

Transkulturelle Beratung in der Pflege

Birgit Rommelspacher

■ **Kultur und kulturelle Überlegungen erhalten eine zunehmende Bedeutung in der Pflege, da Pflege in einer sich schnell verändernden Szene stattfindet, in der Menschen gemeinsam leben arbeiten, obwohl sie verschiedener kultureller Orientierung und Herkunft, unterschiedlicher regionaler und ethnischer Abstammung sind und sich unterschiedlichen Glaubenssystemen und -bräuchen verpflichtet fühlen. Die Frage ist, wie Differenzen gesehen werden, d.h., nicht nur welche Differenzen als relevant erachtet werden und wie mit ihnen umgegangen werden soll, sondern auch, welche Differenzen überhaupt keine Erwähnung finden.**

Die meisten Pflegeeinrichtungen in Deutschland sind in ihren Konzeptionen und Leitideen vorwiegend monokulturell und monolingual ausgerichtet, obwohl viele der Angestellten ebenso wie der Patientinnen unterschiedlicher kultureller Herkunft sind. Dementsprechend schwierig ist es, sich in interkulturellen Situationen professionell zu verhalten d.h. kompetent zu unterstützen und zu beraten. Meist bleibt es der Initiative der Einzelnen überlassen, sich diesbezüglich zu qualifizieren. Im Grunde spiegeln diese Pflegeeinrichtungen die Verhältnisse in einer Gesellschaft wieder, die auf multikulturelle Lebenswelten nur monokulturelle Antworten zur Verfügung hat.

Dem scheint zu widersprechen, dass es inzwischen durchaus auch eine Reihe von Publikationen gibt, die die Interkulturalität von Pflege zum Thema haben, wie etwa das von Susanna Alban, Madeleine Leininger und Cheryl Reynolds herausgegebene Buch »Multikulturelle Pflege« (2000). Hier werden von »Afghanistan« bis »Vietnam« über 50 Länder vorgestellt mit ihrer »Geographie und Demographie«, ihrem Konzept von »Krankheit und Gesundheit«, sowie den »sozialen« und »körperlichen« Elementen des Lebens. Bei dieser Auflistung vermisst man allerdings das Eingehen auf Deutschland und seine Kultur. Man geht vermutlich davon aus, dass das Fachpersonal, an das sich das Buch richtet, deutscher Herkunft ist und die eigene Kultur kennt. Selbst wenn wir voraussetzen, dass das der Fall ist, so kann dies Erfahrungswissen jedoch nicht die Reflexion

darüber ersetzen, wie man sich selbst in dieser Gesellschaft positioniert und wie man die Anderen sieht. Bei transkultureller Kompetenz geht es vor allem um eine Transformation von Alltagswissen in ein reflexives Wissen, das über die Ursachen und die Folgen von Einstellungen und Verhaltensweisen Auskunft gibt.

Im Umgang mit multikulturellen Pflegesituationen können wir also zwei unterschiedliche Reaktionen unterscheiden:

- Eine Sichtweise, die das allen Menschen Allgemeine in den Vordergrund stellt und die Differenzen zwischen ihnen kaum Bedeutung zumisst (Universalismus),
- eine Sichtweise, die sich klare Vorstellungen von der Unterschiedlichkeit des Anderen macht und die Bedeutung der kulturellen Herkunft betont (Kulturalismus).

Sowohl die eine als auch die andere Sichtweise hat ihre Vor- und Nachteile, ihre Potentiale und Fallstricke. Diesen wollen wir im Folgenden nachgehen, um daraus dann die Grundzüge transkultureller Kompetenz zu entwickeln und die Bedingungen transkulturellen Wandels aufzuzeigen.

1. Kulturspezifische Ansätze

Kulturspezifische Ansätze der Pflege nehmen die Heterogenität und Multikulturalität in der Pflegesituation bewusst zur Kenntnis und versuchen darauf zu reagieren. Es wird davon ausgegangen, dass Pflege ein Ort ist, an dem sich Menschen unterschiedlicher Kultur, Ethnizität und

Culture and cultural considerations come to have significance in nursing as nursing is practiced in a rapidly changing scene in which people live and work together, though they come from various cultural orientations or backgrounds, from different regional, ethnic origins, and hold commitments to diverse belief systems and customs. The question is how differences are seen, that is, not only which differences are regarded as relevant and how they should be handled but also which differences are not mentioned at all

Nationalität begegnen und dass diese Differenzen sowohl Grundlage der individuellen Interaktion in der Pflege- und Beratungssituation sind als auch die Struktur der Institution prägen.

Die Frage dabei ist jedoch, wie diese Differenzen gesehen werden, d.h., welche Differenzen als relevant erachtet werden und wie mit ihnen umgegangen werden soll. Und hier gibt es erhebliche Interpretationsspielräume. Dabei muss vorab geklärt werden, ob die hier identifizierten Differenzen überhaupt die entscheidenden sind, also ob in bestimmten Konstellationen die jeweils unterschiedliche Kultur überhaupt das Problem ist. Ebenso fragt sich, ob es immer Probleme gibt, wenn Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund miteinander zu tun haben: Gibt es nicht auch den selbstverständlichen, gelingenden Umgang miteinander? Oder aber, wenn es Konflikte gibt, sind diese tatsächlich durch die unterschiedliche Kultur verursacht?

Kultur ist die Art und Weise wie eine Gruppe von Menschen die von ihr vorgefundene materielle und soziale Umwelt interpretiert und auf sie reagiert und damit ihre Umwelt selbst ständig umarbeitet und weiter entwickelt. Kultur ist also prozesshaft, dynamisch und je nach Kontext unterschiedlich. Kultur kann als Ensemble sozialer Praxen verstanden werden, in der es jedoch nach Mecheril nicht nur um die Umsetzung von Normen geht, sondern auch um den Bezug zu den Ressourcen (2002 S. 22). Sie beinhaltet also die Lebensumstände und meint die Lebensweise, wie man mit diesen Umständen umgeht und

welche Mittel einem hierzu zur Verfügung stehen. In unserem Kontext bedeutet Kultur vor allem, wie man Krankheit interpretiert und welche Ressourcen man zu ihrer Vermeidung, Linderung und Heilung zur Verfügung hat und auch dafür einsetzt.

Mit der eigenen Kultur ist jedoch immer auch ein bestimmtes Verhältnis zu den anderen Kulturen gegeben, da Kulturen sich nur in Wechselwirkung mit anderen entwickeln. In jahrhundertelangen Auseinandersetzungsprozessen formen sich dabei kollektive Bilder, die den Mitgliedern der jeweiligen Kultur über Erzählungen und Geschichten, über Kunst, Literatur und Wissenschaft vermittelt werden. Dies so archivierte Wissen generiert sehr unterschiedliche Bilder, Verhaltensweisen und Emotionen den verschiedenen »Fremden« gegenüber. Wenn ich z.B. in meinen Seminaren die StudentInnen frage, welche Bilder habt ihr von Moslems, von Juden oder von Sinti und Roma, so sind sich alle sehr schnell einig, wie diese aussehen, ohne dass sie genau sagen könnten, woher die Bilder stammen. Die eigene kulturelle Prägung zeigt sich also auch darin, wer als fremd empfunden wird und wie diese Fremdheit bebildert wird (vgl. ausführlicher dazu Rommelspacher 2002).

In dem Zusammenhang ist auch der Begriff der Transkulturalität von dem der Interkulturalität zu unterscheiden: Mit Interkulturalität wird stärker die Beziehung zwischen zwei unterschiedlichen Positionen und Perspektiven betont, während mit Transkulturalität mehr auf das Gemeinsame abgehoben wird und zwar sowohl auf die Gemeinsamkeiten, die »jenseits« kultureller Unterschiede vorhanden sind als auch auf solche, die als Produkt der interkulturellen Interaktion entstehen.

Multikulturelle Pflege ist nun nach dem oben zitierten Lehrbuch dadurch charakterisiert, dass Menschen aus Deutschland mit Menschen aus anderen Ländern zu tun haben und dass diese von einer für das jeweilige Land typischen Lebensweise geprägt sind. Das hat jedoch mit der Realität multikultureller Pflege in Deutschland recht wenig zu tun, denn meist handelt es sich um Menschen, die aufgrund von Einwanderung, Flucht oder anderen Gründen wie Heirat, Studium etc. nach Deutschland gekommen sind und u.U. schon seit Generationen hier leben. Ihre Kultur ist nicht identisch mit dem, was in ihrem Herkunftsland üblich ist, sondern ihre Kultur ergibt sich aus ihrem Status als

MigrantInnen und der ihnen spezifischen Migrantenkultur, also dem Prozess der Auseinandersetzung mit den von ihnen hier vorgefunden Lebensumständen. Werden sie jedoch umstandslos mit der Kultur oder Nation ihres Heimatlandes identifiziert, werden sie gewissermaßen symbolisch aus Deutschland hinaus geschoben.

Schliesslich wird hier ein statisches, in sich geschlossenes Bild von Kultur entworfen. Man stelle sich nur vor, dass man auf wenigen Seiten die Auffassung von Gesundheit und Krankheit in Deutschland beschreibt und in kurzen Abschnitten die »sozialen und körperlichen Elemente« des Lebens hier schildert. Das heisst nicht, dass solche Beschreibungen nicht auch nützliche Informationen liefern können und damit die Sensibilität fördern, dass andere Menschen andere Gewohnheiten haben können. Aber der Schaden, der damit ange richtet wird, dass man nun Menschen anderer Herkunft mit dem Bild identifiziert, das hier von ihnen gezeichnet wird, scheint doch unweit grösser zu sein. Denn Kulturen werden hier als voneinander abgegrenzte Bedeutungssysteme gesehen, außerhalb von zeitlicher und räumlicher Entwicklung stehend, als starr und homogen. Und die Menschen werden dabei als durch ihre Kulturzugehörigkeit unverwechselbar geprägte geschildert. So sind z.B. auch viele Deutsche empört, wenn sie im Ausland als Deutsche mit einem (oft auch negativen) Klischeebild identifiziert werden. Das wird meist nicht nur als falsch, sondern auch als ungerecht empfunden.

Was geschieht jedoch, wenn die Anderen dem Bild nicht entsprechen, das man sich von ihnen gemacht hat? In einer Untersuchung zu bikulturellen Partnerschaften hat Iman Attia (1998) deutsche Frauen und Männer, die mit muslimischen Partnern liiert waren nach ihrem Bild von Moslems und Muslima befragt. Es zeigte sich, dass alle ein sehr klares Bild von ihnen hatten. Aber ihre Partner/innen, mit denen sie lebten und die sie liebten, die, so wurde von allen erklärt, seien nicht so wie diese Bilder, die seien eigentlich gar keine Moslems, die seien schon europäisiert etc. D.h., entspricht der Betreffende nicht dem Klischee, wird er kurzerhand zur Ausnahme erklärt und zum Nicht-Moslem gemacht. Nicht das Klischee wird revidiert, sondern die Wirklichkeit wird umgearbeitet. Der Andere ist dann eben kein »richtiger« Moslem, ihm wird eher seine Identität genommen, als dass das Klischee verändert wird. Die

Paradoxie liegt hier darin, dass durch den kulturalisierenden Blick die Kultur des Anderen unsichtbar gemacht wird. Denn wenn der andere nicht den kulturalistischen Erwartungen entspricht, wird er gewissermaßen ausgemeindet: Die Türkin ist keine »richtige« Türkin mehr, weil sie so emanzipiert ist, und der Jude ist kein »richtiger« Jude mehr, weil er nicht religiös ist.

Es ist auch nicht anzunehmen, dass Klischees, die sich im Laufe der Sozialisation über lange Jahre in einem abgelagert haben und die oft durch den Alltagsdiskurs wie auch durch die Berichte in den Medien, durch die Wissenschaft und Politik immer wieder aktualisiert werden, dass diese sich durch eine persönliche Begegnung so schnell ändern würden, selbst wenn diese intensiv wie in einer Partnerschaft ist. Wir müssen davon ausgehen, dass wir alle mit bestimmten Bildern im Kopf dem/der Anderen begegnen. In interkulturellen Situationen begegnen sich also nicht einfach unvermittelt und unvoreingenommen Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund, sondern dabei werden immer auch die kollektiven Bilder und Verhaltensgewohnheiten aktiviert. Um den Anderen die Möglichkeit zu geben, sich selbst zu repräsentieren und für sich selbst zu sprechen, bedarf es also zunächst der Distanzierung von diesen Bildern. Wollen wir tatsächlich offen auf die andere Person zugehen und neugierig auf sie sein, müssen wir Gewohnheiten im Denken, Verhalten und Fühlen verlernen, d.h. Situationen schaffen, in denen die Sichtweise der Anderen relevant wird und überkommene Vorstellungen zu irritieren vermag.

Oft ist es jedoch im Gegenteil so, dass die Anderen, wenn sie nicht den Bildern entsprechen, die wir uns von ihnen gemacht haben, sie geradezu dafür rechtfertigen müssen. Denn von den Mehrheitsangehörigen kann eine solche Irritation direkt als ein Affront empfunden werden, haben sie sich doch nun soviel Mühe gegeben, extra etwas über die Kultur des Anderen zu lernen und haben darüber hinaus auch noch ihre Bereitschaft signalisiert, sich auf die Anderen einzustellen. Will nun der Andere davon nichts wissen oder fühlt sich gar durch die Identifikation mit dem Klischee diskriminiert, ist der Mehrheitsangehörige enttäuscht oder wird gar wütend, weil der Andere seine Bemühungen nicht anerkennt.

Demgegenüber bedeutet die Anerkennung des Anderen, dass man auch die Perspektive des Anderen wahrnimmt und seine Sicht der Dinge respektiert. Das setzt voraus, dass man dem Anderen zuhört und auch bereit ist, die eigenen Vorstellungen zu korrigieren und damit auch zuzugestehen, dass man vieles nicht weiss. Der Andere ist der Experte in eigener Sache. In dem Sinn spricht Paul Mecheril davon, dass interkulturelle Kompetenz eine »Verschränkung von Wissen und Nicht-Wissen« sei (2002 S. 28).

