

Gelebte Multikulturalität

Ingrid Kollak und Hans Küpper

Forschungsbericht über eine pflegewissenschaftliche Studie an einem Großstadtkrankenhaus

Sicherlich erinnern Sie sich noch an die ersten Tage Ihrer Ausbildung, an Ihre Verblüffung, mit der Sie die Station, die Patienten, Ihre Kollegen und den Umgang mit Patienten und miteinander wahrgenommen haben. Leider haben wir zu schnell unser Befremden abgelegt, da wir es aus Mangel an Begriffen, fachlicher und organisatorischer Unkenntnis für unsere persönliche Schwäche hielten. Unseren Defiziten sind wir mittlerweile durch Abschluß der Ausbildung, jahrelanger Praxis, Fortbildung und Studium zu Leibe gerückt. Mit Hilfe der von uns praktisch und theoretisch erlangten Fertigkeiten und Kenntnisse ist es uns möglich, aktiv auf die Pflegepraxis, -lehre und -forschung einzuwirken. Was uns jedoch bei unserer Entwicklung verloren ging, ist die unvoreingenommene Beobachtung. Die „Objektivität des Fremden“ gilt es, ein Stückweit zurückzuerobern: „denn der schlechthin Bewegliche kommt gelegentlich mit jedem einzelnen Element in Berührung, ist aber mit keinem einzelnen durch die verwandtschaftlichen, lokalen, beruflichen Fixiertheiten organisch verbunden.“ (Simmel 1992 [1908], 11)

Jedoch können wir in diese von Georg Simmel so brillant beschriebene ‚Rolle des Gastes, der bleibt‘, nicht einfach hineinschlüpfen. Vielmehr gelangen wir zu einer solchen Haltung und Sichtweise, indem wir qualitative Forschungsmethoden der Beobachtung und der Befragung erlernen. Die Ethnologie verfügt über diese Methoden und versucht mit ihnen, Struktur und Kultur eigener

wie fremder Gesellschaften zu verstehen. Der Zugang zum Feld der Pflege mit den Augen einer Ethnologin stellt darum, unserer Auffassung nach, einen erfolversprechenden Ansatz für die Pflegeforschung dar, denn er erlaubt, den Lebenswillen von PatientInnen und Pflegekräften mit größtmöglicher Offenheit entgegenzutreten.

Multikulturalität und Pflege

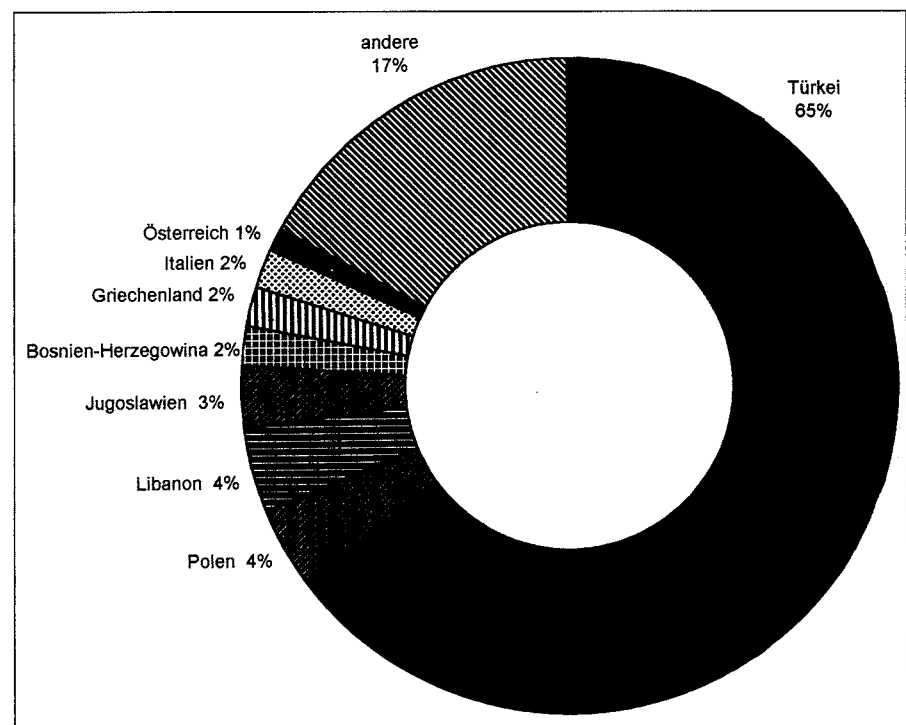
Wie dies aussehen kann, möchten wir am Beispiel unseres nachstehend beschriebenen Projektes darstellen, bei dem wir versucht haben, mit Hilfe von „problemzentrierten Interviews“ etwas über die gelebte Multikulturalität in einem Großstadtkrankenhaus herauszufinden.

