

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Transkulturelle Pflege zu Hause -
Erfahrungen von Pflegepersonen in der
Hauskrankenpflege am Beispiel Wien“**

Verfasserin

Elke Havlicek

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im November 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

VORWORT

Es sind die Menschen mit ihren bewegenden Geschichten, in ihren Wohnungen und Häusern, erfüllt von Erinnerungen an ein langes, oft intensives Leben, die die Arbeit in der Hauskrankenpflege für mich so besonders machen. An der Lebenswelt dieser Menschen ein Stück weit teilhaben zu dürfen, sie nach ihren persönlichen Wünschen pflegen und betreuen zu können, machen die Arbeit als Krankenschwester in der Hauskrankenpflege für mich so abwechslungsreich und erfüllend.

An dieser Stelle möchte ich mich bei all den Personen bedanken, ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula für die ausgezeichnete Betreuung. Ich bin sehr dankbar, da ich während der ganzen Zeit eine kompetente, zuverlässige und sehr flexible Ansprechpartnerin in meiner Betreuerin fand.

Für das Korrekturlesen der Arbeit möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Emanuel Binder für sein großes Engagement und seine zeitliche Flexibilität bedanken.

Diese Arbeit wäre ohne die hervorragende Unterstützung meiner Interviewpartner nicht zustande gekommen. Die Interviewgespräche gestalteten sich sehr interessant und bilden die Basis dieser Arbeit. Herzlichen Dank!

In diesem Zusammenhang gilt mein besonderer Dank auch folgenden Personen des untersuchten Hauskrankenpflegeanbieters: Herrn DGKP Esmir Kavazović, Frau Dipl. Ing. Evi Pohl-Iser, Frau DGKS Claudia Degenéve, Frau Dr. Helli Schornböck und Herrn Mag. Marko Iljić für ihr großes Interesse an der Thematik und die Ermöglichung der empirischen Untersuchung.

Last but not least möchte ich den Leuten danken, die mir sehr nahe stehen - meiner Familie, meinem Lebenspartner Philip und allen meinen Freunden, die mir in der ganzen Zeit enorme Kraft und Verständnis entgegengebracht haben.

Sämtliche in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich immer gleichermaßen auf das weibliche wie auf das männliche Geschlecht. Auf

die geschlechtsspezifische Begrifflichkeit durch die Endungen in/-innen wurde somit verzichtet.

Wien, im November 2009

Elke Havlicek

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	11
1.1	Einführung in das Thema und Problemstellung	11
1.2	Zielsetzung der Arbeit	12
1.3	Aufbau der Arbeit	12
2	TRANSKULTURALITÄT IN DER PFLEGE	13
2.1	Kultur.....	14
2.2	Anfänge und Entwicklung des Kulturbegriffes in der Pflege.....	14
2.2.1	Madeleine Leininger	14
2.2.2	Pflegetheorie von Leininger	14
2.2.3	Kritik an kulturenorientierten Pflegemodellen	15
2.3	Transkulturalitätskonzept in der Pflege	16
2.3.1	Mobile Pflege und Betreuung: Transkulturalität und Interaktion ...	17
2.3.2	Definition transkulturelle Pflege	17
2.4	Transkulturelle Kompetenz	17
2.4.1	Studie über die kulturelle Kompetenz in der Hauskrankenpflege .	18
2.4.2	Modell der transkulturellen Kompetenz	20
2.5	Der Pflegeprozess.....	23
2.5.1	Der Pflegeprozess in der mobilen Pflege und Betreuung	23
2.5.2	Die Pflegeanamnese unter Berücksichtigung des Migrationskontextes	24
2.5.3	Transkulturelle Pflegeanamnese nach Domenig	25
3	MIGRATION IN ÖSTERREICH.....	33
3.1	Begriffsunterscheidungen zum Thema.....	33
3.1.1	Definition „Ausländer“	33
3.1.2	Definition „Migrant“	33
3.2	Definitionen und Demographie zum Migrationshintergrund	34
3.2.1	Ausländer	34
3.2.2	Bevölkerung ausländischer Herkunft.....	36
3.2.3	Bevölkerung mit Migrationshintergrund	37
3.3	Kategorisierung Migration	38
3.4	Gründe der Migration	39
3.4.1	Push – Pull - Modell.....	39
3.5	Arbeitsmigration in Österreich.....	40
3.5.1	Definition von Migration	42
4	HAUSKRANKENPFLEGE AM BEISPIEL WIEN	42

4.1	Demographie Wien	43
4.2	Soziale Dienste	44
4.3	Definition Hauskrankenpflege	44
4.4	Finanzierung der Hauskrankenpflege	45
4.5	Organisationsstrukturen der Pflege und Betreuung	45
4.5.1	Fonds Soziales Wien (FSW)	45
4.5.2	FSW-Vertragspartner	46
4.6	Personal der Hauskrankenpflege	47
4.6.1	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	47
4.6.2	Beschäftigtenzahlen	47
4.7	Zusammensetzung eines Pflegeteams in der Hauskrankenpflege	48
4.7.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	48
4.7.2	Durchführung und Ergebnisse	48
4.8	Tätigkeitsbereiche der Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege	50
4.8.1	Tätigkeitsbereiche der diplomierten Pflegepersonen	50
4.8.2	Tätigkeitsbereiche der Pflegehelfer	52
4.9	Wesentliche Spezifika der Hauskrankenpflege	52
4.9.1	Natürliche Umgebung.....	52
4.9.2	Interaktive Arbeit.....	53
4.10	Steigende Zahl an Migranten in der Hauskrankenpflege	53
4.10.1	Steigende Zahl älterer, pflegebedürftiger Migranten.....	54
4.10.2	Erhöhtes Gesundheitsrisiko durch Migration	56
4.10.3	Abnahme der Pflegeleistung durch die Familie	57
4.11	Zugangsbarrieren zu „Sozialen Diensten“ für Migranten	58
4.11.1	Fehlende kultursensible Leistungsangebote	58
4.11.2	Rechtliche und sozioökonomische Barrieren.....	59
5	METHODOLOGIE.....	59
5.1	Forschungsfragen	60
5.2	Zugang zum Forschungsfeld.....	61
5.2.1	Auswahl des Hauskrankenpflegeanbieters.....	61
5.2.2	Auswahl der Interviewpartner	61
5.2.3	Kurze Vorstellung des Hauskrankenpflegeanbieters	62
5.3	Exkurs: Palliative Care zu Hause	62
5.4	Methoden der Datenerhebung	64
5.4.1	Focus Group.....	64
5.4.2	Das Experteninterview.....	66
5.5	Methode der Datenauswertung.....	67

5.5.1	Definition Inhaltsanalyse.....	67
5.5.2	„Zusammenfassende Inhaltsanalyse“ nach Mayring	68
6	ZENTRALE ERGEBNISSE	71
6.1	Ergebnisse der Focus-Group	71
6.1.1	Begründung für die Subkategorie „türkische Klienten“	72
6.1.2	Kommunikation.....	73
6.1.3	Anpassung	76
6.1.4	Frau-Mann Verhältnis	77
6.1.5	Pflegeverständnis und Religion	77
6.1.6	Charakteristika der Hauskrankenpflege.....	80
6.2	Ergebnisse des Experteninterviews	81
6.2.1	Vorstellung des mobilen Palliativteams	81
6.2.2	Religion	82
6.2.3	Sterben und Tod.....	84
6.3	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews.....	85
6.3.1	Focus-Group	85
6.3.2	Experteninterview	87
7	FAZIT	89
8	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	92
9	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	105

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Transkulturelles Kompetenzmodell nach Domenig	S. 21
Abb. 2: Transkulturelle Pflegeanamnese nach Domenig	S. 26
Abb. 3: Transkulturelle Pflegeanamnese in Anlehnung an Domenig	S. 27
Abb. 4: „Ausländer in Österreich im Jahr 2008“	S. 35
Abb. 5: „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ im Jahr 2008	S. 36
Abb. 6: „Bevölkerung mit ‚Migrationshintergrund‘“ im Jahr 2008	S. 38
Abb. 7: Die sechs größten Bevölkerungsgruppen in Wien	S. 43
Abb. 8: Betreute Klienten der Hauskrankenpflege	S. 46
Abb. 9: Geburtsland DGKS und PH: Österreich und andere.....	S. 49
Abb. 10: Geburtsland – nur andere	S. 49
Abb. 11: Muttersprachen.....	S. 50
Abb. 12: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung.....	S. 55
Abb. 13: Zusammensetzung der Focus-Group	S. 65

1 EINLEITUNG

1.1 Einführung in das Thema und Problemstellung

Im Jahr 2008 lebten laut Statistik Austria rund 855.000 Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft in Österreich (vgl. Österreichischer Integrationsfonds 2009: 8).

Durch die zunehmende Globalisierung begegnen Pflegepersonen in ihrer täglichen Arbeit immer öfter Menschen aus anderen Ländern und Kulturen. Dabei treffen verschiedene Lebenswelten und -formen aufeinander (vgl. Pfabigan [1] 2007: 154), die die Pflegepersonen vor Herausforderungen stellen können. Die Kultur des anderen wird dabei oft vordergründig erlebt und als fremd empfunden. Ein Kulturbegriff, der Menschen in Nationalitäten einteilt und ihnen gewisse gruppenspezifische Merkmale zuschreibt, kann die Individualität und die sich daraus ergebenden Bedürfnisse eines Menschen nicht begreifen (vgl. Dornheim 2007: 32ff). Die zunehmende kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen verlangt von Pflegepersonen Verständnis und Akzeptanz in der Begegnung mit oft fremd erscheinenden Lebensweisen. Denn jeder Mensch, ist einzigartig und möchte nach seinen eigenen Vorstellungen gepflegt werden.

Die WHO definierte in der Weltgesundheitserklärung, dass das Recht auf „bestmögliche Gesundheit“ ein Grundrecht eines jeden Menschen ist (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1998: 4). Außerdem muss ein Gesundheitssystem „*universell verfügbar, zugänglich und annehmbar*“ sein, ausgestattet mit „*Mechanismen der Qualität*“ (Domenig 2007: Vorwort). Die Realität sieht hierzulande jedoch anders aus. Migranten erleben verschiedenste Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem.

In der mobilen Pflege und Betreuung erschweren vor allem Informationsmängel und sozialrechtliche Einschränkungen die Inanspruchnahme der verschiedenen Dienstleistungen (vgl. Reinprecht o.J.: 131). Anbieterorganisationen von mobiler Pflege haben Migranten noch kaum wahrgenommen. So fehlen auch den Pflegepersonen Wissen und Erfahrung in der Pflege dieser Menschen. In den nächsten Jahren wird es jedoch zu einem drastischen Anstieg von älteren Migranten und folglich auch von Pflegeleistungen kommen. Denn die ehemaligen Gastarbeiter der 1960er und 70er Jahre kommen zunehmend in ein Alter, indem sie vermehrt Pflege und Betreuung benötigen werden (vgl. Iljić/Kavazović/Schornböck 2007: 6).

Außerdem ist ein genereller Trend zurück zur Pflege zu Hause aufgrund der explodierenden Krankenhauskosten und dem Wunsch eines jeden Menschen, zu Hause gepflegt werden zu wollen, deutlich erkennbar (vgl. Ertl/Schrems [2] 2001: 132).

Vor diesem Hintergrund ist eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema „Transkulturelle Pflege zu Hause“ auch für die Praxis von großem Wert. Eine umfangreiche pflegewissenschaftliche Erörterung hat jedoch, soweit überblickbar, in Österreich bis dato noch nicht stattgefunden. Diese Lücke soll mit dieser Arbeit geschlossen werden.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Mit dieser Arbeit sollen folgende Ziele verfolgt werden:

- Beschreibung des Konzeptes der Transkulturalität und der dahinterliegenden Kulturauffassung;
- Darstellung verschiedenster Definitionen und demographischer Daten im Zusammenhang mit Migration;
- Herausarbeitung der Spezifika der mobilen Pflege und Betreuung;
- Erhebung der kulturellen und sprachlichen Zusammensetzung des untersuchten Pflegeteams;
- Beleuchtung der transkulturellen Erfahrungen von Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege mittels Focus-Group. Kurze Vorstellung eines mobilen Palliativteams und Aufzeigen von transkulturellen Erfahrungen in diesem speziellen Tätigkeitsbereich mit Hilfe eines Experteninterviews;
- Beschreibung und Analyse der empirischen Untersuchung;
- Darstellung der Untersuchungsergebnisse und Formulierung von Empfehlungen für die Pflegepraxis.

1.3 Aufbau der Arbeit

Kap. 1 stellt die Einleitung dieser Arbeit dar.

Kap. 2 definiert den Begriff der transkulturellen Pflege durch das Konzept der Transkulturalität und stellt das Modell der transkulturellen Kompetenz nach **Domenig** vor. Zusätzlich wird der Versuch unternommen, eine transkulturelle Pflegeanamnese zu entwickeln, die sich am Arbeitsfeld der Hauskrankenpflege orientiert.

Kap. 3 zeigt die Heterogenität von Wandernden durch mögliche Wandermotive und damit gleichzeitig auch die Schwierigkeit einer Kategorisierung dieser Gruppe

auf. Demographische Daten und Definitionen zur Migration in Österreich und eine kurze Geschichte der Arbeitsmigration runden dieses Kapitel ab.

Kap. 4 stellt die mobile Pflege und Betreuung in Wien vor. Der besondere Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Hauskrankenpflege als ein Teilangebot der mobilen Pflege und Betreuung.

Kap. 5 nennt zunächst die Hauptforschungsfrage dieser Arbeit. In der Folge wird die Durchführung der Untersuchung schrittweise erläutert. Darüber hinaus werden die Begriffe „Focus-Group“ und „Experteninterview“ als Methode der Datenerhebung und die „zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring“ als Instrument der Datenauswertung beschrieben. Der Exkurs zur „Palliative Care zu Hause“, soll einen kurzen Einblick in das Thema Sterben zu Hause geben, um in die Thematik der nachfolgenden empirischen Untersuchung einzuführen.

Kap. 6 liefert die Ergebnisse aus den Befragungen von Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege nach ihren transkulturellen Erfahrungen. Die wesentlichsten Ergebnisse wurden mit Beiträgen aus der Literatur ergänzt.

Kap. 7 möchte abschließend auf Basis der bis dahin getätigten Ausführungen ein Fazit für die transkulturelle Pflege in der mobilen Pflege und Betreuung liefern.

2 TRANSKULTURALITÄT IN DER PFLEGE

Immer öfter begegnen Pflegepersonen Menschen aus anderen Ländern und Kulturen. Oft empfinden sie deren Sprache, Essgewohnheiten, Traditionen, Werte und Glauben als fremd. Dies kann zu Unsicherheiten und Missverständnissen auf Seiten der Pflegepersonen und bei den Migranten führen. Die Pflegeperson grenzt sich von der als fremd erlebten Lebenswelt ab. Ein gegenseitiges Erkennen und sich Einlassen auf den anderen und seine Welt findet meist nicht statt, da Distanz und Rückzug oft als Lösung dieser orientierungslosen Begegnungssituation gesehen werden. Dieses Verhalten hat Auswirkungen auf die Qualität der Pflege (vgl. Domenig [1] 2007: 166ff).

Dabei gibt es das Fremde an sich nicht. Es ist keine Eigenschaft von Personen, sondern wird von jedem selbst konstruiert und ist abhängig vom seinem eigenen kulturellen Vorverständnis (vgl. Gippert/Götte/Kleinau 2008: 13f).

2.1 Kultur

Im Laufe der Geschichte sind verschiedenste Theorien über Kultur entstanden. In Österreich ist diese Thematik im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung ein relativ neuer Gegenstand wissenschaftlicher Forschung (vgl. Pfabigan [1] 2007: 18).

Die kulturelle Prägung, die individuellen Einstellungen und Werte, die jemand im Laufe seines Lebens erfahren hat, führen dazu, dass jede Person etwas anderes unter Kultur versteht. Eine Definition von Kultur ist daher schwierig, da Kulturalität niemals objektiv, sondern immer subjektiv durch die eigene „*kulturelle Brille*“ (Emmrich 2002: 24) wahrgenommen wird. Das bedeutet, dass Kultur per se kulturabhängig ist (vgl. ebd.: 24). Je besser ein Mensch sich selbst und seine eigenen Sinn- und Wertvorstellungen kennt, desto besser kann er auch den anderen verstehen und desto weniger Raum bleibt für das Fremde (vgl. Gippert/Götte/Kleinau 2008: 14).

2.2 Anfänge und Entwicklung des Kulturbegriffes in der Pflege

2.2.1 Madeleine Leininger

Die amerikanische Krankenschwester und Ethnologin Madeleine Leininger hat sich als erste mit dieser Thematik beschäftigt. In den 1940er Jahren machte sie als Krankenschwester erstmals kulturelle Erfahrungen mit Kindern von Migranten. Sie bemerkte, dass sich deren Bedürfnisse und Verhalten von denen US-amerikanischer Kinder unterschieden. Sie studierte Ethnologie und erforschte Pflege und pflegespezifische Handlungsweisen an 60 verschiedenen Kulturen. (vgl. Domenig [1] 2007: 167f). Durch dieses Wissen entwickelte Leininger eine Theorie, die auch heute noch die wohl bekannteste und umfangreichste Pflegetheorie im Kontext verschiedenster Kulturen darstellt (vgl. Zielke-Nadkarni 2007: 192).

2.2.2 Pflegetheorie von Leininger

Die meisten pflegewissenschaftlichen Theorien bestehen aus den vier Metaparadigmen Pflege, Person, Umwelt und Gesundheit (vgl. Sciborski 2007: 24). Diese vier Konzepte können in den verschiedenen Pflegetheorien einen sehr unterschiedlichen Stellenwert einnehmen (vgl. Drerup 1998: 11). Leininger erkannte als erste den Zusammenhang zwischen Pflege und Kultur und beschrieb diesen in ihrer Pflegetheorie „Culture care diversity and universality“¹. Für Leininger ist die

¹ Diese Theorie kann im deutschsprachigen Raum mit „Theorie der kulturellen Fürsorgevielfalt und -gemeinschaften“ übersetzt werden (vgl. Reynolds 2000: 278).

„human care“² das primäre Metaparadigma der Pflege und Merkmal aller Kulturen, sodass sie diese in den Mittelpunkt ihrer Theorie stellt. Die Metabegriffe „Pflege“ und „Person“ sind ihrer Meinung nach unzulänglich. Sie vertritt die Meinung, dass Pflege nicht durch dasselbe Phänomen erklärt und untersucht werden kann, genauso wird das Paradigma der „Person“, Gruppen oder Familien nicht gerecht, die in nichtwestlichen Gesellschaften eine große Bedeutung haben (vgl. Reynolds 2000: 276ff). Ziel ihrer Theorie ist es, das Kulturspezifische jeder Kultur zu erforschen. Um die unterschiedlichen Kulturpflegepraktiken ergründen zu können, fand sie die Methode der „Ethnophlege“ bzw. das „ethnonursing“ (vgl. Domenig [1] 2007: 168). In den 1980er Jahren begann sie ein aus der Praxis entworfenes Modell zu entwickeln, das sie „Sunrise-Modell“ nannte. Das Modell stellt eine Übersichtsgraphik über die verschiedenen Dimensionen ihrer Theorie dar. (vgl. ebd.: 168)³.

Die Theorie Leiningers kann hier nur erwähnt werden, da ihre Theorie keine Basis für eine an den individuellen Bedürfnissen orientierte Pflege, so wie sie in dieser Arbeit verstanden wird, bilden kann (vgl. Zielke-Nadkarni 2007: 192).

2.2.3 Kritik an kulturenorientierten Pflegemodellen

Kulturenorientierte Pflege-theorien, wie die von Leininger, bauen auf dem homogenisierenden und statischen Kulturenbegriff auf, der Menschen als Träger einer bestimmten Kultur mit ihren gruppenspezifischen Wertvorstellungen und Verhaltensweisen begreift. Pflege-theorien, die dieses Kulturverständnis als Ausgangspunkt nehmen, vermitteln den Pflegepersonen Pflegeanleitungen in Form von Kulturrezepten, die den Bedürfnissen von Migranten in der Pflege und Betreuung nicht gerecht werden können (vgl. Domenig [1] 2007: 167ff). Die Annahme, die Lebenswelt eines Menschen allein über seine Kultur, erfassen zu können, verkennet, dass Individualität nie allein auf die Kultur eines Menschen reduziert werden kann (vgl. Heller/Heller 2003: 14). Ein Mensch wird genauso durch schicht-, gender-, bildungs- und altersbezogene Faktoren geprägt und muss im Kontext seiner übrigen Lebenswelt gesehen werden. Eine gegenseitige Abgrenzung von Kulturen und eine Kategorisierung von Menschen führt immer auch zu einer Ausgrenzung im Sinne von

² Da eine Übersetzung des Terminus der „human care“ ins Deutsche mit „fürsorgliche Pflege“ oder „menschliche Fürsorge“ nicht den Kern dieses Begriffes zur Gänze begreifen kann, wird hier der englische Begriff beibehalten (vgl. Domenig 2007: 168).

³ Eine genaue Beschäftigung mit der Theorie Leiningers kann das ins Deutsche übersetzte Buch „Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege“ von Madeleine Leininger liefern (siehe Literatur- und Quellenverzeichnis dieser Arbeit).

“Wir und die anderen” und zur Bildung von Stereotypisierungen (vgl. Domenig [1] 2007: 167ff).

Im Folgenden soll daher ein Konzept vorgestellt werden, das nicht das Kulturspezifische, sondern das Individuelle und Gemeinsame jeder Kultur betont.

2.3 Transkulturalitätskonzept in der Pflege

Im deutschsprachigen Raum wurde das Transkulturalitätskonzept maßgeblich vom Kulturphilosophen **Welsch** in den 1990er Jahren geprägt. Es grenzt sich klar vom lange Zeit vorherrschenden traditionellen Kulturverständnis der Ethnologie ab, das Kulturen als homogene, in sich abgeschlossene und stabile Einheiten begreift (vgl. Gippert/Götte/Kleinau 2008: 10). Diese Reinkulturen gibt es de facto nicht. Durch die zunehmende Globalisierung, Migration und Modernisierung kommt es immer mehr zu einer Durchmischung und Heterogenität von Kulturen. (vgl. Pfabigan [1] 2007: 18).

Pflegepersonen dringen in ihrer täglichen Arbeit in sehr private Bereiche eines Menschen vor. Pflegerische Interventionen haben dabei nicht zu unterschätzende Auswirkungen auf das Leben und das Umfeld dieser Menschen. Sowohl die Pflegepersonen als auch die Klienten haben ihr eigenes kulturelles Verständnis, ein ganz bestimmtes Menschenbild und verschiedenste Werthaltungen. Wertekonflikte treten in einem Bereich, der so lebensnah ist, wie der der Pflege, immer wieder auf. Eine einheitliche Überzeugung hinsichtlich der Lebenspraxis gibt es nicht und wird es auch nie geben (vgl. Pfabigan 2009: 79). Pflegepersonen müssen lernen, ihre eigenen Wertekonflikte zu reflektieren und sich eine ethische Grundhaltung anzueignen.

So ist das Konzept der Transkulturalität, das auf einer ethischen Grundhaltung gegenüber dem Menschen basiert, gerade in einem sensiblen Arbeitsbereich wie dem der Pflege, absolut notwendig. Denn es respektiert die Menschenwürde unabhängig von Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht und Religion, sowie das Recht auf Leben und Gesundheit (vgl. Pfabigan 2009: 79).

Neben der ethischen Grundhaltung, die dieses Konzept liefern kann, stellt es auch die Interaktion zwischen zwei Personen in den Mittelpunkt, wie das Modell der transkulturellen Kompetenz in Kap. 2.4. zeigen wird.

Da auch die mobile Pflege und Betreuung, wie **Krenn und Papouschek** herausfanden, als interaktive Arbeit bezeichnet werden kann, besteht hier eine Verbindung und die Wahl für das Konzept der Transkulturalität für diese Arbeit liegt sehr nahe. (vgl. Pfabigan [1] 2007: 20).

2.3.1 Mobile Pflege und Betreuung: Transkulturalität und Interaktion

Das Konzept der Transkulturalität baut auf der Suche nach Gemeinsamkeiten durch gegenseitiges Zugehen auf das scheinbar Fremde und das Verstehen anderer Lebenswelten eine Interaktion zwischen den Menschen auf (vgl. Domenig [1] 2007: 173).

Auch in der mobilen Pflege und Betreuung steht die Interaktion zwischen Pflegeperson und Klient, im Sinne einer interaktiven Arbeit, im Mittelpunkt. Das Arbeitsfeld der mobilen Pflege und Betreuung zeichnet sich durch ein stark „*subjektivierendes Arbeitshandeln*“ (Krenn/Papouschek 2003: 5) aus (vgl. ebd. 2003: 5).

2.3.2 Definition transkulturelle Pflege

Transkulturelle Pflege überschreitet Kulturgrenzen und sucht nach dem Gemeinsamen und dem Wesentlichen von Pflege, das in jeder Kultur vorzufinden ist (vgl. Uzarewicz/Piechotta 1997: Editorial). In der Pflege steht die Individualität eines Menschen und nicht seine Kultur im Mittelpunkt (vgl. Domenig 2007: Vorwort).

2.4 Transkulturelle Kompetenz

Die nun folgende amerikanische Studie „Home Care Nurses: A Study of the Occurrence of Culturally Competent Care“ von **DiCicco-Bloom** und **Cohen** untersuchte die kulturelle Kompetenz von Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege (vgl. DiCicco-Bloom/Cohen 2003: 25ff). Die Studie zeigte anhand von sieben Fallbeispielen den Umgang von Pflegepersonen mit Migranten in Pflege und Betreuungssituationen auf. Drei wesentliche Beispiele sollen hier exemplarisch dargestellt werden. Es werden typische Alltagssituationen der Hauskrankenpflege erörtert und deren Verhalten in Bezug auf kulturelle Kompetenz hin untersucht.

2.4.1 Studie über die kulturelle Kompetenz in der Hauskrankenpflege

Die Studie untersuchte die kulturell kompetente Pflege von 14 Hauskrankenpflegeschwestern⁴. Ziel der Studie war es zu beschreiben, wie diese kulturellen Gegebenheiten während Klientenbesuchen⁵ begegneten und diese zu bewältigen versuchten. Die Hauskrankenschwestern wurden im pflegerischen Alltag beobachtet und anschließend zu den Erfahrungen befragt.

Im Folgenden werden nun drei Erfahrungsberichte (Bsp.1-3) in zusammengefasster Form dargestellt.

Bsp. 1

Beim Hausbesuch einer asiatisch-indischen Familie betrat die Hauskrankenschwester die Wohnung, ohne sich vorher die Schuhe auszuziehen, fragte auch nicht nach. Vor der Türe standen ganz offensichtlich neun Paar Schuhe. Beim Bemerken dieser Tatsache reagierte sie trotz Gegenwart einer Angehörigen auf ihre Unachtsamkeit nicht.

In traditionellen asiatisch-indischen Familien ist es üblich und auch ein Zeichen von Respekt, sich die Schuhe vor Betreten der Wohnung auszuziehen.

Es wäre eine höfliche und kulturell sensitive Geste gewesen, für jemanden der scheinbar diese Tradition nicht kennt, nach dem gängigen Usus zu fragen.

Bsp. 2

Eine andere Hauskrankenschwester besuchte eine Klientin, um sie in Gesundheitsfragen zu beraten. Schnell merkte sie, dass die Frau ihre Sprache nicht verstand. Dennoch klärte sie die Klientin in ihrer Sprache auf, gab ihr Informationsblätter und brach den Besuch bald ab, da die Klientin sie nicht verstehen konnte. Sie war außerdem der Meinung, dass weitere Besuche zwecklos sind und ein Dolmetscher organisiert werden muss. Die Klientin wurde somit bald aus der Betreuung entlassen.

⁴ Anstelle des in dieser Studie verwendeten amerikanischen Begriffes der „home care nurse“ wurde hier der deutsche Begriff der „Hauskrankenschwester“ gewählt. Alle untersuchten Personen waren weiblich.

⁵ Anstelle des englischen Begriffs des „patient“ wurde hier der „Klient“ verwendet, um damit dem Menschen, der eine Dienstleistung in Anspruch nimmt gerecht zu werden.

Obwohl die Hauskrankenschwester bemerkte, dass die Klientin sie nicht verstand, fuhr sie mit ihrer Beratung fort. Sie beurteilt die Sprachbarrieren als ein Versagen der Klientin, einen Dolmetscher zu organisieren. Ein Mangel an sprachkongruenten Angeboten wurde nicht als Pflegeproblem erkannt.

Bsp. 3

In diesem Fall besuchte eine Hauskrankenschwester, die recht gut Spanisch sprach, eine kolumbianische Frau. Die Klientin sagte ihr, dass sie etwas "Warmes" in ihr hätte. Deshalb dachte die Hauskrankenschwester sie meinte damit, dass sie schwanger sei. Die Klientin sagte ihr jedoch, dass sie eine Hefe Infektion hat. Die Hauskrankenschwester ging daraufhin zu ihrem "Supervisor", um jemand anderen zu finden, der den "Dialekt" der Klientin versteht. Der "Supervisor" sah jedoch keine Notwendigkeit, da es genügen würde, dass sie Spanisch spricht.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie

Es konnten drei typische Verhaltensweisen der Hauskrankenschwestern in der Bewältigung von kulturellen Herausforderungen analysiert werden: Jedes der eben beschriebenen Beispiele kann einer der Verhaltensweisen zugeordnet werden:

- Mangel an Anerkennung der Kultur des Klienten (Bsp.1),
- Orientierung an der Kultur des Klienten durch eine ethnozentrische Brille (Bsp. 2),
- Teilnahme an den kulturellen Differenzen der Klienten durch Anerkennung kultureller Legitimität und Gültigkeit (Bsp. 3).

Es konnte festgestellt werden, dass kulturell kongruente Pflege von den Hauskrankenschwestern nur wenig geboten wurde. Alle versuchten, den Umgang mit Menschen verschiedenen soziokulturellen Hintergrundes zu vermeiden. Dies zeigte sich durch das Fehlen von Anerkennung oder Teilnahme an den Differenzen (Bsp. 1), dem schnellen "Fliehen" aus der Situation und Entlassen des Klienten aus der Betreuung (Bsp. 2) oder durch Abgabe der Verantwortung an den "Supervisor" (Bsp. 3). Die wenig unterstützende Haltung des "Supervisors" kann hier trotz wesentlicher Bedeutung nur erwähnt bleiben.

Ein Mangel an Anerkennung der jeweiligen Kultur entstand dadurch, dass die Hauskrankenschwestern nicht anerkennen konnten, dass manche Verhaltensweisen

der Klienten kulturell geprägt sind. Sie verstanden deren Bedeutung für den Klienten nicht und sie konnten ihr eigenes Verhalten nicht an das des Klienten anpassen (Bsp. 1). Die Hauskrankenschwestern haben die Bräuche der Klienten basierend auf ihren eigenen kulturellen Normen beurteilt (Bsp. 2).

Auffallend selten konnten kulturelle Differenzen durch die Hauskrankenschwester erkannt, anerkannt und als legitim und gültig gesehen werden (Bsp.3).

(vgl. DiCicco-Bloom/Cohen 2003: 25ff)

Im Folgenden wird das **Modell der transkulturellen Kompetenz von Domenig** vorgestellt, welches nicht die Unterschiede zwischen den Kulturen, sondern die Gemeinsamkeiten betont. Im Fokus ihres Modells steht die transkulturell kompetente Interaktionsfähigkeit zwischen Pflegeperson und Migrant (vgl. Domenig [1] 2007, S. 173f).

2.4.2 Modell der transkulturellen Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz ist nach **Domenig** „*die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten*“ (Domenig [1] 2007: 174).

Eine Pflegeperson handelt nach dieser Definition dann transkulturell kompetent, wenn sie ihre eigene Lebenswelt reflektieren kann, eigene Vorurteile erkennt und die Fähigkeit besitzt, sich vorurteilsfrei in die Perspektive eines anderen Menschen hineinzuversetzen (vgl. ebd.: 174).

Das Modell der transkulturellen Kompetenz besteht im Kern aus der Interaktionsfähigkeit, und stützt sich auf die drei Säulen:

- der Selbstreflexion,
- dem Hintergrundwissen und der Erfahrung,
- und der narrativen Empathie (vgl. ebd.: 174).

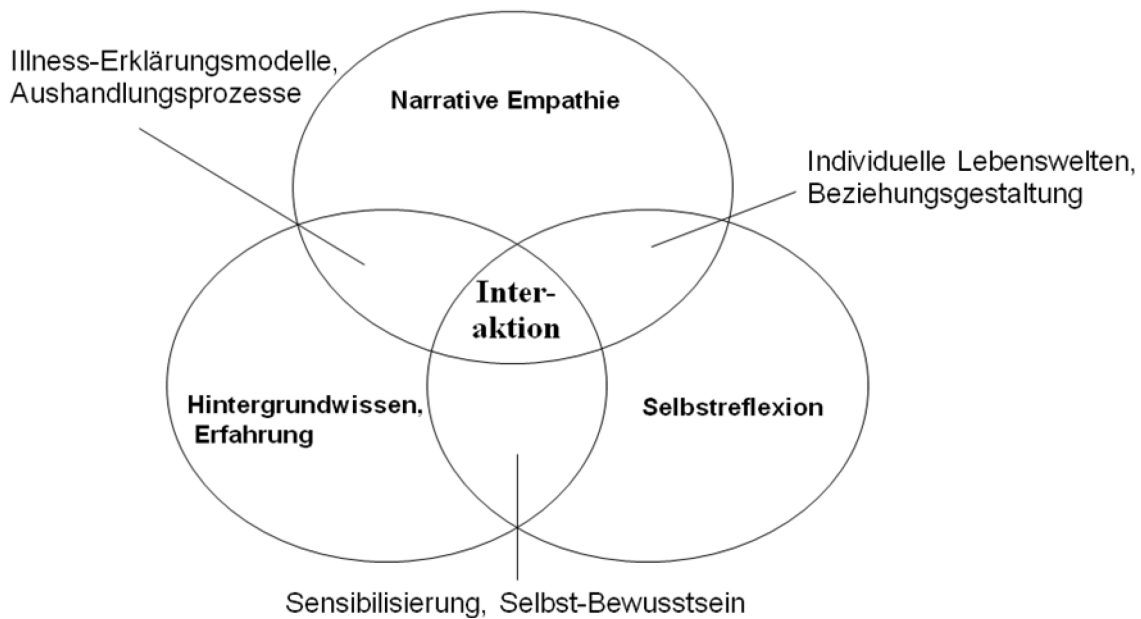


Abb. 1: Transkulturelles Kompetenzmodell nach Domenig
Quelle: Domenig [1] 2007: 175

Selbstreflexion:

Unter Selbstreflexion versteht man eine ständige Auseinandersetzung mit seiner eigenen, als „normal“ empfundenen Lebenswelt und den Mut zur Offenheit und Annäherung an andere Lebenswelten (vgl. Domenig [1] 2007: 175f). Dabei ist es wichtig, sich Nicht-Hinterfragtes und Selbstverständliches bewusst zu machen, um sich in den anderen hineinversetzen zu können. Im Migrationskontext kann eine fehlende selbstreflexive Haltung zu Vorurteilen führen (vgl. Pfabigan [1] 2007: 21).

Hintergrundwissen und Erfahrung:

Vielen Pflegepersonen fehlt das Hintergrundwissen im kultursensiblen Umgang mit Migranten. Hier sind Pflegepersonen gefordert, sich Wissen um migrationsspezifische Lebenswelten anzueignen (vgl. Domenig [1] 2007: 177f). Der Einfluss der Migration auf Gesundheit und Krankheit, soziokulturell geprägte Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Ernährung, Religion, Sexualität, Sterben und Tod, sind nur einige Themen, die die transkulturellen Unsicherheiten der Pflegepersonen im Umgang mit Migranten reduzieren können (vgl. Pfabigan [1] 2007: 21).

Außerdem können Hintergrundwissen, Erfahrung und Selbstreflexion zu einer Sensibilisierung für transkulturelle Fragen und einem verbessertem Selbst-Bewusstsein führen (vgl. Domenig [1] 2007: 174).

Narrative Empathie:

Empathie bedeutet, sich aufgeschlossen und neugierig gegenüber Fremden, das nicht sofort verständlich und einfühlbar ist, zu verhalten (vgl. Pfabigan [1] 2007: 21). Durch grundlegende narrative Techniken, wie etwa Zuhören, Fragen, Erklären und Beschreiben kann in die Erzählungen oder Narrationen der Klienten, neben der objektiven medizinischen Krankengeschichte auch die dahinterstehende subjektive Welt des Klienten einfließen. Im Weiteren kann daraus ein gegenseitiges Verständnis resultieren. Es ist aber auch wichtig zu akzeptieren, dass man nicht alles verstehen kann und dass das Fremde manchmal auch Unverständlich bleiben darf (vgl. Domenig [1] 2007: 178).

Durch Selbstreflexion und narrative Empathie kann die individuelle Lebenswelt eines Menschen einbezogen und Beziehungen gefördert werden (vgl. ebd.: 174).

Hintergrundwissen, Erfahrung und narrative Empathie können Krankheiten fernab vom rein medizinischen Denken betrachten und Diagnosestellungen erklären (vgl. ebd.: 175ff).

Wichtige menschliche Grundbedürfnisse, wie die Wahrung der eigenen Intimsphäre oder Grundgefühle wie Angst und Verzweiflung werden von Pflegepersonen oft als kulturelle Eigenheit eines Menschen abgetan (vgl. Heller/Heller 2003: 14). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz setzt genau hier an, indem es den Blick hinwendet, auf die allen Menschen innewohnenden Bedürfnisse, die oft nicht erkannt werden (vgl. Pfabigan 2009: 76).

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz ist also kein statisches Modell, das Orientierung in Form von Kulturrezepten bieten möchte. Es zeichnet sich vielmehr durch seinen dynamischen Charakter aus. Das Aneignen von transkultureller Kompetenz setzt ein kontinuierliches Erlernen eines interaktiven Verhaltens unter kritischer Selbstreflexion voraus (Pfabigan [1] 2007: 20).

Eine an den Bedürfnissen orientierte, individuelle Pflegeanamnese fördert die kulturelle Empathie und nimmt verstehend an der Lebenswelt eines Menschen teil (vgl. Domenig [1] 2007: 178). Die Pflegeanamnese ist Teil des Pflegeprozesses und wird im nächsten Kapitel näher erklärt werden.

2.5 Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein wichtiges Instrument für die Pflegeperson, um einen individuellen Pflegeplan gemeinsam mit dem Klienten erstellen zu können.

Die drei wesentlichsten Merkmale des Pflegeprozesses sind:

- ein Ziel,
- eine Organisation,
- und Kreativität (vgl. Leoni-Scheiber 2004: 9).

Der Pflegeprozess zielt darauf ab, ein Konzept zu entwickeln, das eine individuelle, kontinuierliche Pflege ermöglicht. Sie muss in ein Bezugssystem eingebettet sein und verlangt von der Pflegeperson ein hohes Maß an Kreativität (vgl. ebd.: 9f).

Der Pflegeprozess besteht aus folgenden fünf Schritten, nämlich aus:

- der Pflegeanamnese oder Informationssammlung
- der Problem- und Ressourcenformulierung in Form von Pflegediagnosen,
- der Planung,
- der Umsetzung,
- und der Bewertung der Pflege (vgl. ebd.: 17).

Da diese Arbeit die transkulturelle Pflege zu Hause darstellen möchte, werden nun Besonderheiten im Pflegeprozess der mobilen Pflege und Betreuung erläutert, die sich aus dem Setting ergeben. Daraufgehend soll die Pflegeanamnese im Migrationskontext erläutert werden. Die Darstellung des gesamten Pflegeprozesses würde das Ausmaß dieser Arbeit bei Weitem übersteigen.

2.5.1 Der Pflegeprozess in der mobilen Pflege und Betreuung

Die Informationssammlung beginnt bereits bei der Zuweisung des Klienten in die Betreuung. Informationen über diesen können von vielen verschiedenen Personen und Einrichtungen, wie etwa Krankenhäusern, Angehörigen, Hausärzten oder auch Nachbarn gewonnen werden (vgl. Ertl/Kratzer 2007: 141).

Die mobile Pflege und Betreuung findet im gewohnten Umfeld des Klienten statt. Dieses kann wichtige Informationen über einen Menschen geben, die in den Pflegeprozess mit einbezogen werden müssen. Beispielsweise kann die Wohnung des Klienten sehr viel über seine Biographie erzählen. Fotos an den Wänden können Aufschluss über wichtige Menschen, wie etwa Familienmitglieder geben, Sammlerleidenschaften lassen Rückschlüsse auf Interessen zu. Die Ausstattung der

Wohnung kann Informationen über wertvolle Ressourcen für die Pflege genauso wie für die Pflege behindernde Strukturen, wie etwa ein zu niedriges Bett, bieten. Im Unterschied zum Krankenhaus hat der Klient im Pflegeprozess wesentlich mehr Mitgestaltungs- und Mitentscheidungsrecht, da er Kunde der Dienstleistung Pflege und die Pflegeperson Gast im Haus des Klienten ist (vgl. ebd.: 139ff).

2.5.2 Die Pflegeanamnese unter Berücksichtigung des Migrationskontextes

Die Pflegeanamnese ermöglicht es der Pflegeperson Informationen über ihren Klienten zu sammeln, um ihn kennen zu lernen, mögliche Problemfelder der Pflege zu erkennen und gemeinsam mit diesem ein individuelles pflegerisches Vorgehen erarbeiten zu können. Sie stellt die Basis für den Pflegeprozess dar. Außerdem findet neben diesem diagnostischen Prozess auch ein Beziehungsprozess zwischen Pflegeperson und dem Klienten statt (vgl. Domenig/Stauffer/Georg 2007: 302).

Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist die Pflegeperson gefordert, eine transkulturelle Kompetenz im Umgang mit dem Klienten zu entwickeln. Schlechte Sprachkenntnisse können die Informationssammlung erschweren bzw. auch zu Missverständnissen führen. Unsicherheiten der Pflegepersonen im Umgang mit fremden Kulturen, führen oft dazu, dass wichtige, migrationsspezifische Informationen nicht erhoben werden, die jedoch für den Pflegeprozess und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Klienten unentbehrlich sind. Unangenehme Fragen nach Traumata, beispielsweise infolge von Kriegserlebnissen, werden aus Rücksicht oft nicht gestellt. Diese können jedoch wichtige Informationen und eine Erklärung für bestimmte Verhaltensweisen liefern (vgl. ebd.: 304).

Aus der Praxis weiß man, dass Menschen in der Absicht des „echten Interesses“ an ihrer Person und Lebensgeschichte, gerne einen Einblick in ihre Lebenswelt gewähren. Für die Pflegeperson ergibt sich durch das Einlassen auf Klienten mit anderem kulturellen Hintergrund die Möglichkeit ihre eigenen Einstellungen zu hinterfragen und eigene Vorurteile abzubauen. Denn erst durch die Begegnung entsteht transkulturelles Verstehen, gegenseitige Anerkennung und Respekt. Eine gute Informationssammlung im Migrationskontext hilft der Pflegeperson die Bedürfnisse eines Menschen zu verstehen, Probleme zu erkennen und eine individuelle Pflege zu ermöglichen (vgl. ebd.: 302ff).

2.5.3 Transkulturelle Pflegeanamnese nach Domenig

In Kapitel 2.5.2 wurden nun einige Gründe für die Notwendigkeit einer zusätzlichen Erhebung von migrationsspezifischen Informationen einer Person genannt.

Domenig hat ein Modell für eine transkulturelle Pflegeanamnese entwickelt, das 14 Themenbereiche umfasst, die wertvolles Zusatzwissen im Migrationskontext einer Person liefern können (vgl. ebd.: 309). Diese werden nachfolgend dargestellt.

Zu den 14 Themenbereichen gehören:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| ▪ Gesundheit und Krankheit | ▪ Soziales Netz |
| ▪ Ernährung | ▪ Aufenthaltsstatus |
| ▪ Schmerz | ▪ Frauen |
| ▪ Kommunikation | ▪ Migrationsgeschichte |
| ▪ Religion | ▪ Zugehörigkeit |
| ▪ Arbeit, Beruf, Ausbildung | ▪ Lebensgeschichte |
| ▪ Umgebung | ▪ Pflege |

(vgl. Georg 2007, S. 293)

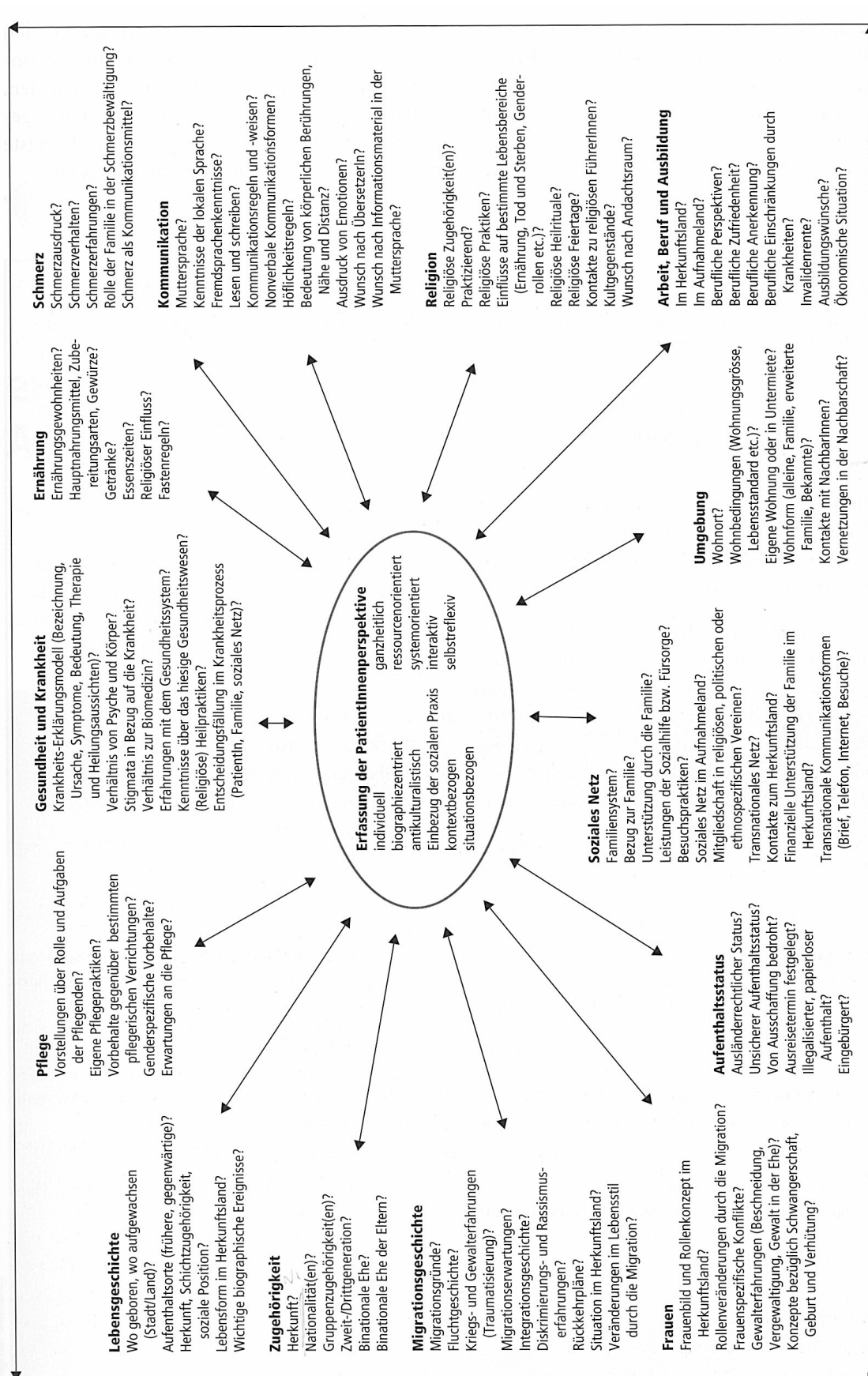


Abb. 2: Transkulturelle Pflegeanamnese (©Dagmar Domenig)
Quelle: Domenig 2007: 309

In diesem Zusammenhang wurden das Stammdatenblatt und die Pflegeanamnese des Hauskrankenpflegeanbieters nach migrationsspezifischen Informationen untersucht. Das Stammdatenblatt erhob im Migrationskontext lediglich Staatsbürgerschaft, Sprache und Religionsgemeinschaft einer Person. Die Pflegeanamnese war in Anlehnung an die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) nach Juchli⁶ konzipiert.

In Anlehnung an das Konzept der eben dargestellten transkulturellen Pflegeanamnese nach **Domenig** wurde eine transkulturelle Pflegeanamnese unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Pflegeanamnese des Hauskrankenpflegeanbieters entworfen, die transkulturelle Dimensionen erheben kann. Trotz des Wissens um die Debatte, dass standardisierte Erhebungsmethoden gerade bei kultursensiblen Pflegeassessments Kulturalisierungen fördern können, lag meine Intention ausschließlich darin auf Themenbereiche und Fragestellungen der Hauskrankenpflege aufmerksam zu machen, in welcher theoretischen Form sie auch immer in der Praxis seinen Niederschlag finden werden. Zu diesem Zweck wurden die Themenbereiche „Zugehörigkeit“, „Aufenthaltsstatus“, „Lebensgeschichte“, „Migrationsgeschichte“, „Soziales Netz“, „Arbeit“, „Religion“, „Kommunikation“, „Schmerz“, „Ernährung“, „Gesundheit und Krankheit“ und „Pflege“ verwendet.

2.5.3.1 Transkulturelle Pflegeanamnese

Zugehörigkeit:

Nationalität:

Gruppenzugehörigkeit(en):

Generationenzugehörigkeit:

☐

erste
Generation

☐

zweite
Generation

Aufenthaltsstatus:

⁶ Die Pflegeanamnese des Hauskrankenpflegeanbieters erhob folgende Aktivitäten des täglichen Lebens: atmen, essen und trinken, ausscheiden, Körpertemperatur regeln, sich bewegen, ruhen und schlafen, sich sauberhalten und kleiden, als Frau oder Mann leben, sich beschäftigen, kommunizieren, für die eigene Sicherheit sorgen und Sinn finden (in Anlehnung an die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens nach Juchli).

Ausländerrechtlicher Status:

☐

ja

☐

nein

Bereits eingebürgert:

☐

ja

☐

nein

Lebensgeschichte:

Geburtsland:

Aufgewachsen:

☐

Stadt

☐

Land

Wichtige biographische Ereignisse?

Migrationsgeschichte:

Migrationsgründe
andere:

☐

Arbeit

☐

Flucht

Fluchtgeschichte:

Kriegs- und Gewalterfahrungen

☐

ja

☐

nein

Migrationserwartungen:

Fühlen Sie sich integriert?

☐

ja

☐

nein

Rückkehrwunsch

☐

ja

☐

nein

Rückkehrpläne:

Situation im Herkunftsland:

Veränderungen im Lebensstil durch die Migration:

☐

ja

☐

nein

Soziales Netz:

Familiennachzug ☐ ja ☐ nein

Bezug zur Familie? ☐ ja ☐ nein

Unterstützung durch die Familie? ☐ ja ☐ nein

Soziales Netz in Österreich? ☐ ja ☐ nein

Mitglied in ethnospezifischen Vereinen? ☐ ja ☐ nein

Kontakt zum Herkunftsland? ☐ ja ☐ nein

Arbeit, Beruf

Beruf im Herkunftsland?

Beruf in Österreich?

Zufriedenheit mit Beruf? ☐ ja ☐ nein

Religion:

Glaubenszugehörigkeit? ☐ ja ☐ nein

Praktizierend? ☐ ja ☐ nein

Wichtige religiöse Praktiken/Rituale? ☐ ja ☐ nein

Einfluss von Religion auf bestimmte Lebensbereiche?

Ernährung:

Sterben und Tod:

Frau/Mann sein:

Wichtige religiöse Feiertage?

☐

ja

☐

nein

Kommunikation

Muttersprache?

Verständigungsprobleme mit der deutschen Sprache?

☐

ja

☐

nein

Person, die dolmetschen kann?

☐

ja

☐

nein

Andere Sprache, außer der Muttersprache?

☐

ja

☐

nein

Schmerz

Wie drückt sich ihr Schmerz aus?

