



# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Gesundheitsstatus und Gesundheitsprobleme von türkischen MigrantInnen – Welche Anforderungen ergeben sich an die pflegerische Versorgung?

Verfasserin

**Susanne Krautinger**

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Jänner 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Pflegewissenschaft
Betreuerin:	Dr. Ursula Karl-Trummer

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliches Arbeiten zitiert worden.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Wien, Jänner 2010

Susanne Krautinger

## **Danksagung**

Während meiner gesamten Studienzeit gab es viele Personen, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen und mich in schwierigen Phasen immer unterstützt haben.

Vor allem der Balanceakt zwischen der Berufstätigkeit in der Pflege und dem Studium hat von mir viel Mut und Kraft abverlangt. In dieser Zeit war es in erster Linie meine Familie die mir die nötige Kraft dafür gegeben hat. Daher möchte ich mich besonders bei meinem Lebensgefährten Mario, meinen Eltern, Silvia und Hans, und meinen Geschwistern Thomas und Lukas für die liebevolle und uneingeschränkte Unterstützung von ganzem Herzen bedanken.

Weiters gebührt mein Dank auch meinen KollegInnen des Teams der Neuroanästhesie im AKH Wien, die mich sowohl emotional, als auch “dienstplantechnisch” immer gestärkt und unterstützt haben.

Herzlichst möchte ich mich an dieser Stelle auch bei Dr. Ursula Karl-Trummer, Dr. Sonja Novak-Zezula und Bakk. Phil. Birgit Metzler für die fachliche und organisatorische Unterstützung während der Entstehung dieser Arbeit bedanken.

Zu guter Letzt möchte ich mich auch bei allen KollegInnen, die an den Impulsgesprächen und der Online-Umfrage teilgenommen haben für ihre Offenheit, Kooperation und Auskunftsbereitschaft herzlichst bedanken.

# Inhaltsübersicht

<b>1. Vorwort</b>	<b>7</b>
1.1. Pflegewissenschaftliche Relevanz	7
1.2. Problemstellung	7
1.3. Forschungsfrage und Zielsetzung	8
1.4. Methodik	9
<b>TEIL I : Hintergründe zur Migration</b>	<b>10</b>
<b>1. Migration in Österreich</b>	<b>10</b>
1.1. Historische Aspekte der Migration	10
1.1.1. Die Einwanderungsgesetzgebung	14
1.1.2. Exkurs: europäische Migration	16
1.2. Demographische Daten zur Migration in Österreich	20
1.2.1. Bevölkerungsstruktur	21
1.2.2. Zu- und Abwanderung	23
1.2.3. Bevölkerungsentwicklung	24
<b>2. Migration und Gesundheit</b>	<b>26</b>
2.1. Soziologie der Migration	27
2.1.1. Begriffserklärung Migration	27
2.2. Soziokulturelle Aspekte der Migration	32
2.2.1. Aufnahmestatus im Einwanderungsland	32
2.2.2. Arbeitsbedingungen und Ausbildung	33
2.2.3. Wohnsituation	35
2.2.4. Finanzielle Situation	35
2.2.5. Familiäre Situation	36
2.3. Das Zusammenspiel von Migration und Gesundheit	37
2.3.1. Gesundheitsstatus türkischer MigrantInnen in Österreich	40
2.4. Exkurs: das Verhältnis von Medizin und Kultur	47
2.5. Zusammenfassung	53

<b>3. Literaturverzeichnis</b>	<b>56</b>
<b>Teil II: Transkulturalität in der Pflege</b>	<b>59</b>
<b>1. Türkische MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung– Schwerpunkt Krankenhauspflege</b>	<b>59</b>
1.1. Einleitung	59
1.2. Erwartungen türkischer MigrantInnen an die stationäre Versorgung	60
1.3. Die Betreuung türkischer MigrantInnen aus der Perspektive von Pflegepersonen	63
1.3.1. Empirische Untersuchung zu den Anforderungen der Pflege und Betreuung türkischer MigrantInnen	64
1.3.1.1. Methodik	64
1.3.1.2. Datenauswertung	65
1.3.1.3. Ergebnisse	67
1.4. Zusammenfassung und Ausblick	77
<b>2. Transkulturelle Kompetenzentwicklung als Herausforderung für die Pflegepraxis</b>	<b>78</b>
<b>2.1. Einleitung</b>	<b>78</b>
2.2. Die Entwicklung von kulturorientierten Ansätzen in der Pflege	79
2.2.1. Warum braucht es Pflege-theorien?	80
2.2.2. Begriffsbestimmung Kultur	81
2.3. Transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag	84
2.4. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz	86
2.5. Die Implementierung der transkulturellen Kompetenz im Pflegealltag	90
2.6. Verankerung transkultureller Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung	92

2.6.1.	Vorraussetzungen zur transkulturellen Kompetenzentwicklung in der Pflegepraxis	93
2.6.2.	Die Entwicklung von Schlüsselkompetenzen in der transkulturellen Pflege	95
2.6.3.	Ansätze zur Vermittlung transkultureller Kompetenz	97
<b>3.</b>	<b>Transkulturelle Organisationsentwicklung</b>	<b>99</b>
3.1.	Einleitung	99
3.2.	Diversity – Was ist das?	101
3.2.1.	Diversity im Gesundheitswesen	103
3.3.	Das Modell der transkulturellen Organisationsentwicklung	110
3.4.	Zusammenfassung	114
<b>4.</b>	<b>Schlussbetrachtung und Reflexion</b>	<b>116</b>
<b>5.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>120</b>
<b>6.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>124</b>
<b>7.</b>	<b>Abstract</b>	<b>127</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	<b>129</b>
<b>9.</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>134</b>

# **1. Vorwort**

## **1.1. Pflegewissenschaftliche Relevanz**

Als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester habe ich im Laufe meines fast zehnjährigen Berufslebens auf diversen Abteilungen (intra-, extramurale Bereiche, Intensivpflege) vielfach eine Problematik im Zugang zum Gesundheitssystem und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für KlientInnen erlebt. Vor allem die Gruppe der MigrantInnen hat im österreichischen Gesundheitssystem diverse Hindernisse zu bewältigen, sei es eine gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen zu können, und/oder eine gesundheitliche Versorgung, die ihren individuellen Bedürfnissen gerecht wird, zu erhalten. Häufig werden MigrantInnen im Gesundheitssystem als Randgruppe angesehen, d.h. kulturelle Andersartigkeit stellt ein Hindernis für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dar. Mangelnde transkulturelle Kompetenz und fehlende strukturelle und organisatorische Einrichtungen in Krankenhäusern, die speziell auf die Bedürfnisse von MigrantInnen abzielen, verstärken dieses Problem und führen häufig zu Verzweiflung und Misstrauen auf beiden Seiten.

## **1.2. Problemstellung**

Da Migration keine zeitlich begrenzte Erscheinung, sondern einen kontinuierlichen Prozess darstellt und MigrantInnen einen wesentlichen Bestandteil der Gesellschaft einnehmen und zukünftig auch einnehmen werden, ist es notwendig das Gesundheitssystem an diese Entwicklung anzupassen.

Migration birgt in vielen Fällen ein Gesundheitsrisiko für die betroffenen Personen. Neben gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen, wie Armut, Arbeitslosigkeit und sozialer Isolation, existieren oft zusätzliche negative Einflussfaktoren wie etwa traumatisierende Ereignisse im Heimatland, Diskriminierung oder Gewaltandrohungen. Dieser Umstand stellt oftmals eine Barriere bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Versorgungseinrichtungen dar. Darüber hinaus werden diese Hindernisse durch eine mangelhafte interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen im

Gesundheitswesen und aufgrund ausgebliebener struktureller Rahmenbedingungen, die auf die Stillung der Bedürfnisse der einzelnen MigrantInnengruppen abzielen, verstärkt (vgl. Wimmer-Puchinger, 2001).

### **1.3. Forschungsfrage und Zielsetzung**

Um eine optimale gesundheitliche Versorgung anbieten zu können, ist es notwendig KlientInnen in ihrer persönlichen Lebenswelt bzw. Lebensumwelt zu erfassen und soziokulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen in das Betreuungs- und Pflegeangebot zu integrieren. Dazu braucht es ein vertieftes Verständnis über die persönlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bzw. was es für jemanden bedeutet gesund oder krank zu sein. Vor allem bei Migrantinnen müssen den Zusammenhängen von Migration und Gesundheit bzw. Krankheit und ihren Ausprägungen und vorhandenen Bewältigungsstrategien vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden, um eine ihren individuellen Bedürfnissen angepasste Betreuung anbieten zu können (vgl. Collatz, 2001).

Vor diesem Hintergrund soll mit dieser Arbeit der Fragestellung nachgegangen werden, wie sich die pflegerische Versorgung speziellen Anforderungen stellen muss, um auf gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse von türkischen MigrantInnen adäquat reagieren zu können. Dazu müssen eine Reihe von Unterfragen beantwortet bzw. bearbeitet werden mit dem Ziel Erfahrungen und Anforderungen von Pflegekräften in der Betreuung von MigrantInnen zu beleuchten und mögliche Indikatoren für eine „migrantenfreundliche Pflege“ herauszufiltern.

**Dabei ergeben sich folgende Fragestellungen, die diese Arbeit zu beantworten versucht:**

Welche Gesundheits- und Krankheitskonzepte gibt es in der türkischen Bevölkerungsgruppe?

Was sind die gesundheitlichen Probleme türkischer MigrantInnen?

Welchen Zugang hat die türkische Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung?

Welche Anforderungen/Herausforderungen ergeben sich an die pflegerischen Versorgung ?

Welche speziellen Pflegekonzepte werden zur Pflege und Betreuung von MigrantInnen empfohlen?

Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein damit Pflegepersonen „transkulturell kompetent“ Arbeiten können?

Ziel dieser Arbeit ist es einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand zur Thematik Migration und Gesundheit zu geben. Gleichzeitig sollen der Literatur entnommene Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von MigrantInnen beleuchtet werden und Rahmenbedingungen zur Befähigung eines „transkulturell kompetenten Arbeitens“ diskutiert werden. Dabei sollen neben der Identifikation der Bedürfnisse türkischer MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung auch die Anforderungen und Herausforderungen für Pflegepersonen in der pflegerischen Betreuung von türkischen MigrantInnen beleuchtet werden.

#### **1.4. Methodik**

Zur Bearbeitung der Forschungsthematik kommt zum Einen das Forschungsdesign der Literatur- und Dokumentenanalyse zur Anwendung, zum Anderen werden in einem empirischen Teil anhand einer Onlinebefragung die Ausprägungen und Dimensionen der pflegerischen Betreuung von türkischen MigrantInnen identifiziert. Neben Grundlagen- und Fachliteratur über Migration und Gesundheit, die Begrifflichkeiten wie Migration, Kultur aber auch die Bedeutung von individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepten beleuchten, bedient sich diese Arbeit statistischer Daten zur Darstellung demographischer und sozioökonomischer Fakten die türkische Migrantengruppe in Österreich betreffend. Darüber hinaus sollen die in der Fachliteratur beschriebenen individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepte durch Studien, wissenschaftliche Texte und Gesundheitsberichte über das Gesundheitsverhalten in der Migration und möglichen gesundheitsgefährdenden Faktoren untermauert werden. Die Daten über die Indikatoren einer „migrantenfreundlichen Gesundheitsversorgung und Pflege“ stammen ausschließlich von gesundheitswissenschaftlichen Studien und

Beiträgen aus Deutschland und der Schweiz, da die Datenlage in Österreich zur Zeit noch ungenügend erforscht ist. Aufgrund ähnlicher demographischer, gesundheitspolitischer und organisatorischer Strukturen können diese Daten jedoch ohne Bedenken auf die österreichische Situation umgelegt werden.

Im Rahmen eines empirischen Teils werden die Anforderungen und Herausforderungen an Pflegepersonen in der Betreuung von türkischen MigrantInnen beleuchtet. Dabei gliedert sich das methodische Vorgehen in 2 Erhebungsphasen. In der ersten empirischen Phase wurden anhand von 10 Impulsgesprächen mit Pflegepersonen, die in verschiedenen Operationsbereichen in Krankenhäusern tätig sind, Erlebnisse und Erfahrungen in der pflegerischen Betreuung von türkischen MigrantInnen beleuchtet. Anschliessend wurden diese Ergebnisse in einem Onlinefragebogen verarbeitet. In einer zweiten empirischen Phase wurden die Onlinefragebögen über einen Erhebungszeitraum von 7 Wochen (Juni/Juli 2009) von 52 im Anästhesie- und Intensivbereich tätigen Pflegepersonen beantwortet. Abschließend wurden die Ergebnisse dieser Befragung statistisch aufbereitet, ausgewertet und mit schon bestehenden theoretischen Konzepten verknüpft und diskutiert.

# **Teil I: Hintergründe zur Migration**

## **1. Migration in Österreich**

### **1.1. Historische Aspekte der Migration in Österreich**

Aufgrund seiner geographischen Lage und politischen Entwicklung war Österreich über Jahrhunderte gesehen schon immer ein beliebtes Einwanderungsland. Auch wenn von politischer Seite die Darstellung Österreichs als Einwanderungsland dementiert wird, so zeigt sich bei näherer Betrachtung der Einwanderungsgeschichte, daß Österreich auf eine lange Einwanderungstradition zurückblicken kann und statistische Daten und Zahlen sehr wohl für ein klassisches Einwanderungsland sprechen (vgl. Fassmann, 1996).

Beleuchtet man die Einwanderungsgeschichte etwas näher so erkennt man, daß bereits im 16. Jahrhundert besonders der Großraum Wiens von einer Wanderbewegung betroffen war. Dabei handelte es sich zur damaligen Zeit bereits um eine Art Arbeitsmigration, da Berufszünfte aus dem gesamten deutschsprachigen Raum, vor allem aus dem damaligen Norditalien und der Schweiz, nach Wien kamen um ihren Handwerken nachzugehen. Dieser Umstand hielt bis etwa Mitte des 19. Jahrhunderts an und wurde durch den Zerfall des römischen Reiches und Beginn der Habsburgermonarchie von einer Wanderbewegung aus Böhmen und Mähren, der Bukowina und Galizien abgelöst. Dabei nahm die Bevölkerung Wiens ab Beginn des 19. Jahrhunderts stetig zu, etwa zwei Drittel der Bevölkerung konnte auf die Zuwanderung zurückgeführt werden. Auf das heutige Stadtgebiet umgelegt betrug die Bevölkerung Wiens um 1830 400.000 Menschen, 1870 900.000 und 1890 bereits 1,4 Millionen Einwohner. Einen historischen Höchststand erreichte das Stadtgebiet von Wien und Umgebung 1919 mit 2.239.000 Einwohnern. Auch wenn es sich bei diesen Einwanderungszahlen historisch betrachtet um eine Binnenmigration innerhalb der Grenzen des Habsburgerreiches handelt, so können Verbindungen zu den großen Migrationswellen des 20. Jahrhunderts hergestellt werden. Das Heimatrecht innerhalb der Habsburgermonarchie, welches es ermöglichte, bei legalem Wohnsitz innerhalb der Grenzen der Monarchie beweglich zu sein, wurde vor allem für die Bevölkerung aus Böhmen und Mähren diskriminierend ausgelegt. Neben der Anpassung an die

deutschsprachige Kultur wurde die vollständige Verleugnung ihrer Herkunft und Tradition erwartet. Zwischen 1890 und 1919 lebten etwa 400 - 600.000 Tschechen und Slowaken im Habsburgerreich, wobei aufgrund der diskriminierenden Auslegung des Heimatrechts ab 1919 ca. 200.000 Personen in die neugegründete Tschechoslowakei remigrierten (vgl. Bauer, 2008).

Nach Ende des 2. Weltkrieges war Österreich von einer Flüchtlingswelle vor allem aus Osteuropa und Jugoslawien betroffen. So lebten nach 1945 ungefähr 1,4 Millionen MigrantInnen in Österreich, davon eine halbe Million „displaced persons“. Dabei handelt es sich um Vertriebene, Kriegsflüchtlinge, ehemalige KZ- Häftlinge oder Zwangsarbeiter. Dazu kamen etwa 300.000 „Volksdeutsche“ aus Mittel- und Osteuropa. Eine Vielzahl dieser MigrantInnen wanderte aber schon nach kurzer Zeit in die USA, Kanada oder Australien ab. Bis 1948 lebten etwa eine halbe Million MigrantInnen in Österreich (vgl. Volf, 1995).

Nach den Unruhen in Ungarn 1956/57 und der darauffolgenden Niederschlagung des ungarischen Volksaufstandes flüchteten kurzfristig etwa 200.000 Ungarn nach Österreich, wobei sich ca. 20.000 dauerhaft niederließen. Einen weiteren großen Flüchtlingsstrom brachte der „Prager Frühling“ im Sommer 1968, wo etwa 180.000 Tschechen und Slowaken nach Österreich flüchteten, wovon 12.000 blieben. Auch die Unruhen in Polen 1981/82 führten zu einem Flüchtlingsstrom von 120.000 Polen die nach Österreich kamen, aber nach kurzer Zeit zum großen Teil nach Australien, Kanada und in die USA auswanderten (vgl. Bauer, 2008).

Neben Flüchtlingsströmen die aufgrund politischer Unruhen in ihren Herkunftsländern nach Österreich kamen, nahm in den 1950er Jahren die Arbeitsmigration ihren Anfang. Aufgrund der aufstrebenden Wirtschaft entwickelte sich sehr rasch ein akuter Arbeitskräftemangel in Österreich, der durch die Abwanderung österreichischer Arbeitskräfte in die Schweiz und nach Deutschland verstärkt wurde. Daher wurde 1961 von der Regierung und Gewerkschaft das „Raab - Olah- Abkommen“ unterzeichnet, das den Zuzug ausländischer Arbeitskräfte festlegen sollte. Bilaterale Abkommen mit den Herkunftsländern der ArbeitsmigrantInnen und eigens eingerichtete Büros, welche die Arbeitskräfte rekrutieren und für die Einreise nach Österreich alles organisieren sollten, brachten zwischen 1961 und 1975 ca. 265.000 ArbeitsmigrantInnen nach Österreich.

1971 lag der Anteil ausländischer Arbeitskräfte bei 6,1%, wobei etwa 78% jugoslawische Staatsbürger und 11% türkische Staatsbürger waren (vgl. Bauer, 2008).

Abwerbeabkommen existierten mit Spanien, Italien, Jugoslawien und der Türkei und hatten eine systematische Immigration von ausländischen Arbeitskräften zum Ziel. Dabei holte man zur großen Mehrzahl Männer ohne Familien nach Österreich, die möglichst bald in ihr Heimatland zurückkehren und durch neue Arbeitskräfte ersetzt werden sollten. Daher gab es auf politischer Seite keine Bestrebungen eine Integrations- und Sozialpolitik für diese Bevölkerung zu entwickeln.

Auf Seiten der ArbeitsmigrantInnen gab es wiederum keine Bestrebungen sich in die örtliche Kultur zu integrieren, da lediglich ein kurzer Arbeitsaufenthalt geplant war.

Als in den 1970er Jahren auch Österreich von der Ölkrise betroffen war und das bis dahin stark ansteigende Wirtschaftswachstum zu stagnieren drohte, kam es am heimischen Arbeitsmarkt zu einem verstärkten Wettbewerb. Als Antwort darauf sollten die ArbeitsmigrantInnen reduziert und zur Rückkehr in ihre Heimatländer bewegt werden. Daher wurde 1975 das Ausländerbeschäftigungsgesetz beschlossen, daß österreichischen Arbeitskräften am Arbeitsmarkt Vorrang einräumte. Ausländische ArbeitnehmerInnen sollten erst nach 8 Jahren einen sogenannten „Befreiungsschein“ erhalten, der ihnen freien Zugang am Arbeitsmarkt ermöglicht. Doch fehlende Rückkehroptionen seitens der ArbeitsmigrantInnen führten zu einer deutlichen Verlängerung ihres Aufenthaltes und darüber hinaus zum Nachholen ihrer Familien. Obwohl der Anteil der ausländischen Arbeitnehmer zwischen 1974 und 1984 um fast 40% sank, blieb aufgrund der Bleibemotive und Familienzusammenführungen der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung konstant (vgl. Fassmann, 1996).

Daraus resultierend stieg auch der Anteil von Frauen und Kindern in der ausländischen Wohnbevölkerung bei gleichzeitigem Ausbleiben einer Integrations- und Sozialpolitik. Der wachsende ausländische Bevölkerungsanteil und eine weitere Flüchtlingswelle aus Rumänien 1989/90 führte zu einer Reform in der österreichischen Asyl- und Flüchtlingspolitik. Dabei kam es zur Einführung der „Drittstaatsicherheit“ und der Reduzierung des Rechts auf vorläufigen Aufenthalt.

Diese Reform hatte aber nur wenige Auswirkungen auf die steigende Zahl der ausländischen Wohnbevölkerung, da die Unruhen in Ex-Jugoslawien in den 1990er Jahren zur größten Flüchtlingswelle nach 1945 führte. Etwa 90.000 Flüchtlinge aus Ex-Jugoslawien (= Kroatien, Bosnien-Herzegowina und Serbien) wurden in Österreich zwischen 1992 und 1995 aufgenommen, wobei sich viele von ihnen in Österreich eine

soziale und wirtschaftliche Existenz aufbauen konnten und sich dauerhaft niederließen. Zusätzlich wurden 1998/99 durch den Krieg im Kosovo 13.000 Asylanträge gestellt, wobei ca. 3000 davon zugesprochen wurden. Weiters ist seit der Jahrtausendwende eine wachsende Minderheit nichteuropäischer Asylwerber zu verzeichnen, vor allem aus Afghanistan, dem Iran, Irak und Indien (vgl. Currie, 2004).

### ***1.1.1. Die Einführung der Einwanderungsgesetzgebung***

In Österreich ist die Zuwanderung von Ausländern seit den 1970er Jahren durch zahlreiche Gesetze einheitlich geregelt. Neben der Einwanderungsgesetzgebung, die die Einreise und den Aufenthalt in Österreich regelt, kommen das Aufenthaltsgesetz, das Asylgesetz, das Ausländerbeschäftigungsgesetz und das Staatsbürgerschaftsgesetz für MigrantInnen in Österreich zum Tragen (vgl. Fassmann, 1996).

Als Antwort auf die stagnierende Wirtschaftslage aufgrund der Weltölkrise in den 1970er Jahren wurde in Österreich von der damaligen Regierung ein Ausländerbeschäftigungsgesetz verabschiedet. Dadurch sollte der Arbeitsmarkt für inländische Arbeitskräfte freigehalten werden und ausländische Beschäftigte durch strenge Reglementierungen vom Arbeitsmarkt dauerhaft ferngehalten werden. Doch die politischen Ereignisse in den folgenden Jahrzehnten, vor allem in Osteuropa und auf dem Balkan führten zu einer weiteren Zunahme an ausländischen Beschäftigten und in Folge dessen zu einem Zuzug ihrer Angehörigen.

Im Zuge der Vorbereitungen auf den EU- Beitritt Österreichs 1995 mußte die bis dahin praktizierende Migrations- und Integrationspolitik schrittweise angepaßt werden und führte schließlich zur Schaffung eines Einwanderungsgesetzes im Jahr 1992. Ziel war es, einerseits schon im Land ansässige Ausländer zu integrieren und eine Neuzuwanderung weitgehend zu reglementieren. Damit galt Österreich mit dieser Gesetzgebung als Vorreiter in der europäischen Union.

Aufgrund der Schaffung des Aufenthaltsgesetzes im Jahre 1992 wurden im darauffolgenden Jahrzehnt laufend Quotierungen für die Zuwanderung ausländischer Personen nach Österreich festgeschrieben. So wurde 1993 im Rahmen der jährlichen Niederlassungsverordnung eine Gesamtquote an ausländischen Bürgern von 20.000 Personen festgelegt und zusätzlich eine Personenbegrenzung für ausländische Studierende erlassen. Außerdem wurde der Familiennachzug auf 10.300 Personen

kontingiert. Vorrangig sollte Führungskräften, Spezialisten und deren Angehörigen einen Aufenthaltsstatus gewährt werden (vgl. Fassmann, 1996).

Mit Inkrafttreten des Fremden-gesetzes 1997 kam es zu einer neuerlichen Änderung der Aufenthaltsbedingungen für ausländische Personen. Während in den Jahren zuvor ausländische Führungskräfte und Spezialisten vorrangig behandelt wurden und unter einem eigenen Personenkontingent einreisen durften, wurden sie ab jetzt in die neue Quotierung eingerechnet.

Auch die gesetzlichen Regelungen für den Familiennachzug, Erwerb-stätige, Privatpersonen und Minderjährige, unverheiratete Jugendliche, soweit sie das 14. Lebensjahr nicht überschritten haben, wurden strenger quotiert.

Auch für Saison- und Erntearbeiter gab es von 1993 - 2002 zahlreiche Änderungen in der Niederlassungsverordnung. Ab 1993 gab es jährliche Kontingente für Sommer- und Wintertourismus bzw. für Personal in den Wirtschaftszweigen Land- und Forstwirtschaft, daß seit 2002 nicht mehr auf bestimmte Branchen beschränkt ist. Weiters wurde 2001 ein eigenes Kontingent für Erntearbeiter eingeführt. Zusätzlich gab es ab 2002 die Möglichkeit für Bundesländer, die an einen EU-Beitrittskandidaten grenzten, vermehrt Personen mit Schlüsselqualifikationen aus diesen Ländern anwerben zu dürfen.

Seit der Novelle des Fremden-gesetzes 2002 gibt es eine sogenannte Integrationsvereinbarung, die vorsieht, daß im Rahmen eines verpflichtenden Deutschintegrationskurses die Grundkenntnisse der deutschen Sprache sowie die kulturellen, demokratischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Werte des Landes vermittelt werden sollen. Dabei werden Themen des alltäglichen Lebens aufgegriffen und die Landes- und Staatsbürgerkunde den MigrantInnen näher gebracht. Der Nachweis darüber ist innerhalb von vier Jahren zu erbringen, wobei die Kosten dafür umso höher vom Bund abgedeckt werden, je früher das Zertifikat erbracht wird. Bei nicht rechtzeitiger Erbringung droht den MigrantInnen neben Verwaltungsstrafen sogar die Beendigung ihres Aufenthaltsstatus (vgl. Currie, 2004).

### *1.1.2. Exkurs: europäische Migration*

Da Österreich aufgrund seiner geographischen Lage und der wirtschaftlichen und politischen Ereignisse eng an die gesamteuropäische Entwicklung geknüpft ist, ist es notwendig im Rahmen der historischen Migrationsgeschichte Österreichs auch einen kurzen Blick auf die europäische Migration zu werfen. Vor allem politische Entwicklungen in Europa nach 1945 waren für die politischen und wirtschaftlichen Ereignisse in Österreich prägend, wonach auch die Migrations- und Integrationspolitik nachhaltig beeinflusst wurde.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die Migration in Europa vor allem durch die Vertreibung und Umsiedlung ethnischer Gruppen geprägt. So sind bis 1950 fast 30 Mio. Europäer nach Übersee ausgewandert, um sich dort eine Existenz aufzubauen. Vor allem die USA, Kanada aber auch Australien waren beliebte Einwanderungsziele für Europäer (vgl. Bauer, 2008).

Erst ab 1950 gewann die Arbeitsmigration für das europäische Migrationsgeschehen an Bedeutung. Wo noch nach Ende des 2. Weltkrieges die europäische Migration vor allem durch die Wanderung von Vertriebenen, Kriegsflüchtlingen, Aussiedlern, Soldaten und ehemaligen Einwohnern der europäischen Kolonien geprägt war, fand von 1950 bis 1970 eine der größten Migrationswellen aus Süd- und Osteuropa in die westliche Hälfte Europas (15-EU Mitgliedsstaaten, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) statt. Dabei kamen 11 Mio. MigrantInnen bis 1970 nach Westeuropa, wobei diese Zahl bis 1993 auf 19 Mio. anstieg. Diese starke Migrationbewegung nach Westeuropa ist einerseits auf die Industrialisierung und den starken Wirtschaftsaufschwung und den damit verbundenen Arbeitskräftebedarf nach dem 2. Weltkrieg zurückzuführen, andererseits wurde sie durch instabile politische Systeme in Ost- und Südeuropa begünstigt. Vor allem Kleinstaaten wie Luxemburg, Belgien, die Schweiz und Österreich hatten prozentuell zu ihrer Gesamtbevölkerung den höchsten „Migrationsstrom“ zu bewältigen (vgl. Fassmann, 1996).

Die europäische Migration des 20. Jahrhundert kann in fünf Gruppen eingeteilt werden, die in den einzelnen Staaten jeweils unterschiedlich zum Tragen kamen (vgl. Fassmann, 1996):

1. Koloniale und postkoloniale Wanderung
2. Ethnische Wanderung
3. Arbeitsmigration
4. Flüchtlingswanderung
5. Sonstige Zuwanderer

● ***Koloniale und postkoloniale Wanderung***

Mit dem Ende der Kolonialzeit nach dem 2. Weltkrieg kehrten in den 1950er und 1960er Jahren mehrere Millionen Menschen aus den außereuropäischen Kolonien nach Europa zurück. Während in den 60er Jahren vor allem Frankreich, Großbritannien und die Benelux-Staaten davon betroffen waren, erlebte Portugal und Spanien in den 70er Jahren eine Rückwanderungswelle aus den ehemaligen afrikanischen Kolonien. Mit Siedlern, Soldaten und Verwaltungsbeamten kehrten auch ursprüngliche Bewohner der Kolonien nach Europa. Die schlechten Lebensbedingungen in ihren Herkunftsländern und die Aussicht auf ein besseres Leben in den europäischen Kolonialmutterländern führte zu einer Wanderbewegung aus den ehemaligen Kolonialstaaten. Begünstigt durch erleichterte Einreisebedingungen, die Kenntnis über die örtliche Kultur und Sprache und die Aussicht auf Arbeit ließ die ehemaligen Kolonialbewohner in die Großstädte Europas ziehen und führte zur Entstehung multikultureller Netzwerke in diesen. Während durch die Rückgabe von Hongkong und Macao an China in den Jahren 1997 und 1999 die europäische Kolonialgeschichte weitgehend abgeschlossen war, dominieren weiterhin rege wirtschaftliche und kulturelle Beziehungen mit den ehemaligen Kolonialstaaten die europäische Landschaft (vgl. Fassmann, 1996).

● ***Ethnische Wanderung***

Die bedeutendste ethnische Wanderung Europas des 20. Jahrhunderts stellt sicherlich die Vertreibung der jüdischen Bevölkerung während des 2. Weltkrieges dar. In den Jahren von 1938 - 1945 emigrierten Hunderttausende von Juden und politisch Verfolgte vorwiegend nach Übersee.

Ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts dominierte die ethnische Wanderung aus Osteuropa die Migrationslandschaft innerhalb Europas. Wenn auch nicht von einer ethnischen Wanderung aus Gründen der Vertreibung gesprochen werden kann, so

beeinflusste die politische und wirtschaftliche Lage in Osteuropa das Migrationsgeschehen. Bilaterale Abkommen und gut organisierte Organisationen in den westlichen Staaten Europas ermöglichte es Staatangehörigen vor allem aus den Staaten der ehemaligen Ostblocks nach Westeuropa zu emigrieren, wobei politische und ökonomische Gründe im Vordergrund standen.

So emigrierten beispielsweise während des 40-jährigen Bestehens der DDR über zwei Millionen Einwohner in die Bundesrepublik Deutschland (vgl. Fassmann, 1996).

#### • *Arbeitsmigration*

Durch den wirtschaftlichen Aufschwung Mitte der 1950er Jahre in Westeuropa sollte der Bedarf an billigen Arbeitskräften vor allem aus Süd- und Osteuropa aber auch mit Arbeitskräften aus dem Nahen Osten abgedeckt werden. Durch bilaterale Abkommen mit den Herkunftsstaaten emigrierten zwischen 1950 und 1980 ca. 18 Mio. Arbeitsmigranten nach Westeuropa. Im Zuge des Ölpreisschocks 1973 sank der Bedarf an ausländischen Arbeitskräften und führte von Seiten der Regierungen der westeuropäischen Aufnahmeländer zu Einreisebeschränkungen für ausländische Arbeitskräfte. Befristete Aufenthaltsgenehmigungen und erschwerte Arbeitserlaubnisse waren die Folge. Zusätzlich sollten Rückkehrbeihilfen schon ansässige Arbeitskräfte ermutigen in ihre Herkunftsländer zurückzukehren. Doch Familienzusammenführungen und steigende Geburtenzahlen unter der ausländischen Bevölkerung hob die Verminderung der ausländischen Arbeitskräfte am heimischen Arbeitsmarkt wieder auf bzw. führte lediglich zu einer Verlangsamung der Einwanderungszahlen. Der Anteil an Frauen und jener der Kinder und Jugendlichen unter der ausländischen Bevölkerung nahm innerhalb weniger Jahre erheblich zu.

Während in den 1950er Jahren ein Bedarf an billigen Hilfsarbeitskräften bestand, sollten in den 1990er Jahren mehrheitlich qualifizierte Arbeitskräfte und Personen mit Schlüsselqualifikationen angeworben werden. Vor allem im Gesundheitssektor stieg die Nachfrage nach weiblichen qualifizierten Arbeitskräften und so emigrierten ca. 150.000 – 200.000 Angehörige des Gesundheitssektors vor allem von den Philippinen und aus Indien nach Westeuropa.

Insgesamt hat der wirtschaftliche Aufschwung in Europa nach Ende des 2. Weltkriegs eine regionale Wanderung von Ost nach West von weit mehr als 20 Mio. Menschen bewirkt (vgl. Fassmann, 1996).

### • ***Flüchtlingswanderung***

Die Flüchtlingswanderung in Europa ist seit den 1950er Jahren gekennzeichnet durch Flüchtlingswellen aus Ost- und Südeuropa. Während in den 1950er, 1960er und 1970er Jahren Flüchtlinge aus den kommunistischen Staaten des ehemaligen Ostblocks nach Westeuropa kamen, wurde dieser Flüchtlingsstrom in den 1990er Jahren von Kriegsflüchtlingen aus Ex-Jugoslawien abgelöst. Aufgrund der Genfer Konvention und den Verhandlungen im Rahmen der Konferenz über Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (KSZE) wurden alle Bürger kommunistischer Staaten unabhängig ihrer persönlichen Migrationsgründe als politische Flüchtlinge angesehen. Zugleich forderten die westeuropäischen Staaten die Reisefreiheit und das Recht auf Auswanderung für diese Staatsangehörigen. In den Jahren von 1950 - 1992 flüchteten ca. 21 Millionen Menschen aus den ehemaligen Staaten des Eisernen Vorhangs und Ex-Jugoslawien nach Westeuropa.

Durch wirtschaftliche Stagnation und den Arbeitskräfteüberschuß in den 1990er Jahren in Westeuropa kam es neben der Reglementierung für ausländische Arbeitskräfte auch zur Verringerung der Asylanträge. Während es 1993 noch 520.000 Asylanträge in den Ländern der europäischen Union gab, sank die Zahl innerhalb eines Jahres auf 305.000 Anträge. Die Implementierung neuer Asylgesetzgebungen und die verstärkte Kontrolle der Einwanderung in die europäische Union führten zu dieser drastischen Reduktion der Asylanträge. Darüber hinaus wirkten die strengeren Prüfkriterien, die EDV- gestützte Datenerfassung der Asylwerber und die Reduktion der Sachleistungen für Asylwerber ebenfalls abschreckend.

Seit der Jahrtausendwende ist ein neuerlicher erhöhter Flüchtlingsstrom, dieses Mal aus Staaten des Nahen Ostens (Iran und Irak) und Asien (Indien und Pakistan) zu verzeichnen (vgl. Currie, 2004).

### • ***Sonstige Zuwanderung***

Neben großen Migrationsströmen, bedingt durch Arbeitsmigration und Flucht, stellt die Wanderung der „geistigen Elite“ eine weitere Facette der europäischen Migration dar. Dabei handelt es sich um die Wanderung von Managern, hochqualifizierten Arbeitskräften, Wissenschaftlern, Künstlern, Diplomaten und Mitarbeitern internationaler Organisationen unter dem Begriff des „Brain-drain“.

Während andere Migrationsformen in den letzten Jahrzehnten immer wieder Ursprung von politischen Debatten war, stellt die Migration der „geistigen Elite“ wenig Diskussionsgrundlage dar.

Eine weitere, immer größer werdende Migrationsgruppe stellt die Auswanderung von PensionistInnen aus Westeuropa nach Südeuropa und der Türkei dar. Im Gegensatz zur Wanderung von Hochqualifizierten ruft diese Art von Migration sehr wohl Widerstände unter der einheimischen Bevölkerung der Einreiseländer aus Angst vor Überfremdung hervor (vgl. Fassmann, 1996).

