

Interkulturelle Kommunikation mit Patienten im Krankenhaus – Vom Missverständnis zur Verständigung

Sylvia Brazda

Kulturell bedingte Missverständnisse und Konflikte sind im Klinikalltag oft an der Tagesordnung. Um Differenzen zu klären und mit alltäglichen, angespannten Situationen professioneller und gelassener umgehen zu können, kann es hilfreich sein, sich kommunikative Kompetenzen anzueignen. Dabei spielt das Verständnis für Kommunikation an sich sowie das Bewusstsein über kulturbedingte unterschiedliche Interpretationen der verbalen und nonverbalen Sprache eine wichtige Rolle.

Einleitung

Eine gelingende Kommunikation ist wesentlich für reibungslose Abläufe im Klinikalltag. Dies gilt umso mehr, wenn Menschen aus unterschiedlichen Kulturen zusammenarbeiten, da sie aufgrund der Sprache ggf. Verständnisprobleme haben und kulturell bedingte Missverständnisse auftreten können. Allerdings wird uns von unserem sozialen Umfeld häufig vermittelt, dass Botschaften entweder inhaltlich oder emotional übermittelt werden. Genau das Gegenteil ist der Fall. Bereits der Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick hat beschrieben, dass jede Gesprächsform einen Inhalts- UND einen Beziehungsaspekt hat. Es gibt kein „entweder – oder“, sondern nur ein „sowohl – als auch“. In unseren Dialogen schwingen demnach mehrere Anteile mit: die sachlichen Inhalte und deren Interpretation, die Bewertung der Situation sowie die Absichten und Wünsche, die dahinterstehen [1].

Verbale Kommunikation

Die kulturelle Vielfalt innerhalb der Ärzteschaft sowie der Kontakt zu Patient*innen aus anderen Kulturen, ist in europäischen Krankenhäusern alltäglich geworden. Diese kulturgemischten Konstellationen bergen zahlreiche Problemfelder im Umgang miteinander, was nicht selten zu angespannten Situationen führt [2]. Dabei fungiert die Sprache als feinstes Instrument unserer Kommunikation, als entscheidendes Transportmedium kultureller Krankheitsvorstellungen. Kommen Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Muttersprache mit Patient*innen, für die Deutsch eine Fremdsprache ist, zusammen, sind Missverständnisse und Störungen im gegenseitigen Verständnis vorprogrammiert. Ein geringes Sprachvermögen kann routinierte Vorgehensweisen wie die Patientenaufklärung, Befundbesprechungen oder die Auskunft über Behandlungsziele problematisch oder gar

unmöglich machen. Die Anlässe für sprachliche Fehldeutungen sind vielfältig. Häufig sorgen Beschreibungen von Schmerzen, Schmerzäußerungen, Mitteilungen über den individuellen Gesundheitszustand sowie Gespräche mit Angehörigen für Unklarheiten. Oft spielen auch spezifische Redewendungen zur Somatisierung von Krankheitsgefühlen eine Rolle. So können türkische Organmetaphern (insbesondere die Leber und das Herz betreffend) zentral sein, um tiefe Emotionen, Charakterzüge oder soziale Beziehungen auszudrücken. Während im türkischen Sprachraum die Aussage „Mein Herz brennt“ tiefen seelischen Schmerz und nicht zwingend ein kardiologisches Phänomen beschreibt, kann eine rein deskriptive Übersetzung im klinischen Alltag zu Fehlinterpretationen führen. Die Worte bekommen also, je nach kulturellem Kontext, einen anderen Sinnzusammenhang [3].

Nonverbale Kommunikation

Die nicht sprachliche Kommunikation umfasst alle Formen der Informationsübermittlung, die ohne das gesprochene Wort auskommen. Dazu zählen Körpersprache, Gestik, Mimik, Blickkontakt und Körperhaltung, aber auch paraverbale Aspekte wie Tonfall, Lautstärke und Tempo. Sie alle validieren oder konterkarieren unsere verbalen Botschaften und sind stark kulturell geprägt [3].

Merke

Nonverbale Signale haben meist eine höhere Verarbeitungsgeschwindigkeit und Intensität als die verbalen. Allerdings sind deren Bedeutungszusammenhänge kulturell bedingt unterschiedlich zu interpretieren.

Nur durch entsprechendes Hintergrundwissen über die jeweilige Kultur ist eine Klärung im Hier und Jetzt realistisch. Die Gefahr, das Gegenüber nicht zu verstehen ist

dann besonders groß, da im „nicht sprachlichen“ Bereich vor allem der Beziehungsaspekt der Gesprächspartner, und nicht der Sachinhalt im Mittelpunkt steht. Nonverbale Kommunikation gilt als effektiv, birgt aber die Gefahr von Fehlinterpretationen, die ohne „gemeinsame Sprache“ nicht aufgeklärt werden können. Dies setzt wiederum ähnliche Denkmuster voraus, denn die rein wörtliche Übersetzung schützt nicht vor Missverständnissen, wie das Beispiel der türkischen Organmetaphern zeigt [4].

ICH oder WIR – direkt oder indirekt?

Die Art, wie wir Inhalte vermitteln wird als direkt oder indirekt bezeichnet. So wird in individualistischen Gesellschaften (auch: ICH-Gesellschaften) eher explizit und direkt kommuniziert. Dazu zählen laut Geert Hofstede (niederländischer Kulturwissenschaftler und Professor für Organisationsanthropologie) vorrangig die USA, anglophone Länder sowie nord- und westeuropäische Staaten. Hier wird ausdrücklich und ungeschminkt durch die Sprache vermittelt was gemeint ist. Der Sachverhalt steht im Vordergrund und die Beziehung zum Gegenüber ist zweitrangig. Jede/r ist für sich selbst verantwortlich. Die Wahrheit wird wichtiger als die Höflichkeit angesehen. Es geht um Argumente und Fakten, das Wesentliche wird betont, um rasch zu einem Ergebnis zu kommen. Besonders in Notfallsituationen im Klinikalltag ist eine direkte und direkte Kommunikation essenziell, um die Handlungseffizienz zu maximieren und Redundanzen zu vermeiden [5, 6].

Im Gegensatz dazu werden in kollektivistischen Kulturen (auch: WIR-Gesellschaften) vermehrt nonverbale Signale verwendet. Man drückt sich eher implizit oder indirekt aus. Höflichkeitsfloskeln sollen den Aufbau von Beziehung verdeutlichen. Im Klinikalltag wird deshalb ein Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten und zum Pflegepersonal oftmals ähnlich einer familiären Bindung hergestellt, als vermutete Voraussetzung für eine erfolgreiche Interaktion mit dem Klinikpersonal. In Gesprächen wird versucht an gemeinsame Werte anzuknüpfen. Um Gruppenkontexte zu berücksichtigen, verhält man sich diplomatisch, der Inhalt des Gesagten wird „zwischen den Zeilen“ gelesen, die Ausdrucksform ist „durch die Blume“. Die westliche Direktheit kann beispielsweise bei Patient*innen aus dem asiatischen Kulturraum als unhöflich gelten, da die Wahrung des sozialen Gesichts („Face-saving“) hier eher im Vordergrund steht. Die Wahrheit ist nicht so wichtig wie die Höflichkeit, als Angehöriger möchte man das Familienmitglied vor negativer Nachricht schützen. Auch der Faktor Zeit spielt eine Rolle, um ein Gespräch erfolgreich zu führen. Zu schnelle und direkte Ausdrucksformen werden, insbesondere bei der Übermittlung belastender Diagnosen oder in akuten Stresssituationen als tiefgreifende Unhöflichkeit

oder sogar als Ehrverlust wahrgenommen. Zu kollektivistischen Kulturen zählen nach Hofstede vorrangig China, Asien, Südamerika, der afrikanische Kontinent und Teile der arabischen Welt [5, 6, 7].

Der Unterschied zwischen dem direkten und indirekten Kommunikationsstil kann für brisante Situationen sorgen, wenn es beispielsweise im Arzt-Patienten-Gespräch darum geht, über den Gesundheitszustand zu informieren oder über eine unheilbare Krankheit aufzuklären. So könnte ein Arzt in Deutschland dazu tendieren, Patient*innen mit Aussagen wie „Sie haben noch kurz zu leben“ oder „Die Lage ist sehr ernst“ zu konfrontieren. Diese Herangehensweise wäre klassisch für den direkten Kommunikationsstil, der in deutschen Krankenanstalten bevorzugt zur Anwendung kommt. Auf der anderen Seite bitten Angehörige aus kollektivistisch geprägten Familien den behandelnden Arzt auch mal darum, ihre Verwandten nur restriktiv aufzuklären oder die Wahrheit über ihre Diagnose grundlegend zu verschweigen. Dies würde dem indirekten Kommunikationsstil entsprechen. Für den Behandler entsteht hier ein Spannungsfeld zwischen der gesetzlichen Pflicht zur umfassenden Aufklärung und dem Respektieren des patientenseitigen Verzichts auf Detailinformationen. So mancher Arzt neigt dann gerne dazu, das deutsche Patientenrecht zu zitieren, wonach jeder Erkrankte ein Recht auf Aufklärung hat. In manchen medizinischen Traditionen, wie unter anderem in Bulgarien oder Russland, gibt es ähnliche Vorschriften wie in Deutschland und Österreich. Trotzdem wird dort häufiger die Tatsache akzeptiert, wenn Patient*innen nicht mit negativen Nachrichten belastet werden wollen [3].

Merke

Missverständnisse und Konflikte entstehen in deutschen oder österreichischen Krankenanstalten also häufig dadurch, dass Erwartungen durch explizite und direkte Kommunikation ausgedrückt werden und manche Patient*innen kulturbedingt eher indirekte Signale senden.

Weitere Auslöser von Kommunikationshürden können stereotype Zustimmungsebene seitens der Patient*innen sein (wie „ja, ja ich verstehe“ oder „no problem“) obwohl Unklarheiten hinsichtlich der Medikamenteneinnahme, bei Symptomäußerungen oder beim Entlassungsgespräch bestehen, um den Arzt als Autorität und Respektsperson nicht zu kränken. Dieses Verhalten wird im Zweifelsfall als Unwissen oder mangelndes Interesse interpretiert, wenn man die kulturellen Kommunikationsregeln des Gegenübers nicht kennt [6, 8].

ZUSATZINFORMATION**Konfliktpotenzial mit Patient*innen aus kollektivistischen Gesellschaften durch direkte und indirekte Kommunikation [6, 8]****Direkte Kommunikation**

(Perspektive der Ärztin/des Arztes aus individualistischer Gesellschaft)

- Fokus auf starke Verwendung verbaler Signale, explizite Botschaften, Fakten, Effizienz, Klarheit, schnelle Lösungen
- Verhalten: denken in ICH-Begriffen, stellen direkter Fragen und erwarten klarer Antworten, Wahrheit steht vor Höflichkeit, auch Kritik wird geäußert (beispielsweise bei unzureichender Therapietreue), schwierige Entscheidungen werden vom Patienten selbst getroffen
- Missverständnis bei Patient*innen aus kollektivistischen Gesellschaften: Verhalten des Arztes/der Ärztin kann als unhöflich, respektlos oder fordernd interpretiert werden

Indirekte Kommunikation

(Perspektive der Patient*innen aus kollektivistischen Gesellschaften)

- Fokus auf starke Verwendung nonverbaler Signale, implizite Botschaften, Kontext, Harmonie, Gesichtswahrung, Hierarchien wahren
- Verhalten: denken in WIR-Begriffen, Umschreibungen, Schweigen bei Unverständnis (anstatt nachzufragen), Zustimmung (auch wenn man wenig/nichts verstanden hat), Einsetzen von Angehörigen als Vermittler und Übersetzer, schwierige Entscheidungen (beispielsweise über Therapien) werden in der Gruppe (Familie) getroffen
- Missverständnis beim Arzt/Ärztin: Verhalten des Patienten kann als mangelnde Kooperationsbereitschaft, Desinteresse, Unwissen oder sogar als Täuschung interpretiert werden

Konfliktarten im interkulturellen Kontext

Unter kulturellen Konflikten werden üblicherweise Auseinandersetzungen innerhalb von Kulturen verstanden. Dieser Zugang ist aber nicht unumstritten. Im engeren Sinn sprechen wir erst dann von einem kulturellen Konflikt, wenn die Kultur der eigentliche Streitgegenstand ist. Folgende Konfliktarten finden wir besonders häufig vor [2, 6]:

Kommunikationskonflikt

Kommunikationskonflikt treten im interkulturellen Kontext am häufigsten auf (mindestens 50% aller Fälle). Oft werden sie ausgelöst durch unterschiedliche Interpreta-

tionen von nonverbalen Signalen (Gestik, Mimik, Körperhaltung) oder durch entgegengesetzte Erwartungen an die andere Person. Am meisten aber bietet die Art, direkt oder indirekt zu sprechen, Stoff für kulturelle Missverständnisse.

Werte- und Beurteilungskonflikt

Wenn unterschiedliche Wertvorstellungen aufeinander treffen oder diese anders interpretiert werden, spricht man von einem Werte- oder Beurteilungskonflikt. Häufige Beispiele dafür sind Religiosität, Pünktlichkeit oder Mütterlichkeit.

Ob ich dafür, dass ich als Ärztin und Mutter bei den Kindern zu Hause bleibe, von meinem sozialen Umfeld oder der Gesellschaft generell Anerkennung erhalte oder eher dafür, dass ich trotz der Kinder arbeiten gehe, wird in westlichen und östlichen Kulturen oft unterschiedlich beurteilt. Ein Beispiel aus dem Klinikalltag zum Thema „Scham“ wäre, wenn eine Patientin bei der morgendlichen Visite, aufgrund ihrer hohen Schamgrenze Probleme damit hat, dass Männer mit im Raum sind. Vielleicht möchte sie sich auch einfach nicht von jemandem, der nicht zu ihrem Kulturkreis oder ihrer Familie gehört, berühren lassen.

Merke

Hilfreich ist, sich in solchen und ähnlichen Situationen die Frage zu stellen, wofür ich in „meinem“ Land und in dem Herkunftsland der/des anderen jeweils Anerkennung bekomme und dann versuche, mit meinen vorhandenen Möglichkeiten, darauf einzugehen.

Achtung und Anerkennung spielen auch im folgenden Konfliktstil eine zentrale Rolle.

Anerkennungskonflikt

Wir Menschen sehnen uns nach Liebe, Respekt und sozialer Wertschätzung. Diese Formen der Anerkennung zählen zu unseren grundlegendsten Bedürfnissen. Werden diese in einer Auseinandersetzung nicht erfüllt, fühlt sich zumindest eine der Konfliktparteien in ihrer Rolle, ihrem Verhalten oder in ihrer Persönlichkeit zu wenig oder gar nicht akzeptiert. Konfliktauslöser wie Sprache, Hautfarbe, Aussehen, oder die soziale Gruppe, der ich mich zugehörig fühle, spielen in der Konfliktentstehung eine wesentliche Rolle. Manchmal wird im kulturellen Kontext unvorsichtig mit Vorwürfen umgegangen, was die Konfliktbereitschaft erhöht und beide Seiten massiv verhärtet. Der Konflikt kann durch Wahrnehmungsunterschiede bei beiden Beteiligten zusätzlich noch „ethnisiert“ werden [2, 6]. Was man darunter versteht, sehen wir uns im nächsten Abschnitt genauer an.

Ethnisierung eines Konflikts

Das durch Medien, Politik oder Alltagserfahrungen transportierte Bild von zugewanderten Menschen mündet manches Mal in Vorurteile und Klischees in der Bevölkerung. Menschen mit Migrationshintergrund werden dann als Konkurrent*innen auf dem Arbeitsmarkt oder als Bedrohung für die öffentliche Sicherheit gesehen, die angeblich nicht bereit seien, sich angemessen zu integrieren oder gar zu assimilieren. Auf der anderen Seite stehen die eingewanderten Personen, die sich durch die öffentlichen und politischen Diskurse über die „Ausländerthematik“ und auch bedingt durch Alltagserfahrungen in der Auseinandersetzung mit der einheimischen Bevölkerung benachteiligt oder sogar sozial ausgegrenzt fühlen.

Merke

Das Problem der Ethnisierung von Konflikten kann also auf beiden Seiten entstehen: bei der Mehrheitsbevölkerung im Einwanderungsland oder bei den Menschen mit Migrationshintergrund selbst [9].

Ein ethnisierte Arzt-Patienten-Konflikt könnte sich im Klinikalltag durch eine Patientenbeschwerde wie „Sie lassen mich in der Ambulanz nur so lange warten, weil ich Ausländer bin!“ oder „Ich bekomme diese Behandlung nicht, weil ich nicht aus Deutschland komme!“ zeigen. Was passiert in solchen oder ähnlichen Situationen? Die Tatsache, lange Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen oder eine Therapie nicht zu bekommen wird ethnisiert. Die Patient*innen empfinden nicht den Fakt an sich, sondern die Tatsache, dass er/sie eine andere Herkunft hat als Vorwurf und als ungerecht. Das eigentliche Thema tritt in den Hintergrund. Ein viel komplexeres Thema tut sich auf. Es kommt zur Ethnisierung der Angelegenheit, was zu einer hohen Emotionalisierung der Situation beiträgt [2].

Die Beispiele verdeutlichen, wie sich ethnisierte Themen rasch in eine gänzlich andere Richtung entwickeln können, als man es erwartet hat. Als Behandler*in ist man womöglich vorerst perplex und fühlt sich vor den Kopf gestoßen. Man weiß im ersten Moment nicht, wie man auf den verbalen „Angriff“ reagieren soll. Welche Möglichkeiten hat man nun in so einem oder einem ähnlichen Fall? Welche Kernkompetenzen für Ärztinnen und Ärzte gibt es, die in solchen angespannten Situationen weiterhelfen können? Das beleuchten wir im nächsten Abschnitt genauer.

Praktische Tipps für mehr interkulturelle Kompetenz im Arbeitsalltag

Um sich als Mediziner*in diverse Methoden interkultureller Kompetenz anzueignen, lohnt es sich im 1. Schritt, sich die kulturellen Ursachen zu verdeutlichen, die das Verhalten meines Gegenübers auslösen. Das impliziert, dass jede/r Patient*in, jede Kollegin sowie jeder Kollege

als einzigartig wahrgenommen wird und man sich gleichzeitig Hintergrundwissen über seine/ihre Kultur aneignet. Wenn die Gründe für das Verhalten klar sind, kann man im 2. Schritt Strategien anwenden, die effizient zur Lösung kultureller Missverständnisse beitragen (s. nächster Abschnitt).

Merke

Im Detail bedeutet das, sich einerseits auf die Kultur des Gegenübers einzustellen und andererseits das erworbene Hintergrundwissen über die kulturellen Eigenheiten der anderen Person sensibel einzusetzen.

Im besten Fall können Missverständnisse, Streitigkeiten oder Ungereimtheiten sogar verhindert werden.

Kernkompetenzen zur Klärung interkultureller Konflikte

Unter kommunikativer Kompetenz wird im interkulturellen Kontext die zentrale Fähigkeit verstanden, unterschiedliche Kommunikationsstile zu erkennen und kulturelle Missverständnisse im Gespräch zu vermeiden. Die meisten Fehler passieren aufgrund der Art, direkt oder indirekt zu kommunizieren. Zu den empfohlenen Techniken und Tools zählen unter anderem:

- Aktives Zuhören, indem dem Gegenüber wertschätzend und aufmerksam zugehört wird mit dem persönlichen Ziel, es wirklich verstehen zu wollen.
- Offene Fragen stellen: Damit sind Fragen gemeint, die nicht mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind, sondern die das Gegenüber dazu motivieren, ausführlicher zu antworten.
- Sich hineinversetzen können in die andere Person in Form eines Perspektivenwechsels: Darunter versteht man den Versuch, die eigene Sichtweise zu verlassen, um die andere Person aus einem völlig neutralen Blickwinkel zu betrachten.
- Als „Style Switching“ bezeichnet man die Fähigkeit, sich an das Gesprächsverhalten des anderen anzupassen. Spricht beispielsweise ein Patient aus China sehr indirekt (blumige, umschreibende Sprache), dann könnte man versuchen, den indirekten Gesprächsstil aufzugreifen und ebenfalls anzuwenden. Indem der Stil an den jeweils anderen angepasst wird, verbessert sich die Verständigung.
- Im sogenannten kulturellen Dialog werden Unterschiede im Gespräch aufgedeckt, um eine gemeinsame Strategie zu erarbeiten. Er basiert auf Respekt, Empathie und dem Willen, den Blickwinkel der anderen Person zu verstehen, um gemeinsam ein Verständnis füreinander zu erlangen.
- Fachwissen (KPS-Modell): es geht dabei um die Fähigkeit, kulturelles und individuelles Verhalten einzuordnen. Die Buchstaben K, P, und S stehen für Kultur, Person und Situation. Ärztinnen und Ärzte können in der Arbeit mit Patient*innen aus anderen Kulturkrei-

sen sehr vieles, was beim Gegenüber offensichtlich wird, über die Kultur erklären, aber bei weitem nicht alles. Um menschliches Verhalten verstehen zu können, müssen immer auch individuelle Faktoren wie die Persönlichkeit und die jeweilige Situation berücksichtigt werden.

- Wissen über kulturelle Unterschiede einzelner Länder: Sich über die Kultur der anderen Person ausreichend zu informieren, zeigt Interesse und bildet eine wichtige Basis für das gelingende Miteinander im interkulturellen Kontext.
- Reflexion und Bewusstmachung der eigenen Werte und Normen: Unser aller Verhalten wird nach erlernten Normen und Regeln von uns bewertet. Beispielsweise leben wir in Deutschland und Österreich in Ländern mit einer hohen Planungskultur und einem hohen Sicherheitsstandard, den wir in vieler Hinsicht als erstrebenswert finden. Planung und Sicherheit haben in diesen Ländern also einen hohen Stellenwert. Treffen wir nun auf jemanden aus einer Kultur, in der Planungssicherheit (was sich beispielsweise in unpünktlichem Erscheinen zu Arztterminen zeigen kann) keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt, dann werden beide Seiten verunsichert sein und vorerst nicht wissen, wie sie mit der anderen Sichtweise adäquat umgehen sollen. Schnell verliert man das Gefühl dafür, wie man am besten reagiert, wenn die andere Person nicht meinen persönlichen Werten und gültigen Normen des eigenen Herkunftslands entspricht. Es lohnt sich, hier Reflexionsarbeit bei sich selbst zu leisten, um mehr Verständnis für das Gegenüber zu entwickeln [8, 10].

Fazit

Konflikte haben immer einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt und sind Teil des beruflichen Miteinanders. Im ärztlichen Klinikalltag, wo kulturelle Vielfalt an der Tagesordnung ist, entstehen sie vor allem deshalb, weil wir die Lebenswelten von Patient*innen aus unterschiedlichen Perspektiven heraus bewerten. Jede/r von uns gestaltet ihre/seine innere Welt gedanklich so, wie sie/er es für sich als richtig oder falsch empfindet. Das passiert völlig unbewusst. Erst wenn wir verstehen, wie wichtig es ist, den Konfliktauslöser auch aus den Augen des anderen zu betrachten und wir verinnerlichen, dass Konflikte eine Chance sind, um unterschiedliche Realitäten wahrzunehmen und um deren konstruktive Kraft für uns zu nutzen, sind wir bereit dazu, über Lösungen nachzudenken. Zu den häufigsten Konfliktarten im interkulturellen Kontext zählen Kommunikationskonflikte, die durch Missverständnisse in der direkten und indirekten Ausdrucksweise begründet sind, gleich gefolgt von Werte- und Beurteilungskonflikten und Anerkennungskonflikten. Kommt es bei Letzteren darüber hinaus zu einer Ethnisierung des Konflikts, entsteht eine hoch emotionalisierte Situation,

die mit tiefen Verletzungen auf beiden Seiten einhergeht und nur schwer wieder zu bremsen ist. Interkulturelle Kompetenz im Klinikalltag bedeutet, sich auf solche Situationen vorzubereiten, indem wir uns kommunikative Kompetenzen, Fachwissen und Wissen über kulturelle Unterschiede aneignen. Auch eine Bewusstmachung der eigenen Werte und Normen ist wichtig, um ein Verständnis für die andere Kultur zu erlangen. Zu guter Letzt können sich interkulturelle Fähigkeiten nur dann entfalten und wachsen, wenn wir uns auf die Kultur der/des anderen einlassen, ohne uns von negativen Bewertungen, Stereotypen und Vorurteilen beeinflussen zu lassen.

KERNAUSSAGEN

- Jede Kommunikation besitzt sowohl einen Inhalts- als auch einen Beziehungsaspekt – kulturell bedingte Missverständnisse entstehen häufig, wenn dieser Doppelcharakter nicht berücksichtigt wird.
- Sprachliche Barrieren bei Patient*innen mit Migrationshintergrund erschweren essenzielle klinische Abläufe wie Aufklärung, Befundbesprechung und Entlassungsgespräch.
- Kulturspezifische Ausdrucksweisen – etwa türkische Organmetaphern – können im klinischen Kontext zu gefährlichen Fehlinterpretationen führen.
- Individualistische (ICH-)Kulturen kommunizieren direkt und explizit; kollektivistische (WIR-)Kulturen bevorzugen indirekte, implizite Ausdrucksformen – dieses Gegensatzpaar ist die häufigste Quelle interkultureller Konflikte.
- Nonverbale Signale sind kulturell unterschiedlich kodiert und daher ohne entsprechendes Hintergrundwissen leicht fehlzudeuten.
- Die häufigsten Konfliktarten im interkulturellen Klinikalltag sind Kommunikationskonflikte, Werte- und Beurteilungskonflikte sowie Anerkennungskonflikte.
- Ethnisierte Konflikte entstehen, wenn sachliche Anlässe (z. B. Wartezeit) auf die Herkunft der betroffenen Person zurückgeführt werden – dies führt zu starker Emotionalisierung.
- Interkulturelle Kompetenz umfasst aktives Zuhören, offene Fragen, Perspektivenwechsel, „Style Switching“ sowie Wissen über kulturelle Unterschiede.
- Das KPS-Modell (Kultur, Person, Situation) hilft dabei, menschliches Verhalten im interkulturellen Kontext differenziert einzuordnen.
- Interkulturelle Fähigkeiten können nur wachsen, wenn die eigenen Werte und Normen reflektiert und Vorurteile bewusst hinterfragt werden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Sylvia Brazda BSc. MA.

Unternehmensberaterin, Gesundheitsexpertin für interkulturelle Kompetenz aus Linz, Österreich. Trainerin, Coach, langjährige Gesundheits- und Krankenpflegerin und Führungskraft im Krankenhaus, Lektorin und Lehrende, Gesundheitsmanagerin und Sozialwirtin.

Korrespondenzadresse

Sylvia Brazda

Sysimpuls
Gründbergstraße 65
4040 Linz
Österreich
office@sysimpuls.at

Literatur

- [1] Jiranek H, Edmüller A. Konfliktmanagement. Konflikte vorbeugen, sie erkennen und lösen. Freiburg: Haufe; 2015: 30–33
- [2] Von Bose A. Bunte Vielfalt. Interkulturelle Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen. Berlin Heidelberg: Springer; 2014: 27–32
- [3] Roth J, Ettling S. Interkulturelle Kompetenz in Gesundheit und Pflege. München und Stuttgart: EduMedia GmbH; 2014: 12–13
- [4] Von Bose A. Bunte Vielfalt. Interkulturelle Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen. Berlin Heidelberg: Springer; 2014: 104–107
- [5] The Culture Factor Group. Country comparison tool (Dezember 2023). Zugriff am 14.07.2026 unter: <https://www.theculturefactor.com/country-comparison-tool?countries=austria>
- [6] Schreiner K. Kulturelle Vielfalt richtig managen. Die neuen Herausforderungen der globalisierten Welt. Munderfing: Fischer & Gann; 2017: 214–261
- [7] Domenig D. Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber; 2007: 207–217
- [8] Schreiner K. Kulturelle Vielfalt richtig managen. Die neuen Herausforderungen der globalisierten Welt. Munderfing: Fischer & Gann; 2017: 262–330
- [9] Groenemeyer A, Mansel J. Die Ethnisierung von Alltagskonflikten. Wiesbaden: Springer; 2003: 7–8
- [10] Von Bose A. Bunte Vielfalt. Interkulturelle Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen. Berlin Heidelberg: Springer; 2014: 167–168

Bibliografie

Dtsch Med Wochenschr 2026; 151: 1063–1068

DOI 10.1055/a-2774-0695

ISSN 0012-0472

© 2026. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany