



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Sterben im Krankenhaus –
Transkulturelle Pflege bei sterbenden muslimischen
PatientInnen

Verfasserin

Claudia Grobner

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, September 2009

Studienkennzahl laut Studienblatt

A 057/122

Studienrichtung laut Studienblatt

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer

Univ.-Prof. Dr. Ulrich H. J. Körtner

Dying in hospital –

Transcultural care for dying Muslims

This thesis analyses what transcultural care for dying Muslims can achieve – focusing on the present situation in Vienna. The transcultural care is examined through a detailed literature research and four expert interviews. Furthermore, eventual problems and recommendations for the future are being presented.

The experts are consulted through unstandardised guided interviews and the results are evaluated by the use of the qualitative content analyses according to Gläser and Laudel (2009³). The findings of the expert interviews are divided into four topics – the most important conditions for a good functioning transcultural care are: better education and further training of the Nursing Team, the executive persons, growing interest in transcultural care, and unprejudiced encounters in hospital.

The results show that investments in the Nursing Team's education are of economic interest and lead to cost saving.

Sterben im Krankenhaus –

Transkulturelle Pflege bei sterbenden muslimischen PatientInnen

Die vorliegende Arbeit untersucht, was eine transkulturelle Pflege für sterbende muslimische PatientInnen leisten kann und blickt dabei auf die gegenwärtige Situation in Wien. Durch eine ausführliche Literaturrecherche und vier ExpertInneninterviews wird die transkulturelle Pflege detailliert beleuchtet, mögliche Probleme analysiert und Empfehlungen für die Zukunft erarbeitet.

Die ExpertInnen werden mittels nicht standardisiertem Leitfadeninterview befragt und die so erhaltenen Daten mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2009³) ausgewertet. Die Ergebnisse teilen sich in vier Themenkomplexe auf: Die wichtigsten Voraussetzungen für eine gut funktionierende transkulturelle Pflege sind eine besser Aus- und Weiterbildung für das Pflegepersonal, mehr Interesse der Führungskräfte von Krankenhäusern an der Thematik sowie eine vorurteilsfreie Begegnung im Krankenhaus.

Zudem verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Investitionen in die Schulung des Krankenhauspersonals von wirtschaftlichem Interesse sind und auf Dauer zu Kostenersparnissen führen.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	7
1. EINLEITUNG	9
1.1 RELEVANZ DES THEMA	10
<u>I THEORETISCHER TEIL</u>	<u>11</u>
2. TRANSKULTURELLE PFLEGE	11
2.1 DER BEGRIFF KULTUR	12
2.2 TRANSKULTURELLE KOMPETENZ	16
2.3 PFLEGETHEORIEN UND -KONZEPTE ZUR TRANSKULTURELLEN PFLEGE	17
2.3.1 Pflege Theorie nach Leininger	17
2.3.1.1 Kritik	21
2.3.2 Pflegekonzept nach Andrews und Boyle	22
2.3.3 Pflegekonzept nach Arthur Kleinman	22
3. DER ISLAM	23
3.1 DIE FÜNF SÄULEN DES ISLAM	24
3.2 MUSLIME IN WIEN	27
3.3 MUSLIMISCHES KRANKHEITSVERSTÄNDNIS	29
3.3.1 Traditionelle Heilkunst im Islam	31
3.4 MÖGLICHE PROBLEME BEI DER PFLEGE VON MUSLIME	31
4. MIGRATION UND GESUNDHEIT	37
4.1 WOHLBEFINDEN	43
4.2 SCHMERZ	44
4.3 BESONDERE ORGANE	48
5. PFLEGE BEI STERBENDEN	49
5.1 PALLIATIVPFLEGE	52
5.2 MUSLIMISCHES TODESVERSTÄNDNIS	55
5.2.1 Rituale bei sterbenden Muslimen	56
5.2.2 Trauer im Islam	58
5.2.3 Ethische Fragen am Lebensende	59
5.3 KOMMUNIKATION BEI STERBENDEN IM KRANKENHAUS	61

6. DER EINSATZ VON DOLMETSCHERINNEN	63
6.1 NICHT-PROFESSIONELLE DOLMETSCHERINNEN.....	64
6.1.1 Exkurs: Hausinterner Dolmetschdienst im KH München-Schwabing.....	67
6.2 PROFESSIONELLE DOLMETSCHERINNEN	69
6.3 DOLMETSCHDIENSTE IM LÄNDERVERGLEICH	73
6.3.1 Schweden.....	73
6.3.2 Australien.....	74
6.3.3 Österreich	74
7. ANREGUNGEN FÜR DIE PRAXIS.....	78
7.1 PROJEKT „MIGRANT-FRIENDLY HOSPITALS“	78
7.1.2 MFH am Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien.....	81
7.2 MIGHEALTHNET.....	82
7.3 DIE TRANSKULTURELLE PFLEGEANAMNESE	83
7.4 TRANSKULTURELLE ORGANISATIONSENTWICKLUNG	85
8. FORSCHUNGSFRAGEN UND ZIEL DER UNTERSUCHUNG.....	86
9. DAS EXPERTINNENINTERVIEW.....	87
9.1 INTERVIEWLEITFADEN	87
9.2 DIE WAHL DER EXPERTINNEN	88
9.3 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	90
10. METHODE DER DATENAUSWERTUNG	91
10.1. DATENAUFBEREITUNG	91
10.2. DATENAUSWERTUNG	92
10.3. ERGEBNISSE.....	93
10.3.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE.....	104
11. RESÜMEE	105
12. LITERATURVERZEICHNIS	106

III ANHANG..... 121

A) TABELLE „BEVÖLKERUNG 2001 N. STAATSANGEHÖRIGKEIT UND BUNDESLÄNDERN“ ..	121
B) TABELLE „BEVÖLKERUNG MIT MIGRATIONSHINTERGRUND NACH BUNDESLÄNDERN“....	122
C) HAUSORDNUNG (AUSZUG)	123
D) DERSTANDARD, 19.03.2009, SEITE 11 (CHRONIK).....	124
E) PIKTOGRAMME AUS DEM BUCH „AUSLÄNDISCHE PATIENTEN BESSER VERSTEHEN“ VON EDITH KELLNHAUSER UND SUSANNE SCHEWIOR-POPP (1999)	125

F) SHORT FORM MIGRANT FRIENDLY QUALITY QUESTIONNAIRE (DEUTSCHE FASSUNG), LBIMGS, WIEN 2006	126
G) INTERVIEWTRANSKRIPTE	128
<u>CURRICULUM VITAE</u>	149

Vorwort

Transkulturelle Pflege ist ein großes und aktuelles Thema, dem sich jedes Einwanderungsland stellen muss. Für diese Arbeit habe ich die Grenzen rund um das Sterben und den Tod gezogen, da sich daraus die – im wahrsten Sinne des Wortes – existenziellsten Fragen ergeben. Wenn die letzten Tage in einem Krankenhaus verbracht werden müssen, sollten diese genau den Wünschen des/der Patienten/Patientin entsprechen. Auch den Angehörigen wird so keine zusätzliche Belastung aufgebürdet.

JedeR kennt die Redewendung „andere Länder, andere Sitten“. Im Urlaub macht es vielen Spaß andere Kulturen kennen zu lernen und sich damit zu beschäftigen. Man stellt sich darauf ein und empfindet es als selbstverständlich, etwas Neues zu erleben und andere Sprachen zu hören. In jedem Reiseführer kann man lesen, was man in den jeweiligen Ländern am besten nicht machen sollte beziehungsweise was zu Missverständnissen führen könnte. Im Alltag hingegen wird jede Abweichung des Gewohnten als Belastung und Stress empfunden. Und selbst im Urlaub kämpfen Touristen mit dem landläufig als Kulturschock bekannten Phänomen. Nämlich dann, wenn sie von den „anderen Sitten“ regelrecht überrumpelt oder von diesen in ihren intimsten Lebensbereichen eingeschränkt werden.

Schon diese Überlegungen zeigen, wie wichtig ein transkulturelles Einfühlen und Verständnis ist – im speziellen in Situationen, die nicht Urlaub, sondern Krankheit sind. Gerade die Arbeit in einem Krankenhaus ist vom Umgang mit anderen Menschen geprägt; mit Menschen, die Hilfe suchen.

Diese Diplomarbeit soll nicht nur aufzeigen und Lösungswege darlegen, sondern auch zum Nachdenken anregen. Denn jeder Mensch, egal woher er kommt, hat das Recht auf eine gute und angemessene Pflegeleistung – besonders in einem so wohlhabenden Land wie Österreich.

1. Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der transkulturellen Pflege bei sterbenden muslimischen PatientInnen im Krankenhaus. Das Thema Migration und Pflege wurde schon in einigen Diplomarbeiten bzw. Dissertationen behandelt, wie zum Beispiel von Petra Dachs („Transkulturelle Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft“, 1999), Monika Hainz („Transkulturelle Pflege“, 2004) oder Heidemarie Toplak („Transkulturelle Aspekte in der Pflege“, 1998). Die Rolle von muslimischen PatientInnen bekommt dabei eine immer größere Bedeutung (siehe Diplomarbeit von Claudia Baumann „Pflege und Islam“, 2008). Da Religion immer auch zu tun hat mit Sterben und Tod und es auch unterschiedliche Ansätze in den einzelnen Glaubensrichtungen gibt, sollte es sich die Pflege zur Aufgabe machen, diese Differenzen bewusst zu erfahren, um sie im Pflegealltag zu berücksichtigen. Folgende Forschungsfragen werden in dieser Diplomarbeit sowohl durch ausgiebige Literaturrecherche, als auch durch vier ExpertInneninterviews beantwortet:

1. Wie wird die Pflege bei sterbenden muslimischen PatientInnen im Krankenhaus durchgeführt?
2. Wie sieht eine bestmögliche transkulturelle Pflege von sterbenden muslimischen PatientInnen im Krankenhaus aus?
3. Welche Möglichkeiten gibt es, um die transkulturelle Pflege im Krankenhausalltag zu integrieren?

1.1 Relevanz des Thema

Laut Statistik Austria leben in Wien 588.000 Menschen (35,6 % der Gesamtbevölkerung von Österreich) mit Migrationshintergrund, österreichweit sind es 17,4 %. Der Anteil der Menschen die zwar in Österreich leben, aber im Ausland geboren und 65 Jahre oder älter sind, beträgt 12,1 % (172.714 EW).¹

Diese Zahlen müssen in der Pflege beachtet werden und durch transkulturelle Konzepte Berücksichtigung finden. Viele ArbeitsmigrantInnen sind in den Jahren 1970 bis 1990 aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei nach Österreich gekommen, aber nie mehr in ihr Heimatland zurückgekehrt (Binder-Fritz 1997, 134). Diese Menschen und ihre Familien werden jetzt in Österreich alt und sterben auch hier. Die Zahlen sind bekannt, werden aber noch zu wenig in der Pflege berücksichtigt, doch gerade am Ende des Lebens stehen für viele Menschen ihre religiösen und spirituellen Bedürfnisse im Vordergrund (vgl. Arndt 2002, 65). Diese in der Pflege zu bedenken und möglichst gut zu erfüllen, kann den PatientInnen helfen, entsprechend ihrer religiösen und persönlichen Vorstellung zu leben.

Dass das Thema der Transkulturalität in der Medizin bzw. Pflege nicht nur in der Theorie besteht, zeigt die steigende Präsenz in den Medien. Unter dem Titel „*Mein Nabel ist gefallen*“ erschien etwa am 14. Jänner 2008 ein Artikel von Julia Harflinger im Standard. Yordanka Hristozova-Weiss schrieb in der Presse am 3. Dezember 2008 einen Artikel mit dem Titel „*Migranten werden anders krank*“, einige Tage später am 10. Dezember 2008 gab es in der Presse folgenden Text von Clara Akinyosoye zu lesen: „*Gesundheit: Kollaps ohne Migranten*“. Auch im Internet kann unter www.derislam.at Aktuelles zum Thema Muslime in Österreich nachgelesen werden. Auch weil die Betroffenen keine Lobby haben, tut sich die Thematik samt ihrer Brisanz schwer aus ihrem Stiefmütterchen-Dasein auszubrechen und sich in der Öffentlichkeit ebenso wie in der Pflege zu verankern. Im Folgendem wird erörtert, warum dies jedoch von großer Bedeutung im Sinne einer aktiv praktizierenden transkulturellen Pflege in österreichischen Krankenhäusern, ist.

¹ Stand: Jänner 2008, www.statistik.at

I Theoretischer Teil

2. Transkulturelle Pflege

Der Begriff der transkulturellen Pflege wurde von der Pflegeetheoretikerin Madeleine Leininger geprägt. Sie bemerkte in den 60er-Jahren, dass kulturelle Unterschiede in der Pflege in den USA kaum eine Rolle spielten. Daraufhin entwickelte sie das Konzept der „Transkulturellen Pflege“ als völlig neues Gebiet der Pflegewissenschaft. Ihr Beitrag zu diesem Thema war der erste seiner Art und bildet heute die Grundlage für jedes weitere transkulturelle Pflegeanliegen. (vgl. Habermann 1997, 54f)

Was aber heißt transkulturelle Pflege? Was bedeutet Transkulturalität und warum wird gerade dieser Begriff in der Literatur verwendet? Domenig (2001a) schreibt dazu, dass der Begriff der Transkulturalität mehr die Wirklichkeit widerspiegelt als ähnliche Wörter, wie Multikulturalität oder Interkulturalität. Multikulturell oder interkulturell beschreiben eher das Nebeneinander oder das Aufeinanderprallen von Kulturen.

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

(Domenig 2001a, 35)

Weiters hebt Domenig (2001a) hervor, dass durch Transkulturalität Gemeinsamkeiten und nicht Ungleichheiten im Vordergrund stehen und somit ein Miteinander möglich wird. Für Ausgrenzungen und Anfeindungen darf kein Platz sein. (vgl. Domenig 2001a, 35f)

Körtner (2004) versucht wiederum, auf die unterschiedlichen, die ethischen Grundlagen betreffenden Zielsetzungen der interkulturellen und der transkulturellen Perspektive aufmerksam zu machen. Wichtig in der transkulturellen Pflege ist für ihn ein hohes Maß an hermeneutischer Kompetenz, ebenso wie der Respekt vor anderen Kulturen und Religionen. Die Krankenhausseelsorge braucht VertreterInnen unterschiedlicher Religionsgemeinschaften, um für alle PatientInnen einen adäquaten seelsorgerischen Beistand zu gewähren. (vgl. Körtner 2006, 242f)

Weiters stellt sich für ihn die Frage, *„ob es überhaupt ein universalreligiös begründbares Ethos geben kann“* (Körtner 2004, 111). Können alle Weltreligionen auf bestimmte gemeinsame Regeln zusammengeführt werden, wodurch eine transkulturelle Ethik entsteht?

Der Theologe Hans Küng beschreibt in seinem Buch *„Projekt Weltethos“*, wie die Aufgaben der Weltreligionen aussehen könnten, um einer transkulturellen Ethik näher zu kommen. Nicht das, was die Religionen voneinander unterscheidet, sondern was sie verbindet, muss in den Mittelpunkt gerückt werden. Dabei bedarf es sowohl einer Verbindung von Gläubigen und Nichtgläubigen, als auch das gemeinsame Engagement der unterschiedlichen Religionen. Jede Glaubensrichtung fordert eine sogenannte „Goldene Regel“² und hat bestimmte ähnliche gemeinsame Gebote, wie etwa *„du sollst nicht töten“* oder *„du sollst nicht lügen“* im Christentum. Die Forderung nach einem gemeinsamen verantwortungsbewussten Handeln liegt ebenfalls allen Religionen inne. (vgl. Küng 1990, 80ff)

Transkulturelle Pflege braucht Theorien und Pflegeansätze, welche für die Praxis Hilfestellungen geben. Zwar können allgemein gültige Pflegehandlungen den Pflegealltag erleichtern, doch dabei entsteht die Gefahr der Kulturalisierung. Die Individualität des/der einzelnen darf nicht darunter leiden, denn auch wenn zwei Menschen der gleichen Kultur angehören, heißt das nicht, dass sie ein und dieselbe Meinung vertreten. Pflege-theorien oder -leitfäden sollen als Anregung und nützliche Information gesehen werden, jedoch nicht als sture Regeln, die unbedingt befolgt werden müssen. (vgl. Domenig 2001, 145f)

2.1 Der Begriff Kultur

Um vertiefender auf die transkulturelle Pflege eingehen zu können, muss zuerst der Kulturbegriff geklärt werden. Leininger (1998) definiert Kultur wie folgt:

„Kultur (culture) umfaßt die erlernten, gemeinsamen und übermittelten Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, welche deren Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen auf eine strukturierte Weise leiten.“ (Leininger 1998, 73)

² „Was du nicht willst, das man dir tu, das füg auch keinem anderen zu“

Leininger (1998, 85) hat für 54 westliche und nicht-westliche Kulturen Forschungsergebnisse zur kulturspezifischen Pflege erstellt. Sie sollen dabei helfen eine „*kulturkongruente Fürsorge*“ zu leisten. Für die deutsch-amerikanische Kultur ist sie zu folgendem Ergebnis gekommen:

Abbildung 1: Deutsch-amerikanische Kultur*

Kulturelle Werte	Kulturspezifische Bedeutungen der Fürsorge und Handlungsweisen
1. Fleiß und harte Arbeit	1. Ordentlich sein (Ordentlichkeit)
2. Ordnung und Organisation erhalten	- Dinge auf dem „richtigen Platz“
3. Religiöse Überzeugungen erhalten	- richtige Durchführung
4. Stoizismus	- gut organisiert sein
5. Umwelt und sich selbst sauber halten	2. Sauber und gepflegt sein
6. Vorsicht	3. Direkte Hilfe für andere
7. Wissen ist Macht	- explizite Hilfe leisten
8. Sich selbst und andere kontrollieren	- aktiv werden
9. Regeln und Normen einhalten	4. Wert auf Details legen
10. Wertschätzung einer logischen Wissenschaft	- Regeln einhalten
	- pünktlich sein
	5. Andere gegen Schäden und Außenseiter schützen
	6. Sich selbst und andere kontrollieren
	7. Saubere Speisen essen, ein Mittags-schläfchen machen und an die frische Luft gehen
	8. Sich nicht beschweren, „lächeln und die Zähne zusammenbeißen“

* Diese Ergebnisse stammen aus ländlichen und städtischen Gebieten in den USA, erhoben von mir und anderen Pflegenden der transkulturellen Pflege in den vergangenen drei Jahrzehnten. Ähnliche Werte und Pflegemuster wurden auch in Westdeutschland im vergangenen Jahrzehnt (1970-1980) beobachtet.

(Leininger 1998, 223)

Kultur als geschlossenes Ganzes zu definieren, wie es Leininger macht, kommt aus der Ethnologie. Die Homogenität einer Gruppe wird beleuchtet und von anderen Kulturen klar abgegrenzt. Es werden Unterschiede und nicht Gemeinsamkeiten aufgezeigt. Aus heutiger Sicht ist diese Art der Definition veraltet, da das Zuordnen von Normen und Werten nicht auf ganze Gruppen übertragen werden kann. Das Individuum steht im Vordergrund und Stereotypisierung wird versucht zu vermeiden. (vgl. Domenig 2001, 142ff)

Ebenso wenig darf es durch eine Begriffsdefinition zur Ausgrenzung kommen. Um also den Kulturbegriff als Ganzes zu erfassen, kann auf die Kulturwissenschaft zurückgegriffen werden. Hansen (1995) versucht beispielsweise eine vereinfachte Definition von Kultur zu finden:

„Sie umfaßt die Gesamtheit der Gewohnheiten eines Kollektivs.“ (Hansen 1995, 15)

Durch die Einfachheit dieser Begriffsbestimmung entstehen jedoch weitere Arbeitsfelder, die zu klären sind (vgl. Hansen 1995, 15). Daniel (2001, 197) geht noch weiter und sieht Kultur nicht nur als Merkmal eines menschlichen Kollektivs, sondern auch als Ausdruck der Geschichtsauffassung und der Geschichtsschreibung. Kultur befindet sich im ständigen Wandel und ist über Jahre oder Jahrzehnte gesehen nie gleichbedeutend. Es ist ein veränderbarer und dehnbarer Begriff. Ihn immer wieder neu zu definieren, bleibt daher nicht aus.

Orth (2000) beschäftigt sich in seinem Werk *„Was ist und was heißt Kultur?“* mit dem philosophischen Interesse des Kulturbegriffs. Gerade im 20. Jahrhundert erhält der Begriff für Orth eine philosophische Bedeutung:

„ ‚Kultur‘ gibt sich als der Name für jene Dimension zu erkennen, in welcher sich jede praktische und theoretische Orientierung vollzieht. Sie ist deren gelebte Realität. In diesem Sinne bedeutet Kultur die ‚Welt des Menschen‘.“ (Orth 2000, 235)

Dadurch entsteht ein Spannungsverhältnis, denn die Kultur als Welt des Menschen zu betrachten, kann einerseits wertfrei als Realität beschrieben und analysiert werden, andererseits jedoch nie ganz ohne Wertung gesehen werden. Der Begriff beinhaltet stets eine Sinnhaftigkeit, was die Frage offen lässt, *„ob man solches Sinnhafte und Werthafte wirklich gänzlich sinnfrei und wertfrei, sozusagen objektiv erfassen kann“* (Orth 2000, 236).

Wenn man sich mit dem Begriff der Kultur näher auseinandersetzt, kommt man unweigerlich mit dem Wort „Zivilisation“ in Verbindung, wobei sich der Soziologe Norbert Elias in seinem Hauptwerk *„Über den Prozess der Zivilisation“* ausführlich mit

diesem Begriff befasst hat. Ganz allgemein verbindet er mit dem Begriff „Zivilisation“ unterschiedliche menschliche Handlungen und Leistungen, die eben als „zivilisiert“ angesehen werden und fasst sie als das Selbstbewusstsein des Abendlandes oder als Nationalbewusstsein zusammen. Jedoch muss besonders zwischen der englischen und französischen Verwendung des Begriffes unterschieden werden. (vgl. Elias 1976 Bd. 1, 1f)

Weiters wollte er durch seine Zivilisationstheorie die Einseitigkeit von Gesellschafts- und Handlungstheorien durch eine Verknüpfung von Psycho- und Soziogenese auflockern (vgl. Albrecht 1995, 25f).

In der englischsprachigen Literatur beispielsweise wird für „Kultur“ das Wort „Civilization“ verwendet. Durch die Auseinandersetzung mit der französischen Entwicklung wurden Begriffe wie „Kultur“ oder „Zivilisation“ von Reflexionsbegriffen zu Schlüsselbegriffen und in der Folge zu „*Universalbegriffen der Moderne*“, was bedeutet, dass diese Begriffe einen universalen Anspruch in ihrem Ansehen und ihrer Gültigkeit haben. Jedoch wird es vermutlich nie eine Definition geben, die die Bedeutung der Begriffe ausreichend und auf Dauer beschreiben kann. (vgl. ebd., 195ff)

Für eine neue Konzeptualisierung des Begriffs „Kultur“ im Zusammenhang mit Transkulturalität spricht sich etwa Wolfgang Welsch aus, da nur so eine Fortschrittlichkeit gegeben ist – im Gegensatz zu den Begriffen wie Interkulturalität oder Multikulturalität, die er gleich wie Domenig (2001a) als zu stark abgrenzend erlebt. (vgl. Dornheim 2001, 36ff)

Weiters schreibt Welsch (1999), dass der klassische Kulturbegriff nicht mehr mit der heutigen Zeit vereinbar ist. Zu sehr sind die einzelnen Kulturen miteinander verbunden und verwoben. Er schlägt daher eine Anlehnung an Wittgensteins Kulturkonzept vor, welches die Interaktion mit anderen Kulturen als wichtiger empfindet, als das Verstehen derselben. Ziel soll es sein eine „*gemeinsame Lebenspraxis*“ zu schaffen. (vgl. Welsch 1999, 57f)

Auch Zielke-Nadkarni (2003, 19f) hält fest, dass ein weiterer Kulturbegriff im Kontext von Pflegeforschung notwendig ist, da Pflege nie in einem kultur- und herrschaftsfreien Raum besteht. Mucciolo-Madler (2003) meint dazu:

„Je enger und elitärer der Kulturbegriff gesetzt wird, desto eher besteht die Gefahr, ausgesprochen und stereotypisierend wahrzunehmen und einmal gefasste Vorurteile laufend zu bestätigen.“ (Mucciolo-Madler 2003, 189)

Klar eingegrenzte Zuordnungen sind in der Pflegpraxis meist auch nicht mehr möglich, da im Laufe der Zeit eine Verschmelzung von den verschiedensten Normen und Werten stattgefunden hat. Pflegekräfte sollen auf die Individualität des/der einzelnen eingehen und somit für eine adäquate Pflege sorgen. (vgl. Mucciolo-Madler 2003, 189)

2.2 Transkulturelle Kompetenz

Professionalität in der Pflege heißt immer auf dem neuesten Stand der Forschung zu sein und aktuelles Geschehen mit in das Pflegewissen zu integrieren. Daher ist auch die transkulturelle Pflege ein Teil der professionellen Pflege. So paradox es auch klingen mag: Es sollte nicht passieren, dass alle PatientInnen gleich behandelt werden. Transkulturelle Pflege bedeutet auf MigrantInnen einzugehen und die individuelle Lebenswelt zu berücksichtigen.

Für Domenig (2001, 146ff) setzt sich transkulturelle Kompetenz aus drei Punkten zusammen:

- Selbstreflexivität
- Hintergrundwissen / Erfahrungen mit MigrantInnen
- Empathie

Selbstreflexivität bedeutet hier, dass man von seinen eigenen Vorstellungen und Meinungen Abstand nehmen kann und diese nicht als „normal“ wahrnimmt. Sich anderen Lebenswelten bewusst werden und nicht vorschnell zu urteilen, ist somit ein wichtiger Aspekt der transkultureller Kompetenz. Verschiedene Erfahrungen mit MigrantInnen tragen wahrscheinlich am besten zur persönlichen Weiterentwicklung in diesem Bereich bei. Zu wissen, was die richtigen Fragen sind, und die Antworten gut und situationsbezogen interpretieren zu können, sind nur ein kleiner Teil davon. Empathisch zu sein, ist wohl die schwierigste Aufgabe für viele Pflegekräfte. Transkulturelle Kompetenz heißt nämlich auch Neuem gegenüber immer

aufgeschlossen zu sein und MigrantInnen nicht als Belastung zu sehen. (vgl. Domenig 2001, 148ff)

Weiters zählt Domenig (2001, 37) Fähigkeiten auf, die kompetentes transkulturelles Handeln ausmachen:

- Erfassung der Sichtweise des/der Patienten/Patientin
→ umfassende Anamnese
- flexible Anwendung von Konzepten
- Anpassung des methodischen Vorgehens
- hohe Flexibilität in Bezug auf die Kommunikationsweise
- Einbezug von migrationspezifischen, psychologischen, lebensgeschichtlichen und soziokulturellen Faktoren

2.3 Pflege-theorien und -konzepte zur transkulturellen Pflege

Mittlerweile gibt es schon verschiedene Pflege-theorien bzw. Gesundheits- und Krankheitskonzepte in Bezug auf transkulturelle Pflege. Einige werden im Folgenden vorgestellt, wobei die Pflege-theorie nach Leininger die wichtigste Grundlage, trotz der Defizite bei der Kulturdefinition, bildet. Als erste transkulturell begründete Pflege-theorie ist sie der Ausgangspunkt aller weiteren Forschungen und Überlegungen.

2.3.1 Pflege-theorie nach Leininger

1925 in den USA geboren, gilt Madeleine Leinger als Begründerin der transkulturellen Pflege. In ihren Arbeiten spielt die menschliche Fürsorge eine wichtige Rolle; für sie ist das der Kern der professionellen Pflege. Darauf aufbauend entstand die Theorie der kulturspezifischen Betreuung, diese *„soll Menschen auf der ganzen Welt eine sinnvolle und kulturkongruente Fürsorge zukommen lassen“* (Leininger 1998, 25). Leininger wollte mit ihrer Theorie den Pflegenden eine Richtlinie geben, wie sie Menschen aus anderen Kulturen behandeln können. Es gilt dabei Unterschiede in den Kulturen, Werten, Überzeugungen und Vorstellungen zu erfassen. Durch den damals gängigen Leitsatz für Pflegenden (*„Dem Patient eine gute und umfassende Krankenpflege gewährleisten“*) geprägt, versuchte in den 40er- und 50er-Jahren das Pflegepersonal die Bedürfnisse der PatientInnen so gut wie möglich zu erfüllen. Anhand eigener Beobachtungen bemerkte Madeleine Leininger wie unterschiedlich

Menschen auf ihre Pflegetätigkeiten reagieren konnten. Nach der technischen Modernisierung in den 60er- und 70er-Jahren fiel Leininger auf, dass die menschliche Fürsorge nicht mehr an oberster Stelle der Pflegetätigkeit stand. Dies galt als zu unwissenschaftlich und unprofessionell. Leininger begann Vorträge darüber zu halten und stellte ebenso fest, dass Konzepte zur transkulturellen Pflege von Nöten wären. (vgl. Leininger 1998, 25ff)

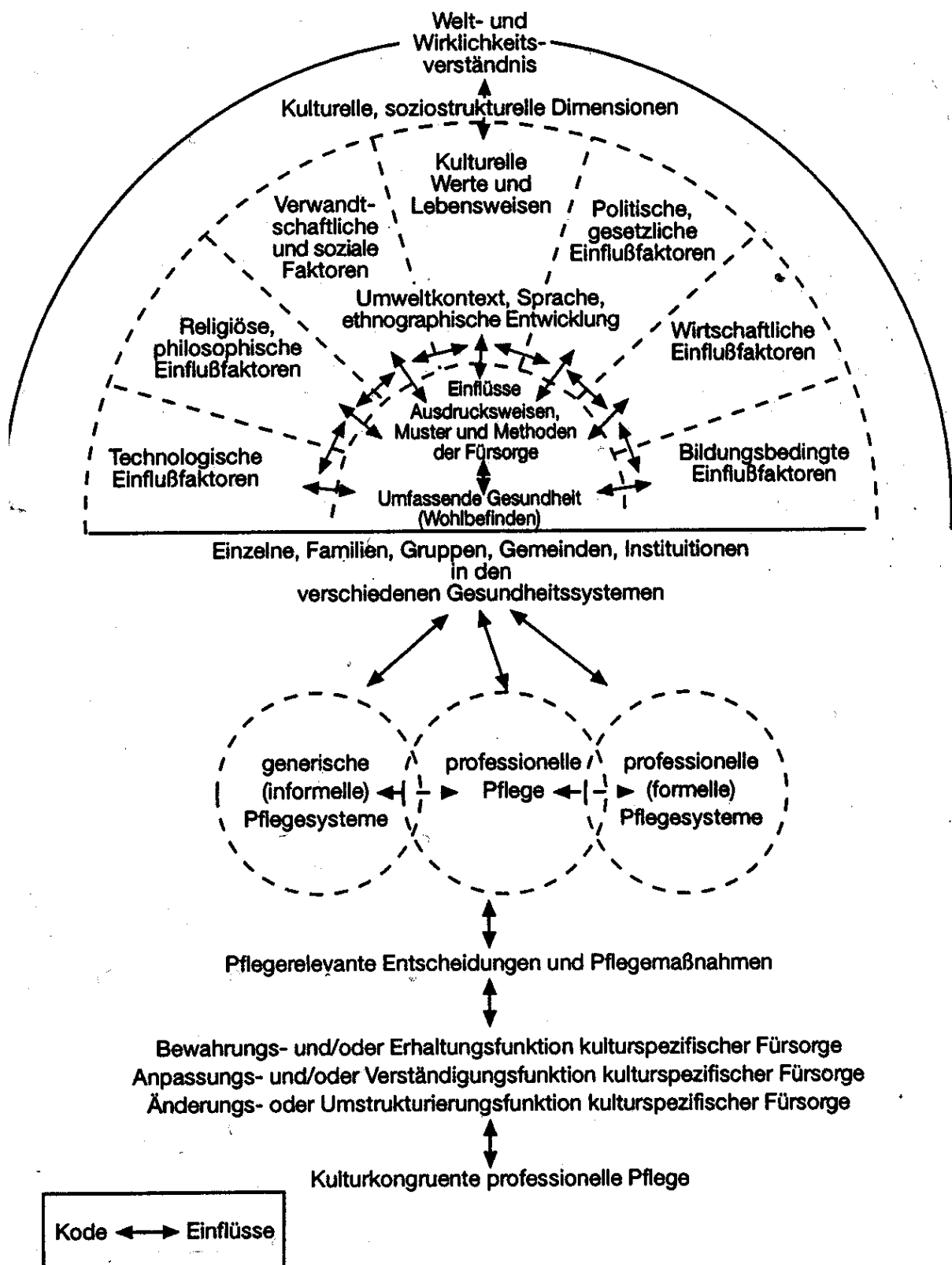
Durch ihre Arbeit in der Kinderpsychiatrie wurde Leininger auf kulturelle Unterschiede im Verhalten der Kinder aufmerksam und begann Anthropologie zu studieren. Nach der sechsjährigen Ausbildung führte sie in Neu Guinea Anfang der 60er-Jahre Feldforschungen durch. Dadurch angeregt, war es für Leininger unbedingt erforderlich ein anthropologisch fundiertes Verständnis in die professionelle Pflege zu bringen. 1970 veröffentlichte sie ihr erstes Buch zum Thema transkulturelle Pflege mit dem Titel *„Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend“*. Für eine gute pflegerische Kompetenz musste laut Leininger ein kulturspezifisches Wissen in die Pflege gebracht werden. Durch Kurse und Vorträge zum Thema transkulturelle Pflege und ihre Empfehlungen für Pflegenden Grundkurse im Fach Anthropologie zu belegen, gelang es Leininger immer mehr Einfluss zu gewinnen. 1968 wurde das *Committee on Nursing and Anthropology* (CONA) von Leininger gegründet, welches zwischen den Fächern Pflege und Anthropologie vermittelt. Weiters entstand die *Transcultural Nursing Society*, die für Informationsaustausch zwischen den Pflegenden auf der ganzen Welt sorgt sowie die Einrichtung der *National Research Care Conferences* mit dem Hauptschwerpunkt menschlichen Fürsorge. (vgl. Leininger 1998, 35ff)

Die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge wurde von Leininger neu entwickelt, dabei nahm sie an, dass sich die Fürsorge in jeder Kultur aus anderen Wertvorstellungen zusammensetzt. Diese Unterschiede sollten beschrieben und untersucht werden. Außerdem galt es die Vielzahl an kulturspezifischen und -übergreifenden Phänomenen im Bereich der transkulturellen Pflege durch die Theorie zu beantworten. Durch die Mitarbeit von vielen Pflegenden wurden Übereinstimmungen und Unterschiede von Fürsorgephänomenen in westlichen und nicht-westlichen Kulturen verglichen. Ziel war es eine kulturkongruente Fürsorge zu etablieren, wobei traditionelle Laienpflege und professionelle Pflege in Verbindung gebracht werden sollten. Durch diese „kulturspezifische Fürsorge“ erhalten alle

Menschen eine zufriedenstellende und bestmöglich Betreuung, die ihnen im weiteren Verlauf helfen würde gesund zu bleiben. (vgl. ebd., 47ff)

Neben der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge entwickelte Leininger auch das bekannte Sunrise-Modell, welches die Theorie verbildlicht darstellt.

Abbildung 2: Sunrise-Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge



(Leininger 1998, 69)

Auf die im obigen Teil stehenden Punkte im Modell müssen, für eine „kulturspezifischen Fürsorge“, bei der Pflegeplanung eingegangen werden. Leininger weist auch darauf hin, dass dabei eine intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und PatientInnen nötig ist. (vgl. Leininger 1998, 67ff)

Weiters dürfen die dargestellten Faktoren nicht einzeln, sondern nur im Zusammenhang gesehen werden. Das Modell soll helfen, die gesamte kulturelle Welt eines/einer Patienten/Patientin zu verstehen und zu berücksichtigen. Die abgebildeten Pfeile stellen Querverbindungen dar und zeigen auf, wo Einflüsse wirken oder zumindest angenommen werden. Bei den gestrichelten Linien handelt es sich um offene Bereiche, diese stellen die „natürlichen“ Lebensbedingungen eines Menschen dar. Unter Berücksichtigung des allgemeinen theoretischen Teils des Modells, einem offenen Forschungsprozess und das Sammeln von Informationen aus allen weiteren Bereichen des Modells ist es möglich eine allumfassende kulturspezifische Fürsorge zu gewährleisten. (vgl. ebd., 76ff)

2.3.1.1 Kritik

Die *American Academy Of Nursing* (AAN) wirft Leininger vor, eher einen Entwurf als eine Theorie entwickelt zu haben. Unzureichende Beschreibung, fehlende theoretische Grundlagen und fehlende begriffliche Verknüpfungen werden als große Mängel aufgezeigt. (vgl. Zielke-Nadkarni 1997, 112)

Zudem kritisiert Zielke-Nadkarni (2003) etwa die Annahme von Leininger alle empirischen Befunde verallgemeinern zu können: Individuen werden stellvertretend für eine gemeinsame Gruppe gesehen, wobei dies in der empirischen Forschung zu falschen Rückschlüssen führen kann. Auch die graphische Darstellung des Sunrise-Modell sei zu unausführlich und nur in groben Zügen beschrieben worden, so dass eine Verbindung zu einer theoretischen Ebene nicht möglich sei. (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, 26ff)

Es darf dabei jedoch nicht vergessen werden, dass Leininger trotz zeitgemäßer Kritik den Grundstein für die transkulturelle Pflege gelegt hat und ihre Arbeit somit für viele weiterführende Gedanken in diesem Gebiet der Pflege verantwortlich ist.

2.3.2 Pflegekonzept nach Andrews und Boyle

Margaret M. Andrews und Joyceen S. Boyle waren Schülerinnen von Madeleine Leininger, deren Werk sie mit neue Ansätze in Verbindung brachten. Anstelle der Kultur rücken sie die Interaktion in den Vordergrund, um die Kritik der Stereotypisierung zu entschärfen. Andrews und Joyceen selbst entwarfen lediglich ein Konzept zur transkulturellen Pflege. Dieses soll allgemein gültig sein und nicht nur speziell für MigrantInnen gelten. (vgl. Domenig 2001, 145)

„It also is realistic to expect nurses to become increasingly active in setting political, economic, and social policy agendas at the local, state/provincial, national, and international levels.“ (Andrews 2003, 10)

2.3.3 Pflegekonzept nach Arthur Kleinman

Der Begriff „Konzept“ beschreibt in diesem Zusammenhang ein systematisches und methodisches Konstrukt, welches die Grundlage für eine Theorie bildet. 1980 verfasste Kleinman ein Buch mit dem Titel *„Patients and Healers in the Context of Culture“*, in welchem der Ethnomediziner seine Systemtheorie zu Krankheits- und Gesundheitsverhalten begründet. Kleinman forscht vor allem in China und Taiwan und kommt zu dem Schluss, dass die Gesellschaft an sich zum Ausgangspunkt jeder Überlegung gemacht werden muss. (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, 124f)

Er beschäftigt sich sehr viel mit dem Gesundheitssystem und stellt eine Hypothese auf, die besagt,

„... dass die Aktivitäten zur Gesundheitsversorgung innerhalb jeder Gesellschaft wechselseitig aufeinander bezogen sind.“ (Zielke-Nadkarni 2001, 125)

Weiters gehören Krankheit und Heilung, aber auch PatientInnen und Heilende für Kleinman als wichtige Bestandteile zum Gesundheitssystem, welches er in drei Bereiche aufteilt: den Laiensektor, den professionellen und den volkmedizinisch-traditionellen Sektor. In diesem Schema beobachtet er, wie sich Menschen verhalten und auf gewisse Situationen reagieren. Laut Kleinman werden 70 bis 90 % der vorkommenden Krankheiten über den Laiensektor behandelt. (vgl. ebd.)

In der Medizinethnologie wird zwischen Kranksein (*illness*) und Krankheit (*disease*) unterschieden. Da sich der professionelle Sektor eher auf die Krankheit (*disease*) bezieht, die beiden anderen Sektoren jedoch auf das subjektive Krankheitserleben (*illness*) zurückgreifen, kann es laut Kleinman durch die unterschiedlichen Erklärungsmodellen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen zu Interaktionsschwierigkeiten und fehlender Kooperation kommen. Ziel ist es für Kleinmann daher, beide Modelle in der Pflege zu berücksichtigen und dadurch einen besseren Behandlungserfolg zu erzielen. Dieses Konzept von Kleinman kann ebenso auf migrationsbezogene Probleme im Bereich der Pflege umgelegt werden. Folgende Fragestellungen können dabei helfen:

- Wie nennt der/die PatientIn seine/ihre Krankheit?
- Was glaubt der/die PatientIn sind die Ursachen?
- Was befürchtet der/die PatientIn von der Krankheit?
- Welche Behandlung wünscht sich der/die PatientIn?

(vgl. Zielke-Nadkarni 2001, 125ff)

3. Der Islam

Das arabische Wort *islâm* bedeutet soviel wie Hingabe zu Gott oder Ergebung in den Willen Gottes. Auch im Wort Muslim oder der weiblichen Form Muslima steckt die Wurzel s-l-m und bezeichnet den/die, der/die sich zu Gott hinwendet. (vgl. Weiss 2008, 28)

Der Koran ist für gläubige Muslime Grundlage ihres Handelns. Ermahnungen, Erzählungen der Propheten, Gerichtsreden und Weissagungen sind darin zu lesen. Es gibt sowohl religiöse als auch weltliche Pflichten und Verbote im Koran, die für einen gläubigen muslimischen Menschen von größter Bedeutung sind. Eine Trennung zwischen Religion und Alltagsleben im Islam gibt es nicht. (vgl. ebd., 24ff)

Der Koran ist zwar nicht die einzige islamische Quelle für die Grundlage des Glaubens, aber er nimmt den höchsten Rang für Muslime als unfehlbare, nicht hinterfragbare und vollkommen zuverlässige Autorität an. Der Wohlgefallen Gottes, das Hauptziel eines/einer jeden gläubigen Muslims/a, wird nur durch das Einhalten von Grundpflichten, Glaubenssätzen und moralischen Prinzipien erreicht. Diese

umfassen sowohl Pflichten im gesellschaftlichen Alltag und im Privatleben als auch im gottesdienstlichen Bereich. (vgl. Ilkilic 2002, 20)

Es finden sich ebenfalls Aussagen „über das Verhältnis zwischen den Größen Heilmittel, Heilwirkung und Gott sowie Anweisungen über das Pflichtgebet im Krankheitsfall, welche die Entstehung eines muslimischen Krankheitsverständnisses prägen“ (Ilkilic 2002, 21).