Bevor wir die Interviews geführt haben, interessierte uns zunächst, wieviele „Ethnien“¹ es überhaupt in der von uns untersuchten Klinik sowohl bei den Patienten als auch bei den Beschäftigten gibt, wie hoch der Anteil der verschiedenen Ethnien ist und in welchem Verhältnis diese Daten zu den von der Landesregierung für den Stadtbezirk ermittelten Zahlen stehen.

Zu einem Teil ließen sich diese Fragen mit Hilfe der Patienten- und Personalstatistik, die die Krankenhausverwaltung regelmäßig erstellt, beantworten. Zum andern Teil konnten wir direkt auf bereits veröffentlichte demoskopische Daten zurückgreifen.

Folgendes Bild kam dabei für dieses Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1630 Betten (Stand Ende August 1996) heraus: Die Patienten-

Abbildung 1: Patientenaufnahme nach Nationalitäten



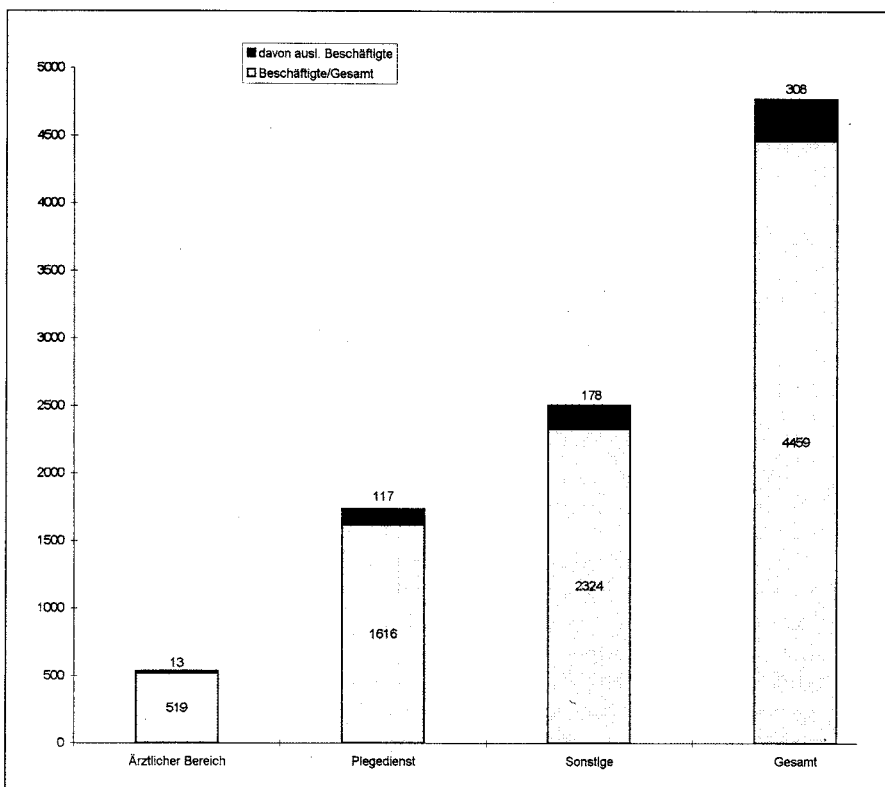
¹ Wie der Forschungsverlauf zeigen wird, wurde unsere Frage insofern nicht beantwortet, als der Begriff der „Ethnie“ umgangssprachlich unüblich ist und in Statistiken nur das Merkmal „Nationalität“ auftaucht.

statistik für 1995 weist 90 Nationalitäten vor. Der Anteil ausländischer PatientInnen an der Gesamtzahl der aufgenommenen PatientInnen beträgt 13,1 % und liegt damit um 5 Prozentpunkte niedriger als der Anteil der ausländischen BewohnerInnen des Stadtbezirks. Dies mag darin begründet sein, daß das Durchschnittsalter der ausländischen Bevölkerung des Stadtteils deutlich niedriger ist als bei

der bundesdeutschen. Die größte Gruppe innerhalb der ausländischen PatientInnenschaft stellt die als „türkisch“ ausgewiesene dar.

