

# Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Gesundheitsberufe

von Ilhan Ilkilic<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Interkulturelle Behandlungssituationen** werden in Deutschland in der Ausbildung von Pflegern wenig und in der Ausbildung von Medizinern gar nicht thematisiert – und das, obwohl sie immer häufiger werden und interkulturelle Kompetenz entscheidend für das Behandlungsergebnis sein kann. Interkulturelle Kompetenz beinhaltet interkulturelle Kommunikation, Kulturwissen, die Vermeidung von Stereotypisierung und kritische Toleranz. Sie sollte im Rahmen der Ausbildung der Gesundheitsberufe vermittelt werden.

**Schlüsselwörter:** interkulturelle Kompetenz, Curriculum, Medizinstudium

**Medical education in Germany** concentrates on treating patients with specific diseases. The fact that these patients might have a different cultural background is rarely discussed, although intercultural misunderstandings can influence the outcome of health interventions considerably. Intercultural competence consists of intercultural communication, general knowledge about different cultures, avoiding stereotypes and tolerance. It should be part of the education of both doctors and paramedics.

**Keywords:** intercultural competence, curriculum, medical education

## 1 Einleitung

In Deutschland leben etwa 17,1 Millionen Personen mit Migrationshintergrund, die 21 Prozent der Bevölkerung ausmachen (Statistisches Bundesamt 2017, 7). Berücksichtigt man die Alterung innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe, so ist absehbar, dass die Kontakte dieser Menschen mit dem Gesundheitssystem und mit den in den Gesundheitsberufen Tätigen kontinuierlich zunehmen werden. Der Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund ist in der Regel von einer erheblichen Unsicherheit geprägt, wie täglich im Rahmen der medizinischen Versorgung – vom Erstkontakt zwischen Arzt und Patient bis hin zur Krankenhausorganisation und zur Gesundheitspolitik – sichtbar wird (Braun 2004; Schlingensiepen 2004; Ilkilic 2006 und 2005). Die momentane Situation führt häufig nicht nur zu einer suboptimalen medizinischen Versorgung, sondern hat auch gravierende negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Patienten sowie auf die

professionelle Selbstwahrnehmung von ärztlichem und pflegerischem Personal (Westermilies 2004; Knipper und Akinci 2005).

Die Frage, wie eine kultursensible und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund etabliert werden kann, beinhaltet viele Facetten, darunter das Problem einer angemessenen Implementierung relevanter Themen in Aus-, Weiter- und Fortbildung für Gesundheitsberufe. Es ist mit Bedauern festzustellen, dass Themen und Probleme interkultureller Behandlungssituationen im aktuellen Curriculum der angehenden Mediziner nicht vorkommen. In der Ausbildung der Pflegeberufe werden diese Themen zwar berücksichtigt; ob diese Thematisierung den realen Bedarf abdeckt, bleibt jedoch offen. Diese wohlbekannten Defizite in der Ausbildung der Gesundheitsberufe erzeugen Unsicherheiten und Frustration bei den Betroffenen und führen zu Versorgungsdefiziten innerhalb des Gesundheitssystems.

<sup>1</sup> Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. Ilhan Ilkilic M.A., Istanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı · Hulusi Behçet Kütüphanesi Kat 2  
34093 Istanbul/Çapa, Türkei · Telefon: +90 (0) 212 414 22 86 · E-Mail: ilhan.ilkilic@istanbul.edu.tr

Für eine praktische und ethische Berufsorientierung in interkulturellen Behandlungssituationen ist der Begriff der interkulturellen Kompetenz vielversprechend. In diesem Beitrag wird interkulturelle Kompetenz mit den ihr zugrunde liegenden Fähigkeiten und Fertigkeiten problematisiert, deren Stärken und Grenzen kritisch reflektiert werden.

