

Rezension:

*Dietmar Rost*

**Verena Dreißig (2005). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund.** Bielefeld: Transcript, 256 Seiten, ISBN: 3-89942-392-5, EUR 25,80

**Keywords:**

Feldforschung,  
Gesundheits-  
wissenschaften,  
Interaktion von  
Krankenhaus-  
personal und  
Patienten,  
interkulturelle  
Kommunikation,  
Interviews,  
Krankenhaus,  
Kultur, Migration,  
Pflegewissen-  
schaft,  
teilnehmende  
Beobachtung

**Zusammenfassung:** Die Studie untersucht anhand einer von der Autorin in zwei Krankenhäusern durchgeführten – teilnehmende Beobachtung und offene Interviews kombinierenden – Feldforschung interkulturelle Kommunikation zwischen Personal und Patienten. Eingebettet ist dies in eine Analyse von Interaktion zwischen Personal und Patienten allgemein, d.h. unabhängig von der Frage kultureller Differenz. Das Buch liefert anschauliche Einblicke in die untersuchten Felder. Als wesentliches Ergebnis wird festgehalten, dass interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus weniger problematisch verlaufe als häufig angenommen. Die Herleitung dieses Ergebnisses kann allerdings nicht wirklich nachvollzogen werden. Unter anderem beruht dies auf der Verwendung verschiedener Kulturbegriffe. Eine weitere Schwäche liegt in der nicht konsistenten Darstellung der angewandten Methoden. Die Lektüre empfiehlt sich daher eher denjenigen, die aus der Praxis kommen. Ihnen kann die auf der Fremdwahrnehmung der Feldforscherin beruhende Darstellung insbesondere zur Reflexion ihres Arbeitsalltags sowie ihres Umgangs mit Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund dienen. An dieses Publikum richten sich auch die das Buch abschließenden Empfehlungen für die Praxis.

**Inhaltsverzeichnis**

- [1. Einleitung](#)
- [2. Fragestellung](#)
- [3. Kultur in interkulturellen Beziehungen](#)
- [4. Methoden und deren Darstellung](#)
- [5. Interaktionen im Krankenhaus](#)
- [6. Interkulturelle Beziehungen im Krankenhaus](#)
- [7. Fazit](#)

[Literatur](#)

[Zum Autor](#)

[Zitation](#)

## 1. Einleitung

Verena DREIßIGs Studie zu interkultureller Kommunikation im Krankenhaus weckt Interesse, da sich in ihr einige aktuelle und bedeutsame Fragen und Perspektiven verbinden. Sie fragt nach interkultureller Interaktion und der Situation von Migrantinnen und Migranten im deutschen Gesundheitswesen und untersucht dies im Rahmen des Krankenhauses und der dort allgemein zwischen Personal und Patienten ablaufenden Interaktion. Dabei erscheint das Krankenhaus, wie DREIßIG bei der Darstellung von persönlichen Motiven für ihr

Dissertationsprojekt deutlich macht, als eine Institution, die sich auch als Ort der Erfahrung von existenziellen Krisen und des Umgangs mit diesen auszeichnet und insofern einen erheblichen sozialen und biographischen Stellenwert besitzt. Zudem erfolgt die Lektüre einer auf Feldforschung im Krankenhaus beruhenden Fallstudie ja beinahe zwangsläufig im Horizont der klassischen Untersuchungen dieses Feldes (z.B. GOFFMAN 1973; GLASER & STRAUSS 1965 oder STRAUSS 1978). Aufgrund des großen methodischen und theoretischen Ertrags der Klassiker neigt man dabei wohl aber auch dazu, besonders auf diese beiden Gesichtspunkte, also auf die methodischen und theoretischen Aspekte der vorliegenden Arbeit zu achten. [1]

Das vorliegende Buch kann unter all den angefuhrten Aspekten gelesen und soll hier auch unter diesen besprochen werden. Als wirklich ertragreich erweist es sich allerdings nur für diejenigen, die sich in erster Linie für eine Momentaufnahme sowie die Gestaltung von interkulturellen Beziehungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung interessieren. Entsprechend wendet sich das Buch auch – das abschließende Kapitel mit Handlungsempfehlungen für die Praxis unterstreicht das – vor allem an diesen Kreis von Lesern und Leserinnen. [2]

