

Krank sein ist nicht gleich krank sein

Hausarbeit am Fachbereich Gesundheitswesen der Evangelischen Fachhochschule Hannover
im Studienbereich Pflegepädagogik
im Lernbereich 1
vorgelegt im SoSe 2001 von

Peter Scheu
2. Studiensemester

Abgabetermin: 15.08.2001

Erstprüferin: Prof. Dr. Christa Hüper
Zweitprüferin: Prof. Dr. Rosemarie Kerkow-Weil

Es ist nicht genug zu wissen,
man muss auch anwenden,
es ist nicht genug zu wollen,
man muss auch tun.

Johann Wolfgang von Goethe

EINLEITUNG

Schreie durchdringen die Flure des Krankenhauses. Es klingt, als ob Patienten unerträgliche Schmerzen hätten. Fast täglich hört man diese Schreie. Doch es sind keine körperlichen Schmerzen. Trauernde Angehörige beklagen so den Tod eines geliebten Menschen (vgl. Alban/Leininger/Reynolds 2000, S. 31). Ganz im Gegensatz zu körperlichen Schmerzen: Eine chirurgische Station mit 31 Betten. Vorwiegend werden Patienten mit großen septischen Wunden behandelt, aber auch notfallmäßig operiert. Patienten mit mechanischem Ileus, Appendizitis, Leistenhernien oder Extremitätenamputationen gehören zu den hauptsächlichen Operationsindikationen. Es gibt einen Medikamentenschrank – doch der ist leer. Auf der ganzen Station gibt es keine Schmerzmittel. Wie kann ein Mensch diese körperlichen Schmerzen ertragen? Ob äthiopische Patienten keine Schmerzen haben? Diese Situation habe ich im Nekempte Hospital im Westen Äthiopiens als Lehrer für Pflegeberufe und Entwicklungshelfer des Deutschen Entwicklungsdienstes fast täglich erlebt. Über 2 Jahre, von 1992 bis 1994, habe ich dort jeden Morgen auf der chirurgischen Station gearbeitet und am Nachmittag in der Krankenpflegeschule unterrichtet.

Beide anfangs beschriebenen Situationen sind in mir so lebendig, dass ich immer noch die Schreie zu hören glaube, aber auch die dunklen Augen der Patienten vor mir sehe, die leise und anspruchslos ihre Schmerzen ertragen und meist in der postoperativen Phase an unterschiedlichen Komplikationen verstarben. Alban beschreibt, dass äthiopische Patienten Schmerzmittel verweigern (vgl. Alban/Leininger/Reynolds 2000, S. 31); aber Schmerzmittel gibt es nur, wenn die Angehörigen diese in den Apotheken der Stadt kaufen, sofern es überhaupt welche zu kaufen gibt. Doch die Armut im Westen Äthiopiens ist groß und so kann sich kaum jemand diese überbewerteten Schmerzmittel leisten.

Die Stationen sind belegt mit Schwerkranken, die von den Bewohnern der Dörfer oft tagelang ins Krankenhaus getragen werden. Meist finden sie im Krankenhaus keine Schmerzlinderung oder gar eine Heilung. Einerseits, weil der Aufnahmestatus schon so schlecht ist, andererseits, weil die Behandlungsmöglichkeiten fehlen. So sterben die Patienten nicht nur wegen fehlender Behandlung, sondern oft wegen gefährlicher oder unterlassener Pflege. Alban beschreibt auch, dass Angehörige die Pflege mit übernehmen (vgl. Alban/Leininger/Reynolds 2000, S. 29). Täglich habe ich erlebt, dass Angehörige aufgrund der Schwere der Erkrankungen damit überfordert waren, geeignete Pflegemaßnahmen durchzuführen. Examierte Pflegekräfte waren wenig motiviert, die Patienten zu pflegen. Es gab kaum Material, um die entsprechenden Pflegemaßnahmen durchzuführen, man musste kreativ sein und improvisieren. Ein weiterer Grund ist, dass mit einer abgeschlossenen Ausbildung keine "Handarbeit" geleistet werden muss, also auch keine Pflegemaßnahmen durchgeführt werden. Dadurch wurde das Krankenhaus oft zur "Endstation" für die Kranken. Dies war auch der Grund, warum viele Patienten nach wie vor erst zu den traditionellen Heilern gegangen sind. Vieles konnte und kann ich bis heute noch nicht begreifen.

In Deutschland leben über sieben Millionen ausländische Mitbürger mit steigender Tendenz. Gerade Menschen aus den ärmsten Ländern Afrikas, Lateiname-

rikas und Asiens suchen Schutz und Heimat in Deutschland. In vielen Ländern herrscht, wie ich auch in Äthiopien erlebt habe, zudem oft Bürgerkrieg und Unterdrückung einzelner ethnischer Gruppen.

Menschen aus diesen Ländern treffen in Deutschland nicht nur auf eine fremde Kultur in einer anderen Gesellschaft, sondern auch auf ein entsprechend geprägtes Gesundheitssystem. So kommt es in unseren Krankenhäusern, als Teilen dieses Gesundheitssystems, immer wieder zu Konflikten mit Patienten aus fremden Kulturen und deren Angehörigen. Pflegende sind oft überfordert, diesen Menschen ganzheitlich zu begegnen. Das Vertrauen der ausländischen Patienten geht verloren und "das Krankenhaus" wird zur Bedrohung. Vielleicht kann diese Arbeit aufzeigen, welche Ursachen mit zu diesen Konflikten führen.

Über fünf Jahre habe ich in zwei unterschiedlichen Kulturen, der Schweiz und Äthiopien, gelebt und gearbeitet. Ausgehend von meinen Erfahrungen, insbesondere in Äthiopien, möchte ich herausfinden, welche individuellen Einflüsse Krankheit und Krankheitsverhalten Menschen aus fremden Kulturen prägen und welche kulturbedingten Vorstellungen es in der Medizin gibt. Nur wenn man einen anderen Menschen und seine kulturelle Identität kennt, kann man ihn und seine Verhaltensweisen verstehen. Diese Erkenntnis könnte Grundlage für ein interkulturelles Pflegeverständnis sein.

Neben diesen individuellen und migrationbedingten Faktoren spielen in deutschen Kliniken "institutionsbedingte Umstände" eine entscheidende Rolle für Krankheit und Krankheitsverhalten aller Patienten. Da diese selbst für deutsche Patienten oft belastend sind, kann man gut nachvollziehen, welchen Einfluss diese auf Patienten aus fremden Kulturen haben müssen. Um fremde Menschen zu verstehen, muss zudem eigenes Handeln hinterfragt werden.

Gerade auch bezüglich der aktuellen Diskussion "Deutschland – Einwanderungsland", der Globalisierung und eines zusammenwachsenden Europas halte ich es für dringend erforderlich, das Thema "interkulturelle Pflege" im Krankenhausalltag zu thematisieren und in die Krankenpflegeausbildung mit aufzunehmen.

1 INTERKULTURELLE PFLEGE – TRANSKULTURELLE PFLEGE –GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN

Auch in Deutschland wird in den letzten Jahren, insbesondere durch entsprechende Beiträge der Pflegeforschung als "junge Wissenschaft", der Zusammenhang von Pflege und Kultur thematisiert. Dieses Thema galt lange Zeit als Randphänomen und findet in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen noch wenig Beachtung.

Es werden jedoch von der Pflegeforschung wichtige Beiträge für ein kulturell kompetentes Pflegeverständnis erarbeitet und diskutiert. Dazu ist es nötig, häufig verwendete Begriffe zu definieren sowie die Relevanz von interkultureller Pflege und Pflegeforschung in Zusammenhang zur multikulturellen Gesellschaft zu bringen.

1.1 Kultur und Pflege – Überlegungen zur deutschen Pflegekultur

Obwohl der Begriff der Pflegekultur in Deutschland noch wenig gebräuchlich ist, gibt es doch vielfältige kulturelle Faktoren, die das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, insbesondere in Bezug zur Krankenpflege, immer mit beeinflusst haben. So bestimmen unterschiedliche Krankheitsmodelle immer auch das Pflegeverständnis. Viele Aspekte des biomedizinischen Krankheitsmodells sind dafür auch heute noch prägend und werden "kulturübergreifend" verstanden. Dieses Modell, nach dem französischen Philosophen Descartes (1596-1650) als cartesianisch bezeichnet, beeinflusst auch heute noch das Krankheitsverständnis vieler westlicher Nationen (vgl. Payer 1993, S. 27 ff.). Es begründet eine naturwissenschaftliche, mechanistische Auffassung, mit einer Trennung von Körper und Geist. Dieser Aspekt begründet auch die Abkehr der Pflegenden von der ursprünglich christlich geprägten, ganzheitlichen Betrachtung des Menschen in dieser Zeit. So ist dieses Modell ist auch heute noch oft in der biomedizinischen Krankenpflege zu finden.

