

Interkulturalität als Thema der Pflegeethik

Sylvia Agbih

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Agbih, Sylvia. 2014. "Interkulturalität als Thema der Pflegeethik." In Interkulturalität und Ethik: der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege, edited by Michael Coors, Tatjana Grützmann, and Tim Peters, 37-52. Göttingen: Edition Ruprecht.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under the following conditions:

Deutsches Urheberrecht

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publizieren/>



Interkulturalität als Thema der Pflegeethik

Sylvia Agbih

*„Fremd ist der Fremde nur in der Fremde.“
Karl Valentin¹*

1. Einführung

Der zitierte Satz aus Karl Valentins Stück „Die Fremden“ zeigt auf schlichte Weise, dass Fremdheit relativ ist und überall sein kann – auch in uns selber. Ganz banal kann man sich fremd fühlen, wenn auf ein „Grüß Gott“ ein etwas irritiertes „Guten Tag“ folgt – oder umgekehrt. Unterschiede lokaler Traditionen zählen sozusagen zur „*intrakulturellen* Interkulturalität“. Meist allerdings assoziieren wir mit Interkulturalität zunächst das Überbrücken *nationaler* Grenzen, die kulturell sehr unterschiedliche Völker trennen. Aber sind Nationen in sich so homogen, dass ein ganzes Volk eine einheitliche Kultur hat? An diesen Wortspielereien zeigt sich bereits die Vielschichtigkeit und Vieldeutigkeit des Themas und der Begriffe, mit denen wir es „in den Griff“ kriegen möchten. Die Bedeutungsgehalte sind nicht so leicht einzugrenzen und nicht bei allen Autoren deckungsgleich. Deswegen soll zu Beginn dieses Beitrages eine Klärung des zugrunde liegenden Begriffsverständnisses stehen, so weit möglich. Im anschließenden Hauptteil wird zunächst auf die Auseinandersetzung mit Kultur und Kulturalität in der Pflege und der Pflegeethik (im deutschsprachigen Raum) eingegangen. Seit einigen Jahren gibt es eine zum Teil intensive Beschäftigung mit Fragen und Problemen kultursensibler Pflege. Allerdings mehr in der Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik als explizit in der Ethik. Im Weiteren werden Fragestellungen und Aufgaben, die sich für die Pflegeethik im Kontext von Interkulturalität stellen, ansatzweise skizziert. Zum Abschluss wird die Frage nach der Möglichkeit transkultureller ethischer Prinzipien beleuchtet.

Ethik, Pflegeethik und Anthropologie

Aufgabe der Ethik ist die systematische Reflexion von Moral. Unter Moral werden die in einer Gesellschaft praktizierten, vorfindbaren Werthaltungen, Einstellungen, sozialen Normen und akzeptierten oder erwünschten Verhaltensweisen verstanden – anders gesagt: die vorhandenen Sitten. Unsere alltäglich praktizierten moralischen Handlungsorientierungen sowie unsere Geltungs- und Begründungsansprü-

¹ Michael Schulte (Hrsg.), *Das Valentin-Buch. Von und über Karl Valentin in Texten und Bildern*, München^o 1991, 488–489.

che zu überdenken und zu hinterfragen, wirkt auf die Alltagspraxis zurück. Somit ist Ethik zugleich Teil dieser Praxis. Sinnvolles Ziel der ethischen Reflexion als Praxis ist m.E. nicht, Moral an sich zu begründen, sondern zu gut begründeten Entscheidungen zu finden. Ethische Prinzipien bieten dafür Leitlinien oder Prüfsteine; sie entspringen menschlichen Erfahrungen, die durch Erzählen und Weitergeben verdichtet sind. Die konkrete Bedeutung dieser Prinzipien gilt es in der jeweiligen Situation auszuloten und abzuwägen. Im Prozess dieses Abwägens brauchen und schärfen wir zugleich unsere Urteilskraft², vor allem in ethischen Fallbesprechungen, wie sie in der klinischen Ethik zunehmend praktiziert werden. Gerade bei diesen Fallbesprechungen wird selten ein einheitlicher theoretischer Ethik-Ansatz verfolgt; gute Theorie hat hier die Aufgabe unsere Vorannahmen, unsere „Anwendung“ von Prinzipien und deren Implikationen zu klären. Die „Fälle“, die besprochen werden, sind Situationen, eingebettet in Geschichten und Teil der Lebenserfahrung Anderer. Auch im Alltag erzählen wir alle uns von unseren Erlebnissen, wir erzählen unsere Geschichten – das ist etwas zutiefst menschliches. Das Besondere der ethischen Fallbesprechungen ist, dass die Teilnehmenden unter der Zielsetzung ethische Fragen zu bearbeiten, bewusst und methodisch strukturiert reflektieren, diskutieren und verschiedene Perspektiven einnehmen.³

In pflegerischer und medizinischer Praxis sind es Krankengeschichten, die erzählt werden und in denen der Angesprochene tätig werden soll⁴. Wird die gleiche Krankengeschichte dem Nachbarn erzählt, geht es meist um Mitteilung und Anteilnahme und sie wird dementsprechend anders erzählt. Im pflegerischen und therapeutischen Kontext liegt in der Erzählung die Aufforderung tätig zu werden, also auf den weiteren Verlauf der aktuellen Geschehnisse heilend und lindernd einzuwirken und somit die Geschichte in eine bestimmte Richtung zu lenken – in der Hoffnung auf ein „Happy End“. Die Art und Weise, wie Pflegende tätig sind, ist durchaus verschieden von ärztlichen oder therapeutischen Tätigkeiten.

Um ihre spezifisch pflegerischen Fragen und Probleme sowie ihre eigene Perspektive auf die Situation zu reflektieren, bedarf die Pflege einer eigenständigen Pflegeethik. Diese entwickelt sich in Deutschland zunehmend seit den 1990er Jahren. Gleichwohl ist m.E. Pflegeethik keine Sonderethik, die einer völlig anderen

2 Vgl. Kants Begriff der Urteilskraft. Im Bereich des Moralischen ist es Aufgabe der Urteilskraft, eine allgemeine, abstrakte Gesetzmäßigkeit der praktischen Vernunft auf Handlungen „in concreto“ anzuwenden, das heißt, es ist Aufgabe der Urteilskraft, zwischen *allgemeinem* Gesetz und *konkreter* Anwendung in der jeweiligen Situation zu vermitteln.

