Erasmus+ Projekt “Healthy Diversity”
Projekt Nr. 2015-1-UK01-KA202-013794

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Healthy Diversity

IO1: HANDBUCH KRITISCHER ERLEBNISSE

Dieses Handbuch ist eine umfassende Sammlung von 59 Geschichten aus der Praxis des Gesundheits- und Sozialbereichs, in denen etwas Kritisches erlebt wurde, und richtet sich an Beschäftigte, die in multi-kulturellen Settings arbeiten.
Aufbauend auf der ‚Methode der Kritischen Erlebnisse‘ von der französischen Sozialpsychologin Margalit Cohen-Emerique, werden konkrete Situationen, in denen ein kritisches Erlebnis oder ein Kulturschock geschehen ist, erzählt und aufgearbeitet. Die Geschichten stammen von MitarbeiterInnen, Angehörigen bzw. PatientInnen verschiedener kultureller Hintergründe und Nationalitäten sowie aus verschiedenen Berufsfeldern – konkret aus der Sozialarbeit, der Medizin, der Pflege, dem Rettungswesen, aus der Mediation, dem Dolmetschen und der Administration.
Die , Methode der Kritischen Erlebnisse ‘ bleibt nicht bei der Analyse von Ursachen für einen Kulturschock stehen, sondern trägt auch zur Erarbeitung von konkreten Lösungen und Handlungsempfehlungen für den Gesundheits- und Sozialbereich bei.

Wien, Jänner 2017

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG ZUM HANDBUCH 4
1.1 WARUM KULTURELLE UNTERSCHIEDE IN DEN BLICK NEHMEN? 4
1.2 WIE KÖNNEN WIR MIT KULTURELLEN UNTERSCHIEDEN UMGEHEN? 4
1.3 WAS IST EIGENTLICH EIN 'KULTURSCHOCK'? 5
1.4 KRITISCHE ERLEBNISSE IM UNTERRICHT EINSETZEN 6
1.5 WOHER STAMMEN DIE GESCHICHTEN? 7

2. WAS VERSTEHEN WIR UNTER 'SENSITIVE ZONES' – ZONEN ERHÖHTER VERLETZLICHKEIT? 8
2.1 DER KÖRPER 8
2.2 VORURTEILE, DISKRIMINIERUNG, KULTURALISIERUNG 9
2.3 TOD UND TRAUERARBEIT 11
2.4 INDIVIDUALISMUS, KOLLEKTIVISMUS, ROLLE DER FAMILIE 11
2.5 GESCHLECHTERROLLEN 13
2.6 HIERARCHIE UND MACHTNÄHE 14
2.7 SELBST-SCHOCK, BEDROHUNG DES SELBSTBILDES 15
2.8 RATIONALE UND RELIGIÖSE SICHTWEISEN 16
2.9 GESUNDHEIT, GESUNDHEITSSYSTEM, KRANKENHAUS 18
2.10 KOMMUNIKATION 18

3. WIE KANN DIESES HANDBUCH VERWENDET WERDEN? 21

4. ÜBERBLICK ÜBER DIE GESCHICHTEN 22

5. KATALOG MIT KRITISCHEN ERLEBNISSEN 26
5.1 TOD IM KREISE DER FAMILIE 26
5.2 BAKTERIEN IM BLUT 34
5.3 URINPROBE 39
5.4 EINEN GLEICHALTRIGEN WASCHEN 44
5.5 VATER UND SOHN 49
5.6 DER LEHRER 57
5.7 NACKT 64
5.8 HÄNDE SCHÜTTELN 71
5.9 DIE ANALPHABETISCHE FRAU 77
5.10 SEX MIT PATIENTEN 83
5.11 EINE TÜRKISCHE FAMILIE IM HOSPIZ 88
5.12 BELEIDIGUNGEN 94
5.13 DIE VERLEGENE HAUSÄRZTIN 99
5.14 HEIMPFLEGE IN EINER ROMAFAMILIE 103
5.15 DIE BESCHWERDE 108
5.16 DIE LEBERTRANSPLANTATION 113
5.17 AUSGRENZUNG 119
5.18 TRILOG 124
5.19 DIE VERZWEIFELTE FRAU 129
5.20 ZEUGEN JEHOVAS 133
5.21 BERATUNG IN EINER BURQA 137
5.22 BESUCH EINES JAPANISCHEN GYNÄKOLOGEN 141
5.23 DIE PERIODE 145

5.24 EIN VOLLER UNTERSUCHUNGSRAUM 148
5.25 GROBES SALZ 152
5.26 JÜDISCHE FAMILIE 156
5.27 SMARTPHONES 159
5.28 PARTY IN DER LEICHENHALLE 162
5.29 BABY MASSAGE 165
5.30 DIE PFLICHTEN EINER FRAU 169
5.31 ARABISCHER HAUSARZT 173
5.32 BESORGEN SIE MIR EINE FRAU! 177
5.33 AUFSTAND IN DER NOTAUFNAHME 180
5.34 MUTTERMALENTFERNUNG 183
5.35 UNVERANTWORTLICHE ELTERN 186
5.36 C WIE C 190
5.37 HÜHNEREINTOPF FÜR OMA 193
5.38 BEHAARTER PATIENT 197
5.39 UNDANKBARER, OBDACHLOSER PATIENT 200
5.40 VORURTEILE BEIM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH 203
5.41 BEHANDLUNGSPAUSE 207
5.42 HANDSCHUHE 211
5.43 GEWALTAUSBRUCH NACH TODESFALL 215
5.44 ICH WILL KEINE FRAUEN DABEI HABEN 219
5.45 VERANTWORTUNG DER ELTERN? 222
5.46 SCHWANGERE FRAU IN LAMPEDUSA 226
5.47 RELIGION AN DEN DOCKS 231
5.48 DER FARBKODE 236
5.49 GEKÜNDIGTER PFLEGEDIENST 240
5.50 HÄUSLICHE GEWALT 243
5.51 DAS SCHINKENSANDWICH 247
5.52 PROGRAMM ZUM ALKOHOLENTZUG 251
5.53 KEIN MITSPRACHERECHT 254
5.54 DER GANZKÖRPERSPIEGEL 257
5.55 DER LETZTE KUSS 260
5.56 FREITAGSTERMINE 263
5.57 DER MEDIKAMENTEN-ZEITPLAN 266
5.58 LEICHE EINES KINDES 269
5.59 DIE NATURALISTINNEN 272

6. LITERATURVERZEICHNIS 275

7. KONTAKT 277

1. EINLEITUNG ZUM HANDBUCH

1.1 Warum kulturelle Unterschiede in den Blick nehmen?

Hat Kultur tatsächlich einen Einfluss auf den beruflichen Alltag von Beschäftigten, Angehörige und PatientInnen im Gesundheits- und Sozialbereich? Oder ist es eventuell so, dass wir uns fälschlicherweise auf ‚Kultur' beziehen, ihr die ‚Schuld' für Probleme geben und die wahren Gründe für Probleme im beruflichen Alltag – wie Machtmissbrauch in Hierarchien oder sogar systemische Diskriminierung – verschleiern, weil wir die den Problemen zugrundeliegenden Ursachen für interkulturelle Konflikte oftmals gar nicht benennen können?
Bisherige Diversity-Ansätze stehen seit Anbeginn ihres Einsatzes vor der Herausforderung, einerseits den Einfluss von kulturellen Unterschieden zu sehr zu unterstreichen (und damit Gefahr zu laufen, Kultur überzubewerten und Unterschiede zu verstärken) und andererseits kulturelle, persönliche, ökonomische oder situative Unterschiede zu sehr zu dekonstruieren (und damit Gefahr zu laufen, die Bedeutung von Kultur zu dementieren). Lässt man dieses theoretische Spannungsfeld einmal außer Acht und wechselt die Perspektive in die Praxis des Gesundheits- und Sozialbereichs, dann stellt die *Methode der Kritischen Erlebnisse* der französischen Sozialpsychologin Margalit Cohen-Emerique einen gangbaren, verbindenden Weg zwischen diesen beiden Risiken dar. Mit Hilfe dieser Methode werden kulturelle Normen, Werte und Verhaltensweisen in Kommunikationssituationen sichtbar gemacht. Dadurch wird aufgedeckt, wie man auf andere Menschen reagiert und Kommunikationssituationen interpretiert. Durch das Heben des oftmals negativen Gefühlsschleiers bei interkulturellen Kommunikationsproblemen, wird ein Bewusstsein geschaffen, dass man selbst eigentlich keineswegs 'kulturell neutral' ist. Somit hilft die Methode, eigene kulturelle Referenzrahmen objektiver zu betrachten und eröffnet einen Spielraum für innere Aushandlung – ein Spielraum, in dem Vorurteile einen viel geringeren Stellenwert einnehmen.

1.2 Wie können wir mit kulturellen Unterschieden umgehen?

1) Eine offene, anthropologische Haltung zu 'Kultur' einnehmen, die eine Vielzahl an Verhaltensweisen, Denkmustern und Identitäten umfasst. Eine Haltung, die nicht lediglich Nationalitäten, sondern vielmehr auch Unterschiede in Geschlecht, Alter, Bildungshintergrund, sexueller Orientierung, Subkulturen (wie z.B. im Sport), Musikkulturen oder auch Berufskulturen berücksichtigt.

2) Sich bewusst werden, dass ‚Kultur' weder homogen noch statisch ist, sondern dass sich Kulturen stetig verändern. Austausch zwischen den Kulturen hat immer schon stattgefunden, wenn wir etwa an Jahrtausende alte Handelsbeziehungen und den damit bedingten Austausch von Waren und Lebensmitteln denken. Wenn wir Bilder unserer Heimatstadt von heute und von vor 200 Jahren gegenüberstellen, dann werden radikale Unterschiede sichtbar, die die subjektiven Sichtweisen und Werte der dort lebenden Menschen prägen – und so zwei völlig verschiedene Welten am selben Ort kreieren.

3) Anerkennen, dass jede Person eine Pluralität an Kulturen in sich trägt und im Laufe des Lebensweges verschiedene Kulturen in sich aufnimmt und zu seiner/ihrer eigenen macht.

4) Verstehen, dass Kultur nicht den einzigen Einflussfaktor auf unser Verhalten sondern nur ein Element darstellt, das mit anderen externen Einflüssen (z.B. Gedränge, Menschenmassen, tagelange Müdigkeit) oder Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. genetische Veranlagungen) im Austausch steht.

Sich auf diese Prinzipien zu berufen, wird dabei helfen, Diversität in einer positiven Art und Weise anzusprechen und interkulturelle Konfliktsituationen als Lerngelegenheiten wahrzunehmen. Zuletzt, und das erscheint uns noch wesentlich, ist ‚Unterschied' keine natürliche Eigenschaft einer Person oder Gruppe. Um über Unterschiede zu sprechen, bzw. um Unterscheide überhaupt definieren zu können, sind (mindestens) zwei Seiten notwendig – und diese relationalen Unterschiede gilt es zu erkunden. Daher brauchen wir eine Methode, die Unterschiede zwischen zwei oder mehreren Personen aufdecken kann. Daher haben wir uns für die *Methode der Kritischen Erlebnisse* von Margalit Cohen-Emerique entschieden, um konkrete Situationen genauer zu analysieren, in denen kulturelle Unterschiede als bedeutsam erlebt wurden.

1.3 Was ist eigentlich ein 'Kulturschock'?

Das Konzept eines 'Kulturschocks' ist bisher auf unterschiedlichste Art verwendet worden, daher beginnen wir mit unserem Verständnis davon.

Ein Kulturschock ist eine Interaktion mit einer Person oder einem Objekt aus einer anderen Kultur an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit, die negative oder positive kognitive und affektive Reaktionen hervorruft, einen Orientierungsverlust, eine negative Bewertung der eigenen Person und ein Gefühl fehlender Wertschätzung mit sich bringt, und aus der Unbehagen und Wut hervorgehen können. (Cohen-Emerique 2015:65)

Greifen wir einige Punkte aus dieser Definition vertiefend auf:
Kulturschocks sind echte, reale Erfahrungen von Menschen, keine Fantasien, keine Theorien darüber, was die Ursache für einen Konflikt oder Kulturschock sein könnte, sondern es geht um Situationen, die tatsächlich passiert sind und in denen wir den Verdacht hatten, dass kulturelle Unterschiede hierbei eine Rolle gespielt haben.

Gefühle deuten auf einen Kulturschock hin: Gefühle (ob positive oder negative) sind Indikatoren dafür, dass gerade etwas Wichtiges geschehen ist, vielleicht, weil ein Wert in Gefahr ist, den wir verteidigen wollen, oder vielleicht, weil unsere Erwartungen nicht erfüllt wurden. Auf jeden Fall gehen Kulturschocks immer mit irgendeiner Art von Gefühl einher – so erkennen wir, dass wir gerade einen Kulturschock erlitten haben. Manchmal ist es ein Gefühl des Verlorenseins, es kann aber auch starke Wut oder Ekel oder Faszination sein.

Kulturschocks können positiv oder negativ sein: nicht alle Kulturschocks sind negative Erfahrungen, z.B. wenn StadtbewohnerInnen auf die Yanomami treffen, die im Amazonas-Regenwald leben und ihren Lebensstil als 'im Einklang mit der Natur' beschreiben. Ob positiv oder negativ, unsere Erfahrungen führen manchmal dazu, andere in einer vereinfachten Weise zu betrachten, anstatt sie in ihrer Komplexität zu erfassen (ja, die Yanomami leben in Einklang mit der Natur, kämpfen aber oft ums Überleben).

Kulturschocks führen oft zu Bewertungen: In manchen Situationen, in denen wir einen Kulturschock erleiden, beobachten wir ein Verhalten, das aus der Norm fällt (z.B. ein lautes Rülpsen am Ende einer Mahlzeit), und dann bewerten wir fast automatisch: wie unhöflich, wie unanständig. In anderen Situationen machen wir kulturelle Fehler oder Fehleinschätzungen, je nach Persönlichkeit und Schwere der Konfliktsituation, und wir fühlen uns vielleicht schuldig oder schämen uns (‚das hätte ich wissen sollen'). Diese Unsicherheiten im Verhalten bzw. im Bewerten von Situationen verleiten dazu, diese mit einer negativen Bewertung zu verlassen – entweder über uns selbst oder über die andere Person. Ein Grund dafür ist, dass negative Kulturschocks unangenehme Situationen sind und wir versuchen, sie so schnell wie möglich hinter uns zu lassen oder zu beenden. Bewertungen sind eine gute Möglichkeit dafür: wir müssen dann nicht nachforschen, reflektieren oder den anderen verstehen, denn die anderen sind grundsätzlich unhöflich, sexistisch, autoritär.

1.4 Kritische Erlebnisse im Unterricht einsetzen

Wenn kritische Erlebnisse oder Kulturschocks Vorurteile negativ verstärken können, dann können kritische Erlebnisse oder Kulturschocks auch zu einer positiven Gelegenheit werden, sich persönlich weiterzuentwickeln und zu lernen. Dazu müssen wir dem Wunsch widerstehen, die Situation so schnell wie möglich zu verlassen oder zu beenden, sondern ein bisschen darüber nachdenken, was dahinter steckt.

Eine Lehrerin aus Frankreich, die in Korea arbeitet, hat uns folgende Geschichte erzählt:

Ich war als Französischlehrerin an einer Militärakademie in Süd Korea beschäftigt. Es war Winter und ich habe meinen Unterricht wie üblich abgehalten, bemerkte aber, dass die meisten Kadetten verkühlt waren und einigen davon die Nase lief. Keiner von ihnen machte Anstalten, sich die Nase zu putzen und so wurde im Unterricht ständig lautstark geschnieft. Ich war genervt von diesen Hintergrundgeräuschen und konnte mich kaum auf den Stoff konzentrieren. Schließlich habe ich eine Packung Taschentücher aus meiner Tasche geholt und angefangen, sie unter den Schülern mit laufenden Nasen zu verteilen, damit sie sich die Nase putzen konnten. Ich war überrascht, dass sie die Taschentücher einer nach dem anderen ablehnten, obwohl sie sie eindeutig gebraucht hätten. Nachdem sie die Taschentücher alle abgelehnt hatten, habe ich einfach weiter unterrichtet, blieb aber weiterhin irritiert, vor allem nach ihrer Reaktion auf die Taschentücher.

Als die Lehrerin mit dem Unterricht fertig war, war sie mutig genug, nachzuforschen, was geschehen war, und fand heraus, dass es in Korea als unhöflich gilt, sich vor

anderen die Nase zu putzen und Schleim durch die Nase zu ziehen. Dies erklärte das Verhalten der Schüler. Danach kamen ihr die jungen Männer nicht mehr unhöflich und widerlich vor, sondern so, als würden sie einer wichtigen kulturellen Regel folgen. Mit Hilfe eines kritischen Erlebnisses lernen wir nicht nur über andere, sondern auch über uns selbst.
Wenn wir uns ansehen, welche Themen häufig hinter kritischen Erlebnissen stecken, dann werden sogenannte ‚sensitive zones', d.h. ‚Zonen erhöhter Verletzlichkeit', sichtbar – das sind soziale Bereiche von besonderer Bedeutung, in denen unterschiedliche kulturelle Vorstellungen kollidieren, die deswegen enorm spannungsgeladen sind und im Zentrum von Aushandlungsprozessen stehen.

1.5 Woher stammen die Geschichten?

Die hier gesammelten kritischen Erlebnisse stammen aus Interviews mit Beschäftigten, Angehörigen und PatientInnen im Gesundheits- und Sozialbereich aus Österreich, Frankreich, Großbritannien, Italien, Dänemark und Ungarn, die wir im Erasmus+ Projekt ‚Healthy Diversity' (2015-2018) gesammelt haben und die real so geschehen sind. Die Geschichten sind in persönlichen Interviews, Gruppeninterviews oder Workshops erzählt und niedergeschrieben worden.
Insgesamt wurden 70 kritische Erlebnisse 2016 verschriftlicht. Davon sind 59 Geschichten gemeinsam mit den Erzählenden analysiert worden. In diesem Handbuch können alle 59 Geschichten und die dazugehörigen Analysen nachgelesen werden.

2. Was verstehen wir unter 'sensitive zones' – Zonen erhöhter Verletzlichkeit?

Die 59 Geschichten, die wir analysiert haben, sprechen eines oder mehrere dieser Themen an:

2.1 DER KÖRPER

Der Körper stellt als Objekt den Fokus medizinischer Untersuchungen dar, ist aber gleichzeitig auch ein Produkt unserer Kultur, der leicht zu Unterschieden und Herausforderungen im Umgang führen kann. Selbst wenn wir sagen, dass Kultur Abdrücke oder Spuren auf dem Körper hinterlässt, dann unterscheiden sich diese Spuren deutlich: unterschiedliche Kleidungsstile oder Arten, den Körper zu schmücken, wie Piercings, Tattoos, Schönheitschirurgie oder andere Rituale, in denen der Körper im Zentrum steht. All diese Beispiele zeigen, wie der Körper von Kultur geprägt wird, oder wie der französische Anthropologe und Soziologe David Le Breton[1] (geb. 1953) es formulierte, dass der ‚natürliche Körper' gar nicht existiert, sondern Kultur immer Spuren hinterlässt: entweder sie fügt etwas hinzu (Tattoos, Schmuck, Wunden, Narben, Make-up …) oder sie entfernt etwas (Beschneidung, Epilieren, Genitalverstümmelung, …) oder sie formt den Körper (Hals, Ohren, Lippen, Füße, Schädel …).

Im Gesundheitsbereich herrscht Diversität vor, wie Körper behandelt, ertastet oder berührt werden dürfen. Die Grenzen dessen, was man zeigen darf oder womit man sich wohlfühlt, variieren, sowie wo die Untersuchung stattfindet oder wie medizinisches Personal PatientInnen berühren darf (*22 Besuch eines japanischen Gynäkologen, 17 Ausgrenzung).*
Der Körper stellt das Zentrum jedes Gesundheitsverhaltens dar und Beschäftigte im Gesundheitsbereich müssen sich der Diversität der Körper ihrer PatientInnen bewusst sein (*13 Die verlegene Hausärztin, 19 Die verzweifelte Frau)*: In einigen der Kulturschock-Geschichten ist der Körper ein Tabubereich und PatientInnen fühlen sich z.B. in einem Wartesaal nicht wohl, in dem auch andere PatientInnen warten *(3 Urinprobe, 7 Nackt)*.
Das Tabu, unseren Körper zu enthüllen, stammt aus einer langjährigen religiös-geprägten Tradition, in der der Körper als ‚sündhaft' angesehen wird und daher unter Verschluss steht. Andere Theorien wie etwa die Terror Management Theory (Greenberg, 2012) zum Umgang mit Bedrohungen gehen davon aus, dass unsere Körper daran erinnern, wie nahe wir der Tierwelt sind und daher Anlassorte für Konflikte darstellen: um uns von der Tierwelt zu unterscheiden, wenden wir Strategien an, die unsere Instinkte übersteigen und geben Körperfunktionen kulturelle Bedeutung. Aus diesem Grund fühlen wir uns nackt unwohl, wenn wir in verwundbare Situationen geraten und wir unterdrücken unsere Körperfunktionen (z.B. Schnarchen, Furzen, Rülpsen, Schwitzen).

[1] http://www.la-croix.com/Culture/Expositions/David-Le-Breton-Par-le-tatouage-chacun-se-bricole-un-mythe-personnel-2014-08-07-1189152

Hygiene:
Sanitäre Vorschriften sind im Gesundheitsbereich weit verbreitet, jedoch unterscheidet sich das kulturelle Verständnis davon, was wir als ‚schmutzig' empfinden höchstwahrscheinlich stark von Kultur zu Kultur (Douglas, 1985). In den Kulturschock-Geschichten über Hygiene finden sich demnach zwei Sichtweisen wieder: die medizinische, vorschriftengeprägte Sicht im Vergleich zur magisch-religiösen Sichtweise (*47 Religion an den Docks, 38 Behaarter Patient)*.

Der Körper	
Besuch eines japanischen Gynäkologen	Geschichte 22
Urinprobe	Geschichte 3
Nackt	Geschichte 7
Religion an den Docks	Geschichte 47
Sex mit Patienten	Geschichte 10
Der Ganzkörperspiegel	Geschichte 54
Behaarter Patient	Geschichte 38
Ausgrenzung	Geschichte 17
Die verzweifelte Frau	Geschichte 19
Die verlegene Hausärztin	Geschichte 13

2.2 VORURTEILE, DISKRIMINIERUNG, KULTURALISIERUNG

Die Auswirkungen von verzerrter Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitung kommt in allen Kulturschock-Geschichten zum Tragen, in manchen jedoch ist es das zentrale Thema. Genauer gesagt sprechen wir über verschiedene Formen von Vorurteilen, die uns zu bestimmten Verhaltensweisen motivieren. Unter Vorurteilen verstehen wir emotional aufgeladenes Verhalten gegenüber Mitgliedern anderer sozialer oder kultureller Gruppen.

Erwartungshaltung gegenüber Vorurteilen
In einigen Fällen wurden von Minderheiten Vorurteile ihnen gegenüber erwartet. Solche Erwartungshaltungen gab es im Fall eines HIV-positiven Patienten im Fall *2 Bakterien im Blut*, um seine Erkrankung zu verschleiern. Im Fall *36 C wie C* fühlte sich ein Patient der Roma und Sinti mit ansteckender Hepatitis C diskriminiert, da er dachte, der Buchstabe C in Hepatitis C beziehe sich auf ‚Zigeuner' im ungarischen Wort „cigany".

Vorurteile des Gegenübers
Vorurteile werden nicht nur erwartet, sondern manifestieren sich mit der Zeit, und diese Manifestationen können sich in Anspielungen oder direkten verbalen Angriffen ausdrücken. Im Fall *13 Die verlegene Hausärztin* trifft eine Patientin mit einer körperlichen Behinderung auf eine Vertretungsärztin, die von ihrer Behinderung überrascht und unangenehm berührt ist und damit nicht umgehen kann.

Kulturtransfer und kulturelle Blindheit – Fehlinterpretation von Kultur

Ein oberflächliches oder unreflektiertes Bewusstsein über kulturelle Differenzen kann dazu führen, dass Kultur als Erklärung für etwas herangezogen wird, wofür eigentlich andere Erklärungen – wie die Persönlichkeit oder situative Gründe – vordergründig wären. Solche Fehleinschätzungen können dann besonders gefährlich sein, wenn die Erklärung dazu führt, dass eine Handlung unterlassen wird. Im Beispiel *50 Häusliche Gewalt* entscheidet die beteiligte Sozialarbeiterin, nicht zu agieren, als ihnen eine britische Frau mit indischen Wurzeln erklärt, sie würde von ihrem Mann missbraucht werden, da sie eine kulturelle Ursache für den Missbrauch vermutete und es nicht „schlimmer“ machen will.

Das Gegenteil ist in diesem Beispiel der Fall: Kulturelle Praktiken können manchmal als Persönlichkeitsmerkmale fehlinterpretiert werden. Im Fall *29 Baby Massage* werden die energetischen Bewegungen einer afrikanischen Mutter, die gerade ihr Baby massiert, von der Sozialarbeiterin als aggressives Verhalten ausgelegt.

Beide Fehleinschätzungen können als fundamentale Zuschreibungsfehler bezeichnet werden (Ross, 1977).

Diskriminierung

Selbst wenn offene Manifestationen und Diskriminierungen weniger häufig vorkommen als latente Fehleinschätzungen, können sie dennoch vorkommen – und zwar auf beiden Seiten: Personal und PatientInnen. Der Schweregrad der Situation wird dadurch bestimmt, inwiefern das Vorurteil zu diskriminierender Handlung führt. Im Fall *12 Beleidigungen* wird ein Pflegehelfer in Ausbildung mit Migrationshintergrund mit unfairem, diskriminierendem Verhalten seiner klinischen Supervisorin während der Ausbildung konfrontiert. Sie beleidigt ihn mehrfach in Gesprächen und er will seinen Ausbildungsplatz nicht verlieren.

Im Beispiel *15 Die Beschwerde* beschwert sich die Tochter einer Patientin offiziell über eine dänischen Krankenschwester mit Migrationshintergrund, obwohl diese keinen Fehler gemacht zu haben scheint, außer eben ‚anders‘ zu sein. In der *42 Handschuhe* Geschichte stellt eine angehende Gynäkologin geschockt fest, dass der Primar ihrer Abteilung in diesem Fall die Handschuhe zur Untersuchung der Patientin nur anzieht, weil er eine Frau mit Migrationshintergrund untersucht und sie als „unsauber“ bewertet.

Vorurteile, Diskriminierung, Kulturalisierung	
C wie C	Geschichte 36
Bakterien im Blut	Geschichte 2
Die verlegene Hausärztin	Geschichte 13
Häusliche Gewalt	Geschichte 50
Baby Massage	Geschichte 29
Die Beschwerde	Geschichte 15
Beleidigungen	Geschichte 12
Schwangere Frau in Lampedusa	Geschichte 46
Unverantwortliche Eltern	Geschichte 35

2.3 TOD UND TRAUERARBEIT

Der Tod ist eine schwierige Situation im Gesundheitsbereich, der vorsichtig und sorgfältig behandelt werden muss, da betroffene Personen besonders sensibel sind und der Moment bzw. die Rituale, die den Tod umgeben, unterschiedlich wahrgenommen werden. Weiters besteht ein Unterschied darin, wann medizinisch gesehen der Tod eintritt und wann Angehörige diese Information ‚verdaut' haben (*1 Tod im Kreise der Familie, 55 Der letzte Kuss).* Das Kommunizieren des Zeitpunkts des Todes ist an sich schwierig genug, nicht nur wegen der notwendigen Empfindsamkeit bei der Vermittlung einer solchen Botschaft, aber auch weil ein bestimmter Diskurs mit-kommuniziert wird: körperlicher / medizinischer Tod versus geistiger / spiritueller Tod. Wir haben herausgefunden, dass Herausforderungen nicht nur mit PatientInnen sondern auch mit Angehörigen auftreten und die eigene Angst vor dem Tod zum Thema werden kann. Eine Krankenpflegerin war geschockt, als die Frau eines Patienten, die noch nie eine Leiche gesehen hatte, einforderte, einen Leichnam zu sehen, damit sie die Erfahrung machen könne, einen Toten gesehen zu haben. (*11 Eine türkische Familie im Hospiz*).

Weil Menschen nicht dieselbe Vorstellung vom Tod haben, nicht denselben Umgang mit der Zeit danach pflegen und diese Gepflogenheiten kulturelle Unterschiede aufweisen, nimmt das Verhalten der Angehörigen nach dem Tod verschiedene Formen an, etwa bei einem Offenen Sarg. (*58 Leiche eines Kindes).*

Das Verständnis der PatientInnen und der Angehörigen ist essentiell und es kann sein, dass es schwierig ist, über den Tod zu sprechen, vor allem, wenn verschiedene Kulturen aufeinandertreffen oder Angehörige keine Möglichkeit hatten, sich auf den Tod vorzubereiten (*55 Der letzte Kuss).*

Tod, Trauerarbeit	
Eine türkische Familie im Hospiz	Geschichte 11
Party in der Leichenhalle	Geschichte 28
Leiche eines Kindes	Geschichte 58
Der letzte Kuss	Geschichte 55

2.4 INDIVIDUALISMUS, KOLLEKTIVISMUS, ROLLE DER FAMILIE

In der europäischen Gesellschaft ist Individualismus ein hoher Wert, d.h. wir entscheiden, was das Beste für uns und unsere Familien ist. Unsere Bedürfnisse stehen über jenen der Gemeinschaft, Nachbarschaft oder Gesellschaft, in der wir leben. In anderen Gesellschaften dominieren eher kollektive Werte und individuelle (Entscheidungs-)Freiheit ist weniger wichtig als kollektive Beziehungen und sozial erwünschtes Verhalten.

Individualismus: Vorliebe für ein loses soziales Netz, in dem Einzelpersonen lediglich für sich selbst und ihre engsten Familienmitglieder sorgen. Das Gegenteil, *Kollektivismus*, stellt eine Präferenz für ein enges soziales Netz dar, in dem sich Einzelpersonen um andere Familienmitglieder, Bekannte und andere zugehörige Gruppenmitglieder sorgen – und das im Austausch für uneingeschränkte Loyalität. Diese Wertehaltungen in Gesellschaften äußern sich in einer ich-bezogenen oder wir-bezogenen Haltung gegenüber anderen." (Hofstede, 1998).

Wenn ein/e Patient/in ins Krankenhaus aufgenommen wird, ist Familienunterstützung wesentlich, kann aber auch schnell zu einer Überpräsenz der Familie im Krankenzimmer oder zu Störungen in der Behandlung des Patienten führen. Außerdem ist die Familie eine variable Größe, die jederzeit mit anderen Personen erweitert werden kann – auch außerhalb der Verwandtschaft (*14 Heimpflege einer Romafamilie, 33 Aufstand in der Notaufnahme, 9 Die analphabetische Frau, 37 Hühnereintopf für* Oma).
Wenn es den PatientInnen nicht möglich ist, zu kommunizieren, oder sie als GesprächspartnerInnen nicht zur Verfügung stehen, dann müssen die Beschäftigten im Gesundheitsbereich exklusiv mit der Familie sprechen. Daher ist es notwendig zu verstehen, wie die Familie oder die erweiterte Familie organisiert ist, und welche Rolle die Mitglieder in der Kommunikation und Entscheidungsfindung spielen (*24 Ein voller Untersuchungsraum, 19 Die verzweifelte Frau, 35 Unverantwortliche Eltern*).

Traditionelle, normative Familienrollen

Kulturelle Unterschiede zwischen dem Personal im Gesundheitsbereich und PatientInnen sind alltäglich und haben Einfluss auf die Behandlungssituation. Eine Ärztin ist beispielsweise innerhalb des Krankenhauses sehr wohl für ihre PatientInnen verantwortlich, aber außerhalb des Krankenhauses ist diese Verantwortung eingeschränkt (*39 Undankbarer, obdachloser Patient*). Wir haben in den Kulturschock-Geschichten Unterschiede in der erwarteten Verantwortung zwischen Personal, PatientInnen und Angehörigen gefunden. Das Personal beobachtet oftmals mangelndes Interesse der Angehörigen für die PatientInnen und sogar das Fehlen von Verantwortungsgefühl, jedoch hat das Personal keinerlei Spielraum, etwas für die PatientInnen zu verändern (*35 Unverantwortliche Eltern, 5 Vater und Sohn, 45 Verantwortung der Eltern, 15 Die Beschwerde),* denn Familienrollen sind sozial ausgehandelte Rollen, d.h. es gibt spezifische Erwartungen daran, was in Familienbeziehungen erwartet und angebracht ist, und was nicht.

Individualismus, Kollektivismus, Rolle der Familie	
Heimpflege einer Romafamilie	Geschichte 14
Hühnereintopf für Oma	Geschichte 37
Ein voller Untersuchungsraum	Geschichte 24
Verantwortung der Eltern?	Geschichte 45
Vater und Sohn	Geschichte 5
Behandlungspause	Geschichte 41

Die analphabetische Frau	Geschichte 9
Die verzweifelte Frau	Geschichte 19

2.5 GESCHLECHTERROLLEN

Hofstede folgend (1998) unterscheiden sich Gesellschaften wesentlich darin, wie sie Geschlechterrollen interpretieren – so sehr, dass oft von der ‚Tabudimension Geschlecht' (Council of Europe, 2016) gesprochen wird. Den Ergebnissen seiner Forschung zufolge können kulturelle Tendenzen wie folgt gemessen werden:

- Orientierung an klassisch männlichen oder weiblichen Werten (wie ‚männliche Durchsetzungsfähigkeit' oder ‚weibliche Pflege')
- Vorliebe für mehr oder weniger Differenzierung der Geschlechterrollen und Zuschreibungen zu Geschlechterrollen

Hofstede (1998) fand auch heraus, dass diese beiden Punkte in dieselbe Richtung deuten: Kulturen mit einer Tendenz hin zu weiblichen Werten interpretieren Geschlechterrollen eher als egalitär und geschlechterübergreifend, während Kulturen mit der Tendenz hin zu eher männlichen Werten eher zu getrennten Geschlechterrollen und manchmal auch zu einer räumlich-körperlichen Trennung zwischen Mann und Frau tendieren.
Dieser Unterschied kann auf drei Ebenen beobachtet werden:

- *Unterschied in der Selbstdarstellung, Kleidungsnormen und Kommunikationsregeln:*
  Geschlechtergerechtigkeit bedeutet eine gleichberechtigte Sichtbarkeit und Teilhabe beider Geschlechter in allen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens. Mit Geschlechtergerechtigkeit wird die vollständige Teilhabe von Frauen und Männern in der Gesellschaft unterstützt, obwohl einige Gesellschaften Männern immer noch höhere Machtpositionen einräumen als Frauen (*8 Hände schütteln*, *21 Beratung in einer Burqa*).
- *Räumlich-körperliche Trennung:*
  Diese räumliche Ausprägung von Geschlechterrollen kann dazu führen, dass sich Mann und Frau nicht im selben Raum aufhalten dürfen, wenn keine dritte Person anwesend ist (*44 Ich will keine Frauen dabei haben, 23 Die Periode*).
- *Rollenverhalten und Machtverhältnisse*:
  Unter ‚Gender' verstehen wir "sozial-konstruierte Erwartungshaltungen, Verhaltensweisen und Aktivitäten von Frauen und Männern, die ihnen aufgrund ihres Geschlechts zugeschrieben werden". Soziale Erwartungen an die beiden Geschlechterrollen sind abhängig vom sozio-ökonomischen Umfeld, politischen und kulturellen Kontextfaktoren und anderen Faktoren wie Hautfarbe, Herkunft, Bildungshintergrund, sexuelle Orientierung und Alter. Geschlechterrollen werden somit erlernt und unterscheiden sich wesentlich zwischen Gesellschaften (*34 Muttermalentfernung*). Sie verändern sich mit der Zeit. In *53 Kein Mitspracherecht* möchte eine Krankenschwester ihrer Patientin zu mehr Mitspracherecht verhelfen, indem sie ihr hilft, ihre

Wünsche mitzuteilen – sie geht davon aus, dass die Patientin das aus einem Mangel an Emanzipation nicht tut.

Geschlechterrollen	
Muttermalentfernung	Geschichte 34
Hände schütteln	Geschichte 8
Ich will keine Frauen dabei haben	Geschichte 44
Kein Mitspracherecht	Geschichte 53
Die Periode	Geschichte 23

2.6 HIERARCHIE UND MACHTNÄHE

Diese Dimension spricht an, in welchem Ausmaß schwächere Personen ungleiche Machtverhältnisse akzeptieren oder erwarten. Es geht darum, wie in Gesellschaften mit Ungleichheiten zwischen Menschen umgegangen wird. Menschen, die sehr weit von der gesellschaftlichen Macht entfernt sind, akzeptieren oft eine hierarchische Ordnung, in der jede/r einen Platz hat und fordern keine weiteren Erklärungen. In anderen Fällen mit weniger Distanz zur Macht kann es vorkommen, dass eine gleichförmige Verteilung von Machtverhältnissen anstrebt und gefordert wird und für Gerechtigkeit gekämpft wird.
Der Gesundheitsbereich als Arbeitsfeld weist eine hohe Hierarchisierung auf. Regeln und Verantwortungsketten sind klar festgelegt. Trotz dieser klaren Spielregeln haben wir festgestellt, dass die Hierarchien dennoch zu Verwirrung, Missverständnissen und Unklarheiten führen können.

Beziehungen mit PatientInnen: Im Gesundheitsbereich hat das Personal eine Autoritätsstellung inne, die mit Prestige und Statussymbolen einhergeht (z.B. Kleidung, weißer Kittel, Diplome, etc.). Es verfügt über Wissen, über das PatientInnen nicht verfügen und steht damit in der Hierarchie über den PatientInnen. Gemäß diesem Verständnis haben PatientInnen gewisse Erwartungen, wie sich Personal ihnen gegenüber verhält und wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden, dann kann das zu Schock (*52 Programm zum Alkoholentzug, 13 Die verlegene Hausärztin*) oder einer negativen Reaktion führen (*39 Undankbarer, obdachloser Patient*).
Der Beruf der ÄrztInnen ist per Definition einer, in der eine asymmetrische Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen vorherrscht. Diese Asymmetrien zeigten sich mehrfach in den von uns analysierten Kulturschock-Geschichten: Die Distanz, die zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in einem Gespräch entstehen kann, das in medizinischer Fachsprache geführt wird, kann zu Missverständnissen führen, da sich viele Familien nicht zutrauen, nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstehen oder etwas vor den ÄrztInnen zu wiederholen (34 *Muttermalentfernung*).

Beziehungen zu KollegInnen: Die Beziehungen zu KollegInnen sind im Gesundheitsbereich ebenso von klaren Organisationsstrukturen und Hierarchieebenen geprägt *(10 Sex mit Patienten)*. Höhere Positionen können ausgenutzt werden, vor allem wenn sich Personen in Ausbildung befinden (*12*

Beleidigungen). Machtunterschiede zeigen sich deutlich zwischen ausgebildeten ÄrztInnen und FamulantInnen.

Hierarchie und Machtnähe	
Programm zum Alkoholentzug	Geschichte 52
Undankbarer, obdachloser Patient	Geschichte 39
Sex mit Patienten	Geschichte 10
Beleidigungen	Geschichte 12
Die verlegene Hausärztin	Geschichte 13

2.7 SELBST-SCHOCK, BEDROHUNG DES SELBSTBILDES

Die meisten Kulturschockerlebnisse bedrohen auf gewisse Weise unsere Identität und zeigen uns ein negatives Selbstbild – entweder wenn negative Gefühle von uns selbst ausgehen oder wenn andere ein negatives Bild wie ein Spiegelbild auf uns reflektieren. In manchen der Beispiele ist es den ProtagonistInnen unmöglich, ihr Selbstbild aufrecht zu erhalten – das kompetente wissende, höfliche, moderne, … Selbst. Diese verschobenen Selbstbilder kommen vielleicht erst auf den zweiten Blick an die Oberfläche (z.B. erst nach Beobachtungen über Religion oder Geschlechterunterschiede), aber wir glauben, dass diese Veränderungen des Selbstbilds wichtige Informationen darüber bieten, wie die negativen Gefühle in Kulturschocksituationen zustandekommen.

Bedrohungen des Selbstbilds können auf PatientInnen-Seite als Folge von Vorurteilen oder Diskriminierung auftreten, wenn ein/e Patient/in plötzlich nur auf einen Aspekt seiner/ihrer Identität reduziert wird (*51 Das Schinkensandwich, 13 Die verlegene Hausärztin*). Spannungen können auch durch einzelne Aspekte einer Identität ausgelöst werden: Im Fall *23 Die Periode* wird eine junge Frau mit indischen Wurzeln mit einem traditionellen Bild von indischen Frauen während der Menstruation konfrontiert – ein Bild, das sie selbst nicht teilt, es ihr aber aufgrund ihrer Herkunft übergestülpt wird.

Selbst-Schocks kommen bei Beschäftigten im Gesundheitsbereich in interkulturellen Arbeitssituationen sehr häufig vor, zum Beispiel in folgenden Kontexten (*54 Der Ganzkörperspiegel, 40 Vorurteile beim Schwangerschaftsabbruch, 12 Beleidigungen*):

Nähe von Identitäten

Im Beispiel (*4 Einen Gleichaltrigen waschen*) ist der Protagonist hin- und hergerissen zwischen seinen Rollen als Pfleger und Freund. Den Penis seines Patienten zu reinigen, könnte einen simplen Arbeitshandgriff darstellen und mit der nötigen professionellen Distanz ausführbar sein, doch es gibt zu viele Überschneidungspunkte zwischen ihm und seinem Patienten. Die professionelle Distanz und die Aufgaben werden daher unmöglich.

Keine Expertise, nur eine Frau

In Beispielen, in denen Geschlechterrollen eine Rolle spielen, finden wir häufig den Aspekt wieder, dass Beschäftigte auf ihr weibliches Geschlecht reduziert werden und PatientInnen es ablehnen, sich von einer Frau behandeln zu lassen. Es scheint, als würde ihr Wissen, ihre Erfahrung und ihre Expertise mit einem Mal irrelevant werden und verschwinden – sie können die PatientInnen nicht behandeln (*44 Ich will keine Frauen dabei haben*).

Unfähigkeit, eine Aufgabe zu erfüllen

Kulturelle Unterschiede können dazu führen, dass eine medizinische Behandlung nicht angenommen wird, weil es der kulturelle Referenzrahmen des anderen nicht ermöglicht, die Behandlung zu akzeptieren.

Dies kommt sogar in lebensbedrohlichen Situationen vor *(20 Zeugen Jehovas*). In anderen Situationen ist es für SanitäterInnen unmöglich, ihre Aufgaben kompetent und effizient zu erfüllen, die mit ihrer Rolle als professionelle HelferInnen verbunden sind (*1 Tod im Kreise der Familie*).

Selbst-Schock, Bedrohung des Selbstbildes	
Das Schinkensandwich	Geschichte 51
Vorurteile beim Schwangerschaftsabbruch	Geschichte 40
Der Ganzkörperspiegel	Geschichte 54
Die verlegene Hausärztin	Geschichte 13
Die Periode	Geschichte 23
Beleidigungen	Geschichte 12
Tod im Kreise der Familie	Geschichte 1
Zeugen Jehovas	Geschichte 20
Ich will keine Frauen dabei haben	Geschichte 44
Einen Gleichaltrigen waschen	Geschichte 4

2.8 RATIONALE UND RELIGIÖSE SICHTWEISEN

Ungefähr 15 der 50 Geschichten haben mit Religion oder einem übersinnlichen Glaubenssystem zu tun. Die Empfindlichkeit dieser Situationen hat zwei Gründe:

Erstens, wie auch die Terror Management Theorien (Goldenberg et al. 2006; Greenberg, 2012) besagen, können Krankheiten dazu führen, dass man eine symbolische Verteidigung benötigt, um gegen bevorstehende Ereignisse oder den Tod anzukämpfen. In solchen Situationen können Schutzzonen durch einen aktiven Glauben aufgebaut werden. Die Nähe zu einer bedrohlichen Krankheit oder dem Tod führt selbst Menschen, die sich sonst nicht als religiös bezeichnen, zurück zu Religion oder einem aktiven Glauben. Zweitens, und dieses Argument geht auf Cohen-Emerique (2015) zurück, führen uns solche Situationen in einen archaischen Zustand, der sonst von der Moderne der Welt überdeckt wird. Die Rationalität der modernen Medizin und der medizinischen Wissenschaft werden oft als fortschrittlicher angesehen als frühere übersinnliche Rituale oder Bräuche. Dementsprechend wird in

den Geschichten, in denen Religion oder Übersinnliches eine Rolle spielt, oftmals mit Irrationalität argumentiert. Wir haben drei Arten identifiziert, wie Religion oder Übersinnliches zu einer Quelle für einen Kulturschock werden kann:

Prioritäten
Religion kann manchmal die Prioritäten von Personal im Gesundheitsbereich auf den Kopf stellen (*56 Freitagstermine, 57 Der Medikamenten-Zeitplan*). In *20 Zeugen Jehovas* wird der Arzt von Angehörigen der Zeugen Jehovas informiert, dass der Sohn keine Bluttransfusion erhalten kann, auch wenn es um Leben oder Tod geht. Für die Familie würde eine Abkehr von den Grundwerten ihrer Religion bedeuten, sich symbolisch von Gott und auch ihrer Community zu entfernen, was eine größere Bedrohung darstellt, als der Tod. Für den Arzt ist ohne Zweifel genau das Gegenteil der Fall.

Religiöse Bräuche und Rituale in allen Kontexten aufrechterhalten
Religion oder Glauben einen Platz im (öffentlichen) Leben zu geben, kann in manchen Kontexten als Verstoß gegen die Rationalität ausgelegt werden. In manchen Gesellschaften, wie etwa in Frankreich, herrscht eine klare Trennung von Staat und Kirche vor – und diese ist auch gesetzlich verankert, d.h. es gibt ein Gesetz, das vorsieht, dass Religion und Glaube im öffentlichen Raum keine Rolle spielen bzw. ausgelebt werden dürfen. Selbst wenn es aber keine expliziten gesetzlichen Regelungen gibt, könnten Religion und Glauben sozial-politisch in den privaten Bereich oder an bestimmte Orte wie Kirchen oder Glaubensgemeinschaften zurückgedrängt werden. Die kulturelle Praxis, Religion und Glaube räumlich überall auszuleben, ist eine völlig andere Art zu leben / ein völlig anderes Paradigma. In den Beispielen *25 Grobes Salz und 58 Leiche eines Kindes* finden religiöse Rituale im Krankenhaus statt, als Reinigungsritual im ersten Beispiel und als Trauerritual im zweiten Beispiel. In beiden Fällen wird der rationale, geordnete, wissenschaftliche Raum des Krankenhauses transformiert und von Symbolik mit einer ganz anderen Logik aufgeladen.

Auswirkungen auf soziale Rollen und Geschlechterrollen
Nicht nur religiöse Praktiken dringen in den Krankenhausalltag ein, sondern auch religiös-geprägte Vorstellungen darüber, wie man miteinander umgehen soll. Im Fall *21 Beratung in einer Burqa* etwa bedroht der Wunsch, die Geschlechter zu trennen, und die Weigerung des Personals, auf diesen Wunsch einzugehen, die Krankenbehandlung an sich und ob diese überhaupt stattfinden kann.

Rationale und religiöse Ansichten	
Zeugen Jehovas	Geschichte 20
Grobes Salz	Geschichte 25
Leiche eines Kindes	Geschichte 58
Beratung in einer Burqa	Geschichte 21
Freitagstermine	Geschichte 56
Der Medikamenten-Zeitplan	Geschichte 57

2.9 GESUNDHEIT, GESUNDHEITSSYSTEM, KRANKENHAUS

Medizinische Behandlung
Die Gründe dafür, warum PatientInnen eine Behandlung ablehnen, sind vielfältig. Es können religiöse Gründe sein oder andere Gewohnheiten. Es braucht dann Pragmatismus, einen guten Kommunikationsfluss und eine aktive Haltung, um diese Situationen zu bewältigen (*59 Die Naturalistinnen, 57 Der Medikamenten-Zeitplan, 6 Der Lehrer, 19 Die verzweifelte Frau).*

Ethik
Der Gesundheitsbereich erfordert Anpassungsfähigkeit an Situationen, um neutral, professionell und effizient zu bleiben und PatientInnen nicht fehlzubehandeln (*13 Die verlegene Hausärztin*). Dies trifft auch auf Angehörige zu und vor allem auf Situationen, die als schwerwiegend oder besonders ernst einzustufen sind *(20 Zeugen Jehovas).*

Nutzung von Räumen
In einem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung (Hospiz, Ambulanz, Altersheim, …) hat Raum die Funktion, PatientInnen oder Personal dabei zu helfen, ihre Arbeit so gut wie möglich zu verrichten. Nichtsdestotrotz können die Vorstellungen darüber, wie Räume benutzt werden, erheblich von einer Person zu anderen variieren (*25 Grobes Salz, 3 Urinprobe, 30 Die Pflichten einer Frau*). Gerade deshalb müssen gewisse Regeln eingehalten werden und auch Angehörigen und BesucherInnen erklärt werden, um weiterhin dort zum Beispiel Behandlungen durchführen zu können *(33 Aufstand in der Notaufnahme).*

Gesundheit, Gesundheitssystem, Krankenhaus	
Die Naturalistinnen	Geschichte 59
Der Medikamenten-Zeitplan	Geschichte 57
Die Pflichten einer Frau	Geschichte 30
Aufstand in der Notaufnahme	Geschichte 33
Urinprobe	Geschichte 3
Grobes Salz	Geschichte 25
Der Lehrer	Geschichte 6
Die verzweifelte Frau	Geschichte 19
Die verlegene Hausärztin	Geschichte 13
Zeugen Jehovas	Geschichte 20

2.10 KOMMUNIKATION

Kommunikation ist eine Querschnittsmaterie, die sich in allen Kulturschock-Geschichten wiederfindet.

Wenn wir an Kommunikation im Gesundheitsbereich denken, dann denken wir nicht nur an die drei Komponenten, die unten aufgelistet sind, sondern auch die Auseinandersetzung mit dem Kontext und mit der dominierenden Art der Kommunikation in einem Setting. Im Gesundheitsbereich werden neben der verbalen Kommunikation auch eine Reihe anderer Kommunikationsmittel verwendet, um eine Botschaft zu vermitteln, etwa Schilder, der Körper als Kommunikationsmittel oder nonverbale Kommunikation. Auch die Anordnung von Möbeln, Dekoration, Kleidung und ähnlichen Artefakten sind notwendig, um Botschaften dekodieren zu können. Wenn uns diese Kodes nicht vertraut sind, dann kann es zu Missverständnissen kommen, wie in dem Fall eines Patienten, der eine Urinprobe in einem Wartezimmer abgeben sollte, aber ohne weitere Hinweise darauf, dass es dazu die Toilette benutzen sollte, also einen bestimmten Raum, und der Patient daraufhin nicht wusste, wo er diese Tätigkeit verrichten sollte (*3 Urinprobe*).

Wir teilen Kommunikation in drei Ebenen ein:

Inhaltsebene (Was?)

Der Inhalt hängt von der Interaktion der SenderInnen, EmpfängerInnen und dem Kontext der Botschaft ab. Die Bedeutung des Gesagten wird gemeinsam konstruiert und ausgehandelt. Damit geht eine aktive Rolle des Empfängers hervor, der die Botschaft interpretiert; der Bedeutung von Filtern und Referenzrahmen in der Kommunikationssituation kommen besondere Bedeutung zu. Wenn die Referenzrahmen für das Gespräch unterschiedlich sind, werden einzelnen Aussagen unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben. *(39 Undankbarer, obdachloser Patient, 32 Besorgen Sie mir eine Frau!).*

Beziehungsebene (Mit wem?)

Es gibt verschiedene Regeln in Beziehungen, die beeinflussen, wie wir andere sehen und wie sie uns sehen. Diese Regeln können formal geregelt sein, wie Höflichkeitsnormen, und haben eine Einfluss darauf, wie wir mit anderen in Beziehung treten. Wie Beziehungen gestaltet werden können, hängt teilweise von anderen Aspekten ab als nur zwischenmenschlichen, wie z.B. ein Machtgefälle in der Beziehung, eine Abhängigkeit zwischen zwei Personen oder die gesellschaftliche Tendenz zum Individualismus. Auf Basis solcher Aspekte ändern wir zum Beispiel, wie wir verschiedene Personen begrüßen, oder wie wir Nähe und Distanz wahrnehmen (*17 Ausgrenzung*). Wenn eine Person einem zu nahe kommt, wird das womöglich als aggressiv wahrgenommen (*29 Baby Massage*). Eine Person, die flapsig mit uns spricht, wird vielleicht als respektlos eingestuft etc. (*31 Arabischer Hausarzt*)

Kommunikationswege (Wie?)

<u>Verbale Kommunikation</u>: beinhaltet das Reden, den Gebrauch von Metaphern, Bildsprache, Idiomen etc.

<u>Para-verbale Kommunikation</u>: Ton, Intonation, Lautstärke, Rhythmus, Stille, Pausen, Füllwörter und Geräusche (ähhhm)

<u>Non-verbale Kommunikation</u>:

- Kinesik: Gestik, Körperhaltung. In "*13 Die verlegene Hausärztin*" treffen wir auf eine Allgemeinmedizinerin, die nicht erwartet hat, auf eine Person mit einer Behinderung zu treffen und ihr Erstaunen nicht verbergen kann. Der Erzähler sagt: "*Ihre ganze Körpersprache deutet aus irgendeinem Grund darauf hin, dass ihr meine Behinderung unangenehm ist. Sie ist geschockt und völlig überrascht.*"
- Haptik: Körperkontakt, Berührung
- Nähe: das Abstimmen der körperlichen Nähe auf die soziale Beziehung und die Situation. Wir halten nicht denselben Abstand zu eine Person, mit der wir intim sind oder mit der wir zusammenarbeiten. Wenn der persönliche Nahraum einer Person verletzt wird, dann kann dies als Eindringen in die Intimsphäre verstanden werden und unangenehme Gefühle auslösen.
  In "*14 Heimpflege einer Romafamilie*" erzählt die Gemeindeschwester: "*Als ich dort bei der Familie angekommen bin, hat sich die kleine Tochter schon an der Türschwelle in meine Arme geworfen und versucht, mich zu umarmen und zu küssen. Ich war überrascht, denn meistens begegnen mir Patienten und ihre Familien nicht so wie nahe Freunde oder Familie*".
- Aussehen: sich selbst präsentieren
- Zeitverwendung: Verwendung von Zeit und Rhythmus
- Kontextuelle Kommunikation: Verwendung von Objekten zur Kommunikation (*27 Smartphones*)

Kommunikation	
Undankbarer, obdachloser Patient	Geschichte 39
Besorgen Sie mir eine Frau!	Geschichte 32
Arabischer Hausarzt	Geschichte 31
Baby Massage	Geschichte 29
Urinprobe	Geschichte 3
Die verlegene Hausärztin	Geschichte 13
Heimpflege einer Romafamilie	Geschichte 14
Smartphones	Geschichte 27
Ausgrenzung	Geschichte 17
Zeugen Jehovas	Geschichte 20

3. Wie kann dieses Handbuch verwendet werden?

Alle gesammelten Geschichten sind reale Geschichten, die in der geschilderten Art und Weise Personal im Gesundheits- und Sozialbereich (SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, Pflegekräften, SanitäterInnen, administrativem Personal, MediatorInnen, DolmetscherInnen, Studierenden), PatientInnen oder Angehörigen zugestoßen sind. Die Herausforderungen liegen auf der Hand.

Die Situationen wurden gemeinsam mit den ErzählerInnen nach der *Methode der Kritischen Erlebnisse* von Margalit Cohen-Emerique analysiert, welche leicht adaptiert wurde.
Jede Geschichte beginnt mit einer **kurzen Erzählung**, was geschehen ist und wie sich der/die Protagonist/in gefühlt hat. Wir beschreiben in jeder Geschichte, wer die **handelnden Personen** waren (Erzähler/in, Person, die den Kulturschock oder das kritische Erlebnis ausgelöst hat etc.), damit ein Eindruck vom Umfeld und der Kommunikationssituation entsteht. Das war in vielen Fällen nicht einfach, weil die ErzählerInnen oft wenige Informationen zu anderen beteiligten Personen hatten. Den größten Arbeitsaufwand haben wir in das Offenlegen von kulturellen Werten, Normen und Verhaltensweisen der ProtagonistInnen gesteckt. In der **Erarbeitung ihrer kulturellen Referenzrahmen** waren die handelnden Personen eingebunden (durch Interviews oder Workshops) und haben dabei geholfen, ihre handlungsleitenden Grundwerte in der Situation zu verstehen.

Natürlich, wenn wir die kulturellen Unterschiede in einer Situation analysieren und nur eine Person aus der Geschichte anwesend ist, ist es nicht anders möglich als Hypothesen über die zweite Seite aufstellen. Unsere Arbeit konzentrierte sich darauf, die am ehesten passendsten Hypothesen aufzustellen und diese mit den ProtagonistInnen abzugleichen, dennoch bleibt eine Restunsicherheit, wie die zweite, nicht anwesende Person, die Situation wahrgenommen hat. Dennoch haben wir durch das bereits Geschriebene (s.o.) – wie wir hoffen – aufgezeigt, dass kritische Erlebnisse oder Kulturschocks ähnlichen Mustern folgen und allgemeine Referenzrahmen zu Kultur dabei helfen können, neue Perspektiven zu eröffnen, und zum Beispiel über Feminismus oder Gesundheit oder Interkulturalität zu lernen.

Wir wünschen viel Vergnügen bei der Lektüre!
Katharina Resch und Agnes Raschauer

4. ÜBERBLICK ÜBER DIE GESCHICHTEN

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die gesammelten Geschichten. Die Tabelle zeigt, welche der ‚sensitives zones', Themen und Keywords in welcher Geschichte angesprochen werden.

Nr.	Kritisches Erlebnis	Land	Erzähler/in	Keywords
1	Tod im Kreise der Familie	Österreich	Notfallsanitäter	Rettungswagen / Notfallmedizin, Tod, Trauernde Angehörige
2	Bakterien im Blut	Österreich	Rettungssanitäter	Ansteckende Krankheiten, AIDS als Stigma, Offenlegungs- und Informationspflicht
3	Urinprobe	Österreich	Sprechstundenhilfe in einer Hausarztpraxis	Wartezimmer
4	Einen Gleichaltrigen waschen	Österreich	Persönliche Assistenz im Behindertenbereich	Pflege / Betreuung von Menschen mit Behinderung, Sexualität und Behinderung, Sexualität und Pflege
5	Vater und Sohn	Österreich	Diplomierte Krankenpflegerin in der mobilen Pflege und Betreuung	Mobile Dienste / Hauskrankenpflege, Pflegende und betreuende Angehörige
6	Der Lehrer	Österreich	Diplomierte Krankenpflegerin in der mobilen Pflege und Betreuung	Mobile Dienste / Hauskrankenpflege, Vorurteile gegenüber MuslimInnen
7	Nackt	Österreich	Patientin	Nonverbale Kommunikation, Nackter Körper, Bedrohte Identität: auf den Körper reduziert werden
8	Hände schütteln	Österreich	Psychologin in Ausbildung	Flüchtlingshilfe
9	Die analphabetische Frau	Österreich	Patientin	Individualismus vs. Kollektivismus, Krankenhaus
10	Sex mit Patienten	Österreich	Arzthelferin bei einem praktischen Arzt	Arztpraxis / Hausarzt, Ethisches Verhalten, Kommunikation mit KollegInnen
11	Die türkische Familie im Hospiz	Dänemark	Krankenschwester in einem Hospiz	Sterbebegleitung, Familie, Geschlecht, Kommunikation
12	Beleidigungen	Dänemark	Pflegehelfer in Ausbildung	Kulturelle Vorurteile, indirekte Diskriminierung, Stigmatisierung ethnischer Minderheiten, Machtmissbrauch
13	Die verlegene Hausärztin	Dänemark	Patientin	Vorurteile, Kommunikation, Behinderungen
14	Heimpflege in einer Romafamilie	Dänemark	Gemeindeschwester in der mobilen Pflege	Hauskrankenpflege, Kommunikation, Romafamilie
15	Die Beschwerde	Dänemark	Krankenschwester in der Chirurgie	Ethnozentrismus, Kulturalisierung, Diskriminierung, Mangel interkulturellen Bewusstseins im

				Management, Verbale und paraverbale Kommunikation, Konflikteskalation
16	Die Lebertransplantation	Dänemark	Mediator, Imam	Interkulturelle Kommunikation, Kulturalisierung, kulturelle Determiniertheit, Krankenhaus
17	Ausgrenzung	Dänemark	Krankenpflegerin im Altenheim	Kommunikation, Diversity Management, Traumatisierung, Mobbing, Teamkultur
18	Trilog	Dänemark	Praktischer Arzt	Vorurteile, Kommunikation, Hierarchie, Mangel an Empathie
19	Die verzweifelte Frau	Dänemark	Diplomierter Krankenpfleger in der Psychiatrie	Kommunikation, Individualität vs. Kollektivität
20	Zeugen Jehovas	Frankreich	Arzt auf einer Intensivstation	Religion, Blut, Zeugen Jehovas
21	Beratung in einer Burqa	Frankreich	Anästhesist	Geschlechterunterschiede, Religion, Kleidung
22	Besuch eines japanischen Gynäkologen	Frankreich	Patientin	Individualismus-Kollektivismus, Scham, Gynäkologie
23	Die Periode	Frankreich	Angehörige	Individualismus-Kollektivismus, Menstruation, Blut
24	Ein voller Untersuchungsraum	Frankreich	Assistenzarzt	Individualismus-Kollektivismus, Krankenhaus, Familie, Kommunikation
25	Grobes Salz	Frankreich	Diplomierte Krankenpflegerin	Rationalität-Religion-Weltansichten, Hygiene, Krankenhaus
26	Jüdische Familie	Frankreich	Arzt in der Notaufnahme	Tod, Religion, Ethik
27	Smartphones	Frankreich	Studentin der Medizin	Vorurteile, Diskriminierung, Kommunikation
28	Party in der Leichenhalle	Frankreich	Sozialarbeiterin in Ausbildung	Tod eines Kindes, Beerdigungsrituale, Trauerarbeit
29	Baby Massage	Frankreich	Sozialarbeiterin in Ausbildung	Körperkontakt, Babymassage, Mutterschaft
30	Die Pflichten einer Frau	Ungarn	Krankenpflegerin auf einer neonatologischen Intensivstation	Sexualität, Geschlechtergerechtigkeit, Krankenhaus, Roma und Sinti, Geburt eines Kindes
31	Arabischer Hausarzt	Ungarn	Patientenanwältin	Kulturalisierung, Vorurteile, Geschlecht, Kommunikation
32	Besorgen Sie mir eine Frau!	Ungarn	Krankenschwester	Geschlecht, Sexualität, Unterdrückte Identität, Obdachlosigkeit
33	Aufstand in der Notaufnahme	Ungarn	Sanitäterin	Krankenhaus, Familie, Kindererziehung, Migration, Medizinische Versorgung
34	Muttermalentfernung	Ungarn	Patientin	Geschlecht, Kommunikation, Macht, Körper, Sexualität
35	Unverantwortliche Eltern	Ungarn	Sanitäter	Kommunikation, Kindererziehung, Roma und Sinti
36	C wie C	Ungarn	Ärztin	Vorurteile, Minderheiten, Kommunikation
37	Hühnereintopf für Oma	Ungarn	Krankenpflegerin	Familie, Individualität, Essen, medizinischer Raum, Roma und Sinti

38	Behaarter Patient	Ungarn	Famulantin	Körper, Geschlecht, Reinheit/Sauberkeit, Medizinische Versorgung
39	Undankbarer, obdachloser Patient	Ungarn	Ärztin	soziale Unterschiede, Vorurteile, unterdrückte Identität, medizinischer Raum, Obdachlosigkeit
40	Vorurteile beim Schwangerschaftsabbruch	Italien	Dolmetscherin im Krankenhaus	Schwangerschaft, Religion, Gynäkologie, Vorurteile, Kommunikation
41	Behandlungspause	Italien	Onkologin	Onkologie, Behandlung, Dringlichkeit
42	Handschuhe	Italien	Gynäkologe, Turnusarzt	Gynäkologie, Rassismus, Handschuhe, Hygiene, Diskriminierung
43	Gewaltausbruch nach Todesfall	Italien	Turnusarzt	Tod, Reaktion der Familie
44	Ich will keine Frauen dabei haben	Italien	Urologin aus Ausbildung	Urologie, Hierarchien, Geschlechtergerechtigkeit
45	Verantwortung der Eltern?	Italien	Ärztin	Familie, medizinische Behandlung, Verantwortung
46	Schwangere Frau in Lampedusa	Italien	Offizieller Dolmetscher für Flüchtlinge	Flüchtlinge, Schwangerschaft, Diskriminierung, Versorgung
47	Religion an den Docks	Italien	Dolmetscherin	Religion, Kleidung, Flüchtlinge, freiwillige HelferInnen, Kommunikation
48	Der Farbkode	Italien	Krankenpflegerin	Notaufnahme, Versorgung, Kommunikation
49	Gekündigter Pflegedienst	England	Angehörige	Vorurteile, Blindheit gegenüber Unterschieden, Analphabetismus, Soziale Lage
50	Häusliche Gewalt	England	Patientin	Vorurteile: Kulturalisierung, Umgang mit Unterschieden, Gender, Häusliche Gewalt
51	Das Schinkensandwich	England	Patient	Vorurteile und Kulturalisierung, Bedrohung der kulturellen Identität, Autonomie, Essen
52	Programm zum Alkoholentzug	England	Dolmetscherin	Hierarchie, Kommunikation, Definition von Krankheit und Behandlungsweise, Autonomie
53	Kein Mitspracherecht	England	Krankenschwester	Familie, Vorurteile: Kulturalisierung, Lebensende, Tod, Individualismus, Emanzipation der Frau
54	Der Ganzkörperspiegel	England	Gleichbehandlungsexpertin	Körper, Körperliche Behinderung
55	Der letzte Kuss	England	Seelsorgerin	Lebensende, Krankenhaus
56	Freitagstermine	England	Medizinische Fußpflege	Religion, Kommunikation
57	Der Medikamenten-Zeitplan	England	Angehöriger	Sprachbarrieren, Religion
58	Leiche eines Kindes	England	Hauskrankenpflege	Tod, Trauerarbeit, Essen

59	Die Naturalistinnen	England	Medizinische Fußpflege	Medizinische Versorgung, Glauben, Diversity Management

5. KATALOG MIT KRITISCHEN ERLEBNISSEN

5.1 TOD IM KREISE DER FAMILIE

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 29.11.2015

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Sanitäter; Rettungswagen / Notfallmedizin Tod Trauernde Angehörige

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Notfallsanitäter, Notfalleinsatz

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Als Rettungssanitäter passierte es mir recht häufig, dass ich zu einem Notfall fahren musste und nur relativ unspezifische, diffuse Informationen darüber hatte. So wurde dem Team im Rettungswagen etwa kommuniziert: „Die Patientin ist bewusstlos. Vielleicht. Wissen wir nicht. Schaut euch das halt mal an." Situationen dieser Art riefen bei mir immer eine besondere Anspannung hervor. Ich war nicht nervös, aber sehr auf den Einsatz konzentriert. Auf solchen Fahrten war ich in Gedanken bei den möglichen Maßnahmen, bei den Geräten, die wir mitnehmen mussten etc. Eine solche Situation ereignete sich als mein Team – zwei Vollzeit-Sanitäter, ein Notarzt und ich – am Ort eines potenziellen Notfalls ankamen und uns nur mitgeteilt worden war, dass eine Frau angeblich bewusstlos in ihrer Wohnung lag. Als wir ihre Wohnung betraten, wurden wir von fünf bis zehn Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts lautstark 'begrüßt'. Sie schrien in verzweifeltem Ton durcheinander und redeten wild auf uns ein. Aufgrund der Aufregung und der Tatsache, dass nur ein anwesendes Familienmitglied Deutsch sprach, dauerte es relativ lang, bis wir herausgefunden hatten, was passiert war. Die Enkeltochter erklärte uns schließlich, dass ihre Großmutter einfach umgefallen sei und seitdem bewusstlos am Boden lag. Bis wir in das Zimmer der Patientin vorgelassen wurden, dauerte es eine schiere Ewigkeit. Ein Blick auf sie reichte, dass ich wusste, dass sie nicht bewusstlos, sondern tot war. Den Blick starr lag sie regungslos auf dem Boden in einer komplett unnatürlichen Haltung. Sie war eindeutig tot. Während wir die Standardmaßnahmen durchführten (Puls messen, Defibrillator vorbereiten etc.) schrie uns die gesamte Familie – alle hielten sich nun im Zimmer der Großmutter auf – weiter an, die Blicke flehend. Aufgrund der Sprachbarriere kann ich nur vermuten, dass sie uns regelrecht um Hilfe anbettelten. Wir baten sie unzählige Male, das Zimmer zu verlassen, damit wir unsere Arbeit tun konnten. Erst nach mehrmaliger, am Schluss sehr bestimmter

Aufforderung verließen die Familienmitglieder das Zimmer. Diese 'Diskussion' kostete wieder sehr viel Zeit, vor allem weil die Enkeltochter immer erst übersetzen musste. Erst als die Familie mit einem meiner Kollegen das Zimmer verlassen hatte, konnte das restliche Team mit der Reanimation starten. Noch einige Zeit hörte ich lautes Stimmengewirr aus dem anderen Zimmer, während wir versuchten, die Frau wiederzubeleben. Diese Versuche waren selbstverständlich zum Scheitern verurteilt – die Patientin war bereits über eine halbe Stunde tot.
Bei mir blieb große Irritation zurück. Ich war total verwundert, dass die Familie so viel Zeit verschwendet hatte und schreiend und weinend herumlief, anstatt Hilfe zu leisten. Niemand versuchte, die Großmutter wiederzubeleben, niemand versuchte, es ihr angenehm zu machen, da die Familie ja dachte, sie wäre bewusstlos. Sie hatten die Großmutter schlicht da liegen gelassen. Niemand blieb bei ihr im Raum, sondern alle kamen zur Tür, als wir eintrafen. Anstelle zu helfen, verunmöglichten sie unsere Arbeit. Was mich am meisten verwirrte, war, dass die Familie zwar keine Hilfe leistete, aber gleichzeitig hochgradig verzweifelt zu sein schien.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**

Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

1. Erzähler
Der Erzähler ist in Österreich geboren, Angehöriger der Mittelschicht, spricht Deutsch und hat sein ganzes Leben lang in Wien gelebt. Er beschreibt sich selbst als Agnostiker, der in einem traditionell katholischen Land aufgewachsen ist und eine katholische Volksschule besucht hat. Zur Zeit des berichteten Ereignisses war er zwanzig Jahre alt, hatte die Matura erfolgreich abgelegt und arbeitete Vollzeit als Notfallsanitäter. Seine professionelle Ausbildung erfolge innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems (Orientierung an westlicher Medizin, Behandlung von PatientInnen nach medizinischem Befund mit spezifischen Diagnose- und Therapieverfahren).

2. Sanitäter-Team
Der Erzähler arbeitete im Team mit zwei anderen Sanitätern und einem Notarzt, alle männlich, Mitte 30, österreichischer Herkunft und deutschsprachig. Das Team arbeitete regelmäßig zusammen – mit Ausnahme des Erzählers, der die anderen nur vom Sehen her kannte. NotfallsanitäterInnen werden spezifisch ausgebildet und entscheiden sich freiwillig für den Notfalldienst. In diesem Sinne beschreibt der Erzähler NotfallsanitäterInnen als „bestimmte Art von Menschen".

3. Familienangehörige
Zu den anderen ProtagonistInnen zählten die Familienmitglieder der verstorbenen älteren Frau (80+), die eine lange Krankengeschichte hinter sich hatte. Die Angehörigen waren männlich wie weiblich, unterschiedlichen Alters. Die Kinder der Verstorbenen waren zwischen 30 und 40 Jahre alt, eine Enkeltochter – die einzig deutschsprachige Familienangehörige – war ca. 18. Alle anderen sprachen eine slawische Sprache, sie scheinen aus einem Ex-Jugoslawischen Land zu stammen. Neben den Kindern der Verstorbenen waren auch Neffen und Nichten anwesend. Aufgrund der Lebensverhältnisse (Bezirk, Art der Wohnung, Innenausstattung) kann man annehmen, dass die Familie dem Arbeitermilieu angehört.

Der Erzähler der Geschichte weiß nicht, aus welchem Land die Familie stammt oder welcher Region sie angehört. Er kann sich auch an keine Anzeichen in der Wohnung erinnern, die auf die Religion der verstorbenen Frau hingedeutet hätten.

Abgesehen davon, dass die ProtagonistInnen alle in der gleichen Stadt leben, gibt es keine Verbindung zwischen den Sanitätern und den Familienmitgliedern. Sie sprechen keine gemeinsame Sprache, abgesehen von der Enkeltochter und den Sanitätern. Da die Sanitäter aus beruflichen Gründen vor Ort sind, stehen ihre professionellen Identitäten im Vordergrund. Für die Familienmitglieder ist hingegen die familiäre Verbindung zur sterbenden Frau zentral. Wir wissen nichts über ihre Berufe oder andere relevante Eigenschaften abgesehen von der Verwandtschaft zu der sterbenden Frau.

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

1. Physischer Kontext

Der Vorfall ereignete sich in einer Wohnung in Wien, die in einem Gemeindebau gelegen ist. Der Gemeindebau befindet sich in einem zentralen Bezirk in Wien, jedoch nicht in engerer Nähe zur Innenstadt. Der Bezirk gilt als traditioneller Arbeiterbezirk, der in den letzten 30 Jahren stark von MigrantInnenfamilien aus der Türkei und aus Ländern Ex-Jugoslawien besiedelt wurde. Die Wohnung gehörte der älteren Frau und bestand aus zwei großen Zimmern, die dem Erzähler nach eng und überfüllt wirkten, weil so viele Menschen anwesend waren. Die sterbende Frau lag in ihrem Schlafzimmer auf dem Fußboden, während die Sanitäter an der Wohnungstür von allen anderen Familienmitgliedern empfangen wurden. Diese führten die Sanitäter durch das Wohnzimmer direkt ins Schlafzimmer.

2. Psychologischer Kontext

Der Erzähler beschreibt die Atmosphäre als sehr laut und aufgeregt. Die Familienmitglieder redeten alle auf einmal in einer slawischen Sprache. Der Erzähler selbst war in Alarmbereitschaft, konfrontiert mit einem Notfall, bei dem er im Vorhinein nicht wusste, wie sich die Situation gestalten würde und welche medizinischen Maßnahmen er eventuell anwenden musste. Die Familienmitglieder befanden sich in einem schockierten, aufgebrachten und sehr emotionalen Zustand.

3. Sozialer Kontext

In Österreich und vor allem in Wien gibt es eine lange Geschichte der Zuwanderung von Menschen aus Jugoslawien und später dem ehemaligen Jugoslawien. Ab den 1960er Jahren rekrutierte die österreichische Regierung hauptsächlich männliche Arbeiter, bei denen es vorgesehen war, dass sie nach einer bestimmten Zeit wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Im Laufe des Jugoslawienkrieges sowie der Auflösung des jugoslawischen Staates und dem anschließenden Krieg im Kosovo suchten eine Vielzahl von Menschen Zuflucht in Österreich. Derzeit sind etwa 8% der Wiener Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus den Ländern Ex-Jugoslawiens. Zusammen genommen stellen MigrantInnen aus Bosnien und Herzegowina, Kroatien und Serbien, einschließlich Montenegro, die größte MigrantInnengruppe in Wien dar, gefolgt von Menschen aus der Türkei und Deutschland.

Wenn Gruppen von „AusländerInnen“ oder „MigrantInnen“ in stereotypen Darstellungen oder politischen Debatten aufgerufen werden, werden meist Menschen aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei als distinkte Gruppen mit spezifischen Eigenschaften konstituiert.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler war von der Untätigkeit der Familienmitglieder **abgeschreckt**. Er konnte nicht verstehen, dass niemand bei der Frau blieb, während die Rettungssanitäter eintrafen und sie einfach nur in einer unangenehmen Pose auf dem Boden lag. Er war **fassungslos**, dass die Familienmitglieder nicht versuchten der Patientin mit einem Polster oder einem Glas Wasser zu helfen. Außerdem war er über den sehr emotionalen Zustand aller Anwesenden **irritiert**: ihr lautes und ungeniertes Auftreten, sowie ihre mangelnde Rücksicht auf die Sanitäter, die die Patientin behandelten. Er fühlte sich in seiner Arbeitsweise gestört, der Art und Weise Menschen wie er üblicherweise mit medizinischen Notfällen umgeht. In einer typischen Situation wäre der Sanitäter ohne irgendeine Ablenkung durch Familienangehörige zum/-r Patienten/-in gegangen. Er war **besorgt** und **ungeduldig**, da alles so lange dauerte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
SanitäterInnen erhalten eine spezifische Berufsausbildung zum Vorgehen in verschiedenen Notfallsituationen. Sie müssen einem bestimmten Ablauf folgen, um den PatientInnen eine qualitativ hochwertige Erste Hilfe zu ermöglichen und sie wenn möglich vom Sterben zu bewahren. Sie folgen einem technischen Verständnis, wie mit Situationen zwischen Leben und Tod umzugehen ist. Die Verhaltensweise der Familienmitglieder gefährdete das professionelle Vorgehen. **Präferenz für einen direkten Kommunikationsstil:** Störung von Kommunikationswegen – normalerweise erwarten SanitäterInnen kurze und klare Informationen über den/die Patienten/-in (Medikamente, medizinische Geschichte, Essen und Trinken, was ist passiert?). Die konnten nicht gegeben werden. Informationsmangel erschwert den SanitäterInnen die Arbeit und mindert auch die Qualität medizinischer Behandlung. Sprachbarrieren haben ebenfalls eine Rolle für die Kommunikationsprobleme gespielt. Der Erzähler mag keine Unklarheiten. Er braucht klare, verbale Informationen, die ihm Hinweise darauf geben, wie er zu reagieren hat. **Professionelle Verfahren im Umgang mit Leben und Tod / Art der medizinischen Behandlung** Weil die Familienmitglieder die Erwartungen der Sanitäter nicht erfüllt haben (schnelle Kommunikation relevanter Information, Verlassen des Raumes während der Reanimation), wurden sie als störend empfunden. Die Vorstellung des Erzählers, wie eine professionelle Versorgung einer/-s Patienten/-in auszusehen hat, wurde bedroht. Auf der anderen Seite dienen einige dieser Verfahren dem Schutz von Familienmitgliedern: sie sollen nicht dabei zusehen, wie der/die Patient/-in stirbt, verletzt wird, behandelt wird (oder Fehler erkennen, die SanitäterInnen machen). Das unterstreicht die Ausrichtung des Erzählers an einer westlichen Konzeption von medizinischer Behandlung. Es ist üblich,

dass PatientInnen alleine zum/-r Ärzt/-in gehen und alleine behandelt werden. Medizinische Informationen sind streng vertraulich.
Tod wird üblicherweise von medizinischen ExpertInnen und Institutionen gehandhabt; ihre etablierten Verfahren gelten als am vielversprechendsten, um den Tod zu verhindern. Zur gleichen Zeit ist der Tod unvermeidlich und ab einem bestimmten Punkt im Leben die logische Folge, wenn der/die Patient/-in alt ist und gesundheitliche Probleme hat.
Die Familienmitglieder folgen den Vorstellungen des Erzählers, wie man mit einem Notfall umgeht, nicht. Für ihn zählt, dass priorisiert wird, was in so einer Situation wichtig ist. Das Unwichtige soll hinten angestellt werden. Mit dem Zusammenbruch einer/-s Patienten/-in konfrontiert, agiert der Erzähler rational, durchdacht und zielorientiert. Er hat eine klare Vorstellung davon, wie man vorzugehen hat, um die Gesundheit der/-s Patienten/-in sicherzustellen. Er weiß, dass er durch seine Ausbildung auf Notfallsituationen spezifisch vorbereitet ist. Gleichzeitig fragt er sich, warum die Familienmitglieder nicht einfache Dinge unternommen haben um der Patientin zu helfen. Das Verhalten der Familienmitglieder ist für ihn irrational: emotionaler Aufruhr ohne Maßnahmen zu ergreifen, um der Sterbenden zu helfen.
Der Faktor Zeit spielt bei SanitäterInnen eine entscheidendere Rolle als in anderen Berufen, denn jede Minute zählt. Deshalb kommt dem Erzähler jede Minute, die seiner Meinung nach nicht zur Besserung des gesundheitlichen Zustands beiträgt, extrem lang vor.

Familienkonzepte und familiäre Rollen
Die Erwartungen des Erzählers an die Verwandten wurden nicht erfüllt. Die Familienangehörigen boten keine Hilfe an und hielten den Weg zur Unfallstelle für die Sanitäter nicht frei. Andererseits war der Erzähler über die allgemeine Erregung der anwesenden Personen verwundert, da dies nicht mit seiner Vorstellung von Familie übereinstimmt. Das zeigt, dass er eine klare Vorstellung davon hat, wer dazu befugt ist zu trauern. Übermäßiges Trauern für eine entfernte Verwandte (Tante, Cousin) passt nicht in sein Bild.
Empathie bedeutet in den Augen des Erzählers, dass man emotional ist, wenn es einer Person schlecht geht, gleichzeitig aber auch der jeweiligen Person seine Hilfe anbietet und für sie da ist. Die Art und Weise, wie die Familienmitglieder ihre Emotionen zum Ausdruck gebracht haben, passt nicht zu der Vorstellung von Empathie des Erzählers. Mitgefühl heißt der kranken/verwundeten Person zu helfen und nicht, im Kollektiv seine Emotionen auf dramatische Weise auszuleben.

Herangehensweise an den Tod / Praktiken des Trauerns
Trauern scheint authentischer zu sein, wenn man es alleine macht.
Der Ausdruck der Trauer durch die Familienmitglieder kollidiert damit, wie der Erzähler Todesfälle interpretiert. Es ist eine ungeschriebene Regel für SanitäterInnen nicht zu trauern, wenn eine ältere Person stirbt, da dies routinemäßig passiert. Es wäre nicht tragbar bei jedem/-r Patienten/-in, der/die stirbt, in Trauer auszubrechen. Rettungs- oder NotfallsanitäterInnen ist es nur „erlaubt“, Emotionen zu zeigen, wenn eine junge Person stirbt. Während dies der beruflichen Praxis der SanitäterInnen zugeschrieben werden kann, wirft es auch ein Licht auf den Zugang zu Leben und Tod. Der Tod wird im Alterungsprozess als etwas Unumgängliches angesehen. Wenn eine Person stirbt, von der es erwartbar war, sollte der Verlust als nicht so dramatisch angesehen werden, wie wenn eine Person unerwartet stirbt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negatives Bild: irrational, laut, emotional, im Weg, chaotisch, unverständlich

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Ausdruck von Emotionen Trauer wird kollektiv (vielleicht im Sinne eines kollektiven Aktes) anstatt individuell ausgedrückt Ein lauter, anhaltender Ausdruck von Qual und Leid ist eine Anerkennung der Toten und ein Zeichen von Respekt, Liebe und Mitgefühl. Darüber hinaus signalisieren die Familienmitglieder den Sanitätern durch lautes Ausdrücken ihrer Erregung, dass die Situation kritisch ist und sie Hilfe benötigen. Sie wechseln zu indirekter Kommunikation, mitunter verstärkt durch die Sprachbarriere. **Familiäre Solidarität** Orientierung hin zum Kollektivismus: Familien tun alles zusammen, öffnen zusammen die Tür etc. Die Familie stellt die grundlegende Einheit der sozialen Organisation dar. Die Bedeutung der Familienmitglieder ist nicht durch ihren Grad der Beziehung definiert, d.h. die Beziehung zwischen Nichte und Tante muss nicht unbedingt weniger bedeutsam sein als die Beziehung zwischen Mutter und Tochter. Vielmehr umfasst familiäre Solidarität alle Familienmitglieder in einer besonderen Weise. „Familie" inkludiert auch erweiterte Familie. Der kollektive Ausdruck von Trauer kann auch so verstanden werden, dass die Großmutter eine zentrale Figur in der Familie war. Wenn die Großmutter als zentrale Person das gesamte Kollektiv zusammengehalten hat, kann ihr Verlust als Bedrohung der kollektiven Ordnung angesehen werden. Der Tod in einer sozialen Gruppe ist dann am Schlimmsten, wenn die verstorbene Person ein primäres Mitglied für die soziale Organisation dargestellt hat. Diese Ordnung bzw. der Gemeinschaftssinn muss anschließend mit einer kollektiven Demonstration des Schmerzes und des Verlustes wiederhergestellt werden. **Repräsentationen des Todes** Das Konzept des Todes als Bedrohung für die Gemeinschaft könnte mit der kollektiven Aufregung der Familienangehörigen zusammenhängen. Deren Handlungen dienen der Wiederherstellung der Gemeinschaft im Angesicht des Todes. Darüber hinaus kann der Vorfall als feierliche Zeremonie verstanden werden; kollektive Aufregung als notwendige Vorstufe für Trauer und Begräbnisrituale. Die Zurückhaltung der Familienmitglieder mit der Großmutter physisch in Berührung zu kommen, kann auch auf Tabus zurückführen, die es verbieten, eine Leiche zu berühren. Auf der einen Seite könnte der physische Kontakt mit Krankheit und dem Tod ein Tabu darstellen. Auf der anderen Seite kann es auch sein, dass sie den toten Körper der Frau nicht berühren wollten, um der Frau nicht wehzutun. Die Familienmitglieder könnten befürchtet haben, dass man sie beschuldigt, nicht richtig gehandelt zu haben oder für den Tod der Großmutter verantwortlich zu sein. Eine solche Befürchtung kann auch auf ihren MigrantInnenstatus zurückzuführen sein – Unsicherheiten wie man sich in einer Situation verhalten soll und die Erfahrung von Stigmatisierung.

