

Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus - Zur Verständigung zwischen Pflegenden und MigrantInnen am Beispiel von Angehörigen*

Gaby Voigt und Hannelore Praez-Johnsen

Das Forschungsprojekt „Ausländische Patienten im Krankenhaus“, das aus zwei supplementären Elementen besteht, einem praxisorientierten und einem kulturwissenschaftlich-theoretischen, ist ein Beispiel für einen gelungenen Transfer von wissenschaftlich fundierten Sachverhalten in die pflegerische Praxis. Die Ergebnisse der Studie fließen beispielsweise in die Curriculumentwicklung für die Fort- und Weiterbildung ein. Wie die Diskussion der PflegewissenschaftlerInnen auf der Fachtagung der DV-Pflegewissenschaft von 14./15. 9. 00 in Frankfurt gezeigt hat, ist es u. a. erforderlich, dass sich der Gegenstand der Pflegewissenschaft mit Problemen aus Sicht der Betroffenen beispielsweise von Kindern, älteren und ausländischen MitbürgerInnen beschäftigen sollte.

Engl. Abstract – The question of inter-cultural understanding is raised in the light of the relatives' field of experience. Migrant patients' and carers' perspectives in terms of the relatives' relevance to language mediation, food provision and body care are essentially covered. From the carers' viewpoint, though, relatives restrict themselves severely in their care activity, for instance in 'stimulating care'. The migrant patients and their relatives rarely perceive this. Among the diverse fields of meaning of the visit to the patient, it is precisely the all-embracing emotional and social support the family provides the patient abroad that is highly valued and dominates other possible angles. Being able to react professionally to these needs of the migrant patients includes awareness of the connection between dealing with illness, the importance of the family and migrant biography.

Übersicht

- Einführung
- Angehörige: eine Erfahrungsdimension von Pflegenden in der Begegnung mit MigrantInnen
- Angehörige: eine Erfahrungsdimension von MigrantInnen während ihres Krankenhausaufenthaltes
- Kontrastierung der Perspektiven: Begegnungsfelder interkultureller Kommunikation und Formen der Verständigung
- Abschließende Anmerkungen zum Konzept von „Kultur“ als Übersetzungs- und Aushandlungsprozess

Einführung

Die Fragestellung

Wie funktioniert Verständigung zwischen Pflegenden und MigrantInnen im Krankenhaus? Welche Erfahrungen machen beide Seiten miteinander und darüber hinaus? Über welche Themen wird gesprochen und über welche

nicht? Wer spricht wann von gelungener, gescheiterter oder unterbliebener Verständigung? Wie ist dies aus kultur- und sozialwissenschaftlicher Sicht zu beurteilen? Dies sind die Fragen, die in diesem Beitrag exemplarisch anhand eines Erfahrungsfeldes aufgeworfen werden – dem Erfahrungsfeld der *Angehörigen*, das für Pflegenden und MigrantInnen gleichermaßen Relevanz besitzt.

Verortung des Themas im Gesamtprojekt

Es handelt sich um einen Werkstattbericht: erste Ergebnisse aus einem noch laufenden Forschungsprojekt. Seit September 1999 arbeiten wir am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum (SFZ) der Universität Erlangen-Nürnberg zum Thema „Ausländische Patienten im Krankenhaus“. Unser Projekt hat zwei, sich ergänzende Bausteine: einen praxisbezogenen und einen kulturwissenschaft-

lich-theoretisch orientierten. Im Rahmen des praxisbezogenen Bausteins geht es um die Sensibilisierung speziell der Pflegenden im Umgang mit MigrantInnen. Die in diesem Bereich notwendige Professionalisierung der Pflege verfolgen wir auf mehreren Ebenen: zum einen durch verschiedene Formen von Fortbildungen sowie die Erstellung fremdsprachiger Gesundheitsmaterialien für den Stationsalltag; zum anderen durch Interviews mit Pflegenden, ÄrztInnen und MigrantInnen mit dem Ziel die verschiedenen Perspektiven auf die interkulturelle Begegnung zu ermitteln. Bei diesen Interviews ergänzt sich der Anwendungsbezug mit der sozial- und kulturwissenschaftlich relevanten Fragestellung zu interkulturellem Verstehen. Nicht „Patientenzufriedenheit“ oder „allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit MigrantInnen“ stehen im Zentrum des Interesses. Es geht vielmehr um

interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Damit meinen wir den Aspekt des *Ver- und Aushandelns über pflege- und gesundheitsrelevante Themen* zwischen Pflegenden und MigrantInnen. Diese Fragestellung bildet den kulturwissenschaftlich-theoretisch ausgerichteten Teil unseres Projekts.

