

Internationalization and intercultural competence in the health sector

Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor

Jürgen Bolten, Jena

Schlüsselwörter

Internationale Patientenmobilität, interkulturelle Kompetenz, interkulturelle Organisations- und Personalentwicklung, interkulturelles Coaching

Key Words

international patient mobility, intercultural competence, intercultural Management and HRM; intercultural Coaching

Zusammenfassung

Das Jahr 2007 wird innerhalb der EU im Zeichen der Bemühungen um eine Liberalisierung der internationalen Patientenmobilität stehen. Auch vor diesem Hintergrund gewinnen Fragen der interkulturellen Personal- und Organisationsentwicklung für Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen an Aktualität. Der Beitrag skizziert, welche theoretischen Modelle hierzu existieren und in welcher Form eine möglichst effektive Umsetzung in die medizinische Praxis gelingen kann.

Summary

2007 is sure to be a significant year in the efforts to liberalise patient mobility within the European Union. Issues related to intercultural personnel development and organization are therefore more relevant than ever in the emerging European health care environment. Recognizing this important development, this article outlines existing theoretical models and describes their effective application within a medical context.

Einleitung

Das Thema „internationale Patientenmobilität“ bildet 2007 einen der Schwerpunkte der Arbeit der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission: Auf der Grundlage eines derzeit öffentlich zur Diskussion gestellten Konsultationspapiers sollen im Lauf des Jahres geeignete Vorschläge zur künftigen Gestaltung eines europäischen Gemeinschaftsrahmens für Gesundheitsdienste erarbeitet werden [1]. Mit dem Ziel der Beseitigung bestehender Unklarheiten und Rechtsunsicherheiten geht es dabei im Wesentlichen um eine Konkretisierung von rechtlichen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen für die seit 1998 mehrfach vor dem Europäischen Gerichtshof verhandelte Patientenmobilität. Bildete die Verordnung (EG) Nr. 1408/71 bis dahin die einzige Richtlinie für die Behandlung von nicht-privaten Patienten im Ausland, so wurde durch nachfolgende Rechtsprechungen eine deutlich modifizierte, aber eben nicht mehr eindeutige Rechtslage geschaffen. Dies betrifft u.a. die Genehmigungspflicht bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland. Diese widerspricht nach Ansicht des EuGH sowohl den Bestimmungen über den freien Verkehr von Dienstleistungen im Sinne des EU-Vertrags als auch Artikel 35 über die gesundheitliche Versorgung in der Charta der Grundrechte der EU [2].

Wie immer auch die Vorschläge der Kommission im Einzelnen gestaltet sein werden: Es ist zu erwarten, dass sie zu einer Liberalisierung der bestehenden Grundsätze führen [1] und auf diese Weise eine Intensivierung der Patientenmobilität innerhalb der EU bewirken

werden. Die Erleichterungen betreffen zwar in erster Linie den Bereich der nicht-privaten Gesundheitsdienstleistungen, werden aber auf den privaten Sektor zurückwirken. Anders gesagt: Wer als Leistungserbringer in dem einen Bereich ein gutes Image erlangt, wird im anderen Bereich mit großer Wahrscheinlichkeit empfohlen (et vice versa).

Von daher ist es nahe liegend, dass Wettbewerbsaspekten und damit verbunden Fragen des internationalen Managements und Marketings gegenwärtig ein besonderes Interesse entgegen gebracht wird. Dies gilt nicht nur aus der betriebswirtschaftlichen Sicht des einzelnen Leistungsanbieters, sondern stellt auch volkswirtschaftlich ein äußerst bedeutsames Kriterium dar [2], wie die von der Bundesregierung kürzlich veröffentlichten „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ unterstreichen, wenn sie das Gesundheitswesen als „eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland“ beschreiben [3].

Internationalisierung des Gesundheitssektors: Eine komplexe Herausforderung und ihre Konsequenzen für die medizinische Praxis.

Der deutsche Gesundheitsmarkt wird dabei sowohl von den eigenen Stärken in fachlicher Qualität, Technologie und relativ guter Versorgungsdichte als auch von der Leistungsschwäche anderer Länder profitieren [3]. In Anlehnung an die Ergebnisse einer IHS-Studie zu Motiven des Patiententourismus [4] lassen sich in Hinblick auf die

Leistungsschwächen anderer Länder vier Motivgruppen identifizieren, die Patientenmobilität begünstigen. Die betroffenen Länder bzw. Regionen sind gleichzeitig diejenigen, auf die sich die Akquisitionsbemühungen der Leistungsanbieter in besonderem Maße richten müssten:

Leistungsschwächen	In besonderem Ausmaß betroffene Länder
Bedingt durch Fachärztemangel lange Wartezeiten bei ambulanten Behandlungen und OPs	Großbritannien, Norwegen, Finnland, Schweden, Italien
Lange Wartezeiten für Diagnostikverfahren aufgrund mangelnder hochtechnologischer medizinischer Spezialgeräte	zahlreiche osteuropäische Länder
Fachärztemangel und Mangel an medizinischen Spezialgeräten für bestimmte Krankheiten	Arabische Länder
sehr hohe Behandlungskosten	USA; teilw. Großbritannien

Beispiele wie die in jüngster Zeit durchaus erfolgreichen Kriseninterventionsbemühungen des britischen Gesundheitssystems [5, 6] lassen jedoch gleichzeitig die Notwendigkeit einer permanenten und antizipierenden Marktbeobachtung deutlich werden, will man der Wettbewerbsdynamik nicht hinterher hinken. Bezogen auf den Standort Deutschland werden die genannten Leistungsstärken beispielsweise von einem vergleichsweise nicht sonderlich günstigen Kostenniveau begleitet, so dass mittelfristig billige Anbieter wie China und Indien zu sehr ernstzunehmenden Konkurrenten in einem Markt werden dürften, der zur Zeit aus deutscher Sicht ohnehin mit eher verhaltenem Optimismus beurteilt werden muss.