Die Seele ist wichtiger als der Körper. Es besteht kein größeres Bedürfnis, sich mit dem toten Körper zu befassen, sondern eher auf emotionale Weise zu trauern. Mitgefühl für die kranke Patientin aufzubringen manifestiert sich nicht, indem man ein Kopfkissen oder ein Glas Wasser holt, sondern indem man einen mentalen Zustand erreicht, der kollektiv in einer vehementen Art und Weise zum Ausdruck gebracht wird.
Unterschied zwischen biologischem Tod und sozialem Tod: Während der Erzähler weiter an der Idee des Todes, als einem Ereignis das zu einem bestimmten Zeitpunkt stattfindet, festhält, sehen die Familienmitglieder das Leiden und den Tod der Großmutter als einen Prozess an, der sich über den beschriebenen Zeitraum des Vorfalls erweitert.

Kulturelle Anpassung
Die Familienmitglieder, die größtenteils nicht in der Lage sind, mit den Sanitätern in gesprochener Sprache zu kommunizieren, versuchen den Notfall auf ihre eigene Art und Weise zu handhaben, so wie sie es für richtig halten. Demnach folgen sie nicht unbedingt eigenen kulturellen Vorgehensweisen bei Krankheit und Tod, weil sie Angst haben damit gegen lokale Normen zu verstoßen. Andererseits könnte es sein, dass die Familienmitglieder sich nicht an die eigenen Regeln halten, während die Sanitäter anwesend sind. Dieser Versuch, tradierte Verhaltensweisen mit dem in Einklang zu bringen, was in Österreich zu gelten schein, führt mitunter zum Festhalten an einander widersprechenden Praktiken.
Es könnte auch sein, dass die Situation so außergewöhnlich für die Familie ist, dass es keine klare Regeln oder Vorstellungen gibt, wie man sich zu verhalten hat.

Professionelles Verfahren zur Handhabung von Leben und Tod / Medizinische Expertise
Die Familienmitglieder betrachten die Sanitäter als Experten für die Situation an. Die Sanitäter sollen der Patientin Hilfe leisten. In diesem Sinne vertrauen die Verwandten den ausgebildeten Fachkräften und versuchen nicht, selbst zu übernehmen.

Wahrnehmung der Zeit
Die Zeit wird von den Familienmitgliedern anders wahrgenommen als von den Rettungssanitätern. Die Dauer bestimmter Handlungen wird als nicht so dramatisch oder entscheidend für die Gesundheit der Patientin interpretiert. Die Familienmitglieder erleben die Zeit vielleicht auf eine polychromatische Art und Weise, welche sich sehr von der, der Sanitäter unterscheidet, für die Zeit als Aktion erlebt wird, die eine andere folgt.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

1) Umgang mit Angehörigen
In kritischen medizinischen Situationen müssen SanitäterInnen professionell bleiben und ihre Kommunikation an die anwesenden Personen (PatientInnen, Verwandte) anpassen, da die sich in einer Ausnahmesituation befinden und eventuell sehr emotional sind. Solche Notfallsituationen gehören zur Routine von SanitäterInnen, für die sie ganz bestimmte Verhaltensregeln haben. Die anwesenden LaiInnen kennen diese Verhaltensregeln nicht, außer sie befinden sich in einem Zustand, indem sie die Regeln erfüllen können. Diese mangelnde Übereinstimmung bedeutet allerdings nicht, dass die Verwandten nicht versuchen würden, den SanitäterInnen auf eine andere Art zu helfen. Gleichzeitig ist es für

die erfahrenen SanitäterInnen nie Routine, eine/-n Patienten/-in wiederzubeleben. In solchen Situation liegt immer eine gewisse Spannung in der Luft.
Dabei ist es üblich, die Verwandten wegzuschicken, sodass die SanitäterInnen in Ruhe arbeiten können und die Angehörigen keine kritischen Momente oder Diskussionen miterleben müssen. Der Fokus gilt ganz alleine dem/-r Patienten/-in und nicht den Verwandten.
SanitäterInnen stützen sich auf verbale (sehr spezifische) Informationen. Wenn bestimmte Informationen fehlen, beeinträchtigt das die Arbeit. Sprachbarrieren zwischen SanitäterInnen und PatientInnen können sich negativ auf die Versorgung und Erste Hilfe auswirken. Trotzdem müssen SanitäterInnen in kürzester Zeit auch ohne relevante Informationen lebensnotwendige Handlungen ergreifen.
SanitäterInnen arbeiten oft in ungünstigen Situationen (laute Geräusche, enge oder schwer zugängliche Stellen, aufgeregte ZuschauerInnen). Die professionelle Ausbildung könnte in Zukunft stärker darauf fokussieren, wie mit Angehörigen in kritischen Situationen umgegangen werden kann, wie ihre Bedürfnisse besser verstanden werden können. Dadurch wird die Situation nicht nur angenehmer für die Angehörigen, sondern die Fähigkeit von SanitäterInnen wird erhöht, gleichzeitig ihren professionellen Abläufen zu folgen und den Verwandten Aufmerksamkeit zu schenken.

2) Tod in unterschiedlichen Kulturen, Strategien in Notfallsituationen
Das Sterben wird professionell gehandhabt, auch wenn es bei einem/-r Patienten/-in zuhause passiert und Verwandten anwesend sind (Verschmelzung von öffentlich und privat). Die professionelle Gleichsetzung von hohem Alter mit Tod (in westlichen Zugängen zu Tod sehr gebräuchlich), steht im Widerspruch zu den Trauer- und Verlusterfahrungen der Familie.
Das Tabu, das Verwandte empfinden, einen toten Körper zu berühren, und ihre Unsicherheit, wie mit bewusstlosen oder sterbenden Körpern umzugehen ist, kann mit dem Zugang von SanitäterInnen in Konflikt geraten.
Unterschiedliche Zeitauffassungen zwischen Fachpersonen (SanitäterInnen) und LaiInnen (Verwandte), lineare Zeit vs. polychrome Zeit
Unterschied zwischen biologischem Tod und sozialem Tod, sowie zwischen Tod als Ereignis und Tod als Prozess.

3) Orientierung am professionellen Vorgehen vs. Orientierung an familiärer Solidarität
Diskrepanz zwischen der Definition einer Situation, wie sie SanitäterInnen/medizinische ExpertInnen vornehmen und dem Erleben von Familienmitglieder (tote Frau – bewusstlose Mutter/Großmutter); Während die SanitäterInnen auf professionelle Art und Weise mit dem Notfall umgehen wollen, benötigen Angehörige mitunter mehr Informationen, klare Anweisungen oder die explizite Nachricht darüber, dass die Mutter/Großmutter verstorben ist.
Konflikte zwischen der Orientierung von SanitäterInnen und der Orientierung von Familienmitgliedern.
Konflikte, die sich aus den Bemühungen von Familienangehörigen ergeben, lokale Erwartungen zu erfüllen oder ihrer Unsicherheit, wie sie sich verhalten sollen.

5.2 BAKTERIEN IM BLUT

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 29.11.2015

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Ansteckende Krankheiten AIDS als Stigma Offenlegungs- und Informationspflicht

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Rettungssanitäter; Krankentransport

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Die Situation trug sich während eines Krankentransports zu. Ich arbeitete als Sanitäter und war dafür zuständig, mit den transportierten Patienten einen Fragebogen (ein Transportprotokoll) auszufüllen. In dem Fragebogen wurden ihr Name, ihr Alter, ihre Versicherungsnummer und der Grund (medizinische Indikation) für ihren Transport mit dem Krankenwagen erfasst. Die medizinische Indikation wird an die Krankenkassa kommuniziert. Bei grundloser Indikation müssen die Patienten selbst für den Transport aufkommen. In dem Fall müssten sie €75 für den Transport zahlen. An diesem Tag wurde ein junger, sehr freundlicher, bleich und krank aussehender Mann transportiert. Wir unterhielten uns recht nett, auch das Ausfüllen des Fragebogens gestaltete sich angenehm, bis ich ihn fragte, warum er denn transportiert werden müsse. Er antwortete vage und ausweichend, lieferte Ausflüchte und macht die Situation dadurch ungut. Deswegen erläuterte ich ihm, dass ich ihn nicht ausfragen wollte. Er müsse mir nur irgendeine Form von Information liefern, damit wir gemeinsam eine anerkannte medizinische Indikation finden könnten. Nach längerem Hin und Her, gequält wirkend, erzählte er mir, dass seine Erkrankung mit dem Blut zusammenhinge. Ich bat ihn nochmal, etwas zu spezifizieren, weil diese Formulierung kein medizinischer Fachbegriff war. Mitgenommen sagte er, dass er „Bakterien im Blut“ hätte. Ich entschied, ihn nicht weiter zu befragen, auch wenn „Bakterien im Blut“ immer noch keine medizinisch sinnvolle Formulierung war, die ich in den Fragebogen eintragen konnte. Ratlos blickte ich immer wieder auf den Begriff „Bakterien im Blut“, da es mir noch nie passiert war, dass jemand so auf meine Fragen reagiert hatte. Normalerweise erzählten mir die Patienten offenherzig über ihren Gesundheitszustand oder gaben mir einfach ihre Überweisung, ihren Befund oder ihren Arztbrief. Einerseits erstaunte mich, dass der junge Mann die Situation so unangenehm machte, andererseits fand ich, es war seine Pflicht, mir Informationen zu seinem Zustand zu geben. Schließlich war ich Sanitäter, ein Angehöriger eines Gesundheitswesens. Ich konnte es

einfach nicht ruhen lassen. Als wir im Krankenhaus ankamen, ging ich zu einer Krankenschwester und frage sie, ob sie wisse, was der Patient hat. Sie antwortete ohne zu zögern: „Der? Ah, der hat AIDS.“ Nach dieser Information war ich noch schockierter, dass er mir seine Diagnose nicht genannt hatte. Wusste er es selbst nicht? War AIDS immer noch so ein Tabu, dass er die Diagnose nicht einmal in einem medizinischen Setting preisgeben wollte? Warum hat er mir als Sanitäter nicht vertraut, dass ich mit dieser Information auf eine für ihn angenehme Art und Weise umgehen würde?

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
1. Erzähler: Der Erzähler ist in Österreich geboren, spricht deutsch und hat sein ganzes Leben lang in Wien gelebt. Er identifiziert sich als heterosexuell und versteht sich als linksliberal. Zur Zeit des berichteten Ereignisses war er zwanzig Jahre alt, hatte die Matura erfolgreich abgelegt und arbeitete Vollzeit als Rettungssanitäter. Er ist Angehöriger der Mittelschicht. 2. Patient Der männliche Patient stammt aus Österreich, ist zwischen 20 und 30 Jahren alt, und sieht etwas verblasst und krank aus, als er zum Transport abgeholt wird. Er lebt in Wien. Wenn man das Wohnhaus und die Gegend, sowie sein Aussehen betrachtet, kann man davon ausgehen, dass er aus der Mittelschicht stammt. Es gibt wenig Information über die soziale Identität des Patienten. Somit kann nur spekuliert werden, inwiefern er dem Erzähler ähnlich ist oder nicht, z.B. hinsichtlich sexueller Präferenz, politischer Orientierung oder höchstem Ausbildungsgrad. Beide Protagonisten sind männlich, Österreicher und in einem ähnlichen Alter. Der Hauptunterschied zwischen den beiden sind ihre Rollen: Der eine ist medizinischer Experte – damit geht zumeist das Recht einher, über PatientInnen Informationen zu sammeln, sie befragen zu können. Der andere ist Patient – von ihm wird erwartet, dass er intime Information preisgibt.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Patient wurde zuhause, vor einem Wiener Wohnhaus, von einem Krankenwagenwagen abgeholt. Er musste ins Krankenhaus eingeliefert werden. Es handelte sich dabei nicht um einen Notfall, sondern um einen geplanten Transport. Der Krankenwagen wurde von einem Mitglied des Sanitäterteams gefahren, während der andere, der Erzähler, sich drinnen beim Patienten aufhielt. Die Fahrt dauerte zwischen 20 und 30 Minuten. Zu Beginn führten der Erzähler und der Patient Smalltalk und schienen relativ gut miteinander auszukommen. Dann informierte der Erzähler den Patienten darüber, dass er ihm ein paar Fragen stellen musste, um einen Fragebogen auszufüllen, den er an die Versicherung weiterzugeben hatte. Das Ausfüllen des Fragebogens war verpflichtend. Zu den Fragen zählten unter anderem der Name des Patienten, seine Krankenversicherung und die medizinische Indikation, warum der Patient im Krankenwagen transportiert werden musste.

Ohne einen geeigneten Grund muss der Patient für 75€ die Fahrt zahlen. Bei medizinischer Indikation zahlt die Versicherung.
Normalerweise geben PatientInnen, die transportiert werden, direkt ihren Arztbrief an den Sanitäter weiter. Seiner bisherigen Erfahrung nach sind PatientInnen selten zurückhaltend; sie erzählen ihm fast alles, sogar Informationen nach denen er gar nicht gefragt hat. Er bringt das mit der Tatsache in Verbindung, dass er ein ausgebildeter Sanitäter ist, ein Mitglied des medizinischen Systems und daher als sehr vertrauenswürdig gilt. Darüber hinaus ist die Weitergabe von Information an das medizinische Person für die Behandlung und die allgemeine Qualität der Versorgung vorteilhaft. Es ist dem Erzähler noch nie passiert, dass die Beantwortung des Fragebogens Probleme verursacht hat.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler war erstaunt und neugierig zugleich. Während des Vorfalls fühlte er sich unwohl, da ihm die gesamte Situation unangenehm war.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Professionalität: Der Patient machte es dem Erzähler unmöglich, seine eigentliche Aufgabe zu erfüllen. Die Nicht-Erfüllung der beruflichen Pflichten steht in enger Verbindung mit der Angst, Fehler zu machen; in Krankenhäusern und im medizinischen Kontext insgesamt gibt es keine hohe Fehlerkultur. Darüber hinaus machte ihm der Patient das Leben schwer, indem er seinen Anweisungen nicht folgte und damit auch die Position des Sanitäters und seine beruflichen Pflichten nicht anerkannt hat. Letztlich führte das Verhalten des Patienten zu einer sehr unerwarteten Situation für den Sanitäter, da es so gut wie nie vorkommt, dass PatientInnen benötigte Information vorenthalten. Der Sanitäter wusste nicht recht, wie er darauf reagieren sollte. **Information als Wert und Offenlegung von Information:** Im Gesundheitssektor trägt die Offenlegung von Information nicht nur zur Qualität der Versorgung bei, sondern schützt auch die Fachleute, die in diesem Bereich arbeiten (z.B. Umgang mit ansteckenden Krankheiten). Dabei üben das medizinische System und die Menschen, die darin arbeiten, Kontrolle über PatientInnen aus. Es wird eine Hierarchie aufgestellt, in der es als normal gilt, dass eine Person Intimes erzählt, während die andere gar keine persönliche Information über sich gibt, sondern das Verhalten des anderen anleitet. Der Erzähler wirkt neugierig; Neugier gilt als Voraussetzung zu lernen, sich zusätzliches Wissen anzueignen und sich die Welt zu erklären. Authentizität als Wert: Das ausweichende Verhalten des Patienten zeigte dem Erzähler an, dass etwas komisch ist. **Orientierung an Ordnung, Struktur und Bürokratie:** Das Formular muss unabhängig vom Zustand des Patienten ausgefüllt werden. Hier werden keine Ausnahmen gemacht. Während das etwas über die Werte des Erzählers sagt, soll erwähnt werden, wie das österreichische Gesundheitssystem funktioniert. Formulare mit fehlenden Informationen

werden schlicht nicht angenommen. Bürokratische Verfahren können nicht umgangen oder abgeändert werden.

Hilfreich sein; Ausrichtung auf **individuelle Aushandlung** in Interaktionen
Das Ausfüllen des Formulars ist obligatorisch. Der Erzähler wäre aber dazu bereit gewesen, die Regeln etwas zu beugen und die Antworten des Patienten so anzupassen, dass sie den Kriterien medizinischer Indikation entsprechen. Der Patient hat dabei nicht mitgespielt, er zeigte keinerlei Anerkennung für die Bemühungen des Erzählers. Das Angebot, dem Patienten zu helfen, wurde abgelehnt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Vorenthaltung von Informationen, defensiv, ausweichend, unverständlich

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Angst vor Diskriminierung aufgrund der Stigmatisierung im Zusammenhang mit AIDS: In der öffentlichen Meinung wird AIDS vielfach immer noch mit bestimmten Personengruppen, so genannten Risikogruppen, in Verbindung gebracht: wie Homosexuellen, Drogenabhängigen oder Menschen mit riskantem Sexualverhalten (was auch immer das heißen mag). Folglich kann es passieren, dass man einer dieser Gruppen zugeordnet wird, wenn man bekannt gibt, dass man AIDS hat. Auf der einen Seite geht die Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen oft mit negativen Stereotypen und Formen der Diskriminierung einher, die der Patient zu vermeiden versucht haben könnte. Auf der anderen Seite könnte der Patient prinzipiell ablehnen, als Mitglied einer bestimmten Personengruppe angesehen zu werden. Stigma: AIDS wird vielfach immer noch mit einem Todesurteil gleichgesetzt. Menschen, bei denen AIDS diagnostiziert wird, werden auf bösartige Weise selbst dafür verantwortlich gemacht, sich mit der Krankheit infiziert zu haben. Zudem werden Infektionskrankheiten immer wieder als Schreckgespenst dargestellt, als Risiko für die gesamte Gesellschaft. Der Patient könnte versucht haben, eine potenziell negative Reaktion des Sanitäters zu vermeiden. Das Ereignis scheint den Erzähler auf symbolische Art und Weise auf der Seite jener Menschen zu positionieren, die Vorurteile hegen – gegen Homosexuelle, gegen Menschen, die mit AIDS infiziert sind. Vielleicht hatte er auch Angst, dass die Information nicht vertraulich bleibt und er in der Folge Diskriminierungen durch Nachbarn, KollegInnen oder dergleichen ausgesetzt wäre; Angst vor sozialen Auswirkungen, vor allem wenn mehrere Leute davon erfahren. Der Patient besteht auf sein **Recht auf Privatsphäre**. Persönliche Angelegenheiten müssen nicht an Fremde weitergegeben werden. Vielleicht würde er auch gerne anonym bleiben und will nicht, dass sein Name und seine Krankheit gemeinsam in einem Formular auftauchen. Er könnte skeptisch sein, was mit dem Formular passiert und wer es lesen wird.

Dies kann man so interpretieren, dass der Patient weder den Sanitätern, noch dem medizinischen System traut und er die Befürchtung hat, dass dort gegebene Informationen nicht sicher sind. Vielleicht ist es für den Patienten auch wichtig, selbst die Kontrolle darüber zu haben, wem er Informationen zu seinem Gesundheitszustand offenbart – im Unterschied zu einer generellen Offenheit hinsichtlich der eigenen Krankheit.

Der Patient scheint nicht Hierarchiegläubig zu sein und den Anweisungen des Sanitäters einfach Folge zu leisten. Es kann aber auch angezweifelt werden, ob er die Sanitäter überhaupt als Autorität wahrnimmt.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

1. Vertraulichkeit
Wie können Informationen von PatientInnen geschützt werden – vor allem wenn es sich um die Verknüpfung von persönlicher Informationen mit einer Krankheit handelt, wie das im österreichischen Gesundheits- und Versicherungssystem Gang und Gäbe ist?
Kann man den PatientInnen wirklich zusichern, dass ihre Informationen vertraulich behandelt werden?
Wie können die berechtigten Zweifel von PatientInnen zum Schutz ihrer Daten mit der Notwendigkeit in Einklang gebracht werden, Information weiterzugeben, um qualitativ hochwertige Versorgung anbieten zu können, aber auch um dem Gesundheitspersonal Schutz bieten zu können?

2. Die Komplexität des Versicherungssystems
Sehr bürokratische Prozesse bei der Buchhaltung – eher unwahrscheinlich, dass sich in dem Bereich etwas ändert, um auf die heterogenen Bedürfnisse von PatientInnen eingehen zu können
Negative Auswirkungen der bürokratischen Prozesse auf die Möglichkeit, PatientInnen individuell zu behandeln; Fachkräfte, die ihren PatientInnen entgegenkommen möchten, haben wenig Spielraum

3. Bekämpfung der Stigmatisierung von HIV / AIDS
Menschen die wegen der irrationalen Angst und negativen Stereotypen im Zusammenhang mit HIV / AIDS leiden
Fachpersonal sollte über die sozialen Konsequenzen bestimmter Krankheiten Bescheid wissen und sich bewusst machen, welchen Vorurteilen PatientInnen mitunter ausgesetzt sind und welche Diskriminierungserfahrungen sie machen können

4. Schulungen zu Kommunikation und wie SanitäterInnen Vertrauen schaffen können
Fachpersonal sollte lernen, über die hierarchische Gestalt des Versorgungs-/Behandlungsprozess zu reflektieren und ihre Erwartung hinterfragen, dass es für PatientInnen so leicht ist, Kontrolle abzugeben

5.3 URINPROBE

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 25.01.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Wartezimmer

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Sprechstundenhilfe in einer Hausarztpraxis

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Die Patienten in unserer Praxis müssen des Öfteren eine Urinprobe abgeben. Wir erklären ihnen dann den Ablauf: Sie sollen auf das Patienten-WC gehen und die Urinprobe im Anschluss in einer Ecke des WCs abstellen, in der sich ein eigenes Regal für die Abgabe von Urinproben befindet. Eines Tages kam ein Patient, ein Ungar, zur Rezeption und informierte mich, dass er eine Urinprobe geben sollte. Ich gab ihm den Becher, in den er pinkeln sollte, und zeigte ihm das WC. Er fragte mich: „Soll ich gleich anfangen?“ Ich antwortete: „Ja, bitte.“ Und zeigte nochmals in Richtung WC. Er aber öffnete seine Hose und begann direkt vor meinen Augen, den Becher für seine Urinprobe zu befüllen. Fassungslos fragte ich ihn, was er da tat. Er antwortete, dass ich ihm doch gesagt hätte, gleich anzufangen. Ich erwiderte: „Ja, aber ich habe Ihnen doch das WC gezeigt.“ Er schien meine Aufregung nicht wirklich zu verstehen. Als ich ihn ein weiteres Mal fragte, warum er direkt vor mir gepinkelt habe, erklärte er, dass es in der Praxis seines Arztes in seiner kleinen ungarischen Heimatstadt üblich war, im Wartezimmer zu urinieren. Da die Praxis sehr klein ist, stellen sich die Menschen für gewöhnlich einfach in eine Ecke, um den Becher für eine Urinprobe zu füllen. Normalerweise bewältige ich solche Erlebnisse mit einer guten Portion Humor, aber ich war doch relativ schockiert, dass die ganze Situation für den Patienten so normal wirkte und er nichts dabei zu finden schien.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
1. Erzählerin

Die Erzählerin arbeitet als Sprechstundenhilfe in einer Arztpraxis, in der sie die PatientInnen empfängt, ihre Informationen entgegennimmt und sich um Fragen der Krankenversicherung kümmert. Außerdem gibt sie den PatientInnen verschiedene Anweisungen, beispielweise wo sie warten müssen und wie das Verfahren in der Praxis ist. Sie ist in Mexiko geboren, lebt seit über 10 Jahren in Wien und spricht mehrere Sprachen, u.a. Spanisch, Deutsch, Englisch und Ungarisch. Sie besitzt eine langjährige akademische Ausbildung (Doktorat), ist verheiratet und hat sechs Kinder.

2. Patient
Der Patient ist ein Arbeiter aus Ungarn und erst seit 6 Monaten in Österreich. Er hat eine geringe Schulausbildung und arbeitet als Maurer auf Baustellen. Er muss in die Praxis, um eine Urinprobe zur späteren Analyse abzugeben. Er ist gut gelaunt und unterhält sich auf freundliche Art und Weise mit der Rezeptionistin.

Eine Verbindung zwischen den beiden AkteurInnen ist, dass beide Migrationserfahrung haben. Die Erzählerin ist aber bereits deutlich länger in Österreich als der Patient. Sie hat zudem eine Verbindung nach Ungarn, dem Heimatland des Patienten, weil die Familie ihres Ehemanns aus Ungarn stammt. Sie spricht sogar ein wenig ungarisch. Die beiden unterscheiden sich stark hinsichtlich ihres Bildungshintergrunds und der professionellen Rolle, in der sie sich befinden: die Erzählerin ist an ihrem Arbeitsplatz als Sprechstundenhilfe, der Patient ist an einem ihm unbekannten Platz, in einer hilfsbedürftigen Situation.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Praxis des Arztes befindet sich in einem Bezirk nahe der Wiener Innenstadt, der das Zentrum der jüdischen Gemeinschaft in Wien bildet. In dem Bezirk wohnen Menschen unterschiedlichster Herkunft. Die Praxis ist außerdem in unmittelbarer Nähe einer U-Bahnstation, die zum Hauptsitz der Vereinten Nationen in Wien führt. Die PatientInnen, die die Praxis aufsuchen, sind sehr vielfältig, sie kommen aus über 100 Ländern. Die Idee hinter der Eröffnung der Praxis war, eine internationale Arztpraxis zu schaffen, wo sich alle Menschen willkommen fühlen, unabhängig davon, welche Herkunft sie haben. Außerhalb der Praxis befindet sich ein Werbeplakat, das angibt, welche Sprachen alle in der Praxis gesprochen werden, damit potentielle PatientInnen wissen, dass dort u.a. englisch, spanisch, arabisch etc. gesprochen wird. Viele PatientInnen sprechen gar kein Deutsch. Die MitarbeiterInnen versuchen den kulturellen Spezifika ihrer PatientInnen entgegenzukommen. Zum Beispiel ist es kein Problem, dass Familien den Untersuchungsraum gemeinsam betreten – was für österreichische Verhältnisse eher ungewöhnlich ist. Der praktische Arzt hat sich beigebracht EKGs durchzuführen, ohne dass sich Patientinnen ganz ausziehen müssen. Das kommt vor allem bei muslimischen Frauen gut an.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?

Die Erzählerin fühlte sich nicht angegriffen, sondern war nur schockiert, da es für den Patienten so normal erschien, vor ihren Augen den Becher für die Urinprobe zu füllen. Sie hat die Situation mit Humor aufgenommen.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

Das Tabu vor anderen Menschen zu pinkeln:
Üblicherweise pinkeln Menschen in dafür vorgesehenen Räumlichkeiten und nicht in der Öffentlichkeit. Wenn in der Öffentlichkeit gepinkelt wird, dann nur im Freien (von betrunkenen Menschen und Kindern oder falls kein Klo in der Nähe ist, z.B. im Wald). Dabei versucht man, möglichst unentdeckt zu bleiben. Somit gibt es ein Tabu, vor den Augen einer anderen Person zu pinkeln, aber auch eine andere Person beim pinkeln zu beobachten. (Dieses Tabu erwächst spezifisch aus einer europäischen Art und Weise mit Exkrementen umzugehen. In anderen geographischen Kontexten ist es üblich, dass man seinen Stuhlgang draußen, in dafür vorgesehenen Bereichen, erledigt.)
Pinkeln gilt als etwas Privates, etwas Notwendiges, aber potenziell Ekliges. Geruch und Geräusch können als unangenehm empfunden werden. Um Pinkeln auf hygienische Art und Weise durchzuführen, etwa im medizinischen Kontext, gibt es bestimmte Maßnahmen, die berücksichtigt werden müssen: Urin wird in Behälter gefüllt, die anschließend geschlossen werden. Danach werden die Hände gewaschen. Die gesamte Prozedur ist eine Frage der Hygiene, die in einer Arztpraxis besonders relevant ist, damit sich keine Keime ausbreiten oder Personal und andere PatientInnen nicht infiziert werden.
Das Tabu, vor anderen zu pinkeln, ist gleichzeitig auch mit einer visuellen Dimension verbunden, die mit dem Zeigen des Penis oder der Vagina zusammenhängt – Teile des Körpers, die als privat angesehen und nicht öffentlich zur Schau gestellt werden (abgesehen von bestimmten Anlässen, wie im Zusammenhang mit der Freikörperkultur).
Die Entblößung des Penis trägt eine andere Bedeutung als die öffentliche Zurschaustellung einer Vagina. Nackte, nicht erigierte Penisse sind Teil von Witzen und Streichen. Männer werden in der Öffentlichkeit auch häufiger beim Pinkeln gesehen. Gleichzeitig wird die unerwartete Begegnung mit einem nackten Penis als verstörend und seltsam angesehen.

Urin gilt als **Abfallprodukt**, das nicht sichtbar sein sollte. In dem es in einem Becher gefüllt und für wissenschaftliche Untersuchungen vorbereitet wird, findet eine Transformation statt. Das Abfallprodukt Urin wird zu einer Substanz, mit der im medizinischen Bereich gearbeitet wird; somit ist es nicht länger ein ekelhaftes Exkrement. Für diese Transformation bedarf es einem bestimmten Prozedere: der Urin muss in geschlossenen Behältern gesammelt werden, beschriftet werden etc. Mitunter hatte die Erzählerin Angst um den guten Ruf der Praxis, weil der Patient all diese Hygieneanforderungen negiert hat. Vielleicht hat sie sich auch geschämt, weil andere Patienten etwas davon mitbekommen könnten. Der Vorfall gefährdete die professionelle Praxis und den Umgang mit Urinproben.

Empathie: Andere PatientInnen, die im Wartezimmer sitzen, könnten sich unwohl fühlen, wenn sie Urin einer anderen Person hören, sehen oder riechen.

Implizite Verhaltensregeln in einem Wartezimmer:
Das Warten in einer Arztpraxis geschieht unter bestimmten Voraussetzungen. Normalerweise ist es eher ruhig und die anwesenden Personen reden eigentlich nur, um zu erfahren, welcheR PatientIn als Letztes hereingekommen ist. Den Rest der Zeit bleiben sie

für sich. Alle medizinischen Verfahren werden beim Arzt selbst durchgeführt und nicht im Wartezimmer: Anamnese, Untersuchungen, Diagnosen. Der Vorfall hat diese Verhaltensregeln verletzt.
Die Erzählerin ist dafür zuständig, dass die Verhaltensregeln im Wartezimmer eingehalten werden. Mit seinem Handeln fordert der Patient somit auch die Position der Sprechstundenhilfe heraus.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Naiv und einfach, trotzdem freundlich, ein bisschen dumm, zurückgeblieben, pragmatisch, Normen nicht einhaltend

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Der Patient verfolgt eine **pragmatische Herangehensweise**: Er tut das, was am einfachsten geht und am schnellsten erscheint. Er scheint sich stärken an Pragmatismus als an dem Tabu, vor anderen Leuten in der Öffentlichkeit zu urinieren, zu orientieren. Mit seiner Handlung vermeidet er jegliche Unklarheiten bezüglich der Urinprobe. Es ist offensichtlich, wer die Probe abgegeben hat und kann zu keinen Verwechslungen kommen. **Die Arztpraxis als ein Ort abseits der Normalität:** Da der Patient kein regelmäßiger Gast in der Arztpraxis ist, ist es möglich, dass er von den dort geltenden Verhaltensregeln nichts weiß. Seine Handlungen zeugen von einer Unsicherheit, wie er sich zu verhalten hat. Darüber hinaus wird das medizinische System oft als einschüchternd erlebt, vor allem von Personen, die sich in einer prekären sozialen Lage befinden, z.B. Personen mit Migrationshintergrund oder mit einem niedrigen sozialen Status. Außerdem kann es sein, dass es für den Patienten normal ist, in der Öffentlichkeit vor anderen Leuten zu pinkeln und er nur versucht hat, die ihm gegeben Aufgabe (Urinprobe abgeben) auf die beste Art und Weise zu lösen. Auf der einen Seite könnte das Ereignis ein Anzeichen für eine starke Anerkennung von Hierarchien sein: Als der Patient zum Pinkeln aufgefordert wird, tut er das, ohne lange darüber nachzudenken. Das Verhalten des Patienten könnte auf eine andere Vorstellung bezüglich der Hierarchien zwischen Gesundheitspersonal und ihm als Patienten, der Arbeiterklasse angehört, verweisen. Auf der anderen Seite könnte man die ganze Situation auch als Folge des sozialen Klassenunterschiedes sehen und nicht auf kulturelle Unterschiede bzw. kulturelle Normen beziehen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**

Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?
1. Verhaltensvorschriften in unterschiedlichen Räumlichkeiten im Gesundheitswesen Es gibt bestimmte, kontextabhängige und kulturspezifische Regeln, wie man sich in verschiedenen medizinischen Räumen zu verhalten hat (z.B. gibt es einen Unterschied zwischen Wartezimmer und Untersuchungsraum): Die Fachkräfte des Gesundheitswesens sind für die Einhaltung dieser Regeln verantwortlich, da ihre berufliche Position davon abhängt. Das Gesundheitspersonal muss ständig die gleichen Anweisungen geben. Für die PatientInnen sind die Informationen meist völlig neu. Deshalb ist es an den MitarbeiterInnen, dafür zu sorgen, dass die besagten Informationen klar und verständlich bei den PatientInnen ankommen, auch wenn sie sie bereits unzählige Male am Tag erklärt haben. Verwendung von Symbolen, die den PatientInnen dabei helfen, zu verstehen, wie man sich zu verhalten hat und was man vermeiden sollte. 2. Humor als Antwort auf Kulturschocks Humor hilft in verschiedenen interkulturellen Schocksituationen und hilft zu vermeiden, dass sich Personen abgewertet fühlen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass sich die andere Person nicht ernst genommen fühlt. Der Vorfall zeigt, dass man sich auf Kulturschocks nicht wirklich vorbereiten kann, sondern dass es vielmehr davon abhängt, wie man mit einem Schock umgeht, wenn man ihn erlebt.

5.4 EINEN GLEICHALTRIGEN WASCHEN

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 28.01.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Pflege / Betreuung von Menschen mit Behinderung Sexualität und Behinderung Sexualität und Pflege

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Pflege / Assistenz von Personen mit Mehrfachbehinderung

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich habe als persönlicher Assistent in einem Zentrum für Kinder und Jugendliche mit multiplen körperlichen Behinderungen, Beeinträchtigungen oder besonderen Bedürfnissen gearbeitet. Meine Aufgabe war es, Klienten in ihrem Alltag zu unterstützen, etwa bei Körperpflege oder Freizeitgestaltung. In meiner Arbeit gab es nur ein einziges Mal eine Situation, mit der ich überfordert war. Diese Situation ereignete sich, als ich einen Klienten, einen 17-jährigen Jugendlichen, waschen sollte. Ich reinigte seinen Hintern und war plötzlich damit konfrontiert, auch von seinem erigierten Penis Fäkalien wischen zu müssen. Ich konnte nicht damit umgehen, dass jemand, der mir so ähnlich war – mein Freund, der die gleichen Serien mochte und den gleichen seltsamen Humor hatte wie ich – solch basale Körperfunktionen nicht unter Kontrolle hatte.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
1. Erzähler Der Erzähler ist männlich, 20 Jahre alt, hat die Matura erfolgreich abgelegt und kommt aus einer hoch gebildeten Familie. Er hat einen jüngeren Bruder. Er hat in verschieden Ländern außerhalb Europas gelebt und obwohl er in Deutschland geboren ist, verbrachte er den größten Teil seiner Jugend in Österreich. Er arbeitet in einer Einrichtung für beeinträchtigte Jugendliche und ist ausgebildeter Assistent mit der Absicht, in naher Zukunft ein Studium aufzunehmen. Er hat keine körperlichen Beeinträchtigungen und ist eine sehr offene und umgängliche Person, mit einer sehr politischen Einstellung (links

orientiert). Er ist heterosexuell, allerdings offen für verschiedene Formen der Sexualität. Er ist zum Zeitpunkt des Vorfalls in keiner festen Beziehung.

2. Teenager
Bei der Person, die den Schock verursacht hat, handelt es sich um einen 17-jährigen Teenager. Er ist gelähmt und geistig beeinträchtigt und benötigt daher eine 24-Stunden Pflege und Betreuung. Tagsüber besucht er eine Schuleinrichtung für Jugendliche mit multiplen Behinderungen. Er stammt aus einer Familie aus der Mittelschicht.

Der Erzähler arbeitet schon seit einiger Zeit mit dem Teenager zusammen. Dabei entwickelten sie eine sehr persönliche Beziehung zueinander. Der Erzähler betrachtet den Teenager als seinen Freund. Die beiden Männer sind noch relativ jung, leben beide in Wien und kommen aus einem gut gebildeten Elternhaus. Die beiden unterscheidet, dass der Erzähler keine geistigen und körperlichen Behinderungen hat und der Teenager schon. Der Erzähler pflegt und kümmert sich um den Teenager.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in einer Einrichtung für Jugendliche mit multiplen Beeinträchtigungen, in der die Jugendlichen lernen, ihre Freizeit verbringen, aber auch versorgt werden. Für den Erzähler war es ein gewöhnlicher Tag, an dem er den Teenager bei seinem Tagesablauf und seinen alltäglichen Verrichtungen begleitete. Dazu gehörte unter anderem die Pflege und Reinigung des Jugendlichen, sowie seine Begleitung auf die Toilette. Bei der erzählten Situation war sonst niemand im Raum.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler war überwältigt und ein wenig verlegen, aber in erster Linie war er unsicher, wie er auf die Situation reagieren sollte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Für den Erzähler ist Sexualität nicht nur eine Körperfunktion, sondern hat auch mit **Autonomie und freiem Willen** zu tun. Zum Objekt einer sexuellen Begegnung zu werden, ohne dazu zugestimmt zu haben, ist für ihn unangenehm. Ein Schockelement bezieht sich auf das Tabu von Sexualität von Menschen mit Behinderungen. Sexualität und Behinderung ist ein Thema, das nur sehr selten in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Unter AktivistInnen und Behindertenorganisationen gibt es sehr spezifische Diskussionen zu diesem Thema, im öffentlichen Diskurs ist es aber stigmatisiert und wird als etwas potenziell Verstörendes verhandelt. Der Vorfall bedroht **Grenzen der beruflichen Praxis** und die **berufliche Identität** des Erzählers. Sexualität gehört für ihn in den privaten Bereich. Der Einbezug von Sexualität in den beruflichen Kontext stellt für ihn Normen des professionellen Verhaltens in Frage.

Eine Orientierung an beruflicher Professionalität führt dazu, dass es der Erzähler als problematisch empfindet, nicht zu wissen, wie er sich verhalten soll. Schließlich ist er ja eine ausgebildete Fachkraft. Unsicherheit gefährdet Professionalität.
Damit zeigt der Vorfall die Grenzen professioneller Pflege und Betreuung auf. Während die Reinigung der Teenager kein Problem darstellt, ist die Berührung eines erigierten Penis ein Problem. Sexuelle Dienstleistungen stellen ein Tabu dar. Dabei handelt es sich um eine spezifische Art von Dienstleistung, die in Anspruch genommen werden kann, jedoch einen anderen professionellen Bereich konstituiert als den der persönlichen Assistenz, in dem der Erzähler arbeitet.
Der Erzähler wurde ohne seine Zustimmung Teil eines sexuellen Aktes. Dadurch verändert sich die Beziehung zwischen ihm und dem Teenager – von einer netten Arbeitsbeziehung zu einer für den Erzähler sexuell übergriffigen Situation.

„Nicht-Autonomie“ (Abhängigkeit oder Zwang) wird **als störend** erlebt:
Der Erzähler stellt die Autonomie des Teenagers hinsichtlich der Kontrolle seiner Erektion in Frage. Der Schock leitet sich ausdrücklich von der Wahrnehmung des Kontrollverlustes von Körperfunktionen in Verbindung mit Sexualität ab. Der Erzähler wusste schon seit längerer Zeit, dass der Teenager seinen Körper nicht im gleichen Ausmaß kontrollieren kann, wie er selbst. Die Erfahrung einer gravierenden Dissonanz passiert jedoch erst, als es um Sexualität geht.
Da dem Erzähler nicht klar war, ob die Erektion gewollt ist, wusste er nicht so recht, wie er reagieren sollte: das Tabu **Entgleisungen des Körpers** zu thematisieren ist an ein westliches Konzept von autonomem Selbst geknüpft. Die Person, die der Erzähler einen Freund nennt, wird bei dem Erlebnis zu einem entgleisenden Körper reduziert.

Der Vorfall löst beim Erzähler einen **Selbstschock** aus. Ihm wird klar, wie sich die Wahrnehmung seines Freundes ändert, weil der seinen Körper nicht in einem normalisierten Maß unter Kontrolle hat. Die Erkenntnis einer Differenz zwischen Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung verändert für den Erzähler auch die Beziehung zwischen dem Teenager und ihm. Seine Selbstwahrnehmung als unvoreingenommene Person wird in Frage gestellt, als er erlebt, wie sehr eine gleichberechtigte Bezugnahme auf andere an körperlichen Normvorstellungen hängt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Neutral, hilflos; Der Erzähler sieht den Teenager als bloßen Körper an.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**
Da der Erzähler und der Teenager nie über den Vorfall gesprochen haben, gibt es nur sehr wenig Information über die Perspektive des Teenagers. Offen bleiben etwa, ob die Erektion beabsichtigt war, seine Vorstellungen von Sexualität oder seine sexuellen Vorlieben.

Sollte er das Ganze beabsichtigt haben, könnte es sein, dass der Teenager demonstrieren wollte, dass er ein **sexuelles Wesen** ist, indem er auf der Wert der **Autonomie** in Verbindung mit Normen eines (nicht) funktionierenden Körpers oder das **Tabu von Sexualität und Behinderung** hinweist.
In einer Welt voller Stereotype über Menschen mit Behinderungen will er seine Unabhängigkeit zum Ausdruck bringen
Weil er noch ein Teenager ist, liegt die Vermutung nahe, dass er seine Sexualität entdecken will und somit neugierig und abenteuerlustig ist.
Da in der Öffentlichkeit wenig über Behinderung und Sexualität diskutiert wird, möchte er sich vielleicht ausprobieren, ohne viel Orientierung darüber zu haben, wie er sich verhalten kann und wonach er sein Verhalten ausrichten soll.

Vielleicht hat der Teenager durch die **spezielle Beziehung** mit dem Erzähler eine gewisse Zuneigung gespürt und somit auf die körperlichen Berührungen durch eine emotional nahe stehende Person reagiert; Ausdruck von Empathie.
Sexualität ist eine Frage von Beziehung, Freundschaft, Nähe.
Wo ist die Grenze zwischen fürsorglicher und sexueller Berührung zu ziehen?
Die fürsorgliche Beziehung symbolisiert für den Teenager einen sicheren Raum, in dem er sich nicht beständig kontrollieren und Verhaltensregeln unterwerfen muss.

Auf der anderen Seite könnte er **Sexualität** primär **als Körperfunktion** wahrnehmen: Erregung wird durch entsprechende Körperberührungen verursacht.
Sexualität ist Teil des Lebens und nichts Außergewöhnliches.
Der Teenager könnte die Sicht herausfordern, dass Autonomie am Körper abgelesen werden muss und Ausdruck in einer bestimmten Art und Weise der Regulierung des eigenen Körpers findet.
Da Körperfunktionen und körperliche Ausscheideprodukte Teil der Pflegebeziehung mit dem Erzähler sind, verfolgt der Teenager keine strenge Trennung von öffentlich und privat, sondern ein fluideres Verständnis davon.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

1. Grenzen von Betreuung / professioneller Pflege
Ausbildung professioneller PflegerInnen: das Thema Sexualität und Behinderung ansprechen, persönliche Ansichten über Sexualität und Behinderung hinterfragen und entsprechende Möglichkeiten finden, über das Thema zu diskutieren
In professionellen Pflegebeziehungen Grenzen setzen: Wie reagiert man, wenn diese Grenzen überschritten werden?
Förderung des Dialogs zwischen den Pflegefachleuten und Fachleuten auf dem Gebiet sexueller Dienstleistungen, um Wissenstransfer voranzutreiben und Zusammenarbeit zu fördern.

2. Definitionen von Sexualität
Kommunikation über Behinderung und Sexualität fördern, Tabus hinsichtlich non-normativer Körper hinterfragen und dadurch den Handlungsspielraum von Menschen mit Behinderung vergrößern
Welchen Körpern wird Sexualität zugestanden und welchen nicht?

Da Sexualität und Behinderung als Tabu betrachtet wird, gibt es kaum Angebote sexueller Aufklärung für Jugendliche mit Behinderung und wenig Anerkennung ihrer Wünsche und Bedürfnisse. Daran lässt sich ein Ausbildungsbedarf bei LehrerInnen und Pflegenden ablesen.
Die Stigmatisierung der Sexualität von Menschen mit Behinderung trägt zu einem Mangel an offener Kommunikation bei, was Konsequenzen für Pflegebeziehungen haben kann – hinsichtlich der Qualität der Pflege, aber auch für der Schaffung einer angenehmen Arbeitsatmosphäre für das Pflegepersonal.

3. Das Ideal der autonomen Individualität
Individualität in westlichen Gesellschaften beruht stark auf Vorstellungen von Autonomie, die an die normative Sicht, dass Ratio den Körper zu kontrollieren hat, geknüpft sind. Herausforderung dieser Normen und Offenlegung, wie diese ein breites Spektrum an Personen abwerten

5.5 VATER UND SOHN

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 25.01.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Mobile Dienste / Hauskrankenpflege Pflegende und betreuende Angehörige / informelle Pflege

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Diplomierte Krankenpflegerin in der mobilen Pflege und Betreuung

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Beschrieben wird mein Erstbesuch bei einem Klienten als diplomierte Krankenschwester in der mobilen Pflege und Betreuung. Ich betrat seine Wohnung im 14. Wiener Gemeindebezirk. Der Klient war circa 80 Jahre alt, Diabetiker und dement. Er lag in einem verschmutzten Bett und wirkte sehr ungepflegt. In dem Zimmer war es sehr kalt; ich nahm Schimmelbefall wahr. Es befanden sich weder Fernseher und Radio in dem Zimmer, noch Bilder an den Wänden. Es gab nur einen Waschlappen und ein Handtuch. Um dem Klienten Insulin zu verabreichen, benötigte ich eine Nadel. Es war genau eine vorhanden, allerdings gab es keinen Mistkübel, um die benutzte Nadel wegzuschmeißen. Zur Körperpflege wurde ein Eimer mit Wasser bereitgestellt. Auch zum Trinken für den bettlägerigen Mann gab es nur Wasser. Der Zustand des Raumes schockierte mich bereits. Dann ging ich in die kleine Küche der Wohnung, um Essen für den Klienten zu bereiten. Ich öffnete den Kühlschrank, und sah, dass es nur Hipp-Gläser gab. Abgesehen von der Baby-Nahrung war der Kühlschrank leer. Das schockierte mich neuerlich. Ich war fassungslos. Ich entschied, die Wohnung zu verlassen. Auf meinem Weg hinaus erhaschte ich einen Blick in das Zimmer des Sohnes: die Tür war offen. Ich sah einen neuen Fernseher und eine neue Stereoanlage, Poster mit nackten Frauen, tolles neues Mobiliar und es war eingeheizt. Ich verließ die Wohnung im Schock; ich konnte nicht mit dem Sohn sprechen. Auf meinem Weg nach Hause rief ich eine Freundin an, die in einem ähnlichen Berufsfeld arbeitet und wir sprachen über mein Erlebnis. Danach reichte ich eine offizielle Beschwerde in meiner Organisation über die Lebensbedingungen des Klienten ein. Als Konsequenz wurde der Sohn dazu aufgefordert, innerhalb von einer Woche Handtücher, Nadeln, Essen etc. zur Verfügung zu stellen. Falls er diesen Auflagen nicht nachkommen würde, müsste er sich gegenüber Vertretern der Behörden verantworten, die ihm einen Besuch abstatten würden.

Da sich an der Situation nichts änderte, wurde der Klient schlussendlich in ein Pflegeheim überstellt.

Das Geld, das der Sohn vom Staat für die Pflege seines Vaters erhielt, hatte er nur für sich selbst ausgegeben.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
1. Krankenschwester in der mobilen Pflege und Betreuung Die Erzählerin, ungefähr 40 Jahre alt, stammt aus Österreich. Sie ist alleinerziehende Mutter von zwei Kindern. Zum dem Zeitpunkt des Vorfalls war sie erst kürzlich geschieden und arbeitete seit 4 Monaten in der mobilen Pflege und Betreuung. Sie hat eine liberale Einstellung und einen hohen Sinn für Gerechtigkeit. Sie besitzt ein Diplom in der Krankenpflege und arbeitet bei einem lokalen Dienstanbieter (NGO). 2. Sohn des Klienten Der Sohn, zum Zeitpunkt des Vorfalls ungefähr 40, arbeitslos, ist gebürtiger Österreicher. Der Beschreibung der Erzählerin nach war er sehr ungepflegt und hielt nicht viel davon sich zu rasieren bzw. sich ordentlich zu kleiden. Sie hat ihn als einen sehr einfachen Mann wahrgenommen, der nicht sonderlich gebildet war. 3. Der Klient Der etwa 80 Jahre alte Mann war bettlägerig, litt unter einer bereits sehr weit fortgeschrittenen Demenz und war halbseitig gelähmt. Er brauchte rund um die Uhr Pflege und konnte gar nicht mehr reden, gab nur noch einzelne Laute von sich. Sowohl die Erzählerin als auch der Sohn des Klienten mussten Pflegeaktivitäten nachkommen, die Erzählerin auf einem professionellen Level, der Sohn des Klienten als Familienmitglied. Beide waren ungefähr im gleichen Alter. Der Beschreibung der Erzählerin nach, stammt der Sohn des Klienten aus einen niedrigeren sozialen Schicht als sie selbst. Er war arbeitslos und lebte in einer Sozialwohnung, welche normalerweise nur Personen und Familien mit einem niedrigen Einkommen zugeteilt werden.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
1. Physischer Kontext Der Klient lebte in einem Gemeindebau in einem Außenbezirk von Wien. Die Wohnung bestand aus 2 Zimmern, einer kleinen Küche und einem Badezimmer ohne Fenster. Der Boden war sehr alt, der Fußboden im Eingangsbereich war beschädigt und hatte ein Loch. Den Aussagen der Erzählerin nach war die Wohnung sehr düster und trist. Demnach wurde sich nicht sonderlich gut um die Wohnung gekümmert. Das Licht war ziemlich dunkel und es gab auch keine Zentralheizung, sondern einzelne Heizkörper in jedem Raum. Außer dem Klienten und seinem Sohn schien keine weitere Person dort zu wohnen.

Im Zimmer des älteren Mannes befand sich Schimmel an den Wänden, es war kalt, die Heizung war ausgeschaltet und das Zimmer war mit lauter Kram vollgestopft. Inmitten des Zimmers standen ein Tisch und das Bett des Klienten. Das Zimmer des Sohnes hingegen machte einen ganzen anderen Eindruck mit Postern an den Wänden, großem Fernseher und eingeschalteter Heizung.

2. Psychologischer Kontext
Krankenschwestern in der mobilen Pflege und Betreuung versorgen ihre PatientInnen in deren eigenen vier Wänden und arbeiten normalerweise alleine. Die Erzählerin übte den Beruf erst seit sehr kurzer Zeit aus. Sie durchlebte zu dem Zeitpunkt gerade selbst eine schwierige Phase und hatte nur ein kurzes Zeitfenster für jedeN PatientIn zur Verfügung – 45 Minuten für den Klienten in diesem Fall. Sie hatte diesen Klienten noch nie getroffen und war noch nie in seiner Wohnung gewesen. Dementsprechend wusste sie nicht, was sie dort erwarten würde. Da sie erst vor kurzem geschieden war, war sie zu der Zeit sehr sensibel für Gerechtigkeitsfragen und gerechte Verteilung von Gütern.

3. Sozialer Kontext
Aufgrund der demografischen Entwicklung ist die Pflege und Betreuung von Älteren zu einem zentralen Diskussionsthema in Öffentlichkeit und Politik geworden. Bis heute ist die Frage nicht gelöst, wie das Sozialversicherungssystem an den wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen angepasst werden kann. Die Organisation von Pflege und Betreuung ist zudem ein Thema in vielen Familien, da sie entscheiden müssen, ob sie sich selbst um die Älteren kümmern, Heimhilfen/Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen oder ob sie stationäre Einrichtungen bevorzugen. Dabei muss auch geklärt werden, die das alles finanziert werden kann. Zurzeit gibt es verschiedene Pflegegeldstufen. Zwischen den österreichischen Bundesländern gibt es große Unterschiede, wieviel Geld man jeweils bekommt. Wissenschaftliche Analysen zeigen aber, dass das Geld, das die Familien erhalten, in den meisten Fällen nicht ausreicht, um die gesamten Pflegeleistungen zu decken.
Familienarbeit und Pflege wurde traditionell mit Frauen in Verbindung gebracht und ist ein typisches Beispiel für eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene wird der Pflege nur wenig Wertschätzung entgegen gebracht. Sie wird nicht als wesentliches Element für das Funktionieren einer Gesellschaft angesehen. Folglich ist die professionelle Pflege- und Betreuungsarbeit oftmals schlecht vergütet und familiäre Pflegearbeit erfolgt ohne Bezahlung, überwiegend von weiblichen Familienmitgliedern. Somit kann Pflege und Betreuung als „unsichtbare Arbeit“ gesehen werden, die wenig soziale Anerkennung erfährt.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der größte Schock war der Kühlschrank, der abgesehen von der Baby-Nahrung komplett leer war. Jedoch wurde es von Raum zu Raum immer schlimmer, vom Zimmer des Klienten bis hin zur Küche. Der Raum des Sohnes stellte dann schließlich den kompletten Kontrast zum Rest der Wohnung dar. Die Krankenschwester fühlte sich auf diesen Schock hin zunächst gelähmt und kraftlos. Als sie dann noch den Raum des Sohnes sah, verspürte sie gleichzeitig eine gewisse Wut, aber auch Hilflosigkeit und war besorgt um die Gesundheit des Klienten.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Rangordnung von Bedürfnissen: Einige Bedürfnisse sind wichtiger als andere (z.B. Hygiene, Essen, saubere Lebensumstände). Jeder Mensch hat das Recht, dass diese Bedürfnisse – unabhängig vom jeweiligen Zustand – erfüllt werden. Anderen Werten, wie materiellem Reichtum oder Vergnügen, Vorrang gegenüber diesen Grundbedürfnissen zu geben, ist moralisch falsch. Die Erzählerin hält Werte wie persönliche Sicherheit für extrem wichtig. Dieser Wert wurde durch die Unterernährung, den Schimmel, den Schmutz und die Kälte im Zimmer bedroht. **Schutz für die schwächeren Mitglieder der Gesellschaft – Orientierung an sozialer Gerechtigkeit:** Einige Mitglieder der Gesellschaft können nicht für die Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse sorgen – wie Kinder, kranke oder ältere Menschen. Diese Menschen brauchen Hilfe von anderen. (Arbeitslosigkeit oder ein schwacher sozialer Status bedarf aus Sicht der Erzählerin keiner besonderen Aufmerksamkeit – zumindest nicht im gleichen Ausmaß wie der Zustand des Klienten.) Soziale Gerechtigkeit bedeutet, dass man jeden Menschen mit Respekt behandelt und dessen Recht auf Würde schützt. Bestimmte Lebensbedingungen (ohne soziale Kontakte, ohne Heizung, unsaubere Bedingungen) sind nicht zu legitimieren. Grundrechte sind unabwendbar und bedürfen einem spezifischen Schutz. **Familie als Schutzraum:** Familienmitglieder sollten füreinander da sein und sich gegenseitig respektieren. Die familiäre Verbindung steht für emotionale Nähe und ist nicht nur eine biologische Beziehung. Kinder sollten sich um ihre älteren Verwandten kümmern. Das heißt nicht unbedingt, dass sie die Arbeit der professionellen Pflegekräfte übernehmen sollen, sondern dass sie ihnen vor allem emotionalen Beistand leisten. Wenn man seine Familienmitglieder schlecht behandelt und vernachlässigt, ist dies besonders abscheulich, da es sich um eine enge persönliche Beziehung handelt. **Gesellschaftsvertrag / System der Wohlfahrt** Geld wird für bestimmte Zwecke verteilt; die EmpfängerInnen können nicht nach ihrem Gutdünken entscheiden, wofür sie das erhaltene Geld ausgeben. Die Aufteilung des Geldes zwischen Vater und Sohn sollte zumindest gerecht sein; dass der Sohn sein Zimmer heizt und das des Vaters nicht, ist empörend. Das Vertrauen in die staatlichen Behörden, die dem Sohn das Pflegegeld austeilen, ist erschüttert. Starke Ausrichtung an der **beruflichen Identität** als mobile Krankenschwester: Krankenpflegerin zu sein heißt, Empathie für KlientInnen zu zeigen und nicht nur bestimmte Aufgaben zu verrichten, wie z.B. Insulin zu verabreichen. Die Erzählerin fühlt sich für die Menschen, die sie versorgen muss, verantwortlich, kümmert sich um sie und nimmt ihre Arbeit sehr ernst. Aufgrund der schlimmen Lebensbedingungen fürchtete sie, dass die Qualität der Versorgung ihres Klienten beeinträchtigt ist. Für die Erzählerin ist die Pflege ihrer

KlientInnen nicht nur eine professionelle Aufgabe, sondern damit sind auch emotionale Komponenten verbunden. Diese drücken sich etwa in der Gestaltung der räumlichen Bedingungen, in denen die KlientInnen leben, aus. Gute Pflege und Betreuung hat auf eine bestimmte Art und Weise auszusehen.
Die Erzählerin hat hohe Ansprüche an die Qualität der Pflege und Betreuung, diese zu erfüllen ist für sie auch eine moralische Frage.
Eine ihrer Prioritäten umfasst, im Angesicht von Ungerechtigkeit auch zu handeln und professionelle Verantwortung zu übernehmen: Da ihre Qualitätsstandards für die Pflege des Klienten nicht erfüllt waren, musste sie handeln. Sie wollte dem Klienten helfen und eine sinnvolle Veränderung herbeiführen. Sie fühlte sich allerdings hilflos, weil sie dem Patienten nicht direkt vor Ort helfen konnte.

Von **Armut** schockiert:
Als sich der Vorfall ereignete, war die Krankenpflegerin noch relativ neu in dem Beruf und hatte noch nicht viele Sozialwohnungen bzw. ärmere Haushalte gesehen. Den Schock, den sie erlebt hat, kann man auch als Armuts-Schock bezeichnen (z.B. das Fehlen von ausreichend Tüchern, das Nichtvorhandensein von Essen). Das korrespondiert mit ihrer professionellen Identität und den Qualitätsstandards, an denen sie festhält. Für sie sind Sozialwohnungen kein geeigneter Platz, um kranke Menschen zu pflegen. Auf der anderen Seite gibt es auch keine Regel oder kulturelle Verpflichtung, wie viele Tücher jemand in seinem Haushalt besitzen muss.

Gesetzestreues Verhalten:
Die Pflegekräfte sind dazu angehalten, Verhalten von Seiten der KlientInnen oder der Angehörigen, das die KlientInnen in Gefahr bringt, weiterzugeben. Dem österreichischen Gesetz nach kann solch ein Verhalten gemeldet werden, und ein Gericht entscheidet dann, ob weiterhin zuhause gepflegt werden kann, oder ob andere Pflegearrangements getroffen werden müssen. Die Krankenpflegerin hat in dem Fall versucht, gesetzestreu zu handeln, und das Risiko, in dem sich der Vater befindet, richtig einzuschätzen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ, keine vertrauensvolle Person; ein Prolet, der sich nicht um die Bedürfnisse seines Vaters kümmert

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Medizinische Versorgung erfolgt durch ExpertInnen: Unsicherheit: Der Sohn verfügt möglicherweise nicht über die notwendigen Informationen, sich nach professionellen Standards um seinen Vater zu kümmern. Da der Vater von ausgebildeten KrankenpflegerInnen versorgt wird, denkt der Sohn, dass sein Vater ausreichend gepflegt wird.

Sich um eine kranke Person zu kümmern, die nicht in der Lage ist, sich verbal auszudrücken, kann für einen Laien sehr anstrengend sein, vor allem für den Sohn, der zusehen muss, wie sich der Zustand des Vaters nach und nach verschlechtert.
Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften sieht für den Sohn so aus, dass er alle notwendigen Materialien für die Pflege seines Vaters zur Verfügung stellt: eine Nadel, ein Tuch und Wasser zur Reinigung des Vaters etc.

Familiäre Pflege wird durch **Anwesenheit** und das **Zusammenleben** zum Ausdruck gebracht:
Da der Vater bettlägerig ist, hat er andere Bedürfnisse als der Sohn. Die Bedürfnisse des Vaters werden so erfüllt, dass der Sohn ihm das Essen kauft, das er essen kann, dass der Vater weiterhin zuhause leben kann und nicht in eine spezielle Pflegeeinrichtung geschickt wird.
Individuelle Orientierung an materiellem Wohlstand, Vergnügen und Unterhaltung: Das Zimmer des Sohnes ist nach seinen Bedürfnissen eingerichtet und bringt seine Kultur und sein Alter zum Ausdruck. Natürlich handelt es sich dabei nicht um die gleichen Bedürfnisse, die der Vater hat.
Bedingtheit der Bedürfnisse je nach sozialer Situation: Die Bedürfnisse einer Person erwachsen aus dem allgemeinen Zustand, in dem sich die Person befindet, ihrem Lebenszusammenhang. Während ein junger Mann sich durch den Kauf von teuren Produkten an der Gesellschaft teilnehmen will (begrenzte Möglichkeiten für Arbeitslose, sich am Konsum zu beteiligen), brauch ein kranker, alter Mann vielleicht keine aufwendige Dekoration oder einen Fernseher.
Die Pflege des Vaters könnte eine finanzielle Belastung für den arbeitslosen Sohn darstellen, was sich im Zustand der Wohnung widerspiegelt. Für den Sohn scheint die Pflege des Vaters, sowie die Erfüllung seiner eigenen Bedürfnisse einen höheren Stellenwert zu haben, als die Instandhaltung der Wohnung.

Pragmatismus:
Zu den Grundbedürfnissen eines Menschen zählen, ein Dach über dem Kopf zu haben, ein Bett zu besitzen, sowie Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen zu können. Diese Grundbedürfnisse des Vaters sind erfüllt.
Schnelligkeit: der Sohn will keine Zeit damit verschwenden, das Essen für seinen Vater vorbereiten zu müssen, also kauft er ihm Babynahrung, um Zeit zu sparen.

Familienhierarchie: Der Sohn besitzt die rechtliche und formale Verantwortung für den Vater, da er die Rechnungen zahlt und Dokumente für seinen Vater unterschreibt.
Familienoberhaupt als derjenige, der die Verantwortung trägt: Festlegung von Prioritäten, Entscheidungen treffen

Skepsis gegenüber Institutionen:
Es könnte spekuliert werden, dass der Sohn eine negative Sicht auf österreichische Institutionen und VertreterInnen von Behörden hat, da er schlechte Erfahrungen mit ihnen gemacht hat und sich von ihnen vernachlässigt fühlt – als Mitglied einer niedrigen sozialen Schicht.
Falls er das Geld für die Pflege des Vaters für sich selbst ausgegeben hat, so wie es die Erzählerin behauptet, hat er vielleicht versucht ein System auszutricksen, von dem er sich nichts erwartet. Falls er das Geld für sich selbst ausgegeben hat, hat er damit vielleicht seine Handlungsfähigkeit unterstrichen und sich institutioneller Kontrolle entzogen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
1. Pflegestandards Eines der größten Probleme bei diesem Vorfall betrifft die Pflegestandards. Pflegearbeit liegt am Schnittpunkt zwischen professionellen und privaten Tätigkeiten von Familienmitgliedern: Was gilt als gute Pflege? Wie sieht ein liebevolles Zuhause aus? Und wer entscheidet, ob ein Handtuch zur Pflege ausreicht oder aber als Ausdruck von Vernachlässigung gesehen wird? Da viele Pflegedienste mit den Verwandten der Betroffenen kooperieren, müssen professionelle Standards mit den Betreuungsvorstellungen der Familie synchronisiert werden. Dabei ist der Pflegeansatz jeweils unterschiedlich. Während die Erzählerin dem Sohn des Klienten eine schlechte Persönlichkeit attestiert, könnte es auch sein, dass sie von der Armut, in der Vater und Sohn leben, geschockt ist. Die Vernachlässigungen, die sie in der Wohnung sieht, könnten auch eine Folge der sozialen Differenz und der unterschiedlichen Lebensbedingungen des Klienten und der Erzählerin sein, und nicht individuelle Fehlleistungen des Sohnes. Auf der anderen Seite ist die Erzählerin beruflich für die Pflege ihrer KlientInnen verantwortlich. Folglich muss sie in der Lage sein, ihre Bedenken auszuräumen – entweder durch professionelle Kontrolle oder durch ein Gespräch mit dem Sohn des Klienten. 2. Diplomierte KrankenpflegerInnen in der mobilen Pflege und Betreuung als „AnwältInnen“ ihrer KlientInnen Weil die Pflegekräfte im Zuhause von KlientInnen arbeiten, erleben sie viele Dinge, von denen die Behörden nichts wissen. Sie erhalten intime Einblicke in die jeweiligen Lebensbedingungen der KlientInnen, zu deren Wohlergehen, sowie allgemeiner Gesundheit. Auf diese Weise können sie eine wichtige Rolle als FürsprecherInnen oder AnwältInnen der KlientInnen spielen, wenn sie mangelnde Sorgfalt oder Probleme mit den Lebensbedingungen wahrnehmen. Dies gilt auch für die Situation, wenn aufgrund des Gesundheitszustands ein/-e Klient/-in zu Hause nicht mehr adäquat versorgt werden kann. Deswegen sollte das Beobachten und Beurteilen von Lebensbedingungen Teil der Ausbildung von Pflegekräften in der mobilen Pflege sein. Sie könnten lernen, wie man auf kritische Weise Details in den Wohnungen beobachtet. Wenn sie sich über eine mögliche Gefährdung für den/die Klienten/-in nicht ganz sicher sind, sollten sie professionellen Rat im Team oder bei KollegInnen suchen. Auf der anderen Seite könnte dies für die Pflegekräfte auch eine Überforderung darstellen, da sie keine SozialarbeiterInnen sind. Die Einschätzung der sozialen Situation sprengt gewissermaßen ihren Tätigkeitsbereich. Aus diesem Grund sollte die Kommunikation und Zusammenarbeit von verschiedener DienstleisterInnen und Behörden erleichtert werden, damit die Pflegekräfte wissen, an wen sie sich im Falle einer potenziellen Gefahr wenden können. 3. Schulung der Angehörigen Die Pflege und Betreuung von Verwandten kann für Angehörige sehr hart sein. Auf der einen Seite fehlt ihnen das nötige Fachwissen und sind somit leicht überfordert. Auf der anderen Seite neigen sie dazu, stark emotional belastet zu sein, wenn ihre Verwandten krank sind.

Die DienstleisterInnen könnten pflegende und betreuende Angehörige ausbilden und informieren, sobald sie anfangen mit den KlientInnen zu arbeiten – bezüglich medizinischer Verfahren, der Gestaltung von Pflegesettings sowie emotionalen Herausforderungen. Dazu wurde in Österreich eine Interessensgemeinschaft gegründet: https://www.ig-pflege.at/

4. Private Pflege und Betreuung
Es wird deutlich, dass die Pflege und Betreuung von Angehörigen gesamtgesellschaftlich immer noch eine gewisse familiäre Verpflichtung darstellt – zum einen weil sich die Familienmitglieder moralisch verpflichtet fühlen, sich um ihre Verwandten zu kümmern, oder zum anderen, weil sie es sich nicht leisten können, spezielle Pflegeeinrichtungen zu bezahlen. Folglich gibt es viele Menschen, die Angehörige pflegen und betreuen, nicht weil sie das gerne möchten, sondern weil sie sich keine Alternative leisten können oder weil sie sich sozial und emotional dazu verpflichtet fühlen.
Möglicherweise gibt es in bestimmten Berufsfeldern auch mangelnde Bemühungen, pflegende und betreuende Angehörige als Verbündete zu sehen, und sie bei ihrer Tätigkeit zu stärken.

5.6 DER LEHRER

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 25.01.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Mobile Dienste / Hauskrankenpflege Vorurteile gegenüber MuslimInnen

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Diplomierte Krankenpflegerin in der mobilen Pflege und Betreuung

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Bei meiner Tätigkeit als mobile Krankenpflegerin betrat ich eine Wohnung eines Patienten in Wien, der nach einer Hauttransplantation täglich den Wundverband gewechselt bekommen musste. Der Mann beschwerte sich lautstark über eine Kollegin türkischer Herkunft, die ein Kopftuch trägt. Er wirkte gebildet, war ein pensionierter Gymnasiallehrer. Trotz zahlreicher Beschwichtigungsversuche meinerseits ließ er sich nicht beruhigen. Er behielt sein ausfallendes Verhalten bei, schimpfte und lästerte über meine Kollegin, die ich persönlich gerne mochte. Er schrie, dass Moslems intolerant seien, diskriminierend und frauenfeindlich, gehirngewaschen, unselbstständig denkend, dumm und leicht zu manipulieren. Schließlich stellte sich heraus, dass der Patient selbst homosexuell war und sich durch den Islam diskriminiert fühlte. Mein Schock vollzog sich nicht, weil der Patient über den Islam schimpfte, sondern als er anfing, meine Kollegin persönlich zu beleidigen. Zu Beginn seiner Tiraden dachte ich noch, dass jeder Mensch ein Recht auf eine eigene Meinung hat. Aber als er so die Kontrolle verlor und immer angriffiger wurde, fühlte ich mich plötzlich selbst angegriffen. Er erzählte, dass er den Koran gelesen habe und der Meinung sei, dass er als Homosexueller dem Koran zu Folge kein Recht hatte, zu leben. Ich versuchte zu erklären, dass die Religionszugehörigkeit meiner Kollegin keine Attacke auf ihn als Person darstellte und er sie nicht persönlich nehmen sollte. Ich verteidigte meine türkische Kollegin, versicherte, dass sie gut integriert sei, nie etwas Negatives gegen Homosexuelle geäußert hatte und ohne einen Unterschied zu machen, Personen unterschiedlicher kultureller Hintergründe pflegte und betreute. Ich legte weiter dar, dass sie keinen Job finden und behalten könne, wenn ihre Religionszugehörigkeit Einfluss auf ihre Arbeit als Diplomierte nehmen würde. Die Situation eskalierte. Der Patient fühlte sich missverstanden, war verletzt. Ich konnte nicht sachlich mit ihm diskutieren.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
1. Mobile Krankenschwester: Österreicherin; 29 Jahre alt; für alle Religionen offen, glaubt an Gott, beschreibt sich aber nicht als religiös; politisch liberal; arbeitet als diplomierte Krankenschwester in der mobilen Pflege und Betreuung bei einer gemeinnützigen Organisation, die Pflege und soziale Dienste anbietet 2. Der Patient Österreicher; circa 60 Jahre alt; Atheist; eher linke politische Positionierung; homosexuell; Orientierung an Respekt, Akzeptanz und Gleichberechtigung; früherer Gymnasiallehrer (hohe Schulbildung, Universitätsabschluss), jetzt pensioniert. Hatte eine Hauttransplantation und benötigt tägliche Pflege an seinem rechten Bein. 3. Die türkische Kollegin In der Türkei geboren, arbeitet und lebt aber schon seit einiger Zeit in Österreich. Weiblich, circa 40 Jahre alt, Muslimin; politische Orientierung ist unbekannt; trägt dunkle Kleidung, einen Schleier und zieht bei ihrer Arbeit als mobile Krankenschwester nicht viel Aufmerksamkeit auf sich.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Der Vorfall ereignete sich in der **Wohnung des Patienten**. Die Wohnung war recht groß, mit vielen Büchern, modernen Möbeln und Audio-Geräten. Sie machte einen sauberen Eindruck, und da viel Licht in die Zimmer drang, war es hell und farbenfroh. Der Patient lebte allein; es gab keine Anzeichen dafür, dass noch jemand in dem Apartment wohnte. Ansonsten war auch niemand in der Wohnung präsent, als sich der Vorfall ereignete.

Mobile Pflegekräfte pflegen PatientInnen in deren Wohnungen. Sie arbeiten in der Regel alleine, doch verschiedene Pflegekräfte teilen eine/-n Patienten/-in. Entweder arbeiten sie in Schichten oder einE KrankenpflegerIn pflegt den/die Patienten/-in in der einen Woche und in der darauffolgenden Woche einE andereR, je nach Terminplan und Arbeitszeit.

Diskriminierung von Homosexuellen in unterschiedlichen Lebensbereichen hat eine lange Tradition in Österreich. Im Lauf des 20. Jahrhunderts waren Homosexuelle oft von Gewalt und Verfolgung betroffen. In den 1970er Jahren begann die Entkriminalisierung von Homosexualität; Antidiskriminierungsgesetze wurden 2004 im Kontext von EU-Gesetzgebung verabschiedet. Bis zum heutigen Tag werden Homosexuellen in Österreich nicht alle Rechte und Schutzmechanismen zugestanden, die Heterosexuellen gewährt werden. Dennoch erzielte anhaltender politischer Aktivismus zahlreiche Erfolge im Kampf um gleiche Rechte, nahm Einfluss auf öffentlichen Diskurs und verringerte die Akzeptanz für negative Einstellungen gegenüber Lesben und Schwulen. Neben konservativen und politisch rechten Kräften, vertreten vor allem weite Teile der katholischen Kirche in Österreich eine anti-homosexuelle Geisteshaltung.

Eine der größten MigrantInnengruppen in Österreich bilden Menschen, die aus der Türkei eingewandert sind. Zugleich handelt es sich bei **türkischen MigrantInnen** auch um eine stark abgewertete Bevölkerungsgruppe, denen eine Vielzahl negativer Stereotype zugeschrieben werden. Darunter etwa das Bild großer türkischer Familien, die nach Österreich auswandern, um von Sozialleistungen zu profitieren, aber nicht bereit sind, die deutsche Sprache zu lernen und sich in die österreichische Gesellschaft zu integrieren – „Parallelgesellschaften“ gilt in diesem Zusammenhang als geflügeltes Wort. In verhetzenden Darstellungen türkischer ÖsterreicherInnen fungieren Minarette und Schleier als Symbole, den Islam auf negative Art und Weise zu repräsentieren und mit Separatismus und Ablehnung liberaler Werte gleichzusetzen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Krankenschwester war zu allererst **überfordert** und **hilflos**; sie konnte die Situation nicht beruhigen. Sie hatte kein Verständnis für die anhaltenden Tiraden des Patienten. Sie **fühlte sich persönlich angegriffen** und sah sich gezwungen ihre türkische Kollegin, aber auch sich selbst zu verteidigen. Dadurch wurde sie in eine Vermittlerrolle zwischen dem Patienten und ihrer türkischen Kollegin, die nicht einmal anwesend war, gedrängt.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Für die Erzählerin stellt das Recht eines jeden Menschen, die eigene Meinung zu äußern, einen hohen Wert dar, solange dabei keine Grenze überschritten werden. Die verbale

Attacke einer Frau aufgrund ihrer Religionszugehörigkeit ist ihrer Meinung eine Grenzüberschreitung, während eine generelle Kritik der Religion für sie akzeptabel ist. Hier zeigt sich ihre **Orientierung an individueller Freiheit**: die Handlungsfreiheit von Personen begrenzt sich nur durch die Handlungsfreiheit anderer Personen. Jeder Mensch kann frei handeln, insoweit er/sie keinem/-r anderen Schaden zufügt. Diese Vorstellung ist eine grundlegende Maxime liberaler Gesellschaften, verbunden mit Idealen wie Meinungsfreiheit und Meinungsvielfalt. Die Maxime ist mit der Aufklärung verbunden. Mit ihr ist eine implizite Hierarchisierung von Ratio und wissenschaftlichem Denken über religiöse Vorstellungen, die untergeordnet werden, verbunden.
Während der Patient das Recht auf seine eigene Meinung zum Islam hat, hat die Kollegin die gleiche Freiheit, einer anderen Meinung zu dieser Religion zu sein (auch was das Tragen von bestimmter Kleidung angeht), solange es keinen (negativen) Einfluss auf ihre Arbeitsleistung hat.
Es ist inakzeptabel, einen Menschen wegen dessen Religionszugehörigkeit zu beleidigen. Dasselbe gilt für die Abwertung von Menschen auf Basis ihrer sexuellen Orientierung.

Multikulturalität: Die Erzählerin hält an einer pluralistischen Sicht fest, der zu Folge die religiösen Vorstellungen von Gesellschaftsmitgliedern miteinander kollidieren können, ohne Einfluss darauf zu haben, wie diese Personen miteinander interagieren. In diesem Sinne orientiert sie sich an Toleranz und Akzeptanz von verschiedenen Glaubens-und Wertesystemen. Gleichzeitig behauptet die Krankenschwester, dass ihre Kollegin „gut integriert“ sei. Das dokumentiert, dass sie sehr wohl findet, es gebe dominante, soziale Regeln, an die sich Personen, die in Österreich leben, anzupassen haben. Während jedes Individuum dazu berechtigt ist, seine eigenen Ansichten zu haben, sollte das Verhalten mit einer spezifischen Form der sozialen Organisation im Einklang stehen.

Individualismus: Ein Individuum soll nicht durch Einstellungen und Merkmale beschrieben werden, die der Gruppe, die es angehört, zugeschrieben werden. Vielmehr sollte jede Person entsprechend ihrer individuellen Handlungen wahrgenommen werden. Dadurch bringt die Erzählerin außerdem zum Ausdruck, dass man mit Verallgemeinerungen und Stereotypen vorsichtig sein soll. Sie regt sich nicht weiter über die inhaltlichen Aussagen des Patienten über den Koran auf, sondern eher darüber, dass diese Aussagen auf die Kollegin übertragen werden, nur weil sie Muslimin ist. Interessanterweise hat aber auch die Erzählerin stereotype Erwartungen, die sie an den Patienten richtet: nämlich, dass dieser tolerant sein muss, da er selbst einer Minderheit angehört. Außerdem denkt sie, dass er als gut ausgebildete Person, keine Klischees gegenüber Minderheiten haben sollte.

Unterscheidung zwischen privatem und öffentlichem Selbst: Das Privatleben einer Person (z.B. persönliche, religiöse Ansichten) darf keinen Einfluss auf das Verhalten im Berufsleben haben. Doch das Privatleben von berufstätigen Personen sollte auch vor Urteilen, Kritik und Attacken geschützt werden.

Solidarität mit KollegInnen: Die Krankenschwester empfindet die Notwendigkeit, ihre Kollegin wegen den ungerechten Beleidigungen zu verteidigen. Da der Patient sich nicht beruhigt und die Kollegin weiter beleidigt, fühlt sich die Krankenschwester selbst angegriffen. Sie möchte gerne, dass es bei der Arbeit harmonisch zugeht und hat das Bedürfnis als Mediatorin zwischen der Kollegin und dem Patienten zu agieren. Sie hätte ihn auch weiter schimpfen lassen können. Dies könnte auf eine Präferenz hinweisen, aktiv gegen Ungerechtigkeit Stellung zu beziehen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negative Beurteilung des Patienten und der Art und Weise wie er seine Gefühle zum Islams zum Ausdruck bringt, in dem er eine Person, die mit ihm arbeitet, beleidigt; unlogisch, weil er eine ganze Religion angreift; aggressiv;

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Die Werte, an denen der Patient festhält, sind folgende: ▪ **Sexuelle Freiheit** und **Gleichberechtigung aller Menschen** unabhängig von Geschlecht und sexueller Orientierung ▪ **Toleranz** ▪ **Bildung** Der Patient expliziert, Toleranz und Gleichberechtigung hochzuhalten. Dieser Position läuft aber sein Verhalten zuwider, weil er MuslimInnen auf Basis ihrer Religionszugehörigkeit abwertet und sie auf stereotype Art und Weise darstellt. Während er für einen allgemein gültigen Begriff von Toleranz verschiedener Weltanschauungen argumentiert, wählt er selbst, welche Weltanschauungen er akzeptiert und welche nicht. Somit schätzt er den Wert der sexuellen Freiheit stärker als den der Religionsfreiheit. Seine Form der Charakterisierung von Religiosität assoziiert diese mit Analphabetismus und frühzeitlichen Gesellschaften. Dagegen interpretiert er seine Weltsicht als erhaben und positioniert westliche, säkulare Gesellschaften an der Spitze sozialen Fortschritts. Seine Weltsicht ist mit Bildung, Gleichberechtigung der Geschlechter, sexueller Gleichheit, Autonomie und Toleranz verbunden – und ist seiner Meinung nach mehr wert als die islamische Weltanschauung. Demzufolge müssen die Werte des westlichen, säkularen Liberalismus an andere Gesellschaften weitergegeben werden. Er behauptet, alle nötigen Informationen zum Islam gelesen zu haben und unterstützt damit seine eigene Orientierung an Bildung. Er behauptet, dass seine Anschuldigungen rational begründet sind. Die **Logik** seiner Argumentation beruht darauf, **Identitätsgruppen gegeneinander zu positionieren**: MuslimInnen gegen Homosexuelle. Der er der Gruppe der Homosexuellen angehört, fühlt er sich von MuslimInnen schlecht behandelt. Und da die Kollegin Muslimin ist, greift er sie für all das an, was er am Islam negativ findet. Dieser Logik zufolge reicht es aus, dass die Kollegin Muslimin „ist", damit er das Gefühl hat, aufgrund eines Kernelements seiner Identität diskriminiert zu werden – in seinem Fall ist das die Homosexualität.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**

Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?
1. Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung durchbricht die Trennung von Öffentlichkeit und Privatheit Öffentlichkeit und Privatheit werden als getrennte Sphären angesehen, die sich hinsichtlich der darin vollbrachten Tätigkeiten, der typischen Beziehungsformen und Verhaltensmuster unterschieden. Mobile Pflege und Betreuung durchbricht diese Trennung, weil es sich um eine berufliche Tätigkeit (öffentlich) handelt, die bei den jeweiligen PatientInnen zuhause (privat) stattfindet. Durch diese Art der Pflege und Betreuung ergeben sich Herausforderungen für alle Beteiligten. PatientInnen können das Gefühl haben, dass Außenstehende in ihre Intimsphäre eindringen, weswegen sich die Pflegekräfte an ihre Empfindsamkeiten anpassen sollen. Die Pflegekräfte hingegen betrachten sich nicht als Gäste, sondern als professionelle Fachkräfte, die ihrer Arbeit nachgehen. Folglich müssen die Grenzen zwischen öffentlich und privat auf sensible Art und Weise navigiert werden. Pflegekräfte müssen vor PatientInnen geschützt werden, die sich daneben benehmen. Gleichzeitig sollte ihnen bewusst sein, dass sich die PatientInnen möglicherweise in ihrer Privatsphäre gestört fühlen. Die PatientInnen müssen darauf aufmerksam gemacht werden, dass mobile Pflege und Betreuung eine professionelle Praxis ist, auch wenn sie in ihrem eigenen Haushalt durchgeführt wird. Somit können sie nur die professionellen Tätigkeiten bewerten und dürfen die Pflegekräfte nicht so behandeln, als würden sie sie persönlich kennen. Das Verhalten in diesem Zwischenbereich zwischen öffentlich und privat könnte aus interkultureller Perspektive weiter verkompliziert werden; Menschen unterschiedlicher sozialer und kultureller Hintergründe müssen in einer ambivalenten Zone zusammenarbeiten, in der Verhaltensregeln oft unklar sind. Deswegen muss angesprochen werden, ▪ auf welche Weise die Pflegekräfte und die PatientInnen eine persönliche Ebene miteinander herstellen, ▪ und wie sie zugleich ihre individuellen Identitäten schützen können, schließlich handelt es sich um einen beruflichen Austausch. 2. Empfehlungen für die Organisation der mobilen Pflege und Betreuung Pflege- und Betreuungskräfte sind, dadurch dass sie die PatientInnen zuhause pflegen/betreuen, mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert und dabei oft auf sich alleine gestellt. Daher ist der Erfahrungsaustausch über PatientInnen innerhalb des eigenen Teams von großer Bedeutung (Fallsupervision). Vorfälle mit schwierigen oder unangenehmen PatientInnen müssen umgehend an das ganze Team kommuniziert werden, sodass man sich in Zukunft auf ähnliche Situationen vorbereiten und Strategien erarbeiten kann, wie man mit solchen PatientInnen umgeht. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit, den/die spezifische/-n Patienten/-in im Beisein von KollegInnen zu konfrontieren. Die Möglichkeit, PatientInnen mit KollegInnen zu tauschen, falls eine schlechte Erfahrung gemacht wurde, und den Terminplan anzupassen, kann eine mittelfristige Lösung sein. Schwierige PatientInnen könnten auch von zwei Pflegekräften besuchen werden. 3. Interkulturalität und Gruppenlogik Oft entstehen Konflikte nicht durch spezifische Aktionen von einzelnen Personen, sondern durch das Aufrufen von stereotypen Gruppendarstellungen. Bei diesem Ereignis wird

vermutet, dass unterschiedliche Weltanschauungen miteinander in Konflikt geraten, während eine Diskussion über die konkreten Ansichten der interagierenden Personen vermieden wird. Die religiöse Zugehörigkeit der Krankenpflegerin steht für den Patienten stellvertretend für Attacken auf liberale Gesellschaften und sexuelle Gleichberechtigung. Die türkische Krankenschwester hat jedoch nie eine dieser Ansichten zum Ausdruck gebracht, während dem Patienten, je länger er Beleidigungen äußert, Diskriminierung vorgeworfen werden kann. Durch die Fokussierung auf stereotype Gruppendarstellungen, anstatt sich mit den konkreten Personen auseinanderzusetzen, werden Diskriminierung und Vorurteile eher reproduziert als bekämpft.

