



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Transkulturelle Pflege“
Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von Kindern

Verfasserin
Stephanie Möller

angestrebter akademischer Grad
Magistra (Mag.)

Wien, April 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuerin:	Monika Linhart, PhD

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit eigenständig verfasst, keine anderen als die angegeben Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, dass ich dieses Diplomarbeitsthema weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin / einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.



Wien am 1. April 2013

Unterschrift

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei meiner Betreuerin, Fr. Dr. Linhart, bedanken, die mich nicht nur bei der Wahl meines Themas unterstützt hat, sondern mir auch, wenn Fragen aufgetaucht sind, den richtigen Weg gewiesen und notwendigen Input gegeben hat.

Zu großem Dank bin ich auch den jeweiligen Verwaltungs- und Pflegedirektionen der Krankenanstalten verpflichtet, die mir nicht nur einen Blick in ihre Unternehmensstruktur gewährt haben, sondern auch tatkräftig bei der Rekrutierung der Interviewteilnehmerinnen mitgewirkt haben.

Besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle auch den teilnehmenden Gesprächspartnerinnen aussprechen, die mir ihre Zeit schenkten, ihre Erfahrungen und ihr Wissen mit mir teilten und ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Ein großes Dankeschön gebührt auch all meinen ArbeitskollegInnen, Angelika Decker, Andrea Fiebrich, Philipp Jarischko, Nadja Bauer, Sandra Reiterer und meinem Chef Mag. Stefan Haspl, die mich von Anbeginn meines Studiums an bei auftauchenden Schwierigkeiten wie Dienstplanverschiebungen und Beurlaubungen vor wichtigen Prüfungs- und Abgabeterminen bis hin zu meiner beruflichen Zukunftsperspektive stark unterstützt haben.

Zu guter Letzt bedanke ich mich im Besonderen bei meiner Familie und bei meinen Freunden, Martin M. Mayerhofer und Sandra Streminger, die mir über Jahre hinweg in allen erdenklichen Lebenslagen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zur Seite gestanden haben, mich immer wieder aufgebaut haben, wenn es gerade nicht so gut lief, und mir geholfen haben, die nötige Motivation wieder zu finden.

Danke, dass Ihr immer für mich da wart!

Kurzfassung

Hintergrund und Ziel: Ziel der vorliegenden Studie war es, die verschiedenen Kommunikations- und Interaktionsbarrieren, die bei der Betreuung von Kindern fremder kultureller Herkunft auftreten können und die derzeit vorhandenen Ressourcen zur Lösung dieser, zu erfassen. „Fremd“ zu sein bedeutet nicht nur, dass die Sprache eine andere ist, sondern auch die Kultur ist bis in kleinste Abstufungen anders.

Um die bei dieser Thematik auftretenden individuellen Lösungsmöglichkeiten des Pflegepersonals im Vergleich zu den vorhandenen Ressourcen seitens der DientsgeberInnen beschreiben zu können, wurde eine qualitative Studie mit zehn Interviews an neun Diplomierten Kinderkrankenpflegerinnen und einer Pflegehelferin durchgeführt. Die nachfolgende Analyse wurde mit der Grounded Theory umgesetzt.

Die auftretenden Kommunikations- und Interaktionsbarrieren lassen sich mit den Begriffen „Sprache“ und „Kultur“ gut zusammenfassen. Um diese sprachlichen Barrieren im Pflegealltag zu überwinden, werden oftmals die Kinder selbst als DolmetscherInnen herangezogen. Abgesehen davon, dass dadurch die Arbeit des Gesundheitspersonals erschwert wird, kann es auch zu Missverständnissen oder „Halbverständnis“ kommen, welche zu Schwierigkeiten oder Unsicherheiten, sogar Aggressionen seitens des Pflegepersonals gegenüber den PatientInnen führen können. Unter Interaktionsbarrieren fielen Probleme wie zum Beispiel die Einhaltung der Besuchszeiten. In einigen Kulturen ist es üblich, dass die gesamte Familie zu Besuch kommt, was aus Gründen von Platzmangel oft nicht möglich ist.

Aufgrund der derzeit geringen Anzahl vorhandener Ressourcen, dazu zählen professionelle DolmetscherInnen und Fortbildungen zu Erweiterung des transkulturellen Verständnisses, ist das Pflegepersonal oftmals dazu gezwungen, „inoffizielle DolmetscherInnen“, wie nähere Angehörige oder Krankenhauspersonal, zu organisieren.

Hier spielt nicht nur der Faktor „Zeit“ eine wesentliche Rolle, sondern auch die Qualität der Übersetzung, die sehr darunter leiden kann, wenn diese Aufgabe von nicht fachlich geschulten DolmetscherInnen übernommen wird.

Wie sich herauskristallisiert hat, wären eine Erweiterung der Fortbildungsmöglichkeiten des Pflegepersonals und die Implementierung eines effizienten Dolmetsch-Systems angebracht und weitere Forschung auf diesem Gebiet dringend notwendig.

Abstract

Background and objective: The objective of the present study was to ascertain the various communicative and interactive barriers that can arise when caring for children of foreign cultural origin, as well as to take stock of the resources currently available for overcoming said barriers. Being “foreign” can mean more than just speaking a different language; it may also entail cultural differences that can be quite subtle.

In order to describe the individual solutions to such problems available to care staff compared with the employers’ available resources, a qualitative study was conducted that included ten interviews of nine qualified children’s nurses and a nurse’s assistant. The analysis that followed was done according to the Grounded Theory Method.

The terms “language” and “culture” can serve as a good summary description of the barriers to communication and interaction that present themselves. In order to overcome linguistic barriers in everyday caregiving, the children themselves are often enlisted as translators. Aside from the fact that this makes health professionals’ work more difficult, it can also lead to misunderstandings or “incomplete understandings,” which in turn can lead to difficulties, general uncertainty, or even aggression toward patients on the part of the nursing staff. An example of an interactive barrier, on the other hand, would be adherence to visiting hours and policies. In some cultures, it is typical for the entire family to visit, but insufficient space means that this is often not possible.

Due to the low level of currently available resources in terms of professional simultaneous translators and continuing education geared to expanding staff members’ transcultural understanding, nurses are often forced to organize “unofficial translators” who might be close relatives of patients or fellow hospital staff members.

An important role here is played not only by the factor of “time,” but also by the quality of translation—which can suffer greatly from being done by untrained individuals.

It became clear that an expansion of continuing education opportunities for nursing personnel and the implementation of an effective system of simultaneous translation would be appropriate here, and that further research on this topic is urgently needed.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. PROBLEMDARSTELLUNG	2
1.2. FORSCHUNGSFRAGEN UND ZIELE	3
2. THEORETISCHER HINTERGRUND UND FORSCHUNGSSTAND	4
2.1. KULTUR	5
2.2. TRANSKULTUR	9
2.3. TRANSKULTURELLE PFLEGE	11
2.4. KOMMUNIKATION	12
2.4.1. KOMMUNIKATION MIT KINDERN	18
2.4.1.1. Kommunikation bei der Aufnahme in ein Krankenhaus	18
2.4.1.2. Direkte Kommunikation des Pflegepersonals mit den Kindern	20
2.4.1.3. Kommunikation zwischen Kindern und Eltern	22
2.4.1.4. Kommunikation im Verlauf eines stationären Aufenthaltes	23
2.4.1.5. Alternative Chance des Informationserwerbs	24
2.4.2. KOMMUNIKATIONSZIEL	25
3. METHODIK UND VORGEHENSWEISE	27
3.1. GROUNDED THEORY	28
3.2. GÜTEKRITERIEN DER QUALITATIVEN FORSCHUNG	31
3.3. STICHPROBENGRLNDLAGE	33
3.3.1. EINSCHLUSSKRITERIEN	33
3.3.2. REKRUTIERUNG	35
3.3.3. DATENERHEBUNG	35
3.3.4. DATENANALYSE	36
4. ERKENNTNISSE	37
4.1. „KULTURKREIS“ & „KULTURELLER HINTERGRUND“	38
4.2. KOMMUNIKATIONS- UND INTERAKTIONSBARRIEREN	39
4.3. RESSOURCEN	43

4.3.1. DOLMETSCH	43
4.3.2. SCHULUNGEN DES PERSONALS	45
4.3.3. INFORMATIONSBLÄTTER UND BROSCHÜREN	46
4.4. LÖSUNGSANSÄTZE	46
4.4.1. „HÄNDE & FÜßE“	46
4.4.2. „INOFFIZIELLE DOLMETSCHERINNEN“	48
4.4.3. ANGEHÖRIGE & PATIENTINNEN	49
4.5. POSITIVER EINFLUSS ETHISCHER GRUNDSÄTZE?	50
4.6. ERKLÄRUNGSMODELL	53
 5. DISKUSSION	 57
5.1. EINSCHRÄNKUNGEN	62
5.2. BEDEUTUNG FÜR DIE PFLEGE	62
 6. SCHLUSSFOLGERUNGEN	 65
 7. LITERATURVERZEICHNIS	 67
 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	 72
 ANHANG	 73

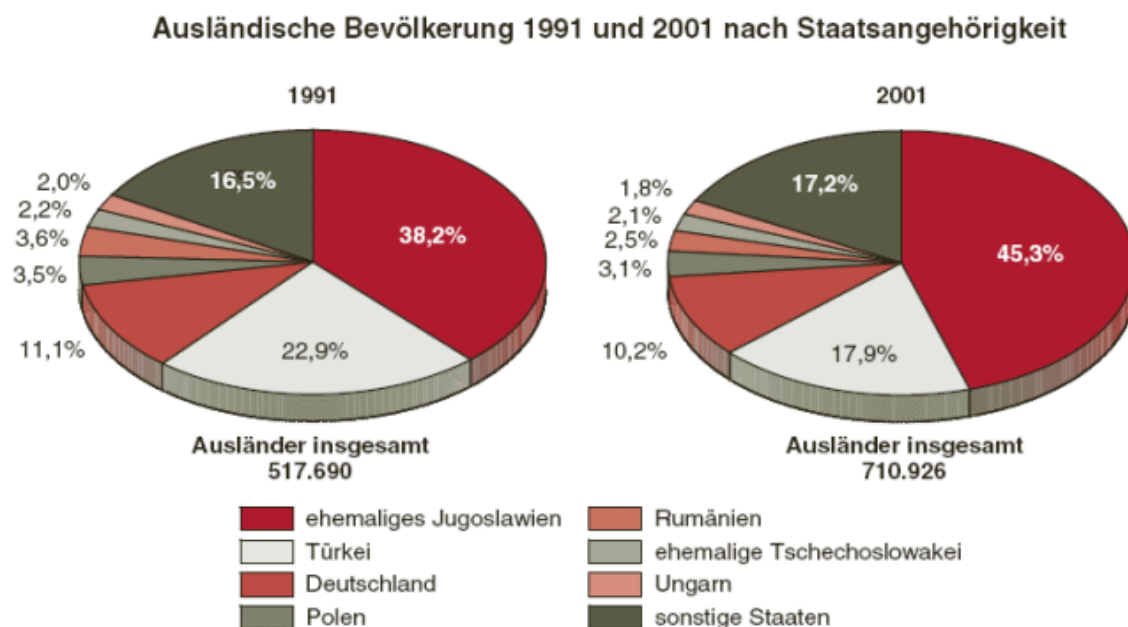
1. Einleitung

„Die Krankenpflegerin erbringt Pflege nach den Grundsätzen der Angemessenheit und Gerechtigkeit. Sie berücksichtigt die ethischen, religiösen und kulturellen Werte der Person sowie deren Geschlecht und deren soziale Herkunft.“

(Deontologischer Kodex, 2009, S.1)

Es gibt für die Ursache und Behandlung einer Krankheit kulturell unterschiedliche Konzepte, was aber nicht zu bedeuten hat, dass ein Mensch gänzlich auf seine kulturelle Identität reduziert werden soll. Durch seine Religion, Bildung, soziale Schicht, sein Geschlecht usw. ergibt sich ein sehr individuelles Gefüge.

In der Wiener Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten ein stetig wachsender Anteil an MigrantInnen zu verzeichnen. Seit der Volkszählung 2001 hat sich die Zahl der EinwohnerInnen mit Migrationshintergrund wesentlich erhöht. Ihr Anteil an der Wiener Bevölkerung stieg von 25,9 Prozent auf 32,3 Prozent. Die zahlenmäßig größten Gruppen der MigrantInnen stammen aus Serbien, der Türkei, Deutschland, Polen sowie Bosnien und Herzegowina.¹



Q: STATISTIK AUSTRIA, Volkszählungen 1991 und 2001.

Abbildung 1: Ausländische Bevölkerung 1991 und 2001 nach Staatsangehörigkeit

¹ Stand: 2008, www.wien.gv.at

„Fremd“ zu sein bedeutet nicht nur, dass die Sprache eine andere ist, sondern auch die Kultur ist bis in kleinste Abstufungen anders. Man versteht einander nicht und fühlt sich unter Umständen ausgegrenzt oder diskriminiert. Das, was in einer Kultur alltäglich ist, könnte in einer anderen zu Ablehnung und Unverständnis führen (z.B. für unsere Kultur übertriebene Schmerzreaktionen).

Um diese sprachlichen Barrieren im Pflegealltag zu überwinden, werden oftmals Angehörige oder Kinder als Dolmetscher herangezogen. Unzumutbar wird die Situation jedoch, wenn das Kind selbst Patient ist und für die Eltern übersetzen muss. Abgesehen davon, dass dadurch die Arbeit des Gesundheitspersonals erschwert wird, kann es auch zu Missverständnissen oder „Halbverständnis“ kommen, welche zu Schwierigkeiten oder Unsicherheiten seitens des Pflegepersonals gegenüber den PatientInnen führen können.

1.1. Problemdarstellung

Laut Statistik Austria sind in Österreich 18,9% der Bevölkerung fremd - kultureller Herkunft.² Bekannt ist auch, dass viele dieser Menschen Probleme mit der deutschen Sprache haben. Dieser Anteil ist zum Teil mit Pflegeeinrichtungen konfrontiert, die sich erheblich von denen des Herkunftslandes unterscheiden. Die meisten Pflegeeinrichtungen in Österreich sind in ihrem Aufbau vorwiegend monokulturell und monolingual ausgerichtet, obwohl viele der Angestellten und PatientInnen unterschiedlicher kultureller Herkunft sind. Dementsprechend werden sowohl das Pflegepersonal als auch die PatientInnen selbst vor eine schier unlösbare Aufgabe gestellt, sich in interkulturellen Situationen professionell zu verhalten bzw. kompetent zu beraten und zu unterstützen. Im Vordergrund dabei stehen sprachliche Barrieren, die eine Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegepersonal erschweren, kulturelle sowie ethnische Differenzen. Oftmals bleibt es dem Einzelnen überlassen, Engagement zu zeigen. Als Widerspruch dazu bleibt anzuführen, dass es inzwischen durchaus eine Reihe von Publikationen gibt, welche die Interkulturalität von Pflege zum Thema haben, wie etwa das im Jahr 2000 veröffentlichte Buch „Multikulturelle Pflege“ von Leininger, Reynolds und Alban. (Rommelspacher, 2005) Dennoch, wie der Alltag zeigt, ist das

² Stand: April 2012, www.statistik.at

Pflegepersonal im Umgang mit spezifischen Problemen von MigrantInnen noch zu wenig vorbereitet bzw. geschult.

1.2. Forschungsfragen und Ziele

In dieser Arbeit wird im Speziellen die Kommunikation zwischen Pflegepersonal, Kind und Eltern in den Vordergrund gestellt. Abgesehen von sprachlichen Differenzen sollen auch kulturelle Unterschiede und deren Probleme im Alltag festgehalten werden. Der Fokus der Arbeit liegt in der Erfassung der auftretenden Probleme und der Lösung derselben seitens des Pflegepersonals.

Folgende 3 Hauptfragen sollen beantwortet werden:

- **Welche Kommunikations- und Interaktionsbarrieren treten auf?**
- **Welche Lösungsansätze kommen zur Anwendung?**
- **Welche Ressourcen stehen dafür zur Verfügung?**

Ziel der Arbeit ist es, die Erfahrungen des Pflegepersonals nicht in ihre Einzelteile zu zerlegen, sondern als Ganzes zu betrachten. In vielen Studien hat man sich auf einen Faktor, wie eine Krankheit oder ethnische Zugehörigkeit, beschränkt. Zudem gibt es wenige Studien, die sich explizit mit Kindern als PatientInnen auseinandersetzen. Hier wird deutlich, dass es weiterer Forschung bedarf, welche durch neues Wissen eventuell die Entwicklung eines Konzeptes oder Leitfadens ermöglicht, der als Unterstützung des Pflegepersonals dienen kann.

2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

In diesem Kapitel werden die zentralen Begriffe dargestellt und in weiterer Folge wird ein Blick auf vorhandene Ergebnisse aus der Literatur gegeben.

Vorab muss jedoch festgehalten werden, dass aus Sicht der Pflegewissenschaft, auch nach intensiver Recherche, keine relevanten Studien oder Literatur, die sich bereits mit Kommunikationsbarrieren in der transkulturellen Pflege, im speziellen Kinderkrankenpflegebereich, beschäftigen, gefunden werden konnte.

In der Wiener Bevölkerung ist in den letzten Jahren ein stetig wachsender Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund³ zu verzeichnen. Österreichweit sind 18,9% der Bevölkerung fremd - kultureller Herkunft, davon in Wien 38,8%. Die Zahl der Kinder von zugewanderten Personen, die in Österreich geboren wurden, beträgt für Wien 172,3 in 1.000.⁴ Die Konfrontation mit MigrantInnen und Minderheiten bildet deshalb einen wichtigen Faktor für die Offenheit und das interkulturelle Verständnis der Gesellschaft. Nach der Durchforstung der Literatur zu diesem Thema, mit spezieller Berücksichtigung „Kinder als PatientInnen“, wurde deutlich, dass es so gut wie keine Studien, Erfahrungsberichte etc. gibt, bei welchen Kinder im Vordergrund stehen. Viele Studien beziehen sich lediglich auf das Thema Migration und Sprachbarriere an sich oder spezialisieren sich auf eine ethnische Gruppe, wie Islam oder Judentum. (Wimmer, Ipsiroglu, 2001; von Bose, Terpstra, 2012) Einige untersuchen den besonderen Einfluss einer Krankheit auf die pflegerische Betreuung von PatientInnen mit Migrationshintergrund. (Weitzel-Polzer, 2002; Uzarewicz, 2002) Der Anteil an Forschungsarbeiten, in denen Kinder im Zentrum des Interesses liegen, ist rar. Ipsiroglu und Bode haben dazu mit ihrem 2005 veröffentlichten Werk „Transkulturelle Pädiatrie. Eine Einführung.“ einen Anstoß gegeben.

³ Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in zwei weitere Gruppen untergliedern. MigrantInnen, die selbst im Ausland geboren wurden, und in Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind.

⁴ Stand: April 2012, www.statistik.at

2.1. Kultur

Die ‚eine‘, richtige Definition des Begriffes und des Konzeptes Kultur wiederzugeben, ist unmöglich. Allein die Anzahl existierender Erklärungsansätze geht weit in die Hunderte. Daher ist es, bevor man sich mit dem Thema interkulturelle Kommunikation befassen kann, notwendig, den Begriff der Kultur etwas näher zu erläutern.

Das Wort Kultur entstammt dem Lateinischen Verb ‚Colere‘¹⁵ und repräsentiert zwei unterschiedliche Bedeutungsaspekte in der deutschen Übersetzung. Ein Verständnisaspekt ist das Bebauen, Pflegen und Bestellen. Darunter ist demnach der materielle Aspekt des Ausgestaltens menschlichen Daseins zu verstehen. Der zweite Verständnisaspekt ist das Anbeten und Verehren, also der geistige Aspekt des Ausgestaltens menschlichen Daseins. Beide Aspekte wirken symbiotisch aufeinander und stehen in ihrer Gesamtheit für menschliches kulturelles Handeln. „Produktives“ Handeln und „geistig-mentale“ Tätigkeit ist demnach mit diesem Verb als grundsätzlich untrennbar beschrieben und repräsentiert historisch gesehen die Lebensformen der allermeisten menschlichen Gesellschaften. Ihr Lebenskonzept war die Sicherung des physischen Überlebens, aus dem sich der materielle Gestaltungsdrang ableitet und die Ausgestaltung des kultischen Lebens, dessen Notwendigkeit die Überlebenssicherung gleichbedeutend dem materiellen Aspekt war.

Bevor diesen Überlegungen mehr Raum gegeben wird, erscheint ein Querverweis in die jüngere Vergangenheit und in die Gegenwart sinnvoll. Im 17. Jahrhundert erlangt der Kulturbegriff eine erste Charakterveränderung. Pufendorf, dessen Kulturverständnis auch heute durchaus noch gültig ist, steht für die ganze wirtschaftliche Tätigkeit eines ganzen Volkes. (Welsch, 2000b)

Bei Herder, Ende des 18. Jahrhunderts, gelangt „Kultur“ zu seiner modernen Bedeutung. In Herders „Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit“ entdeckt Welsch drei wesentliche Kriterien:

- Soziale Homogenität

Das aktive Leben eines ganzen Volkes soll mit einem Wort fassbar werden.

Herder stellt sich ein Volk als Kugel vor, deren Mittelpunkt die Kultur ist.

- Ethnische Fundierung

Eine Kultur kann jeweils einem Volk entsprechen, umgekehrt lässt sich für jedes Volk eine entsprechende Kultur finden, die sich durch spezifische Merkmale auszeichnet. Die enge Bindung des Begriffs Kultur an ein Volk steht hier im Vordergrund.

- Interkulturelle Abgrenzung

Durch die starke Bindung eines Volkes an eine Kultur entstehen Abgrenzungskriterien, die die verschiedenen Völker voneinander unterscheiden. (Welsch, 2000b)

Eine weitere Entwicklung im 18. Jahrhundert ist ein Kulturverständnis, unter dem man „[...]höhere geistige Werte, Kunst, Ethik, und gebildeten Geschmack[...]“ verstand. (Broszinsky-Schwabe, Zitat aus Umdasch, 2011, S.67)

In der frühen Definition des Begriffes „culture“ vom britischen Anthropologen und Ethnologen Sir Edward Burnett Tylor aus dem Jahr 1871 wird Kultur definiert als „that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society“. (Tylor, 1958 [1871], S.4)

Kluckhohn war einer der ersten Autoren, der versuchte, Definitionen von Kulturen zu finden und aufzulisten. Er erarbeitete bereits in den 1960er Jahren seinen ersten Entwurf. Kroeber und Kluckhohn fanden insgesamt 164 verschiedene Definitionen des Worts "culture". (Kroeber, Kluckhohn, 1952)

Die ersten ausführlicheren Auseinandersetzungen mit dem Kulturbegriff stammen aus der Ethnologie, andere Wissenschaften haben sich erst später damit befasst und die Grundsteine aus der Ethnologie übernommen. (Beer, 2003) Der niederländische Anthropologe Geert Hofstede sieht im Kulturbegriff eine Art kollektiv programmierter Software, die jedem Menschen individuell aufgrund von Sozialisierung, des Aufwachsens in einer bestimmten Gruppe, eingeprägt worden ist. Diese hilft ihm, sich in der jeweiligen Umgebung zurecht zu finden. (Hofstede, 2006)

⁵ <http://www.transkulturelles-portal.com/index.php/1/11>

Kultur ist nicht statisch, sondern als ein Prozess aufzufassen. So sagt zum Beispiel Triandis: „Culture emerges in interaction.“ (Triandis, 1995, S.4) Generationswechsel, der Kontakt zu anderen Kulturen, Einwirkungen von Kriegen oder Naturkatastrophen oder Ähnliches verlangen ein immer neues Umgehen mit Werten, Traditionen, Symbolen, Ritualen oder Helden, alle Bestandteile und Manifestationen von Kultur. (Triandis, 1995)

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff Kultur oft als „Hochkultur“ verstanden, im Sinne von technischer Fortschritt oder medizinische Leistungen. Für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit transkultureller Kommunikation spielt jedoch Kultur in diesem Sinne nur eine untergeordnete Rolle. Wesentlich bei der Definition ist, die Kultur als geschlossene Einheit zu betrachten, um eine klare Abgrenzung zu anderen Kulturen herstellen zu können. Jedoch bedarf es besonderer Vorsicht bei der Begriffsdefinition, da es zu keiner Ausgrenzung oder Typisierung kommen darf. Welsch schreibt, dass der klassische Kulturbegriff nicht mehr mit der heutigen Zeit vereinbar ist, da die einzelnen Kulturen zu sehr miteinander verbunden sind. Er schlägt eine Anlehnung an Wittgensteins Kulturkonzept vor, welches die Interaktion mit anderen Kulturen im Gegensatz zum Verständnis derselben in den Vordergrund hebt. Ziel sollte es sein, eine Methode der gemeinsamen Interaktion zu erschaffen. (Welsch, 1999b)

Im Folgenden wird der Kulturbegriff dazu verwendet, um die komplexen Lebensweisen, die durch Menschen die in Gesellschaften leben geschaffen wurden, zu betrachten. Demnach ist Kultur als „the complex world we all encounter and through which we all move“ zu verstehen. (Edgar, 1999, S.102)

Die oben beschriebenen Zugänge zu einem Kulturverständnis sind Entwicklungen, die vorerst die Verwissenschaftlichung des menschlichen Daseins und in der Folge seine Industrialisierung nach sich zogen. Die Unzahl an Deutungen des Kulturbegriffs wirken wie ein Spiegelbild der Sektionierung der Naturwissenschaften, also die Wegwendung vom Universalgelehrten hin zum Spezialgelehrten. Eine Gemeinsamkeit wohnt ihnen aber allen inne - die Fragmentierung des klassischen symbiotischen Kulturverständnisses, das im Verb colere zum Ausdruck kommt.

Deshalb ist jede dieser Deutungen in sich richtig und falsch gleichzeitig. Richtig bei Pufendorfs Sicht z. B. ist, dass er alle wirtschaftlichen Tätigen, seien sie nun höherwertige oder niedrigere Handlungen in einen wirtschaftlichen Kulturbegriff eingießt. Falsch aber deshalb, weil jedes wirtschaftliche Handeln, sei es nun selbstständig oder unselbstständig, den Zweck hat, die Möglichkeiten der persönlichen Lebensgestaltung zu verbessern. Nur die bloße Arbeit ist noch keine Lebensgestaltung. Wenn im Gegensatz dazu nur die Verfeinerung des menschlichen Geistes als kulturelle Tätigkeit verstanden wird, so ist daran richtig, dass nicht nur monetär messbare Werte gesellschaftsrelevant sind, falsch ist aber zu glauben, dass die Wirtschaft oder auch der Steuerzahler diese Kultur grundsätzlich zu finanzieren hätte, zumal für sie der wirtschaftliche Mehrwert meist nicht erkennbar wird. (Umdasch, 2011)

Und so entstehen aus dieser Fragmentierung des Kulturbegriffs Problematiken, die auf den ersten Blick nicht ohne Weiteres erkennbar sind, die aber seit geraumer Zeit immer deutlicher wirksam wurden und noch immer werden. Dies auch im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit.

Die Trennung von Wirtschaft und Kultur führte zu einer Überbetonung des Materiellen im gesellschaftlichen Alltag. Hinzu kommt, dass dieser Bereich in Zahlen gut messbar ist, also sein Wert allgemein gut nachvollziehbar ist. Hingegen ist ein Kulturverständnis, das die Verfeinerung des menschlichen Geistes repräsentiert, in Zahlen nicht messbar. (Umdasch, 2011) Vielmehr entstand dafür eine scheinbare monetären Wertlosigkeit. Daraus resultiert z. B. das Kunstmäzenatentum. Mäzenatentum steht für Geldgeben für etwas, was eigentlich nicht wirklich (überlebens)notwendig ist. Gleiches trifft übrigens auf andere besonders gesellschaftsrelevante und finanzintensive Bereiche wie den sozialen Bereich, den Bildungsbereich, den gesamten Wohlfahrtsstaat etc. zu. Also auf alle, die zum zweiten Verständnisaspekt des Verbs *colere* gehören. Darauf sei nur verwiesen, das auszuführen ist nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Ein Schritt in eine umfassendere Richtung der Erarbeitung eines Kulturbegriffes, ist in jedem Falle in der Idee der Herstellung von etwas zu erkennen, aber auch entfernt die des Fühlens im Sinne von Anbeten von etwas. Entsprechend wird der Begriff Kultur im heutigen Sprachgebrauch für die verschiedenen Arten und Bereiche, auf die bzw. in denen der Mensch etwas produziert, sei es physisch oder mental, gebraucht. Wörter

wie Agrarkultur oder Kultiviertheit, immer noch stark unterschiedlich in ihren Bedeutungen, haben sich ausgeprägt. (Hansen, 2003)

Wenn nun die Rede von transkultureller Pflege und ihren Kommunikationsbarrieren, in diesem Fall im Zusammenhang mit der Betreuung von Kindern, ist, so fällt dieser Bereich, wie schon sein Titel sagt, in den kulturellen. Das bedeutet, dass es sich hierbei zwar um einen für die betroffenen Kinderpatienten sehr wichtigen, manchmal sogar überlebenswichtigen Bereich handelt, er aber im aktuellen Gesellschaftssystem kulturbedingt an notorischen Unterfinanzierung leidet. Sichtbar wird dies an real vorliegenden Problematiken wie mangelnde Finanzressourcen für geeignetes Personal. Dass Reinigungspersonal in Krankenhäusern zu Dolmetscher-Tätigkeiten herangezogen werden, ist ein markantes Beispiel dafür. Dazu aber später mehr.

2.2. Transkultur

Die alltägliche Realität der Gesellschaften unserer modernen Welt entspricht nicht mehr den traditionellen Vorstellungen geschlossener und einheitlicher Kulturen. Die Welt ist in einem noch nie dagewesenen Maße von Austausch und Vernetzung geprägt. Im Alltag ist man permanent mit Menschen konfrontiert, deren Lebens- und Denkweisen einem unter Umständen fremd erscheinen. Globalisierung und Mobilität ermöglichen das Reisen und Arbeiten über nationale Grenzen hinweg. Die weltweiten Migrationsströme lassen Menschen unterschiedlichster kultureller Prägung und Herkunft aufeinandertreffen. All diese Verflechtungen und Vernetzungen führen zu Vermischungen und neuen Zusammensetzungen. Um auf Herders Kugel-Theorie der Kulturen zurückzukommen, bleibt nur zu sagen über, dass unsere moderne Gesellschaft, solche Vereinheitlichungen und Abgrenzungen schlichtweg nicht mehr zulässt. Das Verständnis der Kulturen würde untereinander erschwert, je homogener man sich identifiziert, desto einfacher kommt es zur äußeren Abgrenzung und in der Folge zu kulturellem Rassismus.

Welsch wählt den Begriff der Transkulturalität, um sein Konzept von den beiden immer wieder zitierten Kulturkonzepten der Multi- und Interkulturalität abzugrenzen. Multikulturalität betont die friedliche Koexistenz von verschiedenen Kulturen innerhalb einer Gesellschaft, aber immer unter dem Aspekt von abgeschlossenen und sich von-

einander abgrenzenden Einheiten. Auch das Konzept der Interkulturalität basiert auf einem Kulturverständnis von klar abgegrenzten Kulturblocken, die aufeinandertreffen, sich überschneiden und so auch gegenseitig beeinflussen. Beide Konzepte betonen die Unterschiede und das trennende Fremde zwischen den Kulturen. (Welsch, 1995)

Diese beiden Konzepte können den für unsere Zeit prägenden Phänomenen der Durchmischung und Durchdringung nicht gerecht werden. Kulturen sind untereinander stark vernetzt und durchdringen einander. Gleiche Lebensformen und gleiche Anliegen überwinden Grenzen, wie diejenigen von Nationalstaaten, und sind ebenso in anderen Kulturen anzutreffen. Dadurch werden die Grenzen zwischen Eigenem und Fremdem verwischt und weniger klar lokalisierbar. Gesellschaften zeichnen sich intern durch eine Vielzahl unterschiedlicher Lebensformen und Lebensstile aus. Innerhalb einer Kulturgemeinschaft kann dadurch ebenso viel Fremdheit bestehen, wie über formal bestehende Kulturgrenzen hinweg. Welsch regt an, zukünftig „die Kulturen jenseits des Gegensatzes von Eigen- und Fremdkultur zu denken.“ (Welsch, 1995, S.1)

Kulturen bilden keine homogenen und kohärenten Einheiten, sondern sind untereinander verflochten, vermischt und vernetzt. Jedes Individuum ist durch unterschiedliche kulturelle Anteile geprägt (Familie, Schule, Beruf, Nation, Freizeit etc.) und muss diese miteinander verbinden. Diese transkulturelle Übergangsfähigkeit ist Bedingung für unsere Identität, Autonomie und Souveränität.

Das Konzept der Transkulturalität setzt den Akzent nicht mehr primär auf Differenzen und Ausgrenzung, sondern auf Gemeinsamkeiten und Integrationsmöglichkeiten. „Stets gibt es im Zusammentreffen mit anderen Lebensformen nicht nur Divergenzen, sondern auch Anschlussmöglichkeiten. Solche Erweiterungen, die auf die gleichzeitige Anerkennung unterschiedlicher Identitätsformen innerhalb einer Gesellschaft zielen, stellen heute eine vordringliche Aufgabe dar.“ (Welsch, 1995, S.4)

2.3. Transkulturelle Pflege

Die Krankenpflege in einem Land ist geprägt durch ihr kulturelles Umfeld und durch den sozialen Hintergrund der Pflegenden. Schon innerhalb der eigenen Kultur kann es zu schicht-spezifischen Missverständnissen und Kommunikationsstörungen kommen. Man neigt außerdem dazu, interkulturelle Missverständnisse nicht als solche zu erkennen. Sie werden oft als Mangel an gutem Benehmen oder gar als Charakterfehler des Anderen interpretiert. Dabei bedarf es lediglich der notwendigen Informationen über eine Kultur, um dies zu verhindern. Es gibt kulturell bedingt unterschiedliche traditionelle Konzepte für die Ursache einer Krankheit und das Verhalten der Kranken und seiner Umwelt. Trotzdem ist der Mensch nicht nur auf seine kulturelle Identität reduziert. Der Mensch wird auch geprägt durch seine Religion, soziale Schicht, Herkunft, Bildung, sein Geschlecht usw. Hier entsteht ein sehr individuelles Gefüge, das in kein kulturelles Schema passt. Bedingt durch die Sprachbarrieren sowie missverständliche Äußerungen und Erwartungen, z.B. für unsere Kultur übertriebene Schmerzäußerungen, werden Fehldiagnosen gestellt. Weiterhin verläuft die Therapie oft anders, als die ausländischen PatientenInnen sich das vorgestellt haben, und sie sind unzufrieden, was für den Heilungsprozess nicht förderlich ist.

Der Begriff der transkulturellen Pflege wurde von der Pflegetheoretikerin Madeleine Leininger geprägt. Sie spricht in ihrer Theorie von ‚Transcultural Nursing‘. Nach Leininger bezieht sich die Kultur auf „[...] erlernte, gemeinsam überlieferte Werte, Überzeugungen, Meinungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, die das Denken, Entscheidungen, Handlungen und strukturierte Wege leiten.“ (Leininger, 1998)

Krank sein in einer anderen Kultur bedeutet oft ein „Ausgeliefert sein“ an fremde Behandlungsmethoden oder auch Bezugspersonen. Leininger hat es sich zum Ziel gesetzt, das Spezifische jeder Kultur zu erfassen, um den Pflegenden genügend Information zur Verfügung zu stellen und somit einen möglichst raschen Heilungsprozess zu gewährleisten.

Domenig schreibt zu dem Begriff Transkulturalität, ähnlich wie Welsch, dass dieser mehr die Wirklichkeit widerspiegelt als Wörter wie Multikulturalität oder Interkulturalität. Multikulturell oder interkulturell beschreiben eher das Nebeneinander oder das Aufeinanderprallen von Kulturen.

„Das Wort ‚trans‘ hingegen weist über solche Grenzen hinaus und betont nicht nur das über das Kulturelle Hinausgehende, sondern ebenso das dadurch Hindurchgehende und sich dadurch auch Vermischende.“

(Domenig, 2001a)

Im Gesundheitsbereich stößt das Pflegepersonal zunehmend auf PatientInnen mit Migrationshintergrund, deren Bedürfnisse oder Vorstellungen und Wünsche sehr unterschiedliche Ausmaße annehmen können. Oft kommt es zwischen den einzelnen Parteien zu Verständnisschwierigkeiten, welche zu einer Qualitätsminderung in der Versorgung führen, als auch, wie es Lenthe (2007) bezeichnet, zu frustriertem Fachpersonal sowie unzufriedenen KlientInnen. Studien weisen darauf hin, dass mangelnde Sensibilität im Umgang mit PatientInnen zu großen Unterschieden in der Pflegequalität führt. (Domenig, 2007b).

Binder-Fritz stellte im Jahr 2003 fest, dass die Zusammenarbeit mit PatientInnen fremder Kulturen häufig zu Unsicherheit und dem Gefühl von Aggression oder sogar Mitleid führt. Aggression und Mitleid entstehen durch „befremdliche“ Verhaltensweisen im Umgang zwischen den Geschlechtern. Zu den Unsicherheiten zählen zum einen die kulturell bedingten Unterschiedlichkeiten in den Erwartungshaltungen innerhalb des Pflegeteams als auch zwischen Pflegepersonal und KlientInnen, zudem kommt oft noch das Hindernis der Sprache, welches erschwerend auf interkulturelle Beziehungen einwirkt. (Lenthe, 2007)

2.4. Kommunikation

„Was ist Kommunikation?“

Auf diese Frage lautet die Antwort meistens „miteinander reden“. Das ist zu einfach. Kommunikation ist mehr.

Kommunikation kann verbal aber auch nonverbal erfolgen. Die Menschen kommunizieren jederzeit und seit dem ersten Augenblick ihres beginnenden Lebens. Es ist ein existenzielles Bedürfnis, verstanden zu werden. Die Sprache ist das differenzierteste

Instrument für die zwischenmenschliche Verständigung, jedoch nicht das einzige. Viele Verhaltensweisen eines Individuums dienen ebenfalls der Bedeutungsvermittlung: Gestik, Mimik, Schweigen, Tonfall etc. Sie werden unter dem Begriff „Nicht-verbale Kommunikation“ oder „Körpersprache“ zusammengefasst. (Maletzke, 1996)

Verbale Kommunikation meint das gesprochene Wort, den Inhalt, die Sprache. In Anlehnung an Watzlawick wird verbale Kommunikation (Inhaltsebene) auch als digitale Kommunikation bezeichnet, nonverbale (Beziehungsebene) als analoge. (Watzlawick, 1969) Verschiedene kulturabhängige Kommunikationsstile - indirekte vs. direkte Kommunikation, hoher vs. niedriger Kontextbezug etc. - sind für das gegenseitige Verstehen oder für Missverständnisse verantwortlich. Bei der nonverbalen Kommunikation handelt es sich um den nichtsprachlichen Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation.

Darunter wird die Körpersprache mit Mimik, Gestik, Augenkontakt verstanden, aber auch Zeichen, Symbole, Kleider, Frisur oder Symptome wie z.B. Erröten, Schwitzen. Den größten Teil unserer nonverbalen Signale senden wir unbewusst und sie können von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich sein (z.B. Körperkontakt bei Begrüßung). Mit der Körpersprache gibt der Sender dem Empfänger zu verstehen, wie er zu ihm steht und wie er seine Botschaft verstanden wissen will. Neben „Nicht-verbaler Kommunikation“ und „Körpersprache“ gibt es laut Maletzke auch die paraverbale Kommunikation. Bei den paralinguistischen Merkmalen geht es um die Art und Weise des Sprechens (Stimmeigenschaften und Sprechverhalten), das in hohem Masse kulturspezifisch geprägt ist. (Maletzke, 1996) Wahrgenommen werden vor allem Stimmlage, Tonfall, Resonanzraum und das Sprechverhalten wie Artikulation, Lautstärke, Sprechtempo und Sprachmelodie einschließlich Sprechpausen und Schweigen. Während der verbale Anteil einer Botschaft auch gelesen werden kann, kann der nonverbale Anteil als Körpersprache etc. hauptsächlich gesehen werden, während der paraverbale Teil gehört wird.

„Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ (Watzlawick, 1969, S.53)

Sobald zwei Personen sich gegenseitig wahrnehmen können, kommunizieren sie miteinander, da jedes Verhalten kommunikativen Charakter hat. Watzlawick versteht

Verhalten jeder Art als Kommunikation. Da Verhalten kein Gegenteil hat, man sich also nicht *nicht* verhalten kann, ist es auch unmöglich, nicht zu kommunizieren. Paul Watzlawick entwickelte sein Modell aus fünf Grundregeln, die er Axiome nannte. Sie zeigen, wie eng verbale Kommunikation mit Beziehung und Emotion verbunden ist. Er verdeutlicht, dass wir in einer selbst konstruierten Wirklichkeit leben, die uns sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann:

- 1) „Man kann nicht nicht kommunizieren, denn jede Kommunikation (nicht nur mit Worten) ist Verhalten und genauso wie man sich nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren.“
- 2) „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersten bestimmt.“ Der Inhaltsaspekt erhält die Aufgabe Informationen zu vermitteln. Der Beziehungsaspekt gibt Aufschluss darüber, wie die Beziehung vom Empfänger ausgefasst wird. Um eine Übertragung auf die Kommunikationssituation darzustellen lässt sich sagen, dass es keine rein informative Kommunikation gibt.
- 3) „Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung. Die Natur einer Beziehung ist durch Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“ Wenn eine Störung vorliegt, gehen die Gesprächspartner davon aus, dass der andere die gleiche Information besitzt, wie er selbst. Durch diese Wahrnehmung kommt es auch meistens zu einem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang und beide ziehen sich aus dem Gespräch zurück.
- 4) „Menschliche Kommunikation bedient sich analoger (z.B. eine Zeichnung) und digitaler (das gesprochene Wort) Modalitäten.“
- 5) „Kommunikation ist symmetrisch und komplementär. Je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichgewicht oder Unterschiedlichkeit beruht.“

(Watzlawick, 1969, S.53)

Schulz von Thun definiert eine Nachricht als komplexes Paket verschiedener paralleler Botschaften, die expliziter oder impliziter Natur sein können. Wie Paul Watzlawick in seinem ersten Axiom festhält, dass Schweigen und Nichtbeachtung Mitteilungsscharakter hat, überrascht auch Schulz von Thun nicht mit seiner Aussage, dass die eigentliche Hauptbotschaft oft implizit gesendet wird. (Schulz von Thun, 2000) Sein Vier – Seiten – Modell, auch Nachrichten-/Kommunikationsquadrat oder Vier – Ohren - Modell genannt, ist vor allem wegen seiner einfachen Anwendbarkeit weit verbreitet. Menschen reden oft, wie ihnen „der Schnabel“ gewachsen ist. Nach Schulz von Thun kommuniziert man sogar mit vier Schnäbeln, sodass der Empfänger einer Nachricht entsprechend vier Ohren hat und eine gesendete Nachricht nach vier Seiten hin verstehen kann.



Abbildung 2: Das Kommunikationsquadrat

Mit dem Kommunikationsquadrat wird eine Nachricht, sowohl vom Sender als auch vom Empfänger auf vier Ebenen beschrieben:

- Sachinhalt – alle nötigen Daten und Fakten werden vermittelt.
- Selbstoffenbarung – was gibt man von sich zu erkennen.
- Beziehung – was hält man vom Gesprächspartner.

- Appell – was möchte man erreichen.

(Schulz von Thun, 1998a)

Eine Nachricht ist immer nur so gut wie das, was beim Empfänger ankommt. Für eine gelungene Kommunikation braucht es eine Übereinstimmung zwischen dem, was wir als Sender sagen wollen, und dem, was der Empfänger versteht. Kommunikation findet immer gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen statt.

Krämer und Quappe beziehen sich auf die Forschungsergebnisse des amerikanischen Psychologen Albert Mehrabian und halten fest, dass für das Verstehen einer Information die verschiedenen Kommunikationskanäle sehr unterschiedlich beteiligt sind:

7 % verbale Kommunikation (Inhalt)

38 % paraverbale Kommunikation (Tonfall, Betonung, Artikulation)

55 % nonverbale Kommunikation (Auftreten, Bewegung, Mimik, Gestik)

(Krämer & Quappe, 2006)

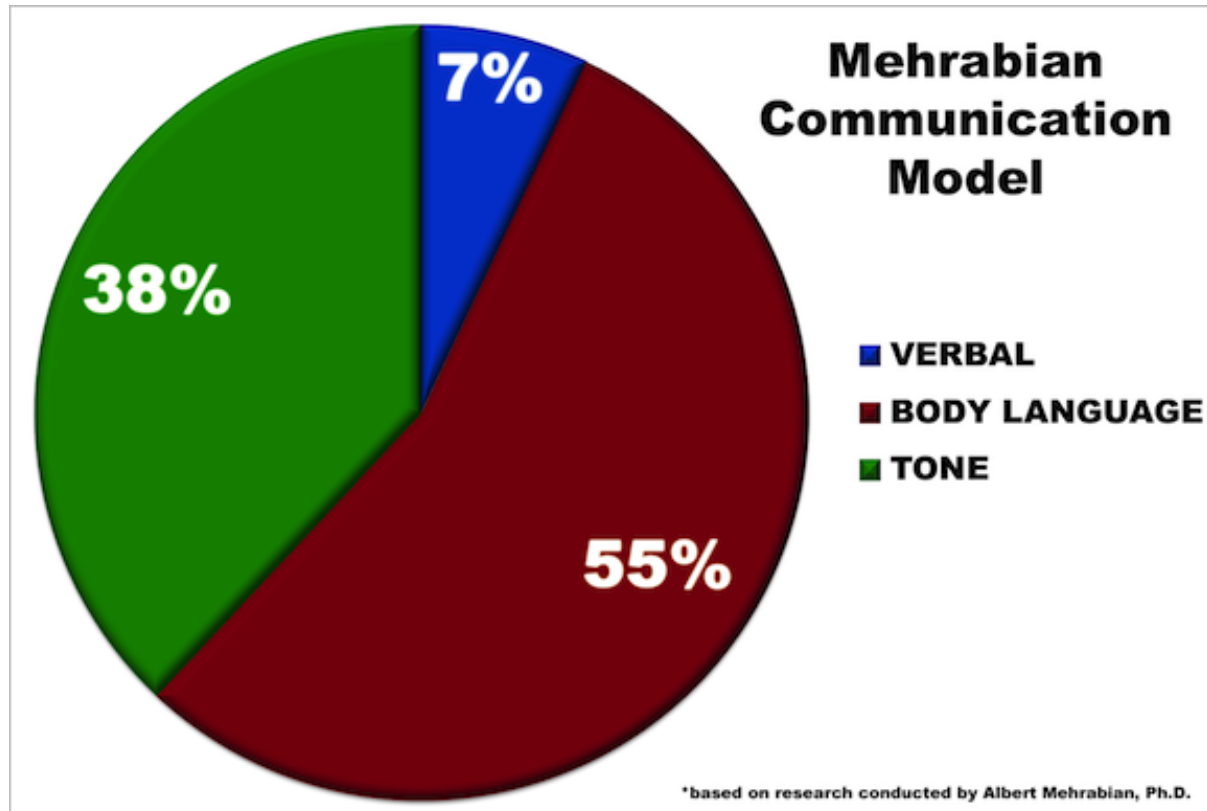


Abbildung 3: Mehrabian Kommunikationsmodell

Im alltäglichen Verständnis ist Kommunikation ein durchaus selbstverständlicher und unproblematischer Vorgang. Obwohl Kommunikation sehr wichtig ist und einen offensichtlich hohen Stellenwert für das menschliche Miteinander hat, haben sich kommunikative Prozesse in der Pflegepraxis bisher kaum in den Vordergrund stellen können. Kommunikation ist ein Prozess, der in zwei Richtungen abläuft. Um nun näher auf den Bereich der Pflege einzugehen, kann man sagen, dass den Pflegenden selbst die Rolle als kommunikativer Zwischenträger, Übersetzer und Stellvertreter gleichzeitig zukommt. Aus diesem Grund ist die Verständlichkeit des Wortes für die Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen als ein Hauptparameter für das Gelingen der Kommunikation anzusehen. Um die PatientInnen und Angehörigen wahrnehmen und ihnen adäquat begegnen zu können, benötigt die Pflegekraft ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten. Wie viel das Gegenüber von sich berichtet, hängt zu einem großen Teil davon ab, wie Pflegende ihre verbalen und nonverbalen Möglichkeiten zur Motivation der Gesprächsbereitschaft nutzen.

Die Kommunikation zwischen Pflegepersonal, Kind und Eltern in solch einer Situation ist besonders wichtig. Ebenso die altersentsprechende Information über die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen.

Pflegerische Tätigkeit ist nur effektiv, wenn gut kommuniziert wird, denn Pflegeleistung ist immer auch eine kommunikative Leistung. Erfolgreiche Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegepersonal hat einen therapeutischen Effekt: Reviews, welche Ergebnisse aus randomisierten klinischen Studien zusammenfassen, weisen darauf hin, dass eine gute Beziehung zwischen Versorgern und PatientInnen die Behandlungsergebnisse verbessert. (Di Blasi, Harkness et al., 2001) Internationale und nationale Studien (Johnston, Vögele 1992; Wimmer, Pelikan 1984) zeigen, dass die Qualität der Kommunikation mit PatientInnen nicht nur die PatientInnenzufriedenheit erhöht, sondern besonders auch für den Behandlungserfolg wichtig ist. (Di Blasi, Harkness et al., 1999)

Entscheidend ist nicht nur, was gesagt wird, sondern auch, wie es gesagt wird. Es liegt also nicht nur daran, die Worte richtig zu dekodieren, um zu verstehen, sondern auch alle anderen komplexen Signale richtig zu deuten. Diese Sensibilität und Kompetenz ist in intra- und besonders auch in interkulturellen Begegnungen unverzichtbar.

Oder wie schon Friedrich Nietzsche festhielt: „Wir lügen mit dem Mund, aber sagen mit dem Maul, das wir dabei machen, doch die Wahrheit.“ (Krämer & Quappe, 2006, S.114)

2.4.1. Kommunikation mit Kindern

Da zum Thema „Kommunikation mit Kindern“ in der Fachliteratur recht wenig zu finden ist, wird hier auf die Erfahrungen einer der bedeutendsten österreichischen Kinder- und Jugendpsychiater, Dr. Max Friedrich, zurückgegriffen. Als Vorstand der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters Wien reichen seine Erkenntnisse sehr weit und können für den hier behandelten Themenbereich von großer Bedeutung sein.

2.4.1.1. Kommunikation bei der Aufnahme in ein Krankenhaus

Jedes Kind ist einzigartig und möchte mit all seinen Kompetenzen und seiner Individualität gesehen und geschätzt werden. Die Bindung zwischen einem Erwachsenen und einem Kind wird nicht unwesentlich durch die Art und Weise der verbalen und nonverbalen Kommunikation zwischen beiden beeinflusst.

Der These Friedrichs folgend, nach der „Scheidung allen weh tut“, er formuliert sie in seinem wichtigen Werk „Die Opfer der Rosenkriege“, trifft dies auch auf die allgemeine Situation von Familien zu, in denen ein Kind erkrankt. (Friedrich, 2004, S.14) Je nach Schwere der Erkrankung tritt für Kinder und Eltern eine schmerzhaft emotionale Belastung auf, die für die Psyche des Kindes und auch der Eltern enorme Auswirkungen haben kann. Besonders bei Kindern mit Migrationshintergrund kann dies bis zur gefühlten völligen Hilflosigkeit führen, besonders, wenn Eltern kein entsprechendes Bildungsniveau aufweisen, die eine der Krankheit entsprechende Einschätzung der Gefahren zulassen. Möglicherweise ist das mit eine Grund, warum es auch bei leichteren Krankheiten oder Verletzungen zu Überreaktionen von Eltern kommt, wenn diese ihr betroffenes Kind ins Krankenhaus bringen.

Während Erwachsene aber zumindest die Atmosphäre eines Krankenhauses als Institution, in der Hilfe angeboten wird, begreifen und verarbeiten können, ist gleiches für

Kinder anfangs nahezu unmöglich. Zu den physischen und/oder psychischen Verletzungen kommt noch die völlig ungewohnte Umgebung eines Krankenhauses hinzu. Kinder sind oft erstmals in einem Krankenhaus, können nicht wissen, was genau geschehen wird, haben, falls sie mit Schmerzen ins Krankenhaus eingeliefert werden, schon vorher Angst, dass diese durch Berührungen durch das Pflegepersonal verstärkt und hinzukommend von nervösen Eltern oder näheren Angehörigen verunsichert werden, weil die Familie als sicherheitsspendender Faktor nur anteilig wirksam wird oder gänzlich ausfällt.

Deshalb ist es besonders wichtig, die Eltern oder nächste Bezugspersonen so rasch als möglich in den Pflegeprozess miteinzubeziehen. Jedes Fernhalten von Bezugspersonen in belastenden Situationen muss vermieden werden, denn dies kann dazu führen, Angst oder negative bleibende Erinnerungen an den Krankenhausaufenthalt zu schaffen. (Dietz et al., 2011)

Wie Friedrich formuliert, ist in Konfliktsituationen „...Reden Gold, Schweigen eine Katastrophe“. (Friedrich, 2004, S.28) Dies trifft ohne Zweifel auch auf eine krankheitsbedingte Krisensituation zu. Und nichts anderes ist eine Erkrankung eines Kindes für die betroffenen Familie. Zwar wird nicht prinzipiell geschwiegen, wenn Kinder in Krankenhäuser kommen, tritt aber eine Sprachbarriere auf, so kann es dazu kommen, dass eine entsprechende Aufklärung über Art und Schwere der Krankheit durch entsprechendes Fachpersonal (Pflegepersonal, Ärzte/Innen) schon mangels Verständnis der Eltern für sie selbst und für das Kind keine Beruhigung darstellt.

Üblicherweise wird dem mit Heranziehen von DolmetscherInnen begegnet. Über die Effizienz der Aufklärung der Eltern über den Zustand des Kindes ist aber die Vorbereitung der DolmetscherInnen auf ein derartiges Gespräch von großer Bedeutung. Wird allerdings versucht, die Sprachbarriere durch Beziehung eines/r Dolmetschers/in zu überwinden, der/die die jeweilige Sprache „fachlich“ nicht beherrscht (Reinigungspersonal übersetzt die Erklärung der Pflegenden zum Beispiel), kann es durchaus zu Missverständnissen kommen, die alle Beteiligten in noch größere Unruhe versetzen. Diese Situation wird in der Folge für das betroffene Kind zur ganz speziellen Belastung, weil die direktesten Vertrauenspersonen, die Eltern, auf das Kind nicht beruhigend einwirken können. Hinzu kommt, dass Kinder mit Migrationshintergrund nicht

selten von großen Familienverbänden begleitet werden, die in solchen Zusammenhängen die gespannte Atmosphäre noch verstärken und damit die Unsicherheit des Kindes eher vergrößern als beseitigen.

Die Kommunikation zwischen KrankenpflegerIn und Kind sowie KrankenpflegerIn und Eltern ist in einer durch Krankheit erschwerten Situation besonders wichtig. Ebenso die altersentsprechende Information über die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen. Wie sich aber bislang zeigte, betrifft die Kommunikation mit Kindern bei der Aufnahme in ein Krankenhaus fast ausschließlich die Eltern. Kinder sind meist erst dann Kommunikationspartner, wenn es darum geht, die Erkrankung zu diagnostizieren. An dieser Stelle muss allerdings hingewiesen werden, dass mit verschiedenen Kindergruppen gerechnet werden muss, die im Diagnosefall auch sehr unterschiedliche Notwendigkeiten was die Kommunikation betrifft erfordern.

2.4.1.2. Direkte Kommunikation des Pflegepersonals mit den Kindern

- Die Altersgruppe 0 – 3 Jahre:

Nicht selten können Kinder dieser Altersgruppe die Landessprache noch nicht. Diese Tatsache verstärkt die Angst vor den Ärzten oder dem Krankenpflegepersonal. Kann sich der anwesende Elternteil auch nicht entsprechend verständigen, so wird die Diagnose, besonders, wenn es sich nicht um von außen diagnostizierbare Unfallverletzungen handelt, sehr schwierig. Ungeeignete DolmetscherInnen könnten in solchen Zusammenhängen eine Diagnose fast verunmöglichen oder sie zumindest viel länger hinauszögern, als wenn das Kind oder die Eltern die Landessprachen beherrschen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen kann der Zeitfaktor eine wichtige Rolle für das Überleben des Kindes spielen. Deshalb können bei Kindern dieser Altersgruppen Eltern, die die Sprache nicht beherrschen, oder auch ein nicht „fachlich“ ausgebildetes Dolmetsch-Personal zur regelrechten Lebensbedrohung führen.

- Die Altersgruppe 3 – 6 Jahre:

Hier ist die Chance, dass das Kind selbst schon die Sprache beherrscht, deutlich größer. Das ist wohl davon abhängig, ob die Familie mit Familien kommu-

niziert, die, wie in unserem Land, zum Beispiel aus Österreich stammen. Das tritt dann zwar leider oft in abgeschwächter Form ein, wenn die Kinder zum Beispiel einen Kindergarten (oft nur halbtags) besuchen. Zumindest erhöht das aber die Chancen, dass das Kind die Sprache frühzeitig erlernt.

Was die oben beschriebenen Belastungen psychischer Art bei der Aufnahme in eine Krankenanstalt betrifft, sind die Unterschiede allerdings nicht groß. Sprechen vor diesem Hintergrund die Eltern oder die anwesenden Angehörigen kein Deutsch und ist auch kein/e Dolmetscher/in vorhanden, so ist das betroffene Kind sogar genötigt, in seiner eigenen Belastungssituation zu übersetzen. Was in einer derartigen Situation ein Kind dieses Alters verstehen, übersetzen und für sich annehmen kann, kann gar nicht kategorisiert werden.

- Die Altersgruppe 6 – 10:

Aus Gesprächen mit SchulpädagogInnen [Anm. d. Verf.: aus der Familie der Verfasserin] wurde entnommen, dass in dieser Altersgruppe durchaus das Sprachproblem für Migrantenkinder noch sehr wirksam sein kann. Gleiches gilt für die betroffenen Eltern. Was das Auftreten der Familien in Krankenhäusern betrifft, so konnten, was die beschriebenen Altersgruppen betrifft, bei den Interviewpartnerinnen keine Unterschiede festgestellt werden. Leider zeigt sich, dass vor allem Mütter oft die Sprache nach Jahrzehnten des Aufenthalts in Österreich nicht oder sehr schlecht beherrschen. Sie, die, wie in vielen Migrantenfamilien üblich, für Betreuung und Erziehung der Kinder verantwortlich sind, sind leider in solchen speziellen Situationen oft keine Hilfe.

In Zusammenhang mit den Punkten a – c ist abschließend zu sagen, dass für die Altersgruppe 0 – 10 Jahre eine direkte qualitative Kommunikation mit den Kindern nicht möglich ist. Fachlich ausgebildete DolmetscherInnen sind deshalb für die angesprochenen Altersgruppen gerade aus medizinischer Sicht von dringender Notwendigkeit.

Erst ab einem Alter von 10 Jahren kann davon ausgegangen werden, dass einerseits das Kind entsprechend seiner persönlichen Entwicklung so selbständig und auch der Sprache so mächtig ist, dass es mehr oder weniger ohne elterlichen Sprachbeistand

auskommen kann und die Eltern sozusagen nur als Beruhigungsfaktor bei sich wissen muss.

2.4.1.3. Kommunikation zwischen Kindern und Eltern

„Kinder haben ein Recht auf Information“. (Friedrich, 2004, S.30)

Um Krisen bewältigen zu können, müssen die Ursachen erkannt werden. Würde man der These Friedrichs folgen, so wären beide Eltern verantwortlich dafür, dass das Kind in geeigneter Weise von den ihm vertrautesten Personen über die Krankheit und ihre Behandlung informiert wird. Aus eigener Erfahrung kann jeder Mensch nachfühlen, dass die größte Sicherheit für ein Kind aus Informationen entsteht, die von den engsten Angehörigen, also den Eltern, kommen. Dazu müssten sie aber als erster Personenkreis verstehen, welches Problem vorliegt. Die Gründe dafür, dass dies oft nicht der Fall ist, sind weiter oben bereits erwähnt worden. Aus Sicht des Pflegepersonals ist es besonders bedauerlich, dass sich so viele MigrantInnen, aus welchen Gründen auch immer, jener Sprache verschließen, die in ihrem Immigrationsland gesprochen wird. Für ein von Krankheit betroffenes Kind wären im vorliegenden Fall deutschsprechende Angehörige von großer Bedeutung.

Ungeachtet dessen muss Art und Schwere der Krankheit dem betroffenen Kind klar verständlich gemacht werden, vor allem aber die Chancen, die in den geplanten Behandlungen für eine Genesung liegen. Nur so kann ein Kind auch eine innere Haltung entwickeln, die auf eine Genesung positiv einwirkt (Aktivierung des Selbstheilungsmechanismus).

Wie sich aber zeigt, scheuen sich Kinder manchmal selbst davor, mit ihren Eltern über die Erkrankung auch in der Sprache ihres Herkunftslandes zu sprechen, weil das für sie selbst und auch für die Eltern beunruhigend sein könnte oder auch unangenehm. Wenn keine Kommunikation zwischen Eltern und Kind stattfindet, in welcher Sprache auch immer, kann es auch dazu kommen, dass sich Kinder ihre eigenen Erklärungen konstruieren, die durch die oben bereits beschriebenen Faktoren verstärkt Verunsicherung, Ängste und Befürchtungen auslösen können. Schon deshalb muss überprüft werden, wer die Eltern sind, welche Voraussetzungen sie für eine der Krankheit ge-

eignete Kommunikation mitbringen und wie ein allfälliger Mangel kindgerecht und auf den Genesungsverlauf positiv einwirkend hergestellt werden kann.

Das ist besonders bei lebensbedrohlichen Krankheiten von Kindern von enormer Bedeutung. Eine Erkrankung wie zum Beispiel Krebs wird landläufig nach wie vor häufig als unheilbar und tödlich angesehen. Nicht zu unterschätzen dabei sind die Wirkungen verschiedener religiösen Strömungen, die das „Betroffensein“ von einer lebensbedrohlichen Krankheit als gottgegeben oder gar als Strafe Gottes verstehen. Das verstärkt das Schweigen innerhalb der engsten und der erweiterten Familie, vor allem aber auch im Freundeskreis, vor dem MigrantInnen derartiges in solchen Fällen zum Beispiel aus Schande totschrveigen.

Das Thematisieren eines möglichen tödlichen Ausganges der Erkrankung fällt Eltern gegenüber ihren Kindern besonders schwer. Daher wird gerne darauf verzichtet, den Namen der Erkrankung, also das Wort „Krebs“ zu nennen (Barnes et al. 2000). Dies betrifft allerdings nicht nur Migrantenkinder. In solchen Fällen sollte ein geeigneter Informationsumgang mit der Erkrankung des Kindes im Familien- und im Freundeskreis entwickelt werden. (Friedrich, 2004) Krankheit ist keine Schade und keine Strafe. Der/die Kranke braucht Unterstützung und Zuspruch von Familie und Freunden. Dies ist eine Verantwortung für die Eltern, die sie auch bei vorhandenen Sprachproblemen in ihrem eigenen Umfeld wahrnehmen können sollten.

2.4.1.4. Kommunikation im Verlauf eines stationären Aufenthaltes

Aufgrund der Komplexität der Form der geeigneten Kommunikation und deren Auswirkung auf den Genesungsprozess ist auch diese Frage von erheblicher Bedeutung. Kinder benötigen eine andere kontinuierliche Kommunikationsform als Erwachsene. Diese Tatsachen spiegeln zwar verschiedene bereits umgesetzte Bestrebungen in Krankenhäusern wieder, ob diese allerdings wirklich wirksam sind, ist durchaus in Frage zu stellen.

Wenn die Übernachtung der Mutter bei einem Kleinkind im Krankenhaus zum Beispiel aus religiösen Gründen oder wegen eines Verbots des Ehemannes nicht möglich ist,

was passiert dann mit dem Kind? Bleibt es wegen Personalmangels in der Nacht allein? Muss es damit umgehen, dass alle paar Stunden eine Krankenschwester nach ihm sieht, ob es wenigstens schläft?

Wirkt es für ein Kind unterstützend, wenn die ganze Familie auf einmal zu Besuch kommt? Beratungen, wie mit einem Kind auch im Besuchsfall richtig umgegangen wird, scheinen hier auch dringend nötig, damit Überanstrengungen der PatientInnen vermieden werden können oder die Überbrückung des täglichen Zeitfensters für das Kind dadurch verkürzt wird, indem die Angehörigen sich beim Besuch abwechseln.

Wenn gar kein Besuch von Familienmitgliedern möglich ist, reicht hin und wieder der Auftritt einer „Kasperlfigur“ (zum Beispiel Verein der Roten Nasen) nicht aus, dem Kind Abwechslung zu verschaffen. Beratungen, die auf Besuchspatenschaften aus dem dem Kind bekannten Familien- und Freundeskreis abzielen, können hier kindgerechte Alternativen schaffen. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn Kinder schwer erkrankt sind und deshalb mit einem langen Krankenhausaufenthalt leben müssen.

2.4.1.5. Alternative Chance des Informationserwerbs

Kinder und Jugendliche haben unterschiedliche Möglichkeiten, solche familiären Situationen zu bewältigen. Information, die altersgemäß ist, den Namen, die Ursache, die Behandlung und die Auswirkungen der Erkrankung beinhalten, wie auch die Prognose, schafft Erleichterung bei Kind und Eltern. Kinder und Jugendliche wollen Erklärungen bekommen über den allgemeinen Gesundheitszustand oder medizinische Behandlungen. Geeignete Informationen können das Maß von Angst- und Depressionssymptomen deutlich senken.

Jugendliche suchen teilweise auch selbständig nach Informationen, wobei das Internet eine sehr beliebte Informationsquelle ist. Hier sollte man den Kindern vertrauenswürdige Links angeben, denn vieles was im Internet steht, ist bekanntlich unzureichende bzw. falsche Information und würde nur zu vermehrter Verwirrung führen.

Wenn man die Kommunikation zu einer Krankheit über nicht ausgebildete DolmetscherInnen bzw. Hilfspersonal laufen lassen muss, das heißt das Kind, ohnehin verunsichert und eingeschüchtert, wird möglicherweise mit einer Übersetzerin konfron-

tiert, die sich in der Muttersprache gar nicht geeignet ausdrücken kann, weil nicht ausreichend gebildet bzw. ausgebildet, also schlimmer als ein Internetlink wirken kann, da die Übersetzung von niemandem kontrolliert werden kann, kann man von einem der schlimmsten Fälle, die eintreten können, sprechen.

2.4.2. Kommunikationsziel

„Den Blick nach vorne richten... Wichtig ist es, dass es den Eltern gelingt, ihnen [Anm. d. Verf.: den Kindern] eine ermutigende Perspektive zu geben. Die Welt der Kinder wird sich ändern, aber sie wird nicht [Anm. d. Verf.: auf dieses Thema bezogen: muss nicht...] unter gehen [Anm d. Verf.: auch nicht bei einer lebensbedrohlichen Krankheit]... Wir alle besitzen normoplastische Fähigkeiten, also Kräfte, die Ungünstiges zur Normalität formen können... Es gibt auch euplastische Fähigkeiten, die Ungünstiges gleichsam zum Guten wandeln, indem Sie Schwierigkeiten zu kompensieren vermögen, also Energie aus dem Negativen in das Positive holen können. All diese Kräfte wohnen unseren Kindern inne“. (Friedrich, 2004, S.37).

Dieses Zitat ist ohne weiteres auf den hier behandelten Themenbereich anwendbar. Die Aktivierung normoplastischer Fähigkeiten können für Aids - Kranke Kinder wichtig sein. Die Krankheit ist nicht heilbar, aber man kann daran arbeiten, damit leben zu können. Derartiges ist gerade für Kinder in afrikanischen Ländern, aber durchaus auch für Kinder und Jugendliche in Österreich von großer Bedeutung.

Die Aktivierung euplastischer Fähigkeiten kann zum Beispiel bei Verlust eines Körperteils von großer Bedeutung sein. Solche Prozesse durchlaufen SportlerInnen, die durch einen Unfall ein körperliches Gebrechen davon tragen und zum Beispiel im Invalidensport wieder erfolgreich werden.

Es ist demnach unzweifelhaft, dass ein geschultes Personal auch psychologisch ausgebildet werden muss und dies so, dass dieses Wissen auch in den jeweiligen Sprachen vermittelt werden kann. Für die direkte Kommunikation mit Kindern ist dies eines der wichtigsten zu erreichenden Ziele.

Bei Friedrich bewirkt ein scheinbar unlösbarer Konflikt zwischen Eltern, dass die Verstörung, die Angst, die Desorientierung und die Ungewissheit der Sicht auf die Zukunft ihrer Kinder anhalten. (Friedrich, 2004) Der Konflikt ist im Falle eines kranken Kindes eine gesundheitliche Krise. Die Kinder hier allein zu lassen, bewirkt genau dieselben Konsequenzen - Angst, Verstörung, Desorientierung und eine Sicht auf eine ungewisse Zukunft. Kann die Familie hier nicht helfen, weil sie wegen der Sprachbarriere, mangelnder Bildung oder auch aus anderen Gründen dazu nicht in der Lage ist, dann ist die staatliche Struktur gefordert. Dabei geht es hier nicht ausschließlich um eine krankenhaushausstrukturelle Problematik. Es geht um eine ethische Problematik. Ist ein österreichisches Kind wichtiger als ein Migrantenkind? Hat das Migrantenkind schlicht Pech gehabt, in eine solche Familie geboren zu sein? Ist für ein solches Kind nun das Herkunftsland oder das Immigrationsland zuständig? Kann ein Staat einem Kind Prozesse vorenthalten, die ursächlich mit Kommunikation in Verbindung stehen? Wenn unser ethisches Verständnis das menschliche Leben von Beginn an gleich bewertet, dann hat der Staat aus ethischen Gründen die Aufgabe, gleiche Voraussetzungen für alle zu schaffen, auch für Kinder mit Migrationshintergrund. Deshalb ist die Finanzierung eines geeigneten Ausbildungssystems für Personal, das mit derartigen Problematiken umgehen muss, auch Staatspflicht.

Kein Kind darf zwischen die Fronten des Inländer- oder Ausländerseins geraten und schon gar nicht, wenn es sich um eine krankheitsbedingte Krise handelt. Da Kinder, bei halbwegs normalen Verhältnissen, emotional eng mit ihren Eltern verbunden sind, sollten nicht deren mangelnde Voraussetzungen zu negativen Konsequenzen für den Genesungsprozess führen. Deshalb ist Beratung von Kindern und Eltern unerlässlich, besonders für Kinder aus binationalen Migrationsfamilien. (Friedrich, 2004)

3. Methodik und Vorgehensweise

Aufgrund der bis dato eindeutigen Vernachlässigung des Themas, der Transkulturellen Pflege im speziellen Bereich der Kinderkrankenpflege, in der Literatur sowohl in Wien als auch außerhalb dieser Grenzen schien die qualitative Forschungsmethode der Grounded Theory als die geeignetste Methode um bei der Beantwortung der Forschungsfragen dienlich zu sein.

Es handelte sich um Leitfadeninterviews, welche in verschiedene Themenbereiche gegliedert wurden. Die Gespräche wurden teilstrukturiert durchgeführt, um den notwendigen Freiraum gewährleisten zu können. Bei einem semistrukturierten Interview handelt es sich so wie bei einem standardisierten Interview um eine Form der mündlichen Befragung, wobei jedoch der Standardisierungsgrad geringer ist. Auch hier wird der Verlauf des Gesprächs durch einen Interviewleitfaden gestützt. Es kann jedoch die Formulierung und die Reihenfolge der Fragen dem Verlauf des Interviews angepasst werden. (Mayer, 2007) Daher eignet sich das semistrukturierte Interview ideal für qualitative Forschungsarbeiten.

„Wahrheit“ soll nicht, wie bei den Naturwissenschaften, etwas Objektives sein, sondern das Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen. Da jeder Einzelne die Dinge auf einzigartige Weise wahrnimmt, soll mit Interviews die Möglichkeit gegeben werden, eine möglichst natürliche Situation herzustellen und damit authentische Informationen zu erhalten. Durch die Wahl des semistrukturierten Interviews ergab sich während der Interviews ein gewisser Grad an Freiraum in der Gesprächsführung. Es gibt bei dieser Art von Interview keine geschlossenen Fragen, was bedeutet, dass keine Frage mit nur einem Wort oder einer bestimmten Phrase zu beantworten ist.

Ziel war es, eine Theorie oder ein Konzept zu entwickeln und nicht eines zu überprüfen, daher wurde hier der qualitative Ansatz gewählt.

Danach wurden die erhobenen Daten mit Hilfe der „Grounded Theory“ bearbeitet.

3.1. Grounded Theory

Die „Grounded Theory“ ist eine qualitative Forschungsmethode und Methodologie, die eine systematische Reihe von Verfahren verwendet, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu erzeugen. Die „Gründungsväter“ dieser Theorie sind die beiden Soziologen Glaser und Strauss. Obwohl ihre Forschungsrichtungen unterschiedlich waren, waren ihre Veröffentlichungen gleichwertig. Ihre Ideen wurde 1967 in ihrem Buch „The Discovery of the Grounded Theory“ erstmals veröffentlicht. Als Hintergrund der Grounded Theory führen sie den Pragmatismus als philosophische Lehre als auch den symbolischen Interaktionismus an. Diese erste Fassung der Theorie beinhaltet erste Ideen zu einer möglichen Forschungsfrage, mit all ihren Zwischenschritten, wie auch die Erstellung eines Manuskripts. Die Grounded Theory ermöglicht es, eine Theorie innerhalb eines bestimmten Gegenstandsbereiches zu formulieren, welche aus miteinander zusammenhängenden Konzepten besteht und auch Erklärungen zu untersuchten Phänomenen geben zu können. (Böhm, 1994)

Es wurde diese Methode gewählt, da sie als das geeignetste methodologische Rahmenkonzept erscheint, dessen zentrales Anliegen es ist, die Phasen im Forschungsprozess (Planung, Datenerhebung, Datenanalyse, Theoriebildung) nicht als getrennte Arbeitsphasen zu verstehen. Es soll ein ständiger Wechsel zwischen den Phasen stattfinden, wo zu jedem Zeitpunkt zu den Daten zurückgekehrt werden kann, um auf diese Weise zu einer gegenstandsbegründeten Theorie zu kommen (Mey & Mruck, 2007).

Der Forschungsprozess wird von Strauss folgendermaßen visualisiert:

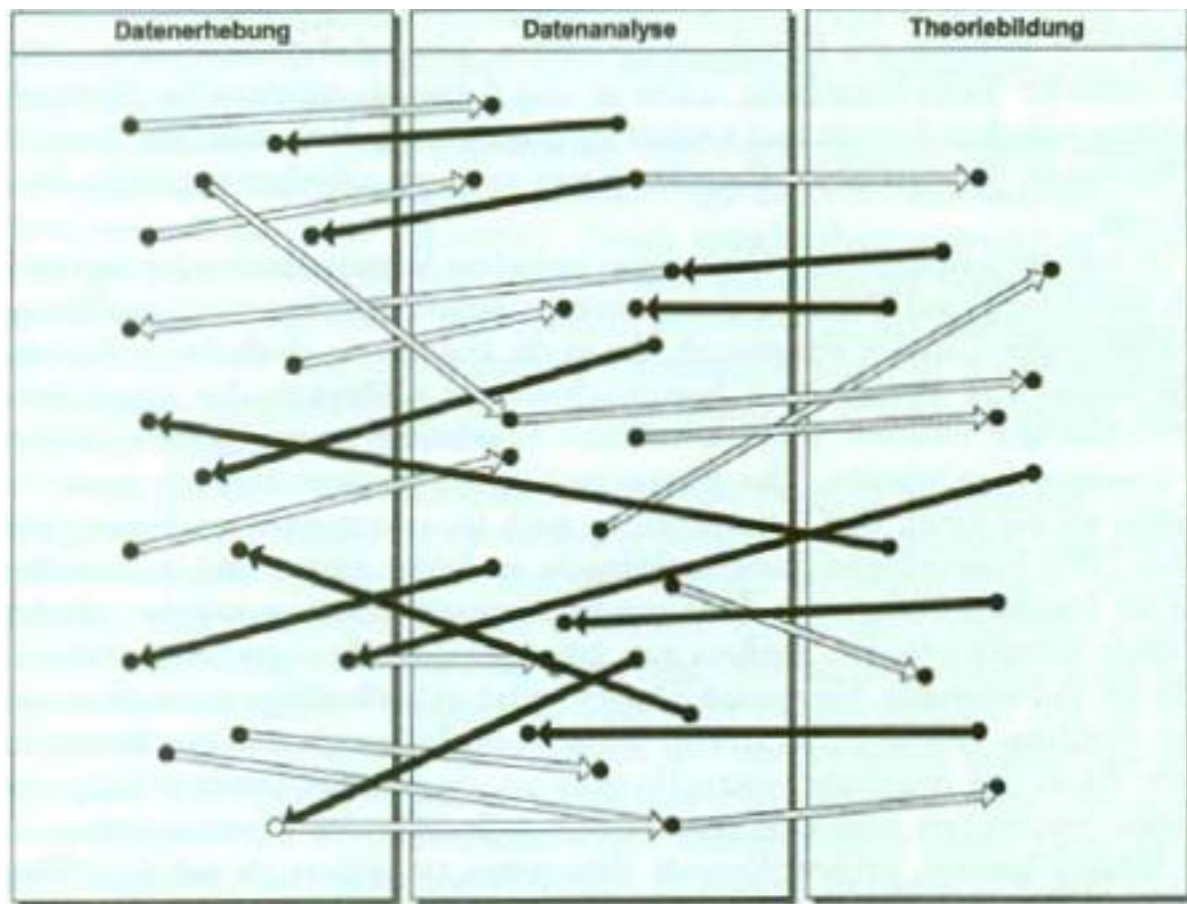


Abbildung 4: Grafische Darstellung der Theoriebildung nach Anselm Strauss (Strübing, 2008)

Ziel der Grounded Theory ist es, gegenstandsbezogene Theorien für menschliches Verhalten und grundlegende soziale Prozesse zu schaffen. (Mayer, 2007)

Zunächst werden die Daten

- **„offen codiert“**, um Vergleiche anstellen zu können, Konzepte zu erstellen und die Daten zu kategorisieren. Ob dann in diesem analytischen Prozess Zeile für Zeile oder per Satz oder Abschnitt analysiert wird, ergibt sich aus der direkten Beschäftigung mit den Daten. Der zweite Schritt ist das
- **„axiale codieren“**, hier werden Verbindungen zu den Kategorien, die im ersten Schritt erstellt wurden, hergestellt und die Daten somit neu zusammengesetzt. Wesentlich ist jedenfalls, die Datenbasis während dieser Prozesse zu erweitern. Der letzte Punkt, das

- „**selektive codieren**“, hätte den Rahmen dieser Arbeit überschritten und wurde daher nicht durchgeführt. In diesem letzten Schritt endet die Textinterpretation und führt zu einer gegenstandsverankerten Theorie des untersuchten Phänomens. (Böhm, 1994)

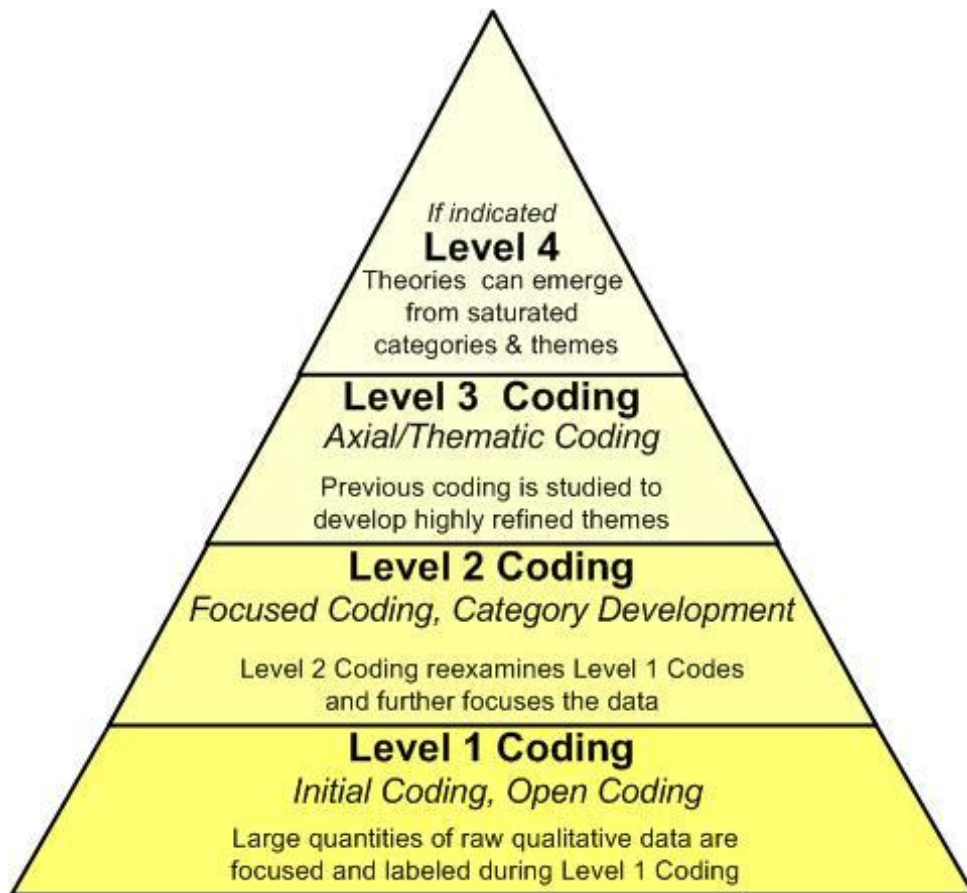


Abbildung 5: Grounded Theory - Kodierungsprozess

3.2. Gütekriterien der qualitativen Forschung

„Wie lässt sich die Qualität qualitativer Forschung bestimmen? Welchen Kriterien soll sie genügen? Die Frage, anhand welcher Kriterien die Wissenschaftlichkeit, Güte und Geltung qualitativer Forschung bewertet werden kann, wird häufig gestellt.“ (Steinke, 2000, S.319)

Qualitative Forschungsmethoden gelten aufgrund ihres offenen Charakters oftmals als subjektiv, sodass Validitäts- und Reliabilitätsüberprüfung nach dem üblichen Vorgehen der empirischen Sozialforschung als eher schwierig oder unmöglich eingeschätzt wird. Die Offenheit qualitativer Methoden soll den individuellen Ausdrucksmöglichkeiten Spielraum geben und erzeugt somit ein Datenmaterial, das sich nur schwer exakt wiederholen lässt.

Gütekriterien wurden entwickelt, um die Qualität von Forschung feststellen zu können. Diese geben an, ob die Art und Weise wie Forschungsergebnisse zustande kamen auch wissenschaftlich korrekt durchgeführt wurde. Gütekriterien beziehen sich oftmals rein auf die Datenerhebung und Datenauswertung. Allerdings lassen sich bei der qualitativen Forschung aufgrund der unterschiedlichen Ansätze keine Kriterien formulieren, die leicht zu vereinheitlichen wären. (Mayer, 2007)

Die grundsätzliche Anzahl an qualitativen Forschungsarbeiten nimmt zu, jedoch fehlt der gemeinsame Konsens, nach welchen Gütekriterien die Qualität von Forschungsprozessen und deren Ergebnissen bewertet wird. Des Öfteren steht die Frage im Raum, ob die Gütekriterien der quantitativen Forschung (Objektivität, Reliabilität und Validität) auch Anwendung in der qualitativen Forschung finden sollten. Nach Lamnek (2005) sollte sich die qualitative Forschung zwar an den Gütekriterien der quantitativen Forschung anlehnen, jedoch ausreichend Distanz wahren um sich abgrenzen zu können.

Mayring entwickelte 2002 folgende Gütekriterien für seine „qualitative Inhaltsanalyse“:

- **Verfahrensdokumentation** – dies ist eine Beschreibung wie vorgegangen wurde (z.B. Befragung). Der Forschungsprozess muss für andere nachvollziehbar sein und nicht als willkürlicher und unüberprüfbarer Akt erscheinen.
- **Argumentative Interpretationsabsicherung** – Interpretationen lassen sich nicht beweisen, daher müssen sie mit Argumenten begründet werden.
- **Regelgeleitetheit** – das Material bzw. die Daten müssen systematisch bearbeitet werden.
- **Nähe zum Gegenstand** – der Forscher soll sich in die Lebenswelt der Betroffenen begeben. Nicht im Labor arbeiten, sondern vor Ort sein.
- **Kommunikative Validierung** – die Gültigkeit der Daten soll durch Kommunizieren überprüft werden.
- **Triangulation** – Methodische Verzerrungen sollen durch den Einsatz mehrerer Methoden, Theorien oder Forscher kompensiert werden.

Locke (2001) zeigte auf, dass die Arbeit mit der Grounded Theory jedoch auch folgende Qualitätsmerkmale aufzeigen sollte:

- Die Theorie der untersuchten Fragestellung ist angemessen und nützlich.
- Die Theorie ist sowohl für die Untersuchten als auch den Untersucher gleichermaßen verständlich.
- Die Theorie kann über den Einzelfall hinaus generell angewendet werden.
- Die Methodik der Theoriefindung ist für andere Forscher nachvollziehbar und beurteilbar.

Nach Hall und Callery (2001) ist die Reflexibilität ein weiteres wichtiges Gütekriterium der Grounded Theory. Zur theoretischen Sensibilität wirkt sie sich auch ergänzend auf die Validität der erarbeiteten Forschungsergebnisse aus. Reflexibilität beschreibt die Gefahr einer Verzerrung der Ergebnisse durch die Eingebundenheit der Untersuchenden. Ziel des Forschers/der Forscherin ist es, eine selbstreflexive Haltung einzunehmen um die persönlichen Sichtweisen, das verbale und nonverbale Verhalten in Interviewsituationen zu kontrollieren.

Die Verfasserin dieser Arbeit hat aus diesem Grund ständigen Austausch mit KollegInnen gesucht, um den notwendigen Abstand zu dem Thema zu erlangen und um keine persönlichen Annahmen oder Ansichten in das Gesagte der Interviewpartner oder die Ergebnisse zu projizieren. Weiters wurde auch das Gespräch mit der Diplombetreuerin dieser Arbeit gesucht, um zu hinterfragen, ob auch die tatsächliche Realität der interviewten Personen dargestellt wurde und nicht die eigene interpretiert wurde.

3.3. Stichprobengrundlage

3.3.1. Einschlusskriterien

Da der Fokus auf der Krankenpflegebetreuung von Kindern lag, wurden diplomierte KinderkrankenpflegerInnen/diplomierte Kinderkrankenpfleger⁶ als auch PflegehelferInnen ausgewählt die:

- Bereit waren ein Interview zu geben
- In einem Krankenhaus (bevorzugt in einem Ballungsgebiet) auf einer Kinderstation tätig sind
- Auf unterschiedlichen Stationen (Fachrichtung) arbeiten

Es wurde bewusst darauf geachtet, dass die InterviewteilnehmerInnen auf diversen Stationen tätig sind, um die Facetten der Daten möglichst groß zu halten und zu mehr Informationen zu kommen. Auf das Alter der zu betreuenden Kinder wurde nicht geachtet, da es zwischen 0 und 18 Jahren jederzeit mit den PatientInnen selbst oder den Eltern/Angehörigen zu Schwierigkeiten im Sprachverständnis, sei es durch Her-

⁶ DKKS – diplomierte Kinderkrankenschwester / DKKP – diplomierter Kinderkrankenpfleger

kunft oder Bildungshintergrund, kommen kann. Die Metropolregion war deshalb entscheidend, da Metropolen und Migration in einem engen Wechselverhältnis stehen. Großstädte werden immer wieder als „Magneten“ charakterisiert, die Fremde geradezu anziehen würden. (Kleinschmidt, 2002)

In nachfolgender Abbildung werden die Berufsbezeichnungen und die verschiedenen Fachrichtungen der Stationen tabellarisch dargestellt:

Berufsbezeichnung	Station
DKKS	Neugeborene
DKKS	Kinderüberwachung 0-18 Jahre
DKKS	Interne & Säuglingspsychosomatik
DKKS	Kinderinfektion Schwerpunkt Tuberkulose
DKKS	Knochenmarkstransplantation
DKKS	Interne Notaufnahme
DKKS	Intermediate Care, Säuglinge
DKKS	Geburtshilfe
DKKS	Intensiv
Pflegehelferin	Geburtshilfe

Abbildung 6: Berufsbezeichnung und Arbeitsumfeld der interviewten Personen

Wie oben ersichtlich waren alle InterviewpartnerInnen weiblich und auch, bis auf zwei, in verschiedenen Fachrichtungen tätig.

Bei der Auswahl der DKKS bzw. der Pflegehelferin wurde, soweit es möglich war, darauf geachtet, Personen unterschiedlicher kultureller Herkunft interviewen zu können. So konnte neben Großteils Gesprächspartnern mit christlich – kulturellem Hintergrund auch ein Gespräch mit einer Person arabischer Herkunft und einer mit serbokroatischen Wurzeln geführt werden.

3.3.2. Rekrutierung

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen an dieser Studie wurde über die angeschriebenen Pflegedirektionen der diversen Krankenhäuser ermöglicht, welche selbst einen Aufruf an die KollegInnen zur Teilnahme starteten. Nach schriftlicher Rückmeldung der jeweiligen Direktion und Bekanntgabe der Personen die für ein Interview zur Verfügung stehen würden, konnte nach persönlicher telefonischer Vereinbarung ein Termin ausgemacht werden. Die Gesprächspartnerinnen verteilten sich wie folgt auf die Bundesländer: Wien, Niederösterreich und Oberösterreich. Vor dem Gespräch mit den Teilnehmerinnen konnte per Telefon ein für sie angenehmer und ruhiger Ort festgelegt werden. Dieser befand sich entweder selbst auf der Station (Aufenthaltsraum für Angestellte, Raum der Stationssekretärin) oder wurde aufgrund von Platzmangel auf eine andere Station verlegt. Es war immer möglich, das Interview ohne größere Störungen zu führen und den Fluss des Gespräches zu gewährleisten.

Alle Teilnehmerinnen wurden über den Ablauf informiert, deren Namen und Arbeitgeber in dieser Arbeit durch fiktive ersetzt, und über alle ihre Rechte aufgeklärt. Näheres dazu im Anhang unter „Informed Consent“.

3.3.3. Datenerhebung

Im Zuge dieser Arbeit wurden neun DKKS sowie eine Pflegehelferin unterschiedlicher Herkunft in jeweils einem Interview persönlich befragt. Dem Interview lag ein Leitfaden zu Grunde, welcher in verschiedene Themenbereiche gegliedert war, in denen sich wiederum spezifische Fragen befanden (siehe Anhang). Die spezifischen Fragen dienten dazu, die Gesprächspartnerinnen bei Abschweifen vom Thema zu diesem zurückführen zu können. Die Interviews waren semistrukturiert, um den notwendigen Freiraum und der Expertise der Befragten gewährleisten zu können.

Während ein strukturiertes Interview aus einem formalisierten, limitierten Fragenkatalog besteht, ist ein halb strukturiertes Interview flexibel, es gestattet, im Verlauf des Interviews neue Fragen aufzuwerfen, die sich aus den bereits zuvor erhaltenen Antworten ergeben. Auch bei einem semistrukturierten Interview dient ein Leitfaden als

Grundlage. Die Formulierung und die Reihenfolge, in der die Fragen gestellt werden, kann im Laufe des Interviews angepasst werden. (Mayer, 2007)

3.3.4. Datenanalyse

Da sich diese Forschungsarbeit ausschließlich mit den Kommunikationsbarrieren in der Kinderkrankenpflege befasst, wurden themenbedingt nur DKKS und auch eine Pflegehelferin befragt. Es zeigte sich wirklicher Mitteilungsbedarf bei den Teilnehmerinnen. Insbesondere hatten diejenigen mit nicht christlich – kulturellem Hintergrund am meisten zu sagen. Ein Gespräch gestaltete sich etwas kürzer, da die interviewende Person Unbehagen bei der Aufzeichnung des Gespräches hatte. Auch nach der Information, das Gespräch nicht aufzeichnen zu müssen und Notizen machen zu können, war der Gesprächsfluss nicht wie gewünscht vorhanden. Jedoch konnten ausreichend Daten erhoben werden.

Generell war auffällig, dass je größer das Krankenhaus (Dienstgeber), desto mehr wollten die Interviewten über die täglich auftretenden Probleme im Umgang mit Kindern und Angehörigen im Bezug auf die sprachlichen Differenzen erzählen. Kurze „Einwort-Antworten“ wie „ja“, „nein“, „weiß ich nicht“ gab es selten. Oftmals hat es geholfen, nach einem Beispiel aus dem Alltag zu fragen, um das Gespräch wieder in Gang zu bekommen. Einige Teilnehmerinnen haben sich mit der Frage, ob „ethische Grundsätze (Religiosität) positiv auf den Pflegeprozess einwirken können“, nicht leicht getan und vorab geschwiegen. Jedoch kam nach einer Pause und einigem Nachdenken immer doch eine Antwort.

Alle Gespräche wurden entweder direkt im Anschluss oder spätestens am nächsten Tag, mit Hilfe von persönlichen Notizen, die im Anschluss an das Interview entstanden sind, transkribiert und nach Strauss und Corbins Kodierverfahren kodiert.

Zu Beginn wurde eine Satz – für – Satz – Analyse durchgeführt, um Vergleiche zwischen den Interviews anstellen und Konzepte erstellen zu können. Erst im weiteren Verlauf der Arbeit wurde speziell auf die einzelnen Absätze geachtet.

Im Zuge des Kodierungsprozesses wurden in – vivo – codes vergeben. Um eine Beziehung zwischen den Codes herzustellen, wurden nach dem Prozess der „axialen Kodierung“ Kategorien hergestellt. Der Schritt des „selektiven Kodierens“ fand aufgrund der begrenzten Zeit und des Umfangs dieser Arbeit nicht mehr statt.

4. Erkenntnisse

Auf diesem Abschnitt basiert der Hauptteil dieser Arbeit, in dem die wichtigsten Erkenntnisse und Eindrücke der geführten Interviews in Bezug auf die vorangegangenen Forschungsfragen dargestellt werden. Ausgehend davon, wie der Begriff „Kulturkreis“/„kultureller Hintergrund“ in der Praxis verstanden wird, über auftretende Kommunikationsprobleme bis hin zu den bis dato erarbeiteten Lösungsansätzen und den Ressourcen die zur Verfügung stehen, wurde versucht, ein breites Spektrum an Erkenntnissen zu generieren. Alle in diesen Interviewausschnitten vorkommenden Namen oder Orte sind aus Gründen der Anonymität der Teilnehmer rein fiktiver Natur.

Aufgrund der unterschiedlichen persönlichen Charakteristik und des persönlichen Umganges mit dem Thema der transkulturellen Pflege ergaben sich teils deckende, teils sehr verschiedene Arten des Umganges mit Schwierigkeiten in Bezug auf die Kommunikation. Insbesondere differierten die Ressourcen sehr stark. Die Art und Weise, wie versucht wird, während eines stationären Aufenthaltes eines Kindes fremd - kultureller Herkunft einen Zugang auf sprachlicher Ebene zu den Kindern und Angehörigen herzustellen, wird im Alltag teils ähnlich, teils sehr unterschiedlich gehandhabt. Eine wichtige Rolle spielen dabei die zur Verfügung stehenden finanziellen bzw. personellen Ressourcen.

Die erste Reaktion jedoch auf die Frage, ob oft auf das persönliche Engagement zurückgegriffen wird, war nahezu überall „ja“, des weiteren wurde die Frage, welche Art von entsprechenden Ressourcen vorhanden sind, durchwegs mit „keine“ beantwortet.

4.1. „Kulturkreis“ & „kultureller Hintergrund“

Auf die Frage, wie hoch die Befragten den Anteil an PatientInnen mit nicht – christlich – kulturellem Hintergrund einschätzen, wurde durchgehend mit: mindestens 50% geantwortet. Dadurch wurde den Begriffen „Kulturkreis“ und „kultureller Hintergrund“ eine gewichtige Rolle zugesprochen, jedoch konnten viele Befragte damit nichts anfangen. Auf diese Frage reagierten die Teilnehmerinnen oft irritiert und gaben knappe Antworten wie:

„...wo komme ich her, wo sind meine Eltern geboren...“

„...andere Religion, andere Sprache, andere Bräuche...“

Jedoch merkte man, dass sich einige schon intensiver mit dieser Thematik auseinandersetzen konnten. Interessant ist die Tatsache, dass die zwei Teilnehmerinnen mit nicht – christlich – kulturellem Hintergrund die Begriffe „Kulturkreis“ oder „kultureller Hintergrund“ nicht als Bezeichnungen für Abgrenzung verstehen. Dadurch, dass sie selbst einmal in ein für sie fremdes Land gezogen sind und die Sprache erlernen mussten, geht es nicht um eine Art Checkliste, die durchgegangen werden muss, wenn man weiß, dass z.B. ein jüdisches Kind aufgenommen wird. Man hat eine offene Haltung gegenüber den PatientInnen und den Angehörigen und versucht, Kultur als ein großes Ganzes zu verstehen und nicht nur zu sehen *„aha, der ist anders als ich, da muss ich aufpassen“*.

Bei einigen wird ganz offensichtlich versucht, Rücksicht auf den jeweiligen kulturellen Hintergrund der PatientInnen einzugehen.

„Das hat sehr viel mit Wertschätzung zu tun. Dass man ganz offen ist in der Haltung gegenüber anderen Kulturen, deren Verständnis, deren Einstellung, deren Werte und Normen. Man versucht im Alltag, das miteinbinden zu können, stößt natürlich oft auch an die eigenen Grenzen, aber wichtig ist es, es einfach zuzulassen und deren individuelles Leben annehmen zu können.“

Andere wiederum interessieren sich nicht wirklich oder weniger dafür und versuchen, ihren Tagesablauf so wenig wie möglich „stören“ zu lassen.

„...es sind verschiedene Dinge zu akzeptieren, so wie sie sind...“

Im Großen und ganzen bleibt aber zu sagen, dass trotz anfänglicher Irritation während der Gespräche eine Art Nachdenken oder auch Umdenken stattfand und einige ihre anfängliche kurze Antwort noch einmal neu bzw. ausführlicher formulierten.

„Zu berücksichtigen ist aus welcher Situation die einzelnen Kinder kommen, das heißt, die religiöse Sensibilität der Kinder wahrzunehmen. Vor allem aber auch der Eltern. Das heißt, wir geben ihnen die Möglichkeit, ihr Essen auswählen zu können oder einen Platz, an dem gebetet werden kann.“

4.2. Kommunikations- und Interaktionsbarrieren

In diesem Abschnitt wird auf die täglich auftretenden Probleme, die im Zusammenhang mit transkultureller Pflege bei Kindern stehen, eingegangen. Wie in dieser Arbeit schon öfter erwähnt, ist besonders die Kommunikation oft der Schlüssel für eine erfolgreiche Pflege und in der Folge Entlassung der PatientInnen nach Hause. Besonders schwierig wird es, wenn die Sprache im Mittelpunkt des Unverständnisses steht. Wenn das Kind krank ist, kommen oft die Mütter ins Krankenhaus und verstehen leider kein Wort oder kurzen Satz in deutscher Sprache. Der Vater oder sonstige nähere Angehörige haben keine Zeit, da sie arbeiten müssen, und so ist die Pflege mit einem Kind und einer Mutter konfrontiert, die weder Deutsch sprechen noch lesen können.

„Es gibt auch immer wieder ganz viele Eltern, die Analphabeten sind, vor allem gerade aus diesem Roma-Bereich, die dann auch gar nicht dieses kognitive Verständnis dafür haben. Es muss gar nicht die Sprache der Grund sein, oft ist es der intellektuelle Hintergrund.“

Die Sprache ist ein großes Problem und wurde in jedem der Interviews stark thematisiert. Es kommt sehr selten vor, unabhängig von der Station, dass das Pflegepersonal im Vorhinein weiß, welches Kind als nächstes aufgenommen wird, welche Sprache

die Angehörigen sprechen oder welchen kulturellen Hintergrund diese haben. Zu oft kommt es vor, dass Mütter mit ihren kranken Kinder dann auf der Station stehen und das Pflegepersonal gezwungen ist, sich über Zeigen bzw. Gebärden zu verständigen oder in einfachen Fragen, wenn das Kind schon alt genug ist und gebrochen Deutsch sprechen kann, an das Kind selbst zu wenden und eine Übersetzung zu schaffen, die natürlich hinterfragenswert ist, da das Kind minderjährig ist.

Schwierig wird es auch, wenn der Vater und/oder andere Angehörige nicht vor Ort sind, dennoch in wichtigen Fragen über Telefon zu erreichen sind. Das Pflegepersonal kann oft nicht einschätzen, ob das, was man versucht hat, verständlich zu machen auch so verstanden wurde. Dasselbe Problem ergibt sich auch vor Ort auf der Station. Es wird versucht, den Eltern etwas zu erklären und zu zeigen. Sie nicken zwar, machen aber in der Folge das Gegenteil, weil sie nicht wirklich verstanden haben, worum es in der Erklärung geht.

„Es kommt oft vor, dass Eltern, die unsere Sprache nicht sprechen, uns nicht bemühen wollen. Die sagen schnell ja und nicken, man merkt aber in der Folge, dass sie es doch nicht ganz verstanden haben. Für uns im Team ist es ganz wichtig, so etwas zu kommunizieren. Pass auf, die sagt zwar ja, wir haben aber den Eindruck, sie versteht es nicht, lieber nochmal nachfragen.“

Interessant war auch der Aspekt, der auf der Tuberkulose-Station zu finden war. Was die Aufklärung angeht, geht es in diesem Bereich sehr stark um Patientenrechte und Informationspflicht. Teilweise sind die PatientInnen Monate stationär und können weder Deutsch noch ein bisschen Englisch, mit dem man sich über gewissen Situationen retten könnte. Es werden Ängste aufgebaut, nicht nur bei den Kindern, sondern auch den Angehörigen und Eltern, die zum Teil mit aufgenommen werden.

„Bei kleinen Kindern ist der erste Schock von den Ärzten, wir stechen natürlich auch, die Kinder haben Angst, weil sie wissen, jetzt wird gleich etwas weh tun.“

Des Öfteren kommt es durch sprachliche Barrieren auch zu Störungen im Tagesablauf auf der Station. Ein Kind könnte entlassen werden, aufgrund der sprachlichen Komponente kann die Entlassung aber nicht durchgeführt werden, da die Mutter der

deutschen Sprache nicht mächtig ist, der Vater nicht vor Ort und kein näherer Angehöriger telefonisch zu erreichen ist. In solchen Fällen muss gewartet werden, was natürlich auf Unmut stößt, da das Bett bereits für das nächste Kind benötigt wird.

„Die waren Muslime. Der Dolmetscher hat dann aber beten gehen müssen und ist eine Stunde später erst wieder gekommen. Da muss man warten und das kommt dann nicht so gut an.“

Auf großes Unverständnis seitens des Pflegepersonals stoßen die Eltern und Angehörigen besonders, wenn sie schon lange in Österreich sind. In diesem Fall wird vielerorts erwartet, dass man der deutschen Sprache mächtig ist. Wenn das nicht der Fall ist, beeinflusst das unweigerlich den Pflegeprozess und die persönliche Haltung gegenüber dem Kind weniger, da hauptsächlich mit den Angehörigen kommuniziert wird, jedoch bietet es oftmals eine Grundlage für einen Konflikt. Von Seiten der Bezugspersonen für die Kinder werden auch oftmals Forderungen gestellt und Leistungen erwartet, die vom Pflegepersonal nicht nachvollziehbar sind, und auch vom Krankenhaus nicht (an-)geboten werden können.

„Ich möchte einen Dolmetsch und ich möchte das und ich möchte das, also das stößt dann schon oft auf Unverständnis. Ich mein, wenn ich im Ausland in ein Krankenhaus komme, muss ich mich auch um alles selber kümmern und kann nicht erwarten, dass alles für mich erledigt wird.“

Einige Interviewteilnehmerinnen sprachen auch von Passivhaltungen diverser Kulturen, ohne diese benennen zu wollen. Hier geht es um alltägliche Dinge wie Anmeldung bei der Krankenkassa oder Rechnungen bezahlen. Es wird erwartet, dass alles vom Personal erledigt wird, es wird sozusagen „nur genommen“ und keine Dankbarkeit zurückgegeben bzw. gezeigt, dass ein Verständnis für gewisse Grenzen in der Dienstleistung vorhanden ist.

Ein Problem, das in allen Häusern zu finden war, ist der Umgang mit den Besuchszeiten und den entfernten Verwandten und Freunden. Auf einigen Stationen gibt es 24 Stunden Besuchszeit auf anderen aufgrund von Infektionsgefahr oder schwere der Erkrankung eingeschränkte Besuchszeiten. Es ist von Vorteil, wenn das Kind in Ruhe

genesen kann und nicht zu viele Leute auf einmal zu Besuch hat. Das kann sonst oftmals zu sehr anstrengenden und stressenden Situationen führen.

„Die Kinder sind krank und brauchen Ruhe, die Räume sind sehr klein, und wenn dann 10 Personen da sind, ist das einfach zu viel.“

Geschwisterkinder werden auf den meisten Stationen nicht als Besucher gestattet, vor allem im Winter während der Grippezeit. Das Pflegepersonal versucht natürlich nach besten Wissen und Gewissen abzuwägen, was den PatientInnen zumutbar ist und was nicht und entsprechende Rücksicht auf den kulturellen Hintergrund und die Angehörigen zu nehmen.

„Bei manchen Kulturen ist es oft so, dass die ganze Familie zu Besuch kommt und das muss so sein.“

Dies wird seitens der Pflege zu einem Großteil toleriert, wenn es räumlich möglich ist. Jedoch liegen die Kinder nicht immer in Einzelzimmern, wodurch es wieder zu einer Belästigung der Zimmernachbarn kommen könnte und das Pflegepersonal dafür verantwortlich ist, für Ruhe zu sorgen. Ein Aufenthaltsraum kann oftmals sowohl aus bautechnischen Gründen als auch finanziellen nicht zur Verfügung gestellt werden und so bleibt nach Ende der Besuchszeit des Öfteren nichts anderes über, als den Sicherheitsdienst des Krankenhauses zu rufen und zu bitten, die Angehörigen wieder hinauszubegleiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sprachbarrieren und in der Folge der gestörte Tagesablauf, wie auch unerfüllbare Forderungen und die Besuchszeiten im Krankenhaus zu den größten Differenzen in der transkulturellen Betreuung von Kindern zählen.

4.3. Ressourcen

Dieser Punkt zählt zu einem der eher heikleren Punkte dieser Arbeit. Einige der Befragten konnten oder wollten nicht explizit darauf antworten, da es sich hierbei hauptsächlich um die fehlenden finanziellen Mittel handelt, die jedoch zu einer großen Erleichterung im Pflegealltag beitragen könnten. Folgende Ergebnisse konnten herausgefiltert werden:

4.3.1. Dolmetsch

In allen Krankenhäusern, bis auf eines, das in dieser Befragung die große Ausnahme darstellt, werden keine offiziell ausgebildeten Dolmetscher zur Verfügung gestellt bzw. nur in besonderen Notsituationen oder nach mehrmaligem Nachfragen seitens des Pflegepersonals. Wenn nun doch ein externer Dolmetscher zur Verfügung gestellt wird, kann dieser auch nur für kurze Zeit angefordert werden. Hier geht es natürlich um die Kostenfrage. Oftmals wird nach Ansicht der Interviewten in Krankenhäusern mehr für Sachmittel ausgegeben als für eine eventuelle Aufstockung des Personals.

Die Interviewteilnehmerinnen erzählten:

„...weil das immer eine Kostenfrage ist, das professionell zu übersetzen, das will dann keiner zahlen.“

Oder:

„Das kostet. Da stellt sich die Frage, wer sich drum kümmert und wer das zahlen soll.“

Eine Teilnehmerin drückte das Nichtvorhandensein von DolmetscherInnen in Notsituation sehr drastisch aus:

„...dann hat man Pech gehabt, Pech gehabt wirklich, ganz einfach...“

Der Bedarf an professionellen DolmetscherInnen für den Krankenpflegebereich ist groß. Das Pflegepersonal ist 24 Stunden mit den Kindern und deren Angehörigen

konfrontiert, sei es in medizinischen Fragen oder alltäglichen Belangen wie zum Beispiel das Trinken oder der Gang zum WC. In vielen Bereichen ist es, bedingt durch den Mangel an DolmetscherInnen, geradezu fahrlässig, auf eine professionelle Übersetzung zu verzichten. Es kann zu massiven Missverständnissen und Fehlinterpretationen kommen, des weiteren ist in solchen Fällen auch eine Abgrenzung für das Pflegepersonal schwer, welche aber von großer Bedeutung ist. Eine Befragte erzählte von einer Notfallsituation, in der das Kind wiederbelebt werden musste. Die Mutter war alleine, sie war extra mit dem Kind nach Österreich gekommen, weil die medizinische Versorgung in ihrem Land nicht gewährleistet werden konnte. Das Pflegepersonal und die Ärzte versuchten ihr zu erklären, aus welchem Grund ihr Kind einen Herzstillstand hatte und wiederbelebt werden musste, sie konnte aber nicht verstehen, worum es ging, und wurde gebeten, außerhalb des Zimmers zu warten. Leider überlebte das Kind nicht, und nun stand das Pflegepersonal vor der Aufgabe, dieser Mutter durch Zeigen/Gebärden zu erklären, aus welchem Grund ihr Kind gerade gestorben war. Erst nach einer Stunde konnte jemand ausfindig gemacht werden, der ihrer Sprache mächtig war, dies war jedoch auch kein/e offizielle/r Dolmetscher/in, für das Pflegepersonal ergab sich insgesamt eine schreckliche Situation und Erfahrung.

Auf manchen Stationen konnte ein regelmäßiger Besuch von DolmetscherInnen seitens des Pflegepersonals erkämpft werden.

„Wir haben mühsam in den letzten Jahren durchgekämpft, dass wir jetzt die Erlaubnis haben, bei Bedarf einen offiziellen Dolmetscher einmal in der Woche für eine Stunde zu kontaktieren.“

Was hier nun geradezu einem Tropfen auf dem heißen Stein gleicht, da sich auf der Station 14 Kinder mit Bezugsperson befinden und durchwegs alle der deutschen Sprache nicht mächtig sind, da sie aus Flüchtlingsgebieten nach Österreich gekommen sind.

Lediglich in einem Krankenhaus ist es seit Jahren Usus zu wissen, welchen kulturellen Hintergrund ein Kind hat und welche Sprache gesprochen wird, bevor die Aufnahme erfolgt. Sowohl bei Aufnahme als auch Entlassung ist es üblich, im Vorfeld jemanden zu organisieren, der offiziell übersetzen darf. Des Weiteren sind im Haus je-

derzeit professionelle DolmetscherInnen kontaktierbar, während des Tages persönlich und in der Nacht telefonisch zu erreichen, bzw. ist es üblich, bei einem nicht-deutschsprachigen Kind mindestens dreimal die Woche ein Dolmetschgespräch zu vereinbaren.

„Ein Dolmetscher wird immer im Vorfeld organisiert, außer es handelt sich um eine Akutaufnahme, wo wir dann aber dafür sorgen, am selben Tag noch einen Dolmetscher zu bekommen, was nie ein Problem darstellt.“

4.3.2. Schulungen des Personals

Ein weiterer Punkt, der auch erst auf Nachfragen zur Sprache kam, waren Schulungen, die vom Dienstgeber angeboten werden - Schulungen, um fremde Kulturen kennen zu lernen, um Kulturen, mit denen man im Alltag am Häufigsten zu tun hat, ein bisschen besser verstehen zu können. Schulungen um verschiedenste Verhaltensweisen, wie etwa den Besuch der ganzen Familie, nachvollziehen und respektieren zu können. In der Krankenpflegeausbildung wird nicht explizit auf die verschiedenen kulturellen Kreise, die man eventuell nach Abschluss der Ausbildung zu betreuen hat, eingegangen. Es wird weitgehend davon ausgegangen, dass dies unter die „Rubrik: persönliches Engagement“ fällt. Einige Teilnehmerinnen erzählten, dass es zwar in der Regel einmal im Jahr vom Dienstgeber eine Schulung in Richtung Verbesserung des transkulturellen Verständnisses gäbe, diese jedoch oft nur in der Freizeit und auf persönlichen Wunsch angeboten wird.

„...da gibt's immer wieder Kurse, wo man nicht viel zahlen muss, aber das ist immer auch ein Zeitfaktor, du hast einen 40 Stunden Job, vielleicht auch noch Familie...“

Dies ist aber nicht überall der Fall, mittlerweile werden vom Dienstgeber dahingehend schon mehrere Veranstaltungen angeboten und auch gefördert, diese nicht in der Freizeit besuchen zu müssen, was seitens der Befragten sehr positiv angesehen wurde. Niemand war uninteressiert in Bezug auf Weiterbildungen zum besseren Verständnis der diversen kulturellen Unterschiede und Ähnlichkeiten, im Gegenteil, solche Schulungen wurden durchwegs als Erleichterung für den Alltag angesehen.

4.3.3. Informationsblätter und Broschüren

Auf fast jeder Station gab es Informationsblätter oder Broschüren in einigen Sprachen, wie Türkisch, Serbisch, Russisch etc. Diese sind zum Teil leider bereits veraltet oder enthalten zu viel an Information. Die Angehörigen haben oft in solch einer Situation, in der das eigene Kind krank ist, keine Zeit oder Nerven, sich viele Seiten an Informationen über die Station, Besuchszeiten oder Essen durchzulesen. Teils sind es Broschüren zu den diversen Diagnosen, die in einer Stresssituation (stationäre Aufnahme des Kindes) mental gar nicht verarbeitet werden können, da sich die Eltern in erster Linie um das Kind kümmern wollen. Natürlich können diese Informationsblätter etc. eine kleine Hilfestellung darstellen, wurden aber im Allgemeinen in den Gesprächen als weniger positiv hervorgehoben.

„Was wir auch sehen, dass sie sich nicht sofort damit befassen, sondern eventuell erst am zweiten oder dritten Tag lesen, wenn überhaupt...weil es sehr viele Informationen sind...“

4.4. Lösungsansätze

Dadurch, dass der Umfang an zur Verfügung stehenden finanziellen/personellen Ressourcen seitens der Dienstgeber von den Interviewpartnerinnen als relativ gering bewertet wird, ist das Zurückgreifen auf das eigene persönliche Engagement offenbar verhältnismäßig groß.

4.4.1. „Hände & Füße“

Sofern es DolmetscherInnen gab, welche bereits nach einer Stunde wieder gehen mussten und auch keine Angehörigen mehr greifbar waren, scheint es, dass lediglich die eigenen Hände und Füße der Pflegenden als einziges Instrument „überbleiben“, um sich mitteilen zu können und möglicherweise verstanden werden zu können.

„Wir hatten einmal ein vietnamesisches Kind, da ging es fast nur mit Händen und Füßen. Da versucht man, diese routinemäßigen Sachen wie Essen, Hygiene, Gewohnheiten des Kindes intensiv in den ersten Tagen mit dem Dolmetscher zu bearbeiten.“

Wir versuchen dann viel mit den Kindern über Zeigtafeln zu kommunizieren, dass wir sie fragen, was tut dir weh, Mund oder Hals...

Hierbei spielt natürlich der Faktor Zeit eine große Rolle. Oft ist es durch Personalmangel schlichtweg nicht möglich, einem Kind so große Aufmerksamkeit schenken zu können und dann reduziert sich der Kontakt zu den PatientInnen auf ein Minimum, wie Körperpflege oder Essensausgabe. Sofern jedoch ausreichend Personal vorhanden ist, wird die Beschäftigung und die Auseinandersetzung mit den Kindern und Angehörigen über „Hände und Füße“ aber durchwegs positiv gesehen.

„Das ist natürlich sehr zeitintensiv, aber man lernt einander sehr gut kennen, man lernt aneinander und wächst so miteinander...und es ist auch eine nette Art der Kommunikation.“

Die Erfahrung, über „Zeigen“ ans gewünschte Ziel zu kommen, ist durchwegs in allen Gesprächen positiv dargestellt worden. Kinder und Angehörige können sehr schnell lernen, sind wissbegierig und wollen auch oft diverse Pflegehandlungen selbst übernehmen. Sobald das Pflegepersonal das Gefühl hat, das, was man gezeigt hat und versucht hat zu erklären, wurde verstanden und wird richtig umgesetzt, wird den Angehörigen und den Kindern auch der nötige Freiraum eingeräumt, um es selbst umsetzen zu können. Es scheint, als ob die nonverbale Kommunikation, wenn auch die meiste Zeit die einzige Möglichkeit sich auszudrücken, im Pflegealltag gut funktioniert, wobei, wie bereits erwähnt, hier nur die einfachsten Handlungen erklärt werden können.

„Die Grundbedürfnisse können wir im Großen und Ganzen damit ganz gut abdecken, aber wenn natürlich eine spezielle Fragestellung kommt, ist das schwer.“

4.4.2. „Inoffizielle DolmetscherInnen“

Ein weiterer Punkt der Problemlösung, um Barrieren sprachlicher Natur zu überwinden, ist der Rückgriff auf das Personal, sei es das Stationspflegepersonal, Ärzte/Ärztinnen oder in manchen Fällen durchaus auch das Putzpersonal.

Alle Häuser haben eine interne Regelung der Übersetzung im Notfall, sofern vom Stationspersonal niemand vorhanden oder zum notwendigen Zeitpunkt vorhanden, gibt es eine Liste, die durch Selbstorganisation(!) zustande kam, auf der sich jeder, der möchte, mit den Sprachen, die er spricht, eintragen kann. Tritt ein Fall auf, in welchem es nicht möglich ist, eine/n offizielle/n Dolmetscher/in zu organisieren, aus Zeit- oder Geldmangel, wird diese Liste durchgesehen und gehofft, dass sich jemand findet, der nicht nur die Sprache kann, sondern auch gerade im Dienst und auf seiner Station zu für eine gewisse Zeit zu entbehren ist.

„...es ist schwer machbar, auf einer Station anzurufen und zu sagen: ich brauche jemanden, der hat aber erst in zwei bis drei Stunden Zeit. Ich brauche aber jetzt jemanden und nicht in ein paar Stunden, das hilft mir nicht.“

Größtenteils wurde diese Form der Lösung prinzipiell positiv hervorgehoben, aber auch nur, wenn es die Situation mit den PatientInnen und Angehörigen erfordert und keine andere professionelle Lösungsmöglichkeit zu dem Zeitpunkt vorhanden ist, wo sie benötigt wird.

Die effizienteste Möglichkeit zur Übersetzung sei das Personal der jeweiligen Station selbst, hoben viele Befragte hervor. Auf fast allen Stationen gab es Personal, das zweisprachig oder sogar mehrsprachig war. Man muss niemanden anrufen und von seiner Station wegholen oder ihm erst einmal erklären, um welches Kind es sich handelt und was übersetzt werden muss. Falls man die Möglichkeit auf der Station nicht hat, greifen manche sogar auf das Putzpersonal zurück, was natürlich rechtlich fragwürdig ist und es anders als beim Pflegepersonal zu extremen Missverständnissen hinsichtlich der pflegerischen Tätigkeiten und Erklärungen kommen kann, da dem Putzpersonal natürlich die fachliche Ausbildung fehlt.

„...nicht nur Datenschutz. Es geht um mehr...wenn ich falsche Informationen daraus bekomme, wenn sie mich zum Teil nicht verstehen, was ich erfrage...das ist ein rechtliches massivstes Problem...“

4.4.3. Angehörige & PatientInnen

Der einfachste und kostengünstigste Weg, um zu einer guten Übersetzung zu kommen und Unverständnis zu vermeiden, ist, mit Deutsch sprechenden Angehörigen zu arbeiten. Diese sind nicht immer sofort greifbar, da, wie bereits erwähnt, die deutschsprachlich unkundigen Mütter oft alleine mit dem Kind in das Krankenhaus kommen, aber dennoch meist entweder per Telefon oder am nächsten oder übernächsten Tag ein Angehöriger für ein persönliches Gespräch vor Ort ist.

Die Interviewteilnehmerinnen berichteten folgendes:

„...da versuchen wir sehr wohl zu schauen, gibt's im Rahmen der engeren Familie jemanden der kommen kann...“

„...vereinzelt kann es auch mal telefonisch sein übers Handy, wenn es kurz um eine Information geht...“

Vereinzelt kommt es auch vor, dass MitpatientInnen oder ZimmergenossInnen, die die selbe Landessprache sprechen und ein bisschen besser Deutsch sprechen, übersetzen. Was ähnlich wie beim Putzpersonal aus zuvor erwähnten Gründen aber mit großer Vorsicht gehandhabt wird. Erstens kann es hier wieder zu Fehlinformationen kommen, zweitens geht es für die ÜbersetzerIn um ein fremdes Kind, womit die Abgrenzung zum eigenen Kind nicht einfach ist.

Des Weiteren wurde berichtet, dass die PatientInnen selbst, die Kinder also, wenn sie im Volksschulalter sind und bereits ein wenig gebrochen Deutsch können, gewisse Dinge für die Eltern übersetzen. Was ebenfalls rechtlich nicht einfach zu handhaben ist, da es sich hier nicht nur um Kinder, also Minderjährige, handelt, sondern auch um Kinder, die die deutsche Sprache nicht beherrschen. Dasselbe Problem ergibt sich, wenn Geschwisterkinder herangezogen werden.

„Oft haben wir auch den Fall, dass die Kinder schon in die Schule gehen und uns dann übersetzen. Das geht natürlich nur bei ganz einfachen Sachen wie Essen, Schlafen, Trinken...“

Bei dieser Art der Übersetzung, sofern es sich nicht um direkte Angehörige handelt, ist große Vorsicht geboten. Die Kinder selbst sind kein geeignetes Instrument, um im PatientInnenstatus, krank und womöglich verängstigt, pflegerische oder medizinische Informationen zu übersetzen. Selbiges gilt für Geschwisterkinder oder das Putzpersonal.

4.5. Positiver Einfluss ethischer Grundsätze?

Zum Abschluss jedes Gespräches wurde erfragt, ob nach der persönlichen Erfahrung heraus ethische Grundsätze (wie Religiosität) positiv auf den Pflegeprozess einwirken können. Hier ging es weniger um die Kinder, sondern mehr um die Eltern und näheren Angehörigen. Die Kinder sind meist noch zu jung oder in der Religion noch nicht gefestigt.

Diese Frage rief, ähnlich wie die Frage nach der Bedeutung „Kulturkreis“ und „kultureller Hintergrund“, zu Beginn einmal Schweigen und/oder Irritation hervor.

Nach längerem Überlegen haben sich die Antworten, wenn man von einem einfachen „ja“ oder „nein“ ausgeht, 50 zu 50 aufgeteilt. Unter der Annahme, auf diese Frage entweder ein „ja“ oder „es macht keinen Unterschied“ zu hören, löste dies wiederum von Seiten der Interviewerin Irritation aus.

Unter den „bejahenden“ Antworten fand sich folgendes:

„Das kann ich mir schon vorstellen. Wenn man an etwas glaubt, wird vielleicht die Heilung schneller vorangehen oder man kann sich an etwas festhalten...wenn man ihren Glaube und ihre Kultur respektiert, fühlen sie sich besser verstanden.“

Eine andere Antwort stellte einen etwas größeren Bezug zum Pflegealltag her:

„Es ist interessant, andere Kulturkreise kennen zu lernen bzw. zu wissen, wie ist es dort, wie wird mit jenem umgegangen, ich tue mir auch leichter, wenn ich weiß, aha

das ist eine Muslimin. Dann weiß ich, warum sie reagiert, so wie sie reagiert. Wenn man weiß, das ist Brauch, dann wundert man sich nicht mehr.“

Wie auch diese Gesprächspartnerin:

„Ja, ich halte es für absolut notwendig, dass die Leute ihren kulturellen Background behalten, dass wir sie nicht komplett rausreißen und verpflanzen. Das ist zum Teil das Einzige, an dem sie sich noch festhalten.“

Unter den eher ablehnenden Reaktionen, ob sich Kultur und Religiosität positiv auf den Pflegeprozess auswirken kann, fanden sich folgende:

„Eher nicht, weil wir nicht glücklich damit sind, wenn wir gerade dabei sind, dem Kind Schonkost wie Putenfleisch näher zu bringen und dann hören müssen, das Kind darf das und jenes nicht essen, weil das Huhn nicht richtig geschlachtet wurde.“

Großes Unverständnis seitens des Pflegepersonals wird oft durch die sprachlichen Barrieren ausgelöst.

„Was natürlich zu viel Unverständnis führt, bei den Pflegepersonen und eigentlich bei allen, wenn Leute schon ganz lange in Österreich sind und noch immer nicht Deutsch sprechen. Dann aber ein krankes Kind im Krankenhaus liegen haben und sagen, ich verstehe nichts und sich auch nicht bemühen.“

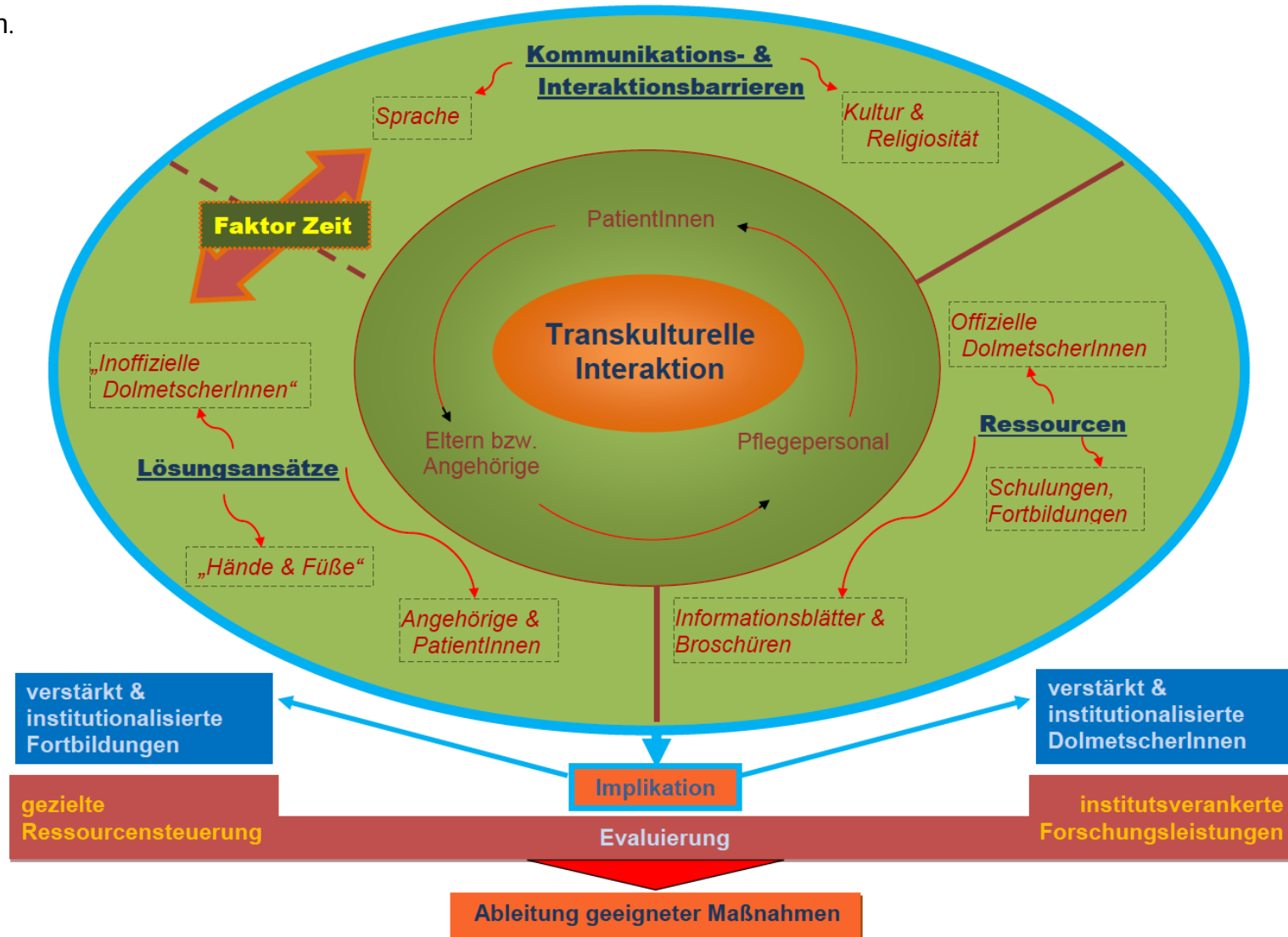
Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, hatten die beiden Teilnehmerinnen, die selbst einen nicht – christlich – kulturellen Hintergrund hatten und nach Österreich immigriert sind, den offensten Zugang zu diesem Thema.

„Wir haben einen Patienten und müssen ihn betreuen. Von der Pflege her ist sehr wichtig, dass wir uns an das, was das Kind braucht, anpassen, dass wir vor allem die Ressourcen des Kindes sehen müssen und ihm versuchen zu vermitteln, jetzt bist du krank, jetzt brauchst du das...die Aufgabe der Pflege ist es, jedes Kind sehr individuell betrachten zu müssen, um den Pflegeprozess so zu gestalten und auch durchzuführen, damit es etwas bringt und das Kind das auch akzeptiert.“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Auffassung von Kultur, ethischen Grundsätzen und Religiosität in Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung natürlich innerhalb eines Pflegeteams differieren kann, von Akzeptanz bis Ablehnung. Jedoch lässt sich nicht abstreiten, dass sich die Grundeinstellung den PatientInnen und Angehörigen gegenüber sowohl negativ als auch positiv auswirken kann und ein offener Zugang zu diesem Thema seitens des Pflegepersonals und vor allem der Unternehmenskultur der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sehr förderlich ist.

4.6. Erklärungsmodell

Nachstehendes Modell veranschaulicht und strukturiert verschiedene Prozesse, im Speziellen die Kommunikation, welche in der Pflege von Kindern und deren Angehörigen fremd – kultureller Herkunft während eines stationären Aufenthaltes auftreten können.



Es stellte sich heraus, dass der Faktor Zeit einen sehr wichtigen Teil dieses komplexen Gesamtprozesses einnahm. So konnte beobachtet werden, dass je weniger Ressourcen wie offizielle DolmetscherInnen oder „Interne DolmetscherInnen“ vorhanden waren, die Einstellung des Pflegepersonals gegenüber den Kindern und Angehörigen fremd – kultureller Herkunft zunehmend negativ war. Kultur und Transkultur wurde oft nicht als etwas Positives gesehen, von dem man lernen und selbst profitieren kann, sondern lediglich als Belastung empfunden.

Die Kommunikation ist im Pflegeprozess oft der Schlüssel für eine erfolgreiche Pflege. Kann diese nicht, durch Ursachen unterschiedlichster Art (Unternehmenskultur, Personalmangel, selbstorganisierte DolmetscherInnen in der engeren Familie des Kindes nicht greifbar etc.), gewährleistet werden, kommt es auf allen Seiten Pflege und PatientInnen und Angehörigen zu Missverständnissen, Irritation, dem Gefühl nicht verstanden werden zu wollen und Ignoranz.

Auf den wenigen Stationen, welche sich mit den Themen ethische Grundsätze, Kultur und kulturelle Pflege mittels Fortbildungen und Schulungen am gegenwärtigen Wissensstand halten und überdies auch ein effizientes System zur Vermittlung professioneller Dolmetscherinnen seitens der DienstgeberInnen zur Verfügung gestellt bekommen, wurde festgestellt, dass deutlich mehr Verständnis und Akzeptanz in der Kommunikation und Interaktion mit anderen Kulturen besteht und dementsprechend der Faktor Zeit eine verschwindend geringe Rolle spielt. Durch die Entlastung über professionelle DolmetscherInnen hat das Pflegepersonal mehr Zeit, auf die PatientInnen einzugehen. Einfache Handlungen wie Hygiene, Medikamentengabe oder Essen müssen nicht mit hohem Zeitaufwand mit „Händen & Füßen“ erklärt werden oder womöglich gar erst am nächsten Tag geklärt werden, da derjenige Angehörige, der Deutsch spricht, zu dem Zeitpunkt, an dem man eine Übersetzung dringend bräuchte, abwesend ist.

„Kommunikation kostet für mindestens zwei Beteiligte Zeit, weil man nicht nur einmal spricht. Man wiederholt oft und versucht zu verstehen. Diese Zeit ist oft nicht vorhanden...das wird vom Dienstgeber nicht berücksichtigt.“

Generell stellte sich die am Anfang der Untersuchung eher wenig beachtete Ebene Zeit als nicht unwesentliches Element in der Komplexität des Prozesses der Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegepersonal, PatientInnen und Angehörigen heraus.

Der Umgang mit den auftretenden Interaktionsbarrieren und die zur Verfügung stehenden Ressourcen der verschiedenen Krankenanstalten standen grundsätzlich im Mittelpunkt dieser Untersuchung. So stellte sich heraus, dass zwischen den derzeit vorhandenen Betriebsmitteln und den gewünschten und notwendigen Lösungsmöglichkeiten ein großes Missverhältnis besteht. Sofern seitens der DienstgeberInnen Unterstützung in Form von offiziellen DolmetscherInnen oder Fortbildungen in dem Bereich der Transkulturellen Pflege besteht, ist diese in der Mehrheit der Institutionen verschwindend gering in der Häufigkeit des Auftretens bzw. nicht wirklich erwähnenswert. Hier kommt wieder der Faktor Zeit zum Tragen, denn DolmetscherInnen, die entweder gar nicht, erst auf mehrmaliges Aufmerksam-Machen angesichts der Notwendigkeit oder höchstens einmal pro Woche, und da auch nur für eine Stunde, vor Ort sind, stellen keinerlei Erleichterung für den Pflegealltag dar. Ebenso verhält es sich mit den teilweise sehr spärlich angebotenen Fortbildungen in Bezug auf Kennenlernen und Vertiefung der für das Personal fremden Kulturen, welche bei den Befragten durchwegs positiv gesehen wurden und im Ausbau wünschenswert wären. Generelles Interesse in Bezug auf derlei Schulungen und Fortbildungen war in allen Gesprächen zu spüren. Jedoch scheitert es in der Praxis oft an der Ausführung. Im Falle, dass Fortbildungen in dieser Richtung angeboten werden, ist die Häufigkeit angesichts der steigenden Zahlen an MigrantInnen in Wien und Österreich lediglich marginal vorhanden. Was nicht bedeutet, dass der Bedarf nicht bestehen würde.

An der Mehrheit der Teilnehmerinnen konnte man die vollkommen unterschiedlichen Zugänge zu dem Thema Kultur und der praktischen Umsetzung im Alltag erkennen. Einige waren sehr interessiert und wünschen sich mehr Input seitens der DienstgeberInnen, um gewisse Handhabungen die in anderen Kulturen üblich sind, besser verstehen und nachvollziehen zu können. Andere standen dem Thema „Probleme mit PatientInnen fremder kultureller Herkunft“ sehr distanziert gegenüber, da es im Alltag teilweise zu unlösbaren Situationen kommen kann, welche den Tagesablauf der Station stören und die Aufmerksamkeit, welche anderen PatientInnen gewidmet werden soll-

te, limitiert. Einigen fehlt sowohl die Zeit als auch die ausreichende Motivation, sich im privaten Bereich, nach der Arbeit oder an den Wochenenden mit Themen zu befassen, welche die Arbeit betreffen. Obwohl die Zugänge der einzelnen Befragten zu diesem Thema sehr unterschiedlich waren, waren sich jedoch alle einig, an transkulturellen Schulungen teilnehmen zu wollen, die dahingehend von den DientsgeberInnen gefördert werden, dass sie sowohl kostenlos für die TeilnehmerInnen sind, als auch während der Dienstzeit besucht werden können.

Dass parallel oder alternativ dazu auch eine Vielzahl an professionellen DolmetscherInnen diverse Konfliktsituationen bzw. Benachrichtigungen und desgleichen vereinfachen und ein spezielles Augenmerk auch in den Ausbau dieser kostbaren Ressource gerichtet werden sollte, kristallisiert sich nicht nur aus den geführten Gesprächen heraus, sondern ist ebenso auf internationaler Ebene eine bereits bekannte Tatsache, welche den Arbeitsalltag von sowohl Pflegepersonal als auch PatientInnen und Angehörigen erleichtert und ihnen den verdienenden Informationsgehalt über Behandlung und Status der PatientInnen möglich macht.

Im Mittelpunkt stand immer, eine gute Pflege leisten zu wollen und das Kind und die Angehörigen in einer Stresssituation, wie eine Aufnahme in eine Krankenanstalt, entlasten und unterstützen zu wollen.

Die dargestellten Ergebnisse dieser Studie implizieren nicht nur verstärkte und institutionalisierte Fortbildungen für das Pflegepersonal, sondern auch DolmetscherInnen. Dies hat die Evaluation zweier Prozesse zur Folge. Zum Einen ist eine gezieltere Ressourcensteuerung der Krankenanstalten von Nöten, zum Anderen sollten institutsverankerte Forschungsleistungen, wie qualitative Studien oder Befragungen, die wiederum zu einem Fragebogen im quantitativen Bereich führen, deutlich erweitert werden.

Aufgrund dieser Erhebung sollte die Ableitung geeigneter Maßnahmen möglich sein, welche zur Entwicklung eines passenden Pflegemodells beitragen können, um so zukünftig den Pflegealltag durch Implementierung dieses Modells in die Praxis zu erleichtern.

5. Diskussion

In diesem Teil werden ein Vergleich und eine Diskussion der Ergebnisse dieser Untersuchung mit den angeführten Ergebnissen in der Literatur angestellt.

„Eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst den Pflegeprozess. Die Grundeinstellung, das Pflegverständnis, die Kompetenzen der MitarbeiterInnen, die Unternehmenskultur sowie die Arbeitsablauf- und Aufbauorganisation spielen die wesentlichen Rollen. (Leoni-Scheiber, 2004, S.149)

Die Feststellung von Leoni-Scheiber ließ sich auch durch diese Arbeit bestätigen. Das Ergebnis einer erfolgreichen Pflege hängt nicht von einem einzelnen Menschen ab. Hier spielt die Zusammenarbeit im Team auf den jeweiligen Stationen, in den Krankenanstalten allgemein und die Unterstützung durch die DienstgeberInnen eine sehr entscheidende Rolle. Hat das pflegerische Team nicht die Möglichkeit, sich über Fortbildungen weiter zu entwickeln und einen tieferen Blick in fremde Kulturen zu bekommen, kann es zu Unsicherheiten im Alltag kommen. Wie Lenthe (2003) und Binder-Fritz (2007) beschrieben, kann es in der Zusammenarbeit mit PatientInnen fremder kultureller Herkunft häufig nicht nur zu Unsicherheit, sondern auch Aggression und Mitleid durch „befremdliche“ Verhaltensweisen im Umgang zwischen den Geschlechtern kommen. Diese Ergebnisse gehen konform mit den Daten, die in dieser Arbeit erhoben wurden. Die Aggression gegenüber PatientInnen kam weniger zur Sprache, da es sich um Kinder handelt, aber gegenüber den Angehörigen war sie in den Interviews deutlich zu spüren. Grund dafür ist das häufige Unverständnis in Bezug auf gewisse Handlungen von Personen mit nicht-christlich-kulturellem Hintergrund. Oft liegt es daran, dass diese Abläufe und die Gründe dafür noch nie angesprochen wurden.

Speziell in der heutigen Zeit der grenzenlosen Kommunikationsmittel und Globalisierung sowie der Offenheit gegenüber anderen Ländern und Kulturen ist kaum vorstellbar, dass in der Arbeitswelt und insbesondere in einem so wichtigen Bereich wie der Pflegewissenschaft ein derartig eingeschränktes kulturelles Spektrum besteht. Jeder Mensch wird glücklich darüber sein, wenn er zu Gast in einem Land mit anderer Sprache und- oder kulturellem Grundverständnis ist, dass er in seiner Freiheit und in seinem Glauben nicht eingeschränkt wird. Eine Bewerkstelligung dieses Strebens nach

Freiheit ist allerdings nur möglich, wenn über die Umstände des spirituellen Wesens ausreichend Informationen vorhanden sind oder mitgeteilt werden können, um nachzuvollziehen, was der geistlichen Überzeugung des Betroffenen entspricht.

Sofern Fortbildungen im angemessenen Rahmen angeboten werden, sind diese auch gut besucht. Grund für die mangelnde Motivation oder das scheinbare Desinteresse für fremde Kulturen liegt oft nicht an der Person selbst, sondern an den Informationen, die zur Verfügung stehen. Nach Leininger (1998) ist es für das Pflegepersonal von besonderer Wichtigkeit genug Informationen über jede Kultur zu haben. Sie hat es sich zum Ziel gemacht, das Spezifische jeder Kultur zu erfassen, um somit einen möglichst raschen Heilungsprozess gewährleisten zu können. Dies deckt sich auch mit den Erkenntnissen dieser Studie. Je mehr Ressourcen in einer Krankenanstalt für das Pflegepersonal zur Verfügung standen, desto entspannter und offener gegenüber der Interaktion mit Personen fremd-kultureller Herkunft war das Personal. Lenthe (2003) beschreibt weiters, dass oft nicht nur kulturelle Missverständnisse der Auslöser für Aggressionen sind, sondern auch die Sprachbarriere zu einem der größten Hindernisse für einen erfolgreichen Pflegeprozess zählt.

Auf sehr großes Unverständnis und Unmut stieß man in Bezug auf die Frage nach einer Erleichterung für den Pflegealltag. In diesem Punkt waren sich alle Befragten einig, dass viele Angehörige für die Anzahl der Jahre, die sie bereits in Österreich zugebracht haben, die deutsche Sprache besser sprechen können sollten, was in dieser Untersuchung jedoch nicht das eigentliche Problem darstellte. Viel störender wurde die Tatsache empfunden, dass Angehörige oftmals, angesichts schlechter Deutschkenntnisse, massiv Forderungen an das Pflegepersonal stellen, die oftmals aufgrund der vorhandenen oder in den meisten Fällen nicht vorhandenen Ressourcen nicht erfüllbar sind. So kann es leicht zu den bereits erwähnten Aggressionen kommen. Dies beruht durchaus auf Gegenseitigkeit. Das Pflegepersonal versucht nach bestem Wissen und Gewissen auf die Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen und Angehörigen einzugehen, jedoch ist dies durch Platzmangel, was zum Beispiel den Besuch der gesamten Familie betrifft, oder aufgrund des Zeitmanagements einer Station nicht immer erfüllbar. Es kommt zu Konfliktsituationen, es findet nicht, wie erhofft, eine transkulturelle übergreifende Arbeit statt, jeder der Beteiligten versucht, seinen eigenen Regeln und Grundsätzen zu folgen.

Dass die mangelnde Sensibilität gegenüber fremden Kulturen zu großen Unterschieden in der Pflege führt, stellte Domenig bereits im Jahre 2003 fest. Diese Annahme bestätigte sich sehr stark im Zuge dieser Studie. Je besser ein Pflegeteam auf andere Kulturen über Schulungen, Fortbildungen, Kongresse und die Unterstützung offizieller DolmetscherInnen vorbereitet ist, desto unkomplizierter gestaltet sich der Alltag. Was nicht zu bedeuten hat, dass es nie zu Konfliktsituationen kommt. Dies liegt allerdings weniger an den kulturellen Barrieren, sondern an den diversen Ansichten des jeweiligen Menschen. In der österlichen Fastenzeit der Christenheit fasten viele auf unterschiedlichste Art und Weise. Während eine Gruppe auf Fleisch verzichtet, entsagt eine andere Gruppe dem Alkohol. Eine dritte Gruppe wiederum verzichtet vielleicht auf Schokolade. Schließlich ist es eine der wesentlichsten Eigenschaften des Menschen, dass dem persönlichen und individuellen Glauben keine Grenzen gesetzt werden können. Wenn man jedoch weiß, dass zum Beispiel jüdische PatientInnen nur koscheres Fleisch essen dürfen und aus welchem Grund sie das tun, ist man besser auf die Aufnahme und die Zusammenarbeit mit solch einem Kind und dessen Angehörigen vorbereitet, weil bereits Erfahrungen mit solchen PatientInnen und ein allgemeines Schema, im besten Fall Routine, vorhanden sind.

Dasselbe kristallisierte sich selbstverständlich für die Bereitstellung professioneller DolmetscherInnen heraus. Auf internationaler sowie nationaler Ebene fanden Di Blasi (2001), Harkness et al. (2001) oder auch Wimmer, Pelikan (1984) heraus, dass die Qualität der Kommunikation mit PatientInnen nicht nur die PatientInnenzufriedenheit erhöht, sondern auch für den Behandlungserfolg wichtig ist. Diese Studie fokussiert weniger die direkte Kommunikation mit den PatientInnen, da es sich um Kinder handelt, dadurch verlagert sich die Kommunikation der Pflegenden oft auf die Eltern bzw. näheren Angehörigen, die als Bezugspersonen fungieren. Somit ist es von besonderer Wichtigkeit, den Angehörigen und in der Folge den PatientInnen die korrekte und angemessene Information bereitstellen zu können. Dafür sind institutionalisierte DolmetscherInnen zur Verfügung zu stellen. Jene, die in Notfällen erreichbar oder am selben Tag noch vor Ort sein können, um dem Team der Pflege, den Kindern und den Angehörigen die notwendigen Prozesse in ihrer Sprache näher zu bringen. Denn jegliche andere Form der Übersetzung wie „Hände & Füße“, die der Kinder oder Geschwisterkinder oder auch die Übersetzung durch zum Beispiel das Putzpersonal ist nicht nur sehr heikel, da es sehr schnell zu massiven Missverständnissen kommen

kann, es ist auch rechtlich nicht vertretbar, dass ein Kind als PatientIn für eine Übersetzung herhalten soll oder muss. Unter der Beachtung der Aussage von Lenthe (2003) betreffend der kulturellen Missverständnisse als Auslöser für Aggressionen und der Sprache als eines der größten Hindernisse ist ein beidseitiger Groll zwischen PatientInnen oder Angehörige und dem Pflegepersonal nachvollziehbar, wenn man berücksichtigt, dass beide der kommunizierenden Parteien den Informationsgehalt unter Umständen weitergeben wollen oder sogar müssen. Sei es das Putzpersonal, welches dem Pflegepersonal die kulturellen Wünsche der PatientInnen klar machen möchte, oder das Geschwisterkind, welches die Angehörigen über den Zustand des Bruders/der Schwester informieren soll, so kann davon ausgegangen werden, dass der Inhalt der Kommunikation individuell verfälscht wird. Dies hat weniger den Grund, dass bestimmte Fakten womöglich absichtlich beschönigt oder verharmlost werden, sondern liegt, wie auch in diversen Seminaren oder Managementkursen durch das Spiel „Stille Post“ veranschaulicht wird, an der Tatsache, dass jeder Mensch als einzelnes Individuum die Prioritäten anders reiht und dadurch für ihn wichtige Informationen hervorhebt und andere wiederum verändert, missinterpretiert oder sogar vergisst. So besteht am jeweiligen Ende der Kette verständlicher Weise immer ein gewisses Misstrauen, ob der Input tatsächlich dem Output entspricht und ob der übersetzende Mittelsmann/ die Mittelsfrau die gegenständliche Thematik verständlich und korrekt weitergegeben hat.

Was in der Literatur nicht gefunden, anhand der Interviews aber doch deutlich erkennbar wurde, ist die Komponente „Zeit“. Jene Zeit, die auf Kosten des Tagesablaufes und die anderer PatientInnen geht, wenn aufgrund der sprachlichen Barriere und der nicht vorhandenen DolmetscherInnen einigen PatientInnen bei einfachen Dingen wie Hygiene, Essen etc. wesentlich mehr Zeit gewidmet werden muss als notwendig wäre, hätte man ein effizientes Dolmetschsystem. Bei Einbeziehung der budgetären Mittel gilt es somit zu hinterfragen, ob ein entsprechender Mehraufwand des Pflegepersonals den Verzicht von entsprechenden Schulungen bzw. Fortbildungen oder den Budgetposten professioneller DolmetscherInnen rechtfertigt. Weiters sollte hinterfragt werden, ob durch ein langwieriges, mühsames Kommunizieren die eigentlichen Aufgabenbereiche des Pflegepersonals nicht qualitativ leiden. Das Wohlergehen und die Sicherheit des zu behandelnden bzw. pflegenden Menschen sollten immer im Vordergrund stehen. Daraus resultierend muss immer entsprechend kultureller Hintergründe

und der speziellen Behandlung individuell betreut werden. Dies setzt sowohl ein Vorwissen des Pflegepersonals über ethische, kulturelle und länderspezifische Besonderheiten, als auch eine entsprechend gute Kommunikation voraus.

Eine Krankenanstalt ist naturgemäß ein emotionsgeladener Ort, in welchem Tag für Tag sowohl glückliche als auch traurige Situationen entstehen. Ob gute Nachrichten, wie die Rettung eines Lebens, dem Besiegen einer Krankheit oder den Erhalt eines positiven Ergebnisses einer Untersuchung, oder im Gegensatz dazu schlechte Nachrichten, wie eine Erkrankung, eine Verschlechterung einer solchen oder womöglich sogar der Tod diese Emotionen hervorrufen, so bleibt den Menschen immer der persönliche und individuelle Glaube, in dem sie Halt finden können, beten oder danken oder trauern möchten. Deshalb ist es auch wichtig, diesen Glauben, diese Religiosität zu unterstützen, um den Menschen die Hoffnung nicht zu nehmen. Ein/e schwer erkrankte PatientIn wird in ihren/seinen Glaubensgrundsätzen verletzt und wird damit verbunden möglicherweise die Kraft verlieren, gegen den Krankheitserreger zu kämpfen, wenn, durch das Pflegepersonal hervorgerufen, immer wieder in ihren/seinen Augen falsch im Sinne des Glaubens, der Religiosität gehandelt wird. Dabei wird die Herausforderung in der Bekämpfung einer Krankheit nicht nur durch die Behandlung im eigentlichen gestellt, sondern auch an der Umsetzung dieser Behandlung. Der/Die PatientIn sollte sich nicht bemühen oder kämpfen müssen, dass sie/er ihren/seinen Glaubensgrundsätzen folgen darf. Diese Aufgabe sollte den körperlich Gesunden obliegen, welche dazu jedoch über die Art und Rahmenbedingungen des Glaubens Bescheid wissen müssen, was bei Pflegepersonal ausschließlich durch Schulungen und laufende Fortbildungen bewerkstelligt bzw. garantiert werden kann. Sobald dieser Schritt getan ist, kann auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen eingegangen werden und Abänderungen sind möglich. Voraussetzung dafür ist wiederum eine problemlose Verständigung zwischen PatientInnen sowie Angehörigen und Pflegepersonal auf einer möglichst fachlichen Ebene.

Der medizinische Standard erfordert manchmal aufgrund von simpler Hygienevorschriften einen Verstoß gegen bestimmte ethische Grundsätze. Deshalb ist es notwendig, ein aufklärendes Gespräch mit Fachkräften zu führen, wenn nicht anders möglich, unter Beiziehung von offiziellen DolmetscherInnen, damit eine Entscheidung gefällt oder ein Kompromiss gefunden werden kann. Durch Umsetzung dieser Schritte

und entsprechender Dokumentation können Erfahrungen gesammelt werden und zukünftige Behandlungen rascher durchgeführt bzw. optimiert werden.

Abschließend zu diesem Punkt ist zu sagen, dass die in der Literatur gefundenen Ergebnisse und Darstellungen in den meisten Fällen mit Hilfe standardisierter Messinstrumente erhoben wurden oder sich in ihren Fragestellungen zu sehr auf andere Prozesse oder Ausgangssituationen eingestellt haben, was direkte Vergleiche mit den Ergebnissen dieser Arbeit nur bedingt zulässt. Es können allerdings einige Parallelen zu anderen Studien und Forschungen gezogen werden, welche zumindest teilweise die Missstände in den Krankenanstalten in Hinsicht auf die kulturellen und sprachlichen Barrieren mit Personen fremder kultureller Herkunft bekräftigen und die Auswirkungen auf die PatientInnen diskutieren.

5.1. Einschränkungen

Die Resultate der vorliegenden Arbeit geben einen groben Überblick über die Rolle, und in der Folge über die auftretenden Probleme von Kultur und Religiosität bei der Betreuung von Kindern. Die Daten stammen von neun DKKS sowie einer Pflegehelferin, die insgesamt auf neun verschiedenen Stationen tätig sind: Geburtshilfe, Intensiv, Intermediate Care, Säuglingsstation, Interne, Psychosomatik, Infektion – Schwerpunkt Tuberkulose, Knochenmarkstransplantation, Überwachung.

Folglich geben sie einen allgemeinen Hinweis und können nicht spezifisch auf eine bestimmte Station oder ein Krankenhaus übertragen werden.

5.2. Bedeutung für die Pflege

Anhand der begrenzten Anzahl der Gespräche und daraus resultierenden Daten im Verhältnis zu diesem sehr wesentlichen Thema der transkulturellen Pflege, speziell im Raum Wien, können nur teilweise Empfehlungen abgegeben werden. Die Aussagen der Teilnehmerinnen bezüglich der derzeit vorhandenen Ressourcen und den täglich gelebten selbstorganisierten Lösungsmöglichkeiten, um einen effizienten und gelungenen Pflegeprozess gewährleisten zu können, gingen zum Teil stark auseinander.

Fulton und Moore (1995) sowie Mohr und Huguelet (2004) weisen in ihren Arbeiten darauf hin, dass ein Grund für die Vernachlässigung der Religion in der Pflege daraus resultieren kann, dass die Pflegefachleute in ihrer Ausbildung ungenügend auf diese Thematik sensibilisiert und geschult werden. Dieses Wissensdefizit kann zu einer Vernachlässigung der Spiritualität im Pflegealltag führen. Die Autoren fügen dem hinzu, dass Pflegeteams oft aus Mitgliedern verschiedener Nationalitäten und Kulturen bestehen. Die Auffassung von Religion und deren Relevanz in der Pflege können innerhalb einer Pflegeeinheit auseinander gehen und reichen von Akzeptanz bis hin zur Ablehnung. Dem ist hinzu zu fügen, dass es zum jetzigen Zeitpunkt nicht genügend Wissen über den Einfluss der Religiosität und Kultur auf die Krankheitsbewältigung gibt und dies womöglich der Grund dafür ist, dass dieser Aspekt im Pflegeprozess bis dato vernachlässigt wird.

Viele Teilnehmerinnen waren sich bewusst, dass eine Systemisierung und Institutionalisierung von DolmetscherInnen in Krankenanstalten aufgrund der derzeitigen Budgetierungssituation keine einfache Aufgabe darstellen würde. Jedoch wurde im Bezug auf eben diesen Mangel oft von Frustration und vermehrten Arbeitsaufwand und in der Folge Zeitaufwand gesprochen.

Zusammenfassend lassen sich folgende Wünsche und Anregungen der Interviewteilnehmerinnen festhalten:

- Der Wunsch nach einer Möglichkeit, professionelle DolmetscherInnen in den derzeitigen Personalstand einer Krankenanstalt einbinden zu können
- Generell mehr Personal auf den Stationen
- Eine bessere Einschulung und Informationsvermittlung in Bezug auf fremde Kulturen
- Ein größeres Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten dahingehend, dass diese kostenfrei sind und innerhalb der Arbeitszeit stattfinden können

Angesichts der Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit liegt die Verantwortung in diesem Bereich jedoch weniger beim Pflegepersonal als bei den jeweiligen Dienstgebe-

rInnen als auch den dafür relevanten Forschungsinstituten, die zu einer Erweiterung des derzeitigen Wissensstandes beitragen können. Wesentlicher Aspekt anhand dieser Daten ist die Budgetierungsfrage und Ressourcenverteilung der einzelnen Krankenanstalten. Denn eine Erweiterung des Fortbildungsangebotes oder der Auftrag, gezielte Forschungen und Studien zu betreiben, ist selbstverständlich mit vermehrten Kosten verbunden.

Schlussendlich bleibt zu sagen über, wenn das Pflegepersonal weiß, wie die ethischen Grundsätze und Bräuche einer jeden Kultur zu verstehen und anzuwenden sind, auch welche Hintergründe es dafür gibt, kann es einen leichteren Zugang zu den PatientInnen finden und erfolgreich mit diesen und besonders den Angehörigen interagieren und kommunizieren. Gäbe es nun auch ein gesichertes Netz an DolmetscherInnen, die, wenn es die Situation erfordert, zum richtigen Zeitpunkt abrufbar wären, würde dies eventuell auch den ausgesprochenen Mangel an Personal zum Teil in den Hintergrund rücken. Wenn professionelle DolmetscherInnen vorhanden sind, kann schneller und effizienter kommuniziert werden. Die PatientInnen und die Angehörigen können sachgemäß über alle Prozesse und Abläufe aufgeklärt werden und auf der anderen Seite kann das Pflegeteam über die Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen, die eventuell über „Hände & Füße“ nicht verstanden werden, aufgeklärt werden, um empathisch darauf reagieren zu können.

6. Schlussfolgerungen

Die Forschungsfragen der Untersuchung lauteten:

- **Welche Kommunikations- und Interaktionsbarrieren treten auf?**
- **Welche Lösungsansätze kommen zur Anwendung?**
- **Welche Ressourcen stehen dafür zur Verfügung?**

In zehn geführten qualitativen halbstrukturierten Leitfadeninterviews konnten mit Hilfe der Grounded Theory wichtige Erkenntnisse im Bereich der transkulturellen Pflege im Umgang mit Kindern generiert werden. Die auftretenden Kommunikations- und Interaktionsbarrieren lassen sich mit den Begriffen „Sprache“ und „Kultur“ gut zusammenfassen. Die Sprachbarriere stellte sich, wie zu Beginn erwartet wurde, als eines der Hauptprobleme in der Pflege von Kindern mit Migrationshintergrund dar.

Oft können weder die Kinder noch die Eltern oder näheren Angehörigen ein Gespräch in deutscher Sprache führen, was den Pflegealltag für alle Beteiligten sehr erschwert. Unter Interaktionsbarrieren in Bezug auf fremde Kulturen kann man sich Probleme wie zum Beispiel die Essensausgabe vorstellen. Bei einigen Kulturen zählt der Nichtverzehr von Schweinefleisch zu einem der Grundsätze, wo seitens der Angehörigen oftmals großes Unverständnis herrscht, wenn dies in einer Österreichischen Krankenanstalt nicht als selbstverständlich angesehen wird. Andere Probleme können auftreten, wenn die Besuchszeiten nicht eingehalten werden oder die ganze Familie auf Besuch kommen möchte, da es in ihrer Kultur üblich ist, was jedoch aufgrund der eventuellen Störung von MitpatientInnen oder räumlich bedingt oft nicht möglich ist.

Aufgrund der derzeit eher geringen Anzahl vorhandener Ressourcen, dazu zählen professionelle DolmetscherInnen und Fortbildungen zu Erweiterung des transkulturellen Verständnisses, ist das Pflegepersonal oftmals dazu gezwungen „inoffizielle DolmetscherInnen“, wie nähere Angehörige oder Krankenhauspersonal, zu organisieren. Hier spielt nicht nur der Faktor „Zeit“ eine wesentliche Rolle, sondern auch die Qualität der Übersetzung, die sehr darunter leiden kann, wenn diese Aufgabe nicht fachlich geschulte DolmetscherInnen übernehmen. In der Folge kann es zu massiven Missverständnissen zwischen Pflegepersonal, Kindern und Angehörigen kommen.

Daraus resultieren Aggressionen und womöglich Vorurteile gegenüber einer bestimmten Kultur.

Wie sich herauskristallisiert hat, wären eine Erweiterung der Fortbildungsmöglichkeiten des Pflegepersonals und die Implementierung eines effizienten Dolmetsch-Systems hier angebracht und weitere Forschung auf diesem Gebiet dringend notwendig.

Speziell dem in dieser Arbeit schon des Öfteren angesprochenen Aspekts „Zeit“, sollte in Zukunft vermehrt Bedeutung zugesprochen werden. Da in dieser Arbeit klar hervorgeht, wie die transkulturelle Auseinandersetzung zwischen Pflegepersonal und KlientInnen oftmals aufgrund der Sprachbarrieren zu erhöhtem und vermehrtem Erklärungsbedarf führt und dies wiederum empfindlich den Tagesablauf auf den Stationen stören kann.

Generell blieben, auch aufgrund der zeitlichen Limitierung, einige Fragen unbeantwortet oder bedürfen noch genauerem Augenmerk. Es konnte dennoch mit Hilfe der gewonnenen Daten ein Modell konstruiert werden, welches sicherlich noch einer Verfeinerung bedarf, auf dem jedoch in Zukunft im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten aufgebaut werden könnte.

7. Literaturverzeichnis

Barnes Jaqueline, Kroll Leanda, Burke Olive, Lee Joanna, Jones Alison, Stein Alan (2000): Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. BMJ, Volume 321.

Beer, Bettina (2003): Ethnos; Ethnie; Kultur. In: Beer, Bettina/ Fischer, Hans (Hrsg.): Ethnologie. Einführung und Überblick: Reimer.

Binder-Fritz, C. (2003): Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich, In: Friebe, J., Zalucki, M. (Hrsg.), Interkulturelle Bildung in der Pflege, Bertelsmann Verlag, Bielefeld, S. 116-144.

von Bose, Alexandra, Terpstra, Jeannette (2012): Muslimische Patienten pflegen. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Böhm, A., Mengel, A., Muhr, Th. (1994): Texte verstehen – Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: Universitätsverlag.

Di Blasi,Z., Harkness,E., Ernst,E., Georgiou,A., Kleijnen,J. (1999): Health and patient-practitioner interactions: a systematic review. York: The University of York.

Di Blasi,Z., Harkness,E., Ernst,E., Georgiou,A., Kleijnen,J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: The Lancet, Vol 357, March 10, S. 757-762.

Dietz, H.G. (2011): Das Kind im Krankenhaus, das Kind als Patient. In Dietz, H.G.; Illing P.; Schmittenebecher, P.P.; Slongo, Th.; Sommerfeldt, D.W. (Hrsg.): Praxis der Kinder und Jugendtraumatologie (S.3-7). Berlin Heidelberg: Springer – Verlag.

Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Bern u.a

Domenig, Dagmar (2001a): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle.

Domenig, Dagmar (2007b): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Edgar, A., Sedgwick, P. (1999): Key concepts in cultural theory. London.

Flehsig, Karl-Heinz (2006): Beiträge zum interkulturellen Training. Institut für interkulturelle Didaktik: Göttingen, überarbeitete Fassung.

Friedrich, Dr. Max (2004): Die Opfer der Rosenkriege. Kinder und die Trennung ihrer Eltern. Wien: Verlag Carl Ueberreuter.

Fulton, R., Moore, C. (1995): Spiritual Care of the School – Age Child with chronic Condition. Journal of Pediatric Nursing, 4, S.224-230.

Hall, W., Callery, P. (2001): Enhancing the Rigor of Grounded Theory. Incorporating

Reflexivity and Relationality. Qualitative Health Research, 11, S. 257-272.

Hansen, Klaus P. (2003): Kultur und Kulturwissenschaft – Eine Einführung, Tübingen.

Heim T. (2002): Missverständnisse - nicht nur durch die Sprache. Münchner Medizinische Wochenschrift;146(22):4-6.

Helman C. (2002): Culture, health and illness. London: Arnold.

Hofstede, Geert (2006): Lokales Denken, globales Handeln – interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management, München.

Ilklic, Ilhan (2005): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe . Zentrum für medizinische Ethik . Bochum. Medizinethische Materialien. Heft 160.

Ipsiroglu O.S., Kurz, R. (2005): Herausforderung Migration: der Alltag in der Pädiatrie. Monatsschrift Kinderheilkunde. 153:8-15. Springer Medizin Verlag.

Ipsiroglu O.S., Bode, H. (2005): Transkulturelle Pädiatrie. Eine Einführung. Monatsschrift Kinderheilkunde. 153:6-7. Springer Medizin Verlag.

Johnston,M., Vögele,C. (1992): Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt,L.R. (Hrsg.): Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen. Berlin: Springer.

Kleinschmidt, Harald (2002): Menschen in Bewegung. Inhalte und Ziele historischer Migrationsforschung.Göttingen

Körtner, Ulrich H. J. (2006): Krankheit, Kultur und Religion. Der Krankheitsbegriff in der medizinethischen Diskussion . In: Körtner, Ulrich H.J.; Virt, Günter; Engelhardt, Dietrich von; Haslinger, Franz: Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik. Neukirchener Verlag. Neukirchen-Vluyn.

Krämer, Gesa/ Quappe, Stephanie (2006): Interkulturelle Kommunikation mit NLP: Einblick in fremde Welten. Berlin: Uni - Edition.

Kroeber, Alfred/ Kluckhohn, Clyde (1952): Culture. A Critical Review of Concepts and Definitions. New York: Random House.

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung, Lehrbuch. 4. Auflage. Weinheim & Basel: Beltz.

Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau.

Leininger, Madeleine (2002a): Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. Journal of Transcultural Nursing. Vol. 13 Nr. 3:189-192.

Lenthe, U. (2007): Transkulturelle Aspekte der Pflege, Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe. Kemetmüller, E. (Hrsg): Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe, 4. Auflage, Wien, S. 53-80.

Leoni – Scheiber, Claudia (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas Verlags – und Buchhandels AG.

Locke, K. (2001): Grounded Theory in Management Research. London: Sage Publications.

Maletzke, Gerhard (1996): Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim & Basel: Beltz.

Mey, Günter & Mruck, Katja (2007). Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. In: Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.) *Grounded Theory Reader* Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung.

Mohr, S., Huguelet, P. (2004): The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Weekly*, 134, S.369-376.

Neuberger, J. (1995): Die Pflege Sterbender unterschiedlicher Glaubensrichtungen. Berlin/Wiesbaden, Ullstein & Mosby GmbH & Co. KG.

Prüfer-Krämer, L. (Hrsg.) (2004): Gesundheit von Migranten. Internationale Beszandaufnahme und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Orth, Ernst Wolfgang (2000): Was ist und was heißt „Kultur“? Dimensionen der Kultur und Medialität der menschlichen Orientierung. *Trierer Studien zur Kulturphilosophie. Paradigmen menschlicher Orientierung. Band 4.* Verlag Königshausen & Neumann. Würzburg.

Parfitt, Barbara (2003): Working Across Cultures: A model for practice in developing countries. In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried: Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle.

Pinderhughes, Elaine. (1989): Understanding Race, Ethnicity and Power. The Key to Efficacy in Clinical Practice. New York, NY: Macmillan.

Remmers, H. (1997): Kulturelle Determinanten amerikanischer Pflege-theorien und ihre wissenschaftlichen Kontexte. In: Uzarewicz, C. & Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege, Curare-Sonderband, Berlin.

Rommelspacher, B. (2005): Transkulturelle Beratung in der Pflege. Pflege und Gesellschaft. 10.Jahrgang,4: 182-189.

Schulz von Thun, Friedemann (2000): Kommunikationspsychologie als Wissenschaft vom gelungenen Zusammenleben der Menschen. In D. Weimer & M. Galliker (Hrsg.), Sprachliche Kommunikation. Festschrift zum 80. Geburtstag von Carl Friedrich Graumann. Kröning: Asanger-Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (1998a): Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbeck: Rowohlt Verlag.

Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, S. 319-331. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

Strauss, A., Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Strübing, Jörg (2008): Grounded theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung . 2., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.

Treibel, Annette (2003): Migration in modernen Gesellschaften . Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht, Juventa Verlag Weinheim und München.

Triandis, H.C. (1995): Individualism and Collectivism. Boulder: Westview.

Tylor, Edward Burnett (1958 [1871]): Religion in Primitive Culture. New York: Harper.

Umdasch, Karina (2011): Man kann nicht nicht interkulturell kommunizieren. Universität Salzburg: Fachbereich Kommunikationswissenschaft.

Uzarewicz, Charlotte (2002): Grenzen erfahren – Grenzen überschreiten: Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. Vortrag anlässlich der Fachtagung „Interkulturelle Altenpflege – von der Theorie zur Praxis“ am 22.01.2002 in Königswinter; Projekt [iku:]

Watzlawick Paul, Beavin Janet H., Jackson Don D. (1969): Menschliche Kommunikation - Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber Verlag.

Weitzel-Polzer, Esther (2002): Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege – Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 35 (3):190-198.

Welsch, Wolfgang (1995): Transkulturalität. Zur veränderten Verfaßtheit heutiger Kulturen. In: Zeitschrift für Kulturaustausch, H. 1, S. 39-44.

Welsch, Wolfgang (1999a): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Mainzer Universitätsgespräch. Sommersemester 1998. Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegrenzung. Mainz. Seite 45 – 72.

Welsch, Wolfgang (2000b): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Cesana, Andreas und Eggers, Dietrich: Thematischer Teil II: Zur Theoriebildung und Philosophie des Interkulturellen. Hg v. Wierlacher, Alois In: Jahr-

buch Deutsch als Fremdsprache, Bd. 26, München, iudicum – Verlag, S.330.

Wimmer, B., Ipsiroglu O.S. (2001): Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von Migrantinnen und deren Kindern. Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. Wiener Klinische Wochenschrift. 113/15-16:616-621.

Wimmer-Puchinger, B., Baldaszi, E. (2001): Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Wiener Klinische Wochenschrift. 113/13-14:516-526.

Wimmer,H., Pelikan,J.M. (1984): Effekte psychosozialer Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten im Krankenhaus. Wien: LBIMGS.

Spezielle Quellen:

Der Deontologische Kodex der Krankenpfleger und KrankenpflegerInnen: Landesverband von Bozen, genehmigt vom Zentralkomitee des Nationalen Verbandes IPASVI mit Beschluss Nr.1/09 vom 10. Januar 2009 sowie vom Nationalrat des Nationalen Verbandes IPASVI in der Sitzung vom 17. Januar 2009 in Rom.

www.statistik.at Zugriff am 20.Juli 2012

www.wien.gv.at Zugriff am 20. Juli 2012

<http://www.transkulturelles-portal.com/index.php/1/11> Zugriff am 28.02.2013

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausländische Bevölkerung 1991 und 2001 nach Staatsangehörigkeit, Zugriff am 17. August 2012 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html

Abbildung 2: Schulz von Thun Friedemann, Zugriff am 15. Februar 2013 unter http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=71

Abbildung 3: Kein Autor, Zugriff am 1. März 2013 unter <http://cezargarcia.com/how-to-overcome-fear-of-the-phone-and-move-towards-telephone-prospecting-and-mlm-recruiting-mastery/>

Abbildung 4: Grafische Darstellung der Theoriebildung nach Anselm Strauss (Strübing, 2008)

Abbildung 5: Grounded Theory – Kodierungsprozess, Zugriff am 6. Dezember 2012 unter <http://qrtips.com/faq/FAQ--code%20terms.htm>

Abbildung 6: Berufsbezeichnung und Arbeitsumfeld der interviewten Personen

Anhang

- Informed Consent
- Einverständniserklärung
- Interviewleitfaden
- Curriculum Vitae

UNIVERSITÄT WIEN

INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME
AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE

mit dem (ursprünglichen) Titel:

Transkulturelle Pflege. Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von Kindern.

Untersucher/in:

Stephanie Möller

Matrikelnummer: 9371305

Betreuer:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien

Alser Straße 23

A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Stephanie Möller führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung der Kommunikations- und Interaktionsbarrieren in der Betreuung von Kindern mit Migrationshintergrund oder anderer Religionszugehörigkeit durch.

Sie sind gefragt worden, an dieser Studie teilzunehmen, da Sie diplomierte Kinderkrankenpflegerin sind und an einer pädiatrischen Station tätig sind.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen, an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr eine Stunde an einem für Sie angenehmen Ort mit Frau Stephanie Möller treffen und sich mit ihr zu bestimmten Themenbereichen unterhalten. Frau Möller wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren Erfahrungen in Zusammenhang mit der Betreuung von Kindern und kulturellen Hintergründen stellen, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist, wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko / Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern, eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Möller jederzeit darum bitten, das Tonband, für die Zeit der Beantwortung dieser Frage, auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz):

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich behandelt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Betreuerin und Frau Möller werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Frau Möller wird das Interview transkribieren, das heißt, sie wird alles, was Sie ihr erzählt haben, in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden. Ihr Name wird nirgendwo im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe die Erfahrungen und die Probleme, die interkulturelle Pflege mit sich bringt, in Zukunft noch besser verstehen und so die betroffenen Patientinnen, Eltern und das Pflegepersonal selbst unterstützen können.

Kosten / Kostenerstattung:

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung:

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zuteil.

Fragen:

Die Studie wurde Ihnen von Frau Stephanie Möller erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Möller oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Stephanie Möller
0650/XXXXXXX
moeller.stephanie@chello.at

Dr. Monika Linhart
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien
0049-XXXXXXXXXX

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht, die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen, darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Datum

Unterschrift des/der Untersuchers/in

Leitfaden: Transkulturelle Pflege. Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von Kindern.

Leitfrage

Bitte erzählen Sie mir, wie sich Ihr Arbeitsalltag auf der Station (Pädiatrie) gestaltet.

Welchen Einfluss haben sprachliche Differenzen auf Ihre Arbeit?

Wird auf den kulturell - religiösen Hintergrund eines Patienten Rücksicht genommen?

Faktor Verständnis/Geduld?

Faktor Zeit?

Faktor Wissen/Interesse?

Wie wird mit Kindern anderer Religionszugehörigkeit umgegangen?

Welche Möglichkeiten im richtigen Umgang mit solchen PatientInnen stellen die Dienstgeber zur Verfügung?

Ethik des Pflegepersonals?

Check

Hardfacts

(Anzahl der PatientInnen und der Diensthabenden, Anteil derer „fremder“ kultureller Herkunft, Eltern vor Ort?)

Kommunikation

(Sprachen, Art der Verständigung)

Kultur

(Einschließung, Abgrenzung, Unverständnis, interkulturelles Verständnis)

Lösungsansätze

(Modelle, persönliches Engagement)

Ressourcen

(Dolmetscher, Schulungen, Leitfaden)

Spirituelle Ebene

(Ethik)

Konkrete Fragen

Wie viele Kinder kommen auf eine DKKS? Was bedeutet für Sie der Begriff „Kulturkreis“ bzw. „kultureller Hintergrund“? Wie hoch ist, aus Ihrer Sicht, der Anteil an PatientInnen mit nicht christlich - kulturellem Hintergrund? Werden Eltern oft als Begleitperson aufgenommen? Wenn nicht: Besuchszeit? Wird diese eingehalten?

Wie beeinflussen sprachliche Barrieren Ihre Interaktion mit Ihren PatientInnen? Welche Rolle spielen die Eltern der Kinder dabei?

Werden die Eltern oder Kinder während eines stationären Aufenthaltes des Kindes zu irgendeinem Zeitpunkt nach Herkunft oder Religionszugehörigkeit gefragt? Wenn nein, weshalb? Wenn ja, wird diese Information in den Pflegeprozess miteinbezogen?

Gibt es bei Kindern anderer Religionszugehörigkeit so etwas wie eine „Check-Liste“ – worauf man achten oder was man in keinem Fall übergehen oder übersehen sollte? Greifen Sie auf Ihr persönliches Engagement zurück?

Wird vom KH ein Dolmetscher zur Verfügung gestellt-in welchem Ausmaß? Haben Sie die Möglichkeit, an regelmäßigen Schulungen zur Erweiterung des kulturellen Verständnisses, teilzunehmen? Was würde eine Erleichterung für den Pflegealltag darstellen?

Spielen ethische Grundsätze (z.B.: einer bestimmten Religion) in Ihrem Berufsleben eine gewisse Rolle? Haben Sie das Gefühl, deswegen anders mit Patientinnen umzugehen? Können ethische Grundsätze (Religiosität) positiv auf den Pflegeprozess einwirken?

Stephanie Möller

Adresse: Kohlgasse 51/19, 1050 Wien
Mobil: 0650/XX XX XXX
E-mail: moeller.stephanie@chello.at
Staatsangehörigkeit: Österreich
Geburtsdatum: 21. 01. 1988
Familienstand: Ledig

Ausbildung Volksschule in 1090 Wien, Schubertschule 1994 - 1998

Neusprachliches Gymnasium in 1160 Wien,
Maroltlingergasse 1998 - 2006

Matura: Juni 2006

Fremdsprachenkenntnisse Englisch in Wort und Schrift
(Cambridge Certificate "Upper Intermediate"; Englischkurs WIFI Wien)

Französisch (6 Jahre AHS)

Studium Ab Oktober 2006 IDS Pflegewissenschaft

PC – Kenntnisse Gute Kenntnisse von MS – Office, SAP, HOST, KIS

Berufserfahrung

- Praktikum bei Gartenbau Lederleitner Februar 2004
- Praktikum bei Caritas Socialis Februar 2005
- Praktikum bei der Wiener Städtischen Versicherung,
Krankenversicherung/Leistungsabteilung Juli 2004
Juli 2005
Juli 2006
- Telefonmarketin bei MEC&T September 2006
- Sachbearbeiterin bei der Wiener Städtischen Versicherung,
Krankengruppenversicherung/ Fachabteilung Oktober 2006 – Oktober 2007
- Aufnahme- bzw. Verrechnungsangestellte im
Evangelischen Krankenhaus 1180 Wien seit November 2007