Alle Sunniten³ (die größte Glaubensrichtung im Islam) sind auch Anhänger der orthodoxen *Sunna*, die neben dem Koran als zweite zentrale Quelle gesehen wird. Sie beinhaltet Überlieferungen von Propheten, die zusätzliche Situationen des menschlichen Alltags regeln. Als weitere Instanz gibt es noch die *Scharî'a*, das islamische Recht, welches nach muslimischer Auffassung die von Gott gesetzte, für die gesamte Welt gültige Ordnung enthält. Sie umfasst mehr als 50 Sachgebiete wie zum Beispiel Religionsausübung, Sitten und Bräuche, Familienrecht, Erbrecht etc. (vgl. Weiss 2008, 42ff)

3.1 Die fünf Säulen des Islam

Unter den fünf Säulen des Islam werden die fünf Grundpflichten verstanden, die von allen Gläubigen zu erfüllen sind:

- das Glaubensbekenntnis (*schahâda*)
- das Gebet (*salât*)
- die Almosensteuer (*zakât*)
- das Fasten (*saum*)
- die Wallfahrt nach Mekka (*haddsch*)

(1) Das Glaubensbekenntnis

„Ich bezeuge, dass es keinen Gott gibt außer Allâh, und ich bezeuge, dass Mohammed sein Gesandter ist.“ (Weiss 2008, 31)

Dieses Glaubensbekenntnis ist für alle Muslime gleich und stellt einen wichtigen Teil eines jeden Gebetes dar. Es passt für jede Lebenslage und sollte in arabischer Sprache auswendig rezitiert werden können. Zu finden ist es in Büchern des islamischen Katechismus, im Koran selbst befasst sich die Sure 3 (*Ali `Imrâm*) ausführlicher mit der Thematik. Gleich bei der Geburt wird das Glaubensbekenntnis dem Baby ins Ohr geflüstert und als Sterbende/r sollen diese Zeilen die letzten Worte

³ Angehörige einer der beiden Hauptkonfessionen des Islam (andere Konfession: Schiiten)

sein. Ein/e Nicht-Muslim/a bezeugt durch dreimaliges Aufsagen der *schahâda* seinen/ihren Übertritt zum Islam. Dies sollte aus Überzeugung, freiem Willen und vor Zeugen geschehen. (vgl. Weiss 2008, 32)

(2) Das Gebet

Fünf Mal pro Tag steht die zweitwichtigste Aufgabe eines/einer Muslim/a an: das rituelle Gebet. Zwischen Morgendämmerung und Sonnenaufgang, wenn die Sonne am höchsten steht, am mittleren Nachmittag, nach Sonnenuntergang und abends vor dem Schlafen soll das genau strukturierte Gebet gesprochen werden. Allgemein wird zwischen Pflichtgebeten und freiwilligen Gebeten unterschieden, unverzichtbar (Pflicht) sind dabei die Gebete zu den fünf vorgeschriebenen Zeiten. Das Freitagsgebet ist wiederum nur für Männer verpflichtend und wird in der Moschee in der Gemeinschaft gesprochen. Frauen können das Freitagsgebet zu Hause sprechen. (vgl. Weiss 2008, 33)

Voraussetzungen für jegliche Art von Gebet sind eine saubere Bekleidung, ein gewaschener Körper und ein reiner Ort (hierzu werden oft Teppiche oder Tücher auf den Boden gelegt). Der Waschung (*wudû'*) wird sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt, sie symbolisiert die Hinwendung zu Gott und dient der inneren Läuterung und Abkehr von Sünde. Hände, Unterarme, Kopf und Füße müssen unter fließendem Wasser gereinigt werden. Ebenso soll das Ausspülen des Mundes als auch das Reinigen von Nase und Ohren geschehen. Frauen und Männer beten getrennt. (vgl. ebd., 33ff)

(3) Die Almosensteuer

Die dritte Säule (*zakât*) unterscheidet sich von Spenden (*sadaqa*), also freiwilligen Abgaben, da die Almosensteuer gesetzlich festgelegt ist. Sie muss von jedem/jeder volljährigen, gesunden und freien Muslim/a bezahlen werden. Nur nach bestimmten Rechtsauffassungen ist sie auch von minderjährigen und kranken Muslimen zu begleichen. Diese Pflicht soll vor Habgier schützen und als Dankbarkeit gegenüber Gott für den eigenen Wohlstand gelten. (vgl. Weiss 2008, 36)

(4) Das Fasten

Während des Monats Ramadan (der neunte Monat des islamischen Mondkalenders) sind alle volljährigen und gesunden Muslime zum Fasten aufgefordert. Von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang muss auf alle Art von Speisen, Getränke und Genussmittel (zum Beispiel Tabak) verzichtet werden. Weder Geschlechtsverkehr noch böse Gedanken und Taten sind erlaubt. Kranke, Altersschwache, Menstruierende, Schwangere und Stillende sowie Reisende werden allerdings vom Fasten ausgenommen. Erkrankte Gläubige können beispielsweise das Fasten, sobald sie wieder gesund sind, nachholen, oder Sühne leisten. Nach Sonnenuntergang gibt es oft ein üppiges Festessen. (vgl. Weiss 2008, 37f)

„Wer von euch in diesem Monat zugegen ist, soll während seines Verlaufs fasten. Wer jedoch krank ist oder auf einer Reise, der (faste) eine (gleiche) Anzahl anderer Tage. Allah wünscht, es euch leicht und nicht schwer zu machen, [...]“ (Der Koran, Sure 2/185)⁴

(5) Die Wallfahrt nach Mekka

Einmal im Leben muss jeder/jede Muslim/a nach Mekka pilgern, wobei wiederum kranke und arme Menschen ausgenommen sind. Dort steht in der großen Moschee von Mekka die *Ka'ba* (arab. für „Würfel“), welche seit 632 als zentrales Heiligtum des Islams gilt. In diesem schwarz verhängten Gebäude befindet sich der „Schwarze Stein“, ein hochverehrter Meteorit. Die Pilgerfahrt kann alleine gemacht werden, achtaber ist jedoch die „große“ *haddsch*. Diese Wallfahrt findet immer im letzten Monat des islamischen Mondkalenders statt und es sind dabei jedes Jahr rund zwei Millionen Menschen aus aller Welt vertreten. (vgl. Weiss 2008, 38f)

⁴ deutsche Koranfassung 1998, übersetzt nach Max Henning

3.2 Muslime in Wien

Folgendes Kapitel zeigt Tendenzen zur Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Hinblick auf Glaube und Herkunft der MigrantInnen in Wien und Österreich auf und soll dadurch gleichzeitig auf die Bedeutung des Themas „Transkulturelle Pflege“ aufmerksam machen.⁵

Laut dem Ergebnis der Volkszählung im Jahr 2001 liegt der AusländerInnenanteil österreichweit bei 8,9 %, davon sind 84 % im Ausland geboren.

Wien hatte 2001 1.550.123 EinwohnerInnen (EW), der Anteil der nicht-österreichischen Staatsangehörigen betrug 16 %, das sind 248.264 EinwohnerInnen. Im Jahr 2008 stieg die Bevölkerung von Wien auf 1.677.867 EinwohnerInnen an, die Anzahl der nicht-österreichischen StaatsbürgerInnen auf 19,8 % (332.200 EW). Schaut man nur auf die Anzahl der TürkInnen, die in Wien leben, haben 2,4 % (40.137) von ihnen eine türkische Staatsbürgerschaft, 3,8 % (64.091) haben als Geburtsland die Türkei (zum Teil österreichische StaatsbürgerInnen).

Aktuelle Zahlen zeigen im Vergleich, dass zwischen 2002 (1.562.737 EW) und 2007 (1.664.146 EW) das Bevölkerungswachstum von 1,3 % auf 0,8 % gesunken ist. Bemerkenswert ist, dass der Hauptanteil der Bevölkerungsveränderung nicht durch die Geburtenbilanz, sondern durch die Wanderungsbilanz (hauptsächlich durch Wanderung mit dem Ausland) erreicht wurde. Im 1. Quartal des Jahres 2008 hatten 35,6 % der Wiener Bevölkerung einen Migrationshintergrund, österreichweit waren es 17,4 %.

Wird die Bevölkerung von Wien nach ihrem Religionsbekenntnis aufgeteilt, stellten 2001 die Menschen mit islamischem Glaubensbekenntnis mit 7,8 % (121.149 EW) die zweitgrößte Bevölkerungsgruppe nach jenen mit römisch-katholischem Glauben (49,2 %) dar (außer Acht gelassen sind dabei diejenigen ohne Bekenntnis: 25,6 %). Die Herkunftsländer der MigrantInnen in Österreich, in denen ≥ 50 % der Bevölkerung dem Islam angehören, sind unter anderem Albanien, Bosnien und Herzegowina, die asiatische Nachfolgestaaten der UdssR⁶, der Nahe Osten, die Türkei und Nordafrika.

Bei der Volkszählung 2001 wurde auch auf die Sprachenvielfalt Rücksicht genommen: 82.000 österreichische Staatsbürger hatten eine der anerkannten

⁵ Quelle: Statistik Austria, www.statistik.at

⁶ Armenien, Aserbaidshan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan

Volksgruppensprache⁷ neben oder statt Deutsch als Umgangssprache, dreimal so viele (249.000) hatten eine andere Sprache als Umgangssprache (z. B.: Türkisch, Serbisch, Englisch).

Verfolgt man den Anteil der Bevölkerung mit islamischem und mit katholischem Religionsbekenntnis über Jahrzehnte hinweg, so ergibt sich bei ersteren eine klar ansteigende beziehungsweise bei zweiteren eine klar abfallende Tendenz:

Tabelle 1: Zunahme der Muslime seit 1971

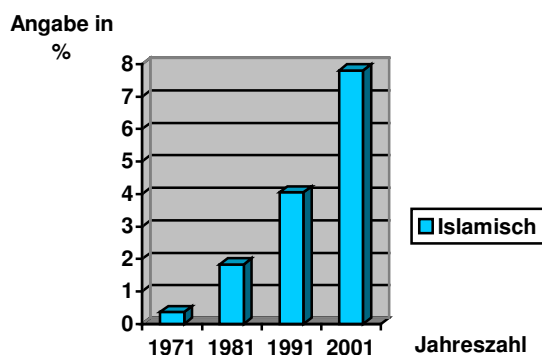
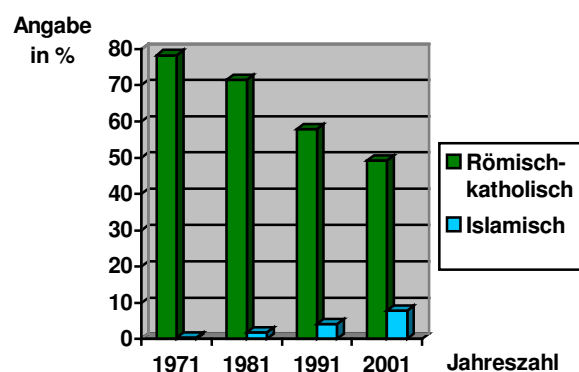


Tabelle 2: Vergleich zw. röm.-kath. Christen und Muslime



Islamisches Religionsbekenntnis

1971: 5.889 EW (0,36 %)
 1981: 28.099 EW (1,83 %)
 1991: 62.305 EW (4,05 %)
 2001: 121.149 EW (7,80 %)

Katholisches Religionsbekenntnis

1971: 1.268.279 EW (78,3 %)
 1981: 1.094.775 EW (71,49 %)
 1991: 889.985 EW (57,80 %)
 2001: 762.089 EW (49,16 %)

Diese Entwicklung ist für die transkulturelle Kompetenz in der Pflege von großer Bedeutung und darf nicht ignoriert werden.

Im Anhang A und B befinden sich informative Tabellen bezüglich der Bevölkerung (2001) nach Staatsangehörigkeit und Bundesländer sowie zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern.

⁷ Kroatisch, Romanes, Slowenisch, Slowakisch, Tschechisch, Ungarisch

3.3 Muslimisches Krankheitsverständnis

Um muslimische PatientInnen zu verstehen, ist es wesentlich zu wissen, was es für sie bedeutet, krank zu sein. Es gibt zwei grundsätzliche Deutungen von Krankheit und Behinderung im Islam: Einerseits als Prüfung Gottes und andererseits als Gnadenerweis und Sündenvergebung. Muslime haben die Aufgabe, sich durch die medizinische Wissenschaft bestmöglichst versorgen zu lassen und somit das anzunehmen, was ihnen Gott schickt. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 21)

„Gott hat keine Krankheit auf die Erde herabgesandt, ohne zugleich auch für das entsprechende Heilmittel zu sorgen.“ (Ebd., 19)

Die Medizin wird als eine der wichtigsten und ehrbarsten Künste angesehen. Jammern und Klagen über die Krankheit oder Behinderung ist nicht erwünscht, denn nur durch das richtige Handeln ist es auch möglich, im Paradies anzukommen. Deshalb ist der/die Muslim/a ebenso an die Pflicht gebunden, Verantwortung für den Körper und die eigene Gesundheit zu übernehmen. Der Körper ist nur eine Leihgabe Gottes und Krankheiten abzuwehren sowie verantwortungsvolles Umgehen mit diesem Geschenk sind somit selbstverständlich. Es lassen sich drei Grundsätze bezüglich dem muslimischen Krankheitsverständnis ableiten:

1. Gesundheit und Krankheit sind natürliche Phänomene
2. Gesundheit ist eine Gottesgabe
3. Gesundheit als erforderlicher Zustand für die Pflicht

(vgl. Ilkilic 2005⁵, 18ff)

Erst mit diesem Wissen über das verantwortungsvolle Umgehen mit dem eigenen Körper werden auch verpflichtende hygienische Vorschriften für Muslime (vgl. Kapitel 3.4) für das Krankenhauspersonal verständlich. Der islamische Glaube ist von der Praxis untrennbar und so versucht man, alle religiösen Pflichten wenn möglich auch im Krankenhaus zu erfüllen. Krankheit bedeutet zwar eine gewisse Einschränkung und die meisten religiösen Pflichten fallen für Kranke weg, doch viele gläubige Muslime möchten selbst im Krankheitsfall das Möglichste leisten. (vgl. ebd., 18f)

Durch eine Krankheit ist man geschwächt und kraftlos, was zur Folge hat, dass man sich näher zu Gott fühlt. Konstante Gesundheit bedeutet Unabhängigkeit und frei von

Bedürfnissen zu sein, das kann die Beziehung zu Gott schwächen. (vgl. Ilkilic 2002, 43)

Die göttliche Prüfung durch Krankheit muss nicht immer den/die PatientIn selbst betreffen. Alte und kranke Eltern zu haben, kann eine Prüfung für die Kinder darstellen. Die Pflege der Eltern wird als sehr wichtige Aufgabe und Pflicht von Muslimen gesehen. Die Kinder werden geprüft, ob sie die Eltern richtig behandeln und somit die islamischen Vorschriften einhalten. (vgl. Ilkilic 2002, 42f)

Im Volksglauben existieren daneben noch immer andere Erklärungsversuche für Erkrankungen, sie lassen sich jedoch aus keiner islamischen Quelle ableiten. Krankheit als Strafe Gottes für eine schlechte Tat oder eine unterlassene Pflicht hat nichts mit dem verankerten Glauben zu tun, ist aber unter älteren Muslimen gängig. Ebenso wie das Hilfesuchen bei einem/r traditionellen HeilerIn (*hoca*), welche/r Heilkräuter bzw. Amulette als Schutz vor dem bösen Blick (*nazar*) oder heilende Schriftstücke verkauft. Im Allgemeinen werden diese „HeilerInnen“ jedoch als Scharlatane bezeichnet und von der jüngeren und aufgeklärteren Generation abgelehnt. Für eine pflegerische oder medizinische Behandlung kann die Tatsache, dass ein/e traditionelle/r HeilerIn aufgesucht wird, dagegen von großer Bedeutung sein. Eine parallele Zweitbehandlung kann eventuell schädliche Auswirkungen auf den/die PatientIn haben. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 21ff)

Zimmermann (2000, 76) schreibt dazu, dass der/die „*Hoca*“ als geistiger Beistand für islamische PatientInnen zugezogen werden kann, solange er/sie sich nicht in die klinische Therapie einmischt. Dadurch zeigt das Krankenhauspersonal Wertschätzung gegenüber der fremden Kultur und durch Gebete, Schutzperlen und Amulette kann der/die „*Hoca*“ als Ko-TherapeutIn dem/der Kranken helfen, Hoffnung zu finden.

Zwei erwähnenswerte Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit stehen, sind *qadar* (Vorherbestimmung) und *tawakkul* (Vertrauen auf Allah). Es bedeutet, dass im islamischen Glauben die Heilung nur von Allah kommt. ÄrztInnen sind lediglich das Werkzeug Allahs und die durchführende Instanz, sie können jedoch nicht über Heilung und Nicht-Heilung bestimmen (vgl. Kapitel 5.2.3). (vgl. Wunn 2006, 142f)

Krankheit geschieht mit der Zustimmung und Allmacht von Allah und ist nicht immer als etwas Schlechtes zu sehen, sie muss daher auch nicht immer bekämpft werden.

Das Vertrauen auf Gott kann helfen eine Krankheit anzunehmen und zu ertragen. (vgl. Wunn 2006, 86)

3.3.1 Traditionelle Heilkunst im Islam

Die traditionelle Heilkunst des Islams geht auf einen Orden, den sogenannten Sufi-Orden, zurück. Daraus abgeleitet entstand die Sufi-Medizin, die wiederum als Grundlage zur Ausbildung von Sufi-ÄrztInnen dient. Ausgangspunkt ist dabei eine religiös begründete Krankenbetreuung, die sowohl medizinisch-naturwissenschaftliches Wissen umfasst, aber auch Prophetenmedizin und Volksmedizin. Krankheit wird in der Sufi-Medizin nicht als Plage gesehen, sondern bringt den Menschen näher zu Gott und soll ein mögliches Ungleichgewicht des Körpers kompensieren. Die Aufgabe des/der Arztes/Ärztin besteht also darin, den Ursprung dieses Ungleichgewichts zu finden und aufzuheben. Die Seele hat dabei einen großen Stellenwert und geht über die Symptombehandlung. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen ist eine Grundanschauung der Sufi-Medizin. Der Mensch an sich besteht aus den vier Elementen: Erde, Wasser, Feuer, Luft. Diese werden durch die Nahrungsaufnahme im Gleichgewicht gehalten, daher spielt die Ernährung beziehungsweise das Fasten eine große Rolle. Bestimmte Körperhaltungen, wie beispielsweise die Gebetshaltung und Atemtechniken, die während dem Rezitieren von Koranversen eingesetzt werden, sind ebenfalls für die Gesundheit förderlich. (vgl. Wunn 2006, 87ff)

3.4 Mögliche Probleme bei der Pflege von Muslime

Folgendes Kapitel soll auf die möglichen Problemfelder, die während eines Krankenhausaufenthalts von muslimischen PatientInnen entstehen können, aufmerksam und sensibel machen. Akzeptanz und Respekt sind dabei die Schlüsselworte, die das Krankenhauspersonal jedem/jeder PatientIn entgegenbringen soll – egal welcher Kultur und Religion er/sie angehört.

Bestimmte Pflichten, die gläubige Muslime erfüllen müssen, können erhebliche Auswirkungen auf den Pflegealltag haben. Grundsätzlich sind Kranke von den meisten Pflichten befreit, doch das Beten oder Fasten ist für viele Muslime so wichtig, dass es ihnen auch während ihres Krankenhausaufenthaltes ermöglicht werden sollte. Das Pflichtgebet selbst muss auch im Krankheitsfall eingehalten

werden, daher wäre ein eigener Gebetsraum für Muslime ideal, da es im Krankenzimmer für die MitpatientInnen störend sein kann. Es reicht ein Raum mit einem sauberen Teppich und einer Richtungsanzeige nach Mekka. Ein Waschbecken für rituelle Reinigungen sollte vorhanden sein und in der Mitte des Raumes ein Vorhang, damit Frauen und Männer getrennt voneinander beten können. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 28f)

Auch Wunn (2006, 161) schreibt, dass ein Gebetsraum ohne Geschlechtertrennung seinen Sinn verfehlt, da er dann von Frauen nicht benützt wird.

Koranexemplare sind bei jeder Moscheegemeinde erhältlich und sollten ebenfalls vorhanden sein. Pflegerische Maßnahmen oder der Zeitpunkt der Essensausgabe sollten dem/der PatientenIn früh genug mitgeteilt werden, damit er/sie seine Gebete zu einer anderen Zeit einplanen kann und so nicht vom Personal gestört wird. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 28f)

Die Fastenpflicht selbst im Krankheitsfall einzuhalten, kann zum Konflikt zwischen PatientIn und Personal führen. Einerseits steht im Koran geschrieben, dass Kranke davon ausgenommen sind, doch es ist nicht detailliert beschrieben, wo die Grenze zwischen gesund und krank ist. Daher stehen die Wahrung der Gesundheit und die Fastenpflicht im Spannungsverhältnis und viele Muslime befinden sich im Zwiespalt. In so einem Fall muss der/die PatientIn gut von seinen/ihren ÄrztInnen aufgeklärt werden, was die möglichen Folgen des Fastens sein können. Ein Imâm⁸ oder ein/e VertreterIn einer Moscheegemeinde können zur Beratung und weiteren Klärung des Dilemmas beigezogen werden. So kann auf die individuelle Krankensituation des/der Patienten/Patientin eingegangen werden. Falls das Fasten den/die Patienten/Patientin in Lebensgefahr bringt, gibt es keine freie Entscheidung für die Muslime, da ein drauf folgender Tod als Suizid zu verstehen ist und dieser im Islam verboten ist. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 30f)

Bei leichteren Erkrankungen ohne schwerwiegende Auswirkungen dürfen im Monat Ramadan während Sonnenaufgang und Sonnenuntergang keine Medikamente, Infusionen, Nasen- oder Ohrentropfen, künstliche Ernährung oder Injektionen verabreicht werden. Dabei sollten sich der/die PatientIn und das Krankenhauspersonal genau absprechen. Wenn möglich können die Medikamente nach Sonnenuntergang verabreicht werden oder aber die Therapie wird auf die Zeit nach dem Ramadan verschoben. (vgl. Weiss 2005⁵, 30f)

⁸ „Ursprünglich Synonym für ‚Kalif‘, den Leiter der Gesamtgemeinde; bei den Sunniten Vorbeter, bei den Schiiten auch Haupt- und oberster Lehrer der Gemeinschaft aller Gläubigen“ (Weiss 2008, 187)

Generell soll bei der Pflege von Muslimen beachtet werden, dass in den Speisen, aber auch Medikamenten kein Alkohol enthalten ist, da dies die muslimische Speisevorschrift verbietet. Der Verzicht auf Schweinefleisch ist in den meisten Krankenhäusern schon bekannt. Trotzdem soll mit jedem/jeder Patienten/Patientin persönlich abgesprochen werden, wie es um sein/ihr persönliches Einhalten der Speisevorschrift steht. Für manche Muslime ist die rituelle islamische Schlachtung von Tieren ein Anliegen (geschächtetes Fleisch) und so greifen sie im Krankenhausalltag auf vegetarische Kost zurück. Anstatt Blumen ist es bei Muslimen oft Tradition, selbstgemachte Speisen mitzubringen. Was das betrifft, muss dies auf jeden Fall mit den ÄrztInnen und/oder DiätassistentInnen besprochen werden (vgl. Ilkilic 2005⁵, 33f)

Der Wunsch nach einem/einer gleichgeschlechtlichen Arzt/Ärztin oder Pflegekraft sollte ebenfalls Berücksichtigung finden. Alleine die Tatsache, dass eine muslimische Frau von einem männlichen Arzt untersucht wird, bringt die Patientin in eine sehr unangenehme und schwierige Situation. Die Umgangsformen zwischen Männern und Frauen beruhen auf dem islamischen Verständnis von Intimität und körperlicher Unversehrtheit. Frauen sollen ihren gesamten Körper ausgenommen Hände, Füße und Gesicht verdecken. Der Mann soll vom Nabel bis zu seinen Knien bedeckt sein. Es geht darum das andere Geschlecht nicht zu erregen und seine eigene Intimität zu schützen. Wiederum muss zu Beginn der Aufnahme über die Wertvorstellungen des/der Patienten/Patientin gesprochen werden und von Seiten der Pflegenden akzeptiert werden. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 31f)

„Und sage den gläubigen Männern, daß sie ihre Blicke senken und ihre Keuschheit wahren sollen. Das ist geziemender für sie.“ (Der Koran, Sure 24/30)

„Und sage den gläubigen Frauen, daß sie ihre Blicke senken und ihre Keuschheit wahren und ihre Reize nicht zur Schau stellen sollen, außer was (anständigerweise) sichtbar ist; [...]“ (Der Koran, Sure 24/31)

Ein wichtiger Punkt ist die Vielzahl an BesucherInnen im Krankenhaus. Monika Hainz (2004) schildert in ihrer Diplomarbeit durch qualitative Interviews, was die größten Probleme verursacht. Hier ein Auszug aus einem dieser Gespräche mit dem Personal:

„Mir ist aufgefallen, dass so viele Besucher kommen (,) dass es halt Großfamilien sind, wo dann öfters die Besuchzeiten nicht eingehalten werden und ein ganze Horde kommt und dass sich die Mitpatienten aufregen (,) da ist man dann schon immer in einer Diskrepanz (,) auf der einen Seite ist es schön wenn alle kommen, auf der anderen Seite will man es den Mitpatienten auch recht machen [...]“ Interview 5: 4-8 (Hainz 2004, 188)

Um nicht allzu schnell darüber zu urteilen, sollte man wissen, was es mit der hohen BesucherInnenanzahl auf sich hat. Für gläubige Muslime gehört es zur sozialen Pflicht Familienmitgliedern oder engen FreundInnen einen Besuch abzustatten. Die Pflicht zum Krankenbesuch sieht man als Entfaltung der religiösen Identität und sie wird meist sehr ernst genommen (vgl. Kapitel 5.2.1). Für den/die KrankeN wiederum ist es ein Zeichen der Anerkennung und Zugehörigkeit in die Gemeinschaft, ohne diese Besuche wäre es ein „Im-Stich-lassen“. Daher werden diese häufigen Krankenbesuche auch nicht ausbleiben und es ist sehr wichtig, Kompromisse zwischen PatientInnen und Personal zu finden. Es besteht die Möglichkeit, die Besuche in ein Aufenthaltszimmer zu verlegen, um auf MitpatientInnen Rücksicht zu nehmen. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 34f)

Seit März 2009 gibt es eine neue Hausordnung für alle Wiener Spitäler des Krankenanstaltenverbundes (KAV), die ab sofort die BesucherInnenanzahl regelt. Die Tageszeitung Der Standard berichtete darüber in seiner Ausgabe vom 19. März 2009. Demnach soll durch die Regelung ein BesucherInnenandrang im Krankenzimmer verhindert werden. Die Hausordnung (siehe Anhang C) legt jedoch nicht fest, wie viele Personen maximal zu einem/r PatientIn eingelassen werden. Ein wichtiger Punkt ist laut KAV-Generaldirektor Wilhelm Marhold dabei das Einhalten der Besuchzeiten. Weiters soll diese Bestimmung dem Wohle des/der PatientIn zugute kommen und richtet sich „nicht gegen irgendeine Bevölkerungsgruppe“.

Des weiteren wurden Piktogramme zur Verdeutlichung aufgehängt. (vgl. derStandard 19.3.2009, 11 – Anhang D)

Abbildung 3



kein Besucherandrang im Krankenzimmer

limit the number of visitors at your bedside at any one time

није дозвољен превелики број посетиатеља у болесничким собама

nije dozvoljen prevelik broj posjetilaca u bolesničkim sobama

Hasta odasında fazla ziyaretçi akını olmamasına

(Quelle: www.wienkav.at)

Weitere Piktogramme weisen auf das strikte Rauchverbot und das Verbot von Tieren im Krankenhaus hin. Auch Aufforderungen wie „keine Belästigung anderer PatientInnen durch Lärm“, „keine Geschenke an das Personal“ und „halten Sie bitte Krankenzimmer und Aufenthaltsraum sauber“ sind auf Deutsch, Englisch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch und Türkisch zu lesen.

Was diese neue Hausordnung für muslimische Familien bedeutet, denen möglicherweise ein Besuch verwehrt wird, muss hinterfragt werden. Auch wenn es sich nicht gezielt gegen „irgendeine Bevölkerungsgruppe“ richtet, so sind doch muslimische Angehörige am ehesten davon betroffen. Das Verbot alleine ist daher keine Lösung und sollte mit ergänzenden Möglichkeiten, wie ein großer Aufenthaltsraum, erweitert werden.

Generell hat die Familie beispielsweise in der Türkei einen stärkeren Einfluss auf die Geschehnisse im Krankenhaus, als es in den westlichen europäischen Ländern üblich ist. Der Krankenbesuch oder die Mitnahme von Speisen ins Krankenhaus sind nur einige Beispiele. Oft passiert es beispielsweise in der Türkei, dass der Familie des/der Patienten/Patientin die Diagnose des/der Arztes/Ärztin zuvor mitgeteilt wird, um den/die ErkrankteN eventuell zu schonen. Diese Maßnahme ist zwar mit der westlichen Auffassung eines *informed consent* weder vereinbar noch für den/die Arzt/Ärztin vertretbar, jedoch zeigt sie welche Bedeutung der Familie in der Türkei zukommt. Das kranke Familienmitglied rückt hier in den Mittelpunkt und wird von allen umsorgt. Das Einbeziehen der gesamten Familie in die Krankengeschichte des/der Patienten/Patientin ist daher von großer Bedeutung (vgl. Kapitel 5.2.1). (vgl. Wesselmann et al. 2004, 25)

Ilklic (2006) schreibt dazu, dass das Wissen bzw. Nicht-Wissen über infauste Diagnosen, Wohlbefinden für den/die PatientIn bedeuten kann und somit situationsbezogen und kultursensibel auf die Werte eingegangen werden soll. Besonders am Lebensende verlieren medizinethischen Argumente im Gegenzug zur PatientInnenzufriedenheit eher an Bedeutung. (vgl. Ilklic 2006, 179)

Spezielle Hygienemaßnahmen können an der üblichen Krankenhausroutine anecken. Muslime differenzieren zwei Arten von rituellen Waschungen. Bei der Ganzkörperwaschung ist ein Vollbad, also die Reinigung des ganzen Körpers, vorgesehen. Sie erfolgt nach der Menstruation, der Geburt eines Kindes, dem Geschlechtsverkehr, dem Samenerguss im Schlaf und individuell auch vor dem Freitagsgebet. Die Teilkörperwaschung findet vor jedem Pflichtgebet statt und sieht die Reinigung von Händen, Mund- und Nasenhöhlen, Gesicht, Arme und Füße unter fließendem Wasser vor. Außerdem wird sie auch nach dem Benützen der Toilette, bei Blähungen und Austritt von Substanzen aus dem Körper (Blut, Eiter) sowie nach dem Tiefschlaf durchgeführt. (vgl. Ilklic 2005⁵, 35)

Ebenfalls wichtig für Muslime ist die Intimpflege, dabei sollte nach dem Stuhlgang eine Möglichkeit bestehen, sich mit fließendem Wasser zu waschen. Falls kein Wasserhahn in den Toilettenräumen vorhanden ist, kann es Muslime helfen, eine Gießkanne, oder eine Wasserflasche zur Verfügung zu stellen. Maniküre, Pediküre sowie die Pflege der Haare haben ebenso eine große Bedeutung. (vgl. Eisingerich 2003, 124)

Rituelle Reinigungen dienen nicht ausschließlich der hygienischen Sauberkeit, sondern helfen auch, *„die metaphysische Ordnung der Seele und des Geistes, die Orientierung auf Allah wiederherzustellen“* (Binder Fritz 1997, 147). Diesen Unterschied kann man daran erkennen, dass die rituelle Reinigung von „Unreinem“ gegebenenfalls auch mit Sand oder Erde vollzogen werden kann, falls kein Wasser zu Verfügung steht. Für Dialyse-PatientInnen kann es daher zum Problem werden, mit Schläuchen durch die Blut fließt, in Berührung zu kommen. (vgl. Binder Fritz 1997, 147f)

Obwohl es im Islam das grundsätzliche Prinzip *„Notlagen heben Verbote auf“* gibt, kann nicht jede schwierige Situation im Krankenhaus als Notlage angesehen werden (vgl. Ilklic 2006, 175). Mit der nötigen Menge an Toleranz und Verständnis ist eine individuelle und transkulturelle Pflege möglich.

4. Migration und Gesundheit

MigrantInnen kommen aus den verschiedensten Gründen in das Einwanderungsland. Krieg, Verfolgung, wirtschaftliche, ökologische oder politische Krisen in der Heimat können die Ursache sein. Für Loncarevic (2001, 67) trifft der Begriff „MigrantInnen“ auf jene Personen zu, die ihren Wohnsitz in andere Länder verlegen und dabei nationale Grenzen überschreiten. Es gibt auch noch einzelne politisch-rechtliche Einteilung der MigrantInnen in Gruppen. In der Bundesrepublik Deutschland wird nach Aufenthaltsstatus unterschieden:

- (Spät)AussiedlerInnen
- ausländische ArbeitnehmerInnen
- Flüchtlinge

(Spät)AussiedlerInnen haben in Deutschland den sichersten rechtlichen Status, da sie die deutsche Volkszugehörigkeit und somit auch alle BürgerInnenrechte bekommen haben. Ausländische ArbeitnehmerInnen oder ArbeitsmigrantInnen sind als GastarbeiterInnen nach Deutschland gekommen, anfangs in dem Glauben später wieder in ihr Heimatland zurückzukehren, was sich jedoch meist als Illusion herausgestellt hat. (vgl. Schulz 2003, 45ff)

Je länger der Aufenthalt im fremden Land besteht, desto schneller wird die ursprüngliche Heimat nicht mehr als Zuhause wahrgenommen. Es kommt sogar durch die eigenen Landsleute zu Diskriminierungen durch Bezeichnungen wie „Verdeutsche“ oder „Amerikaner“. Trotzdem bleibt die Rückkehrillusion aufrecht und viele MigrantInnen haben die Hoffnung, im hohen Alter mit den Kindern zurückzukehren. Da jedoch die zweite Generation keine sozialen Beziehungen zum Heimatland der Eltern hat und oft nicht einmal ihre „Muttersprache“ perfekt beherrscht, besteht für sie kein Grund zur Rückkehr. Meist sind die Ausbildungs- und Berufschancen besonders für Frauen im Aufnahmeland besser und so wird die Hoffnung mit der ganzen Familie zurückzukehren und von den Kindern im hohen Alter gepflegt zu werden, bei vielen ArbeitsmigrantInnen zerstört. (vgl. Zimmermann 2000, 143f)

Flüchtlinge oder AsylantInnen mussten aus ihrem Land fliehen, um möglicher Folter und Verfolgung zu entgehen und zu überleben. Für sie ist die gesundheitliche Situation am schwierigsten. Doch alle drei Gruppen gelten als MigrantInnen, sie mussten ihre alte Heimat verlassen, was oft mit dem Gefühl der Entwurzelung und Unsicherheit einhergeht. (vgl. Schulz 2003, 45ff)

David und Borde (2001) beschreiben darüber hinaus drei Migrationsgenerationen. MigrantInnen der ersten Generation suchen Kontakt mit Gleichgesinnten, wodurch es zur ethnischen Gruppenbildung kommt. Es findet lediglich im wirtschaftlichen und sozialen Bereich des Einwanderungslandes eine Anpassung statt. Grund dafür sind die Suche nach Geborgenheit bei den eigenen Landsleuten sowie eine bereits abgeschlossene Sozialisation bei den MigrantInnen. In der zweiten Generation kommt es zum Kulturkonflikt. Einerseits möchte die Elterngeneration ihre Kultur den Kindern vermitteln, andererseits jedoch kommt es durch Schule und Beruf zur Aneignung der „fremden“ Kultur des Aufnahmelandes. Die zweite Generation lebt sozusagen zwischen zwei Kulturen. Erst in der dritten Generation wird laut David und Borde (2001) die Herkunftskultur der Großeltern aufgegeben und es kommt zur vollständigen Anpassung mit den Wertestandards des Aufnahmelandes. (vgl. David; Borde 2001, 61)

Migration bedeutet auch, ein neues Leben einzugehen, als Minderheit zu leben, einen Teil der Familie zurückzulassen und/oder neue Werte zu lernen (vgl. Loncarevic 2001, 71). Diese Punkte sind nur einige, die Belastung und Druck auf jene Menschen ausüben und so zu gesundheitlichen Problemen führen können.

„Insgesamt zeigt sich, dass MigrantInnen deutlich einem höheren Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt sind. Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung treten Erschöpfungszustände etwas zehn Jahre früher auf.“ (Salman 2001, 89)

Sogenannte Migrationsstressoren können das Entstehen von Krankheiten begünstigen und auch eine seelische Belastung darstellen. Domenig (2001a, 22) zählt einige dieser Stressoren auf, wie zum Beispiel: traumatische Erlebnisse, Identitätskrisen, innerfamiliäre Zerreißproben, Diskriminierung, finanzielle Krisen oder unsichere und gefährliche Arbeitsverhältnisse.

Es ist durch bestimmte Verfahren nachgewiesen worden, „dass sich seelische Belastungen deutlich auf die Funktion der körpereigenen Abwehrkräfte auswirken“ (Lahmer 2000, 254). Ebenfalls wissenschaftlich bewiesen ist die Tatsache, dass länger anhaltender Stress das Immunsystem schwächt (vgl. ebd.). Wie gut oder schlecht Migration bewältigt wird, steht vor allem mit den jeweiligen Motiven in Zusammenhang, sowie mit Wünschen und Ängsten der MigrantInnen. 1979 entwickelte Carlos E. Sluzki⁹ fünf Phasen der Migration, wobei dieses Modell „'cross-cultural-validity', d. h. Gültigkeit unabhängig von kulturspezifischen Bewältigungs- und Verhaltensstilen beansprucht“ (Leyer 1991, 38). Diese Phasen bringen jeweils unterschiedliche Schwierigkeiten und Konflikte mit sich:

- Vorbereitungsphase
- Durchführung der Migration
- Phase der Überkompensation
- Phase der Dekompensation
- Generationsüberschreitende Phänomene

Die vierte Phase (Dekompensation) ist von Krisen und Symptomen geprägt, wenn klar wird, dass es keine Rückkehr in die Heimat gibt. Sie wird auch von Carlos E. Sluzki als „*stormy period*“ beschrieben. Die MigrantInnen stellen fest, dass Wandel und Anpassung in der neuen Umgebung nötig sind. Es kann zu familiären Krisen oder Scheitern von Ehen führen. Neue Kräfte und Lösungsstrategien müssen gefunden werden, um mit auftretenden Konflikten fertig zu werden. (vgl. Leyer 1991, 38)

Natürlich kann nicht allgemein gesagt werden, dass Migration automatisch krank macht, jedoch steuern Faktoren wie ein schlechtes Wohn- und Arbeitsverhältnis, Probleme mit der Aufenthaltsbewilligung, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und die gravierenden Veränderungen im Leben dazu bei. Die gesundheitlichen Probleme können sowohl somatischer als auch psychosozialer Natur sein. (vgl. Loncarevic 2001, 83)

⁹ Amerikanischer Familientherapeut und Systemtheoretiker

Unter dem Begriff "Kulturschock" verbirgt sich für Leyer (1991, 50f) eine niedrigere Belastungs- und Frustrationsgrenze in allen Lebensbereiche bei MigrantInnen, was wiederum zu psychosomatischen, neurotischen und psychotischen Störungen führen kann.

Ein großer Prozentsatz von MigrantInnen kann zum sozial benachteiligten Milieu gezählt werden. Dadurch schon im Nachteil treten in der Gesundheitsversorgung noch zusätzliche Zugangsbarrieren auf. Auch wenn eine Diagnose bei MigrantInnen gestellt wird, scheitert die entsprechende Behandlung oft an fehlenden transkulturell arbeitenden Einrichtungen. Die fehlende Kommunikation beziehungsweise Verständigungsschwierigkeiten zwischen Pflegepersonal und MigrantInnen wird häufig als größtes Problem im Umgang mit MigrantInnen angegeben. (vgl. Salman 2001, 90)

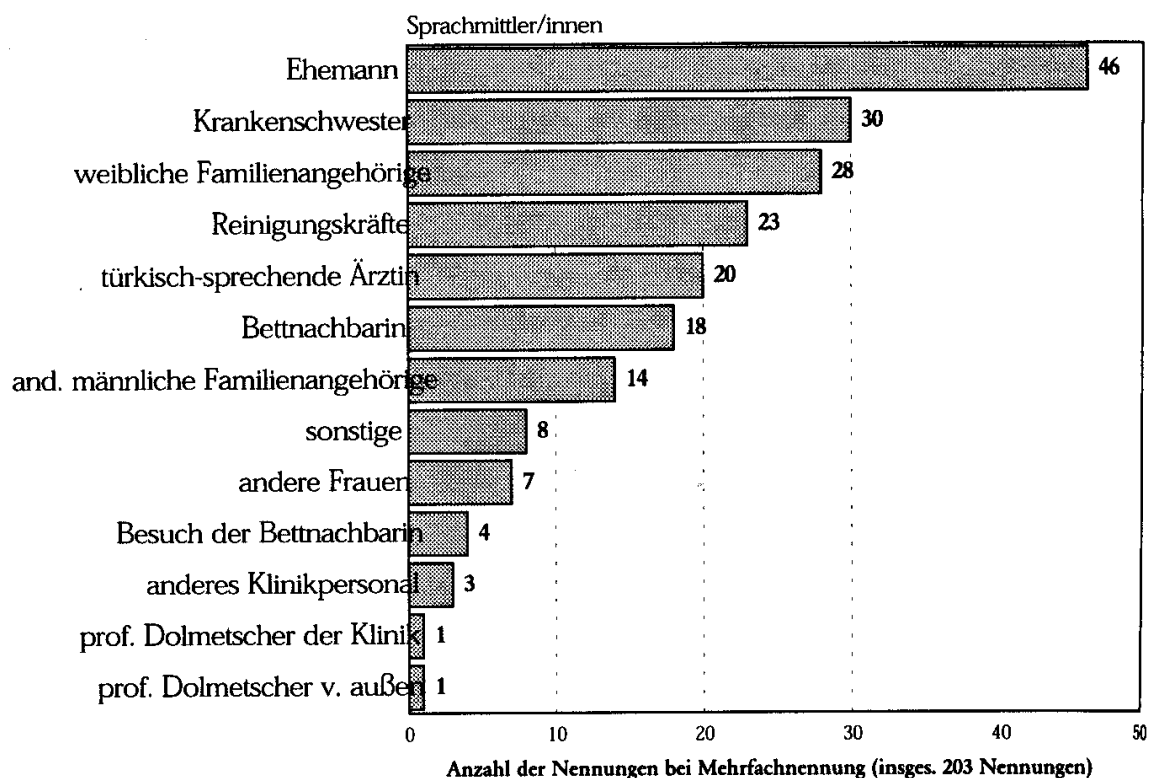
Da die Anamnese für die richtige Diagnosestellung die wichtigste Informationsquelle ist (vgl. Hoffbauer 2003, 19), ist es bei MigrantInnen schwer, festzustellen, was ihnen fehlt. Ohne sprachliche Verständigung ist es MigrantInnen nicht möglich, über ihre Beschwerden oder Schmerzen zu berichten und so bleibt ihnen die notwendige Information zur Problemlösung verschlossen. Auch Zimmermann (2000) schreibt, dass die fehlenden Sprachkenntnisse bei der Anamnese eine negative Auswirkung zeigen. Bei höchstens einem Fünftel der ausländischen PatientInnen wird eine entsprechende Anamneseerhebung gemacht, ansonsten werden mithilfe „objektiver“ Befunde Diagnosen erstellt. Die Folge sind nicht nur unnötige finanzielle Belastungen für das Gesundheitssystem, sondern auch Belastungen für den/die PatientIn selbst. (vgl. Zimmermann 2000, 21)

Dem ungeachtet dürfen auch strukturelle Barrieren nicht vergessen werden. Es gibt kaum muttersprachliche Informationen über Sinn und Zweck bestimmter Angebote wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen. Daher ist es auch verständlich, wenn MigrantInnen präventive Maßnahmen wie beispielsweise Krebsvorsorgeuntersuchungen kaum in Anspruch nehmen. Muttersprachliche Folder, aber auch qualifizierte DolmetscherInnen fehlen. Oft sind entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten das Problem und so werden häufig Familienangehörige oder ausländische KrankenhausmitarbeiterInnen als ÜbersetzerInnen herangezogen. (vgl. Salman 2001, 90ff)

Die nachstehende Grafik stammt aus einer Public-Health-Studie aus Deutschland und wurde zwischen 1996 und 1999 durchgeführt. Es wurden Daten von gynäkologisch erkrankten türkischen und deutschen Frauen erhoben (vgl. David, Borde 2001, 71).