Ein kulturalistisches Wissen hingegen, also ein Wissen, das dem Anderen eine bestimmte, feststehende Kultur zuschreibt, läuft Gefahr, den Anderen in ein »verordnetes Anderssein« zu pressen, das ihn seiner Subjektivität beraubt und ihn letztlich auch in seiner kulturellen Eigenartigkeit unsichtbar macht.

Die Anerkennung der Perspektive des Anderen setzt gegenseitigen Respekt voraus. Der ist aber keineswegs selbstverständlich. So zeigen die Umfragen über die Wertschätzung von Menschen unterschiedlicher Herkunft immer erhebliche Unterschiede: Araber oder Sinti und Roma, sowie Flüchtlinge aus afrikanischen Ländern stehen dabei auf den untersten Stufen dieser Skala – im Gegensatz etwa zu Menschen aus westeuropäischen Ländern und anderen hoch entwickelten Industrienationen. Dass dabei nicht die räumliche Entfernung den Ausschlag gibt, sondern das ökonomische, politische und kulturelle Prestige der jeweiligen Herkunftsländer, sieht man daran, dass Osteuropäer, auch wenn sie in der Nähe wohnen, sehr viel niedrigere Werte erzielen als Westeuropäer oder US-Amerikaner.

Diese ethnische Hierarchie ist sicherlich auch im Gesundheitswesen wirksam und wird nicht nur die individuelle Begegnung zwischen Fachpersonal und KlientInnen prägen, sondern auch die strukturellen Massnahmen, die eine Institution ergreift, um eine optimale Pflege und Behandlung für alle NutzerInnen zu gewährleisten. Denn warum sollte das Gesundheitswesen eine Ausnahme sein und hier andere Gesetze gelten als in der Gesellschaft allgemein? Fremdheit ist in so gut wie allen Gesellschaften immer auch mit sozialen Hierarchien verbunden. Die quasi horizontale, neutrale Ebene der Differenz ist meist mit der vertikalen der Hierarchie verknüpft. Es gibt kaum multiethnische Gesellschaften, in denen die verschiedenen

Gruppen friedlich und egalitär mit und nebeneinander leben. Insofern müssen wir i.d.R. von ethnischen Schichtungen (Esser 2000) ausgehen.

Insofern greift eine kulturalistische Sichtweise zu kurz, die die Probleme zwischen Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft alleine auf die Tatsache »kultureller Differenz« zurückführt, weil damit die Tatsache der ethnischen Hierarchie ausgeblendet wird. Ausgeblendet wird damit zugleich auch die Tatsache, dass man u.U. gar nichts über den Anderen wissen will, weil seine Fremdheit eine Distanz aufrechterhält, die den eigenen Status absichern hilft und Höherwertigkeitsphantasien nähren kann.

Sicherlich gibt es viele im Gesundheitswesen, die sich bemühen, alle Patientinnen, gleich welches Aussehens und welcher Herkunft möglichst gut und gleichwertig zu behandeln. Um aber den überall wirksamen, mächtigen gesellschaftlichen Hierarchisierungstendenzen entgegen zu steuern, bedarf es mehr als des guten Willens.

Über strukturelle Massnahmen hinaus, auf die wir weiter unten eingehen, bedarf es eines reflexiven Wissens, also des Wissens über die Motive, die den eigenen Vorstellungen und Praxen zugrunde liegen und über die Konsequenzen, die sie für die Anderen haben können. Dazu gehört auch eine Analysekompetenz, um subtilere Formen der Hierarchisierung zu erkennen:

So wird z.B. in dem o.g. Buch zur »Multikulturellen Pflege« ganz selbstverständlich eine Standardsituation vorausgesetzt, in der eine deutsche Pflegekraft eine Patientin aus einem anderen Land pflegt. Abgesehen davon, dass es, wie wir sahen, in der Mehrzahl der Fälle um MigrantInnen und nicht um AusländerInnen geht, so sind die Rollen immer eindeutig verteilt: Die Pflegekraft ist Deutsche, die Patientin die »Ausländerin«. Aber auch Minderheitenangehörige sind Professionelle, also handelnde Subjekte. Wenn dies realisiert würde, müsste das Lehrbuch sich auch an sie richten, sie müsste z.B. auch etwas über Deutschland erfahren, vorausgesetzt sie kommt tatsächlich aus einem anderen Land.

Allerdings könnte es auch sein, dass man Minderheitenangehörigen unterstellt, dass sie per se über interkulturelle Kompetenz verfügen. Auch wenn man in der Tat davon ausgehen kann, dass ihre Lebensrealität wesentlich von der Tatsache der Interkul-

turalität geprägt ist, so ginge es bei transkultureller Kompetenz auch bei ihnen um eine Transformation ihres Alltagswissens in reflexives Wissen. Mit der »Standardsituation« in dem Lehrbuch wird also implizit auch eine Machthierarchie reproduziert, indem auf die Bedürfnisse der MigrantInnen beim Fachpersonal nicht eingegangen wird und sie damit gleichsam auch unsichtbar gemacht werden.

Auch im folgendem Beispiel wird die ethnische Hierarchie innerhalb des Pflegepersonals reproduziert: Auf einer Pflegestation weigerte sich eine mehrheitsdeutsche Patientin, sich von einer afrodeutschen Krankenschwester pflegen zu lassen, mit dem Hinweis, sie lasse sich von einer »N...« nicht anfassen. Die betreffende Krankenschwester erzählte, dass die einige ihrer Kolleginnen ihr gegenüber den Vorfall bedauerten, manche sogar die Patientin ermahnten, die meisten jedoch den Vorfall übergingen. Einig waren sich die meisten darin, dass ihre afrodeutsche Kollegin das nicht so ernst nehmen solle. Im Endeffekt wurde der Patientin dann eine mehrheitsdeutsche Krankenschwester zugewiesen. Das schien für alle Beteiligten – außer für die afro-Deutsche Krankenschwester selbst – die vernünftigste Lösung zu sein.

Wie aber wäre dieser Konflikt »gelöst« worden, wenn eine Patientin türkischer Herkunft sich geweigert hätte, sich von einer deutschen Krankenschwester pflegen zu lassen? Aller Wahrscheinlichkeit nach ist eine solche Situation kaum vorstellbar und wenn sie dennoch auftritt, würden sicherlich die meisten mit aller Selbstverständlichkeit und allem Nachdruck die Patientin auffordern, sich in die Gegebenheiten zu fügen; nach dem Motto, sie könne froh sein, dass sie hier überhaupt so gut gepflegt werde.

In den beiden Fällen haben die Professionellen eine jeweils unterschiedliche Autorität: die eine ist selbstverständlich und unantastbar, während die andere zur Disposition steht und nicht geschützt wird. Dabei geht es um die Zuweisung von symbolischer Macht, nämlich um die Frage, welche Bedeutung Menschen innerhalb der Gesellschaft haben, wer Prestige hat, wessen Stimme gehört wird und welche zum Schweigen gebracht wird. Selbst in der kleinsten Gruppe haben die Menschen oft ein unterschiedliches »Ansehen«. Das Wort des einen hat mehr Gewicht als das des Anderen. Diese symbolische Macht wird

über viele Formen des Alltagsverhaltens verteilt, so auch in der Pflegesituation.

Bei der transkulturellen Beratung geht es also nicht nur um die Frage kultureller Differenz im quasi horizontalen Sinn, also um die Verschiedenheit, die sich durch Unterschiede von Perspektiven und Gewohnheiten ergeben, sondern immer auch um die vertikale Ebene, also um die Differenzen, die sich daraus ergeben, dass die Menschen auf der sozialen Skala der Wertschätzung unterschiedlich eingeordnet werden und unterschiedlichen Zugang zu den gesellschaftlichen Ressourcen haben. Und oft wird Fremdheit lediglich als Vorwand genutzt, um diese soziale Hierarchie aufrecht zu erhalten und zu rechtfertigen.

Dennoch hat der kulturspezifische Ansatz eine große Bedeutung für die transkulturelle Beratung, weil er darauf hinweist, dass es unterschiedliche kulturelle Perspektiven gibt und dass sich im Gesundheitswesen sowohl das Fachpersonal in der individuellen Interaktion wie auch die Institutionen mit ihren Strukturen darauf einzustellen haben. Entscheidend ist allerdings, ob sich darin auch Respekt vor der Perspektive des Anderen ausdrückt, oder aber im Sinne eines Kulturalismus neue Gewissheiten über die Andersheit des Anderen angehäuft werden, die diese letztlich auslöscht, indem sie den Anderen in die eigenen Vorstellungen vereinnahmt. Gerade aufgrund der Gefahr, dass man durch die Anerkennung der Differenz »Unterschiede macht« ist es vielen Menschen wichtig, alle Menschen gleich zu behandeln.

2. Der universalistische Ansatz

Alle Menschen gleich zu behandeln, ist ein Grundanliegen von Humanität und demokratischem Selbstverständnis. Um Menschen gleich zu behandeln, kann es jedoch gerade notwendig sein, Unterschiede zu machen – also Ungleiches ungleich zu behandeln. Gleichheit im Sinne von Gleichwertigkeit ist nicht identisch mit Gleichförmigkeit (vgl. im englischen den Unterschied zwischen equality und sameness). Insofern kann Gleichbehandlung dazu dienen, Unterschiede zu verfestigen.

Unterschiede spielen in der interkulturellen Begegnung immer eine Rolle und zwar sowohl in der Wahrnehmung der Mehrheitsangehörigen wie auch in der der

Minderheiten. Es werden unterschiedliche Assoziationen, Verhaltensgewohnheiten und Emotionen aktiviert, die sich in einer langen Sozialisation herausgebildet haben. Diese Reaktionsmuster sind auch nicht einfach eine persönliche Angelegenheit oder individuelle Fehlwahrnehmungen, sondern basieren auf kulturellen Stereotypen, die sich in der jeweiligen Gesellschaft oft über Jahrhunderte herausgebildet haben und auch in den aktuellen öffentlichen Diskursen ständig reproduziert werden. Es gibt keine Unvoreingenommenheit in dem Sinne, dass in einer interkulturellen Situation zwei Menschen völlig unvorbelastet aufeinander treffen, sondern sie aktivieren immer zugleich auch bestimmte Bilder voneinander.

So berichteten mir im Rahmen einer Untersuchung zum Antisemitismus die nicht-jüdischen Deutschen immer wieder, dass sich für sie die Situation schlagartig ändere, wenn sie während eines Gesprächs erfahren, dass ihr Gegenüber jüdisch sei. Sie haben dann das Gefühl, dass sich plötzlich ein Spalt auftue, wo sie auf der einen Seite stehen und der Andere auf der anderen und dass es fast unmöglich werde, diese Kluft zu überwinden (Rommelspacher 1995). In dem Augenblick verlieren sie ihre Unbefangenheit und Spontaneität und werden unsicher. Sie wissen nicht mehr, wie sie sich verhalten sollen, was sie sagen dürfen und was nicht.

Es entsteht eine sog. Interaktionsspannung. Psychodynamisch gesehen, liegt deren Ursache darin, dass man damit beschäftigt ist, Schuldgefühle, Ressentiments und Vorurteile abzuwehren. D.h., das Bemühen, die eigenen Emotionen und Assoziationen zu verdrängen, nimmt alle Energie in Anspruch. Die daraus resultierende Unsicherheit wird oft durch ein überfreundliches Verhalten zu kompensieren versucht. Diese Prozesse sind selten bewusst. Insofern ist das Bemühen, den/die Andere gleich zu behandeln im Falle faktisch unterschiedlicher gesellschaftlicher Positionierung oft auch ein Versuch, sich vor den Anteilen zu schützen, die man bei sich selbst nicht wahrhaben möchte. Man möchte, wie die befragten jungen deutschen Frauen nicht zur deutschen Tätergesellschaft gehören und lieber mit einer neutralen, alle Menschen umfassenden offenen Haltung auch die Zugehörigkeit zur eigenen Kultur verleugnen. Ein ähnliches Phänomen hat Elaine Pinderhughes (1989) in der Begegnung

zwischen weissen TherapeutInnen und schwarzen KlientInnen beobachtet. Auch hier wollen die Weissen in der Begegnung mit Schwarzen der Bedeutung ihres Weisseins im Rahmen eines allgemeinen Humanismus aus dem Weg gehen.

Was daraus für die Beratungssituation folgt, hat die Therapeutin Ursula Wachendorfer (1999) am Beispiel der Beziehung zwischen weissen TherapeutInnen und schwarzen KlientInnen genauer analysiert: Mit der impliziten oder expliziten Grundannahme, »Ich mache keine Unterschiede, wir sind doch alle gleich« signalisiert die Therapeutin einerseits eine offene humanistische, demokratischen Grundhaltung. Damit wird aber die therapeutische Beziehung aus dem gesellschaftlichen Machtgefüge herausgenommen. Zudem negiert die weisse Therapeutin die Bedeutung der Hautfarbe für sich selbst und blockiert so die Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und Gefühlen, die sie als Weisse im Zuge der Sozialisation gegenüber schwarzen Menschen verinnerlicht hat. Insofern ist das Gleichheits- oder Neutralitätspostulat hier weniger als ein Entgegenkommen gegenüber den schwarzen Klientinnen, als vielmehr in seiner Schutzfunktion für die weisse Therapeutin zu verstehen, die so ihre eigenen negativen Vorstellungen und Gefühle abzuwehren und das »positive Selbst« zu schützen versucht.

Mit dem Leugnen der Unterschiede werden aber auch die spezifischen Erfahrungen der Klientin entwertet, und diese sich selbst entfremdet: »Weiß-Sein ist dabei das Allgemeine. Es verschwindet als soziales Symbol und geht im allgemeinen Menschsein auf und steht für die Idee der Gleichheit.« Gleichbehandlung aus der Sicht der Weißen gegenüber der Schwarzen Person meint hier ein wohlwollendes Tolerieren des Anderssein, eine großzügige Geste, die aber im Kern nur mit der Unterwerfung unter das Primat des Weisseins verdient werden kann: »Die Schwarzen Person muss sich ihres Schwarz-Seins entledigen und das Spiel mitspielen, dass wir alle gleich sind« (S.139).

