



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Vom multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam.

Mit besonderem Augenmerk auf die Situation in
österreichischen Pflegeheimen“

Verfasserin

Nicole Bachinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Dr. Monika Linhart, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Erklärung:

„Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet, ferner wurden alle wörtlichen und sinngemäß übernommenen Stellen in der Arbeit von mir als solche gekennzeichnet. Ich versichere außerdem, dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.“

Wien, am 19.10.09

Nicole Bachinger

Abstract:

Besonders im Bereich der stationären Langzeitpflege sind multikulturelle Pflorgeteams anzutreffen. Die bloße Anwesenheit von mehreren Pflegepersonen mit unterschiedlicher kultureller Herkunft führt aber nicht automatisch zu einer wertschätzenden Interaktion dieser. Diese Arbeit beleuchtet die Entwicklung von multikulturellen zu transkulturellen Pflorgeteams.

Die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft kann zu Spannungen im Team führen und aus diesem Grund wurde untersucht, welche Aspekte diese Zusammenarbeit fördern und hemmen.

Neben der einer Literaturstudie wurde auch eine qualitative Interviewstudie mit 11 Pflegepersonen mit Migrationshintergrund durchgeführt, um einen Einblick in die subjektive Erfahrungswelt dieser Zielgruppe zu gewinnen. Die Analyse der Interviews erfolgte nach der Methode der Grounded Theory.

Die Aussagen der InterviewpartnerInnen konnten einerseits zum Teil die bereits bestehenden Ergebnisse der Literatur, wie beispielsweise die häufigsten Problemfelder, bestätigen und andererseits konnten neue Erkenntnisse gewonnen werden. Es zeigte sich in den Interviews, wie bedeutend persönliche Einstellungen und Fähigkeiten für die Aufnahme und die Zusammenarbeit in einem Pflorgeteam sind.

Durch die Interviews konnte gezeigt werden, welchen Einfluss die Persönlichkeit und die Kompetenzfähigkeit der einzelnen Pflegepersonen auf die Zusammenarbeit und Teamentwicklung haben und sie deckten somit Ansatzmöglichkeiten zur gezielten Intervention auf, dennoch sind noch vermehrte Untersuchungen gerade im Bereich der transkulturellen Teamentwicklung notwendig.

Multicultural nursing teams are especially common in nursing homes. The collaboration of several caregivers and nurses from different cultural background does not automatically lead to a respectful interaction. The aims of this work piece are to show the development from a multicultural to a transcultural nursing team and the positive and negative aspects that occur when nurses from different cultural backgrounds work together.

After a literature review, a qualitative interview study with caregivers and nurses with migrant background was made to understand their personal experiences. The method of Grounded Theory was used to analyze the interviews.

Already existing problems in multicultural teamwork have been affirmed by the findings of the interviews. New findings have been discovered in the field of personal characteristics and skills. The study showed that personality and responsibilities of nurses and caregivers influence the teambuilding and the acceptance by the nursing team. Next to these findings new possibilities to influence the teambuilding process have been found. Further studies in these cases are needed, especially in cases of transcultural teamwork and teambuilding.

Vorwort:

Bevor ich diese Arbeit zu schreiben begonnen habe, durfte ich ein Praktikum in einem Pflegeheim absolvieren und konnte dort die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen beobachten. Es war ein multikulturelles Pflgeteam und mein Interesse, ob sich die Zusammenarbeit dadurch verändern könnte, wurde geweckt. Ich konnte positive und negative Aspekte in der Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft beobachten. Neben dieser persönlichen Erfahrung, meinem Interesse für andere Kulturen allgemein, wurde in den Seminaren auf der Universität eher selten kulturbezogene Pflgethemen angeschnitten und deshalb wollte ich nun in diesem Bereich meine Arbeit schreiben. Nachdem ich mich etwas mit der Thematik Kultur und Pflege auseinandergesetzt hatte, wurde mir bewusst, wie selten Pflegepersonen anderer kultureller Herkunft in der Literatur thematisiert wurden. Aufgrund der Tatsache, dass viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Österreich tätig sind, wollte ich mich genauer mit dieser Personengruppe beschäftigen und so entstand diese Arbeit.

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde bewusst eine Schreibweise gewählt, welche beiden Geschlechtern gerecht wird, einerseits aus Respekt beiden Geschlechtern gegenüber und andererseits, weil meine StudienteilnehmerInnen ebenfalls aus Männern und Frauen bestanden. Es wurde versucht, diese geschlechtsbezogene Schreibweise während der ganzen Diplomarbeit hindurch anzuwenden.

Ich hoffe, dass die vorliegende Arbeit den LeserInnen einen Überblick über die Thematik multikultureller Pflgeteams liefert. Es wurde der Versuch unternommen, die Zusammenarbeit, von mehreren Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft, fördernde und hemmende Aspekte aufzuzeigen. Weiters kommen im empirischen Teil der Arbeit Pflegepersonen mit Migrationshintergrund selbst zu Wort, um deren Situation subjektiv darstellen zu können.

Diese Diplomarbeit hätte ohne die hervorragende Anleitung meiner Diplombetreuerin Frau Doktor Monika Linhart nie fertiggestellt werden können. Sie hatte stets offene Ohren für meine Anliegen und wertvolle Ratschläge parat.

Frau Doktor Monika Linhart gilt mein herzlichster Dank, da sie mich stets ermuntert hat, die Grenzen meines Wissens zu erweitern.

Herzlich danken für die problemlose Zusammenarbeit möchte ich auch Herrn Chmiel, Herrn Saukel und Frau Hüttner. Ohne ihre vorurteilsfreie und an der Forschung interessierte Einstellung, hätte ich nie so viele freiwillige StudienteilnehmerInnen gefunden.

Danken möchte ich der Institution „Geriatrizentrum Am Wienerwald“ und dem „Pflegeheim Sonnenhof Freinberg“, die es ihren MitarbeiterInnen ermöglicht haben, sich mit mir zu unterhalten.

Ganz besonders danken möchte ich nun meinen InterviewteilnehmerInnen, die mit mir ihre Zeit und Erfahrungen geteilt haben. Ohne deren Mitarbeit und offenen Erzählungen hätte ich nicht so wertvolle Informationen gewinnen können. Ihr Interesse an der Studie teilzunehmen, zeigte mir, wie wichtig die Thematik ist und wie gerne Pflegepersonen mit Migrationshintergrund selbst fördernd auf die Zusammenarbeit einwirken und einwirken möchten.

Für die technische und moralische Unterstützung möchte ich meinem Verlobten Alexander Thaller von ganzem Herzen danken. Danke für die Hilfe bei der Formatierung der Arbeit, für das Korrekturlesen, für die Anregungen mein Bestes zu geben und die liebevolle Geduld.

An dieser Stelle möchte ich auch meinen Eltern und meiner Schwester danken für ihre bedingungslose Unterstützung. Sie haben mir stets ermöglicht der Ausbildung meiner Wahl nachzugehen, auch wenn nicht immer alles so funktioniert hat, wie wir es uns gewünscht hätten.

Meiner Freundin seit Kindergartenagen, Karin Bruckmüller, möchte ich auch sehr herzlich danken, ich konnte mich stets über das wissenschaftliche Arbeiten austauschen und meine Sorgen teilen. Danke, für die langen Telefonate und die Hilfestellungen.

Zuletzt gilt mein Dank zwei Studienkolleginnen. Einerseits möchte ich Corinna Charvat danken für ihre Unterstützung. Es bestand schon vor dem Schreiben der Arbeit eine gute Freundschaft, die sich jetzt aber vertieft hat, weil stets ein reger Informationsaustausch stattgefunden hat und ich immer hilfreiche Tipps erhalten habe. Andererseits danken möchte ich meiner Freundin Lisa Krendl, die immer

offene Ohren für meine Bedenken hatte und mir immer aufmunternd zur Seite gestanden hat. Durch das Studium der Pflegewissenschaft habe ich nicht nur Wissen gewonnen, sondern auch tiefe Freundschaften, von denen ich mir von ganzem Herzen wünsche, dass sie auch noch Jahre nach der Universität weiter bestehen.

Wissenschaftlich zu arbeiten stellt eine Herausforderung dar, keine meiner Studienkolleginnen, mich eingeschlossen, dachte zu Beginn unserer Arbeiten, dass so man so viel Zeit und Aufwand in eine Arbeit stecken muss. Während des Schreibens der Arbeit und der empirischen Tätigkeit gab es immer wieder Rückschläge zu verbuchen, ich möchte jedoch behaupten, daraus gelernt zu haben und ich hoffe, dass diese Arbeit vielen LeserInnen Anregung auf diesem Gebiet weiter zu forschen sein wird.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
I.	LITERATURTEIL	6
2.	Begriffsdefinitionen	6
3.	Migration	11
3.1.	Arten der Migration	11
3.2.	Geschichtliche Entwicklung	12
3.3.	Internationale Migration von Krankenpflegepersonal	13
3.4.	Auswirkungen für das Herkunftsland	14
3.5.	Auswirkungen für die Zielländer	14
3.6.	Pull und Push Faktoren	15
3.7.	Aktuelle Situation in Deutschland und Österreich	16
4.	Problemfelder in der Zusammenarbeit von mehreren Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft	19
4.1.	Problemfeld Kommunikation	19
4.2.	Problemfeld Diskriminierung	30
5.	Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als Ressource	37
6.	Entwicklung vom multikulturellen, über das interkulturelle zum transkulturellen Pflegeteam	38
6.1.	Charakteristika multikultureller Pflegeteams	38
6.2.	Die interkulturelle Öffnung	40
6.3.	Voraussetzungen für die Entwicklungen eines interkulturellen Pflegeteams an alle Teammitglieder	41
6.4.	Die interkulturelle Praxisentwicklung als Aufgabe von Leitung und Pflegeteammanagement	42
6.5.	Hindernisse, die beim Bilden von inter- oder transkulturellen Pflegeteams auftreten können	45

6.6.	Gewinne, die aus der Schaffung eines inter- oder transkulturellen Pflegeteams gezogen werden können	47
II.	EMPIRISCHER TEIL.....	49
7.	Methodik.....	49
7.1.	Untersuchungsziel und Fragestellung	49
7.2.	Methode.....	50
7.3.	Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie.....	52
7.4.	Rekrutierung	53
7.5.	Ethische Bedenken (Informed Consent).....	54
7.6.	Methoden der Datensammlung	54
7.7.	Die InterviewteilnehmerInnen	56
8.	Erkenntnisse	58
8.1.	Die Situation der Einarbeitung	58
8.2.	Persönliche Charaktereigenschaften und Einstellungen	66
8.3.	Hilfreiche Fähigkeiten für die Zusammenarbeit	75
9.	Diskussion.....	81
9.1.	Zusammenfassung der Erkenntnisse	81
9.2.	Diskussion, der aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse mit den Erkenntnissen der Literatur	84
10.	Implikationen	91
10.1.	Implikationen für die Pflege	91
10.2.	Implikationen für die Pflegeforschung.....	94
11.	Limitationen.....	95
12.	Schlussfolgerungen.....	96
	Literaturverzeichnis	99
	Anhang.....	104

1. Einleitung

Diese Diplomarbeit stellt den Versuch dar, die Wichtigkeit der Entwicklung eines multikulturellen zu einem transkulturellen Pflorgeteam aufzuzeigen.

In österreichischen Pflegeinstitutionen sind multikulturelle Pflorgeteams häufig anzutreffen, dieser Terminus beschreibt das Vorhandensein und die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft. Eine solche Situation der Zusammenarbeit wirft Probleme und Schwierigkeiten auf, welche in dieser Arbeit beschrieben werden, einerseits durch bereits vorhandene Literatur und andererseits durch persönliche Erfahrungen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. Es wird aufgezeigt, dass die Minderung oder Lösung solcher Probleme förderlich für die Zusammenarbeit ist. Jedes multikulturelle Pflorgeteam sollte angeleitet und gefördert werden sich weiter zu entwickeln zu einem transkulturellen Pflorgeteam. Ein transkulturelles Pflorgeteam zeichnet sich unter anderem durch eine gezielte Interaktion der verschiedenen Kulturträger und gegenseitiges Verständnis und Anerkennung aus.

Aufgrund eines begrenzten Arbeitszeitraumes und der einfachen Tatsache, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund am häufigsten im Bereich der Langzeitpflege anzutreffen sind, beschränkt sich diese Diplomarbeit darauf, die Situation von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, welche in österreichischen Pflegeheimen tätig sind, darzustellen und die Entwicklung transkultureller Teams dort zu beleuchten.

Da die individuelle Situation von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund noch nicht ausreichend in der Literatur behandelt wurde, wurde entschieden, diese Personengruppe als Zielgruppe zu definieren. Ziele dieser Arbeit sind, der Versuch die Situation von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in österreichischen Pflegeheimen darzustellen und zu erforschen, ob Pflege geleistet durch ein transkulturelles Pflorgeteam facettenreicher von stattegehen kann. Weiters wurde versucht die Entwicklung eines multikulturellen zu einem

transkulturellen Pflorgeteam zu beschreiben, in dem, diesen Prozess fördernde und hemmende Einflussfaktoren aufgedeckt wurden.

Die Forschungsfragen dieser Arbeit lauten:

- „Wie entwickelt sich ein multikulturelles zu einem transkulturellen Pflorgeteam?“
- „Welche Aspekte fördern und welche hemmen die Zusammenarbeit mehrerer Pflegekräfte unterschiedlicher kultureller Herkunft?“

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden, neben der Analyse der Literatur, vor allem auch die, aus den Interviews gewonnen Erkenntnisse genutzt.

Anlässlich des Bedarfes der Erhebung von subjektiven Daten von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gliedert sich diese Arbeit in zwei große Teilbereiche, in einen Literaturteil und einen empirischen Teil. Das Finden geeigneter Literatur für den Literaturteil gestaltete sich als äußerst schwierig. Nur wenig Literatur, spezifisch die Migration von Pflegepersonen nach Österreich und deren Situation in Österreich betreffend, ist vorhanden. Allerdings noch schwieriger gestaltete sich, die Beschreibung und Entwicklung eines transkulturellen Pflorgeteams. Der Begriff „transkulturell“ ist an sich ein englischer Begriff, der noch kaum Anwendung in deutschen Forschungsberichten findet. Zwecks des Erhebens persönlicher Daten von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund wurde entschieden, qualitativ vorzugehen und die Vorteile einer Interviewstudie für die Datenbeschaffung zu nutzen.

Der Literaturteil umfasst die Kapitel Zwei bis Fünf und liefert einen Überblick über die bereits bestehenden Erkenntnisse, die Migration von Pflegepersonen, die Problemfelder der Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft und die Entwicklung vom multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam betreffend. Kapitel Zwei konzentriert sich auf die Ursache von multikulturellen Pflorgeteams, die Migration von Pflegepersonen, beleuchtet die Hintergründe und beschreibt die Folgen, immer mit besonderem Augenmerk auf die Situation in Österreich. Das dritte Kapitel setzt sich mit den Problemen auseinander, welche durch die Zusammenarbeit mehrerer unterschiedlicher Kulturträger entstehen können. Aufgrund der Vielzahl an in der Literatur beschriebenen Probleme, beschränkt sich dieses Kapitel auf die zwei größten

Problemfelder, das der Sprache und das der Diskriminierung. Kapitel Vier setzt sich kurz mit den Vorteilen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auseinander. Das fünfte Kapitel konzentriert sich auf die Entwicklung von transkulturellen Pflorgeteams, welche Voraussetzungen es für diese Entwicklung gibt, welchen Einfluss die Leitungspersonen haben und schließlich, wo die Hindernisse und Gewinne durch diese Entwicklung zu finden sind.

Der empirische Teil dieser Arbeit setzt sich aus den drei Kapiteln Methode, Erkenntnisse und Diskussion zusammen. Das Methodenkapitel beschreibt und begründet die ausgewählte Methode der Grounded Theory. Ferner wird noch über die Rekrutierung und Beschreibung der InterviewteilnehmerInnen berichtet, die ethischen Richtlinien und das methodische Vorgehen bei den Interviews werden erläutert. Das große Kapitel der Erkenntnisse dient einer Beschreibung der durch die Interviews gewonnenen Daten. Drei Kategorien, die Situation der Einarbeitung, persönliche Charaktereigenschaften, Einstellungen und Fähigkeiten, konnten als für die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft und die Entwicklung eines transkulturellen Pflorgeteams beeinflussend identifiziert werden. Im letzten Kapitel, genannt die Diskussion, werden die durch Interviews gewonnenen Daten mit bereits bestehenden Erkenntnissen der Literatur verglichen.

Im Anhang befindet sich mein Lebenslauf und die erste Version des Interviewleitfadens.

I. LITERATURTEIL

2. Begriffsdefinitionen

Das Kapitel der Begriffsdefinitionen listet Begriffe auf, die für das Verständnis dieser Arbeit wichtig und hilfreich sein können. Die Mehrheit dieser Begriffe findet im Laufe der Arbeit häufig Anwendung, deshalb war eine genauere Definition dieser notwendig.

Migrationshintergrund

Der Begriff Migrationshintergrund bedeutet, dass eine Person selbst, oder ihre Eltern nicht ihr ganzes Leben in einem Immigrationsland (z. B. in Österreich) verbracht hat/ haben. Personen mit Migrationshintergrund weisen noch weitere Merkmale auf, wie einen Geburtsort im Ausland oder eine fremde Muttersprache. Zu Personen mit Migrationshintergrund zählen SpätaussiedlerInnen, EinwanderInnen der ersten oder der zweiten Generation, als auch Flüchtlinge. Personen ohne Migrationshintergrund haben noch nie über eine andere Staatsangehörigkeit verfügt und ihre Eltern haben ihrerseits ebenfalls keinen Migrationshintergrund. (vgl. Friebe, 2006, S. 7ff.)

MigrantIn

„(...) ist von allen Begriffen der umfassendste, schließt (im Gegensatz etwa zu Ausländer oder Nichtdeutsche) auch Aussiedler mit ein, aber ganz bewusst z. B. Nichtdeutsche mit vorübergehendem Aufenthalt (Touristen, Praktikanten etc.) aus.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 16)

AusländerIn

Der Begriff Ausländer oder Ausländerin grenzt all jene aus, die über keinen Pass, des Landes in dem sie leben und oder arbeiten, verfügen. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 17)

Kultur

Der Begriff Kultur stammt von den lateinischen Wörtern „colo“, „culi“ und „cultus“ ab, welche zum einen mit bebauen, bestellen oder pflegen und zum anderen mit ehren übersetzt werden können. Bezogen auf die Gesellschaft wird der Begriff der Kultur als etwas Besonderes, etwas Gemeinsames verstanden. Kultur wird demnach nicht biologisch vererbt, sondern innerhalb einer Gemeinschaft an nächste Generationen weiter gegeben, es handelt sich um in der Sozialisation erworbene Werte. Der Begriff der Kultur fungiert somit auch immer als ein Mittel zur Abgrenzung von Fremden, weil innerhalb einer Gesellschaft die Kultur als gemeinschaftsstiftend wahrgenommen wird. (vgl. Dachs, 1999, S. 8f.)

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

Durch die Sozialisation werden einem Menschen kultureigene Deutungsmuster vertraut, die ihm im sozialen Gesellschaftsleben eine Verhaltensorientierung bieten. (vgl. Zielke-Nadkarni, 2003, S. 18)

Kultur gehört zu jenen schwer zu definierenden Begriffen, da jede Definition an sich schon kulturgebunden erscheint. Kultur hat einen gemeinschaftsstiftenden Charakter, der es Gesellschaften ermöglicht sich durch diesen von anderen abzugrenzen. Kultur fungiert als Bedeutungs- und Orientierungssystem für eine Gesellschaft. Der Mensch und dessen Kultur bestehen in einem abwechselnden Verhältnis, so wie er die Kultur verändert, so beeinflusst die Kultur auch ihn. Kulturen sind nicht so abgrenzbar wie Länder und sind auch nicht eindeutig mit einer ethnischen Gruppe gleichzusetzen. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 18)

„Kultur: Gesamtheit der geistigen und künstlerischen Lebensäußerungen einer Gemeinschaft oder eines Volkes. Teilaspekte davon sind Sprache, Sitten und Gebräuche, Lebensgewohnheiten, Umgang mit Krankheit und Kranken und die Einstellung zu Leiden, Schmerz und Tod.“ (Elsevier GmbH, 2004, S. 45)

Kultursensibilität

Der Begriff Kultursensibilität beinhaltet eine Verständnis- und Begegnungsmöglichkeit. Verfügt man über kultursensibles Wissen, so weiß man über mögliche kulturelle Unterschiede Bescheid, man bewertet aber nicht und setzt das Gegenüber nicht mit einer Kultur gleich. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 19)

„Kultursensibilität als Paradigma der Altenpflege beschreibt also eine Haltung, die auf Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 19)

Multikulturell versus Interkulturell versus Transkulturell

Multikulturell wird häufig benützt, um Zustände zu beschreiben, wie beispielsweise die Anwesenheit mehrerer Pflegekräfte verschiedenen kulturellen Ursprungs in einem Team.

Interkulturell wird hingegen verwendet, um anzudeuten, dass es zwischen Personen unterschiedlicher kultureller Herkunft zu gezielten Interaktionen kommt. Die Schaffung eines interkulturellen Pflorgeteams verlangt somit von einer Institution mehr, als nur die Anwesenheit unterschiedlicher Kulturträger. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 19)

Transkulturalität als Begriff beschreibt einerseits das Zusammentreffen mehrerer Personen unterschiedlicher kultureller Herkunft, andererseits das Überwinden der Grenzen zwischen den Kulturträgern. In einem transkulturellen Team legt man Wert auf die Achtung der Individualität der einzelnen Mitglieder unterschiedlicher kultureller Herkunft. (vgl. Jana, 2004, S. 5)

In einer Welt, in der die kulturellen Grenzen immer mehr vermischen, ist es von zentraler Bedeutung mit kulturellen Werten flexibel und offen umgehen zu können. Dieser offene Umgang mit unterschiedlichen kulturellen Aspekten zeigt sich in der transkulturellen Pflege, die jeden Akteur, sei es ein/e PatientIn oder eine Pflegeperson, kulturspezifisch und anerkennend wahrnimmt. (vgl. Dachs, 1999, S. 8)

„Transkulturell: Kulturübergreifend, über die Grenzen einer Kultur hinweg; somit unternimmt transkulturelle Pflege den Versuch, vom Pflegewissen anderer Kulturen zu profitieren oder sich zumindest damit auseinander zu setzen.“
(Elsevier GmbH, 2004, S. 45)

Das Fremde

Bereits Kleinkinder sind dazu imstande, zwischen dem Eigenen und dem Fremden zu unterscheiden. Jede Kultur besitzt Sitten und Bräuche, die zu einer natürlichen Normierung des Verhaltens jener Mitglieder dieser Kultur führen. Tritt von außen etwas Fremdes in diese Kultur ein, welches sich gegen diese Normierung richtet, so empfinden die Mitglieder der betroffenen Kultur dies als eine Bedrohung. Begegnet man dem Fremden, so begegnet man auch immer anderen Regeln und Normen. Das Fremde kann einerseits als Möglichkeit zur Entwicklung differenzierter Sichtweisen wahrgenommen werden, aber andererseits auch als Bedrohung, welche zur einer Maximierung bereits vorhandener, enger Sichtweisen führen kann. (vgl. Dachs, 1999, S. 9)

Interkulturelle Kommunikation

Interkulturelle Kommunikation findet zwischen Personen unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds statt. Interkulturelle Kommunikation wird nicht nur in der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patient benötigt, sondern auch in der Interaktion von Mitgliedern eines multikulturellen Pflorgeteams. Probleme bei der interkulturellen Kommunikation ergeben sich dann, wenn bestimmte Signale von einem Gesprächspartner falsch verstanden und fehlinterpretiert werden. Eine gelungene interkulturelle Kommunikation ergibt sich nicht einfach so, sondern Sender und Empfänger der Gesprächssituation müssen aktiv Verantwortung übernehmen, dass die von ihnen geführte Kommunikation fehlerfrei abläuft und keine zusätzlichen Interpretationen notwendig sind. (vgl. Dachs, 1999, S. 13)

Transkulturelle Kommunikation

Ein transkulturelles Pflegeverständnis geht immer einher mit dem Wissen über andere Kulturen, der Wertschätzung dieser und genügend Einfühlungsvermögen. Bei einer gelungenen transkulturellen Kommunikation kennt man die Grenzen der

Gesprächspartner, respektiert diese und nimmt darauf Rücksicht. (vgl. Dachs, 1999, S. 8f.)

Transkulturelle Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz stellt eine Erweiterung der sozialen Kompetenz dar und kann erlernt werden. Die transkulturelle Kompetenz zeichnet sich durch das Vorhandensein folgender Aspekte aus: Selbstreflexion, Beschaffung von kulturspezifischen Wissen, Feststellung von Ähnlichkeiten und Unterschieden die dem Ziel der Entwicklung einer gemeinsamen handlungsorientierten Strategie dienen, Abbau stereotyper Vorstellungen. (vgl. Uzarewicz, 2003, S. 32f.)

Diskriminierung

„Von Diskriminierung sprechen wir, wenn Menschen aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Ethnie, ihrer Hautfarbe, einer Behinderung, ihres Glaubens, der sozialen Herkunft oder ihres Alters willkürlich benachteiligt oder (oft in bester Absicht) genauso wie Angehörige der Mehrheitskultur behandelt werden.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 60)

Die Begrifflichkeiten „interkulturell“ und „transkulturell“ wurden in der bisherigen Literatur noch nicht trennscharf definiert. Die wissenschaftliche Diskussion in diesem Bereich hält noch an. In vielen Quellen existiert der Begriff „transkulturell“ noch nicht oder wird mit dem Begriff „interkulturell“ gleich gesetzt.

Für mich persönlich bedeutet „transkulturell“, dass es zu einem respektvollen und wertschätzenden Umgang der Kulturen untereinander kommt, der keinesfalls einseitig orientiert sein soll. Steht „interkulturell“ zwar schon für einen Austausch der Kulturen, so ist dieser einseitig gerichtet, „transkulturell“ hingegen bezieht sich auf einen gegenseitigen Austausch. „Transkulturell: Kulturübergreifend, über die Grenzen einer Kultur hinweg; somit unternimmt transkulturelle Pflege den Versuch, vom Pflegewissen anderer Kulturen zu profitieren oder sich zumindest damit auseinander zu setzen.“ (Elsevier GmbH, 2004, S. 45) Für die Definition eines transkulturellen Teams richte ich mich nach Frau Jana, ein transkulturelles Pflegeteam zeichnet sich durch Interaktionen zwischen den

Kulturträgern aus, die Eigenheiten der einzelnen Teammitglieder werden geachtet und als wertvoll anerkannt. (vgl. Jana, 2004, S. 5)

3. Migration

Der Ursprung multikultureller Pflorgeteams liegt in der Migration von Krankenpflegepersonal. In diesem Kapitel soll erklärt werden, aus welchen Gründen Pflegepersonen migrieren, woher die Mehrheit der Pflegepersonen stammt und welche Folgen Migration nach sich ziehen kann. Genauer betrachtet hierbei wird die Migration von Pflegepersonen nach Österreich und Deutschland, in ihrer geschichtlichen Entwicklung als auch in ihrer aktuellen Situation.