Die Abbildung zeigt auf, wer die Übersetzungen für die Patientinnen durchgeführt hat.

Abbildung 4: „Wer hat für Sie übersetzt, wenn es nötig war?“ (n=92)



(David, Borde 2001, 308)

Fachbegriffe und korrekte Information über die Krankheit oder Therapiemöglichkeiten können durch LaiendolmetscherInnen nicht immer erfüllt werden, daher scheint es nahezu absurd, dass die Folgekosten für eine falsche Behandlung aufgrund von Missverständnissen und Unverstandeneheit höher einzuschätzen sind, als die Finanzierung von qualifizierten DolmetscherInnen. (vgl. Salman 2001, 90ff)

Daneben führt Zielke-Nadkarni (1997) einige Punkte an, die durch die Vernachlässigung kultureller Faktoren im Gesundheitssystem entstehen und den *„Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen von Pflege und Medizin beeinträchtigen und damit (in)direkt potentielle Folgekosten verursachen“* (Zielke-Nadkarni 1997, 101). Sie unterscheidet dabei die möglichen Schäden zwischen dem gesundheitlichen Dienst und den PatientInnen, wie zum Beispiel eine hohe Frustrationsschwelle beim Personal, Verschwendung von Testverfahren und Medikamenten oder nicht-behandelte Krankheitszustände bzw. Verschlechterung bei den MigrantInnen. (vgl. ebd., 102)

Selbst das traditionelle Krankheitsverständnis kann eine Barriere sein. Es ist wichtig den PatientInnen die Ursache für ihre Krankheit und auch Behandlungsvorgänge genau zu erklären. Nur wenn beide Parteien, Arzt/Ärztin und PatientIn, vom Behandlungserfolg überzeugt sind, wird dieser eintreten. (vgl. Salman 2001, 93)

Durch kulturspezifische Unterschiede in der Symptomdeutung können einem/einer MigrantIn in der alten Heimat und in der neuen Umgebung zwei völlig unterschiedliche Behandlungen angeboten werden – bei dem exakt gleichen Krankheitsbild. Vor allem im psychischen Bereich ist es oft schwer zu deuten, was der/die PatientIn meint. Daher ist es von größter Wichtigkeit, dass auf den ethnokulturelle Kontext des/der zu Behandelnden eingegangen wird, um Reaktionen auf psychische Belastungen zu verstehen. (vgl. Leyer 2000, 52)

Aus einer anderen Sicht sehen Sonja Stark und Hans Wolter Migration im Krankenhaus. Die beiden AutorInnen meinen, dass es Zeit ist MigrantInnen aus ihrer Stigmatisierung zu befreien und keine spezielle PatientInnengruppe zu bilden. Ihrer Meinung nach gibt es genauso bei inländischen PatientInnen kommunikative Probleme, Fachbegriffe und medizinische Termini werden von keinem Laien verstanden. Auch die gesundheitlichen Probleme von MigrantInnen unterscheiden sich nicht zu jenen der einheimischen Bevölkerung. Grundsätzlich kann laut Stark und Wolter gesagt werden, dass durch MigrantInnen Mängel und Probleme, die im

Krankenhausalltag bereits existieren, nur noch deutlicher zu erkennen sind. Demzufolge darf Migration nicht als krank-machender-Faktor gesehen werden. (vgl. Wesselmann et al. 2004, 15)

4.1 Wohlbefinden

Laut WHO wird Gesundheit definiert als ein „*Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens...*“ (Meyers Lexikon 1995, zit. nach Schulz 2003, 39f). In einem anderen Lexikon der Medizin wird Gesundheit ebenfalls als „*subjektives Wohlbefinden ohne Zeichen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Störung*“ definiert (Reuter 2004, 786).

Gesundheit wird oft mit Wohlbefinden gleichgesetzt oder in Verbindung gebracht. Es gibt genug Phrasen, die schon vertraut klingen und kaum mehr hinterfragt werden. Doch was bedeutet der Begriff Wohlbefinden überhaupt und ist er im Zusammenhang mit MigrantInnen sinnvoll? Das subjektive Gefühl von Wohlbefinden muss für den Menschen nicht zwangsweise auch Gesundheit bedeuten. Was ist mit RaucherInnen oder Drogenabhängigen im Rauschzustand? Auch ein/e DiabetikerIn kann sich bei Nichteinhaltung seiner/ihrer Diätregeln wohl fühlen, aber ob es gesund sein mag, ist zu bezweifeln. Gesundheit darf daher nicht durch den Begriff Wohlbefinden ersetzt, sondern muss damit ergänzt werden. Somit sind objektive und medizinische Diagnosen mit dem subjektiven Empfinden von PatientInnen vereint. Vor allem was das Empfinden von Schmerz betrifft, welches in den einzelnen Kulturen sehr unterschiedlich sein kann. Wohlbefinden ist aber nicht gleich Wohlbefinden. Genau wie der Begriff Gesundheit ist auch Wohlbefinden nicht frei von Werturteilen, welche wir selbst festlegen. Somit können sowohl Pflegekräfte als auch MigrantInnen eine andere Auffassung darüber haben. Daher sollte es das Ziel der Pflege sein, frei von unseren eigenen Urteilen und Einstellungen zu werden und Unabhängigkeit zu erreichen. (vgl. Schulz 2003, 39ff)

Was die Pflege betrifft, ist es laut Schulz (2003) auf jeden Fall sinnvoll, bei einem längerfristigen Aufenthalt von MigrantInnen die individuelle Vorstellung von Wohlbefinden zu erfragen, welche „... *über die Bedürfnisse des aktuellen Wohlbefindens hinausgehen*“ (Schulz 2003 56). Berücksichtigung müssen dabei die Kultur des Herkunftslandes, die individuelle Situation des/der MigrantIn und die Aussagen zum derzeitigen Zustand finden. (vgl. ebd., 56f)

4.2 Schmerz

„Jeder kennt seine Wirkung [des Schmerzes], jeder weiß, wozu er uns bringen kann. Wir schreien, wimmern und weinen vor Schmerz, wir stöhnen und ächzen, jammern und klagen, zittern und beben, der Schmerz verschlägt uns die Sprache und läßt uns tanzen, er läßt uns hadern und zerreißt uns, er entstellt uns und verklärt uns mitunter. Es ist klar, eine Empfindung, die sich, wie die Sprache belegt, so variationsreich manifestiert, hat zahlreiche Aspekte, sensorische nicht weniger als emotionelle.“ (Lenz 1998, 10f)

So beschreibt der Schriftsteller Siegfried Lenz in seinem Essay „Über den Schmerz“ die Emotion Schmerz und nicht weniger komplex ist dieses Thema auch, welches ebenso schon viele ForscherInnen beschäftigt hat.

Um eine mögliche Art der Definition zu finden, haben sich einige WissenschaftlerInnen zusammengetan und im Auftrag der „*International Association for the Study of Pain*“ (IASP) Schmerz als

„ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (Kröner-Herwig 2004, 3)

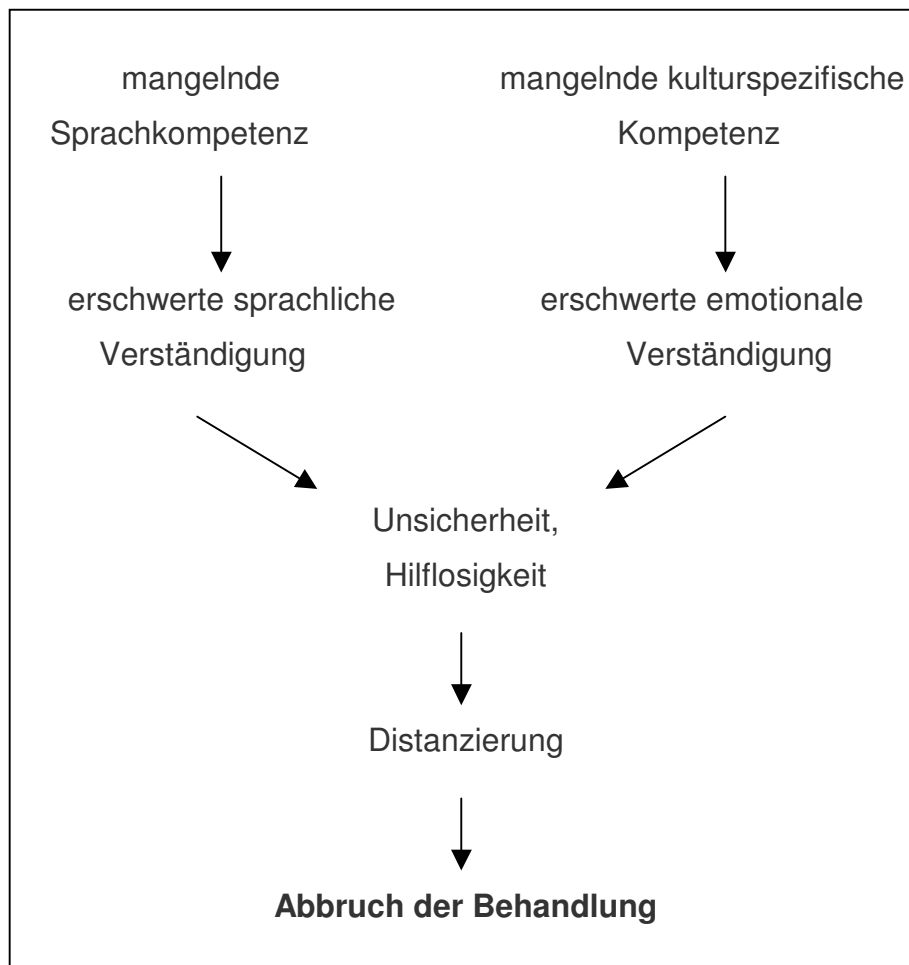
dargestellt. Durch diese Auslegung des Begriffes wird hervorgehoben, dass Schmerz sowohl eine sensorische als auch eine emotionale Qualität besitzt. Weiters wird Schmerz als ein körperliches Phänomen beschrieben, welches auch ohne Gewebeschädigung auftreten kann. Jedoch fehlt bei der vorliegenden Definition die Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz sowie die Betonung der behavioralen Seite des Schmerzes. (vgl. Kröner-Herwig 2004, 4)

Das subjektive Erleben von Schmerz ist kulturell geprägt. Vor allem in den westlichen Industrieländern wird er als etwas Fremdes und Unerfreuliches gesehen. In der Medizin hat die Bekämpfung des Schmerzes durch unterschiedliche Therapien einen sehr hohen Stellenwert. Mittlerweile ist es durch zahlreiche Studien wissenschaftlich belegt, dass es eine unterschiedliche Schmerztoleranz und Verhaltensunterschiede zwischen den einzelnen Kulturen gibt. Auch geschlechtsbezogene Unterschiede und

ethisch-religiöse Gegensätze spielen im individuellen Schmerzerlebnis eine Rolle.
(vgl. Müller-Busch 2004, 8ff)

Wenn MigrantInnen beim Besuch des/der Arztes/Ärztin über Schmerzen klagen, kommt es neben Kommunikationsproblemen häufig auch zu kulturbedingten Missverständnissen. Gerade bei Muslime ist die besondere Schamhaftigkeit den ÄrztInnen oft schon bekannt, dadurch entstehen Berührungsängste und es kommt mitunter nicht zur körperlichen Untersuchung und in Folge dessen zum Therapieabbruch.

Abbildung 5: Interaktionsprobleme in bikulturellen Arzt/Ärztin/TherapeutIn-PatientIn-Kontakten



(Glier; Erim 2004, 230)

Schmerzäußerungen werden vor allem von türkischen und südeuropäischen MigrantInnen im Krankenhausalltag als übertrieben wahrgenommen, doch ist es für diese Ländern typisch im Krankheitsfall sehr emotional zu reagieren. Es darf jedoch nicht falsch interpretiert werden: auf der einen Seite ist das Klagen und Jammern nicht immer mit dem Schweregrad der Krankheit oder des Schmerzes gleichzusetzen, auf der anderen Seite darf das Pflegepersonal aber nicht immun dagegen werden und das Klagen nicht mehr ernst nehmen. Es gilt Symptompräsentation und Symptomempfindung zu unterscheiden. Unpassende Bezeichnungen wie „Fernöstliche Wehleidigkeit“, „Südländerkrankheit“ oder „Morbus Bosphorus“ sind sogenannte Verlegenheitsdiagnosen; sie zeigen die bestehenden Vorurteile auf und sind nicht angebracht. (vgl. Zimmermann 2000, 67f)

Aus kulturelle bedingten Gründen werden Schmerzen von MigrantInnen häufig sehr lebendig und bildhaft beschrieben: als Schlange die durch den Körper wandert, oder herumkribbelnde Ameisen. Dabei besteht die Gefahr, dass bei diese PatientInnen irrtümlicherweise ein falsche Diagnose, wie etwas ein psychotisches Syndrom, festgestellt wird. (vgl. Glier; Erim 2004, 231)

Auch Leyer (1991, 47) schreibt, dass durch die bestehenden Verständigungsschwierigkeiten mit MigrantInnen gravierende organische Krankheiten eher übersehen werden und viel schneller psychosomatische oder psychiatrische Ursachen diagnostiziert und behandelt werden, was jedoch zu chronischen Beschwerden führen kann.

Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren im Umgang mit immigrierten SchmerzpatientInnen kommen Barbara Glier und Yesim Erim (2004) zu folgendem Schluss:

„eine optimale schmerztherapeutische Behandlung erfordert fachliche, sprachliche und kulturspezifische Kompetenzen.“ (Glier; Erim 2004, 235)

Schmerz kann sehr gut durch Mimik und Gestik mitgeteilt werden, dennoch kommt es im Krankenhausalltag oft schon zum Kontaktverlust. Der/die PatientIn wird von einer Untersuchung zur nächsten gebracht, muss immer wieder die gleichen Fragen beantworten, erhält aber keine Antworten und das Krankenhauspersonal verliert sozusagen den Blick auf den ganzen Menschen. PatientInnen fühlen sich allein gelassen und können ihre Empfindungen nicht mehr direkt mitteilen, da ihnen die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte und ÄrztInnen fehlt. Schmerzdarstellungen werden nicht mehr verstanden und es kommt zu zahlreichen organischen Untersuchungen. Viele PatientInnen mit Migrationshintergrund lassen es sich durch ihre kulturelle Zugehörigkeit nicht gefallen, wenn das Personal unangemeldet ins Krankenzimmer platzt und Körperteile in entwürdigender Weise für alle sichtbar aufdeckt. Es kommt zu Anschuldigungen und Rückzugsverhalten. Die Teilnahme der Familie von MigrantInnen durch zahlreiche Besuche wird wiederum vom Personal als störend empfunden und es kommt zu einem Teufelskreis aus dem auszubrechen für alle Beteiligte sehr schwierig wird. (vgl. Hüper, Kerkow-Weil 2001, 294ff)

4.3 Besondere Organe

In jeder Kultur stehen unterschiedliche Organe im Mittelpunkt. Im Süden von Europa, sowie in vorderorientalischen Gebieten werden beispielsweise körperliche Symptome hauptsächlich dem Kopf, Ober- und Unterbauch zugeordnet. Die Leber, auch „schwarze Leber“ genannt, spielt im mittleren und nahen Osten ebenfalls eine wichtige Rolle. Sätze wie „*Meine Leber tut weh*“, oder „*Meine Leber fällt oder schwimmt weg*“ sind dabei typische Aussagen, welche selten mit organischen Ursachen in Verbindung stehen. Die Leber, als Sitz der Gefühle, wird mit negativen Emotionen oder Traurigkeit assoziiert und obige Sätze können bedeuten, dass es dem/der Patienten/Patientin schlecht geht und er/sie sich erschöpft oder überfordert fühlt. Ebenfalls wichtig ist der Nabel. Er befindet sich genau in der Körpermitte und ist somit für das Gleichgewicht, im Sinne von seelischer Verfassung, zuständig. „*Mein Nabel ist gefallen*“ ist der wohl am bekannteste Satz in diesem Zusammenhang. Er deutet auf einen schlechten seelischen Zustand hin, man fühlt sich aus dem Gleichgewicht gebracht. Weiters wird der Uterus mit jeglicher Art von Unterleibsproblemen in Zusammenhang gebracht. Die Lunge oder „weiße Leber“ steht für den gesamten Brustraum. Bei Lungenschmerzen können genauso gut Brust-, Rücken-, oder Halsbeschwerden gemeint sein. (vgl. Zimmermann 2000, 48f)

Durch die ganzheitliche Darstellung von Körper und Seele sind Aussagen wie „*alles schmerzt*“ oder „*alles ist krank*“ verständlicher. Die rein naturwissenschaftliche Sicht auf den Körper zeigt, dass ein Organ krank sein kann und der übrige Körper gesund. Dieses Denken ist jedoch nicht immer mit anderen Sichtweisen vereinbar und sollte nicht als allgemein gültig gesehen werden. Es ist daher wichtig Symptombeschreibungen von MigrantInnen sorgfältig zu beachten und ernst zu nehmen. Für westliches Denken unklare Aussagen sollten nicht mit Sprachproblemen oder geringer Intelligenz in Verbindung gebracht werden. (vgl. Wesselman, 27)

5. Pflege bei Sterbenden

Gerade dann, wenn der Tod nahe ist, rücken bei vielen Menschen religiöse und spirituelle Themen in den Vordergrund, selbst wenn man bisher nicht sehr gläubig war. Daher ist es wichtig, den sterbenden PatientInnen religiösen oder seelsorgerischen Beistand zu ermöglichen. (vgl. Arndt 2002, 65)

Im Jahr 2001 gab es in Österreich 74.767 Todesfälle, davon starben 55,3 % im Krankenhaus. In Wien dagegen verstarben 70,5 % von 16.943 Menschen im Spital. Daraus lässt sich ableiten, dass das Sterben in der Stadt mit großer Wahrscheinlichkeit auch Sterben im Krankenhaus bedeutet. (vgl. Körtner 2007, 214f).

Daher ist es wichtig, das Thema Sterben und Tod im Krankenhaus näher zu beleuchten und vor allem auf die Pflege einzugehen. Denn am Ende des Lebens treten die Pflegekräfte in den Vordergrund, um dem sterbenden Menschen seine Bedürfnisse zu erfüllen. Es geht nicht mehr primär um Heilung; Minimalmedizin und Maximalpflege sind die neuen Grundsätze. Die Hinwendung zum/zur Patienten/Patientin, das Wahrnehmen seiner/ihrer Bedürfnisse und Vorlieben und die Krankenbeobachtung stehen im Mittelpunkt. (vgl. Arndt 2002, 50)

Natürlich ist das nicht auf alle Stationen in einem Krankenhaus übertragbar. Auf Intensivstationen sieht das Sterben anders aus, als auf einer Onkologie oder Palliativstation, wo es möglich ist, sich um die sterbenden PatientInnen zu kümmern, denn das Sterben kann hier lange dauern. Es treten Bedürfnisse wie Trinken, Essen, Schmerzen, Unruhe und Mitteilungsbedürfnis in den Vordergrund. Daher sind auch die pflegerischen Maßnahmen eventuell zu ändern und neu zu planen. (vgl. ebd., 50f)

Im Jahr 2002 verfasste Marianne Arndt ein Buch mit dem Titel „*Pflege bei Sterbenden*“. Die ehemalige Krankenschwester lehrte an der Universität Stirling in Schottland und an der Universität Witten Herdecke Pflegewissenschaft. In ihrem Werk gibt sie teilweise konkrete Anweisungen, wie zum Beispiel:

- Das Bett immer sauber und trocken halten
- Tägliche Ganz- oder Teilwaschung
- Fuß- und Fingernägel pflegen
- Rasur und Haarpflege nach Wunsch des/der Patienten/Patientin
- Prophylaxe: Mundpflege an erster Stelle
- Bequeme Lagerung vor Dekubitusprophylaxe (Druckstellen sind trotzdem zu vermeiden)
- PatientInnen nicht zum Essen oder Trinken zwingen
- Auf Wünsche beim Essen (Lieblingsgericht) eingehen
- Phasen des Schlafens und Ruhens nicht durch Pflegemaßnahmen stören
- Rechtzeitige Schmerzbekämpfung
- Besuche zu jeder Tages- und Nachtzeit ermöglichen
- Mithilfe bei der Pflege durch Angehörige, wenn erwünscht, zulassen
- Niemand soll alleine sterben!

(vgl. Arndt 2002, 52ff)

Für Arndt (2002) ist es wichtig, dass das Pflegepersonal ein größeres Bewusstsein für sterbende PatientInnen aufbringt und diese genau beobachtet werden. Das Krankenhaus ist für diese Menschen die letzte Wohnstätte und daher hat das Sterbezimmer für Arndt eine große Bedeutung. In einem Krankenhaus sollten dafür Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Ein persönliches Zimmer, in dem der/die Sterbende die letzten Stunden oder Tage in einer entsprechenden Umgebung verbringen kann. Dabei sollte es sich um ein Einzelzimmer handeln, das auch groß genug ist, dass Angehörige darin Platz finden und die Möglichkeit haben, eine Nacht bei dem/der Kranken zu bleiben. Eine wohnliche und angenehme Atmosphäre weg von der Hektik des Krankenhausalltages ist angebracht. (vgl. ebd., 48f)

Pribil (2005, 194) schreibt, dass das Zimmer des/der Sterbenden einerseits als Familienzimmer dienen soll, andererseits aber auch eine Rückzugsmöglichkeit für den/die Patienten/Patientin bieten muss. Das individuelle Gestalten des Raumes (Fotowand, Blumen, Kinderzeichnungen) ist außerdem ein wichtiges Bedürfnis vieler Menschen.

„Es gilt, das Notwendige zu tun und das Überflüssige zu lassen! Dies ist die Kunst bei der Pflege Sterbender. Wir müssen immer wieder neu pflegerische Entscheidungen fällen, die der konkreten Situation des Patienten angepasst sind.“ (Arndt 2002, 52)

Mit dieser Aussage trifft Arndt (2002) genau das, worum es bei der Pflege von Sterbenden geht. Es sollte in einem Akutkrankenhaus möglich sein, die Pflege in verschiedenen Perspektiven zu betrachten, dazu muss nicht unbedingt eine Palliativstation oder ein Hospiz vorhanden sein.

„Wenn die Pflege im Hospiz als ‚gute‘ Pflege bezeichnet wird, dürfte es eigentlich keine Gründe dafür geben, dass sie nicht auch in anderer Umgebung praktiziert werden könnte.“ (Arndt 2002, 64)

Ewers (2005) schreibt dazu, dass chronische und unheilbar erkrankte Menschen im Gesundheitswesen zu kurz kommen. Die PatientInnen fühlen sich als Objekt wahrgenommen und weniger als Individuum. Der Miteinbezug in den Pflegeprozess fehlt, außerdem bleiben psychische und soziale Erkrankungen unbeachtet. Des weiteren wird von den PatientInnen bemängelt, dass das soziale Umfeld viel zuwenig Beachtung bekommt, obwohl es als positive Ressource im Pflegeprozess gesehen werden sollte. Sowohl fehlende Kommunikation als auch PatientInnenorientiertheit werden als negative Erfahrung genannt. (vgl. Ewers 2005, 84f)

Als Grund für diese Mängel nennt Ewers (2005, 88) das versteckte Leitmotiv vieler Institutionen: *„Die PatientInnen bekommen, was wir zu bieten haben“*, d. h. das Angebot richtet sich nach den Wünschen von KostenträgerInnen und BetreiberInnen der Gesundheitseinrichtungen und nicht nach den Vorstellungen der PatientInnen.

„Die Folge sind Strukturen und Arbeitsabläufe, die eine patientenorientierte Pflege und Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen eher verhindern, als sie zu ermöglichen.“

(Ebd., 88)

Ein weiterer wichtiger Punkt, der bei der Pflege Sterbender großen Wert hat, ist die Autonomie des/der Patienten/Patientin. Das Recht auf Selbstbestimmung gehört ohne Zweifel zur Würde des Menschen. Das Krankenhauspersonal kann niemanden eine medizinische Behandlung aufdrängen und PatientInnenverfügungen sind einzuhalten, solange nicht gegen das Tötungsverbot verstoßen wird. (vgl. Körtner 2007, 223)

„Persönliche Überzeugungen und Werthaltungen von Patienten sind zu achten und der ausdrückliche Wille eines Menschen, was seine medizinische Behandlung betrifft, zu respektieren.“ (Körtner 2007, 223)

5.1 Palliativpflege

Die Definition von Palliativmedizin im Springer Lexikon der Medizin lautet:

„aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen und anderer Krankheitsbeschwerden sowie psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt; Ziel ist die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörige.“

(Reuter 2004, 1611f)

In dieser Begriffsbestimmung ist schon sehr viel enthalten, was die Palliativpflege oder Palliativmedizin ausmacht. Die Bedürfnisse des Patienten sowie die Wiederherstellung der Lebensqualität stehen im Vordergrund. Dazu ist ein multiprofessionelles Team notwendig, welches sich aus verschiedene Berufsgruppen zusammensetzt (vgl. Kern, Gasper-Paetz 2005, 30).

Körtner (2007, 220) stellt unter anderem die Frage, wie sich die religiöse Begleitung von Nicht-ChristInnen mit der im christlichen Ursprung verankerten Hospizbewegungen oder Palliative Care vereinbaren lässt. Somit verbindet sich die Palliativpflege mit den Werten der transkulturellen Pflege (siehe Kapitel 2.2).

Cicely Saunders, Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin, setzte sich nach dem Zweiten Weltkrieg in Großbritannien für eine Verbesserung der Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen ein. Das war der Beginn der Hospizbewegung, die es sich zum Ziel setzte, die Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. (vgl. Heimerl, Pleschberger 2005, 46)

Seit Ende 2007 gibt es in Österreich 228¹⁰ Hospiz- und Palliativeinrichtungen¹¹. Als einziges Land im deutschsprachigen Raum hat Österreich eine universitäre Verankerung von Palliative Care. An der Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt, kurz IFF, kann das Studium zum/r „akademischen Experten/in in Palliativ Care“ als auch der „Master of Advanced Studies/Palliative Care“ abgeschlossen werden. (vgl. Heimerl, Pleschberger 2005, 62)

PatientInnenorientierung, Umgang mit Sterben und Tod, Schmerz- und Symptommanagement, Interdisziplinarität und Begleitung von Angehörigen sind die wichtigsten Schlagwörter, die die Palliativpflege ausmachen. Der Kommunikation bei Sterbenden muss ebenfalls sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt werden. Oft ist es für die PatientInnen nicht mehr möglich sich so auszudrücken, wie sie es möchten. Bei akuten und chronischen Krankheiten kann es zu starken Einschränkungen der Sprache durch Tumore oder Erkrankungen der Luftwege kommen. Hier tritt die Körpersprache in den Vordergrund, die Aufmerksamkeit richtet sich auf andere Dinge, nicht mehr auf das gesprochene Wort. Daher ist etwa das Beobachten der PatientInnen von großem Wert. (vgl. Jancke 2005, 104ff)

„Man kann nicht nicht kommunizieren“ lautet eines der Grundgesetze der Kommunikation des österreichischen Psychologen Paul Watzlawick (vgl. Watzlawick, et al. 2000¹⁰, 51). In diesem Sinne sollte das Pflegepersonal, auch ohne mit dem/r

¹⁰ Daten: Hospiz Österreich, Stand 31. Dezember 2007

¹¹darunter fallen Hospizteams, Palliativkonsiliardienste, Mobile Palliativteams, Palliativstationen, Stationäre Hospize und Tageshospize

Patienten/Patientin sprechen zu müssen, erkennen, wann der/die PatientIn Schmerzen hat oder beispielsweise etwas trinken möchte.

Biographiearbeit ist notwendig, falls sich der/die PatientIn schon mit Beginn der Aufnahme in das Krankenhaus nicht verbal mitteilen kann. Vor allem hinsichtlich des spirituellen Hintergrunds oder der Religiosität. Wie deutet der/die Patient/in die Krankheit und welche Bedeutung hat das Sterben für ihn/sie? Ist ein religiöser Beistand von Nöten und was muss ich als Pflegekraft beachten? All diese Fragen gehören im Vorfeld geklärt und sollten auch verstanden werden. Zu wissen, warum MigrantInnen eine andere Pflege brauchen, als es im „normalen“ Krankenhausalltag üblich ist, kann für das nötige Verständnis unter dem Pflegepersonal ausreichen (vgl. Hainz 2004, 105).

Weiher (2005) beschreibt drei Grundsätze eines Sterbebeistandes:

- das Begleiten
- die Dimension „Deutung“
- das rituelle Begehen

Unter dem ersten Grundsatz „*Begleitung*“ meint Weiher (2005) das Einfühlen und Mitfühlen der Pflegekräfte. Empathie ist in der Pflege schon zu einem tragenden Wort geworden und man sollte sich im Pflegealltag immer wieder bewusst machen, was es wirklich bedeutet. Es ist wichtig, auf die PatientInnen einzugehen, ihre Gefühle wahrzunehmen und zu achten. Mit der Dimension „*Deutung*“ sollen Pflegekräfte offen werden für das persönliche Schicksal der PatientInnen, was natürlich eine sehr schwierige Aufgabe ist. Viele Aussagen von PatientInnen haben eine spirituelle Ebene, in der sie bestimmte Dinge über ihr Leben, ihre Sehnsüchte und Wünsche mitteilen. Weiher (2005) nennt das die symbolische Kommunikation. Es geht dabei nicht um die Deutung von Gesagtem, sondern um das Aufgreifen dieser Symbole (es wird über das Wetter, die Enkelkinder, den Garten zuhause, etc. geredet) und das aktive Zuhören. Solche Aussagen können den PatientInnen helfen mit dem Sterben oder dem Tod umzugehen. Weiters stellt Weiher (2005) die These auf, dass die Menschen kaum direkt über den Sinn des Lebens sprechen, sondern über die Identität zur Sinnfrage gelangen. (vgl. Weiher 2005, 150ff)

„Rituale sind anthropologisch angelegte Stützfunktionen, die es ermöglichen, das Geheimnis des Sterbens und den ‚Raum‘ des Todes zu ‚begehen‘.“ (Weiher 2005, 159)

Mit dem dritten Grundsatz des Sterbebeistandes, dem rituellen Begehen, soll vermieden werden, das Sterben nur rationell zu sehen. Im Krankenhaus wird nicht nur darauf gewartet, dass der/die PatientIn stirbt, denn Pflegekräfte sind in gewissem Maß SeelsorgerInnen für die Sterbenden und kümmern sich um sie. PatientInnen spüren genau, ob der Krankenhausalltag nur noch routinemäßig abläuft, oder ob es tatsächlich um den Menschen – also um sie – selbst geht. (vgl. ebd., 159)

5.2 Muslimisches Todesverständnis

Die grundlegendsten Glaubensprinzipien des Islams, die den Tod betreffen, sind der Glaube an das Jenseits, die Auferstehung nach dem Tod und das Jüngste Gericht. Die persönliche Einstellung zum Tod ist auch ausschlaggebend dafür, was die medizinische Maßnahmen am Lebensende betrifft (siehe mehr Kapitel 5.2.3). Der Tod ist ein von Gott festgelegter Zeitpunkt und bedeutet für alle Muslime die Heimkehr zu Gott. Niemand kann ihm entkommen.

„Wo immer ihr seid, der Tod wird euch einholen, auch wenn ihr in hochragenden Türmen wärt.“ (Der Koran, Sure 4/78)

Er ist jedoch nicht als Folge von Sünde oder als Ende der Menschheit zu sehen. Dennoch werden die schlechten oder guten Taten eines/einer jeden bestraft bzw. belohnt. Der Sterbeprozess wird als zeitlicher und örtlicher Übergang zum Jenseits gesehen, die Seele verlässt dabei den Körper und gelangt an einen Aufenthaltsort. Am Auferstehungstag vereinigen sich Körper und Seele wieder. Beim Prozess des Sterbens tritt der Todesengel (*Azrail*) in Erscheinung, der die Aufgabe hat Seele und Körper voneinander zu trennen. Danach findet eine Befragung im Grab statt, wodurch entschieden wird, ob die Seele im „*Paradiesgarten*“ oder im „*Höllenpfuhl*“ verweilt. Beim Jüngsten Gericht schließlich werden alle Toten versammelt (*Hashr*) und im Rückblick auf ihre Taten wird über Bestrafung oder Belohnung abgewogen. (vgl. Ilkilic 2006, 165ff)

„Und wer Gutes (auch nur) im Gewicht eines Stäubchens getan hat, wird es sehen. Und wer Böses (auch nur) im Gewicht eines Stäubchens getan hat, wird es sehen.“ (Der Koran, Sure 99/7-8)

Den Todeszeitpunkt weiß zwar nur der Gott allein, jedoch besagt der islamische Volksglaube, *„dass die Stunde des Todes einem jeden Menschen auf die Stirn geschrieben ist“* (vgl. Reintjens-Anwari 1996, 175). Nach dem Tod soll der Leichnam sobald wie möglich in eine Moschee gebracht werden, dahin kommen dann auch Verwandte und Bekannte, um die für Muslime verpflichtenden Totengebete zu sprechen. Auch die Bestattung sollte so rasch wie möglich vollzogen werden. Der Leichnam wird meist in einem Leichentuch begraben, das Gesicht muss Richtung Mekka gewandt sein. (vgl. Weiss 2008, 62f)

Viele MigrantInnen schicken ihre Verstorbenen in die Türkei zurück, um sie im Heimatland und -erde begraben zu lassen. Ein Grund dafür ist die in Österreich üblich Exhumierung nach etwa zehn Jahren, was der ewigen Totenruhe im Islam widerspricht. Seit 3.Oktober 2008 gibt es in Wien-Liesing einen eigenen Friedhof für Muslime. Rund 4.000 Tote können dort begraben werden, es gibt eine eigene Raum für rituelle Totenwaschungen sowie ein Kühlhaus. Die Pflicht für eine Bestattung im Sarg bleibt jedoch weiter bestehen.¹² Auf muslimischen Friedhöfen werden die Gräber nicht geschmückt, sondern sind ganz einfach und schlicht gehalten. Zu verschiedenen Festen werden die Gräber regelmäßig besucht (vgl. Heller 2005, 167).

5.2.1 Rituale bei sterbenden Muslimen

Jeder Mensch vollzieht in seinem Leben eine Reihe von Ritualen, ob bewusst oder unbewusst. Sie gehören zu unserem Dasein und vor allem bei Übergängen und Neuanfängen (wie z. B.: Geburt, Hochzeit, Tod) werden sie durchgeführt. Ihr Aufgabe ist es, eine Botschaft oder eine Tradition weiterzugeben, sie haben eine stabilisierende Funktion und könne auch Anerkennung bedeuten. (vgl. Böcker et al. 2005, 333)

¹² Quelle: Bestattung Wien

Im Islam gibt es, genau wie im Christentum, die Sündenvergebung durch Gott, doch wenn sich die Menschen untereinander streiten oder verletzen, sollte dies immer persönlich geklärt werden und eine persönliche Entschuldigung ist ratsam. So gesehen bekommt „der letzte Besuch“ bei einem/einer sterbenden Muslim/a eine andere Bedeutung und ist für den/die Sterbende, aber auch für die Mitbetroffenen die letzte Chance eigene Fehler zu entschuldigen oder jemanden zu verzeihen. Dieser „letzte Besuch“ sollte aber aus Freundschaft und Solidarität geschehen und zum Nachdenken über das eigene Leben anregen. Im Krankenhausalltag kann es bei einer großen Anzahl an BesucherInnen zu Unverständnis kommen, gezieltes Konfliktmanagement und Aufklärung dürfen daher nicht vernachlässigen werden (vgl. Kapitel 3.4). (vgl. Ilkilic 2005, 48f)

Totenrituale haben in der islamischen Welt den gleichen Stellenwert wie eine Hochzeit. Eine/n Sterbende/n alleine zu lassen, ist unverzeihlich. Familienangehörige sollen ihn/sie auf dem letzten Weg begleiten und betreuen. Der Tod wird dadurch zur Familienangelegenheit (vgl. Kapitel 3.4). (vgl. Reintjens-Anwari 1996, 192f)

Viele gläubige Muslime nutzen die Zeit kurz vor dem Tod für Gebete und nehmen eine kontemplative Haltung ein, das heißt, sie werden ruhig und richten ihre Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gedanken, ähnlich wie bei einer Meditation. Auch bei nicht tief gläubigen Muslimen nimmt die Religion am Ende des Lebens oft eine größere Rolle ein. (vgl. Heller 2005, 166)

Am Bett des/der Sterbenden werden von einem Vorbeter (*Imam*) oder einem/einer arabisch-lesenden Muslim/a Koranrezitationen aufgesagt, empfohlen wird dabei die Sure 36, die vom Propheten Muhammad als Herz des Koran bezeichnet wird und „*die über das wahre Wesen des menschlichen Lebens den Sterbenden als auch den Trauernden unterweist*“ (Ilkilic 2006, 173).

Findet ein Todeskampf statt, darf der/die Sterbende nicht berührt werden, um die Seele nicht festzuhalten. Der Glaubenssatz sollte das Letzte sein, das der/die Sterbende sagt (vgl. Kapitel 3.1). (vgl. Reintjens-Anwari 1996, 193)

Nachdem der Tod eingetreten ist, werden die Hände des/der Verstobenen gekreuzt, die Augenlider geschlossen und das Kinn mit einem Stück Stoff hochgebunden (vgl. Ilkilic 2006, 173f). Außerdem werden alle übrigen Körperöffnungen verschlossen, damit es bösen Geistern nicht möglich ist, in den Körper einzudringen. Auch während dieser Ausführungen wird aus dem Koran rezitiert. (vgl. Weiss 2008, 62)

Die rituelle Waschung sollte alsbald und von Angehörigen ausgeführt werden, da ein Leichnam keinesfalls von Nicht-Muslimen berührt werden darf. Falls das unmöglich ist, sollte sich das Pflegepersonal auf jeden Fall Handschuhe anziehen. (vgl. Heller 2005, 167)

Die Ganzwaschung erfolgt immer von gleichgeschlechtlichen Muslimen und sollte mit sanften Berührungen durchgeführt werden. Das Wasser darf nicht zu heiß oder kalt sein, sondern wie für einen noch lebenden Menschen. Darüber hinaus sollte das verwendete Wasser abfließen können. Nach der Waschung wird der Leichnam in ein weißes Totentuch (*Kefen*) gewickelt, wobei dieses Tuch weder Saum noch sonstige Verzierungen haben soll. Das Totengebet durch einen Imam gehört zu einer weiteren Pflicht gegenüber des/der Verstorbenen. (vgl. Ilkilic 2006, 174)

Innerhalb von 24 Stunden soll die Beisetzung im Grab geschehen (vgl. Heller 2005, 167). Feuerbestattungen sind im Islam verboten (vgl. Tanzler 2005, 205). Ilkilic (2005, 49) empfiehlt für die gesamte Zeit des Sterbens Muslime in einem Einbettzimmer unterzubringen; außerdem sollten Telefonnummern von Moscheegemeinden aufliegen, um gegebenenfalls einen Imam kontaktieren zu können.

5.2.2 Trauer im Islam

Um den Verlust eines geliebten Menschen zu zeigen, gibt es unterschiedliche geschlechtsspezifische Reaktionen. Muslimische Männer zeigen eher durch Stille ihre Betroffenheit, die Frauen durch lautes gemeinsames Klagen, Weinen und Jammern. Dieses Auftreten kann bei dem Personal eines Krankenhauses zu Unbehagen führen, da solche offene Reaktionen für unsere westliche Kultur ungewohnt sind. Um die nahen Verwandten zu trösten, ist die Anwesenheit der Angehörigen und guten Bekannten sehr wichtig, man zeigt somit, dass die Familie nicht alleine ist. Genügend Zeit sich von dem/der Toten zu verabschieden, sollte auf einer Krankenstation in jedem Fall geboten sein. Trauerrituale brauchen Zeit und ein hektischer Krankenhausalltag ist dabei nicht die beste Voraussetzung. Die intensivste Zeit der Trauer ist drei bis sieben Tage unmittelbar nach dem Tod, jedoch unterscheiden sich die Trauerzeiten individuell je nach Tradition. (vgl. Esingerich 2003, 134f)

In der Zeit direkt nach dem Tod, sollen sich die Angehörigen weder waschen, noch zurecht machen oder die Kleider wechseln. NachbarInnen und Bekannte kümmern sich um Trauerbesuche und kochen auch für die Familie. (vgl. Heller 2005, 168)

Auch die Trauerkleidung ist nicht in allen muslimischen Regionen gleich, sie kann schwarz, blau aber auch weiß sein (vgl. Weiss 2008, 48f). Oder, wie es in der sunnitischen Tradition üblich ist, es soll kein Anzeichen der Trauer nach außen hin sichtbar sein. Totenklagen sind in manchen Teilen der islamischen Welt ein wichtiger Bestandteil, unterscheiden sich aber so wie alle anderen Bräuche je nach jeweiliger Tradition. (vgl. Esingerich 2003, 134f)

5.2.3 Ethische Fragen am Lebensende

Da der Tod als unveränderbarer von Gott festgesetzter Zeitpunkt gesehen wird, ist eine Vereinbarung mit lebensverlängernden Maßnahmen um jeden Preis schwer zu treffen. Es kommt jedoch immer auf die Interpretationsweise an. Durch einen anderen Blickwinkel gesehen, können lebensverlängernde medizinische Maßnahmen als PatientInnenwohl gedeutet werden. Gott kann auch in hoffnungslosen Situationen helfen und nur er alleine kennt den Zeitpunkt des Todes. Somit sind Intensiv- sowie Krebstherapien für Muslime durchaus vorstellbar. Die resignative Einstellung, dass die Heilung in Gotteshand liegt und er jeden Menschen, wenn er möchte, ohne Therapie heilen kann, wird klar verurteilt. Diese Auffassung sich dem Schicksal zu ergeben, passt nicht mit dem islamischen Gottvertrauen zusammen (vgl. Kapitel 3.3). (vgl. Ilkilic 2006, 167f)

Schwieriger wird die Diskussion beim Thema Sterbehilfe. Die aktive Sterbehilfe wird klar verurteilt, da sie als Mord bzw. Selbstmord zu interpretieren ist und beides kategorisch abgelehnt wird.