3 Mit Johannes Fischer möchte ich so weit gehen zu sagen, dass unsere Fähigkeit ethische Prinzipien zu erkennen und ihre Bedeutung zu ermessen *narratio* gegeben ist, also ohne Narration (als noch so kurze „Fallvignette“) nicht auskommt. Vgl. Johannes Fischer, *Zum narrativen Fundament sittlicher Erkenntnis*, Stuttgart 2010, 146–172.

4 Wilhelm Schapp weist darauf hin, dass in bestimmten Kontexten Geschichten erzählt werden, damit jemand darin tätig wird, bspw. dem Rechtsanwalt oder dem Arzt wird eine gerade sich zu tragende (Kranken)Geschichte erzählt, damit er ihren weiteren Verlauf in bestimmter Richtung beeinflussen kann. Wilhelm Schapp, *In Geschichten verstrickt. Zum Sein von Mensch und Ding*, Frankfurt a.M. 1985, 107–116.

theoretischen Basis bedürfe, abgesetzt von einer Ethik der Ergotherapie oder der Medizin.⁵ Im gemeinsamen Handlungsfeld der Heilberufe bearbeiten die jeweils spezialisierten Berufsgruppen eigene Aspekte und Bereiche und gewinnen dabei ihre spezifische Perspektive auf das gleiche Handlungsfeld und die gleichen Menschen, die sie gemeinsam betreuen. Insofern sollte die Zielrichtung der verschiedenen Bereichsethikansätze *eine* Ethik der Heilberufen sein, auf die von verschiedenen Seiten zugegangen wird, ohne sich auf einen moraltheoretischen Ansatz festlegen zu müssen. Gefordert ist ständig beides: die Eigenheiten der jeweiligen berufsspezifischen Tätigkeiten und Erfahrungen einerseits im Blick zu haben und andererseits die Gesamtsituation, die gemeinsamen Ziele, Fragen und Herausforderungen, die sich im Bearbeiten des gleichen Feldes stellen, nicht aus dem Blick zu verlieren. Sich um eine gemeinsame Sprache zu bemühen, ist für den konstruktiven Verlauf ethischer Fallbesprechungen und deren hilfreiche Auswirkungen auf die gemeinsame Praxis im Gesundheitswesen von ausschlaggebender Bedeutung.

Voraussetzung jeder menschlichen Praxis sind wir selber als Menschen. Das scheint banal, ist aber nicht folgenlos, wenn wir es uns bewusst machen. Es ist unsere eigene menschliche Lebenspraxis mit der wir uns hier beschäftigen. Auch wenn dies auf wissenschaftliche Weise mit der gebotenen Distanz geschieht, geht es uns an als Mitbetroffene. Betroffen sind wir in verschiedenen Rollen, im Kontext von Pflege und Medizin als Patientin oder Patient, Therapeutin oder Therapeut, als Ärztin oder Arzt, als Seelsorgerin oder Seelsorger, als Pflegekraft. Rollenträger sind jeweils Menschen – kann ich selber sein. Wie verstehe ich mich als Mensch? Welches Menschenbild liegt meinen Urteilen und Entscheidungen zugrunde? In ethisch schwierigen Entscheidungen kommt mein Menschenbild zum Tragen – oft unbewusst. Ohne diese Voraussetzung, ohne unsere Selbstverständnisse und Vorannahmen mit zu reflektieren, läuft ethisches Denken Gefahr, in Prinzipienstreiterei abzugleiten oder an unserem Menschsein und unserer Bedürftigkeit vorbei zu gehen. Die Aufklärung unserer Vorannahmen und die Klärung unseres Selbstverständnisses sind Aufgaben *philosophischer* Anthropologie. Ethik braucht die Grundlage anthropologischer Reflexion. Damit ist allerdings kein Begründungszusammenhang gemeint, sondern das Mitdenken und Mitbedenken unserer menschlichen Grundsituation, die, mit Rehbock⁶ gesagt, einen gemeinsamen Sinnhorizont für unser moralisches Handeln und ethisches Reflektieren bildet. Zu dieser Grundsituation gehören Bedingungen unseres Lebens, die unhintergebar sind – wir können ihnen nicht entkommen, sie sind nicht erfunden oder behauptet, sondern gefunden: Leiblichkeit, Sprachlichkeit und Geschichtlichkeit, Begrenztheit und Sterblichkeit sind Rahmenbedingungen unseres Lebens, die wir uns nicht ausgesucht haben, sondern die wir vorfinden. Auch unsere Kulturalität ist eine solche Bedingung. Niemand lebt völlig ohne kulturellen Einfluss. Jede und jeder lebt eine

5 Hier stimme ich überein mit Theda Rehbock, *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik medizinischen Handelns*, Paderborn 2005, 128–135.

6 Vgl. a.a.O., 20–64.

andere Geschichte und Kultur, gemeinsam ist uns, *dass* wir alle eine Geschichte haben und von unserer Herkunftskultur geprägt sind.

Kultur

Was ist nun diese „Kultur“, die uns prägt? Es wäre einfacher zu sagen: Kultur *ist* das, was uns prägt! Ein Zirkelschluss. Aber wenn wir der Frage nachgehen, was uns beeinflusst, erhalten wir wenigstens ein Stück weit Auskunft: Das Verhalten unserer Eltern und unserer Umgebung, die Werte, Erfahrungen, Interpretations- und Verhaltensmuster, die sie uns vorleben und in Geschichten weitergeben, wirken auf uns, also der Prozess der Sozialisation. Unsere Eltern sind ihrerseits in bestimmten Traditionen sozialisiert.

All diese Faktoren, die Verhaltensweisen prägen, können nun als „Kultur“ zusammengefasst werden. Ein solcher Kulturbegriff ist aber sehr weit, so dass er fast nichts mehr aussagt und kaum von „sozialen Einflüssen“ unterscheidbar ist. Zugleich besteht die Gefahr, soziale, politische oder wirtschaftliche Phänomene zu kulturalisieren, also fälschlich auf Kultureinflüsse zurückzuführen. Unterschiede in Verhaltensweisen und Wertungsmustern können zwischen sozialen Schichten weitaus größer sein als zwischen verschiedenen ethnischen oder nationalen Gruppen. Tatsächlich ist die Diskussion um den Kulturbegriff bzw. um das Verständnis von Kultur inzwischen unüberschaubar,⁷ und diese Vielfalt und Verwirrung zeigt sich auch in den unterschiedlichen Konzepten von Kultur, die Modellen zu kultursensibler, interkultureller oder transkultureller Pflege zugrunde liegen.