Mit Hilfe des Ansatzes von „Kultur als wechselseitigem Übersetzungs- und Aushandlungsprozeß“ (vgl. Bachmann-Medick, 1997; Fuchs, 1997, 1998; Shimada, 1998) untersuchen wir interkulturelle Interaktion zwischen MigrantInnen, Pflegenden sowie ÄrztInnen. Zugrunde gelegt ist dabei die Annahme, daß es - über die rein sprachlichen Verständigungsprobleme hinaus - Schwierigkeiten gibt, die aus unterschiedlichen kulturell geprägten Konzepten von Gesundheit, Krankheit, Körper, Familie, Pflege u.s.w. resultieren. Mit diesem Vorgehen, „Kultur als Aushandlungsprozeß“ zu konzeptualisieren, versuchen wir die Kulturalisierung von Problemen zu vermeiden. Nicht die Ausländer mit ihrem vermeintlich andersartigen Verständnis von Gesundheit oder Krankheit sind der Auslöser dafür, daß Probleme in der Verständigung zwischen Pflegenden und MigrantInnen entstehen. Vielmehr gehen wir davon aus, daß es in der interkulturellen Kommunikation zum wechselseitigen (Fremd-)Verstehen kommt. Fremdheit bzw. kulturelle Differenz besteht nicht an sich. Kulturelle Differenz, die zu Verständigungsschwierigkeiten führt, ist relational; sie besteht zwischen Interaktionsbeteiligten. Es kann ein Ver- und Aushandlungsprozeß in Gang kommen über das, was jeweils als „anders“ und „fremd“ wahrgenommen wird. Formal betrachtet sind als Folge eines Aushandlungsprozesses drei Formen von Verständigung denkbar: gelungene und gescheiterte Verständigung – und wenn kein Aushandlungsprozeß in Gang kommt – unterbliebene Verständigung.

Methode

Für diesen Beitrag haben wir eine Auswahl aus unserem Fundus der Interviews mit MigrantInnen und Pflegenden getroffen. Die Interviews er-

folgten im Klinikum Nürnberg, unserem Kooperationspartner; es ist das größte kommunale Krankenhaus Europas mit 5500 MitarbeiterInnen und 2400 Betten, an zwei Standorten.

Mit allen Interviewten wurden qualitative, leitfadengestützte Einzelinterviews mit narrativen Anteilen durchgeführt. Die Einleitung erfolgte mit Hilfe einer offenen Frage und der Bitte ihre Erfahrungen, Meinungen und Anregungen zu schildern. Bei Aspekten, die den InterviewerInnen wichtig und relevant erschienen, wurde nachgefragt oder weitergehende Fragen gestellt.

Eingeflossen sind dabei sechs Interviews mit Pflegenden aus unterschiedlichsten Fachbereichen und fünf Interviews mit türkisch und russisch sprechenden PatientInnen. Diese Sprachgruppe wurde ausgewählt, da sie unter der Wohnbevölkerung und den MigrantInnen die größten Gruppen in Nürnberg stellen. Muttersprachliche InterviewerInnen haben sie zu ihren Erfahrungen im Krankenhaus befragt.

Die Interviews wurden auf Tonband mit Einverständnis der Befragten aufgenommen und wörtlich transkribiert; die muttersprachlich durchgeführten Interviews wurden ins Deutsche übersetzt.

Auswertungsmethode:

Die Interviews wurden entlang einer im Leitfaden benannten Kategorie „*Angehörige*“ ausgewertet. Aus den Erzählungen der beiden Interaktionspartner haben wir die drei Formen der Verständigung rekonstruiert.

Aufbau

Für die Frage nach der Verständigung zwischen Pflegenden und MigrantInnen haben wir die Erfahrungsdimension der *Angehörigen* ausgewählt. Zunächst werden wir sie in ihren Bedeutungsfacetten für die Pflegenden darstellen, deren positive und negative Bewertung sowie deren Erklärungs- und Deutungsmuster wiedergeben. Im zweiten Teil des Beitrags geht es dann um die Perspektive der MigrantInnen.