3.1. Arten der Migration

Die WHO erkennt folgende Typen internationaler Migration an:

- Zu den permanente Ansiedlern zählen legal anerkannte Immigranten, die sich in einem Land niederlassen.
- Bei der Gruppe der dokumentierten Arbeitsmigranten unterscheidet man wiederum zwei Subgruppen
 - Zu den zeitlich begrenzten Arbeitsmigranten gehören ausgebildete oder ungelernte Arbeiter, die für einen bestimmten Zeitraum in einem Land arbeiten.
 - Zu den zeitlich begrenzten professionellen Durchreisenden zählen hoch ausgebildete Fachkräfte, die sich von einem Land zum nächsten bewegen, meist mit internationalen Firmen.
- Undokumentierte Arbeitsmigranten verfügen über keinen legalen Status im Immigrationsland, entweder weil sie sich illegal in jenem Land aufhalten oder länger in jenem Land aufhalten, als es ihnen erlaubt ist.
- Asylsucher bitten um Flüchtlingsstatus in einem Land, weil sie in ihrem Herkunftsland eine Verfolgung unterschiedlicher Art fürchten.
- Zu den registrierten Flüchtlingen gehören alle, deren Verfolgungsrisiko anerkannt wird. (vgl. Buchan, Parkin, & Sochalski, 2003, S. 43f.)

3.2. Geschichtliche Entwicklung

3.2.1. Migration von Pflegepersonen nach Deutschland und Österreich

Weltweit betrachtet führte die zunehmende Mobilität in den 1950er und 1960er Jahren, und die Entwicklung hin zu Wohlfahrtsstaaten in einigen Ländern dazu, dass die Migration von Gesundheitsberufen zunahm. 1979 veröffentlichte die WHO in einer Studie, dass 6 Prozent der Ärzte und 5 Prozent der Pflegepersonen international in anderen Ländern tätig waren. Diese Entwicklung führte wiederum zur Entstehung spezifischer Ziel- und Herkunftsländer. Wichtigstes Herkunftsland für immigrierendes Pflegepersonal waren schon damals die Philippinen. Im Mittelpunkt dieser Migration von Pflegepersonal stand vorwiegend die Migration von Entwicklungsländern in Industriestaaten. (vgl. Lenhart & Österle, 2007, S. 8)

Seit den 1960er Jahren wurden gezielt Pflegepersonen, aber auch Hilfskräfte ausländischer Herkunft angeworben, um einem Personalmangel in deutschen Kranken- und Altenpflegeinstitutionen entgegen zu steuern. Hauptanwerbeländer zu jener Zeit waren mehrheitlich die Länder des Mittelmeerraums, wie die Türkei oder das ehemalige Jugoslawien. Obwohl Deutschland 1973 einen Anwerbestopp für Arbeitnehmer durchsetzte, kam es zu weiteren Anwerbungen von Pflegepersonal. Diese Anwerbungen basierten auf bilateralen Verträgen zwischen den Herkunftsländern wie Korea, den Philippinen und Indien und dem Zielland Deutschland. (vgl. Sander, 2005, S. 21)

„Zu Beginn der 70er Jahre war etwa ein Viertel aller Pflegekräfte ausländischer Herkunft“. (Jana, 2004, S. 60)

In den 1990er Jahren wurde in Deutschland speziell eine Anwerbestoppausnahme-Verordnung für Pflegekräfte geschaffen, die weitere Anwerbungen sicher stellte. Mehrheitlich kam es allerdings in den 1990er Jahren zu Qualifizierungs- und Umschulungsprogrammen für bereits in Deutschland lebende MigrantInnen für Pflegeberufe. Zielpersonen dieser Programme waren vermehrt die Nachkommen der zweiten und dritten Generation und nachgezogene Angehörige von ArbeitsmigrantInnen, als auch AussiedlerInnen. Deutschland verfügt über genauere Zahlen die Anwerbung in den 1960er und

1970er Jahren betreffend, jedoch über keine Daten der in den 1990er Jahren bis jetzt angeworbenen und eingewanderten Pflegepersonen. (vgl. Sander, 2005, S. 21)

Genauere Zahlen zum derzeitigen Stand für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund liegen bisher noch nicht in der deutschen Bundesstatistik vor. (vgl. Friebe, 2006, S. 10)

Auch in Österreich gibt es die Tradition der Anwerbung von ausländischem Pflegepersonal. Seit den 1960er Jahren kommen ausländische Pflegepersonen nach Österreich. (vgl. Akinyosoye, 2008, S. 11)

Diese Pflegepersonen, die in den 1960er Jahren nach Österreich migrierten, kamen vorwiegend aus Jugoslawien. 1974 wurden 700 philippinische Krankenschwestern von Österreich angeworben. (vgl. Lenhart & Österle, 2007, S. 9)

3.3. Internationale Migration von Krankenpflegepersonal

Viele industrialisierte Länder verzeichnen einen Mangel an Krankenpflegepersonal, aufgrund von Personalkürzungen in den vergangenen Jahren, einen jedoch stetig steigenden Bedarf an Pflegepersonal verursacht durch eine alternde Gesellschaft und eine geringe Zahl an Auszubildenden im eigenen Land. Um diesen Personalmangel im Pflegesektor auszugleichen, werben viele dieser Staaten gezielt Pflegepersonen aus dem Ausland an. Die angeworbenen Pflegepersonen, oder jene die selbst auswandern, gehen nur zu gerne ins Ausland, da sie sich dort bessere Arbeits- und Lebensbedingungen als auch eine höhere Entlohnung erwarten. Die Migration von Personen aus einem weniger entwickelten in ein industrialisiertes Land wird noch so lange andauern, solange es entwicklungsbedingte Unterschiede zwischen beiden gibt. (vgl. Buchan, Parkin, & Sochalski, 2003, S. 8f.)

3.4. Auswirkungen für das Herkunftsland

Die Emigration von Krankenpflegepersonal hat sowohl positive als auch negative Auswirkungen für das Herkunftsland. Zu den *positiven* Auswirkungen zählen die mögliche Rückkehr der ehemaligen Migranten mit neu erworbenen Fähigkeiten, Wissen und Erfahrung, die Rückzahlungen, die durch Migranten in das Inland fließen und die internationalen Beziehungen, die durch die Migration als auch durch die Anwerbung, zwischen den Herkunfts- und den Zielländern geschlossen werden können. Zu den negativen Auswirkungen zählt vorwiegend der Verlust an jungen und gut ausgebildeten Arbeitskräften, welcher zu einem verminderten wirtschaftlichen Wachstum und Fortschritt führen kann. (vgl. Buchan, Parkin, & Sochalski, 2003, S. 10f.)

3.5. Auswirkungen für die Zielländer

Die Hauptgewinner der internationalen Migration von Krankenpflegepersonal stellen die Zielländer dar, welche hauptsächlich einen Personalmangel im eigenen Land auszugleichen suchen. Als negative Auswirkung könnte man angeben, dass die gezielte Anwerbung von Pflegepersonal nicht als langfristige Lösung, dem Personalmangel zu entgegnen, zu sehen ist. Oft wird auch eine verminderte Jobchance für inländisches Personal als negative Auswirkung angegeben, wobei Untersuchungen zeigten, dass es keine Korrelation zwischen der Einwanderung oder Anwerbung von externem Personal und der Arbeitslosigkeit der Einheimischen gibt, da ja Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund entweder einer hoch spezialisierten Arbeit nachgehen oder eben sehr einfache Tätigkeiten verrichten. (vgl. Buchan, Parkin, & Sochalski, 2003, S. 11)

3.6. Pull und Push Faktoren

3.6.1. Push Faktoren

Zu den sogenannten „push“ Faktoren werden jene gezählt, die bewirken, dass Personen aus einem Land emigrieren.

Zu den von allen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, egal welcher Herkunft, angegebenen „push“ Faktoren zählen:

- Geringer Verdienst, niedrige Entlohnung im Herkunftsland
- Schlechte Arbeitsbedingungen
- Mangel an Ressourcen, um effektiv arbeiten zu können
- Begrenzte berufliche Aufstiegsmöglichkeiten
- Begrenzte Möglichkeiten die Ausbildung betreffend
- Erhöhtes Risiko HIV/ AIDS betreffend
- Gefährliche Arbeitsbedingungen
- Politische und wirtschaftliche Instabilität (vgl. Buchan, Parkin, & Sochalski, 2003, S. 42)

3.6.2. Pull Faktoren

Zu den „pull“ Faktoren zählen jene, mit denen das, in den meisten Fällen, industrialisierte Zielland wirbt.

Zu den von allen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, egal welcher Herkunft, angegebenen „pull“ Faktoren zählen:

- Bessere/ höhere Bezahlung
- Bessere Arbeitsbedingungen
- Besser entwickeltes Gesundheitssystem mit zugänglichen Ressourcen
- Reale berufliche Aufstiegschancen
- Finanzielle Entschädigung für zusätzliche Ausbildungen
- Politische Stabilität
- Möglichkeit zu reisen (vgl. Buchan, Parkin, & Sochalski, 2003, S. 42)

3.7. Aktuelle Situation in Deutschland und Österreich

Neuere Entwicklungen zeigen, dass die Migration von Pflegepersonal vermehrt nun zwischen Industriestaaten stattfindet. Speziell in Europa zeigt sich, dass es zu einer vermehrten Zuwanderung von Pflegepersonen aus den neuen EU Mitgliedsstaaten in die alten EU Staaten kommt. (vgl. Lenhart & Österle, 2007, S. 8ff.)

3.7.1. Deutschland

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung führte im Jahre 2005 eine Untersuchung durch, im Zuge dieser erhoben werden sollte, wie viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Bundesland Nordrhein Westfalen tätig sind. 97 stationäre Altenhilfeeinrichtungen und 16 ambulante Pflegedienste wurden befragt, die Ergebnisse zeigten, dass von 5495 beschäftigten Pflegepersonen 1647 einen Migrationshintergrund aufwiesen. Rechnet man diese Zahl hoch auf die Anzahl aller Pflegepersonen Nordrhein Westfalens, so ergibt sich für insgesamt 75000 Pflegepersonen ein Migrantenanteil von rund 30 Prozent, das entspricht etwa 20000 Personen. Vergleicht man diesen Anteil am Pflegepersonal mit dem Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der gesamten Einwohnerzahl dieses Bundeslandes von 23 Prozent, so zeigt sich, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Altenpflege überrepräsentiert sind. (vgl. Friebe, 2006, S. 11)

Untersuchungen im Zuge des Projekts „Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung ergaben weiters, dass stationäre Einrichtungen insgesamt 51 Prozent einheimische Deutsche, 11 Prozent Deutsche mit Migrationshintergrund und 38 Prozent MitarbeiterInnen ohne deutschen Pass beschäftigen. (vgl. Sander, 2005, S. 22)

Das Bremer Pflegeheim Ella-Ehlers-Haus verfügt über 77 fest angestellte Mitarbeiter und 16 Aushilfskräfte im Pflegebereich, von denen 34 Personen nicht deutscher Herkunft sind. Diese 34 Personen ohne deutsche Herkunft setzten sich aus 27 fest angestellten Mitarbeitern und 7 Aushilfskräften zusammen, 12 stammen aus der Türkei, 8 aus Polen, 5 aus Russland und je ein Mitarbeiter aus Rumänien, Tadschikistan, Bulgarien, Mazedonien, Marokko, Zaire, aus dem Irak,

von den Philippinen und von den Seychellen. (vgl. Verband für Soziale Arbeit Bremen, 2003, S. 5)

3.7.2. Österreich

„Laut dem Institut für Sozialpolitik der WU Wien haben rund 20 Prozent des österreichischen Pflegepersonals ihre Ausbildung außerhalb Österreichs gemacht.“ (Akinyosoye, 2008, S. 11)

Auch in Österreich scheint eine ähnliche Situation wie in Deutschland vor zu liegen, obwohl genauere Untersuchungen zu den Zahlen fehlen.

Schätzungsweise waren 2001 rund 6,75 Prozent aller in Österreich tätigen Pflegepersonen nicht österreichischer Staatsbürgerschaft. Zu den Hauptherkunftsländern dieser Pflegekräfte zählen mehrheitlich Länder aus dem südöstlichen Europa, wie Bosnien-Herzegowina, Rumänien und Kroatien. Die Statistik Austria publizierte 2005 Daten basierend auf der Volkszählung von 2001 und zeigte darin die unterschiedlichen Staatsangehörigkeiten der, in Österreich tätigen, Pflegepersonen auf. Dies ergab, dass 6,2 Prozent der Krankenpflegepersonen und Geburtshilfefachkräfte aus dem Ausland stammen. 24 Prozent dieser Pflegepersonen mit Migrationshintergrund kamen aus dem ehemaligen Jugoslawien, 33 Prozent aus anderen EU Ländern, die 2004 beigetreten sind, und 25 Prozent stammen aus den EU-15-Staaten. Untersuchungen des Instituts für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien ergaben, dass 10,5 Prozent der in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und 8,2 Prozent der in österreichischen Krankenhäusern tätigen Pflegepersonen über eine nicht in Österreich absolvierte Ausbildung verfügen. Wiederum 61 Prozent dieser beschriebenen Pflegepersonen machte ihre Ausbildung in einem anderen EU Land und 39 Prozent in einem Drittstaat. (vgl. Lenhart & Österle, 2007, S. 9)

Österreich betreffend zu den wichtigsten Herkunftsländern innerhalb der EU zählen Deutschland, Polen, die Slowakei und die Tschechische Republik. Zu den wichtigsten Herkunftsländern der Kategorie Drittländer zugehörig, zählen Bosnien-Herzegowina, Kroatien, die Philippinen und Indien. (vgl. Lenhart & Österle, 2007, S. 9)

Spezifische Unterschiede des Personals mit Migrationshintergrund, die Herkunft betreffend, zeigen sich zwischen Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen.

Rund 24 Prozent der in Krankenhäusern tätigen Pflegepersonen mit nicht österreichischem Ausbildungshintergrund stammen aus Deutschland, nur 12 Prozent sind es hingegen in Alten- und Pflegeheimen. Pflegepersonen aus der Slowakei zeigen sich hingegen vermehrt, mit 21 Prozent, in Alten- und Pflegeheimen, auf einen geringeren Prozentsatz von nur 8 kommen diese in Krankenhäusern. Wiederum anders verhält sich die Situation von Pflegekräften von den Philippinen, die wiederum mit 16 Prozent häufiger in Krankenhäusern anzutreffen sind, nur 7 Prozent dieser sind in Alten- und Pflegeheimen tätig. (vgl. Lenhart & Österle, 2007, S. 10)

4. Problemfelder in der Zusammenarbeit von mehreren Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft

In der Literatur werden viele Probleme beschrieben, welche entstehen können, wenn mehrere Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft in einem Pflorgeteam zusammenarbeiten. Zu den Problemen, die durch die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft entstehen können, zählen Verständigungsprobleme, mangelnde Teamfähigkeit, geringes Pflegeverständnis (vgl. Friebe, 2006, S. 17), hierarchische Machtverhältnisse und Kulturalisierung von Konflikten (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 63, 77). Mehrheitlich als Träger oder Ursprung dieser Probleme werden die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gesehen und nicht die einheimischen KollegInnen. Diese einseitige Betrachtung kann jedoch nie zur Lösung dieser Probleme beitragen. Am häufigsten genannt und der größten Bedeutung zugemessen werden aber die Problemfelder der Kommunikation und der Diskriminierung. Aus diesem Grunde konzentriert sich dieses Kapitel ausschließlich auf diese beiden Problemfelder.

4.1. Problemfeld Kommunikation

4.1.1. Verbale Kommunikation

Um eine hervorragende Qualität der Pflege gewährleisten zu können, muss jede Pflegeperson fähig sein, verschiedene Wege der Kommunikation zu nutzen, Gespräche mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, ein Gespräch innerhalb des Teams oder ein fachspezifisches Gespräch mit Personen anderer Berufssparten muss einwandfrei möglich sein.

„In multikulturellen Pflorgeteams unterliegen die Kommunikationsabläufe besonderen Bedingungen, da die Mitglieder unterschiedliche Muttersprachen sprechen und die gemeinsame deutsche Sprache bei den Einzelnen im unterschiedlichen Maße ausgebildet ist.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 66)

Es kann daher auch nicht abgestritten werden, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund über eine nahezu ebenso hohe Sprachkompetenz, der

Sprache des jeweiligen Landes in dem sie tätig sind, verfügen müssen, wie jene Pflegepersonen, die diese Sprache als Muttersprache beherrschen. Neben der verbalen und nonverbalen zwischenmenschlichen Kommunikation, müssen alle Pflegepersonen auch ein gewisses Maß an schriftlicher Ausdruckfähigkeit besitzen, um der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation gerecht werden zu können. Neben dem Erwerb zahlreicher Vokabeln, müssen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auch die kulturellen Bedeutungen der Sprache erlernen. (vgl. Switala, 2005, S. 43)

„Sprache ist mehr als ein Instrument zur Verständigung. Sprache ist ein Symbolsystem, in welchem kulturelle Bedeutungen kodiert sind. Diese Bedeutungen sind häufig kulturell unterschiedlich und müssen beim Erwerb einer Fremdsprache mit erlernt werden.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 67)

Neben dem Erlernen von Vokabeln und grammatikalischen Regeln, muss sich bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auch eine Empfindlichkeit für die sprachlich-kulturellen Differenzen entwickeln. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, die noch nicht über ausreichende Fähigkeiten in der neuen Sprache verfügen, werden oft als weniger fachkundig gebildet eingestuft. Häufig werden solchen Pflegepersonen, trotz ihrer Ausbildung und ihrer Erfahrung, weniger verantwortliche Tätigkeiten zugeteilt und diese Arbeitseinteilung wird auch oftmals trotz des Erwerbes weiterer sprachlicher Kompetenzen nicht mehr rückgängig gemacht. Das Ziel jedes interkulturellen Pflorgeteams muss daher lauten, Gleichberechtigung und eine gemeinsame Sprachkultur aller Teammitglieder zu gewährleisten. Der Einsatz von Muttersprachen oder auch vom jeweiligen muttersprachlichen Dialekt darf keine unsicheren oder ausgrenzenden Gefühle im Team erzeugen. Sprachliche Verständigungsprobleme führen oftmals zu Missverstehen und Kränkungen, welche in einem Vertrauensverlust zwischen den Teammitgliedern münden kann. Haben einzelne Teammitglieder das Gefühl nicht verstanden zu werden oder nicht verstehen zu können, so fühlen sie sich unsicher, bedroht und ausgegrenzt. Kann eine Person einem Gespräch nicht folgen, so kann die Vermutung aufkommen, dass diese Person selbst Inhalt dieses Gespräches ist. Der soziale Ausschluss, der durch die Verwendung einer Sprache entstehen kann, ist

allerdings zweifach. Einheimische Pflegepersonen verspüren ein Gefühl der Ausgrenzung, wenn Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in ihrer Muttersprache sprechen und diese wiederum verspüren diese Gefühle, wenn einheimische Pflegepersonen im Dialekt miteinander reden. Aufklärende Worte können Gefühle der Ausgrenzung auf beiden Seiten umgehen. Im Team sollten immer Regeln geschaffen werden, die den Einsatz von Muttersprachen beider Seiten steuern. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 67f.)

Ein effektiver Kommunikationsablauf beinhaltet neben dem aktiven Zuhören auch die Fähigkeit sich mental und körperlich in die sprechende Person hinein zu versetzen, um auf kulturelle Differenzen eingehen zu können. Verkörpert Augenkontakt während des Gespräches im Westen ein Zeichen der Höflichkeit, so wird das in vielen südlich gelegenen Nationen ganz anders empfunden, wohingegen das Senken des Kopfes und das Vermeiden des Augenkontaktes als Höflichkeit gesehen werden kann. (vgl. Hunt, 2007, S. 2258)

Jede zwischenmenschliche Kommunikation ist ein Dialog. In diesem wechselseitigen Dialog kann es zu Verstehensproblemen kommen, weil der Sender der Botschaft und der Empfänger jeder über eine perspektivenabhängige Wahrnehmung verfügen. Eine Person kann durchwegs empfinden, dass die Kommunikation gelungen ist und geht so von gegenseitigem Verständnis aus, die andere Person jedoch hat Schwierigkeiten mit dem Verstehen. Jedem sprachlichen Dialog liegen verschiedene Interpretationen der Sprecher zugrunde. (vgl. Switala, 2005, S. 52)

Eine Person antwortet einer anderen, in dem sie das Gesagte auf dessen „intentionalen und propositionalen Gehalt“ zu verstehen versucht. So eine Interpretation kann nur gelingen, wenn beide Gesprächspartner „eine gemeinsame Sprache sprechen und den gleichen Erfahrungshintergrund teilen“. (Switala, 2005, S. 52) In der gesprochenen Sprache muss auch immer zwischen dem „Knowing How“ und dem „Knowing That“ unterschieden werden, „es ist eines zu wissen, wie etwas geht; ein anderes, zu wissen, dass es so und so geht“. (Switala, 2005, S. 53) Der Dialog als komplexe zwischenmenschliche Kommunikation kann oft zu Missverständnissen führen. Kommt es zu einem Missverständnis so wird versucht noch einmal deutlicher zu werden. „Das

Missverstehen im Dialog provoziert also ein Ausdrücklich-Machen des intentionalen und des propositionalen Gehalts der Äußerung, und dieses Ausdrücklich-Machen ist kein *Spiegeln der eigentlichen Absichten*, sondern eine *höherstufige Interpretation*, ein Explizit-Machen dessen, was vorher als implizit galt.“ (Switala, 2005, S. 53) Missverständnisse, welche angesprochen werden, können durchaus als produktiv angesehen werden, da sie ein erneutes Überdenken des Gesprochenen bewirken und so zu einem besseren Verstehen führen können. (vgl. Switala, 2005, S. 53)

Wenn man sich nicht verständigen kann, läuft man Gefahr für gewisse Dinge verantwortlich gemacht zu werden. Gewöhnlich empfinden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die verbale Kommunikation schwieriger als die schriftliche. Die gesprochene Sprache erscheint durch die verschiedenen Dialekte, die nonverbalen Anteile der Kommunikation, die indirekten Reden und die gewissen Sprachstile als größere Herausforderung. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sollten dennoch dazu ermuntert werden so oft wie möglich zu sprechen und sich die Eigenheiten, wie Augenkontakt halten, der neuen Sprache aneignen. (vgl. Robinson, 2009, S. 79)

Die Mehrsprachigkeit eines Pflorgeteams ist aber nicht nur als Problem zu sehen, sondern stellt auch eine wertvolle Ressource da, die im Zuge der weltweiten Migration von großem Nutzen sein kann, da so Pflegepersonen, die über eine oder zwei weitere Sprachen verfügen in der Betreuung von Klienten mit Migrationshintergrund eine Vermittlerrolle einnehmen können. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund machen in Deutschland rund ein Drittel des Personals in Altenpflegeeinrichtungen aus. Die deutsche Pflegeexpertin Yvonne Ford meint daher die „notwendige *interkulturelle Zusammenarbeit* sei Chance für einen Dialog, mit der Möglichkeit voneinander zu lernen“. (zit.n. Switala, 2005, S. 58) Das Problem der sprachlichen Kommunikation betrachtet Ford allerdings unter einem anderen Blickwinkel. Viele Pflegepersonen werden nur unzureichend auf den neuen Arbeitsplatz vorbereitet, die Sprache, die Kultur und den Beruf betreffend. Defizite in der zwischenmenschlichen Kommunikation mit den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und mit Teammitgliedern sind logische Konsequenzen. Auch die schriftlichen Tätigkeiten, die in den Pflegeberuf fallen,

stellen für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ein Problem dar, die geschriebenen Texte können fehlerhaft und oder mangelhaft sein und oft wird diese Tätigkeit generell gescheut. Auch Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, die schon länger in dem Land leben, in welchem sie ihrem Beruf nachgehen, weisen noch Sprachdefizite auf. Probleme in der Kommunikation sind aber nicht nur auf die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zurückzuführen, da oft die einheimischen TeamkollegInnen nicht auf die neue Arbeitssituation vorbereitet wurden. Mangelnde sprachliche und kulturelle Verständigkeit (d.h. mangelnde Kultursensibilität) der einzelnen Teammitglieder untereinander, kann zu Missdeutungen und Kränkungen führen, welche die gesamte Atmosphäre im Team belasten können. (vgl. Switala, 2005, S. 57f.)

„Ein interkulturelles Pflorgeteam entwickelt eine Kultur des aufmerksam-konzentrierten Zuhörens und des verständlichen Redens und richtet die Kommunikationsstrukturen auf Verstehen und Verständigung aus.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 69)

Den Inhalt einer Rede verstehen zu können, hängt vom Redefluss ab. Wird zu schnell oder zu langsam geredet, werden zu viele Pausen gemacht, so beeinträchtigt das den Redefluss und das Zuhören wird schwieriger. In multikulturellen Pflorgeteams kann es häufig zu Verstehensproblemen kommen. Berichtet eine Pflegeperson mit Migrationshintergrund beispielsweise bei der Dienstübergabe, kann es passieren, dass der Redefluss zu stocken beginnt, da sie versucht die passenden Wörter zu finden. Je länger das Gespräch dadurch dauert, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Arbeitskollegen nicht mehr zuhören und folgen können. Genauso kann es passieren, dass eine Pflegeperson, welche der deutschen Sprache uneingeschränkt mächtig ist, in üblicher Geschwindigkeit von den Vorkommnissen berichtet. Teamkollegen, deren Deutschkompetenz geringer ist, haben dann wiederum Schwierigkeiten dem schnellen Redefluss nach zu kommen. Pflegepersonen, welche unsicher mit der Arbeitssprache sind, müssen konstant Übersetzungsleistungen vollbringen, das bedeutet wiederum, dass ihre Konzentration ständig gefragt ist. Dadurch, dass ein enormes Ausmaß an Konzentration für die Übersetzungsarbeit gebraucht wird, kann nur mehr wenig Konzentration für das Zuhören verwendet

werden. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 69f.)

