., Sam D. L., Vedder P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55(3), 303-332. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x>
- Bianucci, R., Charlier, P., Perciaccante, A., Lippi, D., Appenzeller, O. (2017). The “Ulysses Syndrome”: An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *European Journal of Internal Medicine*, 41, 30-32. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020>
- Brummett, B. (2019). Rhetoric of popular culture and representations of biomedicine. In A. Görgen et al. (Eds.), *Handbook of popular culture and biomedicine* (pp. 79-87). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90677-5_7
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta S., Taylor, M., Lee, A. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Crawford, S., & Avula, K. (2014). Acculturation and health. In R. Gurung (Ed.), *Multicultural approaches to health and wellness in America* (pp. 99-123). Praeger.
- Cross, W. E., Jr. (1991). *Shades of Black: Diversity in African-American identity*. Temple University Press.
- Cuéllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. In I. Cuéllar & F. A. Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 45-62). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012199370-2/50004-3>
- Erten, E. Y., van den Berg, P., & Weissing, F. J. (2018). Acculturation orientations affect the evolution of a multicultural society. *Nature Communications*, 9, 58. <https://doi.org/10.1038/s41467-017-02513-0>
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J.B., Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 352, i1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1030>
- Homer, (2023). *The Odyssey* (C. Underwood, Trans.). Hamilton Books.
- Inglis, G., Sosu, E., McHardy, F., Witteveen, I., Jenkins, P., & Knifton, L. (2025). Testing the associations between poverty stigma and mental health: The role of received stigma and perceived structural stigma. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(3), 554-563. <https://doi.org/10.1177/00207640241296055>
- Iwamasa, G. Y., Regan, S. M. P., Subica, A., & Yamada, A.-M. (2013). Nativity and migration: Considering acculturation in the assessment and treatment of mental disorders. In F. A. Paniagua & A.-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 167-188). Academic Press/Elsevier.

- Jager, W., & Paolillo, R. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 89, 1–10.
- Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2008). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. In N. B. Anderson (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of cultural diversity* (pp. 61–80). Wiley-Blackwell.
- Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 113–128). Cambridge University Press.
- Moussaoui, S., Vignier, N., Guillaume, S., Jusot, F., Marsaudon, A., Wittwer, J., Dourgnon, P. (2025). Pain as a symptom of mental health conditions among undocumented migrants in France: Results from a cross-sectional study. *International Journal of Public Health*, 69, 1607254. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607254>
- Nolan, J. A., Whetten, K., & Koenig, H. G. (2011). Religious, spiritual, and traditional beliefs and practices and the ethics of mental health research in less wealthy countries. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(3), 267–277.
- Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services*, 66(8), 798–805. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400351>
- Paniagua, F. A. (2013). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology. In F. A. Paniagua & A-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 25–47). Elsevier.
- Piontkowski, U., Rohmann, A., & Florack, A. (2002). Concordance of acculturation attitudes and perceived threat. *Group Processes & Intergroup Relations*, 5(3), 221–232. <https://doi.org/10.1177/1368430202005003003>
- Ramos-Villagrasa, P. J., & García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13(2–3), 253–268.
- Ritter, L. A., & Graham, D. H. (2017). *Multicultural health*. Jones & Bartlett Learning. <http://lcn.loc.gov/2015048787>
- Stuart, H. (2025). Mental illness and popular health. In C. S. Beck (Ed.), *The Routledge handbook of health communication and popular culture* (pp. 32–44). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003436409-4>
- Teodorowski, P., Woods, R., Czarnecka, M., Kennedy, C. (2021). Brexit, acculturative stress, and mental health among EU citizens in Scotland. *Population, Space and Place*, 27(6). <https://doi.org/10.1002/psp.2436>
- Valero-Garcés, C. (2023). *Health, communication, and multicultural communities: Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Cambridge Scholars Publishing.
- van der Zee, K., & van Oudenhoven, J. P. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 88, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.04.004>
- Ward, C. (2001). The A, B, C's of acculturation. In D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 411–445). Oxford University Press.
- Yamada, A-M., & Marsella, A. J. (2013). The study of culture and psychopathology: Fundamental concepts and historic forces. In F. A. Paniagua & A-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 3–23). Elsevier.

Abschließende Reflexion: Psychische Gesundheit in einer multikulturellen Gesellschaft und das EMPOWER-Modell

by Małgorzata Szkup

This chapter clearly demonstrates how **migration experiences, acculturation processes, and cultural differences** deeply influence the mental health of individuals from minority backgrounds. These insights are strongly aligned with the pillars of the **EMPOWER** model—particularly **Multiculturalism, Wellness, Professionalism, and Effectiveness**.

Topics such as **acculturative stress**, the **Ulysses Syndrome**, and **migratory mourning** highlight the need for integrated, culturally sensitive mental health care that goes beyond diagnosis to consider the **social, linguistic, and identity-based context** of each patient. This approach reflects EMPOWER's vision of **holistic, person-centered, and empathetic care**.

The chapter also provides practical guidance for **supporting migrants' mental resilience**, drawing on cultural assessment tools, acculturation models, and culturally grounded interpretations of symptoms. Additionally, it emphasizes the structural barriers—like language gaps, legal status, and access to services—that align with EMPOWER's call to reduce **inequities and social exclusion**.

In short, this chapter complements and strengthens the EMPOWER model, demonstrating that **effective mental health care in a multicultural society requires not only clinical knowledge, but also cultural competence, humility, and critical reflection**.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Kapitel 12

Religiöse, spirituelle und kulturelle Praktiken im Zusammenhang mit Gesundheit

MARZENA MIKŁA

Universität Murcia (Spanien)

Es ist von großem Wert, ein grundlegendes Verständnis für religiöse, kulturelle und spirituelle Praktiken im Zusammenhang mit Gesundheit zu haben; dennoch ist es wichtig zu bedenken, dass dieses Wissen kein absoluter Leitfaden ist. Jeder Patient ist ein einzigartiges Individuum, das seine Traditionen auf unterschiedliche Weise pflegen und spezifische Bedürfnisse haben kann. Der Schlüssel zu Empathie und wirksamer Fürsorge liegt in der Offenheit für den Dialog und dem Respekt vor den persönlichen Überzeugungen, anstatt allgemeine Annahmen als unumstößliche Prinzipien zu behandeln.

12.1. Einleitung

Es ist von großem Wert, ein grundlegendes Verständnis für religiöse, kulturelle und spirituelle Praktiken im Zusammenhang mit Gesundheit zu haben. Dennoch ist es wichtig, daran zu denken, dass dieses Wissen keinen absoluten Leitfaden darstellt. Jeder Patient ist ein einzigartiges Individuum, das seine Traditionen auf unterschiedliche Weise pflegen und individuelle Bedürfnisse haben kann. Der Schlüssel zu Empathie und effektiver Versorgung liegt in der Offenheit für den Dialog und im Respekt für persönliche Überzeugungen, nicht darin, allgemeine Annahmen als unumstößliche Prinzipien zu behandeln.

Dieses Kapitel beleuchtet die kulturelle Soziologie, verstanden als die Lehre von Wissen, Bräuchen und Erfahrungen, die sich im Verhalten von Individuen ausdrücken, die innerhalb einer Gruppe oder Gemeinschaft leben und interagieren. Es bietet kulturelle Einblicke in religiöse, spirituelle und kulturelle Praktiken von Gemeinschaften im Zusammenhang mit Gesundheit.

Zukünftige Gesundheitsfachkräfte müssen sich kulturelles Wissen aneignen, um kompetent Menschen aus verschiedenen Kulturen, Religionen und ethnischen Gruppen in ihrer beruflichen Praxis versorgen zu können.

Ziele

In diesem Kapitel sollen die Haltungen, das Wissen und die Fähigkeiten der Studierenden gefördert werden in Bezug auf:

- Verständnis religiöser, spiritueller und kultureller Überzeugungen und Praktiken verschiedener Religionen und deren Einfluss auf gesundheitliche Entscheidungen.
- Erkennen ethischer und moralischer Perspektiven dieser religiösen Gruppen hinsichtlich medizinischer Verfahren wie Organtransplantation, Sterbehilfe, Empfängnisverhütung und Palliativversorgung.
- Umgang mit potenziellen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung aufgrund religiöser Überzeugungen und Finden geeigneter Lösungen für eine gerechte und inklusive medizinische Behandlung.
- Definition von Schlüsselbegriffen wie Soziologie, Kultur, kulturelle Soziologie, Religion, Ethnizität, ethnische Minderheit, Stereotyp, Vorurteil, Verallgemeinerung.

Lernergebnisse

Am Ende dieses Kapitels sind die Leser in der Lage:

- Religiöse, spirituelle und kulturelle Überzeugungen und Praktiken verschiedener religiöser Gruppen zu erklären und ihren Einfluss auf gesundheitliche Entscheidungen zu analysieren.
- Ethische und moralische Perspektiven verschiedener religiöser Traditionen hinsichtlich medizinischer Verfahren zu erkennen und zu bewerten.

- Herausforderungen in der medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit religiösen Überzeugungen zu erkennen und Lösungen vorzuschlagen, die eine gerechte und inklusive Behandlung fördern.
- Schlüsselsoziologische Begriffe im Kontext des Gesundheitswesens zu definieren und anzuwenden.

Wichtige Definitionen und Begriffe

- Soziologie: Wissenschaft von der Struktur und Funktion menschlicher Gesellschaften.
- Kultur: Summe der Lebensweisen, Bräuche, des Wissens und der künstlerischen, wissenschaftlichen und industriellen Entwicklung in einer bestimmten Zeit, sozialen Gruppe oder religiösen Praxis.
- Kulturelle Soziologie: Untersucht, wie Kultur das soziale Gefüge und individuelle Einstellungen innerhalb größerer sozialer Gruppen prägt.
- Religion: System von Überzeugungen, Gefühlen der Verehrung und Angst gegenüber einer Gottheit, moralischen Normen für das individuelle und soziale Verhalten sowie rituellen Praktiken.
- Ethnizität: Zugehörigkeit zu einer menschlichen Gemeinschaft, die durch rassische, sprachliche oder kulturelle Ähnlichkeiten definiert ist.
- Ethnische Minderheit: Untergruppe innerhalb einer Bevölkerung, die sich in Rasse, Sprache oder Religion von der Mehrheit unterscheidet.
- Soziale Determinanten von Gesundheit: Bedingungen, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern und die Gesundheit und Lebensqualität beeinflussen.
- Stereotyp: Übervereinfachte und oft schädliche Annahme über eine bestimmte Personengruppe.



- Vorurteil: Vorgefasste Meinung, die nicht auf ausreichendem Wissen beruht.
- Verallgemeinerung: Aussagen über kulturelle Muster, die zu Missverständnissen und Stereotypen führen können.
- Spiritualität: Verbindung mit etwas, das dem Leben Sinn gibt und persönliches Wachstum unterstützt, einschließlich Überzeugungen, Praktiken, Erfahrungen und deren Ergebnisse wie Werte, Wohlbefinden und innerer Frieden.

12.2. Kurzer Leitfaden zu kulturellen, spirituellen und religiösen Praktiken im Zusammenhang mit Gesundheit

Zukünftige Gesundheitsfachkräfte werden in ihrer Arbeit Menschen aus vielfältigen kulturellen und religiösen Hintergründen begegnen. Neu angekommene Patienten in Europa, einschließlich Migranten, Vertreter ethnischer Minderheiten wie der Roma sowie religiöse Gruppen wie Zeugen Jehovas, aber auch Patienten aus Mehrheitsgruppen, die großen Religionen wie Katholizismus, Islam und Hinduismus angehören, bilden eine Bevölkerung, der das Gesundheitssystem qualitativ hochwertige Versorgung bieten muss.

In Europa sind die wichtigsten christlichen Religionen, insbesondere der Katholizismus, die Orthodoxie und der Protestantismus, am weitesten verbreitet. 2018 identifizierten sich ca. 70 % der europäischen Bevölkerung als Christen.

12.5.1. Katholizismus

Gehört zu einer der zahlreichen christlichen Konfessionen. Laut dem Center for the Study of Global Christianity gab es im Jahr 2022 weltweit 2,4 Milliarden Christen, davon 1,36 Milliarden Katholiken (Center for the Study of Global Christianity, 2022). Der Katholizismus wird in seinem vollen Umfang als eine Glaubenslehre verstanden, die in der Bibel und der Tradition offenbart wurde. Er umfasst die Institution der Kirche und ihres Amtes, den Gottesdienst, die Liturgie mit ihren Sakramenten, die christliche Moral, religiöse Praktiken und das Leben sowie die Offenheit des Gläubigen für das Göttliche und alle höheren weltlichen Werte (Pawlak, 2002).

Institutionell ist der Katholizismus unter der Führung des Papstes organisiert, der als Oberhaupt der Kirche und Nachfolger des Apostels Petrus angesehen wird. Die Zehn Gebote dienen als moralische und religiöse Leitlinien für das menschliche Verhalten. Die katholische Kirche betrachtet Leben und körperliche Gesundheit als wertvolle Gaben Gottes, die es zu bewahren gilt, wobei stets die Bedürfnisse anderer und



das Gemeinwohl zu berücksichtigen sind. Obwohl das körperliche Leben Teil des transzendenten Wertes einer Person ist, spiegelt es von Natur aus die Vergänglichkeit des menschlichen Daseins wider, was sich durch Krankheit und Leiden zeigt. Christen sehen Krankheit und Leiden als Weg zur Erlösung. Sie müssen das körperliche Leben respektieren, es jedoch nicht als absoluten Wert betrachten und wenden sich gegen die Verbreitung eines sogenannten „Kults des Körpers“. Katholiken werden ermutigt, alle Formen des Übermaßes in Bezug auf Nahrung, Alkohol oder Drogen zu vermeiden.

Die katholische Kirche befürwortet Organspende und -transplantation als Akt der Solidarität. Sie lehnt jedoch künstliche Befruchtung, In-vitro-Fertilisation, post-mortale Befruchtung und Leihmutterschaft ab (Donum Vitae, 1987). Die kirchliche Lehre betont, dass jede sexuelle Aktivität ihre wahre Bedeutung und moralische Würde nur innerhalb der Ehe erfährt. Die katholische Doktrin verbietet eindeutig alle Verfahren im Zusammenhang mit Abtreibung (Evangelium Vitae, 1995).

Der Tod markiert das Ende des menschlichen Lebens auf Erden, stellt für Christen jedoch den Übergang in das ewige Leben dar. Es ist der Beginn einer verwandelten Existenz. Im Sterbeprozess können religiöse Symbole wie ein Kruzifix, Heiligenbilder oder Medaillen, die am Handgelenk getragen oder an einer Kette um den Hals hängen, beim Sterbenden zu finden sein. Krankenhausräume sollten so gestaltet sein, dass die Familie den Patienten in seinen letzten Momenten begleiten kann. Direkte Euthanasie ist verboten; jedoch ist das Beenden einer sinnlosen Therapie erlaubt. Palliativpflege und sedierende Therapie werden angewandt, um die bestmögliche Lebensqualität in den letzten Tagen des Patienten zu gewährleisten (Samaritanus Bonus, 2020). Einäscherung und Obduktion sind erlaubt.

Die katholische Kirche betrachtet Mutterschaft als eine Mission von außerordentlicher Verantwortung und Dienst am Leben. Eine schwangere Frau muss umfassende Unterstützung von ihrer Familie und der religiösen Gemeinschaft erhalten. Nach der Geburt widmet sich die Mutter der Pflege und Ernährung des Kindes. Ist die Gesundheit oder das Leben des Kindes gefährdet, sind alle notwendigen medizinischen Eingriffe zum Schutz des Kindes erlaubt. Das Recht, das Leben des Kindes zu schützen, spiegelt das kirchliche Engagement für die Fürsorge wider – jedes Kind verdient es, mit Liebe, Zärtlichkeit und Verständnis behandelt zu werden (Majda, et al., 2009).

12.5. 2. Orthodoxe Kirche

Der Glaube der orthodoxen Kirche ist in der Tradition verwurzelt, die die Notwendigkeit betont, dem Geist der frühen Kirche treu zu bleiben. Die wichtigste Quelle des Glaubens ist die Heilige Schrift (die Bibel). Die orthodoxe Kirche stützt ihre Lehren auf die griechische Übersetzung der Bibel und glaubt, dass dieser Text unter der Inspiration des Heiligen Geistes verfasst wurde.

Sakramente (Mysterien) begleiten den Menschen in den wichtigsten und bedeutendsten Momenten des Lebens und dienen der Teilhabe an der göttlichen Gnade. Dazu gehören Taufe, Firmung, Eucharistie, Beichte (Buße), Weihe (Priestertum), Ehe und die heilige Funktion (Salbung mit geweihtem Öl). Ein bedeutendes Ritual

in der orthodoxen Kirche ist die Salbung mit zuvor von einem Priester geweihtem Öl. Dieses Sakrament heilt die Seele, den Geist und den Körper und kann jedem Bedürftigen gespendet werden – sei es zur körperlichen oder geistigen Heilung oder als Vorbereitung auf den Tod (Pruszyński & Grabowska-Grzyb, 2007).

Ikonen nehmen im Leben jedes orthodoxen Gläubigen einen besonderen Platz ein. In der orthodoxen Tradition ist eine Ikone ein Objekt der Verehrung, das mit byzantinischen Techniken gemalt wird (orthodoxe Gläubige sprechen von „geschriebenen“ Ikonen, da sie als Gebet und als Mittel zur Vermittlung der Glaubenswahrheit verstanden werden, nicht nur als Kunstwerk). Sie stellen die Anwesenheit der Gnade und das sakramentale Zeichen der unsichtbaren Gegenwart Gottes dar (Gwynn, 2007).

Die Haltung orthodoxer Gläubiger gegenüber Gesundheit, Krankheit und Tod ähnelt der anderer christlicher Konfessionen. Krankheit wird als ein Akt Gottes angesehen, der dem Menschen helfen kann, sich Ihm zu nähern und eine besondere Gnade zu empfangen, um anderen zu helfen. Der Tod wird als Übergang ins ewige Leben verstanden. Orthodoxe Christen betrachten es als selbstverständlich, Kranken Hilfe und Unterstützung zu leisten. Die orthodoxe Kirche lehnt Organspende und -transplantation nicht ab. Dennoch können manche orthodoxen Gläubigen aufgrund ihres Glaubens an die Auferstehung des Leibes eine Organspende ablehnen, da sie dies als Entweihung des Körpers interpretieren und dies die Organspende verhindern oder erschweren könnte (Iglesias, et al., 2023).

Im Vergleich zum römischen Katholizismus ist die orthodoxe Kirche liberaler in Bezug auf die Verwendung von Verhütungsmitteln. Abtreibung wird als Mord betrachtet. Die Anwendung von Euthanasie ist unzulässig.

In der Betreuung sterbender Patienten ist es wesentlich, Unterstützung und die



Anwesenheit einer anderen Person zu gewährleisten, damit der Patient sich nicht allein und verlassen fühlt. Schmerz wird mit Analgetika gelindert. Von den Verstorbenen verabschiedet man sich mit einem Kuss auf die Stirn. Es ist wichtig, den Kontakt zu einem orthodoxen Priester zu ermöglichen, um den Empfang der Sakramente wie Beichte, Krankensalbung oder Kommunion sicherzustellen. Nach dem Tod wird der Körper gewaschen und festlich gekleidet. Die Beerdigung findet am dritten Tag nach dem Tod statt.

