



Erasmus+

# InterHealth

Intercultural Competences  
for Healthcare Professionals

## Lehrplan für interkulturelle Kompetenzen für das Personal im Gesundheitswesen

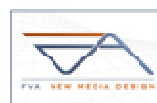


*"For a world where we are socially equal,  
humanly different and totally free"*

*Rosa Luxemburg*

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert.

Diese Veröffentlichung spiegelt nur die Ansichten des Autors wider, und die Kommission kann nicht für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen verantwortlich gemacht werden.



Projekt Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Erasmus+ Projekt, Strategic Partnerships for vocational education and training

# EINLEITUNG

InterHealth - *Intercultural Competences for Healthcare Professionals* - ist ein strategisches Partnerschaftsprojekt für berufliche Bildung, das Teil des Erasmus + Programms ist, das mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert wird. Das Projekt wird von Oktober 2016 bis Dezember 2018 dauern. InterHealth zielt darauf ab, die interkulturellen Kompetenzen von Angehörigen der Gesundheitsberufe in Europa durch nicht-formale Ausbildung zu erhöhen. Das Hauptziel besteht darin, sie mit den interkulturellen Kompetenzen zu schulen, die erforderlich sind, um eine erstklassige Qualität der medizinischen und medizinischen Dienstleistungen zu gewährleisten. Die maßgeschneiderte Ausbildung, die im Rahmen des Projekts entwickelt wurde, zielte darauf ab, die Bedürfnisse der Endbegünstigten, insbesondere kulturell unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen wie Migranten, Flüchtlinge und andere ethnische Minderheiten, abzudecken.

Zu diesem Zweck entwickelten Partner aus Österreich, Frankreich, Griechenland und Spanien ein Curriculum, wobei nicht-formale Bildungsmethoden mit einer formellen Ausbildung für Angehörige der Gesundheitsberufe kombiniert werden könnten und die Qualität der Gesundheitsversorgung in den europäischen Ländern verbessert werden könnte.

Daher führten die Partner eine Bedarfsanalyse auf dem neuesten Stand der Technik / Ausbildung durch, bei der insbesondere Gesundheitsfachkräfte und Endbegünstigte befragt wurden. Der allgemeine Stand der Technik umfasste Kontextanalyse, Bedürfnisse und Empfehlungen. Der oben erwähnte Stand der Technik ermöglichte es den Partnern, auf nationaler und europäischer Ebene einen Überblick über die Bedürfnisse und interkulturellen Kompetenzen von Gesundheitsfachkräften zu erhalten. Mit anderen Worten, Themen, mit denen sich Gesundheitsfachkräfte in ihrer täglichen Praxis beschäftigen, sowie interkulturelles Bildungsangebot (formale und nicht-formale Bildung) und Herausforderungen, denen sie begegnen, um interkulturelle Kompetenzen zu entwickeln.

Basierend auf dem Stand der Technik entwickelte der Partner InterHealth Curriculum zu folgenden vier Themen:

- Interreligiöse Kompetenzen,
- Interkulturelle Kommunikation und Beratung,
- Selbstbewusstsein für professionelle Pflegekräfte,
- Management in der Gesundheitspflege.

Der InterHealth Lehrplan ist verfügbar und frei verwendbar auf der Projekt-Homepage:  
<http://www.interhealth.eu/en/curriculum/>.



# Interkul- und Religion

## Modul 1 : Interkulturalität und Religion

Dieses Modul wird sich weiterhin auf die Bedeutung der kulturellen und religiösen Auswirkungen konzentrieren, mit denen sich der Gesundheitsfachmann bei seiner täglichen Arbeit mit Migrantenpatienten konfrontiert sieht. In diesem Modul geht es um die Beziehung zum Körper, zum Tod und zum Ausdruck und zur Bewältigung von Schmerzen.

Die Gesundheitsexperten werden dazu angehalten, die Auswirkungen ihrer eigenen kulturellen und religiösen Identität bei der Arbeit mit Patienten zu erkennen. Sie werden lernen, Strategien zu implementieren, die diese kulturellen und religiösen Unterschiede überwinden.

WISSEN		FÄHIGKEITEN		KOMPETENZEN	
Am Ende der Einheit werden die Lernenden dazu in der Lage sein					
<ul style="list-style-type: none"><li>Die sozialen, kulturellen und religiösen Manifestationen des Schmerzes besser verstehen können</li><li>Sich der verschiedenen Kulturen bewusst sein und wie sie die Beziehung zum Körper beeinflussen können</li><li>Um innerhalb der verschiedenen mit dem Tod verbundenen Praktiken zu unterscheiden, was wichtig ist oder nicht, muss die Moral respektiert werden und was vermieden oder gemanagt werden kann, ohne Störungen zu erzeugen.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>Verständnis gesellschaftlicher, kultureller und religiöser Identitäten im Gesundheitsbereich.</li><li>Selbstbeurteilungswerkzeuge verwenden, um das Selbstbewusstsein und die Beziehungsfähigkeiten zu verbessern</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>Bewusstsein schaffen und an eigenen Überzeugungen und Vorurteilen arbeiten</li><li>Wissen, wie wichtig die Beziehungen zwischen der angebotenen Behandlung und der kulturellen und religiösen Identität sind</li><li>Über die berufliche Praxis nachdenken</li><li>Gewinnstrategien erstellen</li><li>Sich bewusst sein, was ein Hindernis für die Beziehung zu anderen sein kann</li><li>Weltoffen sein</li><li>Seine eigenen interkulturellen Kompetenzen verbessern um in der Lage zu sein Migranten besser zu verstehen</li><li>Selbsteinschätzung verbessern</li><li>Fähigkeiten wie Empathie, aktives Zuhören und Respekt entwickeln</li></ul>	
EQF LEVEL			ECVET CREDIT		
5			1		
LERNSTUNDEN					
Total = 24	Kontakt = 6	Hands-on = 4	Selbststudium = 6	Assessment = 8	
Diese Einheit wird begleitet durch:					
<div><div><input checked="" type="checkbox"/> Diskussion</div><div><input type="checkbox"/> Feldarbeit</div><div><input type="checkbox"/> Hands on</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Präsentationen</div><div><input type="checkbox"/> Arbeitsgruppen</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Selbsteinschätzung /Persönliche Arbeit</div></div>					
Die Einheit wird begleitet durch:					
<div><div><input type="checkbox"/>Permanentes Assesment</div><div><input type="checkbox"/> Mündliche Prüfung</div><div><input type="checkbox"/> Portfolio</div><div><input type="checkbox"/> Praxis</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Präsentationen</div><div><input type="checkbox"/> Projekt</div><div><input checked="" type="checkbox"/> Reflexionstagebuch</div><div><input type="checkbox"/> Bericht</div><div><input type="checkbox"/> Workshop</div></div> <div><div><input checked="" type="checkbox"/>Selbsteinschätzung</div><div><input type="checkbox"/>Fähigkeitendemonstration</div><div><input type="checkbox"/>Strukturiertes Feedback</div><div><input type="checkbox"/>Meetings/Diskussionen</div></div> <div><div><input checked="" type="checkbox"/>Schriftliche Übung</div><div><input type="checkbox"/> Schriftliche Hausübung</div><div><input checked="" type="checkbox"/>Schriftlicher Test</div></div>					

## Trainingmodul 1

Dauer der Einheit: 8 Trainingsstunden/ eine Aktivität pro Tag

### 1.1. Gemeinsames Thema

<b>Titel</b> Der Titel sollte eines der Module sein, die in der nachstehenden Tabelle definiert sind (d. H. interkulturelle / interreligiöse Kompetenzen).	Interkulturalität und Religion
<b>Abstract/Ziel</b> (max 150 Wörter - 10 Zeilen)	<p>Die kombinierten Auswirkungen großer politischer und technologischer Veränderungen und insbesondere dichter Migrationsströme ... lassen heute über die Bedeutung interkultureller und interreligiöser Fragen nachdenken.</p> <p>Alle sozialen Bereiche sind betroffen, und offensichtlich sind Angehörige der Gesundheitsberufe direkt an diesen Problemen beteiligt, insbesondere wenn sie sich mit Notfällen auseinandersetzen müssen. Die Existenz dieses "Anderen", der eine andere Kultur oder / und Religion hat, der eine andere Sprache spricht, lässt uns die Frage aufwerfen, welche Rolle jeder Einzelne spielt und welche Art von Kommunikationsmitteln (Form oder Begriffe) wir verwenden sollen. Dies führt uns zu rücksichtsvollen Strategien, um mit verschiedenen Situationen umzugehen und sich darauf einzustellen, ob sie sich mit dem Ausdruck und der Handhabung von Schmerz, der Beziehung zum Körper oder der Beziehung zum Tod befassen.</p>
<b>Schlüsselwörter</b> Max 5 Schlüsselwörter	Körperidentität; Schmerzbewertung; Darstellungen, kulturelle Unterschiede; Überzeugungen
<b>Lernziele</b> 1 pro Sub-Modul, mit Aufzählungszeichen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Überzeugungen und Vorurteile anzuerkennen und zu bearbeiten</li><li>- Um die Bedeutung der Beziehung zwischen Behandlungen und kultureller und religiöser Identität zu beurteilen</li><li>- Über unsere eigene praktische Arbeitserfahrung nachzudenken</li><li>- Um Win-Win-Strategien einzuführen</li></ul>
<b>Referenzen/weitere Literatur</b> verfügbar in Englisch und weiteren Sprachen (spezifiziere)	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Association DSM-IV.</b> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 1996. (<b>American Psychiatric Association DSM-IV</b> "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders".)</li><li>- <b>Augé M. et Herzlich C.</b>, Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Archives contemporaines, 1984. ("The meaning of illness. Anthropology, history, sociology of illness")</li><li>- <b>Baudry P.</b>, La place des morts: enjeux et rites, Paris, L'Harmattan, 2006. ("The place of the Dead: challenges and rituals")</li><li>- <b>Boltanski L.</b>, Les usages sociaux du corps, Annales, Économie,</li></ul>

Sociétés, Civilisation, Vol 6, 1971, pp2015-233

(“Social uses of the body”)

- **Bourdieu P.** *Les trois états du capital culturel*, in Actes de la recherche en Sciences Sociales. Vol 30, pp. 3-6. 1979. (“The three states of cultural capital in Act of social science research”)
- **Bourdieu P.** *Remarques provisoires sur la perception sociale du corps*, in Actes de la recherche en Sciences Sociales. Vol 14, Présentation et représentation du corps. pp. 51-54, 1997. (“Provisional remarks on social perception of the body” in “Act on social science research”)
- **Côté D.** : *Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologique*, *Altérités*, vol 6, N° 2, 2019, 26-47. (“Thinking of pain when culture and biology meet : anthropological landmarks”)
- **Dominicé Dao M.**, *Douleur et culture, quelles spécificités et comment les explorer*, 5<sup>e</sup> Rencontre francophone Suisse et France, voisine de la douleur chez l’enfant. 2012 (“Pain and culture, what specificities and how to explore them, 5th Francophone meeting Switzerland and France, neighbouring pain in children”)
- **Eberhard C.**, *Droits de l’homme et dialogue interculturel*, 2011, Paris, Editions Connaissances et savoirs, p. 587. (“Human rights and intercultural dialogue”)
- **Faure J.**, *Pour une prise en charge globale des patients migrants originaire d’Afrique*, *Carnet de santé*, 2008. (“For a holistic care of migrant patients from Africa”)
- **Grandsard C.**, in Metzger C. et Coll., *soins infirmiers et douleurs*. Paris, Masson, 2000, pp 115-119. (“Nursing and pain”)
- **Guille-Escuret G.**, *Les rendez-vous de la mort et de la culture*, in *L’Homme*, N°215-216, édition de l’EHESS, 2015 (“Meetings between death and culture”)
- **Lorin F. Dr.**, *Douleur médecine et judaïsme*, [www.psychiatriamed.com](http://www.psychiatriamed.com). (“Pain medicine and Judaism”)
- **Lalleman. L.**, *Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la maladie dans un pays d’Afrique de l’ouest? Médecine humaine et pathologie*. 2014. (“Do cultural representations of pain in Benin have a role in people’s feelings, in its expression, in its relief? Some tools for a better understanding of the representations of disease in West Africa?”)
- **Le Breton D.**, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995. (“Anthropology of pain”)
- **Le Breton D.** *Anthropologie du corps et de la modernité*, PUF, 2008. (“Anthropology of body and modernity”)
- **Miner H.M.**, *Body Ritual among the Nacirema*, *The American*

Anthropologist, Vol 58, 1956.

- **Nathan T.**, *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris, 1994. (*"The influence which heals"*)
- **Ndiaye L.**, *Mort et altérité : Approche socio-anthropologique d'un phénomène indicible*, Ethiopiques, N° 74, 1<sup>er</sup> sem 2005. (*"Death and otherness: A socio-anthropological approach to an unspeakable phenomenon"*)
- **Pelletier B.**, *Pratiques interculturelles en milieu hospitalier*, in *Gestion des risques interculturels.com*, 2012 (*"Intercultural practices in hospitals"*)
- **Sargent C.**, *"Between death and shame: dimensions of pain in the Bariba culture"*, in *Social Science and Medicine*, N°19, p. 1299-1304, 1984.
- **Turner B.S.**, *The Body & Society*, Exploration in social theory, 3<sup>rd</sup> Edition, Sage, 2008.
- **Ugwu N.U, Kok B.**, *Socio-cultural factors, gender roles and religious ideologies contributing to Caesarian-section refusal in Nigeria*. *Reprod Health*. 12:70. doi: 10.1186/s12978-015-0050-7, 2015.
- **Zborowski M.**, *People in pain*, Jossey-Bass, San Francisco, 1969.

## 1.2. Ausdruck und Management von Schmerz

### Theorie und Inhalte

2-3 Seiten

#### Ausdruck und Management von Schmerz

Viele Anthropologen und Soziologen haben die soziale Natur der Krankheit hervorgehoben. Marc Augé - französischer Anthropologe - stellt fest, dass Krankheit "das individuellste und soziale Ding" ist, weil die Kriterien, um es zu identifizieren, sozial sind: "Denken über die eigene Krankheit bezieht sich bereits auf andere." Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen von Leiden und Krankheit, von ihren Ursachen und ihre Symptome werden die Behandlung definieren, die die Gesundheitsexperten bereitstellen werden. Auch wenn das Schmerzphänomen universal zu sein scheint, ist es nicht so. All diese Faktoren tragen dazu bei, wie wir Schmerz empfinden und ausdrücken: unser Geschlecht, Alter, Kultur, Religion, der soziale Status der Person (en), die dem Ausdruck dieses Schmerzes ausgesetzt sind .... All diese Faktoren werden noch verschärft, wenn wir nicht dieselbe Sprache sprechen. Schmerz ist daher ein intimes Phänomen, das auch mit sozialen, kulturellen und relationalen Faktoren verbunden ist, die die Frucht einer Erziehung sind.

#### A) Von Religion zum Schmerz

Für eine materialistische westliche Gesellschaft wird Schmerz oft als ein Skandal wahrgenommen, etwas, das um jeden Preis beseitigt werden muss, ungeachtet seiner Ursache und Konsequenzen. Ihre Intensität wird entsprechend bewertet.

Religion beeinflusst, wie Schmerz empfunden wird, wie er wahrgenommen wird und wie er behandelt wird.

Für Christen: Normalerweise gibt es keine Resignation gegenüber Schmerzen. Es wird als Teil des Lebens akzeptiert und jeder Weg, es zu reduzieren oder zu beseitigen, ist willkommen. Es sollte festgestellt werden, dass diese Interpretation von Schmerz ein neues Phänomen ist. Tatsächlich wurde Leiden im 17. Jahrhundert als Reinigung von Sünden angesehen.

Für den Islam: Gott lehrte die Menschen zu vergeben und zu hoffen, um von moralischen Schmerzen zu heilen, aber auch um sich selbst zu versorgen, um von körperlichem Schmerz zu heilen. Gemäß dem Propheten schuf Gott ein Heilmittel für alle Krankheiten. Deshalb wird bei den Riten der Gesundheitszustand der Gläubigen berücksichtigt: kein Ramadan, wenn sie krank sind, keine Gebetsgesten, wenn sie körperliche Schmerzen verursachen ...

Für das Judentum: Um es kurz zu machen, das Judentum ist keine Religion der Kasteiung oder Askese. Die Leute dürfen sich beschweren und alles tun, um den Schmerz loszuwerden.

Eine erschöpfende Liste aller existierenden Religionen zu geben und Tipps zu geben, wie man in Bezug auf Schmerz handelt, ist eine unmögliche Wette.

In der Tat ist es wichtig zu verstehen, dass nicht die Doktrin selbst, sondern die Repräsentation, die wir daraus machen, und die Art und Weise, wie sie in unsere Kultur und Geschichte integriert ist, verstanden wird.

#### B) Von Kultur zu Schmerz

Der Einfluss der kulturellen Zugehörigkeit auf die Behandlung von Schmerzen von MigrantInnen ist daher sehr wichtig. In der Tat, wenn Schmerz allen Lebewesen gemeinsam ist, kann ihr Ausdruck von Mensch zu Mensch und vor allem von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich sein.

Beispiele:

##### - Die Baribas (Benin)

Dieser Stamm ist berühmt für die Abwesenheit der Reaktion auf jeden schmerzhaften Reiz unabhängig von der Intensität (Geburt, schwere Verletzungen ...). Für diese Menschen ist die Schmerzdemonstration ein Zeichen von Feigheit und weckt Scham. Nach einem ihrer Mottos "Um zwischen Tod und Scham zu wählen, ist der Tod weit mehr die beste Option".

##### - Ausdruck von Schmerz unter asiatischen und afrikanischen Patienten

Für diese Patienten ist Schmerz wie Brennen von oben bis zu den Zehen, wie Würmer im Kopf oder Ameisen, die unter der Haut wimmeln. Aber nach dem sehr ersten psychiatrischen Handbuch DSM-IV würden diese von einem westlichen Patienten geäußerten Symptome einen Delirium-Zustand hervorrufen.

##### - Der Einfluss der Zugehörigkeit auf schmerzhaftes Erfahrungen und deren Ausdruck

Der Anthropologe M. Zborowski beobachtete im Vergleich zu mehreren Patienten, die das gleiche Krankenhaus in den Vereinigten Staaten besuchten, verschiedene Verhaltensweisen in Bezug auf die Schmerzen entsprechend dem kulturellen Hintergrund der Patienten: "Jüdische" Patienten und Patienten aus Italien zögern nicht, ihre Schmerzen auszudrücken und nach ihnen zu suchen Verwandte, während Amerikaner von alten Belastungen und Iren ihr Leiden so lange wie möglich verheimlichten.

Mitarbeiter des Gesundheitsbüros suchen im Umgang mit leidenden Patienten nach den Ursachen des Schmerzes. Über den physiologischen Ursprung des Schmerzes hinaus versucht der Patient, seine Bedeutung zu verstehen, indem er die folgenden Fragen beantwortet: Warum passiert es mir? Warum jetzt? Offensichtlich für einige Kulturen: Woher kommt mein Schmerz? Wer hat es mir geschickt? Diese Befragung kann der erste Schritt möglicher Missverständnisse zwischen Gesundheitsfachkräften und Patienten sein. Laut dem

	<p>Psychologen Nathan T. können diese Missverständnisse ein wahres Trauma verursachen, das von den letzteren verursacht wird.</p> <p>Um Missverständnisse abzubauen, können verschiedene Lösungen eingeführt werden, wie zum Beispiel die Schaffung von Partnerschaften zwischen Krankenhäusern und Migrantenverbänden (wie es sie bereits in Belgien, Frankreich, der Schweiz, den Vereinigten Staaten ... gibt). Diese Partnerschaft basiert auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung der Gemeinschaft (Besuch am Krankenbett des Patienten im Krankenhaus, zu Hause; Essen-auf-Rädern-Service ...)</li> <li>- Kulturvermittlung (zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Patient und Pflegepersonal)</li> <li>- Ethnomedizinische Beratung: eine transkulturelle Betreuung</li> <li>- gegenseitiges Training: Wissensaustausch zwischen Mitgliedern des Verbandes und Mitgliedern des Gesundheitspersonals.</li> </ul> <p><b>Conclusio</b></p> <p>Wenn wir mit Schmerz in einem interkulturellen / religiösen Ansatz umgehen, ist es für den Gesundheitsfachmann wichtig, die soziale und kulturelle Struktur des Schmerzes zu verstehen, anstatt ein umfassendes Wissen über das Thema zu haben. In der Tat sollte der Fokus auf der Intimität des leidenden Menschen liegen, um zu verstehen, wie er / sie physiologische Daten durch seine (kulturelle, religiöse, Lebens-) Geschichte integriert, um seinen / ihren Schmerz zu akzeptieren und ihm eine akzeptable Bedeutung zu geben.</p>
<p><b>Aktivitäten</b></p> <p>1 Aktivität max 4 Seiten</p> <p>Titel</p> <p>Ziele</p> <p>Schlüsselwörter (max 5)</p> <p>Inhalte (Bitte geben Sie immer die Quelle an und fügen Sie die Referenzen in die Modulbereiche für die Referenzen ein)</p> <p>Material (</p> <p>Das Material kann auch multimedial sein, wie Bilder, Videos, Zeichnungen, Material, das von den Lernenden gedruckt wird...)</p>	<p><b>Titel: Identität</b></p> <p><b>Ziel:</b></p> <p>- Sich der eigenen Hindernisse bewusst sein im Umgang mit anderen</p> <p><b>Schlüsselwörter: Selbstbewusstsein</b></p> <p><b>Inhalte:</b></p> <p><b>Die Person die du heute bist wurde kreiert durch deinen Lebensweg:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Das Land, in dem du geboren wurdest</li> <li>- Die Kultur, in der du aufgewachsen bist, die du aufgebaut hast</li> <li>- Die Religion (oder die Abwesenheit von Religion), in der du aufgewachsen bist, die du ausgewählt hast</li> <li>- Ihre persönliche, berufliche Geschichte ...</li> </ul> <p><b>Inwieweit beeinflussen diese Komponenten bewusst oder unbewusst, wie Sie den Schmerz des anderen wahrnehmen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Denke darüber nach wer du heute bist?</li> <li>✓ Wie beeinflusst das deine Beziehung zu anderen?</li> <li>✓ Wo liegen deine Grenzen (Was kannst du nicht ertragen)?</li> <li>✓ Was kannst du akzeptieren?</li> <li>✓ Wogegen weigerst du dich?</li> </ul> <p>Auf Basis dieser Reflexionen, beantworte diese Fragen:  <i>In meinem Berufsleben ist es passiert, dass das, was ich bin, was ich denke, einen negativen Einfluss darauf hatte, wie ich den Schmerz des anderen verstehe.</i></p> <p>- Wenn Sie mit Ja antworten, versuchen Sie zu sehen, was Sie gestoppt</p>

	<p>hat. Überlege dir, mit welchen Strategien du es hätte vermeiden können.</p> <p>- Wenn Sie mit Nein antworten: Notieren Sie sich die Strategien und Fähigkeiten, die Sie verwendet haben. Sind sie wiederholbar, übertragbar?</p>
<p><b>Fallstudien</b> 1 oder 2 (nicht mehr als 1 Seite in Form von Storytelling)</p>	<p><b>Titel:</b> Die Parabel des Elefanten: eine Illustration verschiedener Ansichten in der Welt</p> <p><b>Ziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das eigene Blickfeld erweitern</li> <li>- Die Sicht auf die Welt bereichern</li> </ul> <p><b>Schlüsselwörter:</b> Wahrnehmung</p> <p><b>Inhalt:</b> Parabel eines islamischen Dichters</p> <p>Ein Elefant wurde von Hindus an einen dunklen Ort gebracht. Um es zu sehen, gingen mehrere Menschen nacheinander in die Dunkelheit. Da sie mit ihren Augen nicht sehen konnten, berührten sie alle im Dunkeln mit der Handfläche. Im Falle der ersten Person, deren Hand auf dem Kofferraum landete, sagte "Dieses Wesen ist wie eine dicke Schlange". Für einen anderen, dessen Hand sein Ohr erreichte, schien es eine Art Fan zu sein. Wie für eine andere Person, deren Hand war auf seinem Bein, sagte, der Elefant ist eine Säule wie ein Baumstamm. Derjenige, der seine Hand auf die Seite legte, sagte: "Elefant ist eine Mauer". Ein anderer, der seinen Schwanz fühlte, beschrieb ihn als ein Seil. Der Letzte fühlte seinen Stoßzahn und sagte, der Elefant sei hart, glatt und wie ein Speer. Auch wenn jemand eine Beschreibung des Elefanten hörte, verstand er es aus dem Teil, der berührt worden war. Je nach dem gefühltem Teil unterschieden sich die Affirmationen und ein Mann nannte es Dal, als ein anderer es Alif nannte. Wenn jeder von ihnen eine Kerze gehabt hätte, wären die Unterschiede aus ihren Worten verschwunden.</p> <p>Brainstorming <span style="float: right;">Frage</span></p> <p>In Ihrer Aktivität ist es vielleicht passiert, dass Ihre Kollegen oder Sie selbst nur "einen Teil des Elefanten" gesehen haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Denken Sie über Strategien nach, die Sie übernommen haben?</li> <li>• Wie war dein Verhalten zu dieser Zeit?</li> <li>• Welche Fähigkeiten hast du benutzt?</li> <li>• Waren sie relevant?</li> <li>• Könntest du es heute besser machen?</li> </ul>

### Zusammenfassung der Kernpunkte

Kultur ist während des Schmerzmanagementprotokolls jederzeit vorhanden und beeinflusst:

- ✓ **Das tolerierte Level vor dem Arztbesuch**
- ✓ **Die Art des Beschwerdeausdrucks und deren Relevanz**
- ✓ **Der Ausdruck von Schmerz**
- ✓ **Das Verständnis der Krankheitsursache**
- ✓ **Die Wahrnehmung der Schwere und der Prognose**
- ✓ **Einstellungen und Erwartungen von Bezugspersonen**
- ✓ **Überzeugungen über erforderliche Behandlungen**

Konsequenzen wenn kulturelle und sprachliche Unterschiedlichkeiten nicht berücksichtigt werden:

- ✓ **Missverständnisse**
- ✓ **Verurteilung, Diskriminierung, Stereotypen**
- ✓ **Unpassende therapeutische Kooperation**
- ✓ **Nicht optimale Qualität der Pflege**
- ✓ **Unzufriedenheit der Patienten**
- ✓ **Frustration des Pflegepersonals**

### Selbstevaluierungs-Fragen

*Multiple choice Fragen mit mehr als einer korrekten Antwort. (min. 5)*

#### Frage 1: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Was sind die Komponenten von Schmerz?
Antwort 1	Sozio ökonomische Komponenten
Antwort 2	Affektive-emotionale Komponenten
Antwort 3	Verhaltenskomponenten
Antwort 4	Kognitive Komponenten
Korrekte Antwort(en)	1,2,3,4

#### Frage 2: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Was sind die Konsequenzen von Schmerz?
Antwort 1	Psychologische : Depression, Angst
Antwort 2	Sozial : Rückzug, Isolation
Antwort 3	Spirituell
Antwort 4	Physisch
Answer 5	Somatisch: Appetitsverlust, Gewichtsverlust
Korrekte Antwort(en)	1,2,3,4,5

#### Frage 3: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Welche Faktoren beeinflussen Schmerz?
Antwort 1	Soziale Werte
Antwort 2	Die persönliche Geschichte
Antwort 3	Lebensumstände
Antwort 4	Individuelle und kollektive Geschichte

Antwort 5	Familieninteraktionen
Korrekte Antwort(en)	1,2,3,4,5
<b>Frage 4: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	Was ist das Wichtigste im Verhalten des Pflegepersonals?
Antwort 1	Empathie und Verfügbarkeit
Antwort 2	Keine Vorurteile haben
Antwort 3	Verständnis und Respekt
Antwort 4	Eine Umgebung von Sicherheit schaffen
Antwort 5	Die eigenen Grenzen kennen
Korrekte Antwort(en)	1,2,3,4,5

#### **Glossary (falls angefragt)**

*Die wichtigsten Begriffe, spezifisch für das Sub-Modul*

Ethnomedizin	Medizin bezugnehmend auf die Ethnizität
--------------	---

### 1.3. Beziehung zum Körper

<b>Theoretisches und Inhalt</b> 2-3 Seiten	<b>Beziehung zum Körper</b> <p>Die Betreuung von Migranten mit unterschiedlichen Hintergründen oder religiösen Überzeugungen kann für Gesundheitsfachkräfte eine Herausforderung darstellen. Praktiken und Überzeugungen können einen wichtigen Einfluss auf die Versorgung des Patienten haben:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- aus Sicht des Patienten über die Behandlungsqualität, die er / sie erhält (Zuhören, Respekt ...)</li><li>- oder über Entscheidungen, die von ihm selbst oder seiner Familie bezüglich dieser Behandlung getroffen werden.</li></ul> <p>Gesundheitsfachkräfte werden aufgeschlossen und umfassend über die Bedürfnisse und die Realität von Patienten mit besonderen Bedürfnissen sein.</p> <p>Alle vorhandenen Werke, ob anthropologisch, psychiatrisch oder psychologisch ... beweisen, wie der Körper durch kulturelle, religiöse und geographische Kontexte aufgebaut ist. Der Körper ist daher eine sich verändernde und symbolische Realität.</p> <p>Über die physikalischen Faktoren hinaus (Kopf, Arme, Beine usw.) betrachtet jeder Mensch seinen Körper entsprechend seiner Ausbildung, Lebenserfahrung ... Einige grundlegende Faktoren wie Geschlecht (männlich / weiblich), in jeder Gesellschaft sind sie auf bestimmte Verhaltensweisen mit dem eigenen Körper (oder bestimmten Körperteilen) bezogen. Zum Beispiel ist es in unseren westlichen Gesellschaften akzeptabel, einen shirtless Mann am Strand zu sehen. Das gleiche Outfit für eine Frau führt in der Regel zu moralischen Urteilen.</p> <p>In individualistischen Gesellschaften, in denen jeder von den anderen getrennt und in seinen Initiativen und Werten relativ autonom ist, wird der Körper als etwas wahrgenommen, das von einer Person, der es ein Gesicht gibt, isoliert werden kann. Auf der anderen Seite existiert der Körper in traditionellen und kommunalen Gesellschaften nicht als Element der Individuation.</p> <p>Diese Unterschiede in den Ansätzen werden zu massiven Unterschieden zwischen der Art und Weise führen, wie Menschen feststellen, ob etwas akzeptabel ist, oder nicht, ob es sich um einen physischen Kontakt oder eine Art von Behandlung handelt.</p>
---	---

Kulturelle und religiöse Unterschiede sind in der Pflege wegen der unterschiedlichen Lebensweisen und Betreuungsbedürfnisse manchmal schwer zu berücksichtigen. Einige Migrantengemeinschaften könnten verdächtig sein über die angebotenen Behandlungen und über die Mitarbeiter, die sie bereitstellen: dauerhafter Kontakt wird möglicherweise nicht gewürdigt oder sogar verboten; die Kleiderordnung des Personals kann als unzureichend angesehen werden; Beziehung zur Intimität; Ursachen von Krankheiten (z. B. für asiatische Gemeinschaft, Krankheit kann die Folge schlechten Verhaltens sein); Behandlung durch eine Person des anderen Geschlechts; hierarchische Position des Betreuungs- / Behandlungsbeauftragten; die Autorität von weiblichen Gesundheitsfachkräften für Migranten, die Frauen nicht als gleichwertig wie Männer betrachten; unterschiedliche Wahrnehmung des Körpers (eine afrikanische Mutter kann das Übergewicht ihres Kindes als Synonym für gute Gesundheit ansehen) unterschiedliche Wahrnehmung von körperlicher Behinderung ...

Diese kulturellen und religiösen Unterschiede können manchmal schwierige Beziehungen schaffen. Wir vergessen auch, dass wir diese Unterschiede aufgrund unserer eigenen Kultur berücksichtigen und daher ihr Verhalten beurteilen.

Daher ist es notwendig zu verstehen, wo Missverständnisse herkommen, um die Einstellung anzupassen, wenn: die Art, wie wir den Kreislauf des Lebens sehen (Geburt, Altern, Krankheiten ...), ist nicht mit der Art und Weise vereinbar, wie manche Migranten sie wahrnehmen; Wir betrachten nicht die Tatsache, dass Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund die Dinge anders sehen, wenn wir einen Behandlungsplan aufstellen, wenn wir es umsetzen oder während des Follow-up; wir haben ihnen vorgeschlagen, was für ungewöhnliche Behandlungen (für Menschen mit einem anderen Hintergrund) ohne Erklärung sinnvoll ist; die vorgeschlagene Behandlung ist für sie nach ihrer Kultur beängstigend;

Wir ignorieren die Entscheidungshierarchie, die Migranten innerhalb ihrer Familie oder innerhalb ihrer kulturellen

	<p>Gemeinschaft haben können.</p> <p><u>Conclusio</u></p> <p>In der praktischen Antwort geht es nicht darum, die wichtige Vielfalt der Kulturen und Religionen in ihrer Beziehung zum Körper im Detail zu kennen, sondern sich der Existenz dieser Varietäten bewusst zu sein und zu wissen, wie sie Gesundheitspraktiken beeinflussen können. Wissen heißt nicht verstehen und Missverständnisse nicht verhindern.</p> <p>In der Tat ist es notwendig, dass Gesundheitsfachkräfte so sensibel auf das kulturelle Erbe des Patienten reagieren wie sein eigenes Erbe, und sich dessen bewusst sein müssen, was passiert, wenn diese verschiedenen Erbschaften in der Gegenwart sind.</p> <p>Es ist deshalb wichtig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Mentalität zu entwickeln, die offen für Unterschiede ist, sich auf Kommunikation zu konzentrieren,</li> <li>• gute Beziehungen aufzubauen,</li> <li>• Empathie, Zuhören und Verhandlungsfähigkeiten zu steigern.</li> </ul>
<p><b>Aktivitäten</b></p> <p>Titel Ziele Schlüsselwörter (max 5) Inhalte (Bitte geben Sie immer die Quelle an und fügen Sie die Referenzen in die Modulbereiche für die Referenzen ein) Material (Das Material kann auch multimedial sein, wie Bilder, Videos, Zeichnungen, Material, das von den Lernenden gedruckt wird...)</p>	<p><b>Titel:</b>      <b>Persönliche Analyse</b></p> <hr/> <p><b>Ziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Interaktion mit Migranten managen</b></li> <li>- <b>Interkulturelle Kommunikationsfähigkeiten entwickeln</b></li> </ul> <hr/> <p><b>Schlüsselwörter:</b> Beobachtung – Gedanke – Implementierung</p> <hr/> <p><b>Inhalte:</b></p> <p><b>Beschreiben Sie eine spezifische Situation, in der Sie kulturelle Unterschiede in Bezug auf den Körper erfahren haben. Dann lies das Raster der Analyse und analysiere deine Situation.</b></p> <p><b>1- Beschreiben Sie die Situation?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>2- Muster: Analyse einer schwierigen Situation?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was ist mein Ziel während der Observation?</li> </ul> <p>Erkläre was ist der Einfluss den du auf den anderen ausüben wolltest</p>

zB: Ich wollte dass er/sie sich auszieht für den Check

- Was waren meine Gefühle gegenüber dem Patienten?

Die meiste Zeit offenbart nonverbale Situation unsere Gefühle und Emotionen. Der Patient kann sie verstehen und sein Verhalten ändern.  
Beispiel: Ich war ungeduldig, weil ich nicht viel Zeit hatte.

- Wann habe ich realisiert, dass unsere Kommunikation beginnt schwierig zu sein?

Die Antworten auf diese Frage sind je nach Kontext unterschiedlich. Die Situation hätte vorher schwierig sein können. Oder es kann beim Sprechen schwerer werden. In der Tat könnte es so aussehen, als wären Gesundheitsfachmann und Patient nicht auf den gleichen Spuren, so dass sie sich nicht vollständig verstehen konnten.

Ex: Als er / sie mir das sagte ..., als sein / ihr Gesicht unterging ..., als er / sie zurücktrat ...

- Wie kann ich beschreiben was passiert ist?

Die Beantwortung dieser Frage bedeutet nicht, dass wir die anderen beschuldigen müssen. Denn selbst wenn wir die Situation zu Recht in Betracht ziehen, hilft uns die Verurteilung des anderen nicht, Konfliktbeziehungen im interkulturellen Rahmen besser zu bewältigen.

Bsp.: Als er sich zum ersten Mal weigerte, versuchte ich noch mehr, meinen Standpunkt zu verstehen.

- Was hätte ich anders machen können?

Es ist selten, nur eine Möglichkeit zu finden, Dinge zu sagen. Wir sollten vermeiden zu sagen, dass wir nichts anderes machen können, sonst haben wir die Gelegenheit, weiter zu kommen, gestoppt.  
Bsp: Ich hätte versuchen können zu verstehen, warum er / sie zögerte.

- Was lerne ich aus der Situation?

Die Tatsache, dass wir eine unbequeme Situation analysieren, erlaubt uns, effizient zu verstehen, warum

wir uns in einer unbequemen Situation so verhalten.  
Ex: Wenn jemand mir nicht zustimmt, werde ich nervös und ich streite noch mehr, um meinen Standpunkt zu verteidigen.

- Was kann ich tun um meine Lernerfahrung in zukünftige interkulturelle Situationen einzubeziehen?

Verbesserung unserer Kompetenzen in interkulturellen Interaktionen durch Hinzufügen neuer Verhaltensweisen und neuer Handlungsweisen im Alltag.

Bsp .: Wenn ein Patient das nächste Mal meine Behandlung ablehnt, werde ich mich auf ihn konzentrieren, um seinen / ihren Standpunkt so gut wie möglich zu verstehen.

**3- Analysiere die Situation und verwende das Muster von oben**

Was war mein Ziel während der Konversation?

---

---

---

Was waren meine Gefühle dem Patienten gegenüber?

---

---

---

Wann habe ich realisiert dass unsere Konversation beginnt schwierig zu sein?

---

---

---

Wie kann ich beschreiben was passiert ist?

---

---

---

Was hätte ich anders machen können?

	Was lerne ich aus dieser Situation?
	Was kann ich tun um meine Lernerfahrung in zukünftige interkulturelle Situationen einzubeziehen?
<b>Fallstudien</b> 1 oder 2 (nicht mehr als 1 Seite in Form von Storytelling)	<b>Körperrituale</b> <u><b>Unübliche Körperbewegungen Text von Horace Miner Anthropologe</b></u> <b>Material :</b> "Die Nacirema haben einen fast pathologischen Horror und eine Faszination für den Mund, von dem angenommen wird, dass er einen übernatürlichen Einfluss auf alle sozialen Beziehungen hat. Gäbe es nicht die Rituale des Mundes, glauben sie, dass ihre Zähne herausfallen würden, ihr Zahnfleisch blutet, ihre Kiefer schrumpfen, ihre Freunde verlassen sie und ihre Liebhaber lehnen sie ab. Sie glauben auch, dass eine starke Beziehung zwischen mündlichen und moralischen Eigenschaften besteht. Zum Beispiel gibt es eine rituelle Waschung des Mundes für Kinder, die ihre moralische Faser verbessern soll. Das tägliche Körperritual, das von jedem durchgeführt wird, beinhaltet einen Mund-Ritus. Trotz der Tatsache, dass diese Menschen so pedantisch sind in Bezug auf die Pflege des Mundes, beinhaltet dieser Ritus eine Praxis, die den uneingeweihten Fremden als widerwärtig empfindet. Es wurde mir berichtet, dass das Ritual darin besteht, ein kleines Bündel Schweinehaare zusammen mit bestimmten magischen Pudern in den Mund zu stecken und dann das Bündel in einer hoch formalisierten Reihe von Gesten zu bewegen. Neben der privaten Mundpropaganda suchen die Menschen ein- oder zweimal im Jahr einen Heiligen-Mund-Mann auf. Diese Praktizierenden habe eine beeindruckende Auswahl an Utensilien, bestehend aus einer Vielzahl von Schnecken, Ahlen, Sonden und Stacheln ... "

Fragen:

Versuchen Sie, die geografische Lage dieser ethnischen Gruppe herauszufinden.

Mit welchen Kommunikationsschwierigkeiten könnten Sie mit dieser Art von ethnischer Gruppe konfrontiert werden?

Können Sie Unterschiede zwischen ihren Hygienestandards und Ihren sehen?

Welche Art von Essgewohnheiten könnte diese ethnische Gruppe haben?

Antworten :

Das Wort "Nacirema" ist das Anagramm des Amerikanischen. Horace Miner studierte mündliche Verhaltensweisen von Amerikanern des 20. Jahrhunderts unter einer anthropologischen Sichtweise. Es zeigt, dass unser Verhalten auch durch unsere eigenen Augen verrückt erscheinen mag. Was passiert, wenn wir verschiedene Kulturen mit unseren eigenen Werten betrachten?

#### **Zusammenfassung der Kernpunkte**

**Fragen:** Welche Faktoren können das Management des Migranten beeinträchtigen?

- Sprachliche Grenzen?
- Essverhalten?
- Unterschiede in Hygienestandards?
- Kein Vertrauen des Pflegepersonals?
- Was ist verboten und was sind die religiösen oder traditionellen Verpflichtungen?
- Ignoranz oder Angst vor der Behandlung?
- Domination des Mannes?
- Glaubenssätze bezüglich des Ursprungs von Erkrankungen?
- Glaube an traditionelle Pflege? ...

**Antworten :**

- Zuhören, Sensibel sein gegenüber dem Leben der Patienten, Kultur, Werte
- Zeichen verstehen die zeigen was der Patient sagen will (sie können verbal und non-verbal sein)
- Zu wissen wie man seine Emotionen kontrolliert und Missverständnisse/Konflikte vermeidet
- Ein angemessenes Verhalten haben im Sinne von: Gestik, Aussehen, Haltung, Kleidung, Gesichtsausdruck
- Sich selbst zuhören und beobachten und verändern, unser Verhalten der Situation des Patienten anpassen.

-	<b>Des Patienten Autonomie anerkennen und ihm/ihr den Respekt geben den sie verdienen</b>
-	<b>Einige Relationen zu ihrer Kultur und Religion zeigen</b>

### **Selbstreflexions-Fragen**

*Multiple choice Fragen mit mehr als einer korrekten Antwort. (min. 5)*

#### **Frage 1: Titel der Frage**

Inhalt der Frage	Welche Faktoren können die Kontrolle eines Migranten beeinträchtigen?
Antwort 1	Die Kultur der Gemeinschaft
Antwort 2	Religiöse Verbote
Antwort 3	Der soziale Wert der Person
Antwort 4	Sprache
Antwort 5	Der Platz der Person in der Familie
Richtige Antwort(en)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

#### **Frage 2: Titel der Frage**

Inhalt der Frage	Was können die Grenzen der Körperuntersuchung des Patienten sein?
Antwort 1	Prüderie
Antwort 2	Misstrauen
Antwort 3	Angst
Antwort 4	Die Tatsache, dass sie sich manchmal ausziehen müssen
Richtige Antwort(en)	1 ; 2 ; 3 ; 4

#### **Frage 3: Titel der Frage**

Inhalt der Frage	Was sind die Einstellungen und Gesten, die bei einer Vorsorgeuntersuchung helfen könnten?
Antwort 1	Dialog
Antwort 2	Hören
Antwort 3	Intervention eines Mediators
Antwort 4	Hinweise auf verbale und non-verbale Kommunikation finden
Antwort 5	Verstehen
Richtige Antwort(en)	....

#### **Frage 4: Titel der Frage**

Inhalt der Frage	Was ist bei der Patientenversorgung von Migranten am wichtigsten?
Antwort 1	Überwachung
Antwort 2	Respekt
Antwort 3	Vertrauen

Antwort 4	Verstehen
Antwort 5	Hören und Dialog
Richtige Antwort(en)	1; 2; 3; 4; 5

## 1.4. Beziehung zum Tod

### Theoretisches und Inhalt

2-3 Seiten

### Beziehung zum Tod

Der Tod ist eine Realität, der sich die Menschen nicht stellen wollen.

