

Interkulturelle Konflikte und Lösungen in Gesundheitseinrichtungen

Christel Kumbruck und Annika Koppe

Zusammenfassung

Gewalt in Gesundheitseinrichtungen aufgrund interkultureller Interaktionen zwischen Pflegekräften und Patient*innen mit Migrationshintergrund sowie deren Angehörigen – damit wird das Pflegepersonal, aber auch das Servicepersonal am Empfang von Krankenhäusern, Ärzt*innenpraxen oder Pflegeheimen, immer wieder konfrontiert, wie Pflegekräfte und Pflegeexpert*innen in Interviews berichten. Tatsächlich kann man aufgrund der Schilderungen der im Rahmen dieses Beitrags befragten Pflegekräfte davon ausgehen, dass Situationen, die soweit eskalieren, dass sie potenziell in körperlicher Gewalt enden, am seltensten vorkommen. Verbale Gewalt dürfte als Vorstufe der Eskalation häufiger vorkommen (Glasl 1994), wenn auch nicht unbedingt an der Tagesordnung sein. Die Relevanz für die Betrachtung von Gewalt im interkulturellen Pflegekontext ergibt sich aus der Schwere des Erlebens einer solchen Situation für die Pflegekräfte. Es handelt sich um eine (gegebenenfalls schädliche) Grenzüberschreitung. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch bei den Patient*innen oder Angehörigen Grenzen überschritten werden können, was entsprechende Emotionen nach sich zieht. Diese Grenzüberschreitungen sollten und können vermieden werden. Interkulturelle Konflikte entstehen aufgrund religiöser und kultureller Unterschiede, nämlich in den Kulturdimensionen „Machtdistanz, Maskulinität/Feminität sowie Individualismus/Kollektivismus“ (Hofstede 2017), aber auch aufgrund konkreter Vorstellungen von Krankheit und Heilung. Erschwerend treten außerdem Sprachschwierigkeiten auf. Werden diese Situationen nicht gelöst, drohen sie zu eskalieren, oftmals mit verbalem oder sogar körperlichem gewalttätigem Handeln. Ziel des Beitrags ist es, typische problematische interkulturelle Überschneidungssituationen in Pflegeeinrichtungen, die bis zu aggressiven Auseinandersetzungen führen können, zu analysieren und Lösungsansätze aufzuzeigen. Eine Lösung findet sich in der interkulturellen Kompetenz, sowohl auf der Ebene des Individuums als auch vergegenständlicht in organisationalen Regeln und Prozeduren. Interkulturelle Kompetenz ist quasi eine Prophylaxe, um Konflikte gar nicht erst so groß werden zu lassen, dass es zu verbaler oder körperlicher Gewalt kommt.

Schlagwörter: Pflege Tätigkeit, Interaktionsarbeit, interkulturelle Konflikte und Lösungen, interkulturelle Kompetenzen, organisationale Kapazitäten

Abstract

Violence in healthcare establishments, ensuing from intercultural interactions between carers and patients as well as migrant-background relatives, is a phenomenon with which care staff as well as service staff at points of contact in hospitals, doctors' surgeries, or care homes, are being increasingly confronted, as care staff and nursing experts report in interviews. In fact, based on descriptions of nursing staff members interviewed, it can be assumed that situations that escalate to the point of potentially ending in physical violence are the least common. Verbal violence is likely to occur more frequently as a preliminary stage of escalation (Glasl 1994), even if it is not on the agenda. The relevance of the consideration of

violence in the intercultural care context arises from the severity of the experience of such a situation for carers. It is a (sometimes harmful) violation of boundaries. Furthermore, it can be assumed that such a transgression of borders can be experienced before by the patients or relatives as well, resulting in corresponding emotions. Such transgressions should and can be avoided.

Religious and cultural differences play a core role, particularly concerning “power distance, masculinity/femininity as well as individualism/collectivism” (Hofstede 2017), but also specific conceptions of illness and healing. Language difficulties exacerbate the problem. Left unsolved, these situations can escalate, often to a level involving verbal or even physical violence. This paper analyses typical problematic intercultural overlaps in healthcare establishments which can potentially lead to aggressive confrontations, and presents some solution approaches. Intercultural competence provides the key to a solution here, either at individual level or objectified in the form of organisational rules and procedures. Intercultural competence is a kind of prophylaxis to prevent conflicts from becoming so serious that they lead to verbal or physical violence.

Keywords: care work, interaction work, intercultural conflicts and solutions, intercultural competences, organisational capacities

1. Einleitung und Fragestellung

Immer häufiger schreiben die Medien über Gewaltsituationen in Krankenhäusern, insbesondere in Notaufnahmen, wo sich die Angst der Patient*innen um den eigenen Gesundheitszustand in Ungeduld bis hin zu Wut äußert (zur Überschneidung von Pflege bzw. Care-Arbeit und Gewalt siehe auch die Beiträge von Becke, Höppner u.a. und Brückner in diesem Band). Wichtig ist es an dieser Stelle zu betonen, dass Gewalteskalationen nicht nur durch Menschen mit Migrationshintergrund, sondern generell gehäuft in medizinisch-pflegerischen Einrichtungen vorkommen und auch mit dem erhöhten Arbeitsaufwand infolge von finanziellen Umstrukturierungen (Kumbruck u.a. 2010) in diesen Einrichtungen zusammenhängen. So verweist auch ein Chefarzt einer Notfallstation auf die „angespannte Personalsituation“, die „dazu führen [kann], dass Mitarbeiter wegen des Stresses weniger einfühlsam mit Patienten umgehen“ (Schäfer 2024: 23). Der Chefarzt macht damit einen wichtigen Grund für gutes Gelingen medizinisch-pflegerischer Interventionen deutlich, nämlich Einfühlungsvermögen für die von „Schmerzen und Angst“ geplagten Patient*innen und ihre Angehörigen (ebd.). Es geht dabei um eine gelingende Interaktionsarbeit – eine Arbeit, die jeden medizinisch-pflegerischen Eingriff begleiten sollte.

Interaktionsarbeit, insbesondere Einfühlungsvermögen, ist in der Arbeit mit Migrant*innen, also in interkulturellen Überschneidungssituationen, erschwert, weil sowohl Sprachhemmnisse als auch Missverständnisse in Bezug auf kulturell ungewohnte Praktiken auf beiden Seiten bestehen können.

Daraus können Störungen in der Kommunikation, mangelnde Kooperation und schließlich Konflikte resultieren. Systematisch und anschaulich zeigte Lewis (1996) die Zwangsläufigkeit solcher Entwicklungen zu „Kulturkollisionen“ auf und präsentierte erste Lösungsansätze. Hieran anknüpfend lautet die im Fokus dieses Beitrags stehende Frage: Welche problematischen bis hin zu gewaltträchtigen Situationen können sich für Mitarbeiter*innen von Gesundheitseinrichtungen in interkulturellen Überschneidungssituationen mit pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen ergeben und welche Lösungen der Prävention und Deeskalation bewähren sich?

Zur Klärung dieser Frage werden zunächst die relevanten theoretischen Konzepte skizziert, insbesondere zur Interaktionsarbeit und Interkulturalität. Anschließend werden die methodische Herangehensweise sowie die empirischen Ergebnisse präsentiert, die überwiegend auf der Dissertation von Annika Koppe (2021) basieren. Die Ergebnisse werden anhand von typischen Konfliktfällen und Erfahrungen des Pflegepersonals illustriert und hieraus praktische Lösungsansätze abgeleitet. Letztere werden nach individuellen und organisationalen Lösungen differenziert dargestellt.

2. Stand der Forschung und theoretische Grundlagen der Interkulturalität

Im Folgenden wird in die theoretischen Schlüsselkonzepte dieses Beitrags eingeführt und der Bezug zur Fragestellung wie auch zum empirischen Feld der Pflegetätigkeit hergestellt. Es handelt sich um die Konzepte „Kultur“, „interkulturelle Kompetenz“, „interkulturelle Interaktionsarbeit“, „interkulturelle Konflikte“ und „arbeitspsychologisches Stressmodell“, die im Folgenden näher erläutert werden.

2.1 Kultur

Was versteht man unter Kultur? Ganz pragmatisch versteht man unter Kultur die Alltagskultur – wie Menschen eines Kulturkreises ihren Alltag bewältigen, was sie für richtig und falsch erachten, wie sie miteinander umgehen, das heißt welche Gesellschaftsform sie entwickelt haben, was und wie sie produzieren und essen. Die Hochkultur, zum Beispiel Musik und Literatur, ist Bestandteil der Kultur. Im Zentrum der Kultur stehen die Kommunikation und die Sprache, weil hiermit der Austausch zwischen den

Mitgliedern des Kulturkreises stattfindet und diese sich über ihr Verhalten und deren Bedeutung verständigen und einigen.