## **1.2. Demographische Daten zur Migration in Österreich**

Um eine erfolgreiche Integration von MigrantInnen in Österreich erzielen zu können ist es notwendig neben statistischen Zahlen, Daten und Fakten zur Bevölkerungsstruktur auch Zusammenhänge zwischen diesen zu kennen, um zukünftige Trends und Entwicklungen abschätzen zu können. Dabei geht es darum mit Hilfe statistisch erhobener Bevölkerungsdaten schrittweise die Grundlagen für eine optimale Integration zu erarbeiten, d.h. den zukünftigen Handlungsbedarf und die zukünftigen Handlungsfelder abzugrenzen. Diese reichen von notwendigen politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen bis hin zu speziellen sozialen Förderungsmaßnahmen, wie etwa der Schaffung einer bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung für MigrantInnen.

Um die Indikatoren einer migrantenfreundlichen Gesundheitsversorgung zu erfassen und in die Praxis umsetzen zu können ist es vorab notwendig, die sozialen und ökonomischen Eigenschaften dieser Bevölkerungsgruppe zu kennen. Daher muss in diesem Zusammenhang ein kurzer Überblick über die demographische Entwicklung zur Migration in Österreich der letzten 50 Jahre abgegeben werden, um im Anschluss daran Probleme in der Gesundheitsversorgung bzw. mögliche Lösungsansätze auf nationaler und internationaler Basis verstehen bzw. erfassen zu können.

### 1.2.1. Bevölkerungsstruktur

#### • *Bevölkerungsstand*

Bei der letzten Bevölkerungszählung im Jahr 2008 hatte Österreich 8.331.930 Einwohner. Demnach ist die Bevölkerungszahl seit 2001 um 3,1% gestiegen. Im Vergleich dazu betrug die Zunahme zwischen 1991 und 2001 3,0% d.h. der Bevölkerungszuwachs war seit der letzten Zählung größer als in den zehn Jahren davor. Grund dafür war die starke Zunahme der Wanderungsgewinne ab der Jahrtausendwende, die sich zur wichtigsten Komponente des Bevölkerungswachstums entwickelt hat, da die Geburtenbilanz (2001 bis 2008) mit durchschnittlich 2.300 Geburten pro Jahr nur schwach positiv war.

Den stärksten Bevölkerungszuwachs verzeichnete in den letzten Jahren die Bundeshauptstadt Wien mit 7,2% auf 1,66 Mio. Einwohner.

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft betrug Anfang 2008 855.000 Personen; die Zahl der im Ausland geborenen und bereits eingebürgerten Personen betrug 526.600 Personen. Insgesamt ergibt das einen Bevölkerungsanteil von Personen mit unmittelbarem Migrationshintergrund von 1,38 Millionen Einwohner; das entspricht 16,3% der Gesamtbevölkerung Österreichs. Während in den 1960er Jahren der Anteil der Personen mit unmittelbarem Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung nur 1,4% betrug, stieg dieser Anteil in den 1970er Jahren relativ rasch auf 4,1%. Diese Zahlen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den Anwerbeabkommen von Arbeitskräften aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Ein weiterer Anstieg der Bevölkerungszahlen mit unmittelbarem Migrationshintergrund war Anfang der 1990er Jahre zu verzeichnen, bis zur Jahrtausendwende die 10% Schwelle überschritten wurde. Im EU-Vergleich liegt Österreich mit diesen Zahlen im Spitzenfeld, nur Luxemburg, Lettland, Estland und Zypern weisen höhere Zahlen auf.

In diesem Zusammenhang darf natürlich der Anteil der Personen mit mittelbarem Migrationshintergrund nicht fehlen, d.h. der Anteil an MigrantInnen 2. und 3. Generation, die bereits in Österreich geboren wurden. Als Personen mit mittelbarem Migrationshintergrund werden Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in MigrantInnen der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) und dritten Generation (Kinder von Personen, deren Eltern

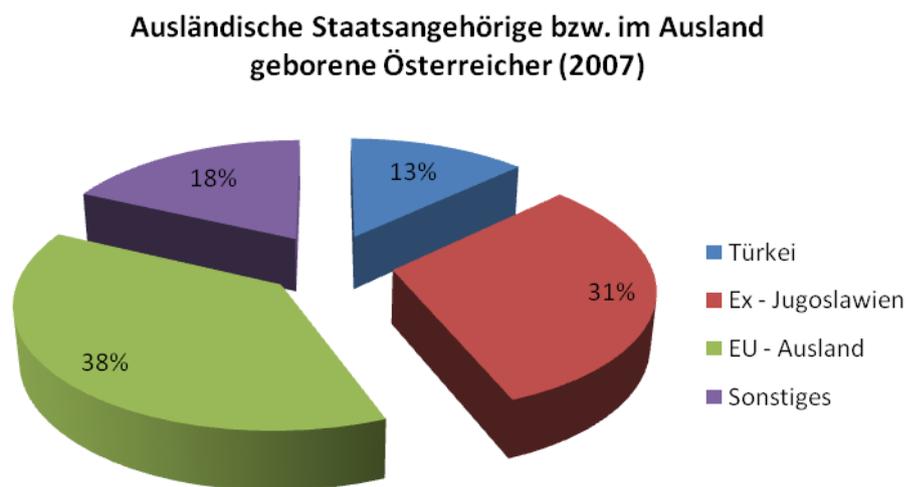
ursprünglich aus dem Ausland zugewandert sind) untergliedern (vgl. United Nations Economic Commission for Europe, 2010 ).

Zurzeit leben ca. 1.075.000 MigrantInnen der 1. Generation und 351.000 der 2. Generation in Österreich. Der größte Teil davon stammt aus dem unmittelbaren EU-Ausland (65%), dicht gefolgt von MigrantInnen aus Ex Jugoslawien (21%) und der Türkei (8, 2%).

Während konkrete Daten über den Anteil von MigrantInnen der 1. und 2. Generation erhoben sind, gibt es bislang keine gesonderten Daten über MigrantInnen der 3. Generation (vgl. Statistik Austria, 2008).

• **Bevölkerung mit unmittelbarem Migrationshintergrund nach Herkunftsländern**

Der größte Anteil der in Österreich ansässigen ausländischen Bevölkerung bzw. Bevölkerung mit ausländischem Geburtsort stammt aus dem unmittelbaren EU-Ausland, das entspricht etwa einer halben Million Menschen oder 38% der ausländischen Wohnbevölkerung. Dicht gefolgt wird diese Gruppe von Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien ( 31,5%) und der Türkei (13,1%). Der restliche Anteil an ausländischer Bevölkerung in Österreich setzt sich innereuropäisch aus Personen aus der Schweiz und Russland, außereuropäisch aus Personen aus Asien, China, den Philippinen und dem Iran zusammen (vgl. Statistik Austria, 2008).

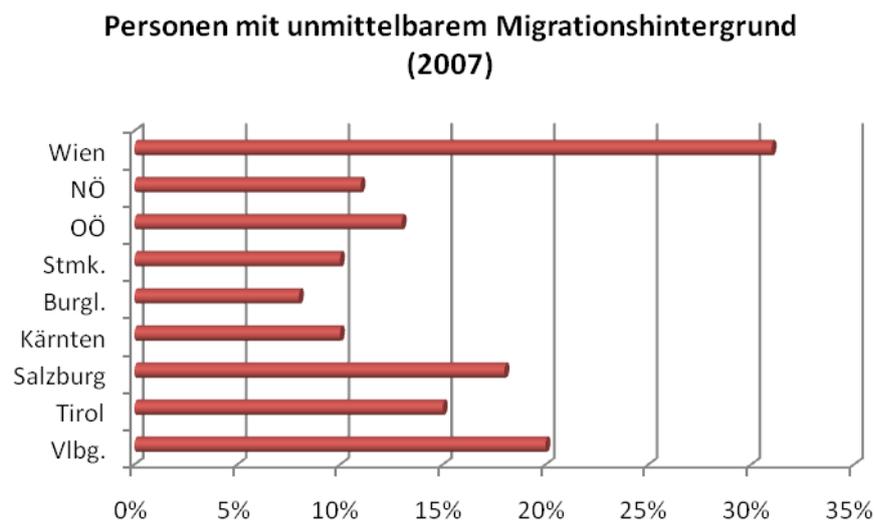


**Abb. 1: Datenquelle: Statistik Austria, 2008**

### • *Bevölkerungsstruktur nach regionalen Unterschieden*

Der größte Anteil der Bevölkerung mit unmittelbarem Migrationshintergrund befindet sich in der Bundeshauptstadt Wien mit 31,5%, das entspricht jeder dritten Person in Wien. Auch in anderen Bundesländern wie Vorarlberg (19,5%) und Salzburg (17,8%) lebt ein großer Teil der ausländischen Wohnbevölkerung. Die Bundesländer mit den niedrigsten Ausländeranteilen sind die Steiermark (9,8%) und das Burgenland (8,3%).

Tendenziell ist zu beobachten, daß sich ein großer Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund vorwiegend in Städten bzw. Gemeinden mit höheren Einwohnerzahlen niedergelassen hat und die Zahlen in den ländlichen Regionen Österreichs hingegen verschwindend gering sind (vgl. Statistik Austria, 2008).



**Abb. 2: Datenquelle: Statistik Austria, 2008**

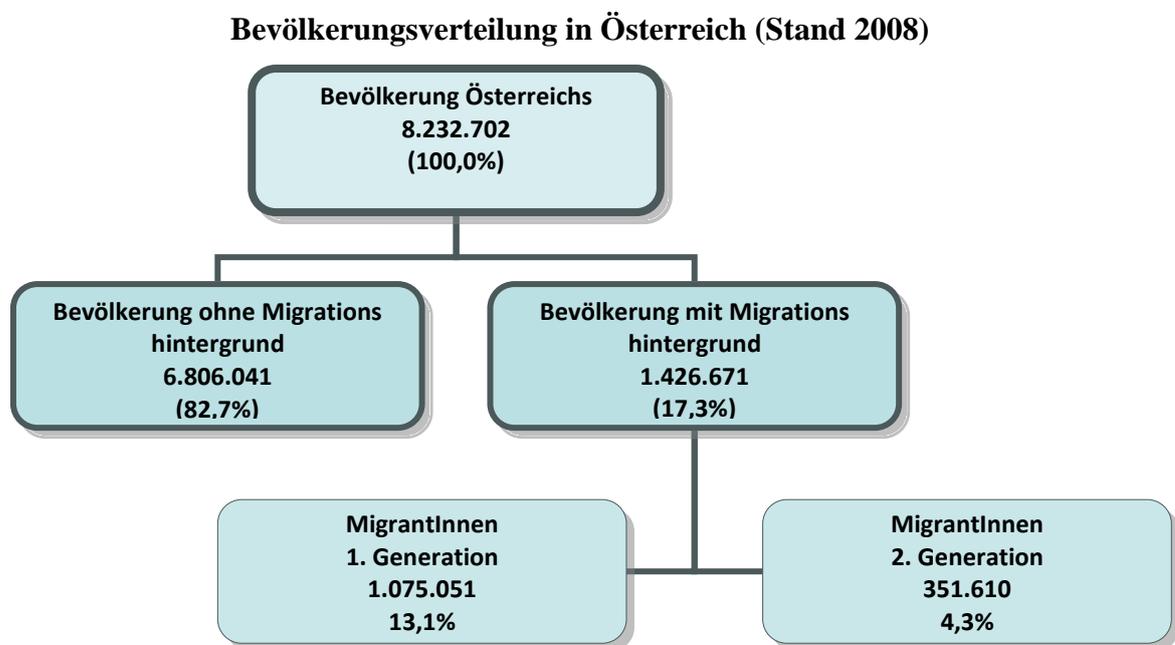
### *1.2.2. Zu- und Abwanderung*

Seit den 1970er Jahren ist die Bevölkerungsentwicklung Österreichs durch die Entwicklungen der internationalen Zu- und Abwanderung gekennzeichnet. Jährlich wandern etwa 100.000 ausländische Zuwanderer nach Österreich, das entspricht 3,9 Personen je 1.000 Einwohner. Dabei ergeben sich regional große Unterschiede; während in den größeren Städten und ihrem Umland Wanderungsgewinne dominieren, stehen Wanderungsverluste in ländlichen Gebieten im Vordergrund. Vor allem Wien

spielt als Ziel der internationalen Zuwanderung nach Österreich eine große Rolle. Rund 44% aller Zuzüge entfielen auf die Bundeshauptstadt.

Die größte Zuwanderrungsgruppe sind dabei die Deutschen, gefolgt von Rumäninnen und Rumänen und BürgerInnen aus Polen, Ungarn, der Slowakei, Bulgarien und der Türkei.

Die aktuellen Zahlen über Asyl- und Aufenthaltsanträge sprechen davon, dass zwischen 2002 und 2008 156.846 Menschen um dauerhaften Aufenthalt in Österreich angesucht haben, wobei lediglich 27.000 Personen Asyl gewährt wurde. Dabei stammen die AsylwerberInnen vor allem aus Tschetschenien und Serbien (vgl. Statistik Austria, 2008).



**Abb. 3: Datenquelle: Statistik Austria, 2008**

### *1.2.3. Bevölkerungsentwicklung und Trends*

Österreichs Bevölkerung wächst und altert laut Prognose bis 2050 auf 9,5 Mio. Einwohner.

Das heißt, dass die Bevölkerung Österreichs auch in Zukunft weiterhin stark wachsen wird. Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich hin zu den älteren Menschen. Stehen

derzeit 22% der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren, so werden es mittelfristig (2020) rund 26% sein, langfristig (ca. ab 2030) sogar mehr als 30%.

Die stärksten Bevölkerungszunahmen haben bedingt durch die Zuwanderung die Bundesländer Wien und Niederösterreich zu erwarten. Auch in den beiden westlichsten Bundesländern Vorarlberg und Tirol sowie in Oberösterreich und im Burgenland wächst die Bevölkerung deutlich. Nur im südlichsten Bundesland Kärnten stagniert sie und dürfte künftig sogar geringfügig unter dem derzeitigen Niveau liegen. Der Alterungsprozess wird im Wesentlichen alle Bundesländer betreffen, allerdings mit unterschiedlicher Intensität. Wien wird sich mittelfristig zum demographisch jüngsten Bundesland Österreichs entwickeln (vgl. Statistik Austria, 2008).

Die Anzahl der Personen mit Migrationshintergrund wird auch in den nächsten Jahrzehnten gemessen an der Gesamtbevölkerung zunehmen. Ausschlaggebende Faktoren sind dabei vor allem die höheren Kinderzahlen und die jugendliche Altersstruktur in dieser Bevölkerungsgruppe. Aber auch der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen. Soziale, wirtschaftliche und institutionelle Entwicklungen sind daher unausweichlich. Gerade die Bevölkerungsgruppe der MigrantInnen verlangt im Gesundheitswesen nach gut strukturierten Betreuungsangeboten, um eine nachhaltige Integration zu fördern und das gesellschaftliche Potential von MigrantInnen ausschöpfen zu können (vgl. Razum et al, 2008).

## 2. Migration und Gesundheit

Aufgrund der demographischen Entwicklung in den westlichen Industrieländern und der damit steigenden Anzahl an betreuungsbedürftigen PatientInnen im Gesundheitswesen, die zu einem bedeutenden Teil durch Migration gekennzeichnet ist spielen die Aspekte Migration – Gesundheit und das Gesundheitsverhalten in der Migration eine große Rolle, vor allem für zukünftige Entwicklungen und Anforderungen im Gesundheitssystem.

Während bis in die 1990er Jahre nur dem Gesundheitsstatus von MigrantInnen Bedeutung beigemessen wurde, um potentielle Gesundheitsrisiken für die restliche Bevölkerung identifizieren zu können, liegt heutzutage das Hauptaugenmerk auf der Identifikation von gesundheitlichen Belastungsfaktoren die durch Migration entstehen können. Um MigrantInnen im Kontext von Gesundheit und Krankheit adäquat erfassen zu können ist es notwendig, durch ein vertieftes Verständnis über Biographien, Lebenswelten und sozialen Rahmenbedingungen in den Herkunfts- und Aufnahmeländern Rückschlüsse auf gesundheitliche Belastungsfaktoren ziehen und gleichzeitig Behandlungs- und Betreuungskonzepte gezielt einsetzen zu können. Dabei steht eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Begriff Migration und all seinen Facetten im Vordergrund. Neben der Erfassung der spezifischen Lebenswelten von MigrantInnen und der Identifikation von persönlichen Bewältigungsstrategien spielen sowohl gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen, als auch sozioökonomische Faktoren in den Aufnahmeländern eine große Rolle im individuellen Erleben und Bewältigen von Gesundheit und Krankheit der MigrantInnen (vgl. Collatz, 2001).

Im folgenden Kapitel soll daher neben statistischen Zahlen und Fakten über Gesundheitsprobleme von MigrantInnen auch ein Einblick in die Soziologie der Migration gegeben werden. Dabei wird der Frage nachgegangen ob und welche spezifischen Belastungen sich durch die Migration ergeben können und inwiefern daraus gesundheitsgefährdende Faktoren resultieren.

## **2.1. Soziologie der Migration**

Für den Begriff der Migration gibt es keine einheitliche Definition, vielmehr ist eine Vielzahl von Begriffserklärungen in den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen vorhanden, die jedoch eines gemeinsam haben: Migration bedeutet immer eine Entwurzelung aus einer vertrauten Umgebung und das Eintauchen in eine völlig fremde Lebenswelt ( vgl. Han, 2005).

Dabei ergeben sich eine Vielzahl an prägenden Erlebnissen und Ereignissen, die oftmals mit Streß, Unsicherheit und Angst verbunden sind und nicht selten mit der Bedrohung und dem Verlust der physischen und psychischen Gesundheit einhergehen. Migration bringt viele verschiedene Facetten mit sich und muß individuell betrachtet werden. Für den Einen bedeutet Migration eine soziale und ökonomische Verbesserung der Lebenssituation und/oder einer Erweiterung der persönlichen Lebenswelt, für den Anderen bedeutet sie der Verlust seiner Identität, das Auseinanderbrechen einer Familie und/oder das Zurücklassen kultureller Normen und Werte (vgl. Güngör, 2002). Migration kann auf ganz unterschiedliche Weisen stattfinden, wobei die Migrationsgründe, Migrationserfahrungen und Lebensumstände für MigrantInnen in den Aufnahmeländern eine wesentliche Rolle für die spätere persönliche Entwicklung und Integration von MigrantInnen spielen. Auslösende Faktoren für die Migration, den Migrationsverlauf und Erlebnisse und Erfahrungen während der Migration sind darüber hinaus wesentliche Faktoren für Gesundheit und Krankheit und dürfen in der Betreuung von MigrantInnen nicht außer acht gelassen werden (vgl. Krämer, 2004 in Treibel 2008, S.87-94).

### **2.1.1. Begriffserklärung Migration**

Dem Wortursprung nach leitet sich der Begriff Migration von dem lateinischen Wort „migrare“ ab und bedeutet wandern oder wegziehen. Migration wird als dauerhafte und längerfristige Veränderung des Wohnortes bezeichnet und beinhaltet neben der Zuwanderung auch die Abwanderung (vgl. Han, 2005).

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts rückte der Begriff der Migration zunehmend in das wissenschaftliche Interesse verschiedenster Disziplinen, wobei die Erforschung von Gründen und Auswirkungen von Wanderungsprozessen im Fokus der Forschung standen. Um den Begriff der Migration klarer und durchsichtiger darstellen zu können wurden mehrere Unterteilungskriterien geschaffen, die die Wanderungsgründe klassifizieren. Darüber hinaus wurden Modelle entwickelt, die den Wanderungsprozeß und deren Auswirkung auf die Beteiligten beschreiben.

Nach Treibel (1999) lassen sich klassische Wanderungsgründe wie die Arbeitsmigration, die Fluchtmigration und die nationale und internationale Immigration unterscheiden, wobei die Wanderungsentscheidung in den meisten Fällen auf wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen basiert. Das sogenannte Push- und Pullmodell nach Treibel (1999) erklärt die Sogtheorie, das bedeutet Migration entsteht immer aus einem Ungleichgewicht zwischen dem Ursprungs- und dem Aufnahmeland. Herrschen im Ursprungsland beispielsweise eine soziale Unsicherheit oder hohe Arbeitslosigkeit so sind es Pull Faktoren des Aufnahmelandes, wie soziale Sicherheit und eine Arbeitsplatzgarantie, die eine Migration begünstigen. Daneben beeinflussen positive Erfahrungsberichte von bereits abgewanderten Personen die Entscheidung über eine Auswanderung. Auch wenn die Entscheidung zur Migration immer ein individueller Prozeß ist unterscheidet das Push- und Pull Modell nach Treibel mehrer Einflussfaktoren, die die Entscheidung zur Abwanderung begünstigen. Diese können sein (nach Treibel, 1999):

#### **Push-Faktoren:**

- Politische und soziale Unsicherheit
- Mangelndes Bildungssystem
- Mangelndes Gesundheitssystem
- Präkerer Arbeitsmarkt
- Ökologische Gründe
- Ökonomische Gründe

### **Pull-Faktoren:**

- Politische und soziale Sicherheit
- Besseres Bildungssystem
- Besseres Gesundheitssystem
- Gute Arbeitsbedingungen
- Gute Sozialleistungen
- Bessere Perspektive für Kinder
- Nähe zur Heimat

Neben klassischen Wanderungsgründen, die im Push- und Pull Modell beschrieben werden, existieren nach Han (2005) vier Dimensionen, die einen weiteren Einfluß auf die Migrationsentscheidung und den Migrationsprozeß haben:

- **Motivationale Dimension:** hierbei handelt es sich um motivierende Gründe für die Migration
- **Räumliche Dimension:** damit ist die geographische Distanz gemeint, inwiefern mit der Entfernung zum Heimatland auch eine Entfernung zur Kultur, Tradition und Sprache gegeben ist
- **Zeitliche Dimension:** hier handelt es sich um eine dauerhafte oder zeitlich begrenzte Migration
- **Soziokulturelle Dimension:** dabei ist das neue soziokulturelle Umfeld im zukünftigen Einwanderungsland gemeint

Während im Push- und Pull- Modell nach Treibel und den Wanderungsdimensionen nach Han der Entscheidungsprozeß zur Migration beschrieben wird, beschäftigt sich die wissenschaftliche Forschung über Migration auch mit den individuellen Auswirkungen und Ausprägungen der Wanderung. Dabei steht auch das Forschungsfeld Gesundheit

und Migration im Vordergrund. In den letzten zwei Jahrzehnten stand und steht das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von MigrantInnen zunehmend im wissenschaftlichen Interesse, vor allem vor dem Hintergrund der zukünftigen demographischen Entwicklung, denn in den westlichen Industrieländern ist ein Anteil von Personen mit Migrationshintergrund von mehr als 30% in der Bevölkerung prognostiziert (vgl. Collatz, 2001)

Während Gesundheit und Migration in wissenschaftlichen Kreisen Aufnahme gefunden hat und dieses Forschungsfeld zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird dem Thema in der gesundheitlichen Praxis zu wenig Beachtung geschenkt. Wenn auch das Zusammenleben mit MigrantInnen alltäglich geworden ist und dadurch auch im Gesundheitssystem MigrantInnen nichts mehr außergewöhnliches sind, ist deren Betreuung bis dato nicht ihren Bedürfnissen angepaßt (vgl. Baldaszi, 2004). Das Bewußtsein, daß Menschen unterschiedlicher Herkunft auch unterschiedliche Lebenshintergründe und Lebenserfahrungen haben und dadurch auch deren Vorstellungen von Gesundheit- und Krankheit geprägt sind, wird in der Betreuung und Behandlung von MigrantInnen außer acht gelassen. Dadurch kommt es nicht selten zu Missverständnissen auf beiden Seiten, welche im schlimmsten Fall zu Behandlungsfehlern führen. Fehlversorgung und Überversorgung mit Therapien und Medikamenten aber auch Folgeschäden einer suboptimalen Behandlung und Betreuung lassen neben wachsenden Mißtrauen aller Beteiligten auch die Kosten im Gesundheitssystem steigen (Razum et al, 2008).

Migration ist immer ein streßauslösendes Lebensereignis, daß zu physischen und psychischen Krisen führen kann. Darauf basierend wurde von Slutzki (2001) ein Modell über die Auswirkungen des Migrationsprozesses entwickelt, welches 5 Phasen des Migrationsprozesses beschreibt:

- Phase der Migrationsvorbereitung
- Phase des eigentlichen Migrationsakts
- Phase der Überkompensierung
- Phase der Dekompensierung

- Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse

In jeder dieser Phasen können Konflikte auftreten, die von den Betroffenen entweder kompensiert werden können, sich aber auch zu anhaltenden physischen und psychischen Störungen entwickeln können. Als wesentliche Risikofaktoren für das Auftreten einer physischen und psychischen Störung wird der Kulturkonflikt, soziale Marginalisierung und der Verlust an protektiven Faktoren wie der Verlust der Heimat, des sozialen Umfelds und der Familie bezeichnet. Dabei nehmen die Betroffenen in den meisten Fällen professionelle Hilfe erst in der Phase der Dekompensierung in Anspruch. Da das Modell von Slutzki einen hohen kulturübergreifenden Grad besitzt wäre es geeignet zukünftige Präventionsmaßnahmen an den Erkenntnissen des Modells planen und anlegen zu können.

Ein weiteres Modell nach Han (2000) teilt den Migrationsprozess in große Phasen – die äußere physische Migration sowie die innere psychosoziale Migration. Darüber hinaus spricht er von einer Vorbereitungsphase, die durch Phasen des individuellen Entscheidungsprozesses gekennzeichnet sind und der Phase der eigentlichen Migration. In der ersten Phase seines Modells kommt es zur subjektiven Wahrnehmung belastender gesellschaftlicher Umstände für MigrantInnen. In der 2. Phase erfolgt die Einsicht der MigrantInnen., daß eine bevorstehende Migration zur Verbesserung der unbefriedigenden Lebensumstände beiträgt. Die 3. Phase ist durch das Einholen und Auswerten von Informationen über Erfahrungsberichte von bereits immigrierten Personen gekennzeichnet. In der letzten Phase findet der eigentliche und endgültige Entscheidungsprozess zur Migration statt.

Die in diesem Modell beschriebene äußere physische Migration ist durch allgemeine Lebensbedingungen, die das Leben von MigrantInnen prägen, gekennzeichnet. Neben schlechten Wohnverhältnissen, Arbeitsplatzunsicherheit und sozioökonomischer Isolation spielen auch bisherige Lebensereignisse eine wesentliche Rolle für die Gesundheit von MigrantInnen. Trennungserfahrungen, ungesicherter Aufenthaltsstatus und offene oder versteckte Diskriminierung spielen eine wesentliche Rolle für das Auftreten von Gesundheit oder Krankheit. Aber auch der Erfolg der Integration und das neugewonnene soziokulturelle Umfeld tragen dazu bei (vgl. Han, 2000).

## **2.2. soziokulturelle Aspekte der Migration**

Der Prozess der Migration ist bei jedem Migranten und jeder Migrantin durch individuelle Erlebnisse und Erfahrungen geprägt und kann nur bedingt kategorisiert und verallgemeinert werden. Dennoch haben Migrationserfahrungen und Migrationstraditionen in den Einwanderungsländern wesentlichen Einfluss auf den Prozess der Migration und Integration für MigrantInnen. Neben dem Aufenthaltsstatus im Aufnahmeland spielen sozioökonomische Faktoren wie Arbeitsbedingungen, Arbeitschancen und Arbeitsbelastungen, die Wohnsituation, sozialer Status aber auch das neu erworbene soziale Umfeld eine tragende Rolle im Migrationsprozess. Darüber hinaus nehmen familiäre Wandlungsprozesse, Rollenbilder und traditionelle Normen und Werte einen zentralen Stellenwert im Prozess der Eingliederung dar. Diese soziokulturellen Aspekte nehmen wiederum Einfluss auf das physische und psychische Wohlbefinden von MigrantInnen und definieren nicht zuletzt Sichtweisen und Verhaltensweisen über Gesundheit und Krankheit (vgl. Baldaszi, 2004). Daher ist es für die medizinische Betreuung und Behandlung von MigrantInnen unbedingt notwendig neben biographischen Erlebnissen und Ereignissen im Herkunftsland auch Rücksicht auf die momentanen soziokulturellen Faktoren zu nehmen und diese in das Betreuungskonzept einfließen zu lassen. Im folgenden Kapitel wird ein kurzer Überblick über die soziokulturellen Aspekte der Migration gegeben. Dabei beziehen sich die verwendeten Zahlen, Daten und Fakten auf die Situation türkischer MigrantInnen in Österreich.

### **2.2.1. Aufnahmesituation im Einwanderungsland**

Die Aufnahmesituation für MigrantInnen ist in den meisten europäischen Ländern von Ausgrenzung und Missachtung geprägt. Vor allem MigrantInnen aus wirtschaftlich und politisch instabilen Herkunftsländern sind überproportional häufig Diskriminierungen ausgesetzt (vgl. Collatz, 1998). Die allgemeinen Menschenrechte, wie das Recht auf Arbeit, Wohnung, Ernährung, Bildung und Sinnggebung des Lebens werden MigrantInnen oftmals nicht zugestanden. Gesellschaftliche, soziale und wirtschaftliche Isolation, in Verbindung mit fehlenden sozialpolitischen Unterstützungsmaßnahmen,

sind die Folge und bewirken ein höheres Armutsrisiko in dieser Bevölkerungsgruppe (vgl. SiM, 2006).

### **2.2.2. Arbeitsbedingungen und Ausbildung**

Neben der Existenzsicherung bedeutet ein gesichertes Einkommen durch Arbeit auch das Bestehen des Bleiberechts für MigrantInnen. Darüber hinaus stellt der Arbeitsplatz für die meisten MigrantInnen den ersten Berührungspunkt mit einer neuen, zumeist völlig fremden Lebenswelt dar. Viele MigrantInnen kommen durch ihre Arbeit das erste Mal mit den gesellschaftlichen Strukturen des Aufnahmelandes in Berührung. Traditionell arbeiten türkische MigrantInnen in Österreich vorwiegend als HilfsarbeiterInnen in unqualifizierten Jobs, da nicht selten ausländische Diplome und Berufsabschlüsse nicht anerkannt werden. Dabei sind die Arbeitsbedingungen häufig sehr schlecht und von einem hohen Belastungspotential für die Gesundheit geprägt. Türkische MigrantInnen arbeiten sehr häufig in Schicht-, Akkord- und Wechseldiensten und sind nicht selten an ihrem Arbeitsplatz negativen Umwelteinflüssen, wie hoher Staub- und Schadstoffgehalt, chemischen Einflüssen, hohen Temperaturen oder Lärm ausgesetzt. Darüber hinaus handelt es sich in vielen Fällen um eine körperlich an ihre Grenzen gehende Arbeit, die durch das Heben von schweren Lasten, Zeitdruck und Stress gekennzeichnet ist und vielfach nicht den gesetzlichen Arbeitsschutzmaßnahmen entspricht. Zudem kämpfen MigrantInnen häufig mit Vorurteilen durch Vorgesetzte und Arbeitskollegen, Diskriminierungen bei Bewerbungen, Beförderungsverfahren und Lohnverhandlungen treten in dieser Bevölkerungsgruppe gehäuft auf (vgl. SiM, 2006). Aufgrund fehlender beruflicher Qualifikationen müssen MigrantInnen häufig eine minimale Entlohnung und benachteiligende Arbeitsverträge in Kauf nehmen. Darüber hinaus werden MigrantInnen über ihre Rechten und Pflichten am Arbeitsplatz mangelhaft informiert. Zulassungsbeschränkungen auf dem Arbeitsmarkt zwingen MigrantInnen nicht selten dazu trotz beruflich hoher Qualifikation Hilfsjobs annehmen zu müssen. Aufgrund schlechter Entlohnung sind oftmals auch weibliche MigrantInnen gezwungen zu arbeiten, was eigentlich ihrer traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in der Familie widerspricht. Daher sind häufig weibliche MigrantInnen von der Mehrfachbelastung Haushalt, Kinderbetreuung und Arbeitsplatz betroffen, was in vielen Fällen zu einer physischen und psychischen Überbelastung dieser Frauen führt (vgl. Loncarevic, 1996).

Aus den aktuellen Daten des Integrationsberichts 2009 geht hervor, daß MigrantInnen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind, als Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund. So betrug im Jahr 2007 der Anteil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund 65%, in der restlichen Bevölkerung dagegen 73%. Besonders auffallend ist, daß lediglich 56% der türkischen Personen im erwerbsfähigen Alter einer Erwerbstätigkeit nachgehen, während der Durchschnitt der restlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei 68% liegt. Personen türkischer und jugoslawischer Herkunft sind vorwiegend als ArbeiterInnen beschäftigt – 81% türkische und 78% jugoslawische ArbeiterInnen, während lediglich 29% der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ArbeiterInnen sind. Männer ausländischer Herkunft sind wesentlich häufiger im Bauwesen sowie in der Erbringung von persönlichen Dienstleistungen (z.B. Leiharbeit, Wach- und Sicherheitsdienste) vertreten (21% der Beschäftigten), als Personen ohne Migrationshintergrund. Die Erwerbstätigenquote bei Frauen mit Migrationshintergrund ist vor allem in der türkischstämmigen Bevölkerung unterdurchschnittlich niedrig mit 40%, während vergleichsweise 60% der weiblichen Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund beschäftigt sind (vgl. statistisches Jahrbuch für Migration und Integration, 2009).

Statistiken zum Ausbildungsgrad von MigrantInnen zeigen, daß der Anteil der Erwerbstätigen, die nur einen Pflichtschulabschluss aufwiesen, bei Personen ausländischer Herkunft etwa bei 33% liegt, im Vergleich zu 16% bei der österreichischen Bevölkerung. Auch hierbei ist die türkischstämmige Bevölkerung mit 68% Pflichtschulabgängern Schlußlicht in der Statistik der Schulabschlüsse.

Zuwanderer sind unabhängig von ihrem Bildungsgrad stärker von Arbeitslosigkeit betroffen als ÖsterreicherInnen, vor allem MigrantInnen, die lediglich über einen Pflichtschulabschluss verfügen, weisen höhere Arbeitslosenquoten (13%) als die restliche Bevölkerung (9%) auf. Überdurchschnittlich hoch ist die Erwerbslosigkeit bei türkischen (16%) und außereuropäischen MigrantInnen (19%) (vgl. statistisches Jahrbuch für Migration und Integration, 2009).

Auch die Schulbesuchsquote ist von markanten Unterschieden zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund geprägt. Während der Anteil der österreichischen Schüler, die eine Sonderschule besuchen, bei 9% liegt, ist der Anteil bei Schülern mit Migrationshintergrund doppelt so hoch, wobei der Großteil davon aus jugoslawischen und türkischen Familien stammt. Dieses Phänomen ist in vielen Fällen

durch mangelnde Deutschkenntnisse von Kindern aus Migrantenfamilien zu erklären, da sie aufgrund der Sprachbarriere gezwungen sind ihre Schulkarriere in der Sonderschule zu beginnen (vgl. statistisches Jahrbuch für Migration und Integration, 2009).

### **1.2.3. Wohnsituation**

Die Zahlen und Daten der Statistik Austria sprechen davon, daß die Wohnsituation von MigrantInnen durch kleine Wohnungen in einem schlecht erhaltenem Zustand geprägt ist (vgl. SiM, 2006). Die durchschnittliche Wohnfläche pro Kopf beträgt in der österreichischen Bevölkerung 45m<sup>2</sup>, dabei sind die Wohnverhältnisse von Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens mit 23m<sup>2</sup> sowie der türkischen Bevölkerung mit 20m<sup>2</sup> deutlich beengter. Darüber hinaus sind die Wohnkosten für MigrantInnen wesentlich höher. Während 2007 im Durchschnitt 18% aller Personen mehr als ein Viertel ihres Haushaltseinkommens für das Wohnen aufwenden mußte, waren sogar 31% türkischer MigrantInnen davon betroffen.

Türkische MigrantInnen leben zudem zu einem großen Teil in überbezahlten Mietwohnungen (85%), während sich nur 40 % der österreichischen Bevölkerung in der gleichen Situation befindet (vgl. statistisches Jahrbuch für Migration und Integration, 2009).

### **1.2.4. Finanzielle Situation**

Die finanzielle Situation vieler Zuwanderer in Österreich ist von einem niedrigen Lohnniveau und hoher Armutsgefährdung geprägt. Als armutsgefährdet werden in Österreich Personen bezeichnet, deren pro-Kopf-gewichtetes Haushaltseinkommen unter 60% des Durchschnittseinkommens liegt. Die Anzahl der erwerbstätigen MigrantInnen, die als armutsgefährdet bezeichnet werden können - der „working poor“ - liegt bei etwa 49%, wobei davon 29% der türkischen Erwerbstätigen betroffen sind. Sind zusätzliche Faktoren, wie Zahlungsrückstände, Verzicht auf Ernährung, Urlaub und bestimmten Konsumgütern sowie schlechte Wohnverhältnisse vorhanden, spricht man von manifester Armut. Davon waren 2007 etwa 5% der Bevölkerung betroffen, wovon 23% aus Ex-Jugoslawien und 36% aus der Türkei stammen (vgl. statistisches Jahrbuch für Migration und Integration, 2009).

### 1.2.5. familiäre Situation

Das Zusammenleben in einer Familie ist immer durch das Zuschreiben von spezifischen Rollen an alle Familienmitglieder gekennzeichnet. Findet nun ein einschneidendes Erlebnis, wie es ein Migrationsprozess darstellt, innerhalb einer Familie statt, kommt es oft zu einer Veränderung dieser Rollenkonstellationen. Vormalig traditionelle Normen und Werte, die das Familienleben und die Kindererziehung bestimmen, verlieren oft an Bedeutung und müssen den Bedingungen im Aufnahmeland angepasst werden. Die bisherigen Kommunikationswege innerhalb der Familie verlieren an Bedeutung und/oder können aufgrund fehlender sozialer Netzwerke nicht ausgelebt werden. So ist es in vielen südländischen Familien normal, daß die Kommunikation zwischen den Ehepartnern auf das notwendigste beschränkt wird. Oftmals handelt es sich bei diesen Ehen um Zweckgemeinschaften, arrangiert von beiden Herkunftsfamilien, in welchen traditionellerweise Probleme entweder in Frauen- oder Männergemeinschaften besprochen werden. Daher fehlen oft partnerschaftliche Bewältigungsstrategien, die in Krisensituationen helfen könnten einen gemeinsamen Weg bzw. eine Lösung zu finden. Vielmehr führen veränderte Familienstrukturen und verschobene Rollenverständnisse zu schweren Konflikten, die nicht selten im Zerschellen der Familie enden (vgl. Loncarevic, 1996).

In vielen Fällen stellt die Migration keinen individuellen Prozeß dar, sondern ist Folge einer Kettenreaktion vieler Familien aus einem Dorf oder sogar einer Region. Daher ist die Migration oftmals auch mit der Unterstützung der in ihrer Heimat zurückgebliebenen Verwandten eng aneinander gekoppelt (vgl. SiM, 2006). Vor allem männliche Migranten stehen daher unter Druck im Einwanderungsland erfolgreich zu sein und ein wohlhabendes Leben zu führen, um als reicher Mann in die Heimat zurückkehren zu können. Schlechte Arbeitsbedingungen und hohe Lebenskosten im Einwanderungsland setzten viele männliche Migranten zunehmend unter Druck ihrem Rollenbild des starken, reichen und erfolgreichen Familienoberhauptes gerecht zu werden. Zudem führen verschobene Familienstrukturen, z.B. wenn auch die Ehefrau gezwungen ist zu arbeiten um den Lebensunterhalt bewältigen zu können, zu einem zunehmenden Verlust der gewohnten Normen und Werte. Als Antwort neigen viele Männer dazu das traditionelle Rollenbild nach außen zu verstärken, vor allem vor Verwandten oder Bekannten, um ihrer sozialen Rolle gerecht zu werden. In der

Öffentlichkeit treten viele Männer daher sehr autoritär auf, agieren als Ernährer, Familiensprecher und alleiniger Entscheidungsträger. Treten Krisen, wie Krankheit oder Arbeitslosigkeit auf werden diese Rollen geschwächt und/oder verlieren an Bedeutung und können zu erheblichen Konflikten innerhalb der Familie führen (vgl. Loncarevic, 1996).

Frauen wandern zumeist aufgrund der Entscheidung ihrer Familien in ein anderes Land aus, oft erfolgt diese Migration nicht freiwillig. Dennoch muß betont werden, daß auch Frauen zunehmend aufgrund von besseren Ausbildungs- und Arbeitsplatzchancen migrieren und die Migrationsgründe genauso weit gefächert sind wie bei Männern. Trotzdem sind gerade Frauen in der Migration besonders von Ausbeutung, Diskriminierung, Gewalt, Machtlosigkeit und übermäßiger Belastung durch Arbeit und Familie betroffen (vgl. Akgün, 2004). Viele Frauen nehmen in der Migration eine Arbeit an, um das Familieneinkommen aufzubessern. Dadurch kommen traditionelle Rollenverständnisse bezüglich Haushaltsführung, Kindererziehung und Frauen- und Männerrollen ins Wanken. Außerdem begünstigt eine liberale und emanzipierte Frauengesellschaft in den Aufnahmeländern eine Auseinandersetzung und ein Infrage stellen des traditionellen Rollenbildes. Viele Frauen sind darüber hinaus eine aktivere Rolle innerhalb der Familie bereits gewöhnt, vor allen dann, wenn sie einige Zeit alleine im Heimatland zurückgeblieben sind, während ihre Männer bereits im Einwanderungslang Fuß gefaßt haben. Diese neu erworbene Rolle wollen viele Frauen auch im Einwanderungsland aufrechterhalten. Stoßen nun traditionelle Werte mit neu erworbenen Emanzipation zusammen sind familiäre Konflikte vorprogrammiert und führen nicht selten zum Zerschlagen der Familie (vgl. Kentenich et al, 1995).

### **2.3. Das Zusammenspiel von Migration und Gesundheit**

Migration an sich stellt noch keinen gesundheitsgefährdeten Determinanten dar. Lebensumstände vor, während und nach der Migration rufen jedoch sehr oft Faktoren hervor, die sich negativ auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen auswirken können. Das bedeutet, daß MigrantInnen in der Regel nicht kränker sind, als die

Bevölkerung im Einwanderungsland, aber Ereignisse und Erlebnisse im Migrationsprozeß in Kombination mit unterschiedlichen Krankheits- und Gesundheitskonzepten dazu beitragen, daß der Gesundheitszustand stärker und anders beeinträchtigt wird, als in der restlichen Bevölkerung. Auch der Krankheits- und Gesundheitsverlauf gestaltet sich in der Regel komplikationsreicher als in der restlichen Bevölkerung, da neben einem Zusammenprallen von völlig unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnissen, Erwartungen, Hoffnungen und Wünschen der MigrantInnen im Gesundheitssystem nicht befriedigt werden können. Als Antwort resultieren oft jahrelange Leidenswege von suboptimaler Betreuung und Behandlung für MigrantInnen, bis hin zur völligen Verweigerung der medizinischen Betreuung aufgrund negativer Erfahrungen (vgl. Razum et al, 2008).

In einer Studie von Weiss et al 2003 wird aufgezeigt, daß es signifikante Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen MigrantInnen und der Schweizer Bevölkerung gibt. So wird deutlich, daß sich vor allem das subjektive körperliche und psychische Wohlbefinden deutlich von der restlichen Bevölkerung unterscheidet. MigrantInnen klagen häufiger über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit, Rücken- und Gelenksbeschwerden. Zusätzlich weist diese Bevölkerungsgruppe überproportional häufig psychische Erkrankungen wie Depressionen, Suizidgedanken und posttraumatische Streßsymptome auf. Weiters geht aus dieser Studie hervor, daß vor allem Frauen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter bewerten, als Frauen in der restlichen Bevölkerung. Auffällig ist zudem, daß die perinatale Mortalität bei Neugeborenen auffällig hoch ist und Infektionserkrankungen bei Kindern häufiger auftreten. Kinder türkischer Mütter verzeichnen mit 5,5 je 1.000 Lebendgeburten die höchste Säuglingssterblichkeit in Österreich, im Vergleich zu 5 Säuglingstoden je 1.000 Lebendgeburten in der restlichen österreichischen Bevölkerung. Mögliche Gründe dafür wären die mangelnde Inanspruchnahme von pränatalen und postnatalen Vorsorgeuntersuchungen, vor allem bei MigrantInnen mit relativ kurzem Aufenthaltsstatus (vgl. statistisches Jahrbuch, 2009).

Aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und mangelhafter Information über Sicherheitsmaßnahmen am Arbeitsplatz sind die Zahl von Arbeitsunfällen und der Invaliditätsrate stark erhöht im Vergleich zu anderen Arbeitnehmern (vgl. Weiss, 2003).

In einer weiteren Studie von Chimienti et al 2000 geht hervor, daß der Gesundheitszustand in der Migration vor allem durch 3 wesentliche Faktoren beeinflusst

wird. Zum Einen sind es die Ereignisse und Erfahrungen im Herkunftsland in Verbindung mit individuellen gesundheitlichen Ressourcen, die ausschlaggebend für den zukünftigen Gesundheits- und Krankheitszustand sind. Darüber hinaus sind es Ereignisse und Erfahrungen im Migrationsprozeß, wie schlechte sozioökonomische Bedingungen, psychischer und körperlicher Streß, Diskriminierung, Existenzängste, Identitätsverlust oder der Anpassungsdruck in der neuen Lebenswelt, die gesundheitsgefährdende Faktoren darstellen können. Diese Risikofaktoren werden in der Regel durch schlechte Lebensbedingungen verstärkt (vgl. Chimienti, 2000 in Treibel 2008 S. 87 - 94).

Auffallend ist des weiteren, daß viele MigrantInnen nicht nur an einem Krankheitsbild leiden, sondern diffuse Symptomkomplexe im Vordergrund stehen. Oftmals kommen mit körperlichen Leiden seelische Probleme der MigrantInnen zum Ausdruck, diese Form der Kommunikation stellt häufig für MigrantInnen die einzige Möglichkeit dar, auf sich und ihr Leiden aufmerksam zu machen. Aufgrund mangelnden Wissens über die individuellen Lebenszusammenhänge der MigrantInnen in Kombination mit fehlenden organisatorischen und strukturellen Ressourcen im Gesundheitswesen können diese Symptomkomplexe nur bedingt behandelt werden (vgl. Wimmer-Puchinger, 2001). Anstatt einer ganzheitlichen Therapie, in der sowohl der physische, als auch psychische Gesundheitszustand in des Behandlungskonzept integriert wird, steht lediglich die Linderung körperlicher Symptome im Vordergrund. Als Folge von unzureichender transkultureller Kompetenz der Mitarbeiter im Gesundheitssystem entstehen darüber hinaus oft Kommunikationsschwierigkeiten, die auf beiden Seiten zum Einen zu Mißverständnissen und Mißtrauen führen, zum Anderen häufig in Behandlungs- und Betreuungsfehlern enden. Ziel einer migrantenfreundlichen Gesundheitsversorgung muß es daher sein, die Interaktion zwischen MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen und MigrantInnen zu fördern und zu verbessern, indem einerseits eine zunehmende Sensibilisierung für Migrantinnen bei den Akteuren des Gesundheitswesens stattfindet, andererseits aktiv daran gearbeitet wird, daß MigrantInnen und deren Familien in Zukunft eine aktivere Rolle in ihrem individuellen Gesundheits- und Krankheitsverlauf einnehmen. Ressourcen und Bewältigungsstrategien sollen dabei mit professioneller Hilfe entwickelt und gefördert, Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung forciert werden (vgl. Wiener klinische Wochenschrift, 2001). Zudem muß der Zugang zum Gesundheitssystem für MigrantInnen verbessert und vereinfacht werden, einerseits

durch Zusammenarbeit mit, bei MigrantInnen schon etablierten Betreuungs- und Beratungseinrichtungen, andererseits durch gezielte Betreuungskonzepte, wie zielgruppengerichtete gesundheitspolitische Maßnahmen. Darüber hinaus sollte die transkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter in Aus-, Fort- und Weiterbildung stärker gefördert werden, migrationsbezogene Problematiken gezielt thematisiert, und Forschung und Gesundheitsmonitoring ausgebaut werden (vgl. Collatz, 2001).

### **2.3.1. Gesundheitszustand türkischer MigrantInnen in Österreich**

Im folgenden Unterkapitel soll ein kurzer Einblick in den Gesundheitszustand türkischer MigrantInnen gegeben werden. Dabei beziehen sich alle Daten auf die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus den Jahren 2006/2007. Diese ist bislang die einzige Datenquelle in Österreich die sich explizit mit dem Gesundheitszustand von MigrantInnen beschäftigt. Wenn auch die Daten türkischer MigrantInnen immer mit den Gesundheitsdaten von MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien zusammenfassend dargestellt werden, zeichnet sich ein Trend im Gesundheitszustand zur restlichen österreichischen Bevölkerung ab.

- **Subjektiver Gesundheitszustand**

In einer Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes von Personen mit und ohne Migrationshintergrund schätzen etwa 80% der Männer ohne Migrationshintergrund bzw. 81% der Männer mit Migrationshintergrund und 79% der Frauen ohne Migrationshintergrund bzw. 76% der Frauen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Als schlecht oder sehr schlecht stufen etwa 5% aller Befragten ihren Gesundheitszustand ein, wobei Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei ihren Gesundheitszustand am schlechtesten beurteilen. In dieser Bevölkerungsgruppe geben 13% der Männer und 14% der Frauen einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an. Auffallend ist, daß Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei ihre Lebensqualität schlechter beurteilen, als Personen ohne Migrationshintergrund, wobei die größten Unterschiede in den Bereichen Lebensumfeld und allgemeiner Lebensqualität bestehen.

Betrachtet man die Einstufung des subjektiven Gesundheitszustandes in verschiedenen Altersgruppen, so zeigt sich, daß Männer ohne Migrationshintergrund eine mehr als doppelt so große Wahrscheinlichkeit für einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand aufweisen, als Migranten aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei. Bei den Frauen ohne Migrationshintergrund ist die Wahrscheinlichkeit sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen beinahe drei Mal so hoch, als bei Frauen mit Migrationshintergrund (vgl. Statistik Austria, 2006/2007).

#### Subjektiver Gesundheitszustand nach Migration und Geschlecht

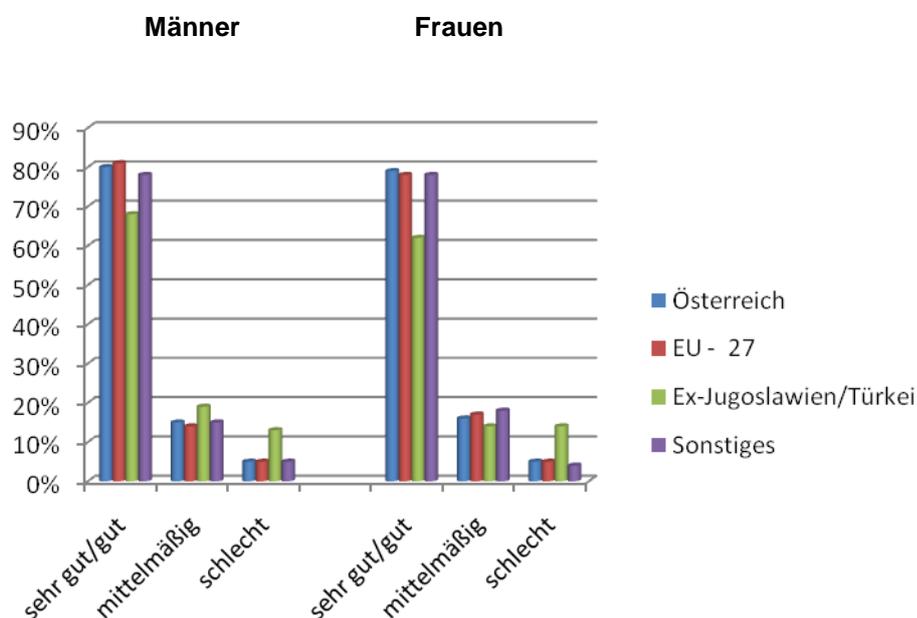


Abb. 4: Datenquelle: Statistik Austria – Gesundheitsbefragung 2006/2007

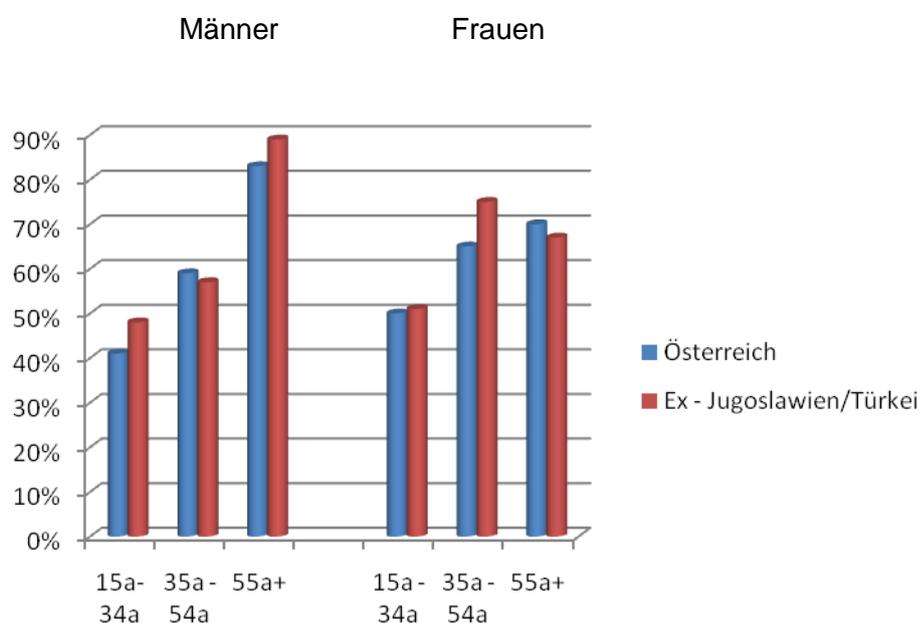
- **Chronische Erkrankungen und Prävalenz von Arbeitsunfällen**

Wenn auch das Auftreten einer chronischen Erkrankung über alle Alters-, Geschlechts- und Bevölkerungsgruppen hinweg nur von geringen Unterschieden gekennzeichnet ist, so wird deutlich, daß die Bevölkerung aus Ex- Jugoslawien und der Türkei häufiger an chronischen Krankheiten leidet, als Personen ohne Migrationshintergrund. 59% der Männer und 63% der Frauen ohne Migrationshintergrund und 66% der Migranten und 69% der Migrantinnen leiden an mindestens einer chronischen Krankheit.

Betrachtet man die Auftretungswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Erkrankungen bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund so ergeben sich teilweise erhebliche Unterschiede zur restlichen österreichischen Bevölkerung:

- Bluthochdruck (2,6 mal häufiger)
- Diabetes (3,4 mal häufiger)
- Magen-Darm Beschwerden
- Gelenk- und Rückenbeschwerden (1,5 mal häufiger)
- Chronische Schmerzzustände (1,4 mal häufiger)
- Infektionskrankheiten
- Psychiatrische Beschwerden- Angstzustände/Depressionen (2,6 mal häufiger)
- Adipositas (1,8 fach höheres Risiko bei Männern, 2,5 fach höheres Risiko bei Frauen)
- Raucherstatus (Männer rauchen doppelt so häufig; Frauen 1,4 mal häufiger)

#### Auftreten einer chronischen Krankheit nach Migration, Alter und Geschlecht

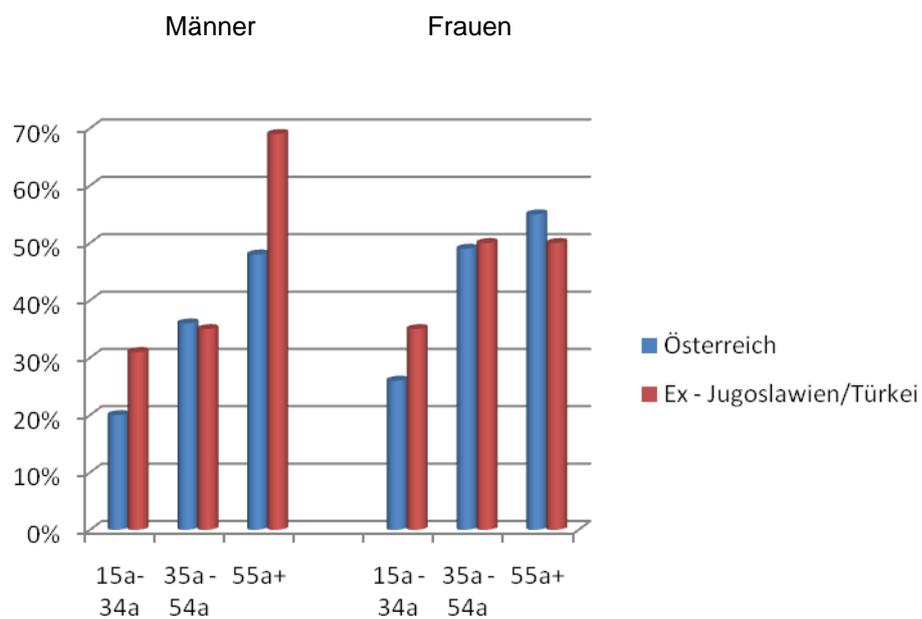


**Abb. 5: Datenquelle: Statistik Austria – Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Besonders markante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich im Auftreten chronischer Schmerzen während der letzten 12 Monate. Davon betroffen sind 41% der Männer und 44% der Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei, wobei der Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund

deutlich geringer ist (39% bzw. 34%). In der altersspezifischen Verteilung vom Auftreten chronischer Schmerzen sind ebenfalls Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen bemerkbar, die in folgender Grafik dargestellt werden (vgl. Statistik Austria, 2006/2007).

### Schmerzen nach Migration, Alter und Geschlecht



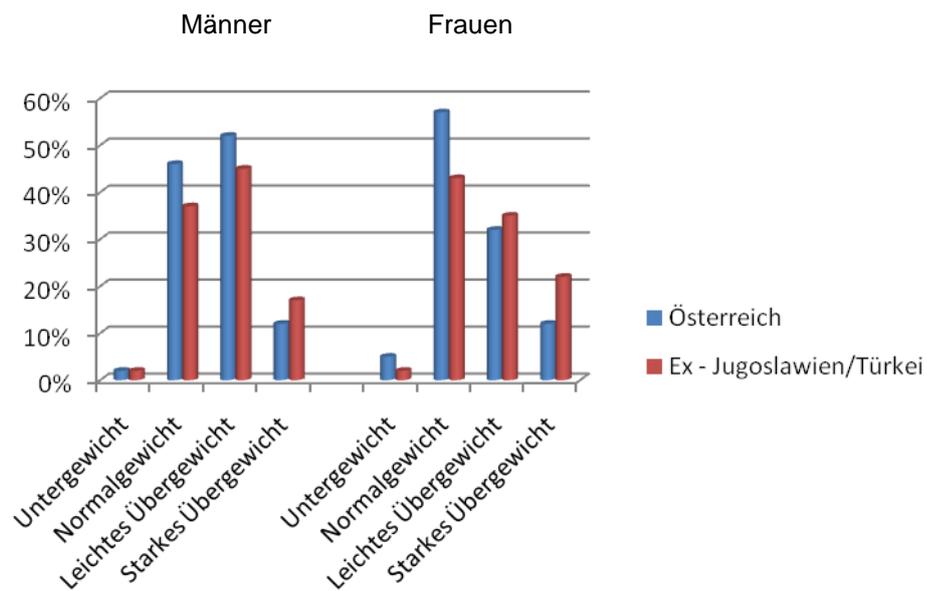
**Abb. 6: Datenquelle: Statistik Austria – Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Unterschiede zeigen sich auch in der Prävalenz von Arbeitsunfällen; während 6% der Männer sowie 3% der Frauen ohne Migrationshintergrund jährlich davon betroffen sind, erleiden 9% der Männer und 5% der Frauen mit Migrationshintergrund mindestens einen Arbeitsunfall pro Jahr (vgl. Statistik Austria, 2006/2007).

- **Gesundheitsverhalten – Übergewicht und Rauchen**

Vor allem in den Parametern Übergewicht und Rauchen zeigen sich die größten Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Frauen mit Migrationshintergrund leiden häufiger unter Adipositas als Frauen ohne Migrationshintergrund (23% bzw. 11%). Auch bei Männern zeigen sich diesbezüglich Unterschiede; 17% der Männer aus Ex-Jugoslawien und der Türkei haben starkes Übergewicht im Vergleich zu 11% der Männer ohne Migrationshintergrund.

### Übergewicht nach Migration und Geschlecht



**Abb. 7: Datenquelle: Statistik Austria – Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Auch in der Raucherprävalenz sind statistische Unterschiede erkennbar. Während Männer aus Ex-Jugoslawien und der Türkei deutlich öfters täglich rauchen als Männer ohne Migrationshintergrund (41% bzw. 26%), sind bei Frauen diese Unterschiede geringer ausgeprägt, wenn auch hier der Anteil bei RaucherInnen mit Migrationshintergrund höher liegt (29% bzw. 21%) (vgl. Statistik Austria, 2006/2007).

### Raucherstatus nach Migration und Geschlecht

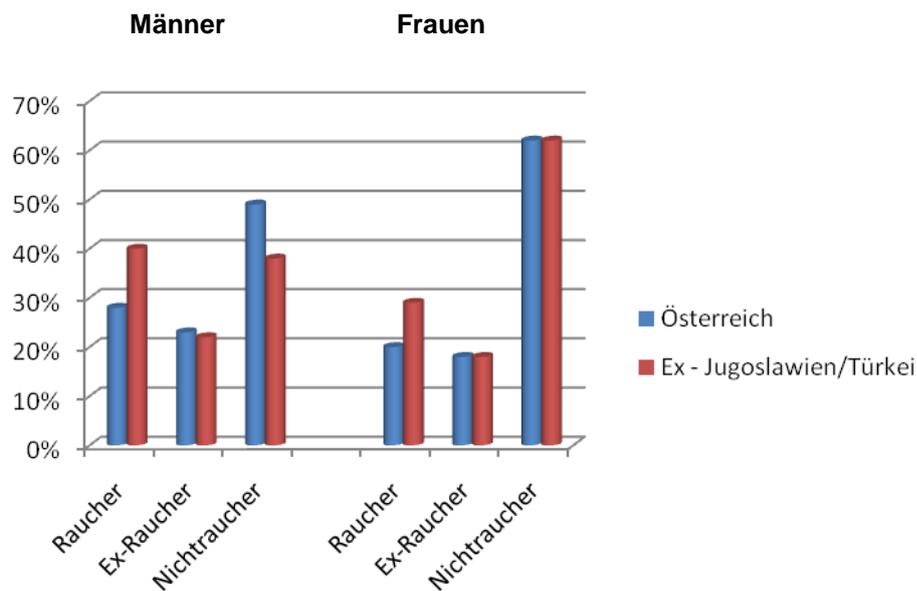
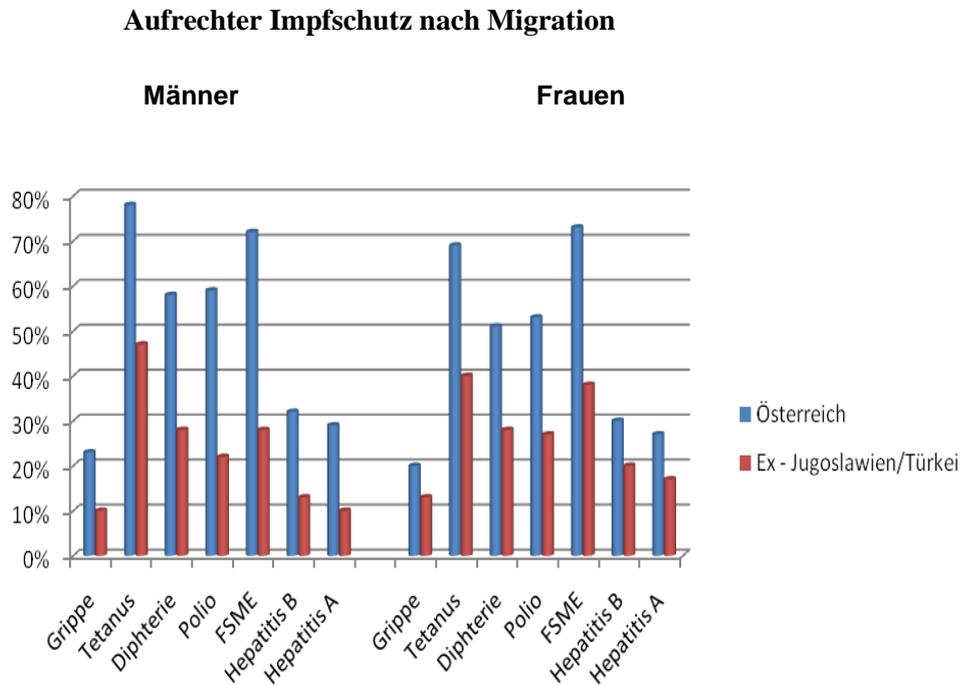


Abb. 8 : Datenquelle: Statistik Austria – Gesundheitsbefragung 2006/2007

- **Gesundheitsvorsorge – Vorsorgeuntersuchungen und Impfschutz**

Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und der Impfstatus können als Indikatoren des Gesundheitsvorsorgebewußtseins der Bevölkerung herangezogen werden. Im Bereich des Impfschutzes läßt sich erkennen, daß bei Personen ohne Migrationshintergrund häufiger ein aufrechter Impfschutz - am häufigsten gegen Tetanus, FSME, Diphtherie und Polio - als bei MigrantInnen besteht.

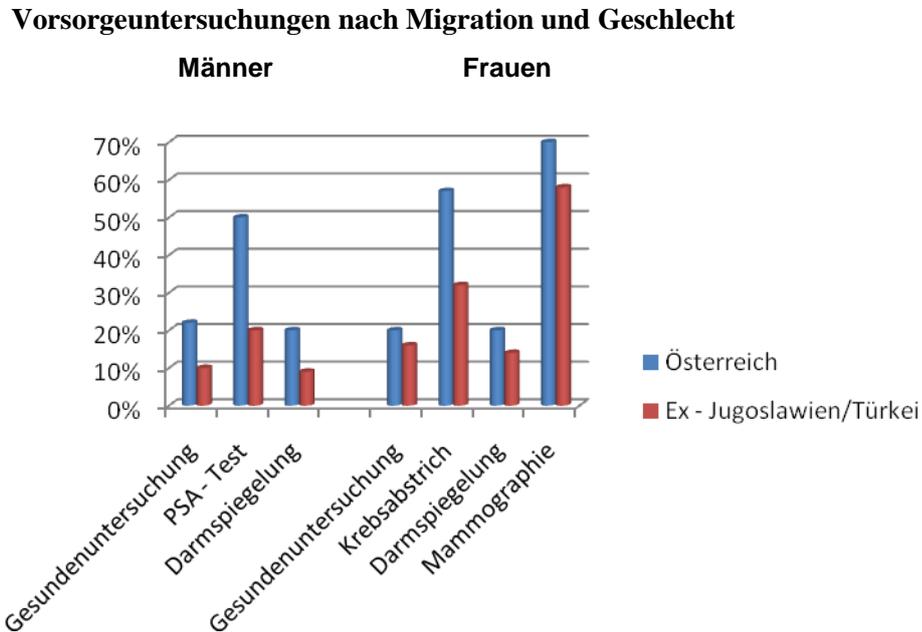
Während Männer ohne Migrationshintergrund häufiger einen aufrechten Impfschutz vorweisen als Frauen, sind Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei häufiger geimpft als ihre Männer.



**Abb. 9: Datenquelle: Statistik Austria – Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen nutzen MigrantInnen seltener das Angebot als Personen ohne Migrationshintergrund. 23% der Männer und 21% der Frauen ohne Migrationshintergrund nehmen einmal jährlich die allgemeine Gesundenuntersuchung vor, bei den Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei waren es lediglich 11% bzw. 16%. Auch bei den geschlechtsspezifischen Gesundenuntersuchungen lassen sich Unterschiede betreffend des Geschlechts und der Herkunft erkennen. Etwa 50% der Männer ohne Migrationshintergrund gehen regelmäßig zur Prostatavorsorgeuntersuchung, während diese nur 20% der Migranten nützen. Bei den Frauen verhalten sich die Zahlen ähnlich: 70% der Frauen ohne Migrationshintergrund und 57% der Migrantinnen waren in den letzten drei Jahren bei einer Brustkrebsvorsorgeuntersuchung und 57% der Frauen ohne Migrationshintergrund

und 33% der Migrantinnen lassen einmal jährlich einen Krebsabstrich beim Frauenarzt durchführen (vgl. Statistik Austria, 2006/2007).



**Abb. 10: Datenquelle: Statistik Austria – Gesundheitsbefragung 2006/2007**

#### ***2.4. Exkurs: Das Verhältnis von Medizin und Kultur in der türkischen Gesellschaft***

Das menschliche Denken, Handeln und Fühlen ist immer von dem Kulturkreis, in dem man sich bewegt geprägt und abhängig. Der Kulturkreis kann dabei als ein Mix aus Tradition, Erfahrung und oftmals auch Religion verstanden werden, der über Generationen weitergegeben wird und unsere Werte- und Normvorstellungen prägt (vgl. Wurzbacher, 2003). Auch das Verständnis über Gesundheit/Krankheit und Medizin ist von diesen gesellschaftlichen Normen und Werten beeinflusst und unterliegt immer dem jeweiligen soziokulturellen System, indem sich eine Person befindet.

Auch die Medizinsysteme einer Gesellschaft, einer Kultur, eines Landes entstehen aus kulturellen Werten und Traditionen und sind je nach Industrialisierungsgrad und wissenschaftlichem Stand ausgeprägt. Während in der westlichen Welt die Medizin durch eine wissenschaftlich – technisierte Vorgehensweise gekennzeichnet ist, herrscht in vielen ländlichen Teilen der Türkei ein traditionell - religiös geprägtes Medizinsystem, indem das Selbsthilfepotential der Familien und sozialen Gruppe und das medizinische Wissen von religiösen Heilern, sogenannten Hodscha, zur Anwendung kommt (vgl. Ilkilic, 2002).

Das muslimische Krankheitsverständnis ist durch eine mystische und religiöse Sicht von Krankheit geprägt, in der Krankheit nicht nur als organisches Leiden, sondern als umfassende Störung des Lebens angesehen wird. Krankheit wird in vielen Fällen als das Eindringen von Unheil in den Körper betrachtet, wobei als Erklärungsmuster Einflüsse durch Magie und/oder einer kosmischen, überirdischen Macht dienen. So werden für psychiatrische Leiden wie Depressionen oder neurologische Erkrankungen wie Epilepsie böse Geister oder der böse Blick von Dritten, als Ausdruck von Mißgunst und Neid, verantwortlich gemacht. Krankheit wird vielfach als Schicksal, Prüfung oder Strafe Allahs angesehen, wobei sich der Kranke seinem Schicksal zu fügen hat. Gesundheit hingegen wird mit der uneingeschränkten Ausübung subjektiv bedeutungsvoller Lebensbereiche in Verbindung gebracht, wie dem Nachkommen religiöser Pflichten, der Einhaltung von Hygiene und Ernährungsvorschriften und der Fürsorge für die Familie und der Gemeinschaft. Gesundheit kann durch ein treues, frommes und gläubiges Leben erreicht werden, wobei nicht von einer körperlichen, sondern einer ganzheitlichen Gesundheit gesprochen wird (vgl. Wurzbacher, 2003).

Die Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit sind entscheidend für das Funktionieren der Beziehung zwischen dem medizinischen Personal und den PatientInnen und beeinflussen sowohl die Diagnosestellung, als auch den Erfolg einer Therapie und die Bewältigung einer Krankheit. Vor allem das Stellen einer Diagnose gestaltet sich im Krankenhausalltag oftmals nicht unproblematisch, da statt einzelner spezifischer Symptome diffuse, den gesamten Körper betreffende Schmerzzustände das Krankheitsbild beherrschen. Äußerungen wie „Mein ganzer Körper ist kaputt“, „der Bauch tut so weh“ oder „mein Herz blutet“ sind Ausdruck einer schmerzorientierten Sicht von Krankheit. Präventionsmaßnahmen und organische Untersuchungen zur Diagnosestellung von Krankheiten sind völlig fremd. Darüber hinaus verwenden

türkische Patientinnen häufig körperliche Synonyme für psychische Zustände, wie „der Nabelfall“, Bauchbeschwerden verbunden mit Übelkeit und Erbrechen, der für schweres Leid, Sorgen und große Traurigkeit steht (vgl. Ilkilic, 2002).

Die Krankheitsbewältigung eines jeden Patienten ist ein individueller, komplexer Vorgang, der durch Phasen der Angst, Trauer, Ablehnung, Akzeptanz und Interesse geprägt ist. Dabei spielen persönliche, biographische und soziokulturelle Faktoren für den Erfolg bzw. Mißerfolg der Krankheitsbewältigung eine wesentliche Rolle. Das Wissen über das Vorhandensein dieser Faktoren und die Akzeptanz seitens des betreuenden Personals sind Bestandteile für eine individuelle patientenorientierte Betreuung und Behandlung. Auch in der Betreuung von türkischen – muslimischen PatientInnen gibt es solche Einflußfaktoren, die zwar nicht auf jeden türkischstämmigen Patienten umlegbar sind, aber immer im Bewußtsein gehalten werden sollten. Wesentliche Faktoren, die den Krankheits- und Gesundheitsprozeß eines türkisch-muslimischen Patienten beeinflussen wären unter anderem die Sprache/Kommunikation, die Religion/Tradition und religiöse Vorschriften, der Umgang mit Schmerz, die Familie und das Rollenbild als Mann oder Frau (vgl. Becker, 2005).

- **Sprache/Kommunikation**

Vielfach sind es Sprachprobleme, die den Umgang der MigrantInnen mit den Gesundheitseinrichtungen erheblich erschweren, da Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt, Pflegepersonal und PatientInnen die Diagnosestellung und Behandlungen schwierig gestalten. Dadurch kommt es oft zu Mißverständnissen und daraus resultierend zu Ablehnung und Skepsis seitens der MigrantInnen gegenüber unserem Gesundheitssystem. Schwierigkeiten, die in diesem Zusammenhang auftauchen sind, daß das medizinische Personal häufig nicht sicherstellen kann, ob es im Rahmen der Behandlung auch wirklich von den ausländischen PatientInnen verstanden werden. Vor allem im Rahmen der ärztlichen Aufklärung vor chirurgischen Eingriffen, aber auch bei Informationen zu Diagnose und Therapie, entstehen erhebliche Zweifel daran, ob und inwieweit die Ärzte bei Verständigungsproblemen ihrer Informationspflicht nachkommen können (vgl. Ilkilic, 2002). Um dieser Sprachbarriere aus dem Weg zu gehen, versucht ein Großteil des Klinikpersonals mit den nicht

deutschsprachigen Patienten in einem vereinfachten Deutsch zu kommunizieren, wobei die Gefahr besteht, daß das Vertrauensverhältnis zum PatientInnen dadurch erheblich gestört wird. Diese Kommunikationsschwierigkeiten können zu Mißverständnissen im Patientengespräch führen bzw. fühlt sich der Patient vielfach in seinem Anliegen mißverstanden, da Mimik und Gestik oft falsch interpretiert werden. Dadurch wird einerseits die Behandlung und die Diagnose erschwert, es besteht aber andererseits ein erhöhtes Risiko einer Fehldiagnose bzw. einer falschen Behandlung (vgl. Becker, 2005). Aber nicht nur im Klinikalltag, sondern auch im niedergelassenen Bereich der gesundheitlichen Versorgung spielen Kommunikationsprobleme eine große Rolle. MigrantInnen haben eine gewisse Scheu niedergelassene Ärzte zu konsultieren, wenn keine entsprechenden Deutschkenntnisse vorhanden sind. Fehlende Dolmetschdienste aber auch die Begleitung eines deutschsprachigen Familienmitgliedes zu Übersetzungstätigkeiten verhindert den Aufbau der notwendigen Arzt – Patienten Beziehung, da ein Vier-Augengespräch unter diesen Umständen nicht möglich ist. Folglich werden von den MigrantInnen häufig auch gerne muttersprachliche Ärzte aufgesucht, die aber nur in begrenzter Form vorliegen und daher in den meisten Fällen völlig überlastet sind. Damit solche Probleme verhindert werden können, wäre es sinnvoll einen geschulten Dolmetscher zur Verfügung zu stellen. Auf Grund mangelnder organisatorischer Vorkehrungen in den Kliniken übernimmt jedoch oft nichtmedizinisches Personal die Dolmetschdienste, da an erster Stelle bei Übersetzungstätigkeiten im Spitalsbereich noch immer das Reinigungspersonal steht. Dabei entsteht vor allem das Problem, daß die Genauigkeit und die Vollständigkeit der Übersetzung nicht garantiert werden kann. Verkürzte und/oder verfälschte Übersetzungen verhindern dem medizinischen Personal eine gewissenhafte Beurteilung seines Patienten. Nur in wenigen Fällen stehen Pflegepersonal bzw. Ärzte, die die Muttersprache des Patienten beherrschen, zur Unterstützung zur Verfügung (vgl. Wurzbacher, 2003).

- **Religion/Tradition und religiöse Vorschriften**

Neben der Schaffung von Bedingungen, in denen die PatientInnen ihren Glauben und ihre Religion frei ausüben können, wie das Zurverfügungstellen von Kirchen und Gebetsräumen oder die Einhaltung von Gebeten und religiösen Riten, muss den

PatientInnen die Möglichkeit geboten werden in ihrer veränderten Lebenssituation einen Sinn finden zu können (vgl. Becker, 2005).

Das kann der Patient entweder alleine oder mit seinen Angehörigen oder Vertrauenspersonen tun, bzw. kann Unterstützung und Hilfe durch Psychologen, Seelsorge und religiöse Vertreter angeboten werden. Sehr oft stellt auch die Pflegeperson eine wichtige Stütze dar. Dabei wäre vom Pflegepersonal zu beachten, dass Authentizität in all ihren Handlungen gegeben ist. Die Pflegeperson muss glaubwürdig sein und hinter allem stehen, was sie sagt. Eine Aktivierung des Patienten steht im Vordergrund, wobei ein emotionaler Abstand immer eingehalten werden sollte. Nur so können dem Patienten Zuversicht und Ermutigung vermittelt werden, ihm gezeigt werden, dass er nicht alleine ist und eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden. Auch das Zusammentreffen mit anderen PatientInnen ähnlichen Schicksals kann oft kräftespendend und motivierend sein. PatientInnen, die sich im Terminalstadium einer Erkrankung befinden, muß sich und seinen Angehörigen die Möglichkeit geboten werden, sich auf das Sterben und dem, was danach folgt einzustellen und vorbereiten zu können (vgl. Neuner, 1990).

Durch Unterstützung und Hilfe von religiösen Vertretern und Seelsorgern wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben auf all seine Fragen Antworten zu finden. Viele Patienten beschäftigen sich mit den Fragen: „Wo/Wer ist Gott?“, „Warum ich?“, „Wohin gehe ich?“, „Was kommt?“. Gefühle wie Angst, Wut, Verzweiflung, Unruhe, Schmerz treten auf und können durch Hilfe und Unterstützung in Vergebung, Gelassenheit, Zufriedenheit und Friede verändert werden. Aber auch religiöse Rituale während und nach dem Sterben sollen dem Patienten und dessen Angehörigen ermöglicht und beachtet werden. Dabei kann es sich um die Lagerung, Verabschiedung, um Reinheitsrituale oder Fastenrituale handeln. Aber auch die Ablehnung von Obduktion und die umfassende Bestattung nach Eintreten des Todes können damit gemeint sein (vgl. Wurzbacher, 2003).

- **Der Umgang mit Schmerz**

Der Ausdruck von Schmerz ist ein wesentlicher Faktor im Krankheitsprozess von türkischen PatientInnen. Schmerzen werden bildhaft, laut, dramatisch und umfassend ausgedrückt und durch Mimik und Gestik untermalt (vgl. Collatz, 2001). Dadurch wird

einerseits ein bedrohlicher Krankheitscharakter ausgedrückt, andererseits Hilfe, Unterstützung und Aufmerksamkeit der restlichen Familie und sozialen Gruppe verschafft. Der intensive Ausdruck von Gefühlen und Schmerz ist in der Türkei sozial akzeptiert. Wer seinen Schmerz nicht deutlich zeigt wird von seiner Umgebung nicht als krank angesehen und kann keine Hilfe und Unterstützung erwarten. Schmerz wird oftmals bildlich dargestellt und von den PatientInnen und deren Angehörigen mit lebensbedrohlichen Zuständen in Verbindung gesetzt. Wer an Schmerzen leidet, muß an einer unheilbaren Krankheit leiden, die das Leben unmittelbar bedroht (vgl. Becker, 2005).

- **Die Familie**

Was die Familienstruktur betrifft, gibt es selbst zwischen Migranten und MigrantInnen große Unterschiede; MigrantInnen türkischer Herkunft werden oft danach erzogen, sich dem Mann „unterzuordnen“. Vor allem die fehlende Eigenständigkeit vieler MigrantInnen bringt sie häufig in eine gesundheitsschädigende physische und psychische Abhängigkeit ihres Ehepartners. Viele Migranten und Migrantinnen wachsen in Großfamilien auf. Sie sind es nicht gewohnt über einen längeren Zeitraum alleine zu sein. In Österreich ist heutzutage das Aufwachsen in Kleinfamilien üblich. In den Städten wohnen viele Menschen sogar alleine. Bei vielen MigrantInnen ist es jedoch üblich, dass die Altersversorgung über die Kinder und Verwandte erfolgt (vgl. Wurzbacher, 2003).

- **Das Rollenbild als Mann oder Frau**

Neben der Wahrung der Intimsphäre eines jeden Patienten durch Einhaltung der persönlichen Grenzen, religiösen Vorschriften und individuellen Gepflogenheiten, ist es wichtig, sich darüber Gedanken zu machen welche Rolle der Patient in seiner Umgebung oder Familie einnimmt oder ob die Religion oder Kultur eine große Rolle in seinem Alltag spielt. Wenn diese Faktoren bekannt sind, fällt es oft leichter Verhaltensmuster von Patienten zu verstehen und auch zu akzeptieren. In vielen Kulturen gilt der Mann als Familienoberhaupt, der für das Überleben seiner Familie zu sorgen hat. Befindet er sich nun im Krankenhaus macht es oft durch seine vielleicht sehr

autoritäre Art gegenüber dem Personal oder seinen Angehörigen den Eindruck, als sei er frauenfeindlich eingestellt. Dabei ist er es nur gewohnt, in jedem Lebensbereich die tragende Rolle zu spielen. Aber auch der bisher ausgeübte Beruf kann im Verhalten von Patienten eine große Rolle spielen (vgl. Ilkic, 2002).

Oftmals werden diese Muster durch bestimmte Krankheiten verschoben, da sich der Patient vielleicht durch seine Erkrankung zukünftig in eine gewisse Abhängigkeit seiner Mitmenschen begeben muß. Hier gilt es seitens des Pflegepersonals einschränkende Faktoren und Veränderungen aufzuzeigen und gemeinsam Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Aber auch körperliche Veränderungen, die Auswirkungen auf zwischenmenschliche und sexuelle Beziehungen haben, sollten mit dem Patienten und dessen Angehörige aufgearbeitet werden. Dabei sollte man dem Patienten Hilfe anbieten, ihm aber die nötige Zeit geben um sie auch in Anspruch zu nehmen, da es den PatientInnen oft Überwindung kostet, über Tabuthemen wie Sexualität oder äußerliche Veränderungen zu sprechen (vgl. Wurzbacher, 2003).

## **2.5. Zusammenfassung**

Während zu Beginn der großen Migrationswellen in den 1970er und 1980er Jahren der Fokus in der Vermeidung und Verhütung von Infektionskrankheiten lag, konzentriert sich das gesellschaftliche und wissenschaftliche Interesse zur Thematik Migration und Gesundheit zunehmend auf die gesundheitsbelastenden Faktoren vor, während und nach dem Migrationsprozeß (vgl. Baldaszi, 2004). Um den Gesundheitszustand von MigrantInnen adäquat und umfassend erfassen zu können ist es notwendig in die Lebenswelten von MigrantInnen einzutauchen. Wichtige Erkenntnisse liefert dabei die Migrationssoziologie, die sich mit den sozialpolitischen, gesellschaftlichen und individuellen Prozessen der Migration befaßt, wichtige Ergebnisse über die Umstände für MigrantInnen während ihres Wanderungsprozesses liefert und dabei hilft, den umfassenden Begriff der Migration zu kategorisieren und zu strukturieren (vgl. Han, 2005).

Migration muß im Kontext zur Gesundheit immer als individueller Prozeß angesehen werden, der, je nach Biographie, sozialpolitischen Hintergrund und Geschlecht, schon vor und während der Migration durch Erlebnisse und Erfahrungen geprägt sein kann, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. Darüber hinaus bestimmen Faktoren wie der sozioökonomische Status im Einwanderungsland, Arbeitsbedingungen, Erfahrungen mit Diskriminierung und der Erfolg der Integration in Verbindung mit kulturell geprägten Gesundheits- und Krankheitskonzepten den zukünftigen Verlauf des Gesundheitszustandes. Gesundheitliche Probleme resultieren oftmals aus gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen sowohl im Herkunftsland, als auch im Einwanderungsland und stellen sich sehr komplex dar. Es handelt sich dabei um psychosoziale Symptomkomplexe, die individuell und ganzheitlich betrachtet und behandelt werden müssen (vgl. Razum et al, 2008). Da der Fokus im Gesundheitssystem bislang auf der Behandlung von körperlichen Symptomen liegt, und strukturelle, organisatorische und personelle Ressourcen für ganzheitliche Behandlungs- und Betreuungskonzepte nicht vorhanden sind, werden MigrantInnen in der Regel suboptimal versorgt. Daraus resultierend ergeben sich Misstrauen und Missverständnisse auf Seiten aller Betroffenen.

Interventionsbereiche wie die Förderung von ganzheitlichen Gesundheitsansätzen und der Schaffung von Rahmenbedingungen für ein „migrantensensibles“ Gesundheitssystem müssen von einer dahingehend klar definierten Gesundheitspolitik gestützt werden. Neben der Förderung der transkulturellen Kompetenz für Mitarbeiter des Gesundheitswesens in Fort-, Aus- und Weiterbildung, sollte die Forschung und das Gesundheitsmonitoring für migrationsbezogene Problematiken ausgebaut werden. Zudem muß der Zugang zum Gesundheitssystem für MigrantInnen verbessert und vereinfacht werden, einerseits durch Zusammenarbeit mit, bei MigrantInnen bereits etablierten Betreuungs- und Beratungseinrichtungen, andererseits durch zielgruppengerichtete Betreuungskonzepte (vgl. Güngöl, 2002).

Ziel einer migrantenfreundlichen Gesundheitsversorgung muß es daher sein, die Interaktion zwischen Mitarbeitern im Gesundheitswesen und MigrantInnen zu fördern und zu verbessern, indem einerseits eine zunehmende Sensibilisierung für Migrantinnen bei den Akteuren des Gesundheitswesens stattfindet, andererseits aktiv daran gearbeitet wird, daß MigrantInnen und deren Familien in Zukunft eine aktivere Rolle in ihrem individuellen Gesundheits- und Krankheitsverlauf einnehmen. Ressourcen und

Bewältigungsstrategien sollen dabei mit professioneller Hilfe entwickelt und gefördert, Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung forciert werden (vgl. Wimmer – Puchinger, 2001) .

### 3. Literaturverzeichnis

- ARBEITSGRUPPE „Armut und Gesundheit“ (2001): Migration und gesundheitliche Versorgung. Bonn  
URL: [www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01-Redaktion](http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01-Redaktion) [Stand: 2.1.2009]
- AKGÜN Sibel (2004): Migrantinnen – Immigrations – Prozeß. In: IOM Tagungsunterlagen Migration und Gesundheit. Wien: 2004
- AKBAL Safie (2001): MigrantInnen in Österreich und Europa - mangelnde Integration im Gesundheitssystem und Perspektiven. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.95-115. Frankfurt am Main.
- BAUER Werner T. (2008): Zuwanderung nach Österreich. Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung - ÖGPP  
URL: [www.politikberatung.or.at](http://www.politikberatung.or.at) [Stand: 31.9.2009]
- BALDASZTI Erika (2004): Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung über Migration und Gesundheit in Österreich. In: IOM Tagungsunterlagen Migration und Gesundheit. Wien: 2004
- BECKER Silke et al (2006): Muslimische Patienten: ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. München: W. Zuckschwerdt Verlag
- COLLATZ Jürgen (2001): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.33-59. Frankfurt am Main.
- CURRLE Edda (2004): Migration in Europa – Daten und Hintergründe. S.239-248. Stuttgart: Lucius Verlag
- DOMENIG Dagmar (2007): transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag

- FASSMANN Heinz et al (1996): Migration in Europa – Historische Entwicklungen, aktuelle Trends, politische Reaktionen. S13-53. Fankfurt am Main: Campus Verlag GmbH
- FASSMANN Heinz (1996): Einwanderungsland wider Willen. In: Migration in Europa – Historische Entwicklungen, aktuelle Trends, politische Reaktionen.S. 209-231. Fankfurt am Main: Campus Verlag GmbH
- GÖNGÜR Kenan (2002): Integration und Gesundheit – Zuwanderung und gesundheitliche Integration, Einblicke und Perspektiven. Institut für Angewandte Sozialforschung und Entwicklung. Basel
- HABERMANN Monika (2001): Pflegebedürftig in der Fremde?. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.153-167. Frankfurt am Main. Stuttgart:Lucius Verlag
- HAN Petrus (2005): Soziologie der Migration – Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag
- ILKILIC Illhan (2002): Das muslimische Glaubensverständnis von Tod, Gericht, Gottesgnaden und deren Bedeutung für die Medizinethik.  
URL: <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/integration/downloads/Leitbild/AK6/patienten.pdf> [ Stand: 22.5.2009]
- KENTENICH Heribert et al (2001): Türkische PatientInnen in der Gynäkologie: Probleme – Missverständnisse – Lösungsansätze. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.121-145. Frankfurt am Main.
- LONCAREVIC Maja: Migration und Gesundheit (2001). In: DOMENIG Dagmar (2007): transkulturelle Kompetenz.S. 139-157. Bern: Hans Huber Verlag
- MIELK Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag
- NEUNER Olga/SCHÄFER Karl (1990): Krankenpflege und Weltreligionen. Basel/Baunatal: RECUM Verlag
- RAZUM Oliver et al (2008): Migration und Gesundheit – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut. Berlin

- SEEBERGER Bernd/BRAUN Angelika (2003): Wie die anderen altern. S. 231-261. Frankfurt am Main:Mabuse-Verlag
- SiM (2006): Between Equal Opportunity and Marginalisation - A Longitudinal Perspective on the Social Integration of Migrants.  
URL: [http://www.equi.at/dateien/3Endbericht\\_SiM.pdf](http://www.equi.at/dateien/3Endbericht_SiM.pdf) [ Stand: 4.6.2009]
- STATISTIK AUSTRIA (2007): Statistik / Bevölkerung. Wien.  
URL: [www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html) [Stand: 2.1.2009]
- Statistisches Jahrbuch für Migration und Integration (2009). URL: [http://www.integrationsfonds.at/wissen/zahlen\\_und\\_fakten](http://www.integrationsfonds.at/wissen/zahlen_und_fakten) [Stand: 2.1.2009]
- SLUZKI, C. E. (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In:Hegemann TH, Salman R (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie (S 101-115). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- TREIBEL Annette (2008): Migration in modernen Gesellschaften – soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. München: Juventus Verlag
- VOLF Patrick Paul (1995): Der Politische Flüchtling als Symbol der Zweiten Republik - Zur Asyl- und Flüchtlingspolitik seit 1945. In: Zeitgeschichte, Heft 11-12/1995, S. 415-435. Wien/Innsbruck/Bozen: Studienverlag
- Wiener Klinische Wochenschrift (2001): G e s u n d h e i t s r i s i k o Migration – oder: Die Fiktion eines gerechten Gesundheitssystems. In: Wiener Klinische Wochenschrift 113/13–14: 475–476. Wien: Springer-Verlag
- WIMMER-PUCHINGER Beate (2001): MigrantInnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Wiener klinische Wochenschrift 113/13–14; S. 516–526. Wien: Springer Verlag
- WURZBACHER Chrisitan (2003): Das muslimische Krankheitsverständnis. Aachen: Sharker Verlag.
- ZEBRA (2003): Exil und Gesundheit: Ein Praxishandbuch zur interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen für MultiplikatorInnen und GesundheitsberaterInnen. Graz

## **TEIL II: Transkulturalität in der Pflege**

### **1. MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung – Schwerpunkt Krankenhauspflege**

#### **1.1. Einleitung**

Aufgrund der zukünftigen demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme des Anteils von MigrantInnen im Gesundheitswesen steigt der Bedarf an migrationspezifischen Gesundheitsleistungen stetig an. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der Prozess der Migration einen gesundheitsgefährdenden Faktor darstellt und darüber hinaus MigrantInnen häufig von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen und/oder bei Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterrepräsentiert sind. Vor allem der Zugang und die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen stellt häufig eine Barriere für MigrantInnen dar (vgl. Wimmer – Puchinger, 2001).

Über die gesundheitliche Lage von MigrantInnen, das Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Bedürfnisse ist bislang wenig bekannt, die meisten Studien und Untersuchungen sind auf einzelne Krankheitsbilder beschränkt. Auch in wissenschaftlichen Studien und Untersuchungen zur Analyse, Entwicklung und Sicherung für gesundheitliche Dienstleistungen werden die Bedürfnisse der MigrantInnen unzureichend berücksichtigt. Untersuchungen zur Versorgung gynäkologisch erkrankter türkischer Frauen im Krankenhaus (David/Borde, 2001) zeigen, dass die Lebenswelt, Erfahrungen und individuellen Bedürfnisse ausschlaggebend für den Erfolg einer Behandlung und Betreuung sind. Sie sind völlig heterogen, müssen von Fall zu Fall individuell betrachtet werden und stark von sozialen und kulturellen Faktoren geprägt. Daher ist eine differenzierte Betrachtung dieser Einflussfaktoren unbedingt notwendig, um gesundheitliche Probleme identifizieren, Bedürfnisse verstehen und gesundheitliche Leistungen und Förderungsprogramme

anbieten zu können. Neben Faktoren wie das Geschlecht, sozialer Status und Bildung müssen das Alter, die Aufenthaltsdauer, die Biographie und Sprachkenntnisse in die individuelle Planung von Betreuungs- und Behandlungsangeboten integriert werden. Wesentliche Grundlage für die Entwicklung von migrationssensiblen Gesundheitsangeboten ist die Einbeziehung von MigrantInnen in Studien, die differenzierte Datenerhebung und Berichterstattung. Zentrale Fragen einer migrationsspezifischen Gesundheitsforschung sind dabei die Unterschiede bei der Entstehung, der Häufigkeit und den Risiken, sowie beim Verlauf und der Wahrnehmung von Krankheiten und Entwicklung von Methoden und Maßnahmen, um gesundheitliche Probleme, Ressourcen und Bedürfnisse zu erkennen und diesen gerecht zu werden.

## **1.2. Erwartungen türkischer MigrantInnen an die stationäre Versorgung**

Die Ergebnisse einer Studie zur Situation von türkischen MigrantInnen im Krankenhaus von David/Borde, 2001 zeigt, dass die befragten PatientInnen unabhängig von ihrer Ethnizität hohe Erwartungen an die fachliche Kompetenz und Qualifikation von KrankenhausmitarbeiterInnen haben. Ebenso sind die Sicherheit und Hygiene, die moderne medizinische Einrichtung, Ehrlichkeit in der Aufklärung und die sorgfältige Untersuchung und Behandlung bedeutsam. Von besonders großer Wichtigkeit äußern die Befragten die verständliche Information und Beratung über medizinische Maßnahmen, Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit und ausreichend Zeit des Personals bei therapeutischen Maßnahmen. Vor allem gute sprachliche Verständigungsmöglichkeiten, die Akzeptanz von kulturellen Besonderheiten und die Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung stehen bei MigrantInnen im Vordergrund. Ebenso sind die Unterstützung und Begleitung durch die Familie, die Akzeptanz des Schamgefühls bei Untersuchungen und therapeutischen Gesprächen, der Umgang mit Sterben und Tod und das Einhalten von Ernährungsgewohnheiten von Bedeutung.

Im Bezug auf die PatientInnenzufriedenheit in der medizinischen Versorgung und Pflege, Unterbringung, Verpflegung und Kommunikation gaben die Befragten türkischen PatientInnen eine zunehmende Unzufriedenheit in den Aspekten Krankenhauskost, psychosoziale Betreuung, ärztliche Information und Aufklärung,

Pflege und medizinische Versorgung an. Vor allem das Fehlen von migrationsspezifischen Angeboten in der medizinischen Versorgung, Pflege und Information bedingt eine große Unzufriedenheit mit dem gesundheitlichen Versorgungsangebot unter den türkischen MigrantInnen.

Weiters ergab die Studie, dass die Information und Aufklärung über medizinische und pflegerische Behandlungen den größten Unterschied zwischen MigrantInnen und PatientInnen ohne Migrationshintergrund darstellt. Die Analyse zeigt, dass die Unzufriedenheit mit der PatientInnenaufklärung unabhängig von Sprachkenntnissen besteht und vor allem soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren den Zugang und die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen beeinflussen. Gesundheitliche Leistungen müssen in Zukunft auf die soziokulturellen Unterschiede ausgerichtet werden, die Information und Aufklärung auf die unterschiedlichen PatientInnengruppen abgestimmt und angemessene Gesundheitsversorgungskonzepte entwickelt werden.

Den Krankenhausalltag dominiert bislang ein hoher Improvisierungsgrad in der Information und Aufklärung über Behandlungsmaßnahmen. Eine mangelhafte Berücksichtigung über das Gesundheits- und Krankheitsverständnis führen zu einer deutlichen Benachteiligung vieler MigrantInnen. Sprachliche Verständigungsprobleme, eine mangelhafte und suboptimale Vermittlung von Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen und der Zeitmangel seitens des Personals begünstigen eine fehlerhafte und nicht ausreichend verstandene PatientInnenaufklärung unter den MigrantInnen. Viele PatientInnen mit Migrationshintergrund können die ihnen vermittelte Information nicht in ausreichendem Maße verarbeiten, um einen Nutzen für das Gesundheitsverhalten und die Krankheitsbewältigung zu ziehen. Vielmehr dominieren Unwissen über das Krankheitsbild und Nicht-Verstehen von therapeutischen Maßnahmen die Krankheitsbewältigung. Sowohl sprachliche Kommunikationsprobleme, als auch die unzureichende Berücksichtigung des Basiswissens der MigrantInnen über Körperfunktionen begünstigen eine mangelhafte Informationsvermittlung. Die bisher praktizierte mündliche und schriftliche PatientInnenaufklärung nimmt keine Rücksicht auf individuelle Sprachkenntnisse, den Alphabetisierungsgrad und den Wissens/Bildungsstand von MigrantInnen. Professionelle Dolmetschdienste sind Mangelware, medizinische und pflegerische Maßnahmen werden oftmals von BettnachbarInnen, Verwandten oder nicht-medizinischen MitarbeiterInnen vermittelt. Dabei herrschen in den meisten Fällen geringe Übersetzungskompetenzen, Schamgefühl

und die Absicht den Patienten so wenig als möglich zu belasten, führen zu falschen, gefilterten oder verzerrten Übersetzungen.

Auch in der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen und im Gesundheitsverhalten zeigen die Ergebnisse dieser Studie erhebliche Unterschiede zu PatientInnen ohne Migrationshintergrund. Vor allem soziokulturelle Faktoren, als auch unterschiedliche Vorerfahrungen, Kenntnisse und Zugangsmöglichkeiten spielen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eine Rolle. MigantInnen suchen vielfach ärztliche Hilfe erst auf, wenn ein akut lebensbedrohlicher Gesundheitszustand vorherrscht. Dabei dominieren starke Schmerzen und die akute Zunahme bereits länger anhaltender Beschwerden den Eintritt in das Krankenhaus/Arztpraxis. Für die Verzögerung des Eintrittes in das Gesundheitswesen sind vor allem Angst, Unwissen, Schamgefühl und sprachliche Probleme verantwortlich.

Ein Arztwechsel ist unter MigrantInnen vergleichsweise häufiger, als bei PatientInnen ohne Migrationshintergrund. Auch hier sind Mißverständnisse durch mangelnde Sprachkenntnisse, Defizite in der Information und Aufklärung über Krankheitsbilder und therapeutische Maßnahmen und die unzureichende Rücksichtnahme auf soziokulturelle Bedürfnisse ausschlaggebend (vgl. David/Borde, 2001).

Bei Eintritt in das Gesundheitswesen berichten MigrantInnen in der Anamneseerhebung häufig über starke Belastungsfaktoren im Alltag, überproportional häufig über Kopf- und Gliederschmerzen und Gewalterfahrungen in der Familie. Eine Analyse einer Studie von Borde et al, 2003 über die „Inanspruchnahme von Notfallambulanzen von PatientInnen mit nicht-deutscher Muttersprache“ ergab, dass MigrantInnen vor allem in den Abend- und Nachtstunden und an Wochenenden eine Notfallambulanz in Anspruch nehmen. Dabei dominieren Atembeschwerden, Herz-Kreislaufbeschwerden, Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Vor allem Migrantinnen klagen häufiger über Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen als PatientInnen ohne Migrationshintergrund (vgl. Borde et al, 2001).

Sowohl die Ergebnisse der Studie von David et al, 2001 zum „Eintritt von MigrantInnen in die Krankenhausversorgung“, als auch in der Studie von Borde et al, 2003 über die „Inanspruchnahme von Notfallambulanzen von PatientInnen mit nicht-deutscher Muttersprache“ zeigen, dass neben dem Alter, Geschlecht, soziokulturellem und ökonomischem Status, vor allem der Wissens/Bildungsgrad und Sprachkenntnisse die

Inanspruchnahme und den Erfolg von gesundheitlichen Leistungen beeinflussen. Dabei zeigen sich die größten Unterschiede zu PatientInnen ohne Migrationshintergrund vor allem in der Information und Aufklärung über therapeutische Maßnahmen und Krankheitsbildern.

Um MigrantInnen in der Gesundheitsprävention zu erreichen und eine erfolgreiche gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, müssen Versorgungsangebote geschaffen werden, die den spezifischen Bedürfnissen, den Lebenswelten und soziokulturellen Realitäten gerecht werden. Dabei müssen MigrantInnen zukünftig in der Gesundheitsforschung einen fixen Platz einnehmen, soziodemographische Indikatoren wie das Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und sozialer Status beachtet werden. Weiters müssen die Ausprägungen und Facetten des Migrationsprozesses in die Datenanalyse, Auswertung und Darstellung einfließen. Erst dadurch kann eine Entwicklung angemessener Versorgungskonzepte erfolgen, die die Patientenautonomie und Zufriedenheit nachhaltig fördert. Zielgruppenorientierte Betreuungs- und Behandlungsangebote, die migrationsspezifische Bedürfnisse in der Aufklärung, Patienteninformation und im Gesundheits- und Krankheitsverständnis beachten, sollen in Zukunft das Gesundheitswesen dominieren. Daneben soll der Zugang zum Gesundheitswesen in Zukunft zielgruppenorientiert erfolgen, d.h. die muttersprachliche PatientInnenbetreuung, soziokulturell angepasste Informationsmaterialien und Bildmotive, sowie psychosoziale Beratungsangebote sollen in der Landschaft der Gesundheitsleistungen nachhaltig integriert werden. Zusätzlich soll die Kooperation und Zusammenarbeit mit MigrantInnenberatungsstellen forciert und gestärkt werden.

### **1.3. Die Betreuung türkischer MigrantInnen aus der Perspektive von Pflegepersonen**

Obwohl viele MigrantInnen bei Eintritt in das Gesundheitswesen eine langjährige Aufenthaltsdauer in Österreich nachweisen können, sind ihre Lebensbedingungen oftmals von sozialer Ausgrenzung, gesellschaftlicher Diskriminierung und schlechter ökonomischer Lage geprägt. Diese Faktoren bedingen laut einigen Studien aus den 1980er Jahren (vgl. Collatz et al, 1985; Brucks, 1985) das Auftreten von Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken um ein Vielfaches im Vergleich zur restlichen Bevölkerung.

Obwohl die Versorgung von türkischen MigrantInnen heutzutage zum normalen Arbeitsalltag des medizinischen Fachpersonals gehört, gibt es derzeit in Österreich weder strukturelle, organisatorische noch fachliche Bestrebungen, die eine den Bedürfnissen der MigrantInnen angepasste Versorgung erlauben würde. Gesundheitlichen Problemen von MigrantInnen kann bisher nur ungenügend Rechnung getragen werden. Vor allem Störungen in der Personal-Patienten-Kommunikation und Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem verstärken bei gleichzeitigem Bestehen von höheren Gesundheitsrisiken durch spezifische Lebens- und Arbeitsbedingungen eine suboptimale gesundheitliche Versorgung.

Mißverständnisse, Kommunikationsstörungen, Zugangsbarrieren und ein ungenügendes Versorgungsangebot stehen in der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen im Mittelpunkt. Dabei existiert der Problemdruck nicht nur auf Seiten der MigrantInnen, auch das Personal steht vor einer Reihe von Herausforderungen bzw. Anforderungen. Das Personal sieht sich in vielen Fällen im Umgang mit MigrantInnen aufgrund mangelnder Erfahrung und mangelnden Wissens nicht gewachsen. Mißverständnisse, Abwehrmechanismen und das Gefühl, persönlich versagt zu haben, stehen im Vordergrund in der Versorgung von MigrantInnen. Suboptimale Betreuung, die den individuellen Bedürfnissen der MigrantInnen nicht angepasst werden kann ist ein Resultat daraus.

### **1.3.1. Empirische Untersuchung zu den Anforderungen in der Pflege und Betreuung türkischer MigrantInnen aus Sicht von Pflegepersonen**

#### **1.3.1.1. Methodik**

Im Rahmen einer Onlineumfrage zu den subjektiven Einstellungen und Erfahrungen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Umgang mit türkischen MigrantInnen wurden 52 Pflegepersonen aus dem Intensiv- und Anästhesiebereich zu ihren Erfahrungen mit türkischen MigrantInnen und einem möglichen Fortbildungsbedarf in transkultureller Pflege befragt. Dabei gliederte sich das methodische Vorgehen in 2 Erhebungsphasen. In der ersten empirischen Phase wurden anhand von 10 Impulsgesprächen mit Pflegepersonen, die in verschiedenen

Operationsbereichen in Krankenhäusern tätig sind, Erlebnisse und Erfahrungen in der pflegerischen Betreuung von türkischen MigrantInnen beleuchtet. Dabei kristallisierten sich Themenbereiche wie Kommunikationsschwierigkeiten, Informationsdefizite, Probleme in der Anamneseerhebung und der Umgang mit Schmerz heraus, die anschließend in einem Onlinefragebogen verwertet wurden.

In der zweiten empirischen Phase wurden die Onlinefragebögen über einen Erhebungszeitraum von 7 Wochen (Juni/Juli 2009) an 55 im Anästhesie- und Intensivbereich tätigen Pflegepersonen verteilt. Der Fragebogen enthielt neben der Abfrage von demographischen Daten zum Geschlecht, Berufsalter und Herkunft drei Themenkomplexe. Im ersten Teil des Fragebogens wurden die Befragten über etwaige Unterschiede und das Auftreten von spezifischen Bedürfnissen in der Pflege und Betreuung von türkischen MigrantInnen befragt. Im zweiten Themenkomplex sollten spezifische fachliche Anforderungen und Herausforderungen in der Pflege von türkischen MigrantInnen identifiziert werden. Im dritten Teil des Fragebogens ging es darum zu identifizieren, ob die befragten Pflegepersonen eine spezielle Aus-, Fort- und Weiterbildung in transkultureller Pflege als notwendig erachten, diese sie in der Betreuung von MigrantInnen unterstützen würde und in welchem Ausmaß sie sich eine Aus-, Fort- und Weiterbildung vorstellen könnten.

Anschließend wurden die Ergebnisse dieser Befragung statistisch aufbereitet und ausgewertet. Dabei kommen neben der Darstellung demographischer Daten mittels Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerten und Range, die Korrelation und Signifikanztests zur Anwendung, um Beziehungen unter einzelnen Variablen darstellen zu können.

### **1.3.1.2. Datenauswertung**

Über einem Erhebungszeitraum von 7 Wochen (Juni/Juli 2009) wurde 55 Pflegepersonen aus dem Intensiv- und Anästhesiebereich einer öffentlichen Krankenanstalt der Onlinefragebogen zugesandt. Davon kamen 52 beantwortete Fragebögen zurück. In einem vorab gestarteten Rundmail über die Thematik und den Verwendungszweck des Fragebogens wurde allen TeilnehmerInnen Anonymität und Vertraulichkeit zugesichert. Unter den 52 beantworteten Fragebögen wurden 69 Prozent

von weiblichen und 31 Prozent von männlichen Befragten beantwortet. 51 Pflegepersonen kamen aus Österreich, lediglich eine Pflegeperson hatte einen Migrationshintergrund vorzuweisen. Das durchschnittliche Alter der Befragten lag zwischen 30 und 40 Jahren, die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 13,3 Jahre.

Themenkomplexe, die sich während der Auswertung des Fragebogens als besondere Anforderungen/Herausforderungen für Pflegepersonen im Umgang mit türkischen MigrantInnen herauskristallisierten sind

- Die Problematik der Fremdartigkeit
- Unterschiedliche Lebenswelten/Lebensweise
- Kommunikationsschwierigkeiten
- Wissens- und Informationsdefizite
- Umgang mit Schmerz
- Transkultureller Kompetenzerwerb in Aus-, Fort und Weiterbildung

Im Folgenden werden die einzelnen Themenkomplexe näher dargestellt, um anschließend in einer zusammenfassenden Betrachtung einen Ausblick auf die zukünftigen Anforderungen des Pflegebereiches im Umgang mit türkischen MigrantInnen abzugeben.

### 1.3.1.3. Ergebnisse

#### ■ Die Problematik der „Andersartigkeit“

Aus der Auswertung des Fragebogens geht hervor, dass 66 Prozent der Pflegepersonen die Pflege und Betreuung von MigrantInnen als deutlich unterschiedlich zur Pflege von PatientInnen ohne Migrationshintergrund empfinden; dabei fühlen sich sogar 70 Prozent der Befragten (oft bis manchmal) in der Pflege und Betreuung überfordert (siehe Abb. 11).

