



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Wie könnte transkulturelle Pflege in einer
österreichischen Krankenanstalt gefördert werden?
(Ein „Needs–Assessment“)

Verfasserin

Carina Maria Fritz

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin:

Dr.ⁱⁿ Martina I. Steiner

Für meinen Lebensmenschen Michael

DANKSAGUNGEN

Ich bedanke mich ganz herzlich bei meiner Familie und meinen treuen Freunden, die mich meine ganze Studienzeit mit Rat und Tat, Motivation und Trost begleitet und unterstützt haben. Vielen Danke für Alles, ohne euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen!

Weiters möchte ich mich auch bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Dr.ⁱⁿ Martina I. Steiner bedanken, die mit ihrem einzigartigem Engagement, Interesse und Verständnis die Entstehung dieser Arbeit gefördert hat und mir wertvolle Hinweise zur Umsetzung dieses Forschungsvorhabens geben konnte.

Besonderer Dank gebührt auch meinen InformantInnen, die mir essentielle und hilfreiche Hinweise anvertrauten und somit Hauptbestandteil dieser Diplomarbeit sind.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Überblick	2
1. Das österreichische Gesundheitssystem	5
1.1 Was ist „Gesundheit“?	5
1.2 Grundprinzipien des österreichischen Gesundheitssystems	6
1.3 Krankenanstalten in Österreich	6
1.4 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz in Österreich (KAKuG)	8
1.5 Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems	9
1.6 „E-Health“ im österreichischen Gesundheitssystem	9
2. Migration in Österreich	10
2.1 Demographische Daten für Österreich	10
2.2 „MigrantInnen“ bzw. „Menschen mit Migrationshintergrund“	11
2.3 Zusammenhänge zwischen „Migration“ und „Gesundheit“:	13
3. Kulturdebatte	15
4. Inter- und transkulturelle Kompetenz bzw. Pflege im Gesundheitsbereich	17
4.1 Interkulturelle Kompetenz	17
4.2 Transkulturelle Kompetenz	18
4.3 Relevanz von inter- bzw. transkultureller Kompetenz im Gesundheitsbereich	21
4.4 Transkulturelle Pflege	23
4.5 Kulturalisierungen	25
5. Methode	26
5.1 Forschungsfrage	26
5.2 Das qualitative Interview	26
5.3 Das ExpertInneninterview	26
5.4 Datenaufbereitung	27

6.	Empirischer Hauptteil	28
6.1	Allgemeine Informationen	28
6.2	Interviews und informelle Gespräche	29
6.3	Kontaktpersonen.....	30
6.3.1	Interviewpartnerin A:	30
6.3.2	Interviewpartnerin B:	30
6.3.3	Interviewpartnerin C:	31
6.3.4	Interviewpartner D:	31
6.3.5	Andere InformantInnen:	31
6.4	Transkulturelle Pflege im Krankenhaus X –Ist-Zustand:.....	34
6.5	Fallbeispiele für den Bedarf von transkultureller Pflege im Krankenhaus X:	35
6.6	SPRACHE:.....	37
6.6.1	Allgemeine Verständigungsprobleme im Krankenhaus X:.....	37
6.6.2	Welche Fremdsprachen im Krankenhaus X benötigt werden:.....	38
6.6.3	Interner Dolmetschpool des Krankenhauses X:	39
6.6.4	Haftungsfrage bei Dolmetschleistungen:	41
6.6.5	Fremdsprachige Informationsmaterialien im Krankenhaus X:	43
6.6.6	Deutschkenntnisse als Behandlungskriterium:.....	44
6.7	BILDUNG:.....	45
6.7.1	Bildungsmöglichkeiten für transkulturelle Pflege im Krankenhaus X:	45
6.7.2	Unterrichtsfach „Transkulturelle Pflege“ in der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z:.....	48
6.7.3	Unterrichtsfach „Transkulturelle Pflege“ in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y:.....	48
6.8	ISLAM:	52
6.8.1	Muslimische PatientInnen im Krankenhaus X:.....	52
6.8.2	Muslimisches Krankenhauspersonal im Krankenhaus X:.....	53
6.8.3	Islamischer Besuchsdienst (IBD) in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y:.....	54
6.8.4	Muslimische Gebetsräume in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y:.....	55
7.	Lösungsansätze von InformantInnen	58
7.1	Empfehlung 1: Bedarfserhebung transkultureller Pflege	58
7.2	Empfehlung 2: Befragungen von PatientInnen mit Migrationshintergrund.....	59
7.3	Empfehlung 3: Reflexionsprozesse im KH X	60
7.4	Empfehlung 4: Qualifizierung des Dolmetschpools	62

7.5 Empfehlung 5: MigrantInnen für den Gesundheitssektor	63
7.6 Empfehlung 6: Verpflichtende Impulsseminare.....	63
7.7 Empfehlung 7: „Motivationskick“ für Fortbildungen	63
7.8 Empfehlung 8: Unterrichtsfach „Transkulturelle Pflege“	64
7.9 Empfehlung 9: Lehrgang für „Transkulturelle Pflege“	65
7.10 Empfehlung 10: Lehrpersonal für transkulturelle Pflege	66
7.11 Empfehlung 11: Fremdsprachige Informationsmaterialien.....	66
7.12 Empfehlung 12: Kompromisse mit Angehörigen	67
7.13 Empfehlung 13: Koordinationsstelle für „Transkulturelle Pflege“	68
7.14 Empfehlung 14: „Situativer Führungsstil“	68
8. Weitere Lösungsansätze	70
8.1 Empfehlung 1: Veränderungen der Grundstrukturen	70
8.2 Empfehlung 2: „Transkulturelle Personalentwicklungsprozesse“	70
8.3 Empfehlung 3: „Benchmarking“ für transkulturelle Pflegemaßnahmen	71
8.4 Empfehlung 4: Internetplattform als „Lerntool“	71
8.5 Empfehlung 5: BesucherInnenkoordinationsplan	71
9. Resümee	72
10. Ausblick	73
11. Schlussbemerkungen	74
12. Zusammenfassung	75
13. Quellenverzeichnis	76
13.1 Literaturquellen:	76
13.2 Anonymisierte Literaturquellen:	83
13.3 Anonymisierte Internetquellen:	84
13.4 Bildquellen:	85
13.5 Anonymisierte Bildquellen:	85
14. Anhang	86
14.1 Anmerkungen zum Fragebogenentwurf für das Krankenhaus X.....	87
14.2 Fragebogen für ÄrztInnen & Pflegepersonal des KH X	88
14.3 Interviewleitfaden für Interviewpartnerin C.....	91
14.4 Interviewleitfaden für Interviewpartner D	92
14.5 Lebenslauf	94

Vorwort

Diese Diplomarbeit versucht den „Ist-Zustand“ von transkultureller Pflege in einer ausgewählten österreichischen Krankenanstalt (X) der Trägerschaft (Y) zu beschreiben. Mithilfe der Berichte von InformantInnen soll ein möglichst realistisches Abbild der transkulturellen Pflege im Krankenhaus X vorgestellt werden, um darauf aufbauend Perspektiven zur Förderung von transkultureller Pflege präsentieren zu können.

Diese Perspektiven bzw. Lösungsvorschläge zur Förderung von transkultureller Pflege im Krankenhaus X stützen sich auf die individuellen Erfahrungswerte und das Wissen der InformantInnen. Die Lösungsvorschläge der Kontaktpersonen werden anschließend durch Empfehlungen zur Verbesserung von transkultureller Pflege, die in der Fachliteratur bereits behandelt wurden, ergänzt.

Sämtliche personen- und objektbezogenen Daten der empirischen Arbeit müssen anonymisiert werden, da von der Trägerschaft Y – trotz Empfehlungsschreiben des Institutes für Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien – keine Forschungsgenehmigung erteilt wurde.

Die entsprechenden Quellen für den empirischen Teil sind aber sowohl der Diplomandin, als auch der Diplomarbeitbetreuerin Dr.ⁱⁿ Martina I. Steiner bekannt.

Aufgrund der fehlenden offiziellen Forschungserlaubnis konnte der selbstkonzipierte Fragebogen (im Anhang dieser Diplomarbeit) nicht wie geplant im Krankenhaus X vorgelegt und ausgewertet werden.

Die Ausgangsdaten zu transkultureller Pflege im Krankenhaus X stützten sich somit auf den Wissensstand meiner Kontaktpersonen sowie deren PatientInnen bzw. KlientInnen.

Eine „Bedarfsanalyse“ zur Erhebung von transkultureller Pflege (z.B. mittels Fragebögen) als Ausgangsbasis wäre aber besonders sinnvoll, da dadurch auf die spezifischen Bedürfnisse und Gegebenheiten der jeweiligen Krankenanstalten (z.B. Bettenanzahl, Personalstand, Zeitmanagement) Rücksicht genommen werden könnte.

Überblick

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung von transkultureller Pflege in einem ausgewählten Krankenhaus (X) der Trägerschaft (Y). Die forschungsleitende Fragestellung („*Wie sehen Ist-Zustand und Soll-Zustand von transkultureller Pflege im Krankenhaus X der Trägerschaft Y aus?*“) soll mithilfe eigener empirischer Daten beantwortet werden.

Das **erste Kapitel** gibt einen Einblick in das österreichische Gesundheitssystem, in die Grundprinzipien des österreichischen Gesundheitswesens und stellt diese in Zusammenhang mit den österreichischen Krankenanstalten. Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssektors und der „*E-Health*“-Bereich des österreichischen Gesundheitswesens werden ebenfalls in diesem Kapitel vorgestellt.

Das **zweite Kapitel** widmet sich dem Thema „Migration“, indem es aktuelle soziodemographische Daten aus Österreich präsentiert und die Termini „*MigrantInnen*“ bzw. „*Menschen mit Migrationshintergrund*“ näher definiert. Den Zusammenhängen zwischen „*Migration*“ und „*Gesundheit*“ wird in diesem Kapitel besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Das **dritte Kapitel** reflektiert den Begriff „*Kultur*“ kritisch und setzt unterschiedliche Bedeutungszuschreibungen miteinander in Beziehung.

Das **vierte Kapitel** „*Inter- und transkulturelle Kompetenz bzw. Pflege im Gesundheitsbereich*“ gibt einen Einblick in differente Kompetenzmodelle und diverse Pflege-theorien. Der Bezug zum österreichischen Gesundheitssystem wird an dieser Stelle besonders herausgearbeitet. Die Überbetonung von „*Kultur*“ in einigen dieser Konzepte wird im Unterkapitel „*Kulturalisierungen*“ erörtert.

Das **fünfte Kapitel** stellt die forschungsleitende Fragestellung dieser Diplomarbeit vor und erläutert kurz theoretische Anhaltspunkte der qualitativen Interviewführung und den Ablauf von ExpertInneninterviews. Die Datenaufbereitung der empirischen Arbeit wird ebenfalls im Methodenteil präsentiert.

Im **sechsten Kapitel** soll dem Leser der „*Ist-Zustand*“ von transkultureller Pflege im Krankenhaus X näher gebracht werden. Zu Beginn werden deshalb die Rahmenbedingungen dieser Forschungsarbeit beschrieben und die InformantInnen näher erklärt, welche zur besseren Veranschaulichung zusätzlich in einer Grafik dargestellt wurden. Die drei Hauptkategorien (Sprache, Bildung und Islam) werden in diesem Kapitel explizit herausgearbeitet und durch entsprechende Zitate untermauert. Barrieren bei der Datengewinnung und relevante Fallbeispiele werden ebenso mit den drei Hauptkategorien in Beziehung gesetzt.

Das **siebente Kapitel** stellt Lösungsansätze von InformantInnen zur Förderung von transkultureller Pflege im Krankenhaus X der Trägerschaft Y vor. Diese Lösungsansätze sind als „*Empfehlungskatalog*“ für das Krankenhaus X aufbereitet.

Das **achte Kapitel** ist als Ergänzung zum siebenten Kapitel zu verstehen, da es sich ebenfalls dem „*Soll-Zustand*“ von transkultureller Pflege im Krankenhaus X widmet. Die Lösungsansätze dieses Abschnittes wurden jedoch nicht von den Informantinnen selbst genannt, sondern bereits in anderen Quellen herausgearbeitet.

Das Resümee im **neunten Kapitel** versucht die forschungsleitende Fragestellung dieser Diplomarbeit zu beantworten und den Forschungsprozess zu reflektieren.

Das **zehnte Kapitel** präsentiert neue Projekte und Ideen, die zukünftig das Themengebiet der transkulturellen Pflege beeinflussen könnten. Das Pilotprojekt „*Videodolmetschen im Gesundheitswesen*“ und die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) sollen an dieser Stelle beispielhaft genannt werden.

Im **elften Kapitel** werden persönliche Gedankengänge zum Forschungsprozess und zu den Rahmenbedingungen dieser Diplomarbeit erörtert.

Das **zwölfte Kapitel** fasst den Inhalt dieser Diplomarbeit überblicksmäßig zusammen.

Im **dreizehnten Kapitel** sind alle Quellen, die für diese Diplomarbeit verwendet wurden, aufgelistet. Anonymisierte Quellen wiederum werden inhaltlich kurz erläutert.

Der Anhang, **Kapitel vierzehn**, integriert einen selbstkonzipierten Fragebogenentwurf, der ursprünglich zur Beforschung von transkultureller Pflege im Krankenhaus X erstellt wurde. Im Vorfeld dieses Fragebogens werden allerdings wichtige Anmerkungen zur Fragebogenkonstruktion erklärt. Zwei differente Interviewleitfäden und ein persönlicher Lebenslauf runden schlussendlich den letzten Abschnitt der vorliegenden Diplomarbeit ab.

1. Das österreichische Gesundheitssystem

1.1 Was ist „Gesundheit“?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „Gesundheit“ nicht als Gegenstück zu „Krankheit“, sondern sieht beide Konstrukte in ein sozioökonomisches Gesellschaftssystem eingebettet.

1948 beschreibt die WHO deshalb einen „Gesundheitsbegriff“, der das biomedizinische Verständnis ergänzen sollte:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO 1948, zitiert nach BMG)

Die vorliegende Definition der WHO war in der damaligen Zeit durchaus revolutionär, kann jedoch heutigen Kriterien nicht mehr entsprechen, da der Begriff der „Rasse“ politisch unzulässig ist. Andere Begriffsbestimmungen sind aus diesem Grund zu präferieren.

In der *„Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“* von 1986 wurden auch die Grundvoraussetzungen zur „Gesundheit“ festgelegt:

„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“ (WHO 1986: 1-2)

Der Philosoph Ernst Bloch geht ebenfalls von einem „gesellschaftlichen Gesundheitsbegriff“ aus und verweist explizit auf unterschiedliche Auffassungsweisen von Menschen zu „Gesundheit“:

„Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Gesundheit wieder herzustellen heißt in Wahrheit: Den Kranken zu jener Art von Gesundheit zu bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wird“ (Ernst Bloch 1959: 539)

1.2 Grundprinzipien des österreichischen Gesundheitssystems

„*Leicht zugänglich – leistbar – gerecht – solidarisch*“ werden die Grundpfeiler des österreichischen Gesundheitssystems, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2010 vorgestellt wurden, genannt (vgl. BFG 2010: 10).

In einer Informationsbroschüre des Bundesministeriums wird deshalb auch das „*Grundprinzip*“ der österreichischen Gesundheitsversorgung präsentiert, welches ausdrücklich die gleichen Zugangsbedingungen für alle Menschen in Österreich hervorhebt:

„Das wichtigste Grundprinzip des österreichischen Gesundheitssystems ist, allen Einwohnerinnen und Einwohnern – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen – das gleiche Recht auf hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.“ (BFG 2010: 10)

Da sich diese Diplomarbeit vor allem mit transkultureller Pflege in einer ausgewählten Krankenanstalt X der Trägerschaft Y beschäftigt, soll der stationäre Bereich des österreichischen Gesundheitssystems im folgenden Unterkapitel ausführlicher dargestellt werden.

1.3 Krankenanstalten in Österreich

Das österreichische Gesundheitssystem ist „*krankenhauszentriert*“ aufgebaut und lag 2007 im europäischen Vergleich mit einer „*Krankenhaushäufigkeit*“ von rund 28 Aufenthalten pro 100 EinwohnerInnen an der Spitze. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in österreichischen Krankenhäusern lag bei 5,7 Tagen – der „*EU-15-Durchschnitt*“ betrug etwa 6,1 Tage (vgl. BFG 2010: 13).

Im Jahr 2008 wurden 267 Krankenanstalten – davon 132 öffentliche bzw. gemeinnützige Spitäler – mit rund 64.300 Betten in Österreich gezählt. Diese 267 Krankenanstalten wurden von rund 81.000 GesundheitsarbeiterInnen mit nicht-ärztlichen Tätigkeiten und rund 21.000 ÄrztInnen betreut (vgl. BFG 2010: 4, 13).

Die nachstehende Tabelle der Statistik Austria aus dem Jahr 2008 schlüsselt die GesundheitsarbeiterInnen nach einzelnen Berufsgruppen auf (vgl. BFG 2010: 15):

Infrastruktur und Kennzahlen der Gesundheitsversorgung	
Gesundheitsberufe in Krankenanstalten per 31. 12. 2008	
Nichtärztliches Personal gesamt	81.261
Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege	52.924
Pflegehilfe	9.733
Gehobene medizinisch-technische Dienste	11.457
Medizinisch-technische Fachdienste	1.821
Sanitätshilfsdienste	4.053
Hebammen	1.273
Betreuungsplätze per 31. 12. 2008	
Aufgestellte Betten in Krankenanstalten	64.267
Akutbetten in Krankenanstalten	52.202

Quelle: GOG/OBIG 2010b; OAK 2010; OZK 2010; Statistik Austria 2010

Abb.1: Gesundheitsberufe nach Professionen aufgeschlüsselt (Statistik Austria 2010)

Einige Krankenanstalten werden nicht eigenständig verwaltet, sondern gehören unterschiedlichen Trägerschaften an. Die größten Trägerschaften sind hierbei die Länder mit einem Anteil von 32,7%. Somit besitzen sie über 50% aller Krankenhausbetten. Weitere Träger von Krankenanstalten können etwa Gemeinden, Glaubensgemeinschaften, Krankenkassen, Versicherungsanstalten oder Privatpersonen sein (vgl. BMGF 2005a: 53).

1.4 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz in Österreich (KAKuG)

Im österreichischen „*Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz*“ wird in drei Paragraphen auf die „Behandlungspflicht“ aller Bedürftigen bzw. Kranken hingewiesen. Diese „Behandlungsverpflichtung“ kommt zum Tragen unabhängig von der Herkunft der Personen oder der (nicht-)vorhandenen Sprachkenntnisse (Aline Leischner 2011; RIS 2012).

Entsprechende Grundsatzbestimmungen können daher im österreichischen KAKuG in folgendem Wortlaut nachgelesen werden:

- Paragraph 16 Abschnitt b: „§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 22 Abs. 2)“
- Paragraph 22 Absatz 2: „§ 22. (2) ...Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden. Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen.“
- Paragraph 23 Absatz 1: „§ 23. (1) Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.“

Diese oben angeführten Grundsatzbestimmungen unterweisen auch das Krankenhaus X der Trägerschaft Y in die „Behandlungsverpflichtung“ aller „Aufnahmebedürftigen“.

„Non-governmental-organizations“ (NGO) beispielsweise nutzen diese Gesetzestexte um „Druck“ auf Krankenhaus X auszuüben, wie eine Interviewpartnerin im empirischen Teil dieser Diplomarbeit berichtete (Interviewpartnerin B).

1.5 Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems ist solidarisch orientiert und soll unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht oder Herkunft „*einen gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen*“ garantieren (vgl. BFG 2010: 18):

„Aufgabe des Staates ist es, allen, unabhängig von Einkommen und Vermögen, die bestmögliche Gesundheitsversorgung anzubieten. Ferner gibt es zielgruppenspezifische Initiativen für ältere Personen, Frauen, Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben, Migrantinnen und Migranten sowie themenspezifische Aktivitäten zu Ernährung, Bewegung, Herz-Kreislauf-Gesundheit und zur psychischen Gesundheit.“ (BFG 2010: 24-25)

In dieser Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2010 werden auch „*zielgruppenspezifische Initiativen*“ z.B. für MigrantInnen ausdrücklich angesprochen.

Der österreichische Staat ist wie viele andere Industrienationen mit steigenden Kosten im Gesundheitssektor konfrontiert und lag 2007 im EU-Vergleich an dritter Stelle der teuersten Gesundheitssysteme. Die Ausgaben im Gesundheitsbereich wurden im Jahr 2007 auf rund 27,9 Milliarden Euro geschätzt (vgl. BFG 2010: 19).

1.6 „E-Health“ im österreichischen Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem vertraut auf elektronische Hilfsmittel und hat 2005 die elektronische Krankenversicherungskarte („*e-Card*“) eingeführt. In den kommenden Jahren wird voraussichtlich flächendeckend auch die elektronische Gesundheitsakte („*ELGA*“) in das österreichische Gesundheitssystem integriert. „*ELGA*“ soll zukünftig alle gesundheitsrelevanten Informationen verwalten, wodurch z.B. Medikamentenwechselwirkungen leichter ausgeschlossen werden könnten. Ein bargeldloser Service von Gesundheitsdienstleistungen soll mithilfe von „*e-Card*“ und *ELGA* somit für alle ÖsterreicherInnen gewährleistet werden. (vgl. BFG 2010: 23).

2. Migration in Österreich

2.1 Demographische Daten für Österreich

Das Forschungsinstitut „Statistik Austria“ schätzte die Wohnbevölkerung Österreichs im Jahr 2011 auf rund 8,4 Millionen Einwohner. Prognosen lassen darauf schließen, dass ein weiterer Bevölkerungsanstieg verzeichnet wird und Österreich bis zum Jahr 2030 rund 9 Millionen Menschen zählen wird (vgl. Statistik Austria 1).

Im Jahr 2011 lag die „Netto-Zuwanderung“ in Österreich bei 4,3 Personen je 1.000 Einwohner. Dieser Zuwanderungszuwachs war um ein Drittel höher als im Jahr 2010. Das internationale Wanderungssaldo betrug im Vergleich dazu für das Jahr 2011 rund 35.000 Personen. Dieses Ergebnis entspricht einem Zuzug von 130.208 Personen nach Österreich und einer Abwanderung von 94.604 Personen aus Österreich (vgl. Statistik Austria 2).

Die folgende Tabelle von „Statistik Austria“ stellt eine Übersicht zur „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ dar. In dieser Tabelle wird zwischen „Geburtsland der Eltern“, „Staatsangehörigkeit“ und dem „Geburtsland“ von Personen mit Migrationshintergrund unterschieden (vgl. Statistik Austria 3):

Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick

Merkmal	Bevölkerung in Privathaushalten	Migrationshintergrund		
		zusammen	Zuwanderer der 1. Generation	Zuwanderer der 2. Generation
		in 1.000		
Insgesamt	8.315,9	1.568,6	1.153,3	415,4
Geburtsland der Eltern ¹⁾				
Österreich	6.747,2	.	.	.
EU-Land (ohne Österreich)	522,8	522,8	425,2	97,5
Nicht EU-Land	1.045,8	1.045,8	728,0	317,8
dar.: Ex-Jugoslawien	513,0	513,0	360,5	152,5
Türkei	280,4	280,4	168,0	112,4
Staatsangehörigkeit				
Österreich	7.399,7	700,8	410,2	290,6
EU-Land (ohne Österreich)	364,1	339,8	310,1	29,7
Nicht EU-Land	552,1	528,0	432,9	95,0
dar.: Ex-Jugoslawien	291,7	280,3	223,1	57,3
Türkei	113,2	110,8	87,9	22,9
Geburtsland				
Österreich	7.064,0	415,4	.	415,4
EU-Land (ohne Österreich)	501,3	432,4	432,4	.
Nicht EU-Land	750,6	720,9	720,9	.
dar.: Ex-Jugoslawien	359,5	354,6	354,6	.
Türkei	168,1	167,0	167,0	.

Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2011 (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres). Erstellt am: 04.04.2012. Bevölkerung in Privathaushalten. - Zur Definition Migrationshintergrund siehe "Recommendations for the 2010 censuses of population and housing", Seite 90, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE; siehe www.unece.org/stats/documents/2010.00.census.htm). - Von Personen mit Migrationshintergrund wurden beide Elternteile im Ausland geboren, wobei Angehörige der Ersten Generation selbst im Ausland geboren wurden und Personen der Zweiten Generation in Österreich zur Welt gekommen sind. - 1) "Österreich" bedeutet, mindestens ein Elternteil wurde im Inland geboren; sind beide Elternteile in einem unterschiedlichen Staat des Auslandes zur Welt gekommen, wird das Geburtsland der Mutter herangezogen.

Abb.2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick (Statistik Austria 2011)

2.2 „MigrantInnen“ bzw. „Menschen mit Migrationshintergrund“

Für die Termini „MigrantInnen“ bzw. „Menschen mit Migrationshintergrund“ gibt es vielzählige Definitionsversuche, die sich deutlich voneinander unterscheiden können. Einige dieser Begriffbestimmungen sollen in diesem Unterkapitel demzufolge vorgestellt werden:

Die „*United Nations Economic Commission for Europe*“ (UNECE) wählten folgende Beschreibung für „Menschen mit Migrationshintergrund“:

„The group of persons with a foreign background is composed of those persons whose parents were born outside the country. The persons in this group may or may not have directly experienced an international migration.“ (UNECE 2006: 90)

Banu Wimmer weist darauf hin, dass sowohl vom Begriff „MigrantInnen“, als auch von der Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ keinesfalls auf eine „*homogene soziale Gruppe*“ geschlossen werden darf. Vielmehr haben diese Wortkonstrukte statistische oder juristisch-administrative Hintergründe (vgl. Wimmer 2011: 239).

Folgende Bevölkerungsgruppen können nach Banu Wimmer gegebenenfalls in vorgefertigte „Migrationskategorien“ subsumiert werden (Wimmer 2011: 239):

- „*ausländische Staatsbürger*“
- „*Gastarbeiter*“ (1. Generation)
- (Enkel-)Kinder der 1. Generation
- „*eingebürgerte Personen*“
- „ArbeitsmigrantInnen“ (temporärer Aufenthalt)
- Kinder aus binationalen Eheschließungen

Das Forschungsinstitut „*Statistik Austria*“ unterscheidet weiters zwischen ZuwanderInnen der 1. Generation und ZuwanderInnen der 2. Generation, die wie folgt differenziert werden (siehe Tabelle oben):

„Von Personen mit Migrationshintergrund wurden beide Elternteile im Ausland geboren, wobei Angehörige der Ersten Generation selbst im Ausland geboren wurden und Personen der Zweiten Generation in Österreich zur Welt gekommen sind.“ (Statistik Austria 3)

Beate Wimmer-Puchinger, Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien, präferiert dagegen eine andere Gliederung für „MigrantInnen“ (vgl. Wimmer-Puchinger 2004: 10):

- 1. Generation: im Ausland geboren, als Erwachsener nach Ö eingewandert
- 1,5 Generation: im Ausland geboren und in Ö aufgewachsen
- 2 und 3. Generation: in Ö geboren und aufgewachsen

Das „*Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte*“ definiert als „1,5 Generation“ Personen, die im Kindheitsalter nach Österreich immigriert sind. Der Sozialisierungsprozess erfolgt demnach für die „1,5 Generation“ größtenteils in Österreich (vgl. LBIFM 2004: 32).

Das Bedeutungskonstrukt „MigrantInnen“ sagt jedoch nichts über die Motive zur Migration aus, die freiwillig oder unfreiwillig erfolgt sein könnte. Weiters lässt diese Begriffsbestimmung keinerlei Rückschlüsse auf einen legalen oder illegalen Aufenthalt in Österreich zu (vgl. LBIFM 2004: 32).

Banu Wimmer verdeutlicht ebenfalls, dass „MigrantInnen“ unterschiedliche Migrationsmotive, Integrationsgrade, Sprachkenntnisse und Biografien aufweisen können. Eine klare Abgrenzung zwischen „Menschen ohne Migrationshintergrund“ und „Menschen mit Migrationshintergrund“ sei deshalb nicht möglich. Statistiken ziehen demzufolge „künstliche Grenzen“ für deren Begriffsbestimmungen (vgl. Wimmer 2011: 239).

Der Sammelbegriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ weist jedoch im Gegensatz zum Terminus „MigrantInnen“ stärker auf die Bedürfnisse von Menschen in bestimmten Lebensbereich hin, auch wenn eine rechtliche Gleichstellung zur österreichischen Bevölkerung (z.B. durch Einbürgerung) bereits erreicht werden konnte (vgl. LBIFM 2004: 43)

Die Ursachen für Migration teilt Kirkcaldy in „*push-*“ und „*pull-Faktoren*“ ein. Armut, Lebensmittelknappheit, Krankheit sowie politische Suppression wären somit Beispiele für „*push-Faktoren*“ (Druck ausübende Faktoren). Zu den „*pull-Faktoren*“ (Sogfaktoren) zählen etwa Motive, die das Leben von MigrantInnen verbessern könnten (vgl. Kirkcaldy et al. 2006: 873).

2.3 Zusammenhänge zwischen „Migration“ und „Gesundheit“:

In der Fachliteratur konnte bereits mehrfach nachgewiesen werden, dass MigrantInnen in den Aufnahmeländern meist einen schlechteren Gesundheitszustand vorweisen als die heimische Bevölkerung. Die Ursachen für diese Phänomene sind laut Domenig in Migrationserfahrungen und schlechten Lebensbedingungen in den Herkunftsländern zu finden (vgl. Domenig 2007: 140).

Gesundheitliche Belastungen für MigrantInnen stellen auch der Verlust von bisher gültigen Orientierungs- und Strukturierungsschemata dar, die in den Herkunftsländern nützlich waren. Veränderungen sozialer Beziehungsstrukturen, familiäre und berufliche Umwälzungen, Statusverluste und politische Veränderungen spielen dabei ebenso eine Rolle wie Ablehnungsverhalten und Diskriminierung in den Aufnahmeländern (vgl. Domenig 2001: 33). Traumatisierungen aufgrund von negativen Erlebnissen und Existenzängste (v.a. bei Flüchtlingen und AsylwerberInnen) können den Gesundheitszustand weiters drastisch verschlechtern (vgl. Statistik Austria 4 2008: 81)

Österreichische MigrantInnen leiden auch unter sozialen Benachteiligungen, da sie bei Bildung und Beruf einen niedrigeren gesellschaftlichen Status vorweisen und von höherer Arbeitslosigkeit und Armut betroffen sind als ÖsterreicherInnen. Vor allem MuslimInnen sind zusätzlich mit „*starken Vorurteilen*“ konfrontiert, wie Wimmer-Puchinger 2004 berichtete (vgl. Wimmer-Puchinger 2004: 12-13).

Weibliche MigrantInnen haben außerdem ein 3,4-fach erhöhtes Risiko an Diabetes zu erkranken als Frauen ohne Migrationshintergrund. Bluthochdruck, Depressionen, Arthrose und Wirbelsäulenbeschwerden sind bei weiblichen MigrantInnen ebenfalls häufiger vorzufinden, als bei österreichischen Frauen.

Chronische Krankheiten wie etwa Migräne, Depressionen und Wirbelsäulenbeschwerden treten bei Männern mit Migrationshintergrund deutlicher häufiger auf, als bei Männern ohne Migrationshintergrund.

Männer und Frauen mit Migrationshintergrund haben jedoch nur ein halb so hohes Risiko an Allergien zu erkranken wie Personen ohne Migrationserfahrungen (vgl. Statistik Austria 4 2008: 85).

Kirkcaldy empfiehlt deshalb kulturübergreifende Gesundheitspräventionsmaßnahmen zu fördern, um den Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitssystem zu verbessern. Die Aufklärung von MigrantInnen über bestehende Gesundheitsnetzwerke in den Aufnahmeländern sowie „*Gesundheitsbarrieren*“ sollen aus diesem Anlass thematisiert werden (vgl. Kirkcaldy et al. 2006: 874-876).

Das EU-Pilotprojekt „*Migrant-friendly Hospitals*“ widmete sich ebenfalls der Gesundheitsförderung von MigrantInnen im Krankenhausbereich. In 15 Krankenhäusern aus verschiedenen Nationen, darunter auch das „*Kaiser-Franz-Josef-Spital*“ in Wien, sollten demnach „migrantInnenfreundliche Gesundheitsstrukturen“ in den Krankenhausalltag implementiert werden (vgl. Karl-Trummer/Novak-Zezula 2009: 3-4).

Die Grundprinzipien von „MigrantInnenfreundlichen Krankenhäusern“ sind in der „*Amsterdamer Erklärung*“, die auf den Erfahrungen des EU-Projektes aufbaut, festgeschrieben (vgl. LBIMGS 2005).

3. Kulturdebatte

Der Begriff „Kultur“ besitzt sowohl in der Alltagssprache als auch in der Fachliteratur vielfältige Bedeutungszuschreibungen.

Alltagssprachlich wird der Begriff „Kultur“ verwendet, um Traditionen, Erbe, Kunst, Musik etc. zu erörtern.

In der Fachliteratur erfährt der „Kulturbegriff“ unzählige Definitionsversuche, weshalb einige davon in diesem Kapitel präsentiert werden sollen:

Die UNESCO („*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*“) bot 1982 einen „erweiterten Kulturbegriff“ an:

„Die Kultur kann in ihrem weitesten Sinne als die Gesamtheit der einzigartigen geistigen, materiellen, intellektuellen und emotionalen Aspekte angesehen werden, die eine Gesellschaft oder eine soziale Gruppe kennzeichnen. Dies schliesst nicht nur Kunst und Literatur ein, sondern auch Lebensformen, die Grundrechte des Menschen, Wertsysteme, Traditionen und Glaubensrichtungen.“ (UNESCO 1982, zitiert nach BAK)

Clifford Geertz revolutionierte den „Kulturbegriff“ indem er „Kultur“ als „*selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe*“ (vgl. Geertz 2002: 9) beschrieb und auf den dynamischen Charakter des „Kulturverständnisses“ Bezug nahm:

„...bezeichnet ein historisch überliefertes System von Bedeutungen, die in symbolischer Gestalt auftreten, ein System überkommener Vorstellungen, die sich in symbolischen Formen ausdrücken, ein System, mit dessen Hilfe die Menschen ihr Wissen vom Leben und ihre Einstellungen zum Leben mitteilen, erhalten und weiterentwickeln.“ (Geertz 2002: 46)

Kritiker meinen jedoch, dass der populäre „Kulturbegriff“ von Clifford Geertz Homogenität voraussetzt und von Fremdzuschreibungen determiniert ist.

Charlotte Uzarewicz verwendet einen ähnlichen „Kulturbegriff“ wie Clifford Geertz. Sie erkennt „Kultur“ als „*gesellschaftliches Sediment*“, welches menschliches Handeln vorbestimmt. Das „Kulturkonzept“ sei deshalb als „*grundsätzlich etwas Dynamisches*“ zu verstehen, welches ständigen Veränderungen unterworfen sei. Der positive Nutzen von „Kultur“ liegt laut Uzarewicz im Orientierungscharakter für „Kulturangehörige“ (vgl. Uzarewicz 1999: 115-116).

Zielke-Nadkarni und Schnepf definierten „Kultur“ prozesshaft und betonten den komplexen Charakter in anschließendem Zitat:

„Kultur‘, ein Phänomen, dessen Komplexität hier nur angedeutet werden kann, ist ein Produkt menschlicher Gemeinschaft und drückt sich in gesellschaftlich tradierten Lebensformen aus, die Denk-, Gefühls- und Verhaltenskonfigurationen über eine Reihe von Generationen hinweg umfassen. Zugleich ist Kultur ein dynamischer Prozess, in dem Kontinuität und Veränderung gleichermaßen wirksam werden.“
(Zielke-Nadkarni 2003: 18)

Irena Papadopoulos wiederum versteht die Menschen in ihrem eigenen Kompetenzmodell grundlegend als „*kulturelle Wesen*“. Sie beschreibt „Kultur“ deshalb folgendermaßen:

„Kultur ist die einer Gruppe von Menschen gemeinsame Lebensweise, die Glaubensvorstellungen, Werte, Ideen, Sprache, Kommunikation, Normen und sichtbar gemachte Kulturformen wie Bräuche, Kunst, Musik, Kleidung und Benehmen. Kultur beeinflusst die Lebensstile der Individuen, ihre persönliche Identität und ihre Beziehung zu anderen, ob innerhalb oder außerhalb ihrer Kultur. Kulturen sind dynamisch und einem ständigen Wandel unterworfen. Individuen und Kultur beeinflussen sich gegenseitig in unterschiedlichem Grad.“ (Papadopoulos 2003: 88-89)

Das Wissen über unterschiedliche „Kulturkonzepte“ ist besonders relevant, um das anschließende Kapitel („*Inter- und transkulturelle Kompetenz bzw. Pflege im Gesundheitsbereich*“) sowohl in seiner Komplexität, als auch in seiner Heterogenität erfassen und verstehen zu können.

4. Inter- und transkulturelle Kompetenz bzw. Pflege im Gesundheitsbereich

4.1 Interkulturelle Kompetenz

„Interkulturelle Kompetenz“ beinhaltet die beiden lateinischen Wörtern „*inter*“ und „*competere*“.

Die Präposition „*inter*“ könnte in diesem Zusammenhang als „zwischen“ oder „inmitten“ übersetzt werden (vgl. Stowasser 1997: 272). Das Verb „*competere*“ steht in folgendem Kontext für „zusammenfallen“ bzw. „zusammentreffen“ (vgl. Stowasser 1997: 102).

Der amerikanische Soziologe George Gardner ging bereits 1962 davon aus, dass bestimmte Individuen – die von ihm als „*universal communicators*“ bezeichnet wurden – mit spezifischen „interkulturellen Kommunikationsfähigkeiten“ ausgestattet sind.

„*Universal communicators*“ werden als kommunikationsfreudige und emotional stabile Menschen, die universelle menschliche Werte schätzen, beschrieben. Das Kommunikationsverhalten wird daher von „*universal communicators*“ eher gefühlsmäßig bzw. intuitiv dominiert (vgl. Gardner 1962: 245-248).

Der tschechische Wissenschaftler Ivan Nový wiederum versteht unter „interkultureller Kompetenz“ nur eine „allgemeine soziale Teilkompetenz“ (vgl. Nový 2003: 205-206).

Der deutsche Kulturtheoretiker Klaus Peter Hansen vertritt ähnliche Standpunkte wie Ivan Nový, indem er „interkulturelle Kompetenz“ als „allgemeine Sozialkompetenz“ benennt (vgl. Hansen 2000: 318-322).

„Interkulturelle Kompetenz“ wird von Jürgen Bolten als „*weitgehende Anpassung*“ des einen an den anderen verstanden. Bolten spricht in diesem Zusammenhang von einem „*Aushandlungsprozess*“, der, seiner Theorie zufolge, irgendwo „*dazwischen*“ stattfinden muss (vgl. Bolten 2007: 19). Der Professor für interkulturelle Wirtschaftskommunikation nimmt „interkulturelle Kompetenz“ handlungsorientiert wahr, wie folgendes Zitat beweist:

„Von allgemeiner Handlungskompetenz unterscheidet sich interkulturelle Handlungskompetenz insbesondere durch die Fähigkeit möglichst viele Teilkompetenzen auf andere als eigenkulturelle Handlungskontexte transferieren zu können“ (Bolten 2007: 20).

Eine Fortbildung des „Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes“ aus dem Jahr 2010 beschreibt „interkulturelle Kompetenz“ als adäquaten fachgerechten Umgang, um auf Konflikte und Probleme „zwischen den Kulturen“ angemessen reagieren zu können (vgl. ÖGKV 2010).

Die Landesakademie Niederösterreich (LAK NÖ) wiederum definiert „interkulturelle Kompetenz“ für einen zertifizierten Basislehrgang mit Gesundheitsschwerpunkt sehr viel breiter:

„» ermöglicht, sich gleichermaßen auf die Vielfalt und Widersprüche anderer Lebenswelten einzulassen, um dann professionell und kompetent in den Arbeitsalltag ein zu steigen“

„» verbindet das Prinzip der Gleichheit (Gleichbehandlung) mit dem Prinzip der Diversität (Anerkennung von Unterschieden)“

„» bietet Raum für die Identität von Menschen aus Minderheits- und Mehrheitsgruppen“

„» anerkennt Sprachenvielfalt und stellt Chancengleichheit her“

„» geht mit Spannungen, die Verschiedenheiten auslösen können, konstruktiv um“

„» begründet sich in Gegenseitigkeit: Integration muss von beiden Seiten kommen“ (LAK NÖ o.J.: 4)

4.2 Transkulturelle Kompetenz

Um auf den Terminus „Transkulturelle Kompetenz“ (lateinisch von „trans“: „über“, „jenseits“ (vgl. Stowasser 1997: 520)) näher eingehen zu können, muss zuerst geklärt werden, was man in der Fachliteratur unter „Transkulturalität“ versteht:

Welsch erklärt „Transkulturalität“ als Gegenstück zur „Tradition“ und erläutert den durchlässigen durchdringenden Charakter von „Transkulturalität“:

„...anders zu verstehen als traditionell. Nämlich nicht mehr nach dem alten Modell klar gegeneinander abgegrenzter Kulturen, sondern nach dem Modell von Durchdringungen und Verflechtungen. Und zwar deshalb, weil Kultur heute – so die Behauptung – de facto derart permeativ und nicht separatistisch verfasst ist.“ (Welsch 2010: 39)

Die Internetplattform „www.transkulturelles-portal.com“, welches vom „Institut für Kommunikation & Führung“ betreut wird, listet folgende „transkulturelle Schlüsselkompetenzen“ auf deren Website auf (2012):

- „Kommunikation“
- „Wahrnehmung“
- „Selbstreflexion“
- „Ambiguitätstoleranz“ (Akzeptanz von Widersprüchlichkeiten)
- „Perspektivenwechsel“
- „Empathie“
- „Transkulturelles Hintergrundwissen und länderspezifische Kenntnisse“

Da diese „transkulturellen Grundfertigkeiten“ sehr allgemein formuliert sind, könnten sie auch als allgemeine Sozialkompetenzen interpretiert werden.

Der deutsche Wissenschaftler Jürgen Bolten meint weiters, dass „transkulturelle Kompetenz“ nationale Zuschreibungen gänzlich vermeiden will und als „eine Art gemeinsamen Nenner unabhängig von kulturellen Sozialisationserfahrungen“ betrachtet werden sollte. Persönlichkeiten, die multiple kulturelle Muster verinnerlicht haben, sind seiner Auffassung nach eine Grundlage für „transkulturellen Kompetenz“ (vgl. Bolten 2007: 20).

Charlotte Uzarewicz betrachtet „transkulturelle Kompetenz“ im Gesundheitsbereich ebenso als erweiterte soziale Kompetenz, die Teil von professionellem Handeln in der Pflege sein sollte. Der individuelle Mensch mit all seinen Facetten muss deshalb im Mittelpunkt einer Pflegebeziehung stehen (vgl. Uzarewicz 2003: 32).

Die Wissenschaftlerin Dagmar Domenig definiert „transkulturelle Kompetenz“ im Gesundheitsbereich als fachkundige grenzüberschreitende Interaktionsfähigkeit bestimmter Menschen. Diese „transkulturelle Kompetenz“ soll laut Domenig auf „Selbstreflexionsfähigkeit“, „Hintergrundwissen“, Erfahrungsreichtum und „Empathie“ aufgebaut werden. Dem PatientInnengespräch wird deshalb in ihrem transkulturellen Pflegemodell besondere Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Domenig 2007: 174-175).

Dagmar Domenig erklärt die Grundkompetenzen ihres Pflegemodells im Sammelband *„Transkulturelle Pflege“* ausführlicher:

„Selbstreflexionsfähigkeit“ ist die Basis für alle weiteren Grundkompetenzen von „transkultureller Pflege“. Unter „Selbstreflexion“ versteht sie eine eigenreflexive prozesshafte Wahrnehmung persönlicher Lebenswelten, die Stereotypen und Diskriminationsverhalten hinterfragen soll. Das „Hintergrundwissen“ wiederum gibt einen Einblick in die Erfahrungswelten von MigrantInnen und „Empathie“ ermöglicht einen respektvollen Umgang gegenüber MigrantInnen (vgl. Domenig 2007: 174-175).

Die Expertin erkennt eine positive Beziehungsgestaltung, die Sensibilisierung für kulturelle Problemstellungen und die Steigerung des Selbstbewusstseins ebenso als Beitrag von „transkultureller Pflegekompetenz“. Die Vereinfachung von Diagnosen, Ursachen und Therapien sind weitere positive Resultate, wie sie erörtert (vgl. Domenig 2007: 174-175).

Der Kulturtheoretiker Jürgen Bolten kritisiert jedoch, dass „Transkulturalität“ nur als *„Persönlichkeitsreflexion der einzelnen Ärzte oder Pfleger“* einen Beitrag leisten könnte, aber seiner Meinung nach das „transkulturelle Konzept“ zuwenig handlungsleitend sei. Förderprogramme im Gesundheitsbereich sollten demzufolge auf interkulturellen Kompetenzmodellen und nicht auf transkulturellen Konzepten aufgebaut werden (vgl. Bolten 2007: 20).

Die Differenzierung zwischen „interkultureller Kompetenz“ und „transkultureller Kompetenz“ ist jedoch nicht immer eindeutig in der Fachliteratur erkennbar, weshalb WissenschaftlerInnen wie Gudula Linck *„keinen Unterschied“* zwischen den Kompetenzmodellen sehen (vgl. Linck 2003: 191-195).

4.3 Relevanz von inter- bzw. transkultureller Kompetenz im Gesundheitsbereich

Einleitend soll erwähnt werden, dass sich interkulturelle Kompetenzmodelle und transkulturelle Kompetenztheorien zwar definitorisch voneinander unterscheiden, jedoch in der Fachliteratur oftmals synonym verwendet werden. Bei der Implementierung von integrationsfördernden Maßnahmen im Gesundheitsbereich ist dieser begriffliche Unterschied jedoch irrelevant, da der Nutzen der Konzepte im Mittelpunkt steht:

In Österreich leben etwa eine Million Menschen mit Migrationshintergrund, was einem Anteil von 10 % der österreichischen Bevölkerung entspricht (vgl. BMGF 2005b: 3).

Der Zugang dieser Bevölkerungsgruppen zu österreichischen Gesundheitseinrichtungen könnte durch inter- bzw. transkulturelle Kompetenzmaßnahmen erheblich gefördert werden, wie in folgendem Unterkapitel gezeigt wird.

In einem Forschungsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen aus dem Jahr 2005 nimmt Dr. Maria Rauch-Kallat explizit Stellung zur Bedeutsamkeit von „interkultureller Kompetenz“ im österreichischen Gesundheitssystem:

„Aufgrund mir vorliegender Berichte habe ich festgestellt, dass es zahlreiche Probleme, Unzulänglichkeiten und Defizite gibt, die häufig eine insuffiziente medizinische Behandlung und Ergebnisqualität für Migrantinnen und Migranten bewirken.

Die Gesundheit gehört zu den Grundrechten jedes Menschen und es ist nicht nur eine humanistische sondern auch eine humanitäre Aufgabe, den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem für alle in Österreich lebenden Personen gleich zu halten.“

(BMGF 2005b: 1)

Der Handlungsbedarf für inter- bzw. transkultureller Kompetenzmaßnahme im österreichischen Gesundheitswesen wird in diesen Mitteilungen deutlich angesprochen, die durch zahlreiche „Problemgebiete“, die in dieser Studie beforscht wurden, untermauert.