Wissenschaftlich aufgegriffen wurde diese Definition im semiotischen Kulturbegriff durch den symbolischen Anthropologen Geertz (1994). Dieser geht davon aus, dass der Mensch ein Wesen ist, das in selbst gesponnenen Bedeutungsgeweben verstrickt ist. Dieses Gewebe ist als Kultur anzusehen. Mitglieder einer Kultur grenzen sich von anderen sozialen Gemeinschaften ab, indem sie ihren Zeichen eine spezifische Bedeutung geben, die nur von den Angehörigen der eigenen Kultur verstanden wird. Mit diesem Vorgehen wird ein gemeinsames Verständnis der Welt über richtiges und falsches Handeln als geteiltes Orientierungssystem entwickelt; hierzu gehören auch die Religion sowie die gemeinsame kulturelle Identität.

Die zentralen Kulturdimensionen nach Hofstede (2017), nach denen sich Kulturen unterscheiden, beziehen sich auf die Strukturierung der Gesellschaft (Machtdistanz, Beziehung Männer/Frauen, Kollektivismus/Individualismus), aber auch auf die grundsätzlichen Vorstellungen von Zeit und Raum (Hall/Hall 1985). Interkulturelle Überschneidungssituationen führen in Interaktionen zu verschiedenen Arten von Missverständnissen, angefangen bei der Sprache, die man nicht versteht oder bei der man als Fremdsprache die Konzepte hinter Worten falsch einordnet. Während in der eigenen Sprache die nonverbale Sprache (also vor allem Mimik und Gestik) das Verständnis meist erhöht, kann sie ergänzend zur Fremdsprache das Gegenteil bewirken. Es handelt sich aber bei einer interkulturellen Überschneidung nicht um ein reines Übersetzungsproblem, sondern um eine Kollision von Werten. Werte sind implizit Bestandteil der Kulturdimensionen, die Kulturen unterscheiden.

Während die Akzeptanz und Toleranz gegenüber gegenläufigen Polen der Dimensionen der sozialen Ordnung den Akteur*innen häufig sehr schwer fällt und der Prozess oft lange dauert, führen die Unterschiede in den Dimensionen, die man als individuellen Stil ansieht, anfangs zu Irritationen, werden dann aber in der Regel toleriert. Winkler (2011) fand in ihren Studien¹ zu multikulturellen Innovationsteams heraus, dass Macht und Status ein zentrales Konfliktfeld in multikulturellen Teams darstellen. Aber auch um Geschlechtergleichheit wird unerbittlich gerungen. Unterschiede in den Dimensionen sozialer Ordnung stellen auch eine große

1 Sie hat sich an einem weiterentwickelten kulturellen Dimensionssystem, der Globe Studie (House u.a. 2004), orientiert.

Herausforderung der interkulturellen Kompetenz im Berufsfeld Gesundheitsversorgung/Pflege dar, wie im Folgenden argumentiert wird.

2.2 Interkulturelle Kompetenz

Es gibt viele Definitionen von interkultureller Kompetenz (Rathje 2006), wobei die nachfolgend näher betrachtete interkulturelle Handlungskompetenz den Schwerpunkt darauflegt, mit Kompetenz ins Handeln kommen zu können.

Interkulturelle Handlungskompetenz heißt, „[...] den interkulturellen Handlungsprozess so (mit)gestalten zu können, dass Missverständnisse vermieden oder aufgeklärt werden können und gemeinsame Problemlösungen kreiert werden, die von allen beteiligten Personen akzeptiert und produktiv genutzt werden können“ (Thomas 2003: 146).

Auch wenn idealerweise ein gemeinsamer Prozess auf Augenhöhe vorgesehen ist, sind in der Pflegeeinrichtung die Bedingungen hierfür nicht ideal: In der Pflege herrscht eine Asymmetrie zwischen den professionellen Pflegekräften und den abhängigen Patient*innen, sodass letztere nicht in der gleichen Verhandlungsposition sind. Kumbruck/Derboven (2016: 72) haben ein Prozessmodell interkultureller Handlungskompetenz entwickelt, „[...] das einen guten Ansatzpunkt [bietet], um zu verstehen, welche Prozesse während einer kritischen interkulturellen Situation ablaufen könnten bzw. wie die Ressourcen aus den Deep-Level-Kompetenzen so genutzt werden können, dass eine Handlungsfähigkeit erhalten bleibt, und zwar auch unter Berücksichtigung der eigenen Werte und Grenzen“ (Koppe 2021: 98).

Die Kompetenzen im Prozessmodell sind auf einem tiefgehenden Niveau (Deep-Level) angesiedelt und dienen als Ressourcen gegen ein Misslingen der interkulturellen Interaktionen und darauffolgenden negativen Stresswirkungen. Es handelt sich hierbei um Emotionsregulation, Empathie, Ambiguitätstoleranz, kritische Selbstreflexion über eigene Tabugrenzen und Selbstwirksamkeit.

Koppe (2021) hat in ihrer Dissertation aufgezeigt, dass interkulturelle Kompetenz nicht nur als eine universelle Kompetenz zu verstehen ist, sondern auch berufsfeldtypische Teilkompetenzen einbeziehen sollte. Sie kommt im Laufe ihrer Arbeit zu folgender Definition, die zum Beispiel die Wichtigkeit von ethischen und religiösen Aspekten im Bereich der Pflege von Patient*innen besonders herausstellt:

„Unter interkultureller Kompetenz in der professionellen Pflege im Krankenhaus wird ein personengebundenes Set von Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, das sowohl Fach- und Methodenkompetenz als auch Soziale und Personal- bzw. Selbstkompetenz beinhaltet, hierunter insbesondere die Fähigkeit zu interkultureller Empathie. Kultur und Religion werden als Orientierungsrahmen verstanden, die die Person als Individuum zwar nicht festschreiben, jedoch als Prägung im Pflegeprozess zumindest in Betracht gezogen werden sollten. Die interkulturelle Kompetenz ist dabei, bezogen auf die kulturellen Hintergründe, kulturunspezifisch, dafür jedoch in Bezug auf den Pflegeberuf bereichsspezifisch. Als Ziel von interkultureller Kompetenz wird die Erbringung einer qualitativ guten Pflege für Patienten mit Migrationshintergrund angenommen, wobei effizienzorientierte und ethische Aspekte zum Tragen kommen. Diese qualitativ gute Dienstleistung kann kultur- und religionsspezifische Ausprägungen haben. Interkulturelle Kompetenz kann aus dem Handlungserfolg abgeleitet werden, wenn dieser eindeutig belegbar ist“ (Koppe 2021: 428).

Unabhängig davon, ob und wie der Handlungserfolg belegt werden kann, wird bei Koppe (2021: 122) unter Handlungserfolg (Thomas 2003: 146) verstanden, den Pflegeprozess so zu gestalten, dass ein für die Patient*innen und die Pflegekraft zufriedenstellendes Ergebnis erreicht wird. Hierbei sollen Missverständnisse vermieden oder aufgeklärt werden.

2.3 Interkulturelle Interaktionsarbeit

Da Menschen aus unterschiedlichen Kulturen miteinander interagieren müssen, kann es zu unterschiedlichsten Missverständnissen und Konflikten in diesen „interkulturellen Überschneidungssituationen“ kommen. Interkulturelle Interaktionen erfordern Interaktionsarbeit. Zentrale Kernaufgaben in Gesundheitseinrichtungen sind unter anderem die Pflege, ärztliche Diagnose und Behandlung, psychosoziale Betreuung und Therapie. Aber auch Zuarbeiten wie der Empfang und die Weiterleitung an der Rezeption eines niedergelassenen Arztes oder einer Klinik(-abteilung) sowie die Erstellung und Verwaltung von Akten sind von Bedeutung. Bei allen Dienstleistungstätigkeiten kommt es auf die Interaktionsarbeit an (Becke 2023), das heißt auf die Art und Weise, wie die Aufgabe ausgeführt wird. In der Interaktionsarbeit sind sowohl in den Kernaufgaben als auch in den Zuarbeiten idealerweise kommunikative und emotionale Elemente sowie

direkte Kontakte (unter anderem am Leib) mit den Kund*innen enthalten (Büssing/Glaser 1999: 167). Wenn diese Tätigkeiten in einem interkulturellen Setting stattfinden, ist der Anteil an Interaktionsarbeit um ein Vielfaches erschwert. Das Medium ist hier die verbale und nonverbale Sprache, und in der Fremdsprachigkeit lauern Missverständnisse. Auch die nonverbale Sprache, beispielsweise Berührungen, ist nicht eindeutig. Hier ist die Gefahr für Fehlinterpretationen, aber auch für Tabus, die man nicht kennt und deshalb verletzt, noch größer.