In der Pflege von Erwachsenen und Kindern gibt es in der Regel keine besonderen, dieser Religion eigenen Bedürfnisse. Alle lebenserhaltenden und gesundheitsfördernden Behandlungen sind erlaubt. Eine Frau darf während der Schwangerschaft und des Stillens die Kommunion empfangen. Nach der Geburt sollte sie, wie andere Kirchenmitglieder, fasten. Wie in jedem anderen Fall sind die religiösen Bräuche entsprechend den Bedürfnissen des Patienten zu berücksichtigen (Majda, et al., 2009).

12.5.3. Die griechisch-katholische Kirche

Bezieht sich auf mehrere Ostkirchen, die eine enge Verbindung mit der römisch-katholischen Kirche pflegen, jedoch dem byzantinischen oder griechischen Ritus folgen. Diese Kirche erkennt die Autorität des Papstes und die katholischen Dogmen an, bewahrt jedoch ihre Unabhängigkeit in Bezug auf das Kirchenrecht, die Diözesanorganisation, die Liturgie, das Eherecht der Geistlichen und den Julianischen Kalender. Die Unterschiede zwischen der griechisch-katholischen und der orthodoxen Kirche betreffen Dogmen über den Primat des Papstes, den Ursprung des Heiligen Geistes, das Fegefeuer und die Aufnahme der Jungfrau Maria in den Himmel.

Die Haltung der Kirche zu Gesundheit, Krankheit und Tod ähnelt der anderer christlicher Konfessionen. Gesundheit und Leben sollten in jeder Phase unterstützt werden. Die Gläubigen halten Fastenzeiten ein, in denen die Anzahl der Mahlzeiten reduziert oder bestimmte Nahrungsmittel, wie Fleisch oder Milchprodukte, vermieden werden. Griechisch-Katholiken unterstützen wie Orthodoxe und Katholiken Organspenden, Organtransplantationen und Blutspenden. Diese Verfahren müssen stets mit Respekt gegenüber Spendern und Empfängern durchgeführt werden. Die griechisch-katholische Kirche verurteilt Ehen, die auf Verhütung abzielen, sowie den Gebrauch von Verhütungsmitteln. Sie verurteilt Abtreibung als Mord. In der Betreuung von schwangeren und entbundenen Frauen, Neugeborenen, kranken Kindern, Erwachsenen und Patienten im Endstadium des Lebens bestehen keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich zu anderen christlichen Religionen. Schwangere und Wöchnerinnen sind vom Fasten befreit, wenn es medizinisch notwendig ist. Wenn das Leben und die Gesundheit des Kindes gefährdet sind, sind alle



medizinisch notwendigen Maßnahmen zum Schutz von Leben und Gesundheit des Kindes im Einklang mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft erlaubt.

Am Lebensende wird das Sakrament der Krankensalbung gespendet, das deutlich länger dauert als das in der katholischen Kirche. Nach der Segnung des Öls betet der Priester, liest Evangelientexte und zeichnet

das Kreuzzeichen, indem er Stirn, Nase, Ohren, Brust, Hände und Füße des Kranken siebenmal salbt. Die Bibel wird dem Kranken zum Kuss dargeboten. (Majda, et al., 2009; Fouka, et al., 2012).

12.5.4. Protestantismus

Ist neben Katholizismus und Orthodoxie eine der Hauptströmungen des Christentums. Er besteht aus drei religiösen Gruppen: Luthertum, Calvinismus und Anglikanismus, die aus der Reformation Martin Luthers im 16. Jahrhundert hervorgingen. Luther betonte die direkte Beziehung des Gläubigen zu Gott und stellte die Notwendigkeit sakramentaler Vermittlung und Liturgie infrage. Der Umgang mit der Bibel ist der Hauptunterschied zwischen Protestantismus und Katholizismus. Der Protestantismus betont den religiösen Individualismus und das subjektive religiöse Gewissen.

Protestanten erkennen nur zwei Sakramente an: Taufe und Eucharistie; sie praktizieren keine Einzelbeichte, lehnen den Marienkult, Heiligenverehrung, Ablässe und Reliquien ab. Die heutige protestantische Kirche ist fragmentiert, da sie sich keiner institutionellen Kirche zugehörig fühlt. Zu den protestantischen Kirchen zählen Baptisten, Methodisten, Pfingstbewegung und Siebenten-Tags-Adventisten. Mit Ausnahme der Adventisten unterscheidet sich der Lebensstil der Protestanten nicht wesentlich vom der Katholiken. Viele Freikirchen haben strenge Fastenregeln. Siebenten-Tags-Adventisten rauchen nicht, trinken keinen Alkohol und meiden Drogen sowie starken Kaffee und Tee. Eine vegetarische Ernährung wird empfohlen, wobei Rind-, Lamm-, Wild- und Geflügelfleisch erlaubt sind. Arbeit wird im Protestantismus als Berufung und menschliche Pflicht betrachtet. Ein konsumorientierter Lebensstil und eine säkularisierte Freizeitkultur werden abgelehnt.

Protestanten akzeptieren Organspenden, Transplantationen und Bluttransfusionen. Die meisten protestantischen Kirchen empfehlen keine künstliche Befruchtung, lehnen sie aber auch nicht ab. Die Pfingstkirche lehnt jegliche genetische Manipulation ab, während die Adventisten künstliche Befruchtung nur innerhalb der Ehe zulassen. Abtreibung gilt als Sünde, aber die Kirche schreibt keine einheitliche Lösung vor; die Entscheidung der Mutter oder des Paares wird respektiert. Aktive Sterbehilfe wird nicht akzeptiert, aber die Begrenzung therapeutischer Maßnahmen wird unterschieden und nicht mit Euthanasie gleichgesetzt. Die Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase sollte Unterschiede berücksichtigen, die sich aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Glaubensgemeinschaft ergeben. Unterschiede bestehen beispielsweise darin, dass



Martin Luther

ein Neugeborenes im kritischen Zustand mit Zustimmung der Eltern getauft werden kann. Diese Praxis ist in der evangelisch-lutherischen und methodistischen Kirche erlaubt. Die Betreuung von Schwangeren, Wöchnerinnen, Neugeborenen oder kranken Kindern erfordert keine besonderen Maßnahmen über die in der heutigen Gesundheitsversorgung üblichen hinaus. (Majda, et al., 2009; Swihart, et al., 2023)

12.5.5. Judentum

Die jüdische Religion reicht bis ins zweite Jahrtausend v. Chr. zurück. Das Judentum ist keine Offenbarung, Lehre oder das Werk eines inspirierten Meisters (wie im Buddhismus, Katholizismus oder Islam), sondern das Ergebnis eines langen kollektiven Prozesses unter Beteiligung von Abraham, Jakob, David und den Propheten Israels. Von der Antike bis heute bleibt die Bibel das Fundament des Lebens, Denkens und Gottesdienstes im Judentum. Die hebräische Bibel besteht aus drei Teilen, von denen die Tora der wichtigste ist. Um sie den Gläubigen zugänglich zu machen, wurde ein umfassender Kommentar, der Talmud, verfasst. Trotz erheblicher weltweiter Zerstreuung sind Juden ihrem Glauben treu geblieben. Viele befolgen jedoch nicht streng die Gebote ihres Glaubens. Heute praktizieren nur etwa zehn Prozent traditionelles Judentum, bekannt als orthodoxes Judentum. Diese Richtung betrachtet die hebräische Bibel als inspiriert. Das konservative Judentum widerspricht dieser Ansicht und behauptet, dass die Tora von Rabbinern erfunden wurde, um das Judentum der neuen Zeit anzupassen. Das reformierte Judentum ist die liberalste Strömung und lehnt die meisten traditionellen Prak-



tiken ab. Rabbinische Schriften sehen den Menschen als untrennbare Einheit von Körper und Seele.

Der Mensch ist moralisch verpflichtet, für seinen Körper zu sorgen. Nahrung muss koscher sein und nach den Regeln der jüdischen Gesetze zubereitet werden, die sich aus der Tora ableiten. Orthodoxe Juden befolgen diese Regeln strikt. In jüdischen Gemeinden gibt es Vereinigungen, deren Mitglieder sich um Kranke und Sterbende kümmern (Männer für Männer, Frauen für Frauen). Es besteht die Pflicht, Leidende zu betreuen, und deren Vernachlässigung gilt als mangelnde Tugend. Der Sabbat ist der siebte Wochentag, der Samstag, und beginnt am Freitagabend mit dem Entzünden von Kerzen. Jegliche bezahlte Arbeit ist verboten, es gibt genau 39 verbotene Tätigkeiten am Sabbat. Juden akzeptieren Organspenden, Organtransplantationen, Bluttransfusionen und künstliche Befruchtung innerhalb der Ehe. Sie erlauben orale und intrauterine Verhütungsmittel. Sie lehnen Abtreibung ab, aber jeder Fall wird individuell betrachtet. Das reformierte Judentum erlaubt Kremation und Autopsien; orthodoxe Juden lehnen diese ab. Das jüdische Recht lehnt jegliche Mittel zur Verkürzung des menschlichen Lebens ab und ist gegen Euthanasie.

Die jüdische Tradition erfordert besondere Fürsorge für schwangere Frauen; sie sind nicht verpflichtet zu fasten, müssen aber mit dem medizinischen Personal zusammenarbeiten und alle empfohlenen Untersuchungen durchführen lassen. Nach der Geburt gelten Frauen rituell als unrein: sieben Tage bei einem Jungen, vierzehn Tage bei einem Mädchen. Frauen in manchen Strömungen bedecken in der Öffentlichkeit, auch im Krankenhaus, ihr Haupt. Bei Krankenhausaufenthalt sollte sichergestellt werden, dass der Patient Einweggeschirr erhält, um die nötige Trennung der Speisen einzuhalten. Wenn nötig, sollten Familienmitglieder Speisen von zu Hause bringen dürfen; ist das nicht möglich, wird eine vegetarische Ernährung empfohlen. Jungen werden am achten Tag nach der Geburt beschnitten. Die Betreuung jüdischer Kinder erfolgt wie bei anderen Religionen oder Atheisten. Alle Impfungen werden gemäß dem Impfkalender durchgeführt. In der jüdischen Tradition erreichen Kinder die Mündigkeit mit 13 Jahren (Jungen) bzw. 12 Jahren (Mädchen).

Für das Judentum hat das menschliche Leben höchsten Wert. Patienten sind für ihre Gesundheit verantwortlich und kooperieren aktiv mit dem medizinischen Personal. Familien betreuen Patienten im Krankenhaus häufig selbst, z.B. bei der Hygiene, um deren Privatsphäre zu wahren. Orthodoxe Juden folgen dem Prinzip, Angehörige des anderen Geschlechts nicht zu berühren. Bei schwerer Krankheit werden jedoch alle Einschränkungen aufgehoben. Verschlechtert sich der Zustand erheblich, muss der Familie der Aufenthalt beim Patienten ermöglicht werden, auch wenn sie groß ist. Familienangehörige ermutigen schwerkranke Patienten zur Gewissenserforschung. Nach dem Tod wird der Körper in einem speziell ausgestatteten Raum rituell vorbereitet, nie im Krankenhaus. Die Anwesenheit des Toten gilt als Quelle der Unreinheit, und das Berühren des Körpers erfordert rituelles Händewaschen als Zeichen der spirituellen Reinigung (Majda, et al., 2009; Gabbay, et al., 2017).

12.5.6. Islam

Der Islam ist die jüngste monotheistische Religion, die im 7. Jahrhundert entstand. Ihre heilige Schrift ist der Koran, der Offenbarungen enthält, die der Prophet Mohammed in arabischer Sprache der Menschheit übermittelte. Der Koran umfasst Glaubensgrundsätze, Vorschriften zum religiösen Kult, moralische Normen, Verhaltensrichtlinien, Speisegesetze, Zivil- und Strafrecht, Völkerrecht sowie religiöse Erzählungen. Die gesamte muslimische Kultur und Zivilisation basiert auf ihm. Neben dem Koran ist auch die Sunna, die Tradition des Propheten Mohammed, eine Erkenntnisquelle. Sie besteht aus Hadithen – Aufzeichnungen über Mohammeds Verhaltensweisen, Aussprüche, Entscheidungen und Taten –, die als Vorbild dienen (Szopski, 2005). Das grundlegende Prinzip des Islams ist die Treue zur Religion und zu Gott. Das Gebet ist ein sehr wichtiger Bestandteil; es ist eine Form der Verehrung und des Lobpreises Gottes. Jeder Muslim muss fünfmal täglich beten, an einem sauberen Ort, wie z. B. auf einem Gebetsteppich, mit Blick in Richtung Mekka, der heiligen Stadt des Islams. Almosengeben ist eine weitere symbolische Handlung, die Opferbereitschaft im Namen der Religion ausdrückt. Das Fasten bedeutet den Verzicht auf Essen und Trinken über 30 Tage hinweg, von der Morgendämmerung bis zum Sonnenuntergang, während des Monats Ramadan. Mahlzeiten sind nur vor der Morgendämmerung und nach Sonnenuntergang erlaubt. Fasten ist für jeden erwachsenen Muslim Pflicht. Es darf unterbrochen werden, wenn die Arbeit körperlich anstrengend ist oder wenn gesundheitliche Bedenken bestehen. Jeder Muslim ist verpflichtet, eine Pilgerreise nach Mekka zu unternehmen.

Muslime bilden nach dem Christentum die zweitgrößte Religionsgemeinschaft der Welt. In Europa ist der Islam die am schnellsten wachsende Religion, nicht nur aufgrund von Migration, sondern auch wegen hoher Geburtenraten und Kon-

versionen.

Der Islam betont die Bedeutung der Gesundheitserhaltung. Vorbeugende Maßnahmen sind Fasten, Gebet, rituelle Körperreinigung, Almosengeben und Ehe sowie Verbote wie Alkoholkonsum, Rauchen, Drogenmissbrauch, Ehebruch, Glücksspiel und Schweinefleischverzehr. Die muslimische Familie ist patriarchalisch organisiert. Die Religion kennt keine Einschränkungen bei Organspenden oder Transplantationen. Bluttransfusionen und Blutprodukte sind erlaubt und werden akzeptiert.



Das islamische Recht erlaubt künstliche Befruchtungsmethoden innerhalb der Ehe. In verschiedenen muslimischen Ländern gibt es unterschiedliche Meinungen über Verhütungsmethoden; in einigen Ländern sind sie erlaubt, wenn sie dem Schutz der Frauengesundheit dienen. Im Koran und in der Sunna ist Abtreibung nach dem 120. Tag der Schwangerschaft verboten, obwohl die Meinungen darüber auseinandergehen; in manchen Ländern ist Abtreibung gänzlich untersagt. Der Islam lehnt die Feuerbestattung ab, da der Körper nach dem Tod so ausgerichtet werden soll, dass das Gesicht nach Mekka zeigt. Obduktionen sind nur aus medizinischen oder rechtlichen Gründen erlaubt. Euthanasie wird verurteilt, aber es wird geraten, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten. Während des Wochenbetts fastet eine Frau nicht, nimmt keinen Geschlechtsverkehr auf und betet nicht, sondern konzentriert sich auf ihre Kräfte. Stillen wird für zwei Jahre empfohlen. Muslimische Frauen lehnen gynäkologische Untersuchungen durch Männer häufig ab. In der islamischen Kultur gibt es keine Tradition der Familiengeburt (Leong, et al., 2016).

Die Geburt eines Kindes ist eine große Freude für die Familie. Sobald die Nabelschnur durchtrennt ist, sollte das Neugeborene das Wort Adhan (Gebetsruf) ins Ohr geflüstert bekommen. Es gibt lokale Traditionen wie das viermalige Baden des Babys nach der Geburt oder das Geben einer zerkauten Dattel in den Mund des Kindes. Beschneidung bei Jungen wird zwischen dem siebten Tag und dem 15. Lebensjahr praktiziert. Alle Impfungen, lebensrettenden Maßnahmen und Bluttransfusionen sind erlaubt. Muslime nutzen häufig Naturheilverfahren wie Pflanzenheilkunde, Apitherapie, Homöopathie und Psychotherapie zur Ergänzung der konventionellen Medizin.

Im Islam gibt es keine Sakramente wie in der katholischen Kirche, z. B. Beichte, Buße oder Krankensalbung. Die muslimische Tradition verlangt, dass die engsten Familienmitglieder beim Sterbenden sitzen, ihn berühren und gemeinsam beten. Das Wort „Gott“ soll das letzte Wort eines Muslims sein. Die erste Handlung nach dem Tod ist die rituelle Reinigung, die von jemandem desselben Geschlechts durchgeführt wird. Der Verstorbene wird in ein Leichentuch gewickelt und ohne Sarg bestattet, wobei in europäischen Ländern Särgе verwendet werden (Ordys & Eszyk, 2007; Majda, et al., 2009; Almansour, et al., 2017).

12.5.7. Hinduismus

Der Hinduismus ist derzeit eines der größten religiösen Systeme der Welt in Bezug auf die Anzahl der Gläubigen. Er wird von über einer Milliarde Menschen praktiziert, vorwiegend in Indien. Fast jede Region hat eigene Bräuche, Glaubensvorstellungen, Gottesanbetungspraktiken, Traditionen und Rituale. Der Götterkult ist lebendig, Statuen werden mit Blumen und Früchten geschmückt, Anbeter singen Hymnen und Litaneien. Die Stellung einer Person im Kastensystem hängt von ihrer Herkunft, Qualifikation und Art der Arbeit ab. Es gibt vier grundlegende soziale Gruppen: Brahmanen, Kshatriyas (Krieger), Vaishyas (Händler und Bauern) und Shudras (Arbeiter). Außerhalb der Kasten stehen die sogenannten „Unberührbaren“, die die niedrigste Stellung in der Gesellschaft einnehmen.



Eine Pilgerreise zum Fluss Ganges für ein rituelles Bad hat für viele Hindus große Bedeutung. Ihr Zweck ist es, die negativen Auswirkungen des Karmas zu beseitigen. Das wachsende Interesse am Hinduismus in Europa hängt mit dessen Glaubensvorstellungen und Traditionen, dem Vegetarismus, Yoga und Elementen der ayurvedischen Medizin zusammen.

Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Tod im Hinduismus basieren auf religiösen, philosophischen und magischen Grundlagen. Da das Schicksal aller Wesen von früheren Inkarnationen abhängt, können alle Erscheinungsformen von Glück und Unglück, Gut und Böse, Wohlstand, Krankheit und Leid als direkte Folge von Handlungen im früheren Leben interpretiert werden. Krankheiten kann man durch Gebet, Hingabe und verschiedene religiöse Praktiken vermeiden. Umgekehrt lassen sich die negativen Folgen schlechter Taten durch ein tugendhaftes Leben mildern oder gar beseitigen. Ziel ist es, sich aus dem Kreislauf der Wiedergeburt zu befreien, etwa durch Askese und Yoga, die darauf abzielen, die Faktoren zu neutralisieren, die die „irrende Seele“ beeinflussen. Dafür muss man sich von der Gesellschaft isolieren, fasten, den Körper kasteien und meditieren. Im Hinduismus ist Gesundheit gleichbedeutend mit Leben.