„Und bringt euch nicht selbst ums Leben; siehe, Allah ist barmherzig gegen euch.“ (Der Koran, Sure 4/29)

„Und niemand stirbt ohne Allahs Erlaubnis, zu einem im Buch festgesetzten Termine.“ (Der Koran, Sure 3/145)

Was aber die passive Sterbehilfe betrifft, sind die Meinungen geteilt. Sie gehen von einer Therapiepflicht am Lebensende, über die Empfehlungen zur Therapie bis hin zur freien Entscheidung der PatientInnen. Da die lebenserhaltenden Maßnahmen den Todeszeitpunkt lediglich verschieben und keine Heilung mehr möglich ist, kann die dritte Position mit dem Einverständnis der PatientInnen oder der Familie als islamrechtlich legitimiert gesehen werden. Auch die Debatte rund um das Thema Hirntod lässt noch viele Fragen offen. Die klassische islamische Definition von Tod hilft dabei wenig: *„Der Mensch gilt als tot, wenn seine Seele den Körper verlassen hat“*. Aus Angst lebendig begraben zu werden, wird in den klassischen Werken der islamischen Tradition die körperliche Veränderung von Toten genauestens beschrieben. Daher ist es schwierig, sich nach diesen Todeskriterien beim Hirntod zu orientieren. Vielen Muslimen fällt es schwer, den Hirntod als absolute Todesgewissheit anzunehmen. (vgl. Ilkilic 2006, 169ff)

Was die Leichenöffnung betrifft, ist zwischen forensischer und klinischer Obduktion zu unterscheiden. Beides wird zwar weder im Koran noch in *Sunna* behandelt, doch wenn es darum geht einen ungeklärten Todesfall zu lösen (forensische Obduktion), ist es beispielweise wichtiger den/die MörderIn mithilfe einer durchgeführten Autopsie zu finden, als die Wahrung der körperlichen Integrität. Zur allgemeinen Klärung einer Todesursache (klinische Obduktion) spielt der gesellschaftliche Nutzen eine Rolle. Wenn man durch die Leichenöffnung beispielsweise abklären kann, ob eine Epidemie naht, so wird sie akzeptiert. Obduktionen zur Durchführung von Qualitätssicherung oder Führen von Statistiken sind unerwünscht. Hier steht die körperliche Unversehrtheit im Vordergrund. (vgl. Ilkilic 2005, 51f)

Einigkeit über das Forschen an Leichen für wissenschaftliche Zwecke gibt es nicht. Einerseits steigt dadurch die Ausbildungsqualität von MedizinerInnen, was einen gesellschaftlichen Nutzen bringt, andererseits gäbe es auch andere Möglichkeiten, zum Beispiel Tierkadaver sowie plastische oder virtuelle Modelle. Auf jeden Fall muss eine Leiche mit Würde und Respekt behandelt werden. Auch ein Totengebet sollte gesprochen werden. (vgl. Ilkilic 2006, 177)

5.3 Kommunikation bei Sterbenden im Krankenhaus

*„Ein freundliches Wort kostet nichts
und ist doch das schönste aller Geschenke.“*

(Daphne du Maurier)

Abgesehen von den Grundgesetzen der Kommunikation gibt es viele weitere Punkte oder Regeln, die das Kommunizieren erleichtern und die Beziehung der Beteiligten positiv fördern können. Gerade bei der Kommunikation mit Sterbenden kann der richtige Umgang mit dem/der Patienten/Patientin als gewichtige Größe für eine bessere Lebensqualität entscheidend sein. (vgl. Jancke 2005, 101)

Das aktive Zuhören spielt dabei eine sehr wichtige Rolle. Es geht um das Hören, das Füreinander-da-sein und Akzeptieren des/der anderen. Schweigen sollte nicht als unangenehme Gesprächspause gesehen werden, sondern ebenfalls als Kommunikation. Ratschläge, Lösungsvorschläge und Moralpredigten sind unerwünscht. Das aktive Zuhören dreht sich nur um das Hören und nicht um das Tun. (vgl. Lahmer 2000, 148)

Um eine Beziehung zu einem/einer Patienten/Patientin aufzubauen, ist auch die nonverbale Kommunikation von Bedeutung. Allein durch Blicke und Gesten lässt man sein Gegenüber Akzeptanz, Mitgefühl oder Anteilnahme spüren (vgl. Bühlmann, Stauffer 2001, 202). Unsere Empfindungen werden durch die Körpersprache ausgedrückt, daher ist es nicht verwunderlich, dass die nonverbale Kommunikation zu 80 % unsere Entscheidungen bestimmt (vgl. Molcho 1988, 49). Körperkontakt und Berührung spielen bei der Kommunikation ebenfalls eine wichtige Rolle, sie gelten als die ursprünglichsten Formen der sozialen Kommunikation. Dabei sind aber die kulturellen Unterschiede zu beachten. Nicht überall wird es als positiv empfunden, wenn man sich zum Beispiel als Zeichen des Trostes berührt. Das traditionelle islamische Verständnis von Intimität und Schamhaftigkeit sieht die Bedeckung des Körpers vor, Blickkontakte und Berührungen von Fremden werden so weit wie möglich vermieden. Jedoch ist es wichtig, nicht selbstständig zu entscheiden, welche/r PatientIn nun das Händeschütteln ablehnt und wer es vermutlich annimmt. Es gibt nicht den/die muslimische/n PatientIn. Einige Muslime akzeptieren bereits die „westlichen Begrüßungsformen“ und wären enttäuscht, wenn man es ihnen nicht anbietet. Daher ist es wichtig, sich gleich bei der Aufnahme von jedem/r PatientIn

über die persönlichen Wertvorstellungen und religiöse Anschauungen zu informieren. (vgl. Ilkilic 2005⁵, 32)

Das größte Problem bei der Kommunikation mit MigrantInnen ist die Sprache. Bühlmann und Stauffer (2001) führen dabei richtig an, dass dieses Problem auf beiden Seiten existiert, wobei sich der/die MigrantIn in der erheblich schlechteren Position befindet. Oft erfahren MigrantInnen nichts über ihren tatsächlichen Gesundheitszustand oder über die geplanten medizinischen Maßnahmen. Der Vergleich von Bühlmann und Stauffer (2001) zwischen Sprachproblemen im Krankenhaus und im Urlaub ist dabei sehr treffend. Im Urlaub macht es Spaß mit anderssprachigen Menschen zu kommunizieren und sei es mit Händen und Füßen, irgendwie ist es immer möglich, sich zu verständigen. Doch kaum passiert das im Krankenhausalltag, wird die Verständigungsschwierigkeit als lästig und anstrengend empfunden. Die einfachsten Informationen können nicht übermittelt werden. Folgende Möglichkeiten zur Verständigung schlagen Bühlmann und Stauffer (2001) vor, wobei der eigenen Kreativität keine Grenzen gesetzt sind:

- Die PatientInnen auf der Station herumführen und ihnen Aufenthaltsräume, Duschmöglichkeiten und Toiletten zeigen. Fernsehgerät und Telefon vorführen.
- Bildtafeln austeilen, auf denen sich Abbildungen (z. B.: Essen, Trinkglas, Toilette) befinden. Der/Die PatientIn aber auch das Personal kann darauf deuten und somit die Bedürfnisse bekannt geben/abfragen. Eine individuelle Anpassung ist hier leicht möglich.
- Bild- und Wörterbücher
- Schmerzskalen von „kein Schmerz“ bis „unerträgliche Schmerzen“. Die PatientInnen können mit einem Schieber die Schmerzstärke bekannt geben.

(vgl. Bühlmann, Stauffer 2001, 202f)

Was auf jeden Fall vermieden werden muss, in der Praxis jedoch immer wieder vorkommt, ist das so genannte „Ausländerdeutsch“. Es sollte nicht passieren, dass mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen nur stichwortartig gesprochen wird und keine richtigen Sätze gebildet werden. Auch die „Kleinkindchenkommunikation“ und das damit verbundene automatische Duzen sind völlig fehl am Platz. Ein weiteres

Phänomen ist der immer lauter werdende Tonfall im Umgang mit ausländischen PatientInnen, was dann oft in die Befehlsform übergeht. Die Lautstärke im Gespräch trägt nichts zum sprachlichen Verstehen bei und wird lediglich als herabsetzend und unpassend empfunden. Sprachliche Defizite dürfen keine Anlass sein, MigrantInnen als schlecht erzogene, einfache und ungebildete Menschen abzustempeln. Daher sollten ÄrztInnen keinen Unterschied in der Sprache zwischen ausländischen und inländischen PatientInnen in Lautstärke, Grammatik und Höflichkeitsform machen. (vgl. Zimmermann 2000, 16ff)

6. Der Einsatz von DolmetscherInnen

Die Zusammenarbeit im Krankenhaus mit DolmetscherInnen ist so gut wie unvermeidbar. Dabei werden jedoch zwei verschiedenen Gruppen unterschieden. Mit nicht-professionellen DolmetscherInnen sind Laien gemeint, also Angehörige oder Verwandte des/der Patienten/Patientin, aber auch das Krankenhauspersonal mit Migrationshintergrund. Sie alle gehören gleich wie der/die Erkrankte einer Minderheit an und haben oft die gleichen migrationspezifischen Erfahrungen gemacht.

Professionelle DolmetscherInnen werden speziell ausgebildet und müssen meist vom Krankenhaus extra angefordert werden. Es gibt auch die Möglichkeit des Telefondolmetschens.

Generell darf ein/e nicht-deutschsprachige/r PatientIn im Krankenhaus kein unüberwindbares Hindernis darstellen. ÄrztInnen und Pflegepersonal sollten darauf eingestellt und gegebenenfalls im Umgang mit MigrantInnen geschult werden. Pia-Marina Guardiola und Ulrich F. Gruber haben zusammen ein Buch mit dem Titel „*Wie sagt's der Arzt auf ...*“ geschrieben, in welchem wichtige Phrasen in acht verschiedenen Sprachen übersetzt sind und somit zur ersten Verständigung zwischen MigrantIn und Krankenhauspersonal beitragen können (vgl. Guardiola; Gruber 2000²).

Edith Kellnhauser und Susanne Schewior-Popp widmen sich mit ihrem Buch „*Ausländische Patienten besser verstehen*“ ebenfalls dem Sprachproblem im Krankenhaus und bieten im Anhang Materialien für die Praxis an, wie zum Beispiel eine gute Auswahl an Piktogrammen sowie Übersetzungstafeln und Anamnesebögen in verschiedenen Sprachen (vgl. Kellnhauser, Schewior-Popp 1999). Eine kleine Auswahl an Piktogrammen sind in dieser Arbeit im Anhang E hinzugefügt.

6.1 Nicht-professionelle DolmetscherInnen

Wenn die Sprachbarriere unüberwindbar ist, gibt es oft keine andere Möglichkeit als eine/n DolmetscherIn hinzuzuziehen. Leider passiert es zu oft, dass dabei nicht-professionelle DolmetscherInnen eingesetzt werden, das heißt, es werden Verwandte oder Bekannte des/der Patienten/Patientin gefragt, oder Krankenhauspersonal hinzugezogen (siehe Abb. 4). Dabei entstehen aber viele unbedachte Problemfelder. Für kleinere Kinder ist es oft zu schwierig, das zu verstehen, was der/die Arzt/Ärztin sagt, oder aber es ist den Eltern unangenehm, bestimmte Themen vor ihren Kindern zu besprechen. Dasselbe Problem tritt allgemein dann auf, wenn Verwandte oder Bekannte als DolmetscherInnen beauftragt werden. Nicht alles möchte man in Anwesenheit von Menschen, die einen kennen, besprechen, vor allem was bestimmte Krankheitsbilder oder intime Fragen betrifft (vgl. Bühlmann, Stauffer 2001, 206f).

Ebenfalls kann es durch LaiendolmetscherInnen zu falschen Übersetzungen kommen und in Folge davon zu Missverständnissen, gehäuften Untersuchungen, Therapiewiederholungen und langen Liegezeiten,

„... letztendlich ein unnötiger finanzieller Mehraufwand, der in keinem Verhältnis zu kurzen Hinzuziehungen von medizinisch trainierten Dolmetschern steht.“ (Albrecht 2002, 290)

Für Alltagsfragen ist es meist kein Problem nicht-professionelle DolmetscherInnen beizuziehen, alles was darüber hinausgeht, sollte aber mit professionellen DolmetscherInnen geklärt werden. Problematisch ist dabei zum Beispiel, wenn ausländisches Krankenhauspersonal für Übersetzungen herangezogen wird, denn zum einen fehlt es an medizinisch-pflegerischen Kenntnissen, da oft Angestellte des

Transport- oder Reinigungsdienstes dazu angehalten werden, als DolmetscherInnen zu fungieren. Zum anderen ist es nicht ihre Aufgabe, für die sie bezahlt werden und es ist nicht möglich, die Angestellten ständig von ihrer eigentlichen Beschäftigung abzuziehen (vgl. Bühlmann, Stauffer 2001, 206f).

LaiendolmetscherInnen laufen außerdem Gefahr eigene Ratschläge zu geben, Partei zu ergreifen oder sich für die Gefühle der PatientInnen verantwortlich zu fühlen. Es kann vorkommen, dass sie von der Rolle des/der Dolmetschers/Dolmetscherin in eine scheinbar ko-therapeutische Rolle fallen. (vgl. Barkowski 2007, 48f)

In der nachstehenden Grafik sind die wichtigsten Kriterien aufgelistet, die für eine externe oder interne Übersetzungshilfe entscheidend sind:

Abbildung 6: Entscheidungskriterien: „Externe oder interne Übersetzungen?“

gering ←	Dringlichkeit	→ hoch
gut ←	Planbarkeit	→ schlecht
lang ←	Dauer	→ kurz
hoch, abstrakt ←	Komplexizität	→ tief, konkret
hoch ←	Tragweite/Konsequenz für den Patienten	→ gering
gut, mittelfristig ←	Verfügbarkeit der dolmetschenden Person	→ gut, kurzfristig
hoch ←	Emotionalität	→ tief
viele ←	kulturelle & religiöse Aspekte	→ wenige
vorgesehen ←	Nachfolgetermin	→ nicht vorgesehen



(Bischoff et al. 2006, 55)

Diese Tabelle stammt aus einem Forschungsbericht des Institutes für Pflegewissenschaft der Universität Basel, welches ein Projekt mit Namen „Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung“ unter der Leitung von Peter Saladin in Auftrag gegeben hat (siehe Kapitel 7.1)

Darin wird ein Pilotprojekt der Schweizer Spitäler vorgestellt, welches sich mit Sprachbarrieren und möglichen Lösungsvorschlägen beschäftigt. Es wurden folgende Möglichkeiten zur Problemlösung im Umgang mit fremdsprachigen PatientInnen herausgearbeitet: Organisation eines/r professionellen Dolmetschers/Dolmetscherin bzw. interkulturellen Übersetzungshilfe, Aufbau einer

internen Sprachdatenbank, Kontakt zu einem TelefondolmetscherInnenendienst herstellen, Gespräch mit dem/der Patienten/Patientin in einer geläufigen Drittsprache führen. (vgl. Bischoff et al. 2006, 48)

Die Entstehung einer krankenhausinternen Sprachdatenbank sollte als Baustein zum Konzept der transkulturellen Pflege geschaffen werden. In dieser Datenbank werden anderssprachige MitarbeiterInnen gefragt, ob sie sich den Einsatz als Sprachhilfe vorstellen könnten. Im Anhang des Forschungsberichtes sind die Fragebögen für die MitarbeiterInnen, ein Vereinbarungsformular sowie ein Evaluationsfragebogen enthalten. (vgl. Bischoff et al. 2006, 60ff)

6.1.1 Exkurs: Hausinterner Dolmetschdienst im KH München-Schwabing

Im November 1994 entstand in dem deutschen Krankenhaus München-Schwabing die Idee eines klinikinternen Dolmetschdienstes. Durch die Fachtagung „Stadt – Gesundheit und Migration“ wurde die Pflegedirektion auf die Problematik der sprachliche Verständigung mit MigrantInnen aufmerksam. Durch die Einführung dieses hausinternen Dolmetschdienstes sollte es MigrantInnen erleichtert werden, sich mit dem Krankenhauspersonal zu verständigen. Folgende Ziele für ein fachgerechtes DolmetscherInnenangebot wurden erarbeitet:

- Kompetenz im psychosozialen Umgang
- Medizinisches Fachwissen
- Kenntnis im deutschen Gesundheitswesen
- Erfahrung mit der Situation am Krankenbett und den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus
- Kenntnisse über Regeln, Abläufe und Örtlichkeiten im Krankenhaus
- Empathie mit den Erkrankten

(vgl. Wesslman et al. 2004, 63ff)

Weiters würden die MitarbeiterInnen als fachlich kompetente ÜbersetzerInnen arbeiten, das Angebot für mögliche NutzerInnen frei zugänglich sein und der Krankenhausbetrieb durch die Einführung des Dolmetschdienstes nicht eingeschränkt werden. Außerdem wurde dafür gesorgt, dass es weder für MitarbeiterInnen, noch für das Krankenhaus zu rechtlich problematischen Situationen kommen kann. Über die spitalsinterne MitarbeiterInnenzeitung wurde das

Krankenhauspersonal dazu aufgerufen, sich als DolmetscherIn zu melden. Die Mitarbeit an dem Projekt basierte auf einer Freiwilligkeit und erlaubte es dem Personal, die Dolmetschdienste als Arbeitszeit zu verbuchen. Insgesamt meldeten sich, vor allem aus dem Pflegedienst, 36 MitarbeiterInnen, wobei 19 verschiedene Sprachen vermerkt werden konnten. Im Jahr 1999 wurde die erstellte Liste im Intranet des Krankenhauses veröffentlicht und 2000 stand der hausinterne Dolmetschdienst den PatientInnen zur Verfügung. Durch regelmäßige Fortbildung (Vermittlung von Basiswissen, Rollenspiele, etc.) wurde das Personal geschult und entsprechend ausgebildet. Was sind nun aber die Vorteile eines internen Dolmetschdienstes? Wenn MitarbeiterInnen als DolmetscherInnen arbeiten, so verfügen diese meist über das notwendige medizinische und pflegerische Fachwissen, weisen eine gewisse soziale Kompetenz auf und haben zudem im Regelfall eine eigene migrationsspezifische Erfahrung. Außerdem werden die Kosten niedrig gehalten, eine gute Zeitplanung ist möglich, die ÜbersetzerInnen sind schnell verfügbar und können ihre DolmetscherInnendienste als Arbeitszeit einrechnen. Dadurch werden Stresssituationen und unnötige Wartezeiten vermieden. (vgl. Wesselman et al. 2004, 65ff)

Abbildung 7: Dolmetscheinsätze von 1996 bis 2003:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1998-2003
Albanisch	19	40	27	16	13	3	118
Türkisch	24	13	28	20	18	14	117
andere	14	21	20	17	19	25	116
Russisch	6	14	18	22	24	19	103
Griechisch	19	20	28	4	3	2	76
Persisch/Afghanisch	0	4	1	9	14	12	40
Polnisch	4	8	9	11	3	4	39
Serbokroatisch	15	7	4	5	1	2	34
Portugiesisch	2	7	1	10	0	5	25
Summe	103	134	136	114	95	83	

(Wesselman et al. 2004, 80)

Die häufigsten Einsätze des hausinternen Dolmetschdienstes waren Übersetzungshilfen bei Anamnese und Therapieplanung, in den meisten Fällen war es auffällig, der Zeitfaktor eine sehr wichtige Rolle spielte, also dass die ÜbersetzerInnen so schnell wie möglich gebraucht wurden. Falls deutschsprachige Angehörige zur Verfügung standen, eine von beiden Parteien beherrschte Drittsprache gesprochen werden konnte, oder sich eine Pflegekraft auf der Station befand, wurde die einfachere Option gewählt und der hausinterne Dolmetschdienst nicht verwendet. (vgl. Wesselman et al. 2004, 80f)

Für die Situation in Österreich (Wien) siehe Kapitel 6.3.3

6.2 Professionelle DolmetscherInnen

Die Aufgaben von professionellen DolmetscherInnen können vielseitig sein. Laut Feldweg lassen sich drei große Dolmetschtypen unterscheiden: das Konferenzdolmetschen, das Verhandlungsdolmetschen (Gesprächsdolmetschen) sowie das Gerichtsdolmetschen, wobei die Grenzen zwischen den einzelnen Bereichen fließend sind (Pöchhacker 2000, 33). Wenn es sich um die gedolmetschte Kommunikation zwischen MigrantInnen und ÄrztInnen handelt, spricht man von *community interpreting*. Dieser Begriff ist bereits international geprägt, dennoch gibt es unterschiedliche Auffassungen, was genau darunter zu verstehen ist. Slapp (2004) bezeichnet *community interpreting*

„als das Dolmetschen spontaner Gespräche zwischen Menschen (Einwanderer, Aussiedler, Gastarbeiter, Flüchtlinge, aber auch Touristen) und Angestellten (Fachpersonal) öffentlicher Einrichtungen der medizinischen und sozialen Bereiche eines Aufnahmelandes [...]“ (Slapp 2004, 12)

Wadensjö (1998) meint dazu:

“The concept covers both interpreting in face-to-face situations and interpreting provided over the telephone. Health care, mental health, educational, social service and legal interpreting are frequently given as sub-categories, and community interpreting as a more general concept.” (Wadensjö 1998, 49)

Ein weiteres Merkmal des *community interpreting* ist die Machtposition eines Gesprächspartners; im Krankenhaus ist das der/die Arzt/Ärztin (vgl. Slapp 2004, 13). Macht bedeutet hier, dass der übergeordnete Partner keinen Nachteil aus dem Verständigungsproblem zieht. Für den/die Patienten/Patientin geht es jedoch um (lebens-) wichtige Informationen. Die (nicht-professionellen) *community interpreters* gehören meist selbst der Minderheitsgruppe an und daher wird diese Art des Übersetzens oft als Dolmetschen zweiter oder dritter Klasse betrachtet. Die Professionalisierung in diesem Berufsstand ist sehr schwierig, da einerseits die Arbeitsmöglichkeit einen sehr geringen Zeitraum umfassen kann und andererseits, weil der/die DolmetscherIn auch eine Vertrauensperson für MigrantInnen darstellt. Für WesteuropäerInnen kann es jedoch mit großen Schwierigkeiten verbunden sein, sich in eine vollkommen andere Kultur einzufühlen und auch die fremden Wertvorstellungen zu verinnerlichen. (vgl. Slapp 2004, 15f)

Es gibt einige Ähnlichkeiten zwischen dem *community interpreting* und dem Kommunaldolmetschen. Auch hierbei ist es üblich, dass eine Person zu einer Institution gehört oder sie repräsentiert und auf der anderen Seite auf eine Privatperson trifft. Das Problem des Machtverhältnisses ist wieder gegeben. Da beim Dolmetschen im Krankenhaus oft GesprächspartnerInnen von Minderheiten angetroffen werden, gibt es auch weitere Bezeichnungen wie *cultural interpreter* oder *cultural mediator*. (vgl. Pöchhacker 2000, 40)

„Die Problematik der Rollenauffassung und der berufsethischen Normen erscheint somit als ein zentraler Problemkreis des Kommunaldolmetschens.“ (Pöchhacker 2000, 41)

Eine einfache Art des Dolmetschens im Krankenhaus ist der schriftliche Informationszettel (Broschüren) in den verschiedensten Sprachen. Er dient zur Erläuterung von Prophylaxe, Diagnose und Therapie. Dennoch darf auf die mündliche Kommunikation mit dem/der Patienten/Patientin nicht verzichtet werden. Gerade durch solche Broschüren tauchen viele Fragen auf, die beantwortet werden müssen. Außerdem gibt es durch die schriftliche Aufklärung wiederum Informationslücken bei Analphabeten, die bei speziellen MigrantInnengruppen einen hohen Prozentteil ausmachen können (vgl. Pöchhacker 2000, 142).

Was sind nun die Besonderheiten, die ein/e professionelle/r DolmetscherIn im Gesundheits- und Sozialbereich zu erfüllen hat:

- Einplanung eines möglichen Vorgesprächs zwischen der pflegenden und der dolmetschenden Person (Klärung der Aufgabenverteilung, Informationen zur Vorgeschichte des/der Patienten/Patientin, Ablauf des Gesprächs)
- Gute mündliche Sprachkenntnisse in den zwei vorliegenden Sprachen
- Klare Sprache: kurze und eindeutige Sätze (Vermeidung von Fachbegriffen)
- Entsprechendes Wissen über die Kulturen
- Kenntnis der Dolmetschtechnik (konsekutives Dolmetschen¹³)
- Beobachten des nonverbalen Ausdrucks des/der Patienten/Patientin
 - Mimiken und Gestiken können Aufschluss geben, ob alles verstanden worden ist
- Einhaltung ethischer Richtlinien (Verschwiegenheitspflicht)
- Bezugswissen (Fachbegriffe und Abläufe im Pflegealltag sollen geläufig sein)
- Erfahrung im Umgang mit belastenden Situationen/Gesprächen
- Eventuelles Nachgespräch zur Klärung von Missverständnissen, Mitteilung von Beobachtungen und Bemerkungen an die pflegende Person
- Weiterbildung

(vgl. Stuker 2001, 193ff)

Zimmermann (2000, 26f) schreibt, dass ein/e adäquate/r DolmetscherIn nicht nur die wortwörtliche Übersetzung übernimmt, sondern als eine Art SprachmittlerIn fungiert. Das heißt er/sie muss die wissenschaftlich-medizinische Sprache der ÄrztInnen auf eine laienmedizinische Ebene des Verstehens für die PatientInnen bringen. Daher ist es wichtig, die unterschiedlichen Kulturkreise zu kennen und diese entsprechend zu vermitteln.

Wessermann et al. (2004) spricht sogar von einem/einer DolmetscherIn als „KulturmittlerIn“. Ansichten zu Gesundheit und Krankheit, das gesamte kulturelle Weltbild, muss bekannt sein, um gut zu übersetzen. Die Gefahr der Stereotypisierung ist jedoch zu beachten. (vgl. Wessermann et al. 2004, 24)

¹³ Aussagen werden nicht simultan, sondern zusammengefasst übersetzt

Es gibt nicht den/die türkische/n PatientIn oder den/die ÖsterreicherIn. Selbst innerhalb einer Kultur sind verständlicherweise unterschiedliche Ansichten zu einem Thema präsent und darauf darf im Krankenhausalltag nicht vergessen werden.

Eine weitere Aufgabe von professionellen DolmetscherInnen ist es, als „Anwalt/Anwältin“ für den/die PatientIn zu arbeiten. Durch Schwierigkeiten in der Kommunikation kann es passieren, dass ohne die Zustimmung des/der Patienten/Patientin, eine Entscheidung getroffen wird. Dies zu verhindern und die Interessen von PatientInnen zu vertreten, gehören ebenfalls zu der Rolle eines/einer Dolmetschers/Dolmetscherin im medizinischen Bereich. (vgl. Slapp 2004, 25f)

Dass Theorie und Praxis oft nicht übereinstimmen, wird klar, wenn man sich die Situation in Österreich ansieht. Slapp (2004) schreibt von einer Untersuchung in zwölf Wiener Krankenanstalten, in denen die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen genauer beschrieben wurde. Das Hinzuziehen von professionellen DolmetscherInnen findet kaum statt, an deren Stelle werden immer noch Laien bevorzugt, da sie leichter zu organisieren sind und es daher kaum zu Zeitverlust kommt. Dass selbst in der psychiatrischen Abteilung, welche den schwierigsten Bereich im Dolmetschen darstellt, da es wiederum eine kulturspezifische Symptomgestaltung zu berücksichtigen gibt (vgl. Leyer 1991, 52), oftmals Kinder hinzugezogen werden, scheint dabei niemanden zu stören. Ein weiteres Ergebnis bei dieser Untersuchung war, dass 90 % des befragten Krankenhauspersonals (ÄrztInnen, Pflegekräfte, TherapeutInnen) angaben, dass die LaiendolmetscherInnen schwere Probleme beim Verstehen von Fachbegriffen hätten und somit unklare Antworten und vielfaches Nachfragen die Folgen sind. (vgl. Slapp 2004, 38ff)

Ob nun das Heranziehen von Laien im Endeffekt wirklich einfacher ist und Zeit gespart wird, sei dahingestellt, denn durch die entstehenden Unklarheiten und Fehlinformationen haben weder ÄrztInnen noch PatientInnen etwas davon.

Barkowski (2007, 99ff) schlägt sechs Punkte vor, wie das Dilemma der Sprachbarriere in Krankenhäusern gelöst werden könnte:

- Ausbildung bilingualer Pflegkräfte und die Einrichtung interner DolmetscherInnenlisten
- Ausbildung von MigrantInnen / Schaffung von DolmetscherInnennetzwerken
- Universitäre Ausbildung
- Fortbildung für bereits ausgebildete (Diplom-)DolmetscherInnen
- Zusatzmodul „Fachdolmetschen“ während der universitären Ausbildung
- Krankenhausinterne festangestellte DolmetscherInnen

Neben ethischen, humanitären, ökonomischen und qualitätssichernden Gründen ist es auch vom Gesetz her wichtig professionelle DolmetscherInnen heranzuziehen. Es ist das Recht jedes/r Patienten/Patientin genauestens über Behandlungen und medizinische Ausführungen aufgeklärt zu werden. (vgl. Albrecht 2002, 290)

6.3 Dolmetschdienste im Ländervergleich

6.3.1 Schweden

Schweden wird oft als positives Beispiel für seine Dolmetschdienste genannt. MigrantInnen können hier auf das gesetzlich verankerte Recht zurückgreifen, einen kostenlosen Dolmetschdienst im Umgang mit öffentlichen Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, somit versucht man ihnen den Kontakt mit Behörden oder Institutionen so gut wie möglich zu erleichtern. Außerdem sind die DolmetscherInnen seit Mitte der 70er-Jahre vom Staat autorisiert, im kommunalen Dienst zu arbeiten und auch die DolmetscherInnenausbildung wird staatlich unterstützt. (vgl. Pöchhacker 2000, 145)

Ungefähr 5000 *community interpreter* sind in Schweden in verschiedenen Dolmetschagenturen registriert. Sie sprechen über 100 verschiedene Sprachen. Der Fortschritt in Schweden gegenüber anderen Ländern ist enorm, dennoch kommt es immer wieder zu nicht-professionellen Übersetzungen durch Laien. (vgl. Slapp 2004, 37f)

6.3.2 Australien

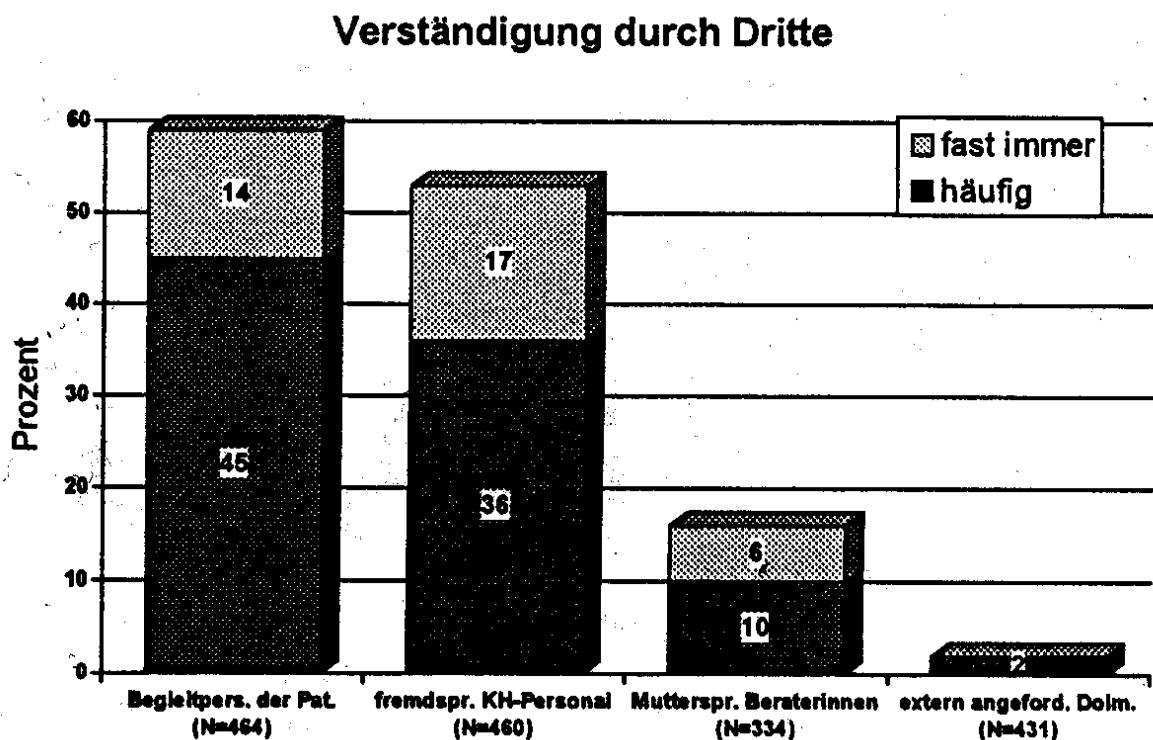
Das Einwanderungsland Australien hat im Vergleich zu anderen Ländern nie GastarbeiterInnen angeworben, sondern sich entschlossen nur MigrantInnen, die auch für immer im Land bleiben sollten, aufzunehmen. Dadurch hofft man auf eine zwar multikulturelle, aber monolinguale Bevölkerung. Dennoch entstand das Problem der Sprachbarriere, welches besonders in Krankenhäusern, vor Gericht und bei Behörden deutlich wurde. In den 60er-Jahren hat Australien das Problem der Sprachenvielfalt durchaus positiv in Angriff genommen. Es entstand ein telefonischer Dolmetschdienst (*Translating and Interpreting Service*), der landesweit 24 Stunden am Tag erreichbar ist. In den 70er-Jahren kam die Frage bezüglich der Qualität der Dolmetschleistungen auf, woraufhin die staatlich finanzierte *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI) gegründet wurde, deren Aufgabe es war die Qualität der Dolmetschleistungen zu überprüfen. Um *Community Interpreters* in der Folge auch qualifiziert auszubilden, wurde die *Interpreter Translator Educators Association of Australia* (CITEAA) ins Leben gerufen, seither werden auch nur mehr akkreditierte Personen in diesem Bereich eingesetzt. Außerdem gibt es in Australien die so genannte *Interpreter Card*. Diese Karte macht es nicht-englischsprachigen Personen möglich, kostenlos eine/n ausgebildete/n DolmetscherIn bei Behördengängen hinzuzuziehen. Neben der DolmetscherInnenausbildung wird zusätzlich das Personal von Krankenhäusern im Umgang mit medizinischen ÜbersetzerInnen geschult. (vgl. Slapp 2004, 28ff)

6.3.3 Österreich

Wien ist seit 1989 Mitglied der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und seit dem selben Jahr auch bei dem „Gesunde Städte-Projekt“ der WHO involviert. Dabei geht es um die Steigerung des Wohlbefindens, sowohl körperlich, geistig als auch seelisch gesehen und um die Verbesserung der Umweltbedingungen der Menschen in großen Städten Europas. Im Zuge dieses Projekts wurde in Wien ein Schwerpunkt auf den Bereich Migration und Gesundheit gelegt, wobei es einen Modellversuch zum Thema „Muttersprachliche Beratung für türkische Spitalspatientinnen“ gab. Den Start machten zwei türkische Frauen, die in Wien Medizin studierten und in zwei unterschiedlichen Abteilungen für Frauenheilkunde als Sprach- und Kulturmittlerinnen eingesetzt wurden. Im Laufe des Projekts (Stand 1996) wurde die Zahl der DolmetscherInnen auf acht erhöht. Genauere Aufschlüsse über den Ist-

Zustand im Jahr 1996 in österreichischen Krankenhäusern gab eine Befragung von 508 Personen. Durch Interviews mit dem Krankenhauspersonal sowie mit PatientInnen von zehn Akutanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes und zwei Privatkrankenhäusern stellte man fest, dass 90 % des befragten Personals durch das Ankreuzen von „eher zutreffend“ folgender Aussage zustimmten: „*Man ist nicht sicher, wie viel die PatientInnen wirklich verstehen.*“ Jeweils 89 % der Interviewten stimmten diesen Aussagen zu: „*Die PatientInnen brauchen lange, um sich auszudrücken*“ bzw. „*Man muss mit Händen und Füßen reden.*“ (vgl. Pöchhacker 2000, 147ff)

Abbildung 8: Verständigung durch Dritte



(Pöchhacker 2000, 159)

Obwohl seit den 90er-Jahren so genannte „Dolmetsch-Listen“ eigener MitarbeiterInnen aus Krankenhäusern des KAV (Krankenanstaltenverbundes) in Wien gibt, zeigt diese Grafik, dass die Begleitpersonen sowie das fremdsprachige Krankenhauspersonal die wichtigsten SprachmittlerInnen im Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen. Nur 2 % der Befragten (von n = 431) nützen externe Dolmetscherdienste. Unter Begleitpersonen fielen EhepartnerIn, Kinder, Verwandte, FreundInnen und andere PatientInnen, wobei drei Viertel der befragten

PatientInnen (von n = 458) „häufig“ oder „fast immer“ Kinder als DolmetscherInnen hinzuziehen. Vom fremdsprachigen Krankenhauspersonal wird am häufigsten das Reinigungspersonal für Translationen herbeigeholt, die Probleme die dabei entstehen werden in Kapitel 6.1 ausführlich erläutert. (vgl. Pöchlhammer 2000, 159ff)

Leider sind diese Problemfelder den befragten ÄrztInnen nicht bewusst, diese sehen keinen Grund zur Änderung des Kommunikationsverhalten. Aussagen wie „*Ärztliche Probleme sind andere als die paar nicht Deutsch sprechenden Patienten*“, oder „*Sprachschwierigkeiten sind absolut nebensächlich*“ finden sich in den durchgeführten Interviews wieder. Auffällig ist jedoch, dass Ärztinnen signifikant weniger zufrieden sind als das männliche ärztliche Personal, eine Erklärung des Autors wäre dafür die These, „*daß Ärztinnen dem Inhalt und Umfang des Patientengesprächs einen höheren Stellenwert einräumen*“ (Ebd., 178). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Einrichtung eines krankenhausinternen DolmetscherInnendienstes die sinnvollste Lösung der bestehenden Probleme zu sein scheint. (vgl. ebd., 176ff)

In den Jahren 2000/2001 wurde eine neue Maßnahme des KAV gesetzt. MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund wurden mithilfe von „Krankenhaus-DolmetscherInnen-Kursen“ unterstützt, vertiefende und professionellere Übersetzungsleistungen zu erbringen. Derzeit¹⁴ arbeiten noch 14 dieser Ausgebildeten im KAV. Primär sind heute die muttersprachlichen BeraterInnen im AKH, im Donauspital, im Kaiser-Franz-Josef-Spital, im Gottfried von Preyer'schen Kinderspital sowie in der Krankenanstalt Rudolfstiftung tätig. Vor allem auf gynäkologisch-geburtshilflichen Stationen und Ambulanzen als auch in pädiatrischen Bereichen wird ihre Hilfe benötigt. Folgende Sprachen werden durch diese MitarbeiterInnen abgedeckt: Türkisch, Serbisch, Bosnisch und Kroatisch.

Im Jahr 2008 wurden zudem die bis dahin informell geregelten Dolmetschleistungen insofern normiert, als dass Kontaktadressen diverser Botschaften bekannt gegeben wurden, um im Bedarfsfall (z. B.: am Wochenende, bei besonderen Sprachen/Dialekten) rasch Übersetzungsleistungen anzufordern.¹⁵

¹⁴ Stand August 2009

¹⁵ Quelle: Leiter der Abteilung Personalentwicklung des Wiener KAV

Schweden und Australien gelten als Vorbilder, was den Bereich des *Community Interpreting* betrifft. In den restlichen Ländern der Welt muss noch sehr viel investiert werden, um einen vergleichbaren Zustand zu erreichen. Slapp (2004) zeigt dabei auf, was die wichtigsten Punkte sind, um einen annehmbaren Soll-Zustand zu erhalten:

- mehrere ausgebildete *Community Interpreter* für jedes Krankenhaus
- ein *Community Interpreter* - Dienst bzw. Dolmetschtelefondienst pro Stadt
- kostenloser Zugang zu Dolmetschdiensten für MigrantInnen bei Behördengängen und Arzt-/Ärztinbesuchen
- Werbung und Förderung von *Community Interpreting* in der Öffentlichkeit
- Zusammenarbeit zwischen professionellen DolmetscherInnen und staatlichen Einrichtungen
- Professionalität durch eine anerkannte Ausbildung und Qualifizierung erreichen

(vgl. Slapp 2004, 74f)

7. Anregungen für die Praxis

Im folgenden Kapitel werden zwei EU-weite Projekte vorgestellt, die für zukünftige Forschungen als Ausrichtung und Anreiz dienen können. Des weiteren werden transkulturelle Überlegungen für ein zukunfts- und migrantInnenorientiertes Krankenhaus vorgestellt.

7.1 Projekt „Migrant-Friendly Hospitals“¹⁶

Das Projekt „Migrant-Friendly Hospitals“ wurde 2002 EU-weit begonnen und hat sich zum Ziel gesetzt, Krankenhäusern im Umgang mit MigrantInnen eine besondere Verantwortlichkeit zu verleihen.

Hintergrund zur Studie

Infolge der weltweiten Migration und Globalisierung in Europa ist ein neues Konzept im Gesundheitswesen von Nöten. Durch Zugangsbarrieren wird MigrantInnen der Weg zur Gesundheitsversorgung erschwert (vgl. Kapitel 4). Das EU-Pilotprojekt „Migrant-Friendly Hospitals“ (MFH) startete im Oktober 2002 und dauerte bis März 2005. Der Herausforderung, bestehende Hindernisse für MigrantInnen abzubauen, stellten sich zwölf europäische Länder mit je einem Pilotkrankenhaus (Österreich, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, die Niederlanden, Spanien, Schweden und Großbritannien). Für Österreich nahm das Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien an dem Projekt teil.

Ziel der Studie

Ziel dieses Projektes war es auftauchende Probleme im Spitalsalltag bei der Betreuung von PatientInnen unterschiedlicher Herkunft zu erkennen und zu analysieren. Als nächstes waren Lösungsmodell zu finden, wodurch sowohl bei den betroffene PatientInnen als auch beim Spitalspersonal ein hohes Maß an Zufriedenheit erreicht werden sollte. Durch Änderungen in der Struktur, als auch in Abläufen innerhalb des Krankenhauses sowie durch verschiedene Subprojekte (siehe unten) wollte man diesen Zielen näher kommen.