Als Ergebnis ihrer Feldforschung präsentiert DREIßIG eine Reihe typischer Muster interkultureller Beziehungen im Krankenhaus, die sie schließen lässt, dass "kulturellen Differenzen zwischen zugewanderten Patienten und Klinikmitarbeitern keineswegs eine so große Bedeutung zukommt" (S.219) wie von anderen Autoren angegeben. Gerade vor dem Hintergrund der gegenwärtig starken Fokussierung auf Probleme im Kontext von Migration kann ein solcher Blick auf weniger problemhafte Interaktionen und seine Relativierung der Problematik von kultureller Differenz wichtige und ergänzende Einsichten in die Lebenssituation von Migranten und Migrantinnen in Deutschland eröffnen. Hierzu beizutragen würde dem Buch allerdings weitaus besser und überzeugender gelingen, besäße es nicht in methodischer und theoretischer Hinsicht einige erhebliche Schwächen. [3]

## **2. Fragestellung**

DREIßIGs Untersuchung möchte herausfinden, ob Interaktionen zwischen Personal und Patienten mit Migrationshintergrund im Krankenhaus "tatsächlich zu den besonders schwierigen und gefährdeten zu zählen sind – und wenn ja, woraus die besonderen Gefährdungen interkultureller Kommunikation bestehen" (S.11). Es geht ihr dabei insbesondere um die Frage, welche Rolle Kultur in der Interaktion von Personen mit und ohne Migrationshintergrund spielt. [4]

Diese Fragestellung hat zwei wichtige Konsequenzen: Zum einen führt sie zu einer Erweiterung der Untersuchung über den Bereich der Interaktion mit Migranten hinaus. Sie zwingt die Autorin, sich zunächst unabhängig vom Aspekt kultureller Differenz der Personal-Patienten-Interaktion im Krankenhaus zuzuwenden. Dies ermöglicht dann einen Vergleich zwischen allgemeiner Interaktion im Krankenhaus und ihrem besonderen Typus der Interaktion mit Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund. [5]

Zum anderen erfordert die Frage, inwieweit interkulturelle Beziehungen durch Kulturelles geprägt werden, begriffliche Klarheit und damit Entscheidungen über die Begründung der verwendeten Begriffe von Kultur. Die von DREIßIG von vornherein getroffenen – und ihr weiteres Vorgehen mitbestimmenden – begrifflichen Entscheidungen stehen jedoch in Widerspruch zu dem, was als Leitlinie ihres methodischen Vorgehens präsentiert wird. Die Autorin betont nämlich, dass die Durchführung und Auswertung ihrer Feldforschung, in der sie die teilnehmende Beobachtung und offene Leitfadenterviews kombinierte, an den Prinzipien der Grounded Theory von GLASER und STRAUSS (1967) orientiert sei (S.44-54). Demnach müsste ihr Vorgehen aber deutlicher durch eine erst anhand des Feldmaterials erfolgende Entwicklung von Konzepten und Dimensionen bestimmt sein. [6]

Ein praktisches Interesse rundet schließlich die Fragestellung ab. In Anbetracht von Defiziten hinsichtlich des Zugangs zur und der Zufriedenheit von Migranten mit der Gesundheitsversorgung fragt DREIßIG, wie sich interkulturelle Beziehungen am besten gestalten lassen. [7]

### **3. Kultur in interkulturellen Beziehungen**

Eine vorangestellte Diskussion verschiedener Traditionen des Kulturbegriffs führt DREIßIG zunächst zu einer synthetisierenden und ein wenig schwammigen Definition, die Kultur als einen "übergreifenden Terminus" (S.21) bestimmt und den Vorteil bietet, eine breite Analyse interkultureller Kommunikation zu ermöglichen. Kultur bezeichnet sie, im Unterschied zur später weitaus enger gefassten Definition, an dieser Stelle noch "als kontextabhängig, als bis zu einem gewissen Grade subjektiv und 'hergestellt', als dynamisch, als motivations-, erwartungs- und interessengetrieben sowie als (teilweises) Konstrukt, das gewisse Handlungsspielräume zulässt" (S.20). Die hiermit genannten Dimensionen von Kultur findet sie auch im Modell interkultureller Kommunikation von Georg AUERNHEIMER (2000), dem Erstgutachter der vorliegenden Dissertationsschrift. DREIßIG spricht hier von diesem Modell als dem "zentralen theoretischen Konzept der vorliegenden Arbeit" (S.21; vgl. auch S.29). Und in der Tat decken sich viele ihrer Ergebnisse mit zentralen Anliegen AUERNHEIMERS, so z.B. mit dem Hinweis auf Faktoren jenseits internalisierter kultureller Codes und auf Sprachkompetenz als Voraussetzung interkultureller Verständigung. [8]

