



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Das Konzept Interkultureller Kompetenz in der Pflege“

eine Studie zur Selbsteinschätzung von Interkultureller Kompetenz bei diplomiertem
Pflegepersonal mit und ohne Migrationshintergrund

Verfasserin

Nadja Schinnerl

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Für meinen Papa

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, im Mai 2011

Nadja Schinnerl

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	6
1. Vorwort.....	8
2. Einleitung	9
3. Interkulturelle Kompetenz.....	11
3.1 Definition von Interkultureller Kompetenz nach Alexander Thomas.....	13
3.1.1 Kulturdefinition nach Alexander Thomas.....	13
3.1.2 Anforderungen nach Alexander Thomas	14
3.1.3 Definition von Interkultureller Kompetenz nach Alexander Thomas.....	15
3.2 Grundlagen rund um das Konzept Interkultureller Kompetenz	16
3.2.1 Ziele Interkultureller Kompetenz.....	17
3.2.2 Anwendungsgebiet Interkultureller Kompetenz.....	18
3.2.3 Der Begriff „Kultur“	20
3.2.3.1 Relativismus versus Universalismus.....	22
3.2.3.3 Multikulturalität – Interkulturalität – Transkulturalität.....	23
3.2.3.2 Kohärenz- versus kohäsionsorientierte Ansätze zum Kulturbegriff	24
3.3 Für die Pflege relevante Modelle und Konzepte von Interkultureller	
Kompetenz	26
3.3.1 Das Vier-Dimensionen Modell interkultureller Kommunikation von Georg	
Auernheimer	26
3.3.2 Interkulturelles Kompetenzmodell von Jürgen Bolten	28
3.3.3 Das Sunrise-Modell: Transkulturelle Pflege von Madeleine Leininger.....	31
3.3.4 Das Konzept transkultureller Kompetenz von Dagmar Domenig.....	37
3.3.5 Das Modell der kulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen von Josepha	
Campinha-Bacote	41
3.3.6 Das Modell des ethnisch-kulturellen Systems von Modesta Soberano Orque.....	43
3.3.7 Das Modell zur Entwicklung kultureller Kompetenz nach Papadopoulos, Tilki	
und Taylor	46
3.3.8 Das Purnell-Modell kultureller Kompetenz von Larry Purnell	49
3.3.9 Das “Transcultural Assessment Model” von Giger und Davidhizar	53
3.4 Die Vermittlung Interkultureller Kompetenz in der Aus- und Weiterbildung	56
3.5 Maßnahmen zur Umsetzung des Interkulturellen Konzepts in Österreich	62
3.6 Schlussfolgerung.....	66

4. Selbsteinschätzung von Interkultureller Kompetenz von Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund	69
4.1 Darstellung und Durchführung der Methode.....	69
4.2 Deskriptive Ergebnisse	70
4.2.1 Das Codesystem	70
4.2.2 Soziodemografische Ergebnisse	71
4.2.3 Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz	72
4.2.4 Wahrgenommene Probleme.....	74
4.2.4.1 Mit PatientInnen	74
4.2.4.2 Probleme in der Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen mit und ohne Migrationshintergrund	79
4.2.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	83
4.2.6 Anforderungen an die Interkulturelle Kompetenz.....	85
4.2.7 Vorteil eines Migrationshintergrundes für die Interkulturelle Kompetenz	93
4.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	97
5. Resümee	99
LITERATURVERZEICHNIS	101
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	110
TABELLENVERZEICHNIS	112
ANHANG	113
ZUSAMMENFASSUNG	114
ABSTRACT	114
LEBENS LAUF.....	116

1. Vorwort

Der Titel der Arbeit lautet „Das Konzept Interkultureller Kompetenz in der Pflege“ – eine Studie zur Selbsteinschätzung von Interkultureller Kompetenz bei diplomiertem Pflegepersonal mit und ohne Migrationshintergrund.

Bedingt durch die zunehmende Globalisierung kommt es immer häufiger zu einem Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen und Religionen. Nicht nur Führungskräfte und Manager von internationalen Betrieben sind davon betroffen, sondern auch Bereiche im sozialen und öffentlichen Dienst. Dazu zählen vor allem auch medizinische Berufe, in denen es im Arbeitsalltag immer wieder zu Begegnungen zwischen Personen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen kommt. Dies betrifft die Patienten ebenso wie auch das Personal.

Die Tatsache, dass Begegnungen zwischen Personen unterschiedlicher Kulturen in unserer Gesellschaft zunehmen, hat nicht nur gegenwärtig, sondern auch für unsere Zukunft enorme Relevanz. Für viele Personen im Pflegeberuf bedeutet das eine Herausforderung. Eine theoretische Einführung in das Thema der Interkulturellen Kompetenz könnte hilfreich sein, diese Herausforderung zu meistern.

Interkulturelle Kompetenz ist mittlerweile in vielen wissenschaftlichen Disziplinen ein großes Thema. In dieser Arbeit wird versucht, aus der großen Vielfalt an Literatur einen Überblick über dieses Thema darzulegen und die wichtigsten Aspekte herauszuarbeiten, um ein Verständnis für die Grundlagen zu schaffen.

Der empirische Teil der Arbeit zeigt die Sichtweisen von diplomierten Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund auf.

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich bei der Entstehung meiner Diplomarbeit unterstützt haben. Besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Frau Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula, für ihre fachliche Unterstützung und vor allem für ihre Geduld.

Danke an meinen Bruder Dietmar, an meine Freundin Elis und an meinen Freund Christoph, sie waren es, die mich stets motiviert haben.

2. Einleitung

Ausgehend von der Definition und dem Konzept Interkultureller Kompetenz von Alexander Thomas, behandelt diese Arbeit wichtige Grundlagen rund um das Thema. Dazu zählen die Ziele und Anwendungsgebiete Interkultureller Kompetenz. Außerdem wird besonders auf die Bedeutung des Kulturbegriffs eingegangen, da es für die Herangehensweise an dieses Konzept eine entscheidende Rolle spielt, was man konkret unter Kultur versteht.

Danach werden einige für die Pflege relevanten Modelle und Konzepte Interkultureller Kompetenz beschrieben:

- Das **Vier-Dimensionen Modell von Georg Auernheimer**, das sich sehr stark mit Machtasymmetrien in den interkulturellen Beziehungen befasst.
- Das **Modell von Jürgen Bolten**, das Interkulturelle Kompetenz als anwendungsbezogenen Spezialfall allgemeiner Handlungskompetenz darstellt (Bolten, 2007).
- Das Modell der transkulturellen Pflege, das so genannte **Sunrise-Modell, von Madeleine Leininger**. Dieses von ihr entwickelte Konzept ist speziell auf die Pflege abgestimmt, und war das erste Modell, das die kulturellen Unterschiede im medizinischen Bereich berücksichtigt.
- Ein großer Anteil des Interesses gilt dem **Modell der transkulturellen Kompetenz von Dagmar Domenig**, das sich speziell mit dem Umgang mit MigrantInnen im Pflegeberuf befasst.
- Das **Modell der kulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen von Josepha Campinha-Bacote**, welches die fünf Komponenten „cultural awareness“, „cultural knowledge“, „cultural skill“, „cultural encounters“ und „cultural desire“ beinhaltet.
- Weitere Modelle interkultureller Kompetenz, die für die Pflege bedeutend sind: Das **Modell des ethnisch-kulturellen Systems von Modesta Soberano Orque**, das **Modell zur Entwicklung kultureller Kompetenz nach Papadopoulos, Tilki und Taylor**, das **Purnell-Modell kultureller Kompetenz von Larry Purnell** und das „**Transcultural Assessment Model**“ von Giger und Davidhizar.

In den anschließenden Kapiteln wird kurz darauf eingegangen, wie das Konzept der Interkulturellen Kompetenz in der Aus- bzw. Weiterbildung im Bereich der Pflege vermittelt und in der Praxis in Österreich umgesetzt wird.

Schlussendlich wird im empirischen Teil die Frage behandelt: „Gibt es eine besondere Herangehensweise an das Thema Interkultureller Kompetenz von im Pflegeberuf tätigen Personen, die selbst einen Migrationshintergrund haben?“ Es werden die Selbsteinschätzung Interkultureller Kompetenz von diplomierten Pflegepersonen mit und ohne eigenen Migrationshintergrund anhand von qualitativen Leitfadenterviews beschrieben und die wesentlichen Unterschiede herausgearbeitet.

Nach Georg Auernheimer wird bei Fachkräften mit eigenem Migrationshintergrund vermutet, dass sie günstigere Voraussetzungen für eine interkulturelle Sozialarbeit haben. Er betont aber auch, dass es falsch wäre, ihnen von vornherein Interkulturelle Kompetenz zuzuschreiben. (Auernheimer, 2005, p. 13)

Laut Paul Mecheril kommen Minderheitsangehörige, Personen mit Migrationshintergrund, Migranten und MigrantInnen als Adressaten der Angebote zu professioneller Interkultureller Kompetenz nicht vor. (Mecheril, 2002, p. 17)

Dies kann seiner Meinung nach als Folge der Annahme verstanden werden, dass diese Personengruppe bereits über Interkulturelle Kompetenz verfüge. (Mecheril, 2002, p. 18)

Deshalb waren die Hauptforschungsfragen: Gibt es Unterschiede in der Selbsteinschätzung Interkultureller Kompetenz zwischen Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund? Und glauben Pflegepersonen, dass ein Migrationshintergrund Einfluss auf die Interkulturelle Kompetenz hat?

Außerdem werden das Thema Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Anforderungen an die Interkulturelle Kompetenz analysiert. Zusätzlich werden die wahrgenommenen Probleme kategorisiert.

3. Interkulturelle Kompetenz

„(...) to what degree is it actually possible, for an expert from one culture to communicate with, to get through to, persons of another culture?“ (Gardner, 1962, p. 241).

Bereits vor fast 50 Jahren suchte der Sozialpsychologe G. H. Gardner nach einer Erklärung dafür, wie Menschen unterschiedlicher Kulturen miteinander kommunizieren können. Schon damals suchte er nach Eigenschaften und Fähigkeiten, die Menschen mit besonderer Kommunikationsfähigkeit im interkulturellen Bereich auszeichnen.

Gerade in der heutigen Zeit, die von einer gewissen Heterogenität der Gesellschaft gekennzeichnet ist, beschäftigen sich viele wissenschaftliche Disziplinen mit dem Thema Interkulturelle Kompetenz. In den jeweiligen Einzeldisziplinen wird versucht, Ziele und Anwendungsgebiete zu definieren und bestimmte Konzepte, Modelle und Theorien zu diesem Thema zu erstellen.

In den Wirtschaftswissenschaften wird Interkulturelle Kompetenz oft als ein Sammelbegriff zur Auflistung von Persönlichkeitsmerkmalen benutzt, wie z. B. Führungsstärke, Dominanz und Durchsetzungskompetenz, Empathie, Gelassenheit, Toleranz gegenüber Fremden etc.

Die Pädagogik bevorzugt den Begriff „Interkulturelles Lernen“ statt Interkulturelle Kompetenz.

Im Fach Psychologie dominieren bis heute eindeutig die angloamerikanischen Forschungen der so genannten „Kulturvergleichenden Psychologie“ (cross-cultural psychology), in der sich im Umfeld des Themas Interkulturelle Kompetenz eine Fülle benachbarter Begriffe mit entsprechenden Modell- und Theorieversuchen herausgebildet hat (Thomas, 2003a, p. 142).

Im Zusammenhang mit der Pflege wird das Konzept der Interkulturellen Kompetenz vor allem im deutschsprachigen Raum durch die Begriffe der „kultursensiblen Pflege“ und der „transkulturellen Pflege“ geprägt.

Interkulturelle Kompetenz ist mittlerweile in vielen wissenschaftlichen Disziplinen ein großes Thema. Das erklärt auch, warum es unterschiedliche Herangehensweisen an dieses Konzept gibt, und es daher zu inter- und intradisziplinären Diskussionen führen kann.

Die Bedeutsamkeit des Begriffes der „Interkulturellen Kompetenz“ wird von der Tatsache bekräftigt, dass aus der Eingabe des Begriffs in der Internet-Suchmaschine „Google“ eine Trefferquote von 220.000 Ergebnissen (13.500 davon stammen von Seiten aus Österreich) resultiert (retrieved 6.9.2010 from www.google.at).

Georg Auernheimer bedenkt zu Recht: „Wenn man versucht, sich einen Überblick über die Diskussion zum Thema Interkulturelle Kompetenz zu verschaffen, wobei man sich bis vor kurzem auf englischsprachige Literatur verwiesen sah, so kann einen die Fülle des Materials ratlos machen“ (Auernheimer, 2002, p. 183).

Um trotzdem einen Einblick zu gewähren, werden im Folgenden, ausgehend von der Definition von Interkultureller Kompetenz nach Alexander Thomas, die wichtigsten Grundlagen zu diesem Konzept erklärt, und im Anschluss einige für die Pflege relevante Modelle beschrieben.

Thomas' Artikel zum Thema Interkulturelle Kompetenz dient als Übersichtsartikel zu diesem Thema, und wurde mit mehr als 30 Stellungnahmen von WissenschaftlerInnen aus den unterschiedlichsten Disziplinen kommentiert (Rathje, 2006b, p. 1).

Obwohl Thomas sein Konzept nicht speziell auf die Pflege ausgerichtet hat, erscheint es sinnvoll, von seiner Definition auszugehen, um in das Thema einzusteigen. Nicht zuletzt, damit bei den Zielen und Anwendungsgebieten die Abgrenzung zur Disziplin der Pflege besser herausgearbeitet werden kann.

3.1 Definition von Interkultureller Kompetenz nach Alexander

Thomas

Thomas bezeichnet in seinem Artikel, „Interkulturelle Kompetenz – Grundlagen, Probleme und Konzepte“, die Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Fach- und Führungskräfte. Dafür verantwortlich ist seiner Meinung nach die zunehmende „Internationalisierung und Globalisierung“, die viele Bereiche unseres gesellschaftlichen Lebens betreffen (Thomas, 2003a, p. 137).

„Mit zunehmender Internationalisierung und Globalisierung weiter Bereiche des gesellschaftlichen Lebens, der Beobachtung, dass immer mehr Menschen beruflich oder privat, freiwillig oder gezwungen, mit Menschen anderer Kulturen zusammentreffen, deren Interessen, Wünsche und Ansprüche verstehen und ernst nehmen müssen, und mit der Tatsache, dass die Qualifikationsanforderungen an das in diesen Begegnungen stattfindende interkulturelle Lernen, interkulturelle Verstehen und interkulturelle Handeln immer mehr zunehmen, wird der als zentrale Schlüsselqualifikation für die zukünftige Entwicklung moderner Gesellschaften anzusehenden „Interkulturellen Kompetenz“ eine immer größere Bedeutung zukommen“ (Thomas, 2003a, p. 137).

3.1.1 Kulturdefinition nach Alexander Thomas

Jedem Konzept Interkultureller Kompetenz liegt eine bestimmte Kulturdefinition zugrunde, die für das Verständnis des Konzepts eine große Rolle spielt.

Thomas' Überlegungen liegt folgende Definition von Kultur zugrunde: „Kultur ist ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem. Dieses Orientierungssystem wird aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft usw. tradiert. Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit ihre Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Kultur als Orientierungssystem strukturiert ein spezifisches Handlungsfeld für alle sich der Gesellschaft zugehörig fühlenden Individuen und schafft damit die Voraussetzung zur Entwicklung eigenständiger Formen der Umweltbewältigung“ (Thomas, 1993, p. 380).

Harte Kritik hagelt es für diese Kulturdefinition unter anderem von Paul Mecheril. Er kritisiert beispielsweise die Gleichsetzung von „Gesellschaft“ und „Kultur“ und wirft ihm damit die Bestärkung des in Deutschland lange dominierenden Konzepts kultureller Homogenität und kultureller Identität vor (Mecheril, 2003, p. 200).

Veronika Fischer widmet sogar einen ganzen Artikel der „Hinterfragung des Kulturbegriffs von Alexander Thomas“ und beschuldigt ihn darin, dazu beizutragen, dass viele Menschen „Kultur“ als ein gewissermaßen naturgegebenes Orientierungssystem begreifen, das universell, historisch unveränderbar und allgemeingültig sei. Sie aber vertritt die Meinung, dass sich die Orientierungssysteme in einer Gesellschaft ständig verändern, und dann bei den Individuen „Irritationen und Desorientierung“ bewirken. Sie hält das Begreifen dieser Dynamik wichtig für den Aufbau einer intra- und interkulturellen Handlungskompetenz. Dass die Mitglieder einer Gesellschaft im Zuge des „Enkulturationsprozesses Widersprüche, Konflikte, Krisen und Umbrüche verarbeiten, neue Muster entwerfen und in ihr eigenes Denkschemata integrieren müssen“, wird ihrer Meinung nach von Thomas zu wenig berücksichtigt (Fischer, 2003, p. 168).

Die Diskussion des Kulturbegriffs von Thomas verdeutlicht, dass die Definition von Kultur im Zusammenhang mit dem Konzept der Interkulturellen Kompetenz eine wesentliche Bedeutung hat.

Auf den Begriff „Kultur“ wird in Kapitel 3.2.4 nochmals eingegangen.

3.1.2 Anforderungen nach Alexander Thomas

Thomas findet folgende Anforderungen und Grundbedingungen für die Interkulturelle Kompetenz erforderlich:

- Interkulturelle Wahrnehmung – Fremdheit und Andersartigkeit müssen in ihrer kulturellen Bedingtheit wahrgenommen werden.
- Interkulturelles Lernen – es müssen Kenntnisse über das fremdkulturelle Orientierungssystem erworben werden.

- Interkulturelle Wertschätzung – der Handelnde muss wissen und nachvollziehen können, warum die Partner so andersartig wahrnehmen, urteilen, empfinden und handeln. Er muss auch bereit sein, diese Denk- und Verhaltensgewohnheiten zu respektieren.
- Interkulturelles Verstehen – der Handelnde muss wissen, wie sein eigenkulturelles Orientierungssystem beschaffen ist, wie es das eigene Denken und Verhalten bestimmt und welche Konsequenzen sich aus dem Aufeinandertreffen der eigenen und der fremden kulturspezifischen Orientierungssysteme für das gegenseitige Verstehen ergeben.
- Interkulturelle Sensibilität – der Handelnde muss in der Lage sein, aus dem Vergleich des eigenen und fremden Orientierungssystems heraus sensibel auf den Partner zu reagieren, dessen kulturspezifische Perspektiven partiell zu übernehmen.

(vgl. Thomas, 2003a, p. 141)

Diese Fähigkeiten und Eigenschaften machen laut Thomas Interkulturelle Kompetenz aus, die es ermöglicht, „den interkulturellen Handlungsprozess so (mit)gestalten zu können, dass Missverständnisse vermieden oder aufgeklärt werden können und gemeinsame Problemlösungen kreiert werden, die von allen beteiligten Personen akzeptiert und produktiv genutzt werden können“ (Thomas, 2003a, p. 141).

3.1.3 Definition von Interkultureller Kompetenz nach Alexander Thomas

Alle beschriebenen Kriterien versucht Thomas in seiner Definition von Interkultureller Kompetenz zu vereinen: „Interkulturelle Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen, im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten und einer Entwicklung hin zu synergieträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung“ (Thomas, 2003a, p. 143).

Der Pädagoge Georg Auernheimer meint dazu, dass die Definition Interkultureller Kompetenz zumindest teilweise vom jeweiligen Tätigkeitsbereich abhängt. Er sagt, Thomas beziehe sich auf Situationen, wie sie Austauschstudenten oder Auswanderer erleben bzw. wie sie im interkulturellen Management stattfinden und betont, dass für andere Berufsgruppen wie Pädagogen, die im Alltag mit unterschiedlichen Herkunftsgruppen zu tun haben, die Anforderungen innerhalb multikultureller Gesellschaften anderer Natur sind (Auernheimer, 2003, p. 154).

3.1.4 Resümee

Thomas sorgt mit seiner Kulturdefinition und seiner Definition von Interkultureller Kompetenz für interdisziplinäre Diskussionen.

Abgesehen davon, dass sein Konzept hauptsächlich auf Begegnungen zwischen zwei Kulturen unterschiedlicher nationaler Ebenen ausgerichtet ist, könnte man vor allem seine Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz durchaus auch als auf den Pflegebereich ausgerichtet sehen.

3.2 Grundlagen rund um das Konzept Interkultureller Kompetenz

Stefanie Rathje (2006) beschreibt in ihrem Artikel „Interkulturelle Kompetenz – Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts“ die grundlegenden Fragen rund um das Konzept Interkultureller Kompetenz im deutschsprachigen Raum. Außerdem fordert sie in ihrem Artikel ein zeitgemäßes Verständnis Interkultureller Kompetenz und bietet Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Konzepts auf der Grundlage eines kohäsionsorientierten Kulturverständnisses (Rathje, 2006b, p. 1), welches in Kapitel 3.2.3.2 näher ausgeführt wird.

Nachfolgend wird anhand Rathjes Artikel auf die Ziele und die Anwendungsgebiete Interkultureller Kompetenz eingegangen, und versucht, diese speziell für die Pflege zu verdeutlichen. Anschließend wird ein Überblick über den Begriff „Kultur“ geboten.

3.2.1 Ziele Interkultureller Kompetenz

Grundsätzlich wird zwischen ökonomisch orientierten Konzepten, für die Effizienz als Hauptziel gilt (Effizienz-Ansatz), und geistes- und erziehungswissenschaftlichen Ansätzen, für die die menschliche Weiterentwicklung bei interkulturellen Begegnungen im Vordergrund steht, unterschieden.

Ökonomisch orientierte Konzepte, die vor allem Effizienzgesichtspunkte in den Vordergrund stellen, sind auf das Gelingen und die Produktivität ausgerichtet (Rathje, 2006a, p. 3).

Wie schon im vorhergehenden Kapitel erwähnt, sieht auch Thomas seine Zielsetzung in der Produktivität, indem er Interkulturelle Kompetenz als die Fähigkeit bezeichnet, „den interkulturellen Handlungsprozess so (mit)gestalten zu können, dass Missverständnisse vermieden oder aufgeklärt werden können und gemeinsame Problemlösungen kreiert werden, die von allen beteiligten Personen akzeptiert und *produktiv* genutzt werden können“ (Thomas, 2003a, p. 141).

Kritiker dieser effizienzgezielten Ansätze bemängeln, dass das Konzept der Interkulturellen Kompetenz dadurch zu einem Instrument wird, um die eigenen Vorteile, bzw. die Vorteile des jeweils mächtigeren Interaktionspartners durchzusetzen (Rathje, 2006a, p. 4).

Der Psychologe Wolfgang Frindte erwähnt in diesem Zusammenhang, die Nutzung Interkultureller Kompetenz zu Gunsten von „Machtbehauptung“.

„Es geht eben nicht immer um das interkulturelle Verstehen im Sinne des Vermeidens von Missverständnissen. Manchmal werden diese Missverständnisse im Interesse der Kontrolle und der Macht in der interkulturellen Kommunikation auch bewusst provoziert“ (Frindte, 2003, p. 171).

An dieser Stelle wird auf Auernheimers Vier-Dimensionen-Modell Interkultureller Kompetenz verwiesen (Kapitel 3.3.1). Er ist der Meinung, dass interkulturelle Beziehungen prinzipiell durch Machtasymmetrien gekennzeichnet sind. Deshalb spielt die Machtdimension in seinem Modell eine große Rolle (Auernheimer, 2002, p. 185).

Den Effizienz-Ansätzen stehen laut Rathje jene Konzepte Interkultureller Kompetenz gegenüber, die die persönliche Weiterentwicklung der Interaktionspartner als Ziel sehen.

Alois Wierlacher definiert Interkulturelle Kompetenz, als die Fähigkeit, dass bei jeder interkulturellen Begegnung, für beide Interaktionsteilnehmer „im Erfolgsfall eine Veränderung ihrer selbst“ eintritt (Wierlacher, 2003, p. 216).

Solche Definitionen sind zwar laut Thomas (2003b) nicht der Gefahr der Instrumentalisierung ausgesetzt, jedoch flammt dabei der Vorwurf der Idealisierung auf, weil Handlungsziele unberücksichtigt bleiben. Dabei spielt es seiner Meinung nach keine Rolle, ob diese Ziele persönliche, ökonomische, politische oder andere Gründe beinhalten.

Da diese Handlungsziele in der interkulturellen Interaktion der Praxis meist eine große Rolle spielen, wird von Rathje gefordert, diese in der Zielsetzung sehr wohl zu berücksichtigen (Rathje, 2006a, p. 5).

In Bezug auf die Pflege stellt sich die Frage, ob man die beiden oben diskutierten Ansätze strikt trennen kann. Denn auch wenn die kulturellen Interaktionen nicht immer ökonomisch orientiert sind, kann man selbstverständlich die Effizienz der Handlung als Zielsetzung ansehen.

3.2.2 Anwendungsgebiet Interkultureller Kompetenz

Generell kann gesagt werden, dass das Anwendungsgebiet Interkultureller Kompetenz die Begegnung von Menschen verschiedener Kulturen ist. Die dabei ablaufenden Prozesse werden als interkulturelle Kommunikation oder auch als interkulturelle Interaktion bezeichnet, wobei die Schwerpunkte in der Kommunikation bei der wechselseitigen Verständigung und in der Interaktion beim Verhalten und Handeln liegen (Maletzke, 1996, p. 37).

Prinzipiell wird zwischen zwei Arten der Begegnung unterschieden. Einerseits die internationalen Interaktionen, die die Begegnung zwischen zwei Personen aus unterschiedlichen Nationen einschließen bzw. andererseits die inter-kollektiven Interaktionen, die die Interaktion zwischen Individuen aus unterschiedlichen Gruppen, denen jeweils eine eigene Kultur zugeordnet wird, umfassen.

Wobei der letztere Ansatz für die Pflege wohl eher relevant ist, und das nicht zuletzt weil der Fall der inter-nationalen Interaktion in diesem Ansatz als Spezialfall eingeschlossen ist. Der inter-nationale Ansatz wird außerdem problematisch, weil er sich primär auf die Interaktionen zwischen Individuen aus unterschiedlichen Ländern bezieht, und somit die Probleme ausschließt, die innerhalb von Gesellschaften z. B. durch Migration entstehen (Rathje, 2006a, p. 8).

Rathje macht darauf aufmerksam, dass bei der Bestimmung der Kollektive auf eine immer kleinere Ebene eingegangen werden kann, bis man letztlich eine Mikroebene erreicht hat, bei der praktisch jede menschliche Begegnung als interkulturelle Interaktion bezeichnet werden kann.

Sie verweist in diesem Zusammenhang auf den Sprach- und Kulturwissenschaftler Jens Loenhoff. In seinem Artikel „Interkulturelle Kompetenz zwischen Personen und System“ schlägt er vor „...interkulturelle Kommunikation als denjenigen Kommunikationsprozess zu charakterisieren, in dem Beteiligte die Eigenschaften dieses Prozesses einschließlich der auftretenden Probleme und Konflikte auf kulturelle Differenz zurechnen und nicht auf Altersunterschiede, Sozialstruktur, ideologische Präferenzen etc.“ (Loenhoff, 2003, p. 193).

Laut Maletzke sprechen wir bei einer Begegnung von Menschen verschiedener Kulturen von interkultureller Interaktion und Kommunikation und zwar dann, „...wenn die Begegnungspartner verschiedenen Kulturen angehören und wenn sich die Partner der Tatsache bewusst sind, dass der jeweils andere „anders“ ist, wenn man sich also wechselseitig als „fremd“ erlebt“ (Maletzke, 1996, p. 37).

In der untenstehenden Grafik soll dargestellt werden, bei welchen Begegnungen zwischen Pflegepersonen und PatientInnen es zu interkulturellen Interaktionen kommen kann, und wo somit das Anwendungsgebiet Interkultureller Kompetenz in der Pflege gesehen werden kann.

Es handelt sich dabei um eine vereinfachte Darstellung, zumal sie nur die Begegnung Pflegeperson - PatientIn umfasst. Alle möglichen Begegnungen auf anderen Ebenen, wie zum Beispiel der Organisations- und Führungsebene, werden außer Acht gelassen. Außerdem wird nicht auf mögliche Push- und Pull-Faktoren der Migration eingegangen.

Trotzdem soll die Grafik veranschaulichen, dass es in der Beziehung zwischen Pflegepersonen und PatientInnen viele mögliche Konstellationen der interkulturellen Begegnung gibt.

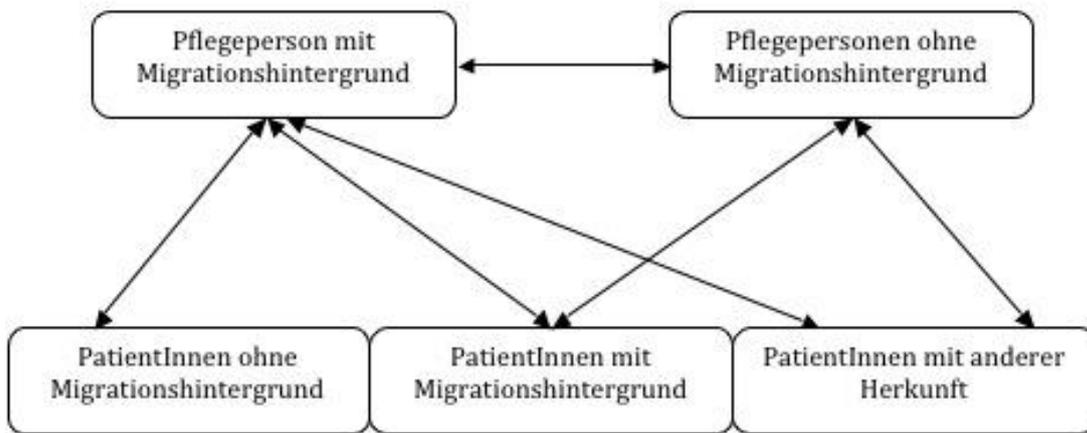


Abb. 1: Mögliche interkulturelle Begegnungssituationen zwischen Pflegepersonen und PatientInnen (eigene Darstellung)

3.2.3 Der Begriff „Kultur“

In diesem Kapitel wird versucht, die für die Interkulturelle Kompetenz benötigte Abgrenzung des Kulturbegriffs zu erklären.

Kultur ist ein oft verwendetes Wort, aber es ist durchaus nicht immer klar, was damit gemeint ist. Wie zahlreiche abstrakte Begriffe, kann auch der Begriff Kultur unterschiedlich gedeutet werden. Je nach Zusammenhang und Benutzer unterscheidet sich die Bedeutung. Auch in den Wissenschaften gibt es keine einheitliche, allgemein anerkannte Definition von Kultur.

Demnach muss jeder, der in wissenschaftlichem Zusammenhang von Kultur redet, möglichst genau bestimmen, was darunter zu verstehen ist (Maletzke, 1996, p. 15).

Wichtig ist also abzuklären, was eigentlich unter Kultur verstanden wird, wenn es um Interkulturelle Kompetenz geht, also um eine wie auch immer beschaffene Kompetenz zwischen den Kulturen (Rathje, 2006a, p. 9).

Kultur leitet sich in seiner ursprünglichen Bedeutung vom Lateinischen *cultura* und auch *cultus* ab, was soviel bedeutet wie die Bearbeitung, Pflege und Bebauung des Ackers, aber auch die Ausbildung und Veredelung des Geistes (Zalucki, 2006, p. 20).

Allgemein beschreibt Klaus P. Hansen (2003) Kultur als „die Veränderung der äußeren und inneren Natur durch Arbeit“, und behält somit die ursprüngliche Bedeutung des lateinischen Wortes im entfernten Sinne bei (Hansen, 2003, p. 15).

Wie schon in Kapitel 3.1.1 erwähnt, stößt Thomas mit seiner Kulturdefinition auf vehemente Kritik: „Kultur ist ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem. (...) Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit Zugehörigkeit zur Gesellschaft. (...)“ (Thomas, 2003a, p. 138)

In dem Artikel „Ein Lehrstück klassischen Kulturvergleichs“ kritisieren die Autoren das von Thomas beschriebene Kulturverständnis. Sie werfen ihm vor, dass er die kulturelle Heterogenität der Gesellschaft komplett ausblendet, wobei sie aufzeigen, dass sich das nicht nur auf Menschen die aus anderen Kulturkreisen in eine Gesellschaft migrieren beschränkt. Sie weisen darauf hin, dass auch innerhalb einer Gesellschaft verschiedene kulturelle Handlungssysteme bestehen, die nicht universell verallgemeinbar sind. In diesem Zusammenhang verweisen sie auf das unterschiedliche Orientierungsmuster z.B. von Menschen, die am Land leben und von denen, die in der Stadt leben, ebenso wie zwischen verschiedenen Gesellschaftsschichten. Die Autoren führen vor Augen, dass Thomas in seiner Kulturdefinition die kulturelle Vielfalt innerhalb einer Gesellschaft einfach ausblendet. (Allolio-Näcke, Kalscheuer, & Shimada, 2003, p. 151)

„Die Bedeutung des Wortes ‚Kultur‘ ist selbst schon kulturabhängig“, schreibt Jutta Dornheim in ihrem Beitrag „Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege“ (Dornheim, 1997, p. 12).

3.2.3.1 Relativismus versus Universalismus

Zwischen den relativistischen und den universalistischen Positionen herrscht innerhalb der Kultur- und Sozialwissenschaften ein seit Jahrzehnten andauernder Streit (Dornheim, 2001, p. 39). Jutta Dornheim (2001) beschreibt diese Auseinandersetzung als „zentral in der gegenwärtigen Diskussion um ein modernes Kulturkonzept“ (Dornheim, 2001, p. 39).

Dornheim beschreibt die relativistische Kulturauffassung von Johann Gottfried Herders Kulturtheorie. In dieser betrachtet Herder nicht nur mehr den Adel, sondern auch das einfache Volk als Träger von Kultur. Außerdem vertrat er die Meinung, dass es viele Kulturen gäbe, die alle „gleichwertig, nebeneinander bestünden“ (Dornheim, 2001, p. 32).

Nach Dornheim (2001) betont diese kulturrelativistische Position „die Ungleichheit, aber die Gleichwertigkeit von Kulturen“ (Dornheim, 2001, p. 32).

In der Literatur viel zitiert, und auch heute noch in vielen Interkulturellen Konzepten zu finden, ist die Kulturdefinition des britischen Ethnologen Edward Burnett Tylor (1871), auf den auch Leiningers Theorie (siehe Kapitel 3.3.3) aufbaut. Tylor gilt als Begründer der modernen Ethnologie. In seinem 1871 erschienenen Werk „Primitive Culture“ definiert er Kultur als „jenen Inbegriff von Wissen, Glauben, Kunst, Moral, Gesetz, Sitte und allen übrigen Fähigkeiten und Gewohnheiten, welche der Mensch als Glied der Gesellschaft sich angeeignet hat“ (Hansen, 2003, p. 17). Michaela Zalucki erklärt seine Definition als „beispielhaft für einen holistischen, essentialistischen Kulturbegriff“ (Zalucki, 2006, p. 21).

Laut Dornheim (2003) geht die Vorstellung von Kultur als ein abgeschlossenes Ganzes, die der Kulturrelativist Herder im 18. Jahrhundert entwickelt, und die von Tylor im 19. Jahrhundert neuerlich festgehalten wurde, in die Literatur als „Kugelparadigma“ ein. Dieses wird schon von Herder mithilfe von Kugeln dargestellt, welche sich aufgrund von Geschlossenheit und Form, nur abstoßen können (Dornheim, 2003, p. 65).

Im Gegensatz zu Tylor, der an eine einzige Kultur, die bei Völkern in unterschiedlichen Entwicklungsstufen vorkommt, glaubt, gibt es bei Herder vielfältige Variationen von Kulturen, die alle gleichberechtigt nebeneinander stehen (Hansen, 2003, p. 238).

Im Gegensatz dazu steht die Position des Universalismus, die unter anderem von Jürgen Habermas vertreten wird (Dornheim, 2001, p. 40).

Die Vertreter dieser Forschungsrichtung gehen von überzeitlichen und überregionalen kulturellen Erscheinungsformen aus (Maletzke, 1996, p. 21). Laut Maletzke (1996) dürfte für die Praxis der interkulturellen Begegnung die Frage nach den kulturellen Universalien kaum von Bedeutung sein (Maletzke, 1996, p. 22).

3.2.3.3 Multikulturalität – Interkulturalität – Transkulturalität

Domenig (2001) erklärt, dass es in der Pflege keine einheitliche Begrifflichkeit gibt. Sie hält fest, dass von multikultureller, interkultureller oder transkultureller Pflege gesprochen wird. Genauer beschreibt Domenig die Unterschiede der Begriffe folgendermaßen: „Multikulturalität gründet auf der Multikulturalismusdebatte, welche von einem gesellschaftlichen Konzept des friedlichen Nebeneinanders von verschiedenen „Kulturen“ ausgeht. Interkulturalität betont die Begegnung zwischen zwei „Kulturen“ und beleuchtet mögliche Reibungsflächen. Beide Begriffe reproduzieren den essentialistischen Kulturbegriff, indem „Kulturen“ als klar von einander abgegrenzte Wesenheiten dargestellt werden. Im Unterschied dazu stellt Transkulturalität nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit letztlich auch Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum“ (Domenig, 2001b, p. 146).

In der englischen und deutschen Fachliteratur hat sich überwiegend der Begriff der „Transkulturellen Pflege“ durchgesetzt. Zielke-Nadkarni (1997) erachtet den Gebrauch dieses Begriffs für Untersuchungen die den Ansatz von Madeleine Leininger (siehe Kapitel 3.3.3) vertreten als sinnvoll. Sie vertritt jedoch die Meinung, dass Studien, die anderen Theorien zugrunde liegen, mit einem anderen Begriff arbeiten sollen. In ihrem Beitrag verwendet sie, mit Ausnahme von der Besprechung der Theorie Leiningers, den Begriff „interkulturell“. Mit der Begründung, dass „interkulturell kein spezifischer Fachterminus einer anderen Disziplin ist und weil Pflege als interaktiver Prozess verstanden wird, an dem (mindestens) zwei Personen (unterschiedlicher Kultur) beteiligt sind“ (Zielke-Nadkarni, 1997, p. 109). Zusätzlich erklärt sie 2003 „aus Gründen der Abgrenzung von Leiningers Theorie“ die Verwendung des Begriffes „interkulturell“. Mit den gleichen Begründungen verwendet Zielke-Nadkarni zusätzlich zum Begriff „interkulturell“ auch den Begriff „kulturbezogen“ (Zielke-Nadkarni, 2003, p. 21).

Mitte der 1990er-Jahre hat der deutsche Philosoph Wolfgang Welsch sein Konzept der Transkulturalität herausgebracht, in dem er sich radikal von Inter- und Multikulturalität abwendet (Zalucki, 2006, p. 25).

Seiner Meinung nach ist das Multikulturalitätskonzept zwar ein Fortschritt, weil demnach unterschiedliche Kulturen in einer Gesellschaft existieren können. Weiters meint Welsch aber, dass, wenn dabei die einzelnen Kulturen, im Sinne Herders, nach wie vor als autonom und kugelartig aufgefasst werden, das erforderliche Verständnis fehlt. Er bezeichnet es sogar als logisch, dass sich unter dieser Auffassung die Kulturen „voneinander absetzen, einander ignorieren, verkennen, diffamieren und bekämpfen“ (Welsch, 1998, p. 50).

Er kritisiert demnach das traditionelle Konzept der Einzelkulturen sowie auch das Konzept der Multi- und Interkulturalität, und begründet es dahingehend, dass mit dieser Vorstellung von „inselartigen und kugelhaften“ Kulturen das Problem der Koexistenz mehrerer Kulturen in einer Gesellschaft nicht gelöst werden kann.

„...die Beschreibung heutiger Kulturen als Inseln bzw. Kugeln ist deskriptiv falsch und normativ irreführend. Unsere Kulturen ... sind weitgehend durch Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet. Diese neue Struktur der Kulturen bezeichne ich, ..., als transkulturell“ (Welsch, 1998, p. 51).

3.2.3.2 Kohärenz- versus kohäsionsorientierte Ansätze zum Kulturbegriff

„Unter dem Stichwort Kohärenzorientierung lassen sich traditionelle Ansätze im Kulturverständnis zusammenfassen, die von Kultur im weitesten Sinn als etwas Eigenem ausgehen, das aus Gemeinsamkeiten entsteht, die von einer signifikanten Anzahl ihrer Mitglieder geteilt werden“ (Rathje, 2006a, p. 9).

Im Gegensatz dazu fordert Rathje, im Zusammenhang mit dem Konzept der Interkulturellen Kompetenz, einen Kulturbegriff, der Differenzen und Widersprüche innerhalb von Kulturen berücksichtigt. Zusätzlich soll das Zusammenhalten von Kulturen trotz dieser Differenzen erklärt werden. Ein solches Kulturmodell findet sie bei Klaus P. Hansen (2000) wieder.

Sein Kulturmodell zieht Rathje „als die Basis für eine Weiterentwicklung des Konzepts Interkultureller Kompetenz“ heran (Rathje, 2006a, p. 12).

Hansen geht davon aus, dass sich komplexe Kulturen durch „Divergenz“ auszeichnen (Hansen, 2003, p. 184). Er vergleicht das Individuum in einer Kultur mit „einer Art Reagenzglas. In ihm brodeln eine individuelle Mischung kultureller Chemikalien, die aufeinander einwirken, die sich anziehen, abstoßen, verstärken, verringern, sich gegenseitig auflösen und im besten Fall neue Elemente entstehen lassen“ (Hansen, 2003, p. 182). Zudem beschreibt es das, was laut Hansen in allen komplexen Kulturen, und demnach auch in allen Nationalkulturen zu beobachten ist: „nicht nur Vielfalt, sondern Diversität, Heterogenität, Divergenzen und Widersprüche“ (Hansen, 2003, p. 182).

Rathje (2006) fordert auf diesen Überlegungen aufbauend ein kohäsionsorientiertes Verständnis von Interkulturalität (siehe Abb. 1).

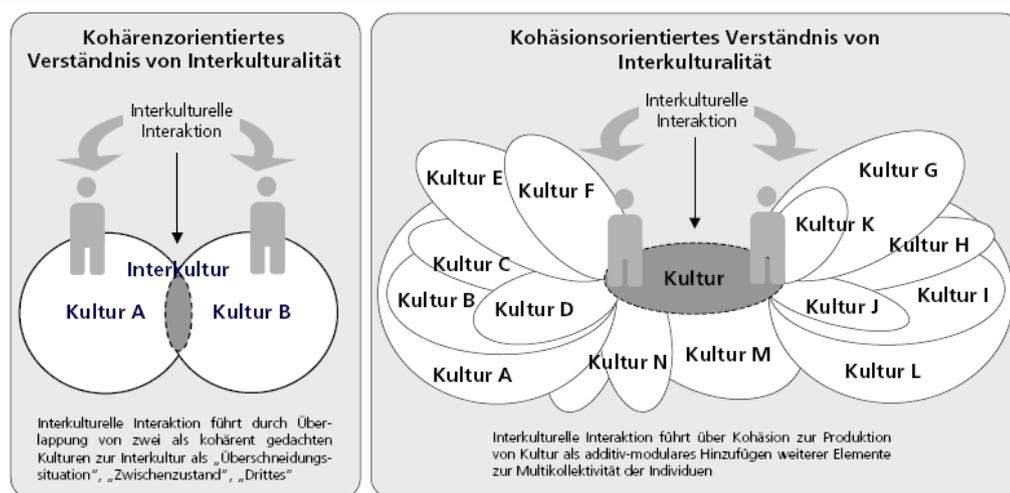


Abb. 2: Kohärenz- versus kohäsionsorientiertes Verständnis von Interkulturalität (Rathje, 2006b, p. 14)

Hansen schreibt, dass als Voraussetzung für Kohäsion die „Vertrautheit der Verschiedenheit“ gilt, oder besser gesagt die „Normalität“. Die Normalität macht seiner Meinung nach die kulturelle Diversität ertragbar und fördert dadurch Kohäsion (Hansen, 2003, p. 234).

Oder wie Rathje schreibt: „Wenn Kultur wirklich konsequent als Eigenschaft aller Arten von Kollektiven verstanden wird, dann kann sie auch ohne weiteres als Kohäsion zwischen Individuen ... gedacht werden, die in interkultureller Interaktion ... Normalität erzeugen, ... und in ihrer jeweiligen Multikollektivität modular-additiv ein weiteres, ein gemeinsames Kollektiv hinzufügen“ (Rathje, 2006a, p. 15).

3.3 Für die Pflege relevante Modelle und Konzepte von Interkultureller Kompetenz

Dieses Kapitel soll einige für die Pflege relevante Modelle und Konzepte Interkultureller Kompetenz beschreiben. Zu erwähnen ist, dass in dieser Arbeit nur ein Ausschnitt geboten wird, und es vor allem im englischsprachigen Raum noch weitere Modelle zu diesem Thema gibt. Weiters ist festzuhalten, dass die ersten beiden Modelle nicht unmittelbar für die Pflegewissenschaft entwickelt worden sind.

3.3.1 Das Vier-Dimensionen-Modell interkultureller Kommunikation von Georg Auernheimer

Wie schon eingangs erwähnt steht der Pädagoge Georg Auernheimer dafür ein, dass die Definition Interkultureller Kompetenz vom Tätigkeitsbereich abhängt.

Da viele Berufsgruppen im multikulturellen Alltag mit vielen verschiedenen Kulturen zu tun haben, misst er dem Stellenwert von Kulturwissen nur eine eingeschränkte Bedeutung zu (Auernheimer, 2003, p. 154).

Zumal auch in der Pflege die Anforderungen der interkulturellen Zusammenarbeit nicht allein mit Kulturwissen abgedeckt werden können, soll Auernheimers Modell näher beschrieben werden.

Er zieht Friedmann Schulz von Thuns Kommunikationsquadrat heran, welches vermuten lässt, dass Erwartungs- und Wahrnehmungsdifferenzen auf der Beziehungs-, der Selbstoffenbarungs- und der Apellseite zu folgenreichen Kommunikationsstörungen führen. Durch unterschiedliche Erwartungen an den Interaktionspartner kommt es zu Missverständnissen. Vor allem in interkulturellen Begegnungen ist es häufig der Fall, dass diese Missverständnisse unbemerkt bleiben, und dadurch Unbehagen oder Antipathien verursachen. Erwartungsenttäuschungen führen oft zum Kommunikationsabbruch, zum Rückzug oder zu aggressiven Reaktionen, es sei denn, sie können metakommunikativ bearbeitet werden, oder werden zum Lernimpuls zukünftiger Kommunikation (Auernheimer, 2002, p. 184).

Auernheimer schlägt vier Dimensionen bzw. Faktoren der interkulturellen Kommunikation vor, von denen die Erwartungen der Interaktionsteilnehmer bestimmt werden:

1. Machtasymmetrien
2. Kollektiverfahrungen
3. Fremdbilder
4. differente Kulturmuster

„Macht kann sich auf den institutionellen Status gründen, auf soziale Beziehungen oder auf Zugang zu Informationen. ...So gesehen, nimmt zum Beispiel ein Sozialarbeiter eine Machtposition gegenüber seinen Klienten ein...“ (Auernheimer, 2002, p. 186).

Die Machtasymmetrien sind ihm zufolge in interkulturellen Beziehungen fast ausnahmslos vorhanden (Auernheimer, 2002, p. 185).

Er spricht von einer Verschärfung des Machtungleichgewichts, „wenn zu einer institutionell verliehenen Autorität, noch die Überlegenheit gegenüber dem *Ausländer* kommt, der nicht die gleichen Rechte hat und nicht an der dominanten Kultur partizipiert“ (Auernheimer, 2002, p. 186).

Zum Faktor Kollektiverfahrungen, zählt Auernheimer die Tatsache, dass Menschen oft nicht als Individuum sondern als Mitglied einer Gruppe wahrgenommen werden (Dreißig, 2005, p. 27).

Eng damit zusammenhängend sieht er die Dimension der Fremdbilder. Diese prägen ihm nach zusammen mit den Kollektiverfahrungen und den Machtasymmetrien unsere Erwartungen an die interkulturelle Begegnung (Auernheimer, 2002, p. 188).

Ausdrücklich erst an vierter Stelle erwähnt er den Faktor der unterschiedlichen Kulturmuster, der seiner Meinung nach vor allem im Konzept von Alexander Thomas zu viel Bedeutung geschenkt wird. Außerdem betont er, dass die anderen Faktoren Kollektiverfahrung und Fremdbilder, ja sogar die Vorstellung von Macht, an sich schon kulturspezifisch sind (Auernheimer, 2002, p. 190).

Er hält eine allgemeine Sensibilisierung im Zusammenhang mit Kommunikationsprozessen für kultur- und migrationspezifische Kenntnisse als grundlegend und würde folgende vier Fähigkeiten in den Vordergrund stellen:

- die Fähigkeit der Perspektivenübernahme,
- die Fähigkeit zum mehrdimensionalen Hören, vor allem die Aufmerksamkeit für die Beziehungsseite der Kommunikation,
- die systemische Sichtweise, die vor allem die Eigenverantwortung für die Kommunikation, speziell für die Kommunikationsstörungen, impliziert,
- die Fähigkeit zur Metakommunikation, allerdings verbunden mit dem Bewusstsein dafür, dass in manchen Milieus und Kulturen Metakommunikation befremdlich wirkt

(Auernheimer, 2002, p. 202)

3.3.2 Interkulturelles Kompetenzmodell von Jürgen Bolten

Der Sprachwissenschaftler Jürgen Bolten publiziert 2007 unter anderem den Artikel „Internationalisierung und Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor“. In diesem geht er von einer zunehmenden Patientenmobilisierung innerhalb der EU aus. Das heißt er verbindet die Internationalisierung des Gesundheitssektors mit einem immer stärker werdenden Wettbewerb von Gesundheitsdienstleistungen. Für ihn spielt internationales Management eine große Bedeutung. Die dahingehende Konkurrenzfähigkeit am internationalen Markt ist für Bolten im Zusammenhang mit Interkultureller Kompetenz unumgänglich. Diese interessante Herangehensweise an das Konzept der Interkulturellen Kompetenz darf im Zusammenhang mit der Pflege nicht außer Acht gelassen werden (Bolten, 2007b, p. 1).

Bolten stellt mit seinem Konzept in Frage, ob es überhaupt eine eigenständige Interkulturelle Kompetenz geben kann. Er sieht es als sinnvoll an, Interkulturelle Kompetenz nicht als einen eigenständigen Kompetenzbereich zu verstehen, sondern als Fähigkeit individuelle, soziale, fachliche und strategische Teilkompetenzen in optimaler Kombination auf interkulturelle Handlungskontexte beziehen zu können (Bolten, 2007c, p. 87).

Er betont, dass es sich bei Interkultureller Kompetenz nicht um ein universal gültiges, das heißt nicht um ein situations- und kulturunabhängiges Konzept, handeln kann (Bolten, 2007a, p. 7).

Seiner Meinung nach ist „jemand dann interkulturell kompetent, wenn er in der Lage ist dieses synergetische Zusammenspiel von individuellem, sozialem, fachlichem und strategischem Handeln ausgewogen zu gestalten“ (Bolten, 2007c, p. 88).

Sein Konzept ist also eine Erweiterung der allgemeinen Handlungskompetenz, die sich aus den individuellen, sozialen, fachlichen und strategischen Teilbereichen zusammensetzt, und bei interkulturellen Begegnungen ausgedehnt und ausgeglichen eingesetzt wird.

Von allgemeiner Handlungskompetenz unterscheidet sich interkulturelle Handlungskompetenz insbesondere durch die Fähigkeit die Teilkompetenzen möglichst umfangreich und ausgewogen auf nicht eigenkulturelle Umstände umwandeln zu können (Bolten, 2007c, p. 20).



Abb. 3: Interkulturelle Kompetenz als anwendungsbezogener Spezialfall allgemeiner Handlungskompetenz (Bolten, 2007a, p. 7)

Bolten richtet sein Konzept weniger an die PatientInnen mit Migrationshintergrund, als an die PatientInnen die aus Kosten- oder Qualitätsgründen eine Behandlung außerhalb ihres Heimatlandes in Anspruch nehmen. Diese Internationalisierung von medizinischen Dienstleistungen stellt für Krankenhäuser eine zusätzliche Einnahmequelle dar, weshalb Interkulturelle Kompetenz für diese nicht nur während des eigentlichen Behandlungsprozesses, sondern auch in dessen Vor- und Nachfeld (Akquisition, Patientenkommunikation, Support) eine Rolle spielt. Aufgrund dieser nicht nur an Ärzte und Pflegepersonen, sondern auch an die Institution gerichteten Herausforderung erweitert Bolten sein Konzept um zielgruppengerichtete (Ärzte, Pflegekräfte, Institution/Management) Entwicklungsmaßnahmen (Bolten, 2007b, p. 5).

	Ärzte	Pflegekräfte	Institution/ Management
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Selbstkompetenz	z.B. Motivation zur Aufrechterhaltung von Lernbereitschaft auch in zunächst scheinbar „unverständlichen“ Handlungskontexten; Förderung rollendistanzierten Verhaltens; Erwerb von Grundkenntnissen in den Sprachen der am häufigsten vertretenen Zielgruppen	z.B. Festigung der Selbststeuerungsfähigkeit in kulturell fremden Kontaktsituationen (mit Familienangehörigen des Patienten, Erwerb von Grundkenntnissen in den Sprachen der am häufigsten vertretenen Zielgruppen)	z.B. Bereitstellung einer interkulturell handlungsfähigen Organisationsstruktur (Vernetzung mit Dolmetscher-Diensten, Ausschöpfen des interkulturellen und fremdsprachigen Potentials der Mitarbeiter; interkulturelle Leitbildformulierung etc.)
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Sozialkompetenz	z.B. Supervising interkultureller Arzt-Patienten-Interaktionen; Vermittlung metakommunikativer Handlungsstrategien; Strategien zur Diagnose und zum Umgang mit interkulturellen Vermeidungsfällen wie z.B. das Ausblenden psychosozialer Orientierung und daraus resultierender Kommunikationsabbruch als Resultat der Angst, Patienten mit „fremden“ Verhaltensweisen zu diskriminieren	z.B. Reflexion der Bedeutung familiärer Strukturen bei unterschiedlichen Zielgruppen einschließlich möglicher Konsequenzen für die Pflegeorganisation; Erwerb von Strategien zur Realisierung interkultureller „Aushandlungsprozesse“ und Konfliktlösungsstrategien	z.B. an Erwartungen konkreter Zielgruppen ausgerichtete Darstellung der Organisationspersönlichkeit bei PR-Maßnahmen; Weiterbildungen zum Umgang mit kulturspezifischen Formen der Krankheitserfahrung
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Fachkompetenz	z.B. Reflexion der Auswirkungen kulturspezifischer Attributionen der Arzt-Rolle auf den Behandlungsprozess; Interkulturelle Strategien bei der Vermittlung zwischen medizinischer Notwendigkeit und ethischem Anspruch	z.B. Verdeutlichung der Auswirkungen eines kulturspezifisch unterschiedlichen Pflegeverständnisses auf den Pflegeprozess	z.B. Aufbau von Netzwerken zum internationalen Ärzte-Austausch; Etablierung von Wissensmanagementsystemen zum interkulturellen Umgang mit medizinischer Ethik, rechtlichen und finanziellen Usancen
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Methoden-/Prozesskompetenz	z.B. Befähigung, Entscheidungen auch in sprachlich fremden Kontexten (mit oder ohne Dolmetscher) plausibel zu kommunizieren; Strategien zum Erkennen und zur Realisierung interkultureller Synergiepotentiale in multikulturellen Stationsteams	z.B. Verbesserung der Fähigkeit, Patienten Besonderheiten und Erfordernisse der Ablaufplanung plausibel erklären zu können; Reflexion von Strategien zur Vereinbarung von Pflegerhythmus und soziale Ansprüchen der Patienten (interkulturelle Prozessmoderation)	z.B. Weiterbildung geeigneter Mitarbeiter zu interkulturellen Prozessbegleitern/ Coaches; kontinuierliche Durchführung von Evaluationen seitens der Patienten; Workshops für alle Mitarbeiter zum Erfahrungsaustausch in Bezug auf die interkulturelle Praxis

Abb. 4: Maßnahmen Interkultureller Kompetenzentwicklung bei unterschiedlichen Zielgruppen des medizinischen Bereichs (Bolten, 2007b, p. 6)

Als Fazit in Bezug auf die Formulierung der Rahmenbedingungen eines Qualifikationsziels Interkultureller Kompetenz betont Bolten, dass gerade in Zeiten der Globalisierung mehr denn je von einer ganzheitlich-prozessualen und zugleich synergetischen Umsetzung des Konzepts ausgegangen werden sollte.

Von allgemeiner Handlungskompetenz unterscheidet sich interkulturelle Handlungskompetenz vor allem durch die andere Beschaffenheit des Handlungsfelds, nicht aber durch die Notwendigkeit eines ausgewogenen Zusammenspiels der vier Teilkomponenten (individuell, sozial, fachlich, strategisch). Zusätzlich zur allgemeinen Handlungskompetenz erweisen sich laut Bolten jene Fähigkeiten, die die Umsetzung auf das fremde bzw. interkulturelle Interaktionsfeld sichern, als unverzichtbar. Dazu zählt er die Erklärungsfähigkeit in Bezug auf eigen-, ziel- und somit interkulturelle Handlungszusammenhänge, sowie Fremdsprachenkenntnisse (Bolten, 2007a, p. 8).

3.3.3 Das Sunrise-Modell: Transkulturelle Pflege von Madeleine Leininger

Ihre ersten transkulturellen Erfahrungen sammelte Madeleine Leininger bereits in den 1940er Jahren in den USA. Bei ihrer Arbeit als Pflegende konnte sie beobachten, dass sich das Verhalten und die Bedürfnisse von Kindern verschiedener Kulturen unterscheiden. Um sich kulturspezifische Kenntnisse anzueignen, beschließt sie Ethnologie zu studieren. In den 1950er Jahren begründet sie die „Transkulturelle Pflege“ als neues Gebiet der Pflegewissenschaft. Von ihr stammen Bücher und Forschungsarbeiten, die die Verbindung zwischen Ethnologie und Pflege herstellen. Ihre Arbeiten bieten transkulturelle Grundlagen, die nicht nur für die Pflege sondern exemplarisch für alle Gesundheits- und Sozialberufen gelten (vgl. Domenig, 2007, p. 167).

„Was Menschen hauptsächlich benötigen, um sich zu entwickeln, um gesund zu bleiben, um Krankheiten zu vermeiden, um zu überleben oder um mit dem Sterben zurechtzukommen, ist *human care*, die menschliche Fürsorge“ (Leininger, 1998, p. 25).

„Ins Zentrum ihrer Theorie stellt Leininger die *human care* – dies im Unterschied zu den damaligen stark medizinerorientierten Pflgetheorien, welche das Individuum ins Zentrum stellen, und so gemäß Leininger familienzentrierten ‚Kulturen‘, d.h. Gruppen, in denen nicht das Individuum, sondern die Familie im Zentrum steht, nicht gerecht werden“ (Domenig, 2007, p. 168).

Domenig betont, dass es ihrer Meinung nach keine gute deutsche Übersetzung von *human care* gibt, und sie deshalb den englischen Ausdruck beibehält. Andere dafür in der Literatur häufig verwendete Übersetzungen sind „fürsorgliche Pflege“ oder „menschliche Fürsorge“.

Diese „menschliche Fürsorge“ steht also im Mittelpunkt von Leiningers Theorie der transkulturellen Pflege. Für Leininger ist das Vorhandensein einer *human care* ein Merkmal aller Kulturen und somit ein universelles Phänomen, welches durch dessen Ausgestaltung, Inhalte und Bedeutungen jedoch kulturspezifisch ist (Domenig, 2007, p. 168).

Leiningers Ziel war, „durch kulturspezifische Fürsorge gesundheitsfördernde Bedingungen zu schaffen, die den Menschen helfen, gesund zu bleiben, oder von professionell Pflegenden im Gesundheitswesen eine positive, zufriedenstellende und effektive Fürsorge zu erhalten“ (Leininger, 1998, p. 63).

Ein wichtiges Betätigungsfeld und Grundlage ihrer Theorie war das Herausarbeiten von Fürsorgevielfältigkeiten und -gemeinsamkeiten. Das erklärt auch, warum sie transkulturelle Pflege als vergleichende Fürsorge definiert (Reynolds, 1999b, p. 280). Sie wollte die Unterschiede und Übereinstimmungen der „menschlichen Fürsorge“ kulturspezifisch untersuchen, um aufzuzeigen, wie pflegende Menschen unterschiedlicher Kulturen eine entsprechende Pflege gewährleisten können (Leininger, 1998, p. 64).

Die Forschungsgruppe um Leininger hat dafür nahezu sechzig Kulturen in Bezug auf die Bedeutung der Pflege und pflegespezifischen Handlungsweisen erforscht. Die Ergebnisse wurden für jede Kultur anhand einer Tabelle dargestellt. Diese listen einerseits die kulturellen Werte der jeweiligen Kultur, und andererseits die kulturspezifische Bedeutung der Fürsorge und Handlungsweisen auf (vgl. Leininger, 1998, p. 213 ff.).

Leininger behauptet, dass Kultur und Fürsorge untrennbar miteinander verbunden sind, und dass die Fürsorge zum zentralen Aufgabenbereich der Pflegenden zählt (Reynolds, 1999b, p. 286). Nach Domenig (2007) beruht Leiningers Kulturkonzept auf der in Kapitel 3.2.3 erwähnten Kulturdefinition von Edward B. Tylor (1871).

Dieser begreift Kultur als komplexes Ganzes, das Wissen, Glaubensvorstellungen, Kunst, Moral, Gesetze, Bräuche und alle anderen Fähigkeiten und Eigenschaften, die man als Gesellschaftsmitglied erwirbt, einschließt.

Leininger veröffentlichte zahlreiche Artikel, die sich mit der Theorie der kulturellen Fürsorge beschäftigen. Zu den bekanntesten Themen ihrer Publikationen zählen die Theorie der kulturellen Fürsorge, Begriffe der Fürsorge und des Sorgens, Begriffe der transkulturellen Pflege und qualitativer Forschungsmethoden (Reynolds, 1999b, p. 277).

In den 1980er-Jahren fasste Leininger die „Theorie der kulturellen Fürsorgevielfalt und -gemeinsamkeiten“ im „Sunrise-Modell“ zusammen, welches als Übersichtsgrafik über die verschiedenen Dimensionen ihrer Theorie dienen soll.

Die zentrale Idee der Theorie ist, dass es zwischen allen Kulturen der Welt Unterschiede und Gemeinsamkeiten gibt. „Die Theorie unterscheidet sich vom Modell dahingehend, dass das Modell lediglich Komponenten der Theorie beschreibt, um ein konzeptionelles Bild zu liefern“ (Reynolds, 1999b, p. 286).

Das Modell zeigt die unterschiedlichen Faktoren (technologische, religiöse, soziale, kulturelle, politische, wirtschaftliche, bildungsbedingte) auf, die sich alle gegenseitig beeinflussen. Darüber hinaus wird auch die Bedeutung von Familien, Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen sowie der unterschiedlichen Pflegesysteme dargestellt (Domenig, 2007, p. 168).