¹⁶ Quelle: <http://www.mfh-eu.net>

Zeitgleich fand auch in der Schweiz, unter der Leitung von Peter Saladin, ein Projekt unter dem selben Namen statt mit sehr ähnlichen Zielen:

- *„Bildung eines Netzwerkes von Gesundheitsinstitutionen, die sich durch besondere Kompetenzen bei der Betreuung von Angehörigen der Migrationsbevölkerung auszeichnen.*
- *Vermittlung von Wissen und Know-how durch Erfahrungsaustausch der direkt betroffenen Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und Verwaltungsfachleuten.*
- *Erarbeitung von Empfehlungen und Standards für die best practice bezüglich transkultureller Kompetenz und deren Veröffentlichung und Verbreitung.*
- *Förderung und Unterstützung von konkreten Maßnahmen in den Gesundheitsinstitutionen.“*

(Saladin 2007², 19)

Das europaweite MFH-Projekt wurde durch die Europäische Union und die österreichische Bundesregierung unterstützt. Zusammengearbeitet wurde mit wissenschaftlichen Institutionen, ExpertInnen sowie internationalen Organisationen und Netzwerken. Für die wissenschaftliche und organisatorische Leitung und Finanzierung in Österreich war das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheits- und Medizinsoziologie in Wien zuständig. Es wurde vereinbart Freundlichkeit gegenüber MigrantInnen, kulturelle Kompetenz und Gesundheitsförderung auf eine wichtigere Stufe der europäischen Gesundheitspolitik zu setzen und durch das Projekt praktisches Wissen und Instrumente für andere Spitäler zusammenzutragen. Um theoretisch aufgestellten Ziele in der Praxis zu testen, wurden drei Subprojekte begonnen und evaluiert:

- Subprojekt A: Professionalisierung des Dolmetschwesens
- Subprojekt B: Empowerment – Muttersprachliche Kurse für Migrantinnen zum Thema Geburt und Kinderpflege
- Subprojekt C: MitarbeiterInnentraining zum Thema kulturelle Kompetenz

Die Ergebnisse der zwölf Spitäler wurden auf der Endkonferenz im Dezember 2004 in Amsterdam unter dem Titel *„Hospitals in a Culturally Diverse Europe“* vorgestellt. Dabei entstand die „Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche

Krankenhäuser in einem ethisch und kulturell vielfältigen Europa“. In dieser Deklaration geht man davon aus, dass durch eine Verbesserung der Qualität für MigrantInnen und ethische Minderheiten im Gesundheitswesen, das Interesse aller an einem patientInnenorientierteren Service steigt. Somit kann durch ein Krankenhaus, das mehr auf ethische, kulturelle und andere soziale Unterschiede bei PatientInnen und Personal eingeht, eine Verbesserungen erreicht werden. Um auch in Zukunft Nachhaltigkeit für dieses Projekte zu gewähren, wurde eine Arbeitsgruppe im Rahmen des Netzwerks Gesundheitsförderung im Spital (HPH) der WHO-Europa gegründet.

Bei dem sehr ähnlichen Schweizer Projekt wurde ein Handbuch entwickelt, welches Führungskräften von Krankenhäusern und anderen medizinischen Institutionen helfen soll, mit dem Phänomen Migration und Diversität adäquat umzugehen. Es wurde von Peter Saladin in Zusammenarbeit mit „H+ Die Spitäler der Schweiz“ herausgegeben. Saladin (2007) betont, wie wichtig es ist, dass zuerst die obersten Führungsgremien die Relevanz und Bedeutung dieses Themas erkennen. Es darf dabei zu keinem Problemenden kommen, das heißt MigrantInnen sollen nicht als Problem gesehen werden, sondern deren Berücksichtigung im Gesundheitswesen als Weiterentwicklung und Nutzen für alle Beteiligten. (vgl. Saladin 2007, 44)

Weiters führt er auf, dass die Bezugnahme von Diversität und Migration keinen Widerspruch mit der Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens darstellt. Im Gegenteil:

„Die Nicht-Berücksichtigung von speziellen Situationen führt in der Regel zu Mehraufwand, zu Störungen im Betrieb, zu Fehl-, Unter- oder Überversorgung. Das Gleiche gilt für die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit.“ (Ebd., 37)

Was die Finanzierung zum Beispiel von Dolmetschdiensten betrifft, gibt es keine Kostenübernahme von Seiten der Krankenkassen, doch Saladin (2007, 38f) weist darauf hin, dass es alternative Finanzierungsmöglichkeiten gibt, wie beispielsweise über Spenden finanzierte PatientInnenfonds oder Stiftungsbeiträge.

Das Handbuch „Diversität und Chancengleichheit“ verfügt auch über Empfehlungen zur Gestaltung von unternehmerischen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen im Sinne von Diversität und Migration. Diese Checklisten können sehr hilfreich bei der

Neugestaltung eines Krankenhauses im Sinne des Projektes MFH sein (siehe Anhang F).

7.1.2 MFH am Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien

In Österreich wurde nach einer öffentlichen Ausschreibung, das Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital ausgesucht, um an diesem Projekt mitzuwirken. Es befindet sich in Favoriten, dem Einwohnerstärksten Bezirk Wiens. Der AusländerInnenanteil liegt mit 16,48 %¹⁷ (2001) sehr weit vorne, wobei diese hauptsächlich aus Serbien und Montenegro, sowie der Türkei stammen. Durch eine Umfrage von PatientInnen, Krankenhauspersonal und Management in allen beteiligten europäischen Krankenhäusern wurde herausgefunden, dass ungenügende Kommunikation, mangelndes Empowerment¹⁸ von PatientInnen und fehlende transkulturelle Ausbildung die drei größten Problemfelder sind. Darauf aufbauend entstanden die drei Subprojekte, wobei sich jedes Spital aussuchen konnte, wie viele dieser Projekte im eigenen Haus umgesetzt werden sollten.

Durchgeführte Maßnahmen am Kaiser-Franz-Josef-Spital waren unter anderen:

- Vorstellung des Projektes an diversen Pflegeschulen und Krankenhäusern, auf der BeSt und bei der jährlichen Veranstaltung der BezirkspolitikerInnen im SMZ Süd
- Liste über Fremdsprachenkenntnisse von MitarbeiterInnen im Intranet
- Zwischenberichte über das Projekt im lokalen Intranet
- Übersetzung von Informationsblättern in diverse Sprachen
- Anschaffung eines Paravent für den Andachtsraum
- Anbringung von Piktogrammen zur Kennzeichnung von WC, Dusche, etc.
- Instruktion an die Küche, Mahlzeiten ohne Schweinefleisch eindeutig und mehrsprachig zu kennzeichnen

(vgl. Heller, Kandel 2005, 3ff)

¹⁷ Quelle: www.wien.gv.at

¹⁸ mit Empowerment bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften zu erhöhen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten, Quelle: www.wikipedia.org

Ergebnisse

Durch die Teilnahme an diesem Projekt wurde die Wichtigkeit des Themas „MigrantInnen im Krankenhaus“ wieder einmal verdeutlicht. Bereiche in denen Probleme bestehen wurden erkannt, jedoch fehlt für strukturelle oder organisatorische Veränderungen das Budget. Eine eigene Arbeitsstelle für migrationsspezifische Fragen wäre von Nöten.

Eine Evaluation durch Befragungen von PatientInnen vor und nach dem Projekt zeigte eine eindeutige Verbesserung im Teilbereich Kommunikation. Viele MitarbeiterInnen, besonders unter dem ärztlichen Personal, konnten nicht für Schulungen im Bereich der transkulturellen Pflege begeistert werden, oder sahen keinen Nutzen darin für sich selbst. In dem Zeitraum von zwei Jahren konnte das Projekt lediglich gestartet werden, eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema muss forciert werden, damit eine kulturelle Kompetenz im Krankenhaus selbstverständlich und alltäglich wird. (vgl. Heller, Kandel 2005, 7f)

7.2 MigHealthNet

Neben dem MFH-Projekt gibt es seit dem Jahr 2009 ein neues EU-weites Projekt im Internet. Unter der Seite http://mighealth.net/index.php/Main_Page verbirgt sich das MigHealthNet-Projekt, welches mit Hilfe von Wiki-Seiten¹⁹ die Bildung eines wissenschaftlichen und praxisorientierten Netzwerkes zum Thema „Migration und Gesundheit“ unterstützt. Dabei soll einerseits der Zusammenschluss von ExpertInnen auf nationaler Ebene gefördert werden, andererseits der Austausch auf europäischer Ebene. Derzeit gibt es 17 Länderberichte in der jeweiligen Landessprache, als auch eine englische Zusammenfassungen. Mitfinanziert wurde dieses Projekt von der DG SANCO, der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz unter dem Vorsitz der Europäischen Kommission. Diese Internetseiten sollen als Quelle und Diskussionsanregung für alle ForscherInnen, ExpertInnen, PolitikerInnen und Lehrende, die sich mit der Gesundheit von MigrantInnen beschäftigen, dienen. Es können sowohl individuelle Beiträge hinzugefügt werden, als auch Material über bestimmte Themengebiete gesucht werden.

¹⁹ in Anlehnung an die Internetenzyklopädie Wikipedia

Projekte dieser Art können helfen ein internationales Verständnis von transkultureller Pflege zu finden und gemeinsame Standards zu entwickeln, die eine gute Gesundheitsversorgung für MigrantInnen gewährleisten.

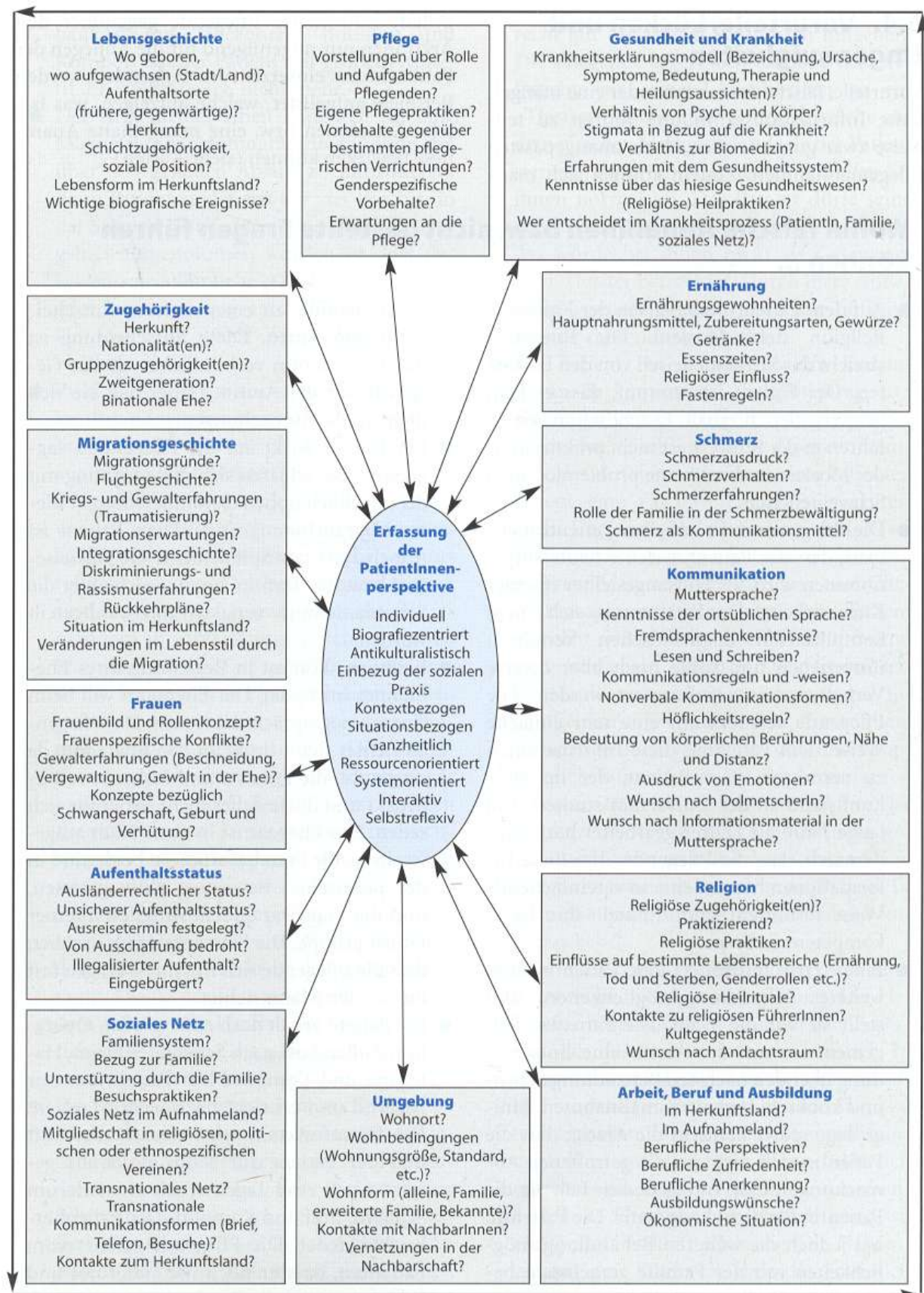
7.3 Die transkulturelle Pflegeanamnese

Die Pflegeanamnese stellt den ersten Kontakt zwischen Krankenhauspersonal und PatientIn dar und sollte demzufolge Grundstein für eine Vertrauensbasis sein. Es ist dabei wichtig, so viel Information wie möglich zu erhalten, daher ist auch der Beziehungsaufbau von großer Bedeutung. Gerade MigrantInnen fällt es schwer, sich in einem fremden Land gegenüber völlig unbekannten Personen zu öffnen. Von Seiten des Pflegepersonals ist es wichtig, die eigenen Vorurteile oder Berührungängste zu vergessen und den PatientInnen mit Empathie und Respekt zu begegnen. Es ist wichtig die Wertvorstellungen des gegenüberstehenden Menschen zu sehen und nicht nach Kategorien oder Konzepten zu denken. Als erster Einstieg können ein ehrliches Interesse und/oder die eigene Erfahrungen mit dem Herkunftsland des/der Migranten/Migrantin helfen; diese persönliche, aber dennoch professionelle Ebene kann viel zum Beziehungsaufbau beitragen. (vgl. Domenig, Stauffer 2001, 229ff)

Auch Fragen nach der Religion, Ritualen sowie der persönlichen Einstellung zu Sterben und Tod stellen bei der transkulturellen Pflegeanamnese einen wesentlichen Teil dar.

Die folgende Tabelle soll als Ergänzung gesehen werden und bietet einen Überblick über migrationsspezifische Themen, wobei sich die transkulturelle Pflegeanamnese nicht nur für MigrantInnen eignet, sondern auch zur besseren Erfassung von PatientInnenperspektiven gesehen werden kann. Es gibt viele Punkte, die im Pflegeprozess eine wichtige Rolle spielen, aber in der Routine des Krankenhausalltags vergessen werden. (vgl. Domenig, Stauffer 2001, 234f)

Abbildung 9: Transkulturelle Pflegeanamnese (© Dagmar Domenig)



(Domenig, Stauffer 2001, 231)

7.4 Transkulturelle Organisationsentwicklung

Nur durch die Veränderung in der gesamten Institution kann es zu einem transkulturellen Wechsel kommen. Neben der Schulung des Personals im Umgang mit MigrantInnen schlägt Domenig (2001) auch eine transkulturelle Organisationsentwicklung vor, folgende Empfehlungen sind dabei ausschlaggebend:

- Schaffen eines Verantwortungsbereiches „Migration“ auf Leitungsebene
- Anlaufstelle für migrationsspezifische Fragen
- Anstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund
- Aufbau eines professionellen DolmetscherInnendienstes
- Migrationsspezifische Anpassung von Leitbildern, Pflegestandards und anderen Dokumenten
- strukturelle und organisatorische Anpassung
- Bereitstellung von finanziellen, personellen und fachspezifischen Ressourcen
- Zusammenarbeit und Vernetzung innerhalb der Institution und mit externen Einrichtungen
- Zusammenarbeit mit und Förderung von Wissenschaft und Forschung
- Entwicklung von migrationsspezifisch angepassten Informationsträgern
- Fallbesprechungen
- Abteilungsübergreifende Fachgruppen
- Weiterbildung

(vgl. Domenig 2001, 153ff)

Um die gegenwärtige Situation in Wien zu beurteilen und mit den Ergebnissen der Literaturrecherche zu vergleichen, wurden vier ExpertInneninterviews durchgeführt und analysiert. Sie werden im nun folgenden empirischen Teil dieser Arbeit beschrieben.

II Empirischer Teil

8. Forschungsfragen und Ziel der Untersuchung

Der erste Schritt einer jeden Forschung beginnt mit dem Formulieren der Forschungsfragen. Ziel dieser Arbeit ist es diese nicht nur theoretisch mittels Literaturrecherche zu beantworten, sondern auch anschließend empirisch zu überprüfen.

1. Wie wird die Pflege bei sterbenden muslimischen PatientInnen im Krankenhaus durchgeführt?
2. Wie sieht eine bestmögliche transkulturelle Pflege von sterbenden muslimischen PatientInnen im Krankenhaus aus?
3. Welche Möglichkeiten gibt es, um die transkulturelle Pflege im Krankenhausalltag zu integrieren?

Durch die Beantwortung der Forschungsfragen ergibt sich ein fließender Übergang zum zweiten Schritt: den theoretischen Vorüberlegungen für den empirischen Teil. Dabei wird an den Stand der Forschung angeknüpft, ohne dem die Formulierung der Forschungsfragen nicht möglich ist. Der dritte Schritt besteht aus der Planung der Untersuchung, dabei muss die Wahl einer Erhebungsmethode getroffen werden. (vgl. Gläser, Laudel 2009³, 61ff)

Ziel der Untersuchung soll sein, aufzuzeigen, was speziell in Wien momentan für sterbende muslimische MigrantInnen unternommen wird, um sie im Krankenhaus bestmöglich zu betreuen beziehungsweise welche Möglichkeiten für die Zukunft sinnvoll sind. Die durchgeführten Interviews spiegeln vier Meinungen von ExpertInnen zu dieser Situation wieder.

9. Das ExpertInneninterview

Den Theorieteil der Arbeit vertiefen vier ExpertInneninterviews. Als ExpertInnen werden nach Gläser und Laudel (2009³), deren Buch hier als Hauptquelle für die Interviewdurchführung und -auswertung verwendet wurde, jene Menschen definiert, die *über ein besonderes Wissen verfügen* (Gläser, Laudel 2009³, 11). Wichtig ist bei diesen Interviews nur das Wissen der ExpertInnen, die Person an sich ist für den/die ForscherIn uninteressant. Diese Art von Forschungsmethode gehört der empirischen Sozialforschung an und ist sehr zielgerichtet. Sie findet in den Sozialwissenschaften, besonders in der Soziologie und der Politikwissenschaft, häufig Anwendung. ExpertInneninterviews werden vor allem dann eingesetzt, wenn es darum geht sozialwissenschaftliche Erklärungen zu finden, wobei soziale Situationen rekonstruiert werden sollten. Gläser und Laudel benennen diese Art von Untersuchungen als *rekonstruierende Untersuchungen*. (vgl. Gläser, Laudel 2009³, 12f)

Durch die durchgeführten ExpertInneninterviews konnte in diesem Fall unter anderem herausgefunden werden, wie die Situation der transkulturellen Pflege aktuell in Wien zu beurteilen beziehungsweise zu bewerten ist.

9.1 Interviewleitfaden

Die ExpertInneninterviews wurden als nichtstandardisierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Der Leitfaden besteht aus offenen Fragen, die als Grundlage des Gesprächs dienen sollen. Ein leitfadengestütztes Interview ist dann sinnvoll, wenn unterschiedliche Themen zu behandeln sind und einzelne genau fassbare Informationen erhoben werden. (vgl. Gläser, Laudel 2009³, 111)

Da die vier ExpertInnen in sehr unterschiedlichen Bereichen tätig sind, wurde der Interviewleitfaden jedes Mal abgeändert, dennoch gab es einige Schwerpunkte, die immer gleich blieben:

- persönliche Definition von transkultureller Pflege
- Hauptziel der Arbeit des/der Forschers/Forscherin
- IST-Zustand, die aktuelle Situation der transkulturellen Pflege
- SOLL-Zustand, die optimale Zukunft der transkulturellen Pflege
- Sterben und Tod

- Exkurs: Persönliche Meinung des/der Forschers/Forscherin zu der neuen Hausordnung des KAV (vgl. Kapitel 3.4.)

Das Prinzip der Offenheit ist nach Gläser und Laudel (2009³, 115) ein wichtiger Punkt bei der Interviewführung. Die Fragen müssen demnach so formuliert werden, *dass sie dem Interviewten die Möglichkeit geben, seinem Wissen und seinen Interessen entsprechend zu antworten* (Ebd.).

9.2 Die Wahl der ExpertInnen

Durch die Auswahl der ExpertInnen sollten möglichst alle Wege, wie eine transkulturelle Pflege für muslimische PatientInnen aussehen könnte, abgedeckt werden.

Interviewpartner 1: Mag. Franz Plasser DGKP

Ausbildung: diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP) am AKH Wien, Studium der Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie/Politikwissenschaft an der Universität Wien

Arbeitsschwerpunkte: Interkulturelles Lernen im Gesundheits- und Sozialbereich, Trainings- und Lehrtätigkeiten zu den Themen „Transkulturelle Pflege“, „Interkulturelle Kommunikation“, „Schmerz, Sterben und Tod im Kulturvergleich“ und „Alterssoziologie im transkulturellen Kontext“ mit Fokus Islam und Judentum.

Derzeitige Tätigkeit: Franz Plasser hält seit dem Jahr 2000 Seminare (Workshops und Vorträge) zum Thema „Transkulturelle Pflege“ und „Interkulturelle Kommunikation“ in öffentlich/privaten Gesundheitseinrichtungen und Erwachsenenbildungsstätten. Weiters ist er bei Caritas Mobiles Hospiz der Erzdiözese Wien angestellt.

*

Interviewpartnerin 2a: Mag. Mona Elsabagh

Ausbildung: Studium der Pädagogik an der Universität in Tanta (Ägypten) sowie Studium der Philosophie an der Universität Wien

Derzeitige Tätigkeit: Koordinatorin der islamischen Seelsorge im AKH seit 2001

Interviewpartner 2b: Mag. Farag Elgendy

Ausbildung: Studium an der Handelsfakultät in Kairo Ägypten sowie Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaft an der Johannes Kepler Universität in Linz

Derzeitige Tätigkeit: Islamischer Seelsorger im AKH seit Jänner 2008

*

Interviewpartnerin 3: Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer

Ausbildung: Studium der Soziologie, Politikwissenschaft und Philosophie an der Universität in Graz und Wien, Doktorstudium der Soziologie an der Universität Wien
2006 bis 2009: Master of Science (MSc) für Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung

Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Migration, Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, Evaluation, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, Empowerment von PatientInnen und ExpertInnen, Transdisziplinäre Forschung und Methodenentwicklung, Nachhaltige Entwicklung von Gesunden Umwelten/Settings

Derzeitige Tätigkeit: Ursula Karl-Trummer arbeitete von 1998 bis 2008 am Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) und war von 2002 bis 2005 Wissenschaftskoordinatorin des „Migrant Friendly Hospital“ Projektes, seit Mai 2008 ist sie Leiterin des Zentrums für Gesundheit und Migration an der Donau-Universität Krems

*

Interviewpartner 4: Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke

Ausbildung: Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kardiologie, Facharzt für Hämatologie und Onkologie, Studium der Medizin an der Universität Wien

Mitgliedschaften: Vorstandsmitglied der Österreichischen Palliativgesellschaft, Mitglied der Europäischen Palliativgesellschaft, Koordinator der Austrian Palliative Care Study (AUPACS) Group

Derzeitige Tätigkeit: Herbert Watzke ist Universitätsprofessor für Palliativmedizin sowie Leiter der Palliativstation im AKH Wien, seit 2001 wird eine Palliativstation im Bereich der Station für Allgemeine Innere Medizin der Klinik für Innere Medizin I

aufgebaut und Gründung der Arbeitsgruppe Palliativmedizin an der Klinik für Innere Medizin

Durch das Interview mit Franz Plasser wurde die Aus- und Weiterbildung für das Pflegepersonal angesprochen. Es wird deutlich, dass der erste Schritt einer guten transkulturellen Pflege mit der Schulung des Personals beginnt. Auch das Interview mit Mona Elsabagh und Farag Elgendy zeigt, dass das Wissen der Pflegekräfte um spezielle kulturelle Besonderheiten und Rituale von großer Wichtigkeit ist. Das Interview mit Ursula Karl-Trummer beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Projekt „Migrant-Friendly-Hospitals“, welches vor fünf Jahren in Wien stattgefunden hat (vgl. Kapitel 7.1) Das letzte Interview wurde mit Herbert Watzke, Leiter der Palliativstation im AKH Wien, durchgeführt.

9.3 Durchführung der Interviews

Um eine gutes offenes Interviews zu führen, müssen bestimmte Rahmenbedingungen beachtet werden. Froschauer und Lueger (2003, 16) betonen, dass das, was die befragte Person als relevant befindet, im Zentrum eines qualitativen Interviews stehen muss.

Des weiteren sind folgende Punkte zu beachten:

- seriöses Auftreten des/der Forschers/Forscherin
- Interesse und Neugierde zeigen
- die interviewte Person hat immer Recht
- Prinzip der Offenheit, keine (Vor-)Urteile
- aktives Zuhören
- Selbstverständlichkeiten und Verallgemeinerungen auf den Grund gehen: keine Angst nachzufragen

(vgl. Froschauer, Lueger 2003, 58f)

Drei der vier Interviews fanden im Büro des/der jeweiligen Experten/Expertin statt, das erste Interview mit Franz Plasser wurde in einem Kaffeehaus abgehalten. Die Atmosphäre war bei allen Befragungen sehr angenehm und ruhig, es gab keine Störungen. Die Interviews selbst dauerten im Durchschnitt eine halbe Stunde, wobei es noch Vor- und Nachbesprechungen gab. Was die drei Tonbandaufnahmen (siehe unten) betrifft, waren die ExpertInnen darüber informiert und einverstanden. Allen

befragten Personen wurde eine elektronische Übermittlung der fertigen Diplomarbeit versprochen.

10. Methode der Datenauswertung

10.1. Datenaufbereitung

Für Gläser und Laudel (2009³, 157) ist eine Tonbandaufnahme des Gespräches unumgänglich, lediglich die Unnatürlichkeit der Gesprächssituation sowie eine eventuelle Zurückhaltung der interviewten Person angesichts eines Diktiergerätes beziehungsweise verstärkt sozial erwünschte Antworten werden als Kritikpunkte aufgezeigt.

Die vier durchgeführten Interviews wurden, bis auf eines, alle aufgezeichnet und transkribiert. Das Interview mit Mona Elsabagh und Farag Elgendy wurde auf deren Wunsch hin nicht aufgezeichnet, sondern handschriftlich protokolliert. Anzunehmen ist, dass dabei ein gewisser Informationsverlust mit einhergeht und das danach durchgeführten Gedächtnisprotokoll stellt einen zusätzlichen Interpretationsschritt in der Untersuchung dar.

Bei der Transkription wurden die folgende Regeln nach Gläser und Laudel (2009³) eingehalten:

- Verwendung von Standardorthographie, keine literarische Umschrift (Dialekt)
- nichtverbale Äußerungen (lachen, räuspern, husten, stottern) werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben
- Besonderheiten der Antwort mit „ja“ oder „nein“ werden vermerkt
- Unterbrechungen im Gespräch werden vermerkt
- unverständliche Passagen werden gekennzeichnet

(Gläser, Laudel 2009³, 194)

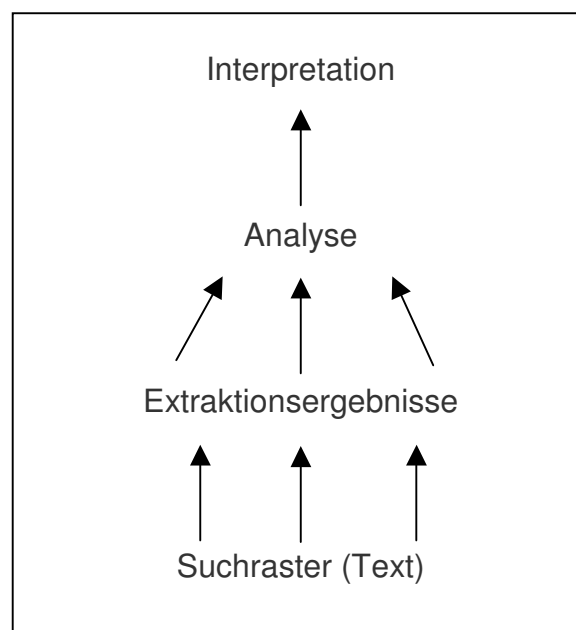
10.2. Datenauswertung

Die Auswertung der vier durchgeführten Interviews fand mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2009³) statt.

„Die qualitative Inhaltsanalyse behandelt die auszuwertenden Texte als Material, in dem Daten enthalten sind. Wenn man eine qualitative Inhaltsanalyse durchführt, dann entnimmt man den Texten diese Daten, das heißt, man extrahiert Rohdaten, bereitet diese Daten auf und wertet sie aus.“ (Gläser, Laudel 2009³, 199)

Gläser und Laudel (2009³, 201) verwenden den Begriff der Extraktion. Die Extraktion ist ein wichtiger Interpretationsschritt, denn um relevante Information in den Texten zu finden, müssen sie interpretiert werden.

Abbildung 10: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse



(vgl. Gläser, Laudel 2009³, 200)

Folgende vier Themenkomplexe wurden aus den Interviews herausgefiltert und bei der Ergebnisinterpretation verwendet:

- persönliche Definition von transkultureller Pflege
- Motivation und Hauptziel der Arbeit des/der Forschers/Forscherin
- gegenwärtige Situation der transkulturellen Pflege
- Bedingungen für eine optimale transkulturelle Pflege

10.3. Ergebnisse

Eine passende Definition von transkultureller Pflege zu finden, die allgemein gültig ist, gestaltet sich, wie in Kapitel 2 schon aufgezeigt wurde, als schwierig. In den vier ExpertInneninterviews finden sich ebenfalls verschiedene Definitionen, jedoch sind sich die ExpertInnen einig, dass der kulturelle Hintergrund der zu Pflegenden eine wichtige Rolle spielt. Individuelle, soziale und kulturelle Aspekte in die Pflege mit einzubeziehen, kann daher als Schlüsselfunktion angesehen werden. Auf Muslime bezogen wird die gleichgeschlechtliche Pflege ebenso wie die Berücksichtigung der Angehörigen als sehr wichtig betrachtet und zweimal erwähnt.

„... es geht um die Berücksichtigung von den individuellen und vielleicht eben auch dann dahinterliegenden sozialen und kulturellen ... Normen- und Wertesystemen, Einstellungen, Ideen, Motivationen ...“ (Int. 1, 6-8)

„Wichtig für Muslime ist vor allem die gleichgeschlechtliche Pflege, [...] ja die gleichgeschlechtliche Pflege, das ist das Schamgefühl von Muslime.“ (Int. 2, 26-28)

Alle vier ExpertInnen wurden nach dem Hauptziel ihrer Arbeit bezüglich transkultureller Pflege gefragt. Was ist die Motivation jedes/jeder einzelnen sich mit dem Thema Migration beziehungsweise Sterben und Tod auseinander zu setzen? Transkulturelles Wissen an die Pflegekräfte weiter zu geben und zu vermitteln, scheint dabei eine bedeutsame Rolle zu spielen. Ob das nun durch mehr Ausbildung, wie zum Beispiel durch Seminare, oder direktes Zugehen auf das Krankenhauspersonal geschieht, ist dabei fast unwesentlich. Das Individuelle in jedem Menschen zu sehen und zu berücksichtigen, wurde mehrmals in den

Interviews genannt. Große Worte wie Lebensqualität (im Allgemeinen, als auch im speziellen am Lebensende), Empowerment, Menschenwürde und Wertschätzung sind gefallen. Zu helfen, wenn es Probleme gibt und den PatientInnen das zu ermöglichen, was sie sich wünschen, sind ebenfalls Hauptziele, die es zu erreichen gilt. Außerdem sollen Pflegekräfte durch Selbstreflexion lernen, dass nicht die eigene Verhaltensweise immer die richtige sein muss, sondern, dass sich jeder Mensch die Welt nach seiner persönlichen kulturell vorgegebenen Art und Weise erklärt (vgl. Int. 1, 58-60). Wenn Zufriedenheit bei beiden Parteien – PatientInnen und Pflegepersonal – erreicht wird, ist ein Großteil der transkulturellen Pflegearbeit getan.

„Unsere Arbeit ist bei Problemen wichtig, wenn die Pflegekräfte nichts über den Islam wissen. [...] Ziel ist es, dass die richtige Person am richtigen Ort und an der richtigen Stelle ist.“ (Int. 2, 30-32)

„... ein Leben zu ermöglichen, wie es sich jemand vorstellt, der gerade nicht stirbt, wie es sein sollte, wenn man stirbt, ja.“ (Int. 4, 86-87)

Ein großer Themenkomplex, der durch die qualitative Inhaltsanalyse aus den Interviews herausgefiltert wurde, ist die gegenwärtige Situation in Wien. Was wird momentan für eine gute transkulturelle Pflege getan und welche Probleme sind zu bewältigen?

Die Interviews haben deutlich gezeigt, dass die Ausbildung des Pflegepersonals die wichtigste Komponente in der transkulturellen Pflege darstellt. Das Wissen um spezielle Bräuche und Rituale, warum gewisse Dinge für Muslime wichtig sind, bildet den Grundstein. Dabei sind sich alle vier ExpertInnen einig. Jedoch fehlt es oft an diesem speziellen Wissen und dadurch entstehen Missverständnisse und Probleme, die für eine gute transkulturelle Pflege hinderlich sind.

„Das Pflegepersonal weiß oft nicht, warum das so ist und kann es daher auch nicht verstehen.“ (Int. 2, 50-51)

„... dass wir alle zu wenig Schwestern haben, die diese Ausbildung haben, nämlich nicht die interkulturelle, sondern den Palliativlehrgang und ich

glaube, es sollte auch prinzipiell in der Schwesternausbildung thematisiert werden.“ (Int. 4, 186-188)

Schulungen und Seminare auf freiwilliger Basis könnten zwar jederzeit abgehalten werden, jedoch ist momentan ein gewisser Rückgang bei den Anmeldungen zu spüren. Noch vor einigen Jahren war das Thema „Transkulturelle Pflege“ hochbrisant und es wurden viele gut besuchte Kurse, beispielsweise im AKH Wien, abgehalten. Zur Zeit finden eher unregelmäßig Schulungen dieser Art statt und auch das Interesse zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist unterschiedlich. Vor allem das ärztliche Personal ist weniger daran interessiert (vgl. Int. 3, 61-64).

Was das Thema „Sterben und Tod“ betrifft, ist den ExpertInnen aufgefallen, dass es immer wieder in Schulungen vom Pflegepersonal angesprochen wird. Es gibt zwar keine speziellen Kurse zu der Thematik, doch ist

„... dieser Pflegebereich bald einmal im Zentrum, weil wenn es gar nicht geplant ist, spielt es doch oft eine Rolle ...“ (Interview 1, 66-67)

Der Tod und das Sterben sind in einem Krankenhaus oft zwangsweise präsent und müssen in der Ausbildung bewusst ein Thema darstellen. Das Pflegepersonal darf keine Scheu davor haben mit PatientInnen darüber zu reden, dass man dabei gewisse Rituale anderer Religionen kennt und nicht zu fürchten braucht, stellt ein gewisse Herausforderung dar, die es aber zu überwinden gilt.

Es gibt immer wieder diversen pflegespezifische Veranstaltungen, wo der Islam, genauso wie auch andere Religionen, vertreten sind. Im Oktober 2008 fand eine Tagung zum Thema „Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett“ statt, veranstaltet vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin (Universität Wien) zusammen mit der Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit in Wien. Bei der langen Nacht der Kirchen im Juni 2009 waren an einem Abend die unterschiedlichen Gebetsräume im AKH Wien öffentlich zugänglich.

Die VertreterInnen der Religionsgemeinschaften in Krankenhäusern arbeiten laut ExpertInnen eng zusammen, denn die Themen Glaube und Spiritualität sind immer

präsent als auch aktuell und daher ebenso im Zusammenhang mit krank-sein und pflegebedürftig-sein sehr wichtig.

Jedoch kommt es auch vor, dass Seminare erst dann vom Krankenhaus gewünscht werden, wenn die Probleme schon vorhanden sind und durch einen schnellen Kurs zum Thema „Transkulturelle Pflege“ in letzter Sekunde versucht wird, eine Lösung zu finden (vgl. Int. 1, 90-91). Zumal glauben die ExpertInnen, dass das Interesse von Einzelpersonen an transkultureller Pflege keine langfristige Veränderungen im Krankenhausalltag bringen und sich nicht in die gewohnte Routine integrieren wird, sondern nur punktuelle Beachtung findet.

Ein großes Problem am Desinteresse der Krankenhäuser mehr für die Aus- und Weiterbildung des Personals zu tun, sehen einige ExpertInnen in der Führungsebene.

„... auf jeden Fall wird es abgesetzt (Anm.: Kurse zur transkulturellen Pflege), im AKH da gibt es das nicht mehr, das ist ah... keine Begründung dafür, da das immer mit den Führungskräften zusammen hängt, da hat es gerade einen Wechsel gegeben und wenn da jemand andere Interessen mitbringt, dann fällt das andere aus ...“ (Int. 1, 77-80)

„Ja, sie können Leute in Trainings schicken und Schulungen und so, dass ist alles wunderbar, aber wenn sie nicht auf der Ebene der Organisation und da ist die Entwicklung, auch Schritte zu setzten, [...] dann werden die Schulungen nichts nutzen, dann werden die eher kontraproduktiv sein ...“ (Int. 3, 178-184)

„Nein, wir haben keine (Anm.: transkulturellen) Schulungen, also wir sind froh, wenn wir palliativmedizinische Schulungen bekommen (lacht) ...“ (Int. 4, 50-51)

„... nein, der geht einfach ab von oben, der Wunsch und die Erkenntnis in der Führung, oder von den Spitalserhaltern, dass es notwendig und wichtig ist ... solange das noch der Fall ist, wird es (Anm.: Interesse an

transkultureller Pflege) bei keiner Visite eine Rolle spielen, bei keiner Teambesprechung ...“ (Int. 1, 125-127)

Es fehlt die Motivation oder das Interesse der Führungsebene ein für MigrantInnen ansprechendes kultursensibles Spital zu gestalten. Im Zuge des „Migrant Friendly Hospitals“ Projekts im Kaiser-Franz-Josef-Spital fürchteten sich VertreterInnen des führenden Personals vor dem Verlust von PrivatpatientInnen, da es durch propagierte transkulturelle Pflege zu einem Anstieg von MigrantInnen im Krankenhaus kommen könnte (vgl. Heller, Kandel 2005, 7).

In einem Interview fällt der Vergleich Österreichs mit Deutschland, da das Städtischen Klinikum München als kultursensibles Spital wirbt und beispielsweise im Klinikum Schwabing ein interner DolmetscherInnendienst eingerichtet wurde (siehe Kapitel 6.1.1).

„... doch mit einem Wunsch der Dienstgeber, das gleicht in Österreich einer, ... also, dass das unterrepräsentiert ist, [...] im Gegensatz zum Beispiel in Deutschland, in München, da wirbt man richtig mit einem kultursensiblen Spital, die haben da ein Plakat, ich werbe mit der Kompetenz, die die Pfleger mitbringen ...“ (Int. 1, 102-105)

Um dem Krankenhauspersonal Wissen über bestimmte Bedürfnisse und Rituale von muslimischen PatientInnen näher zu bringen, sind nicht nur Schulungen und Seminare geeignet. Durch die VertreterInnen des islamischen Sozialdienstes beispielsweise im AKH Wien kommt es ebenso zum Austausch. Bei Problemen und Missverständnissen wird versucht zu vermitteln und aufzuklären. Dieser Service besteht seit dem Jahre 2001 und funktioniert laut ExpertInnen sehr gut.

„Wir vermitteln zwischen PatientInnen und Personal. Es ist nicht nur die Religion anders, auch die Tradition und Kultur. [...] Aber die Vermittlung wird immer besser, sie ist jetzt super. Es gibt viel Interesse und auch Fortbildungen. Der Zustand hat sich gegenüber 2001 sehr verbessert, wir haben eine traumhafte Situation, es läuft in die richtige Richtung.“ (Int. 2, 45-53)

Um nicht nur Einzelpersonen für das Thema zu interessieren, findet eine Expertin ausgedehnte Projekte, wie das „Migrant Friendly Hospitals“ Projekt, als sehr sinnvoll. Dadurch bekommt die Thematik allgemein mehr Aufmerksamkeit durch einer Vielzahl an ExpertInnen und Organisationen, was die Umsetzung von Veränderungen in die Praxis erheblich erleichtert. Durch Projekte dieser Art kann gemeinsam in der Organisationsentwicklung etwas erreicht werden, eine Sensibilisierung für das Thema findet statt und es kann viel mehr in Bewegung gesetzt werden.

„... was vielleicht ein Krankenhaus alleine, oder eine Person allein nicht machen kann, weil die kritische Masse nicht gegeben ist [...] und wenn das eine größere Gruppe von Leuten, oder eine größere Gruppe von Organisationen ist, dann wird einfach die Energie, die da drinnen ist, viel viel stärker und die argumentative Kraft ist viel mehr gegeben.“ (Int. 3, 119-124)

Die Nachhaltigkeit solcher Projekte ist unklar. Es kommt meist während der Projektzeit noch zu erwünschten Verbesserungen, doch auf Dauer bleibt diese Verbesserung unbeobachtet und unerforscht. Im Projektbericht des Kaiser-Franz-Josef-Spitals gibt es viele Vorschläge und Zukunftsvisionen, ob und wann dieser erfüllt werden ist jedoch unklar.

„... also das wäre eine Sache, die zu überprüfen wäre, also eine ganz spannende Forschungsfrage, mal zu schauen, was auf den Stationen und Abteilungen von den TeilnehmerInnen, irgendwie was durchgesickert ist, ob sich da irgendwas etabliert hat [...], dass ist schon hart danach ...“ (Int. 1, 114-118)

Hierbei wären die Führungskräfte der Krankenhäuser wieder gefragt etwas zu unternehmen, um langfristige Erfolge in der transkulturellen Pflege zu erreichen. Vorschläge aus dem Projektbericht des Kaiser-Franz-Josef-Spitals wären eine eigene Stelle für migrationsspezifische Angelegenheiten zu schaffen oder ein stärkere Zusammenarbeit aller Berufsgruppen. Jedoch benötigen Änderungen in vorhandenen Strukturen viel Zeit und können nicht durch ein einmaliges Projekt

geschaffen werden. Ein weiteres großes Problem liegt in der Finanzierung, denn jede Veränderung kostet Geld. Geld, das sich – so der Tenor der ExpertInnen – langfristig gesehen amortisieren würde.