## 2 Der Begriff der interkulturellen Kompetenz

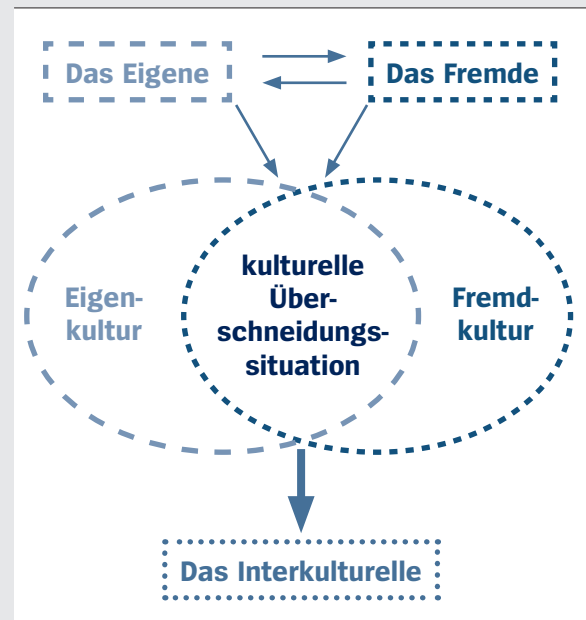
Seit den 1990er-Jahren ist der Begriff „interkulturelle Kompetenz“ immer häufiger Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Disziplinen und Forschungen (vergleiche zur Begriffsgeschichte der Kompetenz beziehungsweise interkulturellen Kompetenz *Straub 2007, 36–39*). Vor allem in den vergangenen Jahren erlangte er in der Fachwelt und im beruflichen Alltag eine besondere Anerkennung und wurde in einem Thesenpapier der Bertelsmann-Stiftung als Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts bezeichnet (*Bertelsmann Stiftung 2006*). Im Rahmen dieser Kompetenz werden je nach Disziplin und professionellen Handlungsfeldern bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Vordergrund gestellt und deren Bedeutung und Funktion in entsprechenden Beziehungsgeflechten erklärt (*Hyun 2008; Fox 2005; Bolten 2001*).

Trotz der enormen Popularität dieses Begriffs in Berufswelt und Wissenschaft kann nicht von einer einheitlichen Definition oder einem konsensuellen Inhalt die Rede sein (*Straub 2007, 44 ff.*). Zudem werden in Fachliteratur und Berufswelt zahlreiche Synonyme für dasselbe Konzept benutzt, wie etwa interkulturelle Handlungskompetenz, interkulturelle Kommunikationsfähigkeit und dergleichen, die eine trennscharfe Verwendung beeinträchtigen (*Straub 2007; Thomas 2003 a*). Trotz dieser Sachlage gibt es Definitionen, die wesentliche zentrale Eigenschaften der interkulturellen Kompetenz beinhalten, wozu etwa die Aussage des Sozialpsychologen Alexander Thomas gehört: „Interkulturelle Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten und einer Entwicklung hin zu synergieträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung“ (*Thomas 2003 b, 143; Abbildung 1*).

Die unter dem Begriff „interkulturelle Kompetenz“ aufgezählten Fähigkeiten und Fertigkeiten unterscheiden sich dabei je nach Anforderungen des jeweiligen Handlungsfelds voneinander. Der Kommunikationswissenschaftler Jürgen

ABBILDUNG 1

### Das Interkulturelle als Schnittmenge



Das Selbst und das Andere begegnen sich auch als Mitglieder bestimmter Kulturen. Will man miteinander in Verbindung treten, gilt es, Gemeinsamkeiten wahrzunehmen. So entsteht das Interkulturelle.

Bolten geht von einem sehr umfassenden Begriff aus und sieht die interkulturelle Kompetenz nicht als einen eigenständigen Kompetenzbereich an, „sondern vielmehr als Fähigkeit, individuelle, soziale, fachliche und strategische Teilkompetenzen in ihrer bestmöglichen Verknüpfung auf interkulturelle Handlungskontexte beziehen zu können“ (*Bolten 2001, 87; vergleiche Abbildung 2*).

Im Rahmen der Ausbildung der Gesundheitsberufe sollen unter dem Begriff der interkulturellen Kompetenz Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden werden, die das Wahrnehmen von potenziellen Konflikten fördern und das Verstehen ihrer Hintergründe im interkulturellen Kontext erleichtern und somit eine ethisch angemessene und bedarfsgerechte Handlungsorientierung ermöglichen. An dieser Stelle soll betont werden, dass für die Anwendungsformen der interkulturellen Kompetenz stets der hier präferierte offene und erweiterte Kulturbegriff als Grundlage dienen soll. Essentialistische Kulturkonzepte und ihre pragmatischen Anwendungsformen in den Einsatzbereichen der interkulturellen Kompetenz sind aus berechtigten Gründen abzulehnen. Hinsichtlich dieser Begriffsbestimmung sollen hier nun Fähig-

keiten und Fertigkeiten wie interkulturelle Kommunikation, Kulturwissen, Vermeidung von Stereotypisierung und kritische Toleranz diskutiert und ihre möglichen Funktionen, Grenzen sowie Beiträge zur Suche nach ethisch angemessener Entscheidung und Haltung im interkulturellen Kontext dargestellt werden.