In den meisten Kulturen fürchten Männer den Tod, und viele von ihnen wollen glauben, dass es ein Nachher gibt. Je nach Zeit, verschiedenen Ländern oder Religionen hat dieses "Nachher" verschiedene Namen: "Elysium" in der griechischen Mythologie, "Himmel oder Hölle" für Christen und Muslime oder die Reinkarnation von Seelen nach Hinduismus. Für die meisten Kulturen besteht die Bedeutung von Bestattungsriten darin, uns an die Unvermeidbarkeit des Todes und die Notwendigkeit eines sozialen Regulationssystems zu erinnern, um es für die Lebenden akzeptabel zu machen. Heutzutage gibt es jedoch eine Dichotomie zwischen zwei Denksystemen.

Der erste, der aus individualistischen Gesellschaften kommt, stellt den Tod als ein peinliches, zunehmend technisches und medikalisiertes Phänomen dar. Dieses System bringt die Verwandten des Verstorbenen auf Distanz, führt zu Vereinfachungen oder Zurückziehungen bei Bestattungsriten und zu einer Gesellschaft, die laut Patrick Baudry "Tod, Sterbende und Tote" loswird.

Die zweite kommt von kommunalen und traditionellen Gesellschaften. Dieses System beinhaltet und feiert den Tod, gibt ihm einen viel expliziteren Platz und weist den Toten eine zentrale Rolle beim Aufbau der lebendigen Gesellschaft zu.

Einige Beispiele:

LAND/REGIONEN	RITUALE
Mexiko	Feier der Toten (Dia de los Muertos): Opfertagen, Picknicks auf Gräbern.
Madagaskar/ Indonesien	Die Zeremonie der Leichenwende: alle 5 Jahre (oder alle zwei Jahre in Indonesien), graben die Lebenden ihre Toten auf, wickeln sie in neue Leichentücher und gehen mit ihnen durch den Friedhof, bevor sie sie wieder begraben.
Great Lakes (Afrika)...	Die Toten gelten als Feinde, deshalb sind sie nicht zusammen begraben, sondern jeder von ihnen ist neben seiner Hütte begraben.

Diese Dichotomie ist nicht nur durch Verhaltensweisen gegenüber den Toten und der Aufprägung des Todes zu beobachten, sondern auch durch eine "Todes" -Verbahnung, die zu Missverständnissen führen kann.

zB: In der afrikanischen Kultur haben Menschen keine Angst vor dem Tod. Daher kann die Verwendung von Vorsichtsmaßnahmen als Umschreibung anstelle des Wortes "tot" manchmal als ein Mangel an Vorsorge für Afrikaner betrachtet werden, daher gibt es eine beträchtliche Anzahl von Problemen im Vergleich zu Arbeitnehmern mit europäischer Kultur (Louis-Vincent Thomas zitiert von Lamine Ndiaye, Tod und Alterität).

Diese Dichotomie findet sich auch im Status des Todes in verschiedenen Gesellschaften. Einerseits gibt es eine radikale Trennung zwischen beiden Zuständen (Leben und Tod), andererseits gibt es eine Art von Kontinuität und Durchlässigkeit zwischen diesen beiden Zuständen. Diese Aufteilung wird dann zu verschiedenen Wegen führen, die

	<p>Menschen auf ihren Tod vorzubereiten, den Moment ihrer Agonie zu organisieren und schließlich die Rituale nach dem Tod zu organisieren.</p> <p>Die Integration dieser Disparitäten kann in hierarchischen Umgebungen wie in westlichen Krankenhäusern ein echtes Problem darstellen. Gesundheitsfachleute kämpfen zu oft damit, die Regeln von Krankenhäusern oder Organisationen einzuhalten und die verschiedenen Ritualpraktiken rund um den Tod zu respektieren.</p> <p>Verschiedene Bedingungen dürften diese Schwierigkeiten ausgleichen und Missverständnisse vermeiden:</p> <p>interkulturelle Vermittlung durch Einbeziehung einer Person, die beide Kulturen kennt;</p> <p>Dialog und Kommunikation mit Patienten und ihren Familien, wann immer dies möglich ist;</p> <p>Intervention eines Dolmetschers, um den Angehörigen der Gesundheitsberufe zu helfen, die beteiligten Personen zu verstehen.</p> <p>Die Idee dahinter ist es, in den Praktiken von MigrantInnen zu erkennen, was fundamental ist und was nicht, welche Prinzipien respektiert werden sollten und welche Praktiken ohne Schocks vermieden oder arrangiert werden können.</p> <p><u>Conclusio:</u></p> <p>Die Art und Weise, wie Angehörige der Gesundheitsberufe in Situationen des Todes mit Migranten interagieren, kann nicht auf einer umfassenden Kenntnis aller Kulturen und Religionen und ihrer Beziehung zum Tod beruhen. Respekt, Zuhören und Kommunikation sind die Schlüssel zu friedlichen Interaktionen zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturen und Religionen.</p>
<b>Aktivitäten</b> 1 Aktivität max 4 Seiten Titel Ziele Schlüsselwörter (max 5)	<b>Titel: Selbsteinschätzung über interkulturelle Kompetenzen</b> <b>Ziele:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Eigene Kompetenzen beurteilen</li><li>- Feedback erhalten über die eigenen Kompetenzen</li><li>- Ziele setzen für Verbesserungen</li></ul>

Inhalte (bitte zitiere immer die Quellen und füge die Referenzen ein in die dafür vorgesehenen Felder)  
Material (das Material kann auch sein Multimedia wie Bilder, Videos, Zeichnungen, Printmedien)

## Kernbegriffe: Selbsteinschätzung– Interkulturelle Kompetenzen

### Inhalte:

#### Aktivität 1: Selbsteinschätzung

Geben Sie für jede der folgenden Aussagen unter Verwendung der vorgeschlagenen Skala den folgenden Fragebogen aus (1, wenn die Aussage nicht zu Ihnen passt ..., 7 wenn die Aussage zu Ihnen passt). Sie geben dann Ihre Antworten in der ersten Spalte des 3. Dokuments unten ein (Spalte "mich").

#### Dokument 1

Nicht viel	1	2	3	4	5	6	7	Sehr viel
Ich versuche Ideen und Standpunkte zu verstehen, die sich von meinen unterscheiden								
Ich höre genau und streng zu								
Ich bin mir der Konsequenzen meines Verhaltens gegenüber anderen bewusst								
Wenn jemand gegen meine Meinung argumentiert, kann ich friedlich diskutieren								
Ich ergreife die Initiative, um Missverständnisse auszuräumen, wenn sie auftreten								
Ich respektiere die Menschen, mit denen ich rede, in jeder Situation								
Ich habe spezielle Informationen vorgelegt								
Ich präsentiere meinen Standpunkt, ohne Feindseligkeit zu provozieren								
Ich Sorge mich um die Anliegen anderer								
Ich bemühe mich, mich auf eine Weise auszudrücken, die Menschen verstehen können								
Ich bin weder arrogant noch verächtlich								
Ich versuche zu wissen, was die Person, mit der ich rede, denkt oder fühlt								
Ich sage, was ich denke, auf eine akzeptable Art und Weise								
Ich unterscheide, was wesentlich ist und was nicht								
Ich habe keine Voreingenommenheit								
Innerhalb einer Gruppe fördere ich jeden, sich auszudrücken								
Ich bin aufmerksam auf die Körpersprache meines Gesprächspartners								
Ich formuliere die Worte meines Gesprächspartners um sicherzustellen, dass ich verstanden habe								

#### Aktivität 2: Feedback suchen

Bei dieser Aktivität geht es um eine externe Sichtweise: Dokument 2 wird von jemandem aus Ihrem beruflichen Umfeld oder auch von Ihren Angehörigen ausgefüllt. Beachten Sie jedoch, dass die Art und Weise, wie Sie kommunizieren, im privaten Kontext unterschiedlich sein kann. Es wird empfohlen, dass ein Fragebogen von einer Person ausgefüllt wird, mit der Sie Schwierigkeiten haben, zu kommunizieren. Wenn möglich, sollte der Fragebogen anonym ausgefüllt werden, um direkte Antworten zu erhalten.

### Dokument 2:

Nicht viel	1	2	3	4	5	6	7	Sehr viel
Versucht, Ideen und Standpunkte zu verstehen, die sich von denen unterscheiden								
Hört sorgfältig und streng zu								
Ist sich der Folgen seines Verhaltens auf andere bewusst								
Wenn jemand gegen seine Meinung argumentiert, kann er / sie friedlich diskutieren								
Respektiert Menschen, mit denen er / sie in jeder Situation spricht								
Stellt spezialisierte Informationen bereit								
Stellt seinen / ihren Standpunkt vor, ohne Feindseligkeit zu provozieren								
Kümmert sich um die Anliegen anderer								
Macht die Anstrengung, sich auf eine Weise auszudrücken, die Menschen verstehen können								
Er / sie ist weder arrogant noch verächtlich								
Sagt, was er / sie auf eine annehmbare Weise denkt								
Versucht zu verstehen, was die Person, mit der er / sie spricht, denkt oder fühlt								
Unterscheidet, was wesentlich ist und was nicht								
Ist nicht voreingenommen								
Innerhalb einer Gruppe fördert er jeden auf, sich auszudrücken								
Ist aufmerksam auf die Körpersprache seines Gesprächspartners								
Formuliert die Wörter seines Gesprächspartners um sicherzustellen, dass er / sie verstanden hat								
Ergreift die Initiative, um Missverständnisse auszuräumen, wenn sie auftreten								

**Für jede Aussage füllen Sie die Spalte "Sonstige" mit den durchschnittlich erhaltenen Punktzahlen aus.**

**Sie werden dann den Unterschied zwischen den beiden Spalten "Ich" und "Andere" in der 3. Spalte melden:**

**Beispiel : Ich (5) Minuten Andere (7) = Unterschied -2**

### Dokument 3

Statements	Ich	Andere	LÜCKE
Ideen und Standpunkte zu verstehen, wenn sie sich von ihren unterscheiden			
Sorgfältig und streng zuhören			
Sich der Folgen seines Verhaltens gegenüber anderen bewusst sein			
Um zu akzeptieren, um bestritten zu werden			
Missverständnisse aufklären, wenn sie auftreten			

Menschen zu respektieren, mit denen er / sie in jeder Situation spricht			
Spezifische Informationen bereitstellen			
Um seine Sichtweise zu präsentieren, ohne Feindseligkeit zu provozieren			
Sich um die Anliegen anderer kümmern			
Um sicherzustellen, dass er / sie gut verstanden wird			
Nicht arrogant oder verächtlich sein			
Aufmerksam darauf sein, was die Person, mit der er / sie spricht, denkt oder fühlt			
Zu sagen, was er / sie auf eine annehmbare Weise denkt			
Um zu unterscheiden, was wesentlich ist und was nicht			
Keine Voreingenommenheit haben			
Um jeden zu ermutigen, sich auszudrücken			
Auf die Körpersprache achten			
Umformulieren Sie Ihre Worte, um sicherzustellen, dass er / sie verstanden wird			

Schreiben Sie in Dokument 4 unten in der linken Spalte die 4 Aussagen mit den höchsten Unterschieden auf. In der rechten Spalte kommentieren Sie die Unterschiede. Wenn die Unterschiede zwischen Ihrer Selbsteinschätzung und der Beurteilung des anderen kurz sind, wissen Sie, wie sich Ihr Verhalten auswirkt, wenn Sie mit jemandem interagieren. Auf der anderen Seite, wenn es signifikante Unterschiede gibt, überdenken Sie ein wenig mehr Ihre persönliche Analyse und Beobachtung über Ihr Verhalten, wenn Sie mit jemandem interagieren. Tue es besonders dann, wenn die Unterschiede positiv sind, denn das bedeutet, dass du deine Fähigkeiten in diesem Punkt überschätzen musst.

#### Dokument 4

STATEMENTS	KOMMENTARE
-Beispiel: keine Vorurteile haben	Beispiel: <u>Umstände</u> unter denen Vorurteile demonstriert werden können. <u>Strategien</u> um weltoffener zu werden
-	-
-	-
-	-

#### Aktivität 3

Ausgehend von den Informationen, die Sie jetzt haben, versuchen Sie, die folgenden Fragen zu beantworten, um Ihre Lernziele neu zu formulieren.

Was sind Ihre Stärken im Bereich der Interaktionen? Ihre Stärken sind mit der höchsten Punktzahl (zwischen 5 und 7) und mit der kürzesten Differenz (weniger als 2).

Welche Komponenten solltest du erwerben oder entwickeln?

Aufbauend auf den gegebenen Antworten, fixiere ein Entwicklungsziel.

Nenne das Mittel, das du verwenden wirst, um dein Ziel zu erreichen.

#### **Aktivität 4 : Feedback zum Lernoutput**

Ungefähr 3 Monate nach dieser Selbsteinschätzung wiederholen Sie die vorherigen Aktivitäten und beantworten Sie die folgenden Fragen.

Zurück zu den in Aktivität 3 identifizierten Verhaltensweisen. Haben die implementierten Strategien Ihnen geholfen, Ihre Interaktionen mit Migranten zu verbessern?

	Musst du immer noch die Interaktion mit Migranten verbessern?
	_____
	_____
	_____
	Falls ja, welches Mittel wirst du anwenden um das Gelernte zu festigen?
	_____

#### Zusammenfassung Kernpunkte

- Um zu verstehen, dass Trauer, Tod und alles um sie herum nicht dieselbe Bedeutung von einer Kultur zur anderen hat
- Empathie, Zuhören und Respekt sind der Schlüssel zur erfolgreichen Interaktionen mit Migranten.

#### Selbstbeurteilungs-Fragen

Multiple choice mit mehr als einer korrekten Antwort (min. 5)

##### Frage 1: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Faktoren, die den Tod von Migranten und ihren Angehörigen stören?
Antwort 1	Glaube und Religion
Antwort 2	Kulturelle Zugehörigkeit
Antwort 3	Scheinbare körperliche Integrität
Antwort 4	Respekt vor Ritualen
Antwort 5	Persönliche Sicht der Würde
Korrekte Antwort(en)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

##### Frage 2: Titel der Frage

Inhalt der Frage	In Bezug auf den Tod, wie werden die Migranten und ihre Verwandten mit internen Regeln des Gastlandes und der Organisation versorgt?
Antwort 1	Intervention eines Mediators, der beide Kulturen kennt
Antwort 2	Zuhören
Antwort 3	Respektieren
Antwort 4	Erklären
Korrekte Antwort(en)	1 ; 2 ; 3 ; 4

##### Frage 3: Titel der Frage

Inhalt der Frage	In Bezug auf den Tod, wie vermeidet man Missverständnisse mit Migranten und ihren Angehörigen?
------------------	--

Antwort 1	Dialog
Antwort 2	Zuhören und Respekt
Antwort 3	Kulturelle Medien
Antwort 4	Sich der eigenen Hindernisse bewusst sein
Korrekte Antwort(en)	1; 2; 3; 4

# Modul2 :Interkulturelle Kom- munikation und Be- ratung



## Modul: Interkulturelle Kommunikation und Beratung

Der Arbeitsplatz von Angehörigen der Gesundheitsberufe ist ein multikulturelles Umfeld, das besondere Fähigkeiten für die Kommunikation zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und Personen im Krankenhaus / Patienten / gesunde Bevölkerung / Gesundheitsdienste erfordert. Dieses Modul konzentriert sich auf die Entwicklung von Kommunikations- und Beratungsfähigkeiten der Gesundheitsfachkräfte. Sie sollten ausreichend qualifiziert sein, um Personen mit einem anderen kulturellen Hintergrund kommunizieren, verstehen und betreuen zu können. Das bedeutet, dass sie eine interkulturelle Angemessenheit entwickeln müssen.

### WISSEN

### FÄHIGKEITEN

### KOMPETENZEN

*Am Ende der Einheit werden die Lernenden fähig sein zu*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale und Non verbale Kommunikation definieren können und den Unterschied verstehen können</li> <li>• Die Prinzipien der verbalen und non-verbalen Kommunikation kennen</li> <li>• Empathie in der Pflege definieren und in der Lage sein diese täglich anzuwenden</li> <li>• Skizzieren Sie die grundlegenden Fähigkeiten, die für aktives Zuhören erforderlich sind, die in der Beziehung zwischen Arzt und Patient benötigt werden.</li> <li>• Verständnis der kulturellen Aspekte und Manifestation und Anwendung im täglichen Leben</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilen das Niveau der verbalen Kommunikation des Gesprächspartners sowie das Verständnis Ihrer Sprache</li> <li>• Aufmerksam beobachten und offene Fragen stellen, um zu verstehen, wie der Gesprächspartner kommuniziert</li> <li>• Sicherstellen, dass zwischen verbalen und nonverbalen Nachrichten eine Übereinstimmung besteht</li> <li>• Empathie in der täglichen Praxis nutzen</li> <li>• Überwachen den Fortschritt beim aktiven Zuhören.</li> <li>• Das Bewusstsein für eigene kulturelle Vorurteile und wie sie sich auf alltägliche Urteile auswirken steigern</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentration auf die Person und ihre / ihre kulturellen Eigenschaften</li> <li>• Sich dem Gesprächspartner mit Respekt nähern</li> <li>• Gewährleistung der Vertraulichkeit in der Konversation</li> <li>• Steigern Sie Ihre Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion über eigene kommunikative Fähigkeiten und Hörverständnis</li> <li>• Selbstreflexion der eigenen kulturellen Herkunft und Einfluss auf den Alltag und die Arbeit</li> <li>• Kombination des Selbstbewusstseins mit den Beratungsfähigkeiten und Bewerbung der Praxis</li> </ul> |
|--|--|---|

EOF LEVEL

6

ECVET LEVEL

?

### LERNSTUNDEN

Total:                      Kontakt:                      Hands-on:                      Selbststudium:                      Einschätzung:

### Diese Einheit wird unterstützt;

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diskussion | <input type="checkbox"/> Präsentationen               |
| <input type="checkbox"/> Feldarbeit | <input type="checkbox"/> Arbeitsgruppen               |
| <input type="checkbox"/> Hands-on   | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren) |

### Die Einheit wird begleitet durch:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dauernde Einschätzung | <input type="checkbox"/> Präsentation       | <input type="checkbox"/> Selbsteinschätzung            | <input type="checkbox"/> Schriftliche Übungen |
| <input type="checkbox"/> Mündliche             | <input type="checkbox"/> Projekt            | <input type="checkbox"/> Demonstration der Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Hausübungen          |
|  | <input type="checkbox"/> Reflexionstagebuch |  |   |

Projekt Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Erasmus+ Projekt, Strategic Partnerships for vocational education and training

<input type="checkbox"/> Prüfung	<input type="checkbox"/> Report	<input type="checkbox"/> Konstruktives Feedback	<input type="checkbox"/> Schriftliche
<input type="checkbox"/> Portfolio	<input type="checkbox"/> Workshop	Meetings/Diskussionen	Prüfungen
<input type="checkbox"/> Praxis			<input type="checkbox"/> Andere (Bitte spezifizieren)

## Trainingsmodul Vorlage

Dauer der Einheit: 1 Trainingstag (8h – muss bestätigt werden)

### 1.1. Gemeinsames Thema

<b>Titel</b> Der Titel sollte eines der Module sein, die in der nachstehenden Tabelle definiert sind (d. H. Interkulturelle / interreligiöse Kompetenzen).	Interkulturelle Kommunikation und Beratung
<b>Abstract/Ziel</b> (max 150 Wörter - 10 Zeilen)	<p>Der Arbeitsplatz von Angehörigen der Gesundheitsberufe ist ein multikulturelles Umfeld, das besondere Fähigkeiten für die Kommunikation zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und Personen im Krankenhaus / Patienten / gesunde Bevölkerung / Gesundheitsdienste erfordert. Gesundheitsfachkräfte sollten angemessen qualifiziert sein, um Personen mit einem anderen kulturellen Hintergrund kommunizieren, verstehen und betreuen zu können. Das bedeutet, dass sie eine interkulturelle Angemessenheit entwickeln müssen.</p> <p>In der Tat stellen Einstellungen und Verhaltensweisen wie Ethnozentrismus und Stereotype sehr wichtige Hindernisse zwischen Kommunikation und Vertrautheit mit einer anderen Kultur dar. Ethnozentrismus bezieht sich auf das Gefühl der Überlegenheit einer ethnischen Gruppe gegen eine andere. Stereotype beziehen sich auf den Glauben, dass die kulturellen Merkmale einer Person diese Person definieren. Nicht selten tragen Ethnozentrismus und Stereotype dazu bei, dass sich Vorurteile gegenüber anderen Kulturgruppen aufgrund ihrer kulturellen Identität negativ auf Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund auswirken. Gesundheitsfachkräfte sollten eine angemessene interkulturelle Bildung erhalten, um Ethnozentrismus und Stereotype zu vermeiden</p>

	und spezielle Kommunikations- und Beratungsfähigkeiten zu entwickeln, wie zum Beispiel Fähigkeiten zur verbalen und nonverbalen Kommunikation, einfühlsame Kommunikation und aktives Zuhören. Dieses Modul konzentriert sich auf die Entwicklung von Kommunikations- und Beratungsfähigkeiten durch Vorlesungen sowie experimentelle Lerntechniken wie Berichte, Fallstudien, Aktivitäten, Selbststudium und Selbsteinschätzung.
<b>Schlüsselwörter</b>	verbale Kommunikation, nonverbale Kommunikation, Empathie, empathische Kommunikation, aktives Zuhören, Beratung
<b>Lernziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale und nonverbale Kommunikation definieren und den Unterschied zwischen ihnen verstehen</li> <li>• Die Prinzipien der verbalen und nonverbalen Kommunikation kennen und die entsprechenden Fähigkeiten entwickeln</li> <li>• Empathie in der interkulturellen Pflege definieren und in der täglichen Praxis anwenden können</li> </ul>
<b>Tpips</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentriere dich auf die Person und dann auf ihre kulturellen Eigenschaften</li> <li>• Beurteilen Sie zuerst das Niveau der verbalen Kommunikation Ihres Gesprächspartners sowie sein Verständnis Ihrer Sprache, da Sie möglicherweise einen Mediator oder eine vertraute Person benötigen, um zu übersetzen</li> <li>• Nähern Sie sich Ihrem Gesprächspartner mit Respekt</li> <li>• Beobachten Sie aufmerksam und stellen Sie offene Fragen, um zu verstehen, wie Ihr Gesprächspartner kommuniziert</li> <li>• Vergewissern Sie sich, dass eine Übereinstimmung zwischen Ihren verbalen und nonverbalen Nachrichten besteht</li> <li>• Erhöhen Sie nicht den Ton Ihrer Stimme, damit Ihr Gesprächspartner Sie versteht</li> <li>• Versuchen Sie, eine ruhige Umgebung und viel Zeit für Ihre Kommunikation mit der Person mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund zu finden</li> <li>• Nehmen Sie auf gleicher Höhe mit Ihrem Gesprächspartner Platz</li> <li>• Gewährleisten Sie die Vertraulichkeit Ihrer Konversation</li> </ul>
<b>Referenzen/Weitere Literatur verfügbar in Englisch und</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abu-Ras, W. M. (2007) Cultural beliefs and service utilization by battered Arab immigrant women. <i>Violence Against Women</i>, 13, 1002–1028.</li> <li>• Boyle, F. M., Robinson, E., Heinrich, P., Dunn, S. M. (2009).</li> </ul>

weiteren  
Sprachen  
(spezifizieren)

- Cancer: communicating in the team game. *Patient Education and Counseling*, 74, 295–301.
- Back, A. L., Curtis, J. R. (2002). Communicating bad news. *West J Med*, 176, 177–80.
  - Cabana, M. D., Jee, S. H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*, 53, 974–80.
  - Calloway-Thomas, C. (2010) *Empathy in the global world: An intercultural perspective*. Los Angeles: Sage.
  - Davies, J. (2003). *A manual of Mental Health Care in General Practice*. Canberra: Department of Commonwealth Health and Ageing.
  - D'Ardenne, P. & Mahtani, A. (1999). *Transcultural Counselling in Action*. USA: SAGE.
  - Dziopa, F. & Ahern, K. (2009). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature, *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10 (11), 65-69.
  - Everhart, R. S., Elliott, K., Pelco, L. E., Westin, D., Briones, R., Peron, E., & associates (2016) *Empathy Activators: Teaching tools for enhancing empathy development in service-learning classes*. Virginia Commonwealth University and University of Richmond, Richmond, VA. Retrieved from Virginia Commonwealth University, Scholars Compass, Division of Community Engagement Resources: [http://scholarscompass.vcu.edu/community\\_resources/](http://scholarscompass.vcu.edu/community_resources/)
  - Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010) Why the nation needs a policy push on patient centered health care. *Health Affairs*, 29, 8, 1489-1495. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0888
  - Epstein, R. M., Street, J. R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
  - Eysenck, M. W. (2015). *Cognitive Psychology: A Student's Handbook*. USA: Psychology Press.
  - Fuertes, J. N., Mislowsky, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., Boylan, L. S. (2007). The physician–patient working alliance. *Patient Educ Couns*, 66, 29–36.
  - Guerrero, L., and Floyd, K. (2006) *Nonverbal Communication in Close Relationships* (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum): 2
  - Ha, JG., Longnecker, N. (2010) Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*, 10, 38–43.
  - Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Thomas, S., Dorrenboom G, Pinto, D., & Bruijnzeels, M. (2005). The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. *The British Journal of*

*General Practice*, 55, 514, 343–350.

- Henman, M. J., Butow, P. N., Brown, R. F., Boyle, F. & Tattersall, M. H. (2002). Lay constructions of decision-making in cancer. *Psychooncology*, 11, 295–306.
- Hojat, M. (2007) *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. Publication location: Springer Science & Business Media.
- Hojat, M., Bianco, J. A., Mann, D., Massello, D., & Calabrese, L. H. (2015). Overlap between empathy, teamwork and integrative approach to patient care. *Medical Teacher*, 37, 8, 755-758. doi: 10.3109/0142159X.2014.971722
- Hojat, M., Louis, D., Maio, V., & Gonnella, J. (2013) Editorial: Empathy and health care quality. *American Journal of Medical Quality*, 28, 1, 6-7. doi: 10.1177/1062860612464731
- Hojat, M., Louis, D., Markham, F., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients, *Academic Medicine*. 86, 3, 359-364. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2005). Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *The Journal of Social Psychology*, 145, 6, 663-672. doi: 10.3200/SOCP.145.6.663-672
- Hojat, M., Louis, D., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. (2010) Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal of Medical Education*, 1, 83. Doi: 10.5116/jime.4d00.b701
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84, 9, 1182-1191. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
- James SA. (2017) The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care, *Cad Saude Publica*, 33 Suppl 1 (Suppl1): e00104416. doi: 10.1590/0102-311X00104416.
- Kim, S. C., Kim. S., Boren, D. (2008). The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Mil Med*, 173, 85–90.
- Kiosses, V.N. Karathanos V.T. and Tatsion A. (2016) Empathy promoting interventions for health professionals: a systematic review of RCTs, *Journal of Compassionate Health Care*, 3(7) <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0024-9>
- Kessler, C. S., Chan, T., Loeb, J. M., Terez, Malka, S. (2013). I'm clear, you're clear, we're all clear: improving consultation communication skills in undergraduate medical education.

*Acad Med*, 88, 1–6.

- Kunyk, D., & Olson, J. (2001) Clarification of conceptualizations of empath. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x
- Lovan, S. R. & Wilson, M. (2012) Comparing empathy levels in students at the beginning and end of a nursing program. *International Journal for Human Caring* (16)3 28-33.
- Lovan, S. R., & Wilson, M. (2012) Comparing empathy levels in students at the beginning and end of a nursing program. *International Journal for Human Caring*, 16(3), 28.
- Martin J & Nakayama T (2014) *Experiencing intercultural communication*. Mc Graw Hill, New York.
- Martin, R. W., Head, A.J., Rene, J., Swartz, T. J., Fiechtner, J. J., McIntosh, B. A., Holmes, R. M. (2008). Patient decision-making related to antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis: the importance of patient trust of physician. *J Rheumatol*, 35, 618–24.
- Meina Liu (2016) *Verbal Communication Styles and Culture* Oxford Research Encyclopedias Online Publication.
- Metcalfe, S. & Putnam, A. (2013) The net generation of nursing: Keeping empathetic communication alive. *Creative Nursing* 19, 1, 21-25. New York City, New York: Springer Publishing Company.
- Mikesell, L. (2013). Medicinal Relationships: caring conversations. *Med Educ*, 47, 443–52.
- Moore, P. M., Mercado, S. R., Artigues, M. G. & Lawrie, T. A. (2013). *Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer*. Cochrane Database of Systematic reviews.
- Newell S, Jordan Z. (2015) The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 13, 1, 76-87. doi: 10.11124/jbisir-2015-1072.
- Neuliep, J. W. (2017) *Intercultural communication: A contextual approach*. Sage Publications.
- Niemelä, S. (2014) *Empathy and intercultural understanding in the context of international long-term volunteers*. Master's thesis Department of Communication, University of Jyväskylä, Finland.
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011) A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12-17.
- Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., Stange, K. C. (2003). *Continuity of primary care: to whom does it matter and when?* *Ann Fam Med*, 1, 149– 55.

- Ogden, J. (1996). *Health psychology, a textbook*. USA: Open University press.
- Post, S. G., Ng, L. E., Fischel, J. E., Bennett, M., Bily, L., Chandran, L., & Rodriguez, J. V. (2014) Routine, empathic and compassionate patient care: definitions, development, obstacles, education and beneficiaries. *Journal of evaluation in clinical practice*, 20,6, 872-880.
- Rogers, C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21,2, 95-103. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240
- Rogers, C. R. (1957). *On becoming a person, a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Mifflin company.
- Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, Jr. M., Stiles, W., Inui T.S. (1997) Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*; 277:350-6.
- Shalhoub-Kevorkian, N. (2000) Blocking her exclusion: A contextual model of intervention for handling female abuse. *Social Service Review*, 74, 620-634.
- Schouten, B.C., Meeuwesen, L., Tromp F., Harmsen, HAM. (2007) Cultural diversity in patient participation: The influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient Education and Counseling*, 67, 214–223.
- Smith, M. C. & Parker, M. E. (2015) *Nursing theories and nursing practice*. (4th ed.) Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Smith, L.G., Postmes, T. (2011) The power of talk: developing discriminatory group norms through discussion. *Br J Soc Psychol*, Jun, 50 (Pt 2):193-215. doi: 10.1348/014466610X504805
- Stewart, M., Belle, J., Wayne, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Switching cultural codes Andy Molinsky available at [http://www.brandeis.net/globalbrandeis/documents/mar2009\\_ibsnnews.pdf](http://www.brandeis.net/globalbrandeis/documents/mar2009_ibsnnews.pdf), accessed 11/8/2017
- Taylor, C., Lilis C., LeMone P. (1997) *Fundamentals of Nursing: The art and science of nursing care*. Lippincott, Philadelphia
- Thorne, S., Hislop, T. G., Kuo, M., Armstrong, E. A. (2006). Hope and probability: patient perspectives of the meaning of numerical information in cancer communication. *Qual Health Res*, 16, 318–36.
- Verlinde E., De Laender N., De Maesschalck S., Deveugele M., Willems S. (2012) The social gradient in doctor-patient communication, *Int J Equity Health*, 11,12.
- Wang, C.S., Kenneth, T., Ku G., Galinsky A.D. (2014) Perspective-Taking Increases Willingness to Engage in Intergroup Contact. Urgesi C, ed. *PLoS ONE*, 9, 1: e85681.

doi:10.1371/journal.pone.0085681.

- Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B. & Hojat, M. (2009) *Reliability and validity of the Jefferson scale of empathy in undergraduate nursing students*. New York City, New York: Springer Publishing Company. DOI: 10.1891/1061-3749.17.1.73
- Williams, B., Brown, T., McKenna, L., Palermo, C., Morgan, P., Nestel, D., & Wright, C. (2015) Student empathy levels across 12 medical and health professions: an interventional study. *Journal of Compassionate Health Care*, 2, 1, 4. doi: 10.1186/
- Wilby, KJ, Govaerts, MJB, Austin, Z, Dolmans, DHJM. (2017) Exploring the influence of cultural orientations on assessment of communication behaviors during patient-practitioner interactions. *BMC Medical Education*, 17, 61. doi:10.1186/s12909-017-0899-y.
- Whitworth, L., Kimsey-House, K., Kimsey-House, H.& Sandah, P. (2007). *Co-Active Coaching: New Skills for Coaching People toward Success in Work and Life*. USA: Brealey Publishing.
- Yang, C., Hargreaves, W., & Bostrom, A. (2014) Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric Services*, 65, 2, 251-254. doi: 10.1176/appi.ps.201200531
- <https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>
- [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Personal\\_Spaces\\_in\\_Proxemics.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Personal_Spaces_in_Proxemics.svg)

## 1.2. Verbale Kommunikation

### Theorie und Inhalte 2-3 Seiten

#### Verbale Kommunikation

Obwohl die Kommunikation ein Element der Kultur darstellt, variiert sie je nach Kultur. Trotz der verschiedenen Ähnlichkeiten in den Kommunikationskontexten wird verbale interkulturelle Kommunikation durch kulturelle Dynamiken (Wahrnehmungen, Grundwerte und Ansichten) beeinflusst und scheint sich im Laufe der Zeit zu verändern, da Kultur kein statisches Konzept ist (Wilby et al, 2017).

### **Definition der verbalen Kommunikation**

Verbale Kommunikation ist einfach definiert als Informationsaustausch unter Verwendung von Sprache. Eine genaue und effiziente interkulturelle verbale Kommunikation beinhaltet jedoch eine breite Palette an sprachlichen Fähigkeiten, menschlichen Fähigkeiten, Zuhörfähigkeiten, Persönlichkeitsmerkmalen, nonverbaler Kommunikation, psychologischer Anpassung und Kombination aller oben genannten Aspekte, die im Rahmen des kulturellen Bewusstseins seit den Teilnehmern berücksichtigt werden sollten habe nicht die gleichen Erfahrungen oder das gleiche Verständnis für ein Thema (Harmsen et al, 2005).

### **Definition der interkulturellen verbalen Kommunikation**

Interkulturelle verbale Kommunikation kann äußerst schwierig sein, wenn der Kommunikator und der Empfänger nur wenige gemeinsame und erkennbare Symbole teilen oder wenn die empfangene Nachricht nicht mit der gesendeten Nachricht übereinstimmt. Die Vertrautheit mit Wörtern ist hilfreich, aber die Wörter selbst können Bedeutungen tragen, die nicht immer verstanden werden oder deren Kontext schwer zu interpretieren ist. Als Konsequenz kann Misskommunikation an der Oberfläche entstehen, da der kulturelle Kontext für die verwendeten Wörter eine andere Bedeutung hat als die beabsichtigte Quelle. Bemerkenswerterweise ist das "patientenorientierte" Verhalten ein Schlüsselement, um die Kluft zwischen den Kulturen zu verringern (Newell, et al, 2015). Es ist auch bemerkenswert, dass Wörter zwei Arten von Bedeutungen haben: denotativ, das ist die Bedeutung, die oft im Wörterbuch gefunden wird, und konnotativ, die in der Gemeinschaft von Benutzern gefunden wird und nicht universell ist. Um Missverständnisse zu vermeiden oder Komplexität zu vermeiden, ist es daher wichtig, wörtlich zu verstehen, was man sagt, oder Begriffe der verbalen Kommunikation zu vereinfachen.

### **Charakteristiken der verbalen Kommunikation**

Aus all diesen Gründen sollte die verbale Kommunikation bestimmte Merkmale enthalten. Erstens sollte es klar und konsistent sein, Bedürfnisse und Gefühle des Staates angeben und Fakten von der Meinung trennen. Zweitens sollten verbale und nonverbale Botschaften kongruent sein, während Äußerung und Ton der Stimme in Übereinstimmung mit Wörtern sein müssen. Drittens sollte verbale Kommunikation Klarheit der Rede, Höflichkeit,

Gelassenheit und ständige Konzentration auf das diskutierte Thema beinhalten.

### **Formale oder informale Arten der verbalen Kommunikation**

Formale oder informelle Formen der verbalen Kommunikation sind bei der Interaktion mit kulturell unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen unerlässlich. Personen, die einer bestimmten Kultur angehören, kommunizieren mit wenig Bedarf für den Zuhörer, die Botschaft zu interpretieren, oder sie kommunizieren auf eine Weise, die ein hohes Maß an Verständnis von Kontext, Ton usw. erfordert. Darüber hinaus hat die Hierarchie einen Einfluss auf die verbale Kommunikation. In manchen Kulturen kann ein Individuum Ideen viel kritischer gegenüberstehen oder in einigen anderen zögern, zu sagen, was wirklich bedeutet. Dementsprechend sollte die verbale Kommunikation aufgrund ihres Alters, ihrer Entwicklung oder Erfahrung auf der Ebene der Bereitschaft und des Verständnisses des Empfängers sein (Meina Liu, 2016).

### **Kommunikations-Skills und Schritte für eine effektive verbale Kommunikation**

Verbale Kommunikation als instrumentelles Verhalten beinhaltet technisch fundierte Fähigkeiten, die bei der Problemlösung eingesetzt werden, wie zB Anweisungen geben, Informationen geben, Fragen stellen, Fragen stellen, Beratung usw. (Verlinde et al, 2012).

Genauer gesagt, kann die verbale Kommunikation als eine Kreisprozedur mit einem Anfang und einem Ende dargestellt werden. Grundlegende Kommunikationsfähigkeiten umfassen: a) effektive Sprech- und Konversationsfähigkeiten, b) Befragungsfähigkeiten und -techniken und c) Nachdenken.

Wenn eine mündliche Kommunikation eröffnet wird, sind ermutigende Worte und positive Verstärkung wichtig, um die anfänglichen Erwartungen jedes Teils zu erfüllen. Ebenso wichtig ist die Ermutigung, sich an Diskussionen zu beteiligen, den Weg für die Entwicklung von Diskussionen zu ebnen, Offenheit zu zeigen und Schüchternheit oder Nervosität zu reduzieren.

Befragung ist eine wesentliche Fähigkeit, um die geeigneten Informationen zu erhalten und Interesse für die Person zu zeigen, die die Nachricht erhalten muss. Darüber hinaus sind während des Prozesses die Voraussetzungen für die verbale Kommunikation das aktive Zuhören, das Konzentrieren auf die Hauptrichtung der Botschaft des Sprechers und das Vermeiden von Ablenkungen. Nachrichten sollten überprüft werden, um sicherzustellen, dass sie wie beabsichtigt empfangen werden.

	<p>Reflektieren ist ein Prozess, bei dem Informationen zurück gegeben werden, die bereits vom Sprecher gegeben wurden, und auf einfache Weise überprüft werden kann, ob die Nachricht klar verstanden wurde. Reflektieren: a) ermutigt die Teilnehmer, weiter zu sprechen, b) zeigt dem Sprecher, dass der Zuhörer die beabsichtigte Bedeutung der Wörter wahrnimmt oder zumindest versucht, die Botschaften zu verstehen, und c) dem Sprecher erlaubt, seine eigenen Gedanken und Botschaften zu "hören". Die beiden Hauptbereiche des Reflektierens sind: a) Spiegeln, das beinhaltet, genau das zu wiederholen, was der Sprecher sagte, und b) Umschreiben, das die Verwendung anderer Wörter beinhaltet, um zu beschreiben, was der Sprecher sagte. Deutlich mehr Umschreibungen zeigen den Versuch zu verstehen, was der Sprecher gesagt hat.</p> <p>Die Zusammenfassung der Hauptpunkte der Nachricht oder das Stellen von Fragen zur Beurteilung des Verständnisses ermöglicht es beiden Parteien, die bereits ausgetauschte Kommunikation zwischen ihnen zu überprüfen und zuzustimmen. Daher ist eine Zusammenfassung ein effektiver Weg, Missverständnisse zu minimieren (Smith, et al., 2011). Zum Ende der Interaktion sollte die verbale Kommunikation ermutigend sein und zukünftige Vereinbarungen erlauben (Neuliep, 2017).</p> <p>Schließlich erfordert eine "patientenzentrierte Kommunikation" die Bereitschaft, auf Patienten zu hören, und beinhaltet Elemente von "Echtheit, Wärme und Empathie" (Wilby et al., 2017 &amp; Ha et al., 2010).</p> <p>Effektive verbale Kommunikation erhöht die Bereitschaft, mit anderen zu sprechen oder in Kontakt zu kommen, wodurch Stereotype, Vorurteile und Vorurteile reduziert werden (Wang et al., 2014 &amp; James, 2017) und eine therapeutische Beziehung schafft, die wiederum die Zufriedenheit steigert (Verlinde et al, 2012)</p>
<b>Aktivitäten</b>  1 Aktivität max 4 Seiten - Titel - Ziele - Schlüsselwörter (max 5) - Inhalte (bitte immer die Quelle zitieren und in die dafür vorgesehenen	<b>Aktivität der verbalen Kommunikation:</b> <b>Erstelle eine TV Werbung</b>  <b>Ziele</b> Die Bedeutung verstehen der effektiven verbalen Kommunikation  <b>Schlüsselwörter</b> Verbale Kommunikation, effektive Kommunikation  <b>Inhalte:</b> VON Practice Guideline College of Nurses of Ontario Practice Guideline: Culturally Sensitive Care (2009) Verfügbar unter <a href="http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf">http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</a>

<p>Felder einfügen) Material (das Material kann auch Multimedia sein wie Fotos, Videos, Zeichnungen, Printmedien)</p>	<p>Zugang 3 /7/2017</p> <p>NOTIERE: Diese Übung erfordert keine Kameras oder Multimedia-Aufnahmen. Falls verfügbar, kann dies genutzt werden, aber der Zweck der Übung besteht darin, sich auf die Idee zu konzentrieren, warum Empathie wichtig ist, und nicht auf technische Produktionsfertigkeiten.</p> <p>Die Schüler werden in Gruppen von vier bis sechs Personen eingeteilt. Ihre Aufgabe ist es, einen "Fernseh" -Kommerz von bis zu einer Minute Dauer zu entwickeln. Der Zweck der Anzeige besteht darin, den Wert der effektiven verbalen Kommunikation im Gesundheitswesen für ihr Publikum zu fördern. Die Schüler sind dafür verantwortlich, die Werbung für den Rest der Gruppe zu schreiben und auszugeben.</p>
<p><b>Fallstudien</b> 1 oder 2 (nicht mehr als eine Seite in Form von Storytelling)</p>	<p><b>FALLSTUDIE 1</b></p> <p>Arabische Immigrantinnen zögern, externe Intervention nach Partnermissbrauch zu suchen oder zu akzeptieren, wie die niedrige Rate an Berichten über häusliche Gewalt an die Polizei zeigt. Die Einstellung der Frauen und ihr Verhalten bei der Suche nach Hilfe wird von kulturellen und religiösen Überzeugungen beeinflusst. Leider entscheiden sich viele arabische Frauen dafür, eine missbräuchliche Ehe nicht zu brechen oder aus verschiedenen Gründen, wie sozial inakzeptabel, familiäre Privatsphäre, geringe oder gar keine finanzielle Unterstützung und Sorgerecht für ihre Kinder und mehrere andere Gründe zu suchen. Sowohl arabische Immigrantinnen als auch arabische Frauen, die in den Ländern des Nahen Ostens leben, teilen die gleichen Einstellungen, Überzeugungen und Gedanken, indem sie die Aufdeckung des Missbrauchs oder der Intervention durch die Behörden ablehnen.(Abu-Ras, 2007 &amp;Shalhoub-Kevorkian, 2000).</p> <p><b>BERICHT</b></p> <p>Es war fast Mitternacht, als eine arabische Immigrantin in die Notaufnahme eines öffentlichen Krankenhauses in Begleitung eines Freundes eintrat. Die Frau berichtete von starken Kopfschmerzen und behauptete, von der Treppe zu Hause gestürzt zu sein. Während der körperlichen Untersuchung wurden Prellungen am linken Arm und auf dem Rücken sowie Rückhalte- oder Griffmarkierungen beobachtet. Sie sah erschrocken aus und sprach kaum. In der Anamnese berichtete sie auch von chronischen Kopfschmerzen und Bauchschmerzen.</p> <p>Der von ihr berichtete Verletzungsmechanismus konnte die Zeichen an ihrem Körper nicht erklären. Möglicherweise war die Frau Opfer häuslicher Gewalt. Trotz der offensichtlichen Anzeichen versuchte sie den Missbrauch zu verstecken, möglicherweise aufgrund von Angst oder Scham über den Missbrauch.</p>

Anfangs war die verbale Kommunikation mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe begrenzt, da die Frau es ablehnte, zu sprechen oder weitere Einzelheiten anzugeben. Außerdem hat die Frau jeglichen Kontakt mit Sprachdolmetschern abgelehnt. Obwohl sie nicht fließend Griechisch sprach, schaffte sie es, Fragen zu ihrem Gesundheitszustand zu beantworten und beschrieb ihre Stimmung als durchweg traurig und entmutigt.