Umgekehrt werden jedoch gerade diese Länder – ebenso wie Russland oder die arabischen Staaten – zumindest hinsichtlich der Klientel der „neuen Reichen“ auch für deutsche Anbieter von zunehmendem Interesse sein. In viel stärkerem Maß als dies bei den westlichen EU-Staaten der Fall ist, kommt dabei allerdings der Umgang mit vollkommen anderen Medizintraditionen zum Tragen.

Gerade hier dürfte derzeit noch ein entscheidender Wettbewerbsnachteil von Gesundheitssystemen wie dem deutschen liegen, die in der Tradition der Humoralpathologie primär funktionalistisch ausgerichtet und damit eher inhalts- als beziehungsorientiert sind. Dass beispielsweise Krankheitserfahrungen und -empfindungen kulturell sehr unterschiedlich geprägt sind, ist aus der medizinischen Praxis natürlich hinreichend bekannt [7–8]. Die unverändert häufig verbreitete Verwendung von Etikettierungen wie „Morbus Kaukasus“ oder „Mamma Mia Syndrom“ beinhaltet unbeschadet dessen ein gravierendes Maß an Ratlosigkeit und Unwissenheit in Bezug auf nicht-westliche Formen des Verständnisses von Krankheit, Körperlichkeit und Heilungspraxis. Um die eigene inhaltsbezogene oder im engeren Sinne „fachliche“ Autorität vor sich und anderen nicht in Frage stellen zu müssen, wird das (immer auch mit „Unheimlichem“ assoziierte) Fremde der Lächerlichkeit preisgegeben und verharmlost. Der

darin zum Ausdruck kommende Selbstschutz der Behandelnden mündet häufig in soziales Vermeidungsverhalten. An diesem Punkt ist dem Aufbau einer vertrauensbasierten interkulturellen Beziehung zumeist endgültig jegliche Grundlage entzogen.

Problemstellungen dieser Art sind bekannt und sowohl von der Pflegeforschung als auch von neueren Best Practice-Modellen der Pflegeausbildung und der Pflegepraxis aufgegriffen worden [2]. Dennoch: ein tragfähiger Konsens in Hinblick auf Methoden und Inhalte lässt sich nur schwer ausfindig machen. Während Modelle wie das von Leininger [8] kulturspezifisches Vorgehen fordern, wird andererseits der Standpunkt vertreten, dass man auf Arzt-, Pflege- oder Verwaltungsebene unmöglich mit jener Vielzahl von Kulturen vertraut sein könne, die bei einem durchschnittlichen Mix der Patientenpopulation bereits in kleineren Kliniken vertreten ist. Aus diesem Grund eher sinnvoll sei daher – so die Vertreter der „transkulturellen Pflege“ – eine „kulturallegemeine“ Sichtweise [10].

Diese verschiedenen Positionen resultieren aus unterschiedlichen Verwendungen des Kulturbegriffs: während auf der einen Seite zwar pragmatisch, gleichzeitig aber auch stereotypisierend oder zumindest generalisierend die Existenz „typisch“ nationalkultureller Merkmale z. B. bei „schwedischen“ oder „russischen“ Patienten unterstellt wird, geht man auf der anderen Seite von einem individualistischen Verständnis aus, demzufolge der Einzelne gerade in Globalisierungskontexten vor dem Hintergrund seiner pluralen Lebenswelterfahrungen und -zugehörigkeiten (z. B. Migrationshintergrund) nur noch in seiner sozialisationsbedingten Besonderheit verstanden werden kann. Der Patient ist dann eben nicht in erster Linie „Amerikaner“, sondern Herr/Frau Santoro, wohnhaft in den USA, mit individuellem Migrationshintergrund, individuellen Krankheitserfahrungen und einem Verständnis des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient, das z. B. wesentlich durch seine bislang einzigen umfangreichen Klinikaufenthalte während der in Italien verlebten Kindheit bestimmt ist. Auch wenn Stereotypisierungen auf diese Weise vermieden werden, pragmatisch handhabbar ist ein solcher individualistischer Kulturbegriff zumindest im Umgang mit hunderten von Patienten nicht.

Wenn in diesem Zusammenhang von Kompetenzen und Kompetenzentwicklungen von Ärzten, Pflegern und medizinischen Einrichtungen im Umgang mit ausländischen Patienten oder Patienten mit Migrationshintergrund gesprochen wird, sind Konfusionen vorprogrammiert. Wenig überraschend wäre es, wenn allein schon die Widersprüchlichkeit der Modelle und Konzeptionen kulturorientierter Pflege interessierte Leistungsanbieter von einer Implementierung entsprechender Maßnahmen abgehalten würde. Genau das darf jedoch nicht passieren, wenn man auf internationalen Gesundheitsmärkten erfolgreich agieren und Patienten akquirieren möchte, die nicht nur mit dem Behandlungsergebnis, sondern auch mit dem Behandlungsprozess zufrieden sein sollen.

Von daher ist es bei jeder Form der interkulturellen Personal- und Organisationsentwicklung unabdingbar, mit klar definierten Begriffen von „Kompetenz“, „Kultur“, „Transkulturalität“, „Interkulturalität“ usw. zu arbeiten. Tut man dies nicht und spricht z.B. undifferenziert von „multikulturellen“, „transkulturellen“ und „interkulturellen“ Kompetenzen, läuft man Gefahr widersprüchlich zu argumentieren – ein Sachverhalt, der u.a. im Blick auf die aktuelle Pflegebildung zu Recht kritisch angemerkt wird [11].

Theorien und Methoden: „Trans-“, „inter-“ oder „multi“-kulturelle Kompetenz?

Das methodische Vorgehen bei der Entwicklung von wie auch immer spezifizierten Handlungskompetenzen hängt zunächst entscheidend von dem zugrunde liegenden Kompetenzverständnis ab. In den Verhaltenswissenschaften, die für unseren Gegenstandsbereich relevant sind, hat sich seit den neunziger Jahren ein Verständnis von Handlungskompetenz durchgesetzt, das als „multiples Konstrukt“ [12] vier Kernkompetenzen umfasst: „Selbstkompetenz“ (z. B. Umgang mit Stress), „Sozialkompetenz“ (z. B. Teamfähigkeit), „Sach- bzw. Fachkompetenz“ (z. B. Einschätzen der Pflegesituation) und „strategische“ bzw. „Methodenkompetenz“ (z. B. Zeitmanagement).