Das Naturheilsystem Ayurveda hat sich von magischen und religiösen Gesundheitsansätzen entfernt und versucht, Gesundheitsprobleme rational zu erklären. Das Endziel des Lebens im Hinduismus ist der Aufstieg in höhere Ebenen der Existenz, weshalb der Tod nicht als negatives Ereignis betrachtet wird. Zur Vorbereitung auf den Tod sollte man eine Pilgerreise nach Varanasi unternehmen, einem Ort der rituellen Reinigung am linken Ufer des Ganges. Er zieht viele Kranke und Sterbende an und ist auch ein Ort für rituelle Selbstmorde (Arora, 2024).

Organspenden werden positiv gesehen, weil sie das Leben eines anderen Menschen verlängern und so dessen Karma erfüllen. Bluttransfusionen sind ebenfalls

zulässig. Es gibt jedoch widersprüchliche Meinungen; manche meinen, jeder Versuch, das Leben künstlich zu verlängern, halte die Seele im alten Körper gefangen und störe den natürlichen Kreislauf von Geburt und Tod.

Künstliche Befruchtung ist im Hinduismus akzeptiert. Der höchste Wert im Hinduismus ist die Familie. Kinder zu haben und Familienplanung stehen im Zusammenhang mit der Sexualität, die in der hinduistischen Kultur einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Einstellungen zu Sexualität, Verhütung und Familienplanung variieren je nach Sekte des Hinduismus. Abtreibung gilt als Ursache schlechten Karmas und kann zu einem Abstieg in der Hierarchie der Wesen führen.

Die Geburt eines Kindes ist ein wichtiges Ereignis. Oft wünschen sich Hindu-Frauen, unabhängig von ihrem Gesundheits- und Finanzstatus, eine Schwangerschaft, weil sie von schweren Haushaltspflichten und körperlicher Arbeit befreit. Schwangere unterliegen vielen Verboten, darunter Fasten, Gewichtsverlust und Reisen. Ihre Männer dürfen sie bei der Geburt begleiten. Sie dürfen natürlich oder per Kaiserschnitt entbinden. Die Mutter muss nach der Geburt 40 Tage ruhen. Unfruchtbarkeit, Fehlgeburt oder Verlust eines Kindes werden als Strafe für die Frau angesehen und führen zu schlechterer Behandlung durch ihre Verwandten. Nach der Geburt finden in vielen Familien Zeremonien zur Vertreibung böser Geister statt.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung in Indien hängt von der Herkunft, dem Bildungsgrad, dem Beruf und vor allem von der wirtschaftlichen Lage des Patienten ab. Hochklassige Krankenhäuser sind nur für diejenigen zugänglich, die über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen, weshalb sich manche indische Migranten in Europa erstmals im Krankenhaus wiederfinden, da die Versorgung der Armen meist nur zu Hause oder in Pflegeheimen erfolgt.

In der indischen Kultur wird eine Obduktion als Transformation des Seelenbewusstseins angesehen, das nach dem Tod den Körper verlässt, um eine neue materielle Form anzunehmen. Ein weiterer Faktor, der den Kreislauf von Geburt, Leben und Tod beeinflusst, ist die Feuerbestattung, ein ältester hinduistischer Brauch im Zusammenhang mit dem Tod. Der Körper muss verbrannt werden, um die Erlösung zu erlangen. Die Einäscherung ist vor allem eine Form der Reinigung.

Euthanasie wird als Tod aus freiem Willen und Flucht vor dem Leben und dessen Leiden angesehen. In Indien ist passive Euthanasie erlaubt; Nahrung und Wasser werden auf Wunsch des Patienten verweigert. Die Haltung zu anhaltenden lebenserhaltenden Maßnahmen ist klar definiert: Wenn das Gehirn keine Aktivität mehr zeigt, soll der Körper nicht künstlich am Leben gehalten werden.

Die letzten Lebensphasen sind von ständiger Vorbereitung auf den Tod geprägt. Zeitliche Angelegenheiten müssen geregelt werden. Menschen niedrigerer Kasten werden von ihren Verwandten zu Hause gepflegt, sterben aber häufig ohne Hilfe auf der Straße. In höheren Kasten erhalten Patienten in der Endphase des Lebens Pflege in Krankenhäusern. Pflegende bleiben bis zum Tod in Kontakt mit dem Patienten, versuchen jedoch, den Körper nicht zu berühren – der Körper gilt traditionell als unrein. Es gibt eine Gruppe spezialisierter Personen, die sich professionell gegen Bezahlung um Verstorbene kümmern. Nach dem Tod wird

der Körper in ein dünnes Tuch gehüllt, auf einem Scheiterhaufen (Sandelholz für wohlhabendere Kasten, sonnengetrockneter Kuhdung für Arme) mit Blumen bedeckt und vom ältesten Sohn entzündet; bei einer verstorbenen Frau wird das Feuer vom Ehemann oder dem jüngeren Sohn entfacht. Nach der Verbrennung werden die Asche in den heiligen Ganges oder einen See gestreut (Majda, et al., 2009; Chakraborty, et al., 2017).

12.5.8. Buddhismus

Der Buddhismus entstand als religiöses System im 6. Jahrhundert v. Chr. in Indien. Der Begründer des Buddhismus, der Buddha „Der Erleuchtete“, Siddhartha Gautama, verzichtete auf sein luxuriöses und bequemes Leben, um Askese zu praktizieren, die er später zugunsten der Erleuchtung aufgab – verstanden als Freiheit vom endlosen Kreislauf von Geburt, Tod und Leiden. Hundert Jahre nach Buddhas Tod spaltete sich die Bewegung in zwei Hauptzweige: Hinayana und Mahayana. Der erstere konzentrierte sich auf das Studium der Texte Buddhas, während sich die Lehren des Mahayana-Zweigs hauptsächlich auf das Verständnis der Leere und der Buddha-Natur konzentrierten. In ihrer spirituellen Praxis entwickelten sie die Fähigkeit zu Mitgefühl, das Verständnis der Natur der Realität und das Vertiefen der Erkenntnis der Buddha-Natur. Der zweite Zweig brachte die Praxis des Vajrayana hervor, die sich nach Tibet (als Grundlage des Lamaismus) und Teile Chinas ausbreitete.

Es ist wichtig, Karma (Verdienst) durch Handlungen zu sammeln, die von Liebe, Mitgefühl und Dankbarkeit motiviert sind. Geld, Titel und Familie – all das ver-



geht mit dem Tod. Die buddhistische Philosophie bezieht sich nicht auf das Konzept eines Schöpfers, sondern glaubt an das Gesetz von Ursache und Wirkung, verstanden als Ergebnis positiver und negativer Handlungen. Spirituelle Entwicklung, die auf die Kultivierung von Freundlichkeit, Liebe, Mitgefühl, Weisheit und die Beseitigung der drei Grundgifte des Geistes – Begierde, Zorn und Unwissenheit – abzielt, führt zur Erleuchtung und durchbricht den Kreislauf von Wiedergeburt und Tod. Geburt, Krankheit, Alter, Tod oder der Kontakt mit etwas, das keine Freude bringt, wird als Leiden betrachtet. Freiheit von Leiden kann durch Überwindung negativer Emotionen wie Wut, Eifersucht, Hass, Begierde und falsches Selbstwertgefühl erreicht werden.

In der buddhistischen Medizin gibt es vier Kategorien von Störungen (Krankheiten). Die erste Kategorie umfasst Krankheiten, die aus im vorherigen Leben angesammeltem Karma entstehen; die zweite umfasst Krankheiten, die früh im Leben entstehen; die dritte wird von Geistern verursacht; und die letzte resultiert aus schlechter Ernährung oder unangemessenem Verhalten. Die tibetische Medizin behandelt auch chronische Krankheiten, einschließlich Krebs. (Bauer-Wu u. a., 2014).

Der Buddhismus unterstützt im Allgemeinen Bluttransfusionen, Organspenden und Transplantationen – einem anderen ein Organ zu geben, bringt positive Ergebnisse in der nächsten Inkarnation. Unterschiedliche buddhistische Sekten haben verschiedene Positionen zu Familienplanung und Empfängnisverhütung. In der Praxis wird die Notwendigkeit dieser Methoden anerkannt. Gegenwärtig werden von Buddhisten orale Kontrazeptiva, Kondome, Diaphragmen, Sterilisation und natürliche Methoden akzeptiert. Der Buddhismus akzeptiert assistierte Reproduktion, sieht sie jedoch als einen Versuch, Karma zu beeinflussen, d.h. den Lebensweg für die nächste Inkarnation.

Gemäß der buddhistischen Tradition beginnt das menschliche Leben im Moment der Empfängnis. In traditionellen buddhistischen Schulen gilt Abtreibung als illegal und ist nur erlaubt, wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist. Es gab Ausnahmen von dieser Regel in der Geschichte, z.B. im Nachkriegs-Japan, wo Abtreibung praktiziert wurde, um die Geburtenrate zu senken (mabiki-Rituale und mizuko kuyo). Der Buddhismus akzeptiert Einäscherung und widerspricht nicht der Obduktion, da der Fokus auf dem Bewusstsein und nicht auf dem menschlichen Körper liegt. Der Buddhismus lehnt Euthanasie strikt ab, da sie zur Ansammlung von negativem Karma führt.

Der Buddhismus legt großen Wert auf Kinder. Eine schwangere Frau muss auf ihre körperliche und geistige Gesundheit achten. Positives Denken und religiöse Praktiken sind unerlässlich. Richtige Ernährung, Ruhe, ausreichender Schlaf, Spaziergänge und das Vermeiden von schwerer Arbeit werden werdenden Müttern empfohlen. Medizinische Betreuung, ein ruhiges Umfeld und ehrliche Menschen in der Umgebung erleichtern die Geburt und reduzieren negative Emotionen im Zusammenhang mit Schmerzen. Nach der Geburt dürfen Frauen an allen religiösen Praktiken teilnehmen. Typischerweise stillen sie ihre Kinder mindestens ein Jahr lang. Traditionell wird für jedes Neugeborene ein Horoskop erstellt. Alle Men-

schen, die am ersten Tag des Lebens mit dem Neugeborenen in Kontakt kommen, sollten freundlich zu ihm sein. Auf Wunsch der Eltern wählt der Dalai Lama den Namen des Kindes bereits im Mutterleib aus.

Der Heilungsprozess für einen Erwachsenen umfasst das Befolgen diätetischer Empfehlungen, einschließlich der Eliminierung von Lebensmitteln, die das Gleichgewicht des Körpers stören. Der Patient muss vom Arzt verschriebene Kräuter einnehmen. Genesung im buddhistischen Verständnis ist möglich, wenn religiöse Praktiken mit spirituellen Praktiken wie Meditation und physischen Praktiken wie Änderungen des Lebensstils, z.B. das Aufgeben von Abhängigkeiten, kombiniert werden. Der Tod wird im Buddhismus als der wichtigste Moment im Leben angesehen, und sein Verlauf ist in Phasen unterteilt. Nach der buddhistischen Philosophie besteht der Körper aus den Elementen Erde, Wasser, Feuer, Luft und Raum, die den Körper bis zum Tod schaffen und erhalten. Die äußere Zersetzung beginnt, wenn die Sinnesaktivität nachlässt und Kraft und Energie verloren gehen. Die Kontrolle über physiologische Funktionen und die Fähigkeit, körperliche Empfindungen wahrzunehmen, verschwinden. Es tritt Wärmeverlust auf, und die Wahrnehmung äußerer Reize ändert sich. In der Phase der Auflösung des Luftelements treten Atemstörungen auf, und die Person verliert den Kontakt zur materiellen Welt. Abhängig vom gelebten Leben entstehen Visionen aller negativen Ereignisse und Ängste. Wenn die Person ein gutes und mitfühlendes Leben geführt hat, begegnet sie geliebten Menschen und erlebt himmlische Visionen. Die Umgebung des Kranken sollte ruhig sein. Familie und Freunde sollten Gefühle von Liebe, Mitgefühl und Hingabe hervorrufen. Die direkte Anwesenheit von Angehörigen wird nicht empfohlen, da Verzweiflung die Ruhe des Sterbenden stören kann. Die wichtigste Unterstützung ist die Anwesenheit eines spirituellen Führers. Auch die Position des Körpers im Moment des Todes ist von Bedeutung. Traditionell wird empfohlen, den Sterbenden in der „schlafenden Löwen“-Position auf die linke Seite zu legen. Diese Position soll das Erkennen der Lichtgestalt erleichtern, die nach dem Tod erscheint und dem Bewusstsein hilft, den Körper zu verlassen. Eine große Hilfe für den Sterbenden ist die Praxis des Phowa, die das Visualisieren von Lichtstrahlen beinhaltet, die zum Sterbenden fließen und ihn reinigen. Am besten wird Phowa durchgeführt, bevor der Körper berührt oder bewegt wird. Diese Praxis sollte drei Wochen nach dem Tod fortgesetzt werden. Bestattungsbräuche im Buddhismus variieren je nach Region oder Land. In Thailand wird der Körper des Verstorbenen in ein Kloster gebracht, gewaschen und an einem vom Horoskop bestimmten Tag eingäschert. In Tibet wird der Körper in weißes Tuch gehüllt, in Stücke geschnitten und den Vögeln überlassen, ohne Spuren zu hinterlassen. Die Körper angesehener Mitglieder der Gemeinschaft werden häufig auf einem Scheiterhaufen verbrannt (Majda u. a., 2009; Khoo, 2023).

12.5.9. Jehovas Zeugen

Wurde 1872 von Charles T. Russell in Pennsylvania, USA, gegründet. Für Jehovas Zeugen ist die Bibel ein heiliger Text, der als das inspirierte Wort Gottes betrachtet

wird und die höchste Autorität in ihren religiösen Überzeugungen und Praktiken besitzt. Ihrer Überzeugung nach enthält die Bibel Gottes Willen, Gesetze, moralische Prinzipien und den Plan für die Erlösung der Menschheit. Jehovas Zeugen isolieren sich nicht von der Gesellschaft, leben und arbeiten in ihr; sie lehnen jedoch politische Aktivitäten oder den Militärdienst ab, da sie glauben, dass diese Handlungen den biblischen Lehren widersprechen. Sie nehmen nicht an ökumenischen Veranstaltungen teil, lehnen traditionelle religiöse Rituale ab und feiern nur das jährliche Gedenken an den Tod Jesu Christi, das um Ostern stattfindet. Die Taufe erfolgt durch vollständiges Untertauchen im Wasser und wird für Personen durchgeführt, die reif genug sind, diese Entscheidung bewusst und eigenständig zu treffen. Jehovas Zeugen engagieren sich stark in der Evangelisation. Sie stellen keine strikten Vorgaben in Bezug auf Bräuche auf, feiern keine Feiertage oder Geburtstage, konsumieren sehr wenig Alkohol und meiden Nahrungsmittel, die tierisches Blut enthalten.

Jehovas Zeugen sind bestrebt, ihr Leben und ihre Gesundheit als Geschenk Gottes zu bewahren. Daher gehen sie sehr bewusst und diszipliniert mit medizinischer Behandlung um, kooperieren bereitwillig mit dem medizinischen Personal und achten gewissenhaft auf die Wirksamkeit ihrer Behandlung. Sie lehnen jedoch jegliche Form von Bluttransfusion ab. Diese Haltung wurde nach 1945 vertreten. Seitdem ist es sowohl Erwachsenen als auch Minderjährigen, die Zeugen Jehovas sind, untersagt, einer Bluttransfusion zuzustimmen. Diese extreme Haltung hat zu zahlreichen Studien geführt, die alternative blutersetzende Therapien entwickeln und



Protokolle für die Behandlung von schwerkranken Patienten ohne Bluttransfusionen erarbeiten (Villarejo u. a., 2007; Tayloret u. a., 2020). Im Falle von Neugeborenen, Säuglingen oder Kindern wird die Entscheidung über eine Transfusion von den Eltern getroffen, wobei der Vater das letzte Wort hat, wenn zwischen den Eltern Uneinigkeit besteht. Es ist zu beachten, dass aus der Sicht sowohl des Gesetzes als auch der medizinischen Ethik das Leben des Kindes oberste Priorität hat und über dem Schutz religiöser Überzeugungen und der persönlichen Freiheit der Eltern steht. Wenn ein Arzt keine alternative therapeutische Option sieht, kann er die Intervention eines Richters beantragen, der unter bestimmten Umständen das Sorgerecht für die Dauer der Behandlung entziehen kann. Alle Maßnahmen müssen transparent sein und dürfen den Eltern nicht verheimlicht werden.

Jehovas Zeugen stehen der Organspende und Transplantation positiv gegenüber. Die Bibel verbietet nicht ausdrücklich den Erhalt von Organen und Geweben anderer Menschen, abgesehen von Blut. Jedes Mitglied der Gemeinde trifft eine persönliche Entscheidung über Organtransplantationen im Einklang mit seinem Gewissen (Cummins & Nicoli, 2018). Euthanasie wird ausdrücklich verurteilt, da sie mit biblischen Lehren unvereinbar ist. Für Jehovas Zeugen beginnt das Leben mit der Empfängnis, daher wird Abtreibung nicht akzeptiert. Weder die Gefährdung der Gesundheit der Mutter noch der Nachweis genetischer Defekte des Fötus noch Fälle von Vergewaltigung oder Inzest rechtfertigen eine Abtreibung. Die Bibel verurteilt keine Empfängnisverhütung innerhalb der Ehe; das Paar kann Verhütungsmethoden nach eigenem Ermessen wählen. Es ist wichtig, Substanzen zu vermeiden, die dem sich entwickelnden Fötus schaden könnten.

Für Jehovas Zeugen sind Beerdigungen eine Gelegenheit, religiöse Überzeugungen auszudrücken. Ihr Glaube an die Auferstehung hindert sie daran, Trauer oder Kummer über die Verstorbenen zu zeigen. Jehovas Zeugen messen Beerdigungen keine religiöse Bedeutung bei. Obduktionen sind nur zulässig, wenn sie gesetzlich vorgeschrieben sind (Majda u. a., 2009; Swihart u. a., 2023).

12.5.10. Roma

Die Roma sind die vielfältigste und derzeit größte ethnische Gruppe in Europa, deren Vorfahren wahrscheinlich aus Indien stammen und bereits im 6. Jahrhundert nach Europa migrierten. Sie besitzen weder einen eigenen Staat noch ein fest umrissenes Territorium. Durch Migration und den Kontakt mit anderen Kulturen, Völkern, Sprachen, Bräuchen und Religionen haben sie eine große Vielfalt entwickelt. Seit jeher sind die Roma in der Metallverarbeitung, der Herstellung von Metallerzeugnissen, der Akrobatik, dem Tanz und dem Wahrsagen tätig. Alles, was mit den Roma und ihrer Kultur zu tun hat, wird mündlich überliefert. Heute sind die Roma in verschiedene Untergruppen unterteilt, die über alle Kontinente verstreut leben. Dazu gehören die Calós, Sinti, Kalderash, Doms und Romanichels. Die meisten Roma sind Christen, einige Muslime und andere halten an ihrem Glauben an den Hinduismus fest. Ein besonders auffälliges Merkmal ihres Sozialverhaltens ist die Solidarität innerhalb der Gruppe sowie Toleranz.