Das Modell interkultureller Kommunikation von AUERNHEIMER schlägt vier Dimensionen vor, in denen interkulturelle Kommunikation entscheidend beeinflusst werde: Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen, Selbst- und Fremdbilder sowie die Differenz von Kulturmustern. "Der Faktor Kultur stellt dabei, wie zu erkennen ist, nur eine der vier Dimensionen interkultureller Kommunikation dar" (S.25). Diese Reduktion des Kulturbegriffs auf Kultur im Sinne von weitgehend nicht bewussten Scripts bzw. Normalitätserwartungen erscheint in Anschluss an den zuvor gewählten breiten Kulturbegriff zunächst paradox. Denn die genannten Dimensionen der Selbst- und Fremdbilder sowie der Kollektiverfahrungen können durchaus auch als kulturelle Einflussfaktoren auf Interaktionen begriffen werden. In Anlehnung an AUERNHEIMER werden

Probleme und Unschärfen der Festlegung auf diese vier Dimensionen von DREIßIG auch durchaus angesprochen und diskutiert. [9]

Unter anderem geht sie darauf ein, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdbildern als Konstruktionen von Wirklichkeit und tatsächlich wirkenden Kulturmustern begrifflich wie auch in ihrer interpretativen Operationalisierung schwierig sei. DREIßIG formuliert dieses Verhältnis von "Konstruktion" und "Wirklichkeit" allerdings als eine nicht auszuräumende Schwierigkeit, anstatt dies etwa im Sinne eines Wechselverhltnisses von Konstruktionen erster und zweiter Ordnung sensu SCHTZ zu begreifen und daraus entsprechende Fragen für die teilnehmende Beobachtung und deren Interpretation abzuleiten. [10]

Die Einführung des angesprochenen eingeschränkten Kulturbegriffes bedeutet meines Erachtens den Beginn von Unklarheiten und Mehrdeutigkeiten. Mitunter wird zum Beispiel von "kulturellen Stereotypen" oder "kulturellen Zuschreibungen" gesprochen (S.29, vgl. auch 183). Der "breite" und der "enge" Kulturbegriff bleiben also nicht immer klar geschieden. Vor allem wäre diese Frage der unterschiedlich weit greifenden Kulturbegriffe auch bezüglich des abschließenden Resultats, Kultur spiele in interkultureller Kommunikation gar nicht eine so herausragende Rolle, genauer zu reflektieren. Denn es ist ja eine zwangsläufige Konsequenz des Zugrundelegens eines weniger umfassenden Kulturbegriffes, dass im Vergleich zur Wahl eines umfassenderen Begriffes eben weniger Aspekte als kulturell erscheinen. [11]

Man mag auch anführen, dass der in Abgrenzung gegenüber dem Begriff "deutsche Mitarbeiter" gewählte Begriff "bikulturelle Mitarbeiter" problematisch erscheint. DREIßIG diskutiert diese Begriffe durchaus kritisch, entscheidet sich aber dennoch pragmatisch für "griffige" Vokabeln. Die Bezeichnung als "bikultureller Mitarbeiter" soll dabei ausdrücken, dass "die gemeinte Person über verschiedene kulturelle Hintergründe verfügt, auf die sie je nach Bedarf zurückgreifen kann" (S.15). Es scheint hierbei also der enge Kulturbegriff der internalisierten Scripte zugrunde zu liegen. Kaum von der Hand zu weisen ist daher der nahe liegende Einwand, dass auf diese Weise, ganz entgegen den Intentionen der Autorin, unterschwellig zwei Kulturen – hier diejenige der deutschen Einwanderungsgesellschaft und dort diejenige der spezifischen Herkunftsgesellschaft – hypostasiert werden und damit die zumindest potenziell vorhandene groere Komplexität der kulturellen Horizonte sowie die Notwendigkeit, diese auszudeuten, begrifflich ausgeblendet werden. [12]

Anhand von Arbeiten aus der Migrations- und Gesundheitsforschung modifiziert DREIßIG, bevor sie zur Präsentation von Ergebnissen ihrer eigenen empirischen Untersuchung kommt, das Vier-Dimensionen-Modell AUERNHEIMERS durch die zusätzliche Berücksichtigung sprachlicher Faktoren und das Ausklammern der ihres Erachtens nur schwer operationalisierbaren Dimension der Kollektiverfahrungen. Als entscheidende Einflussfaktoren der interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus legt sie damit 1.) sprachlich bedingte Verständigungsschwierigkeiten, 2.) Machtasymmetrien, 3.) kulturelle Differenzen

sowie 4.) gegenseitige Fremdbilder, Zuschreibungen und Stereotype fest. Dieses modifizierte Modell führt uns unmittelbar zu einigen methodischen Fragen. [13]

