

Interkulturalität als Ressource für die Unternehmenskultur

Einbezug von kultureller Vielfalt dient der nachhaltigen Entwicklung von Fach- und Sozialkompetenzen bei allen Mitarbeitenden eines Unternehmens. Im Folgenden wird beleuchtet, was kulturelle Vielfalt in einem so komplexen Unternehmen wie dem Spital impliziert, wo Hürden in der Kommunikation liegen und wie die vorhandenen kulturellen Prägungen nutzbringend eingesetzt werden könnten.

Isabel Gut-v. Schulthess

Kultur wird landläufig in Verbindung gebracht mit nationaler und ethnischer Kultur. Kultur ist ein System von Wertvorstellungen, das von einer Gruppe von Menschen geteilt und überliefert wird und das ihre Wahrnehmung, ihre Gefühle und bis zu einem gewissen Grad ihr Verhalten beeinflusst. Die interkulturelle Kommunikation geht davon aus, dass es auch innerhalb einer ethnisch definierten Kultur, zum Beispiel bei den Rätoromanen, Kalmücken oder Alemannen, viele Subkulturen gibt, deren Mitglieder eine gemeinsame Prägung erfahren haben. So sprechen wir beispiels-

weise auch von Familien- und von Unternehmenskulturen.

Aus dieser Perspektive wird schnell klar, wie viele Kulturen in einem Unternehmen wie dem Spital vereint sein können. Es sind dies zunächst einmal die Gruppen *der MedizinerInnen, des Pflege- und Betreuungspersonals, der Verwaltung und der Administration, des Reinigungspersonals und der Freiwilligen*. Alle diese Kulturen lassen sich natürlich in unzählige Subkulturen¹ aufgliedern, deren Mitglieder gewisse Grundansichten teilen, die sich möglicherweise in ähnlichen Verhaltens- und Kommunikationsmustern äussern.

All diese Kulturen tragen ihren Teil dazu bei, dass der Betrieb funktioniert und dass sich die Patienten und Patientinnen wohl fühlen.

Exemplarisch werden wir die Kultur von MedizinerInnen und des Pflege- und Betreuungspersonals einander gegenüberstellen.

Die Kultur der MedizinerInnen und des Betreuungspersonals

■ *Die MedizinerInnen*: In der Tätigkeit der MedizinerInnen sind hohe Fachkompetenz, Entscheidungsfreudigkeit und Führungskompetenzen gefordert. Von anderen spitalinternen Berufsgruppen werden sie, wie auch von den PatientInnen, als Einzelpersonen wahrgenommen. Sie sind eher geprägt von *individualistischen Wertvorstellungen*.

■ *Das Pflege- und Betreuungspersonal*: Die Tätigkeit des Pflege- und Betreuungspersonals erfordert die Fähigkeit, auf die Person der Patient-



Isabel Gut-v. Schulthess

tin, des Patienten und auf deren Lebensumfeld einzugehen. Eine kontextbezogene Herangehensweise, die das Umfeld, die Gruppe, in Betracht zieht, ist eine Eigenheit dieser Kultur.

Ständige Veränderungen der eigenen Arbeitssituation (oft sind Personen dieser Berufsgruppe Teilzeitangestellte) verlangen Teamfähigkeit. Auch nach innen also kommt dem Kollektiv ein hoher Stellenwert zu. Daher können wir annehmen, dass Pflege- und Betreuungspersonen eher von einem *kollektivistischen Denken* geprägt sind und von aussen auch als Kollektiv wahrgenommen werden.

Die vielfältigen Kulturen der PatientInnen

Im Zentrum stehen im Unternehmen «Spital» die *PatientInnen*. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie neben ihrer grossen Vielfalt auf national-kultureller Ebene auch unterschiedlich kulturell geprägt sind bezüglich Generation, sozialem Status, religiöser Herkunft und so weiter. Hinzu kommt eine Vielfalt an Krankheiten

¹ Solche Subkulturen sind bei MedizinerInnen z.B. innere Medizin, Chirurgie, Chefarzt, Assistenzarzt usw.; bei Betreuungspersonal z.B. Sozialarbeit, Psychotherapie usw.

und Leiden, die sie als Individuen trifft und ins Krankenhaus führt.