Das Verhältnis der Kernkompetenzen zueinander kann entweder strukturell-additiv oder aber prozessual-interdependent aufgefasst werden, wenn es darum geht, die Handlungskompetenz des Einzelnen zu beurteilen. Im ersten Fall bemisst sich Handlungskompetenz in der Summe vorhandener Teil-Kernkompetenzen. Orientierungsmaßstab bilden in diesem Fall Merkmalslisten. So werden aus den vier Kernbereichen eine Reihe als wichtig erachteter Teilkompetenzen aufgelistet, die dann beispielsweise als Grundlage in die curriculare Gestaltung von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen einfließen. Die Handlungskompetenz des Einzelnen wird z. B. bei quantitativen Punktbewertungsverfahren in Prüfungen dementsprechend dann positiv eingeschätzt werden, wenn in der Summe ein gutes Ergebnis resultiert. Im konkreten Fall kann dies allerdings auf einer in Bezug auf die vier Kernkompetenzen sehr unterschiedlichen Verteilung positiver Ergebnisse beruhen. Um ein Beispiel zu nennen: ein einfühlsamer Arzt ist kein guter Arzt, wenn er nicht auch fachlich zu überzeugen weiß – et vice versa. Entscheidender noch ist jedoch der de facto wechselseitige Zusammenhang der einzelnen Kompetenzbereiche. Wer nicht hinreichend belastbar ist, wird vorhandene hohe fachliche Kompetenzen nicht nutzen können, Defizite im Bereich strategischer Kompetenzen werden sich wiederum auf die individuelle Belastbarkeit auswirken usw.

Vor diesem Hintergrund definieren neuere lerntheoretische Diskussionen Handlungskompetenz nicht strukturell, sondern prozessual. „Kompetenz“ (von lat. *competere*: ‚zusammenbringen‘) wird seit den neunziger Jahren zunehmend als das interdependente Zusammenwirken von Personalkompetenz, Sozialkompetenz, Fachkompetenz und Methodenkompetenz verstanden [13]. „Handlungskompetenz“ ist dementsprechend nicht die Summe aus Personalkompetenz, Sozialkompetenz, Fachkompetenz und Methodenkompetenz, sondern das synergetische Produkt des Interdependenzverhältnisses dieser vier Teilkompetenzen. Ein solches prozessual-integratives Kompetenzverständnis ist aufgrund seiner ganzheitlichen Orientierung gerade im Bereich der medizinischen Versorgung von ausländischen Patienten oder von Patienten mit Migrationshintergrund von Vorteil, weil deren Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Krankheit und Krankenversorgung in allen vier Kompetenzbereichen und erst recht unter dem Aspekt ihrer wechselseitigen Vernetzung deutlich von denen der Leistungsträger abweichen können.

„Kultur“ und „kulturelle Kompetenz“

Dementsprechend ist der in der Ärzte-Zeitung vom 14. 6. 2004 ernsthaft vorgetragene Appell bei der Ausstattung von Krankenzimmern landeskulturelle Besonderheiten zu berücksichtigen (wie z. B. der Bettumhang in Einzelzimmern für Briten) wohl kaum ausreichend,

um ein ggf. bestehendes Fremdheitsempfinden entsprechender Zielgruppen nachhaltig zu mindern. Dass derartige Vorstellungen dennoch sehr verbreitet sind, mag auf ein Verständnis von „Kultur“ zurückzuführen sein, das heute immer noch vorwiegend national definiert ist. Dies ist insofern auch zutreffend, als Sozialisationsprozesse gegenwärtig in der Tat noch zu einem großen Teil durch die nationalen Rahmenbedingungen des Herkunftslandes z. B. in Bezug auf die Gesundheitsversorgung geprägt sind. Wer in einem primär konfessionell strukturierten Umfeld der Gesundheitsversorgung aufgewachsen ist, wird andere Krankheitserfahrungen gemacht haben als jemand, der in vollständig säkularisierten Kontexten aufgewachsen ist. Allerdings besteht gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Globalisierungsphase in vielen Teilen der Welt eine sehr hohe Permeabilität von vor nicht allzu langer Zeit noch in viel stärkerem Maß national abgegrenzten Erfahrungspotentialen, die eine Reduktion auf „den“ Briten oder „Russen“ heute als fragwürdig, mit Sicherheit aber als stereotyp erscheinen lässt. Man braucht in diesem Zusammenhang gar nicht die nationalkulturell ohnehin nicht erfassbare Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund bemühen: Auch ausländische Gesundheitstouristen verfügen – abhängig u. a. von Geschlecht, Alter, Bildungsstand, sozialem Status und beruflicher Tätigkeit – größtenteils über eine so große Vielfalt von transnationalen Sozialisationserfahrungen, dass ihr Verhalten weder mittels nationalspezifischer bestimmter „Kulturdimensionen“ noch mit anderen Formen nationaler Generalisierung angemessen verstanden werden kann.

Im aktuellen kulturtheoretischen Diskurs wird eine solche makrosoziale Perspektive (a) daher immer auch durch meso- (b) und mikrosoziale Sichtweisen (c) ergänzt. Mesosoziale Kulturen sind z. B. Unternehmen, (über-)regionale Interessenverbände oder auch Kliniken. Zu mikrosozialen Kulturen hingegen zählt man Kleingruppen wie z. B. ein Stationsteam, einen Verein oder eine Familie. Je stärker die Pluralisierung individueller Lebenswelten fortschreitet (z. B. durch globale Medien, internationale Mobilität, Migration etc.), desto weniger lässt sich das Verhalten des Einzelnen aus dem Prokrustesbett nationalspezifischer Generalisierung heraus begreifen. Daher erscheint es in der gegenwärtigen Situation auch angemessen, einen offenen Kulturbegriff zu verwenden, der alle drei Varianten des Kulturverständnisses einschließt. „Kultur“ ist dann definierbar als jede Form konventionalisierter (und damit historisch mehr oder minder langfristig vermittelter) Reziprozitätsbeziehung. Der Einzelne ist auf den drei (miteinander verbundenen) Ebenen (a-c) Teilhaber und Agent eines prinzipiell offenen und beliebig erweiterbaren Netzwerkes von Reziprozitätsverhältnissen bzw. „Kulturen“.