Auch hier folgen Bewertung, Erklärungs- und Deutungsmuster hinsichtlich der *Angehörigen*. Im dritten Teil werden abschließend die beiden Perspektiven kontrastiert sowie Beispiele zu den drei Formen von Verständigung gegeben. Die Wahrnehmungen der beiden Interaktionspartner zum Thema *Angehörige* direkt auf einander zu beziehen, bietet Erkenntnisse darüber, wo jeweils Erfahrung von Fremdheit vorliegen.

Angehörige: eine Erfahrungsdimension von Pflegenden in der Begegnung mit MigrantInnen

Pflegende differenzieren in ihren Erfahrungen mit *Angehörigen* von MigrantInnen zwischen drei Funktionen: *Angehörige* als Sprachmittler, *Angehörige* als Besuch und mitpflegende *Angehörige*. *Mitpflegende Angehörige* begleiten den Patienten während nahezu des gesamten Krankenhausaufenthaltes. Zunächst gehen wir kurz auf die beiden Funktionen „Sprachmittler“ und „Besuch“ und dann ausführlicher auf die *mitpflegenden Angehörigen* ein.

Sprachmittler und Besuch – zwei Funktionen der Angehörigen

In der Begegnung mit MigrantInnen, insbesondere wenn sie wenig oder kein Deutsch können, haben die Pflegenden engen Kontakt mit den *Angehörigen*. Pflegenden ziehen sie am häufigsten als *Sprachmittler* heran, denn sie sind schnell verfügbar und werden von den Patienten akzeptiert. Einerseits ist ihr Einsatz aus Sicht der Pflegenden daher nur naheliegend, denn es entspricht dem Bedürfnis des Patienten. Andererseits sind die Pflegenden in ihrer Einschätzung der Qualität der Sprachmittlung ambivalent: Obwohl es mit wenig Zeitaufwand organisierbar ist, wünschen sich doch viele der Befragten einen professionellen Sprachmittler, am besten muttersprachliche KollegInnen. Lediglich für die Vermittlung bei Fragen von Essensversorgung oder Körperpflege ist ein Ange-

höriger nach unseren Ergebnissen uneingeschränkt geeignet. Darüber hinaus hegen die Pflegenden Zweifel an der sprachlichen und fachlichen Kompetenz der dolmetschenden Angehörigen.

Im Zusammenhang mit den häufigen und zahlreichen *BesucherInnen* sehen sich die Pflegenden qua Pflegeverständnis in einer Vermittlerrolle. Sie fordern stellvertretend für MitpatientInnen deren Ruhebedürfnis ein – mit, aber durchaus auch ohne die Aufforderung durch die Betroffenen selbst. Hinsichtlich der Deutung und Bewertung des Besuchsverhaltens der Angehörigen durch die Pflegenden gibt es Überschneidungen zu ihrer Funktion als *mitpflegenden Angehörigen*.

Angehörige als mitpflegende Angehörige

Wen erleben die Pflegenden in der Funktion der mitpflegenden Angehörigen? Aus den Interviews ergibt sich ein Spektrum an Konstellationen: vom erkrankten Ehemann und seiner mitpflegender Ehefrau mit und ohne Kinder, über die Mutter-Sohn-Konstellation bis hin zu größeren Familienverbänden, die für einen Patienten sorgen. Es handelt sich meist um schwerkranke Patienten, die oft auch bettlägerig sind. Die Folgen für die Pflegenden bestehen in *organisatorischen und pflegerischen Veränderungen ihres Arbeitsablaufes*. Dies betrifft zum einen die räumliche Organisation auf Station: die anwesenden Angehörigen brauchen Platz. Zum anderen folgt eine Veränderung der pflegerischen Tätigkeiten: Die Angehörigen übernehmen in der Regel Teile der „Grundpflege“, die Körperpflege und die Essensversorgung.

Erklärungs- und Deutungsmuster

Den Interviewten erschien das Verhalten der Angehörigen bedeutsam und erwähnenswert. Hintergrundfolie dazu ist, – explizit ausgesprochen oder implizit angedeutet – daß eine derart umfassende Pflege von deutschen Angehörigen nicht geleistet wird. Hierin besteht für die Pflegenden eine kulturelle Differenz.