5.7 NACKT

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 10.02.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Nonverbale Kommunikation Nackter Körper Bedrohte Identität: auf den Körper reduziert werden

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patientin, die einen niedergelassenen Gynäkologen aufsucht

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich lebte erst kurze Zeit in Wien, als ich das Gefühl hatte, schwanger zu sein und deswegen dringend eine gynäkologische Praxis aufsuchen wollte. Ich ging zu einem Frauenarzt in dem Bezirk, in dem ich wohnte. Er war ein sehr netter Arzt, die Praxis schien auch in Ordnung zu sein, aber nach meinem ersten Besuch bin ich niemals wieder zu ihm gegangen. Nachdem ich in der Praxis ankam, erklärte mir die Arzthelferin, dass ich den Arzt in Kürze sehen könnte. Sie wies mich an, mich bis auf die Unterhose auszuziehen und mich in einem der Zimmer, einer Art zweitem Wartezimmer, niederzusetzen. Also zog ich mich aus und nahm in meiner Unterhose auf einem der bereitgestellten Sessel Platz. Ich saß dort für eine Weile, dann noch eine Weile und begann, mich zunehmend unwohl zu fühlen. Nach einer Zeit betrat eine andere Frau, auch nackt bis auf ihre Unterhose, den Raum und setzte sich hinter mich. Ich habe über 30 Minuten nackt in diesem Zimmer gesessen und mich sehr unwohl gefühlt. Zudem habe ich auch die andere Patientin bemitleidet. Endlich war es mir möglich, den Doktor zu sehen. Während der Untersuchung musste ich die ganze Zeit daran denken, dass ich beim Verlassen des Behandlungszimmer nackte, wartende Frauen ansehen werden muss. Zu diesem Arzt würde ich nie wieder gehen, das war sicher. Anschließend erzählte ich meinem Mann, dass ich versuchen würde, einen muslimischen Gynäkologen zu finden. Der würde sicherlich sorgsamer mit nackten Frauen umgehen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

1. Die Erzählerin

Die Erzählerin ist eine in Mexiko geborene Frau mit langjähriger akademischer Ausbildung (Doktortitel, Mitarbeit in Forschungsprojekten). Sie hat in Mexiko, Ägypten, Frankreich und dem Libanon gelebt und gearbeitet, bevor sie nach Österreich kam. Neben ihrem wissenschaftlichen hat sie auch einen diplomatischen Hintergrund.
Zum Zeitpunkt des Ereignisses lebte die Frau erst seit kurzem in Österreich. Sie hatte sich dafür entschieden, gemeinsam mit ihrem Ehemann in Österreich eine Familie zu gründen. Deswegen hat sie auch ihre diplomatische Karriere aufgegeben, weil sie viele Distanzbeziehungen in die Brüche gehen sehen hat und nur Kinder bekommen wollte, wenn sie mit ihrem Partner am selben Ort lebte. Zum Zeitpunkt des Vorfalls war sie Anfang 30 und dachte, schwanger zu sein.
Sie erklärt, dass sie sich selbst als Migrantin empfindet (Selbstbild), sie in Österreich mit dieser Wahrnehmung aber auch viel von außen konfrontiert wurde – speziell mit stereotypen Bildern lateinamerikanischer Frauen (Fremdbild). Während sie selbst ein sehr positives Bild von Migration und Mehrsprachigkeit hat (sie spricht 7 Sprachen), thematisiert sie, dass sie als „lateinamerikanische Frau“ und „Migrantin“ oft abgewertet wurde.
Sie ist eine gläubige und praktizierende Katholikin; ihre katholische Sozialisation hat sie Mexiko erfahren.

2. Gynäkologe und Arzthelferin

Ein männlicher Frauenarzt, circa 55 Jahre alt, und eine weibliche Arzthelferin, in ihren 20ern, die in einer gynäkologischen Praxis in einem Wiener Innenstadtbezirk arbeiten. Beide sind deutschsprachig. Die Erzählerin glaubt, dass der Arzt Katholik war. Die Art und Weise, wie der Arzt die Behandlung von Patientinnen strukturiert, lässt vermuten, dass er von einem westlichen Medizinverständnis geprägt ist. Diagnosen werden von einem ausgebildeten Fachmann (ihm) vorgenommen, der sich an klare Vorgangsweisen und Diagnoseschritte hält. Die Patientinnen spielen keine aktive Rolle, viel wichtiger sind ihre Körper als Indikatoren für Krankheiten.

3. Patientinnen

Des Weiteren waren andere Patientinnen in der Arztpraxis anwesend. Ihre Anwesenheit, nackt bis auf die Unterhose auf den Arzt wartend, war für den Vorfall besonders relevant. Eine andere Patientin betrat das Wartezimmer, in dem sich die Erzählerin befand und setzte sich hinter ihr nieder. Ihre gefühlte Anwesenheit trug zum Schockerlebnis bei. Außerdem stellte sich die Erzählerin vor, wie sie am Rückweg an wartenden, nackten Patientinnen wieder vorbei müsste.

Sowohl der Arzt als auch die Erzählerin sind akademisch gebildet. Abgesehen davon unterscheiden sich ihre sozialen Identitäten ziemlich. Der Gynäkologe ist männlich, in Österreich geboren und in der Expertenrolle. Die Erzählerin ist weiblich, seine Patientin und erst vor kurzen nach Österreich migriert. Bei der Situation handelt es sich um eine Routinesituation für den Arzt, die Patientin ist aufgeregt, weil sie denkt, dass sie zum ersten Mal in ihrem Leben schwanger ist.
Die Arzthelferin hat einen niedrigeren Bildungsgrad als die Erzählerin; sie repräsentiert das österreichische Gesundheitssystem und die Situation ist für sie Routine.
Die anderen Patientinnen sind, zumindest was ihre Rolle als wartende Patientinnen betrifft, in der gleichen Situation wie die Erzählerin.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Physisch: Der Vorfall ereignete sich in der Praxis eines Gynäkologen, die sich aus einem Eingangsbereich, mehreren Wartezimmern und dem Arztzimmer zusammensetzt. Innerhalb der Praxis gibt es keine spezifischen, räumlichen Bereiche, in denen man seine Kleidung ausziehen und anschließend auf die Untersuchung warten soll. **Sozial:** Die Erzählerin wurde von der Arzthelferin durch die verschiedenen Räume der Praxis geführt und wartete anschließend in einem Raum vor dem Arztzimmer. Sie war noch nie zuvor bei diesem Arzt und dementsprechend etwas unsicher über die spezifischen Gepflogenheiten in dieser Praxis. Gleichzeitig ist der Arztbesuch durch eine Dichotomie von Experte und Laiin gekennzeichnet. Patientinnen suchen den Gynäkologen auf, weil sie Hilfe brauchen oder ein spezifisches Bedürfnis haben. Folglich ist die Begegnung durch einen Unterschied im Wissen und Status zwischen dem Experten und den Patientinnen geprägt. Die Position der Assistentin liegt hierarchisch unter der des Gynäkologen (in Bezug auf die berufliche Stellung und das Knowhow, das für die Behandlung der Patientinnen relevant ist). Auf der anderen Seite ist sie mit den Verfahren vor Ort vertraut und gehört dem medizinischen System an, wodurch es ihr möglich ist, den Patientinnen Anweisungen zu geben. Die hierarchische Dimension wird dadurch verstärkt, dass die Erzählerin keine regelmäßige Patientin in dieser Arztpraxis war. Darüber hinaus war sie kürzlich nach Österreich gekommen und es handelte sich um eine ihrer ersten Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem. Es gab zwar keine Probleme mit der Versicherung, allerdings berichtet die Erzählerin, dass sie Unsicherheiten im Umgang mit österreichischen Institutionen hatte, da sie sich als „Migrantin“ oder „Frau aus Lateinamerika“ abgestempelt fühlte. Unter den medizinischen Fachgebieten zählt die Gynäkologie als eines der Empfindlichsten. Der Besuch eines/-r Gynäkologen/-in ist bei vielen Frauen mit Angst verbunden, da sie sich während der Untersuchung unwohl und entblößt fühlen. Auf der anderen Seite beschäftigt sich die Gynäkologie mit der Geburt von Babys und wird somit mit neuem Leben assoziiert. Dieses Spezialgebiet deutet auch auf Geschlecht als relevante Dimension sozialen Lebens hin. Die Gynäkologie wurde in der Entwicklung der Medizin erst spät als Spezialgebiet inkorporiert. Zu Beginn waren es hauptsächlich weibliche Hebammen, die diesen Beruf ausgeübt haben, der dann von männlichen Ärzten übernommen wurde. Besonders in feministischen Kreisen gibt es kritische Stimmen zu männlichen Gynäkologen, die als Experten für das Funktionieren weiblicher Körper fungieren. **Psychologisch:** Zwei Faktoren waren für den psychischen Zustand der Erzählerin besonders relevant. Einmal ihr Status als Migrantin, die mit den medizinischen Praktiken und sonstigen Lebensbedingungen in Österreich noch nicht vertraut war und die deutsche Sprache nicht gut beherrschte. Zweitens dachte die Erzählerin, sie sei schwanger, was sie in einen Zustand der Unsicherheit, Vorfreude und Aufregung versetzte.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?

Die Erzählerin fühlte sich sehr unwohl in dieser Situation und dieser Zustand verstärkte sich, je länger sie andauerte. Sie fühlte sich unsicher und wünschte, dass der Arztbesuch schnell vorbei ging. Der Gedanke, dass sie an den anderen nackten Frauen vorbeigehen musste, erfüllte sie mit Scham, auch weil es für die anderen Frauen sicher sehr unangenehm sein musste.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

Nacktsein ist kein Zustand, in dem sich die Erzählerin wohlfühlt. Vielmehr müssen ganz bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sein, damit sie sich nackt sicher fühlt. Sonst fühlt sie sich entblößt, was auf eine Sicht verweist, dass der Körper etwas Privates ist, das geschützt werden muss.
Jede/-r sollte selber entscheiden können, wann und ob er/sie sich nackt zeigt – das gleiche gilt dafür, andere nackte Menschen zu sehen. Sich bei einer ärztlichen Untersuchung auszuziehen, ist gerechtfertigt. Lange Zeit, in der Anwesenheit anderer Patientinnen, nackt auf die Konsultation zu warten, überschreitet hingegen eine Grenze. Ob Nacktheit als adäquat und angenehm empfunden wird, hängt also von der jeweiligen Situation ab.
Für die Erzählerin ist das Ausziehen bis auf die Unterhose gleichbedeutend mit Nacktsein. Ein halbnackter Körper wird also als Nacktheit empfunden, vielleicht auch, weil sich die Situation in einem halböffentlichen Ort abspielt, an dem es sehr ungewöhnlich ist, nur eine Unterhose zu tragen.
Das Betrachten von nackten Körpern in einem unangemessenen Zusammenhang ist mit Scham verbunden.

Der Zugang der Erzählerin zu Nacktheit ist mit ihrer Religion/Religiosität verknüpft: Die Religionszugehörigkeit eines Arztes ist für sie ein relevanter Faktor für deren Fähigkeit, nackte Frauen mit Sorgfalt zu behandeln. Sie weist auf einen Unterschied im Zugang zu Nacktheit im Katholizismus, mit dem sie in Mexiko aufgewachsen ist, und seiner österreichischen Variante hin. Sie vermutet, dass ihren eigener Wert, vorsichtig und sorgsam mit Nacktheit umzugehen, eher von einem muslimischen Arzt geteilt wird (interreligiöse Ähnlichkeiten), als von dem österreichischen Gynäkologen.

Geschlechterunterschiede scheinen eine Rolle zu spielen: Die Erzählerin betont, dass sie an nackten Frauen vorbeigehen musste. Jedoch ist das Ausziehen vor einem Mann, wenn der Arzt ist, kein Problem, was darauf hindeutet, dass die berufliche Identität wichtiger ist als die Geschlechtsidentität.

Medizinische Vorgehensweise unterliegt bestimmten Regeln, ihr sind Machthierarchien eingeschrieben:
Auch wenn das Nacktsein ein sensibles Thema für die Erzählerin ist, scheint es für sie kein Problem zu sein, sich nackt vor dem Gynäkologen oder der Assistentin auszuziehen. Sie akzeptiert die Machthierarchien, die zwischen ihr als Patientin und den medizinischen Autoritäten bestehen.
Der Arzt symbolisiert eine spezifische Funktion für die Erzählerin – er nimmt eine medizinische Untersuchung an ihr vor, weil sie denkt, schwanger zu sein. Dabei scheint das Geschlecht des Arztes irrelevant zu sein, da er nach den medizinischen Vorgehensweisen handelt.
Die Akzeptanz dieser Hierarchie wird nur durch die Anwesenheit anderer Patientinnen gebrochen. Da sich die Situation dadurch verändert, wird die Hierarchie in Frage gestellt.

Die Machtdiskrepanz zwischen dem Arzt, einem Experten mit spezifischem Fachwissen und sozialem Status, und einer Laiin wird nochmals dadurch gestärkt, dass eine Person nackt ist und die andere Person angezogen und Letztere gleichzeitig die nackte Person begutachtet und untersucht. Während der Arzt alle Symbole seines Berufes vorzeigen kann, sei es durch Kleidung oder seine Praxis etc., tritt die nackte Person ohne jegliche Anzeichen ihres sozialen Status oder ihrer Individualität in die Interaktion ein.

Ein weiterer Wert, der in der Situation bedroht wurde, könnte **Individualismus** sein. Die Tatsache, dass der Arzt kein Interesse an der Patientin als Person hatte, bevor er sie dem Standardprozedere unterzog, könnte die individualistische Orientierung der Erzählerin verletzt haben.

Anpassung an lokale Verhaltensregeln / unsicherer Status als Migrantin:
Die Erzählerin bezeichnet sich selbst als Migrantin, die mit den Verhaltensregeln im österreichischen Gesundheitswesen und in der Arztpraxis nicht vertraut ist. Sie sieht das Personal in der Arztpraxis als Autoritäten an und folgt deren Anweisungen, auch wenn sie sich dabei unwohl fühlt. Das kann damit zusammenhängen, dass sie unsicher bei der Auseinandersetzung mit dem österreichischen Gesundheitssystem ist, da sie die informellen Regeln nicht kennt und zuvor schon Diskriminierung erlebt hat.

Konformistischer Kommunikationsstil:
Die Erzählerin zeigt eine Präferenz für die Vermeidung unangenehmer Situationen und Rückzug, anstelle Konfrontation zu suchen. Während dies mit der Hierarchie zwischen der Erzählerin und den VertreterInnen des medizinischen Systems zusammenhängen kann, könnte die Tatsache, dass sie sich nicht beschwert, auch damit zu haben, dass sie keine Einblicke in ihre Gefühlswelt gewähren möchte.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Etwas negativ: Der Gynäkologe wird als rücksichtlos gegenüber den Bedürfnissen der Patientin dargestellt. Er wird nicht als schlimme Person oder schlechter Arzt beschrieben, sondern nur als jemand, der der Erzählerin Unannehmlichkeiten bereitet, weswegen sie seine Dienste nie wieder aufsucht.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Der Gynäkologe orientiert sich an einem westlichen medizinischen Stil und dieser Stil schlägt sich in allen Elementen seiner Praxis nieder: Gestaltung der Räumlichkeiten, Kommunikation mit den Patientinnen und Diagnose. Die medizinische Praxis ist durch klare Hierarchien zwischen Arzt, ArzthelferInnen und Patientinnen gekennzeichnet. Medizin wird als Top-Down Prozess verstanden, in dem das Wissen von einem gut ausgebildeten Arzt an die Patientinnen überliefert wird. Die Patientinnen sind im Prozess der Diagnose und der Behandlung passiv. Ihre Beteiligung daran ist weder erwünscht, noch erforderlich.

Der Fokus der medizinischen Aufmerksamkeit wird auf den Körper gerichtet und nicht auf die jeweilige Person. Die individuelle Perspektive der Patientin ist für den Verlauf der Diagnose und die Behandlung irrelevant. Ihr Zustand wird durch den Körper angezeigt und mit den entsprechenden Methoden und Verfahren bestimmt. Einzelne Elemente, wie das Geschlecht der zu behandelnden Personen und das Geschlecht des Gynäkologen, werden in der beruflichen Praxis als irrelevant erachtet. Es drückt sich ein klinisches Verständnis des Arztberufs aus, im Rahmen dessen keine Aufmerksamkeit auf die Gefühle, die Patientinnen mit ihrem nacktem Körper verbinden oder vielleicht empfinden, wenn sie von einem Fremden betrachtet werden, gelegt wird.
Bei der Interaktion mit Patientinnen liegt das Hauptaugenmerk darauf, ihren körperlichen Zustand erkennen und diagnostizieren zu können. Wie mit Patientinnen kommuniziert werden kann, spielt in den Überlegungen des Arztes eine geringe Rolle.
Dieser Mangel an Kommunikation scheint sich auch in die Interaktionen zwischen der Arzthelferin und den Patientinnen zu übertragen. Die Patientinnen werden nicht darüber informiert, wie lange sie nackt im Wartezimmer sitzen müssen, wie sie von einem in den anderen Raum gelangen etc.

Effizienzorientierung:
Um Zeit und Raum effizient zu nutzen, werden die Patientinnen nicht individuell behandelt, sondern nach einem standardisierten Verfahren. Die Patientinnen sind bereits ausgezogen, wenn sie zum Arzt kommen, sodass er ohne Verzögerung mit der Behandlung beginnen kann.
Die Patientinnen werden durch die verschiedenen Räumlichkeiten in der Praxis bewegt. Die Patientinnen, die gerade in der Praxis ankommen, werden im Eingangsbereich versammelt, diejenigen die auf die Behandlung warten, werden wiederum gebeten in einem weiteren Wartezimmer Platz zu nehmen, bevor sie in das Arztzimmer kommen.

Bei diesem Umgang mit den Patientinnen dokumentiert sich ein funktionalistischer Zugang: Patientinnen sind keine Individuen, sondern Zustände, die behandelt werden müssen. Der Arzt fokussiert in seiner Arbeitsweise auf das Lösen von Problemen und beschäftigt sich kaum mit den sozialen und interaktiven Elementen bei der Behandlung von Patientinnen.
Die Art und Weise wie Probleme gelöst werden folgt einem hierarchischen Modell.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

1. Zugang zu nackten PatientInnen / nackten Körpern bei medizinischen Behandlungen
Die Entblößung des eigenen Körpers ist für viele Menschen eine heikle Angelegenheit. Bei medizinischen Behandlungen ist sie jedoch sehr häufig erforderlich. Folglich sollten bei der Untersuchung von nackten PatientInnen spezifische Vorkehrungen getroffen werden.
Die räumlichen Bedingungen sollten angepasst werden: z.B. Räume, die man abschließen kann, ohne dass andere PatientInnen anwesend sind; dunkleres Licht in den Räumen, sodass man nicht das Gefühl hat, seinen nackten Körper zur Schau zu stellen.
Es könnte hilfreich sein, den PatientInnen Informationen dazu zu geben, was passiert, nachdem sie sich ausgezogen haben. Sie sollten durch den ganzen medizinischen Prozess geleitet werden, um zu vermeiden, dass sie sich unwohl fühlen. Anzuerkennen, dass das

Ausziehen eine sensible Angelegenheit darstellt, kann dazu beitragen, dass PatientInnen ihre Unsicherheit verlieren.

2. Kommunikation bei der Interaktion zwischen ÄrztIn und PatientIn
Aus der Sicht westlicher Medizin liegt die Sachkenntnis bei der ÄrztInnen. Der/Die PatientIn wird mittels etablierten medizinischen Verfahren untersucht und spielt für Diagnose und Behandlung nur eine geringe Rolle. Aufgrund dessen wird manchmal zu wenig Wert auf die Kommunikation mit PatientInnen gelegt. Fehlende oder unzureichende Kommunikation kann aber dazu beitragen, dass PatientInnen sich schlecht behandelt fühlen, die vorgeschlagenen Behandlung nicht akzeptieren oder von einer Behandlung absehen.
Wenn die Behandlung einem solchen hierarchischen Modell folgt, muss hinterfragt werden, inwieweit es den PatientInnen überhaupt möglich ist, sich zu beschweren und auf eine entsprechende Kommunikationskultur zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in zu bestehen. ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktionen können nicht nur als Top-Down Prozesses konzipiert werden, sondern auch als partizipativer Prozess, bei dem die individuelle Vorgeschichte und die Emotionen der PatientInnen für Diagnose und Behandlung eine wichtige Rolle spielen. Wenn PatientInnen an diesem Prozess beteiligt werden sollen, müssen ÄrztInnen jedoch die Entwicklung von Kommunikationsfähigkeiten hervorheben.

3. Rationalisierung medizinischer Praxis vs. Qualität der Behandlung
Eine effizienzbasiert Ausrichtung ist im medizinischen Bereich oftmals verständlich, angesichts der hohen Arbeitsbelastung und Einsparungen bei medizinischen Behandlungen. Diese Rationalisierungen können jedoch den Verlauf und vor allem die Qualität der Behandlungen negativ beeinflussen. Somit muss Effizienz mit der Qualitätssicherung abgestimmt werden.

4. Kulturell unterschiedliche Verhaltensmuster in medizinischen Einrichtungen: Was ist üblich, was kann man erwarten, und wie kann man Unwohlsein ausdrücken? Unsicherheiten, wie man sich verhalten soll, können sowohl mit einem MigrantInnen-Status in Verbindung gebracht werden, der Erfahrung in einem neuen Land zu leben, in dem man sich noch nicht auskennt, sowie mit Kulturunterschieden zwischen medizinischen ExpertInnen und LaiInnen.

5.8 HÄNDE SCHÜTTELN

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 03.02.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Flüchtlingshilfe

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Psychologin in Ausbildung, die ein Praktikum bei einer sozialen Einrichtung für Flüchtlinge macht

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Es ist der erste Tag meines freiwilligen Praktikums und ich betrete ein Klassenzimmer, in dem einige der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge warten, um die sich das Projekt kümmert. Die erste Person, die auf mich zukommt, wirkt ein bisschen wie der Klassenclown. Er begrüßt mich, indem er meine Hand schüttelt und unterhält sich mit mir. Er kommt mir sehr nahe und interagiert mit mir von Anfang an auf eine recht körperliche Art. Der Großteil der anderen Jugendlichen, die alle männlich sind, gehen, seinem Beispiel folgend, in der gleichen Weise auf mich zu. Sie kommen zu mir hinüber, schütteln meine Hand, lachen und führen Small Talk mit mir. Einer der Jungen im Raum wirkt eher schüchtern. Deswegen gehe ich auf ihn zu, stelle mich vor und strecke meine rechte Hand aus, um ihn zu begrüßen. Er nimmt meine Hand nicht zum Gruß, sondern verdreht seinen rechten Arm und gibt mir seinen Unterarm zum Schütteln. Ich bin bestürzt, dass er meine einfache Geste des Grußes verweigert. Vor allem, da alle anderen Jugendlichen mich von sich aus mit Händeschütteln begrüßt haben. Ich habe ihnen doch nur Folge geleistet, als ich auf den Jungen zugegangen bin. Respektlos! Die anderen Jugendlichen versuchen zu erklären: “Er fasst keine Frauen an.” Aber sie scheinen ihn auch auszulachen. Oder lachen sie etwa mich aus, ich weiß es nicht. Ich fühle mich ziemlich aufgewühlt, irritiert und verwirrt. Gleichzeitig will ich der Situation auch nicht zu viel Gewicht geben, weswegen ich meine Irritation überspiele und zu Small Talk übergehe. Nichtsdestotrotz bin ich total wütend. Nicht nur, dass er meine Geste zum Gruß ausschlägt, er wertet mich zudem ab, weil ich eine Frau bin. Später, als ich die Situation reflektiere, bin ich immer noch erschüttert und aus dem Gleichgewicht gebracht, aber ich wundere mich auch ein wenig über mich selbst: Warum hat mich diese Situation so verärgert? War sie nicht vielleicht zu erwarten gewesen? Warum habe ich mich im Vorhinein nicht mehr damit beschäftigt, wie ich auf die Flüchtlinge zugehen werde?

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**

Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Die Erzählerin ist eine Psychologin in Ausbildung, aus München, die in Wien studiert. Sie ist 21 Jahre alt und wuchs in einem akademischen, liberalen Elternhaus auf. Sie hat 3 Geschwister, ihre Eltern sind VolksschullehrerInnen, die sich seit vielen Jahren aktiv in der Flüchtlingshilfe einsetzen. Als Teenager war die Erzählerin politisch sehr aktiv, Mitglied der Grünen Jugend und in feministischen und antifaschistischen Zusammenhängen engagiert. Mittlerweile ist sie nicht mehr in organisierten politischen Kontexten aktiv, empfindet sich aber immer noch als politische Person. Sie interessiert sich dafür, unterschiedliche Länder und Personen diverser Hintergründe kennenzulernen. Sie wurde christlich sozialisiert, ist aber aus der Kirche ausgetreten. Sie erzählt, dass sie bereits mehrfach sexuelle Übergriffe erlebt hat, weswegen sie einen „Hass auf Männer“ entwickelt habe. Die Person, die den Schock auslöst, ist ein unbegleiteter Flüchtling (16 oder 17 Jahre alt) aus Somalia. Er ist praktizierender und sehr gläubiger Moslem. Die Erzählerin beschreibt ihn als schüchtern wirkend und still. Er lebt noch nicht sehr lange in Österreich. Zudem sind weitere Teenager im Raum und tragen zur Entwicklung der Situation bei: 10 andere unbegleitete Flüchtlinge im Alter zwischen 16 und 18, aus unterschiedlichen Ländern (vor allem aus Afghanistan und dem Irak). Die Jugendlichen leben in einer Unterkunft am Rande Wiens, nicht in der Nähe des Zentrums, in dem sich der Vorfall abspielt. Sie haben sehr unterschiedliche Hintergründe (sozial, national, religiös etc.). Die Erzählerin ist nicht so viel älter als der Junge, der den Schock bei ihr auslöst, aber fast alle anderen sozialen Charakteristika unterscheiden die beiden: ihr Geschlecht, ihr Zugang zu Religion, die Religion, mit der sie sozialisiert wurden, die geografische Region, in der sie aufgewachsen sind und vor allem die Erfahrung der Flucht, die der Teenager gemacht hat.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich im Klassenzimmer eines NGO-Zentrums, das vom Projekt, bei dem die Erzählerin mitarbeite, genutzt wurde. Das Zentrum befand sich in einem klassischen Arbeiterviertel in Wien. Die Erzählerin betrat an ihrem ersten Praktikumstag den Klassenraum, wo schon einige Flüchtlinge anwesend waren. Sie hat im Vorfeld etwas Information erhalten, aber keine Ausbildung oder Ratschläge, wie sie sich verhalten sollte. KeineR der anderen MitarbeiterInnen war anwesend, als sie den Raum betrat. Die Erzählerin hatte das Gefühl, schlecht vorbereitet zu sein und war dementsprechend etwas unsicher. Gleichzeitig war ihr bewusst, dass sie das Interesse der Teenager auf sich ziehen würde, da sie eine junge, blonde Frau ist und die anderen MitarbeiterInnen alle viel älter sind und die Flüchtlinge vorwiegend mit Männer zusammen wohnten. Im Klassenzimmer war es laut und es ging sehr chaotisch zu. Zusätzlich sei erwähnt, dass die Erzählerin nicht wusste, was die Geste des Jungen zu bedeuten hatte. Sie wusste nur, dass es aufgrund der Tatsache geschah, dass sie eine Frau ist und dachte, es wäre ein Symbol um Frauen abzuwerten.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Schockiert und wütend. Ich fühle mich respektlos behandelt und weiß nicht, wie ich weiter agieren soll. Ich versuche, meine Wut zu unterdrücken und die Situation herunterzuspielen. Die anderen Jugendlichen lachen und ich weiß nicht, warum und fühle mich deswegen unsicher. Ich fühle mich im Nachhinein noch immer abwertend behandelt und kann die Aktion nicht akzeptieren. Ich bin nach wie vor über meine eigene Naivität verwundert.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Alle Menschen sind gleich, unabhängig von kulturellem Hintergrund oder Geschlecht und sollten dementsprechend mit Respekt behandelt werden. Dadurch, dass alle Menschen gleich sind, sollten sie auch gleich behandelt werden. Wenn Menschen unterschiedlich behandelt werden, ist dies ein Zeichen von Abwertung und Diskriminierung, vor allem wenn es um Geschlechterunterschiede geht. Es ist ein Zeichen von Respekt, wenn man andere als gleichwertig behandelt. So sollten auch bei der Begrüßung keine geschlechterspezifischen Unterschiede gemacht werden, jedeR wird auf die gleiche Art und Weise begrüßt. Bei der Begrüßung beginnt die Interaktion zwischen zwei Personen. Durch das Begrüßungsritual wird die Bereitschaft der beiden Personen, in Kontakt zu treten, signalisiert. Während des Begrüßungsrituals werden soziale Positionen bestimmt. Man denke nur, wie früher Männer Frauen die Hand geküsst haben, und nicht, wie anderen Männern, die Hand zum Gruß gereicht. Die Form der Begrüßung weist nicht nur auf das soziale Verhältnis der beiden Personen hin, sondern auch auf ihre persönliche Nähe oder Distanz (FreundInnen, KollegInnen, Vorgesetzte). Händeschütteln zwischen zwei Personen bedeutet, dass sich beide Personen auf der gleichen Ebene begegnen und sich dabei nicht unbedingt persönlich kennen müssen. Durch die Nichtbefolgung der beabsichtigten Begrüßung hat der Teenager das Angebot, das ihm die Erzählerin gemacht hat (bezüglich Art des Kontakts und der sozialen Beziehung), ausgeschlagen. Damit entzieht er der Interaktion nicht nur den Rahmen, den die Erzählerin ihr geben wollte, sondern auch den gegenseitigen Respekt, der mit dem Händeschütteln einhergeht. Das Nichthändeschütteln ist gleichbedeutend für die Ablehnung der Kontaktaufnahme. Geschlechtergerechtigkeit: Die Situation wäre nicht entstanden, wäre die Erzählerin ein Mann. Das Abwerten der Erzählerin als Frau hat ihr Selbstverständnis als selbstbewusste und autonome Frau beschädigt. Darüber hinaus fühlt sich die Erzählerin infolge des Verhaltens des Flüchtlings unter Druck gesetzt, ihre liberale Einstellung gegenüber „Fremden“ zu verteidigen. Der Zwischenfall positioniert sie als „Deutsche / Österreicherin“ gegenüber den Flüchtlingen. Somit fühlt sie sich verpflichtet, ihre Vorstellung von Gleichheit durchzusetzen. Ihre Sicht, dass Gleichberechtigung nicht kulturspezifisch ist, wird herausgefordert. Sie fand es aber wichtig zu erwähnen, dass es auch in Österreich Geschlechterungleichheit gibt.

Die Erzählerin legt sehr viel Wert darauf, Fremde mit Respekt zu behandeln. Das gilt für sie, aber auch für die Flüchtlinge, die nach Österreich kommen, von denen sie erwartet, ihr mit dem gleichen Respekt zu begegnen.
Gleichzeitig bringt ein respektvoller Umgang mit Personen anderer Herkunft mit sich, dass man sich an kontextbezogene Werte und Verhaltenscodes anpassen muss. Die Erzählerin ist in Ländern, die sie bereist, weniger irritiert von einer ungleichen Behandlung von Männern und Frauen, da die Geschlechterunterschiede jeweils in der Landesgeschichte verankert oder Teil der Weltanschauung sind. Sie ist aber nicht damit einverstanden, wenn diese Traditionen in einen österreichischen Kontext übertragen werden, auch nicht von Flüchtlingen (Zwangsmigration). Im Anschluss daran stellt sich die Frage, wessen Ideen in einem sozial-kulturellen Kontext legitimer Weise umgesetzt werden können: Unterschied zwischen Einheimischen und Gästen.
Durch das Leben in einer globalisierten Welt haben die Menschen Vorstellungen davon, wie das Leben in verschiedenen Regionen ist. Vor allem dadurch, dass mittlerweile viele Flüchtlinge nach Europa gekommen sind, erwartet die Erzählerin, dass sie darüber Bescheid wissen, dass es in westlichen Ländern andere Werte und Verhaltensregeln gibt, und etwa auch die Begrüßungsformen kennen.

Selbstbild als helfende Person:
Das Selbstbild der Erzählerin war in Gefahr, weil ihre Sicht auf sich als helfende Person daran hängt, dass sie im Gegenzug Dankbarkeit empfängt. Flüchtlinge, die unterstützt werden, sollten Dankbarkeit zeigen. Die Erzählerin zieht daraus Wertschätzung. Dadurch, dass der Junge die Erzählerin nicht begrüßt und den Handschlag verweigert hat, ist diese gegenseitige Wertschätzung nicht gegeben. Er zeigt auch keine Anerkennung für die Arbeit und Hilfsbereitschaft der Erzählerin.
Helfen steht für Umsorgen und Kümmern, aber auch für das Ausüben von Kontrolle.
Wer hilft, der/die kriegt auch etwas zurück: das Gefühl etwas moralisch Wertvolles getan zu haben, das Gefühl der Wertschätzung
Die helfenden Personen schaffen in der Regel die Bedingungen, unter denen die Begegnung mit Flüchtlingen stattfindet. Die Flüchtlinge werden in diesem Fall als passive Hilfsempfänger gesehen. Die Person, die den Schock verursacht hat, hielt sich nicht an das typische Format der Begegnung, indem er die angebotene Begrüßung ablehnte.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Der Flüchtling wird dargestellt als: • respektlos • arrogant, da er glaubt, die Situation richtig einschätzen zu können • ein konservativ denkender junger Mann, der glaubt, Frauen überlegen zu sein.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Es gibt bestimmte Regeln der sozialen Organisation und Interaktion, denen der Flüchtling einen hohen Stellenwert einräumt und an die er sich hält.

Er ist aus seinem Heimatland geflohen, in Österreich ist er auf sich allein gestellt. In dieser Situation hält er an tradierten, für ihn bedeutsamen Verhaltensregeln fest. In dem Moment, in dem alles auseinanderzufallen droht, orientiert er an seinen eigenen Routinen, die im vertraut sind. Man kann spekulieren, dass er von der Situation überwältigt war und nicht wusste, wie er zu handeln hatte. Konfrontiert mit Unsicherheit, wählt er die Grußform, die ihm vertraut ist.
Das Nichtberühren von Frauen ist eine Norm, die er nicht brechen will. (Festhalten an sozialen Normen auch in ungewohnten Situationen)

Grenzen setzen:
Vor allem, weil sich die anderen Flüchtlinge anders verhielten, wollte er sich von ihnen absetzen und weder eine Verbindung zu ihnen, noch zu der Erzählerin herstellen, sondern zu seinem eigenen kulturellen Hintergrund.
Vielleicht handelt es sich um die Ausübung von Handlungsmacht, sich nicht externen Erwartungen zu unterwerfen, die durch die VertreterInnen des Projekts etwa an ihn herangetragen werden. Vielleicht setzt er sich damit auch gegen die passive Vorstellung von Flüchtlingen zur Wehr.
Die Grenzen, die er gesetzt hat, beziehen sich auch auf die Art des Körperkontakts, die für ihn annehmbar ist –Körperkontakt könnte für ihn entlang von Geschlechterdifferenz reguliert sind, aber auch entlang von Altersdifferenz oder nach Nähe der Bekanntschaft.

Eine ungleiche Behandlung von Männern und Frauen ist nicht gleichbedeutend mit Abwertung. Das Nichtberühren von Frauen ist eher ein Zeichen der Anerkennung gegenüber dem anderen Geschlecht. Es könnte auch ein Zeichen des Respekts gegenüber älteren Menschen sein, da die Erzählerin älter ist als er.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

1. Divergierende Wertesysteme und Verhaltensregeln
Bei Personal, das im Flüchtlingsbereich arbeitet, kann es zu Konflikten zwischen den eigenen Werten und den Wertesystemen der Personen, mit denen sie zusammenarbeiten, kommen. Diese Konflikte offenbaren sich in konkreten Interaktionssituationen. Doch sie bleiben oft implizit und werden nur in nonverbaler Kommunikation ausgedrückt. Die Frage, wie mit solchen Situationen, in denen unterschiedliche Wertesysteme und Verhaltenskodexes aufeinandertreffen, umgegangen werden kann, liegt im Zentrum der Reflektion über Flüchtlingsarbeit. In Anbetracht des Beispiels erscheint es wichtig, auf das konkrete Erlebnis einzugehen, das einen Schock verursacht hat. Dabei sollte explizit gemacht werden, was genau den Schock ausgelöst hat und welche Emotionen hervorgerufen wurden. Wie sich gezeigt hat, bleibt oft unklar, wofür eine Geste wirklich steht und was damit gemeint ist. Der Vorfall verweist auf die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation, um Schockerfahrungen zu erkennen und die Bedeutung von gemeinsamer Aushandlung von Praktiken, die beide Seiten ernst nehmen.

2. Training und Anleitung von Freiwilligen
Freiwillige (aber auch viele Fachleute), die mit Flüchtlingen arbeiten, werden vorab oft nicht entsprechend eingeschult oder vorbereitet. Sie müssen daher nicht nur über die Inhalte ihrer Arbeit, sondern auch über die sozialen Komponenten aufgeklärt werden – d.h.

Schulung von Soft Skills, Kommunikation und Techniken der Reflexion. Außerdem sollte ein System eingerichtet werden, bei dem die freiwilligen HelferInnen von MentorInnen durch den Prozess begleitet werden, und die Möglichkeit zur Supervision erhalten. Vor allem Freiwillige sollten ihre Motive und Erwartungen im Vorfeld hinterfragen.
Eine weitere wichtige Dimension ist, über stereotype Darstellungen von Flüchtlingen nachzudenken und wie Flüchtlinge bei der Ausübung von Handlungsmacht unterstützt werden können. Eine Idee ist es, Möglichkeit zu schaffen, bei denen sich Flüchtlinge abseits von Flüchtlingshilfe mit der Zivilgesellschaft, in die sie geflohen sind, auseinandersetzen und die neue Wertesystemen, Ideen und Verhaltensregeln erforschen können.

5.9 DIE ANALPHABETISCHE FRAU

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 02.02.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Individualismus vs. Kollektivismus Krankenhaus

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patientin bei einem Krankenhausaufenthalt

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Nachdem ich mehrere Wochen unter hohem Fieber litt und von meinem praktischen Arzt wenig Unterstützung erfuhr, habe ich mich selbst in ein Krankenhaus eingewiesen. Ich wurde an einem Mittwoch aufgenommen. Das Krankenhaus war voll, aber es konnte noch ein letztes Bett für mich gefunden werden. Ich wurde in einem Zimmer mit zwei Frauen einquartiert. Eine war eine ältere Österreicherin, die nicht viel sprach, und die zweite war eine türkische Frau von ungefähr 50 Jahren. Ihr Handy, ein sehr billiges Modell, bei dem die Lautstärke nicht reguliert werden konnte, schien die ganze Zeit zu läuten. Das Handy war nie abgedreht, sondern klingelte die ganze Zeit über sehr laut. Die türkische Frau saß fast nie still, sondern bewegte sich in einer Tour durch den Raum oder unterhielt sich mit Familienmitgliedern, die sie besuchten. Am Abend waren 4-6 Verwandte zugleich anwesend. Ich hatte ein hohes Bedürfnis nach Ruhe, konnte in dem Zimmer jedoch keine finden. Mein Körper war vom Fieber ausgelaugt und ich musste aufgrund von Untersuchungen nüchtern bleiben. Ich war kraftlos und gleichzeitig verärgert, weil sie mich mit ihrer rücksichtslosen Art, ihrer lauten Stimme und dem lauten Telefon nicht respektierte. Außerdem schmatzte sie andauernd laut. In der ersten Nacht konnte ich nicht schlafen. Die türkische Frau drehte mehrmals das Licht auf, ging aufs WC, ohne die Türe zu schließen, aß, grunzte und rülpste die ganze Nacht lang. Um fünf Uhr früh drehte sie wieder das Licht auf und betete lautstark ihr Morgengebet, ohne sich darum zu kümmern, dass zwei andere Personen noch schliefen. Da ich die ganze Nacht nicht schlafen konnte, hatte ich am nächsten Tag unglaublich starke Kopfschmerzen. An dieser Situation änderte sich mehrere Tage lang nichts. Der Schock ereignete sich schließlich, als sie plötzlich neben meinem Bett auftauchte und mich an meinem Arm packte, während ich versuchte, zu schlafen. Sie kam meinem Gesicht sehr nahe, was mir unangenehm war. Dann zeigte sie mir ihre Medikamentenbox und fragte mich auf Türkisch, welches Medikament sie nun einnehmen sollte. Ich verstand kein Wort, vermutete aber, dass sie das von mir wissen wollte. Sie zeigte auf die unterschiedlichen Segmente der Box, woraufhin mir klar wurde, dass sie nicht verstand, an welcher Stelle „Morgen“, an welcher „Mittag“ und an welcher „Abend“ geschrieben war. Sie wusste also

nicht, welche Medikamente sie wann nehmen sollte. Ich glaube, sie konnte gar nicht lesen und war Analphabetin. Ich zeigte auf den Abschnitt mit jenen Medikamenten, die sie zu dem Zeitpunkt nehmen sollte und drehte ihr meinen Rücken zu, um zu verdeutlichen, dass ich meine Ruhe wollte.
Dreißig Minuten später schmiss sie sich auf dem Boden, und schrie und weinte so lange lautstark, bis das Personal kam, um sie zu beruhigen.
Ich wandte mich wutentbrannt an den Arzt und erklärte, dass ich unbedingt ein anderes Zimmer brauchte. Ich würde keine weitere Nacht neben dieser rücksichtslosen Person überleben, vor allem, da ich mich ihr aufgrund der Sprachbarriere nicht erklären konnte. Sie hatte kein Fünkchen Respekt und nahm keinerlei Rücksicht auf die anderen Patientinnen, mit denen sie sich ein Zimmer teilte. Wenn der Arzt mich nicht in einen anderen Raum verlegt hätte, hätte ich mich selbst aus dem Krankenhaus entlassen. In so einer Umgebung kann man nicht gesund werden.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
1. Erzählerin: 33-jährige Frau, die in Österreich geboren wurde und aktuell dort lebt; spricht Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch; viel internationale Erfahrung (hat in verschiedenen Ländern gelebt); Universitätsabschluss (Doktorat); protestantisch; eher kleine Familie 2. Türkische Patientin: In der Türkei geborene, jetzt in Österreich lebende Frau; circa 50 Jahre alt; spricht Türkisch, kein Deutsch; trägt ein Kopftuch; Muslima; eher große Familie (verheiratet, mehrere Kinder); keine Schulbildung; analphabetisch 3. Medizinische MitarbeiterInnen Ärzte und Krankenschwestern, die ab und zu im Zimmer vorbeischauen, allerdings bekommen sie nichts von dem mit, was sich dort abspielt. Beide Frauen befinden sich in der gleichen Situation: sie sind krank, im Krankenhaus und müssen sich dort ein Mehrbettzimmer mit anderen Frauen teilen. Die Erzählerin ist hoch gebildet, während die türkische Frau eine Analphabetin ist. Die Erzählerin ist im Krankenhaus, um sich auszuruhen (ist die meiste Zeit alleine), während die türkische Patientin regelmäßig Besuch von ihren Familienangehörigen bekommt. Was sie außerdem voneinander unterscheidet ist, dass sie keine gemeinsame Sprache sprechen. Der große Unterschied zwischen der Erzählerin und dem medizinischen Personal ist, dass letztere keine körperlichen Beschwerden haben, sondern ihrer beruflichen Pflicht nachgehen. Darüber hinaus sind sie immer nur für kurze Zeit im Zimmer der Erzählerin und können sich somit auch nicht in ihre Lage hineinversetzen.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Die Situation ereignete sich in einem Dreibettzimmer eines öffentlichen Krankenhauses in Wien. Im Zimmer befand sich ein Badezimmer mit Klo, welches nur von den drei Patientinnen, die das Zimmer belegten, benutzt werden konnte.
Die Atmosphäre im Krankenhaus war allgemein ruhig. Vor allem nach sechs Uhr am Abend war aus den anderen Zimmern nichts mehr zu hören. Die meisten PatientInnen blieben in ihren Zimmern, somit gab es auch wenig Aufregung. Nur die türkische Frau war ständig in Bewegung, sowohl im Zimmer als auch im Flur.
Alle PatientInnen trugen weiße Krankenhauskleidung und die türkische Frau trug außerdem einen Schleier (keine Burqa, sondern ein gemustertes Kopftuch).

Die Erzählerin war sehr krank, hatte Fieber und wusste nicht, warum das Fieber nicht wegging. Sie hatte ein hohes Bedürfnis nach Ruhe und Erholung. Sie musste die meiste Zeit nüchtern bleiben, was auch dazu beitrug, dass sie sich erschöpft fühlte. Die türkische Frau hielt sie die ganze Nacht wach, was dazu führte, dass die Erzählerin überhaupt nicht schlafen konnte und ihr Zustand aus Schmerz und Erschöpfung sich weiter verschlimmerte.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Ich war extrem **wütend**. Wie konnte sie so rücksichtslos sein? Sie schien überhaupt keine Empathie zu haben. Ich war total **erschöpft**, müde, hatte starke Kopfschmerzen und konnte überhaupt nicht schlafen. Ich hielt die Situation nicht länger aus und musste das Zimmer **verlassen**.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Respekt und Einfühlungsvermögen sind der Schlüssel für das soziale Miteinander: Einfühlungsvermögen bedeutet, dass alle Menschen, die ein Umfeld miteinander teilen, sich aufeinander einstellen, die Bedürfnisse der anderen respektieren und dabei keine Grenzen überschreiten. Dass die andere Patientin gar keine Rücksicht auf die Bedürfnisse der Erzählerin nimmt, stellt ihre Vorstellung davon, wie man mit anderen interagiert, in Frage. Sie fühlt sich **ungerecht behandelt**, und nimmt einen Mangel an Respekt ihr gegenüber wahr (keine Reziprozität). **Unsicherheit:** Was ist der Grund der türkischen Patientin, ihre Werte von Respekt und Empathie dermaßen zu verletzen? Ist es aufgrund kultureller Unterschiede, und kann z.B. durch das stereotype Bild erklärt werden, dass türkische Familien lauter sind als österreichische Familien? Oder ist es aufgrund mangelnder Bildung? Diese Unsicherheit löst widersprüchliche Gefühle bei der Erzählerin aus, einerseits Mitleid für die türkische Frau, anderseits Ärger. **Orientierung am Individualismus:** Für die Gestaltung von Interaktionen mit anderen Menschen sind der Erzählerin zu Folge persönliche Präferenzen, Bedürfnisse und Grenzen ausschlaggebend. Aushandlungen darüber, wie man behandelt werden will und wie man andere behandeln möchte, sollten sich an den individuellen Persönlichkeiten der InteraktionsteilnehmerInnen ausrichten. Für die Erzählerin bedeutet das ein Interesse an den anderen Personen. Die Orientierung an individuellen Freiheiten endet dort, wo die Freiheiten negative Auswirkungen auf andere haben.

Laut sein unterstreicht Macht, Stille hingegen symbolisiert das Fehlen von Macht. Dass ihr Bedürfnis nach Ruhe nicht ernstgenommen wird, lässt die Erzählerin machtlos fühlen.

Präferenz für das **Aushandeln von sozialem Verhalten**:
Anstatt entweder nur universelle Regeln zu befolgen, oder anderseits nur die eigenen Wünsche handlungsleitend werden zu lassen, bevorzugt die Erzählerin mit anderen kontextbezogene Formen des Umgangs und der gegenseitigen Bezugnahme auszuhandeln.
Orientierung in Richtung **Kommunikation**: Für die Erzählerin wäre es etwas anderes gewesen, wenn die die türkische Frau sie vorab darüber informiert hätte, dass sie in der Nacht das Licht einschalten würde, um zu beten. Ohne gemeinsame Sprache weiß die Erzählerin nicht, wie sie mit der türkischen Frau kommunizieren soll – um ihren eigenen Standpunkt klar zu machen, aber auch um zu verstehen, was die anderen Patientin bewegt.
Gespräch über soziale Grenzen hinweg: Wie unterhält man sich ohne gemeinsame Sprache? Wie kommuniziert man mit der türkischen Frau, die nicht einmal lesen kann?

Physische Integrität:
Hohes Bedürfnis nach Ruhe und Erholung, da sie müde, ausgelaugt und erschöpft war.
Ein Krankenhaus gilt als Ort, an dem Menschen wieder gesund werden, wo sie genesen können. Es wird angenommen, dass PatientInnen Ruhe brauchen, wie sich etwa anhand der Regulierung von Besuchszeiten oder der frühen Nachtruhe ausdrückt.
Abscheu gegenüber Geräuschen und Gerüchen – besonders beachtenswert in einem Krankenhaus, wo Hygiene und das Vermeiden von Krankenhauskeimen wichtig sind.
Es gibt implizite Regeln, die das Verhalten in Krankenhäusern und von PatientInnen, die ein Zimmer teilen, steuern: ruhig sein, rücksichtsvoll sein, sich um seine eigenen Angelegenheiten kümmern. Schließlich handelt es sich bei Dingen, die man während eines Krankenhausaufenthalts tut, um Dinge, die normalerweise im Privaten stattfinden, jetzt aber halböffentlich durchgeführt werden müssen. Die Erwartungen der Erzählerin, was nach ihrer Hospitalisierung passieren würde, erfüllten sich nicht. Ihre Möglichkeit, sich im Krankenhaus zu erholen, schien gefährdet.

Aushandlungen im spezifischen **Kontext eines Krankenhauses**:
Zeitlichkeit des Krankenhausaufenthalts: es ist unklar, wie lange die Erzählerin und die anderen Patientinnen im Krankenhaus bleiben werden. Wie können Beziehungen und gemeinsame Kommunikation unter diesen Umständen hergestellt werden?
Die **Vermischung von Öffentlichkeit und Privatheit**, die typisch für Krankenhäuser ist, bleibt mit Unsicherheiten verbunden. Die Erzählerin bevorzugt es, private Angelegenheiten zu schützen / zu verstecken und nicht im Krankenhauszimmer auszubreiten.

Priorität der **Identität als Patientin**:
In einem Krankenhaus sind alle PatientInnen primär PatientInnen für die Erzählerin und keine Familienmitglieder, Fachleute etc. Eine Priorisierung der Rolle als Patientin hat spezifische Konsequenzen, z.B. sich an die generellen Regeln eines Krankenhausaufenthalts halten.
Bedürfnis nach Sicherheit und Gefühl der Abhängigkeit; passive, hierarchische Orientierung: das Krankenhaus und seine Mitglieder sollen Ordnung und Wohlbefinden für alle PatientInnen gewährleisten. Die Erzählerin fühlte sich im Stich gelassen, niemand half ihr in dieser unangenehmen Situation.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Rücksichtlos, kein Einfühlungsvermögen, respektlos, ignorant, einfach

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Orientierung am privaten, familiären Selbst: Die Patientin verhält sich als wäre sie zuhause. Möglicherweise dreht sich ihr Leben außerhalb des Krankenhauses vor allem um ihre Familie, was dazu führt, dass sie nur wenig Erfahrung mit anderen Rollen als ihrem familialen Selbst und mit anderen Verhaltensnormen hat. Vielleicht steht ihre Familien-Identität über allen anderen Identitätsmöglichkeiten, wie beispielsweise Identität als Patientin. Da sie krank ist und sich in einer fremden Umgebung befindet, wendet sie bekannte Verhaltensregeln an. Unsicherheit und Angst durch den Krankenhausaufenthalt – verursacht durch ein mangelndes Verständnis der Verfahren, denen sie unterworfen ist, ihren Status als Migrantin und die medizinischen Einrichtungen, die für viele PatientInnen einschüchternd wirken können. **Kollektivistische Orientierung:** Nicht das Individuum, sondern die Gemeinschaft (erweiterte Familie) ist die grundlegende Einheit der sozialen Organisation. Bedürfnisse, Gefühle, Präferenzen sind nicht so sehr in inneren Eigenschaften wie Persönlichkeitsmerkmalen begründet, sondern werden aus der Gruppenmitgliedschaft und dem Funktionieren der Gruppe abgeleitet. Der Fokus liegt stark auf Interdependenz, die Gruppenmitglieder sind sich sehr nah und erleben eine starke Verbindung zueinander. Der Besuch der Familie und die gemeinsame Zeit, das Geplauder und das gemeinsame Essen sind Momente der Kollektivität und eine Möglichkeit für die Patientin, die Gruppenbedürfnisse im Krankenhaus auszuleben. Die Prioritätensetzung auf die Erfüllung von kollektiven Bedürfnissen und Gruppenanforderungen bringen auch einen Vorbehalt gegenüber anderen PatientInnen / Nichtgruppenmitgliedern mit sich. **Demonstrative Kommunikation** Präferenz für expressive Formen der Kommunikation mit dem medizinischen Personal und anderen PatientInnen (Körpersprache, Geräusche, usw.): Kompensation des Mangels an sprachlichen Kommunikationsmöglichkeiten durch Geräusche, Bewegungen, lautstarkes Ausdrücken von Schmerzen Ihre Handlungen – das ständige Herumbewegen, wach sein – stehen für Neugier, Bereitschaft zu lernen und Engagement. **Priorisierung der eigenen Bedürfnisse:** Orientierung daran, gesund zu werden: dafür benötigte Elemente sind z.B. der Kontakt mit der Familie und das Beten zu einem bestimmten Zeitpunkt. Wert, sich wohlzufühlen, vor allem wenn man krank ist

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

1. Krankenhaus als sozialer Ort
Unterschiedliche PatientInnen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Vorstellungen, was sie für die Genesung brauchen, teilen sich ein Zimmer. Sie sind des Öfteren gezwungen, in unmittelbarer Nähe zu anderen PatientInnen privaten Angelegenheiten nachzugehen. Somit besitzen Krankenhäuser als Institutionen mit stark heterogener Klientel hohes Konfliktpotential.
Hohes Konfliktpotential besteht zwischen kollektivistisch orientierten PatientInnen und individualistisch orientierten PatientInnen – insbesondere wenn sie ein gemeinsames Zimmer oder Einrichtungen teilen müssen. Wie in diesem Fall dargestellt, gehen mit den beiden Orientierungen divergierende Referenzrahmen einher, was eine Interpretation der Handlungen der anderen Person erschwert und zu Verhaltensunsicherheiten und Frustration führt.
Infolgedessen sollten Regeln, wie man sich in einem Krankenhaus zu verhalten hat, unterschiedliche Ideen zur Genesung aber auch Grundbedürfnisse berücksichtigen (wie das Bedürfnis zu schlafen).
Empfehlungen:

- Kommunikation von Regeln und Verhaltenscodes in unterschiedlichen Sprachen mit Symbolen: Wo befinden sich soziale Räume für PatientInnen, um Zeit mit ihren Angehörigen zu verbringen? Wo sind Gebetsräume? Etc.
- In Notbetten investieren

2. Krankenhauspersonal als VermittlerInnen?
Das Personal arbeitet oft unter hohem Zeitdruck, sodass es vielfach nicht möglich ist, wahrzunehmen, was in den einzelnen Zimmern der PatientInnen vor sich geht.
Möglichkeiten schaffen, dass die PatientInnen schwerwiegende Störungen an das Personal kommunizieren können; somit verringert man das Risiko, dass das Krankenhauspersonal mit Beschwerden überschwemmt wird.
Schulungen für das Personal, um aufmerksam für Konflikte zu sein

3. Umfangreiche Übersetzungs- und Dolmetschservices in Krankenhäusern

- Ausbau des hausinternen Dolmetschpools
- Indienstnahme von Telefon- und Videoübersetzungsdiensten
- Fachleute schulen, wie sie mit Sprachbarrieren umgehen können

5.10 SEX MIT PATIENTEN

Organisation, die den Fall erhoben hat: Universität Wien
Erhebungsdatum: 10.02.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Arztpraxis / Hausarzt Ethisches Verhalten im Gesundheitsbereich Kommunikation mit KollegInnen

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Arzthelferin bei praktischem Arzt

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Eines Tages erzählte mir meine Kollegin, dass sie mit einem Patienten geschlafen habe. Nicht nur mit einem, sie hatte bereits Sex mit einem ungarischen Patienten, einem kolumbianischen, einem aus … Es wirkte so, als hätte sie eine Liste darüber erstellt, mit welchen Patienten aus welchen Ländern sie bereits geschlafen hatte. Ich war schockiert, konnte es nicht glauben. Wie unethisch ist das denn bitte! Mit Patienten intim zu werden, geht einfach nicht. Außerdem fragte ich mich, warum sie mir davon erzählte. Ich antwortete ihr sofort, dass ich ihr Verhalten unmöglich finde. Aber sie schien mich nicht zu verstehen. Sie erwiderte: „Weißt du, in Peru könnte ich das alles nie machen. Aber ich bin jetzt hier, kann mich anders anziehen als in Peru und all das ist kein Problem. Ich bin jetzt Europäerin.“ Ihre Argumentation verstörte mich. Ich bin auch eine Frau aus Lateinamerika, aber ich verhalte mich nicht so. Obendrein haben auch nicht alle Österreicherinnen einfach Sex mit Patienten oder schlafen jede Woche mit einer anderen Person. Ihre Anspielungen waren nicht richtig, sie ärgerten mich. Auch in einer offenen Gesellschaft gibt es Regeln. Nach diesem Vorfall fand ich es sehr schwierig, mit dieser Kollegin zusammenzuarbeiten. Schlussendlich entschieden wir, ihren Arbeitsvertrag auslaufen zu lassen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
1. Erzählerin Verheiratete Mutter von sechs Kindern; in Österreich lebend, in Mexiko geboren und aufgewachsen; 59 Jahre alt; praktizierende Katholikin; sehr gut ausgebildet; arbeitet in der Arztpraxis ihres Ehemanns; sehr internationales Leben (als Diplomatin gearbeitet, in mehreren unterschiedlichen Ländern gelebt);

2. Assistentin aus Peru
31 Jahre alte Arzthelferin; in Peru geboren und aufgewachsen; lebt seit vier Jahren in Österreich; Katholikin; alleinstehend; heterosexuell; arbeitet bei einem praktischen Arzt;

Indirekt involvierte Akteure:

3. Ehemann / Arzt
Allgemeinmediziner; Österreicher mit ungarischen Vorfahren; verheiratet, 6 Kinder, Leiter der Praxis

4. Patienten unterschiedlicher nationaler Herkunft, mit denen die Assistentin Sex hatte

Die zwei Hauptakteure, die Erzählerin und ihre Kollegin, sind beide weiblich und leben in Wien, arbeiten beide als Assistentinnen des Chefarztes und sind auch beide in Südamerika aufgewachsen. Sie sind heterosexuell und wurden beide katholisch erzogen. Die Erzählerin ist dreißig Jahre älter als ihre Kollegin und lebt auch schon seit längerer Zeit in Österreich. Sie ist verheiratet und hat Kinder, während ihre Kollegin Single ist. Darüber hinaus ist ihre Kollegin eine normale Angestellte, während die Erzählerin mit dem Arzt verheiratet ist, wodurch ihr eine höhere Bedeutung in der Arztpraxis zukommt und sie in der Hierarchie über ihre Kollegin stellt.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich zwischen zwei Angestellten einer Arztpraxis in Wien. Der Chef der Praxis ist der Ehemann der Erzählerin. Die Praxis legt den Fokus auf eine internationale Kundschaft; sie haben bereits 5.000 PatientInnen aus aller Welt. In 4 Jahren hat der Arzt bereits mehr als 24 MitarbeiterInnen (hohe Fluktuation) beschäftigt. Die Erzählerin merkt an, dass viele MitarbeiterInnen nicht in einem so internationalen Umfeld und mit PatientInnen unterschiedlichster Hintergründe, die manchmal kein Deutsch sprechen, arbeiten können. Viele von ihnen waren überfordert oder zeigten eine unfreundliche Haltung gegenüber den PatientInnen. Vor diesem Vorfall gab es zwischen der Erzählerin und ihrer Kollegin keine Konflikte. Sie pflegten bis dahin eine freundliche Beziehung zueinander. Die Erzählerin sieht sich selbst als Migrantin, die schon des Öfteren mit Stereotypen und abfälligen Bemerkungen hinsichtlich ihrer südamerikanischen Abstammung konfrontiert worden ist, seit sie in Österreich lebt. Sie selbst hingegen hat eine sehr positive Auffassung von Migration und Mehrsprachigkeit.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Verärgert, erstaunt, verstört;

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Sexuelle Normen: Monogamie oder zumindest keine regelmäßig wechselnden Sexualpartner. Sex wird mit Partnerschaft, Emotionen und Liebe in Verbindung gebracht. Sex findet idealerweise in der Ehe statt. Wenn man viele unterschiedliche Sexualpartner hat, sollte man dies nicht groß zur Schau stellen. Sexualpartner sind nichts, das man sammeln sollte, schon gar nicht auf Basis von Kriterien wie Nationalität. Professionelle Vorschriften können Einfluss darauf haben, mit wem man schlafen darf und mit wem nicht. Im Kontext von Beziehungen zwischen PatientInnen und dem medizinischen Personal ersetzt die Berufsethik individuelle Wünsche. **Ethik in der medizinischen / beruflichen Praxis:** Kein Sex mit PatientInnen: Sex mit PatientInnen gilt als unethisch, da das medizinische Personal seine berufliche Position und damit die Verletzlichkeit der PatientInnen ausnutzen kann. Das kann zu einem Verlust von Vertrauen in medizinische Berufe führen. Spezifische Verhaltensregeln, wie man sich professionell verhalten muss: nicht nur **im Umgang mit PatientInnen**, sondern auch im **Umgang mit KollegInnen**. Die Nachricht der Kollegin über ihre sexuellen Erlebnisse bringt die Erzählerin in eine unangenehme Lage. Sie bevorzugt, nichts zu wissen, als offen mit ihrer Kollegin über dieses delikate Thema zu reden. Die Erzählerin präferiert eine professionellen Beziehung zu ihren KollegInnen gegenüber einer persönlichen Unethisches Verhalten des Personals stellt die Reputation der Praxis in Frage und infolgedessen die berufliche Stellung des Ehemannes der Erzählerin **Grad der Akkulturation:** Sozialisierte Werte sollten nicht einfach aufgrund der Einwanderung in ein neues Land aufgegeben werden; die Erzählerin ist der Meinung, dass an einigen zentralen Elementen aus dem alten Wertesystem festgehalten werden sollte, anstatt sofort alle Werte des neuen Lands zu übernehmen. Weil sie von ihrer Kollegin als südamerikanische Frau angesprochen wurde, sieht sie die Notwendigkeit, zwischen ihr und der Assistentin **Grenzen** zu **ziehen**. **Nicht-kulturalisierende Sicht auf Werte:** Ethisches Verhalten bestimmt sich nicht durch den Kontext, sondern hängt am Individuum. Obwohl die Erzählerin einige ihrer Werte ihrer katholischen Erziehung und dem damit einhergehenden Wertesystem zuschreibt, hinterfragt sie die Sicht, dass Personen, die einen kulturellen Hintergrund teilen, auch Werte teile. Hinterfragen von Gruppenstereotypen / individualistische Orientierung: Kulturelle Unterschiede aufzurufen ist keine Entschuldigung für rücksichtsloses und unethisches Verhalten. Die Entscheidung, wie sich eine Person verhält, fällt im Endeffekt immer die Person selbst. Es gibt sowohl in liberalen, als auch in traditionellen Gesellschaften Regeln; Ordnung ist nicht an traditionelle Formen der sozialen Organisation gebunden.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Unethisch, promiskuitiv, naiv

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Offenheit für neue kulturelle Erfahrungen: Das Leben in Österreich wird im Vergleich zum Leben in Peru als befreiend erlebt, da es offensichtlich mehr Spielraum im persönlichen Verhalten gibt. Die Assistentin zeigt ihre Bereitschaft, sich zu integrieren und als einschränkend empfundene Regeln, die sie während ihrer Sozialisierung gelernt hat, abzulegen. Soziale (sexuelle) Beziehungen sind eine Möglichkeit sich in die neue Gesellschaft zu integrieren. Sexuelle Beziehungen können als Versuch verstanden werden, sich kulturell zu integrieren. Werte und Verhaltensregeln müssen nicht starr sein, sondern können spielerisch ausprobiert werden. Präferenz zur **Aushandlung von Verhaltensregeln**: auch am Arbeitsplatz und unter KollegInnen. **Sozialen Anschluss finden**: Das Kennenlernen der neuen Gesellschaft ist von hoher Bedeutung. Die Assistentin spricht mit der Erzählerin als Freundin, Vertrauter und nicht als Kollegin – in diesem Fall wird die **persönliche Beziehung** gegenüber der professionellen Beziehung **bevorzugt**. Das Mitteilen von persönlichen Erlebnissen wird als Gelegenheit gesehen, eine Verbindung herzustellen. Auf der einen Seite ist das Schließen einer engen freundschaftlichen Beziehung wichtiger als der eigene Beruf und die professionelle Stellung. Auf der anderen Seite empfindet die Assistentin Sex mit Patienten vielleicht nicht als unprofessionell. **Sexuelle Freiheiten:** Vor allem als Frau, die solche Freiheiten vorher nicht erlebt hat, gibt es keinen Grund die sexuellen Beziehungen auf romantische Beziehungen zu beschränken. Fokus auf Begehren, Spontanität und neue Erfahrungen **Ethik** in der beruflichen Praxis: Zwei Erwachsene, die Sex haben, verletzt die Berufsethik nicht. Unterscheidung zwischen professionellem Selbst und privatem Selbst: was sie in ihrer Freizeit macht, sollte nicht von ihren ArbeitskollegInnen beurteilt werden.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
1. Implizite vs. explizite Verhaltensregeln in Gesundheitseinrichtungen

In Gesundheitseinrichtungen muss jeweils explizit gemacht werden, was als ethische Praxis von MitarbeiterInnen gilt. MitarbeiterInnen sollten klar wissen, welche Verhaltensweisen institutionell akzeptiert sind und welche nicht.
Problem der Überregulierung: Verhaltensregeln können niemals allumfassend sein, und wenn sie es sind, sind sie eher hinderlich. Stattdessen sollten allgemeine Leitlinien der ethischen Berufspraxis geschaffen werden und mit Reflexion und Supervision als Teil der Berufskultur einhergehen, sodass ethische Dilemmas und mögliche Lösungen unter MitarbeiterInnen diskutiert werden können.
Die Entwicklung von Leitlinien über die berufliche Kultur ist besonders in transkulturellen Arbeitsumfeldern relevant, wo unterschiedliche Erwartungen und implizite Normen koexistieren und aufeinanderstoßen.
Sich über Richtlinien Gedanken zu machen, führt zu institutionellen Diskussionen, die nicht nur Standards von Professionalität und ethische Praxis thematisieren, sondern auch die Beteiligung aller MitarbeiterInnen auf institutioneller Ebene stärken.

2. Arbeit in transkulturellen Teams
Im Gesundheitssektor arbeiten Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft regelmäßig in transkulturellen Teams zusammen. Während persönliche Erfahrungen, wie es ist, den kulturellen Kontext zu wechseln, oftmals transkulturelle Kompetenzen erhöhen, können unterschiedliche Zugänge zu Akkulturation und unterschiedliche Erwartungen an Gruppenähnlichkeiten zu Konflikten unter MitarbeiterInnen führen – wie dies in diesem Beispiel der Fall ist.

Kulturelle Identitäten können weiter mit Elementen der Arbeitskultur / institutionellen Kultur zusammenstoßen, was auf Schulungsbedarf verweist, wie in transkulturellen Teams im Gesundheitsbereich zusammen gearbeitet werden kann.

5.11 EINE TÜRKISCHE FAMILIE IM HOSPIZ

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: Jänner 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Sterbebegleitung, Familie, Geschlecht, Kommunikation

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenschwester in einem Hospiz

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich arbeite in einem Hospiz in Kopenhagen als Krankenschwester. Über die Jahre hatten wir im Hospiz viele Patienten aus anderen Ländern, vor allem Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Zurzeit liegt ein todkranker türkischer Patient bei uns. Er spricht kaum Dänisch und kann auch wegen seiner Krankheit nur in sehr eingeschränktem Maße kommunizieren. Zu Beginn, als er gerade ins Hospiz gekommen war, betete er jeden Tag auf Knien, während seine Frau in einem Stuhl saß und las. Jetzt ist er allerdings zu schwach, um außerhalb seines Betts zu beten. Seine Frau oder seine Töchter habe ich im Hospiz nie beten sehen. Die Familie hat vor, den Patienten nach seinem Tod in der Türkei zu begraben. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten und seiner Familie gestaltet sich sehr schwierig. *Zunächst* hält sich die Ehefrau des Patienten ständig in seinem Zimmer auf. Sie verlässt den Raum nur für kurze Spaziergänge. Wann immer sie den Raum verlässt, ruft der Patient sofort nach ihr. Sie besteht darauf, alles für ihren Mann zu machen, ausgenommen Tätigkeiten, die mit seinem Intimbereich zusammenhängen. Sie schläft auch in seinem Zimmer. Dabei nimmt sie ihr Kopftuch ab. Selbstverständlich sehen wir im Hospiz regelmäßig nach unseren Patienten, auch in der Nacht. Insofern war es ein Schock für uns, dass unseren männlichen Kollegen untersagt wurde, den Raum des Patienten in der Nacht zu betreten, weil die Frau ohne Kopftuch schläft. Da das Hospiz aus zwei Abteilungen besteht, lösten wir dieses Problem bislang so, dass sich bei Bedarf die Krankenschwester der anderen Abteilung in der Nacht um den türkischen Patient kümmert. Nun hat sich aber der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtert und intensivere Pflege ist nötig. Es ist aber nicht möglich, andauernd Schwestern aus der anderen Abteilung zu rufen. *Des Weiteren* kommen den Patienten, neben der beständigen Anwesenheit seiner Frau, auch seine drei Töchter, die in Kopenhagen legen, täglich besuchen. Die vierte Tochter, die in Afrika lebt, ruft ihren Vater jeden Tag an. Es gibt im Hospiz eine kleine Küche für Angehörige. Die Töchter des türkischen Patienten bereiten dort jeden Abend Essen zu. Insofern ist es für die Angehörigen anderer Patienten schwierig, die Küche zu benutzen.

Einige Angehörige beschwerten sich bei uns, weil sie oft das Gefühl haben, die Küche nicht verwenden zu können. Die türkische Familie würde für andere keinen Platz in der Küche lassen. Mit diesen Beschwerden konfrontiert, erklärte uns die türkische Familie, dass sie anderen Angehörigen selbstverständlich in der Küche Platz machen würden: "Sie müssen uns das nur sagen." Die anderen Angehörigen wiederum möchten die türkische Familie nicht offen darauf ansprechen, weil sie fürchten dadurch als "Rassisten" angesehen werden zu können.
Außerdem ist eine Tochter selbst Ärztin und sehr darauf erpicht, ihrem Vater zusätzliche Untersuchungen zu ermöglichen. Sie besteht darauf, dass er sich in einem anderen Krankenhaus Zusatzbehandlungen unterzieht, obwohl sie als Ärztin wissen müsste, dass diese Behandlungen in seinem Stadium aussichtslos sind.
Schließlich haben wir als Beschäftigte im Hospiz auch die Aufgabe, mit den Patienten über das Sterben zu sprechen, sie zu beraten und vorzubereiten. Weil der türkische Patient kaum Dänisch spricht, sind wir dabei auf die Übersetzungshilfe seiner Familienmitglieder, vor allem seiner Frau, angewiesen. Sie hat jedoch große Angst vor dem Tod. So hat sie uns berichtet, dass sie noch nie eine tote Person gesehen hat. Als ein anderer unserer Patienten starb, bat sie deshalb die Angehörigen um Erlaubnis, sich den toten Mann anzusehen. Sie wollte erfahren, wie ein toter Körper aussieht. Diese Bitte schockierte die trauernde Familie – und auch wir waren ziemlich überrascht. Wir haben so ein Verhalten noch nie erlebt und hätten es auch nie erwartet.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**

Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

Die Erzählerin ist eine in Schweden geborene, 60 Jahre alte Krankenschwester, mit umfassender Erfahrung im Gesundheitswesen. Aktuell arbeitet sie Vollzeit in einem Hospiz, in dem sie seit 6 Jahren beschäftigt ist. Davor hat sie in einem Spital und als Gemeindeschwester in der Erstversorgung gearbeitet. Ursprünglich wurde sie in Schweden als Pflegeassistentin in der Psychiatrie ausgebildet.
Sie lebt mit ihrem Ehemann zusammen, der bereits pensioniert ist und hat 3 erwachsene Söhne, die alle weiter weg leben, und 2 kleine Enkelkinder. Sie beschreibt sich als Agnostikerin mit humanistischer Denkweise.
Die Geschichte erzählt von einer Familie türkischer Herkunft, die sich im Hospiz aufhält, weil der Familienvater sterbenskrank ist. Es gibt keine Information darüber, um welche Krankheit es sich handelt. Die Familienmitglieder sind gläubige Moslems. Die Eltern leben seit rund 40 Jahren in Dänemark. Alle Familienmitglieder sprechen Dänisch; der Patient hat aufgrund seiner Krankheit jedoch große Teile seiner Dänischkenntnisse verloren. Seine Frau spricht sehr gut Dänisch.

- Der Patient ist 78 Jahre alt, krank im Endstadium und kann kaum eigenständig aus dem Bett aufstehen.
- Seine Frau ist 65 Jahre alt und lebt als Hausfrau.
- Die 4 erwachsenen Töchter sind zwischen 30 und 40 Jahre alt. Die Erzählerin weiß nicht, ob sie in der Türkei oder in Dänemark geboren wurden. Eine Tochter ist Ärztin, Tochter ist Hausfrau und eine Labortechnikerin. Die vierte Tochter lebt in Afrika, steht aber in engem Kontakt mit ihrer Familie in Dänemark.

Andere Personen, die in der Geschichte vorkommen: Krankenschwestern und PflegerInnen im Hospiz (männlich und weiblich); Angehörige anderer PatientInnen im Hospiz, die genauso wie die türkische Familie viel Zeit mit ihren sterbenden Angehörigen im Hospiz verbringen und die Gemeinschaftsräumlichkeiten nutzen

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die geschilderten Erlebnisse fanden in einem Hospiz in Kopenhagen statt. Das Hospiz ist in einem zweistöckigen Gebäude. Jeder Stock beinhaltet eine eigenständige Abteilung, mit jeweils fixem Team. Diese Unterteilung in zwei getrennte Abteilungen soll dazu dienen, eine intime, ruhige Atmosphäre herzustellen, in der eine kleine Anzahl von PatientInnen und ihre Angehörige von einem kleinen Team betreut werden. In beiden Abteilungen gibt es jeweils eine Wohnung mit Aufenthaltsraum und kleiner Küche, die von den Angehörigen benutzt werden kann. Angehörige sind vielfach rund um die Uhr bei der sterbenden Person – jedoch zumeist erst in der allerletzten Krankheitsphase vor dem Tod.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin hat Erfahrung in der Pflege von PatientInnen aus unterschiedlichen Ländern hat das Gefühl, mit kulturellen Unterschieden gut umgehen zu können. Sie mag die türkische Familie und respektiert, wie liebevoll und umfassend sich die Mutter und die Töchter um den Patienten kümmern. Sie ist allerdings überrascht, besorgt und verstört, dass das Tragen eines religiösen Symbols den Ablauf und die professionelle Arbeit im Hospiz beeinträchtigt. Außerdem findet sie sich in einem Dilemma wieder, als sie, gemeinsam mit ihren KollegInnen, zwischen der türkischen Familie und anderen Angehörigen vermitteln soll. Sie befürchtet, dass ihre Anweisung, wie die gemeinsame Küche zu verwenden ist, aufgrund des kulturellen Hintergrunds der türkischen Familie als diskriminierend verstanden wird. Zu guter Letzt ist die Erzählerin bestürzt, dass die Tochter, die doch selbst Ärztin ist, sich in die medizinische Behandlung ihres Vaters einmischt und Behandlungen in einem anderen Krankenhaus plant. Sie ist der Meinung, dass die Tochter die Expertise und Kompetenz des Personals im Hospiz damit nicht anerkennt.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Professionelles Handeln hat Vorrang Die Krankenschwester ist ausgebildet, sterbenskranke PatientInnen zu pflegen, auch in Notsituationen. Im dänischen Gesundheitssystem wird der Berufsethik (professionelle Abläufe, Qualitätsstandards etc.) eine hohe Priorität eingeräumt. Berufliche Tätigkeiten dürfen nicht durch religiöse oder private Bedürfnisse oder Erwartungen eingeschränkt werden. Wie mit PatientInnen umgegangen wird und wie medizinische Tätigkeiten verrichtet werden, liegt ganz in der Verantwortung des ausgebildeten Personals. Dafür genießen Personen in Gesundheitsberufen eine hohe Anerkennung, die von den PatientInnen und ihren Angehörigen respektiert werden sollte – und: Gesundheitspersonal wird zunehmend dahingehend ausgebildet, PatientInnen und Angehörige stärker in Prozesse miteinzubeziehen. Der individualisierte Umgang mit PatientInnen und Angehörigen im

Hospiz muss aber trotzdem medizinischen Qualitätsstandards untergeordnet werden. Die türkische Familie beeinträchtigt die Hierarchie zwischen Profis und Laien sowie zwischen professioneller Standards und Individualität:

- Die Ehefrau nimmt den Patienten beständig in Beschlag und reißt viele jener Aufgaben an sich, die das Pflegepersonal normalerweise leistet (z.B. kümmert sie sich darum, dass das Essen halal ist, dass der Raum sauber ist etc.).
- Die Tochter empfiehlt ihrem Vater Zusatzbehandlungen, womit sie in die vom Hospiz vorgeschlagene Behandlungsweise eingreift. Aus Sicht der Erzählerin sollte sie als Tochter agieren, nicht als Ärztin. Dadurch überschreitet sie Rollenerwartungen und stellt die Expertise der Behandelnden in Frage.

2) Geschlechtergerechtigkeit hat gegenüber religiösen Befindlichkeiten Vorrang

Im dänischen Gesundheitssystem gibt es bis heute eine mehr oder weniger sichtbare Geschlechterhierarchie. Gleichwohl ist es gesetzlich festgeschrieben, dass alle Geschlechter gleichen Zugang zu allen beruflichen Positionen haben. Insofern müssen männliche Krankenpfleger sowohl von KollegInnen als auch von PatientInnen und deren Angehörige als gleichsam qualifiziert und ihren weiblichen Kolleginnen ebenbürtig respektiert werden. Die türkische Familie verletzt diesen Wert, da sie männlichen Pflegern verbietet, in der Nacht ihrer Arbeit nachzukommen.

3) Bedürfnisse von PatientInnen und deren Angehörigen sind für die Arbeit des Gesundheitspersonals bedeutend

Trotz der hohen Orientierung an Geschlechtergerechtigkeit versucht das Personal im Hospiz, den Bedürfnissen der Ehefrau (und wahrscheinlich auch des Patienten) nachzukommen, indem sie in der Nacht eine Krankenschwester aus der anderen Abteilung um Mithilfe bitten. Unter dem Pflegepersonal gibt es ein steigendes Bewusstsein davon, wie wichtig es ist, den Bedürfnissen von PatientInnen wenn möglich zu entsprechen. In diesem Fall stehen die Bedürfnisse der Familie allerdings mit der Geschlechtergerechtigkeit in Konflikt.

4) Tod – und speziell der tote Körper – ist Privatsache

In der dänischen Gesellschaft wird Tod allgemein als intime Angelegenheit betrachtet – mit Ausnahme vielleicht, wenn berühmte Personen sterben. Viele DänInnen sterben zu Hause. Auch der tote Körper gilt als privat; dieser Umgang ist Ausdruck von Respekt gegenüber der toten Person. Den verstorbenen Körper noch einmal zu sehen, ist der Familie und engen FreundInnen vorbehalten und stellt eine Art Trauer- bzw. Bestattungsritual dar. Bei einem Offenen Sarg können dann auch weiter entfernte Bekannte oder FreundInnen von dem/der Verstorbenen Abschied nehmen. Dabei bleibt der tote Körper jedoch verborgen.
Als die Ehefrau fragt, ob sie den toten Körper eines Fremden sehen darf, verletzt sie in den Augen der Erzählerin damit dessen Privatsphäre und erbietet ihm nicht den nötigen Respekt. Während die Ehefrau einen praktisch-pragmatischen Ansatz verfolgt und sich mit toten Körpern vertraut machen will, um sich mit dem Tod auseinanderzusetzen, reagiert die Erzählerin, die mit Tod beruflich zu tun hat, aus einer persönlichen, emotionsbehafteten Perspektive.

5) Bei der gemeinschaftlichen Nutzung von Einrichtungen sind individuelle Vorlieben und Bedürfnisse unterzuordnen

Vielfach wird in kultureller Hinsicht zwischen Individualismus, der in westlichen Gesellschaften vorherrscht, und kollektivistisch orientierten Gesellschaften unterschieden.

Allgemein gesprochen würde Dänemark mit Bezug auf Denk- und Handlungsweisen als individualistische Gesellschaft beschrieben werden. Gleichzeitig ist eine starke Orientierung an anderen Menschen und ihren Bedürfnissen bei der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungen weit verbreitet. Mangelnde Rücksichtnahme in solchen Situationen wird immer noch als schlechtes Verhalten ausgelegt – auch wenn sich diese Sicht im Wandel der Zeit langsam zu ändern scheint.
Somit bricht die türkische Familie Standards guten Verhaltens, da sie durch ihre tägliche Nutzung der Gemeinschaftsküche andere Angehörige davon abhalten, die Küche zu verwenden. Weil die Familie angibt, dass sie die Küche gerne teilt, wenn die anderen Angehörigen sie darum bitten, glaubt die Erzählerin, dass sie sehr wohl bereit sind, den Raum gemeinschaftlich zu nutzen. Sie unterstellt ihnen aber mangelnde Aufmerksamkeit und Empathie für die Bedürfnisse anderer. Diese müssen ihrer Meinung nach auch nicht verbal vorgebracht werden, damit darauf Rücksicht genommen werden kann.
In der türkischen Familie ist Kollektivismus besonders auf die Familie bezogen stark. In Dänemark wird Kollektivismus vor allem auf Institutionen des Wohlfahrtsstaats bezogen und steht mit Vorstellungen von Gleichheit und gleichem Zugang für alle in Verbindung. Alle müssen bestimmte Einrichtungen und gemeinschaftliche Güter teilen, die eigene Nutzung darf nicht auf Kosten der Möglichkeit von anderen gehen, die Einrichtungen oder Güter zu nutzen.

6) Fehlender Dialog und erwartete Diskriminierung

Der Mangel an Kommunikation, der sich rund um die Nutzung der Küche zeigt, ist mitunter ein Ausdruck des Werts der Nicht-Diskriminierung. Die Erzählerin und Angehörige anderer PatientInnen haben Angst davor, bei einer Konfrontation beschuldigt zu werden, die türkischen Familienmitglieder zu diskriminieren. Diskriminierung ist eine soziale Tatsache, weswegen es für die Personen in der Geschichte zentral erscheint, von jeglichem Vorwurf der Diskriminierung erhaben zu sein. Das mündet jedoch in einer Nicht-Auseinandersetzung mit der türkischen Familie, die gleichzeitig als Grund für Konflikte und Frustration dargestellt wird. Diese Zurückhaltung, Kritik zu üben und Konflikte anzusprechen, weil damit immer gleich die Gefahr verbunden sein kann, selbst der Diskriminierung bezichtigt zu werden, scheint eine Begleiterscheinung allgemeiner Debatten über Integration, Inklusion und Diversitätsmanagement zu sein.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Ambivalent; widersprüchlich

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Rolle des Mannes in der Familie Im Allgemeinen sind die Generationenbeziehungen in Familien in der Türkei sehr eng. Erwachsene Kinder sollen ihre Eltern im Alter pflegen; es herrscht großer Respekt für ältere Familienmitglieder. Der Vater wird üblicherweise als Familienoberhaupt angesehen. Auch wenn sich aufgrund von Reformen die unterschiedlichen Positionen von Männern und Frauen in Familie und

Gesellschaft in vielen Aspekten gewandelt haben, gibt es eine deutlichere Aufgabenteilung zwischen Männern und Frauen als in Dänemark.
Die weiblichen Familienmitglieder tun alles, um sich um den sterbenden Mann/Vater zu kümmern und ihn zu pflegen.

Präferenz für explizites Aushandeln
Die Familienmitglieder orientieren sich an den verbalisierten Bedürfnisäußerungen von anderen. Wenn ihnen niemand sagt, dass sie sich in der Küche störend verhalten, gehen sie davon aus, dass ihr Verhalten für die anderen akzeptabel ist. Die Mutter äußert ihr Bedürfnis, einen toten Körper zu sehen, gegenüber den Angehörigen eines verstorbenen Patienten. Sie geht nicht davon aus, dass ihre Frage bereits ein Problem darstellt, weil die Angehörigen ja die Möglichkeit haben, abzulehnen.

Bewusste Auseinandersetzung mit dem Tod, Neugier, Vorbereitung
Obwohl der Tod ihres Ehemanns für die Frau angstbesetzt ist, entscheidet sie sich dafür, sich im Vorfeld mit Tod / toten Körpern zu konfrontieren. Sie möchte sich darauf vorbereiten, wie das sein wird, wenn das Leben aus dem Körper ihres Mannes schwindet. Gleichzeitig könnte die Anfrage an die Angehörigen des Verstorbenen auch implizieren, dass es für die Frau nicht pietätlos ist, tote Körper anzusehen, weil Tote zu ehren und respektvoll mit ihnen umzugehen, von leblosen Körpern abgehoben ist.

Naturwissenschaftlich / medizinische Orientierung – Machbarkeit
Vielleicht gerade weil sie eine naturwissenschaftliche Ausbildung durchlaufen hat, hält die Tochter, die Ärztin ist, an den Möglichkeiten medizinischer Techniken und Methoden fest. Während die Erzählerin der Meinung ist, sie als Ärztin müsste wissen, dass es im Falle des Vaters keine Optionen mehr gibt, könnte die Tochter schlicht einer gegenteiligen Meinung sein. Sie könnte die Ansicht haben, dass aus medizinischer Sicht weitere Alternativen bestehen.
Mitunter verschmelzen aber auch ihre professionelle Rolle und ihre Rolle als Tochter. Konfrontiert mit ihrem sterbenden Vater, möchte sie in dem Gebiet, wo sie Expertise hat, alle Möglichkeiten auskosten, um ja nichts unversucht zu lassen, damit der geliebte Vater doch nicht sterben muss.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

- Religiöse Vorschriften und Vorschriften in einer Gesundheitseinrichtung können miteinander in Konflikt geraten.
- Die Geschichte zeigt, dass es in bestimmtem Maße möglich ist, gemeinsam Lösungen für schwierige Situationen zu finden und Kompromisse auszuhandeln, z.B. Unterstützung durch eine Krankenschwester aus einer anderen Abteilung. Gleichzeitig ist es wichtig, die Situationen ernst zu nehmen, in denen das Finden von Kompromissen aufgrund medizinischer Indikation nicht mehr möglich ist. Dann muss interkulturellen Dialog zwischen Gesundheitspersonal und den PatientInnen und ihren Angehörigen hergestellt werden, um gegenseitiges Verständnis zu erreichen.

5.12 BELEIDIGUNGEN

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 29. Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Kulturelle Vorurteile, indirekte Diskriminierung Stigmatisierung ethnischer Minderheiten Machtmissbrauch

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Ausbildung zum Pflegehelfer

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich war kurz davor, mein 4-monatiges Praktikum in einem psychiatrischen Spital in der Region Kopenhagen zu beginnen. Zur Vorbereitung gab es mehrere Treffen mit meinen Betreuern. Als erstes hatte ich eine Besprechung mit einer klinischen Supervisorin und meinem Ausbildungsleiter. Kurz danach traf ich mich noch einmal mit der klinischen Supervisorin, um über die gegenseitigen Erwartungen an das Praktikum zu sprechen. Zwei Monate nach Praktikumsbeginn fanden weitere Treffen zur Zwischenevaluation meines Praktikums statt. Die erste Frage, die mir die klinische Supervisorin bei der ersten Sitzung stellte, war, ob mich Arbeitsamt oder Sozialbehörden unter Druck gesetzt hätten, das Praktikum zu machen. Diese Frage überraschte mich total. Ich war fast sprachlos. Aber ich antwortete höflich und versuchte, mich als engagierten Schüler darzustellen, der sich aus freien Stücken für die Arbeit im Gesundheitswesen entschieden hatte. Ich hob hervor, dass ich mich sehr auf das Praktikum in der Psychiatrie gefreut hatte. Dennoch wurde ich das Gefühl nicht los, dass sie absichtlich versuchte, mich zu provozieren. Sie schien mich verärgern und dadurch mein Praktikum gefährden zu wollen. Keinem der anderen Praktikanten wurden solche Fragen gestellt. Als ich mein zweites Treffen mit ihr hatte, fragte sie mich gleich zu Beginn, ob ich Vorstrafen hätte. Ich konnte es wieder nicht fassen und musste mich sehr zusammenreißen, höflich zu bleiben. Ich antwortete, dass ich keinerlei Vorstrafen hätte und sie gerne nachforschen könne, um meine Antwort zu verifizieren. Irgendwie schaffte ich es, einen klaren Kopf zu behalten und mich in dieser einschüchternden Atmosphäre von meinen Gefühlen nicht überwältigen zu lassen. Vor der dritten Sitzung hatte ich viel mit meinem Ausbildungsleiter über meine guten Erfahrungen während des Praktikums gesprochen. Ich hatte ich eine sehr gute Beziehung zu ihm. In dem Meeting sollte ich nun also auch der klinischen Supervisorin meine Erfahrungen präsentieren. Sie wollte davon jedoch wenig hören, sondern erzählte mir, dass sie sich in ihrer

eigenen Forschung mit psychiatrischen Diagnosen beschäftigt. Ihrer Meinung nach sei es möglich, dass ich unter einer diagnostizierten Krankheit wie ADHS leide. Sie fragte, ob vielleicht einer meiner Mentoren oder ein guter Hausarzt eine diagnostische Untersuchung bei mir machen könne. Diesmal saß ich 20 Sekunden lang still da; ich war komplett sprachlos und überrumpelt. Ich versuchte meine Wut zurückzuhalten und überlegte, wie ich antworten könnte. Ich fühlte mich so verletzt und verstand überhaupt nicht, worauf sie mit diesen stigmatisierenden Kommentaren hinaus wollte. Ich antwortete ihr, dass ihre Frage zu weit ging. Sie kannte mich überhaupt nicht. Auf welcher Basis stellte sie mir eine solche Frage?
Ihre haltlose Unterstellung enttäuschte mich zutiefst. Ich wusste aber, dass ich noch 2 Monate Praktikum zu absolvieren hatte. Es war nahezu unmöglich, zu diesem Zeitpunkt den Praktikumsplatz zu wechseln. Deswegen entschied ich mich gegen eine formale Beschwerde. Eine Beschwerde hätte für mich wahrscheinlich ein desaströses Arbeitsklima zur Folge gehabt. Beschwerden bringen eine unglaubliche Unruhe, Anspannung und Unsicherheit ins Team. Da ich in der Hierarchie weit unten war, hatte ich Angst, von den anderen ausgegrenzt zu werden.
Auch mein Ausbildungsleiter, der die klinische Supervisorin in der Situation bat, auf meine positiven Erfahrungen und die berufliche Entwicklung zu fokussieren, riet mir, keine formale Beschwerde einzulegen.
Bei der Endevaluation erschien die klinische Supervisorin dann neutraler, fast positiv und lobte meine beruflichen Anstrengungen und Entwicklungen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

Der Erzähler ist ein 21-jähriger Pflegehelfer in Ausbildung (dreijährig). Zum Zeitpunkt des geschilderten Erlebnisses befindet sich der Erzähler gegen Ende seiner Ausbildung. Er musste nur noch das viermonatige Praktikum absolvieren, bevor er seine Ausbildung abschließen konnte.
Er wurde in Dänemark geboren, seine Eltern sind aus Palästina geflüchtet und leben seit rund 30-35 Jahren in Dänemark. Der Erzähler wuchs in der zweitgrößten Stadt Dänemarks auf, in einer Gegend mit hohem Anteil migrantischer Bevölkerung. Später zog er nach Kopenhagen, wo er aktuell lebt und seine Ausbildung macht. Er spricht fließend dänisch und beschreibt sich als reflektierte, engagierte Person. Er setzt sich speziell für Gerechtigkeit, Antidiskriminierung und eine vielfältige Gesellschaft ein. Er hat eine Zusatzausbildung als Jugendberater absolviert. Dadurch ist er Teil einer Gruppe von jungen Menschen in Kopenhagen, die sich für Antidiskriminierung in der Berufsbildung stark machen. Als Resultat hat der Erzähler eine feine Beobachtungsgabe in Situationen, in denen er diskriminiert wird oder ihm Ungerechtigkeit widerfährt.

Weitere involvierte Personen sind:

- Eine dänische klinische Supervisorin, verantwortlich für Praktika und Auszubildende in dem psychiatrischen Krankenhaus, in dem der Erzähler ein Praktikum machen möchte. Sie hat als diplomierte Krankenschwester lange Jahre in der Psychiatrie und möglicherweise auch anderen Abteilungen gearbeitet. Der Erzähler glaubt, dass sie Mitte 50 ist. Auf Basis der Geschichte lässt sich spekulieren, dass sie Vorurteile gegenüber Menschen hat, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben als sie

selbst. Ihr eigener kulturell-religiöser Hintergrund ist vermutlich jener der christlich-protestantischen Kirche in Dänemark, was jedoch noch nichts darüber aussagt, wie gläubig sie ist.

- Ein männlicher Ausbildungsleiter, in seinen Dreißigern, der für die Ausbildung des Erzählers verantwortlich ist. Er ist ein diplomierter Krankenpfleger. Er stammt aus Dänemark.

Der Erzähler kennt den Ausbildungsleiter gut. Es ist unbekannt, ob der Ausbildungsleiter die klinische Supervisorin bereits kannte.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die beschriebenen Treffen finden im Büro der klinischen Supervisorin statt, in einem psychiatrischen Krankenhaus in Kopenhagen. Sie ist in dieser Abteilung für die Praktika von Pflegekräften verantwortlich.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler ist wütend und enttäuscht und empfindet sich als Opfer von Vorurteilen und rassistischen Stereotypisierungen. Er wird nicht als Individuum mit Hoffnungen, Zielen und Fähigkeiten anerkannt und bewertet, sondern als Mitglied einer ethnischen Minderheit. Er ist niedergeschlagen, weil er erfährt, dass es keine Rolle spielt, wie talentiert er ist oder wie sehr er sich anstrengt, seine Bewertung basiert trotzdem auf Vorurteilen. Er erlebt, dass sein kultureller Hintergrund eine größere Bedeutung hat, als seine Persönlichkeit.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Leistungsdenken und Chancengleichheit Die Werte Gleichheit, Anerkennung und Respekt gegenüber allen Menschen werden verletzt. Der Erzähler orientiert sich an dem Ideal, dass alle Menschen Zugang zu allen Berufen haben sollten. Der soziale, ökonomische und kulturelle Hintergrund sollte keine Rolle spielen, wenn man sich anstrengt, hart arbeitet und sich der entsprechenden Ausbildung für den Beruf verschreibt. Die klinische Supervisorin hingegen interessiert sich überhaupt nicht für die tatsächlichen Leistungen des Erzählers. Sie ist seinen Motiven und seinem Engagement gegenüber von Anfang an skeptisch. **2) Antidiskriminierung und Vielfalt** Der Erzähler ist gegenüber Diskriminierung, Ungerechtigkeit und der Verhinderung von gleichen Chancen für alle sehr sensibel. Aufgrund seines kulturellen Hintergrunds und dem Aufwachsen in einem Armenviertel hat er Diskriminierung von Minderheiten früh erlebt. Diskriminierung kann seiner Ansicht nach auch indirekt erfolgen, etwa wenn Angehörige von Minderheiten mit negativen Vorurteilen konfrontiert werden und ihr Verhalten von vorneherein klassifiziert und abgewertet wird. Diese Verletzlichkeit von marginalisierten Personen/-gruppen zeigt sich in dem Erlebnis mit der klinischen Supervisorin. **3) Einen Beitrag leisten können – berufliche Integration**

Der Erzähler demonstriert eine starke Orientierung an der Leistungsgesellschaft und möchte beruflich integriert werden. Er möchte zum Gelingen des Zusammenlebens etwas beitragen, für seine Familie sorgen können und zum Allgemeinwohl beitragen. Er ist total davon überrascht, dass eine Vertreterin einer Ausbildungseinrichtung seine Ziele und Absichten so in Zweifel zieht und dadurch versucht, ihn von seinem beruflichen Weg abzubringen. Viel eher sollte sie doch versuchen, ihn zu unterstützen und voranzubringen.

4) Selbstkontrolle – einen kühlen Kopf bewahren

In Auseinandersetzungen sollte man, wenn man gehört werden will, nicht zu emotional werden oder gar die Beherrschung verlieren. Wenn man den Respekt und die Anerkennung von seinem Gegenüber möchte, zählt es, einen kühlen Kopf zu bewahren und klare Argumente vorzubringen, auch wenn man unfair behandelt oder beleidigt wird. Die klinische Supervisorin bricht mit der Erwartung des Erzählers, höflich behandelt zu werden.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Die klinische Supervisorin verhält sich:

- ungerecht und demotivierend;
- vorurteilsbelastet und anmaßend mit dem Erzähler;
- stigmatisiert ethnische Minderheiten, speziell junge männliche Migranten;
- diskriminiert indirekt.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

Normen, Werte und Referenzrahmen der klinischen Supervisorin:

Sie scheint ihre eigene Ausbildung zu einer Zeit gemacht zu haben, als strengere Hierarchien geherrscht haben. So bevorzugt sie **direkte Kommunikation** und wenn Auszubildende mit „ja" oder „nein" auf ihre Fragen antworten. Sie scheint sich durch die kommunikative Art des Erzählers, der komplexe Antworten geben möchte, provoziert zu fühlen. Sie lehnt seinen reflexiven Kommunikationsstil ab und nennt ihn „abstrakt, unpräzise, verworren".

Ihr Verhalten basiert vielleicht auf der der Erfahrung, dass das Gesundheitswesen von Arbeitsamt und sozialen Behörden oft als **Abstellgleis für Langzeitarbeitslose** verwendet wird. Das gilt speziell für MigrantInnen, die im Gesundheitswesen Kurz-Schulungen absolvieren, obwohl sie vielleicht gar keine Tätigkeit in dem Bereich anstreben. Im Gesundheitssektor ist die Sicht weit verbreitet, dass Personen, die vom Arbeitsamt zu Kurz-Schulungen geschickt werden, nicht besonders engagiert sind, sondern die Schulungen primär besuchen, um ihre Sozialleistungen nicht zu verlieren.

Der Erzähler verwirrt die klinische Supervisorin augenscheinlich, weil sie ihn nicht so recht einordnen kann. Einerseits nimmt sie ihn als Migranten wahr, andererseits entspricht er ihren generellen Vorurteilen doch nicht so recht. Den Vorurteilen nach müsste er Sozialleistungen beziehen, Vorstrafen haben und nicht gut dänisch sprechen.

Die Supervisorin scheint kognitiv mit ihrer eigenen Forschung über psychiatrische Diagnosen beschäftigt zu sein und überlagert die Gespräche mit ihrer eigenen Arbeit. Womöglich steht sie **unter Druck**, neben einer Vollzeiterwerbstätigkeit auch noch eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreiben zu müssen, und versucht, beide Tätigkeiten unter einen Hut zu kriegen.

Normen und Werte des Ausbildungsleiters:
Er versucht, als Mediator zwischen der klinischen Supervisorin und seinem talentierten Auszubildenden zu agieren. Er scheint sich von der Sicht der Supervisorin zu distanzieren, allerdings entscheidet er sich für eine **pragmatische Herangehensweise**. Er rät auch dem Erzähler pragmatisch zu sein, vermutlich um diesem weitere Probleme (z.B. Verlust des Praktikums) zu ersparen. Gleichzeitig stützt er dadurch das System, in dem eine Person an entscheidender Stelle diskriminierend handeln kann, ohne dass das Folgen hat.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Im dänischen Gesundheitswesen wird seit vielen Jahren versucht, Diskriminierung entgegenzuwirken und eine positive Herangehensweise an kulturelle Differenzen zu etablieren. So wurden etwa Diversity-Trainings für Management und Personal implementiert. Vor diesem Hintergrund ist es enttäuschend und alarmierend, wie sehr diese Initiativen augenscheinlich immer noch benötigt werden.
Aktuelle Forschung zu Lehr- und Studienabbruch dänischer Lehrlinge bzw. StudentInnen im Gesundheitsbereich bestätigt, dass ein Großteil hoch motiviert ist, die eigene Ausbildung auch abzuschließen. Allerdings haben viele Auszubildende / Studierende mitunter kein klares Bild von dem Beruf, den sie später ausüben werden. Deshalb bedarf es verstärkt Beratung und Mentoring zu persönlichen Fähigkeiten, Entwicklungsmöglichkeiten und Unterstützungsbedarf. Vor allem bei Pflichtpraktika sollten Auszubildende gut angeleitet, mit den Erwartungen der Einrichtung vertraut gemacht, aber auch positiv empfangen und willkommen geheißen werden. Die sozialen Kompetenzen der AusbildnerInnen, wie des Gesundheitspersonals, mit dem die Auszubildenden zusammenarbeiten, sind dabei essentiell. Anhand des Erlebnisses zeigt sich ein Bedarf für Good Practice Anleitungen, wie Vorbereitungstreffen auf Praktika durchgeführt werden können.

5.13 DIE VERLEGENE HAUSÄRZTIN

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 11. Februar 2016 und 2. März 2017

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Vorurteile, Kommunikation, Behinderungen

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patientin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich hatte allgemeine Fragen zu meiner Gesundheit, die nichts mit meiner Zerebralparese zu tun hatten, weshalb ich meinen Hausarzt aufsuchte. Soweit ich mich erinnere, ging es um eine Konsultation zum Thema Massage. Auf jeden Fall saß ich im Wartezimmer meines Hausarztes, das voll mit Patienten war. Es waren 10 bis 12 andere Wartende dort. Ich wusste im Vorhinein, dass an dem Tag eine Vertretung für meinen Hausarzt die Beratung machen würde. Aber da es sich um nichts Großes handelte, hatte ich keine Bedenken und dachte, dass mir auch die Vertretung weiterhelfen würde. Nach einer etwas längeren Wartezeit betrat die Vertretungsärztin den Raum und rief mich auf. Ich stand gleich vom Sessel auf und sagte: „Ja, hier bin ich.“ Mein Rollator stand neben mir, ich nahm ihn, während ich aufstand, und bewegte mich zum Arztzimmer hin. Als die Vertretungsärztin meinen Rollator sah, schaute sie mich plötzlich ganz komisch an. Sie wirkte überrascht, peinlich berührt und fast ein bisschen bestürzt. Sie machte einen Schritt nach hinten und stotterte abgehackt: „Also, also, ja also, ja ok, also dann kommen Sie am besten mit mir mit …“ Ihre Körpersprache zeigte klar und deutlich, dass meine Behinderung sie irgendwie unangenehm berührte. Ich folgte ihr. Gleichzeitig war ich auch total verwirrt, schämte mich und negative Gefühle kamen in mir hoch. Ich konnte mich kaum mehr auf mein Anliegen konzentrieren. Ich wollte nur noch weg. Wenig überraschend führten wir ein sehr unangenehmes, kurzes Gespräch, das sich verkrampft und künstlich anfühlte. Wir konnten uns nach der Anfangsepisode beide nicht mehr entspannend und ein nettes Gespräch führen. Nachher dachte ich, wie gut, dass ich heute nur bei einem unbedeutenden Problem Hilfe gebraucht habe. Gott sei Dank hatte ich keine gravierenderen gesundheitlichen Probleme. Die Reaktion der Ärztin hat mein Vertrauen zu ihr und mein Selbstbewusstsein komplett zunichte gemacht. Das wäre in einem ernsteren Fall fatal gewesen. Ich habe über die Jahre viele komische und beleidigende Reaktionen auf meine Behinderung erlebt. Aber niemals etwas in diesem Ausmaß. So ein Verhalten von einer Ärztin, einer

medizinischen Expertin, schockierte mich maßlos. Vielleicht hat sie sich nicht die Zeit genommen, meine Patientenakte zu lesen. Das sollte trotzdem keine Entschuldigung sein.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Die Erzählerin ist eine 26-jährige Studentin (Publizistik und Sozialwissenschaften), die in Kopenhagen lebt. Sie ist körperlich behindert, leidet an Zerebralparese und verwendet deswegen einen Rollator. Sie ist Vorsitzende einer großen Jugendorganisation für junge Menschen mit Behinderung. Das bedeutet, dass sie andere Menschen mit Behinderung berät, die Diskriminierung oder Angriffe erlebt haben. Sie setzt sich mit dem Umgang mit Menschen mit Behinderung auf einer analytischen Ebene auseinander und kennt sich gut mit Fragen der Diskriminierung aus. Bei diesem Erlebnis war sie jedoch selbst Patientin, die medizinische Hilfe bei einem Problem sucht, das nicht eng mit ihrer Zerebralparese in Verbindung stand. Die Vertretungsärztin sieht asiatisch aus und ist etwa 40-45 Jahre alt. Sie spricht ohne Akzent dänisch, weswegen vermutet wird, dass sie in Dänemark geboren wurde oder in früher Kindheit nach Dänemark migriert ist. Sie vertritt den Hausarzt der Erzählerin, weil dieser auf Urlaub ist. Als Vertretung hat sie keinen persönlichen Bezug zu den PatientInnen, sie hat jedoch Zugang zu deren Akten. Im Wartezimmer befinden sich 10 bis 12 PatientInnen, die darauf warten, die Ärztin zu sehen.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Das Ereignis spielt im Wartezimmer und dann Arztzimmer des Hausarztes der Erzählerin. Da der Hausarzt auf Urlaub ist, hat die Erzählerin ein Gespräch mit einer Vertretungsärztin. Es geht um ein minderschweres gesundheitliches Problem.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Beschämt; verwirrt: fühlt sich abgelehnt, ausgeschlossen, vor den anderen PatientInnen bloßgestellt; unsicher Ihre Überraschung und Scham weichen zunehmend Wut und Empörung.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Gleichberechtigte Behandlung Die Erzählerin hat sich dem Kampf gegen Vorurteile und Diskriminierung verschrieben. Sie organisiert und nimmt an Veranstaltungen und Aktivitäten zum Thema Chancengerechtigkeit

teil. Sie ist Vorsitzende einer großen Jugendorganisation für junge Menschen mit Behinderung.
Somit weiß sie gut über Diskriminierung von Behinderten und deren Ausschluss aus sozialen Zusammenhängen, aber auch über Diskriminierung aufgrund anderer Faktoren Bescheid.
Die Werte Gleichheit, gleiche Chancen für alle und Antidiskriminierung implizieren, dass alle Menschen, in diesem Fall Menschen mit körperlicher Behinderung, gleiche Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben haben sollten. Das umfasst, dass sie anderen ebenbürtig und mit gleichem Respekt behandeln.
In der Geschichte wird dieser Anspruch der Erzählerin verletzt, indem sie aufgrund ihrer körperlichen Behinderung herausgestellt wird. Obwohl das für sie keine einmalige Erfahrung darstellt, ist es diesmal besonders schockierend, weil die negative Reaktion von einer Ärztin ausgeht. Gerade Personen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, sollten Chancengerechtigkeit leben und alle PatientInnen gleich behandeln. Schließlich ist der Umgang mit den unterschiedlichen Emotions- und Körperzuständen ihr berufliches Arbeitsgebiet.

2) Nicht-erwartete Diskriminierung

Obwohl sich die Erzählerin bewusst ist, dass es gesamtgesellschaftlich gesehen generell an Gleichberechtigung mangelt und Alltagsdiskriminierung häufig vorkommt, hat sie trotzdem die Erwartung, dass es in diesem Fall anders geschieht. Sie erwartet, dass sie, wie alle anderen BürgerInnen auch, angemessen medizinisch versorgt wird, wenn sie das braucht. Sie erwartet, dass sie professionell und objektiv behandelt wird, egal ob es in einem Arztgespräch um ihre Behinderung geht oder um andere Gesundheitsfragen.
Diese basalen Erwartungen werden durch das Verhalten der Ärztin verletzt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Unprofessionell:

- Sie ist nachlässig, weil sie die Patientenakte nicht gelesen hat, was gravierende Konsequenzen für die Qualität der medizinischen Versorgung nach sich zieht.
- Sie ist taktlos, weil sie die Erzählerin den Blicken und Reaktionen der anderen PatientInnen aussetzt; dadurch stellt sie Behinderung als Andersartigkeit hin.
- Ihr Verhalten ist latent diskriminierend; sie scheint sich Menschen mit Behinderung gegenüber nicht inklusiv verhalten zu können.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

Aufwachsen in einem Umfeld ohne Behinderungen:
Einerseits scheint die Vertretungsärztin in Dänemark aufgewachsen zu sein und mit dänischen Traditionen und Normen vertraut zu sein, allerdings könnte es sein, dass sie nie mit Menschen mit Behinderungen in Berührung gekommen ist und sich in der Mehrheitsgesellschaft bewegt hat, in der „unversehrte Körper" gang und gebe sind. Es kann schlicht und einfach sein, dass sie keinerlei Vorerfahrungen mit körperlichen Beeinträchtigungen hat.

Unwissenheit:
Die Situation ist damit ein Ausdruck davon, dass der Ärztin ein umfassendes Diversitätskonzept fehlt. Es zeigt sich an ihrer Reaktion, dass sie persönlich von Menschen mit Behinderung peinlich berührt ist, weil sie keinerlei Ahnung hat, wie sie reagieren soll. Obwohl sie als Ärztin mit Diversität vertraut sein sollte, ist es möglich, dass sie das auf einer persönlichen Ebene schlicht nicht ist. Aus Unwissenheit über Behinderungen und Diversitätsdiskurse fühlt sie sich hilflos. Es ist wahrscheinlich auch aus Unwissenheit, dass sie sich stereotypisierend verhält.

Bedrohung des Selbstbildes:
Wenn die Ärztin noch nie mit Menschen mit körperlichen Behinderungen in Kontakt war, dann ist ihre berufliche Sicherheit und ihr sonst sicheres Auftreten – auch vor anderen PatientInnen – hier gefährdet. Es könnte sein, dass sie einen Selbst-Schock erleidet, weil ihre Identität als wissende, gut gebildete Frau hier in dieser Situation in Frage gestellt wird.

Kurze Kommunikation:
Weil sie die Vertretung ist, bedeuten ihr die sozialen Kontakte in der Praxis nicht so viel wie in ihrer eigenen Praxis. Sie legt nicht so viel Wert auf lange Gespräche, da sie weiß, dass sie nur aushilft und die PatientInnen womöglich nie wieder sieht. Daher ist es für sie nicht unhöflich, mit der Patientin nur ein kurzes Gespräch zu führen, und es geht ja auch nicht um eine wichtige, medizinische Angelegenheit.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Ein doppelter Schock:
Einerseits wird der Schock hervorgerufen, weil die Erzählerin sich ungerecht behandelt fühlt und aufgrund ihrer Behinderung als fremd/andersartig herausgestellt wird. Untermauert wird der Schock davon, dass der Grund für den Arztbesuch nichts mit ihrer Zerebralparese zu tun hat.
Andererseits wird der Schock durch den Mangel an Professionalität seitens der Vertretungsärztin hervorgerufen. Der nicht empathische Umgang mit der Patientin, den sich diese von einer Ärztin erwartet, verunsichert die Patientin. Es macht sie verletzlich. Wahrscheinlich ist die Reaktion der Ärztin ein Ausdruck ihrer eigenen Unbeholfenheit und Unsicherheit. Trotzdem unterstützt das den Eindruck, dass sie unprofessionell handelt.
Als Konsequenz stellt sich für die Erzählerin folgende Frage: Wie kann sie einem Gesundheitssystem vertrauen, in dem die ExpertInnen basale Standards medizinischer Versorgung – den respektvollen Umgang mit allen PatientInnen – nicht einhalten?

Das Beispiel illustriert, dass transkulturelle Kompetenz sich nicht allein auf den Umgang mit Menschen unterschiedlicher nationaler oder ethnischer Hintergründe beziehen kann. Kultur ist ein viel breiteres Konzept, und kann Fragen der Diskriminierung von Personen einschließen, die unterschiedlichste Normvorstellungen unterlaufen.
Inter- oder transkulturelle Trainings sollten einem umfassenden Konzept von Diversität Rechnung tragen und sich mit einer Vielzahl von Ausschlussmechanismen befassen.

5.14 HEIMPFLEGE IN EINER ROMAFAMILIE

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 13. Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Hauskrankenpflege, Kommunikation, Romafamilie

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Gemeindeschwester in der mobile Pflege

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Als Gemeindeschwester in der mobilen Pflege besuchte ich einen jungen Patienten, der mit seiner Familie in einer Romagemeinschaft lebte. Der Patient hatte eine Operationswunde, die anscheinend nur sehr schlecht und langsam heilte. Ungewöhnlich für einen jungen Patienten. Die Wunde war circa 15 cm groß und befand sich unterhalb des Nabels. Ich hatte vor, die Wunde zu reinigen und sie mir genauer anzusehen. Gleich bei meiner Ankunft bei der Familie erlebte ich eine Überraschung. Noch an der Türschwelle schmiss sich die kleine Tochter in meine Arme, umarmte und küsste mich. Da mich normalerweise Patienten nicht wie eine enge Freundin begrüßen, war ich einigermaßen verwundert. Als ich mich aus der Umarmung der Tochter befreit hatte, erlebte ich gleich die nächste Überraschung. Die Mutter des Patienten rauschte auf mich zu und rief: „Ich bringe diesen Arzt um, ich bringe diesen Arzt um.“ Ich begriff, dass sie damit den Chirurg im Krankenhaus meinte, der ihren Sohn operiert hatte. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Patienten und ihre Angehörige sich über Spitäler und die Behandlung, die sie erhalten haben, beschweren. Normalerweise werden allerdings keine Morddrohungen geäußert. Ich war sprachlos. Ich ging an der aufgebrachten Mutter vorbei in das Schlafzimmer des Patienten. Überraschenderweise folgte mir die gesamte Familie und setzte sich neben dem Patienten aufs Bett. Ich konnte kaum wirklich an den Patienten und seine Wunde heran. Außerdem bestand nun die Frau des Patienten darauf, mir das Material aus meinem Koffer zu reichen, was aus medizinischen, hygienischen Gründen nicht geht. Sie war jedenfalls um die Sauberkeit besorgt. Meinem Eindruck nach hätte sie die Wunde am liebsten selbst gereinigt. Ihr Verhalten nervte mich; ich fühlte mich unwohl. Es war mir dann allerdings möglich, genug Raum zu schaffen, um den Patienten professionell zu versorgen, obwohl die Frauen darauf bestanden, die ganze Zeit am Bett sitzen zu bleiben. Der Patient war mit meiner Versorgung recht zufrieden, die gesamte Familie schien erleichtert und ich wollte so schnell wie möglich wieder gehen. Irgendwie hatte ich ein komisches Gefühl und war wegen der ganzen Situation durcheinander. Bevor ich aber gehen konnte, machte mir der Patient das Angebot, einige Kästen Bier zu einem guten Preis zu kaufen. Das war der Punkt, an dem die Situation für mich total kippte und mit einem

normalen Patientenbesuch nichts mehr zu tun hatte. Ich lehnte das Geschäft ab und eilte aus der Wohnung.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**

Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

Die Erzählerin ist aus Schweden, hat sich aber vor rund 35 Jahren gemeinsam mit ihrem dänischen Ehemann in Dänemark niedergelassen. Gemeinsam haben die beiden drei erwachsenen Söhne. Der jüngste lebte noch bei ihnen zu Hause, als sich das geschilderte Ereignis zugetragen hat. Die Familie wohnt etwas außerhalb der Stadt Helsingör. Sie bezeichnen sich als HumanistInnen, die ein einfaches, naturorientiertes Leben schätzen. Materielles ist ihnen weniger wichtig als enge Beziehungen mit anderen herzustellen. Sie würden sich selbst als politisch links und Vielfalt gegenüber aufgeschlossen bezeichnen.
Die Erzählerin absolvierte erst eine Ausbildung als Pflegehelferin in der Psychiatrie, nach mehreren Jahren im dänischen Gesundheitssystem machte sie eine Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester in der mobilen Pflege.
Zum Zeitpunkt des Ereignisses war sie 55 Jahre alt und konnte bereits auf langjährige Erfahrung in unterschiedlichen Bereichen des dänischen Gesundheitssystems zurückblicken.

Das Ereignis involviert zudem eine Romafamilie mit folgenden Mitgliedern:

- ein Patient in seinen 20ern, der sich kürzlich in einem Krankenhaus einer Operation unterzogen hat. Seine Wunde, die schlecht heilt, wird zu Hause versorgt.
- seine Frau, auch Mitte 20
- ihre 5-jährige Tochter
- die Mutter des Patienten, Mitte 50

Die Familie lebt in einer Romagemeinschaft, die seit mehreren Generationen Teil der Stadt Helsingör ist. Die Roma haben eine besondere Geschichte in diesem Teil Dänemarks. Der Patient und seine Frau wurden hier geboren und sind in der Romagemeinschaft aufgewachsen. Die Mutter ist aus Ex-Jugoslawien nach Dänemark migriert. Die gesamte Familie spricht einen typischen Roma-Dialekt; der Patient und seine Frau sind in Dänemark in die Schule gegangen und sind mit Dänisch vertraut. Auch der schwedische Akzent der Krankenschwester hat die Kommunikation nicht beeinträchtigt. Die Familie empfängt Sozialleistungen.

Die Romabevölkerung in Helsingör wird auf rund 1.200 Personen geschätzt. Es können keine genauen Angaben zur Romabevölkerung in Dänemark gemacht werden, weil es gesetzlich verboten ist, Menschen nach Ethnizität zu verzeichnen. Romaorganisationen geben an, dass die Bevölkerung in Dänemark deutlich größer ist als offizielle Schätzungen annehmen. Viele Mitglieder der Roma geben ihre Zugehörigkeit nicht bekannt, weil sie Angst vor Stereotypisierungen haben.
Die vergleichsweise hohe Anzahl von Roma in Helsingör ist auf die Nähe zu Schweden zurückzuführen, wo es eine große Romabevölkerung gibt. In den 1960er Jahren ließen sich Roma aus Ex-Jugoslawien in Helsingör nieder und gründeten eine Gemeinschaft.

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Das Ereignis spielte sich in der Wohnung einer jungen Romafamilie ab. Die Erzählerin besuchte die Familie als mobile Krankenschwester, um das männliche Familienmitglied zu versorgen, das nach einer Operation Wundversorgung benötigte.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war zuerst erschrocken und wurde im Verlauf des Besuchs sprachlos. Die Situation wurde immer unangenehmer für sie. Sie ärgerte sich und war erleichtert, als sie den Dienst verrichtet hatte und schnell wieder fahren konnte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Normen der professionellen Identität vs. Normen von Familieneinheit und -integrität: Das Ereignis spiegelt den Konflikt zwischen professioneller Gesundheitsversorgung und einer gemeinschaftsbezogenen Herangehensweise wieder, bei der sich die erweiterte Familie in alle Angelegenheiten des Lebens involviert. Normalerweise wäre die Versorgung eines Patienten für die Krankenschwester eine **bilaterale** Angelegenheit zwischen der ausgebildeten Expertin und dem Patienten. In diesem Fall sind alle Familienmitglieder in die Versorgungsleistung eingebunden. Sie wird zu einer **multilateralen** Angelegenheit. Das zeigt sich etwa daran, dass die Ehefrau versucht, die Reinigung der Wunde zu übernehmen – eine Aufgabe, die nach Ansicht der Krankenschwester nur eine Expertin übernehmen sollte. Es entsteht der Eindruck von Konkurrenz zwischen professioneller Versorgung und Heimpflege durch die Angehörigen. Wegen der unerwarteten Einmischung durch die Ehefrau (und der restlichen Familie), fühlt sich die Krankenschwester in ihrem professionellen Status als Expertin für medizinische Versorgung und Hygiene untergraben. Obwohl mobile Pflege in den Privathaushalten von PatientInnen stattfindet, möchte die diplomierte Krankenschwester als Repräsentantin des Gesundheitssystems zwischen ihr und den PatientInnen Distanz wahren. Dies soll nicht mit mangelnder Empathie, Sorge, Freundlichkeit oder persönlicher Betroffenheit gleichgesetzt werden. Aber die Behandlung als enge Freundin der Familie, die sich den kulturellen Regeln der Familie und Gemeinschaft unterwerfen soll, widerstrebt ihr. Es verletzt ihre **professionelle Identität**. Das drückt sich bei ihr körperlich als auch emotional aus, so dass sie sich auf mehreren Ebenen unwohl fühlt. **Kommunikation** Die Erzählerin rechnet mit einer distanzierten, beruflichen Kommunikation in der Familie. Sie ist jedoch mit einer nahen, lauten und engen Kommunikation konfrontiert, bei der sie Grenzen setzen muss. Sie empfindet das als unangenehm und womöglich aggressiv.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Nicht vorhersehbar – es werden alle üblichen Regeln und Hierarchien zwischen medizinischen ExpertInnen und LaiInnen gebrochen
Unüberlegt, abschreckend, Grenzen überschreitend
Unverantwortlich, wie sie mit Krankheit und Risiko einer Infektion umgehen

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

1) Familie

Roma kennzeichnen sich durch eine hohe Loyalität gegenüber Familienmitgliedern. Sie bevorzugen enge familiäre Beziehungen. Ältere Angehörige werden sehr ernst genommen und bei wichtigen Entscheidungen gefragt. Bei Krankheiten werden weibliche Älteste befragt, weil ihnen zugeschrieben wird, spezielles medizinisches Wissen zu haben. Die Krankheit eines Mitglieds beschäftigt die gesamte Familie.

2) Kommunikation

Roma kommunizieren vielfach auf expressive, laute, angeregte Weise, vor allem in kritischen Situationen, wie bei diesem Ereignis. Kommunikation kann dabei den gesamten Körper miteinbeziehen und Körperkontakt mit anderen beinhalten.

3) Körper

Der Körper unterhalb der Taille wird traditionellerweise als unrein gesehen und mit spezifischen Reinigungsritualen verbunden. Die Stelle, an der sich die Wunde befindet, nämlich unter der Taille, könnte ein Grund für die Reaktionen der Familie sein: sie möchten, dass ein weibliches Familienmitglied die Wunde an der Stelle reinigt.

4) Behörden und Externe

Die lokale Romabevölkerung hat althergebrachte, starke Traditionen. Das legt nahe, dass sie bis zu einem gewissen Grad eigene Regeln für das soziale Leben und die Gemeinschaftsmitglieder aufstellen. Externen, vor allem VertreterInnen von Behörden, wird mit einem gewissen Grad an Skepsis und Misstrauen begegnet.

5) Arbeit und Selbstversorgung

Manche lokale Romafamilien gehören nicht dem herkömmlichen, staatlich organisierten Arbeitsmarkt an. Es ist nicht ungewöhnlich, dass sie sich ihren Lebensunterhalt anders verdingen, etwa durch Tauschhandel – wie sich in dem Versuch zeigt, das Interesse der Krankenschwester für Bier zu wecken.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Die Situation zeigt vor allem einen Bedarf an interkulturellem Training für Gesundheitspersonal. Wie kann mit verschiedenen Kommunikationsstilen umgegangen werden? Wie können Personen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, in solchen Situationen sowohl die Perspektive ihres Gegenübers nachvollziehen und anerkennen, als auch ihre eigenen Grenzen nicht überschreiten?

In der mobilen Pflege und Betreuung sind Konflikte oft besonders zugespitzt, weil das Gesundheitspersonal in den Privathaushalten von PatientInnen arbeitet und damit ohnehin eine Grenze überschreitet – im Unterschied zum üblichen PatientInnenkontakt, der in einem räumlich abgegrenzten Setting stattfindet.

5.15 DIE BESCHWERDE

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 21. Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Ethnozentrismus, Kulturalisierung, Diskriminierung Mangel interkulturellen Bewusstseins im Management Verbale und paraverbale Kommunikation Konflikteskalation

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenschwester in der Chirurgie

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich arbeitete in der Chirurgie. Wir haben da ein Prozedere, bei dem die Tagesschicht Einsätze mit der Nachmittagsschicht nachbespricht, um Informationen und Beobachtungen weiterzugeben, und zu kommunizieren, worauf bei einzelnen Patienten geachtet werden soll. Die Zeit für diesen Austausch ist sehr kurz. Wenn dann unsere Schicht so wirklich beginnt, setzen wir von der Nachmittagsschicht uns nochmal eingehender mit den Patientenakten auseinander – und zwar jeweils mit den Patienten, die uns speziell zugeteilt sind. Ich machte also nach der Besprechung eine Runde bei „meinen“ Patienten. Eine Patientin, eine ältere Frau, hätte sich nach einer Operation noch in der Aufwachstation befinden sollen. Sie hätte also noch „von meiner Station abgemeldet“ sein sollen, wie wir das nennen. Mit dieser Erwartung öffnete ich die Türe, sah dann aber, dass sie in ihrem Bett lag. Überrascht rief ich: „Mein Gott, Sie sind hier?“ Aus irgendeinem Grund hatten meine Kollegen aus der Tagesschicht vergessen, mir zu sagen, dass die Frau schon wieder zurückgekehrt war. Angsterfüllt, wegen meiner Überraschung, aber wahrscheinlich auch aufgrund ihres generellen Zustands (post-operativ, unter Einfluss der Anästhesie), wimmerte sie, dass wir sie vergessen hätten. Sie erschien eingeschüchtert und bestand darauf, dass wir sofort ihre Tochter anriefen. Nach kurzer Zeit traf die Tochter im Krankenhaus ein und war furchtbar wütend und frustriert. Sie behauptete, dass ich mich ihrer Mutter gegenüber schlecht verhalten und unhöflich mit ihr gesprochen hätte. Obwohl ich versucht hatte, die Mutter zu beruhigen, attackierte mich die Tochter aufs Ärgste. Sie wurde richtiggehend diskriminierend und brachte meinen ethnischen Hintergrund ins Spiel. Die Stationsschwester wurde gerufen und die Tochter reichte beim Krankenhausmanagement eine Beschwerde über mich ein:

„Eine Krankenschwester namens M., ausländischer Herkunft, und SEHR schwer zu verstehen, kam in das Zimmer meiner Mutter und sagte: „Guuuut, Sie sind hier. Wir dachten, dass Sie auf der Aufwachstation wären.“ In den Unterlagen stand, dass meine Mutter „von meiner Station abgemeldet“ sei. Deswegen wusste M. nicht, dass sie schon wieder zurück auf ihrer Station war … und dann denke ich, dass man, zumindest von einer Krankenschwester in Dänemark, erwarten kann, dass sie Dänisch in einer verständlichen Art und Weise spricht. Das ist bei M. nicht der Fall…“
Wegen dieser Beschwerde bat mich die Stationsschwester, dass ich mich bei der Tochter entschuldige und dadurch die Beschwerde aus der Welt schaffe. Ich verweigerte. *Erstens*, habe ich nichts falsch gemacht. *Zweitens*, wurde ich Opfer von Diskriminierung, was aus rein rechtlicher Sicht illegal ist.
Als Folge der Beschwerde lud mich die Stationsschwester zu einem Gespräch. Ich bestand darauf, dass meine Betriebsratsvertreterin bei dem Gespräch dabei ist. Wir waren auch nach dem Gespräch beide der Ansicht, dass ich mich nicht entschuldigen sollte. Vielmehr war es von der Stationsschwester unfair, mich in so eine defensive Position zu bringen. Schließlich hat die Tochter mich diskriminiert.
Ein bisschen später wechselte ich auf eine andere Station. Ich weiß also nicht, was in der Sache weiter geschehen ist. Meiner Kenntnis nach hat die Tochter gedroht, den Fall zur Patientenanwaltschaft zu bringen. Ich bekam jedoch mit, dass ich nicht die einzige Krankenschwester war, die in ihrer Beschwerde vorkam. Sie hatte anscheinend eine Vielzahl von Beschwerden über die Station, die Versorgung etc. gemacht. Es stellte sich heraus, dass die Tochter akribisch genau über den Krankenhausaufenthalt ihrer Mutter Buch geführt hat (Minute für Minute). Ich war nur ein kleiner Teil ihres Beschwerdeszenarios. Nichtsdestotrotz war das ein schreckliches Erlebnis für mich.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Die Erzählerin ist eine 47-jährige Krankenschwester in einem großen Kopenhagener Krankenhaus. Während des Ereignisses arbeitete sie in der chirurgischen Station. Sie wurde nicht in Dänemark geboren, sondern migrierte vor vielen Jahren aus Uganda. Ihre Ausbildung als Krankenschwester absolvierte sie in Dänemark. Vor dem Ereignis wusste die Erzählerin von der Patientin, sie hatte aber keinen Kontakt zu deren Tochter gehabt. Sie war sowohl mit der Oberschwester als auch mit der Vertreterin des Betriebsrats vertraut. Die Patientin, die für eine Operation ins Krankenhaus gekommen war, war ca. 70 Jahre alt. Die Tochter war über 50. Die Stationsschwester, eine Dänin, leitet ein multikulturelles Team. Sie ist es gewohnt, mit Menschen unterschiedlichster ethnischer und kultureller Hintergründe zusammenzuarbeiten. In gewissem Maße kennt sie sich also mit interkultureller Kommunikation aus. Ihr Verhalten in diesem Fall zeigt jedoch, dass sie sich nicht in die Perspektive einer Person versetzen kann, die Opfer von Diskriminierung geworden ist. Der Vertreterin des Betriebsrats stammt aus Afrika und lebt seit vielen Jahren in Dänemark. Sie ist in unterschiedlichen kulturellen und politischen Kontexten aktiv. In diesem Fall

unterstützt sie die Erzählerin und gibt ihr Rückendeckung hinsichtlich ihrer Erfahrung von Diskriminierung, sowohl auf rechtlicher als auch auf persönlicher Ebene.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Fall ereignet sich in der chirurgischen Station eines Krankenhauses in Kopenhagen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin fühlte sich in mehrfacher Hinsicht schlecht behandelt. • Sie empfand sich als Opfer von Diskriminierung, aufgrund ihres ethnischen Hintergrunds, ihrer Hautfarbe und ihrem Status als Migrantin aus Afrika. • Sie fühlte sich bevormundet und als Bürgerin zweiter Klasse, im Vergleich zur Patientin und deren Mutter. • Aus professioneller Sicht fühlte sie sich abgewertet und degradiert. Vor allem ihr berufliches Selbstvertrauen und ihr Stolz wurden verletzt. Sie hatte den Eindruck, dass die Behauptung, sie spreche nicht gut dänisch, wogegen sie sich wehrt, auch einen Mangel an beruflicher Kompetenz als Krankenschwester impliziert. • Ihre Stationsschwester enttäuschte sie. Diese erwartete, dass die Erzählerin für etwas, das sie nicht getan hat, die Schuld auf sich nimmt. • Die Erzählerin war wütend und enttäuscht. Sie empfand Verachtung für die Schwäche der Stationsschwester, die sich in einer schwierigen Situation nicht für das ihr unterstellte Personal einsetzte und ihr Schutz verweigerte. Im Gegenteil, die Stationsschwester unterstützte die Beschwerde insofern, als sie die Erzählerin in die Pflicht nahm, damit die Beschwerde nicht eine Ebene weiter ans Management gereicht würde.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Gleichbehandlung und Menschenrechte Ihr Wert, dass alle Menschen gleich behandelt werden sollen, wurde verletzt. Sie war sich des diskriminierenden Inhalts der Beschwerde bewusst, weswegen sie auf die gesetzliche Lage in Dänemark verwies, die sich auf internationale Konventionen und europäisches Recht stützt. Es ist illegal, den ethnischen Hintergrund der Erzählerin bei der Bewertung ihrer beruflichen Fähigkeiten ins Spiel zu bringen. Die Erzählerin nahm das Verhalten der Tochter als ethnozentrisch wahr. Die Tochter beleidigte sie als Person und ihre professionellen Fähigkeiten, indem sie sich herablassend über ihre Dänischkenntnisse äußerte. Die Erzählerin spricht gut Dänisch; ihr Akzent kann nicht als Grund für Verständigungsprobleme herangezogen werden. Obwohl dieser Aspekt der Beschwerde leicht zurückgewiesen werden kann, geht damit eine tieferliegende Verletzung einher. Mangelnde Sprachkompetenz wird vielfach mit einem Mangel anderer Kompetenzen, z.B. beruflicher Fähigkeiten und Expertise, oder sogar mit mangelndem Talent gleichgesetzt. Diese Unterstellung trifft die Erzählerin, weil dadurch ihre

Vorstellungen von Gleichberechtigung und Respekt gegenüber Vielfalt (in ethnischer, kultureller oder sozialer Hinsicht) verletzt werden.

2) Ebene der Organisation: Diversity Management

Die Erzählerin war vom Management ihrer Organisation enttäuscht, sie fühlte sich im Stich gelassen. Ihre Organisation bot ihr keinen Schutz. Die Stationsschwester stärkte ihr nicht den Rücken, obwohl die Beschwerde eindeutig unfair war und sie als Person sowie ihre beruflichen Fähigkeiten attackierte. Ganz im Gegenteil ging es der Stationsschwester vor allem darum, sich selbst gegenüber der Leitung des Krankenhauses in Deckung zu bringen. Sie trug die Verantwortung, die ihr in einer leitenden Position zukam, nicht, und blieb dem unfairen Verhalten der Tochter gegenüber nicht standhaft. Die Handlungen der Stationsschwester verletzten die Werte der Erzählerin von gegenseitigem Respekt, Integrität und Gerechtigkeit – aber auch ihre Erwartung, dass das Krankenhaus auf interkulturelles Verständnis setzt und Diversität eine relevante Kategorie für das Management darstellt. Schließlich ist in dieser großen öffentlichen Einrichtung nicht nur das Personal divers, sondern auch die PatientInnen, die behandelt werden, haben heterogene Hintergründe, Vorlieben und Bedürfnisse.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Dem Bild der Erzählerin folgend, verhält sich die **Tochter der Patientin** vorurteilsbehaftet und diskriminiert Personen, die einen anderen ethnischen Hintergrund als sie selbst haben. Es scheint, sie sei der Meinung, dass etwa Menschen aus Afrika nicht auf dem gleichen professionellen Level arbeiten können, wie „weiße DänInnen“. Sie erscheint weiter vorurteilsbehaftet, weil sie automatisch annimmt, dass Menschen anderer ethnischer Hintergründe nicht gut Dänisch sprechen und sich ausdrücken können. Das zeigt sich an der Inkonsistenz ihrer Beschwerde. Als sie versteht, dass die Erzählerin nicht darüber informiert worden war, dass ihre Mutter bereits wieder zurück im Zimmer ist, verändert sie den Inhalt ihrer Beschwerde dahingehend, dass die Krankenschwester nicht gut Dänisch könne.

Die **Stationsschwester** erscheint defensiv und feig. Bei ihr dokumentiert sich eine Präferenz zur Vermeidung – die Beschwerde soll in der Krankenhaushierarchie nicht weiter gereicht werden. Das ist ihr wichtiger als eine Kollegin zu unterstützen, die unfair und auf diskriminierende Art und Weise behandelt worden ist. Für die Erzählerin ist das ein klares Anzeichen, dass es der Stationsschwester an Leitungskompetenz fehlt und sie kein Rückgrat hat. Durch ihr Verhalten legitimiert sie die Handlungen der Tochter indirekt und signalisiert, dass es okay ist, abfällig mit dem Personal umzugehen und auf deren jeweiligen ethnischen Hintergrund zu verweisen.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**

Rufbereitschaft und schnelle Hilfe

Die Patientin könnte nach der Operation aufgewacht sein und noch unter dem Einfluss der Anästhesie vielleicht Angst und Schmerzen haben. Vielleicht ist sie es nicht gewohnt, auf etwas zu warten, sondern es gewöhnt, dass sich jemand schnell und sofort um sie kümmert, wenn sie Hilfe braucht – wie zum Beispiel die Tochter, die quasi immer Rufbereitschaft hat.

Die Patientin scheint recht abhängig von ihrer Tochter zu sein, die beiden haben ein enges Verhältnis und ein enges Kommunikationsverhalten, das durch die Operation unterbrochen wurde.

Die Mutter als einzige Verwandte
Der Hintergrund der Tochter ist unbekannt, aber es könnte sein, dass die Mutter die einzige Verwandte darstellt und der Vater bereits verstorben ist. Daher nimmt sie die Betreuung ihrer Mutter sehr ernst. Dies führt möglicherweise zu einer emotionalen Reaktion und zu einer genauen Aufzeichnung der Behandlungsschritte (fast schon Pedanterie), die aber in ihrer Sorge um die Mutter begründet sind.
Obwohl die Inhalte ihrer Beschwerde und wie sie über die Erzählerin spricht, nahe legen, dass sie vorurteilsbehaftet ist, könnte ihre Reaktion daher rühren, dass sie sich um ihre Mutter und deren Genesung sorgt.

Hohe Anforderungen an das Personal und das Gesundheitssystem
Die Tochter hat hohe Erwartungen an das Personal und an deren Professionalität. Sie scheint sich selbst eine hohe soziale Position zuzuschreiben und zwischen ihr und das eröffnet eine Hierarchie. Sie behandelt das Personal wie Bedienstete.
Sie scheint nicht damit zurechtzukommen, dass es Fehler im System und im Ablauf geben kann, egal wie gut das Personal ausgebildet ist und wie erfahren sie sind. Ihre Toleranzgrenze gegenüber Fehlern ist klein. Ihre akribischen Aufzeichnungen legen nahe, dass sie generell hohe Erwartungen an Dienstleistungen hat.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

An dem Beispiel zeigt sich, wie ein Krankenhaus an den Prinzipien der Vielfalt und des Diversity Managements scheitert – sowohl aus einer organisational-strukturellen Perspektive als auch aus einer Gleichberechtigungsperspektive.
Obwohl viele Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, bestätigen würden, dass sie Trainings zu interkultureller Kommunikation und Kompetenzentwicklung absolviert haben, wird deutlich, dass die praktische Umsetzung schwierig ist. So gerät eine Diversitätsorientierung mitunter mit Managementinteressen oder pragmatischen Vorgangsweisen in Konflikt.

Offizielle Beschwerden verursachen eine Menge Papier und Mehrarbeit, daher kann man sie – abhängig von der Schwere der Beschwerde – auch informell lösen, wenn dies möglich ist. In diesem Fall wäre ein professionelles Beschwerdemanagement hilfreich gewesen, da hier mehrere Faktoren zusammenspielten und eine informelle Entschuldigung für die Beteiligten nicht in Frage kam. Man könnte auch sagen, dass der Konflikt zu stark eskaliert war, um ihn mit einer Entschuldigung noch zu lösen (siehe Konflikteskalation nach Friedrich Glasl. 2009. Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater).

5.16 DIE LEBERTRANSPLANTATION

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 4. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Interkulturelle Kommunikation Kulturalisierung, kulturelle Determiniertheit Krankenhaus

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Der Erzähler arbeitet als Mediator im Gesundheitsbereich, mit speziellem Fokus auf Probleme, die aus kulturellen Differenzen hervorgehen. Außerdem arbeitet er als Imam.

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich wurde zusammen mit einem meiner Kollegen zu einem männlichen Patienten gerufen, der bereits sehr lange Zeit im Krankenhaus war. Er wartete auf eine Lebertransplantation. Der Patient und seine Familie hatten lange Zeit geglaubt, dass er sterben würde. Dann wurde ihnen die Perspektive einer Transplantation eröffnet, worauf sie wieder neue Hoffnung schöpften. Die Familie erlebte im langen Krankheitsverlauf Höhen und Tiefen, je nachdem, wie es um die Wahrscheinlichkeit einer Transplantation jeweils bestellt war. Nach einer optimistischen Zeit, in der es danach aussah, dass der Patient bald transplantiert werden würde, bekam er aus unbekannten Gründen mehrere aufeinanderfolgende Infektionskrankheiten, weswegen die Transplantation auf unbestimmte Zeit verschoben werden musste. Die Ärzte waren ratlos, warum die Infekte auftraten. Sie fanden keine medizinische Erklärung. Die Zeit verstrich und der Patient veränderte sich, so berichtete das Krankenhauspersonal. Er war manchmal total in sich zurückgezogen und unzugänglich. Manchmal verhielt er sich aggressiv und ließ seinen Frustrationen freien Lauf. Die Krankenschwestern und anderes Stationspersonal waren von diesen Veränderungen irritiert. Sie fühlten sich hilflos, weil sie mit dem Patienten nicht kommunizieren konnten. Deswegen wurden mein Kollege und ich gerufen. In den Gesprächen mit dem Stationspersonal wurde mir bewusst, dass sie dachten, das Verhalten des Patienten hätte kulturelle Gründe. Aus diesem Grund wussten sie auch so gar nicht, wie sie mit ihm umgehen sollten. Es wurde aber auch deutlich, dass der Tagesrhythmus des Patienten sie sehr störte. Er schlief des Morgens lange aus, was mit dem Zeitplan und den Abläufen in einem Krankenhaus, etwa Medikamentenausgabe oder Mahlzeiten, nur schlecht zusammenpasste. Nachdem ich mit dem Stationspersonal gesprochen hatte, unterhielt ich mich lange mit dem Patienten. Wir sprachen über Fragen, die mit seiner unsicheren Situation zu tun hatten – religiöse und spirituelle Fragen, aber auch über seine Frau, seine Familie und deren Zukunft nach seinem Tod, *falls* er wirklich sterben sollte. Ich konnte spüren, wie sehr ihn diese

existenziellen Fragen, aber auch praktische Überlegungen, emotional beschäftigten. Kein Wunder, schließlich wusste er nicht, ob er sterben oder weiterleben würde. Mir fiel auch auf, dass er kaum Wissen über seine Krankheit hatte und vor allem über die unerklärlichen Infektionen. Kein Krankenpfleger, keine Ärztin hatten ihn diesbezüglich informiert. Niemand hatte mit ihm über seine quälenden Fragen gesprochen oder ihm zugehört. Es ist wahrscheinlich, dass diese innere Aufgewühltheit sich negativ auf seine Gemütsverfassung und mitunter auch auf seine Abwehrkräfte ausgewirkt hat.
Nach diesem Gespräch erklärte ich dem Stationspersonal, dass das Verhalten des Patienten nichts mit seinem kulturellen Hintergrund zu tun hatte. Vielmehr ängstigte ihn seine Situation und machte ihn unsicher. Er benötigte – wie die anderen Patienten auch – Information zu seiner Krankheit und zu seinem Zustand, aber auch Beistand und ein Ernstnehmen seiner Ängste. Ich versuchte zu erklären, dass es um generelle menschliche Empfindungen ging, die vielleicht nur kulturspezifisch ausgedrückt werden.
Ich erklärte auch, dass der Grund, warum er lange schlief, darin lag, dass er in den letzten 10 Jahren als Taxifahrer immer nachts gearbeitet hat. Deswegen war er es gewohnt, lange zu schlafen. Als die Krankenschwestern davon in Kenntnis gesetzt wurden, entspannten sie sich und versuchten, praktische Wege zu finden, mit seinem Rhythmus umzugehen. Sie waren sehr dankbar für die Informationen, die ich ihnen gab und versuchten in ihrem Umgang mit dem Patienten darauf Rücksicht zu nehmen. So erklärten sie ihm, dass auch die Ärzte unsicher waren, woher die Infekte kamen. Obwohl sie ihm nicht seine Unsicherheit nehmen konnten, fanden sie einen wertschätzenden, respektvollen Umgang, indem sie die eigenen Zweifel mit ihm teilten. Sie fanden heraus, dass viele Probleme daraus erwachsen waren, dass sie Angst hatten, die falschen Fragen zu stellen und religiös-kulturelle Befindlichkeiten zu verletzen.
Wir machten aus, in Kontakt zu bleiben. Mein Kollege besuchte den Patienten noch mehrfach. Ein anderer Kollege, ein Psychologe, wurde herangezogen, um die Ehefrau des Patienten zu unterstützen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Der Erzähler ist Kommunikationsspezialist und arbeitet als Mediator im Gesundheitsbereich. Er wird vor allem dann angefragt, wenn es Probleme gibt, die auf kulturelle Unterschiede zurückgeführt werden. Er hat ein *Special Resources Team* gegründet, das er auch koordiniert. Im Rahmen dessen bieten Freiwillige PatientInnen, die kulturellen Minderheiten angehören, Unterstützung an. Das Team arbeitet in Krankenhäusern im Großraum Kopenhagen. Sie bieten auch Beratung und Supervision für Personen an, die im Gesundheitsbereich arbeiten. Das soll dazu beitragen, interkulturelle Kompetenzen und Kommunikation zu stärken, und sich positiv auf den beruflichen Alltag im Spital auswirken. Neben seiner Tätigkeit im *Special Resources Team* arbeitet der Erzähler als Imam in Spitälern und Gemeinden. Er ist praktizierender Moslem und stellvertretender Vorsitzender eines islamisch-christlichen Studienzentrums. Gerade macht er eine Ausbildung, um als Geistlicher in der Spitals- und Gefängnisseelsorge arbeiten zu können. Außerdem involviert er sich gerne in öffentliche Diskussionen und ist in sozialen Medien zu den Themen Integration, Diversität und religiöse Minderheiten präsent. Dabei nimmt er eine humanistische Perspektive ein, die an Gleichberechtigung orientiert ist. Als Iman propagiert

er die Sicht, dass Religion über Sexualität, Kultur oder Identität hinausweist. So können seiner Meinung nach praktizierende Muslime schwul sein.
Er ist Anfang 30, verheiratet und Vater von 2 Kindern.

Der Patient hat pakistanische Wurzeln und ist vor rund 20 Jahren nach Dänemark migriert. Er arbeitete mindestens 10 Jahre als Taxifahrer und spricht und versteht Dänisch in einem ausreichenden Maße für Alltagskommunikation. Er hat jedoch Schwierigkeiten, die medizinischen Fachtermini und Erklärungen zu verstehen. Da er auf eine Lebertransplantation wartet, liegt er seit langer Zeit im Krankenhaus.
Der Patient ist gläubiger Moslem und beschäftigt sich im Angesicht seines Todes viel mit Fragen zu Leben und Tod, speziell aus einer spirituell-religiösen Perspektive. Allerdings sind für ihn auch sehr praktische Fragen relevant: Was wird mit seiner Familie (Ehefrau, 3 Kinder im Teenageralter) passieren, wenn er stirbt?

Weitere involvierte Personen:

- Das Stationspersonal, ca. 10 Personen, vor allem die KrankenpflegerInnen, die den Patienten rund um die Uhr versorgen, PflegehelferInnen und ÄrztInnen, die den Patienten bei ihren Runden sehen
- Die Ehefrau des Patienten spricht sehr gut Dänisch. Es scheint aber für das medizinische Personal schwierig, über die Frau mit dem Patienten über seine Krankheit zu sprechen. Wie der Patient macht sich auch seine Frau große Gedanken über seine Zukunft, ist unsicher und verängstigt.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Das Ereignis spielt sich in einem der größten Krankenhäuser im Großraum Kopenhagen ab, auf der chirurgischen Station. Der Erzähler leitet das *Special Resources Team* und kann in Situationen zu Rate gezogen werden, in denen PatientInnen und deren Angehörige religiöse Begleitung brauchen, oder wenn das Personal Beratung zum Umgang mit PatientInnen benötigt – vor allem in Bezug auf kulturelle und religiöse Fragen. Der Erzähler skizziert eine Geschichte, in der das Personal der chirurgischen Abteilung einen Schock erlebt hat und ihn deswegen um Hilfe bat.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Aus der Perspektive der MitarbeiterInnen in der Chirurgie: widersprüchliche, ambivalente Gefühle • Gefühl, dass man den Patienten nicht richtig lesen kann, seine Verhaltensmuster nicht deuten kann • Machtlosigkeit, Unmöglichkeit, an den üblichen Routinen festzuhalten und Standard-Abläufe durchzuführen

- Irritation, Ungeduld, weil mit dem Patienten nicht auf eine verständliche Art und Weise zu kommunizieren ist

Aus der Perspektive des Patienten: widersprüchliche, ambivalente Gefühle

- Verwirrung, Unsicherheit, Sorge, Elend und Verzweiflung
- Isolation und Einsamkeit
- Wichtige spirituelle und religiöse Bedürfnisse werden nicht erfüllt
- Mangelnde Anerkennung emotionaler wie intellektueller Bedürfnisse durch das Stationspersonal
- Scham, weil er merkt, dass er dem Personal Schwierigkeiten macht
- Ungeduld, Unruhe, Ärger

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

Perspektive der MitarbeiterInnen in der Chirurgie:

1) Professionelle Pflege und Versorgung

Die MitarbeiterInnen auf der chirurgischen Station teilen eine professionelle Berufskultur im Umgang mit PatientInnen. Professionelles Handeln ist wichtiger als alles andere. Gleichzeitig hat sich im Verlauf der Jahre auch die Sicht etabliert, dass ein Ernstnehmen des Gemütszustands und der psychischen Gesundheit von PatientInnen ein zentrales Element professionellen Handelns darstellt. Interkulturelle Kommunikation und interkulturelles Verständnis sind dafür wichtig. Insofern ist das Personal über den psychischen Zustand des Patienten besorgt. In gewissem Maße gefährdet die Verschlechterung seines psychischen Zustands ihre professionelle Identität, weil sie dadurch ihre eigenen Standards nicht mehr erfüllen können: dem Patienten helfen, für ihn sorgen etc.

2) Kulturelle Determiniertheit als Erklärungsmuster

Da sich das Personal die Entwicklung des Patienten nicht medizinisch erklären kann, wird nach anderen Gründe für sein Verhalten gesucht, um die eigene Verwirrung und Hilflosigkeit zu kompensieren. Dabei greifen sie auf kulturalisierende Erklärungen zurück. Das Verhalten des Patienten erscheint kulturell geprägt, weswegen die KrankenpflegerInnen und anderen Stationsangehörigen auch keine Möglichkeit sehen, einzugreifen. Dieses Erklärungsmuster ist für sie dabei nicht herablassend, sondern sie interpretieren kulturelle Unterschiede als faktische Erklärungen für Verhalten. Deswegen glauben sie, dass sie mehr Wissen über den kulturellen Hintergrund des Patienten benötigen und denken nicht, dass sie die Probleme kommunikativ lösen können. Kulturelle Determiniertheit von Verhalten dient ihnen als Diagnose dafür, warum sich der Patient so verhält, wie er sich verhält.

3) Religiöse und spirituelle Verhaltensweisen als Tabu

Das Ungemach des Personals über das unerklärliche Verhalten des Patienten kann mit Tabus rund um spirituell-religiöse Befindlichkeiten zu tun haben. Die Stationsmitglieder fühlen sich unwohl, mit dem Patienten über religiöse Fragen zu sprechen – vor allem, weil der Patient Moslem ist und Moslems als sehr gläubig eingeschätzt werden. Religion wird von DänInnen generell als Privatsache gesehen, die nichts in der Öffentlichkeit, etwa in einem Krankenhaus, zu suchen hat. Als Norm gilt, dass man Respekt für die Religion/Religiosität anderer Menschen zeigt, indem man diese nicht thematisiert. Diese Norm wird vermutlich auch

gerade im Gesundheitssystem hochgehalten, als gesellschaftlichem Funktionszusammenhang, in dem ein wissenschaftlich-empirischer Zugang zum menschlichen Körper vorherrscht. Mess- und beobachtbare Reaktionen des menschlichen Körpers, das Faktische zählt hier. Spirituelle Zugänge und existenzielle Fragen scheinen fehl am Platz. Das Gesundheitspersonal weiß nicht, wie damit umgegangen werden soll.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Die MitarbeiterInnen der chirurgischen Station sehen den Patienten als schwierig und komisch an, weil

- sie mit ihm aufgrund sprachlicher Probleme nicht wie gewohnt kommunizieren können;
- sie ihn als kulturell anders wahrnehmen – aufgrund seiner pakistanischen Wurzeln und seines muslimischen Glaubens; diese kulturelle Differenz steht für sie für andere Werte, Normen und Arten, die Welt wahrzunehmen;
- er einen ungewöhnlichen Tagesrhythmus hat, der mit den gängigen Krankenhausabläufen nicht in Einklang zu bringen ist.

Gleichzeitig haben sie Empathie für den Patienten, sorgen sich, weil er sich zurückzieht und verzweifelt ist. Deswegen bitten sie den Erzähler um Hilfe.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

1) Bedeutung von Religion für die Auseinandersetzung mit Leben und Tod

Laut dem Erzähler bedeuten dem Patienten spirituell-religiöse Perspektiven viel. Besonders als er sich mit einer potenziell Todbringenden Erkrankung konfrontiert sieht. Er hat ein Bedürfnis, sich mit anderen über diese Fragen zu Leben und Tod auseinanderzusetzen. In der Interaktion mit dem Stationspersonal und den behandelnden ÄrztInnen kann er dieses Bedürfnis nicht stillen. Deswegen kapselt er sich immer mehr ab und verleiht seiner Verzweiflung durch sein Verhalten Ausdruck.

2) Patriarchale Einstellung: Das Familienoberhaupt sein

Der Erzähler berichtet, dass sich der Patient als Familienoberhaupt sieht. Diese Position impliziert, dass er seine Familie beschützen und für sie sorgen können muss. Dass seine Frau Vollzeit arbeitet, scheint diese Sicht nicht in Frage zu stellen. Auch nicht, dass sie besser dänisch spricht als er. Ein Teil seiner Verzweiflung wird dadurch hervorgebracht, dass er seinen Verpflichtungen gegenüber seiner Familie nicht nachkommen kann. Der Patient befürchtet, dass er das auch in Zukunft nicht können wird.

3) Gleichbehandlung in der medizinischen Versorgung

Gemäß dem Erzähler weiß der Patient, dass er dem Personal Schwierigkeiten macht. Aus seiner Perspektive verhält sich dieses aber nicht professionell. Zum Beispiel geben sie ihm nicht die nötigen Informationen zu seiner Erkrankung. Er fühlt sich auch nicht adäquat über seine Prognose informiert. Er erlebt, dass er nicht gleich gut behandelt wird, wie dänische

PatientInnen. So merkt er, dass mit anderen PatientInnen viel mehr kommuniziert wird, obwohl doch alle ein Recht auf umfassende Information haben. Seine Vorstellungen von Gleichbehandlung, Anerkennung und Respekt werden verletzt.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Menschliches Verhalten – kulturübergreifend:
Die Reaktionen aller PatientInnen sollten als menschliche Verhaltensweisen interpretiert werden. Der Erzähler unterstreicht jedoch, dass der Umgang mit schwierigen Situationen, wie einer potenziell tödlichen Krankheit, kulturellen Ausdrucksformen unterliegen kann.

Das Gesundheitspersonal in dieser Geschichte richtet die Aufmerksamkeit auf die emotionalen Veränderungen des Patienten. Anstatt jedoch seine schwierige Situation entsprechend zu bedenken, und empathisch und rücksichtsvoll mit ihm umzugehen – und ihr professionelles Wissen zu verwenden –, geben sie auf und behaupten, es sei eine kulturell determinierte Reaktion. Sie verstecken sich hinter der Sicht, dass sie sein Verhalten nicht verstehen und deswegen auch keine Lösungen finden können. Gefühlsregungen wie Angst, Sorge oder Unsicherheit sind erwartbare Reaktionen von PatientInnen, auf die das Personal normalerweise achtet. Dass diese Gefühle dem Verhalten des Patienten zugrunde liegen könnten, wurde im vorliegenden Fall ignoriert.
Das Personal arbeitet mit einer veralteten Vorstellung von Kultur, die in Dänemark „deskriptives Kulturkonzept“ genannt wird. Das Konzept ruht auf früher funktionalistischer Anthropologie, nach der Kultur als homogen verstanden wurde: alle Mitglieder einer Kultur haben die gleichen Vorstellungen, Werte und Normen. Das Stationspersonal sucht also nach eine kultur-basierten Erklärung für das Verhalten des Patienten, weil er aus Pakistan stammt. Anstelle dieser veralteten Sicht auf Kultur ist es fruchtbarer, jeweils in einem bestimmten Kontext zu überprüfen, ob und auf welche Weise kulturelle Faktoren für die Gestaltung einer Situation eine Rolle spielen. So können Generalisierungen kultureller Unterschiede in der medizinischen Versorgung verhindert werden. Gesundheitspersonal braucht kein spezialisiertes Wissen über unterschiedliche Länder und Kulturen, um mit Personen unterschiedlicher Hintergründe zu kommunizieren. Viel eher bedarf es der Schulungen über kommunikative Kompetenz. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Kommunikation darauf basiert, mit anderen Beziehungen herzustellen und sich auf deren Perspektive einzulassen.

5.17 AUSGRENZUNG

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 15. Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Kommunikation *Diversity Management* *Traumatisierung* *Mobbing* *Teamkultur*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenpflegerin im Altenheim

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Das Ereignis trug sich vor circa 3 Jahren in unserem Altenheim zu. Zu der Zeit gab es eine Kampagne des Arbeitsmarktservices, die stark auf schnelle Vermittlung gesetzt hat. Alle Arbeitslosen sollten so schnell wie möglich in den Arbeitsmarkt integriert werden, ganz egal welche Probleme oder Herausforderungen es für sie dabei gab, wie psychologische Probleme, gesundheitliche Probleme etc. Uns wurde eine junge Frau für ein 3-monatiges Praktikum vermittelt. Wir erhielten im Vorfeld vom Arbeitsamt keine Informationen über die Frau. Wir wussten also nichts über ihren Hintergrund, ihre Ausbildung, Fähigkeiten, Bedürfnisse oder dergleichen. Bald nachdem sie bei uns anfing, fand ich heraus, dass die junge Frau aus Sierra Leone geflüchtet war. Ich kannte mich mit dem Bürgerkrieg in ihrer Heimat relativ gut aus, und merkte schnell, dass es ihr schlecht ging. Ich versuchte, mit ihr zu reden, nicht nur als Kollegin, sondern als ihre Vertreterin des Betriebsrats. Ich wollte mehr über ihren Hintergrund und ihre Situation erfahren. Meinem Eindruck nach erlebte sie in ihrer Ehe Gewalt. Außerdem war sie – und vermutlich ihr Ehemann auch – traumatisiert. Es stellte sich heraus, dass sie bei den Enthauptungen und Morden mehrerer enger Familienmitglieder zugesehen hatte, bevor sie den Grausamkeiten des Bürgerkriegs entkommen konnte. Meine Kollegen und ich bemerkten, dass die neue Kollegin mit körperlichem Kontakt überhaupt nicht umgehen konnte. Sie reagierte sehr heftig, auch bei körperlicher Nähe ohne direkte Berührung. Bei uns ist es jedoch ziemlich üblich, dass sich Kollegen berühren und freundschaftlich umarmen, auf den Rücken klopfen etc. Wahrscheinlich rührt das von den Pflegekompetenzen, die wir alle haben, und unserer Gewohnheit, für andere zu sorgen. Das gehört zu unserem Job dazu.

Jedenfalls sah ich, dass die junge Frau aufschreckte, als eine Kollegin sich von hinten näherte. Sie bewegte sich immer weg, sobald jemand ihr nahe kam. Die Kollegen im Team wurden immer ärgerlicher mit ihr. Ich versuchte ihnen klarzumachen, dass ihr Verhalten wahrscheinlich mit ihrem Trauma und den Gewalterfahrungen zu tun hat. Die Kollegen wandten sich trotzdem von der jungen Frau ab und entschieden, dass sie zu seltsam und zu schwierig im Umgang war. In der Folge wurde sie Schritt für Schritt immer mehr aus dem Team ausgeschlossen. Niemand nahm sie zur gemeinsamen Kaffeepause mit. Obwohl sie immer noch bei uns arbeitete, war sich de facto ausgeschlossen.
Ihr Kontakt mit den Bewohnern des Altenheims war jedoch problemlos. Größtenteils gab sie ihnen Kaffee und saß mit ihnen zusammen. An Aktivitäten, bei denen mehr körperlicher Kontakt von Nöten war, wie Waschen oder Hygienemaßnahmen, nahm sie nicht teil.
Ich musste feststellen, dass ihre Ausgrenzung nicht aufgehoben werden konnte. Deswegen rief ich beim Arbeitsamt an, um mich zu beschweren. Ich erklärte ihnen, wie unprofessionell es sei, eine traumatisierte Frau, die ganz besondere Bedürfnisse hat, an einen Arbeitsplatz wie ein Altenheim zu vermitteln, indem körperlicher Kontakt Gang und Gäbe ist. Kurz danach beendete die Frau ihr Praktikum.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Die Erzählerin ist eine ausgebildete Krankenpflegerin, die seit vielen Jahren in einem Altenheim arbeitet. Sie absolvierte einige Zusatzschulungen im Bereich Pflegemanagement. Sie ist Ende 50 und im Jahr 1972 von Malawi nach Dänemark migriert. Sie ist mit einem Mann verheiratet, der in Dänemark geboren wurde; hat zwei erwachsene Kinder und ein Enkelkind. Neben ihrem Vollzeitjob ist sie eine bekannte Gewerkschaftssprecherin. Zudem ist sie in mehreren Vereinen aktiv, die sich für kulturelle Vielfalt und die Rechte von ethnischen Minderheiten einsetzen. Sie war lange Jahre im Betriebsrat des Altenheims und fungiert zudem als Mentorin für Neuankömmlinge in Dänemark, um sie bei der Integration in den Arbeitsmarkt und das berufliche Umfeld im Gesundheitsbereich zu unterstützen. Das Altenheim, in dem sie arbeitet, war eine der ersten Institutionen im Gesundheitsbereich, die sich mit Diversität und Gleichberechtigung von kulturellen Minderheiten auseinander setzten – in den frühen 2000er Jahren. Des Weiteren geht es um eine junge, 35-jährige Frau, die vor dem Bürgerkrieg aus Sierra Leone geflüchtet ist. Sie wurde vom Arbeitsamt für ein Praktikum an das Altenheim vermittelt. Sie hat, so viel wir wissen, davor noch nie im Gesundheitsbereich gearbeitet, weder in Dänemark, noch in Sierra Leone. Sie ist verheiratet und Mutter von 3 Kindern. Zum Zeitpunkt des Ereignisses hat sie bereits ein paar Jahre in Dänemark gelebt. Das Kollegium, von dem die Erzählerin berichtet, besteht aus 6-8 Diplomierten Pflegekräften und PflegehelferInnen. Sie sind an die Arbeit in einem transkulturellen Team gewohnt. Manche von ihnen gehören selbst einer Minderheit an.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Das Ereignis fand in einem Altenheim in Kopenhagen statt. Alle involvierten AkteurInnen kannten sich, manche bereits mehrere Jahre.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Zu Beginn sah es die Erzählerin in ihrer Verantwortung, zwischen der Frau, die das Arbeitsamt vermittelt hatte, und dem restlichen Team Brücken zu bauen. Sie war um die Frau besorgt, empfand ihr gegenüber Empathie und wollte, dass die anderen KollegInnen es ihr gleich tun. Deswegen war sie wütend, als die KollegInnen die Frau aus Sierra Leone ausgrenzten. Sie fühlte sich aber auch hilflos, weil sie die Einstellung der anderen nicht ändern konnte. Sie gab sich geschlagen, weil das Team die Frau nicht integrieren und unterstützen wollte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Gleichberechtigung, Inklusion und Respekt Die Erzählerin hat sich ihr gesamtes Berufsleben freiwillig engagiert, um die Werte Chancengleichheit, Antidiskriminierung, Menschenrechte, Inklusion und Diversität zu verteidigen. Jetzt sieht sie sich einer Situation gegenüber, in der sich ihre KollegInnen, die sonst immer um gegenseitige Rücksichtnahme und Inklusion bemüht sind, ausschließend verhalten. Schlimmer noch: sie verschwören sich gegen die vulnerable Kollegin. Sie attackieren damit direkt die zentralen Werte der Erzählerin. Da sie sich auch an ihrem eigenen Arbeitsplatz bislang immer für interkulturelles Verständnis und Respekt für Diversität eingesetzt hat, dachte sie, ihr Team würde anders handeln. Ihre Erwartungen wurden nicht erfüllt. **2) Solidarität und Einfühlvermögen** Solidarität mit und Schutz von schwachen, verletzlichen Personen sind wichtig für die Erzählerin. Sie hat viel Zeit und persönlichen Einsatz gewidmet, um Solidarität zu üben, für Schwächere einzustehen und zu verteidigen. Jetzt muss sie feststellen, dass ihr Einsatz nicht ausreicht, um die Frau an ihrem eigenen Arbeitsplatz zu schützen. Auch in diesem Aspekt ist sie von ihren KollegInnen enttäuscht. Sie realisiert, dass diese entweder ihre Werte nicht teilen oder nicht in die Praxis umsetzen können. Sie lassen sich auch davon nicht umstimmen, als die Erzählerin Hintergrundinformation zum Leiden der Frau aus Sierra Leone preisgibt. Sie erkennt, dass sie alleine kein gutes Arbeitsumfeld für die Frau herstellen kann und die Frau nicht in das Kollegium integriert werden kann.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
In den Augen der Erzählerin mangelt es den KollegInnen an • Toleranz und Einfühlungsvermögen • Sorge und Empathie • Großzügigkeit im Angesicht von Ablehnungserfahrungen

- Solidarität

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

Aus der Perspektive der KollegInnen, die den Schock hervorgerufen haben:
Obwohl sie generell eine fürsorgliche Haltung aufweisen, machen sich die KollegInnen nicht bewusst, warum die Frau auf körperlichen Kontakt so ablehnend reagiert. Sie scheitern daran, eine **gemeinsame Lösung für die Schwierigkeiten** mit der neuen Kollegin zu finden. Sie sind der Meinung, ohnehin eine an Interkulturalität orientierte Arbeitskultur zu haben. In diesem Fall wiegen ihre *persönlichen* und *gemeinsam geteilten* Erfahrungen der Ablehnung jedoch stärker als ihre Fähigkeit, Empathie und Verständnis für das Trauma und die schwierige Situation der Frau zeigen zu können.

Ein weiteres Motiv könnte sein, dass sie das Verhalten der Frau nicht nur als **persönliche Ablehnung** empfunden haben, sondern als **Angriff auf ihre Arbeitskultur**, in der körperlicher Kontakt eine wichtige Rolle spielt. Infolgedessen kann die Ausgrenzung als kollektive Reaktion auf die empfundene Ablehnung (auch ihrer professionellen Identitäten) interpretiert werden.

In der Pflegearbeit überwiegt die **Personalknappheit** – es gibt zu viele PatientInnen, zu viel Arbeit und zu wenige Pflegepersonen, daher ist es besonders schwierig für die KollegInnen, die neue Kollegin zu integrieren und es fehlt womöglich im Alltag auch die Zeit dazu.

Der Arbeitsalltag des Personals ist ohnehin von schweren Themen begleitet – Sterben, Tod, Trauerarbeit, Pflegebedürftigkeit – und daher wollen die KollegInnen in ihren Pausen oder zumindest unter ihren KollegInnen eine lockere, heitere Arbeitsatmosphäre bewahren und sich keinesfalls mit anderen schweren Themen, wie Traumatisierungen oder gar Mord, beschäftigen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Der Fall zeigt **strukturelle Mängel bei den Vermittlungsstrategien des Arbeitsamts** auf: Die spezifische Situation der Frau wird gar nicht bedacht, als sie an das Altenheim vermittelt wird. Ihre Bedürfnisse (nach professioneller Traumabearbeitung) werden missachtet. Insofern können die VermittlerInnen für die schlechte Erfahrung der Frau und ihre potenzielle Retraumatisierung in die Verantwortung gezogen werden.
Es lässt sich auch vermuten, dass dem Vermittlungsprozess Vorurteile unterliegen. Generalisierend werden Frauen aus Afrika als besonders geeignet für den Gesundheitsbereich gesehen, vor allem für die Pflege von alten Menschen.

Die **Perspektive organisationalen Lernens:**
An dem Fall zeigt sich, dass die Werte Interkulturalität und Diversität Teil eines organisationalen Lernprozesses werden müssen. Die Erzählerin ist zu Beginn davon überzeugt, dass alle KollegInnen über hohe interkulturelle Kompetenz verfügen und gelernt haben, diese auch im beruflichen Alltag umzusetzen. Sie wird dann aber vom Gegenteil

überrascht und muss erkennen, wie fragil die organisationale Verankerung von interkultureller Kompetenz tatsächlich ist, und wie sie im praktischen Handeln wegrutschen kann. Die Erzählerin erlebt, dass sie die neue Kollegin nur dann effektiv unterstützen kann, wenn die gesamte Organisation mithilft, speziell ihre KollegInnen. Zusammenfassend behandelt die Geschichte die Frage, wie interkulturelle Kompetenzen und Kommunikation strukturell in einer Organisation verankert werden können, um wahrhaftig Teil der Organisationskultur zu werden.

Auslagern des Problems:
Die Erzählerin gibt auf, das Problem in ihrer Organisation zu lösen, und beschwert sich beim Arbeitsamt über deren Vermittlungspraktiken. Sie hat dafür gute Gründe. Gleichsam bedeutet das, dass sie nicht weiter versucht, interne Veränderungen im Altenheim zu erwirken.

5.18 TRILOG

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 5. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Vorurteile *Kommunikation* *Hierarchie, Mangel an Empathie*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Niedergelassener praktischer Arzt, Gemeinschaftspraxis mit 3 Kollegen

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Kürzlich habe ich an einem sogenannten *Trilog* teilgenommen, einem Treffen mit einer Patientin und ihrem Betreuer vom Arbeitsamt. Bei dem Treffen sollte es um die gesundheitlichen Probleme der Patientin und ihren Antrag auf Frühpension gehen, den sie wegen ihrer Diagnose und ihren chronischen Schmerzen gestellt hatte. Teil des Trilogs war aber auch eine Diskussion über die Perspektiven und Möglichkeiten der Patientin, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Aufgrund ihrer ernsten Diagnose war es für sie allerdings sehr schwer, überhaupt an eine Arbeit zu denken. Im Trilog sprach die Patientin über ihre rheumatische Erkrankung und ihre Diagnose, um ihren Antrag auf Frühpension zu begründen. Ich unterstützte ihre Argumentation. Dann begann sie jedoch zu unterstreichen, dass es für sie sehr wichtig sei, trotz ihrer gesundheitlichen Probleme eine gute Mutter und Ehefrau zu sein. Der Betreuer antwortet: „Nun, es ist löblich, dass Sie eine gute Mutter und Ehefrau sein möchten. Aber Sie haben auch aus *freien* Stücken entschieden, *nicht* zu arbeiten. Das ist eine Wahl, die Sie *freiwillig* getroffen haben…“ Seine Worte schockierten und bestürzten mich. Ich wusste, dass diese Argumentationslinie zu einem Verlust des Anspruchs der Patientin auf Sozialleistungen, ihr einzige Form des Einkommens, führen könnte. Ich merkte, dass die Patientin auch erstaunt und irritiert auf seine Position reagierte und darauf, wie er ihre Worte im Mund verdrehte, um sie gegen sie zu verwenden. Deshalb versuchte ich, dem Betreuer den Wind aus den Segeln zu nehmen und kam immer wieder auf die Diagnose der Patientin zurück und ihr Leben mit chronischen Schmerzen. Ich strich heraus, dass sie über die Jahre mehrfach versucht hatte, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren und Sprachkurse, kurze Praktika etc. absolviert hatte. Sie musste aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme jedoch immer wieder aufgeben. Obwohl der Betreuer nicht weiter bohrte, hatte ich den Eindruck, dass er von den Begründungen der Patientin nicht überzeugt war. Ich las in seinen Augen, dass er der Meinung war, die Frau solle sich schlicht zusammenreißen und nicht so viel über ihre

Krankheit sprechen. Meinem Eindruck nach stempelte er sie als Migrantin ab, die das dänische Sozialsystem ausnutzt und Geld empfängt, ohne je wirklich vorzuhaben, arbeiten zu gehen und etwas zum Sozialsystem beizutragen.
Ich weiß nicht, was im Fall der Patientin passieren wird, aber ich fürchte, sie hat schlechte Chancen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**

Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

Der Erzähler ist ein niedergelassener praktischer Arzt mit eigener Praxis. Er ist Mitte 60 und übt den Arztberuf bereits viele Jahre aus. Er ist in Dänemark geboren. Als Arzt hat er viele PatientInnen mit Migrationshintergrund. Er wirkte an mehreren lokalen Projekten zu interkultureller Begegnung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen mit und engagiert sich seit vielen Jahren dafür, den Zugang des Gesundheitswesens zu MigrantInnen zu verbessern.

Seine Patientin lebt seit 1999/2000 in Dänemark und stammt aus dem Libanon. Sie ist Anfang 40 und leidet seit ihrer Kindheit an einer spezifischen Rheumaerkrankung. In ihrer Zeit in Dänemark hat sich ihr Zustand verbessert, aber sie hat immer noch quälende Muskel- und Gelenksschmerzen. Ihre Diagnose erhielt sie von einem dänischen Spezialisten. Sie ist arbeitslos und empfängt Sozialhilfe. Aufgrund ihrer eigenen gesundheitlichen Probleme, und weil eines ihrer Kinder auch krank ist, hat sie nie gelernt, gut Dänisch zu sprechen. Als sie in Dänemark ankam, konnte sie ziemlich gut Englisch. Ihre Englischkenntnisse haben sie allerdings sukzessive verschlechtert; heute spricht sie kaum mehr Englisch.

Der Betreuer der Patientin beim Arbeitsamt ist in Dänemark geboren. Er ist Anfang oder Mitte 30. Vermutlich hat er in Dänemark seine Ausbildung absolviert, entweder als Sozialarbeiter oder vielleicht ist er sogar Akademiker. Heutzutage sind nur sehr wenige BetreuerInnen, die im dänischen Arbeitsmarktservice oder bei Sozialbehörden arbeiten, nicht ausgebildet.

Außerdem war ein Dolmetscher (Dänisch-Arabisch) anwesend. Der Dolmetscher hat für das Ereignis aber keine relevante Rolle gespielt.

Wir wissen nicht, ob die Patientin ihren Betreuer bereits kannte, wobei es wahrscheinlich ist, dass sie sich schon vor dem Trilog getroffen haben. Allerdings haben KlientInnen beim Arbeitsamt vielfach wechselnde BetreuerInnen; oft existiert keine persönliche Beziehung.

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Das Ereignis spielt sich in den Räumen des Arbeitsamts ab. Eine Frau mit Migrationshintergrund kommt zu einem Gespräch mit ihrem Betreuer, weil sie einen Antrag auf Frühpension gestellt hat. Ihr Hausarzt nimmt auch an dem Gespräch teil, das als Trilog konzipiert ist. Ein Trilog ist ein übliches Verfahren im Zuge von Frühpensionsanträgen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler ist schockiert, weil der Betreuer so wenig Empathie zeigt und die gesundheitlichen Probleme der Frau nicht ernst nimmt. Er empfindet die Reaktion des Betreuers als *Machtmissbrauch*. Die Frau ist total abhängig von der Einschätzung ihres Betreuers und seiner Empfehlung. Der Erzähler fühlt sich schlecht und machtlos. Als Hausarzt soll er eine Expertenmeinung zum Gesundheitszustand seiner Patientin abgeben. Die Entwicklung der Situation überrascht ihn, es geht plötzlich gar nicht mehr um medizinische Fragestellungen. Vielmehr fokussiert der Betreuer darauf, ob die Frau arbeiten *will*, nicht ob sie dazu *in der Lage ist*. Das Gespräch geht nach Ansicht des Erzählers komplett an der Frau und ihren Bedürfnissen vorbei. Die Argumentation des Betreuers überfordert ihn. Es ist ihm nicht möglich, die Frau zu verteidigen und ihre Interessen zu vertreten.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Vorurteile haben bei professionellem Handeln keinen Platz Aus Sicht des Erzählers interpretiert der Betreuer die Aussage der Frau, eine gute Mutter und Ehefrau sein zu wollen, absichtlich als Begründung, nicht arbeiten zu wollen. Er hätte sie auch freundlich darauf hinweisen können, dass es sich dabei um ihre persönlichen Präferenzen handelt, die für Fragen des Arbeitsvermögens nicht relevant sind. Der Betreuer scheint sich in diesem Fall von seinen Vorurteilen gegenüber MigrantInnen leiten zu lassen. Er schreibt ihnen mangelndes Interesse zu, zum Gemeinwohl beizutragen. Er ist in den Augen des Erzählers nicht nur kleinkariert und gemein, sondern auch unprofessionell, weil er die gesundheitliche Situation der Frau nicht objektiv bewertet. **2) Beitrag zum Wohlfahrtsstaat versus Bedürftigkeit** Der Betreuer verletzt in den Augen des Arztes mit seiner Einstellung grundlegende wohlfahrtsstaatliche Prinzipien: BürgerInnen tragen entsprechend ihrer Fähigkeiten zum Gemeinwohl bei, erhalten aber auch in dem Ausmaß Unterstützung, wie sie es bedürfen. Egal wie es um die persönlichen Wertvorstellungen der Frau bestellt ist, sie ist in dem Fall objektiv gesehen bedürftig. Der Betreuer hingegen scheint an dem Ideal des Wettbewerbsstaats festzuhalten, und sich nicht an einer wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaft zu orientieren, in der Reichtum und Ressourcen fair verteilt werden. Im Gegenteil, der Betreuer stellt sich in den Dienst eines Kontrollsystems, das BürgerInnen, die um Unterstützung ansuchen, prinzipiell verdächtigt. Diese Haltung, die gegenwärtig in Dänemark viel diskutiert wird, und eine Ausrichtung des Staates an Idealen des *New Public Management*, gefährden laut Erzähler die Bürgerrechte und die Rechtssicherheit von BürgerInnen. **3) Respekt vor professioneller / medizinischer Einschätzung** Der Arzt fühlt sich in der Situation machtlos; er hat auch den Eindruck, dass der Betreuer sich seiner Expertise gegenüber arrogant verhält und seine professionelle Einschätzung in Zweifel zieht. Der Betreuer interessiert sich nicht für medizinische Fakten und fokussiert primär auf die Aussagen der Patientin zu ihrem Privatleben.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Der Betreuer ist kleinkariert, unprofessionell, kleinlich, rücksichtlos und zeigt keine Empathie. Er scheint vorgefasste Meinungen und sogar Vorurteile gegenüber MigrantInnen zu haben.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Betreuer: **Gleichgewicht von Rechten und Pflichten im Wohlfahrtsstaat** Dass der Betreuer die Aussage der Frau so bereitwillig dafür nutzt, ihr einen Strick zu drehen, schockiert sowohl die Patientin als auch den Arzt. Anstelle von Empathie und Verständnis ihrer gesundheitlichen Situation gegenüber, nimmt er ihre Aussage zum Anlass, darauf hinzuweisen, dass Wohlfahrt nicht nur ein Recht, sondern auch eine Pflicht ist. Der Betreuer erlebt eine starke Dissonanz zwischen ihm – als Vertreter des Systems – und den Haltungen der Patientin. Möglicherweise verweist das auf eine kulturelle Differenz familiärer Vorstellungen. Es kann aber auch eine Dissonanz im Hinblick auf Geschlecht sein. Der Betreuer zeigt Verachtung für eine Frau, die aus kultureller Sicht, wie mit Bezug auf Geschlechterrollen ein mangelhaftes Verständnis von für ihn zentralen gesellschaftlichen Werten aufweist. Ihm ist wichtig, dass sich der Beitrag zum Gemeinwohl und der eigene Profit daran die Waage halten. Seiner Meinung nach handelt die Frau nur nach persönlichen Motiven und entzieht sich ihrer gesellschaftlichen Verantwortung, die die Grundpfeiler des Wohlfahrtsstaats bilden. **Patientin:** **Geschlechterrollen; Priorisierung der familiären Rolle als Mutter und Ehefrau** Die Patientin legitimiert ihren Frühpensionsantrag auch mit der von ihr empfundenen Notwendigkeit, eine gute Mutter und Ehefrau zu sein. Sie hat den Wunsch, in ihrer Familie präsent und für sie da zu sein. Im dänischen Kontext wird dieser Zugang mit dem Bild einer „traditionellen Hausfrau" in Verbindung gebracht, mit traditionellen Vorstellungen einer geschlechtlichen Arbeitsteilung in der Familie. Nach einer langen Zeit in Dänemark ist der Frau wahrscheinlich bewusst, dass der dänische Arbeitsmarkt und der Wohlfahrtsstaat nicht nach diesen Prinzipien funktionieren. Unterstützung durch die öffentliche Hand erfolgt dann, wenn BürgerInnen nicht länger arbeiten und ein Einkommen erwirtschaften können. Es wird als private Entscheidung gesehen, wenn eine Mutter zu Hause bleibt, nicht als gesellschaftliche Präferenz. Vor diesem Hintergrund mag es verwundern, dass die Frau ihre familiäre Rolle im Trilog thematisiert. Schließlich steht für sie viel auf dem Spiel.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Der Erzähler selbst erklärt in der Analyse, dass sich an dem Fall ein grundlegendes Dilemma dänischer Integrationspolitik zeigt: Integration wurde lange vernachlässigt, weswegen es keine Bemühungen gab, Bewusstseinsbildung und Verständnis für grundlegende

wohlfahrtsstaatliche Prinzipien und Funktionsweisen herbeizuführen. Kein Wunder, dass viele MigrantInnen Schwierigkeiten haben, das System zu verstehen, das auf einem Gleichgewicht von Geben und Nehmen basiert.
Das Vorurteil, dass sich MigrantInnen einen automatischen Zugang zu Sozialleistungen erwarten, führt wiederum zu einem Backlash, zum Beispiel bei der erwerbstätigen Bevölkerung, die sich über einen Missbrauch des Sozialsystems aufregen. So entstehen gegenseitige Vorurteile. MigrantInnen fühlen sich ungerecht behandelt und der Willkür von Sozialbehörden ausgeliefert. VertreterInnen dieser Behörden fühlen sich in ihren Vorurteilen bestärkt, wodurch eine teuflische Abwärtsspirale entsteht, die jedoch mehr mit gesellschaftlicher Integration als mit kultureller Differenz zu tun hat.

5.19 DIE VERZWEIFELTE FRAU

Organisation, die den Fall erhoben hat: mhtconsult – privater Anbieter von Diversitätstrainings in Dänemark
Erhebungsdatum: 4. Mai 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Kommunikation *Individualität vs. Kollektivität*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Diplomierter Krankenpfleger in der Psychiatrie

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Diese Geschichte aus meinem Arbeitsleben hat sich vor längerer Zeit zugetragen. Ich habe damals als stellvertretender Pflegeleiter in der psychiatrischen Station eines Krankenhauses gearbeitet, und zwar auf der geschlossenen Abteilung für Frauen. Heutzutage gibt es diese Geschlechtertrennung nicht mehr. Damals hingegen schon; es gab damals auch noch kaum männliche Krankenpfleger. Eines Abends wurde eine Frau, Mitte 40, auf meiner Station aufgenommen. Die Frau war augenscheinlich Muslimin, wie sich an ihrem Kopftuch zeigte. Sie wurde von Angehörigen begleitet. Die Frau hatte gedroht, Selbstmord zu begehen. Sie war total aufgebracht und stand völlig neben sich. Deswegen hatte die Familie einen Arzt nach Hause bestellt. Der Arzt kam zu dem Ergebnis, dass die Frau in eine psychiatrische Klinik eingeliefert werden sollte. Sie stelle eine Gefahr für sich selbst dar – die Grundlage dafür, dass jemand unfreiwillig eingeliefert werden kann. Bei uns kam sie in einem ruhigen Zustand an und wurde in einem Zweibettzimmer untergebracht. Da ging es los: Sie würde sicherlich nicht in diesem Zimmer bleiben. Sie wollte einfach nur aus der Psychiatrie weg und wurde immer gereizter und unruhiger. Sie begann laut zu schreien, nach Dingen zu treten und alles um sie herum durch die Luft zu schmeißen. Sie schrie in mehreren Sprachen durcheinander und zwar, dass sie auf keinen Fall bleiben werde; das sei nicht der richtige Platz für sie. Das alles trug sich auf dem Gang zwischen den Zimmern anderer Patientinnen zu. Es hatte sich eine Menschenmenge rund um die Patientin versammelt – andere Patientinnen, Besucher und Mitarbeiter. Einige der anderen Patientinnen versuchten, die Frau zu beruhigen und sprachen beschwichtigend auf sie ein. Mir fiel auf, dass sich die Patientin sehr wohl darüber bewusst zu sein schien, wer Stationspersonal war, obwohl wir keine Uniformen trugen, und wer nicht. Sie verlangte, dass wir die Türen öffneten und sie entließen. Ihre Familie stimmte in diese Forderung mit ein. Wir hatten in dem ganzen Aufruhr und aufgrund von Sprachbarrieren jedoch große Schwierigkeiten, mit ihnen zu kommunizieren. Einige Angehörige sprachen ein wenig Dänisch, die Frau selbst kaum. Wir fühlten uns hilflos, als wir versuchten, die

Regeln zur Einweisung zu erklären. Es war uns ein großes Anliegen, diesen Teil unserer Arbeit gut zu verrichten. Aber es fehlte uns an einer gemeinsamen Sprache mit der Patientin und ihrer Familie. Wir konnten ihnen nicht erklären, dass wir als Stationspersonal gar nicht die Befugnis hatten, sie zu entlassen. Wir konnten nicht verständlich machen, dass es Regeln gab, wie so eine Einweisung abzulaufen hatte, denen wir Folge leisten mussten.
Wir waren auch ziemlich unsicher, in welchem psychischen Zustand sie sich befand, wie schlecht es ihr ging. Wenn eine Person gegen ihren Willen eingeliefert wird, heißt das, dass sie als Gefahr für sich selbst wahrgenommen wird. Normalerweise bedeutet das, dass die Person als akut psychotisch eingeschätzt wird. Wir mussten deswegen eine umfassende Untersuchung vornehmen, Spezialisten kommen lassen und die Frau zumindest über Nacht da behalten.
Wir waren alle der Meinung, die Frau sei nicht psychotisch, aber wir hatten keine formale Erlaubnis, sie gehen zu lassen. Wir waren also ziemlich unglücklich mit der Situation und nervös, weil wir nicht wussten, was zu tun war. Die Situation passte nicht in das Schema, wie Abläufe bei uns geregelt sind.
Es wurde aber klar, dass wir die Familienmitglieder dazu bewegen mussten, die Station zu verlassen. Damals war es für Angehörige unmöglich, über Nacht zu bleiben, obwohl die Familie das dringende Bedürfnis dazu hatte. Die Angehörigen waren schockiert, dass sie die Frau nicht wieder mit nach Hause nehmen konnten.
Wir mussten der Frau dann relativ starke Medikamente geben. Sie blieb allein und orientierungslos zurück. Schließlich fiel sie aufgrund der starken Medikamente sogar hin.
Am nächsten Tag wurde sie auf die offene Abteilung überstellt und dann relativ schnell entlassen. Viele unserer Patientinnen kamen immer wieder; diese Frau habe ich nie wieder gesehen. Vermutlich hat sie ihr Erlebnis so nachhaltig geschockt, dass sie und ihre Familie alles dafür taten, dass sie nie wieder eingeliefert werden musste.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Der Erzähler ist ein Krankenpfleger, der in unterschiedlichen Gesundheitsinstitutionen gearbeitet hat; er arbeitet seit 30 Jahren. Er spezialisierte sich früh auf die Pflege in der Psychiatrie. Heute ist er 63 Jahre alt und arbeitet Vollzeit als stellvertretender Leiter eines großen sozial-psychiatrischen Zentrums in Kopenhagen. Frau, Mitte 40, Muslima, spricht kaum Dänisch, hat gedroht sich umzubringen, wohnt mit ihrer Familie zusammen Seine KollegInnen – ausgebildetes Personal im Gesundheitsbereich, die auf der psychiatrischen Station arbeiten, in der sich der Ereignis zugetragen hat. Dort arbeiteten etwa diplomierte KrankenpflegerInnen und PflegehelferInnen, alle waren DänInnen. Die meisten waren weiblich, es gab nur wenig männliches Personal, etwa den Erzähler. In der Situation waren etliche Psychiatriepatientinnen und Angehörige auf Besuch anwesend. Wie beim Personal handelte es sich dabei um DänInnen

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Das Ereignis hat sich in der psychiatrischen Station eines der größten Krankenhäuser in Kopenhagen zugetragen, in der geschlossenen Abteilung für weibliche psychiatrische Patientinnen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler und seine KollegInnen fühlten sich: • hilf- und machtlos, weil sie nicht mit der Frau und ihrer Familie kommunizieren und die Regeln und Abläufe rund um eine Einweisung erklären konnten • überrumpelt von der heftigen Reaktion der Frau und ihrem vehementen Wunsch, entlassen zu werden, anstatt Behandlung ihrer Probleme zu erfahren • verwundert über die Erwartung der Familie, über Nacht bleiben zu können

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Professionalität und Fähigkeit, mit allen beruflichen Herausforderungen umgehen zu können Der Erzähler und seine KollegInnen schafften es nicht, die Frau und ihre Familie zu beruhigen. Das führte zu dem Gefühl von persönlicher, aber auch professioneller Hilflosigkeit. Ohne mit der Patientin in einer gemeinsamen Sprache kommunizieren zu können, war es dem Erzähler nicht möglich, die Situation zu klären. Seine KollegInnen und er mussten all ihre berufliche Autorität ausüben, die Frau zum Bleiben und die unglückliche Familie zum Gehen zu zwingen. Dann mussten sie der Patientin eine hohe Dosis Medikamente verabreichen, ohne ihr erklären zu können, was passiert. Aufgrund der mangelnden Kommunikation war es ihnen nicht möglich, so gut für die Frau zu sorgen, wie sie das gewollt hätten oder Näheres über ihren Zustand zu erfahren. Das kann die berufliche Identität bedrohen und das Gefühl geben, versagt zu haben. **2) Institutionelle Werthaltung: An Abläufen muss festgehalten werden, auch wenn die persönlich-professionelle Einschätzung dagegen spricht** Das Stationspersonal musste sich an Vorgaben halten und routinehafte Prozesse verfolgen, obwohl ihre professionelle Einschätzung der Situation dagegen sprach. Sowohl aus professioneller Sicht als auch aus Empathie der Frau gegenüber konnte der Erzähler nicht zu dem stehen, was er tun musste. Es erschien ihm inhuman, die verzweifelte Frau so allein zu lassen, ohne dass sie die Möglichkeit hatte, mit jemandem zu sprechen. Der Erzähler und seine KollegInnen wollten es aber auch nicht riskieren, die institutionellen Regeln zu brechen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Die Frau ist verzweifelt, fühlt sich eingesperrt. Sie nimmt ihre Umwelt jedoch soweit wahr, dass sie zwischen Personal und Patientinnen unterscheiden kann. Sie macht eine Szene, um

ihre Entlassung zu erwirken. Ihre Verzweiflung ist aber auch Ausdruck von Machtlosigkeit, Angst, dem Gefühl ausgeliefert zu sein.
Dem Bild des Erzählers folgend erscheint sie nicht psychotisch, ihre Verzweiflung und Unruhe scheinen andere Gründe zu haben.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

1) **Ungerechte Behandlung und körperlicher Protest**

Die verzweifelte Frau hatte das Gefühl, am falschen Ort zu sein und ungerecht behandelt zu werden. Ihre körperliche und laute Abwehr deuten darauf hin, dass sie starke Abwehrreaktionen spürte, sich aber verbal nicht mitteilen konnte und so ihren Körper einsetzen musste, um zu protestieren.

2) **Kollektive Werte der Familie**

Der Zustand der Frau bringt ihre Familie in große Sorge. Die Familienmitglieder spüren womöglich eine gemeinschaftliche Verantwortung und Sorge für die Frau und wollen daher bei ihr bleiben. Sie wollen ein vulnerables Familienmitglied nicht sich selbst überlassen. Ihre Werte spiegeln wieder, dass Probleme kollektiv gelöst werden.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Das Ereignis ist ein Beispiel gegenseitigen Kulturschocks. Aus der Perspektive interkulturellen Lernens wird deutlich, dass das Stationspersonal auf der Psychiatrie geschockt war, weil es nicht mit der Patientin und ihrer Familie kommunizieren konnte – weder auf persönlicher noch auf professioneller Ebene. Ihnen fehlten Methoden und Strategien, mit der Situation umzugehen.
Auch die professionelle Autorität, die medizinischem Personal meist zukommt, hat in dieser Situation nicht gegriffen. Normalerweise ordnen sich PatientInnen und Angehörige der Expertise des Krankenhauspersonals unter. Bei einer Zwangseinweisung sind PatientInnen oft dagegen. In dieser Situation müssen die Pflegekräfte damit umgehen, dass ihre Autorität angezweifelt wird.

Heute ist es undenkbar – und sogar illegal –, dass nicht sofort einE DolmetscherIn gerufen wird. Krankenhauspersonal hat im Großen und Ganzen auch mehr Wissen über interkulturelle Kommunikation und Möglichkeiten, auf unterschiedliche kulturelle Zugänge zu (psychischer) Krankheit, Pflegebedürfnisse der Familie etc. einzugehen. Allerdings zeigt sich an dem Ereignis, dass interkulturelle Kompetenz über verbale Kommunikation hinausreichen muss und non-verbale Kommunikation nicht einfach als „Aggression" ausgelegt werden kann.

Des Weiteren ist es ein Beispiel für mangelnde Kommunikation und Kooperation zwischen dem Krankenhauspersonal und dem einweisenden Arzt. Warum hat der Arzt die Familie im Vorfeld nicht besser aufgeklärt und darauf vorbereitet, was eine Einweisung beinhaltet?

5.20 ZEUGEN JEHOVAS

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Religion, Blut, Zeugen Jehovas

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Arzt, der auf einer Intensivstation arbeitet.

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich kümmerte mich gerade um einen 20-jährigen Patienten, der nach einem Unfall im Schwimmbad einen Herzstillstand erlitten hatte und reanimiert worden war. Er schwebte mehrere Tage lang in Lebensgefahr. Nach drei Tagen informierten mich seine Eltern, dass er, wie auch sie, ein Zeuge Jehovas war. Sie waren besorgt darüber, dass sich sein Zustand weiter verschlechtern würde und er eine Bluttransfusion brauchen würde, obwohl es zu dem Zeitpunkt nicht danach aussah. Ich sagte ihnen, wenn es so weitergeht, dann würde eine Bluttransfusion anstehen. Daraufhin antworteten die Eltern, dass das in keinem Fall eine Option für sie wäre. Wie handhabt man eine solche Situation?

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Folgende Personen sind in den Vorfall involviert: - Ein 20-jähriger, junger Mann, der einen Herzstillstand erlitt und dessen Eltern. Alle sind Zeugen Jehovas. Der Vater arbeitet in einer Fabrik. - Ein 44-jähriger Arzt, nicht-katholisch.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Physischer Kontext:

Es fanden mehrere Begegnungen zwischen den Eltern und dem Erzähler im Krankenhaus statt, auf der Intensivstation, aber vor allem im Zimmer des jungen Mannes. Der Patient selbst lag im Koma.
Zu dieser Zeit (in den 1990er Jahren) war es in französischen Krankenhäusern nicht üblich, dass es einen separaten Raum für Begegnungen mit Angehörigen gab. Es gab vorgeschriebene Zeiten (ca. 2 Stunden pro Tag), zu denen die Familien die PatientInnen besuchen konnten.

Zeugen Jehovas in Frankreich:
Es gibt heute mehr als 100.000 Zeugen Jehovas in Frankreich, allerdings ist ihr öffentlicher Ruf irgendwie zweideutig. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass sie eher als Sekte, und nicht als Religion wahrgenommen werden. Der Grund dafür geht auf verschiedene Handlungen zurück, die nicht von allen nachvollziehbar sind, wie zum Beispiel soziale Isolation der Mitglieder, Ablehnung der Teilnahme an Feierlichkeiten, Verweigerung sozialer Medien, usw.
Außerdem ist „Laicité“ in Frankreich (manchmal als Säkularität oder Laizität – die Trennung zwischen Staat und Religion) ein Kernbegriff in der französischen Verfassung und ein Wert, der hochgeschätzt wird. Dementsprechend kann jede Religion, deren Lehren und Regeln, die in das öffentliche Leben hineinspielen, problematisch sein.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
„Meine Reaktion war ziemlich arrogant und ich dachte mir, was sich diese Leute erlauben, sich in meine Arbeit einzumischen? Ihren Sohn zu retten, ist meine oberste Priorität und sie wollen mich davon abhalten … wir haben ein gemeinsames Ziel und zwar, dass ihr Sohn dieses Krankenhaus im bestmöglichen Zustand wieder verlässt, aber sie haben mir nicht erlaubt, meine Arbeit zu erledigen. Ich sagte mir, dass ich derjenige bin, der weiß, wie man am besten vorgeht, aber ich habe sie nicht an diesem „arroganten Gedanken“ teilnehmen lassen. Mich habe mich gelassen und sicher gefühlt. Die Situation erinnerte mich an eine Situation, die ich vor längerer Zeit einmal erlebt hatte, als ich noch jung war. Dort übernahm der Chefarzt einen ebenfalls schwierigen Fall und ich beobachtete, wie er der damaligen Patientin sagte: „Ich bin derjenige, der hier die Entscheidungen trifft“. Ich wusste, dass ich irgendwann mal in einer ähnliche Situation sein würde.“

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) **Die Rolle der Religion in der medizinischen Berufspraxis** – in Übereinstimmung mit dem Prinzip der Laizität, sollte Religion in der medizinischen Berufspraxis keine Rolle spielen. Dies ist eine Regel in öffentlichen Krankenhäusern. 2) **Aufgabe und Verantwortung des Arztes**: Das Leben der Menschen zu schützen gilt als „heilige“ Aufgabe der Ärzte. Ziel ist es, dass die Menschen das Krankenhaus im bestmöglichen Zustand wieder verlassen. Dazu steht dem Erzähler das ganze Spektrum der medizinischen Wissenschaft zur Verfügung, das er einsetzen kann und somit sollten es auch die Ärzte sein, die die notwendigen Entscheidungen und Maßnahmen für ihre PatientInnen treffen. Entscheidungen über Leben und Tod sollten auf Grundlage von beruflichen Fachkenntnissen getroffen werden und nicht einem Glaubenssystem folgen.

3) **Bluttransfusion**: Eine Bluttransfusion war eine einfache, alltägliche Prozedur – bis zum Auftreten von HIV-verunreinigtem Blut, das dazu geführt hat, dass Menschen starben. Eine ganze Generation von ÄrztInnen war davon betroffen. Wie schwerwiegend diese Sache war, zeigt sich darin, dass in Frankreich erst vor kurzem das Verbot für homosexuelle Männern aufgehoben wurde und sie jetzt Blut spenden können. Was bleibt ist, dass man bei solchen Maßnahmen mit äußerster Sorgfalt vorgehen muss.

4) **Die Zeugen Jehovas als Gemeinschaft**: Für den Erzähler scheint es eher eine Sekte als eine Religion zu sein, mit dem Unterschied, dass man eine Religion auch wieder verlassen kann, wenn man möchte. Bei einer Sekte werden Mitglieder manipuliert und können die Sekte nicht mehr verlassen. Sekten sind auch mit missionarischem Eifer, dem Wunsch nach aktiver Rekrutierung und Bekehrung neuer Mitglieder verbunden.

5) **Entscheidungsfreiheit**: ist ein wichtiges Anliegen für den Erzähler, da der 20-jährige, Patient den Eltern nach den Zeugen Jehovas angehört. Ob dies seine Entscheidung oder die Entscheidung der Eltern war, ist eine andere Frage. Für den Erzähler sollte die Wahl der Religion oder die Mitgliedschaft in einer Sekte keine Entscheidung der Eltern sein, sondern die freie Entscheidung eines jeden Individuums sein.

6) **Maßnahmenplan unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen**: wäre es zu einer kritischen Situation gekommen, hätte der Erzähler einen konkreten Plan gehabt, um die Situation zu bewältigen. Zum Einen hätte er den Bezirksstaatsanwalt darauf aufmerksam machen können, dass die Eltern das Leben ihres Sohnes in Gefahr bringen und zum Anderen hätte er den Eltern ganz offen mitteilen können, dass es letztlich noch immer seine Entscheidung ist, welche medizinischen Maßnahmen er ergreift.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Sehr negativ – Der Erzähler hält an dem negativen Bild, das er über die Eltern hat fest, jedoch kommuniziert er dies nicht und urteilt auch nicht offen über deren Glauben.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
1) Religion ist überall, im privaten und im öffentlichen Raum und wirkt in allen Bereichen, auch im medizinischen. 2) Wichtige Glaubensätze in der Religion sind nicht verhandelbar, auch bei Gesundheitsproblemen oder in Gefahrensituationen. Das Übersinnliche steht über dem materiellen Überleben des Körpers. Durch die Überschreitung wichtiger Glaubenssätze, wie dem Verbot der Bluttransfusion, wird er von der Gruppe ausgeschlossen, da es als weitaus schlimmer angesehen wird als der physische Tod. 3) Bluttransfusionen werden von den Zeugen Jehovas nicht abgelehnt, weil das Blut unrein ist. Im Gegenteil, in der Bibel ist das Blut heilig. Gott sieht Blut als die Darstellung von Leben. In der Bibel in 1. Mose 9:4, 3. Mose 17:14 und in Apostelgeschichte 15:20 bittet Gott ausdrücklich, Fleisch nicht mit Blut zu essen und sich vom Blut fernzuhalten. Für die Zeugen Jehovas ist dieses Verbot direkt mit Bluttransfusionen verbunden und somit müssen

sie es vermeiden, Blut von anderen zu nehmen, nicht nur im Gehorsam gegenüber Gott, sondern auch aus Achtung vor dem Leben.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
In diesem Fall hat der Erzähler eine Verhandlungsstrategie gewählt, die so weit wie möglich die Identität des Patienten / der Eltern berücksichtigt. Auch wenn er Zweifel bezüglich der Religion hat (ungeachtet dessen, ob es sich um eine Religion oder eine Sekte handelt) wurde dies in der Kommunikation mit den Eltern nicht offengelegt. In der Tat haben die Eltern ihn als den einzigen Arzt wahrgenommen, dem sie vertrauen und der sie beruhigen konnte. Allerdings hat der Erzähler auch eine Toleranzgrenze erlebt: sollte es zu einer lebensbedrohenden Situation kommen, würde er nicht zögern, eine Bluttransfusion vorzunehmen. Es wurde eine Vielzahl von chirurgischen Techniken entwickelt, die ohne Blut auskommen, und die auch PatientInnen, die den Zeugen Jehovas angehören, entgegenkommen. Darüber hinaus gibt es zugelassene Verfahren, die die Notwendigkeit einer Bluttransfusion umgehen. (Dies sind die vier Hauptkomponenten – rote Zellen, weiße Zellen, Blutplättchen und Plasma).

5.21 BERATUNG IN EINER BURQA

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Geschlechterunterschiede, Religion, Kleidung

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Anästhesist

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Der Vorfall ereignet sich während einer Anästhesisten-Besprechung vor der bevorstehenden Geburt eines Kindes. Ich begrüße in der Beratung eine Frau, die einen Gesichtsschleier trägt und ein Netz, das ihr Gesicht bedeckt. Außerdem trägt sie Handschuhe. Ihr Ehemann begleitet sie und fragt nach einer weiblichen Ärztin für die Untersuchung seiner Frau. Ich erkläre ihm, dass heute keine weiblichen Anästhesistinnen zur Verfügung stehen und dass ich diesbezüglich auch nichts ändern kann. Die Besprechung mit einem Anästhesisten ist im achten Schwangerschaftsmonat obligatorisch. Ich befinde mich in einer heiklen Situation. Schlussendlich akzeptiert der Mann, dass ich sie untersuche, aber er droht damit, eine Beschwerde einzureichen und es mir wegen dieser Demütigung heimzuzahlen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Arzt: Mann, 59 Jahre alt, Anästhesist, Kindheit in Tunesien verbracht. Patientin: Frau, 24 Jahre alt, aus den Maghreb-Staaten Ehemann: ca. 30 Jahre alt, in Frankreich geboren ***Beziehung zwischen den zwei Gruppen*** – konservativer Moslem und französische Mehrheitsgesellschaft: Frankreich hat eine kolonialistische Vergangenheit in mehreren Ländern des Maghreb, aber in den vergangenen Jahrzehnten ist es nicht mehr die kolonialistische Vergangenheit, die man mit diesen Ländern assoziiert, sondern die Koexistenz der einheimischen Franzosen und die MigrantInnen aus diesen Ländern des heutigen Frankreichs, sowie insbesondere die islamische Religion. Frankreich hat eine traditionelle Kultur der Vielfalt: es wird erwartet, dass sich MigrantInnen und Minderheiten anpassen – in ihren Werte, Regeln und Abläufen

des gesellschaftlichen Lebens. Eine Regel, die besonders wichtig ist, ist die der „Laizität“, die eine Trennung der Religion vom Staat (mit Ausnahme der christlichen, religiösen Feiertage) vorsieht.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Legaler Kontext Eine Folge des „Laizität“-Wertes ist, dass religiöse Anliegen in öffentlichen Institutionen offiziell nicht berücksichtigt werden dürfen. Im Jahr 2011 hat Frankreich ein Gesetz verabschiedet[2], das das Tragen von Schleiern (Niqab oder Burqa) im öffentlichen Raum verbietet. Tausende von Frauen sind davon betroffen. **Der Raum** Das Sprechzimmer des Anästhesisten, in denen sich die Frau und ihr Ehemann, sowie der Arzt aufhielten. Das Paar hat den Termin schon im Voraus vereinbart, allerdings sind die Termine nicht für einen bestimmten Arzt vorgesehen und somit konnte das Paar nicht wissen, ob es sich dabei um einen männlichen oder weiblichen Arzt handelt. Der Vorfall ereignete sich vor April 2011, als es bereits verboten war, eine Burqa im öffentlichen Raum zu tragen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Ich fühlte mich zu Beginn eher schlecht, da ich verschiedenen Einflüssen ausgesetzt war: auf der einen Seite musste ich sicherstellen, dass die Beratung stattfindet und auf der anderen Seite musste ich mich dem Widerstand des Ehemannes entgegenstellen. Dieses schlechte Gefühl ist zum Teil daraus begründet, dass ich viele Jahre in Tunesien gelebt habe und nie einer vergleichbaren Situation ausgesetzt war, die kulturell so schwer zu erklären und zu tolerieren war. Ich verspürte ein Gefühl der Intoleranz gegenüber der Situation, sogar fast schon den Reiz zu einer aggressiven Reaktion. Für den Erzähler ist es wichtig, dass die Patientin zur Untersuchung einwilligt und er sie über gesundheitliche Risiken für sie und das Baby aufklärt.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Laizität/Säkularismus: Politischer Säkularismus ist ein Kernbestandteil der französischen Verfassung und ein wichtiger Wert. Jedoch kann es auch als Tabu verstanden werden, religiöse Überlegungen nicht öffentlich zu machen, etwa in einem öffentlichen Krankenhaus. **Atheismus – rationale, wissenschaftliche Sicht der Welt**: Wissenschaftliche Ausbildung geht Hand in Hand mit einer wissenschaftlichen Sicht der Welt und insbesondere Bereiche wie Gesundheit lassen keinen Raum für magische oder religiöse Perspektiven.

[2] Circulaire du 2 mars 2011 relative à la mise en œuvre de la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public

Zugang zur Medizin für alle: es sollten keine Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund von Kultur, Religion oder Geschlecht geben. In dieser Situation bedroht das Verhalten des Mannes den Zugang der Frau zur Behandlung, was nicht akzeptabel ist.
Kommunikationsstil: Der bevorzugte Kommunikationsstil des Erzählers ist direkt und symmetrisch, ohne Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Augenkontakt ist in der Regel Teil der Kommunikation, auch wenn anhaltender direkter Blickkontakt nicht seine Präferenz ist.
Die Gleichstellung der Geschlechter sollte auch Teil der Kommunikation sein, vor allem bei diesem Vorfall, indem es in der Diskussion in erster Linie um den Körper und die Gesundheit der Frau geht.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Am Anfang sehr negatives Bild wegen des Verhalten des Mannes, danach etwas besser, da es gelingt, mit der Frau zu verhandeln.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
1) Islam – eine Religion für alle Lebensbereiche Im Gegensatz zu den Anforderungen der „Laizität", kann im Islam die Religion nicht in bestimmten Lebensbereichen ausgesetzt werden. Sie begleitet die Gläubigen in allen Lebenslagen und die Regeln gelten in allen Zusammenhängen, auch in der Öffentlichkeit. Es ist keine Option, sich anders zu verhalten und bestimmte Regeln zu missachten. **2) Vermischung zwischen Männern und Frauen** Obwohl es im Islam verboten ist, dass sich Männer und Frauen, die nicht miteinander verwandt sind, berühren, scheint es kein explizites Verbot für Ärzte des anderen Geschlechtes zu geben. Zumindest nicht im Koran oder Hadith. Gleichzeitig steht im Hadith (Sunan Ibn Majah Book 31, Hadith 3609), dass man zu dem qualifiziertesten Arzt gehen soll, unabhängig vom Geschlecht. **3) Eine konservative Interpretation des Islam** Der herkömmliche Islam erfordert keinen speziellen Kleidungsstil für Männer, erfordert er und auch nicht, dass Frauen ihr Gesicht verdecken. Dementsprechend folgt das Paar in diesem Vorfall eine eher konservative Richtung des Islam, möglicherweise dem „Salafismus" oder „Wahhabismus". Im französischen Kontext scheinen diesen Strömungen oft keine besondere Verbindung zur Religion zu haben, sondern sind Ausdruck des Widerstands gegen die französische Gesellschaft an sich.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Wie die meisten Religionen ist auch der Islam sehr heterogen, mit Strömungen und Ansätzen, die sehr unterschiedlich sein können. Wenn man sich dieser Unterschiede nicht bewusst ist, könnte dies dazu führen, dass Menschen sich mit islamischen Positionen und

Verhaltensweisen assoziieren, die für die Religion überhaupt nicht charakteristisch sind, sondern lediglich für manche Strömungen.

Ebenso könnte es sein, dass die PatientInnen schlecht über den institutionellen Kontext, insbesondere über ihre Rechte, informiert worden sind. In diesem Fall ist der Ehemann davon ausgegangen, dass er sich für eine weibliche Ärztin entscheiden kann, allerdings liegt diese Entscheidung beim Krankenhaus. Während der Mann droht, eine offizielle Beschwerde über den Arzt einzureichen, gibt es keinen Hinweis darauf, wie er dort vorgehen und argumentieren würde.

Das Krankenhaus sollte offizielle Leitlinien für den Umgang von bestimmten kulturellen Symbolen, wie dem Tragen von Burqas oder Niqabs einführen, so dass die Fachärzte solche Entscheidungen nicht alleine treffen müssen. Idealerweise sollte dies in jedem Krankenhaus verschriftlicht sein.

Der Erzähler dieses Vorfalls hat diesbezüglich ein Treffen mit seinen KollegInnen aus der Abteilung organisiert, um die genannten Themen anzusprechen und zusammen über einen gemeinsamen Standpunkt nachzudenken, solange das Krankenhaus nicht seine eigene Position zu diesem Thema entwickelt hat.

5.22 BESUCH EINES JAPANISCHEN GYNÄKOLOGEN

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Individualismus-Kollektivismus *Scham* *Patientin* *Gynäkologie*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patientin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich lebe in Japan und bin seit 3-4 Monaten verheiratet. Ich gehe mit meinem Ehemann zu einer gynäkologischen Untersuchung ins Krankenhaus. Eine Assistentin bringt mich in einen kleinen Umkleideraum; mein Ehemann darf nicht mit hinein. Zu diesem Zeitpunkt spreche ich noch kein sehr gutes Japanisch. Ich muss mich ausziehen und mich mit gespreizten Beinen auf den gynäkologischen Stuhl legen. Auf der Höhe meines Bauches ist der Raum durch einen Vorhang getrennt und ich kann nicht sehen, was hinter dem Vorhang geschieht. Ich öffne den Vorhang wieder, doch eine Krankenschwester kommt von der anderen Seite, sagt etwas, was ich nicht verstehen kann und schließt den Vorhang wieder … ich öffne ihn wieder. Der Arzt kommt zu mir, doch ich verstehe auch ihn nicht … eine lange Auseinandersetzung folgt. Ich bitte ihn darum, dass mein Mann den Untersuchungsraum betreten darf, worauf er letztlich einwilligt. Der Arzt erklärt mir, dass während der Untersuchung der Vorhang geschlossen bleiben muss und er mir aber erklären wird, was er tun wird. Ich lehne kategorisch ab. Ich möchte, dass der Vorhang geöffnet bleibt, sodass ich den Arzt sehen kann. Ich bin sehr überrascht, als er meine Forderung schlussendlich akzeptiert.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
27-jährige französische Ehefrau eines japanischen Mannes. Internationales Profil mit geringen Kenntnissen der japanischen Sprache.

Assistentinnen, Krankenschwestern, sprechen nur Japanisch. Japanischer Gynäkologe, männlich, ca. 50 Jahre alt.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignet sich in einem Krankenhaus in der Abteilung für Gynäkologie. Der Warteraum bietet Zugang zu mehreren Räumlichkeiten. Zu diesen Räumen gehören der Umkleide- und der Untersuchungsraum. Ein Vorhang erstreckt sich über den Gynäkologenstuhl von der Hüfte der Patientin abwärts; hinter dem Vorhang befindet sich ein freier Raum, von dem aus alle parallel angeordneten Stühle zugänglich sind. Die Erzählerin glaubt, dass anderen Frauen in den Stühlen neben ihr sitzen, jedoch kann sie diese nicht sehen. Sie konnte Bewegungen und Schritte auf der anderen Seite des Vorhangs von mindestens 3 Krankenschwestern und etwa 2 Gynäkologen hören. Es war alles weiß, die Vorhänge weiß und grün. Bei den Stühlen handelte es sich um einfache Gynäkologenstühle mit Fußablage. Es roch nach den in Krankenhaus typischen Desinfektionsmitteln.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Ich fühlte mich nicht anerkannt und in meiner Individualität ignoriert. Ich hatte auch Angst. Ich verspürte Widerstand und Besorgnis.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
In Frankreich wird der Beruf der GynäkologInnen eher von Frauen als von Männer ausgeübt. Die Arbeitskultur – die auch der Vorliebe der Erzählerin entspricht – wird von folgenden Werten dominiert: **a) ArztInnen-PatientInnen-Beziehung** Die Beratung beginnt mit einer Face-to-Face Begegnung und findet in einem Raum statt, der eher an ein Büro als an ein Krankenhauszimmer erinnert. Für gewöhnlich sitzen ÄrztInnen und PatientInnen sich an einem Tisch gegenüber, wobei die PatientInnen noch voll gekleidet sind. Es ist wichtig, dass der erste Kontakt ein verbaler Kontakt ist und dass Augenkontakt zwischen beiden Personen besteht. Es handelt sich dabei um eine private Begegnung, außer den ÄrztInnen und den PatientInnen sind keine weiteren Protagonisten anwesend. Durch den verbalen und visuellen Kontakt wird eine persönliche Beziehung aufgebaut, bevor die PatientInnen sich ausziehen und die körperliche Untersuchung stattfinden kann. Es stehen separate Räume für die Beratung und die körperliche Untersuchung zur Verfügung. **b) Technologisierungsgrad** In Frankreich gleicht die gynäkologische Beratung nicht einer typischen medizinischen Untersuchung: der Gynäkologe trägt kein Weiß und verfügt über keine Geräte wie Ultraschallgeräte. **c) Tendenz zum Individualismus** Es ist wichtig, die PatientInnen zu beruhigen und sie als Individuum und insbesondere als Menschen anzuerkennen, die mehr sind als ein biologisches Wesen mit einem körperlichen

Symptom. Hier ist das Gespräch zwischen den ÄrztInnen und den betroffenen Personen von großer Bedeutung.

d) Direkte Kommunikation

In Frankreich basiert der bevorzugte Kommunikationsstil mehr auf Symmetrie und Gleichheit als in Japan und die direkte, verbale Kommunikation ist stärker ausgeprägt als die indirekte. Auch in Situationen, in denen starke Machtasymmetrien bestehen, werden Anstrengungen unternommen, diese Unterschiede zu verringern und zu kompensieren, indem Gleichheit wieder hergestellt wird. Dementsprechend dürfen die PatientInnen die ÄrztInnen um einen bestimmten Gefallen bitten, wie in diesem Fall, die Vorhänge nicht zuzuziehen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Seltsam, eine andere Beziehung zum Körper, eine andere Vorstellung von „Scham“.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**
Kollektivismus: In der japanischen Gesellschaft besteht eine Tendenz zum Kollektivismus – auch bei der Abwicklung mehrerer PatientInnen auf einmal – eher nicht zum Individualismus. Dies erklärt auch, warum die Patientinnen keine Scham davor haben, sich anonym in die Gynäkologenstühle zu setzen, in denen nur ihre Vaginas auf der anderen Seite der Vorhänge zu sehen sind. **Beziehung zum Körper**: Es besteht eine gewisse Zurückhaltung bezüglich des Körpers in der japanischen Gesellschaft. Der Umgang mit dem Körper ist jedenfalls anders als in westlichen Gesellschaften. In Japan ist es daher weit weniger wahrscheinlich, dass Frauen über intime Aspekte ihres Körpers reden und auch der physische Kontakt ist seltener (z. B.: das westliche Ritual des Händeschüttelns bei der Begrüßung wird in Japan durch das Vorbeugen ersetzt). Die traditionelle japanische Gesellschaft ist auch diskreter, wenn es darum geht, bestimmte Körperstellen zu verdecken. Der Kontakt zwischen Männern und Frauen ist geregelter, sogar in der Sprache gibt es eine differenzierte Sprache für die männliche und weibliche Form. **Kommunikationsstil**: Der bevorzugte Kommunikationsstil zwischen Männern und Frauen in Japan ist eher kontextbezogen und indirekter (weniger auf direkte, verbale Nachrichten bezogen, sondern eher auf non-verbale) als in Frankreich. Dem direkten, visuellen Kontakt wird außerdem auch weniger Aufmerksamkeit geschenkt, denn falls er zu stark ausgeprägt ist, wird dies als unhöflich empfunden. Dementsprechend ist auch die Kommunikation durch einen Vorhang akzeptabel, in bestimmten Situationen sogar wünschenswert. **Orientierung zum Gesicht des Anderen**: Wenn Menschen verlegen sind, ist es in den meisten Kulturen oft so, dass man in solchen Situationen den Blickkontakt mit der anderen Person meidet, da der direkte, visuelle Kontakt die peinliche Situation nur verstärken und einen Gesichtsverlust bedeuten würde. Der japanische Kommunikationsstil ist eher darauf ausgelegt, das Gesicht des anderen zu wahren und nicht das eigene Gesicht. In einer

potenziell unangenehmen Situation (z. B.: Blick auf die intime Zone einer Frau) hilft es, wenn man keinen direkten Augenkontakt hat, um das Gesicht zu wahren.

Beziehungshierarchien: Die japanische Gesellschaft neigt eher zu Beziehungshierarchien als die französische Gesellschaft. Als ÄrztIn oder GynäkologIn verfügt man in Japan über einen gewissen Status, folglich ist eine ÄrztInnen-PatientInnen Beziehung eher eine asymmetrische. Somit wird es auch als unhöflich angesehen, wenn man einer Person, die einen höheren sozialen Status genießt als man selbst, Anweisungen gibt (z. B.: wenn man diese Person auffordert, ihr Verhalten zu ändern).

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Dieser Vorfall verdeutlicht die Bedeutung der kontextbezogenen Kommunikation und wie zum Beispiel die Anordnung von Möbeln, Objekten oder die Organisation eines Raumes Werte und Normen in Bezug auf den Körper, Kommunikation, Geschlechterrollen und Höflichkeit unterstützen können.

Schlussfolgernd kann man festhalten, dass es hier zwei verschieden Beziehungen zum Körper gibt: Auf einer oberflächlichen Ebene ist der japanische Kulturansatz eingeschränkter und zurückhaltender (mehr Vorschriften, mehr Tabus) in Bezug auf den Körper (weniger Körperkontakt, mehr Verdecken, mehr Hygienevorschriften usw.). Aber auch in westlichen Kulturen (wie in Frankreich) trifft man in der Praxis oft auf ähnliche Verhaltensweisen hinsichtlich des Körpers, wie Tabus von Körpergeräuschen (Rülpsen, Furzen). Auf eine gewisse Weise besteht in beiden Kulturen der Wunsch, den Körper zu verbergen, wobei es sich beide Kulturen in der Ausführung dieses Wunsches deutlich unterscheiden. In Japan entscheidet man sich dazu, den intimen Teil des Körpers physisch mit einem Vorhang abzutrennen, sodass man diesen Teil des Körpers nicht sehen kann. In der westlichen Kultur hingegen ist es üblich, zuerst einen Dialog zwischen ÄrztIn und PatientIn zu führen, sodass die Betrachtung der intimen Körperregionen nur noch zweitrangig ist.

5.23 DIE PERIODE

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Individualismus-Kollektivismus *Menstruation, Blut*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Angehörige

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Die Geschichte ereignete sich in einem indischen Dorf. Ich war wegen einer Hochzeit dort und freute mich, meine Cousins und Cousinen wiederzusehen, die ich schon seit Jahren nicht mehr gesehen hatte. Zwei Tage vor der Hochzeit beginnen in Indien bereits die Festlichkeiten – danach die landesüblichen Rituale, Partys, Tanz, Musik, usw. Ich ging gerade ins Schlafzimmer meiner Großmutter, um mich umzuziehen, und sah, dass eine meiner Cousinen dort alleine vor dem Fernseher saß. Ich war überrascht, da alle anderen draußen waren und feierten. Ich fragte sie, warum sie alleine im Schlafzimmer war. Daraufhin antwortete sie mir, dass sie gerade ihre Periode hatte und die Großeltern ihr deswegen verboten hätten, an den Feierlichkeiten teilzunehmen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Es handelt sich um eine sehr konservative Familie. Einige Familienmitglieder sind etwas offener als andere. Dabei besitzen die älteren Familienmitglieder mehr Autorität.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Familiärer Kontext Die Familie stammt aus einem kleinen Dorf in Indien und ist recht konservativ, was die Einhaltung bestimmter Traditionen angeht. Die Rollenverteilung ist dabei klar angelegt: die jüngeren müssen auf die älteren hören. Allerdings gibt es einige Unterschiede zwischen den Familienmitgliedern. Die Großmutter ist etwas offener, was die Sache mit der Menstruation

angeht, während andere Familienmitglieder wie die Mutter der Cousine sehr orthodox sind und man mit ihr nicht über dieses Problem sprechen kann.

Physischer Kontext
Bei dem Vorfall handelte es sich um zwei Cousinen der Familie. Gayatri, eine der Cousinen, kam aus Frankreich, um an der Hochzeit teilzunehmen, während die andere Cousine in Indien lebt und das Land nie verlässt. Die Szene spielte sich im Schlafzimmer der Großmutter ab, welches Gayatri aufsuchte, um sich für die Party umzuziehen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
„Ich war anfangs überrascht und verstand nicht, warum meine Cousine alleine im Schlafzimmer war. Mein erster Gedanke war, dass sie vielleicht krank ist, aber als sie mir den wahren Grund nannte, warum sie alleine war, wurde ich wütend, weil ich die Hochzeit mit ihr zusammen verbringen wollte. Sie sagte mir, dass, sie die Situation akzeptieren würde, was mich ein wenig schockierte. Sie tat mir leid.“

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Entscheidungsfreiheit: Das Recht, seine Entscheidungen als erwachsene oder verheiratete Person selber zu treffen, und nicht abhängig von anderen Autoritätspersonen zu sein. **2) Geschlechtergerechtigkeit**: Gleichstellung der Geschlechter bedeutet, dass Männer und Frauen die gleichen Rechte in allen Bereichen der Gesellschaft genießen. Wenn in diesem Fall die Menstruation von Frauen eine Art soziale Ausgrenzung nach sich zieht, kann sie als geschlechtsspezifische Diskriminierung betrachtet werden. **3) Die Menstruation ist etwas Natürliches**: die Menstruation von Frauen ist Teil des Lebens und etwas Natürliches. Somit ist es nichts, wofür man sich schämen müsste. Es gibt keinen Grund, die Menstruation als Tabu zu betrachten, es ist eine biologische Besonderheit und darüber zu reden, kann dazu führen, dieses Thema von Vorurteilen zu befreien. **4) Tradition ist flexibel**: Traditionen sind veränderbar und diese Flexibilität erlaubt es, aufgeschlossener zu sein. Somit kann man Traditionen an unterschiedliche Kontexte und Situationen anpassen. In diesem Sinne steht Tradition nicht über allem.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Komisch, da Frauen ihre eigenen Entscheidungen treffen sollen. Das negative Bild zielt dabei auf die Eltern der Cousine ab, nicht auf die Cousine selbst, da sie an ihrer Tradition festhalten.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**
1) Respekt der Traditionen: In Indien gibt es mehrere spezifische Traditionen, was die Menstruation von Frauen angeht. Diese werden von der hinduistischen Religion beeinflusst, die der Frau während der Menstruation einen zweideutigen Stellenwert anheften: Sie ist

aufgrund des Blutes gleichzeitig symbolisch mit dem Leben und dem Tod verbunden. So wird die Menstruation als Hindernis für ein „normales Leben“ und als etwas Unreines wahrgenommen. Um diese Tradition auf eine konventionelle Weise zu respektieren, müssen Frauen (unabhängig von der Situation) während ihrer Menstruation isoliert werden.
2) Hygienevorschriften: Es gibt auch Hygienevorschriften, die während der Menstruation zu beachten sind, da es eine allgemeine Vorstellung davon gibt, dass Frauen andere während ihrer Periode beschmutzen könnten. Zum Beispiel gibt es einen Mythos, der besagt, dass eine Frau während ihrer Menstruation kein Gurkenglas anfassen darf, weil die Gurken danach nicht mehr essbar wären.
3) Respekt vor der Gemeinschaft: Wenn eine Frau während ihrer Periode ein Risiko für andere Personen darstellt, handelt es sich nicht um eine individuelle Entscheidung, dass die Cousine in ihrem Zimmer bleiben muss. Dies kann man als Respekt vor der Gemeinschaft verstehen und somit steht die Gemeinschaft über der Einzelperson.
4) Autorität der Eltern: Die Eltern gelten als Autoritätspersonen und haben somit die Macht, Entscheidungen für ihre Kinder zu treffen, egal wie alt diese sind. Ältere Personen treffen aufgrund ihrer Lebenserfahrung traditionell die besseren Entscheidungen als jüngere Menschen. Diese Tradition gilt auch für die Mutter der Cousine: „Bei mir ist es das Gleiche, wenn ich meine Periode habe, gehe ich auch nicht unter Leute.“

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Dieser Vorfall hebt das Problem der kulturellen Unterschiede in einer Familie hervor, insbesondere in Bezug auf die Flexibilität von Traditionen. In diesem Fall ist auch wichtig, sich die persönliche Geschichte von Gayatri vor Augen zu führen: nachdem sie sich dazu entschied, nach Frankreich zu ziehen, einem Land mit neuen, kulturellen Codes, hinterfragt sie die indischen Traditionen ihrer Familie und betrachtet das Ganze aus einer neuen Perspektive. Es ist interessant zu sehen, dass es zu interkulturellen Konflikten zwischen Menschen kommen kann, die in dem gleichen kulturellen Umfeld aufgewachsen sind. Dieser Fall zeigt, dass es möglich ist, seine eigenen kulturellen Vorstellungen zu relativieren und nicht unbedingt an all seinen Traditionen festzuhalten.

5.24 EIN VOLLER UNTERSUCHUNGSRAUM

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Individualismus-Kollektivismus *Krankenhaus* *Familie* *Kommunikation*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Assistenzarzt

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich war Assistenzarzt und wurde in die Notaufnahme des Krankenhauses gerufen, wo mich ein junger, ca. 16-jähriger Patient erwartete, der an Magenschmerzen litt. Er kam aus einer „reisenden Gemeinschaft“ (Roma und Sinti). Ich bat die Familie, sich vom Untersuchungsraum fernzuhalten, aber sie weigerten sich. Somit hielten sich vier Personen mit dem Patienten in dem kleinen Untersuchungsraum auf. Jedes Mal, wenn ich ihm eine Frage stellte, war es der Vater, der antwortete, und die Mutter stöhnte nur. Ich wusste nicht, wer die anderen zwei Personen waren. Es herrschte eine dichte Atmosphäre und so fiel mir die Untersuchung nicht leicht. Ich wurde nervös, da ich die Untersuchung nicht unter normalen Bedingungen durchführen konnte. Ich forderte die Familie auf, den Raum zu verlassen. Daraufhin starrten alle den Vater an und warteten auf seine Entscheidung. Also unterhielt ich mich mit dem Vater und gab ihm zu verstehen, dass ich seine Besorgnis nachvollziehen konnte, jedoch auch, dass ich meine Ruhe brauchte, um seinen Sohn unter den besten Bedingungen zu untersuchen. Schließlich willigte er ein und die Familie wartete im Flur.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Insgesamt waren 5 Personen anwesend: der junge Patient, seine Eltern und zwei zusätzliche Personen. Also 4 Männer und 1 Frau. Bei dem verheirateten Paar handelte es sich um die Eltern des Patienten, allerdings wusste ich nicht, wer die anderen 2 Personen waren. Sie machten den Eindruck als, würden sie alle der gleichen Familie angehören oder wie ein Teil des gleichen Clans, wobei der Vater

dabei definitiv das Oberhaupt dieses Clans darstellte und der einzige Entscheidungsträger war.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in einem allgemeinen Krankenhaus eines Pariser Vororte, genannte Val d'Oise. Der Erzähler war der einzige Assistenzarzt, der für die Notaufnahme zur Verfügung stand (es war auch noch ein Praktikant für chirurgische Notfälle anwesend). Es war das erste Mal, dass der Erzähler eine Aufnahme mit Angehörigen der Roma hatte.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
„Ich fühlte mich unruhig und nervös. Ich wurde durch all die anwesenden Personen abgelenkt und somit konnte ich keine korrekte Untersuchung des Jungen durchführen, um das Ausmaß seiner Symptome abzuschätzen. Daraufhin forderte ich die Angehörigen in einem normalen Tonfall auf, den Raum zu verlassen, aber sie weigerten sich. Ich wurde nervös und forderte sie anschließend mit lauter Stimme noch einmal auf, den Raum zu verlassen. Wieder erfolglos. Also erklärte ich dem Vater, dass ich allein sein müsste, um seinem Sohn die bestmögliche medizinische Untersuchung bieten zu können.“

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Kontextbezogene Kommunikation In der Kultur des Erzählers ist es üblich, dass man weiß, wie man sich in bestimmten Situationen zu verhalten hat. Das hilft den Menschen, sich an verschiedene Umstände anzupassen und ermöglicht es, sich „korrekt“ zu verhalten. Das heißt, wenn man in ein Krankenhaus geht, ist man ruhig und leise, man begleitet seine Liebsten, aber man lässt anschießend die PatientInnen und ÄrztInnen in Ruhe arbeiten **2) Die non-verbale Kommunikation** Der Erzähler versucht auf verschiedenste Art und Weise mit der Alterität (dem Anderssein) der Familie umzugehen. Er versucht zunächst, die Situation zu verstehen und testet dann einzelne Strategien, um die Situation zu beeinflussen. Die kulturelle Anpassung, hilft die kulturellen Regeln der Anderen zu verstehen. **3) Aufgabe und Verantwortung des Arztes** Die Aufgabe des Erzählers ist es, den Patienten zu untersuchen, um so das Ausmaß seiner Symptome abzuschätzen, um so anschließend nach den Bedürfnissen des Patienten bestmöglich handeln zu können. Dies geschieht am besten in einem ruhigen Umfeld, um so eine vollständige Untersuchung des Körpers und ein offenes Arzt-Patienten Gespräch durchzuführen. *„Um ganz ehrlich zu sein, waren mir die Sorgen der Familie am Anfang egal, ich wollte nur die Untersuchung durchführen.“* **4) Autonomie und Selbstbestimmung** Da der Patient 16 Jahre alt ist, sollte er in der Lage sein, Fragen zu seiner Gesundheit selbst zu beantworten. **5) Vertraulichkeit**

Normalerweise, wenn Jugendliche zu einer Beratung mit ihren Eltern kommen, bittet der Arzt die Eltern ab, einem bestimmten Moment draußen zu warten, damit er ein vertrauliches Gespräch mit dem Patienten führen kann. In manchem Fällen vertraut der Patient dem Arzt wichtige Informationen an, die hilfreich für die weitere Behandlung sein können. **6) Bedrohung der beruflichen Identität** *„Ich brauche eine ruhige, emotionslose Atmosphäre um die Untersuchung auf die bestmögliche Art und Weise durchzuführen. Diese ruhige Atmosphäre wurde durch die Familie bedroht und ich wurde durch den Lärm der Familie, ihrer Ängste und Enge im Raum abgelenkt.“* Es lastet bei der Behandlung von Notfällen eine große Verantwortung auf dem Arzt und damit seine volle Konzentration gewährleistet ist, braucht er absolute Ruhe. Die Geräusche und Kommentare der Verwandten haben ihn von seiner eigentlichen Aufgabe abgelenkt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ und von Stress geprägt

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**
1) **Kollektivismus**. Die traditionellen Roma legen großen Wert auf die Familie. Kulturelle Identität ist allgegenwärtig in der Roma-Gemeinschaft und wird mit Stolz und Selbstwertgefühl innerhalb der Gemeinschaft assoziiert. Wissenschaftlicher Literatur zufolge dient das Selbstwertgefühl als wichtiger Puffer, der Schutz vor allen Arten von bio-psychosozialen Problemen bietet. Krankenhäuser sind kühle Orte. Dies muss durch die Wärme der Großfamilie kompensiert werden. Deshalb versammelt sich, wenn ein Familienmitglied krank wird, die ganze Familie und nicht nur die engen Familienmitglieder der betroffenen Person – die Familie steht über dem Individuum. 2) Die **Gesundheit der Roma in der Gemeinschaft**: Das Konzept von Gesundheit und Krankheit geht über das Individuum hinaus und erstreckt sich auf Gruppen-und Gemeinschaftsfragen (vor allem in der erweiterten Familie). Die Entscheidungen eines Individuums in Bezug auf seine Gesundheit sind stark von seiner erweiterten Familie beeinflusst. Dies macht die Beziehung zum Gesundheitssystem kompliziert, da es nicht mehr eine Beziehung zwischen dem Gesundheitssystem und dem Individuum ist, sondern zwischen dem System, dem Individuum und einer Großfamilie. Dies hat sichtbare und auffällige Auswirkungen, die mit der Anwesenheit von Familienmitgliedern in Arztpraxen, Notaufnahmen oder im Krankenhaus einhergehen, was oft ärgerlich sein kann. Die Großfamilie hat in der Regel eine klare Vorstellung davon, wie die anderen Familienmitglieder leben sollten. Wenn diese Vorstellungen starr sind und die betreffende Person sich nicht an diese Vorstellungen halten kann, könnten die Konsequenzen für das soziale, geistige und sogar körperliche Wohlbefinden der Person negativ sein.

3) **Patriarchale Vorstellungen**: Traditionell handelt es sich um eine patriarchale Gemeinschaft und dies könnte auch die Autorität des Vaters als einzigen „autorisierten“ Sprecher erklären.

4) **Ausdruck von Gefühlen**:
Menschen aus Sprachkulturen wie die Roma drücken sich eher laut aus; Spontane Äußerungen gelten als Zeichen der Ehrlichkeit; In einer angsterfüllten Situation Gefühle zu zeigen, ist anerkannt und stellt keinen Gesichtsverlust dar.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Es ist wichtig, dass man Stress und Angst der Personen, die die PatientInnen begleiten, berücksichtigt. Wenn man das kulturelle Verhalten der Familie versteht, ist es anschließend auch einfacher, mit dem sogenannten Familienoberhaupt zu sprechen und ihm zu erklären, warum die Familie am besten außerhalb des Untersuchungsraumes warten muss. Danach kann man ihm die Ergebnisse der Voruntersuchungen berichten und die weiteren Schritte der Untersuchungen erklären.

Des Weiteren zeigt sich an der Situation, wie bedeutend soziale Kompetenzen für die Arbeit im Gesundheits- und Sozialbereich sind. Der Assistenzarzt bemerkte, dass der Vater die zentrale Person war, und adressierte ihn in der Folge mit seinen Bitten und Erklärungen. Ohne die Hinwendung zum Vater hätte sich die Situation vermutlich nicht auflösen lassen.

Allerdings arbeiten ÄrztInnen unter hohem Druck und schwierigen Bedingungen, so dass ihnen vielfach die Zeit für lange Erklärungen und Auseinandersetzung mit den Angehörigen fehlt. In der Situation wäre es hilfreich gewesen, wäre der Assistenzarzt nicht alleine gewesen, sondern hätte Unterstützung z.B. durch eineN KrankenpflegerIn gehabt. Eine zusätzliche Person hätte auf die Kommunikation mit den Angehörigen fokussieren können, während der Assitenzarzt den Patienten versorgt.

5.25 GROBES SALZ

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Rationalität-Religion-Weltansichten *Hygiene* *Krankenhaus*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Diplomierte Krankenpflegerin in einem öffentlichen Krankenhaus

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich arbeitete als Krankenschwester in einem Krankenhaus. Es war ein warmer Nachmittag und ein großes Ereignis stand kurz bevor: der Besuch der Familien. Ich pflegte einen afrikanischen Patienten aus meiner Abteilung. Im Flur rannte ein kleines Kind herum, das das gesamte Personal verärgerte. Ich klopfte an der Tür des Patienten, um ihm eine Infusion zu setzen. Die Familie des Patienten war gerade im Raum und ich bat sie, für einige Minuten das Zimmer zu verlassen. Nach anfänglichem Zögern taten sie das dann auch. Nachdem ich dann in das Zimmer getreten war, spürte ich etwas unter meinen Schuhen. Es war grobes Salz, das auf dem Fußboden des Zimmers verstreut worden war. Der Patient bemerkte die Verwunderung in meinem Gesicht. Sein Französisch war nicht so gut, aber er versuchte, mir trotzdem zu erklären, dass es dabei darum ging, das böse Schicksal zu vertreiben. Ich hängte ihm die Infusion an und dachte währenddessen nach, wie ich den Fußboden wieder sauber bekommen würde, da wir im Krankenhaus strikte Hygienevorschriften hatten. Es war kein richtiger Kulturschock, da ich durch meine eigene kulturelle Herkunft mit den Traditionen und dem Glauben des Patienten vertraut bin. Allerdings war es das erste Mal, dass ich so etwas im Krankenhaus gesehen hatte und war daher schockiert. Ich beendete die Behandlung und verabschiedete mich vom Patienten, als plötzlich eine Pflegehelferin das Zimmer betrat, ohne vorher anzuklopfen. Sie hatte bereits etwas Erfahrung (arbeitete dort seit etwa 10 Jahren), war circa 50 Jahre alt und kümmerte sich ebenfalls um das Zimmer.

Sie sah das grobe Salz auf dem Fußboden und schrie: „Was ist das für eine Sauerei? Das ist ja unglaublich!“ Mir war das Ganze sehr unangenehm und ich schämte mich. Der Patient verstand die Wut der Frau gar nicht. Aus der Situation entstand ein regelrechtes Chaos. Ich versuchte, die Situation zu beruhigen und sagte, dass wir schon eine Lösung finden würden.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Anwesende Personen: Die Erzählerin ist in ihrem ersten Jahr als diplomierte Krankenschwester in dem Krankenhaus tätig. Der Patient ist ca. 40 Jahre alt, afrikanischer Abstammung und spricht fast kein Französisch. Die Verwandten, insgesamt 10 Familienmitglieder afrikanischer Abstammung. Von ihnen spricht auch niemand Französisch. Die Pflegehelferin, ca. 50 Jahre alt, arbeitet seit 10 Jahren im Krankenhaus. Sie stammt aus einem kleinen, französischen Dorf. **Die Beziehung zwischen der Erzählerin und der Pflegehelferin:** Sie kannten sich, da sie zuvor auch schon einige Male zusammen gearbeitet haben. Ihre Beziehung war rein beruflich und die Erzählerin sagte, dass sie nicht im gleichen Bereich arbeiteten. Die Pflegehelferin schien eher der alten Schule anzugehören und war nicht sehr nett mit dem Patienten und seinen Verwandten im Allgemeinen. Die Erzählerin beschreibt sie als engstirnig und ein wenig zu streng.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in einem allgemeinen Krankenhaus in Lyon (Stadt in Frankreich). Der Patient lag im Bett und wurde schon seit Wochen medizinisch behandelt.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Ihre emotionale Reaktion entstammt nicht der Tatsache, dass das Zimmer voller Salz war, sondern von der Reaktion der Pflegehelferin. Sie selbst sagte zwar, dass sie überrascht war wegen des Salzes im Zimmer, allerdings verstand sie recht schnell, um welches Ritual es sich handelte. Aufgrund ihrer eigenen Herkunft wusste sie, dass grobes Salz in mehreren Kulturen eine Schutzfunktion innehat. Die erste emotionale Reaktion war Verlegenheit aufgrund des Verhaltens und der Haltung der Pflegehelferin, da sie die Situation unprofessionell gehandhabt hat.

Sie war wütend aufgrund der Reaktion der Pflegehelferin und deren heftige Worte und Tonfall in Richtung des Patienten. Der Patient tat ihr deswegen auch leid. Er war krank und verstand weder die französische Sprache, noch warum die Pflegehelferin ihn anschrie. Die Erzählerin fühlte sich in dieser Situation für den Patienten verantwortlich, da sie die Notwendigkeit empfand, den Patienten vor diesen Aggressionen zu schützen und zu erklären, was passiert war. Als der Patient sie ansah, empfand sie das Bedürfnis, dem Patienten Hilfe, Empathie und Schutz entgegenzubringen.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Respekt: Für die Erzählerin ist Respekt von hoher Bedeutung, wenn es um Menschen geht, vor allem, wenn sie in einer gesundheitsgefährdenden Situation sind (sowie der Patient). Pflegefachkräfte sollten sich um die PatientInnen sorgen und sie pflegen. Respekt bedeutet in dieser Situation, nicht den Patienten zu verärgern oder ihn anzuschreien. Ein solches Verhalten ist bei einer Person fehl am Platz, die mit jedem Tag versucht, dass es ihr gesundheitlich besser geht. **Bedrohung der beruflichen Identität:** Die Erzählerin gibt zu verstehen, dass das Wohlbefinden eines Patienten oder einen Patientin nicht nur damit zusammenhängt, welche Medikamente dies verabreicht bekommen, sondern dass das gesamte Umfeld dazugehört. Somit ist es das gesamte Personal des Krankenhauses, das sich um die PatientInnen sorgt. Darum war die berufliche Identität der Krankenschwester durch die ältere und erfahrenere Kollegin bedroht, da diese die grundlegenden Regeln nicht respektiert hat. **Bewusstsein für Diversität:** Die Erzählerin glaubt, dass die Pflegehelferin noch nie die Möglichkeit hatte, in einem interkulturellen Umfeld zu arbeiten und dass sie bisher nur in diesem Krankenhaus gearbeitet hat. Die Pflegehelferin tat der Erzählerin daher ein bisschen leid. Das Thema Ethik wird im Gesundheitsbereich immer bedeutsamer und die professionellen Pflegekräfte sollten über ein umfassendes Wissen zu diesem Thema verfügen und respektvoll mit den PatientInnen aus unterschiedlichen Kulturen umgehen und auf deren Bedürfnisse eingehen. Dieses Wissen sollte in Form von Schulungen über Interkulturalität oder anderer relevanter Schulungen, die diese Fähigkeiten und Kompetenzen entwickeln, bereitgestellt werden. **Empathie:** Die Erzählerin empfand es auch als wichtig, dass man empathisch mit der Patientin umgeht, allerdings bekundete sie auch, dass sie besonders von diesem Vorfall schockiert war, da sie sich selbst als „Ausländerin“ mit kulturellem Hintergrund identifizierte und dass sie sich eines Tages in der Rolle der Patientin wiederfinden würde und selbst missverstanden werden könnte. Aufgrund ihrer Herkunft aus dem Maghreb konnte sie sich leicht mit der Situation der Patientin identifizieren.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Gewöhnliches Salz, Meersalz oder koscheres **Salz** – alle haben eine lange Geschichte in Reinigungsritualen, als magischer Schutz und Segen. Solche Salzrituale werden in verschiedenen Kulturen seit Tausenden von Jahren praktiziert und finden auch heute noch statt. Das Salz reinigt negative Energien und schützt vor schädlichen Energien. **Sepsis und Hygiene:** Für die Pflegehelferin, die schon seit zehn Jahren in dem Krankenhaus arbeitet, sind die Hygienevorschriften nicht verhandelbar. Im Krankenhaus müssen die Zimmer sauber bleiben, sodass die bestmögliche Verpflegung für die PatientInnen gewährleistet ist. **Bedrohung der beruflichen Identität:** Die Pflegehelferin findet, dass das Saubermachen von unnötigem Schmutz und Chaos nicht in den Aufgabenbereich ihres Berufes fällt. **Heilende Rituale:** Die Pflegehelferin glaubt nicht an „rituelle" Reinigungsprozesse.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
„Dieser Vorfall hat mich darüber nachdenken lassen, wie wir mit dem Thema Vielfalt im Gesundheitssystem in Frankreich umgehen. Ich machte mir Gedanken über die Zerbrechlichkeit von PatientInnen, die aufgrund ihrer kulturellen Herkunft von MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems beschimpft werden. Ich denke, dass Diversität im Allgemeinen keinen Platz im öffentlichen Gesundheitssystem hat, was eine Schande ist, da wir es eigentlich besser wissen müssten." Der Kulturschock bezog sich hier nicht auf einen kulturellen Unterschied, sondern auf einen Unterschied im beruflichen Verständnis zwischen diplomierter Krankenpflegerin und Pflegehelferin.

5.26 JÜDISCHE FAMILIE

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Tod *Religion* *Ethik*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Arzt, der in der Notaufnahme arbeitet

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Der Vorfall ereignete sich in der Notaufnahme. Der Patient befand sich in einer lebensbedrohlichen Situation ohne Hoffnung auf Besserung. Er musste künstlich am Leben erhalten werden. Der Patient, sowie seine ganze Familie waren jüdisch. Die Familienangehörigen waren überhaupt nicht damit einverstanden, dass das Krankenhaus den Patienten nicht mehr künstlich am Leben erhalten wollte. Außerdem waren sie auch nicht mit dem Zeitpunkt einverstanden, den das Krankenhaus diesbezüglich vorschlug. Ich verbrachte mehrere Tage mit den verschiedenen Familienmitgliedern und erklärte ihnen den Zustand des Patienten und wie das „Abstellen“ der Geräte funktionierte, die den Patienten am Leben hielten. Doch auch das war ihnen nicht genug. Die folgenden Wochen kosteten mich eine Menge Kraft, ich musste sogar meine Kollegen um Rat bitten. Nach wochenlangen Diskussionen fanden wir schließlich doch eine gemeinsame Lösung. Jedoch litt das Verhältnis zwischen mir und der Familie nach dieser schwerwiegenden Entscheidung.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Arzt, 45 Jahre alt Patient, männlich, 50 Jahre alt, jüdisch Familie des Patienten: 6 Familienmitglieder, alle jüdisch

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Physischer Kontext: Der Vorfall ereignete sich in einem öffentlichen Krankenhaus; das Gespräch über die lebensbedrohende Situation des Patienten fand zwischen dem Arzt und den Familienmitgliedern statt: 3 Frauen und 3 Männer. **Historischer Kontext der jüdischen Religion in Frankreich:** In Frankreich leben ungefähr 475.000 Juden und sie gehören damit nach wie vor seit Jahren zu einer religiösen Minderheit. Diese Minderheit war in der Geschichte Opfer zahlreicher Verfolgungen. Darüber hinaus gibt es heute Spannungen zwischen der jüdischen Religionspraxis und der gesetzlich verankerten Auffassung, was die Stellung der Religion in Frankreich angeht. Zum Beispiel steht der Schulunterricht am Samstag im Widerspruch zu der Verpflichtung der Juden, am Samstag den „Sabbat“ zu vollziehen. Außerdem werden die Juden als sehr gemeinschaftsorientiert wahrgenommen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Ich hatte das Gefühl, dass ich meine Zeit mit diesem Patienten vergeude. In der Zeit, in der ich mich um diesen Patienten gekümmert habe, hätte ich anderen Patienten helfen können, Patienten bei denen die Möglichkeit noch bestand, deren Leben zu retten. Ich fühlte mich auch hilflos, da es schwierig war in dieser Situation eine Lösung zu finden. Ich stieß als Arzt an meine Grenzen und suchte deshalb auch Rat bei meinen Arbeitskollegen.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Die Rolle der Religion im Gesundheitsbereich: In Frankreich ist die Trennung zwischen Religion und Staat gesetzlich geregelt. Dieses Prinzip der „Laizität“ bedeutet, dass niemand in der Öffentlichkeit sichtbare Symbole zu einer Religionszugehörigkeit zeigen darf. Dies bedeutet, dass religiöse Werte und die Ausübung der Religion eher in den privaten Bereich fallen. Das Krankenhaus als öffentlicher Ort berücksichtigt also keine Religion in der medizinischen Berufspraxis. **2) Die berufliche Identität des Arztes:** Der Arzt hat eine Verantwortung gegenüber dem Patienten und seiner Familie, was die Gesundheit des Patienten betrifft. Dieser Status gibt ihm die Berechtigung, die für den Patienten und die Familienangehörigen besten Entscheidungen zu treffen. Er ist derjenige mit dem Fachwissen, also kann er auch in den entsprechenden Situationen am besten über Leben und Tod entscheiden (Expertenstatus). Allerdings muss man bei diesem Vorfall beachten, dass seine berufliche Identität eher nur auf rationalem Wissen basiert und nicht auf einem Glaubenssystem. 3**) „Recht auf Leben“:** Die Gesetzgebung in Frankreich über Sterbehilfe und das Ende des Lebens (bekannt unter dem Namen: la loi Leonetti 2005) sieht folgendes vor: • Euthanasie ist kein Recht; • Der Arzt muss alles tun, um den Schmerz seines Patienten zu lindern; • Der Patient kann seine Wünsche ausdrücken. In diesem speziellen Fall weiß der Arzt, dass der Patient keine Chance hat, zu überleben. Somit ist eine Diskussion über rechtliche oder medizinische Fragen hinfällig.

4) Vertrauen in die Familie: Der Arzt hat eine subjektive Sichtweise auf die zu erwartende Reaktion der Familie, die zu dem Zeitpunkt eine schwere Phase durchlebt. Es geht um Vertrauen und gegenseitigen Respekt. In dem Moment geht es darum, füreinander da zu sein und nicht in Konflikte wegen religiöser Fragen zu treten. Die Familie muss sich mit dem bevorstehenden Tod eines Verwandten auseinandersetzen und ist auf die Unterstützung des Arztes angewiesen. Dafür braucht es Vertrauen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
1) Religion als Teil des Lebens: Da Religion Teil alles Lebensdimensionen ist, findet der religiöse Einfluss auch in der Öffentlichkeit keine Grenzen. Die Familie befindet sich in einer schwierigen Situation, da eines ihren Familienmitglieder sich in einer lebensbedrohlichen Situation befindet. Für gewöhnlich finden Menschen, die einer Religion angehören und auch praktizieren, in einer solch schwierigen Situation Antworten und Hoffnung in ihrem Glauben. Angesichts des Todes eines geliebten Menschen könnte die Familie Frieden und Antworten in ihrem Glauben finden. **2) Die Interpretation der jüdischen Religion:** In der jüdischen Religion ist Euthanasie nicht erlaubt. Andere Maßnahmen, die den Tod beschleunigen könnten, sind auch nicht erlaubt, wie zum Beispiel das Berühren oder Waschen des Patienten. Die jüdische Religion sagt, dass das Leben heilig ist, weil es nur Gott ist, der es einem gibt und es einem wieder nimmt. Aus diesem Grund müssen die Menschen die Nutzung von technologischen Möglichkeiten nicht verweigern um am Leben zu bleiben. Jedoch gibt es einen Widerspruch in der Interpretation der jüdischen Religion, die die medizinischen Aussagen erleichtern: es ist erlaubt, das Leben eines Kranken zu beenden, wenn dieser leidet oder wenn es keine Möglichkeit mehr gibt, ihn am Leben zu halten. **3) Respekt der Familienmitglieder:** Die Achtung des Familienmitgliedes und seines religiösen Glaubens ist das Wichtigste in dieser Situation; Respekt vor der Tradition der Religion, um das Leben des Familienmitglieds zu ehren.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Dieser Vorfall unterstreicht das Problem der Laizität in Frankreich, da es in Fällen wie diesen nicht möglich ist, auf den Einfluss der Religion im medizinischen Bereich vorbereitet zu sein. Dies schafft Konflikte und Missverständnisse, da die ÄrztInnen nicht ausreichend ausgebildet sind, um Probleme zu lösen, die mit dem Glauben zusammenhängen.

5.27 SMARTPHONES

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Vorurteile, Diskriminierung *Kommunikation*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Studentin der Medizin, Interviewerin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Während der Recherche für meine Dissertation über Diskriminierung interviewte ich eine Ärztin der Gesundheitsabteilung eines öffentlichen Krankenhauses. Bei dieser Abteilung handelt es sich um eine Kriseneinrichtung, die medizinische und soziale Betreuung für benachteiligte Zielgruppen übernimmt. Die Ärztin sagte mir, dass es sie schockiert hat, Patienten mit Migrationshintergrund mit Smartphones zu sehen. Hier ein Auszug ihrer Aussage aus meinem Transkript: „Es gibt Personen, die mehr Empathie als andere hervorrufen und welche, die ein Gefühl der Ablehnung erzeugen, weil sie einen Laptop und ein Smartphone besitzen und Sozialhilfe beziehen, obwohl sie diese Hilfe gar nicht brauchen.“ Es ist offensichtlich, dass es sich hierbei um eine stereotype Aussage handelt, denn der Ärztin ist offensichtlich nicht klar, dass das Mobiltelefon für die Migranten die einzige Möglichkeit ist, mit ihren engsten Verwandten und Bekannten in ihren Heimatländern zu kommunizieren. Und die Migranten sind auch nicht alle arm.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Es waren zwei Personen anwesend: Die Interviewerin: Weiblich, 33 Jahre alt, Atheistin, französischer Abstammung, Studentin und seit 10 Jahren im Gesundheitsbereich tätig, weiße Hautfarbe Die Ärztin: weibliche Allgemeinmedizinerin. Alter: ca. 40 Jahre alt. Hautfarbe: weiß. Zwischen den beiden Personen herrschte während des Interviews eine angenehme Atmosphäre.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Das Interview fand im Büro der Ärztin statt und dauert ungefähr eine Stunde. „Das Interview war Teil meiner Dissertation und deswegen wird es auch vertraulich behandelt, sodass ich keine weiteren Details über die Ärztin preisgeben kann.“ Die Ärztin arbeitet in einer speziellen Abteilung, einer Kriseneinrichtung, die medizinische und soziale Unterstützung für benachteiligte Personen anbieten.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war schockiert, da die Aussagen der Ärztin nicht mit ihren eigenen, empathischen Einstellungen übereinstimmen. Sie scheint eine sehr fürsorgliche Ärztin zu sein, deswegen zeugt ihre Aussage, dass der Besitz eines Smartphones automatisch bedeutet, dass man reich ist, von einer dummen und stereotypen Denkweise.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Die Nichtdiskriminierungsregel: Dem kulturellen Denken der Erzählerin nach sollte eine medizinische Expertin, die in einer solchen speziellen Einrichtung des Krankenhauses arbeitet und heterogene PatientInnen behandelt, keine solchen Vorurteile haben. Gerade solche Vorurteile könnten bei ihr zu einer unprofessionellen Haltung führen und man könnte der Ärztin sogar Diskriminierung unterstellen. Die Erzählerin schätzt Werte wie Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung. Sie ist der Meinung, dass AusländerInnen die Hilfe suchen, nicht abgewiesen werden sollten und auch nicht danach beurteilt werden sollen, ob sie das neueste Smartphone besitzen, da dies das einzige Kommunikationsmittel ist, mit denen sie Kontakt zu ihren Liebsten im Heimatland herstellen können. Sie glaubt auch, dass solche Vorurteile tatsächlich zu diskriminierendem Verhalten führen können, da man MigrantInnen als Gruppe nicht verallgemeinern kann und nicht alle in das typische Schema von „benachteiligten Personen“ passen. **Nutzung des Smartphones von MigrantInnen:** Für MigrantInnen dient das Mobiltelefon nicht nur zur Kommunikation und Orientierung, sondern ist auch sehr nützlich, um Geldüberweisungen durchzuführen. Das Mobiltelefon spielt in ihrem Alltag eine zentrale Rolle. Fast alle MigrantInnen kommen mit einem Mobiltelefon nach Europa, viele von ihnen sogar mit einem Smartphone. Eine häufig benutzte Applikation beim Smartphone ist „Google Translate“, die es den MigrantInnen erlaubt, mit den Einheimischen des jeweiligen Landes zu kommunizieren. Aber vor allem dient es dazu, mit den Familien aus Heimatland in Kontakt zu bleiben, die logischerweise besorgt sind. Schließlich kann man Smartphones schon fast als grundlegendes Gut in unserer Gesellschaft bezeichnen, denn viele Kinder besitzen bereits auch schon eines. Die Vorstellung davon, was als primäres Gut bezeichnet werden kann, ändert sich ständig, vor allem in der schnelllebigen Welt, in der wir leben.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Ein stigmatisiertes Bild von PatientInnen, sodass die Erzählerin ein eher negatives Bild von der Ärztin hat.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Darstellung des Mobiltelefons als Zeichen des Reichtums Heutzutage findet man sehr teure Smartphones auf dem Markt. Einige bestimmte Marken und Modelle können über 700 Euro kosten. **Smartphone oder medizinische Behandlung?** Das Vorurteil, ein Smartphone sei ein Luxusobjekt, das nur reichen Leuten zugänglich ist, steht dem Stereotyp der MigrantInnen gegenüber, die zur kostenlosen Behandlung ins Krankenhaus kommen. Die Ärztin hat eine sehr klare Vorstellung davon, was ein Mobiltelefon ist und wie teuer sie sind und kann sich daher nicht vorstellen, warum jemand für ein Handy so viel Geld ausgibt, nicht aber für die medizinische Versorgung. **Wirtschaftsmigration** Migration kann aufgrund von sozialen oder wirtschaftlichen Gründen erfolgen und ist an sich nur eine „Wanderung" bzw. eine Form der Mobilität von Menschen. In der heutigen Zeit – vor allem nach der Flüchtlingskrise 2015 – wird MigrantInnen oft unterstellt, dass sie aus ihrem Heimatland flüchten, um in dem neuen Land bessere, wirtschaftliche Möglichkeiten vorzufinden. Diese Sicht der Dinge untergräbt die Tatsache, dass es völlig unterschiedliche Beweggründe gibt, sein Heimatland zu verlassen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Armut zu verstehen, ist für den Gesundheitsbereich besonders wichtig. So können vorschnelle Urteile möglicherweise vermieden werden und eine doppelte Stigmatisiert durch ihre Nationalität und / oder Herkunft und durch ihre wirtschaftliche und soziale Armut werden vermieden.

5.28 PARTY IN DER LEICHENHALLE

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Tod eines Kindes, Beerdigungsrituale, Trauerarbeit

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Sozialarbeiterin in Ausbildung

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Während meines Praktikums in einem öffentlichen Krankenhaus erlebte ich eine Situation, die mich ziemlich irritierte. Ein fünf Monate altes Kindes starb und die Familie kam mit Kuchen und Getränken in die Leichenhalle. Man hatte den Eindruck, als ob sie eine Party feiern würden. Bei dieser Familie handelte es sich um eine große Gruppe von ungefähr 70 Personen. Die Eltern waren in weiß gekleidet und die Gäste trugen orange und rot. Sie wurden von einem buddhistischen Mönch begleitet. Dieses Szenario berührte mich und ich fragte mich, aus welcher Kultur sie stammten.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Sozialarbeiterin, die ein Praktikum in einem Krankenhaus absolviert: der Vorfall ereignet sich während ihrer Ausbildung zur Sozialarbeiterin. Sie ist Französin, Mitte 20 und hat bisher noch keine Auslandserfahrung. Sie ist eine nichtpraktizierende Katholikin und hat keine Erfahrung im Umgang mit asiatischen Kulturen. Über die Familie ist nicht viel bekannt, außer dass ein Elternteil vietnamesischer Abstammung ist. Die weiteren anwesenden Familienmitglieder scheinen den gleichen kulturellen Hintergrund zu haben (gleiche Haut- und Haarfarbe).

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in der Leichenhalle des Krankenhauses. Die Familienangehörigen des toten Kindes kamen mit Kuchen und Getränken. Die Eltern

waren in weiß gekleidet und der Rest der Familie in orange und rot. Sie brachten einen buddhistischen Mönch mit.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Es überkam mich ein Gefühl der Verlegenheit und des Unbehagens, das durch das Verhalten der Familie gegenüber dem toten Kind ausgelöst wurde. Ich war beunruhigt und weigerte mich, an diesem Brauch teilzunehmen. Ich wandte mich später an meine KollegInnen und fragte, ob sie mir erklären könnten, was da gerade vorgefallen war.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
In der modernen westlichen Gesellschaft impliziert der Tod das Ende des Lebens. Vor allem im Kontext des Atheismus bedeutet der Tod ein wirkliches, endgültiges Ende, das Schlimmste was passieren kann. Das einzige, was noch schlimmer ist, ist es den Tod eines Kindes mit anzusehen, da das Kind oft die eigene Verlängerung des Lebens darstellt. Dementsprechend bedeutet Trauer in Frankreich wie in den meisten westlichen Kulturen Trauer über das Unvermeidliche und Trauer über eine Trennung, die nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. • Trauer und Schmerz sind die Reaktionen, die man nach dem Tod einer verstorbenen Person zu erwarten hat, Freude und Feiern sind hingegen in einer solchen Situation unangebracht. Das würde einen Mangel an Respekt für die verstorbene Person bedeuten und könnte ein Zeichen dafür sein, dass der Verlust dieser Person doch nicht so schwer wiegt. • In Momenten der Trauer besagt die allgemeine Kleiderordnung, dass nur schwarz getragen werden soll. Helle Farben könnten wiederum ein Zeichen für Freude und mangelnden Respekt sein: das Leben geht trotz dieses Verlustes weiter. • Das Abschiedsessen findet für gewöhnlich nach der Beerdigung statt und nicht in der Leichenhalle. Dies könnte für Verwirrung hinsichtlich der Vorstellung von Leben und Tod sorgen und somit Unruhe auslösen. In Frankreich ist das Begräbnis ein Ereignis für den erweiterten Familien- und Freundeskreis, und der Offene Sarg ist nur für einen kleinen Kreis an trauernden Personen vorgesehen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ, skurril da sie das tote Kind nicht respektieren.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Farben

Traditionell tragen trauernde Familienmitglieder weiße Farben, da diese mit Reinheit und dem Tod verbunden sind. Die Farbe Orange ist in diesem Zusammenhang in der Regel Mönchen vorbehalten. In diesem Fall ist die Farbe Orange möglicherweise mit dem Tod des Kindes verbunden.

Kollektivistische Werte

In einer kollektivistischen und voneinander abhängigen Gemeinschaft wie die der Vietnamesen müssen wichtige Ereignisse zusammen mit der Familie und in der Gemeinschaft gefeiert werden.

Der Tod als Etappe, nicht als Ende

Der Tod bedeutet nicht das Ende, sondern wird als Neuanfang (Reinkarnation) gesehen. Damit die Seele der Toten in Frieden gehen kann, muss die Familie ihre Trauer für sich behalten. Buddhistische Beerdigungen sind also gekennzeichnet von Frieden und Gelassenheit.

„Guter Tod“ und „schlechter Tod“

Die vietnamesische Tradition unterscheidet zwischen „gutem Tod“ und „schlechtem Tod“. Der Tod eines Kindes wie in diesem Fall kann nur ein schlechter Tod sein und durch böse Geister ausgelöst werden. In solchen Fällen müssen die bösen Geister durch Speisen und Getränke vertrieben werden, um die Familie oder die Gemeinschaft von ihren schlechten Absichten zu befreien.

Kulturelle Anpassung

Traditionen und kulturelle Praktiken müssen oft an die Gastgesellschaft, in diesem Fall Frankreich, angepasst werden. Die Gemeinschaften verändern und entwickeln sich. Meinungen ändern sich auch. Diese Anpassungen erklären auch, warum die verschiedenen Traditionen nicht wie ursprünglich gewohnt durchgeführt werden können.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Traditionen zu Beerdigung und Trauerarbeit unterscheiden sich je nach Kultur sehr stark, allerdings handelt es sich dabei in jeder Kultur um wichtige Rituale. Die Rituale können allerdings manchmal nur von Personen aus der jeweiligen Kultur verstanden und gedeutet werden, da ihre Bedeutung nicht offensichtlich ist. Menschen aus anderen Kulturen oder Religionen können solche unbekannten Rituale als beängstigend oder verstörend empfinden, eben weil sie unbekannt sind. Insbesondere in westlichen Kulturen stellt der Tod nach wie vor ein Tabu dar und es gibt kaum Rituale mit Leichen. Daher finden es Menschen aus der westlichen Kultur schwierig, sich an solche Rituale zu gewöhnen.

5.29 BABY MASSAGE

Organisation, die den Fall erhoben hat: ELAN Interculturel, französischer Verein zum interkulturellen Dialog
Erhebungsdatum: 26. März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Körperkontakt, Babymassage, Mutterschaft

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Sozialarbeiterin in Ausbildung

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Während meines Praktikums auf einer psychiatrischen Abteilung für Babys und Kleinkinder besuchte ich zusammen mit einer Krankenschwester eine junge Mutter aus der Elfenbeinküste und ihr 6-monatealtes Baby zu Hause. Sie befanden sich in einem Sorgerechtsprozess. Als wir bei ihr zu Hause waren, gab die Mutter dem Baby eine Massage, um es zu entspannen. Die Krankenschwester, mit der ich zusammenarbeitete, hat die energischen Bewegungen der Mutter missverstanden und war dadurch beunruhigt. Sie unterstellte der Mutter Unfähigkeit. Ich kenne diese Art der Massage, da sie in Afrika sehr verbreitet ist und habe versucht zu verhindern, dass die Krankenschwester aufgrund dieses Kulturschocks negativ über die Mutter berichtet. In der Tat könnte ein negativer Bericht die Mutter aus dem Sorgerechtsprozess nehmen. Das Ziel ist es, die Eltern-Kind-Beziehung zu beurteilen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Protagonistin – Sozialarbeiterin, die ein Praktikum im Krankenhaus absolviert: 28 Jahre alt, in Frankreich geboren, Eltern kommen ursprünglich aus Mali Person, die den Schock erlebt hat: Krankenschwester: Französische Frau, 30 Jahre alt, keine Verbindung zur afrikanischen Kultur Weitere anwesende Personen: Mutter: 38 Jahre alte Frau aus der Elfenbeinküste. Die Mutter nimmt an einem speziellen Sorgerechtsverfahren für Personen mit einer psychiatrischen Diagnose teil.

Baby: 6 Monate alt, geboren in Frankreich. Mutter stammt aus der Elfenbeinküste und der Vater aus Tunesien. Das Baby ist während des Vorfalls sehr ruhig und schläft nach der Massage sogar ein.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignet sich im Haus der Mutter. Durch diesen speziellen Hausbesuch haben die Krankenschwester und die Sozialarbeiterin in Ausbildung die Möglichkeit, das häusliche Umfeld der Mutter zu sehen. Es wird eine schriftliche Beurteilung vorbereitet, die entscheidende Auswirkungen darauf haben kann, ob sich die Mutter auch weiterhin um das Baby kümmern darf oder nicht.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Ich war von der Reaktion der Krankenschwester überrascht, nachdem die Mutter begann, das Baby zu massieren. Ich hatte Angst, dass dies zu seiner negativen Bewertung der Mutter führen könnte und erklärte der Krankenschwester daraufhin, dass diese kulturelle Praxis in einigen afrikanischen Ländern weit verbreitet und typisch sei.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Auch persönliche und professionelle Werte stehen auf dem Spiel. Auf einer persönlichen Ebene teilt die Erzählerin die kulturellen Bezüge der Mutter hinsichtlich der Massage, die in afrikanischen Ländern weit verbreitet ist. Diese Praxis ist mit mehreren Werten und Normen verbunden: • **Kollektivistische Orientierung**: Westafrikanische Kulturen stehen der kollektivistischen Orientierung näher als die in Europa vorherrschende individualistische Orientierung. Das hat Auswirkungen auf die Kindererziehung. Im Einklang mit einer solchen Orientierung gibt es viele Aktivitäten und Maßnahmen, die auf die Stärkung der zwischenmenschlichen Beziehungen abzielen. Es findet häufiger und intensiver Körperkontakt statt. • **Körperkontakt**: In mehreren afrikanischen Ländern wird körperlicher Kontakt und Nähe sehr hoch geschätzt, sowohl zwischen Erwachsenen als auch mit Kindern. Beobachten kann man dies zum Beispiel bei den Eltern, die ihre Kinder während ihrer täglichen Aktivitäten auf dem Rücken tragen und so stets physischen Kontakt zu ihnen haben. • Die **Massage** ist eine Technik, die täglich angewendet wird und zur physiologischen Entwicklung des Babys beitragen soll. Die dynamischen Berührungen, Handbewegungen und Dehnungen sollen die Kraft, Flexibilität und Spannkraft der Muskeln entwickeln. Auf der beruflichen Ebene spielen zwei Werte der Erzählerin eine Rolle: • **Wertfreie, offene Haltung:** Das Fachpersonal, das Teil dieses Sorgerechtsverfahrens ist, muss frühzeitige Urteile vermeiden, da diese drastische

Auswirkungen auf die Patientin haben könnten. Stattdessen sollte ausreichend Zeit in Anspruch genommen werden, um sich mit dem Zustand der Patientin auseinander zu setzen.

- **Interkulturelles Bewusstsein:** Insbesondere in interkulturellen Situationen, wenn man sich eine Meinung zu einer Person mit unterschiedlichem interkulturellen Hintergrund bilden muss, gilt es Vorurteile zu vermeiden. Wir müssen sorgfältig darauf achten, Beurteilungen auf Grundlage unserer eigenen Werte und Normen zu vermeiden. In diesem Fall arbeitet die Krankenschwester in einem Umfeld, das von vielen MigrantInnen aus Afrika bewohnt wird, allerdings scheint sie wenig über deren kulturelle Praktiken zu wissen.

Beobachtung: ExpertInnen müssen diese Situationen beobachten und die verfügbaren Informationen erfassen und analysieren. In diesem Vorfall hätte die Krankenschwester erkennen müssen, dass das Baby positiv auf die Massage reagiert hat. Hätte sie das gemacht, hätte sie beobachten können, wie das Baby nach der Massage eingeschlafen ist und keine Anzeichen von Beschwerden hatte.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Verknüpfung mit Vorerkrankung der Mutter: Die Krankenschwester legt den Schwerpunkt auf intrinsische Erklärungen, die mit der Persönlichkeit und den Vorerkrankungen der Mutter zusammenhängen. Da die Mutter in der Vergangenheit psychische Probleme hatte, ist eine klinische Erklärung naheliegend und bei den ersten Anzeichen einer Abweichung vom Gewöhnlichen (der Massage) wir das Verhalten der Mutter mit Aggression und psychischen Problemen assoziiert. **Berührung und Körperkontakt:** Europäische Kulturen sind weniger auf physischen Kontakt bedacht und dieser spielt auch eine bescheidenere Rolle bei der täglichen Interaktion. Körperkontakt ist zwischen EuropäerInnen weniger intensiv. **Autonomie und Individualismus:** Grundsätze, die die Entwicklung von Kindern beeinflussen: Im Vergleich zu westafrikanischen Kindern verbringen europäische Kinder weniger Zeit im körperlichen Kontakt mit ihren Müttern. Wenn Mütter ihre Kinder auf dem Rücken oder auf dem Bauch tragen, erfüllt dies eher einen praktischen Zweck (z.B. Transport), als dass sie den körperlichen Kontakt sicherstellen wollen. **Direkte Kommunikation auf Kosten der kontextbezogenen Kommunikation:** In der westlichen Gesellschaft ist der vorherrschende Kommunikationsstil direkt, wobei der Schwerpunkt auf die verbale Botschaft gelegt wird. Wir achten weniger auf Bewegungen, Anordnung von Objekten usw. Dies bedeutet auch, dass wir weniger effizient bei der kontextbezogenen Kommunikation und deren Beobachtung.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Dieser Vorfall verdeutlicht, wie sich eine Berufskultur auf Vorerkrankungen stützt ohne die Situation neu zu beurteilen. Die Präferenz für verbale Kommunikation und die fehlende Gewohnheit, Körperkontakt in einem kulturellen Kontext zu betrachten, sorgen hier für ein großes Hindernis bei der Beurteilung der Handlungen der Mutter. Dieser Vorfall hebt die kulturellen Unterschiede in Bezug auf den menschlichen Körper hervor, was für Menschen mit einer universalen Weltansicht erschüttern kann, die davon ausgehen, dass der Körper ja überall derselbe ist – egal an welchem Ort und in welcher Kultur. Letztendlich zeigt die Geschichte auch, wie kulturelles Fachwissen eine Ressource im Gesundheitsbereich sein kann.

5.30 DIE PFLICHTEN EINER FRAU

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Sexualität *Geschlechtergerechtigkeit* *Krankenhaus* *Roma und Sinti* *Geburt eines Kindes*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenpflegerin auf einer neonatologischen Intensivstation eines Krankenhauses

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Die Geschichte fand in einer Neugeborenenstation in einem Krankenhaus in Debrecen statt. Ich betrete mit einer jungen Ärztin gemeinsam das Patientenzimmer, in dem ein Bett steht. Dort liegt eine junge Zigeunermutter, die gerade ein Kind geboren hat, vor ein paar Stunden, und ich sehe, wie sie gerade mit ihrem Mann Sex hat. Wir schließen die Tür und gehen weiter unsere Runde auf der Station. Später fragt die junge Ärztin die Mutter, warum sie so etwas tut? Die Antwort der Mutter war erstaunlich einfach: Weil er mein Mann ist und er es vermisst hat. Diese Antwort hat mich mehr schockiert als die Szene selbst.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Krankenpflegerin: weiblich, Anfang 30, verheiratet, Mutter eines Kindes, Mittelschicht, Ungarisch ist ihre Muttersprache, hatte bereits 8 Jahre als Krankenpflegerin gearbeitet, lebt in Budapest im 3. Bezirk, mag Großstädte. **Patientin:** weiblich, Mitte 30, Angehörige der Roma und Sinti Minderheit in Ungarn, Ungarische Staatsbürgerin, wir wissen nicht, welche Muttersprache sie hatte, hat einen Mann (aber wir wissen nicht, ob sie verheiratet sind), eher geringes Bildungsniveau, arbeitslos, Beruf des Mannes ist unbekannt; lebt in Budapest im 8. Bezirk;

Beide Frauen sind im selben Alter, beide haben Kinder geboren, jedoch sind die Erfahrungen, die beide daran knüpfen, unterschiedlich. Ihre gemeinsamen Lebenserfahrungen bringen sie nicht näher zueinander, sondern stellen Barrieren im Verständnis dar. Die Krankenpflegerin repräsentiert die Mehrheitsgesellschaft, was ein negatives Bild der Roma und Sinti mit sich bringt. Sie ist aber auch die professionelle Krankenpflegerin und sollte aus ihrer Berufsrolle heraus die Normen anderer verstehen können. Die Beziehung war daher außerdem hierarchisch.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Geschichte fand auf einer neonatologischen Intensivstation statt. Die PatientInnen kommen und gehen auf dieser Station. Die Roma und Sinti Mutter hatte ein erste Klasse-VIP-Zimmer, ein Zimmer mit nur einem Bett, für das die Familie bezahlt hat. Ihre Intimsphäre war also größer als jene der anderen PatientInnen in Mehrbettzimmern. Der Kulturschock fand noch an der Türschwelle zum Zimmer statt, und das Personal ist dann auch gegangen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Krankenpflegerin ist geschockt und schämt sich für sich und die Ärztin. Als Vertreterin eines Gesundheitsberufs empfindet sie die Situation als schädlich und gesundheitsgefährdend für die Mutter, aber ihre Scham hindert sie daran, einzugreifen. Sie gehen einfach aus dem Zimmer. Sie hat auch Mitleid mit der Mutter und ist wütend auf den Mann, der barbarisch und egoistisch wirkt. Sie ist geschockt von der Unterwürfigkeit der Frau – mehr als von der Szene selbst.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Geburt eines Kindes: Sie befindet sich in einem körperlich anstrengenden Zustand kurz nach der Geburt, es bestehen gewisse Gesundheitsrisiken für die Mutter. Sie braucht daher eher emotionale und körperliche Ruhe. **Schmerzen:** Schmerzen gehören zur Geburt dazu und sollten um die Geburt zusätzlich möglichst vermieden werden. **Sex:** Vor diesem Hintergrund ist Sex nach der Geburt unvorstellbar, auch zu Hause. **Raum:** Das Krankenhaus ist kein privater Raum für PatientInnen, Verhaltensweisen wie Sex zu haben, wäre zu Hause normal, aber im Krankenhaus wird das nicht toleriert. **Geschlechterrollen und Sex:** Eine sexuelle Beziehung zwischen einem Paar sollte auf Gleichheit beruhen und auf beiderseitiger Zustimmung bei Entscheidungen. **Berufsrollen:** Abläufe im Krankenhaus sind Routineabläufe und damit wird auch Professionalität gewahrt. Hindernisse, die eine solche Routine in Frage stellen oder durcheinanderbringen, stellen auch die Professionalität des Personals in Frage – ob sie die

Situation unter Kontrolle hat oder nicht. Dies fordert die eigene Berufsrolle heraus, vor allem, wenn man die Ordnung nicht so leicht wiederherstellen kann. **Roma und Sinti PatientInnen:** Es wird erwartet, dass es mit dieser Gruppe Probleme gibt und dass sie sich nicht an Regeln halten.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ, sie schreibt dem Verhalten der Patientin Unterwürfigkeit und Ignoranz zu; Das Bild der Frau bezieht sich nur auf eine Situation, ihr fehlt das Hintergrundwissen über die Mutter.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Krankenhaus: Das Krankenhaus kann als fremde Umgebung von ihr empfunden werden, wo Verwarnungen und auch Diskriminierung möglich sind. **Erste Klasse-Zimmer:** Sie hat ihr Recht auf Intimität „gekauft" und daher gelten die üblichen Regeln des Krankenhauses für sie nicht. **Geburt eines Kindes:** Es handelt sich nicht um einen medizinischen Vorgang, sondern einfach um ein Lebensereignis, daher fühlt sie sich auch nicht als Patientin. **Sex:** Sie empfindet Sex als Vergnügen und auch als Pflichterfüllung gegenüber ihrem Mann. Diese zwei Dinge wiedersprechen sich für sie vielleicht nicht. Ihren Mann in Empfang nehmen zu können stellt womöglich einen Beweis für ihre Weiblichkeit dar, die nun im Gegensatz zur Schwangerschaft wiederhergestellt wird. Es könnte auch eine Protestaktion gegen das Krankenhaus sein. In einer fremden Umgebung kann der Sex mit ihrem Mann als Allianz mit ihm verstanden werden. Vielleicht kann sie den Unterschied zwischen Vergewaltigung und einvernehmlichem Sex gar nicht erkennen, da es bereits vorher in der Beziehungsgeschichte Gewalt gab. Die Situation ist für eine außenstehende Person ohne weitere Kenntnis der Familie nicht möglich. **Geschlechterrollen:** Es wird von einem Mann erwartet, dass er seinen Willen bekanntgibt und dass dieser akzeptiert wird. Das muss nicht notwendigerweise als Unterdrückung verstanden werden. **Individualismus-Kollektivismus:** Die individuelle Freiheit, zu entscheiden, ist weniger wichtig als die Beziehung und sozial-erwünschtes Verhalten in der Beziehung.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Viele „kulturelle" Differenzen entpuppen sich eher als sozio-kulturelle Differenzen, die gar keiner spezifischen ethnischen Minderheit zugewiesen werden können. Die Mehrheit

„ethnologisiert“ vielleicht solche Verhaltensweisen und schubladisiert sie als eigenartig oder deviant, d.h. abweichend von der Mehrheitskultur.
Kulturelle Unterschiede können bei Beschäftigten im Gesundheitsbereich auch zu einer Art Versteinerung führen: Wie soll ich mich in dieser Situation verhalten? Was ist in diesem Fall normal?
Eine Möglichkeit, mit einer solchen Situation umzugehen, ist ein Interview mit einem Kulturexperten zu führen (z.B. Ethnologe/in) und über kulturelle Muster zu sprechen. Auf kulturelle Muster kann man sich gezielt vorbereiten.
In anderen Fällen ist das nicht interessant und es geht darum, die Regeln und Normen wiederherzustellen ohne die PatientInnen zu demütigen oder zu frustrieren.
Um die eigenen Vorurteile in einer solchen Situation zu hinterfragen, kann man sich Fragen stellen wie: Würde ich mich anders verhalten, wenn es sich um eine andere Patientin handeln würde? (z.B. eine Patientin, die nicht den Roma und Sinti angehört)

5.31 ARABISCHER HAUSARZT

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Kulturalisierung *Vorurteile* *Geschlecht* *Kommunikation*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patientenanwältin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Eine Patientin hat eine schriftliche Beschwerde bei mir über ihren Hausarzt eingereicht, der arabischer Abstammung war. Sie schrieb, dass der Arzt sich durch ihre Fragen angegriffen gefühlt hatte und sie unverschämt beschimpft hätte und sie sich in ihrer Würde verletzt fühlte. Das alles geschah während eines Eignungstests für irgendeinen Job. Sie hatte den Verdacht, dass der Arzt sich ihr gegenüber nur so verhielt, weil sie eine Frau war. In der Hitze des verbalen Gefechts hat sie der Arzt aus der Praxis hinausgeschmissen – ohne sie zu behandeln. Ich habe den Arzt kontaktiert, per Telefon, und ihn zu dem Fall befragt. Ich habe ihn auch über die Patientenrechte informiert. Er sprach auch mit mir in einem völlig unangebrachten Ton. Ein intensiver Streit ist ausgebrochen, darüber welche Rechte PatientInnen haben und Frauen im Speziellen in Ungarn, und wie diese Regeln auch für ihn gelten, dem ungarischen Gesetz folgend, vor allem in einer öffentlichen Einrichtung, und wenn er mit Patienten Kontakt hat.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Patientenanwältin: weiblich, Mitte 30, Ungarin, Anwältin, Muttersprache Ungarisch, Englisch als 1. Fremdsprache, nicht verheiratet, keine Kinder, geboren in Budapest, lebt in Budapest, katholisch;

Hausarzt: männlich, Mitte 50, arabische Wurzeln (keine weiteren Informationen darüber), ungarischer Staatsbürger, perfekte Ungarischkenntnisse mit leichtem Akzent, spricht wahrscheinlich mehrere Fremdsprachen, studierte in Ungarn Medizin, arbeitet und lebt in einer Kleinstadt namens Miskolc (ländliches Gebiet), keine Informationen über seine Familie oder seine Religion

Beide wurden im selben System großgezogen, allerdings in verschiedenen Epochen der ungarischen Geschichte. Beide befinden sich in einer Machtposition und hinterfragen den jeweils anderen in seiner Position. Der Hausarzt ist ein Mann und älter als die Patientenanwältin, sein Beruf hat einen höheren Status. Die Patientenanwältin hat zwar einen sozial niedrigeren Beruf gewählt, ruft aber aus der Hauptstadt aus an („aufs Land"), sie hat die Macht, ihm Probleme zu bereiten.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Weiterer Kontext dieser Geschichte: Viele Studierende aus dem Mittleren Osten bekamen in den 1970er und 1980er Jahren Stipendien in Ungarn, blieben dann und integrierten sich vollständig in die ungarische Mehrheitsgesellschaft. Viele dieser Studierenden haben heute angesehene Berufe und Positionen und ungarische Familien. Seit der Flüchtlingskrise 2015 fühlt sich diese Generation von MigrantInnen zunehmend angesprochen und ev. von Xenophobie „bedroht". **Engerer Kontext dieser Situation**: Die Kommunikationssituation geschieht nicht persönlich, sondern am Telefon. Das ist ihr erster Anruf in dieser Sache. **Der Fall:** Der Arzt hat mit seiner Weigerung, den Eignungstest durchzuführen, der Patientin einen Job verwehrt.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
• Wütend wegen dem ursprünglichen Fall und dass er am Telefon unhöflich zu ihr ist; • Respektlose Behandlung als Frau und in ihrer beruflichen Rolle als Patientenanwältin, die so ausgelegt wird, als würde sie ihm nur Probleme machen wollen. • Abgelehnt, nicht anerkannt.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Die Patientenanwältin kennt die Herkunftskultur des Arztes nicht genau. Sie nimmt an, es handelt sich um ein muslimisches Land und sie denkt, Frauen werden dort eher unterdrückt. Für sie ist Gleichberechtigung von Frauen und Männern ein Grundwert, sie geht aber davon aus, dass dieses Grundrecht nicht von allen gleichermaßen beachtet wird. Sie glaubt an Demokratie und dass die Wahrung von Menschenrechten in einer Demokratie wichtig ist. Patientenrechte gehören für sie ebenso dazu. Andere wichtige Werte sind: Menschenrechte, das Gesetz, Würde.

Sie versteht einen Menschen als Rechtsträger/in. Eine Beziehung zwischen Arzt und Patientin soll auf Partnerschaft und gegenseitiger Anerkennung aufbauen. Sie schätzt auch Werte wie Integration und Akzeptanz von MigrantInnen. Sie wäre selbst verärgert darüber, mit Vorurteilen konfrontiert zu sein.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ, nicht sehr realistisch

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Er fühlt sich vielleicht von der Patientenanwältin bedroht, als jemand, der ihm sein Leben verkomplizieren will. Er fühlt sich in seiner beruflichen Identität als Arzt gedemütigt. Er denkt vielleicht, dass eine jüngere Frau, die nicht einmal Ärztin ist, nicht das Recht hat, seine beruflichen Kompetenzen in Frage zu stellen. Für ihn ist die Patientin ein rein berufliches Problem, die soziale Identität oder die Gefühle der Frau sind ihm nicht wichtig. Ein guter Arzt ist für ihn jemand, der nicht nachgibt, der schnell Entscheidungen trifft und er sieht seine Verantwortung in der Behandlung (Bewilligungen oder Eignungstests sind nicht sein Fokus und daher unwichtig). Er erwartet vollkommenes Vertrauen von seinen PatientInnen, deshalb ist transparente Kommunikation auch nicht wichtig für ihn. Er nimmt an, dass die Arzt-PatientInnen-Beziehung eine ungleiche ist, weil er Wissen hat, das sie nicht hat. Kultur spielt in dieser Geschichte möglicherweise gar keine Rolle. Er versteht sich selbst als gut integriert und respektiert die ungarischen Gesetze, so wie die Ungarn selbst. Dass er über ungarische Gesetze belehrt wird, sieht er womöglich als Beleidigung seiner Person und seiner gelungenen Integration.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Die Situation ist eigenartig, weil eigentlich beide daran interessiert sein müssten, dass es so wenige Beschwerden wie möglich gibt und dass die Qualität im Gesundheitssystem aufrechterhalten bleibt. Sie werden allerdings in eine Position gebracht, in der sie gegeneinander agieren (müssen) – das Gegenteil von Kooperation. Vertrauensbildung wäre hier wichtig gewesen, dafür scheint aber keine Zeit zu sein. Kein Element in der Geschichte deutet darauf hin, dass seine Unhöflichkeit etwas mit seiner Abstammung zu tun hat. Hier werden Unterschiede womöglich kulturalisiert. Das kann geschehen, wenn versucht wird, Unterschiede zu erklären und dann Menschen kategorisiert werden, z.B. Araber, MigrantInnen, Roma usw., und negative Stereotypen diesen Kategorien hinzugefügt werden. Auf negative Stereotype folgen meist negative Reaktionen, und damit werden diese zu selbsterfüllenden Prophezeiungen.

Vielleicht wäre in diesem Fall – einer heiklen interkulturellen Situation – ein persönliches Gespräch dem Telefonat vorzuziehen gewesen.

5.32 BESORGEN SIE MIR EINE FRAU!

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Geschlecht *Sexualität* *Unterdrückte Identität* *Obdachlosigkeit*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenschwester für obdachlose PatientInnen

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ein obdachloser Mann mit einem amputierten Bein ließ sich von mir behandeln. Während seines Aufenthalts im Krankenhaus hat er ständig trainiert und alle möglichen Übungen gemacht, wie Liegestütze. Einmal ist er mit dem Rollstuhl zu einer Kollegin hin gerollt und hat verlangt: „Evike, besorgen Sie mir eine Frau! Ich will ficken!“

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Krankenschwester: Mitte 40, arbeitet seit 3 Jahren in einem Krankenhaus, das sich auf obdachlose PatientInnen spezialisiert hat, verheiratet, 1 Kind, Mittelschicht, ihre Eltern sind MedizinerInnen sowie auch der Bruder; Obdachloser Mann: Mitte 30, keine Informationen zu seinem Hintergrund, sein Bein wurde kürzlich amputiert, bereits seit langer Zeit obdachlos;

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Krankenschwester kennt den Patienten nicht besonders gut, sie haben nur sporadischen Kontakt, sie ist jedoch seine Hauptansprechperson im Krankenhaus.

3. **Emotionale Reaktion**

Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war schockiert, sie empfand Ekel und moralischen Protest, sie hasste den Patienten dafür, was er gesagt hatte und dafür, wie respektlos er Frauen gegenüber war. Das Wort „ficken“ rief in ihr Aggression und Gewalt hervor. Außerdem kamen noch Angst und Mitleid für den Mann hinzu. Vor dem Gespräch hatte sie noch Mitgefühl mit dem Mann, aber danach war sie frustriert. Sie konnte nicht verstehen, wie man ernsthaft so eine Bitte gegenüber dem Personal vorbringen konnte. Sie fragte sich auch, ob es eine Provokation gewesen sein könnte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Widerstand: Die Krankenschwester hat Erfahrung und hat schon einiges im Krankenhaus erlebt, das sich auf Obdachlose spezialisiert hat. Normalerweise fühlt sie mit PatientInnen mit, jetzt aber ist sie eher im Widerstand zu ihrer Umgebung. Ihr Beruf und der Ort der Ausübung (mit obdachlosen Menschen) ist ein Beruf mit niedrigem sozialen Status, daher ist ihr bewusst, dass sie ohnehin in einer Widerstandposition ist (am Rande der Gesellschaft). **Verteidigung von Obdachlosen**: In eine Situation gedrängt zu werden, in der sie ihren Patienten hassen muss, stellt eine Bedrohung für sie dar. Sie durchbricht ihr typisches Verhalten, ihre Arbeitsethik innerhalb und außerhalb der Arbeit, und betrügt sich selbst: weil sie obdachlose Menschen sonst immer verteidigt. **Beziehungen**: Für sie sind Beziehungen immer Liebesbeziehungen. Sie verachtet Prostituierte und Männer, die zu ihnen gehen. Sie glaubt an Beziehungen auf Augenhöhe, Sex mit Zustimmung und ist gegen geschlechtsbasierte Gewalt, die in der Politik nicht die notwendige Zuwendung bekommen – wie sie meint. **Selbstbild als Krankenschwester**: Sie sieht sich selbst als Unterstützerin der PatientInnen, sodass es ihr auch schon oft passiert ist, dass sie PatientInnen in kleineren, persönlichen Angelegenheiten geholfen hat. Sie war jedoch nie mit einem so offenen, sexistischen Anliegen konfrontiert, und sie konnte sich nicht entscheiden, ob der Mann sie provozieren wollte oder nicht. Für sie war es so, dass der Mann sie als Gesundheitspersonal und gleichzeitig auch als Frau missachtete.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negatives Bild: alle Vorurteile, die es bei obdachlosen Menschen gibt, scheinen sich in diesem Moment zu bestätigen. Die empfindet überhaupt kein Mitgefühl mehr mit dem Mann.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**
Männliches Selbstbild: Ein junger Mann, der ein Bein verloren hat, versucht, sein Selbstbild eines Mannes aufrecht zu erhalten. Nachdem er jahrelang am Rande der

Gesellschaft gelebt hat und wenig sozialen Kontakt hat, ist der Umgang mit Emotionen schwierig.

Sexualität: Sex ist für ihn vielleicht eine körperliche Notwenigkeit, wofür er eine Frau braucht, die sich aber nicht notwendigerweise involvieren muss. Er hat vielleicht früher schon Kontakt zu Prostituierten gehabt oder Beziehungen zu anderen Frauen, die Sex auch nur als körperliche Notwendigkeit betrachten.

Gewalt: Verbale Gewalt hat womöglich nichts mit körperlicher Gewalt gegen Frauen zu tun, es bedeutet aber auch nicht das Gegenteil. „Ficken" ist vielleicht einfach ein Wort, mit dem er einseitigen Sex ausdrückt – die einzige Art, die ihm jetzt in seinem Zustand zusteht (als obdachloser und behinderter Mann).

Bild von Krankenschwestern: Krankenschwestern sind für ihn mitfühlende Personen, die sich um sein Wohlbefinden sorgen und seine körperlichen Bedürfnisse erfüllen, d.h. er erwartet sich auch in diesem Anliegen Hilfe.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Einrichtungen, die mit Menschen am Rande der Gesellschaft arbeiten, stehen oft vor der Herausforderung, ihre Tätigkeiten zu begrenzen: die medizinisch-körperlichen Anliegen und sie sozialen Anliegen zu bearbeiten. Mit den PatientInnen in solchen Einrichtungen funktioniert eine solche Trennung von Anliegen womöglich nicht, da ihre soziale Benachteiligung und ihr schlechter Gesundheitszustand zusammenhängen.
Anstatt Energie daran zu verschwenden, die Kompetenzgrenzen für das Personal aufrechtzuerhalten, wäre es vielleicht besser in diesem Fall, in interdisziplinären Teams zu arbeiten und SozialarbeiterInnen und PsychologInnen hinzuzuziehen.
Personal, das mit ausgegrenzten Menschen am Rande der Gesellschaft arbeitet, fühlt sich auch oft selbst ausgegrenzt. Es gibt einen hohen Bedarf danach, sie zu stützen und zu stärken – auch strukturell – und ihre Arbeit (finanziell) anzuerkennen sowie ihnen regelmäßig Supervision zu ermöglichen.

5.33 AUFSTAND IN DER NOTAUFNAHME

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Krankenhaus *Familie* *Kindererziehung* *Migration* *Medizinische Versorgung*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Sanitäterin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich bringe eine arabische Frau mit abdominellen Schmerzen in die Notaufnahme. Ich frage nach einer weiblichen Ärztin und Pflegerin für die Untersuchung, weil wir erfahren haben, dass eine arabische Frau nicht von einem männlichen Arzt untersucht werden kann. Dennoch kann ich den Ehemann der Frau nicht davon überzeugen, mit dem kleinen Sohn draußen zu warten. Er ist circa 3 Jahre alt. Sie sind im Untersuchungszimmer geblieben. Der kleine Bub ist überall herumgelaufen. Die Mutter hat nicht versucht, ihn aufzuhalten. Wir haben sie gebeten, ihn festzuhalten und ihn wenigstens an einem Platz zu halten, damit wir unsere Arbeit machen können. Sie hat irgendwas zu ihm gesagt, aber es hat sich nichts geändert. Wir haben dann versucht, mit dem Vater zu argumentieren, dass sein Sohn vielleicht traumatisiert wird, wenn wir seine Mutter mit einer Nadel stechen und wir vielleicht Probleme haben, wenn er unabsichtlich ihre Hand bewegt. Der Mann tat, als würde er nichts hören. Wir hätten den Sicherheitsdienst rufen können, aber das hätte lange gedauert und weil viele Patienten draußen gewartet haben, wollten wir keine Szene machen. Wir wollten einfach nur, dass die Situation aufhört, es hat uns viel Kraft gekostet. Wir hätten die Behandlung verweigern können bzw. ihnen drohen können, dass wir ihr keine Schmerzmittel verabreichen, solange sie sich nicht auf einen kleinen Kompromiss einlassen, aber irgendwie hatten wir nicht die Kraft, dieses Spiel zu spielen. Wir wollten nur so schnell wie möglich fertigwerden.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**

Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Sanitäterin: weiblich, Mitte 40, langjährige Arbeitserfahrung, Matura, am Land geboren, lebt mit ihrem Mann und ihren 3 Kindern in Budapest, Ungarisch ist ihre Muttersprache, Grundkenntnisse in Englisch **Ehemann der Patientin**: männlich, Mitte 30, arabischer Abstammung aus dem Iran (Persisch), gut gekleidet, spricht Arabisch und wenig Englisch, sonst keine Informationen vorliegen Es handelt sich um eine rein berufliche Situation, eine Untersuchung. Die Patientin ist nur in ihrer Rolle als Patientin sichtbar. Sie und ihr Mann wirken „anders“, aber wir wissen nichts über die außer, dass sie Perser sind. Es gibt wenige Gemeinsamkeiten zwischen der Sanitäterin und dem Ehemann.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall geschieht in einem Behandlungsraum – ein Raum, der dem Personal sehr vertraut ist, aber für die Patientin und ihren Mann fremd. Die Patientin sitzt, der Mann steht (es gibt keine weiteren Sitzgelegenheiten im Raum). Im Raum befinden sich eine weibliche Ärztin, eine weibliche Krankenpflegerin, eine weibliche Sanitäterin und die Familie.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Frustration, Irritation, „was für ein schlechtes Benehmen“, sie stören nur die Behandlung; das ist respektlos gegenüber dem Personal, ein Mangel an Autoritätsgefühl, es gibt keine Lösung – daher „Lasst uns das so schnell wie möglich beenden.“

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Untersuchungs- und Behandlungsraum: Dafür gibt es spezielle Räume – die Behandlungsräume – was als professioneller Ort bezeichnet werden kann, an dem nur PatientInnen und klinisches Personal zugelassen ist. Vor allem handelt es sich nicht um einen Raum, in dem Kinder spielen. Die professionelle Arbeit, die dort verrichtet wird, erfordert Präzision und Ruhe. Untersuchungen sind außerdem private und individuelle Angelegenheiten, niemand sonst erhält Zugang zu diesem Raum. **PatientInnen**: Von PatientInnen wird erwartet, dass sie ihre soziale Identität zu Hause lassen. Ihre Familie ist in dieser Situation genauso uninteressant wie etwa das Sexualleben des Arztes. **Arabische Kulturen**: Von arabischen Kulturen erwartet man, dass Frauen unterdrückt werden und ihre Freiheit eingeschränkt ist. Die fehlende Reaktion des Mannes auf das Kind

könnte als Provokation aufgefasst werden, als Ausdruck von Arroganz und Respektlosigkeit dem Personal gegenüber.

Das Kind: eine Lärmbelästigung, ein Hindernis, das man aus dem Weg räumen muss

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
negativ

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Familie: Die Familie ist die einfachste soziale Einheit; die Frau kann in dieser Stresssituation nicht alleine gelassen werden, das würde bedeuten, sie im Stich zu lassen, ihr Unterstützung zu untersagen, und das wäre erbärmlich. **Krankheit als Teil des Lebens**: Das Kind müsste nicht dabei sein, aber sonst könnte niemand auf das Kind achten. Dass das Kind dabei ist, stört die Familie nicht, weil Krankheit ein Teil des Lebens ist, so wie eine Geburt oder der Tod. Kinder sind Teil der Familie und nehmen an diesen Lebensereignissen teil. **Die Situation**: Er achtet auf das Kind, er versteht nicht, warum das Personal ihm nicht vertraut. Er wird immer nervöser, weil er die zunehmende Verachtung ihm gegenüber spürt. Vielleicht denkt er, es liegt daran, dass er Ausländer ist.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Das Personal war auf eine weibliche, orientalische Patientin vorbereitet, aber nicht auf zusätzliche Störfaktoren. Eine Situation muss eigentlich jedes Mal neu beurteilt werden. Wenn ein Gesichtsverlust bevorsteht, dann gelingt es Menschen weniger gut, kreative Lösungen für Probleme zu finden. Professionalität bedeutet auch, solche Gesichtsverluste zu vermeiden, hier beim Ehemann. Man könnte noch ein zweites Mal versuchen zu klären, ob der Mann die Kommunikation überhaupt versteht. Regeln, die nicht gebrochen werden dürfen, müssen ganz klar an alle im Raum kommuniziert werden.

5.34 MUTTERMALENTFERNUNG

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Geschlecht, Kommunikation, Macht, Körper, Sexualität

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patientin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich war 27 Jahre alt, als ich wegen der Entfernung eines Muttermals im Gesicht mit einer Lokalanästhesie ins Krankenhaus ging. Der Arzt war ein Mann kurz vor der Pension. Zuerst hat er mich gebeten, mich vollständig auszuziehen und mich auf den OP-Tisch zu legen. Er hat mich nicht zugedeckt. Ich lag da während sie die Operation vorbereitet haben. Während der Operation hat er mich gefragt, ob ich irgendwelche Schmerzen spürte. Ich sagte, nein. Dann fragte er, ob ich schon ein Kind bekommen hatte. Ich sagte, ja. Er antwortete, dass ich in diesem Fall ja schon andere Narben hätte und die sicherlich schlimmer wären als die jetzige. Er kicherte. Als wir fertig waren, hat er noch ein paar Mal auf meinen Oberschenkel geklopft und mich gelobt, dass ich so ein “braves Mädchen” gewesen sei. Ich bin durch das alles durch ohne ein Wort zu sagen, ohne Widerstand zu leisten, ich habe kaum verstanden, was er gemacht hat. Es war extrem demütigend. Der Chirurg war aber keineswegs verlegen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Patientin: weiblich, 35 Jahre alt, Studentin an der Universität, unverheiratet, lebt mit ihrem Partner zusammen, nicht religiös, die Familie ist aber religiös, in Budapest geboren, Großstadtmensch. **Arzt:** männlich, Ende 60, seit mehr als 25 Jahren praktizierender Arzt, keine weiteren Informationen erhältlich; Die beiden unterscheiden sich nach Geschlecht und Alter. Die ungleiche Arzt-Patienten-Kommunikation beherrscht ihr Verhältnis in dieser Situation, vor allem das Verhältnis von altem-männlichen Arzt zu junger-weiblicher Patientin.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Geschichte fand in einer privaten Klinik statt, in der es formale Regeln gibt – einerseits für den Arzt-Patienten-Kontakt und andererseits ungeschriebene, implizite Regeln. PatientInnen kämpfen in der Regel um Termine und „gute Ärzte“ und sind somit in einer abhängigen Situation, abgesehen von der Persönlichkeit des Arztes. Im ehemaligen Osten waren sexistische Witze oder Verhalten nicht unbedingt Tabus des Krankenhausalltages, daher ist anzunehmen, dass dieser eher ältere Arzt noch einiges aus dem alten System in sich trägt – kombiniert mit dem Prestige ein Privatarzt zu sein. Der medizinische Behandlungsraum lässt anscheinend auch Ausnahmen zum typischen Verhalten und zur typischen Kommunikation zu.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Patientin fühlte sich gedemütigt, in einer Situation, in der sie ihren Körper nicht kontrollieren kann. Sie fühlt sich hilflos und ausgeliefert. Ihr Körper ist nicht bedeckt, d.h. sie schämt sich wegen ihrer Nacktheit und weil sie keinen Weg findet, sich zu verteidigen.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Die Patientin schätzt eine Arzt-Patienten-Kommunikation auf Augenhöhe und gegenseitigen Respekt. Sie ist sich aber dessen bewusst, dass das mehr ein Ideal als ein tatsächliches Verhalten darstellt. Ihre Nacktheit geht mit Scham einher. In medizinischem Raum gibt es gewisse Gründe, Tabus zu brechen, wenn es z.B. die Behandlungssituation erfordert. Sie denkt aber, dass in diesem Fall nicht ihr gesamter Körper nackt sein müsste. Daher wird für sie ein Tabu gebrochen. Über Genitalien zu sprechen überschreitet ebenfalls eine Tabugrenze. Sie erwartet medizinische Kommunikation, aber keine persönliche. Das Verhalten des Arztes empfindet sie als unhöflich und unprofessionell. Die Tatsache, dass er ein älterer Mann ist und sie eine jüngere Frau, macht die Situation kompliziert, weil seine Witze als sexistisches Verhalten interpretiert werden, die die Distanz zwischen ihnen vergrößert statt verringert. Sie fühlt sich als Objekt seiner Witze.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Die Patientin hat ein negatives Bild ihres Arztes und nimmt ihn als sexistisch und pervers wahr und dass es sie mehr oder weniger absichtlich demütigt. Sie weiß, dass er schon lange Arzt ist, kennt ihn aber sonst nicht. Sein Verhalten entspricht den Stereotypen eines alten, männlichen Arztes.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**

Die Chancen stehen gut, dass sexuell-anzügliche Witze Teil seiner lange zurückliegenden Sozialisation als Arzt in einem öffentlichen Krankenhaus in einem sozialistischem Regime sind und damit Teil seiner Routine.
Er kennt womöglich die negativen Reaktionen darauf bereits, manche empfinden das vielleicht als Normalität, aber vielleicht hat sich bisher niemand beschwert.
Er möchte vielleicht aber bewusst von dem Eingriff ablenken und führt daher mit den PatientInnen Small-Talk. Er empfindet seine Kommunikation ev. als freundlich und möchte damit die Unmenschlichkeit in einem medizinisch-sterilen Raum durchbrechen.
Womöglich ist die Situation für ihn bewusst oder unbewusst ein kleiner Flirt.
Nacktheit bedeutet für ihn nicht dasselbe wie für einen Laien. Er ist damit vertraut. Sie nicht zuzudecken ist vielleicht etwas Freiwilliges, um ihre Schönheit zu sehen – im Gegenzug dafür, dass er den ganzen Tag nur kranke und alte Körper sieht. Vielleicht ist es für ihn aber auch überhaupt nicht wichtig.
Er nimmt die demütigende und hierarchie-verstärkende Wirkung seiner Kommunikation gar nicht war, für ihn ist diese Art, zu reden, normal.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Die Kommunikation mit PatientInnen betrifft viele ÄrztInnen nicht, es ist kein Thema für sie, vor allem nicht für die ältere Generation an ÄrztInnen, die in einem sozialistischen Regime groß geworden sind. Das beinhaltet die verbale und non-verbale Kommunikation. Es ist schwierig, gewohnte Routinen zu unterbrechen und daher von Bedeutung, Kommunikation in der Fort- und Weiterbildung von ÄrztInnen zu unterrichten. Kommunikation ist dabei nicht nur ein Produkt von individueller Kommunikation der Einzelperson, sondern auch Teil der beruflichen und institutionellen Kommunikationskultur. Jüngere, in dieser Hinsicht ausgebildete ÄrztInnen können viel bewirken, wenn sie die Kommunikationskultur positiv beeinflussen. So kann die Gesprächskultur nach und nach verändert werden, was in diesem Fall hilfreich gewesen wäre.

5.35 UNVERANTWORTLICHE ELTERN

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Kommunikation, Kindererziehung, Roma und Sinti

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Sanitäter

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
In einer kleinen Stadt in der Nähe von Budapest hat ein circa 2-jähriges Kind irgendeine Art von ätzender Flüssigkeit getrunken. Die Rettung wurde gerufen. Das Haus befand sich in einem Außenbezirk von Budapest, eine Ruine. Überall waren viele Erwachsene. Das Kind hat friedlich gespielt. Wir fragten die Eltern – eine Roma Mutter, ein ungarischer Vater, der gerade von der Arbeit nach Hause gekommen war – was los war. Sie waren unverantwortlich, sie hätten das Kind beschützen sollen, das mit 2 Jahren noch kaum gehen konnte. Wir nahmen es ins Krankenhaus mit. Bevor wir weggefahren sind, war es meine Aufgabe, mit den Eltern zu sprechen, die Ursachen für den Unfall zu erfragen, mit der Mutter zu sprechen – eine junge Frau, die wie eine 18-Jährige aussah, selbst noch ein Kind.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Sanitäter: männlich, Mitte 30, Mittelschicht, lebt in Budapest, 10 Jahre Berufserfahrung, unverheiratet, keine Kinder **Mutter:** ca. 18 Jahre alt, Roma und Sinti, lebt mit einem Partner zusammen, der nicht zu den Roma und Sinti gehört, sowie der erweiterten Familie, 1 Kind, leben in einer Kleinstadt in einem Außenbezirk, offiziell arbeitslos, sichtbare Armut, keine Informationen darüber, ob ihr Mann arbeitet. Der Sanitäter ist ein Mann und doppelt so alt wie die Mutter des Kindes, er ist Mitglied der Mehrheitsgesellschaft und in seiner Rolle als verantwortungsvoller Helfer dort. Er wird mit der jungen, nicht verantwortungsvollen Mutter konfrontiert. In der Situation selbst treffen

die beiden ProtagonistInnen kaum aufeinander, weil das Kind friedlich spielt, als die Rettung eintrifft. Es entsteht also Distanz zwischen ihnen, nicht nur beruflich, sondern auch sozial und in der Hierarchie. Allerdings findet die Situation bei ihr zu Hause in dem ihr vertrauten Raum statt.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Situation findet bei der Familie zu Hause statt, wo die Rettung als Eindringling erscheint (obwohl sie alarmiert wurde). Die Sanitäter stellen Fragen, untersuchen das Kind und erkunden den Ort. Das Kind scheint unverletzt zu sein, wird aber zur Sicherheit mit ins Krankenhaus genommen. Der Vater fährt mit. Die Mutter bleibt zu Hause, wird aber vor der Abfahrt der Rettung zurechtgewiesen, weil die – als der Unfall geschah – mit dem Kind alleine war. Sie wurde gefragt, was geschehen war und antwortete, dass sie dem Kind Wasser zu trinken geben wollte und die Familie gebeten hatte, die Rettung zu rufen. Der Vater traf zur selben Zeit zu Hause ein wie die Rettung.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Mitleid, Verachtung, Irritation Frustration, dass die Mutter nicht zu verstehen scheint, was er sagt. Überraschung, dass niemand aufgeregt ist, nicht einmal das Kind.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Kindererziehung: Ein Kind sollte aus der Sicht des Sanitäters immer beschützt und behütet werden, weil es verletzlich ist und die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass es sich in Schwierigkeiten bringt. Eine sorgende Mutter würde das wissen und ihr Kind adäquat beobachten. Ein Teil des Schutzes ist es, das Zuhause so zu gestalten, dass sich das Kind nicht durch gefährliche Materialien oder Substanzen verletzt. **Ein Zuhause**: Sein Bild eines Zuhauses ist ordentlich und aufgeräumt. Diese Ordnung stellt die Kompetenzen einer Hausfrau und Mutter unter Beweis. Ein Zuhause in Ruinen, Schutt und Asche, deutet auf das Gegenteil hin: Unordnung. **Elternschaft**: Elternschaft sollte in einem Alter geschehen (sicher nicht vor der Volljährigkeit), in dem beide Elternteile Verantwortung für das Kind übernehmen können. Kinder vor diesem Alter zu haben und in einer sozial schwachen Situation, ist ein Zeichen von Unverantwortlichkeit. Die Eltern erscheinen dem Sanitäter dadurch unverantwortlich. **Familie**: Die Familie besteht in seiner Normalvorstellung aus Vater, Mutter, Kind. Die Verantwortung für die Kindererziehung wird zwischen den Eltern geteilt. Andere sind dafür primär nicht zuständig. **Weitere Gefahr vermeiden**: Das Kind befindet sich immer noch in Gefahr, auch wenn es keine Anzeichen für eine Verätzung gibt. Zur Sicherheit muss das Kind mit ins Krankenhaus.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ, er will sie bevormunden und zurechtweisen.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Eine Familie besteht aus mehreren Personen und die Älteren haben Autorität über die Jüngeren. Die Verantwortung für die Kindererziehung wird zwischen den Erwachsenen verteilt. **Elternschaft**: Das Kind ist beschützt, weil es sich im Kreise der Familie aufhält. Zusätzlicher Schutz ist nicht erforderlich. **Die Situation**: Das Kind befand sich kurz in Gefahr, das ist es jetzt nicht mehr, weil es keine Anzeichen für Verletzungen gibt. Die Rettung ist daher unnötigerweise gerufen worden und die Sanitäter machen eine Mücke zum Elefanten. **Bild der anderen**: Der Sanitäter verhält sich arrogant, belehrt sie und tut so, als wäre die Mutter an dem Unfall schuld. (Die Ablehnung von Autoritäten generell und im Gesundheitssystem bedeutet, dass ihre Hilfe ohnehin nicht angenommen wird.)

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Die beiden ProtagonistInnen erleben sich als radikal fremd. In solchen Situationen kann der Sanitäter die Initiative ergreifen, um diese Lücke zu schließen. Es könnte helfen, der jungen Mutter zu sagen, dass sie eine gute Mutter ist, und damit einen Gesichtsverlust vermeiden. Denn schließlich hat die Mutter die Rettung gerufen, d.h. sie hat Verantwortungsbewusstsein gezeigt. Diese Tatsache könnte im Gespräch anerkannt werden. Der Sanitäter erteilt ihr keine berufsbezogenen, medizinischen Ratschläge, sondern moralisch (Sie sind eine schlechte Mutter, ich sage Ihnen jetzt, wie es besser geht.). Um nicht in diese Falle zu tappen, braucht es Selbstreflexion und wiederholte Versuche, nicht einen solchen moralischen Ton mit PatientInnen anzuschlagen. In einer Notsituation ist es wichtig, mit den relevanten Personen zu sprechen. Durch den individuellen Blick auf die junge Mutter geraten andere für die Kindererziehung relevante Personen aus der erweiterten Familie in der konkreten Situation in den Hintergrund. Der eigene blinde Fleck – die Vorstellung einer Normalfamilie mit Vater, Mutter, Kind – geben dem erweiterten Familienmodell, das in ärmeren Familien sowie am Land gang und gebe ist, keinen Platz.

Weitere Handlungsempfehlungen könnten in Richtung Infrastruktur im Haus gehen und der Mutter aufzeigen, wie sie ihr Kind in Zukunft vor Unfällen schützen kann, anstatt sie zu „bestrafen“, dass sie eine schlechte Mutter ist.

5.36 C WIE C

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Vorurteile *Minderheiten* *Kommunikation*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Ärztin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Mein Ruf wurde einmal angeprangert. Es ging um Patienten, die künstliche Nieren haben. Auf dem Material für die Dialyse ist jeweils ein großes C. Das steht für Hepatitis C. Die Krankheit ist sehr ansteckend und wir beschriften alles, damit sich die anderen Patienten nicht versehentlich infizieren, wenn wir einen Patienten mit Hepatitis C behandeln. Wir hatten einen Zigeuner als Patienten (im Ungarischen "Cigány") und er hatte Hepatitis C und daher wurde er an eine Maschine angehängt, die mit einem großen C beschriftet war. Stellen Sie sich vor, der Patient hat sich beschwert, dass ich ihn diskriminiere, weil auf der Maschine ein großes C stand.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Ärztin: weiblich, Mitte 40, verheiratet, 2 Kinder, in Székesfehérvár geboren, lebt in Budapest und Székesfehérvár, abgeschlossenes Universitätsstudium, 10 Jahre Berufserfahrung im selben Krankenhaus, Ungarin mit armenischen Vorfahren, fühlt sich aber keine Minderheit zugehörig, ihr Mann ist Universitätsprofessor. Patient: männlich, Mitte 50, Roma und Sinti

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in einem Krankenhaus auf der Dialysestation. Die PatientInnen sind normalerweise etwas gestresst wegen der bevorstehenden Behandlung.

Die PatientInnen halten sich in einem Raum mit anderen auf, nur sein Material ist mit C markiert, was ihn im Vergleich zu den anderen PatientInnen besonders kennzeichnet.

Weiterer Kontext: Der Unterschied zwischen der Mehrheitsgesellschaft und der Roma-Minderheit ist groß. Der Fall geschah nach einer Serie von sogenannten Roma-Mordfällen. Der Unterschied wird zunehmend größer und Roma und Sinti sind offizieller Diskriminierung ausgesetzt.

3. **Emotionale Reaktion**

Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?

- Schockiert, weil der Konflikt völlig überraschend auftaucht.
- Gefühl der Ungerechtigkeit, ohne Grund attackiert zu werden.
- Irritation weil der Vorwurf irrational ist.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

Behandlung: Die Ärztin hat keine anderen Absichten, als dem Patienten die adäquate medizinische Behandlung zukommen zu lassen. Dialyse ist für sie Routine. Der Buchstabe C hat eine eindeutige Bedeutung und einen praktischen Wert: er wart vor Ansteckung. Der Buchstabe C informiert das Personal, aber nicht die PatientInnen. Für sie ist es nicht notwendig, seine Bedeutung zu verstehen.

Roma und Sinti: Sie ist sich der zweideutigen Bedeutung des Buchstabens C nicht bewusst, weil sie gar nicht an den größeren Kontext der Roma und Sinti denkt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Sie kennt den Patienten nicht gut.
Nach dem Vorfall ist sie verletzt, sie hat ein irrationales und aggressives Bild von ihm.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

Die Dialyse bedeutet für den Patienten Demütigung und körperliche Unannehmlichkeiten. Er sitzt mitten unter nicht-Roma PatientInnen und nicht-Roma Personal. Er erwartet Diskriminierung oder Rassismus von seiner Umgebung. Für ihn bedeutet das große C nichts außer Zigeuner, was nicht so weithergeholt ist, da es in anderen Kontexten diese Bedeutung hat. Es gibt zum Beispiel auch den Radiosender C.
Als Roma-Patient behandelt zu werden, bedeutet für ihn eine schlechtere Behandlung zu bekommen als andere PatientInnen, oder sogar absichtlicher Vernachlässigung ausgesetzt zu sein. Er erwartet das Schlimmste.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**

Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?
Im weiteren Sinne führt institutionalisierter und verallgemeinernder Rassismus gegen Minderheiten zu einer hohen Vulnerabilität dieser Personengruppen. Gerade solche Personen können vom Personal absichtlich und vorbeugend geschützt werden, ihre Identitäten können bewahrt und potentielle Konflikte vermieden werden.

5.37 HÜHNEREINTOPF FÜR OMA

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Familie, Individualität, Essen, medizinischer Raum, Roma und Sinti

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenpflegerin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Eine Roma Familie belegt ein Erste Klasse Zimmer. Die Oma, eine Frau Mitte 40, ist die Patientin. Die ganze Familie hat sich in dem kleinen Zimmer niedergelassen. Die Anzahl der zugelassenen Besucher war: 2. Es war unmöglich, mit ihnen darüber zu reden. Ich fragte immer wieder, aber sie wollten das nicht akzeptieren. Die Oma war wegen einer Gallenoperation da. Am Vorabend der Operation durfte sie nichts essen, aber wir hatten Zweifel, ob sie sich an diese Regel halten würde. Die Familie hat alle Arten von Essen mitgebracht. „Lasst sie essen, nur einen Bissen, ” sagten sie zum Beispiel bei einem Hühnereintopf mit Paprika. Am Tag der Operation hat die Familie beim Stationsstützpunkt eine Szene gemacht. „Sie soll operiert werden, nehmt sie sofort mit und gebt ihr ihre Medikamente.“ Vorher ist es auch schon passiert, dass sie mein Wort in Frage gestellt haben und mir unterstellt haben, dass ich ihr ein Laxativ statt ihrer üblichen Medikamente gegeben hätte. Die Oma war die zweite auf der OP-Liste an dem Tag. Aber sie haben für das Zimmer bezahlt und den Arzt auch und wollten, dass die Oma die beste Behandlung bekommt, und zwar sofort. „Warum müssen wir ständig warten?“ Nach der Operation: Die Oma ist ja so krank und ich vernachlässige sie, weil ich bei anderen Patienten bin und nicht einmal Zeit mit ihr verbringe. Das ist ein erste Klasse Zimmer, aber ich bin keine erste Klasse Schwester. Ich habe so viele Patienten betreut, wie alle anderen Schwestern auch. Was noch dazukommt, die Oma will nur schlafen und ist ganz friedlich. Die Familie stört sie nur mit ihrer Anwesenheit und es wird noch verschlimmert, weil sie sich nicht ausruhen kann. Sie atmen ihr noch den Sauerstoff weg. Sie kolonialisieren das Bett und essen ihr Mittagessen direkt neben der frisch operierten Patientin.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche

Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Krankenpflegerin: junge Frau, von Rumänien nach Ungarn gezogen, erste Berufserfahrung Die Roma Familie: 10-15 Familienmitglieder der Patientin, die Mitte 40 ist, Frauen und Männer aller Altersstufen, sonst keine Informationen vorhanden Die Krankenpflegerin ist in einer hierarchisch übergeordneten Position und repräsentiert das System und das Krankenhaus. Sie steht auch für Ungarn, obwohl sie selbst immigriert ist und damit einer rumänischen Minderheit in Ungarn angehört. Durch die unklaren Hierarchien und Machtkonstruktionen versuchen alle Beteiligten, die Kontrolle zu erlangen. Alle sind sich aber einig, dass es der Patientin gut gehen soll.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Situation findet in einem Krankenhaus mit formalen Regeln statt. Es gibt die Möglichkeit, ein Erste Klasse Zimmer zu bezahlen, jedoch ist mit dem Zimmer keine Sonderbehandlung verbunden. Zwischen Roma und Nicht-Roma könnte man eine grundsätzliche Skepsis und Feindseligkeit ausmachen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Panik, weil sie für die Behandlung verantwortlich ist und das Gefühl hat, das ist wegen dem Verhalten der Familie nicht möglich. Sie ist betrübt, weil das Verhalten der Familie gegen die Regeln ist. Sie ist frustriert, weil sie als Expertin in Frage gestellt wird. Sie fühlt sich ohnmächtig, wütend, besorgt und entnervt, weil die Familie einfach nicht beeinflussbar ist. Sie fühlt sich gedemütigt und bedroht, sie beschweren sich sogar bei ihrem Vorgesetzten. Sie fühlt sich der ganzen Sache nicht gewachsen, obwohl sie es gerne wäre.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Die Regeln des Krankenhauses sind rational: Sie konzentrieren sich auf die Interessen der PatientInnen. Als Angestellte weiß sie, was für die PatientInnen gut und was schlecht ist. Sie weiß außerdem, dass Angehörige oft die Regeln brechen. Das ist eben nur wieder so ein Fall. Die Familie verstößt gegen die Regeln und das ist auch schlecht für die Oma. **Definition der Situation**: Es ist eine Konfliktsituation. Gründe dafür sind die geforderte Sonderbehandlung der Familie, weil sie ja dafür bezahlen – aber es gibt keine Sonderbehandlung, abgesehen vom Erste Klasse Zimmer.

Die riesige Roma Familie entspricht den Erwartungen: Sie sind viele, sie sind laut und halten sich nicht an die Regeln, d.h. eine Bedrohung. Sie entsprechen dem Verhalten der „neuen Reichen“, sie glauben, sie erwerben jedes Recht, wenn sie dafür bezahlen.

In dieser Konfliktsituation gibt es mehrere Möglichkeiten: entweder sie gewinnt oder die Familie gewinnt (dass beide gewinnen, ist unwahrscheinlich). Sie muss gewinnen, weil sie das Krankenhaus als System vertritt und die Verantwortung für die Patientin trägt.

Gesundheit-Krankheit: Krankheit befindet sich im Körper der Patientin. Deshalb muss sie sich einer Behandlung unterziehen. Dafür ist Ruhe und eine gewisse Sterilität notwendig (nicht nur körperlich, sondern auch sozial). Aber die Angehörigen atmen ihr sprichwörtlich die Luft weg.
Die Familie stellt das Personal vor Herausforderungen.

Gallenoperation: Routineeingriff, nichts Ernstes, wenn keine Komplikationen auftreten. Das Verhalten der Familie führt zu Komplikationen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Eher negativ, obwohl sie anerkennt, dass die Familie für die Oma sorgt.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**
Jede Erkrankung, die in ein Krankenhausbett führt, kann womöglich zum Tod führen. Die Oma befindet sich in einer fremden, gefährlichen Umgebung. Die Familie wappnet sich bereits im Vorhinein gegen Diskriminierung und Unannehmlichkeiten und nimmt sich ein Erste Klasse Zimmer, damit sie die verdiente Behandlung erfahren. Die Erwartung, diskriminiert zu werden, bleibt aber aufrecht, und als sie denken, dass sie schlecht behandelt werden, erkennen sie nicht, dass sie eine Sonderbehandlung möchten. Sie sehen Sonderbehandlung und Aufmerksamkeit als selbstverständlich an. Krankheit durchbricht für sie ihre Ordnung, ihre soziale und körperliche Ordnung. Die ganze Familie nimmt daran teil diese Ordnung wiederherzustellen: sie wissen ja, was für die Oma gut ist. Essen ist gesund, Hühnereintopf ist vielleicht ihr Lieblingsessen, sie beweisen damit ihre Liebe zu ihr. Definition der Situation: Konflikt: Oma befindet sich in Lebensgefahr und bekommt nicht die Behandlung, die sie braucht und verdient. Sie wird nur widerwillig vom Personal behandelt.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**

Es ist eine Konfliktsituation, ein Wettbewerb zwischen der Familie und dem Personal, obwohl sie dieselben Ziele verfolgen. Oft gibt es in solchen Situationen dann Diskussionen über die Regeln, anstatt nach einem kleinsten gemeinsamen Nenner zu suchen. In diesem Fall ist dieser leicht zu identifizieren, aber schwierig zu kommunizieren. Eine Familie als Großgruppe ist keine Gruppe, mit der Personal normalerweise effizient kommunizieren würde. Von Anfang an ist es ein Teil des Problems, dass sie als Masse wahrgenommen werden – als Gruppe, nicht als Person. Im Krankenhaus repräsentiert die Familie eine reiche, kollektivistische Kultur in einem armseligen, individualistischen System.
Diese Distanz kann durch das Abändern der Kommunikation verändert werden, z.B. indem die Hand der Oma genommen wird und man der Familie deutlich zeigt, dass sie in guten Händen ist. Weiters muss ein/e Sprecher/in in der Familie identifiziert werden, der für alle sprechen darf.

5.38 BEHAARTER PATIENT

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Körper *Geschlecht* *Reinheit/Sauberkeit* *Medizinische Versorgung*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Famulantin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich war gerade Famulantin in der Dermatologie und da gab es einen Patienten, an den ich mich sehr gut erinnere. Er war Ausländer, Mitte 30, klein, und er sah wohlhabend aus. Er kam zur Erstuntersuchung. Er war verwirrt und hat den Ablauf kaum verstanden. Nach meiner Anweisung, sich auszuziehen, hat er sich ausgezogen, betrat den Raum aber erst, als ein männlicher Arzt anwesend war. Seine lange Unterwäsche war nicht „europäisch“ und sein Verhalten auch nicht. Seine Körperhygiene war auch nicht normal. Er war bei einer Prostituierten gewesen und sein behaarter Körper war voller Läuse. Seine und unsere Erwartungen waren wirklich unterschiedlich. Sein Verhalten während der Behandlung war für uns (Arzt, Pflegekraft, Famulantin) unverständlich.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Famulantin: weiblich, Ungarische Staatsbürgerin, Anfang 20, lebt in Budapest, untere Mittelschicht, christliche Religion, spricht Ungarisch und Englisch Patient: männlich, Mitte 30, Migrationshintergrund, ursprünglich aus Syrien, arabische Muttersprache, keine Informationen zu seinem Beruf oder seiner Religion Die sozialen Identitäten der beiden ProtagonistInnen sind unterschiedlich und schaffen Distanz zwischen ihnen. Die implizite Hierarchie zwischen ihnen könnte Spannungen

erzeugen, die Famulantin ist in einer dominanten Position. Zusätzlich ist der Patient wegen seines Migrationshintergrunds zusätzlich hierarchisch benachteiligt. Wenn er sich aber als wohnhabender Araber versteht, dann spürt er den Klassenunterschied hier umso mehr.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Situation fand in einem Behandlungsraum des Krankenhauses statt. Zu Beginn ist er alleine mit einer Krankenschwester, dann ruft sie den Arzt hinzu. Es gibt einen separaten Bereich, mit einem Vorhang abgetrennt, hinter dem sich PatientInnen umziehen können. Zuerst befindet sich der Patient hinter dem Vorhang, er verlangt nach einem männlichen Arzt, aber die Famulantin bittet ihn immer wieder, hervorzukommen. Sie ist wütend, dass er nicht kooperiert. Der Fall ereignete sich vor der Flüchtlingskrise 2015, doch auch schon davor war die Ungarische Öffentlichkeit nicht besonders migrantenfreundlich.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Erster Gedanke: der ist nicht normal. Schockiert, ekelerregend, wütend, unsicher, frustriert.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Gesundheitssystem, berufliche Rollen: Der Patient sollte mithelfen. Jeder verdient dieselbe Behandlung und es gibt auch keine Sonderbehandlung. Die Sprache sollte Ungarisch sein. Der Patient sollte den Ablauf der Untersuchung kennen und mithelfen. **Die Situation:** Es handelt sich um eine berufliche Situation, sie hat wenig Berufserfahrung und muss sich den Erwartungen des Arztes anpassen. Sie nimmt den Behandlungsablauf für Allgemeinwissen an – jeder sollte sich damit auskennen. Wenn sich ein Patient nicht an den Ablauf hält, dann ist das ein bewusster Widerstand (d.h. nicht respektvoll, nicht kooperatives Verhalten). **Körper, Scham:** Das wäre eine Routineuntersuchung, wenn der Mann nicht Probleme machen würde. Scham beim Ausziehen von Kleidung ist keine Sache, mit der sich medizinisches Personal beschäftigt. **Geschlechterrollen:** Sie schreibt dem Patienten muslimische Religion zu, d.h. auch negative Rollenerwartungen an Frauen. Sie erwartet vielleicht wenig Respekt, weil sie eine Frau ist. **Körperbehaarung:** Dichte Körperbehaarung erinnert an Tiere, die Läuse tragen zu diesem Bild bei. Eine Prostituierte aufzusuchen ist moralisch eine Schande, etwas Unreines. Sie denkt vielleicht, dass die Läuse eine Art Bestrafung dafür sind (und er sie verdient). **Sauberkeit**: Ihr Bild von ihm ist ein unsauberes, das sie auch so beschreibt: „Seine Unterwäsche war nicht „europäisch“. Seine Körperhygiene war auch nicht normal.“ Äquivalente wären: skurril, primitiv, schmutzig, unzivilisiert.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Sehr negativ, unrealistisch

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Kontext: Es handelt sich um eine Ausnahmesituation – ein Problem, das gelöst werden muss, auch wenn persönliche Grenzen überschritten werden. **Situation:** Gefühl von Unsicherheit, kein klarer Ablauf für die Behandlung. **Erwartungen:** Ein männlicher Arzt ist für so einen Fall die einzig kompetente Ansprechperson. Mit dem Ausziehen vor einer Frau ist Scham verbunden. Die Läuse zu zeigen bedeutet auch Scham. Über eine Prostituierte zu sprechen bedeutet noch mehr Scham. **Die Famulantin:** Die Famulantin repräsentiert die Einrichtung, die Normen des Gastlandes, sie ist in einer Hierarchieposition. Eine junge Frau, die noch in Ausbildung ist, ist sicherlich nicht kompetent genug. Dass sie verlangt, dass er sich auszieht und hinter dem Vorhang hervorkommt, ist respektlos. Er kommt heraus, als der männliche Arzt da ist (= kooperatives Verhalten). Seine lange Unterhose ist vielleicht ein Schutz gegen die Läuse.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Wir sind versucht, unsere Schlüsse aus nicht-kooperativem Verhalten zu ziehen und die Verhaltensweisen des Anderen zu kategorisieren. Wenn er nicht genau das macht, was wir verlangen, ist er nicht kooperativ. Wir schreiben Kleidung auch kulturelle Werte zu: dass er lange Unterhosen trägt, hat mit seiner Kultur zu tun. Vielleicht stimmt das gar nicht. Eine medizinische Untersuchung muss nicht notwendigerweise Empathie für menschliche Reaktionen ausschließen, wie z.B. Schüchternheit, Unsicherheit oder Scham. Wenn die Regeln gedehnt werden können und trotzdem das Ziel erreicht werden kann, könnte das zum Nutzen aller geschehen. KollegInnen um Hilfe zu bitten, ist keine Schande, sondern eine Notwendigkeit und eine Ressource. Dem Patienten Fragen zu stellen, anstelle von Anweisungen, hilft womöglich, diese schwierige Situation zu durchbrechen.

5.39 UNDANKBARER, OBDACHLOSER PATIENT

Organisation, die den Fall erhoben hat: Artemisszió, eine private Organisation in Ungarn, die interkulturelle Pädagogik und Trainings durchführt
Erhebungsdatum: März 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
soziale Unterschiede, Vorurteile, unterdrückte Identität, medizinischer Raum, Obdachlosigkeit

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Ärztin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Es war Februar. Ein obdachloser Patient, Mitte 50, ließ sich von mir behandeln. Er hatte ein durch Wundbrand verursachtes Geschwür am Unterschenkel, das von Würmern befallen war. Nach der regulären Behandlung mit Medikation, Vasodilator und Wundverbänden wurde er wieder gesund. Nach zwei Monaten wollte ich ihn entlassen, aber der Patient – statt mir für meine Arbeit zu danken – beleidigt mich, beschimpft mich und sagt, dass er jetzt endlich gehen muss.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Ärztin: weiblich, Anfang 30, lebt in Budapest in einer Eigentumswohnung, Muttersprache Ungarisch, Nationalität Ukrainisch, ist vor 3 Jahren nach Ungarn gekommen und hat ihren Mann geheiratet, der Mann ist Polizist, keine Kinder, das ist ihr erster Job in Ungarn. **Patient:** männlich, Ende 50, schlechter Allgemeinzustand, obdachlos seit mehr als 10 Jahren, lebt auf der Straße, schläft hin und wieder in Asyl- und Obdachlosenheimen, keine weiteren Informationen erhältlich, wurde vor 2 Monaten im Krankenhaus aufgenommen; Die beiden haben eine klar hierarchische Beziehung zueinander, jedoch verbindet beide, dass sie wissen, wie es sich anfühlt, eine Minderheit anzugehören.