„Es hat sich gezeigt, dass die Arbeit im Sinne des Patienten ist. Es verkürzt die Aufenthaltsdauer des Patienten und ist somit eine Kostenersparnis für den Staat und das mit nur wenig Mitteln. So soll es weitergehen.“ (Int. 2, 93-96)

Nicht nur PatientInnen mit Migrationshintergrund können aus den Veränderungen profitieren, denn der Grundgedanke der transkulturellen Pflege liegt laut ExpertInnen darin, dass man die Menschen so nimmt, wie sie sind und nicht alle gleich zu behandeln sind. Das zu akzeptieren, jedem Menschen individuell zu begegnen und mit verschiedenen Hilfsmitteln gegebene Unterschiede zu kompensieren versucht, kann auch nur ein Gewinn für alle PatientInnen eines Krankenhauses sein.

„Also, ein Grundresümee aus dem Projekt ist sozusagen dieser Grundansatz, der ist, glaube ich, sehr wichtig und der ist ja auch übertragbar, nicht nur auf eben Patienten, Patientinnen mit Migrationshintergrund sondern ganz allgemein auf die Beziehungen zwischen Pflegenden oder Medizinen und eben Patienten ...“ (Int. 3, 98-101)

Dass individuelle Bedürfnisse, egal ob sie vom Glauben, der Religion oder der persönlichen Einstellung abhängig sind, nicht als spezielle Herausforderung für die Pflege gesehen werden sollen, darauf weist ein Experte hin.

„... das ist sehr unterschiedlich, wie in allen Kulturkreisen die Adhärenz zu religiösen Vorschriften ganz unterschiedlich ist, [...] es wird nur immer wahrgenommen, habe ich so das Gefühl, wenn es nicht der übliche Glaube ist, dass das so etwas Besonderes sei ...“ (Int. 4, 17-23)

„... ich sehe das persönlich nicht, dass es besondere Herausforderungen sind für die Pflege, es sind halt Dinge, auf die man aufpassen muss, die

aus dem eigenen Kulturkreis ist man als Pfleger gewohnt und die aus den anderen Kulturkreisen, die muss man halt lernen und aufpassen ...“

(Int. 4, 44-47)

Auf einer Palliativstation ist es möglich, genauer und intensiver auf Bedürfnisse der PatientInnen einzugehen. Circa 20 – 30 % der PatientInnen, die sich im AKH Wien auf der Palliativstation befinden, sind Menschen mit nicht-zentral-europäischem Kulturkreis, was bedeutet, dass transkulturelle Pflege immer wieder ein Thema ist und auch hier versucht wird, die Wünsche der Sterbenden zu erfüllen. Gerade bei muslimischen PatientInnen kommt es vor, dass die Überführung ins Heimatland und die Beerdigung in „muslimischer“ Erde eine zentrale Rolle spielt und so versucht das Personal der Palliativstation immer wieder den Angehörigen zu helfen, diese Anliegen so gut wie möglich zu erfüllen. (vgl. Int. 4, 8-10 bzw. 26-35)

Ein großes Problem dabei ist der Zeitfaktor. Der islamische Glaube verlangt, dass das Begräbnis 24 Stunden nach dem Tod erfolgen soll (vgl. Ilkilic 2005⁵, 49f). Bis zu dem Zeitpunkt an dem die Leiche freigegeben wird und man die nötigen Dokumente zur Überführung hat, vergeht viel Zeit. Auch die rituelle Waschung findet daher sehr spät statt.

„Der Zeitfaktor ist aber zu lange, das ist das Schlimmste für Muslime.

B: Ja, normalerweise muss das Begräbnis innerhalb von 24 Stunden sein, das passiert hier nicht, aber wir versuchen es so schnell wie möglich. Es dauert so circa zwei Tage. Es dauert oft lange, bis die Leiche freigegeben wird, die ganze Bürokratie, die Stempel, die man braucht.“ (Int. 2, 60-64)

Ein weiteres Problem, das durch die qualitative Inhaltsanalyse herausgefiltert wurde, ist der Kostenfaktor. In islamischen Ländern bezahlt man einmal für ein Grab, welches man dann für immer besitzt. In Österreich jedoch wird das Grab nach einer gewissen Zeit aufgelöst (vgl. Kapitel 5.2) oder man zahlt weiterhin jährlich einen bestimmten Geldbetrag. Für viele Muslime ist das zu teuer und sie wünschen sich auch daher eine Überführung in das Heimatland.

Daneben taucht in einem Interview die Sorge von Pflegekräften auf, gerade bei sterbenden muslimischen PatientInnen etwas falsch zu machen. Es entsteht eine große Unsicherheit, weil gewisse Verhaltensweisen fremd und unbekannt

erscheinen. (vgl. Int. 1, 212-217) Die Sprache, mangelndes Empowerment von PatientInnen sowie fehlende Aus- und Weiterbildung werden von den ExpertInnen als mögliche Hauptprobleme im Umgang mit MigrantInnen gesehen (vgl. Kapitel 3.4).

Was die BesucherInnenanzahl im Krankenhaus betrifft, so wurden alle vier ExpertInnen auf die seit März 2009 aktualisierte Hausordnung des KAV befragt (vgl. Kapitel 3.4). Der Krankenbesuch ist für Muslime eine religiöse Pflicht und wird auch sehr ernst genommen (vgl. Ilkilic 2005⁵, 34). Durch die neue Hausordnung kann es daher besonders für Muslime zu Einschränkungen kommen. Einig sind sich die ExpertInnen, dass es Regeln geben muss und sich in einem Krankenzimmer mit mehreren Betten nicht eine zu große Anzahl an BesucherInnen aufhalten sollte. Jedoch wird die Grundproblematik dadurch nicht beseitigt und eine Zusatzlösung wäre sehr wünschenswert.

„... also ich verstehe den Hintergrund, ich finde es schade, dass da nicht begleitend etwas anderes dazu gemacht wird, [...] weil das ein ganz massiver Eingriff in eine soziale Struktur, wo Familie wichtig ist, wo Verwandtschaft wichtig ist und wo es schlichtweg unhöflich und unmöglich, eine Beleidigung ist, wenn sie nicht im ‚Schiebel‘²⁰ ins Krankenhaus pilgern und das ist für den Patienten, die Patientin und auch für die verwandten Familienmitglieder eine ganz schlimme Sache und dann würde ich mir wünschen, dass da begleitend überlegt wird, okay, wie kann man denn das lösen ...“ (Int. 3 160-168)

„... da muss man auch irgendwie eine Regelung finden und sozusagen eine Ordnung [...] aber vom Grundgedanken her, wenn das jetzt wirklich was mit den muslimischen Patienten zu tun hätte, wo die Besuche ja eine soziale und religiöse Pflicht wären und wenn das eben unterbunden wird mit einer neuen Regelung, ah... finde ich jetzt, das Signal nicht unbedingt förderlich und sagt und spiegelt ja auch irgendwas ...“ (Int. 1, 155-161)

„Die optimale Situation ist natürlich, wenn der Patient das Krankenzimmer verlassen kann und in einen Besuchsraum gehen kann.“ (Int. 2, 82-84)

²⁰ umgangssprachlich für eine größere Gruppe

Als zweiter großer Themenkomplex stand die Zukunft der transkulturellen Pflege beziehungsweise was im Bezug darauf wünschenswert wäre, in den Interviews im Vordergrund. Das Verbesserungsmaßnahme nötig sind, zeigt die gegenwärtige Situation. Aus allen vier Interviews wurde deutlich, dass Kommunikation der Schlüssel für eine gute Zukunft der transkulturellen Pflege ist. Sei es die Kommunikation innerhalb der Berufsgruppen, die Kommunikation mit den PatientInnen oder die Kommunikation des Krankenhauses nach außen.

Mit allen PatientInnen eines Krankenhauses, aber besonders mit MigrantInnen muss ausführlich besprochen werden, welche Bedürfnisse sie haben, die Pflegeteams eventuell fremd sein könnten. Es muss erklärt werden, was möglicherweise nicht erfüllt werden kann und warum nicht. Kein/e PatientIn sollte unwissend und unaufgeklärt behandelt werden.

„... ich würde mir wünschen, dass ich so behandelt werde, dass die erstens bemerken, dass ich anders bin und natürlich andere Bedürfnisse habe, dass die auch nachfragen, welche Bedürfnisse das sind, dass sie dann mit mir aushandeln, ob sie diesen Bedürfnissen entsprechen können, oder nicht, vielleicht geht das ja auch nicht ...“ (Int. 3, 130-133)

Jede/r PatientIn oder Angehörige soll vom Krankenhauspersonal als eigenständiger Mensch gesehen werden und vorhandene Vorurteile müssen beiseite geschoben werden (vgl. Int. 1, 167-169). Um das zu erreichen, könnte laut einem Experten eine Anti-Rassismus-Schulung als Basis, vor jeder transkulturellen Ausbildung helfen. Nur durch genügend Wissen ist ein professioneller Umgang mit PatientInnen möglich und Professionalität in der Pflege heißt auch Bewertungen weglassen und sich selbst zurücknehmen.

„... weil jedes Wissen, den Umgang massiv erleichtert, wenn man immer glaubt, das sind Einzelfälle oder das ist irgendwie, es wird auf Persönliches zurückgeführt, dann hat man persönliche Schwierigkeiten und Aggressionen gegen jemanden, der sich abnorm benimmt, wenn man das aber aufarbeiten kann und in der Ausbildung schon mal gehört hat, dann geht man professioneller um und da ist alles viel einfacher und es ist einfach der professionelle Umgang, den man braucht ...“ (Int. 4, 163-168)

Sich immer wieder auf die Grundfrage der Pflege zu besinnen und das persönliche Leitbild in Erinnerung zu rufen, warum man Krankenschwester oder -pfleger geworden ist, sich selbst zu fragen, was man als Einzelperson leisten oder eben auch vermeiden kann, vermag den Pflegekräften vermutlich helfen, eine gute Verbindung und eine gute Beziehung zu PatientInnen aufzubauen (vgl. Int. 1, 178-184).

Transkulturelle Pflege ist kein vorübergehender Trend wie eine Modeerscheinung, sondern wird in der heutigen multikulturellen Gesellschaft immer wichtiger. Wien hat den größten AusländerInnenanteil von Österreich und das wird auch in Zukunft so bleiben.

„... ich glaube, dass transkulturelle Pflege deshalb an Bedeutung massiv gewinnen wird, ich glaube auch, dass der Druck immer größer wird, das heißt, ich sehe eine Zukunft die mit großen Herausforderungen gespickt ist, denen man begegnen wird müssen ...“ (Int. 3, 143-146)

Diese Herausforderungen können nur gemeistert werden, wenn die Pflege von allen Seiten Unterstützung bekommt, damit es zu keiner Frustration beim Personal kommt. Ob sich die transkulturelle Pflege in die richtige Richtung weiterentwickeln wird, hängt also von vielen Faktoren ab, die zu berücksichtigen sind. Interessant ist, dass alle vier ExpertInnen die Zukunft der transkulturellen Pflege positiv sehen.

„... aber andererseits langfristig, denke ich mir, da wird sich schon was verbessern, ja ich denke auch, dass sich da insgesamt was verbessert ...“ (Int. 1 187-188)

10.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die transkulturelle Pflege in Österreich ist noch lange nicht so integriert, wie es notwendig wäre, um MigrantInnen eine gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Vor allem in die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften muss viel mehr investiert werden, nur so kann das nötige Wissen geschaffen werden, um einen vorurteilsfreie Umgang in der Begegnung mit Menschen im Krankenhaus zu erreichen und die Bedürfnisse von MigrantInnen zu erfüllen. Transkulturelle Schulungen, Kommunikationstrainings und interdisziplinäre Veranstaltungen müssen zu einem fixen Bestandteil jedes Krankenhauses werden. Positive Beispiele wie interne DolmetscherInnendienste oder EU-weite Projekt wie das MFH- Projekt tragen dazu bei, dass es zur interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen kommt und dass sich nicht nur Einzelpersonen, die an der Thematik interessiert sind, dafür einsetzen. Damit das erfüllt werden kann und die Zukunft in die richtige Richtung zeigt, sind die Führungskräfte von Krankenhäusern stark gefragt. Nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund werden von dieser Entwicklung profitieren, sondern auch alle anderen PatientInnen.

Für eine so verstandene transkulturelle Pflege spricht nicht zuletzt ein wirtschaftliches Interesse. Durch Investitionen in eine starke migrationsspezifische Pflege und gute interdisziplinäre Zusammenarbeit kommt es bei den PatientInnen zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer und somit zu einer Kostenersparnis für das Krankenhaus bzw. den Staat.

Die Interviews der ExpertInnen haben gezeigt, dass die Stadt Wien bemüht ist, MigrantInnen eine gute Gesundheitsversorgung anzubieten und auch noch weiterhin daran gearbeitet wird.

11. Resümee

Um schlussendlich die Theorie mit der Empirie zusammenzuführen, muss wieder auf die Forschungsfragen zurückgeblickt werden. Wie wird die Pflege bei sterbenden muslimischen PatientInnen im Krankenhaus durchgeführt, was wäre die bestmögliche transkulturelle Pflege und welche Möglichkeiten gibt es, diese im Krankenhausalltag zu integrieren?

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass Vorschriften für Muslime, wie beispielsweise Geschlechtertrennung bei der Pflege und beim Gebet, die Fastenpflicht, Speisevorschriften oder der Krankenbesuch zu Problemen führen können. Auch den ExpertInnen waren diese Themen nicht unbekannt. Die islamische Seelsorge, die es seit dem Jahr 2001 im AKH Wien gibt, bringt dabei deutliche Verbesserungen. Das Pflegepersonal wird über gewisse Rituale und Bedürfnisse vom muslimischen PatientInnen aufgeklärt und bei entstehenden Problemen wird versucht zu vermitteln. Jedoch können Einführungen, wie die neue Hausordnung des KAV falsch verstanden werden, wenn es zu keinen weiterführenden Maßnahmen kommt und das bestehende Problem der großen BesucherInnenanzahl dadurch nur verschoben wird. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist gefragt, sowie Engagement und Verantwortungsbewusstsein der Führungsebene eines Krankenhauses. Durch die Notwendigkeit von zielgerichteter Ausbildung und weiteren Großprojekten wird auch die Politik gefordert, hier anzusetzen und mitzuwirken. Nur durch die Zusammenarbeit von PolitikerInnen, Führungskräften, ForscherInnen und allen InteressensvertreterInnen kann erreicht werden, eine bestmögliche transkulturelle Pflege zu gewährleisten.

Eine transkulturelle Organisationsentwicklung – so auch der Tenor von WissenschaftlerInnen (vgl. Domenig 2001, 153ff) und PraktikerInnen – ist in Zukunft angebracht und notwendig. Gegenwärtige Finanzierungen für den Bereich „Migration und Gesundheit“ sind auf jeden Fall zu tätigen. Langfristig gesehen würden sich diese amortisieren und somit keinen Nachteil für die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens bringen.

Als Ausblick für zukünftige Forschungen im Bereich Migration und Gesundheit sollte die Situation in Gesamtösterreich erarbeitet werden. Wie sieht die transkulturelle Pflege in anderen Städten oder im Vergleich zum Land aus? Ebenso sollten spezielle Themengebiete wie zum Beispiel der Aspekt Sterben und Tod bei MigrantInnen genauer beachtet und beleuchtet werden.

12. Literaturverzeichnis

- Akinyosoye, Clara (2008): Gesundheit: Kollaps ohne Migranten. In: Die Presse. 10.12.2008. Seite 11.
- Albers, Ludger; Leiß, Ottmar (2002): Körper – Sprache – Weltbild. Integration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin. Schattauer. Stuttgart. New York.
- Albrecht, Clemens (1995): Zivilisation und Gesellschaft. Bürgerliche Kultur in Frankreich. Wilhelm Fing Verlag. München.
- Albrecht, Niels-Jens (2002): Zur Interkulturellen Kompetenz in der Kommunikation mit Migranten: Praxis und Anspruch. In: Trojan, Alf; Hanneli, Döhner (2002): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main. Seite 289 – 300.
- Altorfer, Andreas; Käsermann, Marie-Louise (2001): Die Bedeutung des Nonverbalen in der Kommunikation. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 160 – 183.
- Andrews, Margaret M. (2003): Theoretical Foundations of Transcultural Nursing. In: Andrews, Margaret M.; Boyle, Joycen S. (2003⁴): Transcultural Concepts in Nursing Care. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. Baltimore. New York.
- Appelsmeyer, Heide; Billmann-Mahecha, Elfriede (2001): Kulturwissenschaftliche Analysen als prozeßorientierte wissenschaftliche Praxis. Einleitung. In: Appelsmeyer, Heide; Billmann-Mahecha, Elfriede (2001): Kulturwissenschaft. Felder einer prozeßorientierten wissenschaftlichen Praxis. Velbrück Wissenschaft. Weilerswist. Seite 7 – 17.
- Arndt, Marianne (2002): Pflege bei Sterbenden. Den Tod leben dürfen: Vom christlichen Anspruch der Krankenpflege. Schlütersche Verlag. Hannover.
- Atteslander, Peter (2000⁹): Methoden der empirischen Sozialforschung. Walter de Gruyter. Berlin. New York.
- Barkowski, Marja (2007): Dolmetschen im medizinischen Bereich. (Diplomarbeit 2005). Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer. o.O.

- Basler, Heinz-Dieter (2004): Schmerz und Alter. In: Basler, Heinz-Dieter; Carmen, Franz; Kröner-Herwig, Birgit; Rehfish, Hans-Peter (2004⁵): Psychologische Schmerztherapie. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg. Seite 191 – 202
- Baumann, Claudia (2008): Pflege und Islam: Herausforderungen und Konfliktfelder in der Pflege von Migranten. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Baumgartner Biçer, Judith (2001): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 270 – 286.
- Becker, Silke A.; Wunderer, Eva; Schultz-Gambard, Jürgen (2006³): Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. W. Zuckschwerdt Verlag GmbH. München. Wien. New York.
- Biemel, Regina (2004): Religion und Kultur. Neue Kompetenzen in der Pflege. In: Pro Care. Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe. Heft 10/2004. Seite 14 – 20.
- Binder-Fritz, Christine (1997): Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonal. In: Uzarewicz, Charlotte; Piechotta, Gudrun (1997): Transkulturelle Pflege. Zeitschrift für Ethnomedizin. Curare Sonderband 10/1997. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin. Seite 133 – 153.
- Binder-Fritz, Christine (2004): Transkulturelle Pflege – Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens. In: Sonderheft zur Tagung „Migration kann Ihre Gesundheit gefährden“. Verein ZEBRA. Graz. Seite 9 – 12.
- Bischoff, Alexander; Steinauer, Regine; Kurth, Elisabeth (2006): Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. Basel. Institut für Pflegewissenschaft. URL: www.healthhospitals.ch/deutsch/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=84 (zuletzt aufgerufen am 4.03.2009)
- Bischoff, Alexander; Steinauer, Regine (2007): Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. 20. Jg., Heft 6. Seite 343 – 351.

- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg. 2005²): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Böker, Martin; Griebel, Brigitta; Kittl, Hannes (2005): Voraussetzungen für das Gelingen multiprofessioneller Zusammenarbeit. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 325 – 337.
- Boschert, Sigrid; Kotz Manuel (2005): Tod und Trauer bewältigen (Seminarkonzept). In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 289 – 309.
- Boulay, Shirley du (1987): Cicely Saunders. Ein Leben für Sterbende. Tyrolia. Innsbruck. Wien.
- Bowker, John (1996): Die menschliche Vorstellung vom Tod. In: Barloewen, Constantin von (1996): Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen. Diederichs. München. Seite 406 – 432.
- Bühlmann, Reante; Stauffer, Yvonne (2001): Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 202 – 211.
- Bulayumi, Espérance-François Ngayibata (2001): Sterbebegleitung als Lebensbegleitung. Eine imperative ethische Notwendigkeit. Edition pro mente. Linz.
- Collatz, Jürgen (2002): Einführung: Integration nicht zum Nulltarif. In: Collatz, Jürgen; Heise, Thomas (2002): Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin. Seite 9 – 10
- Dachs, Petra (1999): Transkulturelle Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Daniel, Ute (2001): Kompendium Kulturgeschichte. Theorien, Praxis, Schlüsselwörter. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.
- David, Matthias; Borde, Theda (2001): Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.

- Domenig, Dagmar (2001a): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle.
- Domenig, Dagmar (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 140 – 158.
- Domenig, Dagmar; Stauffer Yvonne (2001): Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 228 – 235.
- Dornheim, Jutta (2001): Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 28 – 45.
- Eisingerich, Astrid (2003): Der Tod als Rückkehr zur Gott, der Quelle allen Lebens – Sterben, Tod und Trauer im Islam. In: Heller, Birgit (2003): Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau. Seite 118 – 143.
- Elias, Norbert (1976): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Erster Band. Wandlungen des Verhaltens in den westlichen Oberschichten des Abendlandes. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 158. Frankfurt am Main.
- Elias, Norbert (1976): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Zweiter Band. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 159. Frankfurt am Main.
- Ewers, Michael (2005): Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege Schwerkranker. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 83 – 100.
- Faßbinder, Susanne; Lust, Alexandra (1997): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG samt ausführlichen Erklärungen. Sonderausgabe Nr. 95. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. Wien.

- Fernsebner-Kokert, Bettina (2009): Strengere Hausordnung in Wiener Spitälern. In: Der Standard. 19.03.2009. Seite 11.
- Fischer, Gisela (1998): Probleme des Arztes beim Umgang mit Sterbenden. In: Becker, Ulrich; Feldmann, Klaus; Johannsen, Friedrich (1998): Sterben und Tod in Europa. Neukirchener Verlag. Neukirchen-Vluyn. Seite 53 – 58.
- Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Facultas Verlags- und Buchhandels AG WUV-Universitätsverlag. Wien.
- Geisler, Linus (1992³): Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Pharma Verlag. Frankfurt.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1995²): Betreuung von Sterbenden. Eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen. Zürich.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2009³): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Glier, Barbara; Ermin, Yesim (2004): Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Basler, Heinz-Dieter; Carmen, Franz; Kröner-Herwig, Birgit; Rehfisch, Hans-Peter (2004⁵): Psychologische Schmerztherapie. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg. Seite 227 – 240
- Grimmer, Karl F. (2003): Gott in multikultureller Gesellschaft. Erwägungen zur Erfahrung Gottes im religiösen Pluralismus. In: Stegemann, Wolfgang (2003): Religion und Kultur. Aufbruch in eine neue Beziehung. Theologische Akzente. Band 4. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. Seite 220 – 241.
- Gröschl, Claudia (2006): Asyl und Gesundheit. In: Pro Care. Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe. Heft 4/2006. Seite 8 – 13.
- Guardiola, Pia Marina; Gruber, Ulrich F. (2000²): Wie sagt's der Arzt auf englisch, französisch, italienisch, spanisch, türkisch, serbokroatisch, russisch und albanisch? Verlag Hans Huber. Bernd. Göttingen. Toronto. Seattle.
- Gunaratnam, Yasmin (2003): Kultur ist nicht alles. Eine Kritik der Multikulturalität in der Palliative Care. In: Heller, Birgit (2003): Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau. Seite 145 – 169.

- Gysin, Iris Ludwig; Stucki, Elisabeth; Domenig, Dagmar (2001): Vermittlung der transkulturellen Pflege anhand einer didaktischen Fallstudie. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 254 – 266.
- Habermann, Monika (1997): Vom Umgang mit dem Fremden – Der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Uzarewicz, Charlotte; Piechotta, Gudrun (1997): Transkulturelle Pflege. Zeitschrift für Ethnomedizin. Curare Sonderband 10/1997. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin. Seite 53 – 61.
- Hainz, Monika (2004): Transkulturelle Pflege. Eine empirische Untersuchung zur Interaktion zwischen einem multikulturellen Pflegepersonal und erkrankten MigrantInnen. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Hansen, Klaus P. (1995): Kultur und Kulturwissenschaft. Eine Einführung. Francke Verlag. Tübingen. Basel.
- Harflinger, Julia (2008): Mein Nabel ist gefallen. In: Der Standard. 14.01.2008. Seite 21.
- Heimerl, Katharina; Pleschberger, Sabine (2005): Palliative Versorgung in Deutschland und Österreich: Angebote und Strukturen. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 46 – 66.
- Heller, Birgit; Heller, Andreas (2003): Sterben ist mehr als Organversagen. Spiritualität und Palliative Care. In: Heller, Birgit (2003): Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau. Seite 7 – 21.
- Heller, Birgit (2003): Das Leben ist wertvoll – das Leben ist relativ. Euthanasie und Weltreligionen. In: Heller, Birgit (2003): Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau. Seite 197 – 205.
- Heller, Birgit (2005): Interreligiosität und Palliative Care. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 163 – 174.
- Heller, Susanne; Kandel, Karoline (2005): Projektbericht. „Migrant Friendly Hospitals“. Kaiser-Franz-Josef-Spital. Wien. Seite 1 – 8.

- Henning, Max (2001). Der Koran. Arabisch – Deutsch. Diederichs. Kreuzlingen. München.
- Hoffbauer, Gabi (2003): Handbuch. Medizinische Untersuchungsmethoden. Fachbegriffe, Nutzen und Risiken verständlich erklärt. Heinrich Hugendubel Verlag. Kreuzlingen. München.
- Hristozova-Weiss, Yordanka (2008): Migranten werden anders krank. In: Die Presse. 03.12.2008. Seite 13.
- Hüper, Christa (1997): Schmerzverstehen in der interkulturellen Pflege. In: Uzarewicz, Charlotte; Piechotta, Gudrun (1997): Transkulturelle Pflege. Zeitschrift für Ethnomedizin. Curare Sonderband 10/1997. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin. Seite 171 – 187.
- Hüper, Christa; Kerkow-Weil, Rosemarie (2001): Schmerz im Migrationskontext. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 288 – 303.
- Husebø, Stein (2005): Was ist Schmerz? In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 213 – 226.
- Ilkilic, Ilhan (2002): Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Lit Verlag. Münster, Hamburg, London.
- Ilkilic, Ilhan (2005⁵): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Zentrum für medizinische Ethik. Bochum. Medizinethische Materialien. Heft 160.
- Ilkilic, Ilhan (2006): Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen. In: Körtner, Ulrich H.J.; Virt, Günter; Engelhardt, Dietrich von; Haslinger, Franz (2006): Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik. Neukirchener Verlag. Neukirchen-Vluyn. Seite 165 – 182.
- Jancke, Gabriele (2005): Kommunikation mit schwerstkranken und sterbenden Menschen. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika

(2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 101 – 111.

- Jong, Anneke de (2003): Kulturelle Werte im Spannungsfeld zwischen Pflegekundigen und Patienten. In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle. Seite 209 – 232.
- Jonker, Gerdien (1998): „Wie gut sind die Tränen, wie süß die Klagen“. Tod und Begraben in der Migration: Griechen und Türken in Berlin. In: Becker, Ulrich; Feldmann, Klaus; Johannsen, Friedrich (1998): Sterben und Tod in Europa. Neukirchener Verlag. Neukirchen-Vluyn. Seite 135 – 144.
- Kanwischer, Detlef (2002): Experteninterviews – Die Erhebung, Verwaltung und Dekonstruktion von Expertenwissen. Seite 91 – 112. URL: http://www.uniflensburg.de/geo/H_Seite_91-112_kanwischer.pdf (zuletzt aufgerufen 2007)
- Kellnhauser, Edith; Schewior-Popp, Susanne (1999): Ausländische Patienten besser verstehen. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York.
- Kern, Martina; Gasper-Paetz, Andrea (2005): Was ist Palliativpflege? (Fallbeispiel). In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 30 – 45.
- Kippenberg, Hans G. (2001): Was sucht die Religionswissenschaft unter den Kulturwissenschaften? In: Appelsmeyer, Heide; Billmann-Mahecha, Elfriede (2001): Kulturwissenschaft. Felder einer prozeßorientierten wissenschaftlichen Praxis. Velbrück Wissenschaft. Weilerswist. Seite 240 – 268.
- Körtner, Ulrich H. J. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Facultas Universitätsverlag. Wien.
- Körtner, Ulrich H. J. (2006): Zur Einführung. Interkulturelle und interreligiöse Fragestellungen heutiger Medizinethik. In: Körtner, Ulrich H.J.; Virt, Günter; Engelhardt, Dietrich von; Haslinger, Franz (2006): Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik. Neukirchener Verlag. Neukirchen-Vluyn. Seite 1 – 4.
- Körtner, Ulrich H. J. (2006): Krankheit, Kultur und Religion. Der Krankheitsbegriff in der medizinethischen Diskussion. In: Körtner, Ulrich H.J.;

Virt, Günter; Engelhardt, Dietrich von; Haslinger, Franz (2006): Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik. Neukirchener Verlag. Neukirchen-Vluyn. Seite 231 – 250.

- Körtner, Ulrich H. J. (2007): Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.
- Kröner-Herwig, Birgit (2004): Schmerz – eine Gegenstandsbeschreibung. In: Basler, Heinz-Dieter; Carmen, Franz; Kröner-Herwig, Birgit; Rehfish, Hans-Peter (2004⁵): Psychologische Schmerztherapie. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg. Seite 1 – 15
- Küng, Hans (1990): Projekt Weltethos. R. Piper. München, Zürich.
- Küng, Hans (1995): Ja zum Weltethos. Perspektiven für die Suche nach Orientierung. R. Piper. München.
- Kutschmann, Werner (1986): Der Naturwissenschaftler und sein Körper. Die Rolle der >inneren Natur< in der experimentellen Naturwissenschaft der frühen Neuzeit. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.
- Lahmer, Karl (2000): Kernbereiche der Psychologie. E. Dörner. Wien.
- Leininger, Madeleine M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Lenz, Siegfried (1998): Über den Schmerz. Essays. Hoffmann und Campe. Hamburg.
- Leyer, Emanuela Maria (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Westdeutscher Verlag. Opladen. Beiträge zur psychologischen Forschung. Band 24.
- Loncarevic, Maja (2001): Migration und Gesundheit. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 66 – 85.
- Mayring, Philipp (2003⁸): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag. Weinheim. Basel.
- Molcho, Samy (1998): Körpersprache als Dialog. Ganzheitliche Kommunikation in Beruf und Alltag. Mosaik Verlag. München.
- Mucciolo-Madler, Liselotte (2003): Multikulturelle Zusammenarbeit in der Pflegepraxis. In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried (2003): Pflege im

kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle. Seite 187 – 208.

- Müller-Busch, Christof H. (2004): Kulturgeschichtliche Bedeutung des Schmerzes. In: Basler, Heinz-Dieter; Carmen, Franz; Kröner-Herwig, Birgit; Rehfisch, Hans-Peter (2004⁵): Psychologische Schmerztherapie. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg. Seite 147 – 163
- Müller-Mundt; Schaeffer, Doris (2005): Symptomanagement und Pflege am Beispiel chronischer Schmerzzustände. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 227 – 245.
- Obermair-Ramp, Susanne (2003): Umgang mit sterbenden PatientInnen auf verschiedenen Krankenhausstationen aus der Perspektive von Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. –pflegern. Diplomarbeit. Wien.
- Opitz, Karin (2001): Sterben in anderen Kulturen. „Was können wir noch tun, wenn nichts mehr zu machen ist?“ In: Pro Care. Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe. Heft 5/2001. Seite 10.
- Orth, Ernst Wolfgang (2000): Was ist und was heißt „Kultur“? Dimensionen der Kultur und Medialität der menschlichen Orientierung. Trierer Studien zur Kulturphilosophie. Paradigmen menschlicher Orientierung. Band 4. Verlag Königshausen & Neumann. Würzburg.
- Parfitt, Barbara (2003): Working Across Cultures: A model for practice in developing countries. In: In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle. Seite 103 – 116.
- Pöschhacker, Franz (2000): Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Studien zur Translation. Band 7. Stauffenburg Verlag. Tübingen.
- Pribil, Ulrike (2005): Die letzten Stunden – sterbende Menschen begleiten und pflegen. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 189 – 200.
- Pribil, Ulrike (2005): Dimensionen von Schmerz (Fallbeispiel). In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²):

Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 246 – 253.

- Reintjens-Anwari, Hortense (1996): Der Tod aus islamischer Sicht. In: Barloewen, Constantin von (1996): Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen. Diederichs. München. Seite 169 – 200.
- Reitz, Anja (2002): Kommunikation in der Sterbebegleitung – Modellfall Hospiz. Diplomarbeit. Wien.
- Reuter, Peter (2004): Springer Lexikon Medizin. Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg. New York.
- Rieder, Johannes (2001): Eine große Aufgabe. Die Bedeutung der transkulturellen Kompetenz in der Pflege. In: Pro Care. Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe. Heft 5/2001. Seite 11.
- Saladin, Peter (2007²): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bundesamt für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz. Bern.
- Salman, Ramazan (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 88 – 100.
- Schlofer, Alfons (1997): „Community Interpreting“ im Krankenhaus – Ausgewählte Länderberichte. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Schulz, Susan (2003): Wohlbefinden bei Immigranten? In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle. Seite 37 – 60.
- Slapp, Ashley Marc (2004): Community Interpreting in Deutschland. Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft. Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung. München.
- Stanjek, Karl (2001): Die Vermittlung der transkulturellen Pflege in der Aus- und Weiterbildung. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 238 – 252.

- Stegemann, Wolfgang (2003): Religion als kulturelles Konzept. In: Stegemann, Wolfgang (2003): Religion und Kultur. Aufbruch in eine neue Beziehung. Theologische Akzente. Band 4. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. Seite 43 – 69.
- Stuker, Rahel (2001): Professionelles Dolmetschen. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 186 – 199.
- Tanzler, Michaela (2005): Wenn der Tod eingetreten ist ... Die Aufgaben der Pflege. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 201 – 211.
- Toplak, Heidemarie (1998): Transkulturelle Aspekte in der Pflege. Dissertation. Universität Wien.
- Trebo, Ingrid (2007): Migration – Eine erweiterte Perspektive auf die ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Tuna, Soner (2001): Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumzentriertheit im Migrationskontext. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 214 – 226.
- Ulreich, Gabriele (2008): Die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen unter Berücksichtigung religiös-weltanschaulicher und kulturspezifischer Hintergründe. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Wadensjö, Cecilia (2005): Interpreting as interaction. Longman. London
- Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. (2000¹⁰): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Hans Huber Verlag. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle.
- Weiher, Erhard (2005): Spiritualität in der Sterbebegleitung. In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (2005²): Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Facultas. Wien. Seite 149 – 162.
- Weiss, Walter M. (2008): Islam. Ein Schnellkurs. DuMont Buchverlag. Köln.

- Welsch, Wolfgang (1999): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Mainzer Universitätsgespräch. Sommersemester 1998. Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainz. Seite 45 – 72.
- Welsch, Wolfgang (2006): Transkulturelle Perspektiven. In: Bickmann, Claudia et al. (2006): Tradition und Traditionsbruch zwischen Skepsis und Dogmatik. Interkulturelle philosophische Perspektiven. Studien zur Interkulturellen Philosophie. 16. Rodopi. Amsterdam. New York. Seite 113 – 145.
- Wesselmann, Elisabeth; Lindemeyer, Tuula; Lorenz, Alfred L. (2004): Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der hausinterne Dolmetscherdienst. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.
- Wicker, Hans-Rudolf (2001): Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 48 – 63.
- Wunn, Ina (2006): Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (1997): Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In: Uzarewicz, Charlotte; Piechotta, Gudrun (1997): Transkulturelle Pflege. Zeitschrift für Ethnomedizin. Curare Sonderband 10/1997. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin. Seite 99 – 114.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, Dagmar (2001b): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Seite 124 – 136.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2003): Fremdheitserfahrungen, Pflege und Kultur. In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle. Seite 15 – 36.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2003): „Konzepte der interkulturellen Pädagogik für eine kultursensible Pflege“. In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle. Seite 233 –252.

- Zimmer, Christiane (2004): Schmerz und Geschlecht. In: Basler, Heinz-Dieter; Carmen, Franz; Kröner-Herwig, Birgit; Rehfisch, Hans-Peter (2004⁵): Psychologische Schmerztherapie. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg. Seite 203 – 215
- Zimmermann, Emil (2000): Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen .Toronto. Seattle.

III Anhang

A) Tabelle „Bevölkerung 2001 n. Staatsangehörigkeit und Bundesländern“

Staatsangehörigkeit	Burgen- land	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien
Insgesamt	277.569	559.404	1.545.804	1.376.797	515.327	1.183.303	673.504	351.095	1.550.123
Österreich	265.005	527.333	1.451.770	1.277.180	454.807	1.129.791	609.860	304.395	1.301.859
Nicht-Österreich	12.564	32.071	94.034	99.617	60.520	53.512	63.644	46.700	248.264
Nach Kontinenten bzw. Staaten									
Europa (ohne Österreich)	11.489	30.161	86.934	92.804	55.800	47.482	60.670	44.989	211.551
EU-27-Staaten (ohne Österreich)	5.422	10.670	28.210	21.828	14.816	18.204	21.339	9.558	54.844
Belgien	4	30	145	58	81	61	158	62	340
Bulgarien	82	100	490	418	184	410	303	65	2.165
Dänemark	10	28	124	53	150	38	105	40	258
Deutschland	1.371	5.453	8.369	10.723	8.582	6.553	12.558	5.880	12.729
Estland	1	1	11	4	6	-	5	-	26
Finnland	15	43	158	77	98	69	77	26	437
Frankreich	51	102	426	260	281	194	432	261	2.037
Griechenland	33	106	184	191	105	201	91	84	853
Irland	7	15	57	39	38	37	47	25	245
Italien	64	891	601	490	648	594	3.127	721	2.928
Lettland	7	3	23	14	14	9	1	7	74
Litauen	2	5	38	8	61	17	16	4	57
Luxemburg	1	4	29	22	21	20	128	10	144
Malta	1	-	2	3	3	-	5	2	17
Niederlande	44	252	554	329	423	264	891	335	818
Polen	441	283	3.843	1.849	412	703	431	231	13.648
Portugal	13	22	121	153	38	65	99	80	286
Rumänien	880	926	3.674	2.872	731	4.046	373	255	3.713
Schweden	43	68	283	173	823	130	293	51	773
Slowakei	335	87	2.314	541	265	470	344	71	3.312
Slowenien	100	1547	624	329	302	2184	268	715	824
Spanien	10	26	104	119	132	97	143	150	713
Tschechische Republik	86	91	2.396	1.485	369	374	329	70	2.113
Ungarn	1.731	287	2.848	1.235	548	1.236	462	247	4.135
Vereinigtes Königreich	88	299	783	380	499	427	650	166	2.155
Zypern	2	1	9	3	2	5	3	-	44
EFTA-Staaten	230	559	762	464	471	712	805	1.457	1.541
Island	1	5	13	7	19	8	12	2	50
Liechtenstein	1	15	20	11	6	16	31	232	33
Norwegen	7	17	87	42	77	50	62	26	189
Schweiz	221	522	642	404	369	638	700	1.197	1.269
Sonstiges Europa	5.837	18.932	57.962	70.512	40.513	28.566	38.526	33.974	155.166
Albanien	41	122	390	239	128	346	44	20	318
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarus	5	4	63	51	9	15	8	8	101
Bosnien und Herzegowina	1.626	8.849	13.997	24.720	13.839	9.111	8.605	5.662	21.638
Kroatien	1.239	4.915	5.172	10.729	5.729	8.249	5.726	2.677	16.214
Mazedonien	195	233	3.181	2.279	969	544	115	194	5.986
Moldau	4	2	42	34	7	11	4	3	111
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Russische Föderation	56	101	508	254	133	156	114	40	2.105
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serbien und Montenegro	1.336	3.464	14.339	14.721	10.841	5.221	7.795	6.462	68.796
Türkei	1.280	1.192	19.911	17.276	8.800	4.793	16.017	18.838	39.119
Ukraine	55	50	359	208	57	120	98	70	778
Vatikanstadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asien	569	783	3.550	3.232	2.367	2.233	1.087	685	21.561
Asiat. Nachfolgestaaten d. UdSSR ¹⁾	13	20	269	115	37	98	32	9	496
Nahe Osten	45	36	380	367	149	194	64	44	2.736
Übriges Asien	511	727	2.901	2.750	2.181	1.941	991	632	18.329
Amerika	254	400	1.741	1.230	1.293	960	833	654	4.948
Vereinigte Staaten	126	178	995	469	762	387	369	169	2.653
Kanada	37	44	162	106	124	100	73	38	384
Übriges Amerika	91	178	584	655	407	473	391	447	1.911
Afrika	130	474	1.050	1.577	585	2.367	725	156	7.159
Nordafrika	41	291	460	531	253	1.002	317	69	4.049
Übriges Afrika	89	183	590	1.046	332	1.365	408	87	3.110
Ozeanien	13	34	124	119	82	81	144	43	386
Staatenlos, ungeklärt, unbekannt	109	219	635	655	393	389	185	173	2.659

Q: STATISTIK AUSTRIA, Volkszählung 2001. Erstellt am: 01.06.2007.

1) Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan.

B) Tabelle „Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern“

Bundesland	Bevölkerung in Privathaushalten	Migrationshintergrund			
		zusammen	Zuwanderer der 1. Generation	Zuwanderer der 2. Generation	zusammen in %
Österreich	8.232,7	1.426,7	1.075,1	351,6	17,4
Burgenland	279,0	22,6	17,0	5,6	8,1
Kärnten	556,3	50,1	39,7	10,4	9,0
Niederösterreich	1.580,4	188,0	141,6	46,4	11,9
Oberösterreich	1.388,0	197,2	144,9	52,3	14,2
Salzburg	523,1	93,8	71,1	22,7	17,9
Steiermark	1.193,7	102,1	78,4	23,7	8,6
Tirol	696,2	108,7	84,0	24,6	15,6
Vorarlberg	363,1	76,2	51,8	24,4	21,0
Wien	1.653,0	588,0	446,5	141,5	35,6

Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, 1. Quartal 2008. Erstellt am: 22.09.2008.

C) Hausordnung (Auszug)

2.5 Begleitpersonen, Besucherinnen und Besucher²¹

b) Besucherinnen und Besucher

Krankenbesuche und der Aufenthalt in der Krankenanstalt sollen nur während der festgesetzten Besuchszeiten erfolgen. Diese sind auf den beim Krankenhauseingang angebrachten Tafeln ersichtlich. Auch der Portier erteilt gerne entsprechende Auskünfte. Besuche außerhalb der festgesetzten Besuchszeiten sind in Ausnahmefällen nach Vereinbarung mit dem Abteilungsvorstand (Primararzt) oder der Dienst habenden Ärztin bzw. dem Dienst habenden Arzt möglich.

Wenn es Ihr Gesundheitszustand erfordert oder Sie es anregen, kann eine Besuchsbeschränkung oder ein gänzlich Besuchsverbot ausgesprochen werden. Es kann auch die Anzahl der Besucherinnen und Besucher je Patientin bzw. Patienten eines Krankenzimmers begrenzt werden. Weiters können im Interesse der Patientinnen und Patienten auch Krankenbesuche durch Kinder und Jugendliche eingeschränkt werden. Den diesbezüglichen Anordnungen des Personals ist unbedingt Folge zu leisten.

c) Verhalten der Besucherinnen und Besucher

Die Bestimmungen der Hausordnung gelten ebenso für alle betriebsfremde Personen, also auch für die Besucherinnen und Besucher. Von diesen wird eine besondere Rücksichtnahme gegenüber unseren Patientinnen und Patienten erwartet wird. Werden pflegerische oder ärztliche Maßnahmen im Krankenzimmer notwendig, haben die Besucherinnen und Besucher zur Wahrung der Privatsphäre der Betroffenen auf Anordnung des ärztlichen oder pflegerischen Personals das Zimmer zu verlassen.

²¹ Quelle: www.wienkav.at

Strengere Hausordnung in Wiener Spitälern

Besuchsbeschränkung richtet sich laut KAV „nicht gegen bestimmte Gruppen“

Bettina Fernsebner-Kokert

Wien – In den Krankenhäusern der Stadt Wien gilt ab sofort eine neue Hausordnung. Ein zentraler Punkt dabei ist eine strengere Regelung der Krankenbesuche. Zusätzlich wird ab heute, Donnerstag, in den Spitälern des Krankenanstaltenverbunds (KAV) eine neues Infoblatt für Besucher und Patienten aufliegen.

„Kein Besucherandrang im Krankenzimmer“, steht dort auf Deutsch, Englisch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch und Türkisch. Das dazugehörige Piktogramm zeigt eine Gruppe durchgestrichener Männchen. Auch die Einhaltung des strikten Rauchverbots und das Verbot der Mitnahme von Haustieren wird angeführt. Ebenso wird darauf hingewiesen, dass das Personal keine Geschenke annehmen dürfe, die Krankenzimmer sauber zu halten seien und Patienten nicht durch Lärm belästigt werden dürfen.

Bürgermeister Michael Häupl (SPÖ) hat bereits mehrfach auf die Einhaltung der Ordnung in den Spitälern gepocht. „Es geht nicht, dass in einem Krankenzimmer mit vier Patienten 13 Personen mit furchtbarem Lärm stundenlang anwesend sind, und das außerhalb der Besuchszeit. In jedem Haus gibt es eine Hausordnung.“

Keine fixe Besucherzahl

Wie viele Besucher pro Patient im Zimmer maximal anwesend sein dürfen, ist nicht genau festgelegt und liegt im Ermessen des Spitalpersonals beziehungsweise richtet sich nach den Bedürfnissen der Patienten. „Wir wollen dem Prinzip der Genesung der Patienten Rechnung tragen und das geht nicht, wenn zehn andere Besucher im Zimmer sind“, sagt KAV-Generaldirektor Wilhelm Marhold im Gespräch mit dem STANDARD. Allerdings richte sich dies „nicht gegen irgendeine Bevölkerungsgruppe“, betont Marhold. In der neuen Hausordnung seien die Rahmen-

bedingungen nun klarer definiert. Die da lauten: „Wenn es Ihr Gesundheitszustand erfordert oder Sie es anregen, kann eine Besuchsbeschränkung oder ein gänzlich Besuchsverbot ausgesprochen werden. Es kann auch die Anzahl der Besucherinnen und Besucher je Patienten eines Krankenzimmers begrenzt werden. Weiters

können (...) auch Krankenbesuche durch Kinder und Jugendliche eingeschränkt werden. Den diesbezüglichen Anordnungen des Personals ist unbedingt Folge zu leisten“. Besuche sollten nur während der gesetzten Zeiten gemacht werden, doch dies, so Marhold, werde man auch weiterhin „liberal handhaben“.

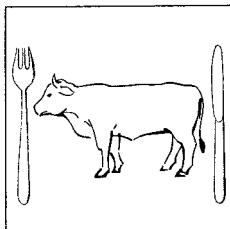
**E) Piktogramme aus dem Buch „Ausländische Patienten besser verstehen“
von Edith Kellnhauser und Susanne Schewior-Popp (1999)**

1. Weltkarte

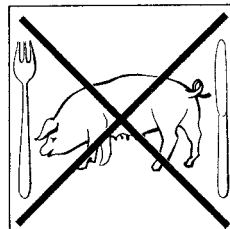


2. Lebensmittel

Rindfleisch



Verbot von Schweinefleisch

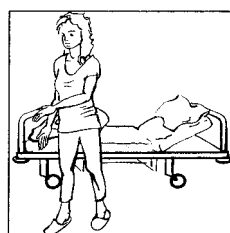


3. Bewegung

Bettruhe



aufstehen



**F) Short Form Migrant Friendly Quality Questionnaire (Deutsche Fassung),
LBIMGS, Wien 2006²²**

Teil B: MF-Qualitätssicherungssystem

Allgemeine Qualitätssicherung im Spital	ja	nein
29. Verfügt Ihr Spital über ein umfassendes Qualitätssicherungssystem?	☐	☐
30. Wenn ja, beschreiben Sie dies bitte näher, z.B. EFQM, ISO, TQM		
31. Beinhaltet das Qualitätssicherungssystem MF-Kriterien?	☐	☐

MF-Strategien	ja	nein
32. Migrant/Innen-freundliche Prinzipien als explizites Ziel im Leitbild	☐	☐
33. Ein ausformuliertes MF-Strategiepapier, das konkrete MF-Strategien und die Methoden zu ihrer Realisierung definiert	☐	☐
34. (Jährlicher) MF Aktionsplan	☐	☐
35. Schriftliche Prozessfestlegung für MF-Strategien (Handbücher, Richtlinien, Standards)	☐	☐
36. Strategien zur Förderung und Ausbildung von Personal mit Migrationshintergrund	☐	☐
37. Strategien zum Umgang mit Diskriminierung	☐	☐
38. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐

MF-Budget	ja	nein
39. Verfügt das Spital über ein eigenes Budget für MF-Massnahmen?	☐	☐
Wenn ja, geben Sie den Betrag in Euro pro Jahr an	Euro	

MF-Managementstrukturen	ja	nein
40. Gibt es eine/n MF-Projektverantwortliche/n?	☐	☐
41. Gibt es einen multiprofessionell-zusammengesetzten MF-Arbeitskreis?	☐	☐
42. Gibt es ein Netzwerk von MF-Kontaktpersonen außerhalb des Spitals?	☐	☐
43. Wenn ja, beschreiben Sie bitte das Netzwerk hinsichtlich der Zusammensetzung und der Größe;		

MF-Marketing	ja	nein
• Internes Marketing (im Spital)		
44. Gibt es einen MF-Newsletter?	☐	☐
45. Gibt es eine Liste der MF-Kontaktpersonen, welche allen Mitarbeiter/Innen zur Verfügung gestellt wird?	☐	☐
46. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐
• Externes Marketing (in der Öffentlichkeit)	ja	nein
47. Gibt es einen Newsletter für die Öffentlichkeit?	☐	☐
48. Gibt es Flyers oder Broschüren für Arztpraxen bzw. für migrant/-innen-spezifische Einrichtungen?	☐	☐
49. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐

²² Quelle: Saladin 2007, 103ff

MF-Aus- und Weiterbildung für die Mitarbeiter/innen	ja	nein
50. Gibt es eine MF-spezifische Weiterbildung? Wenn ja, in welchem Schwerpunkt?	☐	☐
51. Sprach- und Interaktionskompetenzen	☐	☐
52. Interkulturelle Kompetenz	☐	☐
53. Spezifische Gesundheitsprobleme von Migrant/innen und ethnischen Minderheiten	☐	☐
54. Zusammenarbeit mit Dolmetscher/innen	☐	☐
55. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐

Dokumentation von migrierten Patient/innen	ja	nein
56. Herkunftsland	☐	☐
57. Ethnische Hintergrund	☐	☐
58. Rechtsstatus	☐	☐
59. Sprachkenntnisse	☐	☐
60. Frühere (Berufs)tätigkeit	☐	☐
61. Schulbildung	☐	☐
62. Anderes (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐
63. Werden die Daten analysiert und für die weitere Planung genutzt?	☐	☐

Vernetzung und Kooperation	ja	nein
64. Kooperation mit den Gesundheitsberufen in der Grundversorgung	☐	☐
65. Kooperation mit den Sozialarbeiter/innen der Migrantengemeinden	☐	☐
66. Kooperation mit Migranteneinigungen (-verbänden) oder Repräsentant/innen in den Migrantengemeinden	☐	☐
67. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐

G) Interviewtranskripte

Interview 1

1 I: *Wie sind Sie auf den Gegenstand der transkulturellen Pflege aufmerksam geworden?*

2 A: Ah, das war eine Anfrage vom allgemeinen Krankenhaus über betriebliche Fortbildung, die
3 damalige Leiterin hat mich kontaktiert und gefragt, ob ich das machen möchte, 1990.

4 [...] unwichtig

5 I: *Was verstehen Sie selbst unter transkulturellen Pflege? Wie würden Sie es definieren?*

6 A: Das ist eine gute Frage. Also eigentlich würde ich... also, es geht um die Berücksichtigung von den
7 individuellen und vielleicht eben auch dann dahinterliegenden sozialen und kulturellen... Normen- und
8 Wertesystemen, Einstellungen, Ideen, Motivationen... ja, im Bezug auf das Sterben, welche Ideen und
9 Wünsche und Bedürfnisse sie haben, die Patienten und Angehörige insbesondere, wie das ablaufen
10 soll und welche Idee sie haben, z.B. die Schmerzen unter Kontrolle zu kriegen... oder.... immer wieder
11 auffallend ist,... WAS jemand tun soll, oder was jemand tut bei Patienten, also diese
12 geschlechterspezifische... Auf-... ah die geschlechtsspezifische Rollenverteilung, innerhalb der
13 Community. Dann doch eben eine Schwiegertochter zu haben, also das wäre jetzt ein Beispiel das ich
14 im Kopf habe, wenn es der Schwiegertochter zufällt, während der Sohn eben, ...auch besser Deutsch
15 kann, besser Deutsch spricht... die Außenbeziehungen gestaltet... wo man dann nicht oft weiß was
16 zwischen den zwei Frauen abspielt... kann es durchaus immer wieder zu Missverständnisse führen...
17 da sollte man doch nachfragen...

18 I: *In Ihren Seminaren zur transkulturellen Pflege, was sind da die Inhalte beziehungsweise was
19 möchten Sie den Teilnehmern vermitteln?*

20 A: Ah... da gibt's vermutlich mehrere Antworten: die engere, die mittlere und die ganz weite... also
21 ganz weit glaube ich, ist es, also es gibt immer einen Leitsatz mit dem ich gern anfangen... also dass es
22 eigentlich nicht so sehr um Kultur geht, den Patienten als Menschen zu betreuen, also die Würde des
23 Menschen aufrecht zu erhalten, zumindest nicht beschädigen, es begegnet mir immer wieder, dass
24 der Selbstwert zerstört ist... sie stützt diese Stärken, also das ist jetzt mal ganz weit und offen und auf
25 die Person eingehen, was sie brauchen, also trennen von individuellen Bedürfnissen zu möglichen
26 kulturellen, in Erfahrung bringen was individuell ist und was eventuell mit der Kultur zu tun hat... das
27 Familiensystem sich anschauen, auch da die Eigenheiten, ja die Eigenheiten des jeweiligen
28 Familiensystems herauszufinden... und vielleicht gibt es auch was das kulturell...Beziehungen... also
29 was überhaupt möglich ist, also diese Trennung des Individuum und die kulturelle Ebene
30 herauszufiltern, finde ich wichtig, damit sozusagen da keine Voreingenommenheit, damit die Patientin als in dem
31 Sinne betreut und behandelt wird, indem ich ihr das zukommen lasse, was ich mir darunter vorstelle,
32 und dann prüfe, ob das überhaupt Relevanz hat, oder vielleicht anders gelebt werden könnte...

33 I: *Die Kurse finden nur in Krankenhäusern statt?*

34 A: Eigentlich ausschließlich im Krankenhaus, ja

35 I: *Was ist ihr Hauptziel, dass sie den Krankenschwestern und Krankenpflegern, die Ihre Kurse
36 besuchen, vermitteln wollen?*

37 A: Also man könnte zwischen drei oder vier Ebenen aufdröseln, also schon kulturelles Wissen, also
38 ich denke, dass das Thema der Kulturoffenheit, das Wissen, ja mit Wissen einfach mal zu tun hat,

39 also dass es das überhaupt gibt, dass Menschen aus anderen kulturellen Zusammenhängen,
40 Gesundheit, Krankheit, Sterben, ganze Lebensbereiche sich kulturspezifisch erklären können, und
41 kulturspezifische Verhaltensweisen, dass das einfach ein Aspekt ist... und dann eben aber schon
42 wieder gleich auf das Individuelle hinkommen und schauen, ob das überhaupt stimmt, was man lernen
43 lesen kann... ja, das wer neben... also kulturelles Wissen, also ich denke ist gibt einfach... so größere
44 kulturelle Zusammenhänge die für viele zutreffen, für viele Muslime trifft eben einiges zu, was man
45 lesen kann, was man hören und lernen kann, ob das dann wirklich der Fall ist, muss man eben mit
46 dem Patienten abklären, mit den Angehörigen, dass das Individuum diese Familienkultur, diese
47 spezifische herausarbeiten und schauen was man damit machen kann, also Konflikte lösen, oder
48 etwas meiden oder etwas anbieten, dass eben die Würde letztendlich erhalten bleibt, ja die
49 Menschenwürde, die Anerkennung und Wertschätzung grundsätzlich jeden Menschen dann auch...
50 anbieten kann zumindest... das andere ist, oder da gehört wahrscheinlich dazu, das heißt dann
51 Selbstreflexion, dass da sozusagen, was man glaubt richtig zu machen, das neue Denkrichtungen und
52 -formen die einzigen wären, das man dass immer wieder mal überprüft, Pflegehandlungen immer
53 wieder überprüft, ob sie passen, ob Körperpflege, Intimsphäre, was genau das mit Geschlecht zu tun
54 hat, mit Definitionen... ja, also diese Kulturstandards gehören, das man die sozusagen immer wieder
55 aufs neue diktiert und überprüft, ob der andere das überhaupt so will, oder auch anders.... dass das
56 auch einzuhalten ist in einem geschäftigen Spital, wo Routine herrscht, wo das auch wirksam ist... und
57 mitgeben, ah ja schon irgendwie so diese Relativität von den eigenen Maßstäbe, dass das schon
58 deutlich wird, das sich jeder Mensch im Grunde die Welt nach seiner eigenen kulturell vorgegebenen
59 Art und Weise erklärt und das sich die immer von meiner unterscheidet, also meistens, dass alle
60 Menschen anders sind als ich,... dass man mit anderen Verhaltensweisen besser umgeht, nicht so wie
61 ich das gern hätte, also ich muss das gar nicht mögen, ich muss das nicht mögen, aber ich kann
62 versuchen zu verstehen und eben (*unverständlich*) wenn dann zum Beispiel ein Konflikt entsteht,
63 Zufriedenheit für beide, ich finde es ist sehr wichtig das beide, alle beteiligten Menschen,
64 Berufsgruppen, einen guten Arbeitstag haben und zufrieden nach Hause gehen...

65 I: *Sind Sterben und Tod bei Ihren Seminaren grundsätzliche Inhalte?*

66 A: Ah... speziell einerseits, andererseits ist es... dieser Pflegebereich bald einmal im Zentrum, weil
67 wenn es gar nicht geplant ist, spielt es doch oft eine Rolle, weil die Teilnehmer dann, also die
68 Teilnehmer bringen es gerne ein, das ist ein wichtiger Bereich, denn gerade im Spital wird eben auch
69 gestorben oder zumindest ist es immer (*unverständlich*)... zum anderen, vielleicht ist es auch am
70 Spannendsten, am Spannendsten vielleicht...

71 I: *Wie werden die angebotenen Kurse angenommen, also wie groß ist die TeilnehmerInnenzahl? Und
72 sind die Kurse freiwillig zu besuchen?*

73 A: ja, das kann ich so gar nicht beantworten, weil eigentlich weiß ich es nicht. Als ich glaube die Kurse
74 werden im Haus abgeboten also ausgeschrieben und so weit ich das weiß, waren die ersten Jahre,...
75 viele Anmeldungen, langjährigen Voranmeldungen, an die hundert immer wieder angemeldet... aber
76 offenbar, ah, hat das auch einen Sättigungsgrad, ja also ich weiß, ich kann das auch nachvollziehen,
77 wie das zustande kommt, auf jeden Fall wird es abgesetzt, im AKH da gibt es das nicht mehr, das ist
78 ah... keine Begründung dafür, da das immer mit den Führungskräften zusammen hängt, da hat es
79 gerade einen Wechsel gegeben und wenn da jemand andere Interessen mitbringt, dann fällt das

80 anders aus,... und zum Thema Kultur könnte man sowieso sagen, das es zu den „soft skills“²³ gehört
81 und dass das wird immer eher einen schweren Stand haben, dass es dann doch bei Fortbildungen
82 doch eher immer um diese harten Fakten geht, oder diese harten... wie sagt man dazu, das Gegenteil
83 von „soft skills“... Hygienemaßnahmen, oder Pflegedokumentationen... von den gesetzlichen...
84 Seminare über das gesetzliche abgehalten werden müssen...

85 *I: Wie ist Ihre Meinung: gibt es noch mehr Bedarf an solchen Schulungen und Seminaren, wird zu*
86 *wenig angeboten, oder gibt es genug?*

87 A: Ich... also ich habe selber noch keine Antwort auf diese Frage, ich hab mir das noch nicht wirklich
88 so genau angeschaut, es schwirrt mir auch immer wieder im Kopf durch, weil eben bei den
89 Angeboten, bei denen ich in den letzten Monaten mitgewirkt habe, oder auch in meinen Anfragen
90 auch, also merkt man einfach eine Unstabilität, vielleicht etwas fragmentarisches, da gibt es
91 irgendeinen Anlassfall, wo eben die Seminare dann als Feuerwehr irgendwie gewünscht sind, ein
92 anderer Aspekt ist vielleicht, dass es einfach etwas sehr trendiges, gegenwärtiges ist, in den letzten
93 Jahren, ziemlich üblich war so das anzubieten und ich glaube ein grundsätzliches Problem ist, ein
94 sehr (*unverständlich*) Problem, oder es ist einfach kein... es ist eigentlich von der Basis, es ist
95 abhängig von den Kolleginnen oder Kollegen, von der Station, auf der Station beim Patienten
96 arbeiten, in ihren Stationen, Oberschwestern von denen ist es abhängig, ob das Thema, ob man es
97 tun will, ob man es für wichtig empfinden, also wo sozusagen der Anstoß, wenn er kommt, dann eher
98 von der Basis kommt und ob das nach oben hin, also zur Führungsetage, -ebene kaum durchsetzt,
99 vor allem es wird von oben nicht zugestimmt, als ich denke, das ist auch wichtig, es ist einfach nicht
100 gewünscht, also es wird eben nicht viel gemacht, dass es von oben angeordnet wird, im Sinne von
101 ‚stelle ich zur Verfügung‘ ‚wird ihnen angeboten‘ und dann kann ich mir ja immer noch überlegen, wie
102 viele Menschen diese Kurse belegen... doch mit einem Wunsch der Dienstgeber, das gleicht in
103 Österreich einer, also, dass das unterrepräsentiert ist, würde ich jetzt einmal keck behaupten... im
104 Gegensatz zum Beispiel in Deutschland, in München, da wirbt man richtig mit einem kultursensiblen
105 Spital, die haben da ein Plakat, ich werbe mit der Kompetenz, die die Pfleger mitbringen, die haben
106 das eben auch sozusagen... also durchgeplant, mit Personen als Vermittler von kulturellem Wissen
107 mit kulturellem sprachlichen Wissen, Kompetenz, ich würde sagen, das ist einfach integriert.... in
108 Österreich, also ich kenne keines das damit so wirbt... das müsst man sich halt noch genauer
109 anschauen, genauer schauen und quasi wo genau (*unverständlich*)... also ich denke schon, es gibt so
110 einzelne Abteilungen, die ganz groß sind...

111 *I: Vor fünf Jahren hat es im Kaiser Franz Josef Spital ein Projekt gegeben, das Migrant Friendly*
112 *Hospitals – Projekt, sie waren dabei an Workshops beteiligt. Sind Projekte dieser Art Ihrer Meinung*
113 *nach sinnvoll?*

114 A: Ja... also wenn man jetzt wirklich kritisch und sehr... also das wäre eine Sache, die zu überprüfen
115 wäre, also eine ganz spannende Forschungsfrage, mal zu schauen, was auf den Stationen und
116 Abteilungen von den TeilnehmerInnen, irgendwie was durchgesickert ist, ob sich da irgendwas
117 etabliert hat, oder... ich glaube ein sehr spannende Frage, jetzt einfach ohne das zu wissen, das ist
118 einfach nur Fantasie und ich denke, dass es das oft mitbringt, dass ist schon hart danach, also ich
119 habe individuell schon erlebt, das sind ganz spannende Geschichten, dass KollegInnen nach Jahren

²³ Als „soft skills“ wird oft die soziale Kompetenz bezeichnet

120 immer wieder ein Kurs belegen kommen und sagen, dass der Kurs ihnen selbst sehr viel gebracht hat,
121 also das er ihnen gut gefallen hat, aber auf der Station... nur punktuell, vielleicht findet sich ein
122 zweiter, der Interesse hat und ein bisschen aufmerksamer ist,... aber dass es sich auf der Station, in
123 den Ablauf, in die Dokumentation, ins... also in den ganzen Pflegebuchprozess integriert wird,
124 Dienstübergaben... dass es bei den ärztlichen Visiten eine Rolle spielt, also das glaube ich nicht, nein,
125 dass glaub ich nicht, ich glaub insofern,... nein, der geht einfach ab von oben, der Wunsch und die
126 Erkenntnis in der Führung, oder von den Spitalserhalter das es notwendig und wichtig ist... solange
127 das noch der Fall ist, wird es bei keiner Visite eine Rolle spielen, bei keiner Teambesprechung eine
128 Rolle spielen... da sind vielleicht nur ganz punktuell motivierte Stationen, wo da sich vielleicht was tut,
129 aber....

130 *I: Also nur das Interesse der Einzelnen...*

131 A: Ja, ja.. ich meine herausheben könnte man dabei jetzt noch die Kinderpsychiatrie, die hat zwei oder
132 drei Projekte laufen, ich könnte mir schon vorstellen, dass die anders damit umgehen, ah... die
133 Psychiatrie punktuell auch, die haben eine transkulturelle Psychiatrie, also jeweils, das ist bei denen
134 (*unverständlich*)... eine andere Sensibilität, da sind einige Stationen, die überhaupt mit Patienten zu
135 tun haben, die anders, wo eben auch Teilnehmer sagen, die anders damit umgehen, also die einfach
136 nur zu wünschen oder zu überprüfen, überprüfen und ja.. aus meiner Sicht aus zu wünschen, und...
137 aber so generell befürchte ich, dass es das sein wird, also es ist ja auch anstrengend, so alleine ist es
138 ja anstrengend, mit dem Thema jemanden dauerhaft zu beschäftigen, also was kann man da machen,
139 also es ist anstrengend, aber sehr spannend und... aber dann umzusetzen, mit den anderen Kollegen
140 zusammenarbeiten möchte, die damit gar nichts am Hut haben, da gibt es bald einmal Spannungen
141 und Schwierigkeiten innerhalb der eigenen Pflegegruppe,... ja...

142 *I: Haben Sie vielleicht von der neuen Hausordnung, die seit März dieses Jahres aktuell ist, gehört? In*
143 *den Spitälern des Krankenanstaltenverbundes (KAV) soll durch eine neue Regel die*
144 *BesucherInnenanzahl reduziert werden. Was halten Sie davon?*

145 A: Ja, die Schlagzeilen habe ich gelesen, ja ja,...

146 *I: Es ist doch so, dass die große BesucherInnenanzahl häufig bei muslimischen Familien vorkommt,*
147 *was bedeutet das also für Muslime?*

148 A: ...also ich kenne da jetzt überhaupt die Hintergründe nicht, die erste Assoziation war jetzt natürlich
149 auch, dass es wahrscheinlich irgendwas mit den ständigen Beschwerden und immer wieder.... das es
150 halt jetzt einfach eine Sanktion ist,... ist zwar, glaube ich, in dem Artikel jetzt bestritten worden, dass
151 es damit zu tun hat, also ich kann mich nicht genau erinnern, aber es klingt einfach so nach Sanktion
152 und... ob ich es für richtig oder falsch halte ist wahrscheinlich eh nicht so wichtig, ich denke mir,
153 dass... ich meine ja, klar kann man so argumentieren, dass hier das Haus so eine Meldung gibt, dass
154 ich denke, hier einfach der Hausherr die Regeln aufstellt und so, ja eh... aber da geht es um was
155 anderes, da geht es um große Unternehmen und ist ja klar, da muss man auch irgendwie eine
156 Regelung finden und sozusagen eine Ordnung und (*unverständlich*)... klar muss man vielen
157 einschneidenden Bedürfnissen und Interessen gerecht werden, aber es ist wahrscheinlich schwierig
158 zu sagen: ja, nein... aber vom Grundgedanken her, wenn das jetzt wirklich was mit dem muslimischen
159 Patienten zu tun hätte, wo die Besuche ja eine soziale und religiöse Pflicht wären und wenn das eben
160 unterbunden wird mit einer neuen Regelung, ah... finde ich jetzt, das Signal nicht unbedingt förderlich

161 und sagt und spiegelt ja auch irgendwas, was man eigentlich die Sichtweise des... also diese
162 Anordnung... da gibt es ja so einen schönen Spruch... jetzt muss ich kurz überlegen, also dass die...
163 also wie man über Fremde redet, so mehr sagt das über einen selber aus,...

164 *I: Wie sehen Sie die Zukunft der transkulturellen Pflege und was wäre wünschenswert, also was wäre
165 der Soll-Zustand?*

166 P: Also was wünschenswert wäre, wäre... ja was wäre denn wünschenswert, also dass alle Patienten
167 mit ihren Angehörigen ah... dass,... ja dass sie als eigenständiger Mensch betrachtete werden,
168 grundsätzlich, die in einer Not sind, die sich in einer Krise befinden und die Verhaltensweisen, die
169 daraus entstehen und bewertet werden, dass... dass Wertungen herausgenommen werden, aus den
170 Verhaltensweisen, dass man sich auf die Suche macht, was so dahinter stehen könnte... wenn es
171 wichtig ist, also wenn es für die Krise wichtig ist, wenn es für die Kommunikation wichtig ist, für den
172 Informationsaustausch wichtig ist, dass man sich einfach selbst zurücknimmt in seinen Bewertungen
173 und Zeit,... um die individuellen und kulturellen Werte und Normen zu sehen, die wichtig sind, die
174 dieses Verhalten produzieren... und schaut, ob man es auch einlösen kann und schaut, was es
175 Gemeinsames gibt und schaut wie man mit den Unterschiedlichkeiten umgeht, ob das sehr viele sind
176 oder nicht, aber zumindest, dass man sich überlegt... und ja, dass man zu einer entlastenden
177 konfliktlösenden Haltung übergeht, dass man nichts persönlich nimmt... inne hält, sich zurück nimmt,
178 mehrerer Anläufe unternimmt und... ja, auf die Grundfrage der Pflege zurück... also auf die
179 Grundfrage der Pflege konzentriert, und vielleicht sogar das eigene Leitbild, also warum bin ich
180 Krankenschwester oder Krankenpfleger geworden, also das hat es ja meistens eine ganz elementar
181 Motivation dazu gegeben, dass man sich darauf auch immer wieder mal besinnt und schaut wie ich
182 das herstellen kann, also damit kann ich selber dazu beitragen, um eine gute Verbindung eine gute
183 Beziehung herzustellen, also auch in kurzen, prägnanten Momenten als Pfleger, ja... also das kann
184 ich beitragen und auch schauen was kann ich vermeiden... ja genau

185 *I: Und finden Sie, dass sich die transkulturelle Pflege darauf hin entwickelt?*

186 A: ... ich glaube nicht, dass sich... also, das ist eine hypothetische Frage, ah... also gefühlsmäßig
187 nein... aber andererseits langfristig, denke ich mir, da wird sich schon was verbessern, ja ich denke
188 auch, dass sich da insgesamt was verbessert, das hat auch was mit Kommunikation zu tun, also in
189 der, also ich erinnere mich gerade, in meiner Ausbildung, war Kommunikation überhaupt kein Thema
190 und in den letzten zehn, fünfzehn Jahren ist Kommunikation einfach ein blühendes Thema und ich
191 denke auch, man wird sich mit Kommunikation mehr auseinandersetzen, dass man sozusagen,
192 (*unverständlich*) insofern wird sich natürlich was verbessern...

193 *I: Also werden Sie diese Kurse auch weiterhin, anbieten auch wenn es momentan vielleicht keine
194 Anfragen gibt?*

195 A: Ja, ja...

196 *I: Grundsätzlich: gehen Sie auch auf Krankenhäuser zu oder warten Sie, dass man Sie kontaktiert?*

197 A: Zweites, also ich warte... ich habe die Akquisition von Kunden, also ich hab vor zwei oder vor drei
198 Jahren eigentlich schon mal damit aufgehört und es geht jetzt mal mit dem aufgebauten Grundstock
199 und das ist so weit, also das ist ausreichend, ich muss sagen, das was dazu kommt ist wunderbar
200 und... also es ist ja Teilzeit (*unverständlich*) und von den zeitlichen Ressourcen, also von meinen
201 Ressourcen muss es machbar sein und das geht dann... ja... und einfach weil sich auch der

202 Schwerpunkt verändert, weil am Anfang die Frage war, also irgendwie mit der Arbeit beim Hospiz
203 logischerweise, ob... also deswegen arbeite ich ja auch dort logischerweise im Hospiz, weil das
204 Thema Kultur in vielen Bereichen mit Schwerpunkt eher die Kommunikation und gewaltfreie
205 Kommunikation und mit Konflikten, das scheint mir wichtiger zu sein und... also ja, also eben
206 gewaltfreie Kommunikation mit Kultur zu verknüpfen, das interessiert mich... Schmerzen, Sterben, Tod
207 interessiert mich, andere Bereiche wird man jetzt weniger... also so ich mich jetzt damit,... also weder
208 aktiv noch passiv dann annehmen, wenn anscheinend jeder,.. das geht eher nicht, eigentlich geht es
209 darum zu schauen was will ich eigentlich machen,... zur Sprache, thematisch...

210 I: *Das Thema Sterben und Tod, ist das ein Thema das eher immer angesprochen wird bei Ihren*
211 *Seminaren? Was für Fragen tauchen grundsätzlich auf?*

212 A: Es gibt vielleicht ein bisschen eine Unsicherheit, was man eben macht, wenn jemand verstorben
213 ist, bei muslimischen Patienten oder jüdischen Patienten zum Beispiel, es gibt so eine Unsicherheit
214 oder so bisschen eine Sorge etwas falsch zu machen, das vielleicht sehr... und dann schaut man sich
215 das grundsätzliche Interesse an, an fremden Verhaltensweisen... allgemein so, das hat der Mensch
216 inne, dass man einerseits neugierig ist, andererseits dann vielleicht wieder auch, weil es unbekannt ist
217 und... das man Angst hat, ja also eher abschreckend wirkt... was noch... was fällt mir noch ein... ah...
218 ja, diese zwei Dinge, ja...

219 I: *Ja gut. Danke, dass Sie sich für dieses Interview Zeit genommen haben!*

220 A: Gerne.

Interview 2

1 I: Was sind Ihre Aufgaben als SeelsorgerIn?

2 B: Wir bevorzugen das Wort Sozialdienst, es wird im Islam eher verwendet, als Seelsorger. Dabei geht
3 es darum, dass Frauen und Männer freiwillig die Patienten besuchen. Frauen besuchen Frauen und
4 Männer besuchen Männer. In unserer Heimat sind das Freiwillige aus der islamischen Sozialschule.
5 Der Krankenbesuch ist eine religiöse Pflicht.

6 C: Hier in Wien bekam ich vom AKH eine Namensliste, mit allen muslimischen Patienten, die sich im
7 Krankenhaus befinden. Es war schwierig diese Namensliste zu bekommen, aber jetzt sehen wir auf
8 der Liste, wie viele muslimische Patienten hier sind, das ist schon einfacher.

9 B: Wir fragen nach, ob es Patienten gibt, die unsere Unterstützung brauchen. Wir helfen nur, wenn es
10 Probleme gibt. Auch wenn ein Patient nicht streng gläubig ist, fragen wir nach. Falls Hilfe benötigt wird
11 helfen wir, wenn nicht, dann nicht. Unsere Aufgabe ist auch der Austausch mit den anderen
12 Religionen, aber auch mit den Pflegekräften. Wir wollen ihnen den Islam näher bringen.

13 Es gibt auch regelmäßig Veranstaltungen. Zum Beispiel gab es vor einigen Monaten auch eine
14 Veranstaltung mit Frau Professor Mayer von der Pflegewissenschaft zum Thema Spiritualität am
15 Krankenbett. Die letzte Veranstaltung war am 19. Mai und in der „Langen Nacht der Kirchen“ waren
16 die Gebetsräume im AKH zu besichtigen. Dabei gab es großes Interesse aller
17 Religionsgemeinschaften. Wir arbeiten alle zusammen.

18 I: Waren bei dieser „Langen Nacht der Kirchen“ viele Besucher

19 B: Es waren schon einige Leute hier,... so um die dreißig? Das Interesse war schon groß.

20 C: Ja, es war interessant, weil so viele verschiedenen Religionen, zum Beispiel auch afrikanische
21 Religionen vertreten waren.

22 B: Mittlerweile wurde auch die Frage an uns gerichtet, ob es die Option gibt, hauptamtlich tätig zu
23 sein. Es wäre ganz toll, wenn zwei Personen hauptamtlich tätig wären. Die Spiritualität ist ganz wichtig
24 für die Menschen.

25 I: Was verstehen Sie persönlich unter transkulturellen Pflege?

26 B: Wichtig für Muslime ist vor allem die gleichgeschlechtliche Pflege. Wenn PatientInnen Hilfe
27 brauchen, die Angehörigen,... ja die gleichgeschlechtliche Pflege, das ist das Schamgefühl von
28 Muslime. Wir wollen Wissen vermitteln und bei der Pflege und Betreuung helfen, wenn es nötig ist.

29 I: Was ist das Hauptziel Ihrer Arbeit?

30 B: Unsere Arbeit ist bei Problemen wichtig, wenn die Pflegekräfte nichts über den Islam wissen.
31 Gerade beim Sterben ist die Seelsorge wichtig, die Besucher und die gleiche Sprache. Ziel ist es,
32 dass die richtige Person am richtigen Ort und an der richtigen Stelle ist.

33 C: Die Seelsorge ist normalerweise Sache der Angehörigen.

34 B: Ja und in der Migration verändert sich das, Freunde werden zu Seelsorgern, wenn keine
35 Angehörigen da sind.

36 I: Wann entstehen Probleme, welche Fragen der PatientInnen tauchen auf?

37 C: Es ist so, dass uns die Station anruft, eine Schwester, der Arzt oder Psychologe. Es fällt ihnen
38 beispielsweise etwas auf, oder sie sehen, dass ein Patient dem Islam angehört.

39 B: Die Fragen drehen sich darum, was die PatientInnen bewegt. Das soziale Umfeld, also
 40 Schwierigkeiten im sozialen Umfeld. Für Asylwerber gibt es teilweise auch Nachbetreuung von uns.
 41 Eine Begleitung über ein paar Monate.

42 I: *Und was sind jetzt Probleme, wo müssen sie helfen?*

43 C: Das größte Problem ist die Sprache. Zwischen PatientInnen und dem Personal.

44 I: *Das heißt sie dolmetschen auch?*

45 C: Es gibt einen Dolmetscher. Wir vermitteln zwischen PatientInnen und Personal. Es ist nicht nur die
 46 Religion anders, auch die Tradition und Kultur.

47 B: Viele Pflegekräfte wissen und verstehen teilweise nicht, warum Muslime kein Schweinefleisch
 48 essen dürfen, machen Patienten wollen nur rituell geschlachtetes Fleisch. Sie essen nicht nur kein
 49 Schweinefleisch, sondern auch zum Beispiel kein Rindfleisch und essen daher im Krankenhaus
 50 vegetarisch. Das Pflegepersonal weiß oft nicht, warum das so ist und kann es daher auch nicht
 51 verstehen. Aber die Vermittlung wird immer besser, sie ist jetzt super. Es gibt viel Interesse und auch
 52 Fortbildungen. Der Zustand hat sich gegenüber 2001 sehr verbessert, wir haben eine traumhafte
 53 Situation, es läuft in die richtige Richtung.

54 I: *Gibt es dennoch einen Bereich, in dem Verbesserung nötig wäre?*

55 B: Ja, der Zeitraum zwischen Tod und Beerdigung dauert noch zu lange. Das ist noch
 56 verbesserungsbedürftig, also die Pathologie.

57 C: Früher gab es im AKH einen Raum für die Totenwaschung, das dürfen wir jetzt leider nicht mehr.
 58 Dann war das im 11. Bezirk, jetzt im 23. Bezirk, bei dem neuen islamischen Friedhof. Die Waschung
 59 findet sehr spät statt. Wir machen das freiwillig, vier oder fünf Frauen, oder auch Männer, je nachdem,
 60 machen die Waschung. Mit speziellen Dürften, Seifen und einem speziellen Stoff. Der Zeitfaktor ist
 61 aber zu lange, das ist das Schlimmste für Muslime

62 B: Ja, normalerweise muss das Begräbnis innerhalb von 24 Stunden sein, das passiert aber hier nicht,
 63 aber wir versuchen es so schnell wie möglich. Es dauert so circa zwei Tage. Es dauert oft lange bis
 64 die Leiche freigegeben wird, die ganze Bürokratie, die Stempel die man braucht. Das sind auch
 65 Probleme für viele Muslime, die den Leichnam überführen wollen. Es dauert so lange.

66 Ein zweites Problem ist, dass es so teuer ist. Das Grab ist für manche Leute nicht leistbar. Hier muss
 67 man das Grab weiterzahlen, oder es wird aufgelöst. In islamischen Ländern kauft man einmal das
 68 Grab und es gehört einem auf ewig. Hier muss man immer weiterzahlen und das ist teuer. Aber der
 69 Bedarf an dem neuen Friedhof ist trotzdem da.

70 I: *Gibt es im Bezug auf das Sterben auch im Krankenhaus selbst Probleme? Zum Beispiel die
 71 Berührung nach dem Tod durch die Pflegekräfte, also von Nicht-Muslimen. Kommt es hierbei zu
 72 Schwierigkeiten?*

73 B: Die Berührung nach dem Tod ist hier im Krankenhaus kein Problem, wenn die Schwestern die
 74 Leiche noch berühren.

75 C: Nur nach der Waschung darf niemand mehr den Leichnam berühren auch nicht der Ehemann oder
 76 die Kinder. Niemand.

77 B: Der Kontakt zu uns wird von der Station aufgenommen, wenn jemand gestorben ist und keine
 78 Angehörige da sind, oder die Angehörigen nicht wissen, was sie zu tun haben.

79 I: Was halten Sie von der neuen Hausordnung (seit März 2009), durch die die Besuchszahlen in
80 Spitälern des Krankenanstaltenverbundes (KAV) reduziert werden sollen?

81 B: Der Krankenbesuch ist eine religiöse Pflicht. Die Hausordnung ist in Ordnung und auch in unserem
82 Sinne. Es gibt Besuchsräume. Wenn sehr viele Besucher hier sind, muss man sich abwechseln. Die
83 optimale Situation ist natürlich, wenn der Patient das Krankenzimmer verlassen kann und in einen
84 Besuchsraum gehen kann. Es war schon mal so, dass ein ganzer Fußballverein gekommen ist, wir
85 sind dann immer zu zweit nacheinander zum Patienten gegangen, das ist kein Problem. Die
86 Hausordnung ist auch in unserem Sinne.

87 I: Wie sieht eine optimale transkulturelle Pflege für Sie aus?

88 B: Verbessert werden muss die Zeitdauer zwischen Tod und Begräbnis, also die 24 Stunden. Die
89 Bürokratie dauert so lange, bis man alle Stempel hat und die Leiche freigegeben wird.

90 I: Wie sehen Sie die Zukunft der transkulturellen Pflege im Krankenhaus?

91 B: Bis jetzt bin ich angenehm beeindruckt. Es ist schon mehr Verständnis da. Der KAV ist
92 aufgeschlossen, also allen Religionen gegenüber. Wir versuchen jetzt schon bei neuen
93 Krankenhäusern oder bei bereits bestehenden, Gebetsräume zur Verfügung zu stellen. Es hat sich
94 gezeigt, dass die Arbeit im Sinne des Patienten ist. Es verkürzt die Aufenthaltsdauer des Patienten
95 und ist somit eine Kostenersparnis für den Staat und das mit nur wenigen Mitteln. So soll es
96 weitergehen. Auch die PatientInnen merken, dass die Situation besser ist.

97 C: Es kommt vor allem von Frauen ein Feedback. Positives als auch negatives, aber der Trend ist
98 eher positiv und das freut uns.

Interview 3

1 I: Als erstes möchte ich Sie fragen, was Sie persönlich unter transkultureller Pflege verstehen.

2 D: Naja... man muss vielleicht zum Hintergrund mal sagen, ich bin Soziologin, ja, von meiner
3 Grundausbildung und damit interessieren mich halt vor allem die sozialen Aspekte von Beziehungen,
4 wie die Interaktionen laufen, transkulturelle Pflege ist für mich etwas, wo eine Beziehung zwischen
5 einem zu Pflegenden und einer Pflegeperson aufgebaut wird, die er sich nicht nur anschaut wie krank
6 oder gesund ist diese Person, sondern die sich auch darauf konzentriert welchen ethnische
7 Hintergrund welchen kulturellen Hintergrund hat diese Person, die da zu pflegen ist und gibt es da
8 Aspekte wo man besonders aufpassen muss in der Pflegehandlung

9 I: Gut danke, ich möchte dann auch gleich auf das „Migrant-Friendly-Hospital“ Projekt eingehen. Was
10 war da die Hauptintention bei diesem Projekt mitzuwirken?

11 D: Also, die Projektgeschichte war eigentlich eine, wo wir als Institut angesprochen worden sind von
12 einer Projektgruppe in Italien, die sich aus ihrer Tradition heraus viel mit Empowerment auch
13 beschäftigt und aufgrund des Klientel das dort vorzufinden ist, auch vermehrt ein Klientel hat das
14 Migrationshintergrund hat, die sind an uns als wissenschaftliches Institut herangetreten mit der Frage,
15 ob wir nicht in dem Bereich mit ihnen ein Projekt machen können... und ja wir haben dann eigentlich
16 nicht lange darüber nachgedacht, weil das ein Thema ist, dass uns auch interessiert hat,
17 Empowerment auf der einen Seite ganz allgemein für Patienten im Krankenhäusern, nicht nur für
18 Patienten mit Migrationshintergrund und was für uns auch das interessante war, ist dass Patienten mit
19 Migrationshintergrund, dann das prinzipielle Problem, dass man als Person im Krankenhaus schwer
20 angenommen wird und das auf die Krankheit geschaut wird und nicht auf die Person, dieses Problem
21 treibt sich sozusagen bei Patientinnen, bei Patienten mit Migrationshintergrund auf die Spitze, die
22 bringen ganz einfach noch einmal andere persönliche Merkmale mit, auf die man schauen muss,
23 wenn man sie gut pflegen und behandeln will, oder gut medizinisch versorgen will und da gibt es
24 sozusagen die Möglichkeiten wo man sich eingeschränkt, wo auch die Ausbildung das nicht oder
25 kaum berücksichtigt, so... das war unsere Intention einzusteigen

26 I: Also haben Sie sich als Institut das Kaiser-Franz-Josef Spital ausgesucht?

27 D: Ah... nein, das war so, also wir haben das Projekt konzipiert, wir haben das Projekt bei der
28 europäischen Kommission eingereicht und die Forschungsgelder dafür auch von der europäischen
29 Kommission bekommen und haben dann das europäische Team korreliert und die Grundidee war aus
30 den damals noch fünfzehn europäischen Mitgliedsstaaten je Mitgliedsstaat ein Krankenhaus und eine
31 Projektgruppe zu bekommen... wir haben das dann nicht mit allen geschafft, es waren schlussendlich
32 zwölf und in Österreich war das ein „Call for Tender“²⁴, das heißt Krankenhäuser sind eingeladen
33 worden sich zu beteiligen und das Kaiser-Fanz-Josef hat da großes Interesse gezeigt, weil sie ja auch
34 ein großer Anteil von Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund haben und sind so in die
35 Projektgruppe gekommen

36 I: Wie wurde das dann schlussendlich umgesetzt, gab es einen Plan, was gemacht werden sollte?

37 D: Vom Grundprozess ist das so gelaufen, dass wir zuerst einmal eine Bestandsaufnahme gemacht
38 haben innerhalb dieser Krankenhäuser, das heißt wir haben über das europäische Krankenhäuser
39 gefragt, was ist den eigentlich das größte Problem, wo sehr ihr die größten Probleme und wir haben

²⁴ Öffentliche Ausschreibung

40 das gemacht in Fokusgruppen aus drei Bereichen, einmal mit Patienten dann mit Mitarbeitern und das
41 Management ist gefragt worden und so hat sich eine Art von Problemranking ergeben und da war
42 Kommunikation glaube ich an erster Stelle, ja... also die drei Spitzenreiter waren Kommunikation auf
43 der einen Seite, dann war das Empowerment von Patienten, mangelndes Empowerment von
44 Patienten war glaube ich an dritter Stelle und Ausbildung, also einfach die Fähigkeiten des Personals
45 mit dieser Situation umzugehen und mit diesen schwierigen, unter Führungszeichen, Patienten,
46 Patientinnen umzugehen und aus diesen Top drei Problembereichen haben wir dann gesagt, okay
47 dann entwickeln wir jetzt für diese Top drei Bereiche Maßnahmen, die diese Probleme bearbeiten
48 können und die Krankenhäuser konnten sich dann aussuchen, ob sie davon eines machen wollen,
49 einen Problembereich bearbeiten wollen, oder mehrere

50 *I: Und welche Probleme oder Schwierigkeiten sind bei der Umsetzung aufgetaucht, oder gab es*
51 *überhaupt Probleme?*

52 D: Also ob es im Kaiser-Franz-Josef Spital Probleme gegeben hat, dass dürfen Sie mich nicht fragen,
53 das würde ich mir nicht erlauben da von außen zu beurteilen und darüber möchte ich auch nichts
54 sagen, für mich ist der Eindruck entstanden, so auch aus dieser Koordinationsperspektive heraus in
55 diesem Projekt, dass die Grundprobleme die waren, mit welchen Ressourcen macht man das,
56 Veränderung kostet am Anfang immer Geld und Veränderung dirigiert am Anfang auch immer, also
57 wo kommen die Ressourcen her und wenn es da nicht jemanden gibt, der das in die Hand nimmt und
58 betreibt, dann passiert da nicht viel, das war das eine... eine andre Problematik war meines Erachtens
59 so die Kooperation zwischen den Berufsgruppen oder auch so die Interessensvertretung zwischen
60 den Berufsgruppen, also es gab schon, gab schon Hinweise aus einigen Spitälern, wo man den
61 Eindruck hatte, gerade was zum Beispiel Schulungen betrifft, in Bezug auf interkulturelles
62 Verständnis, sind zwar Pflegepersonen sehr interessiert, aber die Mediziner sind da interessiert das
63 eigentlich weniger, also da gab es sehr ungleiche Beteiligung an solchen Kursen in Bezug auf die
64 Berufsgruppen

65 *I: Gab es auch Feedback von Seiten der PatientInnen, haben sie bemerkt, dass sich etwas verändert*
66 *hat?*

67 D: Es hat in einem Teilprojekt... und da ging es um Kommunikation, also da ging es um die Frage
68 Sprache,... war die Evaluation so angelegt, dass die Patienten vorher und nachher gefragt wurden
69 und da gab es eine eindeutige Verbesserung,... also es hat schon etwas gebracht

70 *I: Wurden Ihre Erwartungen an das Projekt erfüllt?*

71 D: ... mh ... eigentlich eine schwierige Frage, weil ich mich gerade fragen muss, welche Erwartungen
72 hatte ich da (*lacht*), also ich würde sagen ja, also das was wir da versucht haben, ist schon gelungen,
73 dass wir wirklich eine Gruppe von Krankenhäusern zusammen bringen und dass wir mit diesen
74 Krankenhäusern gemeinsam ein Stück Organisationsentwicklung machen oder zumindest die
75 Möglichkeiten errichten, dass da Organisationsentwicklung passieren kann und die Sensibilisierung
76 für das Thema innerhalb dieser Krankenhäuser, aber auch innerhalb eines europäischen Verbandes,
77 das ist schon gelungen, ja

78 *I: Spielte das Thema „Sterben und Tod“ innerhalb dieses Projektes auch eine Rolle?*

79 D: Das kam eigentlich immer wieder als Thema... das ist zwar nicht auf einer Projektebene behandelt
80 worden, aber das findest sich ja auch in der Literatur immer wieder, dass es halt verschiedene

81 Kulturen ganz verschiedene Rituale haben, die sie mit dem Sterben verbinden, von ganz einfachen....
82 was weiß ich, sagen wir, dass muslimische Sterbende oder Gestorbene mit dem Kopf gegen Mekka
83 glaube ich, legt oder so, ja bis hin zu sind Verwandte dabei oder sind sie nicht dabei und wenn ja wie
84 viele sind es oder eben andere Rituale, die sich mit dem Sterbeprozess verbinden, das ist immer
85 wieder thematisiert worden, aber es hat dazu kein Projekt gegeben, das nicht

86 *I: Okay, also wie ist der Stand jetzt, was ist vom Projekt geblieben?*

87 D: Ah... über alle Krankenhäuser kann ich das nicht sagen, weil solche Projekt sind von Natur aus,
88 wenn sie vorbei sind, sind sie vorbei, ja... man hat auch nicht die Möglichkeit sich da weiter damit zu
89 beschäftigen, was da in Wien weiter passiert ist, das weiß ich nicht, ich weiß das andere
90 Krankenhäuser, die da mitgemacht haben, zum Beispiel die italienischen Projektpartner, die sind nach
91 wie vor hoch aktiv, wir arbeiten auch in anderen Projekten mit diesen Partnern wieder zusammen,
92 oder auch das spanische Krankenhaus, die Vertreter aus dem spanischen Krankenhaus sind hoch
93 aktiv und wir begegnen immer wieder solchen Leuten auch bei Konferenzen oder irgendwelchen
94 Veranstaltungen...

95 *I: Das heißt, wie es jetzt speziell in Wien weitergelaufen ist, das wissen Sie nicht?*

96 D: Das weiß ich nicht

97 *I: Was würden Sie jetzt allgemein als Resümee aus dem ganzen Projekt ziehen?*

98 D: Hm... Also ein Grundresümee aus dem Projekt ist sozusagen dieser Grundansatz, der ist glaube
99 ich sehr wichtig und der ist ja auch übertragbar, nicht nur auf eben Patienten, Patientinnen mit
100 Migrationshintergrund sondern ganz allgemein auf die Beziehungen zwischen Pflegenden oder
101 Medizinerinnen und eben Patienten, also dass drei ganz wesentliche Punkte gibt es, auf die man
102 aufpassen muss, das eine ist, man muss erkennen, dass es hier Unterschiede gibt, dass nicht alle
103 Menschen gleich sind, dass man nicht alle Menschen gleich behandeln kann und zwar gilt das nicht
104 nur für medizinische oder pflegerische Interventionen, das gilt auch für das Behandeln dieser Person
105 als Mensch, als Person eines spezifischen Gerüst an Werten, an Vorstellungen, an Ritualen, an
106 persönlichen Macken, sag ich jetzt einmal, ja,... also muss man auch erkennen, da ist jemand, der
107 auch ein Mensch ist mit seinen Eigenheiten, ah... und das zweite Element ist, dass man sagen muss,
108 okay ich bin bereit auf diese Verschiedenheiten einzugehen, die nicht nur zu bemerken, sondern ich
109 bin bereit auf die auch einzugehen, ich kümmere mich darum und der dritte spezifische Ansatzpunkt
110 war, dass man, wenn der Auftrag besteht, dass wenn man solchen Patienten, Patientinnen begegnet,
111 die aufgrund ihrer Verschiedenheit auch mit Nachteilen zu kämpfen haben, da ist ein klassisches
112 Beispiel ist die Sprache, dass man als Organisation die Verantwortung trägt, diese Nachteile zu
113 kompensieren, eben durch einen Dolmetschdienst zum Beispiel, durch die Bereitstellung von
114 Hilfsmitteln, damit dieses Defizit sich nicht negativ auswirkt und das sind so drei Grundprinzipien, die
115 halte ich für sehr wichtig und die halte ich auch für übertragbar auf andere Bereiche

116 *I: Gut. Auf die transkulturelle Pflege bezogen, sind solche Projekte Ihrer Meinung nach sinnvoll, oder
117 gäbe es andere bessere Möglichkeiten?*

118 D: Ich finde solche Projekte für sehr sehr sinnvoll und das ist meine Grunderfahrung auch, dass da
119 das sozusagen angestoßen wird und in Bewegung kommen kann, was vielleicht ein Krankenhaus
120 alleine, oder eine Person allein nicht machen kann, weil die kritische Masse nicht gegeben ist, also
121 wenn eine Person allein sagt: mir ist das wichtig, ich will da was anders machen, ich will da was

122 besser machen, dann ist das wahnsinnig schwierig in die Praxis umzusetzen und wenn das eine
123 größere Gruppe ist von Leuten, oder auch eine größere Gruppe von Organisationen, dann wir einfach
124 die Energie, die da drinnen ist, viel viel stärker und die argumentative Kraft ist viel mehr gegeben

125 *I: Wie sieht für Sie persönlich eine optimale transkulturelle Pflege aus?*

126 D: Ah... ich überlege gerade aus welcher Perspektive ich das beurteilen könnte, ich stelle mir jetzt vor,
127 ich bin eine... na ja... ich müsste das eigentlich umdrehen, ich müsste mir vorstellen, was mache ich
128 als Österreicherin in einem australischen Krankenhaus, oder einem afrikanischen Krankenhaus, was
129 würde ich mir da wünschen, wie da mit mir umgegangen wird... ja eigentlich das, da würde ich jetzt
130 wieder diese drei Grundprinzipien anwenden, ich würde mir wünschen, dass ich so behandelt werde,
131 dass die erstens bemerken, dass ich anders bin und natürlich anderer Bedürfnisse habe, dass die
132 auch nachfragen, welche Bedürfnisse das sind, dass sie dann mit mir aushandeln, ob sie diesen
133 Bedürfnissen entsprechen können, oder nicht, vielleicht geht das ja auch gar nicht, weil es strukturell
134 nicht vorhanden ist, vielleicht kann ich in einem... weiß ich nicht, afrikanischen Spital nicht jeden Tag
135 duschen, weil zu wenig Wasser da ist, ja, aber das sollte mit mir verhandelt werden, ja und dann
136 würde ich mir wünschen, dass dort wo mein Verständnis auch nicht ausreicht, weil ich die Sprache
137 nicht spreche oder weil ich gewisse Gewohnheiten, die dort vorherrschen nicht kenne, dass mir mit
138 darüber gesprochen wird, beziehungsweise, dass es mir erklärt wird und dass versucht wird
139 sozusagen, dass was ich dann nicht leisten kann, dann... weil ich keine Ahnung habe, dass das
140 versucht wird mir zu geben

141 *I: Wie sehen sie die Zukunft der transkulturellen Pflege im Krankenhaus?*

142 D: Ich glaube, dass das Thema immer wichtiger wird, Wien hat den größten Ausländeranteil in
143 Österreich, das wird auch weiter so... also der Trend geht weiter, ich glaube, dass transkulturelle
144 Pflege deshalb an Bedeutung massiv gewinnen wird, ich glaube auch, dass der Druck immer größer
145 wird, das heißt, ich sehe eine Zukunft, die mit großen Herausforderungen gespickt ist, denen man
146 begegnen wird müssen, also ich glaub da wird.... da sollte man investieren, ich glaube, dass gerade
147 die Pflege, die ja traditioneller Weise eine Berufsgruppe auch ist, die offen ist für Veränderungen und
148 die gerne in Schulungen geht und die gerne etwas dazulernt, dass gerade die Pflege da sehr viel
149 beitragen kann, dass insgesamt sich die Situation in Krankenhäusern da verbessert, was Sensibilität
150 für ethnische Differenzen betrifft

151 *I: Okay, ich möchte noch gerne auf ein aktuelles Thema eingehen und zwar gibt es seit März dieses
152 Jahres eine neue Hausordnung des KAV, welche die BesucherInnenanzahl in Spitälern regeln soll.
153 Haben Sie davon gehört beziehungsweise, was sagen sie dazu?*

154 D: Ich kann es nachvollziehen, dass eine solche Hausordnung raus geht, ich glaube sie besagt, es
155 dürfen nicht mehr als zwei auf einmal...

156 *I: Ja also es ist keine genau Zahl festgelegt worden, es sollen einfach nicht zu viele Besucher auf
157 einmal sein...*

158 D: ... auf alle Fälle weniger, also ich kann den Hintergrund nachvollziehen, warum das gemacht
159 wurde, ich kann verstehen, dass das sehr schwierig ist, ja... wenn da ein „Schiebel“²⁵ von Leuten
160 daherkommt und die Zimmer befüllt, wo andere Leute auch drinnen liegen, also ich verstehe den
161 Hintergrund, ich finde es schade, dass da nicht begleitend etwas anderes dazu gemacht wird, ja,

²⁵ umgangssprachlich für eine größere Gruppe

162 denke ich mir man müsste trotzdem versuchen, Patienten, Patientinnen für die es auch wichtig ist,
163 diese Besuche zu kriegen, ihnen auch die Möglichkeit zu geben, weil das ein ganz massiver Eingriff in
164 eine soziale Struktur, wo Familie wichtig ist, wo Verwandtschaft wichtig ist und wo es schlichtweg
165 unhöflich und unmöglich, eine Beleidigung ist, wenn sie nicht im „Schiebel“ ins Krankenhaus pilgern
166 und das ist für den Patienten, die Patientin und auch für die verwandten Familienmitglieder eine ganz
167 schlimme Sache und dann würde ich mir wünschen, dass da begleitend überlegt wird, okay wie kann
168 man denn das lösen, kann man vielleicht einen Raum, ein Besucherzimmer so gestalten, dass man
169 sagt okay, wenn da wirklich zwanzig Leute kommen, dann werden die zwanzig Leute nicht ins Zimmer
170 geschleust, sondern wird der Patient halt in das Zimmer getragen, ja damit sich die dort unterhalten
171 können... oder ich habe jetzt auch keine ad hoc Lösung, aber da würde ich mir wünschen, dass
172 überlegt wird, wir können wir trotzdem dem Patienten, der das braucht, ermöglichen, dass er das
173 kriegt

174 I: *Ich habe das jetzt auch deswegen gefragt, weil sie zuerst gemeint haben, dass die Pflege eher dazu*
175 *bereit ist und offen ist für Veränderungen, andererseits dann von oben, sag ich jetzt mal, solche*
176 *Bestimmungen kommen, die eher von der gegensätzlichen Richtung kommen...*

177 D: ... ich glaube Sie reißen da einen wichtigen Punkt an, weil man an dem Beispiel schön sieht, dass
178 sie rein mit Intervention auf Personenebene... ja, sie können Leute in Trainings schicken und
179 Schulungen und so, dass ist alles wunderbar, aber wenn sie nicht auf der Ebene der Organisation und
180 da ist die Entwicklung, auch Schritte setzten, nämlich nicht nur strukturelle, was weiß ich, ein eigenes
181 Besucherzimmer für viele Besucher, sondern auch kulturelle.. dass eine Stationsleitung zum Beispiel
182 ist, oder eine Krankenhausleitung sagt, ich will das, ich will das haben, ich will ein kultursensibles
183 Krankenhaus sein, dann werden die Schulungen nichts nutzen, dann werden die eher kontraproduktiv
184 sein, weil da gehen die Leute in Schulungen, lernen wie sie es machen sollten, kommen in die
185 Organisation zurück und dort haben sie keine Möglichkeit, das auch umzusetzen und das kann nur
186 frustrieren

187 I: *Ja dann bedanke ich mich für dieses Interview recht herzlich*

188 D: Gerne

Interview 4

1 I: Zu Beginn möchte ich Sie fragen, was Sie persönlich unter transkultureller Pflege verstehen.

2 E: ... Unter transkultureller Pflege...ah, ich verstehe darunter, dass es Menschen gibt mit
3 verschiedenen, die aus verschiedenen Kulturkreisen kommen und die aus ihrem Verständnis der
4 Pflege, die sie dort erlebt haben oder erlernt haben oder dort Tradition ist, sich auch eine Pflege hier,
5 in dieser Weise erwarten, wie sie sozusagen aus ihrem Hintergrund gewohnt sind und ja...

6 I: Wie oft kommt es vor, dass muslimische PatientInnen bei Ihnen auf der Palliativstation liegen?

7 E: Aus dem Bauch heraus, ich weiß jetzt keine Statistiken, aber aus dem Bauch heraus sind das
8 vielleicht 20 – 30 %, schätze ich, ja also würde ich sagen, nicht westlicher, nicht zentral europäischer
9 Kulturkreis sind es wahrscheinlich eben so 30 %, aber ob die jetzt alle muslimisch sind, das weiß ich
10 nicht so genau

11 I: Gut, können Sie mir vielleicht einige Erfahrungen schildern, die Sie so mit muslimischen
12 PatientInnen gemacht haben? Welche Bedürfnisse hatten die PatientInnen, gab es Probleme, oder
13 was hat gut funktioniert?

14 E: Ah... man kann jetzt, also von der ärztlichen Seite, oder von der Pflegeseite, von der Pflegeseite ist
15 es halt wiederholt so, dass sich muslimische Frauen nicht von männlichen Pflegenden, so wie ich das
16 mitbekomme, körperlich pflegen lassen, sondern nur von Frauen, manchmal auch von Männern, aber
17 nur im Beisein des Mannes, das ist sehr unterschiedlich, wie in allen Kulturkreisen die Adhärenz²⁶ zu
18 religiösen Vorschriften ganz unterschiedlich ist, gibt es auch Muslime, denen das völlig egal ist, ja und
19 andere die sehr genau Wert darauf legen, aber das gibt es in anderen Glaubensrichtungen auch
20 und... sonst ist es oft so, aber auch unterschiedlich, ob man das jetzt so zum Glauben assoziiert,
21 Männer eine führende Rolle haben, aber da gibt es genau so bei katholischen Bauern, also es ist, wie
22 soll ich sagen, sehr wenig spezifisch, was sich da tut, es wird nur immer wahrgenommen habe ich so
23 das Gefühl, wenn es nicht der übliche Glaube ist, dass das so etwas Besonderes sei, ja, aber ich halte
24 das für... wie gesagt, das gibt es in anderen Glaubensrichtungen auch, es gibt Buddhisten, die eben
25 so leben, wie sie leben und die sind genauso auffällig, wie alle anderen, oder eben Katholiken oder
26 Evangelisten, oder Christen, sagen wir mal so, sonst, dann gibt es noch die Problematik, die uns auf
27 der Palliativstation immer wieder beschäftigt, ist die des Sterbens im eigenen Land, in muslimischer
28 Erde begraben werden und dass das ein großer Wunsch, eine große Notwendigkeit kann man fast
29 sagen, aus seinem Glauben heraus viele Muslime wahrscheinlich, ich kenn mich zu wenig aus, die
30 uns immer wieder vor die Problematik stellt, dass eben ein Tag vor dem Sterben dann plötzlich der
31 Patient nach Afrika oder sonst wohin geflogen werden muss, oder nach Ägypten wie gerade vor
32 vierzehn Tagen, ja, wo dann alle Sachen in Bewegung gesetzt werden, um dieses Ziel auch zu
33 erreichen, was meistens dann am großen finanziellen Aufwand scheitert und dann eben auch wieder
34 wenn die verstorben sind sofort, dass sie innerhalb von 24 Stunden glaube ich, jedenfalls in sehr
35 kurzer Zeit,... also das sind halt Anforderungen, die gestellt werden, umgekehrt würde man in Afrika in
36 einem Spital als Europäer liegen, möchte man wahrscheinlich auch zuhause begraben werden wollen,
37 also das sind alles so Dinge, die erstens einmal nicht so glaubensabhängig sind, sondern vielmehr
38 abhängig sind wie stark die Menschen an die Durchführungsbestimmungen ihres Glaubens hängen,
39 ja, also auch das begraben werden in muslimischer Erde steht, wenn man muslimische Priester fragt,

²⁶ Einhaltung

40 nämlich nicht fundamentalistische, sondern ganz normale, ja, dann sagen die, das steht überhaupt
41 nirgends, ja, dass das notwendig ist, das gibt es einfach nicht, aber wie auch in allen anderen
42 Glaubensrichtungen gibt es halt strenge Auslegungen und Über-Auslegungen und Über-
43 Regulierungen, würde ich sagen, gibt es die im katholischen Glauben auch und so gibt es die im
44 muslimischen Glauben auch, ich sehe das persönlich nicht, dass es besondere Herausforderungen
45 sind für die Pflege, es sind halt andere Dinge, auf die man aufpassen muss, die aus dem eigenen
46 Kulturkreis ist man als Pflegenden gewohnt und die aus den anderen Kulturkreisen, die muss man halt
47 lernen und aufpassen, ja

48 *I: Ist transkulturelle Pflege an und für sich für das Personal auf Ihrer Station ein Thema? Werden*
49 *Schulungen besucht?*

50 E: Nein, wir haben keine Schulungen, also wir sind froh, wenn wir palliativmedizinische Schulungen
51 bekommen (*lacht*), transkulturelle Pflege, glaube ich, also ich wüsste nicht...

52 *I: Also ist transkulturelle Pflege eher kein Thema...*

53 E: Ich würde sagen, natürlich ist es ein Thema, immer dann wenn es notwendig ist und wenn es
54 aufschwabbt, aber ich glaube nicht, oder ich weiß es nicht, dass irgendjemand eine Ausbildung
55 diesbezüglich gehabt hat, ja, es ist das Interesse immer fallbezogen da... ich glaube aber, es ist
56 notwendig, weil es diese Situationen, dieser Situation steht Pflege mit spontaner Ablehnung
57 gegenüber, ja, das ist so, das müssen wir jetzt anders machen, nur recht wie da, so das ist schlecht
58 und ja

59 *I: Glauben Sie, dass man auf die Bedürfnisse zum Beispiel eben von muslimischen PatientInnen auf*
60 *einer Palliativstation besser eingehen kann?*

61 E: Ja sicher, ich meine... würde man wissen genau, also es gibt eine emotionale Basis, ja, wo man
62 sagt: wir sind wir und die anderen sind die anderen, ja und das ist schon mal ein Problem, aber das ist
63 bei allen verhaltensauffälligen Patienten so, wir haben jetzt einen gehabt, das war kein Muslime, aber
64 er hat sich trotzdem die Ablehnung der ganzen Station zugezogen, weil er verhaltensauffällig war und
65 zwar nicht irgendwie geistig gestört, aber eben ein schwieriger Mensch, ja und alles was
66 verhaltensauffällig ist, muss man... erfordert Anpassung des Pflegepersonals und auch des ärztlichen
67 Personal und diese Anpassung ist ein Akt des, ein Arbeitsaufwand ein innerer oder ein tatsächlicher,
68 nicht und wirft einen halt aus der Bahn aus der üblichen und das kann man jetzt annehmen und sagen
69 ich mache das aktiv und gehe auf das ein, oder ich empfindet das als Störung und insofern... jetzt
70 habe ich Ihre Frage vergessen, was war die Frage?

71 *I: Ob Sie glauben, dass die Bedürfnisse von Muslimen auf einer Palliativstation besser erfüllt werden*
72 *können...*

73 E: Ja, genau und das war mal der emotionale Punkt, den muss man mal in den Griff bekommen, aber
74 da gibt es Supervisionen und so und dann gibt es den sachlichen, fachlichen, man tut sich ja mit
75 Dingen leichter, die man versteht, oder die man weiß, dass das in dem Kulturkreis eben so ist, da tut
76 man sich auch leichter und darum glaube ich, das es auch notwendig ist, dass man eine fachliche
77 Ebene notwendig, oder wäre gut, aber wie gesagt, dass ist... ja, wenn wir das hätten, sag ich mal,
78 dass ist das letzte, oder es ist eines der Dinge, die nicht so, da gibt es viel wichtigere Dinge, die
79 vorher zu erledigen sind als das, wo es für den Patienten extrem wichtig ist, aber die Summe der
80 Probleme, die die Pflege hat, oder die Betreuung, da fällt das in den Hintergrund

81 I: *Was ist nun das Hauptziel Ihrer Arbeit mit sterbenden Menschen?*

82 E: Das Hauptziel... ja Palliativmedizin sagt Lebensqualität erhalten und das ist auch bis zum Ende das
83 Hauptziel und die Lebensqualität und Qualität im Sterben, wo der Patient auch noch lebt, ist ja kein
84 Unterschied zu erhalten und beschwerdefrei ist und ein menschenwürdiges Sterben zu erlauben, ja
85 wobei das ein großes Wort ist, menschenwürdig und niemand weiß genau, was das ist, aber dass
86 die,... ein Leben zu ermöglichen, wie es sich jemand vorstellt, der gerade nicht stirbt, wie es sein sollte
87 wenn man stirbt, ja

88 I: *Okay, wie sieht für Sie eine optimale transkulturelle Pflege aus, vielleicht jetzt in Bezug auf Sterben
89 und Tod?*

90 E: Eine optimale Pflege wäre, dass man tatsächlich auf die Bedürfnisse der Menschen und zwar die
91 Patienten, die sterben vor allem, aber auch ihrer Umgebung, weil Sterben ist ja ein Prozess, den die
92 Familie oder die Angehörigen extrem begleiten und die Angehörigen bleiben dann zurück mit dem
93 Gefühl, das geherrscht hat, während der Patient verstorben ist, der Patient ist weg, ja, also für den ist
94 es aus, für den endet es dort, aber für die Angehörigen, für die läuft die Geschichte weiter und folglich
95 ist es sehr notwendig, optimal auf die Patienten und in der Trauerbegleitung, das ist gar nicht so
96 Trauer, sondern mit Empathie einzugehen, dass das ein harmonischer Prozess wird und das die
97 Angehörigen nachher sagen können: er, sie hat dort einen guten Tod gehabt und nicht daran denken,
98 dass das Chaos am Schluss war, das ein fürchterliches Chaos war, aber... ja

99 I: *Wird jetzt bei muslimischen PatientInnen auch stark mit den Angehörigen zusammengearbeitet?*

100 E: So ist es, ja, also dort ist es ja oft so, dass die Angehörigen eine starke Rolle spielen und überhaupt
101 wenn es um Frauen geht, diese traditionellen... die sich halt anders verhalten und eben das gerne
102 abgeben, oder, ja da halt gerne abgeben aus ihren Kulturkreis wird immer behauptet, das ist
103 zwanghaft, aber ich glaube, dass ist dort so und... was war die Frage?

104 I: *Ob auch die Angehörigen...*

105 E: ja, ja, gerade dass wir halt mit diesen Angehörigen viel viel arbeiten, ich meine das sind so Dinge,
106 die... ich erzähle ein Beispiel, ja: vor kurzem ist eine Ägypterin verstorben bei uns, dreißig Jahre, die
107 einen unglaublich lieben Mann gehabt hat, der sie gepflegt hat, aufopfernd, ja, unglaublich, der alles
108 für sie gemacht hat zum Beispiel auch schwerst körperlich betätigt, also, die war wirklich zerstört die
109 Frau und er hat sie Wochen oder sogar Monate zuhause gepflegt und dann ist er da hergekommen
110 und dann war sie sterbend und er hat, wir haben immer mit ihm gesprochen, aber erst drei Tage vor
111 ihrem Tod hat er realisiert, dass sie jetzt wirklich sterben wird, also bis dahin haben wir immer gesagt,
112 sie wird sterben, er hat immer ja und so gesagt, aber... dann hat er zwei Tage vor ihrem Tod gesagt,
113 also wenn sie jetzt wirklich stirbt, muss sie nach Ägypten zurück und die Frau war bettlägerig mit
114 einem Morphin Bypass, hochdosiert, war aber bei Bewusstsein und da habe ich ihm gesagt, also
115 wenn er das will und ich respektiere dass, dann muss er das alles organisieren und die Fluglinien
116 machen das auch, wir haben schon Sterbende nach China geschickt, also aber er müsste wissen,
117 dass selbst bei optimaler Versorgung wird die Frau Schmerzen leiden, weil jemand der da im Bett
118 liegt, den wir mit der Rettung zum Flughafen karren und dann in die Maschine verlegt und dann dort
119 hin, ja da kann man Schmerzmittel verwenden was man will, die wird sieben Stunden Schmerzen
120 haben, das haben wir ausgerechnet, wie lange und dann hat er gesagt, nein das kommt dann nicht in
121 Frage und dann am nächsten Tag sind dann plötzlich, also der war auch so jung, dreißig oder so,

122 ältere Angehörige Menschen dort aufgetaucht, die das Wort übernommen haben, ich habe gesagt,
123 also wir haben das so, dass immer einer unser Ansprechpartner ist, wir reden nicht mit allen, weil
124 sonst, ja... wenn sie was wissen wollen, sollen sie sich an den wenden und er ist zu mir gekommen
125 und er hat gesagt, er will, dass die Frau überführt wird, also solange sie lebt, dass sie hinunter
126 geflogen wird und ich habe gesagt, das hat ihr Mann schon abgelehnt und sie wollte das auch nicht,
127 sie war zu diesem Zeitpunkt eigentlich nicht mehr kontaktierbar und er soll das mit dem Mann
128 besprechen und er hat dann gesagt, dass braucht er gar nicht mehr, weil er hat von jetzt an das
129 Sagen und dann hab ich den Mann gefragt, ob das so ist und er hat gesagt, ja das ist so und dann
130 habe ich also mit dem weiterverhandelt und dem habe ich das Selbe gesagt und er hat gesagt, wie
131 darf ich das sagen, sieben Stunden Schmerzen spielen keine Rolle... hm... und dann war das erst
132 mal: schluck, ja sagt man das der Pflege, ist da ein Aufschrei, wie so etwas sein kann und der hat das
133 so gemeint wie er das gesagt hat, ja und das sozusagen zu verstehen und zu sagen okay, der glaubt
134 sie kommt sicher nicht in den Himmel und damit leidet sie im Fegefeuer ihr Leben lang, da sind sieben
135 Stunden Schmerzen nichts dagegen im Vergleich sie dann in ihrem restlichen Leben, was weiß ich,
136 was er sich vorstellt, das sind dann so Konflikte, die heavy sind und die Sache ist dann so
137 ausgegangen, dass Gott sei Dank, also sie haben dann alles gemacht, um sicherzustellen, dass sie
138 möglichst keine Schmerzen hat und wenn gefordert, sie liegen muss, dass kann man machen, man
139 kann sagen das ist unser ärztlicher Ethos, man kann das nicht einfach so, wenn der sie mitnehmen
140 will, weiß ich nicht was wir dann gemacht hätten, also wenn er sie einfach genommen hätte und das
141 hat aber dann soviel Geld gekostet, dass sie sich das nicht leisten konnten und obwohl das nicht von
142 uns aus primär prohibitiv war, weil wir das nicht erfunden haben, mit was wir uns durchsetzten,
143 sondern damit wir der Frau möglichst gut helfen können, hat es dann doch so... also das ist
144 transkulturell und dann natürlich gehen die Wogen hoch, kann man sich vorstellen, da hat man dann
145 auch Supervisionen

146 *I: Ja also im Bezug auf BesucherInnen, möchte ich Sie fragen, ob Sie von der neuen Hausordnung,*
147 *seit März 09 vom Krankenanstaltenverbundes eingeführt, gehört haben, durch die eben die*
148 *BesucherInnenanzahl in Spitälern reduziert werden soll, was halten Sie davon?*

149 E: Ja, ja, wir haben.. wir würden sie auch einhalten, aber das ist wirklich selten so, dass.. wenn sie in
150 großen Massen kommen, dann halten sie sich meist in Eingangsebene auf, wir haben so Probleme
151 nicht wirklich, es war immer so, dass wenn wir gesagt habe das geht jetzt nicht, wir haben außerdem
152 einen Aufenthaltsraum auf der Station, wo sich die Leute zurückziehen können und so, die können
153 dann eher alleine sein und da sind wir privilegiert, also wir haben nicht das Problem, das andere
154 haben, dass in einem 3-Bett-Zimmer dann fünfzehn Leute drin stehen, das haben wir eigentlich nicht,
155 wir haben dann oft 1-Bett-Zimmer und da können dann ruhig fünfzehn Leute rein, das ist egal, ja, also
156 das ist ein bisschen einfacher bei uns

157 *I: Ja, wie sehen Sie jetzt die Zukunft der transkulturellen Pflege im Krankenhaus?*

158 E: Hm... ja, ich glaube das sollte in den Palliativ-Ausbildungen, die es da gibt für Pflegepersonal, für
159 ärztliches Personal, da wird das immer thematisiert, das ist Teil der Ausbildung im Pflege... im
160 Jahrgang dann da und auf der Salzburger Universität auch, Lehrgangsleitung, wo in diesen
161 Aufbaulehrgängen Palliativmedizin, wo das eben immer thematisiert wird und ich glaube in diesem
162 Umfeld gehört es thematisiert und es gehört auch in der Pflegeausbildung thematisiert, das ist

163 überhaupt keine Frage und weil jedes Wissen, den Umgang massiv erleichtert, wenn man immer
164 glaubt, das sind Einzelfälle oder das ist irgendwie, es wird auf Persönliches zurückgeführt, dann hat
165 man persönlich Schwierigkeiten und Aggressionen gegen jemanden, der sich so abnorm benimmt,
166 wenn man das aber aufarbeiten kann und in der Ausbildung schon mal hört, dann geht man
167 professioneller um und da ist alles viel einfacher und es ist einfach der professionelle Umgang den
168 man braucht, überhaupt in der Palliativmedizin, man muss sich selber zurücknehmen und man muss
169 professionell umgehen damit und lernen mit solchen Konfliktsituationen... und wenn man von
170 vornherein schon weiß, dass es da eben andere Richtungen, andere Verhaltensweisen gibt, ja, dann
171 nimmt man das halt ganz normal und das ist halt so, aber wenn man sagt, wenn man das nie kennen
172 gelernt hat, sondern immer nur gepflegt und gearbeitet hat mit mitteleuropäischen Patienten, wird man
173 sicher völlig verunsichert fühlen, wenn da plötzlich jemand anderes kommt und wird man es als
174 belastend und als rehident dann sogar empfinden, was ganz normal ist, also insofern, ja mehr
175 Ausbildung

176 *I: Glauben Sie auch, dass sich das in diese Richtung entwickelt?*

177 E: Ich kann nur sagen, in der Palliativmedizin ist es so, ja, weil wir haben halt irgendwie.. ich weiß ja
178 nicht was in der Pflegeausbildung sonst so ist, keine Ahnung, wäre es nur wünschenswert, ich weiß
179 nur, dass in diesen interdisziplinären Palliativlehrgängen und so, wo Seelsorger und Pflegepersonen
180 zusammensitzen, dass das sehr wohl immer in strukturell, ich weiß nicht wie viele Stunden, in einem
181 Seminar halt, besprochen wird

182 *I: Gut, also kann ich zusammenfassend sagen, dass transkulturelle Pflege auf der Palliativstation
183 schon ein Thema ist, wenn es vorkommt und das halt auch alles versucht wird, Wünsche der
184 PatientInnen zu erfüllen...*

185 E: Ja, also in der Palliativmedizinischen Ausbildung, ja also Pflegepersonen, dort thematisiert ist,
186 unterrichtet wird und dass wir alle zuwenig Schwestern haben, die diese Ausbildung haben, nämlich
187 nicht die interkulturelle, sondern den Palliativlehrgang und ich glaube, es sollte auch prinzipiell in der
188 Schwesternausbildung thematisiert werden

189 *I: Das heißt es funktioniert auf der Station...*

190 E: Ich würde sagen, es würde besser funktionieren, wenn die Pflegepersonen auf meiner
191 Palliativstation sozusagen, denn Palliativlehrgang alle hätten, also wir haben eine einzige, die das hat
192 und alle anderen rennen sozusagen blauen Auges in diese Katastrophe, was massiv unbefriedigend
193 ist, dann brauchen wir auch viel mehr Supervisionen, wir würden das nicht brauchen, wenn die Leute
194 wissen wie man damit umgeht, so müssen wir uns immer zusammensetzen

195 *I: Das heißt es werden dann schon direkt alle Fälle besprochen?*

196 E: Ja, ja wir haben fallbezogene Gruppensupervisionen mit unserem Supervisor, ja und es ist jetzt
197 noch nicht so gut organisiert, aber es wird dann... wir bekommen eine eigene Station, haben dann ein
198 eigenes Pflege team, jetzt ist es ein geteiltes Team zwischen fünf Palliativbetten und fünfzehn
199 normalen Pflegebetten, das ist nicht so gut, aber ab März bekommen wir eine eigene Station, ein
200 abgeschlossenes eigenes Pflege team, das nur dies macht und dann werden wir wenigstens die
201 Supervision als Pflichtveranstaltung machen, ob das gelingt werden wir noch sehen, wenn das dann
202 Pflichtcharakter kriegt

203 I: *Was mich noch interessiert, kommen die PatientInnen selbst zu Ihnen und möchten auf die*
204 *Palliativstation, oder suchen Sie sich das aus?*

205 E: Ja meistens ist es so, dass die... wir nehmen nicht vorschriftsmäßig, aber bisher halt, weil es so ist,
206 die Leute aus dem Haus und da rufen uns Kollegen, Kolleginnen, Ärzte an und sagen wir hätten da
207 einen Patienten, wir würden glauben, dass der geeignet ist, ja letztens haben sie angerufen, fünf
208 Minuten vor dem Sterben, da habe ich gesagt nein (*lacht*), ja und jetzt ist es schon anders und dann
209 schauen wir uns diese Patienten an und eigentlich hätten wir gern, wenn die schon bevor wir
210 kommen, erfahren und wissen wer wir sind, aber das ist nicht immer so, ja manchmal müssen wir das
211 dort erst sagen und manchmal trauen wir es uns auch gar nicht sagen, weil wir wissen, der ist ideal für
212 uns, aber der hat eigentlich gar keine Ahnung was mit ihm los ist, also es ist auch ein bisschen ein
213 Graubereich, aber das Ziel wäre, das wir eine Zuweisung bekommen, wo drauf steht der Patient ist
214 aufgeklärt und weiß dass wir kommen und dann zu uns gesagt wird jetzt kommt

215 I: *Das heißt es fehlt einfach schon vorher an der Aufklärung...*

216 E: Ja, ja, das ist... es wird uns oft die Aufklärung hingeschoben und wir kriegen sie oft einfach mit dem
217 Onkologen mit dem Hinweis, jetzt ist der so schlecht und wird wissen nicht, wenn er besser wird, dann
218 kriegt er noch eine Chemotherapie, aber wir glauben eigentlich nicht, dass er noch... aber vielleicht,
219 schaut ihr ihn euch einmal an und dann sehen wir, er wird nicht besser und dann sagen wir lieber Herr
220 oder liebe Frau, so schaut es aus, meistens wollen sie dann noch ein Statement des Onkologen, wird
221 es noch besser, wir sind ja eh alle Onkologen und sagen es gibt keine Therapie, also es ist nicht so
222 „clear cut“ und dann gibt es noch tatsächlich ganz selten, 10 % oder so, Leute, die anrufen, meistens
223 Angehörige, die sagen wir haben gehört es gibt ein Palliativstation, wie schaut das eigentlich aus und
224 könnten sie nicht meinen so und so, der dort und dort liegt... und dann rufen wir die Station an, die
225 Ärzte und fragen, könnte das sein... das geht auch

226 I: *Gut, dann sage ich auf jeden Fall danke für das Interview und dass Sie sich Zeit genommen haben!*

Curriculum Vitae

Claudia Grobner

<i>geboren am/in</i>	6. Mai 1986/Rohrbach (OÖ)
<i>Staatsbürgerschaft</i>	Österreich
<i>e-Mail</i>	c_grobner@hotmail.com

Ausbildung

<i>21.07.2006</i>	1. Studienabschnitt abgeschlossen
<i>seit WS 2004</i>	Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien
<i>Juni 2004</i>	Matura am BG Rohrbach
<i>1996 – 2004</i>	Bundesgymnasium Rohrbach
<i>1992 – 1996</i>	Volksschule Kirchberg /D.

Praktika

<i>seit Jänner 2008</i>	ehrenamtliche Mitarbeiterin der Caritas – Besuchsdienst
<i>April 2007</i>	Praktikum in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg
<i>Sommer 2005</i>	Praktikum im LKH-Rohrbach

Ferialarbeiten

<i>Juli – Sept. 2009</i>	Inventarisierungsprojekt im Haus der Barmherzigkeit, Wien
<i>März – Mai 2008</i>	Inventarisierungsprojekt im Haus der Barmherzigkeit, Wien
<i>Sommer 2007</i>	Telekom Austria, Linz
<i>Sommer 2006</i>	market calling marketing GmbH, Call-Center Niederwaldkirchen
<i>Sommer 2005</i>	Artegra Werkstätten, Altenfelden
<i>Sommer 2002</i>	Kinder- und Familienzentrum MühlFunViertel, Klaffer
<i>Sommer 2002</i>	Bäckerei Wolfmayr, Haslach

Weitere Qualifikationen

<i>Fremdsprachen</i>	Englisch, Französisch, Latein, Spanisch, Österreichische Gebärdensprache
<i>EDV-Kenntnisse</i>	MS – Windows, MS Office