Krankenschwestern versuchten:

- Schaffung einer sicheren, ruhigen und einladenden Umgebung, die den gemeinsamen Respekt fördert
- Fragen auf respektvolle Weise zu stellen, um Unannehmlichkeiten zu vermeiden  
sie in einer separaten Krankenstation aufzunehmen (jedoch nicht zu lange), um sich entspannter zu fühlen oder neugierige Patienten zu vermeiden
- nicht mit lauter Stimme zu kommunizieren, sondern Angst vor ihren Worten zu zeigen, ihr gegenüber, aber auf derselben Ebene um sie zu beruhigen, dass ihre Kommunikation vertraulich war.

Da sie mit einer möglichen intrakraniellen Verletzung in Verdacht stand, unterzog sie sich einer Schädel-Computertomographie, die keine neurologischen Anzeichen oder Symptome aufwies. Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus lieferten die Krankenschwestern ausführliche Informationen mit einfachen, nicht medizinischen Begriffen über das therapeutische Regime. Schließlich fühlten sich die Krankenschwestern verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Frau den Status ihrer Gesundheit vollständig verstanden hat, indem sie die wichtigsten Punkte ihrer Diskussion wiederholten und Zeit gaben, ihre Gefühle oder andere Missverständnisse auszudrücken. Darüber hinaus erklärten Krankenschwestern ihre Bereitschaft, psychologische Hilfe zu leisten, falls sie ihre Probleme offen legen wollte.

Die arabische Immigrantin war anfangs allerdings nicht sehr gesprächig, sie fühlte sich allmählich sicherer, Informationen für Gesundheitsdienste zu verlangen, die sich mit diesem sensiblen Thema in kulturell angemessener Pflege beschäftigen.

## **FALLSTUDIE 2**

Eine Krankenschwester wird gebeten, einer 60-jährigen Frau chinesischer Abstammung beizubringen, wie sie eine selbstkontinuierliche ambulante Peritonealdialyse durchführt. Die Frau hat keine Familie, spricht nur Mandarin und lebt in einer

chinesischen Wohnumgebung. Die Gastschwester identifiziert die Sprachbarriere und erstellt einen Pflegeplan mit dem Ziel, die Kommunikation zu fördern. Die Kundin identifiziert ihre Nachbarin als Dolmetscherin, mit der sie sich wohl fühlen würde. Die Krankenschwester fragt die Nachbarin, ob sie bereit ist, in dieser Rolle zu helfen. Der Nachbar stimmt zu, und die Krankenschwester überprüft mit dem Nachbarn die Notwendigkeit, die Vertraulichkeit der Kunden zu wahren. Eine schriftliche Liste der Besuchsdaten und -zeiten wird dem Nachbarn ausgehändigt, der zustimmt, für geplante Pflegebesuche zur Verfügung zu stehen. Der Pflegeplan gibt an, dass die Pflegekraft zu Beginn jedes Besuchs an die Tür des Nachbarn klopft, der Nachbar die Pflegekraft in die Wohnung des Kunden begleitet und die Pflegekraft den Dolmetscher benutzt, um die Kommunikation während des Besuchs zu fördern.

### **Diskussion**

Die Pflegeplanung zeigt einen durchdachten Prozess, der auf die Bedürfnisse des Kunden reagiert. Es gibt Hinweise darauf, dass die Pflegekraft den Klienten berät und die Wahl des Dolmetschers durch den Klienten unterstützt. Die Krankenschwester betont die Vertraulichkeit und respektiert den Zeitplan des Nachbarn, indem sie eine Liste der geplanten Besuche bereitstellt.

[http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

### **Zusammenfassung der Kernpunkte**

- Verbale interkulturelle Kommunikation wird durch kulturelle Dynamiken (Wahrnehmungen, Grundwerte und Ansichten) beeinflusst und ist kein statisches Konzept.
- Verbale Kommunikation ist ein integraler Bestandteil mit anderen Dimensionen wie Persönlichkeit, nonverbale Kommunikation, psychologische Anpassung des Hörens usw.
- "Patientenorientierter" zu sein, ist ein Schlüsselement, um die Kluft zwischen den Kulturen zu verringern.
- Verbale Kommunikation sollte klar und konsistent sein, Bedürfnisse und Gefühle des Staates festhalten und Fakten von Meinungen trennen. Verbale und non-verbale Nachrichten müssen übereinstimmen
- Äußerung, Betonung und Ton der Stimme sollten in Übereinstimmung mit den Wörtern sein, während interkulturelle verbale Kommunikation Klarheit der Rede, Höflichkeit, Ruhe und Konzentration auf das Thema erfordert.
- Die mündliche Kommunikation sollte in Anbetracht des Alters, der Entwicklung oder der Erfahrung des Empfängers mit der Bereitschaft und dem Verständnis des Empfängers übereinstimmen.
- Das Verfahren der Kommunikation besteht aus den folgenden Elementen: effektives Sprechen, Konversationsfähigkeiten, Sprechen, Fragen von Fähigkeiten und Techniken und Nachdenken.

### Selbstbeurteilungs-Fragen

Multiple choice Fragen mit mehr als einer Antwortmöglichkeit. (min. 5)

#### Frage 1: Verbale Kommunikation verstehen

Inhalt der Frage	Verbale Kommunikation verlangt:
Antwort 1	Sprachliche Fähigkeiten
Antwort 2	Menschliche Fähigkeiten und psychologische Anpassung
Antwort 3	Zuhörfähigkeiten
Antwort 4	Nonverbale Kommunikation
Antwort 5	Alles oben genannte
Korrekte Antwort(en)	5

#### Frage 2: Charakteristiken der verbalen Kommunikation

Inhalt der Frage	Welche der folgenden Merkmale werden für eine effektive verbale Kommunikation benötigt?
Antwort 1	Klarheit und Konsistenz
Antwort 2	Staatliche Bedürfnisse und Gefühle
Antwort 3	Klarheit der Rede und Höflichkeit
Antwort 4	Ruhe und kurze Dauer
Antwort 5	Konzentrieren Sie sich auf das diskutierte Thema
Korrekte Antwort(en)	1 & 2 & 3 & 5

#### Frage 3: Zusammenfassend

Inhalt der Frage	Der Hauptvorteil der Zusammenfassung ist:
Antwort 1	Dem Sprecher die ursprüngliche Bedeutung des Gesagten zurückgeben
Antwort 2	Interesse an dem, was andere Menschen zu sagen haben
Antwort 3	Verstehen aller verbalen Kommunikation durch den Zuhörer
Antwort 4	Überprüfung beider Parteien und Zustimmung zu der bereits ausgetauschten Kommunikation
Antwort 5	1 & 4
Korrekte Antwort(en)	5

#### Frage 4: Kommunikationsfähigkeiten für verbale Kommunikation

Inhalt der Frage	Was sind Fähigkeiten in der verbalen Kommunikation?
Antwort 1	Effektive Sprech- und Konversationsfähigkeiten
Antwort 2	Fragen Fähigkeiten und Techniken
Antwort 3	Nachdenklich
Antwort 4	Konzentrieren Sie sich hauptsächlich auf vi-

	suelle Nachrichten
Antwort 5	Alles oben genannte
Korrekte Antwort(en)	1 & 2 & 3
<b>Frage 5: Reflexion</b>	
Inhalt der Frage	Reflektieren ist definiert als
Antwort 1	Erinnerungen und Eindrücke von Lernenden anderer Sprachen
Antwort 2	Einstellungen basierend auf Erfahrungen mit Familie und / oder Freunden einer anderen Kultur
Antwort 3	Lernerfahrungen.
Antwort 4	Überzeugungen und Annahmen über Nachrichten
Antwort 5	Nichts des oben Genannten
Korrekte Antwort(en)	5

<b>Glossar Die wichtigsten Begriffe, spezifisch für dieses Modul</b>	
Verbale Kommunikation	Verbale Kommunikation ist einfach definiert als Informationsaustausch unter Verwendung von Sprache
Reflexion	Reflektieren ist ein Prozess, bei dem Informationen zurück gegeben werden, die bereits vom Sprecher gegeben wurden, und auf einfache Weise überprüft werden kann, ob die Nachricht klar verstanden wurde.
Spiegelung	Spiegelung ist eine Domäne des Reflektierens, die beinhaltet, genau zu wiederholen, was der Sprecher gesagt hat ...

### 1.3. <Non-verbale Kommunikation>

**Theoretical  
and contents**  
2-3 pages

#### **Non- verbale Kommunikation**

Nonverbale Kommunikation ist die Kommunikation durch andere Mittel als die Sprache. Zum Beispiel, Stille, persönlicher Raum, Blickkontakt, Berührung und anderes. Es beinhaltet auch das Konzept des kulturellen Raumes, der uns unsere Identität gibt. Daher ist es für Gesundheitsdienstleister sehr wichtig, die kulturellen Unterschiede der nonverbalen Kommunikation zu berücksichtigen, um Missverständnisse zu vermeiden. Es wird üblicherweise gesagt, dass nonverbale Kommunikation die wahre Bedeutung der Nachricht im Vergleich zur verbalen Kommunikation ausdrückt (Taylor et al., 1997), sie vermittelt Botschaften über die Emotionen der Personen, sie zeigt ihren sozialen Status an, aber sie gibt auch Täuschungsbotschaften, wenn jemand lügt (Martin & Nakayama, 2014).

#### **Prinzipien der non-verbalen Kommunikation**

Nonverbale Kommunikation vermittelt wichtige zwischenmenschliche und emotionale Botschaften. Es wird gesagt, dass 65-90% unserer Bedeutung von nonverbalen Signalen abgeleitet sind (Guerrero et al, 2006).

1. Nonverbale Kommunikation ist unfreiwilliger als mündlich. Nonverbale Kommunikation zeigt immer unsere zugrunde liegenden Gedanken oder Gefühle.
2. Nonverbale Kommunikation ist zweideutiger. Die meisten nonverbalen Signale können mehreren Bedeutungen zugeordnet werden. Wenige nonverbale Signale haben eine universelle Bedeutung.
3. Nonverbale Kommunikation ist glaubwürdiger als verbale Kommunikation, weil es angeboren ist.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

#### **Funktionen der nonverbalen Kommunikation**

1. Nonverbale Kommunikation überträgt Bedeutung durch Verstärkung, Ersatz oder Widersprechen der verbalen Kommunikation. Zum Beispiel können Gesten dem medizinischen Fachpersonal helfen, den Patienten zu bitten, seinen / ihren Mund zu öffnen.
2. Nonverbale Kommunikation beeinflusst andere. Verbale und nonverbale Kommunikation widerspricht sich sehr oft.
3. Nonverbale Kommunikation regelt den Konversationsfluss.
4. Nonverbale Kommunikation wirkt sich auf Beziehungen aus. Unsere nonverbalen Botschaften beeinflussen unsere Beziehungen positiv und negativ.
5. Nonverbale Kommunikation drückt aus, wer wir sind. Unsere Identität wird

durch die Art und Weise kommuniziert, wie wir uns kleiden, stehen, Ton unserer Stimme usw.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

### **Wie beeinflusst die Kultur nonverbale Kommunikationsmuster?**

Grundlegende Emotionen wie Glück, Traurigkeit, Ekel, Angst, Wut, Überraschung werden in vielen Kulturen auf dieselbe Weise mit nonverbaler Kommunikation kommuniziert. Der Reiz, der dieses nonverbale Verhalten verursacht, variiert von Kultur zu Kultur. Zum Beispiel ist Lächeln ein internationales nonverbales Verhalten, aber was es verursacht, Lächeln variiert zwischen verschiedenen Kulturen (Martin & Nakayama, 2014).

### Arten der nonverbalen Kommunikation

**Berühren.** Das Berühren hat für jede Person eine andere Bedeutung und ihre Erfahrung ist das Ergebnis von kulturellen Merkmalen. Im Allgemeinen wird es als nonverbaler Weg verstanden, Liebe, Sicherheit, Zuneigung, Sympathie und auch Wut und Aggressivität zu kommunizieren! (Taylor et al., 1997).

### Arten von Berührung, die vermieden werden müssen:

Vermeiden Sie es, Personen zu berühren, die Sie nicht kennen, es sei denn, Sie werden ihnen vorgestellt oder Sie bieten Hilfe an.

Vermeiden Sie verletzende Berührungen und entschuldigen Sie sich, wenn sie auftreten, auch wenn sie zufällig geschehen.

Vermeide es, eine andere Person mit deiner Berührung zu überraschen. Vermeiden Sie es, den physischen Kontakt zu unterbrechen, wenn Sie jemanden umarmen, während er mit jemand anderem spricht.

Vermeiden Sie es, Menschen aus dem Weg zu räumen, indem Sie Ihre Berührung nur mit einer verbalen Nachricht wie "Entschuldigung" berühren.

Vermeiden Sie übermäßig aggressive Berührungen, insbesondere wenn Sie sich als spielerische Berührung tarnen (z. B. zu weit gegangenenes Spiel).

Vermeiden Sie es, Berührung mit negativer Kritik zu kombinieren; Eine Hand auf der Schulter während einer kritischen Aussage kann die Abwehr einer Person erhöhen und aggressiv erscheinen.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

### **Geräusche (Paralinguistik)**

Stimmverhalten während der Kommunikation beinhaltet wichtige Nachrichten. Stimmlage, Lautstärke, Geschwindigkeit, Geschwindigkeit und auch Weinen, Stöhnen, Atemnot und Atemnot könnten auf andere Weise erklärt werden. Zum Beispiel, jemand weint, weil er / sie glücklich oder traurig ist, Schwierigkeiten beim Atmen zeigt Schmerz, Angst oder Überraschung! (Taylor et al., 1997).

### **Ruhe**

Ruhe kann bedeuten Verständnis, Peinlichkeit oder Ärger!

### **Augenkontakt**

Augenkontakt wird als eine Dimension des persönlichen Raums betrachtet, da er den persönlichen Raum anordnet. Direkter Augenkontakt verringert die Distanz zwischen zwei Personen. Der Glaube an den Augenkontakt variiert zwischen verschiedenen Kulturen (Martin & Nakayama, 2014). Augenkontakt in der westlichen und amerikanischen Kultur bedeutet Aufmerksamkeit und Respekt. In Kenia und China zeigt es Unhöflichkeit und Respektlosigkeit. In arabischen Ländern ist Hijab eine Art für den Körperschutz der Frauen vor den Augen der Männer. Zieh den Hijab aus, damit jemand die wahre Identität sehen kann (Martin & Nakayama, 2014).

### **Gesichtsausdruck**

Gesichtsausdrücke können viele Emotionen ausdrücken (Ekel, Glück, Angst). Angehörige von Gesundheitsberufen müssen bei der Betreuung von Menschen auf den Gesichtsausdruck der Patienten und auf ihre eigenen Gesichtsausdrücke achten. Chinesen benutzen diese Art von Ausdrücken nicht.

### **Gestik**

Gesten (Arm- und Handbewegungen) werden sehr häufig verwendet, wenn zwei Menschen eine andere Sprache sprechen. Einige Gesten werden von verschiedenen Kulturen in gleicher Weise wahrgenommen, während andere Gesten in jedem Kulturer eine andere Bedeutung haben. Zum Beispiel bedeutet Tippen auf den Fuß in der Regel Ärger und Stress.

Darüber hinaus bedeutet die "Daumen hoch" - Geste "eins" auf dem europäischen Festland, bedeutet aber auch "up your" in Griechenland (wenn nach vorne geschoben wird) und wird als ein Signal für Trampen oder "gut", "gute Arbeit / Weg" anerkannt gehen, "oder" OK "in vielen anderen Kulturen.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

### **Persönlicher Raum**

Persönlicher Raum ist ein Ballon um uns herum, der den sicheren Abstand zwischen uns und den anderen markiert (Bild 1). Der Raum um uns herum ist in Zonen / Räume aufgeteilt, jeder von ihnen hat einen anderen Rang der Privatsphäre. 30 cm von unserem Körper wird als der Intimitätsraum betrachtet und nur die engsten Freunde, Familie und romantische / intime Partner sind darin erlaubt. Der persönliche Raum (30 cm bis 150 cm von unserem Körper entfernt) ist für Freunde, enge Bekannte und andere wichtige Personen reserviert. Ihre Verletzung erzeugt Gefühle des Unbehagens und der Verwirrung. Sozialer Raum (1,5 m bis 3,5 m von unserem Körper entfernt) ist reservierten Menschen unbekannt und es ist im Rahmen einer beruflichen oder zwanglosen Interaktion. In der öffentlichen Zone (3,5 m bis 7,5 m von unserem Körper entfernt) ist die Kommunikation formal und wir sind oft nicht verpflichtet oder erwartet, Personen, die unsere öffentliche Zone betreten, zu erkennen oder mit ihnen zu interagieren (<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>).

Wenn der Patient während unserer Kommunikation zurückgeht, bedeutet dies, dass die Intimzone verletzt wurde. Wenn der Patient sich dem medizinischen Fachpersonal nähert, bedeutet dies, dass er Nähe braucht. Für Gesundheitsfachkräfte wird die persönliche Zone als die optimale Zone während der Kommunikation mit den Patienten angesehen (Taylor et al, 1997).

Einige kulturelle Gruppen werden als Kontaktkulturen und einige als nicht-kontaktierende Kulturen definiert. Kontaktkulturen sind Menschen aus Ländern wie Mittelmeerländern, Nordafrika, Osteuropa, Indonesien, Lateinamerika, Südamerika. In diesen Kulturen stehen Menschen während der Kommunikation näher und benutzen häufig direkten Blickkontakt, berühren und sprechen laut. Kontaktlose Kulturen sind Menschen aus China, Thailand, Japan, den Philippinen, Korea, Deutschland, Norwegen, Finnland, Schweden, Norwegen (Martin & Nakayama 2014). In diesen Kulturen bleiben Menschen während der Kommunikation von der anderen Person fern, halten weniger Berührungs- und Augenkontakt.

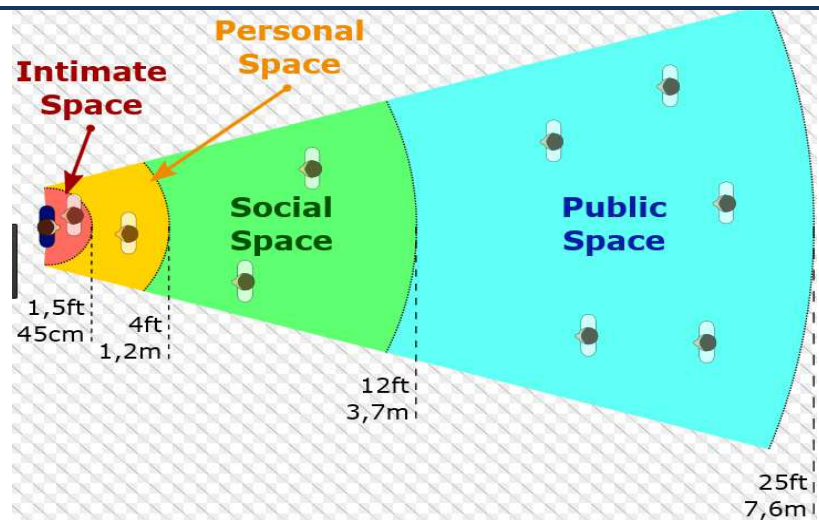


Bild 1. Persönlicher Raum

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Personal\\_Spaces\\_in\\_Proxemics.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Personal_Spaces_in_Proxemics.svg)

<b>Aktivitäten</b> 1 Aktivität max 4 Seiten - Titel - Ziele	<b>Titel:</b> Aktivitäten für nonverbale Kommunikation
	<b>Ziele:</b> Verständnis der eigenen Kultur und Analyse der eigenen Körpersprache
	<b>Schlüsselwörter:</b> Körpersprache, Nonverbale Kommunikation
	<b>Contents:</b> FROM Practice Guideline College of Nurses of Ontario Practice Guideline: Culturally Sensitive Care (2009) Available at <a href="http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf">http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</a> Accessed 3 /7/2017

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlüsselwörter (max 5)</li> <li>- Inhalt (bitte immer die Quelle zitieren und die Referenz angeben)</li> <li>- Material (das Material kann Multimedia sein, wie Bilder, Videos, Zeichnungen und Printmedien)</li> </ul>	<p>Diese Vorschläge wurden entwickelt, um Gesundheitsfachkräften beim Verständnis ihrer individuellen Kulturen zu helfen. Berücksichtigen Sie die Frage sorgfältig, bevor Sie Ihre Antwort schreiben. Überlegen Sie sich auch, wie jemand aus einer anderen Kultur auf dieselbe Frage antworten könnte.</p> <p>■ Denken Sie an eine Zeit, in der Sie mit einer Gruppe von Menschen aus einem anderen Land oder sogar einem anderen Teil von Kanada zusammen waren. Was waren die Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Kultur?</p> <p>■ Was würdest du als deine Kultur beschreiben? Wie würdest du das Folgende nach Wichtigkeit ordnen: Ethnizität, Familie, Arbeit, Zukunft, Ernährung und Religion? Glauben Sie, dass Ihre Kunden die gleichen Prioritäten haben?</p>	<p>Berücksichtigen Sie die Liste der Bereiche, in denen häufig kulturelle Unterschiede in Überzeugungen und Werten auftreten (Sehen/Erwerb von kulturellem Wissen oben). Können Sie Ihre Präferenzen sofort bestimmen? Was ist mit den Vorlieben eines oder aktuellen Kunden?</p> <p>Wären die Entscheidungen, die Sie in Ihrer Rolle als Gesundheitsfachkraft treffen, anders als bei Ihnen selbst oder bei jemandem, der Ihnen wichtig ist?</p> <p>■ Sind Sie der Meinung, dass es angemessen ist, mit der Familie und den Freunden eines Kunden Gesundheitsprobleme zu besprechen? Warum?</p> <p>Wie wäre es mit Gesundheitsproblemen wie Menstruation, Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Krankheiten mit Mitgliedern des anderen Geschlechts zu diskutieren?</p> <p>■ Was sagt deine Körpersprache über dich aus? Wie könnte ein Klient aus einer anderen Kultur Ihre Haltung, Ihren Blickkontakt und den Ton Ihrer Stimme interpretieren? Könnte deine Körpersprache etwas anderes als deine Worte kommunizieren?</p> <p>■ Wie schätzen Sie als Individuum persönliche Unabhängigkeit, Familie, Freiheit, sinnvolle Arbeit, Spiritualität usw.? Wie wirkt sich das auf Ihre Kundenbeziehungen aus?</p> <p>Kontinuierliches Nachdenken über Ihre Reaktionen auf die Kulturen Ihrer Klienten und auf Ihre Klienten wird Ihnen helfen, eine kulturell akzeptable Pflege zu gewährleisten.</p>	
<p><b>Fallstudien</b> 1 oder 2 (nicht mehr als 1 Seite in Form von Storytelling)</p>	<p><b>Fallstudie 1:</b> Ein Patient, der Ihre Sprache nicht spricht, wird nach einer Operation im Krankenhaus, in dem Sie arbeiten, hospitalisiert. Die Kommunikation ist sehr schwierig und ein Kollege von dir sagt, dass sein Schmerz 10 in der 10. Punktskala des Schmerzes ist. Wenn du ihn in seinem Zimmer besuchst, hockst du ihn hockend, sprichst zum Telefon und lachst.</p> <p>Was ist mit seinen verbalen und nonverbalen Botschaften?</p>		

	<p>Was passiert Ihrer Meinung nach?  Was denkst du sollte die Körpersprache sein, wenn der Schmerz 10 ist?  Was werden Sie tun, um die Situation zu bewältigen?</p> <p><b>Fallstudie 2</b></p> <p>Eine Frau aus einer anderen Kultur wird in der Abteilung, in der Sie nach einem Zusammenbruch arbeiten, in ein Krankenhaus eingeliefert. Sie ist alleine ohne ihre Familie. Die Gesundheitsdienstleister sind sehr neugierig auf diese Frau. Sie scheint die Sprache zu kennen und zu verstehen, weil sie die Fragen beantwortet und sie gut reagiert, wenn jemand sie bittet, etwas zu tun. Sie sitzt jedoch ruhig in ihrem Bett, sie sieht sich nicht um, und sie kommuniziert mit niemandem in ihrem Zimmer.</p> <p>Am Nachmittag hat sie Besucher unterschiedlichen Alters. Sie sieht glücklich aus und kommuniziert mit ihnen. Die Frau und die Besucher sitzen auf dem Boden in einer ruhigen Ecke der Lounge der Einheit. Sie essen Essen, das sie von zu Hause mitgebracht haben, sie sprechen ihre eigene Sprache und haben Spaß miteinander.</p> <p>Was sind die möglichen Erklärungen für das Verhalten der Frau?  Was sind mögliche Erklärungen für das Verhalten der Besucher?  Welches ist das mögliche Verhalten von Gesundheitsdienstleistern bei dieser Wiedervereinigung?</p> <p><a href="http://rcnhca.org.uk/top-page-001/communication-methods/non-verbal-communication-2/">http://rcnhca.org.uk/top-page-001/communication-methods/non-verbal-communication-2/</a></p>
<p><b>Zusammenfassung der Schlüsselbegriffe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nonverbale Kommunikation ist die Kommunikation durch andere Mittel als Sprache, zum Beispiel Stille, persönlicher Raum, Blickkontakt, Berührung und anderes.</li> <li>• Nonverbale Kommunikation vermittelt wichtige zwischenmenschliche und emotionale Botschaften. Es wird gesagt, dass 65-90% unserer Bedeutung von nonverbalen Signalen abgeleitet sind.</li> <li>• Es ist sehr wichtig, dass Gesundheitsdienstleister die kulturellen Unterschiede der nonverbalen Kommunikation ansprechen, um Missverständnisse zu vermeiden. Nonverbale Kommunikation überträgt Bedeutung durch Verstärkung, Ersatz oder Widersprechen der verbalen Kommunikation.</li> <li>• Persönlicher Raum ist ein Ballon um uns herum, der den sicheren Abstand zwischen uns und den anderen markiert. Für</li> </ul>

Gesundheitsfachkräfte wird die persönliche Zone als die optimale Zone während der Kommunikation mit den Patienten angesehen.

- Einige kulturelle Gruppen werden als Kontaktkulturen definiert (Mittelmeerländer, Nordafrika, Osteuropa, Indonesien, Lateinamerika und Südamerika).
- Einige andere kulturelle Gruppen sind als kontaktlose Kulturen definiert (China, Thailand, Japan, Philippinen, Korea, Deutschland, Norwegen, Finnland, Schweden und Norwegen).

### Zusammenfassung der Kernpunkte

- Nonverbale Kommunikation ist die Kommunikation durch andere Mittel als Sprache, zum Beispiel Stille, persönlicher Raum, Blickkontakt, Berührung und anderes.
- Nonverbale Kommunikation vermittelt wichtige zwischenmenschliche und emotionale Botschaften. Es wird gesagt, dass 65-90% unserer Bedeutung von nonverbalen Signalen abgeleitet sind.
- Es ist sehr wichtig, dass Gesundheitsdienstleister die kulturellen Unterschiede der nonverbalen Kommunikation ansprechen, um Missverständnisse zu vermeiden.
- Nonverbale Kommunikation überträgt Bedeutung durch Verstärkung, Ersatz oder Widersprechen der verbalen Kommunikation.
- Persönlicher Raum ist ein Ballon um uns herum, der den sicheren Abstand zwischen uns und den anderen markiert. Für Gesundheitsfachkräfte wird die persönliche Zone als die optimale Zone während der Kommunikation mit den Patienten angesehen.
- Einige kulturelle Gruppen werden als Kontaktkulturen definiert (Mittelmeerländer, Nordafrika, Osteuropa, Indonesien, Lateinamerika und Südamerika).
- Einige andere kulturelle Gruppen sind als kontaktlose Kulturen definiert (China, Thailand, Japan, Philippinen, Korea, Deutschland, Norwegen, Finnland, Schweden und Norwegen).

### Selbstbeurteilungs-Fragen

*Multiple choice Fragen mit mehr als einer korrekten Antwortmöglichkeit. (min. 5)*

#### Frage 1: Titel der Frage: Non Verbale Kommunikation

Inhalt der Frage	Ein Gesundheitsfachmann informiert einen Patienten aus einem anderen kulturellen Hintergrund über seinen Zustand. Während ihres Gesprächs präsentiert der Arzt ein nonverbales Kommunikationsmuster. Was ist die richtige Antwort auf das nonverbale Kommunikationsmuster? Welche Art von Nachrichten gibt der Arzt in der Antwort 1 und der Antwort 2 weiter?
Antwort 1	Der Arzt steht an der Tür, ein Essen und ein Essen aus dem Patientenzimmer, hält Medikamente in den Händen und

	spricht gleichzeitig mit seinen Kollegen, die in der Halle laufen.
Antwort 2	Der Arzt sitzt in der Nähe des Patienten auf Augenhöhe, hat die Augen geschlossen, die Tür ist geschlossen, die Umgebung ist ruhig und er scheint nur für den Patienten da zu sein.
Korrekte Antwort(en)	2
<b>Frage 2: Titel der Frage: Kommunikation und persönlicher Raum</b>	
Inhalt der Frage	Eine Chinesin möchte dich nach ihren Medikamenten fragen. Sie steht etwa 3,5 Meter (Sozialzone) von dir entfernt und sie spricht leise. Sie können ihre Frage nicht hören. Was machst du?
Antwort 1	Sag ihr, sie soll laut sprechen und die Frage wiederholen.
Antwort 2	Bewegen Sie sich neben ihr etwa 0,5 Meter entfernt und sagen Sie ihr, ihre Frage zu wiederholen.
Antwort 3	Beweg dich zu ihr, halte sie fest und sag ihr, dass sie ihre Frage wiederholen soll.
Antwort 4	...
Antwort 5	...
Korrekte Antwort(en)	1. Die chinesische Kultur wird als eine kontaktlose Kultur definiert, was bedeutet, dass Menschen sich während der Kommunikation von der anderen Person fernhalten; Halten Sie weniger Berührung und Augenkontakt.
<b>Frage 3: Titel der Frage: Flexibel sein?</b>	
Inhalt der Frage	Eine Frau aus einem arabischen Land besucht das Gesundheitszentrum, in dem Sie arbeiten. Sie sollten ihr eine intramuskuläre Injektion geben. Die Frau lehnt die Injektion ab. Dein Geschlecht ist männlich. Was machst du?
Antwort 1	Sie geben die Injektion nicht und die Frau verlässt das Gesundheitszentrum.
Antwort 2	Sie bestehen mehr darauf, die Injektion zu geben, um sie von ihren Schmerzen zu befreien.
Antwort 3	Sie bitten Ihre Kollegin, die Injektion zu machen, wenn sie ihre Arbeit beendet hat.
Korrekte Antwort(en)	3.
<b>Frage 4: Titel der Frage: Arabische Kultur</b>	
Inhalt der Frage	In arabischen Ländern ist Hijab
Antwort 1	Eine aktuelle Delikatesse
Antwort 2	Eine Art Schutz für den Frauenkörper vor den Augen der Männer
Antwort 3	Eine Zeit der Befestigung
Antwort 4	Verlobung zwischen einem jungen Mädchen und einem älteren Mann
Korrekte Antwort(en)	2
<b>Frage 5: Titel der Frage: Kommunikation und Raum</b>	
Inhalt der Frage	Der soziale Raum ist für Personen reserviert, die sich nicht

	kennen, und er steht im Kontext einer beruflichen oder zufälligen Interaktion. Der soziale Raum bezieht sich auf:
Antwort 1	30 cm von unserem Körper
Antwort 2	(1,5 m bis 3,5 m von unserem Körper)
Antwort 3	30 cm bis 150 cm von unserem Körper
Antwort 4	3,5 m bis 7,5 m von unserem Körper)
Korrekte Antwort(en)	2
<b>Glossar</b>	
<i>Die wichtigsten Begriffe des Moduls</i>	
<b>Non-verbale Kommunikation</b>	Nonverbale Kommunikation ist die Kommunikation durch andere Mittel als die Sprache.
<b>Persönlicher Raum</b>	Persönlicher Raum ist ein Ballon um uns herum, der den sicheren Abstand zwischen uns und den anderen markiert. Der Raum um uns herum ist in Zonen / Räume unterteilt, jeder von ihnen hat einen unterschiedlichen Rang der Privatsphäre.

### 1.3 <Empathische Kommunikation>

#### Theoretisches und Inhalt

2-3 Seiten

#### Empathische Kommunikation

Gesundheitsberufe / helfende Berufe kombinieren den Nachweis wissenschaftlicher Kenntnisse mit der Fähigkeit, sich um einen anderen Menschen zu kümmern. Die Kunst der Fürsorge beinhaltet Handlungen und Einstellungen der Tugend, einschließlich Mitgefühl, Respekt und Empathie (Lovan & Wilson, 2012). Eine klassische Erklärung für Empathie ist die Fähigkeit, den inneren Bezugsrahmen eines anderen mit Genauigkeit wahrzunehmen und dabei ein Selbstgefühl zu bewahren (Rogers, 1957, S.95). Angehörige der Gesundheitsberufe müssen Kenntnisse über die evidenzbasierte Praxis besitzen und in den menschlichen Beziehungen kompetent sein. Sie interagieren mit Menschen, die in ihren schwächsten Momenten auf intime Weise sind; Daher ist es notwendig, dass die Gesundheitsfachkräfte mit der Fähigkeit der Empathie ausgestattet sind. Die Fähigkeit, Empathie auszudrücken, fördert ein Vertrauensgefühl, das die Kommunikation mit Patienten vertieft (Nunes, et al, 2011). Empathie ist nach der Definition von Empathie im Rahmen des Person-Centered Approach die Fähigkeit, den Bezugsrahmen eines anderen zu verstehen und sich in die Position des anderen versetzen zu können.

Wenn ein Gesundheitsfachmann empathisch ist, beginnt er oder sie, das Verhalten eines Patienten zu überblicken und versteht die innere Erfahrung des Patienten zu dieser Zeit. Empathie ermöglicht es dem Fachmann, wirklich zu verstehen, was der Patient durchmacht, weil Empathie das intellektuelle und emotionale Verständnis einer anderen Person einschließt (Smith & Parker, 2015). Noch wichtiger ist, dass Empathie nicht nur die Fähigkeit hat, die Bedeutung und Gefühle eines anderen wahrzunehmen, sondern auch diese Gefühle dem anderen mitzuteilen (Stein-Parbury, 2013). Die innere Erfahrung des Verstehens der Perspektive einer anderen Person ist nur ein Teil dessen, was mit Empathie gemeint ist. Um einfühlsam zu sein, muss eine Person nicht nur verstehen, sondern auch Verständnis für das andere ausdrücken und dieses Verständnis bestätigen.

Empathie ist also die Fähigkeit einer Person zu verstehen, was ein anderer aus der Perspektive des Empfängers erfährt, und die Fähigkeit, dieses Verständnis dem Empfänger mitzuteilen. Die wechselseitige Natur der Helfer-Patient-Beziehung gründet auf der Idee, dass Patienten ihre eigene Interpretation ihrer Situation haben und somit die Helfer Schlussfolgerungen bestätigen müssen, bevor Schlussfolgerungen gezogen werden.

Empathie beinhaltet das intellektuelle und emotionale Verständnis des anderen. Der Helfer, der Empathie anwendet, ist in der Lage, die Perspektive des Patienten aus einem fürsorglichen und unvoreingenommenen Standpunkt zu erfassen, diese Interpretation dem Patienten zur Validierung mitzuteilen und dann im Namen der Bedürfnisse des Patienten zu handeln (Smith & Parker, 2015).

Kulturelle Empathie bedeutet Bewusstsein und Verständnis für die Werte, Überzeugungen und Ansichten von Menschen aus einer anderen Kultur als der eigenen. Empathie gegenüber Menschen derselben Kultur wurde als müheloser charakterisiert, während je größer der Unterschied im kulturellen Hintergrund ist, desto mehr Anstrengungen werden für Empathie benötigt (Hoffman, 2000; Howe, 2013).

Eine mehrdimensionale Definition von Empathie wurde von Calloway-Thomas (2010) gegeben, einem Spezialisten für interkulturelle Kommunikation, der erklärte, dass "Empathie die Fähigkeit ist, imaginativ in die Welt des kulturellen Anderen kognitiv, affektiv und behavioral einzutreten und daran teilzuhaben" (p. 8).

Nach Kiosses et al (2016) wird Empathie manchmal als ein kognitives Attribut beschrieben, das das Verstehen von Erfahrungen anderer beschreibt, manchmal als emotionaler Zustand des Geistes, der Gefühle teilt, und manchmal als ein Konzept, das sowohl Kognition als auch Emotion beinhaltet.

Nach Everhart et al (2016) bildet Empathie zusammen mit Elementen der Selbstwahrnehmung, Umgang mit Beziehungen, Umgang mit Gefühlen und Motivation einen Teil der emotionalen Intelligenz. Empathie enthält zwei verschiedene Komponenten: eine kognitive Komponente und eine emotionale Komponente. Perspektivierung, die Empathys kognitive Komponente ist, ist wichtig für den Prozess der Entwicklung von Empathie, um zu verstehen, wie andere Menschen von einer Situation betroffen sein können, sowie zu verstehen, dass es andere Perspektiven für eine Situation gibt, während Mitgefühl, das Empathys emotionale Komponente bedeutet dass eine Person oft Mitgefühl für eine andere empfindet und motiviert wird, diese Person auf eine neue Weise zu verstehen.

Diese beiden Komponenten schaffen zusammen Empathie und empathische Fähigkeiten.

Darüber hinaus sind die zwei Komponenten der Empathie - dieses Mitgefühl und die Fähigkeit, zu verstehen, wie eine Person von ihrer Situation beeinflusst werden kann - oft dazu führen, dass Menschen anderen helfen und ihnen helfen wollen (Everhart et al, 2016).

Everhart et al (2016) heben den Punkt hervor, dass Empathie als Fähigkeit und nicht als Persönlichkeitsmerkmal oder Tugend neu gedacht werden muss. Empathie sollte als eine erlernbare Fähigkeit, eine Fähigkeit oder eine Reihe von Fähigkeiten betrachtet werden, die entwickelt, gelehrt und praktiziert werden können und kultiviert. Ein Weg, wie man es lernen kann, ist durch das

Erleben von fürsorglichen Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Patienten (Metcalf & Putnam, 2013).

Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Verwendung von erfahrungsbasierten Lernstilen effektiver ist als andere Lernstile beim Wissenszuwachs und Verhaltensänderungen von Pflegefachkräften, die Empathie mit KrankenpflegeschülerInnen zum Ausdruck bringen (Brunero et al, 2010). Williams et al (2015) demonstrierten die Wirksamkeit eines erfahrungsbasierten Lernansatzes durch Fallstudie, Rollenspiel und Reflexion bei 293 Krankenpflegeschülerinnen und -schülern in Australien zur Verbesserung der selbstberichteten Empathie.

Es gibt Hinweise darauf, dass die Rolle der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften dahingehend untersucht werden muss, wie Pädagogen die Entwicklung von Empathie bei Schülern fördern können und dass verschiedene Strategien vorhanden sind, um die Fähigkeit der Pflegekraft zur Anwendung von Empathie zu verbessern (Ward et al, 2012). Beispiele für solche Strategien sind die Verwendung standardisierter Patienten für Rollenspiele, die Bereitstellung von Pseudo-Hospitalisierungs-Simulationen, die Exposition gegenüber empathischen Rollenmodellen und die Möglichkeit, den Patienten die Erzählungen ihrer Krankheit aufmerksam zuzuhören (Ward et al, 2012).

Medizinische und andere Gesundheitsfachschulen haben pädagogische Interventionen zur Erhaltung und Verbesserung der Empathie von Studenten in den Bachelorstudiengang integriert (Kiosses et al, 2016).

### **Empathie und klinische Outcomes**

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Empathie und positiven klinischen Ergebnissen, da gezeigt wird, dass die klinischen Ergebnisse besser werden und die Empathie der medizinischen Fachkräfte zunimmt (Hojat, Gonnella, & Maxwell, 2009). Der Einsatz von Empathie ist darüber hinaus als Instrument für die Einbeziehung von Patienten in die Gesundheitsberufe dokumentiert (Brunero et al, 2010). Es gibt auch Hinweise darauf, dass Patienten mit Krankenschwestern, die Empathie ausdrücken, weniger Leid erfahren (Leloirain, Brédart, Dolbeault, & Sultan, 2012). Empathie wurde auch mit verbesserter Teamarbeit und integrierter Patientenversorgung in Verbindung gebracht (Hojat, Bianco, Mann, Massello & Calabrese, 2015). Patienten, die Empathie von ihren Leistungserbringern wahrnehmen, neigen eher dazu, sich an der Behandlung zu beteiligen (Hojat et al, 2010). Eine andere Studie fand heraus, dass die Ausprägung von Einfühlungsvermögen durch die Pflegekraft, wenn sie vorhanden war, zu einer 33% igen Verringerung der Einschränkungen oder Abgeschiedenheit führte (Yang et al., 2014). Eine effektive empathische Kommunikation, die auf der Wahrnehmung der Patienten durch die Erfahrung beruht, sollte insgesamt zu

	<p>besseren Patientenergebnissen führen und dadurch die Kosten für das Gesundheitssystem senken. Politische Entscheidungsträger, die sich mit der Qualität und Kostenproblematik im Gesundheitswesen auseinandersetzen, erkennen die gemeinsame Entscheidungsfindung und das Engagement der Patienten als wichtige Mechanismen zur Verbesserung der Versorgung und zur Senkung der Kosten an (Bernabeo &amp; Holmboe, 2013). Heutzutage ist jedoch ein Rückgang der Empathie der medizinischen Fachkräfte festzustellen. Es wird vermutet, dass der Grund für die Erklärung des Empathieabbaus mehrere Faktoren sind, wie fehlende Zeit für einfühlsame Kommunikation, mangelnde Unterstützung oder negative Einstellung von Klinikpersonal und Gesundheitspersonal sowie konkurrierende Prioritäten im Gesundheitswesen (Ward et al., 2012).</p> <p>Der Grund für die Einführung von klinischer Empathie in Curricula des Gesundheitswesens bezieht sich auf die erwarteten positiven Eigenschaften der Empathie, einschließlich Pflichterfüllung, prosaisches Verhalten, moralische Argumentation, verminderte Fehlverhaltensverfahren, verbesserte Anamnese und körperliche Untersuchung, Patientenzufriedenheit, Arztzufriedenheit, verbesserte therapeutische Beziehungen und insgesamt verbesserte klinische Ergebnisse (Kiosses et al., 2016). Wie Papadopoulos und Pelezzia (2015) darauf hinweisen, dass moderne Gesellschaften zunehmend multikulturell werden, sollten sich die Pädagogen und Manager von Gesundheitsberufen in Gesundheitsberufen der Notwendigkeit interkultureller Empathie bewusst sein.</p>
<b>Aktivitäten</b>	<b>Titel: Empathie Aktivitäten</b>
1 Aktivität	<b>Ziele:</b> Um sicherzustellen, dass die Gruppe das gleiche Verständnis hat, wenn sie den Begriff "Empathie" verwenden
max 4 Seiten	<b>Schlüsselwörter:</b> Empathie, empathische Kommunikation
- Titel	<b>Inhalte:</b> Monash Universität Empathie Aktivität
- Ziele	
- Schlüsselwörter (max 5)	1. Icebreaker: Die Schüler werden gebeten, diesen Satz auf ihrer Post-it-Notiz fortzusetzen:
- Inhalte (bitte immer die Quellen zitieren und Referenzen angeben)	"Empathie ist ...". Post-it-Notizen werden gesammelt oder laut vorgelesen, entweder einzeln oder in Themen, z. Patientenschuhe oder emotionale Distanz usw. (10 Minuten).
- Material (das Material kann auch Multimedia sein, wie Fotos, Videos, Zeichnungen ,	2. Empathy Matching Cards (siehe Anhang 3): Jede Karte (Begriff und Definition) wird zufällig auf einen Tisch gelegt. Die Teilnehmer müssen jeden Begriff mit seiner Definition abgleichen. Die Teilnehmer sollen die Nuancen der verschiedenen Begriffe berücksichtigen und überlegen, was dies für die verschiedenen Gesundheitsberufe und die ganzheitliche Gesundheitsversorgung und Teamarbeit bedeuten könnte. Es stellt auch sicher, dass die Gruppe das gleiche Verständnis hat, wenn sie den Begriff "Empathie" verwenden. (10 Minuten).

Printmaterialien)	<b>Empathie Matching Cards</b>  Empathy Matching Cards (Quell-Macquarie-Wörterbuch): Begriffe: Empathie Sympathie Barmherzigkeit Pflege Emotion Rapport Das Mitleid Affinität	<b>Definitionen:</b>  Einstieg in das Gefühl oder den Geist einer Person oder Sache; anerkennende Wahrnehmung oder Verstehen. Die Tatsache oder die Kraft, in die Gefühle eines anderen einzutreten, besonders in Trauer oder Schwierigkeiten. Ein Gefühl der Trauer für die Leiden oder Missgeschicke eines anderen. Vertrauensaustausch, insbesondere in Bezug auf belastende Erfahrungen, die die emotionale Heilung fördern sollen. Irgendwelche der Gefühle der Freude, der Sorge, der Furcht, des Hasses, der Liebe, usw. Verbindung, besonders harmonische oder sympathische Beziehung. Eine natürliche Vorliebe für oder eine Anziehung zu einer Person oder Sache. Sympathisches oder gütiges Leid, erregt durch das Leiden oder Unglück eines anderen, oft führend, um Erleichterung oder Hilfe zu geben oder um Gnade zu zeigen.	
	ANTWORTEN (Quelle Macquarie Wörterbuch) <b>Empathie</b> Einstieg in das Gefühl oder den Geist einer Person oder Sache; anerkennende Wahrnehmung oder Verständnis.  <b>Sympathie</b> Die Tatsache oder die Kraft, in die Gefühle eines anderen einzutreten, besonders in Trauer oder Schwierigkeiten  <b>Barmherzigkeit</b> Ein Gefühl von Trauer oder Mitleid für das Leiden oder Unglück eines anderen.  <b>Pflege</b> Vertrauensaustausch, insbesondere in Bezug auf belastende Erfahrungen, die die emotionale Heilung fördern sollen.  <b>Emotion</b> Gefühle der Freude, der Sorge, der Furcht, des Hasses, der Liebe, usw.  <b>Rapport</b> Verbindung, besonders harmonische oder sympathische Beziehung.  <b>Affinität</b> Eine natürliche Vorliebe für oder eine Anziehung zu einer Person oder Sache.		

	<b>Mitleid</b> Sympathisches oder gütiges Leid, erregt durch das Leiden oder Unglück eines anderen, oft führend, um Erleichterung oder Hilfe zu geben oder um Gnade zu zeigen.		
<b>Fallstudien</b> 1 oder 2 (nicht mehr als eine Seite in Form von Storytelling)	<b>Ziele:</b> Sensibilisierung für kulturell bedingte Interpretationen und Erklärungen anderer kulturell geprägter Verhaltensweisen		
	<b>Szenario 1</b>  Der Klient ist eine Frau, die eine sehr gute Beziehung mit der Krankenschwester in der Gemeindegesundheitsklinik entwickelt hat. Bei einem Besuch fragt sie die Krankenschwester, wie sie die Exzision weiblicher Genitalien für ein Mitglied ihrer Gemeinschaft organisieren kann.	<b>Diskussion 1</b>  Unabhängig von ihren persönlichen Gefühlen über die Genitalentfernung bei Frauen muss die Krankenschwester die Bedeutung dieser Sitte für den Klienten verstehen, die mit Werten über Familienreinheit und Familienehre verbunden ist. Die Krankenschwester weiß jedoch auch, dass die Praxis in Kanada illegal ist. Die Pflegekraft muss den Kunden auf nicht wertende Weise über die potenziellen Risiken und Schäden informieren, die mit der Praxis und den rechtlichen Folgen verbunden sind. Durch das Erforschen des Brauchs und das Bereitstellen von Ausbildung und Unterstützung für die Frau hat die Krankenschwester eine bessere Chance, eine Praxis zu verhindern, die ein beträchtliches Risiko von Schaden birgt.	
	<a href="http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf">http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</a>  <b>Szenario 2</b>  Eine Krankenschwester, die als Community Case Manager arbeitete, besuchte das Heim eines Kleinkindes mit schweren körperlichen und Entwicklungsverzögerungen. Sie erklärte den Eltern, dass sie mit ihrer Einwilligung das Kind auf ein Physiotherapie- und Ergotherapie-Programm verweisen würde, das dem Kind helfen würde, unabhängiger zu werden. Die Eltern lehnten ab und sagten, dass es ihre Pflicht sei, sich um ihr Kind zu kümmern, weil der Zustand des Kindes eine Bestrafung dafür sei, dass man vor der Hochzeit schwanger geworden sei. Sie unterstützten kein Programm zur Erhöhung der Unabhängigkeit. Die Krankenschwester war aufgebracht und fühlte, dass die Eltern nicht im besten Interesse des Kindes handelten.  <b>Diskussion 2</b>  Die Krankenschwester verstand die anfängliche Ablehnung der Behandlung durch die Familie nicht. Nach Reflexion und Diskussion mit Kollegen wurde ihr klar, dass ihre persönlichen und beruflichen Werte der Unabhängigkeit sie dazu brachten, sich über die Weigerung der Eltern zu ärgern. Sie beschloss, mit der Familie ihre Ziele für ihr Kind zu erkunden. Dabei lernte sie, dass die Eltern wollten, dass ihr Kind stärker wird und		

weniger Infektionen hat. Als die gleichen Therapien als Mittel zur Erreichung dieser Ziele beschrieben wurden, waren die Eltern durchaus bereit, daran teilzunehmen. Das Programm wurde entwickelt, um die von der Familie als wichtig erachteten Ziele zu erreichen.

[http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

### **Szenario 3**

[http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

#### **Szenario 3**

Ein Klient von einer First-Nations-Gemeinde bittet darum, dass im Rahmen der Behandlung eine Sweet-Grass-Zeremonie im Krankenhaus durchgeführt wird. Die Zeremonie beinhaltet das Chanten und Verbrennen einiger Substanzen, was zu kleinen Rauchmengen führt (ähnlich wie beim Verbrennen eines Räucherstäbchens). Die erste Reaktion der Krankenschwester ist, dass so etwas noch nie gemacht wurde und dass es gegen die Krankenhauspolitik ist. Sie versteht aber auch die Bedeutung dieses Rituals für den Klienten. Die Krankenschwester wirft das Problem mit der Verwaltung der Einheit auf und untersucht mit Unterstützung von Kollegen die potenziellen Auswirkungen auf andere Kunden. Die Krankenschwester überprüft auch relevante Feuerrichtlinien und konsultiert mit geeignetem Personal in anderen Abteilungen. Es wird festgestellt, dass jegliches Risiko für andere Kunden entfernt werden kann, indem der Kunde in einen privaten Raum transferiert wird. Dies ist getan, und die Zeremonie wird durchgeführt.

#### **Diskussion 3**

Das Engagement der Pflegekraft für die klientenzentrierte Versorgung veranlasst sie, Möglichkeiten zu finden, die Bedürfnisse des Kunden innerhalb der Grenzen des Krankenhausumfelds zu erfüllen. Mangel an Erfahrung und Angst sind zwei der häufigsten Hindernisse für eine kultursensible Pflege. Durch die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen ist die Pflegekraft in der Lage, die Annahme zu treffen, dass dies nicht möglich ist, und zu ermitteln, wie Kundenbedürfnisse befriedigt werden können, ohne dass andere Kunden Unannehmlichkeiten oder Risiken ausgesetzt sind. Die Krankenschwester ist in der Lage, die Bedürfnisse ihrer Kunden zu erfüllen, nicht nur wegen ihrer Kreativität, sondern weil sie die Verantwortung für die Beeinflussung von Richtlinien und Verfahren in der Praxis übernimmt.

### **Zusammenfassung der Kernpunkte**

- Moderne Gesellschaften werden zunehmend multikulturell, daher sollten sich die Erzieher und Manager von Gesundheitsberufen in Gesundheitsberufen der Notwendigkeit interkultureller Empathie bewusst sein.
- Gesundheitsberufe / helfende Berufe kombinieren den Nachweis wissenschaftlicher Kenntnisse mit der Fähigkeit, sich um einen anderen Menschen zu kümmern.
- Die Kunst der Fürsorge beinhaltet Handlungen und Einstellungen der Tugend, einschließlich Mitgefühl, Respekt und Empathie.
- Kulturelle Empathie bedeutet Bewusstsein und Verständnis für die Werte, Überzeugungen und Ansichten von Menschen aus einer anderen Kultur als der eigenen.
- Die Fähigkeit, Empathie auszudrücken, fördert ein Vertrauensgefühl, das die Kommunikation mit den Patienten vertieft
- Positive klinische Ergebnisse, die dokumentiert wurden, sind weniger Leiden von Patienten mit Fachkräften, die Einfühlungsvermögen ausdrücken, verbesserte Teamarbeit und integrierte Patientenversorgung, bessere Patienteneinhaltung, Reduzierung von Einschränkungen oder Abgeschiedenheit, bessere Patientenergebnisse und Kostensenkung im Gesundheitssystem.
- Der Einsatz von erfahrungsbasierten Lernstilen wie Simulation, dem Umgang mit empathischen Rollenmodellen und dem aktiven Zuhören von Patienten auf Erzählungen von Patienten hat gezeigt, dass sie effektiver als andere Lernstile in Bezug auf Wissensgewinn und Verhaltensänderung der Empathie von Gesundheitsexperten sind.

### **Selbstbeurteilungs-Fragen**

*Multiple choice Fragen mit mehr als einer Antwortmöglichkeit (min. 5)*

#### **Frage 1: Den Begriff der Empathie verstehen**

Inhalt der Frage	Empathie ist definiert als
Antwort 1	Ein Gefühl von Trauer oder Mitleid für das Leiden oder Unglück eines anderen.
Antwort 2	"Die Fähigkeit, imaginativ in die Welt des kulturellen Anderen kognitiv, affektiv und behavioral einzutreten und sich daran zu beteiligen"
Antwort 3	Die Tatsache oder die Kraft, in die Gefühle eines anderen einzutreten, besonders in Trauer oder Schwierigkeiten;
Antwort 4	Sympathisches oder gütiges Leid, erregt durch das Leiden oder Unglück eines anderen, oft führend, um Erleichterung oder Hilfe zu geben oder um Gnade zu zeigen.
Antwort 5	Verbindung, besonders harmonische oder sympathische Beziehung.
Korrekte Antwort(en)	2

#### **Frage 2: Ablehnen in Empathie**

Inhalt der Frage	Ein Rückgang der Empathie der medizinischen Fachkräfte wurde festgestellt. Das ist wegen:
Antwort 1	Mangel an Zeit für einfühlsame Kommunikation
Antwort 2	Mangel an Unterstützung oder negative

	Einstellung von Klinikpersonal und medizinischem Personal
Antwort 3	Konkurrierende Prioritäten im Gesundheitswesen
Antwort 4	Alles oben genannte
Antwort 5	1,2
Korrekte Antwort(en)	4
<b>Frage 3: Positive Eigenschaften der Empathie</b>	
Inhalt der Frage	Klinische Empathie wurde in Curricula der Gesundheitsfürsorge eingeführt und bezieht sich auf die erwarteten positiven Eigenschaften der Empathie, einschließlich:
Antwort 1	Verbesserte therapeutische Beziehungen
Antwort 2	moralische Gründe
Antwort 3	Verbesserte Anamnese und körperliche Untersuchung
Antwort 4	Patientenzufriedenheit
Antwort 5	Alles oben genannte
Korrekte Antwort(en)	5
<b>Frage 4: Empathische Bildungstechniken</b>	
Inhalt der Frage	Beispiele für Strategien zur Förderung der Empathieentwicklung bei Studenten sind:
Antwort 1	Verwendung von standardisierten Patienten für das Rollenspiel
Antwort 2	Bereitstellung von Pseudo-Hospitalisierung Erfahrung Simulation
Antwort 3	Exposition gegenüber empathischen Vorbildern,
Antwort 4	Den Schülern die Möglichkeit geben, aufmerksam auf die Erzählungen ihrer Patienten zu hören
Antwort 5	Alles oben genannte
Korrekte Antwort(en)	5
<b>Frage 5: Empathiekomponenten</b>	
Inhalt der Frage	Empathie enthält die folgenden Komponenten:
Antwort 1	Eine kognitive Komponente, um zu verstehen, wie andere Menschen von einer Situation betroffen sein können,
Antwort 2	Mitgefühl, das eine emotionale Komponente ist und bedeutet, dass ein Individuum oft Mitgefühl für einen anderen empfindet
Antwort 3	Beziehung, die Verbindung ist, besonders harmonische oder sympathische Beziehung.
Antwort 4	1 und 2
Antwort 5	1,2,3
Korrekte Antwort(en)	4
<b>Glossar</b>	

<b>Empathie</b>	Empathie ist die Fähigkeit einer Person zu verstehen, was ein anderer erlebt, aus der Perspektive des Empfängers und die Fähigkeit, dieses Verständnis dem Empfänger mitzuteilen.
<b>Kulturelle Empathie</b>	Kulturelle Empathie bedeutet Bewusstsein und Verständnis für die Werte, Überzeugungen und Ansichten von Menschen aus einer anderen Kultur als der eigenen.
<b>Empathische Kommunikation</b>	Gesundheitsberufe / helfende Berufe kombinieren den Nachweis wissenschaftlicher Kenntnisse mit der Fähigkeit, sich um einen anderen Menschen zu kümmern. Die Kunst der Fürsorge beinhaltet Handlungen und Einstellungen der Tugend, einschließlich Mitgefühl, Respekt und Empathie
<b>Mitgefühl</b>	Ein Gefühl von Trauer oder Mitleid

## 1.4. <Aktives Zuhören>

### Theorie und Inhalte 2-3 Seiten

#### Aktives Zuhören

Aktives Zuhören ist eine wesentliche Fähigkeit in der Allgemeinmedizin und im Alltag. Es kann die Ergebnisse für Gesundheitskontexte verbessern und verdient dieselbe Bedeutung wie die Entwicklung von klinischem Wissen und prozeduralen Fähigkeiten (Davies, 2003). Patienten erleben häufig psychische Probleme und benötigen eine hoch qualifizierte Kommunikation. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass eine höhere Qualität von Dienstleistungen in Gesundheitseinrichtungen in hohem Maße mit Kommunikation und aktivem Zuhören verbunden ist (Dziopa & Ahern, 2009). Die Kunst der Kommunikation ist die Entwicklung einiger Fähigkeiten, von denen einige in den vorherigen Untereinheiten sehr abgedeckt sind. Die Sensibilisierung für Kommunikationsrelevanz und aktives Zuhören bringt Vorteile für die Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal. Eine effektive Kommunikation wird durch aktives Zuhören erreicht (Davies, 2003).

#### Aktiver Hörpegel

Beim aktiven Zuhören, Gewahrsein und Zuhören gibt es zwei Aspekte. Bewusstsein wurde als ein intuitiver Zustand beschrieben, in dem Individuen sowohl die externe als auch die interne empfangene Information beachten (Feltham & Horton, 2001). Das können Umwelteinflüsse sein, was sie sehen, hören, potentielle Klänge, Bilder, Emotionen sowie Sinn und Energie. Die Informationen werden immer so empfangen, wie Menschen von Natur aus tausend Empfänger und Prozessoren (Zellen, Nerven, Nervensystem, Sinnesorgane und kognitive Funktionen) haben (Eysenck, 2015). Wenn jedoch die Person sich der empfangenen Informationen bewusst wird - ein Zustand der Vorsicht - ist eine Frage der geschulten Fähigkeiten und Aufmerksamkeit.

Der zweite und wichtigste Aspekt des aktiven Zuhörens ist, wie die Menschen zuhören. Bewusstsein scheint eine Voraussetzung für aktives Zuhören zu sein, als der erste Schritt, der die Grundinformationen für das Zuhören liefert. Aktives Zuhören ist eindeutig Teil eines Prozesses, den der Einzelne aktiv vorantreibt. Während dieses Prozesses wurden drei Hörpegel vorgeschlagen (Whitworth et al., 2007).

Die erste Ebene ist "internes Zuhören" oder "Bewusstsein für das Selbst". Beim Hören einer Konversation geht es beispielsweise darum, was diese Worte für den Einzelnen bedeuten. Eine interne

	<p>Konversation findet statt und konzentriert sich auf das Selbst. Das Individuum wird sich der Gefühle, Gedanken und allgemeinen Informationen bewusst.</p> <p>Die zweite aktive Abhörstufe ist "fokussiertes Zuhören". Im Gegensatz zur ersten Abhörstufe steht diesmal der Sprecher im Vordergrund. Zusätzliche Aufmerksamkeit wird den genannten Wörtern, Ausdrücken, Sprachton, Tempo und Lautstärke gewidmet; Zuhören der subjektiven Interpretationen der Erfahrung der Sprecher. An diesem Punkt agiert der Zuhörer als Spiegel dessen, was der Sprecher sagt, und er bittet um Klärung und Zusammenarbeit für weitere Diskussionen, die vom Sprecher geführt werden.</p> <p>Die dritte aktive Abhörstufe ist "global listening". Da dies die letzte aktive Abhörstufe ist, kombiniert es die beiden vorherigen Ebenen. Die Person erhält Informationen von jeder Quelle auf einmal. Diese Ebene beinhaltet Informationen von den Sinnen, was gesprochen und unausgesprochen wird, Veränderungen in Energie und Emotionen. Die erhaltenen Informationen bilden die Antwort. Mit anderen Worten, Stufe drei umfasst Aktion, Untätigkeit und Interaktion. Dann verhält sich das Individuum in bewussten Entscheidungen, beobachtet den Einfluss seiner Reaktion und kann sein Verhalten entsprechend anpassen.</p>
<p><b>Aktivitäten</b></p> <p>1 Aktivität max 4 Seiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titel</li> <li>- Ziele</li> <li>- Schlüsselwörter (max 5)</li> <li>- Inhalte (bitte immer die Quellen zitieren und Referenzen angeben)</li> <li>- Material (das Material kann auch Multimedia sein, wie Fotos, Videos, Zeichnungen, Printmaterialien)</li> </ul>	<p><b>Titel:</b> Werde ein aktiver Zuhörer</p> <p><b>Ziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wesentliche Fähigkeiten beschreiben, die für aktives Zuhören erforderlich sind, die in der Beziehung zwischen Arzt und Patient benötigt werden.</li> <li>• Sensibilisierung der Auszubildenden für eigene Kommunikationsfähigkeiten und Hörverständnis</li> <li>• Überwachung des Fortschritts des Trainierenden im aktiven Hörvergnügen</li> </ul> <p><b>Schlüsselwörter:</b> aktives Zuhören, Bewusstsein, Kommunikation</p> <p><b>Inhalt:</b></p> <p>Aktivitätsrahmen: Dies ist eine individuelle evidenzbasierte, selbstlernende Aktivität, die in sechs Schritten aufgebaut ist. Die Schritte sollten in einer hierarchischen Reihenfolge folgen, beginnend mit dem ersten Schritt und die Aktivität im sechsten Schritt abschließen. Der Einzelne wird aufgefordert, die Aktivität in einem natürlichen Kontext in seinem alltäglichen Umfeld zu machen. Fünf verschiedene Gespräche sollten in fünf Tagen stattfinden. Die Aktivität sollte in fünf aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden. Nach dem fünften Tag wird die Person gebeten, einen abschließenden Reflexionsbericht zu erstellen. Die Gespräche bieten die Grundlage für Selbstreflexion. Die Person wird gebeten,</p>

auf die vier Gespräche zu achten, die den Aufmerksamkeitsfokus jedes Mal verändern. Die Gespräche sollten nur zwei Mitglieder, den Zuhörer und den Sprecher, umfassen und kurz sein (nicht länger als 20 Minuten). Das Individuum wird aufgefordert, sich in jeder Konversation natürlich zu verhalten, sich wohl und frei zu fühlen, entsprechend seinem Willen zu antworten. Nach jeder Konversation wird die Person aufgefordert, ihre Beobachtungen im Reflexionstagebuch der Aktivität frei in täglichen Reflexionsberichten festzuhalten. In jedem reflektierenden Prozess müssen keine spezifischen Fragen beantwortet werden, da die Richtlinien in jedem Schritt der Aktivität bereitgestellt werden. Der sechste Schritt ist die Erstellung eines Gesamtreflexionsberichts auf der Grundlage der vorherigen Reflexionsberichte.

Die Aktivität beinhaltet selektive Aufmerksamkeit Fähigkeiten, Selbstbewusstsein und Reflexion.

#### **Erster Schritt:**

Die erste Unterhaltung findet am ersten Tag statt. Die Person wird gebeten, im Konversationsfluss und in ihrer Rolle und Auswirkung auf das Gespräch mit dem anderen Gesprächspartner aufmerksam zu sein. Nachdem die Konversation stattgefunden hat, wird die Person gebeten, ihre Beobachtungen im Reflexionstagebuch der Aktivität niederzuschreiben.

#### **Zweiter Schritt:**

Vor der zweiten Konversation wird die Person gebeten, den aktiven Hörverständnis-theoretischen Hintergrund zu lesen. Dann findet das zweite Gespräch am zweiten Tag statt. Der Aufmerksamkeitsschwerpunkt dieser Konversation spiegelt den ersten Aspekt des aktiven Zuhörens wider, der "Bewusstsein" ist. Das Individuum achtet beim Gespräch auf Umwelteinflüsse, Geräusche, Bilder, Emotionen sowie Sinn und Energie. Nachdem die Konversation stattgefunden hat, wird die Person gebeten, ihre Beobachtungen im Reflexionstagebuch der Aktivität niederzuschreiben. Er wird auch gebeten, Unterschiede in der Konversation / Selbst / Auswirkung im Vergleich zu der Konversation am ersten Tag zu bemerken.

#### **Dritter Schritt:**

Vor der zweiten Konversation wird die Person gebeten, den aktiven Hörverständnis-theoretischen Hintergrund zu lesen. Die dritte Unterhaltung findet am dritten Tag statt. Der Aufmerksamkeitsfokus dieses Gesprächs spiegelt die erste Ebene

des aktiven Zuhörens wider, die "internes Zuhören" ist. Die Person wird gebeten, auf ihre Gefühle, Gedanken und allgemeinen Informationen (Umwelt, Konversation und Selbst) zu achten. Nachdem die Konversation stattgefunden hat, wird die Person gebeten, ihre Beobachtungen im Reflexionstagebuch der Aktivität niederzuschreiben.

#### **Vierter Schritt:**

Vor der zweiten Konversation wird die Person gebeten, den aktiven Hörverständnis-theoretischen Hintergrund zu lesen. Die vierte Unterhaltung findet am vierten Tag statt. Der Aufmerksamkeitsschwerpunkt dieser Konversation spiegelt die zweite Ebene des aktiven Zuhörens wider, die "fokussiertes Zuhören" ist. Die Person wird gebeten, sich auf den Sprecher zu konzentrieren. Aufmerksamkeit wird auf Informationen gerichtet, die während der Konversation von dem Sprecher kommen, zum Beispiel Gesicht / Körperausdrücke, Wörter, Sprachton / Lautstärke, Tempo usw. An diesem Punkt ist der Zuhörer ein aktiver Beobachter, der die Information dem Sprecher zurückspiegelt und fragt für Klarstellungen. Die Diskussion wird meist vom Redner geführt. Nachdem die Unterhaltung stattgefunden hat, wird die Person gebeten, ihre Beobachtungen im Reflexionstagebuch der Aktivität zu notieren.

#### **Fünfter Schritt:**

Vor der zweiten Konversation wird die Person gebeten, den aktiven Hörverständnis-theoretischen Hintergrund zu lesen. Die fünfte Konversation findet am fünften Tag statt. Der Aufmerksamkeitsschwerpunkt dieser Konversation spiegelt die dritte Ebene des aktiven Zuhörens wider, die "global listening" ist. Die Person wird gebeten, auf den gesamten Informationseingang (extern, intern, konversationell und umweltbezogen) zu achten. Gemäß dieser Information wird die Person gebeten, eine Antwort zu formulieren und auf den Sprecher zu antworten. Dann wird er gebeten, auf die Wirkung seiner Antwort zu achten und die Interaktion mit dem anderen Gesprächspartner zu beobachten. Er wird auch gebeten, Änderungen in seinem Verhalten / Antwort entsprechend der beobachteten Auswirkung vorzunehmen. Nachdem die Unterhaltung stattgefunden hat, wird die Person gebeten, ihre Beobachtungen im Reflexionstagebuch der Aktivität zu notieren.

#### **Sechster Schritt:**

Der sechste Schritt ist ein selbstreflexiver Prozess, der individuelles

	<p>Lesen, Selbstreflexion und Bedeutungsbildung beinhaltet. In diesem Schritt findet keine Konversation statt. Die Person wird gebeten, die zuvor geschriebenen täglichen Reflexionsberichte zu lesen. Er wird gebeten, sich auf mögliche Unterschiede in beobachteten Gesprächen vor und nach dem Lesen des theoretischen Materials zu konzentrieren. Er wird außerdem gebeten, über den gesamten Prozess und die aktive Einflussnahme auf die Kommunikation nachzudenken und einen abschließenden Reflexionsbericht zu erstellen.</p>
	<p><b>Material:</b></p> <p>Das Material für den täglichen Reflexionsprozess nach den Gesprächen ist das "Aktivitätsreflexionstagebuch". Das Tagebuch bietet dem Einzelnen die Möglichkeit, seine Beobachtungen festzuhalten und sich über die Gespräche selbst zu reflektieren. Die für die fünf verschiedenen Gespräche geschriebenen Beobachtungen sollten getrennt geschrieben werden. Der Schlussreflexion Report sollte auch separat geschrieben werden.</p> <p>Beispielsweise:          Konversation 1-Tag 1:          Konversation 2-Tag 2:          Konversation 3-Tag 3:          Konversation 4-Tag 4:          Konversation 5-Tag 5:          Abschlussbesprechung-Tag 6:</p>
<p><b>Fallstudien</b>          1 oder 2 (nicht mehr als 1 Seite in Form von Storytelling)</p>	<p>Sam ist eine 35-jährige Frau, die an einer chronischen Hauterkrankung, Psoriasis, leidet. In letzter Zeit beobachtete sie insbesondere neue Psoriasis-Symptome, neue Papeln und Plaques erschienen in ihrem Gesichtsbereich. Sie besuchte einen Arzt in der Dermatologischen Klinik, weil sie die neuen Symptome nicht bewältigen konnte. Das folgende Gespräch fand während des Treffens mit dem Arzt statt.</p> <p><b>Dialog 1:</b></p> <p>Sam: Ich habe diese neuen Plaques auf meinem Gesicht. Das ist so schwer für mich, jeder sieht, dass ich krank bin. Zumindest bevor sie an meinem Körper und ich sie verstecken konnten.          Arzt: Mehr als 10 Patienten kamen heute mit ähnlichen Psoriasis-Symptomen. Es ist wichtig, ruhig zu bleiben.          Sam: Es scheint komisch, weil ich meine Medizin richtig genommen habe</p>

und trotzdem neue erschienen sind. Es ist, als hätte ich keine Kontrolle darüber

Arzt: Es gibt eine Erklärung dafür, Psoriasis ist, dass emotionale und Umweltfaktoren einen entscheidenden Einfluss auf die Ätiologie der Krankheit und die Verschlimmerung der Symptome haben. Beginnen wir mit der Bewertung des Schweregrads.

Sam: Okay ...

#### **Dialog 2:**

Sam: Ich habe diese neuen Plaques auf meinem Gesicht. Das ist so schwer für mich, jeder sieht, dass ich krank bin. Zumindest bevor sie an meinem Körper waren und ich konnte sie verstecken.

Doktor: Ist es wichtig, was andere Leute denken, wenn sie dich anschauen? Warum vermutest du automatisch, dass sie denken werden, dass du krank bist und nicht, dass sie deine blauen Augen sehen?

Sam: Ja, aber ich sehe mich auch an, ich bin krank ... Es fällt mir schwer, Leute anzusprechen oder ein Gespräch mit einem interessanten Typen zu eröffnen ...

Doktor: ok. Versuchen wir, die Alternativen in der medizinischen Behandlung zu suchen.

Sam: Oh, gut, also gibt es etwas, das mir helfen könnte.

#### **Dialog 3:**

Sam: Ich habe diese neuen Plaques auf meinem Gesicht. Das ist so schwer für mich, jeder sieht, dass ich krank bin. Zumindest bevor sie an meinem Körper waren und ich konnte sie verstecken.

Doktor: Ist es wichtig, was andere Leute denken, wenn sie dich anschauen? Warum vermutest du automatisch, dass sie denken werden, dass du krank bist und nicht, dass sie deine blauen Augen sehen?

Sam: Ja, aber ich sehe mich auch an, ich bin krank ... Es fällt mir schwer, Leute anzusprechen oder ein Gespräch mit einem interessanten Typen zu eröffnen ...

Doktor: Ich kann sehen, dass diese neuen Symptome sehr schwer zu behandeln sind. Es scheint so, als ob die Symptome auf dem Gesicht erscheinen, dass sie immer sichtbar sind und dich daran erinnern, dass sie da sind. Das Gesicht ist der Teil unseres Körpers, der sich höchstens mit der Welt und anderen verbindet.

Sam: Ja, also kann ich nicht zur Normalität zurückkehren. Ich möchte ich selbst sein und mich wohl fühlen mit Leuten zu reden. Deshalb bin ich heute hierher gekommen, gibt es eine alternative medizinische Behandlung? Was kann ich tun?

Doktor: Lassen Sie uns versuchen, die Alternativen in der medizinischen

Behandlung zu sehen. Auch könnte es hilfreich sein, auch psychologische Unterstützung in Betracht zu ziehen.  
Sam: Ja, ich denke, das könnte mir sehr helfen.

Reflektierende Fragen:

Welches ist die aktive Hörstufe in Dialog 1?

Welches ist die aktive Hörstufe in Dialog 2?

Welches ist die aktive Hörstufe in Dialog 3?

Betrachten Sie das Ziel der Arzt-Patient-Diskussion, die Beurteilung und Intervention. Welcher der drei Dialoge war Ihrer Meinung nach ganzheitlich und erfüllte die Ziele der Diskussion?

### Zusammenfassung

- Die Aktivität ist evidenzbasiert und selbstlernend
- Diese Aktivität ist in sechs Schritten aufgebaut.
- Die Schritte sollten in einer hierarchischen Reihenfolge folgen.
- Die Aktivität findet in naturalistischen, alltäglichen Bedingungen statt.
- Fünf verschiedene Gespräche sollten in fünf aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden.  
Die Gespräche bieten die Grundlage für Selbstreflexion.  
Die Person wird gebeten, auf die vier Gespräche zu achten, die den Aufmerksamkeitsfokus jedes Mal verändern.
- Die Gespräche sollten nur zwei Mitglieder, den Zuhörer und den Sprecher, umfassen und kurz sein (nicht länger als 20 Minuten).
- Nach jeder Konversation wird die Person aufgefordert, ihre Beobachtungen im Reflexionstagebuch der Aktivität frei in täglichen Reflexionsberichten festzuhalten.
- Der sechste Schritt ist die Erstellung eines Gesamtreflexionsberichts auf der Grundlage der vorherigen Reflexionsberichte.
- Die Aktivität beinhaltet selektive Aufmerksamkeit Fähigkeiten, Selbstbewusstsein und Reflexion.
- In jeder Konversation wird zusätzlich auf jede aktive Hörstufe fokussiert
- Der sechste Schritt ist ein selbstreflexiver Prozess, in dem der abschließende reflektierende Bericht geschrieben wird

### Selbstbewertung

Multiple choice Fragen mit mehr als einer Antwortmöglichkeit min. 5)

#### Frage 1: Aktives Zuhören

**Aktives Zuhören ist unter anderem eine essentielle Kommunikationsfähigkeit**

Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nein
Korrekte Antwort(en)	Ja

#### Frage 2: Aktives Zuhören

Aus wie vielen Aspekten besteht aktives Zuhören	
Antwort 1	1
Antwort 2	2
Antwort 3	3
Antwort 4	4
Correct answer(s)	2
<b>Frage 3: Aktives Zuhören</b>	
<b>In wie viele Levels ist aktives Zuhören kategorisiert?</b>	
Antwort 1	1
Antwort 2	2
Antwort 3	3
Antwort 4	4
Antwort 5	5
Korrekte Antwort(en)	3
<b>Frage 4: Levels des aktiven Zuhörens</b>	
"Internes Zuhören" und "Bewusstsein für das Selbst" beziehen sich beide auf das erste aktive Hörniveau	
Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nein
Korrekte Antwort(en)	Ja
<b>Frage 5: Levels des aktiven Zuhörens</b>	
In der Hörstufe "Focused Listening" liegt der Fokus auf dem Sprecher	
Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nein
Correct answer(s)	Ja
<b>Frage 6: Aktives Zuhören Levels</b>	
Im "globalen Zuhören"...	
Antwort 1	... sind die beiden letzten Levels kombiniert
Antwort 2	... liegt der Fokus auf der Information die von den Sinnen kommt
Antwort 3	....leitet der Sprecher
Antwort 4	....ist der Zuhörer nur auf die Randinformation fokussiert
Korrekte Antwort(en)	1,2,3
<b>Glossary (if requested)</b>	
Umwelteinfluss	Dieser Begriff bezieht sich auf die Ressourcen / Informationen (Geräusche, Bilder, Gerüche, Energie usw.), die von den Sinnesorganen empfangen werden
Kognitive Funktionen	Kognitive Funktionen sind mentale Prozesse höherer Ordnung, die uns helfen, Informationen zu sammeln und zu verarbeiten (Eysenck, 2015)

## 1.5 <Interkulturelle Beratungsfähigkeiten>

**Theorie und Inhalt**  
2-3 Seiten

### Interkulturelle Beratungsfähigkeiten

Patientenberatung spielt eine sehr wichtige Rolle in der kurativen, präventiven und verkaufsfördernden Gesundheitsversorgung. Eine der interessantesten Erkenntnisse in der Gesundheitsberatung sind Studien, die eine Verbindung zwischen Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation und Patientengesundheitsergebnissen herstellen (Miksell, 2013). In der Gesundheitsliteratur werden Beratung und Kommunikation austauschbar verwendet, obwohl effektive Kommunikation der Vermittler der Beratung ist. Beratung wird weiter definiert als "eine Methode, die auf einer prinzipiellen Beziehung basiert, die aktives Zuhören und Diskussion anwendet, damit die Person in der Lage ist, psychologische, psychosomatische Probleme und Veränderungen, einschließlich Gesundheitszustände und chronischer Schmerz, Krisen- und Entwicklungsbedürfnisse, zu bewältigen als Selbstidentifikation" (Feltham & Horton, 2001, S. 2). Kommunikation innerhalb des Beratungskontextes wird mit verbesserten Gesundheitsergebnissen in Verbindung gebracht (siehe Abbildung 1).

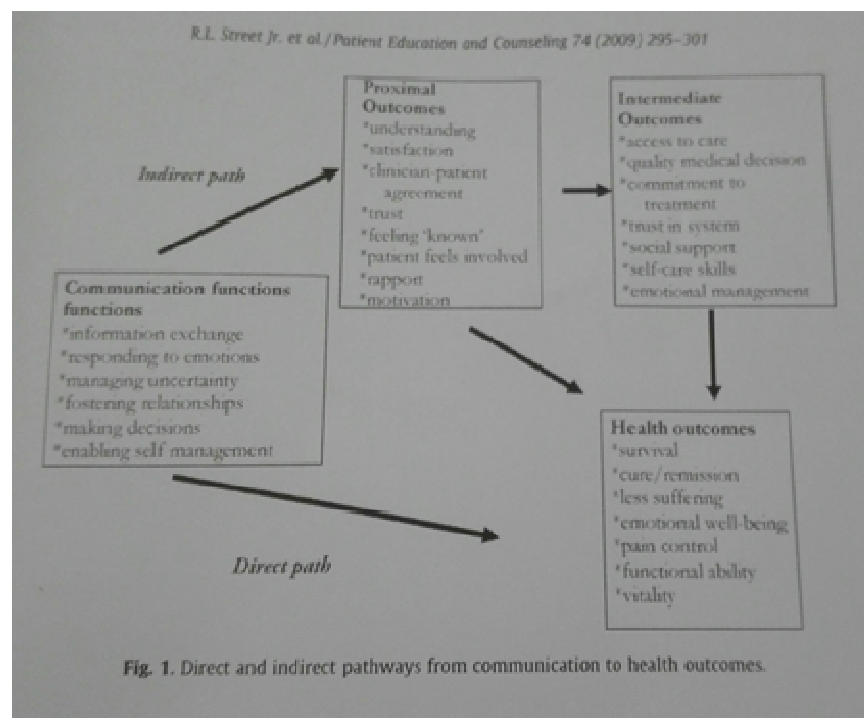


Abbildung 1: Street et al. (2009) schlagen vor, dass Kommunikationswege Gesundheitsergebnisse beeinflussen

Sicherheit, Vertraulichkeit und Stabilität sind bei der Beratung im Gesundheitswesen von grundlegender Bedeutung. Nach Rogers (1957) ist die therapeutische Allianz zwischen Klient und Therapeut von sich aus therapeutisch. Der Klient wird als verletzlich oder in Not betrachtet und der Berater ist dafür verantwortlich, die Beziehung zu erleichtern. Respekt, aufrichtige Einstellung und bedingungslose positive Rücksichtnahme auf den Klienten prägen den Kontext dieser Beziehung (Dziopa & Ahern, 2009). Die therapeutische Allianz umfasst die Wechselbeziehungen zwischen dem Patienten und mehreren medizinischen Fachkräften, Freunden, Familienmitgliedern und Betreuungspersonen (Fuertes, et al., 2007). Indikatoren für eine starke therapeutische Allianz sind das gegenseitige Vertrauen aller Beteiligten, eine koordinierte und kontinuierliche Gesundheitsversorgung sowie die Wahrnehmung des Patienten, sich respektiert und umsorgt zu fühlen (Epstein & Street, 2007). Diese Allianzen sind "therapeutisch", weil die Qualität dieser Beziehungen die gesundheitlichen Ergebnisse in zweierlei Hinsicht beeinflussen kann. Erstens wird die Wahrnehmung eines Patienten, dass er oder sie gut betreut wird, nicht aufgegeben und verstanden, kann das emotionale Wohlbefinden fördern (Henman et al., 2002; Thorne et al., 2006), insbesondere wenn es um ernsthafte und bedrohliche Krankheit (Ogden, 1996). Das Vertrauen des Patienten in seine Kliniker und das Gesundheitssystem kann sich indirekt durch eine bessere Kontinuität der Versorgung, Patientenzufriedenheit mit Entscheidungen und das Engagement der Patienten für Behandlungspläne auswirken (Cabana & Jee, 2004; Kim, Kim & Boren, 2008; Martin, et al., 2008; Nutting et al., 2003.) Die Allianz zwischen Arzt und Patient wird verbessert, wenn Ärzte optimal informiert sind und Empathie zeigen, wenn die Patienten Gelegenheit haben, ihre Bedenken zu äußern, und wenn der Patient konsistente Botschaften erhält und koordinierte Betreuung durch das klinische Team (Epstein & Street, 2007).

Die Bedeutung von Kommunikation und Beziehungen in der allgemeinen Gesundheitspraxis wurde in mehreren Studien weiter gezeigt, die zeigten, dass fast zwei Drittel der behandelten Probleme ohne pharmakologische Behandlung durchgeführt wurden (Moore et al., 2013). Eine kürzlich durchgeführte Literaturübersicht ergab, dass eine erhöhte Zufriedenheit von Patienten und Ärzten, eine bessere Therapietreue, eine verbesserte Nachsorge und weniger Rechtsstreitigkeiten zu den Vorteilen einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient zählen (Fuertes et al., 2007). Die Patienten-Compliance kann durch eine Kombination aus Patientenzufriedenheit mit dem Konsultationsprozess, Patientenverständnis von Informationen und Arzt-Patienten-Kommunikation vorhergesagt werden (Boyle et al., 2009). Es gibt auch Vorteile für medizinische

Fachkräfte (Nutting et al., 2003). Eine Studie von Hausärzten ergab, dass ein intensives Schulungsprogramm in Bezug auf Beratungsfähigkeiten die Behandlungsergebnisse, das persönliche Wohlbefinden der medizinischen Fachkräfte und die Arbeitszufriedenheit verbesserte (Miksell, 2013). Die Beratung kann das Wertgefühl, das Vertrauen und die Hoffnung des Patienten weiter steigern, kann Sinn, Motivation und Energie für die Ausübung von Berufs- oder Freizeitaktivitäten liefern und dem Patienten trotz der Krankheit eine höhere Lebensqualität ermöglichen (Kessler et al., 2013).

### **Allgemeine Beratungsfähigkeiten (Feltham & Horton, 2001)**

Die Literatur teilt die Beratungsfähigkeiten im Allgemeinen, interne und externe Fähigkeiten. Allgemeine Beratungsfähigkeiten werden berücksichtigt:

- Die Fähigkeit, psychologischen Kontakt mit den Klienten zu schaffen und aufrechtzuerhalten
  - Die Fähigkeit, einen therapeutisch strukturierten Kontext sicherzustellen
  - Die Entwicklung und der Fortschritt der therapeutischen Beziehung
  - Die Fähigkeit, sich während und nach dem Prozess selbst zu reflektieren
- Empathisches Verständnis

Diese allgemeinen Fähigkeiten sind mit Kommunikationsfähigkeiten verbunden (die in den vorherigen Untereinheiten detailliert analysiert wurden). Die Wirksamkeit der Beratung hängt auch von einigen internen und externen Fähigkeiten ab.

- Beachtung
- Beobachtungen (Körpersprache / Körperhaltung, Aussehen, Mimik, was gesagt wird, warum es gesagt wird, wie es gesagt wird)
- Aktives Zuhören und Bewusstsein
- Antwort / Moderation
- Umschreibung,
- Fragen mit offenen Fragen,
- Klärungen / Beispiele bitten,
- Konfrontation,
- Selbst-Offenlegung

## **Interkulturelle Beratung**

Beratung fördert den Prozess des Erlebens von Erfahrungen, man könnte sagen, dass kulturelle Faktoren zentrale Konzepte im Leben eines Individuums sind, die im Kontext der Beratung berücksichtigt werden sollten (Feltham & Horton, 2001). D 'Ardenne und Mahtani (1999) beschreiben Kultur als gemeinsame Geschichte, Bräuche und Glaubensvorstellungen, die die Verbindung innerhalb einer religiösen, rassischen oder geographischen Gruppe von Menschen darstellen. Diese gemeinsamen Gruppen beeinflussen alle Aspekte des Lebens eines Menschen wie Sprache, Wahrnehmung, Überzeugungen, Verhaltensweisen und Beziehungen. Der interkulturelle Beratungsansatz erfordert von den Beratern, dass sie interkulturelle Kompetenzen und kulturelle Sensibilität besitzen, sich rassistischer Vorurteile und kultureller Stereotypen bewusst sind und in der Lage sind, zu erkennen, wie sie ihr Verhalten gegenüber Klienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund beeinflussen können. Um ein therapeutisches Bündnis zu etablieren, sollten sich die Berater bewusst sein, dass sie während einer Sitzung ihre eigenen historischen und kulturellen Geschichten mitbringen.