☐

ja

☐

nein

Haben Sie öfter Schmerzen?

☐

ja

☐

nein

Was machen Sie, wenn Sie Schmerzen haben?

Ernährung

Hat Ihre Kultur Einfluss auf die Ernährung?

☐

ja

☐

nein

Fasten Sie? ☐ ja ☐ nein

Wie sind ihre Ernährungsgewohnheiten?

Gibt es Getränke, die Sie bevorzugen? ☐ ja ☐ nein

Wer kocht?

Gesundheit und Krankheit

Bedeutung von Gesundheit?

Prävention?

Bedeutung von Kranksein?

Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem?

Pflege

Wissen über Organisation der Pflege (Tätigkeitsbereiche)? ☐ ja ☐ nein

Möglichkeit der Verständigung mit der Pflegeperson? ☐ ja ☐ nein

Wunsch nach muttersprachlichem Pflegepersonal? ☐ ja ☐ nein

Wunsch nach muttersprachlichem Informationsmaterial (Pflege)? ☐ ja ☐ nein

Geschlecht der Pflegeperson egal? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein: ☐ Frau ☐ Mann

Wichtige Pflegerituale? ☐ ja ☐ nein

Spezielle Pflegeutensilien?

☐

ja

☐

nein

Sonstiges?

☐

ja

☐

nein

Abb.3: Transkulturelle Pflegeanamnese in Anlehnung an Domenig
Quelle: Domenig/Stauffer/Georg 2007: 309 (eigene Darstellung)

3 MIGRATION IN ÖSTERREICH

Der Begriff der Migration meint ganz allgemein Wanderung (vgl. Treibel 2003: 11).

Wanderungen sind keine modernen Erscheinungen. Sie haben zu allen Zeiten stattgefunden (vgl. ebd.: 11). Als Folge der Globalisierung nehmen Migrationsbewegungen stark zu und die Gruppe der Migranten und der Migrationshintergrund werden immer heterogener (vgl. Karl-Trummer/Novak-Zezula 2009: 367).

Diese Heterogenität sollte sich auch im Gebrauch der Begrifflichkeiten der Wandernden zeigen. Es fällt jedoch auf, dass ein „*unscharfes Konzept Ausländer*“ (Reinprecht 2006: 8) in Österreich vorherrscht. Daran kann man erkennen, dass bis dato sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Sozialpolitik eine Auseinandersetzung mit Migranten noch sehr wenig stattgefunden hat und sich somit auch noch kaum ein Bewusstsein für diese heterogene Gruppe entwickeln konnte (vgl. ebd.: 8).

Der oft unreflektierte und inkorrekte Gebrauch vom Begriff „Ausländer“ und „Migrant“ soll im folgenden Kapitel deutlich gemacht werden.

3.1 Begriffsunterscheidungen zum Thema

3.1.1 Definition „Ausländer“

Der Status eines „Ausländers“ ist klar durch das Staatsbürgerschaftsrecht definiert (vgl. Reinprecht 2006: 8).

3.1.2 Definition „Migrant“

Der Begriff des „Migranten“ stellt eine soziologische Kategorie unabhängig von seiner Staatsbürgerschaft dar (vgl. ebd.: 8). Einem „Migranten“ können also keine biologischen, kulturellen oder religiösen Merkmale zugeschrieben werden. Ein „Migrant“ ist demnach jede Person, die zugewandert ist. So sind beispielsweise die in Österreich geborenen Kinder der zweiten und dritten Migrantengeneration nach dieser Definition Ausländer, aber keine Migranten. Den sehr heterogenen Gruppen der Migranten ist gemeinsam, dass sie Migrationserfahrung haben, die Einfluss auf

ihr soziales und kulturelles Leben hat. Sie sind geprägt durch die Kultur des Herkunftslandes und die der Aufnahmegesellschaft (vgl. Schenk 2008: 157f).

Im alltäglichen Sprachgebrauch, genauso wie in der politischen Diskussion, werden die Begriffe „Ausländer“ und „Migrant“ oft synonym über das Kriterium der Staatsangehörigkeit definiert. Die Vereinheitlichung der beiden Termini ist jedoch aufgrund des Aufenthaltsstatus unkorrekt. Denn die Staatsangehörigkeit allein kann keine Aussage darüber machen, ob eine Person Migrant ist oder nicht. So sind nicht alle in Österreich lebenden Ausländer selbst eingewandert. Man denke an die hier geborenen Kinder von Ausländern. Genauso sind viele der ausländischen Personen bereits Inländer, also eingebürgert (vgl. Statistik Austria 2007: 49).

Die Staatsbürgerschaft allein reicht also nicht aus, um die heterogene Gruppe von Migranten zu erheben. Die Statistik Austria hat deshalb eine bevölkerungsstatistische Datenbank auf Basis des Zentralen Melderegisters eingeführt. Dadurch ist es seit dem Berichtsjahr 2002 möglich Wanderungsverläufe besser zu dokumentieren (vgl. Statistik Austria [1] 2008: Vorwort). So werden seit dem Jahr 2007 auch Informationen zum Geburtsland einer Person erhoben. Der Migrationshintergrund einer Person kann dadurch vollständig erhoben werden (vgl. Statistik Austria 2009: 4).

3.2 Definitionen und Demographie zum Migrationshintergrund

Österreich ist ein Einwanderungsland. Es hat europaweit die fünft höchste Zuwanderungsrate (vgl. Schallaböck 2009: 46).

Die in diesem Kapitel verwendeten Definitionen wurden dem Österreichischen Integrationsfonds entnommen (vgl. Österreichischer Integrationsfonds 2009: 8f).

Die demographischen Zahlen stammen mit Ausnahme von Kap. 3.2.1 ebenfalls aus dieser Quelle.

Unter Berücksichtigung von Staatsbürgerschaft und/oder Geburtsland einer Person wird hier zwischen: „Ausländern“, „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ und „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ unterschieden.

3.2.1 Ausländer

Definition

Als „Ausländer“ werden Personen bezeichnet, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen.

Im Jahr 2008 traf dies auf rund 855.000 Personen zu. Der Ausländeranteil betrug zu diesem Zeitpunkt 10,3%.

Die nachfolgende Abb. zeigt die Zusammensetzung der „Ausländer“ nach der Staatsbürgerschaft und gereiht nach der Häufigkeit der Personen.



Abb. 4: „Ausländer“ in Österreich im Jahr 2008 (gereiht nach Häufigkeit)
Quelle: vgl. Statistik Austria [2] 2008: 21 (eigene Darstellung)

Menschen aus Serbien und Montenegro (133.692) stellten im Jahr 2008 die größte Gruppe an ausländischen Staatsbürgern in Österreich dar, dicht gefolgt von den Deutschen (124.088). Die Bevölkerung mit türkischer Staatsbürgerschaft (109.716) bildete die drittgrößte Gruppierung. Danach folgten Personen aus Bosnien und Herzegowina (85.215), aus Asien (58.361) und aus Kroatien (56.695) (vgl. Statistik Austria [1] 2008: 28).

Generell kann man sagen, dass im Jahr 2008 die meisten ausländischen Staatsbürger, nämlich 35,3%, aus dem EU-Raum kamen. Nach Deutschland an der Spitze, folgten die Länder Polen (36.800), Rumänien (28.712) und Ungarn (19.938). Rund 34% gehörten den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien an. Die Hälfte stammt hier aus Serbien und Montenegro, gefolgt von Bosnien und Herzegowina, Kroatien und Mazedonien. Von den außereuropäischen Ländern

stellten die Türken mit 12,8% die größte Gruppe dar, vor Menschen aus Asien, Afrika und Amerika (vgl. ebd.: 20f).

3.2.2 Bevölkerung ausländischer Herkunft

Definition

Zu der „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ werden neben den Ausländern, auch Personen gezählt, die im Ausland geboren wurden, jedoch mittlerweile aber schon österreichische Staatsbürger sind.

Rund 1,385 Mio. Menschen gehörten dieser Definition zufolge im Jahr 2008 der „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ an. Das waren 16,6% der österreichischen Gesamtbevölkerung.

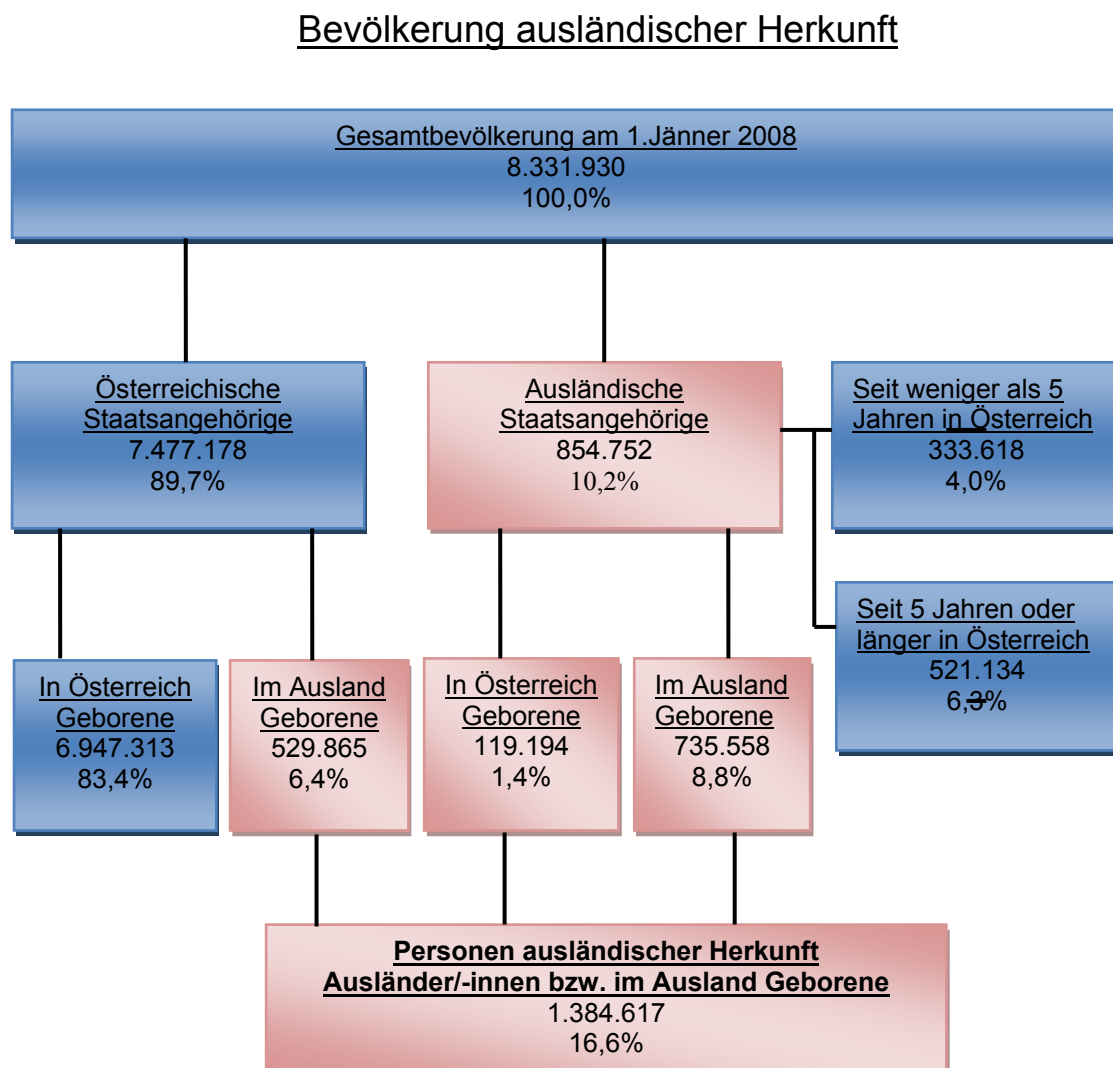


Abb. 5: „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ im Jahr 2008
Quelle: Österreichischer Integrationsfonds 2009: 9

Abb. 5 zeigt, dass sich die „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ aus „im Ausland Geborene“ mit ausländischer Staatsbürgerschaft, „in Österreich Geborene“ mit ausländischer Staatsbürgerschaft und „im Ausland Geborene“ bereits eingebürgerte Menschen, zusammensetzt.

Rund 61 Prozent der Ausländer lebten schon mehr als fünf Jahre in Österreich, die restlichen 39% seit weniger als fünf Jahren.

3.2.3 Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Definition

Einen Migrationshintergrund haben alle Personen, deren Eltern im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer eigenen Staatsangehörigkeit. Man unterscheidet hierbei noch zwischen „Migranten der ersten Generation“ und „Migranten der zweiten Generation“. „Migranten der ersten Generation“ sind im Ausland geboren und nach Österreich zugezogen. Zu den „Migranten der zweiten Generation“ zählen die in Österreich geborenen Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort.

Im Jahr 2008 zählten 1,427 Mio. Menschen oder 17,3% der Gesamtbevölkerung zu der „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund

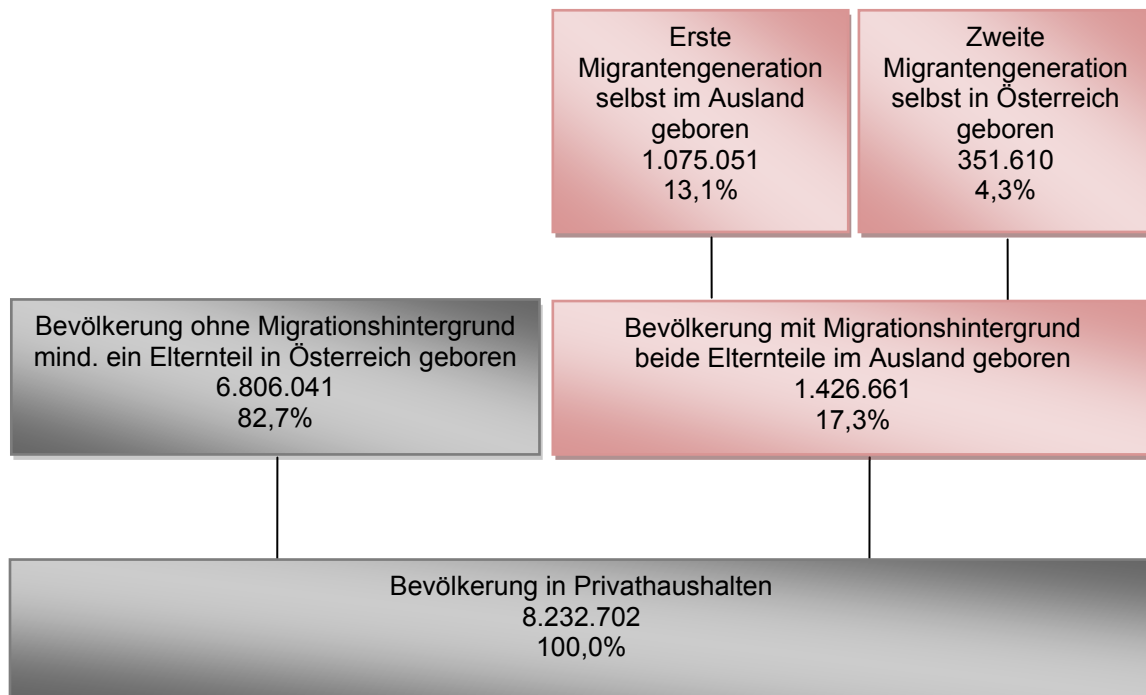


Abb. 6: „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ im Jahr 2008
Quelle: Österreichischer Integrationsfonds 2009: 9

Von den 1,427 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund gehörten 1,075 Mio. oder 13,1% der ersten Migranten-Generation und 352.000 oder 4,3% der zweiten Migranten-Generation an.

3.3 Kategorisierung Migration

Wanderungen müssen aus verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden.

Treibel beispielsweise kategorisiert Wanderungen nach vier wesentlichen Aspekten.

1. Räumlichen Aspekten:

- *Binnenwanderung*,⁷;
- *internationale Wanderung*;

2. Zeitlichen Aspekte:

- *temporäre Wanderung*⁸;

⁷ *Binnenwanderung bedeutet Wanderung innerhalb eines Landes.*

- *permanente Wanderung;*
- 3. Aspekten, die Wanderungsursache betreffend:
 - *freiwillige Wanderung;*
 - *erzwungene Wanderung;*
- 4. und Aspekten des Umfanges der Migration:
 - *Einzelwanderung;*
 - *Gruppenwanderung;*
 - *Massenwanderung.*

(Treibel 2003: 20)

Zwischen und innerhalb dieser Unterscheidungen weist sie auf fließende Übergänge hin. Beispielsweise ist eine Unterscheidung in Arbeitsmigration, als freiwillige, und Fluchtmigration als erzwungene Wanderung heutzutage nur bedingt zutreffend, da sich Zwang und Freiwilligkeit aufgrund der wirtschaftlichen und/oder politischen Situation immer öfter vermischen (vgl. ebd.: 20).

3.4 Gründe der Migration

Menschen verlassen aus ganz unterschiedlichen Gründen ihr Heimatland. Allen Wanderungen ist eine Ursache gemeinsam. Sie zielen darauf ab, die Lebenssituation zu verbessern (vgl. ebd.: 39ff). In der Literatur wird sehr gerne das Push- und Pull Modell verwendet, um die Gründe von Migration beschreiben zu können.

3.4.1 Push – Pull - Modell

Es beschreibt Faktoren der Vertreibung (Push-Faktoren) im Heimatland und Faktoren der Anziehung (Pull-Faktoren) im Zielland. Im Folgenden werden zwei Hypothesen beschrieben, die den Auslöser der Migration in der ungleichen Arbeitsmarktsituation zwischen Herkunfts- und Zielland sehen. Die Beschäftigungs- und Einkommenssituation kann je nach Land stark variieren und Menschen zum Wandern bewegen. Eine weitere Komponente von Migration liefert im Anschluss die dritte Annahme, die ihren Fokus nicht auf ökonomische Faktoren, sondern auf persönliche Motive legt (vgl. ebd.: 40).

⁸ Saisonarbeiter zählen bspw. zur temporären Wanderung

1. die Beschäftigungshypothese (job-vacancy-Hypothese)

Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung in der Herkunftsregion, stehen der attraktiveren Beschäftigungssituation im Zielland gegenüber (vgl. ebd.: 40)

2. die Einkommenshypothese (income-differentials-Hypothese)

Höhere Löhne im Zielland und schlechte Bezahlung im Herkunftsland beschreiben diese Annahme (vgl. ebd.: 40)

Die Arbeitsmarktsituation kann je nach Betrachtungsweise ein Push- als auch ein Pull-Faktor sein (vgl. ebd.: 40)

3. Informationshypothese (migrant-stock-Variable)

Persönliche Beziehungen und Informationen von bereits Gewanderten können für die, die noch Wandern wollen einen hohen Anreiz zur Migration darstellen (vgl. ebd.: 40f).

Auch die Gründe der Migration können sehr vielfältig sein. Wenn eine Person beschließt zu wandern, tut sie dies aus ganz unterschiedlichen, oft komplexen, nicht immer rationalen Situationen heraus. Deshalb ist Migration auch ein sehr individuelles, vom Blickpunkt der Person zu betrachtendes Ereignis, das nur schwer durch ein allgemeingültiges Modell erklärt werden kann (vgl. ebd.: 41f).

Um Migration, so wie sie in dieser Arbeit verstanden wird, definieren zu können wird die Geschichte der Arbeitsmigration der sogenannten „Gastarbeiter“ kurz vorgestellt. Diese sind deshalb von großer Bedeutung, da sie zunehmend in ein Alter kommen, in dem sie vermehrt pflegebedürftig und daher auf professionelle Pflege und Betreuung angewiesen sein werden (vgl. Ilić/Kavazović/Schornböck 2007: 6).

3.5 Arbeitsmigration in Österreich

Österreich ist ein typisches Gastarbeiterland. Die 1960er Jahre waren geprägt von kontinuierlichem Wirtschaftswachstum, fortschreitender Industrialisierung und einem Mangel an Arbeitskräften. Dieser Umstand führte dazu, dass Österreich gezielt ausländisches Arbeitskräftepotential anwarb. In einem Sozialpartnerabkommen regelte es im Jahr 1961 die Aufnahme von Menschen aus verschiedenen Ländern, die auf bestimmte Zeit rekrutiert werden sollten. Ein Rotationsprinzip, durch einen

jährlichen Austausch von Arbeitsmigranten, sollte eine Niederlassung verhindern. Anwerbeabkommen wurden mit Spanien (1962), der Türkei (1964) und Jugoslawien (1966) abgeschlossen. Der Großteil der Menschen kam aus dem ehemaligen Jugoslawien, und ein geringerer Teil auch aus der Türkei (vgl. Reinprecht 2006: 9f). Ihren Höhepunkt erreichte die Arbeitskräftewelle mit 230.000 Personen im Jahr 1973. (vgl. Fassmann/Münz 1996: 216). Es zogen immer mehr Frauen mit ihren Familien nach. So haben sich viele mit der Situation arrangiert. Nach Jahren harter Arbeit, oftmals in Billiglohnbereichen, nach Familiengründungen und einer Integration in die Gesellschaft, haben viele beschlossen, in Österreich bleiben zu wollen (vgl. Pfabigan [2] 2007: 12). Hinzu kam eine zunehmende Entfremdung von der eigenen Kultur (vgl. FH-Studiengang: 18).

Die österreichische Regierung hat bis dato wenig unternommen, diese Menschen in die Gesellschaft zu integrieren. Sie sah sich immer als temporärer Arbeitgeber (vgl. Pfabigan [1] 2007: 156).

Dass Österreich kein einwanderungsfreundliches Land ist, erkennt man an den gesetzlichen Rahmenbedingungen. **Fassmann und Münz** bezeichnen es in diesem Zusammenhang auch als „*Einwanderungsland wider Willen*“ (Fassmann/Münz 1996: 209). So hat es eines der restriktivsten Fremden- und Staatsbürgerschaftsrechte in ganz Europa (vgl. Pfabigan 2009: 74). Außerdem passiert Einbürgerung in Österreich nach dem Abstammungsdenken, dem Jus sanguinis. Demnach übernehmen Kinder ausländischer Staatsangehöriger, die in Österreich geboren wurden, automatisch die Staatsbürgerschaft ihrer Eltern (vgl. Wicker 2007: 53). Eine Integration erscheint hier sehr schwierig.

Migration ist auch ein lebensbiographisches Ereignis (vgl. Schenk 2008: 157). Wenn Menschen in ein anderes Land wandern, bedingt dieser Prozess nicht nur eine örtliche Veränderung. Meistens sind damit auch individuelle und gesellschaftliche Einschnitte verbunden. Akhtar meint in diesem Zusammenhang, dass Migration für die betroffene Person immer auch ein traumatisches Ereignis darstellt (vgl. Akhtar 2007: 11). Zumindest hat sie Einfluss auf das Selbstbild und Identitätsgefühl eines Menschen. Nicht nur die Person selbst, sondern auch die betroffene Gruppe, die aufnehmende und die abgebende Gesellschaft erleben dadurch eine Veränderung (vgl. Treibel 2003: 11ff).

In Anbetracht der Heterogenität der Wandernden und der konkreten Themenstellung dieser Arbeit, trifft die nachfolgende Definition den Begriff der Migration, wie er in dieser Arbeit verstanden wird am Besten.

3.5.1 Definition von Migration

„Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen“ (Treibel 2003: 21).

Diese sehr allgemeine Definition kann verschiedene Facetten der Migration einschließen wie bspw. Erwerbstätigkeit, Familiennachzug u.v.m. Außerdem setzt sie einen dauerhaften Aufenthalt in der Region voraus. (vgl. ebd.: 21). Dies trifft zum Großteil auch auf die Arbeitsmigranten zu, die seit vielen Jahren mit ihren Familien hier leben.

Das Push-Pull-Modell wurde für diese Arbeit als sinnvoll erachtet, da die Ursachen der Gastarbeiterbewegung der 1960er und 70er Jahre nach Österreich primär in der Verbesserung der ökonomischen Situation durch bessere Arbeitsbedingungen begründet waren (vgl. Fassmann/Münz 1996: 216) und daher die Beschäftigungs- und vor allem die Einkommenshypothese die Motivation der Migration der ehemaligen Gastarbeiter beschreiben können.

4 HAUSKRANKENPFLEGE AM BEISPIEL WIEN

Die mobile Pflege und Betreuung ist in den neun Bundesländern sehr unterschiedlich organisiert. Dies liegt daran, dass mobile Pflege und Betreuung über die Sozialhilfegesetze geregelt ist, die im Zuständigkeitsbereich der Länder liegen (vgl. Wild 2002: 25). Dadurch ergeben sich bundesländerweit erhebliche Unterschiede in den Anspruchsvoraussetzungen, in den Finanzierungs- und Organisationsstrukturen und im Leistungsbereich (vgl. Statistik Austria [Sozialleistungen]: Internet). Auch die Bezeichnungen für die verschiedenen Dienstleistungen der Pflege und Betreuung sind nicht einheitlich (vgl. Ertl/Kratzer 2007: 29). Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen die unterschiedliche Situation in den neun Bundesländern darzustellen. Aus diesem Grund soll hier exemplarisch die Situation in Wien vorgestellt werden.

Einleitend wird nun die aktuelle demographische Situation der Migranten in Wien dargestellt.

4.1 Demographie Wien

Im Jahr 2008 lebten in Wien insgesamt 1,68 Mio. Menschen. Das ist etwas mehr als ein Fünftel der österreichischen Gesamtbevölkerung. Die Bundeshauptstadt Wien, als Ballungszentrum, hat erwartungsgemäß im Bundesländervergleich das höchste Bevölkerungswachstum durch Wanderungsgewinne (vgl. Statistik Austria [1] 2008: 38). 323.415 Personen hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft. Der Ausländeranteil betrug somit 23,9% (vgl. Österreichischer Integrationsfonds 2009: 93).