#### **4. Methoden und deren Darstellung**

DREIßIG präsentiert die vier Dimensionen des von ihr modifizierten, auf AUERNHEIMER zurückgehenden Modells als "Hypothesen, die sich während des Forschungsprozesses herausbildeten und in Auseinandersetzung mit theoretischen Modellen in einen eigenen Forschungsansatz mündeten" (S.61). Zumindest anhand der Lektüre des Buches ist jedoch nicht ersichtlich, wie – beziehungsweise ob überhaupt – diese Hypothesen in einem über die Erörterung des vorliegenden Theorie- und Begriffsangebots hinausgehenden, sich durch eine interpretative Bearbeitung des empirischen Materials auszeichnenden und damit tatsächlich in einem qualitativer oder rekonstruktiver Methodik folgenden Prozess generiert wurden. Vielmehr scheint dieses in einer Theorie- und Begriffsdiskussion erarbeitete und damit vorausgesetzte Schema nicht nur wie explizit ausgeführt zur Gliederung der Darstellung des empirischen Teils, sondern auch zur Organisation des auszuwertenden Materials gedient zu haben – zumindest was das Material zur Interaktion zwischen Krankenhauspersonal und Patienten mit Migrationshintergrund betrifft. [14]

Entsprechend schreibt die Autorin auch: "Der eigentliche Kern der Arbeit besteht aus Abschnitt 3.4., in dem anhand des unter 1.2 erläuterten theoretischen Modells mehrere Einflussfaktoren auf die Interaktion zwischen zugewanderten Patienten und Klinikmitarbeitern benannt werden" (S.14). Die später gemachte Aussage, in "dieser Untersuchung wurde wesentlich den Leitlinien der 'Grounded Theory' von Glaser/Strauss (1967) gefolgt" (S.44), ist jedoch damit kaum vereinbar, da es dem letzteren Ansatz gerade darum geht, theoretische Modelle nicht zur Ordnung der Daten heranzuziehen, sondern sie im Prozess der Datenauswertung beziehungsweise des Kodierens zu entwickeln und zu modifizieren. [15]

Insofern scheinen in der vorliegenden Studie bestenfalls die innerhalb der einzelnen vorausgesetzten Dimensionen präsentierten Typiken der interkulturellen Interaktion im Krankenhaus sowie die vorgeschaltete Analyse von Typiken allgemeiner, d.h. nicht nur interkultureller Interaktion im Krankenhaus, in diesem Sinne qualitativ erarbeitet worden zu sein. Zumindest hinsichtlich der Vermittlung der tatsächlich angewandten Auswertungsmethoden liegt demnach manches im Argen. [16]

Was die Erhebungsmethoden betrifft, so sind die Ausführungen der Autorin zunächst einmal klarer und umfassender. DREIßIG unternahm eine zehnmonatige Feldforschung in jeweils zwei internistischen Stationen zweier Krankenhäuser, die beide in einem großstädtischen und durch einen relativ hohen Ausländeranteil der Bevölkerung geprägten Umfeld liegen. Auch der Anteil von Patienten und stärker noch des Personals mit Migrationshintergrund in den untersuchten Stationen wird als hoch bezeichnet. [17]

Die Feldforschung kombinierte teilnehmende Beobachtung und offene Leitfadeninterviews. Allerdings enthält diese Datenerhebung zwei Asymmetrien. Zum einen war die Rolle als Forscherin der an Visiten sowie an den zur Grundversorgung der Patienten notwendigen Arbeiten teilnehmenden Autorin dem Stationspersonal, nicht aber den Patienten bekannt. Zum anderen wurden daher die Interviews auch nur mit Mitgliedern des Personals geführt, nicht aber mit den Patienten und Patientinnen. Zwei ergänzende Interviews mit Experten aus der Beratung von Patienten mit Migrationshintergrund können dieses Defizit nur in geringem Maße kompensieren. [18]