## 2.1 Interkulturelle Kommunikation

Unter interkultureller Kommunikation werden hier verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikationsformen im Rahmen einer interkulturellen Gesundheitsversorgung verstanden (vergleiche dazu *Riedel 2001; Dreißig 2005; Fischer und Grothe 2007*). Nach Kommunikationswissenschaftler Gerhard Maletzke sprechen wir über interkulturelle Interaktion und Kommunikation, „wenn die Begegnungspartner verschiedenen Kulturen angehören und wenn sich die Partner der Tatsache bewusst sind, dass der jeweils andere ‚anders‘ ist, wenn man sich also wechselseitig als ‚fremd‘ erlebt“ (*Maletzke 1996, 37*). In der Fachliteratur werden zwei Formen, nämlich interkulturelle Kommunikation im engeren Sinne und im weitgefassten Sinne, voneinander unterschieden (*Broszinsky-Schwabe 2011, 36*). Die erste Version beinhaltet alle Verständigungsformen zwischen Personen, die sich als Angehörige unterschiedlicher Kulturkreise verstehen, wobei die weitgefasste Version dieses Begriffs darüber hinaus auch Kommunikationsformen mittels unterschiedlicher Medien wie Film, Fernsehen, Radio, Internet und andere umfasst (*Hinenkamp 1994, 5; Lüsebrink 2005, 8; Broszinsky-Schwabe 2011, 36*).

Sofern in einem interkulturellen Kommunikationsprozess eine Dolmetschertätigkeit erforderlich ist, kommt dem Dolmetscher eine besonders verantwortungsvolle Funktion zu. Schließlich hängt die Qualität der Verständigung von seiner Leistung ab, an die sich diverse Herausforderungen stellen. Zunächst ist diese Tätigkeit mit den bekannten semantischen und linguistischen Schwierigkeiten eines jeden Dolmetschereinsatzes behaftet. Darüber hinaus verlangen die Kommunikationsbarrieren in einem ethischen Konflikt jedoch zusätzlich Sensibilität bei der Vermittlung fremder Überzeugungen und ihrer Begründungen zwischen den Interaktionsparteien sowie eine angemessene Weitergabe moralisch relevanter Begriffe und Inhalte. Deswegen erfordert die Dolmetschertätigkeit im Rahmen eines Konflikts zusätzlich zur notwendigen Sprachkompetenz auch kulturelle Sensibilität und ein nicht geringes Maß an Kulturwissen.

Eine weitere Herausforderung für eine kultursensible Kommunikation besteht auf der nonverbalen Ebene, die eine angemessene und richtige Interpretation von Gesten, Mimik und Körperhaltung des Patienten beinhaltet (*Anderßen 2002; Kumbier und Friedemann 2006; Moosmüller 2009*). Diese können dem Behandlungsteam wichtige Anhaltspunkte bezüglich der Einstellung des Patienten zu bestimmten

Themen und Handlungen liefern (*Bezuidenhout und Borry 2009*). Eine adäquate Sinndeutung und zweckdienliche Integration dieser Botschaften erfordern wiederum eine sensible Einstellung, ausreichendes Wissen über die Bedeutung dieser Haltungen und genügende Erfahrung.

Mittlerweile gibt es eine umfangreiche Literatur und zahlreiche Fortbildungsangebote zu diesen Themenbereichen (*Barkowski 2008; Wegner 2008*). Dort werden die Bedeutungen bestimmter Gesten und mimischer Ausdrücke beschrieben und dazu bestimmte Vorgehensweisen empfohlen. Es muss jedoch betont werden, dass diese Informationen und Tipps nicht unreflektiert eingesetzt werden sollten, sondern stets einer kritischen Überprüfung und Verifizierung durch verbale Kommunikation bedürfen: Gerade in einer Diaspora-Situation sind auch Haltungen, die innerhalb eines Kulturkreises als typisch angesehen werden, im Rahmen der Kommunikation offen für Modifikationen durch die umgebende Kultur. Daher ist ein kritischer Umgang mit den angebotenen Informationen und Empfehlungen ein wesentlicher Bestandteil der interkulturellen Kommunikation.

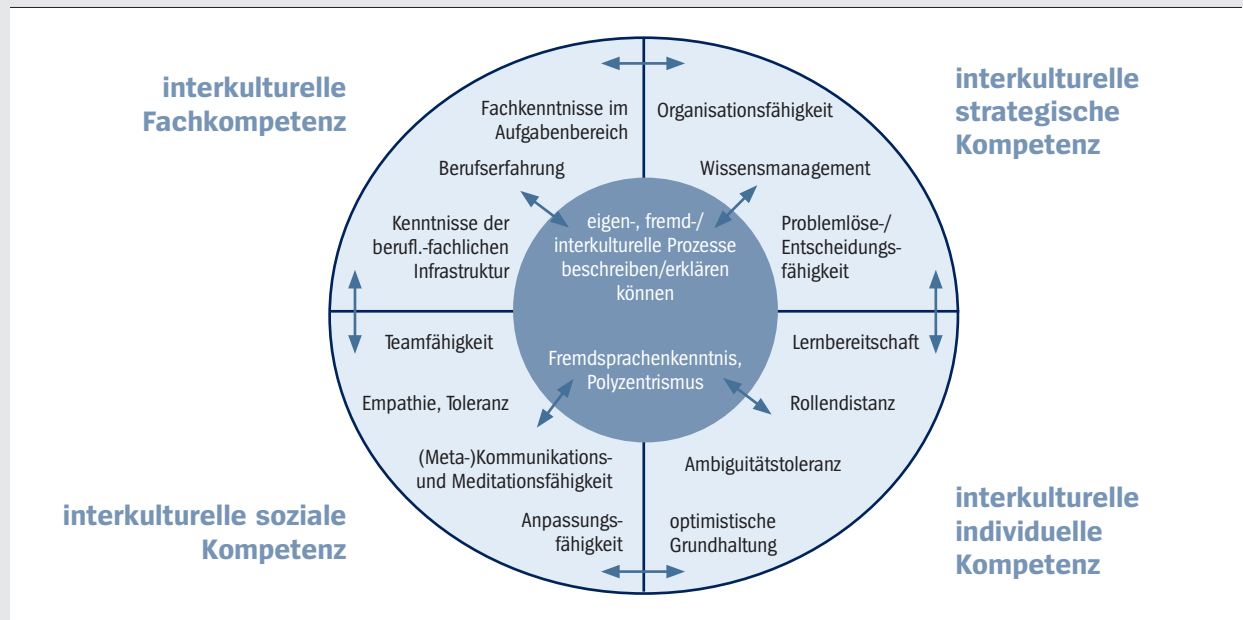
## 2.2 Kulturwissen

Kulturwissen beinhaltet in diesem Zusammenhang Kenntnisse über Praktiken, Haltungen und Einstellungsformen von Menschen aus anderen Kulturkreisen in ihrem Umgang mit Krankheit, Gesundheit und Lebensende. Dieses Wissen können Angehörige der Gesundheitsberufe aus unterschiedlichen Quellen schöpfen. Dazu gehören Broschüren, Bücher, aber auch Wissensportale im Internet ebenso wie Selbstaussagen von Patienten oder ihren Angehörigen über ihre jeweilige kulturelle Praxis sowie individuell gesammelte Erfahrungen im In- und Ausland. Für eine effektive Nutzung dieser Informationen sind jedoch einige Punkte zu beachten.

Sachgerecht aufbereitete Bücher, Broschüren und Wissensportale im Internet informieren den Leser nicht nur über kulturspezifische Haltungen, sondern auch über Hintergründe dieser Entscheidungen und Handlungen. In diesem Zusammenhang ist das Wissensportal „Kultur und Gesundheit“ – [www.kultur-gesundheit.de](http://www.kultur-gesundheit.de) – zu erwähnen. Das Portal wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts aufbereitet und ist seit September 2007 online. Alle diese Informationen unterstützen dabei ein besseres Verstehen solcher Entscheidungen und Haltungen in interkulturellen Begegnungen und ermöglichen den in Gesundheitsberufen tätigen Menschen eine Orientierung im medizinischen Alltag. Für ein besseres Verstehen eines interkulturellen Konflikts können auch die individuellen Erfahrungen des Behandlungsteams – falls ausreichend vorhanden – hilfreich sein. Es ist in der medizinischen Praxis nicht selten, dass allein der fremdartige Charakter eines Konflikts für das Behandlungsteam eine wesentliche

## ABBILDUNG 2

## Interkulturelle Kompetenz als Zusammenwirken verschiedener Kompetenzen



Interkulturelle Kompetenz ist laut Bolten „das erfolgreiche ganzheitliche Zusammenspiel von individuellem, sozialem, fachlichem und strategischem Handeln in interkulturellen Kontexten“. Dazu gehören auch Sprachkenntnisse, Ausdrucksfähigkeit und Offenheit für fremde Kulturen (= Polyzentrismus).

Quelle: Bolten 2001; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

Herausforderung darstellt. Unter den Informationsquellen kommt den Eigenangaben des betroffenen Patienten und/oder seiner Angehörigen eine besondere Bedeutung zu, die hier hervorgehoben werden sollte. Eine solche Mitteilung hat nicht nur informativen Charakter, sondern erlaubt auch die Eruiierung individueller Überzeugungen und Stellenwertzuschreibungen des Betroffenen. Deswegen müssen solche Auskünfte bei ihrer Bewertung und Integration in den Entscheidungsprozess einen höheren Stellenwert erhalten als das durch Erfahrung und Informationsbroschüren erlangte Wissen.

Bei der Umsetzung solcher Kulturinformationen ist jedoch aus den genannten Gründen Vorsicht geboten, da eine unmittelbare Anwendung der erworbenen Kenntnisse – wie schon dargestellt – mit einer Reihe von Hindernissen behaftet sein kann. Deswegen sollten zunächst Bedeutung und Stellenwert dieser Auskünfte kontextbezogen konkretisiert und überprüft werden. Nur dadurch können sie angemessen in ethisch rechtfertigbarer Weise in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Es darf nicht vergessen werden, dass jede einzelne Entscheidung und Handlung in den Gesundheitsberufen zugleich situativ ist (Paul 2006, 137 ff.).

## 2.3 Vermeidung von Stereotypisierung

In den Sozialwissenschaften geht die Geschichte des Begriffs Stereotyp bis in die 20er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts zurück (vergleiche dazu Petersen und Six-Materna 2006, 430–436). Nach Walter Lippmann, der diesen Ausdruck eingeführt hat, helfen Stereotype dem Individuum, seine Lebenswelt aufzuarbeiten und zu bewältigen, indem sie komplexe Wahrnehmungen und Vorstellungen kategorisieren und standardisieren (Lippmann 1922, 81 ff.). Deswegen betrachtet man Stereotypisierung als eine pragmatische Kategorisierungs- und Orientierungshilfe für das Individuum, das in einer Welt unendlicher Reizvielfalt lebt (Jonas und Mast 2007, 69 ff.). Allerdings beinhaltet dieser Begriff zwei Eigenschaften unterschiedlichen Charakters: Einerseits ermöglicht er eine notwendige und hilfreiche mentale Kategorisierung, andererseits verursacht er ungerechtfertigte Generalisierung anhand von Informationen anderer oder aufgrund unzureichender Eigenerfahrungen (Heringer 2004, 199 ff.). Für die Entstehung von Stereotypen wurden in den Sozialwissenschaften unterschiedliche Prozesse verantwortlich gemacht. Dazu gehören Intergruppenbeziehungen, Schichtzugehörigkeit, Bezugsgruppen und Sozialisationsformen

(Jonas und Mast 2007, 70 ff.). Hans Jürgen Heringer betont die Notwendigkeit des Stereotyps für die Erlangung jeglicher Erkenntnis und spricht von vier Verfahren beim Entstehen eines Stereotyps, nämlich Kategorisierung, Selektion, Generalisierung und Stereotypisierung (Heringer 2004, 200 ff.). Die Aktivierung eines Stereotyps im sozialen Leben geschieht oft spontan und unbewusst. Auch wenn Stereotype und Vorurteile im medizinischen Alltag eine soziale Realität sind, so gibt es gute Gründe und wirksame Methoden, die Stereotype im Berufsalltag zu entschärfen (Jonas und Mast 2007, 75 f.).

Kulturelle Praxis und Wertvorstellungen eines Kulturkreises sind in einer globalen Welt häufig von einem Grad an Heterogenität gekennzeichnet, der auch im Rahmen der Gesundheitsversorgung in vieler Hinsicht feststellbar ist (Giger 2006; Volker 2005). Von daher darf die Kulturzugehörigkeit einer Person nicht dazu führen, dass sie von vornherein mit bestimmten Verhaltensmustern und Wertvorstellungen identifiziert wird (Kreß 2004). Die Verknüpfung dieser Realität kann im medizinischen Alltag Pauschalisierungen und somit auch eine ungerechtfertigte Routinebehandlung von Menschen eines Kulturkreises veranlassen. Dagegen soll die Vermeidung von Stereotypisierung dazu führen, dass innerhalb eines Kulturkreises vorhandene Differenzen nicht als unwesentlich bewertet werden und somit auch die mit kulturellen Wertvorstellungen verbundenen Handlungsunterschiede besser und gerechter in der medizinischen Praxis aufgehoben sind.

