

**Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Diplomarbeiten,  
welche im Rahmen eines Master of Advanced Studies erarbeitet wurden**

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Diplomarbeiten-Arbeiten eines Master of Advanced Studies der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der/Die Benutzer/in ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

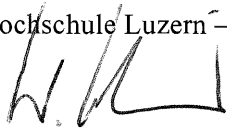
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Diplomarbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 14. März 2011

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Direktor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Weiterbildungs-Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Weiterbildungs-Studierende Rechtsinhaber/in.

**Masterarbeit**  
**Master of Advanced Studies**  
**Hochschule Luzern**  
**Managing Diversity 2009 bis 2011** ]

Das MAS-Programm Managing Diversity ist ein Kooperationsangebot  
der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und der CARITAS Schweiz

**[Transkulturelle Kompetenz und Diversitätskompetenz  
im Vergleich ]**

**[Welche der beiden Kompetenzen benötigt die HF Pflege Ausbildung von  
morgen? ]**

Vor- und Nachname/n: [ Michaela Argyropoulos ]  
Strasse und Nummer: [  ]  
Postleitzahl und Wohnort: [  ]  
Email-Adresse: [ M.Argyropoulos@gmx.ch ]

Von dieser Masterarbeit wurden am 31. März 2011 eine elektronische Fassung und drei schriftliche Exemplare bei der Hochschule Luzern eingereicht.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern. Sie enthält die persönliche  
Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.  
Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung  
durch die Leitung der Weiterbildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

## Bestätigung Selbsterarbeitung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Master-/Qualifikationsarbeit selbständig erarbeitet habe und dass dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

### Art des Beitrages

Die Masterarbeit bezieht sich auf Erkenntnisse, die im Verlauf des Studiums gewonnen wurden. Sie kann in einer der folgenden Formen verfasst werden, d.h. als...

...**X**... eine theoretische, fachspezifische Abhandlung, Vertiefung und/oder Erweiterung des Unterrichtsstoffs (Theorieansatz, Methode), aus den theoretischen Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden.

... eine Recherche zum Thema Managing Diversity (evtl. mit eigener empirischer Datenerhebung), in der theoretische Bezüge hergestellt und Schlussfolgerungen gezogen werden.

... Als eine Dokumentation eines konkreten Umsetzungsprojekts in der Praxis mit theoretischen Bezügen und Reflexionen zum MAS Managing Diversity-Thema.

**Diese Masterarbeit hat einen Umfang von 140'918 Zeichen und 46 Seiten**  
(ohne Titelblatt, Anhang, Literaturverzeichnis, Inhaltsverzeichnis und Abstract).

Ort, Datum: St. Gallen, 31.03.2011

Unterschrift: M. Argyropoulos

.....  
*St. Gallen, 31.3.11*

.....  
*M. Argyropoulos*

**Die Begegnung**  
1916 – Johannes Itten



([http://bauhaus-online.de/files/imagecache/480h/bilder/die\\_begegnung\\_0.jpg](http://bauhaus-online.de/files/imagecache/480h/bilder/die_begegnung_0.jpg))

## **Danksagung**

Für das Gelingen dieser Arbeit haben mich verschiedene Menschen unterstützt und begleitet. Mit diesen Zeilen möchte ich mich im Speziellen bei folgenden Personen nochmals herzlich dafür bedanken:

M. Wieland und dem Careum Bildungszentrum für die wohlwollende Unterstützung bei der Zeitplanung.

Den Kolleginnen und Kollegen des Teams vom 3. Ausbildungsjahr am CBZ für ihr Verständnis und die Entlastung im Arbeitsalltag.

M. Eicke für die Beratung zur Masterarbeit.

N. Argyropoulos für das Redigieren der Masterarbeit.

Meinem Lebenspartner für die tatkräftige Unterstützung im Alltag, die Fürsorglichkeit, das Verständnis und den Ansporn.

Allen Verwandten und meinem Freundeskreis für ihren Zuspruch, ihre Geduld und das Verständnis.

## **Abstract**

Die folgende Masterarbeit zum Bereich Diversity Management befasst sich mit dem Vergleich der Transkulturellen Kompetenz mit der Diversitätskompetenz.

Dieser Vergleich wird von der Autorin in Bezug zur Pflegeausbildung der Höheren Fachschule (HF) der Schweiz geführt, um anschliessend daraus eine Prognose abzuleiten, welche der beiden Kompetenzen für die Pflegeausbildung HF der Zukunft nutzbringender sein wird.

Dazu werden in einem ersten Schritt die zentralen Begriffe der Kompetenz, der Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz erläutert, sowie mit dem Kontext der Pflege verknüpft.

Im nächsten Schritt werden die beiden Kompetenzen einem direkten Vergleich unterzogen mit dem Ziel Gemeinsamkeiten und Unterschiede darzustellen.

Anschliessend erfolgen daraus die Ableitungen bezüglich der Prognose zur Pflegeausbildung HF.

Im Letzten Teil finden sich weitere Erörterungen zum Fazit und ein Ausblick in die noch offenen Entwicklungsmöglichkeiten.

Zwischen der Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz bestehen fachlich betrachtet Überschneidungen. Diese Tatsache steht im Zentrum der Arbeit und wird von der Autorin nach und nach aufgeschlüsselt und in Bezug mit dem Pflegealltag und der Pflegeausbildung gesetzt. Aktuelle Entwicklungen aus den geschichtlichen, politischen und soziologischen Prozessen der Schweiz wird dabei Rechnung getragen.

Der Diversitätsansatz und das damit verbundene Diversity-Management ist eine junge Disziplin in der Schweiz. Mit dieser Arbeit will die Autorin aufzeigen, welches Potenzial sich daraus entwickeln lässt im Kontext der Gesundheits- und Krankenpflege.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1 Vorwort</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Einleitung</b> .....	<b>8</b>
2.1 Ausgangslage zu Ausbildungsgrundlagen und aktuellen Tendenzen.....	8
2.2 Fragestellung.....	9
2.3 Ziel der Arbeit.....	9
2.4 Berufsrelevanz.....	10
2.5 Adressaten der Arbeit.....	10
2.6 Vorschau auf Inhalt und Struktur.....	11
2.7 Abgrenzung.....	11
<b>3 Theoretische Begriffsklärung</b> .....	<b>12</b>
3.1 Definition Kompetenz.....	12
3.1.1 Definitionen und Entwicklungsgeschichte des Kompetenzbegriffs.....	12
3.1.2 Nutzen von Kompetenzen in der heutigen Berufswelt.....	14
3.1.3 Kompetenzen in der HF Pflegeausbildung des CBZ.....	15
3.2 Definition Transkulturelle Kompetenz.....	17
3.2.1 Definitionsansätze.....	17
3.2.2 Transkulturelle Kompetenz in Bezug zur Pflege.....	19
3.3 Definition Diversitätskompetenz.....	22
3.3.1 Verschiedene Definitionsansätze.....	22
3.3.2 Diversitätskompetenz auf die Pflege bezogen.....	25
3.4 Vergleich Transkulturelle Kompetenz und Diversitätskompetenz.....	27
3.4.1 Gemeinsamkeiten.....	28
3.4.2 Unterschiede.....	28
3.4.3 Zwischenfazit zum Vergleich.....	29
<b>4 Transkulturelle Kompetenz und Pflege</b> .....	<b>30</b>
4.1 Gründe für die Ausrichtung auf die Transkulturelle Kompetenz.....	30
4.2 Transkulturellen Kompetenz im Pflegealltag.....	37
4.3 Verankerung des Diversitätsansatzes in der HF Pflegeausbildung.....	38
<b>5 Einschätzungen und Prognose</b> .....	<b>40</b>
5.1 Transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag – die Lösung ?.....	40
5.2 Diversitätskompetenz – Schlüssel zur Vielfalt im Pflegealltag ?.....	42
5.3 Prognose für die Pflegeausbildung von morgen.....	44
<b>6 Fazit und Ausblick</b> .....	<b>46</b>
6.1 Fazit zur Fragestellung.....	46
6.2 Ausblick.....	48
<b>7 Schlusswort</b> .....	<b>49</b>
<b>8 Quellen- und Literaturverzeichnis</b> .....	<b>52</b>
<b>9 Anhang</b> .....	<b>54</b>

# 1 Vorwort

In der Auseinandersetzung mit der Themenfindung zur Masterarbeit, des Studienganges Managing Diversity, verfolgte ich das Ziel eine aktuelle Thematik aus diesem Fachbereich zu finden, welche sich gleichzeitig mit meinem Arbeitsfeld verknüpfen lässt.

Aktuell bilde ich Studierende an der Höheren Fachschule (HF) für Pflege (PF) im Careum Bildungszentrum Zürich (CBZ) aus. Innerhalb dieser Ausbildung, werden die Studierende auch auf die Thematik der Transkulturellen Kompetenz in der Pflege sensibilisiert.

In meinem Studium habe ich mich über die letzten zwei Jahre intensiv mit der Thematik der Diversität, des Diversitätsmanagements und somit auch mit der Diversitätskompetenz auseinandersetzen können. Dabei zeigte sich, dass der Aspekt der kulturellen Herkunft und Hintergründe nur eine der Dimensionen des Diversitätsansatzes und des Managing-Diversity-Konzeptes ist. Des Weiteren gehören die Dimensionen Gender, Alter, sozialer Status, Religion und Behinderung ebenso zu den Kerndimensionen des Diversitätsansatzes.

Diese fachliche Ausgangslage weckte meine Neugierde. Deshalb entschied ich mich dazu genauer zu analysieren, warum in der HF Pflegeausbildung die Transkulturelle Pflege und damit die Transkulturelle Kompetenz zurzeit so stark im Mittelpunkt steht, obwohl im Rahmenlehrplan auch die anderen Kerndimensionen des Diversitätsansatzes angesprochen werden, sowie im Pflegealltag Anwendung finden, da das Patientenklientel alle Facetten der Diversität mitbringt.

Als Ergebnis meiner theoretischen Auseinandersetzung mit dem Vergleich von Transkultureller- und Diversitätskompetenz verfolgte ich das Endziel eine Prognose für die HF PF Ausbildung der Zukunft abzugeben.

Die Studierenden HF PF in der Transkulturellen Kompetenz auszubilden, hat im Moment noch nicht an Aktualität verloren. Jedoch bin ich trotzdem der Ansicht, dass es in Zukunft die Diversitätskompetenz mit allen ihren Facetten benötigt, da aufgrund der vielfältigen Patientenklientel und des vielfältigen Pools der Mitarbeitenden täglich alle Aspekte des Diversitätsansatzes in das pflegerische Handeln und Entscheiden mit einfließen.

Das Thema der Masterarbeit basiert nicht auf einem direkten Auftrag meines Arbeitgebers an mich, sondern wurde aus meinem eigenen Interesse so konzipiert, dass auch das CBZ davon profitieren könnte.



## 2 Einleitung

### 2.1 Ausgangslage zu Ausbildungsgrundlagen und aktuellen Tendenzen

Das Careum Bildungszentrum in Zürich (CBZ) ist eine gemeinnützige Aktiengesellschaft und bildet seit 2005 auf der Stufe der Berufsfachschule (Sekundarstufe II) und auf Stufe der Höheren Fachschule (Tertiärstufe) verschiedene Gesundheitsberufe aus.

Das Thema dieser Masterarbeit ist Bestandteil des Bildungsganges Höhere Fachschule (HF) Pflege (PF).

Ich selber arbeite als pädagogische Mitarbeiterin HF PF im CBZ, im Bereich Skillstraining des dritten Ausbildungsjahres. Zusätzlich bin ich im zweiten Ausbildungsjahr eingebunden in der internen Fachtagung für die Studierenden zur Transkulturellen Kompetenz. Die Fachtagung besteht aus verschiedenen Fachvorträgen, welche interne und externe Experten / -innen halten und zusätzlich aus einem Angebot an Diskussionsforen mit verschiedenen Themenvertiefungsschwerpunkten dazu. Die Tagung wird seit zwar Jahren angeboten und findet aktuell auf drei Tage verteilt statt. Innerhalb dieser Fachtagung halte ich zum einen die Einstiegsvorlesung zum Thema der Transkulturellen Kompetenz. Zum anderen leite ich das Diskussionsforum zum Vertiefungsthema Frau und Migration.

Nach den Vorgaben des aktuellen Rahmenlehrplanes HF PF vom Bundesamt für Bildung und Technologie (BBT), der am 01.01.08 in Kraft trat, richtet sich auch das Curriculum der Fachstelle Careum aus, welches am CBZ Gültigkeit hat. Zu dessen Umsetzung in der HF Pflegeausbildung gehört seitdem auch die Vermittlung der Transkulturellen Kompetenz. Dieses Lernangebot basiert einerseits auf dem BBT Rahmenlehrplan HF PF (2007), der für den Lernbereich der Schule, unter „Grundlegende allgemeine Kenntnisse und Fertigkeiten“ (S. 15, Abb. 3), als zu vermittelndes Fachwissen explizit auch die „Interkulturalität“ (S. 15, Abb.3) aufführt. Ergänzend dazu steht im selben Dokument: „Nebst den in Abbildung 3 aufgeführten Inhalten werden zudem wichtige aktuelle gesundheitspolitische und berufsspezifische Themen angemessen behandelt“ (S. 15). Aus diesem Punkt erklärt sich, warum das direkte Lernangebot nicht auf Interkulturalität, sondern bereits auf Transkulturalität ausgerichtet ist, was den neuesten und aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet entspricht.

Im Curriculum der Fachstelle Careum, Buch 2 zu den Blockthemen und -zielen (2009), ist das Thema der Transkulturellen Kompetenz im Thematischen Block *Gesundheit – Gesundsein einschätzen* angesiedelt und als Blockthema, wie folgt, festgelegt: „Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis im Zusammenhang mit transkultureller Pflegekompetenz“ (S. 22). Im gleichen Buch kann auch das dazugehörige Blockziel nachgelesen werden, welches lautet: „Die Studierenden setzen sich mit der Gesundheit, dem Gesundsein im Allgemeinen auseinander sowie im transkulturellem Kontext (...)“ (S. 23).

Als letztes findet sich ebenso im Leitbild-flyer des CBZ (2010), unter dem Bereich „Ausbildung“ folgende allgemein gehaltene Verankerung zum Lernangebot: „Wir befähigen unsere Studierenden, sich in einem vielfältigen und anspruchsvollem Berufsumfeld kompetent zu bewegen“ (S. 1). Die Transkulturelle Kompetenz ist hierbei eine der Komponenten, die es benötigt, um sich in dem erwähnten vielfältigen Berufsalltag fachlich kompetent bewegen zu können.

Mit dem übergeordnetem Ziel aus dem Leitbild lässt sich zusätzlich aber auch aufzeigen, dass sich bereits in den Grundlagendokumenten der HF PF Ausbildung an verschiedenen Stellen

Formulierungen finden, welche grundsätzlich die Aspekte des gesamten Diversitätsansatzes aufnehmen, ohne diese allerdings schon als solche zu benennen oder auszuweisen. Neben dem Leitbild des CBZ, findet sich vor allem im Rahmenlehrplan HF PF des BBT (2007) eine solche Formulierung, welche lautet: „Die dipl. Pflegefachperson HF (...) berücksichtigt ethische und rechtliche Prinzipien, den Gesundheitszustand, die Bedürfnisse, das Alter, das Geschlecht, die Biografie, den Lebensstil und die soziale Umgebung der Patientinnen / Patienten sowie das kulturelle, wirtschaftliche und gesellschaftliche Umfeld“ (S. 7). Diese Ausführungen finden sich bei der Beschreibung des Arbeitsfeldes einer diplomierten Pflegefachperson und zeigen, dass der Pflegealltag die gesamte Palette der Vielfalt bietet und somit die Erwartung an die Pflegefachpersonen ergeht, mit diesen professionell umgehen zu können.

Dieselben Ausführungen wurden eins zu eins auch im Buch 1 des Curriculums HF PF der Fachstelle Careum (2009) aufgenommen, die dort, als Zitat, auf Seite 10 wiederzufinden sind. Seit wenigen Jahren sind allerdings weitere Tendenzen in Richtung Diversitätsansatz im Gesundheitswesen zu finden. Diese entwickeln sich vor allem im Zusammenhang mit den Anforderungen zur Chancengleichheit. Dies zeigt zum Beispiel die Publikation „Diversität und Chancengleichheit – Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen“ des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die 2006 erschien. Ein weiteres Beispiel ist auch das Werk von Eva Herrmann und Sandra Kätker mit dem Titel „Diversity Management – Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen“, das 2007 im Hans Huber Verlag herauskam.

Trotz der bereits implizit vorhandenen diversitätsorientierten Formulierungen in den Grundlagenpapieren der Ausbildung HF PF und den aktuellen Diversitätstendenzen im Gesundheitsbereich, bleibt der Fokus momentan in der HF Pflegeausbildung noch auf die Transkulturelle Kompetenz ausgerichtet. Grundsätzlich hängt dies mit dem Anteil der Bevölkerungszahl der Schweiz zusammen, welcher einen Migrationshintergrund aufweist, worauf im Kapitel 4 nochmals genauer eingegangen wird.

Allerdings lohnt es sich genau wegen dieser beschriebenen Ausgangslage, die sich zwischen Transkulturalität und Diversität in der Gesundheits- und Krankenpflege bewegt, differenzierter hinzusehen, welche der beiden Kompetenzen die HF Pflegeausbildung in Zukunft weiter bringt im vielfältigem Berufsalltag.

## **2.2 Fragestellung**

Folgende Fragestellungen bilden das Kernstück dieser Masterarbeit:

- a) Welches sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz?
- b) Welche der beiden Kompetenzen könnte für die HF Pflegeausbildung der Zukunft nutzbringender sein?

## **2.3 Ziel der Arbeit**

Diese Masterarbeit ist eine Literaturarbeit und verfolgt das Ziel aufzuzeigen, ob es zukünftig eine Ausdehnung von der Transkulturellen Kompetenz auf die Diversitätskompetenz im Rahmenlehrplan der HF Pflegeausbildung benötigt.

Über Literaturrecherche und -analyse soll herausgefunden werden, ob Studierende der HF Pflegeausbildung nicht besser in der Diversitätskompetenz ausgebildet werden, anstatt nur in der Transkulturellen Kompetenz, da sie sich im Praxisalltag nicht nur in einem transkulturellen, sondern in einem vielfältigem Umfeld bewegen. In diesem gilt es Patienten und Patientinnen mit allen Kerndimensionen der Diversität zu pflegen und zu begleiten. Ebenso bilden sich in den Pflgeteams und auch in den interdisziplinären Teams alle Formen der Diversität bei den Mitarbeitenden ab.

## **2.4 Berufsrelevanz**

Die Berufsrelevanz ist auf Seiten des Diversity Managements ebenso gegeben, wie auf Seiten der HF Pflegeausbildung.

Bezogen auf das Diversity Management ist fest zu halten, dass die Kerndimension der Kultur ein Teil des gesamten Diversitätsansatzes ist. Solange man nur mit einzelnen Kerndimensionen arbeitet, ist noch nicht der gesamthafte Haltungswechsel zur Diversität vollzogen. Das Diversity Management ist dann erst teilweise gelebte Praxis.

In einer zunehmend diversen Gesellschaft zeichnet sich aber nach und nach die Tendenz ab, dass längerfristig alle Kerndimensionen des Diversity Managements benötigt werden für eine optimale Ressourcennutzung in den Gesundheitsorganisationen und das Zusammenleben in Bezug auf die interdisziplinären Teams, die Begleitung von Patienten und Patientinnen und natürlich auch allgemein in der Gesellschaft.

Bezogen auf die HF Pflegeausbildung ist das gewählte Thema der Masterarbeit relevant, da zurzeit in der Gesundheits- und Krankenpflege der Schwerpunkt auf der Transkulturellen Pflege liegt, das Patientenklientel jedoch alle Aspekte der Vielfalt mit sich bringt. Auch der Rahmenlehrplan der HF Pflegeausbildung spricht grundsätzlich alle Kerndimensionen des Diversity Managements an, ohne diese jedoch so zu benennen. Stattdessen wird explizit die Interkulturalität als Ausbildungsthema hervorgehoben (s. dazu auch 2.1.).

Die Patientenklientel, wie auch der Pool der Mitarbeitenden ist jedoch im Gesundheits- und Krankenpflegebereich ein Abbild der vielfältigen Gesellschaft mit allen ihren Dimensionen. Somit ist es relevant einen Blick in die nähere Zukunft zu werfen und zu überlegen, ob sich die HF Pflegeausbildung nicht weiter optimieren lässt, indem anstelle der Transkulturellen Kompetenz, die Diversitätskompetenz in den Rahmenlehrplan HF PF und somit in den jeweiligen HF PF Curricula aufgenommen wird.

Das Diversity Management ist in der Schweiz und somit auch in der Gesundheits- und Krankenpflege noch eine eher junge Disziplin, aber mit den aktuellen Entwicklungen in der Gesellschaft, wird sie voraussichtlich in den nächsten Jahren stetig an Bedeutung gewinnen. Erste Entwicklungen deuten auch im Gesundheitsbereich darauf hin, wie bereits unter 2.1. erwähnt.

## **2.5 Adressaten der Arbeit**

Die Adressaten meiner Masterarbeit sind grundsätzlich alle Beteiligten in der HF Pflegeausbildung, welche sich vertiefter mit den Möglichkeiten der Umsetzung von Diversitätskompetenz, in der Pflegeausbildung, auseinandersetzen möchten.

Des Weiteren können von den Ausführungen der Masterarbeit alle Personen, welche die Curricula HF PF der einzelnen Bildungszentren und den Rahmenlehrplan HF PF fortlaufend

aktualisieren, profitieren, sofern zukünftig ggf. Anpassungen in Richtung Diversitätskompetenz in der HF Pflegeausbildung angestrebt werden. In erster Linie könnte dazu zum Beispiel die HF PF des CBZ gehören, an welcher ich tätig bin.

## **2.6 Vorschau auf Inhalt und Struktur**

Nach den einleitenden Ausführungen zum Ziel der Arbeit und der Ausgangslage, folgt im ersten Teil der Masterarbeit die theoretische Auseinandersetzung mit den zentralen Fachbegriffen. Die wichtigsten Begriffe werden dabei definiert und erläutert und die Transkulturelle Kompetenz mit der Diversitätskompetenz verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede festzuhalten.

Im zweiten Teil wird der Zusammenhang und die Relevanz zwischen der Transkulturellen Kompetenz und dem Pflegealltag aufgezeigt. Im dritten Teil folgen dann Einschätzungen zu den beiden bearbeiteten Kompetenzbereichen und die Prognose bezüglich der möglichen zukünftigen Ausrichtung des BBT Rahmenlehrplans HF PF und des Curriculums HF PF am CBZ.

Abschliessend folgen ein letztes Fazit und ein Ausblick auf gegebenenfalls weiterführende Aspekte der Masterarbeit.

## **2.7 Abgrenzung**

Im Zentrum dieser Masterarbeit steht der Vergleich der Transkulturellen Kompetenz mit der Diversitätskompetenz in Bezug auf die HF Pflegeausbildung, am Beispiel des CBZ als Ausbildungsplatz. Der Fokus liegt dabei auf den Studierenden HF PF und das Berufsumfeld, dass sie im Pflegealltag umgibt und erwartet, um eine Prognose für die mögliche Aufnahme der Diversitätskompetenz in den Ausbildungsplan daraus abzuleiten.

In Bezug auf den Pflegealltag, der die Studierenden in den Praktika umgibt und auch nach dem Diplomabschluss erwartet, steht das Kundenklientel, also Patienten und Patientinnen, im Mittelpunkt ihrer täglichen Arbeit. Deshalb wird auch bei den Ausführungen der Masterarbeit der Schwerpunkt auf diese gelegt. Bezüge zur Diversität der Mitarbeitenden werden nicht detailliert bearbeitet, aber soweit möglich als ergänzender Anteil mit aufgenommen.

In der theoretischen Auseinandersetzung der Masterarbeit bilden die erwähnten Begriffe der Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz das Kernstück. Aus diesem Grund wird der Begriff der Kompetenz zentral behandelt mit den Facetten der Transkulturalität und der Diversität. Folglich wird auf weitere Begriffe, wie z. B. den der Kultur, nicht weiter eingegangen.

Zur Thematik der Kompetenzen werden Zusammenhänge zur Berufswelt der Pflege hergestellt, da es um die Ausbildung der HF PF geht. Vertiefte Bezüge zu weiteren Berufsgruppen oder differenzierte historischen Hintergründen werden hier nicht dargestellt.

Die Ausführungen und Ergebnisse dieser Masterarbeit werden fortlaufend mit dem schweizweit gültigem Rahmenlehrplan des BBT für den Bildungsgang HF PF verbunden. In Bezug auf das Curriculum HF PF und die weiteren Rahmenbedingungen der Ausbildung HF PF dient gezielt das CBZ als Beispiel für eine Höhere Fachschule für Pflege, da es sich um mein Arbeitsfeld handelt mit welchem ich meine Erkenntnisse verknüpfen möchte. Auch wenn weitere Bildungszentren auf HF PF Stufe von der Bearbeitung der gewählten Thematik grundsätzlich profitieren könnten, wird auf diese als Einzelinstitutionen nicht weiter eingegangen.

Aktuelle Tendenzen und Entwicklungen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege werden nur soweit aufgenommen, wie sie mit der gewählten Kernthematik der Masterarbeit einhergehen.

## 3 Theoretische Begriffsklärung

### 3.1 Definition Kompetenz

#### 3.1.1 Definitionen und Entwicklungsgeschichte des Kompetenzbegriffs

Der Kompetenzbegriff ist in diesem Begriffsvergleich ein zentraler Terminus, da dieser sowohl Teil der Transkulturellen Kompetenz, wie auch der Diversitätskompetenz ist. Deshalb soll hier in einem ersten Schritt der Kompetenzbegriff geklärt werden.

Das Wort Kompetenz hat lateinische Wurzeln und wie bei Dieter Gnahn (2010) nachzulesen ist, stammt es vom lateinischen Substantiv *competentia* ab und bedeutet auf Deutsch Zusammenreffen (S.19). Hans Huber (2004) führt dazu noch weiter aus, dass das Substantiv in der deutschen Übersetzung auch mit Übereinstimmung wiedergegeben werden kann (S.16). Huber (2004) geht auch noch auf das dazugehörige lateinische Verb *competere* ein, welches in der deutschen Sprache nebst zusammenreffen und übereinkommen, ebenso mit zustehen, zukommen, etwas gemeinsam erstreben und gesetzlich erfordern, wiedergegeben werden kann (S. 16). Als drittes verweist Huber (2004) noch auf das Adjektiv *competens*, das mit rechtmässig, zuständig, befugt und ordentlich übersetzt wird (S. 17). Gnahn (2010) fügt dem noch bei, dass es auch angemessen bedeuten kann (S. 19). Huber (2004) führt in seinem Kapitel zu den Kompetenzen aus, wie sich die Bedeutung des Begriffes über die Jahrhunderte verändert hat (S. 17 – 23). Er zieht dabei den zeitlichen Bogen von den Römern bis zur heutigen Zeit. Dabei erklärt er, dass zur Zeit der Römer besonders das Adjektiv unter den Rechtsgelehrten verwendet wurde mit der Bedeutung was einem rechtmässig zusteht und daraus auch der Begriff des Existenzminimums, also dass was einem im Minimum rechtmässig für das Überleben zusteht, geprägt wurde (S. 17). Nach seinen Ausführungen hielt sich dies bis zum 13. Jahrhundert und erfuhr erst im 15. Jahrhundert eine erste Bedeutungsänderung, da hier eine kompetente Person als jemand galt, der / die genügsam war gegenüber seinen Nächsten und Gott (S.17). Gegen Ende des 16. Jahrhunderts, schreibt Huber (2004) weiter, wurde dem Begriff die Ebene des Mitbewerbens angefügt, ebenso wie die Bedeutung etwas zu begehren, was jemand anderes begehrt (S. 17 – 18). Gleichzeitig behält das Wort aber auch die Bedeutung des Ordentlichen und Fügamen bei. Als nächstes zeigt er auf, dass zu Beginn des 17. Jahrhunderts dann die Bedeutung des Wettbewerbes in den Vordergrund rückt, da in dieser Zeit, der Begriff als Wettstreit um dieselbe Sache gebraucht wurde mit dem Aspekt, dass es somit bessere und schlechtere Bewerbende gab (S. 17 – 18). Als nächsten wichtigen Moment in der Bedeutungsgeschichte des Kompetenzbegriffes verweist er auf Mitte des 18. Jahrhunderts, in welchem dieser zum ersten Mal mit einer modernen Arbeitsgesellschaft verbunden wird (S. 19). Huber (2004) erklärt, dass in dieser Zeitspanne vor allem die Zuständigkeiten des Staates und weiterer behördlichen Instanzen gemeint war (S. 19). Im 19. Jahrhundert dann wird der Begriff als Urteilsfähigkeit verstanden und verwendet (S. 20). Als Beispiel wird von Huber (2004) aufgeführt, dass es besonders um

Personen ging, die Recht sprachen und dann als kompetent galten, wenn ihr Urteilsvermögen auf ihren Kenntnissen und Einsichten beruhte. Hinzu kam in dieser Epoche, dass mit Kompetenz, im weiteren zeitlichen Verlauf, auch gemeint war, dass gewissen Menschen bestimmte Einkünfte zustanden, wobei hier besonders vom Adel und der Militärsprache die Rede ist (S. 21). Huber (2004) zeigt im weiteren Verlauf auf, dass ab 1945 der Begriff der Kompetenz von drei verschiedenen Wissenschaften weiter geprägt wurde, nämlich von der Kommunikationswissenschaft, der Immunologie und der Motivationspsychologie (S. 21). Dadurch entwickelten sich ab dann verschiedene Bedeutungen, die je nach Bereich anders verwendet werden. Huber (2004) beschreibt, dass die Biologie und somit auch die Immunologie unter Kompetenz die Möglichkeit einer Entwicklungsreaktion von Organismen verstand, während die Motivationspsychologie unter Kompetenz die Entwicklung von Fähigkeiten verstand, welche nicht genetisch oder angeboren sind, sondern die sich ein Individuum aneignet mit der Motivation sich optimal seinem Umfeld anzupassen, sowie die Kontrolle über die Umwelt zu erhalten (S. 21). In der Kommunikationswissenschaft wiederum, entstand eine weitere Bedeutung von Kompetenz. Huber (2004) schreibt dazu, dass in der Kommunikationswissenschaft unter Kompetenz zu dieser Zeit die Bedeutung der Performanz entwickelt wurde (S. 21). Er erklärt, dass damit die Fähigkeit von Hören und Sprechen gemeint war und die damit verbundenen Möglichkeit immer wieder neue und andere Sätze zu bilden, was bedeutet, dass es gesamthaft die Fähigkeit der unendlich vielen Ausdruckselementen meint (S. 21 – 22). Im letzten Teil der geschichtlichen Bedeutungsentwicklung des Kompetenzbegriffes geht Huber (2004) auf die heutige Zeit ein. Dabei zeigt er auf, dass im heutigen Sprachgebrauch unter Kompetenz meistens eine besondere Fähigkeit verstanden wird, welche erlernbar ist und somit grundsätzlich das Wissen und Können einer Person beschreibt (S. 22). Als Folge daraus entstehen dann die verschiedenen Unterkategorien von Kompetenzen, wie z.B. Sprachkompetenz oder soziale Kompetenz (S. 22). Er weist dabei darauf hin, dass die verschiedenen Kompetenzen untereinander dazu nicht detaillierter in Beziehung gesetzt werden, sondern dass die einzelnen Kompetenzen, also Fähigkeiten einer Person, dazu dienen als Kriterium oder Massstab eingesetzt zu werden, um verschiedenen Personen miteinander zu vergleichen, auszuwählen oder auch zu bewerten (S. 22). Als letztes macht er darauf aufmerksam, dass mit diesem Vorgehen Menschen in fähig und unfähig kategorisiert werden und dass es für die Spannweite der Kompetenzen heute häufig keine allgemeingültigen Definitionen mehr gibt (S. 22). Sie umfassen in ihrer Bedeutung, nach seiner Aussage, im alltäglichen Sprachgebrauch, wie auch in der wissenschaftlichen Literatur mittlerweile eine Mischung aus Fähigkeiten, Wissen, Können, Einstellungen, Charakterzüge, Verhaltensarten und sogar innere Haltungen (S. 22). Das einzige, was allgemeingültig bleibt für alle Kompetenzen, ist, dass diese immer einzelnen Personen oder Firmen zugeschrieben werden, jedoch nicht Dingen oder Maschinen, wie er sagt (S. 22).

Wie auch Gnahs (2010) bestätigt, wird heute vermehrt über Kompetenzen diskutiert, wobei es auch nach ihm keine konkreten einheitlichen Kompetenzdefinitionen mehr gibt und sich teilweise die Definitionen sogar widersprechen (S. 19). Allgemein hält aber auch er fest, dass in der heutigen Zeit von Kompetenzen geredet wird: „(...) wenn beim Zusammentreffen situativer Erfordernisse und dem individuell zur Verfügung stehenden Potenzial an Kenntnissen, Fertigkeiten etc. angemessen gehandelt werden kann“ (S. 19). Gnahs (2010) nimmt ebenso den Aspekt des Wettbewerbes der heutigen Zeit auf und erklärt, dass die verschiedenen Kompetenzen und Kompetenzprofile heute benötigt werden, da im Rahmen der Globalisierung und der Entstehung des gemeinsamen EU-Wirtschaftsraumes einerseits die Vergleichbarkeiten von Ausbildungs- und Berufsprofilen notwendig geworden ist und andererseits auch die Entwicklung des lebenslangen Lernens dazu geführt hat fortlaufend neu erworbene Kompetenzen aus den jeweiligen Aus- und Weiterbildungen ausweisen zu können (S. 9 und 15). Im Vorwort seines Werkes führt er weiter aus, dass Kompetenzen, nebst der

Vergleichbarkeit von Ausbildungs- und Berufsprofilen, auch dazu genutzt werden, Lernergebnisse zu dokumentieren, Selbst- und Fremdeinschätzungen durchzuführen, Qualifikationen zu erstellen, Anforderungsprofile zu deklarieren und Verbindungen zwischen den allgemein- und berufsbildenden Bereichen herzustellen. Dabei greift er auch auf Aussagen von Christiane Jäger zurück, welche er in seinem Vorwort teilweise zitiert (S. 9).

Aufgrund der beschriebenen Entwicklungen der Neuzeit wird deutlich, warum es heute einen sehr breit gefassten Kompetenzkatalog gibt, in welchem immer weiter neue Kompetenzen aufgenommen werden. Damit einher geht auch die Entstehung und Konzipierung verschiedener Kompetenzmodelle, die je nach Fachbereich zum Beispiel andere Haupt- und Unterkategorien der Kompetenzen festlegt.

Trotz der vielen verschiedenen Definitionen und Einteilungen lassen sich als gemeinsamer Nenner für die heutige Zeit ein paar Hauptaspekte festhalten. Zum einen nämlich, dass Kompetenzen erlernbar sind und somit immer weiter entwickelt und vertieft werden können. Zum anderen, dass Kompetenzen grundlegend eine Mischung aus Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Haltung, Verhalten und Motivation sind, die es in wechselnden Situationen und Zusammenhängen förderlich bzw. nutzbringend einzusetzen gilt. Als letzter Punkt ist noch zu erwähnen, dass mit den Kompetenzen ein Konzept, Raster oder Profil erstellt werden kann, dass in gewisser Weise dabei helfen kann, besagte Fähigkeiten etc. zu vergleichen oder zu bewerten. Schwierig ist bei jeder Form von Kompetenzzuordnung was mit den Zuschreibungen von kompetent und inkompetent bewirkt wird, da dies einen ausschliessenden Charakter haben kann.

### 3.1.2 Nutzen von Kompetenzen in der heutigen Berufswelt

Aus den obigen Abhandlungen lässt sich kurz ableiten und aufzeigen, in welchen Bereichen bzw. bei welchen eingesetzten Instrumenten die Bildungs- und Arbeitswelt auf das Kompetenzkonzept zurückgreift und sich dieses zu Nutzen macht. Die folgende Auflistung soll einen Einblick in die wichtigsten Elemente geben, die gängig in der Berufswelt angewendet werden, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu haben.

Das Kompetenzkonzept wird zum Beispiel für folgende Aspekte und Instrumente der Berufswelt und dem dazugehörigen Ausbildungssektor verwendet:

- Qualifikationsraster
- Zielvereinbarungen
- Einstufungstests
- Bewertungsrahmen
- Zielorientierte Beratungszwecke
- Einschätzungen
- Reflexionen
- Erstellung individueller Profilraster
- Personalanalyse und -entwicklung
- Vergleiche im globalen Lernen und Arbeiten
- Modularer Aufbau von Aus- und Weiterbildungen
- Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit
- Optimale Einsetzbarkeit von erstellten individuellen Profilrastern

### 3.1.3 Kompetenzen in der HF Pflegeausbildung des CBZ

In Bezug auf die Fragen, welche die Masterarbeit verfolgt, folgt hier eine genauere Betrachtung, was der heutige Kompetenzbegriff in Bezug auf die HF Pflegeausbildung genau bedeutet, am Beispiel der HF PF des CBZ.

Einleitend ist festzuhalten, dass, wie bei Karl-Heinz Sahmel (2009) erwähnt, die Pflegeausbildung erst in den letzten Jahren begann den Kompetenzbegriff gezielt in die Pflegepädagogik zu übernehmen (S.14). Davor sprach man eher von Schlüsselqualifikationen und Lernfelder (S. 14) und in der Schweiz auch von Funktionen. Wie Sahmel (2009) anmerkt, geschah diese Anpassung aufgrund von bildungspolitischen Veränderungen (S. 14). Hiermit zeigt sich, dass auch in der HF Pflegeausbildung die Globalisierung und die europaweite Wettbewerbsfähigkeit bezüglich des Kompetenzkonzeptes Auswirkungen hatte und wohl auch weiter hat.

Im Rahmenlehrplan der HF PF, welches das Grundlagendokument der Ausbildung HF PF in der Schweiz bildet, hat das BBT (2007) dazu festgehalten, dass sich Kompetenzen aus den Arbeitsprozessen der Gesundheits- und Krankenpflege ableiten (S. 6). Des Weiteren hat das BBT (2007) zu dem Thema der Kompetenzen festgelegt: „Sie beschreiben, was eine Fachperson wissen und können muss, um die zentralen beruflichen Aufgaben (d. h. die Arbeitsprozesse) fachgerecht ausführen zu können“ (S. 6). Weiterführend ist beschrieben, dass Kompetenzen die Fähigkeit bezeichnen, in gewohnten, wie auch in neuen Situationen, die jeweiligen Kenntnisse, das vorhandenen Know-how und die angeeigneten Fähigkeiten einzusetzen (S. 7). Dabei definiert das BBT (2007), dass sich diese Fähigkeit aus drei Anteilen zusammensetzt, nämlich aus der Fachkompetenz, dem Wissen und dem Verhalten (S. 7). Das BBT (2007) legt zu der beschriebenen Fähigkeit zusätzlich fest: „Sie wird durch die Zielorientiertheit, die Selbstständigkeit, das Ergreifen von Initiative, die Verantwortung, das Beziehungsfeld, die verwendeten Mittel und das Anforderungsprofil der dipl. Pflegefachperson HF definiert“ (S. 7). Für die Einteilung der Kompetenzen wählt das BBT (2007) die Zuteilung in vier Komponenten. Diese sind die kognitiven Kompetenz (Theorien, Konzepte, implizites Wissen, Erfahrungen), die funktionale Kompetenz (Fertigkeiten und Know-how), die personale Kompetenz (Verhalten und Umgang) und die ethische Kompetenz (Werte und Haltung) (S. 7). Die Ausarbeitungen der der Definition und der Einteilung basiert dabei auf der Terminologie des Kopenhagener Prozesses (S. 6).

Das Curriculum der HF PF, welches für das CBZ Gültigkeit hat, wurde von der Fachstelle Careum erstellt. Die Fachstelle Careum (2009) nimmt dabei die Ausführungen und Definition des Rahmenlehrplans HF PF im Curriculum HF PF auf und ergänzt zu diesen noch folgende Weiterführung:

Kompetentes Handeln, nicht die Kompetenz an sich, zeigt sich in den drei Bereichen des Denkens, Fühlens und Handelns einer Berufsfachperson und damit in den Dimensionen des beruflichen Handelns. Authentische und multiple Lernsituationen fördern den Erwerb der beruflichen Kompetenzen. Zusätzlich bedarf es der Bewertung des eigenen Handelns und Denkens, das mit Selbst- und Fremdevaluation und mittels Reflexion entwickelt und gefördert werden kann (S.19).



Die Fachstelle Careum (2009) erklärt im Weiteren auch, wie die beruflichen Kompetenzen erworben werden. Dabei stellt sie klar, dass als Voraussetzung für die Entwicklung von Kompetenzen Wissensressourcen nötig sind und deshalb der Wissenserwerb mit der Kompetenzentwicklung einher geht (S. 20). Daraus hält sie fest, aus welchen Anteilen das Lernen besteht und teilt es in die Ebenen des deklarativen, des prozeduralen, des konditionalen, des reflektiven und des identitätsfördernden Lernens ein (S. 20). Die Fachstelle Careum (2009) ergänzt dazu abschliessend, dass die Ebenen des Wissenserwerbs und somit der Kompetenzentwicklung mit den Dimensionen des beruflichen Handelns verbunden werden können und in der Ausbildung die Mischung der verschiedenen Lernbereiche zusätzlich die Transferfähigkeit fördert (S. 20 – 21). Zu den Ebenen des beruflichen Handelns zählt die Fachstelle Careum (2009) die Dimensionen des regelgeleiteten, des situativ-beurteilenden, des reflektierten und des aktiv-ethischen Handelns (S. 19). Bei dieser Einteilung lehnt sie sich an die Ausführungen von Christa Olbrich an (S. 19).

In der HF Pflegeausbildung des CBZ wird das Kompetenzkonzept insbesondere dafür genutzt, auszuweisen welches Kompetenzprofil für den Beruf der Gesundheits- und Krankheitspflege in der Ausbildung erreicht werden soll. In den Dokumenten der Praktikumsqualifikationen hat das CBZ (2008 – 2011) für die Studierenden HF PF aller Ausbildungsjahre zu den Kompetenzen ebenso die Definition aus dem BBT Rahmenlehrplan HF PF und dem Curriculum HF PF der Fachstelle Careum übernommen (S. 2). Die Einteilung Kompetenzen werden in diesem Dokument ebenfalls gleich eingeteilt und benannt, wie im BBT Rahmenlehrplan HF PF (S. 2). Nebst dem transparent machen des zu erreichenden Kompetenzprofils, ist anhand der Praktikumsqualifikation erkennbar, dass das Kompetenzkonzept in der HF Pflegeausbildung auch für Leistungsbewertungen hinzu gezogen wird. Als weiteres bietet es den Studierenden aber auch Orientierung für Reflexionen und Portfolio-Einträgen und allen an der Ausbildung Beteiligten auch in Bezug auf Evaluationen. Übergeordnet betrachtet macht es die Anwendung dieses Kompetenzkonzepts auch möglich die HF Pflegeausbildungen untereinander zu vergleichen, schweizweit, europaweit und grundsätzlich auch weltweit, aber auch in Bezug ob innerhalb der Schweiz die Grundorientierung am verbindlichen BBT Rahmenlehrplan HF PF eingehalten ist.

Ergänzend ist zu erwähnen, dass auch in den Rekrutierungsverfahren des CBZ, zur Gewinnung neuer HF PF Studierender, ein gewisses Anforderungsprofil definiert ist, dass neben den schulischen Anforderungen, zusätzlich auch durch einen Eignungstest geprüft wird, in welchem Aspekte der Fachkompetenz und Selbstkompetenz bereits gefragt sind, um in die Ausbildung HF PF einsteigen zu können.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass sich in der HF Pflegeausbildung des CBZ bei den Definitionen, Ausführungen und Einteilungen zu den Kompetenzen und dem angewendeten Kompetenzkonzept viele Übereinstimmung finden im Vergleich zu den Aspekten der Bedeutung des heutigen Kompetenzbegriffes und seinen Anwendungsmöglichkeiten.

Auszüge zu den oben erwähnten Dokumente des CBZ können im Anhang eingesehen werde.

In den folgenden Kapiteln erfolgt als nächstes eine gezieltere Betrachtung der Transkulturelle Kompetenz und der Diversitätskompetenz, da auf diesen beiden Kompetenzen und ihrem Vergleich der Fokus der Masterarbeit liegt.

## 3.2 Definition Transkulturelle Kompetenz

### 3.2.1 Definitionsansätze

Definitionen zur Transkulturellen Kompetenz finden sich in verschiedenen Quellen.

So definiert zum Beispiel Dagmar Domenig (2007) den Begriff der Transkulturellen Kompetenz als die Fähigkeit auf individuelle Lebenswelten eingehen zu können, besonders in speziellen Situationen und bei unterschiedlichen Kontexten (S. 174). Es geht nach ihr in diesen Situationen darum, die individuellen Lebenswelten zu erfassen, zu verstehen und daraus passende Handlungen für den aktuellen Kontext abzuleiten (S. 174). Wichtig ist ihr dabei, dass die transkulturell handelnde Person dabei die Fähigkeit besitzt ihre eigene Lebenswelt, Prägungen und Vorurteile zu reflektieren, damit stereotypen Zuordnungen und der Kulturalisierung vorgebeugt wird (S. 174). Wie Domenig (2007) sagt: „Transkulturelle Kompetenz besteht im Kern aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext“ (S. 174). Für eine transkulturell kompetente Interaktion benötigt es laut Domenig (2007) narrative Empathie, Hintergrundwissen und Erfahrung, sowie Selbstreflexion (S. 175).

Zur Transkulturalität selber führt Domenig (2007) aus, dass dieser Begriff auffordert durch gegenseitiges Aufeinanderzugehen nicht nur die Unterschiede sondern vor allem auch die Gemeinsamkeiten zu entdecken (S. 173). So soll gegenseitiges Verstehen ermöglicht und Ausgrenzung verhindert werden (S. 173). Wie auch Annette Sprung (2007) festhält, will Transkulturalität aus dem Fokussieren der Kulturen heraus führen und die lebendige Prozesshaftigkeit von Kultur betonen (zit. in Domenig, 2007, S. 313).

Nach Charlotte Uzarewicz und Michael Uzarewicz (2001) beschreibt der Begriff Transkulturalität: „(...) kulturelle Prozesse als flexibles individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökologischen Faktoren, welches in Situationen immer neu verhandelt wird“ (zit. in Charlotte Uzarewicz, 2008, S. 8). Auch Charlotte Uzarewicz (2008) führt zur Transkulturalität weiter aus, dass es um andauernde Austausch- und Übergangsprozesse in der Gesellschaft geht und in der Begegnung die Interaktion die zentrale Rolle spielt, welches eine sensible Annäherung an das jeweilige Gegenüber ermöglichen soll, ohne zu kategorisieren (S. 8).

Hierin sind somit die gleichen Kernaussagen, wie bei Domenig erkennbar, da beide das Prozesshafte von Kultur und die Individualität dieser in den Vordergrund stellen, sowie klar darlegen, dass es trotz dem Wortteil *Kultur* nicht um Kategorisierungen geht.

Zur Transkulturellen Kompetenz selber sagt Uzarewicz (2008), dass diese als Erweiterung der sozialen Kompetenz betrachtet werden kann und somit: „(...) eine spezifische Sensibilität für Situationen (...)“ ist (S. 10). Sie beinhaltet nach Uzarewicz & Uzarewicz (2001) die Reflexion des Eigenen, die Erschliessung des Gegenübers, den Versuch beide Anteile durch Transformierung ineinander zu verschränken und das Herausfiltern von Gemeinsamkeiten und Unterschieden, um eine gemeinsame Handlungsstrategie entwickeln zu können (zit. in Uzarewicz, 2008, S. 10). In den weiteren Ausführungen nimmt Uzarewicz Bezug auf Domenig und zeigt damit, dass sie mit ihrem Begriffsverständnis zur Transkulturellen Kompetenz ebenso dasselbe Grundverständnis mit Domenig teilt.

Beiden ist es wichtig aufzuzeigen, dass es nicht nur um die Unterschiede, sondern eben vor allem um das Erkennen von Gemeinsamkeiten in den Begegnungen zwischen den verschiedenen kulturellen geht, die eine Reflexion der eigenen Kultur und Wertevorstellungen, sowie ein individuelles Erfassen des Gegenübers in verschiedenen Situationen voraussetzt. Beide Fachpersonen sind sich auch einig, dass es sich um eine Kompetenz handelt, da diese Vorgehensweise und Haltung erlernt werden kann.

Wolfgang Welsch (2009), der bereits vor ca. 20 Jahren anfang das Konzept der Transkulturalität zu entwickeln, erklärt den Begriff der Transkulturalität indem er sagt, dass er einen zeitgenössischeren Begriff für Kultur finden wollte, da die althergebrachten Vorstellungen von Kultur nicht mehr mit den Auffassungen der Neuzeit übereinstimmte (S. 1). Für ihn bedeutet Transkulturalität, das Durchdringen und Verflechten von verschiedenen kulturellen Aspekten und nicht mehr das sich Kulturen klar gegeneinander abgrenzen (S. 1). Er begründet die Veränderung der Kulturauffassung damit, dass mittlerweile in fast allen Ländern der Erde auch Angehörige anderer Länder leben und sich somit die Grenzen auflösen und sich hybride Kulturformen daraus bilden (S. 3). Wie Welsch (2009) feststellt, sind: „Zeitgenössische Kulturen (...) extern denkbar stark miteinander verbunden und verflochten. Die Lebensformen enden nicht mehr an den Grenzen der Einzelkulturen von einst /der vorgeblichen Nationalkulturen), sondern überschreiten diese, finden sich ebenso in anderen Kulturen“ (S. 3). Weiter merkt er auch für die interne Kulturentwicklung treffend an: „Für jedes Land sind die kulturellen Gehalte anderer Länder tendenziell zu Binnengehalte geworden“ (S. 3). Besonders wichtig ist aus seinen weiteren Ausführungen festzuhalten, dass er in diesem Kulturentwicklungsprozess festgestellt hat, dass die Transkulturalität nicht nur auf der Ebene der Gesellschaft statt gefunden hat, sondern auch auf der Ebene jedes einzelnen Individuums, weshalb man nicht nur von einer kulturellen Vielfalt der Gesellschaft sprechen sollte, sondern eben auch über die vielfältigen kulturellen Muster jedes / jeder Einzelnen (S. 3 – 4). Zum Begriff der Transkulturellen Kompetenz gibt es keine genaueren Angaben in seinem Text. Dennoch ist aus den Erklärungen und Definitionen zum Begriff der Transkulturalität und seiner Bedeutung für die heutige Zeit zu schliessen, dass die Transkulturelle Kompetenz auch hier grundsätzlich die Fähigkeiten bezeichnen würde, die es benötigt, um in der Begegnung mit den neuen Aspekten der Transkulturalität verstehend und vernetzend umzugehen. Dies, weil für ihn Transkulturalität nichts Ausschliessendes, sondern verbindenden Elemente hat, die sich fortlaufend weiter vermischen.

In Vergleich auf Domenig und Uzarewicz lässt sich auch hier erkennen, dass die Bedeutung des Begriffes Transkulturalität aus mehrheitlich verbindenden Elementen und Überlegungen besteht. Welsch beleuchtet hier allerdings noch genauer die Ebene der Gesellschaft und die des Individuums.

Monika Eicke und Bettina Zeugin (2007) schicken der Transkulturalität voraus, dass Kultur selber als dynamischer Begriff zu verstehen ist, da Kulturen aus dem Denken und Handeln der Menschen entstehen und somit permanent in Bewegung sind, keine festen Grenzen kennen und sich kontinuierlich neu definieren (S. 14). Die weiteren Ausführungen zur Thematik der Transkulturalität werden dementsprechend auf dem Hintergrund dieses dynamischen Kulturbegriffes geführt. Auch Eicke und Zeugin (2007) erwähnen, wie der Begriff der Transkulturalität mit dem der Entstehung der fragmentierten und globalisierten Welt einher geht (S. 26). Sie erklären: „Transkulturalität umschreibt eine Bewegung von Übergängen innerhalb einer differenzierten Gesellschaft, bei der sich unterschiedliche soziokulturelle Überschneidungen und Netzwerke bilden, und impliziert damit auch die unterschiedlichsten kulturübergreifenden Gemeinsamkeiten“ (S. 29). Wie Welsch zeigen auch diese beiden Autorinnen die Ebenen der Gesellschaft und des Individuums auf, auf welchen sich die transkulturellen Veränderungen und Prägungen niederschlagen können (S. 29). Eicke und Zeugin (2007) geben dazu auch die Prognose ab, dass im Zusammenhang mit der anhaltenden Globalisierung die Vielfältigkeit der kulturellen Identitätsbildung der Menschen in den Folgegenerationen weiter zunehmen wird (S. 29). Da auch diese beiden Expertinnen die Dynamik des Kulturbegriffes und somit das Prozesshafte, sowie die kulturelle Vielfältigkeit und den Ansatz der Gemeinsamkeiten ins Zentrum ihrer

Betrachtungen stellen, bestätigen auch sie die vorherigen Ausführungen von Domenig, Uzarewicz und Welsch.

Bezüglich der Transkulturellen Kompetenz machen Eicke und Zeugin (2007) die Aussage, dass es sich um eine wichtige Schlüsselkompetenz der heutigen Zeit handelt, weil sie im Umgang mit den Veränderungen demografischer, wirtschaftlicher und politischer Art, benötigt wird (S. 37). Allerdings zeigen sie bei ihrer Definierung auch auf, dass sich die Transkulturelle Kompetenz wie ein Querschnitt durch die vier gängigen Hauptebenen der Kompetenzeinteilung von Fachkompetenz, Handlungs-/Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz bewegt, indem sich in jeder dieser Ebene spezifische Zuordnungen für die Transkulturelle Kompetenz definieren lassen (S. 37 – 39). Definiert wird die Transkulturelle Kompetenz bei Eicke und Zeugin (2007) schlussendlich wie folgt: „Transkulturelle Kompetenz könnte als Fähigkeit definiert werden, in verschiedenen sozialen Kontexten Unterschiede und Gemeinsamkeiten wahrzunehmen und zu interpretieren, Widersprüche mit einer den anderen und sich selbst relativierenden Haltung zu respektieren und adäquate Handlungsformen zu finden“ (S. 40). Abschliessend fügen sie an, dass die Transkulturelle Kompetenz immer eine Hilfe sein kann, wenn es auch in komplexen Momenten Ressourcen frei zu machen, die die gegenseitige Verständigung aktivieren (S. 40). Aus diesen Beschreibungen lässt sich ableiten, dass auch Eicke und Zeugin, genauso wie Domenig und Uzarewicz, die Ansicht vertreten, dass es sich um eine erlernbare Kompetenz handelt, da auch sie den Bezug zu den Fähigkeiten und den vier Hauptebenen der Kompetenzen herstellen.

Zusammengefasst lässt sich aus diesen Definitionen und Abhandlungen festhalten, dass der Begriff der Transkulturalität von einer vielfältigen kulturellen Prägung ausgeht, die sich in einer Gesellschaftsgruppe aber auch bei jedem einzelnen Menschen zeigen können und sich stetig in Bewegung befindet und somit weiterentwickelt bzw. weiter durchmischt. Transkulturalität ist durch die Globalisierung beschleunigt worden, da dadurch sehr viele Menschen im stetigen Austausch miteinander sind und sich so kulturelle Aspekte rascher durchmischen können. Transkulturalität erkennt zwar die Unterschiede, hat aber insbesondere den Fokus auf die Erkennung von Gemeinsamkeiten gelegt, um in den jeweiligen gegenseitigen Begegnungen immer wieder gemeinsame Wege finden zu können.

In Folge davon ist die Transkulturelle Kompetenz eine Form von Fähigkeiten, die dabei behilflich ist, sich in unterschiedlichen und wechselnden Situationen zwischen den vielfältigen individuellen Kulturaspekten so zu begegnen, dass eine gegenseitige Anerkennung möglich ist und gemeinsame Handlungswege gefunden werden können. Deshalb stehen im Zentrum der Transkulturellen Kompetenz die Thematik der Interaktion und der Aspekt der Inklusion. Menschen sollen in ihrer individuellen Kulturalität verstanden und nicht ausgegrenzt werden. Damit eine Interaktion optimal verlaufen kann, ist es unabdingbar sich mit seiner eigenen Kulturidentität auseinanderzusetzen. Nur wenn man sich selber und seine Werthaltungen kennt, kann man seinem Gegenüber mit Verständnis begegnen und von den vorhandenen Unterschieden auf die Ressource von Gemeinsamkeiten lenken. Grundsätzlich braucht es dazu folglich eine emphatische Haltung, kommunikatives Geschick, Fachwissen und Reflexion. Die Transkulturelle Kompetenz ist erlernbar, wie alle anderen Kompetenzen auch und gehört zum professionellen Handeln.

### 3.2.2 Transkulturelle Kompetenz in Bezug zur Pflege

Transkulturelle Kompetenz wird insbesondere von den Berufen des Gesundheits- und Sozialbereiches für die tägliche Arbeit als Fähigkeit festgelegt, kann aber auch in anderen

Berufen Anwendung finden. In jedem Zusammenhang wird sie als erlernbare professionelle Kompetenz verstanden.

Nachdem in dieser Masterarbeit der Vergleich der Transkulturellen Kompetenz mit der Diversitätskompetenz jedoch im Kontext der Pflegeausbildung und der Pflege geschieht, wird in diesem Kapitel dargestellt, welches Verständnis bezüglich der Definitionen von Transkultureller Kompetenz im Pflegebereich vorherrscht.

In diesem Bereich gehört Dagmar Domenig sicherlich zu den führenden Experten und Expertinnen auf diesem Gebiet. Domenig (2007) sagt dazu ganz deutlich, dass die Transkulturelle Kompetenz ein Teil der professionellen Pflege ist, weil damit gewährleistet werden kann, dass die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten eine ihnen und ihrer jeweiligen Situation angepasste Pflege erhalten (S. 181). Allerdings macht sie dabei deutlich, dass es nicht um die Erfindung neuer Modelle geht, sondern dass die Transkulturelle Kompetenz in die bereits vorhandenen Konzepte integriert wird (S. 181). Des Weiteren kann in ihrem Kapitel 1.6 *Vermittlung transkultureller Kompetenz* kann zudem genauer nachgelesen werden, wie sich die Vermittlung der Transkulturelle Kompetenz nutzbringend bereits in die Pflegeausbildung integrieren lässt (S. 184 – 186).

In einer weiteren Publikation schreibt Domenig (2006): „Transkulturell kompetente Fachpersonen setzen sich dafür ein, dass Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen trotz sprachlicher und anderer migrationsspezifischer Barrieren ihr Recht auf gesundheitliche Chancengleichheit einfordern können“ (zit. in Peter Saladin, 2006, S. 26). Die Transkulturelle Kompetenz soll nach ihr dazu beitragen, dass der zwischenmenschliche Respekt gewahrt wird und so eine chancengleiche Behandlung, ohne Diskriminierung in jeder Situation ermöglicht wird (zit. in Saladin, 2006, S. 26).

Im Buch von Eicke und Zeuglin (2007) wird die Transkulturelle Kompetenz mit dem Anwenden und Umsetzen der Transkulturellen Pflege verbunden (S. 49). Sie halten dazu fest, dass es dabei darum geht andere Konzepte und Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, welche bei Patienten und Patientinnen mit anderer Herkunft anzutreffen ist, beim Umgang mit den Patienten und Patientinnen zu respektieren und zu integrieren, damit ein optimaler Therapieverlauf erreicht werden kann (S. 49).

Auch bei Franz Plasser (2005) ist zu lesen, dass die Transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag hilft andere soziokulturelle Hintergründe besser zu verstehen und ohne Vorurteile in eine gemeinsame Interaktion treten zu können und so eine differenzierte Sicht auf die Tätigkeiten des Berufsalltages zu haben (S.16). Ihm ist es dabei wichtig zusätzlich nebst der eigenen Reflexionsfähigkeit auch die Empathie hervorzuheben (S. 16). Diese bezeichnet er als: „(...) Grundkonstante pflegerischen Handelns (...)“ (S.16). Empathie bedeutet aus seiner Sicht die Fähigkeit mit wahren Interesse und Engagement Erfahrungen anderer Menschen zu verstehen und dadurch nicht ausgrenzend zu handeln (S. 16). Diese Fähigkeit erachtet er als zentrale Grundlage in den transkulturellen Begegnungen bzw. Interaktion, die der Pflegealltag bietet (S. 16).

Als letzte Quelle sei hier auch das Buch von Carmen Gransee, Jürgen Lorenz, Christiane Deneke, Annette C. Seibt und Petra Weber (2009) erwähnt, die zwar nicht explizit die Transkulturelle Kompetenz erwähnen, aber vom Begriff der Kultursensiblen Pflege ausgehen, welcher inhaltlich in diesem Fall mit dem Verständnis von Transkultureller Pflege gemein ist. So merken sie zum Verständnis von Kultursensibler Pflege an:

Pflegekunst wäre nun, ein offenes Auge, Ohr und Gespür für die Bedürfnisse anderer,

uns fremden Menschen zu entwickeln, für ihre Situation, ihre Befürchtungen gegenüber dem hiesigen Gesundheitssystem, ihre Diskriminierungserfahrungen etc., so dass sie sich bei Pflegebedürftigkeit und im Alter bei uns aufgehoben fühlen können (...) (S. 108).

Weiter wird von ihnen ebenso ausgeführt, dass es dazu grundlegendes Vorwissen benötigt, aber dieses immer wieder neu auf die individuelle Situation eines Patienten / einer Patientin übertragen werden muss, damit keine Kategorisierungen entstehen, sondern inkludierende verständnisvolle Begegnungen möglich werden (S. 108 – 109).

Bei allen diesen Erläuterungen zum Verständnis von Transkultureller Kompetenz in der Pflege und somit der Transkulturellen Pflege, ist erkennbar, dass sich auch diese, genau wie die Definitionen zur Transkulturellen Kompetenz allgemein, durch eine grosse Übereinstimmung auszeichnen. Alle der hier aufgeführten Autoren und Autorinnen bzw. HerausgeberInnen, sind sich grundsätzlich einig, dass die Anwendung der Transkulturellen Kompetenz im Pflegebereich dazu dienen soll, dass insbesondere, wo nötig, auch die kulturellen Aspekte einer Person in die pflegerischen Abläufe integriert werden. Dies gilt vor allem für Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund, weil sie häufig aus ihrem Kontext heraus ein anderes Verständnis zu den Themen Gesundheit und Krankheit mitbringen und auch Sprachbarrieren die Interaktion mit dem Gesundheitsfachpersonal zusätzlich erschweren kann. Nur wenn diese Aspekte sensibel erfasst, verstanden und wertneutral in die Pflege einfließen, haben diese Patienten und Patientinnen eine Chance auf gleichwertige, erfolgreiche und nichtdiskriminierende pflegerische und medizinische Betreuung und Behandlung. Betont werden dabei auch im Zusammenhang mit der pflegerischen Tätigkeit, dass es dazu Fachwissen, Reflexion der eigenen Werte und eine Ausweitung der bereits vorhandenen professionellen empathischen Haltung in Bezug auf die kulturellen Aspekte eines Menschen in der gemeinsamen Interaktion benötigt. Immer wieder wird dabei ebenso das Verständnis eines dynamischen Kulturbegriffes als Basis erkennbar, der Stereotypisierungen und Diskriminierungen entgegenwirken soll.

Auch im Pflegeberuf geht es bei der Transkulturellen Kompetenz darum das fremde Gegenüber, also die Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund, mit ihren mitgebrachten individuellen, religiösen und gesellschaftlichen Werten und Normen zu verstehen und zu respektieren. Denn nur so wird es den Pflegefachpersonen schlussendlich möglich sein nachzuvollziehen, wie die jeweilige Krankheitssituation und die dazugehörigen Therapiepläne aufgenommen werden und warum diese einmal besser oder einmal schlechter eingehalten werden. Gehen die Pflegefachpersonen in diesen pflegerischen Beziehungen kultursensibel auf das betreffende Patienten Klientel ein, lassen sich folglich auch Therapie- und Betreuungskonzepte dementsprechend optimieren.

Als Letztes bleibt die Transkulturelle Kompetenz natürlich auch in Bezug zum Pflegeberuf eine erlernbare Fähigkeit. Aus diesem Grund ist es sinnlogisch, dass sie als eigener Aspekt in der Schweiz im BBT Rahmenlehrplan und auch im Curriculum HF PF der Fachstelle Careum aufgenommen ist.

Offen bleibt an dieser Stelle allerdings die Frage, wie den anderen Kerndimensionen von Diversität begegnet wird, da diese unabhängig vom Migrationshintergrund bei jedem Menschen vorhanden sind.

### 3.3 Definition Diversitätskompetenz

#### 3.3.1 Verschiedene Definitionsansätze

In diesem Kapitel geht es um die genauere Betrachtung der Definition und Bedeutung der Diversitätskompetenz. Da diese Kompetenz den zweiten Teil des fachlichen Vergleiches ausmacht, soll auch hierzu aufgezeigt werden, welches fachliche Verständnis dem Begriff zu Grunde liegt.

Die Diversitätskompetenz wird in der Fachliteratur grundsätzlich als komplexe Kompetenz angesehen und definiert, die sich aus verschiedenen Anteilen zusammensetzt.

So beschreibt Roosevelt R. Thomas (2001), dass die Diversitätskompetenz sich in drei verschiedenen Kategorien aufteilt nämlich in die Kernkompetenz und die Reifekompetenz und wenn man die Diversitätskompetenz auf ganze Organisationen hin betrachten möchte, kommt dann auch noch die Kategorie der Organisations-Kompetenzmerkmale hinzu (zit. in Eva Herrmann & Sandra Kätker, 2007, S. 154). Zentral ist für ihn dabei die Kernkompetenz, welche sich noch mal in drei Unterkategorien aufteilen. Nach Thomas (2001) lauten diese: „(...) Fähigkeit, Diversity-Zusammensetzung und die daraus resultierenden Spannungen zu identifizieren (...), Fähigkeit, die Zusammensetzung und damit verbundene Spannungen zu analysieren (...), Fähigkeit, eine angemessenen Reaktion zu wählen“ (zit. in Herrmann & Kätker, 2007, S. 154).

Eva Herrmann und Sandra Kätker erläutern diese Unterkategorien von Fähigkeiten zur Kernkompetenz im Anschluss jeweils genauer. Herrmann und Kätker (2007) beschreiben zum ersten Teilfähigkeit, dass damit vor allem das Wissen um die existierenden Unterschiedlichkeiten und deren Auswirkungen wichtig ist, sowie der Wille einen Nutzen daraus ziehen zu können (S. 154). Für die zweite Teilfähigkeit zeigen sie auf, dass es hierbei um die Seite des Bewusstseins geht, unterscheiden zu können, was dann in den unterschiedlichen Situationen wichtig oder eben unwichtig ist in Bezug auf die Spannungen, die festgestellt wurden, da nie alle Aspekte davon benötigt werden, um einen Nutzen aus Diversity zu ziehen (S. 154). Zum letzten Teil beschreiben die beiden Autorinnen, dass damit gemeint ist, nicht einfach nur Diversity zu fördern, sondern einen konkreten Umgang mit Diversity zu finden, auch in Bezug auf eine dementsprechende Zielerreichung einer Organisation (S. 154).

Auch die Reifekompetenz beinhaltet verschiedene Facetten bzw. Teilaspekte. Herrmann und Kätker (2007) halten dazu fest, dass die Reifekompetenz auf der Ebene jedes einzelnen Individuums anzusetzen ist und diese nebst Schulungsmassnahmen zusätzlich der persönlichen Reflexion bedürfen, um diese Fähigkeit entwickeln und anwenden zu können (S. 154).

Zu den Teilaspekten der Reifekompetenz gehören nach Thomas (2001), die Haltung Verantwortung zu übernehmen, ein Verständnis, das sich auf verschiedenen Situationen und Kontexte immer wider neu einlassen kann, das Erkennen können von Diversity-Aspekten, das Bewältigen von Spannungsfeldern und Komplexitäten, die sich aus den Diversity-Aspekten ergeben, das Hinterfragen von vermeintlich gültigen Weisheiten, das objektive Einschätzen können der Unterschiede, welche in der Diversität existieren, bezogen auf verschiedenen Zusammenhängen, sowie die kontinuierliche Lernbereitschaft (zit. in Herrmann & Kätker, 2007, S. 154 – 155).

Die dritte Kategorie ist nicht mehr auf der Ebene jedes einzelnen Menschen angesiedelt, sondern auf der Ebene eines Organisationssystems als Ganzes. Diese Kategorie kommt somit im Wesentlichen zum Zuge, wenn es um das gesamte Diversity Managements einer Organisation geht, denn hier spricht Thomas (2001) die Gesamtgruppe des Managementteams, welches für das Gelingen des Diversity Managements nicht nur die beschriebenen Kernkompetenz und Reifekompetenz benötigen, sondern zusätzlich auch die Fähigkeit als Leitungsteam eine

gemeinsame Vision für eine Organisation zu entwickeln. Aus diesem Grund ordnet er der Kategorie der Kompetenzmerkmale der Organisation folgende weitere Kompetenzmerkmale zu: „(...) Klarsicht in Bezug auf Mission und Vision (...) Wissen um ein zwingendes wirtschaftliche Motiv (...) Klarsicht in Bezug auf Diversity-Konzepte (...) Ein- bzw. Nichteingliederung von Diversity (...) Konzentration auf Erfordernisse (...) Positiver Umgang mit Diversity-Spannung (...) Klare Handlungsvorhaben und Prozessverfahren (...) Vorliegen eines strategischen Plans“ (zit. in Herrmann & Kätker, 2007, S. 155).

Nach den Ausführungen von Thomas (2001), ist die Diversitätskompetenz mit allen ihren Kategorien zwar relativ einfach zu erlernen, bedarf aber sehr viel Übung und Training, um schlussendlich vollumfänglich konsequent und kompetent angewendet werden zu können. Dabei ist jeder Einzelner und jede Einzelne gefordert und nicht nur Menschen in Führungspositionen (zit. in Herrmann & Kätker, 2007, S. 153 – 154).

Bei allen diesen Definitionen und Erläuterungen wird der Begriff Diversity nach Herrmann und Kätker (2007) als: “ (...) ein breit gefächertes Verständnis (...) im Sinne von individuellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten (...)“ verstanden (S. 26). Sie erklären auch, dass der Begriff Diversity aus dem englischen Sprachraum stammt und im Deutschen häufig mit Vielfalt, im Sinne von Verschiedenheit oder auch Ungleichheit wiedergegeben wird, um vor allem die personelle Vielfalt und die Heterogenität von Organisationen auszudrücken. Sie machen darauf aufmerksam, dass es noch keine einheitliche Definition des Begriffes Diversity bzw. Diversität gibt, aber im englischsprachigen Raum die Festlegung auf verschiedene Dimensionen erfolgte, um das Ausmass von Diversität erklärbar und nachvollziehbar zu machen (S.25). So sind verschiedene Diversity-Modelle entstanden, die die Dimensionen von Vielfalt unterschiedlich betonen. Trotzdem ist ihnen aber gemein, dass sie von unveränderbaren Dimensionen und veränderbaren Dimensionen eines Menschen ausgehen. Die nicht veränderbaren Dimensionen werden dabei als Kerndimensionen bezeichnet und auch als innere Dimensionen eines Menschen betrachtet. Aktuell geht man wissenschaftlich betrachtet im Allgemeinen von sechs Kerndimensionen aus, die das Alter, das soziale und biologische Geschlecht, die ethnische Herkunft, die Religion, die sexuelle Orientierung und die Behinderung / Befähigung umfassen. Bei den veränderbaren Dimensionen geht es um äussere Dimensionen oder auch um Dimensionen die auf der Ebene einer Organisation angesiedelt sind. Die Persönlichkeit, wird je nach Modell als eigene Dimension aufgeführt, die verdeutlicht, dass diese einzigartig ist bei jedem einzelnen Menschen. Die Modelle, die zurzeit für diese Betrachtungsweisen und somit für ein gemeinsames Grundverständnis sorgen, stammen zum Beispiel von Lee Gardenswartz und Anita Rowe, von Michael Stuber, von Marilyn Loden und Judy Rosener, von Thomas R. Roosevelt oder auch von Nils Jent. Auszüge zu einem Teil dieser Modelle und kurze Erläuterungen dazu sind auch bei Herrmann und Kätker (2007) im Kapitel 2.3 *Dimensionen von Diversity* einsehbar.

Bei André Schulz lässt sich eine weitere Definition und Erläuterung zur Diversitätskompetenz finden. André Schulz (2009) definiert Diversitätskompetenz als eine Schnittmenge aus drei verschiedenen Kompetenzelementen, die da sind die Fachliche Kompetenz, die Interpersonale Kompetenz und die Intrapersonale Kompetenz (S.147). Diese drei Kompetenzelemente gliedern sich jeweils noch mal in verschiedene Unterkompetenzen, die das jeweilige Element ausmachen. So besteht nach Schulz (2009) die Fachliche Kompetenz aus der fachlichen Kompetenz und der interdisziplinären Kompetenz. Die Interpersonale Kompetenz zeichnet sich durch Team-, Integrations-, Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenz, sowie durch die Interkulturelle Kompetenz aus. Als letztes beschreibt er die Intrapersonale Kompetenz als Zusammensetzung aus Innovations-, Flexibilitäts- und Identitätskompetenz und der Komponente des Selbstbewusstseins (S. 147). Die Fachliche Kompetenz versteht er als Grundlagenkompetenz, die es benötigt, um die



Diversitätskompetenz zu erreichen. Es geht hier um Fachwissen und um die interdisziplinäres Zusammenarbeiten (S.148). Hinzu kommen die Anteile der Intrapersonalen Kompetenz, die wiederum die Fähigkeit bedeutet, in verschiedenen Situationen innovative Lösungen zu finden und dabei flexibel zu bleiben im Handeln und Denken. Das dazugehörige erwähnte Selbstbewusstsein braucht es zusätzlich, damit die eigene individuelle Persönlichkeit bzw. Identität gewahrt werden kann (S. 148). Zum Anteil der Interpersonalen Ebene erklärt Schulz (2009), dass es hierbei um die Interaktion zwischen den verschiedenen Individuen geht. Dazu gehört auch die Fähigkeit der Zusammenarbeit in heterogenen Gruppen, so dass damit schlussendlich auch die Teamfähigkeit oder wie er sagt die Teamkompetenz gesteigert wird. Dazu ist es, nach seinen Ausführungen, unumgänglich die Kommunikationsfähigkeit zu stärken, so dass auch auftretende mögliche Konflikte konstruktiv gelöst werden können, sowie einen sensiblen Umgang mit den vielfältigen Menschen und ihren unterschiedlichen Kulturkreisen zu pflegen. Mit dem Erlernen und Vertiefen der Interpersonalen Kompetenz soll eine Verbesserung der Vernetzungs- und Integrationsfähigkeit besonders in Bezug auf die verschiedenen kulturellen Hintergründen und Identitäten erreicht werden. Mit dem Zusatz der von ihm erwähnten interkulturellen Kompetenz soll jeder einzelne damit die Fähigkeit entwickeln oder verstärken zwischen verschiedenen Kulturen vermitteln zu können (S. 148 – 149).

Sein Modell dient ihm vor allem als Leitfaden für ein Diversitätstraining, in welchem genau diese verschiedenen Komponenten der Diversitätskompetenz eingeübt, erlernt und vertieft werden sollen. Schulz hat für das Diversitätstraining alle Menschen einer Organisation im Fokus, von den einzelnen Mitarbeitenden bis hin zu den Führungspersonen. Er sieht diese Schulungsmassnahmen als eine Möglichkeit der Personalentwicklung, um in Folge davon besser mit der Vielfalt von Mitarbeitenden und Kunden umgehen zu können. Angesetzt wird das Training, nach seinen Erläuterungen, auf der Ebene der einzelnen Individuen und gleichzeitig auch auf der Ebene der Gruppen einer Unternehmung (S. 149).

In den Ausführungen von Schulz liegt der Fokus auf der Unternehmung und ihren Strategien. Es geht im darum aufzuzeigen, wie im Zeitalter der zunehmenden Globalisierung und damit der zunehmenden Vielfalt ein optimierter und nutzbringender Umgang mit Diversität angestrebt und umgesetzt werden kann. Wie er schreibt, versteht er unter Diversität: “ (...) die personelle Vielfalt und Verschiedenartigkeit von menschlichen Individuen hinsichtlich der Dimensionen Geschlecht, Alter, kulturelle bzw. ethnische Zugehörigkeit, Nationalität, Religion etc. (...)“ (S. 2).

Vergleicht man nun die aufgeführten Definitionsansätze und Erläuterungen zur Diversitätskompetenz, so wird deutlich, dass alle erwähnten Experten und Expertinnen sich einig sind, dass die Diversitätskompetenz eine komplexe Kompetenz ist, die sich aus verschiedenen Komponenten, Elementen und Unterkategorien zusammensetzt. Erst das Zusammenfügen verschiedener Fähigkeiten führt also zu einer professionellen Diversitätskompetenz. Unterscheidungen finden sich in der Bezeichnung der Komponenten, welche jeweils zur Diversitätskompetenz führen. Wobei bei näherer Betrachtung auffällt, dass wohl die Bezeichnungen sich unterscheiden und die Gewichtungen anders verteilt sein mögen, aber das Verständnis, was es inhaltlich bedarf, um die Diversitätskompetenz zu erreichen, weist Ähnlichkeiten auf, da bei allen Erläuterungen und Beschreibungen die Ebene des Individuums und der Persönlichkeit, die Ebene des Fachwissens und die Ebene der Organisation zum Tragen kommen. Alle Fachpersonen sind sich einig, dass es grundsätzlich den Mensch als Individuum, aber auch die Ebene der Gruppe benötigt um in einem Gesamtunternehmen erfolgreich mit Diversität umzugehen. Den Ausführungen ist ebenso gemein, dass sie den Fokus auf betriebswirtschaftliche Aspekte legen, wobei bei Schulz die zusätzlich Betonung der Kundschaft etwas mehr zum Ausdruck kommt. Die Diversitätskompetenz wird hier also im engen

Zusammenhang mit dem Einführen oder Anwenden des gesamten Diversity-Management-Konzeptes betrachtet. Die Diversitätskompetenz selber, bleibt aber auch hier, trotz ihrer Komplexität, eine erlernbare und trainierbare Gesamtfähigkeit, welche dazu befähigt die Vorteile von Vielfalt in unterschiedlichsten Konstellationen zu erkennen und zu nutzen.

Unterschiede gibt es teilweise bei den Erläuterungen zum Begriff von Diversität. Während bei Herrmann und Kätker sehr differenziert auf den Begriff und das Verständnis der Dimensionen eingegangen wird, erwähnt diese Schulz nur sehr grundlegend. Allerdings ist auch in diesem Zusammenhang erkennbar, dass die sechs Kerndimensionen vom gleichen Grundverständnis geprägt sind.

Schlussendlich lässt sich festhalten, dass sich in den Ausführungen zwar verschiedene Gewichtungen zu den Facetten der Diversitätskompetenz finden lassen, aber auch hier ein gewisses gemeinsames Grundverständnis vorherrscht.

### 3.3.2 Diversitätskompetenz auf die Pflege bezogen

Wie bei der Transkulturellen Kompetenz, geht es an dieser Stelle darum aufzuzeigen, was Diversitätskompetenz in Bezug auf den Pflegeberuf bedeutet, um später gezielte Rückschlüsse auf die HF Pflegeausbildung daraus ableiten zu können.

In der Literatur finden sich praktisch wenige explizite Aussagen, die die Diversitätskompetenz alleine direkt in Verbindung bringen mit den Anforderungen im Pflegeberuf. Allerdings gibt es mehrere Aussagen in Bezug auf die Einführung des gesamten Diversity-Management-Konzeptes in den Gesundheitsbereich. Für die Anwendung des Diversity Managements (DiM) bedarf es allerdings der Diversitätskompetenz und so kann man sagen, dass diese implizit doch thematisiert wird.

Bei Herrmann und Kätker (2007) lässt sich bei der Einführung des DiM nachlesen, dass sie davon ausgehen, dass dieses top-down, wie auch bottom-up erfolgen muss in den Hierarchiestufen einer Gesundheitsorganisation. Bei beiden Ebenen, also auf der Stufe der Mitarbeitenden, wie auch auf der Stufe der Führungspersonen wird dazu, unter Anderem, verlangt, dass gezielte Trainings statt finden müssen: „(...) zur Kompetenzausweitung in Bezug auf Diversity“ (S. 166).

Im weiteren Verlauf kommen sie nochmals darauf zurück, als sie zusammenfassend fest halten, welche Anteile für die Implementierung des gesamten DiMs benötigt werden. Dabei erwähnen Herrmann und Kätker (2007) explizit: „Weitere Komponenten sind der Ansatz der lernenden Organisation, Diversity-Kompetenzen, das Wissensmanagement und die Grundlagen der Implementierung von DiM nach Stuber“ (S.167) und weiter: „Die zentralen Diversity-Kompetenzen ergänzen die Kompetenzanforderungen um spezifische Fähigkeiten im Umgang mit menschlicher Vielfalt“ (S.168).

Sie zeigen in ihrem Buch ebenfalls deutlich auf, warum es sinnvoll sein kann das Diversity-Management-Konzept auch auf die Gesundheitsorganisationen umzuwälzen. Sie orientieren sich dabei an das Krankenhaussystem Deutschlands, doch hat dies bietet genug Parallelen, um auch auf die Verhältnisse von Schweizer Spitälern übertragen werden zu können. So zeigen Herrmann und Kätker (2007) auf, dass DiM dazu beitragen kann die Patienten und Patientinnen gezielt als autonome Kunden und Kundinnen zu sehen, deren Compliance gefördert werden kann, wenn man auf ihre jeweils individuellen vielfältigen Hintergründe eingeht und diese in die Pflege, Begleitung und Behandlung dieser mit einbezieht. Des Weiteren kann DiM die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern, indem der Fokus nicht mehr auf dem Konkurrenzgedanken, sondern auf die konstruktive Zusammenarbeit unter gezieltem

Einbezug der individuellen vielfältigen Ressourcen und der Stärkung der gegenseitigen Kommunikationsfähigkeit, ausgerichtet wird. Als Letztes gehen sie auf die MitarbeiterInnenorientierung ein. In diesem Bereich wäre durch DiM eine Verbesserung möglich, weil DiM eine Haltung mit sich bringt, die die einzelnen Fähigkeiten und Ressourcen der Mitarbeitenden gezielt fördert, ihnen Handlungsspielräume erschafft, Selbstentfaltung nach ihrem individuellem vielfältigem Profil ermöglicht und für eine wertschätzende Atmosphäre sorgt, mit dem Ziel die Leistungsbereitschaft und Motivation für den Betrieb zu erhalten. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der jeweiligen persönlichen Ziele der Mitarbeitenden, so dass sich Beruf und Privatleben besser vereinen lassen (S. 87).

Wie bereits im oberen Teil zur Diversitätskompetenz erwähnt, ist die Schulung und das Trainieren dieser Kompetenz notwendig, um diese zu erlernen und anwenden zu können. In Bezug auf die Pflege machen Herrmann und Kätker (2007) dazu in ihrer Kraftfeldanalyse den eindeutigen Hinweis, dass dazu auch die Schulung und Implementierung des DiM bereits bei den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege beginnt (S. 185).

Bei Saladin (2006) lässt sich dazu nachlesen: „Das Management der Diversität befasst sich mit der Aufgabe einer Institution, bei ihrer Leistungserfüllung der Verschiedenartigkeit der ihr anvertrauten Menschen Rechnung zu tragen, zum Nutzen der Beteiligten und der Institution“ (S. 35). Er hält fest, dass jeder Mensch der in ein Spital eintritt sich mit Recht als Einzelfall sieht und dies unabhängig davon ob er oder sie dies als Patient / Patientin oder als MitarbeiterIn tut. Aus diesem Grund erachtet er es als wichtig, dass die Gesundheitsinstitutionen sich zukünftig so ausrichten, dass sie fähig sind die individuelle Vielfalt zu erkennen, zu respektieren und dies auf eine Weise, dass es zum Nutzen Aller ist. Dabei ist es für ihn zentral dem Grundsatz der Nichtdiskriminierung zu folgen (S. 35). Saladin (2006) äussert dazu klar, dass es anfänglich nach einem aufwendigen Prozess bzw. Vorgehen aussieht, dass dadurch aber die Betreuung und Behandlung langfristig effizientere Abläufe und Prozesse entstehen. Wichtig ist dabei, wie er erklärt, dass ein Gesundheitsbetrieb sich klar darauf festlegen muss, welche spezifischen Bedürfnisse aufgenommen werden können und welche nicht (S. 35). Saladin (2006) merkt dazu an: „Die Durchsetzung einer umfassenden Diversitätspolitik erweist sich somit als Schlüssel für kundenorientierte, effiziente und konkurrenzfähige Unternehmenspolitik“ (S.35). Für das Gelingen von DiM im Gesundheitsbereich hält er das Einhalten der Prinzipien der Menschenwürde und das der Chancengleichheit für grundlegend, damit Patienten und Patientinnen egal welcher Herkunft, welchen Alters, welcher Religion, welcher sozialen oder wirtschaftlichen Hintergründen, welchen Geschlechts und welchem Gesundheits- oder Krankheitszustands eine optimale und professionelle, auf ihn / sie zugeschnittene Behandlung und Betreuung erfährt (S. 36). Er betont auch, dass es sich nicht um eine banale ethische Etikette handelt, sondern um ein sehr bewusstes und differenziertes Handeln, das Selbstreflexion voraus setzt (S. 36).

Auch bei Gransee et al. (2009) finden sich Hinweise, warum das Einführen von DiM als Gesamtkonzept mit allen seinen Anteilen im Gesundheitswesen Sinn macht. Sie weisen darauf hin, dass sich zum Einen mit DiM die Orientierung an der Kundschaft und den Mitarbeitenden verbessern lässt und zum Anderen auch das Qualitätsmanagement damit optimiert werden kann (S. 35 – 38). Sie greifen dabei auf, dass es sich dabei gleichwertig um ethisch-moralische, wie um betriebs- und volkswirtschaftliche Aspekte handelt, die sich dadurch fördern und verbessern lassen, indem vor allem die vielfältigen Bedürfnisse gezielt erfasst und berücksichtigt, das bis anhin unsichtbare Potenzial jedes / jeder Einzelnen in die Abläufe integriert und die Konzepte und Pflegemodelle überdacht und den tatsächlichen individuellen Bedürfnissen von Patienten und Patientinnen angepasst werden (S. 37). Gransee et al. (2009)

halten dazu fest: „Ziel ist ein Klima des Respekts gegenüber unterschiedlichen Erfahrungskontexten, Meinungen und Arbeitsstilen, das einen offenen Diskurs erlaubt“ (S. 36).

Zusammengefasst lässt sich bei allen Ausführungen feststellen, dass die noch meist ungelösten Schwierigkeiten in den Gesundheitsorganisationen bezüglich Hierarchien, Konkurrenzdenken, Schnittstellenkoordination, Mitarbeitendenpotenzial, Chancenungleichgewicht, Berücksichtigung der individuellen Vielfalt aller Beteiligten, Integration der Kerndimensionen Aller, gezielte Kunden- und Kundinnenorientierung, Überdenken vorhandener Konzepte und Nutzen von brach liegenden Potenzialen noch viel zu tun bleibt. Mit der Einführung des DiM als Gesamtkonzept, zeigen alle aufgeführten Experten und Expertinnen auf, wie sich dieses vorteilhaft auf die Gesundheitsorganisationen auswirken kann und sich dabei nicht nur auf das Patienten Klientel, sondern auch auf alle Mitarbeitenden und die gesamte Qualität der Abläufe einer Gesundheitsorganisation positiv niederschlagen könnte. In den Büchern finden sich durchaus auch Kritikpunkte zum DiM, doch zeigen die Abhandlungen und Einschätzungen dazu auf, dass die Vorteile gesamthaft überwiegen. Aus diesen Ausführungen und Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass es dementsprechend auf allen Ebenen der Gesundheitsorganisationen Mitarbeitende benötigt, welche vor allem auch der Diversitätskompetenz mit allen ihren Elementen mächtig sind. Nur so wird es möglich sein das Gesamtkonzept des DiMs in einen Betrieb des Gesundheitsbereiches erfolgreich zu implementieren. In allen Quellen wird zusätzlich auch immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass der kontinuierliche Lernprozess und das Reflektieren dabei ebenso unabdingbar sind. Wie auch Thomas (2001) sagt, braucht es Menschen mit einer hohen Diversity-Reife, die ebenso über die zentralen Kernkompetenzen der Diversitätskompetenz verfügen, da sich diese dann förderlich als Diversity-Respondierende in die DiM Prozesse einbringen können.

In Bezug auf den Pflegeberuf und die Pflegeausbildung, belegt die hier bearbeitete Literatur auch, dass die Diversitätskompetenz, als Basiskomponente für eine erfolgreiches DiM, bis jetzt noch wenig genau im Detail untersucht wurde. Das mag zum Einen damit zusammenhängen, dass das Diversity-Management-Konzept noch eine junge Disziplin in der Schweiz ist. Zum Anderen kann es aber auch mit einem noch zu geringen Bewusstsein in der Pflegewissenschaft begründet werden, da der Gesamtblick auf das DiM zuerst vor allem die Betriebsorganisation als Ganzes in den Mittelpunkt rückt und erst bei den Überlegungen bezüglich der Umsetzung und Anwendung über die nötigen Kompetenzen genauer nachgedacht werden muss.

Abschliessend ist hier anzumerken, dass für die Betrachtungsweise des Menschen im Pflegealltag, die Anwendung eines Dimensionen-Modells sinnvoll wäre, das die Dimension der Persönlichkeit enthält, da die ethische Grundhaltung des Pflegeberufs auf die Individualität und Ganzheitlichkeit des Menschen ausgerichtet ist. Bezogen auf eine Gesundheitsorganisation insgesamt, sollte das gewählte Dimensionen-Modell auch die organisationale Ebene einschliessen, um alle Beteiligten in das Diversity-Management-Konzept einbeziehen zu können. Ein solches findet sich zum Beispiel bei Herrmann und Kätker (2007), das sich an dem Original von Gardenswartz und Rowe orientiert (S. 42).

### **3.4 Vergleich Transkulturelle Kompetenz und Diversitätskompetenz**

In den folgenden beiden Unterkapiteln gilt es nun die oben gewonnenen Erkenntnisse zu der Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz einander gegenüber zu setzen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede daraus darzustellen. Diese Ergebnisse werden sich im weiteren Verlauf auf die Prognose bezüglich der Pflegeausbildung HF niederschlagen.

Der Übersicht halber werden die Ergebnisse in Form einer Auflistung dargestellt.

### 3.4.1 Gemeinsamkeiten

Folgende zentrale Gemeinsamkeiten lassen sich aus den obigen fachlichen Ausführungen zusammenfassen beim Vergleich der beiden erwähnten Kompetenzen:

- Beides sind Kompetenzen, das heisst kurz gesagt Fähigkeiten, welche erlernbar sind und mit dem professionellen Handeln einher gehen.
- Beide Kompetenzen beinhalten den Aspekt vom kultursensiblen Umgang, da die Dimension der Kulturalität für beide Fähigkeiten benötigt wird.
- Beide Kompetenzen werden jeweils für Themenbereiche eingesetzt, welche zurzeit gesellschaftliche und betriebliche Brennpunkte darstellen.
- Die beiden Kompetenzen setzen sich jeweils aus mehreren Elementen zusammen. Gemeinsam teilen sie dabei insbesondere die Aspekte der Kommunikations-, der Reflexions- und der Fachkompetenz.
- Den beiden Kompetenzen liegt ein Verständnis zugrunde, dass vom kontinuierlichen Lernen und der offenen Interaktion ausgeht.
- Die beiden Kompetenzen teilen das Verständnis, dass die Anwendung der Kompetenzen der Schulung und Übung bedarf und auf der Ebene der einzelnen Individuen, wie auch der Organisationsebene als Ganzes angesiedelt ist.
- Beide Kompetenzen möchten ihren Teil zur Förderung der Chancengleichheit beitragen.
- In beiden Kompetenzen wird die wertschätzende bzw. emphatische Haltung als zentral bezeichnet, so dass in beiden Anätzen die Menschenwürde geachtet wird.
- Beide Kompetenzen wollen grundsätzlich der Vielfalt der Menschen gerecht werden.
- Beide Kompetenzen empfehlen nicht nur Schulungen auf allen Ebenen eines Gesundheitsbetriebes, sondern weisen jeweils auch auf den Nutzen einer möglichst frühen Schulung und Sensibilisierung in den Pflegeausbildungen hin.
- Beide Kompetenzen sollen die Beteiligten auf beiden Seiten einer Interaktion grundsätzlich befähigen sich kultursensibel zu begegnen und setzen diese Fähigkeit aber insbesondere für Fachpersonen als Erwartung voraus.
- Beide Kompetenzanforderungen hängen mit den Globalisierungsprozessen zusammen und gehen von einem dynamischen, prozesshaften Kulturverständnis aus.

### 3.4.2 Unterschiede

Als nächstes nun hier die zentralen Unterschiede der beiden genannten Kompetenzen, welche sich aus den oben aufgeführten Abhandlungen aufzeigen lassen:

- Die Definition von Vielfalt unterscheidet sich bei den beiden Kompetenzen. Die Transkulturelle Kompetenz legt das Gewicht auf die Aspekte der kulturellen und ethnischen Herkunft und der religiösen Zugehörigkeiten. Beim erwähnen anderer Kerndimensionen von Diversität, wie z.B. Alter und Geschlecht usw., werden diese nur im Kontext des Migrationshintergrunds näher betrachtet und das transkulturell kompetente Handeln danach ausgerichtet. Bei der Diversitätskompetenz wird die menschliche Vielfalt, basierend auf den erwähnten sechs Kerndimensionen für alle Menschen, egal ob mit oder ohne Migrationshintergrund, als gegeben erachtet. Folglich gehören zum kompetenten Handeln in Bezug auf Diversität immer alle Kerndimensionen der Menschen, aber es kann je nach Situation oder Kontext entschieden werden, welche ggf. gerade vordergründig der besonderen

Berücksichtigung bedarf. Somit ist hier der kulturelle und religiöse Hintergrund eine der möglichen gängigen sechs Kernkompetenzen.

- Die Transkulturelle Kompetenz verfolgt differenziert betrachtet das Ziel für Menschen mit Migrationshintergrund Chancengleichheit und eine antidiskriminierende Begegnung zu schaffen, in der jeweiligen Aufnahmegesellschaft und damit auch z.B. im Gesundheitswesen. Im Vergleich dazu verfolgt die Diversitätskompetenz dieses Ziel für alle Menschen, unabhängig ob mit oder ohne Migrationshintergrund. Somit geht es auch allgemein um die jeweilige Gesamtgesellschaft.
- Die Transkulturelle Kompetenz umfasst somit gezielt einen klar abgegrenzten Teilbereich, während die Diversitätskompetenz die ganzheitliche Betrachtung der Vielfalt der Menschen fokussiert.
- Die Diversitätskompetenz ist stark an das Gesamtkonzept des Diversity-Managements geknüpft. Die Transkulturelle Kompetenz hingegen plädiert dafür von der Führungsebene mitimplementiert zu werden, ohne ein eigentliches Management-Tool dafür zu haben oder eine Managements-Disziplin in sich zu sein.
- Die Transkulturelle Kompetenz ist genau betrachtet eine Teilkomponente oder -kompetenz der Diversitätskompetenz, da der sensible und wertschätzende Umgang mit kulturellen Aspekten in der Diversitätskompetenz enthalten ist. Die Transkulturelle Kompetenz kann deshalb nicht alle Dimensionen der Diversität abdecken.

### 3.4.3 Zwischenfazit zum Vergleich

Nach dem Vergleich der zentralen Aussagen zur Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz, lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Diversitätskompetenz ganzheitlicher auf jeden Menschen ausgerichtet ist, während die Transkulturelle Kompetenz im Kontext des Migrationshintergrunds Anwendung findet.

Auch wenn beide Kompetenzen eine Antwort auf die Globalisierungsprozesse und damit der zunehmenden Durchmischung der Bevölkerung darstellen, so scheint der Diversitätsansatz einen Schritt weiter zu sein, da er durch diese Globalisierungs- und Migrationsbewegungen erkannt hat, dass jeder einzelne Mensch ein einzigartiges Individuum ist, dass sich mit allen Vielfaltsmöglichkeiten bezüglich der inneren Kerndimensionen, aber auch der weiteren äusseren Dimensionen in jeder Gesellschaft bewegt. Mit der Diversitätskompetenz wird das wertschätzende Augenmerk nicht nur auf Menschen mit Migrationshintergrund gelegt, wie bei der Transkulturellen Kompetenz, sondern auf alle Mitglieder einer Gesellschaft. Mit der Diversitätskompetenz kann je nach Situation das Gewicht auf eine oder mehrere Kerndimensionen eines Menschen gelegt werden, bei der Transkulturellen Kompetenz bleibt das Hauptgewicht mehrheitlich auf die kulturellen, ethnischen und religiösen Aspekten ausgerichtet.

Wenn es konsequent in einem Unternehmen allgemein oder hier im Speziellen auch im Gesundheitsbereich darum gehen soll, das individuelle Potenzial und die vielfältigen Ressourcen aller Mitarbeitenden zu nutzen oder beim Kunden- bzw. hier dem Patienten Klientel die individuellen Vielfältigkeitsprofile in das Behandlungsangebot gleichwertig zu integrieren, um die Qualität der Pflege, Betreuung und Behandlung zu optimieren, dann bedarf es, nach diesem Vergleich, der Diversitätskompetenz und des DiM. Nur so kann wirklich allen Menschen egal welcher ethnischen Herkunft, Religion, sozialem Status, Geschlecht, Alter oder Behinderung / Befähigung, chancengleich, individuell und wertschätzend begegnet werden, denn die Aspekte der Kerndimensionen betreffen Alle und nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund. Auch wenn diese, aufgrund verschiedener Erhebungen, immer wieder als benachteiligte Menschen im Schweizerischen Gesundheitswesen erfasst werden und teilweise der besonderen Unterstützung bedürfen, so würde das Konzentrieren auf die

Diversitätskompetenz diese trotzdem nicht plötzlich benachteiligen, weil die ethnische Herkunft etc. in dieser ebenso enthalten ist. Es liessen sich einfach alle Kerndimensionen für Alle gleichwertig anwenden unter Einbezug wirklich aller Gesellschaftsmitglieder. Dieses auch, weil das Beherrschen der Diversitätskompetenz die Fähigkeiten, welche die Transkulturelle Kompetenz fordert, mit einschliesst. In Bezug auf die Pflege müsste bei der Auseinandersetzung mit anderen Werten, Normen und Lebenswelten und beim kontextbezogenen Einbezug dieser zusätzlich nur noch an die unterschiedlichen Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit gedacht werden. Beim Erlernen und Trainieren der Diversitätskompetenz bleibt bei den verschiedenen Teilkompetenzen bzw. Komponenten genug Raum, um jeweils spezielle berufsbezogene Themenaspekte oder auch Schwerpunkte zu den Kerndimensionen darin zu integrieren und mit zu vermitteln.

## **4 Transkulturelle Kompetenz und Pflege**

### **4.1 Gründe für die Ausrichtung auf die Transkulturelle Kompetenz**

Wie bereits erwähnt, werden im Pflegealltag Menschen mit allen Facetten der Diversität gepflegt, was bedeutet, dass Pflegefachpersonen somit in jeder Pflegesituation mit den sechs Kerndimensionen des Diversitätskonzepts in Berührung kommen. Welche dabei in der individuellen Interaktion eine vordergründige Rolle spielen, ist von dem jeweiligen Kontext der Situation abhängig.

Trotzdem ist seit ein paar Jahren eine starke Gewichtung der Transkulturellen Kompetenz im Gesundheits- und Krankenpflegebereich beobachtbar mit anhaltender zunehmender Tendenz. Dabei stellt sich die Frage, warum besonders der kulturelle Aspekt so stark im Mittelpunkt steht, obwohl jeder Mensch immer alle Kerndimensionen mit sich trägt. Genau dieser Frage soll in diesem Kapitel genauer nachgegangen werden.

Grundsätzlich lässt sich dazu festhalten, dass die Entwicklungen des Bevölkerungsanteils in der Schweiz, welcher einen Migrationshintergrund aufweist, mehrheitlich zu der starken Gewichtung der Transkulturellen Kompetenz im Pflegealltag beigetragen haben.

Migrationsbewegungen sind allerdings keine neue Erscheinung. Geschichtlich betrachtet, wandern Menschen über den Globus, seitdem es Menschen gibt. Auch die Beweggründe dafür waren schon immer vielseitig. So gehören dazu zum Beispiel Kriege, Hungersnot, Arbeitsangebot- und nachfrage, Verfolgungen, Entdeckungsreisen und Forschung, etc. Die Gewichtung der Migrationsgründe verschiebt sich zwar je nach aktuellen geschichtlichen, politischen, soziologischen und wirtschaftlichen Zusammenhängen, aber neu sind diese mehrheitlich nicht. Auch die Gewichtung, welches Land Einwanderungs- oder Auswanderungsland ist, wechselt durch die erwähnten Begebenheiten, sind aber ebenfalls keine neuen Phänomene.

Bei der geschichtlichen Betrachtung in Bezug auf die Schweiz fällt auf, dass sie lange selber zu den Auswanderungsländern gehörte und erst im Zuge des ersten grossen Wirtschaftsaufschwungs auf dem europäischen Kontinent, zwischen den 50iger und 60iger Jahren, zum Einwanderungsland

wurde, weil sie Arbeitskräfte benötigte und für diese auch aktiv warb. Da man Anfangs der Ansicht war, dass diese Arbeitskräfte nach einigen Jahren wieder in ihre Herkunftsländer zurück kehren würden, unternahm man in den ersten Jahren nichts Spezielles, um diesen Personen in die hiesige Gesellschaft gezielt eine Integration zu ermöglichen. Viele der Arbeitskräfte bauten sich hier aber mit den Jahren ein neues Zuhause und ein neues soziales Netz auf, holten ihre Familien, soweit möglich, nach und wurden in der Schweiz sesshaft. Diese Entwicklungen gehen auch in der heutigen Zeit weiter. Dadurch wuchs erst über die Jahre auch die Nachfrage der Gesundheitsversorgung der Menschen mit Migrationshintergrund in den Schweizerischen Gesundheitseinrichtungen, da nebst dem Sesshaft werden, dieser ersten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, nach und nach der Einwanderungsstrom in die Schweiz tendenziell weiter zunahm und somit die besagte Bevölkerungsgruppe sich stetig vergrösserte und auch hier begann alt zu werden.

Aktuell kommen Menschen mit unterschiedlichen Nationalitäten, Bildungsniveaus und Migrationsgründen in die Schweiz, was zu einer sehr vielfältigen Durchmischung mit der Ursprungsbevölkerung führt, zumal nun auch Migranten und Migrantinnen der zweiten und dritten Generation hier leben.

Bis heute sind die Einwanderungszahlen der Schweiz insgesamt leicht zunehmend, was auch aus den Statistiken des BAG hervor geht (s. Anhang). Die Durchmischung mit der ansässigen Ursprungsbevölkerung nahm und nimmt dadurch generell weiter zu.

In der Zwischenzeit haben die sich intensivierenden Globalisierungsprozesse zusätzlich zu einer Beschleunigung dieser Durchmischungsprozesse beigetragen. Die gemeinsamen Berührungspunkte nehmen dadurch zu, in der Berufswelt genauso wie im privaten Umfeld.

Die Patientenklientel ist bei solchen gesellschaftlichen Prozessen immer ein Abbild der Gesamtbevölkerung eines Landes, so auch in der Schweiz. Mit dem kurz zusammengefassten geschichtlichen Abriss zur Schweiz lässt sich erklären, warum die Transkulturelle Kompetenz als zeitversetzte Antwort auf die hier ansässigen Menschen mit Migrationshintergrund entstanden ist und warum sie immer noch als zentrale Kompetenz bei der Versorgung von Migranten und Migrantinnen angesehen wird. Zurzeit leben nach Angaben des BAG (2010) 21,9% Menschen mit Migrationshintergrund konstant in der Schweiz (s. Tabelle im Anhang)

Durch die Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung, gab es folglich auch mehr Migranten und Migrantinnen in den Spitälern, die es zu behandeln und begleiten galt. Mit den Jahren kristallisierte sich aber heraus, dass besonders Migranten und Migrantinnen es schwerer haben sich in dem neuen und fremden Gesundheitssystem zu orientieren und häufig erwiesen sich auch mangelnden Sprachkenntnisse als zusätzliche Hürde in der Gesundheitsversorgung. Diese Beobachtungen werden seit den 90iger Jahren bis heute durch wissenschaftlichen Untersuchungen und Analysen untermauert. Im Zuge der Chancengleichheit, die in der Schweiz mittlerweile als Grundwert für alle Bevölkerungsmitglieder gilt, veranlasste zum Beispiel das BAG dazu eine klare Strategie auf Bundesebene zur Thematik *Migration und Gesundheit* auszuarbeiten. Diese enthält einerseits wissenschaftliche Erhebungen zu den Aspekten, die zu einer Unterversorgung der Migrationsbevölkerung führt, sowie aus diesen Erkenntnissen abgeleitete Strategien mit denen bis zum Jahr 2013 eine massgebliche Verbesserung dieser Ausgangslage angestrebt wird. In diesem Zusammenhang werden vom BAG auch verschiedene Massnahmen und Projekte dazu gefördert und unterstützt. Eines der bekanntesten Projekte, das aktuell in der Schweiz gestartet ist, ist das der *Migrant Friendly Hospitals* (MFH). Dieses orientiert sich am gleichnamigen Projekt der EU und hat zum Hauptziel die Barrieren und Ungleichheiten in der Pflege und Behandlung von Migranten und Migrantinnen abzubauen und somit die Chancengleichheit konsequent zu verbessern. In diesem Zusammenhang sollen zudem die



Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund bewusster als Ressource erkannt, gefördert und genutzt werden, so dass eine Stärkung der Transkulturellen Kompetenz und eine verbesserte Transkulturellen Öffnung in den Gesundheitsinstitutionen dauerhaft erfolgt. Aus diesen verbesserten Prozessen und der optimierten Ressourcennutzung erhofft man sich ebenso mehr Effizienz in der Behandlung und Betreuung von Migrantinnen und Migranten, womit schlussendlich auch ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen der Schweiz geleistet werden soll.

Trotz allen diesen geschichtlichen, politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen, sind doch gerade dem Pflegeberuf die Vielfältigkeit und die Individualität des Menschen bekannt. Warum bleibt trotzdem bis heute die Transkulturelle Kompetenz so sehr im Mittelpunkt des täglichen Pflegegeschehens?

Betrachtet man dazu zusätzlich das fachliche Know-how einer Pflegefachperson, lassen sich dazu einige Rückschlüsse ziehen.

Aus den pflegerischen Alltagserfahrungen heraus, entwickelte sich, im Zuge der Professionalisierung des Pflegeberufes, kurz gesagt, die Pflegewissenschaft, welche die gewonnenen praktischen Erkenntnisse nach und nach mit Pflege-theorien, -modellen, -konzepten und -diagnosen etc. wissenschaftlich untermauerte und in eine allgemeingültige Fachsprache übersetzte. Der Prozess der Professionalisierung und die damit verbundenen Pflegeforschung hält dabei bis heute an.

Betrachtet man nun einige dieser pflegetheoretischen Grundlagen, so erkennt man rasch, dass die Pflege schon seit geraumer Zeit viele fachliche Grundlagen geschaffen hat und weiter schafft, um mit den vielfältigen Dimensionen eines Menschen in der Pflegebeziehung professionell umzugehen zu können.

So gibt es im Rahmen der Konzeptuellen Pflegemodelle zum Beispiel einerseits Interaktionsmodelle, die die zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege unterstützen. Andererseits gibt es Bedürfnismodelle, welche darauf bedacht sind Ressourcen und Bedürfnisse der Patientenklientel individuell zu erfassen und zu fördern oder Pflegergebnismodelle, die darauf bedacht sind die Elemente zu erfassen und zu fördern, die die Gesundheit und die Selbständigkeit stärken unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Sicherheit. Als weitere Form können auch noch die Humanistischen Modelle genannt werden, die verschiedene Gruppenzugehörigkeiten von Menschen berücksichtigen, ebenso wie die subjektiven Wahrnehmungen. Allen Modellarten liegen dementsprechende Pflege-theorien zugrunde. Aber auch Pflegekonzepte oder Pflegediagnosen geben Hilfestellungen, um die objektiven und subjektiven Phänomene eines Patienten / einer Patientin zu erfassen und daraus passende Rückschlüsse für die individuelle pflegerische Betreuung und Behandlung abzuleiten. Das Erlernen von professionellen Gesprächsführungen, die bei der Anamnese einsetzen, über die Patientenedukation etc. bis hin zur Krisenintervention und Konfliktlösung führen, ermöglicht es den Pflegefachpersonen in jeder Situation, die Patienten / -innen angemessen einzuschätzen, zu begleiten und individuelle Bedürfnisse gezielt in die Pflege aufzunehmen. Der Pflegeprozess bietet dabei auch die nötigen Instrumente, um zum Beispiel die Pflegeplanung eines jeden pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich zu erfassen, zu evaluieren und immer wieder den aktuellen Begebenheiten anzupassen. In diesem Zusammenhang bildet immer der Patient / die Patientin den Mittelpunkt des Geschehens mit seinen / ihren individuellen Anliegen und seinem / ihrem individuellen Kontext.

Neben den hier auszugsweise aufgeführten Fachelementen, welche mehrheitlich handlungsorientiert sind, gibt es weitere fachspezifische Elemente, die sich auf die professionelle Haltung einer Pflegefachperson beziehen. Als Grundlage dazu ist zu erwähnen, dass die Pflege von einem ganzheitlichen, also holistischen, Menschenbild ausgeht. Dazu hat besonders auch

Liliane Juchli (1994) für die Pflege wichtige Grundsätze, Leitlinien und Thesen aufgestellt, wie zum Beispiel, dass der Mensch eine Einheit von Körper, Geist und Seele ist (S. 17). Ebenso grundlegend hält sie dazu fest, dass jeder Mensch ein einzigartiges und einmaliges Individuum ist, welches stets in wechselseitiger Beziehung mit seiner Umwelt, sowie seinem Umfeld steht (S. 17). Als Konsequenz aus dieser Grundhaltung weist sie darauf hin, wie wichtig es deshalb für jede Pflegefachperson ist, in jeder Begegnung mit der Patientenklientel, die Würde eines jeden Menschen zu wahren (S. 25). Zusätzlich verstärkt wird diese Haltung gegenüber den Menschen im pflegerischen Kontext durch die *Ethischen Grundsätze für die Pflege*, die vom Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) definiert wurden. Der SBK (1990) hält als ethische Kernaussage für die Gesundheits- und Krankenpflege fest: „Die Würde des Menschen und die Einzigartigkeit des Lebens stehen im Zentrum allen pflegerischen Handelns“ (S. 7). Diese Grundhaltung wird in vier Verantwortungsbereiche gegliedert, welche der SBK (1990) wie folgt festlegt:

- Die Verantwortung gegenüber dem Patienten / Klienten und dessen Bezugspersonen
- Die Verantwortung sich selbst und dem Beruf gegenüber
- Die Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern
- Die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und der Umwelt (S. 7)

Jeder Verantwortungsbereich wird anschliessend genauer erläutert, indem Beschreibungen folgen, die der Pflege als Ziel und Massstab dienen.

Weiter gehören zu diesem Bereich auch das Konzept des Carings, in welchem es um die Anteile der Fürsorge in der Pflegebeziehung geht und das Verständnis der Empathie, womit das Verstehen anderer emotionaler Welten, sowie ein wertschätzender Umgang damit gemeint sind.

In Bezug auf das fachliche Know-how der Pflege bezüglich der Handlungs-, wie auch der Haltungsebenen, gäbe es noch Vieles mehr zu ergänzen, detaillierter zu beschreiben und zu erläutern, zumal ebenfalls auch Fachwissen aus Parallelwissenschaften, wie der Psychologie, der Medizin, der Kommunikationswissenschaften, der Soziologie, der Ethik, etc. in die Pflegeausbildung und den Pflegealltag mit einfließen. Jedoch sollen die gewählten kurzen Beispiele und Einblicke aufzeigen, dass die Pflege seit jeher mit der menschlichen Vielfalt konfrontiert war und ist und daraus fortlaufend fundierte Strategien ableitet.

Die ethische Grundhaltung, das ganzheitliche Menschenbild, die unterschiedlichen Theorien, Modelle und Konzepte oder auch die daraus konkret abgeleiteten Pflegestandards, haben immer den individuellen Menschen im Zentrum, was bedeutet, dass ein Umgang mit allen Facetten der Kerndimensionen geschaffen wurde. Die Einzigartigkeit des Menschen bezieht sich somit in der Pflege auf alle Dimensionen, wie sie zum Beispiel in dem Vier-Dimensionen-Modell von Herrmann und Kätker, in Anlehnung an Gardenswartz und Rowe, aufgezeigt wurden. Nämlich auf die der Persönlichkeit, die der inneren Kerndimensionen, der äusseren Dimensionen und sogar in gewissermassen den organisationalen Dimensionen, da bei den ethischen Grundsätzen auch von der Verantwortung den Mitarbeitenden gegenüber die Rede ist. Auf die Kerndimensionen bezogen bedeutet das, die Pflege weiss, wie sie professionell Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichem / -r Alter, Geschlecht, Religion, ethnischer Herkunft, Behinderung / Befähigung und sexueller Orientierung begegnet und betreut. Der Umgang mit den Facetten der Kerndimensionen und der menschlichen Persönlichkeiten gehört folglich zum gängigen Pflegealltag und hat als Thematik somit etwas Gewöhnliches für Pflegefachpersonen. Gemäss diesem beruflichen Alltags richtet sich dann auch die Pflegesausbildung aus, die das dazugehörige Fachwissen und Kompetenztraining anbietet.

Verknüpft man nun diese Begebenheiten mit den geschichtlich-politischen Migrationsentwicklungen in der Schweiz und der Tatsache, dass die Patientenklientel ein Abbild der Gesellschaft ist, wird nochmals ersichtlich, wie alle diese Komponenten dazu führen, dass die Transkulturelle Kompetenz zur Zeit einen zentralen Stellenwert einnimmt. Von den sechs erwähnten Kerndimensionen und der tendenziell wachsenden Anzahl Menschen mit Migrationshintergrund ausgehend, wird schnell deutlich, dass die einzige Kerndimension, die im Pflegekontext seit einigen Jahren zunehmend aussergewöhnlich ist, die der ethnischen Herkunft ist.

Eine ungewohnte ethnische Herkunft wird in der Ursprungsgesellschaft, die die Begebenheiten der Herkunftsorte nicht oder wenig kennt, erst einmal als fremd und anders empfunden. In der gegenseitigen Begegnung muss sich als Folge davon nach und nach zuerst ein gegenseitiges Verständnis zu unterschiedlichen Werten, Haltungen, Traditionen, Lebenskontexten, etc. entwickeln, bevor das Ungewohnte bzw. Fremde an Gewohnheit gewinnen kann. In der gegenseitigen Begegnung wirken sich allerdings regelmässig Vorurteile, Kategorisierungen und Sprachbarrieren bremsend auf das bessere gegenseitige Kennenlernen und Verstehen aus. Hinzu kommt auch, dass je nach beruflichem und privatem Umfeld die möglichen Begegnungsmomente nicht für alle gleich häufig oder regelmässig gegeben sind. Wie bereits Uzarewicz (2008) treffend festgehalten hat, sind nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund fremd, sondern: „Das Fremde ergibt sich (...) aus der Kontrastierung zum Eigenen“ (S. 1). Dazu lässt sich jedoch anfügen, je mehr Unterscheidungsmerkmale zwischen dem Eigenen und dem sogenannten Fremden liegen, desto stärker wird dieses als Distanz und als Ungewohnt wahrgenommen. Bei Menschen mit anderen ethnischen Hintergründen ist genau diese Ausgangslage häufig gegeben, die zuerst einmal befremdend und trennend wirken kann.

Bezogen auf den Pflegealltag bedeutet diese Ausgangslage, dass zwar Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund nicht ein völlig neues Phänomen sind, aber aufgrund der zugenommenen Zahlen ist man nun auch im Pflegealltag fast täglich mit Menschen dieser Bevölkerungsgruppe konfrontiert. Dabei haben auch die ethnischen Hintergründe an Vielfalt zugenommen. Doch auch Pflegefachpersonen empfinden aus den oben kurz erwähnten Gründen ihre Patienten und Patientinnen mit dieser Konstellation als ungewohnt oder eben fremd. Sie mögen zwar die bessere zwischenmenschliche Ausgangslage haben, wegen ihrer ethischen Grundhaltung, aber dafür kommt erschwerend der Zeitdruck dazu. Einerseits durch den häufig dicht gedrängten Arbeitstag, welcher immer auch Unvorhergesehenes bereit hält. Andererseits durch die Begebenheit, dass ein Gesundheitseinbruch oder -verschlechterung in den meisten Fällen eine belastende Situation ist, die bei einer Mehrheit der Patientenklientel und deren Angehörigen eine leichtere oder schwerere Krise auslöst. Für das medizinische Fachpersonal und somit auch für die Pflege gilt der Grundsatz möglichst rasch professionell Hilfe zu leisten um Linderung und / oder Genesung zu ermöglichen. In diesen häufig zeitlich gedrängten und emotional befrachteten Situationen angemessen schnell und fachkompetent handeln zu können, wird dann gleich noch einmal um Einiges erschwert, wenn Sprachbarrieren und / oder ungleiche Verständnisse von Gesundheit und Krankheit, sowie den dazugehörigen Behandlungsvorstellungen vorliegen.

Die Folge davon können Missverständnisse, Fehlbehandlungen, fehlende Compliance, fehlende Vertrauensbasis, Unterversorgung, Rückzug, Kategorisierungen, mangelnder Informationsfluss etc. sein. Zurück bleiben Unzufriedenheiten und Unklarheiten auf beiden Seiten, die schlussendlich ebenso die Therapieergebnisse negativ beeinflussen. Wirtschaftlich betrachtet trägt dies Alles unweigerlich mit zu den wachsenden Gesundheitskosten bei. Gerade die Pflege hat in der Betreuung und Behandlung eine Schlüsselrolle, da sie sich 24 Stunden um die Patienten und Patientinnen bewegt, Phänomene wahrnimmt, aufnimmt und dementsprechend auch an andere Personen des interdisziplinären Teams weiterleitet. Wird die Verständigung in Situationen, die

zentral das Leben betreffen zusätzlich eingeschränkt oder erschwert, weil sich Sprache und oder Erklärungsmodelle unterscheiden, leidet die Pflege- und Therapiequalität und die Frustration steigt auf Seiten des interdisziplinären Behandlungsteams genauso wie auf Seiten der Patientenklientel mit Migrationshintergrund. Um dem Pflegeauftrag und der geltenden Norm von Pflegequalität in der Schweiz gerecht zu werden, bedarf es Lösungen für die Begegnung und Interaktion zwischen den benannten beiden Seiten.

Zu erwähnen sind hier aber auch Situationen, in denen Migranten / Migrantinnen gar nicht die notwendigen Informationen zur Gesundheitsversorgung und -förderung erhalten, weil der Zugang zu den nötigen Quellen fehlt. Teilweise ebenso aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse der Landessprachen, teilweise aber auch weil das System und die Zugänge unbekannt sind.

Die USA waren schon früher mit einer starken kulturellen Durchmischung ihrer Gesellschaft konfrontiert. So erstaunt es nicht, dass genau dort bereits in den 60iger Jahren ein erstes Pflegemodell dazu entworfen wurde. Es war das Sunrise-Modell von Madeleine Leininger. Dieses Modell wurde auch in den deutschsprachigen Raum übernommen, so auch in die Gesundheits- und Krankenpflege der Schweiz. Mit der Entwicklung hin zu einem dynamischen prozesshaften Verständnis des Kulturbegriffes, wie er auch von Welsch oder von Eicke und Zeugin gesehen wird, verlor das Sunrise-Modell jedoch an Bedeutung, da diesem eher kategorisierende, also normative Kulturdefinitionen zugrunde liegen, die mit dem neuen Verständnis von Transkulturalität kaum noch vereinbar waren und sind. Ein neuer Ansatz war gefragt. Uzarewicz und Domenig haben mit ihren fachlichen Auseinandersetzungen zentral dazu beigetragen, dass in der Pflegewelt der Schweiz neue Konzepte für die Begegnung mit Migranten und Migrantinnen eingeführt werden konnten. Ein Prozess, der bis heute anhält, wie beispielsweise an der aktiven Anfangsphase des MFH – Projektes ersichtlich wird, dass 2010 in der Schweiz gestartet ist. Domenig und ihre Co-Autoren / Autorinnen haben mit ihrem Buch zur Transkulturellen Kompetenz für die Berufe aus dem Pflege-, Gesundheits- und Sozialbereich ein hilfreiches Basiswerk geschaffen, das eben auch Pflegefachpersonen während und nach der Ausbildung im Pflegealltag bei der Begleitung und Betreuung von Migranten und Migrantinnen unterstützt. Mit dem Konzept der Transkulturellen Kompetenz hat Domenig (2007) den Schwerpunkt auf die Interaktion zwischen Pflegefachpersonen und Migranten / Migrantinnen gelegt, die sich auf drei Säulen abstützt, nämlich der Selbstreflexion, der narrativen Empathie und dem Hintergrundwissen inklusive Erfahrungen (S. 175). Das heisst, nur wenn man seine eigenen Haltungen und Werte durch Selbstreflexion erfasst, gewisse Grundlagenfachkenntnisse über andere Nationen, Religionsgemeinschaften, Traditionen, Werte und Lebensmodelle hat, sowie mit Kommunikationsgeschick kultursensibel, wertschätzend und verständnisvoll Patienten / Patientinnen mit anderer ethnischer Herkunft begegnet, kann eine förderliche Interaktion entstehen. Diese hilft dann dabei das Behandlungs- und Betreuungsangebot auch für Migranten und Migrantinnen individuell, sowie chancengleich zu gestalten, da individuelle Lebenswelten und andere Gesundheits- / Krankheitsverständnisse nachvollzogen werden können mit der nötigen Sensibilität und unter der Wahrung des eigenen Selbstbewusstseins. Liegen zusätzlich Sprachbarrieren vor, so ist es dementsprechend notwendig für interkulturelle Dolmetscherdienste zu sorgen, die nicht nur die Worte sondern auch die unterschiedlichen Kontexte oder Definitionsverständnisse vermitteln können zwischen allen Beteiligten, also einen Dialog gewährleisten.

Im Sinne von Angebot und Nachfrage, schliesst das Konzept der Transkulturellen Kompetenz nach Domenig die Lücke der Verständnisschwierigkeit zwischen Pflegefachpersonen und den Migranten / Migrantinnen in den Gesundheitseinrichtungen der Schweiz mit pragmatischen Ansätzen und Strategien. Die Ausrichtung auf die Transkulturelle Kompetenz ermöglicht die Steigerung der Chancengleichheit für Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz, da mit diesem Konzept

das Augenmerk gezielt auf diesen Teil der schweizerischen Bevölkerung gelegt wird und somit eine höhere Sensibilität für die Kerndimension der ethnischen Herkunft entwickelt wird, die zur Zeit noch häufig als fremd und ungewohnt erlebt wird. Mit der transkulturellen Haltung und dem Ziel von Chancengleichheit für alle Menschen der Schweiz, haben Migranten und Migrantinnen nun realistischere Chancen auf eine gleichwertige Gesundheitsversorgung. Dieses Bestreben hat ebenso zur Folge, dass es der spezifischen Ausbildung für das Fachpersonal bedarf. Je früher die Sensibilisierung und die fundierte Auseinandersetzung mit dem Thema beginnen, desto besser sind Pflegefachpersonen während den Ausbildungspraktika und nach der Ausbildung auf die vielfältigen Facetten ihrer Patientenklientel vorbereitet, um sowohl kompetent als auch nichtdiskriminierend handeln zu können. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, dass die Transkulturelle Kompetenz bereits in der HF Pflegeausbildung als fester Bestandteil integriert ist. Kritisch festzuhalten bleibt an dieser Stelle trotzdem, dass das Konzept der Transkulturellen Kompetenz von Domenig zwar fachlich fundiert auf Migranten und Migrantinnen ausgerichtet ist, aber nur solange es sich dabei um Patienten / Patientinnen mit Migrationshintergrund handelt. Auf Mitarbeitende mit Migrationshintergrund zielt das Konzept nicht ab. Hier bleibt unbeantwortet wie die Interaktion in Pflegeteams oder auch innerhalb interdisziplinären Teams der Gesundheitsinstitutionen optimiert werden kann. Solange dieser Fokus ausgeblendet wird, liegen hier einerseits wertvolle Ressourcen von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund brach, die, je nach Situation, viel zur gegenseitigen transkulturellen Verständigung beitragen könnten. Andererseits wird auf mögliche Interaktionsschwierigkeiten im Team, die ebenso mit dem Migrationshintergrund zusammen hängen können, nicht eingegangen, was die Möglichkeit der Optimierung der Zusammenarbeit, sofern diese Konstellation in einem Team vorliegt, ebenfalls ausbremst. Auch dies wirkt sich schlussendlich hinderlich auf die gemeinsame Versorgung von Patienten und Patientinnen aus. Als letztes ist auch noch die Möglichkeit zu erwähnen, dass der Eindruck vorherrscht, dass Menschen mit Migrationshintergrund, welche aus der zweiten oder dritten Generation stammen oder bikulturell gross geworden sind, automatisch über Transkulturelle Kompetenz verfügen und keiner Schulung bedürfen. Auch dies trifft nicht von Natur aus zu und dieser Anteil der Mitarbeitenden hätte die gleiche Chance auf diese Kompetenzschulung verdient, falls diese nicht innerhalb der neuen HF Pflegeausbildungen bereits absolviert werden konnte. Verschiedene kulturelle Lebenswelten zu kennen und zu verstehen, bedeutet nicht selbstverständlich transkulturelle Interaktionsfähigkeit zu besitzen, zumal Situationen und Kontexte permanent wechseln.

Deutlich wird an dieser Stelle nochmals, dass das heutige Verständnis des Kompetenzbegriffes, im Sinne von einer erlernbaren und trainierbaren Fähigkeit, absolut Berechtigung hat. Der aktualisierte BBT RLP zur Pflegeausbildung HF in der Schweiz, trat am 1. Januar 2008 in Kraft. Dies bedeutet grundlegend, dass es auch in der Praxis noch genug Pflegefachpersonen mit und ohne Migrationshintergrund gibt, die keine Schulung zur Transkulturellen Kompetenz erhalten haben. Kursangebote dazu gibt es allerdings verschiedene, wie zum Beispiel auch vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) aus.

Zu überlegen bleibt, welchen Kurs man zukünftig genau weiter verfolgen will zu der Thematik und dann müsste in diesem Zusammenhang auch das Aus- und Weiterbildungsangebot Anpassungen und / oder Ergänzungen erfahren.

## 4.2 Transkulturellen Kompetenz im Pflegealltag

Wie bereits erwähnt, schlägt sich das Konzept der Transkulturellen Kompetenz in der Versorgung von Migranten und Migrantinnen als Patienten / Patientinnen in den schweizerischen Gesundheitsinstitutionen nieder und trägt nach und nach zur chancengleichen Gesundheitsversorgung bei. Hier ein paar kurze Hinweise zu aktuellen Praxisbeispielen, welche die Menschen mit Migrationshintergrund unterstützen, sich besser in diesem zurechtzufinden.

Migesplus ist eine Informationsplattform zur Gesundheitslandschaft Schweiz. Die Plattform wird vom SRK und BAG gemeinsam betrieben. Sie stellt diverse Informationsbroschüren in den verschiedensten Sprachen bereit, die online abgerufen oder in Papierformat bestellt werden können, teilweise gibt es auch Filmmaterial zu einzelnen Themen. Die meisten Informationsunterlagen sind kostenlos erhältlich. Dieses Angebot hilft einerseits der Orientierung vom Migranten und Migrantinnen, aber auch Pflegefachpersonen und weiteres Fachpersonal können davon profitieren, da sie häufig die sind, die Informationsunterlagen an Patienten / Patientinnen abgeben. Die Informationen wurden unter Berücksichtigung des Migrationskontexts übersetzt. Migesplus stellt aber auch professionelle Dolmetscherdienste zur Verfügung und unterstützt auf Wunsch Gesundheitsinstitutionen dabei, ihre eigenen Informationsunterlagen für Migranten / Migrantinnen ebenso publik zu machen. Diese Informationsplattform gehört zu der laufenden Bundesstrategie, welche die Chancengleichheit im Gesundheitswesen, insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund, verfolgt.

Das Projekt *Migrant Friendly Hospitals* ist darauf ausgerichtet das Behandlungs- und Betreuungsangebot von Krankenhäusern zugänglicher, verständlicher und kultursensibler zu gestalten für die Migrationsbevölkerung der Schweiz. Zusätzlich richtet es diese Ziele aber nicht nur an der Patienten Klientel mit Migrationshintergrund aus, sondern auch an die Mitarbeitenden, welche einen Migrationshintergrund mitbringen, um deren Ressourcen besser in den Arbeitsalltag zu integriere und eben auch um die kultursensible Interaktion auf alle Beteiligten des Gesundheitswesens auszurichten. So wird Chancengleichheit in der Behandlung, wie auch in der Zusammenarbeit verfolgt.

In der Pflege etabliert sich das Instrument der Transkulturellen Pflegeanamnese. Wie in der gewöhnlichen Anamnese geht es darum pflegerelevante Informationen bereits beim Eintritt der Patienten und Patientinnen zu erfassen, damit diese während des Krankenhausaufenthaltes berücksichtigt und in den Pflegeprozess, sowie in die Pflegeplanung integriert werden. Bei den pflegerelevanten Informationen handelt es sich zusammengefasst um die Bereiche des allgemeinen Gesundheitszustandes, der persönlichen Ressourcen und ggf. Defiziten, sowie der persönlichen Bedürfnisse und Anliegen. Bei der Transkulturellen Anamnese kommt hinzu, dass mehr Aufmerksamkeit und dazu passende Fragestellungen zum Migrationskontext erfolgen, im Sinne der Verbesserung der Vertrauensbasis. Wichtig ist dabei die kultursensible Gesprächsführung und das Einschätzen welche Aspekte ggf. besonders wichtig sind. So kann zum Beispiel nach dem Sprachverständnis, der Aufenthaltszeit in der Schweiz oder auch nach dem kulturellem Kontext zur besseren Informationsanpassung gefragt werden, etc. Im Vordergrund steht, dass auch Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund sich sicher und aufgehoben fühlen können, denn nur so wird sich eine vertrauensvolle Pflegebeziehung aufbauen lassen.

In Bezug auf die HF Pflegeausbildung wurde, als professionelle Vorbereitung auf den Berufsalltag der Pflege, die Vermittlung der Transkulturellen Kompetenz in den Lehrplan aufgenommen, wie es hier zum Beispiel am Curriculum des CBZ sichtbar wird (s. Auszug im Anhang). Die Art und Weise der Umsetzung im Unterricht, ist den einzelnen Bildungszentren frei überlassen. Im CBZ wird zur Transkulturellen Kompetenz eine interne Fachtagung durchgeführt,

welche fachliche theoretische Inputs, aber auch Diskussionsforen beinhaltet, in denen das Gehörte miteinander und unter Anleitung von Experten und Expertinnen weiter vertieft, kritisch diskutiert und eigene Haltungen dabei auch reflektiert werden können (s. Programmübersicht im Anhang).

Auch hier liessen sich noch weitere Angebote, Instrumente und Projekte anführen, welche alle das Ziel verfolgen, durch Transkulturelle Kompetenz, Chancengleichheit für alle Menschen im Gesundheitswesen der Schweiz zu schaffen, welche einen Migrationshintergrund mitbringen. Die erwähnten Beispiele geben jedoch einen ersten Überblick, wie die Bundesstrategie zum Thema Migration und Gesundheit, sowie der Chancengleichheit im Gesundheitswesen praktisch angegangen wird. Es ist fest zu halten, dass es nicht nur bei der Theorie bleibt, sondern alle Instanzen aktiv eingebunden bzw. engagiert sind.

Insgesamt zeigen alle Ausführungen, dass Vieles unternommen wird, damit die Kerndimension der ethnischen Herkunft im Pflegealltag als eine der gewöhnlichen Vielfaltsaspekte des Menschen integriert werden kann und das gegenseitige Verständnis speziell im kulturellen Kontext gefördert wird, damit aus dem Fremden und Ungewohnten etwas Gewohntes wird, wie es die anderen Kerndimensionen, in Bezug auf die Patientenklientel, im Pflegealltag bereits überwiegend schon sind.

Es zeigt auch, dass die grösste Hürde in diesen Interaktionen mit Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund die der Sprachbarriere sind. Denn selbst, wenn Pflegefachpersonen viele Modelle, Konzepte, etc. beherrschen, um auf die individuellen Persönlichkeiten einzugehen, scheitern diese Bemühungen besonders schnell, wenn eine Sprachbarriere vorliegt. Es macht diesbezüglich Sinn ein Angebot zu schaffen, dass für kultursensible Übersetzungen sorgt, um den ersten Zugang zu ermöglichen und einen wichtigen Grundstein für das Aufbauen einer Vertrauensbasis in der pflegerischen Interaktion zu legen.

#### **4.3 Verankerung des Diversitätsansatzes in der HF Pflegeausbildung**

Obwohl der Schwerpunkt in der Pflege und der Pflegeausbildung momentan sehr auf die Transkulturelle Kompetenz ausgerichtet ist, in der Begegnung mit Migranten und Migrantinnen im Gesundheitswesen der Schweiz, so gibt es doch ebenso Verankerungen, welche sich bereits an der Vielfalt des menschlichen Individuums orientieren. Wie bereits erwähnt, geht das Menschenbild der Pflege von der Vielfalt des menschlichen Individuums und seiner Persönlichkeit aus. Sie weiss auch darum, dass jeder Mensch in Bezug zu seinem jeweiligen Umfeld und der Umwelt in Wechselwirkung zueinander steht und dass Störungen dieser Gleichgewichte für den Pflegealltag und den individuellen Pflegeprozess von Bedeutung sein kann. Das Augenmerk der Pflege liegt somit implizit auf der Diversität. Explizit, wird aber noch kein Diversitätsansatz oder Diversitäts-Management-Konzept verfolgt. Erste fachliche Annäherungen lassen sich aber doch im Zuge des Chancengleichheitsansatzes erkennen, wie bereits beschrieben.

Hier sollen somit die Hinweise bzw. Dokumente kurz erwähnt werden, in welchen bereits auf der Ebene der HF Pflegeausbildung implizite Diversitätsausrichtungen zu erkennen sind.

Im Rahmenlehrplan des BBT zur HF Pflegeausbildung (2007) finden sich bereits im Kapitel *Arbeitsfeld und Kontext* verschiedene Stellen dazu. So ist dort zu lesen, dass das Tätigkeitsfeld der diplomierten Pflegefachfrau HF ein breites Spektrum umfasst, zu welchem zum Beispiel: „(...) die Pflege und Betreuung von physisch und psychisch kranken und behinderten Menschen in allen Lebensphasen und mit unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen (...)“ gezählt wird (S. 7).

Mit dem Hinweis auf Behinderung und soziokulturellen Hintergründen, sind hier implizit die Kerndimensionen von Behinderung / Befähigung, ethnischen Hintergründen und Religion angesprochen, wie auch die äussere Dimension des Einkommens / des sozialen Status. Weiter ist zur Handlungsweise und Haltung einer Pflegefachperson HF beschrieben: „Sie berücksichtigt ethische und rechtliche Prinzipien, den Gesundheitszustand, die Bedürfnisse, das Alter, das Geschlecht, die Biografie, den Lebensstil und die soziale Umgebung der Patientinnen/Patienten sowie das kulturelle, wirtschaftliche und gesellschaftliche Umfeld“ (S. 7). Hierin sind indirekt alle sechs Kerndimensionen, wie auch teilweise äussere Dimensionen thematisiert.

Diese zitierte Stelle wurde von der Fachstelle Careum (2009) für das Curriculum ebenso als Kernaussage übernommen, doch finden sich dort noch weitere Hinweise. So wird bei der Definition zur professionellen Pflege unter anderem festgehalten: „Professionelle Pflege richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen, an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige, sowie an Behinderte und Gesunde“ (S. 8) und als nächstes, dass: „(...) Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden (...) geprägt ist durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme“ (S. 8). Als letzte Verankerung aus diesem Kapitel zur Definition der Professionellen Pflege ist noch ergänzend folgende Aussage zu dieser festzuhalten: „(...) basiert auf Evidenz, reflektierter Erfahrung und Präferenzen der Betreuten, bezieht physische, psychische, spirituelle, lebensweltliche sowie soziokulturelle alters- und geschlechtsbezogene Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien“ (S. 9). Mit diesen Aussagen wird festgelegt, dass die Pflegefachperson HF, unabhängig davon wen, wie viele und mit welchen Formen von Hintergründen und Kontexten sie pflegt, immer mit Wertschätzung, Verständnis und Fürsorge die pflegerische Beziehung zu gestalten hat.

Im selben Dokument findet sich zum Wissen der Pflege, die Aussage, dass die erlernten Modelle und Theorien, die auf Erfahrungswissen und Erkenntnissen der Pflegewissenschaft beruhen, immer in Verbindung zu bringen sind mit den demografischen und kulturellen Begebenheiten der Schweiz (S. 9).

Bei den Werten der Pflege werden nochmals das Einhalten der Menschenwürde und das Anerkennen des Menschen als autonome und mündige Person festgelegt (S. 9). Zusätzlich wird in diesem Zusammenhang einmal mehr betont, dass es gilt, die ökologische, biologische, ökonomische und psychosozialen Facetten mit zu berücksichtigen und sich dabei immer wieder an: „(...) Erkenntnissen der transkulturellen Pflege und Geschlechterforschung (...)“ zu orientieren (S. 9).

In der HF Pflegeausbildung des CBZ finden sich die Vorgaben des Curriculums in die Lektions- und Praktikumsinhalten wieder. Zusätzlich informiert das CBZ (2010) aber auch Interessierte an der HF Pflegeausbildung in einer Informationsbroschüre über die fünf Praxisfelder der Pflegeausbildung am CBZ. Die fünf Praxisfelder sind wie folgt festgelegt: „Pflege und Betreuung von Menschen mit Langzeiterkrankungen“, „Pflege und Betreuung von Kindern, Jugendlichen, Familien und Frauen“, „Pflege und Betreuung von Menschen in Rehabilitation“, „Pflege und Betreuung somatisch erkrankter Menschen“ und „Pflege und Betreuung von Menschen zu Hause“ (S. 2 – 4). Unter diesen fünf Praxisfeldern finden sich ebenso immer wieder Anmerkungen zum vielfältigen Tätigkeitsfeld der Pflege, indem auf die verschiedenen Altersgruppen, Lebenssituationen, Behinderung oder auch das soziale aufmerksam gemacht wird (s. Broschüre im Anhang).

Wie diese Einblicke in die Grundlagendokumente der HF Pflegeausbildung, am Beispiel des CBZ, zeigen, gibt es bereits tatsächlich viele Hinweise, Grundlagen und Erwartungen zum professionelle Handeln und Auftreten einer Pflegefachperson, die indirekt den Diversitätsansatz in sich tragen.



Diese Grundlagen liessen sich durchaus verstärken und ergänzen, wenn man den Diversitätsansatz direkt und gezielt einbauen wollte.

Feststellen lässt sich hier einmal mehr, dass die Pflege nicht nur Strategien für die Transkulturelle Interaktion mit Migranten und Migrantinnen benötigt, sondern sich noch vieler weiterer pflegewissenschaftliche Instrumente und Ansätze bedient, um im Alltag der Diversität der Patientenklientel möglichst optimal begegnen zu können, ob mit oder ohne Migrationshintergrund.

## 5 Einschätzungen und Prognose

### 5.1 Transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag – die Lösung ?

Anhand der beschriebenen aktuellen Ausgangslage im Pflegealltag, stellt sich nun die Frage, ob das Konzept der Transkulturellen Kompetenz zu den gewünschten Lösungen, im Umgang mit Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund, führt.

Nach Domenig (2007) führen die drei Säulen, bestehend aus Selbstreflexion, narrativer Empathie und Hintergrundwissen zu einer Transkulturellen Interaktion mit der benannte Patientenklientel. Dadurch wird die Verständigung und vertrauensvolle pflegerische Annäherung, innerhalb der verschiedenen kulturellen Kontexte, gefördert und Aushandlungsprozesse können sensibilisiert erfolgen (S. 175). Mit dieser Form der Interaktion, sollen die verbindenden Elemente der kulturellen Hintergründe erkannt und integriert, anstatt stereotypisiert werden, da die Interaktion im Mittelpunkt steht und nicht die Kulturgruppe als Solches (S. 175). Zentral ist, dass die Transkulturelle Kompetenz im Migrationskontext angewendet werden soll und dabei die Patientengruppe mit Migrationshintergrund im Fokus hat (S.175). Im Konzept wird ebenfalls aufgenommen, dass die Berücksichtigung des Migrationskontextes auch in Bezug auf Themen, wie Alter, Mann- / Frausein, Psyche, Schmerz oder Traumatisierung speziell zu berücksichtigen ist (S. 396 ff). Bezüglich konkreter Sprachbarrieren wird dazu auf sie spezielle kultursensible Übersetzungsarbeit hingewiesen, damit die Worte nicht nur übersetzt, sondern gleichzeitig in den richtigen Bedeutungskontext gesetzt werden (S. 222 ff).

So betrachtet, scheint das Konzept der Transkulturellen Kompetenz ein hilfreicher Ansatz zu sein für den Pflegealltag, in welchem man regelmässig Migranten und Migrantinnen in diesen thematischen Konstellationen begegnet und eine konstruktive Annäherung unabdingbar ist für das Schaffen einer Vertrauensbasis und ein optimales Pflege- und Behandlungsergebnis. Bei genauerer Betrachtung fällt allerdings auf, dass die erwähnten Zusatzkomponenten von Alter oder Mann- / Frausein grundsätzlich weitere Kerndimensionen aus dem Diversitätsansatz sind. Dies gilt auch für das Verständnis der kulturellen Hintergründe, zu denen ethnische Herkunft und Religion gezählt werden, was eigentlich zwei unterschiedliche Kerndimensionen anspricht. Wie kann ein Handlungsansatz, der so zentral den Migrationshintergrund fokussiert, allen diesen angesprochenen Kerndimensionen wirklich gerecht werden? Kritisch zu betrachtende Widersprüche ergeben sich auch aus dem bereits dargestellten vorhandenen Menschenbild, das in der Pflege vorherrscht. Dieses respektiert die individuelle Persönlichkeit und die Vielfältigkeit. Diese Betrachtung eines menschlichen Wesens ändert sich nicht aufgrund des Migrationshintergrunds. Trotzdem wird in der Interaktion mit Migranten und Migrantinnen im Gesundheitswesen, diese eine Dimension massiv in den Vordergrund

gerückt. Wohlwollend gemeint, kann dies trotzdem zu blinden Flecken führen, wenn jede Herausforderung, Verständigungsschwierigkeit oder jedes Problem mit dem Migrationshintergrund in Verbindung gebracht wird. Es scheint eine heikle Gradwanderung zu sein, den möglichen besonderen Aspekt des Migrationshintergrunds nicht zu ignorieren, aber diesen auch nicht automatisch als Erklärung für alle Probleme in der Pflege und Behandlung von Migranten und Migrantinnen heranzuziehen oder nicht den Blick für die weiteren Vielfaltsaspekte eines Menschen zu verlieren. Zudem kann es die subjektive Wahrnehmung von Abgrenzung dadurch mehr verstärken. Die Transkulturelle Interaktion soll zwar eine verständnisvolle und wertschätzende Begegnung ermöglichen, aber es betont doch auch, dass Menschen mit Migrationshintergrund erst recht als anders und fremd wahrgenommen werden. Dabei halten Uzarewicz, wie auch Domenig selber fest, dass das Fremde generell jede Person oder jedes Verhalten einer Person sein kann, die ausserhalb unserer eigenen ganz persönlichen Lebenswelt und des damit verbundenem bekannten Kontextes existiert. Das bedeutet, dass nicht zwingend der Migrationshintergrund vorhanden sein muss, um als Fremd wahrgenommen zu werden. Müsste Transkulturelle Kompetenz dann nicht generell jede Form von Kulturdefinition / -vorstellung umfassen für eine verständnisvolle, sensible Begegnung? Welsch erklärt dazu, wie sehr der Begriff der Transkulturalität dem dynamischen, prozesshaften Kulturbegriff Rechnung trägt und die vielfältige Durchmischung der menschlichen Gesellschaft eine Tatsache ist, aufgrund der Globalisierungsprozesse. Daraus ist zu schliessen, dass es immer neue kulturelle Zusammensetzungen in der Gesellschaft gibt, da der gemeinsame Austausch dazu führt, dass man in den Begegnungen mit Anderen auch immer wieder Elemente aufnimmt, die einem zuvor kulturell fremd waren. Kurz gesagt der Vielfaltsentwicklung sind grundsätzlich keine Grenzen gesetzt. Die menschliche Gesellschaft wird damit aber auch komplexer und so wird es auf den Pflegealltag bezogen nur dann gelingen allen Aspekten / Dimensionen gerecht zu werden, wenn man sich immer wieder offen auf jedes Individuum einlassen kann und dabei jedem einzelnen Patienten und jeder einzelnen Patientin mit dieser Form von Würde begegnet, wie sie bereits Juchli schon beschrieb. Andere Lebensmodelle und Erklärungsmodelle, die nicht nur sprachlich sondern vom Gesamtverständnis her zu Missverständnissen in der Pflege führen, müssen ebenso nicht zwingend mit dem Migrationshintergrund zusammenhängen, sondern können auch ein Zeichen von unterschiedlichen Bildungsniveaus sein. Dies lässt sich auch bei Patienten und Patientinnen ohne Migrationshintergrund beobachten. Somit wäre hier eine andere Dimension als die der ethnischen Herkunft oder der religiösen Anschauungen angesprochen. Die Transkulturelle Kompetenz wäre in diesen Situationen wenig hilfreich, da Migranten und Migrantinnen nicht automatisch bildungsfern sind. Hat die Transkulturellen Kompetenz gar keine Berechtigung? Doch, aber sie will sorgsam und kritisch angewendet werden, um nicht zu den möglichen beschriebenen Fehlresultaten zu führen. Das menschliche Naturell neigt dazu sich Konzepte und Ähnliches in Form von Patentrezepten zu Nutzen zu machen, da es dann viel einfacher in der Anwendung und Zuordnung ist. Genau dies verfolgt die Transkulturelle Kompetenz grundsätzlich nicht und auch bei der Vermittlung sind dies diskussionsrelevante Punkte, wie sie auch an der internen Fachtagung des CBZs thematisiert werden. Hilfreich ist die Transkulturelle Kompetenz, dort, wo eine genaue Analyse der Patientensituation ergibt, dass Kernprobleme tatsächlich in Bezug mit dem Migrationshintergrund einher gehen. Diese dann genauer abzuklären und in die individuelle Pflegeplanung zu integrieren, hilft dabei die Resultate der Pflegebeziehung und -handlungen zu optimieren. Gerade auch bei offensichtlichen Sprachbarrieren lohnen sich deshalb, kulturkompetente Dolmetscherdienste oder dementsprechend übersetzte Unterlagen. Der Ausbau der Transkulturellen Kompetenz auf die Ebene der Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund zu transferieren wäre dabei ebenso sinnvoll, wie unter 4.1 erörtert.

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass die Transkulturelle Kompetenz nur teilweise bei der Begleitung und Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund nützlich sein kann. Die alleinige Lösung ist sie nicht, da mit dieser Kompetenz nicht alle Kerndimensionen oder auch nicht die äusseren Dimensionen eines Menschen erfasst und berücksichtigt werden können im Pflegealltag.

Es trägt vor allem dazu bei dass spezielle Migrationskontexte, die die pflegerische Betreuung und Begleitung erschweren, erkannt und konstruktiv in die Pflege integriert werden können. Gerade Themen, wie Krieg, Folter, Traumatisierung und Ähnliches wären sonst Aspekte, an die definitiv zuwenig bewusst gedacht würden, da man den Vorteil hat hier in einem mehrheitlich stabilem Land leben zu dürfen, dass einen vor der persönlichen Betroffenheit bewahrt, aber somit auch weniger Sensibilität für diese Art von Kontexten vorhanden ist. In diesen Momenten kann sicherlich die Chancengleichheit in der pflegerischen und medizinischen Behandlung gesteigert werden.

## **5.2 Diversitätskompetenz – Schlüssel zur Vielfalt im Pflegealltag ?**

Aus den kritischen Überlegungen zur Transkulturellen Kompetenz unter 5.1, stellt sich als nächstes die Frage, ob im Vergleich dazu die Diversitätskompetenz die Schlüsselkompetenz im Pflegealltag darstellt, wenn es darum geht den Patienten und Patientinnen mit ihren unterschiedlichen Persönlichkeiten und vielfältigen Dimensionenzusammensetzungen professionell zu begegnen. Da es dem Bund insbesondere um das Erreichen der chancengleichen Betreuung und Behandlung von Migranten und Migrantinnen im schweizerischen Gesundheitswesen geht, soll hier auch die Betrachtung einfließen, ob die Diversitätskompetenz dieses Ziel einschränken oder gar verhindern würde.

Die Diversitätskompetenz bedeutet zusammengefasst die Fähigkeit sensibel und wertschätzend auf alle Dimensionen der menschlichen Vielfalt eingehen zu können und diese nutzbringend einzubinden. Nach Schulz (2009) besteht sie aus den drei Kompetenzelementen der fachlichen, der interpersonalen und der intrapersonalen Kompetenz (S. 147). Innerhalb dieser finden sich auch die Unterkategorien wieder, die bereits die Transkulturelle Kompetenz ausmachen, nämlich die Bereiche des Fachwissens, der Identität / des Selbstbewusstseins, was Selbstreflexion voraussetzt und der Kommunikations- / Konfliktlösungsfähigkeit, was dementsprechend mit Gesprächsbereitschaft ähnlich der narrativen Empathie verbunden werden kann. Es werden aber zusätzlich unter diesen Kompetenzelementen die Innovations- und Flexibilität, sowie die Team-, Integrations- und Interkulturalitätsfähigkeit angefügt (S. 174). Wichtige Ergänzung und Unterschied zum Modell von Domenig ist, dass das gesamte Kompetenzspektrum von einem Diversitätsbewusstsein umgeben ist, da jede Fähigkeit mit diesem Grundbewusstsein verknüpft wird, um sich am Diversitätsansatz orientieren zu können (S. 147).

Somit lässt sich dazu festhalten, dass die Diversitätskompetenz eine Sensibilität und Wertschätzung allen Diversitätsdimensionen und somit auch den darin enthaltenen sechs Kerndimensionen gegenüber ermöglicht.

In Bezug auf die Pflege von Migranten und Migrantinnen bedeutet dies, dass mit der Diversitätskompetenz der Blick für die ethnische Herkunft, Religion oder Alter nicht verloren geht, sondern sogar diese und weitere Dimensionen sich in der Interaktion mit den Pflegefachpersonen differenzierter und gleichwertig erfassen liessen und integriert werden könnten. Es bestärkt auch das vorhandene ganzheitliche und individuelle Menschenbild der Pflege, da der Diversitätsansatz die Vielfalt des Menschen bejaht und darin auch individuelle

Ressourcen erkennt. Da mit diesem Ansatz die Ganzheitlichkeit des Menschen ins Zentrum rückt, werden keine Aspekte bzw. Dimensionen ausgeblendet, sondern vollumfänglich inkludiert.

Die Diversitätskompetenz hat den weiteren Vorteil, dass sie für die Pflege in jeder Interaktion Gültigkeit hätte und von Nutzen sein kann, da sie nicht ausschliesslich auf Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund ausgerichtet bleibt.

Mit einer diversitätssensiblen, anstelle nur einer transkulturellen, Interaktion könnten Pflegefachpersonen pflegerelevante Informationen zu jeder Kerndimension erfassen und aus der Befragung dazu, nach Bedarf, mit den Patienten und Patientinnen auch einen Schwerpunkt bezüglich der Berücksichtigung einer Kerndimension für den weiteren Pflegeverlauf festlegen. Diese wären dann zum Beispiel die ethnischen oder religiösen Hintergründe, soweit ein dementsprechender Migrationskontext dazu vorliegt. Das heisst migrationspezifischen Aspekten kann voll und ganz Rechnung getragen werden, ohne dass aber bei einem Migrationshintergrund der automatische Rückschluss auf Probleme geschieht. Migranten und Migrantinnen, wird weiterhin angemessen Rechnung getragen, doch ohne dabei den Boden für neue Sondergruppierungen zu schaffen, da alle Menschen mit ihren Kerndimensionen Raum finden. Diese Form der Begegnung entspricht auch den ethischen Grundsätzen der Pflege. Es muss also nichts Neues geschaffen, sondern viel Vorhandenes miteinander vernetzt und mit spezifischem Fachwissen und Diversitätskompetenztraining ergänzt werden.

Grundsätzlich liessen sich alle Dimensionen einbinden, doch darf im dichtgedrängten Pflegealltag der Zeitfaktor nicht völlig ausser Acht gelassen werden. Mit der Konzentration auf die sechs Kerndimensionen wäre aber ein Orientierungsraster geschaffen, der alle Menschen in ihren Ausprägungen betrifft und anhand derer sich auch weitere Themen, zum Beispiel in einem Anamnese- oder ressourcenorientiertem Gespräch, etc. zeigen würden, die die Pflegefachperson in der Situation weiter verfolgen könnte.

Des Weiteren ist der Ansatz der Diversitätskompetenz von vorneherein offen ausgerichtet, so dass man die Diversitätskompetenz als Pflegefachperson nicht nur gegenüber der Patientenklientel, sondern ebenso gegenüber den Mitarbeitenden, aller Hierarchiestufen, anwenden kann. So könnte der verständnisvolle Umgang auch im Pflgeteam oder dem interdisziplinären Team allgemein gestärkt werden, sowie auch mehr Ressourcen von allen Mitarbeitenden genutzt oder eingebracht werden, als zum Beispiel alleine die transkulturellen Ressourcen von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund.

Zum Schluss kann an dieser Stelle gesagt werden, dass die Diversitätskompetenz durchaus der Schlüssel zum Erfolg im Pflegealltag sein kann, da auf diese Weise wirklich alle von der Chancengleichheit und der Inklusion profitieren könnten.

Migranten und Migrantinnen würde bei professioneller Anwendung der Diversitätskompetenz kein Nachteil erwachsen. Auf Seiten der Pflegefachpersonen bietet die Diversitätskompetenz auch die Chance schneller Ungewohntes nicht gleich als befremdend und abgrenzend einzustufen, weil die Anwendung der Diversitätskompetenz mehr Erfahrungen ermöglichen würde, zu erkennen, wie durch ganz verschiedene Facetten des Menschen auch immer wieder viele Gemeinsamkeiten zu finden sind.

Trotzdem kann die Diversitätskompetenz nicht nur als Wunderkompetenz betrachtet werden. Sie rückt die Vielfalt ins Zentrum der Betrachtungen und ist dadurch dementsprechend komplexer. Zudem braucht es für die konsequente Umsetzung des Diversitätskonzepts einen Haltungswchsel. Nämlich weg vom egoistischen Konkurrenzgedanken hin zur Wertschätzung aller menschlichen Ressourcen, damit Chancengleichheit wirklich für alle ein erreichbares Gut wird, ohne Polarisierungen und / oder Diskriminierungen. Dies wird vermutlich eines längeren Prozesses bedürfen, da auch die Schweiz zu den Wettbewerbsgesellschaften gehört. So kann die Diversitätskompetenz auch, in Bezug auf das Gesundheitswesen der Schweiz, nur ein

Schlüssel zum Erfolg werden, wenn alle konsequent bereit sind diesen Haltungswechsel zu vollziehen.

### 5.3 Prognose für die Pflegeausbildung von morgen

Aus den Überlegungen aus 5.1 und 5.2 lässt sich an dieser Stelle eine Prognose für die HF Pflegeausbildung von morgen ableiten.

Mit einem mittel- und langfristigen Blick auf die Zukunft der HF Pflegeausbildung, ist der Diversitätskompetenz grundsätzlich der Vorrang zu geben. Dies aufgrund verschiedener Gesichtspunkte.

Zum einen zeigt die Literatur zum Transkulturellem Aspekt, dass weitere Facetten des menschlichen Daseins thematisiert werden, wie Alter, Religion, etc. Momentan werden diese als Unterkategorien des Migrationskontextes angeführt. Fachlich betrachtet sind dies jedoch weitere Dimensionen der Vielfalt und können nicht vollumfänglich im Rahmen der Transkulturellen Kompetenz gelöst werden. Kompetent mit mehreren Dimensionen der Vielfalt umgehen zu können im Pflegealltag bedarf weiteren Fähigkeiten und mehr Weitblick. Die Überlegungen und Schlussfolgerungen aus 5.1 und 5.2 zur Transkulturelle Kompetenz und zur Diversitätskompetenz zeigen auf, dass die Diversitätskompetenz in der Begegnung mit der vielfältigen Klientel die umfänglicheren Zugangsmöglichkeiten schaffen würde. Die Form der Unterkategorien ist auch in der internen Fachtagung des CBZ zur Transkulturellen Kompetenz enthalten, da sich die Themengestaltung an der aktuellen Literatur orientiert. In den Diskussionsforen wird jedoch viel zur individuellen und vielfältigen Ausgangslage von Migranten und Migrantinnen diskutiert, die schlussendlich nicht eindeutig oder zwingend nur mit dem Migrationshintergrund einher geht.

Zum anderen stimmt der alleinige Ansatz der Transkulturellen Kompetenz nur bedingt mit den aktuellen Bestrebungen des Bundes zur Chancengleichheit im Gesundheitswesen überein. Diese Strategie hat zwar mit zum Ziel, dass insbesondere auch mehrfach benachteiligte Menschen der Schweizer Bevölkerung, zu welchen häufig auch Migranten und Migrantinnen gehören, ein besserer Zugang zum Gesundheitswesen und allen Bereichen der Gesundheitsversorgung ermöglicht wird, aber insgesamt richtet sich die Strategie der Chancengleichheit an alle Beteiligten des Gesundheitswesens der Schweiz. Mit allen Beteiligten ist gemeint, dass alle Patienten und Patientinnen, sowie alle Mitarbeitenden auf allen Hierarchiestufen gemeint sind. Beim Konzept der Transkulturellen Kompetenz stehen nur Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund im Mittelpunkt des Geschehens. Dies erfüllt die Bestrebungen der Chancengleichheit somit nicht vollumfänglich. In der Publikation *Diversität und Chancengleichheit* wird durchaus die Wichtigkeit der Transkulturellen Kompetenz in der Begegnung mit Patienten und Patientinnen, die einen Migrationshintergrund mitbringen festgehalten, in Bezug auf Situationen in denen es tatsächlich darum geht Verständigungsschwierigkeiten oder Informationsbarrieren gemeinsam zu lösen. Saladin (2006) zeigt aber mit seinen Ausführungen differenziert auf, wie wichtig gesamthaft betrachtet, für das Erreichen der Zielsetzung zur Chancengleichheit, der Ansatz des Diversity-Managements in den Gesundheitsinstitutionen wäre (S. 35 – 37). Hier finden sich von ihm beschrieben die Aspekte, welche hier auch unter 5. 2 von meiner Seite angeführt wurden. Seine Ausführungen orientieren sich dabei allerdings an allen Anteile des Diversity-Managements und beleuchten somit auch die ökonomischen Faktoren. Zentral bleibt trotzdem die Kernaussage, dass der Diversitätsansatz benötigt wird, um wirklich der gesamten Vielfalt

aller Personen im Gesundheitswesen der Schweiz wertschätzend zu begegnen und die vielfältigen Ressourcen gezielt nutzen zu können.

Als weiterer Punkt sind die aktuellen Entwicklungen in der Schweizer Bevölkerung von Bedeutung. Wie erwähnt, ist die Patientenklientel immer ein Abbild der momentanen Bevölkerungszusammensetzung. Nebst den Menschen mit Migrationshintergrund gibt es mindestens eine weitere aktuelle Entwicklung, die für die Pflege sehr relevant ist. Diese ist der demografische Wandel, der eindeutig darauf hinweist, dass in naher Zukunft eine überalterte Bevölkerung das Bild der Schweiz prägen wird. Ein Prozess, der bereits begonnen hat und sich in der Fachwelt ebenfalls mit eigenen Alterskonzepten bemerkbar macht. Dies lässt sich bereits auch im Pflegealltag beobachten, da zunehmend mehr alte und sehr alte Menschen als Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen vorhanden sind, die häufig zusätzlich polymorbide sind. Alter ist demzufolge eine Dimension die genau gleich einer fachkompetenten Betreuung bedarf ohne dass der Migrationshintergrund allein ausschlaggebend dafür ist. Mit der Diversitätskompetenz könnte auch dieser Patientenklientel professionell begegnet werden. Der Wandel der Bevölkerungszusammensetzung wird damit einher gehen, dass in den Pflgeteams ebenfalls mehr Menschen höheren Alters anzutreffen sind. Da sich die Diversitätskompetenz immer an alle Beteiligte richtet, wäre deshalb auch in dieser Konstellation eine konstruktive Begegnung innerhalb der Pflgeteams oder der interdisziplinären Teams möglich, anstatt mit dem Fokus nur das Alter bei den Patienten und Patientinnen zu thematisieren.

Analog verhält sich dies auch mit den anderen Kerndimensionen der Diversität.

Als letzten Aspekt ist das Augenmerk noch auf die ökonomischen Überlegungen zu richten. In Zusammenhang mit den jeweiligen aktuellen Entwicklungen in der Gesellschaft, zeigt sich, dass zu jedem Brennpunkt relativ rasch ein passendes Konzept erarbeitet wird. Dies hängt vermutlich zum Teil damit zusammen dass der Diversitätsansatz und das damit zusammenhängende Diversity-Management eine junge Disziplin in der Schweiz ist. So konnten in der Zwischenzeit trotzdem bereits die einzelnen verschiedenen Konzepte zur fachfundierten Bewältigung der betreffenden Situationen im Gesundheitswesen beitragen. In den nächsten Jahren wird aber zu überlegen sein, ob die vorhandenen Einzelkonzepte oder auch weitere Neuentwicklungen in diesem Bereich, nicht gezielt unter dem Gesamtkonzept der Diversität angesiedelt werden sollen. Bei Saladin, wie auch bei Herrmann und Kätker werden Bestrebungen hin zum Diversity-Management im Gesundheitswesen Schweiz deutlich. Diese Entwicklung ist verständlich, da unter dem Diversitätsansatz eine Zusammenführung der einzelnen Teilkonzepte möglich wäre. Das bedeutet, dass sich Kosten einsparen lassen, wenn alle Beteiligten am gleichen Strang ziehen und ihre Erkenntnisse oder vertiefenden Teilaspekte unter dem gleichen Hauptthema zusammenführen, weil daraus weniger verstreute Einzelprojekte und Einzelschulungen resultieren würden und im Pflegealltag die Interaktionsabläufe an Effizienz und Qualität gewinnen würden.

Aus diesen Entwicklungstendenzen heraus geht hervor, dass das Gesundheitswesen der Schweiz zukünftig diversitätskompetente Fachpersonen benötigen wird. Für die Pflegeausbildung bedeutet dies wiederum dafür zu sorgen, dass die zukünftig benötigten Anforderung der Diversitätskompetenz rechtzeitig in der Ausbildung aufgenommen und geschult wird. Wie auch das Leitbild des CBZ (2010) betont, gilt es die Pflegefachpersonen von morgen fit zu machen für den beruflichen Alltag (S. 1). Pflegefachpersonen, die geschult sind zur Thematik der Diversitätskompetenz, können nicht nur die Qualität der Pflegebeziehungen und des Pflegprozesses steigern, sondern sie können sich bedeutend aktiver bei der Implementierung des Diversity-Managements in den Gesundheitsinstitutionen

einbringen und sich übergeordnet mit den Zielen der Chancengleichheit des Bundes identifizieren. Im Sinne von Thomas (2001), der erwähnt, dass Personen, die sich bereits mit professioneller Diversitätskompetenz in einem Betrieb bewegen sich positiv als Diversity-RespondentInnen einbringen können (zit. in Herrmann&Kätker, 2007, S. 155).

Das Einbinden der Diversitätskompetenz in den Pflegealltag und somit in die HF Pflegeausbildung würde einen zukunftssträchtigen Trend aufnehmen, was sich ggf. zusätzlich positiv verstärkend auf die Attraktivitätssteigerung der Ausbildung und des Pflegeberufes und die laufenden Professionalisierungsprozesse auswirken kann.

## **6 Fazit und Ausblick**

### **6.1 Fazit zur Fragestellung**

Die erste Fragestellung zielte darauf ab Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz herauszuarbeiten.

In einem ersten Schritt dazu wurden alle zentralen Begrifflichkeiten geklärt. In den Definitionen zeichneten sich zwar teilweise Unterschiede ab, aber trotzdem liess sich in allen Teilbereichen jeweils ein gemeinsamer Tenor erkennen, der das grundlegende Gesamtverständnis der verschiedenen Experten und Expertinnen wiedergab.

Im Vergleich der beiden Kompetenzen stellte sich heraus, dass es trotz einiger Gemeinsamkeiten deutliche Unterschiede gab. Die Gemeinsamkeiten hingen häufig mit dem gemeinsamen Teilbegriff der Kompetenz zusammen. Die Begriffe Transkulturell und Diversität sind aber definitiv nicht gleich zu setzen. Selbst wenn man die Transkulturalitätsfähigkeit im Diversitätsansatz als Teilbereich integrieren kann, so reicht das Verständnis von Diversität viel weiter, als das der Transkulturalität. Es bestätigte sich dabei, dass der Diversitätsbegriff ganzheitlicher greift als die Transkulturalität alleine. Da die kulturellen Aspekte, wie zum Beispiel ethnische Herkunft oder Religion, nur ein Teil der sechs Kerndimensionen darstellt, ist nachvollziehbar, warum die Diversitätskompetenz bzw. der Diversitätsbegriff weiter greift, als der Bereich der Transkulturalität.

Die Diversitätskompetenz ist eng verbunden mit dem gesamten Managing-Diversity-Konzept und bezieht sich immer auf alle Beteiligten und allen Ebenen eines Betriebes, während die Transkulturelle Kompetenz als Einzelkonzept sehr auf dem Migrationshintergrund der Kundenklientel fixiert bleibt.

Bei der Erlernung oder Anwendung der beiden Kompetenzen lässt sich dasselbe Phänomen beobachten. Die Elemente, die die Transkulturelle Kompetenz ausmachen, sind ebenso in den Elementen der Diversitätskompetenz enthalten, doch beinhaltet die Diversitätskompetenz noch weitere Elemente. Dies bedeutet, mit der Aneignung der Diversitätskompetenz, kann auf transkulturelle Situationen eingegangen werden. Umgekehrt genügen die Elemente der Transkulturellen Kompetenz jedoch nicht zur Ausführung der Diversitätskompetenz.

Gesamthaft war es möglich durch die Literaturrecherche verschiedene Definitionen und Erläuterungen zu vergleichen und daraus die Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten.

Bei der zweiten Fragestellung ging es darum, aus den erarbeiteten Unterschieden und Gemeinsamkeiten eine Prognose für die HF Pflegeausbildung der Zukunft abzuleiten, indem aufgezeigt wird ob das Konzept der Transkulturellen Kompetenz oder das der Diversitätskompetenz zukunftsweisend für den Pflegealltag sein wird.

Für das Erstellen der Prognose, wurden einerseits die Definition und das Verständnis der Diversitätskompetenz nochmals dem der Transkulturellen Kompetenz gegenüber gestellt. Andererseits ging es an dieser Stelle aber auch darum die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitsbereich und der Schweizer Bevölkerung, als Spiegel der Patientenklientel, sowie grundlegende ökonomische Überlegungsweisen hinzuzuziehen und in Verbindung zu setzen, um eine angemessene Prognose daraus ableiten zu können.

Durch die ganzheitliche Ausrichtung des Diversitätsansatzes bleibt dieser dem Transkulturellen Ansatz auch in Bezug auf diese Betrachtung überlegen. Die weiteren aktuellen Entwicklungen in der Bevölkerungszusammensetzung der Schweiz, aufgezeigt am Beispiel des demografischen Wandels, zeigten ebenfalls, dass die Transkulturelle Kompetenz nicht weitreichend genug ist. Die Bundesstrategie des BAG, mit dem Ziel der chancengleichen Gesundheitsbetreuung und -versorgung für alle in der Schweiz lebenden Menschen, belegte zusätzlich, dass es dazu gesamthaft der Diversitätskompetenz bedarf, inklusive der speziellen Fähigkeiten zu den einzelnen Kerndimensionen, damit besonders mehrfach benachteiligte oder diskriminierte Personen einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem gewinnen. Zu diesen besonderen Zusatzfähigkeiten gehört zum Beispiel die Transkulturelle Kompetenz, bezogen auf Menschen und Problemstellungen im Migrationskontext. Die alleinige Anwendung der Transkulturellen Kompetenz würde also auch in Bezug auf die angestrebte Chancengleichheit im Gesundheitswesen der Schweiz nicht genügen.

Die kurze Betrachtung der ökonomischen Überlegungen, welche seit wenigen Jahren vom BAG ausgehen, zur Senkung der Gesundheitskosten, liess ebenfalls erkennen, dass es der Diversitätskompetenz und sogar des gesamten Diversity-Management-Konzepts bedarf, um vollumfänglich auf allen Betriebsebenen und mit allen Beteiligten zu einem effizienten und lang anhaltendem positiven Ergebnis zu gelangen.

Die Pflegeausbildung orientiert sich fortlaufend an den aktuellen Begebenheiten und Erwartungsprofilen der Pflegepraxis. Durch die Erkenntnisse aus den Definitionen und den aktuellen Entwicklungen, war hier eine klare Prognosestellung möglich, welche die Aufnahme der Diversitätskompetenz in die Ausbildung HF PF befürwortet, anstatt nur beim Lernangebot der Transkulturellen Kompetenz zu bleiben.

Dies bedeutet das die Anteile der Transkulturellen Kompetenz zwar erhalten bleiben könne, da sie für die Pflege von Patienten / Patientinnen mit Migrationshintergrund wertvolle Anhaltspunkte bietet, aber dies als Teilkompetenz zur übergeordneten Diversitätskompetenz und in Ergänzung mit weiteren Teilkompetenzen zu den sechs Kerndimensionen der Diversität.

Somit war es mit der Themenbearbeitung innerhalb dieser Literaturarbeit ebenfalls gut möglich zu einer fachlich fundierten Prognose zu gelangen. Das Resultat bestätigte dabei die aufgestellte Vermutung dazu, wie im Vorwort erwähnt.



## 6.2 Ausblick

Die Ausrichtung in der HF Pflegeausbildung hin zum Erlernen und Trainieren der Diversitätskompetenz hat sich mit der Prognose als zukunftsweisend heraus gestellt. Grundsätzlich könnte diese Anpassung von der Transkulturellen Kompetenz hin zur Diversitätskompetenz formal relativ einfach vollzogen werden, nachdem der BBT Rahmenlehrplan HF PF, sowie auch, in Bezug auf das CBZ, das Curriculum und die Informationsbroschüren bereits indirekt die Dimensionen der Diversität enthält. Diese Ausgangslage schafft bereits den Boden, um die Lehr- und Lerninhalte danach auszurichten und klar mit dem Diversitätsansatz zu deklarieren. Die interne Fachtagung am CBZ liesse sich ebenso auf die Diversitätskompetenz ausweiten, indem die Anteile der Transkulturellen Kompetenz unter dem Diversitätskonzept weiter bestehen bleiben und ergänzt werden mit den Inhalten zur Diversitätskompetenz und weiteren Anteilen zu den jeweiligen Kerndimensionen.

Strategisch betrachtet, bedarf es aber doch mehr als nur der formalen Anpassungen, da erst ein Bewusstsein und gemeinsames Verständnis für die Diversitätskompetenz entwickelt werden muss, um überhaupt gemeinsam ein neues Unterrichtskonzept dazu erstellen zu können. Dies bedarf mehr Zeit, als ein kurzes formales Anpassen der Unterlagen, da es sich um einen Entwicklungsprozess handelt, zu dem unterschiedliche Ebenen gehören.

Zu den weiteren Überlegungen gehört auch, in welchen Ausbildungsphasen die Diversitätskompetenz verankert werden soll, da sie komplexer ist als die Transkulturelle Kompetenz. Die Diversitätskompetenz spricht alle Beteiligten an, so auch bezogen auf das Gesundheitswesen. Es ist sinnvoll die Thematik in der HF PF beizubehalten. Doch übergeordnet stellt sich die Frage, ob nicht auch die Fachfrauen und -männer Gesundheit (FAGE) und die Pflegestudierenden auf der Stufe der Fachhochschule (FH) ein passendes Angebot zur Diversitätskompetenz bräuchten. Ebenso könnten auf der Stufe des Studiums zum Pflegemaster davon profitiert werden. Dieser Aspekt bedürfte weiterer Abklärungen und ggf. einer vertiefteren Analyse.

Obwohl auf fachlich theoretischer Seite viel wertvolles Material existiert, hinkt die praktische Entwicklung hinter her. Der Diversitätsansatz ist jünger als der Transkulturelle Ansatz. Es wird somit im ganzen Gesundheitswesen noch Zeit benötigen, um hier zu einem gemeinsamen Verständnis zu gelangen.

Des Weiteren bedarf es auch der Erhebungen in Bezug auf den Pool der Mitarbeitenden im Gesundheitssektor, da hier viel Potenzial momentan ungenutzt zu bleiben scheint. In der Pflege selber geht es in erster Linie um die optimale Versorgung der Patienten / Patientinnen. Dadurch drehen sich die meisten pflegetheoretischen Ansätze und Konzepte in erster Linie um die Patientenklientel und wenig um die Mitarbeitenden. Dieses Bewusstsein müsste sich in der täglichen Zusammenarbeit erst noch stärken, um auch in dieser Hinsicht noch ressourcenorientierter zusammen zu arbeiten.

Auch wenn die weiteren übergeordneten Prozesse zum Teil noch abzuwarten bleiben, so gibt es erfreulicherweise mit dem Projekt *Migrant Friendly Hospitals* zum Beispiel auch bereits erste praxisbezogene Bewegungen zum Diversitätsansatz.

Einen Impuls vor Ort in seinem Betrieb zu setzen, bleibt jedoch für Jeden und Jede möglich, so dass nach und nach viele kleine Schritte zur Veränderung und zur Erreichung der Chancengleichheit für Alle im Gesundheitswesen der Schweiz erreicht werden kann. Die dynamischen Entwicklungen in der Gesellschaft und die gesetzlichen Veränderungen werden ebenso ihren Teil zum Umdenken beitragen.

Mit der Aufnahme der Diversitätskompetenz in die HF Pflegeausbildung wäre ein wichtiger Grundstein gelegt, für die zukünftige Ausrichtung an der Diversität der Gesellschaft und somit der Patientenklientel, sowie der Mitarbeitenden.

## 7 Schlusswort

In der fachlichen Auseinandersetzung mit der Transkulturellen Kompetenz und der Diversitätskompetenz, sowie deren Vergleich, ist mir einmal mehr bewusst geworden, welches Potenzial in der Diversitätskompetenz steckt, das momentan noch wenig gezielt im Gesundheitsbereich genutzt wird. Dies obwohl gerade das Fachgebiet der Pflege so viele Anteile davon tagtäglich anwendet, aufgrund der pflegetheoretischen Grundlagen, der ethischen Grundsätze, der beruflichen Grundkompetenzen, der professionellen Haltung, die Empathie und Caring mit beinhaltet und des ganzheitlichen Menschenbildes, etc. Der Umgang mit den sechs Kerndimensionen der Diversität gehört mehrheitlich zum Pflegealltag, jedoch fehlt bis anhin das Diversitätsbewusstsein und eine gezielte Diversitätskompetenz, die professionell angewendet werden würde in Bezug auf die Patientenklientel wie auch der Mitarbeitenden.

Die Pflege hat somit eine sehr wertvolle Ausgangslage für den Ausbau auf die Diversitätskompetenz, die sich ideal mit der Haltung der individuellen Ganzheitlichkeit und den Pflegequalitätsaspekten verknüpfen liesse.

Würde die Pflege sich entscheiden bewusst und gezielt mit der Diversitätskompetenz zu arbeiten und diese auch in die HF Pflegeausbildung verankern, so hätte sie das Potenzial sogar eine Vorbildfunktion in der Berufswelt diesbezüglich einzunehmen.

Aus den geschichtlichen Entwicklungen der Bevölkerungszusammensetzung in der Schweiz, wird deutlich, wie und weshalb die Transkulturelle Kompetenz eine zentrale Rolle in der Krankenversorgung eingenommen hat. Durch die anhaltende Globalisierung und den demografischen Wandel ist es vermutlich aber nur eine Frage der Zeit, wann die Pflege konsequent zur Diversitätskompetenz und damit vielleicht sogar zum Diversity-Management übergehen wird. Pflegestudierende sollten dementsprechend ausgebildet werden und zwar jetzt, damit sie sich kompetent im sich veränderndem Arbeitsalltag von morgen bewegen und aktiv mit gestalten können.

Spannend war bei der Literaturbearbeitung auch über Kritikpunkte zum Diversity-Management und somit auch indirekt zur Diversitätskompetenz zu lesen. Doch konnte ich darin keinen wirklichen Grund erkennen, der massiv gegen die Aufnahme der Diversitätskompetenz oder der Einführung der DiM sprechen würde.

So wurde erwähnt, dass die Auseinandersetzung mit dem Diversitätsansatz zu Konflikten und folglich zu Kommunikationsstörungen führen könnte. Meiner Erfahrung nach, besteht diese Gefahr immer bei der Einführung neuer Instrumente und Ansätze und wird auch im Changemanagement unter Widerstände gegen Neuerungen thematisiert. Hier sollte mehr Wert auf eine transparente Kommunikation und Konfliktlösungsbereitschaft gelegt werden, anstatt deswegen von DiM abzuraten.

Ein weiterer Punkt war der Hinweis darauf, dass gruppenspezifische Zusammengehörigkeiten zum Ausschluss Anderer führen kann.

Diese Betrachtungsweise hat mich erstaunt, da gerade die Dimensionen der Diversität aufzeigen, dass Menschen mit ihren individuellen Konstellationen, immer gleichzeitig mehreren Gruppen angehören und in einem Teil sogar einfach ganz bei sich bleiben, als einzigartige Persönlichkeit. Auch dies scheint mir kein schlagendes Argument gegen DiM, sondern bestärkt mich in meiner Vermutung, dass das gemeinsame Verständnis zur Diversität und seinen Dimensionen noch teilweise fehlt.

Die nächste Kritik beleuchtet den Aspekt, dass die verschiedenen Gruppierungen eines Betriebes unterschiedlichen Wertevorstellungen folgen und sich deswegen gegenseitig ablehnen, anstatt anzunähern. Im Sinn von, warum sollte jemand eine Gruppe akzeptieren,

wenn deren Wertvorstellungen nicht mit den eigenen übereinstimmen. Auch diese Meinung teile ich nicht. Das Diversitätskonzept verfolgt nicht das Ziel, dass plötzlich alle dieselben Werte positiv finden müssen, sondern, dass die verschiedenen Werte miteinander oder wenigstens nebeneinander existieren können, ohne dafür in irgendeiner Art und Weise diskriminiert oder benachteiligt zu werden. Mein Eindruck ist eher, dass dies ohne diversitätssensibler Begegnung viel häufiger geschieht und im heutigen Alltag regelmässig anzutreffen ist, wie zum Beispiel eben die Diskriminierung von Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen aufgrund ihres Migrationshintergrunds. Wendet man in solchen Situationen die Diversitätskompetenz an, bedeutet das eine Begegnung mit Wertschätzung, die den verschiedenen Lebenswelten gleichwertig Raum bietet.

Des Weiteren konnte ich auch das Argument nicht teilen, dass die entstehenden heterogenen Gruppen, sich negativ auf die Motivation der Mitarbeitenden auswirken, da Gruppen immer in gewissen Anteilen heterogen sind und nicht wegen der Diversität heterogen werden. Ggf. wird es einem in diesem Zusammenhang bewusster, weil dieser Aspekt dann mehr gefördert wird. Ein professionelles Diversitätstraining für alle Beteiligten, könnte dem Phänomen entgegenwirken. Ansonsten gibt es verschiedene weitere Möglichkeiten der Motivationssteigerung, da bekanntlich auch durch andere Prozesse am Arbeitsplatz dieses Phänomen auftreten kann.

Am ehesten nachvollziehen konnte ich, dass die damit verbundene Förderung der Chancengleichheit im ersten Moment bei manchen zu vermeintlichen Vorteilsverlusten führt. Bei genauerer Betrachtung meine ich, dass es sich im Sinne des Diversitätskonzepts so verhält, dass wirklich alle die Chance erhalten sich ihren Stärken entsprechend zu entfalten und so eine gerechter Aufgaben- und Funktionenverteilung erfolgt, weil es dann nach Befähigungen und Ressourcen und nicht nach reinen Sympathien oder Ähnliches ausgerichtet ist. Leider kann dies ggf. ein Hindernis sein, dass DiM nicht nach dem top-down Prinzip gefördert wird, weil die Führungspersonen in solchen Konstellationen um ihre Machtposition fürchten. Eigentlich ist dies bedauernswert, da es wie gesagt nicht darum geht, dass plötzlich alle gleich sind und alle Funktionen gleich viel Entlohnung erhalten, sondern dass alle Menschen in ihren Stärken befähigt werden und chancengleiche Zugangsmöglichkeiten haben für ihre berufliche Entfaltung.

Alle diese Aspekte haben mir gezeigt, wie jung die Arbeit mit dem Diversitätsansatz noch ist, da Vieles noch immer aus dem Konkurrenzblickwinkel angesehen wird und noch kein echter Paradigmenwechsel stattgefunden hat. Es bedarf aber einem konsequenten Haltungswechsel, wenn das Ziel der Chancengleichheit für Alle ernsthaft erreicht werden soll, dann geht es darum das veraltete Kategoriedenken abzulegen und zu Erkennen, dass es ein sich ergänzendes Miteinander und nicht ein sich ausschliessendes Gegeneinander benötigt in der heutigen vielfältig durchmischten Gesellschaft und Arbeitswelt. Dies gilt genauso für das Gesundheitswesen und den Pflegealltag.

Festzuhalten bleibt abschliessend, dass das Erlernen, Trainieren und Arbeiten mit dem Diversitätskonzept eine anspruchsvolle und komplexe Aufgabe darstellt, die, gerade auch für das Gesundheitswesen, zu Beginn einen hohen Aufwand mit sich bringen wird, zeitlich wie personell oder auch finanziell. Dieser Aufwand wird sich aber längerfristig betrachtet positiv auf genau diese zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen niederschlagen. Dies weil zum Beispiel Patienten und Patientinnen besser individuell erfasst sind in ihren Kerndimensionen, woraus sich anschliessend effizientere Abläufe ergeben oder auch qualitativ bessere Pflegeresultate erzielen lassen, da klar die individuellen Schwerpunkte der menschlichen Vielfalt gezielt weiterverfolgt werden können im Pflegeprozess. In Bezug auf die Mitarbeitenden kann dies zum Beispiel bedeuten, dass Arbeitsabläufe sich effizienter gestalten lassen, wenn die individuellen Ressourcen bekannter sind und gezielt eingebracht werden

sollen und dürfen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch das Zusammenführen der Teilkompetenzen zu den einzelnen Kerndimensionen der Diversität, damit ein nützliches Gesamtkonzept entstehen kann, welches fachfundierte Vertiefungen zu den einzelnen Kerndimensionen ermöglicht. So kann jeweils immer noch entschieden werden, wo es zum Beispiel im Speziellen die Transkulturelle Kompetenz oder die Genderkompetenz, etc. benötigt. Umfasst wird das Ganze aber immer von dem Diversitätsansatz und der damit verbundenen Diversitätskompetenz (s. eigene modellartige Darstellung im Anhang).

Bezüglich der Bestrebungen des Bundes das DiM als Gesamtkonzept in den Gesundheitsbetrieben zu implementieren, sei noch kurz dazu erwähnt, dass die Gesundheitsinstitutionen aus verschiedenen Bereichen bestehen und es sich ggf. lohnen könnte dafür die ethisch-moralischen und die rechtlich-ökonomischen Ausrichtungen dazu zusammenzuführen.

Die weiteren Entwicklungen erwarte ich mit grossem Interesse und Spannung.

## 8 Quellen- und Literaturverzeichnis

Bücher:

Domenig Dagmar (Hrsg.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Eicke Monika & Bettins Zeugin. (2007). *Transkulturell handeln – Vielfalt gestalten. Zur Bedeutung transkultureller Kompetenzen in einer Gesellschaft der Diversität*. (1. Aufl.). Luzern: Caritas-Verlag.

Sahmel Karl-Heinz (Hrsg.). (2009). *Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte*. (1. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Gnahn Dieter. (2010). *Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente*. (1. Aufl.). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Schulz André. (2009). *Strategisches Diversitätsmanagement. Unternehmensführung im Zeitalter der kulturellen Vielfalt*. (1. Aufl.). Wiesbaden: Gabler GWV Fachverlage GmbH.

Herrmann Eva & Kätker Sandra. (2007). *Diversity Management. Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen*. (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Gransee Carmen, Lorenz Jürgen, Daneke Christiane, Seibt Annette C. & Weber Petra (Hrsg.). (2009). *Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. (1. Aufl.). Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf.

Saladin Peter (Hrsg.). (2006). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. (1. Aufl.). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG und H+ Spitäler der Schweiz.

Juchli Liliane. (1995). *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. (7. Aufl.). Stuttgart – New York: Georg Thieme.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (1990). *Ethische Grundsätze für die Pflege*. (1. Aufl.). Bern: SBK - ASI.

Careum Bildungszentrum. (2010). *Leitbild. Wir machen unsere Lernenden und Studierenden fit für den beruflichen Alltag*. (?). Aufl.). Zürich: Careum Bildungszentrum.

Careum Bildungszentrum. (2010). *Die Arbeitsfelder. Der praktische Teil der HF Pflege Ausbildung im Careum Bildungszentrum*. (?). Aufl.). Zürich: Careum Bildungszentrum.

Careum Bildungszentrum. (2010). *Eignungsverfahren Höhere Fachschulen: Die 4 Schritte*. (?). Aufl.). Zürich: Careum Bildungszentrum.

Careum Bildungszentrum. (2011). *Praktikumsqualifikation Lernbereich berufliche Praxis. 3. Ausbildungsjahr, Abschlusspraktikum.* (3. Aufl.). Zürich: Careum Bildungszentrum.

Fachstelle Careum. (2009). *Problem basiertes Curriculum Höhere Fachschule Pflege. Buch 1.* (? Aufl.). Zürich: Fachstelle Careum.

Fachstelle Careum. (2009). *Problem basiertes Curriculum Höhere Fachschule Pflege. Buch 2.* (? Aufl.). Zürich: Fachstelle Careum.

Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt & Schweizerische Konferenz Pflegebildungen im Tertiärbereich (Hrsg.). (2007). *Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zur diplomierten Pflegefachfrau HF / zum diplomierten Pflegefachmann HF.* (2. Aufl.). Bern: Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt & Schweizerische Konferenz Pflegebildungen im Tertiärbereich .

Domenig Dagmar (Hrsg.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe.* (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Elektronische Quellen:

Uzarewicz Charlotte (2008). *Fremdheit und Transkulturelle Kompetenz.* Gefunden am 23. Nov. 2010, unter <http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftka-uzarewicz.pdf>

Welsch Wolfgang (2009). *Was ist eigentlich Transkulturalität.* Gefunden am 04. Dez. 2010, unter <http://www2.uni-jena.de/welsch/tk-1.pdf>

Plasser Franz (2005). *Fachbeitrag. ... bis die Patientin aufgab!.* Gefunden am 03. Dez. 2010, unter [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ\\_2005/03/plasser.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2005/03/plasser.pdf)

Huber Hans Dieter (2004). *Im Dschungel der Kompetenzen.* Gefunden am 03. Dez. 2010, unter <http://www.hgb-leipzig.de/ARTNINE/huber/aufsaeetze/kompetenzdschungel.pdf>

Bundesamt für Migration (2010). *Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung nach Wohnkantonen und Ausländergruppen Ende August 2010.* Gefunden am 27. Mrz. 2011, unter <http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/auslaenderstatistik/aktuelle/2010/107-bevoelkerung-kt-2010-08-d.pdf>

## 9 Anhang

- Anhang A: BBT Rahmenlehrplan HF PF
- Anhang B: Auszug Problem basiertes Curriculum Höhere Fachschule Pflege Buch 1
- Anhang C: Auszug Problem basiertes Curriculum Höhere Fachschule Pflege Buch 2
- Anhang D: CBZ Flyer Leitbild
- Anhang E: CBZ Flyer Die Arbeitsfelder
- Anhang F: CBZ Flyer Eignungsverfahren
- Anhang G: CBZ Auszug Praktikumsqualifikation
- Anhang H: CBZ Flyer Programm interne Fachtagung zur Transkulturellen Kompetenz
- Anhang I: M. Argyropoulos modellartige Darstellung Diversitätskompetenz
- Anhang J: BFM Statistik zur ausländischen Wohnbevölkerung
- Anhang K: BFM Statistik zur ausländischen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit
- Anhang L: Schweizerische Eidgenossenschaft Statistik Bevölkerung – Kennzahlen 2009

(Anmerkung: Die Dokumente im Anhang lassen sich nicht direkt nummerieren, da es sich um pdf-Dateien handelt).

## **Hinweis zum Anhang der elektronischen Fassung:**

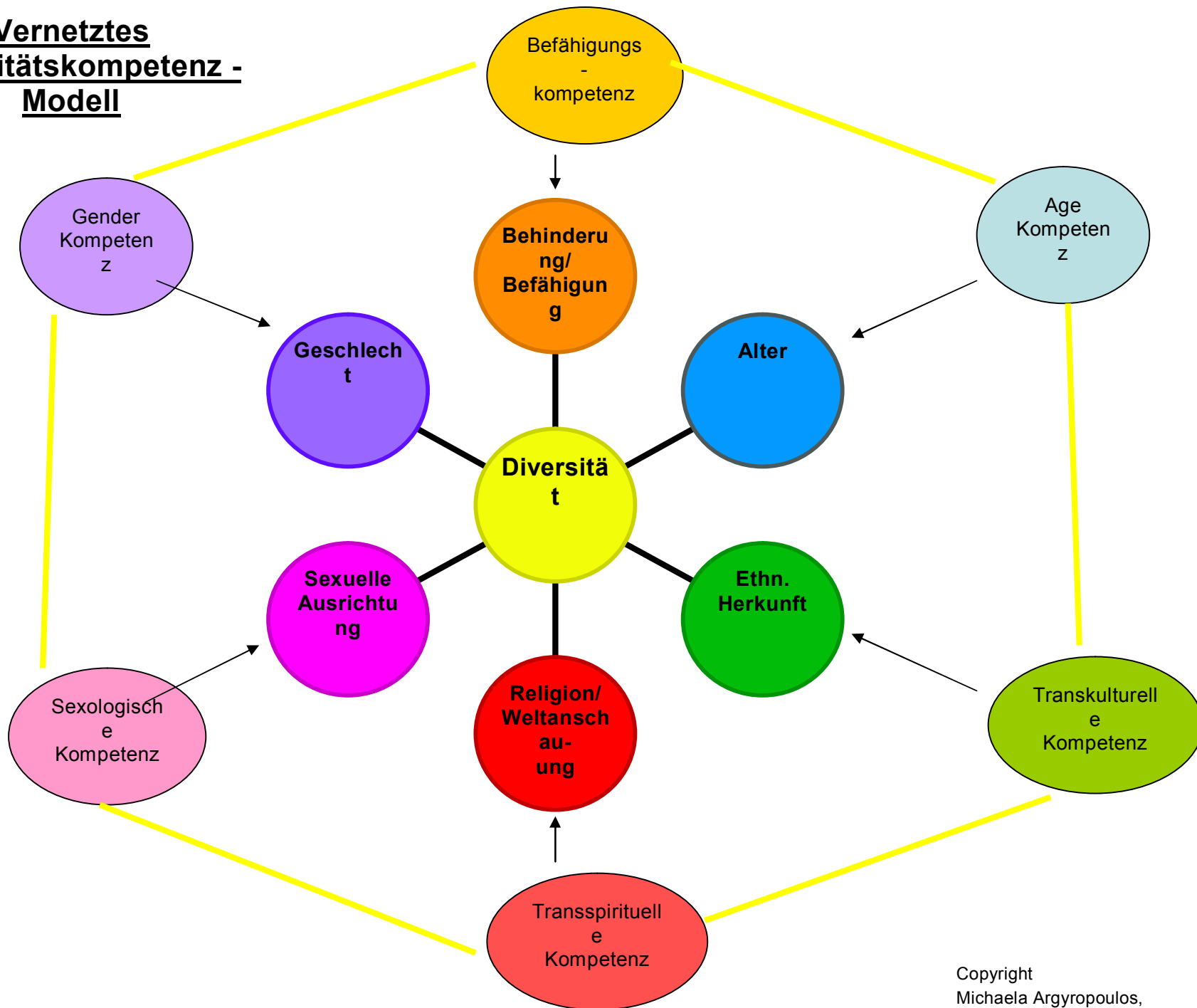
In der elektronischen Fassung dieser Masterarbeit können weder alle Anhänge integriert werden, noch alle als zusätzliches Mail- Attachment versendet werden, weil die vorliegenden pdf-Dateiformate keine Bearbeitung der Texte zulassen und ein Teil der internen Originaldokumente nicht als Gesamtkonzept angehängt werden kann. Einerseits weil die Datenmenge zu gross ist, andererseits weil die relevanten Informationen nicht mehr erkennbar sind und letztlich auch weil interne Gesamtkonzepte nicht ohne Genehmigung an Dritte weitergegeben werden können. Ich bitte deshalb auf die Anhänge in den ausgedruckten Exemplaren zurück zu greifen.

Mit den Anhängen verhält es sich konkret, wie folgt:

- Anhänge B, C und G sind in der ausgedruckten Version einzusehen
- Anhang B: hierzu findet sich bei Bedarf auch eine zusammengefasste Version im Internet unter,  
[http://www.stiftung-careum.ch/files/media/files/5ddff97dab43f3afa171d744aa7d0163/Problem%20basiertes-Curriculum%20HF-Pflege\\_Homepage.pdf](http://www.stiftung-careum.ch/files/media/files/5ddff97dab43f3afa171d744aa7d0163/Problem%20basiertes-Curriculum%20HF-Pflege_Homepage.pdf)
- Anhänge A, D – F und J – L sind dem Mail als einzelne Zusatzdokumente angehängt
- Anhang I folgt auf der nächsten Seite (s. u.)



# Vernetztes Diversitätskompetenz - Modell



Copyright  
Michaela Argyropoulos,  
30.03.2011