Der Faktor der Unsicherheit

Die Situation der PatientInnen ist – ob SchweizerIn oder AusländerIn – grundlegend von *Unsicherheit* geprägt, welche Missverständnissen oder sogar Konflikten Vorschub leisten kann. Bei fremden religiösen, geschichtlichen und anderen Prägungen erhöhen sich die Unsicherheiten aus Gründen des unterschiedlichen Verständnisses von Körper, Krankheit und Genesungsprozess.

Doch nicht nur die Situation der PatientInnen ist unsicher. Bei genauerem Hinsehen zeigen sich auch in der spitalinternen Kommunikation diverse unausgesprochene Unsicherheiten: Wie kommunizieren Mitarbeitende der inneren Medizin mit denjenigen der Chirurgie? Was macht die Dame im Empfang, wenn sie gewisse Informationen hat über eine Patientin, die der zuständige Arzt nicht hat? Was darf eine Krankenschwester einen Patienten fragen, ohne seine Privatsphäre zu verletzen?

Die Schwierigkeiten einer die Kulturgrenzen überschreitenden Kommunikation gehen aus dem Umstand hervor, dass die einzelnen Gruppen unterschiedliche Selbst- und Fremdbilder haben, die zu unterschiedlichen Kommunikationsarten führen. So ist es sich das Pflegepersonal gewohnt – das gehört zu den Grundansichten des Berufs –, dass die meisten Arbeitsgänge im Heilungsprozess ineinander greifen und von der Person der PatientInnen, ihren Wertvorstellungen, ihrem Umfeld und allen am Heilungsprozess beteiligten Personen abhängig sind (*personenorientiert, individuumzentriert*). Die Kommunikation wird immer wieder durch Unvorhersehbares «gestört», demzufolge kreist die Kommunikation oft um dasselbe Thema. Die Teamfähigkeit des Pflegepersonals äussert sich in lückenlosem Informationsaustausch und lückenloser Arbeitsübergabe.

Chirurgen sind darauf angewiesen und gehen davon aus, dass die Operation reibungslos verläuft, Präzision kann nur durch viele Vorkehrungen erreicht werden. Sie sind

geprägt durch ein zielorientiertes Denken, das sich in einem *zielorientierten* Kommunikationsstil äussert. Beim Aufeinandertreffen dieser beiden Kommunikationsarten (personenorientiert/zielorientiert) können abschätzig Vorurteile entstehen. Diese äussern sich unter Umständen in Bemerkungen wie: «Die PatientInnen sind doch keine einstellbaren Maschinen, es kann nicht alles geplant werden» (Betreuende) und «Die Pflegenden kommen nie auf den Punkt, arbeiten nicht effizient» (Arzt).

Das Ziel ist dasselbe, über den «richtigen» Weg bestehen aber manchmal unterschiedliche Vorstellungen.

Das Bedürfnis nach Unsicherheitsvermeidung

Aus interkultureller Sicht kommt im Spital unter anderem eine Wertvorstellung zum Tragen, die bei G. Hofstede als eine von vier grundlegenden Wertvorstellungen definiert ist – *das Bedürfnis nach Unsicherheitsvermeidung*.

Die vielfältigen kulturellen Prägungen im Spital können zwar – wie aufgezeigt – ihrerseits die Unsicherheit verstärken. Wenn es aber gelingt, die verschiedenen Kulturen und die damit verbundenen Kompetenzen zu vernetzen, kann die Vielfalt der Kulturen genutzt werden, um die Un-

sicherheit zu verringern. Dies kommt nicht nur dem Patienten und der Patientin, sondern dem Klima im Spital als Ganzem zugute.

Vielfalt im Betrieb als Ressource

Voraussetzung für eine Vernetzung der verschiedenen Kulturen und Subkulturen ist ein Verständnis in Bezug auf die verschiedenen Aufgaben und Wertvorstellungen. Es wäre wünschenswert, dass sich die Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen der *Existenz all dieser Kulturen* mit ihren Eigenheiten bewusst werden. Der alle Kulturen übergreifende Dialog kann dann in Gang kommen, und eine Vernetzung kann stattfinden.

■ *Die klare Führung*, Entscheidungsfähigkeit und das zielorientierte, schrittweise Informieren von Seiten der *Ärzte* können dazu beitragen, dem Bedürfnis nach Unsicherheitsvermeidung entgegenzukommen.

■ Die Kultur der *Pflegenden und Betreuenden* wird in ihrem *kollektivistischen* Denken und ihrem *kontextbezogenen* und personenorientierten Ansatz bestärkt, und der Wert dieser Kompetenz wird hervorgehoben. Dadurch, dass sie den Patienten und sein Umfeld als Ganzes einbeziehen, kann Vertrautheit ent-

Charakteristika eines effizienten multikulturellen Betriebs

Der gegenwärtige Wertewandel, verstärkt durch den Globalisierungseffekt, erweckt zwar den Eindruck, als ob eine weltweite Annäherung aller Kulturen im Gange wäre. Doch haben verschiedene Theoretiker und Praktiker dieser Vorstellung ihr Konzept des «Managing Diversity» gegenübergestellt. Das Konzept verlangt die Beachtung der Pluralität in der Unternehmung; dies bedingt eine Unternehmungskultur, die ausdrücklich fordert, dass alle Menschen, unabhängig von ihren Einstellungen, Normen, Sprachen, Verfahrensweisen und so weiter, «als gleichwertig, aber nicht gleichartig behandelt werden».* Die multikulturelle Unternehmungskultur des Unternehmens «Spital» zeichnet sich also beispielsweise durch folgende Merkmale aus:

- Das Zusammenführen von individualistischen und kollektivistischen Verhaltensweisen hilft, Unsicherheiten abzubauen. Alle Mitarbeitenden sind für ihre individuellen Aufgaben verantwortlich, aber auch für das Funktionieren und Wohlbefinden des Teams. Dies gilt für alle Berufsgruppen. Das Bewusstsein, dass jede Person in einem Team einen wichtigen Teil darstellt, wird gefördert. Es entsteht ein Unternehmen, das mehrere Perspektiven zulässt.
- Die Mitarbeitenden definieren gemeinsame Wertvorstellungen, die zeigen, dass gegenseitiges Sich-Zuhören, Respekt und Anerkennung trotz unterschiedlichem Status zu ihrer Aufgabe gehören.

* siehe E. Kopper, R. Kiechl: Globalisierung: von der Vision zur Praxis; Methoden und Ansätze zur Entwicklung interkultureller Kompetenz. Zürich, Versus, 1997. ISBN 3-908143-45-4; Seite 21

stehen, und damit das Gefühl der Anerkennung.

■ Die *Administration* und das *Reinigungspersonal* sind zwar nicht medizinisch involviert, sie stehen aber zum Teil in unmittelbarem Kontakt mit den PatientInnen und verfügen deshalb möglicherweise über weitere Informationen, die der medizinischen Betreuung dienen können.

Oft kann festgestellt werden, dass die Offenheit der Berufsgruppen untereinander jeden Einzelnen befähigt, seine Ansicht zu äussern. Es wird zur massgeblichen Praxis, Schwierigkeiten sogleich offen zu legen, was verhindert, dass ein langes Hin und Her stattfindet oder dass Probleme (zu) spät erkannt werden. Um eine Kultur der Vielfalt in einem Betrieb (siehe *Kasten*) zu ermög-

lichen, braucht es Gefässe und Weiterbildungen, die dazu dienen, Unsicherheiten zwischen den Kulturen abzubauen. Von grosser Bedeutung ist zudem eine Spitalleitung, die es sich zum Ziel setzt, den Beitrag jedes Mitarbeitenden zum interkulturellen Prozess im Betrieb sicherzustellen und die vielfältigen Perspektiven als Ressource zu verstehen und einzubauen. ■

Autorin:

Isabel Gut-v.Schulthess

lic.phil.

Institut für Interkulturelle

Kommunikation IIK

Sumatrastrasse 1

8006 Zürich

Ausbildungen und Beratungen in
interkultureller Kommunikation

Literaturhinweise:

■ Geert Hofstede: *Lokales Denken, globales Handeln*. DTV-Beck, 2001. ISBN 3-423-50807-8.

■ Maja Loncarevic und Gabriella Selva: *Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital*. Hrsg.: Kinderspital/Schweizerisches Rotes Kreuz, 2001. ISBN 3-909440-00-2.

■ Dagmar Domenig: *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Verlag Hans Huber, 2001. ISBN 3-456-83525-6.

KOLUMNE

Praxisforschung muss zur Grundlage für evidenzbasiertes Handeln werden

von Regula Ricka, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Die Wirksamkeit und die Effizienz von Therapie und Pflege werden heute hauptsächlich nach ihrer Evidenz beurteilt. Die Evidenz hängt bei quantitativen Studien direkt von der statistischen Aussagekraft ab. Kontrollierte klinische Studien haben sich hier zu einem Standard entwickelt. In der quantitativen klinischen Forschung wird angenommen, dass ein Heilungsprozess voraussehbar ist und dass eine Intervention unter kontrollierten Bedingungen ein eindeutiges Resultat ergibt, das es erlaubt, die Qualität einer Leistung abschliessend zu beurteilen.

Im Wettlauf gegen die Kostensenkung im Gesundheitswesen besteht die Gefahr, dass solche Ergebnisse überbewertet werden. Dabei geht vergessen, dass:

- komplexere Heilungsprozesse nicht klar voraussehbar sind
- quantitative Studien hauptsächlich biologische Werte nachweisen
- die Generalisierbarkeit der Ergeb-

nisse quantitativer Studien von den kontrollierten Bedingungen und der Grösse der Stichprobe abhängen.

Fühlen sich PatientInnen bei normalen biologischen Werten auch gesund? Erkenntnisse über das subjektive Erleben von Gesundheit und Krankheit und über Krankheitsbewältigung liefern qualitative Studien. Diese Studien basieren auf einem Forschungsverständnis, bei dem es nicht um kausale Zusammenhänge, sondern um die Beschreibung von sozialen Interaktionen in der Praxis geht. Fundierte Erkenntnisse über Einstellungen und Verhaltensweisen von PatientInnen, Angehörigen und BetreuerInnen, wie sie in der (qualitativen) Praxisforschung gewonnen werden, sind ebenso wichtig für evidenzbasiertes Handeln wie die Erkenntnisse aus quantitativen Studien.

Heute ist die qualitative Forschung im Gesundheitswesen unbedeutend. Welche Therapie und Pflege zur An-

wendung kommt, entscheiden aber zu einem grossen Teil die PraktikerInnen (idealerweise gemeinsam mit den PatientInnen). KlinikerInnen und PatientInnen sollten deshalb fordern, dass ihre praktische Erfahrung besser erforscht wird, damit die Evidenz künftig auf breiter abgestützten Erkenntnissen beruht. Tun sie dies? ■

Regula Ricka, PhD, MPH, Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz», Projektbeauftragte «Psychische Gesundheit, Empowerment», Bern; Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Literatur:

McGovern, D.P.B. et al. (2001): Key topics in evidence-based medicine. Oxford (BIOS Scientific Publishers Ltd.).

Moser, H. (1995): Grundlagen der Praxisforschung, Freiburg (Lambertus Verlag).