Im Pflegeberuf herrscht stetiger Handlungsdruck, schnelles Handeln ist gefragt. Nur wenig Zeit wird der Dienstübergabe zugestanden, umso größer ist der Druck auf das Pflegepersonal schnell und bündig das Wesentliche zu berichten. Dieser schnelle Kommunikationsaustausch setzt jedoch einwandfreie Sprachkenntnisse voraus. Genaue, langsame Beschreibungen werden als Zeit stehend und nervend empfunden. Diese Einstellungen und Voraussetzungen verhindern, dass sich alle Mitglieder des Pflorgeteams sich am Gespräch beteiligen. Häufig kommt es vor, dass ArbeitskollegInnen die Dienstübergabe übernehmen, welche eine höhere Sprachkompetenz aufweisen, um das Gespräch zeitsparend und effizient zu halten. Diese Rahmenbedingungen dürfen aber nicht dazu führen, dass sich einzelne Teammitglieder aus den Gesprächen zurückziehen. Von zentraler Wichtigkeit ist es, eine Kultur des Zuhörens und Redens zu schaffen. Aufmerksames Zuhören ermöglicht dem Sprecher, seine Emotionen und Gedanken zu verbalisieren. Aufmerksames Zuhören zeigt dem Sprecher auch, dass er respektiert und wertgeschätzt wird. Eine gelungene Kommunikation im Pflorgeteam führt zusätzlich zu einer Steigerung der Pflegequalität, da sich die im Team entwickelte Gesprächskultur auch im Gespräch mit den PatientInnen widerspiegelt. Es ist nicht notwendig neue Strukturen für Gespräche zu schaffen, da Örtlichkeiten, wo ungestört miteinander gesprochen werden kann, vorhanden sind, die Form miteinander zu sprechen und einander zu zuhören muss überdacht und verbessert werden. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 70f.)

4.1.2. Schriftliche Kommunikation

Um der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation des Pflegeprozesses gerecht zu werden, erfordert es situations- und aufgabenspezifische Textkompetenz. Die schriftlichen Vermerke müssen leserlich und inhaltlich verständlich von der Pflegeperson verfasst werden. Oft spielen die häufig angegebenen Rechtschreibprobleme nur eine untergeordnete Rolle, da beispielsweise Fehler in der Groß- und Kleinschreibung, Fehler bei der Verwendung von Satzzeichen oder das Schreiben nach dem Gehör die Verständlichkeit des niedergeschriebenen Textes nicht mindern. Eine perfekte

Beherrschung der Rechtschreibung der jeweiligen Muttersprache alleine, ist keine Garantie für die Verständlichkeit oder die Sachangemessenheit des niedergeschriebenen Textes. (vgl. Switala, 2005, S. 49)

„Vieles weist darüber hinaus darauf hin, dass Probleme beim Schreiben von Pflegeberichten im mangelnden fachlichen Verständnis von Pflegesituationen und defizitären fachlichen Konzepten für Pflegeberichte beruhen. Sprachlich bedingte Schwierigkeiten sind vorhanden, werden aber nicht als dominante Ursache für defizitäre Pflegeberichte angesehen.“ (Spahn, 2005, S. 81)

Für ein multikulturelles Pflegeteam stellen die Schritte des Pflegeprozesses, welche mit einer schriftlichen Arbeit einhergehen, eine weitere Hürde dar. Diese Hürde kann jedoch nur von jedem der Teammitglieder überwunden werden, wenn jedes Mitglied die notwendigen Schreibarbeiten eigenhändig durchführt. Die Pflegedokumentation ist gesetzlichen Regeln unterworfen, so sollte auch wirklich nur jene Pflegeperson dokumentieren, welche auch wirklich die Pflegetätigkeiten durchgeführt oder jene Auffälligkeiten bemerkt hat. Diese gesetzliche Vorgabe ist allerdings für jene Pflegepersonen, welche sich mit der deutschen Sprache, im Speziellen mit dem Schreiben in der deutschen Sprache, unsicher fühlen, eine große Herausforderung. Diese Tatsache führt oft dazu, dass diese gesetzliche Anforderung übergangen wird, indem eine andere Pflegeperson, welche beim Schreiben als kompetenter eingestuft wird, die notwendigen Vermerke dokumentiert. Dokumentiert jedoch nicht die betroffene Pflegeperson selbst, so können wichtige subjektive und situationsbezogene Details in den Berichten verloren gehen. Persönliche Ansichten können aber für die Sicherung der Qualität der Pflege von zentraler Wichtigkeit sein und sind für das ganze pflegerische Team ausschlaggebend. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 72)

Claudia Spahn stellt die Ergebnisse eines Projektes, welches Erkenntnisse über die schriftliche Verständigung in multikulturell zusammengesetzten Pflegeteams liefern sollte in dem Werk „Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe – Handreichungen für die Praxis“ vor. Insgesamt nahmen 19 Pflegepersonen in einer deutschen Altenpflegeeinrichtung an diesem Projekt teil. Die Deutschkenntnisse der teilnehmenden Personen waren unterschiedlich stark ausgebildet. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Fähigkeit, sich

verbal und schriftlich in der deutschen Sprache auszudrücken, nicht unmittelbar mit einem bestimmten Ursprung oder einer Staatszugehörigkeit verbunden ist. Liest man verschiedene pflegerische Dokumente, so wird deutlich, dass vorhandene Fehler unabhängig davon gemacht werden, ob die Pflegekraft deutschen Ursprungs oder zugewandert ist. Weiterhin auffällig ist, dass Standardformulierungen korrekt niedergeschrieben werden können. Treten jedoch besondere Vorfälle auf, die von den Routinesituationen abweichen, so tauchen vermehrt Fehler in den Pflegeberichten auf. Routinehandlungen werden von teilnehmenden Pflegepersonen auch als leicht niederzuschreiben angegeben. Jede dieser Pflegepersonen verfügt über ein bestimmtes Ausmaß an Standardsätzen, auf die sie immer wieder zurückgreifen können. (vgl. Spahn, 2005, S. 81ff.)

Häufig werden den muttersprachlichen Pflegepersonen hochgradigere schriftsprachliche Befähigungen unterstellt, wohingegen den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ein Mangel an solchen Kompetenzen zugeschrieben wird. Solche Vermutungen konnten aber bisher noch nicht wissenschaftlich mittels Studien belegt werden. (vgl. Switala, 2005, S. 60)

„Pflegekräfte, die unsicher sind im Umgang mit der deutschen Schriftsprache, machen die Erfahrung, dass sie auch aufgrund grammatikalisch und orthographisch fehlerhafter Pflegeberichte fachlich abgewertet werden und in der Folge nur noch Aufgaben übertragen bekommen, die (scheinbar) weniger Kompetenz erfordern.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 72) Aus Angst aufgrund geringerer schriftlicher Fähigkeiten abgewertet zu werden, versuchen solche Pflegepersonen die Schreibarbeiten zu vermeiden. Es kann auch zu Absprache innerhalb des Pflegeteams kommen, sodass eine Person die Schreibarbeiten übernimmt, wohingegen die andere sich im Gegenzug anderen Tätigkeiten widmet, um nicht schreiben zu müssen.

Pflegepersonen, welche sich selbst als weniger schreibkompetent empfinden oder von KollegInnen so eingeschätzt werden, schmälern ihre schriftlichen Vermerke auf Standardformulierungen, die sie bei anderen zuvor gelesen haben, die sie als schreibkompetenter einschätzen. Diese Standardformulierungen sind oftmals halb fertig und nicht aussagekräftig, sodass das subjektive Erleben nicht

wiedergegeben werden kann und die Pflegesituation nur unzulänglich beschrieben wurde. Diese Vermeidungstaktiken führen jedoch dazu, dass das eigentliche Problem umrundet wird und es so nie zu einer Lösung kommen kann. Je öfter eine Pflegeperson das Schreiben meidet, desto geringer stehen ihre Chancen in diesem Bereich weitere Kompetenzen zu entwickeln. Zusätzlich gehen persönliche Informationen unter da, es schreibkompetenteren Pflegepersonen überlassen wird zu dokumentieren, auch wenn diese Dokumentation die Information nur aus zweiter Hand berichten kann. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 73)

Generell meint der Autor Bernd Switala, dass Probleme bei den Pflegeberichten von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nicht primär in deren mangelnden schriftlichen Ausdrückfähigkeit wurzeln, sondern dass diesen Problemen ein viel allgemeinerer Ursprung zugrunde liegt, von welchem auch die muttersprachlichen Pflegepersonen betroffen sind. Das Hauptproblem der Pflegedokumentation sieht er in der Verschlüsselung „sprachlicher Kommunikationsprobleme und –anforderungen in der Altenpflege“. (vgl. Switala, 2005, S. 76)

Den Schreibarbeiten im Pflegeprozess scheint seitens der Pflege allgemein keine größere Bedeutung zu zukommen. Das Schreiben gilt als kaum beachtete Thematik, im Pflorgeteam wird sich selten darüber ausgetauscht, welche Informationen den Weg auf das Papier finden sollten. Einigkeit scheint allerdings darüber zu herrschen, was alles nicht niedergeschrieben werden sollte. Um eine gelungene Zusammenarbeit und eine gegenseitige Verständigung zu gewährleisten, sollte ein multikulturelles Team sich darüber einig sein, welche Informationen niedergeschrieben werden müssen. Kommt es zu keinen Regelungen, so kann es immer wieder zu Auseinandersetzungen im Pflorgeteam kommen. Ein allgemein gültiger Anspruch, was das Schreiben von Pflegeberichten betrifft, bezieht sich auf die Länge des Textes, generell wird vorgegeben, sich so kurz wie möglich zu halten, wobei es natürlich keine einheitliche Definition des Wortes kurz gibt. Der Anspruch sich möglichst kurz zu halten, stellt für weniger schreibkompetente Pflegepersonen eine zusätzliche Herausforderung dar. Einen kurzen Bericht zu verfassen, setzt voraus, sich, was

die Auswahl der Wörter betrifft, zu präzisieren. Der Einsatz präziser Wörter setzt wiederum voraus, einen großen Wortschatz zu besitzen. Hat man als Pflegeperson Deutsch als Fremdsprache erlernt, so verfügt man selten über den gleichen umfassenden Wortschatz wie jene, die Deutsch als ihre Muttersprache erlernt haben. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 73)

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Schwierigkeiten, die die Schreibearbeiten des Pflegeprozesses mit sich bringen, so besteht noch ein weiteres Problem, das der Lesbarkeit. Wird noch handschriftlich dokumentiert, kann oftmals die Leserlichkeit des Textes eingeschränkt sein. Pflegepersonen, für welche Deutsch eine Fremdsprache darstellt, können durch unleserliche Dokumentation überfordert sein, da es ihnen an der nötigen Rückschlussfähigkeit fehlt. KollegInnen mit Deutsch als Muttersprache fällt es leichter, den Inhalt des Textes zu erfassen, auch wenn einzelne Wörter nicht gelesen werden konnten, da sie die fehlenden Wörter leichter erraten konnten. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 72f.) Generell gilt, dass schwer lesbare, mangelhafte oder kaum verständliche Texte nicht gelesen werden und Informationsaustausch ist nicht mehr gesichert, „ein gegenseitiges Verstehen und eine darauf basierende Verständigung nicht möglich“. (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 73) Die Schreibtätigkeiten im Pflegeprozess sind als Ergänzungen zur verbalen Kommunikation zu sehen, um einen gesicherten Informationsaustausch zu garantieren, sind in multikulturellen Pflorgeteams Übereinkommen bezüglich dem Schreiben von Nöten. „Das Schreiben gibt darüber hinaus der Verfasserin die Möglichkeit, erlebte Situationen und das eigene Handeln zu reflektieren und zu überprüfen sowie die eigene Arbeit darzustellen.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 73) Ein stetes Niederschreiben bei Pflegeplanung und Pflegedokumentation fördert einen Kompetenzzuwachs im Umgang mit der Schriftsprache und eine Steigerung der fachlichen Qualifikationen, nicht nur für jene Pflegepersonen, für welche Deutsch eine Fremdsprache darstellt. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 73f.)

Nur die geringere Schreibkompetenz seitens der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als Ursache für mögliche Mängel der schriftlichen Kommunikation anzusehen, scheint zu oberflächlich und führt dazu, dass die eigentlichen Probleme verschoben werden. Die Erkenntnisse des Projekts, welches von Frau Spahn vorgestellt wurden, zeigen, dass mangelndes Fachwissen und kaum vorhandene Konzepte für die Erstellung von pflegerischen Berichten zentrale Faktoren für die Qualität solcher Berichte darstellen und eine gelungene schriftliche Kommunikation nicht allein auf die Schreibkenntnisse der Pflegepersonen zurückzuführen ist. (vgl. Spahn, 2005, S. 91)

Zur Verdeutlichung der Themen schriftlicher und mündlicher Kommunikation wird an dieser Stelle kurz eine Studie vorgestellt.

Frau Katharina Gröning untersuchte im Zuge einer Fragebogenstudie die Sprachkompetenz multikultureller Pflegeteams. Speziell betrachtet wurde, wie sich die muttersprachlichen Befragten selbst einschätzten im Vergleich zu Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. 37 Schüler und Schülerinnen einer deutschen Altenpflegeschule nahmen an dieser Studie teil. Den Erwartungen der Untersuchenden entsprechend überwiegte der Eindruck, dass Sprachprobleme eher die zugewanderten Pflegepersonen betreffen. 64.9 Prozent der Befragten gaben an, dass Deutsche besser dazu in der Lage seien, Informationen sprachlich zu äußern. Weiteres meinten 35.1 Prozent der TeilnehmerInnen, deutsche KollegInnen verfügen über eine fundiertere Kenntnis, Fachsprache und Fachbegriffe betreffend. Auch seien 67.6 Prozent der Deutschen eher dazu befähigt Standpunkte zu verlautbaren. 16 der 37 befragten Personen, das sind 43.2 Prozent, waren der Meinung, dass deutsche Pflegepersonen besser im Bezug auf die Ansprache durch Angehörige sind. Die Fähigkeit Emotionen anzusprechen und Konflikte zu thematisieren wurde von der Mehrheit der Befragten beiden Gruppen, den deutschstämmigen und den zugewanderten Pflegepersonen, gleich ausgeprägt zugeschrieben. (vgl. Gröning, 2005, S. 214, 217f.)

4.2. Problemfeld Diskriminierung

Ein wesentliches Problem kann sich ergeben, wenn mehrere Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft in einem Team zusammenarbeiten, nämlich das der Diskriminierung oder, schlimmer, das des Rassismus. Viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund werden Opfer von Diskriminierungen oder Rassismus seitens ihrer Vorgesetzten, ihrer ArbeitskollegInnen oder der Pflegebedürftigen. Dieses Problem sollte auf keinen Fall unbeachtet bleiben oder herab gespielt werden. Tritt in einer Institution Diskriminierung oder Rassismus gegen Pflegepersonen auf, so muss dagegen gesteuert werden, um das persönliche Wohlbefinden der betroffenen Pflegepersonen, die friedliche Zusammenarbeit im Team und die Pflegequalität zu sichern.

4.2.1. Formen von Diskriminierung

Die Diskriminierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund kann sich in unterschiedlichen Formen zeigen, die vom eklatanten Rassismus, der Fremdenfeindlichkeit bis hin zu absichtlichen Ausgrenzungsstrategien, mit dem Ziel der betroffenen Person zu schaden, reichen können. Diese Formen der Diskriminierung können sich in Alltagshandlungen, als auch im Benehmen gegenüber Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zeigen. So werden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund öfters Tätigkeiten zugeschrieben, welche alleine verrichtet werden können, wohingegen andere Teammitglieder paarweise die Arbeit verrichten oder sie erhielten nicht die Einladung oder Aufforderung sich einer Pause oder anderen sozialen Geselligkeit anzuschließen. Eine Diskriminierung kann aber nicht nur allein auf die Diversität der Rasse oder der Herkunft zurück geführt werden, oftmals werden Pflegekräfte auch aufgrund unterschiedlicher regionaler, inländischer Herkunft diskriminiert. (vgl. Smith, Allan, Henry, Larsen, & Mackintosh, o.A. , S. 50)

Eine andere Form der Diskriminierung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund zeigt sich speziell am österreichischen Arbeitsmarkt, wo es vorkommen kann, dass diese Personen jahrelang an Saisonarbeitsverträge gebunden sind, weil im Moment noch „international geltende Richtlinien, die die Rechte der Pflegekräfte ohne österreichischen Pass schützen“, fehlen. (Akinyosoye, 2008, S. 11)

„Rassismus am Arbeitsplatz drückt sich in einer Vielfalt und Vielzahl an Vorgehensweisen aus: bei Beförderungen ‚übersehen‘ werden, Aus- und Weiterbildungen werden aberkannt, ungerechte Auswahl für schwierige oder unangenehme Arbeitsaufträge, Beschimpfungen, Zielscheibe des Spotts zu sein, verbale Bedrohungen oder fortwährender unfreundlicher Umgangston oder Ablehnung.“ (Carrington, Cepek-Neuhauser, & Küng, 2005, S. 16)

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, speziell solche anderer Hautfarbe, erhalten eher die weniger prestigeträchtigen Arbeiten und Arbeitsplätze. Die „Ontario Human Rights Commission“ fand heraus, dass schwarze Krankenschwestern eher in den Bereich der Langzeitpflege kamen, wohingegen sich ihre weißen KollegInnen ihr Arbeitsgebiet selbst aussuchen durften. (vgl. Turritin, Hagey, Guruge, Collins, & Mitchell, 2002, S. 656)

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund bemerken, dass die Unterschiede zwischen ihnen und ihren ArbeitskollegInnen, die Herkunft, Kultur und das Aussehen betreffend, von den anderen TeamkollegInnen und den Pflegebedürftigen schneller bemerkt werden, als andere, für die Zusammenarbeit vielleicht wichtigere Attribute. (vgl. Allan & Larsen, 2003, S. 101)

Befragte Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gaben an, dass ihre TeamkollegInnen ihnen kritische und oder negative Aufmerksamkeiten konstant durch Alltagsdinge, wie das Hinterfragen ihrer beruflichen Entscheidungen oder ihrer Praktiken, spüren ließen. Häufig führen auch unterschiedliche Einstellungen, welche vom jeweiligen kulturellen Ursprung abhängig sind, zu Verstehens- und Verständigungsproblemen. Wird in einer Kultur viel über Persönliches, auch gegenüber ArbeitskollegInnen, geredet, so muss das noch lange nicht für eine andere Kultur ebenso gelten, und eine Person, welche solcher Kultur angehört, kann sich überfordert fühlen und das Gegenüber, welches höflich fragen wollte, kann sich vor den Kopf gestoßen fühlen. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund merkten an, dass viele ihrer KollegInnen ihre Reaktionen missverstehen und oftmals ihre Art der Kommunikation als unsozial oder unhöflich auffassen. (vgl. Smith, Allan, Henry, Larsen, & Mackintosh, o.A. , S. 52ff.)

Obwohl in Österreich 2004, aufgrund der Weisung seitens der Europäischen Union, bezogen auf deren EU-Antirassismus Richtlinien, ein Antidiskriminierungsgesetz erlassen wurde, mangelt es noch immer an dessen Umsetzung. Obgleich Rassismus nun gegen das Gesetz ist, findet er noch immer, im sozialen Leben wie im Arbeitsleben, Toleranz. (vgl. Carrington, Cepek-Neuhauser, & Küng, 2005, S. 15)

Das Royal College of Nursing veröffentlichte in seinem Bericht, „Diversity appraisal resource guide“, dass zwei Drittel des Krankenpflegepersonals, welches ethnischen Minderheiten angehörte oder eine andere Hautfarbe aufwies, angaben rassistische Beleidigungen seitens der Pflegebedürftigen erfahren zu haben. Ein Drittel dieses Krankenpflegepersonal gab an, mit rassistischen Schwierigkeiten seitens anderer Pflegepersonen kämpfen zu müssen. (vgl. Royal College of Nursing, 2002, S. 11)

Kea Guiberts Interviews, welche Ergebnisse zum Erleben des Arbeitsalltages von pflegenden Migranten liefern sollten, zeigen, dass je sichtbarer sich die unterschiedliche kulturelle Herkunft einer Pflegeperson mit Migrationshintergrund in ihrem äußeren Erscheinungsbild zeigt, desto eher hat diese Person mit Diskriminierung und Rassismus zu kämpfen. So konnte festgestellt werden, dass aus Osteuropa stammende Pflegepersonen seltener von Diskriminierung oder Rassismus betroffen sind, als ihre aus Asien oder Afrika stammenden KollegInnen. (vgl. Guibert, 2005, S. 111f.)

4.2.2. Diskriminierung seitens der Pflegebedürftigen

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, welche aufgrund ihres Äußeren als fremdartig erscheinen, haben eher mit Ablehnung seitens der Pflegebedürftigen zu rechnen, je fremder eine Pflegekraft erscheint, desto stärker wird sie abgelehnt. Solche Pflegepersonen haben auch verstärkt das Gefühl von der Klientel genauer beobachtet zu werden als heimisches Personal, ihre Betreuung wird auch öfters ohne Angaben von Gründen abgebrochen. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund empfinden es als unhöflich seitens der Pflegebedürftigen, nicht nach ihrer Herkunft gefragt zu werden, sie empfinden dieses Desinteresse persönlich als Ablehnung. (vgl. Guibert, 2005, S. 112f.)

Wenn Pflegepersonen mit Migrationshintergrund diskriminierende Erlebnisse mit Pflegebedürftigen widerfahren und sie diese ihren ArbeitskollegInnen berichten, so werden ihre Erfahrungen häufig als nicht so tragisch wahrgenommen und sie werden von den KollegInnen angewiesen solche Dinge nicht ernst zu nehmen. „Auf einer Pflegestation weigerte sich eine mehrheitsdeutsche Patientin, sich von eine [sic] afrodeutschen Krankenschwester pflegen zu lassen, mit dem Hinweis, sie lasse sich von einer »N...« nicht anfassen. Die betreffende Krankenschwester erzählte, dass die [sic] einige ihrer Kolleginnen ihr gegenüber den Vorfall bedauerten, manche sogar die Patientin ermahnten, die meisten jedoch den Vorfall übergingen.“ (Rommelspacher, 2005, S. 184) Die Lösung einer solchen Diskriminierungssituationen stellt oftmals der einfache Wechsel vom Pflegepersonal dar, die Pflegekraft mit Migrationshintergrund wird durch eine andere ersetzt, um das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und den Stationsfrieden zu sichern, auf die Gefühle von den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund wird jedoch nur selten Rücksicht genommen. (vgl. Rommelspacher, 2005, S. 184)

Katharina Gröning konnte durch eine Fragebogenstudie, an der 37 SchülerInnen einer deutschen Altenpflegeschule teilnahmen, feststellen, dass diese angaben, die meiste Diskriminierung in Form von Anspielungen und Schikanen durch die Pflegebedürftigen zu erfahren, selten dagegen durch deren Angehörige. (vgl. Gröning, 2005, S. 214, 221)

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund wird häufig die Kompetenz, richtig pflegen und versorgen zu können, von Seiten der Pflegebedürftigen abgeschrieben. Die Pflegebedürftigen können nicht glauben, dass solche Pflegepersonen im Stande sind, sie ordnungsgemäß zu umsorgen. (vgl. Akinyosoye, 2008, S. 11)

4.2.3. Diskriminierung seitens der ArbeitskollegInnen

Die Mehrheit der, von Frau Guibert, befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gab an, mehr Leistung als ihre deutschen TeamkollegInnen erbringen zu müssen. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erbringen eher Zusatzleistungen, zeigen sich freundlicher

und hilfsbereiter, um möglichen Problemen in der Zusammenarbeit aus dem Weg zu gehen. (vgl. Guibert, 2005, S. 114)

Die Fragebogenstudie von Frau Gröning ergab ferner, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund seltener von Ärzten oder anderem Krankenpflegepersonal diskriminiert wurden, diese Diskriminierung äußerte sich dann allerdings eher im Ignorieren der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. Am seltensten diskriminiert wurden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund von ihren Vorgesetzten. (vgl. Gröning, 2005, S. 221)

4.2.4. Der Diskriminierung entgegen steuern

Das Problem und die Gefahr der Diskriminierung wurzeln vor allem in der Unwissenheit der einzelnen Parteien gegenüber der jeweiligen Kultur. Arbeiten in einem Pflgeteam mehrere Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft zusammen, so muss diesen Zeit gegeben werden, einander und die kulturellen Differenzen kennen und verstehen zu lernen. (vgl. Guibert, 2005, S. 115)

Der Gleichheitsmythos, der besagt, dass keine Unterschiede im Pflgeteam und zwischen den Pflegebedürftigen gemacht werden, „entspricht dem traditionellen Rollenverständnis der selbstlosen Schwester“. Dieser Mythos kann aber neben der Gleichbehandlung auch noch negative Aspekte bewirken. Wenn keine Unterschiede gemacht werden, so müssen auch keine bemerkt werden, das Leugnen von Verschiedenheit vergeudet vorhandene Ressourcen und schafft Diskriminierung. Wenn keine Unterschiede im Pflgeteam gemacht werden, so verbleiben mögliche vorhandene Machtstrukturen unreflektiert. Themen, denen Artikulation und Reflexion vorenthalten werden, finden ihre Auswirkungen im Stillen und Geheimen. (vgl. Ertl, 2005a, S. 123) „Wer Gleichheit setzt, leugnet Unterschiede und diskriminiert diejenigen, die differente Handlungen, Konzepte und Denkweisen einbringen.“ (Ertl, 2005a, S. 123) Dieser Gleichheitsmythos hat häufig diskriminierende Auswirkungen für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, auch wenn dies eigentlich dadurch vermieden werden sollte. Diese Personen werden deshalb diskriminiert, weil ihre persönlichen Fähigkeiten, ihre Handlungs- und Betrachtungsweisen entweder dementiert oder kulturalisiert werden. (vgl. Ertl, 2005a, S. 124)

Das Gleichheitsprinzip sollte vom Prinzip der Gleichberechtigung abgelöst werden, um Raum für einen Diskurs von Unterschieden zu schaffen. „Erst wenn Unterschiede in den Fähigkeiten und Voraussetzungen wahrgenommen und reflektiert werden und nicht zur Ausgrenzung führen müssen, kann eine gleichberechtigte Kultur des Dialogs entstehen. *Differenz als Ressource setzt eine Kultur des Dialogs voraus.*“ (Ertl, 2005a, S. 125) Die Voraussetzungen für interkulturelle Kompetenz liegen in der Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum Perspektivenwechsel und in der Fähigkeit sich gleichberechtigt verständigen zu können und Differenzen anzuerkennen. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum Perspektivenwechsel ist eine Notwendigkeit, um akzeptieren zu können, „dass das Andere auch das Eigene in Frage stellt“. (Ertl, 2005a, S. 125)

Multikulturelle Pflorgeteams, wie sie im Bereich der Altenpflege häufig vorkommen, zeichnen sich durch eine Vielfalt an Heterogenität aus. Diese Heterogenität wird aber meistens nicht bewusst und schon gar nicht als wertvoll wahrgenommen. Selten werden die Individualität und die Verschiedenheit einzelner Teammitglieder wertschätzend wahrgenommen. Im Pflegeberuf gilt der Ethos der Gleichheit und Gleichberechtigung, es sollen keine Unterschiede zwischen männlichen oder weiblichen Pflegepersonen, zwischen alten oder jungen und zwischen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund und solchen ohne gemacht werden. Verschiedenartigkeit wird nicht beachtet, um nicht Unterschiede machen zu müssen, da ja jeder gleich behandelt werden soll. Führungskräfte übersehen durch diese Einstellung öfters Diskriminierungssituationen in den eigenen Institutionen, da sie die Augen verschließen und auch befürchten ein gezieltes Interesse für MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund könnte zu vermehrten Unmut bei den anderen MitarbeiterInnen führen. Führungspersonen sollten sich über die Unterschiede in ihren Pflorgeteams bewusst werden, deren Stärken und deren Schwächen kennen lernen. Wichtig, um die Situation von anderen Mitmenschen verstehen zu können, ist die eigene Fähigkeit zur Selbstreflexion. Auch diese Fähigkeit muss von den Führungspersonen erworben oder verstärkt werden. Setzt man sich mit seinem eigenen Leben kritisch auseinander und betrachtet jene Erfahrungen, wo man selbst mit dem Thema der Migration in Kontakt gekommen ist, so kann sich eine neue Einstellung oder Haltung herausbilden. (vgl. Ertl, 2005b, S. 250, 254)

Weiters sollten Führungskräfte Sensibilität für den Assimilationsdruck, unter dem die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stehen, entwickeln. Die Assimilation von immigrierten Personen wird von den meisten Inländern als wünschenswerter Vorgang wahrgenommen, oft werden aber die Belastungen die mit diesem Vorgang einhergehen nicht wahrgenommen. Zusätzlich sollten Konflikte und Spannungen in den Pflgeteams wahr genommen werden. Nur ein konfliktfreies Pflgeteam kann umfassend handlungsfähig sein, versteckte Konkurrenzen, die ein Konfliktpotential in sich bergen, sollten früh erkannt werden. Auf jeden Fall sollte eine Führungskraft gegenüber Diskriminierungssituationen eine Position beziehen. Nicht alle MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund reagieren auf Diskriminierungen gleich, es ist nicht notwendig für die diskriminierte Gruppe einzustehen, vielmehr von Bedeutung ist, als Führungsperson wahrgenommen zu werden, beschämende Dinge aufzuzeigen und den Kontakt zu den diskriminierten Pflegepersonen zu suchen. (vgl. Ertl, 2005b, S. 255f.)

5. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als Ressource

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können als Ressource für eine Institution gesehen werden, da sie über einen großen Schatz an neuen Erfahrungen verfügen, andere Ausbildungen genossen haben und so neue Perspektiven in den Pflegealltag einbringen können.

Auffälligkeiten von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund:

- US amerikanische Untersuchungen ergaben, dass 39 Prozent der im Ausland ausgebildeten Pflegepersonen bereits über einen akademischen Abschluss (Bachelor of Science in Nursing Degree) verfügen, jedoch nur 23 Prozent in den USA ausgebildeter Pflegepersonen.
- Diese Untersuchungen ergaben weiters, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund eher dazu tendieren in urbanen Regionen und Ballungszentren zu leben und zu arbeiten.
- Die Mehrheit der im Ausland ausgebildeten Pflegepersonen in den USA neigt eher dazu, Vollzeit zu arbeiten. (vgl. Robinson, 2009, S. 77f.)

„Die Mehrsprachigkeit ist eine besondere Fähigkeit von Pflegenden mit Migrationshintergrund, die grundsätzlich bei Verstehensproblemen mit älteren Menschen nützlich sein kann. Unterschiedliches Pflege- und Krankheitsverständnis kann einen hilfreichen Perspektivenwechsel erbringen, der kreative Lösungen für Pflegeprobleme erleichtert und somit Voraussetzungen für Innovationen schafft.“ (Friebe, 2003, S. 151)

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können die Kommunikation mit fremdsprachigen Pflegebedürftigen vereinfachen und eine Vermittlerrolle zwischen diesen und den ArbeitskollegInnen einnehmen, als auch eine Vermittlerrolle zwischen den Kulturen. (vgl. Rommelspacher, 2005, S. 189)

6. Entwicklung vom multikulturellen, über das interkulturelle zum transkulturellen Pflorgeteam

Ein Pflorgeteam, welches sich aus mehreren Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft zusammensetzt, wird als multikulturell bezeichnet. Multikulturelle Teams haben aber noch nicht ohne weiteres Zutun die Fähigkeit interkulturelle Ressourcen umzusetzen, ihnen bedarf es im Rahmen einer kulturellen Öffnung einer Weiterentwicklung hin zum interkulturellen Pflorgeteam. Untersuchungen von Marburger und Rösch zeigten, dass überwiegend Mehrheitsangehörige einer Kultur negative Aussagen über Minderheitsangehörige anderer Kulturen in multikulturellen Pflorgeteams tätigten. In solchen Teams wurden ausschließlich Minderheitsangehörige Opfer von Diskriminierungen. Häufig tritt das Phänomen der kulturellen Übertragung auf, welches dazu führt, dass Vorurteile einer Kultur gegenüber Angehörigen einer anderen auf einzelne Personen übertragen werden. Somit müssen oft einzelne Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die Last der Vorurteile ihrer ganzen Kultur gegenüber tragen. (vgl. Verband für Soziale Arbeit Bremen, 2003, S. 22)

6.1. Charakteristika multikultureller Pflorgeteams

Multikulturelle Pflorgeteams zeichnen sich durch den Versuch, eine geschlossene Einheit darzustellen aus, indem sie das Motto ‚Wir sind alle gleich – wir machen keine Unterschiede‘ zur handlungsleitenden Norm ernennen. Mit dieser Einstellung versuchen solche Teams der Diskriminierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund Einhalt zu gebieten, behindern gleichzeitig aber auch die mögliche Akzeptanz anderer, neuer Fähigkeiten oder Einstellungen seitens dieser Pflegekräfte, da alle angehalten werden nach gleichen Werten zu arbeiten. Die Möglichkeit andere Sichtweisen kennenzulernen wird so verhindert und auch der Kommunikation unterschiedlicher Interessen wird ein Riegel vorgeschoben. Viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund empfinden eine solche Grundhaltung als belastend und diskriminierend, da ihre speziellen Fähigkeiten so verkannt werden. Im Zuge der Entwicklung hin zum interkulturellen Pflorgeteam ist es natürlich wichtig die Diskriminierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zu verhindern, es sollte aber nicht übersehen werden, dass durch einen zu hohen Gleichheitsdrang Potenziale übersehen werden

können. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 59f.)

Die Entwicklung eines multikulturellen zu einem interkulturellen Pflorgeteam geschieht nicht nur durch die alleinige Einstellung mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft. Neben dem Abbau von Vorurteilen und Diskriminierung muss Platz für die Anerkennung der Ressourcen aller Teammitglieder geschaffen werden und auch die Möglichkeit zum kommunikativen Austausch. Ziel eines interkulturellen Pflorgeteams ist die gleichwertige Einbeziehung aller gegebenen Kompetenzen und die Zusammenarbeit als ein Team. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 60f.)

„Charakteristika multikultureller Pflorgeteams:

- Ethisch orientierte Hierarchiestrukturen
- Unterschätzung der Fachkompetenz nicht-deutscher Kollegen
- Kulturelle Übertragung (...)
- Konfliktlösung durch Kündigung
- Übertragung negativer Eigenschaften von einzelnen nicht-deutschen Mitarbeitern auf alle Angehörigen derselben Ethnie
- Vorgegebenes (statt dialogisch erarbeitetes) Pflegeverständnis
- Keine Zuständigkeit für das Gelingen der Kooperation im Team“ (Verband für Soziale Arbeit Bremen, 2003, S. 23)

Der erste Schritt der Entwicklung vom multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam, führt über die Zwischenetage der Entwicklung eines interkulturellen Teams. In vielen Werken wird die Schaffung eines interkulturellen Pflorgeteams bereits als das Ziel angeführt, welches es zu erreichen gilt. Wie im Kapitel der Begriffsdefinitionen aber schon angemerkt wurde, weist diese Struktur noch eine einseitige kulturelle Gewichtung auf, die es noch zu überwinden gilt. Nur im transkulturellen Pflorgeteam herrscht ein gleichberechtigter Austausch der Kulturen, mit wertschätzendem und respektvollem Umgang der Teammitglieder untereinander, Ressourcen anderer Kulturen finden Anerkennung und werden genutzt.

6.2. Die interkulturelle Öffnung

Damit sich ein multikulturelles Pflgeteam zu einem interkulturellen Team entwickelt, muss eine interkulturelle Öffnung stattfinden. Eine Öffnung in diesem Fall stellt einen Prozess dar, in welchem zugelassen und akzeptiert wird, dass sich die eigene Kultur verändert und weiterentwickelt. Strebt eine Institution eine interkulturelle Öffnung an, so müssen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen interkulturelle Kompetenzen erwerben. (vgl. Verband für Soziale Arbeit Bremen, 2003, S. 17)

6.2.1. Die fünf Dimensionen der interkulturellen Öffnung

1. „Öffnung in symbolischer Hinsicht (Selbstverständnis, Leitbild, Zielprojektion): Das Leitbild gibt die Ausrichtung und das Ziel der Einrichtung und der Mitarbeiterschaft vor.“ (Verband für Soziale Arbeit Bremen, 2003, S. 19)
2. Öffnung in personeller Hinsicht: Pflegepersonen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund sollten eingestellt werden.
3. Öffnung in personeller Hinsicht: Das Personal muss gewisse Fähigkeiten erwerben oder verstärken, wie die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Fähigkeit sich spezielles Wissen aneignen. Jedes Teammitglied muss sich bewusst machen, dass TrägerInnen unterschiedlicher Kulturen auch kulturspezifisch aufeinander reagieren. Das Phänomen der kulturellen Übertragung kann auftreten, welches dazu führt, dass Personen nur mehr als Träger einer Kultur angesehen werden und nicht mehr als Individuum. Mit diesem Phänomen wird versucht das Fremde aus dem Blickwinkel zu schieben, indem entweder jegliche kulturellen Unterschiede geleugnet werden oder kulturelle Übereinstimmungen zwischen den TrägerInnen unterschiedlicher Kulturen nicht anerkannt werden.
4. Öffnung gegenüber neuer Klientel: Neben Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sollen auch Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund den Weg in die Institution finden.
5. Öffnung in inhaltlicher Hinsicht: Gewisse Organisationsstrukturen und Gewohnheiten sollten überarbeitet werden. Sind die Organisationsstrukturen lediglich der Mehrheitskultur angepasst, so

werden bestimmte Patientengruppen und Gruppen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ausgeschlossen. (vgl. Verband für Soziale Arbeit Bremen, 2003, S. 19ff.)

6.2.2. Voraussetzungen der interkulturellen Teamentwicklung

„Schlüsselqualifikationen für die interkulturelle Teamentwicklung: (...)

1. Um zu lernen, sich gegenseitig als einzigartige Persönlichkeiten anzuerkennen, bedarf einer Selbstreflexivität, die immer wieder neu gestaltet werden muss.
2. Um zu einer gleichberechtigten Verständigung zu kommen, muss sowohl kontinuierlich an einer gemeinsamen Sprache als auch an Formen der mündlichen und schriftlichen Kommunikation gearbeitet werden.
3. Um mit Reibungen und unterschiedlichen Interessen im Team einen nicht diskriminierenden Umgang zu entwickeln, muss eine partnerschaftliche Konfliktbearbeitung eingeübt werden.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 62)

6.3. Voraussetzungen für die Entwicklungen eines interkulturellen Pflegeteams an alle Teammitglieder

Eckpunkte für eine interkulturelle Personal- und Teamentwicklung im Pflegealltag:

- „Anerkennung der kulturellen Heterogenität der Pflegeteams und der Leitungen
- gleichberechtigte Teilhabe der zugewanderten Mitarbeiter/innen an der Gestaltung des Pflegealltags und an Professionalisierungsprozessen
- Enttabuisierung und Abbau von Diskriminierung
- ein aktives, an Normen der Arbeitsgerechtigkeit ausgerichtetes Leistungshandeln
- Konfliktbearbeitung nach Maßgabe transparenter Normen mit dem Ziel, dass die Konfliktbeteiligten einen Konsens finden, der allen gerecht wird
- gemeinsames Lernen von Mehrheit und Minderheiten in den Teams

- (Weiter)Entwicklung kommunikativer Kompetenzen als gemeinsame Aufgabe von muttersprachlichen und zugewanderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Entwicklung einer gemeinsamen Team-, Pflege- und Organisationskultur“ (Sander, 2005, S. 155)

6.4. Die interkulturelle Praxisentwicklung als Aufgabe von Leitung und Pflegemanagement

Einen „Zugang zum Erleben und zur Bandbreite von Wissen und Erfahrungen“ schaffen: wichtig ist Erfahrungen miteinander reflektieren zu können, Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stellen jedoch nicht die alleinigen Fachpersonen, andere Kulturen und Migration betreffend, dar, aber können wertvolle Erfahrungen für die Praxis hinzufügen, da sie selbst Situationen des Fremdseins kennen und Erfahrungen mit dem Verlassen bekannter Lokalitäten haben. Sie verfügen über Erfahrungen Ereignisse betreffend, welche Pflegebedürftige selbst durchleben, wenn sie von ihrer vertrauten Umgebung in die neue Welt des Pflegeheims wechseln.

Unterschiede und Verschiedenheit anerkennen: Treten Auseinandersetzungen aufgrund der Unterschiedlichkeit im Pflgeteam auf, so muss die Aufgabenbezogenheit gewahrt bleiben. Trotz möglicher Sprachhürden muss die Wertschätzung einzelner Teammitglieder gewährleistet sein. Generell sollte eine Kulturalisierung der einzelnen Pflegepersonen vermieden werden, was in den Aufgabenbereich der Führungskraft fällt.

Mannigfaltigkeit an Bedeutungen: Im Pflegeprozess sollten subjektive Erfahrungen, Eindrücke und Auslegungen einen Nutzen finden. (vgl. Ertl, 2005a, S. 128)

Kompetenzen zum Sprechen und Verständigen schaffen und vor Diskriminierung bewahren: In jedem Pflgeteam muss sich erst eine Kultur der Verständigung entwickeln, etwas zu hören bedeutet nicht automatisch es auch zu verstehen. Vielen verbalen Nachrichten sind tiefere Bedeutungen eigen, denen es eine feine Sprachfähigkeit bedarf, um diese zu ermitteln. Wird zu schnell oder

zu langsam gesprochen, finden viele Fachbegriffe oder ein Dialekt Verwendung, so kann es zu Verständigungsproblemen kommen, welchen jedoch mit einem breiteren Zeitrahmen und einem Übersetzungswillen seitens der TeamkollegInnen entgegen gesteuert werden können.

Gleichberechtigung was Informationszugang und Weitergabe von Information betrifft: Auch von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sollte eingefordert werden, dass sie ihre Schreibkompetenzen weiter entwickeln, da ohne ihre Notizen Erfahrungen verloren gehen können. Regelungen, die die Schreibearbeit im Pflorgeteam betreffen, müssen aufgestellt werden, um „Vermeidungs- und Diskriminierungsgewohnheiten im Team“ zu verhindern. (vgl. Ertl, 2005a, S. 129)

Konflikte im Pflorgeteam behandeln anstatt begleichen: „Die Anerkennung unterschiedlicher kultureller Regeln im Umgang mit Konflikten, ohne in die Falle der Kulturalisierung zu rutschen, gelingt in dem Maße, wie man strikt am Verstehen wollen des Einzelnen bleibt und sich um Verstehen der Zusammengänge und Bedeutungen für die Haltung und Arbeitsweise dieser Mitarbeiterin/Kollegin bemüht.“ (Ertl, 2005a, S. 130) Konflikte sollten nicht personifiziert werden, dies ist Aufgabe der Führungsperson, diese sollte eine Arbeitsumgebung gestalten, in der Verschiedenheit eine Selbstverständlichkeit darstellt.

Entwicklung von gleichwertigen Anleitungen für Verständigung und Entscheidung: Dominante Strukturen im Pflorgeteam sollten aufgespürt werden, um Regelungen, die Verständigung und die Entscheidungsfindung betreffend, aufstellen zu können. Aufgabe der Leitung ist es einen wertschätzenden und respektvollen Umgang gegenüber Verschiedenheit im Pflorgeteam zu bilden. Jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin sollte im gleichen Ausmaß an der Entscheidungsfindung beteiligt werden. (vgl. Ertl, 2005a, S. 130)

Die inter- und transkulturellen Kompetenzen, über welche die Pflegepersonen und deren Leitungspersonen verfügen sollten, wenn sie danach streben ein transkulturelles Pflorgeteam zu bilden, lassen sich in verschiedene Sparten einteilen:

„Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale

- Motivation und Interesse an interkulturellem Kontakt
- Unvoreingenommenheit; Verzicht auf negative Bewertungen
- Positive Einstellung zu einer fremden Kultur; Fähigkeit, kulturelle Unterschiede zu akzeptieren
- Höflichkeit, Freundlichkeit, Diplomatie
- Geduld und Toleranz
- Fähigkeit mit Stress umzugehen

Wissen und Kenntnisse

- Allgemeines Wissen und Bewusstsein für kulturelle Unterschiede
- Kenntnisse über Eigenheiten einer fremden Kultur (Werte, Normen, Konventionen)
- Kenntnis der Kommunikations- und Interaktionsregeln einer Kultur

Kommunikationsfähigkeit

- Bewusstsein und Kenntnis unterschiedlicher Kommunikationsstile und nonverbaler Kommunikationssignale
- Beherrschung von Strategien zur Vermeidung und Klärung und Missverständnissen
- Fähigkeit, bedeutungsvolle Dialoge mit Mitgliedern einer anderen Kultur in Gang zu setzen und aufrechtzuerhalten
- Beherrschung von Strategien des Nachfragens und der Informationsbeschaffung

Selbstdarstellung und Interaktionsmanagement

- Fähigkeiten des Aushandelns von für beide Seiten akzeptierbaren Identitäten
- Ruhiges und kontrolliertes Verhalten bei Schwierigkeiten
- Fähigkeit zur Lösung von Problemen und Missverständnissen
- Bereitschaft fremdkulturelle Perspektiven und Rollen einzunehmen
- Empathiefähigkeit

- Flexibilität“ (Habermann, Dokumente zur Erwachsenenbildung: Interkulturelles Management in der Altenpflege, 2002)

6.5. Hindernisse, die beim Bilden von inter- oder transkulturellen Pflorgeteams auftreten können

Diese Hindernisse verkörpern oft die unbewussten und bewussten Ängste der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie der Leitungspersonen eines inter- oder transkulturellen Pflorgeteams

1. *„Angst der monokulturell ausgerichteten Teammitglieder vor dem Fremden“* (Pavkovic, o.A., S. 9): Lebensbereiche, die unbekannt, fremd erscheinen wirken auf Personen schnell bedrohlich, so können auch andere Kulturen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auf deren Kollegen und Kolleginnen bedrohlich wirken. In vielen Fällen werden jedoch diese Befürchtungen nicht direkt angesprochen oder zugegeben und verschleiert, indem rationale Begründungen vorgebracht werden. (Werden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund überhaupt von der deutschen Klientel gebilligt? Wir würden ja Pflegepersonen mit Migrationshintergrund einstellen, aber die deutsche Kollegin verfügte eben über mehr Zusatzwissen...) Generell versuchen sich Institutionen und deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen öfters darauf auszureden, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund häufig nicht über die notwendigen Qualifikationen verfügen oder dass die einheimischen BewerberInnen einfach besser wären und es so zu keiner Einstellung kommen kann. Tatsache ist, dass im Pflegebereich Personalmangel herrscht und wenn man Pflegepersonen mit langjähriger Berufserfahrung sucht, so wird man etwas länger suchen und sich eben mit BerufseinsteigerInnen, QuereinsteigerInnen oder eben Personen mit Migrationshintergrund zufrieden geben müssen. (vgl. Pavkovic, o.A., S. 9)
2. *„Angst der deutschen Mitarbeiter vor der Überlegenheit der bikulturell und bilingual kompetenten Kollegen“* (Pavkovic, o.A., S. 10): Kommt es zu einer Einstellung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, so verfügen diese meistens über zusätzliche Kompetenzen, die in den

Bereichen der Mehrsprachigkeit und den differenzierteren kulturellen Kenntnisse liegen. Diese speziellen Zusatzkenntnisse verschaffen ihnen natürlich gegenüber ihren monokulturellen KollegInnen einen Qualifikationsvorsprung, sie erscheinen im inter- oder transkulturellen Arbeitsfeld kenntnisreicher und ihre KollegInnen fühlen sich unterlegen. Natürlich kommt diesen MitarbeiterInnen im Bezug auf die transkulturelle Pflege eine besondere Rolle zu, worauf die anderen KollegInnen mit Neid reagieren können. (vgl. Pavkovic, o.A., S. 10)

3. *„Angst der deutschen Leitung vor der Unkontrollierbarkeit der Arbeitsleistung von fremdkulturellen Mitarbeitern“* (Pavkovic, o.A., S. 10): Bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund kann es vorkommen, dass sie ihre Pfl egetätigkeiten in für die Institution ungewohnter und unbekannter Weise ausführen, was bei den Führungspersonen die Furcht hervorruft, die Qualität der geleisteten Arbeit schwerer überprüfen zu können, da sie weniger Einblick in deren Arbeitsprozess haben. Prinzipiell sollten verschiedene Arbeitsstile in einer Institution erlaubt sein und die Arbeitskontrollen sollten sich auf die Ergebnisse der geleisteten Arbeiten beschränken. Qualitativ sollten alle MitarbeiterInnen gleichwertig tätig sein, ihre Methodik darf sich aber unterscheiden. (vgl. Pavkovic, o.A., S. 10)
4. *„Angst der nichtdeutschen Arbeitskollegen, den sprachlichen oder fachlichen Anforderungen des Teams nicht zu genügen“* (Pavkovic, o.A., S. 10): Viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund haben das Gefühl, dass sie nicht über ähnliche sprachliche Kompetenzen verfügen, wie die KollegInnen ohne Migrationshintergrund. Es kann vorkommen, dass sie aufgrund dieser Sprachschwierigkeiten ihre Fachkompetenzen nicht gut genug ins Team einbringen können, oder dass ihre Kompetenzen von den KollegInnen nicht anerkannt werden. (vgl. Pavkovic, o.A., S. 10)
5. *„Angst vor neuen Schwierigkeiten in der klientenbezogenen Arbeit (Überforderung und Arbeitsverdichtung)“* (Pavkovic, o.A., S. 11): Natürlich finden durch ein erweitertes Klientel mit verschiedener kultureller Herkunft auch neue Patientengruppen mit Migrationshintergrund ihren Zugang zu einer Institution, dies kann wiederum zu Überforderung führen, die einerseits durch (mögliche) mangelnde Kompetenzen der MitarbeiterInnen

und andererseits durch steigende Patientenzahlen. (vgl. Pavkovic, o.A., S. 11)

6. „Schwierigkeiten im Umgang mit kulturellen Vorurteilen und Rassismus“ (Pavkovic, o.A., S. 12): Mangelndes Wissen über fremde Kulturen, der geschichtliche Hintergrund von Deutschland und Österreich, verschiedene Vorstellungen bezüglich den notwendigen Grad der Integration führen schnell zu Missverständnissen in der inter- oder transkulturellen Zusammenarbeit. Hier ist jedoch anzumerken, dass es nicht nur zu Diskriminierungen von Personen mit Migrationshintergrund durch Inländer kommt, sondern auch oft Personen mit Migrationshintergrund andere Personen mit Migrationshintergrund diskriminieren. Weltweit kann die Tendenz beobachtet werden, dass viele soziale Schwierigkeiten ethnisiert werden. Auch in inter- oder transkulturellen Pflorgeteams kann es zu diskriminierenden oder rassistischen Situationen kommen. (Pavkovic, o.A., S. 11f.)

6.6. Gewinne, die aus der Schaffung eines inter- oder transkulturellen Pflorgeteams gezogen werden können

Die Weiterentwicklung eines multikulturellen Pflorgeteam zu einem inter- oder transkulturellen Pflorgeteam, beinhaltet auch gleichzeitig eine individuelle Weiterentwicklung der einzelnen Teammitglieder. Die Qualität der Beziehungen im Team kann durch den Reichtum an Erfahrungen, Ansichten und Kommunikationsstilen, welche in dem Team vorgefunden werden können, enorm gesteigert werden. Der Gewinn durch die Schaffung eines solchen Teams zeigt sich vor allem in einer gesteigerten Offenheit der Teammitglieder gegenüber neuartigen Ansichten und in einer wertschätzenden Betrachtung, bei der verschiedene kulturelle Ursprünge als Ressourcen angesehen werden. Im Pflorgeteam kommt es zu mehr Humor, das Team wirkt gelassener, ist zu Konflikten fähig, verfügt über eine gesteigerte Sicherheit im Umgang mit neuartigen oder unvorhergesehenen Situationen. Ängste gegenüber Fremden finden einen Abbau. (vgl. Pavkovic, o.A., S. 9) Fähigkeiten zur Kommunikation werden vergrößert und eine „erhöhte Sensibilisierung für kulturelle,

gesellschaftliche, migrationspezifische, soziale und individuell-biografische Zusammenhänge in der Arbeit mit Menschen verschiedener soziokultureller Herkunft“ wird geschaffen. (Pavkovic, o.A., S. 9)

II. EMPIRISCHER TEIL

7. Methodik

7.1. Untersuchungsziel und Fragestellung

Mit dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, die Problematik von multikulturellen Pflegeteams in Pflegeheimen zu thematisieren und den Prozess einer Entwicklung dieser hin zu transkulturellen Pflegeteams aufzuzeigen, beziehungsweise die notwendigen Schritte dazu darzustellen. Es ging vorwiegend darum, die individuellen Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen.

Die konkreten Zielformulierungen lauten:

- Versuch der Darstellung der Situation in österreichischen Pflegeheimen aus Sicht von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund.
- Klärung der Frage ob die pflegerische Versorgung, die durch ein transkulturelles Pflege-team geleistet wird, facettenreicher und an unterschiedlichen Erfahrungen reicher vonstattengehen kann.

Damit möchte ich einerseits Wissen über transkulturelle Pflegeteams generieren, um so Ansatzpunkte für mehr kulturelles Verständnis und eine verbesserte Zusammenarbeit in Pflegeheimen zu schaffen, was in der Folge auch den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu Gute kommen soll.

Andererseits will ich auch potenzielle Vorteile von transkulturellen Pflegeteams sichtbar machen, um so Anreize für Führungskräfte für die gezielte Förderung solcher Teams aufzeigen zu können.

Es wurde versucht, die in der Einleitung genannten Forschungsfragen, aus der Sicht der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zu beantworten.

7.2. Methode

Für die Erarbeitung des Themas wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, da die subjektiven Erfahrungen der StudienteilnehmerInnen von größerer Wichtigkeit für das Verständnis ihrer Situation erschienen.