## 2.4 Kritische Toleranz

Die Geschichte des Toleranz-Begriffs lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen, mit zahlreichen Diskursen zu Themenbereichen wie Religionsfreiheit, Meinungsfreiheit und Menschenrechten (vergleiche zur Begriffsgeschichte der Toleranz Schlüter und Grötter 1998, 1251 ff.; Forst 2006, 530 ff.). Aufgrund globaler Entwicklungen und starker Migrationsbewegungen ist der Toleranzbegriff in den vergangenen Jahren in politisch-gesellschaftlichen Debatten und in der Fachwelt von besonderer Aktualität (Rorty 1988; Höffe 2000; Ricoeur 2000; Nussbaum 2000; Sen 2007). Unter Toleranz versteht man „das Dulden von Überzeugungen, Handlungen oder Praktiken, die einerseits negativ bewertet, andererseits aber nicht vollkommen abgelehnt beziehungsweise eingeschränkt abgelehnt werden“ (Forst 2006, 529). Der Philosoph Rainer Forst unterstreicht drei wichtige Komponenten des Toleranzbegriffs. Einerseits setzt dieser Begriff voraus, dass die Praktiken oder Überzeugungen des Anderen als falsch oder schlecht beurteilt werden (Ablehnungs-Komponente), andererseits werden sie trotz dieser negativen Beurteilung akzeptiert (Akzeptanz-Komponente). Die dritte Komponente markiert wiederum die Grenze der Toleranz und konkretisiert die Gründe für eine Ablehnung (Zurückweisungs-Komponente) (Forst 2006, 529 ff.). Das unverkennbare Paradox

der Toleranz, nämlich die Akzeptanz einer abgelehnten Position oder Haltung, wurde wiederholt in Fachdiskussionen hervorgehoben, was einige Philosophen zu einem expliziten Plädoyer für das Nicht-Tolerieren der Intoleranz veranlasst hat (Hare 1964, 157 ff.).

Durch Anerkennung und Toleranz werden für Entscheidungen und Handlungen von Patienten aus einem anderen Kulturkreis Räume geschaffen, in denen die jeweilige Person sich entfalten kann. Die anerkennende und tolerante Einstellung gründet sich hierbei in erster Linie auf die Würde und Freiheit des Menschen; auf der gesellschaftlichen Ebene treten dagegen die Gleichberechtigung der Kulturen und damit verbundene Implikationen in den Vordergrund (Stenger 2006; Ilkilić 2016). Danach ist jede Kultur gleichwertig, keine ist wertvoller als die andere, und die zu den kulturellen Prägungen gehörenden lebensweltlichen Handlungsmuster lassen sich aus der Perspektive einer anderen Kultur nicht objektiv bewerten (Braun et al. 2000, 6).

Eine tolerante Einstellung bei Entscheidungen und Handlungen seitens der Gesundheitsberufe kann eine konstruktive professionelle Öffnung gegenüber fremdartig anmutenden Entscheidungen und Haltungen fördern und eine bessere Berücksichtigung der Präferenzen und Entscheidungen von Menschen aus anderen Kulturkreisen in der interkulturellen Gesundheitsversorgung unterstützen. In einem interkulturellen Setting medizinischer Praxis müssen jedoch Ausmaß und Grenzen dieser Toleranz präzisiert werden. Eine deutliche Grenze stellt dabei die Gefahr einer Verletzung der Menschenrechte dar (Baker 1998; Tröhler und Reiter-Theil 1997, 312 ff.; Bielefeldt 1998; Mall 1999; Klein 2004; Kruip 2006; Kruip und Vögele 2006). Vor allem die kulturell bedingten Wünsche der Patientenangehörigen oder der sorgeberechtigten Eltern dürfen nicht so weit gehen, dass dadurch elementare Menschenrechte verletzt werden.

## 3 Fazit

Interkulturelle Behandlungssituationen, die in ihrer Komplexität von einem nicht unerheblichen Konfliktpotenzial gekennzeichnet sind, erfordern zusätzliche Kompetenzen bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe. Interkulturelle Kommunikation, Kulturwissen, Vermeidung von Stereotypisierung und Toleranz wurden oben unter dem Begriff der interkulturellen Kompetenz als elementare Fähigkeiten und Fertigkeiten dargestellt. Auch wenn interkulturelle Kompetenz nicht die Lösung aller Probleme und Konflikte erreichen kann, so erscheint sie doch unverzichtbar für eine interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem. Deswegen sollte ihre Vermittlung ein fester Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen sein.