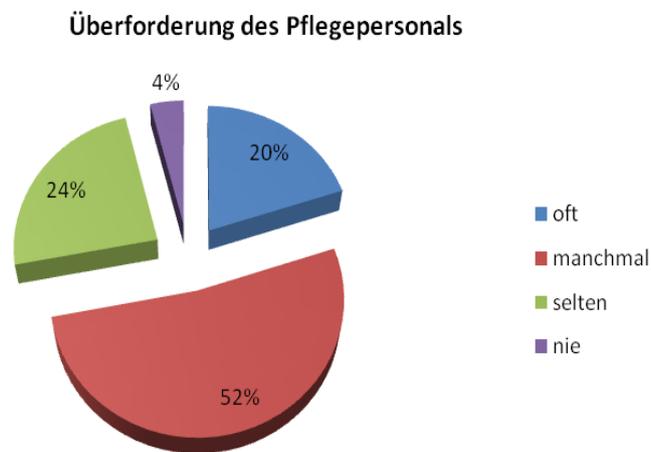


Abb. 11: eigene Darstellung

Als Gründe für eine Überforderung geben die befragten Pflegepersonen Zeitmangel in der Betreuung, mangelndes Wissen über die „Kultur“ der PatientInnen, Kommunikationsschwierigkeiten, Mißverständnisse und die Anwesenheit von Angehörigen an (siehe Abb. 12). Darüber hinaus ist ein signifikanter Zusammenhang ( $p= 0,007$ ) zwischen einem veränderten Pflegeaufwand, der für die Pflegepersonen mit vermehrten fachlichen Anforderungen und Herausforderungen verbunden ist, und dem Auftreten von komplexeren Krankheitsbildern bemerkbar. Spezielle Anforderungen an die Pflege ergeben sich laut den Befragten in den Bereichen Schmerz, Kommunikation, Anamneseerhebung, Information des Patienten, unterschiedlich gelebte Geschlechterrollen und der Umgang mit Angehörigen.

Aus den Impulsgesprächen mit den Pflegepersonen zur Erstellung des Fragebogens wurde deutlich, dass kulturelle Andersartigkeit den Umgang mit MigrantInnen

erschwert, Pflegehandlungen dadurch verkompliziert und aufgrund fehlenden Wissens und Sensibilität über die Lebenswelten der MigrantInnen ein Pflegeperson-PatientInnen- Beziehungsaufbau in vielen Fällen nicht möglich ist. Pflegepersonen empfinden diesen Umstand als erhebliche Barriere in der Gleichbehandlung mit anderen PatientInnen bzw. empfinden die geleistete Pflege oft als suboptimal und den Bedürfnissen der MigrantInnen nicht angepasst. Dieser Umstand bedingt oftmals eine große Unzufriedenheit unter den Pflegepersonen, führt bei wiederholtem Auftreten zur Resignation und trägt zur Stereotypisierung aller MigrantInnen als „andersartige PatientInnengruppe“ bei. Je weniger eine gesundheitliche Einrichtung auf die spezifischen Bedürfnisse der MigrantInnen eingestellt ist, umso häufiger ist der Pflegealltag von Kontrollverlust, Distanz und dem Verleugnen von Problemen gekennzeichnet, um damit Störfaktoren und Belastungsmomente zu minimieren.

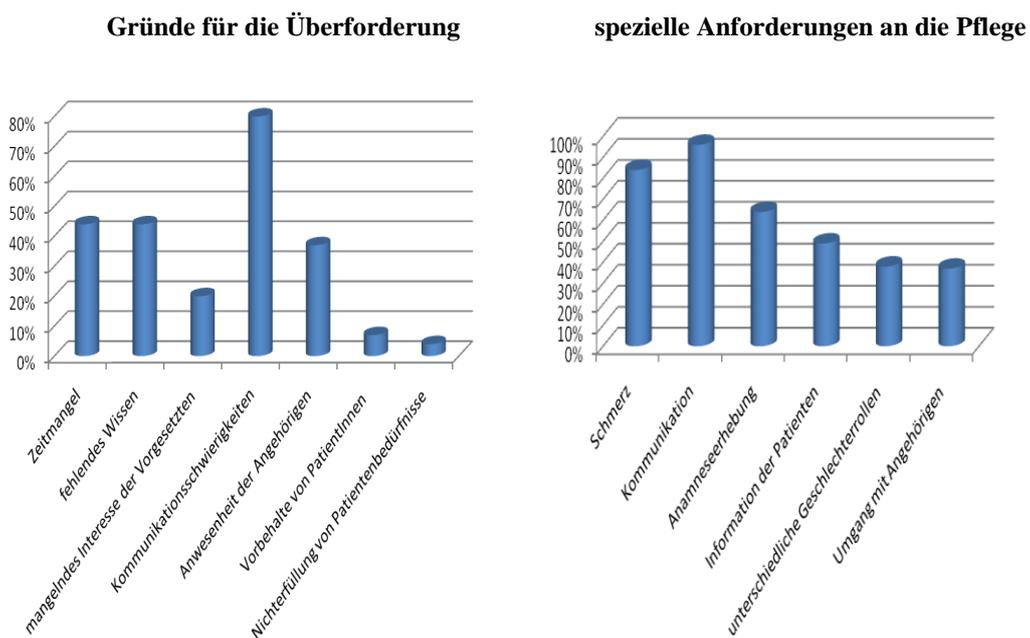


Abb. 12: eigene Darstellung

### ■ Unterschiedliche Lebenswelten/Lebensweisen

Obwohl 44 Prozent der Befragten angaben, sich mit dem Begriff der transkulturellen Pflege schon näher beschäftigt zu haben, werden die Lebenswelten und Lebensweisen der MigrantInnen als etwas Fremdes, nicht Vertrautes empfunden. Unwissen und

fehlende Sensibilität gegenüber den Lebenswelten der MigrantInnen dominieren den Pflegealltag.

Vor allem der starke Familienzusammenhalt, der vielfach als Versorgungseinheit bei fehlendem Zugang zum Gesundheitswesen agiert, wird als unangenehm im Umgang mit PatientInnen und deren Angehörigen betrachtet. Die Mehrheit (70 Prozent) der Pflegepersonen unter den Befragten empfand die Anwesenheit von Angehörigen türkischer MigrantInnen als störend und fühlte sich durch ihre Anwesenheit in der Ausübung ihrer Pflegehandlungen eingeschränkt.

Auch die Anzahl der Besucher türkischer MigrantInnen unterscheidet sich laut der Mehrheit der Befragten deutlich von PatientInnen ohne Migrationshintergrund. Wie in Abb. 13 dargestellt wird, geben 85 Prozent der Pflegepersonen an, daß es deutliche Unterschiede in der Besucheranzahl und Häufigkeit von MigrantInnen gibt und Besucherrichtlinien von dieser Bevölkerungsgruppe eher mißachtet werden.

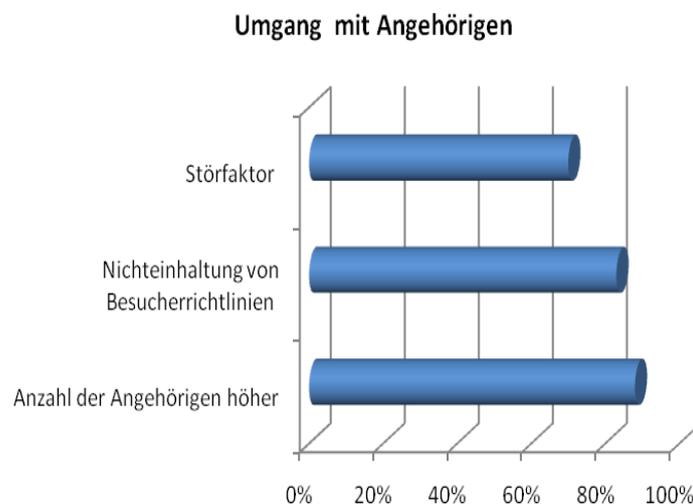


Abb. 13: eigene Darstellung

Ein weiterer Umstand, den Pflegepersonen als schwierig im Umgang mit türkischen MigrantInnen betrachten, ist die unterschiedliche Wahrnehmung von Geschlechterrollen. Wie in Abb. 14 dargestellt wird berichten vor allem weibliche Pflegepersonen in den Impulsgesprächen über abgelehnte Pflegehandlungen von Seiten

männlicher türkischer Migranten oder haben das Gefühl von männlichen Migranten in ihrer Kompetenz hinterfragt zu werden. Männliche Pflegepersonen sind wesentlich weniger von Diskriminierung betroffen, trotzdem berichten auch diese über Pflegehandlungen an weiblichen MigrantInnen, die jedoch von deren Männern abgelehnt wurden. So haben 75 Prozent der Befragten (oft bis manchmal) das Gefühl, dass Pflegehandlungen aufgrund ihres Geschlechtes schon einmal abgelehnt wurden (siehe Abb.15).

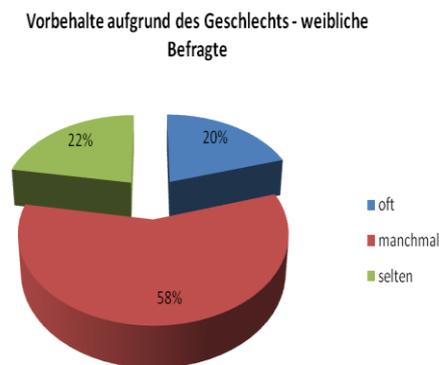


Abb. 14: eigene Darstellung

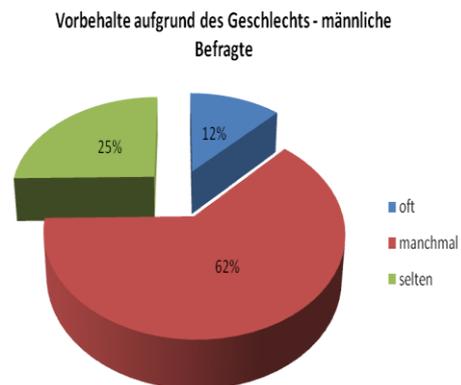


Abb. 15: eigene Darstellung

42 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass es durch die Ablehnung von Pflegemaßnahmen in manchen Situationen zu einem Qualitätsverlust der Pflege gekommen ist (siehe Abb.16).

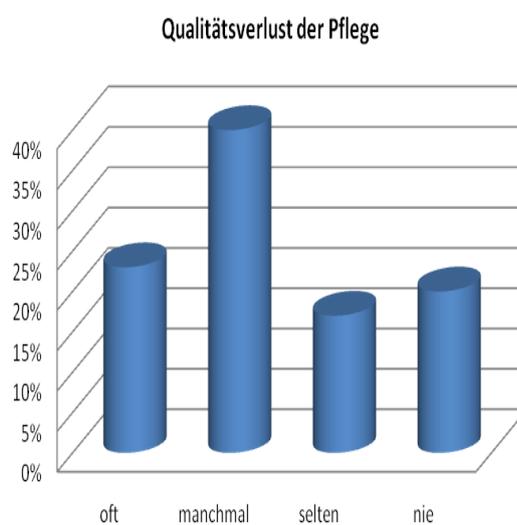


Abb. 16: eigene Darstellung

Auch wenn Familienangehörige oft als unangenehm empfunden werden übernehmen sie lt. Pflegepersonen eine wichtige Rolle in der PatientInnenversorgung. Vielfach agieren sprachkundige Verwandte als Übersetzungsdienst bei der Information und Aufklärung von Pflege- und Behandlungsmaßnahmen. Auch wenn viele Pflegepersonen das Gefühl haben, dass diese Übersetzungstätigkeiten unter einer gewissen Verzerrung, Auslassung und falscher Informationsweitergabe, aufgrund fehlenden Wissen über Krankheitsbilder und/oder dem Aspekt des „Schonen Wollens“ des kranken Angehörigen leiden, ist es oftmals die einzige Möglichkeit Kontakt zum Patienten aufzunehmen.

### ■ Kommunikationsschwierigkeiten

Kommunikationsschwierigkeiten empfinden die befragten Pflegepersonen sowohl in den Impulsgesprächen, als auch in der Onlinebefragung als die größte Herausforderung im Umgang mit türkischen MigrantInnen. 94 Prozent der Befragten gaben an, dass mangelnde Sprachkenntnisse der PatientInnen zu Missverständnissen im Pflegealltag führen und dadurch die Versorgungsqualität nachhaltig leide (siehe Abb. 17). Vielfach könne im Rahmen einer lückenhaften Anamneseerhebung über Symptom- und Krankheitsbilder nur spekuliert werden. Wie aus Abb. 18 hervorgeht sind 83% der Befragten der Meinung, daß es durch Kommunikationsschwierigkeiten zu fehlerhaften Anamneseerhebungen kommt. Fehldiagnosen und falsche Behandlungsmaßnahmen dominieren die Betreuungslandschaft. Das Verordnen von Medikamenten zur schnellen Symptomlinderung ist eine Folge unbefriedigter Kommunikationsversuche und führt in vielen Fällen nur zu einer Chronifizierung und/oder Verschlechterung des Krankheitsbildes.

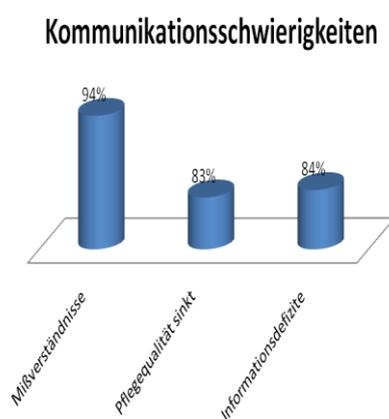


Abb. 17: eigene Darstellung

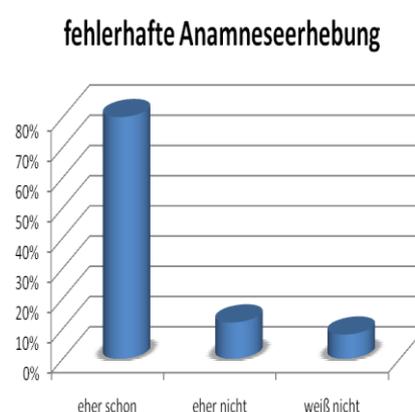


Abb. 18: eigene Darstellung

Übersetzungstätigkeiten werden wie vorhin erwähnt in großem Ausmaß von Angehörigen und/oder Hilfsdiensten des Gesundheitswesens übernommen. Wie in Abb. 19 hervorgeht sind professionelle Dolmetschdienste laut den Befragten weder in der Quantität noch in der Qualität ausreichend vorhanden. 90 Prozent der Befragten glauben jedoch, dass eine professioneller Dolmetschdienst, der 24 Stunden verfügbar ist einen wesentlichen Qualitätszuwachs in der Betreuung von MigrantInnen bewirken würde und dabei helfen würde sowohl sprachliche, als auch kulturelle Mißverständnisse auszuräumen.

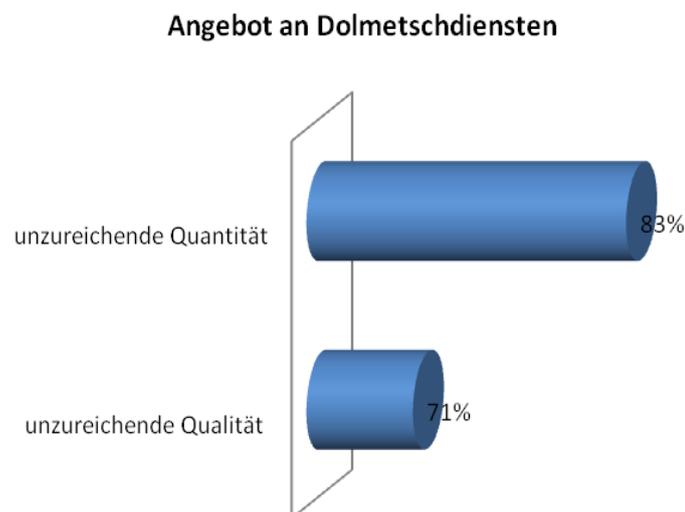


Abb. 19: eigene Darstellung

### ■ Wissens- und Informationsdefizite

Die Versorgung von MigrantInnen im Gesundheitswesen ist häufig durch mangelndes Wissen über Körperfunktionen, entsprechenden Verhaltensweisen bei Krankheit und durch kulturell bedingte unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte geprägt. Dadurch kommt es häufig zu Versorgungsproblemen, da das bisherige Gesundheitssystem auf individuelle Gesundheits- und Krankheitskonzepte nicht ausgerichtet ist. Während in der türkischen Gesellschaft das Auftreten vieler Krankheitssymptome als schicksalhaft bezeichnet wird und die Behandlung durch mystisch-magische Wege erfolgt, ist das Medizinsystem in unserer Gesellschaft durch ein biomedizinisches Grundverständnis geprägt, indem Krankheitsbilder aufgrund naturwissenschaftlicher Erkenntnisse behandelt werden.

Pflegepersonen sind mit einem ungewohnten Umgang mit Krankheit konfrontiert und wissen vielfach keine Antwort darauf. Dieser ungewohnte Umgang wird häufig mit Wissens- und Informationsdefiziten und mangelndem Gesundheitswissen gleichgesetzt. Die meisten befragten Pflegepersonen fühlen sich dadurch überfordert und fordern als Konsequenz einerseits die Anpassung seitens MigrantInnen. Andererseits geben 87 Prozent der Befragten (oft bis manchmal) an, dass vertieftes Wissen über kulturell beeinflusstes Gesundheits- und Krankheitsverhalten den Umgang mit MigrantInnen erleichtern würde (siehe Abb. 20).

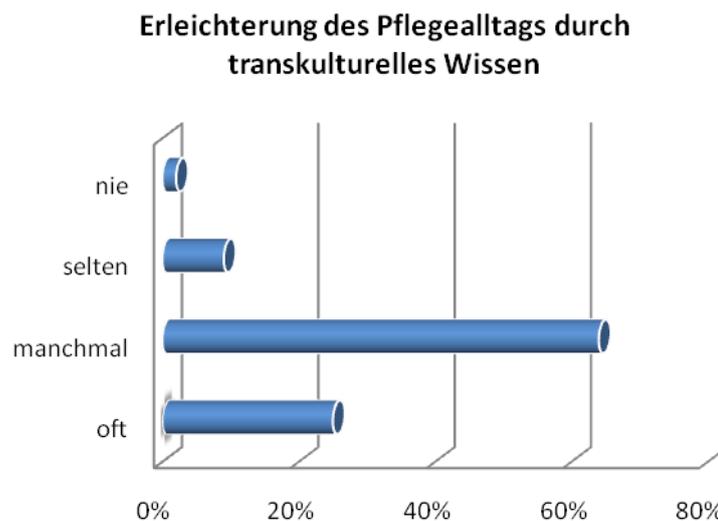


Abb. 20: eigene Darstellung

### ■ Umgang mit Schmerz

In den Impulsgesprächen mit den Pflegepersonen stellte sich heraus, dass sich viele von ihnen im Pflgealltag mit diffusen Symptomdarstellungen konfrontiert sehen. Besonders bei türkischen PatientInnen sei auffallend, dass über das Ausdrücken von umfassenden Schmerzzuständen ein körperliches Unbehagen dargestellt wird. Auch wenn körperliche Vitalparameter und die Höhe der Schmerzmittelgabe einen starken Schmerzzustand ausschließen, stehen andauernde Schmerzaußerungen im Mittelpunkt des Krankheitsprozesses. 81 Prozent der Befragten waren der Meinung, dass türkische MigrantInnen einen höheren Schmerzmittelbedarf als PatientInnen ohne Migrationshintergrund aufweisen. Außerdem seien sie tendenziell schmerzempfindlicher und drücken ihren Schmerz lauter und hemmungsloser aus

(siehe Abb. 21). Viele Befragte führen diesen Umstand auf Beobachtungen zurück, dass vor allem männliche Angehörige bei lauten und lang andauernden Schmerzáußerungen ihren erkrankten Verwandten mit besonderer Aufmerksamkeit entgegenkommen. Sind Angehörige nicht unmittelbar anwesend, verbessern sich zumeist diese Schmerzáußerungen. Darauf führen viele der befragten Pflegepersonen zurück, dass den Interessen türkischer Frauen aufgrund familiärer Gefüge nur durch den Ausdruck körperlichen Leidens Beachtung geschenkt wird.

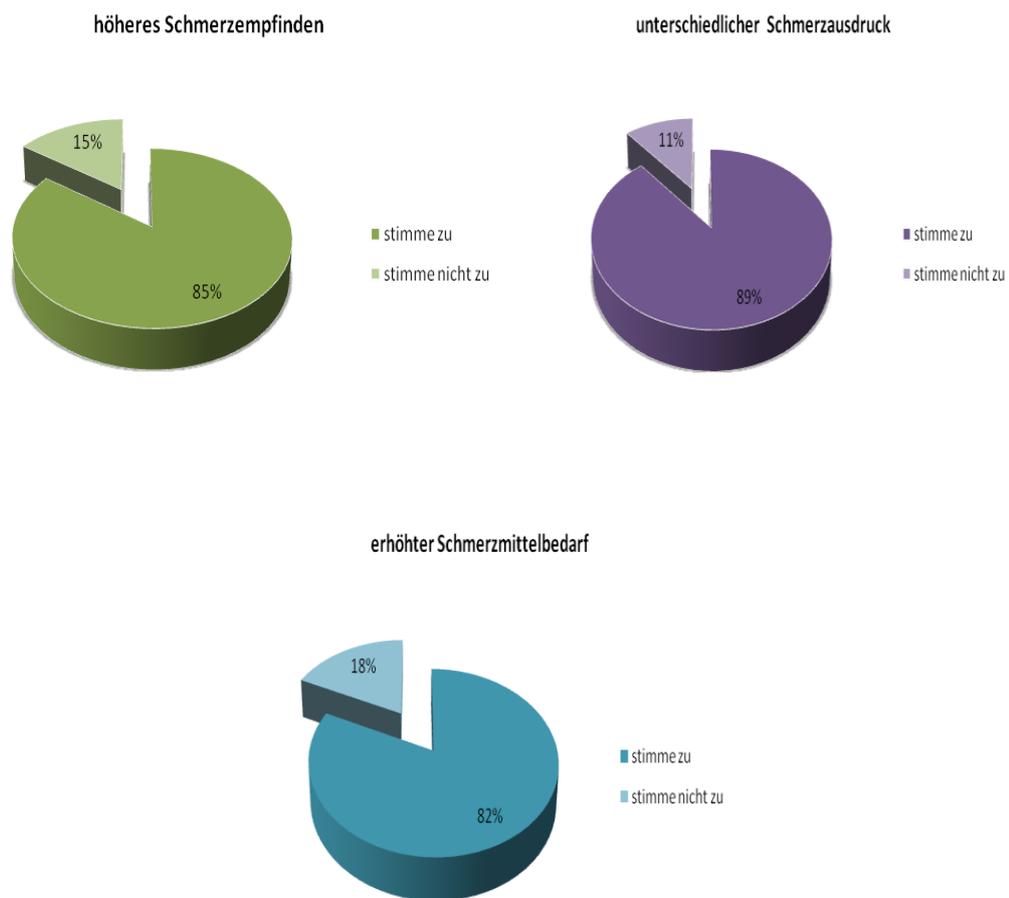


Abb. 21: eigene Darstellung

Darüber hinaus schildern sie auch die Gefahr, Schmerzen zu bagatellisieren und tatsächlich auftretende akute Krankheitssymptome zu ignorieren. Insgesamt empfinden Wie in Abb. 22 hervorgeht sehen 84 Prozent der befragten Pflegepersonen den Umgang mit Schmerzzuständen als große Herausforderung an.

Dieser Situation fühlen sie sich nicht immer gewachsen und bewirken eine gewisse Unsicherheit in ihrem Handeln. In den Gesprächen mit den Pflegepersonen war häufig die Rede von „... *Ich weiß nicht mehr was ich machen soll, ich hab Angst, dass ich manchmal eine schwere Komplikation überseh, die jammern ja so viel, dass kann ma ja oft nicht mehr ernst nehmen.*“ Vor allem im Umfeld der Befragten der Intensiv- und Anästhesiepflegepersonen sind langandauernde und starke Schmerzzustände mit schweren Komplikationen verbunden und erfordern eine genaue Überwachung und Differenzierung.

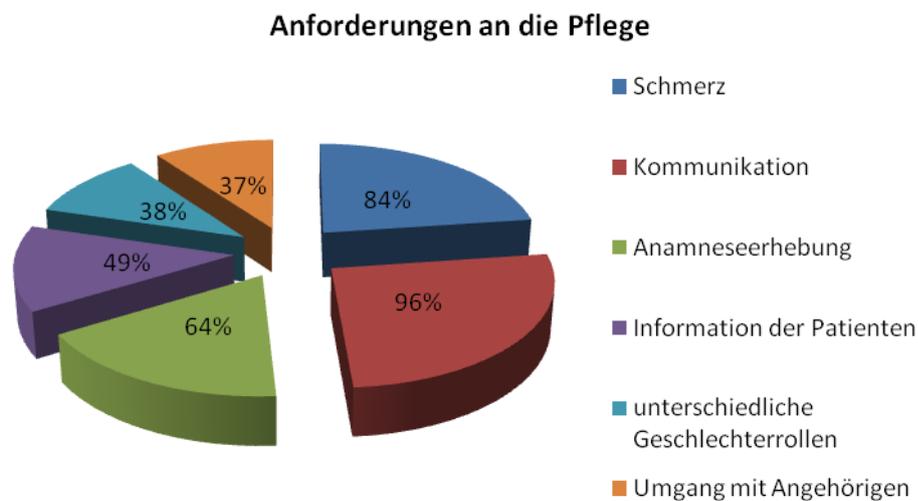


Abb. 22: eigene Darstellung

### ■ Transkultureller Kompetenzerwerb in Aus-, Fort und Weiterbildung

Obwohl sich fast 45 Prozent der Befragten mit dem Themenbereich transkultureller Pflege in irgendeiner Art und Weise beschäftigt haben, sind es lediglich 20 Prozent die in der Ausbildung damit konfrontiert wurden und noch weniger Pflegepersonen (10 Personen), die schon eine Fort- oder Weiterbildung besucht haben. (siehe Abb. 23).

Trotzdem erachten 32 Prozent vertieftes Wissen über transkulturelle Pflege als sehr wichtig bzw. 83 Prozent als wichtig für die zukünftige pflegerische Versorgung. Insgesamt gaben 86,8 Prozent an, dass ihnen transkulturelle Kompetenzentwicklung bei der Betreuung türkischer PatientInnen helfen würde (siehe Abb. 24).

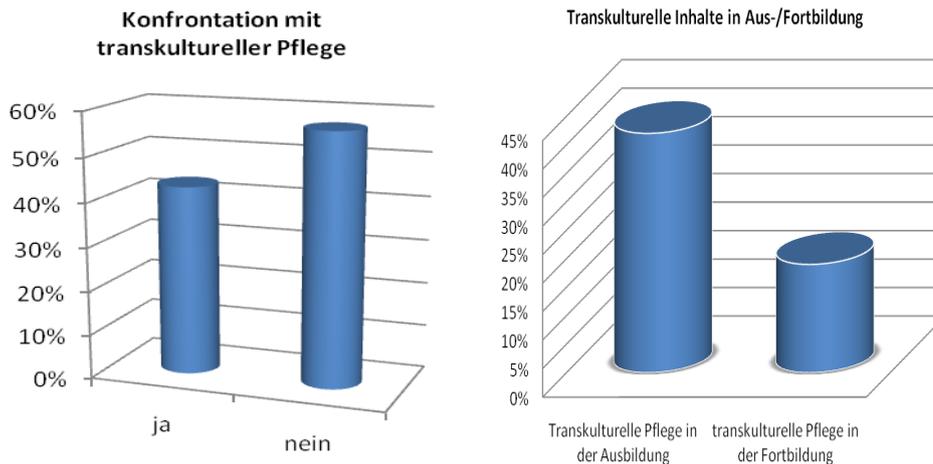


Abb. 23: eigene Darstellung

Die meisten Pflegepersonen halten neben der fixen Integration der transkulturellen Kompetenzentwicklung in der Ausbildung Weiterbildungsmaßnahmen in Form von mehrtägigen Workshops für sinnvoll (siehe Abb. 25)

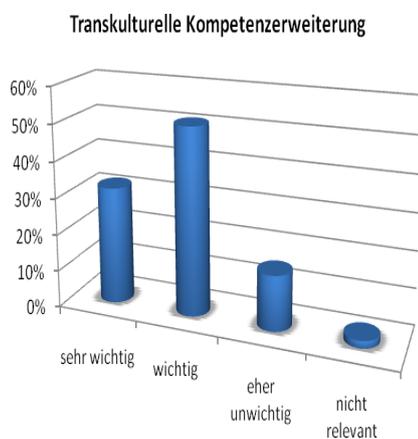


Abb. 24: eigene Darstellung

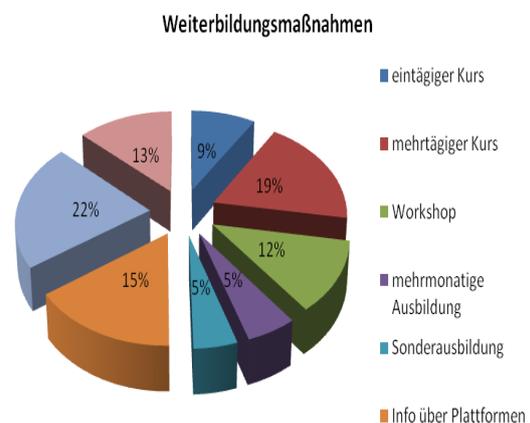


Abb. 25: eigene Darstellung

Anhand dieser Ergebnisse lassen sich Bedürfnisse nach individuellen Weiterbildungsmaßnahmen erkennen, um den Umgang, den Kontakt und Beziehungsaufbau mit MigrantInnen nachhaltig verbessern zu können und darüber hinaus eine Sensibilität für fremde Lebenswelten zu entwickeln und sich spezifisches

kulturelles Hintergrundwissen aneignen zu können. In den Gesprächen mit den Pflegepersonen konnte klar herausgestellt werden, dass ein großes Interesse für zukünftige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen besteht, aber strukturelle und organisatorische Defizite seitens der Führungspersonen und Krankenhausträger als ausschlaggebend für das Fehlen dieser sind. Viele Pflegepersonen würden sich durch einen Wissenserwerb in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einen verbesserten Umgang mit Angehörigen erhoffen und Strategien zur Verbesserung in der Kommunikation mit MigrantInnen wünschen. Darüber hinaus fordern die befragten Pflegepersonen einen flächendeckenden Ausbau von Dolmetscherdiensten und eine vermehrte Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern und MigrantInnenberatungsstellen. Auch der vermehrten Aufnahme von MigrantInnen als Gesundheitsfachpersonal stehen viele Befragte offen gegenüber und sehen diesen Aspekt als nichts Neues und Unbekanntes an, da viele Pflegepersonen aus osteuropäischen Staaten und den Philippinen stammen und durchaus positive Erfahrungen gemacht wurden.

#### **1.4. Zusammenfassung**

Aus den Ergebnissen der Umfrage geht hervor, dass neben der Vermittlung von kulturellen Hintergrundinformationen, Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen die Interaktion zwischen den Pflegepersonen und MigrantInnen verbessern und fördern sollten. Vor allem spezifische Anforderungsbereiche wie die Kommunikation, die kulturell unterschiedlich wahrgenommenen Lebenswelten, Wissens- und Informationsdefizite und der Umgang mit Schmerz verlangen nach den Bedürfnissen der Migrantinnen angepassten Fortbildungsmaßnahmen. Dabei sollte die Auseinandersetzung und der Erfahrungsaustausch mit Problemen im Vordergrund stehen, um einerseits seine eigenen Arbeitsbedingungen zu reflektieren und andererseits durch eine Selbstreflexion und Sensibilisierung Lösungsansätze generieren zu können. Darüber hinaus bietet der Erfahrungsaustausch mit anderen Pflegepersonen/Fachpersonal die Möglichkeit, strukturelle und organisatorische Mängel zu identifizieren und Verbesserungsmöglichkeiten anzudenken. Dabei ist die Unterstützung von seiten der Führungspersonen und Krankenhausträger unerlässlich. Denn wenn die Pflegepersonen auch in Zukunft mit ihren Problemen im Umgang mit türkischen MigrantInnen alleine gelassen werden, ist ein kontinuierlicher Ausgrenzungsprozess nicht verhinderbar. Eine Vergrößerung der Barriere im Zugang

zum Gesundheitssystem bei einer gleichzeitigen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der MigrantInnen wäre nur eine der wenigen Folgen für das Gesellschaftssystem in Österreich.

In den folgenden 2 Kapiteln sollen basierend auf den Ergebnissen der Umfrage über die Anforderungen und Herausforderungen an die Pflegepersonen im Umgang mit türkischen MigrantInnen, Voraussetzungen und Umsetzungsmöglichkeiten in Hinblick auf eine transkulturelle Kompetenzentwicklung gefunden werden. Dabei werden sowohl strukturelle, als auch organisatorische Voraussetzungen beleuchtet, die ausschlaggebend dafür sind Transkulturalität in der Pflege zu entwickeln und erfolgreich umzusetzen.

## **2. Transkulturelle Kompetenzentwicklung als Herausforderung für die Pflegepraxis**

### **2.1. Einleitung**

Das wissenschaftliche Feld der transkulturellen Pflege und Medizin in Theorie und Praxis steht in Österreich erst am Beginn seiner Entwicklung. Das Personal im Gesundheitswesen sieht sich in seinem beruflichen Alltag aufgrund der demographischen Entwicklung der letzten Jahrzehnte vermehrt mit der Betreuung und Behandlung von MigrantInnen konfrontiert. Dabei stoßen die vertrauten und traditionellen Behandlungs- und Betreuungskonzepte des Personals auf eine meist völlig fremde Lebenswelt der MigrantInnen, in der Normen und Werte von eigenen Wertvorstellungen divergieren können. Das ruft zumeist Verunsicherung und Mißtrauen hervor und führt nicht selten in eine Vermeidungshaltung. Dadurch gehen wichtige Informationen über die Lebenswelt, Erfahrungen und Erwartungen der MigrantInnen verloren und verhindern so eine bedürfnisorientierte Betreuung und Behandlung. Frustration auf Seiten der MigrantInnen über eine suboptimale Betreuung und auf Seiten des Personals über das „persönliche Versagen“, die bestmögliche Betreuung anbieten zu können, sind Folgen daraus (vgl. Wimmer – Puchinger, 2001).

Faktoren, die das Personal als besonders belastend im Umgang mit MigrantInnen empfinden, sind Sprachbarrieren, das Rollenverständnis, der Umgang und Ausdruck von Schmerz und familiäre Strukturen der MigrantInnen (vgl. Razum et al, 2008). Dabei ist anzumerken, daß diese Faktoren vor allem die Durchführung von ärztlichen und pflegerischen Handlungen betreffen, wobei die genauere Auseinandersetzung mit der Lebenswelt der MigrantInnen für das medizinische Personal nicht im Vordergrund steht. Je besser jedoch MigrantInnen mit dem Gesundheitspersonal kommunizieren können, desto weniger werden diese Faktoren als belastend empfunden (vgl. Habermann, 2001).

Im Folgenden wird ein Überblick über die Entwicklung der kulturorientierten Ansätze in der Pflege gegeben, um anschließend auf das Konzept der transkulturellen Kompetenz näher einzugehen. Dabei wird neben der Vorstellung eines Modells zur Erlangung der transkulturellen Kompetenz auf Ansätze zur Integration der Transkulturalität in Aus-, Fort- und Weiterbildung eingegangen.

## **2.2. Die Entwicklung von kulturorientierten Ansätzen in der Pflege**

Die Auseinandersetzung mit der Theorieentwicklung in der Pflege hat seit Beginn einer zunehmenden Professionalisierung des Pflegeberufs viel Aufmerksamkeit geweckt. Im deutschsprachigen Raum hat sich das theoretische Denken in den ersten Jahren hauptsächlich auf die traditionellen Themen der Pflege bezogen, in den USA befassen sich Pflege-theoretikerinnen bereits seit einigen Jahren mit dem Thema der transkulturellen Pflege.

Angesichts des demographischen Wandels und der damit wachsenden Gruppe an pflegebedürftigen Menschen, zu denen auch Menschen mit Migrationshintergrund gehören, steigen die Anforderungen an die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Fragen der Interkulturalität bestimmen zunehmend das Berufsfeld Gesundheit und Pflege und stellen eine der großen Herausforderungen für die Entwicklung eines zukunftsfähigen Pflegeversorgungssystems, das für unterschiedliche Kulturen offen ist, dar. Es wurde in den letzten Jahren immer wieder auf die Notwendigkeit einer kultursensiblen Pflege, bzw. eine an fremde Kulturen angepasste Pflege hingewiesen. Um eine adäquate Betreuung, unter Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede zu

ermöglichen, müssen die Pflegefachkräfte über spezifische transkulturelle Kompetenzen verfügen, für die bereits in der Ausbildung die Grundlagen geschaffen werden sollen.

*"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." (M. Leininger 1995, zitiert nach D. Domenig 2001).*

Im Zentrum von transkultureller Pflege steht vor allem der Mensch mit seinem spezifischen kulturellen Hintergrund. Im Rahmen der transkulturellen Pflege gilt es zwischen der Eigen- und der Fremdbeobachtung/ Wahrnehmung zu differenzieren. Die Entwicklung von Pflegelehre ist die grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung der Pflege als professionelle Disziplin, und unerlässlich für die Bemühungen die Pflegepraxis zu verbessern.