Diejenigen dieser Kulturen, die besonders nachhaltig (und langfristig) auf Sozialisationsprozesse einwirken, sind schon aufgrund der Bildungsorganisation in vielen Fällen national bestimmt – sie müssen es aber nicht sein. Insofern wird verständlich, weshalb man im Verhalten zahlreicher Patienten durchaus Nationalstereotype repräsentiert finden kann, dies aber keinesfalls zwangsläufig so sein muss. Die Fähigkeit, diesen Tatbestand der multiplen Lebensweltzugehörigkeit reflektieren und in seinen Auswirkungen auf konkrete Handlungsabläufe abschätzen zu können, lässt sich als „kulturelle Kompetenz“ bezeichnen.

„Multikulturell“ und „multikulturelle Kompetenz“

Während „kulturelle Kompetenz“ auf einzelne (eigene oder fremde) Lebenswelten bezogen ist, focussiert der Begriff „multikulturell“ die

strukturelle Koexistenz mehrerer Lebenswelten. So versteht man beispielsweise unter „multikulturellen Gesellschaften“ soziale Ordnungsstrukturen, die durch die friedliche Koexistenz von Angehörigen mehrerer (meist nationalspezifisch bestimmter) Kulturen charakterisiert sind. Minimalziel eines an „Multikulturalität“ orientierten Strukturprinzips ist die Sicherung einer gewaltfreien Koexistenz unterschiedlicher Kulturen. Stadtteilbezogene Separationen wie Little Italy, Spanish Harlem oder China Town in New York können hierfür als Beispiele ebenso herangezogen werden wie jede beliebige andere Form der Errichtung von „Parallelgesellschaften“. Teilweise ist ein solches „Nebeneinander“ aus Gründen der Friedenssicherung durchaus intendiert und politisch als eine Form der Krisenprävention legitimierbar. In den meisten Fällen allerdings etabliert sich Multikulturalität eher passiv als aktiv. Das ist vor allem dort der Fall, wo Kommunikationsprozesse oder andere Formen der Interaktion über kulturelle Grenzen hinweg nicht stattfinden. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Sie reichen von mangelndem Anreiz, die Ingroup zu verlassen bis hin zu frustrationsbedingtem Vermeidungsverhalten.

Der eher selten verwendete Begriff „multikulturelle Kompetenz“ bezeichnet dementsprechend einerseits die Fähigkeit Konfrontationspotentiale zwischen Angehörigen unterschiedlicher Kulturen erkennen und gegebenenfalls kontrollieren zu können. Andererseits schließt „multikulturelle Kompetenz“ aber auch das Vermögen ein zu diagnostizieren ob in welcher Weise Chancen bestehen, verhärtete Strukturen des Nebeneinander durch Prozesse des Miteinander aufzuweichen, Multikulturalität durch – interkulturelle – Interaktionen zu dynamisieren.

„Interkulturell“ und „interkulturelle Kompetenz“

„Interkulturalität“ bezeichnet dementsprechend keine soziale Ordnungsstruktur, sondern ein konkretes Interaktionsgeschehen – z.B. das zwischen zwei Personen, deren Sozialisation in Lebenswelt-Netzwerken (A und B) stattgefunden hat, die zu großen Teilen nicht über gemeinsame Codes verfügen. Im gemeinsamen Handeln der beiden Personen „ereignet“ sich Interkulturalität entsprechend der Bedeutung von inter- als eine „Zwischenwelt“ C. C bzw. die „Interkultur“ von A und B ist zu verstehen als ein Interaktionsereignis, das sich bei

zunehmender Intensität der Reziprozitätsbeziehungen von A und B über die Herausbildung eigener Codes zu einer eigenständigen, zwischen A und B ausgehandelten Lebenswelt (und in diesem Sinne zu einer Subkultur) entwickeln kann. Ein einfaches Beispiel bietet die Konvention des Händeschüttelns bei der Begrüßung von Arzt und Patient: Was auf der einen Seite „normal“ ist, kann auf der anderen Seite vollkommen ungewöhnlich sein. Dennoch wird die Interaktion der Beiden aller Wahrscheinlichkeit nach nicht damit enden, dass der eine mit ausgestrecktem Arm vor dem anderen stehen bleibt, während dieser seine Arme vor der Brust verschränkt. Es wird eine Lösung geben, die entweder in der weitgehenden Anpassung des einen an den anderen bestehen oder aber irgendwo „dazwischen“ liegt. Der Aushandlungsprozess des Dazwischen bzw. der „Interkultur“ erfolgt meist implizit und ist in seinem Verlauf (hier des Begrüßungsrituals) kaum prognostizierbar und bestimmbar. „Interkulturen“ werden dementsprechend von Fall zu Fall und in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext von den Beteiligten durch die Markierung gemeinsamer Akzeptanzspielräume ausgehandelt [14].

„Interkulturelle Kompetenz“ bezeichnet die Fähigkeit einen solchen Aushandlungsprozess mit einer für alle Beteiligten möglichst hohen Plausibilität realisieren zu können. Um einen eigenständigen fünften Bereich der Handlungskompetenz geht es dabei freilich nicht: „Interkulturelle Kompetenz“ bezeichnet – ebenso wie es eigenkulturellen Handlungskontexten der Fall ist – das interdependente Zusammenspiel der vier Kompetenzbereiche – allerdings in Bezug auf andere als die „eigenen“, sozialisationsbedingt „plausiblen“ Handlungskontexte.

So werden deutsche Führungskräfte, wenn sie nach Thailand entsandt werden, zum Zweck einer möglichst raschen Auftragsabwicklung voraussichtlich über andere strategische Kompetenzen verfügen müssen als dies in den USA der Fall wäre. Um die Aufgabe erfüllen zu können reicht „kulturelle Kompetenz“, also das Verstehen der Besonderheiten des jeweiligen „eigenen“ oder „fremden“ strategischen Vorgehens nicht aus. Sie ist allerdings eine wichtige Grundlage, um handlungsfähige Synergien zwischen eigen- und fremdkulturellen Ansprüchen bzw. Gewohnheiten „aushandeln“ und realisieren

Tab. 1: Allgemeine vs. interkulturelle Handlungskompetenz.		
Kompetenzbereich	Allgemeine Handlungskompetenz als Interdependenzverhältnis von:	Interkulturelle Handlungskompetenz als Interdependenzverhältnis von:
individuell	Belastbarkeit, Lernbereitschaft, Selbstwahrnehmung, Selbststeuerungsfähigkeit, Rollendistanz, Flexibilität, Ambiguitätstoleranz usw.	dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Selbststeuerungsfähigkeit in sprachlich fremder Umgebung
sozial	Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, (Meta-) Kommunikationsfähigkeit, Toleranz, Kritikfähigkeit, Empathie usw.	dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Konfliktfähigkeit in Kontexten unter Beweis stellen können, in denen andere Konfliktbewältigungsstrategien üblich sind
fachlich	Fachkenntnisse im Aufgabenbereich, Kenntnisse der fachlichen/beruflichen Infrastruktur, Fachwissen vermitteln können; Berufserfahrung usw.	dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Fachkenntnisse unter Berücksichtigung anderskultureller Traditionen der Bildungssozialisation vermitteln können
strategisch	u.a. Organisations- und Problemlösefähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Wissensmanagement usw.	dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Synergiepotentiale bei kulturell bedingt unterschiedlichen Formen der Zeitplanung erkennen und realisieren können

zu können. Von allgemeiner Handlungskompetenz unterscheidet sich interkulturelle Handlungskompetenz insbesondere durch die Fähigkeit möglichst viel Teilkompetenzen auf andere als eigenkulturelle Handlungskontexte transferieren zu können (Tab. 1).

Das bedeutet aber auch, dass es sich bei „interkultureller Kompetenz“ nicht um ein situations- und kulturunabhängig gültiges universales Konzept handeln kann. Die in jüngster Zeit verschiedentlich geäußerte Kritik, es handele sich bei dem Konstrukt „interkulturelle Kompetenz“ um ein dezidiert westliches Denkmodell [15], ist vor diesem Hintergrund sicherlich nicht unberechtigt. In welcher Hinsicht und in welchem Ausmaß interkulturelle Kompetenz situations- bzw. „interkulturspezifisch“ im Sinne des Integrierens von Personen bestimmter kultureller Herkunft ist, wurde bislang erst ansatzweise diskutiert [16].

„Transkulturell“ und „transkulturelle Kompetenz“

Verfechter des Begriffs „transkulturelle Kompetenz“ kommen insbesondere in Studien der migrantenorientierten Pflegeforschung zu Wort. Sie argumentieren von einem mikrosozialen, individualisierten Kulturbegriff aus und berufen sich dabei auf den Tatbestand, dass ein makrosoziales – z. B. länderbezogenes – Kulturverständnis bei Patienten mit Migrationshintergrund nicht greifen könne, weil nationalkulturelle „Zuordnungen“ zwangsläufig zu Fehleinschätzungen führten. Als Beispiel wird auf Arbeitsmigranten der zweiten und dritten Generation verwiesen, die gerade in krisenhaften Erfahrungen als einzelne Person vergleichbaren „interkulturellen“ Aushandlungsprozessen ausgesetzt sind, wie wir sie oben zwischen unterschiedlichen Personen, Gruppen etc. beschrieben haben. Da auch bei einem subjektimmanenten „interkulturellen“ Aushandlungsprozess das Ergebnis situationsabhängig und insofern graduell unvorhersagbar ist (ob jemand z. B. eher „türkisch“, eher „deutsch“ oder eventuell auch in einer ganz anderen Weise reagiert), liegt es nahe, den Gedanken einer nationalkulturellen Handlungsspezifik grundsätzlich fallen zu lassen. Diese Intention liegt den meisten „transkulturellen“ Pflege-theorien zugrunde – vermutlich auch als Schutzreaktion darauf, dass Ärzte und Pflegekräfte im Klinikalltag auf Patientenseite mit einer so großen ethnischen Vielfalt konfrontiert sind, dass die Forderung nach kulturspezifisch orientiertem Handeln praktisch uneinlösbar ist [17].

Als Alternative stark gemacht wird entsprechend der Bedeutung von trans-: „hindurch“, „quer durch“, „darüber hinaus“, „jenseits“ ein „Raum durchgängiger Ideen, Überzeugungen und Zugehörigkeiten“, der als „intersubjektiv Menschliches“ (Fischer) eine Art gemeinsamen Nenner unabhängig von kulturellen Sozialisationserfahrungen darstellt. Folgerichtig sind „transkulturelle Kompetenzen“ aus dieser Perspektive auch „keine kulturspezifischen, sondern ganz generelle, in ganz unterschiedlichen interkulturellen Begegnungen wirksame Kompetenzen“ [18].

So zutreffend es ist, dass Zuneigung, Mitgefühl oder Aufmerksamkeit dem gemeinsamen Beziehungsaufbau förderlich sind: man darf nicht unterschlagen, dass es sich bei diesen vermeintlichen Universalien lediglich um abstrakte Kategorien handelt. In der Praxis existieren jedoch keine „sozialisationsfreien“ Räume, so dass man faktisch immer auf sehr unterschiedliche und teilweise inkompatible Handlungsmuster stoßen wird, wenn es z. B. darum geht „Zuneigung“ zu realisieren. Lässt man dies unbeachtet, resultieren fast schon zwangsläufig klassische interkulturelle Missverständnisse bzw. Kon-

fliktsituationen. Vor diesem Hintergrund ist der Begriff der Transkulturalität dort brauchbar, wo er dem Einzelnen Hilfestellungen bietet, sich als kulturell-multiple Persönlichkeit zu verstehen und zu positionieren. Kontraproduktiv wird er jedoch, wo er in ontologisierender Weise eine Kulturfreiheit suggeriert, die es realiter nicht geben kann.

Fassen wir unsere Diskussion zusammen, wird deutlich, dass man nicht von einer komplexen multikulturellen oder transkulturellen Kompetenz im Sinne des skizzierten verhaltenswissenschaftlichen Kompetenzbegriffs sprechen kann. Eine auf Transkulturelles qua Allgemeinmenschliches zielende Methodenkompetenz wäre ähnlich schwer vorstellbar wie z. B. eine „multikulturelle Fachkompetenz“. „Kulturelle Kompetenz“ lässt sich zwar auf individueller, sozialer, fachlicher und strategischer Ebene verorten; allerdings geht es dabei immer nur um kognitive Aspekte der Bewusstmachung von Spezifika eigenen und fremden Handelns – also um (zwar durchaus wichtige) Voraussetzungen von Handlungskompetenz, nicht aber um diese selbst. Auf allen vier Ebenen gleichermaßen handlungsbezogen ist letztlich nur „interkulturelle Kompetenz“. Fragen ihrer Operationalisierung daher im Vordergrund eines kulturbezogenen Managements von Gesundheitsdienstleistungen stehen. Das heißt freilich nicht, dass die anderen Perspektiven aus dem Blickfeld rücken sollten: Wissen um den Umgang mit Multikulturalität wird z. B. wichtig, wenn in einer Belegschaft oder in einer Patientengruppe rassistisches Verhalten beobachtet wird; Theorien der Transkulturalität können – sofern sie nicht ontologisierend verwendet werden – zur Persönlichkeitsreflexion der einzelnen Ärzte oder Pfleger beitragen, während kulturelle Reflexion eine wesentliche Bedingung darstellt, um in interkulturellen Kontexten überhaupt annähernd rolandistanziert und konfliktsensitiv arbeiten zu können.

Zur Operationalisierung interkultureller Kompetenz

Vor dem Hintergrund der Internationalisierung medizinischer Dienstleistungen im Zuge des eingangs skizzierten grenzüberschreitenden Patiententourismus, orientieren sich die Überlegungen zur Operationalisierung interkultureller Kompetenz weniger auf Patienten mit Migrationshintergrund als vielmehr auf die Gruppe klassischer Gesundheitstouristen, die, teilweise mit Hilfe staatlicher Förderungen (innerhalb der EU), meistens aber als Privatpatienten nach Deutschland einreisen, um hier aus Qualitäts- oder Kostengründen behandelt zu werden. Für viele Krankenhäuser stellt dies eine attraktive und teilweise existenzsichernde Einnahmequelle dar [19–21], so dass interkulturelle Kompetenz nicht nur während des eigentlichen Behandlungsprozesses eine zentrale Rolle spielt, sondern auch in dessen Vor- und Nachfeld (Akquisition, Patientenkommunikation, Support). Damit stellt sie eine Herausforderung sowohl an Ärzte und Pflegekräfte, als auch an das gesamte Gesundheitsmanagement der anbietenden Institution dar. Anders gesagt: Interkulturelle Personalentwicklung und interkulturelle Organisationsentwicklung sind zwei Seiten ein und derselben Münze und müssen auch in dieser Verflochtenheit realisiert werden. Es bietet sich an, den Entwicklungsprozess mit einer den jeweiligen Gegebenheit angepassten berufs-feldspezifischen Konkretisierung der in Abb.1 formulierten interkulturellen Teilkompetenzen zu beginnen. Darauf aufbauend können dann in einem zweiten Schritt gezielte Entwicklungsmaßnahmen formuliert werden. Dies ist in Tab. 2 exemplarisch dargestellt, wobei die angeführten Zielgruppen und Maßnahmen zur interkulturellen Kompetenzentwicklung jeweils situationsbezogen differenziert bzw. zu ergänzt werden müssen.

Tab. 2: Maßnahmen interkultureller Kompetenzentwicklung bei unterschiedlichen Zielgruppen des medizinischen Bereichs.