Sämtliche Aspekte des Lebens der Roma werden durch einen ungeschriebenen Kodex von moralischen Gesetzen und Verboten geregelt, der aus Tradition und jahrhundertelanger Erfahrung hervorgegangen ist (Zigeunergesetz). Ein Verstoß gegen diese Regeln kann Konsequenzen wie den „Bann“ oder Ausschluss aus der Gruppe nach sich ziehen. Die Roma teilen die Welt in „unsere“ und „andere, Nicht-Roma“. Sie bedienen sich der Elemente der „anderen“ Welt, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen, z. B. durch Inanspruchnahme von Krankenhausdiensten bei Geburt, Krankheit oder Tod. In vielen Fällen lehnen sie längere Krankenhausaufenthalte ab und betrachten chirurgische Eingriffe als äußerst gefährlich. In manchen Roma-Gruppen herrscht der Glaube, dass ein größerer Körper Glück und Gesundheit bedeutet, was häufig zu Fettleibigkeit führt, während eine schlanke Statur als Zeichen von Krankheit oder Armut gilt (Majda et al., 2009; Poveda et al., 2014; Krasnowolski, 2022).

Gesundheitsfürsorge wird in den Roma-Gemeinschaften oft nicht als eine der höchsten Prioritäten angesehen. In vielen Fällen werden Organspende und Transplantation als Verfahren betrachtet, denen sie misstrauen und die sie ablehnen. Die meisten sprechen ungern über den Tod oder Organspenden nach dem Tod. Bluttransfusionen werden jedoch akzeptiert, wenn sie das Leben retten können (Rios et al., 2023). In-vitro-Fertilisation ist nicht erlaubt. Unfruchtbarkeit ist ein Tabuthema, ebenso wie Verhütung, und Roma wollen diese Themen oft nicht diskutieren.

Abtreibung gilt als Sünde; sie wird als vorsätzliche Tötung eines Roma-Kindes verstanden und ist strikt verboten. Die Grundlage des Roma-Daseins ist die Familie, die typischerweise groß, kinderreich und weit verzweigt ist. Das Leben dreht sich um diese soziale Einheit. Besonders erwartet wird die Geburt des ersten Kindes; dessen Ausbleiben wird als Strafe für Sünden angesehen. Kinderlosigkeit führt innerhalb der Roma zu sogenannter interner Adoption, bei der ein anderes verheirathetes Paar sein Neugeborenes an eine kinderlose Familie abgibt. Eine Schwangerschaft außerhalb der Ehe wird als Vergehen betrachtet, das zum Verlust von Ehre und Respekt führt und zu Konflikten zwischen Familien führen kann. Über Geburt spricht man nicht; das Thema ist tabu. Heutzutage erfolgen die meisten Geburten in Krankenhäusern. Ein Krankenhausaufenthalt dient



dazu, die Gebärende von der Roma-Gemeinschaft zu isolieren. Roma-Frauen bevorzugen weibliches Pflegepersonal. Der Vater ist bei der Geburt nie anwesend. Er wartet meist vor dem Krankenhaus, bis die Geburt vorbei ist, und erscheint nur kurz, um sein Kind zu sehen. Nach der Rückkehr nach Hause wird die Mutter in ihrem Haus isoliert. Die Mutter oder Schwiegermutter übernimmt die Hausarbeiten. Diese Isolation dauert bis zu sechs Monate. Auch der Neugeborene hat nur begrenzten Kontakt zum Vater und Großvater, die das Enkelkind oft in den ersten drei Lebensmonaten nicht berühren.

Die Roma lehnen Feuerbestattung ab. Eine Obduktion wird akzeptiert, wenn es sich um ein gerichtliches Verfahren handelt. Euthanasie wird nicht akzeptiert. Die Solidarität der Roma-Gemeinschaft zeigt sich besonders bei Krankheit und Tod eines Familienmitglieds. Eine große Gruppe naher Verwandter versammelt sich, um die Kranken und Sterbenden wachsam zu pflegen. Heute sterben Roma überwiegend in Krankenhäusern. Weinen und Klagen gehören zum Verhalten bei einem Todesfall unter den Roma (Kozubik et al., 2019).

Die Roma behandeln Verstorbene mit großem Respekt, und ihr Andenken wird in Ehren gehalten. Der Tradition nach soll der Tod nicht im eigenen Zuhause eintreten; früher wurde das Bett aus dem Haus getragen. Die engsten Familienangehörigen sollten im Krankenhaus bei den Kranken sein, eine Totenwache halten und sich selbst für noch so geringfügige Vergehen entschuldigen, um nicht nach dem Tod „heimgesucht“ zu werden (Kowarska, 2005; Majda et al., 2009; Ficowski, 2013; Nowicka, 2014; Europäische Kommission, 2020).

Für eine gute Versorgung und Zuwendung gegenüber dem Patienten ist es notwendig, die kulturellen Bedürfnisse und Überzeugungen von Individuen und Familien zu beachten. Die Religion bietet oft eine spirituelle Orientierung und betont den Stellenwert der Gesundheitsfürsorge. Die Kultur und Religion eines Menschen kann seine Ansichten über Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsfachkräfte erheblich beeinflussen. Medizinstudierende und Studierende der Gesundheitswissenschaften müssen als zukünftige Fachkräfte die Ursprünge und Überzeugungen dieser Patienten verstehen, um eine kultursensible Versorgung in der Zukunft gewährleisten zu können (Swihart et al., 2023).

Literaturverzeichnis

- Almansour, H. A., Chaar, B., & Saini, B. (2017). Fasting, diabetes, and optimizing health outcomes for Ramadan observers: A literature review. *Diabetes Therapy*, 8(2), 227-249. <https://doi.org/10.1007/s13300-017-0233-z>
- Arora, A., & Kumar, A. (2024). Liver and liver disease in Hinduism. *Clin Liver Dis (Hoboken)*, 23(1), e0245. <https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000245>
- Bauer-Wu, S., Lhundup, T., Tidwell, T., Lhadon, T., Ozawa-de Silva, C., Dolma, J., Dorjee, P., Raptan Neshar, D., Sangmo, R., & Yeshi, T. (2014). Tibetan medicine for cancer: An overview and review of case studies. *Integrative Cancer Therapies*, 13(6), 502-512. <https://doi.org/10.1177/1534735414549624>
- de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>
- Callender, K. A. (2015). Understanding antigay bias from a cognitive-affective-behavioral perspective. *Journal of Homosexuality*, 62(6), 782-803. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.998965>
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative & Supportive Care*, 15(5), 609-622. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>
- Center of the Study of Global Christianity. (2022). Retrieved February 26, 2025, from <https://www.gordonconwell.edu/center-for-global-christianity/>
- Cummins, P. J., & Nicoli, F. (2018). Justice and respect for autonomy: Jehovah's witnesses and kidney transplant. *Journal of Clinical Ethics*, 29(4), 305-312. PMID: 30605440
- Donum Vitae. (1987). John Paul II. Retrieved February 2, 2025, from https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html
- Duckitt, J. (2014). Prejudice: Its social psychology. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 35. Retrieved February 10, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/263497849_Prejudice_its_social_psychology/citation/download
- European Commission. (2020). Roma equality, inclusion, and participation in the EU. Retrieved February 19, 2025, from https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/roma-eu/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en
- Evangelium Vitae. (1995, March 25). John Paul II. Retrieved February 3, 2025, from https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
- Ficowski, J. (2013). *Cyganie na polskich drogach*. Wyd. Nisza.
- Fouka, G., Plakas, S., Taket, A., Boudioni, M., & Dandoulakis, M. (2012). Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: Their uptake and meanings. *Journal of Nursing Management*, 20(8), 1058-1068. <https://doi.org/10.1111/jonm.12024>
- Gabbay, E., McCarthy, M. W., & Fins, J. J. (2017). The care of the ultra-Orthodox Jewish patient. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 545-560. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0356-6>

Giger, J. N., & Haddad, L. G. (2021). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (8th ed.). Elsevier.

Griswold, W. (2012). *Cultures and societies in a changing world*. SAGE Publications.

Groh, A. (2019). *Theories of culture*. Routledge.

Gwynn, D. M. (2007). From iconoclasm to Arianism: The construction of Christian tradition in the iconoclast controversy. *Greek, Roman, and Byzantine Studies*, 47, 225-251. Retrieved February 18, 2025, from <https://grbs.library.duke.edu/index.php/grbs/article/view/651/731>

Iglesias, A., Gómez i Segalà, J., & Twose, J. (2023). Diversidad religiosa y la donación de órganos y tejidos. Generalitat de Catalunya. Organització Catalana de Trasplantes. Retrieved February 15, 2025, from https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9636/guia_sobre_%20diversitat_%20religiosa%20_donaci%C3%B3n_organos_teixits_2023_cas.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Khoo, T. (2023). Buddhism. In M. K. Calhoun (Ed.), *Cancer treatment research* (Vol. 187, pp. 153-159). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29923-0_11

Koh, H. K., Piotrowski, J. J., Kumanyika, S., & Fielding, J. E. (2011). Healthy People: A 2020 vision for the social determinants approach. *Health Education & Behavior*, 38(6), 551-557. <https://doi.org/10.1177/1090198111428646>

Kowarska, J. (2005). *Polska Roma. Tradycja i nowoczesność*. Warszawa.

Kozubik, M., van Dijk, J. P., & Filakovska Bobakova, D. (2019). Aspects of illness and death among Roma: Have they changed after more than two hundred years? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4796. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234796>

Krasnowolski, A. (2022). Cyganie/Romowie w Polsce i w Europie: Wybrane problemy historii i współczesności. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. Retrieved February 15, 2025, from <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/5/plik/ot-603.pdf>

Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A., & Razzak, R. (2016). How Islam influences end-of-life care: Education for palliative care clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 771-774.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034>

Majda, A., Ogórek-Tęcza, B., & Zalewska-Puchała, J. (2009). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. PZWL.

Nowicka, E. (2014). Kontrowersja religijna i kontrowersja kulturowa. Romowie zielonoświątkowcy w Szaflarach. *Studia Humanistyczne AGH*, 13(3), 165-183. https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/studia-humanistyczne-agh/2014-tom-13-numer-3/studia_humanistyczne_agh-r2014-t13-n3-s165-183.pdf

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (ODPHP). (2020). Social determinants of health: Healthy People 2030. Retrieved February 12, 2025, from <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>

Ordys, D., & Eszyk, J. (2007). Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań. In E. Krajewska-Kulak, W. Nyklewicz, J. Lewko, & C. Łukaszuk (Eds.), *W drodze do brzegu życia* (Vol. 2, pp. 87-94). Wydawnictwo AM w Białymstoku. Retrieved February 15, 2025, from https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/Dziekanat-WNOZ/monografie/tom_2%281%29.pdf

Pawlak, Z. (2002). *Katolicyzm A-Z*. Księgarnia Św. Wojciecha.

- Pew Research Center. (2018). Being Christian in Western Europe. Retrieved February 15, 2025, from <https://www.pewresearch.org/religion/2018/05/29/being-christian-in-western-europe/>
- Poveda, A., Ibáñez, M. E., & Rebato, E. (2014). Obesity and body size perceptions in a Spanish Roma population. *Annals of Human Biology*. Retrieved February 15, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/260377289_Obesity_and_body_size_perceptions_in_a_Spanish_Roma_population
- Pruszyński, J., & Grabowska-Grzyb, A. (2007). Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. *Gerontologia Polska*, 15(4), 128–136.
- Real Academia Española. (n.d.). Cultura. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/cultura?m=form>
- Real Academia Española. (n.d.). Sociología. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/sociolog%C3%ADa?m=form>
- Real Academia Española. (n.d.). Religión. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/religi%C3%B3n?m=form>
- Ríos, A., López-Gómez, S., Belmonte, J., Balaguer, A., Gutiérrez, P. R., Ruiz-Merino, G., Ayala-García, M. A., Ramírez, P., & López-Navas, A. I. (2023). The Roma population's fear of donating their own organs for transplantation. *Cirugía Española (English Edition)*, 101(5), 350–358. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.06.043>
- Samaritanus Bonus. (2020). Congregation for the Doctrine of the Faith. Retrieved February 10, 2025, from <https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2020/09/22/carta.html>
- Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S., & Martin, R. L. (2023). Cultural religious competence in clinical practice. Retrieved February 2025

Abschließende Reflexion: Religiöse und kulturelle Praktiken und das EMPOWER-Modell

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel bietet einen umfassenden Überblick über religiöse, spirituelle und kulturelle Praktiken im Zusammenhang mit Gesundheit und hebt deren Einfluss auf Patientenentscheidungen und den Pflegeprozess hervor. Diese Vielfalt an Perspektiven steht in engem Einklang mit den Werten des EMPOWER-Modells, insbesondere in den Bereichen Multikulturalismus, Professionalität, Effektivität und Bildungsressourcen.

Die Autorin betont, dass kompetente Versorgung Offenheit, respektvollen Dialog und das Vermeiden von Stereotypen erfordert, was das zentrale EMPOWER-Prinzip der kulturellen Demut widerspiegelt. Das Kapitel zeigt, wie religiöse Überzeugungen Einstellungen zu Organspenden, Transfusionen, Abtreibung oder der Versorgung am Lebensende prägen können – und verdeutlicht, dass eine effektive Gesundheitsversorgung Flexibilität und Respekt gegenüber den Werten der Patienten verlangt.

Die vielfältigen Beispiele aus den Praktiken verschiedener Religionen und ethnischer Gruppen dienen als wertvolle Bildungsressource und stehen im Einklang mit dem EMPOWER-Schwerpunkt auf erfahrungsbasiertem kulturellem Lernen. Zudem unterstreicht das Kapitel die Notwendigkeit, starke Kommunikations- und ethische Kompetenzen im Umgang mit Patienten aus unterschiedlichen Glaubenssystemen zu entwickeln – ein zentrales Element der EMPOWER-Vision von reflektierter Professionalität.

Zusammenfassend zeigt dieses Kapitel, dass das Verständnis kultureller und religiöser Vielfalt nicht im Auswendiglernen von Fakten besteht, sondern in der Haltung von Respekt und kontinuierlichem Lernen – eine Grundlage für wirksame, empathische und gerechte Versorgung, die voll und ganz im Sinne des EMPOWER-Modells steht.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Kapitel 13

Multikulturalismus in der Medizin – Ethische Fragestellungen

MAGDALENA KUCZYŃSKA

Pommersche Medizinische Universität in Stettin (Polen)

“

All Real Living is Meeting.

— Martin Buber

13.1. Einleitung

Der Begriff „Kultur“ kann sowohl auf soziale Gruppen als auch auf die Individuen, aus denen sie bestehen, angewandt werden. Die Kultur einer Gesellschaft umfasst unter anderem: Sprache, kollektive Glaubenssysteme, Überzeugungen, Ansichten, Werte (einschließlich moralischer Werte), Normen, Rituale sowie Wissen, Kunst und Recht (Spencer-Oatey, 2012; Gajda, 2003). Eine Person, die Mitglied einer sozialen Gruppe ist, gestaltet die kollektive Kultur mit und schöpft gleichzeitig aus ihr. Darüber hinaus bringt sie ihre individuellen kulturellen Ressourcen,

Every encounter with another person is a confrontation with their distinct culture in its multifaceted understanding.

wie Rasse, Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung, persönliche Werthierarchie und Weltanschauung, ein. Dieses Verständnis von Kultur schafft Raum für die Entwicklung zweier polarisierter sozialer Strukturen: Monokulturalität und Multikulturalität. Im Folgenden richtet sich die Aufmerksamkeit der Lesenden auf den Multikulturalismus im moralischen Kontext.

Der Prozess der Auseinandersetzung mit dem in diesem Kapitel vorgestellten Material kann zwei Formen annehmen: 1. Eine nicht-reflektierende und daher weniger wirkungsvolle Auseinandersetzung mit theoretischem Material oder 2. Eine aktive Aneignung des Materials mit einem tiefen Verständnis seiner praktischen Dimension, was nachdrücklich empfohlen wird. Der Lernprozess ist effektiver, wenn die Lernenden davon überzeugt sind, dass das erworbene Wissen in der Praxis nützlich sein wird. Wo also finden wir interkulturelle Beziehungen im Bereich der Medizin?

Die Lesenden dieses Buches leben in verschiedenen Teilen der Welt. Unter ihnen befinden sich Menschen aus Ländern mit komplexen sozialen Strukturen, die zahlreiche Kulturen beherbergen. Diese Lesenden können den Inhalt dieses Kapitels leichter in ihren Alltag integrieren, der im engeren Sinne (für die Zwecke dieses Kapitels so definiert) von Begegnungen mit Multikulturalität geprägt ist, wobei hier vor allem Nationalität, Religion, Herkunft und sexuelle Orientierung gemeint sind. In einer etwas anderen Situation befinden sich Lesende in Ländern, die nicht als häufige Ziele von Migration gelten und daher relativ homogene Ausprägungen der sozialen Kultur aufweisen. Doch Multikulturalität reicht weit über dieses enge Verständnis hinaus. Wie eingangs des Kapitels erwähnt, besitzt jede Person eine Reihe kultureller Komponenten, die sie einzigartig machen. Einige davon sind konstant, wie das Geschlecht, während andere sich ständig ändern, wie das Alter. Dies ist die erste grundlegende Erkenntnis, die die Lesenden aus diesem Kapitel mitnehmen sollten: Wir sollten Multikulturalität nicht nur in ihrem engen Sinne suchen (z. B. ein Patient ist Tourist aus einem kulturell anderen Teil der Welt). Jede Begegnung mit einem anderen Menschen ist eine Begegnung mit seiner einzigartigen Kultur in einem facettenreichen Verständnis.

Im Kern des Kapitels müssen zwei grundlegende Fragen gestellt werden:

Welche Werte und moralischen Normen tragen zur Bildung einer prosozialen Haltung gegenüber kultureller Vielfalt bei?

Warum kann die Umsetzung der vorgeschlagenen Werte und moralischen Normen dazu beitragen, das Funktionieren im medizinischen Umfeld (insbesondere im Bereich der Patientenversorgung) im Kontext der Multikulturalität zu optimieren, während gleichzeitig die eigene kulturelle Besonderheit respektiert wird? Jede Begegnung mit einem anderen Menschen ist eine Konfrontation mit seiner einzigartigen Kultur in ihrem facettenreichen Verständnis.

Every encounter with another person is a confrontation with their distinct culture in its multifaceted understanding.

Ziele

Durch dieses Kapitel werden die Einstellungen, das Wissen und die Fähigkeiten der Studierenden erweitert und sie werden in der Lage sein:

Die im Text verwendete Terminologie in ihrer allgemeinen Bedeutung zu charakterisieren. Diese Terminologie im Rahmen des Multikulturalismus in der Medizin zu kontextualisieren und ihre Relevanz für das behandelte Thema zu begründen. Vorschläge für individuelle und Gruppenübungen zu präsentieren, die darauf abzielen, eine offene Haltung gegenüber dem Multikulturalismus in der Medizin zu fördern, während das eigene Wertesystem respektiert wird.