Das Aufeinandertreffen verschiedener Kulturen ist heutzutage angesichts von Mobilität und Globalisierung nicht mehr wegzudenken. Die Pflegewissenschaft daher ist gefordert, sich mit den wichtigen Themen der Migration, Multikulturalität, Globalisierung und Recht auf eigene kulturelle Identität, zu befassen um geeignete theoretische Grundlagen für Ausbildung und Praxis zur Verfügung zu stellen (vgl. Stemmer, 2003)

### **2.2.1. Warum braucht es Pflegelehren in der transkulturellen Pflege?**

Theorien bilden die Grundlage für die Professionalisierung der Pflege, sie helfen die Praxis zu beschreiben, zu erklären, Entwicklungen zu kontrollieren und somit die Phänomene der Pflege zu erfassen. Zentrale Fragestellungen werden in Theorien beantwortet und der Praxis zugänglich gemacht. Pflegelehren haben generell zum Ziel, Handlungsvorschläge in Bezug auf voraussehbares Verhalten aufzuzeigen. Um handlungsfähig zu bleiben, so müssen die theoretischen Grundlagen der Handlungskonzepte diesen gesellschaftlichen Veränderungen angepasst werden. Genau das versucht das theoretische Konzept der Transkulturalität (vgl. Domenig, 2003).

*"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." (C. Uzarewicz, 2001)*

Selbst wenn PatientInnen und Pflegepersonal die gleiche Sprache sprechen, kann es zu unterschiedlichen Auffassungen einer Aussage kommen. Die Aussage "mein ganzer Körper schmerzt" kann für das Pflegepersonal etwas ganz anderes bedeuten als für denjenigen, der das gesagt hat. Ebenso werden durch die Art und Weise der Fragestellung vom Gesundheitspersonal unterschiedliche Antworten der PatientInnen beeinflusst. Zum Beispiel wird die Antwort auf die Frage: Was haben Sie für Schmerzen? eine andere sein als auf die Frage: Was bedeutet der Schmerz für Sie? (vgl. C. Uzarewicz 2001) Alle diese Faktoren müssen in der Pflegeanamnese berücksichtigt werden. Das Konzept der transkulturellen Pflege soll in unserem Gesundheitssystem einen praktischen Zugang zu den MigrantInnen ermöglichen.

### **2.2.2. Begriffsbestimmung Kultur: inter-, multi- und transkulturell**

In der Pflege wird in den letzten Jahren immer wieder von transkultureller Pflege gesprochen, einer kultursensiblen oder kulturübergreifenden Pflege. Was ist darunter zu verstehen, wie werden die Begriffe Kultur, interkulturell, multikulturell und transkulturell in der Pflegeforschung und in den Pflege-theorien abgegrenzt?

*"Üblicherweise wird Kultur als Abgrenzungsbegriff dann thematisiert, wenn es um ausländische Menschen geht; dann ist von "der türkischen Kultur", der "italienischen Kultur" die Rede." (C. Uzarewicz, 2002)*

In den folgenden Abschnitten soll ein Überblick über den Einfluss des Begriffs Kultur (interkulturell, multikulturell, transkulturell, Fremd und Migration) auf die Pflege und Pflege-theorie gegeben werden.

- **Der Kulturbegriff**

Kultur: colere (lat. Verb) = bebauen, pflegen, ehren; zugehöriger Substantiv cultus: Pflege, Bildung, Erziehung, Verehrung und Huldigung. Pflegen aus dem Westgermanischen bedeutet: sorgen für, hegen, sich mit etwas abgeben, für etwas einstehen. Kultur ist die Gesamtheit der typischen Lebensformen größerer Menschengruppen einschließlich ihrer geistigen Aktivitäten. In Unterscheidung zu dem Begriff der Natur bezeichnet Kultur alles, was der Mensch als gesellschaftliches Wesen

bzw. die Menschen aller Völker zu den verschiedensten Zeiten und in unterschiedlichster Weise produktiv bearbeitet oder gestalterisch hervorgebracht haben. Kultur bezeichnet alle Bereiche, die der menschlichen Bildung dienen: vor allem das Umfeld von Literatur, Kunst und Musik, von Philosophie, Theologie und Wissenschaft. Kunst wird auch bedeutungsgleich mit Kultiviertheit verwendet; im Hinblick auf die zwischenmenschliche Kommunikation bezeichnet die Kultur die Fähigkeit, sich mit anderen in einer Weise auseinander zu setzen zu können, die zu produktiven Ergebnissen führt (vgl. Uzarewicz, 2002).

*"Die erste umfassende wissenschaftliche Kulturdefinition stammt von Edward Burnett Tylor aus dem Jahre 1871: Kultur ist "ein komplexes Ganzes von Glauben, Kunst, Gesetz, Moral, Brauch und jeder anderen menschlichen Fähigkeit und Halsung". Diese Definition stellt die Grundlage für viele weitere dar." (Uzarwicz, 2002)*

*"In einem umfassenden Sinn bezeichnet Kultur alles, was den Lebensraum, die Lebensmöglichkeiten, die Lebensäußerungen und die Gepflogenheiten, der Gewohnheiten oder Selbstverständlichkeiten einer Gruppe betrifft" (Herberhold, 2002)*

Der Kulturbegriff wird häufig dazu verwendet um Andersartigkeiten von Menschen oder Bevölkerungsgruppen festzustellen. *"Der Kulturbegriff ist in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem der zentralen Kollektivbegriffe geworden, der die Menschen einteilt in solche, die dazugehören und solche, die ganz anders sind, ohne jedoch bestimmen zu können, worin diese fundamentalen Unterschiede genau bestehen."* (Uzarewicz 2002)

- **Interkulturell/Interkulturalität**

Inter- (lat. Vorsilbe): zwischen. Der Begriff Interkulturell bezeichnet eine Beziehung zwischen den Kulturen. In kulturellen Überschneidungssituationen treffen die Eigenkultur und Fremdkultur(en) aufeinander. Es entsteht dann das Interkulturelle, unter anderem weil man das Verhalten einer Person aus einem anderen kulturellen Kontext aus dem Wissen des Eigenen heraus interpretiert. Die in einer kulturellen Überschneidungssituation beteiligten Interaktionspartner stehen in ihrem Handeln und Verstehen immer unter dem Einfluss des eigenen Kulturkreises. Interkulturalität betont die Begegnung zwischen zwei Kulturen und beleuchtet mögliche Reibungsflächen. Personen, die über eine interkulturelle Kompetenz verfügen, haben die Fähigkeit mit

Angehörigen einer anderen Kultur zur beiderseitigen Zufriedenheit unabhängig, kultursensibel und wirkungsvoll interagieren zu können (vgl. Uzarewicz, 2002).

- **Multikulturalität**

Multi (lat.): viel, vielfach. Multikulturalität bedeutet, viele Kulturen existieren nebeneinander. Multikulturelle Gesellschaft ist ein soziologisches, politisches und publizistisches Schlagwort, mit dem eine Gesellschaft bezeichnet wird, in der Menschen unterschiedlicher Herkunft, Nationalität, Sprache, Religion und Ethnie zusammenleben. Multikulturalität gründet auf der Multikulturalismusdebatte, welche von einem gesellschaftlichen Konzept des friedlichen Nebeneinanders von verschiedenen Kulturen ausgeht (vgl. Uzarewicz, 2002).

*"Unsere Gesellschaften sind heutzutage in der Tat pluri- oder multikulturelle. In ihnen leben Individuen und Gruppen, die mehreren oder vielen unterschiedlichen Kulturen entstammen oder sich auf mehrere beziehen." (C. Uzarewicz, 2002)*

- **Transkulturell**

Trans (lat. Vorsilbe): quer, hindurch, hinüber. Transkulturell bedeutet quer, über die Kulturen hinweg. Die Begriffe Interkulturell und Multikulturell beschreiben den Kulturbegriff, als klar voneinander abgegrenzte Wesenheiten, im Unterschied dazu stellt Transkulturalität nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit letztlich auch Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum (vgl. Uzarewicz, 2002).

*"Unsere Kulturen haben de facto längst nicht mehr die Form der Homogenität und Separiertheit, sondern sind weitgehend durch Mischungen und Durchdringen gekennzeichnet. Diese neue Struktur der Kulturen bezeichne ich, da sie über den traditionellen Kulturbegriff hinaus- und durch die traditionellen Kulturgrenzen wie selbstverständlich hindurchgeht, als transkulturell." (D. Domenig, 2001)*

Zielke-Nadkarni definiert transkulturelle Kompetenz aus pflegerischer Sicht wie folgt: *„Die Wahrnehmung und Bewusstmachung der eigenkulturellen Norm- und Wertvorstellungen, die pflegerische Vorstellungen und Interventionen determinieren. Die Öffnung für andere Pflegekonzepte, -erwartungen und -praktiken, das*

*Hinderfragen und die Neugestaltung bisheriger professioneller Formen des Umgangs mit ausländischen PatientInnen und KollegInnen.“ (Zielke-Nadkarni 1997 zitiert nach C. Uzarewicz 2002).*

Transkulturelle Pflege bezieht sich auf das Kulturgrenzen-überschreitende, das grundlegend Gemeinsame, das Wesentliche von Pflege (vgl. C. Uzarewicz 2002).

Wolfgang Welsch meint, dass anstelle der Einzelkulturen, eine Globalkultur entstanden ist, die sämtliche Nationalkulturen verbindet. Sein transkulturelles Konzept zielt auf ein vielseitiges Verständnis von Kultur hin, dessen Handeln von Integration gekennzeichnet ist. Das Konzept der Transkulturalität bietet sowohl einen theoretischen Zugang, als auch einen erweiterten und erweiternden Handlungsrahmen für die und in der Pflege. Transkulturalität beschreibt kulturelle Prozesse als flexibles individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökologischen Faktoren, welches in die Situationen immer neu verhandelt wird (vgl. Welsch, 1995).

- **Das Phänomen der Fremdheit**

Der Begriff der Fremdheit hat ebenso wie der Kulturbegriff mehrere Bedeutungen und spielt unter anderem eine Rolle in der Gruppendynamik. Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten, mit Fremdem umzugehen, wenn es neu auf einen zukommt. Zum einen positiv, indem ihm Integrationsmöglichkeiten eröffnet werden und zum anderen negativ, indem das Fremde abgelehnt und ausgegrenzt wird (vgl. Uzarewicz, 2002).

Wenn die Andersartigkeit besonders auffällig ist, wird die Abwehr gegen Fremdes verstärkt. *"Der Fremde: das bezeichnet Zuwanderer oder Migranten. Die ganz Anderen sind die Fremden; sie werden primär abgelehnt, weil sie grundsätzlich bedrohlich sind, denn sie können nicht mit dem eigenen Erfahrungshorizont verbunden werden. Bei ihnen weiss man nicht, woran man ist."* ( vgl. Schütz 1962 zitiert in: C. Uzarewicz 2002)

### **2.3. Transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag**

Migrare (lat.): Wanderung; bezogen auf Individuen oder Gruppen, die im geographischen oder sozialen Raum wandern. Wenn Menschen nationale Grenzen überschreiten und ihren Wohnsitz in andere Länder verlegen, spricht man von Migration (vgl. Han, 2000).

Die Forschung zeigt, dass dieser Vorgang die Gesundheit beeinflusst. MigrantInnen sind vielfachen spezifischen Belastungen ausgesetzt: Krieg, Vertreibung, Entwurzelung, Anpassungsdruck, Sprach- und Kommunikationsprobleme, soziale Isolation, kulturspezifische Besonderheiten etc. *"Nach Definition der WHO werden folgende Bereiche als wesentliche Voraussetzung für Gesundheit erachtet: Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden."* (WHO, 1986 zitiert in D. Domenig, 2001)

Das teilweise Fehlen dieser Ressourcen und die spezifischen Belastungen, denen die MigrantInnen ausgesetzt sind, führen auf Dauer zu Erkrankungen. Meist handelt es sich nicht um körperliche Krankheiten, sondern um psychosomatische Störungen und Erkrankungen, die das Gesundheitspersonal vor eine große Herausforderung stellen. Fehlende Kenntnis über die gesundheitlichen Versorgungsinstanzen und Zugangsbarrieren in Gesundheitseinrichtungen erschweren die Inanspruchnahme für MigrantInnen. Es fehlen gesundheitspolitische Vorgaben zu soziokulturellen und integrativen Mindeststandards der Gesundheitsversorgung. *"Die EntscheidungsträgerInnen haben es weitgehend verabsäumt, soziokulturelle, ethnische und sprachliche Aspekte in ihre Überlegungen einzubeziehen"* (D. Domenig, 2001). Dem Gesundheitspersonal fehlt es an transkultureller Kompetenz. In der vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen durchgeführten Studie mit dem Titel "Soziale Ungleichheit und Gesundheit", die anlässlich der 5. Armutskonferenz am 20./21. März 2003 in Salzburg präsentiert wurde, wird ebenfalls auf diese Problematik hingewiesen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2003). Das innerfamiliäre Hilfs- und Pflegepotential ist zwar bei ausländischen Familien größer, aber auch hier kommt es, durch den gesellschaftlichen Strukturwandel zu Rollenkonflikten. Die Kinder fühlen sich oft den traditionellen Erwartungen ihrer Eltern nicht gewachsen und brauchen Unterstützung und Beratung in der Pflege ihrer Angehörigen (vgl. Küçük, 2008).

## 2.4. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz

Wie bereits in Kapitel 2.2.2. erwähnt, beschreibt der Begriff der Transkulturalität die andauernde Existenz von verschiedenen Einzelkulturen in gesellschaftlichen Systemen, wobei das Entdecken von Gemeinsamkeiten und ein Aufeinanderzugehen und Verstehen der jeweils anderen Kultur Abgrenzung und Ausgrenzung verhindern soll. Im Mittelpunkt steht die Annahme, dass keine dieser Einzel/Subkulturen die einzig wahre und universelle Realität darstellt, vielmehr geht es darum, individuelle, soziokulturelle und historische Gesichtspunkte einzelner Kulturen zu erfassen und Gemeinsamkeiten und Verbindlichkeiten in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. Domenig, 2001).

Gerade in der medizinischen und pflegerischen Betreuung von MigrantInnen stößt das medizinische Personal sehr häufig an ihre persönlichen Grenzen, da ihre kulturellen Normen und Werte mit Normen und Werten einer völlig fremden Kultur aufeinanderprallen. Plötzlich sind anerkannte und bislang erfolgsversprechende Handlungsmodelle nicht mehr wirksam, Verunsicherung betreffend der persönlichen Kompetenz und Angst sich einer „fremden Situation“ zu stellen führen häufig zu Rückzug und Kapitulation. Folglich werden MigrantInnen suboptimal betreut, eine Konzentration auf individuelle Bedürfnisse findet nicht statt. Vielmehr werden MigrantInnen aus Unwissen und Unsicherheit des Personals in stereotypische Rollenbilder hineingedrängt, die häufig mit Vorurteilen und völlig verzerrten Vorstellungen behaftet sind. Die Zuordnung bestimmter Merkmale von MigrantInnen zu bestimmten Gruppen erleichtern es dem medizinischen Personal, bisher nicht bekannte Situationen in ihre Lebenswelt einzugliedern, und so Orientierung und Handlungskompetenz zu erlangen (vgl. Berg, 2001).

Bislang fand das Handeln der pflegerischen Praxis unter den Gesichtspunkten der Multikulturalität und Interkulturalität statt, d.h. daß verschiedene Kulturen klar voneinander abgegrenzt existieren, wobei das Herausfiltern von Reibungspunkten unter der Zielsetzung eines friedlichen Nebeneinander im Vordergrund steht. Im Gegensatz dazu stellt das Modell der transkulturellen Kompetenz nach D. Domenig, 2003 nicht kulturelle Unterschiede in den Mittelpunkt, sondern es geht darum individuelle Lebenswelten zu erfassen und zu verstehen und daraus angepasste Handlungskompetenzen abzuleiten, d.h. die Reflexion der eigenen Lebenswelt und die Interaktion mit fremden Lebenswelten sollen helfen die Perspektiven und Vorstellungen

anderer zu erfassen und eine Stereotypisierung bestimmter Zielgruppen vermeiden (vgl. Domnig, 2003).

Dabei stützt sich das Modell auf drei wesentliche Grundpfeiler: der Selbstreflexion, dem Hintergrundwissen und Erfahrungen und der narrativen Empathie, die im Folgenden näher erläutert werden:

- **Selbstreflexion:** Selbstreflexion meint im Zusammenhang mit transkultureller Kompetenz in der Pflege das kritische Hinterfragen der eigenen Lebenswelt, indem bislang unbewusste und selbstverständliche Annahmen über die eigene Lebenswelt ins Bewusstsein gerückt und gleichzeitig die Perspektiven der individuellen Lebenswelten der PatientInnen erfasst werden. Es geht darum sich die Fähigkeit anzueignen aus seiner eigenen Lebenswelt „auszusteigen“ und in eine bislang fremde Lebenswelt einzutauchen und sich dieser anzunähern. Gelingt es den Pflegepersonen ihre eigene, bislang als normal und richtig geglaubte Lebenswelt ein Stück hinter sich zu lassen und fremde Lebensmodelle zu akzeptieren, ist eine den PatientInnen individuell angepasste Behandlung und Pflege möglich.

Eine selbstreflexive Haltung des Pflegepersonals erlaubt es somit sich mit Handlungsmustern verschiedener Lebensmodelle auseinanderzusetzen, die eigene Lebenswelt kritisch zu überdenken und offen gegenüber neuen Sichtweisen zu sein (vgl. Domenig, 2003).

- **Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrungen:** Transkulturelles Wissen stützt sich in diesem Zusammenhang nicht auf ein rein kulturspezifisches Wissen einzelner ethnischer Gruppen, sondern meint allgemeine Konzepte die in allen ethnischen Gruppen zur Anwendung kommen können.

Dabei ist das Sich-Aneignen folgenden Wissens im Sinne eines transkulturell kompetenten Handelns unbedingt notwendig:

- Theoretisches Hintergrundwissen über den Kultur- und Migrationsbegriff
- Kenntnisse über migrationsspezifische Lebenswelten, wie die Lebensbedingungen vor, während und nach der Migration, die Zusammenhänge

zwischen Migration und Gesundheit sowie Hintergrundwissen über spezifische Themengebiete z.B. Rassismus, frauenspezifische Lebenswelten oder Migration im Kinder- und Jugendalter.

- Kenntnisse über Gesundheits- und Krankheitskonzepte und die Bedeutung dieser im Behandlungsprozess
- Kenntnisse über die Auswirkungen des Migrationsprozesses auf die psychische Gesundheit
- Wissen über soziale Gefüge in Migrationsgruppen
- Kenntnisse über angepasste Kommunikationswege in der Zusammenarbeit mit MigrantInnen.

Die Aneignung dieses Hintergrundwissens trägt dazu bei, dass neben einem besseren Verstehen der Lebenswelten von MigrantInnen, Stereotypisierungen und Kulturalisierung von Verhaltensmustern von MigrantInnen abgebaut werden können. Darüber hinaus erleichtert ein fundierter Wissenskorpus über transkulturelles Hintergrundwissen die Umsetzung neu gewonnener Kenntnisse in Lehre und Praxis und stärkt die Argumentation gegenüber Entscheidungsträgern, vor allem wenn es um eine Verankerung der transkulturellen Kompetenz in Aus-, Fort- und Weiterbildung geht (vgl. Domenig, 2003).

• **Narrative Empathie:** Während sich das Aneignen von theoretischem Wissen über kulturelle Hintergründe einen rein kognitiven Prozess darstellt, stützt sich die Fähigkeit der narrativen Empathie auf ein Verstehen und sich Einlassen in die Gefühls- und Gedankenwelt seines Gegenübers. Dabei steht das Interesse und das Sich- Einlassen- Können auf die individuelle Lebensgeschichte der PatientInnen im Vordergrund. Mit Hilfe von erlernten Gesprächstechniken soll eine individuelle Anamnese durch Pflegepersonen unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenswelt der MigrantInnen erhoben werden und durch ein konsequentes Integrieren dieser Erkenntnisse in das Betreuungs- und Behandlungskonzept zu einer optimalen gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen beitragen.

Durch das Erzählen und Erzählen lassen der Gefühlswelt und Lebenswelt der MigrantInnen wird auf Seiten der MigrantInnen der Bewältigungsprozess einer

Krankheit positiv unterstützt und trägt oftmals dazu bei, dass konkrete Ereignisse besser verstanden bzw. erfasst werden können. Darüber hinaus fördert das Gespräch auf Seiten der Pflegepersonen die Aufmerksamkeit und Offenheit gegenüber anderen Lebensperspektiven (vgl. Domenig, 2003).

Narrative Empathie soll dazu beitragen, dass PatientInnen ihre Erfahrungen und Ereignisse sowohl aus der Vergangenheit, als auch Erwartungen an die Zukunft verbalisieren und im Idealfall Verbindungen mit ihrer individuellen Gesundheits- und Krankheitsgeschichte herstellen können. In diesem Zusammenhang beschreibt Hyden mögliche Ziele, die mit Hilfe der narrativen Empathie verfolgt werden (Hyden, 1997):

- Rekonstruktion der Lebensgeschichte in Hinblick auf gesundheitsgefährdende Ereignisse
- Erklären und Verstehen der individuellen Sicht von Krankheit und Gesundheit
- Konstruktion einer „Krankheitswelt“ unter Berücksichtigung krankheitsauslösender Faktoren
- Integrieren der „Krankheitswelt“ in seine Lebenswelt

Das Modell der Transkulturellen Kompetenz trägt in erster Linie dazu bei, selbstreflexive Prozesse auszulösen, die Pflegepersonen Offenheit und Interesse gegenüber neuen Lebensmodellen eröffnen und helfen, eigene Handlungsmuster zu relativieren. Es soll die Fähigkeit aufgebaut werden, neben seine eigenen Perspektiven neue Perspektiven und Handlungsmuster zu verstehen, zu akzeptieren und zuzulassen. Durch eine Sensibilisierung migrationsspezifischer Anliegen soll eine professionelle Behandlung und Pflege gefördert werden. Dabei basiert transkulturell kompetentes Handeln auf der Berücksichtigung individueller Lebenswelten, biographischer Ereignisse und soziokulturellen Hintergründen des Migrationsprozesses. Durch das Modell der transkulturellen Kompetenz soll eine Interaktion zwischen verschiedenen Lebenswelten geschaffen werden, wobei Gemeinsamkeiten und verbindende Elemente in den Vordergrund gerückt werden. Durch die Fähigkeiten der Selbstreflexion und der narrativen Empathie und durch die Aneignung kulturellen Hintergrundwissens sollen Pflegepersonen in der Lage sein, individuelle, den Bedürfnissen der PatientInnen abgeleitete Handlungsweisen zu entwickeln und so eine optimale Betreuung und Behandlung zu gewährleisten.

## 2.5. Die Implementierung der transkulturellen Kompetenz im Pflegealltag

Das Modell der transkulturellen Kompetenz soll nicht als ein in sich abgeschlossenes Modell betrachtet werden, sondern in bestehende Pflegekonzepte integriert werden und im Sinne einer professionellen Pflege auf die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen eingehen. Durch transkulturelle Kompetenz soll der Weg zu einer bedürfnisorientierten Pflege geebnet werden, weg von starren Konzepten und Handlungsweisen. Kulturalisierung und Stereotypisierung von MigrantInnen soll so vermieden werden, Offenheit und Flexibilität der Pflegepersonen gegenüber neuen Lebensmodellen stehen im Vordergrund (vgl. Domenig, 2007).

Um transkulturelle Kompetenz in die pflegerische Praxis implementieren zu können, ist es notwendig, Handlungsziele festzulegen, die eine transkulturelle Kompetenz definieren. Dazu wurden in einem Forschungsprojekt des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit 2004 folgende Fähigkeiten formuliert, die transkulturelle Kompetenz charakterisieren (BAG, 2004 in Domenig, 2007 S.182):

- „... Fähigkeit, eine adäquate Verständigungsbasis sicher zu stellen und in unterschiedlichen Kontexten angemessen und sachgerecht zu argumentieren.“
- „... Fähigkeit, den Gesundheitsversorgungsprozess unter Einbeziehung der Erklärungsmodelle von PatientInnen in Bezug auf Krankheitsursachen, Behandlung und Verlauf auszuhandeln.“
- „... Fähigkeit, den gleichberechtigten Zugang zu den Dienstleistungen sicher zu stellen und Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit zu erkennen.“
- „... Fähigkeit, zu aktuellen Entwicklungen im Bereich Migration und Gesundheit begründet Stellung zu beziehen und an der Umsetzung im eigenen Praxisfeld mitzuwirken.“
- „... Fähigkeit migrationsspezifische, rechtliche, soziale und ökonomische Problemlagen zu erfassen und zu beurteilen.“
- „... Fähigkeit, eigene soziokulturelle Hintergründe zu erkennen und zu reflektieren, sowie deren Einfluss auf die Interaktion und Intervention zu erkennen und dementsprechend zu handeln.“
- „... Fähigkeit, das Funktionieren von soziozentrierten Systemen zu und unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen mit diesen zusammenzuarbeiten.“

- „... Fähigkeit, eigene und äußere Grenzen zu erkennen und sich bei Bedarf entsprechende Unterstützung zu organisieren, sowie mit bestehenden Netzwerken und externen Stellen zusammenzuarbeiten.“
- „... Fähigkeit, Traumatisierungen zu erkennen, traumatisierte Personen zu betreuen und zu begleiten, sowie bei Bedarf professionelle Hilfe beizuziehen.“
- „... Fähigkeit, genderspezifische Aspekte der Lebenswelt von MigrantInnen zu erkennen und durchgängig einzubeziehen.“
- „... Fähigkeit, MigrantInnen in frauen- bzw. määnerspezifischen Gesundheitsbereichen angemessen zu betreuen.“

Auch im englischsprachigen Raum existieren verschiedene Modelle, die eine Implementierung der transkulturellen Kompetenz in die pflegerische Praxis fördern. Vor allem das ACCESS-Modell und LEARN-Modell führen wichtige Handlungskompetenzen zur Erlangung einer transkulturellen Kompetenz an und verstehen sich darüber hinaus als Anstoß eigene transkulturelle Handlungsmuster zu entwickeln.

Das ACCESS-Modell von Narayanasamy (2002) beinhaltet 6 Schlüsselbegriffe, die die Fähigkeit zum transkulturell kompetenten Handeln ausmachen (vgl. Narayanasamy, 2002 in Domenig, 2007 S.183/84) :

- **Assessment:** Fokussierung auf individuelle Gesundheits- und Krankheitskonzepte und Berücksichtigung der Lebenswelten.
- **Communication:** Bewusstsein über verbale und nonverbale Kommunikationsmuster schaffen.
- **Cultural Negotiation und compromise:** Aneignung von Wissen über den Kulturbegriff und Verstehen des Zusammenhangs zwischen Kultur und Gesundheit/Krankheit.
- **Establishing respect und rapport:** Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Pflegeperson und PatientInnen unter Wertschätzung kultureller und religiöser Vorstellungen.
- **Sensitivity:** kultursensitive Behandlung gewährleisten.
- **Safety:** PatientInnen dazu befähigen Sicherheit aus ihrem kulturellen Wertvorstellungen schöpfen zu können.

Das LEARN-Modell von Berlin (1983) beschäftigt sich mit 5 Grundeinstellungen/Werthaltungen die in der Pflege und Betreuung von MigrantInnen berücksichtigt werden sollen (vgl. Berlin, 1983 in Domenig, 2007 S.184):

- **Listen:** mit Interesse den Sichtweisen der PatientInnen zuhören und verstehen
- **Explain:** eigene Wahrnehmungen gegenüber den Patientensichtweisen verbalisieren
- **Acknowledge:** Unterschiede und Gemeinsamkeiten wahrnehmen und akzeptieren
- **Recommend:** geeignete Behandlung- /Betreuungskonzepte empfehlen
- **Negotiate:** Vereinbarungen im Sinne einer partnerschaftlichen PatientInnen/Pflegepersonal - Beziehung vereinbaren

Wenn auch verschiedene Modelle und Konzepte existieren, um die transkulturelle Kompetenz in den pflegerischen Alltag integrieren zu können, liegt die Gemeinsamkeit all dieser Modelle darin, eine Verhaltensänderung der Pflegepersonen auf unterschiedlichen Ebenen, d.h. auf kognitiver, affektiver und auf der Verhaltensebene auszulösen, um ein transkulturelles Denken und Handeln zu fördern. Die Perspektiven der eigenen Lebenswelt sollen durch bislang fremde Perspektiven erweitert werden und so die Universalität eigener Deutungs- und Handlungsmuster in Frage stellen.

Im nun folgenden Kapitel werden die Möglichkeiten zur Umsetzung der transkulturellen Kompetenz in Aus-, Fort- und Weiterbildung erläutert und auf Chancen, die sich daraus für das Berufsfeld der Pflege ergeben, eingegangen.

## **2.6. Verankerung transkultureller Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Sowohl in den grundlegenden Patientenrechten im stationären Bereich (vgl. § 5a KAG), als auch in der Patientencharta (BGBl 153/2002) wird explizit auf die Behandlung und Betreuung des Patienten im Sinne der bestmöglichen und dem aktuellen

Forschungsstand entsprechenden Pflege, unter Wahrung der persönlichen Integrität und Möglichkeit zur Ausübung religiöser Bedürfnisse hingewiesen. Trotzdem fehlen bislang migrationspezifische Inhalte in der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung. Darüber hinaus sind Weiterbildungsmöglichkeiten für diese Thematik bislang unzureichend und nur lückenhaft vorhanden.

Während der Begriff der transkulturellen Kompetenz und die Themenbereiche Migration/Kultur und Gesundheit/Krankheit bereits in den 1980er Jahren im englischsprachigen Raum thematisiert werden, beschäftigt sich die sozialwissenschaftliche Forschung erst seit den 1990er Jahren mit den Ausprägungen von Migration/Kultur auf die Gesundheit. Die pflegerische Praxis ist wie das restliche medizinische Praxisfeld nur spärlich mit den Forschungsergebnissen betraut. Demnach gibt es nur wenige Möglichkeiten, sich in dieser Thematik Kompetenzen anzueignen. Das spiegelt sich auch in den wenig vorhandenen Publikation und Projektaktivitäten aus der pflegerischen Praxis wieder. Kompetenzerweiterung findet bislang nur auf einer individuellen Ebene statt, institutionsübergreifende oder sogar gesundheitspolitische Aktivitäten sind die Ausnahme (vgl. Baldaszi, 2004).

Eine Herausforderung für das Gesundheitswesen wird es in den nächsten Jahren sein, ein flächendeckendes Netzwerk an migrationspezifischen Gesundheitseinrichtungen aufzubauen, Netzwerke zu schon bestehenden Einrichtungen aus anderen Berufsfeldern zu schaffen, migrationspezifische Inhalte in schon bestehende Betreuungsangebote zu integrieren und an einer zunehmenden transkulturellen Kompetenzerweiterung und Professionalisierung der Akteure im Gesundheitswesen beizutragen. Dabei müssen politische, strukturelle und gesellschaftliche Hürden im Gesundheitswesen überwunden werden und darüber hinaus eine breite Akzeptanz auf Seiten der Akteure im Gesundheitswesen gewonnen werden (vgl. Wimmer-Puchinger, 2001).

### **2.6.1. Voraussetzungen zur transkulturellen Kompetenzentwicklung in der Praxis**

Während in der Pädagogik, im Bildungswesen und den Berufsfeldern der Psychologie transkulturelle Kompetenzentwicklung und Erweiterung als Schlüsselqualifikationen angesehen werden, steht das Gesundheitswesen erst am Anfang dieser Entwicklung. In diesem Zusammenhang muss der Frage nachgegangen werden, welches pädagogische

Handeln sich am Besten dazu eignet, um transkulturelle Kompetenzentwicklung zu einer Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen zu machen. Was ist das Bildungsziel, das damit verfolgt werden soll, welche strukturellen Bedingungen müssen vorherrschen und an welche Adressaten richtet sich eine mögliche Kompetenzentwicklung (vgl. Domenig, 2003).

Um transkulturelle Kompetenzentwicklung dauerhaft in die Lehrpläne der Aus-, Fort- und Weiterbildung integrieren zu können müssen einige Ansatzpunkte beachtet werden, die als Ausgangspunkt einer erfolgreichen Umsetzung verstanden werden. Im Mittelpunkt jeglicher Aus-, Fort-, und Weiterbildungsmaßnahmen muss die Interaktion zwischen den individuellen Lebenswelten der MigrantInnen und der Pflege/Pflegemaßnahmen stehen. Kulturalisierungseffekte und Stereotypisierungen einzelner Bevölkerungsschichten sollen dabei vermieden werden, viel mehr steht die Fähigkeit der Selbstreflexion der eigenen Lebenswelt und eine Sensibilisierung im Umgang mit den unterschiedlichen Lebenswelten der MigrantInnen im Vordergrund (vgl. Stanjek, 2001).

In vielen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird das Ziel verfolgt sich ein möglichst umfangreiches Wissen über fremde Kulturen anzueignen und Handlungsanweisungen für den richtigen Umgang mit MigrantInnen für die Pflegepraxis zu erlernen. Transkulturelle Kompetenz bedeutet aber vielmehr als sich erlernbares Wissen anzueignen, es bedeutet fremde Vorgehensweisen und Bewältigungsmuster verstehen und akzeptieren zu lernen. Als Bildungsziel kann somit die Fähigkeit zur Verständigung zwischen verschiedenen Kulturen angesehen werden (vgl. Domenig, 2003).

Bislang sind es vor allem Pflegepersonen ohne Migrationshintergrund, die an transkulturellen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen. Zukünftig muss auch die Zielgruppe der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund im Vordergrund stehen, da vor allem diese Personen neben sprachlichen Ressourcen, wichtige Informationen über Migrationsprozesse liefern können. Gemischt kulturelle Teamkonstellationen in Weiterbildungsmaßnahmen liefern einen wertvollen Beitrag im interaktiven Lernen und Austauschen von Erfahrungen und helfen zudem Vorurteile abzubauen (vgl. Collatz, 2001).

Um sich transkulturelle Kompetenzen anzueignen und Erlerntes in die Praxis umsetzen zu können, ist es notwendig, von Seiten der Organisationsträger transkulturelle Kompetenz als ein übergeleitetes Organisationsziel in den Arbeitsalltag einzubetten. Nur wenn Transkulturalität als Selbstverständlichkeit auf allen Ebenen einer Organisation angesehen wird, ist es möglich, auch auf individueller Seite der Mitarbeiter Zuspund und Akzeptanz zu finden (vgl. Domenig, 2003).

### **2.6.2. Die Entwicklung von Schlüsselkompetenzen in der transkulturellen Pflege**

Um transkulturelle Kompetenz praktisch vermitteln zu können, wird der Ansatz der Hermeneutik in einer Studie zur Überprüfung didaktischer Lernmodelle von Jank/Mayer (2005) als bestes geeignetes Modell angesehen. Dabei geht es darum, daß sich der Lernenden aufgrund individueller Erfahrungen und Erlebnisse seine eigene Wirklichkeit bildet und diese durch die Beschäftigung mit fremden Dingen bestätigt oder widerlegt wird. Dadurch kommt es zur Veränderung im Bewusstsein und letzten Endes im Handeln. Dabei steht ein spiralförmiger Prozeß im Vordergrund, indem durch zirkuläres, wiederkehrendes Lernen komplexe Lerninhalte schrittweise erarbeitet werden. Im Falle der transkulturellen Kompetenzentwicklung bedeutet das, dass sich die Auszubildenden Fähigkeiten wie Bewusstseinsweiterung , Empathie, Kommunikationsfähigkeit , Respekt und Selbstreflexion gegenüber fremden Lebenswelten aneignen und somit zu einer Professionalisierung der Kompetenzfelder des Pflegeberufes, d.h. der Selbstkompetenz, Sozialkompetenz, Fachkompetenz und Methodenkompetenz beitragen. Ein wesentliches Ziel ist es, Vorgehensweisen und Entscheidungen von PatientInnen respektieren zu können und gleichzeitig Beratung und Unterstützung anzubieten. Pflegemaßnahmen sollen unter Berücksichtigung individueller Lebensbiographien und Lebenswirklichkeiten partnerschaftlich und geplant durchgeführt werden können. Transkulturelle Pflege orientiert sich somit an der Lebenswelt von MigrantInnen, und genau diese Lebenswelt bildet den Ausgangspunkt für die zukünftige Betreuung und Behandlung (vgl. Jank, 2005).

Daher ist es in der Vermittlung transkultureller Kompetenzen unausweichlich, den Begriff der „Lebenswelt“ näher zu betrachten. Lebenswelt kann als der gesamte Aktivitäts- und Erfahrungsraum eines Menschen betrachtet werden, indem

Gegenstände, Personen und ihre Tätigkeiten sowie Ereignisse und deren Deutungen enthalten sind, mit denen er sich in seinem Alltagsleben auseinandersetzen muss. Lebenswelt ist daher die Lebenswirklichkeit, die in die soziale Umwelt eingebettet ist (vgl. Stanjek, 2005)

Diese Lebenswelt prägt die Identität jedes Menschen, bestimmt sein Verhalten und gibt ihm Orientierung im täglichen Handeln. Die Identität eines Menschen ist durch seine Einstellungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten geprägt und durch die Einnahme einer sozialen Rolle innerhalb einer Gruppe definiert. Dabei kann zwischen der sozialen (= soziale Rolle, wie Vater, Mutter, Kind), kulturellen (= Religion, Sprache, Normen und Werte) und persönlichen Identität (= Geschlechtsidentität, Altersidentität oder Körperidentität) unterschieden werden, die sich im Laufe des Lebens durch Erfahrungen und Erlebnisse verändern kann. Kommt es während des Migrationsprozesses zu schwer einschneidenden Erlebnissen kann es zu Störungen und Beeinträchtigungen im Identitätserleben kommen und dauerhafte Identitätsstörungen die Folge sein. Dabei können Stresssymptome, Angstzustände oder psychosomatische Störungen auftreten. In solchen Situationen greifen die Betroffenen oftmals zu bewährten Handlungsmustern und Bewältigungsstrategien, die sie im Laufe ihres Lebens in Interaktion mit ihrer Lebensumwelt entwickelt haben und als Ausdruck ihrer Identität angesehen werden können. Im Rahmen der transkulturellen Pflege müssen diese Erkenntnisse in den Pflegealltag integriert werden und in der Planung von Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen berücksichtigt werden (Stanjek, 2005).

Neben der Entwicklung von Offenheit und Sensibilität gegenüber den unterschiedlichen Lebenswelten von MigrantInnen ist es im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen zur transkulturellen Pflege auch notwendig, die eigene Berufsidentität zu reflektieren. Darunter versteht man das berufliche Selbstverständnis einer Pflegeperson, die sich aus der persönlichen Identität, d.h. persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, der sozialen Identität, d.h. gesellschaftliche Erwartungen an die Berufsrolle, sowie eigene Berufsvorstellungen und der kulturellen Identität, damit sind ethische Haltungen im beruflichen Handeln gemeint, zusammensetzt. Die meisten Pflegepersonen sehen eine hohe persönliche Belastbarkeit, Flexibilität, Empathie und Kommunikationsfähigkeit als wichtige Persönlichkeitsmerkmale an, um professionelle Pflege leisten zu können. Diese berufliche Identität heißt es im Pflegealltag mit den Lebenswelten der KlientInnen und deren Angehörigen zu vereinen. Vor allem wenn der Krankenhausalltag als komplex,

unüberschaubar und orientierungsraubend angesehen wird, ist es wichtig, im Rahmen der transkulturellen Kompetenz von Pflegeperson den KlientInnen als Wegweiser und Begleiter zur Seite zu stehen und die nötige Unterstützung zu bieten, um individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Dabei spielt in vielen Fällen die Gestaltung der sozialen Umwelt und des sozialen Umfeldes während eines Krankheitsprozesses eine große Rolle. Hierbei sind die Privatsphäre und der öffentliche Raum einer Person gemeint, welche durch den Lebensstil und die Lebensführung geprägt werden (vgl. Zielke – Nadkarni, 2005).

Während einer Erkrankung ist das Ausleben dieser sozialen Bedürfnisse häufig gestört bzw. durch körperliche und/oder psychische Beeinträchtigungen verändert. Im Rahmen eines transkulturell kompetenten Handelns gelingt es der Pflegeperson, sich in die Lebenslage der Klientinnen hineinzusetzen und durch Informations- und Beratungsgespräche Unterstützungsmaßnahmen anzubieten, die Defizite in der Lebensführung, die durch Krankheit und/oder körperlicher Beeinträchtigung auftreten, ausgleichen und verbessern können (vgl. Domenig, 2003).

### **2.6.3. Ansätze zur Vermittlung transkultureller Kompetenzen**

Um transkulturelle Pflege in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu verankern, gibt es unterschiedliche Ansätze. Neben einer Verortung von transkultureller Pflege als fixe Unterrichtseinheiten in der Grundausbildung, gibt es die Möglichkeit, transkulturelle Kompetenzen in Ausbildungsmodulen zu erwerben, transkulturelle Inhalte während der gesamten Ausbildungsdauer an relevante Ausbildungsthemen zu knüpfen oder fächerübergreifend zu bearbeiten .

Die Bearbeitung transkultureller Pflege als fixe Unterrichtseinheiten wird bereits in einigen Ordensspitälern in Deutschland praktiziert. Dabei wird die transkulturelle Pflege während der gesamten Ausbildungsdauer unter dem Schwerpunkt transkulturelle Kommunikation und Gesundheit und Krankheit in Religionsgemeinschaften unterrichtet. Auszubildende sollen durch kritische Auseinandersetzung mit Traditionen und Werten in verschiedenen Religionen und Religionsgemeinschaften Sensibilität für unterschiedliche Lebensformen entwickeln. Transkulturelle Kommunikation in Pflegebeziehungen wird anhand praxisnaher Beispiele in den Themenbereichen

Krankheit und Gesundheit, Altern und Tod und Sterben bearbeitet (vgl. Dreymüller, 2001).

Werden die Inhalte der transkulturellen Pflege in Modulen vermittelt, so werden abgestimmt auf die erlernten Fähigkeiten des jeweiligen Ausbildungsjahres, transkulturelle Themenschwerpunkte erarbeitet. Dabei können sich die Module beispielsweise auf Bereiche wie Pflorgetechniken und Pflegemaßnahmen, Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Pflege spezieller Patientengruppen, Betreuung spezieller Patientengruppen und transkulturelles Pflegeverständnis beziehen (vgl. Oelke, 1991).

Bei der Erarbeitung transkultureller Pflege durch zielgruppenorientierte Ausbildungsinhalte wird der Pflegeprozess anhand migrationsspezifischer Themenbereiche aufgearbeitet. Dabei wird beispielsweise neben der Überprüfung der Inhalte der zwölf „Aktivitäten des täglichen Lebens“ nach Juchli auf die Bedeutung für MigrantInnen, auf migrationsspezifische Bedürfnisse bei der Erhebung der Pflegeanamnese und Pflegediagnosen eingegangen. Die Ausprägung verschiedener Krankheitsbilder wird unter Berücksichtigung migrationsspezifischer Ursachen besprochen und auf eine bedürfnisorientierte Planung von Pflege- und Behandlungsmaßnahmen ausgerichtet (vgl. Stanjek, 2005).

Transkulturelle Pflege als wissenschaftsübergreifendes Themengebiet meint die Aufarbeitung dieses Themas anhand einer Vernetzung pflegerischer Inhalte mit Bezugswissenschaften wie der Soziologie, Psychologie, Pädagogik oder Ethik. Dabei sollen die Auszubildenden über Selbstreflexion dazu sensibilisiert werden, unterschiedliche Lebenswelten zu verstehen und zu akzeptieren und in Verknüpfung mit dem Erwerb von Wissen aus anderen Wissenschaftsdisziplinen Handlungskompetenzen letztendlich professionelles transkulturelles Handeln entwickeln. Als hilfreich erweisen sich bei dieser Aufarbeitung des Themas neben dem Erwerb von demographischen und soziokulturellen Daten zur Migration, das Setzen von Themenschwerpunkten wie die Biographieaufarbeitung, die Bedeutung der Kommunikation, Sprache/Sprachbarrieren, Beratungskonzepte in unterschiedlichen Lebenslagen oder die Auseinandersetzung mit speziellen Lebensthemen, wie Gesundheit und Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, Alter, Tod und Sterben (vgl. Stanjek, 2005).

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass transkulturell kompetentes Handeln durch das Aneignen von Schlüsselqualifikationen die Fähigkeit einräumt

nachzuvollziehen, wie die menschliche Identität geprägt wird, welche Bedeutung Erlebnisse und Erfahrungen für die Lebensgeschichte haben, daß das Erleben und Bewältigen von Gesundheit und Krankheit einen individuellen Prozeß darstellt und daß die individuelle Lebensführung und der Lebensstil ein wesentliches Merkmal des persönlichen Wohlbefindens darstellt.

Das Aneignen von Schlüsselqualifikationen meint die kritische Auseinandersetzung mit Begriffen wie der Lebenswelt, der Identität, der Reflexion der eigenen Berufsidentität und der Bedeutung der Lebensführung und des individuellen Lebensstils. Diese Schlüsselqualifikationen sind der Ausgangspunkt für das Verstehen und Verständnis der Lebenswirklichkeiten von MigrantInnen und tragen zu einer professionellen Pflege bei. Unter professioneller Pflege ist in diesem Zusammenhang die Integration transkultureller Aspekte im gesamten Pflegeprozeß gemeint, wobei die Fähigkeit zur Kooperation und Kommunikation mit den Lebenswelten der MigrantInnen notwendig ist, um bedürfnisorientiert beraten, unterstützen und pflegen zu können. Dabei steht ein berufslebenslanger Lern- und Erfahrungsaustausch im Vordergrund, der auf allen Hierarchieebenen und über alle Berufsgruppengrenzen hinweg als Selbstverständlichkeit angesehen wird (vgl. Stanjek, 2005).

### **3. Transkulturelle Organisationsentwicklung**

#### **3.1. Einleitung**

Während in Kapitel 2 Voraussetzungen und Instrumente für den Erwerb transkultureller Kompetenz auf der Mitarbeiterebene besprochen wurden, geht es im folgenden Kapitel um die Umsetzung von Transkulturalität auf der Organisationsebene.

Transkulturelle Organisationsentwicklung bedeutet neben der Entwicklung transkultureller Kompetenzen der Mitarbeiter auch die transkulturelle Sensibilisierung auf der gesamten Führungsebene eines Unternehmens (vgl. Domenig, 2003). Weiterbildungsmaßnahmen, die die Mitarbeiterebene betreffen, können nur insofern

ihre Wirkung entfalten, als das erlernte Wissen durch die strukturellen und organisatorischen Bedingungen einer Institution getragen werden. Das bedeutet, dass eine Erhöhung der transkulturellen Kompetenz nur mit einem Wandel des Handelns auf allen Ebenen einer Institution erfolgen kann. Wird die Entwicklung und Umsetzung transkultureller Kompetenzen von strukturellen Widerständen und Hindernissen begleitet, so wird der motivierteste Mitarbeiter schon nach kurzer Zeit Erneuerungsversuche unterlassen und sich zunehmend zurückziehen (vgl. Wallimann/Zbinden, 2003).

Daher ist das übergeordnete Ziel der Implementierung von transkulturellem Handeln in einem Unternehmen, Transkulturalität als einen Teil der Unternehmenspolitik anzusehen. Im Gesundheitswesen bzw. in den Institutionen der Gesundheitsversorgung bedeutet Transkulturelle Kompetenz die Erreichung der Chancengleichheit im Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und in der Betreuung und Behandlung für alle PatientInnen unabhängig von Herkunft, Religion und Kultur. Darüber hinaus soll die Integration von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen gefördert werden (vgl. Domenig, 2001).

Auch auf internationaler Ebene werden transkulturelle Kompetenz und die gesundheitliche Chancengleichheit als anzustrebende Ziele im Gesundheitswesen betrachtet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht einen bestmöglichen Gesundheitszustand als ein Grundrecht jedes Menschen an, ohne Unterschied von Herkunft, Religion, politischer Gesinnung und wirtschaftlicher und sozialer Stellung (vgl. WHO, 1946). Denn gesundheitliche Chancengleichheit kann nur mit gesamtgesellschaftlichen Änderungen und Anpassungen erreicht werden. Demnach sind Menschen in Gesellschaften, in denen hohe soziale und wirtschaftliche Ungleichheit herrscht häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen, als Personen in Gesellschaften, in denen soziale und wirtschaftliche Sicherheit für Jeden als nachhaltiges Ziel verfolgt wird (vgl. WHO, 1946).

Auch auf europäischer Ebene gibt es Bestrebungen die gesundheitliche Chancengleichheit und den uneingeschränkten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für jeden Bürger zu gewährleisten. Im Jahr 2007 haben die europäische Kommission und der europäische Rat im Rahmen des „Jahres für Chancengleichheit“ folgende Zielvereinbarung getroffen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der europäischen Union führen soll:

- Die kulturelle Vielfalt soll als Wert anerkannt und gewürdigt werden.
- Der gesellschaftliche Zusammenhalt soll gefördert werden.
- Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung soll allgegenwärtig sein.
- Gesellschaftlich benachteiligte Gruppen sollen stärker durch gesundheitsfördernde Maßnahmen angesprochen werden.

(vgl. EU – Beitrag zu einer gerechten Gesellschaft, 2007)

Zur Umsetzung dieser strategischen Vereinbarungen findet zunehmend das „Diversity – Konzept“ Anwendung, das im Rahmen eines integrativen Ansatzes gesellschaftliche Randgruppen, wie Behinderte, Homosexuelle, Junge, Alte, Kinder, Frauen und MigrantInnen durch zielgruppenspezifische Gesundheitsprogramme fördert.

### **3.2. Diversity – Was ist das?**

Diversity bedeutet wörtlich übersetzt Vielfalt, das Diversity-Konzept ist demnach der Umgang mit Vielfalt in einer Organisation. Diversity befasst sich mit der Verschiedenartigkeit von Menschen und damit, wie diese Verschiedenartigkeit in der Gesellschaft oder in einem Unternehmen zum Wohle aller sinnvoll organisiert und genutzt werden kann. Das beinhaltet den Grundsatz der Nichtdiskriminierung auf gesellschaftspolitischer und unternehmenspolitischer Ebene und soll von jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin gelebt werden (vgl. Jent, 2003).

Diversity kompetente Organisationen besitzen die Fähigkeit, kulturelle Vielfältigkeit sowohl in Hinblick auf ihre MitarbeiterInnen zu akzeptieren, als auch in ihren Dienstleistungen anzubieten. Organisationen sind in der Lage, die Bedürfnisse vieler verschiedener Gruppen zu stillen, wobei das Wissen über das Diversity-Konzept und die damit verbunden Kompetenzen in der Organisationspolitik einen fixen Platz einnehmen und von jedem Mitarbeiter getragen werden. Als oberstes Ziel werden die Chancengleichheit und die Gleichwertigkeit der Bedürfnisse der unterschiedlichen Gruppen verstanden, wobei durch Reflexion von Verhaltensweisen und Denkmustern die verbindenden Elemente aller Gruppen gefördert werden sollen. Demnach kann eine langfristige

Umsetzung des Diversity-Konzeptes in Organisationen/Unternehmen zu einer Steigerung der Motivation und Leistungsfähigkeit, Verstärkung der Innovation, Verbesserung der Kundenzufriedenheit, einer langfristigen Bindung von hochqualifiziertem Personal und einer Imageverbesserung des Unternehmens führen (vgl. Thomas, 2001).

Das Diversity-Konzept wurde erstmals in den 1980er Jahren in den USA in die Organisation von wirtschaftlichen Unternehmen eingebunden. Dabei ging es nicht nur um die Chancengleichheit und die Akzeptanz von kultureller Vielfalt in einer Organisation, vielmehr stand der wirtschaftliche Nutzen dieses Konzeptes im Vordergrund. Neben einem betriebsinternen Nutzen, wie einer Erhöhung der Arbeitsplatzzufriedenheit, höherer Produktivität und Senkung von Kosten und Krankenständen konnten Unternehmen vor allem durch den externen Nutzen, wie höhere Konkurrenzfähigkeit, Erschließung neuer Märkte, Erhöhung von Vermögenswerten und einer nachhaltigen Imageverbesserung profitieren. Erst in den 1990er Jahren nahm das Diversity-Konzept Einzug in die Organisationen des Gesundheitswesens (vgl. Aretz, 2002).

Während in den 1980er Jahren die Betreuung und Behandlung von MigrantInnen in speziell geschaffenen Gesundheitseinrichtungen angestrebt wurde, kommt es seit den 1990er Jahren zu einem Paradigmenwechsel, der zur Integration in bestehende Einrichtungen tendiert. Dabei soll eine transkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens durch komplexe Organisationsentwicklungsprozesse geschaffen werden, in denen sowohl die Organisationsträger, als auch die MitarbeiterInnen aktiv eingebunden werden. Durch die Ausbildung und Förderung von Diversity kompetenten Fachpersonal im Gesundheitswesen sollen zielgruppenorientierte Programme für MigrantInnen im Gesundheitswesen geschaffen und gestärkt werden. Dabei sollen vor allem MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund vermehrt gefördert und eingesetzt werden. Unter Einbeziehung von VertreterInnen aus den Communities diverser kultureller Gruppen sollen Gesundheitsmaßnahmen geplant, verbessert und reflektiert werden. Diversity soll sowohl einen fixen Bestandteil in den Institutionen des Gesundheitswesens einnehmen als auch in gesellschaftspolitischer Hinsicht zur Selbstverständlichkeit in allen Entscheidungen und Handlungen werden (vgl. Domenig, 2007).

### 3.2.1. Diversity im Gesundheitswesen

Da das Diversity Konzept bislang nur in der Wirtschaft Anwendung fand, gibt es für das Gesundheitswesen lediglich Rahmenempfehlungen, die eine transkulturelle Organisationsentwicklung begünstigen. Mit Hilfe internationaler Projekte zur Entwicklung transkultureller Kompetenzen im Gesundheitswesen gelang es Richtlinien zu formulieren, die es ermöglichen, konkrete Maßnahmen langfristig in den Gesundheitsinstitutionen umzusetzen. Dabei übernehmen die folgenden 3 Projekte eine wesentliche Vorreiterrolle in der transkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens:

In den Empfehlungen des Projekts zur „Entwicklung von nationalen Standards für transkulturell angepasste Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung der USA (CLAS) geht es darum, Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung zu minimieren und auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen adäquat reagieren zu können. Dabei werden die Empfehlungen dieses Projektes in drei große Hauptthemen gegliedert, der transkulturellen Organisationsentwicklung, dem Abbau von Sprachbarrieren und den Standards für eine kompetente Behandlung und Pflege. In den Standards zur transkulturellen Organisationsentwicklung sollen Strategien zur Förderung transkulturell kompetenter Dienstleistungen in der Unternehmenspolitik einen fixen Platz einnehmen, Verantwortlichkeiten im Management zur Umsetzung dieser Strategien klar festgelegt werden und laufend einer Evaluation mit Hilfe von Qualitätsmanagementinstrumenten, wie internen Audits, Leistungsverbesserungsprogrammen, outcomebezogenen Messungen und PatientInnenzufriedenheitsmessungen unterzogen werden. Daneben sollen Dienstleistungen anhand aktueller demographischer und epidemiologischer Daten über die Migrationsgemeinschaften im Einzugsgebiet der Gesundheitsinstitutionen entwickelt werden und periodisch aktualisiert werden. Weiters sollen durch den Aufbau von kooperierenden Partnerschaften mit schon vorhandenen Betreuungseinrichtungen für MigrantInnen Daten über die Herkunft, Ethnizität, Gesundheitsprobleme und Sprachkompetenz identifiziert werden und der Zugang zum Gesundheitssystem für MigrantInnen erleichtert und angepasst werden.

Die Standards zum Abbau von Sprachbarrieren empfehlen einen 24 Stunden kostenlosen Zugang zu professionellen Dolmetschdiensten für MigrantInnen in

Gesundheitseinrichtungen. Außerdem soll die Anstellung bilingualer MitarbeiterInnen gefördert werden, um den PatientInnen die Möglichkeit zu bieten, in ihrer Muttersprache über medizinische und pflegerische Behandlungen informiert zu werden. Darüber hinaus sollen leicht verständliche, patientenbezogene Informationsbroschüren, sowie Wegweiser in Gesundheitsinstitutionen in den Sprachen der häufigsten MigrantInnengruppen zur Verfügung stehen.

Handlungsrichtlinien zur kompetenten Pflege und Behandlung beinhalten den respektvollen Umgang mit soziokulturellen Normen und Werten der PatientInnen. Dabei sollen alle Handlungen unter Berücksichtigung individueller kultureller Gesundheitsvorstellungen und Praktiken geplant und durchgeführt werden und darauf geachtet werden, dass die PatientInnen Behandlungsmaßnahmen verstehen und nachvollziehen können. In den Institutionen des Gesundheitswesens sollen über alle Organisationsebenen hinweg Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund rekrutiert und gefördert werden. Darüber hinaus muss sicher gestellt werden, dass alle MitarbeiterInnen ständige Weiterbildungsmaßnahmen in transkultureller Kompetenz erhalten (vgl. CLAS, 2001 in Domenig 2007 S. 348/49).

Im Handbuch des National Health and Medical Research Council - Australien (NHMRC) werden Empfehlungen zur Erhöhung transkultureller Kompetenz am Beispiel von Übergewicht und Fettleibigkeit abgegeben. Ähnlich wie in den Nationalen Standards für transkulturell angepasste Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung in den USA basiert das Modell auf dem universellen Menschenrecht, dass jede Person das Recht auf einen freien Zugang zu Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse hat. Dabei stützen sich diese Empfehlungen auf vier Dimensionen transkultureller Kompetenzentwicklung: der systemischen Dimension (nationale Sozialpolitik und Strategien zur Umsetzung transkultureller Kompetenz), der Dimension der Organisation (Organisationspolitik und Ressourcen- und Kompetenzkatalog zur Befähigung zum transkulturellen Handeln), der professionellen Dimension (transkulturelle Kompetenzentwicklung in Aus-, Fort- und Weiterbildung) und der individuellen Dimension (Wissen, Haltung und Verhalten um transkulturelle Kompetenz in den Arbeitsalltag zu integrieren und Gesundheitsförderungsprogramme entwickeln zu können). Zu den Prinzipien dieses Modells zählen eine nachhaltige partnerschaftliche Beziehung zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens und den PatientInnen/Migrationsgemeinschaften

in der Planung, Entwicklung und Durchführung von Behandlungs- und Betreuungsprogrammen. Darüber hinaus soll durch einen ständigen Informationsaustausch zwischen den Gesundheitsinstitutionen und den Migrationsgemeinschaften Bedürfnisse der MigrantInnen identifiziert werden und auf diesen Erkenntnissen basierend Maßnahmen des Gesundheitswesens entwickelt, evaluiert und angepasst werden.

Die Prinzipien dieses Modells werden von den Führungsebenen der Gesundheitsinstitutionen als fixer Bestandteil in die Organisationspolitik integriert. Bestehende und überarbeitete Management- und Qualitätssicherungsstrategien sollen eine transkulturelle Kompetenzentwicklung auf allen Ebenen der Institution fördern und begünstigen (vgl. NHMRC, 2005 in Domenig 2007 S.350/51).

Auch in Europa gibt es Bestrebungen transkulturelle Kompetenz als fixen Bestandteil in die Organisationspolitik der Gesundheitsinstitutionen zu integrieren und das Diversity Konzept zur transkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens zu nutzen. Im Rahmen des EU Pilotprojektes „Migrant friendly Hospitals - MFH (2002)“ an dem Krankenanstalten aus zwölf europäischen Staaten beteiligt waren, wurden in einer Schlusskonferenz Ansatzpunkte für ein migrantenfreundliches Gesundheitssystem definiert.

Prinzipien, die umgesetzt werden, um eine nachhaltige transkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens zu ermöglichen, sind:

- Akzeptanz und Wertschätzung von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund
- Identifizierung von migrationsbezogenen Bedürfnissen durch laufendes Monitoring von Dienstleistungen und Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten
- Kompensation von gesundheitlichen Nachteilen, die durch soziokulturelle und migrationsbezogene Hintergründe vorhanden sind

(vgl. MFH, 2002)

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Schlusskonferenz dieses Projektes in Amsterdam 2004 die „Amsterdamer Erklärung“ formuliert, in der 26 Empfehlungen zur Umsetzung einer migrantenfreundlichen und interkulturell kompetenten Organisation abgegeben werden:

- *„...Ein migrantInnenfreundliches Krankenhaus zu werden ist eine Investition in individuellere und persönlichere Dienstleistungen für alle PatientInnen und KlientInnen sowie deren Familien“.*
- *„...Als notwendige Voraussetzung dafür gilt es zunächst Bewusstsein für die spezifischen Erfahrungen von MigrantInnenpopulationen zu schaffen. Bestehende Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten im Gesundheitssystem sind zu identifizieren (auch gender-spezifisch) und auf dieser Basis Veränderungen in Kommunikation, Organisationsabläufen und Ressourcenzuteilungen durchzuführen“.*
- *„...Ethnokulturelle Unterschiede wahrzunehmen birgt das Risiko der Klischeebildung, deshalb ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass MigrantInnenstatus, ethnische Abstammung, kultureller Hintergrund und religiöse Zugehörigkeit nur einige wenige ausgewählte Dimensionen des komplexen menschlichen Daseins sind.“*
- *„...Die Etablierung von Partnerschaften mit Betroffenen auf der lokalen Ebene bzw. mit engagierten NGOs und ähnlichen Organisationen, die mit den Problemen von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten vertraut sind, ist ein wichtiger Schritt zu einem kulturell und sprachlich adäquateren Versorgungssystem. Diese Akteure sollten die Qualität der Versorgung für MigrantInnen und ethnische Minderheiten zu einer Priorität von Krankenhausorganisationen machen.“*
- *„...Allgemeine und spezifische Ziele sollten explizit festgelegt werden (ausgedrückt Leitbild, planerischen Visionen, aber auch in konkreten Richtlinien und Verfahren)“.*
- *„...Wenn tatsächlich Änderungen in der Alltagspraxis erzielt werden sollen, müssen entsprechende Ressourcen (Arbeitszeit, finanzielle Ressourcen, Qualifikationen) bereitgestellt werden.“*

- „...Krankenhausleitung, Management / Verwaltung und Qualitätssicherung sollten einen Organisationsentwicklungsprozess initiieren, unterstützen und evaluieren.“
- *Ein wichtiger Schritt besteht darin, die Bedürfnisse und Ressourcen der Beteiligten - NutzerInnen (PatientInnen, Verwandte, Gemeinde) und AnbieterInnen (Personal) - regelmäßig zu erheben.“*
- „...Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sollten regelmäßig überprüft werden, ob sie dem Kriterium "migrantInnenfreundlich" entsprechen.“
- „...Geäußerte Bedenken, Beschwerden und Beanstandungen im Zusammenhang mit der Versorgung sollten ernst genommen und entsprechend bearbeitet werden.“
- „...Investitionen in den Aufbau von Kapazitäten hinsichtlich der kulturellen und sprachlichen Kompetenz des Personals (Auswahl, Training, Evaluierung) sind notwendig.“

(MFH, 2005 – deutsche Übersetzung)

Sowohl die organisatorische Seite einer Gesundheitseinrichtungen, als auch das Personal sollen die Wichtigkeit eines migrantenfreundlichen Gesundheitssystems anerkennen und am Aufbau von transkulturellen Kompetenzen arbeiten:

- „...Ein wichtiger Schritt besteht darin, Konsens über Kriterien für "MigrantInnenfreundlichkeit" zu erzielen, angepasst an die jeweilige spezifische Situation. Diese Kriterien müssen in berufliche Standards übersetzt und ihre Anwendung in der Alltagspraxis eingefordert werden. Die im MFHProjekt angewendeten Prinzipien können als Ausgangspunkt für diese Entwicklung dienen.“
- „...Angehörige der Gesundheitsberufe und auch die anderen MitarbeiterInnen müssen Kompetenzen in Hinblick auf kulturübergreifendes Handeln, interkulturelle Kommunikation und auf den Umgang mit ethnokultureller Vielfalt aufbauen.
-

- *„...Klinische Praxis, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten auf die verschiedenen Populationen abgestimmt werden. Die Wirksamkeit vorbeugender und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die in einem hohen Maß auf kommunikativen Interventionen beruhen, ist besonders stark von der kulturellen und sprachlichen Kompetenz der Fachkräfte abhängig.“*
- *„...Den Grad der Alphabetisierung und das Wissen der NutzerInnen über Gesundheit und das Gesundheitssystem auf allen Dienstleistungsebenen systematisch zu berücksichtigen, ist eine wichtige Voraussetzung. Das bedeutet zunächst auf diese Kompetenzen zu achten. Darüber hinaus ist die Entwicklung adäquater Orientierungssysteme/ Informationsmaterialien sowie entsprechende Bildungsprogramme für die PatientInnen zu fordern bzw. zu unterstützen.“*
- *„...In der Krankenhausversorgung sollte wegen der möglicherweise traumatischen Migrationserfahrungen dieser PatientInnengruppe verstärkte Aufmerksamkeit auf die psychische Gesundheit der NutzerInnen gelegt werden.“*

(MFH, 2005 – deutsche Übersetzung)

Der Einfluss von Kultur und Migration auf Gesundheit und Krankheit soll fortlaufend thematisiert werden:

- *„...PatientInnenorganisationen sollten die Vielfalt ihrer Klientel in ihre Strategien und Richtlinien einfließen lassen und sich zu Fürsprechern dieser vielfältigen PatientInnenpopulationen machen.“*
- *„...VertreterInnen von MigrantInnen/Minderheitsgruppen können ihren Beitrag nicht nur durch Interessensvertretung, sondern auch durch Vermittlung leisten. Sie sollten sich für einen bedarfsangemessenen Zugang und eine adäquate Qualität der Dienstleistungen stark machen und sich auch für die Stärkung des gesundheitsbezogenen Wissens in ihren Gemeinschaften einsetzen.“*
- *„...Alle MigrantInnen und Angehörige von Minderheiten können durch mehr persönliches Wissen über Gesundheit und Krankenversorgung einen Beitrag zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und zu einer optimaleren Nutzung der Gesundheitsdienste.“*

Die Gesundheitspolitik zeigt sich für die Qualitätsstandards im Gesundheitswesen verantwortlich und ist daher an der Effizienz und Effektivität von migrantenfreundlichen Gesundheitsleistungen interessiert:

- *„...Die Gesundheitspolitik sollte einen Rahmen schaffen, um eine migrantInnenfreundliche Qualitätsentwicklung in jedem Krankenhaus zu einem wichtigen und erreichbaren Ziel zu machen (mittels rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Bestimmungen).“*
- *„...Ein gesundheitspolitischer Rahmen, innerhalb dessen die Gesundheit von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten in der lokalen Politik thematisiert wird, kann für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins / der health literacy dieser Gruppen sehr hilfreich sein.“*
- *„...Politik und Verwaltung spielen eine wichtige Rolle bei der Förderung der Wissensentwicklung, zum Beispiel indem sie Forschung, Aufbereitung von Wissen, Entwicklung von Standards und deren Verbreitung (Vernetzung, Bildung / Schulung, Erfahrungsaustausch) initiieren und finanzieren.“*

(MFH, 2005 – deutsche Übersetzung)

Wissenschaft und Forschung können wichtige Ergebnisse für die Einführung von migrationsspezifischen Gesundheitsleistungen erbringen und sollen daher einen festen Bestandteil im Gesundheitswesen einnehmen:

- *„...Ethnische und migrationsbezogene Hintergrundinformationen sollten als relevante Kategorie in epidemiologische, verhaltensbezogene, klinische, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung eingeführt werden.“*
- *„... Wissenschaftliche ExpertInnen sollten bereit sein, anderen Akteuren bei der Planung, Überwachung und Evaluierung ihrer Initiativen behilflich zu sein, indem sie aufbereitetes Wissen sowie Erhebungs-, Planungs- und Evaluierungsinstrumente zur Verfügung stellen.“*

- „... *Wissenschaftliche Initiativen können zur Bekämpfung von Rassismus, Vorurteilen, Diskriminierung und Ausgrenzung beitragen, indem sie Informationen über die negativen Konsequenzen dieser Phänomene bereitstellen.*“
- „...*Forschung sollte in Form von Multi-Methoden- Studien, systematischen Evaluationen von Maßnahmen etc. durchgeführt werden, jedenfalls aber unter Einbeziehung der Betroffenen und in Absprache mit lokalen Gruppierungen und Vertretungen.*“

(MFH, 2005 – deutsche Übersetzung)

### **3.3. Das Modell der transkulturellen Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen nach Dagmar Domenig**

Transkulturelle Organisationsentwicklung hat auf allen Ebenen des Managements einer Gesundheitsinstitution, d.h. der System-, Marketing- und Ressourcenmanagementebene zu erfolgen. Daneben kommen Maßnahmen und Prinzipien des Change Management und Qualitätsmanagement zum Tragen. Basierend auf dem Freiburger Management - Modell von Schwarz et al (2002), das für Non-Profit Organisationen entwickelt wurde und einen Maßnahmenkatalog zur Umsetzung transkultureller Kompetenz enthält, entwickelte Dagmar Domenig 2001 ein Modell zur Entwicklung und Umsetzung transkultureller Kompetenzen in Gesundheitsorganisationen. Dabei werden die Prinzipien der transkulturellen Kompetenzentwicklung auf der strategischen, operativen und Prozessebene einer Organisation umgesetzt. Während die strategische Ebene einer Organisation die Organisationpolitik, die langfristigen Organisationsziele und die Koordination und Kontrolle der Zielerreichung definiert, bedeutet die transkulturelle Organisationsentwicklung, die Definition und Umsetzung der Prinzipien des Diversity-Konzeptes, der Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung. Die operative Ebene beschäftigt sich mit konkreten Maßnahmen zur Entwicklung und Umsetzung transkultureller Kompetenz im Arbeitsablauf einer Organisation. Dafür unterscheidet Domenig Maßnahmen im System-, Marketing- und Ressourcen-Management. Die

Maßnahmen des System-Managements umfassen neben der Sensibilisierung für transkulturelle Kompetenzentwicklung und der Integration transkulturellen Denkens in den Führungsebenen einer Gesundheitsorganisation eine migrationspezifische Ist-Soll-Analyse über die angebotenen Gesundheitsleistungen. Dabei werden anhand von Situations- und Bedarfsanalysen, in denen Bedürfnisse der MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung erfaßt werden, transkulturelle Ziele, Maßnahmen und Mittel einer transkulturellen Organisationsentwicklung festgelegt. Transkulturell kompetentes Fachpersonal wird zu Migrationsverantwortlichen einberufen, deren Aufgabe es ist an allen Projekten und Prozessen der transkulturellen Organisationsentwicklung mitzuarbeiten und als externe Anlaufstelle für Migrantengemeinschaften zu agieren. In Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen, Fachgruppen und MigrantInnenbetreuungseinrichtungen sollen migrationspezifische Behandlungs- und Betreuungskonzepte entwickelt und evaluiert werden.

Darüber hinaus ist es Aufgabe des System-Managements eine migrationspezifische Anpassung der Gesundheitsdienstleistungen durchzuführen. Organisatorische Abläufe im Krankenhausalltag, die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und gesundheitlichen Beratungsstellen und die Behandlung von MigrantInnen in Notfallsituationen können durch eine Anpassung an migrationspezifische Bedürfnisse verbessert werden. Durch migrationspezifisches Informationsmaterial über die Organisation und den Ablauf der Behandlungs- und Betreuungskette in einem Krankenhaus, unter Berücksichtigung möglicher Sprachbarrieren und kultureller Vorstellungen und Lebenswelten können Mißverständnisse ausgeräumt werden und das Behandlungsergebnis nachhaltig verbessert werden. Um einen transkulturellen Wandel einer Organisation nach Außen hin zu manifestieren, müssen auch die Leitbilder, Standards, Behandlungs- und Pflegekonzepte in einer Institution angepasst werden.

Zu den Aufgaben des Marketing-Managements zählen unter anderem die Umsetzung transkultureller Kompetenzentwicklung in Aus-, Fort- und Weiterbildung. Neben der Implementierung transkultureller Kompetenzentwicklung in der Grundausbildung und der Personal- und Teamfortbildung stellt auch die Ausbildung von MultiplikatorInnen, deren Aufgabe es ist, für das Pflorgeteam in der Praxis als Ansprechpartner in transkulturellen Fragen zu agieren, einen Teilbereich des Marketingmanagements dar. Im Rahmen transkultureller Gruppenprozesse werden Fallbeispiele aus der Praxis in interdisziplinären Intervisionsgruppen besprochen. Unter Anleitung von

MultiplikatorInnen werden komplexe Situationen und Erfahrungen innerhalb der Gruppe ausgetauscht, transkulturelles Wissen vertieft, Netzwerke aufgebaut und gefördert und dadurch die transkulturelle Kompetenz aller Mitglieder erhöht.

Auch MigrantInnen selbst werden im Rahmen des Marketing-Managements zur Zielgruppe von spezifischen Förderungsmaßnahmen. Durch zielgruppenspezifische Gesundheitsworkshops und Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen sollen die individuelle Gesundheitskompetenz gefördert und nachhaltig gestärkt werden. Daneben sollen in migrationsspezifisch angepassten Informationsbroschüren Informationen über das Gesundheitswesen, Behandlungsangebote und Dienstleistungen vermittelt werden. Das Informationsmaterial soll dabei in mehreren Sprachen vorhanden sein und darüber hinaus auch durch Bilder und Symbole ergänzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die spezifischen Lebenswelten und symbolischen Bedeutungszusammenhänge von MigrantInnen berücksichtigt werden.

Um den individuellen Bedürfnissen von MigrantInnen angepasste Gesundheitsleistungen anbieten zu können, muss die Zusammenarbeit mit Serviceeinrichtungen für MigrantInnen, Beratungsstellen und Migrationsprojekten nachhaltig gefördert und gestärkt werden. Darüber hinaus sollen die dabei erworbenen Erkenntnisse in Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung vernetzt und Synergieeffekte geschaffen werden, um die Qualität der Behandlung und die Quantität des Behandlungsangebots zu verbessern.