Ausführlich und anschaulich schildert DREIßIG die Mühen und Schwierigkeiten, überhaupt Zugang zu Stationen zu erhalten. Sie reflektiert auch die möglichen Gründe für die jeweiligen Entscheidungen von Krankenhaus- und Stationsleitungen und was dies für den Aussagegehalt ihrer eigenen Untersuchungsergebnisse bedeuten könnte. Auch die bedauerlichen Einschränkungen bei der Feldforschung, insbesondere die asymmetrische Verdecktheit der Forscherrolle gegenüber den Patienten bei gleichzeitiger Bekanntheit seitens des Personals, werden aus den spezifischen Bedingungen und Problemen des Feldzugangs heraus nachvollziehbar. [19]

Trotz der mit dem Feldzugang verbundenen Beschränkungen der Datenerhebung unterstreichen DREIßIGs Erläuterungen zur praktizierten teilnehmenden Beobachtung die Potenziale gerade dieses Verfahrens. Sie betonen die durch teilnehmende Beobachtung eröffnete Chance, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie in einem Feld tatsächlich gehandelt werde und in welchen Kontexten das jeweils geschehe, anstatt wie in Befragungen in erster Linie nur zu erfassen, wie über etwas kommuniziert werde. Dieses Potenzial der teilnehmenden Beobachtung kann DREIßIG in der Darstellung ihrer Forschungsergebnisse allerdings nicht wirklich vermitteln. Vielmehr erhalten in den zahlreichen Auszügen aus dem Feldmaterial, also zumindest in dessen illustrativer Nutzung, die Auszüge aus den Interviews gegenüber denjenigen aus den während der langen Feldforschung entstandenen Beobachtungsprotokollen sowohl quantitativ als auch in ihrer illustrativen Kraft ein erhebliches Gewicht. Die spezifische Leistungsfähigkeit der teilnehmenden Beobachtung wird daher – von Ausnahmen, wie der Darstellung der Anwaltsrolle, die mitunter Mitpatienten oder Angehörige für bestimmte Patienten übernehmen, abgesehen – nicht aufgezeigt. [20]

Wie bei solchen Projekten nicht selten, gelingt allerdings trotz des bislang in konzeptioneller und methodischer Hinsicht Monierten eine anschauliche und anregende Präsentation von Interaktionen im Krankenhaus. [21]

## **5. Interaktionen im Krankenhaus**

Wie eingangs erwähnt, führt die Fragestellung, ob Kommunikation in interkulturellen Konstellationen tatsächlich in besonderer Weise schwierig und gefährdet ist, zu einer Erweiterung der Forschungsperspektive auf Kommunikation im Krankenhaus im Allgemeinen, d.h. unabhängig von Aspekten kultureller Differenz. DREIßIGs Forschung mündet hier in eine Typologie der zum

Teil in Konflikt stehenden Interessen und Erwartungen sowie auch der Interaktionen von Patienten und Personal im Krankenhaus. Während die Patienten Mitgefühl, Verständnis, Hilfe und Trost von Seiten der Mitarbeiter erwarten, stehen für das Personal die Kooperation der Patienten und die Erfordernisse der Krankenhausabläufe im Vordergrund. Diese Situation eröffnet verschiedene, von DREIßIG in Typiken rekonstruierte Interaktionsmöglichkeiten, in denen strukturell begründete Konfliktpotenziale einerseits hervortreten und andererseits unter anderem durch die Nutzung von Handlungsspielräumen seitens der Interaktionspartner eingeschränkt werden. [22]

Es gelingt hier, typische Muster des Wahrnehmens, von Erwartungen, Interaktionen und vor allem auch von Interaktionsstrategien innerhalb des Krankenhauses darzustellen. Zugleich bilden die herausgearbeiteten Strategien von Patienten (Forderungen stellen; Bitten; Mitgefühl wecken) und Mitarbeitern (Distanzierung; Nicht-Ernst-Nehmen; Gespräch suchen; Überlistung; Ruhigstellung durch Medikamente; Entlastung durch gemeinsames Klagen oder Lachen über Patienten) eine Grundlage für Vergleiche mit Strategien in den interkulturellen Interaktionen. [23]

Allerdings fällt bei der Typik von Interaktionsstrategien auf – erneut wird das selbstkritisch auch von der Autorin vermerkt –, dass sich in der komplexeren Typik der Mitarbeiterstrategien offenbar das aufgrund der Forschungssituation für diese Gruppe wesentlich umfangreichere Datenmaterial aus Beobachtungen und vor allem aus der auf die Mitarbeiter beschränkten Befragung widerspiegelt und das Gesamtbild daher entsprechend verzerrt erscheint. In dieser aus der Struktur des Feldmaterials herrührenden Verzerrung wird in diesem Teil der Darstellung jedoch eine Orientierung an einer der Grounded Theory verpflichteten Methode eher erkennbar als andernorts. [24]

Für sich genommen, kann man dieses auf Fremdwahrnehmung beruhende Kapitel zu Interaktionen im Krankenhaus sicherlich auch als Material für die Lehre heranziehen, wenn es um einen Einstieg in die Reflexion von sozialen Beziehungen im Gesundheitswesen und insbesondere von Interaktionsstrategien des Krankenhauspersonals geht. [25]

## **6. Interkulturelle Beziehungen im Krankenhaus**

Die Interaktion zwischen zugewanderten Patienten und Klinikmitarbeitern verläuft "in vielerlei Hinsicht ganz ähnlich" (S.112) wie zwischen deutschen Patienten und Mitarbeitern – so fasst DREIßIG eingangs des eigentlichen Hauptteils ihrer Arbeit die Auswertung ihrer Feldprotokolle zusammen. Es wäre sicherlich sinnvoll gewesen, die Auswertungsschritte und -verfahren, die zu dieser zentralen Beantwortung ihrer Forschungsfrage führen, in einem höheren Maße nachvollziehbar zu machen. [26]

Den Schwerpunkt der Darstellung zur Interaktion zwischen Klinikmitarbeitern und zugewanderten Patienten bilden allerdings ausführlich dargelegte und anhand des eingangs vorgestellten, an AUERNHEIMER anknüpfenden Vier-

Dimensionen-Modells geordnete Aspekte, in denen sich einige Besonderheiten interkultureller Kommunikation ausmachen lassen. DREIßIG unterscheidet hier Aspekte, die aus dem institutionellen Kontext des Krankenhauses selbst herrühren, und solche, die von außen in das Krankenhaus herein wirken. [27]

Besonders betont sie den Stellenwert von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Dies sei ein Punkt, der auch von den meisten Mitarbeitern als gravierend, von manchen gar als das einzige Problem in der Interaktion mit zugewanderten Patienten angeführt werde. Mehrsprachige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leisten hier zwar häufig informelle Übersetzungsdienste, doch das sei mit nicht unerheblichen Zusatzbelastungen für diese verbunden. Zudem mangle es dabei oft an der vollen Kompetenz für solche Aufgaben. Ein Aufbau von besseren Dolmetscherdiensten ist daher auch eine zentrale Empfehlung für die Praxis, die DREIßIG aus ihrer Untersuchung ableitet. Verständigungsprobleme aufgrund mangelnder Sprachkompetenzen erscheinen in der Arbeit also als eine gegenüber kultureller Differenz bedeutsamere Kommunikationsstörung. [28]

Hinsichtlich des Machtaspekts identifiziert DREIßIG eine mitunter herablassende Behandlung von zugewanderten Patienten und Patientinnen. Ihres Erachtens ist diese meist nicht durch einen klaren, sondern eher beiläufigen Rassismus gekennzeichnet und daher nur schwer von der allgemeinen Strategie, Patienten nicht ernst zu nehmen, zu unterscheiden. Auf der anderen Seite findet sie bei den Patienten und Patientinnen Angst vor Diskriminierung und mitunter eine Interpretationsfolie "Ausländerfeindlichkeit", die zur Deutung negativer Erfahrungen herangezogen werden kann. [29]

Besonders anschaulich – und damit auch die Ertragsmöglichkeiten teilnehmender Beobachtung aufzeigend – wird die Praxis, Machtdefizite von Patienten bzw. deren niederen Status in den Augen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen durch das Einschalten von "Anwälten" auszugleichen. Bei Patienten mit Migrationshintergrund scheint dieses häufiger zu geschehen. Insbesondere Angehörige, mitunter aber auch Mitpatienten übernehmen die Rolle, Interessen der Patienten gegenüber den Mitarbeitern zu vertreten. Konflikte werden in diesen Fällen eher zwischen diesen Anwälten und dem Krankenhauspersonal als mit den Patienten und Patientinnen selbst ausgetragen. Gegenüber Mitarbeitern mit einem gemeinsamen kulturellen bzw. sprachlichen Hintergrund erwarten manche Patienten die Übernahme einer solchen Anwaltsrolle. Diese Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stehen dann allerdings schnell zwischen allen Stühlen und suchen daher solche Anwaltschaften und die entsprechenden Rollenkonflikte eher zu vermeiden (S.153). In diesen dichten und gelungenen Schilderungen von Anwaltsfunktionen, die "deutsche" Mitpatienten für Zugewanderte übernehmen, kann man bei der Lektüre zugleich Momente einer interkulturellen Annäherung und Gemeinschaftsbildung unter Patienten erkennen, die der spezifischen Lebenssituation von Patienten im Krankenhaus geschuldet sind und – so kann man vermuten – gerade daher auch möglicherweise über die Krankenhaussituation hinauswirken können. [30]

Einwirkungen kultureller Differenz (im Sinne des eng gefassten Kulturbegriffs von unbewussten Scripten für das Handeln) auf interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus entdeckt DREIßIG vor allem bezüglich Familienbindung und entsprechend verstärktem Besuch der Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund, bezüglich deren häufig größerer sozialen Nähe im Umgang mit anderen, im Umgang mit Tod, Trauer und negativen Diagnosen, bei religiösen (Gebets-) Bräuchen sowie im Hinblick auf Essgewohnheiten. [31]

Pauschale Zuschreibungen und Stereotype wirken nach DREIßIG in Form von Vorstellungen, alle türkischen Männer seien "Paschas" oder "Die Deutschen sind alle Nazis", von beiden Seiten auf die interkulturelle Kommunikation ein. Sie nennt hier auch das häufig als "Mediterranes Syndrom" oder "Mamma-Mia-Syndrom" benannte und offenbar weithin bekannte Phänomen einer vermeintlich größeren "Wehleidigkeit" und Emotionalität im Umgang mit Krankheit unter aus dem Mittelmeerraum stammenden Patienten. DREIßIGs Sicht, dies sei ein an der Wirklichkeit vorbei gehendes Konstrukt und also nicht auf differente kulturelle Muster zurückzuführen – erlaube ich mir aus eigener Erfahrung anzumerken –, wurde allerdings jäh zurückgewiesen, als ich den Text in einem kleinen Seminar mit Teilnehmerinnen aus dem Gesundheitswesen behandelte, die im Übrigen die sonstigen Ausführungen von DREIßIG überwiegend im Sinne eines Wiedererkennens diskutierten. Wie dem auch sei, DREIßIGs Argumentation zielt darauf, dass solche kollektive Zuschreibung von Wehleidigkeit eben im Einzelfall tatsächliche Symptome unterschätzen lassen kann. Dennoch fragt man sich, ob in einer Arbeit zu interkulturellen Beziehungen im Krankenhaus nicht doch ethno-medizinische Aspekte einer stärkeren Erörterung bedurft hätten. [32]

Schließlich spricht DREIßIG einen weiteren wichtigen und interessanten Punkt an, wenn sie auf die Rolle von Klinikmitarbeitern mit Migrationshintergrund eingeht, die mit ca. 30 Prozent einen erheblichen Teil des Personals stellen. Eher implizit weist sie damit darauf hin, dass Interaktionen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in der Institution Krankenhaus zu einem wesentlichen Teil innerhalb des Personals und dort offenbar ja ebenfalls weitgehend ohne gravierende Schwierigkeiten ablaufen. Explizit geht es DREIßIG hier allerdings um die Funktion "bikultureller" Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Hilfestellungen für interkulturelle Kommunikation zu geben. Sie führt diese Funktion unter anderem darauf zurück, dass diese weniger Fremdheitsgefühle gegenüber Patienten mit Migrationshintergrund entwickeln, weniger zu Kulturalisierung und kulturbezogener Stereotypisierung neigen und eher versuchen, kulturelle Differenzen "neutral" zu sehen. [33]

In ihren abschließenden Empfehlungen für die Praxis referiert DREIßIG im Wesentlichen zu ihren Ergebnissen passende Vorschläge aus der Literatur. Unter anderem plädiert sie für den Ausbau von Dolmetscherdiensten und für die Förderung solcher Handlungsstrategien seitens des Personals, die weniger an Kenntnis spezifischer Fremdkulturen als an einem dialogisierenden Kommunikationsstil orientiert sind. [34]

## 7. Fazit

Insbesondere denjenigen, die aus der Praxis kommen bzw. an unmittelbar auf die Praxis bezogenen Fragen interessiert sind, gestattet die Fallstudie eine anschauliche, aus der Außensicht einer Feldforscherin gewonnene Darstellung von Interaktionen zwischen Krankenhauspersonal und Patienten. Ein Vorzug der Arbeit ist sicherlich, dass über interkulturelle Konstellationen hinaus auch Interaktionen im Krankenhaus allgemein untersucht werden. Manche Probleme in interkulturellen Beziehungen im Krankenhaus erscheinen so als der allgemeinen Situation in dieser Institution und nicht der inhärenten Problematik von interkulturellen Beziehungen geschuldet. Aufzuzeigen, dass interkulturelle Kommunikationen nicht immer problematisch verlaufen – beziehungsweise dieses zu überprüfen –, ist so auch ein zentrales Anliegen der Autorin. Vielleicht hätte sie dieses durch eine Ausweitung der Untersuchung auf die Beziehungen innerhalb des Personals weiter vertiefen und auf eine breitere Basis stellen können – zumal sie im Laufe der teilnehmenden Beobachtung und der Interviews ohnehin mehr Daten zum Personal als zu den Patienten und Patientinnen sammeln konnte. [35]

Methodische und begriffliche bzw. theoretische Inkonsistenzen und Defizite begrenzen die aus der Lektüre dieser Studie zu gewinnenden Erkenntnisse weitgehend auf den genannten, eng praxisbezogenen Interessenhorizont, innerhalb dessen dichte oder zumindest anschauliche Beschreibungen Einblicke und Anregungen anbieten. Gerade die zentrale Aussage, interkulturelle Kommunikationen verliefen reibungsloser als zumeist angenommen, erscheint insbesondere aufgrund des in der Untersuchung zugrunde gelegten engen Kulturbegriffs, der den sonst eher breiter gefassten Begriffsverständnissen gegenübersteht, problematisch und nicht recht nachvollziehbar. Aufgrund der methodischen Defizite gelingt es der Studie auch nicht, die Leistungsfähigkeit teilnehmender Beobachtung hinreichend zu dokumentieren. [36]

Positiv anzumerken bleibt, dass Dreißig problematische Aspekte ihrer Feldforschung mit einer großen Offenheit und selbstkritischen Haltung selbst anspricht. Wer eine ähnliche Forschung plant, wird ihre Ausführungen zum Feldzugang und seinen Problemen mit Interesse lesen. Insbesondere gelingt ihr, trotz der genannten Einschränkungen, eine anschauliche Falldarstellung von Interaktionen zwischen Krankenhauspersonal und (interkulturellen) Patienten und Patientinnen, die dem Personal und der Organisation der Institution Krankenhaus eine Gelegenheit zur Reflexion eigenen Handelns anbietet. [37]

## Literatur

Auernheimer, Georg (2000). *Interkulturelle Kommunikation, vierdimensional betrachtet*. Verfügbar unter: <http://www.uni-koeln.de/ew-fak/paedagogik/interkulturelle/publikationen/muenchen.html> [Zugriff: 7.9.2006].

Goffman, Erving (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.

Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Strauss, Anselm L. (1978). *Negotiations. Varieties, contexts, and social order*. San Francisco: Joey Bass.

## Zum Autor

*Dietmar ROST*, Dr., M.A., Studium von Soziologie, Sozialanthropologie und Psychologie. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie der Universität Potsdam im von der Volkswagen-Stiftung geförderten Forschungsprojekt "Neue regionale Identitäten und strategischer Essentialismus". Lehrbeauftragter im Studiengang "Management und Expertise für Pflege- und Gesundheitsfachberufe (B.A.)" an der [Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes](#).

Publikationen: Gesellschaftsbilder in Sardinien (Münster: LIT, 2000); New regional identities and strategic essentialism. Case studies from Poland, Italy and Germany (gemeinsam mit Erhard STÖLTING; Tomasz ZARYCKI; Paolo PASI; Ivan PEDRAZZINI & Anna TUCHOLSKA; Münster: LIT, im Druck).

In FQS bisher veröffentlicht: Ein Rezensionssaufsatz zu "[Kollektive Identität](#)" (von Lutz NIETHAMMER 2000) sowie der Beitrag: [Die Produktion der "Brandenburger". Eine Fallstudie zu regionalem Fernsehen und dessen Bemühungen um Stiftung von Landesidentität durch Geschichte](#).

Kontakt:

Dr. Dietmar Rost

Forschungsprojekt "Neue regionale Identitäten und strategischer Essentialismus"  
Allgemeine Soziologie  
Universität Potsdam  
Postfach 90 03 27  
D-14439 Potsdam

Telefon: 0331/977 46 07

E-Mail: [drost@uni-potsdam.de](mailto:drost@uni-potsdam.de)

## Zitation

Rost, Dietmar (2006). Rezension: Verena Dreißig (2005). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund [37 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(1), Art. 5, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs070155>.