

0 EINLEITUNG

Interkulturelle Beziehungen – wirtschaftlicher, politischer und sozialer Art – haben im Zeitalter der Globalisierung vermehrt an Bedeutung gewonnen. Besonders tragen dazu die Zunahme und Beschleunigung internationaler Migrationsbewegungen und eine erhöhte Mobilität bei. Auch in und aus Deutschland sind hohe Wanderungsbewegungen zu verzeichnen: Gebürtige Deutsche verlassen ihr Heimatland und wandern in andere Länder aus; und umgekehrt wandern Menschen aus anderen Staaten nach Deutschland ein (Wanderungssaldo 2002: +219.288¹). Deutsche Institutionen werden dadurch vermehrt von Klienten mit ‚fremden‘ kulturellen Hintergründen aufgesucht – so auch die Institution Krankenhaus.

Vor diesem Hintergrund stellt sich heute stärker denn je die Frage, wie interkulturelle Beziehungen am besten zu gestalten seien. Immer wieder ist zu hören, dass gerade die Beziehungen zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturen zu den besonders gefährdeten gehören, und dass die Kommunikation miteinander spezifische Schwierigkeiten berge. In Bezug auf die Institution Krankenhaus scheint eine besondere Notwendigkeit zu bestehen, sich dieses Themas anzunehmen: Zugewanderte Patienten fühlen sich im Vergleich mit deutschen Patienten häufiger gesundheitlich eingeschränkt als diese; zugleich ist ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung schlechter als der der Allgemeinbevölkerung (z.B. Razum, Geiger et al. 2004: A2882). Zudem sind sie insgesamt unzufriedener mit psychosozialer Betreuung und medizinischer Aufklärung im Krankenhaus als deutsche Patienten (z.B. Borde 2002: 294). Dabei spielen, wie Razum, Geiger et al. (2004) annehmen, Kommunikationsprobleme eine große Rolle.

Zu den Zielen dieser Arbeit gehörte es, herauszufinden, ob interkulturelle Beziehungen tatsächlich zu den besonders schwierigen und gefährdeten zu zählen sind – und wenn ja, woraus die besonderen Gefährdungen interkultureller Kommunikation bestehen. Zunächst einmal soll jedoch schlicht danach gefragt werden, wie, d.h. entlang welcher Regeln und Muster, die Akteure im Krankenhaus – Pflegende und Ärzte auf der einen, zugewanderte Patienten auf der anderen Seite – überhaupt miteinander kommunizieren. Im Zentrum des Forschungsinteresses steht dabei die Frage, welche Rolle die Kultur dabei spielt. Schon aus dem Wort ‚interkulturelle Kommunikation‘ lässt sich ja im Grunde eine Position ableiten: Dass nämlich die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe von Menschen für kommunikative Missverständnisse oder

1 Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2004: 8.

Schwierigkeiten verantwortlich seien. Aber ist dem wirklich so? Und welche anderen Faktoren könnten darüber hinaus eine Rolle spielen?

Meine persönliche Motivation, mich des Themas anzunehmen, speiste sich aus Neugierde auf das ‚Feld‘ Krankenhaus (in Zusammenhang mit interkulturellen Fragestellungen). Am Krankenhaus reizte mich besonders die Tatsache, dass es in der Gesundheitsversorgung um existenzielle Themen geht und die Menschen hohen Belastungen ausgesetzt sind. Im Gegensatz zu anderen Orten, an denen interkulturell kommuniziert wird – einem Fußballverein, einem Lebensmittelladen oder dem Arbeitsamt – ist das Krankenhaus ein Ort, in dem sich Konflikte ballen, existentielle Krisen ausgefochten werden. Menschen sind bedroht von teils schwerer Krankheit, Tod, Verlust eines geliebten Menschen, und tragen entsprechende Ängste mit sich herum. In solchen Zusammenhängen treten interkulturelle Problematiken schärfer hervor, und dies macht die Thematik in meinen Augen zwar schwierig und prekär, aber gleichzeitig auch so besonders spannend und lohnenswert.

Als Ethnologin und (interkulturelle) Pädagogin liegen mir insbesondere Zugänge nahe, in denen die Kultur eine große Rolle spielt: Interkulturelle Pädagogik, Migrationsforschung, Ethnologie und Kulturwissenschaften. Diese Ansätze sind in dieser Arbeit besonders stark vertreten. Um auch dem medizinischen Feld gerecht zu werden und die Untersuchung interdisziplinär zu gestalten, habe ich mich bemüht, auch Ansätze aus der Medizinsoziologie, der Krankenhausforschung, den Pflegewissenschaften und dem Forschungsgebiet ‚Public Health‘ soweit wie möglich zu berücksichtigen.

Methodisch bin ich ethnologischen sowie allgemein sozialwissenschaftlichen Zugängen verbunden. Zentral ist für diese Arbeit die, originär ethnologische, Methode der teilnehmenden Beobachtung, welche sich zur Erforschung der Interaktion zwischen den einzelnen Akteuren besonders eignet; außerdem führte ich qualitative Interviews durch, um mehr über die Hintergründe kommunikativen Handelns der Akteure zu erfahren. Genauere Informationen zum methodischen Vorgehen sind dem Methodenteil (Kapitel 2) zu entnehmen.

Bei der Konzeption des Forschungsprojektes wurde qualitativen Methoden der Vorzug vor quantitativen Zugängen eingeräumt. Die Erforschung von Kommunikation und Interaktion² – und damit ist nicht die Untersuchung dessen gemeint, was *über* Kommunikation gedacht oder gesagt wird, sondern *wie* de facto kommuniziert wird – ist mit quantitativen Methoden schwer zu bewerkstelligen. Das liegt daran, dass für das kommunikative Handeln zwei Größen von immenser Wichtigkeit sind, die schwer mess-, geschweige denn quantifizierbar sind. Es sind dies der soziale Sinn kommunikativen Handelns sowie ihr Kontext bzw. die Situation, in der etwas geschieht. Im Gegensatz zu quantitativen Ansätzen haben qualitative Forschungszugänge den Vorteil, Sinn und Kontext mit zu erfassen. Da beide Größen jedoch im Auge des

2 Zur Unterscheidung von „Interaktion“ und „Kommunikation“, siehe die Terminologie S. 5ff.

Betrachters liegen, hat dies zur Folge, dass die Forscherin oder der Forscher damit auch ihre bzw. seine Subjektivität mit einbringt, was von naturwissenschaftlich orientierter Seite häufig kritisiert wird. Gegen den Einwand, ‚Subjektivität‘ sei in der Wissenschaft nicht tragbar, führt Lamnek (1995) zu Recht an, dass auch die angebliche ‚Objektivität‘ quantitativer bzw. naturwissenschaftlich ausgerichteter Sozialforschung so nicht bestehe, da „die Hypothesen bereits vorab formuliert werden und damit die Vorurteile des Forschers in die Konzeption des Gegenstandsbereichs einfließen, bevor dieser sich in seiner Eigenart entfalten kann“ (1995,1: 9-19).³

Beide Ansätze unterscheidet zudem der Umgang mit Hypothesen. In der naturwissenschaftlich orientierten Forschung werden diese vor Beginn der Forschung aufgestellt und anschließend überprüft; in den qualitativen Sozialwissenschaften dagegen werden Hypothesen nach und nach, im Laufe des Forschungsprozesses gebildet, um sich am Ende zu einer Theorie zu verdichten. Dies war auch in der vorliegenden Arbeit der Fall; das heißt, die Hypothesen entwickelten und veränderten sich beständig.

So begann ich das Dissertationsprojekt nach der Lektüre einschlägiger Studien mit der Annahme, zugewanderte Patienten würden eine Gruppe darstellen, mit der Klinikmitarbeiter auf eine ganz besondere Art und Weise kommunizieren. Dabei würden unterschiedliche ‚krankheitsgebundene Konzepte‘ eine große Rolle spielen. Schon nach kurzer Zeit der Beobachtung im Krankenhaus wurde mir jedoch klar, dass zugewanderte Patienten vom Personal – entsprechend besonderer, typischer Muster – zunächst einmal *als Patienten* behandelt werden. Erst in zweiter Linie werden zugewanderte Patienten *als Einwanderer* behandelt. Insofern ist der institutionelle Kontext – die Art und Weise, wie Klinikpersonal und Patienten generell miteinander umgehen – von sehr großer Bedeutung für die Interaktion auch zwischen zugewanderten Patienten und Krankenhauspersonal. Dem wurde Rechnung getragen, indem zunächst ein Modell der im Krankenhaus *allgemein* üblichen Interaktion entworfen wird (Kapitel 3.3), bevor darauf aufbauend in Kapitel 3.4 auf jene Spezifika eingegangen wird, die für die Interaktion des Personals mit *zugewanderten* Patienten typisch sind. Analog dazu wird im Theorieteil nicht nur auf die Themen ‚Kultur‘, interkulturelle Kommunikation, Einwanderer und das Forschungsgebiet ‚Migration und Gesundheit‘ eingegangen (1.1 bis 1.4), sondern auch auf theoretische Konzepte einer allgemeinen Arzt-Patienten- bzw. Pflegenden-Patienten-Interaktion (siehe 1.5). Weiterhin fiel mir im Laufe des Forschungsprozesses auf, dass auch strukturelle und gesellschaftliche Einflüsse eine große Rolle spielen. Diesen wurde in Kapitel 3.5 Rechnung getragen.

3 Vgl. auch den Ratgeber „So lügt man mit Statistik“ (Krämer 1991).

Zur Kapitelaufteilung

In *Kapitel 1* werden der Forschungsstand in einzelnen relevanten Bereichen und aus verschiedenen Perspektiven referiert sowie zentrale theoretische Konzepte und Begriffe geklärt. Dabei stellen die ersten beiden Abschnitte, in denen es um den in dieser Arbeit verwendeten Kulturbegriff und Theorien interkultureller Kommunikation geht, gewissermaßen die Ausgangsbasis dar, von der aus die Thematik betrachtet wird. Sie dienen der eigenen Standortbestimmung. Unter 1.2 wird das zentrale theoretische Modell erläutert, welches auf diese Arbeit angewandt wird. Die Kapitel 1.3 bis 1.6 dienen dazu, andere wichtige Themengebiete, die in der Arbeit berührt werden (‘Migration und Gesundheit‘, Situation von Einwanderern und Krankenhausforschung), theoretisch zu untermauern.

In *Kapitel 2* wird ausführlich zur methodischen Vorgehensweise dieser Arbeit Stellung genommen.

Im Hauptteil der Arbeit – *Kapitel 3* – werden die empirischen Ergebnisse der Untersuchung detailliert dargelegt. Einführend wird anhand eines Fallbeispiels auf grundsätzliche Fragen eingegangen (3.1) und die zentralen Hypothesen und den Forschungsansatz dieser Arbeit (3.2) hingeführt. Abschnitt 3.3 enthält empirische Ergebnisse zur allgemeinen Interaktion zwischen Patienten und Krankenhauspersonal. Dazu gehören die Darstellung des zentralen Erwartungs- und Interessenkonflikts, der zwischen Klinikmitarbeitern und Patienten besteht und von mir als solcher ausgemacht wurde, sowie der Art und Weise, wie die eine ‚Partei‘ durch die jeweils andere aus der Perspektive unterschiedlicher Interessen wahrgenommen wird. Außerdem werden weitere typische Interaktionsmuster und Strategien beschrieben, die von beiden Seiten angewendet werden, um bestimmte, rollenspezifische Interessen durchzusetzen.

Der eigentliche Kern der Arbeit besteht aus Abschnitt 3.4, in dem anhand des unter 1.2 erläuterten theoretischen Modells mehrere Einflussfaktoren auf die Interaktion zwischen zugewanderten Patienten und Klinikmitarbeitern benannt werden. Dazu gehören sprachliche Verständigung, unterschiedliche Machtverhältnisse, kulturelle Differenzen sowie Zuschreibungen bestimmter Kulturmuster. Damit verknüpft werden die Rollen anderer Akteure im Krankenhaus beschrieben: die der Angehörigen zugewanderter Patienten sowie die von Mitpatienten und externen Dolmetschern. Gesondert wird auch auf die Rolle von Klinikmitarbeitern mit Migrationshintergrund eingegangen.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen werden in Abschnitt 3.5 diskutiert. Dabei ist die Frage leitend, welche allgemeingesellschaftlichen Tendenzen und Probleme die Institution Krankenhaus durchdringen und wie damit die Interaktion der Akteure miteinander beeinflusst wird. Drei zentrale Rahmenbedingungen konnten ausgemacht werden: Die gegenwärtig stark dominierenden Sparmaßnahmen und der daraus entstehende Zeitdruck auf das Klinikpersonal; bestimmte soziale Probleme und auch Ressourcen, die von Patienten aus ihrem Leben ins Krankenhaus ‚hineingetragen‘ werden; sowie die zunehmen-

de Tendenz zur Multikulturalisierung der Gesellschaft, welche im Krankenhaus u.a. sichtbar wird durch die Einstellung bikultureller Mitarbeiter und die vermehrten interkulturellen Kontakte. Wie sich die Krankenhauswirklichkeit dadurch verändert, wird im letzten Abschnitt von 3.5 dargestellt.

In *Kapitel 4* werden die theoretischen und besonders empirischen Ergebnisse zusammengeführt und diskutiert. Darauf aufbauend werden Empfehlungen für die Verbesserung der Kommunikation mit zugewanderten Patienten ausgesprochen (siehe *Kapitel 5*).

Zur Terminologie

Der Begriff „Ausländer“ ist ein rechtlicher Terminus. Er bezeichnet Menschen, die nicht Deutsche im Sinne des Grundgesetzes sind und weicht in Teilen vom landläufigen Begriff der „Migranten“ ab. So werden eingebürgerte Deutsche und Spätaussiedler zwar oft als „Migranten“ aufgefasst, da sie in ihrem Leben über größere Distanzen migriert sind, jedoch aufgrund ihrer deutschen Staatsangehörigkeit nicht als „Ausländer“.⁴ Ich bevorzuge die Begriffe „*Einwanderer*“ und „*Immigranten*“, da diese sich nicht am rechtlichen, sondern am Migrationsstatus orientieren. Gleichzeitig vermitteln sie nicht den Eindruck, die Person sei gerade in der Migration begriffen (wie es die Vokabel „Migrant/in“ glauben machen könnte). Vielmehr können beide Termini mit einem dauerhaften Aufenthalt, wie er für die meisten „Ausländer“ in Deutschland typisch ist,⁵ assoziiert werden. Den Begriff „Ausländer“ benutze ich nur in Fällen, in denen die Rede ist von der rechtlichen Situation, in Zusammenhang mit Statistiken. Als Adjektiv wird von mir die Vokabel „*zugewandert*“ verwendet.

Der Begriff „Mitarbeiter mit Migrationshintergrund“ erscheint mir zwar treffend, jedoch etwas sperrig. Ich bevorzuge den Ausdruck „*bikulturelle Mitarbeiter*“, da dieser die Idee vermittelt, dass die gemeinte Person über verschiedene kulturelle Hintergründe verfügt, auf die sie je nach Bedarf zurückgreifen kann. Als Gegensatz dazu verwende ich jedoch nicht den Terminus „*monokulturelle Mitarbeiter*“, sondern die griffigere Vokabel „*deutsche Mitarbeiter*“ – obwohl die Definition des „Deutschen“, ebenso wie die des „Eingewanderten“, einige Schwierigkeiten aufwirft (vgl. Heckmann 1992: 39ff.). Ebenfalls aus Gründen der Einfachheit wird neben dem Ausdruck „*türkisch-/italienisch-/...stämmige Patienten*“ teilweise auch einfach von „*türkischen/italienischen/ ... Patienten*“ gesprochen, obwohl viele der gemeinten Personen nach jahrelangem Verbleib in Deutschland sicher nicht mehr über eine rein „türkische“, „italienische“ etc., sondern eine gemischte Identität verfügen mögen.

4 Migrationsbericht der Integrationsbeauftragten 2004: 85.

5 Ca. 60 Prozent aller Ausländer wohnen seit über 10 Jahren in Deutschland, ca. 80 Prozent seit mehr als 4 Jahren (Statistisches Bundesamt 2004).

Zum Unterschied zwischen den Begriffen „interkulturell“ und „multikulturell“ heißt es bei Rey-von Allmen (1991): „Multikulturell [...] [eignet sich] für eine Zustandsbeschreibung für Situationen. [...] Im Unterschied dazu gibt interkulturell eine Dynamik, einen Prozess wieder. Der Terminus selbst bestätigt ausdrücklich das Vorhandensein von Interaktionen und Interdependenzen“ (zitiert bei Hinz-Rommel 1994: 32). Um diese Interaktionen und Interdependenzen auszudrücken, verwende ich in der vorliegenden Arbeit das Wort „interkulturell“.

Die Termini „Kommunikation“ und „Interaktion“ unterscheiden sich graduell voneinander, obwohl sie von manchen Autoren auch austauschbar verwendet werden. Unter „Kommunikation“ ist der Prozess der Informationsübertragung sowie der intersubjektiven Verständigung zu verstehen. Darunter fällt auch der „Austausch von Erfahrungen, Wissen, Gedanken, Meinungen und Gefühlen durch Zeichensysteme“ verbaler, para-verbaler und non-verbaler Art (Fuchs/Klima 1978: 179). Der Begriff der *Interaktion* ist etwas weiter zu fassen. Er bezeichnet „die durch Kommunikation vermittelten wechselseitigen Beziehungen zwischen Personen und Gruppen und die daraus resultierende wechselseitige Beeinflussung der Einstellungen, Erwartungen und Handlungen“ (= handlungstheoretischer Interaktionsbegriff) (Peuckert 2001: 155). Damit ist auch die Fähigkeit gemeint, „die Erwartungen und möglichen Reaktionen des anderen zu antizipieren und bei der Steuerung des eigenen Handelns zu berücksichtigen“ (ebd.). Dies setzt übergreifende Normen und institutionalisierte Rollenerwartungen voraus. Beim Terminus der Interaktion werden also die Bezogenheit aufeinander und die Wechselseitigkeit des Handelns stärker als bei der Kommunikation betont; und es spielen Erwartungen und Normen eine größere Rolle. In Fällen, in denen dieser Umstand hervorgehoben werden soll, wird von mir in der vorliegenden Arbeit daher von „Interaktion“ gesprochen. In Zusammenhang mit Kultur hat sich der Terminus der „interkulturellen Kommunikation“ als feste Begrifflichkeit etabliert und wird von mir entsprechend verwendet.

Zwischen *weiblichen und männlichen Formen* wird der Einfachheit halber nicht unterschieden, obwohl in der Regel beide Geschlechter gemeint sind. Die Begriffe „Ärztin“ und „Arzt“ bzw. „Krankenschwester“ und „Krankenpfleger“ werden im Plural zu „Ärzten“ und „Pflegerinnen“, alle zusammen zu „Klinikmitarbeitern“ oder „Krankenhauspersonal“. Hinweise zu den entsprechenden Abkürzungen, die im Text verwendet werden, finden sich in Anhang III.