Ein wesentliches Element in jeder therapeutischen Allianz ist die Kommunikation (Rogers, 1957). Die Rolle des Beraters besteht darin, zu verstehen, was der Klient verbal und nonverbal, bewusst und unbewusst sagt. In einer interkulturellen Beziehung ist viel Raum für Missverständnisse und fehlende Kommunikation. Unterschiedliche Sprache, unterschiedliche Körpersprache und unterschiedliche emotionale Ausdrucksformen beeinflussen die Beratungsbeziehung (Feltham & Horton, 2001). Hinzu kommt, dass Kultur die Art und Weise beeinflusst, in der Menschen nach Unterstützung suchen, und auch, was als problematisch angesehen wird. Beratungs- oder Therapiemodelle stammen aus westlichen Kulturen, daher sind solche Konstrukte anderen Kulturen vielleicht fremd.

### **Interkulturelle Beratungskompetenzen (Feltham & Horton, 2001):**

- Bewusstsein für die Überzeugungen, Vorurteile, Stereotypen und Rassismen des Beraters, die den Beratungsprozess beeinflussen
- Kenntnis der eigenen historischen / kulturellen Hintergründe des Beraters sowie Kenntnisse für andere historische / kulturelle Hintergründe

- Wissen über die Geschichte von Rassismus / Vorurteilen im gesellschaftlichen Kontext, der die Beratung beeinflusst Fähigkeit, mit Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen zu arbeiten
- Flexibilität und Bereitschaft, ihre eigenen Überzeugungen und Einstellungen zu kulturellen und rassistischen Themen neu zu bewerten
- Engagement für den interkulturellen Beratungsansatz

### **Beratungsansatz im Gesundheitskontext**

Die medizinische Literatur liefert auch beruhigende Beweise, dass ein effektiver patientenzentrierter Ansatz nicht mehr Zeit benötigt als ein biomedizinisch-zentrierter Ansatz (Dziopa & Ahern, 2009). Die Werte und Prinzipien des patientenzentrierten Ansatzes können in den folgenden zwei Schritten in der täglichen Praxis angewandt werden:

1. Identifizieren der Bedürfnisse / Bedenken des Patienten: Das Identifizieren der Bedürfnisse betrifft die primäre Diskussion mit dem Patienten, um seine Ansichten und Wahrnehmungen über seine Gesundheit und Lebensqualität zu verstehen. Es wird auch ein Mangel an Patienteninformation festgestellt (Fuertes et al., 2007). Ein weiteres Ziel ist die Stärkung der Fähigkeit des Patienten, seinen Zustand basierend auf seiner Zielvorgabe zu bewältigen. Der Respekt der Patienten und die Vertraulichkeit des Prozesses sind ebenfalls gewährleistet. Kliniker können Patienten helfen, ihre Not so zu managen, dass das Leiden direkt oder indirekt vermittelt wird. Klare und gründliche Erklärungen zu Gesundheit und Behandlungsoptionen können Patienten helfen, ein besseres Gefühl der Kontrolle zu erlangen, mehr Hoffnung zu haben und Unsicherheit zu bewältigen (Henman et al., 2002). Das Hinzufügen, Ausloten, Erkunden und Validieren der Emotionen der Patienten kann die Angst und Depression der Patienten reduzieren (Ogden, 1996). Im Erfolgsfall kann eine effektive Identifizierung der Patientenbedürfnisse die Zufriedenheit erhöhen, die Teilnahme an der Konsultation erleichtern, die Krankheitsfähigkeit des Patienten erhöhen, das Vertrauen der Ärzte stärken und das Engagement des Patienten für die Behandlung steigern (Moore et al., 2013).

2. Entscheidungsfindung: Der Patient ist die Schlüsselperson bei der Entscheidungsfindung bezüglich seines Pflege- und Behandlungsplans. Gesundheitsfachkräfte fungieren als Ressourcenanbieter für die Patienten. Zusätzliche Informationen und Schulungen, damit der Einzelne seine Bedürfnisse richtig identifizieren kann, werden bereitgestellt (Martin et al., 2008). Unterstützung für den Patienten ist auch vorgesehen, um seine / ihre Gesundheit Entscheidungen zu

	treffen. Patienten werden wahrscheinlicher eine bessere Gesundheit erfahren, wenn sie und Kliniker Entscheidungen treffen, die auf den besten klinischen Befunden basieren, mit Patientenwerten konsistent sind, gegenseitig vereinbart werden und durchführbar sind (Stewart et al., 2003).
<b>Aktivitäten<sup>1</sup></b> Aktivität max 4 Seiten Titel Ziele Schlüsselwörter (max 5) Inhalte (bitte immer die Quellen zitieren und Referenzen angeben) Material (das Material kann auch Multimedia sein, wie Fotos, Videos, Zeichnungen, Printmaterialien)	<b>Titel:</b> Kulturelles Bewusstsein und Beratung
	<b>Ziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um den Auszubildenden zu helfen, Aspekte von Kultur und Manifestationen im Alltag und Verhalten zu verstehen</li> <li>• Steigern Sie das Bewusstsein für eigene kulturelle Vorurteile und wie sie sich auf alltägliche Urteile auswirken</li> <li>• Erkunden Sie die eigene kulturelle Herkunft und beeinflussen Sie den Alltag und die Arbeit</li> <li>• Kombinieren Sie den neuen Bekanntheitsgrad mit Beratungsfähigkeiten und bewerben Sie sich im Gesundheitswesen</li> </ul>
	<b>Schlüsselwörter:</b> interkulturelle Kompetenzen, Beratungskompetenzen, Multikulturell, patientenorientierter Ansatz
	<b>Inhalt:</b> Bei dieser Aktivität handelt es sich um eine Simulation einer Beratungssitzung mit der Rollenspielmethode basierend auf einem Patientenszenario. Mit dem Wissen über interkulturelle Beratungsfähigkeiten und allgemeine Beratungsfähigkeiten werden die Auszubildenden aufgefordert, dem Patienten in einem Beratungssimulationskontext eine Antwort zu geben. Jede Sitzung sollte in 15 Minuten abgeschlossen sein und die Gesamtdauer der Aktivität wird in 60 Minuten geschätzt. Die Gruppe sollte aus drei Personen bestehen. Jeder Lerner innerhalb der Gruppe rotiert durch drei Rollen:  Jeder Lerner innerhalb einer Gruppe wird jede Rolle in jeder Aktivität üben. Nach Abschluss der ersten Sitzung drehen die Mitglieder Rollen und wiederholen das Rollenspiel. Jedem Lerner die Möglichkeit zu geben, alle drei Rollen zu spielen, hat mehrere Vorteile. Jeder Lerner lernt, sich zu beraten, den Prozess zu beobachten und sich in die Lage des Patienten einzufühlen. Dieser Prozess wird dreimal wiederholt, damit alle Auszubildenden in das Rollenspiel des Beobachters, Patienten und Beraters / Gesundheitsexperten gelangen. Wenn die Rotation abgeschlossen ist, werden die Teilnehmer gebeten, die Checkliste der Sitzung auszufüllen. Debriefing-Diskussionen innerhalb der Triaden werden stattfinden, so dass jeder Auszubildende reflektieren und Feedback zu den praktizierten Rollen- und

Beratungskompetenzen geben kann.

**Material:**

Materialien, die für diese Aktivität benötigt werden, sind Handouts der Sitzungscheckliste und eines Client-Szenarios.

**Checkliste**

**Reflektiere über den Berater:**

Den Zustand und die Bedürfnisse des Patienten verstehen  
Beurteilung der Ansichten des Patienten über den Behandlungsprozess  
Erforschung / Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds des Kunden  
Kulturelle Vorurteile / Annahmen des Beraters  
Geben Sie notwendige Informationen über die Bedingung ein  
Diskutieren Sie alternative Behandlungspläne und inklusive Entscheidungsfindung  
Ging der Patient ganzheitlich und patientenorientiert vor?  
Gesamteinstellung basierend auf Beratungswerten (Echtheit, Kontakt, Offenheit, bedingungslose positive Beachtung)

**Reflektiere über den Patienten**

Bedürfnisse / Bedenken und Problem darstellen  
Emotionale Reaktion  
Zusammenarbeit / Vereinbarung und Einhaltung  
Wie war die Beziehung zwischen Arzt und Patient?  
Wie war die Patienten-Berater-Kommunikation?  
Wurde der Patient unterstützt?  
Wurde dem Patienten Alternativen angeboten?

**Klient-Szenario**

Warja ist eine 21-jährige junge Frau aus Lettland, die allein in Polen lebt. Sie spricht kein gutes Polnisch und hatte keinen festen Job. Sie war gerade im Krankenhaus, weil sie einige ungewöhnliche Symptome in ihrem Genitalbereich hatte. Der Frauenarzt diagnostizierte Warja mit HPV sexuell übertragbaren Virus. Sie hatte noch nie etwas über diesen Virus gehört. Nach dem Gespräch mit dem Arzt erklärte sie, dass sie ungeschützten Sex mit mehreren Partnern hatte. Die Gynäkologin schlug vor, dass sie weiter auf die Biopsieergebnisse warten sollte, um den Schweregrad des Virus und die sofortige Behandlung zu beurteilen.

**Fallstudien**

1 oder 2 (nicht mehr als 1 Seite in Form von Storytelling)

Celin ist eine 31-jährige Muslimin aus dem Iran, die in Griechenland lebt. Sie ist Mutter von 3 Kindern und ihr Mann, ebenfalls aus dem Iran, lebte und arbeitete in Deutschland. Celin sprach kein Griechisch und konnte kaum Englisch sprechen. Sie war in letzter Zeit krank und nahm einige Pillen ein, die ihr Pharmakologe vorschlug. Celin wurde immer schlechter und sie besuchte das Krankenhaus, um Hilfe zu holen. Der Arzt, auf den sie sich bezieht, war ein Mann. Der Arzt stellte einige einleitende Fragen und fragte Celin nach ihren Hintergrundinformationen und ihrer Symptomhistorie. Celin weigerte sich, von einem Arzt untersucht zu werden, der ein Mann ohne Anwesenheit ihres Mannes war. Der Arzt erklärte Celin, dass der Beurteilungsprozess ein normaler Vorgang ist, den er täglich für Hunderte von Menschen durchgeführt hat. Er erklärte weiter Krankenhausprotokolle und Ethik-Code, jedoch bestand Celin darauf, von einer Ärztin beurteilt zu werden. Der Arzt zeigte Verständnis und überwies Celin an eine Ärztin. Die Ärztin stellte sich vor und diskutierte mit Celin das Thema. Sie fährt weiter mit Celins Fall fort.

Reflektierende Fragen:

Die organisatorischen und strukturellen Auswirkungen sind für die Anwendung von Gesundheitsberatungen unerlässlich. Interkulturelle Beratungsfähigkeiten können dazu verwendet werden, ähnliche Situationen zu bewältigen und den Patienten zu helfen, Kontrolle und Unterstützung zu erlangen. Zum Beispiel kann ein Krankenhaus zu dieser Zeit keine Ärztin haben, oder Frauenärzte / -schwestern sind im Moment beschäftigt.

Was wäre, wenn Celins Bitte erfüllt werden könnte?

Wie würde das angesichts der Sprachbarriere auf eine bereits schwierige Kommunikation mit Celin-Arzt wirken?

War der Mann Arzt Kultur empfindlich?

Hat er Celin's Bedürfnisse identifiziert?

Wie würde sich Celin fühlen, wenn sie von einem Arzt beurteilt wurde, der ein Mann war?

Wie stellst du dir vor, dass der Arzt mit Celins Bitte gefühlt hat?

Was er vielleicht über Muslime oder die iranische Kultur gedacht hatte?  
 Hat der Arzt Celin angemessene Informationen über die Prozesse zur Verfügung gestellt?  
 Welche Faktoren waren Hindernisse in Celin-Arzt Kommunikation und Beziehung?

### Zusammenfassung der Kernpunkte

- Simulation einer Beratungssitzung
- Rollenspielmethode und ein Patientenszenario
- Anwenden von bereits erworbenem Wissen über interkulturelle Beratungsfähigkeiten und allgemeine Beratungsfähigkeiten,
- Jede Sitzung sollte in 15 Minuten abgeschlossen sein
- Die Gruppe sollte aus drei Personen bestehen (Beobachter, Patient und Berater / Arzt)
- Jeder Lerner innerhalb einer Gruppe wird jede Rolle in jeder Aktivität üben
- Das Ausfüllen der Checkliste der Sitzung dient als Grundlage für Debriefing-Diskussionen innerhalb der Gruppen

### Selbstbeurteilungs-Fragen

Multiple choice Fragen mit mehr als einer Antwortmöglichkeit. (min. 5)

#### Frage 1: Definition von Beratung

##### Beratung ist definiert als

Antwort 1	... eine Methode, die auf einer prinzipiellen Beziehung basiert
Antwort 2	.... eine Methode, die das aktive Zuhören und die Diskussion bedeutsam für die Person Probleme betrachtet
Antwort 3	.... effektive Kommunikation
Korrekte Antworten	1,2

#### Frage 2: Kommunikation und Beziehungseffekte


Personal-Patienten-Beziehung und Kommunikation ist verbunden mit ...

Antwort 1	.... erhöhte Zufriedenheit von Patienten und Ärzten
Antwort 2	.... Zuverlässigkeit des Patienten
Antwort 3	.... Berufszufriedenheit der Angehörigen der Gesundheitsberufe
Antwort 4	.... mehr pharmakologische Behandlung
Antwort 5	.... niedrigere Lebensqualität
Korrekte Antworten	1,2,3

#### Frage 3: Allgemeine Beratungskompetenzen

Allgemeine Beratungsfähigkeiten sind:	
Antwort 1	Empathisches Verständnis
Antwort 2	Konfrontation
Antwort 3	Die Fähigkeit psychologischen Kontakt zum Klienten aufzubauen und diesen zu bewahren
Antwort 4	Selbstreflexion
Antwort 5	Umschreibung
Korrekte Antworten	1,3,4
<b>Frage 4: Interkulturelle Beratungskompetenzen</b>	
Interkulturelle Beratungskompetenzen sind:	
Antwort 1	Ändern Sie eigene Überzeugungen und Einstellungen zu kulturellen und rassischen Themen
Antwort 2	Unkenntnis des kulturellen Hintergrunds und der Geschichte des Beraters
Antwort 3	Bewusstsein für die Überzeugungen, Vorurteile, Stereotypen und Rassismen des Beraters, die den Beratungsprozess beeinflussen
Antwort 4	Fähigkeit, mit Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen zu arbeiten
Korrekte Antworten	1,3,4
<b>Frage 5: Titel der Frage</b>	
Die Literatur legt nahe, dass ein patientenzentrierter Ansatz in der Praxis mehr Zeit benötigt als ein biomedizinisch ausgerichteter Ansatz ...	
Antwort 1	
Antwort 2	Nein
Korrekte Antworten	Nein

# Modul 3: Soziale und individuelle Identitätstärken die Selbstwahr- nehmung



## Modul: Soziale und individuelle Identität stärken das Selbstbewusstsein

In dieser Trainingseinheit erforschen die Teilnehmer die Bedeutung von Identität, konstruieren eine Persönlichkeit, ihre Geschichte und verschiedene Kontexte, verknüpfen sie mit kulturellen sozialen und religiösen Identitätsdeterminanten und erforschen die Bedeutung von Identität in sozial definierten Konzepten von Gesundheit und Wohlbefinden und durch biographische Arbeit sowohl die Sichtweise des Eigenen und des Fremden als auch die Möglichkeiten, Barrieren zu vermeiden, sowie Missverständnisse in kommunikativen Settings zu erweitern.

WISSEN	FÄHIGKEITEN	KOMPETENZEN
Am Ende der Einheit können die Studierenden folgendes:		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Begriff Identität, als Hintergrund für die Entwicklung der individuellen und sozialen Identität</li><li>• Historische Dimension und tatsächliche Konzepte der Identität und Entwicklung ihrer Bedeutung</li><li>• Bedeutung von Nationen und ihre Überwindung in aktuellen Identitätskonzepten</li><li>• Bedeutung der Identität in der postmodernen Gesellschaft</li><li>• Wissen über kulturelle Konzepte</li><li>• Konzept der biographischen Arbeit und ihre Bedeutung im</li><li>• Umgang mit Vertretern fremder Kulturen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Teilnahme am aktuellen Diskurs auf hohem Niveau</li><li>• Alltägliche Phänomene im Berufsleben im Kontext gesellschaftlicher, kultureller, religiöser Identitätskonzepte zu beleuchten und zu verstehen.</li><li>• Wie man Werkzeuge zur Selbstwahrnehmung der Wertschätzung anderer in anderen Kulturen einsetzt</li><li>• Überwindung von Kommunikationsbarrieren in Gesundheitseinrichtungen</li><li>• Regeln für biographische Arbeit im beruflichen Kontext anwenden</li><li>• Anerkannte Formen der Kompetenzentwicklung erkennen und anwenden</li><li>• Vergrößern Sie das Bewusstsein für die Vielseitigkeit und</li><li>• Übertragbarkeit persönlicher Identitäten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entwicklung einer anerkennenden offenen Mehrdeutigkeitstoleranz</li><li>• Selbstreflexionsfähigkeit als Grundbaustein für die interkulturelle Kompetenz fördern</li><li>• Umgang mit unterschiedlichen Erwartungen unter Berücksichtigung verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit</li><li>• Überwindung von Kontaktängsten und Vorurteilen</li><li>• Selbstvertrauen stärkt Offenheit und Akzeptanz</li><li>• Erkenne die eigenen Grenzen in der Persönlichkeit und handle damit</li><li>• Die eigene Biographie reflektieren und biographisches Wissen im Berufsleben anwenden</li></ul>
EOF LEVEL		ECVET LEVEL
6		1 Credit
LEARNING HOURS		
Total:	Kontakt:	Hands-on:      Selbststudium:      Assessment:
This unit will be delivered through		
<div><input checked="" type="checkbox"/> Diskussion</div> <div><input type="checkbox"/> Feldarbeit</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Hands-on</div>	<div><input checked="" type="checkbox"/> Präsentationen</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsgruppen</div> <div><input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren)</div>	
Diese Einheit wird begleitet durch		

✓ Beurteilung	✓ Präsentation	✓ Selbsteinschätzung	<input type="checkbox"/> Schriftliche Übungen
<input type="checkbox"/> Mündliche Prüfung	<input type="checkbox"/> Projekt	<input type="checkbox"/> Fähigkeitendarstellung	<input type="checkbox"/> Hausübungen
<input type="checkbox"/> Portfolio	<input type="checkbox"/> Reflexionstagebuch	✓ Konstruktives Feedback, Meetings	<input type="checkbox"/> Schriftliche Prüfungen
✓ Praxis	<input type="checkbox"/> Bericht		<input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren)
	✓ Workshop		

## Vorlage für das Trainingsmodul

Dauer der Einheit: 1 Tag (8h)

### 1.1 Gemeinsames Thema

<b>Titel</b>	Soziale und individuelle Identität stärken das Selbstbewusstsein
<b>Abstract/Ziel</b> (max 150 Wörter - 10 Zeilen)	<p>Eine starke Identität ist notwendig für eine selbstbewusste und selbstbewusste Art und daher für die Kompetenz von Gesundheitsfachkräften unerlässlich. Viele Migrant / inn / en werden einer Erniedrigung, Entwurzelung und Destabilisierung unterzogen, was oft zu psychosozialen Problemen führt. Dieser Kurs untersucht und definiert den Begriff Identität und seine Funktion als Kern und Anker der individuellen Persönlichkeit als integralen Bestandteil der Qualifizierung im Kontext interkultureller Kompetenz. Die Selbstreflexion und die Stärkung der individuellen Identität im Kontext des gesellschaftlichen Lebens stehen im Mittelpunkt des Prozesses der Steigerung des Selbstbewusstseins. Dies bedeutet auch die Fähigkeit, in instabilen Lebenssituationen stabil zu bleiben und die eigene Identität verhandelbar und übertragbar zu machen.</p> <p><b>Arbeitsstruktur:</b></p> <p>Der Begriff Identität und die Wirksamkeit identitätsstiftender Prozesse werden in den folgenden Abschnitten dieses Kurses behandelt, vor allem durch Vorlesungen und Diskussionen, Literaturwissenschaft, Fallstudien und Übungen mit einem starken Fokus auf Selbsterkenntnis:</p> <p><b>Zum aktuellen Diskurs über Identität</b> - Ein Überblick über das Thema Arbeitshypothese zu Bedeutung und Wirksamkeit - Diskussionsgrundlage</p> <p><b>Begriffsdefinition</b> - Geschichte und Wurzeln semantischer Kontexte Identitätskontexte:</p> <p>Persönliche, politische, soziologische und philosophische Definitionen von Identität, psychologische Ansätze</p> <p><b>Bedeutung der Identität in</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postmoderne liberale Demokratien</li> <li>• Kollektivistische Gesellschaften</li> </ul> <p><b>Habitus und Identität</b></p> <p><b>Aushandlung von Identität</b> - Transfer- und Rekonstruktionsmöglichkeiten</p> <p><b>Identität und Biographie arbeiten</b></p> <p><b>Identität und Selbsterkenntnis</b> - Reflexion über die eigene Identitätsgeschichte –</p> <p><b>Teil der Aktivitäten</b></p>

<b>Schlüsselwörter</b>	Identität, Selbsterkenntnis, Individualität gegen Kollektivismus
<b>Lernziele</b>	<p>1. Geschichte der Identitätsentwicklung - Wir erfahren, wie sich das Bild der Identität im Laufe der Geschichte verändert und entwickelt hat</p> <p>2. Neue Identitätstheorien - Wir erfahren, welche modernen Theorien zum Verständnis unserer Identität existieren</p> <p>3. Identität durch Biographiearbeit - Biographiearbeit hilft uns, unsere Identität zu verstehen</p>
<b>Referenzen/Weitere Literatur</b>	<p>Dissertation von Bernadette Müller Kmet Seit März 2013 als Universitätsassistentin an der Abteilung für Bildungswissenschaft der Wirtschaftsuniversität Wien tätig; Forschungsschwerpunkte: Identitäts- und Biografie Forschung, International vergleichende Sozialforschung, soziale Ungleichheit, Bildungssoziologie, Hochschulforschung in Subsahara-Afrika Schwerpunkte in der Lehre: Qualitative und Quantitative Forschungsmethoden; Sozialwissenschaftliche Datenanalyse, Techniken des wissenschaftlichen Arbeitens, Identitäts-, Kultur- und Migrationstheorien, Sozialstrukturanalyse</p> <p>Kulturelle Identitäten in Zwischenräumen – Migration als Chance für Fremdverstehen und kritische Identitätsaushandlung? COMCAD Arbeitspapier Nr. 52.2008 Otto von Guericke-Universität Magdeburg.</p> <p>Integration und Identität in Einwanderungsgesellschaften. Michael Meimeth, John Robertson ua. 2008</p> <p>Migrationserfahrung als Ausgangspunkt von Biografie Arbeit – Ein Ansatz zum besseren Verständnis und zur Integration. Dr. Dipl. Psych Jan Kizilhan.</p> <p>Autobiographisches Gedächtnis: Mentale Repräsentation der individuellen Biografie. Strube G. Weinert F.E. 1987</p> <p>Erlebte und erzählte Lebensgeschichten. G. Rosenthal. 1995</p> <p>Identität und Migration. Essay im Kulturmagazin Perlentaucher. Francis Fukuyama. Lehrt politische Ökonomie an der Universität in Baltimore.</p> <p>Das Geschlechterverhältnis als Gegenstand von Ungleichheitsforschung. Aulenbacher Brigitte 1994</p> <p>Auf dem Weg in eine andere Moderne, Ulrich Beck 1986</p> <p>Sozialer Raum und Klasse. Pierre Bourdieu 1985</p> <p>Relationships among Multiple Identities. Peter J. Burke 2003</p> <p>Die Gesellschaft der Individuen. Norbert Elias 1996</p> <p>Identität und Lebenszyklus. Erik H. Erikson 1979</p> <p>Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Viktor E. Frankl 2001</p> <p>Identität der Mensch als soziales und personales Wesen. Hans-Peter Frey und Karl Haußer.</p>

	Religion und Identität. Im Horizont des Pluralismus. Werner Gephart 1999
	Kollektive Identität. Die Intellektuellen und die Nation. Bernhard Giesen 1999
	Wir alle spielen Theater, Die Selbstdarstellung im Alltag. Erving Goffman 1969
	Leib, Körper und Identität. Robert Gugutzer 2002
	Geliebte Objekte. Symbole und Instrumente der Identitätsbildung. Habermas, Tilmann 1999
	Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Ulrich Beck und Elisabeth Beck-Gernsheim 1994
	Zum Identitätsdiskurs in den Sozialwissenschaften. Eine postkoloniale und quer informierte Kritik an George H. Mead, Erik H. Erikson und Erving Goffman. Ingrid Jungwirth 2007
	Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Andreas Mielck 2000
	Biografie Forschung und narratives Interview. Fritz Schütze 1983
	Symbolic Interactionism. A Social Structural Version. Sheldon Stryker 1980
	Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität. Charles Taylor 1996
Theorie des Subjekts. Subjektivität und Identität zwischen Moderne und Postmoderne. Peter V. Zima 2000	
Globalkolorit – Multikulturalismus und Populärkultur. Mark Terkessidis 1998	

## 1.2. Geschichtliche Entwicklung und Theorien von Identität

<b>Theorie und Inhalt</b>	<p><b>Zum aktuellen Diskurs – Identität in liberalen Demokratien: Ein Problemaufriss zur Einführung in die Thematik</b></p> <p>Stärkung der beruflichen Identität in den Gesundheitsberufen beruht auf einer flexiblen, transferbereiten Grundhaltung, die eine bewusste Selbstsicht und Haltung sowie deren Einordnung in ein Wertegefüge erlaubt. Selbstbewusstsein setzt Selbsterkenntnis voraus. Die Selbstverortung basiert auf kollektiv geprägter Identität oder anders gesagt Selbstbewusstsein ist die in Haltung gegossene Erkenntnis, dass meine Beiträge gesellschaftlich gewürdigt werden und meine individuellen Einstellungen im gesellschaftlichen Wertekontext Platz finden. Werthaltungen werden kollektiv geprägt und individuell gelebt. Die in unserer postmodernen Gesellschaft herrschende individuelle Freiheit, die scheinbar losgelöst von kollektiven Fesseln alles erlaubt und individuelle Unbegrenztheit signalisiert beruht auf der kollektiv gesicherten Übereinkunft, dass es ebenso sei. Kern von liberalen Gesellschaften ist die Überzeugung, Identität nicht aus religiöser oder nationaler Quelle zu begründen sondern in individueller Freiheit und dem liberalen Wertekanon. Doch die scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten individueller Existenz findet ihren gesellschaftlichen Zusammenhalt in der Wertefrage nicht mehr, die dafür erforderlichen Grundlagen sind der Gesellschaft aus dem Blickfeld verschwunden. Die Debatte zur Leitkultur spiegelt einen Prozess der Sinnsuche postmoderner Gesellschaften, die auch durch Zuwanderung ausgelöst wird. Die Überforderung lässt auch bereits überwundene Identitätskonzepte wieder aufleben – Re-Nationalisierung, Re-Kulturalisierung, Wiederentdeckung religiös-katholisch fundierter Identität feiern ein Auferstehen, bringen politische Kategorisierungen ebenso durcheinander wie die politische Ausrichtung ihrer ProtagonistInnen. Linke feiern aufgeklärte Muslime, Trennung von Staat und Religion wird ersetzt durch Fragen der Kontrolle, Kulturalisierung statt sozialer Kategorisierung. Es scheint, die Zuwanderung lotet die Grenzen der liberalen Demokratie aus. Wenn wir nicht wissen wer wir sind und was wir wollen können wir die entsprechend dazugehörigen Leitlinien auch nicht vermitteln, Der Streit um das Thema der Leitkultur bringt das Dilemma auf den Punkt – Während die einen über die Inhalte streiten bestreiten die anderen überhaupt die Existenzberechtigung der Diskussion. Wenn es aber keine Identitätsparameter in einer Gesellschaft gibt, außer die, dass es eben keine geben soll, dann wird es beliebig, alles ist zulässig, alles hat Platz, jeder darf nach seiner Vorstellung glücklich werden. Identitätsbildung anhand vermittelter Werte findet nicht statt, zu</p>
---------------------------	--

nichts kann man sich schwerlich committen. Moderne Demokratien sind also gefordert, ihre Leitplanken zu definieren, zu beschreiben, was ihr eigenes Unverwechselbares ist und zu sein hat, wo ihre Grenzen liegen und vor allem auch was nicht Platz hat. Der aktuelle Diskurs spiegelt diesen höchst politischen Prozess wider. Berufe, die nahe am Menschen angesiedelt sind sind von den sich daraus ergebenden Übereinkünften besonders tangiert schlagen sich die Änderungen doch direkt im beruflichen Alltag nieder – auf Ebene der Rahmenbedingungen ebenso wie in Fragen des Umgangs mit RepräsentantInnen anderer Lebensformen, mit alternativ geprägten Identitäten.

#### **Arbeitsthesen zur Bedeutung und Wirksamkeit von Identität:**

1. Identität ist die besondere Gesamtheit die eine Entität oder ein Individuum kennzeichnet
2. Identität ermöglicht normative Orientierung, ein positives Selbstbild anhand multipler Zugehörigkeiten und Solidarität und Anerkennung.
3. Selbstwert und Identität sind zwei Seiten einer Medaille, Verlust von Identität, von Zugehörigkeit bringt Instabilität und Isolation mit sich mit Folgen für die psycho-soziale Gesundheit.
4. Identitäten folgen keiner statischen oder homogenen Konstruktion
5. Begreift man Identität als transformativ und verhandelbar impliziert sie aufgrund von De- und Rekonstruktion Flexibilität, Innovation und Kreativität.
6. Individuelle Identität fußt immer auf einer - oft auch nicht explizierten - gesellschaftlich-sozialen gemeinschaftlich entwickelten Identität und steht im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere jenen, die in jüngerer Zeit mit Migration einhergehen.
7. Migration als relevantes Phänomen verändert Identitäten sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene
8. Kollektive Gesellschaftsformen haben starke Identitäten – das Wertegefüge ist stringent oft auch restriktiv und generalisiert wirksam.
9. Postmoderne Gesellschaften, liberale Demokratien haben eine schwach ausgeprägte Identität und werden durch die Zuwanderung gezwungen, sich mit den Fragen wer wir sind, was wir wollen und wie wir mit den „anderen“ umgehen wollen zu befassen.
10. Der politisch-soziale Aushandlungsprozess ist im vollen Gange.
11. In der aktuellen politischen Auseinandersetzung geraten veraltete, überkommen geglaubte Konzepte wieder zu

neuem Glanz. Nationale, religiöse und kulturgeprägte Identitäten stehen hoch im Kurs.

12. Identität ist nicht statisch sondern wird sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene laufend verhandelt. Darin liegt auch die Chance, reale Veränderungen konzeptiv zu erfassen und neue Zugehörigkeiten zu entwickeln.
13. Identität und Selbstbewusstsein sowie psycho-soziale Gesundheit bedingen einander.
14. Festigkeit der Identität (im Sinne eines reflektierten Selbst) ist damit unabdingbar für im Gesundheitsbereich Tätige, unabhängig von ihrer eigenen biografisch-identitären Historie um labialisierten, aus der Balance geratenen Persönlichkeiten entsprechend begegnen zu können.

#### **Zum Begriff Identität und zur Entwicklungsgeschichte seiner Bedeutung:**

Identität lässt sich von dem lateinischen Wort „idem“ herleiten, was übersetzt „derselbe“ heißt. Bereits diese Übersetzung deutet auf eine Einheit und Gleichheit über die Zeit hinweg hin. Allgemein formuliert kann man unter Identität „die völlige Übereinstimmung einer Person oder Sache mit dem, was sie ist oder als was sie bezeichnet wird“ verstehen (Brockhaus 1997).

Schon in der Antike beschäftigten sich einige Philosophen mit der Frage der Einheit und Gleichheit von Objekten Platon und Aristoteles waren die ersten Wissenschaftler, die darüber philosophierten.

Das 16. Jahrhundert war auch die Zeit, in welcher das mittelalterliche Weltbild aufgrund der Entdeckung der „Neuen Welt“ sowie aufgrund des heliozentrischen Weltbilds ins Wanken geriet. Der polnische Astronom Nikolaus Kopernikus (1473-1543) stellte sich mit seiner Entdeckung – die Erde drehe sich um die Sonne – nicht nur gegen die kirchlichen Lehren, sondern symbolisierte dadurch rationales, individuelles Denken. **René Descartes** (1596-1650) war es schließlich der im 17. Jahrhundert mit dem bekannten Satz „cogito ergo sum“ das Individuum selbst zu rationaler Erkenntnis befähigte. **Die Erkenntnis wurde nicht mehr in irgendeiner äußeren Ordnung gesucht, sondern in das Innere des Einzelnen verlagert** (Taylor 1996: 263). John Locke (1632-1704) verwendete in der Philosophie Historische Entwicklungslinien des Identitätsbegriffs erstmals den Begriff der personalen Identität und widmete ihm in seinem Essay ein Kapitel „Über Identität und Verschiedenheit“, auf welches bedeutende Philosophen wie Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), David Hume (1711-1776) und andere Be-

zug nehmen. Locke sah im Anschluss an René Descartes im **Bewusstsein die zentrale Komponente der personalen Identität**, denn durch dieses werde man zu dem, was man Ich oder Selbst nennt (Hausner 1994: 42). Locke formulierte dies folgendermaßen: „Denn da das Bewusstsein das Denken stets begleitet und jeden zu dem macht, was er sein Selbst nennt und wodurch er sich von allen anderen denkenden Wesen unterscheidet, so besteht hierin allein die Identität der Person, das heißt das Sich-Selbst-Gleich-Bleiben eines vernünftigen Menschen.“ (Locke 1981). Hingegen ist es bei Leibniz die Seele bzw. der Geist, welche die Identität ausmachen. Unter Seele soll eine substantielle Einheit ein Lebensprinzip verstanden werden. Als Vertreter der Aufklärung des 18. Jahrhunderts lenkte der Philosoph Jean Jacques Rousseau die Aufmerksamkeit von der Vernunft weg hin zu den individuellen Gefühlen und Empfindungen. Die Identität eines Menschen offenbart sich in dessen innersten Empfindungen über sein „wahres“ Selbst. In diesem Sinne formulierte Taylor (1996: 635) das Fundamentalprinzip, das der Kantischen Ethik zugrunde liegt, folgendermaßen: „Werde dem gerecht, was du eigentlich bist, nämlich ein vernünftig handelndes Wesen.“ Das Menschenbild, welches **Kant** vertritt, ist durch rationale Vernunft geprägt und losgelöst von einer Abhängigkeit von einem göttlichen Wesen. **Der Mensch wird auf sich selbst gestellt.** Am Ende des 18. Jahrhunderts entwickelte sich als Gegenbewegung zur vernunftorientierten Aufklärung die **Romantik**. Im Vordergrund dieser kulturgeschichtlichen Epoche standen, anknüpfend an Jean Jacques Rousseau, die inneren Empfindungen und die Rückkehr zur eigenen, gefühlsbetonten Natur. Die inneren Empfindungen dienten der Selbsterkenntnis. **Erkenntnis ist nur von einer subjektiven Perspektive aus möglich** und alle Subjekte sind als gleichwertig zu betrachten sowie in ihrer Individualität per se wertvoll. Durch Persönlichkeitsmerkmale kann eine Abgrenzung gegenüber anderen Menschen relativ leicht vollzogen werden und somit Einzigartigkeit ausgedrückt werden. Die zunehmende Bedeutung der individuellen Persönlichkeit kann in der vermehrten Verwendung von Persönlichkeitsmerkmalen in Biographien seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert beobachtet werden. Gerade diese Aufforderung zur Individualität und zur Gestaltung der eigenen Persönlichkeit sowie die Entwicklung des eigenen Potenzials machten die Identität wie in einer nie zuvor da gewesenen Weise zum Problem. **Was zuvor durch die Gesellschaft festgelegt wurde, wird nun in die Eigenverantwortung des Individuums gelegt** (Baumeister 1986: 59ff.). Moderne wie auch Individualisierung weisen auf einen gestiegenen Stellenwert des Individuums hin und auf eine Abnahme der Bindung an traditionelle, soziale Gruppen. Im 15., 16. und 17. Jahrhundert zeichnete sich in Europa ein Wandel von einem vorwiegend autoritären zu einem verstärkt

autonomen Denken ab. Vor diesem Zeitpunkt waren es mehrheitlich allgemein anerkannte Autoritäten (kirchliche oder weltliche Oberhäupter), die gültigen Antworten auf die „großen und kleinen“ Fragen des Lebens gaben.

### **Identität in Psychologie und Sozialwissenschaft:**

Identität ist ein universelles Thema, welches jedes Individuum betrifft, da jeder über eine persönliche Identität verfügt bzw. auf der Suche nach einer ist. Im psychoanalytischen Bereich kam die Einheit des Selbst mit der Verbreitung der Werke von Sigmund Freud ins Wanken. Freuds Unterteilung der Person in ein Ich, ein Über-Ich und ein Es wurde rasch einem breiten Publikum zugänglich (Langbaum 1977: 9). Es war vor allem die Disziplin der Psychoanalyse und hier im Speziellen die Ich-Psychologie, die einen entscheidenden Anstoß für die Entdeckung des Identitätsbegriffs in den Sozialwissenschaften sowie in der Alltagspraxis lieferte.

Die Probleme um und nach dem Zweiten Weltkrieg fungierten als Auslöser für die Beschäftigung mit **nationaler Identität bzw. dem Nationalcharakter**. Eine wichtige Aufgabe der Sozialwissenschaften wurde darin gesehen, die eigene Gesellschaft besser kennen und verstehen zu lernen. Eine alte Idee, der zufolge bestimmten Gruppen von Menschen bestimmte Charakteristika zugeordnet werden können, wurde wieder neu belebt und eine wissenschaftliche Diskussion über die unterschiedlichen Merkmale der Nationen wurde entfacht. Die amerikanische Anthropologin und Ethnologin **Margaret Mead** führte Studien zum amerikanischen Nationalcharakter (Mead 1942) durch, die in den dreißiger Jahren noch als „culture-and-personality studies“ deklariert wurden. Dieser Begriff weist bereits auf den **Zusammenhang personaler, individueller und kultureller Identität** hin. Es wurde untersucht, in welcher Weise eine bestimmte Kultur die persönliche Identität formt. Margaret Meads Arbeiten sind für die rasche Verbreitung des Identitätsbegriffes deshalb so bedeutend, weil sie einen persönlichen intellektuellen Austausch zu Erik H. Erikson pflegte und somit den psychoanalytischen Identitätsbegriff auch in Studien über den Nationalcharakter einfließen ließ (Gleason 1983). Amerika war und ist eine Nation der Immigranten, was die Entwicklung hin zu einer ethnischen und kulturellen Pluralität förderte. Besonders in der Zeit um den Zweiten Weltkrieg standen viele Einwanderer vor dem Dilemma, Krieg gegen ihr Herkunftsland oder das ihrer Vorfahren zu führen. Die Bürger mit ausländischen Namen mussten davon überzeugt werden, Amerikaner zu sein. Erikson selbst war ein deutscher Immigrant und spürte die Spannung zwischen seiner europäischen Herkunft und der neuen amerikanischen Heimat am eigenen Leibe. Die Kritik an der Massengesell-

schaft in den Sechzigern beschäftigte sich mit der Beziehung des Individuums zur Gesellschaft. Es wurde diskutiert, auf welche Art und Weise Individuen manipulierbar seien. Verbreitete Schlagworte waren Entfremdung, Anomie, Ethnozentrismus, Gruppenzwang und -zugehörigkeit und Konformität. Es ist kaum überraschend, dass Ansätze zur Identitätsforschung in der psychoanalytischen Tradition vorzufinden sind, wo das Individuum im Mittelpunkt der Analyse steht. Darüber hinaus werden in der Psychoanalyse häufig Konflikte thematisiert, welche aus der Diskrepanz zwischen individuellen Bedürfnissen und sozialen Erwartungen – in anderen Worten: aus der Diskrepanz zwischen personaler und sozialer Identität – hervorgehen. **Erik Homburger Erikson** (1902-1994) kann zweifelsohne als ein Klassiker der Identitätsforschung bezeichnet werden und seine Werke beeinflussen diese auch heute noch in einer fruchtbaren Weise. Er entwickelte die klassische Perspektive der **Freudschen Psychoanalyse** weiter und ergänzte sie durch eine psychosoziale und psychohistorische Dimension. Demnach wird **Identität als ein Prozess verstanden, der sowohl im Kern des Individuums wie auch im Kern seiner gemeinschaftlichen Kultur lokalisiert werden kann** (Erikson 1980).

#### **Identität in der Postmoderne:**

**Stuart Hall** spricht von einem soziologischen Identitätskonzept, welches in der Lage ist, die Dichotomisierung von Individuum und Gesellschaft zu überwinden. **„Identität vernäht oder ... verklammert das Subjekt mit der Struktur.“** Das damit einhergehende Maß an Stabilität zwischen Subjekt und Umwelt kann nach der Auffassung von Hall in der Postmoderne aufgrund gesellschaftlicher Umbruchprozesse und einer fortschreitenden Pluralisierung der Lebenswelten nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Folgen für das Subjekt sind nach der Auffassung zeitdiagnostischer Autoren schwerwiegend: „De-Zentrierung und Fragmentierung des Subjekts“ (Hall 2000), „Patchwork der Identitäten“ (Keupp 1999), „Bastelexistenz“ (Hitzler/Honer 1994), „der flexible Mensch“ (Sennett 1998), „postmoderne Lebensstrategien“ (Bauman 1997), „Übersättigung und Bevölkerung“ (Gergen 1996), „Entbettung“ (Giddens 1991) etc. Der Balanceakt der Ich-Identität zwischen innerer und äußerer Welt wird immer schwieriger, die möglichen Identitäten vervielfachen sich, und **das Individuum befindet sich in einem stets im Wandel begriffenen interaktiven Entwicklungsprozess**. Gerade das Postulat der Krise der Identität in der (Post)Moderne steigert die Bedeutung der Identität für den Einzelnen. Klassische Identitätsfragen von der Art „Wer bin ich?“, „Wie bin ich geworden, was ich bin?“, „Wer will ich sein?“, „Welche Lebensziele habe ich?“, „Welchen Sinn

hat mein Leben?“, „Welches Bild haben die anderen von mir?“ und ähnliche Formulierungen nehmen nach wie vor und gerade in der heutigen Zeit für die Bewältigung des Lebens eine zentrale Stellung ein.

### **Neuere Konzepte von ID –am Beispiel der Theorie von Weigert:**

Identität stellt für sie eine äußerst wichtige Kategorie dar, die in der **Lage ist, ein biologisches Wesen in eine menschliche Person zu verwandeln.** (Weigert 1986). Menschliche Identität ist zugleich sozial und einzigartig persönlich. Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit bestehender, einschlägiger Literatur kristallisieren sie fünf Kernpunkte bzw. Problemstellungen der menschlichen Identität heraus

(1) „Die Dialektik von subjektiver und objektiver Identität“: Individuen der modernen Gesellschaft konstituieren ihre Identität irgendwo zwischen öffentlichen und privaten Definitionen. Aus den oftmals mangelnden Übereinstimmungen dieser beiden Perspektiven ergeben sich häufig negative Auswirkungen, wie etwa psychische Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen. In der modernen Gesellschaft wurde die Dialektik zwischen objektiver und subjektiver Identität zum zentralen Problem jedes Individuums, das sich auf der Suche nach einem sinnvollen Leben befindet. Die Schaffung von Identität wurde zu einer privaten Angelegenheit, welche von Emotionen, die von Selbstachtung bis zu Selbsthass reichen können, begleitet wird. Dieser Prozess muss eine plausible Identität für sich selbst sowie für die anderen ergeben.