Krankenanstaltenverbünde und Krankenanstalten sind demzufolge ausdrücklich aufgefordert, Maßnahmen zur Förderung von inter- bzw. transkultureller Kompetenz in deren Häusern zu integrieren:

„Krankenanstaltenverbunde und Krankenanstalten müssen im Sinne der Qualitätssicherung den gleichen Zugang für alle Patient/innen zu Gesundheitsleistungen auch von Migrant/innen sicherstellen.

In ihrem Leitbild muss interkulturelle Kompetenz in allen Ebenen gegeben sein.“ (BMGF 2005b: 7)

Besonders drastisch zeigt eine „*Exemplarische Effizienzanalyse*“ von „20 unselektierten Patient/innen“ im Projektbericht „*Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen*“ des Bundesministeriums das Fehlen von inter- bzw. transkulturellen Gesundheitsmaßnahmen:

„Von 15 ursprünglich berufstätigen Türk/innen waren aufgrund unzureichend spezifischer medizinischer Leistungen 1 noch berufstätig, die anderen waren auf Sozialleistungen oder Hilfe von Seiten ihrer Familie angewiesen.

Die verursachten Kosten im Gesundheitsbudget können nicht einmal annähernd abgeschätzt werden, ebenso wenig jene im Sozialbudget. Darüber hinaus muss festgestellt werden, dass von den betroffenen 20 Personen nur 8 geheilt werden konnten, da die anderen 12 entweder schon zu lange krank waren und in eine Chronifizierung geraten waren, oder, weil keine kulturberücksichtigende und zielführende Therapie organisierbar war (Anfahrtswege, Kosten für Psychotherapie, Wartelisten etc.)“ (BMGF 2005b: 26)

Die Ergebnisse dieser „*Effizienzanalyse*“ veranschaulichen die unüberschaubaren Auswirkungen von fehlender inter- bzw. transkultureller Kompetenz im österreichischen Gesundheitsbereich und sollten daher Motivation zu integrationsfördernden Maßnahmen für alle GesundheitsdienstleisterInnen sein.

Dagmar Domenig meint ebenfalls, dass transkulturelle Kompetenz Kosten im Gesundheitssystem einsparen könnte und zusätzlich die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen steigern kann. Diese positiven Aspekte werden aber sehr oft nicht beachtet, wie die Expertin kritisiert (vgl. Domenig 2007: 365).

Beate Wimmer-Puchinger weist bereits 2004 auf die Relevanz von inter- bzw. transkultureller Kompetenz hin:

„Migrantinnen gehören verschiedenen Welten an, deren Schicksale aber auch Überlebenskreativitäten beeindrucken.

Wir sind daher als Gesellschaft gefordert, die Herausforderung eines verständnisvollen Zugangs anzunehmen aber auch entsprechende Ressourcen zu entwickeln.“ (Wimmer-Puchinger 2004: 36)

Das „Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung“ (LBIFG) spricht im „National Report Austria“ der „International Organization for Migration“ aus dem Jahr 2003 sogar von einer „sozialen Exklusion“ der MigrantInnen im österreichischen Gesundheitssystem (LBIFG 2003). Der Forschungsbericht bietet deshalb „best practice-Modelle“ für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen im Gesundheitssystem an (vgl. LBIFG 2003: 44-46).

4.4 Transkulturelle Pflege

Die amerikanische Krankenschwester und Anthropologin Madeleine Leininger entwickelte bereits in den 1960er Jahren die „Cultural Care-Theorie“ um PatientInnen eine individuell angepasste Pflege zu gewährleisten.

Ihr „Cultural Care-Konzept“ definierte sie folgendermaßen:

„Ein ausgewiesener Bereich des Studiums und der Praxis, der sich auf eine vergleichende, ganzheitliche Sicht der Kultur-, Pflege-, Gesundheits- und Krankheitsmuster von Menschen konzentriert; der Unterschiede und Ähnlichkeiten in ihren kulturellen Wertvorstellungen, Glaubenssätzen und Praktiken berücksichtigt; der das Ziel hat, Menschen verschiedensten kulturellen Hintergrunds kulturell kongruente, sensible und kompetente Krankenpflege angedeihen zu lassen“ (Leininger 1995: 4, zitiert nach Uzarewicz 1999).

In diesem Pflegekonzept von Madeleine Leininger entspricht „Kultur“ einer Kernkategorie, die determiniert, was Menschen unter Pflege verstehen können (vgl. Leininger 1998: 26-28).

Uzarewicz und Piechotta sehen aber auch einen engen Zusammenhang zwischen transkultureller Pflege und interkultureller Pflege, da transkulturelle Pflege Theorien häufig auf interkulturellen Vergleichsstudien aufgebaut werden können (vgl. Uzarewicz/Piechotta 1997: 7).

Ulrike Lenthe, akademisch geprüfte Krankenhausmanagerin, begreift transkulturelle Pflege als positive Lösungsstrategie um die Integration von MigrantInnen in das österreichische Gesundheitssystem zu forcieren. Eine optimale transkulturelle Pflegebeziehung zeigt sich ihrer Meinung nach vor allem in einer „*kulturellen Synergie*“, die eine Weiterentwicklung des „*kultureller Kompromisses*“ darstellt.

Auffallend ist, dass Lenthe ein Kulturkonzept von Geert Hofstede in ihre Pflegetheorie miteinfließen lässt, dieser Ansatz aber vorrangig im Wirtschaftsbereich seine Anwendung findet (vgl. Lenthe 2011).

Die nachfolgende Graphik stellt die unterschiedlichen Komponenten bzw. Einflussfaktoren von transkultureller Kompetenz bzw. Pflege laut Ulrike Lenthe dar:

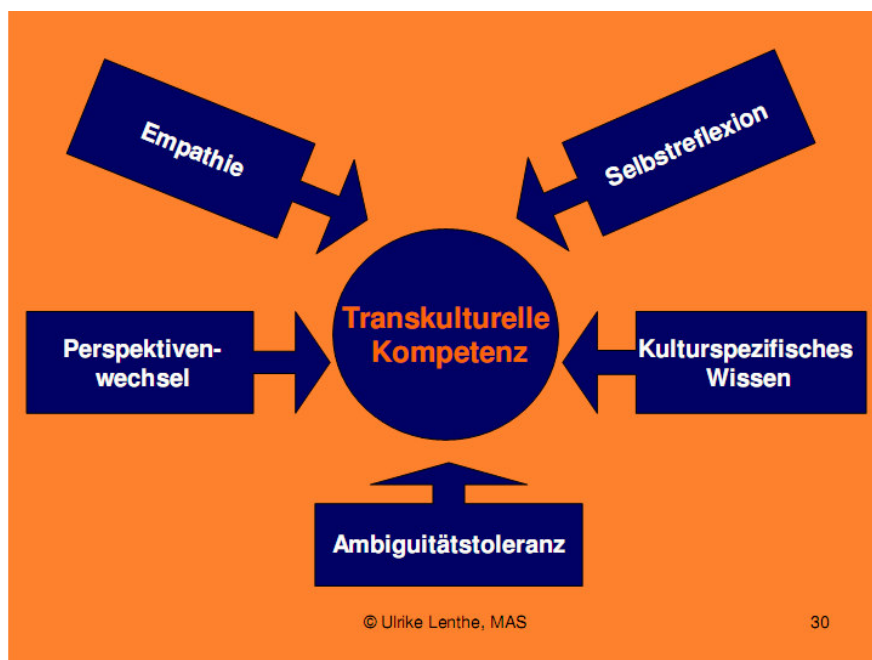


Abb.3: Transkulturelle Kompetenz nach Ulrike Lenthe (2011)

Die Expertin verweist in ihrem Buch „Transkulturelle Pflege“ auch mehrmals auf die alternativen und bereichernden Lösungsstrategien, die von multikulturellen Teams entwickelt werden können und somit die transkulturelle Kompetenz einer Gesundheitseinrichtung erheblich steigern (vgl. Lenthe 2011).

Der diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Ethnologe Franz Plasser wiederum sieht das Ziel von transkultureller Pflege in einer kulturübereinstimmenden Pflege, die auf die individuellen menschlichen Bedürfnisse Rücksicht nimmt (vgl. Plasser 2005: 14).

Da inter- als auch transkulturelle Pflegemodelle den westlichen „Ethnozentrismus“ im Gesundheitsbereich vermeiden wollen, wird dieser Punkt näher ausgeführt:

4.5 Kulturalisierungen

Kulturalisierungen meinen die Überbetonung von Kultur, wodurch alle Unterschiede zwischen Menschen vorrangig als kulturelle Differenzen interpretiert werden. Menschen werden somit ausschließlich anhand ihrer Kultur wahrgenommen und definiert (vgl. Borde/Rosendahl 2003: 257). Selbstverständlich empfundene Verhaltensweisen und Kommunikationsmuster werden daher von der „Dominanzkultur“ geprägt und sollen in Frage gestellt werden, um einen offenen Umgang mit MigrantInnen pflegen zu können (vgl. Borde/Rosendahl 2003: 251).

Charlotte Uzarewicz spricht ebenfalls „Ideologisierungen“ heimischer Gesundheits-, Krankheits- und Pflegekonzepte an:

„Der normative Fallstrick ist die Ideologisierung von kulturellen Verhaltensweisen: persönliche Vorlieben, Gewohnheiten und Abneigungen werden als kulturell typisch verstanden. Menschen, die zufällig in einem bestimmten Land geboren wurden, werden zu Mitgliedern einer Kultur, eines Volkes, einer Nation gemacht. Kultur wird also immer als differenzialistischer Begriff verwendet (ob im Singular oder im Plural). Innerhalb einer nationalstaatlichen Gesellschaft kann stratifizierend und hierarchisierend wirken: die (Hoch-)Kultur ist hegemonial, weil ihre Codes und Normen für die gesellschaftlichen Diskurse Allgemeingültigkeit besitzen. Von einer solchen dominanten Position aus, kann gegen die in der gleichen Gesellschaft bestehenden Subkulturen agiert werden. Zwischen zwei nationalstaatlichen Gesellschaften wird Kultur als Nationalkultur zum gegenseitigen Abgrenzungsfaktor.“ (Uzarewicz 1999: 116)

Sowohl inter- als auch transkulturelle Pflege-theorien können einen wichtigen Beitrag leisten, um das Pflegeverständnis von Menschen mit Migrationshintergrund besser in das österreichische Gesundheitssystem zu integrieren.

5. Methode

5.1 Forschungsfrage

Die forschungsleitende Fragestellung soll mithilfe der empirischen Daten in dieser Diplomarbeit beantwortet werden:

„Wie sehen Ist-Zustand und Soll-Zustand von transkultureller Pflege im Krankenhaus X der Trägerschaft Y aus?“

5.2 Das qualitative Interview

Für das qualitative Interview ist eine Vertrauensbasis zwischen Interviewer und Interviewpartner besonders wichtig, empfiehlt sich eine Vermittlung durch Dritte. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgt hierbei nach einem „*theoretical sampling*“. Der Forscher entscheidet somit aufgrund seiner eigenen analytischen Ausgangsbasis, welche Daten für das Forschungsziel notwendig sind und welche Kontaktpersonen diese Informationen liefern könnten (vgl. Strauss 1991: 70).

5.3 Das ExpertInneninterview

Gläser und Laudel empfehlen ExpertInneninterviews bei der Behandlung unterschiedlicher Thematiken. Die Durchführung von ExpertInneninterviews mittels Leitfäden ist vorteilhaft (vgl. Gläser/Laudel 2009: 111).

Die zentrale Problemstellung determiniert das Gespräch zwischen Interviewer und Interviewpartner. Der Interviewer hat Interesse sein „defizitäres Wissen“ durch die Informationen, die vom Interviewpartner geliefert werden sollen, auszufüllen. Um an fehlende Wissensinhalte zu kommen, stellt der Interviewer Fragen. Die richtige Wortwahl sowie der Kontextbezug der InterviewpartnerInnen sollen bei der Formulierung der Fragen berücksichtigt werden (vgl. Gläser/Laudel 2009: 112).

5.4 Datenaufbereitung

Zur Auswertung der Daten wird die „*qualitative Inhaltsanalyse*“ nach Mayring, die regel- als auch theoriegeleitet analysiert, herangezogen. Durch diese Methode der Datenauswertung sollen Rückschlüsse auf relevante Komponenten der Daten gezogen werden (vgl. Mayring 2003: 13).

Meine Datenbasis waren Transkripte, informelle Gesprächsnotizen, Telefonate, E-Mails, Bilder und von den Kontaktpersonen zur Verfügung gestellte persönliche Dokumente. Diese Daten wurden alle in das Softwareprogramm „*Atlas.ti 6.2*“ eingetragen um Kategorien bilden zu können. Diese relevanten Inhaltscluster werden im Hauptteil dieser Diplomarbeit näher vorgestellt.

6. Empirischer Hauptteil

6.1 Allgemeine Informationen

Die Informationen über das Krankenhaus X und die Trägerschaft Y wurden anhand von leitfadengestützten Interviews, informellen Gesprächen, Telefonaten, E-Mailkontakten und Literatur- sowie Internetrecherchen gesammelt und mithilfe des Softwareprogrammes „Atlas.ti 6.2“ ausgewertet.

Alle personen- und objektbezogenen Daten dieser Diplomarbeit müssen aus Datenschutzgründen anonym bleiben. Die entsprechenden Quellen sind indessen der Diplomandin, sowie der Diplomarbeitsbetreuerin bekannt.

Die Forschungsfragen sollten ursprünglich mit internen Daten des Krankenhauses X und der Trägerschaft Y „gefüttert“ werden, da aber inakzeptable Anforderungen an diese Diplomarbeit von Seiten der Trägerschaft gestellt wurden (z.B.: Autorisierung durch die Trägerschaft, Abtretung aller Rechte an die Trägerschaft, befristete Sperrung dieser Diplomarbeit) mussten die Informationen ohne offizielle Unterstützung des Krankenhauses X oder der Trägerschaft Y gewonnen werden.

Die InformantInnen dieser Diplomarbeit, die ohne offizielle Genehmigung des Krankenhauses X oder der Trägerschaft Y ihr Wissen zur Verfügung stellten, hatten sehr unterschiedliche Zugänge zum Krankenhaus X, der Trägerschaft Y, der Stadt S oder des Bundeslandes T. Da ich mit einem sehr heterogenen Bild von InformantInnen konfrontiert war und strukturierte Befragungen für dieses Forschungsthema nicht sinnvoll erschienen, gruppierte ich die Fragen in neun Themenblöcke, die je nach dem individuellen Zugang meiner InformantInnen zum Krankenhaus X oder zur Trägerschaft Y unterschiedlich ausgewählt und zusammengesetzt wurden. Die Themenblöcke meiner Fragen waren wie folgt (die Reihenfolge an dieser Stelle ist willkürlich gewählt):

- „persönliche Tätigkeiten im Gesundheitsbereich“
- „Transkulturelle Kompetenz im Krankenhausalltag“
- „Transkulturelle Kompetenz in der Pflegeausbildung“
- „Vernetzung zum Krankenhaus X bzw. der Trägerschaft Y“

- „Dolmetschservices“
- „Bildungsprogramm der Trägerschaft Y“
- „MuslimInnen im Krankenhaus X“
- „Verankerung des Islams in der Trägerschaft Y“
- „Verbesserungsvorschläge“

6.2 Interviews und informelle Gespräche

Im Rahmen dieser empirischen Forschungsarbeit habe ich vier anonyme Interviews im Rahmen von 1 ½ und 3 ½ Stunden an verschiedenen Orten durchgeführt, die sowohl als Audiodateien als auch als Transkripte vorliegen.

Den InterviewpartnerInnen wurde im Vorfeld des vereinbarten Gesprächstermins ein provisorischer Interviewleitfaden, der sich in unterschiedlicher Konstellation aus den oben beschriebenen Interviewblöcken zusammensetzte, zur Verfügung gestellt. Dieser provisorische Interviewleitfaden machte meine Interviewfragen für die InterviewpartnerInnen transparent und gab ihnen die Möglichkeit sich auf das Gespräch vorzubereiten.

Die Aufzeichnung der Interviews auf ein Diktiergerät konnte nur in jenen Situationen angewendet werden, in denen die InterviewpartnerInnen mit der Aufnahme einverstanden waren.

Der Großteil meines Datenmaterials setzt sich aus informellen Gesprächen mit zahlreichen InformantInnen, die in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhaus X oder der Trägerschaft Y stehen oder ihr Wissen über KlientInnen erworben haben, zusammen. Diese informellen Gesprächsnotizen stehen nur als Manuskripte und Worddokumente zur Verfügung, da in vielen Fällen die Angst vor negativen beruflichen Konsequenzen ausschlaggebend für die Ablehnung zur Aufnahme auf ein Diktiergerät war.

Die „informellen Kontaktpersonen“ wurden aufgrund von Internetrecherchen und Empfehlungen von anderen InformantInnen ausgewählt und persönlich, telefonisch oder per E-Mail von mir kontaktiert und um eine Stellungnahme gebeten. Im Vorfeld der Kontaktaufnahme versuchte ich jedoch die Positionen und die Verbindungen dieser Kontaktperson untereinander zu ermitteln, um auf deren Wissenszugang schließen und darauf aufbauend meine Fragenblöcke zusammenstellen zu können.

Dieser Vorgang war für mich sehr wichtig um einen Eindruck zu erhalten, welcher Kontaktperson ich welchen Informationsstand „zuspielen“ konnte, um mit keinen negativen Konsequenzen für meine Forschungsarbeit rechnen zu müssen.

Im Folgenden möchte ich die vier InterviewpartnerInnen und die zehn wichtigsten InformantInnen kurz vorstellen und explizit auf deren „Wissenszugang“ eingehen. Die Vorstellung meiner Kontaktpersonen soll deren Betätigungsfelder und Verbindungen zum Krankenhaus X bzw. der Trägerschaft Y verdeutlichen, die durch eine Netzwerkkarte visuell veranschaulicht wird.

6.3 Kontaktpersonen

6.3.1 Interviewpartnerin A:

Die Interviewpartnerin A ist an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, die der Trägerschaft Y untersteht, angestellt und leitet eine Sonderausbildung für Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Ihre Interessen liegen in der transkulturellen Pflege, Interkulturalität und der Migration. Aufgrund des Lebenslaufes und des Tätigkeitsprofils war sie eine wichtige Kontaktperson für meine Diplomarbeit und konnte mir wertvolle Informationen zu den Themenblöcken „Transkulturelle Kompetenz in der Pflegeausbildung“, sowie „Transkulturelle Kompetenz im Krankenhausalltag“ liefern.

6.3.2 Interviewpartnerin B:

Die Interviewpartnerin B ist Integrationsberaterin und Einrichtungsleiterin in der NGO V mit Flüchtlingsschwerpunkt. Diese NGO V ist in der gleichen Stadt S wie das Krankenhaus X angesiedelt. Beratungen der NGO V werden in mehreren Sprachen angeboten oder mithilfe von DolmetscherInnen (z.B.: für russisch, tschetschenisch, arabisch) durchgeführt. Die Angestellten versuchen auch Wissen in Gesundheitsfragen zu vermitteln, sie sind jedoch keine ExpertInnen auf dem Gesundheitssektor. Die Interviewpartnerin B konnte mir relevante Auskünfte zu den Themenblöcken „Vernetzung zum Krankenhaus X bzw. der Trägerschaft Y“ und „Dolmetschservices“ liefern.

6.3.3 Interviewpartnerin C:

Die Interviewpartnerin C ist akademisch geprüfte Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege und akademisch geprüfte Krankenhausmanagerin, die Erfahrungen in der Führung von multikulturellem Personal hat. Sie ist Vortragende für „transkulturelle Pflege“ bei verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und hält auch ein Seminar in diesem Themenbereich für die Trägerschaft Y. Die Interviewpartnerin C konnte mir essentielle Antworten zu den Themenblöcken „Transkulturelle Kompetenz in der Pflegeausbildung“, „Transkulturelle Kompetenz im Krankenhausalltag“, sowie im speziellen zum „Bildungsprogramm der Trägerschaft Y“ anbieten.

6.3.4 Interviewpartner D:

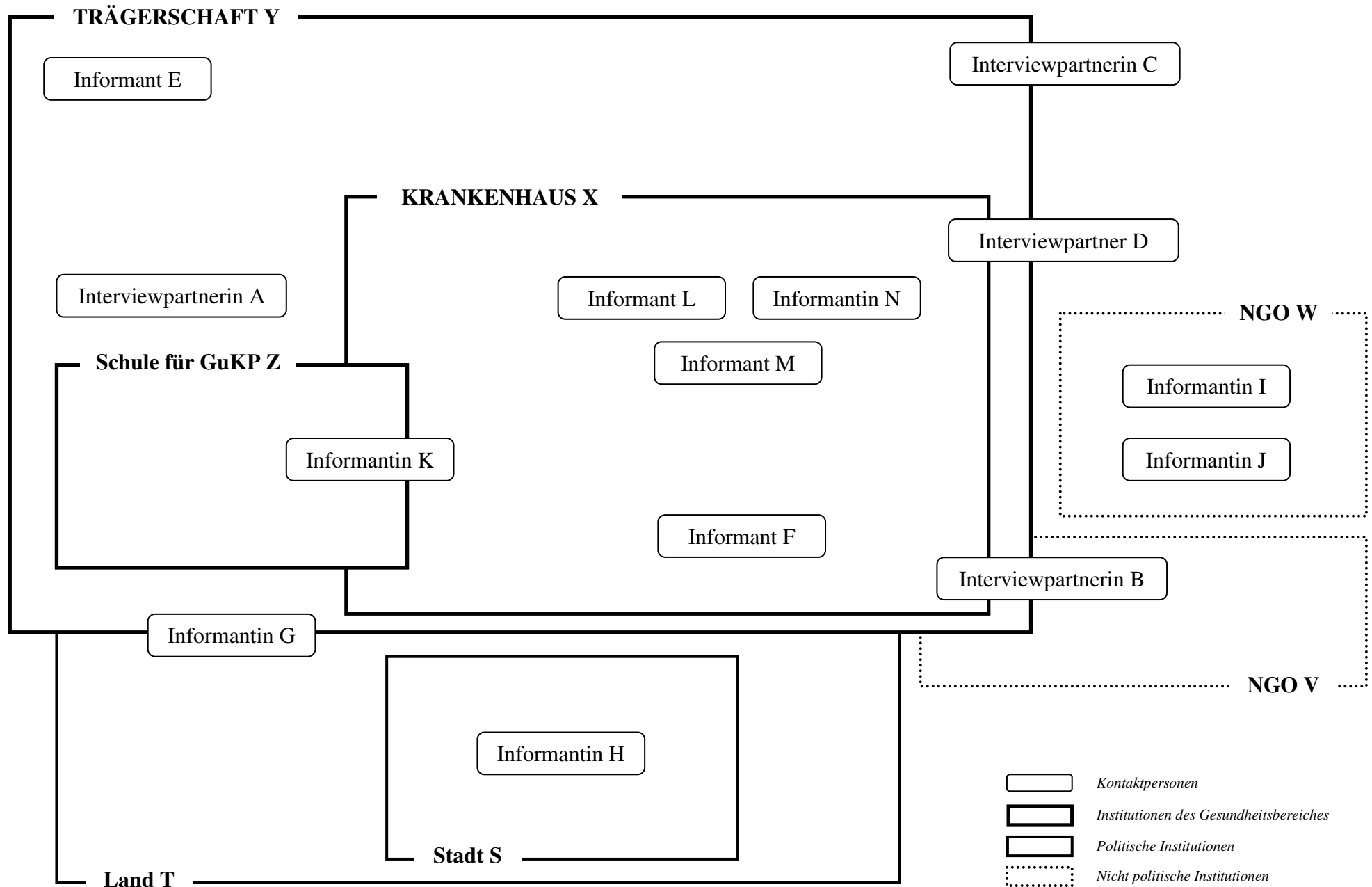
Der Interviewpartner D ist Vorsitzender der Islamischen Religionsgemeinde des Bundeslandes T, welches mit der Trägerschaft Y zusammenarbeitet. Seine Tätigkeit als islamischer Krankenhaus-Seelsorger in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y ermöglichte mir die Verankerung des islamischen Glaubens in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y zu erforschen. Der muslimische Seelsorger organisiert unter anderem auch den Islamischen Besuchsdienst (IBD) für das gesamte Bundesland T. Der Interviewpartner D teilte mit mir vor allem sein Wissen zu den Themenblöcken „MuslimInnen im Krankenhaus X“ und „Verankerung des Islams in der Trägerschaft Y“.

6.3.5 Andere InformantInnen:

Die wichtigsten Kontaktpersonen, die mir für informelle Gespräche zu dieser Diplomarbeit zur Verfügung standen, werden an dieser Stelle kurz vorgestellt, um die Zusammenhänge der folgenden Unterkapitel besser verstehen zu können:

- Informant E:** Angestellter der Trägerschaft Y
Verantwortlicher für wissenschaftliche Arbeiten
- Informant F:** Organisator des Dolmetschpools im Krankenhaus X
Angestellter des Patientenservices im Krankenhaus X
- Informantin G:** Angestellte des Landes T
Sozialarbeiterin und interkulturelle Trainerin
- Informantin H:** Integrationsbeauftragte der Stadt S
- Informantin I:** Sozialarbeiterin der NGO W
DolmetscherInnen für das Krankenhaus X
- Informantin J:** Projektassistentin der NGO W
- Informantin K:** Assistentin der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z
ehemalige Anstellung als diplomierte Krankenschwester im Krankenhaus X
- Informant L:** diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Neurologiestation im Krankenhaus X
- Informant M:** Pflegehelfer
Herzchirurgie im Krankenhaus X
- Informantin N:** diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
2. Medizinische Abteilung im Krankenhaus X

Netzwerkkarte der Kontaktpersonen und Institutionen



6.4 Transkulturelle Pflege im Krankenhaus X –Ist-Zustand:

Das „Leitbild“ des Krankenhauses X der Trägerschaft Y handelt von allgemeinen menschlichen Werten, lässt aber keinen expliziten Zusammenhang zu transkulturellen Kompetenzen erkennen. Im Leitbild sind ebenfalls keine Schwerpunktsetzungen des Krankenhauses X ersichtlich (Bild 1).

Die Interviewpartnerin B sieht das Krankenhaus X der Trägerschaft Y *„definitiv mit einem hohen MigrantInnenanteil konfrontiert“* und würde Verbesserungen für PatientInnen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus X sehr begrüßen (Interviewpartnerin B).

Die NGO V, in der die Interviewpartnerin B tätig ist, wird von Zeit zu Zeit auch von Krankenhäusern der Trägerschaft Y (unter anderem auch das Krankenhaus X) gefragt, ob sie DolmetscherInnen zur Verfügung stellen können. Die Integrationsberaterin der NGO V sieht aber auch die Dolmetschdienste des Putzpersonals im Krankenhaus X (z.B.: auf der Gynäkologie) kritisch (Interviewpartnerin B).

Der Interviewpartner D ist ebenso der Ansicht, dass der Pflegealltag im Krankenhaus X „einfacher“ sein würde, wenn es mehr Pflegepersonal mit migrantischem Hintergrund gäbe. Weiters würde der muslimische Seelsorger Informationsabende zu „Muslimischen PatientInnen“ in allen Krankenhäusern der Trägerschaft Y als positiven Anstoß wahrnehmen (Interviewpartnerin D).

Bis 2003 waren laut dem Bericht einer NGO *„keine speziellen Gesundheitsangebote für MigrantInnen“* im gesamten Bundesland T, in dem auch die Trägerschaft Y viele Krankenhäuser verwaltet, bekannt (Dokument 1).

Die Integrationsbeauftragte N der Stadt S versicherte mir auf Nachfrage, ob Maßnahmen im Gesundheitsbereich für MigrantInnen im Krankenhaus X geplant wären, nur Nachstehendes:

„Wir sind bemüht das Thema Migration auch im Gesundheitswesen der Stadt [S] zu thematisieren und sind gerade auch in der Planung von spezifischen Projekten. Jene sind jedoch noch so vage, dass ich Ihnen darüber noch keine Auskunft geben kann.“
(Informantin H)

Die Mitteilungen der Integrationsbeauftragten N der Stadt S lassen darauf schließen, dass Maßnahmen in den Bereichen „Migration“ und „Gesundheit“ aktuell forciert werden und in den kommenden Jahren umgesetzt werden sollen.

In der Trägerschaft Y wird dem Thema „transkulturelle Pflege“ durchaus Beachtung geschenkt, da im Jahr 2011 eine Diplomarbeit einer Schülerin einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Trägerschaft Y als drittbeste Arbeit ausgezeichnet wurde (URL 2.1).

Der selbst konzipierte Fragebogen im Anhang dieser Diplomarbeit sollte den Bedarf für transkulturelle Pflege im Krankenhaus X erforschen, um daran angepasst Empfehlungen für das Krankenhaus X herauszuarbeiten.

Die Verteilung des Fragebogens scheiterte an der fehlenden Genehmigung der Trägerschaft Y, weshalb nur in einzelnen Bereichen dieser Diplomarbeit auf den Zusammenhang zum Fragebogen hingewiesen wird. Im Fragebogen selbst sollten die Handlungsmöglichkeiten des Pflegepersonals im Krankenhaus X im Vordergrund stehen, die mit den Informationen der Abteilungen und der Trägerschaften verglichen werden sollten.

6.5 Fallbeispiele für den Bedarf von transkultureller Pflege im Krankenhaus X:

Der Interviewpartner D schilderte im Gespräch ein eindrucksvolles Beispiel für den Bedarf und die positiven Aspekte von transkultureller Pflege im Krankenhaus X:

„...kann ich mich genau erinnern, vor sieben oder acht Jahren, haben wir eine pakistanische Familie im Krankenhaus besucht, und da war ein Baby, ich glaube zwei oder drei Wochen alt. Die Eltern haben gejammert, weil sie gesagt haben, dass das Kind seit der Geburt krank ist und es sich nicht gebessert hat. Wenn sie zu Hause wären, dann würde das nicht passieren. Sage ich, warum würde das nicht passieren. Sie sagen, weil zu Hause mit dem „Sem-Sem-Wasser“, also das Wasser aus Mekka, das Kind, wenn es auf die Welt kommt, gewaschen wird. Und dieses Wasser schützt vor Krankheiten und vor Bösem. Habe ich gesagt, das ist ja kein Problem, wir können ja hier das Wasser finden, weil wenn man nach Mekka auf Pilgerfahrt fährt, nimmt man meistens dieses Wasser mit. Und das war kurz nach einer Pilgerfahrt. Dann habe ich einen Kollegen angerufen und solches Wasser

erhalten und den Eltern nach ein paar Tagen gebracht. Und dieses Kind haben wir mit dem Wasser im Gesicht etwas nass gemacht...Ein paar Jahre später treffe ich den Mann zufällig im Einkaufszentrum und er umarmt mich und küsst mich und hat gesagt, seit dem ist sein Kind nie krank geworden...Und da gibt es aber genug solcher Fälle, die wir erlebt haben. Es ist wunderschön, wenn man einem Menschen eben in dieser Situation auch wirklich helfen kann.“ (Interviewpartner D)

Die Interviewpartnerin B, die persönlich Menschen mit Migrationshintergrund in der NGO V betreut, berichtete in ihren Erzählungen von einer „ganz heiklen Situation“ im Krankenhaus X, bei der es um eine Augenerkrankung in Verbindung mit einer Operation am Gehirn ging. In diesem speziellen Fall verweigerte der zuständige Arzt die Operation, bis ein geeigneter Dolmetscher das Anamnesegespräch für ihn übersetzen konnte. Es gab aber laut Angaben der Interviewpartnerin B keinen Dolmetscher, der das Anamnesegespräch „ausdeutschen“ hätte können, worauf die NGO V sich vermittelnd engagieren musste (Interviewpartnerin B).

Die Einrichtungsleiterin der NGO V erklärt, warum sich besonders die „Aufnahme“ im Krankenhaus X als Problematik herausstellen kann:

„... ich meine von der Ambulanz kommen sehr oft Beschwerden. Von Frauen, die sich nicht gut ausdrücken können und deswegen ein bisschen hysterisch werden, manchmal. Oder einfach sehr aufgebracht sind. Sie wollen die Dringlichkeit vermitteln, und können es aber nicht. Dann wird gesagt, bewahren sie Ruhe und bleiben sie sitzen. Und ich habe jetzt schon zwei Fälle gehabt, wo Kinder gestorben sind, wo nicht klar ist, ob das nicht verhindert hätte werden können, hätte man die Dringlichkeit der Mutter verstanden, und das Kind in der Ambulanz nicht warten lassen. Und das zweite war ein Masernfall, da ist das Auge des Kindes zugewachsen mit einem „Masernding“, und da war einer der hat zur Mutter gesagt, sie soll nicht so hysterisch sein, und sobald sie dann drinnen war beim Arzt, hat er gesagt um Gottes Willen, warum sind sie nicht früher gekommen...Sie sagte, ich sitze seit drei Stunden in diesem Wartebereich und keiner lässt mich vor. Da hat man halt das Problem, dass einerseits viele Migranten das System mit eigenem Arzt gar nicht kennen, sondern wenn du ein Problem hast gehst du in die Ambulanz im Krankenhaus. Jetzt gehen sie wegen jedem Problem hin, und das dauert eine Zeit bis sie dann lernen, aha, da gibt es einen Hausarzt, da geht man zuerst hin, und dann erst ins Krankenhaus. Ich war selbst ein Jahr im Ausland, ich habe es umgekehrt lernen müssen, dass man in die Ambulanz vom KH gehen muss oder mit Bauchschmerzen direkt zum Facharzt, da gibt es keinen Allgemeinen Arzt. Und so sind unsere Klienten auch, dass sie gleich zum Facharzt, oder gleich zur Ambulanz gehen. Und da ist dann die erste Reaktion, bitte warum kommt ihr alle in die Ambulanz, geht’s doch zum Hausarzt.“ (Interviewpartnerin B)

In dem Zitat der Interviewpartnerin B wird deutlich, wie wichtig transkulturelle Kompetenz für den Behandlungserfolg von PatientInnen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus X sein kann. Die Integrationsberaterin der NGO V weist in ihren Fallbeispielen aber auch auf das Unwissen von Menschen mit Migrationshintergrund über das österreichische Gesundheitssystem hin. Diese Thematik wird auch in der Literatur vielfältig behandelt.

6.6 SPRACHE:

6.6.1 Allgemeine Verständigungsprobleme im Krankenhaus X:

Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester aus dem Krankenhaus X weist auf eine „gängige Praxis“ bei der Aufnahme im Krankenhaus X hin:

*„Wenn ein Ausländer zu uns in die Aufnahme kommt, und kann net gscheit Deitsch [nicht gut Deutsch], dann wird der meistens auf die Interne [Station] g'legt [gelegt]“
(Informantin N)*

Die Informantin N will mit ihrer Aussage verdeutlichen, dass es im Krankenhaus X gewisse Stationen gibt, die mit PatientInnen mit Migrationshintergrund konfrontiert sind, welche ihre Anliegen nicht verständlich ausdrücken können und somit eventuell nicht adäquat behandelt werden.

Die Interviewpartnerin A spricht auch die Übersetzungsleistungen der „LaiendolmetscherInnen“ im Krankenhaus X an, da das Putzpersonal bei Verständigungsschwierigkeiten ebenfalls um Hilfe gebeten wird:

„Ofmals kennen sich die ja nicht aus, die haben inhaltlich keine Erfahrung, die wissen ja nicht was sie da übersetzen müssen, und können oft ja gar nicht nachvollziehen worum es geht. Und das Zweite ist, dass die ja dann vom Arbeitsplatz abgezogen werden, weil, dass habe ich auch schon einige Male gehört. Und dann kommen sie zurück und dann haben sie den ganzen Groll der Kollegen, weil die Kollegen müssen ja dann die ganze Arbeit machen. Also die werden ja quasi für etwas herangezogen, für dass sie aber nicht bezahlt oder gewürdigt werden. Die müssen da was Doppeltes machen, und wenn sie zurückkommen bekommen sie noch eine auf den Deckel, weil sie ihre Arbeit nicht gemacht haben. Das finde ich das große Problem.“ (Interviewpartnerin A)

Die Aussagen der Interviewpartnerin A zeigen, dass „LaiendolmetscherInnen“ oftmals Doppelbelastungen zugemutet werden, die von anderen KollegInnen nicht geschätzt werden und zu Konflikten führen können. Die akademisch geprüfte Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege weist ebenfalls auf die inhaltlichen Übersetzungsfehler von ungebildeten DolmetscherInnen hin, da die ethnischen und geschichtlichen Hintergründe nicht miteinbezogen werden (Interviewpartnerin A).

Mögliche Traumatisierungen von PatientInnen mit Migrationshintergrund können ebenfalls zu Sprachproblem führen und somit Verständigungsschwierigkeiten verursachen, die Aggressionen bei den PatientInnen selbst als auch beim Krankenhauspersonal auslösen können. Diesem Faktor wird laut Berichten der Interviewpartnerin B im Krankenhaus X zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Interviewpartnerin B).

6.6.2 Welche Fremdsprachen im Krankenhaus X benötigt werden:

Da keine internen Daten vom Krankenhaus X oder der Trägerschaft Y zur Verfügung gestellt werden konnten, wird dieser Unterpunkt mithilfe anderer Quellen beantwortet.

Die Stadt S, in der auch das Krankenhaus X angesiedelt ist, listet auf deren Website die „wichtigsten Zuwanderersprachen“ auf, die wie folgt lauten (URL 3.1):

- Deutsch
- Englisch
- Französisch
- Spanisch
- Serbisch
- Bosnisch
- Kroatisch
- Russisch
- Chinesisch
- Türkisch

Die Website der Stadt S bietet ebenfalls Erstinformationen in diversen Fremdsprachen für MigrantInnen an (URL 3.2), die jedoch keine Informationen über das österreichische Gesundheitssystem, den heimischen Krankenhausbetrieb bzw. das ansässige Krankenhaus X beinhalten.

Die NGO W, die sich in der Nähe des Krankenhauses X befindet, bietet Beratungen in türkisch, bosnisch/serbisch/kroatisch, russisch, tschetschenisch und englisch an und die MitarbeiterInnen der NGO W versicherten mir, dass diese Sprachen auch im Krankenhaus X oftmals übersetzt werden müssen (InformantInnen I + J).

Da keine „Dolmetscherliste“ des Krankenhauses X zugänglich war, kann nicht kontrolliert werden, ob alle Sprachen, die von der Stadt S und den NGOs als relevant erachtet werden, auch im Krankenhaus X „verfügbar“ sind. Die Fallbeispiele meiner InformantInnen legen aber eine gegenteilige Vermutung nahe (InformantInnen L+M+N).

6.6.3 Interner Dolmetschpool des Krankenhauses X:

Für Dolmetschdienste im Krankenhaus X wird größtenteils das hauseigene mehrsprachige Personal eingesetzt. Eine Liste im Patientenservice des Krankenhauses X gibt eine Übersicht der mehrsprachigen MitarbeiterInnen im Krankenhaus X (Dokument 1).

In einem Telefongespräch mit dem Informanten F, der den Dolmetschpool im Krankenhaus X verwaltet und organisiert, wurde mir erklärt, dass so ein Dolmetschpool der *„Vorteil eines großen Hauses ist“* und die *„Mitarbeiter mit Zusatzkenntnissen...intensiv genutzt werden“*. Welche Sprachen von den hauseigenen MitarbeiterInnen tatsächlich gedolmetscht werden können, konnte mir der Informant F aber nicht beantworten, meinte aber, dass für alle Sprachen geeignetes Personal zur Verfügung stünde (Informant F).

In den Dokumenten der NGO V fand sich bezüglich der Organisation von DolmetscherInnen im Krankenhaus X folgende schriftliche Notiz:

„Wir können den Hrn. K vom Krankenhaus X anrufen und ihn um die Organisation eines Dolmetschs bitten, allerdings braucht man da einen Termin, einfach in die Ambulanz gehen, geht da nicht, man muss sich vorher einen Termin bei der zuständigen Ambulanz

geben lassen, dann den Hrn. K anrufen, und ihm sagen, man braucht für den und den Termin in der Ambulanz einen Dolmetsch. Funktioniert meistens, aber nicht immer ganz freundlich.“ (Interviewpartnerin B)

Die NGO V, in der die Interviewpartnerin B als Integrationsberaterin arbeitet, meint dass die Organisation von DolmetscherInnen für das Krankenhaus X nur auf Nachdruck funktioniere und sie müssen deshalb *„ein bisschen lästig bleiben“* (Interviewpartnerin B).

Der Dolmetschpool des Krankenhauses X ist auch der Interviewpartnerin A in derselben Form wie oben beschrieben, bekannt. Sie erklärt, dass *„viele sehr stolz darauf sind“* (Interviewpartnerin A).

Die Interviewpartnerin B schilderte zwei Beispiele, in denen das Putzpersonal des Krankenhauses X (z.B.: Gynäkologie) bei Sprachproblemen um Hilfe gebeten wurde (Interviewpartnerin B).

Zum Teil werden auch SchülerInnen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z, die dem Krankenhaus X angeschlossen ist, für Übersetzungsleistungen herangezogen. Dabei spielt es keine Rolle in welcher Schulstufe die SchülerInnen sind und ob sie über die notwendigen medizinischen Fachausdrücke und Zusammenhänge Bescheid wissen (Informantin K).

Eine Sozialarbeiterin mit tschetschenischem Migrationshintergrund der NGO W wurde ebenfalls von Herrn K (bzw. Informant F) gefragt, ob sie Dolmetschtätigkeiten in Russisch und Tschetschenisch für das Krankenhaus X übernehmen möchte. Einen schriftlichen Vertrag für diese Dolmetschservices gibt es nicht, wie mir die Informantin I erzählte.

Die Dame der NGO W schilderte mir ihren Einsatz auf der Kinderabteilung des Krankenhauses X, bei dem einem Mädchen eine Magensonde eingesetzt werden sollte und sie die Situation den Familienmitgliedern näher bringen musste. Die Bezahlung erfolgte in diesem Fall anhand einer selbstgestellten Honorarnote. Wer die Kosten dieser Honorarnote jedoch tragen musste, konnte mir die Informantin I nicht berichten (Informantin I).

Auf der Website der Stadtverwaltung S findet sich eine Kontaktliste von Personen, die auf Anfrage Übersetzungsleistungen auf Honorarbasis übernehmen können. Diese Personen „sind keine gerichtlich beeideten Dolmetscher“, weshalb keine Gewährleistung für deren Qualifikationen von Seiten der Stadt S gegeben werden kann und dies somit nur als „Serviceleistung“ der Stadtverwaltung S betrachtet werden muss (URL 3.3). Es finden sich ebenso keine Hinweise darüber, ob einzelne Personen medizinisches Zusatzwissen vorweisen.

Beeidete DolmetscherInnen können in ausgewählten Fällen im Krankenhaus X eingesetzt werden, obwohl die entsprechenden Honorare hierfür von den PatientInnen selbst bezahlt werden müssen (Interviewpartnerin B).

Die Patientenanwaltschaft des Landes T diskutiert laufend mit der Trägerschaft Y über Maßnahmen zur Verbesserung der Dolmetschleistungen für PatientInnen mit Migrationshintergrund. Die Interviewpartnerin B meinte hierzu: „Die laufen halt auch ein bisschen gegen Mauern, was die Dolmetschfrage betrifft.“

Die NGO V, in der die Interviewpartnerin B tätig ist, hat „darum gekämpft“ für fremdsprachige PatientInnen Verbesserungen zu erzielen und bot der Trägerschaft Y den Aufbau eines kompetenten Dolmetscherpools an, bei dem die NGO V das Krankenhaus X unterstützt hätte. Dieser Vorschlag wurde jedoch von Seiten der Trägerschaft Y abgeblockt (Interviewpartnerin B).

Die Frage 17 des selbstkonzipierten Fragebogens im Anhang dieser Diplomarbeit („Wie gehen Sie in Situationen vor, in denen PatientInnen nicht deutsch sprechen oder verstehen können?“) sollte die Handlungsmöglichkeiten des Pflegepersonals im Krankenhaus X erforschen.

6.6.4 Haftungsfrage bei Dolmetschleistungen:

Bei medizinischen Einsätzen, in denen Anästhesie benötigt wird, ist eine Übersetzungsleistung laut Dokument 1 gesetzlich vorgeschrieben (Dokument 1).

Die Interviewpartnerin B weist darauf hin, dass das Krankenhauspersonal des Krankenhauses X häufig davon ausgeht, dass PatientInnen selbst für geeignete DolmetscherInnen sorgen, oder der Annahme sind, dass die NGO V diese automatisch zur Verfügung stellen muss:

*„Das ist aber immer die Frage, warum schicken sie da niemanden mit. Der macht jetzt 100000 Untersuchungen, und mit einem Dolmetscher kann ich das abklären. Da kommt man immer in die Rechtfertigungsschiene....Aber wo sollen wir die Dolmetscher hernehmen? Wir sind halt auch nur eine NGO, und es liegt nicht in unserer Verantwortung, wir sind eine Beratungsstelle. Eigentlich nicht einmal mit Gesundheitsschwerpunkt.“
(Interviewpartnerin B)*

Die NGO V, in der die Interviewpartnerin B eine Abteilung leitet, schickte vor wenigen Jahren noch DolmetscherInnen für Übersetzungsleistungen ins Krankenhaus X mit. Die Rechtsabteilung der NGO V machte aber darauf aufmerksam, dass alle offiziell mitgeschickten DolmetscherInnen haftbar wären und Fragen der Haftung für Übersetzungen im Krankenhausbereich nicht vollständig geklärt sind. Aus diesem Grund werden aktuell keine DolmetscherInnen der NGO V für Übersetzungsleistungen mehr mitgeschickt:

„Dolmetsch schicken wir keinen mehr mit. Das haben wir eine Zeit lang in besonderen Fällen gemacht, dann haben wir aber damit aufgehört, weil die Haftung einfach zu hoch ist für die Dolmetscher und wir das unseren Dolmetschern eigentlich nicht aufbürden wollten.“ (Interviewpartnerin B)

In einem anderen Zitat weist die Interviewpartnerin B nochmals auf die Problematik der Haftung für etwaige Dolmetschdienste im Krankenhaus X hin und erklärt, dass Dolmetschdienste im Krankenanstaltengesetz geregelt sind:

„Ja, die Ärzte können sich halt am Dolmetscher abputzen, wenn ein Fehler passiert. Und da haben unsere Juristen dann geschrien, und haben gesagt, macht das auf keinen Fall, weil die Person haftet dann als Privatperson, und wir können die Person dann von der Einrichtung her nicht unterstützen. Daraufhin haben wir dann versucht dem Krankenhaus ein bisschen Druck zu machen...Beim Krankenhaus kann man ein bisschen Druck machen, weil im Krankenanstaltengesetz ja eigentlich drinnen steht, dass das Krankenhaus gewährleisten muss, dass die Übersetzung durch einen geeigneten Dolmetscher erfolgt, oder dass zumindest die Inhalte gut verstanden werden. Das sieht das Krankenhaus nicht so, also bis jetzt war die Erfahrung immer in der Ambulanz, wenn wir dort hingekommen

sind, hat es immer geheißen, bringen sie einen Dolmetscher mit. Das ist dann vor ein paar Jahren zu weit gegangen, dass gesagt worden ist, es war irgendeine ganz heikle Situation, da ist es um eine drohende Blindheit gegangen, eine Gehirnoperation, wo der Arzt gesagt hat, solange ich kein Anamnesegespräch mit diesem Menschen führen kann, wird nicht operiert. Es gab aber keinen Dolmetscher.“ (Interviewpartnerin B)

Die Interviewpartnerin B berichtete auch, dass sich das Krankenhaus X bei Übersetzungsschwierigkeiten oftmals mit der Aussage „*ich bin nicht zuständig, es wurde mir falsch übersetzt*“ rechtfertigte und sich somit der Verantwortung entziehen wollte (Interviewpartnerin B).

6.6.5 Fremdsprachige Informationsmaterialien im Krankenhaus X:

Fünf Angestellte des Krankenhauses X, die von mir befragt wurden, wussten überhaupt nichts von der Existenz fremdsprachiger Informationsmaterialien in ausgedruckter Form.

Die Interviewpartnerin C konnte ebenfalls nie fremdsprachige Informationsmaterialien auf den Stationen des Krankenhauses X entdecken und kritisierte ebenso das „Nichtvorhandensein“ von fremdsprachigen Informationen auf den Internetseiten der Patientenservices der Trägerschaft Y (Interviewpartnerin C).

Die Websites des Krankenhauses X (URL 1) und der Trägerschaft Y (URL 2) haben tatsächlich keine „Sprachänderungsfunktionen“ und können somit von fremdsprachigen Personen nur schwer verstanden werden.

Bei der Besichtigung des Krankenhauses X ist ersichtlich, dass nur wenige Informationstafeln und Hinweisschilder (im Eingangsbereich des Krankenhauses X) auch englische Übersetzungen ausweisen. Anhaltspunkte in anderen Sprachen sind jedoch nirgendwo bemerkbar.

Die Interviewpartnerin B erwähnte mehrmals das Fehlen von fremdsprachigen Informationsmaterialien im Gespräch und erklärte, dass dieselben Institutionen, die Informationsmaterialien in deutscher Sprache für den Krankenhausbetrieb gestalten, sämtliche Unterlagen auch in diversen Fremdsprachen (z.B.: englisch, türkisch, russisch) zur Verfügung stellen würden. Diese Kontaktperson weiß auch mit Sicherheit, dass das

Krankenhaus X diese Unterlagen besitzt, deren Krankenhauspersonal *„denkt halt meistens nicht daran, das auszudrucken und den Leuten mitzugeben“*. (Interviewpartnerin B)

Infolgedessen hat die NGO V, in der die Interviewpartnerin B als Sozialarbeiterin arbeitet, Druck auf das Krankenhaus X ausgeübt, damit diese Informationsmaterialien in verschiedenen Fremdsprachen (z.B.: türkisch, russisch) auf allen Stationen aufliegen sollen. Vor allem schwangere Frauen hätten nämlich oft Probleme mit den Informationsbögen zur Risikoabschätzung vor den Entbindungen, wie die Interviewpartnerin B begründete.

Die NGO V hat überdies auch die Möglichkeit im Krankenhaus X direkt anzurufen und deren MitarbeiterInnen aufzufordern diverse fremdsprachige Informationsmaterialien gewissen PatientInnen zukommen zu lassen. Der NGO V wurde es aber nicht gestattet diese Informationsmaterialien selbst bei Bedarf auszuteilen, obwohl dies nach Meinung der NGO V effizienter funktionieren würde (Interviewpartnerin B).

Da viele Krankenhausmitarbeiter des Krankenhauses X nicht von der Existenz fremdsprachiger Informationsmaterialien wussten, kann davon ausgegangen werden, dass diese Thematik im Krankenhaus X noch nicht ausreichend thematisiert wurde.

6.6.6 Deutschkenntnisse als Behandlungskriterium:

Zahlreiche Gespräche mit KrankenhausmitarbeiterInnen des Krankenhauses X lassen darauf schließen, dass die „Beherrschung“ der deutschen Sprache vom Krankenhauspersonal gewünscht, in den meisten Fällen sogar vorausgesetzt wird und wenig Verständnis für Schwierigkeiten bei der Mitteilung von Beschwerden aufseiten des Pflegepersonals erkennbar ist.

Die Interviewpartnerin B sieht diese „Selbstverständlichkeit“ (Beherrschung der deutschen Sprache) der KrankenhausmitarbeiterInnen problematisch und meint, dass diese Argumente mit der Abschiebung von Verantwortung gleichgesetzt werden können:

„ Da gibt es die Integrationsprogramme vom Bund, wo dann der Integrationsstaatssekretär auch sagt, die Sprache ist wichtig, sie müssen die Sprache lernen. Das gibt dann anderen die Rechtfertigung sich zurückzuziehen und zu sagen, sie sollen die Sprache lernen, es gibt ja eh so viele Angebote, was halt nicht stimmt. Und auch Leute, die bei uns die Deutschkurse machen, bis zum höchsten Niveau, das wir anbieten, ist es trotzdem nicht wirklich so, dass man ein Gespräch, so ein schnelles, hektisches, wie man es mit Ärzten oft

hat, das können sie auch nach so einem Deutschkurs nicht verstehen...einfach die Verantwortung abschieben. Ist eure Verantwortung, lernt Deutsch! Es ist einfach ein nettes Argument zum drüber fahren...lernt Deutsch!“ (Interviewpartnerin B)

Möglichen Traumatisierungen und andere intervenierende Faktoren bei PatientInnen mit Migrationshintergrund, die die Sprache deutlich beeinträchtigen können, wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, wie die Interviewpartnerin B betont:

„Ganz viel spielt bei der Sprache auch das Psychische mit! In einer Stresssituation kann man eine fremde Sprache schwieriger sprechen, und gerade bei Diagnosen ist halt oft ein sehr hoher Stresslevel da. Es gibt Leute, die haben Erkrankungen, die es ihnen gar nicht ermöglichen, jemals auf ein hohes Deutschniveau zu kommen, oder Verletzungen. Und ab einem gewissen Alter geht es halt auch nur mehr begrenzt.“ (Interviewpartnerin B)

Die Interviewpartnerin C meint, dass das „Sprachproblem“ immer als Hauptproblematik im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund genannt wird, dieses Argument aber oftmals auch als Ausrede benutzt werde, um mit „weniger Engagement“ und „weniger Empathie“ zu betreuen (Interviewpartnerin C).

6.7 BILDUNG:

6.7.1 Bildungsmöglichkeiten für transkulturelle Pflege im Krankenhaus X:

Auf die Frage, ob transkulturelle Pflege für das Krankenhaus X relevant sei, bekam ich von der Trägerschaft Y nur die Antwort, dass das Krankenhaus X „*einige Tools für transkulturelle Kompetenz anbiete*“. Details, wie transkulturelle Pflege im Krankenhaus X umgesetzt wird, konnte mir jedoch von der Trägerschaft Y nicht beantwortet werden (Informant E).

Die angesprochenen „Tools“ waren meinen InterviewpartnerInnen und InformantInnen nicht bekannt. Der einzige Hinweis auf transkulturelle Förderung im Krankenhaus X ist das Seminarangebot für „*Transkulturelle Pflege*“ im Bildungsprogramm 2012 der Trägerschaft Y (URL 4).

Das Bildungsprogramm 2012 der Trägerschaft Y bietet von über 50 Seminaren im medizinischen und pflegerischen Bereich ein 1-Tagesseminar für „*Transkulturelle Pflege*“ an, das allen MitarbeiterInnen der Trägerschaft Y zugänglich ist. Derselbe Bildungskatalog wird auch von der Trägerschaft Y in der Einleitung als „*möglichst breites, umfassendes Programm*“ bezeichnet (URL 4).

Dem Pflegepersonal der Trägerschaft Y können bis zu acht „Bildungstage“ pro Jahr bewilligt werden. Die Übernahme der Kosten durch die Trägerschaft Y hängt dabei vor allem vom „*dienstlichen Interesse*“ der gewählten Fortbildung ab. Falls die gewählte Schulung jedoch nicht „*in die strategische Entwicklung der Abteilung passt*“, haben KrankenhausmitarbeiterInnen des Krankenhauses X weiters die Möglichkeit, die Teilnahme am gewünschten Seminar selbst zu bezahlen.

Da nur wenige Hinweise zur Umsetzung von transkultureller Pflege im Krankenhaus X existieren, soll das 1-Tagesseminar für „*Transkulturelle Pflege*“ an dieser Stelle näher vorgestellt werden:

Das Ziel des Seminars für „*Transkulturelle Pflege*“ im Bildungsprogramm der Trägerschaft Y sind „*Kenntnisse über kulturspezifische Orientierungssysteme*“, die mithilfe von Power-Point-Folien, Fallbeispielen und Selbstreflexionsimpulsen gelehrt werden (URL 4).

Inhaltlich werden unter anderem unterschiedliche Konzepte zu Krankheit, Pflege, Familienstrukturen, Besucher- und Kommunikationsverhalten, sowie der Aufbau einer transkulturellen Pflegebeziehung vermittelt (URL 4).

Der Kurs wird zweimal jährlich an unterschiedlichen Veranstaltungsorten abgehalten und ist auf 25 Personen pro Termin begrenzt. Einer dieser Veranstaltungsorte im Jahr 2012 ist das Krankenhaus X (URL 4).

Die Referentin dieses Seminars erklärte mir in einem Interview, dass in den Jahren 2011 und 2012 nur ein Termin abgehalten wurde bzw. wird, da für den zweiten Termin zu wenige TeilnehmerInnen angemeldet waren bzw. sind (Interviewpartnerin C).

Für die geringe Teilnahme an diesem Seminar bietet die Referentin C eine plausible Erklärung: „*...es ist die Frage, was wird den Schülern in der Stunde vermittelt, weil ich muss ja irgendwoher die Motivation nehmen*“ (Interviewpartnerin C).

Die Referentin meint mit dieser Stellungnahme, dass das Pflegepersonal bereits in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege für den Themenbereich der transkulturellen Pflege begeistert werden muss, um später Interesse daran zeigen zu können.

Die Fortbildungsbewertungen des Bildungskataloges, der von der Trägerschaft Y intern evaluiert wird, konnten für diese Diplomarbeit bedauerlicherweise nicht recherchiert werden.

Die Referentin für das Seminar „*Transkulturelle Pflege*“ führt dessen ungeachtet während ihres 8-stündigen Fortbildungsangebotes eine Feedbackrunde durch und erwähnte in diesem Zusammenhang, dass die TeilnehmerInnen mit großem Interesse dabei waren:

*„Sie wollen aber auch oft noch mehr wissen, weil man in 8 Stunden ja nicht viel unterbringt. Einfach, weil viele Dinge neu sind, aber es verblasst wieder.“
(Interviewpartnerin C).*

Die Islamische Glaubensgemeinschaft des Landes T hielt in einem der Krankenhäuser der Trägerschaft Y bereits einen Informationsabend über „Muslimische PatientInnen“ ab, der sehr gut besucht wurde. Die Idee hierfür entstand aufgrund einer Anfrage der Ombudsstelle dieses Krankenhauses. Der Interviewpartner D meinte diesbezüglich: „...*es waren sehr viele neue Dinge dabei, weil sie eigentlich noch nie was davon gehört haben.*“ Als Beispiel für neuartige Informationen nannte der Vortragende Nachstehendes:

„Sie haben ja z. B. nie darauf gedacht, dass intime Pflege so wichtig war für die Muslime, und dass eigentlich eine Frau von einer Frau behandelt wird, und umgekehrt, ein Mann von einem Mann...das Essen, ist auch sehr wichtig, weil mit dem Essen hat man auch sehr viele Probleme im Spital.“ (Interviewpartner D)

Eine Abteilung des Landes T, die mit der Trägerschaft Y in Verbindung steht, forciert ebenfalls Fortbildungen in transkulturellen und interkulturellen Bereichen für MitarbeiterInnen der Trägerschaft Y. Derzeit konnten aber noch keine Weiterbildungsmaßnahmen fixiert werden, da die Verhandlungen diesbezüglich noch nicht abgeschlossen wurden (Informantin G).

Frage 20 des selbstkonzipierten Fragebogens im Anhang dieser Diplomarbeit möchte erforschen, ob das Pflegepersonal mit den ihnen erlernten Möglichkeiten „*im Umgang mit PatientInnen anderer Herkunft*“ zufrieden ist.

6.7.2 Unterrichtsfach „Transkulturelle Pflege“ in der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z:

Die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z, die dem Krankenhaus X „angehängt“ ist, stellt Praktikumsplätze für SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Z zur Verfügung.

Zahlreiche Gespräche mit SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Z und Recherchen auf den Internetseiten der Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y zeigen, dass nur in einer einzigen Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y – jedoch nicht in der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z – das Unterrichtsfach „transkulturelle Pflege“ bewusst implementiert ist (URL 5).

Nach Rücksprache mit der zuständigen Lehrperson, wurde mir versichert, dass in keiner weiteren Schule der Trägerschaft Y dieses Unterrichtsfach ausführlich behandelt, sondern eventuell nur „oberflächlich angekratzt wird“ (Interviewpartnerin A).

Die von mir befragten SchülerInnen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z hatten mehrheitlich keine Vorstellungen zum Themenbereich der transkulturellen Pflege. Manche SchülerInnen gaben sogar an, diesen Begriff noch nie gehört zu haben.

Der Vorstand der Islamischen Glaubensgemeinschaft im Bundesland T berichtete, dass die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z eine Moschee in der Nähe des Krankenhauses X zweimal jährlich besucht. Dieser Besuch werde laut Aussage des Interviewpartners D genutzt um *„einfach Gedanken auszutauschen, und das hilft eigentlich auch sehr viel“* (Interviewpartner D).

6.7.3 Unterrichtsfach „Transkulturelle Pflege“ in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y:

Eine einzige Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y hat das Unterrichtsfach *„Transkulturelle Pflege“* explizit auf deren Website ausgewiesen (URL 5).

Die InterviewpartnerInnen A und C versicherten mir ebenfalls, dass in allen anderen Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y dieses Fach nicht unterrichtet wird.

Die Interviewpartnerin A erklärt diesbezüglich, warum die Vermittlung von transkultureller Pflege in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege so inkonsequent verfolgt wird. In diesem Zitat begründet sie weiters, warum dem transkulturellen Pflegebereich eine adäquate Einbettung und Reflexion fehle:

„Das Problem ist im Curriculum, dass es nicht eine Position oder einen Teil transkulturelle Pflege gibt. Ich habe mir das Curriculum auch angeschaut, wo ist das Thema verankert und wie ist es verankert? Und es ist nur kulturspezifisch verankert, es ist nie so verankert, dass man sagt, was heißt das jetzt für den Menschen, oder was heißt das für uns. Wie steht man im Islam, wie steht man im Buddhismus,... Und worum würde es wirklich gehen, um ethnische Gruppen, und das ist überhaupt nie ein Thema...Es ist nie so verankert, dass man sagt, was heißt das jetzt für den Menschen, oder was heißt das für uns.“
(Interviewpartnerin A)

Die Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege versucht trotz aller Hindernisse den SchülerInnen das Unterrichtsfach „Transkulturelle Pflege“ näher zu bringen:

„Bei uns ist es jetzt so, dadurch dass ich jetzt an der Schule bin und immer wieder umrühre, hat unsere Direktorin mir jetzt erlaubt, im dritten Ausbildungsjahr, in der Berufskunde, wo das drinnen ist, mit 20 Stunden oder so, das zu machen. Ausbildungsjahr drei heißt aber, ohne Prüfung, also mit dem zweiten Ausbildungsjahr wird Berufskunde geprüft, im dritten Jahr ist nur Anwesenheitspflicht. Es ist so... es ist ein Kompromiss, zumindest kann ich es unterrichten. Bis jetzt war es so unterrichtet, die Kollegen nehmen das Curriculum und sehen transkulturelle Pflege, Umgang mit unterschiedlichen Religionen oder Kulturen und dann machen sie halt den Islam, das Christentum, den Buddhismus, ... und dann müssen die Schüler das ausarbeiten, wie ist man im Judentum krank...in die Richtung. Und das ist das, was mir machen... wir unterrichten transkulturell. So wird das gemacht. Nur gehen die Schüler oft da raus und sind überfordert. Sie glauben sie wissen jetzt was über Türken, und der ist ja islamisch, und da ist das so und so.“
(Interviewpartnerin A)

Die Interviewpartnerin A meinte überdies, dass die derzeitige Behandlung von transkultureller Pflege in vielen Schulen „komplett stereotyp“ erfolge und Schablonendenken fördere (Interviewpartnerin A).

Die Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege begründet den qualitativ minderen Unterricht von transkultureller Pflege auch mit der ständigen Überforderung der Lehrkörper und veralteter Bezugsliteratur:

*„Am Ende soll man eine Palette von Inhalten unterrichten. Da gibt es Inhalte im Curriculum, die man sich dann halt selbst erliest und selbst schaut, und je nach dem auf welche Literatur man stößt, unterrichtet man das dann auch so. Da gibt es auch ein Krankenpflegebuch mit verheerenden Psychologieinhalten. Das ist furchtbar, aber wenn jemand einfach keine Ahnung hat, dann hält er sich an etwas fest, was er halt findet und bekommt und gibt das dann weiter. Und so wird teilweise unterrichtet. Weil quasi von Lehrpersonen in diesem Bereich erwartet wird, ein breites Spektrum an Inhalten abdecken zu können, und immer wieder ein Wechsel. Ein Jahr belegen sie das, ein Jahr machen sie das, und dann sollten sie das wieder machen. Also es ist nicht aufbauend, dass man an Feldern dranbleiben kann, und das ist dann auch ein Problem. Das ist so eben auch im Bereich der Transkulturalität. Sie machen das sicher nach bestem Wissen und Gewissen, aber dann nehmen sie das Buch von der Leininger, und ich denke mir das war damals schon OK was sie gemacht hat und es ist wichtig, aber es ist nicht die alleinige Wahrheit, und die Ethnologie hat sich in ganz andere Richtungen entwickelt, als damals, 1950, das sind 70 Jahr bald, 60 Jahre. Also das Problem ist, dass das Thema wahnsinnig komplex ist, gerade in der Krankenpflege, das sich die Krankenpflege auf Theorien bezieht, die in den 50ern, 60ern im letzten Jahrhundert entwickelt worden sind, auf dem damaligen Stand auch der Soziologie und Psychologie und der ganzen Bezugswissenschaften, und das wird teilweise immer noch komplett so unterrichtet. Es fehlt so die Entwicklung!“
(Interviewpartnerin A)*

Eine Vertiefung und Weiterentwicklung in bestimmten Bereichen – auch im Bereich der transkulturellen Pflege – wird laut Aussagen der Interviewpartnerin A aufgrund des derzeitigen Curriculums blockiert. Sie selbst schätze die Ansätze von Dagmar Domenig zur transkulturellen Pflege besonders (Interviewpartnerin A).

Die Interviewpartnerin C meint zum Wissenstand der transkulturellen Pflege bei SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Nachstehendes:

„...tatsächlich also eben transkulturelle Kompetenz von der Basis her, also was es ist, habe ich bei Schülerinnen nicht gehört, also weder ein Wissen, noch sonst irgendwas. Also ich weiß es auch nicht, wer es unterrichtet, ich weiß also auch nicht mit welcher Kompetenz wer unterrichtet, weil ich denke dass es ganz wesentlich ist, wenn ich schon transkulturelle Pflege unterrichte oder transkulturelle Kompetenz, sollte man sich doch so in der Praxis das diesbezügliche Wissen aneignen. Aber wie gesagt vom Unterrichtsgegenstand her - und

jetzt rede ich für die Gesundheits- und Krankenpflege ist es mehr so - es ist kein eigenes Unterrichtsfach. Es wird vermutlich auch so im Zuge der Berufskunde mitbehandelt, nehme ich an.“ (Interviewpartnerin C)

Die akademisch geprüfte Krankenhausmanagerin spricht in ihrem Zitat die mangelnde Qualifikation von Lehrpersonen in Bezug auf transkulturelle Pflege an und meint weiters, dass die Motivation für transkulturelle Pflege unbedingt schon in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege geweckt werden müsse, um langfristiges Interesse erzielen zu können (Interviewpartnerin C).

Die Analyse der Theorie- und Praxisausbildung für SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Österreich ergibt, dass keine Fremdsprachen außer „*Fachspezifisches Englisch*“ im Ausmaß von 80 Stunden in der Gesamtausbildung unterrichtet werden (Dokument 2).

Die Möglichkeit im Rahmen freier Wahlfächer Kompetenzen in anderen Sprachen zu erwerben, besteht für SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen der Trägerschaft Y nicht.

Eine Barriere bei der Implementierung von gelernten Inhalten der transkulturellen Pflege auf den Krankenhausstationen sieht die Interviewpartnerin A auch im Gruppendruck des Stationspersonals an vielen österreichischen Krankenhäusern begründet.

Engagierten SchülerInnen und AkademikerInnen sei es laut ihren Aussagen oftmals nicht gestattet „*Neues*“ zu fördern oder „*falsche Muster*“ auszubügeln, da das „*ingesessene Stationspersonal*“ keine Änderungen wünsche und somit keine „*Reformen*“ möglich sind (Interviewpartnerin A).

6.8 ISLAM:

6.8.1 Muslimische PatientInnen im Krankenhaus X:

Der Vorstand der Islamischen Glaubensgemeinschaft im Bundesland T schätzt, dass *„durchschnittlich zwischen 30 und 60 stationäre Patienten“* täglich im Krankenhaus X betreut werden und dieses Krankenhaus von MuslimInnen im Bundesland T am häufigsten frequentiert wird. Die Islamische Glaubensgemeinschaft hat aus diesem Grund mehrere selbstgestaltete „Informationsblätter“, die eine „islamgerechte“ Krankenhausbetreuung fördern sollen, in einigen Krankenhäusern der Trägerschaft Y verteilt. Diese „Informationsblätter“ wurden unter anderem auch im Krankenhaus X auf mehreren Stationen ausgehändigt (Interviewpartner D).

Meine InformantInnen, die alle im Krankenhaus X angestellt sind, haben diese „Informationsblätter“ jedoch noch nie gesehen (InformantInnen L+M+N).

Die Islamische Glaubensgemeinschaft des Bundeslandes T erklärt auf deren Website, warum Krankenbesuche als religiöse Pflicht für MuslimInnen betrachtet werden. Seit 2005 bietet die Islamische Glaubensgemeinschaft zu diesem Zweck auch einen *„Islamischen Besuchsdienst“* in einigen Krankenhäusern der Trägerschaft Y an (URL 6), der im Unterkapitel *„Islamischer Besuchsdienst (IBD) in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y“* näher behandelt wird.

Da dem Besuch von kranken MuslimInnen im Islam ein besonders *„hoher Stellenwert“* zugeschrieben wird, wird dieser Krankenbesuch auch von vielen kranken MuslimInnen selbst erwartet. Die hohe Besucherrate bei muslimischen PatientInnen ist aber im Krankenhaus X ein vieldiskutiertes Thema beim Krankenpflegepersonal (Interviewpartner D).

Ein diplomierter Krankenpfleger der neurologischen Station im Krankenhaus X sagte in diesem Zusammenhang: *„Wenn ein Türke im Krankenhaus liegt, ist die ganze Türkei zu Besuch!“* (Informant L).

Die Interviewpartnerinnen A und C meinten ebenso, dass das *„muslimische Besuchsverhalten“* im Krankenhaus X Konflikte verursachen kann.

Der Vorstand der Islamischen Glaubensgemeinschaft im Krankenhaus X versucht deshalb zwischen den Parteien zu vermitteln und bringt die Besucherregelungen der Trägerschaft Y den Angehörigen von muslimischen PatientInnen näher, indem er folgende Ratschläge erteilt:

*„Ich sage sehr oft dazu, sie sollen eigentlich nicht alle auf einmal auf ein Zimmer rein gehen, entweder sollen sie mit dem Patienten raus gehen, wenn die Möglichkeit besteht, dass sie in den Aufenthaltsräumen sitzen, oder vereinzelt hinschaun...Sie versuchen jetzt in den letzten Jahren, dass sie auch vereinzelt kommen. Ich sage immer, wenn sie auf einmal kommen, für denjenigen ist es auch ziemlich schwierig, der ist übermüdet und hat nach einer halben Stunde keine Besucher mehr. So ist es über den ganzen Tag verteilt und er hat den ganzen Tag wen. Das ist schon viel besser, um Einiges besser geworden.“
(Interviewpartner D)*

Das Essen in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y wird vor allem von strenggläubigen MuslimInnen, die nur „Halal“-Speisen konsumieren, beanstandet:

„Und zwar kriegen sie heutzutage von nirgends ein „Halalfleisch“, in keinem Krankenhaus in Österreich. Außerdem haben wir das Problem, dass sehr viele Gerichte in Österreich mit Alkohol gemacht werden. Ein wenig Alkohol hast du überall dabei, oder Likör oder dies und jenes, und deswegen haben auch sehr viele Produkte Dinge, die im Islam verboten sind. Und strenggläubige Muslime passen halt auf das auf und deswegen sind sie sehr skeptisch, wenn sie im Spital etwas zu sich nehmen...sehr oft ist es einfach besser, wenn er vegetarisch isst.“ (Interviewpartner D)

Frage 16 des selbstkonzipierten Fragebogens im Anhang dieser Diplomarbeit („Wie würden Sie reagieren, wenn PatientInnen die Hilfe von Ihnen nicht annehmen wollen und stattdessen eine gleichgeschlechtliche Krankenhausbetreuung wünschen?“) geht speziell auf das Geschlechterverhältnis von MuslimInnen, das in der Literatur vielfältig erörtert wird, ein.

6.8.2 Muslimisches Krankenhauspersonal im Krankenhaus X:

Im Krankenhaus X gibt es laut Schätzungen des Vorstandes der Islamischen Glaubensgemeinschaft im Bundesland T rund sieben muslimische ÄrztInnen, zwanzig muslimische Pflegepersonen und unzählige andere muslimische Angestellte. Der

Interviewpartner D spricht von über 85 Personen, die im Krankenhaus X in verschiedenen Positionen beschäftigt sind (Interviewpartnern D).

Das muslimische Krankenhauspersonal im Krankenhaus X hat sich sehr positiv über den muslimischen Gebetsraum und die zur Verfügung gestellten islamischen Bücher geäußert (Interviewpartner D).

6.8.3 Islamischer Besuchsdienst (IBD) in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y:

Die Islamische Glaubensgemeinschaft des Bundeslandes T beschreibt den Islamischen Besuchsdienst als Verbindungsstelle „zur Verbesserung der Kommunikation“ zwischen MuslimInnen und Andersgläubigen, welcher auch das Verständnis zwischen Krankenhauspersonal und muslimischen PatientInnen fördern soll (URL 6).

Auf der Website des Krankenhauses X wird erwähnt, dass sonntags muslimische PatientInnen zwischen zehn Uhr und zwei Uhr vom IBD besucht werden (URL 1.1).

Welcher muslimischen Glaubensrichtung die jeweiligen Personen definitiv angehören, spielt für den IBD aber keine Rolle: „Wir haben nie unterschieden, ob das jetzt ein Shiite, Sunnite oder Alevite oder eine andere Glaubensrichtung ist.“ (Interviewpartner D)

Der Vorstand der Islamischen Glaubensgemeinschaft des Bundeslandes T erklärt auch, warum der IBD für muslimische PatientInnen wertvoll ist:

„Sehr oft, wenn man in einem Krankenhaus ist, braucht man seelische Unterstützung und das ist auch eine moralische Unterstützung. Und viele Menschen, die anfänglich nicht so strenggläubig sind, kommen erst dann drauf, wenn es ihnen schlecht geht. Dann wenden sie sich an Gott. Deswegen brauchen sie sehr viel seelische Unterstützung.“ (Interviewpartner D)

Der muslimische Seelsorger, der den IBD für alle Krankenhäuser der Trägerschaft Y organisiert, gibt weiters ein Beispiel dafür, wie der IBD aussehen könnte:

„Bei den Muslimen ist es auch sehr üblich, wenn sie selbst nicht Koran lesen können, und das können sehr viele nicht. Was ich so gelesen habe, können das laut der letzten Studie fast 80% nicht. Oder sie können das nicht in die eigene Sprache übersetzen und deswegen möchten sie auch, dass ihnen aus dem Koran vorgelesen wird. Dass kann der Besuchsdienst zum Beispiel machen.“ (Interviewpartner D)

Die Islamische Glaubensgemeinschaft des Bundeslandes T erhält erfahrungsgemäß freitags eine Liste von muslimischen PatientInnen, die aktuell im Krankenhaus X betreut werden. Anhand dieser Liste weiß der IBD, welche muslimischen PatientInnen im Krankenhaus X besucht werden sollen. Der IBD kann in dringenden Fällen aber auch telefonisch kontaktiert werden (Interviewpartner D).

Die Akzeptanz des IBD war anfänglich zögerlich, wie der Vorstand der Islamischen Glaubensgemeinschaft verdeutlichte: *„Die haben eigentlich lange gebraucht bis sie das durchbekommen haben mit der Krankenhausdirektion, dass wir überhaupt etwas machen dürfen.“ (Interviewpartner D)*

Um den IBD den muslimischen PatientInnen vorzustellen, hat die Islamische Glaubensgemeinschaft des Bundeslandes T mehrere Plakate in einigen Krankenhäusern der Trägerschaft Y ausgehängt. Auf diesen Plakaten befindet sich folgender Leitsatz: *„Der Beste unter den Menschen ist der, der den Menschen am meisten dient.“ (Bild 2)*

6.8.4 Muslimische Gebetsräume in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y:

Das Krankenhaus X besitzt einen muslimischen Gebetsraum (URL 1), der allen PatientInnen und Angestellten des Krankenhauses X jederzeit zur Verfügung steht und zu keiner Tages- oder Nachtzeit abgesperrt wird. Dieser Gebetsraum, der einen kleinen Bücherverleih beherbergt, befindet sich im Obergeschoss des Krankenhauses X und wird vom Islamischen Besuchsdienst verwaltet. Einige andere Krankenhäuser der Trägerschaft Y verfügen ebenfalls über muslimische Gebetsräume (Interviewpartner D).

Vielen Krankenhäusern in Österreich ist das Bedürfnis der MuslimInnen nach eigenen Gebetsräumen noch nicht bewusst, wie der Islamische Besuchsdienst des Krankenhauses X erläutert:

„Die meisten haben gebetet – irgendwo in einer Ecke oder irgendwo auf einem Bankerl...Man schaut an dem nämlich vorbei. Man lebt zwar miteinander, man schaut aber immer vorbei. Man denkt gar nicht daran, dass die Muslime andere Bedürfnisse haben und dies ist in den meisten Fällen auch so.“ (Interviewpartner D)

In einem anderen Zitat erklärt der Interviewpartner D die Sinnhaftigkeit der muslimischen Gebetsräume aus seiner Position:

„Die Muslime brauchen einen Platz zum Beten, einen ruhigen Platz, dass sie ungestört ihre Gebete verrichten können, die Gebete sind nicht zu lang. Das längste Gebet ist ein Nachtgebet und das dauert circa fünfzehn Minuten.“ (Interviewpartner D)

Der Vorstand der Islamischen Glaubensgemeinschaft im Bundesland T berichtete ebenfalls, dass der Direktor der Trägerschaft Y zugestimmt habe, dass im nächsten halben Jahr alle Krankenhäuser der Trägerschaft Y einen eigenen Gebetsraum erhalten sollen. In den umgebauten Krankenhäusern wird der muslimische Gebetsraum sogar bei der Planung berücksichtigt. Der Gebetsraum im Krankenhaus X wird in den kommenden drei Jahren auch verlegt, damit dieser für kranke MuslimInnen besser zugänglich werde (Interviewpartnern D).

In manchen Fällen gestaltet sich die „Installierung“ eines neuen Gebetsraumes jedoch etwas schwieriger: *„Das erste Argument von der Krankenhausdirektion ist immer der Platzmangel. Entweder sie haben keinen Platz, oder der Platz, den sie anbieten ist nicht gut genug für mich“ (Interviewpartner D)*

Um einen neuen Gebetsraum in einem Krankenhaus der Trägerschaft Y zu errichten, muss zuerst ein Antrag bei der Trägerschaft Y gestellt werden, welche die entsprechenden Anweisungen nach der Genehmigung an die einzelnen Krankenhäuser weiterleitet.

Die von den Krankenhäusern vorgeschlagenen Räumlichkeiten werden anschließend vom Vorstand der Islamischen Glaubensgemeinschaft im Bundesland T höchstpersönlich begutachtet.

Die Erhaltungskosten (z.B.: Strom und Heizung) eines muslimischen Gebetsraumes werden vom Krankenhaus direkt übernommen. Diverse spezielle Einrichtungsgegenstände und Bücher müssen aber von der Islamischen Glaubensgemeinschaft selbst bezahlt werden. Im Krankenhaus X werden jährlich etwa 500€ für Bücherzukäufe aufgewendet (Interviewpartner D).

Muslimische MitarbeiterInnen in den Krankenhäusern der Trägerschaft Y nutzen die Gebetsräume um ihren religiösen Pflichten nachgehen zu können und unterstützen überdies die ordnungsgemäße Instandhaltung der Räumlichkeiten (Interviewpartner D).

Die Islamische Glaubengemeinschaft des Bundeslandes T bekommt häufig Dankesworte von muslimischen PatientInnen, welche die Gebetsräume oder die Büchereien, die islamische Bücher in fünf verschiedenen Sprachen zur Verfügung stellen, besucht haben (Interviewpartner D).

7. Lösungsansätze von InformantInnen

In diesem Kapitel werden Verbesserungsvorschläge zur Förderung von transkultureller Pflege im KH X vorgestellt, die von meinen Kontaktpersonen in Interviews und informellen Gesprächen angesprochen wurden:

7.1 Empfehlung 1: Bedarfserhebung transkultureller Pflege

Eine Bedarfserhebung zu transkultureller Pflege wäre vorteilhaft und könnte sich nicht nur auf den Krankenhausbereich, sondern auch auf viele weitere Faktoren des Gesundheitssektors positiv auswirken:

„Und jetzt sind wir genau dort: hätte ich eine Bedarfserhebung, dann könnte ich sagen gut, ok, ich habe also in der Stadt [S] in den letzten fünf Jahren pro Woche 20 oder 40 Heimhelferstunden bei Muslimen, was gäbe es idealeres? Wenn ich sagen kann ich brauche eineinhalb Heimhelferinnen, die Migrationshintergrund haben, und OK es passt. Um eben solche Diskussionen zu vermeiden, wann eine österreichische Pflegeperson hinkommt, und ich darf nicht kommen wenn der Ehemann da ist. Und das sind einfach so die Dinge. Es gibt ja verschiedene Möglichkeiten, ich fange massiv zu schulen an...“ (Interviewpartnerin C)

Der selbstkonzipierte Fragebogen im Anhang dieser Diplomarbeit könnte den Ist-Zustand transkultureller Pflege des Krankenhaus X schemenhaft erfassen, um darauf aufbauend Empfehlungen bzw. Verbesserungsvorschläge zur Förderung von transkultureller Pflege für das Krankenhaus X herauszuarbeiten.

Der dreiseitige Fragebogenentwurf verbindet daher bewusst qualitative als auch quantitative Elemente, um „neuartige“ Ergebnisse zu sammeln und verwertbar zu machen und nicht nur „altbekannte Muster“, die in der Literatur bereits ausführlich diskutiert wurden, zu bestätigen.

Vor allem mithilfe Frage 22 („Nennen Sie bitte Vorschläge, wie die Zusammenarbeit von Krankenhauspersonal und PatientInnen anderer Herkunft Ihrer Meinung nach erleichtert

werden könnte.“) wäre es möglich selbst entwickelte Handlungsoptionen des Krankenhauspersonals im KH X aufzeigen.

Die Fragebogenerhebung konnte dennoch aufgrund fehlender Genehmigungen von Seiten der Trägerschaft Y nicht durchgeführt werden. Aus diesem Grund stützen sich die Vorschläge zur Verbesserung von transkultureller Kompetenz in diesem Kapitel ausschließlich auf Interviews und informelle Gespräche meiner Kontaktpersonen.

Fünf Gesprächspartner meiner Diplomarbeit bewerteten den selbstkonzipierten Fragebogen im Anhang diese Diplomarbeit als „*äußerst nützliches Fundament um realitätsnahe Daten*“ zu transkultureller Pflege im Krankenhaus X zu sammeln (InformantInnen G + K + L + M + N).

Die Interviewpartnerin A erläutert dementsprechend sogar, dass der Nutzen von transkultureller Pflege überhaupt erst einmal erhoben werden sollte, um die Vorteile von transkultureller Kompetenz aufzeigen zu können (Interviewpartnerin A).

7.2 Empfehlung 2: Befragungen von PatientInnen mit Migrationshintergrund

Die systematische Befragung von PatientInnen anhand von PatientInnenfragebögen in allen Krankenhäusern der Trägerschaft Y ist nicht für alle PatientInnengruppen repräsentativ, wie mir die Informantin N anvertraute:

„Von den Patientenfragebögen füllen wir [Krankenpflegepersonal] selber viele aus, weil die [Trägerschaft] wertet die dann nach Abteilungen aus und da geb's Ärger, wenn wir am Schlechtesten abschneiden. Wir geben die deswegen nur den Patienten, wo wir wissen, dass die positiv bewerten. Zu anstrengenden Leuten oder Ausländern brauch ich den net unbedingt geben.“ (Informantin N)

Da die „Qualitätsstrategie“ der Trägerschaft Y unter anderem die Ergebnisse der „Zufriedenheitsbefragungen“ als Ausgangsbasis für Verbesserungsmaßnahmen heranzieht (Dokument 5), ist die oben beschriebene Durchführungsweise der PatientInnenbefragung im KH X unverantwortbar.

Die Ausführungen der Informantin N sind weiters logische Erklärungen dafür, weswegen Kritik von PatientInnen mit Migrationshintergrund im KH X nicht bewusst wahrgenommen wird und die Trägerschaft Y somit wenig Notwendigkeit in der Förderung von transkultureller Pflege sieht.

7.3 Empfehlung 3: Reflexionsprozesse im KH X

Die Interviewpartnerin A ist der Meinung, dass die „Pflegepraxis“ des Krankenpflegepersonals mit PatientInnen mit Migrationshintergrund thematisiert werden sollte, um Selbstreflexionspotentiale des Krankenpflegepersonals fördern zu können:

„Und ich denke, da bin ich als Krankenpflegeperson aufgefordert, offen zu sein dem Anderen gegenüber, weil der Andere ist in einer Ausnahmesituation, nicht ich. Ich als Krankenpflegeperson bin beheimatet auf dieser Station. Ich bin hier sicher, der Andere ist der, der unsicher ist. Und der erste Schritt muss immer von der Krankenpflegeperson ausgehen. Immer offen zu sein, und nicht gleich, wenn er nicht perfekt Deutsch spricht, gleich zu sagen, naja der kann ja nicht einmal Deutsch. Vielleicht ist er nervös, vielleicht kann er eh Deutsch aber er bringt nichts raus, weil...“ (Interviewpartnerin A)

Die Interviewpartnerin C erklärt auch, dass nicht Integration, sondern eine vollständige Assimilation der MigrantInnen von einigen KrankenpflegerInnen verlangt wird:

„Und das Problem habe ich auch mit dem Integrieren. Sie werden sich schon integrieren! Sie sind integriert, aber das Problem ist, die Leute erwarten nicht, dass sich die Migranten integrieren, sondern die erwarten sich eine Assimilation, und die wird es nicht spielen.“ (Interviewpartnerin C)

Die akademisch geprüfte Krankenhausmanagerin definiert darüber hinaus, wie die Entwicklung von transkultureller Kompetenz im Pflegealltag aussehen sollte:

„Die Grundaussage ist, wir Menschen sind Gott sei Dank nicht alle gleich. Wir sind aber alle gleichwertig! Und da ist genau der Punkt, und wenn ich sage OK, ein Anderer ist anders, dann habe ich den ersten Schritt zur transkulturellen Kompetenz.“ (Interviewpartnerin C)

Eine Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege sieht vorschnell gefällte Urteile über Menschen mit Migrationshintergrund als weiteres großes Hindernis auf dem Weg zu transkultureller Pflegekompetenz, die angesprochen werden muss:

„Und das läuft dann so schnell, und die sind sich dann so einig. Sie sagen dann, sie verstehen das sowieso nicht - weil sie haben das ja nicht miterlebt und die sind eh alle so. Was heißt die sind eh alle so? Wer verlässt freiwillig sein Land? Irgendeinen Grund muss er haben, weil sonst würde er das ja nicht tun.“ (Interviewpartnerin A)

Die Interviewpartnerin C sieht eine adäquate „Pflegepraxis“ jedoch nicht in „übertriebener Toleranz“ begründet, weil „in einem gewissen Bereich kann ich auch von einem Migranten etwas erwarten“:

„Ich kann z.B. erwarten, dass er zumindest nach einem Hinweis eine gewisse Aktion akzeptiert...Nach einer sehr klaren Erklärung muss es funktionieren! Was ich mir aber sicher nicht erwarte von Migranten ist, dass Sie Ihre Kultur ablegen. Das erwarte ich mir deswegen nicht, weil das nicht funktioniert.“ (Interviewpartnerin C)

Der Akademikerin ist es auch ein besonderes Anliegen das Ziel transkultureller Pflege nicht als Kompromiss, sondern als Synergie zu betrachten. Entscheidend hierbei sei ihrer Meinung nach, sich auf „gewisse Dinge“ einigen zu können (Interviewpartnerin C).

Die Bereitschaft des Krankenpflegepersonals sich Grundkompetenzen in wichtigen „PatientInnenfremdsprachen“ anzueignen, wäre laut Angaben der Interviewpartnerin C ebenfalls ein großer Schritt in Richtung transkultureller Pflegekompetenz:

„Und ich brauche ja nicht perfekt Türkisch können, und es sind einfach diese winzigen Wörter. Was muss ich wissen? Ich muss grüßen können, ich muss sagen herzlich willkommen, und das öffnet Türen und Tore!“ (Interviewpartnerin C)

Die Interviewpartnerin A würde es zugleich sehr befürworten, wenn mehr engagierte Pflegepersonen den Mut hätten, sich „da [vorschnelle Urteile] dagegenzustellen“, um Probleme aufzeigen und somit Verbesserungen für PatientInnen mit Migrationshintergrund zu bewirken (Interviewpartnerin A).

7.4 Empfehlung 4: Qualifizierung des Dolmetschpools

Qualifizierungsmaßnahmen für DolmetscherInnen des Krankenhauses X erscheinen besonders sinnvoll, da v.a. exakte Anamnesegespräche für Behandlungserfolge entscheidend sind und somit Kosten sparen können (InterviewpartnerInnen A+B+C).

Dolmetschleistungen von Reinigungskräften sowie SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege in den ersten Ausbildungsjahren im KH X sind kritisch zu betrachten, da viele LaiendolmetscherInnen nicht über erforderliche medizinische und pflegerische Kenntnisse verfügen und somit deren Übersetzungsqualitäten begrenzt sind (InterviewpartnerInnen A+B+C).

Die Interviewpartnerin B begründet auch, warum „KrankenhausdolmetscherInnen“ für sie unverzichtbar sind und weshalb auch „gut integrierte“ MigrantInnen Probleme bei der Verständigung im KH X haben können:

„Das Sprachniveau, das man für das Krankenhaus braucht, ist sehr hoch, und wenn sich Ärzte die Zeit nehmen, um mit einfachen Worten zu erklären, worum es geht, dann verstehen sie es mit so einem Sprachniveau gut. Wenn man sich die Zeit nimmt. Dann gibt es schon immer wieder so Initiativen, so Mama lernt Deutsch in der Volksschule, das geht aber über ein Basisniveau nicht hinaus, und das Basisniveau ist für die Kommunikation mit einem Oberarzt halt...Je nach dem wie bemüht er ist!“ (Interviewpartnerin B)

Telefondolmetschdienste von qualifizierten sprachkundigen Personen wären daher eine weitere denkbare Alternative zu Direktübersetzungen für das KH X. Eventuell erweist sich auch das Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitsbereich“, welches gerade noch evaluiert wird, als geeignete Methode.

Da die Haftungsfrage für Dolmetschleistungen laut JuristInnen der NGO V noch nicht vollständig geklärt ist, wird die Verantwortung für fehlerhafte Übersetzungen vom Krankenhauspersonal auf DolmetscherInnen „abgeschoben“. Diese juristische Angelegenheit gehört deshalb im Sinne der PatientInnen gewissenhaft geregelt.

Die NGO V fordert darüber hinaus auch „faire Regelungen“ für die Kostenübernahme bei Dolmetschleistungen. Qualifizierte Dolmetschservices sind nämlich nach Angaben der NGO V gerade für sozial schlechter gestellte PatientInnen, wie AsylwerberInnen, finanziell untragbar.

7.5 Empfehlung 5: MigrantInnen für den Gesundheitssektor

Die Ausbildung von MigrantInnen zu qualifizierten Krankenpflegepersonen könnte die transkulturelle Pflege im Krankenhaus X laut Aussagen der Interviewpartnerin C erheblich verbessern:

„...ob es denn nicht möglich wäre, dass man z.B. wirklich einen Pflegehelferlehrgang macht, dass man schaut, dass man junge Migrantinnen, die die HS fertig haben, mit einer Gruppe anderer zusammen gibt und Pflegehelferlehrgänge anbietet...So könnt man so etwas anwerben.“ (Interviewpartnerin C)

Angestellte mit Migrationshintergrund im KH X könnten auch als ausgebildete DolmetscherInnen für den Gesundheitsbereich eine Verbesserung der Dolmetschleistungen im Krankenhaus X bewirken.

7.6 Empfehlung 6: Verpflichtende Impulsseminare

Die Interviewpartnerin A ist der Ansicht, dass verpflichtende Seminare zu transkultureller Kompetenz die transkulturelle Pflege im Krankenhaus X erheblich fördern würden:

„Ich würde mir absolut wünschen, dass jeder Mitarbeiter im KH-Bereich (mit Patientenkontakt) ein Kick-off Seminar machen muss, das würde ich mir wünschen, ca. 1 Tag. Dann sollte mit einem Transfercontrolling evaluiert werden, was gebraucht und was nicht gebraucht wird...Ich würde meinen, dass sie zumindest ein Impulsseminar brauchen!“ (Interviewpartnerin A)

7.7 Empfehlung 7: „Motivationskick“ für Fortbildungen

Die Interviewpartnerin C sieht es als Aufgabe der ArbeitgeberInnen an, MitarbeiterInnen zu Fort- bzw. Weiterbildungen zu motivieren:

„Also zu Fortbildungen, so traurig es klingt, ich sehe es auch bei meinen Mitarbeitern, muss man sie motivieren. Ich muss den Kick geben. Klar, sie arbeiten den ganzen Tag, und dann sollen sie sich auch noch fortbilden gehen...Interessanterweise für Aromatherapie usw. ist es kein Problem, aber da brauche ich mich nicht übermäßig geistig anstrengen habe ich den Eindruck.“ (Interviewpartnerin C)

In diesem Zitat spricht die Interviewpartnerin C auch die hohen geistigen Anforderungen von transkultureller Pflege an, die ihrer Meinung nach vermutlich einige Pflegepersonen davon abhalten, sich im Themenbereich transkultureller Pflege weiterzubilden (Interviewpartnerin C).

Diese Aussagen sind auch mögliche Erklärungen dafür, weswegen das Seminar „*Transkulturelle Pflege*“ im Bildungsprogramm der Trägerschaft Y nur geringe TeilnehmerInnenzahlen vorweisen kann, wie Interviewpartnerin C mitteilt (Interviewpartnerin C).

Eine Methode MitarbeiterInnen den Nutzen von Fortbildungen aufzuzeigen, wäre das sogenannte „*Bildungs- bzw. Transfercontrolling*“.

Um die Grundzüge des „*Bildungs- bzw. Transfercontrolling*“ vorzustellen, übermittelte mir Interviewpartnerin C persönliche Unterlagen ihrer Gesundheitseinrichtung, die ich an dieser Stelle auszugsweise präsentieren möchte:

„Die Feststellung des Wissenserfolges gibt allerdings noch keine Auskunft darüber, ob das Gelernte auch tatsächlich am Arbeitsplatz angewendet wird bzw. angewendet werden kann. Zur Überprüfung des Transfererfolges, d.h. der Fähigkeit, Kenntnisse, Erfahrungen und Verhaltensweisen auch in Situationen anzuwenden, die von der Lernsituation verschieden sind, empfiehlt sich die Durchführung eines ergebnisorientierten Transfercontrollings. Dabei wird in einem Nachgespräch erhoben, was dem Teilnehmer an neuem Wissen und Fertigkeiten vermittelt wurde, sowie Transfermöglichkeiten analysiert und systematisch geplant. Zugleich werden Ergebnisse und Meilensteine schriftlich vereinbart. Die regelmäßige Evaluierung des Lerntransfers gibt dann ein Abbild des Transfererfolges im Zeitablauf.“ (Dokument 3)

7.8 Empfehlung 8: Unterrichtsfach „Transkulturelle Pflege“

Die Interviewpartnerin A, die in einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y das Unterrichtsfach „*Transkulturelle Pflege*“ lehrt, hat ein neues Schulcurriculum mit dem Titel „*Pflege im Kontext unterschiedlicher Kulturen*“ ausgearbeitet. Dieser Lehrplan soll in groben Zügen hier vorgestellt werden (Dokument 4):

Das Unterrichtsfach „*Transkulturelle Pflege*“ – im Umfang von mindestens 35 Unterrichtseinheiten – sollte bereits in den ersten beiden Ausbildungsjahren behandelt werden, um den SchülerInnen die „*notwendige Sensibilität*“ für diesen Themenbereich näher zu bringen.

Blocklehrveranstaltungen (z.B.: im Ausbildungsjahr 1: 15 Unterrichtseinheiten und im Ausbildungsjahr 2: 20 Unterrichtseinheiten) wären eine geeignete Methode, um sich intensiver mit dieser Thematik auseinandersetzen zu können.

Im Ausbildungsbereich 1 soll unter anderem die „*Selbstreflexionsfähigkeit*“, z.B. durch Lerntagebücher, erhöht werden. Im zweiten Ausbildungsbereich könnte etwa die „*Verstehende Pflegediagnostik*“ von Berta Schrems vorgestellt werden (Dokument 4).

Begleitende „*Mediationsphasen*“, die dieses Curriculum als Ergänzung abrunden sollten, wären laut Ausführungen der Interviewpartnerin A besonders zielführend:

„Das wäre genauso gemeint gewesen, dass die Teilnehmer dann mit Dingen kommen können, die Ihnen passiert sind, dass man das in der Gruppe geschützt diskutieren kann und dann Lösungsstrategien erarbeiten kann...Wie kann man damit umgehen, welche Möglichkeiten gibt es, wie kann man die Institution einbinden, was müsste man an Veränderung anbieten, damit es kein Problem gäbe? Wo sind da Vorteile von unserer Seite, und wo gibt es Dinge von den Anderen?“ (Interviewpartnerin A)

Die Interviewpartnerin A würde sich transkulturelle Spezialgebiete in der Ausbildung von SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in ganz Österreich wünschen. Ein Spezialgebiet zu „*Transkultureller Pflege*“ wird nämlich bis dato in ganz Österreich nicht unterrichtet (Interviewpartnerin A).

7.9 Empfehlung 9: Lehrgang für „Transkulturelle Pflege“

Das Schulcurriculum „*Pflege im Kontext unterschiedlicher Kulturen*“ der Interviewpartnerin A wurde auch der Trägerschaft Y in abgeänderter Form vorgestellt um eine Lehrgangsausschreibung im Bildungsprogramm der Trägerschaft Y zu forcieren. Die AbsolventInnen dieser Lehrgänge könnten laut ihren Argumenten somit als MediatorInnen für transkulturelle Pflege thematiken in den Krankenhäusern eingesetzt werden (Interviewpartnerin A).

Der Lehrgang für „*Transkulturelle Pflege*“ wurde aber noch nicht bewilligt, da der Trägerschaft Y die vorgeschlagene Laufzeit von zwei Jahren zu lange erschien.

Die Interviewpartnerin A ist aber gegenteiliger Ansicht: *„Ich denke mir, immer diese Einzelsachen, die bringen nichts. Mann muss etwas Langfristiges haben, bis sich das einmal richtig implementiert“* (Interviewpartnerin A).

Die Interviewpartnerin C würde Lehrgänge für „*Transkulturelle Pflege*“ ebenfalls befürworten und könnte sich dieses Tätigkeitsfeld besonders ersprießlich für MigrantInnen vorstellen (Interviewpartnerin C).

Eine Abteilung des Landes T ist an vergleichbaren Lehrgängen interessiert und bereits mit der Trägerschaft Y in Verhandlungen darüber getreten. Ob die Trägerschaft Y die Empfehlungen des Landes T jedoch berücksichtigen wird, war bis zur Fertigstellung dieser Diplomarbeit nicht bekannt (Informantin G).

7.10 Empfehlung 10: Lehrpersonal für transkulturelle Pflege

Das Wissensgebiet der transkulturellen Pflege ist sowohl vielschichtig als auch komplex und bedarf entsprechender Qualifikationen der unterrichtenden Personen. Nach Ansicht der Interviewpartnerin C sollten ausgebildete Lehrpersonen vor allem über geschichtliche und kulturelle Hintergründe Bescheid wissen, da adäquate transkulturelle Pflege darauf aufbaut.

Die Interviewpartnerin C merkt jedoch kritisch an, dass nur wenig qualitativ hochwertige Fachliteratur zu transkultureller Pflege vorhanden ist (Interviewpartnerin C).

7.11 Empfehlung 11: Fremdsprachige Informationsmaterialien

Fremdsprachige Informationsmaterialien werden bereits teilweise im KH X verwendet. Den Aussagen meiner InformantInnen folgend sind diese fremdsprachigen Informationsmaterialien aber noch nicht ausreichend verbreitet oder manche Formulare können nicht zufriedenstellend genutzt werden (InformantInnen K+L+M+N). Maßnahmen zur sicheren Implementierung und weiteren Verbreitung dieser fremdsprachigen Informationsmaterialien wären daher sinnvoll.

Die NGO V hat zusätzlich „*Gesundheitswörterbücher*“ für die Sprachen Russisch und Persisch mit KlientInnen gemeinsam ausgearbeitet. Diese „*Gesundheitswörterbücher*“ sind eine sinnvolle Unterstützung und können von KlientInnen bei Arzt- oder Krankenhausbesuchen selbst mitgenommen werden (Interviewpartnerin B).

Die Interviewpartnerin A sieht „*Parallelfragebögen*“ als hilfreiche Methode, um Diagnosen von PatientInnen mit Migrationshintergrund zu erleichtern. Was „*Parallelfragebögen*“ sind, erklärt sie in folgendem Zitat:

„...dass man sich Fragebögen erarbeitet, die man immer parallel macht, wo man dem das hingeben kann und der kann das in seiner Muttersprache ankreuzen, und ich kann dann schauen auf Deutsch, was das bedeutet. Einfache Fragen: Haben sie etwas am Herzen, sind sie müde,...?“ (Interviewpartnerin A)

Die Ausarbeitung von „*Parallelfragebögen*“ oder sonstigen fremdsprachigen Informationsmaterialien könnte auch in Projekten von SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule abgehandelt werden.

7.12 Empfehlung 12: Kompromisse mit Angehörigen

Probleme zwischen PatientInnen mit Migrationshintergrund und dem Krankenpflegepersonal des Krankenhauses X könnten durch lösungsorientierte Gespräche mit den Angehörigen verringert werden.

Einen erfolgreichen Lösungsansatz beispielsweise bei der Intimpflege präsentierte die Interviewpartnerin C, die selbst eine Gesundheitseinrichtung leitet:

„Wir hatten auch eine Klientin, die wollte keine männliche Pflege. Das lässt sich aber nicht immer verhindern, weil auch die Männer einmal z.B. Nachtdienst machen wollen am Wochenende. Und das haben wir dann so geregelt, dass die Schwiegertochter in der Nacht kommt. Wir haben einen Lehnssessel ins Zimmer gestellt, und die Intimpflege hat die Schwiegertochter gemacht. Auch diese Lösung gibt es.“ (Interviewpartnerin C)

7.13 Empfehlung 13: Koordinationsstelle für „Transkulturelle Pflege“

Eine Anlaufsstelle, die transkulturelle Pflege Themen initiiert und koordiniert, könnte transkulturelle Pflege im Krankenhaus X fördern. Als Verbindungsstellen würden sich hierbei etwa KrankenhaussozialarbeiterInnen oder die Ombudsstelle des Krankenhauses X anbieten.

SozialarbeiterInnen (mit Spezialisierung auf den Gesundheitsbereich) werden oftmals von der Pflegedirektion direkt bei „anspruchsvolleren Angelegenheiten“ um Hilfe gebeten und haben dadurch einen guten Einblick.

Die SozialarbeiterInnen könnten daher notwendige Maßnahmen ausarbeiten um auf transkulturelle Pflegeprojekte aufmerksam zu machen (Interviewpartnerin B). PflegewissenschaftlerInnen und Kultur- und SozialanthropologInnen könnten diesen Aufgabenbereich ebenfalls übernehmen.

Die Ombudsstellen der Trägerschaft Y wurden installiert, um unter anderem „Verbesserungspotentiale“ wahrzunehmen und PatientInnenbeschwerden anzusprechen. In manchen Fällen ist daher auch eine Zusammenarbeit mit der Patientenanwaltschaft des Landes T nötig (URL 1.2).

Das gute Verbindungsnetzwerk der Ombudsstellen würde sich somit als geeignete Kontaktstelle für transkulturelle Pflege thematiken anbieten.

7.14 Empfehlung 14: „Situativer Führungsstil“

Die „Situative Reifegrad-Theorie“ von Hersey und Blanchard (1982) wäre laut Interviewpartnerin C eine geeignete Möglichkeit um transkulturelle Pflegeelemente in den Krankenhausalltag zu übertragen:

„Ich muss einfach situativ führen! Jeder Mitarbeiter braucht eine andere Führung, weil jeder Mitarbeiter anders ist. Gleichwertig, aber anders. Ich muss auch jeden Mitarbeiter woanders abholen. Und das ist das Wesentliche. Und hinterfragen, wenn man hört, sie haben keine Zeit und es ist so viel zu tun...Beim Situativen Führungsstil geht's darum, dass ich auf der einen Seite mitarbeiterorientiert und auf der anderen Seite sachorientiert führe. Da habe ich es ja, denn, wenn da ein Mitarbeiter kommt und sagt, "ein Türke liegt im Spital

und die ganze Türkei ist da", dann hole ich mir den. Da sind wir auf der emotionalen Ebene. Warum diese Aussage? Was hat sie dazu motiviert? Ist das ein Witz? Der ist schlecht! Ich lasse es einfach reflektieren. Weil wenn ich situativ führe, setze ich auch voraus, dass die Leute einen gewissen Reifeprozess brauchen. Aber ich glaube, je mehr Freiheit und Selbstverantwortung einem Mitarbeiter gegeben wird, umso leichter ist transkulturelle Kompetenz zu implementieren. Weil man sich darauf einlassen kann, weil man sich Zeit nehmen kann. Wobei, wie ist die Personalsituation in den Krankenhäusern? Die wird immer schlechter.“ (Interviewpartnerin C)

In diesem Zitat spricht die akademisch geprüfte Krankenhausmanagerin, neben der kritischen Personalsituation in österreichischen Krankenhäusern, auch die Überforderung des Pflegepersonals an. Der „*Situative Führungsstil*“ wäre ihren Einschätzungen zufolge daher eine geeignete Möglichkeit, um diesen Prozessen entgegenzusteuern und den Weg zu transkulturellen Pflegekompetenzen zu öffnen (Interviewpartnerin C).

8. Weitere Lösungsansätze

In diesem Kapitel werden weitere Lösungsansätze zur Förderung von transkultureller Pflege im KH X vorgestellt, die in der Fachliteratur oder in anderen Quellen bereits diskutiert, aber nicht von den InformantInnen des empirischen Teiles genannt wurden. Dieses Kapitel ist somit als Ergänzung zu Kapitel sieben aufgebaut:

8.1 Empfehlung 1: Veränderungen der Grundstrukturen

Ruth Kutalek erkennt Probleme im transkulturellen Themenkomplex oftmals in der „strukturellen Basis“ von Gesundheitseinrichtungen verankert. An diesem Grundgerüst muss aber angesetzt werden, da nur dadurch „nachhaltige erfolgreiche Veränderungen“ erzielt werden können (vgl. Kutalek 2009: 303).

Ulrike Lenthe empfiehlt ebenfalls die Verankerung von transkultureller Kompetenz im strukturellen Fundament (z.B.: im Leitbild) von Gesundheitseinrichtungen (vg. Lenthe 2011: 174).

8.2 Empfehlung 2: „Transkulturelle Personalentwicklungsprozesse“

Ulrike Lenthe meint, dass die Personalentwicklung (v.a. Personalanwerbung) auch nach transkulturellen Aspekten geleitet sein sollte, um transkulturelle Kompetenz in Gesundheitseinrichtungen fördern zu können (vgl. Lenthe 2011: 175).

Friebe und Zalucki befürworten ebenso inter- bzw. transkulturelle Personalentwicklungsmaßnahmen und nennen Mehrsprachigkeit, Hintergrundwissen, Empathie und kreative Problemlösungsstrategien als Vorteile dieser multikulturell aufgebauten Arbeitsteams (vgl. Friebe/Zalucki 2003: 151).

8.3 Empfehlung 3: „Benchmarking“ für transkulturelle Pflegemaßnahmen

„Benchmarking“ ist *„eine Methode der Unterstützung von Qualitäts- und Organisationsentwicklung, die im Kern auf systematischen Vergleichen mit und lernen von Partnern beruht. Verglichen werden Indikatoren für Ergebnis-, Prozess- und/oder Strukturqualität um "Best-Practice“ zu identifizieren als Voraussetzung für realistische Ziele und Mittel in Change-Prozessen.“* (BMGF 2004: 10)

Die Methode des „Benchmarkings“ könnte angewendet werden um effiziente transkulturelle Fördermaßnahmen zu evaluieren, die auch als *„models of good practice“* bezeichnet werden.

Ein erfolgreiches „Benchmarkingprojekt“ im Gesundheitsbereich, welches eventuell als Vorlage dienen könnte, wurde vom *„Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie“* zum Thema *„PatientInnenorientierte Stationsorganisation“* bereits durchgeführt (vgl. BMSG 2000).

8.4 Empfehlung 4: Internetplattform als „Lerntool“

Jürgen Bolten weist auf die Notwendigkeit von tutoriell betreuten Internetplattformen (z.B.: *„www.interkulturelles-portal.de“*) zur Förderung von inter- bzw. transkultureller Kompetenz hin. Den großen Vorteil dieser „Lerntools“ sieht Bolten in der selbstverantwortlichen Aneignung der Lerninhalte. Ein Nachschlagewerk für Gesundheitseinrichtungen könnte somit ebenfalls generiert werden (vgl. Bolten 2007: 22).

8.5 Empfehlung 5: BesucherInnenkoordinationsplan

Die akademisch geprüfte Krankenhausmanagerin Ulrike Lenthe, die eine Altenpflegeeinrichtung in Österreich leitet, hat positive Erfahrungen bei Kompromisslösungen mit Angehörigen im Pflegebereich sammeln können, die sie in ihrem Werk *„Transkulturelle Pflege“* anführt. Als Beispiel nennt sie etwa die Erstellung und Koordination eines BesucherInnenplans, der einen störenden BesucherInnenandrang vermeiden könnte (vgl. Lenthe 2011: 126).

9. Resümee

Die forschungsleitende Fragestellung („*Wie sehen Ist-Zustand und Soll-Zustand von transkultureller Pflege im Krankenhaus X der Trägerschaft Y aus?*“) konnte mithilfe der Daten meiner empirischen Arbeit ausreichend beantwortet werden.

Der „Ist-Zustand“ von transkultureller Pflege im Krankenhaus X könnte durch weitere Datensammlung gegebenenfalls ergänzt werden. Empfehlenswert wären zu diesem Zweck etwa eine teilnehmende Beobachtung in der Ambulanz des Krankenhauses X, sowie eine Analyse der Lehrbuchinhalte der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Z.

Die präsentierten Lösungsansätze zur Verbesserung von transkultureller Pflege im Krankenhaus X („Soll-Zustand“) sind hingegen besonders zufriedenstellend, da sie alle Dimensionen des Krankenhauses X fokussieren.

Wünschenswert wäre jedoch eine – auch statisch fassbare – Bedarfsanalyse, die sich an den Gegebenheiten des Krankenhauses X orientiert. Der MFQQ („*Migrant-Friendliness Quality Questionnaire*“) soll hier nur als ein Beispiel von vielen erwähnt sein.

10. Ausblick

Die Suche nach einem geeigneten Messinstrument zur Evaluierung von transkultureller Pflege bzw. transkultureller Kompetenz war ein ständiger Begleiter dieses Forschungsprozesses. Einige WissenschaftlerInnen bestätigten, dass die Evaluierung von inter- bzw. transkultureller Kompetenz sehr kompliziert sei und es keinen einheitlichen Ansatz hierfür in der Fachliteratur gäbe. Es soll jedoch an diesem Punkt nicht unerwähnt bleiben, dass Frau Mag.^a Sabine Köck (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien) im Zuge ihrer Doktorarbeit derzeit ein Messinstrument zur Erfassung kultureller Kompetenz entwickelt. Die Ergebnisse von Frau Mag. ^a Köck waren jedoch für diese Diplomarbeit noch nicht verfügbar, könnten aber möglicherweise als Ausgangsbasis für ähnliche Studien herangezogen werden.

Das aktuell laufende Pilotprojekt *„Videodolmetschen im Gesundheitswesen“* (Kommunikation via Audio- und Videoübertragung) der *„Plattform Patientensicherheit“* und des *„Institutes für Ethik und Recht in der Medizin“* der Universität Wien soll ebenfalls genannt werden, da es Verbesserungen in der Kommunikation von PatientInnen mit Migrationshintergrund ermöglichen soll.

Das vorrangige Ziel dieses Pilotprojektes (erstmalige Durchführung in Österreich) wäre der Aufbau einer effizienten Dolmetschzentrale für die Sprachen Türkisch, BKS (Bosnisch/Kroatisch/Serbisch) sowie für die Gebärdensprache im Gesundheitsbereich. Eine adäquate 24-Stunden-Versorgung für ganz Österreich sollte somit dieser PatientInnengruppen zugänglich gemacht werden. Ausgebildete DolmetscherInnen können bei Bedarf per Videokonferenz über *„benutzerfreundliche Techniken“* (z.B.: PC, Laptop, ipad) zugeschaltet werden, um somit eine adäquate Translation zu gewährleisten. Die non-verbale Kommunikation kann dadurch in die Übersetzung miteinfließen. Staaten wie die USA, Kanada und die Schweiz nutzen diese Form der Verständigung im Gesundheitsbereich bereits erfolgreich (Plattform Patientensicherheit (Informationsbroschüre): 3-5).

Die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in ganz Österreich könnte ebenso Verbesserungen für PatientInnen mit Migrationshintergrund erzielen. Ob ELGA nun positive oder negative Konsequenzen auf die Betreuung von PatientInnen mit Migrationhintergrund hat, sollte in einer dafür vorgesehenen Studie erforscht werden.

11. Schlussbemerkungen

Der Forschungsprozess dieser Diplomarbeit gestaltete sich äußerst kompliziert, da das Fehlen einer offiziellen Forschungsgenehmigung ein großes Hindernis bei der Sammlung von Daten darstellte.

Viele InformantInnen, die für das Forschungsthema möglicherweise interessante Hinweise hätten liefern können, waren nicht bereit mir ihr Wissen und ihre Standpunkte zur transkulturellen Pflege im Krankenhaus X zur Verfügung zu stellen:

Einige Personen rechneten trotz Anonymisierung mit negativen beruflichen Konsequenzen, andere wiederum hatten wenig Verständnis für die Wahl dieses Diplomarbeitsthemas.

Die vorliegende Diplomarbeit wurde aber auch von vielen Personen tatkräftig unterstützt, denen ich an dieser Stelle nochmals herzlich danken möchte. Einige InformantInnen traten sogar mit Verantwortlichen des Landes T in Kontakt, um nützliche Kontakte für mich zu arrangieren. Ohne das großartige Engagement all dieser Menschen, wäre es somit nicht gelungen dieses Forschungsthema zu verfolgen.

Die Themenwahl dieser Diplomarbeit war mir persönlich ein besonderes Anliegen, da das Themengebiet der transkulturellen Pflege bzw. Kompetenz meine beiden Studienrichtungen (Kultur- und Sozialanthropologie sowie Psychologie) sehr gut verbinden kann. Vor allem die Lösungsansätze meiner InformantInnen zur Verbesserung von transkultureller Pflege im Krankenhaus X waren das „Herzstück“, das mich motivierend begleitete.

12. Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung von transkultureller Pflege in einem ausgewählten Krankenhaus (X) der Trägerschaft (Y). Die forschungsleitende Fragestellung („Wie sehen Ist-Zustand und Soll-Zustand von transkultureller Pflege im Krankenhaus X der Trägerschaft Y aus?“) soll mithilfe eigener empirischer Daten beantwortet werden.

Das österreichische Gesundheitssystem, migrationsrelevante Informationen zu Österreich und Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit werden zu Beginn dieser Arbeit erörtert. Anschließend wird der Begriff „Kultur“ kritisch reflektiert und verschiedene Konzepte von inter- und transkultureller Kompetenz sowie unterschiedliche Modelle zu transkultureller Pflege vorgestellt. Die Relevanz von inter- bzw. transkultureller Pflege wird hierbei besonders betont. Darauf folgend wird in einem Methodenkapitel kurz auf die Vorgehensweise bei der Datenaufbereitung eingegangen.

Die eigenen empirischen Daten, die ausnahmslos anonymisiert werden mussten, bilden den Hauptteil dieser Diplomarbeit. Eine kurze Einführung in das Forschungsthema leitet zu den drei wesentlichen Kategorien – Sprache, Bildung, Islam – über, die ausführlicher erklärt werden. Anschließend werden Lösungsansätze von InformantInnen zur Förderung von transkultureller Pflege im Krankenhaus X der Trägerschaft Y präsentiert, die durch Empfehlungen der Fachliteratur ergänzt werden. Ein Resümee, indem nochmals auf die Forschungsfrage Bezug genommen wird, ein Ausblick auf zukünftige Projekte und abschließende Bemerkungen runden das Forschungsthema ab. Der Anhang, als letztes Kapitel dieser Diplomarbeit, integriert einen selbstkonzipierten Fragebogen für das Krankenhaus X und zwei differente Interviewleitfäden.

13. Quellenverzeichnis

13.1 Literaturquellen:

BAK (Bundesamt für Kultur). 1982. Kulturdefinition UNESCO. In:
<http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=de> [12.03.2012]

BFG (Bundesministerium für Gesundheit). 2010. Zahlen-Daten-Fakten. Wien. In:
<http://bm.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/dasoesterreichischegesundheitsystem.pdf> [18.06.2012]

BLOCH, Ernst. 1959. Das Prinzip Hoffnung: Grundrisse einer besseren Welt. Zürich.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit). Gesundheit und Gesundheitsförderung: Gesundheitsdefinition der WHO 1948. In:
http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [30.06.2012]

BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen). 2005a. Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien. In:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:k6nnRaYg4DIJ:bmgiis02.bmgfj.gv.at/BDBExtern/DocDownload.aspx?Doc%3D12026+Das+Gesundheitswesen+in+%C3%96sterreich+Bundesministerium&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESjqSt-K-uDTb3XIb1lBk0nLKCmIkVhq18Zoer059uofbaZ9ZQNsgzXZgBY91oPeyB4Gnup962_1xDCwfKRYpT2bzsu1CaCz5yWOQDiGdUqCzEa8AOBD_R89CH4nWxoPn1C0Ldeq&sig=AHIEtbRDbYJ5aPlt2xmDKjgXDtaPp3FUuw [18.08.2012]

BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen). 2005b. Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Wien. In:
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/0/CH1108/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf [22.05.2012]

BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen). 2000. PatientInnenorientierte Stationsorganisation. Wien: Hausdruckerei des BMSG. In: <http://www.univie.ac.at/qik/mp4/mp4.PDF> [15.03.2012]

BOLTEN, Jürgen. 2007. Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor. In: Kosmetische Medizin, Heft 1/2007.