Die Personalstatistik (4 459 Beschäftigte Ende August 1996) weist einen Anteil von knapp 7 % ausländischer Beschäftigter aus, der sich wie folgt auf die verschiedenen Beschäftigtengruppen verteilt:

Abbildung 2



Transkulturelle Pflege Theorie

Von diesen, für bundesdeutsche Großstädte typischen Verhältnissen ausgehend, erhebt sich die Frage nach bestehenden und zu entwickelnden theoretischen Ansätzen und wissenschaftlichen Forschungsmethoden der Pflegewissenschaft. Mit der Culture Care Theory steht der Pflegewissenschaft ein ausbaufähiger Theorieansatz für Forschung und Praxis zur Verfügung. Der in Deutschland als „Transkulturelle Pflege Theorie“ bekannte Ansatz der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Madeleine Leininger benutzt den Kulturbegriff als Zentralbegriff für alle und baut ihn in ihr holistisches Konzept von Pflege ein:

„I did not conceptualize culture care as a compartmentalized or fragmented idea with separate physical, biological, psychological, social, or cultural perspectives. Instead, I theorized culture and human care as a holistic and unified perspective to reflect individuals or groups total caring lifeways or influences on their well being or illness.“ (Leininger 1991: 23ff)

Allerdings bleibt dieser transkulturelle Ansatz immer dann hinter ethnologischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen zurück, wenn er Forschungsergebnisse zu einer Liste des ethnischen Sozialcharakters einer Gruppe zusammenfügt. Die auflistende Erfassung von kulturellen Werten und die Festlegung eines ethnischen Pflegeverständnisses und Handelns („Cul-

ture Values“ „Culture Care Meanings and Action Modes“) für die Pflegepraxis in transkulturellen Pflegekonzepten unterliegt der Gefahr der Stereotypbildung und ist daher nur bedingt hilfreich, um den Kulturbegriff in der Pflege wirksam werden zu lassen.

Die Erziehungswissenschaftlerin Renate Nestvogel (1993) verweist auf die satirisch tief sinnige Anmerkung von Karl Valentin: „Fremd ist der Fremde nur in der Fremde“, um zu verdeutlichen, daß das, was wir als fremd konstruieren, auch immer mit dem eigenen Standort zu tun hat. Implizit enthält diese Auffassung die These vom ethnozentristischen Standort jeder Wahrnehmung und daß jede Gruppe und jedes Individuum in bestimmter Weise Kategorisierungen bildet. Auch in der Beschäftigung mit „den Fremden“, „den Ausländern“ oder mit den „Patienten aus verschiedenen Kulturen“ ist der Gegenentwurf eines „Wir“ inbegriffen, dessen völlige Unbestimmtheit und selbstverständliche Annahme aber fatale Folgen für Theorie und Praxis der Pflege haben kann.

Einer solchen polarisierenden Sicht folgt nicht selten eine Auflistung von „typischen Eigenschaften und Verhaltensweisen bestimmter Kulturangehöriger“, und die „Probleme, die sich daraus im Umgang mit ihnen erwachsen“. Aus dieser Sichtung werden sodann für Lehre und Praxis der Pflege Rezepte zum Verstehen dieser Menschen und zur Meisterung des Umgangs mit ihnen erteilt. Im Fall unserer Untersuchung müßten wir dann schon nach mindestens 90 Rezepten fragen und stünden dann immer noch vor der Frage, warum wir auch „Probleme“ mit Angehörigen des eigenen Kulturkreises kennen.

In ihrem Artikel „Vom Umgang mit dem Fremden – der Beitrag der Ethnologie zur Pflege“ schreibt Monika Habermann:

„Probleme des Fremdverstehens finden wir in vielen Pflegebeziehungen. So verlangt die für einen jungen Menschen unter Umständen schwer zu verstehende Erlebniswelt eines Hochbetagten, die Bruchstücke einer fragmentierten Welt, wie sie ein verwirrter

Mensch zuweilen vermittelt, oder auch die Befremdung durch unverständlich gebliebene Handlungen und Äußerungen eines Migranten eine situations- und kontextspezifische Annäherung, die unter Umständen von unterschiedlichen Pflegemodellen getragen wird.“ (Habermann 1996: 132)

Fremdheitserfahrungen in der Pflege sind also nicht auf „Ausländer“ beschränkt. Wen oder was nehmen wir als fremd wahr? Wem fühlen wir uns verbunden? Wie sehen wir uns selbst in der Situation? Was bedeutet dies für unser Handeln?

Reflektieren wir die pflegerische Praxis auf dem Hintergrund dieser Fragen, wird deutlich, daß viele der als selbstverständlich angenommenen Kontrastierungen beispielsweise gegenüber Türken, Niederländern oder Senegalesen nicht mit den eigenen konkreten Fremdheitserfahrungen übereinstimmen. Welche Fremdheitserfahrung machen wir, wenn das unsere Wahrnehmung leitende Merkmal nicht die Nationalität, sondern z.B. die sexuelle Orientierung oder der soziale Status des Patienten ist. Und welche Bedeutung erhält das Merkmal der Nationalität, wenn wir einen türkischen Vegetarier, eine niederländische Nonne oder einen senegalesischen Homosexuellen pflegen?

Die Hoffnung, mit einer erklärenden Theorie, einem hilfreichen Modell transkulturelle Pflege bestimmen und leisten zu können, erweist sich als trügerisch. Vielmehr sieht es so aus, daß Pflege einerseits von einem historischen, sozialen und kulturellen Verständnis geprägt und andererseits auf der mikrosoziologischen Ebene immer mit der Komplexität von Beziehungen konfrontiert wird. Ruth C. MacKay schreibt in ihrem Buch „Empathy in the Helping Relationship“ dazu:

„The grouping of others into simplistic categories relating to single attributes, ... is a way in which people try to simplify the complexity of relationships. It can be also a way in which people avoid relationships where a real exchange of feelings and empathy is needed. ... There is strong evidence that nurses do have a tendency to deal with the average patient rather than the individual...“ (1990: 156)

Beziehungsarbeit

Im nächsten Schritt unserer Untersuchung wollten wir nun herausfinden, wie die Krankenschwestern des untersuchten Hospitals diese Beziehungsarbeit immer wieder aufs Neue leisten. Wir wollten darum von ihnen wissen, wie sie sich mit ihren PatientInnen verständigen, ob sich ihre Einstellung durch die Arbeit verändert hat, was sie SchülerInnen, die auf ihre Station kommen, raten und was sie als fremd erleben. Da eine große Anzahl ausländischer Patienten sich in der gynäkologischen und geburthilflichen Abteilung findet, haben wir Krankenschwestern der Wöchnerinnenstation und der gynäkologischen Aufnahme interviewt sowie Hebammen aus dem Kreißsaal. Die Gespräche wurden mit dem Tonband aufgenommen und später transkribiert. Da während der Interviews immer wieder mit Störungen zu rechnen war (Telefon, Klingel, Nachfragen von KollegInnen), hatten wir einen Interviewleitfaden erstellt. Er ermöglichte einen Wiedereinstieg in das Gespräch, ohne eine zu weitgehende Strukturierung vorzugeben.

In den Ausführungen der Pflegekräfte wurde deutlich, daß es einerseits praktische Formen der Meisterschaft des Verständigungsproblems („... da helfen uns Frauen, die in der Küche arbeiten.“) gibt, andererseits mehr zur Debatte steht als Sprachprobleme. Sicherlich ist es höchste Zeit, daß Informationsbroschüren, Wegweiser und Formulare in den am häufigsten von den PatientInnen und deren Familien gesprochenen Sprachen zur Verfügung gestellt werden. Sprachkurseangebote für Beschäftigte, wie beispielsweise „Türkisch für Pflegekräfte“, sind ebenso notwendig. Dies alles steht schon lange auf der Tagesordnung und muß endlich in die Tat umgesetzt werden. Das gilt übrigens auch für Übersetzerdienste, die u.a. eine wichtige Rolle bei der Pflegeanamnese spielen, bislang aber nur im Bereich der Medizin für rechtlich notwendig erklärt wurden.

Kulturelle Unterschiede zu Sprachproblemen zu erklären, ist jedoch eine trostlose Reduzierung. Kultur ist mehr als Sprache, und Kommunikationsprobleme gibt es auch bei Menschen, die ein und dieselbe Sprache

sprechen. Aus den Aussagen der befragten Frauen sind darum auch noch ganz andere Themen herauszuhören. Wir gehen hier auf einige angesprochene Themen ein:

Empathiefähigkeit

Es ist nicht leicht, sich in die Situation von PatientInnen zu versetzen und Verständnis für Verhaltensweisen zu zeigen. Diese Fähigkeit ist es am Ende aber, die Bedürfnisse von PatientInnen erkennen und sinnvolle pflegerische Interventionen durchführen läßt. Dagegen verstellt die Gleichsetzung von Empathie und Verstehen den Blick für die „Handlungsrationalität“ von Menschen und deren „Konstruktion von Wirklichkeit“.

Fähigkeit der Problemanalyse

Wie kommen bestimmte Situationen zustande? Kann ich solche Situationen in Zukunft hervorrufen oder vermeiden? Und wie kann ich das? Welche meiner Fähigkeiten muß ich kultivieren, welche muß ich unterdrücken, um z.B. Streßsituationen beherrschen zu können oder um PatientInnen ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

Konfliktfähigkeit

Der Satz „Verstehe ich nicht“ kann als Verteidigungs- und als Angriffswaffe benutzt werden. Das Rollen selbstbild der rational und formell handelnden Pflegekraft trifft in der Interaktion auf diffuse, vielschichtige, widersprüchliche und meist nicht formulierte Rollenerwartungen von PatientInnen und deren Familien. Daraus ergeben sich eine große Zahl kommunikativer Probleme. Dies ist immer dann der Fall, wenn unterschiedliche Erwartungen von verschiedenen Rollenträgern aufeinandertreffen und nicht nur bei der interkulturellen Begegnung.

Fremdeinschätzungen sagen immer etwas über die gesellschaftliche und historische Sicht auf Fremdheit aus, aber auch über persönliche Sichtweisen. Diese werden durch eigene Erfahrungen und Entwicklungen geprägt. Uns ging es in unseren Interviews weniger um die Äußerungen über das Fremde, als um den individuellen Prozeß von Annäherung oder Distanzierung im beruflichen Feld.

In den Antworten der Frauen zeigt sich eine starke Beeinflussung des Fremdheitserlebens durch die Arbeit.

Während ihrer Arbeit sehen sie ausländische MitbürgerInnen in spezifischen Situationen, sprechen und handeln mit ihnen gemeinsam. Distanz baut sich ab. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, daß gelungenes Kommunizieren Distanz erfordert: In dem Maße nämlich, wie im Umgang miteinander Unterschiede erkannt, akzeptiert und toleriert werden. Anderssein wird zugelassen und relativiert das eigene Denken und Handeln.

Pflegekräfte erbringen eine personenbezogene Dienstleistung und unterliegen als Angehörige eines helfenden Berufes eher der Gefahr der Vereinnahmung als der Ausgrenzung gegenüber Fremden. Es besteht der Wunsch, das Fremde im Anderen „völlig verstehen“ zu wollen und es damit seiner Fremdheit zu entkleiden und sich seiner zu bemächtigen. Jenseits von Ausgrenzung und Vereinnahmung beginnt aber erst der Versuch einer echten Begegnung.

Diese Entwicklung ist nicht selbstverständlich, wenn Menschen verschiedener Kulturen miteinander arbeiten. Es kann auch zu Verhärtungen von Einstellungen und Vorurteilen kommen. Auch hierzu wurden in den Interviews Beispiele genannt. In einem Fall wurde das Verhalten einer Krankenschwester gegenüber ausländischen Patientinnen als respekt- und distanzlos beschrieben. Wie sich im Gespräch herausstellte, fürchtet diese Krankenschwester, Ausländer nähmen ihr den Arbeitsplatz weg. Diese Angst ist in bezug auf die zur Aufnahme kommenden Patientinnen inhaltslos. Die Frauen, die auf die gynäkologische Abteilung kommen, sind sicherlich in einer verschwindend geringen Zahl Krankenschwestern und noch weniger von ihnen werden Krankenschwestern und Migrantinnen sein.

Offenbar sind viele Probleme, die im multikulturellen Umgang entstehen, wenig rational. Monika Habermann macht darum ganz richtig in ihrem oben angesprochenen Aufsatz auf die freudsche Kategorie des „Schatten-Selbst“ aufmerksam. Eine Angst vor dem Fremden, das innerhalb und außerhalb der eigenen Existenz existiert, findet sich sowohl bei den gut gemeinten Ansätzen, die Fremdes verstehen, erklären, enträtseln und entzaubern wollen, als auch bei denen, die soziale, individuelle

oder geschlechtsspezifische Unterschiede rigoros als kulturell einstufen.

Äußerst klar konnten die Krankenschwestern hingegen strukturelle Defizite ihres Hauses benennen: Die Küche, deren Essen „für alle nicht gut ist“, die Organisation des Kreißsaals, die Störungen vorprogrammiert, die altmodische Trennung von Wöchnerinnen- und Kinderstation. Die Kliniken, die sich in ihren Broschüren und Leitbildern übereinstimmend zur „Kundenorientierung“ bekennen, erhalten durch Befragung ihrer MitarbeiterInnen und PatientInnen schnell handlungsanweisende Auskünfte.

Bis hierher haben wir einige theoretische Überlegungen, Ergebnisse und Interpretationen unserer Studie dargestellt. Im folgenden wollen wir auf ausgewählte methodische Fragen und Konsequenzen für Lehre, Praxis und Forschung der Pflege eingehen.

Angemessenheit

Der Begriff der „Angemessenheit“ diente uns bei unserem kleinen Forschungsvorhaben sowohl zur Bestimmung des Verhältnisses von Gegenstand und Methode im Forschungsprozeß, als auch für die Bilanz des Forschungsvorhabens zu den vorhandenen Ressourcen.

„Angemessenheit“ in Bezug auf die vorhandenen Ressourcen bedeutete für uns, daß wir im deskriptiven Teil unsere Forschung auf bereits existierende demoskopische Daten (Statistische Jahrbücher) und solche, die sich rasch ohne viel zusätzlichen Aufwand erheben ließen (Patienten- und Personalstatistik des Krankenhauses), zurückgegriffen haben. Desweiteren kamen nur solche Methoden in Frage, die in der Erhebung wie in der Auswertung einen möglichst geringen zeitlichen Aufwand erforderten.

Im Verhältnis von Gegenstand und Methode leitete uns der Begriff der „Angemessenheit“ zu solchen qualitativen Forschungsmethoden, die eine weitgehende „Offenheit“ ermöglichen. Multikulturalität und Fremdheitserfahrungen sind Phänomene, die im Bereich der Pflege erst seit relativ kurzer Zeit wahrgenommen und pflegewissenschaftlicher Betrachtung unterzogen werden, so daß wir

einer „Gegenstandsnahen Theoriebildung“ gegenüber einer „Modellbildung als Ausgangspunkt“ (Flick 1991: 150f) den Vorrang einräumten. Dabei sind wir mit unserem Forschungsvorhaben erst einen kleinen, aber erfolgversprechenden Schritt gegangen – weitere müssen folgen.

Ausblick

Die neugegründeten pflegewissenschaftlichen Studiengänge sehen sich einem enormen Erwartungsdruck aufgrund der drängenden Fragen einer immer komplexer werdenden Pflegepraxis gegenüber. Andererseits sind die Ressourcen (qualifizierte ForscherInnen, Zeit und Geld) für Pflegeforschungsvorhaben äußerst gering, so daß nur ein schrittweises Vorgehen erfolgversprechend erscheint. Auch unsere Studie mußte neben den beruflichen Verpflichtungen der ForscherInnen realisiert werden und es fehlte an der nötigen Finanzierung. Für zukünftige Vorhaben ist die Bereitstellung von Forschungsmitteln unerlässlich.

Wir stehen mit unserem Forschungsvorhaben über Multikulturalität in der Pflege erst am Anfang. Es gilt nun, die nächsten kurz- und mittelfristigen Etappenziele zu benennen.

Die im Rahmen des Forschungsvorhabens gewonnenen Interviews wurden bisher erst einer vorläufigen Auswertung und Interpretation unterzogen. Ein weiterer Auswertungsschritt soll z.B. der Verfeinerung der Interviewmethode dienen.

Die bereits vorliegenden Ergebnisse wurden und werden der wissenschaftlichen Gemeinde und den Befragten vorgelegt, um eine Diskussion über Ziele, Methoden und Ergebnisse der Befragung zu ermöglichen. In der Diskussion mit den InterviewpartnerInnen wollen wir die Gültigkeit unserer Interpretationen überprüfen und weitergehende Forschungsansätze entwickeln. Insofern wird Forschung von uns auch als „sozialer und kommunikativer Prozeß“ verstanden.

Konsequenzen

Nicht alle Forschungsprojekte haben das Ziel oder bieten die Möglichkeit

der unmittelbaren Übertragbarkeit auf Praxis und Lehre. Dagegen versteht sich unsere Studie als angewandtes Forschungsprojekt, das heißt, die Forschungsergebnisse können sowohl zur Begriffsbildung als auch zur Entwicklung von Fähigkeiten herangezogen werden.

Wie läßt sich dies genauer vorstellen?

Eine Verbesserung der Fähigkeiten bezieht sich in der Praxis auf die individuellen Qualitäten des Pflegepersonals und die organisatorische Qualität der Einrichtung. Eindeutig benennbar und verhältnismäßig rasch veränderbar sind die strukturellen Defizite, die unsere Gesprächspartnerinnen unabhängig voneinander und übereinstimmend nannten. Da sie auch in der Lage waren, Alternativen der Arbeitsorganisation und der Arbeitsabläufe zu benennen, könnten im nächsten Schritt berufsübergreifende Arbeitsgruppen gebildet werden, die kurz- und mittelfristige Ziele festlegen. Denkbar wären: Zeitplanung für die sukzessive Übersetzung aller Krankenhausformulare, Broschüren und Wegweiser in türkisch und polnisch. Umstrukturierung der Wöchnerinnen- und Kinderstation sowie des Kreißsaals, um die durch den Bettenabbau freiwerdenden Kapazitäten zur Qualitätsverbesserung dieser stark frequentierten Bereiche zu nutzen. Interne ProzeßbegleiterInnen könnten in multidisziplinären Teams diese Umstrukturierungsmaßnahmen begleiten.

Anstrengungen zur Verbesserung der Pflegequalität könnten z.B. darin bestehen, daß interessierte MitarbeiterInnen berufsspezifische Sprachkurse zum Erlernen der Grundbegriffe der türkischen und polnischen Sprache besuchten sowie Supervisions- und Gesprächsgruppen.

Zusätzlich zu der Frage, unter welchen strukturellen Bedingungen Begegnungen (oder Konflikte) mit dem Fremden in der Pflege stattfinden, sollten auf einer mikrosoziologischen Ebene immer auch die emotionalen Aspekte dieses Umgangs in den Blick genommen werden, da erst die Offenlegung der Emotionen, die der Umgang mit Fremden auslöst, die Chance ermöglicht, durch Bildungs- und Informationsarbeit Veränderungen zu bewirken. Die Frage nach der Konstruktion von Fremdheit steht hier im Mittelpunkt. Es geht um „gesellschaftliche, berufsspezifische und

individuelle Projektionen“ (Habermann 1996: 132), wie sie sich anschaulich in den Interviews darstellten. Die Fähigkeit der Selbstreflexion muß wie die kulturvergleichende Auseinandersetzung über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Werte- und Glaubenssysteme, Familien- und Geschlechterrollen in die Grund-, Fort- und Weiterbildung aufgenommen werden. Dabei gilt es zu verhindern, daß „Ausländer“ als eine spezielle Problemgruppe identifiziert werden, für die Konzepte zu entwickeln sind. Vielmehr geht es darum, durch die Einnahme interkultureller Perspektiven zu einem erweiterten Pflegeverständnis für alle Patienten zu gelangen.

