

und Fürsorge gegenüber den Älteren verpflichte, wie es das 2. Buch Mose, Kap. 20 oder die Sure Isra, Ayat 20 nahelegen (vgl. Thieme 2008: 48f.).

Ergänzt werden können die Überlegungen zum Zusammenhang von Religion, Gesundheit, Krankheit und Alter(n) abschließend durch migrations-spezifische Fragestellungen: Vor dem Hintergrund migrationsbedingter Veränderungen der Bewohner – und Personalstruktur (vgl. z.B. Afentakis/Maier 2014, Prätör 2008, von Winter 2003), welche mit einer Pluralisierung religiöser Ideen, Deutungen und Praktiken einhergehen können, gilt es zu eruieren, inwiefern die in der Soziologie immer wieder thematisierten Prozesse der »Um- und Neugestaltung religiöser Traditionen« (Baumann 2004: 21) infolge von Migrationserfahrungen sowie der »funktionale Aspekt der Unterstützung und Stabilisierung des Einzelnen durch Religion« (ebd.: 22) eine Rolle in den zu untersuchenden Einrichtungen spielen. Möglicherweise sind es aber auch die identitätsstiftenden Funktionen von Religion, die u.a. zur Erklärung von Abgrenzungen ethnischer Gruppen untereinander und sich daraus ergebenden Konflikten im altenpflegerischen Setting herangezogen werden können (vgl. Fuhse 2006: 57). Übergreifend stellt sich schließlich die Frage, wie bestimmte Sachverhalte im altenpflegerischen Setting gelabelt werden: Wird eine bestimmte Praktik als religiös gedeutet und entsprechend gekennzeichnet oder wird beispielsweise auf nationale Zugehörigkeit, ethnische Abstammung etc. rekurriert? Wann wird eine religiöse Etikettierung vorgenommen, wann eine mit Bezug auf Migration? Diese Fragestellungen versprechen insbesondere Relevanz im Kontext des Umgangs mit der islamischen Religions-tradition (vgl. etwa Tezcan 2012).

2.3 Diskurse und Strategien im Umgang mit kultureller Pluralität

2.3.1 Interkulturelle Öffnung

Mit dem unter anderem durch Migration bedingten demografischen Wandel gehen seit geraumer Zeit gesellschaftspolitische Diskurse darüber einher, wie soziale Dienste auf Veränderungen und entsprechende Bedarfslagen nachhaltig reagieren können. Gefasst werden die dazu entwickelten Konzepte und zunehmend auch handlungsleitenden Strategien häufig unter dem Begriff der *Interkulturellen Öffnung* von Organisationen (vgl. Griesse/Marburger 2012: 1).

Einen konzeptionellen Ausgangspunkt findet die *Interkulturelle Öffnung* mit Wolfgang Hinz-Rommels *Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste*, die er Mitte der 1990er Jahre aufstellte (vgl. Hinz-Rommel 1995a). Deutlich wird, dass die *Interkulturelle Öffnung* aus demografischer Perspektive nicht nur als ein sozialpolitisches Muss verstanden wird, sondern auch ein »Marketing-Plus für Unternehmen und Dienstleistungseinrichtungen« (Hinz-Rommel 1995b: 9) bilden kann. Mit dem *Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz* (AGG) und vereinzelt Gesetzen auf Länderebene findet die *Interkulturelle Öffnung* zudem mittlerweile eine gesetzliche Verankerung (vgl. GRIESE/MARBURGER 2012: 17–21).

Viel später als zum Beispiel die öffentliche Verwaltung (vgl. ebd.: 2) hat sich auch das Gesundheitswesen dem Thema Interkulturalität angenommen und auf Basis von Problemsondierungen nach und nach Strategien der *Interkulturellen Öffnung* entwickelt.³⁰ Diese Strategien lassen sich verstehen als »gesundheitspolitische Antwort auf Ungleichgewichte in der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung, Pflege, Beratung und Vorsorge durch migrantische Bevölkerung« (GRIESE/MARBURGER 2012: 10). Als Gründe für diese Ungleichgewichte werden kommunikativ bedingte Zugangs- und Nutzungsbarrieren in Folge von (körper-)sprachlichen Verständigungsproblemen ebenso angeführt wie kulturell bedingte Schwellen, die etwa durch differente Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen oder unzureichende Ausstattungen hinsichtlich religiöser Bedürfnislagen (Gebetsraum etc.) zustande kommen würden (vgl. ebd.).