(2) „Die soziohistorische Verfügbarkeit von Identitäten“: Individuen können nur eine Identität wählen, die in der Zeit und in der Gesellschaft, in der sie gerade leben, verfügbar ist. Vom heutigen Standpunkt aus ist es unmöglich, sich für die Identität eines Ritters zu entscheiden, da diese in der gesellschaftlichen Realität nicht vorhanden ist.<sup>12</sup> Bereits Erikson verweist auf die historische Gebundenheit der Identität. Um alltägliche Beispiele für aktuelle neu entstehende Identitäten zu finden, brauchen wir nur an die neuen Erwerbsverläufe von Frauen und die damit veränderten Rollen innerhalb der Familie und am Arbeitsmarkt zu denken: Auch Managerinnen mit Kindern oder Hausmänner haben noch kaum Möglichkeiten auf gesellschaftlich verankerte Identitäten zurückzugreifen und dadurch entstehen Unsicherheiten.

(3) „Die Organisation von multiplen Identitäten“: Die Komplexität, Anonymität und

Mobilität von modernen Gesellschaften spiegeln sich in den Identitätsstrukturen ihrer Mitglieder. Individuen verfügen in modernen Gesellschaften über immer mehr unterschiedliche Identitäten. Diese Identitäten müssen in ihrer Wichtigkeit für das Selbst organisiert werden, aber auch mit den Erwartungen der anderen übereinstimmen. Allenfalls muss die Fähigkeit gegeben sein, diese Organisationsstruktur flexibel der spezifischen Situation anzupassen. Individuen verfügen meist über eine Hauptidentität, die eine implizierte Organisationsstruktur aller anderen Identitäten beinhaltet. In manchen Situationen ist es schwierig zu entscheiden, welche Identität aktiviert werden soll. In einer Interaktionssituation müssen sich die Individuen entscheiden, als welche Person sie wahrgenommen werden wollen und dementsprechend die Bedeutsamkeitshierarchie ihrer verschiedenen Identitäten darstellen.

(4) „Die Kontinuität der Identität“: Die multiplen Identitäten der modernen Gesellschaft werfen das Problem der Kontinuität auf, welche von Situation zu Situation bestätigt werden muss und als eine Art situationsübergreifende Identität Ordnung, Verantwortung und geistige Gesundheit garantiert. Individuen sind bemüht über den Lebenslauf hinweg eine Gleichheit beizubehalten, obwohl es in modernen Gesellschaften viel schwieriger ist, eine kontinuierliche Biographie zu konstruieren. Mitglieder traditioneller Gesellschaften konnten sich auf stabile, vorgegebene soziale Strukturen wie Familie, Geschlecht, Verwandtschaftssystem und dergleichen stützen. Heute muss man sich seine Biographie selbst zusammenstellen und seinem Leben Kontinuität und Sinn verleihen. Und dennoch ist eine Gesellschaft, in der die Mitglieder nicht über ein minimales Maß an Kontinuität verfügen, undenkbar. Im Alltag können sich Individuen Kontinuität erhalten, indem sie versuchen ihre sozialen Rollen und ihre personale Identität zu verbinden. Über den Lebenslauf hinweg sind sie bestrebt sowohl Erinnerungen über das eigene Selbst als auch Wünsche in Bezug auf ihre zukünftige Identität aufrechtzuerhalten; und sie tun dies in einer Art und Weise, sodass auch ihre sozialen Bezugspersonen darüber Bescheid wissen. Eine andere Möglichkeit Kontinuität beizubehalten, sind nostalgische Praktiken, wobei fortwährend das Selbst der Vergangenheit verherrlicht und aufrechterhalten wird. Als Beispiel kann man sich einen pensionierten Spitzensportler vorstellen, der täglich seine Medaillen und Pokale abstaubt, Videos seiner sportlichen Erfolge ansieht und bei seinen Enkeln mit seinen großen Erfolgen prahlt.

(5) „Identität und Emotionen“: In (post)modernen, rationalen und bürokratischen Gesellschaften ist nur wenig Raum für Emoti-

onen und dennoch ist es notwendig, sie in die eigene Identität zu integrieren, da sie eine wichtige Dimension zur Konstruktion von Identität darstellen. Unintegrierte Emotionen können eine beschädigte Identität zur Folge haben. Weigert et al. (1986) illustrieren dies am Beispiel von Soldaten, die aus dem Krieg heimkehren. Die traumatischen Erlebnisse und die damit verbundenen negativen Gefühle können nicht verarbeitet werden, was sich häufig in einer unverständlichen Wut äußert, die es ihnen nicht ermöglicht, wieder ein „normales“ Leben in ihrem Heimatland aufzunehmen. Sie sind nicht mehr in der Lage, ihre Identität mit den in der Gesellschaft angebotenen Rollen und Sinnangeboten in Verbindung zu bringen.

#### **soziale Identität:**

Diese Kategorie umfasst Identitätsbegriffe, die in Zusammenhang mit einer Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe (Nation, Region, Kultur, Ethnie, politische Partei, Familie, Glaubensgemeinschaft etc.) gebracht werden können. Die Summe aller sozialen Teil-Identitäten, über welche ein Individuum verfügt, kann als dessen soziale Identität bezeichnet werden.

Die soziale Identität eines Menschen umfasst soziale Rollenidentitäten (z. B. Angestellte, Mutter, Nachbarin, Patientin), kollektive Identitäten (z. B. Europäerin, Österreicherin, Steirerin, GTI Fan, Angehörige der Mittelschicht) und symbolisch-materielle Elemente. Eine soziale Teil-Identität ist eine soziale Kategorie, welche durch Regeln der Zugehörigkeit und dem damit verbundenen Bündel von Merkmalen und adressierten Erwartungen charakterisiert ist. Manchmal wird fälschlicherweise angenommen, soziale Kategorien seien Teil der objektiven, sozialen Realität und werden daher auch als unveränderbar und normativ richtig angesehen. Eine solche Kategorie ist beispielsweise die Frauenrolle bzw. die Männerrolle, welche vor nicht allzu langer Zeit klar definiert war und als naturgegeben betrachtet wurde. Tatsächlich sind soziale Kategorien sozial konstruiert (Fearon 1999). Soziale Rollen sind mit spezifischen Erwartungen verknüpft, die in der Regel vom Rollenträger auch erfüllt werden und somit alltägliche Interaktionen erheblich erleichtern.

#### **Habitus und Identität**

**Pierre Bourdieu** betont, dass der Lebensstil nicht völlig frei gewählt wird, sondern, dass er durch die Stellung im sozialen Raum, durch seine Klassenzugehörigkeit geprägt ist (Bourdieu 1985). Bourdieu bemüht sich um eine strukturelle Handlungstheorie, in der er den Kontext und die Situation berücksichtigt. Er versucht mit der Grundformel „Struktur – Habitus – Praxis“ die Mikro- und

Makrotheorieebene zu verbinden. Das Konzept des Habitus dient dabei als Vermittlungsinstanz zwischen der objektivistischen Struktur, welche die soziale Position und damit auch die ökonomischen und kulturellen Existenzbedingungen vorgibt, und der konkreten Praxis, welche in einem bestimmten Lebensstil ihren Ausdruck findet. Der Habitus ist definiert als ein System von klassenspezifischen Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata. Er wird durch klassen- bzw. schichtspezifische Sozialisation erworben (strukturierte Praxis) und ist dem Individuum größtenteils unbewusst. Der Habitus drückt sich in einer klassenspezifischen Handlungspraxis aus und dient dadurch gleichzeitig zur Reproduktion der objektiven Strukturen (strukturierende Praxis) (Burzan 2004.). „Der Habitus eines Individuums ist einverlebte Geschichte in dem Sinne, dass das Individuum im Laufe seiner Sozialisation sowie weiterer Erfahrungs- und Lernprozesse die gesellschaftlichen Strukturen (Normen, Werte, Machtverhältnisse, Interaktionsmuster etc.) innerhalb derer es lebt, nicht nur kognitiv verinnerlicht, sondern dass ihm diese in einem durchaus wörtlichen Sinne in Fleisch und Blut übergehen.“ (Gugutzer 2003) Der Habitus ist somit zur zweiten Natur des Menschen geworden. Eine spezifische Art des Wahrnehmens, des Handelns und des Bewertens wird als selbstverständlich und als naturgegeben erlebt, ohne vorhandene Bewusstheit für ihren sozialen Entstehungshintergrund. Das Kind kann sich in der Sozialisation Handlungen und Praktiken der eigenen Gruppe mühelos aneignen und diese werden nach diesem Aneignungsprozess als fraglos gegeben angesehen (Bourdieu 1979). Jeder Mensch ist vom Habitus einer Gruppe geprägt. Da Individuen in modernen Gesellschaften über mehrere Gruppenzugehörigkeiten verfügen, ist der Habitus vielschichtig. Er äußert sich in Eigentümlichkeiten im Verhalten und Denken, was den Trägern weitgehend unbewusst ist. **Der soziale Habitus ist der mehrheitlich unbewusste Anteil der sozialen Identität, der im Vergleich von unterschiedlichen Habitusformen deutlich hervortritt.** Zur Illustration denke man an ein Arbeiter- und ein Akademikerkind. Ihre unterschiedlichen Habitusformen äußern sich beispielsweise in ihren Essengewohnheiten und in ihrer Wortwahl.

#### **Personale Identität:**

Umfasst Phänomene, welche einem spezifischen Individuum eigen sind, wenngleich sie durch gesellschaftliche Prozesse beeinflusst sind. Individuelle Merkmale, welche die personale Identität bestimmen, sind unter anderem Persönlichkeitsmerkmale, die Biographie, genetisch bedingte Anlagen wie die Körpergröße, Haut- und Augenfarbe, der Fingerabdruck, bestimmte Formen von Behinderungen und Krankheiten, der Klang der Stimme, die

	<p>Intelligenz, Begabungen etc. Diese erste Kategorisierung erlaubt noch keine eindeutige Zuordnung aktueller Begriffe der (post)modernen Identitätsdiskussion (Identitätssuche, Identitätsarbeit, Patchworkidentität, Identitätsgefährdung, Identitätskrise etc.). Der Grund dafür liegt darin, dass diese Phänomene sowohl auf personaler als auch auf sozialer Ebene angesiedelt sind und gerade vermittelnd oder trennend zwischen diesen wirken. Diese Prozesse laufen in einer übergreifenden Meta-Kategorie ab, welche die Ich- Identität oder das Selbst eines Menschen im eigentlichsten Sinne ist. Die Ich-Identität eines Menschen ist das Bild, das er von sich selbst hat und dessen Entstehung wesentlich von seinen InteraktionspartnerInnen mitgeprägt wurde. Die Identität erteilt Auskunft darüber, welche Art von Mensch man ist, welche Erwartungen andere sowie man selbst in Bezug auf die eigene Person hegen. Sie dient als Orientierungs- und Bezugsrahmen für bewusst oder unbewusst ablaufende Entscheidungen in Bezug auf Verhaltensweisen und Einstellungen. Sie bildet den Hintergrund, vor dem individuelles Verhalten nicht nur aus seiner personalen, sondern insbesondere auch aus seiner sozialen Bedingtheit heraus verständlich wird. Indem <b>Identität ein fortwährend ablaufender Interaktionsprozess zwischen Individuum und Gesellschaft</b> ist, baut sie gewissermaßen eine Brücke zwischen der persönlichen und der gesellschaftlichen Sphäre.</p> <p>Hauptquelle; Dissertation von Bernadette Müller Kmet, seit März 2013 als Universitätsassistentin an der Abteilung für Bildungswissenschaft der Wirtschaftsuniversität Wien tätig; Forschungsschwerpunkte: Identitäts- und Biografie Forschung, International vergleichende Sozialforschung, soziale Ungleichheit, Bildungssoziologie, Hochschulforschung in Subsahara-Afrika Schwerpunkte in der Lehre: Qualitative und Quantitative Forschungsmethoden; Sozialwissenschaftliche Datenanalyse, Techniken des wissenschaftlichen Arbeitens, Identitäts-, Kultur- und Migrationstheorien, Sozialstrukturanalyse</p>
<p><b>Aktivitäten</b>  1 activity max 4 pages  - - Titel  - Ziele  - Schlüsselwörter (max 5)  - Inhalt (bitte immer die Quelle</p>	<p><b>Titel:</b> Wertschätzender Umgang mit einander</p> <p><b>Ziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Befähigung des respektvollen Umgangs mit anderen Identitäten</li> <li>- Erkennen der Bedeutsamkeit von Brüchen und Verwerfungen in der Identitätsentwicklung Offenheit und Wertschätzung anderer Menschen und Kulturen gegenüber leben lernen</li> </ul> <p><b>Schlüsselwörter:</b> Wertschätzung uns selber gegenüber, Wertschätzung andere gegenüber, Wertschätzung andern Kulturen</p>

<p>zitieren und die Referenzen in den Modulräumen hinzufügen, die den Referenzen gewidmet sind)</p> <p>- Material (das Material kann auch Multimedia sein, wie Bilder, Videos, Zeichnungen, Material, das von den Lernenden gedruckt werden soll ...)</p>	<p>gegenüber.</p> <p><b>Inhalt:</b> Wir üben wertschätzend mit uns selber und unseren Mitmenschen um zu gehen</p> <p><b>Material:</b> Notizblock und Schreiber, Sesselpaare</p> <p>Anmerkungen zur Einheit:</p> <p>Die Kursteilnehmer lernen stärker in sich hinein zu hören. Wie gehe ich mit mir und anderen Menschen um? Habe ich Interesse an anderen Menschen? Habe ich Interesse an anderen Kulturen? Können andere Kulturen eine Bereicherung für mich darstellen?</p> <p>Die Übungsteilnehmer sollen nur das erzählen was sie erzählen möchten. Da später Inhalte in der Runde besprochen werden ist es wichtig dass der Teilnehmer immer klar sagt was er gerne von sich in der Runde erzählt haben möchte oder was er zwar seinem Übungspartner anvertraut hat, es aber in der großen runde nicht erzählen möchte und es auch vom Übungspartner nicht angesprochen werden soll.</p> <p>Übungsanleitung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Trainer hält einen kurzen 10 Minütigen einführenden Vortrag zum Thema Theorien der Identität entlang des theoretischen Inputs siehe oben.</li> <li>2. Wir teilen die Kursteilnehmer in Paare ein. Die Paare sollen aber so gebildet werden, dass sich all jene zusammen finden die sich noch nicht so gut kenne, oder am besten gar nicht kennen. Eventuell sollen auch jene mit einem Migranten Hintergrund nicht unter einander trainieren sondern sollen mit jenen Kursteilnehmern in Paaren zusammen arbeiten die keinen Migranten Hintergrund haben.</li> <li>3. Die Kursteilnehmer bekommen die Anweisung sich dem andern Partner vorzustellen. Sie sollen von sich erzählen. Dabei sollen sie darauf achten mit sich selber wertschätzend umzugehen. Der andere Partner hört aktiv und wertschätzend zu. Am Schluss darf der Partner Verständnisfragen stellen damit er auch alles richtig erfassen kann. Es ist schwer Minimum fünf Minuten positiv von sich zu sprechen, das stelle sich sicherlich für einige Teilnehmer so darf. Dennoch sollen sie den Versuch wagen.</li> <li>4. Der Übungspartner hört aktiv zu und darf sich auch Notizen machen wenn er will. Nachdem er meint alles richtig erfasst zu haben gibt er ein Feedback. Dieses Feedback soll sich im Besonderen darauf beziehen in wie fern es dem Erzähler geglückt ist mit sich selber wertschätzend um zu gehen.</li> <li>5. Nun werden die Rollen vertauscht. Der Zuhören wird jetzt</li> </ol>
---	--

	<p>zum Erzähler über sich. Der Partner hört aktiv zu, stellt zum Schluss verständnisfragen und gibt dann Feedback über die die Art der Wertschätzung die der Erzähler sich selber gegenüber erbracht hat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Wenn die Übung abgeschlossen ist kommen alle wieder ins Plenum zusammen.</li> <li>7. Im Plenum werden jetzt alle Teilnehmer hinsichtlich ihrer eigenen Wertschätzung gemäß vom Partner vorgestellt. Achtung: Es wird nicht erzählt was die Teilnehmer ausdrücklich nicht im Plenum erzählt haben möchten.</li> <li>8. Nachdem die Übung beendet ist kann noch gefragt werden wie es den Teilnehmern ergangen ist, welche Gefühle sie aus der Übung persönlich mitnehmen. Achtung: die Teilnehmer sollen über ihre eigenen Gefühle sprechen und nicht die des Übungspartners.</li> <li>9. Die Übung soll insgesamt nicht länger als zwei Stunden dauern. Also 30 Minuten für jeden Klienten mit Feedback und dann noch einem höchstens 60 Minuten im Plenum.</li> </ol>
<p><b>Fallstudien</b> 1 oder 2</p>	<p>Anmerkungen zur Fallstudie:</p> <p>Entlang des vorgelegten Falls sollen die Teilnehmer in einer Kleingruppe (4-5 Teilnehmer) diskutieren in welcher Form sich für die Person in der Geschichte Identität bildet. Die Teilnehmer versuchen eine wertschätzende Haltung gegenüber der Frau und ihrem Schicksal einzunehmen und ihren Hintergrund zu verstehen. Die Teilnehmer sollen im Diskurs sichtbar machen unter welchen verschiedenen Möglichkeiten Identitäten hergestellt werden können oder auch von außen betrachtet werden können. Dazu sollen sie sich folgende Fragen stellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Begründet sich ihre Identität aus dem Herkunftsland?</li> <li>2. Was wenn sich die Nationalität ändert?</li> <li>3. Was wenn sich die Nationalität auf Grund von Vertreibung und Krieg unfreiwillig bei der Person in der Geschichte ändert?</li> <li>4. Begründet sich die Identität der Person aufgrund ihrer Religion?</li> <li>5. Begründet sich die Identität der Person aufgrund ihres Habitus?</li> <li>6. Begründet sich Identität aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Mehrheit oder Minderheit einer Bevölkerungsgruppe? Wie verhält es sich wenn man die einzige Person aus einer Volksgruppe ist?</li> <li>7. Hat die handelnde Person neue Identitäten für sich schaf-</li> </ol>

fen können? Ist sie alten Identitäten verhaftet geblieben und wenn ja welche Konsequenzen haben sich daraus ergeben?

8. Was macht verlorene Identität mit der Psyche der handelnden Person?
9. Hat die Familie der handelnden Person Identität gegeben? Und wie stark hat die handelnde Person auf individuelle Identität in ihrem Leben gebaut?
10. Wie stark beeinflusst die Frage der Freundschaften die Entwicklung von Identität?
11. Ist es hilfreich Identität von vielen Seiten betrachten zu können? Wäre es hilfreich für die handelnde Person gewesen?
12. Wo hatten sie das Gefühl dass sie sich identifizieren konnten?
13. Gibt es ein richtig oder falsch in der Geschichte?

---

FALL:

#### Eine typische österreichische Familiengeschichte

Österreich hat während der Monarchie viele verschiedene Ethnien in einer Nation vereint: Ungarn, Italiener, Tschechen, Ukrainer, Deutsche, um nur einige zu nennen.

Unser Fall handelt von einer Ukrainerin die während der Monarchie 1912 geboren wurde. Aus diesem Grund war sie von der Nationalität her Österreicherin. In ihrem Elternhaus wurde ukrainisch gesprochen und nach ukrainischer Tradition gelebt, gesunden und gekocht. Wenn sie sich mit ihren Freundinnen traf hat sie aber auch Polnisch, Deutsch, Jiddisch und Rumänisch gesprochen wurde. Die Familie pflegte den russisch orthodoxen Glauben.

Geheiratet hat sie aus Liebe einen deutschsprachigen Österreicher, Sprache war ja kein Problem, beide haben viele Sprachen gesprochen wie es im dortigen Umfeld üblich war. Da sie sich auf eine Kirche einigen mussten wurde die Heirat in einer römisch katholischen Kirche gefeiert. Eineinhalb Jahre später kam ein Kind zur Welt das einen jüdischen Namen erhielt nach einer guten Freundin der Ehefrau.

Dann brach der zweite Weltkrieg aus und die junge Familie musste aufgrund der österreichischen Staatsbürgerschaft fliehen. Eltern, Schwestern und Brüder der Ehefrau die allesamt Rumänen und Ukrainer geheiratet hatten, sind geblieben. So wurde die junge Ehefrau von allen ihren Familienmitgliedern und auch allen Freunden getrennt. Alles was sie jetzt noch hatte war ihr Ehemann und ihre inzwischen drei Kinder. Ein Kind starb während

	<p>des Krieges, mit der Trauer darüber war die Frau alleine, sie hatte weder Bekannte noch Verwandte im Umfeld. Dort wo sie dann lebten waren keine Ukrainer. Es gab auch keine russisch orthodoxe Kirche, weshalb sie die römisch Katholische Kirche besuchte. Kirchlich war sie einen anderen Ritus gewöhnt den sie zeit ihres Lebens auch in irgendeiner Weise beibehalten hat, denn so richtig nachvollziehen konnten sie den katholischen Ritus nie. Kulturell war sie sehr aufgeschlossen und hat alle Trends genau beobachtet und miterlebt. Diesen Zugang hatte sie schon in ihrer Heimat und hat ihn dann in ihrer neuen Heimat weiter gelebt. So blieb sie sehr einsam in ihrer neuen Welt, die sie zwar sprachliche verstand, deren Rituale und Riten ihr aber fremd blieben. Irgendwie hat sie den Einstieg in ihre neue Lebensumwelt nicht geschafft obwohl sie aus einer extrem ethnisch Pluralen Welt entstammte. Diese Einsamkeit hat sich natürlich auf ihre Psyche ausgewirkt. Sie war aggressiv, verhärtet und unkooperativen bis ins hohe Alter.</p> <p>Die Übung dauert in der Kleingruppe 50 Minuten. Anschließend stellen alle Gruppen nacheinander ihre Erkenntnisse dem Plenum dar. Dies wird ebenfalls ca. 50 Minuten benötigen. Material: Flipcharts, Pinnwände, Medienkoffer</p>
<p><b>Aktivitäten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Titel</li> <li>-Ziele</li> <li>-Schlüsselwörter (max5)</li> <li>- Inhalt (bitte immer die Quelle zitieren und die Referenzen in den Modulräumen hinzufügen, die den Referenzen gewidmet sind)</li> <li>- Material (das Material kann auch Multimedia sein, wie Bilder, Videos, Zeichnungen, Material, das von den Lernenden gedruckt werden soll ...)</li> </ul>	<p><b>Titel:</b> Die Identität Europas aufstellen  <b>Ziele:</b> Ist die Zugehörigkeit Europa Identitätsstiftend?  <b>Schlüsselwörter:</b> Identität, Aufstellungsarbeit, Respekt,  <b>Material:</b> Notizblock, Schreibgerät;Kärtchen mit europäischen Ländernamen die man sich um den Nacken hängen kann. Ein freier Raum in dem man sich gut bewegen kann.</p> <p>Anmerkungen zur Einheit:</p> <p>Wir verwenden die Technik der Aufstellungsarbeit um uns ein Bild von Europa und seinen Identitäten zu machen. Es ist ein Spiel bei dem alle teilnehmen dürfen. Die Länder werden aber von jemand aufgestellt der sich freiwillig meldet. Man kann mehrere Runden spielen. Es gibt Regeln die weiter unten noch erklärt werden, an die sich alle Teilnehmer halten sollen. Dieses Spiel soll aufzeigen wie sich die Aufsteller und auch die Teilnehmer während ihrer Erfahrung der Übung die Identitäten in Europa vorstellen, wie sie die Länder sehen, welche Vor- und Nachteile es hat in den unterschiedlichen Ländern zu leben. Dies alles unter der persönlichen Annahmen des Teilnehmers, der sein Bild von Europa aufstellt. Die aufgestellten Personen leben die Identität des jeweiligen Landes, die Vor- und Nachteile, die Vorur-</p>

teile und auch die vermeintlichen Privilegien die dem jeweiligen Land gegenüber gelebt werden.

Das Spiel dauert drei Stunden, Kaffeepausen nach den Abschnitten eins und zwei sind durchaus angebracht.

Theorie zur Aufstellungsarbeit:

Die wohl bekanntesten Art der Aufstellungsarbeit sind Familienaufstellung und Familienskulptur. Anhand dieser zweier Methoden wurde diese Aktivität für das Projekt entwickelt.

Bei der Familienarbeit sollen über die körperliche Darstellung von Personen aus der Familie verborgenen Konstellationen des Systems der jeweiligen Familie offenbart werden. Dies soll dem Aufstellenden helfen Konstellationen auf die Spur zu kommen die er außerhalb der Aufstellungsarbeit so nicht sehen kann oder eventuell auch nicht sehen möchte. Wichtig ist zu erkennen dass Aufstellungsarbeit kein Rollenspiel ist. Die Teilnehmer stehen physisch für eine besondere Person, dürfen sich gedanklich und auch emotional in die darzustellende Person hineindenken, sollen sich aber ansonsten gänzlich zurückhalten. Was auch erlaubt ist dass die aufgestellt Person in sich selber Korrelationen sucht während sie aufgestellt wird, denn jeder Person leben in einem Familiensystem und so mancher hat Ähnlichkeiten zu entdecken.

Jeder der für sich selber eine Frage lösen möchte kann sich freiwillig zum Aufsteller melden. Aus der Teilnehmergruppe werden sogenannte Stellvertreter gewählt die der Aufsteller dann für sich in Beziehung zu einander in Position bringen wird. Auch für den Aufsteller gibt es einen Stellvertreter der genau im System vom Aufstellen positioniert wird damit er seine eigene Stellung im System erkennen kann. Während des Aufstellens erkennt der Aufsteller seine Position in einem System und das ist der Effekt den wir uns in unserem Aufstellungsspiel in Europa zu eigen machen werden.

Interview, Offenlegungstest und Lösung sind weitere Teile des Systems Aufstellungsarbeit. Drauf wird hier aber nicht eingegangen weil wir diese Teile in unserem Spiel nicht verwenden werden.

Bei der Familienskulptur, entwickelt von Virginia Satir geht es neben dem üblichen Aufstellen des Familien Systems auch um die körperliche Haltung die der Aussteller jeden Teilnehmer darstellen lässt. Dies werden wir auch in unserem Spiel übernehmen.

Regeln des Spiels:

1. Die Teilnehmer diskutieren lange die Vor- und Nachteile der aufgelegten Staaten
2. Ein Aufsteller wird gewählt

3. Alle Teilnehmer ziehen ein Kärtchen mit den Ländernamen.
4. Der Aufsteller bestimmt den Ort an dem die Länder aufgestellt werden. Die „Länder“ dürfen aber für sich körperliche Haltungen einnehmen
5. Die „Länder“ sprechen nicht.
6. Der Trainer unterbricht nicht, außer er will eine Intervention setzen.
7. Der Aufsteller beendet das Spiel indem er allen Teilnehmern die Namenskärtchen vom Nacken nimmt und sie damit aus der Rolle entlässt.
8. Anschließend sollte noch ein Feedback Runde über die Erkenntnisse der einzelnen Teilnehmer angesetzt werden die wieder der Trainer durchführt.

#### Anleitung zur Durchführung des Spiels:

1. Der Trainer ist der Spielleiter und erklärt vor Beginn des Spiels die Regeln und den Hintergrund der Aktivität.
2. Ein Teilnehmer meldet sich der die anderen Teilnehmer aufstellen wird
3. Der Spielleiter legt Kärtchen mit allen Namen der Länder der Europäischen Union, (in der zweiten Spielrunde kann der Spielleiter auch Kärtchen mit Namen relevanter anderer Staaten auflegen wie USA, Russland, Israel, Türkei, Norwegen, Schweiz etc. auf den Boden legen)
4. Die Teilnehmer betrachten die Namen und könne untereinander die Staaten diskutieren nach folgenden Fragen:
  - Sind die Menschen in dem Land offen für Besucher?
  - Ist das ein reiches Land?
  - Wieviel Geld gibt das Land für Sozialleistungen aus?
  - Hat das Land eine gute Krankenversorgung?
  - Verdienen die Menschen in der Krankenversorgung angemessen?
  - Wie Stabil ist das politische System in den diskutierten Staaten?
  - Würde ich gerne dort Urlaub machen?
  - Welche Rolle spielt der Staat in der europäischen Union?
  - Würde ich gerne dort leben?
  - Was könnte ich mir erhoffen von dem Land wenn ich dort hinziehe?
  - Was könnte meine Herkunftsidentität und diese Länderidentität gemeinsam haben?
  - Auf welchen Teil meiner Identität würde ich verzichten können um in einem neuen Land gut anzukommen?
  - Wie wird sich die Identität dieses Landes entwickeln im

	<p>Kontext zur europäischen Union und im Kontext zur gesamten Welt.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Teilnehmer mit Migranten Hintergrund können sich aufgrund ihrer Expertise für ein jeweiliges Land verstärkt in die Diskussion einbringen, sollen aber dann nicht ihr Herkunftsland zur Repräsentanz nehmen.</li> <li>6. Jeder Teilnehmer zieht aus einem verdeckten Stapel an Karten ein Kärtchen mit dem Namen des Landes in Europa heraus das er darstellen wird. Dieses Kärtchen hängt er sich um den Nacken. Ab sofort ist er Repräsentant dieses Landes.</li> <li>7. Jetzt werden die Länder eines nach dem anderen in folgender Reihenfolge noch durch den Trainer aufgestellt, wobei alle Länder noch mit diskutieren dürfen, der Aufsteller beobachtet das geschehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stelle die Länder nach der Größe ihrer Population auf einem Zahlenstrahl von rechts nach links auf</li> <li>- Stelle die Länder nach der Stabilität ihrer politischen Systeme auf (wie demokratisch erscheinen die Länder von außen?)</li> <li>- Stelle die Länder nach ihrem Reichtum auf einem Zahlenstrahl von rechts nach links auf</li> <li>- Stelle die Länder nach ihrer Vielfalt an Minderheiten in der Population auf</li> <li>- Stelle die Länder nach ihrer Vielfalt an Migranten Einwohnern auf</li> <li>- Stelle die Länder nach ihrer vermeintlichen Toleranz fremder Kulturen gegenüber auf</li> </ul> </li> <li>8. Jetzt stellt der Aufsteller die Länder auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stelle die Länder nach ihrer wirklichen geographischen Lage auf.</li> <li>- Stelle die Länder nach ihrer gesamtpolitischen Nähe im Sinne der vermeintlichen Überzeugungen der Politiker zueinander auf.</li> <li>- Stelle die Länder nach ihrer gesamtpolitischen Nähe im Sinne der vermeintlichen Überzeugungen der Mehrheitseinwohner zueinander auf. Gibt es übereinstimmende Identitäten?</li> </ul> </li> </ol>

### Zusammenfassung der Kernbegriffe

- Identität ist eine derzeit gesellschaftlich heftig in Diskussion geratene Kategorie des nationalen und individuellen Selbstbewusstseins
- Identität ist dem gesellschaftlichen Wandel ausgesetzt und wird immer wieder in neueren Kontexten neu konzipiert
- Identität fußt auf einem vergemeinschafteten Selbstverständnis des individuellen Seins
- In der Postmoderne gerät die kollektive Selbstdefinition von Identität zunehmend aus dem Blick
- Migration fordert moderne Demokratien in Bezug auf ihr Selbstverständnis besonders
- Identität wird sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene in differenten Formen wirksam und bedeutsam

### Selbstbeurteilungsfragen

*Multiple choice questions with more than one correct answer. (min. 5)*

#### Frage 1: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Haben sie sich schon einmal vorher mit dem Begriff Identität auseinander gesetzt?
Antwort 1	ja
Antwort 2	nein

#### Frage 2: Titel der Frage

Inhalt der Frage	War es hilfreich für sie persönlich verschiedene Einblicke zum Begriff Identität zu bekommen?
Antwort 1	ja
Antwort 2	nein
Antwort 3	Weiß noch nicht

#### Frage 3: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Haben sie einen Einblick erhalten wie sich bei Menschen Identität entwickeln kann?
Antwort 1	ja

Antwort 2	nein
Antwort 3	Weiß noch nicht
<b>Frage 4: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	Sind ihnen während der Übung Gedanken zu ihrer eigenen Identität gekommen?
Antwort 1	ja
Antwort 2	nein
Antwort 3	Weiß noch nicht

## 1.2. Identität und Biografiearbeit

<b>Theorie und Inhalt</b> 2-3 Seiten	<b>Identität und Biografiearbeit</b> <p>Eine Verbindung zwischen sozialer und personaler Identität stellt die Biographie dar. Heute sind die Lebensläufe in den westlichen Gesellschaften weitgehend individuell gestaltbar, dennoch bleiben sie in starkem Maße institutionalisiert. So ist beispielsweise das Durchlaufen eines Bildungssystems auf einem staatlich festgelegten Grundniveau ein gesetzlich vorgegebenes Muster, das von allen Gesellschaftsmitgliedern geteilt wird. Auch der Übergang in den Altersruhestand ist mehr oder weniger gesetzlich geregelt. Es ist evident, dass der Mensch in modernen Gesellschaften über eine größere Wahlfreiheit in Bezug auf seine Biographie verfügt; diese kann dennoch nicht gänzlich frei von gesellschaftlichen Institutionen gewählt werden. Institutionelle Vorgaben und Beschränkungen können aber keineswegs über die Individualität einer Biographie hinwegtäuschen, denn die spezifische Kombination von Lebensphasen und -ereignissen ist einzigartig. Somit stellt die Biographie ein individuelles und gesellschaftliches Element zugleich dar.</p> <p><b>Theorie zur Biographie Arbeit</b></p> <p>Das Wort Biographie ist aus zwei griechischen Worten gebildet, aus „Bios“ = Leben, und aus „graphien“ = schreiben. Zusammengefügt bedeuten die zwei Wörter Lebensbeschreibung, Lebensvorgänge beschreiben oder schriftliche Lebensdarstellung. Das Wort Arbeit verdeutlicht hier, dass es Arbeit ist, sich mit der Lebensbeschreibung anderer Menschen auseinanderzusetzen, sich Gedanken zu machen, sie zu erfassen und zu Gunsten der uns anvertrauten Menschen <b>zur Gestaltung von Beziehungsprozessen</b> zu verwerthen.</p>
---	--

In einer anderen Beschreibung des Begriffes Biographie Arbeit wird dies noch deutlicher:

*„Biographie Arbeit verfolgt die Absicht den Menschen ganzheitlich wahrzunehmen, d.h. als ein gewordenes Individuum welches nicht losgelöst von persönlichen Lebensereignissen verstanden werden kann.*

*Biographie Arbeit ist die Einbeziehung der individuellen Vergangenheit in die augenblickliche Gegenwart und mögliche Zukunft eines Menschen. Sie ist immer mehr als die Summe objektiver Ereignisse.“ (Altenpflegeexamen 1998)*

#### Zugänge zur Biographie Arbeit

Als erste biographische Information gilt meist die Beschreibung oder Erzählung von Personen oder deren Angehörigen. Man nennt sie **„harte Daten“**. Hart auch deshalb, weil sie sich an Fakten orientieren und anders interpretiert werden, da sie von anderen beobachtet werden.

Anders ist dies, wenn ein Mensch erzählt, wenn er seine Gefühle wie Freude, Trauer, Stolz mit einfließen lässt, und der Zuhörer kann dieses Erzählte mit empfinden und mitfühlen. Das Erzählte wird lebendig, da man einen Blick von innen hat. Diese gelebte Information nennt man **„weiche Daten“**.

#### Das lebensgeschichtliche Gespräch

Lebensgeschichtliche Gespräche sind das Herzstück der Biographie Arbeit. Im Erzählen und Austauschen alters-, geschlechts- und kulturspezifischer Eindrücke und Erfahrungen gewinnen Menschen aller Länder ein Stück ihrer Identität. Das Wissen um die unterschiedlichen Funktionen lebensgeschichtlicher Gespräche erleichtert den Zugang zur Biographie Arbeit, hilft bei der Suche nach der jeweils geeigneten Methode und ermöglicht einen effizienten und an den Bedürfnissen der Bewohner orientierten Einsatz der verschiedenen Elemente.

#### Funktion des lebensgeschichtlichen Gespräches

*Verarbeitung von Alltagserfahrungen:* Alles, was ein Mensch erlebt und von außen einwirkt, muss in seine eigene Sprache übersetzt werden. Somit kann aus Neuem und Unbekanntem durch die Erzählung mittels eigenen Bildern, Begriffen und Beschreibungen Vertrautes und Bekanntes gemacht werden. Nicht erzählt, verblassen die Bedeutungen und hören auf, zu existieren.

*Verwandeln und Gestalten:* Es ist eine entwicklungsphasenbedingte Anpassung und Bewertung mancher Erfahrungen. Mit der Zeit lernt der Mensch neue Aspekte aus einer Erfahrung zu erkennen, sie anders zu bewerten und als Weisheit in andere Lebenssituationen mitzunehmen. Beim Erzählen von Erlebnissen kann ein Mensch Situationen neu betrachten und sie auch neu

bewerten.

*Bewältigen von Ausnahmesituationen:* Bei der Verarbeitung von Ausnahmesituationen, von Dramatischem liegt im Erzählen die Möglichkeit, „Fremdes“ oder Beängstigendes zu Vertrautem zu machen. Die Eingliederung neuer Realitäten wird durch eine Mitteilung, eine oft wieder und wieder neu gestaltete Erzählung erleichtert, wenn nicht sogar in manchen Fällen überhaupt erst ermöglicht. Wie im Märchen wird dann versucht, für eine Problemsituation, vielleicht auch eine beängstigende Situation den richtigen Schlüssel zu finden, und die Prüfung zu bestehen. Dabei kann passives Aufnehmen alter Weisheiten mit dem aktiven Erzählen eine heilsame Verbindung sein. Die fremden oder angstbereitenden Lebenserfahrung kann in neuem Licht gesehen und als Bereicherung in das Leben integriert werden.

*Zugang zu verschütteten Erlebnissen. (Verstehen, Reparieren):* Es gibt viele Erfahrungen in einem Leben, die entweder nicht in die Lebensform passen, die nicht als Geschichte wiedergegeben werden können und solche, die sprachlos machen, weil sie schlimm waren. Aber je öfter ein Mensch von anderen Randerfahrungen erzählt, umso öfter können sie als Schattenbilder schwach auftauchen, solange, bis sie zaghaft beginnen erzählt zu werden. Die Bedeutung die für die Menschen aus diesen Erlebnissen entsteht, beeinflusst auch das Verhalten in der Zukunft. Im Erzählen liegen die Quelle des Wandels und die Chance für Veränderung.

*Zurückblicken und Abrunden (Sinnfinden):* Gelingt es den Lebensbogen in seiner Gesamtheit zu betrachten und erzählend wiederzubeleben, so wird ein Überdenken, ein Bewerten, ein Anklagen aber auch ein Versöhnen möglich. Noch einmal können aus der Lebensgeschichte jene Puzzlestücke herausgenommen werden, die ein harmonisches abgerundetes Bild ergeben. Die Ernte des bisherigen Lebens wird in Worte gepackt und einem anderen Menschen anvertraut. Das Leben erfährt Sinn.

*Lebendig werden der inneren Bilderwelt der Vergangenheit:* Es kann bei einem Gespräch als Reise in die Vergangenheit passieren, dass das Erzählte mit dem damals empfundenen Gefühl dazu wieder auflebt. Es kann möglich sein Gerüche wahrzunehmen, die zum Erzählten gehören. Ebenso werden Bilder lebendig, die Personen schildern. Der Vater, wenn er sein Ritual nach der Arbeit vollzog, die Mutter beim Kochen, Nachbarn in ihren Gesten.

*Wiederbeleben vergangener Gefühlszustände:* Erzählen von Lebensgeschichten setzt alte Gefühle frei, und macht sie einer neuerlichen Bearbeitung zugänglich. Im Gegensatz von Gefühlen verbunden mit Bildern, gibt es Gefühle, die mit Aktionen verbunden sind. Vieles lagert sich im Laufe des Lebens wie hartes Gestein im Menschen ab. Schicht um Schicht. Der Schmerz darüber wird in näherer Vergangenheit zu heftig empfunden, als darüber

sprechen zu können. Im Erzählen nähert sich der Mensch diesen schmerzenden Erinnerungen, mal mehr, mal weniger. Die Müllhalden und Dornenbüsche unseres Lebens können objektiver betrachtet werden. Die Kräfte, die im Erzählen liegen (mit den Erkenntnissen späterer Jahre kombiniert), bringen Leben in diese erstarrten Seelenlandschaften. Weit zurückliegende Ereignisse werden wieder lebendig und treten eine Zeitreise von der Vergangenheit in die Gegenwart an. Dabei lassen sie sich oft in ein neues Gewand kleiden.

*Persönliche Akzentsetzung und Formgebung:* Jeder Erzähler wählt ein bestimmtes Thema aus und stellt dieses in einen Rahmen. Von Anfang bis zum Ende. Diese Geschichten orientieren sich mit einem „Erlebnisträger“, der meist der Erzähler ist. Es werden Ort und Zeit als Elemente erwähnt. Die Moral der Geschichte, die sich am Ende herauskristallisiert, ist die subjektive Wahrheit, die der Erzähler für sich erkennt. Die ganze Erzählung folgt diesen Gesetzen. Eine Form ist Vergangenes in Poesie zu packen, in Stimmungserzählungen, immer komprimiert und oft sehr abstrakt.

*Akzentuierung von Gut und Böse:* Das Erzählen von Lebensgeschichten bedeutet auch, sich den Erlebnissen der Vergangenheit mit all ihren Schönheiten (Gut) und ihrem Schrecken (Böse) zu stellen. Durch das Wiederbeleben alter Ereignisse wird der Erzähler in einen emotionalen Strudel gezogen. Dies kann dazu führen, dass der Erzählvorgang plötzlich abbricht, weil der Mensch von dem, was einst geschah, überwältigt wird. Wird in dieser Situation einfühlsam nachgearbeitet und behutsam begleitet, können alte Wunden versorgt und einer Heilung zugeführt werden. Die heilsame Wirkung liegt darin, dass das Erlebte in Gut oder Böse unterteilt werden kann, und somit eine objektivere Stellung einnimmt. Der Erzähler kann seine Person von dem Erlebten (den Gespenstern der Vergangenheit) differenzieren.

*Bewusstwerden der gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Wurzeln:* Das Erzählen von Lebensgeschichten führt zu einem tiefen Verständnis der Verbindung des eigenen Lebens mit gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Strömungen. Es macht dem Erzähler klar, warum bestimmte Entwicklungen nur so und nicht anders möglich waren, weil die politische oder soziale Lage seiner Zeit eben nichts anderes zuließ. Die Wertestrukturen der Menschen werden durch Kultur und Epochen geprägt:

*Zugang zu Verdrängtem:* Das Erzählen von Lebensgeschichten kann Unbewältigtes an die Oberfläche bringen. Im normalen Alltag werden dunkle Flecken im Leben, schuldhaft Verstrickungen meistens weggesteckt. Dieses Erlebte lässt sich aber nur bedingt beseitigen. Unliebsame Gedanken, verabscheuungswürdige Handlungen, schlimmste Erfahrungen werden aus dem Bewusstsein gedrängt und zu Tabuthemen. Diese Tabus legen sich aber

wie ein Gift über die nächste Umgebung, werden zu ungeschriebenen Gesetzen und ziehen oft ganze Generationen in Mitleidenschaft. Meist sind Bekümmertheit, Depression, psychosomatische Veränderungen sichtbare Zeichen für solche Prozesse. Hier ist eine gezielte therapeutische Intervention nötig, es kann aber auch das lebensgeschichtliche Gespräch einen Zugang zu Verschlüsseltem ermöglichen, und die Auflösung dieser Verstrickungen erleichtern.