Das Ressourcenmanagement beinhaltet neben der Schaffung der Ressourcen für eine transkulturelle Organisationsentwicklung, wie der Organisation von Finanz-, Personal- und Sachmittel auch die Förderung von Fachpersonal mit Migrationshintergrund. Dabei sollen transkulturelle Teams gefördert werden und die Personalentwicklung bei MigrantInnen forciert werden. MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund sollen zukünftig vermehrt in Leitungspositionen und spezifischen Fach- und Projektgruppen eingesetzt werden.

Ein weiterer Aufgabenbereich des Ressourcenmanagement stellt der Aufbau eines flächendeckenden Übersetzungsdienstes dar. Die Ausbildung und Anstellung von professionellen ÜbersetzerInnen soll gefördert werden, Dolmetscherbereitschaftslisten sollen einen 24 Stunden Dolmetscherdienst gewährleisten und in internen

Weiterbildungsmaßnahmen sollen mit dem Fachpersonal Übersetzungssituationen nachgestellt und reflektiert werden.

Um eine Institution „transkulturell“ zu öffnen ist es notwendig neben der Festlegung von Zielen, Maßnahmen und Mitteln, einen generellen Veränderungsprozess einzuleiten. Das sogenannte „Change Management“ beschäftigt sich mit dem Veränderungsprozessen in einer Organisation/Institution und nimmt es sich zur Aufgabe, Veränderungen nachhaltig und tiefgreifend in einer Organisation zu verankern. In einer Spitalsanalyse zur Umsetzung von transkultureller Kompetenz im Spitalsalltag (vgl. Loncarevic et al, 2001) zeigt sich, daß ein tiefgreifender Veränderungsprozess immer mit großer Emotionalität verbunden ist. Wichtig ist es von Anfang an die Zielgruppe, im spezifischen Fall die MigrantInnengruppe und das Spitalpersonal in alle Veränderungsprozesse miteinzubeziehen, um eine breite Akzeptanz auf allen Ebenen einer Organisation zu fördern. Dabei muss sich der Veränderungsprozess auf ein ausgereiftes Konzept stützen und darf nicht zusätzlich neben der täglichen Arbeit eingeleitet werden. Information und interdisziplinäre Kommunikation über alle Hierarchiestufen hinweg muss von Beginn an als selbstverständlich betrachtet werden. Kenntnisse über Organisationsmechanismen und Kommunikationswege innerhalb der Organisation müssen bekannt sein, um Mittel und Ressourcen gezielt planen und einsetzen zu können. Erst wenn ein bevorstehender Wandel von einer breiten Masse innerhalb einer Organisation akzeptiert wird, ist ein Veränderungsprozess vielversprechend und kann an Nachhaltigkeit gewinnen (vgl. Domenig, 2001).

### 3.4. Zusammenfassung

Transkulturelle Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren aufgrund der demographischen Entwicklung eine unausweichliche Aufgabe. Das Ansteigen der Altersstruktur von MigrantInnen in Verbindung mit migrationsspezifischen Gesundheitsproblemen lässt in den nächsten Jahrzehnten die Anforderungen nach spezifischen Behandlungs- und Betreuungskonzepten wachsen. Gesundheitliche Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung sind dabei wesentliche Prinzipien der Gesundheits- und Sozialpolitik und lassen sich durch das Diversity-Konzept umsetzen (vgl. Domenig, 2001).

Dieses umfasst neben der Erbringung von qualitativ und quantitativ angepassten Gesundheitsleistungen die Integration von Fachpersonal mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen.

Eine transkulturelle Kompetenzentwicklung geht mit einem transkulturellen Wandel der gesamten Institution einher. Für eine transkulturelle Öffnung sind Konzepte und Rahmenempfehlungen notwendig, die es den Institutionen ermöglichen, Transkulturalität in den Arbeitsalltag zu integrieren (Aretz, 2002).

Da die meisten Institutionen im Gesundheitswesen nicht über das entsprechende Wissen und die notwendigen Ressourcen für eine flächendeckende transkulturelle Kompetenzentwicklung verfügen, werden die Erkenntnisse einiger weniger internationaler Projekte, vorwiegend aus dem nordamerikanischen Raum herangezogen, um transkulturelle Kompetenz in Organisationen zu implementieren (vgl. Bischoff, 2003). Dabei genügt es nicht Leitbilder und Informationsbroschüren der Organisationen transkulturell auszurichten, vielmehr muss das Bewusstsein auf allen Ebenen einer Institution sensibilisiert und verändert werden. Der transkulturelle Organisationswandel muss von der Leitungsebene einer Institution getragen werden. Nur so kann auch beim Fachpersonal ein Wandel im Denken und Handeln bewirkt werden. Dabei ist der Veränderungsprozess durch einen längeren Lernprozess gekennzeichnet, indem in erster Linie die Selbstreflexion und eine Sensibilisierung für verschiedene Lebenswelten und Lebenskonzepte im Vordergrund stehen (vgl. Domenig, 2001).

Transkulturelle Organisationsentwicklung muss in allen Management-Bereichen (=System-, Marketing- und Ressourcenmanagement) einer Institution verankert werden. Neben der Festlegung von Zielen, Maßnahmen und Mitteln zur Entwicklung und Umsetzung transkultureller Kompetenz werden im Rahmen des Change- und Qualitätsmanagements Prinzipien zur erfolgreichen und dauerhaften Umsetzung, Überprüfung und Evaluation des Veränderungsprozesses verfolgt (vgl. Domenig, 2001).

Eine Institution kann von erfolgreicher transkultureller Öffnung sprechen, wenn die Bedürfnisse und Erwartungen von MigrantInnen und Fachpersonal effektiv und effizient erfüllt und befriedigt werden können und Akzeptanz und Unterstützung in der Öffentlichkeit finden (vgl. Domenig, 2001).

#### 4. Schlussbetrachtung und Reflexion

Die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen in Österreich wird erst seit kurzer Zeit von gesundheitspolitischer Seite diskutiert. Zum Zeitpunkt der großen Einwanderungswellen nach dem zweiten Weltkrieg rechnete man damit, dass ein Großteil der Flüchtlinge bzw. ArbeitsmigrantInnen das Land nach kurzer Zeit wieder verlassen würden und sah daher keine Notwendigkeit im Aufbau eines speziellen gesundheitlichen Versorgungssystems. Leistungen des Gesundheitssystems beschränkten sich auf die Akutversorgung bzw. das Verhindern von Einschleppungen übertragbarer Krankheiten. Daher ist über die tatsächliche Gesundheitssituation von MigrantInnen in Österreich nur wenig bekannt. Von schon bestehenden Gesundheitsberichten weiß man jedoch, dass sich MigrantInnen deutlich im Gesundheitsstatus und gesundheitspezifischen Bedürfnissen von der restlichen Bevölkerung unterscheiden. Sie sind in der Regel höheren Gesundheitsrisiken, Krankheitshäufigkeiten, chronischen Erkrankungen und psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt und durch ein unterschiedliches Krankheitsverständnis, unterschiedliches Nutzungsverhalten von Gesundheitsleistungen, Kommunikationsproblemen und strukturellen Vorgaben, z.B. dem Aufenthalts- und Versicherungsstatus, von der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen determiniert. Daraus resultieren unzählige Komplikationen in der gesundheitlichen Versorgung für die Betroffenen wie beispielsweise ein komplizierter Schwangerschafts- und Geburtsverläufe bei Migrantinnen. Außerdem sind Kinder von MigrantInnen häufiger von auftretenden Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter (Bronchitis, Infektionskrankheiten) betroffen. Auch eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit im Erwachsenenalter (Magen-Darm-Erkrankungen, psychosomatische Befindlichkeitsstörungen) kann damit in Verbindung gebracht werden (vgl. Akbal, 2001).

Neben erhöhten Krankheitsrisiken neigen MigrantInnen dazu, Gesundheitseinrichtungen nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn es unbedingt notwendig ist. Vielfach werden Arztbesuche länger hinausgezögert und Krankheitssymptomen erst dann Beachtung geschenkt, wenn sie akut lebensbedrohlich werden. Ein Grund dafür ist in vielen Fällen eine schlechte und/oder fehlende gesundheitliche Versorgung in den Herkunftsländern der MigrantInnen. Daraus

resultierend behelfen sie sich oft mit der Kräuterheilkunde, um Krankheiten zu heilen (ätherische Öle und Kräuter zur Behandlung eingesetzt). Darüber hinaus gibt es in vielen Kulturen HeilerInnen, die bei den meisten Erkrankungen herangezogen werden (vgl. Wurzbacher, 2003). Aber auch schlechte Erfahrungen von MigrantInnen im Gesundheitswesen, bedingt durch eine mangelnde transkulturelle Kompetenz in den Gesundheitseinrichtungen, können als Determinant für die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen angesehen werden.

Abgesehen von einer ungenügenden gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Österreich spielt der soziale Status eine erhebliche Rolle für das gesundheitliche Wohlbefinden. Da die meisten MigrantInnen unter Armut, schlechten und engen Wohnverhältnissen, sowie unter risikoreichen und gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen leiden, sind sie höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Darüberhinaus werden ärztliche Behandlungen, beispielsweise Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen nur im geringeren Ausmaß von den MigrantInnen konsumiert. Neben dem sozioökonomischen Status spielen aber auch kulturelle Faktoren, wie die Sprache, Bildung, die Familienstrukturen, Herkunft, Erfahrungen und das Gesundheitsverständnis eine wesentliche Rolle für den Gesundheitszustand von MigrantInnen.

Neben verwaltungsrechtlichen Hindernissen, die eine Inanspruchnahme von Sozialleistungen für MigrantInnen erschweren, stellen vor allem strukturelle Probleme im Gesundheitsbereich eine der größten Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen dar, die einen wesentlichen Einfluss auf das Vertrauen und die Inanspruchnahme von ärztlicher Betreuung und Prävention haben. Obwohl das Gesundheitssystem von vielen MigrantInnen als sehr gut bewertet wird, herrscht eine gewisse Scheu vor der Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe und dadurch findet ein Arztbesuch nur im Notfall statt (vgl. Seeberger, 2003). Vor allem die apparative Herangehensweise an viele Krankheitssymptome in unserem Gesundheitssystem führt oft zu einer mangelhaften kulturellen Sensibilität, da Krankheiten streng nach schulmedizinischen Symptomkomplexen bewertet werden und soziokulturellen Einflussfaktoren keine Beachtung geschenkt wird. Durch diese mangelnde interkulturelle Kompetenz seitens der Akteure des Gesundheitssystems werden viele Symptome vor allem bei MigrantInnen als falsch gedeutet und letztendlich falsch behandelt. Dadurch entsteht Misstrauen in das Gesundheitssystem und führt zur

Vermeidungshaltung bei vielen MigrantInnen und verhindert letztendlich eine umfassende gesundheitliche Versorgung, wo Prävention und Beratung einen wesentlichen Stellenwert einnehmen würde.

Aber nicht nur auf Seiten der MigrantInnen besteht eine gewisse Unzufriedenheit mit den gesundheitlichen Angeboten und Leistungen, auch die Akteure des Gesundheitswesens selbst sehen im täglichen Umgang mit MigrantInnen einen hohen Belastungsfaktor und fühlen sich häufig überfordert. Vor allem Kommunikationsschwierigkeiten, Wissens- und Informationsdefizite, die unterschiedlichen Lebenswelten/Lebensweisen und die Konfrontation mit fremden Krankheits- und Gesundheitsverständnissen werden als Anforderungen bzw. Herausforderungen angesehen. Transkulturelle Kompetenzentwicklung ist bislang die Ausnahme unter dem Gesundheitspersonal, wenn auch die Nachfrage danach immer stärker wird. Dabei sehen die Mitarbeiter des Gesundheitswesens vor allem das mangelnde Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildung in Kombination mit einer mangelhaften organisatorischen und strukturellen Unterstützung als die Ursache für die fehlende transkulturelle Kompetenz.

Um zukünftig den Bedürfnissen von MigrantInnen gerecht zu werden, ist es notwendig, das Gesundheitssystem in Österreich auf die Anforderungen einer kulturspezifischen Versorgung vorzubereiten. Dabei muss eine flächendeckende Zusammenarbeit mit den diversen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für MigrantInnen angestrebt werden, Informationswege verbessert werden und eine umfassende Schulung für die Akteure im Gesundheitssystem stattfinden. Darüber hinaus sollten gezielte „MigrantInnenprojekte“ geschaffen werden, die sich mit den Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem beschäftigen und versuchen, MigrantInnen dabei zu unterstützen diese zu überwinden (vgl. Collatz, 2001).

Obgleich es in Österreich schon diverse Projekte in Krankenhäusern, Ambulanzen und Gesundheitszentren gibt, die sich mit Migration, Gesundheit und Gesundheitsversorgung beschäftigen, fehlt es noch immer an einem flächendeckenden gesamtösterreichischen Versorgungsnetz für MigrantInnen im Gesundheitssystem. Daher müssen die schon in Österreich bestehenden schriftlichen Informationen über das Gesundheits- und Sozialsystem noch verstärkt und frühzeitig eingesetzt werden und durch wirksamere Informationswege ergänzt werden.

Hier wäre es besonders wünschenswert, die Aufmerksamkeit auf die Informationsweitergabe zu lenken und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Betreuungseinrichtungen und staatlichen Institutionen zu verstärken und diese zu vernetzen. Gesundheitsmultiplikatoren könnten hier beispielsweise als Schnittstelle zwischen den staatlichen Einrichtungen und den einzelnen Betreuungsvereinen für MigrantInnen agieren. Gesundheitsmultiplikatoren sollten einerseits als Ansprechpartner für MigrantInnen zur Verfügung stehen, darüber hinaus aber auch eine interkulturelle Kompetenz und ein fundiertes Wissen über die Gesundheitsinstitutionen haben.

Eine Betreuung von MigrantInnen in ihrer Muttersprache würde zu einem großen Vertrauensgewinn gegenüber Ärzten, Krankenhäusern etc. führen. Auch wenn das Anbieten eines Dolmetschdienstes schon ein gutes Angebot für nicht gut Deutsch sprechende MigrantInnen ist, so kann dieser indirekte Kontakt mit dem Arzt bzw. Betreuer etc. nicht gleichgesetzt werden mit einem direkten Gespräch, denn ein direkter Kontakt verhindert Übersetzungsprobleme und stärkt das Patienten-Arzt Verhältnis. Das ist besonders wichtig in hochsensiblen Bereichen wie Gynäkologie und Psychotherapie. Daher sollte auch das Angebot an Fachkräften mit Migrationshintergrund gefördert werden.

Parallel dazu muss bei allen Akteuren im Gesundheitswesen Bewusstseinsarbeit geleistet werden, beispielsweise sollten bei SchülerInnen (z.B. PflegeschülerInnen) und StudentInnen interkulturelle Themen in den Lehrplan bzw. Studienplan fix integriert werden. Fortbildungsseminare bzw. Informationsveranstaltungen (Vorträge im Krankenhaus, in Ämtern usw.) könnten bei schon länger in ihrem Beruf tätigen Fachkräften das Bewusstsein erweitern. Weiters wäre es auch hilfreich, einen flächendeckenden Dolmetscherpool einzurichten, der speziell auf gesundheitliche Bedürfnisse ausgebildet ist und jederzeit von den Akteuren im Gesundheitswesen zur Hilfe herangezogen werden kann (vgl. Habermann, 2001).

Daher stellt der Aufbau eines flächendeckenden Versorgungsnetzes in den nächsten Jahren einen wichtigen Schritt in der Integration von MigrantInnen dar und soll darüber hinaus helfen, gesundheitliche Kompetenzen dieser Bevölkerungsgruppe zu entwickeln bzw. zu stärken.

## 5. Literaturverzeichnis

- ARBEITSGRUPPE INTERKULTURELLE PFLEGE (1997): Kopf draussen – Füsse drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus? In: UZAREWICZ, C. & PIECHOTTA, G. (Hrsg): Curare Sonderband Transkulturelle Pflege. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 115-125
- ARBEITSGRUPPE „Armut und Gesundheit“ (2001): Migration und gesundheitliche Versorgung. Bonn  
URL: [www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01-Redaktion](http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01-Redaktion) (2.1.2009)
- AKBAL Safie (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. S.95-115. Frankfurt am Main.
- ARETZ H. J. (2002): Diversity und Diversity Management im Unternehmen. Münster: LIT Verlag
- BALDASZTI Erika (2004): Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung über Migration und Gesundheit in Österreich. In: IOM Tagungsunterlagen Migration und Gesundheit. Wien: 2004
- BECKER Silke et al (2006): Muslimische Patienten: ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. München: W. Zuckschwerdt Verlag
- BERG Giselinde (2001): Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt – PatientIn – Interaktion. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.81 - 95. Frankfurt am Main.
- BISCHOFF A. (2003): Caring for migrant and minority patients in European hospitals. Swiss forum for migration and population studies. Neuchatel und Basel
- BÖGEMANN-GROSSHEIM Ellen (2004), Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der

Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, 8. Jg., Nr. 3/2004

- BORDE Theda et al (2001): MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung. In: DOMENIG Dagmar (2007): transkulturelle Kompetenz. S. 425-439. Bern: Hans Huber Verlag
- COLLATZ Jürgen (2001): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.33-59. Frankfurt am Main.
- DOMENIG Dagmar (2001): Migration, Drogen, Transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag
- DOMENIG Dagmar (2003): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber Verlag
- DOMENIG Dagmar (2007): Transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag
- DREYMÜLLER V. et al(2001): Pflegen können – ein Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Krankenpflege. Freiburg: Lambertus Verlag
- EU-Beschluss des europäischen Parlaments und Rates zum Europäischen Jahr der Chancengleichheit 2007 – Beitrag zu einer gerechten Gesellschaft. In: Bericht zur europäischen Chancengleichheit (2005). EU: Brüssel URL:[http://www.oear.or.at/bildbibliothek/pdfdateien/publikationen/2006\\_Jahresbericht\\_EU.pdf](http://www.oear.or.at/bildbibliothek/pdfdateien/publikationen/2006_Jahresbericht_EU.pdf) (1.9.2009)
- FRIEBE Jens (2003): Kultursensibles Pflegeassessment – Standardisierte Verfahren in der Pflegeinteraktion. In: Pflege & Gesellschaft, 8. Jg., Nr. 1/2003
- Interkulturelle Bildung in der Pflege. In: FRIEBE Jens, ZALUCKI Michaela [Hrsg.], DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. URL: [http://die-bonn.de/espid/dokumente/doc-2003/friebe03\\_01.pdf](http://die-bonn.de/espid/dokumente/doc-2003/friebe03_01.pdf), [Stand 26.5.2006]
- HABERMANN Monika (2001): Pflegebedürftig in der Fremde?. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.153-167. Frankfurt am Main.
- HAN Petrus (2005): Soziologie der Migration – Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag

- HERBERHOLD Mechthild (2002): Die Auswirkungen der Rede von verschiedenen Kulturen auf die Lebensbedingungen alter türkischer Frauen in Deutschland. Kulturkonstruktionen, Universität Bamberg Elektronische Hochschulschriften: URL: <http://elib.uni-bamberg.de/volltexte/2002/9.html>, [Stand 26.5.2006]
- JANK W. (2005): Didaktische Modelle. Frankfurt am Main: Cornelsen Scriptor Verlag
- JENT Nils (2003): „Managing Diversity“ – Nicht nur ein Zauberwort. IN: Terra Cognita – Schweizer Zeitschrift für Integration und Migration 3/2003. Bern  
URL: <http://www.terra-cognita.ch/3/jent.pdf> [ Stand: 24.5.2009]
- KÜCÜK Filiz (2008): Belastungserleben und Bewältigungsstrategien bei pflegenden Angehörigen von demenziell erkrankten türkischen Migranten/-innen . In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie Volume 21, Number 2/ 2008. S 105-116. Bern: Hans Huber Verlag
- MIELK Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag
- Migrant friendly Hospital (2005). URL: [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_deutsch.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf) (2.1.2009)
- OELKE U.K. (1991): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung – ein offense, fächerübergreifendes Curriculum für die theoretische Ausbildung. Basel: Recom Verlag
- RAZUM Oliver et al (2008): Migration und Gesundheit – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut. Berlin
- SEEBERGER Bernd/BRAUN Angelika (2003): Wie die anderen altern. S. 231-261. Frankfurt am Main:Mabuse-Verlag
- Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion IV/A/f – Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: URL:<http://bmgf.gv.at/cms/site/attachments/0/5/1/CH0083/CMS1085478390612/soziale-ungleichheit-endbericht.pdf>, [Stand 26.5.2006]

- STANJEK Karl (2001): Die Vermittlung der transkulturellen Pflege in Aus- und Fortbildung. In: DOMENIG Dagmar (2007): transkulturelle Kompetenz. S. 323-341. Bern: Hans Huber Verlag
- STEMMER Renate (2003), Pflege-theorien und Pflegeklassifikationen. In: Pflege & Gesellschaft, 8. Jg., Nr. 2/2003
- THOMAS A. (1999): Von der fremdkulturellen Erfahrung zur interkulturellen Handlungskompetenz. In: Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung. S.227-254. Mainz: Johannes Gutenberg Universität
- WELSCH Wolfgang (1995): Transkulturalität; Zur veränderten Verfasstheit heutiger Kulturen. In: Zeitschrift für Kulturaustausch 45, Nr. 1/95
- WHO – Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (1946): URL: [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf) (2.10.2009)
- WALLIMANN/ZBINDEN (2003): Transkulturelle Kompetenz in der Pflege. Seminararbeit. Institut für Ethnologie. Schweiz
- WIMMER-PUCHINGER Beate (2001): MigrantInnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Wien: Springer Verlag
- WURZBACHER Chrisitan (2003): Das muslimische Krankheitsverständnis. Aachen: Shaker Verlag.
- UZAREWICZ Charlotte (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege Kurzbeschreibung. In: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. URL: [http://die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02\\_01.pdf](http://die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf), [Stand 26.05.2009]
- ZEBRA (2003): Exil und Gesundheit: Ein Praxishandbuch zur interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen für MultiplikatorInnen und GesundheitsberaterInnen. Graz
- ZIELKE- NADARKANI Andrea (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: DOMENIG Dagmar (2007): transkulturelle Kompetenz. S. 191-205. Bern: Hans Huber Verlag

## 6. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Ausländische Staatsangehörige bzw. im Ausland geborene ÖsterreicherInnen (2007). In: Statistik Austria (2008). Statistiken–Bevölkerungsstruktur.  
URL:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html)  
[Stand: 30.9. 2008]
- Abb. 2: Personen mit unmittelbarem Migrationshintergrund (2007). In: Statistik Austria (2008). Statistiken-Bevölkerungsstruktur.  
URL:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html)  
[Stand: 30.9. 2008]
- Abb. 3: Bevölkerungsverteilung in Österreich (2008): In: Statistik Austria (2008). Statistiken-Bevölkerungsstruktur.  
URL:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html)  
[Stand: 30.9. 2008]
- Abb. 4: Subjektiver Gesundheitszustand nach Migration und Geschlecht.  
In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. S. 83
- Abb. 5: Auftreten einer chronischen Erkrankung nach Migration, Alter und Geschlecht. In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. S. 84
- Abb. 6: Schmerz nach Migration, Alter und Geschlecht: In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. S. 86
- Abb. 7: BMI nach Migration und Geschlecht. In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. S. 88

- Abb. 8: Raucherstatus nach Migration und Geschlecht. In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. S. 89
- Abb. 9: Aufrechter Impfstatus nach Migration: In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. S. 92
- Abb. 10: Vorsorgeuntersuchungen nach Migration und Geschlecht: In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. S. 93
- Abb. 11: Grad der Überforderung des Pflegepersonals – eigene Darstellung
- Abb. 12: Gründe für die Überforderung des Pflegepersonals – eigene Darstellung
- Abb. 13: Umgang mit Angehörigen – eigene Darstellung
- Abb. 14: Vorbehalte gegenüber dem Pflegepersonal aufgrund des Geschlechts (m) – eigene Darstellung
- Abb. 15: Vorbehalte gegenüber dem Pflegepersonal aufgrund des Geschlechts (w) – eigene Darstellung
- Abb. 16: Qualitätsverlust der Pflege – eigene Darstellung
- Abb. 17: Kommunikationsschwierigkeiten – eigene Darstellung
- Abb. 18: fehlerhafte Anamneseerhebung – eigene Darstellung
- Abb. 19: Angebot an Dolmetschdiensten – eigene Darstellung
- Abb. 20: Erleichterung des Pflegealltags durch transkulturelles Wissen – eigene Darstellung

- Abb.21: Schmerzempfinden/Schmerzausdruck/Höhe des Schmerzmittelbedarfs – eigene Darstellung
- Abb. 22: Anforderungen an die Pflege – eigene Darstellung
- Abb. 23: Konfrontation mit transkultureller Pflege in Aus- und Fortbildung – eigene Darstellung
- Abb. 24: Transkulturelle Kompetenzerweiterung – eigene Darstellung
- Abb.25: Weiterbildungsmaßnahmen – eigene Darstellung

## 7. Abstract

Obwohl MigrantInnen einen wesentlichen Anteil als PatientInnen im Gesundheitswesen einnehmen, sind in Österreich bislang keine flächendeckenden migrationsspezifischen Betreuungs- und Behandlungsangebote vorhanden. Vielmehr werden Personen mit Migrationshintergrund vom medizinischen Personal als Belastungsfaktor angesehen. Eine suboptimale Betreuung, die in keinsten Weise den gesundheitlichen Bedürfnissen gerecht wird ist die Folge daraus. Darüber hinaus sieht sich das medizinische Personal in ihrem täglichen Umgang mit MigrantInnen einem erhöhten Belastungs- und Anforderungspotential ausgesetzt (vgl. Wimmer-Puchinger, 2001).

Migration birgt in vielen Fällen ein Gesundheitsrisiko für die betroffenen Personen. Neben gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen, wie Armut, Arbeitslosigkeit und sozialer Isolation, existieren oft zusätzliche negative Einflussfaktoren wie etwa traumatisierende Ereignisse im Heimatland, Diskriminierung oder Gewaltandrohungen. Auch kulturelle Faktoren, wie die Sprache, Bildung, die Familienstrukturen, Herkunft, Erfahrungen und das Gesundheitsverständnis spielen eine wesentliche Rolle für den Gesundheitszustand von MigrantInnen (vgl. Razum et al, 2008). Dieser Umstand stellt oftmals eine Barriere bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Versorgungseinrichtungen dar. Darüber hinaus werden diese Hindernisse durch eine mangelhafte interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen und aufgrund ausgebliebener struktureller Rahmenbedingungen, die auf die Stillung der Bedürfnisse der einzelnen MigrantInnengruppen abzielen, verstärkt (vgl. Habermann, 2001).

Aber nicht nur auf Seiten der MigrantInnen besteht eine gewisse Unzufriedenheit mit den gesundheitlichen Angeboten und Leistungen, auch die Akteure des Gesundheitswesens selbst sehen im täglichen Umgang mit MigrantInnen einen hohen Belastungsfaktor und fühlen sich häufig überfordert. Vor allem Kommunikationsschwierigkeiten, Wissens- und Informationsdefizite, die unterschiedlichen Lebenswelten/Lebensweisen und die Konfrontation mit fremden Krankheits- und Gesundheitsverständnissen werden als Anforderungen bzw. Herausforderungen angesehen (vgl. Ergebnisse der Onlineumfrage zu den Anforderungen der Pflege und Betreuung türkischer MigrantInnen).

Um eine dauerhafte Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen zu erlangen, ist es notwendig das Gesundheitswesen auf mehreren Ebenen den migrationsspezifischen Bedürfnissen anzupassen (vgl. Collatz, 2001) :

- Auf individueller Ebene: Entwicklung und Förderung der transkulturellen Kompetenz der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen
- Auf organisatorischer Ebene: Öffnung und Entwicklung der Institutionen des Gesundheitswesens als transkulturell kompetente Einrichtungen
- Auf struktureller Ebene: verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens und Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für MigrantInnen

## 8. Anhang

### Onlinefragebogen



### transkulturelle Pflege

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mein Name ist DGKS Susanne Krautinger, ich arbeite als Anästhesieschwester im AKH Wien und schreibe momentan im Rahmen des Abschlusses meines Pflegewissenschaftsstudiums an der Universität Wien an meiner Diplomarbeit zum Thema „Anforderungen und Herausforderungen an die Pflege in der Betreuung türkischer Migrantinnen“. Im Zuge eines Fragebogens möchte ich herausfinden ob und mit welchen Herausforderungen Pflegepersonen im Umgang mit türkischen Patientinnen konfrontiert sind und ob diese Situation durch spezielle Kenntnisse über transkulturelle Pflege verbessert werden könnte.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Ihr Euch für die Beantwortung des Fragebogens 5-10 Minuten Zeit nehmt und somit meine Diplomarbeit unterstützt (alle Daten werden selbstverständlich anonym erhoben!!!)

Wenn Ihr Fragen habt oder mehr Informationen über mein Diplomarbeitsthema wollt, schickt mir bitte ein E-Mail an [susanne\\_krautinger@hotmail.com](mailto:susanne_krautinger@hotmail.com) !

Vielen Dank im Voraus für Eure Mithilfe!

DGKS Susanne Krautinger

[Umfrage starten](#)

---

Alleinige Verantwortung für den Inhalt dieser Umfrage: Susanne Krautinger  
© 2010 - Survey powered by JUS55UV 0.8.9 build 28-10-07  
OH WUmfrage ist ein Service der Österreichischen HochschülerInnenschaft an der WU Wien  
[Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz](#)

Migration und Pflege

Unterscheidet sich die Pflege türkischer Migrantinnen Ihrem Empfinden nach von der Pflege von PatientInnen ohne Migrationshintergrund? \*)

- deutliche Unterschiede
- geringe Unterschiede
- keine Unterschiede

Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede in der Anzahl von Begleiterkrankungen türkischer MigrantInnen und Personen ohne Migrationshintergrund? \*)

- mehr Begleiterkrankungen
- gleich viele Begleiterkrankungen
- weniger Begleiterkrankungen

In den letzten Jahren ist die Anzahl an türkischen PatientInnen stetig gestiegen. Wie sehr ändern sich dadurch die Herausforderungen an die Pflegekräfte? \*)

- höhere Herausforderungen
- gleiche Herausforderungen
- weniger Herausforderungen
- weiss nicht/k. A.

Wie häufig kommt es zu Situationen in der Betreuung von türkischen MigrantInnen, in der Sie sich überfordert fühlen? \*)

- oft
- manchmal
- selten
- nie

Ihrer Meinung nach, was könnten mögliche Gründe für eine Überforderung sein (Mehrfachantworten mögliche) \*)

- Zeitmangel in der Betreuung
- mangelndes Wissen über die Kultur des Patienten
- mangelndes Interesse der Vorgesetzten
- nicht adäquate Abstimmung auf die Bedürfnisse des Patienten
- Anwesenheit von Angehörigen
- Vorbehalte von Patienten gegenüber Pflegepersonen
- Mißverständnisse
- Fehlen eines Dolmetsch-Dienstes
- Kommunikationsschwierigkeiten

In welchen der folgenden Bereich bestehen Ihrer Meinung nach besondere Anforderungen an die Pflege türkischer MigrantInnen (Mehrfachantworten möglich) \*)

- Schmerz
- Kommunikation
- Anamneseerhebung
- Information des Patienten
- unterschiedliche Geschlechterrollen
- Umgang mit Angehörigen

Stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Schmerzempfindung türkischer MigrantInnen zu?		
	stimme zu	stimme nicht zu
Türkische MigrantInnen sind schmerzempfindlicher als PatientInnen ohne Migrationshintergrund *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Türkische MigrantInnen drücken Ihre Schmerzen auf andere Weise aus als PatientInnen ohne Migrationshintergrund *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Schmerzmittelbedarf türkischer PatientInnen ist höher als bei PatientInnen ohne Migrationshintergrund *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Kommunikatin mit türkischen PatientInnen zu oder nicht zu?		
	stimme zu	stimme nicht zu
Mangelnde Sprachkenntnisse der PatientInnen führen zu Mißverständnissen *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Mißverständnisse kommt es nicht zur bestmöglichen Pflege für den Patienten *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch mangelnde Sprachkenntnisse verstehen die PatientInnen den Sinn der Behandlung oft nicht *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das Angebot an professionellen Dolmetsch-Diensten ist in der Qualität nicht ausreichend *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Angebot an professionellen Dolmetsch-Diensten ist in der Quantität nicht ausreichend *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommt es aufgrund von Sprachschwierigkeiten zu fehlerhaften Anamneseerhebungen? \*)

eher schon  
 eher nicht  
 weiss nicht

Stimmen Sie den folgenden Aussagen zum Umgang mit Angehörigen türkischer PatientInnen zu oder nicht zu?		
	stimme zu	stimme nicht zu
Die Anzahl an Angehörigen türkischer PatientInnen ist im Vergleich zu PatientInnen ohne Migrationshintergrund höher *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich durch die Anwesenheit von Angehörigen türkischer MigrantInnen im Vergleich zu Angehörigen von PatientInnen ohne Migrationshintergrund in der Ausübung meiner Pflegehandlungen eingeschränkt *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige türkischer MigrantInnen halten sich im Vergleich zu Angehörigen von PatientInnen ohne Migrationshintergrund nicht an Besucherrichtlinien betreffend der Anzahl an Besuchern pro Patient und der Besuchszeiten *)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wurden Pflegehandlungen schon aufgrund Ihres Geschlechts von türkischen MigrantInnen abgelehnt, wodurch es zu einer nicht optimalen Versorgung des Patienten gekommen ist? \*)

oft  
 manchmal  
 selten

Wurden Pflegehandlungen aufgrund Ihrer Herkunft von türkischen MigrantInnen abgelehnt wodurch es zu einer nicht optimalen Versorgung des Patienten gekommen ist? \*)

oft  
 manchmal  
 selten  
 nie

Empfinden Sie, daß es aufgrund kulturell unterschiedlich wahrgenommener Geschlechterrollen zu Schwierigkeiten im Pflegealltag kommt? \*)

- oft
- manchmal
- selten
- nie

Haben Sie sich schon näher mit dem Begriff der transkulturellen Pflege beschäftigt? \*)

- ja
- nein

Wurden Sie während Ihrer Ausbildung mit Inhalten der transkulturellen Pflege konfrontiert? \*)

- ja
- nein

Haben Sie während Ihrer Berufstätigkeit schon eine Fortbildung/ein Seminar in transkultureller Pflege besucht? \*)

- ja
- nein

Würde Ihnen vertieftes Wissen über transkulturelle Pflege den Umgang mit türkischen PatientInnen erleichtern? \*)

- oft
- manchmal
- selten
- nie

Würde Ihnen vertieftes Wissen über transkulturelle Pflege den Umgang mit türkischen PatientInnen erleichtern? \*)

- oft
- manchmal
- selten
- nie

Wie wichtig stufen Sie die Vermittlung der transkulturellen Pflege in Aus- und Weiterbildung für den zukünftigen Pflegealltag ein? \*)

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- nicht relevant

In welchem Rahmen erachten Sie eine Weiterbildung in transkultureller Pflege für alle Pflegekräfte für sinnvoll? \*)

- eintägiger Kurs
- mehrtägiger Kurs
- Workshop/Veranstaltungen
- Sonderausbildung "Transkulturelle Pflege"
- Informationen über Krankenhausplattformen
- Vorträge
- Selbststudium speziell aufbereiteter Informationen

Umfrage neu starten

weiter >>

Angaben zur Person

Angaben zur Person

Geschlecht: \*)

- männlich
- weiblich

Alter: \*)

- 20 - 30 J.
- 31 - 40 J.
- 41 - 50 J.
- 51 u. mehr

Pflegeberufstätigkeit in Jahren: \*)

Herkunft/Geburtsland \*)

Umfrage neu starten

Abschließen

## **9. Lebenslauf**

### **Susanne Krautinger**

#### **Persönliche Angaben**

Geburtsdatum: 17.07.1981  
Wohnhaft: Wien  
Familienstand: Lebensgemeinschaft  
Staatsangehörigkeit: Österreich

#### **Schulische Laufbahn**

1987-1991: öffentliche Volksschule Spielmannsgasse 1, 1200 Wien  
1991-1999: Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium Wien XX,  
Unterbergergasse 1  
1999: Matura  
1999-2002: Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, AKH Wien  
Lazarettgasse 14, 1090 Wien  
2002: Diplom für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege  
2008/2009: spezielle Zusatzausbildung für Anästhesiepflege an der Akademie für  
Fortbildungen und Sonderausbildungen, AKH Wien  
Lazarettgasse 14, 1090 Wien  
2005–2010: Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

## **Berufliche Laufbahn**

2002-2003: Universitätsklinik für Dermatologie - Klinische Abteilung für  
Immundefizienz und infektiöse Hautkrankheiten 17J

AKH Wien, Währingergürtel 18 – 20, 1090 Wien

Seit 2003: Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin A - Bereich  
Ambulante Anästhesie, Neuroanästhesie und Geburtshilfe 9C

AKH Wien, Währingergürtel 18 – 20, 1090 Wien