Die Existenz eines transkulturellen Pflorgeteams scheint in österreichischen Pflegeheimen ein nahezu fremdes Phänomen zu sein, welches noch nicht ausreichend beschrieben wurde. Die Entwicklung zu einem solchen transkulturellen Team ist ein komplizierter Prozess, dem viele beeinflussende Faktoren zugrunde liegen und der noch nicht ausreichend behandelt wurde. Primäre Kenntnisse können am besten aus subjektiven Einsichten gewonnen werden, die man wiederum am besten mit einer qualitativen Methode erhält. Das Hauptaugenmerk liegt auf den Erfahrungen, der Realität und dem Blickwinkel der betroffenen Personengruppe. Die Zielgruppe dieser Forschungsarbeit stellt die Gruppe der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund dar. Als qualitative Methode wurde dann die Grounded Theory nach Glaser und Strauss gewählt, welche sich auf die Entwicklung von Prozessen konzentriert und man durch die Technik der abwechselnden Datenerhebung und Datenanalyse eine Fluidität der Daten erhält.

Die Grounded Theory eignet sich deshalb auch hervorragend für eine Untersuchung dieser Thematik, da es wenige Forschungsstudien zu diesem Gebiet gibt und sich die Möglichkeit der Generierung einer Theorie bietet, welche das Verhalten von Einzelpersonen oder Gruppen erklären kann. (vgl. Linhart, 2005)

Ich denke die Wahl des qualitativen Vorgehens im Zuge dieser Arbeit, ermöglicht es die Sichtweisen der einzelnen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sehr individuell zu sehen und zu verstehen. Ein qualitativer Ansatz ermöglicht es weiters, speziellere Daten zu erheben bei Themengebieten, die noch nicht ausreichend durch die Literatur erschlossen werden konnten.

Dieses Kapitel beinhaltet eine Beschreibung der Methode der Grounded Theory, der Methoden der Datensammlung, der Rekrutierung der InterviewteilnehmerInnen und der Gruppe der InterviewteilnehmerInnen.

7.2.1. Grounded Theory

„Die Grounded Theory ist ein qualitativer Forschungsansatz, der gemeinsam von Glaser und Strauss entwickelt wurde. Seine systematischen Techniken und Analyseverfahren befähigen den Forscher, eine bereichsbezogene Theorie zu entwickeln, die die Kriterien für ‚gute‘ Forschung erfüllt: Signifikanz, Vereinbarkeit von Theorie und Beobachtung, Verallgemeinerbarkeit, Reproduzierbarkeit, Präzision, Regelgeleitetheit und Verifizierbarkeit.“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 18)

„Die Methode der Grounded Theory wurde von den Soziologen Barney G. Glaser (quantitative Wurzeln) und Anselm L. Strauss (qualitative Wurzeln) in den 1960er Jahren entwickelt und basiert auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus.“ (Linhart, 2009a, S. 5)

Die forschende Person übernimmt bei der Methode der Grounded Theory eine sehr subjektive Rolle und sie soll sich in den Forschungsprozess einbringen, für diese Rolle ist ein gewisses Maß an Kreativität und an theoretischer Sensibilität notwendig. (vgl. Linhart, 2009a, S. 9)

„Theoretische Sensibilität bezieht sich auf eine persönliche Fähigkeit des Forschers. Gemeint ist ein Bewußtsein für die Feinheiten in der Bedeutung der Daten.“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 25f.) Theoretische Sensibilität entsteht durch ein ausführliches Literaturstudium und durch berufliche oder persönliche Erfahrungen.

Besonderes Merkmal der Grounded Theory ist, dass der Forschungsprozess zyklisch ist, Datenerhebung und Analyse der Daten wechseln einander ab. Das bedeutet wiederum, dass man bereits nach dem ersten Interview mit der Analyse beginnt. Themenbereiche können so herausgearbeitet werden und zu welchen Themen noch ungenügend Material vorliegt, diese können in späteren Interviews gezielt angesprochen werden. Um gezielt an bestimmte Informationen zu gelangen, findet das theoretische Sampling statt, das bedeutet, man steuert die Auswahl an Informanten. Bei der Analyse der weiteren Interviews verwendet man den Prozess des permanenten Vergleichs, um verschiedene oder sich gleichende Aspekte herausarbeiten zu können. Ziel des Forschungsprozesses ist es wiederauftretende Handlungen zu erkennen und die Bedingungen unter denen diese entstehen. (vgl. Linhart, 2009b, S. 2ff.)

Die gewünschten Kategorien können durch die drei Formen des Kodierens gewonnen werden, durch das offene, das axiale und das selektive Kodieren. Kodieren funktioniert als Prozess, in dem Daten interpretiert werden und Fragen an die Daten gestellt werden. (vgl. Strauss & Corbin, 1996, S. 40f.)

Das offene Kodieren stellt den ersten Analyseschritt dar, in welchem die Daten in Einzelteile zerlegt werden und es wird versucht Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu entdecken. (vgl. Strauss & Corbin, 1996, S. 44)

Durch das axiale Kodieren entstehen Verbindungen zwischen den Kategorien, durch die die Daten neu zusammengefügt werden können. (vgl. Strauss & Corbin, 1996, S. 75)

Das selektive Kodieren dient zur Entwicklung einer Kernvariable. (vgl. Linhart, 2009b, S. 8)

Eine Kernvariable zeichnet sich dadurch aus, dass sie mit einer Regelmäßigkeit in den Daten vorkommt. Sie erläutert die Mehrheit der Variationen in den Daten, ist bedeutsam für eine allgemeinere Theorie und sie zeigt sich deutlicher, je mehr die Theorie generiert wird. (vgl. Linhart, 2009b, S. 6f.)

Die Datenerhebung wird beendet, wenn die theoretische Sättigung erreicht ist, gemeint ist hiermit, dass keine neuen Daten mehr gewonnen werden können. (vgl. Linhart, 2009b, S. 5)

7.3. Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie

Da ich, wie der Titel meiner Diplomarbeit vermuten lässt, meine Studien auf die Situation von multikulturellen Pflgeteams in Pflegeheimen beschränkt haben, suchte ich nur nach Pflegepersonen mit Migrationshintergrund welche im Bereich der Langzeitpflege stationär tätig sind.

- Die an dem Interview teilnehmende Pflegeperson, sollte über einen Migrationshintergrund verfügen, das heißt sie muss entweder selbst migriert sein oder aus der zweiten Generation einer Familie entstammen, welche migriert ist.
- Die an dem Interview teilnehmende Pflegeperson mit Migrationshintergrund muss im Bereich der Langzeitpflege stationär tätig

sein und das schon seit mindestens 3 Jahren in der betreffenden Institution.

- Die an dem Interview teilnehmende Pflegeperson mit Migrationshintergrund muss seit mindestens 5 Jahren in Österreich leben.
- Die an dem Interview teilnehmende Pflegeperson mit Migrationshintergrund sollte über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um sich beim Interview mitteilen zu können, allerdings wird den InterviewteilnehmerInnen auch angeboten, das Interview auf Englisch halten zu können, wenn sich die betreffenden TeilnehmerInnen in dieser Sprache sicherer fühlen.

Für die Studie irrelevant war, über welches Geschlecht die InterviewteilnehmerInnen verfügten, weibliche als auch männliche InterviewpartnerInnen waren willkommen. Weiterhin nicht von Bedeutung für die Teilnahme an der Studie war das Herkunftsland, als auch das Alter der InterviewpartnerInnen.

7.4. Rekrutierung

Die Interviews wurden in einer Oberösterreichischen und einer Wiener Pflegeeinrichtung durchgeführt. Die Verteilung der Anzahl an InterviewteilnehmerInnen unterscheidet sich allerdings zwischen den beiden Institutionen. Durch einen hilfsbereiten Mittelsmann erhielt ich Kontakt zu einer Wiener Gesundheits- und Krankenpflegeinstitution, welche auch über Stationen, spezialisiert auf die Langzeitpflege, verfügt. Über diesen Mittelsmann konnte ich meinen Informationsbrief auf einer Station an die dortigen interessierten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ausgeben. Bestand Interesse an der Teilnahme an einem Interview, so konnten die Pflegepersonen freiwillig und unverbindlich in Kontakt mit mir treten. War der Erstkontakt hergestellt, so wurde ein Termin für das geplante Interview ausgemacht. Zwei Faktoren erleichterten die Rekrutierung, ich durfte einerseits die Interviews in einem gesonderten, ungestörten Raum auf der betreffenden Station durchführen und somit war andererseits der Zugang für meine TeilnehmerInnen erheblich erleichtert, da diese weder ihre Privaträume zur Verfügung stellen mussten noch Anreisezeit

verloren. Ich denke, die Faktoren haben dazu beigetragen, dass sich 11 Pflegepersonen freiwillig für die Interviews zur Verfügung gestellt haben.

7.5. Ethische Bedenken (Informed Consent)

Vor jedem Interview wurde die Einverständniserklärung, welche für diese Studie erstellt wurde, persönlich mit den betreffenden InterviewpartnerInnen Satz für Satz durchgegangen. Alle Details die Studie betreffend wurden erklärt und die GesprächspartnerInnen erhielten genug Informationen, um sich für eine oder gegen eine Teilnahme am Interview zu entscheiden. Es wurde auch das Angebot gemacht, falls es noch offene Fragen die Studie betreffend gäbe, sich an die betreffende Diplomarbeitbetreuerin Frau Doktor Linhart zu wenden. Nachdem die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund genügend Zeit hatten, sich die Einverständniserklärung noch einmal in Ruhe selbst durchzulesen und alle möglichen Fragen beantwortet wurden, entschieden sich alle für eine Teilnahme an der Studie und unterschrieben die Einverständniserklärung.

7.6. Methoden der Datensammlung

Drei Methoden der Datensammlung fanden Anwendung:

- Halbstrukturierte Interviews
- Nicht standardisierte Beobachtungen
- Feldnotizen

7.6.1. Durchführung der halbstandardisierten Interviews

Alle an den Interviews teilnehmenden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund wurden persönlich befragt. Ort der Interviews stellte das Zimmer der Stationsleitung dar. Hier möchte ich besonders erwähnen, dass die Institution mir ermöglichte die Interviews vor Ort durchzuführen, mir einen geeigneten Raum zur Verfügung stellte und zusätzlich erlaubte, dass ihre Mitarbeiter an meinen Interviews während ihrer Dienstzeiten teilnahmen. Ich denke diese Faktoren erhöhten die Bereitschaft unter den Mitarbeitern an der Studie teilzunehmen. Die Interviews fanden ohne die Präsenz einer weiteren Person statt. Die Zeit für die Interviews konnte von den Befragten frei gewählt werden, kreiste mehrheitlich um die Mittagsstunden. Die Mehrheit der Interviews dauerte zwischen 50 und 70

Minuten. Bis auf eine befragte Person, waren alle InterviewpartnerInnen mit der Aufnahme des Gespräches auf ein Tonbandgerät einverstanden.

Alle befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zeigten sich vor den Interviews etwas nervös, aber auch sehr interessiert und geschmeichelt, da sie als Mittelpunkt einer Studie fungieren durften. Die Informationen die vor den Interviews gegeben wurden und die Einverständniserklärung, welche Satz für Satz durchgesprochen wurde, vermittelte den InterviewpartnerInnen Sicherheit und trug zu einer entspannten Gesprächssituation bei. Obwohl die Interviews nicht an privaten Örtlichkeiten stattfanden, sondern im beruflichen Umfeld, versuchten die InterviewpartnerInnen sich gastfreundlich zu zeigen und boten Erfrischungen an.

Vor den Hauptfragen der Interviews wurde die Einverständniserklärung besprochen und anschließend wurden die soziodemografischen Daten erhoben. Zu den erfragten soziodemografischen Daten gehörten das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, die Herkunft, das Jahr der Migration nach Österreich und der Ausbildungsstand der befragten Person.

Jedes Interview wurde anhand eines halbstrukturierten Leitfadens durchgeführt, der vorwiegend offene Fragen zu den Themen Gründe für die Migration, Gefühle in den ersten Arbeitstagen, Teil sein eines multikulturellen Pflorgeteams, Erfahrungen mit Diskriminierung, Probleme und Vorteile durch die Herkunft und subjektive Erfahrungen, enthielt. Die erste Version des Interviewleitfadens kann im Anhang eingesehen werden. Der Interviewleitfaden wurde nach den ersten Interviews verändert, einige Fragen kamen hinzu, andere wurden verworfen auf Basis der Feldnotizen.

Die Mehrheit der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sprach frei, ohne, größere das Gespräch fördernde, Fragen zu brauchen. Es kam zu keinen störenden Unterbrechungen während der Interviews und alle Interviews konnten für beide Parteien, Gesprächsführer und GesprächspartnerIn, zufriedenstellend abgeschlossen werden.

Alle Interviews wurden händisch in einzelne Worddokumente transkribiert. Bei der Niederschrift der Interviews wurden alle personenbezogenen Daten, welche eine Identifizierung der befragten Person ermöglicht hätten, entfernt, sodass die

Anonymität der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nicht gefährdet wurde.

7.6.2. Beobachtungen

Vor, nach und während den Interviews wurde es mir möglich Beobachtungen zu machen.

Die Beobachtungen vor und nach den Interviews beinhalteten den Umgang der Pflegepersonen untereinander, den Umgang der Leitungspersonen mit den Pflegepersonen und den Umgang der PatientInnen mit den Pflegepersonen.

Die Beobachtungen während der Interviews konzentrierten sich natürlich auf jene Pflegeperson mit Migrationshintergrund, auf deren Verhalten, deren Mimik und Gestik.

7.6.3. Feldnotizen

Die Datensammlung wurde durch Feldnotizen ergänzt, welche nach den Interviews und Beobachtungen niedergeschrieben wurden. Einige Gedanken wurden während der Interviews notiert, aber am sinnvollsten war es immer, die Gedanken so schnell wie möglich nach den Interviews festzuhalten. Diese Notizen beinhalteten weitere Reaktionen der InterviewpartnerInnen, neue Ideen, unerwartete Erkenntnisse und Auffälligkeiten während der Interviews. Die Analyse dieser Feldnotizen war für die Analyse der Interviews zusätzlich von großer Bedeutung und konnte so vergessene Details wieder in den Vordergrund rücken.

7.7. Die InterviewteilnehmerInnen

11 Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erklärten sich freiwillig bereit, sich von mir in einem Interview befragen zu lassen. Von den 11 InterviewteilnehmerInnen waren 2 männlich und 9 weiblich. Mit allen 11 Freiwilligen konnte das Interview auch tatsächlich durchgeführt werden, keiner der InterviewpartnerInnen zog seine Einverständniserklärung zurück.

Die jüngste Pflegeperson, welche an der Studie teilnahm, war zum Zeitpunkt des Interviews 37 Jahre alt und die älteste Pflegeperson war zum Zeitpunkt des Interviews 57 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der InterviewteilnehmerInnen betrug 45 Jahre.

Zu den Herkunftsländern der InterviewteilnehmerInnen zählen: Rumänien, Polen, Russland, China, Indien und die Philippinen.

4 der 11 befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sind als Diplomierte Pflegekräfte angestellt und 7 als PflegehelferInnen.

Durchschnittlich kamen die 11 befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund 1990 nach Österreich, bei fast allen TeilnehmerInnen liegt der Zeitpunkt der Migration nach Österreich in den frühen 1990er Jahren.

8. Erkenntnisse

Dieses Kapitel behandelt die Informationen, welche aus den Interviews mit den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gefiltert werden konnten.

Anhand der Aussagen der InterviewpartnerInnen, bezüglich des Prozesses vom multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam, konnte ermittelt werden, dass dieser Prozess sehr stark mit der Situation der Einarbeitung, den persönlichen Charaktereigenschaften und Einstellungen und den Fähigkeiten der Pflegepersonen zusammenhängt. Alle beschriebenen Kategorien können sich fördernd oder hemmend auf die Entwicklung hin zum transkulturellen Pflorgeteam auswirken.

8.1. Die Situation der Einarbeitung

Die Situation der Einarbeitung stellt einen wichtigen prozesshaften Abschnitt zu Beginn jeder neuen Anstellung als Pflegeperson dar. Dieser Prozess umfasst das Kennenlernen des Pflorgeteams und der Pflegebedürftigen, eine Gewöhnung an neue Arbeitsabläufe, Kenntnisse über die Lokalitäten gewinnen und generell ein sich mit der Umgebung vertraut machen. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund haben hier besondere Bedürfnisse und Schwierigkeiten. Wird die Einarbeitung als positiver, fördernder Prozess erlebt, so werden den Pflegepersonen auch der Zugang und die Aufnahme ins bereits bestehende Pflorgeteam erleichtert.

Anhand der Interviews konnten negative und positive Einflussfaktoren herausgefiltert werden, welche beeinflussend auf die Situation der Einarbeitung wirken können.

8.1.1. Folgende Einflussaktoren wirken sich negativ auf die Situation der Einarbeitung aus

Informationsmangel:

Mangelnde Informationen seitens der Leitungspersonen und KollegInnen bezüglich Arbeitsteilung, Arbeitsaufgaben, Lokalitäten führen zu einer Unsicherheit der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. Hier ist noch anzumerken, dass einige der befragten Pflegepersonen ihre Ausbildung im Heimatland absolviert hatten und zu Beginn mit der neuen Klientel in österreichischen Pflegeheimen, welches sich vorwiegend aus alten Menschen zusammensetzt, überfordert waren.

„Ich war total verloren, am ersten Tag, da ist alles neu, vorher war ich in einem ganz kleinen Gebäude und dann das war riesig, ja ich war total verloren.“

„Am Anfang hatte ich überhaupt keine Ahnung, ich war noch so jung, kein Mensch hat mir was gezeigt.“

„Zuhause habe ich auf der Chirurgie gearbeitet, da habe ich die Leute nicht so gesehen, aber hier gibt es Patienten im Rollstuhl und so, da war ein bisschen Angst da, wie das alles machen soll und so. Ich hatte Leute in so einem Zustand noch nie gesehen.“

Verständigungsschwierigkeiten:

Kommunikationsprobleme, beispielsweise mangelndes Sprachwissen, Schwierigkeiten beim Schreiben oder Verständnisprobleme bei der Dialektsprache, seitens der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, der KollegInnen und der Leitungspersonen erschweren die Eingewöhnung. Viele Pflegepersonen haben Angst sich falsch auszudrücken, nicht verstanden zu werden oder selbst nicht verstehen zu können. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, welche noch Probleme mit der Sprache des Berufsfeldes haben, tendieren dazu, sich eher weniger mitzuteilen, da sie befürchten Fehler zu machen. Auch die Schriftsprache setzt zu Beginn unter Druck, da ihnen beispielsweise Schreibfehler vor den anderen KollegInnen und den Vorgesetzten peinlich sind.

„Das erste Problem ist immer die Sprache. Wie kann ich mich unterhalten, wie kann ich meine Gefühle erklären, wenn ich es nicht verstanden habe, das ist schwierig.“

„Die Sprache das war ein Problem mit den Kollegen, einer der hat immer Dialekt geredet.“

„Na die Pflegeplanung die macht man schriftlich, da heißt es dann oft, was hast du geschrieben, das ist nicht richtig, da frage ich oft ‚was soll ich da schreiben‘.“

Rolle der Ausländer:

Leider kann es vorkommen, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund geringere Rechte auf der Station zugesprochen werden, dass sie mindere Tätigkeiten im Vergleich zu den anderen KollegInnen verrichten müssen und somit das Gefühl bekommen, ausgenutzt zu werden. Einige der InterviewpartnerInnen gaben auch an, das Gefühl zu haben weniger Mitspracherecht und Vetorecht auf der Station zu besitzen.

„Weil, wenn du Ausländer bist, hattest du nichts zum sagen, nichts zum sagen, du darfst nur zusehen, sagen darfst du nichts.“

„Ich konnte nicht so gut Deutsch, so wurde mir angeschafft.“

„Die Kollegen waren einfach gehässig, ich sollte immer weiter arbeiten als Ausländerin, die haben mich nur laufen lassen, ohne Pause, die haben mich richtig sekkiert¹, bis es nicht mehr ging. Aber ich habe das überlebt.“

Diskriminierung:

Andersartigkeit erhöht die Gefahr der Diskriminierung der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund vorwiegend durch die Pflegebedürftigen. Diskriminierende Situationen tragen nicht zum Wohlbefinden der Pflegepersonen bei und behindern den Prozess der Einarbeitung.

„Am Anfang hatte eine Patientin schon was gegen mich, sie sagte immer du bist so schwarz. Sie sagte immer, sie hasst schwarz und sie hasst ausländische Pflegepersonen.“

„Eine Patientin lehnt eine Schwester mit schwarzen Haaren ab, dann beißt sie und kratzt, nur zu Blondinen ist sie nett.“

¹ „sekkiert“ ein Dialektwort im Hochdeutschen in etwa mit piesacken, quälen zu übersetzen

Neuheit als Veränderung:

Kommt man neu in ein bereits bestehendes Pflorgeteam hinzu und verfügt man zusätzlich noch über einen Migrationshintergrund, so kann es vorkommen, dass man zu Beginn vermehrt zu arbeiten hat, genauer beobachtet wird und weniger Mitspracherecht besitzt. Kommt eine Pflegeperson neu in ein bereits bestehendes Pflorgeteam hinzu, so hat dies Veränderungen der Teamstruktur zu Folge, welche auch als unangenehm von den KollegInnen empfunden werden können. Veränderungen werden oftmals als einschränkend und negativ empfunden, somit kann es vorkommen, dass Alteingesessene der neu hinzukommenden Person nicht gerade erfreut gesinnt sind. Es kann dann auch in weiterer Folge vorkommen, dass die Fähigkeiten der neuen MitarbeiterIn erst überprüft werden. Eine befragte Pflegeperson erzählte, weil sie neu auf einer Station und jung war, und noch dazu eine Ausländerin musste sie mehr leisten.

„Wenn du neu bist, bist du nichts.“

Diese Faktoren haben aber nicht nur negative Auswirkungen auf die Situation der Einarbeitung, sondern haben auch nachteilige Auswirkungen auf zahlreiche weitere Aspekte der Zusammenarbeit in einem multikulturellen Pflorgeteam.

Neben den negativen Einflussfaktoren konnten durch die Gespräche mit den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auch Aspekte heraus gefiltert werden, welche sich positiv und fördernd auf die Situation der Einarbeitung auswirken. Das Aufdecken dieser positiven Einflussfaktoren lässt vermuten, dass gezielt in diesem Bereich angesetzt werden kann, um die Einarbeitung für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund als gewinnbringend zu gestalten.

8.1.2. Folgende Einflussfaktoren wirken sich positiv auf die Situation der Einarbeitung aus

Die positiven Einflussfaktoren stehen in einem engen Zusammenhang mit der Teamfähigkeit der einzelnen MitarbeiterInnen einer Station. Neben persönlichen Fähigkeiten, wie Vorwissen, wird auch die Personalzusammensetzung des

Teams von den befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund als für die Einarbeitung förderlich erwähnt.

Anwesenheit mehrerer Pflegepersonen mit Migrationshintergrund:

Weitere Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erleichtern neuen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die Einarbeitung, weil sie ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln und sich als hilfsbereit gegenüber den Neuen zeigen. Das Gefühl der Fremdheit gegenüber den anderen KollegInnen wird somit nicht so stark empfunden, wenn weitere KollegInnen mit Migrationshintergrund im Pflorgeteam anwesend sind.

„Hier fühle ich mich gut, weil es sind ja so viele andere aus anderen Ländern auch da, ich habe keine Probleme, weil es sind ja so viele Ausländer hier.“

„Die Arbeit wird leichter mit Kollegen in der gleichen Situation, ja weil wir können über dasselbe reden, wer welche Gefühle hat, wir können uns austauschen über die Probleme, die wir hatten und wenn wir freihatten, dann sind wir alle zusammen unterwegs gewesen.“

Fähigkeit zu sprechen:

Verbessertes Sprachwissen erleichtert die Kommunikation und die Zusammenarbeit. Viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund fühlen sich vorwiegend zu Beginn ihrer Berufstätigkeit unsicher, da sie Schwierigkeiten haben sich auszudrücken und somit Angst empfinden nicht verstanden zu werden und nicht selbst nicht verstehen zu können. Einerseits empfanden die befragten Pflegepersonen die absolvierten Sprachkurse als hilfreich, jedoch nicht praxisbezogen genug und andererseits gaben sie an, erst durch die eigentliche Berufstätigkeit an Sicherheit im Umgang mit der Sprache gewonnen zu haben.

„Nach einiger Zeit da war ich dann gut angestellt und dann konnte ich auch schon mit allen reden, auch mit Österreichern.“

„Als ich dann schon etwas mehr Deutsch konnte, da ging es dann besser.“

„Ich habe das mit der Übung gelernt, ja Übung macht den Meister.“

„Man lernt bei der Kommunikation.“

Kollegialität:

Hilfe durch andere KollegInnen des Pflorgeteams erleichtert den neuen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund auf der Station die Einarbeitung und trägt dazu bei, dass sich diese schneller eingewöhnen können. Diese Hilfestellungen reichen von Nachhilfe was das Sprechen oder das Schreiben betrifft bis hin zu Erleichterungen der pflegerischen Tätigkeiten, indem die Tätigkeiten immer paarweise, sprich im Teamwork, verrichtet werden, um so sicher zu stellen, dass die neuen Mitarbeiter die Arbeitsabläufe auf der Station kennenlernen können.

„Meine österreichischen Kollegen brachten mir Dialekt bei, die meinten immer jeden Tag ein Satz Dialekt und in einem Jahr sprichst du perfekt, ja das hat mir geholfen.“

„Wenn man etwas nicht verstanden hat, dann wird gleich gefragt und dann wird es noch einmal erklärt.“

„Wir machen es immer zu zweit, immer mit einer Person, die besser Deutsch kann, na ich bekomme eben Hilfe, weil alleine darf ich nicht.“

„Wenn man ein Wort falsch geschrieben hat, dann wird es einem erklärt.“

Landeskunde:

Vorwissen über Österreich und die pflegerische Situation hier erleichtert den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die Situation der Einarbeitung. Auch wenn das Vorwissen, welches sich die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund vor ihrer Einreise nach Österreich aneignen konnten, meisten aus etwas älteren Filmen, wie „Sissi“ oder „Sound of Music“, stammt, und somit viele Dinge sich seit diesen Verfilmungen verändert haben, so halfen ihnen die gewonnenen Eindrücke doch über einen ersten Kulturschock hinweg. Alle befragten Pflegepersonen, welche angaben, einen der oben genannten Filme vor ihrer Ankunft angesehen zu haben, meinten jedoch, dass die Realität dann doch ganz anders und weniger romantisch war. Wichtig ist hier zu erwähnen, dass die Mehrheit der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund selbst aus Ländern stammt, in denen Pflegeheime noch eine Ausnahme darstellen und die Betreuung von älteren Menschen eine Aufgabe der Familie darstellt. Für diese Pflegepersonen war es sehr ungewohnt, hier hauptsächlich ältere Menschen zu betreuen.