*Erleben von Bedeutsamkeit und Wertschätzung:* Das Erzählen von Lebensgeschichten macht es möglich, die schweren Momente im Leben zu würdigen und als bedeutsam zu erfahren. Der Erzähler kann sich seines Lebens vergewissern und er erfährt auch durch einen aufmerksamen Zuhörer Wertschätzung. In einer konkreten Krankheits- oder Krisensituation kann nicht nur das aktuelle Geschehen bearbeitet werden, sondern es bietet sich die Chance, auch die alten Narben anzusehen und ihnen einen würdigen Platz zu geben. Es wird viel von der Haltung des Zuhörers abhängen, ob ein Mensch in Krankheit und Leid oder am Ende seines Lebens erfährt, was es heißt, geschätzt und angenommen zu werden – manchmal auch „trotz dem“.

*Bewusstwerden der einzelnen Lebenssituationen:* Das Erzählen der Lebensgeschichten bringt dem Erzähler mit den Stationen seines Lebens in Kontakt und öffnet den Blick auf das gesamte Lebenspanorama. Die kann unterschiedlich ablaufen: Der eine breitet die ganze Fülle seiner Lebenserfahrungen aus, der andere nähert sich recht zaghaft mal diesem, mal jenem Bild seiner Vergangenheit. Der Bogen spannt sich von Kindheitserlebnissen, bis zu den Ereignissen des eben erst vergangenen Tages. Die wahre Fülle des Lebens wird sichtbar, der Reichtum der Lebenserfahrungen kommt an die Oberfläche. Die Frage: „Wer bin ich?“ steht dabei im Mittelpunkt. Die Phantasie und seine Erinnerungskraft sind ihm bei der Beantwortung dieser Frage behilflich.

#### Literaturnachweis

Böhm Erwin: Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band 1: Grundlagen. Wilhelm Maudrich-Verlag, Wien, 2009, 4. Auflage.

Hiemetzberger Martina, Messner Irene, Dorfmeister Michaela: Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. Facultas Universitätsverlag, 2007.

Jung, Mathias: Mein Charakter-mein Schicksal. Die Kunst sich zu erkennen und zu entwickeln. Emu-Verlags-und Betriebs GmbH, Lahnstein, 2008, 3. Auflage

Kreuzpainter Günther, Bauer Rüdiger, Autoren und Hrsg.: Erzähl mir deine Geschichte. Biographiearbeit und Beziehungspflege in Altenhilfeeinrichtungen. IBICURA, Unterostendorf, 2004.

	<p>Ruhe, Hans Georg: Methoden der Biographiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. Juventa Verlag, Weinheim und München. 2007, 4. Auflage.</p> <p>Specht-Tomann Monika: Biographiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege. Springer Medizinverlag, Heidelberg, 2009.</p>
<b>Biographiearbeit</b>	<b>Titel:</b> Instrument zur Biographie Arbeit, Erstellen einer Biographischen Landkarte
	<b>Ziele:</b> - Stärkung des Bewusstseins über die eigene Identität
	<b>Schlüsselwörter:</b> Biographisches Arbeiten, eigene Identität stärken
	<b>Inhalt:</b>
	<p><b>Material:</b> Wir brauchen Flipchart Papier und Pinnwände, Medienkoffer, Tische damit der Teilnehmer Platz zum Schreiben und Malen auf dem Flip Chart hat,</p> <p>Remarks to this lesson:</p> <p>Wir lassen die Teilnehmer selber ihre eigenen Biographische Landkarte erstellen, Kreativität und Eigenliebe sollen eingebracht und dabei auch gestärkt werden. Vielleicht soll durch diese Übung auch die Erkenntnis erlangt werden warum die Biographie von Migranten Menschen für diese so wichtig ist. Es ist eines der wenigen Dinge die ihnen geblieben ist und die für sie enorm identitätsstiftend ist.</p> <p>Für das Erstellen der Biographien müssen wir mindestens mit 40 Minuten rechnen. Viel Augenmerk muss sich aber auf die Präsentation der einzelnen Biographien richten. Jedem muss ausreichend Zeit und Würdigung zuteilwerden. Daher ist es wichtig dass nach jeder Präsentation alle Teilnehmer zur Anerkennung der Darstellung und den Mut sich öffentlich zu präsentieren Beifall klatschen!</p> <p>Übung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Trainer hält einen kurzen 10 Minütigen einführenden Vortrag zum Thema Biographie Arbeit entlang des theoretischen Inputs siehe oben.</li> <li>2. Jeder Teilnehmer erhält einen Flip Chart Bogen und große Filzstifte zum Schreiben und Malen. Er darf auch andere Materialien aus dem Medienkoffer verwenden wenn er das will.</li> <li>3. Der Trainer bittet die Teilnehmer eine biographische Landkarte von sich selber zu erstellen. Die Teilnehmer werden gebeten wesentliche und bedeutsame Ereignisse</li> </ol>

in ihrem Leben graphisch zu illustrieren. Die einfachste Form dies zu tun ist etwa entlang einem Zahlenstrahl verschiedene Ereignisse aus seinem Leben festhalten. So zum Beispiel Familie: Tag der Geburt wäre dann der Tag Null, Geburt von Geschwistern, Tod eines Angehörigen, Geburt eines Kindes, etc.

4. Zahlenstrahlen sollen mindestens zu folgenden Themen erstellt werden:
  - Familie
  - Beruf
  - Hobbies, Freizeit, Freundschaften
5. Zusatzstrahlen: eventuelle Migrationsgeschichte, eigene oder zweite und dritte Generation,
6. Präsentation im Plenum

#### **Zusammenfassung der Kernbegriffe**

- Biografie Arbeit ist eine Methode um Identität stiftende Prozesse auf individueller Ebene sichtbar und dokumentierbar zu machen.

#### **Selbstbeurteilungsfragen**

##### **Frage 1: Titel der Frage**

Inhalt der Frage	Braucht es Mut über sich selber zu sprechen?
Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nein
Antwort 3	Weiß ich noch nicht

##### **Frage 2: Titel der Frage**

Inhalt der Frage	Können in der biographischen Arbeit Punkte aus einem Leben angesprochen werden anderweitig schwer auszu drücken sind?
Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nein
Antwort 3	Weiß ich noch nicht

##### **Frage 3: Titel der Frage**

Inhalt der Frage	Haben sie über den Weg der Biographischen Landkarte etwas neues über sich erfahren oder Erkenntnisse erworben?
------------------	--

Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nein
Antwort 3	Weiß ich noch nicht

# Modul 4: Management in Ge- sundheitsorganisa- tionen





## Modul:Management im Gesundheitswesen

Gesundheitsfachkräfte müssen sich täglich neuen Herausforderungen stellen, die die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten erfordern, um mit sehr unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen umgehen zu können. Sie müssen ihre interkulturellen Kompetenzen stärken und verstärken und bestimmte Probleme in den Gesundheitseinrichtungen, die sich auf zwischenmenschlicher, institutioneller und organisatorischer Ebene auswirken, bewältigen. Einige der Probleme sind ethische Dilemmas, Umweltsicherheit und der Umgang mit ihren Patienten.

WISSEN	FÄHIGKEITEN	KOMPETENZEN
<i>Am Ende der Einheit sind die Schüler in der Lage</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung von Fähigkeiten zur Bewältigung der Herausforderungen, mit denen medizinisches Fachpersonal in Bezug auf ethische Dilemmata, Umweltsicherheit und den Umgang mit Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund konfrontiert ist.</li> <li>Erhöhung ihrer Kompetenzen in Bezug auf persönliche Werte, Entscheidungsprozesse und Handlungen, die Fachleute in ihrer täglichen Praxis im institutionellen und organisatorischen Kontext durchführen</li> <li>Kennen von Prinzipien, Modellen und Theorien über das Management bestimmter interkultureller Probleme in Gesundheitseinrichtungen.</li> <li>Kennen von anderen Fällen und Praktiken in diesem Gebiet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verstehen der Motivationen, die hinter dem Verhalten von kulturell unterschiedlichen Personengruppen stecken.</li> <li>Wertrauensvolle Beziehungen zu Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund aufbauen.</li> <li>Untersuchen das Umfeld des Gesundheitswesens im zwischenmenschlichen, institutionellen und organisatorischen Kontext, um mehrere Perspektiven und Denkweisen einzubeziehen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ethische Dilemmas bei der Entscheidungsfindung angehen.</li> <li>Wende ethische Werte in der täglichen Arbeit an.</li> <li>Bewerten Sie das Verhältnis zu Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund.</li> <li>Wenden Sie grundlegende Standards im Gesundheitswesen an, um eine sichere Umgebung zu haben. Bewerten Sie die Umgebung in Bezug auf Sicherheit im Gesundheitswesen.</li> </ul>

EOF LEVEL	ECVET LEVEL
6	?

### LERNING HOURS

Total: 25	Kontakt: 5	Hands-on: 5	Selbststudium: 10	Assessment: 5
-----------	------------	-------------	-------------------	---------------

### Diese Einheit wird begleitet durch

<input checked="" type="checkbox"/> Diskussion <input type="checkbox"/> Feldarbeit <input checked="" type="checkbox"/> Hands-on	<input checked="" type="checkbox"/> Präsentationen <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsgruppen <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren)
---	---

### Diese Einheit wird begleitet durch

Projekt Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Erasmus+ Projekt, Strategic Partnerships for vocational education and training

<input checked="" type="checkbox"/> Assessment	<input type="checkbox"/> Präsentation	<input type="checkbox"/> Selbstbeurteilung	<input type="checkbox"/> Schriftliche Übungen
<input type="checkbox"/> Mündliche Prüfung	<input type="checkbox"/> Projekt	<input type="checkbox"/> Fähigkeitendemonstration	<input type="checkbox"/> Hausübungen
<input type="checkbox"/> Portfolio	<input type="checkbox"/> Reflexionstagebuch	<input type="checkbox"/> Strukturiertes Feedback	<input type="checkbox"/> Schriftliche Prüfung
<input checked="" type="checkbox"/> Praxis	<input type="checkbox"/> Bericht	Meetings/Discussionen	<input type="checkbox"/> Andere
	<input type="checkbox"/> Workshop		

## Vorlage des Trainingmoduls

Dauer der Einheit: 1 Tag (8 h)

### 1.1. Gemeinsames Thema

<b>Titel</b>	<b>Management in Gesundheitsorganisationen</b>
<b>Abstract/Ziel</b> (max 150 Wörter - 10 Zeilen)	<p>Gesundheitsfachkräfte müssen sich täglich neuen Herausforderungen stellen, die die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten erfordern. Die Bevölkerung, die sie besuchen, ist sehr vielfältig und in vielen Fällen mit kulturell unterschiedlichen Hintergründen.</p> <p>Angehörige der Gesundheitsberufe müssen die interkulturellen Kompetenzen stärken und verbessern und bestimmte Probleme in ihren Gesundheitseinrichtungen bewältigen, die sich auf zwischenmenschlicher, institutioneller und organisatorischer Ebene auswirken. Einige von ihnen sind ethische Dilemmas, Umweltsicherheit und der Umgang mit ihren Patienten.</p> <p>Sie sehen sich oft mit ethischen Dilemmata konfrontiert, die sie in moralische Notlage gebracht haben, und sie müssen ethische Entscheidungen treffen, um Probleme zu lösen.</p> <p>In Bezug auf ihr Arbeitsumfeld ist es wichtig, in sicheren Umgebungen zu arbeiten, die den Patienten einen kulturell vielfältigen Hintergrund und die Sicherheit der Mitarbeiter sowie die organisatorischen Bedingungen garantieren.</p> <p>Auf der anderen Seite führt der Aufbau eines vertrauensbasierten Vertrauensverhältnisses zu Vorteilen und positiven Ergebnissen bei den Behandlungen der Patienten und erzeugt ein positives organisatorisches Klima.</p>
<b>Schlüsselwörter</b> Max 5	Ethische Dilemmas, Sicherheit, Beziehung, Vertrauensaufbau, Fähigkeiten
<b>Lernziele</b> 1 pro Submodul	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung von Fähigkeiten zur Bewältigung der Herausforderungen, die Gesundheitsfachkräfte in ihren Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf ethische Dilemmas, Umweltsicherheit und den Umgang mit ihren Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund zu bewältigen haben.</li> <li>- Die Kompetenzen von Angehörigen der Gesundheitsberufe im Hinblick auf persönliche Werte, Entscheidungsfindungsprozesse und Maßnahmen, die diese</li> </ul>

	<p>Fachleute in ihrem institutionellen und organisatorischen Kontext anwenden, zu verbessern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prinzipien, Modelle und Theorien über das Management bestimmter interkultureller Probleme in Gesundheitseinrichtungen zu kennen.</li> <li>- Andere Fälle und gute Praktiken im Gesundheitswesen kennen.</li> </ul>
<b>Tips</b>	<p>Eine einheitliche Anforderungsstrategie gibt es nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “Ich habe eine Vielzahl von Lehrstrategien in meinem Repertoire, mit denen ich mich in der täglichen Praxis bei der Pflege von Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund auseinandersetzen kann”</li> <li>✓ “Ich verwende die zur Verfügung gestellten Informationen, Tools und Methoden nicht, wenn ich mich nicht sicher fühle oder nicht weiß”.</li> </ul> <p>Reflexion und das Bewusstsein für Bildungsbedürfnisse sind ein guter Ausgangspunkt, um die Motivation hinter den Verhaltensweisen und Planungen für eine effektive Veränderung in Bezug auf die aktuelle Situation im Gesundheitswesen hinsichtlich der gesundheitlichen Bedürfnisse kulturell unterschiedlicher Gruppen von Menschen zu verstehen.</p> <p>Der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zu Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund, deren Familien und die Sicherheit der Mitarbeiter sowie die organisatorischen Bedingungen stehen im Mittelpunkt kulturell ansprechenden Unterrichts. Gesundheitsdienste -Community Connection.</p> <p>Vertrauen ist notwendig für uns, da es die Toleranz der Unsicherheit im zwischenmenschlichen, institutionellen und organisatorischen Kontext erhöht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “Ich beschäftige mich nicht allein mit wichtigen Problemen im Gesundheitswesen. Ich werde alle Akteure, Angehörige der Gesundheitsberufe und Gesundheitsdienste in jedem Land sowie relevante gesundheitspolitische Maßnahmen, Sozialarbeiter, Netzwerke, Organisationen und externe Ressourcen einbeziehen”.</li> </ul> <p>Die Ermöglichung multipler Perspektiven und Denkweisen ist essen-</p>

	<p>tiell für Beziehungen im Gesundheitswesen. Daher ist es auch wichtig, die Gesundheitsdienste im zwischenmenschlichen, institutionellen und organisatorischen Kontext zu untersuchen.</p> <p>✓ “Ich konzentriere mich nicht nur auf ein Argument. Ich versuche, über äußere Faktoren nachzudenken und nachzudenken (soziale, wirtschaftliche, familiäre, religiöse, Glaubensvorstellungen usw.)”.</p>
<p><b>Referenzen/Weitere Literatur</b> verfügbar in Englisch und weiteren Sprachen</p>	<p>Adams J., Bartram J., Chartier Y. ed. (2008). <i>Essential environmental health standards in health care</i>. Switzerland, World Health Organization.</p> <p>Agency for healthcare Research and Quality. <i>10 Patients safety tips for hospitals</i>. December 2009.  <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/10-tips-for-hospitals.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/10-tips-for-hospitals.pdf</a></p> <p>Allison M. <i>How to build and maintain trust with patient</i>. London: The Pharmaceutical Journal November 15th 2016.  <a href="http://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/how-to-build-and-maintain-trust-with-patients/20201862.article#fn_1">http://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/how-to-build-and-maintain-trust-with-patients/20201862.article#fn_1</a></p> <p>Anonymous (2005). <i>Enfermería y Bioética: Toma de decisiones éticas en Enfermería</i>  <a href="http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=29">http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=29</a></p> <p>Barkley P.S. (2017) <i>Building Rapport with your Patient: Positive Case Management Outcomes</i>. Washington D.C.: National Association for Home Care and Hospice.  <a href="http://www.nahc.org/news/building-rapport-with-your-patient-positive-case-management-outcomes/">http://www.nahc.org/news/building-rapport-with-your-patient-positive-case-management-outcomes/</a></p> <p><i>Building Trust: 5 Tips to Enhance Your Patient Relationships</i>. April 20th, 2011   Posted in Business Development  <a href="http://www.patientadvocatetraining.com/2011/04/20/building-trust-5-tips-to-enhance-your-patient-relationships/">http://www.patientadvocatetraining.com/2011/04/20/building-trust-5-tips-to-enhance-your-patient-relationships/</a></p> <p>Calnan M., Rowe R. (2005). <i>Trust relations in the ‘new’ NHS: theoretical and methodological challenges. Trust in the context of health-care</i>. Bristol: University of Bristol.</p> <p>Calnan M., Rowe R. (2006) <i>Researching trust relations in health care: Conceptual and methodological challenges – an introduction</i>, Journal</p>

of Health Organization and Management, Vol. 20 Issue: 5, pp.349-358.

<https://doi.org/10.1108/14777260610701759>

Chaney P. *Build Patient Trust by Promoting a Physician-Patient Partnership*. Patient Care (Digital Magazine about health matters). October 19, 2015

<https://www.dignityhealth.org/articles/build-patient-trust-by-promoting-a-physician-patient-partnership>

De Bord J. (2013). *Ethics in Medicine. Confidentiality*. Washington: University of Washington School Medicine.

*Ethical Dilemmas Faced by Today's Health Care Administrators*. Posted on 02/22/2016. Ohio: University of Ohio.

<http://onlinemasters.ohio.edu/ethical-dilemmas-faced-by-todays-health-care-administrators/>

Edge R., Groves J. (2006). *Ethics of Health Care. A Guide for clinical practices*. New York: Thomson Delmar Learning.

Fry, S.T., Veatch, R.M. & Taylor, C. (2011). *Case studies in nursing ethics*. Sudbury MA: Jones & Bartlett.

Hughes, R.G. ed. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Creating a Safe and High-Quality Health Care Environment*, 21.

International Council of Nurse (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*. Information and Action Tool Kit developed by Andrea Baumann for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses

<http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>

International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association. *Positive practice environments for health care professionals*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

[http://www.whpa.org/ppe\\_fact\\_health\\_pro.pdf](http://www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf)

Iyalomhe GB (2009). *Medical ethics and ethical dilemmas*. Niger J Med.;18(1):8-16.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485140>

Mazer S. E. (2010). *Ways to Improve Patient Safety: How the Environment plays a critical role.*

[http://healinghealth.com/images/uploads/files/hhs\\_white\\_paper\\_August\\_2010.pdf](http://healinghealth.com/images/uploads/files/hhs_white_paper_August_2010.pdf)

*Major Ethical Dilemmas in Nursing.* Excite Education.

<http://www.excite.com/education/blog/major-ethical-dilemmas-in-nursing>

McCarthy, D., Blumenthal D. (2006). *Stories from the Sharp End: Case Studies in Safety Improvement.* Milbank Q. 2006 Mar; 84(1): 165–200.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690159/>

Michelson K. *Trusting Healthcare Providers and Institutions: Key Findings.* Illinois: Kellogg School Management at Northwestern University.

<http://www.kellogg.northwestern.edu/trust-project/videos/michelson-ep-2.aspx>

*Patient Confidence: How to Build Trust With a Health Care Brand.* Digital Media Marketing

<http://www.adtaxi.com/2017/04/20/patient-confidence-build-trust-health-care-brand/>

Oxford English Dictionary. Available at: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/trust> (accessed August 2017)

Ulrich L. (2002). *Ethical principles in healthcare ethics.* Ohio: University of Dayton.

Witters D., Harter J., Agrawal S., Kanitkar K. *The Best Ways to Keep Hospital Patients Safe.* Business Journal, June 2013.

<http://www.gallup.com/businessjournal/163013/best-ways-keep-hospital-patients-safe.aspx>

World Health Organization (2009). *WHO Patient safety curriculum guide for medical schools.* Geneva : World Health Organization

[http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/who\\_ps\\_curriculum.pdf](http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/who_ps_curriculum.pdf)

## 1.2. Spezifisches zum Subthema

### Theorie und Inhalt

2-3 Seiten

### Ethische Dilemmas

Ein ethisches Dilemma ist ein Entscheidungsproblem zwischen zwei möglichen Alternativen, von denen keine eindeutig akzeptabel oder vorzuziehen ist und es nicht klar ist, welche die richtige ist (Banks, 2005: 1011).

Ethische Dilemmata können für Patienten und Familienmitglieder mit kulturell unterschiedlichem Hintergrund, medizinisches Personal und Ärzte entstehen, die den zwischenmenschlichen, interkulturellen, institutionellen und organisatorischen Kontext abdecken.

In Bezug auf Administratoren spielen sie eine bedeutende Rolle bei der Einrichtung von Programmen und Umgebungen, die sich direkt auf die Patientenversorgung in ihrem Gesundheitssystem, ihrem institutionellen und organisatorischen Kontext auswirken.

Sie sind oft für finanzielle Entscheidungen verantwortlich, die sich sowohl auf ihre Gesundheitsorganisation als auch auf die Qualität der erbrachten Pflege auswirken können, und sie müssen mit den Mitarbeitern zusammenarbeiten, um Beschwerden zu klären, bevor rechtliche Schritte eingeleitet werden können. Die Administratoren des Gesundheitswesens arbeiten möglicherweise daran, die Beziehungen zu vielen Interessengruppen zu verwalten, einschließlich externer Anbieter, die Produkte und Dienstleistungen anbieten, darunter Markenmedikamente, Diagnosegeräte und Softwarelösungen. Gesundheitsverwalter sind auch Branchenführer mit der Bildung und Autorität, um ethische Politik im Gesundheitswesen zu gestalten.

Sie müssen auf bestimmte Situationen vorbereitet sein, in denen ethische Führung und Entscheidungsfindung Schlüsselqualifikationen sind.

Ein wichtiges ethisches Prinzip ist die Wahrung des Rechts auf Privatsphäre und Autonomie. Die Administratoren sollten sicherstellen, dass die technischen Systeme zur Erfassung, Speicherung und Übermittlung sensibler Gesundheitsinformationen alle relevanten Gesetze und Vorschriften einhalten.

Für den Teil der Gesundheitsdienstleister, ethische Dilemmas erscheint in bestimmten Fragen wie Abtreibung, Verhütung, Euthanasie, professionelles Fehlverhalten, Vertraulichkeits-Wahrsagen, berufliche Beziehung mit Verwandten, Religion, traditionelle Medizin und Business-Anliegen.

Es gibt einige Bereiche möglicher ethischer Dilemmata:

1. *Vertraulichkeit*: “Das Prinzip, das den Praktiker verpflichtet, die Dinge, die man über einen Patienten im Laufe einer medizinischen Praxis erfährt, streng vertraulich zu behandeln” (Edge, 2006).
  - Vertraulichkeit Es ist wichtig, eine vertrauensbildende Umgebung zu schaffen.
  - Die Verpflichtung zur Vertraulichkeit verbietet es dem Gesundheitsdienstleister, Informationen über den Fall des Patienten ohne Erlaubnis an andere weiterzugeben, und ermutigt die Anbieter und das Gesundheitssystem, Vorkehrungen zu treffen, um sicherzustellen, dass nur autorisierter Zugang erfolgt.
2. *Königliche Treue*: “Royal Treue beinhaltet die spezifischen Loyalitäten im Zusammenhang mit einer bestimmten Berufsbezeichnung”.
  - Es ist eine besondere Form des Grundsatzes der Wohltätigkeit, die die Qualität des Engagements zwischen dem Arzt und dem Patienten widerspiegelt.
3. *Sexuelles Fehlverhalten im Gesundheitswesen*: sexuelle Praxis zwischen Praktikern und Patienten gelten als unethisch.
4. *Allokation der Ressourcen*. 1. In Situationen, in denen knappe Ressourcen zur Verfügung stehen, ist die ethischste Methode die Utilitäre Gerechtigkeitstheorie: Ressourcen werden bereitgestellt, um einer größtmöglichen Anzahl von Menschen das Beste zu bieten.
  - Die Anwendung dieser Theorie sollte die Gleichbehandlung unabhängig vom sozioökonomischen und rechtlichen Status der Patienten gewährleisten.
5. *Patientenautonomie*: “Persönliche Selbstbestimmung; das Recht der Patienten, sich zu beteiligen und Fragen zu ihrer Pflege zu entscheiden” (Edge, 2006).
  - Es sind informierte Zustimmungen erforderlich, um Migranten und Patienten ethnischer Minderheiten über Risiken zu informieren, die mit einem bestimmten Eingriff (z. B. Bluttransfusion) verbunden sind, und sie zu ermächtigen, zu entscheiden, ob sie diese Intervention erhalten werden.
6. *Umgang mit AIDS*<sup>1</sup>. (oder andere Risikoinfektionen) im Gesundheitswesen.

- Es könnte ein Konflikt zwischen dem Recht des Fachmanns, Informationen zu erfahren, die sich auf seine persönliche Sicherheit / Schutz auswirken können, und dem Recht des Patienten auf Vertraulichkeit bestehen.

### **Konflikte von Prinzipien und ethischen Handlungen in der Praxis des Gesundheitswesens**

Ethische Prinzipien (Respekt für Autonomie, Wohltätigkeit, Nicht-Schadenersatz und Gerechtigkeit) kollidieren manchmal miteinander und führen zu diesen ethischen Dilemmata.

Arten von Konflikten:

- Konflikt zwischen zwei ethischen Prinzipien: Zwei Prinzipien sind gültig, aber eins widerspricht dem anderen. Zum Beispiel, wenn ein Patient aus ethnischen Minderheiten die Behandlung (Autonomie) nicht fortsetzen will und die Gesundheitsversorgung eine Behandlung kennt, von der der Patient profitieren kann (Wohltätigkeit).
- Konflikt zwischen zwei Handlungen mit Gründen für und wider: Wenn das Ergreifen von Maßnahmen dem Patienten schaden kann, aber das Ergreifen von Maßnahmen auch den Patienten schädigt. Zum Beispiel, ein Patient, der wegen seiner Pathologie Selbstaggression zeigt und es notwendig ist, seine / ihre Extremitäten zu immobilisieren (Aktion gegen die Freiheit des Patienten, aber nicht, würde mehr Verletzungen verursachen).
- Beweiskonflikt: wenn therapeutische Maßnahmen gegen den Patienten durchgeführt werden, durch die Entscheidung der Familie. Zum Beispiel: wenn Patienten mit einer unheilbaren Krankheit Entscheidungen an die Familie delegiert werden (Verlust des Rechts auf die Autonomie).
- Konflikt zwischen der persönlichen Ethik und der beruflichen Rolle: wenn Gesundheitsdienstleister eine Aktivität gegen ihre moralischen und ethischen persönlichen Prinzipien ausüben. Zum Beispiel: wenn es nicht mit der Anwendung von Euthanasie einverstanden ist.
- Konflikt zwischen Ethik und Niedrig: Gleiches gilt für die Anwendung von Euthanasie. Zum Beispiel: Familie ist mit der Anwendung auf einen Patienten im Endstatus einver-

standen, aber es ist nicht gesetzlich erlaubt.

### **Methode zur Lösung ethischer Probleme**

Auflösung von Dilemmas das Beste aus dem Gesundheitsdienstleister Kenntnis der einschlägigen Gesetze und Ethik verlangt, seine / ihre Ausbildung und Erfahrung, seine / ihre religiöse Überzeugung und moralische Prinzipien sowie seine / ihre Bereitschaft von Ethik Beratung zu profitieren und der Rat seines / ihre Kollegen.

Es gibt zahlreiche Regulationsmechanismen, die entworfen sind, um sicherzustellen, dass die höchsten Standards der Ethik im Gesundheitswesen Einstellungen erfüllt sind (zB International Council of Nurses' ICN Ethikkodex). Dies besagt, dass Krankenschwestern, zusätzlich zu ihren Hauptaufgaben Durchführung Gesundheit zu fördern, Leiden zu mildern und Prävention von Krankheiten bei Patienten, muss auch für die Menschenrechte „Respekt zeigen, einschließlich dem kulturellen Rechte, das Recht auf Leben und die Wahl, auf Würde, und mit Respekt behandelt werden“.

In einigen Gesundheitseinrichtungen gibt es eine Ethikkommission.

Die Ethik-Komitees sind interdisziplinäre Gruppen, die für die Entscheidungsfindung in Ethikkonflikten zuständig sind, die interpersonellen, interkulturellen, institutionellen und organisatorischen Kontext abdecken. Sie berücksichtigen Fakten, Vorläufer, Werte in Konflikt, wissenschaftliche Konzepte, technische Vorschriften, philosophische Ideen (über den Beruf, Fachleute beteiligt, und der Patient), Gesetze, interne Regeln, organisatorische Fragen usw. Sie werden gebildet, um zu beantworten, welche Pflichten und Pflichten die Mitarbeiter des Gesundheitswesens in Bezug auf ihre Patienten haben, indem sie ihre Tätigkeit ausüben? Wie werden ethische Werte in ihre Leistung einbezogen?

Im Folgenden wird ein Modell für ethische Entscheidungsfindung vorgestellt, die DOER-Methode, die auf der wissenschaftlichen Methode basiert und von der Ethikkommission angewendet wird.

Die DOER-Methode umfasst vier Phasen:

#### **1.Abgrenzung des Konflikts:**

o Integrale Aufwertung der Gesundheit des Patienten (physisch, psychisch, soziokulturell und spirituell), Identifizierung von Ursachen, Umständen und Fakten, die zu einer bestimmten Einstellung geführt haben.

	<p>o Berücksichtigung des Deontologischen Kodex / Verhaltenskodex der Fachkräfte, um zu prüfen, welche Maßnahmen in dieser Situation getroffen werden müssen.</p> <p>o Konfrontation der Ergebnisse aus der Valorisierung des Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund mit der Einstellung, die der Fachmann nach seinem Verhaltenskodex einnehmen muss, um die tatsächliche Dimension des Konflikts objektiv zu begrenzen.</p> <p><b>2. Angebotene Optionen:</b></p> <p>o Objektive, wahrheitsgemäße und vollständige Informationen, die der Arzt dem Patienten über die Handlungen des Fachmanns entsprechend seinem Code und den Möglichkeiten, die der Patient hat, um sein Problem zu lösen, zur Verfügung stellt.</p> <p>2. Auswahl der Option</p> <p>o Der Patient mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund muss die gewünschte Option unter den vorgestellten Alternativen frei wählen.</p> <p><b>3. Konfliktlösung.</b></p> <p>o Kommunikation mit dem interdisziplinären Team die gewählte Option des Patienten und die Position zu adoptieren, im Rahmen der Einverständniserklärung durchzuführen und den gesamten Prozess zu registrieren.</p> <p><b>4. Bewertung</b></p> <p>Schließlich sollte die Ethikausbildung von dem im Elternhaus wahrnehmbaren Alter ausgehen, das in den medizinischen Fakultäten und nach dem Abschluss fortgesetzt wird, um sicherzustellen, dass Ärzte gute ethische Praktiken entwickeln und die Fähigkeit erwerben, mit ethischen Dilemmata effektiv umzugehen. Auch die Ausbildung von Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund und die Bestrafung von unethischem Verhalten werden ethische Dilemmata reduzieren.</p>
	<b>Activities</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Titel</li> <li>- Ziele</li> <li>- Schlüsselwörter (max 5)</li> <li>- Inhalte (bitte immer die Quelle zitieren)</li> <li>- Material</li> </ul>
	<b>Titel: Ethische Dilemmalösung</b>
	<p><b>Ziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein reales ethisches Dilemma analysieren</li> <li>- über ethische Werte reflektieren, die in die tägliche Leistung von Gesundheitsdienstleistern einfließen</li> <li>- Ein Modell installieren für ethische Entscheidungsfindung</li> </ul> <p><b>Schlüsselwörter:</b> ethisches Dilemma, Prinzipien, Problemlösung</p> <p><b>Inhalt:</b></p> <p>Stellen Sie sich für die folgende Tätigkeit vor, dass Sie Teil des Ethik-Ausschusses in Ihrer Gesundheitseinrichtung sind.</p> <p>Bitte denken Sie über ein ethisches Dilemma nach, das Sie oder einige Ihrer Kollegen hatten (oder gerade haben) und versuchen Sie, es nach den Stufen der DOER-Methode zu lösen.</p>

Diese Aktivität kann auch in Gruppensitzungen bearbeitet werden.

### **1. Abgrenzung des Konflikts:**

Analysieren Sie den Konflikt mit Informationen über:

- Die Situation der Gesundheit von Migranten und Angehörigen ethnischer Minderheiten, das Niveau der erforderlichen Aufmerksamkeit und die notwendigen Prioritäten. Die Diagnose. Machen Sie eine ganzheitliche Valorisierung (physisch, psychisch, soziokulturell und spirituell).
- Ethisches Dilemma gestellt.
- Was Ihr deontologischer Code / Verhaltenskodex in Bezug auf diese Situation berücksichtigt.
- Erwartungen und Überlegungen von Migranten und von ethnischen Minderheiten.
- Ihre beruflichen Überlegungen.
- Gegebenenfalls weitere Überlegungen von Fachleuten.
- Rechtliche, ethische, usw. Argumentation.

### **2 Optionen:**

- Schreiben Sie die Prioritäten, die die Prinzipien von ethischem Dilemma, Wohltätigkeit, Gerechtigkeit, Autonomie, Vertraulichkeit usw. anwenden.
- Listen Sie die Optionen auf, die Sie dem Patienten gemäß Ihrem Verhaltenskodex und der vorherigen Valorisierung anbieten können.

### **3. Auswahl der Option:**

Falls Sie die Wahl der Patienten in diesem Moment nicht kennen, machen Sie eine Vermutung darüber.

### **4. Konfliktlösung:**

- Erklären Sie, wie Sie kommuniziert haben, oder Sie würden dem Rest des Teams die getroffene Entscheidung mitteilen.
- Erläutern Sie die nächsten Schritte im Prozess und im Aktionsplan (informierte Zustimmungen, Registrierung der Informationen usw.)

Auswertung:

- Schreiben Sie die aufgetretenen Probleme, indem Sie versuchen, dieses Problem zu lösen.
- Das ethische Dilemma wurde gelöst?
- Die Ziele wurden erreicht?
- Wie stehen Sie dazu?

	<b>Material:</b> Zettel und Stift Arbeitsprotokoll Institutionelle Informationspapiere Protokolle der Vereinbarungen
<b>Case studies</b> 1 oder 2	<p>Kauri ist ein junger Mann aus Ghana. Er arbeitete als Landwirt in seinem Land und arbeitet derzeit Teilzeitbeschneidungen in einigen Privatgrundstücken.</p> <p>Eines Tages kommt Kauri zur Untersuchung in die Klinik. Seine Krankenschwester fordert eine Urinprobe für einen Toxizitätstest. Kauri stimmt zu, den Urin zu geben, weil er einen Vertrag als Teil seiner Behandlung für ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) unterzeichnet hat.</p> <p>Kauri testet positiv auf Cannabis. Er gesteht, dass er sehr oft Cannabis raucht und auch Alkohol trinkt. Außerdem vergisst er häufig, seine Medikamente für seine Anfallsleiden zu nehmen.</p> <p>Die Krankenschwester fühlt moralische Not, weil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kauri benutzt illegale Drogen und Alkohol.</li> <li>- Sie muss Vertraulichkeit wahren.</li> <li>- Kauri nimmt seine Anfallmittel nicht ein.</li> <li>- Er kann sich selbst oder andere verletzen.</li> </ul> <p>Wenn die Krankenschwester mit Kauri spricht, um zu sagen, dass das, was er tut, nicht sicher ist und dass er sich selbst und andere verletzen kann, ist Kauris Reaktion aggressiv. Er schreit, dass er tun kann, was er will, die Verwendung von Cannabis ist in seinem Ursprungsland (hauptsächlich bei Arbeitern, die harte Berufe als Bauern entwickeln) ziemlich kulturell akzeptiert und er bedroht die Krankenschwester, wenn sie ihr Geschäft erzählt.</p> <p>Die moralische Notlage, die die Krankenschwester empfindet, beruht auf einem ethischen Dilemma, der Patient mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrundrecht auf Vertraulichkeit und die Verantwortung der Krankenschwester, vor Schaden zu schützen.</p> <p>Moralische Not kann Leiden in der Krankenschwester verursachen und stört sogar ihre Fähigkeit, ihre Arbeit zu tun.</p> <p>Könnte die Wahrung der Vertraulichkeit zum Schaden von Kauri oder anderen führen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Wenn Sie diese Krankenschwester wären, welche Entscheidung würden Sie treffen?</li> <li>✓ Würdest du um die Hilfe eines Kollegen bitten?</li> <li>✓ Auf welchen Elementen, Prinzipien oder Theorien des ethischen Denkens würden Sie Ihre Entscheidung begründen?</li> <li>✓ Wie würdest du die DOER-Methode anwenden, um dieses ethische Dilemma zu lösen?</li> </ul>

### Zusammenfassung der Schlüsselpunkte

- Ein ethisches Dilemma ist ein entscheidungsrelevantes Problem, das sich bei Angehörigen der Gesundheitsberufe und bei Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund und ihren Familien stellen kann.
- Es gibt ethische Prinzipien (Respekt für Autonomie, Wohltätigkeit, Nicht-Schadenersatz und Gerechtigkeit), manchmal Konflikte miteinander, die zu ethischen Dilemmata führen.
- Bereiche möglicher ethischer Dilemmata wie Vertraulichkeit, königliche Treue, sexuelles Fehlverhalten, der Patient mit einer kulturell unterschiedlichen Hintergrundpatientenautonomie usw.
- Wenn einige dieser ethischen Prinzipien miteinander in Konflikt geraten, führt dies zu ethischen Dilemmata.
- Die DOER-Methode ist ein Modell für ethische Entscheidungsfindung, basierend auf der wissenschaftlichen Methode, die vier Stufen plus Schlussbewertung umfasst: Abgrenzung des Konflikts, angebotene Optionen, Auswahl der Optionen und Problemlösung.

### Selbstbeurteilungsfragen

#### Frage 1: Titel der Frage

Inhalt der Frage	In einem ethischen Dilemma sind die beiden möglichen Alternativen zur Lösung des Entscheidungsproblems ...
Antwort 1	Recht
Antwort 2	Es ist nicht klar, welcher der richtige ist
Antwort 3	Keine ist vorzuziehen, aber eine ist die richtige
Korrekte Antwort(en)	2

#### Frage 2: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Erlaubt der Grundsatz der Vertraulichkeit dem Arzt, Informationen über den Patienten mit kulturellem Migrationshintergrund preiszugeben?
Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nein
Antwort 3	Ja mit der Erlaubnis des Patienten
Korrekte Antwort(en)	3

#### Frage 3: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Welches sind die Instrumente, um einen Patienten aus der Autonomie einer ethni-
------------------	---

	schen Minderheit zu garantieren?
Antwort 1	Anmeldeformular im Gesundheitswesen
Antwort 2	Einverständniserklärung
Antwort 3	Antworten 1 und 2
Korrekte Antwort(en)	2
<b>Frage 4: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	Welche Prinzipien widersprechen sich, wenn ein Patient aus einer ethnischen Minderheit die Behandlung nicht aufrechterhalten möchte und der Behandler davon ausgeht, dass die Behandlung dem Patienten nützen kann?
Antwort 1	Autonomie und Wohltätigkeit
Antwort 2	Respekt vor Autonomie und Gerechtigkeit
Antwort 3	Antwort 1 und 2
Korrekte Antwort(en)	1
<b>Frage 5: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	In welchem Stadium der MOER-Methode ist es notwendig, den Deontologischen Code / Verhaltenskodex des Fachmanns zu überprüfen?
Antwort 1	Konfliktlösung
Antwort 2	Auswertung
Antwort 3	Abgrenzung der Konfliktsituation
Korrekte Antwort(en)	3

### 1.3. Sichere Umwelt

<b>Theorie und Inhalte</b> 2-3 Seiten	<b>Sichere Umwelt</b>
	<p>Die Aufrechterhaltung einer sicheren Umgebung spiegelt ein gewisses Maß an Mitgefühl und Wachsamkeit der Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund wider, der genauso wichtig ist wie jeder andere Aspekt einer kompetenten Gesundheitsversorgung.</p> <p>Eine sichere Umgebung in Gesundheitseinrichtungen basiert auf mehreren Elementen wie Patientensicherheit, essenziellen Umweltgesundheitsstandards und positiven Praxisumgebungen für medizinisches Fachpersonal (interpersoneller, interkultureller, institutioneller und organisatorischer Kontext).</p> <p><b>Patientensicherheit</b></p> <p>Patientensicherheit wird als eine Disziplin im Gesundheitswesen definiert, die sicherheitswissenschaftliche Methoden anwendet, um ein vertrauenswürdiges System der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Die Sicherheit von Patienten und Migranten von ethnischen Minderheiten ist auch ein Merkmal der Gesundheitssysteme; Es minimiert das Auftreten und die Auswirkungen von Nebenwirkungen und maximiert die Erholung von unerwünschten Ereignissen.</p> <p>Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund werden nicht nur durch den Missbrauch von Technologie geschädigt, sie können auch durch schlechte Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern oder Verzögerungen bei der Behandlung beeinträchtigt werden. Individuelle Gesundheitsdienstleister können die Patientensicherheit verbessern, indem sie sich mit Patienten und ihren Familien austauschen, Verfahren überprüfen, aus Fehlern lernen und effektiv mit dem Gesundheitsteam kommunizieren. Solche Aktivitäten können auch Kosten sparen, weil sie den Schaden für die Patienten minimieren</p> <p>Sicherheitskultur im Gesundheitswesen wird erstellt durch:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Das Maßnahmenmanagement dient der Verbesserung der Sicherheit von Patienten und Arbeitern;</li><li>2) Beteiligung der Arbeitnehmer an der Sicherheitsplanung;</li><li>3) die Verfügbarkeit geeigneter Schutzausrüstung;</li><li>4) Einfluss von Gruppennormen auf akzeptable Sicherheitspraktiken; und</li><li>5) Der Sozialisierungsprozess der Organisation für neues Personal.</li></ol> <p>Zur Verbesserung von Patienten mit einem kulturell</p>

unterschiedlichen Hintergrund ist die Sicherheit erforderlich, um organisatorische Bedingungen, Komponenten und Prozesse von Gesundheitssystemen zu verstehen und zu verändern. Einige Empfehlungen sind:

- Die Einrichtung eines Qualitäts-, Arbeitsschutzmanagementsystems und einer Umweltpolitik.
- Bereitstellung von Dienstleistungen, deren Sicherheit, Gebrauchstauglichkeit und Dauer den Erwartungen der Patienten entsprechen, in Übereinstimmung mit den Spezifikationen,
- Anforderungen, Normen und geltenden Gesetzen, Integration der Gesundheit und Sicherheit von Arbeitnehmern und Patienten und Schutz auf allen Ebenen der Organisation und Entscheidungen.
- Die Risikoanalyse des Qualitätssystems schrittweise verbessern
- Schulung, Ausbildung (mit Zertifizierung) Motivation und Sensibilisierung für Gesundheitsdienstleister, damit diese sich ihrer Verpflichtungen gegenüber den Patienten, dem persönlichen nicht-persönlichen Gesundheitsschutz und der Risikoprävention bewusst sind.
- Schulungen garantieren auch, dass alle Regeln, Anforderungen und geltenden Gesetze bekannt sind
- Selbstkontrolle, um sich in allen Bereichen und Aktivitäten kontinuierlich zu verbessern

Auf der anderen Seite sind sowohl Patienten als auch Mitarbeiter vom organisatorischen Klima betroffen. Laut Clarke SP bezieht sich das organisatorische Klima auf eine Atmosphäre, die eine bewegliche Sichtweise auf die Arbeits- und Übungsbedingungen darstellt, von denen viele direkt von Managern und Organisationsleitern beeinflusst werden können.