Welche Erklärungs- und Deutungsmuster haben nun die Pflegenden? Genannt werden das Krankenhauswesen

der Herkunftsländer der MigrantInnen und das Berufsbild der dort Pflegenden. Die „Grundpflege“ gehört dort nicht zum Aufgabenbereich der Pflegenden. Dies erklärt aus Sicht der Interviewten das Verhalten der Angehörigen. Als weit bedeutsamer eingestuft wird allerdings ein anderes Erklärungsmuster, das überwiegend auf die Konstellation kranker türkischer Ehemann – mitpflegende Ehefrau angewandt wird. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung innerhalb der Familie sei die Frau für umfassende Versorgung der Familie und des Ehemannes zuständig. Auch im Krankheitsfall des Mannes erfülle sie daher die an sie gerichtete Rollenerwartung. Ergänzt wird dieses Deutungsmuster durch ein andersartiges Krankheitsverständnis: Für MigrantInnen stelle Krankheit eine so umfassende Störung dar, daß alle Aktivitäten für die Dauer der Erkrankung ausgesetzt sind, so daß auch kleine Handgriffe nicht selbständig durchgeführt werden können. Aufgrund eines derart umfassenden Krankheitsverständnisses ist der Wunsch und die Erwartung einer umfassenden Pflege seitens der Patienten nur „logisch“.

Bewertungen im Zusammenhang mit mitpflegenden Angehörigen

Schlagwortartig möchten wir zunächst die *negativen* Bewertungen im Zusammenhang mit *mitpflegenden Angehörigen* so zusammenfassen: 1) Die umfassende Pflege durch die Angehörigen schränkt das Selbstverständnis der Pflegenden ein. Dies gilt zum einen, wenn es um „aktivierende Pflege“ von Kranken geht. Dies gilt zum anderen wegen des Gefühls der permanenten Kontrolle der eigenen pflegerischen Tätigkeiten z.B. auf der Intensiv-Station. Pflegenden sehen die Gefahr des Rechtfertigungszwangs. Schließlich bedeutet es einen erhöhten Handlungsbedarf: es gilt das Ruhebedürfnis der MitpatientInnen gegenüber den Angehörigen des MigrantInnen durchzusetzen. 2) Die Organisation der Stationsabläufe gestaltet sich schwieriger. Es wird enger und der Lärmpegel belastet die Arbeitsabläufe.

Die Anwesenheit von *mitpflegenden* Angehörigen wird jedoch auch als *positiv* eingeschätzt. Benannt werden Arbeits erleichterung und Zeitersparnis. Gerade im Bereich der Körper- bzw. Intimpflege ist dies eine besondere Entlastung, da eine Spannung zwischen Pflegenden und MigrantInnenpatient z.B. wegen einer möglichen Verletzung des Schamgefühls erst gar nicht aufkommt. Insgesamt – so die Einschätzung der Pflegenden – wirken die anwesenden Angehörigen positiv auf den Genesungsprozeß der Patientin bzw. des Patienten.

Angehörige: eine Erfahrungsdimension von MigrantInnen während ihres Krankenhausaufenthalts

Angehörige – die umfassenden Vermittler für MigrantInnen

Aus Sicht der MigrantInnen selbst haben Angehörige umfassende Aufgaben während ihres Aufenthalts im Krankenhaus. Es ist aus ihrer Sicht selbstverständlich, daß Angehörige bei allen Behandlungsmaßnahmen, Gesprächen mit Pflegenden und Ärzten zugegen sind als eine Rund-Um-die-Uhr-Begleitung und Hilfe bei allen anstehenden Entscheidungen. Wichtige Funktionen sind erstens die Sprachmittlung zu Pflegenden und Ärzten; manche Befragte wünschen sich allerdings wegen der fachlichen Kompetenz auch einen Landsmann bzw. eine Landsfrau unter den Pflegenden als Sprachmittler. Eine zweite wichtige Aufgabe ist die Essensversorgung. Die interviewten MigrantInnen erkennen die Bemühungen der Kantine an, aber die vertraute Kost schmeckt ihnen einfach besser. Für praktizierende Muslime ist sie von großer Bedeutung, denn auch Hühner- und Rindfleisch sind im Krankenhaus nicht nach religiösen Vorschriften zubereitet. Eine dritte wichtige Aufgabe ist die Körperpflege. Sie gewährleistet die – teilweise auch religiös begründete – Integrität der Person und die Wahrung der Intimsphäre.