Mit Bezug auf die Herausbildung neuer Begriffe und Kategorien bzw. Vorstellungen und Zusammenhänge steht eine Weiterentwicklung der Diskussion um Inhalt und Bedeutung von „kultureller Identität“ an. Georg Auernheimer hat diesen Begriff, der zusätzlich zu Schichtzugehörigkeit, Bildung, Geschlecht, den Fokus auf den Stellenwert der Ethnizität für die Identitätsbildung des Individuums richtet, wie folgt vorgestellt:

„Erstens steht hier nicht die Herstellung von Gruppenidentität im Brennpunkt, sondern die individuelle Identitätsbildung unter Rückgriff auf kollektive Erfahrungen und kulturelle Ressourcen. Somit wird zweitens nicht nach sozialen Mechanismen und Strategien gefragt, sondern nach den kulturellen Inhalten und Formen, die für die persönliche Sinn- und Motivbildung herangezogen werden. Identität bestimmt sich als Verhältnis des Individuums zu sich selbst, zur Gesellschaft, zur Welt. Deshalb ist, wenn es so etwas wie einen ethnischen Sozialcharakter gibt, dessen Gleichsetzung mit kultureller Identität falsch. Erst die Art, wie sich jemand zu den durch Kollektiverfahrungen und kulturelle Codes bedingte Eigenheiten ins Verhältnis setzt, macht seine kulturelle Identität aus.“ (Auernheimer 1995:109)

Qualitative Forschung kann diesen neuen Kulturbegriff zwischen sozialer Bedeutung und individueller Wertung klären helfen und einen Beitrag zur Diskussion über Pflegephilosophie, Pflgetheorien und -modelle leisten. Ebenso ist Pflegeforschung aber auch in der Weise notwendig, daß Studien

wie die von uns vorgestellte wiederholt und verglichen werden, um mehr über deren Gültigkeit und Zuverlässigkeit sowie deren Bedeutung in der Praxis aussagen zu können.

Dr. phil. Ingrid Kollak
Professorin für Pflege
Alice-Salomon-Fachhochschule
Studiengang Pflege/Pflegemanagement
Lohmühlenstr. 65, 12435 Berlin

Hans Küpper
Diplom-Pädagoge, Diplom-Sozialarbeiter
KÜPPER Beratungsdienste
Castroper Hellweg 682
44805 Bochum

Literatur

- Auernheimer, Georg (1995):** Einführung in die interkulturelle Erziehung. Darmstadt. Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Balke, Friedrich; Habermas, Rebekka; Nanz, Patrizia; Sillem, Peter (Hg.) (1993):** Schwierige Fremdheit. Über Integration und Ausgrenzung in Einwanderungsländern. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch Verlag
- Flick, Uwe; Kardoff, Ernst v.; u.a. (Hg.) (1991):** Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München. Psychologie-Verlags-Union
- Friebe, Jens; Küpper, Hans (1996):** Mehr Pflegewissen durch mehr qualitative Forschung. In: EE Info Heft 2, S. 5 – 8
- Habermann, Monika (1995):** Umgang mit dem Fremden. Der Faktor Kultur in Pflegepraxis und -wissenschaft. In: Dr.med.Mabuse Heft 96, S. 27 – 29
- Habermann, Monika (1996):** Vom Umgang mit dem Fremden – der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Pflege. Heft 2, S. 127 – 133
- Jaede, Wolfgang; Portera, Agostino (Hg.) (1993):** Begegnung mit dem Fremden. Interkulturelle Beratung, Therapie und Pädagogik in der Praxis. Köln. GWG Verlag
- Kollak, Ingrid; Küpper, Hans (1997):** Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhauses in Berlin. In: Urarewicz, C.; Piechotta, G. (Hg.): Transkulturelle Pflege. Berlin. Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 113 – 129
- Leininger, Madeleine (1991):** Culture Care. Diversity and Universality. A Theory of Nursing. New York. National League for Nursing Press
- Mackay, Ruth (1990):** Empathy in the Helping Relationship. New York. Springer Publishing Company
- Mayring, Philipp (1993):** Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 2. Aufl. Weinheim. Psychologie-Verlags-Union
- Nestvogel, Renate (1993):** Interkulturelles Lernen. Vom Umgang mit dem Fremden. Bochum. Unveröffentl. Vortrag zum 49. Geographentag Bochum
- Rommelspacher, Birgit (1995):** Dominanzkultur. Texte zur Fremdheit. Berlin. Orlanda Frauenverlag
- Simmel, Georg (1908):** Exkurs über den Fremden. In: Loycke, Almut (Hg.) (1992): Der Gast der bleibt. Dimensionen von Georg Simmels Analyse des Fremdseins. Frankfurt am Main; New York. Campus Verlag