Die Autorin des Kapitels ist sich bewusst, dass die Werte und moralischen Prinzipien, die für die Schaffung einer multikulturellen Gemeinschaft als angemessen erscheinen, ein außergewöhnlich breites Spektrum darstellen. Das präsentierte Material erschöpft dieses Spektrum weder, noch beansprucht es dies. Auch die im Text verwendeten Begriffe, größtenteils aus den Bereichen der Philosophie und Ethik, sowie ihre Einordnung in das multikulturelle medizinische Umfeld bleiben

Drei Komponenten der moralischen Haltung:

- *Kognitiv – umfasst Gedanken, Überzeugungen und Wissen über das Objekt der Haltung.*
- *Affektiv – bezieht sich auf die gegenüber dem Objekt der Haltung empfundenen Emotionen.*
- *Behavioral – bezieht sich auf das gegenüber dem Objekt der Haltung gezeigte Verhalten.*

offen und unvollständig. Die Absicht der Autorin und ihr wissenschaftlich-pädagogisches Anliegen ist es, die Leserin bzw. den Leser zur eigenen Reflexion über die moralische Dimension von Begegnungen mit anderen und deren kulturellem Reichtum anzuregen – unabhängig von der jeweiligen sozialen Rolle (Studierende, Patient:innen und deren Angehörige, Mitglied des therapeutischen Teams). Letztlich werden diese Begegnungen im individuellen Raum des „Ich – Du“ stattfinden. Der Rückgriff auf die Philosophie des Dialogs ist bewusst und zielgerichtet gewählt (Buber, 1971). Zweifellos ist auch die Botschaft des Kapitels, die Leserin bzw. den Leser zur Teilnahme an einer breiteren Diskussion über die entstehenden moralischen Dilemmata an der Schnittstelle vieler Kulturen im Bereich der Medizin zu motivieren. Wir sind überzeugt, dass die im abschließenden Teil des Kapitels vorgeschlagenen Übungen in gewissem Maße dazu beitragen werden.

Lernergebnisse

Am Ende dieses Kapitels werden die Leser in der Lage sein:

- Die im Kapitel behandelten Begriffe Menschenwürde und Toleranz zu charakterisieren.
- Die Anwendung der unter Punkt 1 vorgestellten Terminologie im Kontext des Multikulturalismus in der Medizin darzustellen.
- Ein Bewusstsein für moralisch inakzeptable Haltungen im Kontext des Multikulturalismus in der Medizin zu zeigen.
- Eine innere Kohärenz zwischen den drei Komponenten der Haltung – kognitiv, affektiv und behavioristisch – in Bezug auf multikulturelle Beziehungen in der Medizin zu demonstrieren.

Relevante Definitionen und Begriffe

Die Einführung in das Thema Ethik im Multikulturalismus erfordert die Definition der notwendigen Terminologie in ihrem allgemeinen Sinne (ohne Bezug auf den Multikulturalismus in der Medizin). Zunächst werden einige grundlegende Konzepte behandelt. Dieses Unterkapitel konzentriert sich auf die Begriffe Menschenwürde und Toleranz.

Bevor sich der Leser mit der hauptsächlich in der Philosophie und Ethik verankerten Terminologie befasst, ist es wichtig, auf eine wesentliche Beschränkung hinzuweisen, die im Text angewendet wurde. Der Versuch, die untenstehenden Begriffe zu definieren, musste so prägnant erfolgen, dass der Leser sich nicht im Labyrinth philosophischer Debatten verliert. Ziel war es vielmehr, dass der Leser die Begriffe so beherrscht, dass sie einen klaren Rahmen für den praktischen Teil bilden, der sich vor allem auf jede Beziehung im medizinischen Umfeld bezieht. Dies erforderte eine bewusste Auswahl bestimmter philosophischer Strömungen und der darin entwickelten Definitionen. Die individuellen weltanschaulichen Präferenzen der Autorin spielten bei dieser Auswahl keine Rolle. Allein das Kriterium der Zweckmäßigkeit der vorgestellten Definitionen für das Leitthema, nämlich den Multikulturalismus in der Medizin, war entscheidend.

Menschenwürde – Der Begriff „Würde“ (lateinisch „dignitas“) wurde von Cicero eingeführt (Shershow, 2013). In seiner ursprünglichen Bedeutung bezog er sich auf ethische und ästhetische Werte wie Schönheit und Attraktivität. Eine würdevolle Person zu sein, bedeutete, jemanden darzustellen, der durch sein Auftreten Schönheit verkörperte. Im Laufe der Zeit begann man den Begriff „Würde“ beispielsweise im Polnischen als Synonym für das Wort „Nachname“ zu verwenden („Wie lautet Ihre Würde?“ bedeutet „Wie ist Ihr Nachname?“). Eine weitere Bedeutung erhält er in Aussagen wie „Ich habe ein Gefühl von Würde“, das sich auf unseren inneren Respekt vor uns selbst bezieht.

Im Kontext des Hauptthemas des Buches legen wir besonderen Wert auf eine innere menschliche Eigenschaft: die Würde.

- Was ist ihr Wesen (welche Eigenschaften und Merkmale besitzt sie)?

- Besitzt jeder Mensch sie, und wenn ja, was ist ihre Quelle?
- Und vielleicht die drängendste Frage: Was bedeutet das praktisch für Ihre Würde, meine Würde und die Würde aller? Bringt dieses Konzept gegenseitige Verpflichtungen mit sich?

Jede dieser kurzen Fragen war Gegenstand zahlloser Reflexionen in Philosophie, Religion, Recht, Psychologie und Soziologie (Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000; Dignity, 2023). Einige davon befinden sich an zwei entgegengesetzten Polen. Juristische Konzepte können sich hinsichtlich der Anerkennung spezifischer Merkmale der Menschenwürde erheblich unterscheiden. Sicher ist, dass die Begriffe „Menschenwürde“, „Würde des Menschen“ oder, der personalistischen Philosophie folgend, „Würde der menschlichen Person“ (in Philosophie und Ethik tragen scheinbar synonyme Wörter jeweils spezifische, voneinander abweichende Bedeutungen. Daher muss ihre Auswahl bewusst erfolgen) gleichzeitig sehr allgemein, hochkomplex und sogar kontrovers sind. Daher wird im Folgenden der für das Thema wichtigste Inhalt fokussiert. Aufgrund der Vielfalt philosophisch-ethischer Ansichten und der Notwendigkeit der Klarheit im Text stützt sich die folgende Interpretation von „Menschenwürde“ weitgehend auf die oben erwähnte personalistische Schule.

Merkmale der „Menschenwürde“ – Unveräußerlichkeit, Unantastbarkeit, Nicht-Steigerbarkeit, Unübertragbarkeit (Środa, 2010). Das bedeutet, dass ein Mensch mit der ihm zustehenden Würde geboren wird, die er sich nicht verdienen muss und die weder er selbst noch andere ihm nehmen können. Sie ist nicht steigerbar – man kann nicht mehr oder weniger Menschenwürde besitzen.

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen.“
Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000

Drei Komponenten der moralischen Haltung:

Kognitiv – besteht aus Gedanken, Überzeugungen und Wissen über das Objekt der Haltung.

Affektiv – bezieht sich auf die Emotionen, die gegenüber dem Objekt der Haltung empfunden werden.

Behavioral – bezieht sich auf das Verhalten gegenüber dem Objekt der Haltung.

Lernziele

Am Ende dieses Kapitels werden die Leserinnen und Leser in der Lage sein:

- Die im Kapitel behandelten Begriffe Menschenwürde und Toleranz zu charakterisieren.
- Die Anwendung der unter Punkt 1 dargestellten Terminologie im Kontext des Multikulturalismus in der Medizin darzustellen.
- Ein Bewusstsein für moralisch inakzeptable Haltungen im Kontext des Multikulturalismus in der Medizin zu zeigen.
- Innere Kohärenz zwischen den drei Komponenten der Haltung – kognitiv, affektiv und behavioral – im Hinblick auf multikulturelle Beziehungen in der Medizin nachzuweisen.

Relevante Definitionen und Begriffe

Die Einführung des Themas Ethik im Multikulturalismus erfordert die Definition der notwendigen Terminologie in ihrem allgemeinen Sinne (ohne Bezug auf Multikulturalismus in der Medizin). Zu Beginn werden grundlegende Begriffe behandelt. Dieses Unterkapitel konzentriert sich auf die Begriffe Menschenwürde und Toleranz.

Bevor der Leser in die hauptsächlich in der Philosophie und Ethik verwurzelte Terminologie eintaucht, ist es wichtig, eine wesentliche Einschränkung zu beachten: Der Versuch, die untenstehenden Begriffe zu definieren, musste prägnant erfolgen, um den Leser nicht in den Weiten philosophischer Debatten zu verlieren. Ziel war es vielmehr, die Begriffe so zu vermitteln, dass sie einen klaren Bezugsrahmen für den praktischen Teil bilden, der sich in erster Linie auf Beziehungen im medizinischen Umfeld bezieht. Dies erforderte eine autoritative Auswahl bestimmter philosophischer Strömungen und der darin entwickelten Definitionen. Die persönlichen weltanschaulichen Präferenzen der Autorin spielten dabei keine Rolle. Allein die Eignung der vorgestellten Definitionen für das Leitthema – den Multikulturalismus in der Medizin – war maßgeblich.

Menschenwürde – Der Begriff „Würde“ (lat. dignitas) wurde von Cicero eingeführt (Shershow, 2013). Ursprünglich bezog er sich auf ethische und ästhetische Werte wie Schönheit und Attraktivität. Eine würdevolle Person war jemand, der durch sein Verhalten Schönheit zeigte. Im Laufe der Zeit wurde der Begriff „Würde“ auch im Polnischen als Synonym für „Nachname“ verwendet („Wie lautet Ihre Würde?“ bedeutete „Wie lautet Ihr Nachname?“). Eine weitere Bedeutung findet sich in Aussagen wie „Ich habe ein Gefühl für Würde“, das sich auf den inneren Selbstrespekt bezieht.

Im Kontext des Hauptthemas des Buches liegt der besondere Fokus auf einer inneren menschlichen Eigenschaft: der Würde.

Was ist ihre Natur (Eigenschaften und Merkmale)?

Hat jeder Mensch sie, und wenn ja, was ist ihre Quelle?

Und die wohl wichtigste Frage: Was bedeutet das praktisch für Ihre, meine und jedermanns Würde? Verpflichtet uns dieses Konzept zu gegenseitigen Pflichten?

Jede dieser Fragen war bereits Gegenstand unzähliger Reflexionen in Philosophie, Religion, Recht, Psychologie und Soziologie (Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000; Dignity, 2023). Manche Positionen stehen sich diametral gegenüber. Rechtliche Konzepte unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Anerkennung bestimmter Eigenschaften der Menschenwürde. Sicher ist: Die Begriffe „Menschenwürde“, „Würde des Menschen“ oder in der personalistischen Philosophie „Würde der Person“ sind zugleich sehr allgemein, hochkomplex und auch kontrovers. Daher wird hier auf das Wesentlichste im Kontext des Themas fokussiert. Aufgrund der Vielfalt philosophisch-ethischer Ansätze und der Notwendigkeit von Klarheit im Text orientiert sich die folgende Interpretation von „Menschenwürde“ maßgeblich an der personalistischen Schule.

Merkmale der „Menschenwürde“ – Unveräußerlichkeit, Unantastbarkeit, Unabstufbarkeit, Unübertragbarkeit (Środa, 2010). Das bedeutet, ein Mensch wird mit der ihm zustehenden Würde geboren, er muss sie sich nicht verdienen, weder er noch andere können sie ihm nehmen. Sie ist nicht abstufbar – niemand hat mehr oder weniger Menschenwürde.

“

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen.“

Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000

Besitzt jeder Mensch Würde? Was ist ihre Quelle? Die Antwort auf die erste Frage ist einfach: Ja, Menschsein ist gleichbedeutend mit der Ausstattung mit Würde in dem hier behandelten Sinne. Für die zweite Frage gibt es eine Vielzahl von Argumenten (auch über den Personalismus hinausgehend). Einige davon:

- Die Menschenwürde entspringt der Vernunftbegabung und dem freien Willen des Menschen. Diese Interpretation vertraten u. a. Immanuel Kant (Düwell, et al., 2015).
- Der Mensch ist nach dem Ebenbild Gottes geschaffen, dies begründet seine Würde. Dieses Konzept wird erwartungsgemäß von der religiösen Philosophie vertreten.
- Die Fähigkeit des Menschen zur Reflexion und moralischen Entscheidung (Środa, 2010).
- Die Fähigkeit zur Arbeit und damit zur bewussten Gestaltung der Umwelt macht den Menschen würdig (Środa, 2010).

Menschenwürde – von der Theorie zur Praxis. Die Anerkennung der angeborenen und unveräußerlichen Würde führt zur Reflexion: Wie lässt sich dieses philosophische, abstrakte Konzept in soziale Beziehungen und die sie prägenden Normen übertragen?

Eine der wichtigsten Konsequenzen ist der Zusammenhang zwischen dem Bewusstsein für Menschenwürde und der Kodifizierung der ihr innewohnenden Rechte, wie etwa der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Vereinte Nationen, 1948) oder der Patientenrechte in vielen Ländern. Leider zeigt die Geschichte der Menschheit täglich zahlreiche Beispiele für Verletzungen der Menschenwürde. Internationale Konflikte, innere Auseinandersetzungen und familiäre Streitigkeiten sind Verhaltensweisen, denen Menschen weltweit begegnen. Daher sollte das Recht klare Vorgaben zum Schutz des fundamentalen Wertes der Menschenwürde bieten. Doch reicht das Recht, selbst wenn es perfekt konstruiert ist, aus, um prosoziale Haltungen zu entwickeln, die auf dem Respekt vor der Menschenwürde basieren? Zwar ist es ein unverzichtbarer Regulator der sozialen Ordnung, jedoch nicht ausreichend. Diese Unzulänglichkeit des Rechts zeigt sich insbesondere in unmittelbaren Beziehungen zu anderen Menschen, wenn eine Partei sich in einer benachteiligten Position befindet – sei es in Bezug auf Freiheit (Gefangene), Ge-

sundheitszustand (Patienten auf Intensivstationen) oder politische Umstände (Migranten). Welche zusätzliche Bedingung ist also notwendig, um solche Haltungen aufzubauen? Hierzu verweise ich auf Lawrence Kohlbergs Theorie der Moralentwicklung (Menschenwürde ist ein fundamentales moralisches Gut). In seinen langjährigen Forschungen stellte er unterschiedliche Entwicklungsstufen im Umgang mit Werten fest (Interessierte finden eine ausführliche Darstellung unter <https://courses.lumenlearning.com/suny-lifespandevelopment/chapter/kohlbergs-stages-of-moral-development/>) (Kohlberg&Kramer, 1969; Zhang&Zhao, 2017). Für das Thema dieses Kapitels sind folgende Erkenntnisse von Kohlberg bedeutsam: Auf einer bestimmten Stufe (die recht fortgeschritten im individuellen Entwicklungsprozess ist) erkennt der Mensch moralische Werte, sofern sie durch geltendes Recht begründet sind. Zurück zum Thema – Personen, deren Moralentwicklung sich auf der „Law and Order“-Stufe befindet, respektieren Menschenwürde, wenn sie rechtlich verankert ist. Doch das Leben lässt sich nicht vollständig durch Gesetze regeln. Selbst die präzisesten Gesetzestexte lösen nicht alle sozialen Situationen. Hier greift die zweite zentrale Schlussfolgerung aus Kohlbergs Forschung: Die höchste Stufe moralischer Entwicklung ist das Anerkennen moralischer Werte aufgrund des in ihnen innewohnenden Guten. Ja, das mag philosophisch klingen. Daher ein Beispiel, wie sich Kohlbergs Theorie praktisch anwenden lässt:

Situation: Eine ältere Kundin betritt das Geschäft. Sie übergibt der Verkäuferin ihr gesamtes Portemonnaie und bittet sie, das Geld für die Einkäufe auszuwählen. Die Verkäuferin könnte das Vertrauen der Seniorin ausnutzen und sich einen kleinen Betrag einstecken. Sie tut es nicht. Die Frage lautet: Was ist ihre Motivation für das moralisch richtige Handeln (Verzicht auf Diebstahl)?

- Antwort 1: Die Verkäuferin stiehlt nicht, weil sie weiß, dass es gesetzlich verboten ist, und ein Gesetzesverstoß ernste Konsequenzen hätte (sie ordnet ihr moralisches Handeln der rechtlichen Vorschrift unter).
- Antwort 2: Die Verkäuferin stiehlt nicht, weil sie innerlich überzeugt ist, dass die Handlung moralisch falsch ist und einem anderen Menschen schadet. Nach Kohlberg entspricht dies der höchsten Stufe moralischer Reife.

Das Bewusstsein für die Würde des anderen Menschen kann somit als wesentlicher Regulator zwischenmenschlicher Beziehungen angesehen werden. Es bleibt die Frage, ob das bloße „Ausgestattet-Sein“ mit Würde aufgrund der Zugehörigkeit zur Spezies Mensch genügt, um Respekt einzufordern. Sollte dieses Merkmal (auf das wir keinen Einfluss haben, sofern wir von seiner angeborenen Natur ausgehen) nicht durch anständiges Verhalten ergänzt werden müssen? Diese Auffassung erscheint plausibel. Hieraus ergibt sich eine wichtige Erkenntnis: Wenn ich anerkenne, dass ich Würde besitze, sollte ich moralisch korrekt handeln, was unter anderem bedeutet, die Würde anderer (sowie meine eigene) zu respektieren. Ist dies nicht der ideale Ansatz für offene Beziehungen in einem multikulturellen Kontext? Auf diese Idee wird im nächsten Unterkapitel zurückgekommen.

Toleranz – eine der anspruchsvollsten moralischen Ideen. Schwer umzusetzen, aber grundlegend für die Ethik in einer multikulturellen Welt. Das Verständnis der Kriterien von Toleranz und ihrer Grenzen hilft beim Aufbau einer Welt ohne Spannungen in zwischenmenschlichen und interkulturellen Beziehungen. Die Grundlagen der Toleranz lassen sich wie folgt zusammenfassen (Šroda, 2010):

- Es gibt ein Faktum, eine Haltung oder ein Verhalten in unserer Umgebung (verkörpert durch bestimmte Personen), das in Opposition zu uns steht und eventuell mit unserer eigenen Wertordnung kollidiert.
- Wir haben die Möglichkeit, gegen dieses Phänomen zu handeln – etwa durch Zwang, Überredung oder Verbreitung falscher Informationen (z. B. soziale Ausgrenzung der betreffenden Person).
- Wir verzichten darauf, dem genannten Phänomen zu schaden.

Diese Auffassung von Toleranz nennt man in der Ethik „negative Toleranz“ – negativ, weil sie einen Mangel ausdrückt, in diesem Zusammenhang das Fehlen unserer destruktiven Reaktion auf die Haltung oder Meinung des anderen. Sie stellt das minimale moralische Gebot dar. Zugleich ist Toleranz eine Forderung: Ich zeige Toleranz dir gegenüber, du zeigst sie mir gegenüber. Es gibt auch die Vorstellung von „positiver Toleranz“. Diese Haltung geht einen Schritt weiter, indem sie das letzte Kriterium hinzufügt, das am besten durch Voltaires Aussage zum Ausdruck kommt: „Ich missbillige, was Sie sagen, aber ich werde bis zum Tod Ihr Recht verteidigen, es zu sagen.“ Positive Toleranz bedeutet nicht nur, von destruktivem Handeln abzusehen, sondern aktiv für die Gleichwertigkeit aller Menschen einzutreten. Dies geschieht im Rahmen der Toleranz, deren Grenzen noch zu besprechen sind.