Erklärungs- und Deutungsmuster

Warum ist es wichtig, daß Angehörige

ge präsent sind? Die vertraute Person vermittelt ein Gefühl der Sicherheit und gewährleistet seelisches Wohlbefinden. Denn Besuch im Krankenhaus hat eine heilende Funktion, er soll zur physischen und psychischen Genesung beitragen. Mit den Worten eines befragten Patienten: „Besuch ist die beste Medizin für Kranke“. Die Anwesenheit von häufigem und zahlreichem Besuch erklärt sich für die MigrantenpatientInnen aus den Regeln des Miteinanders. Es ist eine soziale und religiöse Verpflichtung, Kranke zu besuchen. Schließlich wird die Anwesenheit von Angehörigen in Zusammenhang gesehen mit dem Leben in der Fremde. Angehörige im Krankenhaus vermitteln das Gefühl, daß die Familie auch in der Fremde zu einem steht. Lebt die Familie im Herkunftsland, so wird es gerade in der Situation des Krankseins als besonders belastend empfunden. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Heimat wird der Besuch, den sie im deutschen Krankenhaus bekommen, relativiert: Aus Sicht der MigrantenpatientInnen kommen nämlich gar nicht so viele Angehörige.

Bewertungen im Zusammenhang mit Angehörigen

Die positive Einschätzung der Anwesenheit von Angehörigen - egal wie viele und wie oft - überwiegt eindeutig. Diese Einschätzung basiert auf dem Gebot des Krankenbesuchs, der religiös- und sozialverpflichtend ist und der positiven Bedeutung für die Gesundheit und das Leben in der Fremde generell.

Lediglich ein befragter Patient äußert, den Besuch als Belastung empfunden zu haben.

Kontrastierung der Perspektiven: Begegnungsfelder interkultureller Kommunikation und Formen der Verständigung

Wenn wir nun die beiden Perspektiven der Pflegenden und der MigrantenpatientInnen kontrastierend vergleichen, muß zunächst die Frage gestellt werden, ob dies grundsätzlich zulässig ist. Auf der einen Seite handelt es sich

um die generelle Perspektive von Berufstätigen, um eine Erfahrungsdimension aus dem Berufsalltag von Pflegenden. Auf der anderen Seite sind es spezielle Erfahrungen, Deutungsmuster und Bedeutungszuschreibungen von Menschen in einer ganz spezifischen Situation ihres Lebens. Eine Kontrastierung dieser Erfahrungen, die aus so unterschiedlichen Perspektiven gemacht werden, erscheint jedoch insofern gerechtfertigt, als es sich um eine Begegnungskonstellation handelt, wie sie tagtäglich anzutreffen ist. Die Erkenntnisse dieses Vergleichs gewinnen daher praktische Relevanz – auch hinsichtlich der Professionalisierung der Pflege.

Die Kontrastierung der Perspektiven ermöglicht Erkenntnisse darüber, wo Fremdheitserfahrungen gemacht werden und wo u.U. ein wechselseitiges Fremdheitsverhältnis besteht. Dies sind potentielle Hemmnisse für interkulturelle Kommunikation zwischen Pflegenden und MigrantenpatientInnen. Wir geben jeweils ein Beispiel für gelungene, unterbliebene oder gescheiterte Verständigung.

Kontrastierung der Facetten der Erfahrungsdimension „Angehörige“

Trotz des Konsenses hinsichtlich der Bedeutsamkeit der Angehörigen gibt es zwischen Pflegenden und MigrantenpatientInnen Unterschiede in der Akzentsetzung. Zunächst zu den Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung:

Teilweise Überschneidung in der Wahrnehmung

Die MigrantenpatientInnen erwarten selbstverständlich von ihren Angehörigen Unterstützung in den für sie relevanten Bereichen von Sprachmittlung, Essensversorgung und Körperpflege. Sie können Besuch erwarten, denn er ist eine soziale Verpflichtung. Diese Perspektive der MigrantenpatientInnen ist den Pflegenden größtenteils bekannt. Sie teilen die Ansicht, daß Besuch von Angehörigen wichtig für die Gesundheit ist. Sie akzeptieren mittlerweile auch die Essensversorgung und Körperpflege durch die

Familie als selbstverständlich. Die Kantine habe als schweinefleischfreie Kost oftmals eine süddeutsche Süßspeise anzubieten, was sicherlich von den PatientInnen nicht als vollwertes Essens angesehen wird, wie eine Befragte kritisch anmerkt. Dieser hohe Grad an Vertrautheit der Pflegenden mit religiös und kulturell geprägten Besonderheiten der MigrantenpatientInnen wird ergänzt durch die bereits erwähnte Erfahrung der Arbeits- und daher Zeitersparnis. Die Befragten verweisen hier auf die Hilfe der Angehörigen bei der Zubereitung und Einnahme des Essens oder die Intimpflege. Hier erleben sie uneingeschränkt Entlastung. Lediglich im Bereich der Sprachmittlung sind die Pflegenden – wie ebenfalls bereits erläutert – ambivalent. Die Sprachmittlung durch Angehörige ist zwar leicht zu organisieren, die Unsicherheit hinsichtlich der Qualität schränkt diesen Vorteil allerdings deutlich ein.

Die dazugehörige Form des Aushandelns ist die *gelungene* Verständigung. Hier ein besonders eindrucksvolles Beispiel, das eine interviewte Pflegende von ihrer Station erzählt und das sie selbst als gelungen bewertete. Auf den Wunsch nach dauerhafter Anwesenheit einer Sinti-Familie reagierte insbesondere ein Pfleger auf der Station der Interviewten verständnisvoll. Zusätzlicher Hintergrund seines Verständnisses waren seine Kenntnisse über die Verfolgung der Sinti während des Dritten Reiches; er wollte - wie seine Stationskollegin im Interview erzählt - ein Zeichen der Wiedergutmachung setzen. Dank der Unterstützung eines Arztes erhielt die gesamte Familie „Wohn-Erlaubnis“ auf Station. Kontakte und Informationsaustausch zwischen Pflegenden und Angehörigen verliefen reibungslos. Der Wunsch der Angehörigen nach permanenter Betreuung war dem Pflegenden nicht fremd.

Einschränkungen im Pflegeverständnis

Die Pflegenden nehmen durch die Angehörigen aber auch Einschränkungen wahr. Dies betrifft zum einen die konkrete Ausübung ihrer pflegerischen Tätigkeiten - hinsichtlich der Inhalte, und der Rahmenbedingungen. Wie bereits erwähnt erleben sie die Angehörigen als Kontrol-

le und fühlen sich unter Rechtfertigungszwang:

- Die permanente Anwesenheit von Angehörigen kann die Auseinandersetzung mit einem fordernd geäußerten Informationsbedürfnis – häufig in der Konstellation zwischen Krankenschwester und männlichem Angehörigen – zur Folge haben.
- Angehörige konfrontierten die Pflegenden aber auch mit einer emotionalen Eskalation im Fall eines verschlechterten Gesundheitszustandes, der als lebensbedrohlich gedeutet wird.
- Räumliche Enge und erhöhter Lärmpegel stellen, wie ebenfalls oben erwähnt, eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen der Arbeit auf Station dar.

Die erlebten Einschränkungen beziehen sich zum anderen auf das berufliche Selbstverständnis. Zu den von uns ermittelten Dimensionen gehören insbesondere das Durchsetzen des Ruhebedürfnisses der MitpatientInnen sowie die „aktivierender Pflege“ bei den MigrantInnen. Hinsichtlich dieser Facetten der Erfahrungsdimension „Angehörige“ machen die Pflegenden gegenüber den MigrantInnen die Erfahrung von Andersheit und Fremdheit, die sie als Belastung erleben.

Die dazugehörigen Formen des Aushandelns sind gescheiterte und unterbliebene Verständigung. Hier ein Beispiel für *unterbliebene* Verständigung, bei der wir auf die bereits angesprochene Situation mit der Sinti-Familie zurückgreifen. Aushandlungsgegenstand war die Notwendigkeit, die „umfassende Pflege“ der Angehörigen durch die „aktivierende“ zu ersetzen. Geschildert wurde die Situation aus der Perspektive der Pflegenden. Die Bewertung der Verständigung als *unterbliebene* stammt von uns, nicht von der Erzählerin selbst. Mit der Umstellung von der permanenten Anwesenheit der Angehörigen auf „geregelte“ Besuchszeiten ergaben sich für die Pflegenden Freiräume, der Immobilität der Patientin entgegenzuwirken. Zuvor konnte die „aktivierende Pflege“ nicht greifen, da die Angehörigen die Patientin von allen körperlichen Belastungen befreiten. Gegenüber

den Angehörigen thematisierten die Pflegenden den Zusammenhang von Genesungsprozeß und Immobilität bzw. aktivierender Pflege nicht. Ein Aushandlungsprozeß konnte daher gar nicht in Gang kommen. Das Vorgehen der Pflegenden mußte für die Angehörigen „fremd“ bleiben!