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Geschichte spielt in einem Krankenhaus, das sich auf obdachlose Personen spezialisiert hat. Für das Personal ist es eine bewusste Entscheidung gewesen, mit Obdachlosen zu arbeiten und sie kennen diese Zielgruppe gut. Es ist nicht das erste Mal, dass die Ärztin von PatientInnen beleidigt wird, aber aus irgendeinem Grund geht es ihr diesmal nahe, vor allem, weil sie sich speziell bei diesem Patienten für eine gute Behandlung eingesetzt hat und ihn aufgrund des schlechtes Wetters länger im Krankenhaus behalten hat. Der Patient war schon vorher informiert worden, dass er jetzt bald entlassen werden würde, allerdings gab es in der Vergangenheit auch immer wieder kurzfristige Entlassungen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Bitterkeit Schock durch die Undankbarkeit des Patienten Gefühl, getäuscht worden zu sein Verzweiflung Wut Gefühl der Ohnmacht „ich kann ohnehin nichts für ihn tun“ – schlechtes Gewissen Unwohlsein

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Obdachlosigkeit: Sie glaubt, dass Obdachlosigkeit ein strukturelles Problem in der Gesellschaft ist und nicht, dass Obdachlose selbst verantwortlich für ihre Situation sind. Obdachlose verdienen Unterstützung und darum arbeitet sie mit ihnen. **Beruf der Ärztin**: Es ist ihr Beruf, Menschen zu helfen, egal, wie die Umstände auch sein mögen. Die Grenzen zwischen Sozialarbeit und Medizin sind ihr aber bewusst. Sie weiß, dass sie nach seiner Entlassung nicht mehr für ihn zuständig ist (aber andere Berufsgruppen, die auch im Krankenhaus tätig sind). **Definition der Situation**: Sie weiß, dass die Entlassung des Patienten bedeutet, dass er wieder auf der Straße landet. Er tut ihr leid, aber sie kann dann nichts mehr für ihn tun. **Selbst-Bild**: Sie ist als Person in verschiedenen sozialen Situationen empathisch und tut alles, was in ihrer Macht steht, und darüber hinaus. Sie erwartet keine Dankbarkeit für ihre Arbeit, aber würde es schön finden, wenn man sie als Helferin (und nicht als Feind) betrachtet. Ihr wird bewusst, dass sie zwar nicht wegen der Anerkennung arbeitet, aber es normal finden würde, wenn PatientInnen dankbar sind.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Gemischte Gefühle: wütend, undankbar, irrational, aggressiv UND Mitleid und Verständnis

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Zurück auf die Straße bedeutet für ihn, nach Hause zu gehen. Es war keine bewusste Entscheidung von ihm, auf der Straße zu leben, aber er hat sich daran gewöhnt. Allerdings ist es draußen kalt geworden und er hat sich im Krankenhaus daran gewöhnt, dass es drinnen warm und sicher ist. Er hat Angst. Das Krankenhaus war seine vorübergehende Heimat, es bietet Schutz, Pflege und Wärme. Die Ärztin ist die ihm im Moment nahestehendste Person, die auch bereit war, ihm zu helfen, und er hofft auf ihr Verständnis in dieser Situation. Definition der Situation: Die Entlassung bedeutet Betrug: Die Ärztin sollte wissen, dass ihn diese Entlassung in Gefahr bringt.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Einen helfenden Beruf auszuüben, ist nicht immer einfach. Zu geben bedeutet, den anderen in eine Abhängigkeitsposition zu bringen, und es ist eine Belohnung für das Selbstbewusstsein. In einem institutionellen Kontext wird diese Hierarchie oft von PatientInnen abgelehnt, die sich eben nicht in eine Abhängigkeitsposition bringen wollen. Ein Machtgefälle setzt die typischen Regeln, die in wechselseitigen Beziehungen gelten, hier außer Kraft: nicht beide müssen geben und nehmen. Im Gegenteil: das Personal muss stetig geben und bekommt vielleicht nie etwas zurück. Das muss verstärkt auch Inhalt von Fort- und Weiterbildungen sein, um Selbstschocks zu vermeiden. Dieser Fall unterstreicht auch die Wichtigkeit von Teamarbeit, vor allem interdisziplinäre Teamarbeit mit Sozialarbeit, Psychologie etc.

5.40 VORURTEILE BEIM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 10.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Schwangerschaft, Religion, Gynäkologie, Vorurteile, Kommunikation

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Dolmetscherin in einem italienischen Krankenhaus

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Eine Frau kam ins Krankenhaus, in dem ich als Dolmetscherin arbeitete. Sie hatte einen Termin für ein kurzes persönliches Gespräch bei mir, damit ich ein Patientenblatt für sie anlegen konnte, bevor sie zu der gynäkologischen Untersuchung gehen konnte, für die sie da war. Während des Gesprächs spürte ich sofort, dass sie unruhig und mit den Gedanken ganz woanders war. Sie erzählte mir, dass sie sich sorgte, weil sie keine Aufenthaltsgenehmigung hatte und schwanger war. Mir war nicht klar, ob die Patientin mit der Schwangerschaft fortfahren wollte oder nicht. Für gewöhnlich haben schwangere Patientinnen zwei Möglichkeiten: Zum einen kann man ihnen nach Absprache mit den Ärzten im Krankenhaus einen Schwangerschaftsabbruch anbieten. Die andere Möglichkeit ist, das Kind auszutragen – und das wäre mit einer aufrechten Aufenthaltsgenehmigung leichter. Das unsichere Verhalten des Mädchens und ihrer eigene Angabe im Gespräch, Muslimin zu sein, brachte mich zu der Schlussfolgerung, dass sie ihr Kind bekommen wollte. Deswegen versuchte ich, ihr so viele Informationen wie möglich zu geben, auch über die vom Staat finanzierten Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft. Die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs erwähnte ich so gut wie gar nicht. Erst während der gynäkologischen Untersuchung, bei der ich auch dabei war, äußerte die Patientin ihren Wunsch, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen. Ich war eine Sekunde lang völlig sprachlos, bis ich realisierte, dass ich mich von meinen Vorurteilen über muslimische Frauen hatte leiten lassen. Ich hatte das Verhalten der Patientin und ihre Aussagen falsch interpretiert und voreilige Schlüsse gezogen.

Nach der Untersuchung haben wir das Gespräch fortgesetzt und ich habe der Patientin die Methoden und Fristen für einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch erklärt.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Es sind 2 Frauen in die Situation involviert: Die **Erzählerin** ist eine italienische Frau, die als Dolmetscherin im Krankenhaus arbeitet, das viele MigrantInnen und Flüchtlinge behandelt. Eine ihrer Aufgaben besteht darin, die Patientenblätter anzulegen. Sie ist 25 Jahre alt, katholisch, offene Einstellung und Haltung gegenüber anderen; **Schwangere Frau**: muslimische Frau, 28 Jahre alt, Flüchtling aus den Maghrebstaaten / Nordafrika, ist erst seit Kurzem in Italien und spricht kein Italienisch, sie sieht westlich aus.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die zwei Frauen setzten sich hin, um das Patientenblatt auszufüllen. Das Gespräch fand in einem Raum neben dem Behandlungsraum statt, der nur dazu diente, das Patientenblatt auszufüllen. Sie waren alleine und die Tür war zu. Die Dolmetscherin versuchte, der Patientin konkrete Hilfe anzubieten, hat aber die Bedürfnisse der Patientin missverstanden. Bei ihrer Begegnung handelt es sich um ein Vorgespräch zur Untersuchung, wobei die Dolmetscherin vor der gynäkologischen Untersuchung ein Patientenblatt anlegt. Das Treffen der beiden Frauen, die in dem Fall aus zwei unterschiedlichen sozialen Gruppen kommen, führte wahrscheinlich auch im Kontext des hohen Ansturms an Flüchtlingen in diesem Zeitraum in Italien zu einem vorprogrammierten Missverständnis.

3. **EMOTIONALE REAKTION**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
„Mich überkam ein Gefühl der Verzweiflung und es war mir peinlich, dass ich die Bedürfnisse der Frau nicht verstand. Ich fühlte mich für einen Moment verloren, da ich erkannte, dass ich voreilige Schlüsse gezogen hatte und ihr Verhalten und das was sie gesagt hat, falsch interpretiert hatte. Der Job einer Dolmetscherin ist es ja, Kommunikationsbarrieren zu überwinden, aber in dem Fall war ich befangen, da ich nur das verstand, was ich verstehen wollte und nicht die richtigen Fragen stellte.“

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Hilfsbereitschaft und interkulturelles Verständnis: Die Dolmetscherin zeigt viel Hilfsbereitschaft. Sie wollte der Patientin alle möglichen Lösungen anbieten, damit sie mit der Schwangerschaft fortfahren kann. Sie hat versucht, auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Patientin einzugehen – auch unter Berücksichtigung der Aussagen der Patientin, dass ihr eine Aufenthaltsgenehmigung fehle

und über ihre Religion. Die berufliche Identität der Dolmetscherin ist darauf ausgelegt, einfühlsam anderen Menschen zu helfen.

Interkulturelle Kommunikation:
Die Kommunikation ist für DolmetscherInnen das wichtigste Werkzeug, um Menschen zu verstehen und ihnen entsprechende Lösungen anzubieten. In diesem Fall war es ein interkulturelles Missverständnis, das die Ausübung ihrer Tätigkeit beeinträchtigt hat.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Die Erzählerin hat bedauert, dass sie die Bedürfnisse der Frau nicht verstehen konnte. Das Bild, das sich dabei abzeichnet, ist ein negatives Bild von sich selbst, und nicht der anderen Frau. Das Bild der anderen Frau war eher neutral.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

1) Entscheidungsfreiheit und Möglichkeit, ihre Religion selbst zu deuten
Es liegt nahe, dass die Patientin ein weit gefasstes Verständnis ihrer Religion hatte, sich selbst zwar als Muslimin beschreibt, aber ihre Religion nicht streng ausübt. Viele Religionen stellen heute eher ein Kulturgut dar, mit dem man aufwächst, und das Ausmaß der Auseinandersetzung damit kann variieren. Jemand, der katholisch ist, kann zum Beispiel Weihnachten feiern oder in die Messe gehen, ohne besonders religiös zu sein.
Dass sie in dieser Situation ihre Entscheidungsfreiheit nutzte, könnte auch damit zusammenhängen, dass sie sich nicht mehr in ihrem gewohnten, familiären und religionsbezogenen Umfeld befindet und somit auch von diesen Verhaltensnormen „befreit" wurde**.**

2) Kritische Auseinandersetzung / Rationalität
Sie hat sich vielleicht schon kritisch damit auseinandergesetzt, dass sie in Italien kein familiäres Unterstützungssystem hat, mit dem sie das Kind großziehen könnte.

3) Entscheidung aus freien Stücken oder aus der Situation heraus
Als Flüchtling musste die Patientin ihre eigene Sicherheit berücksichtigen und über die Konsequenzen der Schwangerschaft nachdenken. Wir können daher davon ausgehen, dass sie die Konsequenzen, die eine Schwangerschaft mit sich bringt, sowie die Tatsache, dass sie sich alleine um das Kind kümmern muss, in ihrer Situation in Betracht gezogen hat. In diesem Sinne können wir nicht zu 100% sicher sein, dass die Entscheidung, die Schwangerschaft zu unterbrechen, wirklich eine Handlung im Sinne der Entscheidungsfreiheit gewesen ist, sondern dass sie sich gezwungen sah, diese Entscheidung in Anbetracht ihrer Situation zu treffen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Dieser Fall unterstreicht, dass man in der beruflichen Praxis leicht in Situation des Selbstschocks geraten kann. Die Dolmetscherin war sich ihrer eigenen Vorurteile gegenüber schwangeren Musliminnen gar nicht bewusst.

Die interkulturelle und fachliche Perspektive der Dolmetscherin – ihr Credo quasi - lautet „wir müssen verstehen“. Allerdings ist interkulturelles Verständnis nicht eine Frage des (Vor)Wissens über kulturelle oder religiöse Unterschiede, sondern die Fähigkeit, Fragen in einer verständnisvollen, nicht-hierarchischen und gleichberechtigten Rahmen zu stellen und damit Respekt für Vielfalt zu zeigen.

5.41 BEHANDLUNGSPAUSE

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 10.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Onkologie, Behandlung, Dringlichkeit

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Onkologin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ein Patient kam auf die onkologische Station des Krankenhauses. Er hatte Bauchspeicheldrüsenkrebs mit Metastasen und unterzog sich einer Chemotherapie. Er erzählte mir als erstes, dass er die letzten drei Tage lang Blut erbrochen hatte. Ich war etwas überrascht und fragte ihn, warum er nicht schon früher ins Krankenhaus kam. Er antwortete, dass er es nicht notwendig fand, gleich zu kommen, da er ohnehin einen bereits angesetzten Termin hatte – eben drei Tage nach dem ersten Auftreten der Symptome. Mir war völlig unverständlich, warum er sich keine Sorgen machte und das Krankenhaus nicht früher aufgesucht hatte. Schließlich handelt es sich bei Bluterbrechen in seinem Zustand um ein sehr ernstzunehmendes Symptom. Ich behandelte ihn und erfuhr einige Tage später, dass er wieder ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Ich war sowohl von den Worten, als auch von der Laissez-faire Haltung des Patienten geschockt. In meiner ersten Reaktion glaubte ich, der Patient wäre dumm und hätte keine Achtung vor sich selbst. Später fühlte ich mich wegen dieser ersten Reaktion schlecht und realisierte, dass das, was er tat, nachvollziehbar war. Ich fing an, die Handlungen des Patienten nachzuvollziehen. Ich erkannte, dass er von den endlosen medizinischen Behandlungen während seiner Krebserkrankung erschöpft war. Er schien das Bedürfnis zu haben, seine Erkrankung zumindest für einige Zeit zu verdrängen. Ich verstand, dass er nicht die ganze Zeit ins Krankenhaus gehen wollte, er hatte die Krankheit und die ständigen Behandlungen satt.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Es sind zwei Personen in den Vorfall involviert:

Die **Erzählerin** ist Onkologin und arbeitet in einem Krankenhaus in Neapel, Italien. Sie ist 28 Jahre alt und Ärztin, die sich auf Onkologie spezialisiert hat. Dadurch hat sie Erfahrung mit lebensbedrohlichen Krankheiten. Ihr ist Gesundheit sehr wichtig und sie übt ihren Job mit Leidenschaft aus.

Italienischer **Krebspatient**, der wegen eines Behandlungstermins ins Krankenhaus kommt. Er hat seit längerer Zeit Bauchspeicheldrüsenkrebs und wird mit Chemotherapie behandelt.

2. Setting und Kontext

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Der Vorfall ereignete sich in einem öffentlichen Krankenhaus in Neapel (Italien) auf der Onkologie.
Die beiden AkteurInnen unterscheiden sich in ihrer Vorstellung von der Dringlichkeit der Erkrankung und haben einen anderen Blickwinkel darauf: auf der einen Seite die Ärztin, die die Erkrankung aus einer medizinischen Sichtweise betrachtet und diese als eine Tatsache versteht, die behandelt werden muss. Auf der anderen Seite der Patient, der schon seit längerer Zeit an Krebs leidet und diesen als einen Zustand wahrnimmt, mit dem er leben muss, der aber seine tägliche Routine und seine Lebensumstände stört.

3. **Emotionale Reaktion**

Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?

Die Ärztin war von der nachlässigen Haltung des Patienten hinsichtlich seiner schwerwiegenden – lebensbedrohlichen – Erkrankung.

Die erste, emotionale Reaktion ist eine Mischung aus Verwunderung und leichter Empörung: ist der Patient dumm, dass er anscheinend die Schwere seiner Erkrankung nicht erkennen kann?
Die zweite, emotionale Reaktion ist eine Mischung aus Empathie und Mitgefühl: es ist verständlich, dass der Patient versucht, seine schwere Situation zu verdrängen, da er nur so mental und emotional überleben kann. Die ständigen Behandlungen, das Krankenhaus und Ärzte hat er satt.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

1) Berufliches Verantwortungsgefühl
Wie wir erfahren, hat die Ärztin hohe Ansprüche und Erwartungen an ihre Arbeit und ihre Fähigkeit, PatientInnen auf Basis ihrer professionellen Erfahrung zu behandeln. In gewisser Weise hält der Patient in diesem Fall die Ärztin davon ab, ihre beruflichen Ziele zu erreichen, da er erst zu einem so späten Zeitpunkt medizinische Hilfe aufsucht, sodass die Ärztin nicht mehr in der Lage ist, die Krankheit zu bekämpfen und nicht mehr genügend Zeit übrig bleibt, um den Patienten zu behandeln.
ÄrztInnen arbeiten mit Symptomen, sobald sie auftreten, und in diesem Fall erfolgte das erst sehr spät. Die Dringlichkeit, die die Ärztin dann spürt, als der Patient endlich zu ihr kommt, spiegelt sich im Patientenverhalten natürlich nicht wider.
Damit die Ärztin ihr berufliches Verantwortungsgefühl entsprechend ihren eigenen Vorstellungen wahrnehmen kann, hätte der Patient die Ärztin schon lange vor seinem Besuch im Krankenhaus auf seine Symptome aufmerksam machen müssen.
2) Respekt vor der körperlichen Integrität des Patienten

In diesem Fall ist der wichtigste Wert der Erzählerin, dass sie den Patienten eine professionelle Versorgung bietet. Der Wert zeigt sich aber auch im Respekt vor der körperlichen Integrität des Patienten und dem Recht, dass er selbst über seinen Körper entscheiden kann.
Der erste Wert wurde durch die Gleichgültigkeit des Patienten verletzt. Dadurch war es der Ärztin unmöglich, ihre Arbeit auf zufriedenstellende Weise auszuüben. Der zweite Wert wurde ebenso verletzt, da die Ärztin vom Patienten erwartet, dass er verantwortungsvoll mit der Erkrankung und dem Auftreten von Symptomen umgeht, indem er schnellstmöglich medizinische Hilfe aufsucht.
Doch bei nochmaliger Überlegung verstand die Ärztin die Sichtweise des Patienten: er war von den vielen Behandlungen völlig erschöpft und brauchte körperliche und seelische Ruhe. So erkannte die Ärztin, dass der Patient das Recht hat, über seinen eigenen Körper zu entscheiden. Er brauchte die vollständige Achtung und den Respekt der Ärztin vor seiner eigenen, körperlichen Integrität.

3) Timing und Dringlichkeit
Verbunden mit den bereits erwähnten Werten, treffen wir auch auf das Problem des Timings. Die Auffassung von Zeit und Dringlichkeit ist auf der Seite der Ärztin automatisch mit dem Ausmaß und der Schwere der Erkrankung und der körperlichen Symptome verbunden. Dies ist eine professionell-berufliche Sicht der Dinge, die auf das medizinische Wissen und den Verlauf von Krebserkrankungen bezogen ist. So erwartet die Ärztin auch, dass PatientInnen – insbesondere PatientInnen auf der Onkologie – einer ähnlichen Zeitauffassung und einem ähnlichen Gefühl der Dringlichkeit in Notfällen folgen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**

Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Die Ärztin hat widersprüchliche Wahrnehmungen und Bilder des Patienten:
Auf der einen Seite scheint der Patient unvorsichtig zu sein und ignoriert ernsthafte Anzeichen seiner Krebserkrankung. Die Reaktion des Patienten bzw. die fast nicht vorhandene Reaktion auf seine schwerwiegenden Symptome sind für die Ärztin unverständlich.
Auf der anderen Seite ist der Patient erwachsen, da er Verantwortung für sein eigenes Leben übernimmt und weiß, wie man mit einer solch schweren Erkrankung im Alltag umgeht. Nach nochmaliger Überlegung ändert sich das Bild der Ärztin über den Patienten und sie kann seine Handlungen nachvollziehen.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

1) Kontrollverlust

Der Patient ist womöglich von seiner Krankheit erschöpft und es scheint so, als ob seine Geduld und auch seine Hoffnung, nochmal gesund zu werden, am Ende wären. Man kann davon ausgehen, dass sein Alltagsleben für ihn Priorität hat und dass er trotz seiner schweren Krankheit versucht, jeden Tag zu genießen. Das wäre zumindest auch eine Erklärung, warum er seinen Krankenhausbesuch solange vor sich hingeschoben hat. Er

nimmt seine regelmäßigen, medizinischen Termine zwar wahr, vermeidet aber zusätzliche Krankenhaustermine und -aufenthalte. Aus medizinischer Sicht handelt er unverantwortlich, was seine Gesundheit betrifft. Aus menschlicher Sicht hingegen übernimmt er Verantwortung für sein Leben und seinen Tod.

Bedrohtes Selbstbild

Der Patient hat womöglich auch ein bedrohtes Selbstbild – nämlich das eines kranken Mannes. Der Patient braucht eventuell eine Pause davon und nutzt die Zeit, um als gesunder und fähiger Mann zu agieren.

2) Timing und Dringlichkeit

Gleichzeitig ist es auch möglich, dass der Patient sich der Schwere seiner Erkrankung gar nicht bewusst ist. Es kann auch sein, dass er davon ausgeht, dass es keinen Unterschied macht, wenn er auf den nächsten Krankhaustermin wartet, um dann seine neuen Symptome zu beschreiben. Seine Vorstellung von Zeit und Dringlichkeit in dieser Situation ist eine andere als die der Ärztin.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**

Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

In Fällen wie diesen ist es wichtig, über die verschiedenen Konzeptionen von Gesundheit, Zeit, möglicher Heilung, Dringlichkeit der Behandlung und körperliche Integrität zu sprechen – entweder aus fachlich-medizinischer Perspektive oder aus Laien- und PatientInnenperspektive. Dieser Vorfall stellt eine Situation dar, in der zwei Personen unterschiedlich auf bestimmte Symptome einer Krankheit reagiert haben und folglich eine unterschiedliche Vorstellung und Wahrnehmung von der Dringlichkeit der Behandlung haben.

Es ist in der Tat wahrscheinlich, dass ÄrztInnen ein ganz anderes oder umfassenderes Bild von der Gesundheit der PatientInnen selber haben als diese. So stellt sich in solchen Situationen auch die Frage der adäquaten Kommunikation, um auf verständliche Art über Bedrohungen und Konsequenzen zu sprechen – ohne dabei die Empathie und die Achtung vor der körperlichen Integrität der PatientInnen zu verlieren.

Es ist möglich, dass der Patient anders auf die Symptome reagiert hätte, wenn er sich der Schwere seiner Krankheit bewusst gewesen wäre, und sich möglichweise dem Verständnis seiner Fachärztin angeglichen hätte.

5.42 HANDSCHUHE

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 10.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Gynäkologie, Rassismus, Handschuhe, Hygiene, Diskriminierung

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Turnusarzt, Gynäkologe

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich absolvierte meinen Turnus in der gynäkologischen Abteilung in einem Krankenhaus im Zentrum von Palermo, das vom kulturellen und sozialen Hintergrund völlig gemischte Patienten behandelt. Ich arbeitete mit dem Chefarzt und zwei weiteren Assistenten zusammen; wir untersuchten eine Patientin mit Migrationshintergrund. Bevor der Arzt mit der Untersuchung begann, bat er die Patientin, ihre Harnblase zu entleeren. So sieht es das übliche Verfahren vor. Während die Patientin auf dem Klo war, lächelte der Arzt ironisch. Er zog seine Handschuhe an und meinte, dass er die bei der Untersuchung der Frau brauchen würde. Mir wurde bewusst, dass der Arzt die Handschuhe nur anzog, weil die Patientin eine Migrantin war. Es bestürzte und verärgerte mich, wie offen der Arzt diese Patientin diskriminierte. Außerdem ärgerte mich, dass sich eine Vertrauensperson wie der Chefarzt, sich zu einer solchen Geste hinreißen ließ. Als Turnusarzt weiß sogar ich, dass Handschuhe speziell bei gynäkologischen Untersuchungen immer getragen werden müssen, egal um welche Patientin es sich handelt und wo sie herkommen. Ich war erstaunt über die hygienischen Vorurteile des Chefarztes, dass italienische Patientinnen „sauberer“ seien als nicht-italienische. Ich dachte mir, dass solche Vorurteile, vor allem im medizinischen Bereich, gar nicht mehr auftreten. Medizinprodukte wie Handschuhe sollten immer getragen werden.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

In den Vorfall verwickelte Personen:
Der Erzähler ist 25 Jahre alt und Turnusarzt in der Gynäkologie. Er ist Italiener, aufgeschlossen und hält es für wichtig, die Hygienevorschriften in seinem Beruf zu respektieren.

Ein erfahrener italienischer Gynäkologe Mitte 50. Er arbeitet schon lange in dem Krankenhaus und hat bereits viele Frauen mit unterschiedlichem ethnischem, kulturellem, sozialem Hintergrund untersucht.

Zwei männliche Assistenzärzte.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in einem Krankenhaus im Zentrum von Palermo, das vom kulturellen und sozialen Hintergrund völlig gemischte Patienten behandelt. Der Vorfall spielte sich in der Abteilung für Gynäkologie ab. Der Erzähler absolvierte dort seinen Turnus und arbeitete mit einem Chefarzt und zwei anderen Assistenzärzten zusammen. Der Chefarzt führte die Untersuchung durch und gab der Patientin Anweisungen, während die anderen Ärzte, einschließlich des Erzählers aufgefordert wurden, nur zu beobachten. Die Patientin hatte gerade den Raum verlassen, als sich der Vorfall ereignete. Normalerweise sollte ein starker Zusammenhang zwischen den beteiligten Personen bestehen, da sie alle den gleichen kulturellen Hintergrund haben und im medizinischen Bereich arbeiten. Sie stammen alle aus Italien und sind aus der gleichen Stadt. Außerdem sind allen Mitarbeitern die Hygienevorschriften bekannt. Die Beziehung zwischen dem Erzähler und dem Chefarzt ist eine rein berufliche. Es besteht allerdings eine hierarchische Beziehung zwischen beiden, auf der einen Seite der erfahrene Chefarzt und auf der anderen Seite ein Turnusarzt.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler war verärgert und enttäuscht über das Verhalten des Chefarztes, der eigentlich sein berufliches Vorbild sein sollte. Der Erzähler war enttäuscht und erstaunt über die Vorurteile des Chefarztes, dass italienische Patientinnen angeblich „sauberer“ seien als nicht-italienische. Dieses Vorurteil bezüglich unterschiedlicher Hygienestandards bei Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund beunruhigte ihn. Der Grund für seine Aufregung war vor allem die stereotype Vorstellung des Chefarztes, dass alle Migrantinnen und ärmere Menschen schmutzig sind. Der Erzähler war entsetzt, dass solche Vorurteile noch immer existieren. In seinen Augen sollte so etwas eigentlich gar nicht mehr auftreten, schon gar nicht im medizinischen Bereich. Außerdem sollten Handschuhe bei medizinischen Untersuchungen immer verwendet werden.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Berufsethik Der Erzähler ist der Meinung, dass grundlegende Hygienevorschriften in der medizinischen Berufspraxis immer angewendet werden sollten. Handschuhe sollten in allen Situationen bei allen PatientInnen getragen werden, unabhängig von deren ethnischer Herkunft, Geschlecht, sprachlichen Fähigkeiten, sozio-ökonomischen oder soziokulturellem Hintergrund. Hygiene gehört zur Berufsethik. **2) Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle** Die medizinische Berufspraxis bietet allen Menschen Gesundheitsdienstleistungen an. Medizinische Fachkräfte sollen alle PatientInnen gleich behandeln und keine diskriminierenden Handlungen setzen, die einzelne PatientInnen oder Gruppen direkt oder indirekt ausschließen. Vorurteile bezüglich der Sauberkeit von PatientInnen sollten beiseite geräumt und alle PatientInnen gleich behandelt werden. Darüber hinaus wird der Erzähler sowohl aus persönlicher als auch aus menschlicher Sicht zurückgewiesen, da er selbst erlebt, wie vor seinen Augen grundlegende Menschenrechte verletzt werden. Menschen sollten alle, in jeder Situation, die gleiche Achtung erfahren. **3) Professionalität** Der Erzähler glaubt außerdem, dass der Chefarzt seine Position als Gynäkologe zum Vorteil ausnutzt, um eigene Interessen Frauen gegenüber zu verfolgen. Dies wiederum geht auch gegen die eigenen Ideale des Erzählers, der den ärztlichen Beruf als Dienstleistung für alle sieht und der nicht durch die persönlichen Vorlieben des Arztes verändert werden kann. Außerdem sollte der Chefarzt selbst berufsethische Standards vorgeben und somit als Vorbild für die jüngeren Ärzte fungieren, die sich dieser Arbeit zum ersten Mal widmen. Jedoch benimmt sich der Chefarzt alles andere als vorbildhaft.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Das Bild, das aus der Analyse hervorgeht: • Negativ • Abstoßend • Moralisch und berufsethisch fragwürdig

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
1) Sauberkeit und Ästhetik Das Verhalten des Chefarztes kann – wenn er den Gebrauch von Handschuhen mit der ethnisch-kulturellen Zugehörigkeit der Patientin rechtfertigt – mit einer allgemeinen Angst vor dem „Anderen" verbunden sein, in diesem Fall sogar mit einer Angst vor „dem Anderen, der Krankheiten mit sich bringt". Aus berufsethischer Perspektive sollte er über diesen Vorurteilen und diskriminierenden Verhaltensweisen stehen. Allerdings handelt er bei diesem Vorfall aus persönlichen

Überzeugungen, sowie auf Basis von Vorurteilen, die besagen dass Frauen aus anderen Kulturen schlechtere Hygienegewohnheiten und -standards haben, als italienische Frauen. Dieser normative Ansatz könnte seinen Ursprung in schlechten Erfahrungen des Arztes haben, z.B. schlechte Hygiene von früheren PatientInnen mit Migrationshintergrund. So verallgemeinert er seine Erfahrungen.
Hinzu kommt noch, dass gebürtige, italienische Frauen als außerordentlich gepflegt gelten und hohe Hygienestandards aufweisen, was allem Anschein nach, für den Chefarzt eine wichtige Rolle spielt. Er hat möglicherweise hohe ästhetische Ansprüche.
Dieser Vorfall impliziert also starke binäre Werte: Wahrnehmung von Sauberkeit / Nicht-Sauberkeit, Infektionsfreiheit / Infektionsgefahr, Gender-Anziehung / Genderabstoßung.

2) Machtverständnis und Übertreten der Regeln
Obwohl der Chefarzt sich der hygienischen Regeln bewusst ist, die insbesondere in seinem Beruf gelten, glaubt er, dass er die Regeln aufgrund seiner Berufserfahrung und auch seiner Position als Chefarzt selber festlegen kann. Es kann aber auch sein, dass er den jüngeren Ärzten zeigen wollte, dass er sich in seiner Position und nicht an die herkömmlichen Regeln halten muss. Somit stellen für ihn Selbstbewusstsein und Macht mehr Rechte und Privilegien dar, als für andere.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Der Chefarzt hatte seine Vorbildfunktion vor den anderen Ärzten und auch die Risiken seines Verhaltens nicht bedacht. Es stellt sich die Frage, wann und in welcher Form es unter ÄrztInnen möglich ist, höhergestellte andere Ärzte zu kritisieren oder zu hinterfragen. Welche institutionell verankerten Möglichkeiten gibt es dafür und wenn es keine gibt, wie können sie geschaffen werden? (Supervision etc.) Werte wie Achtung und professionelle Verantwortung wurden in diesem Vorfall stark verletzt.
Gerade im empfindlichen Tätigkeitsfeld in der Gynäkologie ist größere Sensibilität in Bezug auf Geschlecht, Sexualität und Respekt für die Hygiene sowie die Individualität der PatientInnen wichtig.
Vor allem in einer Situation, wo Turnusärzte von einem Chefarzt lernen, sind nicht nur professionelle Abläufe und Inhalte von großer Bedeutung, sondern auch die Haltung der Person. In diesem Fall hat die fast schon rassistische Haltung des einen Arztes ein starkes Unbehagen beim Erzähler ausgelöst, vor allem weil er sich dazu gezwungen sah, seine Bedenken während der Untersuchung geheim zu halten und nicht wusste, wie er diese Haltung hätte infrage stellen können.

5.43 GEWALTAUSBRUCH NACH TODESFALL

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 10.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Tod, Reaktion der Familie

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Turnusarzt

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich absolvierte meinen Turnus zusammen mit fünf weiteren Ärzten in einem Krankenhaus in der Stadt Catania in Sizilien. Ein paar Tage zuvor hatten wir mit einem älteren Mann zu tun, dessen Bein amputiert werden musste. An den darauffolgenden Tagen kam es zu Komplikationen, woraufhin der alte Mann starb. Als die Verwandten des Mannes im Krankenhaus auftauchten, nachdem sie die Nachricht über seinen Tod erhalten hatten, war ich von deren Reaktion sehr überrascht: Die Frau und die Tochter sowie die zwei Neffen betraten den Raum und fingen an, herumzuschreien und gaben uns, den Ärzten, die Schuld daran, dass der alte Mann verstorben war. Die zwei Neffen fingen an, die medizinischen Hilfsmittel und Geräte, die sich im Raum befanden, durch die Gegend zu schmeißen. Die Ärzte und ich versuchten, die Familie zu beruhigen, jedoch ohne Erfolg. Die Gewaltbereitschaft war dermaßen hoch, dass wir den Raum verlassen mussten. Ich fühlte mich sehr unwohl und ungerecht behandelt. Meine unmittelbare Reaktion daraufhin war die, dass ich mir gedacht habe, dass die Ärzte immer die Schuld bekommen, wenn etwas schief läuft und die Patienten nicht geheilt werden können und sterben – oder wenn der Arzt vielleicht einen Fehler begeht. Jedoch bekommen die Ärzte für ihre Betreuung der Patienten oder das Retten von Menschenleben nie die Anerkennung, die sie verdienen. Ich spürte, wie sich in mir eine starke, innere Wut auflud. Ich wollte darauf reagieren und den Neffen des alten Mannes erklären, was wirklich mit ihm passiert war. Jedoch musste ich mich zurückhalten und ich bin mir nicht einmal sicher, ob sie es überhaupt verstanden hätten.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche

Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Folgende Personen sind in den Vorfall involviert: Der Erzähler ist ein italienischer Turnusarzt der in einem Krankenhaus in der Stadt Catania, Sizilien, arbeitet. Er hat vor kurzem sein Medizinstudium abgeschlossen und ihm ist die Erfüllung seiner medizinischen Aufgaben und Pflichten sehr wichtig. Zur Zeit des Vorfalls ist er 26 Jahre alt und absolviert seinen Turnus in dem Krankenhaus. Catania ist die zweitgrößte Stadt in Sizilien und hat ca. 300.000 EinwohnerInnen. Außer ihm absolvieren noch fünf weitere Turnusärzte ihren Turnus im gleichen Krankenhaus. Eine italienische Familie, die einen ihrer Verwandten verloren hat. Bei dem Verwandten handelt es sich um einen alten Mann, der im Krankenhaus starb. Die Familienmitglieder: • Die Frau des alten Mannes. • Die Tochter des alten Mannes. • Die zwei Neffen des alten Mannes (20-25 Jahre alt) Der alte Mann und seine Familie gehören einer eher niedrigen sozialen Schicht an, haben keinen hohen Bildungsstand und eine eher ablehnende Haltung gegenüber Systemen und Behörden.

2. Setting und Kontext
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in einem öffentlichen Krankenhaus in Catania, Sizilien. An der Situation beteiligt waren Ärzte des Krankenhauses und Angehörige des Patienten. In der geschilderten Situation betreten die Frau und die Tochter des alten Mannes zusammen mit den zwei Neffen das Zimmer des alten Mannes. Die Familie betritt das Zimmer, nachdem ihnen mitgeteilt wurde, dass ihr Verwandter, gestorben war. Der Erzähler ist mit fünf weiteren Ärzten im Raum.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler hat sehr negative Gefühle gegenüber der Familie: • Starke Wut • Das Gefühl, dass sein Beruf als Arzt angegriffen wird • Das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden • Schuld am Tod einer anderen Person zu tragen Ich war erstaunt über die Reaktion der Angehörigen, nachdem sie über den Tod ihres Angehörigen informiert wurden […] Meine erste Reaktion war, dass immer die Ärzte die Schuld trifft, wenn etwas derart Schlimmes passiert und die Patienten nicht geheilt werden

können und sterben – oder wenn dem Arzt ein Fehler unterläuft. Ich fühlte, wie sich in mir eine innere Wut aufbaute. Ich wollte reagieren und den Neffen erklären, was eigentlich vorgefallen ist.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Gewalt als nicht gerechtfertigte Reaktion Der Erzähler lehnt körperliche Gewalt ab und glaubt, dass es in keiner Weise gerechtfertigt ist, gewalttätig zu reagieren, auch nicht in einer Situation der Trauer, wenn man einen nahen Verwandten verloren hat. Selbstkontrolle und Respekt für Fachärzte und Institutionen sind Werte, die in diesem Vorfall verletzt worden sind. Selbstkontrolle sollte gemäß dem Erzähler wenn möglich immer beibehalten werden. Darüber hinaus sollte das Inventar des Krankenhauses und die medizinischen Geräte mit Sorgfalt behandelt werden, da alle BürgerInnen mit ihren Steuerbeiträgen solche öffentlichen Institutionen mitfinanzieren. **2) Respekt für den hohen Berufsstatus** Der Arzt schätzt seinen eigenen Beruf sehr hoch ein und das nicht nur auf einer persönlichen Ebene, sondern auch auf sozialer Ebene, auf der die Ärzteschaft einen hohen sozialen Status genießt. Dies nicht zuletzt auch aufgrund der Tatsache, da Ärzte in der Lage sind, Menschenleben zu retten. Der Arzt ist daher der festen Überzeugung, dass jeder den nötigen Respekt gegenüber Ärzten aufbringen soll und den wichtigen Dienst, den sie anbieten, anzuerkennen, da sie sich mit sensiblen Angelegenheiten wie Gesundheit, Leben und Tod auseinandersetzen. Der Arzt ist daher aufgrund der Reaktionen der Familie des verstorbenen Mannes besorgt, da sie seine Kompetenzen und die seiner KollegInnen in Frage stellen. **3) Sicherheit** Auch der Wert der persönlichen Sicherheit ist durch das gewalttätige Verhalten der Familie in diesem Fall bedroht. Die Erfahrung war umso stärker, da der Vorfall im Umfeld des Arztes – dem Krankenhaus – stattfand, einem Ort wo er sich sonst sicher fühlt und er selbst zu den EntscheidungsträgerInnen zählt. Auf einmal befindet er sich außerhalb dieser üblichen Komfort- und Sicherheitszone.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Der Erzähler hat nichts Positives für die Familie übrig und ist entsetzt, empört und auch angewidert von ihrem unkontrollierten, unvernünftigen und primitiven Verhalten.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
1) Unzuverlässigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens Es könnte sein, dass die Familie des Patienten derart heftig reagierte, weil der Tod des Verwandten ihren Verdacht und ihre Vorurteile gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem, da sie als unzureichend, unzuverlässig und fremd empfinden, bestätige. Der Gedanke dabei könnte sein, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung, zu der sie mit

Steuern beitragen, nicht in der Lage ist, das Leben ihres Verwandten zu retten – und wenn man noch weiter geht, nicht in der Lage ist, das Leben einfacher Menschen zu retten.
Vielleicht werden die Angehörigen auch von der Vorstellung beeinflusst, dass, obwohl Ärzte in der gesellschaftlichen Hierarchie sehr weit oben stehen, sie jedoch nicht so hart arbeiten, wie die Menschen aus der Arbeiterklasse.
Des Weiteren liegt der Verdacht nahe, dass der öffentliche Sektor schlechtere Arbeit leistet als das private Wahlarztsystem. So könnte den Angehörigen in ihrer Trauer und ihrem Schmerz über den Verlust ihres Verwandten das Gefühl überkommen, dass dieser eventuell überlebt hätte, wenn sie sich eine private Krankenversorgung hätten leisten können. Sie wenden ihre Wut und Ohnmacht den öffentlichen Institutionen und dem System zu, in der sie keine Anerkennung und keinen hohen Status erfahren – wirtschaftlich, sozial und kulturell – und das trotz ihrer harten Arbeit und ihres Beitrags für die Gemeinschaft.

2) Freier Ausdruck von Gefühlen
Es könnte auch sein, dass es für die Familienmitglieder normal ist, ihre Wut in solchen Situationen auf eine etwas extremere Art auszudrücken, da sie das so gewohnt sind. Da sie nicht in der Lage sind, sich mit Worten auszudrücken, fühlen sie sich womöglich in der beschriebenen Situation noch machtloser.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Die Gewaltbereitschaft von Seiten von PatientInnen zeigt grundsätzlich einmal Handlungsbedarf auf, wenn sie auftritt. Allerdings kann man nicht grundsätzlich im Alltag mit einer erhöhten Gewaltbereitschaft rechnen. Der betroffene Arzt hat auf diese Weise erfahren, wie heftig Menschen beim Tod eines Verwandten reagieren können. Andere Ursachen für Gewaltbereitschaft können Stress, lange Wartezeiten, Alkohol- oder Drogenkonsum sein.
Gewaltbereitschaft kann von verbalen Beleidigungen, sexueller Gewalt bis zur Beschädigung des Inventars gehen. Viele Krankenhäuser haben Broschüren für MitarbeiterInnen entwickelt, um mit Gewaltausbrüchen umzugehen und bieten auch spezielle Deeskalationstrainings (z.B. mit der Polizei) an. In manchen Räumen gibt es auch spezielle Notfallknöpfe, mit denen Hilfe geholt werden kann.
Nicht alle Gewaltsituationen werden in Krankenhäusern auch offiziell gemeldet, d.h. die Dunkelziffer ist vermutlich hoch.

5.44 ICH WILL KEINE FRAUEN DABEI HABEN

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 10.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Urologie, Hierarchien, Geschlechtergerechtigkeit

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Urologin in Ausbildung

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Während meiner Zeit als Medizinstudentin arbeitete ich eine Weile in einem großen und belebten Krankenhaus in Palermo. Während dieses Praktikums in der Abteilung für Urologie assistierte ich einem Arzt in der urologischen und onkologischen Ambulanz. Als ich dem Arzt bei einer medizinischen Untersuchung eines älteren, männlichen Patienten assistieren sollte, weigerte dieser sich, die Untersuchung in meiner Anwesenheit fortzuführen. Der Patient sagte: „Ich will keine Frauen dabei haben.“ Die Situation hat mich verärgert, besonders deswegen weil er das nicht gesagt hatte, weil ich in Ausbildung war, sondern weil ich eine Frau war. Allerdings bestand der Arzt darauf, die medizinische Untersuchung in meiner Anwesenheit fortzuführen. Der Arzt machte dem Patienten unmissverständlich klar, dass seine Forderungen nicht akzeptiert werden würden und dass es keine Option sei, dass die weiblichen Mitarbeiterinnen den Raum verließen. Der Patient akzeptierte die Entscheidung des Arztes nur ungern und mir wurde dann erlaubt, den Patienten zu untersuchen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Bei der Erzählerin handelt es sich um eine italienische Medizinstudentin. Sie ist zum Zeitpunkt des Vorfalls 24 Jahre alt und absolviert ein Hochschulstudium. Sie ist Katholikin. Der Patient ist ein älterer italienischer Mann. Sein Bildungshintergrund ist niedrig. Außerdem waren zwei Pflegehelferinnen und ein Arzt, der in der urologischen Abteilung arbeitete, anwesend.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall fand in der urologischen und onkologischen Ambulanz eines sehr belebten Krankenhauses in Palermo statt. Im Krankenhaus war es hektisch, die Arbeitsatmosphäre war stressig. Trotz dieser Umstände nimmt sich das Personal die Zeit, um auf die Bedürfnisse der PatientInnen einzugehen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war verärgert, wütend und enttäuscht aufgrund des mangelnden Respekts der ihr und ihrer Kollegin entgegengebracht wurde. Dieser Vorfall beleuchtet die Zurückhaltung des Patienten bei der Behandlung durch eine Frau gut und zeigt seine sexistische Einstellung: der "Arzt" ist der Mann ist und die Frau ist nicht gleichberechtigt. Dies wurde auch dadurch bestätigt, dass der Patient, obwohl die Ärztin in Ausbildung genauso wie der Arzt gekleidet war wie der männliche Arzt (weißer Kittel) und er niemanden im Krankenhaus kannte, er ihn mit „Guten Morgen Herr Doktor" und sie mit „Guten Morgen meine Damen" begrüßte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Geschlechtergerechtigkeit In diesem Fall hat der Patient die Erzählerin und die anderen MitarbeiterInnen nicht direkt beleidigt. Jedoch hat er durch sein Verhalten *indirekt* eine gewisse Spannung erzeugt und wenig Feingefühl für die berufliche Rolle der Frauen innerhalb des Krankenhauses gezeigt. Die Erzählerin ist für die Gleichberechtigung von Frauen und Männern. Sie verabscheut Vorurteile, in denen Frauen als weniger qualifiziert wahrgenommen werden als Männer und wo Frauen durch vermeintlich natürliche Ursachen als minderwertig betrachtet werden und Arbeitsplätze mit weniger Verantwortung übernehmen. In diesem Moment merkte die Erzählerin, dass es in manchen beruflichen Bereichen noch immer ein Nachteil ist, eine Frau zu sein. Dies wurde hier fast symbolisch bestätigt, als der Patient nur den männlichen Arzt, als den einzigen Arzt im Raum und als die einzige Person der Ärzteschaft wahrnahm. Obwohl die Erzählerin und alle anderen weiblichen Fachkräfte genauso wie der Arzt gekleidet waren (weißer Kittel) und der Patient niemanden im Krankenhaus kannte, begrüßte er das Fachpersonal mit „Guten Morgen Herr Doktor, guten Morgen meine Damen". **2) Hilfsbereitschaft/Professionalität:** Die Erzählerin verhält sich während ihrer Arbeit professionell und erwartet von den PatientInnen einen gewissen Respekt für ihren Beruf. Sie glaubt an ihre Berufung, anderen zu helfen und möchte für diesen und ihre berufliche Haltung respektiert werden.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Aus der Analyse entsteht ein negatives Bild, da die Erzählerin von der Realität enttäuscht ist.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

Bedrohung der Autonomie

Der Patient könnte das Bedürfnis haben, seine Intimität zu bewahren, da es für ihn unangenehm sein könnte, sich vor vier Ärzten zu entblößen. Dabei spielt nicht nur die Nacktheit eine Rolle, sondern auch der Mangel an Kontrolle, während er untersucht wird.

Intimität und Geschlechterrollen

Der Patient möchte sein Recht auf Intimität wahren. Über die Ursache der Behandlung gibt es nur sehr wenige Hinweise, allerdings wissen wir, dass die Behandlung in der urologischen Ambulanz stattfand. Dadurch dass der Patient ein Mann ist und weibliche Ärztinnen im Raum sind, fühlt er sich womöglich unwohl. Wir fühlen uns normalerweise wohler und entspannten, wenn wir uns vor einer Person des gleichen Geschlechts ausziehen. Der Patient ist in diesem Fall nicht in der Lage die Frauen auch als Ärzte anzusehen; er sieht sie nur als Menschen des anderen Geschlechts.

Ärzteschaft und Geschlechterrollen

Es könnte auch sein, dass der Patient die Annahme vertritt, dass dieses spezifische Feld der Medizin (Urologie) nur von männlichen Ärzten ausgeführt werden soll. Er könnte davon überzeugt sein, dass nur Männer intimen männlichen Körperteile verstehen und dieser Beruf nicht von Frauen ausgeübt werden sollte, denn egal wieviel sie auch darüber lernen würden, würden sie den männlichen Körper nie verstehen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Bei der vorliegenden Situationen handelt es sich um ein kritisches Ereignis, da die Erzählerin eine negative Überraschung erleben musste. Sie wird Zeugin, wie männliche Ärzte gegenüber weiblichen Ärztinnen bevorzugt werden. Dies ist vor allem bei Männern der Fall, wenn es um deren Intimität geht. Gleichzeitig kann man festhalten, dass dies nicht auf die Intimität der Frauen zutrifft, denn der Beruf der Gynäkologie wird von einer Vielzahl von Männern ausgeübt.

Der Vorfall hebt noch ein anderes Thema hervor: Das Vertrauen in die Arzt-Patienten-Beziehung ist wichtig und in diesem Fall wurde das Vertrauen in den Arzt durch die Anwesenheit der weiblichen Ärztinnen im Untersuchungsraum gebrochen. Die Art und Weise, wie der Patient handelte, zeigte einen Mangel an Respekt für die weiblichen Ärztinnen und für den Beruf, da er nicht in der Lage war, über das Geschlecht hinwegzusehen.

5.45 VERANTWORTUNG DER ELTERN?

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 10.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Familie, medizinische Behandlung, Verantwortung

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Ärztin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Im Januar 2015 arbeitete ich im Nachtdienst einer Einrichtung in der Provinz Agrigent in Sizilien, als ein 20-Jähriger mit einer Kopfverletzung zu mir kam, der behandelt werden musste. Er erzählte mir, dass er einen epileptischen Anfall gehabt hatte und dabei zu Boden gegangen war und sich dabei den Kopf verletzt hatte. Während ich ihn behandelte, trank er aus einer Flasche Bier. Ich erkannte, dass die Wunde schlimmer war als ursprünglich angenommen und sagte ihm, dass er mit einem Krankenwagen in die Notaufnahme eines Krankenhauses fahren sollte. Er antwortete, dass er nicht ins Krankenhaus gehen wolle, sondern dass er lieber zurück in die Kneipe gehen und noch ein Bier trinken wolle. Ich beharrte darauf, dass er in die Notaufnahme gehen sollte, doch er wollte nicht. Dann schlug ich ihm vor, seine Familie anzurufen. Er antwortete, dass er kein Guthaben mehr auf seinem Telefon hätte. Also bot ich ihm an, seine Familie anzurufen. Ich sprach mit seinem Vater und erklärte ihm die Situation. Der Vater schimpfte mit mir, da ich ihn mitten in der Nacht geweckt hatte. Er sagte mir, dass sein Sohn ein erwachsener Mann sei, der seine Eltern nicht um Hilfe bitten müsse. Als Erwachsener sollte sein Sohn alleine in der Lage sein, mit einem Krankenwagen ins Krankenhaus zu fahren und außerdem sollte er nur aus freien Stücken hingehen. Als die Behandlung zu Ende war, unterzeichnete der junge Mann einen Revers, dass er sich weigere, in die Notaufnahmen zu fahren. Dann ging er.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Die Erzählerin ist Ärztin, die in einer Gesundheitseinrichtung (die außerhalb der Dienstzeiten geöffnet hat) in der Provinz Agrigent in Sizilien arbeitet. Sie ist erst vor kurzem Ärztin geworden. Sie ist Italienerin, 28 Jahre alt und heterosexuell.

Zwei Personen haben bei der Erzählerin einen Kulturschock ausgelöst:
Ein junger, italienischer Mann, 20 Jahre. Er kam wegen einer Kopfverletzung ins Krankenhaus.
Der Vater des jungen Mannes (die Mutter im Hintergrund).

Bei der Beziehung zwischen den Akteuren handelt es sich um eine Person, die einen Gesundheitsdienst anbietet und einer Person die das Recht hat, diesen Dienst zu nutzen.

2. Setting und Kontext

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Der Vorfall ereignete sich im Januar 2015 in einer Gesundheitseinrichtung (die außerhalb der Dienstzeiten geöffnet hat), eines Gesundheitszentrums, in der Provinz Agrigent in Sizilien, das eine Notfallambulanz war.
Zur Zeit des Vorfalls arbeitete die Erzählerin im Nachdienst, als ein junger Mann (20 Jahre alt) eintraf, um seinen Kopf medizinisch behandeln zu lassen.
Die Gesundheitseinrichtung wird von vielen Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund besucht. Zu diesem Zeitpunkt in der Nacht waren nur die Ärztin und der Patient anwesend. Die Ärztin, die erst vor kurzem promoviert hatte, ist hilfsbereit und der Patient, der Hilfe benötigen würde, leistet in dieser Hinsicht allerdings Widerstand.

3. **Emotionale Reaktion**

Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?

Die Erzählerin war schockiert und konnte nicht glauben, was gerade passiert war. Sie war fassungslos, dass Eltern so gleichgültig und sorglos ihrem Sohn gegenüber agierten, obwohl dieser in einer gefährlichen Situation war. Ich war vor allem von der Reaktion des Vaters schockiert, den das Ganze gar nicht zu interessieren schien.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

1) Familie:
Für die Ärztin hat die Familie einen wichtigen Wert und ist ein wichtiger Bezugspunkt in allen Aspekten des menschlichen und alltäglichen Lebens. Familienmitglieder sollten für einander da sein, sich gegenseitig unterstützen und sich in Notsituationen umeinander kümmern, wenn ein Familienmitglied Hilfe und Unterstützung braucht.

2) Elterliche Verantwortung:
Verbunden mit dem familiären Wert steht die Verantwortung als Grundwert aus der Perspektive der Ärztin hier auch auf dem Spiel. Aus ihrer Sicht sind die Eltern immer für das Wohlergehen ihrer Kinder verantwortlich, unabhängig vom Alter der Kinder.

3) Eigenverantwortung:
Der Wert der Eigenverantwortung wird in diesem Vorfall sehr deutlich. Aus der Sicht der Ärztin hat der junge Mann nur wenig Selbstachtung, da er gegenüber seiner Verletzung sehr unvorsichtig ist und während der Behandlung weiterhin sein Bier trinkt. Diese Haltung ist würdelos. In der Regel kann dies aber auch eine Möglichkeit sein, einen Mangel an Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu überspielen. So spielt der Mann

in den Augen der Ärztin mit seinem eigenen Leben und seine Gesundheit scheint ihm nichts wert zu sein. Dies wird auch durch die Sorglosigkeit des Vaters bestätigt und ist wahrscheinlich nichts Neues für den Sohn.

4) Gesundheit und körperliche Unversehrtheit:
In ihrer Position als Ärztin, aber auch als Mensch, ist die Gesundheit vor allen anderen Dingen zu schützen. Dies ist eng verknüpft mit der körperlichen Unversehrtheit, die von der Ärztin hoch geschätzt wird. Die Kopfwunde des Patienten sollte ihrer Ansicht nach umgehend behandelt werden. So kann sie die Haltung des Patienten nicht akzeptieren. Aus beruflicher Sicht ist eine Behandlung notwendig, um die Integrität des menschlichen Körpers zu bewahren. Sie selbst widmet dem menschlichen Körper ihr Leben und ihre Berufung.

Zusätzlich hat die Ärztin die Verantwortung, den Patienten nicht gehen zu lassen, solange ein gesundheitliches Risiko besteht. Dadurch dass der Patient ihren Rat nicht befolgt und sich ins Krankenhaus einliefern lässt, und auch durch die fehlende Verantwortung der Eltern, könnte ihre berufliche Identität bedroht sein.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Der Eindruck ist negativ – zum Teil wegen der Sorglosigkeit und Unverantwortlichkeit des jungen Mannes und zum Teil wegen der Unachtsamkeit, Gleichgültigkeit und der fehlenden Hilfe der Eltern.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
1) Rebellion, Einfallsreichtum und Autonomie Dadurch dass er keine weiteren Untersuchungen durchführen lässt und auch kein Interesse zeigt, seine Eltern um Hilfe zu bitten, zeigt er seine Unabhängigkeit und sein Recht, seine eigene Gesundheit, Krankheit und sein Leben zu kontrollieren. Es ist das klassische Bild des „wilden jungen Mannes", das bis in die 1950er zurückgeht und Bilder von rebellischen, jungen Männern zeigt, die im Widerspruch zu den etablierten gesellschaftlichen Normen stehen. In dieser Situation stellt die weibliche Ärztin das genaue Gegenbild dar. Diese Annahme wird durch die Tatsache unterstützt, dass er ins Krankenhaus ging und dies als eine Lösung für sein Bedürfnis nach medizinsicherer Aufmerksamkeit und als Zeichen seiner Autonomie bei der Lösung von Problemen gesehen werden kann. Seiner Ansicht nach besteht keine Notwendigkeit, seine Eltern in diese Situation zu involvieren, weil sie ihm sowieso nicht helfen können, da er sich bereits selbst geholfen hat, indem er ärztliche Hilfe aufgesucht hat. Eine andere Annahme wäre, dass der junge Mann es gewohnt ist, von seinen Eltern zurückgewiesen zu werden und er daraus gelernt hat, sich um sich selbst zu kümmern. Gleichzeitig könnte er die maskuline Kühle und Rauheit von seinem Vater übernommen haben. **2) Die Bedeutung der Gesundheit** Aus seiner Sicht ist Gesundheit kein Wert, der über anderen Werten stehen sollte. Hier könnte man auch die Annahme vertreten, dass die Tatsache, dass der junge Mann ein Krankenhaus

aufgesucht hat bereits, die für ihn bestmögliche Reaktion auf seine Situation war und dass ein weiteres Vorgehen aus seiner Sicht nicht mehr nötig ist, da die Ärzte von diesem Punkt an für seine Gesundheit sorgen.
Es könnte sein, dass der noch nie eine ernsthafte Verletzung hatte und noch nie mit der Verwundbarkeit seines Körpers konfrontiert war.

3) Einfluss von Alkohol
So wie die Erzählerin den Vorfall beschreibt, könnte man auch davon ausgehen, dass der junge Mann aufgrund des Alkoholkonsums leidet. Zu hohe Mengen an Alkohol können eine betäubende Wirkung auf den Körper haben. Der Patient könnte also ein geringeres Schmerzempfinden gehabt haben und seine Wunden weniger gespürt haben, als ohne Alkoholeinfluss.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

In diesem Fall kann man wenig unterstützende Familienwerte oder eine lose Familienstruktur erkennen. Der junge Mann ist vielleicht zu stolz, um auf Vorfälle, die es in der Vergangenheit mit seinen Eltern gab, zu reagieren.

In dieser Geschichte wird die Zwiespältigkeit des medizinischen Berufs sichtbar: einerseits übernimmt die Ärztin Verantwortung für ihren Patienten und andererseits ist er selbst für seine Gesundheit verantwortlich und kann sich selbst auf Revers entlassen. PatientInnen gehen zu lassen, bei denen noch ein Risiko besteht, ist schwierig, und stellt in diesem Fall einen Graubereich dar, da der Patient erst 20 Jahre alt ist. Daher versucht die Ärztin – weil ihre Verantwortung nicht greift – seine Eltern zu involvieren.

Die Rolle der ÄrztInnen beschränkt sich in solchen Fällen dann auf die Kommunikation der möglichen Risiken und Gefahren, wenn man eine Behandlung verweigert, und die bestmögliche Information der PatientInnen, die sich selbst entlassen, sodass sie trotz allem fundierte Entscheidungen treffen können.

5.46 SCHWANGERE FRAU IN LAMPEDUSA

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 14.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Flüchtlinge, Schwangerschaft, Diskriminierung, Versorgung

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Offizieller Dolmetscher für Flüchtlinge

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich war in Lampedusa, einer kleinen sizilianischen Insel im Mittelmeer, wo ich als Dolmetscher im örtlichen Flüchtlingszentrum arbeitete. Ich begleitete eine schwangere Frau zum Krankenhaus, da sie über Bauchschmerzen klagte. Als wir im Krankenhaus ankamen, musste die nigerianische Frau zunächst warten, da alle einheimischen Patienten vor ihr den Vortritt bekamen. Ich war schockiert darüber, dass Flüchtlinge immer als Letzte an die Reihe kommen, unabhängig von ihrem Zustand. Außerdem wollen die Flüchtlinge die Einheimischen auch nicht verärgern, da sie ja in Sizilien zu Gast waren. Es war fast surreal, von Flüchtlingen nur aufgrund ihrer Herkunft zu erwarten, dass sie für die Einheimischen Platz machen und sich ans Ende der Reihe stellen sollten. Sonst drohten Beschwerden von Einheimischen oder dass ihnen überhaupt Hilfe verweigert wird. Die schwangere Frau, die ich begleitete, hatte das Krankenhaus schon bei verschiedenen Anlässen ohne mich besucht. Für mich war es unbegreiflich, dass sie bereits von sich aus den Einwohnern aus Lampedusa einfach so den Vortritt gewährte. Auf der anderen Seite schockierte es mich genauso zu sehen, dass der akute Zustand der schwangeren Frau sie scheinbar gar nicht interessierte und es ihnen völlig egal war (die Tatsache dass sie schwanger war und Bauchschmerzen hatte). So litt sie stillschweigend vor sich hin. Die Schlange war nicht allzu lang, jedoch mussten wir jedem den Vortritt lassen, bevor wir ins Sprechzimmer gehen konnten. Ich habe versucht, das Verhalten der Menschen aus Lampedusa zu verstehen und versucht, mich in ihre Situation hineinzuversetzen. Ich verstand, dass sie in der Vergangenheit Schwierigkeiten gehabt hatten, einen Arzt zu sehen, da die Flüchtlinge mittlerweile einen Großteil der Behandlungszeiten bei den Ärzten einnahmen, da es

immer mehr wurden. Ich verstand, dass es für die Bewohner der Insel noch schwieriger sein musste, den Standpunkt der Flüchtlinge zu verstehen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Der Erzähler ist offizieller Dolmetscher in einem Flüchtlingszentrum in Lampedusa auf Sizilien (Italien). Er ist 29 Jahre alt, heterosexuell, liberal-demokratisch und katholisch. Er ist ein sehr aufgeschlossener Mensch und steht dem Konzept der Diversität sehr positiv gegenüber, vor allem wenn es um ethnische Unterschiede geht. Weitere AkteurInnen: EinwohnerInnen der Stadt Lampedusa. Sie sind unterschiedlich alt und höchstwahrscheinlich alle KatholikInnen. Eine junge, schwangere Frau aus Nigeria, 29 Jahre alt und mit einer guten Allgemeinbildung. Sie ist mit den medizinischen Abläufen und mit ihren gesundheitlichen Problemen vertraut. Außerdem kennt sie auch die informellen Regeln, etwa dass die EinwohnerInnen von Lampedusa immer den Vortritt in der Warteschlange haben und somit als erste medizinische Versorgung erhalten.

2. Setting und Kontext
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich, als der Erzähler die schwangere Frau in ein Krankenhaus in Lampedusa begleitete. Der Erzähler und die Frau stehen in keiner Verbindung zu den Einwohnern aus Lampedusa. In dieser Situation sind allerdings alle anwesenden Personen entweder selbst Patienten oder sie werden von jemandem begleitet. Die Stadt Lampedusa stellt hier einen besonderen Fall dar, da es in der Vergangenheit vor allem in den Krankenhäusern sehr emotional herging. Der Grund dafür ist, dass die Stadt in den letzten 10 Jahren eine hohe Anzahl an Flüchtlingen aufgenommen hat. Aus sozialpsychologischer Sicht handelt es sich bei den Personen in diesem Vorfall um eine frustrierte Flüchtlingsfrau, einen schockierten Dolmetscher und um EinwohnerInnen einer Insel, die es leid sind, dass ihre Heimat von dieser hohen Anzahl von Flüchtlingen überschwemmt wird. Durch das Zusammenleben der Einheimischen und den Flüchtlingen herrscht eine große Anspannung zwischen beiden Gruppen vor. Diese Anspannung wird vor allem in dem Krankenhaus sehr deutlich, da hier die Gesundheit der Menschen auf dem Spiel steht und sich deswegen niemand zurücknehmen möchte. So ist es unausweichlich, dass es zu solchen Vorfällen kommt. Auf jeden Fall sollte die Schwere der Krankheit darüber entscheiden, wer als erstes eine medizinische Behandlung erhält und nicht die Hautfarbe oder der kulturelle Hintergrund der PatientInnen.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?

Der Erzähler verspürte in der Situation ein gewisses Unbehagen, da er versuchte, die Situation aus der Perspektive der Frau zu sehen. Außerdem hatte er Angst, dass die Schmerzen der Frau aufgrund der langen Wartezeit immer schlimmer werden würden. Letztlich war der Erzähler verärgert und empört über die Hierarchie im Zugang zu medizinischer Versorgung im Krankenhaus zwischen den Einheimischen und den Flüchtlingen.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

1) Empathie und Perspektivenwechsel
Der Dolmetscher hat versucht, das Verhalten der Menschen aus Lampedusa zu verstehen und die Situation aus ihrer Perspektive zu betrachten. Er versteht, dass sie aufgrund der Vielzahl an Flüchtlingen und der medizinischen Struktur im Flüchtlingszentrum Schwierigkeiten haben, auf medizinische Versorgung zurückzugreifen. So müssen viele das örtliche Krankenhaus aufsuchen, um behandelt zu werden.
Auf der anderen Seite erwartet der Erzähler aber auch, dass die Menschen ein gewisses Maß an Empathie zeigen und Rücksicht auf eine schwangere Frau nehmen. Er erwartet, dass schwangere Frauen aufgrund ihrer speziellen Situation eine Sonderstellung einnimmt, und dass im Falle eines Notfalls schnell gehandelt wird.

2) Respekt für Diversität und Toleranz
Die Rolle des Dolmetschers konzentriert sich auf Respekt für Diversität und Toleranz. Durch seine Arbeit in Lampedusa und im Flüchtlingszentrum beschloss er, sich mit Flüchtlingen zu beschäftigen. Das Hauptziel dabei ist es, die Begegnungen zwischen den verschiedenen Kulturen zu verbessern und dabei so viel wie möglich von diesen Kulturen zu lernen. Dass er bei dieser Arbeit auf Schwierigkeiten treffen würde, war ihm klar, jedoch hat ihn dieser Vorfall, stark getroffen.
Der Frust sitzt umso tiefer, da es sein Wunsch war der Welt zu zeigen, dass die Menschen aus Lampedusa tolerant, fair und offen gegenüber Neuankömmlingen sind. So musste er mit Schrecken feststellen, dass sich die Realität sehr von seiner Wunschvorstellung unterscheidet.

3) Entwertung seiner Ideale
Der Dolmetscher musste während der Flüchtlingskrise in Lampedusa unter extremsten Bedingungen arbeiten und dies stellte ihn wahrscheinlich vor große Herausforderungen. Vor allem auch deshalb, weil er verstehen wollte, wie die Einheimischen auf die Bedürfnisse der Flüchtlinge reagieren. Ziel des Erzählers war es, Flüchtlingen in allen Lebenslagen zu helfen. Er war zuversichtlich, dass ein ehrliches Verhalten in solch prekären Situationen, jedoch stellte sich in Wirklichkeit das Gegenteil heraus und der Erzähler erlebte dadurch eine tiefe Enttäuschung und Entwertung seiner Ideale.

4) Menschenwürde
Die Schwere dieses Vorfalls bedroht auch die Menschenwürde. Die Würde des Menschen ist unantastbar und muss respektiert und geschützt werden. Sie ist nicht nur ein Grundrecht an sich, sondern bildet auch die Grundlage des Völkerrechts. Aus diesem Grund muss sie auch dann beachtet werden, wenn ein Recht in einer Notfallsituation eingeschränkt wird, so wie bei den Flüchtlingen in Lampedusa. Aus der Perspektive des Erzählers ist die Menschenwürde eines der wichtigsten Menschenrechte, denn daraus werden alle anderen Grundrechte abgeleitet. In diesem Fall wurden diese Rechte

untergraben. Für den Erzähler können informelle Werteregelungen jedoch keine Rechtfertigung für die Verletzung eines solchen Grundrechts sein.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Das Bild, das aus dieser Situation hervorgeht, ist negativ – vor allem da diese Vorgehensweise in der Warteschlange mittlerweile zur Routine geworden ist. Der Erzähler gibt den EinwohnerInnen und dem Krankenhaus die Schuld für dieses Problem.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
1) Bedrohung der ruhigen Lebens und des Tourismus Die EinwohnerInnen sind nicht erfreut über die hohe Anzahl an Flüchtlingen, da diese das Leben der Einheimischen durch ihre Anwesenheit stark beeinflussen. Vor allem die Tourismusbranche leidet unter den Flüchtlingsströmen, was von den EinwohnerInnen nur schwer zu akzeptieren ist. Aus deren Sicht sind vor allem Werte wie Identität, Gelassenheit und ruhige Lebensbedingungen durch die Anwesenheit der Flüchtlinge auf der Insel bedroht. **2) Sicherung der eigenen Versorgung** Das Verhalten der BewohnerInnen von Lampedusa und des Krankenhauspersonals zeigt, dass sie Regeln aufgestellt haben, um mit der Notsituation umzugehen und dabei ihre eigene Sicherheit voranstellen. Ihre eigene Versorgung muss gewährleistet bleiben, bevor sie anderen Hilfe anbieten. Dies ist ein gängiges Prinzip in Notsituationen – etwa in Flugzeugen, wenn die Sauerstoffmasken herunterfallen und zuerst selbst angelegt werden und danach bei anderen Hilfsbedürftigen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Das Krankenhaus als Institution steht im Mittelpunkt der Spannungen zwischen den BewohnerInnen der Insel und den Flüchtlingen. Das Problem ist, dass Notverordnungen und Notfallsituationen normalerweise bald enden, und dann wieder normale Regeln gelten. In diesem Fall geht die Krise bereits zu lange und hat daher negative Auswirkungen auf die Versorgung. Für NotfallpatientInnen sollte der rechtzeitige Zugang zu medizinischer Versorgung wieder hergestellt werden. Es ist inakzeptabel, dass Flüchtlinge wegen der Knappheit an Versorgungsleistungen im Flüchtlingszentrum länger auf die medizinische Versorgung warten müssen als die Einheimischen. Allerdings gibt es Methoden, wie Nummerierungen oder Kodierungen, wie PatientInnen in eine Behandlungsreihenfolge gebracht werden können, die unabhängig von ihrem Status erfolgen. Das interkulturelle Zusammenleben auf der Insel könnte auch schön sein und Möglichkeiten eröffnen. Die Geschichte deckt auch den allgemeinen Mangel an europäischer und internationaler Hilfe während der Flüchtlingskrise in Lampedusa und auch anderen Orten auf. Es handelt sich um ein systemisches Problem, das nicht von einer Einzelperson gelöst werden kann. Die Gefühlslage der BewohnerInnen bezieht sich nicht nur auf die Versorgungsfrage. Es

handelt sich in erster Linie um die Frage der Aufrechterhaltung angemessener Strukturen, um sicherzustellen, dass der Zugang zu medizinischer Behandlung gewährleistet bleibt.

5.47 RELIGION AN DEN DOCKS

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 06.12.2015

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Religion, Kleidung, Flüchtlinge, Freiwillige HelferInnen, Kommunikation

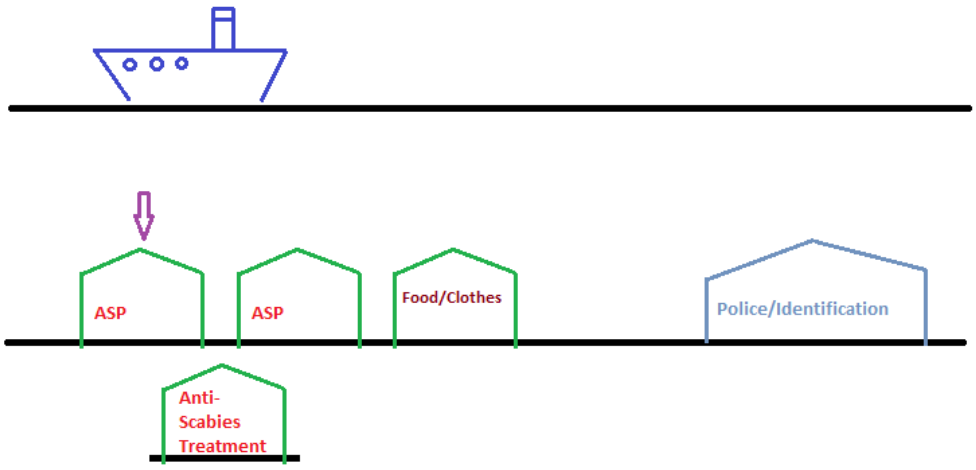
(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Dolmetscherin, die für das Rote Kreuz arbeitet.

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Während des Eintreffens von Flüchtlingen an den Docks im Hafen von Trapani in Italien – wo unter anderem auch medizinische Betreuung angeboten wird – kam eine der freiwilligen Helferinnen zu mir. Sie war sehr aufgebracht und beschwerte sich lautstark über ein somalisches Mädchen, das auch dabei war. Die freiwillige Helferin wollte, dass ich dem Mädchen mitteilte, dass sie keinen Aufstand darüber machen sollte, dass sie kein Kopftuch bekam, um ihre Haare zu bedecken, da sie damit nur den Ablauf an den Docks verlangsamte. Während ich mit beiden sprach und versuchte, die freiwillige Helferin zu beruhigen, schilderte sie die Geschehnisse: Das somalische Mädchen hatte eine Anti-Krätze Behandlung erhalten und neue Kleider bekommen, da die alten gewaschen wurden. Da sie keinen Ersatz für ihr Kopftuch bekommen hatte, den sie vor der Behandlung getragen hatte, hatte sie wieder ihr altes aufgesetzt. Diese Aktion hatte aber die Anti-Krätze Behandlung hinfällig gemacht und das Mädchen hatte damit den Unmut der freiwilligen Helferin auf sich gezogen. Der Frau war nicht bewusst, dass sie dem Mädchen hätte klar machen müssen, wie wichtig es ist, nach der Behandlung die Kleider zu wechseln, und ihr war auch nicht bewusst, dass das Kopftuch eine große Bedeutung für das Mädchen hatte. Ich versuchte, der freiwilligen Helferin zu erklären, wie wichtig dieses Kopftuch für das Mädchen sei und wie einfach man das Problem hätte lösen können. Sie jedoch schimpfte weiter mit dem Mädchen und fluchte auf Italienisch „Wie sind hier in Italien“ und machte auch keine Anstalten, etwas aufzutreiben, was das Kopftuch ersetzen könnte. Als ein anderer Kollege zu Hilfe kam, beruhigte sich die Situation und er brachte uns einen Schal, der das Kopftuch ersetzen konnte. Ich konnte meinen Ärger während der Arbeit nicht kundtun, da das unprofessionell gewesen wäre. Allerdings dauerte es Tage bis ich mich wieder beruhigte. Ich konnte die Gründe dieser Frau einfach nicht nachvollziehen, vor allem da sie eine freiwillige Helferin war und einen völligen Mangel an Offenheit und Verständnis für diese Situation aufwies.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Die Erzählerin ist eine Dolmetscherin, die am Hafen von Trapani auf Sizilien für das Rote Kreuz arbeitet. Dort hilft sie Flüchtlingen, die am Hafen mit den Booten eintreffen. Sie ist 31 Jahre alt und kommt aus Italien. Die Erzählerin ist überzeugt davon, dass ihre Fähigkeiten als Dolmetscherin für die Flüchtlinge von großem Wert sind, da sie interkulturell vermittelt. Sie übt diese Tätigkeit hauptberuflich aus und wird dementsprechend auch dafür bezahlt. Bei der anderen Person in diesem Vorfall handelt es sich um eine 50-jährige italienische Frau, die als Freiwillige mit den Flüchtlingen arbeitet. Sie bringt viel Erfahrung in diesem Bereich mit. Da sie als Freiwillige arbeitet, erhält sie für diese Arbeit keine Entlohnung. Wie alle freiwilligen HelferInnen hat auch sie ein interkulturelles Training erhalten. Das Mädchen ist eine junge Muslimin aus Somalia. Zwischen den ersten beiden Akteurinnen besteht in dem Sinne eine Verbindung, da sie für die gleiche Organisation arbeiten, dem Roten Kreuz. Sie kennen sich nicht persönlich, treffen sich aber ab und zu, wenn Flüchtlinge eintreffen. Die dritte beteiligte Person ist ein somalisches Mädchen, das gerade mit dem Boot am Hafen eingetroffen ist. Sie wird von der besagten Organisation unterstützt und muss sich nach ihrer Ankunft einer Kontrolle unterziehen.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich im November 2015 in der Hafenstadt Trapani auf Sizilien, wo die Flüchtlinge am Hafen empfangen werden und dort Unterstützung vom Roten Kreuz erhalten. Aufgrund der angespannten Lage geht es dort meist sehr chaotisch zu. Die Flüchtlinge, die mit den Booten von der nordafrikanischen Küste ankommen, bekommen sowohl materielle als auch emotionale Unterstützung und werden medizinisch versorgt. Sobald die Flüchtlinge die Boote verlassen, müssen sie durch verschiedene Zelte, die am Hafen stehen. Dort müssen sich die Flüchtlinge einigen Behandlungen und Kontrollen unterziehen und werden sowohl mit Kleidung als auch Essen versorgt. In den ersten beiden Zelten erhalten sie medizinische Behandlung und werden auf mögliche gesundheitliche Risiken kontrolliert. Die Erzählerin assistierte einem Arzt im ersten Zelt. Während der ersten medizinischen Behandlung erhält jeder ein Armband, das zur Identifikation dient. Daraufhin wird für jeden Flüchtling eine medizinische Akte angelegt und jeder erhält Essen, Kleidung und eine Anti-Krätze Behandlung. Das dritte Zelt wird von der Landesgesundheitsbehörde verwaltet, die für die Anti-Krätzebehandlung zuständig ist. Die Flüchtlinge werden nach der ersten medizinischen

Behandlung in dieses Zelt geleitet, wo sie dann ihre Kleider ausziehen müssen, da diese womöglich verunreinigt sind. Im Anschluss daran erhalten sie neue, saubere Kleidung. Das Mädchen hatte sich auch dieser Anti-Krätze Behandlung unterzogen. Die freiwillige Helferin war, gefolgt von dem somalischen Mädchen, zur Dolmetscherin ins erste Zelt zurückgekommen, um mit ihr zu reden.
Das letzte Zelt wird von der Polizei verwaltet. Dieser letzte Schritt dient der behördlichen Erfassung und Identifikation der Flüchtlinge.
Insgesamt waren etwa 20 freiwillige HelferInnen anwesend, von denen 7 vom Roten Kreuz waren. Von der ortsansässigen Gesundheitsbehörde waren 7 Ärzte und Krankenschwestern anwesend und von der Polizei waren etwa 10 Beamten vor Ort. Die Dolmetscherin schätzt, dass etwas mehr als 100 Flüchtlinge an dem Tag mit den Booten eintrafen.
Das untere Bild zeigt den physischen Rahmen, in dem sich der Vorfall abgespielt hat. Das Zelt, in dem sich der Vorfall abgespielt hat, ist mit einem Pfeil gekennzeichnet.



3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin verspürte Wut. Das Verhalten ihrer Kollegin störte sie sehr, auch wenn sie die Vermutung hatte, dass die freiwillige Helferin gar nicht wusste, warum sie so verärgert war. Die Erzählerin versuchte, Ruhe zu bewahren und eine professionelle Haltung an den Tag zu legen. Das war in dieser Situation auch nötig, da ihre Kollegin bereits die Fassung verloren hatte. Die Erzählerin war frustriert und aufgrund des Verhaltens ihrer Kollegin auch irritiert.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
1) Menschenrechte – Glaubensfreiheit Die Erzählerin ist der Meinung, dass jeder das Recht hat, sich zu seiner Religion zu bekennen und dafür auch respektiert werden sollte. Sie empfindet es als wichtig, dass jeder seine Meinungsfreiheit und in diesem Fall seine Glaubensfreiheit wahren sollte. Sie unterstützt die Achtung der Menschenrechte und empfindet es als eine Pflicht, die Flüchtlinge mit Respekt

willkommen zu heißen. Neben dem Respekt hebt sie aber auch die Bedeutung der Anti-Krätze Behandlung hervor.

2) Unterschiede in ihren Berufsrollen
Die Dolmetscherin empfindet ihre Rolle bei der Unterstützung der Flüchtlinge am Hafen als sehr wichtig und versucht, ihre berufliche Haltung beizubehalten. Dies zeigt sich besonders in der Situation mit ihrer Kollegin, die in dem Fall einen Mangel an Professionalität aufweist, aber auch nicht bezahlt wird und somit freiwillig, d.h. semi-professionell dort ist. Die Erzählerin ist der Meinung, dass die freiwillige Helferin keine professionellen Werte vertritt und nicht das notwendige Wissen besitzt, um ihren Dienst mit Flüchtlingen am Hafen zu tun. Dieser Unterschied in ihren „Berufsrollen" könnte zu Konflikten führen, die sich negativ auf das somalische Mädchen auswirken.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Es entsteht ein negatives Bild der freiwilligen Helferin, da sie einen Mangel an Sensibilität und Empathie aufweist und nicht die Fähigkeit besitzt, auf die Bedürfnisse des somalischen Mädchens einzugehen. Das mangelnde Verständnis für den religiösen Hintergrund des Mädchens verstärkt dieses Bild umso mehr.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Mangel an Ressourcen Aus Sicht der Freiwilligen könnte im vorliegenden Fall auch ein Mangel an Ressourcen vorliegen. Es könnte sein, dass sich die freiwilligen HelferInnen sehr anstrengen und mit wenigen Ressourcen an einem strengen Hygieneprogramm festhalten. Dieses wurde dann von dem somalischen Mädchen unabsichtlich verletzt. Dadurch wird der gesamte Prozess durcheinandergebracht und die Anstrengungen der Freiwilligen zunichte gemacht. **Erwartete Dankbarkeit und das Kopftuch** Die Frau wird womöglich durch ein Gefühl der Solidarität gegenüber „Schwächeren" angetrieben. Außerdem hängt ihre Reaktion vielleicht damit zusammen, dass sie erwartet, dass die Flüchtlinge mehr Dankbarkeit zeigen sollten und weniger Wünsche äußern. Das junge somalische Mädchen erscheint aus ihrer Perspektive undankbar, denn ihr wurde gerade durch die Hilfe der Freiwilligen das Leben gerettet und trotzdem beschwert sie sich über ein untergeordnetes Bedürfnis – ein Kopftuch. Für die freiwillige Helferin ist ein Kopftuch ein Accessoire, für das Mädchen ist es ein Kleidungsstück, das genauso wichtig ist wie eine Unterhose. **Kulturelle Anpassung und italienische Identität** Die Freiwillige hat womöglich Angst vor Veränderungen und dass die Flüchtlinge eventuelle Veränderungen herbeiführen. Sie besteht auf die Erhaltung ihrer eigenen Kultur, was durch ihre Aussage „Hier sind wir in Italien" gut zum Ausdruck kommt. Dadurch gibt sie indirekt zu verstehen, dass das somalische Mädchen sich an die italienische Kultur anpassen und nicht weiter an ihren eigenen kulturellen und religiösen Ansichten festhalten sollte.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Es ist kompliziert und anstrengend, diese Situation zu lösen oder die bestehenden Differenzen beiseite zu legen. Flüchtlinge werden so womöglich mit Vorurteilen und mangelnder Professionalität konfrontiert. Gerade in der Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen müssen Organisationen wie das Rote Kreuz gute und professionelle Lösungen finden, ohne dass die Kompetenzen der Freiwilligen ständig in Frage gestellt werden. Verpflichtende Fort- und Weiterbildungen, wo Hauptamtliche und Freiwillige zusammenkommen, sind essentiell sowie ein professionelles Freiwilligenmanagement (siehe z.B. Praxishandbuch Freiwilligenmanagement 2013).

5.48 DER FARBKODE

Organisation, die den Fall erhoben hat: CESIE, eine NGO in Sizilien, die sich internationalen Projekten und dem interkulturellen Dialog widmet
Erhebungsdatum: 10.03.2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Notaufnahme, Versorgung, Kommunikation

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenschwester

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Es war Nachmittag und ich arbeitete in der Notaufnahme im Krankenhaus. Dort wird in Notfällen ein Farbkodierungssystem verwendet, das den Patienten die Farben weiß, grün, gelb und rot (je nach Schweregrad) zuordnet, wenn sie den Raum betreten. Patienten, die sich in Notfallsituationen befinden, haben Vorrang. Ein Paar, das gerade erst den Raum betrat, fragte mich, wie lange sie bis zur medizinischen Untersuchung warten müssten. Es war an dem Nachmittag viel Betrieb im Krankenhaus und die Patienten hielten sich nicht an die Regeln und versuchten, jemanden zu finden, der sie vor ihnen an die Reihe ließ, ohne sich an den Farbkode zu halten, der ihnen zugeordnet war. Bevor ich die Frage des Paares beantwortete, sammelte ich – um nicht unvorbereitet zu sein – Informationen über die Situation des Patienten und die Gründe, warum dieser eine medizinische Untersuchung benötigte. Ich stellte fest, dass die Gesundheit des Patienten in diesem Fall nicht in Gefahr war und dass er nur zur Routinekontrolle da war. Der Farbkode, der ihm zugeordnet wurde, war richtig. Ich versuchte, ihm zu erklären, dass die Wartezeit an die Farbkodes geknüpft ist und dass die anderen Patienten auch warten mussten. Der Patient und die Frau beschwerten sich lautstark bei mir. Der Patient und seine weibliche Begleitung hielten es für notwendig, eine dringende Behandlung zu erhalten, doch ich wusste, welcher Kode ihnen zugeordnet worden war, und hielt mich an die Vorschriften des Krankenhauses.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
In diesen Vorfall sind drei Personen verwickelt:

Die Erzählerin ist ausgebildete Krankenschwester und Professorin an der Universität von Palermo. Als der Vorfall stattfindet, arbeitet sie als Krankenschwester in der Notaufnahme eines Krankenhauses in Palermo, Italien. Sie ist 52 Jahre alt und stammt aus Italien. Man könnte sie als Idealistin bezeichnen, der Basiswerte wie Familienleben, soziale Gerechtigkeit und Gemeinschaft sehr wichtig sind.

Eine italienische Frau, Mitte 50.

Sie wird von einem männlichen Patienten begleitet, der ebenfalls Mitte 50 ist und auf eine medizinische Behandlung wartet. Beide haben einen niedrigen sozialen Statuts und teilen die herkömmliche Vorstellung der Italiener, dass man Regeln nicht unbedingt befolgen muss, auch nicht in Institutionen, wo spezifische Regeln gelten, sondern dass man auch Ausnahmen machen kann.

2. Setting und Kontext

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Zwischen den beteiligten AkteurInnen besteht eine rein berufliche Verbindung. Gemeinsamkeiten gibt es sowohl bei der italienischen Herkunft als auch bei der Sprache. Allerdings unterscheiden sie sich hinsichtlich des sozialen Status. Die Krankenschwester hat eine Ausbildung abgeschlossen und ist Professorin an der Universität, während die beiden anderen AkteurInnen einen niedrigen sozialen Status haben.

Die Krankenschwester gewährleistet den PatientInnen Zugang zum Arzt/Ärztin und sorgt dafür, dass alle in der richtigen Reihenfolge, je nach Schwere ihrer Krankheit drankommen. Die Atmosphäre im Warteraum ist durch die Unruhe der PatientInnen angespannt. Die Krankenschwester ist in der Regel mit den ÄrztInnen zusammen im Untersuchungsraum, doch in diesem Fall muss sie aufgrund der Beschwerden des Paares eine Ausnahme machen. Im Eingangsbereich des Untersuchungsraums geht sie auf die Bedürfnisse und Beschwerden der beiden ein und versucht, die Situation zu beruhigen.

3. **Emotionale Reaktion**

Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?

Die Krankenschwester war gestresst und stand aufgrund der vielen PatientInnen und der langen Wartezeit unter Druck. Die Unverschämtheit des betroffenen Paares löste in ihr Frustration und Hilflosigkeit aus, sodass es für sie schwierig war, in dieser Situation die Kontrolle zu behalten. Sie versuchte, den Patienten und die Frau zu beruhigen, indem sie ihnen das System der Farbkodes erklärte und versuchte, die Krankenhausregeln durchzusetzen.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

1) Achtung der Regeln/Gleichheit:

Die Erzählerin betont, dass für alle PatientInnen einheitliche Regeln gelten und dass die bestehenden Regeln auch eingehalten werden müssen. Außerdem sind die Krankenhausregeln eine Garantie dafür, dass alle PatientInnen gleich behandelt werden und somit nicht die

Möglichkeit besteht, auf Kosten anderer PatientInnen besondere Privilegien oder Vorteile zu erzielen.
Sie bleibt diesen Regeln treu und duldet auch keine Ausnahmen, wie zum Beispiel das Überspringen von Personen in der Warteschlange, wenn man jemanden kennt. Sie setzt die Regeln des Krankenhauses durch und stellt somit sicher, dass niemand bevorzugt wird und keine Spannung zwischen den PatientInnen aufkommt.

2) Professionalität:
Die Erzählerin reagierte professionell und versuchte, den Patienten und seine Begleitung zu beruhigen. Sie erklärte ihnen, warum sie warten mussten und machte ihnen klar, dass der Farbkode aufgrund seines Gesundheitszustands der richtige war. Die Erzählerin wendet die Abläufe des Krankenhauses an und leistet professionelle Unterstützung. Ihre berufliche Professionalität soll dementsprechend respektiert werden.

3) Ruhe und gegenseitiger Respekt:
Die Erzählerin schätzt Höflichkeit, insbesondere an öffentlichen Orten wie Krankenhäusern, wo Sensibilität und Ruhe gezeigt werden müssen, vor allem in der Notaufnahme, wo sich das medizinische Personal mit hochsensiblen Situationen auseinandersetzen muss. In Krankenhäusern gelten implizite Verhaltensregeln: Es wird weder laut gesprochen, noch wird sich viel hin und her bewegt. Es wird gebeten, Ruhe zu bewahren, um so die ÄrztInnen nicht zu stören.
Sie hat erwartet, dass die PatientInnen genauso höflich zu ihr sind, wie sie zu ihnen. Die Realität sieht allerdings anders aus und so löste das Frustration aus, da es an gegenseitigem Respekt mangelte. Wenn man höflich und freundlich zu jemanden ist, erwartet man das gleiche auch von der anderen Person (Reziprozität).

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Es entsteht ein negatives Bild der Erzählerin von den anderen Personen, da der Patient ihr keinen Respekt entgegenbringt und sich nicht an die Regeln (Farbkodes) des Krankenhauses halten will. Die Erzählerin ist auch verärgert über das Verhalten des Patienten und seiner Begleitung, da sie feststellen muss, dass sie nur bevorzugt werden und sich nicht an die Krankenhausregeln halten wollen.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Vorschriften können umgangen werden Im Gegensatz zu einem starren System an Regeln kann man in Italien in einzelnen Institutionen eine gewisse Flexibilität feststellen. Aufgrund dieser Flexibilität ist es normal, dass Personen versuchen, Vorteile daraus zu ziehen. Der Patient und seine Begleitung haben eine Sonderbehandlung erwartet, womöglich, weil sie schon öfter da waren oder weil die Routinebehandlung nicht lange dauert, und wollten so die Warteschlange umgehen. Dieses Verhalten passt zur Mehrheitsgesellschaft in Italien, wo Korruption und das Nichteinhalten von Regeln an der Tagesordnung stehen können, vor allem im öffentlichen Sektor und bei Menschen mit einem niedrigen sozialen Status.

Autorität und Geschlechtergleichstellung
Hier spielen zwei Gedanken eine Rolle: Auf der einen Seite gibt es eine Reihe von Krankenhausregeln, an die sich das Paar nicht halten möchte. Auf der anderen Seite fällt es ihnen womöglich schwer, dem Urteil der Krankenschwester zu vertrauen. Dies aus zwei Gründen: Erstens wird eine Krankenschwester für gewöhnlich nur als Untergeordnete des Arztes angesehen, als eine Art „Assistentin“, die viel weniger qualifiziert ist und nicht in der Lage ist, eine genaue Diagnose abzugeben. Zweitens ist sie eine Frau und die Mehrheitsgesellschaft in Italien betrachtet Frauen in vielen Bereichen als weniger fähig als Männer, vor allem wenn es um den Gesundheitsbereich geht.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Die Krankenschwester behält ihre professionelle Haltung bei und lässt sich nicht auf Diskussionen ein. Sie rechtfertigt das System auch nicht, was ja nicht ihre Aufgabe ist. Sie handelt in jeglicher Hinsicht professionell, dass sie dem Patienten die Situation erklärt und ausdrücklich auf das System der Farbkodes hinweist.

5.49 GEKÜNDIGTER PFLEGEDIENST

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Vorurteile, Blindheit gegenüber Unterschieden *Analphabetismus* *Soziale Lage*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Angehörige

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Mein Mann was sehr krank und wurde zu Hause gepflegt. Wir leben in einer Wohnwagensiedlung. Mein Mann litt an mehreren Erkrankungen und musste Medikamente nehmen. Aus diesem Grund haben wir einen mobilen Dienst in Anspruch genommen, bei dem eine Krankenpflegerin zu uns nach Hause kommt und ihm seine Medikamente verabreicht. Eine höhergestellte Krankenpflegerin kam an diesem Tag zu uns, um einzuschätzen, ob der Dienst für uns immer noch adäquat und passend war, und stellte fest, dass es so nicht weitergehen konnte. Ich wusste nicht warum. Ich sagte der Frau, dass ich weder lesen noch schreiben konnte und die Medikation nicht verstand. Sie beendete die Dienstleistung trotzdem und ich tat mir danach schwer, die Medikation zu verstehen. Ich fühlte mich schlecht, weil ich nicht wusste, was ich meinem Mann speziell zur Schmerzlinderung verabreichen sollte. Mein Mann wurde drei Wochen später ins Krankenhaus eingeliefert. Ich hatte Angst, dass ich nicht ordentlich für meinen Mann sorgen konnte und ihm nicht die richtigen Medikamente geben konnte. Die Krankenpflegerin hätte das verstehen müssen, dass nicht jeder lesen und schreiben kann. Ich habe das Gefühl, dass sowohl meine als auch die Bedürfnisse meines Mannes ignoriert worden sind.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Erzählerin: weiblich, circa 70 Jahre alt, Hausfrau, Pflegerin für ihren Mann, der ca. 10 Jahre älter ist, Angehörige der irischen Nomaden „Irish Traveller“ – eine traditionell nomadische

Gemeinschaft mit Wurzeln in Irland, die eine eigene Subkultur, Identität und Kultur im Allgemeinen haben. Höhergestellte Krankenpflegerin: weiblich, ca. Ende 40 Jahre alt, weiße Britin Ehemann: männlich, ca. 80 Jahre alt, Angehöriger der irischen Nomaden „Irish Traveller“, verschiedene gesundheitliche Probleme inkl. Atemwegsprobleme, Krebs, Herzleiden

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich bei der Erzählerin zu Hause. Während des Besuchs der Krankenpflegerin waren die Erzählerin und ihr Mann anwesend.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war schockiert, weil die Krankenpflegerin ihre Bedenken, nicht lesen und schreiben zu können, nicht gehört und berücksichtigt hatte. Sie hatte Sorge, ihrem Mann nicht die richtigen Medikamente verabreichen zu können. Sie fühlte sich hilflos und wütend. Sie hatte außerdem Angst, dass sie ihren Mann nicht ordentlich versorgen konnte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Versorgung und Expertenstatus – Die Erzählerin geht davon aus, dass es zu den Aufgaben der Krankenpflegerin gehört, Medikamente zu verabreichen, und dass eine Expertin besser dafür geeignet ist als sie als Laiin. **Kompetenz als Pflegerin** – Die Erzählerin fühlt sich nicht zuversichtlich genug, für ihren Mann zu sorgen, da sie die Medikamentennamen nicht lesen bzw. dosieren kann, und den Gesundheitszustand ihres Mannes nicht verschlechtern will. **Versorgungsrolle** – Sie war immer in der Rolle der Hausfrau und Mutter, und ihre Aufgabe bestand immer darin, ihren Mann zu versorgen. **Hierarchiedenken** – Die Erzählerin dachte, die professionelle Krankenpflegerin würde es besser wissen und dass sie eine Person wäre, die man eher nicht in Frage stellt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Negativ und geringschätzend

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Effizienz – Die höhergestellte Krankenpflegerin dachte vielleicht, dass die Angehörige selbst die Medikamente verabreichen sollte, da es aufgrund von Personalkürzungen immer schwieriger wurde, mobile Dienste inkl. Wegzeiten aufrecht zu erhalten, obwohl es „nur" um die Verabreichung von Medikamenten ging. **Verantwortung innerhalb der Familie** – für einfache Pflege und Betreuung benötigt man keine spezifischen, medizinischen Kenntnisse, daher kann die Verabreichung von Medikamenten von der Familie erfolgen. **Wenig Bewusstsein für den sozialen und kulturellen Kontext der Familie** – Die Krankenpflegerin hatte wenig Bewusstsein für den Kontext der irischen Nomaden bzw. dachte vielleicht nicht, dass dieses Kontextwissen für ihre Entscheidung relevant sei. Das Bewusstsein, dass viele irische Nomaden nicht lesen und schreiben können, war nicht vorhanden. **Analphabetismus** – Weil die Krankenpflegerin nicht erkannt hatte, dass die Frau Analphabetin war, nahm sie an, dass sie die Medikamentennamen und Beipackzettel ohne Schwierigkeiten entziffern konnte. Sie hat die Probleme, die mit Analphabetismus verbunden sind, sicherlich unterschätzt. **Direkte, hierarchische Kommunikation** – Während des Besuchs der Krankenpflegerin fand sie nicht heraus, dass hinderliche Faktoren in der Familie vorlagen, wie der Analphabetismus der Ehefrau. Sie war vielleicht eine direkte, verbale Kommunikation gewohnt, wo wichtige Informationen eventuell durch den Rost fallen oder ausgespart werden.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Informationen über den sozialen und kulturellen Hintergrund von PatientInnen scheinen für Beschäftigte im Gesundheitsbereich oftmals – im Gegensatz zu medizinischen Fakten – sekundär oder sogar überflüssig zu sein, obwohl in manchen Fällen in diesen Hintergrundinformationen entscheidende Informationen zu finden sind, die eine adäquate Behandlung verhindern können. Eine besondere Schwierigkeit tritt auf, wenn kulturelle und soziale Faktoren zusammenspielen, und unbeteiligte Dritte vor der Herausforderung stehen, wie gewisse Muster einzuordnen oder zu interpretieren sind, so wie im Falle von Analphabetismus. Ist das Problem Teil der Subkultur? Oder eine Folge von niedrigem Bildungsniveau? Zum interkulturellen Verständnis im Gesundheitsbereich zählt auch das Verstehen von Unterschieden in der sozialen Lage und den Folgen von Armut. Es ist besonders wichtig, die Auswirkungen von Analphabetismus zu kennen.

5.50 HÄUSLICHE GEWALT

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Vorurteile: Kulturalisierung *Umgang mit Unterschieden* *Gender* *Häusliche Gewalt*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patientin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich wurde wegen Atemwegsbeschwerden ins Krankenhaus eingeliefert. Es wurden Tests gemacht, um die Ursachen dafür zu eruieren. Auf einem Röntgenbild sah man schließlich, dass mein Brustbein disloziert war. Obwohl ich wusste, dass diese Verletzung ihren Ursprung in häuslicher Gewalt hatte, wollte ich das dem Personal nicht mitteilen. Ich wurde für zwei Wochen aufgenommen – zur Beobachtung und damit der Heilungsprozess voranschreiten konnte. Während meines Aufenthalts beobachtete eine der Krankenschwestern, dass etwas nicht ganz stimmen konnte, da ich keine Besucher hatte und Prellungen und Blutergüsse an anderen Stellen meines Körpers. Ich enthüllte schließlich meine Erfahrungen mit häuslicher Gewalt und die Krankenschwester verwies mich an die Sozialarbeiterin des Krankenhauses. Diese kam mich besuchen und ich erzählte ihr von den Gewalterfahrungen der letzten Jahre. Ich sagte ihr auch, dass ich mich aus der Situation befreien wollte, aber Hilfe brauchte. Sie sagte, sie müsse mit ihrem Vorgesetzten über den Fall sprechen und dass sie zurückkommen würde. Das geschah sicher, weil sie sich wegen meiner „Kultur“ nicht sicher war, wie sie mit mir umgehen sollte. Als sie zurückkam, sagte sie mir, dass sowohl sie als auch ihr Vorgesetzter der Meinung waren, dass sie alles nur schlimmer machen würden, wenn sie einschritten, und dass es besser wäre, nichts zu unternehmen. Sie sagte auch, dass sie wenig Erfahrung mit Asiaten hätten und die Situation für mich nicht verschlimmern wollten. Ich brauchte eine Menge Mut, um mich der Krankenschwester überhaupt zu öffnen und es dauerte noch einige Jahre, bis ich mich aus der Situation befreien konnte.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche

Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Patientin: Weiblich, 23 Jahre alt, Britin mit indischen Wurzeln, geboren in Großbritannien und im dritten Jahr ihres Studiums an der Universität (Teilzeitstudentin). Sie arbeitet als Rezeptionistin in einem Team von SozialarbeiterInnen, sie ist verheiratet und hat zwei kleine Kinder. Sie lebt mit ihrer erweiterten Familie zusammen (mit ihren Schwiegereltern). Sie ist nicht-praktikzierende Sikh. Sozialarbeiterin: Weiblich, Ende 40, weiße Britin. Sie arbeitet als Sozialarbeiterin im Krankenhaus, Herkunft: Mittelschicht.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Kulturschock fand im Krankenhaus Warwickshire statt. Es handelt sich um eines von zwei öffentlichen Spitälern in der Region Warwickshire.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Patientin war schockiert, dass die Sozialarbeiterin Angst hatte, etwas zu unternehmen – und das weil sie sich mit der asiatischen Kultur nicht auskannte. Noch dazu musste sie wegen ihrer Unsicherheit ihren Vorgesetzten mit einbeziehen. Die Patientin fühlte sich von der Sozialarbeiterin im Stich gelassen, weil sie ihr keine Hilfe anbot – aus Angst, alles nur schlimmer zu machen. Sie war auch wütend und frustriert, weil sie keine Unterstützung erhielt. Es war das erste Mal, dass sie um Hilfe gebeten hatte, was Mut erforderte, und sie fühlte sich, als hätte das alles gar nichts gebracht. Sie fühlte sich in der Situation gefangen.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Rolle der Sozialarbeiterin – Die Patientin erwartete, dass die Sozialarbeiterin in ihrer professionellen Rolle als Beschäftigte im Gesundheitssektor ihr – als Opfer häuslicher Gewalt – zu Hilfe kam. **Erwartungshaltung Mitgefühl mit anderen Frauen** – die Patientin nahm an, dass die Sozialarbeiterin ihre Situation verstehen würde und auch emotional reagieren würde. Sie hoffte, dass sie mit Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, mitfühlen würde. Gewalt ist nicht richtig und sollte nicht toleriert werden. Wenn eine Frau dann um Hilfe bittet, sollte sie sie erhalten. **Gleichheit und Anti-Diskriminierung** – ein Ansuchen um Schutz vor häuslicher Gewalt sollte gleich behandelt werden – egal von welcher Person es stammt, egal woher die Frau kommt. **Hierarchie** – die Patientin verließ sich darauf, dass die Beschäftigten ExpertInnen in ihrem Tätigkeitsfeld waren und daher am besten geeignet, um Opfern von Gewalt zu helfen.

Überschreitung ihrer Pflichten als Ehefrau – durch das Geständnis an die Sozialarbeiterin befleckt die Patientin den Ruf ihres Mannes, was als Respektlosigkeit oder Angriff auf die Würde des Mannes und der Familie aufgefasst werden kann. Die vorher verdeckte häusliche Gewalt wird dadurch öffentlich, dass sie mit einer öffentlichen Person (der Sozialarbeiterin) geteilt wird, und das kann zu Scham bei der Familie oder der Community führen, in der die Betroffenen leben.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
negativ und ablehnend

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Professionelles Rollenverhalten – es gehört nicht zur Aufgabe einer Sozialarbeiterin, sich mit kulturellen Differenzen auseinanderzusetzen. **Kulturelle Differenzen** sollten respektiert werden, selbst wenn sie für einen selbst irritierend sind. Die Sozialarbeiterin empfand vielleicht keine Notwendigkeit, die kulturelle Lebenssituation der Frau oder kulturelle Muster genauer zu hinterfragen. **Geschlechtergerechtigkeit** – Die Sozialarbeiterin ist sich dessen bewusst, dass es kulturelle Unterschiede gibt, und dass es auch Geschlechterunterschiede in der Ausübung von Macht zwischen Männern und Frauen gibt. Sie akzeptiert anscheinend eine Doppelmoral: was in einer Mehrheitskultur als inakzeptabel gilt (dass ein Mann eine Frau missbraucht), gilt in einer Minderheitskultur als akzeptabel. **Anwendung unterschiedlicher Regeln** – Es gibt in bestimmten Subkulturen unterschiedliche Regeln und diese gelten womöglich in anderen Subkulturen nicht, selbst wenn es um Gewalt geht. **Hierarchische Kommunikation** – Vorurteile über die Kultur der Frau dominieren ihr Verhalten der Frau gegenüber, ungeachtet dessen, was diese erzählt hat. Die Entscheidung wird mit einem Vorgesetzten abgestimmt und die Patientin wird in die Entscheidungsfindung nicht einbezogen. Ihre Meinung ist sekundär.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Beschäftigte im Gesundheitsbereich sind oft überfragt, ob und in welchem Ausmaß sie den kulturellen Hintergrund der PatientInnen berücksichtigen sollen. Auf der einen Seite könnten sie damit konfrontiert werden, kulturellen Unterschieden unsensibel gegenüberzutreten, aber sie könnten auch in die Falle treten, kulturelle Unterschiede in Situationen unnötig zu verstärken. In einer Situation Kultur als einzigen Erklärungsfaktor heranzuziehen, in der auch andere Faktoren eine Rolle spielen, ist ein Vorurteil und wird Kulturalisierung genannt. In

Extremfällen kann dieses Vorurteil dazu führen, dass in einer Krisensituation gar nicht reagiert wird – aus Angst, einen kulturellen „faux pas“ zu begehen.
Das kann dadurch verstärkt werden, dass das Personal Angst hat, PatientInnen direkt danach zu fragen, was sie nicht wissen, und so keine Klarheit gewonnen wird. Damit bleibt es bei einer manchmal fehlerhaften Erstinterpretation der Situation.

5.51 DAS SCHINKENSANDWICH

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Vorurteile und Kulturalisierung *Bedrohung der kulturellen Identität* *Autonomie* *Essen*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Patient

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich[3] wurde wegen Verdachts auf Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert. Einen Tag lang lag ich auf der Intensivstation und dann am nächsten Tag wurde ich auf eine andere Station verlegt. Weil ich das Menü für die Mahlzeiten am ersten Tag nicht bekommen hatte und keine Auswahl getroffen hatte, musste ich essen, was noch übrig war. Der Krankenpfleger nahm automatisch an, dass ich Hühnercurry zum Abendessen wollen würde. Als ich ihm sagte, dass ich das Curry nicht wollte, und um eine andere Mahlzeit bat, war er schockiert, dass ein asiatischer Mann kein Curry isst. Ich bat um ein Sandwich und er sagte mir, dass es nur noch Schinkensandwiches gab. Das sagte mir zu. Dann traf er die Annahme, dass ich kein Schweinefleisch essen würde, da wir in einer Region mit einem hohen Anteil an Muslimen in der Bevölkerung leben. Als ich wiederum um das Schinkensandwich bat, fragte er mich, ob ich überhaupt wüsste, was Schinken war. Ich antwortete erbost, dass ich seit meinem 4. Lebensjahr hier lebte und sehr genau wusste, was Schinken war. Außerdem sagte ich ihm, dass ich nicht-praktizierender Sikh sei und sehr wohl Schweinefleisch aß und jetzt bitte das Schinkensandwich haben wollte. Ich war schockiert über seine Vorurteile, was meine Religion und meine Ernährungsgewohnheiten betraf.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche

[3] Der Ich-Erzähler erzählt seine Geschichte in gebrochenem Englisch. Seine sprachlichen Fehler wurden im Deutschen geglättet. Die nicht-muttersprachliche Erzählweise geht in seiner Geschichte im Deutschen also nun verloren.

Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Patient: männlich, 68 Jahre alt, Brite mit indischen Wurzeln, lebt in Großbritannien seit seinem 4. Lebensjahr. Er hat 40 Jahre als Ingenieur gearbeitet, jetzt ist er pensioniert. Er ist seit 46 Jahren verheiratet und lebt mit seiner Frau zusammen. Er ist nicht-praktikzierende Sikh. Krankenpfleger: männlich, Ende 20, ursprünglich von den Philippinen, arbeitet im Krankenhaus als Krankenpfleger, Englisch ist nicht seine Muttersprache.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Kulturschock fand in einem öffentlichen, Foundation Trust Krankenhaus in Yorkshire statt.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Der Erzähler war schockiert, dass der Krankenpfleger seine Menüauswahl in Frage stellte, ohne ihn nach seiner Identität zu fragen. Er nahm an, dass er Inder war und dass er lieber Curry essen würde. Was hätte er einem weißen Briten vorgeschlagen? Als der Patient nochmal um ein Schinkensandwich bat, hat der Krankenpfleger erneut seine Auswahl in Frage gestellt und den Patienten erinnert, dass Schinken vom Schwein kommt. Der Patient fühlte sich herabgesetzt und abgewertet, als würde er nicht wissen, was Schinken ist. Diese Annahmen führten zu zunehmender Wut beim Patienten.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Die **Identität** einer Person kann nicht alleine **über deren Hautfarbe oder Aussehen** bestimmt werden. Der britische Patient mit indischen Wurzeln ärgerte sich über den Krankenpfleger, der Annahmen über seine Identität traf und seine Essensauswahl durch Vorurteile über seine Religion untergrub. Er nahm einfach an, dass er Moslem war und kein Schweinefleisch essen konnte – ein Vorurteil aufgrund seines Aussehens. **Autonomie des Patienten respektieren** – der Krankenpfleger hätte ihm andere Menüoptionen aufzeigen sollen, anstatt für ihn zu wählen. Er nahm an, Curry würde ihm schmecken, aber eigentlich war ihm Curry zu scharf. Die Essensauswahl nicht selbst treffen zu dürfen, bedroht die Autonomie und das Gefühl der Kontrolle, gerade in einem Setting wie einem Krankenhaus, in dem PatientInnen wenig Kontrolle darüber haben, was mit ihnen geschieht. **Akkulturalisation / Britische Identität** – der Erzähler war durch das Untergraben seiner kulturellen Expertise frustriert. Nachdem er bereits 64 Jahre in England gelebt hatte, wusste er, was Schinken war und dass Schinken vom Schwein kommt. Er hatte das Gefühl, bevormundet zu werden, gerade weil der Krankenpfleger ihm dieses Wissen nicht zutraute. Der Krankenpfleger hätte auch an seinem Akzent erkennen können, dass er bereits lange in England gelebt hatte. Das kann zu einem Schock der britischen Identität des Patienten geführt haben.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
negativ und stereotypisch

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Vorurteile – Die kulturelle Identität wird mit Hautfarbe oder Aussehen verknüpft. **Verallgemeinerung** – Menschen kategorisieren andere auf Basis ihres Geschlechts, ihres Alters oder ihres Aussehens. Wenn die Kategorisierung abgeschlossen ist, dann wenden wir sie an (bewusst oder unbewusst) und gehen so auf soziale Gruppen zu. Der Krankenpfleger hat seine eigenen Kategorien und Verallgemeinerungen in diesem Fall nicht hinterfragt. **Eigene Herkunft** – Die Ursprungskultur kommt deutlicher in einer Person hervor als die Gastkultur. Für den Krankenpfleger ist die angeborene Ursprungskultur der wichtigere Referenzrahmen als die erworbene, britische Kultur des Patienten. Mehrere Hypothesen könnten zutreffen: Vielleicht handelt es sich bei dem Krankenpfleger selbst um einen erst kürzlich emigrierten Mann und seine eigene Ursprungskultur ist noch dominanter als die britische. Daher erwartet er dasselbe von seinem Patienten. **Spannungsfeld zwischen Serviceorientierung und Autonomie** – Der Krankenpfleger dachte, er wäre besonders serviceorientiert und wollte ihm einen Gefallen tun und ihm etwas aussuchen, das seinen Bedürfnissen entsprach. Dadurch wurde jedoch die Autonomie des Patienten untergraben.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Personal im Gesundheitsbereich bewegt sich oft im Spannungsfeld, den kulturellen Hintergrund der PatientInnen nicht zu verleugnen, ihn aber auch nicht überzubewerten. Ihn zu verleugnen bedeutet oft, dass man zu sehr verallgemeinert oder nach Schema F vorgeht und zu sehr darauf achtet, alle gleich zu behandeln, und damit die Werte der Mehrheitskultur über alle stülpt. Das Gegenteil dieser Verallgemeinerung ist die Anerkennung von Differenzen, selbst wenn der andere glaubt, diese seien nicht relevant oder angebracht. Das trifft besonders auf MigrantInnen zu, die schon lange im Gastland leben und sich eigentlich der Mehrheitskultur bereits angepasst haben. Für sie kann die Identifikation als MigrantIn dazu führen, dass ihre Anstrengungen, sich an die Gastkultur anzupassen, zunichte gemacht werden, oder als Bedrohung des Selbstbildes ausgelegt werden. Vorschnelle Schlüsse auf Basis von Hautfarbe oder Aussehen sollten daher vermieden werden. Eigenschaften einer Person zuzuordnen, die mit deren Identität nichts zu tun haben, bedroht das Selbstbild. Besonders heikel sind solche Verwirrungen oder Zuschreibungen, wenn Personen mehrere Identitäten haben und eine für die Person mehr gilt als andere. Noch eine Anmerkung: Menschen, die in Settings sind, in denen sie wenig Autonomie haben, wie in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, haben einen umso stärkeren Wunsch nach

Kontrolle. Selbst kleine Entscheidungen treffen zu dürfen, kann entscheidend sein, um diesem Wunsch nach Autonomie nachzukommen.

5.52 PROGRAMM ZUM ALKOHOLENTZUG

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Hierarchie *Kommunikation* *Definition von Krankheit und Behandlungsweise* *Autonomie*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Dolmetscherin für das Recovery Partnership Programm

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich habe einen polnischen Mann Mitte 30 dabei unterstützt, ein Programm gegen Alkohol- und Drogenmissbrauch in Anspruch zu nehmen. Er hatte ein ganz eindeutiges Alkoholproblem, war arbeitslos und obdachlos. Ich habe ihn zum „Recovery Partnership Programm“ begleitet, um während des Anmeldegesprächs für ihn zu dolmetschen. Es wurden ihm viele Fragen bezüglich seines Lebensstils und seiner Trinkgewohnheiten gestellt. Letztlich hat die Beraterin dann gefragt: „Wie wollen Sie denn das Trinken reduzieren oder ganz damit aufhören?“ Für ihn war das ein Kulturschock. Die Frage war ihm viel zu schwach – angesichts seiner massiven Alkoholprobleme. Er hätte wahrscheinlich gerne etwas Ähnliches gehört wie: „Sie müssen jetzt wirklich zum Trinken aufhören! Sie sind alkoholabhängig!“ Er hatte erwartet, dass das Personal in diesem Programm weniger verständnisvoll und mehr autoritär auftritt. Er glaubte dann nicht mehr, dass sie ihm helfen konnten und sagte zu mir: „Die lächeln doch nur und tratschen ein bisschen mit mir.“

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Patient: Pole, männlich, Mitte 30, Single, arbeitslos, eine Reihe an gesundheitlichen Problemen, die mit Alkohol- und Drogenmissbrauch verknüpft sind; lebt seit 2 Jahren in England; er hatte bereits in Polen Hilfe gesucht, in England war dieser Versuch allerdings sein erstes Mal.

Erzählerin: Dolmetscherin, weiße Britin, weiblich, zwischen 30 und 40 Jahren alt, arbeitet für das Recovery Partnership Programm, das neue KlientInnen aufnimmt.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Eine Dienstleistung, die Menschen dabei hilft, einen Weg aus dem Alkohol- und Drogenmissbrauch zu finden. Der Vorfall ereignete sich während des Anmeldeprozesses bzw. des Aufnahmegesprächs.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war vom Kulturschock des Klienten überrascht. Sie war unzufrieden, weil es nicht gelungen war, dem Mann zu helfen und seine Enttäuschung darüber eindeutig war. Nach der Anmeldung wurde den KlientInnen gesagt, dass sie weiter trinken sollten, bis sie eine/n Sozialarbeiter/in zugewiesen bekamen und er/sie sie kontaktieren würde. Er fühlte sich dann noch hoffnungsloser als vor der Anmeldung. Der Kulturschock ließ den Klienten hoffnungslos und enttäuscht zurück.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Empowerment von KlientInnen – Die Organisation, die die Erzählerin vertritt, befähigt Menschen dazu, selbst über passende Unterstützungsangebote zu entscheiden. Von ihrer Perspektive aus ist es wichtig, dass die KlientInnen in diesen Prozess aktiv eingebunden sind. Das ist mit Respekt vor der Autonomie der KlientInnen verbunden sowie mit der Verantwortungsübernahme der KlientInnen für ihre eigene Krankheit. **Ausdifferenzierter Heilungsprozess** – Im Arbeitsverständnis der Organisation gibt es nicht nur einen Weg zur Heilung, sondern verschiedene Schritte, die gemeinsam mit dem Klienten identifiziert werden müssen. **Nicht-hierarchische Kommunikation** – die bevorzugte Kommunikationsweise der Organisation ist eine gleichberechtigte und symmetrische. Kommunikationswege und Entscheidungen werden nicht hierarchisch vorgegeben, sondern in einem bilateralen Dialog erarbeitet. Die Dolmetscherin ist geschockt, dass das für den Klienten nicht zu passen scheint.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Dass die Person zwar nett und verständnisvoll, aber zu nett war, führte zu einem negativen Gefühl.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

Heilung vom Alkoholmissbrauch erfordert **völlige Abstinenz**, jegliche Lösung, die dies nur teilweise zulässt, ist für den Klienten falsch. Wenn der (medizinische) Heilungsprozess dies nicht zum Ziel hat, dann ist er für den Klienten sinnlos.

Hilfesuchverhalten – Wenn ein Klient Hilfe aufsucht, dann sollten die ExpertInnen dort wissen, wie sie ihn behandeln müssen. Die ExpertInnen sollten das Problem lösen und einen Behandlungsprozess vorschlagen.

Verantwortungsübertragung – Wenn der Klient gefragt wird, wie er behandelt werden will, wird er damit gleichzeitig in die Verantwortung für seine Erkrankung genommen. Die Verantwortung für den Behandlungserfolg wird ihm übertragen.

Beziehung zu Autorität – Der Klient erwartet, dass eine Expertin ihm sagt, wie er behandelt wird und was er nun tun soll. Er will dies nicht selbst erarbeiten müssen, sondern angeordnet bekommen. Diese Denkweise spiegelt wider, dass er asymmetrisch über Beziehungen zwischen medizinischem Personal und KlientInnen denkt. Er gibt die Macht über seinen Körper an ExpertInnen ab.
Die ExpertInnen verfügen über das notwendige Wissen, was es zur Heilung braucht. Eher indirekte Herangehensweisen, die den Klienten mit einbeziehen, strahlen für ihn Unsicherheit und einen Mangel an professioneller Zuversicht aus.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Gesundheitseinrichtungen sind typischerweise hierarchisch organisiert und ÄrztInnen, Pflegepersonal oder Hilfskräfte arbeiten hierarchisiert auf unterschiedlichen Ebenen miteinander. Die Toleranz gegenüber Hierarchien oder Machtnähe ist eine wichtige Dimension von kultureller Differenz, die gerade im Gesundheitsbereich sichtbar wird. Diese Hierarchien werden auch in Arzt-Patienten-Kommunikation sichtbar. ÄrztInnen repräsentieren wissenschaftliches Wissen, das ihnen die Macht verleiht, bestimmte Entscheidungen zu treffen, was für PatientInnen so nicht möglich ist.
Durch kürzliche Entwicklungen in Europa sind Individualismus und Autonomie als Werte verstärkt worden, und dies führt zu einer Abschwächung von Machtverhältnissen. Kommunikationswege sind verstärkt von gegenseitigem Respekt gekennzeichnet.
Eher indirekte Kommunikationswege passen besser zu Autonomie und Respekt, die den PatientInnen so zuteilwerden. Allerdings legen nicht alle Kulturen gleich viel Wert auf Gleichheit und in manchen Kulturen werden Machtunterschiede auch einfach akzeptiert, vor allem im Gesundheitsbereich. Klare Anweisungen werden als Zeichen von Professionalität und Zuverlässigkeit interpretiert.

5.53 KEIN MITSPRACHERECHT

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Familie *Vorurteile: Kulturalisierung* *Lebensende, Tod* *Individualismus* *Emanzipation der Frau*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Krankenschwester

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich machte gerade einen Hausbesuch bei einer Frau mit indischen Wurzeln, die nicht mehr lange zu leben hatte. Ihr Mann und ihre zwei Töchter waren auch zu Hause. Ihre Familie übernahm das Sprechen für sie, obwohl sie sehr wohl Englisch konnte. Ich hatte das Gefühl, dass die Töchter und ihr Mann das Gespräch dominierten. Sie baten mich um weitere Behandlungsoptionen und weiterführende Chemotherapie. Ich fühlte mich unwohl, weil ich spürte, dass die Patientin mir etwas sagen wollte, aber nicht zu Wort kam. Ich spürte irgendwie, dass sie mit den Vorschlägen der Familie nicht einverstanden war. Ich bat um eine Tasse Tee und um ein wenig Platz, damit ich die Patientin versorgen konnte. Als die Familie das Zimmer verließ, setzte ich mich neben die Patientin auf die Couch und fragte, was sie wollte. Sie antwortete, dass sie keine weitere Behandlungen, sondern friedlich und natürlich sterben wollte. Sie wollte ihre Familie nicht verletzen, aber sie fühlte sich nicht dazu in der Lage, das für sich auszusuchen, was sie eigentlich wollte. Meiner Meinung nach wurden ihre Bedürfnisse von der Familie nicht erfüllt. Sie hatte kein Mitspracherecht. Ich sprach dann mit der Familie über andere Optionen, etwa ein Hospiz oder die Aufnahme in ein Krankenhaus kurz vor dem Ende. Die Familie war unerbittlich, sie ließen nicht davon ab, dass sie weiter Behandlung für die Frau in Anspruch nehmen wollten, um ihr Leben zu verlängern. Normalerweise hätte ich die Familie herausgefordert, der Patientin zuzuhören, aber in diesem Fall fühlte ich mich unwohl. Ich wusste nicht genug über deren Kultur, um dieser Frau zu helfen. Ich hatte das Gefühl, die Familie wäre patriarchal organisiert und selbst wenn ich für die Patientin einstehen würde, wäre sie dann in der Lage, ihre Position deutlich zu machen und zu verteidigen?

Die Patientin bekam keine weitere Behandlung, da ihr Gesundheitszustand schnell schlechter wurde und sie ist sehr bald darauf gestorben.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Erzählerin: weiblich, 62 Jahre alt, weiße Britin, in Nordirland geboren, verheiratet mit 2 Kindern und 5 Enkelkindern; leitende Krankenschwester (Macmillan Nurse), Schwerpunkt: Hospiz und Sterbebegleitung für PatientInnen am Ende ihres Lebens. Patientin: weiblich, indische Wurzeln, Mitte 60, Krebs im Endstadium (Eierstockkrebs), spricht gut Englisch, war Hausfrau, verheiratet mit 2 Töchtern, die zwischen 30 und 40 Jahren alt sind. Ehemann der Patientin: männlich, indische Wurzeln, Mitte 60. Töchter der Patientin: indische Wurzeln, Mitte 30 und 40.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall fand zuhause bei der Patientin statt. Die Erzählerin führte eine Untersuchung durch, die mit dem Krebsleiden der Patientin zu tun hatte. Zuerst waren alle Familienmitglieder anwesend, danach ließen sie die Erzählerin mit der Patientin alleine.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Negativ, weil die Erzählerin der Meinung war, dass die Patientin über ihr Schicksal selbst entscheiden sollte und ob sie eine Behandlung wollte oder nicht, da es ihr Körper war. Sie war verärgert darüber, dass sie keine Zeit mit der Patientin alleine verbringen konnte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Entscheidungsfreiheit und Individualität – die Erzählerin glaubt daran, dass es wichtig für PatientInnen ist, eigene Entscheidungen zu treffen und auf die eigenen Bedürfnisse zu achten, auch am Ende des Lebens. Gerade am Ende des Lebens sollten die eigenen Bedürfnisse Priorität haben, nicht die der Familie. **Durchsetzungsfähigkeit, Selbstbewusstsein, direkte Kommunikation** – die Patientin sollte die Freiheit haben, zu artikulieren, was sie sagen möchte und nicht darauf achten müssen, ihre Familie nicht zu verletzen. Ihre Stimme sollte gehört werden. **Emanzipation der Frau, gleiche Rechte für Frauen und Männer** – der Mann sollte nicht mehr Macht in der Familie haben als die Frau. Frauen sollten für sich selbst einstehen und stark sein.

Die Aufgabe des Personals – PatientInnen kommen an erster Stelle, ihre Wünsche sind das wichtigste und sie sollten nicht zu etwas gezwungen werden, was sie nicht möchten. Es ist die Aufgabe der Erzählerin, dass die Patientin gehört wird. **Respekt vor der Kultur** – die Erzählerin zeigte Respekt vor kulturellen Regeln, die in der Familie galten. Sie unterstützte die Frau und forderte die Familienmitglieder heraus.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Unterwürfig und hilflos, negativ

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Familienfokus – die Familie steht mehr als die Einzelperson im Fokus (eher kollektive Orientierung). Die Patientin steht am Ende ihres Lebens und weiß, wie schwierig das für die Familie ist. Sie möchte sie nicht verletzen oder beleidigen, daher versucht sie, auf Basis der Gefühle der anderen zu handeln. **Indirekte Kommunikation** – anstatt ihre Wünsche und Bedürfnisse direkt mitzuteilen, wählt sie eine indirekte Kommunikation. Direkte Kommunikation wäre unhöflich und nicht wünschenswert.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Die kulturelle Orientierung hin zur Einzelperson oder zum Kollektiv ist eine wichtige Dimension von kultureller Differenz. Im ersten Fall stellen die Individualisten die Einzelperson als „einfachste" soziale Einheit ins Zentrum, und bevorzugen Entscheidungsfreiheit entlang individueller Präferenzen. Im zweiten Fall ist ein solches Verhalten rücksichtlos und in hohem Maße egoistisch. Aus einer individualistischen Perspektive heraus ist es für Mitglieder einer kollektiven Kultur eher schwierig, für sich selbst einzustehen. Personal im Gesundheitsbereich muss sich diesem Unterschied bewusst sein, wenn sie andere bewerten. Diese Geschichte zeigt auch die Herausforderungen im Management von Diversität im Allgemeinen auf. Sobald ein/e Angestellte/r der Meinung ist, dass irgendein kultureller Unterschied die Ursache für Probleme darstellt, aber das konkrete Wissen darüber fehlt, wird oftmals eine Vermeidungsstrategie gewählt: es wird nicht interveniert – aus Angst davor, unpassend in eine fremde Kultur einzugreifen.

5.54 DER GANZKÖRPERSPIEGEL

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Körper *Körperliche Behinderung*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Gleichbehandlungsexpertin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich – als Leiterin der Abteilung für Gleichberechtigung und Diversität einer nationalen Gesundheitsbehörde „National Health Trust“ – und eine Rollstuhlfahrerin haben an dem Tag gemeinsam ein Audit zur Barrierefreiheit durchgeführt. Das Gebäude, das wir aufsuchen sollten, war ein nagelneues Rehabilitationszentrum in Warwickshire in England. Das Audit sollte mit der Hilfe einer Rollstuhlfahrerin durchgeführt werden, um die Barrierefreiheit praktisch zu testen. Wir sind beide durch das Gebäude gegangen und gefahren und die Rollstuhlfahrerin hat mich auf drei Dinge aufmerksam gemacht, die auf der Toilette nicht barrierefrei benutzbar waren: • Die Handseifenspender waren zu hoch an der Wand angebracht worden, sodass sie Rollstuhlfahrer nicht benutzen konnten. • Die Mistkübel auf der Toilette konnten nur mit dem Fuß geöffnet werden und waren daher für sie auch nicht benutzbar. • Die Rollstuhlfahrerin hat mich außerdem darauf hingewiesen, dass die Toilette keinen Ganzkörperspiegel hatte. Der letzte der drei Punkte hat mich überrascht – warum brauchen Menschen mit einer Behinderung einen Ganzkörperspiegel? Sind Menschen mit einer Behinderung so eitel? Ich grübelte. Nach einiger Zeit nahm ich meinen ganzen Mut zusammen und fragte die Rollstuhlfahrerin, was es mit dem Ganzkörperspiegel auf sich hatte. Sie antwortete, dass sie Teile ihres Körpers nicht spüre und dass sie nur in einem Ganzkörperspiegel überprüfen könne, ob sie sich wieder vollständig bekleidet hatte. Ich war irgendwie enttäuscht von mir selbst, dass ich diesen Punkt nicht verstanden hatte, und fühlte mich dumm.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**

Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Erzählerin: weiblich, 60 Jahre alt, weiße Hautfarbe, aus England mit irischen Wurzeln, hat in England in ganzes Leben verbracht, ist katholisch aufgewachsen, ist verheiratet und hat erwachsene Kinder und 5 Enkelkinder. Sie hat ihr gesamtes Berufsleben für die nationale Gesundheitsbehörde „National Health Service (NHS)“ gearbeitet. Sie ist die Leiterin der Abteilung für Gleichberechtigung und Diversität dieser nationalen Gesundheitsbehörde. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist Inklusion und die Förderung von Gleichberechtigung. Zu ihrer Rolle gehört außerdem, Feedback von betroffenen Menschen einzuholen, Arbeitsstatistik auszuwerten und sicherzustellen, dass Gesundheitseinrichtungen eine/n Gleichberechtigungsbeauftragte/n haben. Person, die den Schock ausgelöst hat: weiblich, ca. 60 Jahre alt, weiße Britin, gibt der nationalen Gesundheitsbehörde kritisches Feedback, sitzt im Rollstuhl, ehemalige Polizeibeamtin, die nach einem Unfall körperbehindert ist; sie ist pensioniert, aber dennoch sehr aktiv, indem sie z.B. als Beraterin für Gleichberechtigungsfragen und Barrierefreiheit zur Verfügung steht. Sie arbeitet freiwillig mit.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Vorfall ereignete sich in einem nagelneuen Rehabilitationszentrum in South Warwickshire in England. Mit der Hilfe einer Rollstuhlfahrerin sollte ein Audit zur Barrierefreiheit durchgeführt werden. Die Erzählerin und die Person im Rollstuhl kannten sich bereits vor dem Vorfall durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe, die sich ca. 4-5 Mal pro Jahr trifft. Der Zweck des Audits war es, Probleme der Erreichbarkeit und des barrierefreien Zugangs im Rehabilitationszentrum zu identifizieren. Das beinhaltete auch Feedback zu physischen, kommunikativen oder kulturellen Barrieren. Der Kulturschock ereignete sich, als die Person im Rollstuhl die Behindertentoilette aufsuchte. Sie wies darauf hin, dass es keine Ganzkörperspiegel geben würde und die Erzählerin fragte nach, warum das nötig sei. Sie antwortete, dass man im Rollstuhl einen Ganzkörperspiegel benötigte, um die Kleidung zurechtzurücken und so die eigene Würde zu wahren. Die Erzählerin war geschockt und schämte sich, dass sie daran gar nicht gedacht hatte.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war wegen ihrer eigenen Naivität geschockt. Sie konnte den Wunsch nach einem Ganzkörperspiegel trotz ihrer langjährigen Berufserfahrung nicht zuordnen. Sie war von sich selbst enttäuscht.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**

“Spiegel”: ein Instrument für ästhetische Bedürfnisse, das unserer Eitelkeit dient. Ein Ganzkörperspiegel impliziert sogar noch mehr Eitelkeit. Dadurch wird das implizite Spannungsfeld zwischen Eitelkeit und einem behinderten Körper sichtbar. **Bedrohung des Selbstbildes als langjährige Gleichbehandlungsexpertin:** Als eine nicht beeinträchtigte Person konnte sich die Erzählerin nicht vorstellen, wie es wäre, im Rollstuhl zu sitzen. Als Gleichbehandlungsexpertin hätte sie sich hineinversetzen sollen. Sie war verärgert. Das hätte sie wissen sollen. Sie schämte sich auch in ihrer Rolle als Expertin. **Schwierigkeit, die Perspektive zu wechseln:** Die Erzählerin sah sich selbst als nicht-beeinträchtigte Person und aus genau dieser Perspektive und konnte den Perspektivenwechsel zu einer Person im Rollstuhl nicht vollziehen. Es ist schwierig, Barrieren zu identifizieren, wenn man selbst nicht betroffen ist und keine körperliche Behinderung hat.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Positiv – und negativ für sie selbst.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock “ausgelöst” hat (haben)**
Partizipative Audits zur Barrierefreiheit sind notwendige Maßnahmen, da nicht-behinderte Menschen die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen nicht oder weniger einschätzen können und es schwierig ist, in die Fußstapfen eines anderen zu treten. **Ganzkörperspiegel:** nicht nur ein Instrument für Eitelkeit, sondern ein Instrument, mit dem Menschen im Rollstuhl sich und ihren Körper in Ordnung bringen können. Menschen mit Bewegungseinschränkungen können vielleicht ihren Kopf nicht weit genug bewegen, um zu sehen, ob ihre Kleidung sie vollständig bedeckt oder nicht. Der Spiegel wird zu einem Instrument der Würde, der hilft, das Selbstbild zu erhalten, und nicht vor anderen unordentlich oder schlampig auszusehen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Die Geschichte ist eine Veranschaulichung, wie schwierig es ist, sich in andere hineinzuversetzen, vor allem in Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Sie zeigt auch, wie die Interpretation eines einzelnen Dings – eines Spiegels – von einem Referenzrahmen zum anderen variiert. Der Spiegel hat unterschiedliche Bedeutung für jemanden mit und ohne Behinderung. Eitelkeit und Schönheit, sind Bedürfnisse, die mit Personen ohne Behinderungen verknüpft sind, und mit behinderten Körpern nicht in Verbindung gebracht werden. Ein Körper mit Behinderungen sollte verdeckt werden, anstatt hübsch präsentiert zu werden. Abschließend zeigt die Geschichte die Wichtigkeit von partizipativen Audits auf, in denen Personen aus der Zielgruppe involviert sind.

5.55 DER LETZTE KUSS

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Lebensende *Krankenhaus*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Seelsorgerin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Eine Frau wurde nach einem Herzinfarkt auf die Intensivstation verlegt. Ihr Partner, der seit 20 Jahren an ihrer Seite war, war bei ihr und irgendwie geistesabwesend. Das Personal erklärte ihm, dass seine Frau sterben würde, sobald sie die Geräte abstellten. Ich verbrachte ungefähr eine Stunde mit ihm, in einem eigenen Raum oder am Bett der Patientin. Das Personal hat ihn dazu ermutigt, das Bett der Patientin zu verlassen, wenn sie die Geräte abstellten. Er fand das sehr schwierig. Ich bin dann mit ihm gemeinsam zum Bett zurück und seine Frau atmete ihren letzten Atemzug. Um sie herum waren noch viele Geräte und Maschinen, die Station war ausgelastet und belebt, und der Mann hatte wenig Erfahrung mit einer solchen Umgebung. Ich ermutigte ihn, ihre Hand zu halten, und spürte sein Zögern. Er drehte sich zu mir und fragte, ob es okay wäre, sie auf den Mund zu küssen. Ich war schockiert und sagte, dass er das gar nicht zu fragen brauchte, sondern selbstverständlich seine Frau küssen dürfte. Er fühlte sich aber so befremdet und abgestoßen von dieser Umgebung.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Erzählerin: weiße Britin, 46 Jahre alt, Pfarrerin und Seelsorgerin in der Anglikanischen Kirche, wurde aber nicht in einer besonders gläubigen Familie aufgezogen, hatte bereits 8 Jahre im Krankenhauskontext gearbeitet, arbeitet viel mit Menschen, vor allem mit Menschen an ihrem Lebensende, ist an die Krankenhausumgebung gewöhnt. Mann der Patientin: männlich, weißer Brite, ca. 60 Jahre alt, erwerbstätig, Angehöriger der Anglikanischen Kirche, aber nicht besonders religiös

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Die Situation findet auf einer Intensivstation statt, eine Station mit sehr regem Betrieb, wenige PatientInnen, aber viele Geräte, Hintergrundgeräusche, Notfälle, sterile Umgebung, um Infektionen vorzubeugen, PatientInnen in kritischem Zustand, viele Schläuche und lebensrettende Geräte, Personal in Uniform.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin ist schockiert, dass der Mann um Erlaubnis fragt, seine Frau zu küssen, so als würde sie nicht mehr zu ihm gehören. Traurigkeit, dass der Mann auf den Tod seiner Frau so unvorbereitet war und das Krankenhaus ihm so fremd war, dass er verwirrt war, was überhaupt vor sich ging.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Religion und Tod Selbst, wenn wir wissen, dass wir eines Tages sterben, geht jeder Mensch unterschiedlich damit um. Manche beschließen, nicht darüber nachzudenken, außer, wenn sie damit konfrontiert werden, andere finden Antworten in der Religion, usw. Die Erzählerin kommt aus keiner religiösen Familie, hat aber entschieden, Pfarrerin zu werden und sie letzten 8 Jahre damit zu verbringen, PatientInnen und Familien kurz vor dem Tod zu begleiten. Der Tod scheint ein vertrautes Konzept für sie zu sein, sie scheint den Tod zu akzeptieren und Antworten darauf aus ihrem Glauben zu ziehen. **Das Arbeiten mit dem Tod** Die Erzählerin arbeitet bereits seit mehreren Jahren in diesem Krankenhaus und die Umgebung ist zu ihrer gewohnten Umgebung geworden – ein Ort, an dem sie sich oft aufhält. Die PatientInnen und deren Angehörige sehen diesen Ort aus ihrer Rolle als BesucherInnen und Fremde, und wissen oft nicht, wie sie sich verhalten sollen, welche Regeln gelten, und was sie besser unterlassen sollten. Für die Erzählerin ist der Ort ein ganz natürlicher, in dem Abschied genommen wird indem z.B. auf Wiedersehen gesagt wird, Hände gehalten werden, geküsst oder die Leiche eines Angehörigen berührt wird. Das sind alles Teile des Rituals für sie. Die Angehörigen dürfen ihre Gefühle zeigen, ohne um Erlaubnis zu bitten.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Weder positive noch negativ; eher Mitgefühl, dass er so verwirrt ist und mit der Situation nicht umgehen kann und ein Gefühl, ihn beschützen zu wollen, da er offenbar Begleitung und Unterstützung braucht.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Trauerarbeit und Trauerprozess Der Angehörige steht unter Schock, weil seine Frau unerwartet gestorben ist. So wie die Geschichte erzählt ist, verstehen wir, dass die Zeit im Krankenhaus niemals ausgereicht haben kann, um ihm begreiflich zu machen, dass sie sterben würde, und dies zu akzeptieren. Diese kurze Zeit zwischen dem Herzinfarkt und der Empfehlung des Personals, die lebensrettenden Maßnahmen einzustellen, gaben dem Mann nicht genügend Zeit, um zu verarbeiten, was passiert war, und das wurde dann als Unsicherheit und Verwirrung wahrgenommen. Die Situation hatte möglicherweise folgende Ängste für den Mann zur Folge: Verlust von Autonomie, als das Personal entschied, dass sie nichts mehr für seine Frau tun könnten und dass es Zeit war, sie gehen zu lassen; Angst vor Einsamkeit nach 20 Jahren Ehe und gemeinsamen Lebens; Angst vor einer unbekannten Situation, wie man mit dem Tod umgeht und dem Schmerz, der darauf folgt. **Tod in einer medizinischen Umgebung** Die Vorgangsweisen und Verhaltensweisen des Personals in der Intensivstation waren für den Mann nicht alltäglich und daher nicht ausreichend. Die unnatürliche Umgebung mit vielen Geräte, Hintergrundgeräuschen, Notfällen, der sterilen Umgebung, um Infektionen vorzubeugen, PatientInnen in kritischem Zustand, viele Schläuche und lebensrettende Geräte versetzten den Mann in eine Stresssituation. In dieser unnatürlichen Situation muss er sich von seiner Frau verabschieden. Die Atmosphäre auf der Station und seine Stimmung haben sicherlich zu seiner Verwirrung beigetragen, wie er sich verhalten soll. Es wird empfohlen, dass die Angehörigen draußen warten, wenn die lebenserhaltenden Geräte abgestellt werden, da es mitunter zu verstörenden Situationen kommen kann und es nicht immer der Fall ist, dass die PatientInnen friedlich sterben.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Das Personal wollte alles richtig machen, z.B. schickte ihn hinaus, als sie die Geräte abstellten, und wollten ihn damit beschützen, er aber fühlte sich ausgeschlossen. Für manche Angehörige funktioniert das, andere aber müssen dabei sein, auch wenn es schockierend ist. Dieser Schock wurde verstärkt, weil in der Umgebung, die für das Personal der tägliche Arbeitsplatz ist, sich aber für alle anderen so stark vom Alltag unterscheidet, und PatientInnen gerade am Lebensende zusätzliche Unterstützung benötigen. Das Personal kann eigentlich auch erwarten, dass jede Person anders auf den Tod reagiert, und darauf vorbereitet sein, alle Arten von Fragen zu hören, da diese eventuell geschockt oder gestresst oder verwirrt sind, was die Abläufe betrifft.

5.56 FREITAGSTERMINE

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Religion *Kommunikation*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Medizinische Fußpflege

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich behandelte einen Patienten, der 2 bis 3 Mal pro Woche einen Termin hatte. Geschwüre verbinden wir am Montag, Mittwoch und Freitag. Der Patient war in einem schlechten Zustand und sein Lebensende war nahe. Ich bemerkte, dass er die Termine am Freitag immer wieder entweder absagte oder einfach nicht einhielt. Als ich begann, Hausbesuche bei ihm zu machen, hörte ich im Hintergrund im Raum immer öfter religiöse Musik und Gebete und ich fühlte mich so, als würde ich in seine private Gebetszeit eindringen. Das war unangenehm für mich. Nach einiger Zeit fragte ich ihn, warum er freitags nie seine Termine wahrnahm und er sagte mir, dass das sein religiöser Tag sei und er beten würde. Daraufhin haben wir seine Behandlungstermine auf Dienstag und Donnerstag verschoben.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Erzählerin: weiblich, Fußspezialistin, ca. 35 Jahre alt, weiße Britin, verheiratet mit 2 Kindern, in der Anglikanischen Kirche, aber nicht besonders religiös; sozial kompetent, Gewerkschaftsmitglied, Hochschulbildung, sauberes Haus, eher introvertierte Persönlichkeit. Patient: männlich, Moslem, ca. 75 Jahre alt, lebt in Nuneaton in England (eine Stadt in Mittelengland mit hohem Migrationsanteil und einer zentralen Moschee), religiös, Diabetiker, wenige Englischkenntnisse, sterbenskrank.

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Der Kulturschock geschieht beim Patienten zu Hause, als eine Wunde versorgt werden muss. Im Hintergrund läuft religiöse Musik und Gebete via CD oder Fernsehen, was als Ablenkung und Störung empfunden wird.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Die Erzählerin war frustriert, dass der Patient seine Termine nicht einhielt, und dann frustriert mit sich selbst, weil sie nicht rechtzeitig nachgefragt hat, warum er seine Termine nicht einhalten konnte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Prioritäten – Gesundheit ist wichtiger als Religion, die Erzählerin gibt der Gesundheit mehr Priorität als der Religion und denkt, es sei unverantwortlich, Behandlungstermine abzusagen. **Respekt vor Personal** – Sie hat sich auf seine Routinen und Muster eingestellt und er hat im Umkehrschluss wenig Wert auf ihre Behandlung gelegt. **Verhalten während eines Hausbesuchs** – Die Erzählerin hat das Gefühl, dass man während eines Hausbesuchs Musik oder den Fernseher ausstellt und dem Dienstleister die ganze Aufmerksamkeit widmet. **Der Ort für Religionsausübung** – Es gibt spezielle Orte/Räume und Momente für Religion, z.B. Orte der Anbetung oder anderen Ritualen, aber Religion muss nicht störend in den Alltag hineinspielen. Es sollte Grenzen geben zwischen spirituellen und alltäglichen Aktivitäten. **Respekt vor kulturellen und religiösen Werten** – Obwohl sie anfangs nicht gut über die Religion des Patienten informiert war, war es für sie dann wichtig, seine Religion und seine Kultur zu respektieren. Dies hat ihr dabei geholfen, zu verstehen, was das Problem mit den Freitagsterminen war und dass es notwendig war, etwas zu verändern.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
überrascht über sein Verhalten und dann negativ geschockt

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Priorität der Religion – Spirituelle Anliegen sind wichtiger als körperlich-biologische. Der Patient hat gerne über seine Religion und seine Herkunft Auskunft gegeben, z.B. Pakistan,

hatte aber wenig Interesse, über Gesundheit oder seine Ernährungsgewohnheiten zu sprechen.

Lebensende – Am Lebensende ist es normal, sich der Religion zuzuwenden. Das könnte auch auf den Patienten zutreffen. Er bereitete sich auf seinen nächsten Lebensweg vor und dabei spielte sein Glauben eine essentielle Rolle.

Freitagsgebete im Islam – Freitag ist der Tag, an dem muslimische Männer normalerweise in die Moschee gehen, um zu beten. Durch seine Erkrankung konnte der Patient nicht dort hingehen, was es umso wichtiger machte, dass er seine Rituale zu Hause beibehielt und dazu das Radio oder das Fernsehen nutzte.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Die Situation zeigt, dass Terminpläne oftmals nicht übereinstimmen und dass kulturelle und professionelle, medizinische Terminpläne kollidieren können.
Die Frage der Prioritätensetzung ist eine besonders interessante im Gesundheitsbereich. Es ist sehr schwierig, ein anderes Prioritätensystem zu verstehen und zu akzeptieren. Viele EuropäerInnen nehmen z.B. die Maslowsche Bedürfnispyramide als ein global gültiges Paket von Prioritäten an, aber in diesem Modell werden lediglich westliche Werte widergespiegelt. Ein anderes Prioritätensystem kann von einem anderen kulturellen Standpunkt aus fremd oder irritierend wirken, vor allem, wenn das Wohnbefinden, die Gesundheit oder das Überleben einer Person bedroht sind, und soziale oder spirituelle Prioritäten höher gestellt werden.
Den Patienten in diesem Fall nach seiner Religion und Kultur zu fragen, wurde zu einer wichtigen Ressource für den Behandlungsplan. Allerdings sind viele MitarbeiterInnen zurückhaltend damit, eine solche Frage zu stellen, z.B. aus Angst, eine zu persönliche Frage zu stellen und damit in die Privatsphäre des Patienten einzudringen oder ihre eigene Unkenntnis zu zeigen. Es ist eine Kunst, neugierig zu sein und relevante Fragen zu stellen – dies sollte wieder verstärkt Teil von Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitsbereich sein.

5.57 DER MEDIKAMENTEN-ZEITPLAN

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Sprachbarrieren *Religion*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Angehöriger, Sohn der Patientin

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Meine Mutter ist eine Sikh, sie ist über 80 Jahre alt und ihre Muttersprache ist Punjabi. Ihre Englischkenntnisse sind eingeschränkt. Sie war gerade im Krankenhaus, als der Kulturschock geschah. Die Krankenpflegerinnen verabreichten Patienten ihre Medikamente bereits sehr früh am Morgen – gemäß dem Zeitplan für die Medikation. Meine Mutter allerdings – da sie eine getaufte Sikh ist – duscht sich zuerst, nachdem sie aufgestanden ist, betet dann ihre täglichen Gebete und erst dann kann sie etwas essen oder trinken. Ohne ihre Kultur zu verstehen und ohne dass sich die ältere Frau dem Personal mitteilen konnte, verweigerte sie die Medikation so früh am Morgen. Das Personal hat angenommen, dass sie die Medikation an sich ablehnt und darauf bestanden, dass sie eingenommen wird. Das Problem war aber nicht die Patientin, sondern nur der Zeitpunkt der Einnahme. Die Pflege hat nicht zu ihren Bedürfnissen gepasst, etwa das Frühstück um 9 Uhr, das viel zu spät für sie ist, weil sie Diabetikerin ist. Die Regeln mit der Medikamenteneinnahme um Punkt 8 Uhr waren in Stein gemeißelt. Das Personal auf der Station hat jeden Tag gewechselt, sodass wir als Familie jeden Tag aufs Neue auf die Bedürfnisse der Mutter hinweisen mussten. Das Personal steht unter Druck, jedem Patienten zur selben Tageszeit seine Medikamente zu verabreichen. Es war niemand da, der Punjabi sprach, und meine Mutter nickte nur ja/nein, wenn sie etwas gefragt wurde, weil sie gar nicht verstand, was der Inhalt der Frage war.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?

Erzähler: Sohn der Patientin, männlich, ca. 60 Jahre alt, Vater, Sikh, religiös, Vorsitzender des Warwick District Faith Forums, aktives Gemeindemitglied

Patientin: weiblich, Sikh, Mitte 80, Magen-Darmbeschwerden, innere Blutungen mit Risiken einer Leberinfektion, keine mobile Pflege und Betreuung zuhause, familiäre Unterstützung ist ihr sehr wichtig, geringfügige Englischkenntnisse, Muttersprache Punjabi.

MitarbeiterInnen des Krankenhauses

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Krankenhaus: Station, in der sich PatientInnen und MitarbeiterInnen aufhalten

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Stress und Frustration innerhalb der Familie, die immer wieder dieselben Informationen wiederholen müssen. Ihre Bedürfnisse werden nicht konstant berücksichtigt, auch wegen dem Mangel an Kontinuität beim Personal auf der Station. Die Familie fühlt den Stress, den dieser Zustand auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Mutter hat.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Wichtigkeit, die Religion der Patientin anzuerkennen – Der Sohn ist der Meinung, dass die Pflegekräfte die Religion der Mutter berücksichtigen müssen und was sie tun kann und darf und was nicht. Das könnte bei der Aufnahme abgefragt werden. **Diversity Management** – Es sollte die Aufgabe des Krankenhauses sein, mit allen PatientInnen kommunizieren zu können, selbst die, die nicht genügend Englischkenntnisse aufweisen. Die Pflegekräfte sollten sicherstellen, dass sie die Fragen versteht oder eine/n Dolmetscher/in hinzuziehen. Es sollte ein Aufwand betrieben werden, die Behandlung auf die religiösen Bedürfnisse der PatientInnen abzustimmen. **Professionalität** – Der Sohn nimmt an, dass es zur professionellen Praxis gehört, Pflegedokumentationen zu besprechen und weiterzugeben und dass diese wichtige Information, wann die Patientin ihre Medikamente nehmen kann, enthalten ist. Er sollte diese Information nicht täglich neu geben müssen.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.

Negatives Bild der MitarbeiterInnen, die für die Mutter sorgten.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Wichtigkeit von Routineabläufen – Es ist ein Routineablauf, allen PatientInnen zur selben Zeit Medikamente zu verabreichen und es sind strenge Regeln und Zeitpläne damit verbunden. **Stress** – Wegen Personalkürzungen stehen die MitarbeiterInnen mehr unter Druck, sich um die PatientInnen zu kümmern, und das mit weniger Ressourcen. **Wichtigkeit von Dienstübergaben und Pflegedokumentation** – Dienstübergaben und auch schriftliche Pflegedokumentationen an die nächste Schicht an KollegInnen zu übergeben, wird als wichtig erachtet, kann jedoch aufgrund des Zeitmangels oft nicht in vollem Umfang stattfinden. **Vielfältige PatientInnen** – MitarbeiterInnen haben es mit vielfältigen PatientInnen mit unterschiedlichen Muttersprachen zu tun und es steht nur in wenigen Fällen ein/e Dolmetscher/in zur Verfügung. Daher geht man davon aus, dass ein Kopfnicken Verstehen und Zustimmen bedeutet, und dass die Verweigerung, Medikamente einzunehmen, bedeutet, dass sie diese gar nicht einnehmen möchte.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Die nicht-individuelle Herangehensweise an PatientInnen in diesem Beispiel ist problematisch. PatientInnen sind Individuen mit individuellen Bedürfnissen im Gegensatz dazu, alle PatientInnen nach Schema F zu behandeln. Der Verhaltenskodex unter Pflegepersonal könnte rechenschaftspflichtiger sein in dem Sinne, dass mehr Kommunikation zwischen dem Personal über die PatientInnen stattfindet und das Risiko, dass PatientInnen sich ständig wiederholen müssen, minimiert wird. Krankenhäuser müssen schon bei der Aufnahme feststellen und festhalten, ob PatientInnen Sprachbarrieren haben und dann wenn möglich DolmetscherInnen zur Verfügung stellen.

5.58 LEICHE EINES KINDES

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Tod, Trauerarbeit *Essen*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Hauskrankenpflege

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ein Kind, das von der Hauskrankenpflege gepflegt und betreut worden war, war gestorben. Der Tod des Kindes war vorhersehbar, gut vorbereitet und organisiert gewesen. Zwei Tage nach dem Tod besuchte die Hauskrankenpflegerin die Familie, um ihnen Unterstützung anzubieten und um die letzten Geräte zu entfernen und mitzunehmen. Die Familie hatte einen eigenen Raum vorbereitet und die Leiche des Kindes dort auf Augenhöhe mit dem Leichenschmaus aufgebahrt. Die Hauskrankenpflegerin wurde eingeladen, mit der Familie in diesem Raum Zeit zu verbringen und zu essen. Sie fand das sehr verstörend und die Tatsache, dass die Leiche noch nicht abtransportiert war und sie diese Art des Essens nicht kannte, trug noch zusätzlich zu ihrem Unbehagen bei.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Erzählerin: erfahrene Hauskrankenpflegerin, weiblich, weiße Britin, hoher Bildungshintergrund, lebt in Warwickshire Kind: mit 7-8 Jahren gestorben, weiblich, sterbenskrank, au seiner asiatischen Familie mit Eltern und Großeltern, die genaue Herkunft in Asien ist unbekannt (aus dem Süden von Asien)

2. **Setting und Kontext**

Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?
Zuhause der Familie – das Kinderzimmer. Die Besuchszeit war vorher ausgemacht. Die Leiche des Kindes war auf Augenhöhe und das Catering befand sich im selben Raum. Die Religion der Familie ist unbekannt.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
• Unangenehm, weil die Leiche des Kindes 2 Tage nach dem Tod immer noch vor Ort war. • Ekelerregend aus hygienischen Gründen, weil neben der Leiche gegessen wurde. • Angespannt, weil sie dachte, die Familie würde erwarten, dass sie auch etwas isst, obwohl ihr das Essen fremd war, sie aber die Familie nicht beleidigen wollte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Trennung der Toten und der Lebenden – Die Erzählerin ist womöglich (vor einem christlichen Hintergrund) gewohnt, dass der Leichnam gleich nach dem Tod an den Bestatter übergeht und dass dieser nicht bis zum Begräbnis aufgebahrt wird. Es entspricht nicht der üblichen Vorgangsweise, Kinderleichen in einem offenen Sarg aufzubahren – noch hinzu kommt der Stress und das Unbehagen, eine Kinderleiche offen ansehen zu können. **Individualität –** selbst bei einem Offenen Sarg verabschieden sich Menschen privat oder eher in kleinen Gruppen – es ist eher unüblich, dass viele Menschen um eine Leiche herum stehen und der Toten ihren letzten Besuch abstatten. Große Gruppen, die sich um eine Kinderleiche scharren, sind für die Erzählerin sehr unüblich. **Hygiene –** Essen sollte nicht im selben Raum wie eine Leiche aufgetischt werden. Der Ort des Essens ist unter den Lebenden, nicht unter den Toten. **Höflichkeit und Respekt vor fremden Kulturen –** Die Erzählerin wollte die Familie nicht aufregen und hat daher das Kinderzimmer betreten und gegessen, auch wenn es ihr unangenehm war. Gäste fühlen oft, dass das Ablehnen von Essen unhöflich oder gar eine Beleidigung wäre.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Verwirrt wegen diesem Ritual.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**

Riten der Trennung und Trauerarbeit: Kulturelle Praktiken variieren, wie man sich von einer toten Person verabschiedet und welche Rituale es dazu gibt. In der westlichen Welt wird die Leiche sehr schnell von der lebenden Welt getrennt, aber in vielen anderen Kulturen ist es möglich, lange Zeit zu ko-existieren – die Toten und die Lebenden.

Tendenz zum Kollektivismus: Der Tod ist nicht etwas Privates, sondern etwas Kollektives, das mit Freunden und Familie geteilt wird.

Essen während eines Begräbnisses: es ist in westlichen Gesellschaften durchaus üblich, nach einem Begräbnis gemeinsam zu essen. Das Teilen von Essen oder das gemeinsame Essen kann viele Bedeutungen haben: Verstärkung sozialer Beziehungen, Mitgefühl mit den Trauernden, Freude am Leben. Nichtsdestotrotz findet das Essen normalerweise an einem abgetrennten Ort statt, ev. ein Restaurant, und nicht am Ort des Offenen Sarges.

7. **Ableitung von Empfehlungen:**
Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?

Rituale um den Tod variieren von Kultur zu Kultur, da der Tod ein Bereich ist, wo Sorgfalt und Empathie erforderlich sind. Es überrascht uns daher nicht, dass Rituale, die stark von den unseren abweichen, zu starken emotionalen Reaktionen führen. Gründe dafür sind der Bruch mit dem Gewohnten, aber auch die Schutzlosigkeit, wenn wir offen mit dem unausweichlichen Tod konfrontiert werden.
Ein zweiter Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Grenze dessen, was Personal im Gesundheitsbereich leisten kann. Oftmals fühlt man sich verpflichtet, solche Einladungen anzunehmen, selbst wenn die Einladung an die eigenen Grenzen geht. Grenzen zu setzen ist jedoch besonders in interkulturellen Situationen sehr wichtig, diese darf man kennenlernen und sich damit auch schützen. Sich selbst und seine Grenzen immer wieder zu ignorieren, kann zu Burnout und Erschöpfung führen.
Die Erzählerin hat von diesem Kulturschock für künftige Einladungen gelernt, diese vorab mit KollegInnen zu besprechen, um andere auf solche Situationen vorzubereiten, aber auch um einen Kulturschock zu vermeiden.

5.59 DIE NATURALISTINNEN

Organisation, die den Fall erhoben hat: WREP – Warwickshire Race Equality Partnership, NGO, die im Bereich der Chancengerechtigkeit in England arbeitet
Erhebungsdatum: Februar 2016

Schlagworte zur Katalogisierung des Ereignisses
Medizinische Versorgung *Glauben* *Diversity Management*

(Beruflicher) Hintergrund oder Position der/des Erzählers/in
Medizinische Fußpflege

Das Ereignis
Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung einer von Ihnen selbst erlebten Geschichte (10-15 Sätze). Bitte erzählen Sie aus Ihrer eigenen Perspektive. Schildern Sie, wo und wann das Kritische Erlebnis stattgefunden hat, wie Sie sich gefühlt haben und wie Sie daraufhin gehandelt haben. (Bitte keine Analyse des Erlebnisses, diese erfolgt in einem weiteren Schritt.)
Ich habe eine Patientin bei ihr zu Hause behandelt. Sie und ihre Freundin wollten grundsätzlich nicht über Wundversorgung oder Medikamente sprechen. Ich war frustriert und wusste nicht, wie ich die Patientin dann behandeln sollte. Als ich fragte, warum sie die üblichen Methoden ablehnten, sagten sie mir, sie seien Naturalistinnen. Ich ging nach Hause und stellte einige Nachforschungen über natürliche Heilmittel an. Dann sprach ich mit ihnen über alternative Methoden, die ich gefunden hatte. Sie waren sehr glücklich damit und ich war in der Lage, die Behandlung durchzuführen.

1. **Soziale Identitäten der beteiligten Personen**
Wer sind die handelnden Personen in dieser transkulturellen Situation? Wie lassen sich ihre sozialen Identitäten beschreiben (Alter, Geschlecht, Herkunft, Beruf etc.)? Welche Verbindungen lassen sich zwischen den handelnden Personen herstellen und zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen, denen sie angehören?
Erzählerin – weibliche Fußspezialistin, zwischen 20 und 30 Jahren alt, verheiratet mit 2 Kindern, Anglikanerin, sozial kompetent, Gewerkschaftsmitglied, Hochschulbildung. Patientin – pensionierte Universitätsprofessorin, weiblich, Single, weiße Britin, keine Familie, keine Freunde, Naturalistin, lesbisch, guter Gesundheitszustand, lebt sozial isoliert in einer Wohnung, verbringt viel Zeit im Bett und im Wohnzimmer.

2. **Setting und Kontext**
Wie gestalten sich die erlebte Situation und der Kontext, in dem das Geschehen stattfindet (räumliche Rahmenbedingungen, soziale und psychologische Faktoren etc.)?

Der Kulturschock findet während eines Hausbesuchs statt, und die Interaktion findet im Wohnzimmer statt. Der Wohnraum sieht unordentlich und unaufgeräumt aus. Die Patientin trägt ihren Pyjama und ist nicht vollständig gekleidet. Das Bett der Patientin steht ebenfalls im Wohnzimmer, da sie die meiste Zeit im Bett verbringt.

3. **Emotionale Reaktion**
Die Schock-Reaktion: Eindrücke, Empfindungen und Gefühle; Welche spezifische Reaktion wurde durch den Schock ausgelöst (Emotionen, Handlungen etc.)?
Frustration – wegen der Nichtbefolgung der Anweisungen, verärgert, wütend – wegen dem fehlenden Wissen über den Glauben der Patientin. Die Fußspezialistin war zu dem Zeitpunkt sehr jung und wollte sich an die allgemeinen Regeln halten. Die Situation war völlig neu für sie und daher war sie angespannt, sie wusste nicht, wie sie damit umgehen sollte.

4. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der EIGENEN PERSON: Referenzrahmen der Person, die den Schock erlebt hat**
Wichtigkeit eines sozialen Netzwerks – Die Spezialistin glaubt, dass es wichtig ist, sich zu vernetzen und ein starkes soziales Umfeld zu haben. **Aktive Bewältigungsstrategien, Problemlösungskompetenz** – Die Spezialistin ist eine aktive Problemlöserin, die Probleme bewältigt und daran glaubt, wenn es ein Problem gibt, dass sie auch eine Lösung findet. **Diversität als Wert** – Die Erzählerin schätzt unterschiedliche Werte und Diversität und war daher bereit, den Bedürfnissen der Patientin nachzukommen. **Respekt vor Spiritualität** – Obwohl die Erzählerin selbst mehr Wert auf Gesundheit und Wohlbefinden legt als auf Glauben oder Spiritualität, betreibt sie einen Extraaufwand, um eine Behandlungsmethode zu finden, die mit den religiösen Praktiken der Patientin zusammenpasst. Für sie ist das die bessere Alternative, als die Behandlung der Patientin völlig aufzugeben. **Ordnung** – Für die Erzählerin ist es schwer zu verstehen, dass die Patientin ihr Bett im Wohnzimmer hat, wo es unordentlich ist, obwohl ihre Küche und ihr Bad aufgeräumt waren. Das zeigt, dass die Patientin sehr viel Zeit im Wohnzimmer verbringt.

5. **Welches Bild der anderen handelnden Person (oder Personengruppe) entsteht abgeleitet aus der Analyse von Punkt 4?**
Kurze Benennung: sehr positiv, positiv, negativ, sehr negativ, neutral, stigmatisiert, unlogisch etc.
Die Erzählerin nahm die Patientin als gläubig wahr. Die war überrascht, dass eine ehemalige Professorin nun aus freien Stücken so isoliert lebt. Sie ging davon aus, dass sie ein gutes soziales Netz hätte haben können. Es war schwer zu verstehen, warum sie im Wohnzimmer schlief und warum es dort zu unordentlich aussah.

6. **Dahinterliegende Werte, Normen, Repräsentationen, Vorstellungen, Vorurteile der ANDEREN PERSON: Referenzrahmen der Person (oder Personengruppen), die den Schock "ausgelöst" hat (haben)**
Wichtigkeit des Glaubens – Die Anerkennung des Göttlichen in der Natur liegt dem Glauben der Naturalistinnen zugrunde. Sie sind sich der Natürlichkeit der Welt bewusst und sehen die Kraft des Göttlichen in einem ewigen Kreislauf von Leben und Tod. Die meisten NaturalistInnen handeln umweltfreundlich und versuchen, die Umwelt nicht durch ihre Lebensweise zu belasten. **Isolation** – Vielleicht verstand ihr soziales Umfeld ihren Glauben nicht und sie entschied daher, eher isoliert zu leben. Da sie keine Freunde oder Familie hat, ist die Kommunikation an sich erschwert. Ihr Bett stand ganz in der Nähe des Fernsehers, was ihr Dreh- und Angelpunkt nach außen war. **Bildungshintergrund** – Mit ihrem hohen Bildungshintergrund interessiert sie sich dafür, was draußen vor sich geht und schaut oft Programme wie Nachrichten oder Dokumentationen.

7. **Ableitung von Empfehlungen:** **Welche generellen Probleme zeigen sich anhand des Ereignisses im Hinblick auf die berufliche Praxis oder den Umgang mit Differenzen in interkulturellen Situationen? Welche Handlungsempfehlungen können wir für die Praxis aussprechen?**
Diese Erfahrung war anfangs negative und frustrierend, stellte sich dann aber als positive und lösbar heraus, als die Erzählerin alternative Behandlungsmethoden fand, die Behandlung fortsetzen durfte und gleichzeitig den Glauben der Patientin respektieren konnte. Professionalität sollte solche alternativen Wege ermöglichen, wenn kulturelle Unterschiede auftreten. Die Verbindung von Behandlungszielen und kulturellen Praktiken stellt den Kern eines interkulturellen Aushandlungsprozesses dar. Ein Wendepunkt in einer solchen Aushandlung ist das Anerkennen der Werte und Präferenzen des Patienten als gültige und wichtige Werte. Diese Geschichte illustriert, welches Potential hinter dem Entdecken der Rationalitäten des Anderen und von Aushandlungsprozessen im Allgemeinen stecken.

6. Literaturverzeichnis

- Cohen-Emerique, M. (2015). Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques, 2. édition, Rennes: Presses de l'école des hautes études en sante publique.
- Council of Europe (2016). Gender – Some key Concepts. Abgerufen am 5.10.2016, http://www.coe.int/en/web/compass/gender
- Douglas, M. (1985). Reinheit und Gefährdung: Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu. Dietrich Reimer Verlag Berlin.
- Greenberg, J. (2012). Terror management theory: From genesis to revelations. In P. R. Shaver, & M. Mikulincer (Hg.*).* Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns (pp. 17-35). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Hofstede, G. (1998). Masculinity and Femininity. The taboo dimension of national cultures. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Hofstede, G.; Minkov, M. (1998). Cultures and Organizations: Software of the Mind, Third Revised Edition, McGrawHill 2010, ISBN 0-07-166418-1.
- Goldenberg, J.; Pyszczynski, T.; Warnica, G. M.; Landau, M.; Thomas, L. (2006). Ambivalence Toward the Body: Death, Neuroticism, and the Flight from Physical Sensation. In: Personality and Social Psychology Bulletin 32 (9), pp. 1264-1277.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In: Berkowitz, L.: Advances in experimental social psychology. 10. New York: Academic Press. pp. 173–220.

Weiterführende Quellen

- Directorate-General for Public Health, Ministry of Health and Consumer Affairs (o.J.): Health and the Roma Community, abrufbar unter: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Health_and_the_Roma_Community.pdf
- Gingrich, André (2001). Ethnizität für die Praxis. Drei Bereiche, sieben Thesen und ein Beispiel. In: Wernhart, Karl R. & Zips, Werner (Hg.) Ethnohistorie - Rekonstruktion und Kulturkritik. Eine Einführung. Wien: Promedia, S. 99-111.
- Larcher, Dietmar (2008). Der Geist aus der Flasche. Unerwünschte Nebenwirkungen des Begriffs „Kultur“. In: MAGAZIN erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs, Ausgabe 5, 2008. Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/08-5/meb08-5.pdf
- Mader, Elke, Kraus, Wolfgang, Budka, Philipp, Reitter, Matthias (o.J.): Einführung und Propädeutikum Kultur- und Sozialanthropologie, abrufbar unter: http://www.univie.ac.at/sowi-online/esowi/cp/einfpropaedksa/einfpropaedksa-6.html
- Rathje, Stefanie (2006). Interkulturelle Kompetenz – Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. In: Zeitschrift für interkulturellen Fremdsprachenunterricht.

7. Kontakt

Erasmus+ Projekt “Healthy Diversity”
Grant Agreement No.: 2015-1-UK01-KA202-013794
Laufzeit: 2015-2018
Homepage: http://healthydiversity.eu/

Autoren und Autorinnen der englischen Fassung: Alessandra Cannizzo, Attila Dobberer, Claire Edwards, Junaid Hussain, Noemi De Luca, Clara Malkassian, Maggie O'Rourke, Suki Rai, Agnes Raschauer, Katharina Resch, Diana Szántó, Henning und Margit Helle Thomson, Priya Tek-Kalsi, Vera Varhegyi

Herausgeberinnen der deutschen Ausgabe: **Katharina Resch und Agnes Raschauer**; unter Mitarbeit von Steve Feller und Feedback von Vera Aichhorn, Lisa Hellmann und Claudia Trupp.

Kontakt:
Universität Wien
Postgraduate Center
Spitalgasse 2, Hof 1, 1090 Wien

Dr. Katharina Resch, Email: katharina.resch@univie.ac.at
Agnes Raschauer, MA, Email: agnes.raschauer@univie.ac.at

*Das Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt tragen allein die Herausgeberinnen; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.