## Literatur

- Andersen PA, Hecht ML, Hoobler GD, Smallwood M (2002):** Non-verbal Communication Across Cultures. In: Gudykunst WB, Mody B (Hrsg.): Handbook of International and Intercultural Communication. Thousand Oaks: Sage Publications, 89–106
- Baker R (1998):** Transcultural Medical Ethics and Human Rights. In: Tröhler U, Reiter-Theil S, Herych E: Ethics Codes in Medicine: Foundations and Achievements of Codification since 1947. Ahnts, Vermont: Ashgate, 312–331
- Barkowski M (2008):** Mein Blut tut weh. Interkulturelle Implikationen beim Dolmetschen im Krankenhaus. In: MDÜ Fachzeitschrift für Dolmetscher und Übersetzer, Jg. 54, Heft 2, 41–43
- Bertelsmann Stiftung, Fondazione Cariplo (2006):** Interkulturelle Kompetenz – Die Schlüsselkompetenz im 21. Jahrhundert? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Bezuidenhout L, Borry P (2009):** Examining the Role of Informal Interpretation in Medical Interviews. In: Journal of Medical Ethics, Vol. 35, No. 3, 159–162
- Bielefeldt H (1998):** Philosophie der Menschenrechte. Grundlagen eines weltweiten Freiheitsethos. Darmstadt: Primus Verlag
- Bolten J (2001):** Interkulturelle Kompetenz. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung
- Braun GE (2004):** Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen: Strategien, Maßnahmen, Erfahrungen. Neuwied: Luchterhand
- Braun KL, Pietsch JH, Blanchette PL (2000):** An Introduction to Culture and its Influence on End-of-Life Decision Making. In: Braun KL, Pietsch JH, Blanchette PL (Hrsg.): Cultural Issues in End-of-Life Decision Making. Thousand Oaks: Sage Publications, 1–9
- Broszinsky-Schwabe E (2011):** Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse – Verständigung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Dreißig V (2005):** Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: Transcript
- Fischer C, Grothe J (2007):** Interkulturelle Kommunikation in der Gesundheitsversorgung: Konturen eines Praxis- und Forschungsfeldes. In: Handlung, Kultur, Interpretation, Jg. 16, Heft 2, 219–263
- Forst R (2006):** Toleranz. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): Handbuch Ethik. Stuttgart: J. B. Metzler, 529–534
- Fox RC (2005):** Cultural Competence and the Culture of Medicine. In: New England Journal of Medicine, Vol. 353, No. 13, 1316–1319
- Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P (2006):** Multi-Cultural and Multi-Ethnic Considerations and Advanced Directives: Developing Cultural Competency. In: Journal of Cultural Diversity, Vol. 13, No. 1, 3–9
- Hare R M (1964):** Freedom and Reason. Oxford: Clarendon Press
- Heringer HJ (2004):** Interkulturelle Kommunikation. Tübingen: A. Francke Verlag
- Hinnenkamp V (1994):** Interkulturelle Kommunikation. Heidelberg: Julius Groos Verlag
- Höffe O (2000):** Toleranz: Zur politischen Legitimation der Moderne. In: Forst R (Hrsg.): Toleranz. Philosophische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis einer umstrittenen Tugend. Frankfurt a. Main: Campus Verlag, 60–76
- Hyun I (2008):** Clinical Cultural Competence and the Threat of Ethical Relativism. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, Vol. 17, No. 2, 154–163
- Ilklic I (2005):** Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition. Medizinethische Materialien, Heft 152, 3. Auflage. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik
- Ilklic I (2006):** Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Medizinethische Materialien, Heft 160, 6. Auflage. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik
- Ilklic I (2016):** Menschenwürde und ethische Bewertung von Entscheidungen am Lebensende am Beispiel innerislamischer Positionen. Zeitschrift für Evangelische Ethik, Jg. 60, Heft 2, 88–101
- Jonas K, Mast MS (2007):** Stereotyp und Vorurteil. In: Straub J, Weidemann A, Weidemann D (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Stuttgart: J. B. Metzler, 69–76
- Klein E, Menke C (Hrsg.) (2004):** Menschenrechte und Bioethik. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag
- Knipper M, Akinci A (2005):** Wahlfach „Migrantenmedizin“ – Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Jg. 22, Heft 4, 1–5
- Kreß H (2004):** Selbstbestimmung am Lebensende. In: Ethik in der Medizin, Jg. 16, Heft 3, 291–297
- Kruip G (2006):** Impliziert die Anerkennung des Anderen die Billigung unmoralischer Handlungen? In: Kruip G, Vögele W (Hrsg.): Schatten der Differenz. Das Paradigma der Anerkennung und die Realität gesellschaftlicher Konflikte. Münster: Lit Verlag, 303–321
- Kruip G, Vögele W (Hrsg.) (2006):** Schatten der Differenz. Das Paradigma der Anerkennung und die Realität gesellschaftlicher Konflikte. Münster: Lit Verlag
- Kumbier DS, v. Thun F (2006):** Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Hamburg: Rowohlt
- Lippmann W (1922):** Public Opinion. London: G. Allen & Unwin
- Lüsebrink HJ (2005):** Interkulturelle Kommunikation. Interaktion – Fremdwahrnehmung – Kulturtransfer. Stuttgart: J. B. Metzler
- Maletzke G (1996):** Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Mall RA (1999):** Interkulturelle Philosophie und die Diskussion um die Menschenrechte. In: Cesana A (Hrsg.): Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität, 119–143
- Moosmüller A (2009):** Interkulturelle Kommunikation: quo vadis? In: Otten M, Scheitza A, Cnyrim A (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz im Wandel. Berlin: Iko-Verlag, 41–56
- Nussbaum MC (2000):** Toleranz, Mitleid und Gnade. In: Forst R (Hrsg.): Toleranz. Philosophische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis einer umstrittenen Tugend. Frankfurt a. Main: Campus Verlag, 144–161