Vor dem Hintergrund des arbeitswissenschaftlichen Forschungsstandes fassen wir vier Modalitäten der Interaktionsarbeit zusammen, in denen der Umgang mit Gefühlen und Einfühlung eine Herausforderung darstellt, und ergänzen diese durch Erschwernisse der Interkulturalität:

1. Gefühle dienen als Arbeitsmittel – sie sind Instrumente der Wahrnehmung (zum Beispiel kann mit einer Berührung der Haut festgestellt werden, ob der/die Patient*in Fieber hat). Mit Empathie kann auf die Traurigkeit der Pflegebedürftigen eingegangen werden (Dunkel 1988; Kumbruck u.a. 2010). Es geht darum, nicht schematisch Pläne abzuarbeiten, sondern mittels subjektivierendem Arbeitshandeln das Individuum und die Situation zu berücksichtigen (Böhle/Glaser 2006). Jedoch ist das Verstehen der Fremdsprache und der nonverbalen Zeichen von Ungenauigkeit und Ambivalenz geprägt. Die zu berücksichtigenden Tabus bei der Berührung des Körpers sind kulturabhängig.
2. Gefühle der Patient*innen sind ein Arbeitsobjekt, das beeinflusst werden muss, damit sich diese auf die weitere Behandlung einlassen (*sentimental work*, auf Deutsch: Gefühlsarbeit, nach Strauss u.a. 1980). In der interkulturellen Interaktion können emotionale Ausdrücke, zum Beispiel lautes Weinen, nicht korrekt interpretiert werden, da in manchen Kulturen ein stärkeres Ausdruckverhalten üblich ist, in anderen hingegen ein geringeres als in der deutschen Kultur.
3. Gefühle als Bedingung: Hiermit sind die Gefühle der Pflegekraft gemeint, die sie unterdrücken muss, weil sie diese im Kontext der Erwerbsarbeit erwartungsgemäß nicht zeigen darf (*emotional labor*, auf Deutsch Emotionsarbeit, nach Hochschild (1983)), wie zum Beispiel Trauer darüber, wie schlecht es einem/r Patienten*in geht, oder Ärger darüber, dass der/ie Patient*in unhöflich ist oder zu viele Erwartungen hat. Hierbei kann die Gefahr bestehen, dass Pflegekräfte auf Stereotypisierungen statt realen Erfahrungen zurückgreifen. Unbekannte Verhaltensregeln

und Werte können negative Gefühle gegenüber den Patient*innen, wie Ekel und Angst, erzeugen.

4. Gefühle dienen dem Aufbau von Kooperation: Im Hinblick auf ein gutes Pflegeergebnis müssen Pflegende und Patient*innen zusammenarbeiten (Weihrich/Dunkel 2003). Hierfür benötigt man vor allem Kommunikation – mittels verbaler und nonverbaler Sprache. Je weniger muttersprachliche Kommunikation möglich ist, desto schwieriger ist die Kooperation.

Werden die eigenen Gefühle zu sehr unter Kontrolle gebracht, besteht die Gefahr der Selbsterschöpfung (*ego-depletion* nach Richeson/Trawalter 2005). Bei zu viel Überforderung durch die Interaktionsarbeit droht auf Dauer ein Burnout (Büssing/Glaser 1999).

Neben der Kompetenz für Interaktionsarbeit, wie sie gerade kurz beschrieben wurde, bedarf es auch einer interkulturellen Anpassung in Abhängigkeit von der jeweils fremden Kultur der Klient*innen.

Entsprechend hoch sind die Herausforderungen und damit das Stresspotenzial der interkulturellen Interaktionsarbeit, wie dies am Beispiel der Pflege veranschaulicht wurde, aber darüber hinaus für jede Dienstleistungsarbeit als Problem existiert (zur Bewältigung des Stresspotenzials siehe Kapitel 2.5 Arbeitspsychologisches Stressmodell).

2.4 Interkulturelle Konflikte

In interkulturellen Überschneidungssituationen gibt es Konflikte zwischen zwei (oder mehr) Individuen. Konflikte, die ihre Ursache in unterschiedlichen Sprachen und Kulturen haben, sind im Prinzip auch immer zugleich kollektive Konflikte, jedoch werden sie auf der individuellen Ebene ausgetragen. Konflikte beruhen immer auf der Bewertung eines Verhaltens des Gegenübers in einer bestimmten Situation. Am Anfang jedes Konfliktes steht deshalb die subjektive Wahrnehmung des Gegenübers und des Kontextes (Glasl 1994: 34). Die Wahrnehmung ist von Missverständnissen, aber auch von (vermeintlichen) Werteunverträglichkeiten geprägt. Diese sind von negativen Gefühlen begleitet, die sich schließlich im Verhalten äußern (Worte, Taten, nonverbale Aussagen). Diese Äußerungen bewirken beim Gegenüber Effekte; die sich dabei bildende Konfliktspannung führt zu kognitiver, affektiver und verhaltensmäßiger Engführung und damit zur Reduktion von Verhaltensoptionen – die Konflikteilnehmenden treiben sich in eine Eskalationsdynamik. Auf der Verhaltensebene können Schritte

zum Umgang mit interkulturellen Konflikten gelernt werden – es handelt sich um die bereits benannten Deep-level-Kompetenzen der Emotionsregulation, Empathie, Ambiguitätstoleranz, kritischen Selbstreflexion über eigene Tabugrenzen und der Selbstwirksamkeit. In diesem Modell ist die Möglichkeit des Abbruchs der Interaktion vorgesehen, wenn die eigenen Tabugrenzen betroffen sind oder wenn das Gegenüber nicht bereit zur Kooperation ist. Diese Option ist im Gesundheitsbereich jedoch nicht immer umsetzbar. Manches Mal können Kolleg*innen im Team eine/n pflegebedürftigen Patient*in übernehmen, aber nicht immer. Es bedarf deshalb des Aufbaus vieler personenunabhängiger Ressourcen, um solche konflikteskalierenden Situationen zu vermeiden.

2.5 Arbeitspsychologisches Stressmodell

Das empirisch fundierte, erweiterte arbeitspsychologische Stressmodell (Bamberg u.a. 2012 [2006]) zeigt, dass Herausforderungen (im Modell Stressoren und Risikofaktoren genannt) am Arbeitsplatz, die sich wie Interaktionsarbeit (insbesondere Emotionsarbeit) als Stressor mit erhöhter Gefahr für ein Burnout erwiesen haben (Nerdinger/Röper 1999), auch ohne negative Auswirkungen bewältigt werden können. Lazarus/Folkman (1984) folgend werden Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und den Bewältigungsfähigkeiten der handelnden Person angesehen. Damit keine negativen Folgen entstehen, müssen ausreichend Ressourcen und langfristig wirksame subjektive Bewältigungsstrategien vorhanden sein. Hilfreich sind besonders bedingungsbezogene Ressourcen; dazu gehört zum Beispiel die soziale Ressource einer verlässlichen Unterstützung durch Mitmenschen. Aber auch personenbezogene Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und Kompetenzen sind nützlich. Ohne Ressourcen können die Herausforderungen nicht adäquat bewältigt werden.

Ressourcen, die bei der Erstbewertung und der Bewältigung der interkulturellen Überschneidungssituation helfen, können auf der persönlichen oder organisationalen Ebene liegen. Persönliche Ressourcen bestehen aus Fähigkeiten, zum Beispiel Neugierde auf fremde Kulturen, oder interkulturellen Kompetenzen. Organisationale Ressourcen beruhen auf organisationalen Rahmenbedingungen, in die auf der Basis praktischer Erfahrungen standardisierte Lösungen eingegangen sind. Hierzu gehören schon in vielen Einrichtungen implementierte Räume der Stille, in die sich Vertreter*innen

unterschiedlicher Religionen zum Gebet zurückziehen können, oder an Speisegebote anderer Kulturen angepasste Speisepläne. Insgesamt gibt es viele Situationen, für die Organisationen konfliktvermeidende Lösungen für das Pflegepersonal als Ressourcen gegen Stress bereitstellen müssen.

Interkulturelle Interaktionsarbeit in der Pflege ist sehr fordernd. Psychische Überforderungen können neben psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Depressionen) und Befindlichkeitsstörungen auch zu körperlichen Erkrankungen führen, zum Beispiel psychosomatisch bedingte Skelett-/Muskelerkrankungen. Zudem können psychische Überforderungen der Pflegekräfte auch Veränderungen in Haltung und Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen hervorrufen, insbesondere einen Rückzug aus dem Beziehungscharakter in der Pflege Tätigkeit, und zu dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wie Aggressionen und Zynismus führen. Das Stressmodell nach Bamberg u.a. (2012 [2006]) verfolgt das Ziel, Stressoren und Risikofaktoren, Ressourcen, Bewertungen, Bewältigungsstrategien und Wirkungen in ihrem Zusammenspiel zu identifizieren, und hilft bei schädlichen Stresswirkungen aufzuzeigen, wie die Elemente im Prozess so verändert werden können, dass trotz der Herausforderungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit vermieden werden.

3. Empirische Basis und Methoden

Die Autorinnen haben unterschiedliche Erhebungen im Arbeitsfeld der Pflege durchgeführt, die in Bremen, Bremerhaven, Hannover und weiteren Einrichtungen in Norddeutschland stattfanden. Die Studien zur „Veränderung des Ethos fürsorglicher Praxis – am Beispiel Pflege“ ($n = 60$) bezogen sich auf die Belastungen und das Pflegeethos angesichts der Ökonomisierung der Gesundheitseinrichtungen (ambulante Pflege, Altenpflegeheim, Krankenhaus, Hospiz), wohingegen die Dissertation von Koppe (2021) auf interkulturelle Interaktionen im Krankenhaus fokussierte. Für die Dissertation wurden in Einzelinterviews ($n = 10$) und Fokusgruppen (also themenbezogenen Gruppeninterviews) ($n = 3$) Pflegekräfte, die überwiegend aus Polen und der Türkei stammen, sowie Pflegeexpert*innen (Einzelinterviews $n = 3$; Fokusgruppe $n = 1$) und Patient*innen ($n = 7$) befragt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels der Kernsatzmethode, einer qualitativen hermeneutisch-interpretativen Auswertungsmethode (Leithäuser/Volmerg 1988). Teile des Interviewleitfadens waren im Hinblick

auf die Entwicklung eines Testverfahrens zur interkulturellen Kompetenz an der Methode der kritischen Ereignisse orientiert.²

Zudem fanden im Studiengang Pflegemanagement an der Hochschule Osnabrück berufsbegleitend im Modul Organisationsentwicklung Unterrichtseinheiten zum Thema der interkulturellen Pflege statt. In einer Unterrichtseinheit wurden kritische Situationen (*critical incidents-Methode*) wie in einer Fokusgruppe gesammelt und besprochen (siehe Fußnote 2) und gemeinsam mit in anderen Erhebungssettings gesammelten Situationen zu einem Pretest zur Messung interkultureller Kompetenz entwickelt, der in der Unterrichtseinheit erprobt wurde.

Aus dem gesamten Interviewmaterial der Dissertation wurden einige für den Pflegebereich besonders typische, kritische interkulturelle Situationen für diesen Beitrag ausgewählt und dienen im Weiteren als typische Fallgeschichten.

4. Ergebnisse: Kritische interkulturelle Situationen als Fallgeschichten

Die Fallgeschichten werden zusammengefasst, wobei die Darstellung sich eng an den wörtlichen Interviewpassagen orientiert und teils mit ergänzenden Situationen und kritischen Kommentaren durch andere Interviewpartner*innen aus derselben Einrichtung erweitert wird. Die Darstellungen enthalten neben einer Rekonstruktion der Fallgeschichten eine Themendiskussion sowie durch das Individuum generierte Lösungen und Lösungen auf der Organisationsebene.

Mit Lösungen auf der Organisationsebene ist gemeint, dass die Einrichtung eine organisationale Regelung implementiert hat, sodass es nicht mehr dem pflegenden Individuum obliegt, ad hoc eine Lösung zu finden. Wir nennen dies eine „organisationale Vergegenständlichung interkultureller Kompetenz“, das heißt die Vergegenständlichung individueller interkultureller Kompetenzen in Form von Regeln, Räumen, Handlungsanweisungen

2 Kritische Ereignisse (*critical incidents*) werden in Fokusgruppen und Expert*inneninterviews erhoben und dienen als Basis für die Entwicklung von *situational judgment tests* (SJT) (Whetzel/McDaniel 2009: 189). Mit diesen wurde im Rahmen der Dissertation von Koppe (2021) ein quantitatives Instrument zur Messung von interkultureller Kompetenz in der Pflege entwickelt und auf seine Tauglichkeit überprüft. Ein SJT besteht aus einer typischen erfolgskritischen Situation aus dem Berufsalltag, zu der entweder selbst eine Verhaltensalternative formuliert wird, aus einer vorgegebenen Auswahl von Antworten eine Alternative gewählt wird oder jede vorgegebene Alternative einzeln bewertet werden muss.

etc. Wir gehen davon aus, dass solche organisationalen „interkulturellen Kompetenzen“ sinnvolle Lösungsstrategien sind, weil sie für alle und in praktisch jeder Situation verfügbar sind.

Im Folgenden werden fünf typische, konfliktträchtige interkulturelle Überschneidungssituationen analysiert. Die Pflegekräfte berichten vor allem von auffallendem Verhalten von muslimischen Türk*innen.³

4.1 Verhalten von Angehörigen im Umgang mit Krankheit und Sterben

Die muslimische Religion fordert bestimmte Rituale angesichts des Todes von Patient*innen. Der stark ausgeprägte Sinn für Gemeinschaft und Familie führt zu einem Verständnis, dass für Heilung und Sterben die Begleitung durch die engeren Mitmenschen erforderlich ist. Es wird Wertschätzung gegenüber den Patient*innen und Sterbenden gezeigt, wenn viele Besucher*innen kommen. Demgegenüber fokussiert das westliche Verständnis heutzutage⁴ auf körperliche Heilung, wodurch alles zu unterstützen ist, was dieser hilft, sowie alles zu unterlassen ist, was dieser schaden könnte. Demzufolge wird der Schlaf als ein wesentlicher Teil des Heilungsprozesses in westlichen Krankenhäusern verstanden. Eine Störung des Schlafes durch viele stundenlang anwesende Besucher*innen wird vom Krankenhauspersonal und den Mitpatient*innen nicht gerne gesehen. Besondere Irritation erzeugen die vielen Besucher*innen, wenn ein/e Patient*in gestorben ist.

„Ja. Ich habe Situationen erlebt, wo Patienten mit Migrationshintergrund tödlich verletzt wurden. Sie wurden mir in die Ambulanz gebracht [...]. Es war dann eben in dieser Situation, da kam jemand, also Angehörige, zwei Uhr nachts, das war dann ja auch in Ordnung. Es kam nicht nur ein Angehöriger, es kamen 20 Angehörige. Es liefen die ganze Nacht Angehörige in eine vollbesetzte Ambulanz. Das gab natürlich innerliche Aggression, so in der Reflexionsphase jetzt mit den Kollegen. Gab es

3 Die beiden anderen Gruppierungen, die in das empirische Setting einbezogen waren, nämlich überwiegend katholische Pol*innen und religionslose oder russisch-orthodoxe Russ*innen, fallen den Pflegekräften nicht als besonders aus der (deutschen) Norm fallend auf und diese berichten auch selbst nicht über unangenehme Vorkommnisse. Stattdessen äußern sie, dass wenn man als Patient*in „keinen Ärger“ mache, man nur „positive Erfahrungen“ erleben würde.

4 Die Pflege in Deutschland wurde stark von christlichen Schwesternschaften geprägt. Viele Pflegekräfte versuchen bis heute, neben medizinischer Professionalität aus einer christlich-spirituellen Kraftquelle zu schöpfen (Kumbruck 2009; Kumbruck 2013).

innerliche Aggressionen – klar, die kommen ja ständig angerannt, sie können die jetzt nicht eingrenzen, also versuchen, typische deutsche Normalität herzustellen. Mitten in der Nacht, bis halt eben Verweigerungen solche Leute reinzulassen zu den Verstorbenen mit natürlich ‚nein und wir wollen, die ist schon da und und und‘. Natürlich heftige verbale Auseinandersetzung. Die Nacht war dann halt eben sozusagen vorbei, der Verstorbene wird dann eben, [...], heruntergebracht in die Prosektur. Da fing das weitere Prozedere ja an. Das heißt, man will ja dann auch Abschied nehmen vom Verstorbenen“ (Interview B, Abs.26) (Koppe 2021: 251ff.).

Der Pfleger berichtet, dass die vielen Menschen, die zur Verabschiedung des Toten kommen, aufgrund der schieren Masse der gewohnten deutschen Normvorstellung zuwiderlaufen. Deshalb verweigern die Angestellten der Anmeldung, dass die Besucher*innen alle zuhause zu dem Toten gehen dürfen. Da jedoch Muslime unmittelbar nach dem Tod diverse religiöse Rituale gemeinsam am Toten zu vollbringen haben (rituelle Waschung, Totengebet, Umhüllung mit Tüchern etc.), beharren sie darauf (Interview B, Abs. 26).

Eine solche Situation ist für alle Beteiligten mit so viel Stress verbunden, dass sie schnell eskalieren kann. Neben verbalen Ausfälligkeiten besteht sogar die Gefahr körperlicher Gewalt. Alleine wenn die erregten Angehörigen sich den Weg in die Prosektur selber bahnen, wird dies als Gefahr und Angriff einer ganzen „Horde“ (Interview B, Abs. 30–34) wahrgenommen.

Die Ressourcen, die in dieser Situation den Angestellten in der Notaufnahme fehlen, sind interkulturelle Kompetenz und hierbei zunächst einmal das Wissen rund um muslimische Angehörige und deren religiöse Rituale angesichts des Todes eines Angehörigen.

Nachdem die Angestellten in der Notaufnahme eine ad-hoc-Lösung, nämlich alle in die Prosektur hineinzulassen, gefunden hatten, verlief der weitere Ablauf reibungslos. Doch noch leichter wäre es gewesen, wenn den Mitarbeitenden von vornherein Informationsblätter über die rituelle Seite und ihre Bedeutung sowie das konkrete Handeln in solch einer Situation wie auch die Genehmigung der großen Zahl der an dem Ritus teilnehmenden Angehörigen vorgelegen hätten.

In den empirischen Erhebungen in christlichen Krankenhäusern berichteten Pflegekräfte, dass Angehörige sich bitter beklagt haben, dass Verstorbene unmittelbar nach dem Tod in den Flur im Keller geschoben wurden, sodass sie keine würdige Umgebung für die Verabschiedung vom Toten hatten. Hier kreuzen sich die Bedarfe christlicher und muslimischer An-

gehöriger von Sterbenden (Kumbruck 2013; Kumbruck u.a. 2010). Wenn diese spirituellen Bedürfnisse Berücksichtigung fänden, würde das Krankenhaus für viele, darunter auch deutsche Patient*innen und Angehörige, einen menschenwürdigeren Umgang mit dem Tod ermöglichen.

4.2 Frauen in der Pflege: mangelnder Respekt von bestimmten Männern

Einige weibliche Pflegekräfte, die zu kritischen interkulturellen Situationen befragt wurden, berichteten von Erlebnissen, in denen sie sich als Frau kaum gegen einen Mann mit Migrationshintergrund durchsetzen konnten:

„Der wurde richtig aggressiv und hat mich also wirklich böse beschimpft und wollte auch, also so machte es den Anschein, handgreiflich werden. Da gab es dann den einen Stationsarzt, der ihn dann rausgeschmissen hat. Das war ganz heftig. Er hatte zwei Besucher und die haben ihn noch zurückgehalten, weil ich als Jungschwester es gewagt habe, ihm zu sagen, dass die Besuchszeit überschritten ist – es war schon spät. [...] Es war schon sehr laut und ich habe ihn gebeten, ruhig zu sein, und da ist er ausgeflippt. Dass man es als Frau wagt. Und der wurde richtig böse und aggressiv. Das weiß ich noch“ (Interview F, Abs. 39) (Koppe 2021: 254f.).

Unterschiedliche Geschlechtsrollenbilder sind damit eine Ursache für Konflikte. In dieser Situation spielt die mangelnde Akzeptanz der Pflegerin als Respektperson eine wesentliche Rolle: Sie verwies auf die abendliche Uhrzeit und darauf, dass nun die Besuchszeit vorbei sei, worauf der Patient aggressiv reagierte: „Du bist 'ne Frau, du hast mir gar nichts zu sagen“ (ebd.). Der Patient musste von seinen Besuchern zurückgehalten werden, sich ihr auch physisch aggressiv zu nähern.

Eine weitere Pflegerin berichtet im Einzelinterview von einer ähnlich kritischen Situation, die sie erlebt hat. Der Ehemann einer Patientin, der einen Sinti/Roma-Hintergrund hat, will nachts nicht gehen (Interview G, Abs. 41–43). Sie beschreibt den Mann als sehr groß, ein „Bär von Mensch“ und befürchtet, dass sie ihm nicht gewachsen ist, sollte es zu physischer Gewalt kommen: „wenn [...] der mir eine latscht, dann fliege ich hier durchs Fenster“ (Koppe 2021: 256).

Auch in den Fokusgruppen wird das Thema der physischen Gewalt thematisiert; es wird aber nicht als spezifisches Problem mit männlichen Patienten mit Migrationshintergrund angesehen, denn auch deutsche Männer wollen sich teilweise nichts von – insbesondere jüngeren – Pflegerinnen

sagen lassen. Als Problem werden außerdem Verständigungsschwierigkeiten angesehen, die ein Entschärfen der Situation über die Sprache behindern und die Frustration des/der migrantischen Patient*in noch erhöhen (Fokusgruppe 1, Abs. 137–141) (Koppe 2021: 257f.).

Sprachschwierigkeiten erschweren das Problem mangelnder Akzeptanz der Ansagen von weiblichen Pflegekräften. Eine türkischsprachige Pflegekraft nennt das Argumentieren in der Muttersprache ihr Erfolgsrezept, das sie vor solcher Nichtakzeptanz bisher verschont habe: Sie kann sich mit „vernünftigen Argumenten“ Respekt verschaffen (Koppe 2021: 257).

Die in diesen kritischen Situationen zum Tragen kommenden Kulturdimensionen Maskulinität/Feminität sowie die starke Machtdistanz (Hofstede 2017) sind psychologische Tiefendimensionen, das heißt Menschen haben diese in ihrer Sozialisation stark verinnerlicht, wodurch schnell tiefgehende Konflikte entstehen können.

Als Präventionsmaßnahme sollte unbedingt eine organisationale Regelung implementiert werden, beispielsweise durch einen Vertrag des/der Patient*in mit dieser Organisation, der auch die besuchenden Angehörigen einbezieht und gewaltsames Verhalten ausschließt. Solche Verträge haben sich in psychiatrischen Einrichtungen bewährt, wie Studierende des berufsbegleitenden Studiengangs Pflegewissenschaften an der Hochschule Osnabrück über ihren Arbeitsplatz in der Psychiatrie berichten.

4.3 Wahrung der Intimsphäre

Die Wahrung der Intimsphäre wurde unter dem Begriff „Scham“ auch schon in anderen Untersuchungen als wichtiger Faktor benannt (Dreut u.a. 1997; Schinnerl 2011). Die Unterschiede im Schamempfinden können sowohl religiöse als auch kulturelle Hintergründe haben. Aus Sicht der Pflegekräfte ist bei der Pflege von Patient*innen mit Migrationshintergrund das Schamempfinden ein wichtiger Aspekt, der berücksichtigt werden sollte. Schwierige Situationen können sich bei gegengeschlechtlicher Pflege ergeben. Auch hier wurden von den Pflegekräften nur Situationen mit muslimischen bzw. türkischen Patient*innen berichtet, im Besonderen mit älteren türkischen Menschen. Eine Pflegerin beschreibt folgende Situation:

„Ich hatte einen männlichen Patienten mit Migrationshintergrund, der ja ein sehr hohes Schamgefühl hatte, sich von Frauen pflegen zu lassen. Er war pflegebedürftig. [...] Er war Türke, ja. So dass es halt recht schwierig war, mit ihm umzugehen, weil man da erst nicht hinter kam, weil man

sich nicht mit ihm verständigen konnte. [...] Und auf jeden Fall, als ich zum Dienst kam, habe ich mich ein bisschen mit ihm unterhalten [...], war für mich halt schnell klar, dass er ein Problem damit hatte, von Frauen gepflegt zu werden, weil er sich geschämt hat“ (Interview E, Abs. 2) (Koppe 2021: 240f.).

Das Team, das nur aus Frauen bestand, konnte für die Pflege auf einen männlichen Schüler zurückgreifen. Der Patient „war dann sehr erleichtert und war dann auch einfach wieder im Umgang. Ganz zugänglich“ (ebd.). Es hat sich ausgezahlt, dass die Pflegerin sich bemüht hat, sich auf den Patienten einzulassen, und auf diese Weise herausfinden konnte, welches Problem den Patienten zu seiner Abwehrhaltung bewegte. Denn die Verständigung war nicht ganz einfach, sie kostete Zeit und löste Stress für die Pflegerin aus.

Laut einer anderen Pflegekraft ist auch die Behandlung durch eine männliche Pflegekraft für viele weibliche türkische Patientinnen nicht angemessen. Sie sind häufig nicht einmal bereit, den Arm frei zu machen, um Blutdruck zu messen. Eine Pflegekraft schildert den Fall einer jungen, europäisch gekleideten Frau:

„Nicht mal Blutdruck messen. Das war eine junge Frau, die war auch ganz normal gekleidet, die war nicht verhüllt, aber der Mann hat darauf bestanden, dass sie nicht von anderen Männern angefasst wird“ (Interview D, Abs. 37) (Koppe 2021: 241).

Pflege ist körpernah und überschreitet die zwischen Fremden übliche Schamgrenze, insbesondere, wenn die Pflegekraft gegengeschlechtlich ist. In unterschiedlichen Kulturen sind unterschiedliche Körperteile im unbedeckten Zustand tabu für fremde Menschen, also auch für Pflegekräfte. In muslimischen Partnerschaften hat der Ehemann die alleinigen Vorrechte, seine Frau am ganzen Körper anzufassen; tut dies ein anderer Mann, „beschmutzt“ er diese Frau. Der Ehemann handelt in diesem patriarchalen Verständnis konsequent, seine junge Frau vor den „Übergriffen“ des Pflegers beim Blutdruckmessen an der Tabugrenze Oberarm zu „schützen“. Die Krankenhausbeschäftigten könnten das Verhalten des Ehemanns jedoch auch kritisch als ein in einer Demokratie nicht angemessenes Besitzverhalten ansehen, dem man im Krankenhaus nicht nachgeben will. Die Krankenhäuser und Pflegeheime können ohnehin nicht immer adäquat auf die Patient*innenbedürfnisse eingehen, da die Schichten der Pflegekräfte nicht immer mit Männern und Frauen besetzt werden können. Dieser

Konflikt um die kulturelle Tiefendimension Maskulinität/Feminität lässt sich oftmals nicht einvernehmlich lösen.

4.4 Störung durch häufigen Besuch

Ein weiteres Fallbeispiel zeigt, dass ein bettlägeriger türkischer Patient viel Besuch, das heißt bis zu zehn Besucher*innen gleichzeitig bekommt. Die Erkrankung des Patienten ist nicht lebensbedrohlich, trotzdem könnte er nach seiner schweren Operation Ruhe gebrauchen. Der Patient ist sehr erschöpft und kaum in der Lage zu kommunizieren. Auch der Zimmer Nachbar des türkischen Patienten scheint Ruhe zu brauchen. Wie bereits im Kapitel 4.1 thematisiert, verletzt der zahlreiche Besuch türkischer Patient*innen nicht selten das westliche Krankheits- und Heilungsverständnis, wonach viel Ruhe zur Heilung notwendig ist und sowohl der Patient als auch der Zimmermitbewohner ein Anrecht darauf haben. Dadurch scheint auch ein deutscher (Kultur-)Standard (Thomas 2003) verletzt, nämlich der der Ruhe. Ausgehend von diesem (Kultur-)Standard wird das Verhalten der türkischen Patient*innen und ihrer Besucher*innen als rücksichtslos und unpassend aufgefasst. Umgekehrt sieht die türkische Kulturdimension „Kollektivismus“ (im Gegensatz zum deutschen „Individualismus“), dass viele Familienmitglieder und Bekannte kommen und somit ihr Mitgefühl ausdrücken, als angemessen an. Das Verständnis kann also von beiden Seiten (türkische Patient*innen, deutsche Mitpatient*innen und jeweilige Angehörige) nicht vorausgesetzt werden. In dieser Situation muss ein Kompromiss gesucht werden. Wie dieser ausgestaltet wird, kann durchaus unterschiedlich sein. Aus der Erfahrung einiger Pflegekräfte (zum Beispiel Pflegekraft 4 in der Fokusgruppe 1 (P 1.4), Abs. 205) und Expert*innen hat sich als möglicher guter Weg gezeigt, Besuchsregelungen auf der Station einzuführen. Ein Experte berichtet aus seiner langjährigen Erfahrung als Krankenpfleger:

„Wir haben den engsten Familienangehörigen das so erklärt, es sind zu viele und es sollten maximal 3–4 Besucher gleichzeitig anwesend sein, die andere Besuchergruppe würde erst dann zur Station gelassen, wenn die vorhandene Besuchergruppe die Station verlässt. Und es gibt Warteräume und insgesamt hat das auch gut funktioniert. Fast alle, mit denen ich diese Problematik hatte, waren einsichtig und wir konnten das auch gut umsetzen. [...] Aber auch das kann zu viel sein, wenn durchgehend, also zeitlich durchgehend da immer jemand ist, und dann

kann man halt gucken, ob man nicht eventuell doch ein Einzelzimmer organisiert oder den Mitpatienten ein anderes Zimmer organisiert. Man kann auch diesbezüglich ein Schreiben aufsetzen [und] auf Deutsch und auf Türkisch übersetzen. [...] Man kopiert das, bittet die Besucher um Verständnis und verteilt das dann in so einer Situation. Klappte damals erstaunlich gut“ (Experte 1, Abs. 93) (Koppe 2021: 289).

Schriftliche Besuchsregelungen, die möglichst einheitlich für die ganze Organisation gelten, in deutscher und türkischer Sprache mit der maximalen Anzahl der Besucher*innen, den Besuchszeiten, der Länge der Besuche und der Möglichkeit sich abzuwechseln (die anderen Besucher können sich zwischenzeitlich in Warteräumen aufhalten), haben sich als hilfreich erwiesen, wenn sie zusätzlich mündlich erklärt wurden. Allerdings verweist der Pflegeexperte darauf, dass in manchen Fällen doch die Bereitstellung eines Einzelzimmers für den/die türkische/n Patient*in mit vielen Besucher*innen notwendig sei (Experte 1, Abs. 93). Diese Option steht allerdings nicht immer zur Verfügung.

4.5 Sprache

In den Fällen 4.2 (Frauen in der Pflege: mangelnder Respekt von bestimmten Männern) und 4.3 (Wahrung der Intimsphäre) zeigte sich, dass Sprachschwierigkeiten die Pflegearbeit behindern können. Während es im Fall 4.2 darum geht, dass sich die weibliche Pflegekraft mit Argumenten Respekt verschafft, geht es in Fall 4.3 darum, dass der Patient verstanden wird und so sein Bedürfnis erfüllt wird, von einem Mann im Intimbereich gepflegt zu werden. Die übliche Praxis, um Sprachschwierigkeiten ad hoc zu lösen, besteht darin, eine Kollegin mit Muttersprache, zum Beispiel Türkisch, von ihrer Station zu holen und um eine Übersetzung zu bitten. Steht aber eine solche nicht zur Verfügung, werden die begleitenden Anverwandten als Übersetzer*innen eingebunden. Dabei werden folgende Störfaktoren nicht mitgedacht: Die Angehörigen kennen häufig die Fachausdrücke nicht in ihrer Sprache oder verstehen sie nicht und haben ihre eigenen Vorstellungen darüber, was sie übersetzen und was sie aus Rücksicht auf den/die Patienten*in verschweigen möchten. Manchmal sind die Übersetzer*innen auch minderjährige Kinder, die dabei, je nach Diagnose, einen Schock erhalten oder nicht einschätzen können, was wichtig ist zu übersetzen. Somit kann es passieren, dass ein/e Patient*in am nächsten Morgen einen operativen Eingriff bekommen soll, aber völlig ahnungslos in den Operati-

onsraum geschickt wird. Hiermit wird deutlich, dass die Nutzung von Verwandten als Übersetzer*innen häufig nicht den erwünschten Zweck erfüllt und daher vermieden werden sollte. Einrichtungen sollten zumindest den Stressfaktor der Sprachbarrieren mindern, indem sie Dolmetscher*innen für die jeweils gängigsten Sprachen zur Verfügung haben oder auf Abruf bereitstellen können.

5. Lösungsebenen

Mit den Pflegeexpert*innen wurde auch darüber gesprochen, wie Entwicklungen zu einem „interkulturell kompetenten Krankenhaus“ umgesetzt werden können. Dabei ging es um drei Themen:

1. Von wem müssen die Impulse kommen? Wer hat die Verantwortung für die Implementierung und Durchsetzung?
2. Benötigt es dafür individuelle oder an die Organisation gebundene – organisationale – interkulturelle Kompetenz?
3. Welche Hinderungsgründe auf der Ebene der gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen gibt es?

5.1 Lösungsebene: Welche Rolle spielt die Organisation für die Implementierung von Lösungen?

Eine Expertin spricht ein Spannungsfeld an, das in der interkulturellen Pflege entstehen kann:

„Und das ist für mich überhaupt der i-Punkt an der ganzen Auseinandersetzung, dass auf der einen Seite die berechtigten Ansprüche, Bedürfnisse und so weiter von den Menschen mit Migrationshintergrund bestehen und auf der anderen Seite, manchmal tatsächlich auf der anderen Seite, das, was professionelle Personen im Gesundheitswesen heute leisten müssen. Und das zu verknüpfen, ist manchmal sehr schwierig“ (Expertin-Fokusgruppe, Expertin S, Abs. 143) (Koppe 2021: 305).

Die Expertin stellt die Perspektiven der Patient*innen mit Migrationshintergrund und die der Pflegekräfte gegenüber. Sie macht deutlich, dass für die Pflegekräfte die Herausforderungen durch interkulturelle Überschneidungssituationen zusätzliche Belastungen bedeuten, wobei die Pflegekräfte

ohnehin schon „bis zum Anschlag belastet“ sind (Experten-Fokusgruppe, Expertin S, Abs. 201).

Auch angesichts der Thematisierung der interkulturellen Anforderungen durch Patient*innen mit Migrationshintergrund in einem Bachelorstudiengang Pflegemanagement sahen die berufsbegleitenden Studierenden diese spontan als zusätzliche Belastung zur ansonsten schon vorhandenen, über ihre Grenzen gehende Belastung an. Sie zeigten Ärger darüber, weil sie den Eindruck haben, dass sie auch diese Baustelle der gesundheitlichen Versorgung noch stemmen sollen, ohne dass das Personal dafür einen Ausgleich erhält. Sie sehen angesichts eines neuen Themas einen moralischen Anspruch von außen und haben die Erfahrung gemacht, dass sie aufgrund dessen gegenüber der Institution nicht „nein“ sagen können. Denn ein solcher Anspruch führt zu einem bekannten Dilemma: Pflegekräfte internalisieren den moralischen Anspruch, „das Wohl der Patient*innen zu berücksichtigen“, und erleben dann, dass sie dadurch wieder – wie schon so oft – dazu bewegt werden, sich zusätzliche Arbeit aufbürden zu lassen. Und wenn sie einmal aus dem „Arbeitstrott“ raus sind wie eben in einem Seminar, wird ihnen deutlich, dass sie diese Arbeitsbelastung nicht auch noch leisten können.

Wer will das „interkulturell kompetente Krankenhaus“? Eine entscheidende Frage ist, ob die Organisation anstrebt, eine interkulturell kompetente Einrichtung zu werden, und ob mit dem Angebot interkultureller Fortbildungen Probleme durch die interkulturellen Überschneidungssituationen und die damit verbundenen Konflikte gelöst werden können. In letzterem Fall würde es bedeuten, dass die interkulturellen Konflikte Sache der einzelnen Pflegekraft wären.

Durch den Anspruch, interkulturell kompetent vorzugehen, sollte keine zusätzliche Belastung für die Pflegekräfte entstehen, wie eine Expertin erläutert (Experten-Fokusgruppe, Expertin S, Abs. 232):

„Ich lehne das wirklich mehr und mehr ab, das immer nur den einzelnen Pflegekräften noch auf die Rücken, auf die Schultern, auf die Seele zu lasten, nach dem Motto: Das können die sich noch eben in der Fortbildung aneignen, so schwer kann das doch nicht sein“ (Experten-Fokusgruppe, Expertin S, Abs. 234f.) (Koppe 2021: 306).

Die einzelne Pflegekraft wird aus Sicht der Expertin körperlich („auf die Rücken, auf die Schultern“) und seelisch-psychisch („auf die Seele“) zusätzlich be- bzw. überlastet in dem Anspruch, sie möge sich die nötige interkulturelle Kompetenz „noch eben in der Fortbildung aneignen“. Die

strukturelle Problematik, der einzelnen Pflegekraft immer mehr Aufgaben zu übertragen, zeigt sich im zu knapp bemessenen Personalschlüssel, was Auswirkungen auf die Qualität der pflegerischen Tätigkeit hat (Kumbruck 2014).

Auch um der Pflegequalität willen dürfen Einrichtungen interkulturelle Kompetenz in der Einrichtung nicht nur mit dem Besuch von einer interkulturellen Fortbildung abtun. Vielmehr muss die Einrichtung durchdrungen sein von Interkulturalität, was sich beispielsweise in alternativen Arbeitszeitregelungen bei der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund und anderen an diese angepassten Maßnahmen (zum Beispiel Besucher*innenregelungen) zeigen würde.

5.2 Lösungsperspektive: individuelle oder organisationale interkulturelle Kompetenz?

Bei diesem Thema steht im Mittelpunkt die Frage, wie viel interkulturelle Kompetenz direkt vom Individuum gefordert wird und welche Möglichkeiten es gibt, dass das Wissen losgelöst von einzelnen Individuen in der Organisation vergegenständlicht und damit für alle verfügbar gemacht werden kann. Gelungene Lösungspraktiken, die mit interkultureller Kompetenz durchgeführt wurden und gut funktionieren, werden als Wissen allen handelnden Personen zur Verfügung gestellt. Beispiele sind die bereits erwähnten Räume der Stille oder die Bereitstellung unterschiedlicher Speisen zur Auswahl, um religiöse Speisegebote umzusetzen. Diese beruhen zwar auf der interkulturellen Kompetenz, aber sie als organisationale, vergegenständlichte interkulturelle Kompetenz zu bezeichnen führt insofern in die Irre, weil Kompetenz an Individuen gebunden ist und auf Empathie, also einer psychischen Fähigkeit, basiert (zur Empathie siehe auch Kumbruck/Derboven 2016). Doch wenn man auf die Strategien des Wissensmanagements schaut, dann sind die vielen organisationalen Maßnahmen, die aufgrund guter Praxiserfahrungen entwickelt wurden, Bausteine eines „kulturkompetenten Krankenhauses“. Passender für diese organisationale „Kompetenz“ ist deshalb der Begriff „Kapazität“.

Mit diesem Begriff wird Bezug genommen auf die Ausführungen von Karl W. Deutsch (1966) zum Konzept des kollektiven Lernvermögens (*learning capacity*). Dieses bezeichnet die in einem Kollektiv vorhandene Chance, sich Wissen verfügbar zu machen, inklusive materieller und personeller Ressourcen. Lernvermögen bezieht sich auf kognitive Fähigkeiten,

Aufnahmefähigkeiten, Selbststeuerungsfähigkeiten, Willen, Vorstellungs- und Urteilskraft sowie auf die Fähigkeiten zu teilweisen oder auch umfassenden strukturellen Veränderungen (Deutsch 1966: 222; Dirks u.a. 2002: 16 ff.). Es geht auf den Punkt gebracht um die Stärkung der kollektiven Problemlösungskapazität, das heißt Lernen wird hierbei in den organisationalen Zusammenhang gestellt.

Solche strukturellen Lösungen dienen nicht nur der Erfüllung der Bedürfnisse von Patient*innen mit Migrationshintergrund, sondern helfen auch den Pflegekräften: Sie sind schneller, sie werden nicht durch weiterreichende Konflikte belastet, sie sind zufriedener und freuen sich, dass es ihren Patient*innen trotz Krankenstand den Umständen entsprechend gut geht und sie erleben keinen zusätzlichen Stress. Folglich haben nicht nur die Patient*innen mit Migrationshintergrund, sondern auch das Pflegepersonal (ihre Gesundheit, ihre Arbeitsfreude) und die Einrichtung (ihr Ruf, ihre Effizienz) dadurch einen Gewinn.⁵

Auch wenn die Entlastung durch solche organisationalen Lösungen gegeben ist, wird trotzdem eine individuelle interkulturelle Kompetenz der Pflegekräfte für viele Situationen mit Patient*innen mit Migrationshintergrund benötigt: Dies können Situationen des Führens und der Teamarbeit sein, es betrifft aber vor allem die Interaktionsarbeit in der Pflege Tätigkeit und anderen Dienstleistungstätigkeiten. Die Einrichtung sollte Fortbildungen für interkulturelle Kompetenz anbieten, aber auch spezielle Supervisionen zur Aufarbeitung kritischer Situationen.

Durch eine solche umfassende Lösung aus individueller interkultureller Kompetenz von Pflegekräften als Individuum und im Team sowie organisationale Lösungen des präventiven Umgangs mit kritischen interkulturellen Situationen können die interkulturellen Herausforderungen in der Pflege erfolgreich und zudem mit geringem zusätzlichem Aufwand bewältigt werden.

5 Der bundesweite Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit (2021) entwickelte für die Organisationen Vorschläge, indem man versucht hat, sich in die Patient*innen mit Migrationshintergrund hineinzuversetzen und Lösungen zur Erfüllung ihrer Bedürfnisse im Krankenhaus zu generieren.

5.3 Lösungsperspektive: das wichtigste gesundheitspolitische Hindernis – Zeitnot

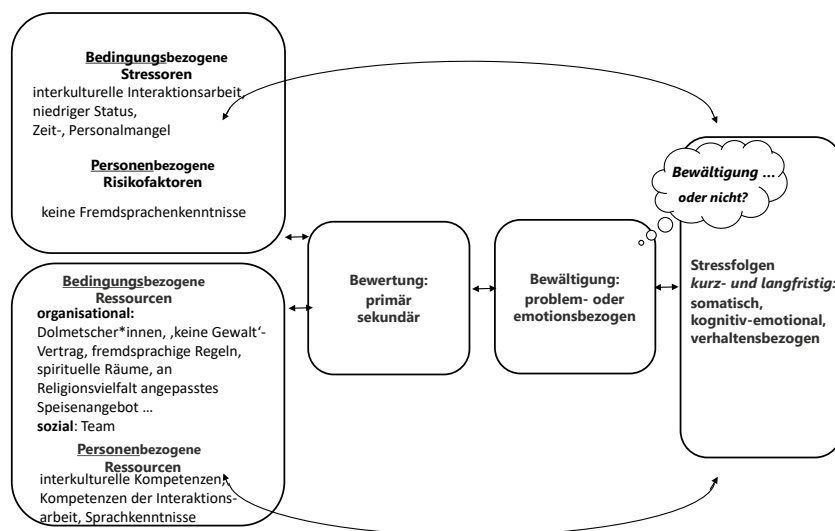
Sprachliche Schwierigkeiten und die Verständigung über kulturelle Unterschiede erfordern in der interkulturellen Pflege mehr Zeit. Dabei ist es nicht die Unwissenheit in Bezug auf Kultur, sondern der Zeitmangel, der eine adäquate Behandlung erschwert (Knabe/Weber 2011: 7):

Slot und Sievers (2014: 73) empfehlen ein Umdenken in Bezug auf Arbeitsbedingungen, bei denen neben Zeitersparnissen zu Effizienzzwecken auch Ziele wie Qualität und Kund*innenzufriedenheit betont werden sollten, sodass beispielsweise „kulturbedingte Verzögerungen“ „gelobt werden“ sollten (Slot/Sievers 2014: 74).

6. Fazit und Ausblick

Zusammenfassend wird mittels des arbeitspsychologischen Stressmodells das „kulturkompetente Krankenhaus“ als Abbildung dargestellt. Es zeigt sich, dass Interaktionsarbeit im interkulturellen Kontext zusätzlich erschwert ist, das heißt die Stressoren mit zusätzlichen Ressourcen bewältigt werden müssen. Dabei sind insbesondere Herausforderungen in den kulturellen Tiefendimensionen (Machtdistanz, Maskulinität/Feminität und Individualismus/Kollektivismus) erfolgsversprechender auf der organisationalen als auf der individuellen Ebene zu lösen. Es handelt sich dabei um die vergegenständlichte „interkulturelle Kompetenz“, die zusätzliche Kapazität zur Problemlösung mittels Regeln, Räumen, Zusatzangeboten in Speiseplänen, Verträgen, Informationsmaterial und professionellem Dolmetschen bietet. Die Aufteilung in personale und organisationale Ressourcen macht deutlich, wie viel die Einrichtungen tun können, damit die Mitarbeiter*innen mit den Patient*innen mit Migrationshintergrund angemessen interagieren können. Hierfür wurde eine kleine, wenn auch wesentliche Auswahl typischer kritischer Situationen und Lösungsansätze präsentiert.

Abbildung 1: Arbeitspsychologisches Stressmodell für interkulturelle Konflikte und Lösungen im Krankenhaus



Quelle: In Anlehnung an Bamberg u.a. (2012 [2006]: 12) konkretisiert für interkulturelle Konflikte.

Das Vorgehen im Sinne des arbeitspsychologischen Stressmodells kann sich in vielen Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen bewähren. Allerdings ist dafür erforderlich, dass die Rahmenbedingungen dies zulassen; insbesondere sind mehr Zeit, mehr Personal und angemessene Gestaltungsspielräume notwendig. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, dass sich die derzeitige Tendenz zum Personalmangel in absehbarer Zeit, ohne politisch dagegen zu steuern, einfach ändern wird. Dafür ist die Abwärtsspirale schon zu lange im Gange und zeigt auch ohne die zusätzliche Herausforderung interkultureller Konflikte negative Stresswirkungen: So zeigen sich in der Pflege höhere Krankenstände als in anderen Berufen (Knieps/Pfaff 2016) und ein hoher Anteil an Berufsaussteiger*innen (Hasselhorn u.a. 2005). Selbst viele Pflegeschüler*innen verlassen den Beruf schon während der Ausbildung. Typisch für die Umgangsweise der Auszubildenden mit schwierigen Patient*innen ist Zynismus, das heißt der empfundene Druck wird überspielt und „nach unten“ weitergegeben.

Auf dem Weg zum interkulturell kompetenten Gesundheitsbereich gibt es noch viel zu tun. Zu empfehlen ist eine Mischung aus individuellen

Kompetenzen sowie organisationalen Kapazitäten mit dem Fokus, das Personal in seinen interkulturellen Leistungen angemessen wertzuschätzen und zu unterstützen.

Im Bereich der Forschung sollte eine Weiterentwicklung und Anpassung an den Einsatzbereich des in der Dissertation von Koppe (2021) entwickelten Messinstruments „Interkulturelle Kompetenz in der Pflege“ erfolgen, da in interkulturellen Überschneidungssituationen interkulturell kompetente Mitarbeiter*innen notwendig sind, die gezielt geschult werden können.

Das beschriebene Vorgehen zur positiven Bewältigung von Problemen mit „Kund*innen mit Migrationshintergrund“ ist in vieler Hinsicht übertragbar, vor allem auf andere Gesundheitsberufe und soziale Dienstleistungen, und kann auch in allen Dienstleistungsberufen, in denen Interaktionsarbeit eine Rolle spielt, genutzt werden.

Literatur

- Bamberg, Eva/Keller, Monika/Wohlert, Claudia/Zeh, Annett 2012 [2006]: BGW-Stresskonzept. Das arbeitspsychologische Stressmodell. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/20919/pdf/EP_SKM1_Stresskonzept_Das_arbeitspsychologische_StressmodellpropertypdfDownload.pdf (Zugriff 26. November 2023).
- Becke, Guido (Hg.) 2023: *Flexible Dienstleistungsarbeit gesundheitsförderlich gestalten*. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.) 2006: *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit 2021: Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. <https://www.publikationen-bundesregierung.de/resource/blob/2277952/1950206/93ccf0b8e79e9ec12c420e255e122096/das-kultursensible-krankenhaus-neuaufgabe-30-06-2021-bf-download-ba-ib-data.pdf?download=1> (Zugriff 25. Juli 2024).
- Büssing, André/Glaser, Jürgen 1999: Work stressors in nursing in the course of redesign. Implications for burnout and interactional stress, *European Journal of Work and Organizational Psychology* (Special issue „Emotions at work“), Jg. 8, S. 401–426.
- Deutsch, Karl W. 1966: *The nerves of government. Models of political communication and control*. Toronto: Free Press.
- Dirks, Jan/Lise, Andreas/Senghaas-Knobloch, Eva 2002: Internationale Arbeitsregulierung in Zeiten der Globalisierung. Politikveränderungen der Internationalen Arbeitsorganisation in der Perspektive organisatorischen Lernens, *artec paper Nr. 91*. Bremen: Universität Bremen.

- Dreut, Monika/Eckert, Stefan/Hunstein, Dirk 1997: Kopf draußen – Füße drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus? In: Charlotte Uzarewicz (Hg.): *Transkulturelle Pflege*. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 155–169.
- Dunkel, Wolfgang 1988: Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten, *Soziale Welt*, Jg. 39, S. 66–85.
- Geertz, Clifford 1994: *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Glasl, Friedrich 1994: *Konfliktmanagement*. Bern: Haupt Verlag.
- Hall, Edward T./Hall, Mildred R. 1985: *Verborgene Signale*. Hamburg: Gruner + Jahr.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Tackenberg, Peter/Müller, Bernd H. 2005: Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? In: Hans-Martin Hasselhorn (Hg.): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft, S. 124–134.
- Hochschild, Arlie R. 1983: *The managed heart. Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hofstede, Geert 2017: *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*, 6. Aufl. München: Beck-Verlag.
- House, Robert J./Hanges, Paul J./Javidan, Mansur/Dorfman, Peter W./Gupta, Vipin 2004: *Culture, leadership, and organizations. The GLOBE study of 62 societies*. Thousand Oaks: Sage.
- Knabe, Elke/Weber, Daniel 2011: *Interkulturelle Kompetenz in Kliniken. Themen, Praxiserfahrungen und Indikatoren*. Düsseldorf: DGB-Bildungswerk Bund, Migration und Qualifizierung.
- Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hg.) 2016: *Gesundheit und Arbeit*. Berlin: BKK Gesundheitsreport 2016. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publicationen/2019/BKK_Gesundheitsreport_2016.pdf (Zugriff 26. November 2023).
- Koppe, Annika 2021: *Interkulturelle Kompetenz in der Pflege von Patienten mit Migrationshintergrund – Analyse und Erfassung pflegespezifischer Dimensionen von Interkultureller Kompetenz im Krankenhaus*. Osnabrück: Dissertation an der Universität Osnabrück.
- Kumbruck, Christel 2009: *Diakonische Pflege im Wandel. Nächstenliebe unter Zeitdruck*. Münster: LIT-Verlag.
- Kumbruck, Christel 2013: Spiritualität als Mittel zur Bewältigung schwieriger Pflegesituationen in kirchlichen Einrichtungen, *Arbeit*, Jg. 2, S. 119–133.
- Kumbruck, Christel 2014: Gefährdungen des Ethos guter Pflege in Intensivstationen, *Feministische Studien*, Jg. 32, H. 2, S. 314–326. <https://doi.org/10.1515/fs-2014-0215>.
- Kumbruck, Christel/Derboven, Wibke 2016: *Interkulturelles Training. Trainingsmanual zur Förderung interkultureller Kompetenzen in der Arbeit*, 3. vollständig überarbeitete Aufl. Berlin: Springer.

- Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva 2010: *Unsichtbare Pflegearbeit – Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege* 3. Münster: Lit Verlag.
- Lazarus, Richard S./Folkman, Susan 1984: *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leithäuser, Thomas/Volmerg, Birgit 1988: *Psychoanalyse in der Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lewis, Richard D. 1996: *When cultures collide*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Nerdinger, Friedemann W./Röper, Matthias 1999: Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses, *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, Jg. 53, S. 187–193.
- Rathje, Stefanie 2006: Interkulturelle Kompetenz – Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts, *Zeitschrift für interkulturellen Fremdsprachenunterricht*, Jg. 11, H. 3, S. 1–21.
- Richeson, Jennifer A./Trawalter, Sophie 2005: Why do interracial interactions impair executive function? A resource depletion account, *Journal of Personality and Social Psychology*, Jg. 88, H. 6, S. 934–947.
- Schäfer, Celine 2024: Notruf aus der Notaufnahme. Immer öfter machen Patienten und Angehörige Ärger im Krankenhaus – nun rüsten Pfleger und Ärzte auf, *DIE ZEIT*, Nr. 15, 4. April 2024, S. 23.
- Schinnerl, Nadja 2011: Das Konzept Interkultureller Kompetenz in der Pflege. <https://services.phaidra.univie.ac.at/api/object/o:1274413/get> (Zugriff 26. November 2023).
- Slot, Irina/Sievers, Erika 2014: Personalmanagement. In: Faize Berger (Hg.): *Kultursensibilität im Krankenhaus*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, S. 69–93.
- Strauss, Anselm/Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn 1980: Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 32, H. 4, S. 629–651.
- Thomas, Alexander 2003: Interkulturelle Kompetenz. Grundlagen, Probleme und Konzepte, *Erwägen, Wissen, Ethik*, Jg. 14, H. 1, S. 137–150.
- Wehrich, Margit/Dunkel, Wolfgang 2003: Abstimmungsprobleme in Dienstleistungsbeziehungen. Ein handlungstheoretischer Zugang, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 55, H. 4, S. 758–781.
- Whetzel, Deborah L./McDaniel, Michael A. 2009: Situational judgment tests. An overview of current research, *Human Resource Management Review*, Jg. 19, S. 188–202.
- Winkler, Viviane A. 2011: *Die Auswirkungen kultureller Diversität in multikulturellen Innovationsteams auf den Innovationsprozess*. Lengerich: Pabst.