	Ärzte	Pflegekräfte	Institution/ Management
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Selbstkompetenz	z.B. Motivation zur Aufrechterhaltung von Lernbereitschaft auch in zunächst scheinbar „unverständlichen“ Handlungskontexten; Förderung rollendistanzierten Verhaltens; Erwerb von Grundkenntnissen in den Sprachen der am häufigsten vertretenen Zielgruppen	z.B. Festigung der Selbststeuerungsfähigkeit in kulturell fremden Kontaktsituationen (mit Familienangehörigen des Patienten, Erwerb von Grundkenntnissen in den Sprachen der am häufigsten vertretenen Zielgruppen	z.B. Bereitstellung einer interkulturell handlungsfähigen Organisationsstruktur (Vernetzung mit Dolmetscher-Diensten, Ausschöpfen des interkulturellen und fremdsprachigen Potentials der Mitarbeiter; interkulturelle Leitbildformulierung etc.)
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Sozialkompetenz	z.B. Supervising interkultureller Arzt-Patienten-Interaktionen; Vermittlung metakommunikativer Handlungsstrategien; Strategien zur Diagnose und zum Umgang mit interkulturellen Vermeidungsfällen wie z.B. das Ausblenden psychosozialer Orientierung und daraus resultierender Kommunikationsabbruch als Resultat der Angst, Patienten mit „fremden“ Verhaltensweisen zu diskriminieren	z.B. Reflexion der Bedeutung familiärer Strukturen bei unterschiedlichen Zielgruppen einschließlich möglicher Konsequenzen für die Pflegeorganisation; Erwerb von Strategien zur Realisierung interkultureller „Aushandlungsprozesse“ und Konfliktlösungsstrategien	z.B. an Erwartungen konkreter Zielgruppen ausgerichtete Darstellung der Organisationspersönlichkeit bei PR-Maßnahmen; Weiterbildungen zum Umgang mit kulturspezifischen Formen der Krankheitserfahrung
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Fachkompetenz	z.B. Reflexion der Auswirkungen kulturspezifischer Attributionen der Arzt-Rolle auf den Behandlungsprozess; Interkulturelle Strategien bei der Vermittlung zwischen medizinischer Notwendigkeit und ethischem Anspruch	z.B. Verdeutlichung der Auswirkungen eines kulturspezifisch unterschiedlichen Pflegeverständnisses auf den Pflegeprozess	z.B. Aufbau von Netzwerken zum internationalen Ärzte-Austausch; Etablierung von Wissensmanagementsystemen zum interkulturellen Umgang mit medizinischer Ethik, rechtlichen und finanztechnischen Usancen
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Methoden-/Prozesskompetenz	z.B. Befähigung, Entscheidungen auch in sprachlich fremden Kontexten (mit oder ohne Dolmetscher) plausibel zu kommunizieren; Strategien zum Erkennen und zur Realisierung interkultureller Synergiepotentiale in multikulturellen Stationsteams	z.B. Verbesserung der Fähigkeit, Patienten Besonderheiten und Erfordernisse der Ablaufplanung plausibel erklären zu können; Reflexion von Strategien zur Vereinbarung von Pflegerhythmus und soziale Ansprüchen der Patienten (interkulturelle Prozessmoderation)	z.B. Weiterbildung geeigneter Mitarbeiter zu interkulturellen Prozessbegleitern/ Coaches; kontinuierliche Durchführung von Evaluationen seitens der Patienten; Workshops für alle Mitarbeiter zum Erfahrungsaustausch in Bezug auf die interkulturelle Praxis

Bei der Durchführung von Personal- und Organisationsmaßnahmen ist es wichtig zu berücksichtigen, dass interkulturelles Handeln nie abstrakt, sondern immer zwischen Beteiligten mit sehr konkreten Sozialisationshintergründen bzw. „Ausgangskulturen“ stattfindet. Demzufolge ist interkulturelle Kompetenz in „allgemeiner“ Form, also ohne (eigen- und ziel-)kulturelle Kompetenz nicht denkbar. Je multipler die Sozialisationskontexte bzw. -netzwerke der Beteiligten strukturiert sind, desto unvorhersagbarer ist das Aushandlungsergebnis, und desto schwieriger ist es den interkulturellen Prozess zu gestalten oder zu moderieren. Das darf freilich nicht dazu verleiten sich aus Ratlosigkeit auf Postulate eines transkulturellen „Allgemein Menschlichen“ zurückzuziehen [22]. Bei Internationalisierungsplanungen wäre es im Gegenteil hilfreich, sich auf bestimmte, für das eigene Fachgebiet interessante und ökonomisch vielversprechende Regionen oder Ländercluster zu konzentrieren. Wie wir gesehen haben, werden nationalkulturelle Einflüsse selbst in der G-8-Welt

noch nachhaltig Sozialisationswirkungen zeigen, so dass man bei einer ausgewogenen Sichtweise, die sowohl mikro- als auch makrosocialen Perspektiven Rechnung trägt, durchaus eine Spezialisierung der eigenen Dienstleitungen in Hinblick auf länderspezifische Zielgruppen vornehmen sollte. Dies beugt einer Überforderung der Mitarbeiter vor und erleichtert zudem die infrastrukturelle Verankerung des Angebots (Fremdsprachenausbildung für Mitarbeiter, zielkulturelle Weiterbildungsveranstaltungen, Einbindung von Dolmetschern, rechtliche Spezialisierung, Einsatz von Marketinginstrumenten).

Eine solche Marktentscheidung sollte von der planenden Institution explizit gefällt werden und nicht zufällig aus temporären Patientenströmungen resultieren. Dass unbeschadet dessen Offenheit und Flexibilität in Bezug auf Marktveränderungen notwendig sind, versteht sich von selbst, da man ansonsten Chancen ungenutzt lassen würde, die sich aufgrund der Dynamik der Schwerpunktbildung bei Nachfra-

gemärkten ergeben und ggf. eine sinnvolle Profilergänzung ermöglichen könnten. Auf einer solchen Entscheidung aufbauend, lassen sich Maßnahmen der interkulturellen Organisations- und Personalentwicklung als ganzheitliche effektiv planen. Auch wenn der Prozess durch eine geschickte Personalauswahl forciert werden kann, indem man für den Organisationsbereich auf Absolventen internationaler/interkultureller Management-Studiengänge zurückgreift oder Mitarbeiter mit guten Fremdsprachenkenntnissen und/oder kompatibelem Migrationshintergrund akquiriert: Von der Mehrheit des Personals ist – zumindest gegenwärtig – nicht zu erwarten, dass es in umfangreichem Ausmaß mit interkulturellen Fragestellungen vertraut ist. Während jüngere Absolventen von Pflegestudiengängen in ihrer Ausbildung zunehmend bereits mit Themen wie „Interkulturelle Pflege“ konfrontiert worden sind, gilt dies für die Gruppe der Ärzte – abgesehen von eventuell vorhandenem Erfahrungswissen – in der Regel nicht.