Die Literatur nennt mehrere Quellen, die Toleranz rechtfertigen, deren Diskussion sprengt jedoch den Rahmen dieses Kapitels. Unzweifelhaft gehört die Menschenwürde und daraus abgeleitete Gleichheit aller Menschen im moralischen Sinne zu ihren wichtigsten Grundlagen.

Toleranz hat ihre Grenzen, andernfalls müsste sie auch antisozialen Haltungen gegenüber offen sein. Dies lehnen wir entschieden ab. Es muss klar gesagt werden: Toleranz gilt nur für Haltungen, Meinungen und Verhaltensweisen, die sich im rechtlichen, moralischen und politischen Rahmen bewegen (ein von J.S. Mill vertretenes Konzept). Außerdem ist hervorzuheben, dass Toleranz als moralische Haltung nicht mit Akzeptanz gleichzusetzen ist. Wir dürfen andere Meinungen akzeptieren, sogar Sympathie für sie empfinden, aber wir müssen es nicht. Wie bereits erwähnt, stellt Toleranz das moralische Minimum im Interesse einer multikulturellen Welt dar.

Ich missbillige Ihre Meinung, aber ich werde bis zum Tod Ihr Recht verteidigen, sie zu äußern.

13.2. Menschenwürde als oberster Wert in multikulturellen Beziehungen in der Medizin

In Abschnitt 13.1. haben wir uns mit zwei philosophisch-ethischen Begriffen in ihrem allgemeinen Sinn befasst. Nun versuchen wir, diese Begriffe im Kontext

der Multikulturalität in der Medizin zu verorten, insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit Patienten, deren Angehörigen sowie im kollegialen Miteinander. Ziel der Abschnitte 1.5 und 1.6 ist es, der Frage nachzugehen: Kann die Achtung der Menschenwürde und die Offenheit gegenüber dem Phänomen der Toleranz prosociale Haltungen im multikulturellen medizinischen Umfeld fördern?

Die Würde des Patienten ist die Würde eines Menschen, der um sein Leben und seine Gesundheit fürchtet. Es ist auch die Würde der Angehörigen, die in Sorge ihre Liebsten den Händen von Pflegekräften, Hebammen, Ärzten, Physiotherapeuten und Rettungskräften anvertrauen. Schließlich ist es die Würde jener, mit denen wir die Mühen und Freuden langer Schichten teilen. Jeder Beteiligte bringt seinen kulturellen Hintergrund mit in diese Beziehungen. Das ist nichts Ungewöhnliches, denn auch alltägliche Begegnungen im öffentlichen Raum sind davon geprägt. Was aber macht den medizinischen Bereich so besonders, dass es sich lohnt, wie die Autoren dieses Handbuchs es getan haben, die Bedeutung der Menschenwürde als grundlegenden Wert in diesem spezifischen Feld der Medizin im Kontext kultureller Vielfalt hervorzuheben?

Die in Abschnitt 13.1. zugrunde gelegte Auffassung geht davon aus, dass Würde eine jedem Menschen innewohnende Eigenschaft ist. Sie hängt nicht von Rasse, Geschlecht, sexueller Orientierung, finanziellem Status oder Alter ab. Zudem verpflichtet uns ein solches Verständnis von angeborener und unveräußerlicher Würde dazu, diese auch bei Menschen anzuerkennen, die moralisch verwerfliche Taten begangen haben. Wichtig ist hierbei das Wort „bei Menschen“, nicht bei ihren Taten, die selbstverständlich verurteilt und entsprechend geahndet werden

Eines der am häufigsten angeführten Beispiele aus der Medizin, das es dem medizinischen Personal ermöglicht, eine tolerante Haltung zu zeigen, ist die Ablehnung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas. Im praktischen Teil dieses Kapitels gibt es eine Übung zu diesem Thema für die Leser.

sollten. Kehren wir nun zum einleitenden Satz dieses Kapitels zurück: Jede Begegnung mit einem anderen Menschen ist eine Begegnung mit seiner einzigartigen Kultur in ihrer facettenreichen Ausprägung. Wenn ich mich also auf dich einlasse, mit all deinem kulturellen Reichtum, begegne ich auch deiner und meiner Menschenwürde. Ich – Vertreter der medizinischen Welt, du – Patient, Angehöriger, Freund. Du – mein Kollege.

Was ist das wichtigste Ergebnis dieser Begegnung? Es ist das Gefühl der menschlichen Gleichwertigkeit im grundlegenden Wert der Würde. Wenn wir diese Erkenntnis mit echter und tiefer Überzeugung annehmen, wird uns bewusst, dass wir von dem Moment an, in dem wir einem anderen Menschen begegnen, unsere Beziehung auf einem festen Fundament aufbauen. Die verschiedenen Aspekte kultureller Vielfalt bereichern lediglich die von uns geschaffenen Beziehungen. Versuchen wir, diesen Gedanken zu visualisieren: Wir haben einen Platz, auf dem verschiedene Gebäude errichtet werden können. Dieser Platz ist eine Metapher für unser

Berufsleben. Die Gebäude stehen für jeden Menschen, der in dieses Leben tritt. Wir können jedes dieser Gebäude nur auf seinem eigenen Fundament mit dem umliegenden Gehweg errichten. Es besteht jedoch die Gefahr, dass beim Wechsel von einem Gebäude zum anderen Lücken und Unebenheiten entstehen, die zwischen ihnen bestehen. Sie sind schließlich sehr unterschiedlich – wie unsere Patienten und Kollegen: Einige sind ruhig, andere emotional, einige gesund und glücklich, andere sterbend und verzweifelt. Einige sind jung und lebensfroh, andere Senioren, oft verängstigt durch Krankheit und Gebrechlichkeit. Es gibt auch jene, die unsere Sprache problemlos sprechen, und andere, mit denen die Kommunikation schwierig ist. Ein solcher Platz würde mit der Zeit zu einer Ansammlung zufälliger Gebäude werden, die für den Passanten (also uns) eine Stolperfalle darstellen.

Beginnen wir jedoch unsere Arbeit mit dem Konzept der Einheit und menschlichen Gleichwertigkeit auf dem Fundament der Menschenwürde, so errichten wir diesen metaphorischen Platz auf einem einzigen, starken Fundament. Die Multikulturalität jedes Menschen, dem wir in unserem Berufsleben begegnen, wird unseren „Platz“ bunt, schön und reich machen. Den anderen aus der Perspektive seiner Würde zu betrachten, eröffnet die Möglichkeit, von Grund auf moralisch richtige Beziehungen zu gestalten, was wiederum zu einer guten Lebensqualität für Patienten, zu einem würdevollen Sterben oder im kollegialen Miteinander zu einem angenehmen Arbeitsklima beiträgt.

Jede Begegnung mit einem anderen Menschen ist eine Konfrontation mit seiner einzigartigen Kultur in ihrer facettenreichen Ausprägung. Jeder Mensch ist durch angeborene und unveräußerliche Menschenwürde gekennzeichnet. Daher ist jede Begegnung mit einem anderen Menschen zugleich eine Auseinandersetzung mit der ihm zustehenden Menschenwürde.

Wir erwähnten bereits, dass die Beziehung zu einem anderen Menschen den Ausgangspunkt für die Reflexion über die eigene Würde bildet. Sie verpflichtet uns, unsere eigenen Rechte und uns selbst zu respektieren. Und obwohl wir von Beginn des Studiums an das Motto „Salus aegroti suprema lex esto“ (Das Wohl des Patienten soll das oberste Gesetz sein) verinnerlichen, sollten wir den Patienten zwar ins Zentrum unserer Fürsorge stellen, gleichzeitig aber in gleichem Maße Respekt für uns selbst und unsere eigene Kultur erwarten dürfen. Unser Alter, Geschlecht, unsere Nationalität und andere kulturelle Variablen verlangen denselben Schutz und Respekt von Seiten der Patienten, deren Angehörigen und unserer Kollegen, wie sie ihn von uns erwarten.

13.3. Toleranz und Multikulturalität in der Medizin

Wir wissen aus Abschnitt 13.1., was der Begriff „Toleranz“ bedeutet. Diese Haltung spielt eine Schlüsselrolle in der multikulturellen Medizin. Im Umgang mit Menschen, die ihre kulturelle Welt mitbringen – seien es Patienten in Krankheit oder im Kontext optimaler Therapie – bietet jede noch so flüchtige Interaktion die Gelegenheit, eine tolerante Haltung zu zeigen. Je vielfältiger die kulturellen Gruppen sind,

denen wir in unserer Arbeit begegnen, desto schwieriger wird dies. Es verlangt von uns, dass wir unsere Ablehnung gegenüber Unterschieden im Zaum halten.

Ein Beispiel:

Wir beginnen unsere Arbeit in einem Land, in dem sich die Bräuche des Abschieds von Verstorbenen stark von denen unterscheiden, mit denen wir aufgewachsen sind. Das Verhalten der Angehörigen des Verstorbenen mag uns fremd oder gar irritierend erscheinen. Es könnte zudem unseren eingespielten Arbeitsablauf stören. Gleichzeitig wissen wir, dass die von der Familie am Sterbebett vollzogenen Rituale aus einer langen kulturellen Tradition herrühren. Wir wissen auch, dass das Krankenhaus (im Sinne der Toleranz) diese Rituale ausdrücklich erlaubt. Welche Haltung nehmen wir ein? Zeigen wir mit Blicken oder Gesten Ungeduld, Abneigung, Intoleranz? Oder werden wir, auch wenn wir weiterhin verwirrt und verärgert sind, auf jegliche noch so kleine Geste des Widerspruchs verzichten? Oder gehen wir gar einen Schritt weiter, indem wir positive Toleranz praktizieren und ein Umfeld schaffen, das die Familie aktiv unterstützt?

Die Würde der Patienten, ihre Welt, die Würde unserer Kollegen und unsere eigene bilden den Hintergrund für eine Toleranz, die multikulturelle Beziehungen auch in der Medizin harmonisiert.



13.4. Drei Komponenten der moralischen Haltung in Bezug auf Multikulturalität in der Medizin

Eines der Ziele dieses Kapitels ist es, eine offene Haltung gegenüber der Multikulturalität in der Medizin zu fördern, wobei gleichzeitig das eigene Wertesystem respektiert wird. Es wurden drei Komponenten der moralischen Haltung identifiziert: kognitive (Gedanken, Überzeugungen und Wissen über das Objekt der Haltung), affektive (eine Reihe von Emotionen gegenüber dem Objekt der Haltung) und verhaltensbezogene (Verhaltensweisen gegenüber dem Objekt der Haltung) (Sawicki, 2024). Lassen Sie uns diesen Gedanken näher erläutern.

Früher haben wir grundlegende Werte wie Würde und Toleranz behandelt. Diese wurden als Fundament für den Aufbau guter Beziehungen zu anderen betrachtet. Allerdings reicht es nicht aus, einfach nur Würde zu respektieren, die sich durch Toleranz ausdrückt, um ausreichend Kompetenzen für die Entwicklung einer prosozialen moralischen Haltung im Kontext der Multikulturalität in der Medizin zu entwickeln. Warum wird diese Überzeugung vertreten?

Die Antwort liegt in der Tatsache, dass die Arbeit an der Schnittstelle zweier riesiger und facettenreicher Bereiche – Multikulturalität und Medizin – eine enorme Herausforderung darstellt. Die Vielfalt der Konfigurationen zwischen ihnen ist praktisch unendlich. Therapie, die auf den Patienten ausgerichtet ist (der Begriff „Therapie“ umfasst alle möglichen Handlungen gegenüber dem Patienten durch Mitglieder jeder medizinischen Gruppe) und im Kontext des Respekts gegenüber der Multikulturalität betrachtet wird, erfordert einerseits medizinisches Wissen und andererseits ein Verständnis für die Bräuche, Praktiken und Normen der Kultur der Person, die unserer Fürsorge anvertraut ist. Niemand gehört ausschließlich einer kulturellen Identität an, wie etwa dem Geschlecht. Wir sind der Intersektionalität unterworfen und identifizieren uns gleichzeitig mit vielen Merkmalen, wie im einleitenden Teil des Kapitels erörtert wurde. Beispielsweise wird eine junge Frau, die in ihrem Heimatland unter Menschen gebiert, die ihre kulturellen Normen kennen und teilen, anders reagieren als eine Frau, die unter medizinischem Personal mit anderen kulturellen Mustern gebiert und zudem in einer nicht-heteronormativen Partnerschaft lebt. Eine alleinerziehende Mutter in der gleichen Situation wird sich wiederum in einer anderen Position befinden. Um einem Patienten eine umfassende Versorgung zu bieten, die notwendigerweise unsere moralische Würde einschließt, ist es unerlässlich, kontinuierlich an der Entwicklung der kognitiven Komponente zu arbeiten. Während die Anerkennung der Würde einer anderen Person der Ausgangspunkt für die Bildung dieser Haltung ist, ermöglicht uns das kontinuierliche Sammeln von Wissen über sie, geeignete Emotionen ihnen gegenüber zu kultivieren (die affektive Komponente). Die Situationen, denen wir in der Medizin begegnen, bilden nicht zufällig die Grundlage für zahlreiche beliebte Fernsehserien im Krankenhausumfeld, wie Emergency Room, Grey's Anatomy oder Dr. House. Die alltäglichen Dramen des menschlichen Lebens, unerwartete Wendungen, Freude vermischt mit Trauer, Hoffnung und deren Ende, die Erschöpfung von Krankenschwestern, Hebammen, Ärzten und Rettungssanitätern – ein Konglomerat von Emotionen auf höchstem Niveau. Es ist so leicht,

innerhalb dessen die Empathie zu verlieren. Fügen wir diesen „Überholspuren“ nun die zusätzlichen Variablen hinzu, die sich aus unserer Multikulturalität ergeben. Allein der Respekt vor der Würde einer anderen Person wird nicht ausreichen. Arbeiten, die ausschließlich auf Emotionen ohne eine Wissensgrundlage beruhen, können für alle Beteiligten schädlich sein. Indem wir die kulturellen Quellen menschlichen Verhaltens verstehen, fällt es uns viel leichter, positive Emotionen in uns selbst zu stärken und negative zu unterdrücken. Zu verstehen, warum sich unser Patient, seine Angehörigen und unsere Kollegen auf eine bestimmte Weise verhalten und sich der Bedeutung bewusst zu sein, die dies für die Kultur hat, mit der sie sich identifizieren, wird uns als Wegweiser im verschlungenen Pfad dienen. Sowohl die kognitive als auch die affektive Komponente bilden die Grundlage für die Hauptmanifestation unserer Arbeit: Verhalten, das sich in Handlungen ausdrückt (die verhaltensbezogene Komponente). Ausgestattet mit Wissen verstehe ich andere (insbesondere Verhaltensweisen, die von meinen abweichen und schwer zu akzeptieren sind) – Verstehen bedeutet, sich für positive Emotionen gegenüber anderen zu öffnen. Ausgestattet mit Wissen und getragen von guten Emotionen, schreite ich zum Handeln. Die Ethik der Multikulturalität in der Medizin in einer Nussschale, wie es oft bei Medikamenten der Fall ist. Schließlich sollte die moralische Haltung, mit der wir in die Welt der Medizin eintreten, wie das beste Medikament sein, nicht ein Gift aus einem Gemisch aus Ignoranz, schädlichen Emotionen und Intoleranz.

13.5. Schlussfolgerungen

Gemeinsam haben wir die Theorie durchlaufen, die lediglich bescheidene Grundlagen für die Ethik der Multikulturalität in der Medizin liefert. Wie im Vorwort erwähnt, wurde dieses Thema sicherlich nicht vollständig erschöpft. Man könnte sogar sagen, es wurde nur sehr kurz angerissen. Die Inhalte des Kapitels sollten der sokratischen Rolle der Bremse dienen, zum Nachdenken anregen ... Vielleicht werden sie sogar bei einigen Lesern Widerstand oder Auflehnung hervorrufen. Wenn dies geschieht, ist das gut, denn das Wichtigste aus der Perspektive unserer kulturell reichen Patienten, ihrer Angehörigen, unserer Kollegen und uns selbst ist es, über die ethischen Grundlagen menschlicher und interkultureller Beziehungen nachzudenken.

Es ist unmöglich, zum Schluss nicht auf die Existenz schwieriger, moralisch widersprüchlicher Situationen hinzuweisen, die an der Schnittstelle unterschiedlicher kultureller Ausdrucksformen entstehen. Diese Situationen können nicht vermieden werden. Es ist auch unmöglich, eine fertige Lösung vorzulegen, die für alle am Konflikt Beteiligten vorteilhaft wäre. Manchmal ist dies nicht einmal realisierbar. Sicherlich fallen dem Leser viele Beispiele scheinbar „auswegloser“ Situationen ein, die für sein Land, seinen Arbeitsplatz oder seine Kultur typisch sind. Um den Leser jedoch nicht vollständig ohne Lösungsvorschläge für moralische Probleme im Kontext der Multikulturalität in der Medizin zu lassen, empfehlen wir, die diskutierten Alternativen stets in den in diesem abschließenden Kapitel genannten Werten zu verankern: Menschenwürde, Toleranz, moralische Reife auf hohem Niveau und eine solide Portion Wissen.

Referenzen

- Buber, M. (1971). *I and thou*. Scribner Macmillan, Scribner Book Co.
- Charter of Fundamental Rights of the European Union 2000, art. 1 Human dignity.
- Dignity. (2023). Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/entries/dignity/> [10.01.2025].
- Düwell, M., Braarvig, J., Brownsword, R., & Mieth, D. (Eds.). (2015). *The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge University Press.
- Gajda, J. (2003). *Antropologia kulturowa. cz. 1: Wprowadzenie do wiedzy o kulturze*. Adam Marszałek.
- Kohlberg, L., & Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Human Development*, 12(2), 93–120. <https://doi.org/10.1159/000270857>
- Sawicki, K. (2024). Postawy moralne młodzieży. In Ł. Szwejka (Ed.), *Postawy i styl życia młodzieży* (p. 69). Instytut Badań Edukacyjnych.
- Shershow, S. C. (2013). *Deconstructing dignity: A critique of the right-to-die debate*. University of Chicago Press. ISBN: 9780226088266.
- Spencer-Oatey, H. (2012). What is culture? A compilation of quotations. <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/al/globalpad/interculturalskills/> [17.03.2025].
- Środa, M. (2010). *Etyka dla myślących*. Czarna owca.
- Zhang, Q., & Zhao, H. (2017). An analytical overview of Kohlberg's theory of moral development in college moral education in mainland China. *Open Journal of Social Sciences*, 5, 151-160. <https://doi.org/10.4236/jss.2017.58012>

Abschließende Reflexion: Ethik des Multikulturalismus in der Medizin und das EMPOWER-Modell

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel behandelt zentrale Fragen, welche moralischen Werte eine offene Haltung gegenüber kultureller Vielfalt in der Medizin fördern. Es legt besonderen Wert auf die Konzepte der Menschenwürde, der Toleranz und der moralischen Reife – Werte, die in hohem Maße mit dem EMPOWER-Modell übereinstimmen, insbesondere mit dessen Säulen Multikulturalismus, Professionalität, Wohlbefinden und Bildungsressourcen.

Die Autorin hebt hervor, dass jede Interaktion im medizinischen Umfeld – sei es mit einem Patienten, einem Angehörigen oder einem Kollegen – zugleich eine Begegnung mit einer einzigartigen kulturellen Identität ist und somit mit der inhärenten Würde dieser Person. Diese Perspektive unterstützt vollumfänglich die Vision des EMPOWER-Modells einer ganzheitlichen, empathischen, personenzentrierten Versorgung. Besonders hervorzuheben ist, dass Toleranz nicht als passive Akzeptanz verstanden wird, sondern als eine bewusste ethische Zurückhaltung gegenüber schädlichen Reaktionen – ein moralisches Mindestmaß, das von Fachkräften in multikulturellen Umgebungen erwartet wird.

Das Kapitel führt zudem ein Modell der moralischen Haltung ein, das auf drei Komponenten basiert: der kognitiven, der emotionalen und der verhaltensbezogenen. Diese Struktur spiegelt den EMPOWER-Schwerpunkt auf reflektiertes, informiertes und mitfühlendes Handeln wider, das auf Wissen beruht und sich an ethischem Bewusstsein orientiert.

Zusammenfassend unterstreicht dieses Kapitel die praktische Umsetzung des EMPOWER-Modells. Es zeigt, dass ethische interkulturelle Kompetenz nicht nur ein Bündel von Fähigkeiten ist, sondern eine tief verwurzelte, wertebasierte Haltung, die in Respekt, Reife und bedeutsamen „Ich-Du“-Beziehungen gründet – im Geiste der dialogischen Philosophie und der Kernprinzipien von EMPOWER.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Kapitel 14

Menschenrechte

**OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA,
VOLODYMYR DZHYVAK**

*Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University
of the Ministry of Health of Ukraine*

“

**Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten
geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und
sollen einander im Geist der Brüderlichkeit begegnen.**

— Vereinte Nationen, Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 1948

14.1. Einleitung

Menschenrechte basieren auf den Prinzipien von Würde, Gleichheit und Freiheit, die das Fundament einer gerechten und harmonischen Gesellschaft bilden. Diese Prinzipien gewährleisten, dass jede Person – unabhängig von ethnischer, kultureller, sozialer oder religiöser Zugehörigkeit – dieselben Rechte und Chancen besitzt. Die Universalität und Unteilbarkeit der Menschenrechte sind zentrale Werte, die die Gleichheit von zivilen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten sichern. Diese Prinzipien finden Ausdruck in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, die betont, dass alle Menschen „frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ sind (United Nations Population Fund, 2005).

Die Idee der Menschenrechte schließt auch die Bedeutung von gegenseitigem Respekt und Toleranz in einem multikulturellen Umfeld ein. Die Beachtung dieser Werte trägt zum sozialen Zusammenhalt, zur Integration verschiedener Kulturen und zur Vermeidung von Diskriminierung bei. Menschenrechte dienen als Leitfaden für eine Gesellschaft, in der Vielfalt als Stärke und nicht als Herausforderung betrachtet wird (Polnikova, 2024).

Die Prinzipien und Werte, die den Menschenrechten zugrunde liegen, sind das Fundament einer gerechten und harmonischen Gesellschaft. Sie stellen sicher, dass jeder Mensch – unabhängig von Herkunft – gleiche Rechte und Chancen hat. Die Universalität und Unveräußerlichkeit der Menschenrechte bedeuten, dass alle Menschen weltweit über diese Rechte verfügen und ihnen nicht beraubt werden dürfen. Die Unteilbarkeit der Menschenrechte betont, dass alle Rechte – ob zivil,

kulturell, wirtschaftlich, politisch oder sozial – miteinander verbunden und gleichwertig sind. Der Entzug eines Rechtes hat negative Auswirkungen auf die anderen (United Nations Population Fund, 2005).

Gegenseitiger Respekt und Toleranz sind in einer multikulturellen Gesellschaft von großer Bedeutung. Diese Werte fördern sozialen Zusammenhalt, kulturelle Integration und verhindern Diskriminierung. Toleranz basiert auf der gleichen Würde aller Menschen, die Respekt als vernunftbegabte Individuen verdienen (Tadmor, Galinsky & Maddux, 2012).

Die Beachtung dieser Prinzipien trägt dazu bei, eine Gesellschaft zu schaffen, in der Vielfalt als Quelle von Stärke und nicht als Herausforderung verstanden wird. Das Anerkennen und



Respektieren kultureller Unterschiede fördert Dialog, Zusammenarbeit und Verständnis zwischen verschiedenen Gruppen – ein Schlüssel für den Aufbau einer harmonischen und gerechten Gesellschaft.

Ziele

Durch dieses Kapitel werden Studierende ihre Haltung, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in folgenden Bereichen weiterentwickeln:

- Menschenrechte erforschen: Analyse, wie Menschenrechtskonzepte die Gesundheitsversorgung weltweit beeinflussen, insbesondere in Bezug auf Zugang, Diskriminierung und das Recht auf Gesundheit.
- Menschenrechtsverletzungen erkennen: Fähigkeit, verschiedene Formen von Menschenrechtsverletzungen im Gesundheitssystem, einschließlich systematischer Ungleichheiten und Missbräuche, zu identifizieren.
- Ethische Verantwortung betonen: Stärkung des Bewusstseins für die ethische Verantwortung von Gesundheitsfachkräften zum Schutz der Menschenrechte und zur Förderung von sozialer Gerechtigkeit.
- Anwendung des Menschenrechtssystems: Verständnis der Anwendung menschenrechtlicher Prinzipien im Gesundheitswesen zur Förderung einer gerechten Versorgung.
- Definition zentraler Begriffe: Präzise Definition grundlegender Begriffe wie „Recht auf Gesundheit“, „Diskriminierung“ und „Gesundheitsgerechtigkeit“.

Lernziele

Nach Abschluss dieses Kapitels können die Lesenden:

- Menschenrechte verstehen: Grundlegende Konzepte von Menschenrechten als universelle, unveräußerliche und unteilbare Prinzipien erläutern.
- Zentrale Begriffe definieren: Wichtige Begriffe im Zusammenhang mit Menschenrechten präzise benennen und erklären.
- Zeitgenössische Herausforderungen erkennen: Globale Herausforderungen im Bereich des Menschenrechtsschutzes identifizieren, einschließlich kultureller Stigmata und gesellschaftlicher Faktoren.
- Menschenrechtsrahmen anwenden: Menschenrechtliche Prinzipien nutzen, um soziale Gerechtigkeit zu analysieren und Strategien zur Förderung von Gleichheit zu entwickeln.
- Multikulturelle Kompetenz analysieren: Die Bedeutung von multikultureller Kompetenz im Kontext der Menschenrechte bewerten.

Wichtige Definitionen und Begriffe

- Menschenrechte: Grundlegende Rechte und Freiheiten, die allen Menschen unabhängig von Nationalität, Geschlecht, Ethnie oder anderem Status zustehen.

- **Recht auf Gesundheit:** Recht jedes Menschen auf höchstmögliche physische und psychische Gesundheit sowie Zugang zu Gesundheitsversorgung und gesunden Lebensbedingungen.
- **Diskriminierung:** Ungerechte Behandlung von Menschen aufgrund bestimmter Merkmale, was zu Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung führen kann.
- **Gesundheitsgerechtigkeit:** Das Prinzip, dass alle Menschen faire Chancen auf ihr volles Gesundheitspotenzial haben sollen.
- **Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (UDHR):** Historisches Dokument der UN von 1948, das die grundlegenden Menschenrechte festhält.
- **Informierte Einwilligung:** Rechtlich-ethische Anforderung, dass Patient\:innen vor medizinischen Eingriffen umfassend informiert werden müssen.
- **Patientenautonomie:** Recht der Patient\:innen, selbstbestimmte Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung zu treffen.
- **Verwundbare Gruppen:** Menschen, die ein erhöhtes Risiko für Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen haben.
- **Kulturelle Kompetenz:** Fähigkeit von Fachkräften, effektiv mit Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen zu kommunizieren und zu arbeiten.
- **Soziale Determinanten von Gesundheit:** Lebensumstände, die den Gesundheitszustand beeinflussen, wie Bildung, Einkommen, Wohnumfeld.
- **Ethische Dilemmata:** Situationen, in denen medizinische Fachkräfte zwischen verschiedenen Verpflichtungen abwägen müssen.



- Recht auf Privatsphäre: Recht der Menschen, ihre Gesundheitsdaten zu schützen.
- Gesundheitliche Gerechtigkeit: Konzept, dass Gesundheitsversorgung fair verteilt sein muss.
- Nichtdiskriminierung: Prinzip, dass niemand im Gesundheitswesen aufgrund geschützter Merkmale benachteiligt werden darf.
- Medizinethik: Moralische Prinzipien, die die medizinische Praxis leiten (Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge, Gerechtigkeit).
- Recht auf Bildung: Recht, über Gesundheit informiert und aufgeklärt zu werden.
- Partizipative Rechte: Rechte von Einzelnen und Gemeinschaften, aktiv an gesundheitspolitischen Entscheidungen mitzuwirken.
- Gemeindegeseundheit: Ansatz, der die Gesundheitsbedürfnisse spezifischer Bevölkerungsgruppen berücksichtigt.
- Globale Gesundheit: Fachbereich, der sich mit grenzüberschreitenden Gesundheitsfragen befasst.
- Menschenrechtsbasierter Ansatz (HRBA): Strategie, die Menschenrechte in alle Entwicklungs- und Sozialprozesse integriert.

14.2 Was die Forschung sagt

Menschenrechte sind universelle, unveräußerliche und unteilbare Prinzipien, die die Würde, Gleichheit und Freiheit jedes Menschen gewährleisten. Sie bilden die Grundlage für den Schutz der bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948) war das grundlegende Dokument, das diese Rechte als universell und für alle Staaten verbindlich definierte (Generalversammlung der Vereinten Nationen. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 1948).

In einem multikulturellen Umfeld sind Menschenrechte ein zentrales Instrument zur Gewährleistung von Gleichheit und gegenseitigem Respekt. Sie fördern den sozialen Zusammenhalt und verhindern Diskriminierung aus kulturellen, religiösen oder ethnischen Gründen. Untersuchungen zufolge gewährleistet die wirksame Umsetzung der Menschenrechte soziale Gerechtigkeit und gleichen Zugang zu Ressourcen, unabhängig von der Herkunft einer Person (Agyare, 2024).

Weltweit unterscheiden sich der Schutz und die Förderung der Menschenrechte erheblich. Laut Daten von Our World in Data hat sich der Schutz der Menschenrechte im Laufe der Zeit zwar allgemein verbessert, es bestehen jedoch weiterhin erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Faktoren wie Regierungsstrukturen, kulturelle Normen und wirtschaftliche Bedingungen tragen zu diesen Unterschieden bei (Herre & Arriagada, 2016).

Laut dem U.S. News Best Countries Ranking und dem Subranking für sozialen Zweck werden Dänemark, Schweden und andere europäische Länder häufig für ihr starkes Engagement für Menschenrechte anerkannt. Sie verfügen über solide rechtliche Rahmenbedingungen und Institutionen, die darauf ausgelegt sind, individuelle Freiheiten zu schützen und Gleichheit zu fördern. Ihre Gesellschaften

legen Wert auf Transparenz, Inklusion und soziale Wohlfahrt, was zu hohen Menschenrechtsstandards beiträgt (U.S. News Best Countries Rankings, 2024).

Im Gegensatz dazu ist laut dem World Report 2023 die Menschenrechtssituation in China Gegenstand internationaler Aufmerksamkeit geworden. Berichte heben Themen wie Einschränkungen der Meinungsfreiheit, Unterdrückung politischer Opposition und Bedenken hinsichtlich der Behandlung ethnischer Minderheiten hervor. Die chinesische Regierung priorisiert häufig kollektive Rechte und soziale Stabilität über individuelle Freiheiten, was einen anderen philosophischen Ansatz zu den Menschenrechten widerspiegelt. Saudi-Arabien wurde insbesondere im Hinblick auf Meinungsfreiheit, Frauenrechte und den Einsatz der Todesstrafe für seine Menschenrechtspraxis kritisiert. Das Rechtssystem des Landes basiert auf dem islamischen Recht, was sich auf die Interpretation und Umsetzung der Menschenrechte auswirkt. Jüngste Reformen zielten darauf ab, die Rechte der Frauen zu verbessern, doch bestehen weiterhin erhebliche Herausforderungen (Hassan, 2023).

Historisch gesehen haben die Menschenrechte ihren Ursprung in der Philosophie des Naturrechts, die sich in der Antike entwickelte. Im Mittelalter wurden diese Ideen von Theologen wie Thomas von Aquin und in der Aufklärung von Philosophen wie John Locke und Jean-Jacques Rousseau weiterentwickelt. Sie argumentierten, dass Menschenrechte unveräußerlich und unabhängig vom Willen des Staates seien (Perelló CFA, 2014).

Menschenrechtsbildung ermöglicht es, bessere Fähigkeiten zur friedlichen Konfliktlösung zu erwerben, trägt zur Bekämpfung von Extremismus bei und fördert Ideen von Toleranz und Respekt gegenüber anderen. Dies ist insbesondere in multikulturellen Gesellschaften wichtig, in denen unterschiedliche Ansichten und Traditionen Spannungen verursachen können. Menschenrechtsbildung trägt zur Bekämpfung von Extremismus bei, indem sie Ideen von Toleranz und Respekt fördert. Studierende lernen, manipulative Informationen zu analysieren und Manifestationen von Radikalisierung in der Gesellschaft zu erkennen (UNICEF, 2024).

Im modernen Völkerrecht sind Menschenrechte in einer Reihe grundlegender Dokumente verankert, die die Standards ihres Schutzes festlegen und deren Einhaltung auf globaler Ebene fördern. Insbesondere spielen der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (1966) und der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1966), die von der UN-Generalversammlung im Rahmen der Entwicklung der Internationalen Charta der Menschenrechte angenommen wurden, eine Schlüsselrolle. Diese Pakte sind Teil der internationalen Rechtsordnung und verpflichten die Vertragsstaaten, Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass nationale Rechtsvorschriften internationalen Standards entsprechen. Zusammen mit der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948) bilden sie die Grundlage des modernen internationalen Menschenrechtsrechts (Risse, Ropp & Sikkink, Hrsg., 2013).

Menschenrechte spielen eine Schlüsselrolle beim Schutz von Individuen in unterschiedlichen soziokulturellen Kontexten und fördern die Prinzipien der Gleichheit, Toleranz und Überwindung von Diskriminierung. In der heutigen Welt hat

die Globalisierung erheblichen Einfluss auf interkulturelle Interaktionen und schafft neue Herausforderungen, die wirksame Mechanismen zum Schutz der Menschenrechte erfordern. Die Umsetzung internationaler Menschenrechtsstandards trägt nicht nur zum Erhalt der kulturellen Identität bei, sondern auch zur Gewährleistung des harmonischen Zusammenlebens verschiedener Gruppen, unabhängig von ihrer ethnischen, religiösen oder sozialen Herkunft.

Im Kontext der Menschenrechte ist es wichtig, die UN-Behindertenrechtskonvention (CRPD) einzubeziehen, ein zentrales internationales Instrument, das sowohl rechtlichen Schutz als auch soziale Inklusion betont. Die Konvention verfolgt eine inklusive und umfassende Definition von Menschen mit Behinderungen und bekräftigt nachdrücklich, dass alle Menschen unabhängig von der Art der Behinderung Anspruch auf volle Wahrnehmung der Menschenrechte und Grundfreiheiten haben. Sie gibt klare Anleitungen, wie verschiedene Kategorien von Rechten auf Menschen mit Behinderungen anzuwenden sind, und hebt die Notwendigkeit angemessener Vorkehrungen hervor, um die wirksame Ausübung dieser Rechte zu gewährleisten. Darüber hinaus benennt die CRPD Bereiche, in denen Rechte historisch verletzt wurden, und unterstreicht die Bedeutung der Stärkung des rechtlichen Schutzes für diese marginalisierte Gruppe (Vereinte Nationen, 2006).

Im Kontext der Globalisierung kann der Anstieg interkultureller Kontakte zu Konflikten führen, die durch Ungleichheit, Vorurteile oder Konkurrenz um Ressourcen verursacht werden. In solchen Umständen werden Menschenrechte zu einem Schlüsselinstrument zur Reduzierung von Spannungen, da ihr Hauptziel darin besteht, Bedingungen für Gleichheit und gegenseitigen Respekt zu schaffen. Beispielsweise legen die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948) und anderen internationalen Dokumenten verankerten Prinzipien fest, dass jeder Mensch das Recht auf Meinungsfreiheit, gleichen Zugang zu Bildung und die Möglichkeit hat, sein Potenzial zu entfalten, was die soziale Inklusion fördert (Donnelly, 2013).



Referenzen

- Agyare, P. (2024). Contextualizing human rights in multicultural environments. *Research in Social Sciences and Technology*, 9(3), 210–230. <https://doi.org/10.46303/ressat.2024.56>
- Cole, N. L. (2024). Understanding acculturation and why it happens. ThoughtCo. <https://www.thoughtco.com/acculturation-definition-3026039>
- Donnelly, J. (2013). *Universal human rights in theory and practice* (3rd ed.). Cornell University Press. <http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1xx5q2>
- The International Covenant on Civil and Political Rights. Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights>
- Perelló, C. F. A. (2014). On supernatural law: About the origins of human rights and natural law in antiquity. *Fundamina*, 20(1), 15–26. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1021-545X2014000100002&lng=en&tlng=en
- The Persistent Power of Human Rights. (2013). Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/persistent-power-of-human-rights/D26A23B-19102926B4E77B1EDEA3773F1>
- Tadmor, C. T., Galinsky, A. D., & Maddux, W. W. (2012). Getting the most out of living abroad: Biculturalism and integrative complexity as key drivers of creative and professional success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(3), 520–542. <https://doi.org/10.1037/a0029360>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights: Article 1. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- United Nations. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- United Nations General Assembly. (1948). Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- United Nations Population Fund. (n.d.). Human rights principles. <https://www.unfpa.org/resources/human-rights-principles>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (n.d.). <https://www.unesco.org/en>
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (n.d.). Training for teachers helps strengthen gender equality. <https://www.unicef.org/ukraine/stories/training-for-teachers-helps-strengthen-gender-equality>
- U.S. News & World Report. (n.d.). Best countries rankings: Cares about human rights. <https://www.usnews.com/news/best-countries/rankings/cares-about-human-rights>
- World Report 2023. (2023). Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/world-report/2023>
- Being different is not a problem, the challenge is rejection: Ukraine on the way to tolerance. (n.d.). Fact-news.com.ua. <https://fact-news.com.ua/buti-riznimi-ne-problema-viklik-u-nepriynyatti-ukraina-na-shlyahu-do-tolerantnosti/>

Abschließende Reflexion: Menschenrechte im Kontext des EMPOWER-Modells

von Małgorzata Szkup

Dieses Kapitel betont die grundlegende Rolle der Menschenrechte als Fundament von Gleichheit, Würde und Gerechtigkeit in vielfältigen Gesellschaften. Diese Perspektive stimmt stark mit dem EMPOWER-Modell überein, insbesondere mit seinen Säulen Multikulturalismus, Wohlbefinden, Professionalität, Effektivität und Bildungsressourcen.

Die Autor\innen zeigen, dass der Schutz der Menschenrechte – einschließlich des Rechts auf Gesundheit, Nichtdiskriminierung, Patientenautonomie und Privatsphäre – nicht nur eine rechtliche Verpflichtung für Gesundheitssysteme darstellt, sondern auch eine alltägliche ethische Verantwortung von Gesundheitsfachkräften. Die Anerkennung der Würde jeder Person und ihres Rechts auf Gleichbehandlung spiegelt das Kernanliegen einer kultursensiblen und sozial gerechten Versorgung wider, das im EMPOWER-Ansatz zentral verankert ist.

Das Kapitel bietet zudem praktische Werkzeuge zur Analyse von Menschenrechtsverletzungen im Gesundheitswesen und stärkt so die Reflexions- und Handlungskompetenzen von Fachkräften. Es unterstreicht die Notwendigkeit, vulnerable Gruppen zu schützen, die Gesundheit von Gemeinschaften zu fördern und einen globalen Dialog aufzubauen, der auf gegenseitigem Respekt und interkultureller Zusammenarbeit beruht – Ziele, die sich vollständig mit dem EMPOWER-Modell decken.

Dieses Kapitel übersetzt die Werte von EMPOWER in die Sprache der Menschenrechte und zeigt, dass deren Umsetzung eine Voraussetzung für eine ethische, wirksame und gerechte Versorgung in einer global vernetzten Welt ist.



Möchten Sie tiefer einsteigen?

Besuchen Sie die MultiCultiMed-Plattform!

Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich den Besuch der MultiCultiMed-Bildungsplattform, auf der Sie interaktive Übungen, ergänzende Materialien und spannende Aktivitäten finden, die auf das EMPOWER-Modell abgestimmt sind. Diese Ressourcen unterstützen Sie dabei, Wissen in die Praxis zu übertragen und Ihre reflektierten kulturellen Kompetenzen weiter zu stärken.

Entdecken. Reflektieren. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Liste der Autoren



MAŁGORZATA SZKUP

außerordentliche Professorin, PhD, MSc, RN

ist Leiterin der Abteilung für Soziales und Pflege, Prodekanin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Pommerschen Medizinischen Universität in Stettin, Polen. Sie ist Pflegefachperson und Pflegewissenschaftlerin seit fast 20 Jahren.

Ihre berufliche Laufbahn ist maßgeblich von ihrer Leidenschaft für die transkulturelle Pflege und prägt ihre Arbeit seit 15 Jahren mit großem Engagement. Ihre Führungsqualitäten spiegeln sich insbesondere in ihrer Funktion als Leiterin des Projekts „MultiCultiMed“ wider, das eine moderne, multikulturelle Ausbildung für Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften fördert. Im Rahmen dieser Initiative hat sie erfolgreich ein Konsortium aus sechseuropäischen Hochschulen aufgebaut, das die internationale Zusammenarbeit im Bereich der transkulturellen Ausbildung der Gesundheitsberufe in Polen, Zypern, Slowenien, Spanien, Deutschland und der Ukraine stärkt.

Als engagierte Wissenschaftlerin hat Małgorzata über 100 von Fachkolleginnen und -kollegen geprüfte wissenschaftliche Artikel in nationalen und internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht. Ihr Einsatz für die Integration der transkulturellen Pflege in die Gesundheitsausbildung und -praxis bildet einen zentralen Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit und trägt wesentlich zur Entwicklung inklusiver und kultursensibler Gesundheitssysteme in Europa bei.

Kontakt: malgorzata.szkup@pum.edu.pl

MAŁGORZATA ZIMNY

PhD in Gesundheitswissenschaften, MSc

Hebamme, Fachkraft für Geburtshilfe, Dozentin an der Pommerschen Medizinischen Universität in Stettin, Polen. Seit vielen Jahren ist sie sowohl in der Ausbildung als auch in der beruflichen Praxis im Bereich der Geburtshilfe tätig. Sie verbindet klinische Erfahrung mit Lehrtätigkeit und bildet neue Generationen von Fachkräften aus. Ihre Arbeit zeichnet sich durch Leidenschaft, Professionalität und das Streben nach hohen Standards in der Betreuung von Frauen und Familien aus.

Autorin und Mitautorin zahlreicher wissenschaftlicher Veröffentlichungen und Buchkapitel. Betreuerin von Doktor- und Masterarbeiten sowie Gutachterin von Masterarbeiten. Sie engagiert sich aktiv für die Weiterentwicklung des Wissens im Bereich der Frauengesundheit.





MAGDALENA STANKIEWICZ

MSc

Dozentin im Unabhängigen Lehrstuhl für Gemeindepflege an der Pommerschen Medizinischen Universität in Stettin, Polen.

Psychologin, Soziologin und Psychotherapeutin. Derzeit absolviert sie ein postgraduales Studium in klinischer Sexualwissenschaft und forensischer sexualwissenschaftlicher Begutachtung an der Adam-Mickiewicz-Universität in Posen. Sie befindet sich im Prozess der Erstellung ihrer Doktorarbeit mit dem Titel "Geschlechtsidentität im Lichte ausgewählter psychosozialer Faktoren".

Beruflich ist sie sowohl klinisch als auch akademisch an der Pommerschen Medizinischen Universität in Stettin tätig, wo sie Medizinstudierende unterrichtet und therapeutisch mit Patientinnen und Patienten arbeitet. Ihre wissenschaftlichen Interessen konzentrieren sich auf die breit verstandene Psychopathologie, die Psychologie der Geschlechtsidentität, psychische Gesundheit sowie psychosoziale Aspekte des menschlichen Funktionierens unter Bedingungen von chronischem Stress und emotionaler Überlastung.

Besonderes Augenmerk legt sie auf interdisziplinäre Forschung zu den psychologischen Determinanten von Persönlichkeitsstörungen, Abwehrmechanismen und der psychosexuellen Entwicklung des Menschen im Rahmen eines biopsychosozialen Modells.

MAGDALENA KUCZYŃSKA

PhD, MSc, RN

ist Mitarbeiterin des Selbständigen Labors für Langzeitpflege und Palliativmedizin an der Pommerschen Medizinischen Universität in Stettin. Von ihrer Grundausbildung her ist sie Krankenschwester; durch ihr postgraduales Studium Ethikerin und Bioethikerin. Sie hat einen Dokortitel in Gesundheitswissenschaften. Ihre wissenschaftlichen Interessen konzentrieren sich auf die Ethik am Lebensende sowie auf die weit gefassten sozial- und geisteswissenschaftlichen Aspekte der Medizin, einschließlich ihrer Geschichte. In den letzten Jahren hat sie ihren Lehr- und Forschungsschwerpunkt um die Gerontologie erweitert. Sie war Mitorganisatorin des zehnjährigen Projekts der Kinder-Universität für Medizin an der Pommerschen Medizinischen Universität (DUM PUM), das Grundschulkindern Einblicke in die Welt der Medizin vermittelte. Privat ist sie Bewunderin der Werke von Michelangelo Buonarroti und der Kunst in ihren verschiedenen Ausdrucksformen. Ihr Gleichgewicht im Leben findet sie im Kontakt mit Tieren und in der Praxis des Häkelns.





KARMEN ERJAVEC

Professorin und Prorektorin für Forschung

an der Universität Novo Mesto, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Slowenien.

Dr. Karmen Erjavec ist ordentliche Professorin für Kommunikationswissenschaften und Prorektorin für Forschung an der Universität Novo Mesto. Ihre wissenschaftliche und forschungsbezogene Arbeit konzentriert sich auf Gesundheitskommunikation, Unternehmenskommunikation und Medien-Diskursanalyse. Sie ist Autorin

zahlreicher wissenschaftlicher Artikel und Buchkapitel, insbesondere in den Bereichen Gesundheitswesen, Gender- und Medienforschung. Ihre Arbeiten wurden in international anerkannten Fachzeitschriften veröffentlicht. Sie ist an nationalen und internationalen Forschungsprojekten beteiligt, wie etwa an einer vergleichenden Studie zu Langzeitpflegediensten in Slowenien und den Nachbarländern. Sie ist zudem bekannt für die Förderung interdisziplinärer Ansätze und die praktische Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Gesundheitswesen und in der Bildung.

SABINA KRSNIK

MSc in Betriebs- und Wirtschaftswissenschaften

ist Leiterin des Projekt- und Internationalen Büros sowie Nachwuchswissenschaftlerin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Novo Mesto in Slowenien. Ihre Forschungsarbeit konzentriert sich auf Nachhaltigkeitskommunikation, Wirtschaft im Gesundheitswesen und Betriebswirtschaftslehre. Sie ist Autorin zahlreicher wissenschaftlicher Artikel und engagierte Mitwirkende an regionalen, nationalen und internationalen Projekten zur Förderung von Innovation, Inklusion und interdisziplinärer Zusammenarbeit. Ihre Arbeit unterstützt die strategische Entwicklung internationaler Partnerschaften und stärkt das Engagement der Universität in europäischen Initiativen durch praxisorientierte Koordination und forschungsbasierte Erkenntnisse.





MARIA A. MARCHWACKA

Professorin

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg, Deutschland.

Der Forschungsschwerpunkt ihrer Tätigkeit als Bildungswissenschaftlerin und promovierte Kommunikationswissenschaftlerin liegt in der Erforschung von Bildungsprozessen im Kontext des Gesundheitswesens. Derzeit ist sie als Professorin für Didaktik der Gesundheitsberufe und Organisationsentwicklung tätig. Zuvor hatte sie den Lehrstuhl für Pflegedidaktik an der Fakultät für Pflegewissenschaft der Vinzenz Pallotti University in Vallendar, Rheinland-Pfalz, inne.

Ihre Hochschultätigkeit umfasst einen Zeitraum von 25 Jahren und erstreckt sich über die Bereiche der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrenden. Ihr wissenschaftliches Interesse gilt dabei insbesondere der Pflegebildung und der Bildung im Rettungsdienst, der Digitalisierung sowie der (interkulturellen) Kommunikation.

OLHA FEDORTSIV

MD, Doktorin der medizinischen Wissenschaften, Professorin



an der Medizinischen Fakultät der Ivan Horbachevsky Ternopil Nationalen Medizinischen Universität, Ministerium für Gesundheit der Ukraine, Ternopil, Ukraine.

Autorin von mehr als 300 wissenschaftlichen Arbeiten, 2 Monographien, einem Lehrbuch in englischer Sprache, 11 Lehrbüchern, 10 Informationsblättern, 7 Patenten, 10 Forschungsprojekten. Unter ihrer Betreuung wurden 10 wissenschaftliche Arbeiten zur Erlangung des Grades eines Kandidaten der medizinischen Wissenschaften erfolgreich verteidigt. Sie war Mitglied der spezialisierten wissenschaftlichen Räte für die Verteidigung von Doktorarbeiten an der Lwiver Nationalen sowie der Bukowiner Staatlichen Medizinischen Universität. Derzeit ist sie Mitglied des spezialisierten wissenschaftlichen Rates für Doktorarbeiten an der Nationalen Medizinischen Universität Ternopil. Seit vielen Jahren ist sie Vorsitzende der Ternopiler Zweigstelle der Assoziation der Kinderärzte der Ukraine. Sie ist Mitglied des Redaktionsbeirats der Zeitschriften „Achievements of Clinical and Experimental Medicine“, „Topical Issues of Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology“, des internationalen Redaktionsbeirats der Zeitschrift „Medical Science Pulse“ (Opole), sowie des wissenschaftlichen Komitees der Zeitschrift „Family Medicine & Primary Care Review“ (Wroclaw). Sie war Koordinatorin der Zusammenarbeit zwischen der Medizinischen Universität Schlesien, der Universität Wroclaw und der Medizinischen Universität Ternopil und ist derzeit Koordinatorin der Zusammenarbeit zwischen der Medizinischen Universität Bialystok und der Nationalen Medizinischen Universität Ternopil.

VOLODYMYR DZHYVAK

MD, PhD

Facharzt für Chirurgie und Kinderchirurgie, Medizinische Fakultät, Iwan Horbatschewsky Staatliche Medizinische Universität Ternopil, Ministerium für Gesundheit der Ukraine, Ternopil, Ukraine. Autor und Mitautor von etwa 100 wissenschaftlichen Arbeiten, darunter Artikel in nationalen und internationalen Fachzeitschriften (25 Artikel im Scopus-Index). Jährlich verbessert er aktiv seine beruflichen Fähigkeiten durch Teilnahme an internationalen Konferenzen, Seminaren und praktischen Schulungen zu modernen chirurgischen Technologien (Medical Korea Academy usw.). Er ist zertifizierter Gutachter, was ein hohes Maß an Kompetenz bei der Durchführung von Expertenbewertungen wissenschaftlicher Arbeiten für führende internationale Publikationen bestätigt (zertifizierter Gutachter von Elsevier). Mitglied von Redaktionsausschüssen und Gutachter internationaler wissenschaftlicher Zeitschriften (Future Medicine, DeKa in Medicine, American Journal of Pediatrics usw.), in denen er wissenschaftliche Artikel zu medizinischen Themen begutachtet. Er ist Betreuer von Studierenden, die an wissenschaftlichen Konferenzen teilnehmen, regelmäßig Preise gewinnen und ein hohes Ausbildungsniveau unter Beweis stellen.



ELENA ROUSOU

PhD, MSc, RN



ist Assistenzprofessorin für Gemeindepflege im Department of Nursing, School of Health Sciences, an der Cyprus University of Technology. Sie hat einen Dokortitel in Community-Family Nursing und Public Health und ist aktiv in verschiedene Forschungsinitiativen eingebunden. Ihre Arbeit konzentriert sich auf Community- und Transkulturelle Pflege mit einem besonderen Interesse an geschlechter-spezifischen Aspekten innerhalb von Minderheiten- und benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Sie hat an zahlreichen europäischen Projekten teilgenommen, die in erster

Linie der Förderung einer kultursensiblen und mitfühlenden Gesundheitsversorgung gewidmet sind. Seit Juni 2023 ist sie stellvertretende Vorsitzende der European Transcultural Nurses Association.

Dr. Elena Rousou ist die Koordinatorin des MultiCultiMed-Projekts im Auftrag des Department of Nursing an der Cyprus University of Technology.



PANAGIOTA ELLINA

PhD, MSc

hat einen Dokortitel in der Untersuchung sozialer Ungleichheiten in der Lebensqualität und im Gesundheitsverhalten der Einwohner von Limassol, einen Masterabschluss als Advanced Nurse Practitioner in der Gemeindepflege sowie einen Bachelorabschluss in Pflegewissenschaften. Sie engagiert sich leidenschaftlich für öffentliche Gesundheit, soziale Gerechtigkeit und transkulturelle Gemeindepflege

und beteiligt sich aktiv an europäischen Projekten, die integrative und wirkungsvolle Gesundheitsinitiativen fördern.

Dr. Panagiota Ellina arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin für das MultiCultiMed-Projekt im Auftrag des Fachbereichs Pflege an der Technischen Universität Zypern.

PARASKEVI CHARITOU

PhDc, MSc, RN

hat einen Bachelor of Science in Pflegewissenschaften sowie einen Masterabschluss in Fortgeschrittener Pflege und Gesundheitsversorgung in der Gemeinschaft. Ihre Forschungsinteressen konzentrieren sich hauptsächlich auf Fragen der Würde älterer Menschen, Missbrauch im Alter, Gesundheitsförderung und Lebensqualität älterer Menschen in der Gemeinschaft, insbesondere von Menschen mit Alzheimer und Demenz. Sie hat aktiv an mehreren Erasmus-Projekten teilgenommen, insbesondere in den Bereichen kulturell und ethisch kompetente Versorgung.



Frau Paraskevi Charitou ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des MultiCultiMed-Projekts im Auftrag des Fachbereichs Pflegewissenschaft an der Cyprus University of Technology.



EMILIA BURBELA

PhD, MD, Außerordentliche Professorin

an der Abteilung für Kinderkrankheiten und Kinderchirurgie der Horbatschewsky-Ternopil-Nationalen Medizinischen Universität in der Ukraine. Autorin und Mitautorin von mehr als 60 wissenschaftlichen Arbeiten, von denen 11 in der Scopus-Datenbank für scientometrische Forschung verzeichnet sind. Ihr Zweitstudium absolvierte sie in praktischer Psychologie. Ihre Interessensgebiete sind psychosomatische Medizin, klinische Psychologie und Multikulturalismus in der Medizin.

MARZENA MIKŁA

PhD, MSc, RN



ist außerordentliche Professorin an der Fakultät für Krankenpflege der Universität Murcia. Sie ist Absolventin der Universität Łódź in Polen, promovierte an der Universität Murcia mit Auszeichnung (Cum Laude) und erhielt den Sonderpreis für ihre Dissertation (Extraordinary Doctorate Award) von der Universität Murcia. Sie arbeitet als Krankenschwester am Allgemeinen Universitätsklinikum Reina Sofía in Murcia, Spanien. Sie ist Mitglied der Forschungsgruppe für Pflegewissenschaft E063-04 „Pflege, Frauen und Fürsorge“ an der Universität Murcia sowie Mitglied der Forschungsgruppe für fortgeschrittene Pflege (ENFERAVANZA) am Pascual Parrilla Murcian Institute for Biomedical Research (IMIB) in Murcia.

Ihre Forschungsinteressen umfassen Organspende und Transplantation, klinische Pflege, interkulturelle Pflege sowie Personalmanagement im Bereich Pflege. Sie ist Inhaberin einer eingetragenen Marke beim Spanischen Patent- und Markenamt (Nr. 4.186.783). Sie ist Autorin mehrerer wissenschaftlicher Artikel.



PALOMA MORAL DE CALATRAVA

PhD, BSc

ist Professora Titular und Mitglied des Fachbereichs Pflege an der Universität Murcia. Sie besitzt einen BSc in Mittelalterlicher Geschichte (1992), einen BSc in Pflegewissenschaften (1995) sowie einen Dokortitel in Mittelalterlicher Geschichte (2003). Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf der Gesundheit und den Praktiken von Frauen im Mittelalter sowie auf Sexualität und Geschlechterverhältnissen in dieser Epoche. Sie ist Autorin von 40 wissenschaftlichen Veröffentlichungen.

Sie ist Autorin von 40 wissenschaftlichen Veröffentlichungen.

Sie war Gastprofessorin in verschiedenen spanischen Masterstudiengängen im Bereich Pflegewissenschaften und 2021 Gastwissenschaftlerin an der Universität Leeds. Zudem hatte sie verschiedene Verwaltungspositionen inne: von 1999 bis 2003 als Sekretärin der Pflegeschule, von 2013 bis 2015 sowie von 2017 bis 2020 als Sekretärin des Fachbereichs Pflegewissenschaften sowie von 2015 bis 2017 und derzeit als Leiterin des Fachbereichs Pflegewissenschaften. Sie ist außerdem Mitglied der Spanischen Gesellschaft für Forschung zur Geschichte der Frauen.