Ein positives organisatorisches Klima und ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsumfeld fördern positive Ergebnisse auf drei Ebenen: Personal, Patienten und Organisation.

Laut der Weltgesundheitsorganisation sind die Herausforderungen, die Gesundheitsdienstleister zur Gewährleistung der Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung bewältigen müssen, folgende:

- Bedeutung und Bedeutung der Patientensicherheit.
- Systemverständnis und Auswirkungen von Komplexität auf die Patientenversorgung.
- Ein effektiver Teamplayer sein.

- Fehler verstehen und daraus lernen.
- Klinisches Risiko verstehen und steuern.
- Einführung in Qualitätsverbesserungsmethoden. Umgang mit Patienten und Betreuern.
- Minimierung der Infektion durch verbesserte Infektionskontrolle.
- Patientensicherheit und invasive Verfahren
- Verbesserung der Medikamentensicherheit

### **Grundlegende Umweltgesundheitsstandards in Gesundheitseinrichtungen (institutioneller Kontext).**

Positive Maßnahmen sind auf nationaler, staatlicher, regionaler, Distrikt- und Gesundheitsebene erforderlich, um ein angemessenes Maß an Umweltgesundheit in Gesundheitseinrichtungen zu fördern.

Sichere Umgebungen in Gesundheitseinrichtungen sind durch einige Gesundheitsstandards gekennzeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat wesentliche Umwelthygienestandards für Sicherheitsbedingungen festgelegt, um eine angemessene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Erstens sind Standards definiert als die Anforderungen, die erfüllt werden müssen, um minimale essenzielle Gesundheitsbedingungen in Gesundheitseinrichtungen zu erreichen. Sie müssen klare, wesentliche und überprüfbare Aussagen sein.

Abhängig von der Art des Gesundheitswesens (große Gesundheitseinrichtungen als Krankenhaus, kleine Gesundheitseinrichtungen als Gesundheitszentrum in ländlichen oder städtischen Gebieten, Notfälle oder Isolation) werden die mit der Umweltgesundheit verbundenen Probleme eine andere Dimension haben (in Bezug auf Krankheitsübertragungsrisiken, Angebot an Einrichtungen und Dienstleistungen sowie finanzielle und materielle Ressourcen).

Die Standards und ihre Indikatoren sind die Folgenden:

1. Wasserqualität (mikrobielle Qualität, chemische Bestandteile, Desinfektion, Trinkwasserqualität, Wasser für die Reinigung, Wasser für medizinische Zwecke, zB Wasser für die Hämodialyse).
2. Wassermenge: Verwendung von Mindestwassermengen.
3. Wassereinrichtungen und Zugang zu Wasser (Trinkwasserstellen, Händewaschen, Händewaschen, Duschen,

Waschmöglichkeiten).

4. Exkremente Entsorgung: Für Patienten, Personal und Betreuer sind adäquate, zugängliche und angemessene Toiletten vorhanden (Verhältnis der Personen pro Toilette, technische und finanzielle Bedingungen vor Ort, soziale und kulturelle Aspekte: zum Beispiel getrennte Toiletten für Männer und Frauen, spezielle Kindertoiletten) Die Toiletten sollten so konzipiert und ausgestattet sein, dass sie auf kulturelle Identitäten reagieren können, zB auf die Reinigung mit Wasser, Hygiene und Sicherheit, Händewaschen, Zugänglichkeit, Neigung und Wartung.

5. Abwasserentsorgung (Abwasserentwässerungssysteme, Vermeidung von Umweltverschmutzung, Regenwasser und Oberflächenabfluss.

6. Gesundheitsabfallentsorgung (Trennung und getrennte Lagerung, Lagerung und Sammlung, Behandlung und Entsorgung, Abfallentsorgungszone).

7. Reinigung und Wäsche (routinemäßige Reinigung, Intensität der Reinigungsroutine, Blut oder Körperflüssigkeiten, Reinigung verschmutzter Leitungen, Transport verschmutzter Wäsche, Betten und Bettzeug). Ein Farbcode wurde auch in der Literatur erwähnt, um Sicherheitsrisiken zu identifizieren. Einige Gesundheitseinrichtungen haben bereits ein National Color Coding Scheme of Healcare übernommen.

8. Lagerung und Zubereitung von Lebensmitteln (Handhabung und Zubereitung von Lebensmitteln, Trennung von Nahrungsmitteln und Ausrüstung, Kochen und Servieren, Lagerung, Waschen und Verwendung von Wasser, Säuglingsanfangsnahrung).

9. Entwurf, Bau und Management von Gebäuden (Lüftung, Abluft zur Minimierung von Krankheitserregern, Beleuchtung, Bewegung zwischen Bereichen, Reinigung, Gebäudeplanung).

10. Bekämpfung vektorübertragener Krankheiten zum Schutz von Patienten, Personal und Betreuern (die Minimierung von Krankheitsvektoren schützt Patienten und Personal vor vektorübertragenen Krankheiten, verhindert die Verbreitung von Vektoren).

11. Informations- und Hygieneförderung (Schulung in der Infektionskontrolle, Verhaltensweisen zur Eindämmung der Krankheitsübertragung, angemessene Einrichtungen,

Positive Praxisumgebungen für medizinisches Fachpersonal (organisatorischer Kontext).

Es gibt Einstellungen, die die Belegschaft stärken und unterstützen und sich wiederum positiv auf Patienten mit kulturell unterschiedlichen Ergebnissen und organisatorischer Kosteneffizienz auswirken. Dies sind positive Praxisumgebungen (PPE).

Sie zielen darauf ab, die Gesundheit, Sicherheit und das

persönliche Wohlergehen der Mitarbeiter zu gewährleisten, qualitativ hochwertige Patienten mit einer kulturell vielfältigen Betreuung zu unterstützen und die Motivation, Produktivität und Leistung von Einzelpersonen und Organisationen zu verbessern (mit angemessenen finanziellen und menschlichen Ressourcen).

Die Schlüsselemente an Arbeitsplätzen, die positive Praktiken fördern:

- Richtlinien zu Gesundheit, Sicherheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz, die sich mit Gefahren am Arbeitsplatz, Diskriminierung, physischer und psychischer Gewalt und Problemen im Zusammenhang mit der persönlichen Sicherheit befassen;
- Faire und überschaubare Arbeitsbelastung und Arbeitsanforderungen / Stress;
- Ein organisatorisches Klima, das effektive Management- und Führungspraktiken widerspiegelt, gute gegenseitige Unterstützung, Beteiligung der Arbeitnehmer am Entscheidungsprozess, gemeinsame Werte;
- Arbeitspläne und Workloads, die eine gesunde Work-Life-Balance ermöglichen;
- Chancengleichheit und Behandlung;
- Möglichkeiten für berufliche Entwicklung und Karriereentwicklung;
- berufliche Identität, Autonomie und Kontrolle über die Praxis;
- Berufssicherheit;
- menschenwürdige Bezahlung und Leistungen;
- Sichere Personalausstattung;
- Unterstützung, Aufsicht und Mentorschaft;
- offene Kommunikation und Transparenz;
- Anerkennungsprogramme; und
- Zugang zu angemessener Ausrüstung, Material und Hilfspersonal

Die Förderung und Aufrechterhaltung eines positiven Praxisumfelds erfordert eine Reihe von Akteuren (z. B. Regierungen, Arbeitgeber, Berufsverbände, Aufsichtsbehörden, Gewerkschaften, Bildungseinrichtungen usw.) und tritt auf vielen Ebenen einer Organisation auf.

Für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und ihre Vertretungsorganisationen gibt es bestimmte Maßnahmen, die sie ergreifen können, um ein positives Praxisumfeld zu entwickeln:

- Fortsetzung der Förderung der Rolle von Angehörigen der Gesundheitsberufe.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusstsein schaffen und den Umfang der Praxis definieren, so dass Gesundheitsfachkräfte ihr volles Potenzial für Patienten mit einer kulturell vielfältigen Betreuung entfalten können.</li> <li>• Lobbying für professionelle Anerkennung und Vergütung.</li> <li>• Unterstützen Sie die Forschung, die sich darauf konzentriert, warum Arbeitnehmer bleiben und nicht, warum Arbeitnehmer ausscheiden ("Job Embeddedness").</li> <li>• Bewertung des gesundheitlichen Wohlbefindens und der Motivation der Mitarbeiter</li> <li>• Entwicklung und Verbreitung einer Stellungnahme zur Bedeutung einer sicheren Arbeitsumgebung.</li> <li>• Aufbau von Kapazitäten für Angehörige der Gesundheitsberufe und andere, die in Führungspositionen im Bereich des Gesundheitswesens und in politischen Entscheidungspositionen tätig sind.</li> <li>• Stärkung der Gesundheitsorganisationen und Zugang zu Entscheidungsgremien.</li> <li>• Unterstützung der Forschung, Sammlung von Daten für bewährte Praktiken und Verbreitung der Daten, sobald diese verfügbar sind.</li> <li>• Mit dem Management und der Regierung zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass die Grundsätze der PSA vollständig eingebettet sind.</li> <li>• Bündnisse zwischen verschiedenen Gesundheitsfachgruppen und Akteuren des Gesundheitswesens, z. Patienten / Verbraucherverbände / Migrantenverbände.</li> <li>• Sicherstellen, dass andere Disziplinen an der Entwicklung von Richtlinien für sichere Arbeitsumgebungen beteiligt sind.</li> </ul> <p>Sensibilisierung, Verständnis und Unterstützung aller relevanten Interessengruppen für die positiven Auswirkungen gesunder und unterstützender Arbeitsumgebungen auf die Rekrutierung und Bindung von Mitarbeitern, die Ergebnisse von Patienten mit ethnischen Minderheiten und den Gesundheitssektor insgesamt.</p>
<b>Aktivitäten</b> 1 Aktivität max 4	<b>Titel:</b> Checkliste zur Bewertung der sicheren Umwelt

<b>Seiten</b> - Titel - Ziele - Schlüsselwörter (max 5) - Inhalte (bitte immer die Quelle zitieren und die Referenz hinzufügen in das dafür vorgesehene Modul) - Material (das Material kann auch Multimedia sein, wie	<b>Ziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sich über wesentliche Standards im Gesundheitswesen informieren, um eine sichere Umgebung zu haben.</li> <li>- Um die Umgebung in Ihren Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich Sicherheit zu beurteilen.</li> <li>- Um über Ihre persönlichen Umstände in Bezug auf eine positive und sichere Umgebung in Ihrer Arbeit nachzudenken.</li> </ul>
	Schlüsselwörter: Sicherheit, Standard, sichere Umgebung

Bilder, Videos, Zeichnungen, Material welches ausgedruckt werden kann von den Lernenden...)

**Inhalt:**

Die folgende Checkliste enthält eine Reihe von affirmativen Sätzen in Bezug auf wesentliche Umweltgesundheitsstandards in Ihrer Gesundheitsvorsorge (HCS).

Sie können beurteilen, wie sicher die Umgebung in Ihrem HCS ist, indem Sie die Sätze überprüfen, mit denen Sie einverstanden sind. Vielleicht sind einige Standards nicht auf Ihre HCS anwendbar. Bitte fügen Sie bei Bedarf auch Kommentare hinzu.

Standards in Bezug auf:

**Wasserqualität**

Wasser zum Trinken, Kochen, Körperpflege, medizinische Aktivitäten, Reinigung und Wäsche kommt aus einer sicheren Quelle (frei von fäkalen Verunreinigungen).

Die Qualität der Wasserquelle wird regelmäßig überwacht.

Die Wasserspeicher-, -verteilungs- und -verwendungseinrichtungen in der HCS werden angemessen gewartet, um eine Verunreinigung des Wassers zu vermeiden.

Es gibt genügend Versorgungsmaterial und ausreichend geschultes Personal für die Behandlung.

Das Wasser ist akzeptabel (Geruch, Geschmack, Aussehen).

Wenn das Wasser nicht akzeptabel ist, gibt es eine sichere alternative Versorgung mit Trinkwasser.

**Wassermenge**

Es ist ausreichend Wasser vorhanden und steht jederzeit für Trinken, Zubereitung von Speisen, Körperpflege, medizinische Aktivitäten, Reinigung und Wäsche zur Verfügung.

Gibt es eine geeignete alternative Versorgung im Bedarfsfall?

Die Wasserversorgung wird betrieben und aufrechterhalten, um Verschwendung zu vermeiden?

**Wassieranlagen und Zugang zu Wasser**

Gibt es genügend und klar identifizierte Trinkwasserstellen?

Wassernutzungseinrichtungen sind verfügbar und an der richtigen Stelle im Gesundheitszentrum, um bequemen Zugang zu und Wasser für das Trinken, die Zubereitung von Speisen, die persönliche Hygiene, medizinische Aktivitäten, Wäsche und Reinigung zu ermöglichen.

**Exkrete Entsorgung**

Im Gesundheitswesen gibt es genügend Toiletten für Patienten, Personal und Karrieren.

Die Toiletten werden rechtzeitig und effektiv gewartet und repariert.

	<p><b>Material:</b></p> <p>Zettel und Stift institutionelle Informationspapiere</p>
<p><b>Fallstudien</b> 1 oder 2 (nicht mehr als 1 in Form von Storytelling)</p>	<p>Es wird eine Fallstudie eines Krankenhauses in Baltimore präsentiert, das ein umfassendes, auf Einheiten basierendes Sicherheitsprogramm zur Verbesserung der Patientensicherheit erstellt hat.</p> <p>Das Programm umfasst acht Schritte: (1) Beurteilung der Sicherheitskultur der Einheit, (2) Schulung der Mitarbeiter über Sicherheitswissenschaften wie Systemdenken, (3) Ermittlung von Sicherheitsbedenken, (4) regelmäßiges Treffen mit einem leitenden Krankenhausleiter, der die Beseitigung von Systembarrieren unterstützt (5 ) Prioritäten setzen und Verbesserungen umsetzen, (6) Ergebnisse dokumentieren und analysieren, (7) Erfolgsgeschichten weitergeben und (8) die Sicherheitskultur der Einheit neu bewerten. Verbesserungsteams wurden gebildet, um Anstrengungen zur Verbesserung der Sicherheit zu identifizieren und zu fördern. Diese Teams bestanden aus einem Arzt, einer Krankenschwester und einem Administrator sowie weiteren Mitarbeitern, die sich anschließen wollten.</p> <p>Im Krankenhaus wurde berichtet, dass das Pflegepersonal und die Bewohner häufig die Ziele der Therapie von Patienten mit ethnischen Minderheiten nicht kannten. Anschließend nahm das Verbesserungsteam die Messung eines Kurzzeitformulars für Patientenziele vor, das als Checkliste während der von Ärzten geführten Runden verwendet wurde, um Aufgaben zu identifizieren, die vom Pflegeteam ausgeführt werden müssen, und Sicherheitsrisiken zu identifizieren und zu mindern. Ein verwandtes Projekt zielte darauf ab, Blutkreislaufinfektionen zu reduzieren, die mit der Verwendung von zentralvenösen Kathetern verbunden sind, die oft bei Intensivpatienten eingesetzt wurden, um Medikamente, Nahrung und Flüssigkeiten bereitzustellen. Ein multidisziplinäres Team entschied sich für folgende Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfordern, dass Anbieter eine Aufklärung über evidenzbasierte Infektionskontrollpraktiken erhalten und einen Posttest als Voraussetzung für die Einführung von Kathetern erfolgreich abschließen.</li> <li>• Legen Sie einen Kathetereinführungskorb mit standardisiertem Zubehör an, um die Infektionskontrollrichtlinien für das sterile Einsetzen von Kathetern zu erfüllen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befolgen Sie eine Checkliste, um sicherzustellen, dass evidenzbasierte Richtlinien für eine sichere Kathetereinführung eingehalten werden.</li> <li>• Ermöglichen Sie es den Pflegekräften, einzugreifen, wenn Richtlinien verletzt werden.</li> </ul> <p>Fügen Sie dem Blatt für tägliche Ziele ein Element hinzu, dass das Intensivteam dazu auffordert, die Ärzte während der Patientenrunden täglich zu fragen, ob Katheter entfernt werden können.</p> <p>Nach der Einführung dieses Programms gab es Verbesserungen bei der Patientensicherheit der ethnischen Minderheiten. Einige von ihnen waren, dass Medikationsfehler eliminiert wurden, um Patienten von der Intensivstation zu transferieren; die Beteiligung der leitenden Angestellten an der Intensivstation führte zu strukturellen Veränderungen, einschließlich der Schaffung spezialisierter Patiententransportteams und der Anwesenheit von Apothekern auf Intensivstationen; dokumentierte katheterbedingte Blutbahninfektionen wurden eliminiert usw. Die Arbeit in bestimmten Einheiten wurde erfolgreich auf andere Einheiten repliziert, so dass eine organisatorische Sicherheitskultur im Krankenhaus aufgebaut wurde. Das umfassende, auf Einheiten basierende Sicherheitsprogramm wird jetzt als Rahmen für die Verbesserung der Patientensicherheit im gesamten Krankenhaus verwendet.</p> <p>Reflexionsfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Glauben Sie, dass das umfassende, auf Einheiten beruhende Sicherheitsprogramm in Ihrer Gesundheitsversorgung nachvollziehbar ist?</li> <li>✓ Gibt es eine Unternehmenskultur der Sicherheit in Ihrem Gesundheitswesen?</li> <li>✓ Könnten Sie einige der identifizierten Risiken und die Maßnahmen in Ihren Gesundheitseinrichtungen aufführen, um die Patientensicherheit der ethnischen Minderheiten zu verbessern?</li> </ul>

#### **Zusammenfassung der Kernpunkte**

- Eine sichere Umgebung in Gesundheitseinrichtungen basiert auf mehreren Elementen wie Patienten mit einer kulturell unterschiedlichen Hintergrundsicherheit, essenziellen Umweltgesundheitsstandards und positiven Praxisumfeldern für medizinisches Fachpersonal (zwischenmenschlicher, institutioneller und organisatorischer Kontext).

- Die Verantwortung für die Sicherheit liegt in jeder Abteilung und Individuum von der Verwaltung über das klinische und nicht-klinische Personal bis hin zu Haushalt und Freiwilligen, die gemeinsame Verantwortung für die Patientensicherheit kennt keine Grenzen und erfordert eine Koordination in den Gesundheitseinrichtungen.
- Es häufen sich Beweise, die Arbeitsumgebungen mit Verhalten, Einstellungen und Motivationen unter Klinikern verbinden. Diese Verhaltensweisen und Orientierungen können sich wiederum auf Qualitätsprozesse und -ergebnisse auswirken.
- Es ist wichtig, eine Unternehmenskultur der Sicherheit zu schaffen, um positive Praxisumgebungen zu schaffen und sowohl die Sicherheit der Patienten als auch die der Patienten zu gewährleisten.

### Selbstbewertungsfragen

*Multiple-Choice-Fragen mit mehr als einer richtigen Antwort. (min 5)*

#### Frage 1: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Das organisatorische Klima betrifft ...
Antwort 1	Die Organisation
Antwort 2	Patienten und Angestellte
Antwort 3	Antworten 1 und 2
Korrekte Antwort(en)	3

#### Frage 2: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Welche der folgenden Elemente fördern positive Praktiken?
Antwort 1	Arbeitsschutz, Arbeitsplatzsicherheit und zusätzliche Mahlzeiten für Profis
Antwort 2	Chancengleichheit und Behandlung, offene Kommunikation, berufliche Autonomie
Antwort 3	Nichts ist richtig
Korrekte Antwort(en)	2

#### Frage 3: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Für was ist das Managementsystem für Qualität, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz verantwortlich?
Antwort 1	Patienten mit einer kulturell unterschiedlichen Hintergrundsicherheit
Antwort 2	Administrative Verfahren der Patientenaufnahme
Antwort 3	Patienten, Sicherheit und organisatorische Bedingungen der Mitarbeiter
Korrekte Antwort(en)	3

#### Frage 4: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Können Gesundheitsfachkräfte dazu beitragen, ein positives Praxisumfeld zu
------------------	--

	entwickeln, indem sie beispielsweise die Motivation der Mitarbeiter evaluieren?
Antwort 1	Ja
Antwort 2	Nur in großen Gesundheitseinrichtungen
Antwort 3	Nein
Korrekte Antwort(en)	1
<b>Frage 5: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	Welche messbaren Instrumente würden Sie verwenden, um zu bewerten, wie sicher die Umwelt in Ihrer Gesundheitseinrichtung ist?
Antwort 1	Die Wahrnehmung des Patienten
Antwort 2	Erwartungen der Gesundheitsdienstleister
Antwort 3	Wesentliche Standards und Indikatoren
Korrekte Antwort(en)	3

### **Glossar (falls angefordert)**

*Wichtigste Begriffe, spezifisch für das Untermodul.*

<i>Standard</i>	Standards sind die Anforderungen, die erfüllt werden müssen, um in Gesundheitseinrichtungen Mindestanforderungen an die Umwelt zu erreichen.
<i>Begriff...</i>	<i>Definition...</i>
<i>Begriff...</i>	<i>Definition...</i>
<i>Begriff...</i>	<i>Definition...</i>
...	...

## 1.4. Vertrauensaufbau

### Theorie und Inhalte

2-3 Seiten

### Vertrauensaufbau

Das Konzept des Vertrauens ist im Gesundheitswesen wichtig, da Gesundheit und Gesundheitsversorgung im Allgemeinen ein Element der Unsicherheit und des Risikos für den gefährdeten Patienten darstellen, der auf die Kompetenz und die Absichten des medizinischen Fachpersonals angewiesen ist (Alaszewski, 2003). Das Oxford English Dictionary definiert Vertrauen als den "festen Glauben an die Zuverlässigkeit, Wahrheit oder Fähigkeit von jemandem oder etwas".

Vertrauen ist nicht primär dispositionell oder ein individuelles Attribut oder ein psychologischer Zustand, sondern wird aus einer Reihe von interpersonalen Verhaltensweisen oder einer gemeinsamen Identität konstruiert. Diese Verhaltensweisen werden durch institutionelle Regeln, Gesetze und Bräuche untermauert.

Vertrauen hat zwei Dimensionen, die kognitive Dimension (basierend auf rationalen und instrumentellen Urteilen) und eine affektive Dimension (basierend auf Beziehungen und affektiven Bindungen, die durch Interaktion, Empathie und Identifikation mit anderen generiert werden). Daher ist Vertrauen für uns notwendig, da es die Toleranz der Unsicherheit erhöht; Vertrauen reduziert die soziale Komplexität, indem es über die verfügbaren Informationen hinausgeht und die Erwartungen an das Verhalten verallgemeinert, indem fehlende Informationen durch eine intern garantierte Sicherheit ersetzt werden. In dieser Hinsicht ist es möglich, da es Menschen ermutigt, Risiken einzugehen, wenn die Ergebnisse unsicher sind.

Das Vertrauen spielt traditionell eine wichtige Rolle in der Beziehung zwischen seinen drei Hauptakteuren: dem Staat, den Angehörigen der Gesundheitsberufe und den Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund und der Öffentlichkeit. Wir können zwischen Vertrauensbeziehungen auf einer Mikroebene zwischen einem einzelnen Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund und einem Kliniker, zwischen einem Kliniker und einem Kliniker und einem Manager und denjenigen auf einer Makroebene unterscheiden, die das Vertrauen von Patienten und Öffentlichkeit in Kliniker einschließen und Manager im Allgemeinen, in einer bestimmten Gesundheitsorganisation und im nationalen Gesundheitssystem und in der Institution (interpersoneller, institutioneller, interkultureller und organisatorischer Kontext).

Auf der Ebene des zwischenmenschlichen Vertrauens zwischen Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund und Praktiker wurde argumentiert, dass Vertrauen für seine möglichen therapeutischen Wirkungen wichtig ist. Ein hohes Maß an Vertrauen wurde mit vielen Vorteilen verbunden, einschließlich der Wahrnehmung einer besseren Versorgung, einer größeren Akzeptanz der empfohlenen Behandlung und der Einhaltung dieser Behandlung, geringerer Angst in Bezug auf jede durchgeführte Behandlung und Berichten zufolge Erleichterung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten.

Aus organisatorischer Sicht wird Vertrauen für sich genommen als wichtig erachtet: Es ist von grundlegender Bedeutung für die Bereitstellung einer effektiven Gesundheitsversorgung und wurde sogar als kollektives Gut beschrieben, wie etwa soziales Vertrauen oder soziales Kapital (Khodyakov 2007).

Darüber hinaus hat Vertrauen einen wichtigen Einfluss auf die Arbeitsbeziehungen in Gesundheitseinrichtungen, indem es das Engagement für die Organisation fördert, die Zusammenarbeit zwischen Klinikern fördert und es auch mit der Arbeitszufriedenheit und -motivation sowie dem institutionellen und organisatorischen Kontext verbindet.

Gilson (2006) schlägt vor, dass ein Gesundheitssystem, das auf vertrauensvollen Beziehungen basiert, dazu beitragen kann, einen größeren sozialen Wert zu erzeugen, da Gesundheitssysteme die sozialen Normen festlegen, die menschliches Verhalten prägen. In dem Maße, in dem diese Normen dazu beitragen, eine moralische Gemeinschaft aufzubauen, der Sie vertrauen können, können sie die Grundlage für ein allgemeines Vertrauen bilden.

Es wurden jedoch mögliche Einflüsse auf das öffentliche Vertrauen der Bevölkerung in Gesundheitssysteme identifiziert: Ausmaß und Art der institutionellen Garantien (zB Umfang der Regulierung und Schutz von Patienten mit kulturell unterschiedlichen Hintergründen), Qualität der Versorgung, Medienbilder und Einflüsse unterschiedlicher kultureller Unterschiede in der Einstellung der Öffentlichkeit, dh Menschen in verschiedenen Ländern können sich in ihrer allgemeinen Ausrichtung oder Veranlagung zum Vertrauen auf Institutionen und Personen unterscheiden; zu viel Bürokratie in einigen Diensten, knappe Ressourcen und Inflexibilität, um sie an die Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen; Mangel an Ressourcen zur Förderung einer reibungslosen Kommunikation, Valorisierung.

Eine durchdachte digitale Marketingstrategie kann Vertrauen

zwischen Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund und Gesundheitseinrichtungen schaffen, die den zwischenmenschlichen, interkulturellen, institutionellen und organisatorischen Kontext abdecken.

- Aufbau von Vertrauen durch die geduldige Aufklärung von Online-Angehörigen ethnischer Minderheiten durch Förderung von Online-Gesundheitsbewertungen, Austausch von Fallstudien, die das Interesse der Verbraucher widerspiegeln, Erleichterung der Angst vor der Einstellung,
- Aufbau von Vertrauen durch soziale Beweise durch die Förderung von Veranstaltungen, die von Mitarbeitern des Gesundheitswesens organisiert werden (Wellness-Messen, Autositzkontrollen, etc.), Veranstaltungen von Mitarbeitern des Gesundheitswesens (Schulfeste, Sportmedizin) oder ehrenamtliche Arbeit als Gruppe.
- Vertrauensbildung mit positiven Gesundheitsergebnissen. Vertrauen schaffen, indem die Gesundheitsergebnisse der Patienten geteilt werden.
- Aufbau von Vertrauen mit organisatorischer Einzigartigkeit durch Einführung von Mitgliedern des Gesundheitsteams (kurze Biographien von Ärzten oder Schlüsselmitgliedern, Förderung der Erfolge ...)

Für Angehörige der Gesundheitsberufe ist es wichtig, sich mit den Eigenschaften ihrer Gemeinschaft vertraut zu machen, insbesondere wenn sie in Kontexten mit Menschen mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund arbeiten. Das Sprachniveau und die Lesekompetenz einer ethnischen Minderheit entspricht nicht unbedingt ihrer Intelligenz. Wenn möglich, hilft sie daher, an allen Kontaktstellen für Patienten ethnischer Minderheiten sprachunterstützende Dienstleistungen wie zweisprachige Mitarbeiter und Dolmetscher bereitzustellen. Offenheit und Sensibilität für die Überzeugungen und Praktiken von Patienten werden sie dazu bringen, sich wohler zu fühlen und den Gesundheitsdienstleistern ihre Gewohnheiten, Lebensstilgewohnheiten, Glaubenssätze, andere Behandlungen, die sie versuchen, oder Probleme, die sie mit dem Behandlungsplan einhalten, zu sagen. Vor allem ist es wichtig, dass sich das gesamte Gesundheitsteam daran erinnert, dass der Patient einer ethnischen Minderheit eine ganze Person ist. Unsere Gesundheit hat spirituelle, psychologische und physische Komponenten.

Im Kontext des Gesundheitswesens können wir einige wesentliche Elemente für die Vertrauensbildung zwischen Patienten und Gesundheitsdienstleistern berücksichtigen.

**Kompetenz in Wissen**

**Ehrlichkeit**

**Kompetenz in sozialen / kommunikativen Fähigkeiten**

**Vertraulichkeit und Fürsorge**

**Respekt zeigen**

Kompetenz in Wissen. Die Patienten ethnischer Minderheiten haben Vertrauen und fühlen sich sicher in den Ratschlägen, die ihnen zur Verfügung gestellt werden, wenn das medizinische Fachpersonal in ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich kompetent ist. Darüber hinaus wissen einige Patienten, vor allem Migranten, nichts über das Gesundheitssystem und sie brauchen auch Fachleute, die erklären und helfen können, zu verstehen, wie es funktioniert.

Auf der anderen Seite, wenn Fehler passieren, vertrauen Patienten eher auf Gesundheitsfachkräfte, die ehrlich in ihrer Herangehensweise sind, Fehler zugeben, sich entschuldigen und alles in ihrer Macht stehende tun, um Fehler zu korrigieren (durch Erklärungen, mehr Informationen, fortlaufende Unterstützung, Vertraulichkeit) und Kontinuität der Pflege).

Ehrlichkeit bezieht sich auch auf die Fähigkeit des Pflegepersonals, Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund angemessen zu beraten und zu glauben, dass sie jederzeit in ihrem besten Interesse handeln.

Kompetenz in sozialen oder kommunikativen Fähigkeiten (Für weitere Lektüre und Erweiterung des Wissens gehen Sie zum Modul Interkulturelle Kommunikation und Beratung).

Zu den effektiven Kommunikationsfähigkeiten gehört das Bewusstsein für nonverbale und verbale Kommunikation. Es ist wichtig, dass Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund das Gefühl haben, dass sie auf respektvolle Weise angehört und informiert werden, um verurteilende, herablassende oder schimpfende Aussagen zu vermeiden; Dies wird helfen, eine vertrauenswürdige Beziehung aufzubauen.

Versuchen Sie als Gesundheitsdienstleister, die Dinge aus der Perspektive eines Patienten zu sehen und sich in ihre Emotionen einzufühlen.

In Bezug auf die Vertraulichkeit ist dies eine gesetzliche Anforderung; Angehörige ethnischer Minderheiten müssen wissen, dass sie Angehörigen der Gesundheitsberufe vertrauen können, dass sie ihre Privatsphäre und Würde respektieren.

Respekt und Fürsorge zeigen. Jeder Patient verdient es, mit Würde und Respekt behandelt zu werden. Mitfühlend zu sein, angemessene Zeit mit den Patienten zu verbringen, aktives Zuhören zu demonstrieren und die Patienten mit kulturell unterschiedlichen Hintergrundproblemen zu beraten und zu lösen, tragen alle dazu bei, eine vertrauensvolle, respektvolle Beziehung aufzubauen.

Respekt für Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund zu zeigen beginnt mit der Erinnerung an ihren Namen und Gesundheitszustand.

Patienten müssen sich auch wohl fühlen, ohne Unterbrechungen und sicher zu sein, wenn sie in einem Untersuchungsraum entkleiden oder zum Beispiel in einem Kleid die Halle entlanggehen. Bescheidenheit ist ein Problem, das ihr Vertrauen in einen Arzt schmälert.

Da sich Vertrauen und Compliance verbessern, wenn Sie mit Ihrem Patienten in Kontakt treten, müssen Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund das Gefühl haben, dass der Gesundheitsdienstleister seinen Zustand versteht und seine Interessen am Herzen liegt. Wenn Sie nur zwei oder drei Minuten auf Ihren Patienten konzentrieren, können Sie Nutzen daraus ziehen und Rapport aufbauen. Du beginnst Rapport aufzubauen, sobald du einen Patienten triffst.

Schließlich schließt die Einbeziehung von Patienten und Familien ethnischer Minderheiten in die Entscheidungsfindung und die Behandlung einer effektiven Zusammenarbeit bessere Ergebnisse ein.

Folgemaßnahmen zu den Patienten der ethnischen Minderheiten bauen ebenfalls Glaubwürdigkeit auf und senden die Botschaft "wir kümmern uns".

Es ist wichtig, die Patienten der ethnischen Minderheiten auf dem Laufenden zu halten, Ihre Rolle zu erklären, den Behandlungsplan zu beschreiben und zu erfahren, was als nächstes passieren wird. Kontaktieren Sie den Patienten oft und geben Sie ihm ein Gefühl der Kontrolle, indem Sie ihn in die Terminplanung einbeziehen. Ermutigen Sie Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund dazu, sich in ihrer eigenen Behandlung als Veränderungsagenten zu betätigen, da Patienten am besten durch einen kooperativen Teamansatz unterstützt werden, bei dem die Patienten Mitglieder des Teams sind. Patienten, die zum Sprechen angeregt werden, geben oft Hinweise auf ihre Gesundheit.

Die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten wird nicht nur beim ersten Besuch hergestellt. Es ist notwendig, um es kontinuierlich wiederherzustellen.

<b>Aktivitäten</b> 1 Aktivität max 4 Seiten - Titel - Ziele - Schlüsselwörter (max 5) - Inhalte (bitte immer die Quelle zitieren und die Referenz hinzufügen in das dafür vorgesehene Modul)	<b>Titel:</b> Vertrauensbildung in meinem Gesundheitskontext
	<b>Ziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sich über Vertrauensbeziehungen in einem institutionellen und organisatorischen Umfeld im Gesundheitswesen Gedanken machen und sich dessen bewusst sein.</li> <li>- Sich selbst beurteilen, welche Beziehung Gesundheitsdienstleister mit ihren Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund in ihrer täglichen Arbeit aufbauen.</li> <li>- Ermutigung von Gesundheitsdienstleistern, Maßnahmen zu ergreifen, um weiter an der Vertrauensbildung mit ihren Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund zu arbeiten, um bessere Ergebnisse bei ihren Behandlungen zu erzielen.</li> </ul>
	<b>Keywords:</b> trust building, rapport, communication

### **Inhalt:**

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zur Bewertung der Vertrauensverhältnisse in Ihrem institutionellen und organisatorischen Umfeld im Gesundheitswesen und vor allem die Beziehung, die Sie zu Ihren Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund aufbauen. Schreiben Sie Ihre Antworten auf und listen Sie die Maßnahmen auf, die Sie ergreifen können, um die Situation zu verbessern.

1. Sind Sie der Meinung, dass es eine kollaborative Praxis zwischen den Beschäftigten im Gesundheitswesen in Ihrer Organisation / Ihrem Arbeitsplatz gibt? Könnten Sie einige Beweise auflisten?
2. Was glauben Sie, dass Patienten mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund Vertrauen in Ihre Organisation haben? Könnten Sie einige Beweise auflisten?
3. Kennen Sie die Anforderungen und administrativen Verfahren, die Ihre Patienten mit kulturell unterschiedlichem Hintergrund für die medizinische Versorgung erfüllen müssen?
4. Kennen Sie institutionelle Informationen über Ihre Gesundheitseinrichtungen?
5. Identifizieren und adressieren Sie regelmäßig den Schulungsbedarf für sich und Ihre Mitarbeiter?
6. Kennen Sie die Merkmale der Gemeinschaft, mit der Sie arbeiten? Können Sie einige von ihnen beschreiben?
7. Besuchen Sie Menschen mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund? Was weißt du über ihre Kulturen?
8. Bereiten Sie sich irgendwie darauf vor, Ihre Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund zu treffen?
9. Trainieren Sie, um Ihre Muskeln zu entspannen und die Spannungen im Kopf zu lockern, bevor Sie sich mit einem Patienten treffen?
10. Erinnerst du dich an den Namen der Patienten deiner ethnischen Minderheiten und ihren Gesundheitszustand? Wenn ja, verwenden Sie irgendeine Strategie, um es zu tun?
11. Wie ist Ihre Körpersprache, wenn Sie mit Ihren Patienten kommunizieren? Machen Sie Blickkontakt? Wie ist dein Tonfall?
12. Welche Sprache verwendest du für die Patienten deiner ethnischen Minderheiten, Alltagsworte oder medizinische Fachsprache? Selbst um sie über institutionelle und organisatorische Zusammenhänge, Gesetze und Regeln zu unterrichten?
13. Wie reagierst du, wenn du das Modell der anderen Person nicht magst oder zustimmst?

	<p><b>Material:</b></p> <p>Zettel und Stift Arbeitsprotokoll Institutionelle Informationspapiere institutionelle Roadmaps</p>
<p><b>Fallstudien</b> 1 oder 2 (nicht mehr als eine Seite in Form von Storytelling)</p>	<p>Da das Recht auf Gesundheit unmittelbar und eng mit anderen Faktoren wie dem Vertrauen in das Gesundheitssystem sowohl intern als auch extern verknüpft ist, erfordert die Koordinierung zwischen Gesundheitsdienstleistern und anderen Akteuren eine institutionelle und soziale Vision, die über die Erbringung medizinischer Leistungen hinausgeht. In der Region Madrid berichteten einige Einrichtungen, die mit Menschen mit geringeren Chancen und Menschen mit einem kulturell unterschiedlichen Hintergrund arbeiteten, von einem Mangel an Koordination zwischen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen.</p> <p>Sie beschlossen, eine Arbeitsgruppe zu bilden, um diese Koordination zu verbessern und die Vertrauensbildung zu fördern. In die Arbeitsgruppe war auch die öffentliche Verwaltung eingebunden.</p> <p>Die wichtigsten Punkte waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugänglichkeit (geografisch und wirtschaftlich) und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen: interkulturelle Kompetenzen von Angehörigen der Gesundheitsberufe, Ausrüstung in guten Bedingungen und Perspektive des Geschlechts.</li> <li>• Koordination zwischen medizinischen Fachkräften und sozialen Akteuren.</li> <li>• Verabschiedung geeigneter Maßnahmen. Austausch bewährter Praktiken</li> </ul> <p>Nach mehreren Gruppensitzungen legte die Arbeitsgruppe dem zuständigen Gremium in der Region Madrid eine Reihe von Vorschlägen vor, die nachstehend aufgeführt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung / Aufbau von Kapazitäten für Angehörige der Gesundheitsberufe, insbesondere für Fachkräfte, die mit Menschen mit kulturell unterschiedlichem Hintergrund</li> </ul>

arbeiten, Obdachlose, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Drogenabhängigen usw.

- Koordination mit anderen Beratungsstellen und Abteilungen zur Verbesserung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern.
- In das regionale Budget für das Gesundheitswesen bestimmte Produkte wie Hörgeräte, Brillen, Zahnärzte Dienstleistungen für Kinder in der Situation der Verletzlichkeit aufzunehmen.
- Kostenlose psychologische Aufmerksamkeit für Minderjährige.
- Unterstützung für Alleinerziehende. Freier Zugang zu Arzneimitteln für einkommensschwache Familien.
- Einrichtung eines Fonds zur Deckung der pharmakologischen und anderen erforderlichen Zahlungen für Personen in sozialen Notlagen.
- Förderung der Digitalisierung des Gesundheitswesens zur Prävention, Nachverfolgung von Patienten und Zugang zum Gesundheitssystem .
- Um das Verhältnis von Pflegepersonal zu erhöhen.
- Schaffung von Diskussionsgruppen zur Teilnahme am Entscheidungsprozess im Gesundheitswesen.
- Um die Perspektive des Geschlechtes einzuschließen. Förderung von Rehabilitationsprogrammen und -diensten für Menschen mit Drogenproblemen.
- Interkulturelle Mediationsprogramme im Gesundheitswesen schaffen.

Reflexionsfragen:

- ✓ Kennen Sie die Existenz von Arbeitsgruppen in Ihrer Region, um die Koordination zwischen sozialen Gesundheitseinrichtungen zu verbessern?
- ✓ Hast du jemals an einem davon teilgenommen?
- ✓ Glauben Sie, dass einige dieser Maßnahmen in Ihrem Arbeitskontext zum Aufbau einer internen Vertrauensumgebung angewendet werden könnten?
- ✓ Würden Sie zustimmen, die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppen mit Migrantenverbänden zu teilen, um ein externes Vertrauensumfeld aufzubauen?
- ✓ Wäre es positiv, die Ergebnisse dieser Gruppen für

Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund zu kennen und zu verbreiten, um ein externes und internes Vertrauensumfeld aufzubauen?

### Zusammenfassung der Schlüsselpunkte

- Vertrauen ist notwendig für uns, da es die Toleranz der Unsicherheit im zwischenmenschlichen, institutionellen und organisatorischen Kontext erhöht.
- Im Gesundheitswesen verbessern sich Vertrauen und Compliance, wenn Gesundheitsdienstleister mit ihren Patienten in Kontakt treten.
  - Es gibt einige wesentliche Elemente für die Vertrauensbildung:
    - Kompetenz in Wissen;**
    - Kompetenz in sozialen / kommunikativen Fähigkeiten;**
    - Ehrlichkeit;**
    - Vertraulichkeit und Fürsorge;**
    - Respekt zeigen.**
- Der Aufbau von Patientengesprächen ist entscheidend, um positive Fallmanagement-Ergebnisse zu erzielen.

### Selbstbewertungsfragen

*Multiple-Choice-Fragen mit mehr als einer richtigen Antwort.*

#### Frage 1: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Welche Akteure engagieren sich für Vertrauensbeziehungen im Gesundheitswesen?
Antwort 1	Manager, Anbieter, Patienten und Freiwillige
Antwort 2	Öffentlichkeit, Verwaltungspersonal und Reinigungspersonal, Praktiker
Antwort 3	Antworten 1 und 2
Korrekte Antwort(en)	3

#### Frage 2: Titel der Frage

Inhalt der Frage	Bei der Arbeit mit Patienten mit einem kulturell vielfältigen Hintergrund ...
Antwort 1	Gesundheitsdienstleister sollten sich weigern, mit Menschen zu arbeiten, die nicht die Landessprache sprechen
Antwort 2	Es ist wichtig, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe die Merkmale der Gemeinschaft, in der sie arbeiten, kennenlernen

Antwort 3	Angehörige der Gesundheitsberufe sollten die kulturelle Perspektive und den Glauben ihrer Patienten teilen
Korrekte Antwort(en)	2
<b>Frage 3: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	Steht das Vertrauen der Öffentlichkeit in Gesundheitssysteme im Allgemeinen?
Antwort 1	Ja
Antwort 2	Es gibt einige mögliche Einflüsse
Antwort 3	Abhängig von Herkunft und Alter des Patienten
Korrekte Antwort(en)	2
<b>Frage 4: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	Welche der folgenden Elemente werden als wesentlich für die Vertrauensbildung zwischen Gesundheitsdienstleister und Patient im interkulturellen Kontext angesehen?
Antwort 1	Kommunikationsfähigkeit und Vertraulichkeit
Antwort 2	Hart Arbeiten
Antwort 3	Kreative Fähigkeiten
Korrekte Antwort(en)	1
<b>Frage 5: Titel der Frage</b>	
Inhalt der Frage	Welches sind die Dimensionen des Vertrauens?
Antwort 1	Kognitiv und affektiv
Antwort 2	Kognitiv und kulturell
Antwort 3	Kulturell und affektiv
Korrekte Antwort(en)	1

### **Glossar (falls angefordert)**

*Wichtigste Begriffe, spezifisch für das Untermodul.*

Begriff...	Definition...
Begriff...	Definition...
Begriff...	Definition...
Begriff...	Definition...
...	...