D.h. in einer sich als demokratisch verstehenden Gesellschaft wird die monokulturelle Perspektive zu einer egalitären umgedeutet. In der Fokussierung auf Gemeinsamkeiten werden die anderen vereinnahmt und wenn dies nicht gelingt, werden sie als Störfall im Pflegebetrieb, als defizitär wahrgenommen. Der Ausweg liegt dann

darin, an die Toleranz zu appellieren, die auch das Ungewöhnliche aushält. Diese Toleranz gewährt den Anderen jedoch keine Sicherheit, sondern liefert sie dem individuellen wie gesellschaftlichen Toleranzermessen aus. Stößt dies an seine Grenzen, wird mit der Forderung nach Anpassung und Unterordnung reagiert. So entpuppt sich die scheinbar kulturunspezifische Perspektive bei näherem Hinsehen als Entkulturalisierung der eigenen Position – denn sie repräsentiert das Neutrale und allgemein Menschliche, die Position der Toleranz. Die Anderen werden hingegen kulturalisiert, denn wenn sie sich nicht ins System einfügen, liegt es an ihrer speziellen Kulturgebundenheit oder an ihrer individuellen Unfähigkeit.

Die Praxen der Monokulturalität, die sich als universale, allgemeingültige ausgeben deuten ihre eigene Unfähigkeit, unterschiedliche Perspektiven zu akzeptieren zu einem Problem der Anderen um. Sie werden für die Probleme verantwortlich gemacht, sind sie doch die »Abweichung« – da man selbst die Norm repräsentiert. Wenn also Menschen anderskultureller Herkunft keinen rechten Zugang zu Pflegeeinrichtungen bekommen, nicht die Hilfe so beanspruchen, dass sie sie auch bekommen, dann liegt das an ihnen. Sie können sich nicht verständlich machen; Sie haben eben eine traditionelle Kultur, die mit einer modernen Einrichtung kollidiert.

Das heisst in einem monokulturellen Selbstverständnis werden die eigenen Vorstellungen und Werte verallgemeinert und auf die Anderen als für sie selbstverständlich gültige übertragen. Ein Beispiel hierfür ist der den westlichen Kulturen zugrunde liegende Individualismus, der das Individuum primär als von seinen kollektiven Bezügen unabhängig sieht und als solches auch schützen möchte. Ziel der Beratung wird es dann sein, die Autonomie und Selbständigkeit des Anderen zu fördern, aber oft auch Krankheiten als persönliches Leiden zu psychologisieren. Etwa wenn Migrant/innen einen Anspruch auf sofortiges, aktives eher symptomorientiertes Handeln der Fachperson erwarten, was im Widerspruch zu einer problemorientierten, auch introspektiven Herangehensweise steht. Mit einer psychologisierenden Blickweise wird oft die somatische Erkrankung nicht mehr ernst genommen und gipfelt in dem Vorwurf, Migranten würden somatisieren anstatt sich ihrer psychischen Probleme zu stellen (Domenig 2003, S. 89).

Oder es wird die »Verwöhnung« eines Patienten durch seine Familie kritisiert, die ihm alles abzunehmen versucht und sich ständig um ihn kümmert. So widerspricht auch die fürsorgliche Umsorgung einer Wöchnerin dem professionellen Anspruch von Fachpersonen, Patient/innen so rasch wie möglich zu individueller Selbständigkeit und Leistungsfähigkeit zurückzuführen (ebd. S. 93). Die Frage, die sich hier stellt, ist, ob die Autonomie im Sinne der Selbstbestimmung tatsächlich der absolute Wert ist, an dem alle andere Werte gemessen werden müssen oder ob ein Selbstverständnis, das sich primär über die Beziehung zu anderen definiert, nicht ebenso zu achten ist, vorausgesetzt es birgt nicht Gewalt und Zwang in sich.

Die Gefahr der Generalisierung der eigenen Normen liegt im westlichen Gesundheitswesen aber auch deshalb so nahe, weil sie auf den in den Gesundheitswissenschaften geltende Gesetze der Objektivität und empirischen Beweisbarkeit basieren (ebd. S. 94).

Dennoch hat die universalistische Sichtweise, die alle Menschen gleich behandeln möchte, eine zentrale Bedeutung, als sie darauf verweist, dass Menschen unterschiedlichster Herkunft auch Gemeinsamkeiten haben etwa in Bezug auf existentielle Grundsituationen wie Schmerz, Krankheit und Tod, sowie der Angewiesenheit auf Andere, auf Hilfe und mitmenschliche Beziehung – auch, wenn sie diese jeweils unterschiedlich gestalten und die Phänomene anders interpretieren. Zudem drückt sich in dieser Sichtweise auch der Anspruch aus, dass alle Menschen ein Recht auf qualifizierte Beratung haben, ungeachtet ihrer Herkunft, ihres Aussehens oder auch darauf, ob sie sich legal oder illegal in Deutschland aufhalten. Alle Menschen haben, wie Domenig formuliert: »das Recht zu verstehen und verstanden zu werden, das Recht zu informieren und informiert zu werden, sowie das Recht Behandlungsmöglichkeiten und ihre Konsequenzen zu kennen und bei der Wahl der Behandlung mit zu entscheiden« (2003 S. 88).

Das Problem in der transkulturellen Beratung ist also, die Gemeinsamkeiten zu sehen, ohne die Differenzen zu leugnen. D.h. die Balance zu finden zwischen dem Wahrnehmen von Gemeinsamkeiten und der Anerkennung unterschiedlicher Erfahrungen und Perspektiven. Diese Balance setzt voraus, dass weder die Gemeinsam-

keiten so verallgemeinert werden, dass sie den Anderen übergestülpt, noch dass die Differenzen so festgeschrieben werden, dass in einem kulturalisierenden Blick die Anderen in ihrer spezifischen Andersheit unsichtbar gemacht werden. Deshalb bedarf die eigene Wahrnehmung immer des Korrektivs durch den Anderen, und in diesem Sinn ist Interkulturalität als ein ständiger wechselseitiger Austausch von Perspektiven zu verstehen.

3. Leitmotive transkultureller Beratung in der Pflege

Transkulturelle Kompetenz lässt sich mit Domenig als die Fähigkeit definieren, »individuelle Lebenswelten in den besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten, vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen und nehmen vor allem auch eine respektvolle, vorurteilsfreie bzw. Vorurteile reflektierende Haltung gegenüber Migrant/innen und anderen stigmatisierten Zielgruppen ein« (Domenig 2003, S. 95).

Allerdings, und darauf weist Paul Mecheril (2002) hin, bedarf eine interkulturelle Situation nicht unbedingt der Anwesenheit von Menschen unterschiedlicher Herkunft, sondern Interkulturalität stellt sich auch her, wenn etwa Angehörige der Mehrheitsgesellschaft sich über Menschen anderer Herkunft unterhalten und dabei ihr Bild vom Anderen gegenseitig bestätigen oder auch in Frage stellen. D.h., wenn beispielsweise auf einer Stationskonferenz über Patienten anderer Herkunft gesprochen wird, ist dies auch eine interkulturelle Situation, denn hier wird die Bedeutung von Kultur in diesem Kontext ausgehandelt. Das gilt für die Organisationsplanung und -entwicklung generell: In der Regel handeln hier Angehörige der Mehrheitsgesellschaft meist ganz unter sich aus, welchen Stellenwert Mehrheits- und Minderheitenkulturen in der Institution haben. In solchen Situationen bedarf es oft auch eines gewissen Muts, sich gegen den herrschenden Konsens zu stellen. Spannungen ergeben sich

also nicht nur im direkten interkulturellen Kontakt, sondern auch in Verhandlungssituationen ohne Anwesenheit der Anderen.

Transkulturelle Kompetenz erfordert ein spezifisches Wissen, und zwar ein Wissen, das den Anderen nicht fremd macht – z.B. ihn symbolisch in sein Herkunftsland zurückschiebt – sondern den Anderen in dem Kontext sieht, in dem er einem begegnet. Notwendig ist etwa ein Wissen darüber, wie die Lebensbedingungen der MigrantInnen hier in Deutschland sind, wie sich etwa ihr Krankenstand (Morbidity) und das Krankheitsspektrum von der in Deutschland geborenen und aufgewachsenen Bevölkerung unterscheidet. Was die Gründe dafür sind und wie sich die gesundheitlichen Belastungen von denen der Einheimischen unterscheiden (vgl. Borde und Rosendahl 2003, S. 254). Unerlässlich ist aber auch ein Wissen darüber, welche anderen Konzepte es von Krankheit in anderen Kulturen gibt, damit von allen Beteiligten ein gemeinsamer Zugang zur »Krankheit« im Rückgriff auf diese Konzepte gefunden werden kann.

Notwendig ist schliesslich auch zu wissen, welche Befürchtungen von ethnischen Minderheiten gegenüber einer »deutschen« Institution zu erwarten sind, inwiefern etwa bisherige Diskriminierungserfahrungen zu Vorsicht und Misstrauen führen. Wichtig ist auch zu wissen, was die Einzelnen über das Gesundheitssystem in Deutschland wissen, ob und auf welche Ressourcen und Netzwerke der Einzelne jeweils zurückgreifen kann oder auch inwiefern der legale Status ihre gesundheitliche Situation beeinträchtigen kann.

Das Wissen zielt jedoch nicht nur auf den Anderen und seine Situation ab, sondern auch auf das Selbst: Welche Bilder hat man von den Anderen, welche emotionalen Reaktionen rufen sie hervor und was hat das mit der eigenen Position als Mehrheitsangehörige bzw. als Minderheitenangehörige zu tun. Das bedeutet auch, sich zu fragen, was einen daran hindern könnte, von Stereotypen und Klischees Abschied zu nehmen. Bei diesem Wissen geht es also weniger darum, etwas Neues zu lernen, sondern das, was gelernt wurde und einem selbstverständlich erscheint, zu verlernen (vgl. Castro Varela 2002).

Das setzt aber eine spezifische Haltung voraus, nämlich Offenheit nicht nur dem Anderen, sondern auch sich selbst gegenüber. Denn professionelles Handeln ist, wie

Paul Mecheril formuliert, »darauf angewiesen, in ein grundlegend reflexives Verhältnis zu dem eignen professionellen Handeln, seinen Bedingungen und Konsequenzen treten zu können.« (Mecheril 2002 S. 25).

Zu fragen ist z.B., wie man als Mehrheitsangehörige/r damit umgeht, von Angehörigen der Minderheit kritisch betrachtet zu werden. Charles Ridley (1995) geht in seiner Untersuchung über Interkulturalität in Beratung und Therapie z.B. davon aus, dass jede schwarze Klientin erst einmal mit einem großen Misstrauen in die Therapie kommt, denn weshalb sollte sie annehmen, dass der therapeutische Raum ein exterritorialer Raum ist, frei von individuellem und strukturellem Rassismus. Die Therapeutin wird dies Misstrauen jedoch meist nicht als eine sinnvolle Coping-Strategie deuten, die für die schwarze Klientin überlebensnotwendig ist und auf die sie sich im therapeutischen Prozess positiv beziehen könnte, sondern sie wird dies eher als ein pathologisches Verhalten verstehen, das es 'wegzuthrapieren' gilt, insbesondere wenn sie dies Misstrauen gegen sich als eine Infragestellung ihrer persönlichen Integrität und therapeutischen Kompetenz versteht.

In Bezug auf den Umgang mit den Anderen ist auch zu fragen: ist gegenseitiges Verstehen überhaupt möglich, kann man sich in den Anderen trotz der Unterschiede überhaupt hineinversetzen? D.h., was bedeutet eigentlich Empathiefähigkeit unter der Bedingung von Differenz und asymmetrischen Verhältnissen? Empathie basiert auf dem Vergleich von selbst erlebten Situationen, Zielvorstellungen und Gefühlen mit denen eines Anderen. Nach Janis Jones (2004) besteht hier immer die Gefahr der Vereinnahmung, wie sie in ihrer Analyse über die Empathie von Weißen gegenüber Schwarzen in den USA herausarbeitet. Die Ursache hierfür liegt jedoch nicht allein in der Tatsache, dass Weiße kaum jemals die Diskriminierungserfahrungen machen, wie sie Schwarze anhaltend erleiden müssen, sondern mehr noch, dass Weiße gar nicht in die Situation kommen wollen, in denen Schwarze sind und darüber hinaus auch nicht wirklich wollen, dass Schwarze ihnen in allem gleich gestellt sind.

Es wäre also zu fragen, ob eine Barriere für das Einfühlungsvermögen nicht auch das Bedürfnis sein kann, eine gewisse Distanz aufrechterhalten, nicht zuletzt des-

halb, um das alleinige Anrecht auf den Einheimischenstatus nicht gefährden zu müssen, also das Anrecht darüber zu entscheiden, was sich hier gehört und was nicht. Die Voraussetzung für echtes Verstehen ist jedoch die Bereitschaft, den Anderen als gleichwertig und gleichberechtigt anzuerkennen, d.h. die Bereitschaft, die Macht zu teilen. Denn wer bestimmt, wie eine Situation zu verstehen und zu regeln ist, der hat die Definitionsmacht inne.

Es geht also nicht nur um kognitive und emotionale Kompetenzen, sondern immer auch um die Frage nach dem Interesse, diese Kompetenzen auszubilden oder eben auch nicht. So sind der Empathiefähigkeit nicht alleine durch die begrenzte Vergleichbarkeit der Lebenssituationen Grenzen gezogen, sondern auch durch das jeweilige Interesse am Anderen. Zumindest muss darauf verwiesen werden, dass Empathie unter ungleichen Bedingungen etwas anderes bedeutet als im Rahmen einer gleichwertigen Beziehung, bei der ein gegenseitiges Interesse und ein gleichwertiger Austausch der unterschiedlichen Perspektiven vorausgesetzt werden kann.

Dass eine transkulturelle Perspektive von Seiten der Mehrheitsangehörigen viel mit Teilen von Macht zu tun hat, zeigt sich auch daran, dass der eigene soziale Status gefährdet sein kann, wenn man eine interkulturelle Position vertritt, denn man stört oft nicht nur den herrschenden Konsens, sondern beschäftigt sich mit Menschen, die häufig einen geringeren sozialen Status einnehmen. Das strahlt gewissermaßen auf einen ab und mindert das eigene Ansehen. In der Soziologie spricht man in dem Zusammenhang von einer Statusdiffusion.

Lässt man sich also ernsthaft auf interkulturelle Situationen ein, so ist dies immer auch mit Risiken verbunden: Zum einen mit dem Risiko der Selbstverunsicherung, dass also »liebgewordene« Bilder hinterfragt und Gewissheiten ungewiss werden, aber auch mit dem Risiko, die Gemeinschaft der »Gleichgesinnten« herauszufordern und schliesslich das Risiko den eigenen Status zu gefährden. Dem steht der Gewinn gegenüber, über sich und die Anderen immer wieder Neues zu erfahren und so in einem aktiven Prozess lebendiger Auseinandersetzung sich weiter zu entwickeln und zunehmend mehr Sicherheit und Übereinstimmung mit den eigenen Ansprüchen zu gewinnen. Es gibt aber eben auch hinreichend Gründe, sich

solchen Situation nicht auszusetzen, auch wenn das Selbstbild eines toleranten, aufgeschlossenen Menschen und die Berufsethik das von einem verlangt. Insofern bleibt das interkulturelle Engagement insbesondere von Seiten der Mehrheitsangehörigen immer prekär.

Aus diesem Grund, aber auch weil das Wirken Einzelner niemals das Gewicht einer Institution aufheben kann, muss das Projekt der transkulturellen Transformation ganz zentral auch die strukturellen Bedingungen ins Visier nehmen, die eine Institution prägen. So steht etwa der Anspruch kultursensibler Pflege oft in einem harten Kontrast zu einer bundesrepublikanischen Wirklichkeit, in der z.B. oft nicht einmal gewährleistet ist, dass Menschen anderer Herkunftssprache verstanden werden. Die Grundvoraussetzungen professionell kompetent zu handeln sind vielfach nicht gegeben; wie aber soll man jemanden beraten können, wenn man sich nicht einmal gegenseitig verständlich machen kann?

Zu den strukturellen Bedingungen gehört in erster Linie, dass die Institution sich das Projekt transkultureller Transformation zu eigen macht und es in seinem Leitbild verankert. Das bedeutet, die interkulturelle Öffnung zu einer Querschnittsaufgabe zu machen und in allen Bereichen darauf zu achten, dass alle KlientInnen/PatientInnen und Beschäftigten gleich welcher Herkunft, welchen Aussehens und kultureller Zugehörigkeit gleiche Chancen des Zugangs zu den Dienstleistungen und Ressourcen der Institution haben.

Ein solches Leitbild muss gegen das weit verbreitete Selbstverständnis einer Politik erkämpft werden, die die Notwendigkeit kultureller Differenzierungen bisher nicht zur Kenntnis genommen hat. So wird etwa in den Ausführungen zur Gesundheitsreform auf MigrantInnen kein Bezug genommen, ebenso wie die Gesundheitsberichterstattung des Bundes wie der Länder so gut wie keine Daten zu gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen aufweisen (Schultz 2003). Gäbe es nicht von Seiten des Fachpersonals inzwischen eine Reihe von Initiativen wie etwa der 1997 gegründete Arbeitskreis »Migration und Gesundheit«, würde sich nichts ändern. So stellen auch Basche und Kaouk (2003) fest, dass das Gesundheitssystem in Deutschland nicht adäquat reagiert, sobald von der Norm des deutschen Durchschnittspatienten abgewichen wird. Dabei ist das Gesundheitssystem, wie sie

formulieren »repräsentativ für eine Gesellschaft, die sich erst langsam der Tatsache bewusst wird, dass in ihnen Menschen mit sehr unterschiedlichen kulturellen Prägungen leben« (S. 203).

Diese monokulturelle Orientierung hat den Effekt, dass Angehörige ethnischer Minderheiten meist schlecht über die an ihnen vorgenommene Behandlungen informiert sind, sie fühlen sich in ihrem Anliegen nicht ernst genommen und erleben immer wieder Diskriminierungen, Vorurteile und Rassismus. »Sie können in den oft wenig vertrauensfördernd gestalteten Kontexten kaum ihre Bedürfnisse und Sichtweisen so einbringen, dass diese gehört und verstanden werden und darauf entsprechend eingegangen wird« (Domenig 2003, S. 87). Dies führt zu Unter-, Über und Fehlversorgung, wobei die Überversorgung im wesentlichen in der Verordnung zu vieler Medikamente besteht (Brucks und Wahl 2003).

Um einen gleichberechtigten Zugang aller zu den Dienstleistungen zu ermöglichen, müssen zunächst die Barrieren analysiert werden, die von Seiten der MigrantInnen gegenüber einer »deutschen« Institution bestehen können. Stephan Gaitanides (2004, S. 6) nennt in Bezug auf die sozialen Dienste u.a. folgende:

- Informationsdefizite über Vorhandensein, Struktur und Nutzwert der Angebote
- sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- mangelhaftes Vertrauen in die interkulturelle Verständigungsmöglichkeit
- Erwartung von Vorurteilen gegenüber MigrantInnen und Mangel an Akzeptanz
- Spezialisierte Problemlösungsbearbeitung bzw. Delegation von Teilproblemen an andere Einrichtungen wird als Zurückweisung erlebt.
- Behörden- und Institutionenangst (einschließlich der Angst vor ausländerrechtlichen Folgen)
- Gebühren (z.B. in der Familienbildung), Wohnortferne, Komm-Strukturen, Öffnungszeiten, die mit der Lebenswirklichkeit belasteter MigrantInnenfamilien kollidieren.
- Barriere »christlicher Tendenzbetrieb«

Die Nicht-Inanspruchnahme oder geringere Erfolge der Hilfeleistung sind immer auch das Ergebnis eines Interaktionsprozesses. Dabei tragen die Mächtigeren in der

Kommunikation, die mit institutionellen Machtmitteln und überlegenem Expertenwissen ausgestatteten Professionellen, eine besondere Verantwortung (ebd. S. 7). Und Gaitanides merkt an, dass man sich bei der Analyse der Zugangsprobleme nicht alleine auf die der NutzerInnen der Einrichtung konzentrieren soll, sondern auch auf die ausgrenzenden Strukturen und Einstellungen der MitarbeiterInnen.

Zu den strukturellen Bedingungen gehört also die Entwicklung bedarfsgerechter und effektiver Angebotsstrukturen, eine spezifische Informationspolitik und gezielte Personalrekrutierung und Personalentwicklung. Kernpunkt einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur ist etwa die Bereitstellung von Dolmetscherdiensten. Das erfordert aber auch Strukturen, die es dem Fachpersonal ermöglichen, diese Dienste auch zu nutzen. Ist ein zeitlicher Mehraufwand notwendig, muss er von vornherein einkalkuliert werden. Interessant ist in dem Zusammenhang, dass z.B. in der Berliner Universitätsklinik Charité dem Fachpersonal zwar ein zentraler Dolmetscherdienst zur Verfügung steht, dass dieser jedoch kaum in Anspruch genommen wird. Es scheint »einfacher« zu sein, in den entsprechenden Situationen auf Verwandte oder das Reinigungspersonal zurückzugreifen als rechtzeitig den Dienst anzufordern. Darin kann einmal eine zeitliche Überforderung zum Ausdruck kommen, aber auch Bequemlichkeit oder auch eine Missachtung, die signalisiert, dass der Andere nicht der Mühe wert ist, besondere ihm angemessene Vorkehrungen zu treffen.

Zum transkulturellen Wandel gehört schliesslich auch, sich der institutionellen Kultur bewusst zu werden, also welche Atmosphäre eine Institution ausstrahlt und wie sie bei den unterschiedlichen NutzerInnen ankommt. Das bezieht sich nicht nur auf die aktuelle Ausstattung, sondern auch auf die Geschichte der Institution, wie auch des Gesundheitswesens generell in Deutschland, das, wie wir wissen, im Nationalsozialismus auch ihren Teil dazu beigetragen hat, eine unmenschliche Gesellschaft durchzusetzen und Menschen auszugrenzen, zu entwürdigen bis hin zur aktiven Beteiligung an ihrer Ermordung. Wenn wir der Frage nachgehen, wie dies möglich war, wird auch unser Blick dafür geschärft, inwiefern heute die Institutionen des Gesundheitswesens zur Diskriminierung von Minderheiten beitragen und sie vom gleichberechtigten Zu-

gang zu den Gütern dieser Gesellschaft wie vor allem einer adäquaten Gesundheitsversorgung ausschließen.

Wesentlich für die strukturelle Transformation ist auch die gezielte Anstellung von Fachkräften, die ethnischen Minderheiten angehören. Und das aus verschiedenen Gründen:

Zum einen um ihre transkulturellen Erfahrungen als Ressource zu nutzen, auch wenn nicht automatisch davon ausgegangen werden kann, dass diese sich in interkultureller Kompetenz, also einem reflexiven Wissen über die Bedeutung von Ethnizität oder Kultur umsetzt. Diese MitarbeiterInnen können die Verständigung mit anderssprachlichen Patientinnen erleichtern und MittlerInnen sein zwischen den KollegInnen und den Patientinnen, aber auch den spezifischen ethnischen communities. Oft wirkt das Fachpersonal mit Migrationshintergrund als Anziehungspunkt für die entsprechende KlientInnen. Sie fassen zu ihnen eher Vertrauen. Sie erkennen sich in der Institution gleichsam wieder und das kann der Institution ein Stück weit ihre Fremdheit nehmen. Tatsache ist jedenfalls, wenn die durch Kündigungen freigewordener Stellen durch Fachpersonal ohne Migrationshintergrund besetzt werden, der Anteil an Klientin mit Migrationshintergrund meist drastisch zurückgeht (Domenig 2003 S. 100).

Dabei besteht jedoch immer die Gefahr, Probleme der Interkulturalität an den »Migrationsfachmann/frau« zu delegieren und so wiederum diese in ihrer Fachlichkeit und ihren beruflichen Interessen unzulässig einzuengen. Zugleich werden damit die Mehrheitsdeutschen tendenziell aus ihrer Verantwortung entlassen, sich selbst mit Multikulturalität auseinanderzusetzen und weitere Kompetenzen zu erwerben.

Insofern ist die Entwicklung gleichberechtigter interkultureller Teamstrukturen zu fördern, um die Synergien der Vielfalt von Problemdefinitionen und Lösungsstrategien zu nutzen. Zugleich ist einer ethnischen Arbeitsteilung zu vermeiden und der interkulturelle Kompetenzerwerb aller MitarbeiterInnen zu fördern. Transkultureller Wandel in Institutionen ist ein tief greifender Prozess, der alle Bereiche und Ebenen umfassen muss. Er bedeutet, dass die kulturelle Vielfalt anerkannt wird und die Einrichtungen in Partnerschaft mit all denen entwickelt und geplant werden, die sie auch nutzen sollen.

Literatur

- Attia, Iman. (1994). Antislamischer Rassismus. Stereotypen – Erfahrungen – Machtverhältnisse. In Siegfried Jäger & Nora Räthzel (Hrsg.), *Rassismusforschung und antirassistische Erziehung*. Duisburg: Diss Verlag.
- Basche Jan und Kaouk Mohamad. (2003). Qualitätssicherung durch niedrigschwellige kulturspezifische Hilfen – Möglichkeiten der Mobilisierung informeller Ressourcen am Beispiel der sozialpsychiatrischen Versorgung arabischsprachiger Familien. In Theda Borde, Matthias David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 203–225). Frankfurt/Main: Mabuse.
- Borde Theda und Rodendahl Carla. (2003). Interkulturelle Kompetenz in Institutionen – eine Fortbildung für interdisziplinäre Arbeitsteams. In Theda Borde, Matthias David (Hrsg.) s.o. S. 247–264
- Brucks Ursula und Wahl Wulf Bodo. (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In Theda Borde, Matthias David (Hrsg.) s.o. S. 15–34
- Domenig Dagmar. (2003). Anforderungen an einen transkulturellen Wandel in der stationären Pflege. In Theda Borde, Matthias David (Hrsg.) s.o. S. 85–104
- Esser, Hartmut. (2000). *Soziologie Spezielle Grundlagen Die Konstruktion der Gesellschaft* (Bd. 2). Frankfurt/Main: Campus.
- Gaitanides, Stefan. (2004). Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste – Visionen u Stolpersteine. In Rommelspacher Birgit (Hrsg.), *Die offenen Stadt – Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten* (S. 4–18). Berlin: Alice Salomon Hochschule.
- Jones Janis. (2004). *The Impairment of Empathy in Goodwill Whites for African Americans*. In George Yancy (Ed.), *What White looks like. African-American Philosophers on the Whiteness Question*. New York London: Routledge.
- Pinderhughes, Elaine. (1989). *Understanding Race, Ethnicity and Power. The Key to Efficacy in Clinical Practice*. New York, NY: Macmillan.
- Ridley, Charles R. (1995). *Overcoming unintentional racism in counseling and therapy: A practitioner's guide to intentional intervention*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Rommelspacher, Birgit. (1995b). *Schuldlos-Schuldig? Wie sich junge Frauen mit Antisemitismus auseinandersetzen*. Hamburg: Konkret Literatur Verlag.
- Rommelspacher, Birgit. (2002). *Anerkennung und Ausgrenzung. Deutschland als multikulturelle Gesellschaft*. Frankfurt/Main & New York: Campus.

- Schultz Dagmar. (2003). *Kulturelle Kompetenz in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung ethnischer Minderheiten: Das Beispiel San Francisco, Kalifornien*. In Theda Borde, Matthias David (Hrsg.) s.o. S. 167–190
- Wachendorfer, Ursula. (1999). *Inszenierung von Unsichtbarkeit – zur Rolle des Weiss-seins in der Therapie*. In Angela S. Reinhard, Claudia Hahn, Marjoke Westen, Leonore Lerch & Regina M. Banda-Stein (Hrsg.), *Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld unterschiedlicher Kulturen und Lebensformen*.