Die Bereitstellung von Angeboten zur interkulturellen Weiterbildung wird seitens der Organisation also unumgänglich sein. Da konventionell geplante off-the-job Maßnahmen wie z.B. zwei- bis dreitägige Blockseminare häufig an Schichtdienstregelungen oder – je nach Größe der Organisation – an zu kleinen Teilnehmergruppen scheitern, ist es in den meisten Fällen ratsam eine integrierte Personalentwicklung on-the-job anzustreben. Dabei werden die Ärzte-/Pfleger- bzw. Stationsteams in festgelegten Zeitabständen von einem interkulturellen Coach begleitet und entwickeln anhand von Supervisionsergebnissen gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten. Auf dieser Basis formulierte Zielvereinbarungen dienen den Teams in ihrer praktischen Arbeit als Handlungsorientierung. Im optimalen Fall werden die Coachees so lange durch Supervisionen und Coachings unterstützt, bis sie in der Lage sind, bei neu hinzu kommenden Teammitgliedern selbst grundlegenden Aufgaben der interkulturellen Prozessbegleitung zu übernehmen. Parallel zu diesem praktischen Teil der Personalentwicklung bietet sich ein internetgestützter Erwerb von kulturspezifischen Kenntnissen und interkulturellem Handlungswissen an. Tutoriell betreute Angebote existieren in diesem Bereich bereits (www.interkulturelles-portal.de), so dass sich Mitarbeiter bei freier Zeiteinteilung und dennoch „just in time“ das für die interkulturellen Herausforderungen ihres Berufsalltags notwendige Wissen aneignen können. Das gilt nicht nur für den Bereich der medizinischen Versorgung, sondern gleichermaßen auch für das Management, wobei die interkulturelle Organisationsentwicklung sinnvollerweise eher durch Consulting- als durch Coachingmaßnahmen begleitet werden sollte.

Bei allem Engagement in der interkulturellen Personal- und Organisationsentwicklung gilt es allerdings zu bedenken, dass interkulturelle Prozesse am ehesten dann zur Zufriedenheit aller Beteiligten verlaufen, wenn unter Wahrung der jeweiligen Akzeptanzgrenzen gemeinsam Handlungsspielräume abgesteckt werden. Das bedeutet, dass man gerade nicht versuchen sollte, ausländischen Patienten eine komplett „heimatliche“ Umgebung zu schaffen, wie es der oben zitierte Bettvorhang bei britischen Patienten anscheinend beabsichtigt. Ein solches Vorhaben kann nicht gelingen, weil immer nur Teilkontexte aus der Heimatkultur transferiert werden können, die in der Regel keinen „fit“ zum Gesamtkontext des Leistungsträger-Szenarios bieten und dementsprechend auch für die Zielgruppe wenn nicht fremd, so doch befremdlich wirken. Wichtiger ist es daher, auch dem Patienten so weit wie möglich zu kommunizieren, dass es sich um interkulturelle Prozesse handelt, in denen beide Seiten bewusst aufeinander zugehen sollten.

Literatur:

- 1 Mitteilung der EU Kommission (2006) KOM 177 vom 26. 4. 2006.
- 2 Mitteilung der EU Kommission (2004) KOM 2 vom 13. 1. 2004.
- 3 Bundesministerium für Gesundheit (2006) Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform. Vorlage vom 4. 7. 2006 Letzter Abruf am 6. 11. 2006 unter www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf
- 4 Albaner J, Grozea-Helmenstein, D (2002) Bestandsaufnahme der Entwicklungspotenziale im Gesundheitstourismus. Institut für Höhere Studien (IHS) Wien, Modul 1: 212.
- 5 Friebe J (2003) Interkulturelle Bildung für Pflegenden. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland. In: Friebe J, Zalucki M (Hg.), Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bertelsmann, Bielefeld: 145-158.
- 6 Haarhoff H (2002) Der Arzt kommt gleich nicht. taz v. 11.6.
- 7 Kerkow-Weil R (1999) Praxisfeld Gesundheitswesen. In: Zech R, Eshes, C (Hg.) Organisation und Lernen, Expressum, Hannover: 103-125.
- 8 Bruchhausen W (2003) Medizintraditionen in der Weltgesellschaft. Gesundheit, Krankheit und Heilung im Kulturvergleich. Zeitschrift für medizinische Ethik 49: 233-249.
- 9 Leininger M (1998) Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus, Freiburg
- 10 Habermann M (2005) „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? In: Pflege & Gesellschaft, H.1: 11-16.
- 11 Friebe J (2003) Interkulturelle Bildung für Pflegenden. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland. In: Friebe J, Zalucki M (Hg.), Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bertelsmann, Bielefeld: 11.
- 12 Rauner F (2004) Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. Bremen ITB-Forschungsberichte 14: 8.
- 13 Erpenbeck J (2001) Wissensmanagement als Kompetenzmanagement. In: Franke G (Hg.) Komplexität und Kompetenz. Ausgewählte Fragen der Kompetenzforschung Bertelsmann Bielefeld.
- 14 Bolten J (2007) Interkulturelle Kompetenz. Thüringer Landeszentrale für politische Bildung Erfurt: 3. Aufl.
- 15 Benseler, . u.a., Hrsg. (2003) Interkulturelle Kompetenz – Grundlagen, Probleme und Konzepte. Erwägen, Wissen, Ethik Jg. 14, H.1: 137-228.
- 16 Deardorff D (2006): Policy Paper zur Interkulturellen Kompetenz. Bertelsmann Stiftung Gütersloh.
- 17 Domenig D (Hrsg.) (2005) Professionelle transkulturelle Pflege, Huber, Bern (2. erweit. Aufl.)
- 18 Habermann M (2005) „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? In: Pflege & Gesellschaft, H.1: 12.
- 19 Rabel R (2001) Grenzüberschreitender Gesundheitsmarkt innerhalb der EU. Neue Chancen für Patienten und Leistungsträger. NHO 49 (3); 228.
- 20 Michel T (2005) Globalisierte Geschäfte mit unserer Gesundheit. Utopie kreativ, H.176 (Juni): 513-519.
- 21 Knorr G (2003) Die deutschen Krankenhäuser im internationalen Wettbewerb. führen & wirtschaften 5.
- 22 Fischer (2005) B Multi, Inter, Trans: Zur Hermeneutik der Kulturwissenschaft. Trans. Internet-Zeitschrift für Kulturwissenschaften 15. April (Letzter Abruf 6. 11. 06 unter http://www.inst.at/trans/15Nr/01_1/fischer15.htm).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jürgen Bolten
 Universität Jena
 Interkulturelle Wirtschaftskommunikation
 Ernst-Abbe-Platz 8
 D-07743 Jena
juergen.bolten@uni-jena.de