BORDE, Theda/ROSENDAHL, Carla. 2003. Interkulturelle Kompetenz in Institutionen des Gesundheitswesens – eine Fortbildung für interdisziplinäre Arbeitsteams. In: Borde, Theda/David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag: 247-261.

BUNDESKANZLERAMT RECHTSINFORMATIONSSYSTEM (RIS). 2012. Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. In: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> [11.11.2012]

DOMENIG, Dagmar (Hg.). 2001. Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.

DOMENIG, Dagmar (Hg.). 2007. Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber Verlag.

ECONOMIC EDUCATIONAL TERRITORIAL-STRUCTURE (ET-struct). Kultursensible Kommunikation im Sozial- und Gesundheitsbereich, Modul. In: <http://learntrain.bsc-kranj.si/moodle/file.php/32/Transcultural/v20120122/index.html> [28.03.2012]

FRIEBE, Jens/ZALUCKI, Michaela (Hg.). 2003. Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag GmbH & Co.

GARDNER, George H. 1962. Cross-cultural communication. In: Journal of Social Psychology, Heft 58: 241-256.

GEERTZ, Clifford. 2002 [1983]. Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag.

GLÄSER, Jochen/LAUDEL, Grit. 2009. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.

HANSEN, Klaus Peter. 2000. Kultur und Kulturwissenschaft: Eine Einführung, 2. Auflage. Tübingen: Francke Verlag.

HERSEY, Paul/BLANCHARD, Kenneth. 1982. Management of Organizational Behavior, 4. Auflage. New York: Prentice Hall.

KARL-TRUMMER, Ursula/NOVAK-ZEZULA, Sonja. 2009. Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen: Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt. In: Rásky, Eva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlag. In: <http://www.mighealth.net/at/images/3/38/Mfh09.pdf> [15.08.2012]

KIRKCALDY, Bruce et al. 2006. Migration und Gesundheit – Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag: 873-883.

KUTALEK, Ruth. 2009. Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren. In: Six-Hohenbalken, Maria/Tosic, Jelena (Hg.): Anthropologie der Migration: Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG: 302-321.

LBIFG (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung). 2003. Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. Wien. In: http://www.kompass.humanrights.ch/cms/upload/pdf/oe/gesundheit_migrantinnen.pdf [15.07.2012]

LBIFM (Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte). 2004. Migration im Österreichischen Roten Kreuz: Gesamtstudie. Wien. In: http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Migration/Gesamtstudie.pdf [16.08.2012]

LBIMGS (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie). 2005. Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethisch und kulturell vielfältigen Europa. In:

<http://www.mfh->

[eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf)
[28.06.2012]

LEININGER, Madleine M. 1998. Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg/Breisgau: Lambertus-Verlag.

LEISCHNER, Aline. 2011. Sprach- und kulturspezifische Anforderungen an die ärztliche Aufklärung. In: Peintinger, Michael (Hg.): Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG: 203-224.

LENTHE, Ulrike. 2011. Transkulturelle Pflege. Wien: Facultas-Verlag

LINCK, Gudula. 2003. Auf Katzenpfoten gehen und das qui miteinander tauschen: Überlegungen einer China-Wissenschaftlerin zur transkulturellen Kommunikation und Kompetenz. In: Erwägen, Wissen, Ethik, Heft 14: 189-192.

MAYRING, Philipp. 2003. Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 8. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

NOVAK-ZEZULA, S./STIDL, T./SCHMIED, H./TRUMMER, U. 2002. pat - Interventionen zur Steigerung der Patient/inn/enorientierung in der stationären Versorgung. Beispiele erprobter und evaluierter Maßnahmen. In:

<http://www.univie.ac.at/patientenorientierung/pdf/massnahmenbeispiele.pdf> [19.08.2012]

NOVÝ, Ivan. 2003. Interkulturelle Kompetenz – zu viel Theorie? In: Erwägen, Wissen, Ethik, Heft 14: 206-207.

LAK NÖ (Landesakademie Niederösterreich). Kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen, Zertifizierter Basislehrgang. In:

<http://www.noe->

[lak.at/fileadmin/Benutzerdateien/dokumente/microsites/integrationsservice_noe/news/2011/zertifizierter_basislehrgang.pdf](http://www.noe-lak.at/fileadmin/Benutzerdateien/dokumente/microsites/integrationsservice_noe/news/2011/zertifizierter_basislehrgang.pdf) [16.08.2012]

OLBRICH-BAUMANN, Andreas/BRUIMANN, Sandra. o.J. Konstruktion des Tests zur sozialen Intelligenz für Pflegeberufe (SIT-P). Wien: Bildungs- und Forschungszentrum des Sozialen Netzwerks.

ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband). 2010. Interkulturelle Kompetenz und kultursensible Pflege. In:

<http://www.oegkv.at/fort-und-weiterbildung/veranstaltungs-archiv/programm->

[2010/fortbildungen-bundesverband-oegkv-bundessekretariat-wien/interkulturelle-kompetenz-und-kultursensible-pflege-h-moser-4-5-november-2010.html](http://www.oegkv.at/fort-und-weiterbildung/veranstaltungs-archiv/programm-2010/fortbildungen-bundesverband-oegkv-bundessekretariat-wien/interkulturelle-kompetenz-und-kultursensible-pflege-h-moser-4-5-november-2010.html) [28.03.2012]

PAPADOPOULOS, Irena. 2003. Das Lehren von transkultureller Pflege an einer britischen Universität. In: Friebe, Jens/Zalucki, Michaela (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag: 85-99. In:

http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2003/friebe03_01.pdf [15.06.2012]

PLASSER, Franz. 2005....bis die Patientin aufgab! In: Österreichische Pflegezeitschrift. Wien: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Heft 3: 14-17.

PLATTFORM PATIENTENSICHERHEIT. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. In:

http://www.plattformpatientensicherheit.at/site/article_list.siteswift?do=all&c=gotosession&d=site%2Fde%2Farbeitsgruppen%2Fdolmetsch [16.10.2012]

STATISTIK AUSTRIA 1. Bevölkerungsstand und -struktur. In:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html [18.10.2012]

STATISTIK AUSTRIA 2. Wanderungen insgesamt. In:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/wanderungen/wanderungen_insgesamt/index.html [19.10.2012]

STATISTIK AUSTRIA 3. Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick. In:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033240.html [22.10.2012]

STATISTIK AUSTRIA 4. 2008. Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien. In:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:N_2Gzghj-hcJ:www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService%3DGET_NATIVE_FILE%26dID%3D64440%26dDocName%3D030263+Sozio-demographische+und+sozio-%C3%B6konomische+%C3%96sterreichischen+Gesundheitsbefragung&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEEShjWtLbNTlCvaNmptYOoa02H0hg5-5lNtw08ZhNo7NA3mCimLIQqu_hCDEUMB0JOsAGDqxYP0WYAtCp3m7wQOa2XND EgvAR16Yg3wwBYDRIOfLHbsVxllwFJYNzeySFUI9m8Mk&sig=AHIEtbSop86sDKoqPenxQ-jlKjiFzWXrHw [18.18.2012]

STOWASSER, J.M./PETSCHENIG, M./SKUTSCH, F. 1997. Stowasser: Österreichische Schulausgabe: Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch. Wien: öbv & hpt Verlagsgesellschaft.

STRAUSS, Anselm L. 1991. Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Wilhelm Fink Verlag.

TRANSKULTURELLES-PORTAL. Transkulturelle Schlüsselkompetenzen. In:
<http://www.transkulturelles-portal.com/index.php/9> [15.06.2012]

UNECE (United Nations Economic Commission for Europe). 2006. Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing. In:
http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/CES_2010_Census_Recommendations_English.pdf [12.03.2012]

UZAREWICZ, Charlotte/PIECHOTTA, Gudrun (Hg.). 1997. Transkulturelle Pflege. Berlin: VWB Verlag.

UZAREWICZ, Charlotte. 1999. Transkulturalität. In: Kollak, Ingrid/Kim, Hesook Suzie (Hg.): Pflege theoretische Grundbegriffe. Bern: Verlag Hans Huber: 113-128.

UZAREWICZ, Charlotte. 2003. Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. In: Friebe, Jens/Zalucki, Michaela (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann Verlag: 29-46.

WELSCH, Wolfgang. 2010. Was ist eigentlich Transkulturalität? In: Darowska, Lucyna/Lüttenberg, Thomas/Machold, Claudia (Hg.): Hochschule als transkultureller Raum? Kultur, Bildung und Differenz in der Universität. Bielefeld: Transkript Verlag: 39-66.

WHO. 1986. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
[27.06.2012]

WIMMER, Banu. 2011. Brücken bauen statt Barrieren – Community Interpreting als Beitrag zur Integration von MigrantInnen in das regionale Gesundheitswesen. In: Peintinger, Michael (Hg.): Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG: 237-251.

WIMMER-PUCHINGER, Beate. 2004. „Nix verstehn“: Migrantinnen in Österreich: Facts & Figures, Power-Point-Präsentation, 12.11.2004. In:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ew3Jq0XhpkYJ:www.psygyn.at/news/22tag/nix_verstehn.ppt+%E2%80%9ENix+verstehn%E2%80%9C+Wimmer-Puchinger&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESg4ZPqX1YOFNFDE6-6C9AW69Hoi3Mt2vEt1xint_8ANSfJ1ELjxb_awYP-HrjyMcGM75SXWGyGsFrnvf5Aq_FeGQwz5rSs23-CfgmTcAxUYXJG1UVggShvwybjL01aGg8noO8q1&sig=AHIEtbQFEOu8l4UiUICtbqf_xs4cHFe5zA [15.03.2012]

ZIELKE-NADKARNI, Andrea. 2003. Fremdheitserfahrung, Pflege und Kultur. In: Zielke-Nadkarni, Andrea/Schnepp, Wilfried (Hg.): Pflege im kulturellen Kontext: Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Bern: Verlag Hans Huber: 15-36.

13.2 Anonymisierte Literaturquellen:

Dokument 1: Bericht über Dolmetschleistungen im Gesundheitsbereich; Gliederung in Bundesländer; 33 Seiten

Dokument 2: Ausbildungsplan für die Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y; 2 Seiten

Dokument 3: Privatdokument der Interviewpartnerin C; Bildungs- und Transfercontrolling; 4 Seiten

Dokument 4: Privatdokument der Interviewpartnerin A; Curriculumsentwurf für Gesundheits- und Krankenpflegeschule; 3 Seiten

Dokument 5: Projektbericht der Trägerschaft Y; 68 Seiten

13.3 Anonymisierte Internetquellen:

URL 1: Website des Krankenhauses X

URL 1.1: „Islamischer Besuchsdienst“ im Krankenhaus X

UR: 1.2: Ombudsstelle im Krankenhaus X

URL 2: Website der Trägerschaft Y

URL 2.1: Preisverleihung für Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y

URL 3: Website der Stadt S

URL 3.1: „Zuwanderersprachen“ auf Website der Stadt S

URL 3.2: Erstinformationen für MigrantInnen auf Website der Stadt S

URL 3.3: Dolmetscherliste der Stadt S

URL 4: Bildungsprogramm der Trägerschaft Y

URL 5: Website der Islamischen Glaubensgemeinschaft des Landes T

URL 6: Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der Trägerschaft Y

13.4 Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: „Gesundheitsberufe nach Professionen aufgeschlüsselt (2010)“

(BFG (Bundesministerium für Gesundheit). 2010. Zahlen-Daten-Fakten. Wien)

Abbildung 2: „Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick (2011)“

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033240.html [22.10.2012])

Abbildung 3: „Transkulturelle Kompetenz nach Ulrike Lenthe (2011)“

(http://www.rudolfinerhaus.at/fileadmin/media/5_Pflegebildung/Akademie/Kulturelle_Vielfalt_im_Pflegeteam_Lenthe.pdf [22.10.2012])

13.5 Anonymisierte Bildquellen:

Bild 1: Leitbild des Krankenhauses X

Bild 2: Plakat des „Islamischen Besuchsdienstes“ im Krankenhaus X

14. Anhang

Der Anhang dieser Diplomarbeit ist in vier Teile gegliedert:

1. Anmerkungen zum Fragebogenentwurf für das Krankenhaus X
2. Fragebogenentwurf für das Krankenhaus X
3. zwei Interviewleitfäden
4. Lebenslauf

Es sollen zwei verschiedene Interviewleitfäden präsentiert werden, um die Modifikation der Fragenblöcke, als auch deren Adaption an die jeweiligen InformantInnen zu zeigen.

14.1 Anmerkungen zum Fragebogenentwurf für das Krankenhaus X

Der selbstkonzipierte Fragebogen im Anhang dieser Diplomarbeit soll einen möglichst umfassenden Blick auf transkulturelle Pflegeelemente im Krankenhaus X geben und mischt deshalb bewusst quantitative als auch qualitative Elemente. Freie Antwortoptionen wurden v.a. gewählt, um den Befragten Platz für eigene Gedanken geben zu können und um die Befragten nicht zu beeinflussen.

Fragen mit offenem Antwortformat könnten mit Datenauswertungsprogrammen wie „*MAXQDA*“ oder „*Atlas.ti*“ analysiert werden.

Quantitative Fragebogenkomplexe könnten mithilfe von „*Microsoft Excel*“ und „*SPSS*“ ausgewertet bzw. veranschaulicht werden.

Die Erstellung dieses Fragebogens wurde aufgrund von Ideen aus folgender Literatur geleitet:

- „Migrant/innen-freundliche (MF) Krankenanstalten“ (Beilage 2)
(BMGF 2005b: 21-24)
- „Migrant-Friendliness Quality Questionnaire“ (MFQQ)
(LBIMGS 2003, 2004)
- „ET-struct“ Modul „Kultursensible Kommunikation im Sozial- und Gesundheitsbereich“
- „Konstruktion des Tests zur sozialen Intelligenz für Pflegeberufe“ (SIT-P)
(Olbrich-Baumann/Bruimann)

Die vorgestellten Fragebögen bzw. Module konnten jedoch nicht in der vorgegebenen Form für diese Diplomarbeit herangezogen werden, weshalb ein eigenes „Messinstrument“ entwickelt wurde.

14.2 Fragebogen für ÄrztInnen & Pflegepersonal des KH X

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Teilnahme an dieser anonymen Befragung zur Zusammenarbeit im KH X. Der Fragebogen wird vom Institut für Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien für wissenschaftliche Zwecke durchgeführt und streng vertraulich behandelt.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ausführlich wie möglich und werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen anschließend in die dafür vorgesehenen Boxen (im Schwesternzimmer jeder Abteilung). Die Fragebogenblätter können bei Bedarf auch rückseitig beschriftet werden.

Wir freuen uns über Ihre Antworten, Ihr Interesse und Ihre Zeit!

- 1) **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich
- 2) **Alter:** __ Jahre
- 3) **Geburtsland:**.....
- 4) **Österreichische Staatsbürgerschaft:** ☐ ja ☐ nein
Wenn nein, welche?.....
- 5) **Muttersprache:**.....
- 6) **Fließende Fremdsprachenkenntnisse (mündlich + schriftlich):**.....
- 7) **Religionszugehörigkeit/Glaube:**.....
- 8) **Haben Sie Verwandte, die im Ausland leben oder dort geboren wurden?**
☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wer (z.B.: Großvater etc.)?.....
Wenn ja, wo?.....
- 9) **An welchen Orten haben Sie Ihre Medizin-/Pflegeausbildungen absolviert (Stadt, Ausbildungsinstitute, Dauer)?**.....
.....
- 10) **Berufsbezeichnung im KH X:**.....
- 11) **Arbeitsstunden pro Woche im KH X:** __ /Stunden pro Woche
- 12) **Wie lange arbeiten Sie bereits im KH X?** __ Jahre
- 13) **Sind/Waren Sie auch in anderen Medizin-/Pflegeeinrichtungen im In- und Ausland tätig?** ☐ ja ☐ nein ☐ ich bin/war selbstständig
Wenn ja, in welchen Medizin-/Pflegeeinrichtungen (+ Ort)?.....
.....
Wenn ja, welche Aufgaben haben/hatten Sie dort?.....
.....
- 14) **Hätten Sie Interesse im Rahmen von spitalsinternen Weiterbildungsmaßnahmen eine Fremdsprache Ihrer Wahl zu erlernen?** ☐ ja ☐ eventuell ☐ nein
Wenn ja, welche Fremdsprachen?.....

- 15) Arbeiten in Ihrer Abteilung KollegInnen, die einen engeren Bezug zum Ausland haben (z.B.: aufgrund von Geburt, Verwandtschaft, Einwanderung, Sprache etc.)?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Wenn ja, zu welchen Ländern weisen Ihre KollegInnen einen engeren Bezug auf?.....

.....

- 16) Wie würden Sie reagieren, wenn PatientInnen die Hilfe von Ihnen nicht annehmen wollen und stattdessen eine gleichgeschlechtliche Krankenhausbetreuung wünschen?.....

.....

.....

- 17) Wie gehen Sie in Situationen vor, in denen PatientInnen nicht deutsch sprechen oder verstehen können?.....

.....

.....

.....

- 18) Erleben Sie persönlich im Spitalsalltag „unerwartete“, „fremde“ oder „unlösbare“ Situationen mit PatientInnen anderer Herkunft?

☐ sehr häufig ☐ häufig ☐ manchmal ☐ fast nie ☐ nie

Wenn (sehr) häufig, beschreiben Sie bitte diese Situationen! Wie fühlen Sie sich dabei?..

.....

.....

.....

.....

- 19) Sind Ihnen Besonderheiten bei der Betreuung von PatientInnen anderer Herkunft (z.B.: Krankheitsverhalten, Essen, Waschen etc.) aus dem Spitalsalltag bekannt?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Wenn ja, beschreiben Sie bitte einige Besonderheiten:.....

.....

.....

.....

Können Sie die genannten Besonderheiten im Spitalsalltag berücksichtigen?

☐ sehr häufig ☐ häufig ☐ manchmal ☐ fast nie ☐ nie

Wenn (fast) nie, warum nicht?.....

.....

20) Haben Sie in Ihrer Ausbildung ausreichend praxisnahe Hilfestellungen im Umgang mit PatientInnen anderer Herkunft erlernt?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

21) Besprechen Sie Ihre Erfahrungen und Erlebnisse über PatientInnen anderer Herkunft mit KollegInnen oder Vorgesetzten?

☐ sehr häufig ☐ häufig ☐ manchmal ☐ fast nie ☐ nie

22) Nennen Sie bitte Vorschläge, wie die Zusammenarbeit von Krankenhauspersonal und PatientInnen anderer Herkunft Ihrer Meinung nach erleichtert werden könnte:.....

.....

.....

23) Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz von PatientInnen anderer Herkunft im KH X ein? Circa: __ %

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wenn Sie Fragen, Anregungen oder Kritikpunkte zu dieser Umfrage haben, können Sie unverbindlich unter dieser E-Mailadresse info.fragebogen@gmx.at Kontakt mit uns aufnehmen.

Wir freuen uns sehr über Meinungen und Verbesserungsvorschläge zu diesem Fragebogen!

Falls Sie Interesse an den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit haben, können Sie hier gerne Ihre E-Mailadresse angeben:.....

14.3 Interviewleitfaden für Interviewpartnerin C

Persönliche Daten:

- ❖ Interkulturelle Beziehungen/Migrationshintergrund
- ❖ Alter
- ❖ Was verstehen Sie unter „transkultureller Kompetenz“?

Pflegeausbildung

- Wie wird „transkulturelle Kompetenz“ in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich vermittelt?

Bildungsprogramm 2012 der Trägerschaft Y

- Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Seminar „Transkulturelle Pflege“ gemacht?
- Welche Erfolge können Sie mit dem Seminar „Transkulturelle Pflege“ bei den TeilnehmerInnen erzielen?
- Welches Feedback erhalten Sie im Seminar „Transkulturelle Pflege“ von den TeilnehmerInnen?

„Transkulturelle Kompetenz“ in anderen Krankenhäusern dieser Trägerschaft

- Wie sehen aktuelle Weiterbildungsmöglichkeiten zur Förderung von „transkultureller Kompetenz“ aus?
- Wie können Weiterbildungsmöglichkeiten zur Förderung von „transkultureller Kompetenz“ verbessert werden?
- Welchen zeitlichen Rahmen benötigt eine Verinnerlichung von „transkultureller Kompetenz“ für Pflegekräfte im Krankenhausbereich um positive Veränderungen erzielen zu können (z.B. Lehrgänge, Sonderausbildungen)?
- Werden in diesen Krankenhäusern DolmetscherInnen eingesetzt und wie sind diese „Dolmetschdienste“ aufgebaut? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Reflexion

- Haben Ihre beruflichen Erfahrungen und Ihr persönlicher Lebensweg Ihre Einstellungen zur „transkulturellen Kompetenz“ geprägt?

14.4 Interviewleitfaden für Interviewpartner D

Persönliche Daten:

- ❖ Tätigkeitsbereiche
- ❖ Interkulturelle Beziehungen/Migrationshintergrund
- ❖ Alter
- ❖ Was verstehen Sie unter „transkultureller Kompetenz“?

Islamischer Besuchsdienst im Krankenhaus X

- Was ist der „Islamische Besuchsdienst“? Wie kann ich mir den „Islamischen Besuchsdienst“ vorstellen?
- Wie ist der „Islamische Besuchsdienst“ organisiert?
- Wer verständigt den „Islamischen Besuchsdienst“ im KH X?

- Wie ist das Verhältnis zwischen dem „Islamischen Besuchsdienst“ und dem KH X?
- Welche Wertschätzung bringt das KH X Musliminnen und Muslimen entgegen?
(z.B.: Gebetsräume, Gebetszeiten, gleichgeschlechtliches Krankenpflegepersonal, Essensvorschriften etc.)
- Welche Reaktionen werden dem „Islamischen Besuchsdienst“ vom Krankenhauspersonal entgegengebracht?
- Welche Reaktionen werden dem „Islamischen Besuchsdienst“ von den PatientInnen entgegengebracht?
- Können Sie mir eventuell Beispiele zum „Islamischen Besuchsdienst“ in KH X erzählen?

- Gibt es muslimisches Krankenpflegepersonal im KH X? Gibt es Besonderheiten zu andersgläubigem Krankenhauspersonal?
- Gibt es muslimische ÄrztInnen im KH X? Gibt es Besonderheiten zu andersgläubigen ÄrztInnen?

Muslimischer Gebetsraum im Krankenhaus X

- Was können Sie mir über den muslimischen Gebetsraum im KH X erzählen?
- Wer betreut den muslimischen Gebetsraum im KH X?

Reflexion

- Welche Verbesserungen würden Sie sich für das KH X wünschen?
- Können Sie mir andere muslimische Seelsorger, die Erfahrungen mit dem KH X gemacht haben, nennen?

14.5 Lebenslauf

Name: Carina Maria Fritz
Geburtsdatum: 18.09.1986
Geburtsort: Melk

Eltern: Maria und Helmut Fritz

Schulbildung: 1993-1997 Volksschule Loosdorf
1997-2001 Unterstufe im Stiftsgymnasium Melk
2001-2005 Oberstufe im Oberstufenrealgymnasium Melk
(musikalischer Schwerpunkt); Abschluss mit Reifeprüfung
2005 Studium der Kultur- und Sozialanthropologie an der
Hauptuniversität Wien
2005 Studium der Psychologie an der
Hauptuniversität Wien

Sprachkenntnisse: Deutsch
Englisch
Spanisch
Latein

EDV-Kenntnisse: Microsoft Office
SPSS
Atlas.ti