Ob das Wort „Kultur“ überhaupt als Begriff dienen kann, wird zum Teil radikal hinterfragt, da die Bedeutungsvielfalt derart ausufernd ist, dass sich kaum mit solch einem unbestimmten Begriff arbeiten lässt.⁸ Auch die Verwendung der Worte *interkulturell*, *multikulturell* und *transkulturell* zeigt sich bei genauerer Betrachtung als nicht einheitlich. „Interkulturell“ bezeichnet von der wörtlichen Bedeutung her das „Zwischen“ den Kulturen und impliziert somit ebenso wie „multikulturell“ das Bestehen verschiedener kultureller Blöcke oder Einheiten, die in sich abgeschlossen sind, die aber als „viele“ (multi) nebeneinander gleichwertig sind und „zwischen“ denen es Austausch und Verständigung geben kann. Allerdings gibt es auch hier unterschiedliche Auffassungen und Interpretationen, ebenso wie bei der Verwendung von „transkulturell“, das teilweise eher die Durchlässigkeit von Kulturen

7 Vgl. z.B. Jürgen Straub/Arne Weidemann/Doris Weidemann (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe–Theorien–Anwendungsfelder*, Stuttgart 2007; Roland Brühe/Annette Lauber, *Kultur im Spiegel empirischer Pflegeforschung. Eine vergleichende Analyse empirischer pflegewissenschaftlicher Studien zum Themenbereich Kultur und Pflege*, München 2007. Sowie Dagmar Domenig, *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege, Gesundheits- und Sozialberufe*, Bern²2007.

8 Vgl. Rolf Elberfeld, *Sprache und Sprachen, Eine philosophische Grundorientierung*, Freiburg/München 2012, 281–303.

meint, zum Teil das bezeichnet, was über die Kultur hinausgeht und kulturunabhängig ist.

2. Interkulturalität, Pflege und Pflegeethik

Für die Frage, was Interkulturalität in der Pflege und Pflegeethik bedeutet, erscheint es sinnvoll, Kulturalität zu bestimmen als unser Geprägt-Sein, das sich nach außen sichtbar (phänomenal) in unseren alltäglichen Gewohnheiten und Verhaltensmustern zeigt.⁹ Zugrunde liegt diesen Verhaltensweisen ein Geflecht von Bedeutungen und Deutungsmustern, die im Verlauf der Sozialisation erworben werden und die unsere Lebenspraxis und unsere Identität (mit) konstituieren. Deutungs- und Verhaltensmuster weisen zwar innerhalb bestimmter Gruppen Ähnlichkeiten auf,¹⁰ wodurch sich diese Gruppen identifizieren lassen, sind zugleich jedoch hochindividuell, denn wir identifizieren uns nicht mit allem, was uns in unserem Umfeld, in unserer „Kultur“ begegnet. Dass, womit wir uns wirklich identifizieren, hat entsprechende Wichtigkeit für uns. So ist bspw. die Einhaltung religiöser Praktiken wie Essensvorschriften nur für den wichtig, der sich stark damit identifiziert. Unsere Identität ist verletzlich und empfindlich. Deswegen können Missverständnisse und Missachtung kultureller Eigenheiten heftige Reaktionen auslösen.

Mit Werten, Deutungs- und Handlungsmustern beschäftigen wir uns auch im Kontext (pflege)ethischer Fragen und Konflikte. Welche Konflikte kommen durch soziokulturell unterschiedlich geprägte Werte und Deutungen und den darauf beruhenden Handlungen zustande oder werden davon in verstärktem Maße beeinflusst? Wie sind diese zu beurteilen und zu lösen? Im Folgenden sollen Interkulturalität und Ethik bezogen auf das Handlungsfeld der Pflege betrachtet werden.

9 Marschelke skizziert den Kulturbegriff für den interkulturellen Diskurs um die Menschenwürde aus der interkulturellen Theorie. „Kultur“ wird hier deskriptiv verstanden und integriert den Alltagskontext, erfasst die intrakulturelle Vielfalt, versteht Kultur nicht als homogenes Gebilde, sondern als dynamisch und hybrid und beschreibt dabei dennoch gemeinsame Muster und Rahmenbedingungen. Siehe Jan-Christoph Marschelke, Grundbegriffe der interkulturellen Theorie und der Begriff der Menschenwürde, in: Jan C. Joerden/Eric Hilgendorf/Felix Thiele (Hrsg.), *Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Berlin 2013, 393–415.

10 Innerhalb größerer Gruppen z.B. nationaler Gemeinschaften bestehen zudem mit mehr oder weniger Überschneidung verschiedene andere Gruppen, denen jedes Individuum in eigener „Mischung“ angehört oder nicht angehört: soziale, ethnische, religiöse, Alters-, Interessen- Berufsgruppen etc. Manche dieser Gruppen und ihre Lebenswelt werden als „Subkultur“ bezeichnet, was noch einmal mehr die Spannweite des Wortes „Kultur“ zeigt.

Handlungsfeld Pflege

Pflege ist eine dialogische Tätigkeit,¹¹ eine dialogische und leibnahe Tätigkeit in Grenzsituationen des Lebens.¹² Krankheit, Sterben und Tod, Alter, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit, Angst, aber auch Geburt, gesund Werden, Heilung und Hoffnung sind universale *Urerfahrungen* des Menschseins,¹³ die einem im Handlungsfeld der Pflege ständig begegnen und mit denen zwar in jedem kulturellen Umfeld anders umgegangen wird, mit denen aber überall irgendwie umgegangen werden muss. Diese Grenzsituationen fordern von allen Menschen, sie zu bewältigen.

Alltägliche und zugleich existentiell berührende Situationen liegen in der Interaktionsarbeit der Pflege dicht beisammen. Selbstverständliches, Alltägliches nicht mehr eigenständig verrichten zu können, wird von Betroffenen oft als Erschütterung und Krise erlebt. Diese alltäglichen und selbstverständlichen Tätigkeiten stellen das Urthema der Pflege dar: wachen und schlafen, sich bewegen, essen und trinken, ausscheiden, sich waschen und kleiden, kommunizieren, Sinn finden, für Sicherheit sorgen etc. und bilden in jeweils etwas abgewandelten Formen als Aktivitäten des täglichen Lebens¹⁴ die zentrale Grundlage von Pflegekonzepten. Diese Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen sich auf unsere menschlichen Grundbedürfnisse,¹⁵ die insofern universal sind, als sie mit unserem leiblichen Menschsein und unserer menschlichen Grundsituation verbunden sind. Nicht universal ist die Weise, in der wir es gewohnt sind, diese Aktivitäten zu vollziehen. In ihrer konkreten Ausführung unterliegen diese Lebensvollzüge soziokultureller Prägung – *wie* wir essen, uns kleiden oder pflegen, lernen wir in unserer Umgebung von Kindheit an. Die Geformtheit unserer Verhaltensweisen und Handlungsmuster ist uns meist nicht bewusst und in unseren alltäglichen Vollzügen umso mehr „verborgen“ als sie uns so selbstverständlich sind.

Einige Modelle kultursensibler Pflege orientieren sich an diesen ATLS, denn hier liegen Kernaufgaben der Pflege und hier begegnen Pflegekräften wohl die meisten Konflikte im interkulturellen Kontext. Hinsichtlich kultureller Gewohnheiten bei der Körperpflege kann es beispielsweise wichtig sein, nur fließendes Wasser zu

11 Vgl. Björn Giesenbauer/Jürgen Glaser, *Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle*, Wiesbaden 2006.

12 Zu Grenzsituationen siehe Karl Jaspers, *Philosophie II. Existenzzerhellung*, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1956, 201f. sowie Rebhock, *Personsein in Grenzsituationen*, 17–69.

13 Vgl. Manfred Negele (Hrsg.), *Liebe, Tod, Unsterblichkeit. Urerfahrungen der Menschheit im Gilgamesch-Epos*, Würzburg 2011, 9–12.

14 ATL = Aktivitäten des täglichen Lebens (Juchli); AEDL = Aktivitäten und existentielle Erfahrung des Lebens (Krohwinkel); ABEDL = Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens. Vgl. Uta Oelke, *In guten Händen, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, Berlin 2008, 386–410.

15 Dabei handelt es sich (auch bei leiblichen) Bedürfnissen keineswegs rein um physiologische Bedürfnisse, sondern, wie bspw. an den ATLS „kommunizieren“ oder „Sinn finden“ zu sehen ist, auch um psychische, soziale oder spirituelle Bedürfnisse.

benutzen, Schamgrenzen gegenüber andersgeschlechtlichen Pflegekräften können ausgeprägter sein oder Zeitpunkt und Häufigkeit des Waschens können variieren.

Interkulturalität in Pflege und Pflegeethik

Das Thema Interkulturalität wird insbesondere seit Ende der 1990er Jahre in der deutschsprachigen Pflege-Literatur sehr intensiv bearbeitet, aus pflegewissenschaftlicher und pflegepädagogischer Perspektive und im Hinblick auf soziologische, sozialpsychologische und ethnologische Aspekte. Es gibt eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten zu interkultureller Altenpflege, transkultureller Sterbebegleitung, seelischer Gesundheit von Migranten und kultursensibler Pflege allgemein.¹⁶ Das Thema Migration und Gesundheit findet sich in Pflegelehrbüchern, Zeitschriften und Monographien. Thematische Schwerpunkte sind dabei sowohl Informationen über Migration, Forschungen zu Migration und Gesundheit, kulturell und religiös geprägte Verhaltensweisen, die im Pflegealltag relevant sind (und das sind die meisten) sowie die Beschäftigung mit sozialpsychologischen Themen wie Stereotype, Vorurteile, Fremdheitserfahrung etc. Implizit wird dabei eine große Bandbreite ethischer Probleme und Fragestellungen mit erwähnt und bearbeitet; im Grunde ist die Beschreibung von bspw. religiösen Werthaltungen durchaus eine deskriptive (beschreibende) Ethik. Explizit wird das Thema Ethik in diesen Arbeiten aber fast nicht erwähnt. Umgekehrt wird in explizit pflegeethischen Arbeiten das Thema Kultur und Kulturalität bisher nur selten eigenständig behandelt. Bevor im Folgenden darauf näher eingegangen wird, sollen zwei Konzepte kultursensibler Pflege kurz vorgestellt werden. Zum einen das Sunrise Modell von Madleine Leininger, da es das Pionierstück kultursensibler Pflege ist, zum anderen das Konzept der transkulturellen Kompetenz von Dagmar Domenig, da es ein aktuelles, differenziertes und ausgereiftes Modell aus dem deutschsprachigen Raum ist, das zunehmend in Aus- und Fortbildung Eingang findet.

Kultursensible Pflege – Leiningers Sunrise Modell

Madeleine Leininger, Pflegefachkraft und Ethnologin (cultural anthropologist), begründete bereits in den 1950er Jahren in den USA die transkulturelle Pflege als

¹⁶ Vgl. bspw. Charlotte Uzarewicz (Hrsg.), *Transkulturelle Pflege. Curare-Sonderband 10*, Berlin 1997. Andrea Zielke-Nadkarni/Wilfried Schnepf (Hrsg.), *Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen*, Bern 2003. Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege, Gesundheits- und Sozialberufe*, Bern 2007; Thomas Hax-Schoppenhorst/Stefan Jünger, *Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Wegweiser für Pflegenden*, Stuttgart 2010. Elke Urban, *Transkulturelle Pflege am Lebensende. Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen*, Stuttgart 2012. Monika Paillon, *Kultursensible Altenpflege. Ideensammlung mit Fokus Demenz*, München 2012.

eigenes Gebiet der Pflegewissenschaft, in dem sie fortwährend weiter forschte.¹⁷ In den 1980ern stellt sie die Dimensionen der transkulturellen Pflege im so genannten „Sunrise Modell“ dar: Pflegehandeln, -wissen und -praxis werden im Rahmen eines kulturellen Weltverständnisses gesehen, das sich ausdifferenziert in kulturelle und soziale Strukturen von Familie, Erziehung, wirtschaftliche, rechtliche und politische Aspekte, religiöse Einflüsse etc. Diese Einflussfaktoren stehen in gegenseitiger Wechselwirkung. Ziel der Pflege ist ganzheitliche Gesundheit. Dafür sollen kulturspezifische Pflegepraktiken erkannt und so weit möglich genutzt werden. Der zentrale Gedanke Leiningers dabei ist, dass es „human care“ in allen Gesellschaften gibt, aber die konkrete Ausgestaltung in jeder Kultur anders ist. Mit ihrem Forschungsmodell wurden über fünfzig „Kulturen“ auf ihre Pflegepraktiken hin beforscht. Grundlage dieser Methode ist das inzwischen in der Ethnologie längst überholte klassische Bild von Kultur als komplexer Einheit. Ergebnis ihrer Forschungen sind dementsprechend Listen mit Eigenschaften bestimmter Gruppen, die dann auf die jeweilige Person angewendet werden (z.B. „die“ mexikoamerikanische Mutter). Diese Starrheit, die der Stereotypisierung von kulturellen Eigenheiten Vorschub leistet, ist der größte Kritikpunkt an Leiningers Modell. Unbenommen ist jedoch ihre Pionierleistung auf diesem Gebiet. Beachtlich scheint mir zudem, dass es vom Modell her möglich ist, die kulturelle Prägung eigener Pflegepraktiken mit zu reflektieren. Traditionelle sowie professionelle Vorstellungen und Systeme von Pflege stehen sich gegenüber und so *kann* ihr Einfluss auf das eigene Handeln in der Pflege wahrgenommen werden. In der praktischen Umsetzung des Modells besteht aber die Gefahr, eher bei der Etikettierung Anderer zu bleiben.

Transkulturelle Kompetenz nach Dagmar Domenig

In diesem Sinne kritisiert auch Dagmar Domenig das Konzept von Leininger und entwickelt ihren dynamischen Begriff von Transkulturalität u.a. im Rückgriff auf Dornheim, die einen selbstreflexiven Kulturbegriff vertritt. Diesen versteht sie als heuristisch, also als Werkzeug des Erkenntnisgewinns konstruiert. Selbstreflexiv ist ihr Kulturbegriff insofern als *eigene* Auffassungen, Einstellungen und Positionen immer mit durchleuchtet und geklärt werden sollen. Insbesondere die Elemente Selbstreflexivität und Narrativität macht Domenig in ihrem Konzept der transkulturellen Kompetenz fruchtbar. „Kultur“ versteht sie als dynamische, fortwährende, individuelle und kollektive Konstruktion eigener Lebenswelten. Erst vor dem Hintergrund dieser eigenen Deutungsmuster und Konstruktionen erscheint das Fremd-

17 Vgl. für diesen Abschnitt: Madeleine Leininger, *Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing*, in: *National League for Nursing Press*, New York 1991. Domenig, *Transkulturelle Kompetenz*, 2007, 165–189; Oelke, *In guten Händen*, 127–132.

de als fremd. Domenig präferiert in Anlehnung an Welsch den Ausdruck Transkulturalität.¹⁸ Transkulturalität nach Domenig fordert auf

„nicht nur Unterschiede sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken und durch ein gegenseitiges Aufeinanderzugehen und Verstehen Abgrenzung und Ausgrenzung zu verhindern. Denn Transkulturalität entsteht zwischen Menschen.“¹⁹

Interaktion steht folglich im Mittelpunkt von Domenigs Konzept. Dieser Mittelpunkt ist zugleich Schnittmenge der drei Säulen der transkulturellen Kompetenz. Diese sind:

- Hintergrundwissen, Erfahrung
- Selbstreflexion
- narrative Empathie

Das Zusammenspiel dieser drei Säulen in der Interaktion ermöglicht sensible Beziehungsgestaltung in individuellen Lebenswelten ohne den Anderen als „Türkin“, „Asiate“ oder „typisch...“ zu etikettieren. Für den pflegerisch-medizinisch-therapeutischen Kontext ermöglicht transkulturelle Kompetenz die Verständigung über Krankheits- (Illness-/Disease) Erklärungsmodelle.

Domenig definiert:

„Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.“²⁰

Sicherlich kann gefragt werden, inwieweit das „Verstehen“ möglich und überhaupt angemessen ist. Wie andere „ganzheitliche“ Konzepte auch, birgt Domenigs Pflegeanamnese in ihrer Vollständigkeit die Gefahr, übergriffig zu werden – der Andere wird von Kopf bis Fuß durchleuchtet und erfasst. Hier ist ethische Reflexion nötig, die die Autonomie des Menschen in den Fokus rückt, den wir als Patienten betreiben, um ihn gegen Vereinnahmung zu schützen und der Grenzen unserer professionellen Erfassung gewahr zu werden. Ethische Reflexion ist diesbezüglich bei vielen Konzepten im Gesundheitswesen geboten. Große Stärken des Konzeptes von Domenig sind der zentrale Fokus auf Interaktion, die Achtsamkeit für kulturelle Gewohnheiten und Deutungsmuster bei gleichzeitiger Wachsamkeit gegenüber Stereotypen, sowie die Betonung des Individuellen – jede Person lebt „ihre“ Kultur anders und es geht darum, *gemeinsam* herauszufinden, wie ethnische Identität den Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit beeinflusst.

18 Wobei ihr Verständnis von Transkulturalität nicht mit dem von Welsch deckungsgleich ist. Vgl. Wolfgang Welsch, Transkulturalität. Lebensformen nach der Auflösung der Kulturen, in: Kurt Luger/Rudi Renger (Hrsg.), *Dialog der Kulturen. Die multikulturelle Gesellschaft und die Medien*, Wien 1994, 147–169.

19 Domenig, Transkulturelle Kompetenz, 173.

20 A.a.O., 174.

Interkulturalität als Thema der Pflegeethik

Der sehr intensiven Beschäftigung mit Kulturalität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, die aber kaum explizit ethische Probleme benennt, steht die bisher nur wenig explizite Auseinandersetzung auf pflegeethischer Ebene mit Fragen und Problemen im interkulturellen Kontext gegenüber. Vermuten könnte man, dass dies an der Selbstverständlichkeit der Prämisse liegt, die Menschenwürde zu achten. Alle Patienten gleich zu behandeln entspricht dem beruflichen Ethos der Pflege. Im Ethikkodex des International Council of Nurses, der bereits 1953 erstellt und mehrfach überarbeitet wurde, hieß und heißt es:

„Pfleger haben vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.“²¹

Kultursensibler Pflege kann wohl hohe moralische Motivation und Kompetenz zugeschrieben werden. Das Anliegen hat in sich einen hohen moralischen Anspruch. Betont wird bspw. immer wieder, dass „fremde“ Bedürfnisse zu respektieren sind. Darin drückt sich der Anspruch aus, die Würde und Autonomie des Anderen zu achten. Theorien und Modelle kultursensibler Pflege können so vielleicht auch als Ausdruck und Ausarbeitung des Prinzips der Menschenwürde²² gesehen werden – Moral ist hier inhärent, wie dem Pflegehandeln überhaupt. Dennoch bzw. gerade weil moralisch so viel gefordert ist, bedarf es der ethischen Reflexion.²³

Die Pflegeethik ist, insbesondere in Deutschland, eine noch sehr junge Disziplin und ihre Pioniere wie Marianne Arndt (Ethik denken 1996), Ruth Schwerdt, Moni-

21 Susanne Schewior-Popp et al., *Thiemes Pflege*, Stuttgart/New York¹¹ 2009, 162.

22 Im neu erschienenen Band Jan C. Joerden/Eric Hilgendorf/Felix Thiele (Hrsg.), *Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Berlin 2013 wird das Konzept der Menschenwürde auch aus pflegerischer Sicht bzw. mit Blick auf Pflegehandeln untersucht (Heike Baranzke, Menschenwürde und Pflege: Sozial-, handlungs- und haltungsethische Dimensionen, in: a.a.O., 635–650; Monika Bobbert, Menschenwürde und Pflege: Schutz der Handlungsfähigkeit, in: a.a.O., 651–666). Bobbert erwähnt, dass das mit der Menschenwürde zusammenhängende Autonomie-recht nur gewahrt werden kann, wenn die individuelle Lebensführung berücksichtigt wird. Das heißt soziokulturelle Hintergründe müssen berücksichtigt werden, was möglicherweise bestimmten Pflegestandards widersprechen kann. Als positives Beispiel nennt Bobbert an dieser Stelle die Pflegestandards von Germeten-Ortmann, die die Berücksichtigung kultureller und religiöser Gewohnheiten mit einbeziehen.

23 Rabe schreibt hierzu: „Denn die Pflege ist als Grundform menschlicher Hilfe und Solidarität mit den Schwachen grundsätzlich moralisch motiviert, aber durch die Konfrontation mit Grenzsituationen und eigener Fehlbarkeit ebenso grundsätzlich auf ethische Reflexion verwiesen.“ (Vgl. Marianne Rabe, *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*, Bern 2009, 104–105)

ka Bobbert oder Chris Gastmanns waren damit beschäftigt, die Grundlagen zu klären: die Berechtigung und Begründung einer eigenständigen Pflegeethik, ihr Verhältnis zu Medizinethik, sowie die Frage nach genuin pflegeethischen Werten und Prinzipien. Einen großen Raum nahmen auch Anwendungsfragen, ethische Falldiskussionen und die Vermittlung von (pflege)ethischem Fachwissen ein. Das Thema Pflegeethik ist aber immer noch nicht selbstverständlich Teil von Aus- und Fortbildung. Ehtik wurde und wird häufig als allgemeine Ethik oder Medizinethik unterrichtet, oft wird Ethik mit Religionsunterricht und dem Thema Tod und Sterben assoziiert. Der eigenständige Diskurs der Pflegeethik ist – in der Praxis und auch in wissenschaftlichen Diskussionen – noch nicht überall angekommen.

In den letzten Jahren zeigt sich eine deutliche Erweiterung und Vertiefung der Themen pflegeethischer Publikationen und Beiträge im deutschsprachigen Raum, wie bspw. pflegeethische Reflexion zu Pflegemanagement, Rationierung, Global Ethics und Public Health.²⁴ Allerdings fallen explizite Diskussionen zu Fragestellungen von Interkulturalität immer noch gering aus.

Aufgaben der Pflegeethik im Kontext von Interkulturalität

Ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, möchte ich auf einige Aspekte hinweisen, die zu bearbeiten mir als wichtige Aufgaben der Pflegeethik hinsichtlich kultureller Differenz erscheinen. Viele dieser Aspekte werden in den Ansätzen und Modellen kultursensibler Pflege beachtet bzw. stellen gerade die Aufgabe kultursensibler Pflege dar. Jedoch, wie bereits dargestellt, ist der ethische Blickwinkel eher implizit dabei und es ist m.E. wichtig, ethische Fragen explizit zu benennen und zu diskutieren. Eine solche Auseinandersetzung erbringt für die Pflegepraxis und die klinische Ethikberatung eine wichtige Orientierungshilfe, da es zunehmend Konflikte im Kontext kultureller Differenz zu bewältigen gilt. Einige anstehende Aufgaben für pflegeethische Reflexion im Feld kultursensibler Pflege möchte ich anhand der von Rabe vorgeschlagenen Prinzipien für die Ethik in der Pflege nennen. Diese sechs formalen Prinzipien wurden als „kritische Grundorientierung“²⁵ für die Pflegepraxis gewählt, das heißt sie sind nicht inhaltlich festgelegt, sondern sollen helfen, die Praxis zu reflektieren. Im Mittelpunkt steht die *Würde* als übergeordnetes und unbestimmtestes Prinzip, auf das sich *Autonomie*, *Fürsorge*, *Verantwortung*, *Gerechtigkeit* und *Dialog* beziehen. Sie stellen gewissermaßen eine beginnende

24 Beispielsweise: Settimio Monteverde (Hrsg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisches denken und handeln in Praxisfeldern der Pflege*, Stuttgart 2012; Mareike Toltsdorf, Die Rolle der Pflege in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, in: Wiebke Bornschlegel/Andreas Frewer/Maren Mylius (Hrsg.): *Medizin für „Menschen ohne Papiere“. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems*, Göttingen 2011; Andrea Zielke-Nadkarni, Interkulturelle Herausforderungen durch Patienten mit Migrationshintergrund für die Intensivpflege, in: Fred Salomon (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*, Berlin 2009.

25 Rabe, Ethik in der Pflegeausbildung, 125.

Konkretisierung und Ausdifferenzierung des Würdebegriffs dar und stehen auch miteinander in engem Zusammenhang.

Die Balance zwischen *Fürsorge* und *Autonomie* ist ein immer wiederkehrendes Thema im Pflegealltag. Fürsorglichkeit tappt leicht in die maternalistische Falle; Achtung der Autonomie ohne Fürsorge kann schnell zu Gleichgültigkeit oder Vernachlässigung führen.²⁶ Im Hinblick auf kulturelle Differenzen zeigt sich der innere Zusammenhang der beiden Prinzipien sehr deutlich: Eine Fürsorge, die dazu dient, soziokulturell geprägte Gewohnheiten und Weisen der Bedürfniserfüllung so weit möglich zu erhalten, stärkt zugleich die Autonomie der zu betreuenden Menschen. Im Kontext Pflegeheim oder Krankenhaus stellt sich die Herausforderung, die Bedürfnisse der Mitbewohner und Nachbarpatienten gegenseitig zu berücksichtigen (was auf Fragen der *Gerechtigkeit* verweist). Besonders konfliktträchtig ist hier die Einstellung zu Familie und zu Geschlechterrollen. Was bedeutet *Fürsorge*, wenn jemand körpernahe Unterstützung nicht von Fremden durchführen lassen möchte? Oder wenn es die Familie als ihre Pflicht kennt, ihren Angehörigen im Krankenhaus zu verköstigen? Was heißt *Autonomie* für einen Patienten, der es gewohnt ist, Entscheidungen nicht ohne Einverständnis der Familienältesten zu fällen oder für eine Frau, zu deren Selbstverständnis es gehört, sich nicht öffentlich zu äußern? Und wie sollen wir damit umgehen?! Hier braucht es von ethischer Seite zunächst immer wieder ein achtsames bewusst Machen eigener Einstellungen und Urteile – und die vertiefte, diskursive Auseinandersetzung.

Fragen der *Gerechtigkeit* beziehen sich, wie oben angedeutet, auf Möglichkeiten und Grenzen individuelle Bedürfnisse unter institutionellen Rahmenbedingungen mit endlichen Ressourcen zu erfüllen. Das betrifft im Grunde alle Patientinnen und Patienten. Es ist tatsächlich eine wichtige Frage, ob die Versorgung „kultur-fremder“ Patienten qualitativ anders ist oder sein soll als für „einheimische“. Individuell große Unterschiede und Fremdheitserfahrung gibt es auch „intra-kulturell“ bzw. innerhalb nationaler Gruppen. Für die Pflege ist letztlich eine Orientierung an individuellen Bedürfnissen und Lebenswelten immer erforderlich. Unterschiede oder Aspekte, die unsere besondere Aufmerksamkeit erfordern, gibt es m.E. zum Beispiel hinsichtlich belastender Migrationserfahrungen (Flucht, Trauma), sprachlicher Barrieren und bezüglich der Anpassung an „Selbstverständlichkeiten“ im Alltag. Unsere Institutionen sind an einem gewissen gemeinsamen Maß ausgerichtet, das uns vertraut ist, was bspw. den Speiseplan, Zahl der Betten im Zimmer, Zeitstruktur etc. betrifft. Für „Fremde“ ist dieses „Normalmaß“ eben fremd und die Anpassung an die Krankenhauskultur kann ungleich schwerer sein. Die Herausforderung durch die Konfrontation mit anderen Werthaltungen und Lebensweisen ist sicher für beide Seiten, die Fachpersonen wie die zu Betreuenden, hoch – eigene Werte und Gewohnheiten werden möglicherweise drastischer in Frage gestellt als in „intra-kulturellen“ Begegnungen. Eine Konfrontation mit möglicherweise schwer-

26 Vgl. Rehbock, Personsein, 312–335.

wiegenden Folgen betrifft unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit. Die Wertfragen, die damit verbunden sind, bleiben leicht verdeckt und bedürfen dringend ethischer Reflexion, denn sie spielen eine zentrale Rolle für sämtliche Entscheidungen. Die Frage nach der Gerechtigkeit stellt sich allerdings schon bevor jemand ins Krankenhaus kommt: Zugang zu pflegerischer und medizinischer Versorgung (bzw. sich zuzutrauen Institutionen aufzusuchen und zu wissen, wohin man sich wenden kann) ist nicht selbstverständlich.

Hieran knüpft sich die Beachtung des Prinzips *Verantwortung*: Versorgung von Migrantinnen und Migranten braucht Verantwortungsübernahme auf individuell professioneller, auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene. Hier müssen organisations- und sozialetische Aspekte in die Diskussion einbezogen werden. Verantwortung übernehmen heißt auch das nötige Wissen haben. Aus ethischer Sicht ergibt sich damit dringend die Forderung nach Ausbildung transkultureller Kompetenz auf allen Ebenen und für alle beteiligten Berufsgruppen.

Hervorzuheben ist für den interkulturellen Kontext die zentrale Bedeutung des *Dialoges*. Rabe sieht im Dialog sowohl ein Mittel der Kommunikation als auch die grundlegende Weise der Anerkennung der Würde des Anderen. Kulturelle und sprachliche Differenz können den Dialog erheblich erschweren. Es zeigt sich immer wieder, dass Patienten, die sich verbalsprachlich nicht oder nur eingeschränkt äußern können, sei es aufgrund gesundheitlich bedingter Störungen oder wegen Fremdsprachigkeit, häufig weniger ernst genommen werden.²⁷ Werden Sprachbarrieren nicht überbrückt, behindern sie Kommunikation auf zweifache Weise: der Austausch wichtiger Informationen wird erschwert oder unterbleibt gar und der Zugang zu anderen Deutungshorizonten über Erzählungen des Patienten bleibt verschlossen. Einen Informed Consent zu verwirklichen, der auch für Pflegehandlungen anzustreben ist, ist hier selbst im Falle relativ unproblematischer, alltäglicher Tätigkeiten und Entscheidungen extrem schwierig. Die Bedeutung und Tragweite nonverbaler und leiblicher Kommunikation muss im Kontext der (Pflege-) Ethik wahrgenommen und überdacht werden.

Begründet man die Notwendigkeit, professionelles Dolmetschen in Institutionen zu gewährleisten aus ethischer Perspektive, zeigen sich alle genannten Prinzipien in ihrem Zusammenhang: Dolmetschen ermöglicht den *Dialog*, was Ausdruck der *Würdigung* des Anderen ist und Kommunikation im Sinne von Informationsaustausch und Verständigung sicherstellt. Information und Aufklärung ist für den Patienten unerlässlich um einen Informed Consent zu erreichen und (somit) *Autonomie* verwirklichen zu können. Um *für* seine Bedürfnisse *sorgen* zu können, brauchen wir Verständigung. Den Dialog aufgrund sprachlicher Barrieren nicht aufzubauen, wäre eine Vernachlässigung unserer Fürsorgepflicht und Verletzung der *Gerechtigkeit*, denn dem Patienten kann so nicht die Betreuung zukommen, die ihm zusteht. Um eine würdevolle und qualitativ gute Pflege und Behandlung zu

27 Vgl. Verena Dreißig, *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*, Bielefeld 2005.

gewährleisten liegt es also in unserer *Verantwortung* bei sprachlichen Schwierigkeiten den Weg über professionelle Dolmetscher zumindest zu versuchen. Im Verantwortungsbereich der Institution liegt das Bereitstellen, in der Verantwortung der Mitarbeiter das angemessene Anfordern dieser Möglichkeit.

3. Transkulturelle pflegeethische Prinzipien?

Brauchen wir für interkulturelle Situationen nicht allgemein gültige Prinzipien? Woran sollen wir uns in der Pluralität von Werten und Deutungen orientieren? Ob und wie es universale ethische Prinzipien geben kann, ist eine große Frage, die hier nicht angemessen beantwortet werden kann. Einen Ansatz zu transkulturellen (im Sinne von Domenig) pflegeethischen Prinzipien, möchte ich dennoch wagen und hier skizzieren. Hierfür beziehe ich mich wieder auf das Konzept von Rabe, da es sowohl in seiner philosophischen Begründung als auch in der praktischen Umsetzbarkeit zentrale Anknüpfungspunkte bietet.

Ausschlaggebend ist an Rabes Konzept, dass die Prinzipien nicht Prinzipien mittlerer Reichweite sind (wie bspw. die in der Medizinethik vorherrschenden vier Prinzipien von Beauchamp und Childress²⁸), sondern Reflexionsbegriffe im kantischen Sinn. Als solche

„dienen die Prinzipien der Rückbesinnung auf den anthropologischen und moralischen Sinnhorizont unserer Existenz. Kant verwendet den Ausdruck «Reflexionsbegriffe» für solche Begriffe, die sich nicht direkt auf Gegenstände der Erfahrung beziehen, sondern auf die Bedingungen möglicher Erfahrung. «Grundbegriffe wie Menschenwürde, Autonomie, Gerechtigkeit oder der Kategorische Imperativ beruhen auf nachträglichen Abstraktionen gegenüber der moralischen Praxis» schreibt Rehbock (Rehbock 2005b:114). Sie haben keine eigene Realität, sondern helfen, die moralische Praxis zu reflektieren.“²⁹

Als ethische Reflexionsbegriffe müssen diese Prinzipien auf die jeweilige Situation bezogen und in ihrer Bedeutung für diese konkrete Situation erschlossen werden. Situationsbezug und Universalität schließen sich also gerade nicht aus, sondern sind verbunden und ergänzen sich gegenseitig: Als *übergeordnete Orientierungen* müssen Prinzipien eher allgemein und formal sein, also inhaltlich nicht völlig ausgefüllt und festgelegt, sonst werden sie zu rigiden Handlungsanweisungen, die ohnehin nicht für jede Situation zutreffend sein können. Sollen sie aber für die jeweilige Situation nicht sinnlos bleiben, müssen sie in Bezug zum konkreten Kontext gedeutet werden. Was bedeutet Fürsorge in *dieser* Situation für *diesen* Menschen?

28 Siehe Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2009. Gleichwohl bieten diese vier eine gute Basis für eine gemeinsame Sprache in einer Ethik der Heilberufe.

29 Rabe, Ethik in der Pflegeausbildung, 124.

Durch die Explikation der Situation (in Erzählungen) und durch kritische Reflexion zeigt sich die jeweilige, praktische Bedeutung der zunächst nur vage bestimmten Prinzipien – sie werden gleichsam lebendig. Für das Erfassen der Bedeutung universaler Prinzipien im Einzelfall sieht auch Rabe die Urteilskraft im kantischen Sinn als zentrale Fähigkeit an.

Die universale Geltung der Prinzipien *als Reflexionsbegriffe* beruht nicht auf Deduktion oder tradierter inhaltlicher Festlegung. Sie besteht aufgrund der gegenseitigen Anerkennung des Anderen als Person und aufgrund der Achtung der Würde des Anderen vor dem Hintergrund unserer *conditio humana*. Dieses Geltungsverständnis sowie die Kontextualität der konkreten Bedeutung der Prinzipien, machen dieses Konzept m.E. „transkulturell kompetent“. Es geht in diesem Verständnis von Prinzipien nämlich nicht um die moralische Beurteilung des Handelns des Anderen aufgrund eigener, inhaltlich festgelegter Werte, ebenso wenig um die Rechtfertigung meiner Handlungen aufgrund eigener kultureller oder sozialer Normen. Vielmehr werden eigene *und* fremde Werte und Normen im größeren Rahmen anthropologischer Grundbedingungen reflektiert und ihre Bedeutsamkeit in der jeweiligen Situation erschlossen. Das mag im interkulturellen Kontext eine größere Herausforderung darstellen, wenn unsere Interpretationsmuster und unser gesamter Deutungsrahmen in Frage gestellt werden. Dennoch kann ich die Würde und Autonomie des Anderen, der mir fremd erscheinen mag, wahren, auch wenn seine Wertvorstellungen andere sein mögen, indem ich ihn als Person wahrnehme, achte und anerkenne – als Mensch, der ebenso wie ich bedürftig und begrenzt ist, Fähigkeiten und Unfähigkeiten hat, der wie ich geprägt und manchmal gefangen ist, in seinen Konventionen. Ich kann versuchen zu verstehen *was für ihn, in seiner Situation* Würde, Autonomie, Gerechtigkeit, Fürsorge und Verantwortung bedeuten, was nicht heißt, dass ich jegliches Verhalten verstehen oder für akzeptabel befinden kann oder sollte. Ich kann mit ihm in Dialog treten, sei es im leiblichen Ausdruckswahrnehmen, sei es sprachlich, und somit Verständnis gewinnen. Dafür gilt es, den Blick respektvoll auf Unterschiede *und* auf Gemeinsamkeiten zu richten, auf die menschlichen Urerfahrungen, die wir als leibliche Wesen durchmachen, auf Gemeinsamkeiten unserer menschlichen Grundsituation, die – in meinem Verständnis – kulturelle Unterschiede übersteigen, indem sie diesen voraus liegen.