Staatsbürgerschaft	Gesamt
Serbien und Montenegro	73.750
Türkei	39.926
Deutschland	24.992
Polen	24.679
Bosnien und Herzegowina	17.636
Kroatien	16.451

Abb.7: Die sechs größten Bevölkerungsgruppen in Wien nach Staatsbürgerschaft am 1.1.2008 (eigene Darstellung)

Quelle: vgl. Statistik Austria: [Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Bundesland], Internet

Abb. 7 stellt die sechs größten ausländischen Bevölkerungsgruppen in Wien dar. Eine überwiegende Mehrheit, nämlich 22,8% kommen aus Serbien und Montenegro, gefolgt von der Türkei mit 12,3%. Die Deutschen stellen mit 7,7% die größte ausländische Gruppe unter den EU-Ländern dar, dicht gefolgt von den Polen (7,6%). Der Anteil der Menschen aus Bosnien und Herzegowina beträgt 5,5% und der der Kroaten 5,1%. Zusammenfassend kann man sagen, dass der überwiegende Teil der ausländischen Bevölkerung in Wien aus dem Ex-Jugoslawischen Raum kommt (vgl. Statistik Austria [Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Bundesland], Internet).

Nach der Definition des Österreichischen Integrationsfonds, die in Kap. 3.2 bereits erläutert wurden, gehörten im Jahr 2008 32,1% der „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ an. 35,6% der Wiener Bevölkerung hatten Migrationshintergrund, wovon 27,0% zu der ersten Migrantengeneration und 8,6% zu der zweiten

Migrantengeneration gerechnet wurden (vgl. Österreichischer Integrationsfonds 2009: 93).

4.2 Soziale Dienste

Um kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen ein an ihren Bedürfnissen orientiertes Leben und einen möglichst langen Verbleib in ihren eigenen vier Wänden zu ermöglichen, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen unbedingt erforderlich. Jeder Dienst leistet einen wesentlichen Beitrag und ist unverzichtbar in der Pflege und Betreuung eines Menschen (vgl. Ertl/Kratzer 2007: 29).

In Wien sind Dienste, wie etwa Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Heimhilfe, Besuchsdienst, Wäschedienst u.v.m. unter dem Begriff der „Sozialen Dienste“ bekannt. Aus der breiten Palette der Leistungsangebote kann, trotz der enormen Bedeutung aller Dienstleistungen, in den nächsten Kapiteln nur die Hauskrankenpflege genauer beschrieben werden (vgl. Ertl/Schrems [2] 2001: 133).

4.3 Definition Hauskrankenpflege

„Hauskrankenpflege hat die Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse von kranken Menschen zu Hause zum Ziel. Zur Erreichung des Zieles notwendige Rahmenbedingungen sind ein ganzheitlich orientiertes Pflegekonzept auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Anwendung adäquater fachlicher Methoden und ein effizienter Ressourceneinsatz sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen in die Pflege involvierten Personen- und Berufsgruppen (ebd.: 133).

Diese Definition betont die Wichtigkeit der ganzheitlichen Sichtweise auf die Bedürfnisse von kranken Menschen (vgl. ebd.: 133). Eine ganzheitlich orientierte Pflege berücksichtigt die Biographie eines Menschen, die gerade bei der Bewältigung und Verarbeitung von Krankheiten eine wichtige Rolle spielt. Für die Pflege von Migranten bedeutet das, dass zusätzlich wichtige biographische Fähigkeiten und Potentiale durch die Migrationserfahrung, aber auch Benachteiligungen, die sich durch die Migration ergeben können, beachtet werden müssen (vgl. Pfabigan [1] 2007: 157). Durch Biographiearbeit ist es möglich, Ressourcen eines Menschen zu entdecken, die auch ein seelisches Gesunden

möglich machen (vgl. Specht-Tomann 2009: 32). Denn nur so kann Gesundheit, wie sie die WHO definiert hat, als *„ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen“* (Wied 2003: 272, zit. nach WHO 1948) verstanden werden. Um psychische, physische und soziale Bedürfnisse in der Pflege beachten zu können, bedarf es eines ganzheitlich orientierten Pflegekonzeptes. Hauskrankenpflege wird in dieser Definition, wie auch in dieser Arbeit, als ein Teilangebot einer interdisziplinären Pflege- und Betreuung gesehen (vgl. Ertl/Kratzer 2007: 15).

4.4 Finanzierung der Hauskrankenpflege

Die Hauskrankenpflege wird finanziert aus den Beiträgen der Sozialversicherung, der Länder und/oder Gemeinden und der Klienten. Wenn Anspruch auf Pflegegeld besteht, wird auch dieses für die Finanzierung herangezogen (vgl. Ertl/Kratzer 2007: 63).

Pflegegeld

Das Pflegegeld ist von Einkommen und Vermögen unabhängig und dient der finanziellen Abdeckung der erforderlichen Pflege. Der Erhalt von Pflegegeld setzt einen ständigen Pflegebedarf im Ausmaß von mindestens 50 Stunden im Monat über mindestens 6 Monate hinaus und einen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland voraus. Die Höhe des Pflegegeldes hängt vom Pflegebedarf ab und wird in Form von sieben Pflegegeldstufen zuerkannt (vgl. BMSK 2009: 8).

4.5 Organisationsstrukturen der Pflege und Betreuung

4.5.1 Fonds Soziales Wien (FSW)

Der FSW erbringt gemeinnützige Leistungen für die Gemeinde Wien. Er koordiniert und fördert den Bereich „Pflege und Betreuung zu Hause“. Für diesen Bereich gibt es über ganz Wien verteilt acht regionale FSW - Beratungszentren „Pflege und Betreuung zu Hause“. Diesem Bereich gehören die Hauskrankenpflege und die sozialen Dienste an (vgl. FSW o.J.: 16).

Die Landschaft der Anbieterorganisationen und auch ihr Pflege- und Betreuungsangebot sind innerhalb Wiens sehr vielfältig. Der FSW im Auftrag der Stadt Wien hat Verträge mit Anbieterorganisationen von mobiler Pflege und Betreuung nach bestimmten Förderrichtlinien (vgl. FSW [Förderrichtlinien], Internet).

4.5.2 FSW-Vertragspartner

Laut Homepage des FSW gibt es derzeit 17 Vereine⁹, die Hauskrankenpflege anbieten und die Förderrichtlinien des FSW erfüllen (vgl. FSW [Anerkannte Einrichtungen des FSW], Internet).

Gemeinsam mit diesen Vertragspartnern ist die Stadt Wien somit der größte Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen. Im Jahr 2001 wurden 96% der Pflege- und Betreuungsleistungen von diesen erbracht (vgl. Ertl/Schrems [1] 2001: 31).

Daneben gibt es auch vereinzelt private Wohlfahrtsorganisationen, die im privatrechtlichen Sinne Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen (vgl. Ertl/Schrems [2] 2001: 133).

Abb. 8 zeigt die Anzahl der von den Vertragspartnern des FSW betreuten Klienten und geförderten Hauskrankenpflegestunden der Jahre 2006 und 2007 im Vergleich.

Hauskrankenpflege	2006	2007
Klienten	6.360	6.950
geförderte Stunden	867.130	1.037.850

Abb. 8: Betreute Klienten und geförderte Stunden der Hauskrankenpflege des FSW 2006 und 2007 im Vergleich (eigene Darstellung)
Quelle: Fonds Soziales Wien, o.J.: 27

Von der Hauskrankenpflege wurden im Jahr 2007 rund 1.040.000 Einheiten an Pflege erbracht (vgl. BMSK o.J.: 130). Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich die Anzahl der Klienten in der Hauskrankenpflege um rund 11%. Auch wurden 2007 um rund 6% mehr Betreuungsstunden vom FSW gefördert.

Der FSW fördert die Leistung der Hauskrankenpflege, individuell nach Einkommen und Höhe des Pflegegeldes eines Klienten. Als Voraussetzung gilt die österreichische Staatsbürgerschaft oder eine Gleichstellung mit Staatsbürgern nach dem Wiener Sozialhilfegesetz (vgl. Pfabigan 2007 [1]: 175).

⁹ Stand Juni 2009

4.6 Personal der Hauskrankenpflege

4.6.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) zählen zu den „*pflegerischen Berufen im engen Sinn*“ (Weiss-Faßbinder/Lust 2006: 27) diplomiertes Pflegepersonal und Pflegehelfer. Diesen ist aufgrund ihrer Ausbildung die qualitative Pflege kranker Menschen, die medizinische Hilfe benötigen, vorbehalten (vgl. ebd.: 27ff).

Davon abzugrenzen sind die Sozialberufe, denen die Alten-, Familien- und Behindertenhilfe und die Heimhilfe angehören. Die Heimhilfe trägt wesentlich zur Förderung des körperlichen Wohlbefindens von pflegebedürftigen Menschen bei (vgl. ebd.: 31). In ihrem Kompetenzbereich liegen sozialbetreuerische Tätigkeiten, wie bspw. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Unterstützung bei Besorgungen, wie Einkauf oder Arzt- und Behördenwege, die Förderung sozialer Kontakte u.v.m. (vgl. Magistratsabteilung 15 [Heimhilfe], Internet).

Da der Fokus dieser Arbeit auf den Pflegeberufen liegt, werden nachfolgend Beschäftigungszahlen und eine kurze Darstellung des Tätigkeitsbereiches und Arbeitsfeldes des diplomierten Pflegepersonals und der Pflegehilfe erläutert.

4.6.2 Beschäftigtenzahlen

In Österreich waren laut einer Studie des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Jahr 2002 insgesamt rund 3.400 Pflegepersonen (VZÄ)¹⁰ in der Hauskrankenpflege beschäftigt. 1.734 Personen (VZÄ) arbeiteten als DGKP und 1.665 (VZÄ) waren Pflegehelfer. Die Anzahl der Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege erhöhte sich im Vergleich zur Untersuchung Mitte der 1990er Jahre um 80%. (vgl. ÖBIG 2006:19f). Trotz dieser sehr positiven Entwicklung arbeitet im Vergleich zum stationären Sektor, nur ein sehr geringer Teil aller diplomierten Pflegepersonen und Pflegehelfer in der Hauskrankenpflege. Eine Studie vom Ludwig Boltzmann Institut führt dies auf die ungünstigeren finanziellen Bedingungen und Sozialleistungen, das schlechte Image der Hauskrankenpflege und schlechte Aus- und Weiterbildungsangebote in diesem Bereich zurück. (vgl. Ludwig Boltzmann Institut 2005: 7ff).

¹⁰ VZÄ meint Vollzeitäquivalent und bedeutet eine Beschäftigung auf Basis von 40 Wochenstunden (vgl. ÖBIG 2006: 20).

4.7 Zusammensetzung eines Pflegeteams in der Hauskrankenpflege

Es ist bekannt, dass viele Pflegepersonen im stationären Bereich (vgl. Binder-Fritz 1997: 134) Migrationshintergrund haben.

4.7.1 Problemstellung und Zielsetzung

Über die Anzahl der Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege mit Migrationshintergrund liegen keine Daten vor. Laut Auskunft des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen¹¹ gibt es kein Meldesystem über das Geburtsland der Mitarbeiter der Hauskrankenpflege¹².

Deshalb wurde eine deskriptive Untersuchung bei einem Hauskrankenpflegeanbieter in Wien durchgeführt, die das Geburtsland und die Profession von diplomierten Pflegepersonen und Pflegehelfern erhob. Durch Kenntnis des Geburtslandes ergab sich schlussfolgernd die jeweilige Muttersprache der Personen.

Im Vorfeld wurde ein Informationsblatt über Zweck und Vorgehensweise der Erhebung erarbeitet. Die Informationen über Geburtsland und Profession des Pflegeteams wurde im Rahmen von zwei Teambesprechungen, bei denen diplomiertes Pflegepersonal und Pflegehelfer gemeinsam teilnahmen, eingeholt.

4.7.2 Durchführung und Ergebnisse

Zur Zeit der Erhebung bestand das Pflegeteam des Hauskrankenpflegeanbieters aus insgesamt 64 Personen. Zwei Drittel von diesen, also 43 Personen, konnten durch die Untersuchung erfasst werden. Zwei Ergebnisse waren unleserlich und daher nicht auswertbar. Aufgrund von Schichtarbeit und der Freiwilligkeit der Teilnahme an den Teambesprechungen war es nicht möglich alle Personen durch die Untersuchung zu erheben.

Abb. 9 zeigt die Anzahl der an der Untersuchung teilgenommenen Personen nach Geburtsland und Profession.

¹¹ Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen ist ein Verein, dem verschiedene Wiener Wohlfahrtsorganisationen angehören. Die Mitglieder verfolgen das Ziel Dienstleistungsangebote abzustimmen, gemeinsam weiterzuentwickeln und an der Lösung übergreifender Probleme zu arbeiten (vgl. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen[Über uns], Internet).

¹² Information telefonisch erhalten von Frau Mag. Eva Maria Luger (Geschäftsführerin des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen) am 26.3.09.

Geburtsland	DGKS	PH	Summe Geburtsland
Österreich	6	17	23
andere	4	16	20
Summe Professionen	10	33	43

Abb. 9: Geburtsland DGKS und PH: Österreich und andere (eigene Darstellung)

Von den insgesamt 43 teilnehmenden Personen gaben 23 Personen oder 53,5% an, in Österreich geboren worden zu sein. Die restlichen 20 Personen oder 46,5%, hatten ein anderes Geburtsland.

Abb. 10 zeigt die Geburtsländer der im Ausland geborenen Pflegepersonen in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Nennung.

GEBURTSLAND	DGKS	PH	Summe Geburtsland
Polen	0	4	4
Ungarn	0	3	3
Bosnien	2	1	3
Kroatien	0	2	2
Serbien	1	1	2
Rumänien	0	1	1
Bulgarien	0	1	1
Ukraine	0	1	1
Peru	0	1	1
Tunesien	0	1	1
Deutschland	1	0	1

Abb. 10: Geburtsland - nur andere (eigene Darstellung)

Die untersuchten Pflegepersonen wurden in elf verschiedenen Ländern geboren. Der überwiegende Teil, nämlich 85% des Pflegepersonals wurde in Osteuropa geboren. Hier vor allem in Polen, Ungarn, Bosnien, Kroatien und Serbien.

Anhand der erhobenen Geburtsländer stellt Abb. 11 die Muttersprachen des Pflegeteams dar.

GEBURTSLAND	MUTTERSPRACHE	ANZAHL
Polen	Polnisch	4
Ungarn	Ungarisch	3
Bosnien	Bosnisch	3
Kroatien	Kroatisch	2
Serbien	Serbisch	2
Rumänien	Rumänisch	1
Bulgarien	Bulgarisch	1
Ukraine	Ukrainisch	1
Peru	Spanisch	1
Tunesien	Arabisch	1

Abb. 11: Muttersprachen (eigene Darstellung)

Die Pflegepersonen mit anderem Geburtsland kamen aus elf verschiedenen Ländern und hatten zehn verschiedene Muttersprachen. Eine Pflegeperson wurde in Deutschland geboren und konnte daher durch das Kriterium der Muttersprache nicht mit einbezogen werden.

Die Erhebung kam zum Ergebnis, dass das Pflegeteam in der Hauskrankenpflege multikulturell ist und eine enorme Sprachkompetenz bietet.

Die Profession der Pflegepersonen wurde in die Auswertung nicht mit einbezogen.

4.8 Tätigkeitsbereiche der Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege

4.8.1 Tätigkeitsbereiche der diplomierten Pflegepersonen

Diplomierte Pflegepersonen des FSW

In Wien, sind die sogenannten „mobilen Schwestern“ der Gemeinde für die Pflegebedarfserhebung der Klienten zuständig. Diese dient als Grundlage für die Auftragsvergabe an die FSW-geförderten Vereine (vgl. Krenn/Papouschek 2004: 27). Im Rahmen des Ersteinsatzes, wenn also neue Klienten in die Pflege und Betreuung aufgenommen werden, besuchen sie die Menschen zu Hause und informieren über

die vielfältigen Angebote an sozialen Diensten, die Kosten der Pflege- und Betreuungsleistungen und organisieren die Pflege und Pflegehilfsmittel (vgl. FSW [Leistungen des Beratungszentrums], Internet).

Die „mobilen Schwestern“ führen ausschließlich medizinische Fachpflege durch. Unter medizinischer Fachpflege wird die Pflege im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege ¹³ verstanden. Grundpflegerische Tätigkeiten, wie etwa Körperpflege oder Lagerungen, die von den Klienten bezahlt werden müssen, werden von den FSW-Vertragspartnern und hier vor allem von Pflegehelfern und Heimhilfen, weniger oft von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt (vgl. Krenn/Papouschek 2004: 27).

Diplomierte Pflegepersonen der FSW-Vertragspartner

Die diplomierte Pflegeperson übernimmt nach Auftragsvergabe der „mobilen Schwester“ des FSW den Klienten in die Betreuung. Sie verschafft sich vor Ort einen Überblick über die Bedingungen und Anforderung an die Pflege und Betreuung, indem sie eine Pflegeanamnese erstellt und im Weiteren gemeinsam mit dem Klienten eine individuelle Pflegeplanung erarbeitet. Diese wird im Laufe der Betreuung regelmäßig in Form von Pflegevisiten ¹⁴ aktualisiert und evaluiert.

Zu den Tätigkeitsbereichen einer diplomierten Pflegeperson in der Hauskrankenpflege gehören außerdem Pflegeleistungen, Administration und Fachaufsicht. Die diplomierte Pflegeperson ist je nach Bedarf sowohl für die Grund-, als auch für die medizinische Fachpflege zuständig. Als Fachaufsicht hat sie die Aufgabe der Aufsicht und Anleitung von Pflegehelfern und Heimhilfen. Zu ihren administrativen Tätigkeiten zählen das Führen einer Pflegedokumentation, die Organisation von Pflegehilfsmitteln und die Vernetzungsarbeit mit Krankenhäusern, Ärzten, Krankenkassen, Sachwaltern und anderen an der Betreuung beteiligten Diensten (vgl. ebd.: 28f). Die Organisation und Abstimmung mit verschiedenen Diensten und Personen wird in der Hauskrankenpflege auch als Case Management bezeichnet. Case Management beginnt bereits bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Durch eine lückenlose Versorgung bereits an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und zu Hause und in weiterer Folge auch während der

¹³ Unter medizinischer Hauskrankenpflege sind krankenhausersetzende Maßnahmen wie bspw. die Versorgung von Wunden oder künstlichen Darmausgängen zu verstehen, die auf ärztlicher Anordnung durch diplomiertes Pflegepersonal durchgeführt und für längstens 4 Wochen vom jeweiligen Sozialversicherungsträger bezahlt werden (vgl. Ertl/Kratzer 2007: 14).

¹⁴ Pflegevisiten sind Besuche der diplomierten Pflegeperson beim Klienten, um die Pflegequalität zu kontrollieren, ob bspw. der Pflegeprozess richtig umgesetzt wurde (vgl. Engel 2008: 35).

Betreuung zu Hause können unnötige Spitalsaufnahmen vermieden werden. Case Management zielt also darauf ab, den Klienten seine gewohnte Lebensweise und Tagesstruktur sicherzustellen und möchte ihn in seine Selbständigkeit zurückführen (vgl. Ertl/Kratzer 2007: 76f).

4.8.2 Tätigkeitsbereiche der Pflegehelfer

Den Schwerpunkt der Tätigkeitsbereiche des Pflegehelfers bilden die pflegerischen Maßnahmen, wie Körperpflege, Prophylaxen, Mobilisation, Bandagierungen, Unterstützung bei der Nahrungseinnahme, Verabreichung von Medikamenten oder das Auftragen von medizinischen Salben. Zu ihren administrativen Aufgaben zählen bspw. das Führen von Tagesberichten oder Leistungserfassungsblättern. Sie sind auch für die Abstimmung mit Angehörigen und anderen Institutionen zuständig (vgl. Krenn/Papouschek 2003: 29f).

Die Hauskrankenpflege weist Charakteristika auf, die sich wesentlich vom Krankenhaus unterscheiden. Das folgende Kap. wird durch das Konzept der interaktiven Arbeit in der Pflegearbeit kultursensible Dimensionen im Setting der Hauskrankenpflege erkennen und herausarbeiten.

4.9 Wesentliche Spezifika der Hauskrankenpflege

Die Hauskrankenpflege zeichnet sich dadurch aus, dass sie im natürlichen Umfeld einer Person, in seinem zu Hause, stattfindet. Dadurch ergeben sich Besonderheiten für die Pflegearbeit in diesem Feld. Hier sollen nur diejenigen dargestellt werden, die die Kultursensibilität fördern können.

4.9.1 Natürliche Umgebung

Eine amerikanische **Studie von Pacquiao, Archeval und Shelley** befragte Klienten, die zu Hause von Pflegediensten betreut wurden, über deren Zufriedenheit mit der Hauskrankenpflege und fand dabei heraus, dass die Kultur einen wesentlichen Faktor darstellt, wenn es um die Zufriedenheit mit der Pflege geht. Hauskrankenpflege fördert den Verbleib im gewohnten Umfeld und unterstützt die Aufrechterhaltung der Gesundheit. Die gewohnte Umgebung erlaubt die Weiterführung des eigenen Lebensstils, die Pflege familiärer Beziehungen und kultureller Werte. Beispielsweise können persönliche Bedürfnisse, wie etwa beten, wenn man krank ist oder die Familie jederzeit um sich zu haben, wenn man sie braucht, im gewohnten Umfeld besser ermöglicht werden. Pflege wird dann als

kulturell kongruent und fördernd erlebt, wenn die Pflegeperson die individuellen Bedürfnisse, den Glauben und die Praktiken des Klienten erkennt und in angemessener Weise in ihren Pflegealltag integrieren kann. Gemeinsamkeiten von Erwartungen und Perspektiven zwischen Klienten und Pflegenden sind entscheidend für die Planung qualitativer Pflege. So kann ein Klima des Vertrauens und der Akzeptanz zwischen dem Klienten und der Pflegeperson entstehen (vgl. Pacquiao/Archeval/Shelley 1999: 112ff).

4.9.2 Interaktive Arbeit

Interaktion wird als *„wechselseitig aneinander orientiertes und aufeinander bezogenes (Arbeits-) Handeln“* (Krenn/Papouschek 2003: 5) definiert. Interaktive Arbeit stellt somit *„subjektivierendes, erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln, emotionale Arbeit und situatives Handeln“* (ebd.: 5) ins Zentrum (vgl. ebd.:5).

In der mobilen Pflege und Betreuung kommt der Interaktion eine besondere Bedeutung zu, da der Klient eine Doppelfunktion als Konsument und Mitproduzent der Dienstleistung Pflege einnimmt, für die er bezahlt und sich folglich eine Gegenleistung erwartet. Die Pflegeperson ist Gast beim Klienten. Der Klient agiert dadurch oft selbstbewusster und gleichberechtigter als im Krankenhaus, wodurch auch das Pflegeverständnis klientenorientierter und ganzheitlicher ausgerichtet ist. Bedürfnisse können besser beachtet werden. Klienten werden oft jahrelang durch professionelle Pflegedienste zu Hause betreut. Dadurch ist es möglich die Lebensgeschichte und den familiären Hintergrund einer Person besser kennenzulernen. Dies fördert den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und das Erkennen von Ressourcen und Bedürfnissen in der Pflegearbeit. Die Pflegeperson ist oft die zentrale Ansprechperson für den Klienten (vgl. ebd.: 6ff).

Man kann also sagen, dass das Setting der Hauskrankenpflege die Lebenswirklichkeit von Migranten, also ihre biographischen Erfahrungen, äußeren Lebensumstände und soziokulturellen Hintergründe (vgl. Pfabigan [2] 2007, S. 14) durch interaktive Pflegearbeit, im Sinne eines Erwerbs von transkultureller Kompetenz fördern kann.

4.10 Steigende Zahl an Migranten in der Hauskrankenpflege

Die meisten Migranten möchten im Falle von Pflegebedürftigkeit zu Hause gepflegt werden (vgl. Reinprecht 2006: 192f).

Der Bedarf an Hauskrankenpflege ist aufgrund des Anstiegs der Hochaltrigkeit, Singularisierungstendenzen, der Abnahme der Unterstützungsleistung des familiären Netzwerks und der Zunahme der Berufstätigkeit der Frauen auch bei den Migranten im Steigen begriffen (vgl. Ludwig Boltzmann Institut 2005: 34).

Kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen aller Altersgruppen sind die Zielgruppe der Hauskrankenpflege. Die größte Gruppe der Leistungsempfänger stellen ältere Menschen dar. So sind 85% der betreuten Personen 65 Jahre und älter (vgl. Rottenhofer/Wild 2004: 96).

4.10.1 Steigende Zahl älterer, pflegebedürftiger Migranten

Pflegebedürftigkeit ist zwar nicht an ein bestimmtes Alter gebunden. Dennoch kann man sagen, dass das Risiko pflegebedürftig zu werden, mit zunehmendem Alter ansteigt. Bei Menschen über 75 Jahren ist vor allem die Wahrscheinlichkeit an chronischen Erkrankungen und/oder Multimorbidität zu erkranken, deutlich höher (vgl. Stricker 1992, S. 1ff).

Laut Statistik Austria sind aktuell 22% der österreichischen Gesamtbevölkerung 65 Jahre und älter¹⁵. 3,3% (47.765) dieser Menschen sind ausländische Staatsbürger. Von diesen kommt der überwiegende Teil, nämlich 32% (15.446), aus dem ehemaligen Jugoslawien, gefolgt von Deutschland mit 30% (14.485). Aus der Türkei kommen 9,6% (4.567) der Personen (vgl. Statistik Austria [Bevölkerung nach Alter], Internet).

¹⁵ Stand 2009

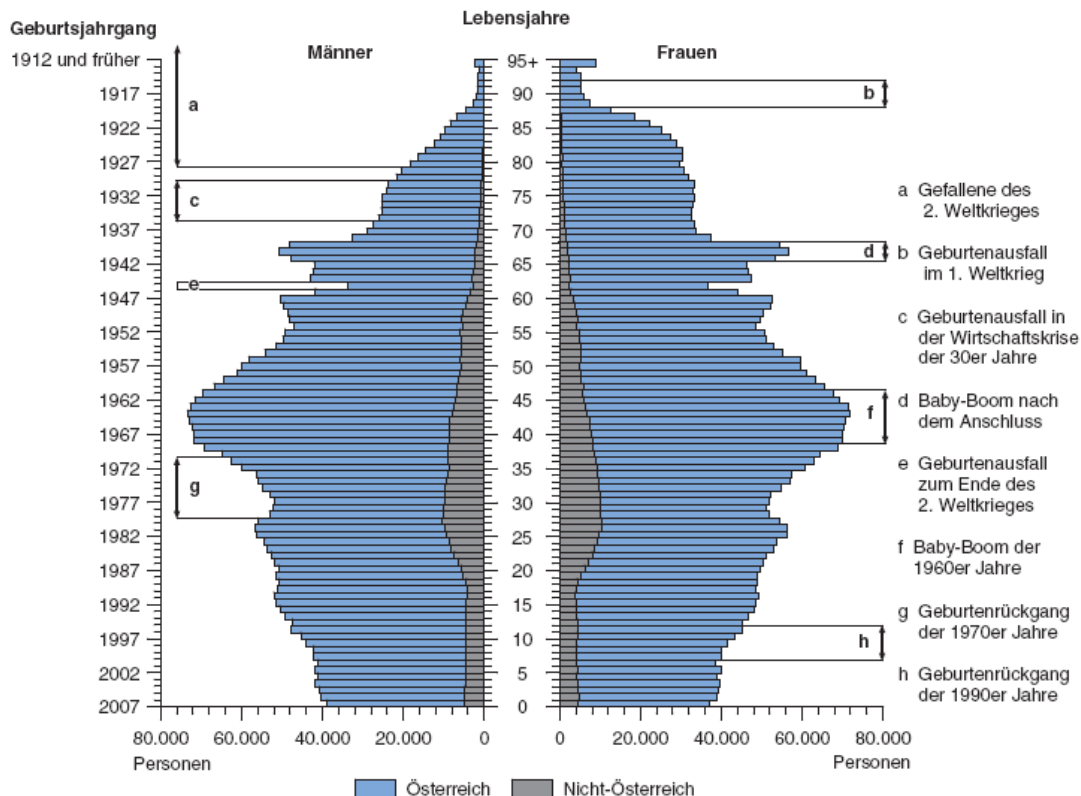


Abb. 12: Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung 2008: Österreicher - Ausländer
Quelle.: Statistik Austria [1] 2008: 23

Wie aus Abb. 12 ersichtlich, waren im Jahr 2008 die älteren Altersgruppen der ausländischen Bevölkerung (60+) noch kaum vertreten. Auffällig ist, dass sich die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung aus vielen jungen und wenigen alten und sehr alten Menschen zusammensetzt (vgl. Reinprecht 2006, S. 12).¹⁶

Eine Erhebung von ex-jugoslawischen und türkischen Staatsbürgern ergab, dass sich der Anteil der über 50-jährigen zwischen 1981 und 2001 bei ersteren verfünffacht bei den anderen versechsfacht hat. Bei den über 60-jährigen hat sich dieser Anteil verzweifelt bzw. bei letzteren verdreizehnfacht. Dieses Ergebnis zeigt, den zunehmenden Alterungsprozess der traditionellen Herkunftsländer der Arbeitsmigration (vgl. ebd.: 13).

Da nun auch das Geburtsland einer Person von der Statistik berücksichtigt werden kann, wird dadurch „eine systematische Unterschätzung der Population“ (Reinprecht 2006: 13) vermieden. So hatten nach Berechnungen der Statistik Austria im Jahre 2008 11,3% der über 60 Jährigen Migrationshintergrund. 87,3% waren Migranten der

¹⁶ Auf die Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung kann hier nicht eingegangen werden.

1. Generation und 12,7% solche, die der 2. Generation angehörten (vgl. Statistik Austria [Migrationshintergrund im Überblick], Internet).

Laut demographischen Prognosen wird in Zukunft die Zahl der älteren und alten Migranten weiter stark zunehmen (vgl. Reinprecht 2006: 12f). Bis ins Jahr 2021 wird es Schätzungen zufolge zu einer Angleichung der ausländischen an die österreichische Bevölkerung kommen. Zu diesem Zeitpunkt wird der geschätzte Anteil der über 60-jährigen bei 23% liegen (vgl. ebd: 13).

Ältere Migranten sind durch verschiedenste Benachteiligungen, die bereits aus den mittleren Lebensjahren resultieren, gesundheitlich schlechter gestellt, als einheimische Ältere. Denn das Risiko zu erkranken und pflegebedürftig zu werden, ist neben dem Alterungsprozess auch stark schicht- und beschäftigungsabhängig determiniert (vgl. Pfabigan [1] 2007: 157ff).

4.10.2 Erhöhtes Gesundheitsrisiko durch Migration

Die ethnische Zugehörigkeit, der Prozess der Migration und die soziale Lage der Migranten können einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben (vgl. Faltermaier 2005: 97f).

Die soziale Lage der älteren Migranten ist geprägt durch eine schlechtere Verfügbarkeit von essentiellen Ressourcen (vgl. Pfabigan [1] 2007: 161). So sind sie oft durch ein geringes Einkommen, kleine Wohnungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen und ein geringes Bildungskapital benachteiligt (vgl. Reinprecht 2006: 20). Sozioökonomische Benachteiligungen haben eine negative Auswirkung auf das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko und Senken das allgemeine Wohlbefinden (vgl. ebd.: 174).

Es konnte festgestellt werden, dass sich altersbezogene Gesundheitsrisiken bei Arbeitsmigranten aufgrund ihrer dauerhaften Unsicherheitslage, ökonomischer Benachteiligungen und Abnutzungerscheinungen aufgrund harter körperlicher Arbeit früher als bei Österreichern zeigen und diese Gruppe im Alter auch stärker mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit konfrontiert ist, als die einheimische Bevölkerung (vgl. Reinprecht 2006: 174).

Die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ hat den Gesundheitszustand und das –verhalten der beiden traditionellen Gastarbeiterländer Türkei und Ex-Jugoslawien im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund untersucht. Bei der Erhebung des subjektiven Gesundheitszustands, gaben die beiden Gruppen mit Migrationshintergrund viel seltener an, sich gut oder sehr gut zu fühlen. Sie leiden öfter an chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck und am häufigeren Auftreten von Schmerzen, als die Vergleichsgruppe. Sie haben ein höheres Risiko an Fettsucht zu erkranken, rauchen öfter und sind sportlich seltener aktiv. Sie verfügen seltener über einen aufrechten Impfschutz und nutzen kostenlose Gesundenuntersuchungen in geringerem Ausmaß als Österreicher (vgl. BMGFJ 2008: 10).

4.10.3 Abnahme der Pflegeleistung durch die Familie

In Österreich gibt es laut des Geschäftsberichts des Bundessozialamts aktuell mehr als 400.000 pflegebedürftige Menschen. Die große Mehrheit, nämlich rund 80%, werden von ihren Angehörigen gepflegt (vgl. Bundessozialamt 2008: 20f).

4.10.3.1 Wunsch nach Pflege zu Hause durch die Familie

Im Falle von Pflegebedürftigkeit wünscht sich der Großteil der Migranten, dass die Pflege zu Hause von der Familie übernommen wird (vgl. Iljić/Kavazović/Schornböck 2007: 40f). Nach **Reinprecht** stellt für 65% der Befragten im Falle von Pflegebedürftigkeit das zu Hause und die Pflege durch den Ehepartner die ideale Pflegesituation dar. Außerdem kam die Untersuchung zu dem Ergebnis, dass ambulante Einrichtungen deutlich öfter als Alternativen zur Familienpflege gesehen werden, als stationäre. Die Akzeptanz von ambulanten bzw. stationären Einrichtungen ist bei eingebürgerten Menschen höher. Mit zunehmendem Alter steigt die Bereitschaft stationäre Einrichtungen zu befürworten (vgl. Reinprecht 2006: 192f).

4.10.3.2 Fragiler werdende Netzwerke vor allem bei alten Menschen

Laut der Senior Plus Studie haben ältere Migranten generell ein größeres soziales Unterstützungsnetzwerk als österreichische Senioren. Soziale Kontakte, hier vor allem zur Familie und zu ethnisch homogenen Gruppen, werden zeitlebens gepflegt. So wird der Zusammenhalt in Notsituationen, wie etwa bei Krankheit, als etwas viel selbstverständlicheres gesehen, als in unserer Gesellschaft. Es fiel auf, dass vor allem bei Migranten aus der Türkei das soziale Netzwerk sehr dicht und von großer emotionaler Nähe geprägt ist (vgl. Reinprecht o.J.: 130). Studien orteten zunehmend

fragiler werdende familiäre Netzwerke bei den Migranten. Gemeinsame Traditionen, Werte und Selbstverständlichkeiten nehmen ab. Vor allem mit zunehmendem Alter können aufgrund von Krankheit und Immobilität soziale Netzwerke nicht mehr ausreichend gepflegt werden (vgl. Iljić/Kavazović/Schornböck 2007: 39).

Pflegende Angehörige sind zu einem großen Teil weiblich. Primär sind es Ehepartnerinnen, aber auch Töchter oder Schwiegertöchter, die neben ihrer Berufstätigkeit und der Verantwortung für ihre eigene Familie, die Pflege von kranken Familienangehörigen übernehmen. Auch bei Migranten sind immer mehr Frauen berufstätig. Diese Mehrfachbelastung kann zu Problemen innerhalb der Familie führen (vgl. ebd.: 42).

Nach **Höpflinger** wird zukünftig die Pflege eines Menschen durch die Familie nur mit Unterstützung einer guten, professionellen Beratung und Betreuung gelingen. Dies gilt im Besonderen für die Pflege hochaltriger, multimorbider Menschen (vgl. Höpflinger 2005: 163f).

4.11 Zugangsbarrieren zu „Sozialen Diensten“ für Migranten

4.11.1 Fehlende kultursensible Leistungsangebote

Hilfs- und pflegebedürftige Menschen benötigen für die Bewältigung ihres Alltags Hilfestellung in sehr unterschiedlichen Bereichen. Nach dem Prinzip *„Alles aus einer Hand“* (Ertl/Kratzer 2007: 66) bieten viele Hauskrankenpfleganbieter verschiedenste Dienstleistungen nebeneinander an. Dadurch ist es für den Klienten möglich mehrere Dienstleistungen von einem einzigen Anbieter in Anspruch zu nehmen. (vgl. ebd.: 67). Im Verlauf einer Erkrankung bedarf es auch Versorgungsstrukturen außerhalb der Anbieterorganisation, wie etwa Ärzte, Beratungsstellen, Therapeuten, Hospize u.v.m., um die Pflege und Betreuung zu Hause optimal gewährleisten zu können und einen möglichst langen Verbleib zu Hause zu gewährleisten (vgl. ebd.: 29f).

Für alte und/oder kranke Menschen ist es schwierig, sich im Dschungel von Anbietern und Dienstleistungen zurechtzufinden (vgl. ebd.: 67). Bei Migranten kommt noch hinzu, dass ihnen mobile Pflege- und Betreuungsdienste oft fremd sind und die Angebote auf die Bedürfnisse der einheimischen Bevölkerung abgestimmt sind. Verständigungsprobleme, kulturelle Bedürfnisse, wie andere Ess- und Lebensgewohnheiten oder religiöse Bräuche werden kaum beachtet (vgl. Iljić/Kavazović/Schornböck 2007: 6). Beispielweise gibt es bei den

Anbieterorganisationen kaum muttersprachliches Informationsmaterial, muttersprachliche Mitarbeiter oder zielgruppenspezifische Schulungen für Mitarbeiter (vgl. Reinprecht o.J.: 137). Migranten fehlen Informationen über die Dienste, ihnen sind die Bedeutung und ihre Angebote oft nicht bekannt (vgl. Iljić/Kavazović/Schornböck 2007: 6).

Aus diesen Gründen werden „Soziale Dienste“ bis dato von Migranten noch sehr selten in Anspruch genommen (vgl. Reinprecht 2006: 207).

4.11.2 Rechtliche und sozioökonomische Barrieren

Der Zugang zu „Sozialen Diensten“ ist für Migranten auch mit sozialrechtlichen Barrieren verbunden. Menschen, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, haben keinen Rechtsanspruch auf Leistungen der Sozialhilfe und somit auch nicht auf „Soziale Dienste“ und Pflegeleistungen (vgl. Reinprecht 2005: 53). In Wien haben Personen, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen und auch nicht EWR-Bürger¹⁷ oder Asylberechtigte sind, keinen Rechtsanspruch auf Pflegegeld, egal wie lange sie sich schon in Österreich befinden. (vgl. Kienzl-Plochberger [2] 2005: 48f).

An die eben genannten sozialrechtlichen Erschwernisse reihen sich sozioökonomische Benachteiligungen, kulturelle Unterschiede, Sprach- und Informationsdefizite und schlechte Erfahrungen mit den Behörden (vgl. Reinprecht o.J.: 125ff). Letzteres kann dazu führen, dass sie Angst entwickeln und Behördenwege, wie beispielsweise Antragstellungen, meiden (vgl. FH-Studiengang 2005: 19).

Diese schlechte Ausgangslage erschwert einen gleichwertigen Zugang zu Gesundheitsleistungen und hat auch einen Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsversorgung der Menschen (vgl. Karl-Trummer/Novak-Zezula 2009: 367).

5 METHODOLOGIE

In diesem Kapitel wird nun die Untersuchung der Arbeit vorgestellt. Über transkulturelle Erfahrungen der Pflegepersonen in der mobilen Pflege und Betreuung

¹⁷ Zu den EWR-Staaten (Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums) gehören Island, Liechtenstein und Norwegen (vgl. Österreichischer Integrationsfonds: 97).

liegen derzeit in Österreich noch keine Untersuchungen vor. Daher ist es Ziel dieser Erhebung, den Status Quo der transkulturellen Erfahrungen von Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege zu erheben. Zu diesem Zweck wurde ein Focus-Group Interview mit Pflegepersonen (diplomiertes Pflegepersonal und Pflegehelfer) der Hauskrankenpflege und ein Experteninterview mit dem Leiter eines mobilen Palliativteams durchgeführt. Durch die Untersuchung werden auch Spezifika dieser beiden sehr unterschiedlichen Arbeitsfelder aufgezeigt werden.

Im Vorfeld der Erhebung wurde nach Literatur zu diesem Thema gesucht, um die Erfahrungen der Pflegepersonen mit Beiträgen aus der Literatur zu ergänzen. Dabei stellte sich heraus, dass Forschungen zur transkulturellen Pflege in Österreich noch kaum vorhanden sind. Die verwendete Literatur stammt überwiegend aus der Schweiz und aus Deutschland.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird schrittweise das methodologische Vorgehen der Untersuchung beschrieben. Als erstes werden die Forschungsfragen genannt. Danach wird der ausgewählte Hauskrankenpflegeanbieter vorgestellt, die Gründe für dessen Auswahl benannt und der Zugang zu den Interviewpartnern erläutert. Anschließend wird das Vorgehen bei der Datenerhebung und zum Schluss die Methode der Auswertung des gewonnenen Datenmaterials beschrieben.

5.1 Forschungsfragen

Die leitende Hauptforschungsfrage dieser Untersuchung lautet:

„Welche transkulturellen Erfahrungen haben Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege gemacht?“

Diese allgemeine, offene Forschungsfrage wurde gewählt, um den Pflegepersonen die Möglichkeit zu geben, frei erzählen zu können. Zu diesem Zweck wurden keine Unterfragen formuliert.

Bei der Focus-Group sollten damit alle Erfahrungsbereiche des breiten Arbeitsfeldes erreicht werden können.

Da die Palliativpflege einen speziellen Bereich darstellt und sich stark von der Hauskrankenpflege unterscheidet, wurde der Experte einleitend im Interview gebeten,

sein Arbeitsfeld und den speziellen Aufgabenbereich des Palliativteams vorzustellen: *„Was ist ein mobiles Palliativteam und welche Aufgabenbereiche hat es?“*

Ausgehend von der gerade genannten Hauptforschungsfrage, sollte das Experteninterview besonders diese typischen Aufgabenbereiche erheben können und dabei ihren offenen Charakter nicht verlieren.

Aus diesem Grund wurde die Hauptforschungsfrage um die Spezifität des Arbeitsfeldes ergänzt und lautete *„Welche transkulturellen Erfahrungen ergeben sich speziell bei der Pflege und Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen?“* Mit derselben Intention wie bei der Focus-Group wurden auch hier keine Unterfragen gebildet.

5.2 Zugang zum Forschungsfeld

5.2.1 Auswahl des Hauskrankenpflegeanbieters

Beide Interviews wurden bei einem einzigen Wiener Hauskrankenpflegeanbieter durchgeführt. Ich wählte diese Organisation, da ich selbst dort arbeite und mir dadurch ein guter Zugang zum Forschungsfeld offen stand. Ein weiteres wichtiges Kriterium war die Größe der Organisation in Bezug auf aktuell betreute Klienten. Ich ging nämlich von der Hypothese aus, dass das Pflegepersonal von großen Anbietern mehr Erfahrung mit der transkulturellen Pflege haben muss, als das Pflegepersonal kleiner Organisationen. Diese Annahme konnte jedoch aufgrund fehlender vergleichbarer Daten nicht genauer analysiert werden. Der untersuchte Hauskrankenpflegeanbieter hat in der Untersuchung „diversity@care – MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung“ erhoben, dass von diesem im Jahr 2006 im Bereich „Hilfe und Pflege zu Hause“ 2,2% der betreuten Menschen Migrationshintergrund hatten (vgl. Ilić/Kavazović/Schornböck 2007: 21).

Das Vorhandensein eines mobilen Palliativteams bot mir die Möglichkeit einen Bereich der Pflege darzustellen, der noch weitgehend unerforscht ist und der in Bezug auf die transkulturelle Pflege größte Wichtigkeit hat.

5.2.2 Auswahl der Interviewpartner

Zur Teilnahme an der Focus-Group wurden diplomiertes Pflegepersonal und Pflegehelfer im Rahmen einer Teambesprechung eingeladen. Die endgültige Auswahl der Teilnehmer wurde vom Hauskrankenpflegeanbieter getroffen. Die Zusammensetzung der Teilnehmer der Untersuchung stellt Kap. 5.4.1.2 vor.

Der Experte des mobilen Palliativteams wurde in einem persönlichen Gespräch gebeten, an der Untersuchung teilzunehmen.

5.2.3 Kurze Vorstellung des Hauskrankenpflegeanbieters

Der untersuchte Hauskrankenpflegeanbieter wird vom Fonds Soziales Wien gefördert und ist einer der größten Anbieter Wiens. Im Bereich „Pflege und Betreuung zu Hause“ können neben Dienstleistungen wie etwa Heimhilfe, Hauskrankenpflege u.v.m. auch schwer kranke und sterbende Menschen durch ein mobiles Palliativteam betreut werden.

Vorstellung des untersuchten mobilen Palliativteams des Hauskrankenpflegeanbieters

Das mobile Palliativteam ist als eigenständiger Bereich der Abteilung „Pflege und Betreuung zu Hause“ in diese Organisation integriert. Der interviewte Experte, ein Krankenpfleger, ist hier in der Funktion des Leiters und Koordinators. Es besteht aktuell aus zwei Pflegepersonen und drei Ärzten, die in ganz Wien tätig sind. Laut Auskunft des Experten gehören zu den Leistungen dieses mobilen Palliativteams die palliativmedizinische und –pflegerische Begleitung des Klienten, die Übernahme von medizinischer Hauskrankenpflege nach ärztlicher Anordnung, Wundversorgung, die Unterstützung von Klienten mit einer Schmerzpumpe, die Übernahme von Pflege und Betreuung in Kooperation mit dem Fonds Soziales Wien, die Betreuung in der Terminalphase und die Entlastung der Angehörigen. Im Jahr 2008 betreute das Team 170 Klienten¹⁸. Im Folgenden wird der Bereich der Palliative Care kurz dargestellt.

5.3 Exkurs: Palliative Care zu Hause

WHO Definition von „Palliative Care“

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, die untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher,

¹⁸ Information aus dem Experteninterview erhalten

psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002 zit. nach Bundespressedienst 2008: 9).

Die Unterstützung und Begleitung durch ein mobiles Palliativteam ermöglicht es schwer kranken und sterbenden Menschen bis zu ihrem Tod in ihrem gewohnten Umfeld bleiben zu können. Laut der Datenbank des Dachverbandes Hospiz Österreich gibt es insgesamt 31 mobile Palliativteams, von denen sich drei in Wien befinden (vgl. ebd.: 7ff).

80% der Menschen in Österreich wünschen sich bis zu ihrem Tod zu Hause gepflegt und betreut werden zu können (vgl. Heimerl/Heller/Pleschberger 2007: 51). Gestorben wird jedoch sehr oft in Institutionen. Im Jahr 2001 starben bspw. in Wien 70,5% im Krankenhaus und nur 14,9% zu Hause (vgl. Körtner [Sterben], Internet). Die moderne Hospizbewegung hat hier einiges unternommen, um ein würdiges und selbst bestimmtes Leben bis zum Schluss auch zu Hause möglich zu machen. Denn ein würdevolles Sterben ist ein Grundrecht jedes Menschen (vgl. Bundespressedienst 2008: 7ff).

Cicely Saunders,¹⁹ ist die Begründerin der modernen Hospizbewegung und ihre Philosophie „*low tech and high touch*“²⁰, hat bis heute an Gültigkeit nicht verloren. In Österreich begann sich die Hospizbewegung Ende der 1970 Jahre zu entwickeln (vgl. ebd.: 7ff).

Um einem Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, bedarf es multiprofessioneller und sektorenübergreifender Teamstrukturen. Ziel ist es, eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur zu schaffen und somit oft unabwendbare Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (vgl. Schindler 2007: 58f).

Als so genannte „*abgestufte Versorgung*“ (Bundespressedienst 2008: 23) unterscheidet man verschiedene palliative Betreuungsformen je nach Setting, indem sie stattfinden, der Zusammensetzung des Teams und deren Aufgabenbereichen. Durch die verschiedenen Versorgungsformen wird ein individuelles Sterben möglich. Außerdem wird es bereits an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und zu Hause tätig (vgl. Bundespressedienst 2008: 23ff).

¹⁹ Cicely Saunders, eine englische Krankenschwester und Ärztin, erkannte als erste den unbedingten Wunsch von schwer kranken Menschen nach Schmerzfreiheit. Im Jahre 1967 wurde das weltweit erste Hospiz, das St. Christopher's Hospice, in London eröffnet.

²⁰ Wenig Technik und viel Zuwendung (freie Übersetzung der Autorin)

Zu den Hauptaufgabenbereichen von mobilen Palliativteams gehören:

- die Begleitung und Betreuung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen und deren Angehörigen zu Hause
- die Beratung im ambulanten Bereich bspw. von Hausärzten oder Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege.
- Wichtige Aufgabengebiete sind vor allem Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosoziale Begleitung (vgl. ebd.: 30).

5.4 Methoden der Datenerhebung

Die Focus-Group und das Experteninterview sind offene, qualitative Erhebungsmethoden, die den Interviewten die Möglichkeit geben, zu Wort zu kommen (vgl. Mayring 2007: 9).

5.4.1 Focus Group

Alle Pflegepersonen der Hauskrankenpflege wurden im Rahmen einer Teambesprechung eingeladen, an der Focus-Group teilzunehmen. Das Interview wurde beim Hauskrankenpflegeanbieter durchgeführt.

5.4.1.1 Definition von Focus-Groups

Focus-Groups, im deutschsprachigen Raum auch unter dem Begriff der „Gruppendiskussionen“ bekannt, werden als eine Methode zur Datenerfassung in Kleingruppen definiert. Sie sind gekennzeichnet:

- durch eine Interaktion innerhalb der Gruppe,
- zu einem speziellen Thema,
- unter Anwesenheit eines Forschers, der das Thema einbringt,
- und der typischerweise auch die Funktion eines Moderators einnimmt (vgl. Ewers 2002: 331).

Die Aufgabe des Moderators ist es, die Gruppe so wenig wie möglich zu beeinflussen. Nicht das Stellen von Fragen steht im Mittelpunkt der Datengewinnung, sondern die möglichst eigenständige Interaktion der Gruppenmitglieder (vgl. ebd.: 327). Es gab daher keinen Interviewleitfaden.

Die Methode der Focus-Group eignete sich für die Untersuchung besonders, weil sie:

- ein kultursensitives Erhebungsinstrument darstellt, das ethisch sensible Fragestellungen in einem geschützten Raum zulässt;

Die Interviewten gaben nach dem Interview an, die Möglichkeit des „frei von der Seele Redens“ als sehr positiv erlebt zu haben.

- sich besonders für Gruppen von Befragten eignet, deren sozialer oder kultureller Hintergrund vergleichbar ist;

Die Gruppe der Pflegepersonen der Untersuchung war homogen in Bezug auf ihr Arbeitsfeld. Sie unterschieden sich stark in ihrem kulturellen Hintergrund. Die teilnehmenden Pflegepersonen kamen aus vier verschiedenen Ländern.

- eine sehr flexible Methode darstellt, die den gleichberechtigten Einsatz von unterschiedlichen qualitativen Methoden ermöglicht (vgl. ebd.: 332).

Für diese Untersuchung wurden die Focus-Group und das Experteninterview in gleicher Weise eingesetzt.

5.4.1.2 Zusammensetzung der Focus-Group in der Untersuchung

Die Focus-Group bestand aus diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP) und Pflegehelfern (PH). Die Zusammensetzung der Teilnehmer hinsichtlich Geschlecht und Migrationshintergrund der Personen wurde vom Hauskrankenpflegeanbieter ausgewählt und soll in der nachfolgenden Abb. dargestellt werden.

Focus-Group	Geschlecht (w/m)	Profession (DGKP/PH)	Geburtsland
Teilnehmer 1 (T1)	w	PH	Polen
Teilnehmer 2 (T2)	w	PH	Serbien
Teilnehmer3 (T3)	w	PH	Bulgarien
Teilnehmer 4 (T4)	m	PH	Österreich
Teilnehmer 5 (T5)	w	DGKP	Österreich

Abb. 13: Zusammensetzung der untersuchten Focus-Group (eigene Darstellung)

Wie Abb. 13 zeigt, bestand die Gruppe aus fünf Teilnehmern, wovon vier Personen weiblich (w) und eine männlich (m) war. Drei Pflegepersonen hatten Migrationshintergrund. Sie kamen aus Polen, Serbien und Bulgarien. Eine Person war diplomierte Pflegeperson, die anderen vier waren Pflegehelfer.

Nach der Zusammensetzung der untersuchten Focus-Group kann hier von einer „natürlichen“ Gruppe gesprochen werden. Unter diesem Begriff sind Gruppen zu verstehen, die auch im Alltag bestehen (vgl. Ewers 2002: 337), wie bspw. das Pflegeteam in der Hauskrankenpflege, das im Pflegealltag eng miteinander zusammenarbeitet.

5.4.2 Das Experteninterview

Das Experteninterview ist keine spezielle Methode. Man spricht immer dann von einem Experteninterview, wenn es um die Befragung eines Experten geht (vgl. Pfadenhauer 2002: 113).

Durch ein Experteninterview wird der Zweck verfolgt, ein besonderes Wissen, sozusagen Sonderwissen, über ein Thema zu erhalten. Ein Experte zeichnet sich dadurch aus, dass er ein spezielles Wissen also „*exklusive Wissensbestände*“ (ebd.: 115) besitzt und die Möglichkeit hat, sich diese Informationen zu beschaffen, oder wie **Meuser und Nagel** es ausdrücken, über „*einen privilegierten Zugang zu Informationen*“ (Meuser/Nagel 2002: 73) verfügt. Ihn unterscheidet vom Nicht-Experten, dass ihm in seinem Bereich Expertenkompetenz zugesprochen wird, da er hier für „*die Entwicklung, die Implementierung und/oder die Kontrolle von Problemlösungen*“ (Pfadenhauer 2002: 117) die Verantwortung trägt (vgl. ebd.: 113ff). Expertentum muss also immer in Beziehung zum Forschungsinteresse gesehen werden (vgl. Meuser/Nagel 2002: 73).

Aus inszenierungstheoretischer Perspektive ist ein Experte, „*wer glaubhaft machen kann, über relativ exklusive Wissensbestände zu verfügen und für sozial relevante Problemlösungen verantwortlich zu sein, auf die sich Nicht-Experten im Hinblick auf bestimmte, lebenspraktisch relevante Fragen angewiesen sehen*“ (Pfadenhauer 2002: 124).

Expertenwissen misst sich nicht zwangsläufig an schulischer und beruflicher Ausbildung (vgl. Pfadenhauer 2002: 123f).

Im Vergleich zu anderen Interviewarten, bei denen ausschließlich das Individuum im Mittelpunkt der Analyse steht, interessiert hier nicht nur die Person, sondern auch ihr institutioneller Hintergrund (vgl. Meuser/Nagel 2002: 72f).

Für den Interviewer ist es wichtig, eine lockere Kommunikationssituation zu schaffen. Um einen höheren Informationsgehalt und damit ein besseres Erkenntnisinteresse des Interviews zu erzielen, muss sich der Interviewer im Vorfeld Wissen über das Forschungsfeld und damit eine Argumentationsfähigkeit zum Thema verschaffen, um als „Quasi-Experte“, Zusatzinformationen zu erhalten. Während des ganzen Gespräches muss er sich, losgelöst von seiner eigenen Person, in die Welt des Experten hineinversetzen können (vgl. Pfadenhauer 2002: 118ff).

Die Focus-Group und das Experteninterview wurden nach Zustimmung der Teilnehmer mit einem Tonband, das als Grundlage für die nachfolgende Transkription diente, aufgezeichnet.

Das Focus-Group Interview dauerte 90 Minuten, das Einzelinterview mit dem Experten des Palliativteams 60 Minuten.

5.5 Methode der Datenauswertung

Die aus den beiden Interviews gewonnenen Daten wurden wortgetreu transkribiert. Im Anschluss fand eine Auswertung des Datenmaterials in Anlehnung an die Methode der „zusammenfassenden Inhaltsanalyse“ nach Mayring statt.

5.5.1 Definition Inhaltsanalyse

Eine Inhaltsanalyse ist eine wissenschaftliche Auswertung von Kommunikationsinhalten, die in Form von Texten aufbereitet sind. In neuerer Zeit wird sie auch sehr gerne zur wissenschaftlichen Analyse von Interviews verwendet (vgl. Knapp 2005: 20).

Da ein Interview das Ziel verfolgt, zu einem bestimmten Thema Einstellungen und Meinungen von Befragten zu erfahren, fließt auch die soziale Wirklichkeit der Probanden in die Interviews ein (vgl. Knapp 2005: 20). Die Inhaltsanalyse hat die Aufgabe, diese soziale Wirklichkeit, also den Kontext, in dem eine Aussage steht, beispielsweise die Bedeutung für den Kommunikator, zu erfassen, respektive zu

verstehen (vgl. Brosius/Koschel/Haas 2009: 141). Es wird in diesem Zusammenhang zwischen manifester und latenter Bedeutung von Texten unterschieden. Eine in diesem Sinne verstandene Inhaltsanalyse wird nach Merten als *„eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht-manifesten Kontextes geschlossen wird“*, definiert (Merten 1995, zit. nach Knapp 2005: 20).

Im Folgenden sollen nun die Besonderheiten der Inhaltsanalyse, wie sie Mayring versteht, beschrieben und im Anschluss sein Ablaufmodell der „zusammenfassenden Inhaltsanalyse“ schematisch dargestellt werden.

Nach Mayring ist das Besondere einer Inhaltsanalyse, dass sie Kommunikation und *fixierte Kommunikation* (Mayring 2007: 13) auswerten möchte und dabei auf ein systematisches Vorgehen Wert legt. Das bedeutet, dass sie regelgeleitet und theoriegeleitet ist. Außerdem möchte sie *„Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation“* (ebd.: 13) ziehen (vgl. ebd.: 12f).

In der durchgeführten Untersuchung wurde Kommunikation in Form eines Focus-Group Interviews und eines Experteninterviews gesammelt und ausgewertet. Fixierte Kommunikation lag durch das nachfolgende Transkribieren des Interviewmaterials vor. Die systematische Analyse des gewonnenen Datenmaterials erfolgte regelgeleitet in Anlehnung an das *„Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse“* nach Mayring (Mayring 2007: 60). Dadurch wird die Untersuchung intersubjektiv überprüfbar. Durch die Hauptforschungsfrage *„Welche transkulturellen Erfahrungen haben Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege gemacht?“* ist die Untersuchung theoriegeleitet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Zusammenschau mit ausgesuchten Beiträgen aus der Literatur. Die Rückschlüsse, die durch diese Erhebungsmethode gemacht werden können, werden in der Darstellung der Ergebnisse in Kap. 6 vorgelegt.

5.5.2 „Zusammenfassende Inhaltsanalyse“ nach Mayring

Ziel dieser zusammenfassenden Analyseform ist es *„das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“* (Mayring 2007: 58).

Das durch die Interviews gewonnene Datenmaterial wurde von der Forschungsfrage geleitet durch verschiedene Reduktionsschritte in eine Form gebracht, die das Material durch die Bildung von Kategorien immer abstrakter werden ließ.

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an das im Folgenden dargestellte Ablaufmodell.

5.5.2.1 Ablaufmodell der“ zusammenfassenden Inhaltsanalyse“ nach Mayring

Erster Schritt: Bestimmung der Analyseeinheit

1. Festlegung des Materials

Durch die Festlegung auf ein bestimmtes Datenmaterial wird klar, welche Daten ausgewertet werden sollen und welche nicht.

Für die Untersuchung der Focus-Group wurden aus der Fülle der von den Pflegepersonen genannten transkulturellen Erfahrungen, nur die Interviewpassagen analysiert, die die Pflegepersonen als Herausforderungen empfanden, da diese den Großteil der Erfahrungen darstellten. So entstanden fünf Erfahrungskategorien. Es konnten nach Durchsicht des Materials auch Strategien und Wünsche der Pflegepersonen bei einigen der genannten Herausforderungen identifiziert werden (siehe Kap. 6.1.).

Beim Experteninterview konnten so zwei wesentliche Erfahrungskategorien analysiert werden.

2. Analyse der Entstehungssituation

Hier geht es darum, den Grund der Erhebung, die Zielgruppe und die Entstehungssituation zu beschreiben. Diese drei Punkte wurden bereits in der Einleitung dieses Kapitels und in Kap. 5.2. erläutert.

3. Formale Charakteristika des Materials

Schließlich werden die formalen Eigenschaften des Materials dargestellt. Die Interviews wurden wortgetreu transkribiert. Dabei wurden nonverbale Elemente der

Kommunikation, wie etwa Redepausen oder Stimmlage der Personen nicht berücksichtigt (vgl. Mayring 2007: 47).

Zweiter Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

In dieser Phase werden alle Textbestandteile, die nicht inhaltstragend sind, sondern den Text nur ausschmücken, weggelassen. Unter Paraphrasierung versteht man „*die Umschreibung von einzelnen Kodiereinheiten auf knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form*. Diese Einheiten sollen ... *auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert ... und ... in einer grammatikalischen Kurzform stehen*“ (Mayring 2007: 61).

Dritter Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau

In diesem Schritt wird das Abstraktionsniveau bestimmt. Alle Paraphrasen, die unter dem angestrebten Niveau liegen, müssen generalisiert werden, die darüber liegen, werden belassen. In den nächsten beiden Phasen (Schritt 4 und 5) wird nun das Material durch Selektion und Bündelung reduziert.

Vierter Schritt: Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

Durch die Generalisierung können nun inhaltsgleiche Paraphrasen entstanden sein, die weggelassen werden können.

Fünfter Schritt: Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau

Hier wird eine Reduzierung von Paraphrasen durch deren Bündelung erreicht. So werden Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage, solche mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und unterschiedlicher Aussagen und solche mit mehreren Aussagen zu einer Paraphrase gebündelt.

Sechster Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Die hier durch Reduktion entstandenen Paraphrasen werden zu Kategorien zusammengefasst.

Siebenter Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Abschließend wird überprüft, ob das neu entstandene Kategoriensystem das Ausgangsmaterial noch repräsentiert.

(vgl. Mayring 2007: 60ff).

6 ZENTRALE ERGEBNISSE

Die Ergebnisse der Focus-Group und des Experteninterviews werden im Folgenden getrennt voneinander präsentiert.

Am Beginn werden die Ergebnisse der Untersuchung aus der Focus-Group erläutert. Die Interviewauszüge sind den Teilnehmern (T) durch die Zahlen 1-5 zuordenbar (vgl. Kap. 5.4.1.2. in dieser Arbeit).

Im Anschluss folgt eine kurze Vorstellung des Arbeitsfeldes und Aufgabenbereiches des mobilen Palliativteams. Als Informationsquelle dienten hier ausschließlich die Aussagen des Experten, die sinngemäß zusammengefasst wurden. Danach werden die zwei analysierten Erfahrungsbereiche des Experten dargestellt.

6.1 Ergebnisse der Focus-Group

Alle fünf Teilnehmer haben bereits Erfahrungen in der Pflege von Menschen aus anderen Kulturen gemacht, die sie größtenteils als Herausforderungen bezeichneten. „Kommunikation“, „Anpassung“, „Frau-Mann-Verhältnis“, „Pflegeverständnis und Religion“ und „Charakteristika der Hauskrankenpflege“ bilden die Hauptkategorien dieser Erhebung. Als „Spezifika der Hauskrankenpflege“ wurden bei der Auswertung drei Kategorien zusammengefasst, die durch das Setting der Hauskrankenpflege begründet sind, jedoch von den Pflegepersonen als Herausforderungen im Migrationskontext benannt wurden. Diese sind der „Klient als Kunde“, „Unplanbarkeit und ständig wechselnde Klienten“ und „Alleine vor Ort“.

Da die meisten transkulturellen Herausforderungen mit türkischen Klienten beschrieben wurden, wurde an vielen Stellen eine Subkategorie „türkische Klienten“ analysiert.

6.1.1 Begründung für die Subkategorie „türkische Klienten“

In den Interviews kam zum Ausdruck, dass das Verständnis für die Lebenswelt eines anderen Menschen sehr stark vom eigenen kulturellen Hintergrund geprägt ist. Eine Kultur, die der eigenen ähnelt, wirkt vertrauter und wird im pflegerischen Alltag weniger herausfordernd erlebt, als eine scheinbar fremde Kultur.

Pfabigan ist der Meinung, dass Probleme dann entstehen, wenn die Kultur eines Menschen sich stark von der eigenen unterscheidet (Pfabigan 2009: 73).

In den nachfolgenden Gesprächsauszügen soll zum Ausdruck kommen, dass die eigene Kultur und die dadurch erworbenen Werte und Einstellungen einen Einfluss darauf hat, wie eine Person einen anderen Menschen wahrnimmt. Der erste Auszug stammt von einer österreichischen (T4), der zweite von einer bulgarischen Pflegeperson (T3).

„...die Wiener sind sowieso alles assimilierte Tschechen. Ich nehme dieses Klientel (Menschen aus den ehemaligen Ostblockstaaten, Anm. d. Verf.) eh die „Weana“ gar nicht so sehr als Migranten wahr. Also ich merke wirklich, wo es um Transkulturalität geht, sehr stark Einwanderer aus der Türkei“. (T4)

„Ex-Jugoslawische und so (Klienten, Anm. d. Verf.), die sind anders, die sind leichter (in der Betreuung, Anm. d. Verf.) ... wahrscheinlich auch, weil einige von uns von südländischen Ländern kommen und da kennen wir uns aus. Aber von Türkei, das ist etwas anderes.“ (T3)

Diese beiden Aussagen machen deutlich, dass Andersartigkeit oder das scheinbar Fremde, eine Herausforderung für die interviewten Pflegepersonen darstellen. Diese Erfahrung wird von allen Teilnehmern besonders stark im Umgang mit türkischen Menschen empfunden. Keine der interviewten Pflegepersonen hatte türkischen Migrationshintergrund.

6.1.2 Kommunikation

6.1.2.1 Ergebnisse aus den Interviews

Kommunikation wird in der Literatur als Schlüsselement der Pflege dargestellt. Genauso stellt sie einen Beziehungsaspekt zum Gegenüber her (vgl. Bühlmann/Stauffer 2007: 276).

Aus dem Interview geht hervor, dass alle Pflegepersonen Verständigungsprobleme mit Migranten erlebt haben. Die größten Sprachprobleme traten dabei bei der Pflege und Betreuung von türkischen Klienten auf. Als besonders störend wurden Sprachbarrieren empfunden, wenn sie im Zusammenhang mit Pflegehandlungen standen. Als Beispiele wurden das „nicht fragen können“ nach Pflegeutensilien und das „nicht verständlich machen können“ von Sinn und Zweck einer Pflegemaßnahme genannt.

„Du fühlst dich nicht wohl, weil du willst etwas fragen, kannst du nicht, weil du bekommst sowieso keine Antwort. „... stell dir vor, du kommst zum ersten Mal in eine Wohnung und suchst in jedem Kasten, weil du Sachen brauchst, dann sage ich: „Wo ist die Hose, zeige ich hin, Zucker messen, zeige ich“ ...“ Der Chinese zum Beispiel genauso, der kann auch kein Deutsch, seine Frau genauso nicht, wenn die Tochter nicht dabei ist, kannst du dich überhaupt nicht verständigen.“ (T3)

„Er (ein türkischer Klient, Anm. d. Verf.) versteht kein Wort, nichts, null. Und am Sonntag waren die Kinder da. Ich habe gesagt: „Er muss sitzen, es ist Gefahr wegen Lungenentzündung“, habe ich erklärt und die haben das übersetzt. Ich weiß es nicht, wird er jetzt mobilisiert ...“ (T3)

Türkische Klienten

Die größten Sprachprobleme hat die ganze Gruppe mit türkischen Klienten. *„Die können nicht Deutsch, das ist eine reine Katastrophe, da kannst du dich überhaupt nicht verständigen. (T3)*

Je besser ein Mensch die lokale Sprache beherrscht, desto besser ist er integriert und desto seltener wird er von seiner Umgebung als ein Mensch mit besonderen migrationsspezifischen Bedürfnissen wahrgenommen (vgl. Domenig [1] 2007: 166). Das bedeutet, dass Sprache Integration fördern kann.

Strategien

Pflegepersonen der Hauskrankenpflege sind die meiste Zeit alleine vor Ort. Aus diesem Grund müssen sie Strategien erlernen, um sich mit den Klienten verständigen zu können.

Einfaches Kommunizieren

Dolmetschdienste, wie im Krankenhaus, gibt es in der Hauskrankenpflege nicht. Die Interviewten kommunizieren am häufigsten mit „Händen und Füßen“. Alle Befragten gaben an, sich die wichtigsten Floskeln, wie etwa „Guten Tag“ und „Auf Wiedersehen“ anzueignen.

„ ... kommunizieren mit Händen und Füßen.“ (T1, T2, T3, T4, T5)

„ ... lernen uns ein paar Worte an ... “ (T1, T2, T5)

Durch diese minimale Kommunikation können dem Klienten wichtige Informationen nicht übermittelt werden, wie beispielsweise der Grund für eine bestimmte pflegerische Maßnahme. Ein Transfer vom Bett in den Rollstuhl etwa, der eine standardisierte Pflegeverrichtung darstellt, kann aufgrund der Sprachproblematik oft nur sehr schwer durchgeführt werden. Bedürfnisse von Migranten können somit nicht ausreichend erkannt werden, wodurch eine individuelle Pflege unmöglich wird (vgl. Bühlmann/Stauffer 2007: 277). Verständigungsschwierigkeiten stören die Interaktion zwischen Pflegeperson und Migrant in hohem Maße und können in einer Mangel- und Fehlversorgung resultieren (vgl. Papies-Winkler 2003: 231).

Kinder als Dolmetscher

Eine wichtige Sprachressource stellen die Kinder der Migranten dar. Die 2. Generation beherrscht Deutsch meist wie ihre zweite Muttersprache (FH-Studiengang 2005: 19).

Alle Pflegepersonen haben die Erfahrung gemacht, dass die Kinder meist gut Deutsch sprechen. Wenn diese zu Besuch sind, werden sie auch gerne als Dolmetscher eingesetzt. Die Kinder haben jedoch ihr eigenes Leben und sind oft nicht verfügbar.

„Die Familie kann Deutsch, die kommen ihn besuchen ... aber ich kann nicht jedes Mal jemanden von den Angehörigen anrufen, wenn ich irgendetwas zu suchen habe oder etwas brauche.“ (T3)

„ ... wenn die Familie da ist, da kann die übersetzen, dann klappt das ... die Kinder sind unter der Woche arbeiten ...“ (T2)

Die Familie kann eine wichtige Dolmetschfunktion in der Beziehung zwischen Klient und Pflegeperson übernehmen.

Der untersuchte Hauskrankenpflegeanbieter hat eine Verständigungshilfe in verschiedenen Sprachen erarbeitet. Diese beinhaltet gängige Redewendungen wie beispielsweise „Guten Tag“ oder „Wie geht es Ihnen“ u.v.m. in der gewünschten Sprache und daneben eine Übersetzung auf Deutsch. Piktogramme, wie etwa Abbildungen von Pflegehilfsmitteln genauso wie ein Schmerzdolometer gehören zum Repertoire dieser Verständigungshilfe. Diese wird jedoch von einigen Pflegepersonen als wenig benutzerfreundlich für die Praxis beurteilt bzw. meinte ein Teilnehmer, dass die Zeit zum Nachschauen oft fehlt. Zwei Personen haben sie noch nie verwendet, obwohl sie nach Information der Teilnehmer seit ca. zwei Jahren in Verwendung ist.

„Wenn man nicht bewandert ist in dieser Sprache, zum Beispiel im Türkischen, kann man das auch nicht richtig aussprechen ... wenn man da einen Hatschek vergisst zu betonen, hat das Wort nämlich schon eine ganz andere Bedeutung. ... das heißt es müsste eigentlich eine Lautschrift dabeistehen.“ (T4)

„ ... die Zeit zum Nachschauen (in der Mappe, Anm. d. Verf.) hat man nicht.“ (T2)

Die Literatur weist darauf hin, dass eine falsche Intonation und Aussprache beim Gegenüber Missverständnisse auslösen kann. Daher muss sie erklärt und geübt werden. Eine gute Verständigung ist für die transkulturelle Pflege sehr wichtig (vgl. Ford 2005: 105).

Nonverbale Kommunikation, also Kommunizieren durch Mimik, Gestik, Zeigen u.v.m. stellt in der Hauskrankenpflege oft die einzige Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem Gegenüber dar, wenn eine gemeinsame Sprache fehlt. Gerade wenn verbale Kommunikation nicht möglich ist, achtet das Gegenüber besonders auf Nonverbales (vgl. Bühlmann/Stauffer 2007: 277).

Wünsche

Eine Pflegeperson meinte, dass Sprachkurse von der Organisation angeboten werden könnten, um die Kommunikation mit dem Klienten verbessern zu können. (T1)
Der Rest der Gruppe hielt die Idee für in der Praxis nicht umsetzbar.

„ ... das ist ein Zeitproblem, geht auf Kosten der Freizeit.“ (T2, T3, T4, T5)

„ ... es nutzt nichts, wenn mir jemand das vorkaut. Ich muss hingehen, Grammatik studieren, die Vokabeln lernen ...“ (T4)

„ ... das wäre dann für alle notwendig, weil du weißt ja nicht, wer da eingeteilt wird (T3) ...„das wird nicht möglich sein, dass alle ...“ (T2) „... und zwingen kannst du auch niemanden.“ (T5)

Der gezielte Einsatz von muttersprachlichem Pflegepersonal wird von der ganzen Gruppe als sinnvoll erachtet. Eine Interviewte äußerte den Wunsch nach einer türkischen Pflegeperson.

„Wenn es vom Personal jemanden geben würde, der Türkisch kann, vielleicht würden die zurechtkommen, also vielleicht ist bei uns nur die Sprache eine Grenze.“ (T3)

6.1.3 Anpassung

Alle Interviewten denken, dass sich sowohl die Pflegepersonen, als auch die Klienten ein Stück weit anpassen müssen.

Türkische Klienten

Es besteht Konsens in der Gruppe, dass sich türkische Klienten wenig anpassen. Als immer wiederkehrende Problematik nennen sie die sprachlichen Barrieren der türkischen Klienten, die die deutsche Sprache scheinbar nicht lernen wollen. Eine Pflegeperson (T5) ist der Meinung, dass sich die Klienten anpassen müssen, wenn sie eine Dienstleistung in Anspruch nehmen.

„Wenn jemand 35 oder 40 Jahre in einem Land lebt, wo er Pension bekommt, wo er Unterstützung von diesem Land bekommt und er nicht einmal 10% der Sprache kann ... ist ignorant.“ (T1)

„ ... das fällt schon manchmal auf, dass die sich nicht anpassen, vor allem die Türken wollen die Sprache nicht lernen Integration null. Ich denke, sie leben in unserer Kultur und die müssen sich anpassen, wenn sie eine Dienstleistung bekommen.“ (T5)

„Der (türkischer Klient, Anm. d. Verf.) kann Deutsch, der versteht schon recht gut, der tut nur so als verstehe er nicht..., der will das scheinbar nicht verstehen.“ (T5)

Strategien

Zwei Pflegepersonen geben an, dass sie sich meistens in die Situation hinein fühlen, ein so genanntes „Gespür“ entwickeln. Man spürt, ob das, was man macht richtig ist oder nicht (T1, T5)

„ Aber du spürst das ... wenn ich zur chinesischen Familie gehe und die Frau meditiert oder betet, dann werde ich auch nicht durchschießen und so auf Holodero ... wenn man beobachtet, man sieht dann schon auch vieles. Das erste Mal vielleicht nicht gleich, aber wenn man öfter hinget, dann weiß man schon Aha, die möchten das so und so. Das kann man sich selber schon auch erarbeiten bei anderen Kulturen.“ (T5)

Wünsche

Sehr oft kam der Wunsch von allen Pflegepersonen, dass sich die türkischen Klienten mehr anpassen sollten.

6.1.4 Frau-Mann Verhältnis

Türkische Klienten

Die männliche Pflegeperson machte die Erfahrung, dass es ein Unterschied ist, ob ein Mann eine türkische Frau oder einen türkischen Mann pflegt. Er bezieht es auf das seiner Meinung nach unterschiedliche Rollenverständnis von Mann und Frau und erlebt es als belastend.

„Mir wird mit einer großen Distanz begegnet...wo es darum geht, eine Frau zu pflegen, ist man niemals ohne Beobachtung durch den Mann. Wenn es dagegen ein Mann ist, dann bin ich ihm überlassen und die Frau nimmt ihre übliche Rolle ein. Ich erlebe total arg, und das belastet mich manchmal auch, dass die Frau dort wirklich eine fast gedemütigte, dienende Funktion in der türkischen Ehe einnimmt.“ (T4)

6.1.5 Pflegeverständnis und Religion

Alle Pflegepersonen sind der Meinung, dass jeder so gepflegt werden sollte, wie er es möchte. Die Religion kann Einfluss auf das Pflegeverständnis einer Person haben. und Unverständnis durch Unwissenheit bei den Pflegepersonen auslösen.

Türkische (muslimische) Klienten

Kein Verständnis zeigten zwei Pflegepersonen dafür, dass ein türkischer Klient trotz mehrmaliger Aufforderung keine Waschlappen und Handtücher verwenden wollte. Ihrer Meinung nach entspräche das nicht den hiesigen Hygienemaßnahmen und ihrer Vorstellung von Pflege. Wer eine Dienstleistung bekommt, muss sich ihrer Meinung nach auch anpassen.

„Die leben schon lange genug hier, die werden doch wissen, was ein Waschlappen ist und dass es eben bei uns so gemacht wird und dass wir sonst unsere Arbeit nicht ordentlich tun können, aber da stößt du auf eine Mauer. Ich denke, sie leben in unserer Kultur, die müssen sich anpassen, wenn sie eine Dienstleistung bekommen, das ist schon ein bisschen auch sich anpassen an uns ...“ (T5)

„Die haben so richtige Putzketten und reißen die ab, und geben uns die zum Waschen. Zum Abtrocknen gibt es dann keine Handtücher sondern so Papiertücher.“ (T2)

Die männliche Pflegeperson betont die Selbstverantwortung eines jeden Menschen für seine eigene Hygiene, auch wenn sie nicht immer seinen Vorstellungen entspricht.

„ ... es soll jeder so gepflegt werden, wie er gepflegt werden möchte. Bis zu einem gewissen Grad ... wenn er nicht gerade mit dem Bodenputzen abgewischt werden möchte ... es ist jeder für seine eigene Hygiene selbst verantwortlich. Wenn ich sagen kann, ich hab mit gutem Gewissen alles gemacht, auch wenn es nicht ganz nach meinen Vorstellungen ist, dann kann ich da aber einfach ein ruhiges Gewissen haben. Und eben im Bericht dementsprechend dokumentieren, „hat seine eigene Vorstellungen von Hygiene ...“ (T4)

Eine bulgarische Pflegeperson hat die Erfahrung gemacht, dass Türken zum Waschen ein Bidet verwenden und meint, dass sie deshalb oft keine Waschlappen und Handtücher haben. Aus Büchern weiß sie, dass die linke Hand als unrein betrachtet wird.

„Ich habe mich gefragt, warum die nur eine Hand verwenden ... warum nur die linke Hand, weil mit rechter Hand arbeiten die alles. Das heißt mit linker Hand dürfen sie

sich waschen auch unten im Intimbereich ... und nachdem die nur Wasser verwenden ohne Seife, ohne Handtuch, ohne Küchenrolle, ohne irgendwas, das wird von selber getrocknet ... keine Ahnung und deswegen, die haben nix (Pflegeutensilien, Anm. d. Verf.), weil die sind das nicht gewohnt.“(T3)

„Ja, das ist eine alte Kultur, weil man grüßt auch mit links und nicht mit rechts, weil rechts hat man sich früher den Hintern gereinigt.“ (T4)

Reinheit und Hygiene sind bei streng gläubigen Muslimen oberstes Gebot. Alle Ausscheidungen, Urin, Kot, Eiter und Blut werden als unrein betrachtet (vgl. Pfabigan [1]: 186). Nach dem Toilettengang wird ausschließlich die linke Hand zur Reinigung verwendet. Die linke Hand gilt daher als unrein (vgl. Eisingerich 2003: 125). Auch die Verwendung von Waschlappen ist nicht üblich, da Waschlappen als unhygienisch betrachtet werden. Es wird mit fließendem Wasser gereinigt. Bei bettlägerigen Klienten sollte ein Krug mit Wasser für die Intimreinigung verwendet werden (vgl. Pattis 2006: 26) [

Strategien

Zwei Pflegepersonen (T3, T4) haben sich Wissen über die Hygienemaßnahmen bei türkischen Klienten angeeignet.

Wünsche

Alle Interviewten meinten, dass eine Fortbildung zum Thema „transkulturelle Pflege“ sinnvoll wäre. Sie erwarteten sich von Schulungen spezielles Kulturwissen zu bekommen, um dadurch auch mehr Verständnis für einzelne Kulturen zu entwickeln.

„ ... über die Kultur lerne ich denjenigen kennen ... und verstehen... “ (T4)

„ ...und wenn ich das vorher weiß, dann tue ich mir leichter ... wenn du weißt bei den Türken musst du die Schuhe vor der Türe ausziehen, musst du die Jacke aufhängen...“ (T3)

Nach **Domenig** besteht unter den Pflegepersonen ein großer Wunsch nach Orientierung im Umgang mit fremd empfundenen Lebenswelten im Sinne von einem Erlernen von Kulturrezepten, um Ungewohntes zuordnen und erklären zu können. Dabei kommt es jedoch zu einer Kategorisierung von Menschen, wodurch Vorurteile entstehen (vgl. Domenig [1] 2007: 174).

6.1.6 Charakteristika der Hauskrankenpflege

Die folgenden Beispiele, die zum großen Teil in Zusammenhang mit türkischen Klienten als Herausforderung genannt wurden, sind Charakteristika, die sich primär aus dem Setting der Hauskrankenpflege ergeben. Das bedeutet, dass sie nicht allein aus kultureller Sicht betrachtet werden dürfen.

6.1.6.1 Klient als Kunde

Die Hauskrankenpflege ist von einer Vielzahl von Unwägbarkeiten gekennzeichnet. Der oft straffe Dienstplan kann nicht minutiös eingehalten werden. Öffentliche Verkehrsmittel verspäten sich, dem Klienten zuvor ist es nicht gut gegangen oder jemand musste ins Krankenhaus. Diese Situationen sind nicht planbar. In der Hauskrankenpflege nimmt der Klient eine besondere Stellung ein. Er ist Kunde einer Dienstleistung für die er bezahlt und stellt dementsprechend auch mehr Anforderungen als ein Patient im Krankenhaus (vgl. Krenn/Papouschek 2003: 6ff).

Türkische Klienten

„... wie ich zehn Minuten nach vier Uhr gekommen bin ist er gleich ordentlich hochgegangen und hat gesagt, ich komme viel zu spät. Also um zehn Minuten, er will, dass jemand zwischen vier und fünf Uhr kommt.“ (T4)

6.1.6.2 Unplanbarkeit und ständig wechselnde Klienten

Die Pflegepersonen bekommen ihre Klienteneinsätze von der Einsatzkoordinatorin. Jeder Tag muss von dieser neu geplant werden. Klienten werden vom Krankenhaus entlassen, eine andere ist gestürzt und muss ins Krankenhaus und vieles mehr. Das bedeutet, dass auch die Pflegepersonen erst kurzfristig erfahren, bei welchem Klienten sie am nächsten Tag arbeiten. Man weiß also nie, mit wem man es zu tun hat. Dies erfordert von den Pflegepersonen ein hohes Maß an Flexibilität und Verständnis im Sinne von Anpassung, egal aus welcher Kultur ein Mensch kommt.

„... du kannst dir ja nicht aussuchen, heute gehe ich zu türkischer und morgen zu jugoslawischer Familie. Du bekommst eine Einteilung... Klienten sind egal wer von wo kommt ... das heißt heute bist du dort, morgen bist du dort. Wenn du drei verschiedene Nationalitäten an einem Tag hast ... türkische Familie, Chinesen, Jugoslawen. So chinesisch kann ich nicht, türkisch kann ich nicht, jugoslawisch ja. Da kommst du hin und zu jedem musst du dich anders verhalten ...“ (T3)

6.1.6.3 Allein vor Ort

In der Hauskrankenpflege ist die Pflegeperson alleine vor Ort. Vor allem bei den ersten Besuchen kennt die Pflegeperson noch nicht die Hausgepflogenheiten. Sprachprobleme erschweren naturgemäß diese vollkommen neue Situation. Aber auch bei Menschen mit Demenz oder bei stark schwerhörigen Klienten kann sich die Kommunikation als schwierig gestalten.

„Du fühlst dich nicht wohl, weil du willst etwas fragen, kannst du nicht, weil du bekommst keine Antwort. ...stelle dir vor du kommst zum ersten Mal in eine Wohnung und suchst in jedem Kasten... , dann sage ich „Wo ist die Hose?“, zeige ich hin, Zucker messen ...“ (T3)

6.2 Ergebnisse des Experteninterviews

Der Experte wurde im Interview gebeten, sein Arbeitsfeld zu beschreiben. Die Aussagen wurden sinngemäß nach den Kriterien „Definition“, „Teamstruktur“ und „Hauptaufgabenbereich“ eines Palliativteams strukturiert. Im Anschluss folgen die Ergebnisse der transkulturellen Erfahrungen des Experten aus den Bereichen „Religion“ und „Sterben und Tod“. Diese werden, wie schon bei der Focus-Group, mit Beiträgen aus der Literatur ergänzt.

6.2.1 Vorstellung des mobilen Palliativteams

1. Definition:

Ein mobiles Palliativteam ist ein Spezialistenteam, das Klienten mit einer onkologischen, weit fortgeschrittenen und unheilbaren Erkrankung betreut. Durch ein Spezialistenteam ist es möglich Patienten mit komplexen Problemstellungen aus dem Krankenhaus nach Hause zu entlassen.

Ziel der palliativen Betreuung ist es, dem Klienten einen möglichst langen Verbleib in ihrem zu Hause zu ermöglichen. Wenn eine Stabilisierung der Situation eintritt, kann gemeinsam mit dem Team auch ein Sterben zu Hause möglich sein.

2. Teamstruktur

Die Teamstruktur eines Palliativteams stellt eine Besonderheit dar. Das Team ist interprofessionell. Es besteht aus dem „Kernteam“ und einem „Ergänzungsteam“ innerhalb derselben Organisation. Das „Kernteam“ setzt sich aus drei Palliativärzten und zwei Palliativpflegepersonen zusammen, die eng

zusammenarbeiten. Dabei bilden jeweils eine Pflegeperson und ein Arzt ein autonomes Team. Regelmäßige gemeinsame Besuche, beginnend bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und in weiterer Folge beim Klienten zu Hause, gewährleisten eine umfassende palliativmedizinische und palliativpflegerische Betreuung.

Soziale Dienste werden unterstützend in die Pflege und Betreuung des Patienten involviert. In gemeinsamen Besuchen kann das „Ergänzungsteam“ eingeschult werden und hat einen Ansprechpartner bei Fragen und Problemen. Dadurch ist eine gute Kommunikations- und Vertrauensbasis gewährleistet.

3. Hauptaufgaben des Kernteams:

Die Hauptaufgaben des mobilen Palliativteams liegen in einer suffizienten Schmerztherapie und Symptomkontrolle durch den Hospizarzt, genauso wie in einer qualitativ hoch stehenden Palliativpflege. Palliativpflege befasst sich beispielsweise mit Verwundungen, wie exulcerierenden Tumoren, die einen hohen Wissenstand an Pflegetechniken und -handling bedürfen. Häufig auftretende Symptome sind Schmerzen, Schwäche und Übelkeit. Das Hauptaugenmerk der Palliativbetreuung wird auf die Lebensqualität gelegt. Die Erkrankung der Klienten ist nicht mehr heilbar. Es gibt jedoch viele Möglichkeiten, die Lebensqualität zu verbessern und auch Wohlbefinden zu steigern.

Im Anschluss werden die zwei Hauptkategorien „Religion“ und „Sterben und Tod“ dargestellt. Der Experte hat die Erfahrung gemacht, dass viele seiner Klienten österreichische Staatsbürger sind und einen anderen kulturellen Hintergrund haben. Die meisten davon kommen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei.

6.2.2 Religion

Der Experte konnte in diesem Kontext Erfahrungen mit islamischen und orthodoxen Glaubensrichtungen machen. Seiner Meinung nach ist es die Aufgabe einer Pflegeperson, Glaube zu erlauben und nicht zu behindern. Der Glaube eines jeden einzelnen im Team kann in sichtbaren Zeichen gelebt, darf aber nicht prominent nach außen getragen werden, im Sinne einer Missionierung. Nicht der Glaube, sondern die Profession, die Persönlichkeit, die Humanität und das sich Einfühlen in Situationen stehen im Vordergrund der Betreuung. *„Meine Aufgabe (als Pflegeperson, Anm. d. Verf.) ist es den Dingen seinen Lauf zu lassen und es zu erlauben, dass*

niemand in seiner Glaubensausrichtung behindert wird. Niemand vom Team darf missionarisch unterwegs sein, das ist ein ganz klares Verbot in einem Team ... das bedeutet aber auf der anderen Seite nicht, dass man nicht ein Kreuz um den Hals tragen darf.“

Die Bedeutung von Religion kann sich im Leben einer Person aus verschiedenen Gründen ändern. Beispielsweise kann im Alter das religiöse Bedürfnis wieder stärker an Bedeutung gewinnen. In Sinnkrisen, wie etwa Krankheit oder Sterben, kann Religion eine wertvolle Stütze sein. Auch Migration kann eine Veränderung im Sinne einer Krise darstellen dadurch, dass der Mensch durch die neu entstandene Lebenssituation wieder beginnen muss sich neu zu orientieren und seine Identität zu hinterfragen (vgl. Baumgartner Bicer 2007: 74).

Der Experte konnte bei serbischen und türkischen Menschen, eine starke religiöse Bindung bemerken, denn. *„sobald man bei diesen in die Räume eintritt, sieht man schon ganz klare religiöse Symbole und mein Eindruck ist, dass die ein sehr gutes religiöses Setting haben. Menschen, die aus einer anderen Kultur sind, die sind mit ihrem Glauben viel fester verwurzelt, weil sie natürlich ein Stück weit auch in der Fremde sowohl ihre Kultur, als auch ihre Religion sehr stark konservieren und auch pflegen.“* Er ist der Meinung, dass es nicht das Recht eines anderen Menschen ist, jemanden über Religion zu belehren. *„Ich muss denen nicht erklären, wie sie den Glauben zu leben haben. Wenn es notwendig ist, dann lasse ich mich belehren über diesen Glauben, bin interessiert an anderen Glaubensrichtungen. Aber im Grunde genommen muss ich jetzt speziell niemanden darauf hinweisen, oder ihn bestärken.“* Der Experte ist der Meinung, dass der Fokus der Thematik also nicht allein auf die andere Religion und deren Ausrichtung gelegt werden darf. Wenn jemand wirklich einen anderen Menschen verstehen und akzeptieren möchte, muss er selbst einmal versuchen, sich über seine eigene Religion Klarheit zu verschaffen. *„Wie sieht denn das Wissen überhaupt aus mit unserer eigenen Religion? Wie haben denn jetzt, sagen wir, die Katholiken gelebt mit ihrer Religion und den Umsetzungen? Das heißt wie sieht das aus mit Himmel und Hölle und Paradies und Sündenfall und Jüngsten Gericht und diese ganzen Dinge, ins Paradies kommen, Absolution zu bekommen, das Beten und so?“* Es ist viel wichtiger seine eigenen Einstellungen zu reflektieren – *„nicht schauen, wie macht es der Islam, wie macht es der Buddhismus, sondern wie schaut das Wissen denn in meiner eigenen Religion aus.“* Nach Meinung des Experten ist in unserer Gesellschaft jedoch sehr viel Wissen über die

Religion verloren gegangen. Dies ist vor allem in der Abnahme von rituellen Handlungen im Zusammenhang mit Sterben und Tod deutlich erkennbar. In Österreich verlieren Großkirchen, wie etwa die römisch-katholische Kirche, immer mehr an Bedeutung. (vgl. Baumgartner Bicer 2007: 68).

6.2.3 Sterben und Tod

Gerade im Palliativbereich, wo sich die Endlichkeit des Lebens, durch die Unheilbarkeit einer Erkrankung zeigt, können Religionen Ansätze bieten, den Tod als Teil des Schöpfungsprozesses zu sehen, der ihnen Kraft und Sinn geben kann (vgl. Baumgartner Bicer 2007: 81) *„Die Endlichkeit des Lebens wird einem erst dann bewusst, wenn es einem an den Kragen geht. Nur die eine oder andere (Religion, Anm. d. Verf.) macht einem mehr Angst, weil es ist ein Unterschied, ob man ins Paradies kommt auf jeden Fall, oder ob man schon in Sünde geboren ist und damit rechnen muss, dass man vor dem Jüngsten Gericht schlecht abschneidet..“*

Auch Rituale können in der Phase des Sterbens ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Doch in unserer Gesellschaft beginnt die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod oft erst, wenn der Mensch selbst oder ihm nahe stehende Personen unmittelbar davon betroffen sind. Dies liegt daran, dass bei uns der Einzelne und dessen Interessen im Vordergrund stehen, und so das Sterben oft mit Verlust von Individualität gleichgesetzt wird und eine Niederlage bedeutet (vgl. Baumgartner Bicer 2007: 80f). Jeder Mensch hat seine eigenen Vorstellungen von Sterben. Es ist wichtig diese zu thematisieren. Es ermöglicht dem Menschen und seinen Angehörigen, sich mit dem Sterben, dem Tod und den Auffassungen von den Dingen, die danach kommen, auseinanderzusetzen. Das palliative Setting schafft Raum und Unterstützung durch Beratung, Information und ein offenes Ohr. Der Experte hat die Erfahrung gemacht, dass im Gegensatz zu früher vor 50 Jahren, Sterben bei uns stark an Interesse verloren hat *„Ich bin in den ganzen Jahren, kein einziges Mal gefragt worden nach einer Hausaufbahrung. Ich bin nicht gefragt worden nach rituellen Waschungen, nach einem Umkleiden zu Hause, oder explizit das Hinzuziehen eines Seelsorgers.“*

Durch den zunehmenden Verlust an religiöser Identität, geht jedoch auch die Möglichkeit verloren, sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen. Die sogenannte Sterbekultur hat sich geändert. Rituale können in diesem Zusammenhang hilfreich sein. *„Und das (bspw. Hausaufbahrung, Anm. d. Verf.) ist ja auch ein den Tod begreifen, mit dem Tod, mit dem Sterben umzugehen und den Dingen, die danach*

kommen ... „und das ist Kultur und das ist quasi ein Wiederaufleben lassen der bekannten Kultur, also das ist nichts Erfundenes. Dass da jemand aufgebahrt wird, dass er umgezogen wird, dass da Blumen sind, dass da Kerzen sind, dass da ein Kondolenzbuch liegt, dass es eine Zeit gibt, wo man hingehen kann. Auch da ist Hospiz aufgefordert, diese Dinge wieder aufleben zu lassen. Das geht im stationären Bereich, ist das eher möglich, im häuslichen Bereich braucht es wahrscheinlich ein bisschen mehr. Auf der einen Seite braucht es eine ganz klare Beratung auch, weil das soll ja dann zu keiner Zwangsverpflichtung werden. Wenn jemand nicht möchte, dass jemand so lange zu Hause bleibt, weil er das nicht erträgt oder die Spiritualität, den Glauben nicht so gelebt hat, dann kann man ihn auch nicht in der letzten Stunde auf einmal jetzt dahin bringen. ... „... den Weg gibt mir die Familie vor und ich habe mich da nicht einzumischen, egal aus welcher Kultur.“

Der Seelsorger, als Teil eines multiprofessionellen Teams hat gerade in der spirituellen Auseinandersetzung mit dem Tod im Sterbeprozess und in der Trauerbegleitung der Angehörigen eine ganz zentrale Aufgabe. ... *„in Wien jetzt, die heiligen Sakramente, gerade bei der Gruppe von Leuten die wir betreuen, Durchschnittsalter liegt bei an die 70 Jahre, da sind diese Dinge einfach noch sehr stark verwurzelt ... wichtige Punkte sind das Gebet, das sind die Sakramente und die Kommunion und auch die Krankensalbung. Das sind Dinge, die bringen den Menschen sehr viel ... und danach ... auch nach dem Tod die Trauerrede am Grab und die Totenmesse.“*

6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews

Alle Teilnehmer der Focus-Group und der Experte haben bereits Erfahrungen in der Pflege von Migranten gemacht. Die beiden Interviews unterschieden sich grundlegend voneinander und werden deshalb getrennt voneinander zusammengefasst.

6.3.1 Focus-Group

Die Pflegepersonen berichteten über ihre Erfahrungen mit der transkulturellen Pflege in Form von Beispielen aus der Pflegepraxis. Dabei wurden fast ausschließlich Beispiele mit türkischen Klienten genannt, die sie als stark herausfordernd erlebt haben. Als Begründung nannten die Teilnehmer, dass diese Gruppe von Menschen „anders“ und dadurch auch in der Pflege „schwieriger“ zu betreuen sei. Obwohl alle der Meinung waren und immer wieder betonten, dass jeder so gepflegt werden sollte,

wie er es gerne hätte, war deutlich erkennbar, dass ein anderes Verständnis von Hygiene oder auch das Nicht - verwenden von bei uns üblichen Pflegehilfsmitteln, wie etwa eines Waschlappens, bei den Pflegepersonen Unverständnis hervorrief und den Ruf nach mehr Anpassung laut werden ließ. Dieses Beispiel zeigte auch das fehlende Wissen der Pflegepersonen über das Reinheitsgebot im Islam auf. Kommunikationsschwierigkeiten stellten mit Abstand die größte Herausforderung im Kontext mit anderen Kulturen dar. Hier wurden neben Beispielen mit türkischen Menschen auch Sprachschwierigkeiten mit einer chinesischen Familie genannt. Sprachprobleme wurden dann als besonders störend empfunden, wenn sie im Zusammenhang mit Pflegehandlungen standen. Als Beispiele wurden das „Nicht fragen können“ nach Pflegeutensilien und das „Nicht verständlich machen können“ von Sinn und Zweck einer Pflegemaßnahme genannt. Alle Pflegepersonen haben Strategien erlernt, um mit Sprachschwierigkeiten umgehen zu können. Am meisten kommunizieren sie mit „Händen und Füßen“, da sie in der Hauskrankenpflege alleine vor Ort sind und viele Klienten alleine leben oder im Fall von den türkischen Familien auch der Ehepartner kein Deutsch sprach. Alle eigneten sich auch ein paar Worte in der jeweiligen Sprache an und gaben an, damit bei den Klienten mehr Akzeptanz erreicht zu haben. Eine bulgarische Pflegeperson (T3) sagte in diesem Zusammenhang: *„Also türkische Familie ... als ich gesagt habe „Salam“ statt „Auf Wiedersehen“, die waren am nächsten Tag gleich mit Kaffeehäferl und Kuchen am Tisch.“* Eine besonders wertvolle Sprachressource stellen Angehörige und hier vor allem die Kinder der Klienten dar.

Keine der teilnehmenden Pflegepersonen hatte türkischen Hintergrund. Es konnte recherchiert werden, dass zur Zeit der Erhebung auch keine türkische Pflegeperson in der Hauskrankenpflege des Hauskrankenpflegeanbieters arbeitete. Generell waren alle Teilnehmer der Meinung, dass der Einsatz von muttersprachlichem Pflegepersonal bei Sprachproblemen unbedingt notwendig ist.

Die Pflegepersonen meinten einheitlich, dass sich türkische Klienten am wenigsten anpassen würden. Viele der genannten Beispiele zeigten dabei einen Mangel an Anerkennung für die türkische Kultur und eine ethnozentrische Sichtweise der Pflegepersonen.

In der Focus-Group wurden auch Beispiele genannt, die sich aus dem besonderen Setting der Hauskrankenpflege ergeben und nicht zwangsläufig kulturell bedingt sein müssen, wie etwa die selbstbestimmte Stellung des Klienten, der für die Pflege

bezahlt und daher höhere Ansprüche an die Pflege und deren Rahmenbedingungen stellt, als ein Patient im Krankenhaus.

Fortbildungen in der transkulturellen Pflege werden derzeit vom Hauskrankenpflegeanbieter nicht angeboten. Alle Teilnehmer sind der Meinung, dass diese notwendig sind und würden auch gerne daran teilnehmen. Die Pflegepersonen erwarten sich dadurch vor allem mehr Wissen über einzelne Kulturen. Beispielsweise würden sie sich gerne mehr Wissen über die türkische Kultur aneignen, da sie erkennen konnten, dass sie hier die meisten Unsicherheiten in der Pflege erlebt haben. Die polnische Pflegeperson meinte „... *vielleicht auch das, dass wir uns zu wenig auskennen mit Sitten oder Gewohnheiten von den Menschen aus diesen Ländern.* (T1). Sprachkurse wurden fast einheitlich von der Gruppe abgelehnt.

In der untersuchten Organisation gibt es eine Diversitätsbeauftragte. Diese Kompetenz wurde jedoch von den Teilnehmern nicht angesprochen. Alle Strategien, die die Pflegepersonen nannten waren solche, die sie sich selbst aneigneten. Es wurde kein einziges Mal eine Strategie genannt, die von Seiten der Organisation zur Unterstützung der Pflegepersonen bereits angeboten wurde.

6.3.2 Experteninterview

Der Experte sagte gleich zu Beginn des Interviews, dass er mit dem Begriff der transkulturellen Pflege recht wenig anfangen kann, da er die Person so wahr nimmt, wie sie ist. Denn innerhalb von Österreich, beispielsweise zwischen Vorarlberg und Wien, gibt es genauso viel oder wenig Diversität wie zwischen Österreich und einem anderen Land. Der Experte sieht sich als Europäer oder auch als „Weltbürger“ und deshalb gehört kulturelles Verständnis für ein anderes Land für ihn zur persönlichen Grundbildung.

Die Religion steht während des gesamten Interviews im Mittelpunkt seiner Ausführungen. Eine Pflegeperson muss sich seiner Meinung nach durch Professionalität und Menschlichkeit auszeichnen und darf dabei nicht ihre eigene Religion prominent in die Pflegesituation einbringen oder gar versuchen missionarisch tätig zu sein. Jeder Mensch soll seinen Glauben so leben, wie er es gerne möchte. In der Pflege und Betreuung erlebt er immer wieder Familien, die sehr stark mit ihrem Glauben verwurzelt sind. Hier ist es die Aufgabe der Pflegeperson Glauben zuzulassen und nicht selbst aktiv zu werden. Wenn die Familie das wünscht und vorantreibt, interessiert er sich für deren Glauben, muss aber niemanden darin direkt bestärken. Diese Menschen haben seiner Meinung nach meistens ein sehr

gutes religiöses Setting. Wir sollten besser bei uns selbst und unserem eigenen Kulturkreis anfangen, denn gerade bei uns fehlt das Wissen über den Glauben. Die Frage muss also lauten „Wie sieht das Wissen über meine eigene Religion aus? Denn unser Kulturkreis distanziert sich zunehmend vom Thema Sterben und Tod. So haben im Katholizismus übliche Rituale nach dem Tod eines Menschen stark an Bedeutung verloren. In den vielen Jahren seiner beruflichen Tätigkeit in diesem Bereich wurden rituelle Waschungen, die Aufbahrung des Leichnams im eigenen Haus oder die Unterstützung durch einen Seelsorger kein einziges Mal von den Angehörigen gewünscht. Das Thema Sterben und Tod hat im Alltag keinen Platz mehr und wird sehr gerne an Institutionen weitergegeben. Dadurch findet nach Meinung des Experten eine Auseinandersetzung mit der Vergänglichkeit des Lebens und den Dingen die danach kommen nicht mehr statt. All diese Rituale sind Teil unserer Kultur und gehen zunehmend verloren. Es ist seiner Meinung nach Aufgabe des Palliativbereiches, im Speziellen die Kompetenz eines Seelsorgers, diese Rituale wieder aufleben zu lassen und auch das Palliativteam dafür sensibel zu machen.

7 FAZIT

Begegnungen mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturen stellen auch in der Hauskrankenpflege keine Seltenheit mehr dar. Menschen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei nehmen zum überwiegenden Teil Hauskrankenpflegeleistungen in Anspruch. In den nächsten Jahren wird es zu einem drastischen Anstieg von älteren Migranten und folglich auch von Pflegeleistungen kommen, denn familiäre Netze werden auch bei den Migranten immer fragiler. Die Aneignung von transkultureller Kompetenz ist angesichts der statistischen Prognosen und der heterogener werdenden Lebenswelten unbedingt notwendig.

Das Transkulturalitätskonzept stellt einen guten Ansatz für die Pflege dar, da es nicht die Kultur eines Menschen, sondern seine Individualität in den Mittelpunkt stellt. Hauskrankenpflege kann Kultur fördern, da das zu Hause einer Person ein besonders kultursensibles Feld darstellt. Die Interaktion zwischen Pflegeperson und Klient nimmt in der Hauskrankenpflege einen besonderen Stellenwert ein, wodurch der Klient mit seinen Bedürfnissen besser erkannt werden kann.

Das Team der Hauskrankenpflege ist multikulturell und stellt ein wichtiges Potential für die Betreuung von Menschen aus anderen Ländern dar.

Die Ergebnisse der Focus-Group konnten zeigen, dass es in der Pflegepraxis immer wieder zu großen Herausforderungen kommt. Im Pflegealltag erlebten die Teilnehmer der Focus-Group besonders türkische Klienten als „schwierig“. Dabei konnte bei den Pflegepersonen ein Mangel an Verständnis und Wissen über die türkische Kultur und im speziellen über den Islam identifiziert werden.

Für den Experten ist kulturelles Verständnis eine Grundbildung. Er sah seine Rolle als Pflegeperson darin Kultur und Religion zuzulassen und nicht zu behindern. Im Palliativbereich spielt die Religion eine wichtige Rolle, da sie als unterstützend im Sterbeprozess gesehen werden kann. In der österreichischen Kultur verliert der Glaube zunehmend an Bedeutung.

Mobile Palliativteams stellen eine wertvolle Bereicherung in der mobilen Pflege und Betreuung dar. Die multiprofessionelle Teamstruktur ermöglicht es schwer kranken und sterbenden Menschen bis zu ihrem Tod in ihrem gewohnten Umfeld und im Kreise ihrer Familien bleiben zu können. Im Fall des untersuchten Palliativteams stellen die autonome Teamstruktur und die enge Zusammenarbeit mit den Pflegepersonen der Hauskrankenpflege eine Besonderheit dar.

Folgende Empfehlungen lassen sich für die transkulturelle Pflege ableiten:

- Transkulturelles Bewusstsein muss zuallererst in die Unternehmenskultur von Hauskrankenpflegeanbietern, beispielsweise in Form des Konzeptes der „transkulturellen Öffnung“²¹, implementiert werden. Denn nur eine Sensibilisierung der gesamten Organisation kann einen transkulturellen Wandel bewirken (vgl. Domenig [2] 2007: 342).
- Vor dem Hintergrund der zunehmend heterogener werdenden Lebenswelten sind Pflegepersonen zunehmend gefordert sich transkulturelle Kompetenz anzueignen. Empathie, Wissen und Selbstreflexion können das Verständnis für andere Lebenswelten fördern.
- Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege müssen erkennen, dass ihr Arbeitsfeld, durch das Fehlen von strukturellen Rahmenbedingungen und die positive Wirkung des gewohnten Umfeldes ein hohes Maß an Individualität in der Pflege von MigrantInnen bereithält und dieses zu nutzen wissen (z.B. Einhaltung der Gebetszeiten, individuelles Essen).
- Die Hauskrankenpflegeanbieter sollten ihren Mitarbeitern migrationsspezifische Fortbildungen anbieten und sie anhalten, diese zu besuchen. Denn je mehr Wissen sie sich aneignen, umso weniger Unsicherheiten und Stresssituationen erleben sie im Umgang mit MigrantInnen. Beispielsweise könnten das Wissen um die türkische Kultur und Grundkenntnisse des Islams helfen das Verständnis für diese Gruppe zu verbessern. Als Themen eignen sich auch noch Essgewohnheiten in verschiedenen Kulturen, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im Migrationskontext oder das Erleben und der Ausdruck von Schmerz.
- Zu Beginn jeder Betreuung sollte muttersprachliches Informationsmaterial für den Klienten bereitgestellt werden, das über die verschiedenen Dienstleistungsangebote und die Rahmenbedingungen der Pflege informiert (z.B. Aufgabenbereiche der Pflegehelfer und des diplomierten Pflegepersonals).

²¹ Die Diplomarbeit mit dem Titel „Hauskrankenpflege für MigrantInnen in Wien - Status Quo und zukünftige Entwicklungen transkultureller Pflege aus der Perspektive des Pflegemanagements in Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung“ von Marlene Macek kann hierzu Informationen liefern.

- Das enorme Sprach- und Kulturenpotenzial der Pflegepersonen muss effizient genutzt werden. Ersteinsätze bei Menschen die die deutsche Sprache nicht hinreichend verstehen, sollten mit muttersprachlichem Pflegepersonal bzw. gemeinsam mit Familienangehörigen, die dolmetschen können durchgeführt werden. Denn nur so können die individuellen Bedürfnisse des Klienten kommuniziert werden.
- Im Rahmen der Pflegeanamnese sollten die diplomierten Pflegepersonen in der Lage sein, migrationsspezifische Themenbereiche zu erfragen. Die gewonnenen Informationen sollten sie im Pflegeprozess bedürfnisorientiert einsetzen und in Teambesprechungen an ihre Kolleginnen weitergeben können.
- Gezielte Stellenausschreibungen, beispielsweise für türkisches Pflegepersonal, werden zukünftig notwendig sein, um alle Klienten bedürfnisgerecht pflegen zu können.
- Das Aneignen von Wissen im Migrationskontext, eine empathische Haltung gegenüber dem Klienten und eine ständige Reflexion seiner eigenen Lebenswelt müssen Bestandteil der Grundausbildung, sowohl von diplomierten Pflegepersonen, als auch von Pflegehelfern sein.
- Es wird notwendig sein, den Ausbau von mobilen Palliativteams zu fördern, um schwer kranken und sterbenden Menschen die Möglichkeit zu bieten zu Hause sterben zu dürfen.

8 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

1. Abt-Zegelin, A./Schnell, M.W. (Hrsg.): Sprache und Pflege, 2. Aufl., Bern: Huber, 2005
2. Akhtar, S.: Immigration und Identität: psychosoziale Aspekte und kulturübergreifende Therapie, Gießen: Psychosozial.- Verl., 2007
3. Alban, S./Leininger, M.M./Reynolds, C.L.: Multikulturelle Pflege, 1. Aufl., München/Jena: Urban&Fischer, 2000
4. Baumgartner Bicer, J.: Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 67-85
5. Binder-Fritz, Ch.: Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich – ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen, In: Uzarewicz, Ch./Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege, Braunschweig: Vieweg, 1997, S. 133-154
6. BMGFJ (Bundesministerium für Gesundheit: Familie und Jugend): Soziodemographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit - Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, Wien: 2008
7. BMSK (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz) (Hrsg.): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007, Wien: o.J.
8. BMSK (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz): Ein Blick 5 Pflege, Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen, 5. Auflage, Wien: 2009
9. Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung, Opladen: Leske +Budrich, 2002

10. Borde, T./David, M. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main: Mabuse, 2003
11. Brosius, H.B./Koschel, F./Haas, A.: Methoden der empirischen Kommunikationsforschung - eine Einführung, 5. Aufl., Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2009
12. Bundespressedienst (Hrsg.): Hospiz- und Palliativführer Österreich-Selbstbestimmt leben-Bis zuletzt, 4. Auflage, Wien: 2008
13. Bundessozialamt (Hrsg.): Geschäftsbericht 2008, Neues – Interessantes – Unbekanntes, Wien: o. J.
14. Bühlmann, R./Stauffer, Y.: Bedeutung der Kommunikation in der transkulturellen Pflege, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 275-285
15. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hrsg.): Die Pflegevisite als qualitätssichernde Maßnahme in der ambulanten Pflege und Betreuung – Detailkonzept zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Hauskrankenpflege, 2004
16. DiCicco-Bloom/Cohen, D.: Home Care Nurses: A Study of the Occurrence of Culturally Competent Care, In: Journal of Transcultural Nursing, Vol.14, No.1,01/03, S. 25-31
17. Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007
18. Domenig, D. [1]: Das Konzept der transkulturellen Kompetenz, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 165-189
19. Domenig, D. [2]: Transkulturelle Organisationsentwicklung, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 341-368

20. Domenig, D./Stauffer Y./Georg J.: Transkulturelle Pflegeanamnese, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 301-310
21. Dornheim, J.: Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 29-48
22. Drerup, E.: Vorwort zur deutschen Übersetzung, In: Leininger, M.M.: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998, S. 9-15
23. Eisingerich, A.: Der Tod als Rückkehr zu Gott, der Quelle allen Lebens – Sterben, Tod und Trauer im Islam, In: Heller, B. (Hrsg.): Aller Einkehr ist der Tod – Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2003, S. 118-143
24. Elzer, M./Sciborski, C.: Kommunikative Kompetenzen in der Pflege - Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion, 1. Aufl., Bern: Huber, 2007
25. Emmrich, D.: Kultursensitiv pflegen - Wege zu einer interkulturellen Pflegepraxis, 1. Aufl., München/Jena: Urban&Fischer, 2002
26. Engel, K.: Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen – Die Anwendung des Resident Assessments Instruments RAI 2,0 als Qualitätsinstrument, 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer, 2008
27. Equal Entwicklungspartnerschaft IIS (Hrsg.): Migrantinnen im Gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien, Wien: 2005
28. Ertl, R./Kratzer, U.: Hauskrankenpflege - wissen-planen-umsetzen, 2. Aufl., Wien: Facultas, 2007

29. Ertl, R./Schrems, B. [1]: Kooperation als Qualitätsinstrument – eine Einführung, In: Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hrsg.): Das Wiener Modell für ambulante Dienste- Kooperation als Qualitätsinstrument, Wien: Facultas, 2001, S. 9-42
30. Ertl, R./Schrems, B. [2]: Evaluation von Hauskrankenpflegeangeboten in Wien unter dem Aspekt der Bedürfnis- und Bedarfsorientierung, In: Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hrsg.): Das Wiener Modell für ambulante Dienste- Kooperation als Qualitätsinstrument, Wien: Facultas, 2001, S. 132-168
31. Ewers, M.: „Stationär läuft vieles anders...“ – Focus Groups mit Pflegenden in der technikintensiven häuslichen Versorgung, In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, 1. Aufl., Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 2002, S. 327-346
32. Faltermaier, T.: Migration und Gesundheit – Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive, In: Marschalck, P./Wiedl, K.H. (Hrsg.): Migration und Krankheit, 2. Aufl., Göttingen: V&R unipress GmbH, 2005, S. 93-112
33. Fassmann, H./Münz R. (Hrsg.): Migration in Europa - historische Entwicklung, aktuelle Trends, politische Reaktionen, Frankfurt a. Main/New York: Campus, 1996
34. Fassmann, H./Münz, R.: Einwanderungsland wider Willen, In: Fassmann, H./Münz R. (Hrsg.): Migration in Europa - historische Entwicklung, aktuelle Trends, politische Reaktionen, Frankfurt a. Main/New York: Campus, 1996, S. 209-229
35. FH-Studiengang für Sozialarbeit, Forschungswerkstatt: Soziale Dienstleistungen für ältere MigrantInnen im 10. und 15. Wiener Gemeindebezirk, In: Equal Entwicklungspartnerschaft IIS (Hrsg.): Migrantinnen im Gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien, Wien: 2005

36. Ford, Y.: Kultursensible Pflege ist nicht sprachlos - Über die Bedeutung von Sprachunterricht in der Pflege, In: Abt-Zegelin, A./Schnell, M.W. (Hrsg.): Sprache und Pflege, 2. Aufl., Bern: Huber, 2005, S. 103-107

37. FSW (Fonds Soziales Wien) (Hrsg.): Geschäftsbericht 2007 des Fonds Soziales Wien - Bericht über die Leistungen des Fonds Soziales Wien und seiner PartnerInnenorganisationen, Wien: o.J.

38. Georg, J.: Pflegediagnosen und -diagnostik im Migrationskontext, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 287-300

39. Gippert, W./Götte, P./Kleinau, E.: Transkulturalität - gender- und bildungshistorische Perspektiven, Bielefeld: transcript, 2008

40. Gippert, W./Götte, P./Kleinau, E.: Transkulturalität – gender- und bildungshistorische Perspektiven – zur Einführung in den Band: In: Gippert, W./Götte, P./Kleinau, E.: Transkulturalität - gender- und bildungshistorische Perspektiven, Bielefeld: transcript, 2008, S. 9-23

41. Heller, B. (Hrsg.): Aller Einkehr ist der Tod - Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2003

42. Heller B./Heller, A.: Sterben ist mehr als Organversagen - Spiritualität und Palliative Care, In: Heller, B. (Hrsg.): Aller Einkehr ist der Tod - Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2003, S. 7-21

43. Heimerl, K./Heller, A./Pleschberger, S.: Implementierung der Palliative Care im Überblick, In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 50-57

44. Höpflinger, F.: Pflege und das Generationenproblem –Pflegesituationen und intergenerationelle Zusammenhänge, In: Schroeter, K.R./Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege, Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Weinheim/München: Juventa, 2005, S. 157-175
45. Iljić M./Kavazović M./Schornböck H.: Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung - eine sozialwissenschaftliche Studie, Wien: 2007 (Equal-Entwicklungspartnerschaft diversity@care)
46. Karl-Trummer, U./Novak-Zezula, S.: Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen - Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt, In: Rásky É. (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht, Migration und Gesundheit, Wien: Facultas, 2009, S. 367-375
47. Kienzl-Plochberger, K. [1]: MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich, In: Equal Entwicklungspartnerschaft IIS: MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien, Wien: 2005, S. 6-13
48. Kienzl-Plochberger, K. [2]: Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien - Befragung und Beratung von MigrantInnen (55+) im Rahmen des Equal Projektes, In: Equal Entwicklungspartnerschaft IIS: MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien, Wien: 2005, S. 44-51
49. Knapp, W.: Die Inhaltsanalyse aus linguistischer Sicht, In: Mayring, P./Gläser-Zikuda, M (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim/Basel: Beltz, 2005, S. 20-36
50. Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007
51. Krenn, M./Papouschek U.: Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen, Wien: 2003
52. Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, 1. Aufl., Bern: Huber, 2008

53. Leininger, M.M.: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998
54. Leoni-Scheiber, C.: Der angewandte Pflegeprozess, Wien: Facultas, 2004
55. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? - Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten - Endbericht, 2005
56. Marschalck, P./Wiedl, K.H. (Hrsg.): Migration und Krankheit, 2. Aufl., Göttingen: V&R unipress GmbH, 2005
57. Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken, 9. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz, 2007
58. Mayring, P./Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim/Basel: Beltz, 2005
59. Merten, K.: Inhaltsanalyse: Einführung in Theorie, Methode und Praxis, 2. Aufl., Opladen: Westdt. Verl., 1995
60. Meuser, M./Nagel, U.: ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht – Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung, Opladen: Leske +Budrich, 2002, S. 71-93
61. ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (Hrsg.): Österreichischer Pflegebericht - Endbericht, Wien: 2006
62. Österreichischer Integrationsfonds (Hrsg.): Migration & Integration - Zahlen. Daten. Fakten 2009, Wien: 2009
63. Pacquiao, D.F./Archeval L./Shelley E.E.: Transcultural Nursing Study of Emic and Etic Care in the Home, In: Journal of Transcultural Nursing, Vol. 10, No. 2, 04/99, S. 112-119

64. Papies-Winkler, I.: Dolmetschen im Gesundheits- und Sozialwesen – Ein Projekt des „Interkulturellen Gesundheitsnetzwerks“ Berlin, In: Borde, T./David, M. (Hrsg.): Gut versorgt? – Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main: Mabuse, 2003, S. 229-234
65. Pattis, E.: Wenn Migranten/innen zu Patienten/innen werden – Anregungen und Impulse für den Pflegealltag (Qualitätsprojekt Krankenhaus Brixen), 2006
66. Pfabigan, D. [1]: Kultursensible Pflege und Betreuung – Methodische Ermutungen für die Aus- und Weiterbildung, Wien: 2007
67. Pfabigan, D. [2]: Kultursensible Pflege und Betreuung - neue Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung, In: Österreichische Pflegezeitschrift, No. 12, Vol.60, 12/07, S. 12-17
68. Pfabigan, D.: Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen - transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen, In: Rásky É. (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht, Migration und Gesundheit, Wien: Facultas, 2009, S. 65-71
69. Pfadenhauer, M.: Auf gleicher Augenhöhe reden - Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte, In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung, Opladen: Leske +Budrich, 2002, S. 113-130
70. Rásky É. (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht - Migration und Gesundheit, Wien: Facultas, 2009
71. Reinprecht, Ch.: Lebenssituation, soziale Integration und Altersplanung älterer MigrantInnen in Wien - eine empirische Erhebung in der URBAN-Region, In: Senior Plus Schlussbericht des Urban Projekts für Menschen ab 55 in der Gürtelregion 1997-1999, Wien: o.J., S. 125-137

72. Reinprecht, Ch.: Ergebnisse der Befragung älterer MigrantInnen im Rahmen der Begleitforschung des EQUAL-Projekts „IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen (IIS): In: Equal Entwicklungspartnerschaft IIS (Hrsg.): Migrantinnen im Gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien, Wien: 2005, S. 52-76

73. Reinprecht, Ch.: Nach der Gastarbeit – Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft, Wien: Braumüller, 2006

74. Reynolds, C.L.: Zum Ursprung von Leinigers Theorie der kulturellen Fürsorgevielfalt und –gemeinsamkeiten, In: Alban, S./Leininger, M.M./Reynolds, C.L.: Multikulturelle Pflege, 1. Aufl., München/Jena: Urban&Fischer, 2000, S. 276-286

75. Rottenhofer, I./Wild, M.: Österreich: Jenseits von Wien, In: Bartels, A./Jenrich, H. (Hrsg.): Alt werden in Europa - Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe, Frankfurt am Main: Mabuse, 2004, S. 93-99

76. Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, 1. Aufl., Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 2002

77. Schallaböck, U.: Wer sind die Ausländer in Österreich?, In: Österreichischer Integrationsfonds: Integration im Fokus, 2/09, S. 46

78. Schenk, L.: Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten, In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, 1. Aufl., Bern: Huber, 2008, S. 156-174

79. Schinder, T.: Palliative Care in der ambulanten Versorgung, In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 58-66

80. Sciborski, C.: Kommunikative Kompetenzen in der Pflege, In: Elzer, M./Sciborski, C.: Kommunikative Kompetenzen in der Pflege - Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion, 1. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 19-28

81. Sozial Global: Das war Senior Plus - Schlussbericht des Urban-Projekts für Menschen ab 55 in der Gürtelregion 1997-1999, Wien: o.J.
82. Specht-Tomann, M: Biographiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, Heidelberg: Springer, 2009
83. Statistik Austria (Hrsg.): Volkszählung 2001(Textband)- die demographische, soziale und wirtschaftliche Struktur der österreichischen Bevölkerung, 2007
84. Statistik Austria [1] (Hrsg.): Bevölkerungsstand 1.1. 2008, Wien: 2008
85. Statistik Austria [2] (Hrsg.): Österreich Zahlen-Daten-Fakten 08/09, 1. Aufl., Wien: 2008
86. Statistik Austria: Standard-Dokumentation Metainformationen - Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität zur Wanderungsstatistik, Wien: 2009
87. Stricker Johanna: Pflegebedürftigkeit in Österreich, Linz: Universitätsverlag Trauner, 1992, (herausgegeben von Radner, A.)
88. Treibel, A.: Migration in modernen Gesellschaften - Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht, 3. Aufl., Weinheim/München: Juventa, 2003
89. Uzarewicz, Ch./Piechotta, G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege, Braunschweig: Vieweg, 1997
90. Weiss-Faßbinder, S./Lust, A. (Hrsg.): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), 5. Aufl., Wien: Manz, 2006
91. Weltgesundheitsorganisation (WHO): Gesundheit 21- Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5, 1998
92. Wicker, H.R.: Von der Assimilation zur Integration – Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 49-66

93. Wied, S.: Pschyrembel Wörterbuch Pflege - Pflege Techniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht: 1. Aufl., Berlin/New York: Walter de Gruyter, 2003
94. Wild, M.: Ambulant vor stationär? - Quo vadis?, In: Österreichische Pflegezeitschrift 5/02, S. 22-26
95. Zielke-Nadkarni, A.: Gesundheit- und Krankheitskonzepte, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, 2007, S. 191-204

INTERNETQUELLEN:

1. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen [Über uns] unter URL:
<http://www.dachverband.at/ueber-uns/> vom 14.11.09
2. FSW (Fonds Soziales Wien) [Anerkannte Einrichtungen des FSW] unter URL:
http://www.fsw.at/export/sites/fsw/fswportal/downloads/foerderwesen_erkennung/Anerkannte_Einrichtungen.pdf vom 10.9.09
3. FSW (Fonds Soziales Wien) [Förderrichtlinien] unter URL:
<http://www.fsw.at/foerderwesen/foerderrichtlinien.html> vom 16.11.09
4. Körtner U. [Sterben]: Sterben in der modernen Stadt – gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Rahmenbedingungen von Palliative Care unter URL:
<http://www.bka.gv.at/2004/5/3/Sterben%20in%20der%20modernen%20Stadt.pdf> vom 10.9.09
5. Magistratsabteilung 15 [Heimhilfe]: Gesund in Wien, unter URL:
<http://www.wien.gv.at/ma15/pdf/heimhilfe.pdf> vom 7.10.09
6. Statistik Austria [Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Bundesland]:
unter URL:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html vom
3.10.09
7. Statistik Austria [Migrationshintergrund im Überblick] : unter URL:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html vom 11.9.09

8. Statistik Austria: [Bevölkerung nach Alter]: Bevölkerung am 1.1.2009 nach zusammengefasster Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Altersgruppen unter URL:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html vom 30.8.09
9. Statistik Austria [Sozialleistungen]: unter URL:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/index.html vom 8.9.09
10. Wikipedia unter URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Patient-Controlled_Analgesia vom 11.11.09

9 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
Aufl.	Auflage (eines Buches)
Bsp.	Beispiel
bzw.	beziehungsweise
bspw.	beispielsweise
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
ebd.	ebenda
f.	folgende (Seite)
ff.	folgende Seiten
Hrsg.	Herausgeber
Kap.	Kapitel
o.J.	ohne Jahresangabe
PH	Pflegehelfer
S.	Seite (eines Buches)
u.v.m.	und viele(s) mehr
v.a.	vor allem
Verl.	Verlag (eines Buches)
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
zit. nach	zitiert nach

ABSTRACT:

Hintergrund:

Professionelle transkulturelle Pflege ist in Österreich durch die zunehmende Vielfalt an Menschen aus anderen Ländern und Kulturen ein aktuelles Thema und wird aufgrund der demographischen Alterung der migrantischen Bevölkerung und des Abnehmens familiärer Pflegenetzwerke immer mehr an Bedeutung gewinnen. Die zahlenmäßig große Gruppe von Menschen aus den traditionellen Gastarbeiterländern Ex-Jugoslawien und Türkei, kommen zusehends in ein Alter, in dem sie pflegebedürftig werden. In der mobilen Pflege und Betreuung werden Migranten als zukünftige Klientel jedoch noch kaum wahrgenommen. Zugangsbarrieren, fehlende bedürfnisorientierte Dienstleistungsangebote u.v.m. spiegeln das mangelnde Bewusstsein für diese Gruppe von Seiten der Anbieter wider. Die Begegnung zwischen Pflegepersonen und Klienten gestaltet sich oft schwierig. Sie ist gekennzeichnet durch Missverständnisse und Unsicherheiten auf beiden Seiten und resultiert in einer mangelnden transkulturellen Kompetenz der Pflegepersonen.

Ziel der Untersuchung:

Die Erhebung zielte darauf ab, die transkulturellen Erfahrungen, die Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege bis dato gemacht haben, zu untersuchen.

Methoden:

Es wurden ein Focus-Group Interview mit Pflegepersonen aus der Hauskrankenpflege und ein Experteninterview mit dem Leiter eines mobilen Palliativteams geführt.

In Anlehnung an die „zusammenfassende Inhaltsanalyse“ nach Mayring wurden die Daten der beiden Interviews analysiert.

Ergebnisse:

Alle Pflegepersonen konnten bereits Erfahrungen in der Pflege von Migranten machen. Die beiden Interviews unterschieden sich wesentlich voneinander. Die Teilnehmer der Focus-Group berichteten über zahlreiche Herausforderungen im Pflegealltag. Hierbei wurden v.a. türkische Klienten als „schwierig“ erlebt. Für den Experten gehört kulturelles Verständnis für einen anderen Menschen zur Grundbildung eines Menschen. Er nimmt den Menschen so wahr, wie er ist.

Empfehlungen:

Ein transkulturelles Bewusstsein sollte als erstes auf Organisationsebene im Sinne einer „Transkulturellen Öffnung“ entwickelt werden. So können Pflegepersonen bspw. im Rahmen von Fortbildungen transkulturelle Kompetenz kontinuierlich erwerben. Selbstreflexion, Hintergrundwissen und narrative Empathie sind der Schlüssel zu mehr Verständnis, Sicherheit und Erfahrung in der Pflege mit Migranten. Die interaktive Arbeit zwischen Pflegeperson und Klient und die gewohnte Umgebung eines Menschen tragen dazu bei, transkulturelle Pflege zu fördern. Auch der Migrationshintergrund vieler Pflegepersonen ist ein wichtiges Potenzial für die transkulturelle Pflege, das erkannt und gezielt genutzt werden muss.

LEBENS LAUF

Persönliche Angaben:

Name: Elke Havlicek
Adresse: A-1040 Wien, Trappelgasse 9/8
Geburtsdatum: 15.02.1979
Geburtsort: Hollabrunn
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig

Ausbildung:

09/1985-06/1989: Volksschule Hollabrunn
09/1989-06/1997: Neusprachliches Gymnasium Hollabrunn
06/1997: Matura
10/1997-11/1999: Medizinstudium an der Universität Wien
09/1998-09/2001: Krankenpflegeausbildung am Gottfried von Preyer'schen Kinderspital in Wien
09/2001: Allgemeines Krankenpflegediplom mit „ausgezeichnetem Erfolg“
10/2001-derzeit: Studium IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
10/2006-derzeit: Diplomstudium Spanisch an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeit:

10/2001-06/2006: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in der Hauskrankenpflege des Wiener Hilfswerks
06/2006 – derzeit: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im mobilen Palliativteam des Wiener Hilfswerks, Koordination Palliativteam

Projekte:

10/2005-12/2005: Interviewertätigkeit für das Projekt „Lebensqualität im Pflegeheim“ im Rahmen einer Ausschreibung der Universität Wien
09/2005-05/2007: Praktikum im Rahmen des Equalprojekts des Wiener Hilfswerks „diversity@care“, Mitarbeit in einer Focus-Group