

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

***„ Sprachliche Barrieren und Bewältigungsstrategien -
Umgang mit Migrantinnen auf einer Wochenbettstation“***

Verfasserin

Nathalie Holzer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil)

Wien, im Dezember 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt : A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle fremden Quellen die ich direkt oder indirekt übernommen habe, sind als solche kenntlich gemacht.

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

.....
Datum

.....
Nathalie Holzer

Für Sophie und Inge - Maria

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	5
1. Vorwort und Dank	8
2. Einleitung	9
I THEORIE	
3. <i>Migrantinnen im Gesundheitssystem</i>	12
3.1 Definition von Migrant	12
3.1.1 Definition von Migration	12
3.1.2 Drittstaatangehörige	13
3.1.3 Der Begriff „Ausländerinnen und Ausländer“	13
3.2 Der Migrationshintergrund	14
3.2.1 Diversität und Migrationshintergrund	14
3.2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund	15
3.2.3 Herkunftsregionen und Herkunftsländer	17
3.2.4 Zuwanderung: Strukturen und Trends	19
3.2.4.1 Die Zuwanderung im europäischen Vergleich	20
3.2.4.2 Das Asyl	21
3.3. Frauengesundheit und Migration	22
3.3.1 Gesundheit	22
3.3.2 MigrantInnen und Gesundheit in Österreich	25
3.4. Migrant – Friendly – Hospitals (MFH)	30
4. <i>Für die Pflege relevante Begriffe, Modelle und Konzepte</i>	36
4.1. Der Begriff Kultur	36
4.1.1 Kultur und Pflege	37
4.2 Das Konzept von Madeleine Leininger	38

4.3 Das Konzept transkultureller Kompetenz von Dagmar	
Domenig	43
4.3.1 Transkulturelle Organisationsentwicklung von Dagmar	
Domenig	47
4.4 Das Konzept von Josepha Campinha-Bacote –	
das Volcano-Modell	49
5. <i>Das Wochenbett an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik</i>	53
5.1 Die Semmelweis Frauenklinik	53
5.1.1 Ein Überblick über das Gelände der	
Semmelweis-Frauen-Klinik	54
5.1.2 Leitbild und die Qualitätsgrundsätze unseres Hauses, der	
Ignaz Semmelweis Frauenklinik	56
5.2 Aufbau der Wochenbettstation	59
5.2.1 Der Tagesablauf und das Betreuungskonzept auf der	
Wochenbettstation und dem Kinderzimmer	60

II METHODIK

6. <i>Umgang mit Sprachbarrieren und Strategien zur Bewältigung in der</i>	
<i>Pflegepraxis</i>	62
6.1 Darstellung und Durchführung der Methode	62
6.2 Die Methode der Datenerhebung	63
6.2.1 Die Fokusgruppe	63
6.2.2 Die Auswahl der Teilnehmer der Fokusgruppe	63
6.2.3 Der Ablauf des Gespräches in der Fokusgruppe	65
6.3 Methode der Datenauswertung	67
6.3.1 Die qualitative Inhaltsanalyse	67
6.3.2 Die Methodologische Beschreibung	67

7. Ergebnisse der Fokusgruppe	71
7.1. Herausforderungen	72
7.1.1 Sprachenvielfalt und damit die verbundenen Sprachbarrieren	73
7.1.2 Keine oder sehr geringe Deutschkenntnisse	74
7.1.3 Bildungsniveau	75
7.1.4 Nicht vorhandene Dolmetscherverfügbarkeit	76
7.1.5 Community	77
7.2 Schwierigkeiten im Klinikalltag	78
7.2.1 Überforderung	79
7.2.2 Verkürzte Aufenthaltsdauer	80
7.2.3 Individualität	81
7.3 Strategien zur Unterstützung	82
7.3.1 Dolmetscher	83
7.3.2 Schulung der Mitarbeiter	85
7.3.3 Miteinbeziehung der Familie	86
7.4 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	88
 8. Resümee	 90
 Literaturverzeichnis	 92
Abbildungsverzeichnis	97
Abkürzungsverzeichnis	98
Anhang	99
Zusammenfassung und Abstract	100
Curriculum Vitae	101

1. Vorwort und Dank

In meiner Tätigkeit als Diplomierte Kinderkrankenschwester in der Ignaz-Semmelweis - Klinik bin ich stetig mit dem Thema Sprachbarrieren konfrontiert. Durch die kontinuierlich wachsende Zahl der MigrantInnen in Österreich sowie die daraus resultierenden Probleme in Bezug auf eine adäquate Betreuung, vor allem in Gesundheitseinrichtungen, wuchs mein Interesse Sprachbarrieren und Bewältigungsstrategien zum Hauptthema meiner Diplomarbeit zu machen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich unterstützt und immer wieder ermutigt haben die Arbeit fertig zuschreiben.

Mein aufrichtiger Dank gilt Frau Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula für ihre Geduld, Begleitung und Motivation bei meiner Arbeit.

Einen besonderen Dank möchte ich meiner Familie Rupert und Sophie für ihr unermüdliches Verständnis und ihre Unterstützung während der ganzen Zeit aussprechen.

Meinen zwei Lektoren, Johannes Axnig und Andrea Wochesländer, herzlichen Dank für eure Zeit und Einsatz in diese Arbeit..

Den Klinikmitarbeitern, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben, danke für eure Unterstützung.

Allen Personen die mich mit Gedanken und aufmunternden Worten begleitet haben, vielen Dank!

Wien, im Dezember 2012

Nathalie Holzer

2. Einleitung

Sprachbarrieren in den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen sind die Herausforderungen, die Menschen die in solchen Einrichtungen arbeiten tagtäglich begleiten. Ein Thema, dass uns noch viel weiter in die Zukunft begleiten wird, wie in vielen Publikationen und Studien zu lesen ist. Die vielen Missverständnisse, denen ich in den vergangenen Jahren begegnet bin, hätten gut verhindert werden können, wenn genügend Motivation und Engagement der Organisation aber auch der Pflegepersonen dagewesen wäre, um sich diesem Problem zu stellen. Die Hilflosigkeit und Überforderung der Menschen die in Gesundheitseinrichtungen tätig sind und täglich mit Sprachbarrieren konfrontiert sind, lässt sich mit vielen Beispielen belegen.

Im Kapitel drei gebe ich einen kurzen Überblick über die momentane Situation der Migrationsbewegung in Österreich und in Europa. Die Migration hat es schon immer gegeben, allerdings ist seit den sechziger Jahren ein stetiges Ansteigen der Menschen, die von einem Land in das andere Land ziehen, zu verzeichnen. Ersichtlich an den Zahlen und Graphiken der Statistik Austria wird das besonders deutlich dargestellt.

Ein weiteres Thema das sehr aktuell ist, ist die Migration in Zusammenhang mit der Gesundheit. MigrantInnen haben einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem, weil sie oft erst dann einen Arzt aufsuchen, wenn die Probleme schon sehr weit fortgeschritten sind. Das verdeutlicht, im Zusammenhang mit dem Zugang und der Versorgung von MigrantInnen, wie der österreichische Frauengesundheitsbericht (2010-2011) aufzeigt, das ein großer Aufholbedarf ist.

Im Kapitel vier möchte ich neben einen Einblick in die Welt der unterschiedlichen Kulturen drei Konzepte vorstellen, die sehr relevant für Pflegepersonen im Konsens mit der transkulturellen Pflege stehen.

Das Modell von Madeleine Leininger, einer amerikanischen Anthropologin und Krankenschwester. Sie entwickelte das Sunrise-Modell, das die kulturellen Unterschiede, im medizinischen Bereich näher beleuchtet.

Das Modell von Dagmar Domenig – der transkulturellen Kompetenz - das hier besonders gut in das Thema der Diplomarbeit passt, weil es sich speziell mit dem Umgang mit MigrantInnen befasst.

Das Modell von Cambinha-Bacote - „Modell der Kompetenz“ im Gesundheitswesen - mit den fünf Komponenten: „cultural desire“, „cultural awareness“, „cultural knowledge“, „cultural skill“ und „cultural encounters“.

Ausschlaggebend bei diesem Modell ist, dass sich Pflegepersonen mit dem Pflegeprozess auseinandersetzen müssen um dadurch gefestigter in ihrem Handeln und im Zugang zu Menschen anderer Kulturen werden.

Das Kapitel fünf gibt einen Einblick in die Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik, die 1943 gegründet wurde und rund 5000 Klientinnen pro Jahr betreut. Im Zusammenhang mit der Geburtsstatistik wurde der Zeitraum von Beginn 2011 bis Mitte 2012 genauer betrachtet. Die Zahlen belegen, dass von 3700 Geburten, 62,24 % Klientinnen einen Migrationshintergrund haben.

Zielsetzung

Die Forschungsfragen, die im Rahmen der Diplomarbeit bearbeitet werden lauten:

- Wie gehen Pflegepersonen mit sprachlichen Barrieren in der Betreuung von Migrantinnen auf einer Wochenbettstation um?
- Welchen Unterstützungsbedarf hat die Pflege, um die Qualität der Betreuung von Migrantinnen zu gewährleisten?

Im Kapitel sechs wird auf die Methodik eingegangen.

Um ausreichende Antworten unter Zielsetzung der genannten Fragen zu bekommen, basiert diese Arbeit auf einer Literaturanalyse und bedient sich eines Instruments – der Fokusgruppe. Die Fachliteratur, die in der Arbeit verwendet und interpretiert wurde ist aus Österreich, Deutschland und der Schweiz, da es im deutschen Sprachraum sehr viel und ausreichende Literatur zum Thema Sprachbarrieren und den Umgang damit gibt. Ich habe auf Literatur aus dem angelsächsischen Raum verzichtet, da sich dieser Kulturraum von dem deutschsprachigen zum Teil unterscheidet (historischer Hintergrund).

Im Rahmen des empirischen Teils im Kapitel sechs der Arbeit wurden die größten Herausforderungen in Bezug auf Sprachbarrieren untersucht. Damit verbunden der Umgang und welche Unterstützung, Angebote oder Instrumente für Personen die in Gesundheitseinrichtungen arbeiten, bereitgestellt werden. Hier kam eine Fokusgruppe mit acht Teilnehmern zum Einsatz.

Im Kapitel sieben der Arbeit werden die Ergebnisse der Fokusgruppe in drei Dimensionen dargestellt:

Herausforderungen und wahrgenommene Probleme

Schwierigkeiten im Klinikalltag und der Umgang damit

Unterstützung und Strategien

Das Resümee bildet den Abschluss mit den wichtigsten Themen die sich in dieser Arbeit herauskristallisiert haben. Wie wirken sich Sprachbarrieren im Umgang mit MigrantInnen in Gesundheitseinrichtungen auf die Betreuung aus und welche Strategien und Maßnahmen werden eingesetzt um den Pflegealltag in der Praxis zu erleichtern.

I Theorie

3. Migrantinnen im Gesundheitssystem

3.1 Definition von Migrant

Der Begriff „Migrant“ bedeutet, dass Menschen von einem Land in das andere Land wandern oder ziehen. Entweder geben sie ihren bisherigen Wohnsitz auf um an einen anderen Wohnsitz zu siedeln, oder sie sind nicht dauerhaft sesshaft, wie z.B. Volksgruppen wie Sinti und Roma.

3.1.1 Definition von Migration

Das Wort Migration leitet sich vom lateinischen „migrare“ ab und bedeutet wandern, reisen oder auswandern. Diese Wanderung bezieht sich auf Menschen oder Menschengruppen, die im geographischen oder sozialen Raum wandern (Uzarewicz, 2002).

Migration umfasst eine räumliche Bewegung, im Zusammenhang eines dauerhaften Wohnortwechsels zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Wanderung über Grenzen eines Nationalstaats hinweg ist dabei kennzeichnend für die internationale Migration in Abgrenzung zur Binnenmigration (Migrationsarten). Migration bedeutet zudem nicht nur Zu- sondern auch Abwanderung (Lederer et al. 1999,).

Der Begriff Migration lässt sich in folgende Aspekte unterteilen:

1. räumlich: Binnenwanderung¹ und internationale Wanderung
2. zeitlich: temporäre und dauerhafte Wanderung
3. nach Wanderungsursache: freiwillige Wanderung- in Bezug auf Arbeit; oder Zwangswanderung wie Flucht oder Vertreibung
4. Umfang: Individual-, Gruppen- oder Massenwanderung (Treibel, 1990).

¹ Binnenwanderung bedeutet Wanderung oder umsiedeln im eigenen Land.

Es gibt keine einheitliche, offizielle Definition von Migration in Österreich und der Europäischen Union. Die Bezeichnung "Migration" beschreibt den Prozess von Menschen, über Grenzen hinweg zu wandern, um dort (dauerhaft oder vorübergehend) zu leben und zu arbeiten. Migration ist ein äußerst dynamischer Prozess.

Er ist mit anderen Themen und Politikfeldern - wie der demographischen Entwicklung, Entwicklungszusammenarbeit, dem Arbeitsmarkt und Verteilungsfragen - verknüpft. Nicht nur Migrantinnen und Migranten "bewegen sich" – auch der Begriff an sich wandelt sich laufend. In den letzten Jahrzehnten hat die internationale Migration stark an Bedeutung gewonnen, und Phänomene wie Bootsflüchtlinge vor den Küsten Südeuropas, aber auch "Eliten-Migration" von hoch qualifizierten Fachkräften haben das (öffentliche) Bild von Migration verändert (vgl. Migration und Integration in Österreich).

3.1.2 Drittstaatsangehörige

Drittstaatsangehörige sind Angehörige von Staaten, die nicht Teil des EWR sind. Für Drittstaatsangehörige legt das Innenministerium Quoten fest. Diese Quoten können sich auf die Bundesländer, auf bestimmte Gruppen wie Saisonarbeitskräfte oder Forscherinnen und Forscher und auf bestimmte Zuwanderungstitel wie Familienzusammenführung beziehen (vgl. Migration und Integration in Österreich)².

3.1.3 Der Begriff „Ausländerinnen und Ausländer“

Als „AusländerInnen“ werden alle Personen bezeichnet, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen.

Zum Stichtag 1. Jänner 2012 waren etwas mehr als 970.000 Personen in Österreich. Dies entsprach einem Anteil von 11,5% an der Gesamtbevölkerung (8,443 Millionen). Rund 64% aller ausländischen Staatsangehörigen lebten bereits seit mehr als fünf Jahren in Österreich die übrigen 36% sind seit dem 1. Jänner 2007 nach Österreich zugezogen (Statistik Austria, 2012).

² www.zukunfteuropa.at

3.2 Der „Migrationshintergrund“

Die Bezeichnung Migrationshintergrund hat sich ab Ende der 1990er Jahre im deutschsprachigen Raum vor dem Hintergrund etabliert, in dem sich die Fokussierung auf das Merkmal Staatsbürgerschaft allein immer weniger auf die gesellschaftliche Realität widerspiegelte.

Der Migrationshintergrund und die Frage nach dem Geburtsland und den Nachkommen der EinwanderInnen sollten dabei helfen, den grundlegenden Wandel hin zu einer soziokulturell vielfältigen Gesellschaft mit den damit einhergehenden Anforderungen zu verdeutlichen.

Dass es sich dabei nur bedingt um eine Kategorie, sondern um eine Annäherung an gesellschaftliche Prozesse handelt, zeigen die unterschiedlichen Definitionen von Migrationshintergrund, mit denen beispielsweise in Österreich gearbeitet wird.

Österreich (beziehungsweise die Statistik Austria) folgt der Definition der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).

Als Personen mit Migrationshintergrund werden demnach Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) sowie der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) einteilen.

3.2.1 Diversität und Migrationshintergrund

Vor dem Hintergrund der Diversität der Wiener Haushalte (binationale Beziehungen, Patchwork-Familien, AlleinerzieherInnen, Mehr- Generationenfamilien mit NeuzuwanderInnen und österreichischen StaatsbürgerInnen gleichermaßen u.v.m.) verwendet die Stadt Wien eine erweiterte Definition des Migrationshintergrundes, d.h. es werden all jene WienerInnen, bei denen mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde, als Personen mit Migrationshintergrund berücksichtigt.

Wie viele Kategorisierungen birgt auch die Definition „Migrationshintergrund“ die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung in sich. Vor allem dürfen die Merkmale Staatsbürgerschaft, Geburtsland und Geburtsland der Elternteile nicht ausschließlich und schon gar nicht als einzige Erklärung für bestimmte Ergebnisse herangezogen werden. Vielmehr – und dies ist auch der Anspruch des vorliegenden Monitors – soll erkennbar werden, welchen Einfluss neben anderen Merkmalen ein Migrationshintergrund auf gesellschaftliche Positionierung, Aufstiegs- und Etablierungsprozesse haben kann oder auch nicht.

Die Ergebnisse des Monitorings verdeutlichen, dass neben der Staatsangehörigkeit die eigene Migrationserfahrung bzw. die Migrationserfahrung der Eltern in vielen Fällen durchaus eine Rolle bei der sozialen Positionierung spielen. Die Kategorie bzw. die Analyse des Migrationshintergrundes stellt ein wichtiges Instrument dar, um versteckte und offene Diskriminierung bzw. eine mangelnde Kompetenz im Umgang mit sozio-kultureller Vielfalt in Gesellschaft und Institutionen sichtbar zu machen.

Dass die Heranziehung des Migrationshintergrunds ein ständiger Drahtseilakt zwischen der Sichtbarmachung einer zentralen gesellschaftspolitischen Herausforderung und der latenten Stigmatisierung eines großen Teils der Gesellschaft ist, muss freilich allen an der migrationspolitischen Debatte Teilnehmenden klar sein (vgl. Integration messen-Diversität gestalten, S. 12)

Je nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland bzw. dem Geburtsland der Eltern gibt es verschiedene Möglichkeiten, Bevölkerungsgruppen mit „Migrationshintergrund“ oder „ausländischer Herkunft“ zu bestimmen.

3.2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Internationalen Definitionen zufolge umfasst die „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ alle Personen, deren Eltern im Ausland geboren sind unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

Im Durchschnitt des Jahres 2011 lebten rund 1,569 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich (18,9% der Gesamtbevölkerung).

Darunter gehören rund 1,153 Millionen der „ersten Generation“ an, da sie selbst im Ausland geboren wurden und nach Österreich zugezogen sind.

Die verbleibenden knapp 415.400 Personen sind in Österreich geborene Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort und werden daher auch als „zweite Migrantengeneration“ bezeichnet.

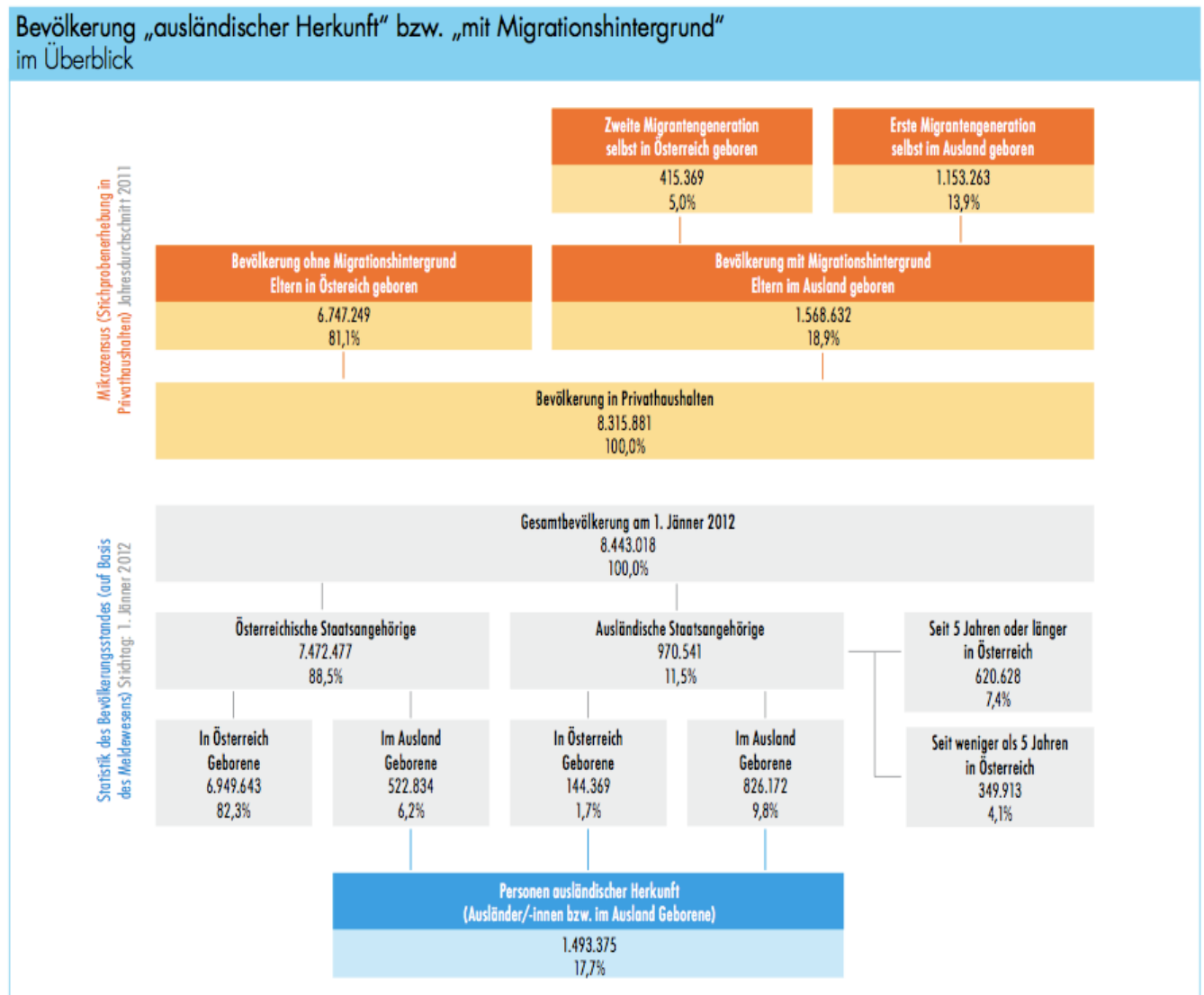


Abb. 1. Datenquelle: Statistik Austria (2012)

Die Einwohnerzahl Österreichs hat von 1961 bis 2011 durch Zuwanderung um rund 904.000 Personen zugenommen.

Gab es in den letzten 50 Jahren bei den österreichischen Staatsangehörigen um knapp 289.000 mehr Abwanderungen in das Ausland als Zuzüge aus dem Ausland, betrug der Wanderungsgewinn bei den ausländischen Staatsangehörigen seit Anfang der 1960er-Jahre rund 1,19 Millionen Personen.

Im Jahr 1961 lebten in Österreich nur knapp über 100.000 ausländische Staatsangehörige das entsprach einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von rund 1,4% (Statistik Austria, 2012).

In der zweiten Hälfte der 1960er- und zu Beginn der 1970er- Jahre erhöhten sich Anzahl und Anteil der ausländischen Bevölkerung aufgrund gezielter Anwerbung von Arbeitskräften aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Bis 1974 stieg die Zahl der ausländischen Staats- damaligen Gesamtbevölkerung. In den darauffolgenden 15 Jahren änderten sich die Zahl und der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Österreich nur geringfügig.

Erst Anfang der 1990er-Jahre kam es zu einer neuerlich starken Zuwanderung, wodurch der Ausländeranteil auf über 8% anstieg.

Strengere Regulierungen der Ausländerbeschäftigungs- und Aufenthaltsgesetze bewirkten eine kurze Stagnation der Zuwanderung in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre. Seit der Jahrtausendwende folgte ein erneuter Anstieg der ausländischen Bevölkerung, vor allem aufgrund verstärkter Zuwanderung aus den Staaten der (erweiterten) Europäischen Union. Am 1. Jänner 2012 lebten etwas mehr als 970.000 ausländische Staatsangehörige in Österreich, was einem Anteil von 11,5% an der Gesamtbevölkerung entsprach.(Statistik Austria, 2012).

3.2.3 Herkunftsregionen und Herkunftsländer

Die am stärksten vertretene Nation war am Stichtag 1. Jänner 2012 mit 227.000 Personen aus Deutschland.

Auf dem zweiten Rang lag die mit rund 209.000 Personen umfassende Bevölkerungsgruppe aus Serbien, Montenegro und dem Kosovo.

Den dritten Platz belegten 186.000 Menschen mit türkischer Herkunft sowie MigrantInnen aus Bosnien und Herzegowina, während Platz fünf von etwa 75.000 Personen rumänischer

Herkunft belegt wurde, deren Zahl vor allem seit dem Beitritt Rumäniens zur EU im Jahr 2007 besonders stark anstieg.

Danach folgten 70.000 Personen aus Kroatien und auf den Rängen sieben bis zehn folgten schließlich die Zuwanderer und deren Nachkommen aus weiteren EU-Staaten: 46.000 aus Ungarn, 44.000 aus der Tschechischen Republik sowie 30.000 Personen aus Italien lebten am 1. Jänner 2012 in Österreich.

Weitere wichtige Herkunftsländer aus dem europäischen Raum waren die Slowakei (29.000), die Russische Föderation (28.000), Mazedonien (24.000), Slowenien (17.000), Bulgarien (17.000) und die Schweiz (15.000). Außerhalb Europas stellten Personen aus China, Ägypten, dem Iran, den Philippinen, Indien und den Vereinigten Staaten von Amerika die größten Gruppen (mit jeweils rund 11.000 bis 15.000 Angehörigen) dar.

Bevölkerung ausländischer Herkunft am 1.1.2012 nach Staatsangehörigkeit/Geburtsland							
Staatsangehörigkeit/Geburtsland	Bevölkerung ausländischer Herkunft	Im Ausland geborene Ausländer/-innen		Im Inland geborene Ausländer/-innen		Im Ausland geborene Österreicher/-innen	
		Absolut	In %	Absolut	In %	Absolut	In %
Insgesamt	1.493.375	826.172	55,3%	144.369	9,7%	522.834	35,0%
EU-Staaten/EWR/Schweiz	621.690	357.727	57,5%	41.527	6,7%	222.436	35,8%
EU-Staaten vor 2004 (14)	311.052	188.847	60,7%	23.450	7,5%	98.755	31,7%
EU-Beitrittsstaaten 2004 (10)	201.643	106.223	52,7%	10.532	5,2%	84.888	42,1%
EU-Beitrittsstaaten 2007 (2)	91.798	55.901	60,9%	5.511	6,0%	30.386	33,1%
EWR, mit EU assoziierte Kleinstaaten, Schweiz	17.197	6.756	39,3%	2.034	11,8%	8.407	48,9%
Drittstaatsangehörige/Drittländer	871.685	468.445	53,7%	102.842	11,8%	300.398	34,5%
Ehem. Jugoslawien (ohne Slowenien)	435.031	236.126	54,3%	60.251	13,8%	138.654	31,9%
Türkei	185.592	88.737	47,8%	25.274	13,6%	71.581	38,6%
Sonstige europäische Länder	42.056	29.553	70,3%	4.350	10,3%	8.153	19,4%
Afrika	42.311	20.764	49,1%	2.415	5,7%	19.132	45,2%
Nordamerika	13.867	8.318	60,0%	943	6,8%	4.606	33,2%
Lateinamerika	17.715	9.230	52,1%	434	2,4%	8.051	45,4%
Asien (ohne Türkei, Zypern)	114.219	63.713	55,8%	5.347	4,7%	45.159	39,5%
Australien und Ozeanien	2.852	1.336	46,8%	133	4,7%	1.383	48,5%
Staatenlos/ungeklärt/unbekannt	18.042	10.668	59,1%	3.695	20,5%	3.679	20,4%

Q.: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes.

Abb. 2. Datenquelle: Statistik Austria 2012

Die folgende Graphik verdeutlicht die Darstellung der Zuwanderer aus den verschiedenen Ländern mit farbigen Balken und an der y-Achse die Anzahl der Personen.

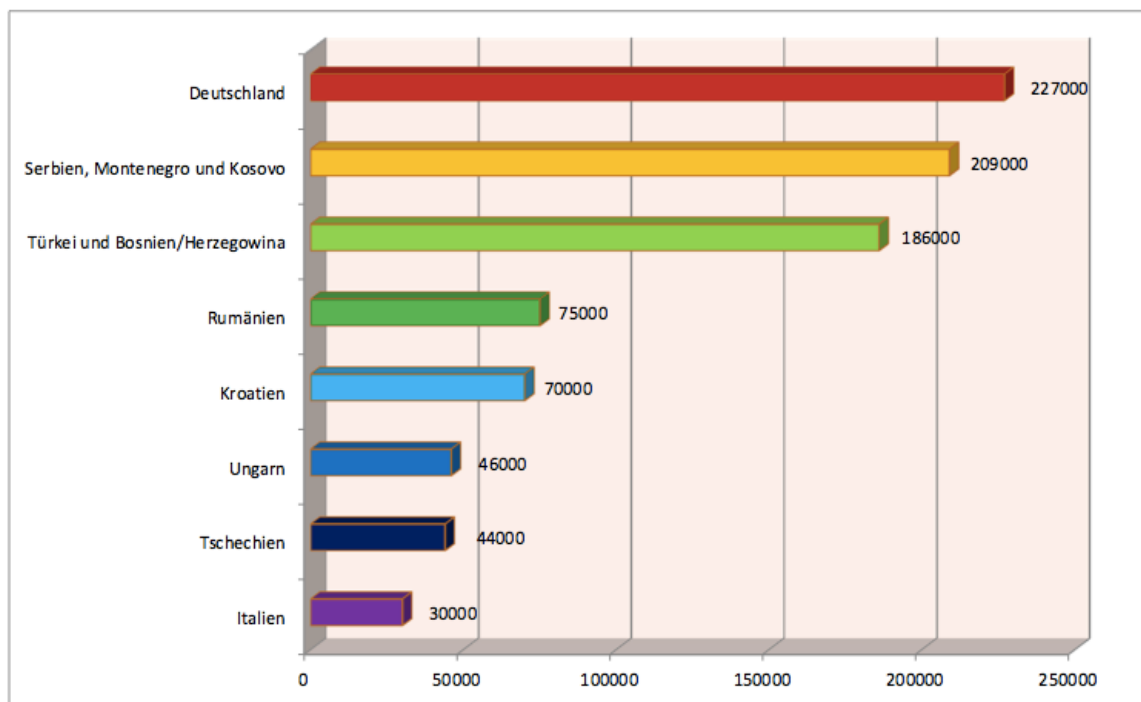


Abb. 3. Quelle: Graphische Darstellung der Zuwanderer (eigene Darstellung)

3.2.4 Zuwanderung: Strukturen und Trends

Im Jahr 2011 wanderten etwas über 130.000 Personen nach Österreich zu während zugleich knapp 95.000 Menschen das Land verließen. Daraus ergab sich eine Netto-Zuwanderung von 35.000 Personen.

Bei den ausländischen Staatsangehörigen standen 114.000 Zuzügen etwa 73.000 Abwanderungen gegenüber, was eine Netto-Zuwanderung von 41.000 Ausländerinnen und Ausländern ergab.

Die Wanderungsgewinne entsprachen 2011 weitgehend dem Trend der Vorjahre, auch wenn im Vergleich zu 2010 eine deutliche Zunahme zu verzeichnen war. Die Netto-Zuwanderung lag in den Jahren 2002-2005 bei durchschnittlich 42.000 Personen und im Zeitraum 2006-2010 bei durchschnittlich 28.000. In Summe kamen seit 2002 rund 345.000 AusländerInnen mehr nach Österreich, als jene, die das Land wieder verließen (vgl. Statistik Austria, 2012).

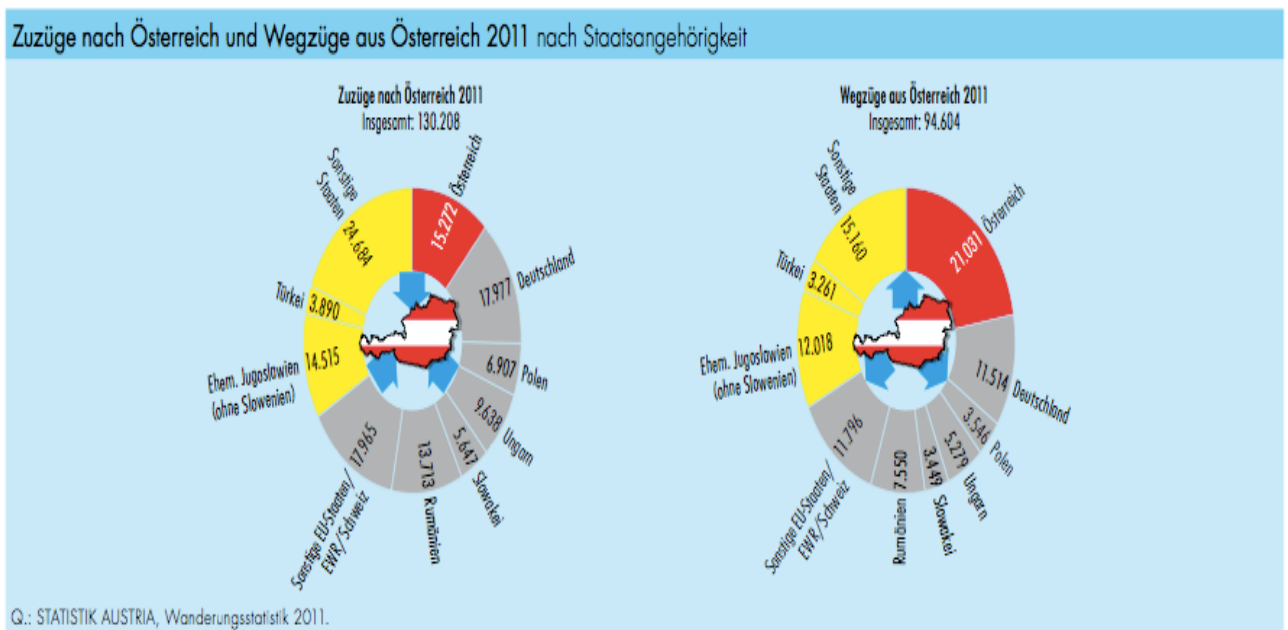


Abb. 4. Quelle: Wanderungsstatistik Statistik Austria

3.2.4.1 Die Zuwanderung im europäischen Vergleich:

Die Zuwanderung nach Österreich ist im Vergleich hoch.

Mit rund 12 Personen je 1.000 EinwohnerInnen lag die Zuwanderung nach Österreich im Durchschnitt der Jahre 2000-2010 im oberen Drittel der europäischen Staaten.

Höhere Zuwanderungsraten wiesen u.a. Luxemburg (30‰), Zypern (23‰), die Schweiz (19‰), Irland (15‰) und Spanien (14‰) auf.

Dagegen war die Zuwanderung nach Deutschland (8‰) und Italien (7‰) deutlich niedriger. Insbesondere die seit 2004 beigetretenen EU-Staaten verzeichneten noch recht niedrige Zuzugsraten, wie etwa Polen (0,5‰), die Slowakei und Ungarn (jeweils 2‰). Einzig in der Tschechischen Republik lagen die Zuzüge bereits auf einem ähnlichen Niveau wie in Italien (jeweils 7‰)(vgl. Statistik Austria, 2012).

3.2.4.2 Das Asyl

Die Zahl der Asylanträge ist 2011 wieder angestiegen.

Zwischen 2001 und 2011 haben in Österreich insgesamt knapp 230.000 Menschen um Asyl angesucht - was im gleichen Zeitraum etwa 37.000 Personen gewährt wurde.

Bei einem europäischen Vergleich der Asylanträge rangierte Österreich 2011 an siebter Stelle. Insgesamt wurden in den EU-Mitgliedsstaaten im Jahr 2011 rund 280.000 Asylanträge gestellt. Mit rund 14.400 gestellten Anträgen entfielen davon knapp 5% auf Österreich.

Die höchste Zahl von Anträgen in der EU wurde 2011 in Frankreich gestellt (52.000), gefolgt von Deutschland (46.000), Italien (34.000) und Schweden (30.000).

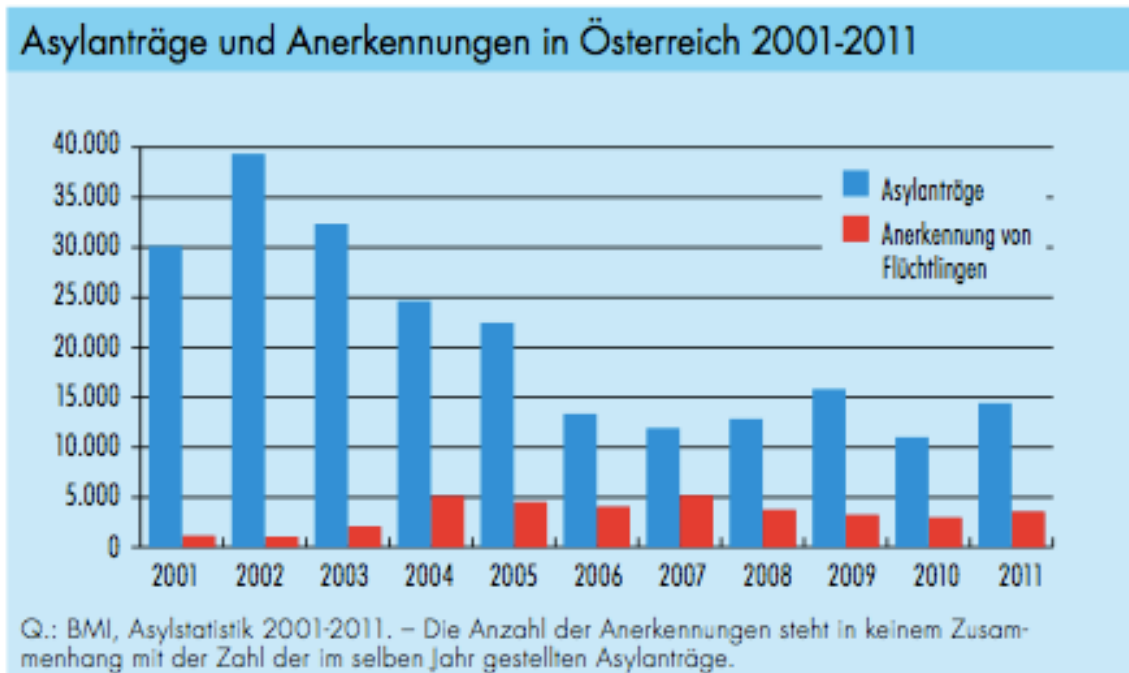


Abb. 5. Datenquelle: Statistik Austria 2011

3.3 Frauengesundheit und Migration

In diesem Kapitel gebe ich einen kurzen Überblick zur Lage der MigrantInnen in Zusammenhang mit Gesundheit und ihrer sozialen Situation sowie die Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung.

In der Literatur findet sich eine große Anzahl an Studien aus Österreich, Deutschland und der Schweiz zum Thema Migration und Gesundheit im Zusammenhang mit Barrieren verschiedenster Richtungen. Daraus ist zu erkennen, dass der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit in Europa immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Auch Razum et. al. 2008 stellten fest, dass verschiedene Studien bei Menschen mit Migrationshintergrund, sowie Angehörige ethnischer Minderheiten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung höhere Gesundheitsrisiken zeigen und insgesamt auf einen schlechteren objektiven und subjektiven Gesundheitsstatus im gesamten Lebenszyklus hinweisen.

3.3.1 Gesundheit

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Definitionen was Gesundheit bedeutet. Eine der ersten Definitionen ist in der Präambel der Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1948 festgelegt:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

Diese Definition wurde seit 1948 nicht mehr verändert. In den letzten Jahrzehnten hat aber das Konzept der Gesundheitsförderung (Health Promotion) an Bedeutung – vor allem für die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitspolitik gewonnen (Ludwig Boltzmann Institut f. Frauengesundheitsforschung, 2003).

„Gesundheit für alle“ – das Schlagwort der Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert. Nach den verschiedenen Gesundheitsförderungskonferenzen wie in

Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991 und Jakarta 1997 fand die 5. Konferenz im Jahr 2000 in Mexico City statt.

Die Leitlinie dieser Konferenz war die Gesundheitsförderung des 21. Jahrhundert, wie sie in der „Health Promotion Resolution“ der WHO im Mai 1998 definiert wurden:

- * promoting social responsibility for health
- * increasing community capacity and empowering the individual
- * increasing investments for health development
- * securing an infrastructure for health promotion
- * strengthening the evidence base for health promotion
- * reorienting health systems and health services

Grundlegende Gesundheitsförderungs-Programme in Europa wurden vom WHO-Regionalbüro in Kopenhagen unter dem Titel "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" zu Beginn der 80er Jahre - und differenzierter - 1998 im Konzept "Gesundheit21" in Umlauf gesetzt.

In diesen Konzepten wird die Leitlinie einer ganzheitlichen, interdisziplinären Medizin propagiert, diese hat zwar schon viel Anerkennung gefunden, ist aber noch lange nicht etabliert und muss in den meisten Gesundheitssystemen noch immer hinter der kurativen Medizin zurückstehen (Ludwig Boltzmann Institut, 2003).

Dieses Rahmenkonzept „Gesundheit für alle - Gesundheit21“ wurde Im Jahr 2001 durch Empfehlungen zur Operationalisierung für die Gesundheit von Frauen ergänzt und bildet einen Teil des „Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe“ der WHO.

Von der WHO wurden **21 Ziele zur „Gesundheit für alle“** die Ausschlaggebend für die Gestaltung der Gesundheitspolitik in den Ländern der Europäischen Region bilden sollen

1. Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region
2. gesundheitliche Chancengleichheit
3. ein gesunder Lebensanfang
4. Gesundheit junger Menschen
5. Altern in Gesundheit
6. Verbesserung der psychischen Gesundheit
7. Verringerung übertragbarer Krankheiten
8. Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Asthma)
9. Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführende Verletzungen
10. eine gesunde und sichere natürliche Umwelt
11. gesünder Leben
12. Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden
13. Settings zur Förderung der Gesundheit (zu Hause, Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde, Stadt)
14. multisektorale Verantwortung für die Gesundheit
15. ein integrierter Gesundheitssektor
16. qualitätsbewusstes Management der Versorgung
17. Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung
18. Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben
19. Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit
20. Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange
21. Planung nationaler Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“

3.3.2 MigrantInnen und Gesundheit in Österreich

Wie der Österreichische Frauengesundheitsbericht 2011 wiedergibt, sind viele MigrantInnen einem höheren Armutsgefährdungsrisiko ausgesetzt. Sie weisen ein schlechteres Bildungsniveau auf und arbeiten in vielen Fällen in schlechter bezahlten und niedrig qualifizierten Anstellungen.

Zusätzlich ist bei MigrantInnen der kulturelle Unterschied entscheidend, welcher zu einem unterschiedlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit führt und relevante Auswirkungen auf das Thema Vorsorge hat. Zudem gibt es teils erhebliche Sprachbarrieren, die den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschweren.

Zum Thema Frauengesundheit und Migration wird folgendes dargestellt:

Die „Migrantin“ gibt es nicht, denn Frauen mit Migrationshintergrund sind so unterschiedlich wie ihre Herkunftsländer und ihr Aufenthaltsstatus und ebenso vielfältig sind ihre gesundheitlichen Anliegen und Bedürfnisse.

Die Lebensbedingungen von Migrantinnen in Österreich sind häufig schwierig: schlechte Wohnverhältnisse, gesundheitlich riskante Arbeitsplätze, Arbeitslosigkeit, ungewisse Zukunft. Die negative Wirkung dieser Faktoren auf die Gesundheit ist unbestritten. Hinzu kommen verschiedene psychische Stressoren wie etwa traumatische Erfahrungen, Verlusterlebnisse oder andere belastende „Life Events“. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus sowie die Erfahrung von Diskriminierung und Rassismus sind zusätzliche Belastungsfaktoren. Frauen sind dabei häufig durch ihren Status als „Ausländerin“ und den jeweiligen Rollenzuschreibungen zusätzlicher Diskriminierung ausgesetzt.

Das Körperbild und Körperbewusstsein der Frauen hängt eng mit ihrer kulturellen Sozialisation zusammen. Werte, Normen, Tabus und das jeweilige Weltbild im Hinblick auf Leben und Tod, Krankheit und Heilung beeinflussen wesentlich ihren Umgang mit weiblichen Lebenszusammenhängen, der Sexualität, dem Erleben der Menstruation, einer Schwangerschaft oder den Wechseljahren.

Verschiedene Gründe für gesundheitliche Risiken von Menschen mit Migrationshintergrund sind laut Eichler folgende:

- Entfremdung
- Familiäre Trennung
- Rechtsunsicherheit des Aufenthaltsstatus
- Sprachbarrieren
- Sozioökologische Faktoren, dazu gehören: Fremdenfeindlichkeit, ungünstige Arbeits- und Wohnbedingungen (vgl. Eichler, 2008).

Die Auswanderung und das Verlassen der eigenen Heimat sind immer mit Belastungen und Risiken, aber auch mit Chancen (z.B. auf eine bessere Gesundheitsversorgung) verbunden. Der Migrationsprozess erfordert eine ständige individuelle Anpassungsleistung und beeinflusst somit die physische und die psychische Gesundheit der betroffenen Personen. Die Migration als solche macht Menschen allerdings nicht krank. MigrantInnen nutzen die Gesundheitseinrichtungen anders als ÖsterreicherInnen. Beratungsstellen und Präventionsangebote werden weniger frequentiert, dafür werden Unfallambulanzen und Akutversorgungsangebote häufiger genutzt (vgl. Pammer, 2010).

Die größten Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung von Migrantinnen lassen sich in 3 Kategorien zuordnen:

- Probleme bei der sprachlichen Verständigung (Anamnese, Diagnose und Behandlungsmaßnahmen).
- andere kulturelle Einstellungen zu Körper und Krankheit als einheimischen Frauen.
- Die Zugehörigkeit vieler Migrantinnen zur sozialen Unterschicht (Csitkovics M, Eder A, Matuschek H (1997).

Trotz Mangel an repräsentativen Daten ist evident, dass noch keine Chancengleichheit im Gesundheitswesen für MigrantInnen besteht. Um die Versorgungssituation von MigrantInnen zu verbessern, ist daher auf mehreren Ebenen anzusetzen. Am Beginn stehen adäquate Kommunikation und Aufklärung mit - falls nötig – kompetente muttersprachliche Vermittlung. Darüber hinaus muss die Schulung interkultureller Kompetenzen fixer

Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen sein. Gleichzeitig sind Maßnahmen zu implementieren, die Migrantinnen - und hier vor allem Mädchen - den Zugang zu Ausbildungen und Berufstätigkeit im Gesundheitswesen erleichtern.

Vorhandene Sprach- und Kulturkompetenzen sind dabei als Ressourcen anzuerkennen. Im Bereich psychosozialer Versorgung sind die bestehenden Einrichtungen abzusichern und zu erweitern wobei auf aktuelle Trends der Migration Rücksicht zu nehmen ist.

Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens durch den Abbau sprachlicher, kultureller und institutioneller Barrieren - unter Berücksichtigung frauenspezifischer Belange.

Achtung und Respekt gegenüber Integrität, Schamgrenzen, kulturellen und religiösen Riten sind dabei im Interesse Aller, unabhängig von sozialer oder ethnischer Herkunft und bedeuten eine Umsetzung der Menschenrechte (vgl. Österreichischer Gesundheitsbericht 2011, S. 349).

Aus dem Bericht Migration und Integration 2012 geht hervor, dass Personen türkischer oder ex-jugoslawischer Herkunft im Vergleich zu Personen österreichischer Herkunft eher kurative als präventive Gesundheitsangebote in Anspruch nehmen. Vor allem stationäre Aufenthalte und die Inanspruchnahme praktischer Ärztinnen und Ärzte sind bei Personen ausländischer Herkunft häufiger. Personen ausländischer Herkunft unterlassen öfter notwendige Arztbesuche (Statistik Austria, 2012).

Wie Karl-Trummer und Novak-Zezula in ihrem Bericht Gesundheit – Migration – Public Health (2012) feststellen, finden MigrantInnen trotz hoher medizinischer, technischer und pflegerischer Qualität der Gesundheitsversorgung oft zu spät und an der falschen Stelle den Zugang. Diese Gesundheitsnachteile werden mit der im Allgemeinen schlechteren sozioökonomischen Situation von Migranten erklärt. In vielen Studien wird bestätigt, dass Einkommen und Bildung im Zusammenhang mit Gesundheit stehen.

Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Gesundheitsleistungen 2007 nach Herkunft

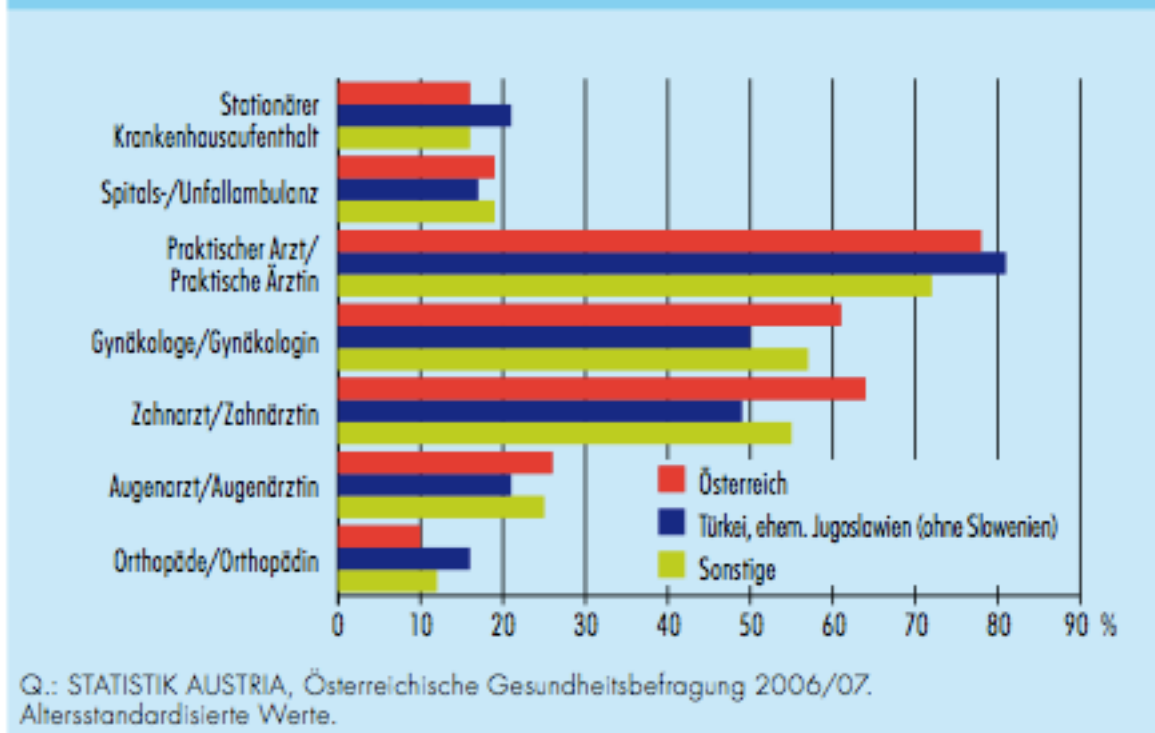


Abb. 6. Datenquelle: Statistik Austria

In dem Bericht des Europäischen Rates von Nizza wird Bezugnehmend auf das Bundesgesundheitsblatt (2006) zum Thema „Migrantinnen im Gesundheitssystem - Inanspruchnahme Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung“ vor „neuen Risiken“ gewarnt.

Hier wurden folgende 4 Ziele vereinbart:

- Erleichterung des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen
- Vermeiden der Risiken der Ausgrenzung
- Maßnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen,
- Mobilisierung aller Akteurinnen und Akteure.

Besonders gefährdete Gruppen sind jene, die durch Mechanismen wie:

- Veränderungen am Arbeitsmarkt
- demographischen Veränderungen
- wachsende ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt
- Veränderung der Haushaltstrukturen mit neuer Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern

im Zugang zur Gesundheitsförderung benachteiligt sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in vielen Fällen die Linderung körperlicher Symptome im Vordergrund steht anstatt einer ganzheitlichen Therapie. Als Folge von unzureichender transkultureller Kompetenz der Mitarbeiter im Gesundheitssystem entstehen darüber hinaus oft Kommunikationsschwierigkeiten, die auf beiden Seiten einerseits zu Missverständnissen und Misstrauen führen und andererseits häufig in Behandlungs- und Betreuungsfehlern enden.

Ziel einer migrantenfreundlichen Gesundheitsversorgung muss sein, die Interaktion zwischen MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen und MigrantInnen zu fördern und zu verbessern. Wichtig wäre es, dass eine zunehmende Sensibilisierung für MigrantInnen und den im Gesundheitswesen beschäftigten Menschen stattfindet, so wie aktiv daran gearbeitet wird, dass diese und ihren Familien in Zukunft eine aktivere Rolle in ihrem individuellen Gesundheits- und Krankheitsverlauf einnehmen.

Chancengleichheit beim Erhalt und Förderung der Gesundheit in Bezug auf Migration zu erreichen ist ein wichtiges gesamtgesellschaftliches Ziel.

Ressourcen und Bewältigungsstrategien sollen dabei mit professioneller Hilfe entwickelt und gefördert, Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung forciert werden (vgl. Wiener klinische Wochenschrift, 2001).

Im Zuge dessen stelle ich im nächsten Kapitel das Projekt „Migrant-friendly Hospitals“ vor an dem sich zwölf Krankenhäuser mit unterschiedlichen Schwerpunkten beteiligt haben. Im Vordergrund stand einen Konsens in Bezug auf die Betreuung von MigrantInnen im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen herzustellen.

3.4. Migrant – friendly Hospitals (MFH)

Dieses Projekt wurde europaweit in 12 teilnehmenden Krankenhäusern durchgeführt. Das oberste Ziel stellt die Verbesserung der Gesundheit sowie des Gesundheitswissens von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten dar, mit Hilfe der Qualitätsverbesserung der Krankenhausdienstleistungen (vgl. Trummer 2005, S. 20).

Die MFH – Pilotkrankenhäuser:

AT - Österreich: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien

DE - Deutschland: Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin

DK- Dänemark: Kolding Hospital, Vejle-Kolding

EL - Griechenland: Hospital „Spiliopoulou Agia Eleni“, Athen

ES - Spanien: Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz

FI - Finnland: Turku University Hospital, Turku

FR - Frankreich: Hôpital Avicenne, Paris

IR - Irland: James Connolly Memorial Hospital, Dublin

IT - Italien: Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia

NL - Niederlande: Academic Medical Center, Amsterdam

SV - Sweden: Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala

UK - United Kingdom: Bradford Teaching Hospitals NHS Trust, Bradford

Die Gründe für dieses Projekt lagen hauptsächlich an der ständig wachsenden Zahl an MigrantInnen im europäischen Raum (siehe Statistik Austria - Abb. zwei), so wie weiteren Risiken wie kulturellen Unterschieden, Sprachproblemen, erschwerter Zugang zu Gesundheitseinrichtungen oder das Gesundheitsbewusstsein allgemein.

Auch Binder-Fritz (1997) schreibt, dass die Zunahme eines kulturell und sprachlich heterogenen Klientel beobachtbar sei, dessen Betreuung Gesundheitseinrichtungen vor speziellen Herausforderungen stellt – die nur zum Teil erfüllbar sind.

Die Projektpartner einigten sich darauf, einige grundlegende Prinzipien in das Zentrum eines Leitbildes für MigrantInnen-freundliche Krankenhäuser zu stellen:

Wertschätzung der Menschen durch Akzeptanz ihres unterschiedlichen ethnischen und werden.

Identifizierung der Bedürfnisse dieser Menschen durch laufendes Monitoring und Qualitätsentwicklung der Dienstleistungen im Hinblick auf diese spezifischen Erfordernisse.

Außerdem aktive Kompensation von Nachteilen, die den Betroffenen durch unterschiedliche ethnokulturelle Hintergründe erwachsen.

Um einen Überblick über Mängel in der Versorgung und damit verbundenen notwendigen Maßnahmen zu gewinnen, wurde zu Beginn ein sogenanntes „Needs Assessment“ durchgeführt, das die sechs wichtigsten Problemgebiete aufzeigte (vgl. Trummer 2005, Seite 20).

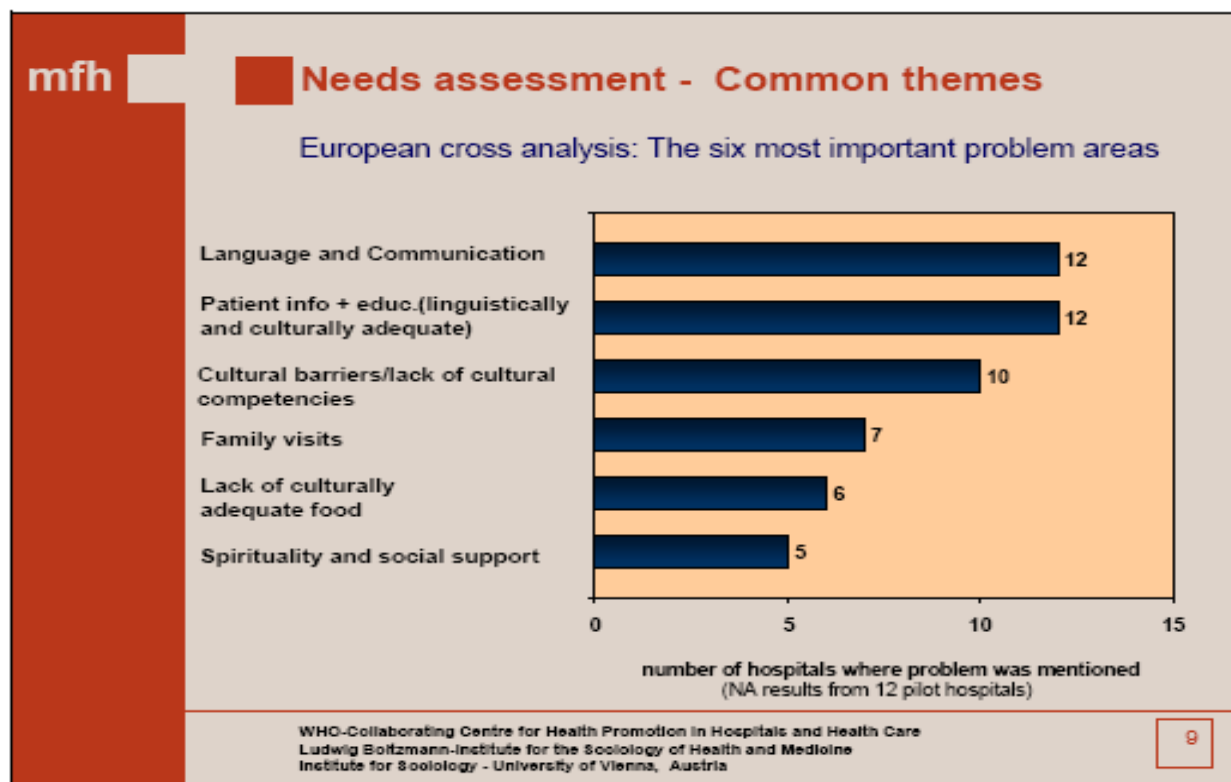


Abb. 7. Quelle: Migrant-friendly Hospitals – HPH_Conference 2003

Im Zusammenhang mit dem Needs Assessment wurden 4 Interventionsbereiche identifiziert:

- Kommunikation
- Responsiveness – Empathie, damit verbunden der soziokulturelle Hintergrund der Migrationsbevölkerung
- Empowerment
- Monitoring (Bischoff, 2003)

Im Zuge dessen wurde ein Assessment-Instrument entwickelt:

Der MFQQ (Migrant Friendly Quality Questionnaire) der zwei Mal (2003, 2004) eingesetzt wurde.

Er erhebt kultursensible Merkmale wie:

- Dolmetscherdienste
- fremdsprachiges Informationsmaterial
- Vorrichtungen für die Ausübung verschiedener religiöser Praktiken
- Elemente eines unterstützenden Qualitätssicherungssystems – z.B. Programme zur Mitarbeiterunterstützung – und Schulung

Auf Grundlage der Ergebnisse des Needs Assessments wurden insgesamt 3 spezifische Projekte ausgewählt:

Subprojekt A:

Die Entwicklung von professionellen Dolmetscherangeboten im Krankenhaus um eine verbesserte klinische Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen zu erreichen.

Subprojekt B:

Die Entwicklung von Migrantinnen- freundlicher Information und Schulung für schwangere Frauen (Geburtsvorbereitungskurse in Fremdsprachen).

Subprojekt C:

Implementierung von Training interkultureller Kompetenz für das Krankenhauspersonal.

Die folgenden Projekte werden kurz dargestellt:

Subprojekt A:

Die Kommunikation ist sicherlich der am meisten erwähnte und offensichtlichste Bereich indem Hilfe dringend notwendig ist (Bischoff, 2003).

An diesem Subprojekt nahmen 9 Krankenhäuser teil – die es sich zur Aufgabe gemacht haben für Dolmetscherdienste zu sorgen beziehungsweise damit diese erreichbar sind wenn sie gebraucht werden.

Sprachbarrieren sind für MigrantInnen oft eines der größten Schwierigkeiten, wenn es darum geht Auskunft über den eigenen Gesundheitszustand zu erhalten. Auch das Pflegepersonal ist teilweise überfordert, den Bedürfnissen der Menschen aus anderen Kulturen gerecht zu werden, beziehungsweise diese auch zu Erkennen und adäquat zu handeln.

In der Zusammenarbeit mit Dolmetscherdiensten muss das Personal entsprechend geschult werden. Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen ist ein wichtiger Bestandteil für PatientInnen um zu wissen, welche Dienstleistungen in Anspruch genommen werden können.

Auf Grund der entwickelten Maßnahmen konnten laut Umfragen Erfolge im Umgang mit MigrantInnen festgestellt werden. Krajic merkt dazu an, das es notwendig ist, diese Methoden auch in den Leitbildern der Krankenhäuser zu implementieren (Krajic, 2005).

Subprojekt B:

An diesem Projekt nahmen insgesamt 6 Gesundheitseinrichtungen teil. Ein wichtiger Bestandteil der gesundheitsfördernden Programme war die Mutter-Kind-Gesundheit. In der MigrantInnenpopulation liegen die Geburtsraten signifikant höher und damit verbunden auch die Gesundheitsprobleme für Mutter und Kind. In diesem Zusammenhang

rückt das Bewusstsein einer prä-, und postnatalen Pflege mit Programmen beziehungsweise Leistungen der Mutter-und Kind-Gesundheit in den Mittelpunkt.

Dieses Subprojekt dient demnach also dem Empowerment der Mütter und der Familien im Hinblick auf Elternfürsorge und zwar durch kulturell angemessenes Informationsmaterial wie zum Beispiel durch Programme wie Schulungen in unterschiedlichen Sprachen (Krajic, 2005).

Subprojekt C:

Im Brennpunkt des Subprojekt C ist die kulturelle Kompetenz der Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Dadurch können Missverständnisse so wie Vorurteile minimiert und im besten Fall behoben werden und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsfürsorge gewährleistet werden.

Die Amsterdamer Erklärung

Wurde von der Projektgruppe des „Migrant-friendly Hospitals“ entwickelt und verabschiedet. Sie beinhaltet Empfehlungen die im Zusammenhang mit den teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen und deren Erfahrungen internationaler Diskussionen und wissenschaftlicher Literatur steht.

Die Amsterdam Deklaration enthält Empfehlungen für 5 wichtige Stakeholder zur Entwicklung kultursensibler Betreuung:

- 1) Spitalsbetreiber/Management und Qualitätsmanagement
- 2) KrankenhausmitarbeiterInnen / Gesundheitsberufe
- 3) Benutzer (aktuelle und potentielle PatientInnen, Angehörige)
Repräsentanten von Migrantengruppen bzw. ethnischen
Minderheitsgruppen
- 4) Gesundheitspolitik und Administration
- 5) Gesundheitswissenschaften (Karl-Trummer, 2006)

Jeder Gesundheitseinrichtung steht es nun offen, selbst diese Empfehlungen umzusetzen und die Organisation MigrantInnenfreundlicher und interkulturell kompetenter zu gestalten und individualisierte persönliche Dienstleistungen zu entwickeln.

In vielen Spitälern in Wien werden diese Empfehlungen bereits sehr gut umgesetzt, wie auch in der Ignaz-Semmelweis -Frauenklinik. Mein persönlicher Eindruck ist, dass das Pflegepersonal in der Semmelweis Frauenklinik sehr daran interessiert ist, Personen mit Migrationshintergrund so zu betreuen, dass Qualität und Quantität in der Betreuung erfolgreich sind.

Sprachbarrieren und der Umgang damit, sind die größte Herausforderung mit dem sich das Pflegepersonal auseinandersetzen muss. Es gibt dazu eine ganze Reihe von Beispielen, wie diese Betreuung im Konsens mit Sprachbarrieren umgesetzt und wie Unterstützung angeboten wird. Einerseits durch ausreichendes Informationsmaterial das in verschiedene Sprachen abgefasst ist, andererseits durch die Unterstützung des Pflegepersonals durch Kolleginnen mit Migrationshintergrund. Vor allem hier kann ich feststellen, dass sich Kolleginnen Hilfe holen, wenn das Informationsmaterial nicht ausreicht und dadurch eine zusätzliche persönliche Übersetzung notwendig ist. Es ist festzustellen, dass die Bewältigung dieses Problems oft mit unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden ist. Klientinnen mit Migrationshintergrund reagieren ganz verschieden, einerseits mit Rückzug, indem sie abschalten und der Zugang zu ihnen erschwert ist, oder mit Aufmüpfigkeit und teilweise sogar mit Aggression, sodass die Pflegeperson in dieser momentanen Situation überfordert ist. In vielen Fällen, kann aber eine Lösung, die beiden Seiten dient, gefunden werden.

Meiner Meinung nach werden, wie schon erwähnt, diese Empfehlungen gut umgesetzt. Wünschenswert wäre, der Einsatz von professionellen Dolmetschern vor Ort, die in den jeweiligen Situationen sofort greifbar sind. Den Mitarbeitern wird es außerdem ermöglicht, verschiedene Seminare und Informationsveranstaltungen zum Thema „Fremde Kulturen“ oder „Transkulturelle Pflege“ zu besuchen. Diese sind im Fortbildungsanzeiger des KAV aufgelistet und können so in Anspruch genommen werden.

4. Für die Pflege relevante Begriffe, Modelle und Konzepte

4.1 Der Begriff Kultur

Kultur kommt aus dem Lateinischen *cultura* – abgeleitet von *colere*, bebauen, bestellen, pflegen – umfasst den Bereich von Anbau, Besorgung und Pflege, unter anderem, den speziellen Bereich der Landwirtschaft und Feldbestellung sowie die geistige Ebene in der Bedeutung Ausbildung, Bildungsmittel oder sittliche Veredelung (Georges, 1998, zit. nach Herberhold, 2002, S.52).

Dornheim meint, dass hinter diesem westlichen Kulturbegriff eine sehr lange geschichtliche Entwicklung, seit der Antike, steht. Die Menschen in der antiken Zeit nutzten diesen Ausdruck um sich von den anderen Völkern, den sogenannten Barbaren, abzugrenzen. Ab dem 19. Jahrhundert, wurde der Kulturbegriff mit dem Anspruch territorialer und sprachlich-kultureller Einheit eines Volkes verbunden (Dornheim, 2007, S. 29ff).

Maletzke erklärt, das Wort Kultur wird sehr oft in verschiedensten Belangen verwendet, aber was damit gemeint ist, ist nicht immer genau zu definieren. Der Begriff Kultur kann unterschiedlich gedeutet werden je nach Benutzer oder Zusammenhang. Sogar in der Wissenschaft gibt es keine einheitlich allgemein anerkannte Definition (Maletzke, 1996, S. 15).

Leiningers Theorie der „Transkulturellen Pflege“ stützt sich auf den klassischen Kulturbegriff der Ethnologie, welcher „Kulturen“ als in sich geschlossene Einheiten (Entitäten) bzw. „komplexe Ganzheiten“ definiert. Dieses Kulturkonzept beruht auf einer entsprechenden Kulturdefinition von Edward B. Tylor (1871). Dieser bezeichnet Kultur als komplexes Ganzes, welches Wissen, Glaubensvorstellungen, Kunst, Moral, Gesetze, Bräuche und alle anderen Fähigkeiten und Eigenschaften, die man als Mitglied einer Gesellschaft erwirbt, einschließt.

Im Vordergrund steht also die Homogenität einer „Kultur“. Alle Menschen, die aus dieser „Kultur“ stammen, haben gleiche oder zumindest sehr ähnliche Wertvorstellungen. Kultur

ist daher etwas Statisches, etwas, dass man als Kind vermittelt beziehungsweise von außen „aufgestülpt“ bekommt. Kultur wird gelernt, erworben, soziale Phänomene werden tradiert. Jede Gesellschaft hat somit ihre eigenen kulturspezifischen Normen und Werte ausgeprägt (Tylor 1871, zit. nach Domenig, 2007, S. 168).

4.1.1 Kultur und Pflege

Im Rahmen der drei Pflegemodelle, die im Anschluss an die Begriffserklärungen dargestellt werden, möchte ich auf die Begriffe Multikulturalität, Interkulturalität, Transkulturalität und Crosskultural (aus dem englischen) eingehen.

Der Begriff „*multikulturell*“ ist auf die verschiedenen Kulturen gerichtet. Der Definition nach multi- (lat.) bedeutet ausschließlich „viel“.

Der Begriff „*interkulturell*“ bezieht sich auf den Zwischenraum zwischen Kulturen. Der Definition nach bedeutet inter- (lat. zwischen, inmitten), zwischen zwei oder mehr.

Der Begriff „*transkulturell*“ bezieht sich auf den Vorgang der Bewegung von einer zur anderen Kultur. Der Begriff trans- (lat. hinüber, hindurch) – von Einem zum Anderen.

Der Begriff „*crosskultural*“ - Kulturübergreifend - betont die gemeinsamen Eigenschaften, beispielsweise gemeinsam getragene humanitäre Werte.

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 voneinander abgegrenzte Wesenheiten dargestellt werden. Im Unterschied dazu stellt Transkulturalität nicht das Zwischen oder das Nebeneinander sondern, dass über das kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit schlussendlich auch Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum“ (Domenig, 2001, S.146).

Im Kontext mit der Transkulturellen Pflege findet im deutschsprachigen Raum seit vielen Jahren eine intensive Auseinandersetzung mit dem Kulturbegriff statt. Einerseits werden Arbeiten der US-Amerikanerin Madeleine Leininger bearbeitet (Krankenschwester und Anthropologin), die bereits in den 1970er und 1980er Jahren den Begriff der Transkulturellen Pflege (transcultural nursing care) prägte.

Andererseits muss betont werden, dass ihr Pflegemodell sehr kritisiert wird, wie später noch in diesem Kapitel genauer beschrieben ist, da die Modelle aus den USA nur begrenzt im deutschsprachigen Raum Verwendung finden können (Binder-Fritz, 2004).

4.2 Das Konzept von Madeleine Leininger

Für Madeleine Leininger ist die „Kultur“ von PatientInnen ein wichtiger Brennpunkt, auf dem sich die Pflege ausrichten soll. Kultur und Pflege sind miteinander eng verbunden, woraus sich das Konzept der transkulturellen Pflege entwickelt hat.

Leininger spricht in ihrer Theorie von *“transcultural nursing”*, also von Transkultureller Pflege.

Für sie war die Feststellung bedeutsam, dass Pflege und Kultur fest miteinander verbunden sind. Das bedeutet Handlungen und Entscheidungen kann man nicht von den kulturellen Aspekten trennen.

Im Umgang mit PatientInnen sollte „Care“ die Fürsorge im Vordergrund stehen.

Leininger betont, dass Fürsorge sich in förderndem, helfendem und unterstützendem Verhalten zeigt. Ihr Ziel war es, „durch kulturspezifische Fürsorge gesundheitsfördernde Bedingungen zu schaffen, die den Menschen helfen, gesund zu bleiben oder von

professionell Pflegenden im Gesundheitswesen eine positive, ausreichende und effektive Fürsorge zu erhalten“(Leininger, 1998, S. 63).

Den Bedürfnissen der PatientInnen ist laut Leininger uneingeschränkte Aufmerksamkeit entgegenzubringen und ihre ethischen, moralischen und geistig-religiösen Vorstellungen, sowie ihre psychophysischen Bedürfnisse sind zu berücksichtigen. Laut Leininger benötigt die Pflegeperson eine Fülle von Wissen bezüglich der die Pflege betreffenden Kulturspezifika (Leininger1998, S. 155).

...„What concerned me most was that the world was moving more rapidly toward multiculturalism than the profession realized and nurses needed cultural knowledge and a theory to build nursing knowledge to guide nursing practices. However, it was not long before realized that a theory of Culture Care would have limited meaning and would be misunderstood unless there were nurses prepared in transcultural nursing“ (M.Leininger, New York 1991).

Mit dem so genannten Sunrise-Modell, das sie in den 1980er-Jahren entwickelte, versuchte Leininger einen Gesamtüberblick über die verschiedenen Dimensionen kultureller Pflege zu geben.

(Siehe Seite 40 Abbildung 8)

Das Sunrise-Modell:

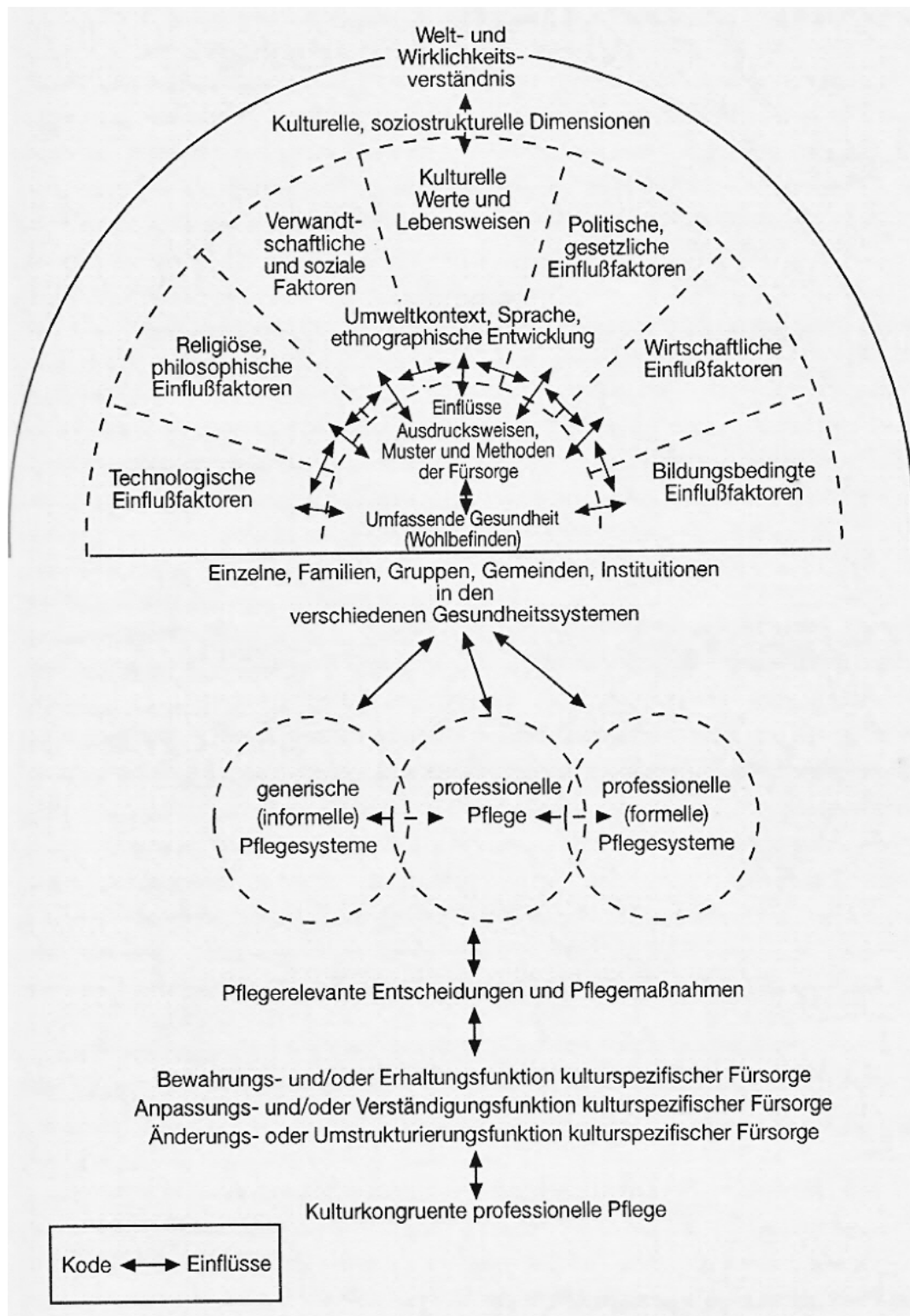


Abb. 8: Darstellung des Sunrise-Modells (Leininger, 1998, S.69).

Das Sunrise-Modell soll zeigen, welche Faktoren auf Gesundheit und Krankheit sowie auf Betreuungsmuster und Pflege einwirken und wie diese Faktoren untereinander verbunden sind.

Diese sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren sind

- technologische Bedingungen
 - religiöse/philosophische Faktoren
 - verwandtschaftliche und soziale Einflüsse
 - politische und gesetzliche Gegebenheiten
 - wirtschaftliche Einflüsse, bildungsgebende Faktoren
- und nicht zuletzt kulturelle Werte und Lebensweisen.

Darüber hinaus wird auch der Einfluss von Familien, Gruppen, Gemeinden und Institutionen, sowie unterschiedlichen Pflegesystemen dargestellt (Kaiser, 2010, S.66).

Außerdem listet das Sunrise-Modell die drei Modalitäten auf, die laut Leininger für die Beurteilung, Entscheidungsfindung und Pflegehandlung eine Orientierung darstellen sollen:

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

Pflegende, die über entsprechende Kenntnisse in kulturspezifischer Pflege verfügen, sollten meint Leininger, Pflegehandlungen vornehmen können, die im Einklang mit den im oberen Teil des Modells bzw. den oben genannten Faktoren stehen (Leininger, 1998, S. 67).

Die transkulturelle Kompetenz wird hier in drei Stufen dargestellt:

- der eigenen kulturellen Norm- und Wertvorstellungen
- dadurch andere Pflegekonzepte und Erwartungen und damit verbundene Praktiken zuzulassen
- und das Hinterfragen der bisherigen Formen des Umgangs mit ausländischen Patientinnen zu gewährleisten.

„Verwendet der Leser das Sunrise-Modell, um die Fürsorge (...) zu beschreiben (...), dann muss er dazu alle in der Abbildung dargestellten Einflüsse beachten. Diese Dimensionen und Zusammenhänge kulturspezifischer Fürsorge dürfen nicht isoliert, vereinzelt und ohne Zusammenhang betrachtet werden. Denn sie gehören untrennbar zusammen und stehen in einer engen Beziehung zueinander – vergleichbar mit den Komplexen des menschlichen Organismus (...)“ (vgl. Leininger 1998, S. 76).

Das Modell von Leininger ist nicht unumstritten, da es im Hinblick auf die Theorie nicht leicht verständlich ist.

Auch Domenig (2001) meint, dass man Leiningers Theorie der „Transkulturellen Pflege“ auf Grund seiner kulturalisierenden Ausrichtung nicht für die Vermittlung oder Implementierung einer transkulturellen Pflege heranziehen kann. Domenig meint auch, dass der homogene Kulturbegriff, der bis in die siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts Gültigkeit hatte, seine Bedeutung verloren hat. Denn heute gibt es keine nach außen klar abgrenzbaren „Kulturen“ mehr, sondern viel mehr sich beeinflussende Gruppen, deren Grenzen im Zuge der Globalisierung durchlässiger werden (Domenig, 2001, S. 143).

Domenig gibt auch Hinweise auf AutorInnen aus dem englischsprachigen Raum, die an Leiningers Konzept die Idee bemängeln, Pflegende davon zu überzeugen, dass sie „Kulturen“ lernen müssen. Kulturelle Unterschiede zu betonen ignoriere die Gemeinsamkeiten unter den verschiedenen ethischen Gruppen. Zudem sei ihr Kulturkonzept zu starr, denn Kulturen verändern und entwickeln sich laufend weiter (Domenig, 2007, S. 171).

Zusammenfassend kann gesagt werden, das Leiningers Modell sicherlich einen großen Beitrag in Bezug auf transkulturelles Bewusstsein und der Kulturverschiedenheit für die pflegende Person darstellt. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass sich Kulturen ständig weiterentwickeln und das Konzept von Leininger zu starr ist, um ausschließlich angewendet zu werden.

Kulturen werden von außen beobachtet, analysiert – nicht die Interaktion oder das Gemeinsame steht im Mittelpunkt sondern die fremde Kultur und die Differenz (Domenig, 2001, S.143).

Transkulturelle Pflege ist ein bestimmter Bereich für die Forschung und die Praxis. Spezialisiert werden hier die kulturellen Ansichten, Werte und Lebensweisen unterschiedlicher Kulturen, und verbunden damit der Einsatz gewonnener Erkenntnisse in kulturspezifischer und kulturuniverseller Pflege von Individuen, Familien oder Gruppen bestimmter Kulturen (Leininger, 1978).

Durch dieses Kulturverständnis von Leininger kann ich „von außen“ die Kultur beobachten und beschreiben und sie mir „von innen“ auch beschreiben lassen, im Zusammenhang damit, setzt dieses Verständnis klare kulturelle Grenzen voraus.

Domenig zitiert dem gegenüber Welsch (1998): *„Unsere Kulturen haben de facto, längst nicht mehr die Form der Homogenität und Absonderung, sondern sie sind gekennzeichnet mit Mischung und Durchdringung. Diese neue Struktur der Kulturen bezeichne ich, da sie über den traditionellen Kulturbegriff hinaus- und durch die traditionellen Kulturgrenzen wie selbstverständlich hindurchgeht, als transkulturell“* (Domenig, 2001, S. 147).

Zudem befürchtet auch Domenig (2007), dass die Herangehensweise des Sunrise-Modells von Leininger zur Abgrenzung und Ausgrenzung von MigrantInnen führen kann.

4.3 Das Konzept „transkultureller Kompetenz“ von Dagmar Domenig

Im Vergleich zu Leininger geht die Schweizerin Dagmar Domenig von einem ganz anderen Kulturbegriff aus. Sie beschreibt 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, S. 174).

Sie stützt sich dabei auf die Definition von Wolfgang Welsch der davon ausgeht, dass es zu einer Durchmischung der heutigen Kulturen kommt und er bezeichnet diese Kulturen als transkulturell (trans: lat. durch, jenseits, hinüber)(Domenig, 2007, S.172).

Domenig sieht die Transkulturalität als Grundlage eines selbstreflexiven Kulturbegriffs im Zeitalter der Globalisierung.

Hier erklärt sie auch, warum Transkulturalität in der gesundheitlichen Betreuung oder Pflege von MigrantInnen eine große Bedeutung zukommt: Weil sie auffordert, nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken und durch ein gegenseitiges aufeinander Zugehen und Verstehen zu verhindern, dass es zu Ab- und Ausgrenzungen kommt (Domenig, 2007, S. 173).

Domenig meint, dass die teilweise unterschiedlichen Sichtweisen und Bedürfnisse von MigrantInnen so vorhanden sind, dass diese von der Pflege keine unikulturellen Konzepte, sondern große Flexibilität erfordern.

Es geht laut Domenig nicht darum, für MigrantInnen ein spezifisches Pflegemodell zu konstruieren, sondern dass die professionelle Pflege eine auf die Bedürfnisse von MigrantInnen angepasste, situationsgerechte Pflege einschließen muss. Transkulturelle Pflege versteht sich als Teil der professionellen Pflege (Domenig, 2001, S. 147).

Während Multikulturalität von einem friedlichen Nebeneinander der „Kulturen“ ausgeht und sich die Interkulturalität mit der Begegnung zwischen mehreren „Kulturen“ beschäftigt, steht bei der Transkulturalität die Verbindung mehrerer „Kulturen“ im Vordergrund.

Durch Selbstreflexion der eigenen Lebenswelt und der Lebenserfahrungen, ist die Pflegeperson fähig die Lebenswelt und Lebenserfahrungen der MigrantInnen besser zu verstehen und damit umzugehen.

In der Interaktion zwischen Fachpersonal und MigrantInnen ist sich Domenig sicher, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenswelt einen Vorteil bringt und es dann leichter ist, sich ebenso in die Lebenswelt von KlientInnen mit Migrationshintergrund zu versetzen. Dieses Hintergrundwissen meint Domenig (2007) ist wichtig in Bezug auf die transkulturelle Pflege.

(Siehe Abbildung 9)

Die Dimensionen des Konzepts von Domenig:

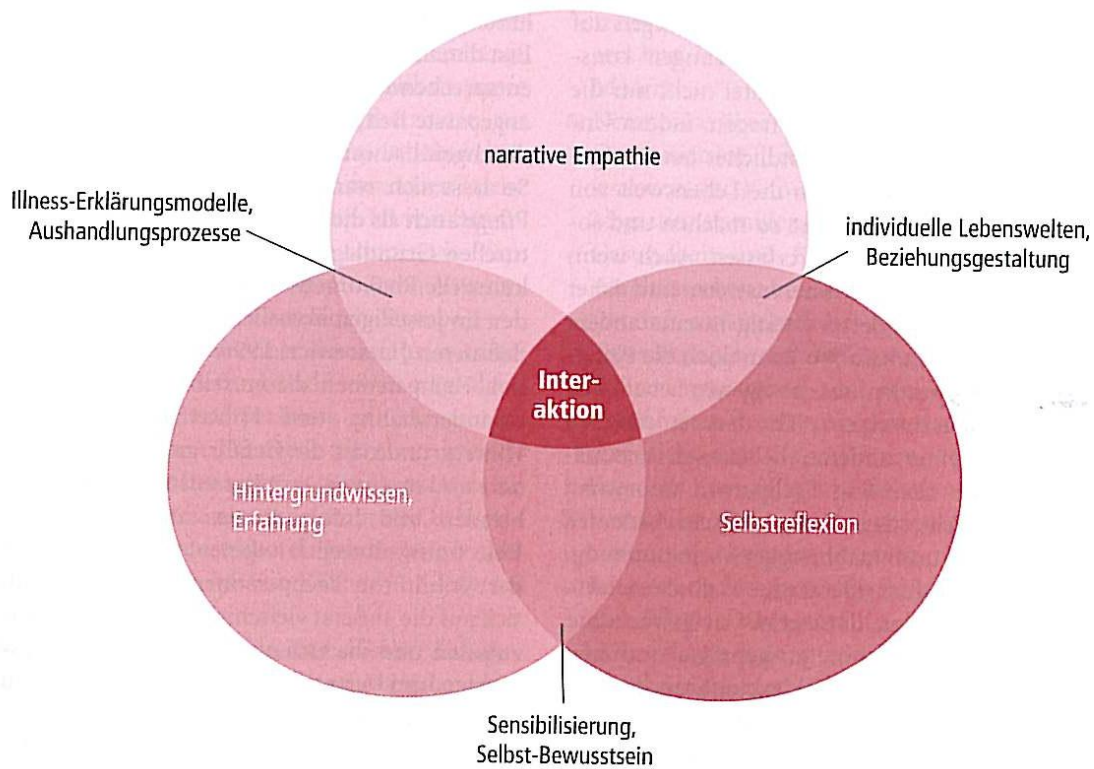


Abb. 9: Transkulturelle Kompetenz (Domenig, 2007, S. 175)

Diese Interaktionsfähigkeit stützt sich laut Domenig (2007) auf drei Säulen:

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen oder/und Erfahrungen
- Empathie oder auch narrative Empathie im Umgang mit MigrantInnen

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

Ausschlaggebend dafür ist nicht nur die Aneignung von Hintergrundwissen sondern auch Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen zu sammeln.

Durch das Verlassen der eigenen Lebenswelt – auch wenn man sich nicht ganz sicher ist – kann es gelingen in eine andere Lebenswelt einzutauchen.

Domenig meint auch, dass wenn diese selbstreflexive Auseinandersetzung ausbleibt, es die Pflegeperson schwer hat, sich in die andere Lebenswelt hineinzuversetzen und diese dann auch zu verstehen. Die Gefahr von Vorurteilen spielt dabei eine große Rolle.

Die Grundlagen für transkulturelle Kompetenz zeigt laut Domenig folgendes Hintergrundwissen:

- Förderung der Transkulturalität wird erreicht über das Hintergrundwissen von Kultur, Migration, Integration, Grund-, und Menschenrechte
- Medizinethnologische Konzepte sind wesentlich für das Verstehen von Krankheitsprozessen
- Kenntnisse im Rahmen einer angepassten Kommunikation im Migrationskontext sind ausschlaggebend für eine erfolgreiche Behandlung und Pflege
- Hintergrundwissen in Bezug auf frauenspezifische Lebenswelten, Rassismus und Diskriminierung sind hilfreich für ein besseres Verständnis
- Auf Grund der Traumatisierung durch Krieg und Flucht aus dem Heimatland ist auch das Wissen über psychische Erkrankungen wichtig
- Um zu verstehen, wie Migrationsfamilien mit Gesundheit und Krankheit umgehen, sind auch Kenntnisse über die Unterschiede in der sozialen Organisation ausschlaggebend (vgl. Domenig, 2007, S. 176-177).

Laut Domenig sollen die genannten Informationen, Instrumente und Richtlinien zur Unterstützung des Personals bei der Umsetzung dieser Kenntnisse beitragen. Hier spielt nicht nur die kognitive Ebene eine Rolle, sondern auch konkrete Erfahrungen.

Für Domenig bedeutet Empathie viel Engagement, Interesse und Neugier der Pflegeperson, sowie das „Sich-den-PatientInnen-Zuwenden“. Empathie bedeutet zudem sich in das Gegenüber hineinzuversetzen, seine Gefühle zu teilen und seine Perspektiven zu verstehen. „Narrative Empathie“ meint nicht nur das generelle Mitfühlen mit einem anderen Menschen, sondern die Zuwendung mit Hilfe von narrativen Techniken. Narrationen sind

Erzählungen von MigrantInnen, die so ihr Erlebtes - persönliche,- soziale, und geschichtliche Dimensionen - verarbeiten. Es entsteht somit ein Teil des Bildes, dass Menschen von sich haben.

In der Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient sind somit Zuhören, Fragen, Beschreiben, Erklären und Interpretieren fundamentale Argumente (Domenig 2007, S. 178).

Domenig unterscheidet zwischen:

- *Transkulturell kompetentes Fachpersonal*, die sich für gesundheitliche Chancengleichheit einsetzen und die MigrantInnen ihren Bedürfnissen angepasst und respektvoll behandeln
- *Transkulturell inkompetenten Personen*, denen es am migrationsspezifischen Hintergrundwissen und an unterschiedlichen Sichtweisen an Gesundheit und Krankheit fehlt
- *Fachpersonen, die rassistisch und diskriminierend agieren*, und dadurch bewusst MigrantInnen ausgrenzen oder diese sogar benachteiligen (Domenig, 2007, S. 181).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Domenig transkulturelle Kompetenz „als die Fähigkeit sieht, individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und verschiedenen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechend Handlungsweisen abzuleiten (Domenig, 2007, S. 187).

4.3.1 Transkulturelle Organisationsentwicklung von Dagmar

Domenig

Neben ihrem Konzept der individuellen transkulturellen Pflege sieht Dagmar Domenig auch eine transkulturelle Organisationsentwicklung vor. Sie geht davon aus, dass die „*Erhöhung transkultureller Kompetenz nur mit einem Wandel, nämlich dem transkulturellen,*

der gesamten Institution bzw. dem Wandel des Handelns aller beschäftigten Personen einer Institution erreicht werden kann“ (Domenig 2007, S. 342).

Diese Chancengleichheit ist im Zusammenhang mit der Bereitstellung qualitativ hochwertiger Dienstleistungen, gesundheitlicher Gleichstellung, Förderung der Chancengleichheit am Arbeitsplatz und die Integration von Fachpersonal mit Migrationshintergrund möglich.

Dieser transkulturelle Wandel ist aber nur dann zu erreichen oder einzuleiten, wenn auf allen Ebenen und in vielen Dimensionen dieser Veränderungsprozess stattfindet.

Das heißt, alle am Veränderungsprozess Beteiligten müssen sensibilisiert werden. In diesem Zusammenhang wird oft der Begriff „Diversity-Management“ genannt. „Diversity“ bedeutet Vielfalt. Beim Diversity-Management geht man der Frage nach, wie die Verschiedenartigkeit der Menschen und damit die Diversität in der Gesellschaft oder einer Organisation zum Wohl aller sinnvoll genutzt werden kann.

Die Organisationsentwicklung muss auf allen Ebenen begleitet werden. Domenig geht hier auf die strategische, die operative und die Prozessebene ein.

Auf der strategischen Ebene stehen Diversity-Management und die Ziele Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung an oberster Stelle.

Die „Diversity-Diskussion“ entstand in den USA im Zusammenhang mit Chancengleichheit verbunden mit Ethnizität, Geschlecht und Behinderung.

In den 1990er Jahren kam die Diskussion auch nach Europa, wobei in erster Instanz eher die wirtschaftlichen Aspekte im Vordergrund standen und erst später die Integrations- und Migrationsaspekte zunehmend wichtig wurden.

„Diversity“ gewinnt also zunehmend an Bedeutung. Von einem marginalen Thema am Rande ist transkulturelle Kompetenz zu einer Mainstream-Angelegenheit geworden. Mainstreaming bedeutet, dass jede Abteilung, jeder Teilbereich einer Organisation angehalten ist, in seinem Gebiet die Zugänglichkeit der Aktivitäten für MigrantInnen zu überprüfen und diese auf die Bedürfnisse der KlientInnen mit Migrationshintergrund anzupassen (Domenig, 2007, S.347).

4.4 Das Konzept von Josepha Campinha-Bacote – das Volcano-Modell

Campinha-Bacote definiert „kulturelle Kompetenz“: *„as the process, in which the healthcare provider, continuously strives to achieve the ability to the effectively work, within the cultural context of a client, individual, family or community“.*

Josepha Campinha-Bacote geht in ihrem Konzept davon aus, dass kulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen ein fortlaufender Prozess ist.

Pflegepersonen, sind bemüht, auf das kulturelle Umfeld ihrer PatientInnen einzugehen, dadurch sehen sie sich nicht als kulturell kompetent, sondern werden es erst im Laufe des Pflegeprozesses (Campinha-Bacote, 2002 S. 181).

Campinha-Bacote ist selbst Angehörige der zweiten Generation von Einwanderern aus Kap Verde (Westafrika, Amtssprache Portugiesisch) und konnte sich deshalb, weder mit den „Weißen“ noch mit den „Schwarzen“ identifizieren (Seidl & Walter, 2006, S. 12).

Sie selbst engagierte sich schon zu Beginn ihrer Pflegeausbildung 1969 vor allem für ethnisch-kulturelle Fragen.

Fünf Komponenten, um auf das kulturelle Umfeld der PatientInnen einzugehen, spielen in diesem Prozess laut Campinha-Bacote eine große Rolle:

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

(Siehe Abbildung 10)

DARSTELLUNG DER KULTURELLEN KOMPETENZ VON CAMPINHA-BACOTE:

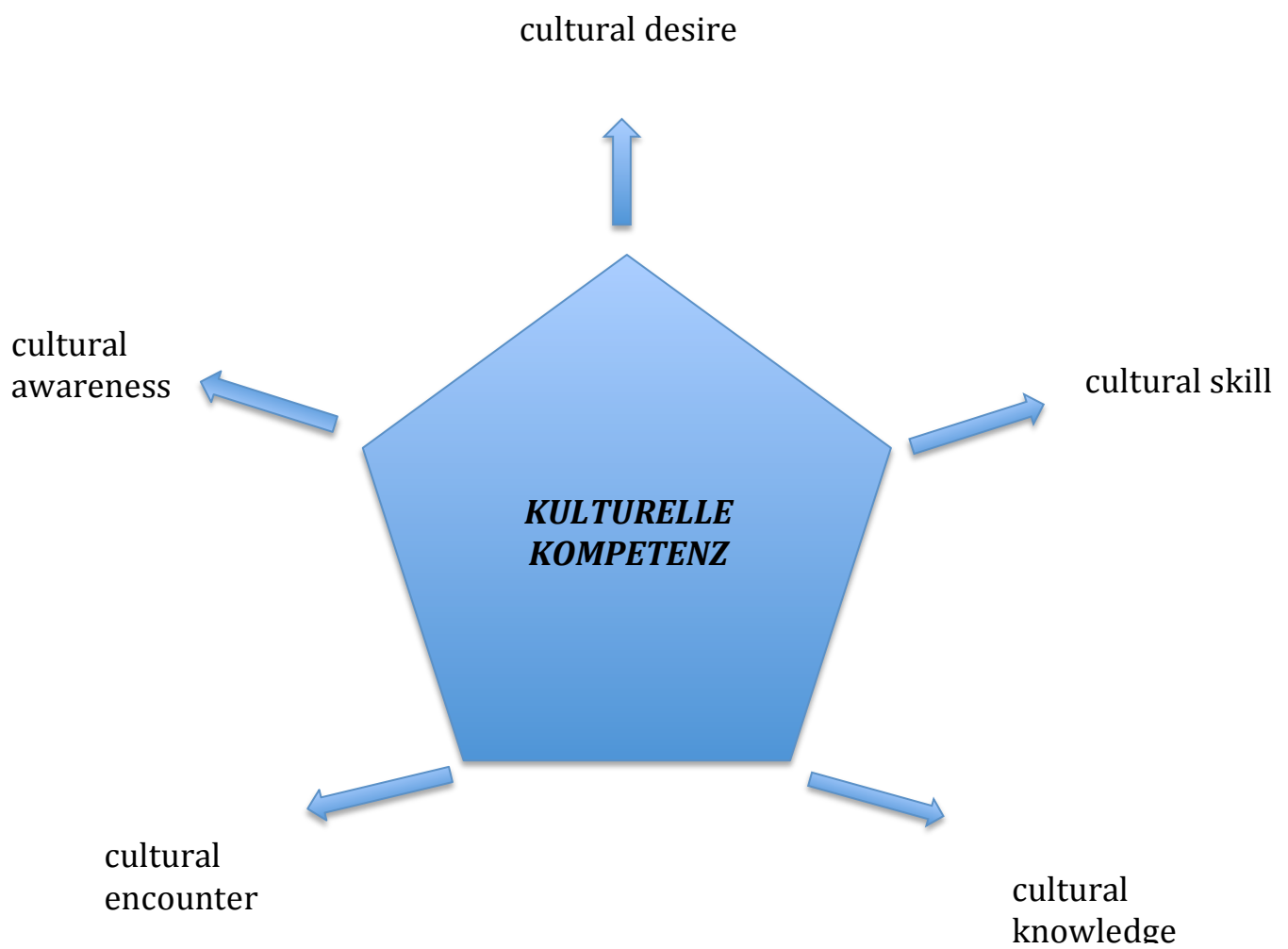


Abb.10. Kulturelle Kompetenz im Zentrum mit den fünf Komponenten
(Quelle: eigene Darstellung)

Cultural desire – Kultureller Wunsch, Bedürfnis

„Cultural desire“ wird von Campinha-Bacote als das antreibende Element dieser fünf Komponenten gesehen. Es ist wirklich der Wunsch der Pflegeperson sich kulturüberschreitend zu engagieren und nicht nur als seine Pflicht anzusehen. Das Akzeptieren von Unterschieden, Offenheit und das Aufbauen von Gemeinsamkeiten sowie die Neugierde von anderen als kultureller Botschafter zu lernen.

„Cultural desire is the motivation of a nurse to „want to“ engage in the process of cultural competence- not the „have to“ (Campinha-Bacote, 2003, S. 60).

Vergleichbar ist „cultural desire“ mit dem Modell von Madeleine Leininger in dem auch die Fürsorge eine zentrale Rolle einnimmt.

Cultural awareness – Kulturelles Bewusstsein

„Cultural awareness“ beschreibt Campinha –Bacote, als die Selbsterkenntnis und genauere Erforschung des eigenen professionellen und kulturellen Hintergrunds. Miteinbezogen in diese Komponente sind auch die Vorurteile und die Voreingenommenheit.

„Cultural awareness is the process through which the nurse becomes respectful, appreciative and sensitiv to the values, beliefs, lifeways, practices an problem-solving strategies of a client culture“ (Campinha-Bacot,e 2003, S. 55).

Cultural knowledge – Kulturelles Wissen

Laut Campinha-Bacote orientiert sich „cultural knowledge“ an dem Prozess des Suchens und Erlangen einer fundierten Ausbildung über die unterschiedlichen kulturellen und ethnischen Gruppen. Durch das Erlangen von kulturellem Hintergrundwissen - mit dem Aspekt des Glaubens und der kulturellen Werte - im Zusammenhang damit die Gesundheit, sowie die Entstehung und Verbreitung von Krankheiten, ist der Erfolg der Behandlung zu sehen.

Campinha-Bacote sieht PatientInnen nicht als Angehörige einer speziellen kulturellen Gruppe, sondern betont, wie wichtig es ist, sie als Individuen mit eigener Lebenserfahrung und bereits stattgefundenen kulturellen Prozessen zu sehen.

Cultural skill – Kulturelle Fähigkeit

„Cultural skill is the ability to collect relevant cultural data about the client's health history and health problem, as well as to accurately perform a culturally-specific physical assessment“ (Campinha-Bacote, 2003, S. 58).

Um eine angemessenen Behandlung im kulturspezifischen Ausmaß zu gewährleisten, ist es laut Campinha-Bacote wichtig, kulturelle Informationen, die das Problem der PatientInnen betreffen, zu sammeln.

Cultural encounters – Kulturelle Begegnungen

Campinha-Bacote sieht in den „cultural encounters“ die direkten interkulturellen Begegnungen zwischen den Pflegepersonen und den PatientInnen.

„Cultural encounters is the process that encourages nurses to engage directly in cross-cultural interactions with clients from culturally diverse backgrounds“ (Campinha-Bacote, 2003, S. 58).

Dieser Prozess soll diese Begegnungen fördern, um festgefahrene Meinungen oder Vorurteile über eine kulturelle Gruppe zu vermeiden. In diesem Zusammenhang weist Campinha-Bacote darauf hin, dass es innerhalb einer ethischen Gruppe zu mehr Verschiedenheiten kommen kann, als zwischen zwei unterschiedlichen Gruppen.

Bezugnehmend auf ihr Modell „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services“ hat Campinha-Bacote ein Assessment-Instrument entwickelt – einen Fragebogen „The Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals (IAPPC)“.

Dieser Fragebogen misst anhand von 20 Items die Komponenten „cultural awareness“, „cultural knowledge“, „cultural skill“, und „cultural encounters“. (Campinha-Bacote, 2002, S. 184).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Modell von Campinha-Bacote dazu dient, Pflegepersonen zu motivieren, sich in Bezug auf „Kulturelle Kompetenz“ weiterzubilden. Sie meint zudem, dass die in Gesundheitseinrichtungen beschäftigten Pflegepersonen sich mit diesem Pflegeprozess auseinandersetzen müssen, und dadurch erst gefestigter werden. Das bedeutet, dass dieser Prozess ständig stattfindet und nie wirklich ein Ende findet, weil Kultur nicht eingrenzbar ist.

5. Das Wochenbett an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik

5.1 Die Semmelweis Frauenklinik

Die Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik wurde im Jahr 1943 von der Stadt Wien gegründet. Mit dem Standort im Westen von Wien wird die Betreuung von rund 5500 Patientinnen pro Jahr ermöglicht. 2011 erblickten 2400 Kinder das Licht der Welt.

Die Klinik bietet neben dem stationären Angebot der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung, eine Schwangeren-, und eine gynäkologische Ambulanz. Erweitert wird das Angebot durch ein Ultraschallkompetenzzentrum, einer Urodynamik und einer Psychosomatikambulanz sowie einer Frauenmilchsammelstelle. Der Einzigen in ganz Österreich. Diese Einzigartigkeit ist eine von vielen Qualitätsmerkmalen der Klinik.

Im Jahr 2012 wurde die Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik wieder als eine der „Baby-friendly Hospitals“ bestätigt und im Rahmen der 17. Österreichische Konferenz

Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen von Gesundheitsminister Dr. Alois Stöger mit einer Auszeichnung geehrt.

5.1.1 Ein Überblick über das Gelände der Semmelweis-Frauen-Klinik:

Im Haus I befindet sich :

- das Büro der Primaria
- das Büro der Pflegedienstleitung
- die gynäkologische Ambulanz und das Kompetenzzentrum für den Ultraschall
- die Schwangerenambulanz
- die Ärztedienstzimmer
- das Dienstzimmer der Psychologinnen und Physiotherapeutinnen
- das Dienstzimmer der Sozialarbeiterin und der Familienhebamme
- das Blut Labor

Im Haus II befindet sich:

- die Aufnahmestation II und die Kreissäle
- die Wochenbettstation V mit integriertem Kinderzimmer
- die gynäkologische Station VIII
- der Operationsaal

Im Haus IV untergebracht sind:

- die Verwaltung für rechtliche und sachliche Belange
- das Büro der Diätassistentin
- die Telefonzentrale für die gesamte Klinik

In einem weiteren Gebäude findet man die Räumlichkeiten der Haustechnik.

Das Areal der Semmelweis Frauenklinik ist von einem großen Park umgeben

Die Semmelweis Frauenklinik ist seit 2002 als Department in die Krankenanstalt Rudolfstiftung eingegliedert.

Die Organisationsstrukturen und Verantwortlichkeiten ergeben sich aus dem folgenden Organigramm:

Organigramm der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik

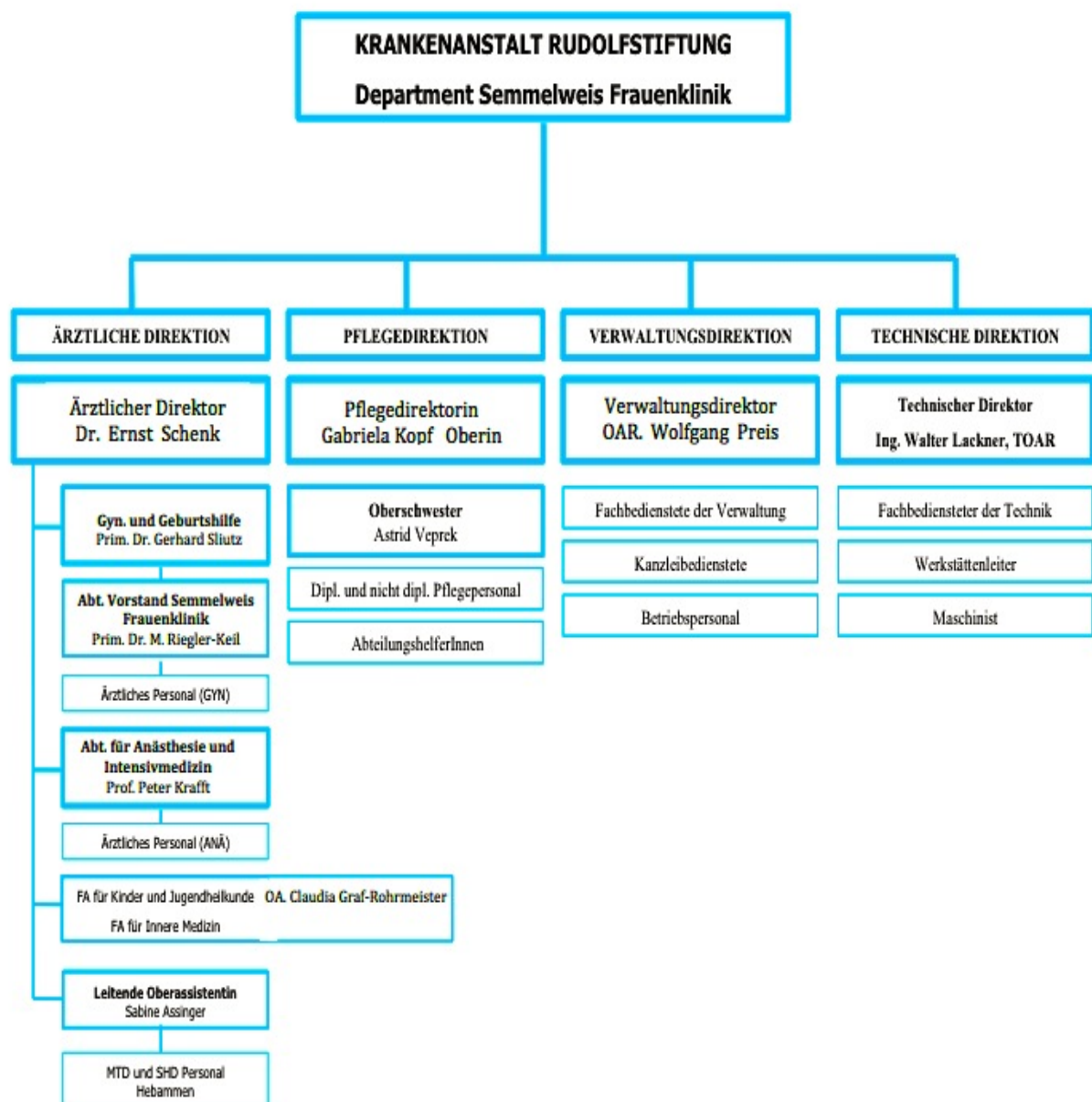


Abb. 11. Organigramm: Quelle: Mitarbeitermappe/Personalstelle Rudolfstiftung

5.1.2 Die Qualitätsgrundsätze und das Leitbild unseres Hauses, der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik



Abb. 12. Quelle: Emblem der Semmelweis Frauenklinik

Die Qualitätsgrundsätze im Zusammenhang mit dem Leitbild der Semmelweis Frauenklinik bestehen darin, dass das Haus eine sanfte Klinik sein möchte, in der sich jede Frau sicher fühlt und ganzheitlich betreut wird. Es wird großer Wert auf Aufklärung in allen medizinischen und pflegerischen Belangen gelegt.

Wir verpflichten uns zu kontinuierlicher Qualitätsverbesserung und sehen dies auch als selbstverständliche Aufgabe jedes Mitarbeiters und jeder Mitarbeiterin.

1. Wir sind eine sanfte Klinik. Interventionen werden nur bei Notwendigkeit durchgeführt. Wir orientieren uns an den Bedürfnissen und Erwartungen jeder einzelnen Frau. In der Behandlung bedeutet dies, dass wir möglichst interventionsarm und organerhaltend vorgehen.
2. Jeder einzelnen Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin ist dafür verantwortlich, dass sich die Frau sicher fühlt, obwohl sie sich in einer Ausnahme- bzw. Krisensituation befindet. Dazu gehört auch, dass wir alle „mit einer Zunge“ sprechen. Wir garantieren beste medizinische, pflegerische und psychologische Betreuung dadurch, dass wir uns laufend fort- und weiterbilden.
3. Unser Denken ist ganzheitlich, frauen- und babyorientiert, d.h. Mutter und Kind werden rund um die Uhr zusammen betreut.
4. Die Würde der Frau ist für uns wichtig. Es ist für uns selbstverständlich, die Intimsphäre der Frau zu wahren.
5. Wissen löst Ängste. Deshalb legen wir Wert auf eine allumfassende Aufklärung bezüglich aller medizinischen und pflegerischen Belange.

6. Ein guter Kontakt zu den ZuweiserInnen (Ärzte/ Ärztinnen, psychosoziale Einrichtung, etc.) dient dem Wohle der Patientin und ist auch die Basis unserer Existenz.
7. Warten im Krankenhaus ist unumgänglich. Wir bemühen uns, die Wartezeiten in einem vernünftigen Verhältnis zur Behandlungsdauer zu halten und machen Warten zum Gewinn (Informationsmaterial, Videos, etc.).
8. Unser Qualitätsanspruch ist, dass wir keine Frau enttäuschen, und eine Anlaufstelle für alle Frauen Wiens in gynäkologischen und geburtshilflichen Belangen sein wollen.
9. Jede unserer Patientinnen ist eine Person und keine Diagnose oder Nummer. Wenn wir über sie sprechen, benutzen wir ausnahmslos ihren Namen (Homepage der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik 2012).

Das Leitbild ist die Grundlage unseres Handelns

Wir bemühen uns um jeden Klienten,
wir bemühen uns um hohe Qualität unserer Leistungen,
wir bemühen uns um Zusammenarbeit und gegenseitiges Vertrauen,
wir bemühen uns um Weiterentwicklung der Semmelweis-Frauenklinik.

Der Großteil der Patientinnen kommt aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland.

Unter den Krankenanstalten Wiens ist die Semmelweis-Frauenklinik einzigartig, weil sie als reine Frauenklinik konzipiert ist. Zudem erhöht die absolute Grünruhelage in einem großen Park die Qualität des Aufenthaltes.

Ein Großteil der Patientinnen hat einen Migrationshintergrund und viele leben erst sehr kurz in Österreich. Für Pflegepersonen bedeutet das eine große Herausforderung in Bezug auf Sprachbarrieren und Umgang mit diesen um den Klientinnen die beste Betreuung und ausreichende Information zukommen zu lassen.

In dieser Graphik von 3700 Geburten (Jänner 2011- August 2012) sieht man den Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund in der Semmelweis-Frauenklinik im Gegensatz zu den österreichischen Frauen sehr deutlich:

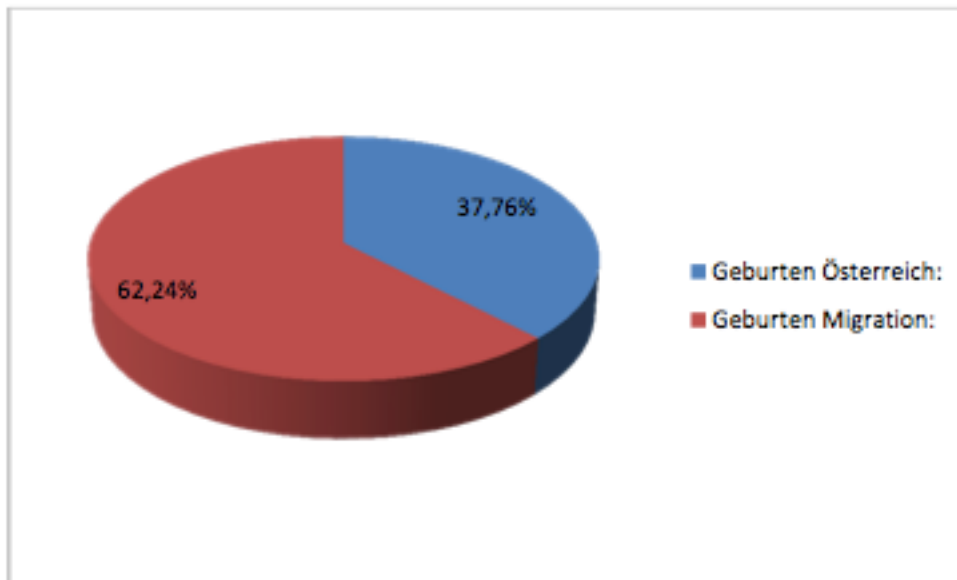


Abb. 13. Quelle: Migrationshintergrund von Wöchnerinnen in der Semmelweis-Frauenklinik (eigene Darstellung).

Um unsere Patientinnen ganzheitlich zu betreuen, gehören die individuelle Pflegeplanung, die Pflegeanamnese, die Pflegediagnosen und die genaue Pflegedokumentation zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflegeperson. Um diese Tätigkeiten im Zusammenhang mit Sprachbarrieren und den Umgang damit zu erleichtern, sind sämtliche Informationen in verschiedenen Sprachen abgefasst. Migrantinnen erhalten so umfassende Informationen und können dadurch gut über verschiedene Belange aufgeklärt werden. Alle MitarbeiterInnen sind zudem aufgerufen, sich an der Umsetzung aller pflegerischer Maßnahmen in der Praxis, aktiv zu beteiligen. Daher werden Mitarbeiter regelmäßig geschult, um Organisationsziele zu erreichen und zu erhalten.

Die Frauenklinik will der Pionierleistung und der Philosophie des Namensgebers im Sinne eines innovativen frauen-, baby- und familienfreundlichen Krankenhauses gerecht werden. Zur Grundhaltung gehört Toleranz und Respekt gegenüber den soziokulturellen und religiösen Bedürfnissen anderer Kulturen.

Das interdisziplinär erarbeitete Leitbild und die Pflegephilosophie, in dem Qualitätsgrundsätze festhalten werden, sind Grundlage unseres Handelns an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik.

5.2 Aufbau der Wochenbettstation

Die Wochenbettstation mit integriertem Kinderzimmer befindet sich in der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik im Haus II im ersten Stock.

Die Wöchnerin wird nach der Geburt von einer Hebamme auf die Wochenbettstation gebracht, wo diese mit ihrem Neugeborenen an der Rezeption von einer Schwester in Empfang genommen und in ihr Zimmer begleitet wird.

Auf der Station befinden sich 12 Zimmer, die in Ein-, Zwei-, und Dreibettzimmer eingeteilt sind – manche sind auch mit einem Balkon ausgestattet. In jedem Zimmer befindet sich ein Bad mit WC und eine Versorgungseinheit – eine Wickelaufgabe und einer Badewanne - für das Neugeborene.

Im Speisesaal kann man das Frühstück-, Mittag-, und Abendessen einnehmen – das Frühstück und das Abendessen wird als Buffet angerichtet, das Mittagessen wird von einer Schwester nach Patientenwunsch ausgeteilt.

Die Betreuung der Mütter zusammen mit ihren neugeborenen Kindern übernimmt eine Pflegeperson – einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester, einer diplomierte Kinderschwester, einer Hebamme oder einer Pflegehelferin.

Im Kinderzimmer werden Neugeborenen untersucht nach einem Kaiserschnitt versorgt und verschiedene medizinische und pflegerische Handlungen durchgeführt

Im Kinderzimmer arbeitet ausschließlich eine diplomierte Kinderkrankenschwester, die sich um Neugeborene kümmert, die ein Anpassungsproblem unmittelbar nach der Geburt oder eine vorübergehende gesundheitliche Einschränkung haben.

Ein Kinderarzt ist 24 Stunden anwesend, und kann somit jederzeit von den Eltern oder der Schwester kontaktiert werden.

Neben dem Kinderzimmer befindet sich das Stillzimmer, in welches sich die Mutter mit ihrem Kind zurückziehen kann, um ihr Neugeborenes in Ruhe zu stillen.

Das Stillzimmer ist mit vier gemütlichen Stillsesseln und vier Milchpumpen ausgestattet.

Die Kindesmutter hat hier die Möglichkeit, Muttermilch abzupumpen und sie anschließend ihrem Kind zu verabreichen.

5.2.1 Der Tagesablauf und das Betreuungskonzept auf der Wochenbettstation und dem Kinderzimmer

Das Betreuungskonzept auf der Wochenbettstation heißt „*Family Nursing*“, das bedeutet, die Pflegeperson (Schwester oder Hebamme), betreut die Wöchnerin und das Neugeborene gemeinsam. Dieses Pflegekonzept ist ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung in der Pflege zu verstehen und orientiert sich gezielt an den Bedürfnissen der Eltern und des Neugeborenen.

Mit einem familienfreundlichen „Training“ werden Eltern intensiv auf die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik vorbereitet.

Durch das 24-Stunden-Roomin-In und die Kontinuität der Pflegemaßnahmen kann die Mutter leichter beurteilen, in welchen Situationen sie noch unsicher ist und wie sie durch gezielte Anleitung und Beratung Sicherheit erlangt.

Mit „Family-Nursing“ auf der Wochenbettstation, ist es der Semmelweis Frauenklinik gelungen, 1999 den Gesundheitspreis der Stadt Wien zu gewinnen.

In vielen Spitälern ist es üblich, dass sich die Gesundheits- und Krankenschwester ausschließlich um die Mutter kümmert für das Neugeborene aber die

Kinderkrankenschwester zuständig ist. Mit dem derzeitigen Konzept an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik ist uns eine Vereinheitlichung der Betreuung gelungen.

Der Tagesablauf auf der Wochenbettstation gestaltet sich so, dass die jeweilige Pflegeperson für ihre zugeteilten Zimmer, also für die Frau und ihr Neugeborenes verantwortlich ist.

Die betreuende Person erkundigt sich nach dem Befinden der Kindesmutter und des Neugeborenen, und führt Pflegemaßnahmen, wie Verbandwechsel oder Blutdruckkontrollen durch.

Im Laufe des Vormittags finden die gynäkologische sowie die pädiatrische Visite statt. Hier kommt der Arzt in das Zimmer der Mutter und erkundigt sich nach dem Wohlbefinden: Etwa ob das Stillen gut funktioniert oder die Mutter Unterstützung braucht beziehungsweise untersucht der Pädiateer das Neugeborene und gibt der Kindesmutter Auskunft über das Befinden des Babys.

Die Mutter versorgt ihr Neugeborenes während des drei bis viertägigen Aufenthalts so selbständig wie möglich.

Dabei wird sie unterstützt beim Wechseln der Windel und sie erhält Auskunft was bei der Reinigung des Nabels beachtet werden muss. Ebenso zeigt ihr die Schwester am dritten Lebenstag des Neugeborenen das Baden des Babys und gibt Informationen wie oft man ein Neugeborenes baden soll.

Außerdem gibt die betreuende Person der Mutter Hilfestellung beim Stillen des Neugeborenen. Bei Mehrbedarf an Unterstützung wird eine Stillberaterin (Pflegeperson, die eine Ausbildung zum Stillberater absolviert hat) in den Prozess miteinbezogen.

Der Tagesablauf im Kinderzimmer gestaltet sich so, dass die Diplomierte Kinderschwester am Vormittag die Blutabnahmen beim Neugeborenen durchführt – der Stoffwechseltest (PKU) und der Gelbsuchtttest (Bilirubin) und auch den Hörtest bei Neugeborenen am Entlassungstag.

Je Kinderzimmer sind im Allgemeinen zwei Schwestern zuständig wobei sich die eine um Blutabnahmen beim Neugeborenen oder medizinische Belange kümmert, und die andere Schwester Mütter im Stillzimmer beim Stillen unterstützt.

Darüberhinaus betreut die Kinderschwester auch Kindesmütter, die in das Stillzimmer kommen um ihr Baby zu stillen oder Auskunft benötigen.

Pflegepersonen sind vor allem auf gynäkologischen und geburtshilflichen Stationen mit dem Thema Sprachbarrieren konfrontiert, da viele der Klientinnen einen Migrationshintergrund haben. Der folgende Abschnitt zeigt den Umgang mit Sprachbarrieren und die damit zusammenhängenden Bewältigungsstrategien.

II. Methodik

6. Umgang mit Sprachbarrieren und Strategien zur Bewältigung in der Pflegepraxis

6.1 Darstellung und Durchführung der Methode

Ziel der Fokusgruppe war es herauszufinden wie Sprachbarrieren den Ablauf der Pflegehandlungen auf einer Wochenbettstation beeinflussen, mit welchen Hindernissen Pflegepersonen konfrontiert werden und welche Strategien eingesetzt werden können, um den Pflegealltag zu erleichtern und zu verbessern.

Um darzustellen, wie Sprachbarrieren den Pflegalltag der im medizinischen Bereichen tätigen Menschen beeinflussen und wie sie diese bewältigen, sind mit dem Instrument der Fokusgruppe viele Punkte herausgearbeitet worden.

Im Rahmen des Kapitels werden das methodologische Vorgehen der Untersuchung beschrieben und die Forschungsfragen vorgestellt.

Schließlich wird das Vorgehen der Datenerhebung erklärt, die Auswahl der Fokusgruppenteilnehmer definiert und schließlich das gewonnene Datenmaterial beschrieben, interpretiert und diskutiert.

6.2 Die Methode der Datenerhebung

6.2.1 Die Fokusgruppe

Bei der Fokusgruppe handelt es sich um eine offene, qualitative Erhebungsmethode, bei der die Interviewten die Möglichkeit haben, ihre Meinung zu vertreten (Mayring, 2007).

Eine Fokusgruppe ist eine moderierte und fokussierte Diskussion einer Gruppe von Personen. Fokusgruppen werden mit dem Ziel eingesetzt, um in spezifischen Bereichen tiefgreifende und umfangreiche Informationen zu erhalten. Auf diese Weise gelingt es auch, Motivationen kennenzulernen beziehungsweise Probleme aufzudecken. Der Moderator hat die Aufgabe, so wenig wie möglich in die Diskussionen einzugreifen oder diese sogar zu beeinflussen.

Besonderheiten:

- Gegenseitiger Austausch und Konfrontation mit Meinungen und Ideen anderer Diskussionsteilnehmer
- Mehr Information als bei geführten Einzelinterviews
- Auseinandersetzung mit der Thematik unter den Teilnehmern
- Es treffen unterschiedliche Meinungen und Wahrnehmungen aufeinander, die der jeweilige Teilnehmer auch begründen muss
- Die Reaktionen sind spontan und ehrlich geäußert
- Die Fokusgruppe stellt ein kultursensibles Erhebungsinstrument dar
- Der kulturelle Hintergrund der Teilnehmer unterscheidet sich sehr oft – dadurch kommt es zu einem interessanten Informationsaustausch

6.2.2 Die Auswahl der Teilnehmer der Fokusgruppe

Im Rahmen meiner Diplomarbeit handelt es sich um Mitarbeiter der Ignaz- Semmelweis-Frauenklinik.

Die größte Herausforderung für mich war es, für diese Gruppe einen geeigneten Termin zu finden an dem sich alle, neben ihren beruflichen und familiären Verpflichtungen, ausreichend Zeit nehmen konnten.

In einem Mail an alle Teilnehmer, habe ich in kurzen Worten beschrieben worum es in meiner Diplomarbeit geht, welche Fragen mir dabei besonders wichtig sind und einen Termin angeboten, mit der Bitte um Rückmeldung.

Der Grund warum ich mich für die Fokusgruppe als Instrument entschieden habe war, dass ich Mitarbeiter aus den verschiedensten Bereichen der Klinik gemeinsam befragen wollte. Durch den Austausch untereinander im Rahmen der verschiedenen Professionen konnte ich viel Datenmaterial innerhalb von zwei Stunden gewinnen. Durch diesen Meinungsaustausch untereinander gewann ich einen Einblick der Ansichten im Ganzen.

Die Fokusgruppe der Untersuchung bestand aus Personen verschiedenster Einrichtungen in der Semmelweis Frauenklinik.

Aus dem Bereich der Wochenbettstation vier Teilnehmerinnen (drei Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS), eine Diplomierte Kinderkrankenschwester) - eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester aus dem Ambulanzbereich, eine Sozialarbeiterin (SOZ), eine Hebamme (HEB), und eine Psychologin (PSY).

So war es möglich, verschiedene Betrachtungsweisen und Ansichten im Zusammenhang mit Sprachbarrieren und Strategien herauszufiltern und darüber gemeinsam zu diskutieren.

Drei Teilnehmerinnen hatten einen Migrationshintergrund – sie kamen aus Polen und Deutschland.

Die Teilnehmer der Fokusgruppe aus den verschiedenen Berufsgruppen sind in der folgenden Abbildung 14. dargestellt:

Teilnehmer	Berufsfeld	Geburtsland
Teilnehmer A	DGKS	Polen
Teilnehmer B	DGKS	Österreich
Teilnehmer C	DGKS	Polen
Teilnehmer D	DGKS	Österreich
Teilnehmer E	SOZ	Österreich
Teilnehmer F	DKKS	Österreich
Teilnehmer G	PSY	Österreich
Teilnehmer H	HEB	Deutschland

Abb. 14. Teilnehmer der Fokusgruppe (eigene Darstellung)

6.2.3 Der Ablauf des Gespräches in der Fokusgruppe

Das Gespräch fand in einer ruhigen und entspannten Atmosphäre statt.

Zu Beginn des Gespräches wurden die Teilnehmer begrüßt und die Fragen nochmal kurz erörtert. Da alle Teilnehmer aus der gleichen Klinik kamen – was ja Voraussetzung für die Fokusgruppe bzw. für das Ergebnis war – wurden in dieser Diskussion viele Informationen, Hintergründe und Probleme besprochen.

Das Alter der Teilnehmerinnen lag zwischen dreißig und neunundvierzig Jahren. Die damit verbundene Berufserfahrung (einige der Teilnehmerinnen sind schon seit mehr als zehn Jahren in der Semmelweis Frauenklinik tätig) hatte zur Folge dass sich die Erfahrungen im Umgang mit Migrantinnen deutlich heraus kristallisierten.

Das Gespräch war lebendig und teilweise emotional, vor allem von den Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund, wenn es um den Austausch bezüglich Deutschkenntnissen ging. Die Aufgabe des Moderators war es, die Gemüter wieder zu beruhigen und zum eigentlichen Thema über Sprachliche Barrieren und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Migrantinnen auf einer Wochenbettstation zurückzukommen.

Das Sampling der Daten war erfolgreich da die Teilnehmer aus den differenziertesten Bereichen kamen und die Fülle an Informationen sehr weitreichend war.

Folgende Fragen wurden dabei erörtert:

- *Wo sehen Sie in Bezug auf Sprachbarrieren die größten Herausforderungen und wie gehen Sie damit um?*
- *Welche Hilfestellungen/Angebote/Instrumente sollten bereitgestellt sein oder werden, um die mit pflegerischen Tätigkeiten verbundenen Maßnahmen wie Unterstützung, Anleitung, Informationsweitergabe und beste Betreuung der Migrantinnen zu gewährleisten?*

Die Inhalte des Austausches der Fokusgruppe wurden auf Tonband festgehalten und anschließend transkribiert. Das transkribierte Material in dem die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet ist wurde anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse bearbeitet. Es gab keinen Interviewleitfaden. Die Fokusgruppendifkussion dauerte insgesamt zwei Stunden.

6.3 Methode der Datenauswertung

Das gewonnene Material aus der Fokusgruppe wurde wortgetreu transkribiert und an Hand der „zusammenfassenden Inhaltsanalyse“ nach Mayring ausgewertet.

Im folgenden Abschnitt wird die qualitative Auswertung in acht Schritten beschrieben (Mayring, 2008).

6.3.1 Die qualitative Inhaltsanalyse

Der Grundgedanke:

„ Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring 2002, S. 114).

Das Besondere einer Inhaltsanalyse ist, dass sie *Kommunikation* und *fixierte Kommunikation* auswerten möchte und dabei auf ein systematisches Vorgehen Wert legt. Das bedeutet, dass die Inhaltsanalyse regelgeleitet und theoriegeleitet ist außerdem möchte sie *„Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation“* ziehen (Mayring 2007, S.12-13).

6.3.2 Die Methodologische Beschreibung

Dieses „allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell“ beinhaltet folgende Schritte (Mayring, 2003):

- 1.) Festlegung des Materials
- 2.) Analyse der Entstehungssituation
- 3.) Formale Charakterisierung des Materials
- 4.) Festlegung der Analyserichtung
- 5.) Theoretische Differenzierung der Fragestellung

- 6.) Bestimmung der Analysetechnik
- 7.) Definition der Analyseeinheit
- 8.) Durchführung der Materialanalyse

Ad1) Festlegung des Materials

Im Rahmen des Samplings der Daten ist in diesem Fall die inhaltlich-reduktive Vorgehensweise angebracht.

Beim Ausgangsmaterial handelt es sich um die gewonnenen Daten einer Fokusgruppe an der acht Personen teilgenommen haben.

Im Rahmen der Arbeit wurden alle Textpassagen ausgewählt die sich auf den Gegenstand der Forschungsarbeit bezogen haben.

Ad 2) Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnehmer der Fokusgruppe wurden persönlich von der Forscherin kontaktiert und ausgewählt. Die Teilnahme an der Diskussion war freiwillig. Der Ort an dem die Fokusgruppe stattfand, wurde gemeinsam mit der Forscherin beschlossen. An der Diskussion nahmen nur die Teilnehmer und die Forscherin teil.

Ad 3) Die formale Charakterisierung des Materials

Die Daten, die sich im Rahmen der Fokusgruppe ergaben wurden mit Zustimmung aller auf einem Tonband aufgezeichnet und für alle Teilnehmer nachvollziehbar durch eine schriftliche Transkription zu Papier gebracht.

„Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung eines verbal erhobenen Materials hergestellt, dadurch wird eine ausführliche interpretative Auswertung möglich“ (Mayring, 2002, S.89).

Da für diese Forschungsarbeit nur die inhaltlichen Perspektiven im Vordergrund stehen wurden nonverbale Äußerungen nicht dokumentiert.

Die verschiedenen Stimmungslagen wurden in den Textpassagen unterstrichen, um so zu verdeutlichen, dass eine anregende Diskussion stattgefunden hat. Um die Anonymität der einzelnen Teilnehmerinnen zu wahren wurden Eigennamen durch Buchstaben ersetzt bzw. decodiert.

Ad 4) Festlegung der Analyserichtung

Im nächsten Schritt ist zu klären was aus dem vorliegenden Material herausinterpretiert wird.

Dazu merkt Mayring (2008) an: *“Ohne spezifische Fragestellung, ohne Bestimmung der Analyse ist keine Inhaltsanalyse denkbar.”*

Die Teilnehmer der Fokusgruppe, sind dazu aufgerufen, an Hand der verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand ihre persönliche Meinung, Erfahrung und Wissen weiterzugeben.

Ad 5) Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Mayring definiert Theorie „als System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand“ (Mayring 2008). Das bedeutet, dass eine Theorie die Beschreibung von erzielten Erfahrungen anderer über einen Gegenstand ist. Die theoriegeleitete Interpretation bedeutet also, an diesen Erfahrungen anzuknüpfen um neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Im Rahmen der Diplomarbeit war es schwierig viele neue Erkenntnisse zu gewinnen. Da in der Literatur viele dieser Feststellungen bereits erforscht sind. Im Zusammenhang mit Sprachbarrieren und Bewältigungsstrategien sind allerdings auch interessante Studien zu lesen wie zum Beispiel Alexander Bischoff (2006) in seiner Arbeit „Dolmetschen im Spital“, auf die später noch eingegangen wird. Was trotzdem auffällt ist, das an der

Umsetzung oder Implementierung von Bewältigungsstrategien in Gesundheitseinrichtungen noch einiges nachzuholen beziehungsweise zu initiieren ist.

Ad 6) Bestimmung der Analysetechnik

Die inhaltliche Strukturierung wird durch die Grundform des Interpretierens ausgedrückt. Hier ist das Ziel, Aspekte aus dem vorliegenden Material zusammenzufassen.

Durch Paraphrasieren, Verallgemeinern und weiteren Reduktionen werden die extrahierten Textstellen zusammengefasst, um „durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen“ (Mayring, 2008, S. 85).

Ad 7) Definition der Analyseeinheit

In dieser Analyseeinheit werden jene Textstellen des Protokolls der Fokusgruppe ausgewählt, die auch ausgewertet werden sollen. Die Auswahl eines Kategoriensystems ist hier von Bedeutung, und „stellt das zentrale Instrument der Analyse dar“ (...) und ermöglicht so, dass andere ebenfalls die Analyse nachvollziehen können (vgl. Mayring, 2008, S. 43).

Die Kernpunkte der Fragestellung im Rahmen der Fokusgruppe lagen in den Herausforderungen und den Umgang in Bezug auf Sprachbarrieren und welche Möglichkeiten der Hilfestellung, Angebote oder Instrumente von den Pflegepersonen erwartet werden können.

Der Text wurde auf diese Themen hin untersucht und entsprechend markiert um eine Zuordnung zu erleichtern.

Ad 8) Durchführung der Materialanalyse

In dieser Phase werden Inhalte so reduziert, dass Aussagen daraus resultieren, die das vorliegende Material umschreiben.

„Das Material wird immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden. Der Interpret muss angeben, auf welchen Teil im Kommunikationsprozess er seine Schlussfolgerungen aus der Materialanalyse beziehen will“ (Mayring, 2008, S. 42).

An Hand dieses Leitfadens von Mayring, konnten wie im nächsten Kapitel beschrieben hinreichend Daten gewonnen und ausgewertet werden.

7. Ergebnisse der Fokusgruppe

Die Ergebnisse der Auswertung der Fokusgruppe ergab folgendes Bild.

In Verknüpfung mit den Fragen haben sich drei Dimensionen gebildet die in den folgenden Abschnitten noch weiter kategorisiert und eingeteilt werden.

Um die Meinungen der Fokusgruppenteilnehmer zu verdeutlichen, werden die Ergebnisse in Kursivschrift verfasst, außerdem wird der Text noch zusätzlich mit einem Buchstaben und einer Zahl in Klammer angegeben.

Der Buchstabe gibt die Fokusgruppenteilnehmerin an, die Zahl dahinter die jeweilige Zeilennummer der Diskussion.

Die drei Dimensionen sind:

- A Wahrgenommene Probleme, die unter Herausforderung definiert sind*
- B Umgang, der unter Schwierigkeiten im Klinikalltag definiert ist*
- C Unterstützung, Strategien zur Unterstützung*

Diese Dimensionen sind teilweise noch in Untergruppen aufgeteilt.

7.1. Herausforderungen

Folgende Herausforderungen mit denen sich Pflegepersonen an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik konfrontiert sehen:

- ❖ Sprachenvielfalt
- ❖ Keine oder geringe Deutschkenntnisse
- ❖ Bildungsniveau
- ❖ Gehörlose Migrantinnen
- ❖ Dolmetscherverfügbarkeit
- ❖ Community

A Unterteilung der wahrgenommenen Probleme:

- Sprachenvielfalt der Klientinnen – Türkisch, Slawische Sprachen, Tschetschenisch, afrikanische Sprachen, Chinesisch, Arabisch
- Keine oder sehr geringe Deutschkenntnisse
 - Zugang um Deutsch zu lernen
 - Medizinische Wörter in einer fremden Sprache – Bedeutung
 - Viele der Frauen sind erst sehr kurz in Österreich/Integration
 - Behandlung nur von einer Ärztin
- Bildungsniveau
 - Analphabeten
- Gehörlose Migrantinnen
- Dolmetscherverfügbarkeit
 - Familienmitglieder/Minderjährige fungieren als Übersetzer
 - Übersetzt der Ehemann alles richtig?
- Kulturgemeinschaften (Communitys)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die genannten Herausforderungen den Pflegealltag im Umgang mit Migrantinnen sehr beeinflussen. Angefangen von der Vielfalt der Sprachen, denen man täglich begegnet über sehr geringe oder gar keine Deutschkenntnisse – und nach einer Übersetzungsmöglichkeit gesucht wird, die dann oft

der Ehemann übernimmt, wobei nicht immer ganz geklärt werden kann, ob alles übersetzt wird was gesagt wurde. Hier spielt das Bildungsniveau eine große Rolle, da ein Anteil der Migrantinnen Analphabeten sind, oder erst sehr kurz in Österreich leben und nicht die Möglichkeit haben Deutsch zu lernen. Gehörlose Klientinnen werden oft von Familienmitgliedern in das Spital begleitet, oder sie nehmen bereits einen eigenen Übersetzer zur Unterstützung in die Klinik mit. Im Zusammenhang mit der eigenen Kultur und dem Schamgefühl möchten Migrantinnen nur von einer Ärztin behandelt werden – hier ist der Einsatz der Pflegeperson gefordert diesen Wunsch zu erfüllen. In vielen Fällen ist das auch möglich – Ausnahmen gibt es immer.

7.1.1 Sprachenvielfalt und damit die verbundenen Sprachbarrieren

Durch die vielen verschiedenen Kulturen aus denen Migrantinnen kommen, gibt es eine Menge an unterschiedlichen Sprachen, mit denen das Pflegepersonal Tag täglich konfrontiert ist. Die Hilflosigkeit in Bezug auf die Sprachenvielfalt macht sich einerseits bei Pflegehandlungen bemerkbar, die der Wöchnerin erklärt werden oder wenn man auf die Übersetzung eines Familienangehörigen zurückgreifen muss und der Eindruck entsteht, es wurde nicht alles übersetzt.

..wenn man an die Kaiserzeit denkt, da waren auch viele Länder zusammen(,) viele Tschechen oder Polen und Slowaken...(C, 339 - 340)

...man sieht das ja auch bei den Namen...(B, 341)

...für mich ist es gut (,) eben in Englisch, aber zB. in Französisch, da kann ich mich nicht so gut ausdrücken(,) wie z.B. über Gefühle sprechen (,) oder sehr persönliche Dinge (,) und dann ist der Mann dabei und der übersetzt und dann ist es auch nicht immer leicht, wenn es um persönliche Belange geht (,) weil ich eigentlich mit ihr alleine reden wollte(G, 95 - 98).

... aber ich sag dir, auch als Migrantin hat sie diese Angst und eine Sprachbarriere, dort anzurufen (,)wie macht sie das und so, dass ist sicher du musst jemanden bitten, dass er für dich anruft (A, 193 - 195).

...eine Mutter wollte ambulant entlassen werden und ich hab dann versucht für sie eine Hebamme zu organisieren und Zehn haben mir abgesagt (,) dass ist so schwierig und sie hat nicht gut deutsch gesprochen und eigentlich sollen wir das ja gar nicht machen, aber ich finde das wäre schon sehr wichtig (C, 196 - 199).

...man hat immer das Gefühl es gibt ein Missverständnis... (G, 483).

Durch die Sprachenvielfalt, haben Pflegepersonen oft das Gefühl, etwas zu missverstehen oder die Klientin nicht mit ausreichenden Informationen versorgt zu haben.

7.1.2 Keine oder sehr geringe Deutschkenntnisse

Ein Thema, dass in den Medien immer wieder zur Sprache kommt, ist der Zugang für MigrantInnen Deutsch zu lernen. Der Zugang um Deutsch zu lernen ist einerseits erschwert, weil Migrantinnen sehr oft zu Hause sind, keine geregelte Arbeit haben und ihre Kinder versorgen. Auf der anderen Seite wird die Frau vom Ehemann daran gehindert Deutsch zu lernen oder Kurse zu besuchen. Im Zusammenhang damit ist die Betreuung auf der Wochenbettstation aufwendig vor allem, wenn es um Diagnosen oder Krankheitsbilder im Konsens mit medizinischen Begriffen geht die erklärt werden müssen, um den Eltern die Bedeutung näher zu bringen.

...ich kann nur von mir sprechen – ich habe selber Deutsch lernen müssen und wenn du dich bemühst kann jeder Deutsch lernen – zu C: du weißt das auch! Den Leuten wird es zu leicht gemacht(A, 18 - 20).

...und nicht alle sind sprachlich begabt, dass darf man auch nicht vergessen (C, 25).

...na also, ich sag`s dir, es geht nicht nur um Begabung...(A, 26).

... aber auch (C, 27).

...wenn du in dem Land lebst und wenn du willst kannst du jede Sprache lernen (,) aber die Leute wollen das nicht (A, 28 - 29).

...aber es gibt doch viele Männer, die ihre Frau erst gar nicht Deutsch lernen lassen (E, 41).

...es gibt ja im Kindergarten dieses „Mama lernt Deutsch“ aber das machen auch nicht viele – oder weil sie auch andere Kinder daheim haben und das eh nicht gehen würde ...(E, 43 - 45).
...man merkt das auch oft , wenn man Patientinnen hat, (türkisch) die nicht so schlecht deutsch sprechen – und kaum ist der Mann dabei verstehen sie gar nichts mehr und der übersetzten dann alles (B, 46 – 48).

...oder die Reverse (,) Katastrophe weil du musst, du darfst nur dann einen Eingriff machen wenn sie sagt, ich habe verstanden (,) in der gynäkologischen Ambulanz ist es vielleicht weniger, aber in der Schwangerenambulanz...(A, 68 - 70).

...in dem Moment wo du eine aktive Mitarbeit bräuchtest, ist es sehr schwierig (,) wenn das eine Mehrgebärende ist, die schon Erfahrung hat ist es viel leichter oder egal, mit der musst du nicht viel reden (B, 71 - 73).

...so wie ich es letzte Woche (,) wo eine rumänische Frau die nicht Deutsch spricht und das Kind Gelbsucht hatte – und der dann zu erklären was das heißt – dass das Kind jetzt nicht sehr schwer krank ist, sondern die Behandlung eh Standard findet (,) das ist wirklich nicht einfach. Angst spielt auch eine große Rolle – das Kind kommt jetzt weg in einen Apparat rein – es leuchtet auf einmal blau...(E, 74 - 78).

...viele Frauen sind erst sehr kurz in unserem Land, werden schwanger und sind schon im Spital und können sich überhaupt nicht verständigen...(G, 273 -274).

Pflegepersonen sind gefordert, mit unzureichenden oder gar keinen Deutschkenntnissen der Migrantinnen zurechtzukommen.

7.1.3 Bildungsniveau

Immer wieder wird das Bildungsniveau der Migrantinnen hervorgehoben, wobei es aber nicht bewiesen ist, dass alle Migrantinnen ein niedriges Bildungsniveau haben. Allerdings ist zu bemerken, dass viele der Klientinnen erst sehr kurz in Österreich leben, wenig bis kein Deutsch sprechen und teilweise auch Analphabeten sind.

...Bildungsniveau ist ein Problem ... (D, 82).

...aber eben, dass sie einen Text lesen und unterschreiben müssen, das ist ja auch schwierig, dass muss ja auch erklärt werden...(G, 179-180).

...der Stillbrief das ist das beste Beispiel, den bekommen die Frauen in allen möglichen Sprachen und sie sagen ja ich kann es eh lesen, und dann fragst du sie was drinnen steht und sie wissen aber nicht was drinnen steht, weil sie es nicht verstanden haben weil sie nicht lesen können...(D, 164-167).

...du meinst weil sie es nicht lesen können, weil sie Analphabeten sind?(G, 168).

...lesen und verstehen sind zwei ganz verschiedene Dinge...(A, 169).

Das Bildungsniveau vom Migrantinnen ist sehr unterschiedlich. Einige haben eine sehr gute Ausbildung, oft ein Studium abgeschlossen, andere können weder lesen noch schreiben.

7.1.4 Nicht vorhandene Dolmetscherverfügbarkeit

Das Problem der Dolmetscherverfügbarkeit hat sich als eine der größten Forderungen des Krankenpflegpersonals herausgestellt. Immer wieder muss auf Familienmitglieder, Kinder oder Reinigungspersonal zurückgegriffen werden. Die wenigen Pflegepersonen mit eigenem Migrationshintergrund sind auch nur dann verfügbar, wenn sie im Dienst sind.

...weißt du wie peinlich das ist – manchmal habe ich Patientinnen in der Familienplanung oder am Vormittag und das Kind kommt als Dolmetsch...(A, 49 - 50).

...da geht auch immer etwas verloren, weil man merkt, man redet und erklärt eine gewisse Zeit und der Mann redet dann nur sehr kurz und ich denke mir, der kann doch nicht schon alles übersetzt haben in dieser kurzen Zeit, das ist unmöglich (lacht)(B, 100 - 102).

... wenn man bei uns schaut, wer eine Fremdsprache kann, ist ja auch nur eine Handvoll (,) auf der Wochenbettstation...(M, 253 - 254).

...und die Muttersprache bei einigen Kollegen (,) genau...(D, 255).

...viele kommen mit einem der übersetzten kann(,) oder wenn es um eine Operation geht, muss sie am nächsten Tag nochmals kommen und da kann erst übersetzt werden (,) sie bekommt die Reverse mit (,) ist aber nur mit Dolmetsch machbar (A, 458 – 460).

...dann kommt auch noch die medizinische Vorbildung oder Info dazu, also die Fachausdrücke. Also wie soll das eine Abteilungshelferin tun (,) also ich mag das nicht, weil ich mir nicht ganz sicher bin ob ich das gut übersetzen kann...(A, 464 – 466).

...auch in Polnisch, obwohl das meine Muttersprache ist, war es für mich schwierig den Revers und eine Curettage zu übersetzen (,) oder einen histologischen Befund (,) das war nicht einfach für mich zu übersetzen (A, 473 – 475).

Ein großes Problem im Umgang mit Sprachbarrieren, ist die Verfügbarkeit eines Dolmetschers vor Ort – im Zusammenhang damit, dass unterschiedliches Personal (Reinigung) zur Übersetzung herangezogen wird.

7.1.5 Community

In einigen Statements wird immer von den Communitys und über den Zusammenhalt im eigenen Kulturkreis berichtet. Durch den Zusammenhalt in der eigenen Familie ist ein Zugang oder ein Vertrauensaufbau zur Frau oft erschwert weil diese Community so stark ist und die Familie die Frau unterstützt. Sie bekommt sehr viel Besuch in der Klinik und es werden Nahrungsmittel gebracht um die Frau zu versorgen, obwohl das nicht notwendig ist.

Jüdische Klientinnen erhalten ein eigenes Essen – das „koscher³“ ist und von einer eigenen Küche aus dem Maimonides Zentrum in die Semmelweis-Frauenklinik direkt zur Klientin gebracht wird.

³ Koscher (jiddisch von hebräisch: כּאָשֶׁר *kascher*, aschkenasische Aussprache: *koscher*, deutsch: „geeignet“, „tauglich“, „rein“)

..die türkische Community ist sehr groß und rücken da zusammen und haben Lokale und Geschäfte (,) sind ständig unter sich...(E, 376).

...bei den türkischen Frauen wenn dann (,) ein Mann dolmetscht, das wollen sie nicht und auch aus dem iranischen Raum weiß ich auch, dass die das überhaupt nicht wollen – weil die so eine starke Community haben, das sie Angst haben, dass die anderen aus der Community etwas erfahren...(E, 66-69).

Familie und Familienzusammenhalt hat in vielen Kulturen eine sehr große Bedeutung.

7.2 Schwierigkeiten im Klinikalltag

B Umgang mit Schwierigkeiten

Im Umgang mit Schwierigkeiten kam es zu folgenden Ergebnissen:

- ❖ Überforderung
- ❖ Verkürzte Aufenthaltsdauer, Zeitmangel und Zusammenarbeit
- ❖ Individualität

Überforderung in dem Zusammenhang, dass in relativ kurzer Zeit – wie schon erwähnt – von drei bis vier Aufenthaltstagen, viel Information an die Frau weiterzugeben ist. Jede Wöchnerin ist in ihrer Individualität einzigartig – zu einigen baut man relativ schnell ein Vertrauen auf und kann sie und das Neugeborene adäquat betreuen. Andere Mütter wiederum ziehen sich zurück – wenn dann eine Sprachbarriere die Betreuung zusätzlich beeinträchtigt sind Probleme zu erwarten.

7.2.1 Überforderung

- Personalreduzierung
- Eine Frauenärztin zu Verfügung zu stellen
- Zeitliches Problem und damit verbunden Informationsweitergabe

Durch die Personalreduzierung und das immer größer werdende Patientengut der KlientInnen mit Migrationshintergrund, stellt verschiedene Gesundheitseinrichtungen vor viele Probleme. Die Überforderung zeigt sich durch die Personalreduzierung, verbunden damit, die adäquate Informationsweitergabe die immer weitreichender wird und schließlich der Zeitmangel der oft eine große Rolle spielt.

...aber Zeit für Gespräche haben wir auch nicht großartig...(D, 187).

...eh nicht...(F, 188).

...aber ich glaube, das geht bei uns manchmal auch nicht anders, weil die Zeit eh so knapp ist und weil in kurzer Zeit immer soviel passieren muss, dass man ungeduldig wird oder ist (E, 383 – 385).

Pflegepersonen die in diesen Einrichtungen arbeiten sind besonders betroffen, da die vorhandenen Ressourcen teilweise nicht ausreichen.

7.2.2 Verkürzte Aufenthaltsdauer

- Viele Informationen – Verarbeitung
- Empathie
- Freundlichkeit
- Geduld

Eine Herausforderung in Bezug auf die verkürzte Aufenthaltsdauer (anm. durch Einsparungsmaßnahmen ist die bisherige Aufenthaltsdauer der Wöchnerinnen an der Semmelweis-Frauenklinik von 5 bzw. 6 Tagen auf 3 bzw. 4 Tagen reduziert worden) damit verbunden ist eine inadäquate Informationsweitergabe an die Migrantinnen aus Zeitmangel.

Eine Patientengerechte Betreuung widerspiegelt sich in der Geduld und die Empathie, die Pflegepersonen aufbringen, um eine ganzheitliche Pflege zu gewährleisten. Empathie ist erforderlich, um eine Beziehung zur Klientin aufzubauen und Geduld um Fragen rund um die Betreuung des Neugeborenen zu beantworten.

...da die Aufenthaltsdauer auch eingeschränkt ist, kann es auch ein Nachteil sein...(E, 189).

...auch zur Geburt (,) du wirst ja überhäuft mit Infomaterial - mit Zettel etc. und auch mündliche Information (,) das strömt auf dich ein - und die neue Situation mit dem Baby(,) und manchen geht es dann eh nicht so super – und die Aufnahmekapazität ist irgendwann erschöpft – dass kommt auch noch dazu...(E, 176 – 179).

...ich glaube, dass das Kulturverständnis vielen fehlt(,) und sie ist nur kurz auf unserer Station und ich muss mich darauf einstellen (,) die Patientin kann nicht umdenken (,) ich kann sie fördern das sie mitmacht...(C, 398 - 400).

...das interessiert leider nicht so viele (,) auch die Nettigkeit (,) obwohl du das nicht verstehst, aber du fühlst dich wohl, wenn jemand zu dir nett ist...(A, 402-403).

...im Nachtdienst hast du oft mehr Zeit dich mit der Frau zu verständigen...(D, 429).

Im Pflegealltag sind diese Anforderungen für Pflegepersonen nicht leicht zu bewältigen, da nicht nur eine Patientin zu betreuen ist, sondern oft sechs bis acht Frauen und ihre Neugeborenen.

7.2.3 Individualität

- Minderwertigkeitsgefühl
- Aktive Mitarbeit

Der Begriff Individualität (lat: Ungeteiltheit) bezeichnet im weitesten Sinne die Tatsache, dass ein Mensch oder Gegenstand einzeln ist und sich von anderen Menschen beziehungsweise Gegenständen unterscheidet.

Im Zusammenhang mit der Individualität stehen die Personen, die aus den unterschiedlichen Kulturen kommen im Mittelpunkt der Betreuung, weil jede Person mit Migrationshintergrund individuell einzigartig ist. Je mehr die Pflegeperson über die verschiedenen Kulturen weiß, umso einfacher ist die Betreuung. Wie Cambinha-Bacote in Ihrem Modell anmerkt, ist diese Einstellung ein langer Prozess, der erst dadurch gefestigt ist, in dem sich die Pflegeperson mit diesem Pflegeprozess auseinandersetzt.

...auch die Individualität geht verloren und das ist auch der Zeitmangel den wir haben...(E, 412 - 413).

...auch die eigene Unzufriedenheit reflektiert das ganze...(C, 414)

...und das spielt auch eine Rolle, wie gehe ich dann auf die Patientinnen ein...(H, 415).

...aber wenn jetzt die Patientin dich braucht (,) was machst du, wie kann ich darauf eingehen (D, 378 – 379).

...na ja, nett sein, ruhig sprechen, geduldig sein, der Ton ist sehr wichtig (,) da fängt es schon an. Wenn ich merke die Patientin versteht mich nicht, versuche ich es langsam und gehe auch auf die Psyche ein (,) einfach freundlich sein (C, 380 – 382).

...und auch der Respekt ist wichtig (,) allen Patientinnen gegenüber, plötzlich ist da ein Baby, um das ich mich kümmern muss und die fremde Umgebung und wenn sie dann kein Deutsch können, kommt das noch dazu...(E, 404- 406).

...aber das ist mein Beruf, mit dem ich mich auseinandersetzen sollte (,) das ist professionell...(D, 407 -408).

...ich würde halt jedem raten, Deutsch zu lernen (,) man fühlt sich besser und hat keine Minderwertigkeitskomplexe (A, 387 – 388).

Zusammenfassend wird festgestellt, dass durch den reduzierten Aufenthalt der Klientin in der Klinik und durch den damit verbundenen Zeitmangel, um eine adäquate Betreuung der Frau zu gewährleisten, eine Überforderung oft nicht zu verhindern ist.

7.3 Strategien zur Unterstützung

C Geforderte Unterstützung

- ❖ Dolmetscherdienste vor Ort
- ❖ Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter
- ❖ Miteinbeziehen des Ehemanns/Familie in die Betreuung der Frau

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass immer wieder Dolmetscherdienste vor Ort gefordert werden. In einigen Beispielen, die in der Fokusgruppe genannt wurden, ist erkennbar, dass hier der Anspruch am deutlichsten ist. Dolmetscherdienste sind in der Semmelweis-Frauenklinik über die Krankenanstalt Rudolfstiftung zu beziehen – das erfordert Geduld und Zeit, denn eigentlich wird der Dolmetscher in der Situation sofort gebraucht. In vielen Fällen wird auf das Klinikpersonal zurückgegriffen, um verschiedene Informationen zu Übersetzen.

Mitarbeiter äußern immer mehr den Wunsch Fortbildungen im Zusammenhang mit der „Transkulturellen Pflege“ zu besuchen. Im Fortbildungsanzeiger des KAV werden unterschiedliche Veranstaltungen zu diesem Thema angeboten. Die Pflege hat von der Organisation die Unterstützung die sie braucht. Familienverbände stellen oft eine gute Unterstützung der Pflege dar, weil sie Angehörige, die in der Klinik sind oft besuchen, und sich auch um sie kümmern.

7.3.1 Dolmetscher

- Weibliche und männliche Dolmetscher
- Pilotprojekt Videodolmetsch
- Viele Fachausdrücke übersetzten lassen
- Kolleginnen mit Migrationshintergrund bitten zu übersetzen
- Diverse Informationen in verschiedene Sprachen übersetzen lassen – vorhandenes Material überprüfen
- Informationsgespräch in anderen Sprachen anbieten

Die größten Probleme der Pflegepersonen spiegeln sich in den vielen Beispielen, die in der Fokusgruppe deutlich geworden sind. Auch das „Projekt Videodolmetsch“, das im Frühjahr 2013 in der Ignaz- Semmelwie-Klinik implementiert wird, hat viele positive Reaktionen hervorgerufen.

Eine Unterstützung der Pflege sind die verschiedenen Informationsblätter, die in den verschiedensten Sprachen abgefasst sind. Da Mitarbeiterinnen mit eigenem Migrationshintergrund auf der Wochenbettstation arbeiten, sind diese selbstverständlich bereit, sich als Dolmetscher zur Verfügung zu stellen.

Das Pilotprojekt Videodolmetscher hat eine große Zustimmung in der Gruppe hervorgerufen.

...dass es ein Projekt zum Thema Dolmetsch mit Videofunktion geben wird (M, 7 – 8).

... ja (,) im Frühjahr startet das...(A, 14).

...es ist nicht nur eine Erleichterung für die Leute sondern für uns dann (,) im Endeffekt...(E, 23 – 24).

...das finde ich gut, dass es das Videodolmetschen gibt (G, 53).

...es ist auch die Frage, ob die Patientinnen, dass dann über den Dolmetsch machen werden(,)(A, 55 – 56).

...das werden wir sehen oder..?(G, 57).

Gehörlose Migrantinnen sind selten, aber doch immer wieder auf einer geburtshilflichen Abteilung anzutreffen.

...aber soviel ich weiß, gibt es einen Verein für Gehörlose, die einen Übersetzer zur Verfügung stellen...(E, 449 – 450).

Ein viel diskutierter Punkt im Zusammenhang mit der Bildung war, ob der Dolmetscher das Problem erfassen, und mit unkomplizierten Worten wiedergeben kann:

...aber der Dolmetscher – vielleicht müsste der das dann ja umschreiben können (,) vielleicht holt er sich vorher Informationen oder er sieht sie...G, 83 – 84).

... (,)aber die müssen einen medizinischen Hintergrund haben um dolmetschen zu können (,) angestellt von einer Fremdfirma mit medizinischem Hintergrund (A, 85 – 86).

Auch die Frage, ob man sich einen weiblichen Dolmetscher aussuchen kann, weil Migrantinnen zu einer Frau mehr Zugang haben als zu einem fremden Mann, hat die ganze Fokusgruppe beschäftigt.

.aber wie ich im Praktikum war in der Rudolfstiftung (,) da gibt es viele Dolmetscher, dass ist total toll (,) vor allem bei Reversen⁴, Anamnesen oder bei psychologischen Beratungen (C, 102 -104).

...ja, die sind abrufbereit (,) und viele Sprachen möglich – vor allem die türkische Dolmetscherin, sie ist dann gekommen (,)innerhalb einer Stunde (C, 106 -107).

...gut, Polnisch kann ich natürlich, aber in Russisch weiß ich nicht alle Ausdrücke...(C, 466).

...vor allem Krankheiten (,) ich kann alles übersetzten aber manchmal muss ich die Putzfrau holen und da geht es dann doch über Zusammenhänge oder wenn du etwas erklärst...(A, 467 – 469).

⁴ Ein Revers ist allgemein ein „Verpflichtungsschein“ Grundlage jeder medizinischen Hilfe ist das Einverständnis des Patienten.

...ich denke es ist wichtig, dass du dir einen Mann oder eine Frau aussuchen kannst(,) denke ich...(G, 123 – 124).

...gerade auf der Wochenbettstation, ist das sehr wichtig...(D, 125).

...ich finde, es sollte einmal ein Infonachmittag in türkisch abgehalten werden (,) einmal im Monat und die würden dann davon profitieren (,)... (B, 213 – 214).

...aber weißt du, es ist einmal im Monat eine türkische Hebamme gekommen und hat mit türkischen Frauen gesprochen(A, 218 – 219).

...ich habe ja auch viele Infoblätter über die Behördenwege, in auch ausgefalleneren Sprachen wie Chinesisch oder Arabisch (,) Albanisch habe ich, das war es schon...(E, 245 – 246). Die einzigen Dolmetscher, die wir bei der MA 11 zur Verfügung haben sind Türkische, Polnische, Kurdische und Serbokroatische und das war `s. Besser als nix...(E, 250 – 251).

...einen Pool an Dolmetscher/Innen (,) die auch medizinische Vorbildung haben (,) die greifbar sind... (G, 493 – 494).

...und die sich auch für das Thema interessieren...(D, 495)

Dolmetscher erfüllen eine wichtige Aufgabe in Bereichen wo verschiedene Kulturen und damit verbundene Sprachenvielfalt den Alltag beherrschen.

7.3.2 Schulung der Mitarbeiter

- Transkulturelle Pflege/ kulturelle Unterschiede - Fortbildungen
- KAV-Qualitätsmanagement – kontaktieren – Informationsmaterial

Neben der Schulung und Fortbildung von Mitarbeitern in den unterschiedlichen Bereichen steht auch immer die Frage nach genügend Informationsmaterial für

MigrantInnen in verschiedenen Sprachen und die Unterstützung der Organisation (KAV – Qualitätsmanagement) zur Diskussion.

... multikulturelle Pflege Angebote...(D, 401).

...das Interesse an anderen Kulturen zeigen(,)...(A, 396).

...also mehr Infoblätter auch in andere Sprachen übersetzten (H, 294)

...nachfragen beim KAV ob es das nicht eh schon auf mehreren Sprachen gibt...(D, 295).

...aber es gibt doch das Qualitätsmanagement, wo doch die diese Blätter in mehreren Sprachen haben müssten(D, 296).

...etwas mehr Infomaterial zB. über Fototherapie (,) abgefasster Zettel zB. in türkisch...(B, 496 – 497).

... Infomappen in den Zimmern eventuell auch in anderen Sprachen...(F, 502).

Fortbildungen zum Thema Transkulturelle Kulturen werden angeboten und die Mitarbeiter des KAV können diese besuchen und in Anspruch nehmen. Informationen dazu sind im Fortbildungsanzeiger aufgelistet.

7.3.3 Miteinbeziehung der Familie

- Klientinnen die, dieselbe Sprache sprechen, wenn es die Bettensituation erlaubt, gemeinsam in ein Zimmer legen

Der Familienverband in anderen Kulturen ist viel ausgeprägter als in österreichischen Familien. Der „Clan“ kommt die Wöchnerin jeden Tag besuchen und kümmert sich sehr um die Frau. In vielen Fällen stellt die Miteinbeziehung der Familie eine Unterstützung der

Pflegeperson dar, weil diese unter Umst Aufgaben an die Familie oder einer Bezugsperson, abgeben kann.

Wöchnerinnen die aus dem gleichen Land sind, können in ein Zimmer gelegt werden, um sich untereinander zu unterhalten, aber auch um die Pflegende bei z.B. Übersetzungen zu unterstützen.

...der Familienverband ist in vielen anderen Kulturen sehr fest, sodass Frauen oft gar nichts mehr brauchen...(F, 431 – 432).

...oder oft unterstützt dann die Schwiegermutter...(C, 291).

...ich stelle mir vor, wenn ich in einem Zimmer eine Türkin liegen habe, warum kann man die dann nicht dazu legen(,) du hast dann doch immer wieder Frauen, die dann doch Deutsch verstehen und die können dann dolmetschen – also das ist ja eine Hilfe ...(B, 259 – 262).

Die Hauptaussagen die sich im Rahmen der Strategien herauskristallisiert haben, waren der Wunsch nach einem Dolmetscher – vor Ort – um nicht immer auf diverses Personal, wie zum Beispiel die Reinigung zurückzugreifen.

Fortbildungen, die angeboten werden, vielleicht transparenter zu machen – also ein Wunsch an die Organisation, die Pflege immer wieder drauf aufmerksam zu machen, wo sie Informationen dazu findet.

7.4 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Sprachbarrieren sind eines der am häufigsten wahrgenommenen Probleme der Pflegepersonen im Betreuungskonsens mit Migrantinnen. Von den acht Teilnehmerinnen an der Fokusgruppendifkussion waren drei Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund. Auch diese bestätigen, dass Sprachbarrieren die Betreuung sehr beeinflussen und obwohl sie sich in ihrer eigenen Muttersprache mit Frauen aus diesen Ländern verständigen können, kommt es trotzdem immer wieder zu Missverständnissen. Durch die Vielfalt an medizinischen Diagnosen und speziellen Ausdrücken ist die Übersetzung dieser für sie ebenfalls eingeschränkt. Der Ruf nach professionellen Dolmetschern zieht sich durch die gesamte Auswertung der Fokusdiskussion. Für alle Teilnehmer ist es unverständlich, dass Kinder als Dolmetscher von der eigenen Familie eingesetzt werden. Vor allem im gynäkologischen Bereich, wo Intimität ermöglicht werden soll. In vielen Beispielen wird dargestellt, wie die Pflegeperson sich in verschiedenen Situationen verhalten sollte. Zum Beispiel im Zusammenhang mit gehörlosen Klientinnen (sind sehr selten aber immer wieder anzutreffen), die sich selbst um einen Dolmetscher kümmern müssen, berichtete ein Arbeitskollegin, dass die eigenen Familienmitglieder tagtäglich in die Klinik kommen um die Betreuung dieser Patientin dann zu übernehmen. Auch die Überforderung wird im Zusammenhang mit den Forderungen der Migrantinnen angesprochen – viele der Frauen möchten sich nur von Frauenärztinnen untersuchen lassen. Eine Kollegin erzählt, dass sie immer wieder versucht diese auch zu organisieren, es aber nicht immer möglich war. Ein wichtiger Faktor, der in der Gruppe immer wieder zum Vorschein kam war auch die Zeit. Sich die Zeit zu nehmen, auf die Bedürfnisse der Migrantinnen einzugehen ist oft im Rahmen des Tagesablaufes und der Strukturen die auf der Station oder in den verschiedenen medizinischen Bereichen herrschen, sehr eingeschränkt. Eine Kollegin auf der Wochenbettstation meint dazu „...im Nachtdienst hast du oft mehr Zeit dich mit der Frau zu verständigen...“(D).

Der Wunsch nach mehr Schulung im Zusammenhang mit transkultureller Pflege um einen Einblick und mehr Verständnis über die verschiedenen kulturellen Unterschiede zu bekommen ist ebenfalls eine vielgenannte Forderung. Durch die Vielzahl der Kulturen die in Österreich leben, ist es sehr wichtig, sich diesem Thema zu widmen.

Die Pflege hat in diesem Zusammenhang Unterstützung von Seiten der Führungspersonen und Krankenhausträger die entsprechende Fortbildungen zu diesem Thema anbieten. Durch die Teilnehmerinnen der Fokusgruppendifkussion, die aus den verschiedensten Bereichen der Klinik kamen, war so ein Einblick in die verschiedenen Dimensionen möglich. Der Hauptpunkt bei allen Teilnehmerinnen war, eine adäquate Informationsweitergabe zu gewährleisten umso Klientinnen mit Migrationshintergrund auch die Möglichkeit zu geben, alle wichtigen Aspekte während des Aufenthaltes in der Geburtsklinik zu erhalten. Professionelles Handeln wird immer ins Zentrum der Betreuung gestellt. Die Auseinandersetzung mit anderen Kulturen ist jetzt und auch in Zukunft wichtig, um ein Verständnis für die Menschen aus anderen Ländern aufbringen zu können.

8. Resümee

Im Rahmen der empirischen Untersuchung der Diplomarbeit haben sich zwei Hauptthemen herauskristallisiert.

Im Zusammenhang mit der Pflege von Migrantinnen aus verschiedenen Kulturen der Umgang und die Forderung an die Organisation nach Dolmetscherdiensten, um die Betreuung dieser Menschen professionell und mit Qualität durchführen zu können.

"Im Gesundheitswesen gehört internationale Vielfalt zum Alltag und die Unkenntnis über verschiedene Verständnisweisen von Krankheit und Gesundheit und die unterschiedlichen Beschreibungen von Beschwerden sind sehr problematisch. Jede Gesellschaft hat eigene Vorstellungen und Umgangsformen mit Krankheit und deren Verursachern" (vgl. Uzarewicz, 2001).

Das Interesse und die Neugier im Konsens mit Menschen die aus anderen Kulturen kommen, ist für Personen die im Gesundheitswesen tätig sind unerlässlich. Kulturen sind, wie Domenig anmerkt, gekennzeichnet durch Mischung und Durchdringung. Kulturen haben längst nicht mehr die Form der Homogenität und Absonderung. Kultur ist stark verbunden mit kultureller und religiöser Vielfalt. Das Wissen über verschiedene Bräuche, Riten oder Vorschriften anderer Kulturen, erleichtert die Betreuung von Migrantinnen in Gesundheitseinrichtungen, die Tätigkeit der Pflegepersonen. Wie z.B das Beispiel im Kapitel sieben, das koschere Essen für die jüdische Klientin zeigt.

An Hand der Zahlen der im Kapitel drei dargestellten Situation der Migrationszuwanderung in Österreich, ist zu erkennen, dass in Zukunft die Forderung nach professionellen Übersetzern viel mehr gefordert und gebraucht werden wird. Die Hilflosigkeit der Akteure in vielen Bereichen bei der adäquaten Betreuung der MigrantInnen im medizinischen Bereich ist in vielen Ergebnissen zu lesen. Damit steigen die Anforderungen an Gesundheits- und Gesundheitseinrichtungen diese Herausforderungen anzunehmen und für die Entwicklung eines Pflegeversorgungssystems vor allem für KlientInnen aus den unterschiedlichen Kulturen zu sorgen.

In vielen Publikationen und Studien wird immer wieder auf die Notwendigkeit einer kultursensiblen Pflege im Zusammenhang mit der an fremde Kulturen angepasste Pflege hingewiesen. In unserer Klinik, der Semmelweis-Frauenklinik, findet bereits viel an der Umsetzung einer kultursensiblen Pflege statt – wie zum Beispiel die Übersetzung vieler Informationen in verschiedenen Sprachen.

In der Ausbildung der Pflegepersonen sind bereits Grundlagen in den Unterricht eingebaut, die ein Verständnis und auch Neugierde für transkulturelle Pflege erwecken sollen. Im momentanen Curriculum der Ausbildung ist die Informationsweitergabe über „transkulturelle Pflege“ so gestaffelt, dass in jedem Ausbildungsjahr ein Teil behandelt wird. Von allgemeinen Informationen der unterschiedlichen Kulturen, über verschiedene Religionen, bis hin zu Riten wird transkulturelle Pflege im Zusammenhang mit Beispielen behandelt.

„Transkulturelle Pflege ist jener Bereich der Forschung und Praxis, spezialisiert auf die kulturellen Ansichten, Werte und Lebenswelten unterschiedlicher Kulturen und der Einsatz gewonnener Erkenntnisse in kulturspezifischer und kulturuniverseller Pflege von Individuen, Familien oder Gruppen bestimmter Kulturen.“ (Leininger 1995, zitiert nach Domening 2001).

Ein aktuelles Thema ist die soziale Lage und der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen für MigrantInnen wie im österreichischen Gesundheitsbericht 2011 (siehe Kap. drei) nachzulesen ist. im Gesundheitswesen sind durch ihren täglichen Umgang mit MigrantInnen einem hohen Belastungsfaktor ausgesetzt und fühlen sich dadurch häufig überfordert. Das ist vor allem durch Kommunikationsschwierigkeiten, Wissens- und Informationsdefizite, unterschiedlichen Lebenswelten oder Lebensweisen und auch die Konfrontation mit fremden Krankheits- und Gesundheitsverhalten belegt.

Im Rahmen von Sprachbarrieren und die daraus resultierenden Informationsdefizite wird in vielen Publikationen wie z.B Bischoff et al, in „Dolmetschen im Spital“ (2006) oder „Telefondolmetschen im Spital“ (2006) dazu aufgefordert Dolmetscherdienste in Gesundheitseinrichtungen zu implementieren. Wobei Bischoff et al. in ihrem Forschungsbericht noch zusätzlich anmerken, dass man Mitarbeiter dementsprechend erfassen und gezielt einsetzen müsste. Neben dem Nutzen von vermehrt mehrsprachigen Pflegepersonen und Ärzten auch der Einsatz eines externen Dolmetscherdienstes. Im Zusammenhang damit möchte ich zum Schluss noch erwähnen das unsere Klinik für ein Pilotprojekt im Rahmen eines videounterstützten Dolmetscherprogramms ausgewählt wurde.

Dieses Programm „*Pilotprojekt Videodolmetschen im Gesundheitsbereich*“ im Konsens mit der Plattform Patientensicherheit startet im Jänner 2013 und momentan laufen alle Vorbereitungen für einen gelungenen Start an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik.

LITERATURVERZEICHNIS

AKBAL S. (2001): MigrantInnen in Österreich und Europa-ihre mangelnde Integration im Gesundheitssystem und Perspektiven. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main.

BISCHOFF A. (2003): Caring for migrant an minority patients in European hospitals, A review of effective interventions,

BISCHOFF A, STEINAUER R, KURTH E. (2006): Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. Inst.f. Pflegew. Universität Basel.

BISCHOFF A, GROSSMANN F, (2006): Telefondolmetschen im Spital Inst.f. Pflegew. Universität Basel.

BINDER-FRITZ, C. (1997): Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. In C. Uzarewicz & G. Piechotta (Eds.), transkulturelle Pflege. 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, Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: Bertelsmann.

BINDER –FRITZ, C. (2004): Herausforderungen und Chancen interkultureller Bildung in der Pflege – Vortrag, Kongress in Linz

BUNDESMINISTERIUM f. Gesundheit (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht.

BORDE T, DAVID M, KENTNICH. (2000).: Migration, Frauen, Gesundheit – Perspektiven im europäischen. Kontext, Verlag Mabuse.

BORDE T. (2001): Die Versorgung von Immigrant/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David, Matthias/Borde, Theda/ Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse (3. Aufl.).

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.

CAMPINHA-BACOTE, J (2003).: *The process of Cultural Competence in the delivery of Health Care Services*, Transcultural C.A.R.E. Associates Press.

CSITKOVICS M. et al (1997): Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. MA 15/ Dezernat für Gesundheitsplanung.

DAS "MIGRANTENFREUNDLICHE KRANKENHAUS" Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Europäischen Projekt (2006): Ursula Karl-Trummer, Karl Krajic, Sonja Novak-Zezula, Jürgen M. Pelikan Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

DOMENIK, Dagmar (2001): Professionelle transkulturelle Pflege, Bern: Hans Huber.

DOMENIG, Dagmar (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch f. Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2.Auflage, Bern: Hans Huber.

DORNHEIM, J.(2007): Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell, In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber.

EICHLER, K. J.(2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit: Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von MigrantInnen, Wiesbaden

HERBERHOLD M. (2002): Die Auswirkungen der Rede von verschiedenen Kulturen auf die Lebensbedingungen alter türkischer Frauen in Deutschland. Kulturkonstruktionen, Universität Bamberg

INTEGRATIONS- UND DIVERSITÄTSMONITOR DER STADT WIEN 2009 – 2011, (2012):Herausgegeben von der Stadt Wien Magistratsabteilung 17 – Integration und Diversität

KAISER A. (2010): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtsbetreuung: Optimierung der Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Linz: Trauner.

KARL-TRUMMER und NOVAK-ZEZULA (2012): Bericht Gesundheit – Migration – Public Health In: ÖKZ. Das österreichische Gesundheitswesen. 53. Jg (2012) 08.

KRAJIC, K. (2005): *Project Summary. Migrant Friendly Hospitals Project.* <http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh-summary.pdf>)

LEDERER H.W./ Rau, R./ Rühl, S. (1999): Migrationsbericht 1999. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland. S. 5.

LEININGER, M. (1991): Cultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National league for Nursing Press.

LEININGER, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

LEININGER, M., McFarland M. (2002): Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice (3rd ed.), Crawfordsville: R.R. Donnelley & Sons

LUDWIG-BOLTZMANN-INSTITUT für Frauengesundheitsforschung (2003): Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich.

MIGRANT-FRIENDLY HOSPITALS (2003):

Needs Assessment - European Cross Analysis Summary of Problem Areas

Beate Schulze Ursula Trummer Karl Krajic Juergen M. Pelikan Juni

MALETZKE G. (1996): Interkulturelle Kommunikation: Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

MAYRING, P.: Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken, 9. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz, 2007 (Zugriff: 9.2012)

MAYRING, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim/Basel. Beltz.

MAYRING, P. (2008):. Qualitative Inhaltsanalyse. 10. Auflage. Weinheim/ Basel. Beltz.

PAMMER, C., et al (Hrsg.), (2010): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Linz. (österreich. Frauengesundheits.. 2011)

PETTE GM (2000): Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen in einer gynäkologischen Notfallambulanz. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg) Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Marbuse, Frankfurt/Main.

PAYER M. (2011): Internationale Kommunikationskulturen – verbale Kommunikation – Überwindung der Sprachbarrieren Lehrveranstaltung HdM Stuttgart.

PÖCHHACKER F. (1997): Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Wien: MA 15.

RAZUM, O. et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

TREIBEL A.(1990): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit. Weinheim/München

TYLOR, E.B. (1871):. Primitive Culture. London: J. Murray.

TRUMMER Ursula. (2005):. Fachbeitrag „migrant friendly hospitals“ – ein europäisches Projekt zur „Qualitätsentwicklung ethnokultureller sensibler Betreuung in europäischen Krankenhäusern“ – österreichische Pflegezeitschrift.

SEIDL, Elisabeth/Walter, Ilsemarie .(2010): Multikulturalität im Krankenhaus aus der Sicht des Pflegepersonals. In: Schnepf, Wilfried/Walter, Ilsemarie (Hg.) (2010): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Wien-Köln-Weimar: Böhlau Verlag.

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

STATISTIK AUSTRIA. (Hrsg.) (2012).

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html (Stand: Oktober 2012).

STATISTIK AUSTRIA,(2012): migration & integration zahlen.daten.indikatoren

UZAREWICZ C. (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege Kurzbeschreibung, In: Die Deutsches Institut für Erwachsenenbildung,

WALTHER Sabine. (2003): Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Duisburg: Gilles & Francke.

WHO-Collaborating Centre for Health Promotion in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen

Ludwig Boltzmann-Institut für Soziologie der Gesundheit und Medizin
Institut für Soziologie - Universität Wien, Österreich

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (2001): Gesundheitsrisiko Migration– oder: Die Fiktion eines gerechten Gesundheitssystems. In: Wiener Klinische Wochenschrift ,Wien: Springer-Verlag

WIMMER-PUCHINGER, BALDASZTI. (2001): Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung, Wiener Klinische Wochenschrift, Springer Verlag.

WIMMER B., IPSIROGLU O. (2001): Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern; Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen; Wiener Klinische Wochenschrift, Springer Verlag

WIMMER-PUCHINGER B., Wolf H., Engleder A. (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem, Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung, In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Nr. 49,

WELSCH, W. (1995): Transkulturalität, in: Institut für Auslandsbeziehungen (Hrsg.): Migration und kultureller Wandel, Schwerpunktthema der Zeitschrift für Kulturaustausch, Jg. 45,

INTERNET

www.bmg.gv.at (Zugriff: 07.2012)

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex1_14_en.pdf (needs assessment - Zugriff: 09. 12)

www.Integration.at/Publikationen (Zugriff: 11.12)

www.mfh-eu.net/public (Amsterdamer Erklärung Zugriff: 09.12)

www.plattformpatientensicherheit.at/content/site/de/home/index.html
(Zugriff: 12.2012)

www.uibk.ac.at (Focusgruppe, Uni. Innsbruck, Zugriff: 20.4.12)

www.wienkav.at (Spitäler: Standort: Semmelweis Frauenklinik Zugriff: 06.2012)

www.wien.gv.integration, (Zugriff: 11.2012)

www.wikipedia.org

www.zukunfteuropa.at (Migration und Integration in Österreich, Zugriff: 10.12)

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb.1:	„Bevölkerung ausländischer Herkunft“ im Jahr 2012	S.16
Abb. 2:	Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit	S.18
Abb. 3:	Eigene Abbildung graphische Darstellung der Zuwanderung	S.19
Abb. 4:	Wanderungsstatistik	S.20
Abb. 5:	Asylanträge	S.21
Abb. 6:	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	S.28
Abb. 7:	„Needs assessment“	S.31
Abb. 8:	Sunrise-Modell	S.40
Abb. 9:	Transkulturelle Konzept von Domenig	S.45
Abb. 10:	Kulturelle Kompetenz von Campinha-Bacote	S.50
Abb. 11:	Organigramm der Semmelweis-Frauenklinik	S.55
Abb. 12:	Emblem der Semmelweis Frauenklinik	S.56
Abb. 13:	Migrationshintergrund von Wöchnerinnen	S.58
Abb. 14:	Teilnehmer der Fokusgruppe	S.65

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
Anm. d. Verf.	Anmerkung
Bsp.	Beispiel
bzw.	beziehungsweise
bspw.	Beispielsweise
c.a	zirka
d.h	das heißt
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
DKKS	Diplomierte Kinderkrankenschwester
ebd.	Ebenda
EWR	europäischer Wirtschaftsraum
Hrsg.	Herausgeber
Heb.	Hebamme
Kap.	Kapitel
KAV	Krankenanstaltenverbund
lat.	lateinisch
MFH	Migrant Friendly Hospitals
Psy.	Psychologin
S.	Seite
Soz.	Sozialarbeiterin
u.v.m	und vieles mehr
Verl.	Verlag
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
zit.	zitiert
z.B.	zum Beispiel

ANHANG

Das Transkript der geführten Fokusgruppe liegt der Verfasserin und der Betreuerin der Diplomarbeit vor.

In der gesamten Arbeit wurde auf die Bezeichnungen DGKS und DKKS verzichtet stattdessen wurden die Begriffe Pflegeperson oder Akteurin verwendet.

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Umgang von Sprachbarrieren und den daraus resultierenden Bewältigungsstrategien in der Betreuung von MigrantInnen auf einer Wochenbettstation. Vor dem kulturellen Hintergrund werden drei für die Pflege relevante Konzepte vorgestellt.

Der empirische Teil der Diplomarbeit geht der Frage nach, welche die größten Herausforderungen für Pflegepersonen in Bezug auf Sprachbarrieren sind, wie sie damit umgehen und welche Hilfestellungen von den Organisationen angeboten werden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Pflegepersonen, auch jene mit eigenem Migrationshintergrund, mehr professionelle Dolmetscherunterstützung, die sie jederzeit zur Hilfe heranziehen können wünschen. Um ihren Wissensstand zu erweitern fordert die Mehrheit der Befragten außerdem mehr Fortbildungsangebot über interkulturelle Themen.

SUMMARY

This thesis deals with the use of language barriers and the resulting coping strategies in the care of migrants on a postpartum ward. In connection with the cultural background there are three relevant conceptions for nursing introduced. The empirical part of the thesis deals with the question, what are the biggest challenges for caregivers in terms of language barriers, how they deal with it, and what kind of help is been offered by the organizations. The results show that caregivers, including those involved with migration background, want more professional interpreters support, and that it can be used at any time for help. The majority of respondents also call for more training on cross-cultural issues in order to expand their knowledge.

Curriculum vitae

Personaldaten: Nathalie Holzer

Familienstand: verheiratet

Kinder: Sophie Holzer

Schulbildung: Pflichtschule von 1976 bis 1984
2 Jahre HBLA f. wirtschaftl. Frauenberufe in Leoben
BORG Eisenerz, Matura am 6.Juni 1991

1997 Diplom zur Dipl. Kinderkranken- und Säuglingsschwester

1998 Diplom zur Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester

Seit 2002 Studium der Pflegewissenschaften

Berufserfahrung: 1998 - 1999 Neointensivstation in Glanzing und Wilhelminenspital
Seit 2002 an der Ignaz -Sammelweis-Frauenklinik auf
der Wochenbettstation tätig
Seit 2009 als ständige Stationsvertretung tätig