Allerdings beziehen andere neuzeitliche Krankheitsmodelle, wie die medizinische Anthropologie, auch soziokulturelle und psychosoziale Faktoren mit in das Krankheitsverständnis ein. Auch die professionelle Krankenpflege bezieht diese Inhalte mit in ein neues Pflegeverständnis ein. Dieses ist geprägt von Begriffen wie "umfassende, ganzheitliche und patientenorientierte Pflege". Dabei ist die Pflege von Patienten aus fremden Kulturen mit einbezogen (vgl. Zielke-Nadkarny 1997, S. 104).

Madeleine Leininger, die schon in den 50er Jahren in den USA den Zusammenhang von Kultur und Pflege erkannt und beschrieben hat, legt der transkulturellen Pflege den weit gefassten englischen Begriff "care" zu Grunde. "Care" stellt nach Leininger einen Oberbegriff für "Fürsorge" dar und *"bezieht sich auf abstrakte und konkrete Phänomene in Form von helfenden, unterstützenden oder fördernden Erfah-*

rungen oder Verhaltensweisen zum Wohle anderer Menschen, die ein offensichtliches oder potentielles Bedürfnis aufweisen, ihre menschlichen Lebensbedingungen oder Lebensweisen zu verbessern und weiter zu entwickeln" (Leininger 1998, S. 72 f.). "Caring" oder "fürsorgen" bezeichnet demnach die eigentlichen Handlungen und Aktivitäten, die notwendig sind, um dieses Ziel zu erreichen.

Während in Äthiopien viele Verhaltensweisen mit dem Satz "this is our culture" erklärt wurden, findet der Begriff im deutschen Sprachgebrauch wenig Verwendung. Kultur (culture) umfasst nach Leininger "die erlernten, gemeinsamen und übermittelten Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, welche deren Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen auf eine strukturierte Weise leiten" (Leininger 1998, S. 73).

"Cultural care" oder "kulturspezifische Fürsorge", die aus den beiden Begriffen resultieren sollen das Wohlbefinden von Menschen fördern, Gesundheit erhalten sowie Lebensbedingungen verbessern und helfen, mit Krankheiten, Behinderungen und Tod umzugehen. Der Begriff der "cultural care" wird jedoch in der deutschen Pflegeforschung kontrovers diskutiert, da es nach Zielke-Nadkarni "keine nicht-kulturelle Fürsorge gibt, Fürsorge Teil des kulturellen Systems einer Gesellschaft ist und immer kulturbezogen ausgeübt wird" (Zielke-Nadkarni 1997, S. 109). Daneben muss betont werden, dass es in vielen Gesellschaften durch die Migration keine homogene Kultur gibt.

Kultur stellt vielmehr einen dynamischen Prozess dar und muss bezüglich der kulturellen Identität individuell definiert werden, damit Pflegende adäquat handeln. Für den Pflegeprozess ist nicht die Kultur oder ethnische Gruppe, aus der ein Patient kommt, entscheidend, sondern die Bedeutung, die jeder Einzelne der kulturellen Identität und Ethnizität zumisst (vgl. Kutschke 2001, S. 93).

1.2 Transkulturell oder interkulturell – ein Versuch der Abgrenzung

Beide Begriffe werden in Zusammenhang mit der Pflege von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen verwendet. So wird nach Kutschke in der Erziehungs- und Gesellschaftswissenschaft häufig die Bezeichnung "interkulturell" verwendet. "Dieser Begriff propagiert eine Bezugnahme aufeinander. Der Fokus liegt auf dem kulturellen Unterschied" (Kutschke 2001, S. 92). "Interkulturell" bedeutet nach dem Duden "die Beziehungen zwischen den verschiedenen Kulturen betreffend" (Duden Bd. 5 1982, S. 352).

Bei "transkulturell" liegt der Schwerpunkt auf dem Übergreifenden, dem „Übergeordneten" (Kutschke 2001, S. 92). "Transkulturell" und "interkulturell" werden in der Literatur jedoch häufig synonym verwendet. Da in der vorliegenden Arbeit insbesondere die Beziehung zwischen den Pflegenden in Deutschland und Menschen aus unterschiedlichen Kulturen im Mittelpunkt steht, wird der Begriff "interkulturell" zur Anwendung kommen. Damit soll der kulturelle Unterschied, aber auch die Interaktion zwischen den Menschen betont werden.

1.3 Menschen so gleich und doch so verschieden

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist der Anteil ausländischer Mitbürger in Deutschland 1997 auf über 7,3 Millionen Menschen angestiegen, mit weiter steigender Tendenz (vgl. Collatz 1994, S. 101 ff.). Diese Tatsache, sowie die Zunahme rassistischer, fremdenfeindlicher Übergriffe hat auch in der Politik eine Diskussion entfacht zum Thema "Deutschland – Einwanderungsland" und zu Überlegungen bezüglich einer besseren Integration ausländischer Mitbürger geführt.

Für diese weltweite Migration von Menschen insbesondere auch nach Deutschland wird eine Vielzahl von Gründen verantwortlich gemacht. Migration wird oft als Wanderung von Individuen oder Gruppen im geographischen oder sozialen Raum definiert. Collatz stellt die Vielschichtigkeit der Migranten in Deutschland vor:

- Ausländer,
- Arbeitsmigranten,
- Aussiedler aus Osteuropa,
- Asylbewerber aus allen Kontinenten.
- Kriegsflüchtlinge,
- Flüchtlinge aus politischen, rassistischen, Glaubensgründen

(vgl. Collatz 1994, S. 103).

In vielen wissenschaftlichen Arbeiten werden Menschen aus fremden Kulturkreisen pauschal als Migranten bezeichnet. Doch viele dieser Menschen suchen Schutz und Heimat in Deutschland und meinen, nach einer oft dramatischen Flucht (Wanderung) dort angekommen zu sein, wo sie entsprechende Hilfe finden ein neues Leben aufzubauen. In dieser Arbeit soll deshalb nicht von Migranten, sondern von ausländischen Mitbürgern oder Menschen aus fremden Kulturen gesprochen werden.

Neben einer anderen Gesellschaft erwartet diese Menschen auch ein völlig anderes Gesundheitssystem, welches neben den individuellen Faktoren auch Einfluss auf Krankheit und Krankheitsverhalten hat. Jedes Gesundheitssystem "weist eigene Normen, Werte, Sprachstrukturen und Handlungsmuster auf, die denen der Herkunftsgesellschaft der Migranten nur teilweise entsprechen" (Zielke-Nadkarny 1997, S. 101).

Die vielfältigen Einflussfaktoren, sowohl individuell als auch durch das Gesundheitssystem bestimmt, sollen im nächsten Kapitel aufgezeigt werden.

2 KULTURELLE EINFLUSSFAKTOREN ZU KRANKHEIT UND KRANKHEITSVERHALTEN

Um dem Anspruch einer ganzheitlichen Pflege auch von Menschen aus fremden Kulturen gerecht zu werden, ist es zunächst notwendig Einflussfaktoren zu kennen, die Krankheit und Krankheitsverhalten jedes Einzelnen mitbestimmen können. Dies wurde durch die Sozialisation in der Familie, aber auch durch die Gesellschaft wesentlich geprägt. Eine weitere Rolle spielen Migrationgründe sowie meist negative Erlebnisse während der Migration und "erste Erfahrungen" in der neuen Heimat. Diese unterschiedlichen Einflussfaktoren zu kennen und zu verstehen sind Grundlage, um ein interkulturelles Pflegverständnis zu entwickeln.

"Die Entwicklung zu einem interkulturellen Pflegeverständnis trägt auch dazu bei, eigene ethnozentristische Einstellungen zu erkennen. Sie hilft, die Bereitschaft zu neuen Begegnungen zu fördern und das Andere, das Fremde zu erfahren; und nicht zuletzt verbessert sie die eigene Diskursfähigkeit für das Leben in einer multikulturellen Gesellschaft" (Hüper 1997, S. 172).

Daneben sollen Einflussfaktoren des deutschen Gesundheitssystems, hier insbesondere bezogen auf den deutschen Krankenhausalltag, aufgeführt werden, die neben den individuellen Faktoren das Krankheitsverhalten ausländischer Patienten entscheidend mitbestimmen.

2.1 Prägende individuelle Einflussfaktoren

Zu den prägenden individuellen Einflussfaktoren werden die Biographie, körperbezogene Dimensionen, die Religion, magische Denkweisen und Naturphänomene gezählt.

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt im Überblick, dargestellt in den Kreisen, diese Einflussfaktoren, die insbesondere vom Sozialisationsprozess in der Familie und dem jeweiligen Herkunftsland geprägt werden. Im Mittelpunkt steht der einzelne Mensch, der versucht, seine eigene kulturelle Identität zu entwickeln. Jede Nation ist von verschiedenen Kulturen und die Kulturen von vielen Lebenswelten geprägt, wobei die kulturelle Identität der Einzelnen sehr unterschiedlich ist. Der einzelne Mensch versucht, in der jeweiligen Gesellschaft ein soziokulturelles Gleichgewicht mit einer kulturellen Identität zu finden, welches in der Abbildung durch die gleichmäßig kreisenden, roten Bälle dargestellt werden soll (vgl. Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 157).