Auch wenn bzw. gerade, weil die *Interkulturelle Öffnung* mittlerweile zu einem geläufigen Begriff in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft geworden ist, gibt es durchaus Kritik an ihm: So bezeichnet Andreas Foitzik ihn als typischen »Container-Begriff« (Foitzik 2008: 20), der ein kritisches gesellschaftspolitisches Potenzial verspreche, sich aufgrund seiner terminologischen Vagheit auf der Ebene der Handlungspraxis jedoch als wenig effektiv erweise. Illustrieren lässt sich diese Vagheit beispielsweise an dem vielen Ansätzen der *Interkulturellen Öffnung* zugrunde liegenden Verständnis von z.B.

- Kultur als einem kollektiven Phänomen,

30 Laut GRIESE/ROTHE begann die Problemsondierung in Bezug auf die Gesundheitssituation von Migranten im deutschsprachigen Raum erst zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Konkrete Initiativen und Aktivitäten zur *Interkulturellen Öffnung* seien ab dem Jahr 2005 vermehrt festzustellen (vgl. GRIESE/ROTHE 2012: 185ff.).

- Kultur als einem dynamischen Prozess,
- Kultur als einem Produkt gesellschaftlichen Handelns oder
- Kultur als einem symbolisch aufgeladenen Orientierungssystem (vgl. Griese/Marburger 2012: 13).

Zwar erwecken diese Begriffe den Anschein einer differenzierten Perspektive auf kulturelle Sachverhalte (etwa »Es gibt nicht *die* deutsche Kultur.«), doch bleibt es letztendlich dem Leser überlassen, was er in diese oder ähnliche Definitionen hineininterpretiert (z.B. »Was genau meint denn ein symbolisch aufgeladenes Orientierungssystem?«). Folglich ist davon auszugehen, dass altpflegerische Einrichtungen, sofern sie sich denn als interkulturell geöffnet betrachten, ganz unterschiedliche Umgangsformen mit Kultur und eben auch Religion hervorbringen.

2.3.2 Transkulturelle und Kultursensible Pflege

Im pflegerischen Bereich wird *Interkulturelle Öffnung* häufig mit Konzepten *Transkultureller* bzw. *Kultursensibler Pflege* in Verbindung gebracht.

Als Grundlage *Transkultureller Pflege* wird in der Regel Madeleine Leiningers Theorie der *Transkulturellen Pflege* angeführt, welche in den 1960er Jahren Fuß in der US-amerikanischen Pflegewissenschaft fassen konnte. Dabei macht Leininger den Begriff der *cultural care* stark, welche durch den Bezug auf vertraute Werte, Normen und Lebensweisen Wohlbefinden herstellen und so zu einem erleichternden Umgang mit Krankheit, Behinderung und Tod führen könne. Grundlage für diese Form von Fürsorge sei das Wissen über sogenannte Kulturspezifika, welche Leininger und Kollegen mittels der Methode des *Ethnonursing* in zahlreichen Ländern erhoben (vgl. Leininger 2001).

Mittlerweile wird Leiningers Theorie jedoch kritisch betrachtet: So sei es laut Domenig das »klassische, essentialistische Kulturkonzept« (Domenig 2001: 157) Leiningers, welches gegenwärtig aufgrund zunehmender Globalisierung und Mobilität und damit verknüpfter Pluralisierung von Lebenswelten nicht mehr haltbar sei. Domenig hingegen bevorzugt ein Konzept, welches *Transkulturelle Pflege* als Erfassung und Berücksichtigung individueller, über das Kulturelle hinausgehender Lebenswirklichkeiten im Pflegeprozess versteht und so die Interaktion zwischen Pflegenden und zu pflegenden Migranten in den Fokus der Arbeit rückt (vgl. ebd.). Ableiten lässt sich aus diesem Verständnis die Forderung nach und Förderung von *Transkultureller Kompetenz*, welche, aufbauend auf den Schlüsselkompetenzen Selbstrefle-

xion, Empathie, Wissen und Erfahrung, zu einem Leitbegriff gegenwärtiger Diskurse im Pflegebereich geworden ist (vgl. ebd.).

Mit dem Konzept *Kultursensible Pflege* verknüpft wird vor allem eine Initiative des Arbeitskreises *Charta für eine kultursensible Altenpflege*, welcher den Vorläufer des heutigen *Forums für eine kultursensible Altenhilfe* bildete. Ziel des 1999 gegründeten Arbeitskreises, der sich aus Vertretern der Wohlfahrtsverbände, der Organisationen der Altenhilfe und der Migrationsarbeit zusammensetzte, war es, bestehende »Arbeitsansätze und Strukturen der Altenhilfe im Hinblick auf die Kultursensibilität neu zu überdenken und weiterzuentwickeln« (Forum für eine kultursensible Altenhilfe 2015: 3). Ein Ergebnis dieses Zusammenschlusses war die Veröffentlichung und Verabschiedung des sogenannten *Memorandums für eine kultursensible Altenhilfe* (vgl. Forum für eine kultursensible Altenhilfe 2009) sowie die Herausgabe einer Handreichung für eine kultursensible Altenhilfe (vgl. Arbeitskreis »Charta für eine kultursensible Altenpflege« 2002). Beide wurden gemeinsam mit dem Kuratorium *Deutsche Altershilfe* veröffentlicht.

Im *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe* heißt es:

»Wir, die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner des Memorandums, fordern Politik und Gesellschaft auf, allen in Deutschland lebenden alten Menschen unabhängig von ihrer sozialen, ethnischen und kulturellen Herkunft den Zugang zu den Institutionen der Altenhilfe zu ermöglichen und dort ein kultursensibles fachliches Handeln sicherzustellen. Die Pluralität unserer Gesellschaft muss sich auch in ihren Diensten und sozialen Einrichtungen widerspiegeln und bedarf deren interkultureller Öffnung.« (Forum für eine kultursensible Altenhilfe 2009: 3)

Vor dem Hintergrund der Beobachtung einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft und daraus resultierenden Bedarfslagen werden sieben »Marksteine auf dem Weg zu einer kultursensiblen Altenhilfe« (ebd.: 4) formuliert, die unter anderem auch das Thema Religion tangieren: Kultursensible Pflege trage dazu bei, »dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann« (ebd.: 5). In der Praxis sei es dabei wichtig, Migranten nicht bloß als neuen Kundenkreis zu gewinnen und eine Gleichbehandlung aller Kunden anzustreben. Das Forum fordert stattdessen eine »gleichwertige Behandlung« (ebd.), die jedoch Unterschiede hinsichtlich der Werte, Kultur und Religion berücksichtige und so eine »bedürfnis- und biografieorientierte Pflegebeziehung« (ebd.) ansteuere. Grundlegend sei, dass *Interkulturelle Öffnung* nicht

als Zusatzangebot der jeweiligen Einrichtung verstanden werde, sondern die komplette Organisation betreffe und auf die Entscheidung des Trägers angewiesen sei (vgl. ebd.). Laut Selbstdarstellung wurde das Memorandum mittlerweile von über 300 Vertretern verschiedener Verbände, Migranten- und Selbsthilfeorganisationen sowie Pflegediensten unterzeichnet (Forum für eine kultursensible Altenhilfe 2015: 2).

Wissenschaftlich beschäftigt hat sich mit diesen und weiteren Handreichungen bzw. Dokumenten zur *Kultursensiblen Pflege* auch die Pflegepädagogin Meggi Khan-Zvorničanin: In ihrer Dissertationsschrift geht sie der Frage nach, wie alte, kranke Menschen mit Migrationshintergrund in verschiedenen Einrichtungen der professionellen Altenhilfe beraten und versorgt werden. Ausgehend von einer Diskrepanz zwischen Programmatik und Umsetzungspraxis kombiniert Khan-Zvorničanin Diskursanalyse und dokumentarische Methode, um zu einer Rekonstruktion von Diskurs und Habitus im Feld der Altenhilfe zu gelangen (vgl. Khan-Zvorničanin 2016: 14). Ein wesentliches Ergebnis ist dabei die Herausarbeitung dreier habitueller Versorgungsstile, die auf unterschiedliche Weise das Spannungsverhältnis zwischen instrumentellen und sozial verstehenden Handlungslogiken bearbeiten (vgl. ebd.: 131). Khan-Zvorničanin kann auf der einen Seite aufzeigen, wie ein rollenförmiges Handeln und eine stereotypisierende Wahrnehmung des Gegenübers mit einem instrumentellen Versorgungsstil einhergehen und zu Konflikten in Versorgungssituationen führen können (vgl. ebd.: 243). Auf der anderen Seite kann sie einen Versorgungsstil herausarbeiten, der als professioneller Zugang auf Basis geteilter bzw. strukturäquivalenter Erfahrung eine »konjunktive Verbundenheit« (ebd.: 245) »jenseits rollenförmigen Handelns« (ebd.) ermögliche. Als Zwischentyp beschreibt sie einen Versorgungsstil, der sich um eine »Balance zwischen der Anerkennung der individuellen Autonomie einer hilfebedürftigen Person und dem Prinzip der Versorgung« (ebd.: 244) bemühe und damit gleichzeitig eine Dienstleistungsorientierung zum Ausdruck bringe. Damit stellt die Autorin einen vielversprechenden Ansatz vor, welcher sich möglicherweise auch auf die Frage nach dem Umgang mit Religion in der organisierten Altenpflege beziehen lässt. Gleichzeitig macht ihre Rekonstruktion der Handlungspraxis aber auch noch einmal deutlich, dass Konzepte und Leitbilder des oben angedeuteten Fachdiskurses bisher kaum eine Relevanz für die Versorgungspraxis haben, da sie in der Regel keine Bewältigungsstrategie für das genannte Spannungsverhältnis zwischen sozialem Verstehen und instrumentellem Handeln bieten (vgl. ebd.: 284).

2.3.3 Diversity-Management

Unter *Diversity-Management* wird ein Teilbereich des Personalmanagements verstanden, der darauf abzielt, die Vielfalt des Personals und die daraus ableitbaren Potenziale »als strategische Ressource zur Lösung komplexer organisationaler Probleme zu nutzen« (Aretz/Hansen 2002: 8) bzw. »den Profit qua Imagegewinn« (Großbölting 2016: 245) zu erhöhen.

Als Beispiel lässt sich die *Charta der Vielfalt* anführen, welche seit 2006 unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Merkel »die Vielfalt der Gesellschaft innerhalb und außerhalb der Organisation anerkennen, die darin liegenden Potenziale wertschätzen und für das Unternehmen oder die Institution gewinnbringend einsetzen« (Charta der Vielfalt 2020) möchte. Ziel sei eine Wertschätzung aller Mitarbeiter in den jeweiligen unterzeichnenden Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen – unabhängig von Geschlecht, Nationalität, ethnischer Herkunft, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung bzw. Identität und eben auch Religion oder Weltanschauung. Dieser Wertschätzung liegt die Annahme zugrunde, dass Pluralität wirtschaftlich nutzbar gemacht werden kann, indem sie z.B. Vertrauen bei potenziellen Kunden aufbaut (vgl. ebd.). Anknüpfen lässt sich in diesem Zusammenhang an arbeitspsychologische Studien, die etwa die Leistungsfähigkeit multikultureller Teams beleuchten (vgl. etwa Adler 2008) oder die interkulturelle Kommunikation in Organisationen insbesondere im Hinblick auf verschiedene *Kulturtypen* (vgl. etwa Lewis 2000) oder *Kulturdimensionen* (vgl. etwa Hofstede 2001) diskutieren. Ob diese strategischen Überlegungen und Verständnisse eine Rolle in den zu untersuchenden Altenpflegeorganisationen spielen, wird das empirische Material zeigen.