**Paul NW (2006):** Gesundheit und Krankheit. In: Schulz S, Steigleder K, Heiner Fangerau H, Paul NW (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 131–142

**Petersen LE, Six-Materna I (2006):** Stereotype. In: Bierhoff HW, Frey D (Hrsg.): Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen: Hogrefe

**Ricœur P (2000):** Toleranz, Intoleranz und das Nicht-Tolerierbare. In: Forst R (Hrsg.): Toleranz. Philosophische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis einer umstrittenen Tugend. Frankfurt a. Main: Campus Verlag, 26–44

**Riedel S (2001):** „Auch für Sie muss alles verstanden sein“: grenz(en)überschreitende Arzt-Patient-Kommunikation, Fallstudien zur interkulturellen Kommunikation Deutschland–Dänemark. Flensburger Papiere zur Mehrsprachigkeit und Kulturrevielfalt im Unterricht, Nr. 27

**Rorty R (1988):** Solidarität oder Objektivität. Stuttgart: Reclam

**Schlingensiepen I (2004):** Türkische Patienten wüssten gerne mehr über das Gesundheitssystem. Ärzte Zeitung, Nr. 173 vom 27.9.2004, 3

**Schlüter G, Grötter R (1998):** Toleranz. In: Ritter J, Gründer K (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 10. Basel: Schwabe, 1251–1262

**Sen AK (2007):** Die Identitätsfalle: Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt. München: C. H. Beck

**Statistisches Bundesamt (2017):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

**Stenger G (2006):** Philosophie der Interkulturalität. Erfahrung und Welten. Eine phänomenologische Studie. Freiburg: Verlag Karl Alber

**Straub J (2007):** Kompetenz. In: Straub J, Weidemann A, Weidemann D (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Stuttgart: J. B. Metzler, 35–46

**Thomas A (2003 a):** Interkulturelle Wahrnehmung, Kommunikation und Kooperation. In: Thomas A, Kammhuber S, Schroll-Machel S (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder, Kulturen und interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 94–116

**Thomas A (2003 b):** Interkulturelle Kompetenz – Grundlagen, Probleme und Konzepte. Erwägen – Wissen – Ethik, Jg. 14, Heft 1, 137–221

**Tröhler U, Reiter-Theil S (Hrsg.) (1997):** Ethik und Medizin 1947–1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Göttingen: Wallstein

**Volker DL (2005):** Control and End-of-Life Care: Does Ethnicity Matter? In: The American journal of hospice & palliative care, Vol. 22, No. 6, 442–446

**Wegner W (2008):** Interkulturelle Problematik des Arzt-Patienten-Gesprächs: Die beste Lösung ist die Schulung der eigenen Kommunikationsfähigkeiten. In: Klinikarzt, Jg. 37, Heft 1, 34–37

**Westermilies I (2004):** Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten: Medizinisch-ethische Aspekte. Münster: Lit Verlag

Diese Arbeit ist unter anderem während der Forschungstätigkeiten im Rahmen der Mercator-Fellowship im Graduiertenkolleg „Life Sciences – Life Writing“ an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz entstanden.

## DER AUTOR



**Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. İlhan İlkilic M.A.,**

Jahrgang 1967, studierte in Istanbul Humanmedizin sowie anschließend Philosophie, Islamwissenschaften und Orientalische Philologie in Bochum und Tübingen. Er war Gastwissenschaftler an der Georgetown University und an der Duke University und lehrte als Gastprofessor an der Universität Frankfurt. 2012 wurde er in den Deutschen Ethikrat berufen, seit 2016 ist er Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Er ist derzeit Direktor des Instituts für Gesundheitswissenschaften und Direktor des Lehrstuhls für Medizingeschichte und Ethik der Medizinischen Fakultät der Universität Istanbul.