Der Pfeil zeigt mögliche Ereignisse, die migrationbedingt sowie nach der "Ankunft" im Gastland zusätzlich auftreten können und, je nach Ausmaß, auf die Biographie einen entscheidenden Einfluss haben können.

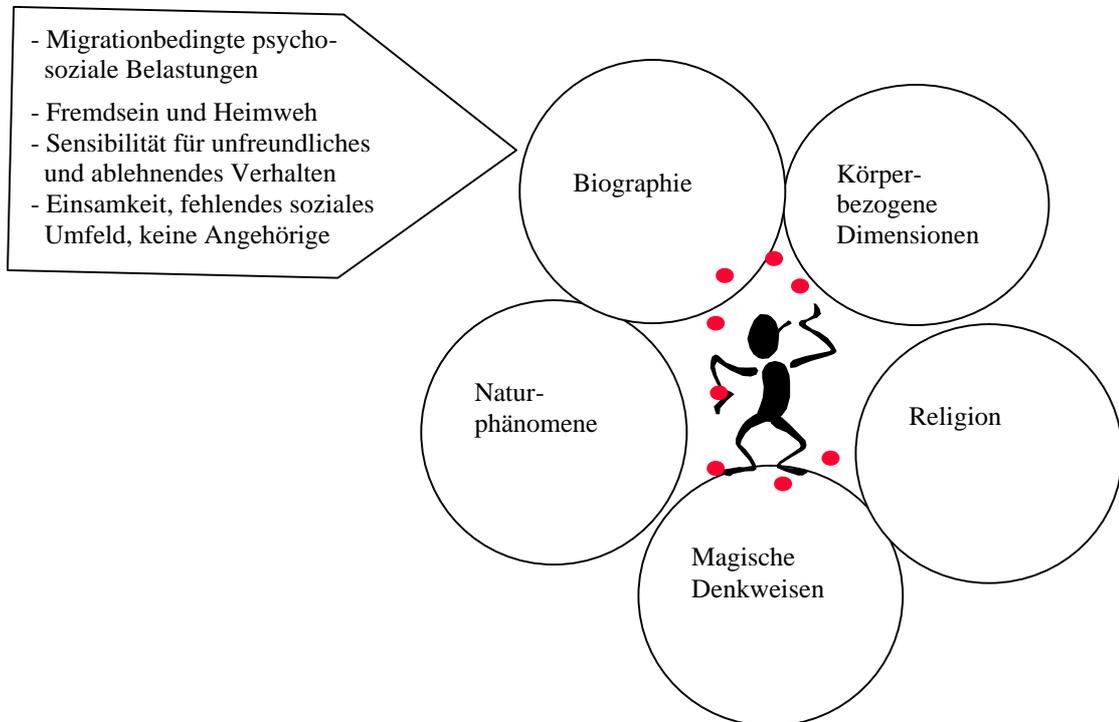


Abb. 1: Prägende individuelle Einflussfaktoren
Quelle: Eigene Zusammenstellung

Die individuellen Einflussfaktoren auf Krankheit und Krankheitsverhalten von Menschen aus unterschiedlichen Kulturenkreisen sollen in den nachfolgenden Ausführungen vorgestellt werden.

- **Biographie**
Krankheit und krank sein sind untrennbar mit der Biographie und damit der jeweiligen Sozialisation verbunden. *"Biographien offenbaren die Individualität von Personen. Die je besondere Identität einer Person kann letztlich nur aus deren Lebenslauf und den damit einhergehenden Lebenserfahrungen begriffen werden. Wer ich bin, weiß nur der, der weiß, wie ich geworden bin."* (Schimank zit. n. Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 161)

Mit der Pflegeanamnese, als Informationssammlung im Pflegeprozess, können biographische Kenntnisse in allen Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL`s) erhoben werden. Anhand der ATL`s kann das Aufnahmegespräch mit den Patienten im Krankenhaus durchgeführt werden. Zu diesen ATL`s zählen, neben den täglichen menschlichen Grundbedürfnissen, auch die Religion und das soziokulturelle Umfeld. Diese sollten in keiner Biographie fehlen. Kenntnisse über die Arbeits- und Familiensituation sowie migrationbedingte Probleme, wie die Traumen der Kriegsflüchtlinge durch z. B. Folter und/oder Vergewaltigung, sollten dabei beachtet werden. Menschen aus fremden Kulturen, die nach Deutschland kommen, sind aufgrund der Zunahme fremdenfeindlicher Übergriffe verunsichert und durch

unfreundliches und ablehnendes Verhalten im ganz "gewöhnlichen alltäglichen Rassismus" sensibilisiert. Oft haben sie in ihrem Herkunftsland von der Fremdenfeindlichkeit gehört und haben Angst davor, ebenfalls diese Erfahrungen machen zu müssen (vgl. Abb. 1).

Wenn sich Pflegekräfte zur Erstellung der Biographie genügend Zeit nehmen und im einfühlsamen Gespräch die Vielzahl der Faktoren, insbesondere bei ausländischen Patienten, berücksichtigen, ist damit eine wichtige Vertrauensbasis geschaffen für einen verständnisvollen und offenen Umgang. Dies kann eine sensible "Pfleger-Patientin-Interaktion" fördern (vgl. Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 157 u. S. 16 ff.).

- **Körperbezogene Dimensionen**
Drei körperbezogene Dimensionen, darunter Schmerz und Schmerzverhalten, die Hygienevorstellung und Scham, welche für das Verständnis im Umgang mit Patienten aus fremden Kulturen wichtig sind, sollen hier vorgestellt werden.

Schmerz und Schmerzverhalten

Schmerzwahrnehmung und Schmerzverhalten sind bei jedem Menschen individuell und überwiegend durch die eigene Biographie bestimmt. Diese wiederum ist in großem Maße durch den Sozialisationsprozess in der Familie, aber auch durch soziokulturelle Faktoren in der jeweiligen Gesellschaft bestimmt. So ist die Pflege von Schmerzpatienten für die Pflegekräfte, aber auch für die Ärzte immer wieder eine Herausforderung, die oft von einer großen Unsicherheit geprägt ist. *"Was der Schmerz in einer Kultur und für eine Gesellschaft bedeutet, bestimmt, wie das Individuum jene Empfindungen deuten lernt, die man Schmerz nennt, und beeinflusst innerhalb der organisch und biographisch gezogenen Grenzen das Erleben dieses Schmerzes. Individueller Schmerzausdruck und individuelle Schmerzdeutung sind deshalb von ihren soziokulturellen Bedingungen nicht trennbar"* (Hüper 1997, S. 157).

Beim Umgang mit Patienten mit Schmerzen muss jede Pflegekraft ihr eigenes Schmerzverständnis hinterfragen und die eigene Schmerzbiographie kennen. Insbesondere bei Patienten aus fremden Kulturen ist das Schmerzverhalten oft schwer zu verstehen, da diese Patienten die Schmerzen oft nicht auf eine bestimmte Körperregion eingrenzen und dazu oftmals nur sehr diffuse Angaben machen können. (vgl. Kerkow-Weil 1999, S. 43)

Hygienevorstellungen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes verbrauchte 1998 jeder Bundesbürger jeden Tag 129 Liter Trinkwasser, welches aus dem öffentlichen Netz entnommen wurde. Einen großen Teil des Wassers verbraucht der Bundesbürger für die Körperhygiene vom täglichen Duschen bis zur Toilettenspülung. Die Körperpflege nimmt in weiten Teilen der Gesellschaft einen beträchtlichen Stellenwert ein. Dies spiegelt sich auch in der täglichen Ganzkörperwäsche bei Patienten in den Krankenhäusern wider und ist zu

einem Pflegeritual geworden. Sogar in Krankenpflege-lehrbüchern werden immer noch die Körperregionen "durchnummeriert", in der Reihenfolge, in der diese gewaschen werden sollten.

Würden die Menschen in Äthiopien der Körperpflege den gleichen Anspruch entgegenbringen, müssten vor allem Frauen und Mädchen mühevoll mit ihren Kanistern oder Tonkrügen stundenlang Wasser von den oftmals wenigen und weit entfernten öffentlichen Wasserstellen oder Brunnen holen. Denn es gibt kaum eine öffentliche Wasserversorgung und oft wurde das Wasser von den Behörden abgestellt. Wasser ist dadurch zu einem kostbaren Lebenselixier geworden, denn es wird in erster Line als Getränk oder Grundlage für Getränke und zum Kochen benutzt. Die Körperpflege selbst spielt eine untergeordnete Rolle. Dafür ist das Wasser viel zu "kostbar". Für die Zahnpflege werden Zweige benutzt, die nach dem Essen von bestimmten Büschen abgebrochen werden. Ein wichtiger Schwerpunkt der Körperpflege sind die Hände, insbesondere vor und nach dem Essen, da dieses mit den Händen eingenommen wird.

Im Islam stehen körperliche und seelische Reinheit in engem Zusammenhang und sind verantwortlich für körperliche und seelische Gesundheit. Waschungen werden immer unter fließendem Wasser durchgeführt, insbesondere auch die vorgeschriebenen rituellen Waschungen vor den fünf Gebeten, wobei "nicht-muslimisches-Pflegepersonal" diese "Reinheit nicht bewirken kann" (Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 164).