„Ich habe meine Schwester, sie hat schon in Österreich gelebt und gearbeitet gefragt, wie es dort ist und sie hat erzählt, wenn du Sound of Music gesehen hast, das ist so.“

„Meine Schwester erzählte mir, dass man hier im Pflegebereich arbeitet, wo man mehr ältere Menschen betreut.“

„Wir haben diesen Film von der Prinzessin Sissi gesehen, das fanden wir sehr schön, ja der hat uns gut gefallen, es war sehr romantisch und so, aber eine wirkliche Ahnung von dem Land bekamen wir nicht.“

„Naja mir wurde schon von anderen von Österreich erzählt und ich wusste, dass es sich um ein Pflegeheim handelt, also, dass ich mit alten Leute arbeiten werden und dass die Arbeit eben nicht so war, wie zuhause.“

Routiniertheit:

Eine gewisse Routine bei der Arbeit erleichtert den neu auf einer Station beginnenden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die Einarbeitung und trägt zu deren persönlicher Eingewöhnung bei. Routinierte Arbeitsabläufe lassen die befragten Pflegepersonen Sicherheit im Umgang mit den Pflegebedürftigen und KollegInnen gewinnen. Ähnliche Tages- und Pflegeabläufe lassen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund schneller an Selbstsicherheit gewinnen.

„Im Krankenhaus da ist es anders, als in der Langzeitpflege. Hier hat man immer den gleichen Pflegeplan und alles, man weiß so ungefähr was passiert, aber im Krankenhaus da gibt es Aufnahmen und Entlassungen, da ist es anders.“

„Es hat nur ein bisschen gedauert und ich wusste die Routine, in den ersten Tagen da schaut man sich alles an, man sich eh nicht alles merken, aber man hat eine Idee und dann geht's schon, dann war das kein Problem mehr für mich.“

Vorurteilsfreie Aufnahme im Team:

Anerkennung und Toleranz gegenüber der Herkunft von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund vonseiten der anderen ArbeitskollegInnen erleichtert die Einarbeitung. Fühlen sich Pflegepersonen mit Migrationshintergrund toleriert und wertgeschätzt, auch was ihre Ausbildung betrifft, so können sie sich schneller im Pflegeteam eingewöhnen. Diese Anerkennung und Toleranz äußert sich auch in einer erhöhten Geduld der anderen Pflegepersonen gegenüber jenen mit

Migrationshintergrund, vor allem die Sprach- und Lernfähigkeit betreffend. Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund äußerten den Wunsch, mehr Geduld von Seiten der KollegInnen und der Leitungspersonen zu erfahren, was ihre Lernfähigkeit betrifft. Speziell die Sprache betreffend merkten einige an, dass es sehr schön wäre, wenn die Mühe, die sie sich machten, auch geschätzt werden würde und dass die anderen KollegInnen verstehen lernen sollten, dass diese Kommunikationsfähigkeit immer ihre gewissen Grenzen haben wird.

„Vielleicht spreche ich nicht hundertprozentig korrekt, aber ich gebe mir Mühe, man kann sich Mühe geben und wenn man sich Mühe gibt, dann ist das schon mal etwas wert, man kann es nie hundertprozentig können, das kann keiner, da kann man noch so studiert sein.“

„Alleine die Sprache, ich muss das auswendig lernen, weil die², die haben diese Grundlagen schon von der Sprache, weil wir, wir müssen uns noch mehr bemühen, uns noch mehr Zeit nehmen und so, das ist schon schwer, das ist eine Behinderung kann man sagen.“

„Ich kann mich bemühen, aber trotzdem kann ich nie so perfekt werden, wie die anderen, das ist einfach so.“

Vertrauensbasis:

Kann die Leitungsperson eine Basis des Vertrauens im Pflorgeteam schaffen, so erleichtert das die Eingewöhnung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. Die befragten Pflegepersonen gaben an, dass ihrer Meinung nach Vertrauen durch gegenseitige Anerkennung entstehe und dadurch, dass keine Unterschiede im Team gemacht werden.

„Natürlich ist unsere Stationsleitung sehr gut, man hat Vertrauen, es gibt keine Unterschiede, und das hat natürlich eine Bedeutung.“

Neben der Einarbeitung als wesentlicher Aspekt für die Teamentwicklung, konnten durch die Interviews auch persönliche Charaktereigenschaften und Einstellungen aufgedeckt werden, welche von den Befragten als entscheidend für diese Entwicklung erwähnt wurden. Wird die Einarbeitung positiv von den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erlebt, so erleichtert ihnen das die

² Gemeint sind hier die österreichischen KollegInnen ohne Migrationshintergrund

Aufnahme im Pflorgeteam. Die Persönlichkeit der einzelnen Teammitglieder wirkt sich einerseits auf die Einarbeitung aus und andererseits auf die Teamentwicklung.

8.2. Persönliche Charaktereigenschaften und Einstellungen

Die Entwicklung eines multikulturellen Pflorgeteams hin zu einem transkulturellen hängt, laut den Inhalten der Interviews, stark von der Persönlichkeit jedes einzelnen des Pflorgeteams ab und somit das Vorhandensein bestimmter Charaktereigenschaften und Einstellungen der Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund essentiell diese Entwicklung beeinflussen können, in dienlicher, als auch in hindernder Weise.

Zuerst werden allgemeine Charaktereigenschaften und Einstellungen beschrieben, welche sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirken und über welche alle Mitglieder des Pflorgeteams verfügen sollten. Dem folgend werden dann spezifische Eigenschaften und Einstellungen beschrieben, über welche Pflegepersonen mit Migrationshintergrund verfügen. Schlussendlich findet die Rolle einer negativen Einstellung der Pflegebedürftigen gegenüber den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund Erwähnung.

8.2.1. Folgende Charaktereigenschaften und Einstellungen zeigten sich dienlich für den Prozess der Eingewöhnung

Über die hier folgenden Charaktereigenschaften und Einstellungen sollten alle Mitglieder eines multikulturellen Pflorgeteams verfügen, sowohl Pflegepersonen mit als auch ohne Migrationshintergrund. Laut den Aussagen der Interviews zeigten sich diese Eigenschaften und Einstellungen als förderlich für die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft. Verfügen Pflegepersonen über diese genannten Eigenschaften und Einstellungen kann eine Entwicklung vom multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam leichter vonstattengehen.

Geduld:

Verfügen Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund über ausreichend Geduld, so können zahlreiche Konflikte verhindert oder gelöst werden. Diese Geduld äußert sich beispielsweise in der Bereitschaft der KollegInnen ohne Migrationshintergrund weitere Erklärungen zu liefern, wenn die anfänglichen nicht ausgereicht haben. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erkennen diese Geduld darin, dass sie stets die Möglichkeit haben nachzufragen, ohne mit unangenehmen Blicken oder Bemerkungen gestraft zu werden. Geduld kann aufgrund der Aussagen der InterviewpartnerInnen als vertrauenserweckend identifiziert werden, da jedem Teammitglied ausreichend Zeit zugestanden wird und genügend Verständnis für persönliche Limitationen entgegen gebracht wird.

„Ja bei uns versteht jeder jeden und wenn man etwas nicht verstanden hat, dann wird gleich nachgefragt und dann wird einem das noch einmal erklärt, so ist das immer bei uns.“

„Manchmal hatte ich Angst, dass ich etwas nicht mitkriege, aber Gott die Dank haben mir die Kollegen immer geholfen, wenn ich etwas nicht verstanden habe, dann wurde mir das noch einmal erklärt.“

Hilfsbereitschaft:

Alle Mitglieder eines Pflorgeteams, egal welchen Ursprungs, sollten über ein gewisses Maß an Hilfsbereitschaft verfügen. Zeigen sich Pflegepersonen hilfsbereit gegenüber ihren KollegInnen, fördert dies das Zusammengehörigkeitsgefühl und es vermittelt das Wissen als Team zu bestehen. Generell ist die Hilfsbereitschaft eine notwendige Eigenschaft, über welche Pflegepersonen verfügen sollten, diese sollten sie jedoch nicht nur den Pflegebedürftigen entgegen bringen, sondern auch ihren KollegInnen. Die Hilfsbereitschaft von KollegInnen untereinander erhöht auch die Teamfähigkeit.

„Die Kollegen, auch die österreichischen, die helfen auch, die sind auch hilfsbereit, das merkt man, das hilft.“

„Wir sind hilfsbereit und bei uns zuhause, da ist man immer eng mit seiner Familie zusammen und das hilft hier, die Kollegen werden zu der Familie die man hier im Haus hat.“

Toleranz:

Arbeiten mehrere Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft in einem Team zusammen, so ist es unabdingbar, dass diese über ausreichend Toleranz verfügen. Diese Toleranz muss gegenüber anderen Sprech- und Denkweisen, anderen Überzeugen und anderem Aussehen vorhanden sein. Ein hohes Maß an Toleranz in einem multikulturellen Pflege team ermöglicht einen wertschätzenden Umgang untereinander und ist eine Voraussetzung für die Entwicklung eines transkulturellen Pflege teams.

„Wir respektieren einander, respektieren Religionsverschiedenheit, andere Kulturen, wir verstehen einander gut.“

8.2.2. Folgende Charakterzüge und Einstellungen können speziell Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die Zusammenarbeit im Team und den Pflegealltag erleichtern

Die folgenden Eigenschaften und Einstellungen sind Ergebnisse der Analysen der Interviews. Anzumerken ist, dass hier immer nur die Sichtweise der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund wiedergegeben werden kann. Diese Eigenschaften und Einstellungen beschränken sich allerdings sicherlich nicht nur auf diese Personengruppe und sollen somit den anderen Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund nicht abgesprochen werden.

Belastbarkeit:

Im Pflegeberuf ist eine emotionale und physische Belastbarkeit essentiell. Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gaben an, sich persönlich als belastbarer zu sehen. Diese vermehrte Belastbarkeit könnte in erlebten Ungleichheiten und dem Überwinden anderer Hürden wurzeln. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können neben den alltäglichen Belastungen, die mit einer körperlich und seelisch anstrengenden Tätigkeit einhergehen, noch weiteren Belastungen, wie beispielsweise Diskriminierungen oder Ungerechtigkeiten ausgesetzt sein. Die meisten befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund haben sich aufgrund dieser Mehrbelastung eine sozusagen dickere Haut zugelegt und reagieren auf viele, meiner Meinung nach, pikante Situationen äußerst gelassen.

„Da sind noch immer Sticheleien, aber ich nehme sie nicht mehr unbedingt wahr, zumindest belasten sie mich nicht mehr so. Manchmal kommt es mir auch so vor, dass die Österreicher weniger belastbar sind, das soll keine Wertung sein.“

„In diesem Beruf ist man physisch und körperlich jeden Tag betroffen, das ist eine Frage der Belastbarkeit, man muss so was haben, sonst schafft man es nicht.“

Selbstständigkeit:

Diese Eigenschaft entwickeln Pflegepersonen mit Migrationshintergrund anscheinend sehr schnell, da diese unabdingbar für ihr Vorankommen ist. Viele der befragten Pflegepersonen stammen aus Ländern, in denen der Rückhalt der Familie großgeschrieben wird. Sie verlassen dann ihre bekannten Kreise und sehen sich in einem neuen Land vollkommen auf sich allein gestellt und entwickeln dementsprechend schnell ein hohes Maß an Selbstständigkeit. In den Interviews konnte ich heraushören, dass sie über diese Eigenschaft sehr stolz sind. Sie betonten immer wieder, dass sie froh sind, diese Entwicklungen durchgegangen zu sein und diese allein gemeistert zu haben, ohne Hilfe ihrer Familien, obwohl sie diesen familiären Rückhalt auch immer wieder vermissen. Selbstständigkeit ist natürlich neben dem persönlichen Nutzen auch noch sehr nützlich für den pflegerischen Berufsalltag, eine Pflegeperson sollte immer in der Lage sein, im Notfall selbstständig arbeiten zu können.

„Dann bist du dort, alleine und dann musst du, dann hast du diese Kraft, dass du auf eigenen Beinen stehst.“

„Ich habe gelernt, das ist mein Vorteil, ich bin selbstständiger geworden. Bei uns ist man abhängiger von den Eltern, aber nein ich bin nicht abhängig, ich mache alles alleine, alles selbstständig, ja hier habe ich das alles gelernt.“

Respekt:

Viele der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erzählten in den Interviews, dass bei ihrer Erziehung besonderer Wert auf die Bedeutung von Respekt gegenüber anderen und vor allem gegenüber älteren Mitbürgern gelegt wurde. Diese Eigenschaft hilft ihnen natürlich in der Zusammenarbeit mit anderen KollegInnen und im Umgang mit den Pflegebedürftigen. Zentrum jedes pflegerischen Wirkens stellt der pflegebedürftige Mensch dar, und somit ist für

jede Pflegeperson der respektvolle Umgang mit dem Pflegebedürftigen eine Grundvoraussetzung. Ein respektvoller Umgang untereinander im Team und mit den Pflegebedürftigen vermittelt Wertschätzung und Anerkennung.

„Man muss immer Respekt haben, besonders vor den Alten und ich glaube die alten Menschen merken das, ich habe keine Probleme, das macht die Arbeit leichter. Respekt ist gut, da schafft eine Beziehung und Vertrauen.“

„Jeder hat seine eigene Kultur und ich muss immer die Kultur der anderen, der Bewohner respektieren.“

Flexibilität:

Jede Pflegeperson sollte über ausreichend Flexibilität verfügen, um den Wünschen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden und um mit den beruflichen Veränderungen umgehen zu können. Die Entwicklungen im Bereich des Pflegesektors scheinen erst ihren Höhepunkt zu erreichen, somit müssen Pflegepersonen immer flexibel bleiben um sich Neuerungen anpassen zu können. Außerdem verfügt dieser Sektor über einen hohen Personalbedarf, der nicht nur durch einheimische Personen gedeckt werden kann. Somit werden im Pflegebereich immer mehrere Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft tätig sein, auch diese Tatsache verlangt den bereits tätigen Pflegepersonen ein gewisses Maß an Flexibilität ab. Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sehen sich durchwegs als sehr flexibel an, eine Eigenschaft, die man vermutlich auf deren persönliche Entwicklungen und Erfahrungen, die Migration betreffend, zurückführen kann. Ein Mensch, der seine gewohnte Umgebung verlässt, muss flexibel sein um in seiner neuen, vielleicht völlig unbekanntem Umgebung bestehen zu können. Ist man flexibel, so machen einem Veränderungen nicht so zu schaffen und man kann Neues leichter akzeptieren, eine Tatsache die für die Zusammenarbeit in einem transkulturellen Pflegeteam sicher von Belang ist.

„Hier ist eine ganz andere Kultur, aber ich habe trotzdem Freundschaften mit Österreichern, das ist weil ich flexibel bin, ich habe damit kein Problem.“

Zurückhaltung:

Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zeigen sich durchwegs sehr zurückhaltend, was Kritik und Tadel gegenüber KollegInnen und

Pflegebedürftigen betrifft. Obwohl meiner Meinung nach, beispielsweise gewisse diskriminierende Situationen, über welche in den Interviews gesprochen wurde, eine eher extrovertierte Reaktion seitens der Pflegepersonen verlangt hätte, als eine zurückhaltende. Aus den Gesprächen konnte ich in Erfahrung bringen, dass sich die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund vorwiegend deshalb in Zurückhaltung üben, um Konflikte und Streitigkeiten zu umgehen. Einerseits zeigt sich, meiner Meinung nach, die Eigenschaft der Zurückhaltung als fördernd für die Zusammenarbeit, jedoch sollten auch Pflegepersonen mit Migrationshintergrund immer das Gefühl haben, sagen zu dürfen, wenn sie etwas verletzt oder etwas nicht ihren Wünschen entspricht.

„Ich habe nie jemanden etwas gesagt, ich war froh, dass ich einen Arbeitsplatz hatte.“

„Wir können ja sowieso nicht streiten, das bringt sowieso nichts.“

Humor:

In einem Beruf, in dem belastende und bedrückende Ereignisse häufiger vorkommen, ist es sicher für die emotionale Stabilität einer Pflegeperson von Nutzen, wenn diese über ausreichend Humor verfügt. Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gaben in den Gesprächen an, dass sie es sehr schätzen, wenn in einem Team ein humorvoller Umgang herrscht. Generell sehen sie im Humor eine Erleichterung des beruflichen Alltags.

„Ich denke die Arbeit ist schwer und Spaß gehört dazu, das erleichtert die Zusammenarbeit.“

Natürlich ist ebenfalls von Vorteil, wenn Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund über die oben erwähnten Charakterzüge, wie Humor, Respekt oder Flexibilität verfügen. Und ich möchte hier keineswegs solchen Pflegepersonen die oben genannten Eigenschaften absprechen, es zeigte sich nur in den Interviews, welche Charakterzüge sich speziell bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zeigen und welchen Einfluss diese auf die Zusammenarbeit im Team haben können. Es gibt jedoch auch für diese Gruppe spezielle Eigenschaften, welche die Zusammenarbeit in einem multikulturellen Team erleichtern können und fördernd auf die Entwicklung eines transkulturellen Teams Einfluss haben können.

8.2.3. Folgende Einstellung seitens der Pflegebedürftigen gegenüber Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erschwert die Zusammenarbeit

Bisher wurde die Rolle der Pflegebedürftigen ausgeklammert. In den Interviews wurde allerdings die Beziehung zu den Pflegebedürftigen thematisiert und somit soll hier ein wichtiger Punkt noch abgehandelt werden.

Fremdenfeindlichkeit:

Laut den Aussagen der InterviewpartnerInnen zeigen sich die Pflegebedürftigen ihnen gegenüber oftmals fremdenfeindlich, dies äußert sich dann in diskriminierenden Aussagen oder Taten. Auffallend an den Aussagen ist, dass Andersartigkeit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zur vermehrten Diskriminierung durch die Pflegebedürftigen führt. Dieses Phänomen wurde von allen InterviewpartnerInnen aufgegriffen, es scheint ihnen von äußerster Wichtigkeit zu sein. Im Bezug auf die Erfahrungen der GesprächspartnerInnen bezieht sich die Andersartigkeit hier vorwiegend auf das äußere Erscheinungsbild der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund und hier wiederum genauer auf die Haar- und Hautfarbe, wobei hier vor allem dunklere Farben als fremd eingestuft werden. Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund haben die Erfahrung gemacht, aufgrund ihres exotischen Erscheinungsbildes, Opfer von Diskriminierung durch die Pflegebedürftigen zu werden. Diese Diskriminierung kann sich in beleidigenden Äußerungen, offener Ablehnung, Verweigerung Pflege anzunehmen oder Misstrauen der Pflegebedürftigen zeigen.

„Am Anfang hatte eine Patientin schon was gegen mich, sie sagte immer du bist so schwarz. Sie sagte immer, sie hasst schwarz und sie hasst ausländische Pflegepersonen.“

„Na manche Patienten die mögen schwarze Haare nicht, eine sagt ‚ich mag die Schwarze nicht‘, ja ich bin eh Afrikanerin (lacht)³, ja wir haben eine Patientin jetzt, die sagt, sie mag nur Blondinen, wenn eine Blondine zu ihr kommt, dann geht alles bei ihr.“

„Bei einem mit brauner Haut, denken die (Pflegebedürftigen, Anm.d. Autorin), der wäscht sich nicht, oder so.“

³ Gesprächsperson stammt allerdings aus Asien

„Eine Patientin lehnt eine Schwester mit schwarzen Haaren ab, dann beißt sie und kratzt, nur so Blondes ist sie nett.“

„Die Patienten sind schon misstrauisch, die schauen einem schon sehr genau an.“

„Es gibt einfach welche, die sind gegen Ausländer. Ich hatte einmal Nachtdienst und da ist ein Patient auf mich losgegangen und hat mit mir geschrien ‚ihr Ausländer seiet nach Österreich gekommen, weil in eurem Heimatland wäret ihr sonst verhungert‘

Reaktion des Arbeitsumfeldes auf die Fremdenfeindlichkeit:

Hier ist anzumerken, dass jene Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, welche nicht über ein, für die Pflegebedürftigen, fremdartiges Äußeres verfügen, ebenfalls spüren, dass es einen Unterschied macht, woher man stammt und sie ebenfalls Zeugen zahlreicher Diskriminierungen anderer KollegInnen mit fremdartigerem Äußeren geworden sind und dies sehr bedauern.

„Also das war schon so, dass die Patienten anders auf mich geschaut haben als Osteuropäerin, als zum Beispiel auf jemanden aus Asien. Einmal da war ich mit einer Kollegin bei einer Patientin und die Kollegin hatte eben dunkle Haare und sie erklärte der Patientin alles, aber die Patientin meinte dann zu mir, kannst du mir das erklären, ich habe das nicht verstanden und ich habe ihr dann das gleiche noch einmal gesagt und mich hat sie verstanden.“

„Naja es macht einen Unterschied, ob du aus Europa kommst oder aus Asien, das ist einfach ein Unterschied.“

Die InterviewpartnerInnen gaben an, dass die ArbeitskollegInnen und die Leitungspersonen, die Fremdenfeindlichkeit und die damit einhergehenden Diskriminierungen zwar bedauern, aber auch nicht aktiv dagegen vorgehen. Von allen Seiten wird argumentiert, dass die Pflegebedürftigen, welche sich fremdenfeindlich äußerten oder tätig zeigten, schon zu alt und zu krank seien, um sich der Konsequenzen ihres Verhaltens bewusst zu sein und man sie deshalb nicht zur Rechenschaft ziehen könne.

Strategien der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund mit dieser Fremdenfeindlichkeit umzugehen:

Zu den häufigsten genannten Reaktionen seitens der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zählt das Verschweigen des Problems. Sie versuchen solche Zwischenfälle zu vergessen oder zu ignorieren, mit der Anmerkung, dass ein Streit auch nicht weiterhelfen würde. Viele versuchen auch, solche Diskriminierungen zu entschuldigen und als weniger gewichtig abzutun, indem sie auf das Alter, das Gebrechen oder den psychischen Zustand der Pflegebedürftigen verweisen, von welchen sie Diskriminierung erfahren hätten. Somit sehen sie das Alter und das körperliche als auch geistige Gebrechen der Pflegebedürftigen als eine Entschuldigung, quasi als ein Freifahrtsticket für Diskriminierung.

„Es kommt vor, dass die etwas zu uns sagen, aber wir sagen nichts zurück. Wir wissen das schon, aber die sind schon verwirrt, das darf man nicht ernst nehmen.“

„Na für die alten Leute ist das alles neu, die haben Angst, na und die haben Schmerzen und psychische Probleme, da ist das ganz normal.“

„Na so weit ich mich erinnern kann, habe ich das immer akzeptiert, das sind alte Leute, wäre nicht das Alter an sich, dann wäre es anders, aber hier versteht man das schon, wenn die aggressiv sind, man muss sie verstehen, die machen das nicht absichtlich, die haben Schmerzen, sind krank oder zu alt.“

Nur wenige Pflegepersonen mit Migrationshintergrund suchen den Dialog mit den Pflegebedürftigen und nur eine befragte Person erzählte, dass sie versuchte eine diskriminierende Äußerung mit einem wörtlichen Kontra zu entschärfen und auf die Diskriminierung mit Humor reagierte.

„Sie sagte sie hasst schwarze Haare und dann sagte ich, dann muss ich meine Haare eben färben, blond und dann fing sie zu lachen an.“

8.3. Hilfreiche Fähigkeiten für die Zusammenarbeit

Die hier beschriebenen Fähigkeiten beruhen auf den Aussagen der InterviewpartnerInnen und sind für die Entwicklung eines multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam als fördernd beschrieben worden. In den Interviews zeigte sich, dass es für die Zusammenarbeit in einem multikulturellen Pflorgeteam sinnvoll ist, über bestimmte Fähigkeiten zu verfügen, das gilt zum einen für die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund und zum anderen für deren KollegInnen, aber auch für die Leitungspersonen.

8.3.1. Fähigkeiten, die von allen Teammitgliedern beherrscht werden sollten

Bereitschaft zur Kommunikation:

Über diese Fähigkeit sollten sowohl Pflegepersonen mit als auch ohne Migrationshintergrund, wie auch die Leitungspersonen verfügen, denn in fast jedem Interview wurde angemerkt, dass Kommunikation der Schlüssel zur Lösung aller Konflikte sei. Die Bereitschaft, einen Teamkollegen erzählen zu lassen, was dieser als wichtig erachtet, ihm aufmerksam zuzuhören und darauf zu reagieren, ist die Basis für eine gelungene Kommunikation. Wird die Bereitschaft oder das Bedürfnis zu kommunizieren unterdrückt, so kann es zu Konflikten in der Teamzusammenarbeit und zu Problemen die pflegerischen Tätigkeiten betreffend kommen.

„Es ist besser, wenn man merkt, da ist ein Konflikt, dass man gleich darüber redet.“

„Ich versuche immer direkt alles anzusprechen, damit Vertraulichkeit entstehen kann.“

Anerkennung:

Die Mehrheit der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gab an, dass Anerkennung ihres Wissens, ihrer Erfahrungen, ihres Könnens, ihrer Kultur durch die anderen KollegInnen ein Gefühl der Wertschätzung vermittele und sich somit positiv auf die Zusammenarbeit im Team auswirken kann. Natürlich sollte eine Anerkennung der oben erwähnten Dinge von beiden Seiten praktiziert werden, sodass ein wertschöpfender Umgang untereinander entstehen kann.

Anerkennung seitens der KollegInnen, ermöglicht auch den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sich als Individuum wahrgenommen zu fühlen.

„Die haben mich wirklich akzeptiert, ich habe mich so gut gefühlt, die sind alle so lieb zu mir, die mich als Mensch behandelt.“

Verständnis:

In einem Beruf, welcher sich mit Menschen befasst, sollte man immer Verständnis gegenüber den Eigenheiten des Einzelnen und den Unterschieden zwischen Menschen haben. Ein gewisses Maß an Verständnis, ermöglicht es einem sein Spektrum an Einstellungen zu erweitern und hinter die Fassade eines Menschen zu blicken. Alle diese Dinge können nur als förderlich für die Zusammenarbeit mehrerer Menschen unterschiedlichen kulturellen Ursprungs betrachtet werden. Da im Pflegealltag multikulturelle Teams vorherrschen, ist es unabdingbar, dass jedes Teammitglied über ausreichend Verständnis verfügt. Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund sollten immer ein gewisses Maß an Verständnis gegenüber den Grenzen der Fähigkeiten von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aufweisen, speziell die Sprache und andere Sichtweisen betreffend, bedingt durch die unterschiedliche kulturelle Herkunft.

8.3.2. Fähigkeit über welche speziell Pflegepersonen mit Migrationshintergrund verfügen sollten

Das Beherrschen der gesprochenen und geschriebenen Sprache:

Die Thematik der Sprache hat im Erkenntniskapitel schon einige Male Erwähnung gefunden, da die InterviewpartnerInnen dies vermehrt ansprachen und es als ihr zentralstes und erstes Problem in der Zusammenarbeit beschrieben haben. Zu sprechen und zu schreiben zählen zu den Fähigkeiten, auf welche die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund Einfluss haben und welche von großer Bedeutung für den Pflegeberuf sind, und werden hier deshalb erneut thematisiert. Aufgrund der zahlreichen Erwähnungen dieses großen Themenschwerpunkts durch die Befragten, kann man erkennen, dass es nicht nur den Vorgesetzten und muttersprachlichen Pflegepersonen wichtig ist, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ausreichend Deutsch sprechen und

verstehen können, es liegt ihnen selbst ebenfalls am Herzen. Alle befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sind sich der Wichtigkeit des Beherrschens der gesprochenen und geschriebenen Sprache bewusst und versuchen ihr Möglichstes ihre Mängel zu beseitigen.

„Sprache ist wichtig und das war mein erstes Problem, weil ich habe nicht alles verstanden, wirklich nicht.“

Probleme bei der gesprochenen Sprache kreisen vorwiegend um Mängel bei Wortschatz, Grammatik und Verständigungsschwierigkeiten. Bis auf eine befragte Person gaben alle befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund an, in speziellen Sprachkursen Hochdeutsch gelernt zu haben. Allgemein wurden diese Kurse als sehr angenehm empfunden, zeigten jedoch in der Realität der Arbeitswelt dann geringere Wirkung. Die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sahen sich vor allem in der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und ArbeitskollegInnen mit Problem konfrontiert, den jeweiligen österreichischen Dialekt nicht verstehen zu können.

„Hier (gemeint ist das Arbeitsumfeld Anm.: d. Autorin) muss man dann fast von neu anfangen, kann man sagen, weil die Sprache haben wir zwar gelernt, aber wir haben Hochdeutsch gelernt. Und dann am Anfang wenn die sagen ‚zwa‘ dann kapieren wir nicht, was sie meinen.“

„Die Kollegen haben im Dialekt geredet und ich habe sie überhaupt nicht verstanden. Sie sagten ‚drah di umi‘ und so, ich hatte solche Ausdrücke noch nie gehört, ich verstand sie auch nicht.“

„Die Sprache das war ein Problem mit den Kollegen, einer der hat immer Dialekt geredet.“

Während der Interviews erzählten viele der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, sie hätten Schwierigkeiten mit der Pflegedokumentation und dem Schreiben der Pflegeplanungen. Als Gründe für ihre Schreibprobleme gaben sie an, nicht zu wissen wie man etwas richtig formulieren soll und das Fehlen geeigneter Wörter. Alle InterviewpartnerInnen, welche sich zu diesem Thema geäußert haben, gaben an das Schreiben als sehr unangenehm zu empfinden, als eine Tätigkeit, die Gefühle der Peinlichkeit bei ihnen auslösen kann, wenn andere KollegInnen Schreibfehler bemerken.

„Das Schreiben, ich hasse das, ich hasse das bis heute.“

„Na sicher hatte ich Probleme, ich habe ja nicht gewusst, was das mit dem Schreiben ist.“

„So Kleinigkeiten kann ich schon schreiben, aber manchmal bei der Pflegeplanung und so, muss man fragen, es ist ein bisschen peinlich, wenn jemand das liest und man hat sich verschrieben.“

„Ja also einen Satz zu machen ist schwer, ich könnte es schon, aber ich glaube immer, dass es falsch ist.“

Verwendung von verschiedenen Taktiken zur Verbesserung der Sprachfähigkeiten:

Die Analyse der Interviews zeigte, dass die Mehrheit der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund verschiedenste Taktiken anwenden, um ihre Fähigkeiten bezüglich der gesprochenen und geschriebenen Sprache zu verbessern. Diese Taktiken setzten sich einerseits aus einer Stärkung der eigenen Ressourcen, indem beispielweise Kurse besucht werden, und andererseits aus dem Nutzen der auf der Station vorhandenen Ressourcen, indem KollegInnen um Rat gebeten werden, zusammen.

- Absolvierung eines Sprachkurses: Bis auf eine befragte Pflegeperson haben alle einen Sprachkurs in verschiedenen Einrichtungen absolviert.
- Übung macht den Meister: Die Mehrheit der Befragten gab an, vor allem durch die Kommunikation selbst am meisten gelernt zu haben, diese Kommunikation fand dann aber eben erst im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit statt.

„Ich habe das mit der Übung gelernt, ja Übung macht den Meister.“

- ArbeitskollegInnen und PatientInnen als Nachhilfelehrer: Zahlreiche Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erzählten in den Interviews Nachhilfe, was das Sprechen und das Schreiben angeht, von den KollegInnen und den Pflegebedürftigen bekommen zu haben. Auf diese Art und Weise hätten sie ihr Sprachwissen erweitert und seien sicherer im Umgang mit der neuen Sprache geworden.

„Ich habe durch die alten Leute Deutsch gelernt, weil die haben mich immer korrigiert.“

„Ich habe von den Patienten gelernt, die meinten immer, das ist richtig, das ist im Heute, das in der Vergangenheit, das habe ich immer vertauscht, durch das Reden mit den Patienten habe ich gelernt.“

„Meine österreichischen Kollegen brachten mir Dialekt bei, die meinten immer jeden Tag ein Satz Dialekt und in einem Jahr sprichst du perfekt, ja das hat mir geholfen.“

- KollegInnen um Rat bitten: Laut den Interviews konnten die GesprächspartnerInnen auch jederzeit ihre KollegInnen um Rat fragen, wenn sie etwas nicht verstanden hatten oder Schwierigkeiten mit dem Schreiben hatten.

„Ja sicher, wenn ich ein Wort nicht weiß, dann frage ich immer Kollegen, von denen ich weiß, dass sie gut Deutsch können.“

„Eine Kollegin die korrigiert mich immer, wenn ich einen Fehler gemacht habe, dann sagt sie immer, das schreibt man so und so.“

- Schließen eines Paktes mit den ArbeitskollegInnen: Viele der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gaben an, das Schreiben im Sinne der Pflegedokumentation vermeiden zu wollen. Sie überlassen die Schreibarbeit KollegInnen, von denen sie wissen, dass diese über mehr Kompetenzen beim Schreiben verfügen, und übernehmen dafür für diese KollegInnen andere Tätigkeiten.

„Wenn ich Dienst hatte mit jemandem, der gut schreiben konnte, dann habe ich immer darum gebeten, etwas anderes machen zu können und dass er dann schreibt.“

- Verwendung von kurzen, einfachen Sätzen und bekannten Phrasen vor allem das Schreiben betreffend: Die Pflegepersonen entdeckten, dass die Pflegeplanungen immer einer gewissen Routine gehorchten und somit konnten sie immer ähnliche Pflegedokumentation anfertigen, indem sie bestimmte Phrasen oder Satzbausteine immer wieder verwendeten. Dies gab ihnen die Möglichkeit die Dokumentation selbst durchzuführen.

„Ich habe immer mit den kürzesten Sätzen geschrieben.“

„Normalerweise benutzt man eh immer die gleichen Wörter, da geht's dann, aber wenn einmal ein neues Wort dabei ist, eines mit TH oder so, dann wird's schwer.“

- Der Sinn des Computers: Viele der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, welche über Schwierigkeiten beim Schreiben verfügen, sehen in der computergestützten Dokumentation eine enorme Erleichterung. Falsch geschriebene Wörter können gleich als solche erkannt und ausgebessert werden.

„Jetzt ist das Schreiben kein so Problem mehr, weil im Computer da sieht man das gleich, wenn etwas falsch ist.“

8.3.3. Fähigkeiten, über welche die Leitungsperson verfügen sollte

Der richtige Umgangston:

Viele der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gaben an, zu Beginn ihres Aufenthalts in Österreich und ihrer Berufstätigkeit mit dem Ton ihrer Leitungspersonen überfordert gewesen zu sein. Einige berichteten sogar, dass die Leitungspersonen in einem dominanten und lauten Tonfall mit ihnen gesprochen hätten, sodass sie Befürchtungen hatten, etwas zu erwidern. Jede Kultur besitzt eine eigene Kommunikationstechnik und unterscheidet sich in Klang und Ton, was für uns ein guter Umgangston ist, kann für Personen anderer Kulturen durchaus sehr herrisch wirken. An dieser Stelle soll nicht verlangt werden, dass Leitungspersonen generell lernen sollten in einer anderen Form zu sprechen, es wäre nur zu Beginn der Berufstätigkeit für Pflegepersonen mit Migrationshintergrund leichter, wenn sie ihren Umgangston besonders beherrzigen würden. Mit der Zeit gewöhnen sich die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund an alle kulturspezifischen Eigenheiten und lernen mit den Unterschieden besser umzugehen, sodass die Einschüchterung einer Gewohnheit weicht.

„Ich habe mich nicht getraut etwas zu sagen, die Stationsschwester hatte so eine laute Stimme, das war ich nicht gewöhnt.“

„Der Ton der ist anders, ein bisschen streng, da denkt man immer ist die Person böse auf mich?“

9. Diskussion

Das Kapitel der Diskussion behandelt die in der Interviewstudie gefundenen Erkenntnisse und dient einem Vergleich dieser mit Ergebnissen bereits publizierter Literatur. Zu Beginn wird die Studie zusammengefasst und es soll geklärt werden, ob die Forschungsfragen durch das Studium der Literatur und durch die Interviewstudie Beantwortung gefunden haben. Implikationen für die Pflege und deren Wissenschaft werden aufgegriffen und schlussendlich werden die Limitationen dieser Arbeit behandelt.

9.1. Zusammenfassung der Erkenntnisse

Ziel der Interviewstudie war es die Erfahrungswelt von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in ihrer Berufstätigkeit in einem österreichischen Pflegeheim darzustellen. Der Prozess einer Entwicklung vom multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam sollte aufgezeigt werden und auf diesen einwirkende fördernde und hemmende Einflussfaktoren aufgedeckt werden.

Zwei Forschungsfragen leiteten die Richtung der Interviewstudie, als auch der gesamten Diplomarbeit.

Die erste Forschungsfrage zielt auf die Entwicklung eines multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam ab. Diese Forschungsfrage wurde nicht in der Form den InterviewpartnerInnen gestellt und konnte somit erst in der Analyse zum Großteil beantwortet werden. Drei große Kategorien konnten nach der Analyse identifiziert werden:

- 1) Die Situation der Einarbeitung: Diese Kategorie beschreibt die Gefühls- und Erfahrungswelt, die ersten Arbeitstage in einem Pflegeheim betreffend, der befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. Es konnten Einflussfaktoren herausgefiltert werden, welche sich einerseits positiv oder negativ auf diese Situation auswirken.
- 2) Persönliche Charaktereigenschaften und Einstellungen: Der Titel dieser Kategorie lässt schon auf deren Inhalt schließen. Es konnten Eigenschaften und Einstellungen entdeckt werden, die falls mehr oder

weniger bei allen Teammitgliedern vorhanden, fördernd oder hemmend auf die Entwicklung vom multikulturellen zum transkulturellen Pflegeteam einwirken können.

- 3) Fähigkeiten: Diese Kategorie beschreibt Fähigkeiten, deren Vorhandensein oder Erlernen einerseits der Pflegepersonen mit, andererseits der Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund und auch der Leitungspersonen sich positiv auf die Entwicklung hin zum transkulturellen Pflegeteam auswirken können.

In jeder dieser Kategorien finden sich Aspekte, die für die Entwicklung eines transkulturellen Pflegeteams nützlich sind. Eine gelungene Situation der Einarbeitung stellt quasi die Basis für eine gute Aufnahme der neuen Pflegekraft mit Migrationshintergrund ins bereits bestehende Pflegeteam dar und ist somit ein erster Schritt in Richtung transkulturelles Pflegeteam. Die von den InterviewpartnerInnen genannten persönlichen Eigenschaften und Einstellungen, als auch die Fähigkeiten stellen eindeutig beeinflussende Faktoren für diese Entwicklung dar. Als Leitungsperson könnte man anhand dieser Liste feststellen, wo sich das Pflegeteam befindet und durch gezielte Förderung der positiven Eigenschaften und Fähigkeiten, kann die Entwicklung hin zum transkulturellen Pflegeteam beschritten werden.

Die zweite Forschungsfrage zielte auf die Aufdeckung der fördernden und hemmenden Aspekte ab, welche die Zusammenarbeit von mehreren Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft beeinflussen. Den InterviewpartnerInnen wurde diese Forschungsfrage direkt in Form von zwei getrennten, offenen Fragen gestellt, sodass sie selbst die Beantwortung lieferten. Die erste Kategorie liefert positive und negative Einflussfaktoren, welche neben der Situation der Einarbeitung auch immer die Zusammenarbeit im Team betreffen. Die beiden Kategorien der Charaktereigenschaften/Einstellungen und der Fähigkeiten kann man fast gänzlich in die Liste der Zusammenarbeit fördernden Aspekte aufnehmen, wobei die InterviewpartnerInnen auch hemmende Aspekte angaben.

Zu den fördernden Aspekten, die Zusammenarbeit beeinflussend, zählen:

- Die Anwesenheit mehrerer Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Pflorgeteam erleichtert unter anderem den einzelnen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund den Anschluss im Pflorgeteam.
- Sprachkompetenz und Kommunikationsbereitschaft aller Teammitglieder fördert eine gelungene Verständigung.
- Kollegialität, Routiniertheit, Vorurteilsfreiheit im Team stellen die Basis für eine gute Zusammenarbeit dar.
- Geduld, Hilfsbereitschaft und Toleranz aller Teammitglieder schafft eine Vertrauensbasis.
- Belastbarkeit, Selbstständigkeit, Respekt, Flexibilität und Humor speziell der Teammitglieder mit Migrationshintergrund erleichtert ihnen die veränderten Arbeitsbedingungen zu verstehen und den Umgang mit den KollegInnen.
- Verständnis und der richtige Umgangston vor allem der ArbeitskollegInnen und der Leitungspersonen wirken vertrauenserweckend auf Pflegepersonen mit Migrationshintergrund.

Zu den, die Zusammenarbeit, hemmenden Aspekten zählen:

- Fremdenfeindlichkeit, Diskriminierung vorwiegend der Pflegebedürftigen, da dies eine negative Arbeitsatmosphäre schafft und die von der Diskriminierung betroffenen Pflegepersonen mit Migrationshintergrund bestimmte Reaktionen von den KollegInnen und Leitungspersonen erwarten, diese aber im Umgang mit dieser Situation und mit der Reaktion auf dieser unsicher sind.
- Informationsmangel seitens der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, die Arbeitssituation betreffend, schafft Unsicherheiten im Team.
- Mangelnde Sprachfähigkeiten seitens der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund und geringe Kommunikationsbedarf seitens aller Teammitglieder verursacht eine unzureichende Verständigung im ganzen Pflorgeteam.
- Die Vergabe einer „Rolle der Ausländer“ schafft Ungerechtigkeiten im Team, welche auf mangelnde Anerkennung der Leistungen der

Teammitglieder mit Migrationshintergrund zurückzuführen ist und diesen bestimmte, oftmals vermehrte Tätigkeiten einbringt.

9.2. Diskussion, der aus den Interviews gewonnenen

Erkenntnisse mit den Erkenntnissen der Literatur

Für diesen Teil, der speziellen Diskussion, können nur gewisse Aspekte aller gewonnenen Erkenntnisse behandelt werden, da dies sonst den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

In diesem Fall habe ich mich für die Themenkomplexe der Sprache und Diskriminierung entschieden, welche in allen drei Kategorien immer wieder Erwähnung finden und allen InterviewpartnerInnen von großer Wichtigkeit waren. Auffallend ist, dass neben der häufigen Erwähnung dieser Themen durch meine GesprächspartnerInnen, die Themen der Sprache und der Diskriminierung auch in der Literatur häufig beschrieben werden. Somit konnte ich schon während der Interviews feststellen, dass sich diese Tatsache auch in meinem relativ kleinen Forschungsbereich wiederfindet.

9.2.1. Themenbereich Sprache

Jede mir bekannte Literaturquelle, welche sich mit der Entwicklung von transkulturellen Pflgeteams, der Thematik der Migration von Krankenpflegepersonal oder ähnlichem auseinandersetzt, verfügt mindestens über einen Abschnitt, der sich mit dem Thema Sprache beschäftigt. Und keine Frage, das Beherrschen einer Sprache, in dem Fall der Sprache des Landes, in welchem man dem Pflegeberuf nachgeht, ist für die Qualität der Pflege unabdingbar.

So bezeichneten auch die InterviewpartnerInnen das Beherrschen der Arbeitssprache als Problem Nummer eins und gaben an, dass das Erlernen dieser somit die oberste Priorität haben sollte. Ein Aspekt, der auch von der Mehrheit der Literatur als besonders wichtig gewertet wurde. (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, Switala: Sprachliche Anforderungen in der Altenhilfe 2005)

In den Interviews baten die befragten Pflegepersonen immer um mehr Geduld und Verständnis, wenn es um das Thema Sprache ging. Sie hatten oft das Gefühl, dass nur ihre Mängel bemerkt würden, aber nicht ihre Mühe und ihr Wille sich zu bessern. Weiter erwähnten sie, dass es eben Unterschiede in der Kompetenzfähigkeit zwischen Muttersprache und Zweitsprache gebe. Auch Jens Friebe teilt die Meinung der Befragten, obwohl er die Wichtigkeit der Beherrschung der Sprache in seinem Werk betont. „Eine Zweitsprache wird aber nicht in gleicher Weise gelernt und praktiziert wie die Muttersprache.“ (Friebe, 2006, S. 19)

Eine Fremdsprache kann man nie in der Form beherrschen wie die eigene Muttersprache, so etwas von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zu erwarten wäre irrational. Gerade Menschen, die erst im Erwachsenenalter migriert sind, haben Schwierigkeiten die Melodie der neuen Sprache zu erlernen, deshalb bleibt die Sprache immer in einer gewissen Art und Weise fremd. (vgl. Gröning, 2005b, S. 39)

Eine weitere Übereinstimmung mit der Literatur konnte bei der Thematik der schriftlichen Kommunikation gefunden werden. Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erzählten, wie schwer ihnen die Pflegedokumentation falle, was sie alles versuchen, um dieser zu entgehen und das aus Angst, sich aufgrund von Schreibfehlern vor den KollegInnen zum Gespött zu machen. „Pflegekräfte mit Migrationshintergrund haben oft Hemmungen, Eintragungen vorzunehmen. Oftmals haben sie Angst etwas ‚Falsches‘ zu schreiben und sich ‚lächerlich‘ zu machen.“ (Friebe, 2006, S. 34)

Wie sich zeigt sind die InterviewteilnehmerInnen mit vielerlei AutorInnen einig, was die Schwierigkeiten bezogen auf das Thema Sprache sind. (Gröning 2005b, Spahn 2005, Switala 2005)

Bis auf eine, haben alle befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund einen Deutschkurs absolviert. Laut ihren Erzählungen fanden sie den Deutschkurs gut und fühlten sich wohl, weil sie andere Mitschüler hatten, welche ebenfalls einen Migrationshintergrund aufwiesen. In der Realität der Berufswelt gaben sie jedoch an, dass sie sich mit einer vollkommen anderen Sprache zu Recht finden mussten. Die Befragten meinten, sie hätten dann im Pflegeberuf

wieder einiges neu lernen müssen, da sie Schwierigkeiten gehabt haben, die KollegInnen und die PatientInnen im Dialekt zu verstehen. Anhand der Erzählungen darf man nun mutmaßen, dass das Angebot an Deutschkursen nicht zweckmäßig genug für die Tätigkeit im Pflegeberuf ist. Auch die Erkenntnisse aus der Literatur verweisen auf unzureichende Vorbereitungen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. „Die sprachliche und kulturelle Vorbereitung der ausländischen Pflegepersonen sei unzureichend, und sie habe Kommunikationsdefizite mit Patienten und deren Angehörigen zur Folge.“ (Switala, 2005, S. 58)

Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erzählten mehrheitlich, dass sich ihre Deutschkenntnisse mit der Zeit ohne bestimmtes Zutun verbessert hätten, vor allem durch das Sprechen selbst. Als mögliche Lösung zur Behebung oder Minderung der Sprachdefizite von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zu Beginn ihrer Berufstätigkeit bietet sich die Einführung von mehr praxisbezogenen Sprachkursen an. Diese Kurse sollten sich vermehrt auf die Dialogform konzentrieren, für den Sprachgebrauch des Pflegeberufs spezifische Vokabeln durchnehmen und die Kursteilnehmer auch mit dem Sprechen im Dialekt konfrontieren. Sinnvoll wäre es zusätzlich auch noch, die ArbeitskollegInnen über die Situation, die Ressourcen und den Entwicklungsbedarf von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zu informieren, damit sie sich auf die Stärken und Schwächen der neuen Pflegekraft einstellen können. Fehlende Vorinformation des bereits bestehenden Pflegeteams kann zu falschen Vorstellungen derer führen und beherbergt somit Konfliktpotential. „Und oft seien auch die deutschen Kolleginnen und Kollegen nicht darauf vorbereitet worden, mit Mitarbeitern aus fremdsprachigen Ländern und den unterschiedlichen Kulturen als Team zusammenzuarbeiten.“ (Switala, 2005, S. 58)

9.2.2. Themenbereich Diskriminierung

Die diskriminierenden Erfahrungen die meine InterviewteilnehmerInnen mit den Pflegebedürftigen gemacht haben ähneln Beschreibungen in der Literatur. Die Diskriminierung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund durch Pflegebedürftige scheint weit verbreitet zu sein und verstärkt sich mit der offensichtlich physischen Fremdheit der betroffenen Pflegekraft. Frau Rommelspacher bringt in ihrem Artikel folgendes Beispiel: eine Pflegebedürftige weigert sich von einer afrodeutschen Pflegeperson pflegen zu lassen. Die betroffene Pflegeperson machte die Erfahrung, dass ihre KollegInnen zwar Anteil an ihrer Situation nahmen, jedoch die Mehrheit diese Situation verwarfen. (vgl. Rommelspacher, 2005, S. 184) Auch meine GesprächspartnerInnen machten ähnliche Erfahrungen.

Pflegebedürftige neigen eher zu einer diskriminierenden Haltung gegenüber Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, wenn diese optisch eher als fremdartig einzustufen sind, wenn sie beispielsweise über eine dunklere Haut- oder Haarfarbe verfügen. Die Mehrheit der InterviewpartnerInnen musste solche diskriminierenden Erfahrungen durch die Pflegebedürftigen machen, weil sie aufgrund ihres Aussehens auf Ablehnung stießen. Die Literatur beschreibt dieses Phänomen ebenfalls. Frau Guibert konnte in ihrer eigenen Studie ebenfalls feststellen „(...) dass der Grad der Ablehnung (...) in engem Zusammenhang zur Sichtbarkeit ihrer Fremdartigkeit steht.“ (Guibert, 2005, S. 112)

An den Interviews teilnehmende Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, welche über kein fremdes Äußeres verfügten, wurden größtenteils von solchen Diskriminierungen verschont, konnten dies aber bei ihren, beispielsweise asiatischen, KollegInnen beobachten. Diese Erkenntnis entspricht wiederum den Ergebnissen aus der Literatur. „Im Gegensatz zu den deutlich als Ausländer erkennbaren Pflegekräften, stellte die osteuropäische Kollegin nüchtern fest, dass sie keine Probleme hätte. Sie ist blond, hat blaue Augen und deshalb erfährt sie keine direkte Ablehnung.“ (Guibert, 2005, S. 112)

Was die Diskriminierung durch ArbeitskollegInnen betrifft, so äußerten sich meine InterviewpartnerInnen nicht direkt, erzählten aber von Situationen, in denen sie sich ausgenutzt gefühlt hätten und ihnen das Gefühl vermittelt wurde

als AusländerIn weniger Rechte auf der Station zu besitzen. Auch dieses Problem konnten bereits andere Autoren bemerken. „Die Mehrzahl (...) hat das Gefühl, mehr leisten zu müssen als ihre deutschen Kolleginnen.“ (Guibert, 2005, S. 114)

Neben den Erzählungen, dass Diskriminierung passiere, hatten die InterviewpartnerInnen wenig zum Erzählen, wenn es darum ging, festzustellen, wie sie sich gegen solche Handlungen wehren. Die Mehrheit der Befragten waren sich einig, dass keine Reaktion erforderlich sei und man Stillschweigen zu bewahren habe. Dieses Problem der mangelnden Reaktion ist auch in der Literatur bereits bekannt. Neu und interessant zu erfahren war jedoch, dass meine Interviews hier eine neue Sichtweise liefern. Neben der mangelnden Reaktion auf die Diskriminierung, versuchten die Diskriminierungsopfer außerdem die Pflegebedürftigen in ihrer Tat zu entschuldigen, indem sie auf deren Alter und mentalen Zustand verwiesen. Die Tatsache, dass die InterviewpartnerInnen Diskriminierungen entschuldigten, entschärften und somit zu tolerieren begannen, führte dazu, dass kein Handlungsbedarf dagegen entstand.

Allerdings besteht immer Handlungsbedarf, wenn es zu Diskriminierungen auf einer Station kommt, egal welche Personengruppe, ob Pflegebedürftige, KollegInnen oder Leitungspersonen, die Diskriminierung initiiert.

9.2.3. Themenbereich Zusammenarbeit

Die beiden vorher erwähnten Themengebiete, Sprache und Diskriminierung, stehen beide in unmittelbarer Verbindung mit den Themen der Zusammenarbeit und Teamentwicklung. Probleme bei der Kommunikation im Team oder Diskriminierungssituationen auf der Station beinhalten ein großes Konfliktpotenzial, welches die Zusammenarbeit und die Teamfähigkeit stark beeinflussen kann. Zusätzlich gaben die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aber noch weitere, die Zusammenarbeit fördernde oder hemmende Aspekte an.

Die durch die Interviews als sinnvoll erachteten persönlichen Charaktereigenschaften, Einstellungen und Fähigkeiten, über welche

Pflegepersonen verfügen sollten, wenn sich ein transkulturelles Pflorgeteam entwickeln könnte, gleichen wiederum den Erkenntnissen der Literatur.

Frau Habermann erwähnt in ihrem Artikel unter anderem folgende Charaktereigenschaften, Fähigkeiten und Kenntnisse als kennzeichnend für die interkulturelle Kompetenz: Respekt, Geduld, Toleranz, kulturspezifisches Wissen, Kenntnisse in der jeweiligen Sprache, Fähigkeit zur Kommunikation und Konfliktlösungspotential. (vgl. Habermann, 2003, S. 12) Diese Eigenschaften und Fähigkeiten wurden von meinen InterviewpartnerInnen erwähnt und können genauer im Kapitel Erkenntnisse eingesehen werden.

Die ausführlichen Erzählungen der InterviewpartnerInnen und auch meine persönlichen Beobachtungen des Umgangs im Pflorgeteam untereinander, lassen erkennen, dass sich das Pflorgeteam, welchem die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund angehörten, schon auf dem Weg zur transkulturellen Teamentwicklung befinden. Vor allem bei den Aspekten der Kommunikation innerhalb des Pflorgeteams und bei der Zusammenarbeit, zeigt sich, dass hier eher ein transkulturelles, als ein multikulturelles Team besteht.

- Kommunikation: Jedes Mitglied des Pflorgeteams hat das Recht seine Meinung zu äußern. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können jederzeit erneut Fragen stellen, wenn sie vermuten, etwas nicht verstanden zu haben, ohne dass weitere Fragen als lästig empfunden werden. Die muttersprachlichen Pflegepersonen bringen den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, welche Deutsch als Zweitsprache ausüben, ein hohes Maß an Toleranz und Geduld entgegen. Es besteht das Bedürfnis im Team, Konflikte sofort zu thematisieren.
- Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit in diesem Team beruht auf gegenseitiger Anerkennung und Toleranz. Die Individualität des einzelnen Teammitgliedes wird geachtet. Die persönlichen Fähigkeiten und Eigenschaften jedes Einzelnen werden als Ressource betrachtet.

Auch in der Literatur werden diese Aspekte inter- bzw. transkulturellen Pflorgeteams zugeschrieben. Bei interkulturellen Pflorgeteams, kann jedes Teammitglied an der Gestaltung der Kommunikation teilnehmen. Persönliche

Interpretationen werden geschätzt und als Bereicherung angesehen. (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002, S. 66)

„Ein Zuwachs an interkultureller Kompetenz im Team entsteht mit der Erfahrung, dass die Anerkennung von Differenz und die gemeinsam entwickelte Konfliktbewältigung als persönlicher Gewinn für jeden Einzelnen erlebt werden kann und die Anstrengung zu einem Gefühl der Bereicherung führt. Das Klima im Team verbessert sich, die einzelnen werden als Personen mit ihren Kompetenzen und Voraussetzungen wahrgenommen und geschätzt.“ (Ertl, 2005a, S. 127)

10. Implikationen

Das Kapitel der Implikationen beschreibt die Folgen dieser Arbeit und verweist auf Bereiche, denen noch mehr Forschungsaufwand entgegen gebracht werden sollte. Es gliedert sich in zwei Unterkapitel, die Implikationen für die Pflege, welches sich mit den praxisorientierten Aspekten auseinandersetzt und die Implikationen für die Pflegeforschung, welche aufzeigen, bei welchen Aspekten noch theoretische Fundierung notwendig ist.

10.1. Implikationen für die Pflege

Zu Beginn dieses Abschnitts möchte ich anmerken, dass die Mitarbeit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in allen Pflegeinstitutionen eine Tatsache und Notwendigkeit darstellt, aber vor allem im Bereich der Langzeitpflege unumgänglich ist. Diese Tatsache sollten sich alle im Pflegebereich beschäftigten Personen stets vor Auge führen. Sieht man Pflegepersonen mit Migrationshintergrund als Notwendigkeit an, die Pflege im Land zu gewährleisten, dann ist der Schritt zur Anerkennung deren Ressourcen und Fähigkeiten nicht mehr weit entfernt. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können als Dolmetscher eingesetzt werden und, auch als Verbindung zu Patientengruppen mit Migrationshintergrund fungieren. Haben Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ihre Ausbildung im Ausland absolviert, so verfügen sie über verschiedene Pflegeperspektiven, welche den heimischen Pflegealltag abwechslungsreicher gestalten könnten. Die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft sollte als Möglichkeit gesehen werden, perspektivenreicher und kompromissfähiger zu arbeiten.

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, welche ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, üben die Pflege meist nach einer anderen Pflegephilosophie aus, welche verstärkt auf eine Pflege der Psyche der PatientInnen achtet. Die Sorge um die seelische Gesundheit der PatientInnen ist ein gewinnbringender Aspekt und kann zu einer vermehrt ganzheitlicheren Pflege beitragen. Die PatientInnen werden getröstet und ermutigt, da andere kulturelle Pflegemodelle die psychische Gesundheit über die Pflege des körperlichen Gebrechens stellen.

Diese Einstellung kann einen enormen Gewinn für eine Station bringen. (vgl. Verband für Soziale Arbeit Bremen, 2003, S. 22)

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sind also vor allem in österreichischen Pflegeheimen in großen Zahlen vorhanden. Leider noch nicht vorhanden sind transkulturelle Pflgeteams. Es gibt quasi die Ressource, aber sie wird noch nicht genützt. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können aus vielerlei Gründen, welche bereits in den vorhergehenden Kapiteln Erwähnung gefunden haben, ihre Fähigkeiten und ihr Wissen oftmals nicht optimal umsetzen. Nun stellt sich die Frage, wie kann man die Umsetzung fördern, wie kann sich ein multikulturelles Pflgeteam zu einem transkulturellen entwickeln, was muss getan werden?

Grundlegend, in einer zunehmend globalisierten Welt und aufgrund der Tatsache, dass bereits viele Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Österreich tätig sind, ist es notwendig, dass in den Gesundheits- und Krankenpflegesschulen eine verstärkte kulturelle Sensibilität und Kompetenz vermittelt wird. Dieser Zuwachs an Kompetenz hilft nicht nur in der Teamzusammenarbeit weiter, sondern auch im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund, welche als Patientengruppe auch am wachsen sind. Lerne ich schon in der Grundausbildung Fremdheit nicht ablehnend gegenüber zu stehen, ist der erste Schritt in Richtung transkultureller Teamfähigkeit getan.

Basierend auf den Erkenntnissen der Interviews kann man aber auch einiges im Bereich der momentanen Berufstätigkeit veranlassen. Es konnte festgestellt werden, dass die Situation der Einarbeitung einen wichtigen Punkt am Beginn der Berufstätigkeit von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund darstellt, dies sollte gezielt gelenkt werden. Vor Beginn der Berufstätigkeit einer Pflegeperson mit Migrationshintergrund sollte das bereits bestehende Pflgeteam über den Teamzuwachs informiert werden. Genügend Informationen wirken ablehnenden Grundhaltungen entgegen. Die MitarbeiterInnen sollten über die Fähigkeiten der Pflegeperson mit Migrationshintergrund und deren Lernbedarf in Kenntnis gesetzt werden, damit sie realistische Erwartungen an diese Person stellen können. Wenn jedes Teammitglied weiß, was es zu erwarten hat, wird der Pflegeperson mit Migrationshintergrund somit eine Last genommen, da ihr eine Eingewöhnungsphase und eventueller Wissensbedarf, beispielsweise den

Dialekt betreffend, zugestanden wird. All diese Aspekte können eine Basis des Vertrauens schaffen und die ist der Grundstein einer gelungenen Zusammenarbeit.

Aufgrund der Aussagen der InterviewpartnerInnen, das Thema Diskriminierung betreffend, wäre es auch sinnvoll, wenn die Pflegebedürftigen, sofern dies ihre körperliche und geistige Verfassung zulässt, vorher über den Personalzuwachs informiert werden. Ältere Menschen neigen dazu, Veränderungen noch ablehnender gegenüberzustehen. Da der pflegebedürftige Mensch aber das Zentrum jedes pflegerischen Handelns darstellt, sollte ihm auch genügend Information zuteilwerden lassen, um vielleicht beim Abbau von Vorurteilen und Ängsten zu helfen.

Durch die Interviews konnten zahlreiche Charaktereigenschaften, persönliche Einstellungen und Fähigkeiten gewonnen werden, welche sich als fördernd oder hemmend auf die Teamentwicklung und Zusammenarbeit auswirken können. Davon ausgehend, dass viele Pflegepersonen bereits über viele der genannten Eigenschaften und Fähigkeiten verfügen, da dies eine Voraussetzung ist, um pflegerisch tätig zu sein, könnte es vielleicht doch sinnvoll sein eine verstärkte Entwicklung der Fähigkeiten, wie beispielsweise die der Kommunikationsbereitschaft, zu fördern. Man sollte auch zulassen, dass Pflegepersonen ihre positiven und negativen Eigenschaften kennenlernen, um diese selbst gezielt beeinflussen zu lernen. Als Leitungsperson sollte man immer regulierend eingreifen, es ist schön, wenn viele MitarbeiterInnen bereits über diese genannten Dinge verfügen. Sollte dies nicht der Fall sein, so muss gesagt werden, dass nichts erzwungen werden kann. Die Entwicklung vom multikulturellen zum transkulturellen Pflorgeteam ist auch immer eine Aufgabe der Leitung. Diese Entwicklung geschieht nicht willkürlich, aktive Arbeit ist von Nöten. Generell sollte es den Leitungspersonen aber bewusst sein, welche Dinge sie durch so eine Entwicklung gewinnen können. Eine Zusammenarbeit frei von kulturellen Spannungen, eine tolerante Grundhaltung der MitarbeiterInnen, die Anerkennung der Ressourcen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, der Zuwachs an Denkweisen stellt eine enorme Ressource dar, welche die Pflegequalität erhöhen und die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen stärken kann.

10.2. Implikationen für die Pflegeforschung

Da die an den Interviews teilnehmenden Pflegepersonen mit Migrationshintergrund nur aus zwei verschiedenen Institutionen stammen, welche sich auf den Bereich der Langzeitpflege spezialisiert haben, wäre es sinnvoll, die Studie auf mehrere Institutionen auszuweiten. Es sollte auch andere Sektoren der Pflege, wie den der Hauskrankenpflege oder ambulanten Pflege in die Untersuchungen aufgenommen werden, da auch hier multikulturelle Pflegeteams vorzufinden sind. Interessant wäre, ob sich die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in diesen Sektoren mit den gleichen Schwierigkeiten auseinandersetzen müssen, oder ob andere Problemfelder auftauchen. Weiters wäre es sinnvoll zu erheben, ob die gleichen Charaktereinstellungen und Fähigkeiten für die Zusammenarbeit als fördernd angegeben werden.

Obwohl die InterviewteilnehmerInnen bereits aus zwei unterschiedlichen Institutionen stammen, welche sich in zwei verschiedenen Bundesländern befinden, so waren sie doch urban. Wichtig wäre zu erforschen, ob Institutionen im ländlichen Raum noch einerseits weniger Pflegepersonen mit Migrationshintergrund angestellt haben und warum und andererseits ob auch hier ähnliche Entwicklungen als auch Probleme identifiziert werden können.

Natürlich würden auch Spezialisierungen einzelner Studien auf die von mir gefunden Kategorien (Situation der Einarbeitung, persönliche Charaktereigenschaften/ Einstellungen und Fähigkeiten) sinnvoll erscheinen, um diese Aspekte genauer darstellen zu können, eventuell schon mit handlungsanleitenden Anweisungen versehen. Das Erschaffen von handlungsanleitenden Anweisungen, welche Leitungspersonen ermöglichen, die Situation der Einarbeitung zu lenken und gezielt zu fördern oder die Fähigkeiten ihrer MitarbeiterInnen zu identifizieren und zu verstärken.

Es konnten in dieser Arbeit einige wichtige Aspekte der Entwicklung zum transkulturellen Pflegeteam dargestellt werden, fördernde und hemmende Faktoren konnten gefunden werden, dennoch fehlen noch weitere Studien, welche sich mit dem genauen Prozess dieser Entwicklung auseinandersetzen.

Wie sich in der Literaturstudie zeigte, gibt es noch keine eindeutig getrennten Begriffe „interkulturell“ und „transkulturell“. Für weitere Arbeiten in diesem Bereich wäre es sicher hilfreich und sinnvoll, eine Begriffsklarifikation der beiden Wörter durchzuführen, um deren Ähnlichkeiten und Unterschiede besser zu verdeutlichen.

11. Limitationen

Als erste Limitation ist hier zu nennen, dass es sich hier um eine Diplomarbeit handelt und somit der Arbeitsrahmen wesentlich kleiner zu halten ist, als man dies beispielsweise bei einer Doktorarbeit macht. Somit konnten nur 11 Pflegepersonen mit Migrationshintergrund an den Interviews teilnehmen. Diese Anzahl an Interviews reicht aber kaum aus, um bei einer Grounded Theory Studie zu der Ebene der Saturierung zu kommen. Gemeint ist hiermit, dass eine Studie, nachdem 11 Personen interviewt wurden, noch nicht abgeschlossen werden kann, da davon auszugehen ist, noch neue Informationen in weiteren Interviews zu finden. Weiters konnte die Analyse der Studie nach der Methode der Grounded Theory nicht komplett fertiggestellt werden, sie beschränkte sich auf die beiden ersten Kodierungsschritte, das offene und axiale Kodieren, da die Zeit für weitere Analyseschritte einfach nicht ausreichte. Mehr InterviewpartnerInnen und ein großzügigerer Zeitrahmen für die Analyse wären notwendig, um die Vollständigkeit der Erkenntnisse zu überprüfen.

Obwohl die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aus zwei verschiedenen Pflegeinstitutionen stammen, waren die InterviewpartnerInnen nicht in gleicher Anzahl auf beide Institutionen aufgeteilt, da sich in einer Institution mehr Personen freiwillig für die Interviews zur Verfügung gestellt haben, als in der anderen. Eine bessere Aufteilung, so wie die Befragung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aus mehreren Langzeitpflegeinstitutionen wäre sinnvoll.

12. Schlussfolgerungen

Mit dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, die Bedeutung einer Entwicklung von multikulturellen zu transkulturellen Pflorgeteams aufzuzeigen. Einerseits wurde die Wichtigkeit durch den Literaturteil dargestellt, der vermerkt, dass die Migration von Pflegepersonen noch zunehmen wird und auch eine Notwendigkeit für den Erhalt eines Pflegesystems westlicher Länder darstellt, andererseits konnte der Methodenteil die Wichtigkeit dieser Entwicklung durch persönliche Aussagen von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund verdeutlichen. Die Situation von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in österreichischen Pflegeheimen konnte durch diese Arbeit aus Sicht der betroffenen Personengruppe individuell beschrieben werden.

Durch die Interviewstudie konnten wichtige Aspekte, im Hinblick auf die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher kultureller Herkunft aufgedeckt werden. Neben einer erfolgreichen Einarbeitungssituation, sind auch noch persönliche Charaktereigenschaften/ Einstellungen und Fähigkeiten von den InterviewpartnerInnen als förderlich für die Zusammenarbeit genannt worden. Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stellten die Phase der Einarbeitung als sehr wichtig für die Eingliederung ins bereits bestehende Pflorgeteam dar und gaben an, welche fördernden und hemmenden Einflussfaktoren auf die Einarbeitung wirken können. Die Situation der Einarbeitung ermöglicht entweder die Schaffung einer Basis für eine zukünftige gelungene oder misslungene Zusammenarbeit. Die Situation der Einarbeitung kann von allen Mitgliedern des Pflorgeteams beeinflusst werden, hier kann gezielt von den Leitungspersonen fördernd eingegriffen werden. Durch die Interviews konnten ferner sich auf die Zusammenarbeit auswirkende positive und negative Charaktereigenschaften und Einstellungen aller Akteure der Pflegesituation identifiziert werden. Die befragten Pflegepersonen erzählten, welche Eigenschaften sie bei sich selbst als positiv bemerkt haben und welche bei ihren ArbeitskollegInnen ohne Migrationshintergrund. Schlussendlich konnten durch die Interviews auch noch Fähigkeiten aufgedeckt werden, welche sich wiederum als für die Zusammenarbeit hilfreich oder hindernd klassifiziert werden konnten. Im Bereich der Fähigkeiten können alle Akteure beeinflussend eingreifen, einerseits auf der persönlichen andererseits auf der institutionellen Ebene,

Pflegepersonen mit Migrationshintergrund können beispielsweise ihre Sprachkompetenzen erhöhen, Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund können ihre Bereitschaft zur Kommunikation vermehren und Leitungspersonen können die Entwicklung solcher Fähigkeiten gezielt fördern.

Durch die Interviews konnten auf der einen Seite bereits in der Literatur diskutierte Probleme und Aspekte, die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen unterschiedlicher Herkunft oder die Entwicklung transkultureller Teams betreffend, belegt werden. Somit konnte dargestellt werden, dass spezifische Aspekte auch für die Situation in österreichischen Pflegeheimen gelten. Auf der anderen Seite konnten durch die Erfahrungen und Erzählungen der InterviewpartnerInnen andere Sichtweisen auf bereits bekannte Probleme beschrieben werden.

Diese Diplomarbeit hatte allerdings auch ihre Grenzen. Eine Entwicklung zum transkulturellen Pflorgeteam konnte nur ansatzweise dargestellt werden. Es konnten fördernde und hemmende Faktoren, betreffend die Zusammenarbeit von Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund und die Entwicklung eines transkulturellen Pflorgeteams, gefunden werden, aber handlungsorientierte Umgangsweisen für jene müssen noch in weiteren Forschungen gefunden werden.

Es wurde der Versuch unternommen, dem Leser, der Leserin zu verdeutlichen, dass Pflegepersonen mit Migrationshintergrund für den Erhalt der Pflegequalität in Österreich unumgänglich sind und dass Bedarf an Lösungsansätze für mögliche Probleme ist, welche sich durch eine multikulturelle Zusammenarbeit ergeben. Pflegepersonen mit Migrationshintergrund stellen aber nicht nur „Lückenfüller“ für den Mangel an inländischem Pflegepersonal dar, sie sind als Ressource zu betrachten. Ihre persönlichen Erfahrungen, Migration und Fremdheit betreffend, ihre differenzierten Sichtweisen und Fähigkeiten, ermöglichen es, die Pflege in Österreich facettenreicher zu gestalten. Sie werden auch zukünftig wichtige Vermittlerrollen einnehmen, wenn die Gruppe der PatientInnen immer öfter Migrationshintergrund aufweisen werden.

Als persönlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn durch die Interviews betrachte ich die Wichtigkeit der Charaktereigenschaften und Fähigkeiten. Durch

die Gespräche wurde deutlich, welchen starken Einfluss die Persönlichkeit auf die Teamentwicklung haben kann und welche Fähigkeiten die Befragten als hilfreich oder hindernd sahen. Vor allem der Aspekt der Fähigkeiten bietet sich als Ansatz zur Verbesserung an, da einerseits der Wille zur Weiterbildung bei den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund vorhanden ist und andererseits ihnen der Bereich der Fähigkeiten das Gefühl gibt, selbst auf den Prozess der Teamentwicklung einwirken zu können. In der Literatur wurden die persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten selten erwähnt, wenn es um die transkulturelle Teamentwicklung ging, gerade deshalb sehe ich diese beiden Punkte als wichtige Erkenntnisgewinne an, an denen angesetzt werden kann.

Abschließen möchte ich mit einem sehr passenden sinngemäßen Zitat: Die Einstellung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sollte eher als Notwendigkeit denn als Möglichkeit gesehen werden. (Hunt, 2007, S. 2257)

Literaturverzeichnis

Akinyosoye, C. (2008). Gesundheit: Kollaps ohne Migranten. *Die Presse* , 11.

Allan, H., & Larsen, J. (2003). *"We need respect": experiences of internationally recruited nurses in the UK*. Surrey: Royal College of Nursing, University of Surrey.

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe. (2002). *Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung*. Köln.

Buchan, J., Parkin, T., & Sochalski, J. (2003). *International nurse mobility. Trends and policy implications*. World Health Organization, Genf.

Carrington, K., Cepek-Neuhauser, E., & Küng, G. (2005). *Möglichkeiten der Ausbildung und Berufstätigkeit für Migrantinnen im Gesundheits- und Pflegebereich Österreichs. Herausforderungen und Empfehlungen*. PreQual, maiz, Linz.

Dachs, P. (1999). *Transkulturelle Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft: Die interkulturelle Pflegeproblematik in der Praxis*. Wien.

Elsevier GmbH. (2004). *Pflege heute* (3. Auflage Ausg.). (L. P. Menche, Hrsg.) München: Elsevier GmbH.

Ertl, A. (2005a). Anerkennung von Differenz und Multikulturalität- Grundsätze und Erfahrungen der Teamentwicklung in multikulturellen Teams. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. (S. 119-134). Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

Ertl, A. (2005b). Wie Diskriminierung thematisieren?- Führungskräfte qualifizieren für den Umgang mit kulturellen Diversitäten im Team. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. (S. 249-256). Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

Friebe, J. (2003). Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland. In J. Friebe, & M. Zalucki, *Interkulturelle Bildung in der Pflege* (S. 145-158). Bielefeld: Bertelsmann Verlag GmbH&Co.KG.

Friebe, J. (2006). *Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein-Westfalen*. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung.

Gröning, K. (2005). Interkulturelle Teamanalyse. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. (S. 213-222). Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

Gröning, K. (2005b). Spracherwerb und Migration - Bindungs- und migrationstheoretische Einsichten. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. (S. 37-42). Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

Guibert, K. (2005). Das verschwiegene Problem- Diskriminierung zugewanderter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der ambulanten Pflege. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. (S. 109-118). Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

Habermann, M. (2002). *Dokumente zur Erwachsenenbildung: Interkulturelles Management in der Altenpflege*. Abgerufen am 5. August 2009 von Interkulturelles Management in der Altenpflege: http://www.die-frankfurt.de/espid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm

Habermann, M. (2003). Interkulturelle Kompetenz-Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? *Pflege&Gesellschaft* (1), S. 11-16.

Hunt, B. (2007). Managing equality and cultural diversity in the health workforce. *Journal of Clinical Nursing* , 16, S. 2252-2259.

Jana, M. (2004). Auf dem Weg zu einer interkulturellen Altenpflege. Diplomarbeit. Heinrich Heine Universität, Düsseldorf.

Lenhart, M., & Österle, A. (Dezember 2007). Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. *Österreichische Pflegezeitschrift* , S. 8-11.

Linhart, M. (2009a). Grounded Theory Einführung-Tag1, unveröffentlichtes Manuskript.

Linhart, M. (2009b). GT Einführung-Tag2, unveröffentlichtes Manuskript.

Linhart, M. (2005). Independence in Old Age: Older Women Living Alone. Unveröffentlichte Dissertation. University of California, San Francisco.

Pavkovic, G. (o.A.). Abgerufen am 11. Dezember 2008 von http://www.bqnet.de/content/0/1060/1072/2895/2896/694_Pavkovic_InterkulturelleTeamarbeit.pdf

Robinson, J. E. (März/April 2009). 10 Suggestions for Orienting Foreign-Educated Nurses. *Journal for Nurses in Staff Development* , 25 (2), S. 77-83.

Rommelspacher, B. (April 2005). Transkulturelle Beratung in der Pflege. *Pflege&Gesellschaft* (4), S. 182-189.

Royal College of Nursing. (2002). *Diversity appraisal resource guide. Helping employers, RCN officers and representatives promote diversity in the workforce*. London.

Sander, B. (2005). Bestandsaufnahme der Praxis multikultureller Zusammenarbeit. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. (S. 21-29). Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

Smith, P. H., Allan, H., Henry, L. W., Larsen, J. A., & Mackintosh, M. M. (o.A.). *Valuing and Recognising the Talents of a Diverse Healthcare Workforce. Reprint from the REOH Study: Researching Equal Opportunities for Overseas-trained Nurses and Other Healthcare Professionals*. o.A.

Spahn, C. (2005). Schriftliche Kommunikation im multikulturellen Pflegeteam - Pflegeberichte als integraler Bestandteil von (fachlicher) Verständigung. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

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

Switala, B. (2005). Sprachliche Anforderungen in der Altenhilfe-Eine linguistische Perspektive. In *Impulse für eine interkulturelle Teamentwicklung in der Altenhilfe. Handreichungen für die Praxis*. (S. 43-80). Bielefeld: Heimvolkshochschule Haus Neuland (Hg.).

Turritin, J., Hagey, R., Guruge, S., Collins, E., & Mitchell, M. (2002). The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies* (39), S. 655-667.

Uzarewicz, C. (2003). Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. In J. Friebe, & M. Zalucki, *Interkulturelle Bildung in der Pflege* (S. 29-46). Bielefeld: Bertelsmann Verlag GmbH&Co.KG.

Verband für Soziale Arbeit Bremen. (2003). *Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe*. Verband für Soziale Arbeit Bremen, Bremen.

Zielke-Nadkarni, A. (2003). Fremdheitserfahrung, Pflege und Kultur. In W. Schnepf, & A. Zielke-Nadkarni, *Pflege im kulturellen Kontext. Positionen-Forschungsergebnisse-Praxiserfahrungen*. Bern: Hans Huber Verlag.

Anhang

CURRICULUM VITAE

PERSÖNLICHE DATEN:

Name: Nicole Bachinger
Anschrift: 1140 Wien, Diesterweggasse 25
E-Mail: b.nicki@gmx.at
Geburtsdatum: 14.05.1986
Geburtsort: Linz
Familienstand: in Partnerschaft lebend
Kinder: keine
Staatsbürgerschaft: Österreich
Eltern: *Vater:* Gottfried Bachinger, Polizeibeamter
Mutter: Michaela Bachinger, Altenfachbetreuerin

AUSBILDUNG:

1992 - 1996 Volksschule Leonding (OÖ)
1996 - 2004 Bundesrealgymnasium Fadingerstraße (Linz)
Reifeprüfung am 22.06.2004
2004 - 2006 Studium der Humanmedizin an der Meduni Wien
2005 – bis jetzt Studium der Pflegewissenschaften an
der Universität Wien

BESONDERE KENNTNISSE:

Sprachen Englisch, Französisch, Spanisch,
Medizinische Terminologie

Führerschein der Klassen A und B

PC-Anwendungskennnisse Microsoft Office, SPSS

BISHERIGE PRAKTIKA UND TÄTIGKEITEN:

Ferialtätigkeit: In den Sommermonaten der Jahre 2002 bis 2004 war ich bei der Gemeinde Leonding im Bereich der Kinderbetreuung als Ferialpraktikantin tätig. Ab dem Jahr 2005 war ich den Sommermonaten bei einer Reinigungsfirma als Ferialarbeiterin tätig.

Absolvierte Praktika: *Aug. 2008:* Praktikum in einem Linzer Pflegeheim
Nov. 2008: Mitarbeit und Teilnahme am Pflegekongress in Wien
Feb. 2009: Praktikum beim Oberösterreichischen Roten Kreuz im Bereich der Hauskrankenpflege
Aug. 2009: Praktikum im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz

Neben dem Pflegewissenschaftsstudium besuchte ich noch Lehrveranstaltungen der Studienrichtungen Medizin, Pädagogik und Internationale Entwicklung.

Interviewleitfaden (erste Version)

1. Herkunft, Motivation zur Migration:
 - Bitte erzählen Sie mir von Ihren Beweggründen nach Österreich zu migrieren.
2. Ausbildung, Anerkennung:
 - Erzählen Sie mir über Ihren beruflichen Werdegang in Österreich.
3. Eingewöhnungsprozess:
 - Wie erlebten Sie Ihre ersten Arbeitstage?
 - Welche Unterschiede konnten Sie in der Pflege zwischen Österreich und Ihrem Herkunftsland feststellen?
4. Pfl egeteam:
 - Wie fühlen Sie sich als Pflegeperson mit Migrationshintergrund in einem Pfl egeteam eines österreichischen Pflegeheimes?
 - Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihren österreichischen KollegInnen gemacht?
 - Welche Probleme haben sich für Sie durch Ihre Herkunft ergeben?
 - Welche Nachteile ergeben sich, Ihrer Meinung nach, durch Ihre Herkunft in der Zusammenarbeit im Team und in der Arbeit mit den KlientInnen?
 - Welche Vorteile ergeben sich, Ihrer Meinung nach, durch Ihre Herkunft in der Zusammenarbeit im Team und in der Arbeit mit den KlientInnen?
5. Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten?
6. Soziodemographische Daten
 - Name
 - Geschlecht
 - Alter
 - Familienstand
 - Herkunft
 - Ausbildung