Vielfältige Bedeutung des Besuchs dominiert andere Aspekte

Die MigrantInnen nehmen die Einschränkungen im Pflegeverständnis der Pflegenden selten wahr. Zwar bemühen sich die MigrantInnen aus ihrer Wahrnehmung, den MitpatientInnen mit ihrem Besuch nicht zur Last zu fallen, indem sie sich beispielsweise in den Besucherecken aufhalten. Insgesamt dominiert allerdings die Zuschreibung der großen Bedeutung des Besuchs für ihre Gesundung sowie die Einschätzung des Angewiesenseins auf die Angehörigen, gerade im Bereich der Sprachmittlung. Ergänzt wird dies durch die relativierende Einschätzung, daß im Herkunftsland viel mehr Besuch üblich sei und daß gar nicht alle kommen könnten, da sie in anderen Städten Deutschlands lebten. Die Einschränkungen im pflegerischen Handeln werden weder von den MigrantInnen noch von den Angehörigen wahrgenommen. Die Pflegenden wiederum erkennen die Relevanz des Besuchs nicht in seinem vollen Ausmaß, gerade auch in seiner lebensgeschichtlichen Komponente: die Familie und ihre Bedeutung für das Leben in der Fremde. Demnach besteht zwischen Pflegenden und MigrantInnen eine wechselseitige Fremdheitserfahrung.

Die dazugehörigen Formen des Aushandelns sind gescheiterte und unterbliebene Verständigung. Hier ein Beispiel für *gescheiterte* Verständigung, bei der es um die mißbilligende Äußerung einer Krankenschwester zum Besuch ging. Erzählerin ist Frau G., eine türkische Patientin, die die Situation selbst als gescheitert bewertet. Frau G. und ihr Sohn verhandelten mit dem Arzt über das Verhalten der Krankenschwester. Der Arzt wollte klarstellen, daß Frau G. die Äußerung der Krankenschwester mißverstanden habe. Der ebenfalls anwesende Sohn erklärte

darauffin im Namen seiner Mutter, daß sie die Krankenschwester sehr wohl richtig verstanden habe. Diese habe die Besucher „auf die Straße“ geschickt. Der Sohn machte deutlich, daß seine Mutter zwar schlecht Deutsch spreche, aber sehr gut verstehe. Frau G. forderte daraufhin den Arzt auf, die Zimmernachbarin zu befragen. Sie könne das Verhalten der Pflegenden bezeugen. Vorausgegangen war ein Gespräch des Sohnes mit dem Arzt, in dem er ihn über die aus seiner Sicht große Bedeutung von Besuch unterrichtet. Es bestehe eine moralische Verpflichtung gegenüber der Kranken. Das Verbot von Besuch würde die Kranke „traurig“ anstatt gesund machen. Der Sohn äußerte sich zudem verwundert, daß der Arzt anscheinend über diese Funktion des Besuchs für Kranke nicht im Rahmen seines Studiums aufgeklärt wurde. Aus Sicht von Mutter und Sohn zeigten sich der Arzt und die Pflegende nicht bereit, die Bedeutung von Besuch zu verstehen und zu akzeptieren. Eine gelungene Verständigung konnte nicht erzielt werden, da dem Arzt die Kränkung der Patientin durch das Verhalten der Pflegenden „fremd“ blieb.

Abschließende Anmerkungen zum Konzept von „Kultur“ als Übersetzungs- und Aushandlungsprozeß

Kultur bzw. kulturelle Differenz wird im Rahmen des Ansatzes von „Kultur als Aushandlungsprozeß“ als Zwischenergebnis der Auseinandersetzung zwischen Akteuren verstanden. „Kultur“ bedeutet die Wahrnehmung einer Differenz, einer Differenz zwischen „Eigenem“ und „Fremdem“, zwischen verschiedenen Konzepten und Bedeutungen. Da sich das, was „eigen“ und „fremd“ wahrgenommen wird, immer wieder wandeln kann, ist der Aushandlungsprozeß prinzipiell nie abgeschlossen. Zur Fokussierung von *Differenz* und dem *Prozeßcharakter* von „Kultur“ kommt als drittes die Fundierung in der *Interaktion* dazu. Der Austausch darüber, was jeweils konkret die Bedeutung von „fremd“ und

„eigen“ zugeschrieben wird, vollzieht sich zwischen den in der Interaktion Beteiligten. Damit haben wir ein empirisch fundiertes Kultur-Konzept.

Die Erfahrungsdimension „Angehörige“ ist die erste der interkulturellen Kommunikation zwischen Pflegenden und MigrantInnen, die wir mit Hilfe des Konzepts „Kultur als Aushandlungsprozess“ analysiert haben. Weitere Dimensionen werden folgen. Der Aufbau der Rekonstruktion der *Verständigung* könnte ähnlich sein, wie bei den „Angehörigen“. Nach der Ermittlung der Perspektiven von Pflegenden, MigrantInnen – und auch die ÄrztInnen kommen dazu – folgt die Kontrastierung und die Ermittlung der Formen von Verständigung. Bei gleicher Wahrnehmung einer Erfahrungsdimension steigen die Chancen für gelungene Verständigung; bei differierender Wahrnehmung dagegen steigt das Risiko für unterbliebene oder gescheiterte Verständigung. So beabsichtigen wir, nach und nach die relevanten Begegnungsfelder in der Kommunikation zwischen Pflegenden, ÄrztInnen und MigrantInnen zu analysieren, um die wesentlichsten Hemmnisse und Beförderungsmomente für interkulturelle Kommunikation benennen zu können.

Die Interviews mit den Pflegenden haben gezeigt, daß Defizite beim Erken-

nen von Aushandlungsbedarf hinsichtlich differierender Wahrnehmungen bestehen. Diesem Umstand müssen die Konzepte der Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung und des Studiums Rechnung tragen, indem eine interkulturelle Fundierung vorgenommen wird: beispielsweise Stärkung der sozialen Kompetenzen hinsichtlich spezieller, auch kulturgeprägter Bedürfnisse von Patienten, Klienten etc. und Fundierung des Fachwissens auf Grund von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

Gaby Voigt, Soziologin, M.A.
Gaby.Voigt@wiso.uni-erlangen.de
Hannelore Praez-Johnsen,
Diplom-Pflegewirtin
Hannelore.Praez-Johnsen@wiso.uni-erlangen.de
Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum (SFZ) der Universität Erlangen-Nürnberg, Findelgasse 7/9, 90403 Nürnberg, Tel.: 0911/ 5302 - 649 / 689
Fax: 0911/ 5302 - 637

* Überarbeitete Version des Vortrags auf der Fachtagung des DV Pflegewissenschaft, der Sektion Hochschullehre Pflegewissenschaft und der FH Frankfurt am Main: „Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflegewissenschaft“ am 14./15. September 2000, gehalten im Workshop II: Kulturelle Aspekte pflegerischer Praxis.

Literatur

Bachmann-Medick, Doris (1997): Einleitung: Übersetzung als Repräsentation fremder Kulturen. In: Dies. (Hrsg.): Übersetzung als Repräsentation fremder Kulturen, S. 1-18.

Fuchs, Martin (1997): Übersetzen und Übersetzt-Werden: Plädoyer für eine interaktionsanalytische Reflexion. In: Bachmann-Medick, Doris (Hrsg.): Übersetzung als Repräsentation fremder Kulturen, S. 308-328.

Ders. (1998): Erkenntnispraxis und die Repräsentation von Differenz. In: Assmann, Aleid/ Friese, Heidrun (Hrsg.): Identitäten. Erinnerung. Geschichte, Identität 3, S.105-137.

Shimada, Shingo (1998): Identitätskonstruktionen und Übersetzung. In: Assmann, Aleid/ Friese, Heidrun (Hrsg.): Identitäten. Erinnerung. Geschichte, Identität 3, S. 138-165.

Voigt, Gaby (1999): Probleme interkultureller Kommunikation im Krankenhaus. In: Pflege Aktuell, Nr. 6, S.238-351.

Voigt, Gaby / Fischer-Brühl, Brigitte (1999): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Was heißt hier fremd? In: Pflegezeitschrift, Nr. 9, S.661-665.

Anmerkung

¹ In einer Vorstudie zum Projekt wurden bereits Erfahrungsfelder von Pflegenden mit MigrantInnen ermittelt (vgl. Voigt/ Fischer-Brühl, 1999; Voigt, 1999).