Scham

"Scham ist ein Gefühl, das immer dann auftritt, wenn man glaubt, exponiert zu sein, sich beobachtet fühlt, unsicher und befangen ist. Man fühlt sich den Blicken der Welt höchst unvorbereitet ausgesetzt" (Erikson zit. n. Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 163).

Diese Definition zeigt in beeindruckender Weise die ganze Komplexität von einem Begriff, der in der Pflege wenig thematisiert wird und von Pflegenden mit dem Satz: "Das ist meine Arbeit und für mich völlig normal" meist unreflektiert verdrängt wird. Damit ziehen sich Pflegenden auf ihre Berufsrolle zurück, die mit "neutralem, asexuellen, schamfreien Verhalten verbunden ist" (Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 163). Dass diese Flucht in die Berufsrolle in der Pflege wenig hilfreich ist, sowohl im Umgang mit den Patienten als auch für die eigene berufliche Identität, wird außer Acht gelassen. Auch Patienten aus fremden Kulturen sind hier den Pflegenden oft schutzlos ausgeliefert, da kulturspezifische Verhaltensweisen bezüglich körperbezogener Dimensionen im Pflegealltag vernachlässigt werden. Hier ist das Schamgefühl von besonderer Brisanz, wobei dieses von dem Schamgefühl deutscher Patienten, wie das nachfolgende Beispiel zeigt, nur wenig abweicht:

"Eine andere Interviewpartnerin erzählt, dass sie von einem Pfleger ein Zäpfchen bekommen sollte: "Dann habe ich gefragt: "Sie wollen mit ein Zäpfchen geben?" Ja, hat er gesagt, dass das seine Arbeit ist, dass das normal ist Da habe ich gesagt: "Nein ich mach es selbst(...)". Im weiteren erzählt sie, dass dieses Schamgefühl

wohl für alle Frauen gilt und nicht kulturspezifisch ist (...). Die Interviewpartnerin führt dies auf die natürlichen Schamgefühle von Frauen zurück" (Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 163).

- **Religion**

Auch in Äthiopien ist die Religion von großer Bedeutung, um Kraft aus der Tiefe des Glaubens zu schöpfen, die nicht immer einfachen Herausforderungen des Alltags zu meistern. Auch der Einfluss der Religion auf das Krankheitsverständnis war, je nach Religionszugehörigkeit und Glauben, unterschiedlich groß. Krankheit wurde oft als Strafe Gottes, als Glaubensprüfung oder wie bei AIDS als Strafe für einen entsprechenden Lebenswandel gesehen. Diese Patienten wurden, sowohl von den Angehörigen als auch vom Pflegepersonal, sehr schnell ausgegrenzt und ins soziale Abseits geschoben. Dadurch war eine Versorgung nicht mehr gewährleistet, auch nicht im Krankenhaus. Die Bibel war bei vielen Patienten stets dabei. Die Kranken suchten in der Bibel und im Gebet Trost und Halt. Außerdem sollte dieses Verhalten Reue und Buße demonstrieren, aber auch Einfluss über den Glauben auf die Gesundheit genommen werden (vgl. Kerkow-Weil 1999, S.35 f.). Auch in Deutschland ist die Religion, vor allem bei älteren Patienten, insbesondere zur Krankheitsbewältigung noch immer von großer Bedeutung.
- **Magische Denkweisen**

Neben den traditionellen Heilern, die von den Kranken in Äthiopien vor der Krankenhausaufnahme meist noch aufgesucht wurden, spielen vor allem in der Gynäkologie und Geburtshilfe, aber auch bei der Krankheitsentstehung und Verbreitung (AIDS) magische Denkweisen eine große Rolle. Dem Glauben an Hexen, Geister und Zauberinnen sowie dem "bösen Blick" wird eine große Bedeutung für die Krankheitsentstehung zugeschrieben. Eine daraus begründete Prozedur stellt die "Beschneidungszeremonie" auch bei Mädchen dar, die ja oft einer Verstümmelung der Genitale gleich kommt und mit vielen Komplikationen einhergeht. Die Beschneidungen werden im häuslichen Umfeld von "traditionellen Beschneiderinnen" mit einem entsprechenden Ritual vorgenommen (vgl. Lightfoot-Klein 1999, S. 99 ff.). In Äthiopien wird nach einer Geburt die Plazenta im eigenen Garten vergraben, um böse Geister zu vertreiben. Viele Menschen tragen Amulette zum gleichen Zweck (vgl. Kerkow-Weil 1999, S. 39). Da bei einem Krankenhausaufenthalt in Deutschland Rituale oft nicht wie erforderlich eingehalten werden können, werden präventive Maßnahmen durch verschiedene andere Mittel vorgenommen. "Dazu gehören z. B. das Aufstellen von Heiligenbildern, das Anlegen von Amuletten oder das Anzünden von Räucherstäbchen, deren Rauch schadbringende Geister abhalten soll" (Kerkow-Weil 1999, S. 39). Gerade diese magischen Denkweisen, die oft einer Jahrtausenden alten Kultur entstammen, sind für Pflegende schwer oder nicht nachvollziehbar und werden deshalb auch nicht ernst genommen.

- Naturphänomene

Naturphänomene werden insbesondere in Afrika und Asien als Begründung für die Entstehung von Krankheiten aufgefasst. Zu den Naturphänomenen zählen das "Warm-Kalt-Schema" sowie das Ungleichgewicht der Körpersäfte. Vorstellungen über die Entstehung von Krankheiten sind in das Warm-Kalt-Schema eingebunden, welches auch in Europa bekannt ist. Diesem Schema sind je nach Jahreszeit mit den entsprechenden Temperaturschwankungen Krankheitsauslöser zugeordnet. "Danach verursacht Wärme z. B. Blutergüsse oder Galleerkrankungen und Kälte bewirkt Grippeerkrankungen" (Kerkow-Weil 1999, S. 41).

Auch das Ungleichgewicht der Körpersäfte, welches das Krankenverständnis der Antike nach den hippokratischen Schriften prägte, spielt in vielen Gesellschaften eine wichtige Rolle. *"Die Vorstellung ist Teil der Humoralpathologie, die den Körper als Zusammensetzung von Elementen, Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle, betrachtet, deren spezifische Mischung die Gesundheit des Menschen ausmacht. Gerät das Verhältnis aus dem Gleichgewicht, entstehen Krankheiten."* (Kerkow-Weil 1999, S. 42). Patienten aus den oben genannten Kulturen führen Kopfschmerzen und Übergewicht in Zusammenhang mit Menstruationsbeschwerden auf "schlechtes/ schmutziges Blut" zurück. Nach den Vorstellungen dieser Patienten kann das Menstruationsblut nicht frei fließen und verunreinigt so den Körper. (vgl. Kerkow-Weil 1999, S. 41)

2.2 Einflussfaktoren des deutschen Gesundheitssystems

Eine wichtige Bedeutung für Krankheit und Krankheitserleben von Menschen aus fremden Kulturen stellt das deutsche Gesundheitssystem, insbesondere das Krankenhaus mit dem entsprechenden soziokulturellen Umfeld, dar. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass Probleme, die mit einem Krankenhausaufenthalt in Verbindung stehen, nicht primär aus kulturellen Unterschieden resultieren. Auch deutsche Patienten haben zunehmend Probleme, da sie nicht mehr ihre Identität an der Krankenhauspforte bei der Aufnahme abgeben wollen, sondern als kritische Klienten ihre Interessen wahrnehmen. Allerdings kann man daraus ableiten, dass die Problematik bei Patienten aus fremden Kulturkreisen im deutschen Krankenhausalltag von einer weit größeren Komplexität gekennzeichnet und damit von größerem Ausmaß mit entsprechenden Belastungen verbunden ist (vgl. Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997, S. 167).

"Die fremde Kultur dringt bis ins eigene Bett – als Anstaltsnachthemd direkt an die Haut – als Medizin in den Körper. Die Fremdheit der Sprache macht hilflos, mobilisiert Angst zusätzlich zu der durch das Körperleiden bereits erzeugten. Das andere Empfinden der eigenen Körperlichkeit trifft sich nicht mit Begrifflichkeit und Arbeitsweise der hiesigen Medizin" (Wehkamp zit. n. Zielke-Nadkarni 1997, S. 102).

Einflussfaktoren des deutschen Krankenhaussystems im Überblick:

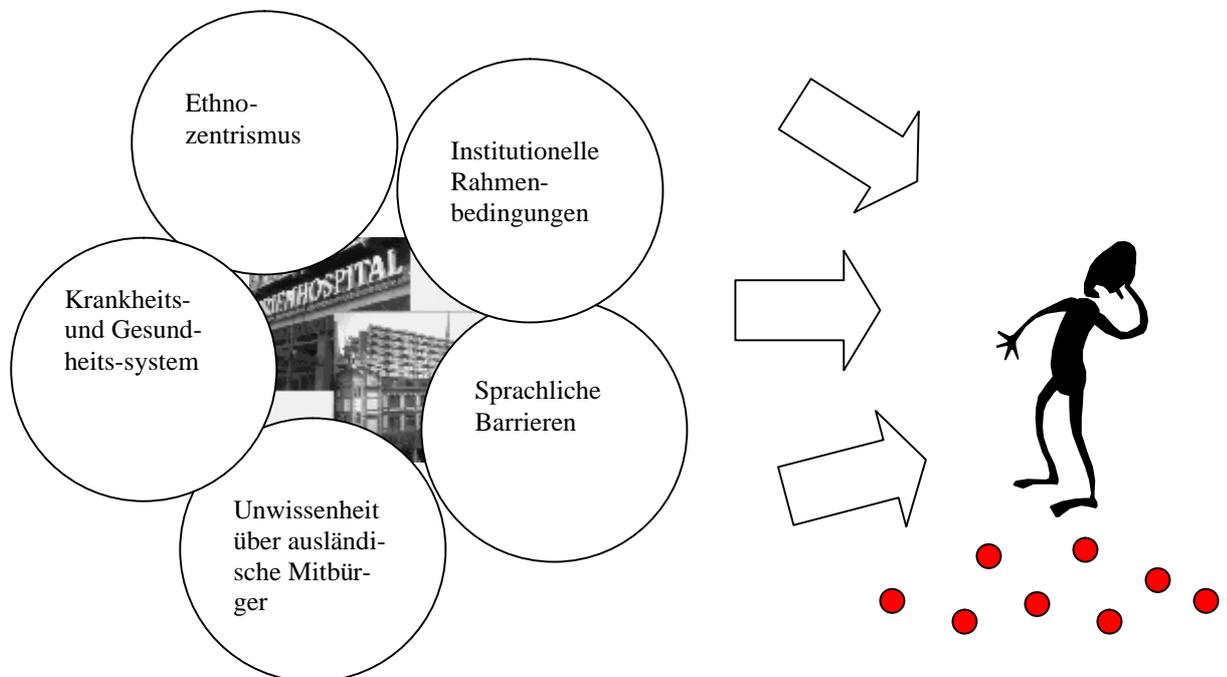


Abb.2: Einflussfaktoren des deutschen Krankenhaussystems
Quelle: Eigene Zusammenstellung

In den nachfolgenden Ausführungen sollen diese Faktoren im Einzelnen ausgeführt werden:

- Ethnozentrismus

Ethnozentrismus scheint auch Grundlage dafür zu sein, dass von einigen sehr konservativen und nationalistischen Parteien und deren Anhängern in der Gesellschaft in Deutschland immer wieder betont wird, dass sich ausländische Mitbürger, um integriert zu werden, den "deutschen Gewohnheiten und Werten" anzuschließen haben. Eigene Werte und Normen sollen dafür zurückgestellt oder aufgegeben werden. Zielke-Nadkarni weist zu Recht darauf hin, dass in dem Maße, in dem rassistische Einstellungen gesamtgesellschaftlich wirken, diese auch im Gesundheitsbereich, wenngleich oft versteckt, vorhanden sind. *"Unter Ethnozentrismus wird eine emotionale Grundhaltung verstanden, die die eigenkulturellen Normen und Werte als denen aller anderen überlegen betrachtet und diese zum Wertmaßstab der Beurteilung anderer Kulturen macht"* (Ramaswamy zit. n. Zielke-Nadkarni 1997, S. 101).

Gerade in der Pflege von Patienten aus fremden Kulturen darf der ethnozentrische Blickwinkel nicht dazu führen, fremdkulturelle Verhaltensweisen abzuwerten. Damit wird den eigenen Werten und Normen eine zu große Bedeutung zugemessen und es kommt zu Problemen im zwischenmenschlichen Bereich. Dominante Norm- und Wertsysteme, in der Krankenpflege hauptsächlich bürgerlich-mittelständisch geprägt, sind auch Ausdruck erfolgreich durchgesetzter Machtinteressen. Dabei sollte eher Toleranz und ein gleichberechtigtes Miteinander, ein sogenannter "demokratischer Konsens", angestrebt werden. Der ethnozentrische Blickwinkel und damit die Vernachlässigung kultureller Faktoren bei der Pflege von Patienten aus fremden Kulturen kann nicht nur deren Gesundheit abträglich sein, sondern zusätzliche Kosten verursachen. Für die Patienten würden beispielsweise Krankheiten zu spät/nicht adäquat behandelt, da deren Ursache nicht bekannt geworden sind. Der Krankenhausaufenthalt würde unnötig verlängert, es käme zu Vertrauensverlust und Entfremdung. Für das Krankenhaus fielen Kosten durch eine Vielzahl von vermeidbaren Untersuchungen an und eine damit zusammenhängende Verschwendung der Arbeitszeit. Frustration und Berufsunzufriedenheit durch ständige Überlastung des Personals sind vorprogrammiert (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, S.101 ff.).

- Institutionelle Rahmenbedingungen

Obwohl in vielen Kliniken vom Krankenhauspersonal als therapeutischem Team gesprochen wird, ist es in sich selbst inhomogen, da jede Berufsgruppe spezifische Strukturen bezüglich Arbeitsweise und Kommunikation entwickelt. Dadurch entsteht eine unterschiedliche Perspektive, aus der die Patienten wahrgenommen werden. Dies kann insbesondere bei Patienten aus fremden Kulturen zu einer starken Verunsicherung führen, da diese die Vielfalt dieser Verhaltensweisen nur schwer verstehen und einordnen können. Eine weitere Komponente dieser Inhomogenität stellen hierarchische Strukturen in den Krankenhäusern dar, die in besonderem Maße zwischen

Ärzten und Pflegenden, oftmals am Krankenbett, ausgetragen werden. Patienten bekommen diese Unstimmigkeiten oft zu spüren mit beispielsweise unterschiedlichen, oftmals widersprüchlichen Informationen (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, S. 101).

- Sprachliche Barrieren

Sprache und Ausdrucksfähigkeit tragen wesentlich zum Gelingen zwischenmenschlicher Kommunikation bei. *"Sprache enthält und vermittelt kulturelle Muster, sie tradiert Formen der Deutung von Wirklichkeit und reagiert kreativ auf gesellschaftliche Veränderungen. Sprache formt und sozialisiert diese Verhaltensmuster"* (Zielke-Nadkarni 1997, S. 103).

Sprache ist somit von größter Bedeutung für die individuellen Einflussfaktoren auf Krankheit und Krankheitserleben, da beispielsweise Gefühle und Schmerzen in der eigenen Sprache genau beschrieben werden können. Missverständnisse können weitgehend verhindert werden und anstehende Fragen geklärt. Da man in einer fremden Gesellschaft ohne die notwendigen Sprachkenntnisse schnell isoliert und dadurch einer besonderen Belastung ausgesetzt ist, werden die sprachliche Barrieren mit in die Einflussfaktoren des Krankenhauses aufgenommen. Auch im Krankenhausalltag stellen Verständigungsschwierigkeiten mit ausländischen Patienten immer wieder eine Herausforderung für das Personal und eine hohe emotionale Belastung für die Patienten, dar. Dabei sollen Mimik und Gestik nicht außer Acht gelassen werden, denn mit einer bewussten Wahrnehmung und einer Sensibilität für den Patienten können Reaktionen oft fachrichtig erkannt werden.

Auch zur Übersetzung hinzugezogene Mitarbeiter, oftmals aus dem Reinigungsdienst, aber auch berufsfremde Angehörige sind überfordert und eine Kontrolle bezüglich der inhaltlich richtigen Übersetzung ist nicht möglich. So fehlen bezüglich einer effizienten Kommunikation zwischen den Patienten und dem Personal in vielen Kliniken geschulte Übersetzer, mit den dafür notwendigen sprachlichen, fachlichen und kulturellen Kompetenzen. Die Zunahme der multikulturellen Teams in deutschen Kliniken bilden einen wesentlichen Faktor, um einerseits die sprachlichen Barrieren zu überwinden, andererseits ethnozentristische Einstellungen des einheimischen Pflegepersonals überwinden zu helfen und Interesse daran zu wecken, über und von Menschen aus fremden Kulturen zu lernen (vgl. Hüper 1997, S.172 ff.).

- Unwissenheit über ausländische Mitbürger

Vorurteile und Verallgemeinerungen bestimmen oft das Bild von Menschen aus fremden Kulturen. Diese werden sehr oft unreflektiert übernommen und weitergegeben und bilden einen guten Nährboden für Rassismus und Fremdenfeindlichkeit. Dabei werden die Biographie, kulturelle Aspekte und migrationsauslösende und migrationbedingte Erlebnisse der einzelnen Menschen völlig missachtet. Insbesondere in Reaktionen von einheimischen Pflegenden bezüglich des Schmerzverhaltens ausländischer Patienten kommt es immer noch sehr schnell zu Verallgemeinerungen und Vorurtei-

len. Ausländische Patienten fallen demzufolge durch "lautes Klagen und Jammern" auf, insbesondere türkische Patientinnen, wenn ihre Ehemänner zu Besuch sind. Dabei werden die Schmerzen und damit der ganze Mensch vom Personal oft nicht ernst genommen. Auch bei südländischen Patienten werden Schmerzäußerungen mit dem "mediterranen Temperament" begründet und abgetan (vgl. Kerkow-Weil 1999, S. 43 ff.).