Außerdem listet es die drei Modalitäten, die laut Leininger für Beurteilung, Entscheidungsfindungen und Pflegehandlungen eine Orientierung darstellen sollen:

- Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge
- Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge
- Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge

Sie sagt, dass Pflegende, die über entsprechende Kenntnisse in kulturspezifischer Pflege verfügen, unter Berücksichtigung dieser drei Handlungsformeln Pflegeplanungen vornehmen können, die in Einklang mit den im oberen Teil des Modells bzw. den oben genannten Faktoren stehen (Leininger, 1998, p. 67).

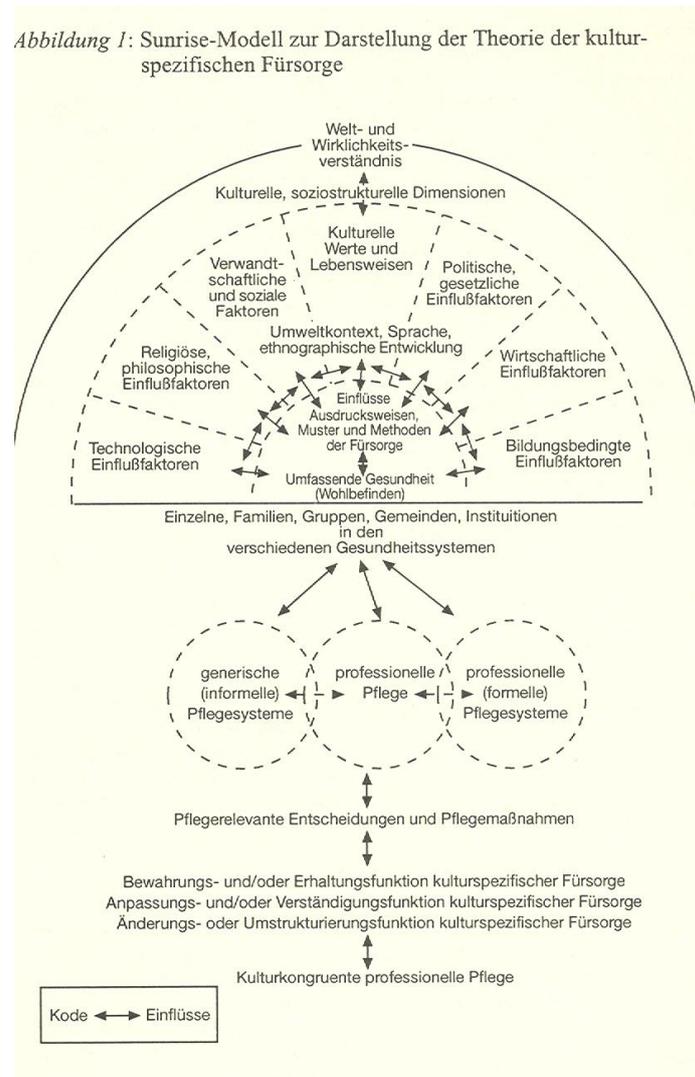


Abb. 5: Darstellung des Sunrise-Modells (Leininger, 1998, p. 69)

Jean Watson schreibt im Vorwort des Buches „Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege“, dass Leiningers Theorie der kulturspezifischen Pflege speziell in der Ausbildung, der Forschung und der klinischen Praxis weltweit angewendet und integriert werden kann.

Weiters erklärt er Leiningers Werk zur einzigen Pflege­theorie, die die kulturell bedingten Verschiedenartigkeiten und Übereinstimmungen der Fürsorge beinhaltet, und den Aspekt „Kultur als Kontext“ und „kulturell sichere Fürsorge“ in die Theorie und Forschung sowie in die Praxis und Ausbildung einbringt (Leininger, 1998, p. 17).

Cheryl L. Reynolds beschreibt in ihrem Artikel „Die Theorie der kulturellen Fürsorge – Implikationen für die Pflege“ den Anwendungsbereich von Leiningers Theorie und Modell ausführlich. Sie empfindet Leiningers Theorie als nützliche Richtlinie in der Pflegepraxis, in der Verwaltung sowie in der Ausbildung und Forschung (Reynolds, 1999a, p. 301).

Leininger selbst betont, dass es sich bei ihrer Theorie um eine der ersten Pflege­theorien handelt, die in westlichen und nicht westlichen Kulturen angewendet werden kann, und von großer Bedeutung für die Weiterentwicklung des transkulturellen Wissens in der Pflege ist (Leininger, 1998, p. 19).

Das von ihr entwickelte „Sunrise-Modell“ soll den theoretischen Rahmen für die von ihr entwickelte Theorie der kulturspezifischen Fürsorge bilden. Das Modell soll für Pflegende als Leitfaden oder Hilfsmittel dienen (Leininger, 1998, p. 24).

Leininger selbst vertritt die Position, dass die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge in Zukunft zu einer der wichtigsten Pflege­theorien werden wird, wenn es darum gehen soll, diese in die Praxis umzusetzen (Leininger, 1998, p. 257).

Sie selbst sagt voraus, „dass wir im Jahr 2010 für die Klienten aus den verschiedenen Kulturen eine ‚transkulturelle Gesundheitskarte‘ haben werden, die als ‚Pink Card‘ bezeichnet werden wird. Die Patienten werden diese Karte immer dann benutzen, wenn sie etwa auf Reisen, bei Migration oder bei Umzug in einen fremden Kulturkreis eintreten. Die ‚Pink Card‘ wird den Zugang zu den Gesundheitspflegediensten beschleunigen. ... Die Karte wird den Pflegenden, den Ärzten und den anderen Mitarbeitern in der Gesundheitspflege die Basisinformationen über den jeweiligen Patienten und dessen Herkunftskultur liefern. ...“ (Leininger, 1998, p. 261).

In Leiningers Buch „Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing“ (1991) werden kulturelle Werte, Bedeutungen und Handlungsweisen kultureller Fürsorge von folgenden 23 verschiedenen Kulturgruppen beschrieben: Angloamerikaner, Afroamerikaner, nordamerikanische Indianer, Amerikaner mexikanischer, haitianischer, philippinischer, japanischer, vietnamesischer, südostindischer und chinesischer Herkunft, Gadsup Akuna, arabisch-amerikanische Moslems, Amerikaner der Amish People alter Ordnung, Appalachen-Kultur sowie die polnisch-, deutsch-, italienisch-, griechisch-, jüdisch-, litauisch-, schwedisch-, finnisch- und dänisch-amerikanische Kultur (vgl. Reynolds, 1999a, p. 305).

Die von der Forschungsgruppe rund um Leininger erstellten Merkmale ethnischer Gruppen sollen den Pflegenden als Anleitung im Umgang mit MigrantInnen aus diesen spezifischen Gruppen dienen. Domenig (2007) befürchtet aber, dass eine solche Herangehensweise zur Abgrenzung und Ausgrenzung führt. Da nicht die Interaktion zwischen dem eigenen Selbst und dem fremden Selbst als Grundlage für die Beziehung dient, sondern stereotype Aussagen, welche sich zwischen das eigene und das andere Selbst schieben. Die Anwendung von Leiningers Theorie in der Praxis fördert laut Domenig die Stereotypisierung von MigrantInnen (Domenig, 2007, p. 170).

Nichts desto trotz ist Leiningers Theorie Grundlage für viele Forschungsprojekte, Arbeiten und Büchern geworden. Im deutschsprachigen Raum erschien das Buch von Susanna Alban „Multikulturelle Pflege“. Dieses Buch vermittelt Hintergrundwissen über Kulturen aus 52 Herkunftsländern. Erfasst wurden Staaten, aus denen sich mehr als 10.000 Menschen in Deutschland aufhalten. Das Buch ist von der Autorin vor allem für den praktischen Gebrauch bestimmt. Für jedes Herkunftsland werden bestimmte Bereiche beschrieben:

- Geografie und Demografie
- Gesundheit und Krankheit
- Soziale Elemente des Lebens (Kommunikation, Coping und Selbstkonzept, Rollen und Beziehungen, Sexualität und Reproduktion, Sterben und Tod)
- Körperliche Elemente des Lebens (Ernährung und Ausscheidung, Körperpflege und Kleidung, Zeitempfinden und Regeneration, Schmerz)

Im Anschluss, an den lexikonartig aufgebauten Teil des Buches, findet man als theoretischen Hintergrund drei Arbeiten über die Theorie Leiningers, eine von Leininger selbst, und zwei von Reynolds, die weiter oben einige Male zitiert wurde. (vgl. Alban, Leininger, & Reynolds, 1999)

3.3.4 Das Konzept transkultureller Kompetenz von Dagmar Domenig

Die Schweizerin Dagmar Domenig geht im Vergleich zu Leininger von einem ganz anderen Kulturbegriff aus. Sie stützt sich auf Wolfgang Welschs Definition von Transkulturalität (vgl. dazu Kapitel 3.2.3.3). Er geht von einer Durchmischung der heutigen Kulturen aus, und bezeichnet diese neue Struktur der Kulturen als transkulturell. Transkulturalität stellt, im Unterschied zu den Begriffen multikulturell und interkulturell, „...nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum“ (Domenig, 2007, p. 172).

Diese Transkulturalität versucht Ab- und Ausgrenzungen zu verhindern, indem durch gegenseitiges Aufeinanderzugehen und Verstehen nicht nur Unterschiede sondern auch Gemeinsamkeiten entdeckt werden sollen (Domenig, 2007, p. 173).

Laut Domenig (2001a) umfasst der Begriff Transkulturelle Pflege eine Herangehensweise, welche für eine auf die Bedürfnisse von MigrantInnen angepasste Pflege notwendig ist. Sie meint, dass es nicht darum geht, ein spezifisches Pflegemodell zu konstruieren. Es soll davon ausgegangen werden, dass professionelle Pflege situationsgerechte Pflege einschließt, und auf die Bedürfnisse von MigrantInnen eingeht. Transkulturelle Kompetenz ist nach Domenig ein Teil der professionellen Pflege (Domenig, 2001a, p. 147).

Domenig geht es nicht um die Zuordnung von bestimmten Merkmalen zu bestimmten Kulturen. Ihrer Meinung nach stellt transkulturelle Kompetenz nicht die Kulturen ins Zentrum, sondern die Interaktion zwischen Pflegenden und MigrantInnen. Bei dieser transkulturellen Interaktion kommt es zu einem Aufeinandertreffen von individuellen Lebenswelten und Lebenserfahrungen.

„Transkulturelle Kompetenz besteht im Kern aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext“ (Domenig, 2007, p. 174).

Laut Domenig (2007) stützt sich diese Interaktionsfähigkeit auf drei Säulen:

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen und Erfahrung
- Narrative Empathie

Pflegende müssen deshalb ihrer Meinung nach lernen, ihre eigene Lebenswelt und Lebenserfahrungen in einem selbstreflexiven Prozess besser wahrzunehmen. Dann wären sie befähigt, auch die Lebenswelt und Lebenserfahrungen von MigrantInnen besser zu verstehen. Das Ziel dabei ist nicht nur die Aneignung von Hintergrundwissen, sondern auch das Sammeln von Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen (Domenig, 2001a, p. 148).

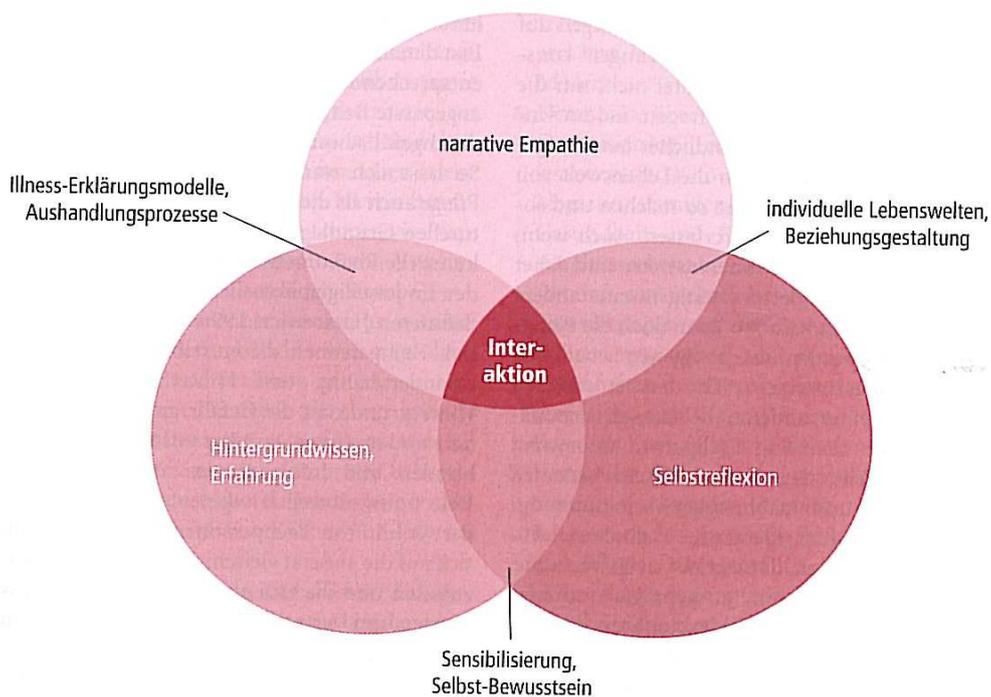


Abb. 6: Transkulturelle Kompetenz (Domenig, 2007, p. 175)

Domenig zufolge geht es in dieser Interaktion zwischen Fachpersonal und MigrantInnen darum, sich der eigenen Lebenswelt bewusst zu werden und auch die Lebenswelt der Patienten mit Migrationshintergrund möglichst wertneutral zu erfassen. Wenn diese selbstreflexive Auseinandersetzung des Fachpersonals ausbleibt, sieht sie eine große Gefahr, dass es zu Vorurteilen kommt, und dadurch vor allem MigrantInnen falsch behandelt werden (Domenig, 2007, p. 176).

Die Aneignung von Hintergrundwissen ist Domenig (2007) zufolge ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur transkulturellen Kompetenz.

Folgendes Hintergrundwissen gehört ihrer Meinung nach zu den Grundlagen transkultureller Kompetenz:

- Theoretisches Hintergrundwissen über Kultur, Migration, Integration, Grundrechte und Menschenrechte, fördert die Transkulturalität und baut Stereotypisierungen von MigrantInnen ab.
- Für das Verstehen des Krankheitsprozesses sind Kenntnisse über medizinethnologische Konzepte wesentlich.
- Für eine erfolgreiche Behandlung und Pflege sind Kenntnisse einer angepassten Kommunikation im Migrationskontext die Voraussetzung.
- Kenntnisse über migrations- und frauenspezifische Lebenswelten, Rassismus und Diskriminierung sind für ein besseres Verständnis hilfreich.
- Kenntnisse über psychische Erkrankungen sind zentral, da viele MigrantInnen aufgrund von Folter und Krieg traumatisiert sind.
- Für das Verstehen von Migrationsfamilien und deren Umgang mit Gesundheit und Krankheit sind Kenntnisse über die Unterschiede in der sozialen Organisation förderlich.

(vgl. Domenig, 2007, pp. 176-177)

Empathie ist Domenig zufolge das Gegenteil von Abgrenzung, indem durch Nichtwahrung der Distanz das Engagement, das Interesse und die Neugier im Vordergrund stehen. Aber gerade im medizinisch-therapeutischen Ausbildungsbereich wird auf Abgrenzung und Wahrung der sogenannten professionellen Distanz Wert gelegt.

Domenig kritisiert, dass kaum Lehrinhalte vermittelt werden, die zeigen, wie man empathische Nähe herstellen kann. Deshalb erstaunt es sie nicht, dass Fachpersonen sich in erster Linie darum bemühen, professionell sachlich und distanziert zu bleiben und deshalb in interkulturellen Interaktionen oft hilflos wirken (Domenig, 2007, p. 178).

Dabei spielen Erzählungen von PatientInnen, so genannte Narrationen, ihr zu Folge eine bedeutende Rolle im Bewältigungsprozess einer Krankheit. Narrative Empathie ist nicht das generelle Mitfühlen eines Menschen, sondern die Zuwendung mittels narrativer Techniken. Dazu verwendete grundlegenden Fähigkeiten wie Zuhören, Fragen, Beschreiben, Ordnen, Erklären und Interpretieren ermöglichen eine Vermittlung zwischen Fachpersonal und Patient (Domenig, 2007, p. 178).

Domenig (2007) unterscheidet zwischen:

- Transkulturell kompetenten Fachpersonen, die MigrantInnen ihren Bedürfnissen angepasst und respektvoll behandeln, und sich für die gesundheitliche Chancengleichheit einsetzen.
- Transkulturell inkompetenten Fachpersonen, die sich um so eine Haltung bemühen, denen es jedoch an migrationsspezifischem Hintergrundwissen, sowie an unterschiedlichen Sichtweisen auf Gesundheit und Krankheit fehlt.
- Rassistisch diskriminierende Fachpersonen, die MigrantInnen bewusst ausgrenzen, und dadurch eine Benachteiligung von PatientInnen mit Migrationshintergrund fördern.

(vgl. Domenig, 2007, p. 181)

Zusammenfassend beschreibt Domenig transkulturelle Kompetenz „als die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig, 2007, p. 187).

3.3.5 Das Modell der kulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen von Josepha Campinha-Bacote

Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Josepha Campinha-Bacote engagierte sich schon zu Beginn ihrer Pflegeausbildung 1969 für ethnisch-kulturelle Fragen. Sie selbst ist Angehörige der zweiten Generation von Einwanderern aus Kap Verde (Westafrika, Amtssprache Portugiesisch) und konnte sich deshalb weder mit den „Weißen“ noch mit den „Schwarzen“ in den USA identifizieren (Seidl & Walter, 2006, p. 12).

Campinha-Bacote geht in ihrem Modell davon aus, dass kulturelle Kompetenz ein fortlaufender Prozess ist. In diesem sind Angehörige des Gesundheitswesens stets bemüht, die Fähigkeit zu erreichen, wirksam auf das kulturelle Umfeld ihrer PatientInnen einzugehen.

Das Modell erfordert von den Anwendern, dass sie sich nicht schon als kulturell kompetent sehen. Sie können dies erst im Laufe des Prozesses werden. (Campinha-Bacote, 2002, p. 181).

Dieser Prozess beinhaltet laut Campinha-Bacote (2002) fünf Komponenten:

- Bewusstsein kultureller Hintergründe (cultural awareness)
- Wissen über Kultur (cultural knowledge)
- Fähigkeiten im Umgang mit kulturellen Gegebenheiten (cultural skill)
- Kulturelle Interaktionen (cultural encounters)
- Wunsch nach kultureller Kompetenz (cultural desire)

Zum besseren Verständnis erklärt Campinha-Bacote (2002) in ihrem Artikel „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services“ die einzelnen Komponenten ausführlich, wobei sie immer wieder auf den prozesshaften Charakter der einzelnen Komponenten hinweist. Sie beschreibt „cultural awareness“ als die Selbsterkenntnis und detaillierte Erforschung des eigenen kulturellen und professionellen Hintergrunds. Dieser Teil soll auch das Erkennen der eigenen Voreingenommenheit und Vorurteile beinhalten. „Cultural knowledge“ definiert sie als den Prozess des Suchens und Erlangens einer soliden Grundausbildung über die unterschiedlichen kulturellen und ethnischen Gruppen.

Für das Erlangen von kulturellem Hintergrundwissen sind der Glaube und die kulturellen Werte in Bezug auf die Gesundheit, das Vorkommen und die Verbreitung von Krankheiten sowie die Wirksamkeit von Behandlungen zu beachten. Campinha-Bacote appelliert, dass es dabei wichtig ist, die PatientInnen nicht als Angehörige einer speziellen kulturellen Gruppe, sondern als Individuen mit eigener Lebenserfahrung und abgelaufenen kulturellen Anpassungsprozessen zu sehen.

„Cultural skill“ ist laut Campinha-Bacote die Fähigkeit, wichtige kulturelle Angaben, die das Problem der PatientInnen betreffen, zu sammeln und eine angemessene kulturspezifische Behandlung durchzuführen.

Der Prozess „cultural encounter“ soll die direkten interkulturellen Begegnungen zwischen den Angehörigen des Gesundheitswesens und den PatientInnen fördern. Denn diese Begegnungen können, Campinha-Bacote zufolge, festgefahrene Meinungen über eine kulturelle Gruppe korrigieren, und die Bildung von Vorurteilen vermeiden. Sie warnt die Angehörigen des Gesundheitswesens davor, bei mehrmaligem Kontakt mit einer speziellen ethnischen Gruppe, sich sofort als Experten zu sehen. Campinha-Bacote weist in diesem Zusammenhang auf die individuelle Verschiedenheit der Menschen innerhalb einer ethnischen Gruppe hin, und meint damit, dass es oft innerhalb dieser einen Gruppe zu mehr Unterschieden kommen kann, als zwischen zwei verschiedenen Gruppen. „This is due to intra-ethnic variation, which means that there is more variation within a cultural group than across cultural groups.“

Als weitere Voraussetzung für ihr Modell bezeichnet Campinha-Bacote „cultural desire“. Sie sieht darin die Motivation und den wirklichen Wunsch in kulturellen Begegnungen angemessen und kompetent zu handeln. Dieser Wunsch beinhaltet auch das Konzept der Fürsorge, das auch bei Leininger eine zentrale Rolle einnimmt. „It has been said that people don't care how much you know, until they first know how much you care.“

Außerdem zählt Campinha-Bacote zu diesem Wunsch auch die echte Leidenschaft für Offenheit und Flexibilität gegenüber anderen, das Akzeptieren von Unterschieden, das Aufbauen auf Gemeinsamkeiten und den Willen von andern als kulturelle Informanten zu lernen.

(vgl. Campinha-Bacote, 2002, pp. 182-183)

In ihrer grafischen Darstellung des Prozesses von kultureller Kompetenz stellt Campinha-Bacote die fünf Komponenten anhand von sich überschneidenden Kreisen dar (Campinha-Bacote, 2002, p. 183).

Aufbauend auf ihr Modell „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services“ hat Campinha-Bacote ein Assessment-Instrument entwickelt. Der Fragebogen, „The Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals (IAPCC)“ misst anhand von 20 Items die Komponenten „cultural awareness“, „cultural knowledge“, „cultural skill“ und „cultural encounters“. Die Komponente „cultural desire“ wird dabei nicht gemessen, und bietet somit nach Campinha-Bacote ein Feld für zukünftige Forschungsprojekte (Campinha-Bacote, 2002, p. 184).

3.3.6 Das Modell des ethnisch-kulturellen Systems von Modesta Soberano Orque

Modesta Soberano Orque (1983), eine US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin philippinischer Herkunft, beschreibt einen Fragebogen zur transkulturellen Pflege, mit dem Ziel, dass Pflegekräfte PatientInnen adäquater betreuen können (Jong, 2003, p. 212). Sie orientiert sich in ihrer Theorie nachdrücklich an Minderheitsgruppierungen in den Vereinigten Staaten, die aufgrund unterschiedlicher Faktoren, die Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichend nutzen können (Jong, 2003, p. 212).

Orque spricht von ethnischen Gruppen oder ethnischen Minderheiten, die sie als Gruppe sieht, die einer in der Gesellschaft dominanten Gruppe gegenübersteht (Visser & Jong, 2002, p. 103).

Ihrer Meinung nach können bestimmte Fragen den Pflegenden helfen, ein kulturelles Profil für die ethnische Gruppe der PatientInnen zu erstellen. Die grundlegende Frage lautet dabei immer: Was ist in dieser Gruppe anders als in der dominanten Gruppe (Visser & Jong, 2002, p. 106)?

Mit dem von Orque entwickelten Modell des ethnisch-kulturellen Systems, welches in der Literatur auch als interkulturelles Kommunikationsmodell bezeichnet wird, bietet sie Pflegenden ein Hilfsmittel an, um zu analysieren worauf sie bei PatientInnen aus ethnischen Minderheiten besonders achten müssen (Visser & Jong, 2002, p. 103).

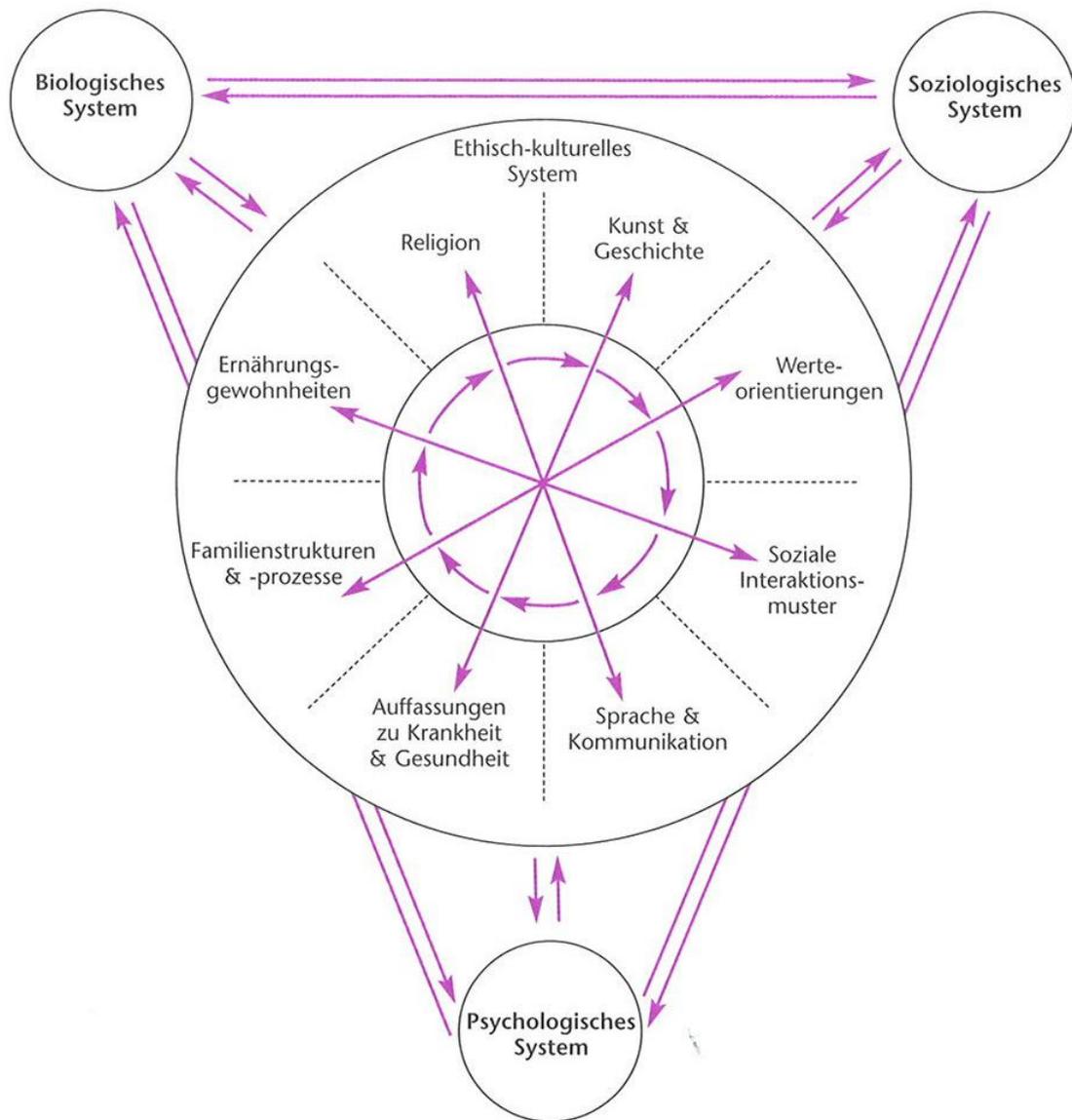


Abb. 7: Der Aufbau von Orques Theorie (Visser & Jong, 2002, p. 105)

Im Mittelpunkt ihres ethnisch-kulturellen Systems, stellt Orque (1983) die fundamentalen menschlichen Bedürfnisse nach Maslow, die sie als universell betrachtet (Jong, 2003, p. 212).

Diese Bedürfnisse gelten ihrer Meinung nach für alle Menschen, unabhängig von ihrem Status, ihrer Herkunft oder ihrer Kultur. Das ethnisch-kulturelle System bestimmt, wie die Menschen mit diesen fundamentalen Bedürfnissen umgehen (Visser & Jong, 2002, p. 104).

Die fundamentalen Bedürfnisse werden ihrerseits inhaltlich nicht vertieft. Das ethnisch-kulturelle System umfasst Bereiche wie Ernährungsgewohnheiten, Sprach- und Kommunikationsprozesse, Religion, Kunst und Geschichte, Prozesse innerhalb des Familienlebens, interaktive Prozesse innerhalb einer sozialen Gruppe, Wertorientierungen und Gesundheitsauffassungen und –gewohnheiten (Visser & Jong, 2002, p. 103). Orque führt nach Visser & Jong nicht weiter aus, warum sie gerade diese Elemente in das Modell aufgenommen hat und andere nicht. Auch werden die einzelnen Komponenten nicht genauer beschrieben (Visser & Jong, 2002, p. 105). Sie betonen aber, dass Orque davon ausgeht, dass die ethnisch-kulturelle Herkunft bestimmt, wie die Menschen mit den fundamentalen Bedürfnissen umgehen (Visser & Jong, 2002, p. 104). Aus diesem Grund richten sich die Pfeile in Orques Modell auch vom Kreis der Bedürfnisse ausgehend auf die verschiedenen Komponenten des ethnisch-kulturellen Systems (Visser & Jong, 2002, p. 105).

Da die unterschiedlichen Komponenten in engem Zusammenhang stehen, befinden sich in der grafischen Darstellung des Modells zwischen den einzelnen Komponenten keine durchgezogenen, sondern gestrichelte Linien. Veränderungen im System führen zu Veränderungen bei jeder der Komponenten, Veränderungen bei den Komponenten wirken sich wiederum verändernd auf das System aus (Visser & Jong, 2002, p. 106).

Um adäquate Pflege anbieten zu können, wird ein spezifisches Kulturprofil benötigt. Dafür braucht das Pflegepersonal eine gute interkulturelle Kommunikation und das Verständnis, dass dabei auch biologische, psychologische und soziologische Faktoren eine Rolle spielen (Visser & Jong, 2002, p. 106). In der grafischen Darstellung des Modells wird das ethnisch-kulturelle System von drei anderen Systemen eingerahmt. Das biologische System umfasst alle physiologischen Lebensprozesse des menschlichen Organismus. Das psychologische System umfasst alle mentalen und verhaltensbezogenen Prozesse und Merkmale von Personen und Gruppen. Und das soziologische System umfasst alle sozialen Institutionen, welchen Menschen angehören. Die insgesamt vier Systeme beeinflussen sich gegenseitig (Visser & Jong, 2002, p. 107).

Zusätzlich muss laut Orque das kulturspezifische Profil noch durch individuelle Betrachtung verfeinert werden, da in kulturellen Gruppen vielerlei Variationen bestehen, die bestimmen, wie ein Mensch fühlt oder denkt. Zu diesen individuellen Variablen zählt Orque unter anderem das Lebensalter, die Religion, Dialekt, Geschlecht, sozialen Hintergrund, sowie geografische und geschichtliche Hintergründe des Herkunfts- und Aufenthaltslandes (Visser & Jong, 2002, p. 103). Der einzige Weg, um diese Daten effizient zu sammeln, ist laut Orque die Kommunikation. Deshalb wird ihr Modell auch als interkulturelles Kommunikationsmodell bezeichnet. Wenn diese Kommunikation zwischen Pflegenden und PatientInnen nicht möglich ist, müssen für die Datensammlung Angehörige und Freunde miteinbezogen werden (Visser & Jong, 2002, p. 107).

3.3.7 Das Modell zur Entwicklung kultureller Kompetenz nach Papadopoulos, Tilki und Taylor

Irena Papadopoulos arbeitet mit KollegInnen seit den späten 1980er Jahren im Forschungsgebiet „Transkulturelle Gesundheits- und Pflegeforschung“ in Großbritannien (Papadopoulos, 2003, p. 86).

Ihr Ziel war schon damals kulturelle Fragestellungen in die Krankenpflegelehrpläne aufzunehmen, und StudentInnen bei der Entwicklung kultureller Kompetenz zu helfen.