- Krankheits- und Gesundheitssystem

Im Grundgesetz verankert ist die Bedeutung Deutschlands als "sozialer Rechtsstaat". Dieser Sozialstaat hat es sich zur Aufgabe gemacht, dass jeder Mensch auch im Krankheitsfall abgesichert ist. Dies gilt auch für Menschen, die aus fremden Kulturen vorübergehend oder dauerhaft nach Deutschland kommen. Insofern hat dieses Gesundheitssystem nicht unbedingt nur negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden der ausländischen Patienten, insbesondere wenn man sich die in der Einleitung beschriebenen Situationen vorstellt.

Ein Versicherungssystem wie in Deutschland, wo gesetzlich versicherte Patienten nach einem Arztbesuch weder eine Rechnung bekommen noch wissen, was für die Leistung zu bezahlen ist, verführt zu häufigem Arztbesuch und zu vielen Diagnosen. Auch bei Krankenhausleistungen ist nur ein bestimmter Pauschalbetrag vom Versicherten zu entrichten. Die weitere Abrechnung erfolgt immer mit der Krankenkasse direkt (vgl. Payer 1993, S. 80 f.).

Die einzige Versicherung, die es in Äthiopien gab, war eine so genannte "Sterbeversicherung", die jedes Dorf/jeder Distrikt einer Stadt seinen Mitbewohnern anbot. Es war jeden Monat an eine "Sterbekasse" ein kleiner Betrag zu entrichten, wobei dieser etwa einem halben Tagesverdienst entsprach. Damit hatten alle Mitglieder die Sicherheit, dass ihnen im Falle des Todes eine würdige Bestattungszeremonie garantiert wird.

Durch die Komplexität der individuellen, der migration- und krankenhausbedingten Einflussfaktoren kommt der ausländische Patient viel schneller und intensiver aus dem Gleichgewicht als einheimische Patienten und reagiert mit unterschiedlichen Verhaltensweisen, wie zum Beispiel in Abb. 2 dargestellt mit Rückzug oder Depression. Die "verloren gegangenen" Bälle sollen dieses verlorene Gleichgewicht darstellen. Dadurch resultieren oft ernsthafte Krankheitszustände, wobei die beschriebenen Einflussfaktoren von großer Bedeutung für die Symptomatik und das Krankheitsverhalten sind. Diese soziokulturellen Einflussfaktoren auf Krankheit und Krankheitsverhalten sollen im anschließenden Kapitel aufgrund der Untersuchungen von Lynn Payer bestätigt werden.

3 KRANKSEIN IST NICHT GLEICH KRANKSEIN

Anhand der beschriebenen Einflussfaktoren kann man erkennen, welche unterschiedlichen Dimensionen Krankheit und Krankheitsverhalten der Menschen prägen. Dabei wurde die Brisanz insbesondere für die Pflege und Behandlung von Patienten aus fremden Kulturen in deutschen Kliniken mit einbezogen. Die herausragende Bedeutung soziokultureller Faktoren im Bezug auf Krankheit und Krankheitsverlauf hat Lynn Payer in ihren Untersuchungen eindrücklich bestätigt. Dabei sind kulturelle Unterschiede nicht an Entfernungen gebunden, wie sie im Vergleich der vier Länder England, Frankreich, den USA und Deutschland aufgezeigt hat.

Lynn Payer bezieht ihre Ergebnisse insbesondere aus dem medizinisch-ärztlichen Bereich, wobei alle Beobachtungen in den einzelnen Bereichen Auswirkungen auf die Pflege haben können.

3.1 Überlegungen zum kulturbedingten Krankheitsbegriff und Krankheitsverhalten

Anhand ihrer Ausführungen bestätigt Payer den Einfluss kulturbedingter Vorstellungen der Medizin und macht als Erklärung den Begriffes des "Nationalcharakters" dafür verantwortlich. Dieser Begriff beinhaltet ein ethnozentristisches Verhalten, wie es bereits beschrieben worden ist. In den nachfolgenden Beispielen macht Payer dies deutlich.

- *"Eine amerikanische Opernsängerin suchte in Wien einen österreichischen Arzt auf, weil sie unter starken Kopfschmerzen litt. Der Arzt verschrieb ihr Zäpfchen – und da sie von Zäpfchen als Mittel gegen Kopfschmerzen noch nie etwas gehört hatte, schluckte sie eines".*
- *"Ein französischer Professor erlitt während eines Forschungssemesters in Kalifornien einen Anfall von Angina pectoris; seine Ärzte empfahlen ihm, sofort eine koronare Bypass-Operation vornehmen zu lassen. Der Professor willigte ein, ohne zu ahnen, dass zu jener Zeit in Amerika koronare Bypass-Operationen 28-mal so häufig durchgeführt wurden wie in Europa und dass in späteren Studien die Notwendigkeit nicht nur von sofortigen, sondern von koronaren Bypass-Operationen überhaupt in Frage gestellt werden würde" (Preston zit. n. Payer 1993, S.12).*
- *"Ein deutscher Gynäkologe empfahl einer jungen Amerikanerin, die in der Bundesrepublik arbeitete, ihre Vaginalinfektion statt mit Antibiotika mit Schlamm-bädern zu behandeln. "Ich will nicht im Schlamm herumsitzen", beklagte sich die junge Frau später bei einer Kollegin. "Alles was ich will, sind ein paar Tabletten!" (Payer 1993, S. 12 f.).*

Lynn Payer schließt aus ihren Untersuchungen, dass die Menschen der jeweiligen Länder, die eigene medizinische Norm als die richtige und allein gültige betrachten. Dies mag auch eine Erklärung dafür sein, dass Patienten, die in einem fremden Land ins Krankenhaus kommen, sobald sie transportfähig sind, ins Hei-

matland verlegt werden wollen. Dies betrifft insbesondere Patienten aus Ländern, die auf dem gleichen Stand der Medizin und Wissenschaft sind.

"Die Medizin wird von den Fachleuten selbst gerne als internationale Wissenschaft hingestellt. Doch nahezu jeder, der schon einmal in einem fremden Land einen Arzt aufsuchen musste, wird festgestellt haben, dass die Realität anders aussieht. Nicht nur die Art der ärztlichen Versorgung ist von Land zu Land verschieden; die Medizin selbst ist es auch. Die Unterschiede sind so groß, dass eine Behandlungsmethode, die in einem Land bevorzugt und häufig verwendet wird, im Nachbarland womöglich als Behandlungsfehler gilt." (Payer 1993, S. 13)

Dies bedeutet, dass von der Medizin als Wissenschaft "zwar wichtige Impulse ausgehen, der Einfluss kultureller Faktoren sich jedoch immer und überall bemerkbar macht" (Payer 1993, S. 16). Dies bestätigen auch die Beispiele am Anfang des Kapitels sehr eindrücklich.

Ausgehend von geschichtlichen Strukturen und der Struktur des Gesundheitswesens der vier Länder gibt es fast in jedem Land auch ein Organ, das in der jeweiligen Gesellschaft signifikant für Krankheiten verantwortlich gemacht wird und auch auf Diagnostik und Behandlung entsprechende Auswirkungen hat. In den nachfolgenden Ausführungen soll dieses Phänomen verdeutlicht werden.

Frankreich:

In Frankreich spielt die bereits erwähnte cartesianische Denkweise eine große Rolle. Descartes "Liebe zu Logik und Theorie und seine Verachtung für aus der Praxis gewonnene Daten haben das französische Denken nachhaltig beeinflusst" (Payer 1993, S. 31). In Frankreich werden zwar Forschungsarbeiten in Auftrag gegeben, jedoch wenig Wert auf die Auswertung gelegt – die Idee als solche zählt (Beispiel: AIDS-Forscher berichten über Cyclosporine zur Behandlung von AIDS. Die Ergebnisse stützen sich auf sechs Patienten nach einer Woche Behandlung).

Eine wichtige Rolle in der französischen Medizin spielt das "Terrain", welches mit "Konstitution" übersetzt werden kann. Allerdings gibt es für diesen komplexen Begriff keine Übersetzung im eigentlichen Sinn.

- "Terrain" meint neben der Konstitution und dadurch bedingte Risikofaktoren auch die Widerstandskraft des Körpers (Anregen des Immunsystems)
- "Terrain" meint nicht nur die Krankheit als Ergebnis einer Reaktion des Körpers, sondern äußere Ereignisse kombiniert mit der Reaktion des Körpers. Dabei wird versucht auf diese Reaktion einzuwirken, um so die Krankheit zu verhindern, bevor diese ausgebrochen ist.
- "Terrain" wirkt sich nicht nur auf Prävention, sondern auch auf die Behandlung der Krankheiten aus. So werden statt Antibiotika¹, welche in den meisten Ländern als "Aggressoren gegen die Krankheit" gelten, zunächst Toni-

¹ Antibiotika: Definition n. Duden: "Biologischer Wirkstoff (...), der andere Mikroorganismen im Wachstum hemmt oder abtötet" (Duden 1982, S.69). Vgl. Definition im wörtlichen Sinn n. Duden: Anti: "ugs.: dagegen sein"; Bios: "das Leben" (Duden 1982, S. 69 u.117).

ka, Vitamine und Mittel zur Stärkung des "Terrain" eingesetzt. Auch Kur-
aufenthalte, alternative Heilmethoden, z. B. Homöopathie oder Aromathe-
rapie, sollen das "Terrain" stärken.

- Neben diesen sanften Heilmethoden führt die Bedeutung des "Terrain" auch dazu, dass in Frankreich Medikamente niedriger dosiert werden und die Diagnostik und Behandlung weniger aggressiv ist, was an der geringeren Anzahl von Operationen nachgewiesen ist.

Die gesunde Ernährung spielt in Frankreich eine wichtige Rolle. Der Wunsch vieler Franzosen schlank zu sein steht dabei im Mittelpunkt. Daneben haben Franzosen im Vergleich zu den anderen Ländern die höchste Lebenserwartung und die niedrigste Herzinfarktrate. Allerdings hat gutes Essen auch Auswirkungen auf die Leber, die viele Jahre lang in Frankreich als Nationalkrankheit galt: die "crise de foie". 1970 waren in Frankreich über 300 Lebermedikamente auf dem Markt. Erst 1976 erklärten französische Hepatologen, dass für Krankheiten wie Migräne, Blässe, allgemeine Müdigkeit, Menstruationsbeschwerden u. v. a., Leberschädigungen nicht verantwortlich gemacht werden können, was auch zu einem drastischen Rückgang der Lebermedikamente geführt hat. Da die Verabreichung von Suppositorien die Leber schont, werden entsprechend viele Medikamente als Zäpfchen hergestellt und verabreicht (vgl. Payer 1993, S. 27 ff.).

Deutschland:

Die Zeit der Romantik, die im 19. Jahrhundert ganz Europa prägte, hat in Deutschland nach Payer wesentlichen Einfluss auf Krankheit und Krankheitsverhalten. In der Romantik spielte nicht wie bei Descartes das mechanistische Denken, sondern das Fühlen sowie das Zusammenspiel entgegengesetzter Kräfte eine herausragende Rolle. Dies kann mit ein Grund sein, weshalb in Deutschland sechsmal so viele Herzmedikamente eingenommen werden, wie in Frankreich und England (vgl. Payer 1993, S. 75). Als weit verbreitete Diagnose wird sehr oft "Herzinsuffizienz" gestellt. Allerdings kommt es in Deutschland durch vielfältige Routineuntersuchungen oft zu weiteren Diagnosen. Diese werden dann mit einer Vielzahl von Kombinationspräparaten behandelt, wobei deren Wirkung in Frage gestellt wird. Im Umgang mit Antibiotika wird den Deutschen eine besonnenerere Einnahme bescheinigt. Das deutsche Gesundheitssystem ist zum einen geprägt durch "die romantische Veranlagung", welche viele Auswirkungen des schon beschriebenen französischen "terrain" beinhaltet und auf eine ganzheitliche Betrachtung des Körpers zielt. Zum anderen zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem durch eine hoch technisierte Apparatedizin aus, wobei beide sich nicht völlig ausschließen. Individuelle Erfahrungen spielen bezüglich der Wertigkeit eine ausschlaggebende Rolle. In allen untersuchten Ländern, jedoch in Deutschland ganz besonders, wird den Ärzten ein sehr autoritäres Verhalten zugeschrieben, bei sehr "ergebenen" Patienten. Diese können, im Gegensatz zu englischen Patienten, jederzeit einen anderen Arzt aufsuchen, wenn sie mit der Behandlung nicht zufrieden sind. Wechseln Patienten in England den Arzt, führt dies zu Repressionen, die man als "schlechter Patient" in Kauf nehmen muss. Die Arztbesuche von Deutschen sind mit 12 Mal pro Jahr doppelt so hoch wie in Frankreich und England und dreimal so hoch wie in den USA (vgl. Payer 1993, S. 75 ff.).

England:

Ein auffälliges Merkmal der englischen Medizin ist die Sparsamkeit, die sich in vielen Bereichen ausdrückt. Zwar sind Arztbesuche im Vergleich zu Frankreich und den USA mit 5,4 pro Jahr etwas häufiger, jedoch ist die Dauer eines Besuches mit 15-20 Minuten sehr lange. Durch diese Tatsache zeigt sich die Bedeutung von Zuwendung und Fürsorglichkeit des Arztes gegenüber dem Patienten (Frankreich 6 Minuten, Deutschland zwischen 80 Sekunden und 4 Minuten) (vgl. Payer 1993 S. 81 u. 106). Routineuntersuchungen wie Blutdruckkontrolle, EKG aber auch Blutuntersuchungen, wie wir sie aus anderen Ländern kennen, werden in England kaum durchgeführt. Dadurch werden auch weniger Krankheiten diagnostiziert und verursachen damit auch keine Kosten. Verantwortlich für diese Sparsamkeit zeigt sich in weitem Maße das britische Gesundheitswesen, das dem Einfluss des National Health Service unterliegt.

Im Gegensatz zu Descartes in Frankreich oder der Romantik in Deutschland findet sich in England insbesondere der von John Locke (engl. Philosoph, 1632-1704) geprägte Begriff der Empirie. "Für die Empiristen entspringt alles Wissen aus der Erfahrung, nicht der Theorie oder dem Denken" (Payer 1993, S. 114). Diese Theorie der "harten Fakten" begründet auch, dass in England, im Gegensatz zu den anderen Ländern, häufig kontrollierte klinische Studien durchgeführt werden. Dabei kann es in England vorkommen, dass einer Kontrollgruppe mit den gleichen Symptomen keine Medikamente bzw. Placebos verabreicht werden, was in Amerika ethisch nicht möglich wäre. Damit wird dem englischen Grundsatz Rechnung getragen, die "Notwendigkeit einer Behandlung immer in Frage zu stellen". Neben einem sparsamen und sehr restriktiven Gesundheitssystem liegt es in der Erziehung der Engländer "die Zähne zusammenzubeißen", wobei die Gesellschaft gegenüber Patienten, die ihre Selbstbeherrschung verlieren, wenig Toleranz zeigt.

Für eine Vielzahl von Erkrankungen wird in England die Verdauung verantwortlich gemacht, die nur dann einwandfrei funktioniert, wenn der tägliche Gang zur Toilette stattgefunden hat. Spricht der Engländer von Obstipation, kann neben unregelmäßigem Stuhlgang auch Abgespanntheit, Kopfschmerzen oder depressive Stimmung gemeint sein. Durch eine recht einseitige Ernährung mit viel Tee und wenig frischem Gemüse sind Briten besonders obstipationsgefährdet. Ein weiterer Grund für die Bedeutung der Verdauung liegt in der zu Beginn des 20. Jahrhunderts verbreiteten Theorie, dass es zu einer Autointoxikation kommen könnte, wenn in Folge von Darmträgheit der Darminhalt verfaule. Dies bestätigt auch eine gewisse Unkenntnis der Briten bezüglich ihres Körpers.

Die britische Medizin hat nicht unbedingt den Anspruch "Leben zu verlängern, sondern vor allem ein möglichst angenehmes Leben zu ermöglichen" (Payer 1993, S. 131). Diese Tatsache hat auch in der Schmerzbekämpfung bei unheilbar Kranken und in der Einrichtung von Hospizen eine entscheidende Rolle gespielt, wobei England eine führende Rolle eingenommen hat (vgl. Payer 1993, S. 106 ff.).

Vereinigte Staaten von Amerika:

Die als "aggressiv" bezeichnete Medizin in Amerika findet, neben dem oft genannten aggressiven Charakter der Amerikaner, vielerlei geschichtliche Ursprün-

ge. Neben den so genannten "frontier"-Erfahrungen der ersten Siedler, die um Land und Überleben tagtäglich kämpfen mussten, bis hin zur Amerikanischen Revolution werden weitere Kriege, in welche die heutige Großmacht verwickelt war/ist, genannt. Historiker bescheinigen den "patriotischen, heroischen und mutigen Amerikanern", dass sie mehr aushalten können als die Europäer und es deshalb auch besonders starke Dosen braucht, um Krankheiten zu bekämpfen" (Zit. n. Pernick in Payer 1993, S. 139). Diese Haltung hat sich in allen Bereichen der Medizin durchgesetzt. Neben der Abwägung einer medikamentösen Behandlung wird oftmals ein operatives Vorgehen bevorzugt. Diese chirurgischen Eingriffe sind im Vergleich zu den anderen Ländern auch im Ausmaß wesentlich aggressiver. Oft wird z. B. bei Frauen "nach der letzten geplanten Schwangerschaft die Gebärmutter zu einem nutzlosen, blutenden Organ, das alle möglichen Symptome auslöst und eine latente Krebsgefahr in sich birgt; deshalb sollte sie entnommen werden" (Payer 1993, S. 142). So steht "das möglichst schnelle Tun" an erster Stelle. Es gilt an erster Stelle die Krankheiten mit allen Mitteln zu besiegen. Niederlagen z. B. durch iatrogene Nebenwirkungen von aggressiven Medikamenten werden in Kauf genommen. Auch Antibiotika, oftmals höher dosiert, werden nicht nur therapeutisch, sondern auch prophylaktisch eingenommen. Die amerikanische Vorstellung, dass viele Krankheiten von Bakterien verursacht werden, schlägt sich auch im "amerikanischen Reinlichkeitsbestreben" nieder. Dies wiederum verursacht einen enormen Verbrauch von bakterizid wirkenden Reinigungsmitteln. Als weitere Ursachen von Krankheiten werden neben den Mikroorganismen, auch Lebensmittel, Allergene und Kanzerogene genannt. Wird einer Substanz eine mögliche krankmachende Eigenschaft nachgesagt, wird diese auch ohne wissenschaftliche Beweise verboten. (vgl. Payer 1993, S. 134 ff.)

Durch die geschichtlichen und philosophischen Hintergründe, die jede Kultur prägen, und Behandlungsweisen, denen diese kulturbedingten Vorstellungen und Überzeugungen zu Grunde liegen, hat Payer festgestellt, dass es ein kulturbedingtes Krankheitsverständnis immer geben wird. Dabei werden Impulse aus der Medizinwissenschaft weiterhin weltweit Fortschritte in Diagnostik und Behandlung von Krankheiten mit sich bringen. Diese werden in jedem Land unterschiedlich beurteilt und angewendet, wobei die Vor- und Nachteile wiederum von kulturbedingten Überzeugungen und Einstellungen abhängen werden. Payer rückt den einzelnen Patienten in den Mittelpunkt, der eigenverantwortlich zu entscheiden hat was für ihn das richtige ist. Und diese Wünsche sollen auch berücksichtigt werden, egal aus welcher Kultur der Mensch kommt. (vgl. Payer 1993, S. 173).

4 MÖGLICHKEITEN DER UMSETZUNG EINES INTERKULTURELLEN PFLEGEVERSTÄNDNISSES – EINSCHÄTZUNG UND AUSBLICK

Ausgehend von den nicht immer leichten Erfahrungen insbesondere bezüglich Krankheit und Tod während meines Einsatzes als Entwicklungshelfer in einem äthiopischen Krankenhaus, habe ich versucht kulturelle Faktoren vorzustellen, welche die eigene kulturelle Identität prägen und dadurch auch auf Krankheit und Krankheitserleben Auswirkungen haben.

Beeindruckt hat mich dabei die kulturelle Vielfalt, die uns Menschen oft unbewusst prägt und in der wir verwurzelt sind. Von dieser Vielfalt könnten wir in einer multikulturellen Gesellschaft profitieren, würden wir für unsere Mitbürger aus fremden Kulturen mehr Interesse zeigen und ihnen offen und vorurteilsfrei begegnen. Dazu ist es sicherlich nicht notwendig, die eigene kulturelle Identität aufzugeben. Erschreckt hat mich die Realität, die in vielen Ländern geprägt ist durch Rassismus und Fremdenfeindlichkeit.

Dabei habe ich selber gespürt, was es heißt, in einer fremden Kultur zu leben und zu arbeiten, zumal ich vor dem Einsatz in Äthiopien fast drei Jahre als Ausländer in der Schweiz gelebt habe. In meinen "Gastländern" konnte ich im privaten Bereich meiner "eigenen Kultur" genügend Platz einräumen, um mich wohl zu fühlen. In der jeweiligen Gesellschaft war dies jedoch nur möglich, wenn Einheimische in ihrer Kultur nicht gestört wurden. So spiegeln gesamtgesellschaftliche Einstellungen, die meist durch Unkenntnis und Vorurteilen gegenüber Menschen aus fremden Kulturen geprägt sind, auch Einstellungen und entsprechende Auswirkungen im Krankenhaus wider.

Da in den letzten Jahren das Thema "Pflege von Patienten aus fremden Kulturen", ausgehend von unterschiedlichen Autoren aus dem angloamerikanischen Raum, auch in der deutschen Pflegeliteratur einen breiten Raum eingenommen hat, wollte ich aus einer Vielfalt der dabei benutzten Begrifflichkeiten einen Überblick schaffen und für mich anwendbar machen. Dabei wurde mir bewusst, dass ich nach über 20 Jahren Krankenpflege und einer Vielzahl von Problemen mit Patienten aus fremden Kulturen noch nie eine Fortbildungsveranstaltung zu diesem Thema besucht habe. Mit Entsetzen habe ich festgestellt, dass "interkulturelle Pflege" auch in der curricularen Einbindung in der Krankenpflegeausbildung bisher immer fehlte, was mir auch Kolleginnen aus anderen Krankenpflegeschulen bestätigt haben. Bleibt an dieser Stelle die Frage offen, warum es vom "Wissen und Wollen" zum "Anwenden und Tun" ein so schwerer Weg ist.

Um eine Grundlage für ein kulturelles Pflegeverständnis zu entwickeln, erschien es mir wichtig "kulturbedingte Einflussfaktoren" vorzustellen. Ausgegangen bin ich von den Erfahrungen aus dem äthiopischen Krankenhausalltag. Dabei ist festzustellen, dass die kulturelle Identität, wenngleich im unterschiedlichen Ausmaß, von der jeweiligen Gesellschaft geprägt ist. So sollten subjektive Verallgemeinerungen, die zu Vorurteilen gegenüber einer ganzen Nation führen können, unterbleiben. Payer ist es meines Erachtens gelungen, das sensible Thema der

kulturbedingten Faktoren in der Medizin objektiv zu beschreiben. Dabei hat sie die Würde und das Ansehen keines der beschriebenen Länder, Frankreich, Deutschland, England und den USA beschädigt oder gar Vorurteile geschürt. Allerdings könnte die Gefahr bestehen, in einer Verallgemeinerung auf die gesamte Nation hin, falls einzelne Fakten kommentarlos verwendet werden.

Zudem ist es wichtig, auch eigenkulturelle Normen und Werte bewusst wahrzunehmen und diese zu hinterfragen. Dabei spielt die Entfernung zwischen den Kulturen keine Rolle, wie die Beispiele der von Payer ausgewählten Länder gezeigt haben. Es ist besonders interessant, wie kulturelle Eigenarten, aus der Geschichte bis heute noch in den jeweiligen Nationen verwurzelt sind und weitergegeben werden. Viele Eigenarten, die bisher vielleicht von der anderen Nation belächelt wurden, bekommen so einen Hintergrund. Dieser Hintergrund ist hilfreich für ein daraus resultierendes wohlwollendes Verständnis. Verständnis und Offenheit füreinander ist Grundlage für eine multikulturelle Gesellschaft und damit auch für ein interkulturelles Pflegeverständnis.

Dabei muss jeder einzelne Patient jedoch selbst entscheiden, welche Therapie und Pflege für ihn die beste ist. Auch in der Krankenpflege sollte die Würde und Mündigkeit des einzelnen Menschen, insbesondere auch bei Patienten aus fremden Kulturen, in den Mittelpunkt pflegerischen Denkens gerückt werden.

Ich würde mir wünschen, dass diese Arbeit auch als Grundlage einer Stoffsammlung für eine Unterrichtseinheit "Interkulturelle Pflege" hilfreich sein könnte – für einen ersten Schritt auf dem Weg "vom Wissen zum Tun".

5 LITERATURVERZEICHNIS

- Alban, S., Leininger, M. M., Reynolds, C. L.: Multikulturelle Pflege. München, Jena: Urban und Fischer 1999
- Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege: Kopf draußen – Füße drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus. In: Transkulturelle Pflege. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1997, S. 155-169
- Collatz, J.: Zur Realität von Krankheit und Krankheitsversorgung von Migranten in Deutschland. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 23. Hamburg: Argument-Verlag 1994, S. 101-132
- Duden, Bd. 5, Das Fremdwörterbuch. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag 1982
- <http://www.statistik-bund.de/presse/deutsch/pm2000//p3440155.htm>
- <http://www.statistik-bund.de/basis/d/bevoe/bevoetab4.htm>
- Hüper, C.: Schmerzverstehen in der interkulturellen Pflege. In: Transkulturelle Pflege. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1997, S. 171-187
- Kutschke, T.: "Aber eben sind wir verschieden". In: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Bern: Hans Huber Verlag 2/2001, S. 92-97
- Kerkow-Weil, R.: Zum Umgang mit dem Fremden: die Pflege ausländischer Patienten als Ausdruck von Inhumanität im Krankenhaus. Hannover: Expressum-Verlag 1999
- Leininger, M.: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1998
- Lightfoot-Klein, H.: Weibliche Genitalverstümmelung unter afrikanischen Einwanderinnen – Gedanken zu einem besseren Verständnis. In: Weibliche Genitalverstümmelungen. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Göttingen: Terre des femmes e. V., 1999, S. 99-104
- Payer, L.: Andere Länder, andere Leiden: Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH 1993
- Zielke-Nadkarni, A.: Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In: Transkulturelle Pflege. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1997, S. 99-114