Zu diesem Zweck veröffentlicht sie 1998 zusammen mit ihren Kolleginnen Mary Tilki und Gina Tayler ein Modell kultureller Kompetenz. Sie definieren kulturelle Kompetenz als die Fähigkeit effektive Pflege, unter der Berücksichtigung kultureller Glaubensvorstellungen, Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Menschen, auszuüben (Papadopoulos, 2003, p. 87).

Weiters vertreten sie die Ansicht, dass kulturelle Kompetenz einem kontinuierlichen Prozess entspricht, der ein Zusammenspiel von Wissen und Fähigkeiten darstellt, die wir uns während unseres privaten und beruflichen Lebens angeeignet haben. Um dieses Wissen und diese Fähigkeiten zu veranschaulichen – mit dem Hintergedanken kulturelle Kompetenz so besser zu erlernen - teilen sie ihr Modell in vier Phasen ein: „Cultural awareness“ (kulturelles Bewusstsein), „Cultural knowledge“ (kulturelles Wissen), „Cultural sensitivity“ (kulturelle Sensibilität), „Cultural competence“ (kulturelle Kompetenz) (Papadopoulos, 2003, pp. 87-88).

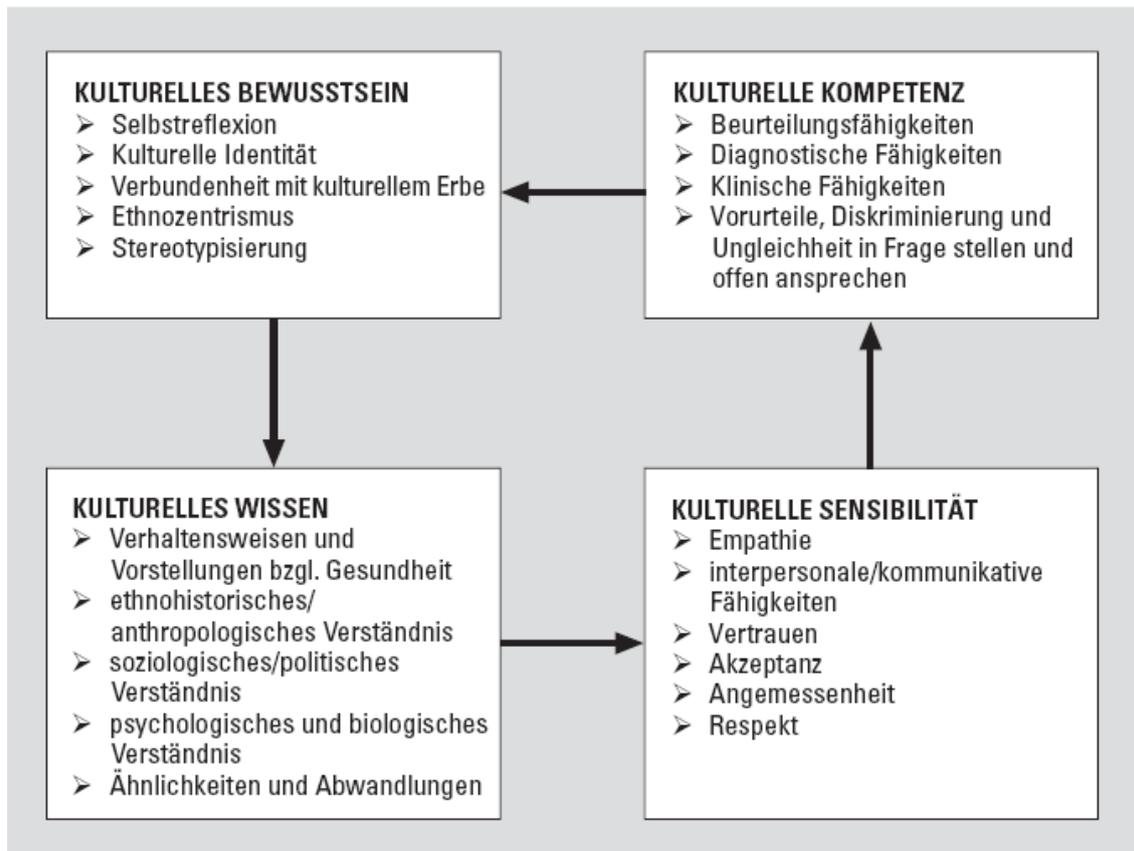


Abb. 8: Das Modell für die Entwicklung kultureller Kompetenz von Papadopoulos, Tilki und Taylor (Papadopoulos, 2003, p. 88)

Die vier unterschiedlichen Phasen des Modells werden auch grafisch dargestellt. Allerdings wird durch die Verbindung mit Pfeilen, vor allem von der letzten zur ersten Phase, angedeutet, dass es sich dabei nicht um einen linearen, sondern eher um einen spiralförmigen Prozess handelt (Seidl & Walter, 2006, p. 14).

Durch die Erfahrung von verschiedenen Forschungsprojekten zu diesem Thema hat Papadopoulos zusammen mit Shelley Lees ihr Modell weiterentwickelt. Dieses Modell beschreibt die dynamische Beziehung zwischen kulturallgemeiner und kulturspezifischer Kompetenz (Papadopoulos & Lees, 2002, p. 262).

Gerrish und Papadopoulos (1998) definieren die kulturallgemeine Kompetenz als die Aneignung von Wissen und Fähigkeiten, welche für verschiedene ethnische Gruppen anwendbar sind. Als kulturspezifische Kompetenz bezeichnen sie das Wissen und die Fähigkeiten, die für eine spezielle ethnische Gruppe charakteristisch sind.

In dem Modell von Papadopoulos und Lees (2002) ist kulturallgemeine Kompetenz erforderlich, um sich kulturspezifische Kompetenz anzueignen. Auch dieser Prozess ist als dynamisch und spiralförmig anzusehen (Papadopoulos & Lees, 2002, p. 262).

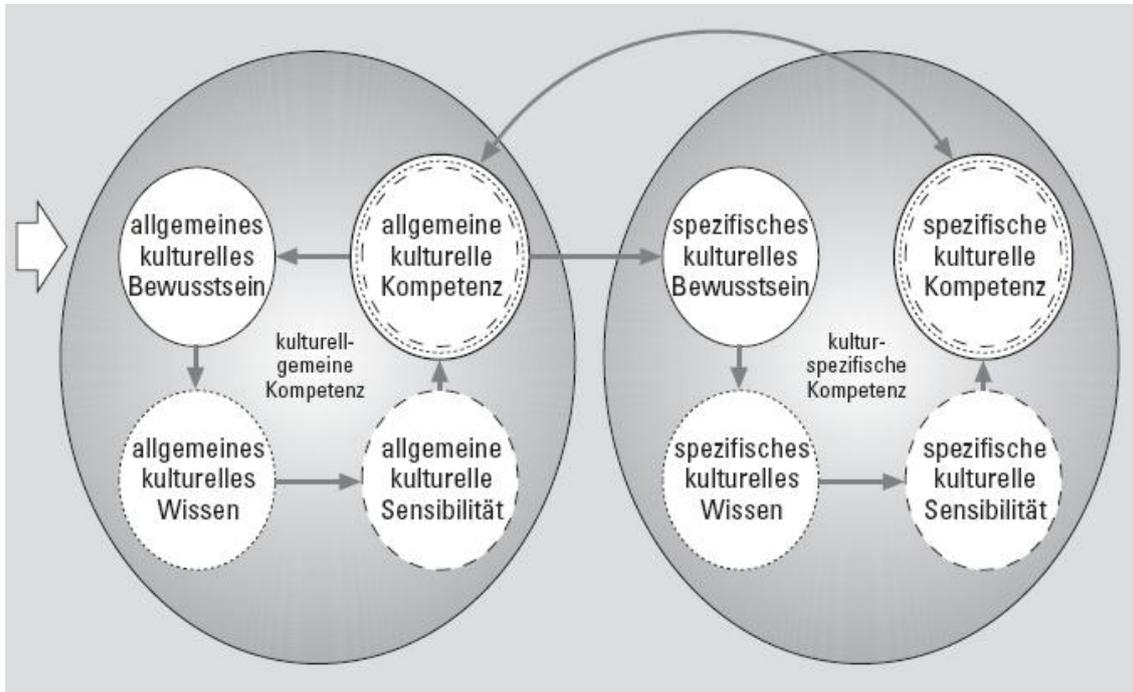


Abb. 9: Das kulturallgemeine und kulturspezifische Modell kultureller Kompetenz von Papadopoulos & Lees (Papadopoulos, 2003, p. 91)

Kulturallgemeine Kompetenzen, die während der gesamten beruflichen Laufbahn entwickelt werden und über verschiedene kulturelle Gruppen hinweg anwendbar sind, helfen laut Papadopoulos, uns kulturspezifische Kompetenzen anzueignen, die für spezielle kulturelle Gruppen charakteristisch sind. Die Autorin vertritt weiters die Meinung, dass es für Pflegekräfte unmöglich ist, alles über die zahlreichen kulturellen Gruppen zu wissen, die in einem Land leben. Sie weist aber darauf hin, dass die kulturallgemeine Kompetenz es ermöglicht, die relevanten kulturspezifischen Informationen zusammenzutragen, die für die Pflege einer PatientIn notwendig sind (Papadopoulos, 2003, p. 91).

3.3.8 Das Purnell-Modell kultureller Kompetenz von Larry Purnell

Das Purnell-Modell kultureller Kompetenz wurde 1995 von Larry Purnell entwickelt, und ist für alle Angehörigen des Gesundheitswesens bestimmt (Purnell, 2000, p. 40).

Grafisch wird das Modell in Form eines großen Kreises mit mehreren Ringen dargestellt.

Am äußersten Ring findet man die „Global Society“. Darunter versteht Purnell die Gesellschaft, die er als große Gemeinschaft von multikulturellen Menschen sieht.

Der zweite Ring im Modell repräsentiert die „Community“, die er als Gruppe mit gemeinsamen Interessen sieht, die in einer gemeinsamen Region wohnt.

Der dritte Ring steht für die „Family“, die Purnell definiert, als ein oder mehr Menschen, die emotional miteinander verbunden sind, aber nicht zwingend zusammenwohnen müssen.

Der ganz innere Ring stellt die „Person“ dar. Diese ist laut Purnell ein Mensch, der sich ständig an seine biologische, psychologische und soziale Umwelt anpasst (Purnell, 2000, p. 41).

Das Innere des übrig bleibenden Kreises teilt Purnell in zwölf Bereiche ein. Die Bereiche umfassen eine kurze Beschreibung der primären und sekundären Charakteristika einer Kultur, welche für die individuellen kulturellen Wertvorstellungen ausschlaggebend sind (Purnell, 2002, p. 1993). Laut Purnell sind die primären Charakteristika Nationalität, Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Alter und religiöse Zugehörigkeit. Sekundäre Charakteristika sind unter anderem Bildungsstatus, sozio-ökonomischer Status, politische Einstellung, sexuelle Einstellung und der Grund der Migration (vgl. Purnell, 2000, p. 41 Tabelle 1).

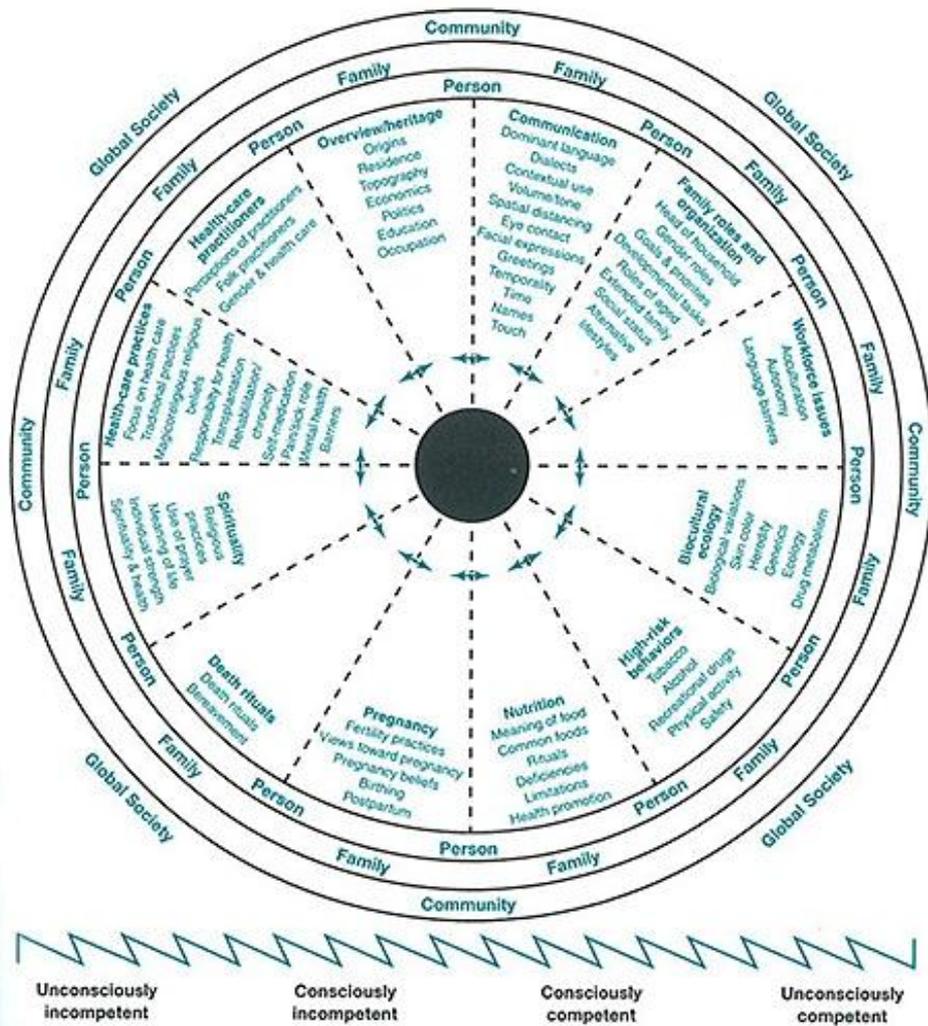


Abb. 10: Das Purnell-Modell für kulturelle Kompetenz (Purnell & Paulanka, 2005, p. 9)

Die zwölf Bereiche, die berücksichtigt werden sollen, müssen laut Purnell nicht der Reihe nach beachtet werden:

1. „Overview / heritage“: berücksichtigt die politische und wirtschaftliche Lage im Herkunfts- und im Migrationsland, den Bildungsstand und den Beruf, sowie den Grund der Migration.
2. „Communication“: berücksichtigt die Muttersprache sowie mögliche Dialekte, Stimme, Tonfall, und nonverbale Kommunikation.
3. „Family roles and organization“: berücksichtigt unter anderem die Rolle des Familienvorstandes sowie die Geschlechterrolle.

4. „Workforce issues“: berücksichtigt die kulturelle Anpassung des Personals. In seinem Buch „Guide to Culturally Competent Health Care“ wird dieser Kategorie keine Bedeutung geschenkt, weil es ausschließlich für die Anwendung mit Patienten herausgegeben wurde (Purnell & Paulanka, 2005, p. 13). In seinem Artikel „The Purnell Model of Cultural Competence“ betont er aber, dass das Model gerade durch diese Kategorie auch Anwendung auf organisatorischer Ebene findet. Er gibt als Beispiel an, dass Manager das Modell benutzen, um die Akzeptanz von multikulturellen Teams zu fördern (Purnell, 2002, p. 196).
5. „Biocultural ecology“: berücksichtigt biologische und physiologische Variationen unterschiedlicher ethnischer Gruppen.
6. „High-risk behaviors“: berücksichtigt den Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen; Bewegungsmangel; risikoreiche Sexualpraktiken; etc.
7. „Nutrition“: beinhaltet alles, was die Ernährung und die Ernährungsgewohnheiten beinhaltet.
8. „Pregnancy and childbearing practices“: beinhaltet Schwangerschaft und Geburt, sowie Verhütungsmethoden.
9. „Death rituals“: beinhaltet die Einstellung zum Tod, sowie die Trauerrituale.
10. „Spirituality“: berücksichtigt die religiösen Gewohnheiten.
11. „Health care practice“: beinhaltet unter anderem die Einstellung zu Gesundheit und Krankheit, sowie zur Gesundheitsvorsorge.
12. „Health care practitioner“: dazu zählt der Anspruch an den Arzt – unter anderem kann dabei das Geschlecht des Arztes eine Rolle spielen.

(vgl. Purnell, 2002, pp. 195-196)

Alle zwölf Bereiche stehen in Verbindung und werden gegenseitig beeinflusst. Das ganz Innere des Kreises bleibt leer, und ist schwarz dargestellt. Es soll unbekannte Aspekte einer kulturellen Gruppe darstellen (Purnell, 2002, p. 195).

Am unteren Rand des Modells ist eine gezackte Linie dargestellt, die das kulturelle Bewusstsein repräsentiert. Das kulturelle Bewusstsein reicht von unbewusst inkompetent, über bewusst inkompetent, zu bewusst kompetent und unbewusst kompetent.

Laut Purnell kann sein Modell in vielen Bereichen des Gesundheitssystems Anwendung finden. Für Pflegepersonen, Ärzte, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter etc. soll das Modell jedoch nicht nur in der Praxis angewendet werden, sondern auch zur Aus- und Weiterbildung von Personal dienen. Purnell schlägt sein Modell aber auch Organisationen im Gesundheitswesen vor. Außerdem erwähnt er, dass das Modell schon in vielen Forschungsprojekten aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen benutzt wurde (Purnell, 2002, p. 196).

Für genauere Beschreibung des Modells verweist Purnell auf das von ihm, gemeinsam mit Betty J. Paulanka, 1998, herausgegebene Buch „Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach“ (Purnell, 2000, p. 41). Zudem publizierten Purnell und Paulanka im Jahr 2005 das Buch „Guide to Culturally Health Care“. In diesem Buch, das speziell für die praktische Arbeit mit PatientInnen herausgebracht wurde, beschreiben sie die zwölf Bereiche des Modells für 27 unterschiedliche Kulturen. In den einzelnen Kapiteln werden die zwölf Bereiche, an die jeweilige Kultur angepasst, beschrieben. Zusätzlich werden Fragen vorgeschlagen, die zu den jeweiligen Bereichen gestellt werden können, und dazu dienen auf individuelle Weise auf die PatientInnen einzugehen. Das Buch soll gewissermaßen als Leitfaden für die Kommunikation mit der jeweiligen Kultur dienen. Die behandelten Kulturen sind auf amerikanische Verhältnisse ausgerichtet, wobei Purnell mehrmals betont, dass die einzelnen Kapiteln zu den Kulturen überall auf der Welt eingesetzt werden können (Purnell & Paulanka, 2005, p. XVI). Zur besseren Veranschaulichung sollen sie nachfolgend aufgezählt werden:

- “People of African American Heritage“
- “The Amish”
- “People of Appalachian Heritage”
- “People of Arab Heritage”
- “People of Bosnian Heritage”
- “People of Brazilian Heritage”
- “People of Chinese Heritage”
- “People of Cuban Heritage”
- “People of Egyptian Heritage”

- “People of European American Heritage”
- “People of Filipino Heritage”
- “People of German Heritage”
- “People of Greek Heritage”
- “People of Haitian Heritage”
- “People of Hindu Heritage”
- “People of Iranian Heritage”
- “People of Irish Heritage”
- “People of Italian Heritage”
- “People of Japanese Heritage”
- “People of Jewish Heritage”
- “People of Korean Heritage”
- “People of Mexican Heritage”
- “Navajo Indians”
- “People of Puerto Rican Heritage”
- “People of Russian Heritage”
- “People of Turkish Heritage”
- “People of Vietnamese Heritage”

(vgl. Purnell & Paulanka, 2005)

Das Ziel Purnells ist, kultursensible und kulturell kompetente Pflege anzubieten, in welcher die PatientInnen sehr wohl als einzigartiges Individuum wahrgenommen werden (Purnell & Paulanka, 2005, p. XVI).

3.3.9 Das “Transcultural Assessment Model” von Giger und Davidhizar

Das „Trancultural Assessment Model“ wurde 1988 von Joyce Newman Giger und Ruth Davidhizar entwickelt. Sie wollten damit Auszubildenden der Pflege ein Instrument liefern, um kulturell unterschiedliche Patienten besser einschätzen zu können und darauf abgestimmte Pflege anzubieten.

Das Modell beinhaltet sechs kulturelle Phänomene: Kommunikation, Zeit, Raum, soziale Organisation, Kontrolle über die Umgebung und biologische Varianten (Giger & Davidhizar, 2002, p. 185).

Giger und Davidhizar (2002) gehen davon aus, dass jeder Mensch kulturell einzigartig ist, und sind der Meinung, dass jeder, in Anlehnung an die sechs kulturellen Phänomene, eingeschätzt werden kann.

Das Phänomen „Kommunikation“ bezieht das komplette menschliche Verhalten mit ein, sowie die verbale als auch die nonverbale Kommunikation, die laut Giger und Davidhizar in jeder Kultur vorkommt. Sie sehen die Kommunikation als wesentlichen Faktor – als Mittel, mit der Kultur übertragen werden kann. Außerdem halten sie Kommunikation für jenen Bereich, in dem, bei der Arbeit mit PatientInnen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, häufig die größten Probleme auftauchen. Mit „Raum“ ist laut Giger und Davidhizar die angemessene Distanz bei Interaktionen gemeint, die gewöhnlich in öffentliche, gesellschaftliche, persönliche und intime Zonen, eingeteilt werden. Giger und Davidhizar betonen, dass das Empfinden für die richtige Distanz von Kultur zu Kultur unterschiedlich ist.

Das Phänomen „soziale Organisation“ umfasst die Organisation und Struktur der Familie, religiösen Werte und Überzeugungen sowie die Rollenverteilungen.

„Zeit“ ist ein wichtiger Aspekt in der zwischenmenschlichen Kommunikation. So können unterschiedliche kulturelle Gruppen vergangenheits-, gegenwarts- oder zukunftsorientiert sein. Zukunftsorientierung spielt zum Beispiel bei Prävention eine große Rolle. Mit dem Phänomen „Kontrolle über die Umgebung“ wollen Giger und Davidhizar erfassen, inwieweit Personen glauben, einen Einfluss auf gewisse Dinge zu haben. Es gibt viele Kulturen, die meinen, keine interne Kontrolle über ihre Gesundheit zu haben, ihren Zustand dem Schicksal zuschreiben und deswegen Behandlungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen ablehnen.

In Bezug auf das Phänomen „Biologische Variationen“ weisen Giger und Davidhizar auf das Bestehen von biologischen Unterschieden und genetischen Variationen in verschiedenen ethnischen Gruppen hin. Zum Beispiel können die Anfälligkeit für verschiedene Krankheiten und die Reaktion auf bestimmte Medikamente in unterschiedlichen ethnischen Gruppen variieren.

(vgl. Giger & Davidhizar, 2002, pp. 185-187)

Das „Transcultural Assessment Model“ von Giger und Davidhizar basiert auf einigen Voraussetzungen. Sie halten Kultur für eine Verhaltensreaktion, die nach bestimmten Mustern abläuft, die sich mit der Zeit als Ergebnis der Prägung von geistigen, sozialen und religiösen Strukturen manifestiert hat.

Giger und Davidhizar (2002) meinen, dass Kultur von Werten, Überzeugungen, Normen und Bräuchen geprägt wird, welche mit den Mitgliedern der gleichen kulturellen Gruppe geteilt werden. Sie gehen davon aus, dass Kultur unser Denken und Handeln lenkt, unser Wesen darstellt und widerspiegelt, wer wir sind. Diese Ausdrucksmuster werden ihrer Meinung nach, von einer Generation zur nächsten weitergegeben (Giger & Davidhizar, 2002, p. 187).

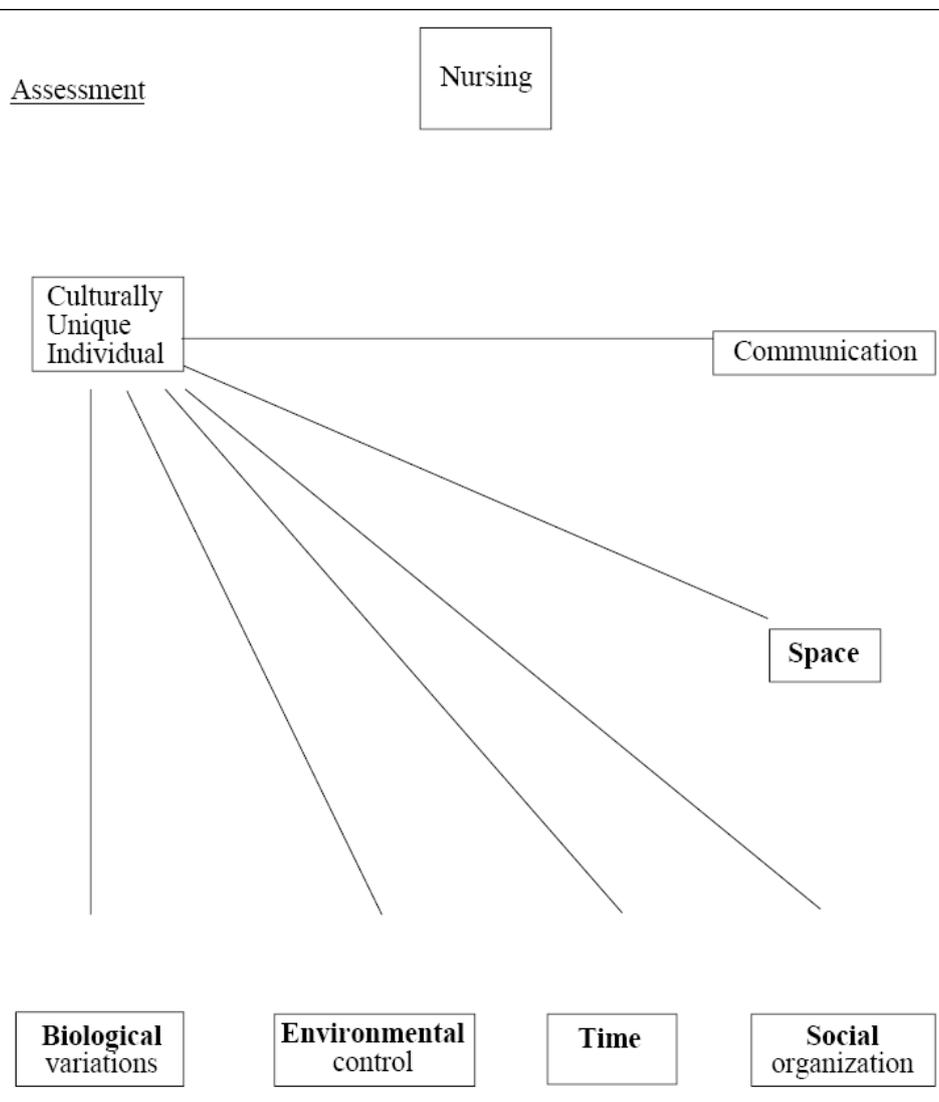


FIGURE 1. Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model.
SOURCE: Giger, J., & Davidhizar, R. (1999). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis, MO: Mosby.

Abb. 11: Das „Transcultural Assessment Model“ (Giger & Davidhizar, 2002, p. 186)

Die Metaparadigmen für das Model von Giger und Davidhizar (2002) beinhalten:

1. „Transcultural Nursing“: ist ein kulturell kompetentes Praxisfeld mit Klienten- und forschungszentrierten Schwerpunkten.
2. „Culturally competent care“: wird als dynamischer Prozess gesehen, der nützliche Strategien zur Gesundheitsversorgung von PatientInnen unterschiedlicher Kulturen bietet.
„A dynamic, fluid, continuous process whereby an individual, system, or health care agency finds meaningful and useful care delivery strategies based on knowledge of the cultural heritage, beliefs, attitudes, and behaviors of those to whom they render care.“
3. „Culturally unique individuals“: Alle Menschen sind kulturell einzigartige Individuen, welche durch Erfahrungen aus der Vergangenheit und kulturelle Überzeugungen und Normen geprägt sind.
4. „Culturally sensitive environments“: Kultursensible Pflege kann und soll in vielen klinischen Bereichen Einzug finden. Kulturrelevante Informationen sollen zu einer kulturell kompetenten Gesundheitsversorgung führen.
5. „Health and health status“: Der Gesundheitszustand von PatientInnen unterschiedlicher Kulturen stützt sich auf kulturspezifische Krankheiten und kulturunterschiedliches Wohlbefinden.

(vgl. Giger & Davidhizar, 2002, p. 187)

3.4 Die Vermittlung Interkultureller Kompetenz in der Aus- und Weiterbildung

Um eine kultursensible Pflege zu gewährleisten, ist es notwendig Interkulturelle Kompetenz im Berufsalltag der Pflege umzusetzen.

In diesem Kapitel soll behandelt werden, wie Interkulturelle Kompetenz durch Aus- und Weiterbildung unterstützt und gefördert werden kann. Als Bildungsziele der Aus-, Fort-, und Weiterbildung werden die Vermittlung und der Erwerb von Schlüsselqualifikationen der transkulturellen Pflege angesehen. Dazu zählen laut Stanjek Bewusstheit, Empathie, Kommunikation, Respekt, Reflexion, Kooperation.

Die Vermittlung und der Erwerb dieser Schlüsselqualifikationen sollen seiner Meinung nach in einem Theorie-Praxis-Bezug erfolgen (Stanjek, 2001, p. 239).

Als wichtige Voraussetzung dafür sieht er vier wichtige Kompetenzfelder: Selbstkompetenz, Sozialkompetenz, Fachkompetenz, Methodenkompetenz (Stanjek, 2001, p. 241).

Das Anforderungsprofil einer kultursensiblen Pflege und Betreuung wurde 2006 im Projekt „care_fit“, das im Rahmen der EQUAL-Entwicklungsgemeinschaft „diversity@care“ durchgeführt wurde, erstellt und von Doris Pfabigan (2007b) publiziert. Pfabigan geht der Frage nach, welche Kompetenzen benötigt werden, um eine kultursensible Pflege im Berufsalltag umzusetzen, und wie diese in Aus- und Weiterbildung gefördert werden können (Pfabigan, 2007a, p. 13):

Fachliche Kompetenzen:

- Kenntnis der Lebensbedingungen und Benachteiligung von MigrantInnen
- Wissen um soziokulturell geprägte Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit
- Zeitgeschichtliches Wissen
- Wissen über finanzielle und soziale Unterstützungsmöglichkeiten für MigrantInnen

Sozial / kommunikative und personelle Kompetenzen:

- Selbstreflexive Auseinandersetzung mit Vorurteilen und ambivalenten Empfindungen gegenüber Menschen, die als „fremd“ erscheinen können
- Interesse an der Person, an ihrem Befinden, an ihren Bedürfnissen und Prägungen und eine reflexive Auseinandersetzung mit eigenen persönlichen, professionellen und institutionellen Prägungen
- Fragen und zuhören können
- Sich eigener Werte bewusst sein

Methodische Kompetenzen

- Arbeiten und kommunizieren können, ohne die Sprache zu verstehen, Wissen um unterschiedliche Kommunikationsformen und Ausdrucksweisen
- Sich der besonderen Rolle als Pflege- und Betreuungsperson bewusst sein
- Situativ auf lebensweltliche Herausforderungen reagieren können

(vgl. Pfabigan, 2007a, p. 15)

Für die Umsetzung des Themas in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung schlägt Stanjek (2007) verschiedene Möglichkeiten vor. Man kann zum Beispiel das Thema als kompakte Unterrichtseinheit anbieten. Laut Stanjek hätten diese kompakten Unterrichtseinheiten zwei Schwerpunkte: Die theoretische Vermittlung von Wissen über verschiedene Religionen und Religionsgemeinschaften und der praktische Erwerb von interkultureller Kommunikation in Pflegesituationen.

Das Thema Interkulturelle Kompetenz und Transkulturelle Pflege kann aber auch in Modulen angeboten werden. Dabei enthält jeder Lernbereich Lerneinheiten mit entsprechendem Stundenumfang.

Eine andere Möglichkeit wäre seiner Meinung nach, Transkulturelle Pflege als zielgruppengebundenes Thema zu vermitteln. Dabei werden alle aus- und weiterbildungsrelevanten Themen auf ihre Bedeutung für MigrantInnen geprüft. So kann bei der Bearbeitung von Krankheitsbildern auf migrantenspezifische Ursachen und Symptomatik sowie auf die spezielle Pflege eingegangen werden.

Außerdem nennt Stanjek auch noch die Möglichkeit, Transkulturelle Pflege als fächerübergreifendes Thema anzubieten. Dazu meint er: „Transkulturelle Pflege wird nicht als Zusatzthema, MigrantInnen werden nicht als Problemgruppe verstanden. Es wird nicht dichotom von „wir“ und „sie“, nicht wertend von „normal“ oder „abweichend“ gesprochen, sondern differenziert nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden innerhalb der Lebenswelten gefragt“ (Stanjek, 2007, p. 335).

(vgl. Stanjek, 2007, pp. 333-335)

Pfabigan pflichtet Stanjek bei, und schreibt, in ihrem in der österreichischen Pflegezeitschrift veröffentlichten Artikel „Kultursensible Pflege und Betreuung – neue Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung“, dass es am ehesten dem offenen Curriculum für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Pflegehilfe und dem Ausbildungskonzept für Heimhilfe entspricht, das Thema der kultursensiblen Pflege fächerübergreifend in den Unterricht zu integrieren (Pfabigan, 2007a, p. 15).

Christine-Binder Fritz weist darauf hin, dass es für die Weiterbildung nicht nur der Bereitschaft und des Interesses des Pflegepersonals bedarf, sondern man als Ausbilder den richtigen Augenblick und das richtige Ausmaß an Lerninhalten finden muss (Binder-Fritz, 1997, p. 153).

Deshalb sollen ihrer Meinung nach folgende Fragen bei der Planung eines Fortbildungskurses zum Thema Interkulturelle Kompetenz beachtet werden müssen:

- Wieviel an soziologischem und ethnomedizinischem Wissen kann vorgetragen werden, ohne die Kursteilnehmer zu überfordern?
- Wie können die kulturellen Differenzen im Hinblick auf Gesundheitserhaltung, Krankheit, Pflege und Erklärungen über soziokulturelle Gegebenheiten formuliert werden, und dabei verdeutlichen, was bei der transkulturellen Pflege relevant ist?
- Wieviel Toleranz und Verständnis gegenüber dem Anderen, dem Fremden kann gefordert werden?

(Binder-Fritz, 1997, p. 152)

Binder-Fritz beschäftigt sich schon lange mit dem Thema der interkulturellen Fortbildung in Österreich. Im Jahr 1997 leistete sie mit ihrem Artikel „Transkulturelle Patientenbetreuung: Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen“ einen Beitrag zu dieser Problematik. 2003 fordert sie in ihrem Artikel „Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich“ das bisherige Ausbildungskonzept in der Pflege und Medizin neu zu überdenken (Binder-Fritz, 2003, p. 116).

Darüber hinaus ist Binder-Fritz seit Oktober 1995 als Erwachsenenbildnerin zum Thema Transkulturelle Pflege tätig. Maßgeblich dafür verantwortlich war ein in Wien abgehaltenes Symposium, welches vom Wiener Krankenanstaltenverbund, gemeinsam mit der Initiative „Der Mensch zuerst – Spitalspersonal gegen Ausländerfeindlichkeit“, veranstaltet wurde. Das rege Interesse war ausschlaggebend dafür, dass sich eine aus Modulen aufgebaute Fortbildung zu diesem Thema entwickelt hat, die im Rahmen der beruflichen Weiterbildung an der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen am Wiener Allgemeinen Krankenhaus angeboten wird (Binder-Fritz, 2003, p. 117).

Diese Kurse sind zielgruppenorientiert, und werden auf die jeweiligen Tätigkeitsprofile der Teilnehmer abgestimmt. Binder-Fritz betont, dass von Seiten der Teilnehmer eine hohe Motivation und Bereitschaft festgestellt werden kann, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Außerdem merkt sie an, dass die Thematik der transkulturellen Pflege zunehmend im Pflegealltag berücksichtigt wird, was ihrer Meinung nach auf klinikinterne Fortbildungen und das Einbringen der Thematik in die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege zurückzuführen sei. Im Zuge dessen erwähnt sie auch, dass zunehmend mehr StudentInnen der Pflegewissenschaften sich im Rahmen ihrer Diplomarbeiten mit dem Thema auseinandersetzen (Binder-Fritz, 2003, p. 117).

Zur Gestaltung dieser Fortbildung tragen einerseits wissenschaftliche Erkenntnisse der Ethnologie und der Medizinanthropologie, sowie die Erfahrungen von Binder-Fritz aus Beruf und ethnomedizinischen Feldforschungen, bei (Binder-Fritz, 2003, p. 118).

Für die Unterrichtsmethoden kommen unterschiedliche Medien zum Einsatz, wie zum Beispiel Vorträge, Fokusgruppen-Diskussionen, themenzentrierte Kleingruppenarbeit und Rollenspiele (Binder-Fritz, 2003, p. 118).

Zur den Themenschwerpunkten der Fortbildung zählen:

- Zur psychosozialen Lebenssituation von MigrantInnen
- Erläuterungen zum Begriff Medizinsystem, Krankheit und Kranksein
- Volksmedizinische Krankheitskonzepte, Körperwahrnehmung und Schmerzäußerung
- Traditionelle Heilkunden und die Bedeutung des Rituals im Genesungsprozess
- Zur Lebenswelt von Frauen in islamischen Gesellschaften
- Gynäkologische und geburtshilfliche Aspekte
- Die weibliche Beschneidung
- Das Konzept der Unreinheit und rituelle Reinigung, Tabus
- Über die Bedeutung kulturbedingter Nahrungsgebote

(vgl. Binder-Fritz, 1997, p. 138)

Binder-Fritz betont, dass ein wichtiges Element des interkulturellen Lernens die Auseinandersetzung mit dem Begriff Kultur darstellt. Dabei weist sie darauf hin, „dass mit dem Begriff Kultur keineswegs ein starrer Rahmen für bestimmte Verhaltensweisen gemeint ist, sondern ein dynamisches Konstrukt, das sich den permanenten Alltagsanforderungen entsprechend immer wieder neu gestaltet“ (Binder-Fritz, 2003, p. 120).

Erfahrungen aus ihren Kursen zeigen, dass die stereotype Verallgemeinerung und das geschlechterspezifische Rollenverhalten, zu Konflikten in der Pflege führen.

Binder-Fritz fordert deshalb eine sorgfältige Ausarbeitung von Unterrichtskonzepten. Ihrer Meinung nach müssen interkulturelle Fortbildungen auch Strategien beinhalten, die auf eine „anti-racism-education“ im Gesundheitsbereich ausgerichtet sind (Binder-Fritz, 2003, p. 121).

Annette Sprung (2007) hingegen äußert einige Kritikpunkte an den gängigen Maßnahmen, die als Weiterbildung und Umsetzung des Interkulturellen Konzepts gelten. Das beginnt schon damit, dass sie den Begriff transkulturelle Kompetenz sehr skeptisch betrachtet. Da dieser Terminus eine individuelle Handlungsfähigkeit benennt, wird ihrer Meinung nach die Problematik auf die Ebene des Individuums verlegt. Erfolgreiches berufliches Handeln hängt demnach immer mehr von der Kompetenz der einzelnen ArbeitnehmerInnen ab. Sprung betont, dass adäquates Handeln aber von bestimmten strukturellen Bedingungen abhängt, und weist deshalb der Einbettung von Bildungsmaßnahmen in Organisationsentwicklungsprozesse sowie der Weiterbildung von Führungskräften große Bedeutung zu (Sprung, 2007, p. 315).

Sie fordert von transkulturellen Bildungsveranstaltungen „den Erwerb reflexiver und sozialer Kompetenzen, die Fachkräfte für den Umgang mit Heterogenität im weitesten Sinne sensibilisieren“ (Sprung, 2007, p. 320).

Ein anderer wichtiger Kritikpunkt betrifft laut Sprung die Zielgruppe der Bildungsangebote, die ihrer Meinung nach meist „Angehörige der Mehrheitsgesellschaft“ ansprechen. Ihr ist dabei wichtig, Personal mit Migrationshintergrund nicht als automatisch transkulturell kompetent anzusehen. Dieses bringt ihrer Meinung nach wertvolle Ressourcen und Erfahrungen mit, welche durch den kollegialen Austausch im transkulturellen Team positive Auswirkungen hervorrufen können. (Sprung, 2007, p. 315).

3.5 Maßnahmen zur Umsetzung des Interkulturellen Konzepts in Österreich

Durch das umfangreiche Angebot an Fort- und Weiterbildungen merkt man, dass die Auseinandersetzung mit der Problematik Interkultureller Kompetenz und transkultureller Pflege auch in Österreich immer mehr zum Thema wird.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) hat bereits im Februar 2005 eine Projektgruppe zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen für die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen eingesetzt.

Unter anderem kam man schon damals zu folgenden Schlussfolgerungen, die die Aus- und Weiterbildung betreffen:

- Bei Ausschreibungen von Führungspositionen in Krankenanstalten sollte ein Nachweis über eine Ausbildung in Interkultureller Kompetenz erbracht werden müssen.
- Sicherstellung der Vermittlung kultureller Besonderheiten von PatientInnen in der medizinischen Diagnostik und Behandlung an den medizinischen Universitäten, Krankenpflegeschulen, Hebammenschulen, RöntgenassistentInnenschulen, etc.
- Kulturelle Besonderheiten sollen nicht als gesonderte Blockvorlesungen gehalten werden, sondern in die laufenden Vorlesungen zum entsprechenden Thema passend einfließen.
- Eine laufende Fortbildung über Interkulturelle Kompetenz in den Krankenanstalten muss sichergestellt werden.

(vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), 2005)

In einer die Kommunikationsdefizite in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen betreffenden Anfragebeantwortung, durch den derzeitigen Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger, veröffentlicht dieser, einige in Planung stehende Maßnahmen, die im Zuge des „Nationalen Aktionsplans für Integration (NAP)“ von seinem Ressort ausgearbeitet wurden:

- Stärkung der Interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen: Verankerung der Interkulturellen Kompetenz im Leitbild von Krankenanstalten; Verankerung von Ausbildungsmodulen für Interkulturelle Kompetenz in den Curricula für Gesundheitsberufe.

Außerdem hält er fest, dass das Bundesministerium für Gesundheit 2006 alle medizinischen Universitäten und Krankenpflegeschulen mittels Schreiben aufgefordert hat, Interkulturelle Kompetenz in die Ausbildungscurricula einfließen zu lassen.

Zusätzlich weist Stöger hinsichtlich der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung darauf hin, „dass der Aspekt der Interkulturellen Kompetenz in den Ausbildungsregelungen ausdrücklich berücksichtigt ist. So legt die FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FH-Guk-AV, BGBl. II Nr. 200/2008, bereits fest, dass im Rahmen von Bachelorstudiengängen für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ‘sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenzen’ zu vermitteln sind. In der Anlage 2 dieser Verordnung ist ausgeführt, dass bei der Vermittlung dieser Kompetenzen die AbsolventInnen befähigt werden sollen, im Umgang mit Menschen unterschiedlicher Kulturen über eine Interkulturelle Kompetenz zu verfügen.“

(vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010)

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans für Integration (NAP), welcher vom Bundesministerium für Inneres (BMI) initiiert wurde, heißt das Ziel im genauen Wortlaut: „Die Interkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Sozialbereich ist zu stärken. Interkulturelle Kompetenz soll in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sowie im Spitalsmanagement laufend und bedarfsorientiert gefördert werden. Beispielsweise sind kultursensible Pflege und Altenhilfe sowie Ausbildungsmodule für Interkulturelle Kompetenz in den Curricula für Gesundheitsberufe, ferner im Leitbild von Krankenanstalten, zu verankern.“

(vgl. Bundesministerium für Inneres (BMI), 2009, p. 31)

Domenig verlangt für die Umsetzung der transkulturellen Pflege eine transkulturelle Organisationsentwicklung. Diese erfordert neben der Erhöhung der transkulturellen Kompetenz der Pflegenden auch eine Umsetzung des Konzepts auf Leitungsebene.

Erst dadurch entstehen strukturelle Maßnahmen, welche die Pflegenden unterstützen bzw. die Voraussetzung dafür schaffen, migrationsspezifische Arbeit zu leisten. „Die Erhöhung transkultureller Kompetenz kann somit nur mit einem transkulturellen Wandel der gesamten Institution bzw. dem Wandel des Handelns aller in einer Institution mitarbeitenden AkteurInnen erreicht werden“ (Domenig, 2001b, p. 153).

Eine solche Umsetzung erfolgte im Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital im Rahmen des EU-Pilotprojektes „Migrant friendly Hospital“.

Bei diesem Projekt haben sich im Jahr 2002 Spitäler aus zwölf europäischen Ländern zusammengetan, um sich mit der Situation von MigrantInnen im Krankenhaus auseinanderzusetzen. Sie einigten sich auf folgende Grundsätze, die für das Leitbild von migrantInnenfreundlichen Krankenhäusern eine zentrale Bedeutung einnehmen sollen:

- Wertschätzung von Vielfalt durch Akzeptanz von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund als grundsätzlich gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft
- Identifizierung der Bedürfnisse dieser Menschen und laufendes Monitoring und Qualitätsentwicklung der Dienstleistungen in Hinblick auf diese spezifischen Bedürfnisse
- und schließlich aktive Kompensation von Nachteilen, die den Betroffenen durch unterschiedliche ethnokulturelle Hintergründe erwachsen.

(vgl. Die Amsterdamer Erklärung, Deutsche Übersetzung 2005, p. 2)

Weiters erarbeiteten sie 26 Empfehlungen, die an das Krankenhausmanagement, an das Personal, an die PatientInnen, an die Gesundheitspolitik und an die Gesundheitswissenschaften gerichtet sind. Eine davon soll herausgehoben werden, da sie den Anspruch auf Interkulturelle Kompetenz erhebt:

„Angehörige der Gesundheitsberufe und auch die anderen MitarbeiterInnen müssen Kompetenzen in Hinblick auf kulturübergreifendes Handeln, interkulturelle Kommunikation und auf den Umgang mit ethnokultureller Vielfalt aufbauen.“

(vgl. Die Amsterdamer Erklärung, Deutsche Übersetzung 2005)

Vom Wiener Krankenanstaltenverbund wurden im Jahr 2010 modulartige Fortbildungen zum Thema „Interkulturelle Kompetenz durch Begegnung mit den Religionen der Welt“ abgehalten. Modul 1 hat den Untertitel „Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen und Bildungseinrichtungen“. Ziel dieser Einheit ist es durch grundlegende Kenntnisse der nonverbalen Kommunikation Konfliktsituationen bei der Kontaktaufnahme und den Untersuchungen verringern zu können, über Probleme beim Einsatz von DolmetscherInnen Bescheid zu wissen, unterschiedliche Krankheitskonzeptionen und unterschiedliche Formen der Schmerzäußerungen kennen zu lernen, um Konfliktpotenziale zwischen einem traditionellen Krankheitsverständnis und der westlichen Medizin vermeiden zu können und die eigenen Klischeevorstellungen zu hinterfragen.

Die anderen Module versuchen die Grundkenntnisse von jeweils einer Religion zu vermitteln (Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus, Sikhismus). Ein zusätzliches Modul beschäftigt sich mit der transkulturellen Psychiatrie, der interkulturellen Psychotherapie und Religionspsychologie (Wiener Krankenanstaltenverbund, 2010).

Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) bietet Österreichweit als unabhängiger nationaler Berufsverband immer wieder Kurse, zum Thema Interkulturelle Kompetenz in der Pflege an. Im Jahr 2010 fand in Wien der Kurs „Interkulturelle Kompetenz und kultursensible Pflege“ statt, in Tirol der Kurs „Professioneller Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund“ (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), 2010).

Das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes publizierte in den letzten Jahren Projektberichte und Artikel zu folgenden Themen:

- **Kuss, Barbara und Gert Lang, 2006:** MigrantInnen in der Ausbildung zur Heim- oder Pflegehilfe. In: Kontraste. Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik 09/2006: S. 12-16.
- **Lang, Gert, Judith Anzenberger, Doris Pfabigan und Barbara Kuss, 2007:** Bericht über die Wirkungsevaluation der durchgeführten Maßnahmen von care_fit. Interkulturelle Qualifikation in Pflege- und Betreuungsberufen. Wien: Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.

- **Lang, Gert, Martina Peham und Barbara Kuss, 2006:** MigrantInnen in der Ausbildung zur Heimhilfe oder Pflegehilfe. Herausforderungen, Hürden und Ressourcen. Erfahrungsberichte und Verbesserungsvorschläge von auszubildenden und erwerbstätigen Heim- und Pflegehilfen; MigrantInnen, Nicht-MigrantInnen sowie anderen ExpertInnen. Wien: Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.
- **Resch, Katharina, 2009:** Herausforderungen im Unterrichten von MigrantInnen und ÖsterreicherInnen in der Heimhilfe- und Pflegehilfeausbildung. Wien: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes.

(vgl. Wiener Rotes Kreuz, 2010)

3.6 Schlussfolgerung

Um bei der Vielzahl an Modellen den Überblick nicht zu verlieren, ist es notwendig, diese zu unterteilen. Die drei von Rathje (2006) beschriebenen Modellansätze (kulturspezifische Kompetenz, kulturübergreifende Kompetenz, allgemeine Sozialkompetenz) erscheinen dafür durchaus geeignet.

Zum besseren Verständnis kann diese Unterteilung auch grafisch dargestellt werden, wobei dabei die Vielschichtigkeit der einzelnen Modelle unberücksichtigt bleibt.

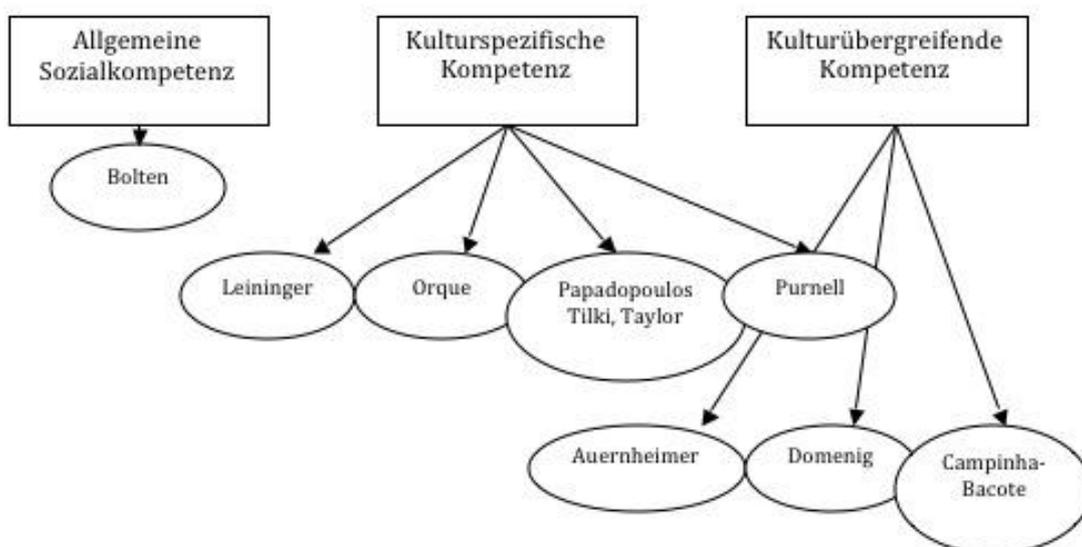


Abb. 12: Zuordnung der Modelle zu den Kompetenzbegriffen (eigene Darstellung)

Die Schwierigkeit liegt darin, dass die Komplexität der einzelnen Modelle eine Klassifizierung, im Sinne einer eindeutigen Zuordnung, fast unmöglich macht.

Nachfolgende Landkarte verwendet die genannten Ansätze der untersuchten Modelle als Eckpunkte, um so einen besseren Überblick über diese zu verschaffen.

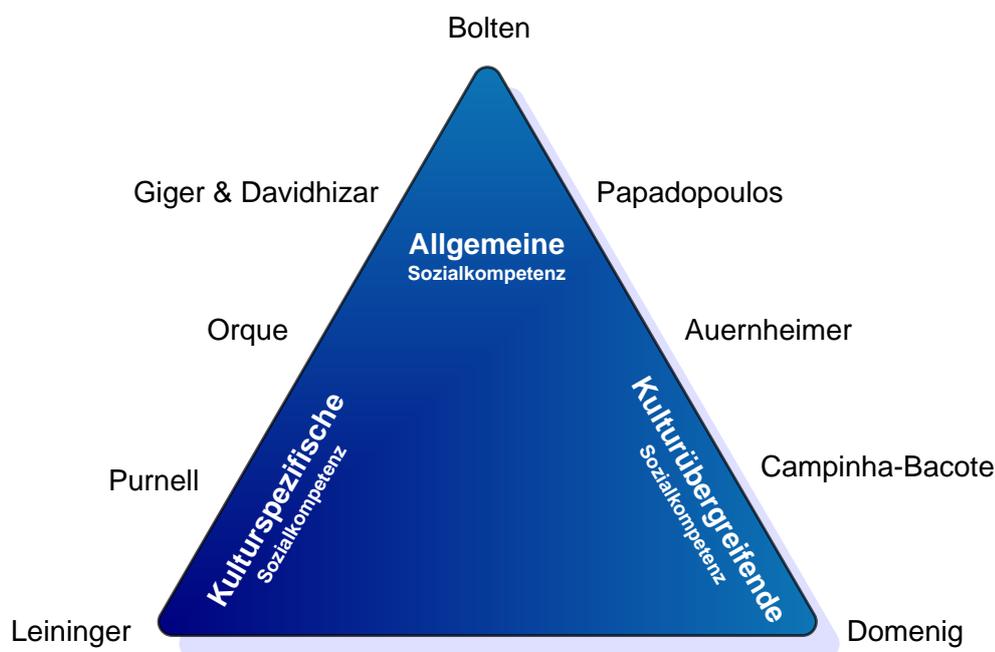


Abb. 13: Grafische Darstellung der Modelle und den Kompetenzbereichen (eigene Darstellung)

In den Modellen auf der linken Seite des Dreiecks wird der Patient bzw. seine Kultur in den Mittelpunkt der Überlegungen gestellt. Diese Modelle könnten also gut und gezielt bei Fort- und Weiterbildungen, und bei Auslands- und Spezialeinsätzen eingesetzt werden.

Auf der rechten Seite des Dreiecks sind jene Modelle angeordnet, die die notwendigen Fähigkeiten und Eigenschaften des Personals in den Vordergrund stellen. Es erscheint offensichtlich, dass sich diese Modelle vor allem in der Ausbildung und im Berufsalltag wieder finden könnten.

Die nächste Abbildung veranschaulicht die Anforderungen Interkultureller Kompetenz, reduziert auf das Hauptmerkmal der jeweiligen Eckpunkt-Modelle, die der allgemeinen Sozialkompetenz, der Kulturübergreifenden bzw. der Kulturspezifischen Kompetenz zugeteilt sind. Die Handlungskompetenz orientiert sich am Kompetenzmodell von Bolten, Empathie und Selbstreflexion am Konzept von Domenig. Erfahrung und Hintergrundwissen werden hier den kulturspezifischen Anforderungen von Leininger zugeteilt. Wobei die Anforderung des Hintergrundwissens in mehr oder weniger großem Ausmaß in allen Modellen gefordert wird. Überhaupt kommt es bei vielen Anforderungen zu Überschneidungen. Die folgende Abbildung ist bewusst reduziert dargestellt, um die wichtigsten Anforderungen aus allen Modellen vereinfacht darzustellen.



Abb. 14: Grafische Darstellung der Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (eigene Darstellung)

4. Selbsteinschätzung von Interkultureller Kompetenz von Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund

4.1 Darstellung und Durchführung der Methode

Die geführten Leitfadenterviews geben Aufschluss über die subjektive Einschätzung Interkultureller Kompetenz von diplomierten Pflegepersonen.

Leitfadenterviews werden verwendet, wenn es um klar eingegrenzte Probleme geht und eine bestimmte Liste an Fragen in jedem Interview „abgearbeitet“ werden soll. (Straub, Weidemann & Weidemann, 2007, p. 338)

Die Hauptforschungsfragen sind: Gibt es Unterschiede in der Selbsteinschätzung Interkultureller Kompetenz zwischen Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund? Glauben Pflegepersonen, dass Migrationshintergrund Einfluss auf die Interkulturelle Kompetenz hat?

Es gibt ein Sampling von neun InterviewpartnerInnen, wovon vier Migrationshintergrund aufweisen. Zusätzliche Voraussetzungen für das Interview waren das Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. die Berechtigung, diesen Beruf in Österreich auszuüben.

Das Interview wurde in drei Teile untergliedert. Der erste Teil, der soziodemografische Daten abdeckt, der zweite Teil, der die Selbsteinschätzung und wahrgenommene Probleme behandelt, und der dritte Teil, der auf Aus- und Weiterbildung, auf die Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz und auf einen möglichen Einfluss des Migrationshintergrunds eingeht.

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, das transkribierte Material anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse bearbeitet.

4.2 Deskriptive Ergebnisse

4.2.1 Das Codesystem

Soziodemografische Daten

- Migrationshintergrund
- Auslandserfahrung
- Zusammenarbeit mit MigrantInnen
- Alter
- MigrantInnenanteil unter PatientInnen
- eigene Religiösität

Selbsteinschätzung Interkultureller Kompetenz

Wahrgenommene Probleme

- Mit PatientInnen
 - Kulturell bedingte Probleme/Normen
 - Kommunikation/Sprache/Verständigung
 - Dolmetsch
 - Compliance
- In der Zusammenarbeit
 - Keine Probleme
 - Kommunikation/Sprache/Verständigung
 - Ausbildungsunterschiede
 - Kulturunterschiede

Aus-, Fort-, und Weiterbildung

- Wunsch nach Ausbildung
- Nicht genutzt
- Genutzt
- Kein Angebot
- Modelle

Anforderung an die Interkulturelle Kompetenz

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen/Erfahrung
- Allgemeine Handlungskompetenz
- Empathie
- Allgemein tolerante Haltung

Vorteil eines Migrationshintergrundes für die Interkulturelle Kompetenz

Abb. 15: Das Codierschema

Aus den theoretischen Grundlagen und den Interviewprotokollen wurde das oben dargestellte Codesystem abgeleitet. Die Unterpunkte innerhalb der Anforderungen an die Interkulturelle Kompetenz wurden in Anlehnung an die theoretischen Gegebenheiten definiert.

Der Punkt Handlungskompetenz orientiert sich an dem Kompetenzmodell von Bolten, Selbstreflexion und Empathie an dem Konzept von Domenig. Hintergrundwissen und Erfahrung werden bei vielen Konzepten und Modellen erwähnt, hier aber hauptsächlich den kulturspezifischen Anforderungen von Leininger zugeteilt.

Die allgemein tolerante Haltung wurde aufgrund von häufigen Nennungen ebenso ein Unterpunkt in dieser Kategorie.

4.2.2 Soziodemografische Ergebnisse

In der vorliegenden Stichprobe sind die Interviews von neun diplomierten Pflegepersonen enthalten, vier davon haben Migrationshintergrund.

		Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	Gesamt
Auslandserfahrung	Nein	2	0	2
	Ja	2	5	7
Zusammenarbeit mit MigrantInnen	keine MigrantInnen	0	2	2
	geringer Anteil	0	1	1
	mittlerer Anteil	1	1	2
	hoher Anteil	3	1	4
Alter	26,00	1	0	1
	30,00	1	0	1
	32,00	1	0	1
	35,00	0	1	1
	36,00	0	1	1
	38,00	0	2	2
	40,00	0	1	1
	42,00	1	0	1
MigrantInnenanteil unter PatientInnen	keine MigrantInnen	1	0	1
	geringer Anteil	0	2	2
	mittlerer Anteil	2	1	3
	hoher Anteil	1	2	3
Eigene Religiosität	keine Religiosität	3	3	6
	geringe Religiosität	0	1	1
	hohe Religiosität	1	1	2

Tabelle 1: Soziodemografische Ergebnisse

Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund nennen deutlich häufiger einen hohen Anteil an MigrantInnen (n=3), mit dem beruflich zusammengearbeitet wird. Bei den Pflegekräften ohne Migrationshintergrund arbeitet nur eine in einem Umfeld mit hohem MigrantInnenanteil. Das Alter der Stichprobe liegt bei 26 bis 42 Jahren, wobei das durchschnittliche Alter 35,2 Jahre beträgt. Bezüglich Religiosität und MigrantInnenanteil unter den PatientInnen finden sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen keine auffälligen Unterschiede. Insgesamt arbeiten sechs Befragte in einem Umfeld mit mittlerem oder hohem MigrantInnenanteil unter den PatientInnen. Und insgesamt sechs bezeichnen sich als nicht religiös.

4.2.3 Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz

In der gesamten Stichprobe ergibt sich auf einer Skala von 1 (niedrigste Bewertung) bis 5 (höchste Bewertung) eine durchschnittliche Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz von 3,6. Die Bewertungen liegen dabei zwischen 2,5 (n=2) und 5 (n=1). Betrachtet man die Einschätzung getrennt nach den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, so liegt der Mittelwert für die Gruppe „mit Migrationshintergrund“ bei 3,3, für jene „ohne Migrationshintergrund“ bei 3,8. Es fällt auf, dass Personen mit Migrationshintergrund die Extremantworten im oberen Bereich vermeiden. Die beiden besten Bewertungen werden von Personen ohne Migrationshintergrund abgegeben.

	Migrationshintergrund	Kein Migrationshintergrund	Gesamt
2,5	1	1	2
3,0	1	1	2
3,5	1	0	1
4,0	1	1	2
4,5	0	1	1
5,0	0	1	1
Durchschnitt	3,3	3,8	3,6

Tabelle 2: Einschätzung der Interkulturellen Kompetenz (getrennt nach Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund sowie gesamte Stichprobe)

In der verbalen Selbsteinschätzung wird von einer Interviewten mit Migrationshintergrund angesprochen, dass man mehrere Kulturen kennen gelernt und Wissen gesammelt hat, und damit verbunden auch andere Eigenschaften wie z.B. Mehrsprachigkeit gegeben sind.

d: ..., dadurch, dass ich zwei verschiedene Kulturen kenne, ja, dass ich sowohl mit der österreichischen Kultur, als auch mit der bosnischen oder kroatischen aufgewachsen bin - weil mein Vater ist Kroat - ah, weil ich bosnische und kroatische Regeln, Sitten und Bräuche kenne, und ich kenne natürlich von der Schule und von Freunden die österreichischen Bräuche und Sitten. Und meine Ressourcen sehe ich auch durch meine Mehrsprachigkeit. Ich spreche bosnisch, kroatisch, serbisch, deutsch natürlich, englisch, und das kommt mir schon zu gute. (Interview d, mit Migrationshintergrund, 193-199)

Hervorgehoben wird mehrmals die Bereitschaft zur Akzeptanz, Toleranz und auch zur Empathie mit den PatientInnen. Das wird durch folgende Aussagen von ProbandInnen - zweimal mit und einmal ohne Migrationshintergrund - belegt.

c: Ausreichend, ausreichend würde ich meinen, ausreichend, dass ich jedem gegenüber Respekt bieten kann. Im Gegenteil, oft erlebe ich Frauen, die irgendwie aus niedrigen sozialen Schichten kommen, oder jetzt als Beispiel, der Arbeiter der jetzt bei uns ist, er kommt mir entgegen als wäre ich ein kleiner Gott. Und wenn ich das sehe, dann versuche ich mich selbst auf dieses Niveau runter zu holen, damit ich ihm das Gefühl gebe, he, ich bin auch ein Mensch, bin nichts anderes. Ihm einfach das Gefühl zu geben, ich bin nicht anders als du, und du bist nicht anders als ich. Weil in der Pflege ist das wichtig, sonst offenbaren sich die Leute einem gar nicht, weil wenn es einem schlecht geht, und dann erlebst du noch zusätzlich, du wirst nicht respektiert und geschätzt als Mensch, dann machst du zu. Das finde ich wichtig. (Interview c, mit Migrationshintergrund, 348-356)

D: Dahingehend, dass ich wie gesagt die Patienten mit oder ohne Migrationshintergrund, als Menschen annehme, sehe ich meine Interkulturelle Kompetenz im Prinzip recht hoch. Für mich zählt das nicht, welchen kulturellen Hintergrund der hat, für mich zählt der Mensch per se, und vor allen Dingen, für mich zählt dann die Krankheit, wie kann man dem helfen, was braucht der, was benötigt der, welche Unterstützung braucht er, also das ist für mich das Hauptaugenmerk. Ganz egal woher der kommt, oder welche Hautfarbe der hat. (Interview D, ohne Migrationshintergrund, 251-256)

E: Ahm, ich glaube, dass ich sehr tolerant bin. Ich finde, dass ich sehr tolerant bin. Phasenweise gibt es natürlich Durchhänger, aber an und für sich schätze ich mich schon sehr offen anderen, fremden Ländern und Kulturen ein. (Interview E, ohne Migrationshintergrund, 189-191)

Bei einer weiteren Selbsteinschätzung wird zwar offen zugegeben, dass das Wissen über fremde Kulturen sehr niedrig ist, kommunikative und methodische Skills dieses Defizit jedoch aufwiegen.

B: Na vom Wissen her komplett niedrig, weil ich einfach über andere Kulturen, vor allem über die problematischeren, einfach zu wenig Bescheid weiß. Eben wie Islam, oder auch, nein Chinesen oder so was haben wir nicht, oder so irgendwas. Aber hauptsächlich ist es eh türkisches Patientengut, was wir bei uns haben, aber über die weiß ich, über den Koran oder so weiß ich einfach null Bescheid. Ich kann mich einfach wirklich nur danach richten, was die Leute haben wollen, oder was sie nicht haben wollen. Und da glaube ich, ist meine Kompetenz gut, weil ich einfach die Leute wirklich machen lasse, was sie wollen. Soweit ich halt glaube [dass der Spitalsalltag nicht beeinflusst wird]. (Interview B, ohne Migrationshintergrund, 216-222)

Sehr auffallend ist, dass zwei ProbandInnen mit Migrationshintergrund ihre Einschätzung der Interkulturellen Kompetenz mit folgenden Aussagen belegen:

a: Eigentlich schätze ich gut, weil ich nicht meinen Arbeitsplatz gewechselt habe, wo ich begonnen habe. Ich bin sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit mit Kolleginnen, die aus verschiedenen Kulturen kommen, sowie die Zusammenarbeit mit Patienten. Ich bin wirklich zufrieden, dass ich auch heute nicht vorhabe zum Wechseln. Und aus dem Grund schätze ich sehr hoch. Ja.(Interview a, mit Migrationshintergrund, 215-219)

b: Sie ist höher geworden, weil in Deutschland war sie niedriger. Wie gesagt, weil ich gelernt habe mich zurückhalten, ruhig zu sein und einfach zu akzeptieren.(Interview b, mit Migrationshintergrund, 236-237)

4.2.4 Wahrgenommene Probleme

In diesem Abschnitt werden angegebene Probleme in der Behandlung von MigrantInnen, und auch Probleme die in der Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen mit und ohne Migrationshintergrund angegeben werden, dargestellt.

4.2.4.1 Mit PatientInnen

Bei den Problemen mit PatientInnen werden am häufigsten kulturell bedingte Probleme genannt (n=5), gefolgt von allgemeinen Kommunikationsproblemen (n=4). Einmal wird auch die mangelnde Compliance von MigrantInnen angesprochen. Drei Interviewte sprechen auch das Fehlen von Dolmetschern an bzw. dass PatientInnen als Dolmetscher fungieren müssen.

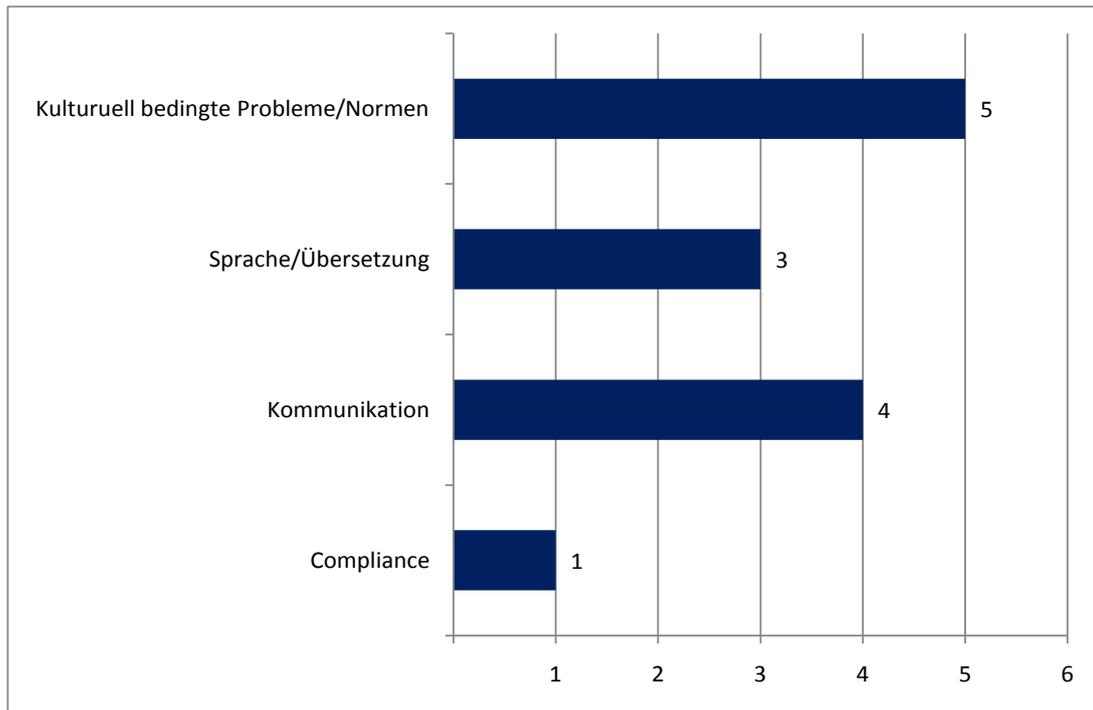


Abb. 16: Probleme mit PatientInnen mit Migrationshintergrund (gesamte Stichprobe)

In folgenden Interviews werden kulturelle Unterschiede, die sich aus dem Alltagsleben ergeben, angesprochen (Essen, Körperpflege, Scham):

d: Man hat da viele Patienten mit anderen Bedürfnissen, und viele sprechen das auch offen an und sagen wir wollen das oder das, wir wollen zum Beispiel von männlichem Pflegepersonal nicht betreut werden, oder auch wenn es um die Ernährung geht, wir wollen bestimmte Sachen nicht essen, oder Körperpflege, wir wollen auch von Frauen nicht gepflegt werden, sondern wir wollen auf die Angehörigen warten. Und das ist zum Beispiel ein Faktor (Interview d, mit Migrationshintergrund, 62-67)

B: Kommt darauf wenn sie aus dem Islam kommen, mit türkischen Patienten ist es doch irgendwie anders. Einen haben wir einmal gehabt, der verstorben ist, wo die Angehörigen dann den gewaschen haben, und ich weiß nicht, was sie sonst noch alles getan haben mit ihm (lacht). Das war dann schon etwas merkwürdig.(Interview B, ohne Migrationshintergrund, 56-59)

C: Na manchmal vielleicht im Umgang, dass man einfach gewisse Sachen berücksichtigen muss, ahm, eben die Freizügigkeit beim Ausziehen, wo eben mehr Scham da ist wie beim Österreicher. (Interview C, ohne Migrationshintergrund, 61-62)

Die Aussage von Interview A spricht ein Problem an, das auf den ersten Blick einen kulturellen Unterschied manifestiert, in dem aber das Verhalten der MigrantInnen kritisiert wird:

A: Da hat es kein Bitte, kein Danke, keine Freundlichkeit, überhaupt nix gegeben. Und das ist halt irgendwo dann auch nicht einfach, dass man mit solchen Patienten dann freundlich bleibt, bzw. man möchte dann halt auch den eigenen Standpunkt klarmachen (Interview A, ohne Migrationshintergrund, 76-78)

Das folgende Statement spricht ebenfalls kulturbedingte Unterschiede an, hier ist aber auch herauszulesen, dass den PatientInnen nicht wertfrei begegnet wird.

b: Dass man sich nicht reizen lässt. Grad bei vielen Völkergruppen die dem weiblichen Personal mehr als negativ eingestellt sind, ist die Provokation natürlich eine ganz andere. Da muss man dann echt lernen cool zu bleiben (Interview b, mit Migrationshintergrund, 82-84)

Die nachfolgende Aussage erfasst sowohl Probleme, die sich durch die unterschiedliche Sprache ergeben, gleichzeitig wird aber auch die mangelnde Compliance kritisiert.

D: Erstens ein Kommunikationsproblem, ah, da viele nicht die österreichische oder deutsche Sprache sprechen, das Erklären von Medikamenten dann insofern schwierig wird, vor allem die Anamnese zu erstellen. Vor allem bei Patienten, die Dauererkrankungen haben, oder Dauermedikamente nehmen, wie zum Beispiel Bluthochdruckpatienten, Diabetespatienten, das wird dann schwierig zu erklären, die genaue richtige Einnahme, also Dosis, Zeit und vor allen Dingen auch die Anamnese, welche Medikamente er draußen genommen hat, weil das dann oft ausländische Medikamente sind, mit anderen Namen. Das ist auch schon eine schwierige Sache. Und teilweise ist es auch die Compliance, aber das ist auch so bei österreichischen Patienten, ohne Migrationshintergrund. Es sind manche so, manche so. Das kommt darauf an. Mir fällt es vor allem bei Diabetespatienten auf, da ist die Compliance dann oft mal schwieriger. (Interview D, ohne Migrationshintergrund, 64-73)

Ebenfalls Verständigungsschwierigkeiten werden in unten stehender Bemerkung angesprochen. Dabei zeigt sich aber, dass sowohl Bedürfnisse der PatientInnen als auch der Pflegeablauf unter sprachlichen Barrieren leiden.

d: Bei beiden natürlich, aber bei österreichischen findet man die Bedürfnisse eher heraus, und bei anderen Patienten benötigt man aufgrund der sprachlichen Barrieren einfach länger. Bei ausländischen Patienten, also diejenigen, die die Sprache beherrschen ist es ums hundertfache leichter, wenn man sich ausdrücken kann. Das Problem ist, wenn man die Sprache nicht beherrscht und wenn da die nonverbale Kommunikation zustande kommt, ist es wirklich manchmal sehr schwierig zu deuten, was wollen sie, oder man kann es natürlich auch falsch deuten, die Schmerzempfindung kann in verschiedenen Kreisen sehr unterschiedlich sein. Also das ist manchmal sehr schwierig (Interview d, mit Migrationshintergrund, 82-89)

Im folgenden Interviewabschnitt kommt sehr gut heraus, dass der derzeitige Zustand mit den Dolmetschermöglichkeiten ausbaufähig ist.

B: Das einzige was vielleicht verbesserungswürdig ist, ist das mit dem Dolmetsch. Bei uns dauert es oft relativ lang, bis ein Dolmetsch daher kommt, und eben bei türkischen Angehörigen, da können oft wirklich die Patienten überhaupt nicht deutsch. Und das ist dann, ich meine solange sie intubiert sind, ist es kein so ein Problem, aber wenn sie wach werden, ist es sehr wohl ein Problem.(Interview B, ohne Migrationshintergrund, 110-114)

Auffällig ist, dass kulturell bedingte Probleme mit PatientInnen von Befragten mit Migrationshintergrund häufiger genannt werden. Kommunikation wird je zwei Mal von Personen mit und ohne Migrationshintergrund angesprochen, das Fehlen von Dolmetschern ist eher ein Problem für diplomiertes Pflegepersonal ohne Migrationshintergrund. Die mangelnde Compliance wird ebenfalls von einer Interviewpartnerin ohne Migrationshintergrund angesprochen.

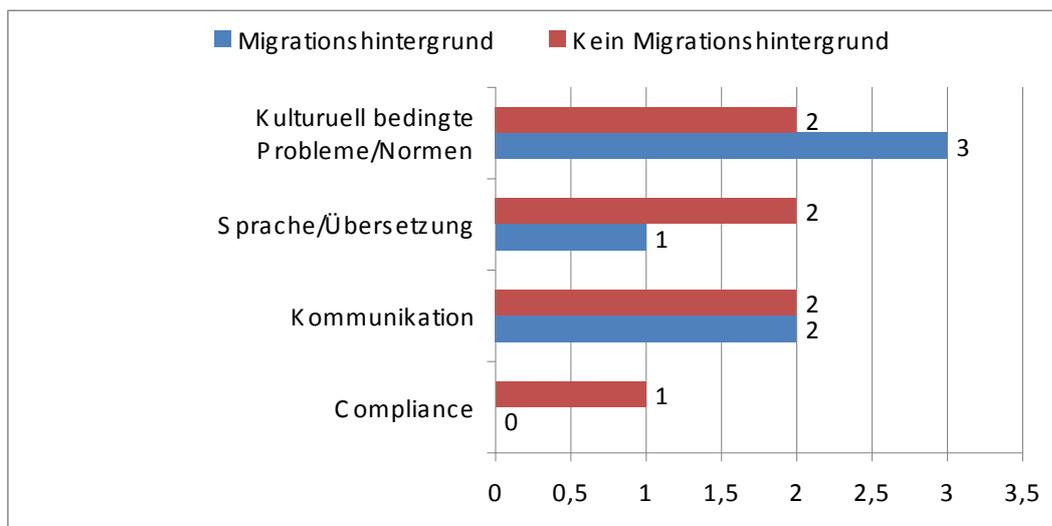


Abb. 17: Probleme mit PatientInnen mit Migrationshintergrund (getrennt nach Befragten mit und ohne Migrationshintergrund)

Pflegekräfte, die unter ihren PatientInnen einen hohen Anteil von MigrantInnen haben, berichten häufiger über Probleme mit diesen PatientInnen. Von den drei Pflegekräften, die angeben, einen niedrigen MigrantInnenanteil an PatientInnen angeben, erwähnt nur eine einzige damitverbundene Probleme, und zwar kulturbedingte Probleme.

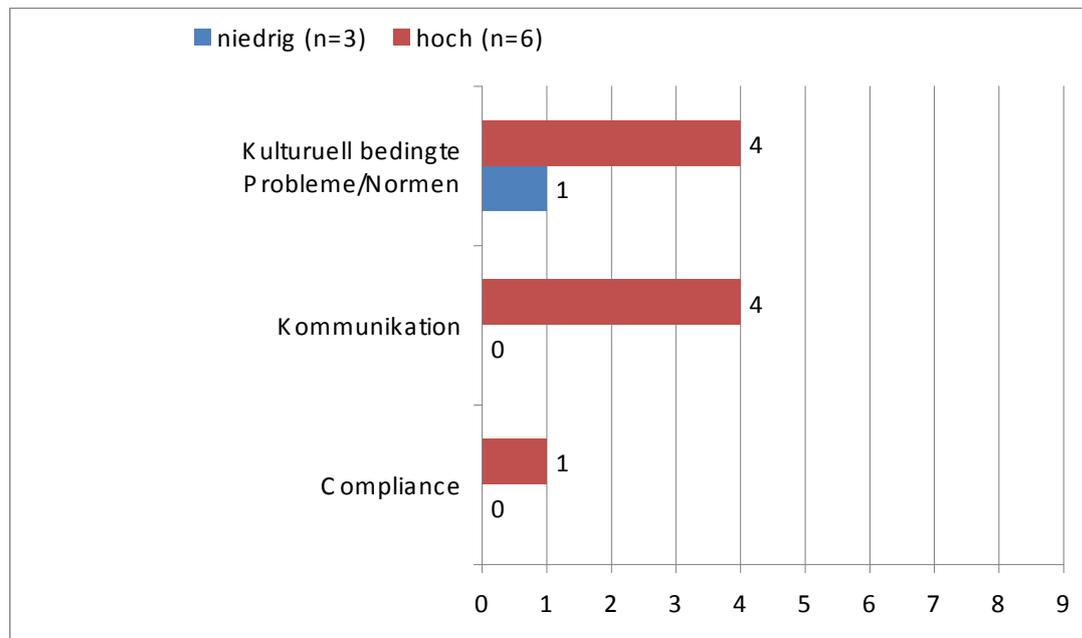


Abb. 18: Probleme mit PatientInnen mit Migrationshintergrund (getrennt nach niedrigem und hohem Anteil von MigrantInnen unter den PatientInnen)

Getrennt nach der Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz fällt auf, dass Pflegekräfte mit einer eher niedrigen Selbsteinschätzung häufig von kulturell bedingten Problemen mit PatientInnen mit Migrationshintergrund berichten (n=4 von 5), hingegen sehen Pflegekräfte, die ihre interkulturelle Kompetenz eher hoch einschätzen, vielmehr Probleme in der Kommunikation (n=3 von 4).

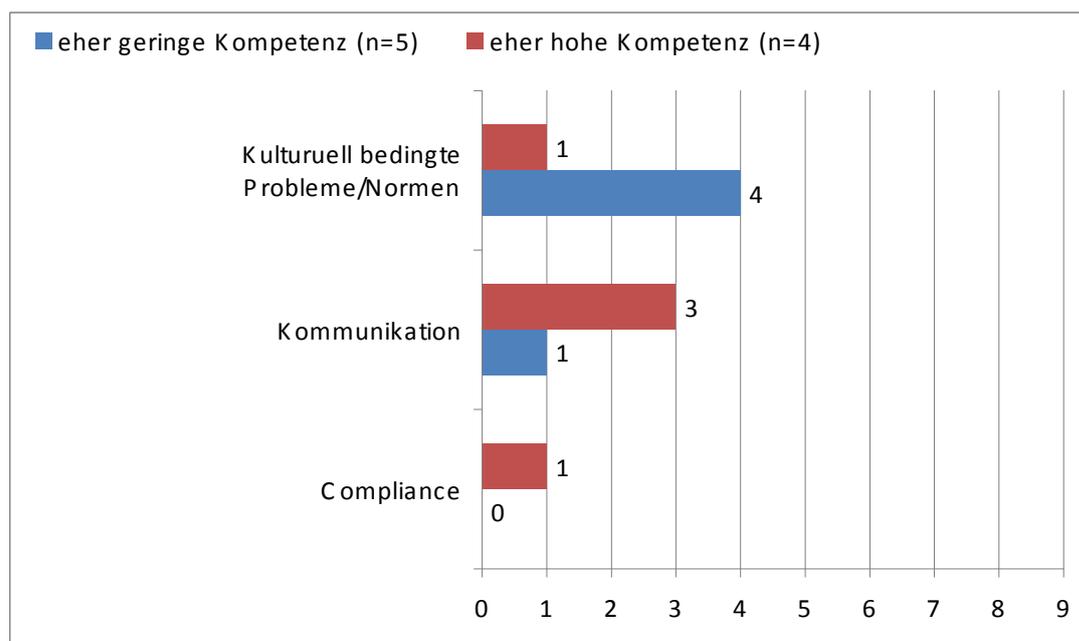


Abb. 19: Probleme mit PatientInnen mit Migrationshintergrund (getrennt nach niedriger bzw. hoher Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz)

4.2.4.2 Probleme in der Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen mit und ohne Migrationshintergrund

Die überwiegende Mehrheit der Befragten sieht in der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund keine Probleme, zwei benennen sprachliche Probleme, jeweils einmal wird ein Kulturunterschied angesprochen bzw. der Ausbildungsunterschied thematisiert.

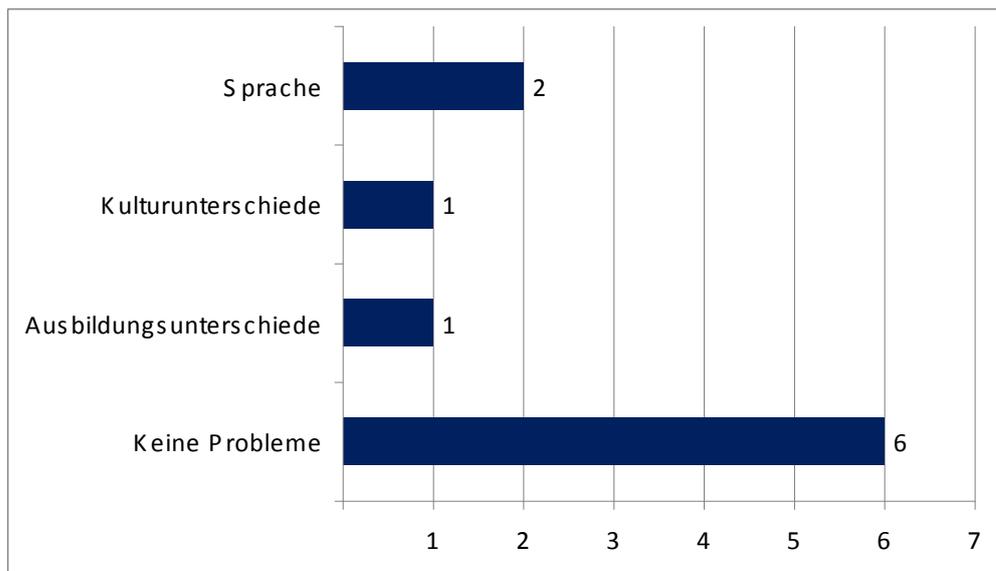


Abb. 20: Probleme in der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund (gesamte Stichprobe)

Im Anschluss zwei Beispiele von Interviewabschnitten, die betonen keine Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund zu sehen.

B: Das er seine Arbeit genau so erledigt als alle anderen. Und vom arbeiten her sehe ich eigentlich gar nicht wirklich das Problem, warum es mit anderen Kulturen nicht funktionieren sollte, wenn er die gleichen Qualifikationen hat und ich sehe gar nicht, wo es da ein Problem geben könnte. (Interview B, ohne Migrationshintergrund, 134-137)

D: Also die Kollegen mit Migrationshintergrund, sind bei uns alle total gut integriert. Da könnte ich jetzt überhaupt nichts sagen. Also es fällt vielleicht ein bisschen am Akzent auf, aber ansonsten könnt ich überhaupt nichts sagen, dass da irgendwas fehlen würde oder anders wäre. Nein, das wäre unfair. (Interview D, ohne Migrationshintergrund, 137-140)

Interviewpartnerin A (ohne Migrationshintergrund) beschreibt einen kulturbedingten Unterschied, der sich auf die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund auswirken könnte.

A: ...ich weiß jetzt nicht mehr wo die hergekommen ist, Philippinien oder so, und diese Philippinin hat einen Patienten, einen Österreicher, einen Verstorbenen versorgt, und hat ihm in jede Körperöffnung Taschentücher hineingesteckt, weil das eben bei denen so Ritual ist, und üblich ist, dass alle Körperöffnungen zu sein müssen, wenn der Leichnam rausgeführt wird aus der Station. Und meine Kollegin hat die Hände zusammengeschlagen und gesagt, das kannst du nicht machen und ja... Solche Sachen, da denk ich mir, für die ist das wahrscheinlich das Normalste gewesen, aber wenn Pflegekräfte bei uns arbeiten, dann glaub ich müssten die sich auch an unsere Rituale und Normen anpassen. (Interview A, ohne Migrationshintergrund, 159-167)

Interviewpartnerin C (ohne Migrationshintergrund) sieht sprachliche Probleme als einzige Schwierigkeit, die bei der Zusammenarbeit im multikulturellen Team auftreten können.

C: Na ja, die Verständigung ist halt anders. Aber da kommt es auch darauf an, in wie weit die Sprache, die deutsche Sprache, erlernt wurde, und, also, im Prinzip ist es immer, wo es mir aufgefallen ist, hauptsächlich ein sprachliches Problem, aber sonst habe ich in meinem Umfeld keine schwierigeren Dinge erlebt beim Zusammenarbeiten. (Interview C, ohne Migrationshintergrund, 81-84)

Die Interviewpartnerin c (mit Migrationshintergrund) spricht als einzige, einen Ausbildungsunterschied als eventuelles Problem in der Zusammenarbeit an.

c: Die ganze Ausbildung ist diesem System angepasst. Die ganze Politik, die ganze, das ganze was sich in die Praxis überträgt, und man kann wirklich besser damit umgehen, wenn man die Schule hier gemacht hat. Das muss ich schon sagen. Ich habe in Kroatien eine andere Ausbildung gemacht. Ich habe mit der Krankenpflege nichts zu tun gehabt. Kolleginnen die in Kroatien, oder wo anders die Schule gemacht haben, sie konnten gut pflegen, viele konnten Spritzen gut geben, weil das war dort Arbeit einer Schwester, aber mit vielen Dingen sind sie nicht so zurecht gekommen, weil das ganze Ausbildungssystem anders ist (Interview c, mit Migrationshintergrund, 212-218)

Bezüglich der Probleme bei der interkulturellen Zusammenarbeit finden sich keine gravierenden Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. Eine Pflegekraft weist auf Kulturunterschiede hin, die sich in der Behandlung der PatientInnen manifestieren könnten (siehe auch Zitat oben Interview A).

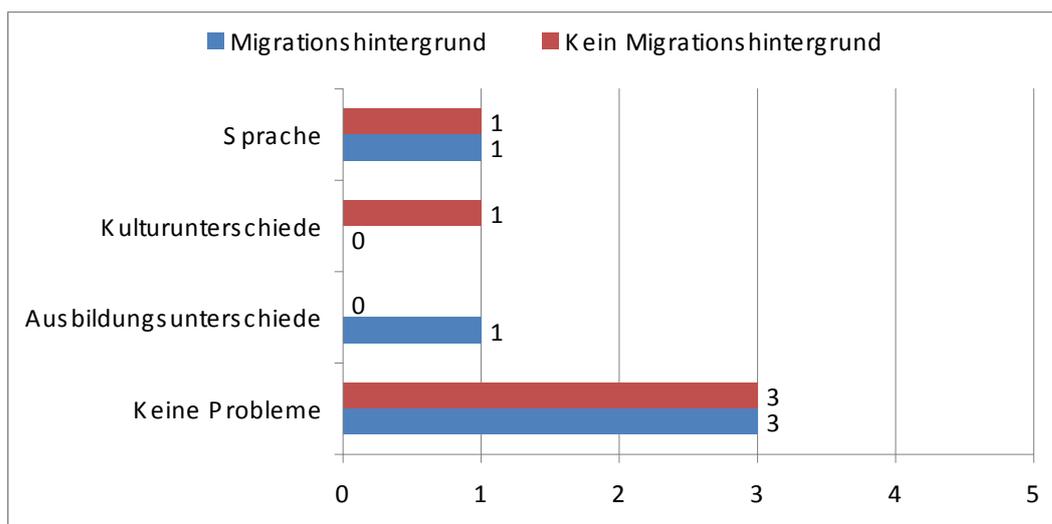


Abb. 21: Probleme in der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund (getrennt nach Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund)

Das Ausmaß des MigrantInnenanteils unter den Pflegekräften hat einen Einfluss auf die Beurteilung der Probleme, die in der interkulturellen Zusammenarbeit wahrgenommen werden. Pflegekräfte, die einen hohen Anteil an MigrantInnen als KollegInnen angeben, sehen überwiegend keine Probleme in der Zusammenarbeit.

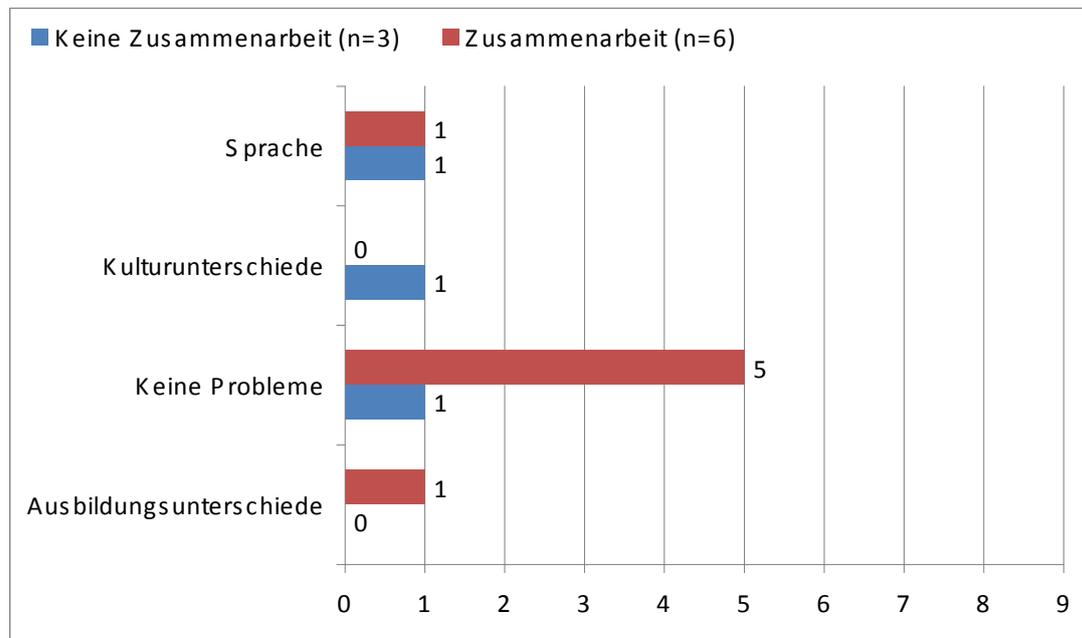


Abb. 22: Probleme in der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund (getrennt nach hohem bzw. niedrigem Anteil von MigrantInnen unter den Pflegekräften)

Die selbst wahrgenommene Kompetenz spielt eine wichtige Rolle in der Bewertung der Probleme der Zusammenarbeit mit MigrantInnen. So werden immerhin bei zwei von fünf Pflegekräften, die ihre interkulturelle Kompetenz eher gering einschätzen, sprachliche Probleme erwähnt, und eine bezieht sich auf kulturelle Unterschiede.

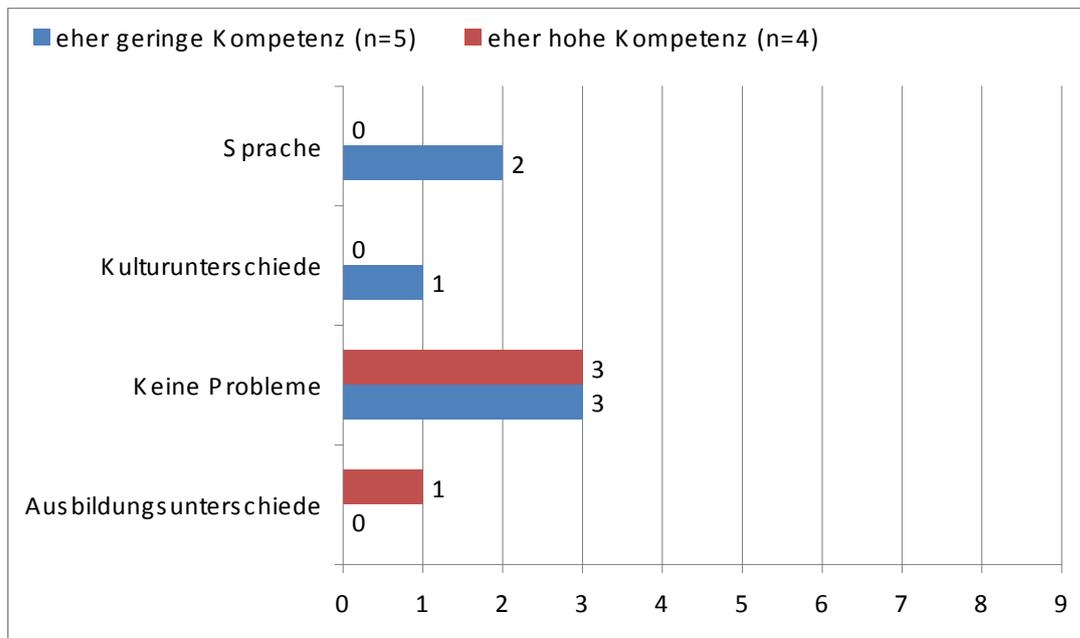


Abb. 23: Probleme in der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund (getrennt nach hoher oder niedriger Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz)

4.2.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Von den neun Befragten geben sechs an, dass sie noch keine Fortbildung genutzt haben, vier davon sind ohne Migrationshintergrund. Somit haben nur drei diplomierte Pflegekräfte eine Fortbildung genutzt, nur eine davon mit Migrationshintergrund.

Drei Befragte, zwei davon mit Migrationshintergrund, geben an, dass kein entsprechendes Angebot vorhanden sei.

Jeweils eine Interviewte aus beiden Gruppen äußert den Wunsch nach Weiterbildung in diesem Bereich. Beide geben an, dass ihre Interkulturelle Kompetenz ausbaufähig sei. Man könnte diese Aussagen mit dem von Campinha-Bacote geforderten „cultural desire“ vergleichen.

A: ..., also ich würde mich da schon noch gern mehr damit beschäftigen, und mehr drüber wissen. (Interview A, ohne Migrationshintergrund, 188-189)

d: ...Ich habe zwar sehr viel Basiswissen, aber ich denke mir dass man da immer sehr viel dazu lernen kann. (Interview d, mit Migrationshintergrund, 234-236)

Nur drei diplomierte Pflegekräfte kennen theoretische Zugänge zum Thema Interkulturelle Kompetenz, interessanterweise haben alle drei Migrationshintergrund. Namentlich genannt werden aber nur von einer Interviewpartnerin die Modelle von Leininger und Domenig, die anderen zwei geben an, von solchen Modellen nur gehört oder gelesen zu haben.

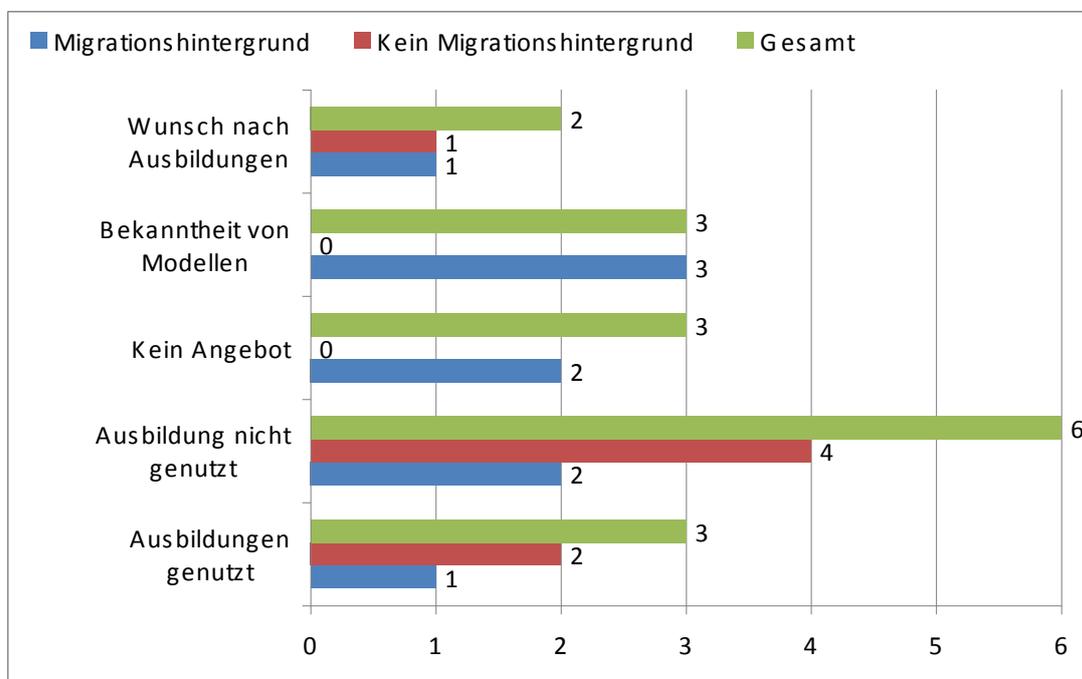


Abb. 24: Aus- und Weiterbildungen/Fortbildungen hinsichtlich Interkultureller Kompetenz (getrennt nach Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund sowie gesamte Stichprobe)

4.2.6 Anforderungen an die Interkulturelle Kompetenz

Wie aus dem Codesystem, dargestellt in Abbildung 15, ersichtlich ist, wurden Antworten zu den Anforderungen an die Interkulturelle Kompetenz in folgendes Schema codiert:

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen/Erfahrung
- Allgemeine Handlungskompetenz
- Empathie
- Allgemein tolerante Haltung

Am häufigsten wird dabei Hintergrundwissen und Erfahrung als notwendige Grundlage für die Entwicklung einer Interkulturellen Kompetenz angesehen, acht von neun Befragten antworten hier zustimmend.

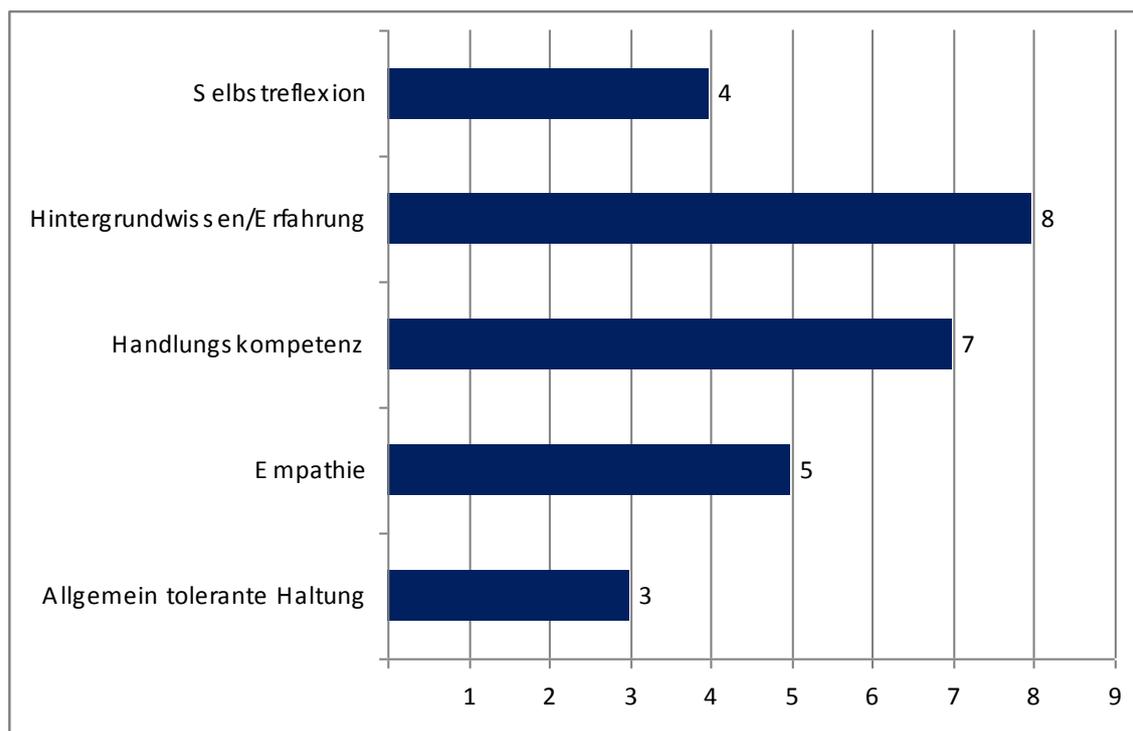


Abb. 25: Anforderungen an interkulturelle Kompetenz (gesamte Stichprobe)

Sieben Personen nennen Eigenschaften, die einer allgemeinen Handlungskompetenz zuzuordnen sind, weitere fünf Befragte sprechen direkt an, dass ein empathischer Zugang zu den PatientInnen notwendig ist. Für vier ProbandInnen dieser Stichprobe ist

Selbstreflexion sehr wichtig, weitere drei legen Interkultureller Kompetenz generell eine tolerante und Fremdes akzeptierende Haltung zugrunde.

In weiterer Folge sollen die einzelnen Komponenten mit einzelnen Aussagen aus den Interviews dargestellt werden.

In der Aussage von Interview d wird im Wesentlichen festgestellt, dass durch Wissen über unterschiedliche kulturelle Bedingungen ein Verständnis für das Verhalten der PatientInnen gelegt werden kann.

d: Ich finde es schon sehr hilfreich. Vor allem wenn man weiß, warum bestimmte Leute gewisse Sachen machen oder nicht. Zum Beispiel mit Schweinefleisch oder mit Alkohol, wenn man sich da einfach auskennt. Oder was koscher heißt im Judentum oder so. Wenn man da ein Basiswissen hat, dass man offener ist und verständnisvoller. (Interview d, mit Migrationshintergrund, 213-216)

Im Interview D wird zwar auch bestätigt, dass Wissen wichtig ist, gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, dass persönliche Erfahrungen notwendig sind, um dieses Wissen auch in die Arbeit integrieren zu können.

D: Durch die Erfahrung lernt man das am ehesten. Man weiß, dann am ehesten die Personen aufgrund ihrer Herkunft einzuschätzen. Was ist da eher, was entstehen da am ehesten für Krankheiten, also körperlich was entstehen am ehesten für Krankheiten, und rein psychisch eben was gibt es da für Probleme. Das lernt man eigentlich mit der Erfahrung, weil man da irgendwann ein Gespür dafür bekommt und das eigentlich auch sieht. Also dieses Wissen ist zwar hilfreich, aber dieses Wissen resultiert aus Erfahrung und nicht irgendwie das ich lerne, die reagieren so und so, weil das wäre dann ein totales „Schubladisieren“, und ich glaube das wäre dann auch nicht hilfreich (Interview D, ohne Migrationshintergrund, 196-201)

Durch das Statement von Interview B wird hingegen festgestellt, dass Wissen, im engeren Sinne über Religionen, nicht relevant ist. Hier wird viel mehr eine allgemeine Handlungskompetenz angesprochen, die sich auf die Behandlungssituation und nicht auf den kulturellen Hintergrund bezieht.

B: Nein, glaube ich nicht, dass dieses Wissen, was die Religionen angeht, weil es da eigentlich nicht relevant ist. Weil es gibt dann unter den Religionen wieder so viele Unterschiede. Und man muss einfach auf die Personen eingehen, was die jetzt wollen, und deshalb glaube ich nicht, dass sich das wirklich auswirkt. Also wenn du es einfach von vornherein akzeptieren kannst, und ich stelle dann einfach keine 20 Fragen warum und wieso und, es ist ihre Art zu leben, und so lange sie nicht die Freiheit von anderen damit verletzen, ist es mir eigentlich egal was jeder tut, und wenn es für sie hilfreich ist in der Situation (Interview B, ohne Migrationshintergrund, 174-180)

Auch die Ansicht von Interviewpartnerin C zielt mehr auf eine allgemeine Handlungskompetenz ab, mit dem Zweck, Verständnis in der Situation herzustellen.

C: Ja, ich nehme mir vielleicht ein wenig mehr Zeit, alles zu erklären, aber ansonsten ist für mich alles normal. Ich mache keinen Unterschied zwischen Österreicher oder Ausländer, oder mit, ja, ich versuche so gut wie möglich sie gleich zu behandeln, nur manchmal dauert es halt einfach länger, um zum Ziel zu kommen. (Interview C, ohne Migrationshintergrund, 74-77)

In Interview a wird ebenfalls eine allgemeine Handlungsfähigkeit im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund hervorgehoben.

a: Fachliche Kenntnisse, und sprachliche Kenntnisse. Wenn man zum Beispiel mehrsprachig ist, kann schon die Zusammenarbeit vereinfacht werden. Ja, sonst, ja, auch wie soll ich sagen, Höflichkeit ist natürlich gefragt, neben dem fachlichen Wissen. Und Allgemeinwissen sowieso. Ja, ja. (Interview a, mit Migrationshintergrund, 130-133)

a: Ja, dass man, wie soll ich sagen, Konflikte lösen kann, und dass man, wie soll ich sagen, teamfähig ist, dass man ja,...ahm, also ehrlich zu einander ist. (Interview a, mit Migrationshintergrund, 147-148)

Folgende Ansicht von Interview c fordert die Fähigkeit zur Selbstreflexion ein und das man in der Betreuung von MigrantInnen seine eigenen Denkhaltungen immer wieder hinterfragen soll.

c: Ich finde einfach wichtig, keine Vorurteile zu entwickeln, ja. Nicht schon mit Vorurteilen in die Beziehung hineinzugehen. Dieser Mensch kommt von wo anders, und ihn gleich abstempeln. Einfach frei sehen. Jeder Mensch ist gleich, und jeder hat gleiche Rechte, und jeden so behandeln. Und in jedem den Menschen auch zu sehen. Das gerade, eben in unserem Beruf, finde ich wichtig. Es ist oft nicht leicht. Auch als Pflegende erlebt man, dass man das nicht immer so sieht. Ich fühle mich so integriert, dass ich mich dann erwische, dass ich auch irgendwelche Mini-Vorurteile mache, oder, ja, weiß ich nicht, das ist irgendwie in jedem von uns drinnen denke ich, zum Teil, keine Ahnung. (Interview c, mit Migrationshintergrund, 150-157)

Im Interview A wird ebenfalls darauf hingewiesen, wie wichtig eine Bewusstmachung des Problems ist, und dass man die interkulturelle Kompetenz verbessern kann, wenn man sich mit dieser Problematik gedanklich beschäftigt.

A: Also ich finde, die Bearbeitung dieses Themas ist ja insofern toll, oder darüber eine Diplomarbeit zu schreiben, bzw. die Pflegekräfte zu interviewen, weil alleine das Bewusstwerden dieses Themas schon ein Schritt ist, um die eigene Interkulturelle Kompetenz zu verbessern oder zu fördern, denn ahm, man arbeitet so dahin, oder im Pflegealltag stellt man sich oft nicht diese Fragen, ah, ob es vielleicht an meinem Wissen oder an meinem Können liegt, dass ich mit solchen Patienten ein Problem habe. Also alleine schon das Bewusstwerden dieser Problemstellung ist der erste Schritt, damit es besser wird (Interview A, ohne Migrationshintergrund, 247-253)

Die unten angeführte Aussage von Interview B soll eine allgemein tolerante Haltung widerspiegeln.

B: Nein, ich glaube halt generell einfach, dass Akzeptanz gegenüber anderen einfach wichtig ist, für mich gilt halt immer der Grundsatz, solange die Freiheit von anderen nicht verletzt wird, soll jeder das tun und lassen können, was er will. Und das glaube ich, dass bei vielen Pflegepersonen ein Problem ist. Weil die fahren strikt ihre Standardregeln, und wenn dann irgendetwas von der Norm abweicht, dann ist es schon ein Problem, und manchmal hab ich das Gefühl, die Krankenpflege neigt besonders dazu (lacht) (Interview B; ohne Migrationshintergrund, 274-279)

Von den acht Probandinnen, die Hintergrundwissen als notwendige Basis für interkulturelle Kompetenz ansehen, haben drei auch eine allgemein tolerante Haltung als notwendig gesehen, fünf forderten auch Empathie, sechs eine allgemeine Handlungskompetenz und vier auch Selbstreflexion ein. Von den sieben Befragten, die eine allgemeine Handlungskompetenz als notwendig erachten, sehen sechs zusätzlich auch Hintergrundwissen als notwendig an, fünf nennen Empathie und zwei eine allgemeine Toleranz.

	Toleranz (n=3)	Empathie (n=5)	Handlungskompetenz (n=7)	Hintergrundwissen-/Erfahrung (n=8)
Empathie	2			
Handlungskompetenz	2	4		
Hintergrundwissen/Erfahrung	3	5	6	
Selbstreflexion (n=5)	2	2	2	4

Tabelle 3: Kombinationen der Kategorien zu den Anforderungen der Interkulturellen Kompetenz

Betrachtet man die Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz, getrennt nach der wahrgenommenen Selbsteinschätzung, so ist hauptsächlich bei den Anforderungen Empathie und allgemein tolerante Haltung ein Unterschied feststellbar. Beide Dimensionen werden von Pflegekräften mit höherer Selbsteinschätzung häufiger genannt als von Pflegekräften mit niedriger Selbsteinschätzung ihrer Interkulturellen Kompetenz.

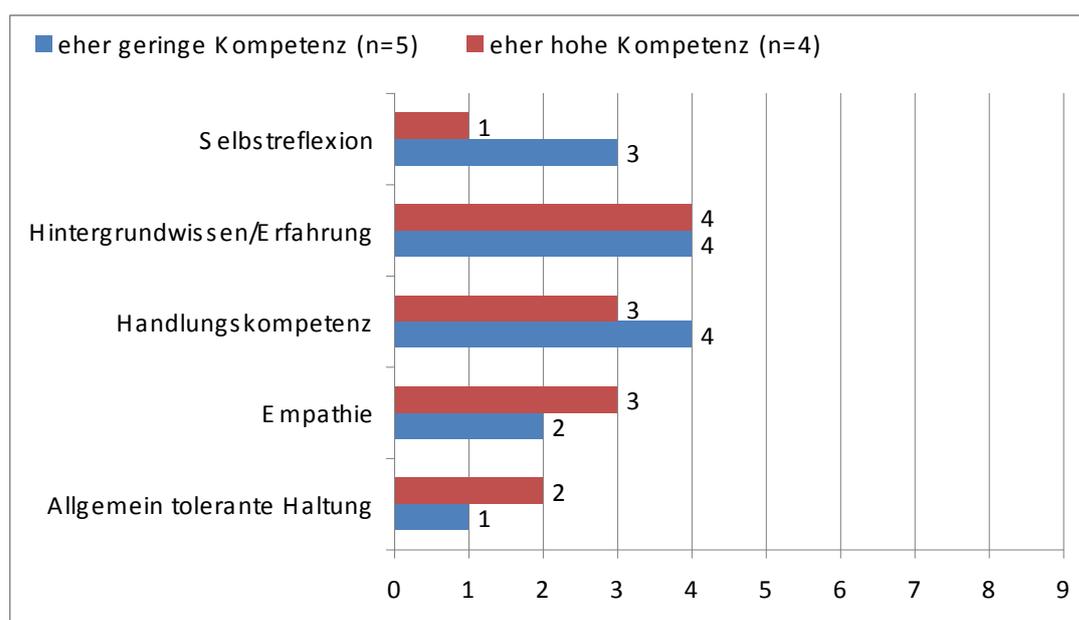


Abb. 26: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz)

Betrachtet man die Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz getrennt nach dem Migrationshintergrund, so sind vor allem bei Hintergrundwissen/Erfahrung und Selbstreflexion Unterschiede feststellbar. Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund erachten diese Dimensionen häufiger als wichtiger als Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Generell lässt sich sagen, dass Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund ein differenzierteres Anforderungsprofil haben als Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Eine Pflegekraft ohne Migrationshintergrund nennt durchschnittlich 3,4 Anforderungspunkte, eine Pflegekraft mit Migrationshintergrund nur 2,5.

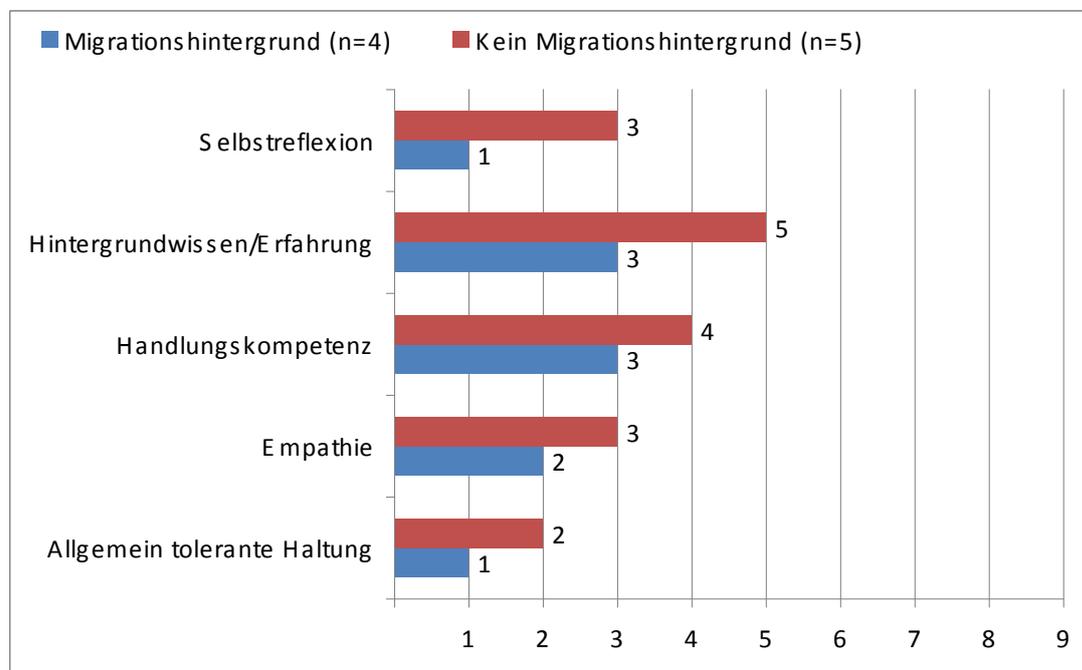


Abb: 27: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach Migrationshintergrund der Pflegekräfte)

Die eigene Religiosität spielt keine besonders herausragende Rolle bei der Bewertung der Anforderungen an die Interkulturelle Kompetenz. Auffällig sind Unterschiede in der Nennung von Selbstreflexion und besonders Empathie, beide Anforderungen werden von nicht religiösen Personen häufiger genannt.

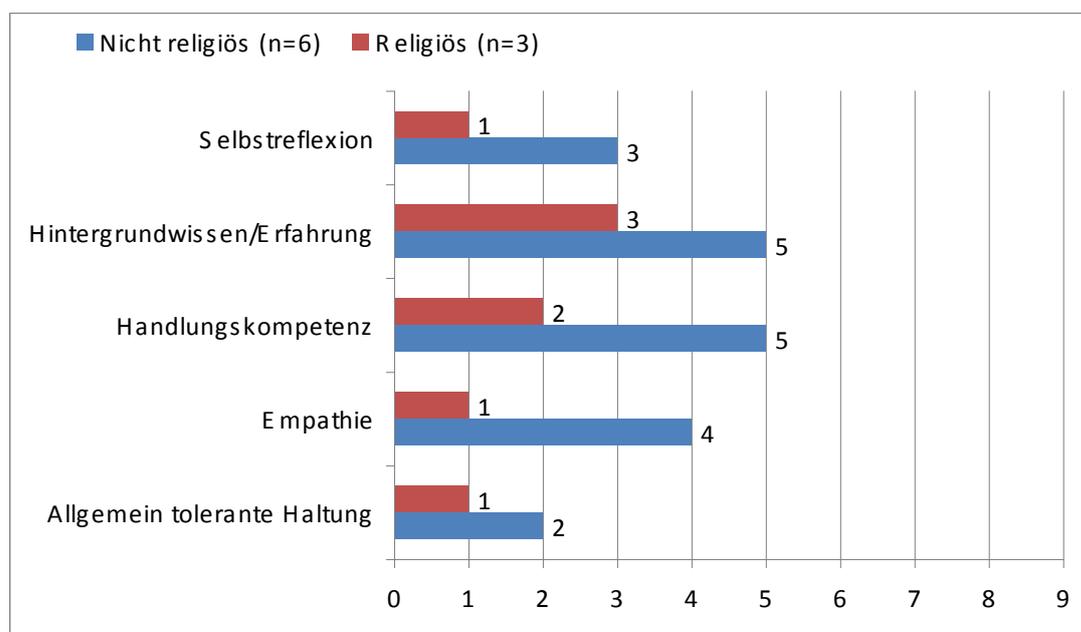


Abb. 28: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach Religiosität der Pflegekräfte)

Auffällige Unterschiede finden sich jedoch in Abhängigkeit der Schätzung des Anteils an MigrantInnen unter den PatientInnen. Wird der Anteil hoch eingeschätzt, so wird Handlungskompetenz von allen Personen genannt, hingegen nur von einer Pflegekraft mit geringer Einschätzung. Empathie als Anforderung wird ebenfalls von Personen mit hoch geschätztem Anteil häufiger genannt. Selbstreflexion und eine Allgemein tolerante Haltung werden andererseits häufiger von Personen mit niedriger Schätzung genannt.

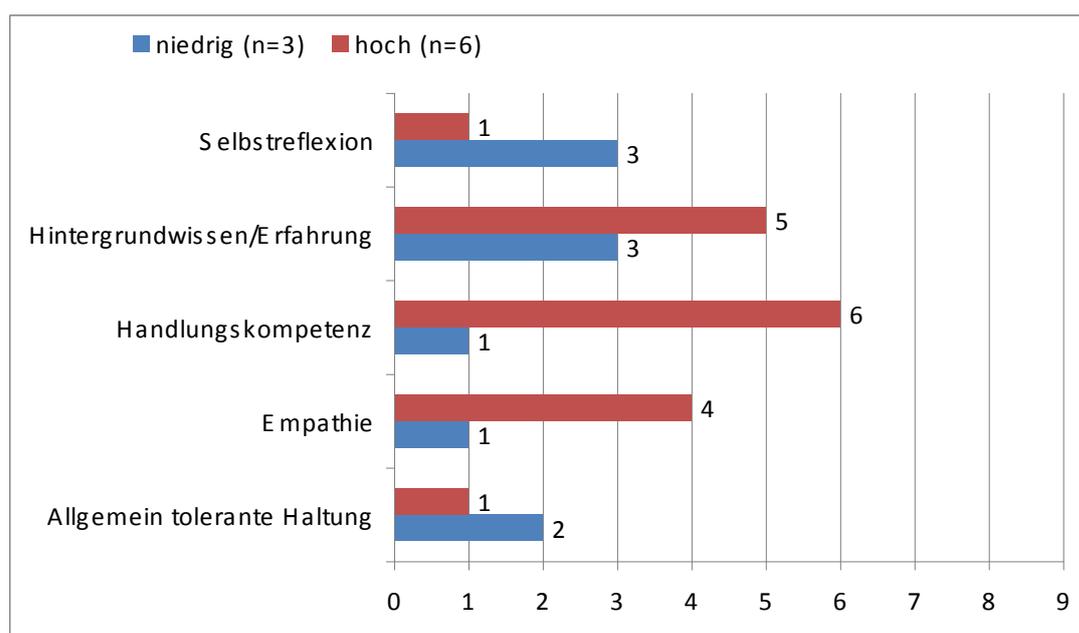


Abb. 29: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach MigrantInnenanteil an PatientInnen)

Eher unauffällig sind die Ergebnisse bezüglich des Anteils an MigrantInnen unter den Pflegekräften. Hier zeigt sich nur bei Selbstreflexion ein auffälliges Ergebnis. Pflegekräfte, die kaum mit PflegerInnen mit Migrationshintergrund zusammenarbeiten, nennen häufiger die Selbstreflexion als Anforderung an Interkulturelle Kompetenz.

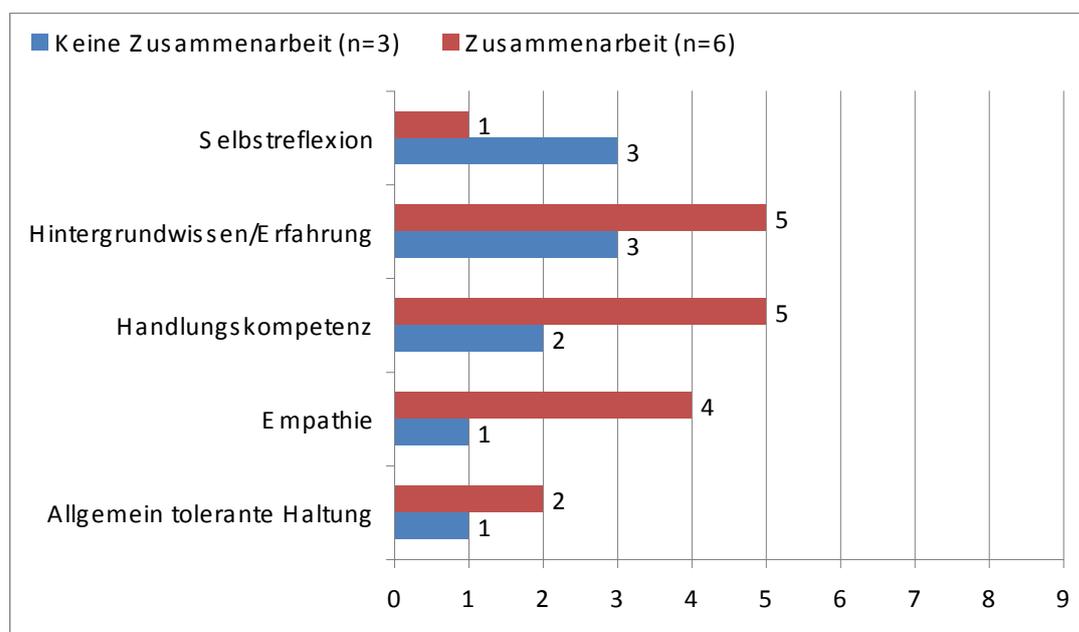


Abb. 30: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach Anteil an MigrantInnen unter den Pflegekräften)

4.2.7 Vorteil eines Migrationshintergrundes für die Interkulturelle Kompetenz

Nur zwei diplomierte Pflegekräfte (je eine mit und ohne Migrationshintergrund) sehen in einem eigenen Migrationshintergrund keinen Vorteil. Die beiden Aussagen sind prinzipiell von einer sehr negativen Haltung getragen.

b: ... Ja, das ist komplett wurscht, ob Österreicher, Tschechen, Deutsche, das ist komplett wurscht, die die bleiben, haben alle das gleiche Level. (Interview b, mit Migrationshintergrund, 285-286)

b: Nur alleine, weil wir ins Ausland gehen? Totaler Quatsch! Also die die ich kenne, nein, kannst vergessen, dass bleibt gleich. Entweder sie habens oder sie habens nicht! (Interview b mit Migrationshintergrund, 301-302)

E: Wenn ich die Bekannten durchgehe, die einen Migrationshintergrund haben, glaube ich jetzt nicht, dass es einen Einfluss hat. (Interview E, ohne Migrationshintergrund, 204-205)

E: Keinen positiven Einfluss. Weil ich finde, dass die Leute die Migrationshintergrund haben, bewusst oft versuchen das irgendwie, ich weiß nicht, zu vertuschen, und dadurch sehr intolerant, den eigenen, den anderen Leuten mit Migrationshintergrund sind. Das habe ich beobachtet. Die aber trotzdem erwarten, dass man tolerant ihnen gegenüber ist, aber sie selber sind es nicht. (Interview E, ohne Migrationshintergrund, 209-212)

E: Naja, die die das gemeinsam haben, rotten sich schon zusammen, aber genau das schafft dann erst wieder eine Barriere, zwischen den unterschiedlichen Ländern, Kulturen und Religionen. (Interview E, ohne Migrationshintergrund, 218-219)

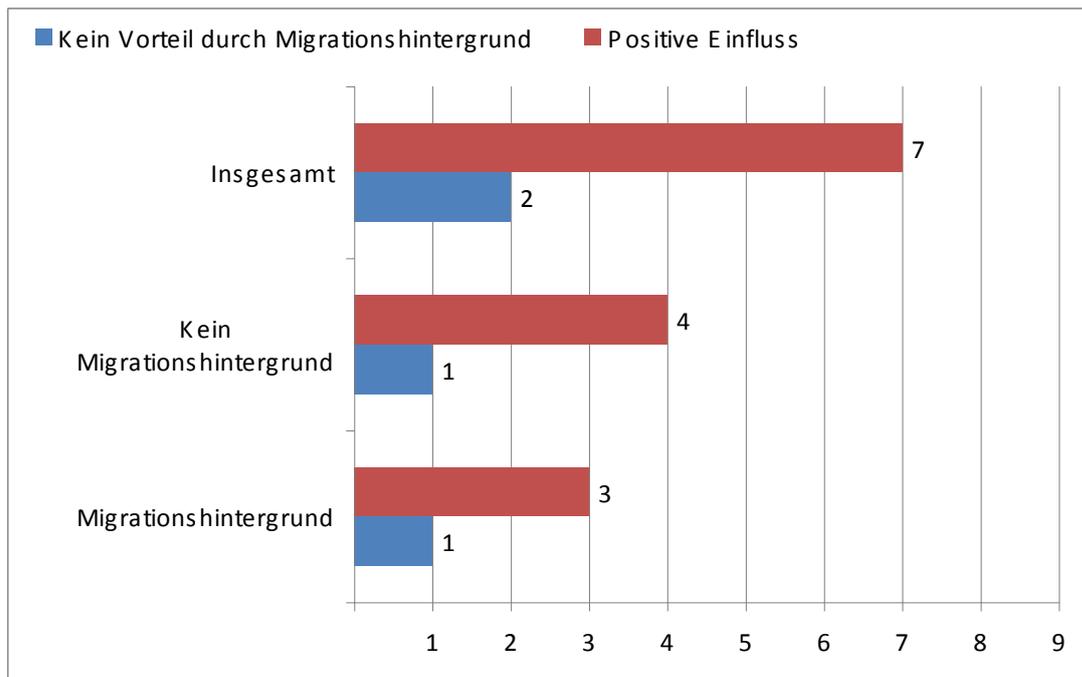


Abb. 31: Vorteil eines eigenen Migrationshintergrundes auf die Interkulturelle Kompetenz (gesamte Stichprobe und geteilt nach Untersuchungsgruppen)

Folgende Aussagen belegen den positiven Einfluss, der durch einen Migrationshintergrund gegeben ist. Die erste Aussage bezieht sich auf das Multikulturelle im Team, auf die gemeinsame Erfahrung, die verbindet. Die zweite bezieht sich auf die individuelle Erfahrung, die durch das Leben in einem fremden Land gemacht wird.

d: Ja, ich glaube schon. Mein eigener Migrationshintergrund macht mich zum Beispiel neugieriger mich mit anderen Kulturen auseinanderzusetzen. Ich bin von Natur aus sehr neugierig, und möchte immer wissen, warum machen die das, und die das. Und vor allem Religionen, da ich nicht wirklich ein religiöser Mensch bin, vielleicht bin ich auf der Suche nach der richtigen Religion. (Interview d, mit Migrationshintergrund, 247-251)

c: Ja, ich glaube wenn man selbst aus einer anderen Kultur kommt, dass man das nicht so empfindet, so wie du gesagt hast, dass man damit besser umgehen kann, weil man selbst betroffen ist. Man hat selbst Erfahrungen in diese Richtung gemacht. Ich kann dann dafür mehr Verständnis aufbringen. Das ist einfach da, weil man selbst die Erfahrung macht als Ausländer (Interview c, mit Migrationshintergrund, 185-189)

c: Mit Sicherheit, ja. Ja. Das kann man nicht lernen. Diese Erfahrung kann man nicht lernen, da gibt es keine Bücher, die muss man machen. In ein fremdes Land zu kommen, und das hilft dann schon. (Interview c, mit Migrationshintergrund, 379-381)

C: Ganz sicher, weil ich die Ansicht vertrete, alles was man selber erlebt hat, kann man besser verstehen, man kann ein tieferes Verständnis aufbringen, mit den Schwierigkeiten und Problem in der jeweiligen Situation. Wenn ich selber mal mein Land verlassen habe, aus was für Gründen auch immer, auch wenn ich politischer Flüchtling war, ah dann weiß ich was ich alles durchgemacht habe, und wie schwer es ist wieder neu zu beginnen und sich einen Stellenwert zu verschaffen, und eine neue Sprache zu lernen, ist für einen jeden schwer. (Interview C, ohne Migrationshintergrund, 180-185)

Der positive Einfluss wird aber nicht nur uneingeschränkt wahrgenommen, es gibt auch Wortmeldungen in die Richtung, dass nur zwischen Personen mit gleicher Muttersprache bzw. Herkunft eine Beziehung besser herstellbar ist.

D: Na, mehr Empathie oder Sympathie aufgebaut wird, wenn man die gleiche Muttersprache spricht und ja, dass mehr Sympathie aufgebaut wird, oder dass man sich eher an diese Pflegeperson wendet, die die Muttersprache spricht, weil ich weiß da bin ich gut aufgehoben. Ich glaube eben, dass es sich eben mehr auf der emotionalen Ebene abspielt, als auf der Kompetenzebene. Man fühlt sich da mehr mit der Heimat verbunden, oder ich habe da jemanden (Interview D, ohne Migrationshintergrund, 271-275)

D: Nein, es muss das gleiche Herkunftsland sein, weil eben gerade in dem Bereich sehr viel über die Sprache geht, das ist das Um und Auf. Also ich glaube nicht, dass nur weil man Migrant ist. (Interview D, ohne Migrationshintergrund, 281-282)

B: Ich glaub vielleicht schon ein bisschen. Zumindest eben, dass die Leute, aber auch nur innerhalb dieser bestimmten Kultur. Wenn du zum Beispiel eine Türkin bist, und du bist in dieser Kultur groß geworden, oder du hast noch Familie in der Türkei, dass du dir dann einfach leichter tust, dass du gewisse Dinge verstehst, wo ich einfach dreimal nachfragen muss, was sie wollen, oder warum sie es wollen, und dass du es so auch leichter umsetzt, wenn du verstehst, warum das wichtig ist für die Leute, als wie wenn du keine Ahnung hast und dir nur denkst, warum will der das, das hat ja überhaupt keinen Sinn, oder ergibt keinen Sinn für mich. Und wenn du selber aus einer fremden Kultur kommst, dass dann das ganze doch besser verstehst und somit eher umsetzt, oder gewillt bist umzusetzen. (Interview B, ohne Migrationshintergrund, 238-246)

B: In deiner eigenen Kultur. Sonst glaub ich, dass es egal ist. Fremde Kultur bleibt fremde Kultur, dann glaub ich, dass du wenn du in Österreich arbeitest und du bist ein Türke, glaube ich dass du den türkischen Kulturkreis glaube ich schon verstehen kannst, oder dir dann einfach leichter tust, das umzusetzen, weil du sie verstehst. Aber wenn man dann, weiß nicht, nach China geht, dann glaube ich, dass die gleichen Schwierigkeiten wieder von vorne anfangen, weil du auch keine Ahnung hast warum und wieso eigentlich. (Interview B, ohne Migrationshintergrund, 250-255)

*A: Ich glaube es kommt darauf an, wo diese Leute herkommen, von wo die her emigriert sind.
(Interview A, ohne Migrationshintergrund, 221)*

A: Ja, wenn jetzt eine ausländische Schwester bei uns arbeitet, sagen wir jetzt eine Schwester aus der Türkei, dann wird die wahrscheinlich eine höhere interkulturelle Kompetenz haben, als Ausländern gegenüber, ihres gleichen, also wenn da Patienten liegen, die auch aus der Türkei sind, oder aus Jugoslawien sind, aus Ex-Jugoslawien, oder sonst wo her, dann wird die vielleicht besser mit denen können, könnt ich mir schon vorstellen, als eine Schwester, die jetzt aus Schweden kommt.(Interview A, ohne Migrationshintergrund, 226-231)

4.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Betrachtet man die Selbsteinschätzung von Interkultureller Kompetenz getrennt nach den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, so liegt der Mittelwert für die Gruppe „mit Migrationshintergrund“ nur leicht unter jenem der Gruppe „ohne Migrationshintergrund“. Daraus kann man schließen, dass die Selbsteinschätzung bezüglich Interkultureller Kompetenz unabhängig von einem etwaigen Migrationshintergrund zu sehen ist.

Als wahrgenommene Probleme bei der Arbeit mit PatientInnen mit Migrationshintergrund werden am häufigsten kulturell bedingte Probleme angesprochen, gefolgt von allgemeinen Kommunikationsproblemen sowie Problemen mit der Sprache und Übersetzung. Je höher der Anteil an MigrantInnen, desto häufiger wird von Problemen berichtet.

Das Fehlen von Dolmetschern ist eher ein Problem für Pflegepersonal ohne Migrationshintergrund. Daraus könnte man schließen, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund besser arbeiten und kommunizieren können, ohne die Sprache der PatientInnen wirklich zu verstehen. Genau das könnte eine wertvolle Ressource sein, die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund mit sich bringen.

Pflegekräfte mit einer eher niedrigen Selbsteinschätzung berichten, wie zu erwarten, häufiger von kulturell bedingten Problemen. Möglicherweise nehmen Pflegekräfte, die sich in dieser Beziehung kompetenter fühlen, kulturell bedingte Probleme aber auch weniger als solche wahr.

Geht es um die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund, finden sich keine gravierenden Unterschiede im Antwortverhalten. Überwiegend werden keine Probleme in der Zusammenarbeit gesehen. Überraschend ist, dass gerade Pflegekräfte, die einen hohen Anteil an MigrantInnen als KollegInnen angeben, dies so wahrnehmen.

Daraus könnte man schließen, dass eine interkulturelle Zusammenarbeit dazu beiträgt, dass kulturell bedingte Unterschiede nicht mehr wahrgenommen werden.

Das Ergebnis könnte man als einen positiven, die interkulturelle Zusammenarbeit fördernden, Effekt von multikulturellen Teams bezeichnen.

Hierbei wäre es für zukünftige Studien spannend, herauszufinden, ob sich dieses Ergebnis quantitativ bestätigt bzw. auch in anderen Disziplinen und Bereichen wieder findet.

Interessant ist, dass die Zusammenarbeit mit MigrantInnen als KollegInnen eher als Bereicherung, und die Arbeit mit MigrantInnen als PatientInnen eher als Belastung gesehen wird. Für weitere Forschungsarbeiten wäre dies ein interessanter Anhaltspunkt. Eine weitere Überprüfung dieses Schlusses wäre empfehlenswert.

Vom Großteil der Befragten wird ein Migrationshintergrund als Vorteil für Interkulturelle Kompetenz angesehen. Ein multikulturelles Team, gemeinsame und individuelle Erfahrungen werden als vorteilhaft beschrieben.

Einen diesbezüglich interessanten Aspekt liefert auch die Betrachtung der Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz. Vor allem bei den Anforderungen „Hintergrundwissen/Erfahrung“ und „Selbstreflexion“ sind Unterschiede feststellbar. Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund erachten diese Dimensionen häufiger als wichtiger. Generell lässt sich sagen, dass sie ein differenzierteres Anforderungsprofil voraussetzen. Daraus könnte man auch schließen, dass Interkulturelle Kompetenz für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine weniger große Herausforderung darstellt, als für Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund.

5. Resümee

Wie der theoretische Teil der Arbeit zeigt, gibt es sehr viele Modelle, die das Thema Interkulturelle Kompetenz in der Pflege behandeln und die versuchen, die erforderlichen Fähigkeiten und Eigenschaften herauszuarbeiten.

Der empirische Teil dieser Arbeit zeigt aber, dass die theoretischen Modelle unter diplomierten Pflegekräften keinen großen Bekanntheitsgrad aufweisen.

Nur drei von neun diplomierten Pflegekräften geben an, von Modellen oder Theorien Interkultureller Kompetenz schon gehört zu haben, interessanterweise haben alle drei Migrationshintergrund. Woraus man schließen könnte, dass sie ein besonderes Interesse an diesem Thema haben.

Nichts desto trotz zeigt es aber, dass der Bedarf gegeben ist, Angehörigen des Gesundheitswesens theoretische Hintergründe zu diesem Thema näher zu bringen.

Von den neun Befragten geben sechs an, dass sie noch keine Fortbildung genutzt haben, vier davon sind ohne Migrationshintergrund. Somit haben nur drei diplomierte Pflegekräfte eine Fortbildung genutzt, nur eine davon mit Migrationshintergrund.

Drei Befragte, zwei davon mit Migrationshintergrund, geben an, dass kein entsprechendes Angebot vorhanden sei.

Das alles ist ein Hinweis darauf, dass die Angebote an Aus-, Fort-, und Weiterbildung erweitert werden müssen.

Jeweils eine Interviewte aus beiden Gruppen äußert dezidiert den Wunsch nach Weiterbildung in diesem Bereich. Beide geben an, dass ihre Interkulturelle Kompetenz ausbaufähig sei. Diese Angaben entsprechen dem von Campinha-Bacote geforderten „cultural desire“. (siehe Kapitel 3.3.5)

Die Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz können in der Theorie sowie in der Praxis in die Kategorien „Hintergrundwissen & Erfahrung“, „Selbstreflexion & Empathie“ und in „Allgemeine Handlungskompetenz“ unterteilt werden. In der Praxis wird zusätzlich Wert auf eine allgemein tolerante Haltung gegenüber fremden Kulturen gelegt.

Wichtig ist festzuhalten, dass es bei allen Modellen in der Theorie, sowie auch bei den geforderten Eigenschaften und Fähigkeiten aller InterviewpartnerInnen zu Überschneidungen der einzelnen Kategorien kommt.

Ein Großteil der InterviewpartnerInnen sieht einen Migrationshintergrund als Vorteil für die Interkulturelle Kompetenz.

Ein Migrationshintergrund kann demnach als wertvolle Ressource gesehen werden, darf aber Aus-, Fort-, und Weiterbildungen im Bereich der Interkulturellen Kompetenz nicht ersetzen. Sprungs (2007) Forderung, Weiterbildungen auch an Personal mit Migrationshintergrund zu richten, kann hiermit bestätigt werden.

Für zukünftige Forschungsarbeiten wäre es eine interessante Aufgabe, herauszufinden, wie und in welchen Bereichen die positiven Auswirkungen, die ein Migrationshintergrund mit sich bringen kann, effizient genutzt werden können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich das Thema Interkulturelle Kompetenz, wie in vielen wissenschaftlichen Disziplinen, auch in der Pflegewissenschaft einen Platz geschaffen hat. Der Bedarf an Aus-, Fort-, und Weiterbildung in der Praxis ist aber weiterhin gegeben und betrifft alle Pflegepersonen, egal ob mit oder ohne Migrationshintergrund.

LITERATURVERZEICHNIS

- Alban, S., Leininger, M. M., & Reynolds, C. L. (1999). *Multikulturelle Pflege*. München: Urban & Fischer.
- Allolio-Näcke, L., Kalscheuer, B., & Shimada, S. (2003). Ein Lehrstück klassischen Kulturvergleichs. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 150-153.
- Auernheimer, G. (2002). Interkulturelle Kompetenz - ein neues Element pädagogischer Professionalität? In G. Auernheimer (Ed.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Auernheimer, G. (2003). Sensibilität für Kulturdifferenz genügt nicht! *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 154-156.
- Auernheimer, G. (2005). Interkulturelle Kompetenz und Kommunikation Retrieved 22.01.2010, from <http://www.georg-auernheimer.de/dateien/downloads.htm>
- Binder-Fritz, C. (1997). Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Eds.), *Transkulturelle Pflege* (pp. 133-154). Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Binder-Fritz, C. (2003). Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In J. Friebe & M. Zalucki (Eds.), *Interkulturelle Bildung in der Pflege* (pp. 116-144). Bielefeld: Bertelsmann.
- Bolten, J. (2007a). *Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung* Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung. Retrieved 21.11.2009, from http://www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle_kompetenz_personalentwicklung_bolten.pdf

- Bolten, J. (2007b). Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor Retrieved 13.03.2010, from http://www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle_kompetenz_gesundheitssektor_bolten.pdf
- Bolten, J. (2007c). Interkulturelle Kompetenz Retrieved 13.03.2010, from <http://www.thueringen.de/imperia/md/content/lzt/interkulturellekompetenz.pdf>
- Bolten, J. (2007, 21.11.2009). *Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung* Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung. Retrieved 21.11.2009, 2009, from http://www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle_kompetenz_personalentwicklung_bolten.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2010). *Anfragebeantwortung betreffend Kommunikationsdefizite in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen*. Retrieved 20.04.2010. from http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_03736/fname_177899.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2005). *Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen*. from http://www.gesundheitsministerium.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf.
- Bundesministerium für Inneres (BMI) (2009). *Nationaler Aktionsplan für Integration*. Retrieved 20.04.2010. from <http://www.bmi.gv.at/cms/cs03documentsbmi/809.pdf>.

- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Culture Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3), 181-184.
- Die Amsterdamer Erklärung (Deutsche Übersetzung 2005). Für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa. Retrieved 20.10.2009: http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf
- Domenig, D. (2001a). Einführung in die transkulturelle Pflege. In D. Domenig (Ed.), *Professionelle transkulturelle Pflege* (pp. 139-158). Bern: Hans Huber.
- Domenig, D. (Ed.). (2001b). *Professionelle Transkulturelle Pflege* (1. ed.). Bern: Hans Huber.
- Domenig, D. (Ed.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz*. Bern: Huber.
- Dornheim, J. (1997). Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege - Ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft. In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Eds.), *Transkulturelle Pflege* (pp. 11-32). Braunschweig: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Dornheim, J. (2001). Kultur als Begriff und als Ideologie - historisch und aktuell. In D. Domenig (Ed.), *Professionelle Transkulturelle Pflege* (pp. 27-45). Bern: Hans Huber.
- Dornheim, J. (2003). Konzepte zu "Kultur" und "kulturelle Identität" für die Pflegebildung. In J. Friebe & M. Zalucki (Eds.), *Interkulturelle Bildung in der Pflege* (pp. 61-82). Bielefeld: Bertelsmann.

- Dreißig, V. (2005). *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus - Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Fischer, V. (2003). Hinterfragung des Kulturbegriffs von Alexander Thomas. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 167-169.
- Friebe, J., & Zalucki, M. (Eds.). (2003). *Interkulturelle Bildung in der Pflege*. Bielefeld: Bertelsmann
- Frindte, W. (2003). Die Praxis muss für sich selber sprechen - interkulturelle Kommunikation als komplexes Management. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 169-172.
- Gardner, G. H. (1962). Cross-cultural communication. *Journal of Social Psychology*, 58, 241-256.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185-188.
- Grünhage-Monetti, M. (Ed.). (2006). *Interkulturelle Kompetenz in der Zuwanderergesellschaft*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Hansen, K. P. (2000). *Kultur und Kulturwissenschaft* (2. ed.). Paderborn: UTB.
- Hansen, K. P. (2003). *Kultur und Kulturwissenschaft* (3. ed.). Tübingen: A. Francke.
- Jong, A. d. (2003). Kulturelle Werte im Spannungsfeld zwischen Pflegekundige und Patienten. In A. Zielke-Nadkarni & W. Schnepf (Eds.), *Pflege im kulturellen Kontext* (1 ed., pp. 209-232). Bern: Hans Huber.
- Leininger, M. M. (1998). *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Leininger, M. M. (Ed.). (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Loenhoff, J. (2003). Interkulturelle Kompetenz zwischen Person und System. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 192-194.
- Maletzke, G. (1996). *Interkulturelle Kommunikation: zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mecheril, P. (2002). "Kompetenzlosigkeitskompetenz". Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In G. Auernheimer (Ed.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mecheril, P. (2003). Behauptete Normalität - Vereinfachung als Modus der Thematisierung von Interkulturalität. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 198-201.
- Orque, M. S. (1983). Orques ethnic/cultural system: A framework for ethnic nursing care. In M. S. Orque, B. Bloch & L. S. A. Monrroy (Eds.), *Ethnic Nursing Care - A multicultural approach* (pp. 5-48). St. Louis: C. V. Mosby.
- Orque, M. S., Bloch, B., & Monrroy, L. S. A. (Eds.). (1983). *Ethnic Nursing Care - A multicultural approach*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2010). Fort- und Weiterbildung - Programm 2010 Retrieved 20.04.2010, from <http://www.oegkv.at/index.php?id=4353>
- Papadopoulos, I. (2003). Das Lehren transkultureller Pflege an einer britischen Universität. In J. Friebe & M. Zalucki (Eds.), *Interkulturelle Bildung in der Pflege* (pp. 85-99). Bielefeld: W. Bertelsmann.

- Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 258-264.
- Pfabigan, D. (2007a). Kultursensible Pflege und Betreuung - neue Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 60(12), 12-17.
- Pfabigan, D. (2007b). *Kultursensible Pflege und Betreuung: Methodische Ermutigung für die Aus- und Weiterbildung*. Wien: Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes GmbH in Kooperation mit dem Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.
- Purnell, L. (2000). A description of the Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 40-46.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196.
- Purnell, L., & Paulanka, B. J. (2005). *Guide to Culturally Competent Health Care*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Rathje, S. (2006a). Interkulturelle Kompetenz - Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. *Zeitschrift für interkulturellen Fremdsprachenunterricht*, 11(3), 1-21.
- Rathje, S. (2006b). Interkulturelle Kompetenz - Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts Retrieved 20.01.2010, from <http://zif.spz.tu-darmstadt.de/jg-11-3/docs/Rathje.pdf>
- Reynolds, C. L. (1999a). Die Theorie der kulturellen Fürsorge - Implikationen für die Pflege. In S. Alban, M. M. Leininger & C. L. Reynolds (Eds.), *Multikulturelle Pflege* (pp. 301-307). München: Urban & Fischer.

- Reynolds, C. L. (1999b). Zum Ursprung von Leiningers Theorie der kulturellen Fürsorgevielfalt und -gemeinsamkeiten. In S. Alban, M. M. Leininger & C. L. Reynolds (Eds.), *Multikulturelle Pflege* (pp. 276-286). München: Urban & Fischer.
- Seidl, E., & Walter, I. (2006). *"Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft" - Die Sicht der Pflegepersonen im Krankenhaus (Forschungsbericht)*. Wien: Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz.
- Sprung, A. (2007). Transkulturelle Kompetenzerweiterung als Herausforderung für die Aus- und Weiterbildung. In D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz* (pp. 311-322). Bern: Hans Huber.
- Stanjek, K. (2001). Die Vermittlung der transkulturellen Pflege in der Aus- und Weiterbildung. In D. Domenig (Ed.), *Professionelle transkulturelle Pflege* (pp. 237-252). Bern: Hans Huber.
- Stanjek, K. (2007). Vermittlung der transkulturellen Pflege in der Aus- und Weiterbildung. In D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz* (pp. 323-339). Bern: Hans Huber.
- Straub, J., Weidemann, A., & Weidemann, D. (Eds.). (2007). *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz*. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.
- Thomas, A. (2003a). Interkulturelle Kompetenz Grundlagen, Probleme und Konzepte. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 137-150.
- Thomas, A. (2003b). Replik. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 221-228.

- Thomas, A. (Ed.). (1993). *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture*. London: J. Murray.
- Uzarewicz, C., & Piechotta, G. (Eds.). (1997). *Transkulturelle Pflege*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Visser, M., & Jong, A. d. (2002). *Kultursensitiv pflegen - Wege zu einer interkulturellen Pflegepraxis* (1 ed.). München: Urban & Fischer.
- Welsch, W. (1998). Transkulturalität - Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In Mainzer Universitätsgespräche 1998 (Ed.), *Interkulturalität - Grundprobleme der Kulturbegegnung* (pp. 45-72). Mainz: Studium generale.
- Wiener Krankenanstaltenverbund (2010). Fortbildungsanzeiger Retrieved 20.04.2010, from www.wienkav.at/fortbildung
- Wiener Rotes Kreuz (2010). Forschungsinstitut des Roten Kreuzes Retrieved 21.04.2010, from <http://www.rotekreuz.at/wien/forschungsinstitut-des-roten-kreuzes/publikationen/>
- Wierlacher, A. (2003). Das tragfähige Zwischen. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14(1), 215-217.
- Zalucki, M. (2006). Was heißt eigentlich "Kultur"? In M. Grünhage-Monetti (Ed.), *Interkulturelle Kompetenz in der Zuwanderungsgesellschaft*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Zielke-Nadkarni, A. (1997). Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Eds.), *Transkulturelle Pflege* (pp. 99-114). Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Zielke-Nadkarni, A. (2003). Fremdheitserfahrung, Pflege und Kultur. In A. Zielke-Nadkarni & W. Schnepf (Eds.), *Pflege im kulturellen Kontext* (pp. 15-36). Bern: Hans Huber.

Zielke-Nadkarni, A., & Schnepf, W. (Eds.). (2003). *Pflege im kulturellen Kontext* (1 ed.). Bern: Hans Huber.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Mögliche interkulturelle Begegnungssituationen zwischen Pflegepersonen und PatientInnen (eigene Darstellung)	20
Abb. 2: Kohärenz- versus kohäsionsorientiertes Verständnis von Interkulturalität (Rathje, 2006b, p. 14)	25
Abb. 3: Interkulturelle Kompetenz als anwendungsbezogener Spezialfall allgemeiner Handlungskompetenz (Bolten, 2007a, p. 7)	29
Abb. 4: Maßnahmen Interkultureller Kompetenzentwicklung bei unterschiedlichen Zielgruppen des medizinischen Bereichs (Bolten, 2007b, p. 6).....	30
Abb. 5: Darstellung des Sunrise-Modells (Leininger, 1998, p. 69).....	34
Abb. 6: Transkulturelle Kompetenz (Domenig, 2007, p. 175).....	38
Abb. 7: Der Aufbau von Orques Theorie (Visser & Jong, 2002, p. 105).....	44
Abb. 8: Das Modell für die Entwicklung kultureller Kompetenz von Papadopoulos, Tilki und Taylor (Papadopoulos, 2003, p. 88).....	47
Abb. 9: Das kulturallgemeine und kulturspezifische Modell kultureller Kompetenz von Papadopoulos & Lees (Papadopoulos, 2003, p. 91).....	48
Abb. 10: Das Purnell-Modell für kulturelle Kompetenz (Purnell & Paulanka, 2005, p. 9)	50
Abb. 11: Das „Transcultural Assessment Model“ (Giger & Davidhizar, 2002, p. 186) 55	
Abb. 12: Zuordnung der Modelle zu den Kompetenzbegriffen (eigene Darstellung)....	66
Abb. 13: Grafische Darstellung der Modelle und den Kompetenzbereichen (eigene Darstellung)	67
Abb. 14: Grafische Darstellung der Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (eigene Darstellung)	68
Abb. 18: Probleme mit PatientInnen mit Migrationshintergrund (getrennt nach niedrigem und hohem Anteil von MigrantInnen unter den PatientInnen)	78
Abb. 19: Probleme mit PatientInnen mit Migrationshintergrund (getrennt nach niedriger bzw. hoher Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz).....	79
Abb. 20: Probleme in der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund (gesamte Stichprobe).....	80

Abb. 22: Probleme in der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund (getrennt nach hohem bzw. niedrigem Anteil von MigrantInnen unter den Pflegekräften)	82
Abb. 23: Probleme in der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund (getrennt nach hoher oder niedriger Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz)	83
Abb. 24: Aus- und Weiterbildungen/Fortbildungen hinsichtlich Interkultureller Kompetenz (getrennt nach Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund sowie gesamte Stichprobe)	84
Abb. 26: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz).....	89
Abb. 28: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach Religiosität der Pflegekräfte)	91
Abb. 29: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach MigrantInnenanteil an PatientInnen)	92
Abb. 30: Anforderungen an Interkulturelle Kompetenz (getrennt nach Anteil an MigrantInnen unter den Pflegekräften)	93
Abb. 31: Vorteil eines eigenen Migrationshintergrundes auf die Interkulturelle Kompetenz (gesamte Stichprobe und geteilt nach Untersuchungsgruppen).....	94

Die Verfasserin der Diplomarbeit hat sich redlich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen, und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, wird um eine Meldung an die Verfasserin gebeten.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Soziodemografische Ergebnisse	71
Tabelle 2: Einschätzung der Interkulturellen Kompetenz (getrennt nach Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund sowie gesamte Stichprobe)	72
Tabelle 3: Kombinationen der Kategorien zu den Anforderungen der Interkulturellen Kompetenz.....	88

ANHANG

Der Interviewleitfaden sowie die Transkripte der geführten Interviews liegen der Verfasserin und der Betreuerin der Diplomarbeit vor.

Diese Diplomarbeit wurde mit Hilfe der Programme *Endnote*, *F4*, *Maxqda*, *Microsoft Word*, *Microsoft Excel*, *Microsoft Visio* und *SPSS* erstellt.

Der besseren Lesbarkeit wegen wurde in der gesamten Arbeit statt DGKS (Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) und DGKS (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester) die Bezeichnung Pflegeperson bzw. Pflegekraft verwendet.

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Diplomarbeit beschreibt einige für die Pflege relevanten Modelle und Konzepte zum Thema Interkulturelle Kompetenz. Außerdem behandelt die Arbeit, wie dieses Konzept in der Aus- und Weiterbildung vermittelt wird und wie es in der Praxis in Österreich umgesetzt wird.

Der empirische Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der subjektiven Einschätzung Interkultureller Kompetenz von diplomierten Pflegepersonen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbsteinschätzung von Interkultureller Kompetenz unabhängig davon ist, ob man einen Migrationshintergrund hat oder nicht. Betrachtet man die Selbsteinschätzung der Interkulturellen Kompetenz, fällt aber auf, dass Pflegekräfte mit einer eher niedrigen Selbsteinschätzung häufiger von kulturell bedingten Problemen mit PatientInnen mit Migrationshintergrund berichten. Die Mehrheit der Befragten sieht in der Zusammenarbeit in einem multikulturellen Team keine Probleme. Vom Großteil der Befragten wird ein Migrationshintergrund als Vorteil für Interkulturelle Kompetenz angesehen.

ABSTRACT

This thesis describes some relevant models and concepts of nursing regarding intercultural competence. Further it implies how this concept is being made use of in education and advanced education and how it is applied in Austria in practice.

The empiric part of this thesis deals with the subjective appraisal of intercultural competence of graduated nursing staff with and without migration background.

The results show that self-assessment of intercultural competence is irrespectively of having a migration background or not.

Looking at the self-assessment of intercultural competence it is evident though, that nursing staff with a low self-assessment are more likely to report about cultural problems with patients having a migration background.

The majority of the interviewees do not consider collaboration in a multi-cultural team as problematic. For the greater part of the interviewees a migration background is considered as an advantage for intercultural competence.

LEBENS LAUF

Nadja SCHINNERL
geboren am 23. 06. 1977 in Graz

Schulbildung

- Volksschule Fürstenfeld, 1983-1987

- Bundesrealgymnasium Fürstenfeld, 1987-1995, Abschluss mit Matura

- Diplomstudium Psychologie an der Karl-Franzens Universität Graz, WS und SS 1995/96

- Ausbildung an der Akademie für den radiologisch-technischen Dienst des Landes Steiermark, 1996-1999

- Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, seit WS 2004

Berufslaufbahn

- Radiologisch-technische Assistentin für Angiografie und interventionelle Radiologie an der Abteilung für spezielle radiologische und sonstige bildgebende Verfahren, Universitätsklinik für Radiologie, Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz, November 1999 bis Juni 2003

- Seit Juni 2003 Radiologietechnologin an der klinischen Abteilung für kardiovaskuläre und interventionelle Radiologie, Universitätsklinik für Radiodiagnostik im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus

